
**Inauguraldissertation
zur Erlangung des akademischen Doktorgrades (Dr. phil.)
im Fach Gerontologie
an der Fakultät für Verhaltens- und
Empirische Kulturwissenschaften
der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg**

Titel der Dissertation
*„Unterstütztes Wohnen“ für ältere Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf
als neues Paradigma?
Aspekte der Lebensqualität einer neuen
kleingemeinschaftlichen Wohnform*

vorgelegt von
Dipl.-Päd. Barbara Steiner

Jahr der Einreichung
2014

Dekan: Prof. Dr. Klaus Fiedler
Berater: Prof. Dr. Hans-Werner Wahl
Prof. Dr. Frank Oswald

Aus Gründen der Lesbarkeit wird bei der Beschreibung von Personengruppen die männliche Form verwendet.

Inhaltsverzeichnis

A. Theoretischer Teil	10
1 Einleitung	10
2 Aspekte hilfebedürftigen Alters	13
2.1 Demografische Entwicklung	13
2.2 Epidemiologische Entwicklung	14
2.2.1 Somatische Gesundheit	17
2.2.2 Psychische Gesundheit – Demenz.....	18
2.2.3 Funktionale Gesundheit.....	20
2.2.4 Pflegebedürftigkeit.....	22
2.3 Sozialpolitische Entwicklung.....	26
2.3.1 Finanzierung der Versorgungs- und Pflegeinfrastruktur	27
2.3.1.1 Pflegeversicherungsgesetz (Sozialgesetzbuch XI)	27
2.3.1.2 Gesetzliche Krankenversicherung (Sozialgesetzbuch V).....	29
2.3.1.3 Sozialhilfe (Sozialgesetzbuch XII).....	30
2.3.1.4 Private Ausgaben zur Pflege	33
2.3.1.5 Gesamtpflegekosten im Lebensverlauf Pflegebedürftiger.....	33
2.3.2 Ordnungsrechtliche Grundlagen.....	35
2.3.2.1 Heimgesetze	35
2.3.3 Personale Unterstützungspotentiale.....	38
2.3.3.1 Formelles Pflegepotential	38
2.3.3.2 Informelles Pflegepotential.....	41
2.3.3.3 Pflegearrangements.....	41
3 Aktuelle Wohnformen	44

3.1	Alterswohnen und Autonomie vs. Sicherheit als handlungsleitendes Konzept.....	44
3.1.1	Angepasste Häuslichkeit	46
3.1.2	Betreutes Wohnen zu Hause und häusliche Intensivbetreuung	49
3.1.3	Integriertes Wohnen	51
3.1.4	Betreutes Wohnen/Wohnen mit Service	51
3.1.5	Pflegeheim	54
3.1.6	Ausdifferenzierung stationäre Pflege: Stationäre Hausgemeinschaften, spezielles Wohnen für Menschen mit Demenz und Oase-Gruppen	56
3.1.7	Wohngemeinschaften/Hausgemeinschaften	58
4	Wohnangebote im Alter unter Veränderungsdruck.....	61
4.1	Entwicklungen der Altenhilfe in Deutschland	61
4.1.1	Sozialgeschichtliche Reflexion – der institutionalisierte Ältere	61
4.1.2	Einschätzungen zum künftigen Angebot	65
4.1.3	Veränderungsdruck und neue Anforderungen.....	66
5	„Unterstütztes Wohnen“ als neues Paradigma?	74
6	Theoretische Bezugsmodelle „Unterstützten Wohnens“	80
6.1	Zum Verständnis von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter.....	80
6.1.1	Erfahrung von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit als Krise	80
6.1.2	Prozessmodell von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit	81
6.1.3	Modell „Active Aging“ und ICF der Weltgesundheitsorganisation	82
6.1.4	Der Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGBXI und im Spiegel der Pflegewissenschaft.....	84
6.1.5	Selbständigkeit und Kompetenz bei chronischer Krankheit.....	87
6.2	Zum Verständnis von Lebensqualität	87
6.2.1	Begriffliche Klärung	88
6.2.2	Theoretische Modelle zu Lebensqualität	89
6.2.2.1	Objektive und subjektive Dimension der Lebensqualität.....	89

6.2.2.2	Psychologisches Wohlbefinden	91
6.2.3	Modelle und Dimensionen von Lebensqualität	94
6.2.4	Lebensqualität im Kontext von Demenz	95
6.2.4.1	Verhaltens-, psychologische und neuropsychiatrische Symptome	98
6.2.4.2	Aktivitäten und bedeutungsvolle Beschäftigung.....	100
6.2.5	Lawtons Konzept der Lebensqualität.....	103
6.2.6	Sozialpolitische Bedeutung von Lebensqualität in der Altenhilfe	106
6.3	Zum Verständnis von Wohnen im Alter bzw. bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit.....	108
6.3.1	Befunde zum Wohnen im Alter und bei Hilfe- und Pflegebedarf.....	108
6.3.1.1	Wohnen im Alter in Deutschland.....	108
6.3.1.2	Wohnwünsche und Umzugsverhalten.....	110
6.3.2	Zum Begriff des Wohnens	114
6.3.3	Theoretische Modelle des Wohnens	116
6.3.3.1	Ökopsychologische Modelle	118
6.3.3.2	Stresstheoretische Ansätze	124
6.3.3.3	Subjektiv erlebte Umwelt und Wohnen	126
6.3.3.4	Integriertes Rahmenkonzept des Wohnens	129
6.3.3.5	Aging in Place	130
6.3.3.6	Befunde zum institutionellen Wohnen.....	130
B.	Empirischer Teil.....	136
7	Forschungsleitende Fragestellungen.....	136
8	Methodik	138
8.1	Untersuchungsdesign.....	138
8.2	Stichprobe	138
8.2.1	Strukturelle und objektive Umweltmerkmale der Untersuchungs- einheiten.....	138

8.2.2	Die Bewohner – Soziodemografische Daten	144
8.3	Durchführung der Untersuchung	147
8.4	Messverfahren.....	150
8.4.1	Die Messverfahren im Überblick.....	152
8.4.2	Die Messverfahren im Einzelnen	153
8.4.2.1	Pflege- und Verhaltensassessment (PVA).....	153
8.4.2.2	Dementia Care Mapping (DCM)	153
8.4.2.3	Professional Environmental Assessment Protocol (PEAP).....	155
8.4.2.4	Leitfaden zur Struktur.....	156
8.4.3	Die Messverfahren nach Dimensionen der Lebensqualität	156
8.4.3.1	Verhaltenskompetenz	156
8.4.3.2	Subjektives Wohlbefinden.....	157
8.4.3.3	Wahrgenommene Lebensqualität	157
8.4.3.4	Objektive Umwelt.....	158
8.5	Daten und statistisches Verfahren.....	158
9	Ergebnisse	161
9.1	Verhaltenskompetenz.....	161
9.1.1	Funktionaler und Gesundheitsstatus	161
9.1.2	Aktivitäten und Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs/IADLs)	162
9.1.3	Aktivitäten und Verhalten.....	165
9.1.3.1	Personen und Aktivitäten	165
9.1.3.2	Ort der Aktivitäten	166
9.1.3.3	Art und Umfang der Aktivitäten	170
9.1.3.4	Aktivitäten und Wohlbefinden	176
9.2	Subjektives Wohlbefinden	182
9.2.1	Positiver Gefühlsausdruck.....	182

9.2.2	Stimmung und weitere neuropsychiatrische Symptome	184
9.2.3	Neuropsychiatrische Symptome	185
9.2.4	Agitiertes, herausforderndes Verhalten	189
9.3	Wahrgenommene Lebensqualität.....	192
9.3.1	Soziale Kontakte.....	193
9.3.2	Ärztliche und medizinische Versorgung.....	195
9.3.3	Behandlung mit Psychopharmaka	196
9.3.4	Freiheitsentziehende Maßnahmen	197
9.3.5	Positive Ereignisse (PDC) und Personale Detraktionen (PD).....	198
9.3.6	Sicherstellung von Dienstleistungen, Präsenz unterstützender Personen	199
9.4	Objektive Umwelt.....	200
9.4.1	Qualitative Merkmale einer häuslichen vs. institutionellen Umwelt... ..	200
9.4.2	Bewertung der Untersuchungseinheiten nach PEAP	216
9.4.3	Das UW als eigene Wohnform	233
9.4.4	Das UW als Wohnform im Vergleich mit SCU und PH nach PEAP ..	235
C.	Diskussion	243
10.	Diskussion und Ausblick	243
10.1	Diskussion der Befunde.....	244
10.1.1	Lebensqualität in den drei Wohnformen	244
10.1.2	Grad der Unterstützung der objektiven Umwelt.....	251
10.1.3	Paradigmenwechsel in der Altenhilfe?.....	252
10.2	Stärken und Einschränkungen der Arbeit	257
10.3	Überlegungen zur praktischen Nutzung der Befunde	259
10.4	Weitergehende Forschungsfragen und Ausblick	260
	Literaturverzeichnis	262
	Tabellenverzeichnis.....	282

Abbildungsverzeichnis	284
Abkürzungsverzeichnis	286
Anhang	287
Erklärung gemäß § 8 Abs. 1 Buchst. b) der Promotionsordnung der Universität Heidelberg für die Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften	301

Danksagung

Allen Personen – persönlich genannt und ungenannt – die mich bei dieser Arbeit in vielfältiger Weise unterstützt haben möchte ich herzlich danken.

An erster Stelle danke ich den Bewohnern der Einrichtungen, die mir über einen längeren Zeitraum Einblick in ihr Leben gewährt haben. Ich danke den Leitungen und Mitarbeitenden der Einrichtungen, die durch ihre Unterstützung, ihr Vertrauen und ihre Offenheit diese Arbeit ermöglichten.

Mein außerordentlicher Dank gilt Prof. Dr. Hans-Werner Wahl, der mich über die lange Zeit dieses Vorhabens in seiner wertschätzenden Art immer motivierte, die Arbeit zu einem guten Ende zu bringen. Er wurde nicht müde, mein „work in progress“ zu begleiten, zu kommentieren und die wissenschaftliche und theoretische Perspektive zu schärfen. Ich danke ihm dafür, durch die Promotion und durch Mitautorenschaft an seiner internationalen wissenschaftlichen und fachlichen Reputation teilhaben zu dürfen. Prof. Dr. Frank Oswald danke ich dafür, dass er die Zweitbegutachtung übernommen hat, obwohl er zeitlich sehr eingespannt ist.

Wenn man im Arbeitsleben stehend und mit Familie promoviert, geht das nicht ohne Unterstützung. Ich danke von Herzen meinem Mann Wolfgang, der mir in vielem den Rücken freigehalten hat. Ihm und unseren Kindern Robert und Clara danke ich für ihr Verständnis, wenn ich mehr als jede zu erübrigende Minute mit der Nase in den Büchern steckte oder vor dem PC saß. Meine Mutter ermutigte mich durch ihre Vorfreude auf den Abschluss der Arbeit, meine Schwester unterstützte mich durch ihre zuverlässige Endkorrektur. Auch Ihnen gilt mein lieber Dank.

Ute Koch als Mitdotorandin bin ich nicht nur für den fachlichen Austausch dankbar, sondern auch für die Gespräche über die Bedeutung der Arbeit für uns als späte Studentinnen und darüber, wie wir uns mit diesem Vorhaben neben Arbeit und Familie im Alltag organisieren können.

A. Theoretischer Teil

1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit neuen kleingemeinschaftlichen Wohnformen älterer Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf. Sie entstehen im Trend eines Ausdifferenzierungsprozesses an Wohn- und Unterstützungsformen, die mangels konzeptioneller Fassung unter „neuen Wohnformen“ subsumiert werden, das gegebenenfalls alles beinhalten, was sich nicht unter häusliches Wohnen, Betreutes Wohnen und Pflegeheim fassen lässt.

Epidemiologische und demografische Entwicklungen stellen hohe Anforderungen an die Bereitstellung und Ausgestaltung der sozialen, pflegerischen und medizinischen Infrastruktur. Leistungsrechtliche Sicherungssysteme wie Pflegeversicherung, Krankenversicherung, Sozialhilfe und ordnungsrechtliche Vorgaben wie die Heimgesetze sind dabei zentrale Steuerungsmechanismen. Die Proklamierung eines Pflegemarkts seit den 1990er Jahren hat nicht per se zu einer Verbesserung der pflegerischen Infrastruktur geführt. Zunehmende Qualitätssicherungsanforderungen, Kontrollen und bürokratische Vorgaben werden in ihrer Wirksamkeit auf Qualitätsaspekte von vielen Seiten bezweifelt. Schwindende familiäre Hilfen und knapper werdendes formelles Pflegepotential zwingen zur Weiterentwicklung der Infrastruktur in neuen Modellen sogenannter „Pflegearrangements“, die einerseits formelle und informelle Pflege verbinden, andererseits häusliche und institutionelle Pflege rahmen. Es wächst die Erkenntnis, dass die zwei wesentlichen Wohn- und Versorgungsformen, die in den letzten 30 Jahren einen rasanten zahlenmäßigen Ausbau erfahren haben – das Betreute Wohnen und das Pflegeheim – als ausschließliche Säulen der Wohn- und Serviceoption für Ältere mit Hilfebedarf in der Perspektive weder versorgungsstrukturell sinnvoll, noch sozial wünschenswert sind. Das vor kurzem verabschiedete Pflegeneuausrichtungsgesetz und die Erarbeitung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs signalisieren staatlicherseits die Beförderung eines Paradigmenwechsels, der sich auch international abzeichnet.

Die vorliegende Arbeit soll einen Beitrag zum Verständnis neuer Entwicklungen und Optionen beim Wohnen und für die Unterstützung älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen leisten. Dazu kristallisiert sie aus der Vielfalt an neuen Wohn- und Unterstützungskonzepten die heraus, die folgende Merkmale erfüllen: Sie orientieren sich an einer Philosophie, die auf Autonomie der Bewohner und eine Normalität fußt, die sich unter Wohnen und Alltag, wie man es von zu Hause kennt, fassen lässt. Es handelt sich um kleinere Gemeinschaften mit begrenzter Personenzahl älterer Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf. Die Unterstützung ist nicht primär an einer pflege- bzw. medizinorientierten Logik ausgerichtet. Sie sieht eine personelle Präsenz, flexible Pflege und Serviceoptionen vor, die den wechselnden Bedürfnissen der Personen mit unterschiedlichen und sich verändernden Niveaus an Einschränkungen gerecht werden sollen mit dem Ziel, die Autonomie und Lebensqualität der Bewohner zu erhalten. Diese Wohnformen treten in Deutschland in der Regel als sogenannte Hausgemeinschaften oder Wohngemeinschaften in Erscheinung. Sie werden in dieser Arbeit unter dem Begriff „Unterstütztes Wohnen“ geführt. Es beinhaltet ein Konzept, das mit den Konstrukten der Lebensqualität, der Pflegebedürftigkeit und des Wohnens gefasst wird und dessen Nutzen und Beschränkung im Rahmen der Arbeit untersucht und diskutiert wird.

Trotz positiver gesellschaftlicher Resonanz ist in Deutschland eine sehr unterschiedliche regionale und zahlenmäßige Verteilung von Haus- und Wohngemeinschaften in den einzelnen Bundesländern zu beobachten. Dies lässt vor allem auf unterschiedliche gesetzliche Regulierung schließen und Unsicherheit bezüglich des Angebots. Es gibt wenig statistisch belastbare Daten zu Bewohnerschaft, Struktur und Philosophie und es fehlt ein Rahmen für unterschiedliche Modelle. Das wirft bei politisch und planerisch Verantwortlichen die Frage nach einer bedarfsgerechten Infrastruktur, der Versorgungsqualität und Finanzierung der Leistungen auf. Potentielle Nutzer und Familien überlegen sich, ob das Angebot das richtige ist und ihren Bedürfnissen entspricht und Dienstleister fragen sich, ob es auf die Nachfrage von Kunden stößt, es sich wirtschaftlich trägt und wie sich das Angebot organisieren lässt.

Damit besser eingeschätzt werden kann, welche Potentiale in den neuen Wohnformen liegen, werden in der vorliegenden Arbeit die demografischen, gesellschaftli-

chen und sozialpolitischen Entwicklungen sowie die bestehenden Wohn- und Unterstützungsformen in ihrem strukturellen und sozialgeschichtlichen Kontext beleuchtet. Dann erfolgt die Herleitung eines konzeptionellen Rahmens. Er basiert auf Theorien zu Konzepten der Pflegebedürftigkeit, der Lebensqualität und des Wohnens, die insbesondere die Person-Umweltpassung reflektieren. Er dient dazu, den neuen Typ kleingemeinschaftlicher Wohnform zu evaluieren und im Kontext bestehender Angebote einzuordnen. Da es noch wenig Befunde gibt, wurde bei der Untersuchung Wert darauf gelegt, hochwertige Daten zu erhalten. Der Schwerpunkt liegt auf einem qualitativen Ansatz mit deskriptiven Daten, vor allem auch im Bereich der Wohnumwelt. Die Wohnformen werden zudem mit Häufigkeiten kontrastiert.

Nach der Einleitung werden in Kap. 2 demografische, epidemiologische und sozialpolitische Entwicklungen ausgeführt. Ein besonderes Augenmerk liegt auf Aspekten des Hilfe- und Pflegebedarfs im Alter, personeller Unterstützungspotentiale und sozialstaatlicher, sprich ordnungsrechtlicher und leistungsrechtlicher Steuerungsoptionen. In Kap. 3 wird ein Überblick über aktuelle Wohn- und Unterstützungsangebote gegeben und ihre zugrundeliegenden handlungsleitenden Konzepte auf einem Kontinuum von Autonomie und Sicherheit reflektiert. Kap. 4 stellt den Veränderungsdruck auf die bestehenden Angebote aus sozialgeschichtlicher Perspektive und nach künftigen Bedarfen dar. Kap. 5 beschäftigt sich mit der Formulierung von gemeinsamen Merkmalen eines Typus neuer Wohnformen, die einen Paradigmenwechsel bei den Wohnformen für ältere Menschen heraufscheinen lassen und fasst sie unter dem Begriff „Unterstütztes Wohnen“. Dabei werden erste internationale Erfahrungen mit einem solchen Wohntyp herangezogen. Kap. 6 stellt als theoretische Bezugskonzepte Hilfe- und Pflegebedarf, Lebensqualität und Wohnen vor, die diese neue Wohnform rahmen und in denen ökopsychologische Ansätze verbindendes Konstrukt sind. Kap. 7 führt die theoretischen Implikationen und forschungsleitenden Fragestellungen zusammen. Nach Ausführungen zu Methodik in Kap. 8 erfolgt die Darstellung der Ergebnisse in Kap. 9. Sie orientiert sich am methodischen Rahmen und mündet am Schluss in einer Zusammenfassung. Kap. 10 schließt mit einer Diskussion der Ergebnisse, den Möglichkeiten und Grenzen der Arbeit und einem Ausblick.

2 Aspekte hilfebedürftigen Alters

Wohn- und Versorgungsformen von Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf sind durch die demografischen Entwicklungen mit Unterstützungsbedarfen und -potentialen älterer Menschen bzw. Haushalten einerseits und durch ein von politischen Maßnahmen gestaltbares Versorgungsangebot andererseits geprägt. Die Frage, wie sich der planerische bzw. sozialpolitische Handlungsbedarf darstellt, ist schwierig zu beantworten, da sie äußerst komplex ist. Im Folgenden sollen bedeutsame demografische, epidemiologische, sozialpolitische und sozialstrukturelle Entwicklungen dargestellt werden, um Entwicklungen, Ausgestaltungspotentiale und die dahinterliegenden Haltungen im Hinblick auf gemeinschaftliche Versorgungsmodelle besser einschätzen zu können.

2.1 Demografische Entwicklung

Nach Ergebnissen der 11. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Statistisches Bundesamt, 2006), wird nach einer Berechnungsvariante die Zahl der älteren Menschen ab 65 Jahre bis Ende der 2030er Jahre um etwa die Hälfte von 16 Mio. auf ca. 24 Mio. ansteigen und anschließend leicht zurückgehen. Die Zahl der Hochaltrigen ab 80 Jahre nimmt unablässig zu – von knapp 4 Mio. im Jahr 2005 auf 10 Mio. im Jahr 2050. Die Geburtenzahl wird künftig weiter zurückgehen und die Zahl der Sterbefälle trotz steigender Lebenserwartung zunehmen, da auch die stark besetzten Jahrgänge ins hohe Alter hineinwachsen. Das dadurch entstehende Geburtendefizit wird nicht durch eine Nettozuwanderung kompensiert werden. Die Bevölkerungszahl, die seit 2003 rückläufig ist, wird von fast 82,5 Mio. im Jahr 2005 auf knapp 65 Mio. im Jahr 2050 abnehmen. Die kontinuierliche zahlenmäßige Abnahme der jüngeren Bevölkerungsgruppen wird die Relation zwischen Alt und Jung stark verändern. Im Jahr 2050 wird nur etwa die Hälfte der Bevölkerung im Erwerbsalter (20 – 65 Jahre) sein und liegt bei 35 – 39 Mio. Es wird doppelt so viele Ältere (65 Jahre und älter) wie unter 20-Jährige geben. Eine Kennzahl für die Veränderung des Verhältnisses jüngerer zu älteren Menschen ist der sogenannte Altenquotient. Er gibt die Relation an, die sich aus dem Verhältnis von Personen im Erwerbsalter (20 – 65 Jahre) zu älteren Personen (65 und mehr Jahre) bezieht. Im Jahr 2005 entfielen auf 100

Personen im Erwerbsalter 32 Ältere, in 2030 werden es 50 und 2050 werden es 64 Ältere sein (Statistisches Bundesamt, 2006, S. 5f).

Die Annahmen gehen von einem jährlichen Wanderungsüberschuss von 100.000 bzw. 200.000 Personen aus. Die tatsächlichen Wanderungen werden deutliche Schwankungen zeigen, zumal im vereinigten Europa von neuen Wandertrends auszugehen ist. Auch die ausländische Bevölkerung in Deutschland altert: 2011 waren ca. 10% der ausländischen Bevölkerung 65 Jahre und älter (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2013, S. 49). In Europa weisen die Alterungsprozesse viele unterschiedliche Spezifika aus. In Italien und in einigen osteuropäischen Ländern hat der starke Geburtenrückgang die Alterung deutlich beschleunigt, während in Irland, Skandinavien und auch in der Türkei dieser Prozess langsamer voranschreitet. Der Bedarf an Versorgungsleistungen für Ältere wird hier also auch zunehmen. Gleichzeitig hatte Deutschland neben Spanien, Großbritannien und Italien die höchsten absoluten Zuwanderungszahlen und liegt mit 5,2 ausländischen Zuwanderern je 1.000 der Bevölkerung im Mittelfeld der europäischen Länder. Die Anwerbung von Fachkräften wird in Deutschland auch für die Pflege intensiv diskutiert.

2.2 Epidemiologische Entwicklung

„Hauptsache gesund“ – diese Aussage wird von den meisten älteren Menschen genannt, wenn sie danach gefragt werden, was von ihnen als besonders wichtig im Alter erachtet wird. Es drückt aus, dass Gesundheit ein bedeutendes Thema im Alter ist und wichtige Aspekte der Lebensqualität damit verbunden werden. Gleichzeitig schwingt das Bewusstsein mit, dass das Risiko, zu erkranken, im Alter zunimmt und der Verlust der Alltagskompetenz und Selbständigkeit drohen kann. Auch wenn Altsein keineswegs mit Kranksein gleichzusetzen ist, so nimmt doch die Wahrscheinlichkeit, an chronischen Erkrankungen zu leiden, besonders in höherem und sehr hohem Alter zu. Beim Blick auf die Statistik geht es vor allem um Hinweise, wie sich die Population älterer Menschen mit Hilfebedarf darstellt und im Hinblick auf die Inanspruchnahme von gemeinschaftlichen Wohn- und Versorgungsformen verändert. Denn diese bieten eine hohe zeitliche personelle Präsenz mit einer unterschiedlichen Zahl und Kompetenz von Unterstützungspersonen.

Um dazu aussagefähige Daten zu Erkrankungen im Alter zu erhalten, wurde auf eine breite Datenbasis zurückgegriffen, die v.a. die Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes bietet. Sie führt die Gesundheitsdaten und Gesundheitsinformationen aus unterschiedlichen Quellen zusammen, wie beispielsweise Selbstauskünfte älterer Menschen im jährlich erhobenen Alterssurvey, Erhebungen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Leistungsabrechnungsdaten der Pflege- und Krankenkassen und amtliche Statistik von Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern. Darüber hinaus gibt es zu ausgewählten Schwerpunktthemen wie Altersdemenz (Weyerer, 2005) oder Gesundheit und Krankheit im Alter (Böhm et al., 2009) Sonderveröffentlichungen, in die weitere Quellen einbezogen werden. Eine wichtige Datenbasis bildet auch die Berliner Altersstudie (Lindenberger et al., 2010).

Im Zusammenhang mit Alter und Gesundheit sind einige Phänomene besonders zu benennen:

Alter und Krankheit

Die Grenzziehungen zwischen altersbedingten Veränderungen und krankheitsbezogenen Prozessen sind schwierig (Tesch-Römer, Wurm, 2009). Einzelne Organe des Menschen altern unterschiedlich und die gegenseitige Beeinflussung bewirkt die individuelle Entwicklung eines Krankheitsbildes, seine Dauer und Intensität wie auch die möglicherweise bleibende Behinderung. Für die unterschiedliche Alterung der Organe werden intrinsische und extrinsische Faktoren verantwortlich gemacht. Die intrinsischen Faktoren sind die genetischen Voraussetzungen einer Person, die extrinsischen Faktoren Ernährung, Bewegung, toxische Substanzen etc. Morphologische Organveränderungen führen in der Regel nicht per se zu einem terminalen Funktionsverlust, sondern zu Funktionseinschränkungen mit erhöhtem Krankheitsrisiko. Veränderungen der Sinnesorgane, im Respirationstrakt, Herz-Kreislaufsystem, Bewegungsapparat, Gastrointestinaltrakt, Urogenitaltrakt und der Haut sind wesentliche altersbedingte Veränderungen (BMFSFJ, 2001, S. 72). Da sie additiv wirken und sich potenzieren können, haben sie nicht nur Einfluss auf die Alltagskompetenz, sondern sind auch Risikofaktoren für Behinderung und Hilfebedarf, insbesondere bei schlechten Umgebungsfaktoren wie z.B. mangelnder Barrierefreiheit.

Multimorbidität

Ein Phänomen des höheren und sehr hohen Alters ist das gleichzeitige Auftreten mehrerer Erkrankungen. Die Berliner Altersstudie (Lindenberger et al., 2010), die eine Alterspopulation zwischen 70 und 104 Jahren untersuchte, hat schon früh das Auftreten von Multimorbidität nachgewiesen. Das Alterssurvey, die bundesweite, repräsentative Befragung von Personen im Alter zwischen 40 und 91 Jahren, die in den Jahren 1996, 2002 und 2008 durchgeführt wurde, zeigt deutlich, dass der Anteil der Personen, der von mehreren Erkrankungen betroffen ist, über die Altersgruppen hinweg zunimmt. Der Anteil jener, die über fünf oder mehr gleichzeitig bestehende Krankheiten berichten, steigt von 4% in der Gruppe der 40–54-Jährigen auf 12% in der Gruppe der 55–69-Jährigen. Bei den 70–85-Jährigen hat schließlich jede vierte Person fünf oder mehr Erkrankungen (BMFSFJ, 2005, S. 2).

Der Mikrozensus 2005 gibt Auskunft über den Schweregrad von Erkrankungen, indem Ältere ab 40 Jahre danach befragt wurden, ob sie in den letzten 4 Wochen zuvor krank oder unfallverletzt waren. In der Altersgruppe der 65 – 69-Jährigen waren 17% betroffen, bei den 70 – 74-Jährigen mehr als ein Fünftel (22%) und bei den 75-Jährigen und Älteren mehr als jeder Vierte (28%) (Statistisches Bundesamt, 2006). Auch der Alterssurvey 2002, der erfragte, wie viele Personen innerhalb der letzten 10 Jahre eine schwere Krankheit oder einen Unfall hatten, weist einen Anteil von mehr als einem Drittel (34%) bei den 70-85-Jährigen aus (BMFSFJ, 2005, S. 2).

Lebenserwartung und Hilfebedürftigkeit

Die Lebenserwartung hat sich in den vergangenen Jahrzehnten deutlich erhöht und dieser Trend wird nach dem gegenwärtigen Erkenntnisstand auch für die Zukunft prognostiziert. Seit Ende des 20. Jahrhunderts ist ein deutlicher Zugewinn an Lebensjahren besonders bei den höheren Altersgruppen zu verzeichnen. Ein Vergleich der Sterbetafeln 1871/81 mit 2004/2005 weist für weibliche Neugeborene einen Zugewinn von 44 Lebensjahren (von 38,5 Jahre auf 82,1 Jahre), bei den männlichen Neugeborenen einen Zugewinn von 41 Jahren (35,6 auf 76,6 Jahre) aus. Im Alter von 65 Jahren konnten Frauen damals noch mit weiteren 10 Lebensjahren, heute mit 20 Lebensjahren rechnen, Männer damals mit 9,6 Jahren, heute mit 16,8 Jahren. Und selbst mit 85 Jahren können Frauen heute noch 3,1 Jahre und Männer 2,3 Jah-

re länger leben als 1871/81). Angesichts dieser deutlichen Zunahme von Langlebigkeit stellt sich die Frage, wie diese Lebenserwartungen zustande kommen und in welchem Gesundheitszustand diese gewonnenen Jahre verbracht werden. Dabei stehen sich zwei Thesen gegenüber: Die so genannte Expansions- bzw. Medikalisierungsthese geht von einer zunehmenden Ausweitung von Lebensphasen aus, die mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Krankheit verbracht wird, die so genannte Kompressionsthese prognostiziert, dass sich künftig die Länge der chronischen Erkrankungen verringern wird (Kroll, Ziese, 2009, S. 105). In neueren Studien wie dem Lebenserwartungssurvey (LES), in denen vom Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BIB) Ergebnisse zur Entwicklung der gesunden Lebenserwartung untersucht wurden (1984/86 bis 1998), konnte ein Anstieg derselben um 1,3 Jahre bei Frauen und 0,9 Jahre bei Männern nachgewiesen werden. Obwohl auf Basis unterschiedlicher Untersuchungen kein Entwicklungsszenario vollständig unterstützt werden kann, zeigt sich im Zuge der ansteigenden Lebenserwartung eine Tendenz zur relativen Kompression chronischer Morbidität. Es haben sich im Kohortenvergleich der Anteil und das Ausmaß der gesundheitlich beeinträchtigten Lebenszeit insbesondere für starke gesundheitliche Beeinträchtigungen verringert (Kroll, Ziese, 2009, S. 112).

2.2.1 Somatische Gesundheit

Die häufigsten Diagnosen im somatischen Krankheitsbereich älterer Menschen lassen sich bei allen einschlägigen Studien den beiden Krankheitsgruppen Herz-Kreislaufkrankungen und Krankheiten des Bewegungsapparates zuordnen, auch wenn sich bei einer vergleichenden Analyse relevanter Datenquellen aufgrund von Spezifika der Datenerhebung Unterschiede in der Rangfolge einzelner Diagnosen feststellen lassen (Saß et al., 2009, S. 31). Dies bestätigt sich auch bei der Analyse von Krankenhausentlassdiagnosen. 1999 dominierten bei den häufigsten Krankenhausentlassdiagnosen bei den 75-Jährigen und älteren Frauen bzw. Männern die Erkrankungen des Herzkreislaufapparates mit 30% bzw. 33%, die bösartigen Neubildungen mit 10% bzw. 14%, bei den Frauen Verletzungen (darunter Fraktur des Femur) und Vergiftungen mit 13% bzw. bei den Männern die Erkrankungen des Verdauungssystems mit 9% (BMFSFJ, 2001, S. 139). 10 Jahre später ergeben sich noch gleiche Tendenzen: 2007 waren von den insgesamt 7,4 Mio. Krankenhausfällen

bei den 65-Jährigen und Älteren Herzinsuffizienz, Angina pectoris und Hirninfarkt die häufigsten Einzeldiagnosen (Saß, 2010, S. 406). Eine Betrachtung über unterschiedliche Altersgruppen zeigt, dass vier chronische Krankheiten bei allen drei Altersgruppen (40 – 54J.), (55 – 69J.) und (70 – 85J.) dominierten, auch wenn die Prävalenz variierte und über die Altersgruppen hinweg anstieg: Bluthochdruck, Arthrose, erhöhte Cholesterinwerte sowie Arthritis/Rheuma (Wurm et al., 2010, S. 96f).

2.2.2 Psychische Gesundheit – Demenz

Definition

Demenz zählt zu den häufigsten und folgenschwersten Erkrankungen im Alter. Demenz kommt in unterschiedlichen Erscheinungsformen und Ausprägungen vor und ist durch fortschreitenden Gedächtnisverlust und Abbau kognitiver Fähigkeiten gekennzeichnet.

Nach der ICD-10 (International Classification of Diseases) ist Demenz

„ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Beeinträchtigung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt (mit Ausnahme der späten Stadien der Erkrankung). Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.“ (Dilling, 2001, S. 23).

Aufgrund der Komplexität der Demenzerkrankungen wurde in einem Konsensusprozess von medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Organisationen in Deutschland die sogenannte S3-Leitlinie „Demenzen“ entwickelt. Sie möchte allen beteiligten Gruppen der mit Behandlung und Betreuung befassten Personen eine systematisch entwickelte Hilfe zu Prävention, Diagnostik, Therapie und Beratung von Demenzkranken und Angehörigen an die Hand geben (DGPPN, DGN, 2009). Hier sind auch differenziertere Kriterien für die unterschiedlichen Syndrome der Demenz, Hinweise zur Differentialdiagnostik und Wirksamkeit von Verfahren ausgeführt.

Prävalenz und Inzidenz

Demenzen werden nach Ursache und auslösenden Faktoren in primäre Demenzen, d.h. durch neurodegenerative Prozesse oder vaskulär bedingte Schädigungen des Gehirns, und in sekundäre Demenzen, d.h. durch andere Krankheiten bzw. Einflüsse wie Alkoholabusus bedingte Demenzen unterschieden. Mit einer Prävalenz von ca. 65% zählt die Demenz vom Alzheimertyp zu den häufigsten Demenzformen, gefolgt von der vaskulären Demenz mit 15% und Mischformen beider mit 15% und sonstiger mit 5% (Sütterlin et al., 2011). Die Zahlen aus unterschiedlichen Quellen variieren deutlich. Sie können aufgrund der schwierigen Differenzialdiagnostik und Erkrankungen mit begleitenden Demenzsymptomen wie z.B. Parkinsondemenz als wenig gesichert gelten (DGPPN, DGN, 2009).

Schätzungen der Anzahl Demenzkranker in Deutschland sind aufgrund der Sensitivität von Erhebungen v.a. bei leichter Demenz (MCI) sehr unsicher. Bickel (1999) kommt aufgrund einer Schätzung auf 900.000 Demenzerkrankte bei den 65-Jährigen und Älteren (BMFSFJ, 2002, S. 167) in Deutschland. Neuere Schätzungen gehen von 1,3 Mio. Demenzerkrankten in Deutschland aus (Sütterlin et al., 2011, S. 13). Bis ins Jahr 2050 wird sich die Zahl stark erhöhen: Sütterlin et al. (2011, S. 14), statistisches Bundesamt (2008) gehen von einer Verdoppelung aus, Schulz, Doblhammer (2012, S. 170) rechnen aufgrund unterschiedlicher Szenarien mit 1,5 bis 2,4 Mio. Demenzkranker in 2050. Demenz ist sehr stark mit dem Lebensalter assoziiert. Die Prävalenzrate steigt von 1,2% bei den 65 – 69-Jährigen auf fast ein Viertel (23,9%) bei den 85 – 89-Jährigen und bei den 90-Jährigen und Älteren auf über ein Drittel (34,6%) (BMFSFJ, 2002, S. 167). Die Zahl der Neuerkrankungen pro Jahr wird auf ca. 244.000 geschätzt (Ziegler, Doblhammer, 2009). Sie treten aufgrund der höheren Lebenserwartung bei Frauen wesentlich zahlreicher (70%) auf als bei Männern (Saß et al., 2009, S. 49).

Dementielle Erkrankungen sind aufgrund der Häufigkeit bzw. Folgen für den Einzelnen und das soziale Umfeld von besonderer gesellschaftlicher Relevanz. Die S3 Richtlinie stuft Demenz aufgrund ihrer Charakteristik als besonders schwere Erkrankung ein. Aufgrund der Häufigkeit der Erkrankung sind die Betroffenen in hohem Maße von Ressourcen-verknappungen bedroht (DGPPN, DGN, 2009, S. 14).

2.2.3 Funktionale Gesundheit

Unter funktionaler Gesundheit fasst man die Fähigkeit, wie Menschen aufgrund ihres gesundheitlichen Zustands in der Lage sind, Alltagsanforderungen zu erfüllen. Eine gute funktionale Gesundheit gilt als wesentlich für eine selbständige Lebensführung. Die WHO erachtet die funktionale Gesundheit eines Menschen unter den Gesichtspunkten der Körperfunktionen und -strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe. Eine Person ist dann gesund, wenn ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen allgemein anerkannten Normen entsprechen, sie nach Art und Umfang das tun oder tun kann, wie es von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird und sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise (Art und Umfang) entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigungen der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Schuntermann, 2006, S. 1).

Funktionale Beeinträchtigungen nehmen mit dem Alter zu. Während 2004 von den 50 – 59-Jährigen in Deutschland nur etwa ein Drittel Einschränkungen im Alltag aufgrund gesundheitlicher Probleme hatten, traf dies auf über 80% der 80-Jährigen und Älteren zu (Menning, 2009, S. 63). Chronische Erkrankungen sind wesentliche Auslöser für funktionale Beeinträchtigungen im Alter. Auch Unfälle wie Oberschenkelhalsfrakturen können Mobilitäts- und kognitive Einschränkungen bewirken und Hilfe- und Pflegebedürftigkeit nach sich ziehen.

Bedeutsame Beeinträchtigungen im funktionalen Bereich stellen Einschränkungen beim Sehen und Hören und in der Mobilität dar. Im Alterssurvey 2002 wurden im Bereich der Sensorik Alltagssituationen erfasst. In der Gruppe der 65 – 74-Jährigen hatten ca. 20% aufgrund von Sehproblemen Schwierigkeiten beim Lesen der Zeitung, 7% Schwierigkeiten, eine ihnen bekannte Person auf der Straße zu erkennen. Bei den 75 – 84-Jährigen steigt der Anteil bereits auf 30% bzw. 17%. Die Hörbeeinträchtigungen fallen etwas geringer aus. Bei den 65 – 74-Jährigen hatten 10% Schwierigkeiten beim Telefonieren, bei den 75 – 84-Jährigen lag der Anteil bereits bei 20%. Hörbehinderungen sind oft mit sozialem Rückzug und psychischen Problemen assoziiert (Menning, 2009, S. 64). Auch Mobilität ist ein wichtiger Aspekt für die Selbständigkeit und Teilhabe am sozialen Leben. Hier zeigen sich hohe Anteile in den Mobili-

tätseinschränkungen bei den Hochaltrigen: Nahezu jeder Vierte bei den 75 – 84-Jährigen gab an, beim Steigen mehrerer Treppenabsätze, beim Gehen von mehr als einem Kilometer zu Fuß und beim Überqueren von mehreren Straßenkreuzungen stark eingeschränkt zu sein (Menning, 2009, S. 65).

Fragt man Ältere nach Einschränkungen bei den Aufgaben des täglichen Lebens, werden von ihnen eher funktionale Einschränkungen genannt als Aktivitätseinschränkungen, die stärker im sozialen Kontext gesehen werden. Nicht alle funktionalen Beeinträchtigungen wirken sich auf die Ausübung von Alltagstätigkeiten aus. Bei der Messung von Alltagseinschränkungen haben sich bestimmte Basisaktivitäten, die die Pflege und Versorgung der eigenen Person betreffen, als Indikatoren herauskristallisiert (Menning, 2009, S. 66). Die so genannten Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs) beinhalten z.B. essen, trinken, waschen/baden, an-/ausziehen, auf Toilette gehen, Treppen steigen. Die ADLs haben durch die Einführung des PflegeVG eine hohe Bedeutung erlangt. Von Einschränkungen in den ADLs wird auf „Pflegebedürftigkeit“ geschlossen und diese wird oft synonym mit der Festlegung von Leistungen des PflegeVG gebraucht. Denn der eng gefasste Begriff der Aktivitäten des täglichen Lebens, wie sie in der Epidemiologie und Gerontologie gebräuchlich sind (z.B. Katz et al., 1963, Mahoney, Barthel, 1965), beschreibt sehr genau die in §14 SGB XI so bezeichneten „gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens“.

Sogenannte Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADLs) beinhalten zudem komplexere Anforderungen, die auch das selbständige Leben und Versorgung außerhalb und innerhalb des Haushalts betreffen wie z.B. Wäsche waschen, einkaufen, finanzielle Angelegenheiten regeln. Sie spiegeln in stärkerem Maße als die ADLs nicht nur die gesundheitlichen Einschränkungen wider, sondern auch sozial definierte Rollen, Bedingungen der physischen und sozialen Umwelt und kulturelle Faktoren. Sie sind Ausdruck für die Entwicklung von Hilfsmitteln und ihrem Verbreitungsgrad in der betroffenen Population (Menning, 2009, S. 67). So konnte von 1992 bis 2005 bei ausgewählten IADL-Aktivitäten wie Einkäufe und Hausarbeit v.a. bei den über 80-Jährigen ein deutlicher Rückgang des Hilfebedarfs festgestellt werden. Er kann zum einen mit einer verbesserten Gesundheit älterer Menschen, zum anderen mit einem

erhöhten Gebrauch von Hilfsmitteln, wie z.B. Einkaufsservice, Bankservice oder Mahlzeitenzubereitung mit einer Mikrowelle erklärt werden kann (Menning, 2009, S. 68).

2.2.4 Pflegebedürftigkeit

Bei der Darstellung der empirischen Befunde zur Pflegebedürftigkeit besteht neben dem Problem der konzeptionellen sowie theoretisch-begrifflichen Fassung auch das Problem, dass Ergebnisse internationaler Forschung nur eingeschränkt auf Deutschland übertragen werden können. Da Pflegebedürftigkeit große Auswirkungen auf den Alltag von Betroffenen und nicht zuletzt auf die zur Verfügung gestellten Hilfen bzw. Versorgungssysteme hat, ist das Verständnis von Pflegebedürftigkeit sehr bedeutsam. Schneekloth und Wahl ziehen aus wissenschaftlichen Befunden zur konzeptionellen Fassung von Pflegebedürftigkeit den Schluss, dass Hilfe- und Pflegebedarf nicht primär ein Zustand infolge von Alter und Hochaltrigkeit oder körperlicher und psychischer Erkrankung ist. Vielmehr entwickelt er sich prozesshaft in Wechselwirkung von eingetretenen gesundheitlichen Verlusten mit vielzähligen individuellen Ressourcen und Ressourcenbegrenzungen (Schneekloth, Wahl, 2008, S. 31).

An dieser Stelle soll Pflegebedürftigkeit zur Erklärung von empirischen Befunden mit einer Situation beschrieben werden, in der körperliche, psychische und kognitive Einschränkungen einer Person ein solches Ausmaß annehmen, dass alltägliche, lebenswichtige Verrichtungen allein nur noch begrenzt oder gänzlich unmöglich sind. Pflegebedürftigkeit wird in unmittelbarem und engem Bezug zur funktionalen Gesundheit gesehen und im Wesentlichen auf zwei Ursachenbündel zurückgeführt, die das Risiko von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit erhöhen: die Beeinträchtigung der Motorik und der allgemeinen Beweglichkeit sowie kognitive Einschränkungen (Wahl, Schneekloth, 2006, S. 41). Die Berliner Altersstudie zeigte, dass die Beeinträchtigung der Beweglichkeit einschließlich der Bewegungsfähigkeit und Balance den Eintritt des Ereignisses Hilfe- und Pflegebedürftigkeit relativ am besten voraussagen konnte (Steinhagen, Borchelt, 1996). Die Relevanz von kognitiven Einschränkungen konnte mit Befunden aus einer Mannheimer Studie belegt werden. Bei einer Stichprobe von insgesamt 1100 verstorbenen über 65-Jährigen belief sich der Anteil von

Demenzkranken bei Schwerpflegebedürftigen in Privathaushalten auf 66,6% (Bickel, 1999). In einer umfassenden Literaturanalyse wurde die Bedeutung unterschiedlicher Risikofaktoren für den Verlust von Alltagsselbständigkeit bei älteren Menschen in Privathaushalten untersucht (Stuck et al., 1999, S. 454). Die dabei identifizierten Risikofaktoren umfassten kognitive Beeinträchtigung, Depression, Komorbidität, erhöhter und erniedrigter Body-Mass-Index, Beeinträchtigung in der Beweglichkeit der unteren Extremitäten, relativ niedriges soziales Kontaktniveau, relativ niedriges Niveau an körperlicher Aktivität, kein Alkoholkonsum im Vergleich zu mäßigem Alkoholkonsum, niedrige subjektive Gesundheitseinschätzung, Rauchen und Sehbeeinträchtigung.

Empirische Erkenntnisse über Pflegebedürftigkeit speisen sich im Wesentlichen aus zwei Quellen: Den Daten der Pflegestatistik, die sich ausschließlich am sozialrechtlich geprägten Begriff der Pflegebedürftigkeit nach §15 SGBXI orientieren und den sozialwissenschaftlichen Analysen wie z.B. den vom BMFSFJ geförderten Studien zum Hilfe- und Pflegebedarf, den sogenannten MUG-Studien. 1991 wurden in Deutschland erstmals belastbare Repräsentativdaten zu Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Privathaushalten für das gesamte Bundesgebiet erhoben und vertiefende Untersuchungen zu den Bedingungen und Konsequenzen von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit durchgeführt (Schneekloth, Potthoff, 1993, Wahl, Wetzler, 1998). 1994 wurden dann auch zum ersten Mal Repräsentativdaten zu Umfang und Situation von Hilfe- und Pflegebedarf in Heimen erhoben (MUGII, Schneekloth, Müller, 1997, integrierte Darstellung der Befunde in Häußler-Sczepan, 1998). Nachfolgeuntersuchungen liefern aktuelle Repräsentativdaten und vertiefende Analysen zur Situation von Hilfe- und Pflegebedürftigen.

Um die Finanzierung von Leistungen für die Pflegeversicherung zu fassen, wird ein stark an funktionalen Verrichtungen geknüpfter Begriff für Pflegebedürftigkeit herangezogen. Eine Person gilt als pflegebedürftig bzw. leistungsberechtigt, wenn sie in den vier Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung für mindestens sechs Monate bzw. auf Dauer regelmäßig Hilfe in bestimmten Verrichtungen benötigt. Die Einordnung in drei Pflegestufen erfolgt nach dem Zeitaufwand der Hilfe (BMAS, 2013).

Im Jahr 2009 beanspruchten 2,34 Mio. Menschen, die 65 Jahre und älter waren, Leistungen nach dem PflegeVG. Davon waren 67% Frauen. 83% der Pflegebedürftigen waren 65 Jahre und älter, mehr als ein Drittel (35%) war 85 Jahre und älter. Von den Leistungsempfängern ab 65 Jahre wurden mehr als zwei Drittel (69%) zu Hause versorgt. Von den zu Hause Lebenden erhielten 1,07 Mio. ausschließlich Pflegegeld. Das bedeutet, dass sie zu Hause durch Angehörige gepflegt wurden, 555.000 jedoch zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflegedienste. 31% (717.000) wurden in Pflegeheimen vollstationär versorgt. Gegenüber 2007 hat die Zahl der Pflegebedürftigen um insgesamt 4,1% bzw. 91.000 Personen zugenommen. Bei den Pflegestufen ist ein überdurchschnittliches Wachstum bei den Leistungsempfängern in Pflegestufe I festzustellen (+7,8% bzw. 91.000), während die Pflegestufen II und III vergleichsweise konstant blieben (Stufe II Rückgang um 0,1%, in Stufe III Anstieg um 0,5 % (1.000)). Im Vergleich 2009 mit 2007 zeigt sich kein Trend weg von zu Hause hin zu den vollstationären Pflegeeinrichtungen: Die Anzahl der vollstationär Versorgten in Heimen ist um 4,6% (31.000) gestiegen, der in der Häuslichkeit Gepflegten um 5,4% (83.000). Überdurchschnittlich hoch ist dabei die Zunahme bei Personen, die durch ambulante Dienste betreut werden (+10,1% bzw. 51.000). Die Zahl der ausschließlichen Pflegegeldempfänger nahm um 3,1% (32.000) zu (Statistisches Bundesamt, 2011, S. 6). Hinter der Zahl der durch ambulante Dienste Betreuten in der Häuslichkeit könnte auch ein zunehmender Anteil der Pflegebedürftigen verborgen sein, die in ambulanten Pflegewohngruppen wohnen. Darauf könnte auch der steigende Anteil der Mehrpersonenhaushalte ohne Verwandte in gerader Linie hinweisen: er stieg von 1991 von 4% auf 6% in 2005 (Statistisches Bundesamt, 2006, S. 16).

Betrachtet man einen noch längeren Zeitraum, sieht man die große Veränderung: Im Vergleich zu 1999 ist die Zahl der Pflegebedürftigen 2009 insgesamt um 16,0% bzw. 322.000 gestiegen. Die Zahl der in den Heimen Versorgten wuchs um 27,5% (155.000), während die Zahl der zu Hause Versorgten in diesem Zeitraum um 12,3% (178.000) anstieg. Bei der Pflege zu Hause ist mit +33,7% (140.000 Pflegebedürftigen) ein deutlich höheres Wachstum bei den Sachleistungsbeziehern, d.h. bei denen, die ambulante Dienste in Anspruch nehmen, zu verzeichnen, als bei den Pflegegeldbeziehern (+3,7% bzw. 38.000). Daraus lässt sich eine starke Verschiebung

hin zu professioneller Pflege in Pflegeheimen und durch ambulante Dienste beobachten (Statistisches Bundesamt, 2011, S. 6).

Eine Altersbetrachtung zeigt, dass Pflegebedürftigkeit auch mit höherem Alter korreliert. Während bei den 70 bis unter 75-Jährigen nur 5% pflegebedürftig waren, wurde für die ab 90-Jährigen die höchste Pflegequote ermittelt. Der Anteil der Pflegebedürftigen an allen Personen dieser Altersgruppe in der Bevölkerung liegt bei 59% (Statistisches Bundesamt, 2011, S. 7). Interessant ist, dass bei den Frauen zwischen 85 und 89 Jahren die Pflegequote 42%, bei den Männern gleichen Alters nur 28% beträgt. Es stellt sich die Frage, ob dies auf unterschiedliche gesundheitliche Entwicklungen bei Männern und Frauen zurückzuführen ist oder eher auf ein unterschiedliches Antragsverhalten. Ältere Frauen leben häufiger alleine. Im Falle eines eintretenden Pflegebedarfs kann schneller die Notwendigkeit bestehen, Hilfen hinzuzuziehen bzw. ins Heim überzusiedeln und deshalb einen Antrag auf Leistungen zu stellen. Pflegebedürftige Männer werden häufig zuerst von ihren Frauen versorgt und auf eine Antragstellung verzichtet bzw. später in Anspruch genommen.

Dieses Beispiel zeigt, dass die Inanspruchnahme von Leistungen aus dem PflegeVG als Indikator zur Weiterentwicklung von Versorgungsangeboten nur sehr bedingt geeignet ist. Zum einen ist die empirische Datenlage an ein Inanspruchnahmeverhalten gekoppelt, zum anderen liegt den Leistungen ein stark verrichtungsorientierter Ansatz zugrunde. Dieser stößt seit Einführung des PflegeVG nicht nur von Seiten der Praxis sondern auch von Seiten der Pflegewissenschaft als Engführung pflegfachlicher Vorstellungen auf Kritik (BMFSFJ, 2002, S. 271f). Seit 2006 wird auf Bundesebene ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff entwickelt, der eine Abkehr von der Verrichtungsorientierung vorsieht. Im Gegensatz dazu legt MUGIII einen Begriff der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zugrunde, der Alter bewusst vor dem Hintergrund einer umfassenden Altersperspektive betrachtet und verortet. Schneekloth und Wahl geht es darum, zu zeigen, dass die Diskussion zu Potentialen des neuen Alterns auch bedeutsame Implikationen im Hinblick auf den individuellen und gesellschaftlichen Umgang mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit besitzt (Schneekloth, Wahl 2005, S. 9). Der Repräsentativteil der Studie erfasst die Pflegebedürftigkeit in den drei Pflegestufen nach der oben genannten Konzeption des PflegeVG, allerdings erfolgt die Zuord-

nung zu den drei Pflegestufen auf Grundlage einer Selbst- und Fremdeinschätzung von insgesamt 24 ADLs bzw. IADLs. Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass die Daten mit denen in MuGI erhobenen Daten verglichen und vor allem auch die Personen erfasst werden, die einen Hilfebedarf haben, der nicht in den Geltungsbereich des PflegeVG fällt (Schneekloth, Wahl, 2005, S. 11). So werden in der MuGIII-Studie für das Jahr 2003 neben den 1,4 Mio. zu Hause versorgten Personen mit Pflegestufe weitere 3 Mio. Hilfebedürftige geschätzt.

In den privaten Haushalten werden Hilfe- und Pflegebedürftige unterschiedlicher Schweregrade gepflegt. Es wird ein deutlicher Zusammenhang zwischen körperbezogenen alltäglichen Verrichtungen und den Pflegestufen ersichtlich. Auffällig ist auch, dass bei Hilfebedürftigen ohne Pflegestufe deutliche Hilfebedarfe bei den nichtkörperbezogenen Aktivitäten vorliegen: so benötigen mehr als ein Viertel (27%) jeweils Hilfe beim Einkaufen und Saubermachen, 8% beim Zubereiten der Mahlzeiten und 11% bei der Regelung von Finanzen. 24% dieser Personengruppe sind in unterschiedlichem Maß von kognitiven Einschränkungen betroffen. Da diese Personen keine Leistungen nach dem PflegeVG erhalten, ist davon auszugehen, dass diese Leistungen aus privaten Mitteln finanziert werden, wobei keine Aussagen zur Versorgungsqualität gemacht werden können. Immerhin lebten 2005 auch ca. 8% bzw. 45.000 der Bewohner von Pflegeeinrichtungen außerhalb von Leistungsansprüchen nach SGBXI (Schneekloth, Wahl, 2009, S. 81).

2.3 Sozialpolitische Entwicklung

Die Lebensbedingungen älterer, hilfe- und pflegebedürftiger Menschen werden von Einkommen, Lebenshaltungskosten und Kosten für Pflege und Unterstützungsangeboten geprägt. Hier spielt im Besonderen auch die qualitative und quantitative pflegerische Infrastruktur eine wichtige Rolle. Ihre Finanzierung, die gesetzliche Rahmung und die informellen, besonders aber die formellen personalen Potentiale sind politisch gestaltbar und sollen im folgenden Kapitel dargestellt werden.

2.3.1 Finanzierung der Versorgungs- und Pflegeinfrastruktur

Die Finanzierung der Versorgungs- und Pflegeinfrastruktur ist sehr komplex und setzt sich im Wesentlichen aus privaten Leistungen und Leistungen verschiedener staatlicher Sozialversicherungen zusammen.

2.3.1.1 Pflegeversicherungsgesetz (Sozialgesetzbuch XI)

Die Pflegeversicherung wurde 1994 als fünftes Sozialleistungsgesetz in Deutschland eingeführt. Seit den 1980er Jahren entstand ein zunehmendes Problembewusstsein darüber, dass mit der wachsenden Zahl älterer Menschen der Bedarf an Versorgung und Pflege zunimmt und die Absicherung des Pflegerisikos auf eine breitere Basis gestellt werden muss. Bis dahin waren die Kosten bei Pflegebedürftigkeit im Wesentlichen aus den Eigenmitteln der Betroffenen bzw. ihrer Angehörigen zu tragen. Wer nicht auf familiäre Unterstützung bauen konnte und nicht über entsprechende Eigenmittel verfügte, war auf die Unterstützung des Staates angewiesen.

Der größte Teil der Aufwendungen wurde über die Sozialhilfe im Rahmen der „Hilfen in besonderen Lebenslagen“ bzw. „Hilfe zur Pflege“ nach §§68/69 Bundessozialhilfegesetz getragen. Die Ausgaben für Sozialhilfeleistungen stiegen von 1970 bis 1993 erheblich: von 3 Mrd. DM auf 43 Mrd. DM, wobei sich diese Steigerungen zu einem beträchtlichen Teil auf die „Hilfe zur Pflege“ zurückführen lassen. Die Ausgaben dafür stiegen in diesem Zeitraum von 1,1 Mrd. DM auf knapp 13,8 Mrd. DM. Davon betroffen waren in hohem Maße Bewohner der Alten- und Pflegeheime. Von den 660.000 Personen, die 1993 Hilfe zur Pflege erhielten, wohnten 394.012 in Pflegeeinrichtungen, während knapp 267.000 zu Hause Unterstützung erhielten (Sievering, 1996, S. 23). Dabei erwies sich für die Sozialhilfeträger die häusliche Pflegeunterstützung als günstiger – sie machten nur ca. zehn Prozent der Ausgaben aus. Diese Erfahrung führte wohl zum im PflegeVG verankerten Grundsatz „ambulant vor stationär“ (Dammert, 2009, S. 24). Das PflegeVG ist das Ergebnis eines lang andauernden politischen Diskussionsprozesses. Rothgang (1997) hat sie als Kompromiss aus unterschiedlichen Interessenslagen und Zielvorstellungen verschiedener Akteure beschrieben: Während es den sozialpolitischen Interessen darum ging, die Qualität der Versorgung zu verbessern, aus sozialen Gründen die häusliche Pflege zu stärken

und die als entwürdigend betrachtete Sozialhilfeabhängigkeit zu beenden, ging es den finanzpolitischen Interessen darum, die finanziellen Belastungen durch Sozialhilfeausgaben zu verringern und die Kosten in der Pflege zu begrenzen. Der Partei- und Ordnungspolitik ging es um die Verbesserung der Effizienz, Verhinderung der Überinanspruchnahme stationärer Pflege und die Begrenzung der Ausgaben. Das bedeutet, dass die Leistungserbringung nur im Rahmen der Beitragseinnahmen erfolgen kann, die gesetzlich festgelegt sind. Dammert konstatiert, dass die offiziellen Zielsetzungen des Gesetzes, obwohl es ganz im Zeichen fiskal- und haushaltspolitischer Perspektiven stand, doch auffällig von sozialpolitischen Grundabsichten dominiert wurde (Dammert, 2009, S. 36). So war von Anfang an beabsichtigt, informelle Netze in die Versorgung älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen einzubeziehen. Dies führt in der Umsetzung von Wohn- und Pflegeangeboten zu gewissen Irritationen im Geltungsbereich formeller und informeller Pflege.

Mit dem PflegeVG ist ein neuer Versicherungstyp entstanden. Es war von Anfang an nur als Teil- oder Grundabsicherung geplant, sieht enge Ausgabengrenzen ohne Bedarfsdeckungsprinzip mit pauschalierten und festgelegten Leistungssätzen vor. Es bietet auch eine veränderte Form von Sicherheit: sie ist reduziert, da nicht mehr allumfassend angelegt und in drei deutlich abgegrenzten Pflegestufen abgestuft. Dadurch wird die sozialpolitische Grundabsicht unterlaufen, sagen Kritiker, andere sehen darin die Chance auf eine normativ-ideologische Neuprogrammierung des sozialen Hilfe- und Verantwortungssystems. Die im PflegeVG bewusst gelassene Pflege- und Versorgungslücke zwischen Bedarf und refinanziertem Angebot soll durch aktive Mitarbeit pflegender Angehöriger, Freunde, Nachbarn etc. (informelles Pflegepotential) im Sinne einer neuen Kultur des Helfens geschlossen werden. D.h. Familie und/oder andere Mitglieder des sozialen Nahbereichs sollen dafür eintreten. Es wird ein Aktivierungsmechanismus zur Stärkung der informellen familiären Pflegebereitschaft eingebaut: Informelle Pflegepersonen sind renten- und unfallversichert, haben Anspruch auf Teilnahme an Pflegekursen und können über Geld- und/oder Sachleistungen bei häuslicher Pflege ein individuell präferiertes Versorgungs- und Pflegearrangement zusammenstellen (Dammert, 2009, S. 10ff).

Das Pflegeversicherungsgesetz wurde 2008 durch das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung – kurz Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) – und 2012 durch das Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG) novelliert. Dadurch sollen vor allem die teilstationären und ambulanten Strukturen und neue Wohnformen gestärkt werden. Im PFWG wurde u.a. die Möglichkeit geschaffen Beratungsstellen der Pflegekassen, d.h. sogenannte Pflegestützpunkte einzurichten. Ferner wurden die ambulanten und stationären Leistungen angehoben und gleichzeitig weitere Anhebungen festgeschrieben. Auch die Finanzierung der Tagespflege wurde ausgebaut. Mit der Zahlung von Zuschlägen zu den Pflegesätzen für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung von Heimbewohnern werden den Pflegeheimen finanzielle Grundlagen gegeben, eine bessere Betreuung für die Betroffenen im Sinne von „Präsenzstrukturen“ zu organisieren. Sie zielen darauf ab, die betroffenen Heimbewohner bei ihren alltäglichen Aktivitäten zu unterstützen und ihre Lebensqualität zu erhöhen. Das PNG stärkt insbesondere Leistungen für Menschen mit Demenz, ambulante Dienstleistungen und den Aufbau von neuen Wohnformen: Das Gesetz stellt Menschen, die zu Hause leben und eine „erhebliche Einschränkung in der Alltagskompetenz“ haben – etwa Demenz oder psychische Störungen – Geld zur Verfügung. Zu den bisher üblichen Pflegeleistungen wie Duschen oder Hilfe beim Essen ist „häusliche Betreuung“ dazugekommen – das heißt, dass der Pflegedienst das bewilligte Geld nun auch für soziale Betreuung einsetzen kann. Neu ist auch die Förderung von ambulanten Wohngruppen durch einen Gründungszuschuss und Zuschüsse für eine Präsenzkraft.

2.3.1.2 Gesetzliche Krankenversicherung (Sozialgesetzbuch V)

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) finanziert Therapie, Behandlung und Nachsorge von Krankheiten, Heilmittel und Kuren, Kontrolluntersuchungen, Standard-impfungen, Zahnbehandlungen u.a. Während die Ausgaben im Bereich SGBXI von den *Pflegekassen* gemeinsam getragen werden, werden die gesundheitlichen Bedarfe institutionell von einer Vielzahl sehr unterschiedlich ausgerichteter *Krankenkassen* der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert. Sie sind wettbewerblich organisiert. Für Pflegebedürftige nach SGBXI ergeben sich für Männer und Frauen über alle Alterskategorien höhere Ausgaben im SGBV als für Nichtpflegebe-

dürftige. Sie sind in den ärztlichen Ausgaben eher gering, in den anderen Bereichen wie insbesondere Heil- und Hilfsmittel sowie häusliche Krankenpflege umso größer (Rothgang, 2012, S. 236f). In den Bereichen Krankenhaus, Arzneimittel, ärztliche Behandlung, Heil- und Hilfsmittel und häusliche Krankenpflege, die 80% der gesamten Leistungen der GKV ausmachen, liegt das Leistungsmaximum bei den Pflegebedürftigen in der Alterskategorie der 60 – 74-Jährigen. Für die Älteren ist es geringer, bei den Nichtpflegebedürftigen steigen die Ausgaben bis zu den 75 – 84-Jährigen an und bleiben dann bei den noch älteren Nichtpflegebedürftigen konstant. Vergleicht man Pflegebedürftige und Nichtpflegebedürftige nach Alter sieht man deutlich höhere Leistungen für Pflegebedürftige, insbesondere im Krankenhaus mit 9,2 Mrd. €, gefolgt von den Arzneimitteln mit 3,6 Mrd. € und der häuslichen Krankenpflege von 1,9 Mrd. €. Die Versorgung Pflegebedürftiger hat demnach auch im Bereich des SGBV beachtliche finanzielle Auswirkungen. Zusätzlich erhöht werden die Ausgaben durch Medikationsprobleme, Fehl- und Mangelernährung, Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, Dekubitalulcera und Sensibilitätsstörungen, ausgabensenkend wirken herabgesetzte Belastbarkeit und Gebrechlichkeit (ebd., S. 238f).

2.3.1.3 Sozialhilfe (Sozialgesetzbuch XII)

„Hilfe zur Pflege“ ist ein Teil der Sozialhilfe und in den §§61ff. SGBXII gesetzlich geregelt. Wenn die Leistungen des SGBXI zusammen mit dem persönlichen Einkommen und Vermögen nicht ausreichen, um die erforderlichen Pflegeleistungen zu finanzieren, kann „Hilfe zur Pflege“ bezogen werden. Als Teil der Sozialhilfe ist diese Leistungsform einkommens- und vermögensabhängig (§2SGBXII). Mit Einführung der Pflegeversicherung wurde auch die „Hilfe zur Pflege“ reformiert. Im Wesentlichen wurden die Leistungen an die Stufen und die Leistungen des SGBXI angepasst und die Verfahrensregelungen und Richtlinien des SGBXI übernommen. So sollen z.B. doppelte Begutachtungen verhindert werden. Die Entscheidung der Pflegekasse über die vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) festgestellte Pflegestufe ist für den Träger der Sozialhilfe bindend. Leistungen können auch Personen erhalten, die beim Mindestzeitaufwand für die notwendigen Hilfeleistungen unterhalb der Pflegestufe I liegen. Wer ein Gutachten des MDK vorweisen kann, das ein Mindestmaß an pflegerischen Leistungen nachweist, kann Ansprüche aus Leistun-

gen der Sozialhilfe erhalten. Dies trifft oftmals für Menschen mit Demenz zu. Für die Leistungen der Hilfe zur Pflege ist der überörtliche Träger der Sozialhilfe zuständig (§97 Abs.3 Nr. 2 SGBXII). Maßgebend für den Bezug an Hilfe zur Pflege sind nicht nur das Einkommen, sondern auch die Kosten für eine angemessene Unterkunft: Die Höhe der Kosten belaufen sich in der Regel auf die ortsübliche Miete für eine der Größe nach angemessenen Wohnung einschließlich Nebenkosten (ohne Heizung).

Mit Inkrafttreten des PflegeVG gingen die Empfängerzahlen der Hilfe zur Pflege von 675.000 Personen im Jahr 1992 auf knapp 300.000 Personen im Jahr 1997 stark zurück. Seit 1998 ist sie wieder im Ansteigen begriffen: Im Laufe des Jahres 2008 bezogen rund 297.000 Personen Hilfe zur Pflege. Das entspricht einem Anstieg von 37% gegenüber 1998 (Statistisches Bundesamt, 2010, S. 3). Die 437.000 bewilligten Einzelleistungen in 2008 fallen mit 65% in den stationären Bereich. Im ambulanten Bereich überwiegt mit 13% die Kostenübernahme für die Heranziehung von „besonderen Pflegekräften“, worunter meist die Heranziehung neben oder anstelle einer „Pflegeperson“ (in der Regel Angehörige) gefasst wird (Statistisches Bundesamt, 2010, S. 9). Bei der Betrachtung der Empfänger-Anteile bezogen auf den Ort der Hilfefewährung fällt der große Unterschied zwischen den Ländern auf: In Bayern, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg beispielsweise waren es nur 15-16% der Hilfeempfänger, die ihre Leistungen außerhalb der Einrichtungen bezogen, in Hessen und Sachsen 30% bzw. 31% und in Hamburg 45% (Statistisches Bundesamt, 2010, S. 16).

Betrachtet man wieder die Gesamtlebenszeitausgaben für Pflege ergaben sich zwischen 2000 bis 2009 durchschnittlich 412€ bei ambulanter Pflege und 3.154€ bei stationärer Pflege pro Jahr und Pflegebedürftigem. Von der Sozialhilfe werden 744€ für ambulante Pflege bei Männern und 976€ für ambulante Pflege bei Frauen getragen, 2.059€ für stationäre Pflege bei Männern und 4.415€ bei Frauen. Allerdings konzentriert sich die Sozialhilfe auf eine kleinere Zahl an Pflegebedürftigen. Daher erhalten finanziell bedürftige Pflegebedürftige deutlich höhere Unterstützungsleistungen (Rothgang et al., 2012, S. 20).

Der Bezug von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen muss auch im Kontext von Altersarmut gesehen werden, gleichwohl diese Bezüge kein verlässlicher Indikator für geringes Einkommen bzw. Armut im Alter sind. Als arm können aber sicherlich die betrachtet werden, die Anspruch auf Sozialhilfe haben, diesen aber nicht geltend machen. Vor allem Ältere verzichten oftmals auf bestehende Sozialhilfeansprüche, weil sie befürchten, dass man ihre Kinder zur Mitfinanzierung heranzieht (BMFSFJ, 2002, S. 35). Untersucht werden müsste auch die Unterversorgung bzw. verschämte Armut, die dadurch entsteht, dass Ältere im Wohneigentum mit schlechter Ausstattung leben und über geringes Einkommen verfügen. Es wird oftmals lieber unterversorgt gelebt, als ausziehen zu müssen und zum Sozialhilfebezieher zu werden.

Die Regelungen und Zuständigkeiten für die Leistungen nach SGBV, SGBXI und SGBXII sind für unterschiedliche Formen des Wohnens nicht unerheblich. So wurde von einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft berichtet, dass eine Bewohnerin, die bei Einzug die Finanzierung zunächst aus eigenen Mitteln, d.h. Ersparnissen bestritt, nachdem diese aufgebraucht waren und Sozialleistungen notwendig wurden, zum Umzug in ein Pflegeheim aufgefordert wurde. Aus diesem Fallbeispiel wird deutlich, dass es eine Verschiebung von Leistungen zwischen den Sektoren der Leistungsträger gibt, die die fehlende Versorgungsplanung und mangelnde Koordination der Leistungsgesetze (Hoberg et al., 2013) belegen. Auch die ordnungsrechtlichen Voraussetzungen entscheiden mit, welche Leistungen man erhält und wie sich damit das Leben in gemeinschaftlichen Wohnformen ausgestaltet. Je nachdem, ob sie ordnungsrechtlich unter das Heimgesetz fallen, also als stationär eingestuft werden oder nicht, kommen leistungsrechtlich stationäre oder ambulante Leistungen des PflegeVG in Frage. Im Falle ambulanter Einstufung ergeben sich beispielsweise unterschiedliche Optionen für den Bezug von Geld- und Sach- bzw. Kombinationsleistungen aus beiden, je nachdem, ob die Beteiligung von Angehörigen Bestandteil der Konzeption ist. Hier ist auch die Gewährung von Sozialhilfe an Standards gebunden, wie z.B. Wohnungsqualität (Größe, Lage, Ausstattung) und Kosten für Miete.

Demgegenüber sollen im stationären Bereich spezifische Qualitätsstandards durch die Heimgesetze v.a. mit den Ausführungen zu Personal- und Bauverordnungen auf einem Niveau gehalten werden, das auch für mittlere und hohe Einkommen akzeptat-

bel erscheint. Es soll keinen durch finanzielle Mittel beeinflussten Qualitätsstandardunterschied geben. Die Sozialhilfeträger sind an den Pflegesatzverhandlungen beteiligt. Ihr Blick auf Minimierung von Sozialhilfeausgaben bei Personen mit geringeren finanziellen Ressourcen wirkt hier als Qualitätsstandardregulativ auch für Personen, die die Leistungen außerhalb des PflegeVG selbst finanzieren können. Im privaten Haushaltsstatus, also leistungsrechtlich SGBXI ambulanten Status, ergeben sich im Gegensatz zum stationären Bereich auch Möglichkeiten der Abrechenbarkeit von SGBV Leistungen.

2.3.1.4 Private Ausgaben zur Pflege

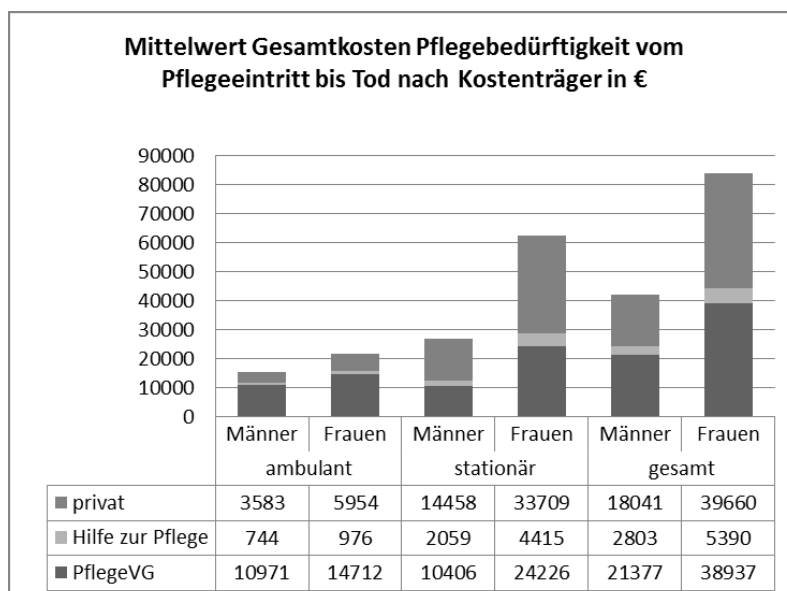
Private Kosten der Pflege sind die, die nicht von den Sozialversicherungen übernommen werden. Die mindestens 60-Jährigen Pflegebedürftigen zahlen in ihren Gesamtlebenszeitausgaben privat durchschnittlich 6.087€ für ambulante Pflegeleistungen, die in einer Spanne von 0€ bis 55.605€ reichen. Für die stationäre Pflege bezahlen Pflegebedürftige im Durchschnitt 31.131€, wobei auch hier eine große Streuung vorliegt: ein Drittel zahlt keine Leistungen, weil es zu keinem Heimeintritt kommt, bei 40% liegt der Finanzierungsbeitrag bei unter 463€, während die Eigenanteile für ein Zehntel bei mehr als 99.000€ liegen, maximal sogar weit über 300.000€. Pflegebedürftige Frauen leisten im Lebensverlauf mit 38.121€ einen durchschnittlich höheren eigenen Zahlungsbeitrag als Männer mit 16.517€. Die privaten Ausgaben für die stationäre Pflege sind von 1999 bis 2009 deutlich gestiegen. In Pflegestufe 3 um 234€ (von 545€ auf 787€ pro Monat), in Pflegestufe 2 um 271€ und Pflegestufe 1 um 206€ (Rothgang et al., 2012, S. 19ff).

2.3.1.5 Gesamtpflegekosten im Lebensverlauf Pflegebedürftiger

Seit 2012 liegen erstmals Zahlen für Gesamtkosten, die für Pflegebedürftigkeit für einzelne Personen privat oder durch die Versicherungssysteme anfallen, vor. Dazu wurde ein Gesamtlebenszeitkostenmodell der Pflege entwickelt, das Kosten die für Pflegebedürftigkeit von ihrem Eintritt bis zum Ende abbildet und die Pflegeeintrittskohorte des Jahres 2000 der ehemaligen GEK-Versicherten im Alter von mindestens 60 Jahren bis zum Jahr 2011 kumuliert (Rothgang et al., 2012, S. 18). Im Durch-

schnitt werden von der PflegeVG Kosten von 33.256€ pro Pflegebedürftigem verausgabt, wobei die Ausgaben zwischen 13€ und 262.215€ liegen. 27,9% verursachen Kosten unter 5.000€, für ein Zehntel fallen Kosten von mehr als 85.000 € an. Mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen (53,1%) sterben bereits im ersten oder zweiten Jahr nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit. Im Jahr 2011 wurden insgesamt 20,9 Mrd. € durch die Soziale Pflegeversicherung verausgabt (Rothgang et al., 2012).

Abbildung 1: Gesamtkosten Pflegebedürftigkeit vom Pflegeeintritt bis Tod nach Kostenträger in €



Quelle: Rothgang, 2012, S. 215

Die Gesamtpflegekosten im Lebensverlauf belaufen sich für Frauen auf einen durchschnittlichen Betrag von ca. 84.000€, wovon annähernd gleiche Teile - ca. 39.000€ - von der Pflegeversicherung und privat finanziert werden müssen (Rothgang et al., 2012, S. 215), Hilfe zur Pflege nimmt sich dagegen mit 5.390€ eher gering aus. Die Kosten für Männer liegen mit 39.660€ um mehr als die Hälfte unter den Frauen, wobei sich hier die Anteile aus der Pflegeversicherung auf 50,6% (Frauen 46,4%), der Eigenanteil auf 43% (Frauen 47,2%) und die Sozialhilfe auf 6,4% (Frauen 6,4%) be-

laufen. Die großen Unterschiede bei den Geschlechtern resultieren aus dem hohen Bedarf in der stationären Pflege bei den Frauen. Sie begründet sich aus der höheren Lebenserwartung der Frauen und den kriegsbedingten Ausfällen bei den Männern.

2.3.2 Ordnungrechtliche Grundlagen

2.3.2.1 Heimgesetze

In der Bundesrepublik wird erst seit 01.01.1975 durch Einführung des Heimgesetzes das Heimwesen umfassend gesetzlich geregelt. Zuvor galten für den Betrieb von gewerblichen Altenheimen, Altenwohnheimen und Altenpflegeheimen lediglich die Gewerbeordnung von 1900 mit ihren Bestimmungen über den Gewerbebetrieb sowie die einschlägigen Bestimmungen des Bau-, Feuer- und Katastrophenschutz – und Gesundheitswesens. Da die Bestimmungen hinsichtlich baulicher und personeller Ausstattung keine konkreten Anforderungen beinhalteten, erwiesen sie sich als nicht ausreichend, um einen umfassenden Schutz alter Menschen in Heimen sicherzustellen. Dies führte in vielen Fällen zu nicht tragbaren Verhältnissen in den gewerblichen Heimen (Dahlem et al., 2001, S. 5). Aber auch nachfolgende landesrechtliche Regelungen erwiesen sich als unzureichend, insbesondere weil sie den Grundsatz der Gewerbefreiheit nicht einschränken und eine Präventivkontrolle vorsehen konnten. Eine Reihe von Heimskandalen und Betrugsaffären führte von den Ländern zu einer Initiative für eine bundeseinheitliche Regelung. Sie stellte das Schutzbedürfnis des Bewohners ins Zentrum und hob nicht auf die Einschränkung von gewerblichen Heimträgern ab, sondern sollte sich unabhängig von der Rechtsnatur des Heimträgers auch auf frei-gemeinnützige und öffentlich-rechtliche Träger erstrecken (Dahlem et al., 2001, S. 6). In den Vorberatungen setzte sich seinerzeit die Auffassung durch, dass es nicht angemessen sei, das Gesetz als reines Aufsichts- und Kontrollinstrument zu konzipieren. Die staatliche Aufsicht allein sei nicht geeignet, bestehende Missstände zu beseitigen oder zu verhindern und die präventive Wirkung sei meist unzureichend. Im Wesentlichen bemühten sich die Träger der Heime unter oft wenig günstigen personellen und materiellen Voraussetzungen den Schutzbefohlenen die bestmögliche Betreuung und Pflege zukommen zu lassen. Daher wurde im Gesetz

auf die Beratung und das partnerschaftliche Zusammenwirken zwischen Trägern, Heimen und Behörden abgehoben (Dahlem et al., 2001, S. 8ff). Das 1975 in Kraft getretene Heimgesetz hat sich von der Gewerbeordnung zum sozialen Schutzgesetz entwickelt und Grundlagen für eine verbraucherorientierte Ausrichtung des Heimbereichs geschaffen.

Bedeutsame Elemente dieser Vorstellungen waren, dass durch einen Heimvertrag erstmals vertragliche Beziehungen zwischen Heimbewohnern und Trägern der Einrichtungen hergestellt und damit die Durchsetzung von Rechten erleichtert wurden. Es wurde ein Mitwirkungsrecht der Bewohner eingeführt, das die Möglichkeit stärken sollte, auf das Heimleben Einfluss zu nehmen, statt nur noch betreut und verwaltet zu werden (Dahlem et al., 2001, S. 8f). Das Gesetz ist seit seiner ersten Fassung in drei Novellen verbessert und an neue Anforderungen angepasst worden. Die vielfältigen gesellschaftlichen und politischen Entwicklungen wie die Wiedervereinigung Deutschlands (Einigungsvertrag 1990), die Einführung des PflegeVG 1995 oder die Reform des Sozialhilferechts 1996 zwangen den Gesetzgeber immer wieder zu einer generellen Positionierung und Anpassung des Heimgesetzes. Es sollte mit ordnungsrechtlichen Mitteln die Interessen von Heimbewohnern schützen und zu diesem Zweck einen gerechten Ausgleich der unterschiedlichen Verhandlungspositionen, Rechtstellungen und Interessenlagen bei Heimträgern und Heimbewohnern schaffen (Dahlem et al., 2001, S. 10ff).

Im Zuge der Föderalismusreform wurde 2003 die Gesetzgebungskompetenz für das Heimgesetz den Ländern übertragen. Die Kompetenzverlagerung stieß nicht nur auf verfassungsrechtliche Bedenken (Igl, Felix, 2008, S. 74). Die Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. (BUKO), hat im Vorfeld große Kritik an der Föderalisierung des Heimgesetzes geübt. Es wurden Qualitätsminderungen befürchtet, da sich Qualitätsstandards künftig vornehmlich an der jeweiligen Finanzlage der Länder orientieren könnte, eine Zunahme der Bürokratie, die sich auf die Zersplitterung des Heimrechts bei 16 Bundesländern zurückführen lässt sowie ein Abstimmungsproblem zwischen bundesweit geltenden Gesetzen, wie das SGBXI, SGBXII und die Vorschriften zum Heimvertrag, die dem Bürgerlichen Recht zuzuordnen sind (BUKO, 2011).

Die Bundesländer haben zwischen dem 01.07.2008 und 01.07.2010 Heimgesetze verabschiedet. Die Gesetze führen unterschiedliche Namen, in denen neuere gesellschaftliche Entwicklungen zur institutionellen Versorgung zum Ausdruck kommen: Pflege- und Wohnqualitätsgesetz, Wohnteilhabegesetz, Betreuungsqualitätsgesetz, Selbstbestimmungsstärkungsgesetz, Einrichtungenqualitätsgesetz, Landesheimgesetz (Klie, 2013). Mit Einführung des PflegeVG sollte der Wettbewerb in der Altenhilfe gestärkt werden. Die Perspektive, den Pflegebereich als Wachstumsmarkt zu betrachten, bewirkte einen starken Ausbau, der zunehmend gewerblich und weniger normativ motiviert und sozialplanerisch gesteuert wurde. Die Qualitätssicherung wurde im SGBXI im Leistungsrecht ausformuliert und hat sowohl die heimrechtlichen Vorgaben als auch die fachlichen Standards in ihrer eigenständigen Bedeutung relativiert.

Es gab unterschiedliche Stoßrichtungen, die auf die Regulierung der Wohn- und Versorgungsbereiche einwirkte. Die Perspektive, den Pflegebereich als Markt zu betrachten, bewirkte einen starken Ausbau, der zunehmend gewerblich und weniger normativ motiviert und sozialplanerisch gesteuert wurde. Gleichzeitig stiegen die Vorgaben zur Qualitätssicherung, insbesondere aus dem SGBXI forciert. Dies ging einher mit der Einrichtung von Qualitätsüberprüfungen des MDK. Sie lösen nicht die Überprüfungen der Heimaufsicht ab, die ihrerseits ausgebaut werden und ihren Kompetenzbereich in Richtung Pflege ausbauen. Die pflegewissenschaftliche Weiterentwicklung erhält dadurch starke Impulse, insbesondere durch die funktionale Ausrichtung des PflegeVG motiviert. In der Übergangszeit zwischen dem Bundesheimgesetz und der Ausformulierung der neuen Landesheimgesetze wurde die Anwendung gesetzlicher Regelungen für neue Wohn- und Pflegeformen v.a. mit ambulanter Pflege und Betreuung nach SGBXI in der Fachwelt intensiv diskutiert. Die Vorstellungen reichten dabei von einer Beschränkung ausschließlich auf eine Anmeldepflicht bis hin zur umfänglichen Anwendung des Heimrechts. Es gab landesbezogen – auch abhängig von den Prüfungsmodi der Heimaufsichten – unterschiedliche dynamische Entwicklungen. In Berlin entwickelten sich sehr schnell flächendeckend ambulante Pflegewohngruppen, in Baden-Württemberg bildeten sie durch restriktive Anwendung des Heimgesetzes eher die Ausnahme.

2.3.3 Personale Unterstützungspotentiale

Die Auseinandersetzung mit Fragen von Selbständigkeit und Selbstversorgung oder Hilfebedürftigkeit im Alter ist für den einzelnen Menschen ebenso bedeutend wie aus sozialpolitischer Perspektive. Unabhängigkeit von fremder Hilfe ist ein hohes Gut für ältere Menschen. Mit allen Mitteln wird versucht, diesen Status zu erhalten, was auch den meisten älteren Menschen gelingt. Dennoch wird ein höherer Anteil von ihnen von personaler Unterstützung abhängig und die Sicherung dieser Dienstleistung wird eine politische und gesellschaftliche Herausforderung. Der Anstieg pflegebedürftiger Menschen (BMFSFJ, 2005) führt zu einem steigenden Bedarf an unmittelbar personenbezogenen Dienstleistungen, seien es pflegerische, soziale, hauswirtschaftliche oder technische Dienstleistungen. Wichtig ist neben den vorgehaltenen Infrastrukturen wie ambulante Pflegedienste, teilstationäre und stationäre Pflegeangebote mit den formellen Personalressourcen insbesondere auch das Potential an informeller Pflege, d.h. von Familienangehörigen und weiterer sozialer Netzwerke. Als Mischform unterschiedlicher personeller Unterstützung werden Pflegearrangements als Teil künftiger Versorgungsstrukturen betrachtet. Nachfolgend werden die Potentiale, die sich auf unterschiedliche strukturelle Kontexte personaler Unterstützungspotentiale beziehen, beleuchtet.

2.3.3.1 Formelles Pflegepotential

Formelle Unterstützung hilfe- und pflegebedürftiger älterer Menschen basiert auf sozialstaatlichen Diensten und Einrichtungen, die mit den Sozialversicherungen entstanden und durch gesetzliche Regelungen begründet wurden. Die Hauptträger formeller Unterstützungssysteme für Ältere sind die Dienste und Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Altenhilfe, die in öffentlicher, freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft organisiert sind. Die Unterstützungssysteme unterscheiden sich nach Art der Leistungsangebote, dem Grad der Versorgung und der Vorhaltung unterschiedlich qualifizierter Kräfte. Das Spektrum an Hilfen reicht von stationären Einrichtungen mit einem hohen Versorgungsgrad mit einem festgelegten Quantum an Fachkräften bis zu einzelnen Hilfen, die selbständig lebende ältere Menschen unterstützen oder ihre informellen Hilfesysteme wie Familien und Nachbarschaft ergänzen

und entlasten. Das Aufgabenspektrum und die Qualifikationsanforderungen an die Leistungserbringer als Qualitätssicherungsaspekt werden in der Regel durch gesetzliche Vorgaben vorgegeben.

Ambulante Dienste

2009 waren 12.000 ambulanten Pflegedienste zugelassen, das entspricht gegenüber 2007 einem Zuwachs von 4,3% bzw. 500 Dienste. Die Mehrzahl (97%) erbringt sowohl Leistungen nach SGBXI als auch häusliche Krankenpflege nach SGBV (gesetzliche Krankenversicherung). Insgesamt arbeiteten in den ambulanten Diensten 290.000 Personen, davon 87% Frauen und 71% in Teilzeit – das entspricht bei einer Gewichtung nach der jeweiligen Arbeitszeit von ungefähr 177.000 Vollzeitäquivalenten. Der Haupteinsatzbereich des Personals war mit 70% die Grundpflege, 14% erbrachten hauswirtschaftliche Leistungen, 6% fungierten als Pflegedienstleitung, 5% waren in der Verwaltung tätig. Ausschließlich für den Pflegedienst im Rahmen des SGBXI waren nur 22% tätig, 78% waren sowohl für SGBXI und SGBV und andere Bereiche tätig. Gemäß dem Anstieg der Pflegebedürftigen stieg die Personalzahl seit 2007 um 13,9% bzw. 33.000 Beschäftigte. Starke Anstiege sind sowohl bei den Teilzeit- (+22.000 bzw. 13,3%) als auch bei den Vollzeitbeschäftigten (+10.000 bzw. 15,3%) festzustellen.

Bei den Berufsabschlüssen dominierten bei weitem die Gesundheits- und Krankenpfleger mit 30,5% und die Altenpfleger mit 19,7%, wobei gegenüber 2007 bei den Altenpflegern ein Wachstum von 17,6% bzw. 8.000 Beschäftigten zu verzeichnen war, bei den Gesundheits- und Krankenpflegern dagegen nur von 5% bzw. 4.000 Beschäftigten (Statistisches Bundesamt, 2009, S. 9ff).

Teilstationäre und stationäre Pflege in Pflegeheimen

2009 waren 11.600 teil- bzw. vollstationäre Pflegeheime zugelassen, das entspricht einem Zuwachs gegenüber 2007 von 5,5% bzw. 600 Einrichtungen und 5,8% bzw. 46.000 Plätzen. Die meisten Einrichtungen (10.400) boten vollstationäre Dauerpflege mit insgesamt 808.000 Plätzen (96%) an. Die Zahl der Tagesgäste in den teilstationären Angeboten nahm überdurchschnittlich um +35,2% bzw. 8.000 zu. Die ist auf

den neuen verbesserten Leistungsmodus der teilstationären Pflege nach dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz zurückzuführen.

In den Einrichtungen arbeiteten 612.000 Beschäftigte, davon 85% Frauen und 59% in Vollzeit, das entspricht nach der jeweiligen Arbeitszeit ungefähr 453.000 Vollzeitäquivalenten. 66% der Beschäftigten waren im Bereich Pflege und Betreuung, 17% in der Hauswirtschaft tätig. Das Wachstum fand auch stationär am stärksten bei den Pflegebedürftigen in Pflegestufe I statt (+ 9,7% bzw. 25.000 Personen). Das Personal stieg im gleichen Zeitraum um +8,3% bzw. 48.000 Personen, insbesondere bei den Teilzeitkräften um 15,1% bzw. 28.000 Beschäftigte. Die Hauptberufsgruppe im Bereich Pflege und Betreuung ist der Altenpfleger mit 32,9%, die Gesundheits- und Krankenpfleger sind hier mit 13,2% vertreten. Dies entspricht der vorgegebenen Fachkraftquote in den Landesheimgesetzen von ca. 50%, bei Betrachtung nach geschätzten Vollzeitäquivalenten. Bei den Berufsabschlüssen war bei den Altenpflegern ein Wachstum von +5,5% bzw. 7.000 Beschäftigten, bei den Gesundheits- und Krankenpflegern ein Rückgang um 0,4% bzw. 2.000 Beschäftigten zu verzeichnen.

Prognosen

Ausgehend von der Zahl der prognostizierten Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf, die von ambulanten und stationären Diensten und Einrichtungen versorgt werden, kann auch künftig auf einen steigenden Bedarf an Pflegekräften geschlossen werden. Das Statistische Bundesamt geht bei den Bedarfsprognosen von unterschiedlichen Szenarien aus: Bei dem Status Quo Szenario steigt der der Bedarf an Vollkräften in Pflegeberufen – in Krankenhäusern, ambulanten und stationären Diensten und Einrichtungen – vom Ausgangsjahr 2005 bis zum Jahr 2025 um 27,3% an. Dies entspricht einem Bedarf an 214.000 ausgebildeten Pflegevollkräften (Statistisches Bundesamt, 2010, S. 998). Bei dem gleichzeitigen Sinken der Anteile jüngerer Menschen stellt es eine besondere Herausforderung dar, ausreichend Fachkräfte für die Unterstützung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen zu erhalten. Hier spielen künftig tarifliche und arbeitsmarktpolitische Faktoren, Berufs- und Ausbildungsordnungen, die Arbeitsbedingungen in den verschiedenen Pflegearrangements und der kulturelle und soziale Kontext von Pflegebedürftigkeit eine große Rolle. Der Pflegepersonalbe-

darf kann auch nicht allein über ausgebildete Pflegekräfte gedeckt werden (ebd., S. 1000).

2.3.3.2 Informelles Pflegepotential

Zum informellen Pflegepotential zählen die im Unterstützungsnetzwerk vorhandenen nichtberuflichen Akteure. Dazu gehören in erster Linie Ehegatten bzw. Lebenspartner und Kinder, des Weiteren auch Freunde, Bekannte und Nachbarn. 92% der Pflegebedürftigen erhalten in der Regel von den nächsten Angehörigen regelmäßig private Hilfe und Betreuung. 2002 war die Hauptpflegeperson im Durchschnitt 59 Jahre alt. Am meisten pflegen (Ehe-)partner (28%), die Töchter (26%) und die Söhne (10%). 8% werden von Nachbarn, Freunden oder Bekannten versorgt. Die räumliche Nähe zum Pflegebedürftigen ist für die Pflegebereitschaft wichtig: 20% der allein lebenden Pflegebedürftigen wohnen im gleichen Haus mit den Angehörigen, 37% sind nur bis zu 10 Minuten entfernt (Schneekloth, 2008, S. 78ff). Auch die pflegekulturellen Orientierungen unterschiedlicher sozialer Milieus spielen eine Rolle. Das traditionsbewusste Unterschichtmilieu versorgt in der Regel (80%) Angehörige in der Häuslichkeit, während das liberal bürgerliche Milieu sich eine stationäre Versorgung eher vorstellen kann (34%) (Blinkert, Klie, 2006). Das Potential, das informelle Pflege einbringen kann, ist sehr stark abhängig von Familienkonstruktionen und Familienbeziehungen, die sich nicht nur mit gesellschaftlichen Entwicklungen, sondern auch im Lebenslauf und mit steigender Lebenserwartung verändert und sehr verändert hat (Hoff, Tesch-Römer, 2007).

2.3.3.3 Pflegearrangements

Als Modell für eine konzeptionelle Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen dienen Modelle von „Pflegearrangements“ (Blinkert, Klie, 2004, Blinkert, 2007, Blinkert, Gräf, 2009). Sie stellen sich in zwei Grundstrukturen dar: Erstens nach dem Ort der Versorgung – ob stationäre Versorgung oder Versorgung in einem häuslich-privaten Lebenszusammenhang bzw. in einem fließenden Übergang zwischen beiden. Zweitens nach dem Grad der Professionalität bzw. Beruflichkeit der häuslichen Versorgung. Verschiedene Akteure und Sektoren können an den Arrangements beteiligt

sein. Neben Angehörigen und informellen Helfern aus dem weiteren sozialen Umfeld (Nachbarn, Freunde, Ehrenamtliche) auch professionelle Fachkräfte und Dienste, sowie andere beruflich tätige und kommerziell orientierte Anbieter (Blinkert, Klie, 2006).

Das Potential an informeller Pflege ist von der Zahl, der Bereitschaft und den Ressourcen von Menschen abhängig, die sich um pflegebedürftige ältere Menschen kümmern können. Das sind als Angehörige in der Regel Ehepartner oder die Kindergeneration oder Menschen, die Versorgungsverpflichtungen im Sinne einer Nachbarnsolidarität zu übernehmen, die sozial verteilt, kulturell geprägt und damit auch Veränderungen unterworfen ist (Blinkert, Klie, 2004). Die Zeit, die unterschiedliche Akteure der Pflegearrangements einbringen, hängt sowohl vom Grad der Pflegebedürftigkeit als auch von den Bedingungen des sozialen Umfelds ab. In einem durchschnittlichen Pflegearrangement erbringen Familienangehörige ca. 52% der gesamten Versorgungszeit älterer Menschen, Freunde, Nachbarn und Bekannte 8%, professionelle Pflegekräfte etc. 4% und sonstige berufliche und/oder kommerzielle Anbieter 9% (Blinkert, Klie, 2006a). 71% und damit die Mehrheit der Haushalte nutzt die monatlichen Geldleistungen zur Absicherung der familiär erbrachten Hilfen. Knapp zwei Drittel der Haushalte (64%) erbringen die notwendige Pflege ausschließlich privat bzw. ergänzt um sonstige privat finanzierte Hilfen, 36% nehmen professionelle Hilfen in Anspruch, davon aber nur 8% ausschließlich professionelle Pflege, 28% im Mix mit privater Pflege. Im Vergleich zu 1991, wo 33% der Pflegebedürftigen professionelle Hilfe in Anspruch genommen haben, ist der Anteil nur leicht gestiegen (Schneekloth, 2008, S. 76). Dies bestätigt auch die Untersuchung von Rothgang et al. (2012, S. 180): Die Pflegearrangements sind mit 1,11% in 1998 bis 2011 mit 1,08% auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands bezogen relativ konstant geblieben. Die formell-ambulante Pflege ist von 0,86% auf 0,91% leicht angestiegen und die stationäre Pflege ist nach einem Anstieg in 2003 von 0,73% auf 0,66% gefallen.

Ableitungen für die Arbeit

Ausgestaltungsanforderungen an künftige Wohn- und Unterstützungsangebote sind aus vielfältigen Perspektiven zu betrachten. Verbesserte Lebensumstände und medizinische Versorgung führen zu einer höheren Lebenserwartung bei gleichzeitiger

Tendenz zur relativen Kompression chronischer Morbidität. Das höhere Alter ist gekennzeichnet von Multimorbidität und eingeschränkter Funktionalität, die vornehmlich aus einer Beeinträchtigung der Motorik bzw. allgemeinen Beweglichkeit und kognitiven Einschränkungen resultiert. Dementielle Erkrankungen spielen eine zunehmende Rolle. Die wachsende Zahl älterer Menschen und Hochaltriger weist nicht nur auf einen steigenden, sondern auch differenzierten Versorgungsbedarf hin. Neue Wohn- und Unterstützungsformen müssen diesen veränderten Bedarfen gerecht werden. Großen Einfluss auf die Ausgestaltung hat die Gesetzgebung vor allem mit ordnungs- und leistungsrechtlichen Vorgaben. Die Leistungsgesetze haben unterschiedliche Steuerungslogik und lassen vielfältige Optionen zu, die sich vor allem auch auf das Potential von formellen und informellen Hilfen auswirkt.

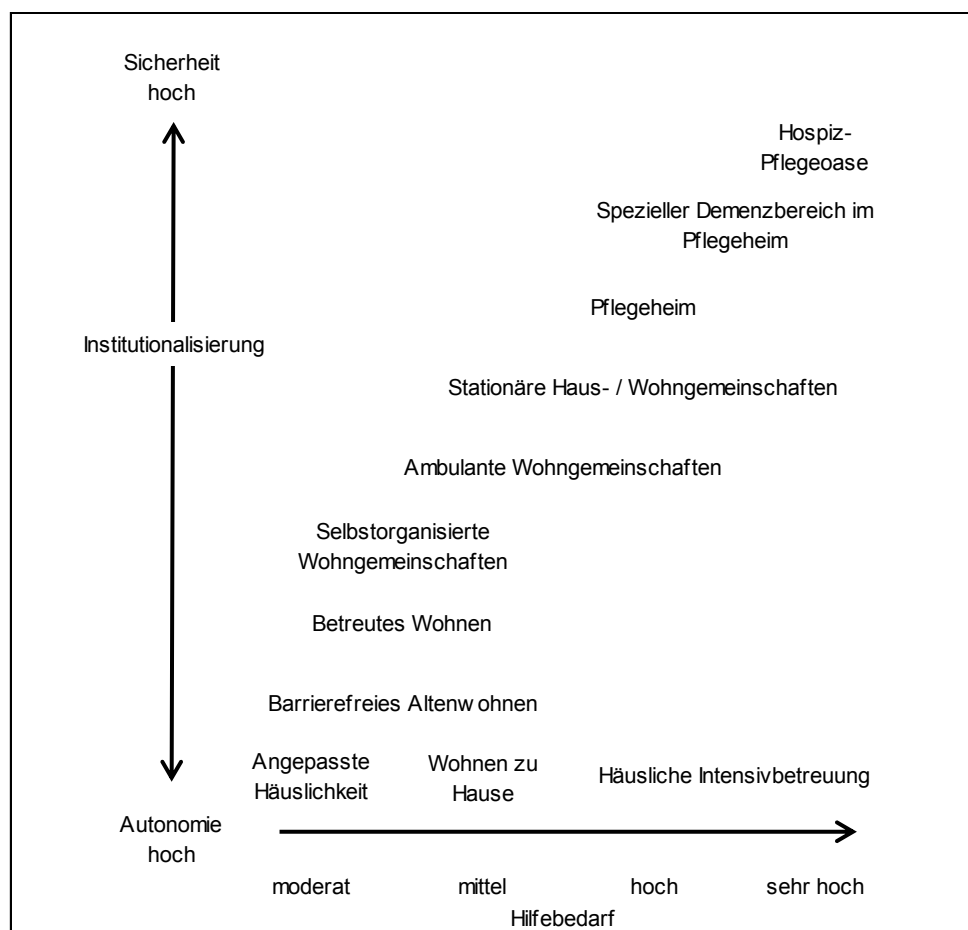
3 Aktuelle Wohnformen

3.1 **Alterswohnen und Autonomie vs. Sicherheit als handlungsleitendes Konzept**

In Deutschland haben sich unterschiedliche Wohn- und Unterstützungsangebote für ältere Menschen herausgebildet. Sie sind Ausdruck einer hohen Heterogenität des Alterns mit vielen Ausdrucksformen, was Kompetenzen und Reservekapazitäten, aber auch komplexe Konstellationen von somatisch-psychischer Vulnerabilität anlangt. Der gelingenden bzw. gezielt zu optimierenden Person-Umwelt-Passung kommt dabei besondere Bedeutung zu (Wahl, Steiner, 2014). Wie aus unterschiedlichen Befunden zu Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, Lebensqualität und Wohnen deutlich wird, ist älteren Menschen die Autonomie in den alltäglichen Lebensvollzügen ungeachtet von Krankheiten und funktionellen Einschränkungen ein wichtiger Wert. Autonomie steht u.a. für Selbstwirksamkeit, Kontrolle oder Kompetenz. Parmelee und Lawton beschreiben Autonomie als einen Zustand, in dem eine Person in der Lage ist oder sich in der Lage fühlt, dass sie ihre Lebensziele durch den Einsatz ihrer eigenen Ressourcen erreicht und wenig auf andere zurückgreifen muss. Im Gegensatz dazu zielen viele spezielle Angebote für ältere Menschen darauf ab, Sicherheit zu fördern: Ein Zustand, in dem die Verfolgung von Lebenszielen an physikalische, soziale und interpersonelle Ressourcen gebunden, von ihnen begrenzt und unterstützt wird. Autonomie sehen sie nicht mehr oder weniger kritisch als Sicherheit, sondern in einem dialektischen Verhältnis zueinander, das den Kern der Person-Umwelt-Beziehung bildet (Parmelee, Lawton, 1990, S. 465). Autonomie und Sicherheit müssen in einer Balance stehen und gehalten werden, sie sind Pole eines Kontinuums. Lawton hat dieses Verhältnis in seinem ökologischen Modell ausgeführt und auch Dimensionen der Autonomie-Sicherheits-Dialektik entwickelt. ADL-Anforderungen können unter Sicherheitsblickwinkel bedeuten, die Ausführung von alltäglichen Aufgaben zu fördern, unter Autonomieblickwinkel kann es bedeuten, Fähigkeiten zu schärfen und zu entwickeln. Übersichere Umwelt bringt Langeweile, Apathie und Rückzug hervor, zu viel Autonomie kann zu Stress und damit zu Angst oder Depression führen (ebd., S. 468).

Abb. 2 gibt einen Überblick über die aktuell vorzufindenden Wohn- und Unterstützungsformen in Deutschland. Sie werden nach dem Grad an Autonomie bzw. Sicherheit und dem Grad des Hilfebedarfs der Bewohner unterschieden. Den höchsten Grad an Autonomie bietet das Leben in der eigenen Häuslichkeit, wobei die Häuslichkeit auch auf hohe Hilfebedarfsgrade angepasst werden kann. Den höchsten Grad an Sicherheit und gleichzeitig größte Einschränkungen in der Autonomie bieten Hospize, Pflegeoasen und spezielle Demenzbereiche im Pflegeheim. In den Wohnformen, wo die Rechtsverhältnisse durch Heimgesetze geregelt sind, ist mit dem höchsten Grad an Institutionalisierung zu rechnen.

Abbildung 2: Aktuelle Wohnformen nach Grad an Autonomie und Hilfebedarf der Bewohner



Nachfolgend werden die wichtigsten Wohnformen vorgestellt und insbesondere auch auf das Autonomie-Sicherheits-Kontinuum eingegangen. Die Datenlage zum Hilfebedarf bei Einschränkungen in den alltäglichen Verrichtungen bei pflegebedürftigen Menschen durch die bundesweiten repräsentativen MUG-Studien seit 1991 ist für den stationären und häuslichen Bereich (Schneekloth, Wahl, 2008) sehr gut. Informationen zur Wohnstruktur oder Perspektiven, wie das „Wohnen im Alter“ in der Kommune bedarfsgerecht zu gestalten wäre, ist aber wenig ausgebaut, wie eine bundesweite Befragung von Landkreisen und kreisfreien Städten ergab (KDA, 2006, S. 6).

3.1.1 Angepasste Häuslichkeit

Bei der angepassten Häuslichkeit geht es um die Anpassung des Hauses oder der Wohnung an die veränderten Bedürfnisse älterer Menschen aufgrund körperlicher oder psychischer Einschränkungen. Die Anpassungsmaßnahmen orientieren sich an den Standards der Barrierefreiheit. Die meisten älteren Menschen leben schon lange in ihren Wohnungen und wollen dort auch wohnen bleiben. Für die Mehrzahl der älteren Menschen, die keine Einschränkungen haben, bietet diese Wohnform das Maximum an Autonomie und Sicherheit. Zahlreiche Untersuchungen belegen, dass die eigene Häuslichkeit einerseits die Möglichkeit bietet, z.B. Raum zu belegen, sich zu verhalten, wie man möchte, sich öffentlichem Blick zu entziehen – was für Autonomie steht. Andererseits bietet sie Schutz vor Kriminalität, den Ort für zwischenmenschlichen Kontakt, Entspannung und andere Aktivitäten – was das Gefühl der Sicherheit vermittelt. So sind optimale Möglichkeiten gegeben, dass sich jeder die bevorzugte Mischung an Autonomie und Sicherheit schaffen kann. Erst bei zunehmenden Einschränkungen in den Kompetenzen entsteht der Bedarf, sich mit den Umweltbarrieren auseinanderzusetzen, die diese Funktionen gefährden. Selbst sehr hilfebedürftige Menschen rechtfertigen ihren Wunsch, in der eigenen Häuslichkeit zu bleiben, mit der Freiheit, ein gewisses Maß an Kontrolle auszuüben (Parmelee, Lawton, 1990, S. 471).

Immer mehr ältere Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf leben zu Hause. Der Anteil an Pflegebedürftigen ist von ca. 1,1 Mio. in 1991 auf 1,4 Mio. in 2001, die Zahl der sonstigen Hilfebedürftigen ist von 2,1 Mio. in 1991 auf ca. 3 Mio. in 2001 gestiegen

(Schneekloth, 2008, S. 63). Von den Bewohnern in Privathaushalten im Alter zwischen 65 und 79 Jahren sind ca. 4% pflegebedürftig, im Alter ab 80 Jahren sind ca. 30% pflegebedürftig und weitere ca. 30% vorrangig auf hauswirtschaftliche Hilfen angewiesen. 25% wohnen bei ihren Kindern, die Mehrheit der Pflegebedürftigen lebt mit einem Partner (27%) oder allein (29%) in der angestammten Wohnung (ebd., S. 71). Um ihnen den Verbleib in der Häuslichkeit und eine entsprechende Selbständigkeit und Lebensqualität zu erhalten, sind Maßnahmen der Gestaltung von Wohnung und Wohnumfeld und die Verfügbarkeit von Unterstützungsangeboten notwendig. Grundsätzlich ist auch im Falle schwerster Pflegebedürftigkeit eine Versorgung und Betreuung im häuslichen Rahmen möglich, auch im Zusammenhang mit einer demenziellen Erkrankung. Ein typisches Merkmal bei Pflegebedürftigkeit sind Bewegungseinschränkungen, die zu Hilfebedarfen in den körperbezogenen alltäglichen Verrichtungen (sich duschen/ waschen, an-/ausziehen, Toilette nutzen, Nahrung zu sich nehmen) und zu ausgeprägten Hilfebedarfen bei der Haushaltsführung (Einkaufen, Saubermachen, Mahlzeiten zubereiten, Finanzen regeln) führen (Schneekloth, 2008, S. 73). Ein weiteres wesentliches Merkmal sind kognitive Beeinträchtigungen. Bei den nach SGBXI erfassten Pflegebedürftigen sind 33% weitgehend unauffällig, 23% desorientiert und 44% zeigen Irrtümer in der alltäglichen Lebensführung. Bei den sonstigen Hilfebedürftigen in Privathaushalten sind 79% unauffällig, 5% sind desorientiert und 16% zeigen Irrtümer in der alltäglichen Lebensführung (ebd., S. 74).

Zwischen Hilfebedarf und Wohnungsbeschaffenheit besteht ein Zusammenhang. Häufig sind Barrieren in der Wohnung ursächlich für Defizite in der Selbständigkeit (Schmitt et al., 1994, Wahl et al., 2009). Maßnahmen der Wohnungsanpassung bieten die Möglichkeit, Selbständigkeit in einzelnen Bereichen zu erhalten. Maßnahmen der Wohnungsanpassung umfassen die Beseitigung von Ausstattungsmängeln (z.B. Einbau von Bad, WC, Zentralheizung), Reorganisation der Wohnung bzw. des Hauses (z.B. Wohnungs-verkleinerung, Stockwerktausch, Wohnung mit Einfamilienhaus) und die Beseitigung von Barrieren (z.B. Lift- und Rampeneinbau, Einbau bodengleicher Dusche, Verbreiterung von Türen), kleinere Alltagserleichterungen (z.B. Schubladen statt Regalbretter in Küchen-/Unterschränken, niedrige/erreichbare Fenstergriffe) sowie technische Hilfen (z.B. Anbringen von Haltegriffen) (Stolarz, 1998, S. 13f).

Bestehende quantitative Untersuchungen zur Wohnsituation erlauben nur grobe Rückschlüsse auf Anpassungserfordernisse und können kein umfassendes Bild der Wohnverhältnisse Hochaltriger liefern. Vereinzelt qualitative Studien und Erfahrungen von Wohnberatungsstellen belegen aber überwiegend technische Mängel (BMFSFJ, 2002, S. 110). Die häufigsten ($\geq 31\%$) Wohnungsmängel bzw. Wohnprobleme in der Wohnung von hochaltrigen Nutzern (80 Jahre und älter) waren problematische Badewannen, hinderliche/unüberwindbare Treppen/Stufen im Außenbereich, eingeschränkte Bewegungsfreiheit im Badezimmer, problematische Badezimmertüren und fehlende benötigte Haltegriffe im Bad (Niepel, 2001).

Die Bedeutung der Umweltbedingungen für ein selbständiges Leben zu Hause wird aber immer mehr erkannt und schlägt sich in repräsentativen Untersuchungen nieder. Die MUG-Studien I (1993) und III (2002) zeigen, dass es in den letzten 10 Jahren deutliche Verbesserungen im Bereich der pflegegerechten Wohnungsausstattung gab. So konnte der Ausbau der Zentralheizung von 71% auf 79% gesteigert werden, der barrierefreie Zugang von 27% auf 59%, das pflegegerecht ausgebaute Bad von 10% auf 29% und die pflegegerecht ausgebaute Toilette von 9% auf 28% (Schneekloth, 2002, S. 85).

Eine zunehmende Rolle spielen auch technische Entwicklungen: Mittlerweile verfügen 14% der Pflegehaushalte über Internet, 10% über ein Notrufsystem und 4% über besondere Schutzvorrichtungen in der Küche. Diese unter Ambient Assisted Living (AAL) gefassten technischen Assistenzsysteme gewinnen an Bedeutung und stellen eine zunehmende Ressource für ältere Menschen in der häuslichen Umwelt dar (Wahl et al., 2010). Interessant in diesem Zusammenhang sind die Befunde der seit 1993 laufenden Interdisziplinären Langzeitstudie des Erwachsenenalters ILSE (Schmitt et al., 2009). Sie untersuchte bei 1390 Personen der Kohortenjahrgänge 1930 – 32 und 1950 – 52 in Ost- und Westdeutschland Indikatoren objektiver räumlicher Wohnumwelt wie Wohnungs-, Wohnumgebungs- und Hilfsmittelausstattung, deren subjektive Einschätzung und Aspekte der Wohnbedeutung. Es zeigte sich eine Verbesserung und Annäherung der Wohnbedingungen in Ost und West bei der Kohorte 1930-32 im Anteil moderner Wohnungen: In den neuen Bundesländern stieg er von 57% auf 87% und in den alten von 78% auf 86%. Bei detaillierteren Indikatoren für

Barrierefreiheit wie z.B. Handlauf an der Außentreppe oder Sitzmöglichkeit in der Dusche zeigten sich keine wesentlichen Verbesserungen. Die Befragten zeigten sich aber sehr zufrieden mit ihren Wohnbedingungen (ebd., S. 75). Auf die Möglichkeit der Diskrepanz zwischen objektiver und subjektiv eingeschätzter Wohnqualität wird an anderer Stelle verwiesen.

Zur Autonomie-Sicherheits-Dialektik lässt sich zusammenfassend sagen, dass die angepasste Häuslichkeit eine Antwort auf die reduzierte Sicherheit in Folge physischer Einschränkungen älterer Menschen ist. Die Autonomie bleibt für den Betroffenen gewahrt, da es sich um die eigene Häuslichkeit handelt und ausschließlich er darüber entscheidet, welche Anpassungen vorgenommen werden oder welche Hilfen in Anspruch genommen werden.

3.1.2 Betreutes Wohnen zu Hause und häusliche Intensivbetreuung

Beim Betreuten Wohnen zu Hause schließt man mit einem Dienstleister – meistens einem ambulanten Dienst – einen Betreuungsvertrag, der neben Beratungsleistungen auch regelmäßige Hausbesuche vorsieht. Diese dienen dazu, Kontakt zwischen dem älteren, meist alleinstehenden Menschen und dem Hilfesystem zu halten, damit Hilfebedarfe leichter eingeschätzt und im Bedarfsfall Hilfen leichter organisiert bzw. bereitgestellt werden können.

Bei der häuslichen Intensivbetreuung werden hilfebedürftige Personen zu Hause 24 Stunden von einer Pflege- bzw. einer Betreuungskraft betreut und/oder gepflegt. Dazu schließt man einen Vertrag – in der Regel mit einer Organisation – die den 24-Stunden-Dienst organisiert und sicherstellt. Unterkunft und Verpflegung werden in der Häuslichkeit gestellt. Häusliche Intensivbetreuung erfolgt z.B. im Zusammenhang mit dementiellen Erkrankungen oder auch mit intensivem Pflegebedarf bei Beatmungspatienten. Betreutes Wohnen zu Hause und häusliche Intensivbetreuung sind komplexere Formen des personellen Unterstützungsrahmens.

Am Wunsch älterer Menschen, so lange wie möglich auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in der Wohnung bleiben zu können, hat sich nichts verändert und auch die Angehörigen stützen diesen Wunsch mehrheitlich (89%) (Schneekloth, 2008, S. 86f).

Dies führt dazu, dass die Häuslichkeit immer mehr den steigenden Anforderungen angepasst wird. Neben baulichen und technischen Anpassungsprozessen geht es vor allem auch um personale Ressourcen, die Angehörige, Freunde, Nachbarn und professionelle Dienstleister erbringen. Wenn zunehmend auch mehr personelle Ressourcen benötigt werden, können prekäre häusliche Pflegesituationen entstehen. Sie treten im Zusammenhang mit der Betreuung von kognitiv beeinträchtigten Pflegebedürftigen mit nächtlichem Hilfebedarf, höherem Pflegebedarf (Pflegestufe 3) und Defiziten in der Hilfsmittelversorgung auf. Darunter wird auch der Einsatz von Notrufsystemen benannt (ebd., S. 87ff). Lücken in der Versorgung geben 18% der Pflegebedürftigen nach SGB XI und 12% der sonstigen Hilfebedürftigen an (ebd., S. 90). Der Umfang an Betreutem Wohnen zu Hause hat die letzten Jahre deutlich zugenommen (Kremer-Preiß, Stolarz, 2003), wobei das Angebot nicht immer an einen Vertrag und finanzielle Leistungen gekoppelt ist, sondern von ambulanten und sozialen Diensten organisiert wird. Die häusliche Intensivbetreuung bis 24 Stunden muss als wachsende Perspektive für Pflegehaushalte gewertet werden, auch wenn sie rechtlich z.T. in prekären Konstruktionen genutzt wird.

Die grundsätzlichen Bedingungen für Autonomie und Sicherheit scheinen bei diesen beiden Wohnformen durch die eigene Häuslichkeit gegeben: Die Untersuchung häuslicher Pflegearrangements in MUG III hat gezeigt, dass Selbstbestimmung weniger als ein Ergebnis von Hilfe und Pflege reflektiert und nicht bewusst als zu erhaltendes Ziel angestrebt wird. „Vielmehr scheint es, dass durch die Äußerung und Anerkennung des Wunsches, "so lange wie möglich zu Hause zu leben", der Selbstbestimmung bereits Rechnung getragen wurde. Die mit der Zunahme von Hilfe-/Pflegebedürftigkeit einhergehende Abgabe von Entscheidungen im Alltag (über den Tagesablauf, die Mahlzeiten, die sozialen Kontakte, die Organisation von Hilfe/Pflege, medizinische Belange und finanzielle Angelegenheiten) wird offenbar weniger als Verlust denn als Notwendigkeit erlebt“ (Heinemann-Knoch et al., 2008, S. 158f). Dieser Aspekt ist im Hinblick auf „Institutionalisierungseffekte“ in der stationären Pflege interessant. Es stellt sich die Frage, welche psychologischen Mechanismen zum Tragen kommen und wie welches Setting subjektiv bewertet wird.

3.1.3 Integriertes Wohnen

Das Integrierte Wohnen ist ein Sammelbegriff für Wohnkomplexe, in denen gemischte Bewohnergruppen zusammenleben. Sie sind von speziellen Trägern oder Interessengruppen initiiert und haben das Ziel, nachbarschaftliche Hilfen zwischen verschiedenen Generationen und Bewohnergruppen unterschiedlicher Bedarfslage zu verbessern. Zum Teil werden Barrierefreiheit, Begegnungsräume und ein Ansprechpartner vorgehalten. Da sich hinter dem Integrierten Wohnen ein breites Spektrum an unterschiedlichen Wohnkonzepten verbirgt, ist die Datenlage unsicher. Eine Schätzung in 2000 ergab für gemeinschaftliches Wohnen ca. 200 Projekte mit 4.000 bis 5.000 Wohnungen (KDA, 2006, S. 27).

Für das Autonomie-Sicherheits-Kontinuum ergeben sich im Integrierten Wohnen durch den Charakter der eigenen Häuslichkeit bei keinem bis möglichst geringem Maß an vorgehaltenen Grundleistungen die gleichen Bedingungen wie in der eigenen Wohnung, also ein hohes Maß an Autonomie. Es kann eine Antwort darauf sein, das Alleinwohnen zu überwinden, barrierefreien Wohnraum zu haben und Personen zur gegenseitigen Hilfe zu finden.

3.1.4 Betreutes Wohnen/Wohnen mit Service

Das Betreute Wohnen bzw. Wohnen mit Service stellt einen Sammelbegriff dar, der vom Grundprinzip ein Wohnangebot mit einem Service- bzw. Betreuungsangebot verbindet. Das Wohnangebot ist eine in der Regel barrierefreie, vollständige, abgeschlossene Wohnung in einem kleineren oder größeren Wohnkomplex, der meistens über Gemeinschaftsräume verfügt. Der Bewohner ist selbständiger Mieter oder Eigentümer der Wohnung. Vertraglich abgesichert wird ein gewisser Grundservice (v.a. Beratung, Notruf) vorgehalten, der von Anfang an pauschal vergütet werden muss. Weitere Leistungen (Hauswirtschaft, Pflege u.a.) können als Wahlleistungen abgerufen werden und müssen im Einzelnen bezahlt werden.

Das Betreute Wohnen wurde seit den 1980er Jahren als neue Perspektive der sozialen Infrastruktur und des Wohnangebots für Ältere konzipiert und es erfolgte eine starke Expansion. Heute leben schätzungsweise 150.000 bis 230.000 Bewohner im

Betreuten Wohnen, neuere Untersuchungen gehen von 4.000 betreuten Wohnanlagen und einer bundesweiten Versorgungsquote von 1,6% der 65-Jährigen und Älteren aus (Kremer-Preiß, Stolarz, 2003). Das Angebot löste das Altenheim und Altenwohnheim ab, das die feste Koppelung von Wohn- mit Betreuungsangebot beinhaltete. Dieses Prinzip stärkt den Gedanken des Wohnens und damit der Selbständigkeit und hat einen Vorteil gegenüber den institutionalisierten Wohn- und Versorgungsformen. Im Sinne des Autonomie-Sicherheitskontinuums hat eine Emanzipation des Wohnens stattgefunden (BMFSFJ, 1998, S. 113). Während das Institutionalierungsprinzip die Aufgabe der (häuslichen) Selbständigkeit mit dem Gewinn der (Versorgungs-) sicherheit der Altenwohnheime, Alten- und Pflegeheime zwangsweise verbindet, ist beim Betreuten Wohnen das Wohnen und die Betreuung getrennt. Die Betreuung und Unterstützung muss das selbständige Wohnen nicht einschränken.

Die verbindliche Vorhaltung von Betreuungsleistungen und Koppelung an eine Betreuungspauschale hat allerdings den Steuerungseffekt, dass – abhängig auch vom regionalen Wohnungsmarkt – in der Regel nur diejenigen in das Wohnangebot ziehen, die einen gewissen Hilfebedarf haben und sich das Angebot leisten können. Meistens ist das Angebot auch auf die Zielgruppe „Ältere“ ausgerichtet. Die Langzeitstudie von Saup et al. (2001) gibt differenzierte Auskunft zum Betreuten Wohnen. Die Mehrzahl der Bewohner ist weiblich (77%), alleinstehend (79%) und höheraltrig (87% sind zwischen 70 und 89 Jahre alt) und war beim Einzug bereits durchschnittlich 78 Jahre alt. 80% der Bewohner berichten über dauerhafte gesundheitliche Beschwerden, wobei die Mobilitätseinschränkungen mit 72% ausgeprägt sind. 32% bezeichnen ihren Gesundheitszustand als sehr gut bzw. gut, 18% als schlecht bzw. sehr schlecht. Mit 13% ist der Anteil der Pflegebedürftigen drei Monate nach Einzug noch gering, liegt aber im Vergleich mit dem Privathaushalt zwei- bis dreimal so hoch.

In Bezug auf die Verrichtung alltäglicher Aktivitäten (IADL) sind die Bewohner eine sehr heterogene Gruppe. Nur wenige waren beim Einzug bereits deutlich eingeschränkt. Aber 1/3 der Bewohner hatten vor dem Einzug Hilfe in der hauswirtschaftlichen Versorgung und 71% regelmäßige Hilfen bei der Haushaltsführung und Alltagsbewältigung. Auffällig ist die Kinderzentriertheit von Kontakt- und Hilfenetzwerken. Im

Vorfeld des Umzugs stehen Erwartungen an instrumentelle Hilfeleistungen im Alltag und im Krankheitsfall durch die Kinder im Vordergrund. Im Hinblick auf Pflegebedürftigkeit erfolgt ein Präferenzwechsel: Die meisten Älteren erwarten dann die Versorgung durch einen professionellen Dienstleister. Die subjektiv wichtigsten Einzugsgründe lagen in der Krisenvorsorge: 4/5 erwarten, dass sie im Notfall Hilfe, im Pflegefall Betreuung und in kurzfristigen Krisensituationen Hilfe- und Unterstützung bekommen. Altersdurchschnitt und gesundheitliche Einschränkungen in der Bewohnerschaft lassen auch auf die Bedeutung von dementiellen Erkrankungen im Betreuten Wohnen schließen. In einer Untersuchung von Saup et al. (2004) ergaben sich in 581 betreuten Wohnanlagen bei 9,4% der Bewohner eine dementielle Erkrankung. Für jede dritte Anlage stellen Menschen mit Demenz ein großes Problem dar (ebd., S. 8).

Durch Maßnahmen der Umweltgestaltung (barrierefreie Umwelt, Notrufanlage, personelle Präsenz und gesicherte Ansprechpartner) wird die Sicherheit bei Einschränkungen erhöht. Als Maßnahmen zur weiteren Erhöhung der Sicherheit v.a. bei Demenz werden die Umsetzung altersgerechter baulicher Maßnahmen zur Förderung der Gemeinschaft, Orientierung und Stimulation vorgeschlagen (Heeg, 1994), Erhöhung von personeller Präsenz und Verstärkung technischer Einrichtungen wie Rauchmelder, Herdabschaltautomatik sowie Weglaufsicherung nachts (Saup et al., 2004, S. 23). Von den 20,52 Stunden, die sich die Bewohner in der Wohnung aufhalten, sind sie am Tage 7,27 Stunden im Wohnzimmer, 2,29 Stunden in der Küche und 1,02 Stunden im Badezimmer. Dies zeugt von einem vergleichsweise hohen Grad an außerhäuslicher Mobilität und der großen Bedeutung an hauswirtschaftlicher Tätigkeit in der Alltagsstruktur.

Aus Mitarbeitersicht wird das Autonomie-Sicherheits-Kontinuum hier besonders deutlich: Die Autonomie wird gestärkt durch mehr verbleibende Aufgaben, durch bedarfsgerechte Hilfen, unterstützende Umwelt, mehr Mobilität, mehr geistige Beweglichkeit durch Geselligkeit, Gespräche, Bildungs- und Unterhaltungsangebote, Aufbau von Gemeinschaft und sozialen Netzen im Haus. Die Sicherheit für sich und andere ist dadurch gefährdet, dass keine ständige Überwachung bei Verirren oder Brandgefahr besteht, wenig organisierte Abwechslung erfolgt sowie Gefahr der Vereinsamung bei

Bewegungseinschränkung und Bettlägerigkeit gegeben ist (ebd., S. 20). Im Prinzip ergeben sich im Betreuten Wohnen durch den Charakter der eigenen Häuslichkeit bei einem möglichst geringen Maß an vorgehaltenen Grundleistungen die gleichen Bedingungen wie in der eigenen Wohnung.

3.1.5 Pflegeheim

Pflegeheime sind eine Wohnform, in der Wohnen mit einem hohen Maß an personellen v.a. pflegerischen Dienstleistungen rund um die Uhr gekoppelt ist und eine umfassende Pflege, Versorgung und Betreuung gewährleistet. Eine Vielzahl an gesetzlichen Rahmenbedingungen, darunter v.a. Heimgesetze und Leistungsrecht, schaffen einen kontrollierten institutionellen Rahmen. Pflegeheime sind für ältere Menschen mit moderatem bis schwerem Hilfe- und Pflegebedarf eine der wichtigsten Wohnformen neben der privaten Häuslichkeit. 1994 lebten 661.000 Menschen in ca. 8.300 Pflegeheimen. 2005 hat sich die Zahl um 13% auf 749.000 in ca. 9.100 Pflegeheimen erhöht. 1994 betrug der Anteil der Hochaltrigen (80 Jahre und älter) im Pflegeheim im Vergleich zur Gesamtbevölkerung 13,2% und stieg 2005 auf 14,1% (Schneekloth, Törne, 2009, S. 87). 30% der Einrichtungen haben weniger als 50 Plätze, 39% 50 – 100 Plätze und 31% über 100 Plätze. Knapp zwei Drittel (65%) liegen im Zentrum eines Dorfes bzw. einer Stadt oder zentrumsnah.

Gründe ins Heim zu ziehen sind für 2/3 der Bewohner der Gesundheitszustand, für 57% eine Überlastung der Angehörigen bzw. keine Verfügbarkeit von Hilfspersonen, für 22% war die Wohnung ungeeignet und 18% hatten den Wunsch nach sozialer Einbindung (Schneekloth, Törne, 2009, S. 90). Knapp ein Viertel (24%) sind im Anschluss an einen Akutkrankenhausaufenthalt umgezogen. 96% der Pflegeheimbewohner leiden an einer lang anhaltenden körperlichen Behinderung oder chronischen Erkrankung. Der Anteil an psychiatrisch erkrankten Menschen ist hoch: Er stieg bei den dementiell erkrankten alten Menschen von 30% in 1994 auf 46% in 2005. 14% leiden an einer schweren Depression. Pflegeheimbewohner haben in allen relevanten Bereichen der alltäglichen Verrichtungen Hilfe- und Unterstützungsbedarf. 57% der Bewohner haben vollen Unterstützungsbedarf beim Duschen, 43% beim An-/Ausziehen, 40% beim Wasser oder Stuhl Halten, 43% beim Toilettengang und

40% beim Umhergehen im Zimmer. Bei den IADLs ergeben sich noch größere Einschränkungen: 44% können zwar selbständig telefonieren, aber nur zwischen 22% und 9% sich draußen zurechtfinden, Besuche machen, finanzielle Dinge regeln, einkaufen oder öffentliche Verkehrsmittel nutzen (ebd., S. 102).

56,9% der Einrichtungen haben ein integratives Konzept, d.h. es wird nicht nach speziellen Hilfebedarfsgruppen unterschieden, 17,2% bieten integrative und teilsegregative Konzepte für Menschen mit Demenz an, d.h. für einen Teil wird für einen bestimmten Zeitraum ein gesondertes Angebot vorgehalten, wie z.B. eine Tagesgruppe. Ein gutes Viertel der Einrichtungen (25,9%) bieten neben den integrativen Bereichen auch spezielle Wohnbereiche für Menschen mit Demenz an. 67% aller Einrichtungen haben ein schriftlich fixiertes Betreuungskonzept für diese Zielgruppe entwickelt und 62,1% erhielten regelmäßig Beratung durch einen gerontopsychiatrisch erfahrenen Arzt bzw. Facharzt oder hatten einen Konsiliardienst eingerichtet (Schäufele et al., 2009, S. 167ff). Der starke Anstieg an psychischen Erkrankungen in Pflegeheimen und der Anstieg von körperlichen Einschränkungen führte erneut zu einer zunehmenden fachlichen Auseinandersetzung mit dem sozialen Milieu, architektonischen Konzepten und Pflege. Als wichtiges Versorgungselement waren Einrichtungen der Altenhilfe immer Veränderungen und Anpassungsanforderungen unterworfen, je nach Themenstellung und Herausforderungen ihrer Zeit.

Heute stellt sich die Frage, ob Pflegeheime das Extrem an Umweltpassung an Sicherheitsbedürfnisse von pflegebedürftigen Menschen darstellen. Oft liegt der Fokus auf Sicherheit als dem wichtigsten Bedürfnis. Das führt häufig zum Schluss, dass keine Autonomie möglich ist. Die Forschung zu persönlicher Kontrolle und institutioneller Abhängigkeit widerlegt diese Annahme und zeigt, dass es sich um eine dynamische Spannung und nicht um ein Endstadium zwischen den Polen Selbständigkeit und Sicherheit handelt (Parmelee, Lawton, 1990, S. 474).

Diese Auseinandersetzung mit Lebensqualität, Autonomie und Sicherheit führte in den letzten Jahren auch zu Ansätzen einer Ausdifferenzierung der stationären Pflege, die vor allem die Ausrichtung an Alltag und Normalität in Form von Hausgemeinschaften, die Spezialisierung für Menschen mit Demenz und künftig möglicherweise

vermehrt für immobile Personen mit eher passivem Verhalten und hohen pflegerischen Bedarfen vorsieht.

3.1.6 Ausdifferenzierung stationäre Pflege: Stationäre Hausgemeinschaften, spezielles Wohnen für Menschen mit Demenz und Oase-Gruppen

In Hausgemeinschaften wohnt eine Gruppe älterer Menschen in möglichst normaler Wohnumgebung in räumlicher Nähe zusammen. Jede Person verfügt über ihren privaten Wohn-/Schlafbereich mit möglichst eigenem Bad und WC. Alltagsleben findet in Gemeinschaftsräumen, zu denen eine Wohnküche zählt, statt. Eine Präsenzkraft in Hausfrauenfunktion steht tagsüber als Ansprechpartner zur Verfügung und organisiert den Haushalt. Normalität und anregungsreicher Alltag kennzeichnen das Milieu. Es gibt unterschiedliche Typen, je nach Vorhaltung von verbindlichem Service und Personalpräsenz (Winter et al., 1998), wird aber vor allem im stationären Bereich umgesetzt und fällt dann unter das Heimgesetz.

Die stationären Hausgemeinschaften sind eine neue Wohnform, die vom KDA seit Ende der 1990er Jahre als vierte Generation des Altenpflegeheimbaus propagiert wird (Winter et al., 2000). Es liegen keine gesicherten Daten zu Hausgemeinschaften vor, zumal sie als stationäre Hausgemeinschaften oder ambulante Haus- bzw. Wohngemeinschaften in Erscheinung treten. Werden sie im Rahmen eines stationären Konzepts angeboten, unterliegen sie dem Heimgesetz und dem entsprechenden stationären Leistungsrecht. Auf dem Kontinuum von Selbständigkeit und Sicherheit können die stationären Hausgemeinschaften vergleichsweise flexibel ausgestaltet werden. Allerdings ist die Gefahr groß, das Pendel eher in Richtung Sicherheit ausschlagen zu lassen, da v.a. die Geltung und Auslegung der Heimgesetze und des Leistungsrechts die Autonomie stark einschränken und einen Institutionalisierungsdruck ausüben.

Spezielle Wohnbereiche bzw. -gemeinschaften für Menschen mit Demenz werden zumeist als Teilbereich in stationären Einrichtungen und seit den 1990er Jahren als Wohngemeinschaften bzw. Wohnpflegegruppen umgesetzt. Es handelt sich dabei

um segregative Bereiche, die sich an kognitiv eingeschränkte Menschen, insbesondere mit Demenz wenden. Sie unterscheiden sich dadurch, dass sie in der Regel gewisse spezielle Merkmale aufweisen wie angepasste Umwelt, demenzorientierte Aktivitäten, kleinere Gruppen, spezielle Auswahl und Qualifizierung von Personal, können sich aber nach Konzept und Größe, baulicher Gestaltung und Organisation doch deutlich unterscheiden. Rund 10% der Pflegeheimbewohner mit Demenz leben in segregativen Bereichen bzw. Wohnformen (Schäufele et al., 2009). Diese zeichnen sich durch eine große Vielfalt in Platzzahlen, Organisation und Finanzierung aus. Gewisse Standards lassen sich in der Regel nur dort sicher nachweisen, wo im Rahmen gesetzlicher Vorgaben und spezieller Finanzierungen Kriterien wie Zielgruppe, Milieugestaltung und Personalausstattung wie beispielsweise in Hamburg oder Baden-Württemberg (Behörde für Soziales und Familie, Freie Hansestadt Hamburg, 2000, Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern, 2000) festgeschrieben sind. Zu den Bewohnern in segregativen Bereichen liegen keine Übersichtsstudien vor, sondern nur Studien mit geringer Fallzahl, was die Validität der Befunde beeinträchtigt. Man kann sagen, dass Bewohner mit abweichendem motorischen Verhalten, Bewegungsdrang, agitierte wie depressive Verhaltensweisen und Aggressionen bevorzugte Zielgruppen für das Konzept sind.

Sogenannte Pflegeoasen zeichnen sich insbesondere durch ein spezifisches Raumkonzept und pflegerische Interventionen aus. Sie haben große Nähe zur palliativen Pflege und wenden sich an immobile Personen mit passivem Verhalten im fortgeschrittenen Stadium von Demenz. Geringe Auskunftsfähigkeit, Verschlechterung der selbständigen Nahrungsaufnahme, steigendes Aspirationsrisiko und mögliche Komplikationen wie Muskelatrophien und Kontrakturen sind Beispiele dafür (Abbey, 2003). Der Ansatz stößt auf große Vorbehalte, wenn er u.a. das Wohnen mehrerer Personen in einem Raum vorsieht. Argument dafür ist, dass die Betroffenen in Einzelzimmern Ängste und Einsamkeitsgefühle empfinden. Ein Gegenargument ist, dass die Wahrung der Privatsphäre als wichtiges Grundbedürfnis nicht gegeben ist. Untersuchungen vereinzelt bestehender Konzepte sehen hier auch einen evidenten zukünftigen Forschungsbedarf (Rutenkröger, Kuhn, 2008).

In den segregativen Bereichen der stationären Pflege stellt sich die Frage nach dem Autonomie-Selbständigkeitskontinuum noch stärker als im Pflegeheim. Segregative Bereiche betonen Sicherheit als wichtiges Bedürfnis und laufen Gefahr, Autonomie nicht angemessen zu berücksichtigen. Gerade Personen in der letzten Lebensphase wird eine totale Abhängigkeit unterstellt. Mobile Menschen mit Demenz tendieren aus Sicht der Umgebung durch unkontrolliertes Laufen und Verlassen der Wohnung zu Selbstgefährdung durch Stürze oder Unfälle. Freiheitsentziehende Maßnahmen wie Einsatz von Fixiergurten oder Bettgittern werden daher als wichtige Indizes bei der Frage der Lebensqualität in Einrichtungen der Altenhilfe thematisiert.

3.1.7 Wohngemeinschaften/Hausgemeinschaften

Wohngemeinschaften bzw. Hausgemeinschaften sind Wohnformen, die in den letzten Jahren ein starkes Wachstum gezeigt haben. Hier wohnt eine Gruppe älterer Menschen überwiegend mit Hilfe- und Pflegebedarf in einer Wohnung oder einem Haus zusammen. Kern des Konzepts ist das Wohnen und die Gemeinschaft, der gemeinsame Haushalt, die an Normalität orientierte Organisation des Tagesablaufs und Unterstützung durch Betreuungskräfte. Neben diesen Grundstrukturen ist die konzeptionelle Ausgestaltung sehr vielfältig. Die Größe variiert zwischen 6 und 25 Personen, der private Wohnraum kann nur ein Zimmer oder ein Appartement mit Bad und Küche umfassen. Es gibt gemeinsam genutzte Räume und die personelle Unterstützung erfolgt durch Angehörige, Ehrenamtliche und professionelle Dienste.

Je nachdem, ob Wohnpflegegruppen unter das jeweilige Landesheimgesetz fallen und je nach leistungsrechtlichem Geltungsbereich, unterliegen sie unterschiedlichen Rahmenbedingungen und sind mit unterschiedlichen Umsetzungsbedingungen konfrontiert. Fallen Wohn- bzw. Hausgemeinschaften unter das Heimgesetz, werden sie in der Regel als Hausgemeinschaften bezeichnet. Die Datenlage in diesem Bereich ist bislang unsicher. Die wohngruppenorientierte Betreuungsform wird in einigen europäischen Ländern bereits praktiziert, in Deutschland wächst der Konsens über das Grundkonzept als bedarfsgerechte Wohnalternative für Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf (Kremer-Preiß, Stolarz, 2004, S. 7). Auch wenn die Projekte über den Status des Modells hinausgewachsen sind (Klie, 2002, Kremer-Preiß, Stolarz, 2004),

unterscheiden sich die Rahmenbedingungen sehr und fördern bzw. behindern die Verbreitung dieser Wohnformen regional entsprechend unterschiedlich. Dies ist vor allem auf die Landesheimgesetze und auf regional geprägte Kosten und Verfügbarkeit von Wohnraum zurückzuführen.

Auf der Grundlage einer systematischen Erhebung existierten 2003 in Deutschland mindestens 140 ambulant betreute Wohngemeinschaften mit einer Gruppengröße zwischen 3 und 24 Bewohnern. Sie waren schwerpunktmäßig im normalen, angepassten Wohnungsbau untergebracht. Die Bewohner hatten zu 89% Einzelzimmer zur Verfügung, bei 23,5% waren die Zimmer unter 12qm groß, bei knapp der Hälfte (47,1%) 12 bis 16qm (Kremer-Preiß, Narten, 2004, S. 34). 22,2% der Bewohner waren unter 75 Jahre alt, 62,4% zwischen 75 und 90 Jahre. Im Vergleich mit der stationären Pflege (Pflegeheim) ergab sich eine ähnliche Altersstruktur, aber mit einem Überhang im Pflegeheim bei den Hochaltrigen (90 Jahre und älter) von 23% zu 15,4%. 87% der Bewohner hatten eine Einstufung nach SGBXI. Davon 21,1% in Pflegestufe III, 43,4% in Pflegestufe II. 13,2% hatten keine Einstufung. Ein großer Teil der Bewohner ist dementiell erkrankt (75,8%) und 14,9% haben einen großen Bewegungsdrang. 44% hatten psychische Probleme. Neben einem großen Teil an Menschen, der nach Alter, pflegerischem und sozialem Hilfebedarf der stationären Pflege vergleichbar ist, wohnten dort auch andere Zielgruppen (14,3%) und Personen ohne Einstufung nach SGBXI (13,2%).

Aufgrund der starken ordnungsrechtlichen Trennung zwischen ambulantem und stationärem Bereich und unterschiedlichen Landesheimgesetzen hat sich eine sehr unterschiedliche Versorgungslandschaft in Deutschland herausgebildet. Während 2003 in Berlin mit 36,4% und in Nordrhein-Westfalen mit 26,6% knapp 2/3 der Wohnpflegegruppen der BRD angesiedelt waren, fanden sich 37% in den 13 anderen Bundesländern (Kremer-Preiß, Narten, 2004, S. 16). Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz und das Pflegeeneuausrichtungsgesetz (BMAS, 2013) verbessern die Finanzierung der Versorgung von Demenzerkrankten und Wohngemeinschaften und dürften damit einen Ausbau der Angebote weiter fördern.

Auf dem Kontinuum von Selbständigkeit und Sicherheit rangieren die Wohnpflegegruppen stärker im Bereich der Autonomie, da der Status der eigenen Häuslichkeit vs. Institution mit vielfachen gesetzlichen Vorgaben gewahrt ist. Anmietung, Einrichtung der Wohnung, Verwaltung des Haushaltsgeldes, Beauftragung eines Pflegedienstes, Mitbestimmung bei Dienstplangestaltung und Mitarbeiteranstellung sind Ausdruck der Selbstbestimmung. Dies wird in der Gruppe der Bewohner bzw. der Angehörigen oder Betreuern ausgehandelt. Eine Chance der Wohnpflegegruppen liegt darin, dass das Kontinuum von Autonomie und Sicherheit grundsätzlich sehr flexibel ausgestaltet werden kann.

Ableitungen für die Arbeit:

Die Wohn- und Unterstützungsangebote haben sich sehr ausdifferenziert, wobei sie oftmals als eine Erweiterung der bestehenden Angebote im Sinne verbesserter Person-Umwelt-Passung betrachtet werden können. Dynamik und Veränderungen im Krankheitsverlauf und individuelle Ausprägungen von Ressourcen und Hilfebedarf sind bei Menschen mit Demenz die großen Herausforderungen an neue Wohnlösungen. Gerade für die schnell wachsende Zahl an kleingemeinschaftlichen neuen Wohnformen wie Haus- und Wohngemeinschaften, die ein Angebot insbesondere auch für diese Zielgruppe darstellen, liegen noch zu wenig differenzierte Untersuchungen vor. Sie müssen sich in eine Vielzahl von Wohnangeboten einreihen und profilieren. Die vorliegende Arbeit muss daher in den Blick nehmen, wie die Lebensqualität von Menschen mit sehr heterogenen Kompetenz- und Bedürfniskonstellationen durch optimierte Person-Umwelt-Passungen beeinflusst wird. Dabei spielen insbesondere kleingemeinschaftliche Wohnformen eine Rolle, die zwischen hoher Person-Umwelt-Spezifikation und möglichst allgemeiner, häuslichkeitsähnlicher Umwelt ein breites Spektrum an Wohnoptionen abbilden.

4 Wohnangebote im Alter unter Veränderungsdruck

Die Fragen, die sich aus den aktuellen und künftigen Entwicklungen des Alters und höheren Alters ergeben, werfen auch Fragen auf, in welchen Wohnformen ältere Menschen wohnen werden und wo diesbezüglich der künftige Gestaltungsrahmen gelegt werden sollte. Dazu werden im folgenden Kapitel nach der Reflexion der Altenhilfe in Deutschland seit dem letzten Jahrhundert die Push- und Pullfaktoren der Veränderung bei den gegenwärtigen Wohn- und Unterstützungsangeboten vorgestellt. Um die neuen Entwicklungen einschätzen zu können, werden darauffolgend Modelle von Leitlinien von Settings, Herausforderungen für die praktische Umsetzung und Rahmenbedingungen reflektiert.

4.1 Entwicklungen der Altenhilfe in Deutschland

4.1.1 Sozialgeschichtliche Reflexion – der institutionalisierte Ältere

Im Zuge der Industrialisierung, des Bevölkerungswachstums und des Auseinanderfallens der produktiven und reproduktiven Aspekte der Lebens in Deutschland erfolgte die Ausgrenzung des Alters und in Folge dessen die Institutionalisierung des Alters. Sie war verknüpft mit spezifischen – meist negativen – Annahmen über das Alter und über die Lebenslage alter Menschen. Der Fokus von Untersuchungen zum Wohnen im Alter konzentrierte sich auch bis Ende der 1990er Jahre im Wesentlichen auf die Formen des institutionalisierten Wohnens. Erst die sich abzeichnenden gesellschaftlichen Veränderungen, die mit dem Schlagwort „demografischer Wandel“ umrissen werden und zunächst einmal die große Zunahme der Zahl alter Menschen in der Gesellschaft und die „Last“ der Versorgung meinte, beförderte die Untersuchung der Lebenssituation älterer Menschen. Im 19. Jahrhundert war die Altersfrage eine Armutsfrage und institutionalisierte ältere Menschen waren – zusammen mit anderen Gruppen wie psychisch Kranke – in Siechen- und Armenhäusern untergebracht. Mit zunehmendem medizinischen Fortschritt im 20. Jahrhundert war das Alter mit Krankheit assoziiert und die Institutionalisierung in Altenheimen orientierte sich am Bild von Krankenhäusern. Im Nachkriegsdeutschland gesellte sich zum Modell der Krankenpflegeeinrichtung das Modell des Wohn- und Altenheims, bedingt durch den steigenden Bedarf an Wohnraum, durch die Flüchtlingsströme und die großflä-

chige kriegsbedingte Zerstörung von Häusern in den Städten sowie die wachsende Zahl alter Menschen.

Eine systematische, gerontologisch fundierte Forschungstradition zur Frage, welche Leitlinien bzw. theoriegeleiteten Prinzipien den baulichen Konzepten zugrunde liegen bzw. zugrunde gelegt werden sollten, gibt es in Deutschland nicht. Die Evaluation der architektonischen Gestaltung von Pflegeeinrichtungen seit der Nachkriegszeit lässt den Rückschluss zu, dass es solche Gestaltungsprinzipien gibt. Systematisch verfolgt hat dieses Thema erstmals das Kuratorium Deutscher Altershilfe, KDA, das seit seiner Gründung 1961 auch wesentlich die konzeptionelle Ausgestaltung beeinflusst hat und Empfehlungen für den Bau von Seniorenimmobilien gibt. In einer Analyse von den 1940er Jahren bis Anfang 2000 lässt sich ein konzeptioneller Entwicklungsprozess der Altenhilfe in Deutschland anhand der Umgebungsfaktoren bzw. architektonischen Gestaltung ablesen. In ihrer Analyse identifiziert Kaiser vier Generationen an Pflegeheimen, die sich als „Verwahranstalt“, „Krankenhaus“, „Wohnheim“ und „Familie“ in einer spezifischen Architektur ausdrücken und Rückschlüsse auf die jeweils geltenden Leitbilder der Altenhilfe, die konzeptionellen Rahmenbedingungen und die Rolle der alten Menschen in der Gesellschaft zulassen.

Die erste Generation der Pflegeheime in den 1940er bis 1960er Jahren war geprägt vom Bild der Verwahranstalt bzw. Anstaltstyp mit Mehrbettzimmern und minimaler Ausstattung z.B. bei den Sanitäreinrichtungen. Diese einfache Versorgungsform mit räumlicher Enge und minimaler technischer Ausstattung resultierte aus einem hohen Bedarf und wirtschaftlichen Zwängen. Die zweite Generation in den 1960er bis 1970er Jahren orientierte sich am Krankenhaus mit einer Optimierung von Teilaspekten der Pflegeabläufe z.B. Fäkalienbeseitigung, Überbetonung der Technik, stereotype räumliche Organisation. Sie hatte aber schon Drei- und Zweibettzimmer und verfügte über eine bessere Ausstattung. Es erfolgte eine Funktionszuweisung nach dem Bedürftigkeitsgrad der Bewohner in Altenwohnheim, Altenheim und Altenpflegeheim. Die dritte Generation in den 1980er und 1990er Jahren orientierte sich am Wohnheim und versuchte Wohnbedürfnisse mit Pflegeerefordernissen zu verbinden. Die technische Versorgung wird diskreter, Einzelzimmer nehmen zu und die räumliche Gestaltung des Wohnumfeldes gewinnt an Bedeutung. Der Bewohner wird aktiviert

und gleichzeitig sind hauswirtschaftliche Bereiche wie Küche und Wäsche zentralisiert und ausgegliedert (Kaiser, 2008, S. 25ff).

Seit Ende der 1960er Jahren gewinnt gerontologisches Wissen zunehmend Einfluss auf die Versorgungssituation älterer Menschen in Deutschland. Das Pflegeheim wird als „totale Institution“ reflektiert und die Öffnung ins Gemeinwesen propagiert (Hummel, 1982). Die Psychiatrieenquête gibt Impulse für die gemeinwesenorientierte gerontopsychiatrische Versorgung, die Situation pflegender Angehöriger und häusliche Situation Demenzkranker wird Thema. Die Professionalisierung der Altenhilfe durch Schaffung eines Ausbildungsgangs „Altenpflege“ neben der Krankenpflege und Einführung gerontologischer Studiengänge ist die folgerichtige fachliche Entwicklung des rasch wachsenden Feldes. Sozialpolitisch greift der Staat auf den stationären Bereich über die Heimgesetze und die Einführung der Pflegeversicherung zunehmend steuernd ein. Mit der Propagierung des Wettbewerbs in der Altenhilfe nehmen sich die Kommunen immer mehr aus der aktiven Steuerung und Sozialplanung im Bereich der Altenhilfe heraus.

Parallel zur anwachsenden Zahl hilfebedürftiger älterer Menschen und dem Ausbau der ambulanten Dienste bzw. häuslichen Versorgung sind immer mehr stationäre Einrichtungen entstanden, bei denen sich mit einer neuen Bedarfslage der Bewohner auch Fragen der baulichen und konzeptionellen Entwicklung stellten. Aus einer Analyse der Nutzung der Bewohner ergeben sich folgende neuen Anforderungen: Es konnte die Tendenz zu einer immer spezifischeren, individuellen und ganzheitlichen Betrachtung und Förderung des einzelnen Bewohners beobachtet werden. Diese Entwicklung spiegelt sich in der stetigen Verringerung von Belegungsstärken, größeren Flächenanteilen pro Person, dem Abbau von Mehrbettzimmern bis zum heute überwiegenden Angebot an Einzelzimmern wider.

Neuere Leitbilder werden auch in der bundesdeutschen Studie (BMFSFJ, 1999) gefunden, allerdings auf Basis einer kleinen Stichprobe. Sie wurde in Auftrag gegeben, weil mit Zunahme der Bedeutung von Seniorenimmobilien und den steigenden Ausgaben in der Versorgung Umwelt- bzw. Baustandards immer mehr unter Legitimationsdruck geraten. Die Studie suchte Erkenntnisse zum qualitativ guten und zugleich

wirtschaftlichen Betrieb von Altenhilfeeinrichtungen zu gewinnen. In der Ausschreibung wurden Anforderungen an ein Pflegeheim formuliert, die von einer hohen Widersprüchlichkeit zeugen: Es sollte ein Angebot an bedürfnisgerechtem Wohn- und Lebensraum für pflegebedürftige ältere Menschen sein, das einen effizienten und wirtschaftlichen Betrieb ermöglicht. Der Bau sollte nutzungsoffen sein, damit er auf sich ändernde Pflegekonzepte und betriebliche Anforderungen reagieren kann sowie gute Rahmenbedingungen für die Integration in die Gemeinde bietet. In der Evaluation wurde festgestellt, dass das Ambiente vieler Einrichtungen freundlich, der institutionelle Charakter zurückgenommen und der Standard für die Bewohner im Individualbereich gestiegen ist. In den meisten neueren Einrichtungen wird der Großteil der Plätze in Einzelzimmern angeboten, auch der Anteil individueller Sanitärbereiche hat sich deutlich verbessert (BMFSFJ, 1999, S. 2). In der Studie wurde gleichzeitig deutlich, dass infolge der Zunahme von Menschen mit Demenz und psychischen Erkrankungen in den Einrichtungen Anpassungen in Richtung Wohnlichkeit, Vertrautheit und Anregung nötig sind: Zur Förderung der Wohnlichkeit wurden die größeren Stationen in Wohngruppen untergliedert, damit sich überschaubare soziale Einheiten mit eigenen Aufenthaltsbereichen ergeben und eine Vertrautheit mit der Situation und den Mitbewohnern einstellt. Die Erhöhung der Attraktivität der halböffentlichen Bereiche durch Ausgestaltung der Flure als Wohn- und Erlebnisbereiche dient der Anregung. Eine Analyse der Aufenthaltsorte zwischen Frühstück und Mittagessen in den vier Einrichtungen ergab, dass sich zwischen 32,8% und 48,9% der Bewohner in den Zimmern aufhalten und nur zwei bis sieben Prozent außerhalb des Wohnbereichs bzw. außerhalb des Hauses. Mobile, demenzerkrankte Bewohner halten sich in der Regel eher außerhalb der Zimmer mit Blickkontakt zum Pflegepersonal auf. Zu gering dimensionierter Platz in Aufenthaltsbereichen kann Rollstuhlfahrer mit erhöhtem Platzbedarf bei der Teilnahme an der Gesellschaft am Tisch behindern. In unterschiedlichen Ausformungen konnte eine mangelnde Passung zwischen baulichem und betrieblichem Konzept festgestellt werden: waren die Wohngruppen zu klein, können sie nicht angemessen besetzt werden, sind sie zu groß, geht der Überblick verloren und zieht einen hohen Abstimmungs- und Koordinierungsaufwand nach sich (Heeg, Ratzey, 1999, S. 4).

Die Diskussion um eine qualitätvolle Wohn- und Unterstützungsform für hilfe- und pflegebedürftige ältere Menschen bekam vor allem durch den wachsenden Anteil an Menschen mit Demenz seit Ende der 1990er Jahre eine wachsende Dynamik. Die repräsentativen MUG-Studien, die seit den 1990er Jahren durchgeführt wurden, brachten differenziertere Erkenntnisse zur Situation von Hilfe- und Pflegebedürftigen in privaten Haushalten und stationären Einrichtungen (Schneekloth und Wahl, 2008, 2009), insbesondere auch statistisch belastbare Daten zur Qualität der Versorgung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen (Schäufele et al., 2008). Die Frage, ob Menschen mit Demenz in integrativen oder segregativen Konzepten angemessener versorgt sind, wurde sehr kontrovers diskutiert. Befördert wurde diese Diskussion durch einen Mangel an evidenzgestütztem Wissen zu Wohn- und Versorgungskonzepten bei Demenz bei gleichzeitigem Finanzierungs- und Rationalisierungsdruck.

4.1.2 Einschätzungen zum künftigen Angebot

In Deutschland hat sich keine eigene wissenschaftliche Forschungstradition zur Ausgestaltung des Wohnens und Unterstützung älterer Menschen herausgebildet. Wie bereits oben ausgeführt, bleiben die systematischen Impulse im architektonischen und konzeptionellen Bereich in der Altenhilfe maßgeblich auf das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) beschränkt. Die Geschichte des Wohnens im Alter ist im Wesentlichen die Entwicklung institutionellen Wohnens. Allerdings konnte und kann die Gerontologie in Deutschland, was belastbaren Erkenntnisgewinn zu Wohnen und physikalischer Umwelt im Alter angeht, nicht den Beitrag zur Praxis leisten, was angesichts des heraufscheinenden Bedarfs angeraten wäre.

Die Frage, wovon die Wohn- und Versorgungssituation älterer hilfebedürftiger Menschen abhängt und wie sie sich gestalten wird, ist sehr komplex und planerisch schwierig, weil verschiedene Wechselwirkungen auftreten. Es gibt unterschiedliche Herangehensweisen: Eine sagt, dass die Versorgungssituation vom Bedarf her bestimmt ist. Eine andere Sicht geht davon aus, dass die Versorgungssituation von den Bedingungen bestimmt ist, die mit der Verteilung gesellschaftlicher Chancen und mit dem Vorhandensein oder Fehlen von Ressourcen zu tun hat. Angesichts der neuen

Dynamik des Alters und hohen Alters sowie der gesellschaftlichen Veränderungen kann man nicht von einer steigenden Lebenserwartung bei konstanter Prävalenz von Pflegebedürftigkeit und bei gleichbleibenden Wohn- und Versorgungsangeboten ausgehen.

Die Prognosen zur künftigen Entwicklung sind von unterschiedlichen Modellen und Grundannahmen gekennzeichnet. Sie gehen alle davon aus, dass das Volumen der Nachfrage nach Dienstleistungen rund um das Wohnen und die Pflege älterer Menschen steigen wird, das Wachstum allerdings von verschiedenen Entwicklungen abhängig ist. Gerontologisch - sozialwissenschaftlich motivierte Institutionen und Autoren gehen davon aus, dass die Anforderungen nicht nur vollstationär bewältigt werden können. Daraus wären quantitative und qualitative Probleme zu erwarten. Die Betrachtung der Altenhilfe als Markt im Rahmen der Pflegeversicherung bewirkte den zunehmend ungesteuerten Ausbau von Pflegeheimen als Immobilienobjekte. Der Sog ins Pflegeheim seit Einführung der Pflegeversicherung ist für alle Seiten nicht unproblematisch. Fachliche Statements konstatieren, dass über verschiedene zeitliche Entwicklungsstufen vorgelagerte Arrangements zwischen privater Häuslichkeit und Produkten sogenannter neuer Wohnformen mit Stärkung formeller und informeller Pflegearrangements entwickelt werden sollten, die auch erhöhten Betreuungsbedarfen gerecht werden (Schmidt, 2007, 2010; Klie, Blinkert, 2004; Kremer-Preiß, Stolarz, 2003). Immobilienwirtschaftlich und wirtschaftlich motivierte Studien sehen hohen investiven Bedarf stationärer Neubauten und in Ersatzneubauten aufgrund der Überalterung der Immobilien. Als Risiko werten sie den hohen wirtschaftlichen Druck der Branche, die aktuelle Nichtausfinanzierung der Leistungen und das Problem, geeignetes und qualifiziertes Personal zu finden (Lennartz, Kersel, 2011; Blinkert, Gräf, 2009).

4.1.3 Veränderungsdruck und neue Anforderungen

Tab.1 gibt einen Überblick, welche subjektiven und objektiven Aspekte sich in bestehenden Wohnformen abbilden und welcher Veränderungsdruck bzw. welche Anforderungen sich aus den Befunden zu Lebensqualität, Pflegebedürftigkeit und Wohnen ergeben.

Tabelle 1: Stand, Veränderungsdruck und Anforderungen an aktuelle Wohnformen

	Repräsentationen	Beschreibung	Grenzen/ Veränderungsdruck	Makroebene/Strukturvoraussetzungen	Anforderungen
Häuslichkeit	Da, wo ich zu Hause bin Da, wo ich Herr im Hause bin Da, wo ich für mich Sorge Da, wo ich mich auskenne Da, wo man mich kennt	<ul style="list-style-type: none"> über Lebenszeit gewachsene bzw. unveränderte Wohnbedingungen sehr unterschiedliche Wohnbedingungen in der Regel Einzel- oder Zweipersonenwohnen 	<ul style="list-style-type: none"> Zugänglichkeit Barrierefreiheit Nutzbarkeit Sicherheit Unterstützung Finanzierung 	<ul style="list-style-type: none"> med. Versorgung Einkauf ÖPNV familiäre, nachbarschaftliche Unterstützung 	<ul style="list-style-type: none"> Förderung, Sicherung Infrastruktur Verbesserung Zugänglichkeit und Barrierefreiheit Förderung, Erhalt sozialer Netzwerke
Betreutes Wohnen, Wohnen mit Service	Da, wo ich Herr im Hause bin Da, wo ich zu Hause bin Da, wo ich mir leichter helfen (lassen) kann	<ul style="list-style-type: none"> Barrierefreie Wohnung und Zugänglichkeit angepasste Wohnungsgröße Dienstleistung abrufbar Nähe zu Infrastruktur 	<ul style="list-style-type: none"> Sicherheit Unterstützung Finanzierung 	<ul style="list-style-type: none"> med. Versorgung Einkauf ÖPNV prof. pflegerische Versorgung familiäre Unterstützung 	<ul style="list-style-type: none"> Förderung, Sicherung Infrastruktur Förderung sozialer Netzwerke
Pflegeheim	Da, wo man garantiert für mich sorgt Da, wo ich in Gesellschaft bin Da, wo Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Alter dominieren	<ul style="list-style-type: none"> Sicherung medizinisch pflegerischer Versorgung und Zugänglichkeit gesicherte Qualitätsstandards wirtschaftliche Mindestgröße Optimierung im Sinne von Qualität und Wirtschaftlichkeit Sammelpool für alle Hilfebedarfe sinkende Akzeptanz 	<ul style="list-style-type: none"> Autonomie Nutzbarkeit Individualität Finanzierung 	<ul style="list-style-type: none"> weitgehend unabhängig 	<ul style="list-style-type: none"> Stärkung Konzept Lebensqualität und Autonomie Klärung Bedarfe verschiedener Zielgruppen und Ausdifferenzierung Angebote Flexibilisierung Angebote und Finanzierung
Haus- und Wohngemeinschaften	Da, wo ich zu Hause bin Da, wo ich mich auskenne Da, wo man mich kennt Da, wo man sich gegenseitig unterstützt Da, wo ich mir leichter helfen (lassen) kann	<ul style="list-style-type: none"> Zugänglichkeit kleine Einheiten häusliche, wohnliche Erscheinung Quartierseinbindung min. bis max. Unterstützung gemeinschaftliches Wohnen 	<ul style="list-style-type: none"> Barrierefreiheit Sicherheit Finanzierung 	<ul style="list-style-type: none"> medizinische Versorgung Einkauf ÖPNV familiäre, nachbarschaftliche Unterstützung 	<ul style="list-style-type: none"> Klärung Rahmenkonzept und Rahmenbedingungen

Die Häuslichkeit

Die eigene Häuslichkeit ist der Ort, an dem ältere Menschen auch mit zunehmendem und hohem Hilfebedarf und auch bei Verwitwung als Einzelpersonen am liebsten wohnen. In der Regel leben sie schon sehr lange dort und haben ein über die Lebenszeit und unterschiedliche Lebensphasen hinweg gewachsene Bindung an die Wohnung, die sehr unterschiedliche Wohnbedingungen bieten kann. Auch wenn ein hoher personeller Hilfebedarf entsteht und ein Set an Helfern und Unterstützern notwendig ist, die der Häuslichkeit eine gewisse Struktur und Einflussnahme abfordern, wird die eigene Häuslichkeit als Ort, wo man der Herr im Hause und autonom ist, wo man für sich selbst sorgt, wo man sich auskennt und wo man bekannt ist, betrachtet. Umzugsmotive treten erst in sehr hohem Alter auf und werden mit Versorgungsproblemen benannt. Auch wenn sich die Wohnraumanpassung und die Wohnbedingungen in den letzten Jahren verbessert haben, stellen Zugänglichkeit zur Wohnung,

Barrierefreiheit, Nutzbarkeit und Sicherheit ein Problem dar, das den Hilfebedarf erhöht. Die meisten, die bei Hilfebedarf zu Hause wohnen, können auf eine Unterstützung durch die Familie und die sozialen Netzwerke im Sinne von Pflegearrangements bauen. Wenn diese nicht gegeben ist, wird in der Regel ein Umzug nötig. Die Finanzierung der Lebenshaltung und Versorgung aus eigener Tasche ist vor allem bei Wohnungseigentümern z.T. bei schlechter bzw. unangepasster Wohnqualität noch möglich. Die Bedarfe aus ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung bzw. Sozialhilfe sind vergleichsweise niedrig. Ein Problem kann die Koordination und Beschaffung von zum Teil umfänglichen Hilfen unterschiedlicher Art rund um die Uhr sein, v.a. bei zunehmenden kognitiven Einschränkungen. Dann wird sehr oft auch die Finanzierung schwierig. Bedingung für das Wohnen in der eigenen Häuslichkeit ist eine gute Nahrauminfrastruktur, v.a. die medizinische Versorgung durch Arzt und Apotheke, Einkaufsmöglichkeiten, der öffentliche Personennahverkehr sowie familiäre und soziale Netzwerke.

Das Betreute Wohnen

Das Betreute Wohnen oder Wohnen mit Service ist für viele Ältere mit Hilfebedarf eine Option für das private Wohnen, das barrierefreien Wohnraum, angepasste Wohnungsgröße, abrufbare Dienstleistungen und die Nähe zu einer benötigten Infrastruktur anbietet. Die meisten haben vor dem Einzug schon regelmäßige Hilfen bei der Haushaltsführung und Alltagsbewältigung und sind mobilitätseingeschränkt, der Pflegebedarf ist noch gering, aber im Vergleich zum Privathaushalt deutlich höher. Mit 2,35 Stunden Aufenthalt täglich außerhalb der Wohnung sind die Bewohner im Vergleich zu Bewohnern in der Häuslichkeit sehr nach außen orientiert. Die Entscheidung zum Umzug in diese Wohnform erfolgt in der Regel in höherem Lebensalter und ist verbunden mit Erwartungen an instrumentelle Hilfeleistungen der Kinder im Alltag und im Krankheitsfall: Im Hinblick auf Pflegebedürftigkeit erfolgt allerdings ein Präferenzwechsel insofern, als dann professionelle Hilfe erwartet wird.

Die formale Trennung von Wohnangebot und Service- bzw. Betreuungsangebot stärkt die Autonomie und Privatheit. Zugänglichkeit und Barrierefreiheit können Hilfebedarf auch bei Einschränkungen überflüssig machen. Das Betreute Wohnen kann gegebenenfalls einen höheren finanziellen Aufwand bedeuten als das im privaten

Wohneigentum, da eine monatliche Betreuungspauschale und gegebenenfalls durch bessere bauliche Qualität höhere Kosten für das Wohnen entstehen. Mit dem Betreuten Wohnen entscheidet man sich auch für eine Wohnnachbarschaft im höheren Lebensalter. Grenzen des Betreuten Wohnens sind zunehmende kognitive Einschränkungen und steigender pflegerischer Hilfebedarf, wenn höhere zeitliche personelle Assistenz erforderlich wird. Die Organisation von Hilfe- und Pflegearrangements kann durch die Nähe zu Familie und zur entsprechenden Infrastruktur erleichtert sein. Die Finanzierung kann erschwert sein durch Kappungsgrenzen bei der Sozialhilfe in Bezug auf Wohnraumgrößen/-kosten und Betreuungspauschale bzw. durch die ambulante Finanzierung der Pflegeversicherung, die mit ihren Beiträgen niedriger liegt als der stationäre Bereich. Bedingungen für das Betreute Wohnen/Wohnen mit Service sind die Nähe zu geeigneter Infrastruktur wie medizinische Versorgung, Einkaufsmöglichkeiten, öffentlicher Personennahverkehr, professionelle pflegerische Versorgung und familiäre Unterstützung.

Das Pflegeheim

Das Pflegeheim garantiert für ältere Menschen in der Regel mit moderatem bis schwerem bzw. speziellem Hilfe- und Pflegebedarf ein hohes Maß an personeller Unterstützung. Durch die Heimgesetze sind räumliche und personelle Mindeststandards gesichert. Ältere Menschen ziehen ins Pflegeheim, wenn es der Gesundheitszustand erforderlich macht oder wegen des Wunsches nach sozialer Einbindung. Dies ist sehr oft gekoppelt mit der Überlastung von Angehörigen, dem Mangel an sozialen Netzwerken und Unterstützungsinfrastruktur oder mit einer unpassenden Wohnung. Das Pflegeheim als Setting kann durch gesetzliche Vorgaben gut gesteuert werden, was mit Einführung der Pflegeversicherung zu einem Optimierungsdruck im Sinne von Wirtschaftlichkeit und Qualitätsanforderungen führte und von einer eher wohnlichen Ausrichtung zu einer an medizinischen und pflegerischen Leitbildern orientierten. Es bietet durch seine Vollversorgung die Garantie einer pflegerischen Infrastruktur mit gesicherten Qualitätsstandards, die gegebenenfalls auch weitgehend unabhängig von familiären und sozialstrukturellen Bedingungen im Sinne der medizinischen und pflegerischen Leitbilder funktionsfähig ist. Es ist ein Ort, an dem ältere Menschen sich garantiert versorgt fühlen können, aber auch ein Sammelpool, wo hohes Alter, Krankheit und Hilfebedürftigkeit unterschiedlichster Genese dominiert.

Es bietet eine gute Zugänglichkeit, hat aber im Sinne der Förderung autonomen Verhaltens hohe Barrieren. Verglichen mit Privathaushalten, in denen die über 75-Jährigen täglich durchschnittlich 4 Stunden mit Haushaltsaufgaben verbringen, ist gerade dieser Bereich, der für Ältere eine sinnvolle und bekannte Beschäftigung und Form der Tagesgestaltung darstellt, aus dem Pflegeheim baulich, strukturell und organisatorisch vollständig ausgegliedert. Das Tablettssystem in der Essensversorgung kann als eines der rationalisiertesten Konzepte der Essenszubereitung gesehen werden. Die monostrukturelle professionelle Ausrichtung auf Pflege fokussiert diesen Aspekt und erschwert die Möglichkeit der Bewohner, sich anders als über Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu definieren. Ein Effekt ist die erlernte Hilflosigkeit und der Mangel bzw. Verlust an Autonomie und Individualität. So hat das Pflegeheim zunehmend an gesellschaftlicher Akzeptanz eingebüßt.

Die wirtschaftlichen und Qualitätsvorgaben machen eine gewisse Mindestgröße der Einrichtung notwendig, was weitere Fragen nach sich zieht. Wirtschaftliche Mindestgrößen liegen nach Praxisaussagen und abhängig von Standort und sonstigen derzeitigen Strukturbedingungen bei mind. ca. 40 – 50 Plätzen. Als eine Konsequenz ergibt sich daraus, dass eine Platzierung v.a. in größeren Dörfern und Städten erfolgt, wenn man von einer Bedarfszahl an stationären Pflegeplätzen von ca. 4% der über 65-Jährigen ausgeht. Eine kleinräumige Versorgung ist dadurch erschwert. Als eine weitere Konsequenz ergibt sich, dass individuelle Zuschnitte an Dienstleistungen erschwert werden, da diese in der Regel über komplexe Strukturen wie Gesamtküche oder zentrale Wäscheversorgung und über eine große Gesamtbewohnerschaft von oftmals über 100 Bewohnern erfolgen müssen. D.h. je größer die relevante Gruppe, desto mehr muss sich das einzelne Bedürfnis zurücknehmen bzw. desto restriktiver wird der Rahmen für alle. Als weiterer Effekt größerer Ansammlungen von Menschen ergibt sich ein besonderer Kontrollbedarf, der seinen Begründungszusammenhang in Regelungsbedürfnissen zum sozialen Zusammenleben, zum Schutz der Bewohner vor Risiken wie Feuer, vor Gesundheitsrisiken durch Infektionen, Fehlernährung, unangemessener Pflege, vor Risiken finanzieller Ausbeutung etc. hat. In kleinen Haushalten sind beispielsweise weniger Menschen von Salmonellen bedroht, als Heime, die von Großküchen versorgt werden.

Durch den Modus der Finanzierung der Pflegeversicherung, die eine Teilfinanzierung darstellt und sich seit der Einführung vor 20 Jahren nicht wesentlich erhöht hat, ist ein hoher Eigenanteil der Bewohner und gegebenenfalls eine Mitbeteiligung der Angehörigen an den Kosten der Pflege erforderlich. Gleichzeitig ist dieses System durch hohe Vorgaben- und Kontrolldichte wenig flexibel, neue Pflegearrangements zuzulassen. Dies ist umso kritischer zu sehen, als neue Zielgruppen wie Menschen mit Demenz, psychiatrisch erkrankte Ältere oder auf medizinisch funktionale und apparative Pflege angewiesene Menschen unterschiedliche Bedürfnisse haben und unterschiedliche Bedarfe auslösen. Die Ausrichtung des Pflegeheims am medizinischen Modell, das die Krankheit seiner Patienten kurieren will, obwohl sie nicht davon profitieren, hat die Ausgestaltung der Pflegeheime fehlgeleitet. Das Pflegeheim in seiner derzeitigen Form und mit den gesetzlichen Vorgaben birgt somit ein großes Potential an Widersprüchen, die schwer aufzulösen sind.

Haus- und Wohngemeinschaften

Zu dieser Wohnform liegen in Deutschland außer den Untersuchungen des KDA (Kremer-Preiß, Narten 2004) wenige repräsentative Befunde vor. Durch die Landesgesetzgebungen hat sich ein sehr unterschiedlicher quantitativer Stand an diesen Angeboten in den Bundesländern in Deutschland ergeben. Sie stellen sich oft in verschiedenen Mischformen dar und werden als hybride Organisationsformen bezeichnet. Ein systematischer bundesweiter Versuch, solche Wohnformen in eine oder verschiedene Typologien zu bringen, besteht derzeit nicht. Allerdings gab und gibt es unterschiedliche Versuche, vor allem im Rahmen der Formulierung der Landesheimgesetze, die Zuständigkeit von Heimgesetzen zu prüfen und in diesem Zusammenhang Definitionen und Klassifikationen zu formulieren. Darüber hinaus gab und gibt es eine Vielzahl an länderbezogenen, regionalen, verbandlichen und privaten Initiativen, diese neuen Wohnformen zu fassen.

Die Bewohner bzw. Teile von ihnen haben einen speziellen Hilfebedarf, unterscheiden sich aber in den generellen Bedürfnissen nicht von denen der normalen Bevölkerung. Generelles Merkmal ist ein Gruppensetting in überschaubarer Größe bis ca. 12 Bewohner, das seinem Charakter nach und von der Erscheinung her vom Wohnen geprägt ist. Die Bewohner ziehen in diese Wohnform ein, weil sie nicht mehr alleine

wohnen wollen und/oder es einen Hilfebedarf gibt, der bestimmte Dienstleistungen erforderlich macht. Diese Dienstleistungen sind in der Regel hauswirtschaftlicher, sozialer, allgemeiner oder spezieller pflegerischer Natur. Die räumliche Umwelt ist von häuslichem bzw. wohnlichem Charakter geprägt und ermöglicht Aktivitäten, die ein normaler Alltag und das Führen eines Haushalts notwendig macht. Küche, Wohnzimmer, Badezimmer, sanitäre Anlagen und Vorratsräume sind Bestandteil des Raumangebots. In der Regel stehen den Bewohnern eigene Zimmer zur Verfügung, individuelle Raumstandards wie eigene Kochgelegenheit oder Badezimmer sind aber sehr unterschiedlich ausgeprägt. Je nach Baujahr und Lage der Einrichtungen – in einem freistehenden Haus in einem Dorf oder einer Siedlung, als Wohnung in einem städtisch geprägten Hochhaus oder Mehrfamilienhaus, als Teil eines Wohnkomplexes für ältere Menschen – ist Zugänglichkeit bzw. Barrierefreiheit in unterschiedlichem Maße gegeben, aber nicht gesichert. Durch die kleine Einheit ist eine Ansiedlung auch in kleineren Gemeinwesen und Quartieren möglich, wodurch die soziale Einbindung und ein Verbleiben am gewohnten Ort leichter ermöglicht wird. Personale Unterstützung ist in unterschiedlicher Form in der Regel bis zu 24 Stunden gegeben.

Haus- und Wohngemeinschaften können unterschiedliche konzeptionelle Ausrichtung haben, die gerade auch den Bereich der Aktivitäten betrifft. Die Zunahme des Anteils an Menschen mit Demenz in Wohnformen mit Rund-um-die-Uhr Präsenz wirkt sich auch auf das Angebot nach Inhalt und Anzahl von Aktivitäten und Teilnahme der Bewohner aus. Menschen mit Demenz nehmen weniger an klassischen Aktivierungsangeboten teil (Schäufele et al., 2008, S. 53). Das „Aktivierungsprinzip“ ist gerade im Pflegeheim Kern der Betreuungs- und Pflegekonzepte, während in Haus- und Wohngemeinschaften ein Milieu im Vordergrund steht, das alltagsbezogene Orientierung und Aktivitäten und Aktivitäten des täglichen Lebens im Rahmen einer Gemeinschaft in den Mittelpunkt stellt. Diese Ausrichtung dient der Strukturierung des Tagesablaufs, Förderung der Kontakte der Bewohner, Stärkung des Selbstwertgefühls und geben Sicherheit und Orientierung. Die Teilnahme an positiven und kompetenzfördernden Aktivitäten wird als wichtiger Bestandteil der Lebensqualität von Menschen mit Demenz betrachtet.

Interventionsformen bzw. Aktivitäten wie Training alltagspraktischer Fähigkeiten und Funktionsverbesserungen bzw. Stabilisierung (z.B. Selbständigkeitstraining, körperliche Aktivierung, Lern- und Gedächtnistraining) werden in diese Aktivitäten des täglichen Lebens integriert bzw. individuumzentriert eingesetzt (Gutzmann, Zank, 2005, S. 137). So ist das Prinzip „Training alltagspraktischer Fähigkeiten“ im „Normalisierungsprinzip“ beinhaltet und wird nicht notwendigerweise als spezielle Aktivierung bzw. Hausveranstaltung betrachtet und dokumentiert.

Es werden Hilfeangebote zur Verfügung gestellt, die abgerufen werden können. Das kann die Autonomie und Selbsthilfe der Bewohner stärken und erleichtert die Beteiligung von Angehörigen, kann aber auch zu Unterversorgung und Risiken führen. Das Maß der autonomen Versorgung ist auch vom Zugang zur örtlichen Infrastruktur wie medizinischer Versorgung, Einkaufsmöglichkeiten und öffentlichem Personennahverkehr abhängig. Neue Technologien, die sowohl Gebäude als auch die Organisation von Dienstleistungen betreffen und unter dem Begriff „Ambient Assisted Living“ (AAL) gefasst werden (BMBF/VDE Innovationspartnerschaft AAL, 2010), können zukünftig das Konzept von kleinräumigen dezentralen Einrichtungen unterstützen. Hier spielen Sicherheitskonzepte und Kommunikationssysteme eine wichtige Rolle. Im Gegensatz zum Pflegeheim sind durch den individuellen Zuschnitt des Wohn- und Dienstleistungsangebots auch komplexere Vertragsverhältnisse notwendig. Die Finanzierung der Leistungen erfolgt von unterschiedlichen Leistungsstellen bzw. basiert auf unterschiedlichen Gesetzbüchern und ist in Bezug auf das neue Angebot oftmals nicht abgestimmt und ist strittig. Der finanzielle Aufwand für Hilfen kann individueller gesteuert werden als bei pauschalen Pflegesätzen, kann aber von Angebot zu Angebot und von Region zu Region stark variieren. Die Perspektive dieser Wohnform hängt von der weiteren Entwicklung der Rahmenbedingungen und der weiteren Profilierung in den sozialen Strukturen der Altenhilfe ab.

5 „Unterstütztes Wohnen“ als neues Paradigma?

Die Analyse von Wohnformen zeigt eine zunehmende Vielfalt, die über die bisherigen Wohn- und Versorgungsangebote hinausgehen. Mangels konzeptioneller Fassung wird meistens von „neuen Wohnformen“ gesprochen und subsumiert alles, was aus dem Rahmen des klassischen Pflegeheims und des Betreuten Wohnens herausfällt. Dabei können sich einige unter einen Typus fassen lassen. Es sind Wohn- und Unterstützungsangebote, denen gemeinsame spezifische und unspezifische Merkmale zugrunde gelegt werden können. Spezifische Kriterien beinhalteten, dass dort erstens eine Zielgruppe mit einem gewissen Hilfebedarf, der nicht nur somatisch geprägt sein muss, wohnt und Unterstützung erhält. Zweitens, dass eine Gruppe und damit gemeinschaftliches Wohnen im Gegensatz zum Ein-Personen-Wohnen anzutreffen ist und drittens eine in der Regel 24-Stunden-Person-Präsenz abgedeckt wird. Viertens besteht eine räumliche Umwelt, die sich an einer vollständigen Alltagswelt und normalen Wohnumgebung ausrichtet. Unspezifische Merkmale beinhalten eine Philosophie, die auf Autonomie und Normalität basiert, d.h. dass trotz spezieller Unterstützungsbedarfe der Bewohner sich die grundlegenden Bedürfnisse an denen der normalen Bevölkerung orientieren und eine Philosophie, die sich an Lebensqualität und Wohnen orientiert.

In dieser Arbeit wird als Begriff dafür „Unterstütztes Wohnen“ vorgeschlagen. Der Begriff ist in der Altenhilfe in Deutschland nicht geläufig. Er ergibt sich aus unterschiedlichen Überlegungen. Die Anforderung an den Begriff ist, dass er die neue Ausrichtung widerspiegelt, sich im Kontext der bestehenden Angebote verorten lässt und gleichsam das Potential hat, signifikante Veränderungen traditioneller Wohnformen aufzugreifen. Die aktuellen Entwicklungen in der Altenhilfe in Deutschland weisen Parallelen zu US-amerikanischen Entwicklungen auf. Hier wird der Begriff des „Assisted Living“ diskutiert, wobei „living“ sowohl „wohnen“ als auch „leben“ bedeutet und damit eine umfänglichere Perspektive als im deutschen Sprachgebrauch hat. Wohnen mit Assistenz ist in Deutschland in der Eingliederungshilfe geläufig, unterliegt aber anderen Rahmenbedingungen und bietet sich als Begriff daher weniger an.

Zu dieser Wohnform können die derzeit existierenden ambulanten und stationären Wohngemeinschaften und Hausgemeinschaften gezählt werden. Auch wenn spezielle Bedürfnisse dieser Personengruppe unterstellt werden, so wird in diesen Konzeptionen vorausgesetzt, dass ihre grundlegenden Bedürfnisse denen der normalen Bevölkerung ähnlich sind und daran orientiert werden sollen. Sehr oft befinden sie sich noch in einem experimentellen Stadium. Abgesehen von der generellen Zielrichtung ist es nicht klar, wie sich diese Wohnform im Detail konzeptionell, organisatorisch, räumlich und wirtschaftlich darstellt und welche Rolle sie im Gesamtangebot des Wohnens und der Versorgungsinfrastruktur einnimmt. Bei allen offenen Fragen und konzeptionellen Hürden erhalten diese Wohnformen Rückenwind von neuen gesellschaftlichen Entwicklungen und Erfahrungen, die sich aus der Beobachtung der Altenhilfe der letzten Jahre ergeben: Nicht nur eine alternde Bevölkerung, die zunehmend von neuen Altersbildern geprägt ist, hegt den Wunsch nach neuen Wohn- bzw. Unterstützungsformen. Auch Angehörige und Familien suchen Alternativen, die ihrer Lebenssituation und dem Wunsch einer neuen Sorgeskultur entspricht. Die traditionell-institutionelle Praxis steht unter zunehmendem Druck, die Lebensqualität für die Bewohner, deren Bedarfe sich sehr unterschiedlich darstellen, zu erhalten und zu verbessern. Auch die Politik sieht sich zunehmend unter Druck, die klassischen Wohn- und Versorgungsstrukturen anzupassen, wohlwissend, dass die gesellschaftliche Umbruchsituation neue Unterstützungslösungen erfordert. Sie müssen Teil einer kalkulierbaren und kontrollierbaren Infrastruktur sein, die auch passgenaue kleinräumigere Lösungen bietet und unterschiedlichen Finanz- und Humanressourcen entspricht.

In der vorliegenden Arbeit sollen aus dem Spektrum neuer Wohnformen diejenigen herausgearbeitet werden, die gemeinschaftliches Wohnen für ältere Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf anbieten und in einem Rahmenkonzept gefasst werden können, das nachfolgend „Unterstütztes Wohnen“ genannt wird. Das „Unterstützte Wohnen“ (UW) ist ein Typus gemeinschaftlichen Wohnens, in dem älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf persönliche und gesundheitsbezogene Dienstleistungen zur Verfügung gestellt bekommen, unabhängig davon ob sie aus funktionellen, psychischen, kognitiven oder sozialen Einschränkungen resultieren. Der zentrale übereinstimmende Grundsatz dieses Angebots liegt in der Philosophie von Autonomie und

Normalität, d.h. dass bei allen spezifischen Bedürfnissen, die aus den persönlichen Einschränkungen resultieren, die grundlegenden Bedürfnisse denen der normalen Bevölkerung ähnlich sind und daran orientiert werden sollen. Die physikalische Umwelt ermöglicht das Führen eines eigenen Haushalts, unterstützt Privatheit wie Gemeinschaft. Die Wohnumwelt ist kleinräumig, überschaubar und hat eine wohnliche Erscheinung, damit sich die Bewohner leicht zurechtfinden und zu Hause fühlen. Zugänglichkeit und Nutzbarkeit der Wohnung finden Beachtung. Autonomie kommt auch darin zum Ausdruck, dass der Einzelne darüber entscheidet, wie viel und welche Hilfe er in Anspruch nehmen möchte und dass Entscheidungen, die alle betreffen, in einer kleinen Gruppe getroffen werden können. Die personale Unterstützung bewegt sich in einem Rahmen, der eine Personpräsenz über einen Teil des Tages bis zu 24 Stunden vorsieht. Die Kompetenzen der Präsenzpersonen orientieren sich an den Bedürfnissen der einzelnen Bewohner als auch der gesamten Gruppe sowie dem Leitbild des UW. Die Kompetenzen machen sich nicht an einem einzelnen speziellen Berufsbild wie Pflege, Hauswirtschaft oder Soziale Arbeit fest, sondern sind breiter zu fassen. Kommunikative, alltagspraktische, sprachliche, kulturelle, ethnische, altersspezifische, biografische, familiäre, sozialraumbezogene Kompetenzen sind beispielsweise genauso bedeutsam wie spezifische berufsfachliche Kompetenzen.

Eine theoretische Rahmung der Konzepte fehlt. Für Europa liegen deskriptive Projektdarstellungen vor (z.B. Klie, 2002, Ahrens, Steiner, 1999), ein Überblick ist aber aufgrund sprachlicher Barrieren erschwert. Ein internationaler Literaturüberblick über kleine, häuslichkeitsähnliche Pflegeumgebungen, allerdings in Einschränkung für ältere demenzerkrankte Menschen, weist 11 Konzepte in 11 verschiedenen Ländern aus (Verbeek et al., 2009). Darunter fallen reguläre Demenzeinrichtungen als auch Initiativen. Die Projekte wurden anhand fünf zentraler Merkmale untersucht: das physikalische Setting, die Zahl der Bewohner pro Haus oder Wohneinheit, die Merkmale der Bewohnerschaft, die häusliche Erscheinung und das Pflegekonzept mit der Philosophie des Projekts, das auch organisatorische und soziale Aspekte der Pflege beinhaltet. Die Konzepte in den einzelnen Ländern sind benannt als „CADE units“ (Australien), „Cantou“ (Frankreich), „Care housing“ (Schottland), „Domuses“ (United Kingdom), „Green Houses“ (USA), „Group Home“ (Japan), „Group living“ (Schwe-

den), „Wohngemeinschaften“ (Deutschland), „Small-scale Living“ (Niederlande/Belgien), „Special Care Facility (Kanada) und „Woodside place“ (USA, Kanada). Das verbindende Konzept ist die soziale Betreuung mit dem Fokus auf bedeutungsvolle Aktivitäten, die auf einen täglichen Haushalt fußen (ebd., S. 260). Die Konzepte variieren in den Profilen der Bewohner, Anzahl der Bewohner, der physikalischen Umwelt und organisatorischen und kulturellen Unterschieden zwischen den Ländern. Die Erfahrungen zeigen, dass sich die Angebote ausdifferenzieren und an ähnlichen Leitbildern und einem neuen Verständnis von Wohnen und Unterstützung älterer Menschen orientieren.

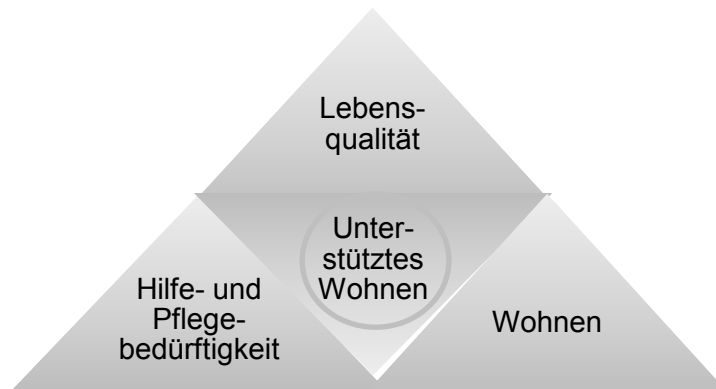
In den USA gibt es bereits eine Forschungstradition zu dieser Wohnform, die 1996 von Wilson als „Assisted Living“ beschrieben wurde (Wilson, 1996) und dem „Unterstützten Wohnen“ in seiner Beschreibung nahe kommt. Die Kritik am Pflegeheim und das Herausfehlen neuer Bedarfe führte in den USA Anfang der 1990er Jahre zur Herausbildung neuer Wohnformen. Unter „Assisted Living“ (AL) sind sehr unterschiedliche Konzepte subsummiert, was grundlegende Fragen aufwirft. Es repräsentiert eine Breite von Gebäuden und Konzeptionen, die Älteren und funktionell eingeschränkten Älteren dienen, die auf einem Kontinuum persönliche Pflege brauchen, um die Beschränkungen bei den ADLs (Kane, Wilson, 1993) zu kompensieren.

Ein Überblick über verschiedene Modelle des AL in den USA, die sich im Laufe der Zeit für neue Wohnformen als bedeutsam herausgebildet haben, wurde von Zimmermann et al. (2007) zusammengestellt. Bei aller Einschränkung in der Vergleichbarkeit zum bundesdeutschen System beinhaltet sie Merkmale, die für eine Diskussion bedenkenswert erscheinen: Der Terminus AL, der zum ersten Mal Mitte der 1980er Jahre auftauchte, bezog sich auf ein spezifisches Modell, das auf Prinzipien wie Individualität, Unabhängigkeit, Privatheit, Würde, Wahl und Heimeligkeit basierte. Die ersten AL-Einrichtungen hatten Einzelzimmer, Bäder, Küchen, verschließbare Türen, individuelle Temperaturkontrolle, persönliche Möblierung und Konzepte wie bedarfsgerechte Pflegepläne und Managed Risk-Vereinbarungen. Was ursprünglich als spezielles Modell von Unterstützung gedacht war, entpuppte sich zunehmend als Gattungsbegriff, der sich breiter auf Wohnen und Unterstützungsleistungen in einer häuslichkeitsähnlichen Umwelt bezog, die Funktion und Autonomie maximiert. Dieser

Begriff hat sich dergestalt etabliert, dass er eher das Wohnen mit Service beschreibt und weniger, dass Dienstleistungen zu Selbstzahlern gebracht werden.

Zahlreiche Untersuchungen zur Fassung des Begriffs haben als Typologisierungsmarkmale die weiter gefasste Umwelt bzw. strukturelle Unterschiede, Fragen der Philosophie, Anwendung von Gesetzen und Regelungen oder empirische Erkenntnisse aus breiten Untersuchungen zugrunde gelegt. Trotz zunehmender Attraktivität machte das Feld keine signifikanten Fortschritte bei der Selbstdefinition und ist sehr von der Politik des einzelnen Staates abhängig. Zimmermann et al., (2007) erachten aber einen einheitlicheren Untersuchungsrahmen für notwendig, damit Entscheider eine bessere Einschätzung und Vergleichsmöglichkeit über die Qualität der Unterstützung treffen können. Als wichtige Dialektik in dieser Frage hat sich vor den Rahmenbedingungen herausgestellt, dass eine niedrighschwellige Definition, z.B. eine mit wenigen Vorgaben, die Erschwinglichkeit und Wahlfreiheit erhöht, dies aber vielleicht zum Preis der Qualität tut. Eine hochschwellige Definition, z.B. eine mit vielen Vorgaben, erhöht den Service und die Qualität, ist aber auf ein paar wenige, vornehmlich Privatzahler ausgerichtet, für die eine gemeinsame Definition von AL weniger notwendig ist. Als eine Folge daraus schließen sie, dass eine Definition von AL, wenn man sie zweckmäßig vorantreibt, sich wahrscheinlich am Minimum, was AL sein soll, ausrichtet (Zimmerman et al., 2007, S. 34).

Dem Unterstützten Wohnen als spezifischer Wohn- und Unterstützungsform werden drei theoretische Bezugskonzepte zugrunde gelegt, die im nachfolgenden Kapitel ausgeführt werden: die Konzepte von Pflegebedürftigkeit, Lebensqualität und Wohnen (Abb. 3).

Abbildung 3: Rahmenkonzept „Unterstütztes Wohnen“

Pflegebedürftigkeit: Bei der Fragestellung dieser Arbeit geht es um ältere Menschen, die einen Hilfe- und Pflegebedarf haben. Derzeit bietet er keine Antwort für die künftigen Herausforderungen, da er eng, verrichtungsbezogen und somatisch definiert ist. Pflegebedürftigkeit in diesem Sinne ist ein nicht zuletzt stigmatisierendes Personenmerkmal. Daher braucht es eine neue Fassung dieses Konzepts. Einen Ansatz bietet das bio-psycho-soziale Modell der ICF, die funktionale Gesundheit mit Gesundheitsproblemen und Kontextfaktoren als Modell verbindet. **Lebensqualität:** Ist ebenfalls ein komplexes Modell, das im Gegensatz zum Konzept des Lebensstandards neben der objektiven auch eine subjektive Dimension beinhaltet. Die Person-Umwelt-Passung ist wichtiger Bestandteil des zugrunde gelegten Konzepts. **Wohnen:** Neuere Untersuchungen belegen, dass neben den objektiven Wohnbedingungen das subjektiv wahrgenommene Wohnen von großer Bedeutung ist. Wohnen stellt für ältere Menschen mit Hilfebedarf eine wichtige Ressource dar. Im nachfolgenden Kapitel werden die drei Bezugskonzepte vorgestellt und im Hinblick auf das Unterstützte Wohnen diskutiert.

6 Theoretische Bezugsmodelle „Unterstützten Wohnens“

6.1 Zum Verständnis von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter

Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ist ein komplexes und mehrdimensionales Konzept, das große Bedeutung für die Betroffenen, das soziale Sicherungssystem und die Ausgestaltung von Hilfen bzw. Wohn- und Unterstützungsmodellen hat. Das Konzept hat demzufolge die letzten Jahre eine starke auch interdisziplinäre Weiterentwicklung erfahren.

6.1.1 Erfahrung von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit als Krise

Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ist ein Konzept, das von einem negativen Altersbild geprägt ist, bedeutsame sozial- und gesundheitspolitische Konsequenzen beinhaltet und damit wieder auf den Einzelnen zurückwirkt. Je nachdem, wie Hilfe- und Pflegebedürftigkeit betrachtet wird, kann es unterschiedliche Auswirkungen haben. Betrachtet man es als unausweichliches Alternsschicksal, das mit dem Verlust von Unabhängigkeit und Selbstverantwortung einhergeht, kann es zu einer negativen Altersperspektive führen. Die Erfahrung von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit kann als Krise erlebt werden, in der der Betroffene in seiner Identität bedroht ist und das Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit und Kompetenz erschüttert wird (Kruse, 1987). Das soziale Umfeld hat eine große Bedeutung für die Aufrechterhaltung und Wiedergewinnung von Kompetenz (Kruse, 1987), kann sich aber auch negativ auswirken. Dies ist z.B. der Fall, wenn bei Überfürsorglichkeit das Gefühl von Hilflosigkeit entsteht, wie von Seligmann im Konzept der erlernten Hilflosigkeit beschrieben (1975). Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ist ein mehrdimensionales Geschehen, bei dem unterschiedliche Ebenen in Wechselwirkung treten. Je nach Art dieser Wechselwirkung kann das recht unterschiedliche Auswirkungen haben: In objektiver Hinsicht z.B. auf die Qualität der erhaltenen Pflege, das Ausmaß erhaltener Versorgungselemente, nötige oder unnötige Übersiedlung ins Heim sowie in subjektiver Hinsicht z.B. auf die Zufriedenheit der hilfe- und pflegebedürftigen Person, von Angehörigen oder professionellen Helfern (Schneekloth, Wahl, 2008, S. 23).

Bezogen auf die derzeitige Praxis in der Altenhilfe wird dieses Phänomen augenscheinlich beim Antrags- und Einstufungsprozess für Leistungen aus der Pflegeversicherung. Ältere Menschen stellen beim Einstufungsgespräch durch den MDK oftmals eher ihre Kompetenzen dar, als ihren Hilfebedarf. Das Verfahren ist für Leistungsberechtigte und Angehörige oft krisenhaft besetzt. Gleichzeitig ist festzustellen, dass Menschen, die leistungsrechtlich über den Status der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit verfügen, auch in den Sog einer staatlichen Kontrolle und Definitionsmacht über wesentliche Teile ihres Lebens geraten. Diese Definitionsmacht ist legitimiert über einen extern formulierten Qualitätsanspruch und wird umgesetzt über Ansprüche einer medizinisch orientierten Pflege. Es scheint, dass Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in diesem Sinne auch nicht rückgängig gemacht werden kann. Interessant ist, dass mit der starken Expansion des stationären Bereiches in den letzten 10 Jahren die Wucht dieser Definitionsgewalt in unserer Gesellschaft aufgeschlagen ist. Konsequenz aus diesen Entwicklungen ist die Tatsache, dass zwischen dem Leben in der eigenen Häuslichkeit – mit der Gefahr der Unterversorgung und Isolierung – und dem Leben in Pflegeheimen – mit der Gefahr der Überversorgung und Verlust der Autonomie – keine ausreichend geeigneten Wohn- und Lebensoptionen bestehen.

6.1.2 Prozessmodell von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit

Verbrugge und Jette (1994) gehen bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit von einem Prozess aus, der beschreibt, wie chronische und akute Erkrankungen die Funktionen in spezifischen (z.B. kardiovaskulären, musculoskeletalen oder neurologischen) Körpersystemen, fundamentale physische, mentale oder soziale Aktionen und die Aktivitäten des täglichen Lebens beeinflussen. Sie beschreiben des Weiteren die persönlichen Faktoren und Umgebungsfaktoren, die Hilfe- und Pflegebedürftigkeit beschleunigen oder verlangsamen. Es handelt sich dabei um extraindividuelle Faktoren wie die gebaute, physikalische und soziale Umgebung, Unterstützung von außen, medizinische und therapeutische Behandlung, ärztliche Versorgung sowie intraindividuelle Faktoren wie Lebensstil und Verhaltensveränderungen, psychosoziale Eigenschaften, Bewältigungsstrategien und Aktivitätsanpassung. Im Zeitverlauf kann der „Disabilityprozess“ globale Folgen und Rückkoppelungseffekte hervorbringen. Einerseits ist Pflegebedürftigkeit ein Vorbote von bedeutsamen Folgen wie Hospitalisierung,

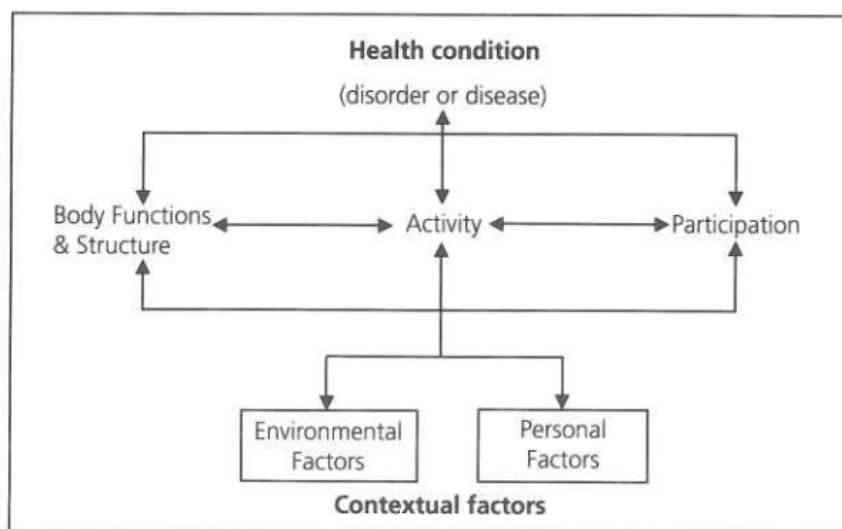
Institutionalisierung und Tod, hat aber ebenfalls einen starken Effekt auf Glückseligkeit, Lebenszufriedenheit und andere globale Indikatoren für Wohlbefinden. Andererseits kann ein bestehender Disablementprozess zu einer Abwärtsspirale bei den Funktionen führen und manchmal sogar neue Erkrankungen mit ihren assoziierten Dysfunktionen auslösen. Dies bedeutet, dass Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ein reversibler Prozess sein kann. Interventionen werden durchgeführt, um auf den Disablementprozess einzuwirken in der Absicht, gewisse Folgen zu vermeiden, hinauszuzögern oder rückgängig zu machen. Es gibt zahlreiche, austauschbare und oft multiple d.h. nebeneinander bestehende Interventionen. Das Timing der Effekte kann unmittelbar erfolgen, verspätet oder kumulativ. Jette und Verbrugge (1994) erachten es deshalb als schwierig, die Effekte von spezifischen Interventionen bei Beobachtungsforschung d.h. nichtexperimenteller Forschung einzuschätzen.

6.1.3 Modell „Active Aging“ und ICF der Weltgesundheitsorganisation

Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ist eine Nachfolgerin der ICDH (Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen) und hat als eine Gruppe von Klassifikationen der WHO eine grundsätzliche Weiterentwicklung erfahren. Sie wurde 2001 verabschiedet und ist in ihrer Anwendung auf verschiedene Aspekte der Gesundheit und nicht der Krankheit ausgelegt. Die WHO definiert Gesundheit als einen „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als die Abwesenheit von Krankheit und Schwäche“ (Schuntermann, 2011, S. 1). Die ICD (Internationale Klassifikation der Krankheiten) wurde entwickelt, um vor dem Hintergrund ihres bio-medizinischen Modells eine international anerkannte Sprache zum Verständnis von Krankheitsphänomenen für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen zur Verfügung zu stellen. Sie findet aber dort ihre Grenzen, wo nicht die Krankheiten selbst, sondern die negativen Auswirkungen der Krankheiten auf das Leben der Betroffenen eine Bedeutung bekommen. Der Bedarf, für funktionale Probleme ebenfalls ein Modell zu entwickeln, ergibt sich aus den Fragen des Managements dieser Probleme im sozialen Sicherungssystem und der Intervention gegen diese Probleme (Schuntermann, 2011, S. 1). Die ICF ergänzt also die ICD.

Der Fokus hat sich von einer ausschließlichen Betrachtung von Diagnosen und Krankheitsursachen zu einem umfassenden Krankheitsverständnis entwickelt. Die ICF besteht aus zwei Hauptfaktoren mit je zwei Komponenten (Abb. 4). Dies sind zum einen die Funktionsfähigkeit und Behinderung mit den Komponenten Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe, sowie zum anderen die Kontextfaktoren mit den Komponenten Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren (DIMI, 2005, 9). Es legt ein Denken in Variationen der Kontextfaktoren zugrunde, um so Barrieren oder mangelnde Förderfaktoren identifizieren zu können. Das bio-psycho-soziale Modell der ICF erachtete die Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit eines Menschen vorwiegend als gesellschaftlich verursachtes Problem und als eine Frage der Integration in die Gesellschaft. Mit diesem sozialen Modell wird deutlich, dass eine gemeinschaftliche Verantwortung der Gesellschaft besteht, die Umwelt so zu gestalten, wie es insbesondere für eine volle Teilhabe der Menschen mit Gesundheitsproblemen (ICD) in allen Bereichen des sozialen Lebens erforderlich ist (Schuntermann, 2011, S. 10).

Abbildung 4: Modell der ICF



Schuntermann, 2011, S. 3

Im Konzept des „Active Aging“ der Weltgesundheitsorganisation werden deutlich neue Akzente im Hinblick auf Krankheit und Gesundheit im Alter gesehen (Schneekloth, Wahl, 2008). „Active Aging“ wird als ein Prozess definiert, in dem die

Optionen auf ein gesundes Leben, Teilhabe und Sicherheit verbessert wird, mit dem Ziel, die Lebensqualität von alternden Menschen zu fördern (WHO, 2002, S. 12). Die ICF erfährt auch Beachtung in der neueren Diskussion um den Pflegebedürftigkeitsbegriff im PflegeVG in Deutschland.

6.1.4 Der Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGBXI und im Spiegel der Pflegewissenschaft

15 Jahre nach Einführung des PflegeVG ist der dem Gesetz zugrunde gelegte Pflegebedürftigkeitsbegriff als überarbeitungswürdig erachtet worden. Besonders kritisch wird der Aspekt erachtet, dass das SGBXI zu eng, zu verrichtungsbezogen und zu einseitig somatisch definiert wird. Die Ausblendung anderer Problem- und Bedarfslagen – etwa des Bedarfs an allgemeiner Betreuung und Beaufsichtigung – führe dazu, dass die wachsende Zahl Hilfebedürftiger mit demenziell verursachten Einschränkungen in der Alltagskompetenz keine angemessenen Leistungen erhalte (Wingefeld, 2007, S. 6). Im Einvernehmen von Bundesministerium für Gesundheit und den Spitzenverbänden der Pflegekassen wurde die Erarbeitung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundeseinheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGBXI in Auftrag gegeben, der 2009 als Entwurf vorgelegt wurde.

Der Ansatz der Pflegeversicherung stößt nicht nur von Seiten der Praxis, sondern auch von Seiten der Pflegewissenschaft als Engführung pflegfachlicher Vorstellungen auf Kritik (BMFSFJ, 2001, S. 271f). Dass der Grad der Pflegebedürftigkeit anhand von Art, Häufigkeit und vor allem der Dauer der benötigten Hilfeleistung ermittelt und hierbei außerdem von einer Versorgung durch Personen ohne pflegerische Berufsausbildung (Laienpflege) ausgegangen wird, sieht Wingefeld als systematische Schwachstelle der Bedarfsfeststellung. Pflegebedürftigkeit ist nicht mit Pflegebedarf gleichzusetzen: *Pflegebedürftigkeit* ist der Person zuzuordnen und spricht einen Ausschnitt der Gesamtheit der Hilfebedürftigkeit an, die aus gesundheitlichen Problemlagen erwächst. *Pflegebedarf* ist Teil oder Gesamtheit der pflegerischen Interventionen, die aus gesundheitlichen Problemlagen erwächst und Ergebnis eines Prozesses der Beurteilung und Entscheidung, in den professionelle, kulturelle oder

sozialrechtliche Normen einfließen können (Wingenfeld, 2000, S. 339). Pflegebedarf wäre demnach aus Art und Umfang der Abhängigkeit von pflegerischer Unterstützung (Pflegebedürftigkeit) abzuleiten und nicht umgekehrt.

Ein systematisches Problem im demografischen Wandel ergibt sich auch bei der Umstrukturierung der Krankenhausversorgung im Gefolge des DRG-Systems, da eine zunehmende Diskrepanz zwischen Bedarfslagen und pflegerischem Versorgungsangebot entsteht, wenn sich Leistungsangebote primär an Bedarfslagen orientieren, die das SGBXI in den Mittelpunkt stellt (Wingenfeld, 2007, S. 9). Das heißt, dass Personen, die sehr früh aus den Krankenhäusern entlassen werden mit der Anschlussversorgung nach SGBXI mit hoher Wahrscheinlichkeit fehlversorgt sein könnten. Bei einer Analyse der Pflege-theorien sieht Wingenfeld letztlich gemeinsame Grundgedanken für ein allgemeines, mehr oder weniger gemeinsames Verständnis von Pflegebedürftigkeit. So etwa im Begriff der Adaption oder Anpassung auf physischer, psychischer und sozialer Ebene, als Reaktion des Individuums, um (bedingte) Gesundheit zu erhalten (oder wieder herzustellen). Ähnliches gilt für theoretische Ansätze, die sich mit der Bewältigung chronischer Krankheiten bzw. dauerhafter gesundheitlicher Einbußen und ihrer Konsequenzen für das Alltagsleben befassen. Auch darin, dass es nicht nur um Abhängigkeit bei körperlichen Verrichtungen, sondern ebenso um psychische und soziale Dimensionen gehen muss, zeigen sich Gemeinsamkeiten. In der Art und Weise hingegen, wie dieses allgemeine Verständnis konkretisiert wird, wie z.B. die Dimensionen der Abhängigkeit systematisiert werden, sind erhebliche Unterschiede festzustellen (Wingenfeld et al., 2007, S. 28f). In weiteren Analysen fand Wingenfeld eine intensive Rezeption auch bei der WHO. Sie formulierte 1993 eine umfassende Definition der Pflege, die nicht nur auf körperliche, sondern auch auf psychische und soziale Aspekte gerichtet ist, auch gesundheitsfördernde, präventive und rehabilitative Funktionen wahrzunehmen hat sowie das soziale Umfeld in ihr Handeln einbezieht (ebd., 1996, S. 4). Ob dieser Gedanke bereits zum professionellen Verständnis von Pflegebedürftigkeit geworden ist, lässt sich so noch nicht bestätigen. Insbesondere bedarf die Frage nach dem Charakter notwendiger personeller Hilfen der Klärung. So werden bestimmte Funktionen, die in anderen Ländern der Profession Pflege zugeordnet werden, in Deutschland im Zuständigkeitsbereich anderer Berufsgruppen gesehen (Wingenfeld, 2007, S. 43). Insgesamt

ist das diesbezügliche berufliche Feld durch Pflege, soziale Arbeit und neuerdings auch durch Hauswirtschaft eher breit aufgestellt.

Der Entwurf für den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff des PflegeVG ist auf Basis der obengenannten Diskussion weiter gefasst worden. Zentrales Definitionsmerkmal von Pflegebedürftigkeit soll danach die Beeinträchtigung der Selbständigkeit bzw. Abhängigkeit von personeller Hilfe sein. Zusammenfassend wird eine Person dann als pflegebedürftig bezeichnet, wenn sie „infolge fehlender personaler Ressourcen, mit denen körperliche und psychische Schädigungen, die Beeinträchtigung körperlicher oder kognitiver/psychischer Funktionen, gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen kompensiert oder bewältigt werden könnten, dauerhaft oder vorübergehend, zu selbständigen Aktivitäten im Lebensalltag, selbständiger Krankheitsbewältigung oder selbständiger Gestaltung von Lebensbereichen und sozialer Teilhabe nicht in der Lage und daher auf personelle Hilfe angewiesen ist“ (Wingenfeld, 2007, S. 42). Maßgeblich sind Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen in den Bereichen Mobilität, kognitive Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte, außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung.

Dem Entwurf des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs liegt ein neues und umfassenderes Verständnis von Pflegebedürftigkeit zugrunde, das neue Erkenntnisse der Pflegewissenschaft und die Anschlussfähigkeit an ein neues internationales Verständnis von Pflegebedürftigkeit eröffnet. Der Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zeigt, dass der gesetzlichen Verabschiedung schwerwiegende Steine im Wege liegen. Gerade die Öffnung schafft Unsicherheiten an den Schnittstellen von Eingliederungshilfe und Alten-/Krankenpflege sowie der Gestaltung des Systemzugangs an den Schnittstellen. Nicht zuletzt sind die Prognosen für den Bedarf unsicher, was bei der vorgegebenen finanziellen Rahmung als Teilleistungsversicherung die Perspektiven einer Umsetzung nicht verbessert (BMG, 2009). Wenn nicht mehr Geld ins System fließt, würde dies bedeuten, dass die vorhandenen Mittel auf mehr Anspruchsberechtigte verteilt werden müssten, was die Verbesserung der Gesamtversorgung in Frage stellt.

6.1.5 Selbständigkeit und Kompetenz bei chronischer Krankheit

Sehr oft wird chronische Erkrankung und Pflegebedürftigkeit mit mangelnder Selbständigkeit gleichgesetzt. Das Konzept der Selbständigkeit wurde im Kontext der Einführung der Pflegeversicherung und dem damit verbundenen Zugang zu Leistungen näher beleuchtet. Schmitt et al. (1994) haben verschiedene Formen der selbständigen Lebensführung und Zusammenhänge mit Person- und Umweltmerkmalen untersucht und dabei drei Personengruppen eruiert: eine Gruppe mit erhaltener Selbständigkeit im Alltag, eine Gruppe mit eingeschränkter Selbständigkeit in einigen Alltagsaktivitäten und eine Gruppe mit Pflegebedarf. Dabei zeigte sich, dass die Formen der Selbständigkeit im Alltag nicht ohne weiteres mit unterschiedlichen Kompetenzformen gleichgesetzt werden können, sondern dass die Differenzierung der Selbständigkeitsformen Performancewerte sind. Das heißt, dass Schwierigkeiten bei der Ausführung instrumenteller Aktivitäten auch auf Barrieren bei der Umsetzung der Kompetenz im Verhalten zurückzuführen sind. Barrieren können als Personmerkmal in der geringen Motivation oder als Umweltmerkmal in einschränkenden Ausstattungsmerkmalen der Wohnung liegen. Interessant ist dabei, dass in der Gruppe mit Personen mit erhaltener Selbständigkeit von 23 untersuchten Aktivitäten vier (Mahlzeiten zubereiten, Wohnung putzen, Wäsche machen, Lebensmittel einkaufen) eher lebensstilspezifischen Einflüssen unterliegen und drei (Treppe steigen, baden, öffentliche Verkehrsmittel benutzen) räumliche Umweltaforderungen beinhalten. Die Gruppe mit eingeschränkter Selbständigkeit hat gerade in diesen Bereichen erhöhte Schwierigkeiten in der Ausführung. Das zeigt, dass bei dieser Gruppe im Falle von Kompetenzeinbußen objektive Unterschiede in der räumlichen Umwelt deutlicher ins Gewicht fallen (ebd., S. 393). Der Zusammenhang von Hilfe- und Pflegebedarf und objektiver Umwelt unterstreicht die Bedeutung, die die Wohnumwelt für die Selbständigkeit älterer Menschen hat.

6.2 Zum Verständnis von Lebensqualität

Mit der Frage, was ein „gutes Leben“ ist, hat sich die Philosophie schon seit langem beschäftigt. Wie diese Frage generell und insbesondere im Hinblick auf das Alter zu fassen ist, ob Glück, Zufriedenheit, Wohlbefinden oder neuerdings das Konzept der Lebensqualität Ausdruck eines guten Lebens im Alter ist, hat erst eine jüngere Ge-

schichte und folgt unterschiedlichen Ausgangspositionen und Herangehensweisen. Infolge gesellschaftlicher und sozialpolitischer Entwicklungen und sozialer Verwerfungen wie die Vereinigung Ost- und Westdeutschlands und jetzt dem vereinigten Europa ist man an einem interdisziplinären Klärungsbedarf besonders interessiert (Walker, 2005).

6.2.1 Begriffliche Klärung

Der Begriff der Lebensqualität allgemein und im Alter ist ein schwer zu fassendes Konstrukt. Als weitgehend anerkannt darf gelten, dass Lebensqualität subjektiv ist, auf Selbsteinschätzung beruht, einem stetigen Wandel und Dynamik unterliegt und ein multidimensionaler Begriff ist. Die Entwicklung zeigt unterschiedliche Trends, theoretische Fundierung und Erfassungsmethoden. Das Konzept der Lebensqualität im Alter und speziell in höherem Alter hat in den letzten Jahren eine wachsende Bedeutung erfahren und gerade hier steht die Erfassung von objektiven und subjektiven Indikatoren von Lebensqualität vor großen Herausforderungen (Lehr, 2000). Das Konzept der Lebensqualität steht in engem Zusammenhang mit dem Konzept des erfolgreichen Alterns, das soziale Partizipation, Wachstum, Kontrolle über das eigene Leben, Anpassungsfähigkeit, Wohlbefinden und Zufriedenheit umfasst und psychologischen Charakter hat. Lebensqualität ist ein breiteres Konzept, das unterschiedlichen Disziplinen entspringt. Bezüglich des Konzepts besteht derzeit noch ein großer Forschungsbedarf, wie im Zusammenhang mit der Fragestellung nach der qualitativen und quantitativen Bedeutung neuer gemeinschaftlicher Wohnformen im Alter deutlich wird. Je nachdem, aus welcher Perspektive man das Thema betrachtet, ergeben sich unterschiedliche Ansätze, die zu verfolgen und die in Zusammenhang zu bringen sind. Weidekamp-Maicher (o. J.) kommt in ihrer Expertise zur Forschung von Lebensqualität im Alter zum Ergebnis, dass die Gerontologie in Deutschland keine Theorie der Lebensqualität im Alter hervorgebracht hat. In Abhängigkeit von der jeweiligen Disziplin ergeben sich unterschiedliche Perspektiven auf den Begriff der Lebensqualität. Objektive wie subjektive Dimensionen des Konstrukts sind unterschiedlich gut erforscht (ebd., S. 4).

6.2.2 Theoretische Modelle zu Lebensqualität

6.2.2.1 Objektive und subjektive Dimension der Lebensqualität

Die Konzeptualisierung von Lebensqualität hat zwei wissenschaftliche Traditionen: Den Ansatz, in dem objektive Lebensbedingungen die Lebensqualität definieren und den Ansatz des subjektiven Wohlbefindens, in dem die individuelle Bewertung der eigenen Lebenssituation die Lebensqualität definiert. Der Ansatz von Lebensqualität als Frage objektiver Lebensbedingungen beinhaltet eine wohlfahrtspolitische Perspektive. Sie steht im Zusammenhang mit der Entstehung der Lebensphase Alter im Zuge der Industrialisierung und deren sozialpolitischen Absicherung Ende des 19. Jahrhunderts. Alter wurde über die Bedingungen des Arbeitsmarkts und der Alterssicherung zur sozialen Kategorie. Mit der Entwicklung des staatlich organisierten Wohlfahrtssystems ging nicht nur die Institutionalisierung des Lebenslaufs, sondern auch die chronologische Fassung des Alters einher (Backes, Clemens, 2000). So scheint es schlüssig, dass insbesondere die Wohlfahrtsperspektive an der Frage, was ein gutes Leben im Alter ist, besonders interessiert ist, geht es doch um die Auslotung, in welchem Maße der Staat sich hier nicht zuletzt finanziell einbringen sollte. Die Sicherung des Lebensstandards kennzeichnete im Nachkriegsdeutschland wohlfahrtsstaatliche Sozialpolitik.

Die Orientierung an Lebensstandard als wohlfahrtsstaatlicher Sozialpolitik wird zunehmend abgelöst von der Orientierung an Lebensqualität. Glatzer führt dies auf die zunehmende gesellschaftliche Bedeutung individualisierter Lebensstile und postmaterieller Werte zurück (Glatzer, 1998). Eine eindimensionale Erhöhung des materiellen Lebensstandards stößt nicht nur an die Grenzen des Wachstums, sondern wird von den Bürgern nicht notwendigerweise als gutes Leben wahrgenommen. Das subjektive Wohlbefinden rückt als Bestandteil guten Lebens ins Bewusstsein. Die Wirtschafts- und Sozialforschung (Glatzer, Zapf, 1984) hat folglich ein integriertes Konzept von Lebensqualität entwickelt, das weitgehend anerkannt ist: Die nationale Wohlfahrt wird nicht mehr nur durch den objektiven materiellen Stand der Gesellschaft, sondern auch durch das subjektive Wohlbefinden definiert. Der objektive Teil der Lebensqualität, die Lebenslage, lässt sich vergleichsweise eindeutig durch die Einschätzung objektiver, beobachtbarer Lebensverhältnisse wie beispielsweise Ein-

kommen, Wohnbedingungen, Haushalt, soziale Integration bestimmen. Zum subjektiven Teil der Lebensqualität, d.h. die wahrgenommene Lebensqualität oder Wohlbefinden, gibt es unterschiedliche Konzepte bezüglich Definition und Messung. Glatzer, Zapf (1984) unterscheiden in Bezug auf das subjektive Wohlbefinden nur zwischen der kognitiv ausgerichteten Komponente „Zufriedenheit“ und der affektiven Komponente „Glück“. Zufriedenheit hängt insbesondere von sozialen Vergleichen mit wichtigen Bezugsgruppen ab und davon, was jemand wünscht, erwartet, erhofft und anstrebt (Campbell, Converse, Rodgers, 1976, zitiert nach Glatzer, Zapf, 1984, S. 178), Glück ergibt sich aus dem Verhältnis positiver und negativer Erfahrungen und Erlebnisse eines Individuums (Bradburn 1969, zitiert nach Glatzer, Zapf, 1984, S. 178). Zufriedenheit darf nicht mit der Abwesenheit negativer individueller Erfahrungen und Empfindungen gleichgesetzt werden. Auch bei Hochzufriedenen können Besorgnissymptome (Anomiesymptome) wie Machtlosigkeit, Sinnlosigkeit und Einsamkeit auftreten (S. 182). Lebenszufriedenheit stellt eine partiell unabhängige Dimension subjektiven Wohnbefindens dar. Das Lebensqualitätsniveau einer Gesellschaft aus Wohlfahrtsposition ist umso höher, je größer der Anteil der Bevölkerung ist, bei dem sich „Wohlbefinden“, d.h. gute objektive Lebensbedingungen, mit gutem subjektiven Wohlbefinden verbindet. Für die integrierte Konstruktion von Lebensqualität spricht auch der Befund, dass in querschnittlichen Erhebungen zum Wohlbefinden in unterschiedlichen Altersgruppen ältere Menschen höhere Wohlbefindenswerte aufweisen, als jüngere Altersgruppen, obwohl man aufgrund vielfältiger Verlusterfahrungen Gegenteiliges erwarten könnte. Dieses als „Paradox der Lebenszufriedenheit im hohen Alter“ bekannte vielfach untersuchte Phänomen (Staudinger, 2000) könnte schlechte Lebensbedingungen verschleiern. Ältere verfügen über eine hohe Adaptionfähigkeit, d.h. sie zeigen auch bei schlechten objektiven Lebensbedingungen gutes subjektives Wohlbefinden. Nägele (1998) sieht darin die Gefahr, dass die betreffenden Personen sozialpolitische Angebote trotz objektiven Bedarfs nicht in Anspruch nehmen oder diese Angebote nicht geschaffen werden.

Auch wenn in der gegenwärtigen Forschung integrative Ansätze dominieren (BMBF 2002, S. 71) bleibt es wichtig, die subjektiven Ansätze der Lebensqualität gerade auch für das hohe und hilfebedürftige Alter im Blick zu behalten. Mayring plädiert für das Wohlbefinden als eigenständige psychologische Kategorie, da er sie als ein

zentrales Entwicklungsziel im späteren Erwachsenenalter betrachtet (Mayring, 1987, S. 367). Er geht in Anlehnung an Lawton (1984) von vier Aspekten subjektiven Wohlbefindens aus: negativer emotionaler Faktor (Angst, Depression, Neurotizismus, Unruhe, Belastungen), positiver emotionaler Faktor (Lust, Freude), Glück (als die Überzeugung, dass die positiven Emotionen langfristig sind) und Zielkongruenz (Zufriedenheit, Überzeugung, die eigenen Ziele erreicht zu haben). Die Herausforderung künftiger Forschung im Bereich der Lebensqualität sieht er darin, die vier Begriffe gegenseitig abzugrenzen und in Konzepte von psychischer Gesundheit und Lebensqualität einzubinden (ebd., S. 371).

6.2.2.2 Psychologisches Wohlbefinden

Menschliches Wohlbefinden ist von Persönlichkeitsvariablen und Umweltbedingungen abhängig. Lange Zeit war die Sicht auf das Wohlbefinden im Alter negativ geprägt. Der Zusammenhang zwischen Alter und Krankheit und die Tatsache, dass Alter mit vielen Verlusten wie z.B. Auszug der Kinder, Partnerverlust oder finanziellen Einbußen einhergeht, legte dies vielleicht nahe. Es konnte aber letztlich doch nicht die individuellen Unterschiede erklären und auch nicht die Tatsache, dass die Abwesenheit von Krankheit noch lange nicht Wohlbefinden garantiert. Wohlbefinden ist ein schwer zu greifender Begriff und wird neben Glück, Zufriedenheit, geistiger Gesundheit und Lebensqualität genutzt. Auch wenn es keine umfassende Theorie des Wohlbefindens im Alter gibt, besteht Einigkeit darüber, dass Wohlbefinden zum subjektiven Erlebensraum einer Person zählt, sowohl in der Abwesenheit negativer als auch im Vorhandensein positiver Aspekte besteht, in Gestalt von Bewertungen wie von Affekten in Erscheinung tritt und als interdisziplinärer Begriff zu verstehen ist (Wahl, Heyl, 2004, S. 174f). Zum Konstrukt Wohlbefinden gibt es unterschiedliche theoretische Zugänge, die sich in personenzentrierte Ansätze und umweltzentrierte, interaktionistische Zugänge fassen lassen (Perrig-Chiello, 1996). An dieser Stelle sollen die personenzentrierten Ansätze zusammengefasst werden, die umweltzentrierten Ansätze werden an anderer Stelle beim Thema „Wohnen“ näher ausgeführt, da sie in der Fragestellung stärker in diesem Zusammenhang stehen.

Die personenzentrierten Ansätze haben motivationstheoretische, kognitivistische, persönlichkeitspsychologische und integrierende Zugänge (Perrig-Chiello, 1996, S. 22ff). In der Gerontologie haben insbesondere bei den kognitivistischen Theorien - bei denen es um die Rolle kognitiver Prozesse bei der Verarbeitung emotionaler Zustände geht - die sozialen Vergleichstheorien, die Adaptioneniveautheorien und Kompetenztheorien Eingang gefunden.

Die sozialen Vergleichstheorien sagen, dass Wohlbefinden nicht primär von objektiven Lebensbedingungen abhängt, sondern davon, wie man seinen gegenwärtigen Status mit dem Durchschnitt seiner sozialen Bezugsgruppe vergleicht. Damit werden die hohen Zufriedenheitsraten älterer Menschen erklärt. Gegenüber dieser interpersonellen Sichtweise gehen die Adaptioneniveautheorien von einer intrapersonalen Betrachtung aus. Maßgeblich für das Wohlbefinden ist ein persönlicher Standard, der durch laufende positive Erfahrungen gehoben wird, durch laufende negative Erfahrungen gesenkt wird. Gewöhnungseffekte führen zu einer Abschwächung der Wirkung, da sich die persönliche Bezugsnorm verändert. Dies erklärt die Normverschiebung früherer Bewertungen: Ältere krank gewordene Menschen können Lebenspassagen, die sie früher kritisch bewertet haben, und Gesundheitseinbußen, mit dem Alter als verklärt positiv bewerten. In kompetenztheoretischen Ansätzen ist das Wohlbefinden Ergebnis erfolgreicher Bewältigung externer (Pensionierung, Empty Nest) als auch interner (Abnahme körperlicher Fähigkeiten) Anforderungen. Wichtige Ressource in diesem Zusammenhang ist das Konstrukt der Kontrollüberzeugungen. Internale Kontrollüberzeugungen, d.h. das Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten, Ziele zu erreichen, korrelieren positiv mit Wohlbefinden (Mayring, 1988). Heteronome Kontrollüberzeugungen im höheren Erwachsenenalter, d.h. die subjektive Bewertung, dass die eigene Entwicklung aufgrund zunehmender Unkontrollierbarkeit externer Faktoren nicht selbst beeinflusst werden kann, haben negativen Einfluss auf das Wohlbefinden (Brandstädter, 1989).

Zu den personenzentrierten Ansätzen zählen auch persönlichkeitspsychologische Ansätze. Da sich in größeren Längsschnittstudien eine hohe intraindividuelle Stabilität bezüglich des Wohlbefindens herausgestellt hat, lag es nahe, Wohlbefinden als biografisch verankerte Persönlichkeitseigenschaft aufzufassen. In zahlreichen Untersu-

chungen wurden spezifische Persönlichkeitsvariablen (z.B. Extraversion, Neurotizismus, Ängstlichkeit) mit Wohlbefinden korreliert. Ein Befund ist beispielsweise, dass Extraversion mit Soziabilität, Vitalität und sozialer Kompetenz einhergeht und die Inzidenz positiver Affekte erhöht. Menschen mit einer sozialen Persönlichkeit neigen zu höheren Wohlbefindenswerten (Emmons, Diener, 1985, zitiert nach Perrig-Chiello, 1996, S. 25).

Integrierende Zugänge zur „seelischen Gesundheit“ formulierte Jahoda (1958) mit den Kriterien positives Selbstbild, Wachstum und Selbstaktualisierung, Integration der Persönlichkeit, Autonomie, Realitätswahrnehmung und Umweltkontrolle. Ryff, die die negative Konzeptualisierung von Wohlbefinden im Alter kritisierte (weitgehend atheoretisches Vorgehen, impliziter Negativismus, Vernachlässigung der Entwicklungsmöglichkeiten im Alter, Nichteinbezug kultureller Variationen und geschichtlicher Veränderung) (Perrig-Chiello, 1996, S. 28) entwickelte aus diesem weitgehend unbeachtet gebliebenen Modell sechs neue Kriterien des Wohlbefindens: Selbstakzeptanz, positive interpersonale Beziehungen, Autonomie, Umweltkontrolle, Lebensziele/-zweck und persönliches Wachstum/Reife (Ryff, 1991, S. 144ff).

Perrig-Chiello (1996, S. 31f) sieht bei den bisherigen Studien kritische Punkte. Einige Theorien sind einem älteren, medizinischen Krankheitsmodell verpflichtet. Wohlbefinden und Gesundheit sind nicht nur als Abwesenheit von Krankheit zu begreifen, sondern weisen eigene Komponenten auf. Wohlbefinden konzentriert sich bislang im Wesentlichen noch auf das psychologische Wohlbefinden und sollte auf das soziale und physische Wohlbefinden erweitert werden. Aus ihrer Sicht sind viele Theorien zu individuumszentriert und tragen den komplexen Interaktionen mit der Umwelt zu wenig Rechnung. Ökologische Ansätze gewannen zwar an Bedeutung, kämen aber über das Niveau korrelativer Zusammenhänge kaum hinaus und haben die Personvariable nicht ausreichend ausdifferenziert. Bei den Langzeitstudien hält sie die Berücksichtigung entwicklungspsychologischer Aspekte der Konsolidierung und Störung des Wohlbefindens über längere Zeiträume für bedeutsam. Als Beispiel nennt sie die Frage, inwiefern frühkindliche Erfahrungen das Wohlbefinden im Alter vorausagen können.

6.2.3 Modelle und Dimensionen von Lebensqualität

Das Konzept der Lebensqualität ist weitumfassend und beinhaltet nach Bowling (2004) potentiell alles – von Maslows Bedürfnishierarchie bis zu klassischen Modellen, die nur auf psychologisches Wohlbefinden, Glück, Haltung, Lebenszufriedenheit, soziale Erwartungen oder eine einzigartige individuelle Wahrnehmung fußen. Sie unterscheidet acht verschiedene Modelle von Lebensqualität wie objektive soziale Indikatoren des Lebensstandards, Zufriedenheit im Bereich menschlicher Bedürfnisse, subjektive soziale Indikatoren der Lebenszufriedenheit und des psychologischen Wohlbefindens, soziales Kapital in Form persönlicher Ressourcen, ökologische und Nachbarschaftsressourcen, Gesundheit und Fähigkeiten, die sich auf physisches und mentales Leistungsvermögen bzw. Unvermögen konzentriert, psychologische Modelle und hermeneutische Herangehensweisen, die die Werte, Interpretationen und Wahrnehmungen des Individuums betonen. Walker (2005) und Noll (2002) plädieren aus europäischer Perspektive dafür, eine Theorie der Lebensqualität zu entwickeln, um den logischen Zusammenhang und die Zusammensetzung des Konstrukts herzustellen und damit auch das Potential der Messung von Lebensqualität bei politischen Entscheidungen zu stärken. Diesem Ansinnen steht als Argument entgegen, dass Lebensqualität auf einer Meta-Ebene angesiedelt ist, die unterschiedliche Dimensionen des Lebens einer Person umfasst.

In der Diskussion um Lebensqualität im Alter gewinnt zunehmend auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität an Bedeutung. Mit ihrer Definition von Gesundheit hat die WHO 1946 den Fokus von einer eindimensionalen Sicht auf Krankheit auf eine gesundheitsbezogene Lebensqualität gelenkt. Gesundheit wurde nicht mehr nur als Abwesenheit von Krankheit, sondern neben physischem auch über psychisches und soziales Wohlbefinden definiert (WHO, 1946). Dies resultierte nicht zuletzt aus der sich verändernden Bevölkerungsstruktur mit einer wachsenden Zahl an chronisch kranken, auch multimorbiden älteren Personen im Gesundheitssystem. Da zunehmend mehr Krankheiten beim erreichten medizinischen Kenntnisstand vorerst weder grundsätzlich vermeidbar noch heilbar sind, geht es darum, wie sich diese v.a. chronisch-degenerativen Erkrankungen auf die Betroffenen auswirken und wie sich diese Wirkungen verhindern, reduzieren oder verzögern lassen (Radoschewski, 2000, S. 166). Mit der Verschiebung der Aufmerksamkeit von Infektionskrankheiten auf chro-

nische Erkrankungen ergab sich gleichzeitig eine Verschiebung von Mortalität zu Lebensqualität als Outcome der Gesundheitsversorgung. Seit den 1980er Jahren gibt es verstärkte Bemühungen zur theoretischen Formulierung und empirischen Messung von Lebensqualität im Bereich der Gesundheitsversorgung (King, Hinds, 2001, S. 19ff). Herausgebildet hat sich auch hier ein multidimensionales Konzept von Lebensqualität (WHOQoL Group, 1998).

In Bezug auf Maßnahmen zur Förderung der Lebensqualität im Alter spielt eine wichtige Rolle, welches Konzept zugrunde gelegt wird. Eine medizinische Betrachtung von Lebensqualität hat die Tendenz, generelle Aspekte wie das Wohnen oder finanzielle Aspekte auszuklammern, wenn es um Lebensqualität in Verbindung mit gesundheitsbezogenen Problemen geht und nutzt eher gesundheitsbezogene Konzepte von Lebensqualität. Dies führte zu einer Betonung der körperbezogenen Funktionen (Ettema, 2004, S. 362) und weiterführend zu einer sozialpolitischen Orientierung der Altenhilfe am medizinisch orientierten Leitbild Pflege. Gestützt hat dieses Leitbild die Grundannahme, dass die Pflegequalität entscheidend zur Lebensqualität hilfebedürftiger älterer Menschen beiträgt. Unbestritten spielen Fortschritte im klinisch-medizinischen Bereich z.B. der Schmerztherapie bei Älteren eine wichtige Rolle im Bereich der Lebensqualität. Andererseits geben Erfahrungen aus der Praxis Hinweise, dass eine Orientierung an chronischer Krankheit die Entwicklung bedarfsgerechter Konzepte des Wohnens und der Unterstützung älterer Menschen eher einschränkt. Neue Erkenntnisse im Bereich des subjektiven Wohnens und der häuslichen Bindung (Wahl et al., 2012, Oswald, 2010), also die Tatsache, dass Menschen auch mit zunehmenden krankheitsbedingten Einschränkungen eher ans Haus gebunden bleiben, und Erkenntnisse, wie sie dort ihr Leben gestalten, zeigen, dass dies mehr mit normaler Häuslichkeit als mit Krankenwohnen zu tun hat. Im Hinblick auf neue Konzepte des Wohnens müssten die gesundheitsbezogenen Aspekte von Lebensqualität überprüft werden.

6.2.4 Lebensqualität im Kontext von Demenz

Dementielle Erkrankungen spielen aufgrund der Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen bzw. ihrer Familien und im Hinblick auf den wachsenden Bedarf

an Wohn- und Unterstützungsleistungen und damit verbundenen Kosten eine wichtige Rolle. Im Zuge der gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Diskussion, wie das Alter und insbesondere das Alter mit Einschränkungen zu betrachten ist, entwickelt sich auch für die Frage der Lebensqualität bei Demenz eine neue Perspektive. Befördert wird dies durch einen schwierigen methodischen Zugang und dem geringen nachweisbaren signifikanten Erfolg bisheriger Konzepte und Maßnahmen, die sich mit spezieller Zielsetzung den Menschen mit Demenz zugewandt haben.

Bei fortgeschrittener Demenz ergibt sich das methodische Problem, dass die Betroffenen – wie bei Untersuchungen zur Lebensqualität sonst üblich – nicht direkt zu den Aspekten des Lebens, die sie als wichtig erachten, befragt werden können, da keine zuverlässigen Antworten erwartet werden können. Es ist unklar, wie sie in unterschiedlichen Stadien der Demenz ihren subjektiven Status erleben. Wenn sie keine Auskunft über ihre Lebensqualität geben können, ist man auf Berichte von Angehörigen angewiesen oder auf den Ausdruck des Verhaltens über ihren subjektiven Status. Daraus ergibt sich das weitere Problem, Aspekte bzw. Domänen des täglichen Lebens zu identifizieren, die für Menschen bei schwerer eingeschränkter Kognition und funktionalen Fähigkeiten von Bedeutung sind. Die Erforschung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz konzentrierte sich weitgehend auf die institutionelle Versorgung bzw. war daraus motiviert. Dies führte zu einer Engführung, was die Zielsetzungen der Einrichtungen, die direkte Arbeit mit dieser Personengruppe und auch die Auswahl pflegerischer und therapeutischer Methoden anlangte. Ein Fortschritt ist sicherlich, dass die Frage nach einem adäquaten Verständnis der Demenz in den letzten Jahren zunehmend aus dem Verharren im negativen Bild des geistigen Abbaus und herausfordernder Verhaltensweisen herausgetreten ist (Wißmann, Gronemeyer, 2008). Radzey et al. (2001) kommen in ihrer internationalen Expertise zur Qualitätsbeurteilung in der institutionellen Versorgung und Betreuung dementiell Erkrankter ebenfalls zu der Einschätzung, dass sich hier ein Richtungswandel ergeben hat. Ausgehend von der Zielsetzung der Linderung primärer Krankheitssymptome, der Verbesserung kognitiver Leistungsfähigkeit sowie dem Abbau problematischer Verhaltensweisen hat sich die Krankheitsperspektive auf die Personperspektive erweitert. Die Förderung der Lebenszufriedenheit und der Erhalt der Lebensqualität erhält vermehrte Aufmerksamkeit (Radzey et al., 2001, S. 20).

Die Literaturanalyse von Ettema et al. (2005) zeigt für die Domänen von Lebensqualität bei Menschen mit Demenz je nach konzeptioneller Fassung eine große Breite auf. Einige Ansätze betonen die subjektive Bewertung von Domänen, die die Untersuchungsgruppe bedeutsam findet, andere bevorzugen Domänen, die auf Konsens beruhen, um ein standardisiertes Assessment zu schaffen. Es stellt sich auch die Frage, ob Lebensqualität bei Menschen mit Demenz als Teil des normalen Alterns, unter dem Aspekt chronischer Erkrankung oder in der speziellen Erkrankung gefasst wird. Eine krankheitsspezifische Fassung der Lebensqualität ist in der Regel auf eine spezifische Gruppe zugeschnitten. Der Vorteil daran ist, dass die Domänen auf Probleme der spezifischen Krankheit abzielen und damit auf die Verbesserung der Veränderungsmöglichkeiten. Ein Nachteil der krankheitsspezifischen Fassung ist, dass ein Vergleich von Lebensqualität über verschiedene Krankheiten nicht gemacht werden kann, da sie im Zugang variieren. Krankheitsbezogene Items zielen eher auf effektive Anpassungsaufgaben (ebd., S. 358).

Lawton legt auch bei Demenz sein Konzept der Lebensqualität zugrunde (Lawton 1983a, 1997). Keine der Domänen Verhaltenskompetenz, wahrgenommene Lebensqualität, psychologisches Wohlbefinden und objektive Umwelt sollte bei Menschen mit Demenz ausgegrenzt werden, aber bei vielen von ihnen müssen Indikatoren eingesetzt werden, die nicht auf Selbstauskunft basieren. Entgegen dem vielfach beschriebenen Verlust an Persönlichkeit sprechen aus Sicht Lawtons Befunde dafür, dass Menschen mit Demenz positive und negative Emotionen ausdrücken und emotional auf ihre Umwelt reagieren können. Die Balance von negativen und positiven Emotionen erachtet er als wichtiges Konzept der subjektiven Lebensqualität gerade auch bei Menschen mit Demenz (Lawton, 1997). Brod et al. (1999b) benennen in ihrem Instrument zur Lebensqualität fünf Domänen: positiver Affekt (z.B. Glück, Zufriedenheit, Hoffnung, andere Menschen zu erfreuen), negativer Effekt (z.B. Angst, Scham, Niedergeschlagenheit, Einsamkeit, Verärgerung, Trauer, Unsicherheit, Nervosität), das Gefühl der Zugehörigkeit (z.B. nützlich sein, von anderen geliebt und akzeptiert werden), Selbstwertgefühl (z.B. Gefühle von Selbstvertrauen, der Zufriedenheit mit dem Geleisteten, Möglichkeiten, eigene Entscheidungen zu treffen und umzusetzen) sowie das Gefühl von Ästhetik (z.B. das Genießen von Schönheit, Natur und Umgebung) (Brod et al., 1999b). Die Instrumente weiterer Autoren (Überblick

Ettema et al., 2005, S.358f) sind im Umfang reduzierter. Es finden sich Überschneidungen in den Bereichen soziale Beziehungen und Interaktion, Selbstwertgefühl, Stimmung oder Affekt. Diese zeigen dann keine größeren Unterschiede zu Instrumenten in anderen Feldern der Medizin.

Forstmeier et al. (2005) betonen ebenfalls den Ansatz, Stärken, Kompetenzen und Ressourcen von älteren Menschen insbesondere auch der Menschen mit Demenz in den Fokus der sonst eher psychopathologisch orientierten Diagnostik zu rücken. Sie halten diesen Blickwinkel insbesondere unter dem Aspekt der Psychotherapie im Alter für bedeutsam – was aber sicherlich für die gesamte Ausgestaltung von Altenhilfe-/Pflegeangeboten grundlegend Geltung haben muss. Sie haben die positiven Konsequenzen dieser Ressourcen im Alter unter emotionale Ressourcen (positiven Affekt, Lebenszufriedenheit und Selbstwernerleben), motivationale Ressourcen (Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeitserwartung, dispositionaler Optimismus, optimistischer Attributionsstil, Hoffnung, intrinsische Lebensstile), volitionale Ressourcen (Handlungsorientierung, Selbstregulation und Selbstkontrolle, Aufmerksamkeitsregulation, Emotionsregulation), interpersonale Ressourcen (Bindung, Altruismus, soziale Verantwortung, Vergebung, Humor) und soziale Ressourcen (soziales Netzwerk, soziale Unterstützung, Partnerbeziehung) zusammengefasst.

6.2.4.1 Verhaltens-, psychologische und neuropsychiatrische Symptome

Ein international durchgängiger Ansatz zur Identifizierung von Aspekten von Lebensqualität bei Menschen in Einrichtungen bzw. bei Demenz ist die hohe Prävalenz von Verhaltens- und psychologischen Symptomen. Sie gelten als die stärksten Prädiktoren für Gefühlsausdruck bei dieser Personengruppe. Im Zuge des Krankheitsverlaufs zeigen v.a. Menschen mit Demenz ein Verhalten, das als störend und problematisch empfunden wird. In der stationären Altenhilfe in der BRD zeigt nach Schätzungen ein Anteil von 11% bis 65% der Bewohner herausfordernde Verhaltensweisen. Um der Komplexität gerecht zu werden, wird vorgeschlagen, statt von Verhaltensstörungen von Verhaltens- und psychologischen Symptomen von Demenz (BPSD) zu sprechen (Finkel, Burns, 1999, Kurz, 1998). Verhaltenssymptome werden in der Regel durch Beobachtung von Demenzerkrankten identifiziert und umfassen

physische Aggression, Rufen, Rastlosigkeit, Agitation, Wandern, kulturell unangemessenes Verhalten, sexuelle Enthemmtheit, Horten, Fluchen und das Begleiten auf Schritt und Tritt. Psychologische Symptome werden meistens durch Befragung von Betroffenen oder Angehörigen ermittelt und umfassen Ängstlichkeit, depressive Stimmung, Halluzinationen und Wahn. Nach Untersuchungen in stationären Einrichtungen in den USA kommen diese Symptome bei bis zu 90% der Bewohner vor (Finkel et al., 1998). Als mögliche Folge von BPSD wird das Leiden, frühzeitige Institutionalisierung, steigende Kosten für Pflege und der signifikante Verlust von Lebensqualität des Patienten und seiner Familie und Pflegenden gesehen (Finkel et al., 1996).

Die Untersuchung von Schäufele et al. (2008) bei ca. 4.000 Bewohnern in stationären Einrichtungen in Baden-Württemberg bestätigt Befunde, dass Demenzkranke ein sehr viel höheres Maß an Verhaltensauffälligkeiten zeigen, als nicht demenzkranke Bewohner: Bei einem Viertel (25,8%) der an Demenz erkrankten Bewohner gegenüber 12,5% der nicht an Demenz erkrankten Bewohner wurden in einem Zeitraum von zwei Wochen herausfordernde agitierte Ausdrucksformen festgestellt (ebd., S. 46). Auch die bundesweite Repräsentativerhebung von 2006 bis 2007 (Schneekloth, Wahl, 2009, Schäufele et al., 2009) bestätigt diese Befunde. In einer Stichprobe von 58 Pflegeheimen mit einer Vollerhebung von 4.481 Bewohnern wurden Verhalten, neuropsychiatrische Symptome und die Gefühlsäußerungen demenzkranker Bewohnerinnen mit denen nichtdemenzkranker Bewohner verglichen. Neuropsychiatrische Symptome wie z.B. Ängstlichkeit, Wahnvorstellungen traten bei demenzkranken Bewohnern signifikant häufiger auf als bei Nichtdemenzkranken. Nur die Symptome Depression, Reizbarkeit/Labilität und Hochstimmung/Euphorie wurden bei beiden Gruppen gleich oft beobachtet (Schäufele et al., 2008, S. 178f). Die Hälfte aller Demenzkranken zeigte mindestens ein stark ausgeprägtes neuropsychiatrisches Symptom, wobei dies bei Demenzkranken mit stark eingeschränkter Fortbewegungsfähigkeit signifikant häufiger vorkommt. Bei den Emotionen/Affekt wurden positive Emotionen wie Freude und/oder Interesse bei 75% der Menschen mit Demenz beobachtet, negative Emotionen wie Wut, Angst und Niedergeschlagenheit bei 37% bis 42%, bei 15% konnte kein positiver Affekt (bei vorhandenem negativen Affekt) beobachtet werden. Interessant waren bei der Untersuchung auch die Geschlechtsunterschiede bei den negativen Emotionen, die sich bei Männern eher in

Aggressionen (46% vs. 34%), bei Frauen eher in Ängstlichkeit (34% vs. 22%) und Niedergeschlagenheit (43,1% vs. 31,1%) zeigten. Bei den positiven Emotionen gab es keine Geschlechtsunterschiede.

Das Auftreten positiver Emotionen war mit besonderen Anlässen wie Besuche von Angehörigen und Freunden oder die Einbindung in Aktivitäten assoziiert. Auch die Selbständigkeit in den ADLs war an Emotionen gekoppelt. Je selbständiger die Bewohner waren, desto häufiger zeigten sie Freude oder Interesse an ihrer Umwelt, Bettlägerigkeit war mit einer signifikant geringeren Häufigkeit von positiven Emotionen verbunden. Aktivitäten, Demenz und neuropsychiatrische Symptome erwiesen sich als stärkste Prädiktoren für den Gefühlsausdruck. Je schwerer die Demenz, desto größer ist die Reduzierung positiver Emotionen (ebd., S. 202f).

6.2.4.2 Aktivitäten und bedeutungsvolle Beschäftigung

Ein wichtiger Aspekt von Lebensqualität ist die Frage, mit was, mit wem, wie viel und wo eine Person die Zeit verbringt und welche Bedeutung das für die Person hat. Zeitverwendung wird bei Lawton als unentbehrlicher Indikator der Verhaltenskompetenz betrachtet (1997). Denn sie ist nicht nur eine Frage der Zeit als Maßeinheit und Strukturierung, sondern schließt soziale und räumliche Kontexte mit ein, geht hin bis zur Frage des Lebensstils sowie des Wohlbefindens. Individuelle Zeitverwendung ist das Ergebnis eines komplexen Prozesses, in dem Notwendigkeiten, Gewohnheiten und Präferenzen zusammenwirken (Lüdke, 2001).

Über die Zeitverwendung von Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit liegen keine differenzierten Befunde vor. Zu Hause lebende Ältere ab 75 Jahren verbringen einen wichtigen Teil des Tages mit hauswirtschaftlichen Aktivitäten, Kontakten sowie Medien, Sport und Kultur (Engstler et al., 2004). In der institutionellen Versorgung klassischer Ausrichtung sind die hauswirtschaftlichen Bereiche ausgegliedert. Das bedeutet, dass ein vielfältiger Alltagsbereich wegfällt. Gleichzeitig erfolgte eine starke Fokussierung des Personaleinsatzes auf die körperbezogenen Aktivitäten des täglichen Lebens und folglich eine doppelte Aushöhlung eines reichhaltigen Alltagserlebens und Wohlbefindens. Dieses Manko greift Bowlby (2000) auf. Für sie liegt ein wichtiger Aspekt der Zeitverwendung in der bedeutungsvollen Beschäftigung. Sie ist ein

wichtiger Bestandteil von Lebensqualität, der durch den Fokus der Pflegenden auf die Verhaltensänderungen der Menschen mit Demenz sehr oft überdeckt wird. Es gibt einen starken Zusammenhang zwischen bedeutungsvoller Beschäftigung, Wohlbefinden sowie lebenslanger Beschäftigung und gesundem Altern (ebd., S. 13). Klinische Untersuchungen zeigen einen starken Zusammenhang zwischen dem Fehlen bedeutungsvoller Beschäftigung und dem Auftreten von Depression (Teri, Logsdon, 1991) und herausforderndem Verhalten (Rabinovich, Cohen-Mansfield, 1992). Cohen und Eisdorfer (1986) sprechen von einem permanenten Drang, etwas zu tun, auch wenn neurologische und physische Defizite einer reifen Beschäftigung entgegenstehen.

Das grundlegende menschliche Bedürfnis, Freude und Befriedigung in bedeutungsvoller Beschäftigung zu finden und weiter die Umwelt zu beherrschen, bleibt erhalten. Die größte Herausforderung aus ihrer Sicht ist daher, während der Krankheit die individuelle Funktionsfähigkeit der Menschen mit Demenz auf höchstmöglichem Niveau zu halten. Unter bedeutungsvoller Beschäftigung (Aktivität) ist das zu verstehen, was man während des Verlaufs eines Tages tut (Bowlby, 2000, S. 13). Dies beinhaltet Aktivitäten des täglichen Lebens (wie z.B. Zähne putzen, essen, telefonieren), arbeiten (wie z.B. mit den Enkeln spielen, putzen) oder Freizeit (wie z.B. aus dem Fenster schauen, mit Freunden reden, sich im Garten beschäftigen). Es unterscheidet sich von einer Beschäftigung, die an einem bestimmten Tag zu einem bestimmten Zeitpunkt stattfindet und bezieht sich auf jeden Aspekt des gesamten Tages. Aus dieser Perspektive ist ein ermöglichendes Engagement in sinnvolle Beschäftigung nicht nur die Verantwortung von Aktivität, Erholung oder Beschäftigungstherapie, sondern die Verantwortung jeder Person, die in Kontakt mit der demenzerkrankten Person ist. Dabei sind im Verlauf der Erkrankung die Fähigkeiten in den Aktivitäten schwankend, doch selbst bei den Schwerstdemenzerkrankten kann das Bedürfnis nach Beschäftigung beobachtet werden in Tätigkeiten wie dem unaufhörlichen Glattstreichen von Stoffservietten oder dem dauernden Laufen gleicher Pfade (Bowlby, 2000, S. 14).

Krankheitsbedingte Defizite bei der Initiative, Planung, Problemlösung, motorischer Koordination u.a. machen es den Menschen mit Demenz zunehmend schwerer, ihre

eigene Beschäftigung zu organisieren. Ein von mehreren Autoren beschriebenes zu beobachtendes Phänomen ist das der „Überunfähigkeit“ (Bowlby, 1993). Damit ist gemeint, dass die Unfähigkeit größer ist, als sie durch die Krankheit selbst hervorgerufen wird und es eine Lücke gibt zwischen dem, was eine Person tun kann (Fähigkeit) und dem, was sie tatsächlich tut (Ausführung). Diese sogenannte „Unfähigkeitslücke“ zu reduzieren, wird als eine der wichtigsten Behandlungsmöglichkeiten erachtet (Cohen, 1988). Bowlby (2000, S. 15) schlägt als eine Intervention vor, die anhaltenden Fähigkeiten einzusetzen, dadurch die Unfähigkeitslücke zu reduzieren und die funktionellen Ausführungen zu fördern. Die anhaltenden Fähigkeiten fasst sie unter acht Überschriften: Die habituellen Fähigkeiten/das prozedurale Gedächtnis, Humor, emotionales Gedächtnis/emotionales Bewusstsein, Geselligkeit/soziale Fähigkeiten, sensorische Einschätzung/sensorisches Bewusstsein, motorische Funktion, musikalische Ansprechbarkeit und Langzeitgedächtnis.

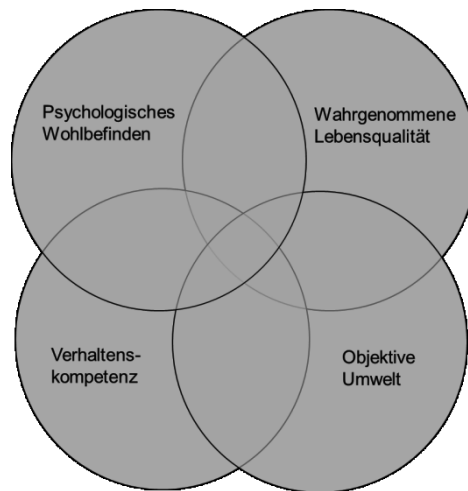
Auch bei den Untersuchungen von Albert et al. (2001) ist Aktivität Ausdruck von Lebensqualität. Sie haben bei ihrem Ansatz die Lebensqualität allerdings mehr an Domänen gebunden, die mit Krankheitsfortschritt verbunden sind und Lebensqualität bei Menschen mit fortgeschrittener Alzheimererkrankung untersucht. Sie definieren Lebensqualität als Restriktion von Aktivität und das Engerwerden von affektivem Ausdruck. In einer Langzeitstudie über 5 Jahre bei 150 Patienten konnten sie drei Indikatoren gesundheitsbezogener Lebensqualität ermitteln: Das „Angebundensein an das Zuhause“, „Nullaktivität“ und „Null-Positiver-Affekt“. Gemessen wurden 15 Aktivitäten, die Demenz-kranken machen können, wenn sie Anleitung und Hilfe in den ADLs bekommen. Darunter sind 5 Aktivitäten, die außerhalb des Hauses gemacht werden (nach draußen gehen, zu Filmen gehen oder anderen Formen von Unterhaltung, zur Kirche gehen oder anderen religiösen Events, Einkaufen gehen, Autofahren) und 10 Aktivitäten, die man eher zu Hause macht (Kontakt mit Haustieren, sich mit Familie treffen, mit Familie oder Freunden telefonieren, lesen oder sich vorlesen lassen, Radio hören oder TV sehen, gymnastische Übungen machen, Spiele spielen oder Puzzles, Handarbeiten machen, Pflanzen pflegen oder den Garten, eine zusätzliche unspezifische Aufgabe fertigstellen, die von den Pflegenden als schwierig eingestuft wird). Das „Angebundensein an zu Hause“ wird von Demenzerkrankten erreicht, wenn sie an keiner der 5 Aktivitäten draußen teilnehmen, der „Nullaktivitäten-

Endpunkt“ wenn sie keinen der 15 Aktivitäten mehr ausführen und der „Null-Positiver-Effekt“, wenn sie über zwei Wochen keinen oder nur einen minimalen Ausdruck von Wohlgefallen oder Interesse zeigen (ebd., S. 161).

Es zeigte sich, dass die Lebenssituation stark vom Demenzgrad abhängt: nur 7,7% mit leichter Demenz wohnen im Pflegeheim, aber 53,1% mit schwerer und 59,1% mit Demenz im Endstadium. Als weitere wichtigen Befunde zeigte sich, dass leicht bis moderat Demenzerkrankte keinen „Null-Positiven-Affekt“ zeigen. Dieser Indikator liegt aber zu 22,7% bei den Menschen mit Demenz im Endstadium vor. Umgekehrt zeigte sich, dass Patienten mit psychiatrischen Symptomen eher aktiv sind bzw. keine „Nullaktivität“ und „Angebundensein an das Zuhause“ vorweisen. In der Querschnittsanalyse hingen positiver Affekt und psychiatrische Symptome nicht zusammen, woraus Albert et al. schließen, dass die beiden Indikatoren verschiedene Komponenten der psychologischen Erfahrung von Menschen mit Alzheimerdemenz darstellen. Der relative Erhalt von positivem Affekt beim Vorliegen von Demenz legt für sie auch nahe, dass man neben den klassischen Indikatoren wie Agitation, Depression und Wahn auch die positiven Aspekte von geistiger Gesundheit der Demenzerkrankten untersuchen muss. Allerdings stehen „Nullaktivität“ und „Null-Positiver-Affekt“ im Zusammenhang. Das heißt, dass Patienten, die keinerlei Aktivität zeigen, mit hoher Wahrscheinlichkeit auch keine positiven Affekte zeigen.

6.2.5 Lawtons Konzept der Lebensqualität

Ein facettenreiches Konzept, das in der gerontologischen Forschung Anwendung findet und auch dieser Arbeit zugrunde gelegt wird, ist Lawtons Konzept der Lebensqualität (Lawton, 1991, 1983a), das aus seinen langjährigen und umfangreichen empirischen Arbeiten im Bereich der Versorgungskonzepte älterer hilfebedürftiger Menschen hervorgegangen ist.

Abbildung 5: Vier Sektoren guten Lebens (nach Lawton, 1983)

Er geht von vier Dimensionen für „ein gutes Leben“ aus (Abb. 5). Das sind erstens die *Verhaltenskompetenz*; die z.B. durch Indikatoren wie Gesundheit, funktionelle Gesundheit, Kognition, Zeitverwendung und soziales Verhalten gemessen wird. Zweitens die *wahrgenommene Lebensqualität*, die z.B. durch die subjektive Einschätzung des Einzelnen von jedem seiner Lebensbereiche gemessen wird. Drittens das *psychologische Wohlbefinden*, das besonders oft von den vier Domänen Neurotizismus bzw. negativer Effekt (z.B. Angst, Depression, Agitation, Pessimismus), Glück, positiver Affekt (als Gefühl des aktiven, zeitlich begrenzten Wohlbefindens) und Übereinstimmung zwischen angestrebten und erreichten Zielen verkörpert wird. Viertens die *externe, objektive Umwelt*. Sie besteht z.B. aus der baulichen Umwelt und der personalen Umwelt. Letztere unterscheidet er in die Kleingruppenumwelt mit sehr wenigen sehr nahen Personen, in die überpersonale Umwelt mit Personen in physikalischer Nähe, die eine wichtige Charakteristik auszeichnet wie Gleichaltrigkeit, sozioökonomischer Status, Rasse sowie in die soziale Umwelt, die sozial-institutionelle, normative und kulturelle Kräfte umfasst. Bei der wahrgenommenen Lebensqualität werden erfahrungsgemäß in der Regel 12 –14 Bereiche angegeben wie z.B. Zufriedenheit mit sich selbst, Familie, Freunde, Aktivitäten, Einkommen, Nachbarschaft, Wohnen.

Dieses Konzept hält er für grundsätzlich gültig für das gesamte Leben und in jedem Stadium der Gesundheit. Er stellt sein generalisierendes Konzept einer gesundheitsspezifischen Sichtweise gegenüber, an der er kritisiert, dass sie aus Studien kranker Patienten resultiert und somit alle auf die physikalische Gesundheit bezogen sind (Lawton, 1991, S. 5). Wichtige Aspekte seines Konzepts sind, dass das Ergebnis der Evaluation positiv und negativ sein kann von einem neutralen Punkt aus betrachtet. Im Gegensatz zu einer medizinischen Lebensqualität, die typischerweise als negative Abweichung von einem Durchschnitt betrachtet wird. Für ihn hat jede Person interne Standards und Bewertungen des Lebens. Auch sozial-normative Aspekte müssen beachtet und gemessen werden. Lebensqualität ist temporär, d.h. vergangene Erfahrungen wirken in die gegenwärtige hinein und werden auch im Hinblick auf die Zukunft bewertet. Die Umwelt beeinflusst das Wohlbefinden der Person, ist aber sehr unterschiedlich, auch bezüglich der Lebensqualität, die sie hervorbringt.

Jede der vier Dimensionen kann in so viele Indikatoren untergliedert werden, wie nötig und mit entsprechenden Fragebatterien hinterlegt werden. *Verhaltenskompetenz* und *wahrgenommene Lebensqualität* sind zentrale Sektoren der Lebensqualität, *Umwelt* und *psychologisches Wohlbefinden* sind notwendige Komponenten eines losen Kausalmodells. Die fünf notwendigen Bestandteile der Verhaltenskompetenz (Gesundheit, funktionelle Gesundheit, Kognition, Zeitverwendung und soziales Verhalten) sind unabhängig voneinander und haben jeweils unterschiedliche Funktionslevels von einfach bis komplex. Bei der funktionellen Gesundheit beispielsweise sind physikalische ADLs (z.B. essen) einfacher als instrumentelle ADLs (z.B. telefonieren), diese sind wiederum einfacher als z.B. finanzielles Management. Die Ausführungen sind auch abhängig von Bedingungen wie Stresssituationen. Umwelt hat unterschiedliche und diffuse Bezüge zu den anderen Dimensionen. So kann Wasserqualität relevant sein für die Gesundheit, barrierefreie Zugänge relevant für die Mobilität und die Reichhaltigkeit des Settings relevant für die Zeitverwendung. Wohnung und Nachbarschaft ermöglichen, garantieren aber nicht die Inkraftsetzung von Selbstpflege, Stimulation und sozialem Verhalten (ebd., S. 10).

Lawton fordert, dass bei allen Dimensionen objektive und subjektive Perspektiven nötig sind und man sich nicht auf die subjektive Perspektive zurückziehen kann. Er

begründet dies zum einen mit der Erfordernis, dass die Sozialplanung und die Formulierung von ethischen und gesetzlichen Prinzipien Einschätzungen von objektiven Beschaffenheiten von Menschen und Umwelten notwendig machen. Zum anderen bieten Messungen einen Ankerpunkt, von dem aus die individuelle Wahrnehmung abweichen kann und die Natur der Abweichung selbst von Interesse ist. Die vier Dimensionen von Lebensqualität verkörpern alle möglichen Indikatoren von Lebensqualität; umgekehrt kann keine einzelne Dimension für sich allein Lebensqualität abbilden und das Wohlbefinden in einem Sektor kann nicht auf eine Kombination in anderen Sektoren reduziert werden.

6.2.6 Sozialpolitische Bedeutung von Lebensqualität in der Altenhilfe

Vor dem Hintergrund neuerer Entwicklungen in der Altenhilfe in Deutschland und wohlfahrtsstaatlicher Umstrukturierungsprozesse, die auch europäische Perspektiven einschließen, müssen neue Leitbilder und Maßstäbe für die Sozialpolitik für ältere Menschen entwickelt werden. Der Fokus wohlfahrtsstaatlicher Sozialpolitik lag dabei bis Mitte der 1990er Jahre fast ausschließlich auf der Orientierung am „Input“ und an den Strukturen der Hilfsorganisationen selbst. Unter „Input“ wird beispielsweise die Bereitstellung von Ressourcen für Pflegefachkräfte oder für Gebrauchsgüter wie die bauliche Ausstattung eines Pflegeheims verstanden. Maßstab war der Lebensstandard, der sich als sozioökonomischer Begriff auf die Versorgung privater Haushalte mit Verbrauchsgütern, Gebrauchsgütern und Dienstleistungen bezieht. Dazu zählen nicht nur käuflich erworbene Güter und Dienste im Sinne privaten Konsums, sondern auch Güter, die durch staatliche Einrichtungen bzw. Infrastruktur zur Verfügung gestellt werden (Glatzer, 1998, S. 428). Der Ansatz des „Inputs“ beinhaltete für die Infrastruktur der Altenhilfe beispielsweise den Einsatz messbarer Güter wie die Quote an Pflegefachkräften oder baulicher Standards, beispielsweise gemessen an Mindestflächen pro Bewohner im Pflegeheim. Es konnte aber kein direkter Zusammenhang zwischen diesem objektiv messbaren Input, d.h. objektiven Lebensbedingungen, und dem Output, d.h. subjektivem Wohlbefinden hergestellt werden. Die Berliner Altersstudie, die den Zusammenhang zwischen objektiven Lebensbedingungen und subjektiven Bewertungen verschiedener Lebensbereiche sowie generelles subjektives Wohlbefinden untersuchte, zeigte erstens, dass Alter nur geringfügig mit glo-

balem subjektiven Wohlbefinden korreliert und bis in das sehr hohe Alter große interindividuelle Unterschiede zu verzeichnen sind. Zweitens, dass objektive Lebensbedingungen globales subjektives Wohlbefinden nicht vorhersagen, wenn zugleich bereichsspezifische Bewertungen berücksichtigt werden. Nur Geschlecht und Wohnbedingungen zeigten einen direkten Einfluss auf das globale subjektive Wohlbefinden: Frauen äußerten geringere Lebenszufriedenheit als Männer und Heimbewohner geringere Lebenszufriedenheit als Menschen, die in der eigenen Wohnung leben (Lindenberger et al., 2010, BMBF, 2002, S. 74).

Aus wohlfahrtsstaatlicher Perspektive ist der Outcome Lebensqualität und alle Determinanten der stationären Pflege der Input. Eine Theorie, die das Verhältnis von Input und Lebensqualität beschreiben will, muss versuchen, einen weiten Bereich an Phänomenen zu erklären. Gleichzeitig ist es unvorstellbar, dass alle Dimensionen von Lebensqualität so sehr miteinander korrelieren, dass sie als einziger Outcome behandelt werden können (Davies, Knapp, 1981, S. 5ff). Zum Beispiel müssen Bewohner, die sehr mit der Qualität des Essens zufrieden sind, nicht notwendigerweise die gleiche zufriedenstellende Beziehung mit anderen Bewohnern empfinden, da diese zwei Dimensionen der Lebensqualität vermutlich von sehr unterschiedlichen persönlichen Ressourcen, Erwartungen und Persönlichkeitsmerkmalen bestimmt werden. Daher ist es notwendig, die individuelle Lebensqualität separat zu bewerten (ebd., S. 7). Eine Aufgabe bei der Bewertung von Lebensqualität ist es, dass der Outcome möglichst in dem Maße gemessen wird, wie reliable und valide Indikatoren entwickelt werden.

Die Einführung der Pflegeversicherung sah eine Pluralisierung des Anbieterspektrums und eine Intensivierung des Wettbewerbs zwischen ihnen („fachlich regulierter Qualitätswettbewerb“, BMFSFJ, 2002) vor mit dem Ziel der Aktivierung von Effizienzreserven und Stärkung fachlicher Qualität. Kontraktmanagement und die Möglichkeit neuer Finanzierungsformen über Leistungsvereinbarungen stellten Optionen auf die Steuerung der Anbieter dar (Grohs, 2010). Die Bemühung um eine ‚wirkungsorientierte‘ Steuerung der Prozesse im Hinblick auf eine erwünschte Ergebnisqualität brachte nicht die erhofften Erfolge. Die Diskrepanz zwischen „Input“ bzw. kontrollierter Qualität im Pflegeheim und der Akzeptanz dieses Versorgungsangebots bei Älte-

ren und Angehörigen bzw. in der Bevölkerung weist auf ein Definitions- und Methodenproblem im Rahmen der Qualitätssicherung hin.

6.3 Zum Verständnis von Wohnen im Alter bzw. bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit

6.3.1 Befunde zum Wohnen im Alter und bei Hilfe- und Pflegebedarf

6.3.1.1 Wohnen im Alter in Deutschland

Im Jahr 2009 waren von den 81,8 Mio. in Deutschland lebenden Menschen ca. 16 Mio. 65 Jahre und älter, 15,6% der Gesamtbevölkerung sind 65 – 79 Jahre und 5,1% 80 Jahre und älter. Der Großteil der älteren und hochaltrigen Menschen lebte in Privathaushalten, 749.000 Personen lebten 2005 in Pflegeheimen. In 11,3 Mio. Haushalten ist der Haupteinkommensbezieher 65 Jahre und älter. In 12,2 Mio. Haushalten (30%) leben Personen im Alter von 65 Jahren und älter, in 9,8 Mio. Haushalten leben nur Personen im Alter von 65 Jahren und älter. Von den insgesamt 16,5 Mio. Einpersonenhaushalten sind 10,9 Mio. (66,3%) Bewohner 65 Jahre und älter (Statistisches Bundesamt, 2013).

35% der Alleinlebenden, d.h. Alleinstehende, die allein in einem Einpersonenhaushalt wohnen und wirtschaften, sind 65 Jahre und älter. 40,8% der alleinstehenden Frauen in Westdeutschland und 17,2% der Frauen in Ostdeutschland verfügen über selbst genutztes Wohneigentum. Der Zustand der Wohngebäude in West- und Ostdeutschland hat sich über alle Haushalte betrachtet deutlich verbessert. Betrachtet man die Wohnfläche je Haushaltsmitglied, ist sie für Haushalte mit Haushaltsvorständen ab 66 Jahre in West- und Ostdeutschland von 1991 bis 2009 deutlich gestiegen: In Westdeutschland von 58qm auf 69qm, in Ostdeutschland von 41qm auf 50qm. Für Mieter, die 12 und mehr Jahre in einer Wohnung leben – das trifft auf viele ältere Haushalte zu – ist die Bruttokaltmiete von 1991 bis 2009 in Westdeutschland von 3,58€/qm auf 6,29€/qm und in Ostdeutschland von 0,44€/qm auf 5,58€/qm gestiegen. Die Mietbelastungsquote, d.h. der Anteil der Miete am Haushaltsnettoeinkommen, ist bei den älteren Haushalten in Westdeutschland von 1991 auf 2009 von 24,8% auf 32,2% gestiegen, in Ostdeutschland von 5,1% auf 25,1%. Das bedeutet,

dass ein älterer Mieter in Westdeutschland derzeit ein Drittel seines Einkommens für Miete ausgeben muss, in Ostdeutschland ein Viertel. In Bezug auf die Wohnzufriedenheit zeigt sich, dass Menschen ab 65 Jahre in Westdeutschland seit 1991 im Trend eher unzufriedener, in Ostdeutschland eher zufriedener sind mit ihrer Wohnsituation. Bemerkenswert ist, dass ältere durchweg deutlich zufriedener sind als jüngere Menschen. Dieses Phänomen der Divergenz zwischen subjektiver und objektiver Wohnqualität wird in den nachfolgenden Kapiteln beleuchtet, da es sich auch auf die Ausgestaltung bestehender und neuer Wohnformen auswirkt (Statistisches Bundesamt, 2011, S. 14, S. 30, S. 207f, S. 211f, S. 213).

Einen guten aktuellen Überblick über die Qualität der Wohnungsversorgung älterer Menschen in Deutschland gibt eine repräsentative Studie aus dem Jahr 2009 in 1.000 Haushalten, in denen mindestens eine Person im Alter von 65 Jahren und darüber lebte (tns-empid, 2009). Demnach wohnten ca. 48% der privaten Altershaushalte im selbstgenutzten Wohneigentum v.a. in Ein- und Zweifamilienhäusern. Die Mieter wohnen zur Hälfte in Wohnungen von Wohnungsunternehmen bzw. privaten Vermietern. Während die 65 – 79-Jährigen mit über 50% größtenteils im Eigentum leben, wohnen die hochaltrigen Menschen mit 60% überdurchschnittlich häufig zur Miete. 5% der Altershaushalte sind barrierefrei bzw. barrierearm nutzbar. Die restlichen Wohnungen weisen erhebliche bis große Barrieren beim Zugang zur Wohnung und/oder in der Wohnung auf. 23% der Befragten haben motorische Bewegungseinschränkungen und sind auf Fortbewegungshilfen angewiesen (10,2% Rollator, 17,8% Gehhilfe, Stock, 4,4% Rollstuhl). Dies betrifft ca. 20% der Eigentümerhaushalte und ca. 25% der Mieterhaushalte und bedeutet auf die Gesamtbevölkerung hochgerechnet 2,5 Mio. Haushalte.

Ein weiterer Fokus der Untersuchung lag auf dem altersgerechten Wohnumfeld, das die Erreichbarkeit von medizinischer Versorgung, Einkaufsmöglichkeiten und öffentlichem Personennahverkehr (ÖPNV) beinhaltet. 77,5% schätzten den ÖPNV, 82,6% die medizinische Versorgung und 73,6% die Einkaufsmöglichkeiten als gut ein. Die Verfügbarkeit aller drei Merkmale erachteten 60% aller Haushalte für gut. Betrachtet man nur die mobilitätseingeschränkten Bewohner, werten 33,6% der Eigentümer und 55% der Mieter die Versorgung in allen drei Bereichen als gut (Deutscher Verband

für Wohnungswesen, Städtebau und Raumordnung, 2009). Allein lebende Pflegebedürftige sind mit 37% am häufigsten in Ballungsräumen bzw. mit 30% in Stadtregionen anzutreffen und 19% wohnen bei ihren Kindern. Dagegen leben nur 20% der alleinlebenden Pflegebedürftigen im ländlichen Raum, aber 34% bei den eigenen Kindern (Schneekloth, 2008). Dies lässt sich auf die unterschiedlichen Infrastrukturbedingungen aber auch auf die Optionen unterschiedlicher Pflegearrangements und pflegekultureller Orientierungen (Blinkert, Klie, 2004) zurückführen.

6.3.1.2 Wohnwünsche und Umzugsverhalten

Sprechen wir von neuen Wohnformen für das Alter, ist es interessant, welche Motive ältere Menschen haben, ihre Wohnung zugunsten einer neuen Wohnung bzw. Wohnform aufzugeben. Diese Motive müssen in Anbetracht der Befunde zum subjektiven Wohnen sehr stark sein. Das Verbleiben in der vertrauten Wohnung ist für die meisten älteren Menschen die wichtigste Option beim Wohnen, auch wenn zunehmende funktionelle Einschränkungen die Selbständigkeit erschweren. Gleichzeitig gibt es aus Sicht der Sozialplanung Handlungsdruck durch ungünstige Wohnverhältnisse und unzureichende Betreuungs- und Unterstützungsleistungen, bedingt durch ungünstige Versorgungsdichte, Suburbanisierung des Alterungsprozesses, Hineinaltern in die Fläche bei gleichzeitig bekannten strukturellen Veränderungen in den traditionellen familialen und nachbarschaftlichen Hilfenetzen (BMFSFJ, 1998, S. 197).

Umzüge lassen sich erfahrungsgemäß nicht verordnen, da Wohnen ein komplexes Konstrukt ist, das nur aus der Verbindung von subjektiven und objektiven Faktoren zu verstehen ist. „Barrierefreiheit“ beispielsweise, wie man annehmen könnte, oder Kompetenzverluste wie Geheinschränkungen sind für die wenigsten älteren Menschen ein unabhängiger Umzugsgrund. Für die Sozialplanung könnte dies bedeuten, dass es nicht ausreicht, Älteren als alternatives Wohnen Barrierefreien Wohnraum anzubieten. Andererseits ist festzuhalten, dass aus Befunden zum objektiven und subjektiven Wohnen das Einkommen und Bildung zwar keine Rolle für das objektive und subjektive Wohnen zu spielen scheint und man annehmen könnte, dass sich Ältere zu Hause arrangieren und wohl fühlen unabhängig vom Einkommen. Dieses

aber eine Rolle spielt, wenn es darum geht, sich Hilfen und Unterstützung im Haushalt zu besorgen (Oswald et al., 2004, S. 71f).

Für die Praxis bedeutet dies, dass die subjektive Perspektive in die Beratung bzw. Wohnanpassungsberatung älterer Menschen und in die Sozialplanung von Kommunen und Städten einfließen muss. Der Fokus vom barrierefreien Wohnstandard muss geweitet werden auf eine mehr holistische Betrachtung. Profis im Wohnungs-, Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich sollten die objektiven und unsichtbaren subjektiven Aspekte der Häuslichkeit berücksichtigen und einen multidisziplinären Ansatz bei der Planung umsetzen. Das Konzept zeigt, dass es eine Fülle an Wohnerfahrungen gibt, die über Unterstützung und Funktionalität hinausgehen (Oswald et al., 2006, S. 199). Die Ergebnisse müssen auch in die Entwicklung neuer Wohnformen einfließen. Gleichzeitig können wir daraus schließen, dass auch das Umzugsverhalten ein sehr sorgfältig zu prüfendes Indiz für Wohnpräferenzen bzw. Ableitung für Sozialplanung sind.

Wohnstatistische Daten in Deutschland (Dt. Bundestag, 1998) zeigen, dass 95% aller 65jährigen und Älteren in Privathaushalten leben. Die Mehrzahl der Mieter wie Eigentümer bevorzugt auch nach Auszug der Kinder, Eintritt in den Ruhestand oder Tod des Ehepartners den Verbleib in der bisherigen Wohnung bzw. Haus. Die Bereitschaft zur Veränderung der Wohnsituation steigt, wobei sowohl Maßnahmen zur baulichen Wohnanpassung als auch Umzüge vollzogen werden. Die Bereitschaft, die Wohnsituation zu verändern ist umso größer, je größer der Wohnort und das Einkommen sind und ist bei Mietern deutlich ausgeprägter als bei Eigentümern. Untersuchungen dokumentieren auch, dass nur ein Teil der Altenhaushalte, die Wohnalternativen überdenkt, sich auch tatsächlich für eine neue Wohnsituation entscheidet, was mit vielfältigen Anpassungs- und Umzugshemmnissen auch mit fehlenden altengerechten Wohnangeboten begründet wird (Deutscher Bundestag, 1998, S. 198).

Umzugshäufigkeit

Ältere beteiligen sich mit 8% aller Umzüge nur unterdurchschnittlich am Wandergeschehen. In den frühen 1990er Jahren zogen von den 65jährigen und Älteren gemessen am Bevölkerungsanteil von 15% nur 5% großräumig, d.h. von hoch ver-

dichteten zu ländlich geprägten Regionen um. An den insgesamt 3,7 Mio. Umzügen des Jahres 1992 waren nur rund 304.000 55-Jährige und Ältere beteiligt. Das entspricht ca. 1,4% aller Gleichaltrigen. Davon waren 42% zwischen 55 und 64 Jahre alt, 24% 65 bis 74 Jahre und 34% waren 75 Jahre und älter. Nach Ergebnissen des sozioökonomische Panels mit 47.000 Haushaltsuntersuchungen (SOEP 1984 – 1993) ziehen – ohne Umzüge in Alten- und Pflegeheime – von den Älteren ab 55 Jahre 3,1% der Mieter und 0,8% der Eigentümer Haushalte durchschnittlich pro Jahr um. Die Wohndauer der 70-85-Jährigen Befragten des Alterssurveys bleiben durchschnittlich 31,6 Jahre in derselben Wohnung und 50,3 Jahre am selben Ort. Diese lange Wohndauer wird auch in der ENABLE-AGE Studie bestätigt: die Untersuchungsteilnehmer aus Deutschland lebten durchschnittlich 33,5 Jahre in derselben Wohnung und damit deutlich länger als europäische Nachbarn wie z.B. UK (25,0 Jahre) und Schweden (21,8 Jahre) (Oswald et al., 2007). Nach den Daten des statistischen Bundesamts ziehen 50% der 55-Jährigen in Ein- und Zweipersonenmiethaushalten bis zum Alter von 75 Jahren mindestens noch einmal um. Von den westdeutschen Eigentümerhaushalten zwischen 55 – 75 Jahren wechselt annähernd jeder vierte mindestens noch einmal seinen Wohnort (zitiert nach Dt. Bundestag, 1998, S. 197ff).

Umzugsmotive

Mit Umzügen älterer Menschen sind in der Regel keine Veränderungen im Haushaltsstatus verbunden. Weit über die Hälfte aller Binnenwanderungen in Privathaushalte und Heime sind durch manifesten oder latenten Hilfebedarf begründet. 25% ziehen in ein Heim um, 32% verlegen ihren Wohnsitz aufgrund eingeschränkter gesundheitlicher und sozioökonomischer Ressourcen zu oder in die Nähe von Angehörigen. Für 80% der Umzügler ist das Wanderungsziel wiederum ein Privathaushalt. Ältere Haushalte lassen sich in Wanderungstypen unterscheiden. Bei 43% aller umziehenden Haushalte handelt es sich um „Netzwerkwanderung“, bei dem die Senioren im näheren Umfeld bleiben. Bei 17% handelt es sich um „Ruhesitzwanderungen“, bei dem vor allem jüngere Senioren eine attraktivere Wohnalternative nötigenfalls auch durch Umzug in eine andere Region verwirklichen. Die „exogene“ Wanderung trifft für 40% der umziehenden, vorwiegend mittleren Altersgruppe zu. Sie ziehen in-

nerhalb einer Region zur Kompensation von Defiziten der Wohnsituation um (Friedrich, 1994).

Die Untersuchungen des SOEP belegen, dass knapp drei Viertel aller Umzüge zwischen Mietwohnungen stattfinden, 15% wechseln den Eigentumsstatus. Die häufigsten Gründe für den Wohnungswechsel sind familiäre Gründe (23%) wie Scheidung, Heirat, Tod von Lebenspartnern etc., 21% sind Gründe wie günstigere Mieten, bessere Wohnlage, Ausstattung oder Nähe zu Kindern. Weitere Gründe lassen sich nicht näher zuordnen und sind durch komplexe Umzugsentscheidungen geprägt (Wagner, 1995; Dt. Bundestag, 1998).

Umzugsbereitschaft und Wohnwünsche

Unterschiedliche Erhebungen in den 1990er Jahren belegen, dass die Umzugsbereitschaft älterer Menschen ab 50 Jahren wächst (Dt. Bundestag, 1998, S. 201). Eine repräsentative Studie 2011 von deutschen Mietern und Wohneigentümern zu Wohnwünschen im Alter ergab, dass durchschnittlich nur ein Drittel umziehen möchte (34%), um altersgerecht zu wohnen. Mit zunehmender Wohndauer in der aktuellen Wohnung sinkt das Interesse an einem Umzug. Während Befragte unter 60 Jahren noch zu 38% einen Umzug erwägen, sinkt es bei den ab 80-Jährigen auf 22%. Geschlecht, Haushaltsgröße und Einkommensniveau macht bei der Umzugsneigung keinen Unterschied. Gründe für den Umzug sehen 82% der Befragten im Fall, dass man ohne Hilfe nicht mehr alleine wohnen kann. Etwas mehr als die Hälfte würde umziehen, um bessere Versorgungsmöglichkeiten zu haben (53%) und fast genauso viele um eine Wohnung zu erhalten, die besser den eigenen Ansprüchen entspricht (52%). Dies würden aber nur 29% bzw. 19% der ab 80-Jährigen tun. 15% sehen auch ein Pflegeheim oder eine Seniorenresidenz als Wohnform fürs Alter (tns-ernid, 2011). Andere Untersuchungen gehen nur von 5% aus (KKH-Allianz, 2011). 1995 konnten sich bei einer Untersuchung zur selbständigen Lebensführung im Alter in der Häuslichkeit von ca. 1100 Personen zwischen 60 - 95 Jahren noch 20,7% der Untersuchungsteilnehmer vorstellen, in ein Alten- oder Pflegeheim umzuziehen (Schmitt et al., 1994).

6.3.2 Zum Begriff des Wohnens

Das Leben des Menschen wird immer auch von Dingen beeinflusst, die von außen auf ihn eindringen bzw. die ihn umgeben. Eine bedeutsame Rolle kommt bei einer Betrachtung des „außen“ dem räumlich-sozialen Umfeld zu, in das jeder Mensch eingebettet ist. Das Leben kann sich in der eigenen Wohnung oder dem Haus abspielen, in der Nachbarschaft, dem Dorf oder Stadtteil. Das Umfeld ist meistens mit bestimmten Lebensvollzügen verbunden. In der Wohnung erholen wir uns, schlafen, essen, pflegen unseren Körper und haben hier den meisten Kontakt mit der Familie. Für Arbeits-, Freizeit- oder Bildungsaktivitäten suchen wir meistens Orte außerhalb der Wohnung auf. Wir wechseln diese räumlichen Umwelten, die zugleich auch soziale sind, mehr oder weniger oft am Tag. Manche der Umwelten nehmen wir mal mehr oder weniger bewusst wahr. Die Umwelten haben für uns auch nicht alle die gleiche Bedeutung. In der Regel spielt die eigene Wohnung als Erholungsort und geschützter Raum eine besondere Rolle. In größerem Rahmen leben wir in einer Umgebung, die von einem bestimmten Klima geprägt ist und von einem kulturellen und politischen Rahmen.

In unterschiedlichen Lebensphasen können sich diese Umwelten und die damit verbundenen Bedeutungszusammenhänge und Lebensvollzüge verändern. Das spezifische Verhältnis zur Umwelt wird uns dann bewusst, wenn sich an der Umwelt oder an unseren umweltrelevanten körperlichen Kompetenzen etwas verändert. Eine Treppe kann plötzlich zum Hindernis werden, wenn wir ein Bein gebrochen haben. Andererseits kann unsere Lebensqualität leiden, wenn vor unserem Haus eine große Straße gebaut wird oder der Lebensmittelmarkt am Ort schließt. Es ist nachvollziehbar, dass in höherem Alter und zunehmenden körperlichen Einschränkungen die Umwelt eine größere Bedeutung erhält. Aus mehreren Studien ist bekannt, dass sich das alltägliche Handlungsfeld von Menschen im höheren Lebensalter besonders kleinräumig darstellt. Die Bedeutung der eigenen Wohnung und des nahen Wohnumfelds steigt. Der Anteil der Zeit, den ältere Frauen und Männer in der eigenen Wohnung verbringen (Küster, 1998, Lindenberger et al., 2010) steigt mit dem Alter beständig an. Alltag im Alter ist vor diesem Hintergrund vor allem Wohnalltag (Saup, 1993, S. 18). Und wichtig – auch bei steigendem Hilfebedarf wollen Ältere am liebsten in ihrer gewohnten Umgebung bleiben.

Wenn man sich mit dem Begriff „Wohnen“ beschäftigt, ist meistens zunächst ein Gefühl angesprochen, ein räumliches Erleben, ein positives Gefühl von Wohlfühlen, sich geborgen wissen. Es hat etwas mit der eigenen Person zu tun, der Lebensform, dem eigenen Lebensstil, dem Leben über die Zeit. Ein Exkurs in die Anthropologie zeigt, dass sich dieses Empfinden wohl über die Zeit nicht verändert hat, was sich aus den etymologischen Wurzeln des Wortes Wohnen erschließen lässt. Wohnen geht auf das althochdeutsche *wonen* „sich aufhalten, bleiben, wohnen, gewohnt sein“, gotisch *unwunands* „sich nicht freuend“..., altenglisch *wunian* „bleiben, wohnen, gewohnt sein“, altisländisch *una* „Behagen empfinden, zufrieden sein, bleiben“ zurück. Die eigentliche Bedeutung des Verbs ist demnach „nach etwas trachten, gern haben“, woraus sich die Bedeutungen „Gefallen finden, zufrieden sein, sich gewöhnen“ ... und schließlich die heute allein bestehende Bedeutung „wohnen, sich aufhalten“ entwickelt haben (Duden, 1989, S. 817). Die philosophische Anthropologie sieht die Bedeutung des Wohnens als existentielle: Das Leben ist ohne Umwelt oder Raumbezug nicht denkbar, „Mensch sein heißt: als Sterblicher auf der Welt sein, heißt wohnen (Heidegger, 1954, S. 141). Und Bollnow sieht das Wesen des Menschen vom Wohnen her bestimmt: „Nur als ein Wohnender, (...), nur in der Verfügung über einen solchen von der Öffentlichkeit abgesonderten und privaten Bereich kann der Mensch sein Wesen erfüllen (...). Der Mensch braucht, um überhaupt leben zu können, einen solchen Bereich der Geborgenheit. Nimmt man ihm sein Haus – oder vorsichtiger: den Frieden seiner Wohnung – so ist auch die innere Zersetzung des Menschen unausbleiblich“ (Bollnow, 1963, S. 126).

Die Auseinandersetzung mit Wohnen im Alter beinhaltet auch eine Sicht des Wohnens im Lebenslauf. Aus entwicklungspsychologischer Sicht findet mit Geburt des Menschen eine Aneignung der räumlich-dinglichen Umwelt statt. Dies geschieht z.B. über die Erforschung des Raumes durch Sinne, durch Manipulieren, durch kognitiv-sprachliches Beherrschen des Raumes und der Kommunikation und durch die Personalisierung durch Möblierung, Dekoration oder Aufstellen persönlicher Dinge (Kruse, Graumann, 1978). Im Gegensatz zu anderen Umwelten, wie z.B. Schule oder Arbeit, die Lebensübergänge kennzeichnen können, findet Privatwohnen ein Leben lang statt, ist Veränderungen unterworfen, zeigt aber auch Stabilität und ist gut auf die eigene Wohnung/Haus eingrenzbar. Aneignungsprozessen der Personalisie-

rung oder Symbolisierung können im Laufe der biografischen Gewachsenheit eine größere Bedeutung zukommen als dem aktiven Handeln und Manipulieren der physischen Umwelt (Oswald, 1996, S. 33). Diese wenigen Ausführungen zeigen bereits, dass Wohnen ein komplexes Konstrukt ist und diese Komplexität eine Herausforderung für die Frage ist, wie Wohnformen für ältere Menschen gestaltet sein sollten bzw. welche Anforderungen an sie gestellt sind.

6.3.3 Theoretische Modelle des Wohnens

Wohlbefinden ist von Persönlichkeitsvariablen und Umweltbedingungen abhängig. Während die personenzentrierten Ansätze eher davon ausgehen, dass die Personenfaktoren einen wesentlichen Einfluss auf das Wohlbefinden haben, gehen die umweltzentrierten Ansätze davon aus, dass die Umwelt bzw. Person-Umwelt-Interaktion einen wichtigen Einfluss auf das Wohlbefinden älterer Menschen hat. Die Entwicklung konzeptioneller insbesondere ökopsychologischer Modelle in Bezug auf ältere Menschen konzentrierte sich zunächst vornehmlich auf spezielle Gruppen, insbesondere die, die in Institutionen wohnen und hilfe- und pflegebedürftige Personen. Auch wenn einzelne Modelle für unterschiedliche Umweltsettings Geltung haben sollten, erfolgte die Entwicklung bzw. Überprüfung vermutlich aus pragmatischen Gründen in Bezug auf institutionelle Settings. Zum einen bieten sie einen überschaubaren Untersuchungskontext, zum anderen ließen sich Untersuchungen aus ethischen und fiskalischen Gründen leichter rechtfertigen, da die Bewohner von Alten- und Pflegeheimen bislang die höchsten nachweislichen Kosten für die Gesellschaft produzieren.

Die medizinischen, technischen und gesellschaftlichen Entwicklungen erfordern es, dass man den Fokus vom institutionellen Wohnen hilfe- und pflegebedürftiger Menschen gleichermaßen auf das Wohnen in der Häuslichkeit sowohl gesunder als auch hilfebedürftiger Menschen lenkt. Es gibt den starken Wunsch der meisten Älteren zu Hause und in ihrer vertrauten Umgebung zu bleiben – auch bei steigendem und sehr hohem Unterstützungsbedarf. Die (politische motivierte) Frage, die sich daraus ergibt, ist, wie diesem Wunsch entsprochen werden kann beim schwindenden Potential an Angehörigen und Veränderung sozialer Netzwerke. Für den häuslichen Bereich

müssen die Ressourcen der älteren Menschen gestärkt werden. Bei der institutionellen Versorgung müssen Antworten gefunden werden, wie der hochvulnerablen Gruppe der Bewohner ein qualitätsvolles Leben geboten werden kann und wie eine Ausgrenzung dieses Teils der älteren Bevölkerung vermieden wird.

Daraus leitet sich für die Forschung ab, dass unterschiedliche Gruppen älterer hilfebedürftiger Personen ebenso betrachtet werden müssen wie gesund alternde Menschen und auch unterschiedliche Wohn- und Lebenskontexte – von der normalen häuslichen bis zur spezialisierten, zweckmäßig errichteten Wohnumwelt (Wahl, 2001, S. 215). Ziel ist es, die Lebensqualität älterer Menschen zu verbessern, indem ihre Wohn- und Lebensarrangements optimiert werden. Dies kann beispielsweise bedeuten, dass ein älterer Mensch aus einer mittlerweile in vielerlei Hinsicht überdimensionierten Wohnung in schlechter Infrastrukturmgebung in eine kleinere, kostengünstigere und barrierefreie Wohnung mit guter Infrastrukturmgebung umzieht. Es kann ebenso bedeuten, dass in Häuslichkeiten bauliche Anpassungen vorgenommen werden, damit ihre zunehmend an Mobilitätseinschränkungen leidenden Bewohner weiter ein selbständiges Leben führen können oder dass ein dementiell erkrankter älterer Mensch in einen speziell ausgestatteten Demenzbereich einer ins Quartier integrierten Institution zieht. Neueste Erfahrungen zeigen, dass es nicht ausreicht, die physikalischen Barrieren in Wohnungen auszuräumen, sondern erforderlich ist, mehr von den komplexen psychologischen Prozessen im Kontext von Wohnen, Altern und Hilfebedarf zu wissen.

Die ökologische Perspektive menschlichen Verhaltens und Erlebens wurde schon früh in theoretischen Konzepten aufgegriffen. Saup (1993) und Wahl (2000) geben einen guten Überblick über die seit den 1960er Jahren zahlreich entstandenen Konzepte. In den früheren theoretischen Ansätzen der ökologischen Gerontologie dominieren Sichtweisen, die Umweltbedingungen als Anforderungsstrukturen und die älteren Menschen in Kompetenzbegriffen charakterisieren. Dabei werden jeweils unterschiedliche Ausschnitte der Person-Umweltbeziehung fokussiert. Obwohl es mehrere Überschneidungspunkte und Gemeinsamkeiten in den theoretischen Konzepten gibt, bietet sich in den älteren Modellen zur besseren Unterscheidung eine Klassifizierung in Kompetenz-, Kongruenz- und Stressverarbeitungs- oder Prozessmodelle an

(Saup, 1993, S. 58). Diese Person-Umwelt-Passungsmodelle gehen davon aus, dass Personen mit geringen funktionalen Kompetenzen gegenüber Umwelanforderungen vulnerabler sind als Personen mit hohen Kompetenzen. Die Umweltbeschaffenheit wirkt sich darauf aus, was sie in ihrem alltäglichen Leben noch bewältigen und ausführen können. Neuere Ansätze wie das Prozessmodell von Verbrugge und Jette betonen mehr die Person-Umwelt-Interaktionen (Wahl, 1992). Die Modelle werden im nachfolgenden Kapitel vorgestellt.

Die Erfahrung, dass eine Verbesserung der objektiven Wohnsituation nicht allein ausschlaggebend für die Zufriedenheit mit der Wohnsituation ist und den Verbleib auch vieler hilfebedürftiger älterer Menschen in einer nicht barrierefreien Wohnung erklären kann, lenkt den Blick auf die Untersuchung der Häuslichkeit und die subjektiven Sichtweisen des Wohnens und der Umwelt (Oswald, 2010). Neuere Untersuchungen wie z.B. das ENABLE-AGE Projekt, in dem in fünf europäischen Ländern das Wohnen und gesunde Altern bei über 1300 alleinlebenden sehr hochaltrigen Personen untersucht wurde, konnten zeigen, dass die Komplexität des Wohnens zu Hause lange Zeit unterschätzt wurde und das subjektiv erlebte Wohnen für das Verständnis von Wohnen eine wichtige Rolle spielt. Aus der Verbindung objektiver und subjektiver Sichtweisen des Wohnens wurde weiterführend ein integriertes Konzept entwickelt, das ökopsychologische Modelle mit denen des guten Älterwerdens verbindet (Wahl, 2012) und einen anderen Blick und Ableitungen für neue Wohn- und Versorgungsformen ermöglicht (Iwarsson et al., 2004).

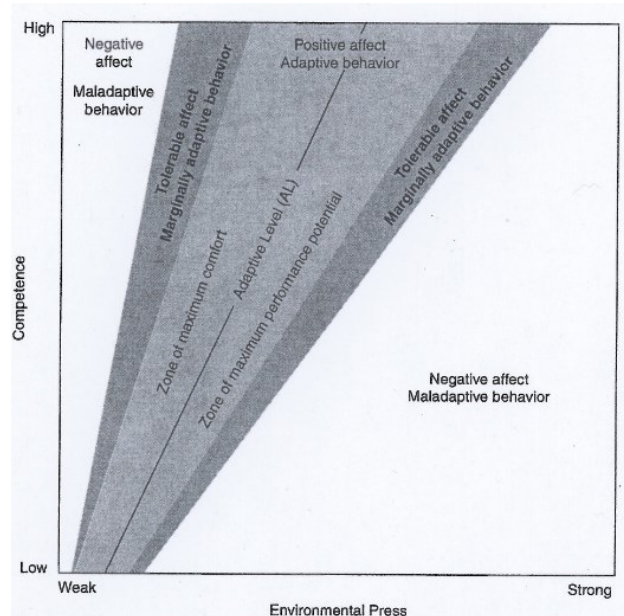
6.3.3.1 Ökopsychologische Modelle

Die nachfolgenden passungstheoretischen Ansätze von Lawton und Nahemow, Kahana, und Carp und Carp gehen davon aus, dass eine optimale Passung und damit günstige Voraussetzungen für Wohlbefinden gegeben ist, wenn die Lebens- bzw. Umweltbedingungen gut mit den Fähigkeiten und Bedürfnissen der Personen übereinstimmen. Dem Individuum einen aktiven Teil in dieser Interaktion zuzuschreiben, setzt sich erst durch. Gerade in der Demenzforschung steht man in dieser Hinsicht noch am Anfang.

Person-Umgebungspassung nach Lawton und Nahemow

Die von Lawton entwickelte „Umwelt-Fügsamkeits-Hypothese“ (Lawton, Nahemow, 1973, S. 661, Lawton, 1982, S. 44) fußt auf der Annahme, dass menschliches Verhalten und Erleben aus den Kompetenzen des Individuums, den Anforderungen oder dem „Druck“ der Umgebung und der Interaktion oder Anpassung der Person an die Umwelt resultieren (Abb. 6). Die Beziehung zwischen individuellen Kompetenzen und der Umwelt wird als dynamischer Prozess betrachtet. Sowohl der Druck der Umwelt als auch die Niveaus der individuellen Kompetenzen verändern sich im Alternsprozess. Diese Interaktion wird im Umwelt-Kompetenz-Modell abgebildet.

Verhalten und Emotionen sind das Ergebnis eines bestimmten Kompetenzgrades einer Person und der Anforderungsstruktur der Umwelt. Dabei werden die Verhaltensweisen nach ihrer Adaptivität (angepasstes/unangepasstes Verhalten) und die Emotionen nach ihrer subjektiven Färbung (positiver/negativer Affekt) beurteilt. In dem grafischen Modell liegen die Fähigkeiten einer Person auf einem Kontinuum von niedrig zu hoch entlang einer vertikalen Achse, während die Anforderungen der Umwelt von schwach zu stark führt, entlang einer horizontalen Achse. Die Linie, die von niedrig zu hoch auf beiden Achsen führt, repräsentiert die Anpassung, den theoretischen Punkt, an dem das Niveau des Umweltdrucks mit dem Niveau der individuellen Kompetenz zusammenläuft. Im Falle einer Reduktion der individuellen Kompetenzen und einem Konstantbleiben des Umgebungsdrucks wird das individuelle Verhalten und Erleben umgekehrt beeinflusst.

Abbildung 6: Press-Competence Model nach Lawton (1982)

Auf der rechten Seite der Linie ist der Bereich des höchsten Leistungspotentials, der charakterisiert ist von hohem Umweltdruck, Herausforderung und Stimulation. Rechts von diesem Bereich ist ein weiterer, in dem die Personen noch funktionieren, aber mit Schwierigkeiten. Merkmale des schlecht angepassten Verhaltens könnten Stürze oder Stress sein. Rechts davon ist ein Bereich des negativen Affekts und des schlecht angepassten Verhaltens. Hier übersteigen die Anforderungen der Umwelt die Fähigkeiten des Individuums, diesen Anforderungen zu begegnen. Andererseits ist links von der Anpassungslinie der Bereich des größten Komforts, ein Bereich, der von schwachem Umweltdruck geprägt ist und mit positiven Emotionen und adaptivem Verhalten einhergeht. Links von diesem Bereich ist ein weiterer, in dem die Abwesenheit von Umweltstimulation zu Langeweile führt. Im letzten Bereich tritt negativer Affekt und schlecht angepasstes Verhalten auf. Der Bereich ist gekennzeichnet von einer Umwelt, die wenig herausfordernd ist und zu funktionaler Passivität, Nichtgebrauch und Einschränkung bis hin zu Hilflosigkeit führen kann.

An Lawtons Ansatz wurde kritisiert, dass er die Bedürfnisse und Präferenzen der Person nicht genügend berücksichtigt und die Umwelt nur einseitig als Anforderungsstruktur konzeptioniert hat. Seine implizite Annahme, dass es eine ideale Umwelt in Bezug auf ein bestimmtes Set an individuellen Kompetenzen gibt, wurde be-

sonders kritisiert, dass dadurch die aktive Rolle des Individuums bei der Wahrnehmung und Nutzung der Umwelt verneint wird (Saup, 1993, S. 36). Lawton hat daraufhin seinen Ansatz weiterentwickelt und die Konzepte „proactivity“, „individuelle Ressourcen“ und „environmental richness“ eingeführt und unterscheidet auch zwischen Umweltfügsamkeit und Umweltproaktivität (Lawton, 1987, 1989). Umweltfügsamkeit bezieht sich auf Situationen, in denen die persönlichen Kompetenzen abnehmen und Verhalten zunehmend von den Charakteristika der Umwelt beeinflusst werden. Demgegenüber beschreibt Proaktivität Situationen, in denen ein Zuwachs an persönlicher Kompetenz die Fähigkeit einer Person verbessert, Umweltressourcen zu nutzen und positivere Ergebnisse zu erzielen. Lawtons Ansatz hat der Entwicklung ökopsychologischer Theorien entscheidende Impulse gegeben.

Person-Umgebungs-Interaktion - Kongruenzmodell nach Kahana

Kahana (1982) integriert in ihr Modell Ergebnisse bestehender, z.T. älterer gerontologische Studien und fasst sie in sieben Dimensionen einer notwendigen Kongruenz zwischen Umgebungs- und Personmerkmalen zusammen. Sie werden in drei umgebungsbasierte Dimensionen und vier personbezogene Dimensionen unterschieden. Die umweltrelevanten Dimensionen gehen auf Kleemeier (1961) und Pincus (1968) zurück, die spezifische Umweltmerkmale in Altenheimen untersucht haben. *Soziale Homogenität bzw. Heterogenität* bezieht sich auf Bedingungen, in denen ältere Menschen exklusiv unter Altersgenossen leben und wenig Kontakt zu anderen Altersgruppen haben. Weiter gefasst lässt sich das Konzept auf Geschlecht, Gesundheitszustand und funktionellen Status der Bewohner beziehen. Die Dimension der *Ansammlung* bezieht sich auf Nähe von Individuen zueinander und zum Grad der Privatheit, die man innerhalb eines Settings erhalten kann. Die Dimension der *institutionellen Kontrolle* bezieht sich auf das Ausmaß der Kontrolle der Mitarbeiterschaft auf die Bewohner.

Die Personmerkmale werden von Kahana hinsichtlich ihrer individuellen Präferenzen und Bedürfnisse klassifiziert und auf folgende Dimensionen bezogen: Die Präferenz für die *Strukturiertheit* einer Situation/Umwelt bezieht sich auf die Toleranz der Person, Ambiguität in einer Situation auszuhalten, sowie das Bedürfnis nach Ordnung bzw. Duldung von Störung, was besonders in psychiatrischen Milieus bedeutsam

wird. Präferenz für *Stimulierung* bezieht sich auf die Toleranz von Umwelteinflüssen bzw. auf den Wunsch nach einer stimulierenden Umwelt. Dies bedeutet die Präferenz von Komplexität, Lärm, Licht und sozialer Sphäre aus Beobachtersicht und auch die aktive Einbeziehung in Aktivitäten. Die Präferenz für *emotionale Expressivität* bezieht sich auf die emotionale Stimulierung sowie seine Möglichkeit zum Ausdruck von Gefühlen. Dies heißt für das institutionelle Setting z.B. die Toleranz oder Aufforderung gegenüber dem Ausdruck von Gefühlen. Präferenz für *Impulskontrolle* bezieht sich auf die Tendenz einer Person zur Triebkontrolle und zum Belohnungsaufschub.

Kahanas Modell geht davon aus, dass Verhalten und Erleben eine Funktion der Diskrepanz bzw. Kongruenz von Präferenzen der einzelnen Person und der Umwelt ist. So lässt eine gute Passung bzw. Kongruenz zwischen Umweltmerkmalen und den Präferenzen einer Person auf individuelles Wohlbefinden und eine gelingende Auseinandersetzung mit der bestehenden Lebenssituation schließen. Veränderungen von Umwelt, z.B. durch Umzug, oder Veränderung von Präferenzen, z.B. infolge chronischer Erkrankung, beeinflussen die Kongruenz zwischen beiden Dimensionen. Bei geringer Kongruenz werden adaptive Strategien nötig.

Kritisch wird an Kahanas Modell gesehen (Saup, 1993), dass sie sich bei den Dimensionen nicht am aktuellen Stand gerontologischer Erkenntnis zu Umweltfaktoren orientiert hat und die Dimensionen auf den institutionellen Kontext beschränkt bleiben. Dadurch können sie kaum auf andere räumlich-soziale Umfelder wie die Wohnung angewandt werden. Ein Verdienst wird darin gesehen, dass ihr Modell Umwelt und Person durch messbare Dimensionen beschreibt und das Wohlbefinden im Alter nicht das Resultat von Person oder deren Umwelt ist, sondern das Ergebnis ihres wechselseitigen Zusammenspiels. Dadurch stellt es für institutionelle Settings ein effizientes Modell dar (Carp, 1987). Auch lassen sich praktische Implikationen für das Wohnen im Alter ableiten, wie beispielsweise die Abstimmung von Umweltmerkmalen und Bewohnerpräferenzen bei der Auswahl der Versorgungsformen (Saup, 1993, S.41).

Komplementaritäts - Ähnlichkeitsmodell nach Carp und Carp

Beim Modell von Carp und Carp (1984) handelt es sich um ein Kongruenzmodell, das das Verhalten und Erleben älterer Menschen als Funktion der Kongruenz, d.h. der Komplementarität bzw. der Ähnlichkeit von Person- und Umweltmerkmalen betrachtet. Es beinhaltet zwei Teilmodelle. Teil 1 beschäftigt sich mit Bedürfnissen niedrigerer Ordnung oder Lebenserhaltung. Durch angemessene Erfüllung der ADLs ist ein unabhängiges Leben möglich. Kongruenz versteht sich als Maß der Komplementarität zwischen den Personenmerkmalen als Kompetenzen und den Umweltmerkmalen als Ressourcen bzw. Barrieren, die relevant sind für die ADLs. Wenn die Kompetenzen einer Person niedrig sind, kann eine prothetische Umwelt nötig sein, um ein befriedigendes Niveau an Komplementarität zu erhalten. Teil 2 beschäftigt sich mit den Bedürfnissen höherer Ordnung und Umweltbedingungen, die deren Befriedigung ermöglichen. Kongruenz versteht sich als Ähnlichkeit von Umwelt- und Personenmerkmalen.

In Teil 1 des Modells sind die Person- und Umweltvariablen so angelegt, dass sie das Ergebnis direkt beeinflussen. Von den Personenmerkmalen her betrachtet kann es so sein, dass einige Menschen fähig sind, sich in fast allen Umwelten anzupassen, wohingegen andere unfähig sind, sich in irgendeine Umwelt einzupassen. Von den Umgebungsfaktoren her betrachtet kann es so sein, dass einige Umwelten die Durchführung von ADLs für nahezu jeden erleichtern, wohingegen andere Umwelten Anforderungen an Personen stellen oder Barrieren bedeuten, die nur wenige bewältigen. In Teil 1 haben Person und Umwelt positive und negative Gewichtungen. In Teil 2 hat das Maß der Passung zwischen Bedürfnissen höherer Ordnung und Umweltressourcen den größten Einfluss. Die Person- und Umweltvariablen sind für sich gesehen weder positiv noch negativ im Anpassungssinne. Daher ist es beispielsweise nicht besser für eine Person, einen stärkeren oder geringeren Wunsch nach Privatheit zu haben. Auch eine Umwelt wird nicht besser oder schlechter eingeschätzt, wenn sie viel oder wenig bereithält. Entscheidend ist die Passung zwischen Individuum und Umgebung. Hier benötigt die optimale Passung keine kompensatorische oder komplementäre Beziehung, sondern eine Ähnlichkeit von Person und Umwelt, z.B. ein starkes Bedürfnis der Person nach Privatheit und eine hohe Bereitstellung von Privatheit seitens der Umwelt.

Auswirkungen der Kongruenz von Person- und Umweltmerkmalen können durch modifizierende Faktoren beeinflusst werden. Sie werden unterschieden in „intrapersonale Charakteristika“ (persönliches Kompetenzerleben, Bewältigungsstil, gegenwärtige gesundheitsbezogene Einstellung), „extrinsische Situationen“ als Ergebnis von vorhergehenden und gegenwärtigen Person-Umwelt-Transaktionen (Statusressourcen, Verluste und soziale Unterstützung) und „Lebensereignisse“.

Als Ergebnis der Person-Umwelt-Transaktion, die von den beiden Teilmodellen gleichermaßen beeinflusst sind, werden die Variablen „umweltbezogene Verhaltensweisen“, „Wahrnehmung der Umwelt“, „Zufriedenheit mit der Umwelt“, „Lebenszufriedenheit“ und „psychische Gesundheit“ sowie ein „unabhängiges Leben“ angeführt. Interessant an diesem Ansatz ist die Bedeutung, die der Erfüllung von Bedürfnissen höherer Ordnung wie Affiliation, Privatheit und ästhetischen Erfahrungen beigemessen wird. Die Person strebt in Auseinandersetzung mit den Umweltbedingungen nicht nur nach Befriedigung von Basisbedürfnissen.

6.3.3.2 Stresstheoretische Ansätze

In den Stresstheorien kommt die aktive Rolle der Person bei der Auseinandersetzung mit Umweltbedingungen zum Ausdruck. Um Reaktionen von Älteren auf die Umwelt erklären zu können, zieht Schooler (1982) ein stresstheoretische Modell heran. Zentraler Punkt bei den psychologischen Stresstheorien ist die intervenierende Variable „Bedrohung“. Bedrohung beinhaltet einen Zustand, in dem das Individuum eine Konfrontation mit einer schädlichen Bedingung vorwegnimmt. Stimuli, die aus Bedrohungs- oder Nichtbedrohungsreaktionen bestehen, sind Zeichen, die dem Individuum einige zukünftige Situations- oder Umweltbedingungen – seien sie schädlich oder wohlwollend – signalisieren. Diese und andere Zeichen werden in einem kognitiven Prozess bewertet. Den Prozess der Reaktion einer Person auf ihre Umweltbedingungen beschreibt Schooler in fünf Phasen: Ausgehend von einer Konfrontation mit den Bedingungen der Umwelt werden diese von der Person auf ihre individuelle Weise wahrgenommen und bewertet. Daraufhin erfolgt eine Einschätzung der Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten, indem kognitive, behaviorale und emotionale

le Anstrengungen aktiviert werden, um auf die bedrohenden Umweltbedingungen zu antworten und es erfolgt letztlich ein Verhalten.

Saup (1993, S. 47) schätzt an Schoolers Modell die aktive Rolle der Person und die Hervorhebung der Person-Umwelt-Interaktion als Prozessgeschehen, vermisst aber die Präzisierung der Umweltbedingungen und spezifischen Merkmale älterer Menschen, die zu einer gelingenden Auseinandersetzung mit den Umweltbedingungen beitragen.

Ein therapeutisches Modell, dem auch Stresstheorien zugrunde liegen und auf die Zielgruppe dementiell erkrankter Menschen abhebt, ist das Modell der progressiv verminderten Stressschwelle (Hall, Buckwalter, 1982). Das Modell geht von drei Dimensionen der dementiellen Erkrankung aus und der Interaktion dieser Dimensionen im Verlauf des Krankheitsprozesses. Die drei Dimensionen beinhalten erstens Verluste, die mit kognitiven Einschränkungen und damit assoziierten Symptomen verbunden sind, zweitens den Status von Verhaltenskompetenzen und drittens das Stadium des Krankheitsprozesses. Die Verluste werden wiederum in vier Bereiche unterteilt. Das Modell konzentriert sich auf den vierten Bereich, nämlich die verminderte Stressschwelle. Es geht davon aus, dass Menschen mit Demenz eine reduzierte Fähigkeit haben, mit Stress umzugehen. Dies führt dazu, dass normative Verhaltensweisen sukzessive schwinden und gleichzeitig Ängstlichkeit und Fehlverhalten zunimmt. Das Modell unterstellt, dass es für jedes stressbezogene Verhalten einen Grund gibt, wie beispielsweise Schmerz, unangemessene Stimuli, Wechsel der Umgebung, der Pflegeperson oder Pflegeroutine, zu hohe Anforderungen oder Reaktionen auf Verlusterfahrungen. Therapeutische Maßnahmen setzen an einer positiven Haltung gegenüber Menschen mit Demenz und ihrem Verhalten an, der Beobachtung von Ängstlichkeit und Vermeidungsstrategien, um Aktivitäten und Stimulation einschätzen zu können oder auch an der Veränderung der Umwelt, um Verluste zu kompensieren und Sicherheit zu fördern.

6.3.3.3 Subjektiv erlebte Umwelt und Wohnen

Die meisten älteren Menschen wohnen in normalen Häusern und Wohnungen und tun dies für einen langen Zeitraum in ihrem Leben. In sehr hohem Alter verbringen sie den größten Teil der Zeit in ihrer Wohnung und die Zahl derer, die die Wohnung gar nicht verlassen steigt ebenfalls. Bei den über 75-jährigen Frauen sind dies knapp 1/5 (Engstler et al., 2004). Mit zunehmendem Alter lebt eine wachsende Zahl von ihnen dort allein und mit gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen. Es gibt Befunde, dass im Alter hohe Werte subjektiver Zufriedenheit mit einer objektiv schlecht ausgestatteten Wohnung korrespondieren können (Lehr, 1991, Staudinger, 2000). Dies lässt darauf schließen, dass diese räumlichen Bezüge dazu führen, dass die Wohnung bzw. das Haus als engstes Umfeld eine besondere existentielle Bedeutung im Lebensverlauf erhält.

Während frühere ökologische Konzepte einen Fokus auf objektive Person-Umwelt-Beziehungen setzten, messen daher neuere Konzepte und Untersuchungen dem subjektiven Erleben des Wohnens ebenfalls eine hohe Bedeutung bei (Oswald, 1996; Oswald et al., 2006, 2007, Nygren et al., 2007). Subjektiv erlebte Umwelt ist ein komplexes Konstrukt, das von vielen Disziplinen mit unterschiedlichen Konzepten und Begriffen bearbeitet wurde. Oswald et al. (2006) schlagen vier Domänen vor, die das Konstrukt, wie das Wohnen von älteren Menschen wahrgenommen wird, am besten fassen: Wohnzufriedenheit, innerhäusliche Benutzbarkeit, Wohnbedeutung und häusliche Kontrollüberzeugungen.

Wohnzufriedenheit ist ein gängiger und wichtiger Indikator für subjektiv erlebtes Wohnen und kann als allgemeine kognitive Bewertung des Wohnens gelten. Innerhäusliche Benutzbarkeit drückt das Maß aus, in dem in Abhängigkeit von ihrem Ausführungsvermögen zu Hause die Wohnpräferenzen und Wohnbedürfnisse einer Person erfüllt werden können und umfasst eine Person-, Umwelt- und Aktivitätskomponente. Die Wohnbedeutung als dritte Dimension umfasst symbolische Repräsentationen von Raum, Zeit und persönliche Bedeutungen der eigenen Wohnung. Sie beschreibt eine Anhäufung von Ortsverbundenheitsprozessen, die einsetzen, wenn Personen affektive, kognitive, verhaltensbezogene und soziale Bindungen zu einem bestimmten Setting aufbauen. Im Gegensatz zur Wohnzufriedenheit mit evaluativen

Komponenten entwickelt sich Wohnbedeutung über einen Zeitraum, manifestiert sich durch Reflexion der Vergangenheit und ist symbolisch repräsentiert in gewissen Plätzen und verehrten Objekten. Innerhäusliche Kontrollüberzeugungen als vierte Dimension leiten sich von psychologischen Theorien ab (Heckhausen, Schulz, 1995), die Ereignisse dem eigenen Verhalten oder dem Zufall, Glück oder mächtigen Anderen zuschreiben und damit Ausdruck von Einflussnahme auf die Umwelt sind. Innerhäusliche Kontrollüberzeugungen beziehen sich auf die Regulierung des Person-Umwelt-Austausches zu Hause und werden zunehmend wichtig in höherem Alter. Sie hängen zusammen mit dem Erhalt von Unabhängigkeit im alltäglichen Leben und Wohlbefinden im Alter (Oswald et al., 2007). Man geht davon aus, dass sie Wohnentscheidungen auslösen, wie z.B. die, ob man in der Wohnung bleibt oder ins Pflegeheim umzieht (Oswald et al., 2006, S. 190). Der Blickwinkel des subjektiv erlebten Wohnens kann die stark objektiv geprägte Sichtweise erweitern und besser erklären, wie neue Wohnformen im der Gesamtheit der Wohnangebote im Alter bewertet werden können.

Die ENABLE-AGE-Studie, die als Subsample 1223 80 – 84-jährige und 85 – 89-jährige alleinlebende Personen in drei westeuropäischen Ländern untersuchte, konnte zeigen, dass die vier Domänen für das subjektive Wohnen wesentlich sind. Es brachte wichtige Befunde zum Verhältnis objektiv und subjektiv wahrgenommenen Wohnens (Oswald et al., 2004, S. 68ff) und lässt mögliche Ableitungen für die Ausgestaltung und Inanspruchnahme neuer Wohnoptionen zu. Es zeigte sich, dass Personen, die andere für ihr Zuhause verantwortlich halten, sind nicht sehr verbunden mit ihm fühlen und es auch als nicht nutzbar erachten, wohingegen Personen, die sich für ihr Zuhause verantwortlich fühlen, sich mehr mit ihm verbunden fühlen und es für ihren eigenen Zweck nutzbar finden. Reine Wohnbedingungen wie Barrieren stehen in keinem Zusammenhang zum subjektiv erlebten Wohnen, aber die Zugänglichkeit spielt eine größere Rolle (Oswald et al., 2004, S.71f), was die Bedeutung der ökologischen Theorien der Person-Umwelt-Passung stützt. Daher kommen die Autoren zum Schluss, dass es nicht nur nötig ist, sich mit objektivem und subjektivem Wohnen zu beschäftigen, um das alltägliche Leben älterer Menschen zu erfassen, sondern auch zwischen verschiedenen Aspekten des objektiven Wohnens zu unterscheiden. Allgemeine Bedingungen wie Wohnungsgröße oder Baujahr des Gebäu-

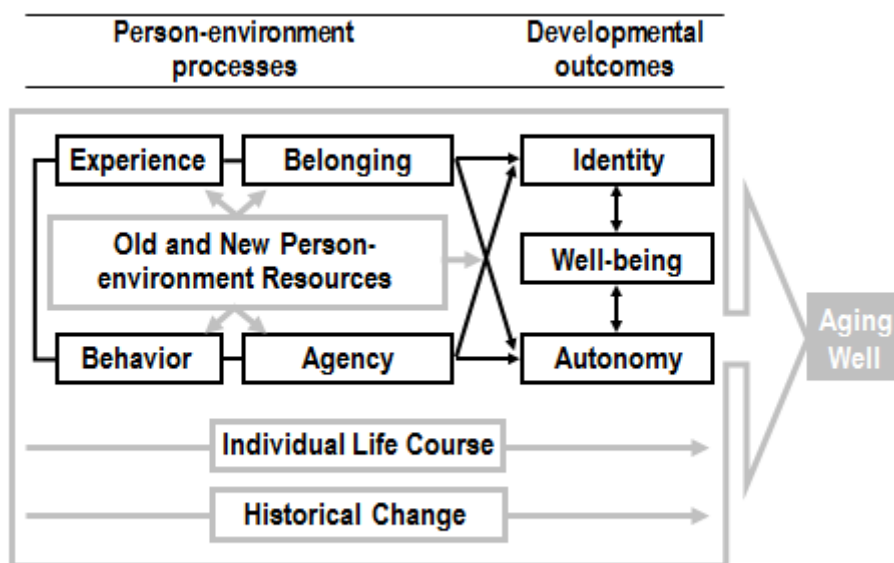
des sind nicht so entscheidend wie einzelne Funktionen z.B. Zugänglichkeit. Als Infrastrukturmerkmale und Dienstleistungen sind eine sichere Nachbarschaft, gute medizinische Versorgung und gute lokale Transportmöglichkeiten von Bedeutung. Zwar wissen die meisten befragten Personen (81%), wo sie notwendige Gesundheitsdienstleistungen erhalten, aber nur wenige haben welche im vergangenen Jahr benötigt bzw. abgerufen.

Es konnte nachgewiesen werden, dass soziale Unterstützung, individuelle wohnbezogene Kontrollüberzeugungen und Copingstrategien globale Indikatoren von potentiellen Mediatoren zwischen Wohnen und gesundem Altern sind: 89% der Untersuchungsteilnehmer haben bei Bedarf soziale Unterstützung – meistens ein Familienmitglied (71,4%) oder einen Nachbarn (40,5%), die meist instrumentelle und emotionale Unterstützung bzw. sozialen Austausch bieten. Subjektive Kontrollüberzeugungen, die bisher beim Wohnen als nicht wichtig erachtet wurden, zeigen den gewöhnlichen Anstieg in externer Kontrolle und Stabilität in der internen Kontrolle. Bei den Copingstrategien tendieren die jüngeren hochaltrigen Studienteilnehmer zu proaktiven, die älteren zu regressiven Stilen beim Lösen alltäglicher Probleme. Die Befunde stimmen mit anderen Studienergebnissen überein und unterstreichen die Bedeutung von persönlichen Überzeugungen und Strategien beim Umgang mit Alltagsproblemen. Die Studie konnte zeigen, dass Barrieren zu Hause eine geringere Rolle für das gesunde Wohnen spielen, als angenommen. Wichtige Indikatoren sind vielmehr die Zugänglichkeit und subjektiv erlebtes Wohnen. Verhaltensdimensionen wie ADLs, kognitive Dimensionen wie Lebenszufriedenheit, Umweltbeherrschung, Sinn im Leben und affektive Dimensionen wie positiver Affekt oder Depression hängen mit objektiver Wohnzugänglichkeit zusammen, aber nicht mit Barrieren zu Hause. Je besser die Person-Umwelt-Passung in allen Bereichen zu Hause ist, desto höher ist die ADL-Unabhängigkeit, Lebenszufriedenheit, Sinn im Leben und positiver Affekt und desto geringer ist das Auftreten von Depression (ebd., S. 72). Das Konzept des subjektiv erlebten Wohnens kann als Ressource dienen mit funktionellen Einbußen in höherem Lebensalter umzugehen.

6.3.3.4 Integriertes Rahmenkonzept des Wohnens

Ein noch weitergehendes Modell schlagen Wahl et al. (2012) vor. Das integrierte Rahmenkonzept des Wohnens (Abb. 7) verbindet die Umwelt mit Modellen des guten Alterns.

Abbildung 7: Integriertes Rahmenkonzept Wohnen im Alter nach Wahl et al., 2012



Aus: Wahl, Iwarsson & Oswald, 2012 (The Gerontologist)

Älterwerden ist demnach charakterisiert durch die Entwicklung im Lebenslauf, die Person-Umwelt-Austauschprozesse als objektives Handeln und subjektives Erleben einschließt. Gutes Altern bedeutet Älterwerden unter Beibehaltung von so großer Autonomie, Wohlbefinden, Erhalt des Selbst und der Identität als möglich. Den wesentlichen Kern des Konzepts bildet die Annahme, dass vor allem zwei Prozesse erklären können, wie sich die Person-Umwelt-Beziehung im Laufe des Alterns gestaltet: Die Zugehörigkeit (Belonging), die sich aus dem positiven Erleben mit Personen und Umwelt ergibt, und das Handeln (Agency), bei dem man durch das eigene Tätigwerden Veränderungen hervorruft.

Während die Zugehörigkeit nicht zielorientierte kognitive und emotionale Aspekte beinhaltet, umfasst die Tätigkeit das gesamte zielgerichtete Verhalten, das sich auf die Umwelt bezieht. Das Modell geht weiter davon aus, dass es eine Lebenslaufperspektive gibt, bei der mit zunehmendem Alter die Prozesse der Zugehörigkeit wichtiger werden, aber die Prozesse des Handelns an Bedeutung abnehmen. Eine letzte Perspektive des Modells ist die des historischen Wandels. Neuere Entwicklungen zeigen, wie sehr die Umwelt das „gute Altern“ in einem historischen Kontext beeinflusst. Beispiele dafür sind neue Formen von Mobilität, Technikeinsatz und Wohnformen (Wahl et al., 2012).

6.3.3.5 Aging in Place

Das integrierte Rahmenmodell beinhaltet Ansätze, die das Konzept des „aging in place“, künftig besser beleuchten können. Aging in place drückt den Wunsch älterer Menschen aus, an dem Ort, an dem man wohnt und den man kennt, wohnen zu bleiben. Es ist gleichzeitig ein politisches Programm, mit dem es älteren Menschen ermöglicht werden soll, auch bei Hilfe- und Pflegebedarf weiter in der vertrauten Wohnung und dem vertrauten Gemeinwesen leben zu können. In diesem Zusammenhang können kleinere Wohnformen eine zunehmende Rolle bekommen, da sie auch einen Beitrag zur kleinräumigen Infrastruktur leisten. Einige Modelle der ambulanten Wohngemeinschaften arbeiten nach dem Konzept der „geteilten Verantwortung“ (Klie, Schumacher, 2009) d.h. neben Angehörigen und professionell Pflegenden können Nachbarn und Personen des sozialen Umfelds sich in die Unterstützung der Bewohner einbringen. Konzepte der Lebenswelt- und Quartiersorientierung (Thiersch, 2000, Früchtel et al., 2010) müssten hier noch stärker in die gerontologische bzw. ökopsychologische Forschung Eingang finden. Solche Konzepte werden derzeit eher noch als Risiko, denn als Chance verstanden. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit konnte auf diesen Aspekt nicht eingegangen werden.

6.3.3.6 Befunde zum institutionellen Wohnen

In Ergänzung zu den ökopsychologischen Schwerpunkten dieser Arbeit sollen hier Befunde zu bestimmten Aspekten institutionellen Wohnens aufgegriffen werden. Sie

können Impulse für die Weiterentwicklung umfanglicher Wohn-Unterstützungsoptionen älterer Menschen bieten. Institutionelles Wohnen war schon sehr früh Gegenstand wissenschaftlicher Studien. Nach Einführung der Pflegeversicherung und mit Stärkung der Pflegewissenschaften als Disziplin ergaben sich in Deutschland in Bezug auf die stationäre Pflege zunehmend Schwerpunkte aus der Pflegewissenschaft. Die Gerontologie hatte einen stärkeren Schwerpunkt im häuslichen Wohnen älterer Menschen und in den sozialen und informellen Netzwerken. Für den Aspekt Neuausrichtung des stationären Wohnens soll nachfolgend ein Fokus auf die Themen Autonomie und Abhängigkeit im Heim, Umzug als kritisches Lebensereignis und einzelne Aspekte von Lebensqualität gelegt werden.

Autonomie und Abhängigkeit

Institutionen sind geprägt von unterschiedlichen Formen der Restriktion, die die individuelle Lebensführung und das subjektive Wohlbefinden einschränken. Eines der frühesten bekannten Modelle ist das der „totalen Institution“, mit der Goffman (1973) die allumfassende, eben totale Inanspruchnahme ihrer Mitglieder durch die Institution beschrieb. Die Totalität drückt sich durch bestimmte Merkmale aus wie die Beschränkung der Freizügigkeit und sozialen Kontakte nach draußen, die Zusammenlegung aller Lebensbereiche in ein und dasselbe soziale wie regionale Umfeld und die Aufhebung der im normalen Leben vorhandenen Trennung zwischen Schlaf, Freizeit und Arbeit (Goffman, 1973). Langer und Rodin (1976) haben in ihrem bekannten Feldexperiment in einem Pflegeheim gezeigt, welche deutlichen Auswirkungen diese Totalität des Wohnens auf die Möglichkeiten der Umweltkontrolle der Bewohner und damit auf das Wohlbefinden hat. In Deutschland konnten unterschiedliche Studien die US-amerikanischen Befunde bestätigen. Saup und Schröppel (1993) haben im Rahmen einer Interventionsstudie im Pflegeheim gezeigt, dass Wahlfreiheit und Mitwirkung bei Milieuveränderungen Wohlbefinden, Aktivität und Zufriedenheit erhöhen konnte bzw. Hoffnungslosigkeit und emotionale Gereiztheit senken konnte.

Das Modell der „gelernten Abhängigkeit“ (Seligman, 1975) geht davon aus, dass spezifische Bedingungen der inner-institutionellen Interaktion für unselbständiges und selbständiges Verhalten verantwortlich sind. Baltes et al. (1986) konnten zeigen, dass Interaktionsmuster in amerikanischen Heimen auch in deutschen Heimen zu

finden sind: Zeigen Bewohner abhängiges Eigenpflegeverhalten erfolgen komplementäre, das heißt abhängigkeitsunterstützende Reaktionen der sozialen Partner. Selbständiges Eigenpflegeverhalten sowie passiv-inaktives und destruktiv-aktives Verhalten erfährt keine Reaktion von der Umwelt. Auf konstruktiv-aktives Verhalten der Bewohner folgen intermittierend unterstützende Reaktionen der sozialen Partner. Das heißt, dass unselbständiges Bewohnerverhalten vom Personal befördert wird, selbständiges ignoriert wird (ebd., S. 15). Ergänzend sei dazu angemerkt, dass die Sozialisation in unterschiedlichen Berufen (Altenpfleger, Erzieher, Sozialarbeiter) neben unterschiedlichem professionellen Wissen auch zu anderen Einstellungen zu Alter und Hilfebedürftigkeit und zu unterschiedlichen Formen des Helfens führt (Reichert, 1993, Reichert und Wahl, 1992). Für neue Wohnformen dürfte künftig ein wichtiges Untersuchungsfeld sein, wie personale und qualifikatorische Aspekte sich auf Selbständigkeit im Alter und Milieus von Wohnformen auswirken.

Lebenszufriedenheit und Aspekte von Lebensqualität

Heime sind komplexe Systeme, die von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst werden, aber gleichzeitig ein ideales Setting bieten, um systematisch geplante und kontrollierte Veränderung, d.h. Interventionen zu implementieren (Wahl, Reichert, 1992). Amerikanische Studien haben mit komplexen Assessmentinstrumenten in den 1960er Jahren versucht, diese Komplexität zu erfassen. Leider wurden in Deutschland keine entsprechenden Instrumente entwickelt. Sie hatten mit Einführung der Pflegeversicherung eher einen Schwerpunkt im pflegewissenschaftlichen Kontext. Sie standen im Zusammenhang mit Personalbemessungsverfahren wie z.B. Plaisir und das Resident Assessment Instrument (RAI), waren sehr komplex und fanden in der Breite keine Anwendung. Da ältere Menschen, auch Heimbewohner, dazu neigen, ihre Situation gemessen an objektiven Bedingungen eher positiv einzuschätzen – wie es das bekannte Zufriedenheitsparadox (Staudinger 2000) beschreibt – ist es nicht einfach, geeignete Interventionen zu eruieren und umzusetzen, die die subjektive Lebensqualität erhöhen. Closs und Kempe (1986) haben im Rahmen einer Überprüfung von Lebenszufriedenheitsskalen in einer Untersuchung mit 457 Heimbewohnern als fünf relativ stabile und valide Dimensionen der Lebensqualität im Heim „soziale Integration vs. Einsamkeit“, „Zufriedenheit mit der Lebenssituation im Alter“, „Subjektive körperliche Beschwerden“ „Gelassenheit vs. Verunsicherung bzw. Be-

sorgnis“ und „positiver Lebensrückblick“ herausgearbeitet. Als bedeutendste Dimension (ebd., S. 48) verbergen sich hinter „soziale Integration vs. Einsamkeit“ soziale Beziehungen und Aktivitäten. Soziale Bezüge entstehen für Heimbewohner durch Mitarbeiter, Mitbewohner, Angehörige und Ehrenamtliche. Studien belegen den positiven Effekt sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden von Pflegeheimbewohnern (Oppikofer, 2002).

Kleinräumig und ins Gemeinwesen integrierte Pflegeheime mit guter Anbindung an den ÖPNV, wie sie seit den 1980er Jahren propagiert werden, haben bessere Voraussetzungen, dass Angehörige, Freunde und Nachbarn die Heimbewohner besuchen und Aktivitäten in Bezug zum Gemeinwesen und außerhalb der Pflegeheime erfolgen können. Die bundesweite Repräsentativstudie „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“ (Schneekloth, Müller, 1997, S. 71) zeigt, dass Bewohner in sehr unterschiedlichem Maß Kontakte haben: 47% der Bewohner bekommen mindestens ein- bis mehrfach wöchentlich, jeder Dritte (30%) dagegen seltener oder gar nie Besuche von Verwandten und Bekannten. 2009 zeigt eine andere Studie positivere Daten: 58,7% der Nichtdemnzerkrankten bzw. 56% der Demnzerkrankten erhielten häufig (mindestens einmal pro Woche) einen Besuch, 16,2% bzw. 17,9% nie. Eine Untersuchung der Kontakte von Angehörigen ergab, dass ein Drittel seine Familienangehörigen täglich besucht (v.a. Ehepartner), zwei Drittel (62%) wöchentlich (Engels, Pfeuffer, 2009, S. 222). Aktivitäten haben für die Lebensqualität der Heimbewohner einen besonderen Stellenwert, wie an anderer Stelle ausgeführt wurde.

Umzug ins Heim

Die meisten älteren Menschen möchten einen Heimeinzug vermeiden. Folgerichtig geht man davon aus, dass Umzüge ins Heim unfreiwillig erfolgen und mit negativen Folgen verbunden sind. Umzug in eine Institution wird primär unter dem Blickwinkel des Verlusts an Perspektive und den Risiken und Folgen von Stress und Trauma betrachtet. Hohe Sterberaten, die – kontrovers diskutiert – oft als einziger Effekt den Studien zugrunde gelegt werden, scheinen diese Hypothese zu stützen, sie lässt sich aber nicht belegen. Lieberman (1991) hat aus bestehenden Studien drei Faktoren herausgearbeitet, die Umzugsfolgen erklären: Die subjektive Bedeutung des Um-

zugs, die Effekte, die aus einer Veränderung der Umgebung resultieren und Risikofaktoren. Effekte, die aus der Umgebung resultieren, konnten am besten nachgewiesen werden: Umweltvariablen erklären im Vergleich zu individuellen Ressourcen, Erwartungen und Persönlichkeit am besten die Unterschiede in den Befunden bezüglich Anpassung (ebd., S. 133). Höherer Pflegebedarf bei Heimeintritt allein kann eine höhere Sterberate in Heimen nicht erklären. Bei steigender Prävalenz von Menschen mit Demenz wird der Umzug in eine Institution rasch anwachsen (Bickel, Jäger, 1986).

Hilfe- und Pflegebedarf stellt mit 63% die wichtigste Ursache für einen Umzug ins Pflegeheim dar. Bei 43% gab es einen Mangel und/oder Überlastung der Pflegepersonen, bei 15% war die Wohnung ungeeignet und 15% wünschten sich eine bessere soziale Einbindung (Häussler-Sczepan, 1998, S. 38f). Laut Angehörigenbefragung in der MUG-Untersuchung haben 63% der Heimbewohner vorher allein gewohnt, 24% zusammen mit Angehörigen und 13% mit anderen zusammen. 6% waren nicht pflegebedürftig vor dem Heimeinzug, 45% erhielten bis zu einem Jahr Pflege, 27% über zwei Jahre (Engels, Pfeuffer, 2009, S. 223). Die Leipziger Langzeitstudie bestätigt die Befunde, dass Alleinwohnen ein bedeutender Prädiktor für einen Umzug ins Heim ist. Über einen Zeitraum von knapp acht Jahren sind 7,8% zu Hause wohnender Älterer über 75 Jahre ohne Demenz nach durchschnittlich 7,5 Jahren ins Heim umgezogen. Ein früher Umzug war verbunden mit höherem Alter, Alleinwohnen, funktionellen und kognitiven Einschränkungen, Depression, Schlaganfall, Myokardinfarkt sowie Unterstützung von Spezialisten und bezahlten Helfern (Luppa et al., 2010). Von der Gruppe mit Demenz sind knapp die Hälfte (47,7%) nach durchschnittlich 2,8 Jahren ins Heim umgezogen (Luck et al., 2008).

Die Befunde zeigen, dass dem Umzug älterer Menschen ein besseres Augenmerk geschenkt werden muss, um das Leben zu Hause, den Prozess des Umzugs und das Wohlbefinden von Bewohnern im stationären Bereich zu verbessern. Dazu wäre auch ein Verständnis von Umzugsprozessen im Lebenslauf nötig und die positiven Outcomes in der stationären Pflege müssten besser beleuchtet werden (Oswald, Rowles, 2007).

Ableitungen für die Arbeit

Die Alltagsorientierung spielt eine wichtige Rolle beim Wohnen auch bei älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf. Fragen der Zeitverwendung und Beschäftigung von älteren Menschen in der Häuslichkeit sind bedeutsam für die weitere Ausgestaltung von Wohnoptionen wie dem „Unterstützten Wohnen“. Hier gibt es Forschungsbedarf. Bisher wurden die Hochaltrigen (80+) außerhalb von Institutionen dahingehend noch wenig systematisch untersucht. Ökopsychologische Zugänge müssen bei Fragestellungen zum Wohnen im Alter und einer sich verändernden Infrastruktur mehr Beachtung finden. Neuere Befunde zum subjektiven Wohnen zeigen, dass Funktionalität nur ein Bruchteil von Wohnerfahrungen ist. Das kann die Anerkennung unterschiedlicher „natürlicher“ Gebäude bzw. Umwelten fördern. Das integrierte Rahmenkonzept zum Wohnen im Alter, das jetzt vorliegt, stellt objektives und subjektiv erlebtes Wohnen, Aktivitäten und Aufrechterhaltung von Selbständigkeit in einen Zusammenhang. Es könnte zur Evaluation unterschiedlicher Wohnformen herangezogen werden.

B. Empirischer Teil

7 Forschungsleitende Fragestellungen

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit Haus- und Wohngemeinschaften, in denen ältere, hilfe- und pflegebedürftiger Menschen wohnen. Vor dem Hintergrund demografischer und epidemiologischer Entwicklungen sind sie auch Ausdruck eines neuen gesellschaftlichen Verständnisses vom Wohnen und Leben im Alter mit Einschränkungen. Diese Wohnformen sind in Teilen ihrer Struktur unterschiedlich aber in ihrer grundlegenden konzeptionellen Ausrichtung vergleichbar. Sie beziehen sich in ihrer Philosophie darauf, dass trotz Einschränkungen der Bewohner sich ihre grundlegenden Bedürfnisse mehr am Wohnen in einer häuslichkeitsähnlichen Umgebung und Alltagsnormalität orientieren, die Autonomie und soziale Einbindung unterstützt, als primär an funktionaler, medizinisch-pflegerisch ausgerichteter Versorgung. Um diese Wohnformen untersuchen zu können wurden die Einrichtungen als „Unterstütztes Wohnen“ gefasst und ein konzeptioneller Rahmen zugrunde gelegt, der das Konzept der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, das Konzept der Lebensqualität und das Konzept des Wohnens beinhaltet.

Ziel der Untersuchung ist es, die Lebensqualität von Bewohnern in unterschiedlichen Wohnformen differenziert zu erfassen und anhand des entwickelten Ansatzes in mehrdimensionaler Weise zu vergleichen. Daneben soll die objektive Umwelt dieser Wohnformen daraufhin untersucht werden, wie unterstützend sie für hilfe- und pflegebedürftige Menschen ist. Verglichen wird das „Unterstützte Wohnen“ mit dem Wohnbereich eines Pflegeheims und einer speziellen Demenzwohngruppe.

Die Beziehung zwischen Person und Umwelt erhält eine zunehmende Bedeutung, wenn Menschen hilfe- und pflegebedürftig werden. Das forschungsleitende Interesse der Arbeit ist es, diesem Ansatz zu folgen und führt zu einer ökogerontologischen Herangehensweise. Dazu wurde ein personorientierter und umweltorientierter Zugang gewählt, der Lawtons Konzept des guten Lebens (1983) zugrunde liegt. Der personenorientierte Zugang umfasst Dimensionen der Verhaltenskompetenz, des

subjektiven Wohlbefindens und der wahrgenommenen Lebensqualität. Im umweltorientierten Zugang wird die räumliche Umwelt erhoben. Da es sich beim „Unterstützten Wohnen“ um sehr unterschiedliche Umwelten handeln kann, ist eine gute Analyse und Beschreibung nötig.

Wenn sich relevante Unterschiede in der Wohnformen ergeben stellt sich die Frage, ob vor dem Hintergrund der Befunde von einem Paradigmenwechsel in der Altenhilfe geredet werden kann und ob sich verschiedene Formen gemeinschaftlichen Wohnens wie Wohngemeinschaften und Hausgemeinschaften unter einem Label „Unterstütztes Wohnen“ mit einem darauf abgestellten Rahmenkonzept fassen und untersuchen lassen. Welche Perspektiven bieten sich dann?

Aus der Zielsetzung der vorliegenden Arbeit ergeben sich folgende Fragestellungen:

- Welche Befunde ergeben sich zur Lebensqualität der Bewohner für die drei Wohnformen? Zeigen sich Unterschiede bei Menschen mit Demenz?
- Wie „unterstützend“ stellt sich die „objektive Umwelt“ in den drei Wohnformen dar?
- Lässt sich aus den Befunden ein Paradigmenwechsel für das Wohnen und die Unterstützung älterer, hilfe- und pflegebedürftiger Menschen ableiten?
- Können bestimmte kleingemeinschaftliche Einrichtungen als Wohnform „Unterstütztes Wohnen“ gefasst werden und welche Perspektive bietet sich ihnen? .

8 Methodik

8.1 Untersuchungsdesign

Ziel der Arbeit ist die Untersuchung der Lebensqualität von älteren hilfe- und pflegebedürftigen Bewohnern in sieben Wohn- bzw. Hausgemeinschaften, die als Wohnform „Unterstütztes Wohnen“ (UW) zusammengefasst werden. Sie werden verglichen mit einer Speziellen Demenzwohngruppe (Special Care Unit) in einem Pflegeheim (SCU) und dem Wohnbereich eines klassischen Pflegeheims (PH). Die Untersuchungseinheiten wurden aus Teilnehmern einer Initiativgruppe, die Haus- oder Wohngemeinschaften in Baden-Württemberg planten bzw. umsetzten, gewonnen. Es handelt sich um sieben Wohnprojekte in einem Radius von ca. 150 km. Dies entsprach zum Erhebungszeitpunkt nahezu einer regionalen Gesamterhebung solcher Projekte, die in Baden-Württemberg in Betrieb waren, da zum Untersuchungszeitpunkt die gesetzlichen Vorgaben eher restriktiv waren und nur wenige Träger und Initiativen solche neuen Konzepte umsetzten. Da es sich um eine Erhebung mit mehreren Erhebungszeitpunkten und Phasen teilnehmender Beobachtung handelte, erfolgte aus zeitökonomischen Gründen eine Beschränkung auf die Projekte dieser Initiativgruppe. Die beiden zusätzlichen Vergleichseinrichtungen lagen ebenfalls in diesem Einzugsgebiet. In den sieben Einrichtungen wohnten jeweils 7 – 10 Bewohner, insgesamt ca. 63 Bewohner, in der SCU 12 und auf dem Wohnbereich des Pflegeheims 18 Bewohner.

8.2 Stichprobe

8.2.1 Strukturelle und objektive Umweltmerkmale der Untersuchungseinheiten

In Tab. 2 werden die Untersuchungseinheiten nach globalen strukturellen Unterschieden dargestellt. Die Untersuchungseinheiten WG 1 – WG 3 und HG 1 – HG4 zählen zur Wohnform des Unterstützten Wohnens (UW). Die Spezielle Demenzwohngruppe (SCU) und der Wohnbereich eines Pflegeheims (PH) dienen als jeweils eigene Wohnform zum Vergleich.

Tabelle 2: Strukturdaten der untersuchten Einrichtungen

		Wohngemeinschaft 1	Wohngemeinschaft 2	Wohngemeinschaft 3	Hausgemeinschaft 1	Hausgemeinschaft 2	Hausgemeinschaft 3	Hausgemeinschaft 4	Spezielle Demenzwohngruppe (SCU)	Wohnbereich Pflegeheim (PH)
Einrichtung-/Servicetyp	Vollversorgung								•	•
	hauswirtschaftlich überwiegend Selbstversorger	•	•	•	•	•	•	•		
	Hauswirtschaft, Pflege, Soziales gleichgewichtet	•	•	•	•	•	•	•		
Physischer Status	unabhängig - Wohnhaus	•	•							
	verbunden mit Pflegeheim				•	•	•	•	•	
	verbunden mit Betreutem Wohnen			•					•	
Baustandard	Neubau	•		•					•	
	Altbau		•		•	•	•	•		•
Siedlungstypische Lage	städtisch				•	•	•	•	•	•
	kleinstädtisch	•	•	•						
	ländlich									
Ordnungsrecht	stationär				•	•	•	•	•	•
	ambulant	•	•	•						
Leistungsrecht	stationär				•	•	•	•	•	•
	ambulant	•	•	•						
Programmatische Ausrichtung	Lebensqualität	•	•	•	•	•	•	•		
	Pflegequalität								•	•
	Wohnsetting	•	•	•	•	•	•	•		
	Alltagsorientierung	•	•	•	•	•	•	•		
Personal im Wohnbereich	Alltagsbegleiter, Pflege, Hauswirtschaft u.a.	•	•	•	•	•	•	•		
	Pflege, Pflegehelfer, Therapeuten								•	•
Anzahl Bewohner bis 12		•	•	•	•	•	•	•	•	
Anzahl Bewohner mehr als 12										•

Die Einrichtungen des UW weisen Gemeinsamkeiten im Bereich der Versorgungsstruktur, der programmatischen Ausrichtung, der kleinen Bewohneranzahl und der personellen Besetzung auf. Das UW versorgt sich im hauswirtschaftlichen Bereich

überwiegend selbst, d.h. vor Ort wird gekocht und findet die Wäscheversorgung statt. Im Alltag sind Hauswirtschaft, Pflege und Soziales gleichgewichtet. Das Leitbild ist an Lebensqualität, Wohnsetting und Alltagsorientierung ausgerichtet. Die Gleichgewichtung alltagspraktischer, pflegerischer und sozialer Lebensbereiche spiegelt sich in der Personalbesetzung wider. Neben sogenannten Alltagsbegleitern oder Präsenzkraften sind Pflegefachkräfte, Hauswirtschaftsfachkräfte und Therapeuten tätig. Das UW kann leistungs- und ordnungsrechtlich ambulant oder stationär ausgerichtet sein, hat unterschiedliche Baustandards bzw. unterschiedlichen physischen Standard als Wohnhaus oder als Teil eines größeren Servicekomplexes. Die Spezielle Demenzwohngruppe ist nach gesetzlichen Vorgaben in eine stationäre Einrichtung in einer Großstadt integriert und unterliegt ordnungs- und leistungsrechtlich stationären Vorgaben. Der Personalschlüssel ist deutlich erhöht und verbunden mit höheren Selbstkosten der Bewohner bzw. erhöhten Sozialhilfeleistungen. Das Personal im Wohnbereich besteht ausschließlich aus Pflegefachkräften bzw. Pflegehilfskräften und Therapeuten. Die programmatische Ausrichtung ist stärker an Pflegequalität und spezifischen therapeutischen Angeboten für Menschen mit Demenz orientiert. Der Wohnbereich des Pflegeheims liegt im sanierten Altbau in einer Großstadt und unterliegt ordnungs- und leistungsrechtlich stationären Vorgaben. Die programmatische Ausrichtung ist an Pflegequalität orientiert. Das Personal im Wohnbereich besteht ausschließlich aus Pflegefachkräften, Hilfskräften und Sozialdienst.

Strukturelle und objektive Umweltmerkmale der Untersuchungseinrichtungen im Einzelnen:

Wohngemeinschaft 1 (WG 1)

Die Wohngemeinschaft WG 1 mit bis zu 10 älteren, hilfebedürftigen Bewohnern liegt in einer Kleinstadt im Ballungsraum Stuttgart in einer Wohnsiedlung am Stadtrand in einem zweigeschossigen Mehrfamilienhausneubau. Dieser integriert sich durch Verzicht auf funktionelle bzw. institutionelle Ausrichtung unauffällig in die Siedlung und ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen. Das Haus wurde für den normalen Wohnungsbau konzipiert und beinhaltet eine Zweizimmer- und zwei Fünfstückerwohnungen über drei Etagen. Es wurde für die Wohngemeinschaft zu einer

Wohneinheit zusammengefasst und über einen nachträglich eingebauten Treppenlift barrierefrei erschlossen. Vom gemeinsamen Treppenaufgang führen jeweils Eingangstüren zu den einzelnen Etagen der Wohnung. In jeder Wohnungs-Etage befindet sich ein Badezimmer mit Badewannen und WC und ein separates WC. In der mittleren Etage wurde ein großes Zimmer mit räumlichem Anschluss an eine Selbstversorgerküche als Wohn-Essbereich eingerichtet, in der oberen Etage wurde ein großes Zimmer als Wohnzimmer ausgestattet. Jeder Bewohner verfügt über ein privates Zimmer. Lagerräume und Haushaltsräume für Waschmaschine und Trockner befinden sich im Erdgeschoss. Von sogenannten Präsenzkraften werden Betreuungs-, Hauswirtschafts- und leichtere Pflegetätigkeiten übernommen und eine 24-Stunden-Präsenz geleistet. Fachpflegerische Leistungen werden je nach individuellem Bedarf der Bewohner von unterschiedlichen ambulanten Diensten erbracht. Zur Dokumentation steht in einer Nische ein kleines abschließbares Schrankelement zur Verfügung.

Wohngemeinschaft 2 (WG 2)

Die Wohngemeinschaft WG 2 mit 9 Bewohnern liegt in einer ländlichen Kleinstadt in einer Wohnsiedlung mit gehobener Wohnqualität und fußläufiger Entfernung vom Stadtzentrum. Bei dem zweistöckigen Gebäude handelt es sich um eine ehemalige Arztvilla mit angeschlossener Praxis. Jeder Bewohner verfügt über ein Einzelzimmer. Die obere Etage ist über zwei Treppen und einem Treppenlift erschlossen. In jedem Wohngeschoss befindet sich ein Bad mit Toilette und Dusche sowie eine weitere Toilette. Vorratsräume und Hauswirtschaftsräume mit Waschmaschine und Trockner sind im Keller untergebracht. Die Gemeinschaftsräume liegen im Erdgeschoss und bestehen aus Wohn-Ess-Raum, daran offen angeschlossenem Nebenraum und komplett ausgestatteter Vollversorgerküche. Ein großzügiges Foyer führt auf eine Terrasse und in den großen Rasen - Ziergarten. Für die ambulante WG bestehen Auflagen nach dem Landesheimgesetz und es ist die Dauerpräsenz von Pflegefachkräften angeordnet, die von einem Pflegedienst erbracht werden. Diesem steht ein separater Raum als Büroraum zur Verfügung.

Wohngemeinschaft 3 (WG 3)

Die Wohngemeinschaft WG 3 mit 9 Bewohnern liegt in einer ländlichen Kleinstadt, zentrumsnah, mit gutem Anschluss an den öffentlichen Personennahverkehr. Sie ist eingebettet in den Neubau einer größeren Anlage mit Betreuten Wohnungen für Senioren. Die WG entstand aus einem umgestalteten Bereich des Betreuten Wohnens. Jeder Bewohner verfügt über ein Einzelzimmer. Die barrierefreie Wohnung befindet sich in der ersten Etage und ist über einen Personenaufzug erschlossen. Sie bietet einen Wohn-Ess-Raum, eine angeschlossene Vollversorgerküche, eine Terrasse und zwei Balkone. Es sind zwei 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. Eine erweiterte Flurnische mit Schreibtisch und Basisbüroausstattung dient als Büro für die Mitarbeiter. Im Haus stehen ein kleiner und großer Gemeinschaftsraum zur Verfügung. Für die ambulante WG bestehen Auflagen nach dem Landesheimgesetz und es ist die Dauerpräsenz von Pflegefachkräften angeordnet, die von einem Pflegedienst erbracht werden.

Hausgemeinschaften 4 - 7 (HG 4 - 7)

Die vier Hausgemeinschaften HG 1, HG 2, HG3 und HG 4 mit 8, 6, 7 und 9 Bewohnern befinden sich in einer Großstadt in einem dreigeschossigen Klinikaltbau, der auf die Bedarfe der Hausgemeinschaften umgestaltet wurde. Jeweils zwei liegen auf der ersten und zweiten Etage und sind barrierefrei über einen Personenaufgang erschlossen. Den Bewohnern einer Hausgemeinschaft stehen ausschließlich Einzelzimmer zur Verfügung, die Bewohner der anderen Hausgemeinschaften leben zu erheblichem Teil in Doppelzimmern. Die Hausgemeinschaften verfügen über analoge Räumlichkeiten: Einen großzügigen zentralen Wohnflur, einen Wohn-Essbereich, einen daran offen angeschlossenen Erker als Nebenraum und eine Selbstversorgerküche. Den Bewohnern steht ein Badezimmer mit Badewanne bzw. Dusche und ein separates WC zur Verfügung. Waschmaschine und Trockner befinden sich in eigenem Sanitärraum in den Hausgemeinschaften. Im Haus stehen weitere Räumlichkeiten und ein Garten zur Verfügung. Von sogenannten Präsenzkräften werden Betreuungs-, volle Hauswirtschafts- und leichtere Pflege Tätigkeiten übernommen. Die nächtliche Präsenz wird aus dem Nachtwachenpool des Hauses abgedeckt. Fachpflegeri-

sche Leistungen werden je nach individuellem Bedarf der Bewohner vom hausinternen Pflegedienst übernommen, der analog eines ambulanten Dienstes im gesamten Haus unterwegs ist. Den Mitarbeitern steht in jeder Hausgemeinschaft ein kleiner Dokumentationsraum zur Verfügung.

Special Care Unit (SCU)

Die spezielle Demenzwohngemeinschaft für 12 Bewohner liegt in einer Großstadt und ist ein spezialisierter Teil eines Pflegeheims mit insgesamt 80 Plätzen. Sie ist in der 2. Etage in einem räumlich separaten Bereich angesiedelt und barrierefrei über einen Aufzug erschlossen. 2 Bewohner leben im Doppelzimmer, 10 im Einzelzimmer. Jeweils zwei Bewohner teilen sich ein Bad mit Dusche und WC. Der Wohngemeinschaft steht ein Wohn-Essbereich mit integrierter Einbauküche, ein großzügiger Flur, ein Pflegebad, ein Snoezelenraum und eine offen in den Flur integrierte Sitznische zur Verfügung. Die SCU ist noch in der Aufbauphase in ein spezielles Programm des Landes Baden-Württemberg für Menschen mit Demenz einbezogen worden. In der entsprechenden Rahmenvereinbarung für die Versorgung verhaltensauffälliger und mobiler Demenzkranker in Demenzwohngruppen (Rahmenvertrag für vollstationäre Pflege gemäß § 75 Abs.1 SGBXI für das Land Baden-Württemberg, Anlage 1, 2002) gelten für die Aufnahme in die SCU folgende personenbezogenen Zugangsvoraussetzungen: Vorliegen einer therapeutisch nicht beeinflussbaren Demenzerkrankung (Diagnose Facharzt, Mini-Mental-Status-Examination-Test weniger als 13 Punkte), Vorliegen schwerer Verhaltensauffälligkeiten nach modifizierter Cohen-Mansfield-Agitation-Inventory-Skala (mCMAI) und erheblichen Bewegungsdrangs. In der SCU muss ein höherer Pflegeschlüssel und Fachpersonal mit gerontopsychiatrischer Zusatzqualifikation vorgehalten werden.

Die Rahmenvorgabe führt in der vorliegenden SCU dazu, dass eine vergleichsweise homogene Gruppe an erkrankten Menschen über einen gewissen Zeitraum gemeinsam älter wurde und in ihrer Erkrankung fortschreitet. Für die spezielle Demenzwohngruppe muss besonders hervorgehoben werden, dass hier die Stichtagsbeobachtung besonders ins Gewicht fällt. Zum Zeitpunkt der Untersuchung bestand die Gruppe seit ca. vier Jahren. Die laufende Evaluation seit Eröffnung des Wohnbereichs zeigt, dass bei Gründung der SCU alle Bewohner noch hoch mobil waren,

zum aktuellen Zeitpunkt die meisten in ihrer Mobilität aber sehr eingeschränkt sind. Der Wohnbereich verfügt über einen hohen Anteil an spezialisiertem Fachpersonal, das nur für diese Gruppe zuständig ist und für das ein kleineres Büro zur Verfügung steht. Die nächtliche Präsenz wird aus dem Nachtwachenpool der Gesamteinrichtung abgedeckt.

Pflegeheim (PH)

Der klassisch stationär organisierte Wohnbereich für 18 Personen eines Pflegeheims mit insgesamt 113 Plätzen über 4 Etagen mit 75 Einzel- und 20 Doppelzimmern liegt in einer Großstadt. Er ist in der 2. Etage angesiedelt und über ein Treppenhaus und einen Aufzug barrierefrei erschlossen. Der Wohnbereich ist konzeptionell und organisatorisch nicht als Wohngemeinschaft ausgelegt, allerdings gibt es einen gewissen Belegungsschwerpunkt für Menschen mit Demenz. Den Bewohnern stehen mehrheitlich Einzelzimmer zur Verfügung. Die Räumlichkeiten befinden sich im Anbau eines älteren Hauses und zeichnet sich durch Unterschiede in der architektonischen und räumlichen Ausgestaltung zu seinem Nachbarwohnbereich auf der gleichen Etage aus. Er verfügt über einen großzügigen, zum Ess- und Gemeinschaftsplatz ausweiteten Flurbereich und ein Pflegebad. Eine offene Einbauküche liegt auf derselben Etage, ist aber räumlich nicht in den Wohnbereich integriert. Die Bewohner werden über eine zentrale Küche durch Tablettsystem mit Essen versorgt. Den Bewohnern stehen im Haus ein Speisesaal, eine Cafeteria, ein kleines Kiosk, weitere Räumlichkeiten und ein Garten zur Verfügung. Die Pflegekräfte sind für die Bewohner der gesamten Etage zuständig und haben ein zentrales Büro, die Nachwachen sind für das gesamte Haus zuständig.

8.2.2 Die Bewohner – Soziodemografische Daten

In den neun Untersuchungseinheiten wohnten im Untersuchungszeitraum insgesamt 91 Bewohner (Tab. 3). Davon lebten in den sieben Einrichtungen des Unterstützten Wohnens insgesamt 61 Bewohner, in der speziellen Demenzwohngruppe 12 Bewohner und im Wohnbereich des Pflegeheims 18 Bewohner.

Tabelle 3: Stichprobe (t1) - Soziodemografische Daten der Bewohner N (%)

	Unterstütztes Wohnen	Spezielle Demenz- wohngruppe	Pflegeheim	gesamt
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Alter				
bis 65 Jahre	1 (1,8)	0 (0)	3 (16,7)	4 (4,9)
66-70 Jahre	5 (8,8)	2 (16,7)	2 (11,1)	9 (11,1)
71-80 Jahre	16(28,1)	2 (16,7)	6 (33,3)	24 (23,5)
81-90 Jahre	25 (43,9)	6 (50)	3 (16,7)	34 (37,0)
91 Jahre und älter	10 (17,5)	2 (16,7)	4 (22,2)	16 (23,5)
Durchschnittsalter	82	76,2	82,3	78,8
85 Jahre und älter	22 (38,6)	8 (66,7)	7 (38,9)	37 (42,5)
Mindest-/Höchstalter	61/100	69/95	57/101	57/101
Weibliches Geschlecht	44 (68,8)	10 (83,3)	13 (72,2)	67 (71,3)
Familienstand				
Ledig	7 (12,3)	1 (8,3)	4 (22,2)	12 (13,8)
Geschieden	3 (5,3)	0 (0)	4 (22,2)	7 (8)
Verheiratet	12 (21,1)	3 (25)	2 (11,1)	17 (19,5)
Verwitwet	35 (61,4)	8 (66,7)	8 (44,4)	51 (58,6)
Gesetzliche Betreuung ja	41 (75,9)	12 (100)	13 (72,2)	66 (78,6)
Pflegestufen				
Pflegestufe 0	4 (7)	0 (0)	1 (5,6)	5 (5,7)
Pflegestufe 1	26 (45,6)	0 (0)	8 (44,4)	34 (39,1)
Pflegestufe 2	19 (33,3)	7 (58,3)	8 (44,4)	34 (39,1)
Pflegestufe 3	5 (8,8)	5 (41,7)	1 (5,6)	11 (12,6)
kein Antrag	1 (1,8)	0 (0)	0 (0)	1 (1,1)
beantragt noch kein Ergebnis	2 (3,5)	0 (0)	0 (0)	2 (2,3)
(N)	(61)	(12)	(18)	(91)

Geschlecht und Alter sind prägende Merkmale der Bewohner. Das Durchschnittsalter in Pflegeheimen lag 2005 in der BRD bei 81,8 Jahren, 45% sind 85 Jahre und älter (Schneekloth, Törne, 2009, S. 85). Im UW und PH ist das Durchschnittsalter mit 82,0 bzw. 82,3 Jahren mit dem Bundesdurchschnitt vergleichbar, allerdings liegt der Anteil der 85jährigen und Älteren mit 40% im UW und 38,9% im Pflegeheim etwas niedriger. In der SCU liegt der Altersdurchschnitt mit 76,2 Jahren deutlich unter dem Bundesdurchschnitt von 81,8 Jahren, der Anteil der 85jährigen und Älteren mit 58,3% aber deutlich darüber.

Jüngere Bewohner bis 65 Jahre treten mit einem signifikanten Anteil von 16,7% nur im Pflegeheim auf, wobei dies nach Auskunft auf eine temporäre Belegungsschwierigkeit zurückzuführen ist. Im Bundesdurchschnitt sind nur 6% der Pflegeheimbewohner jünger als 65 Jahre (Schneekloth, Törne, 2009, S. 85). In der SCU ist ein vergleichsweise hoher Anteil (33,4%) an jüngeren Älteren (66 - 80 Jahre) festzustellen. Hier könnte der Bezug zu einem geriatrischen Krankenhaus und die Aufnahmekriterien eine Rolle spielen: Der steigende Anteil an jüngeren Älteren mit Demenz bzw. kognitiven Einschränkungen mit herausfordernden Verhaltensweisen und der Wunsch der Angehörigen, auf ein spezielles Angebot zurückgreifen zu können wurde als Hauptauswahlkriterium für die SCU angegeben. Die größte Altersspanne (57 - 101 Jahre) tritt mit 44 Jahren Altersunterschied im Pflegeheim auf, die geringste in der SCU (69 - 95 Jahre) mit 26 Jahren.

Die überwiegende Mehrheit in allen drei Wohnformen sind Frauen, wobei diese in der SCU mit einem Anteil von 83,3% gegenüber dem UW und dem PH mit 68,8% bzw. 72,2% deutlich überwiegen. Dies entspricht der bundesdeutschen Altersverteilung in Pflegeheimen mit 73%, wobei der Anteil der Männer in Pflegeheimen von 1994 bis 2005 von 21% auf 27% angestiegen ist. Dies wird auf demografische Trends zurückgeführt: Neben der nach wie vor höheren Lebenserwartung der Frauen kommen jetzt mehr Männer in höhere Altersgruppen, die kriegsbedingt in den letzten 20 Jahren niedriger lagen (Schneekloth, Törne, 2009, S. 84). Bei mehr als drei Viertel (75,9%) der Bewohner im UW liegt eine gesetzliche Betreuung vor, mit 72,2% im Pflegeheim etwas weniger und in der SCU, wie erwartet, bei allen Bewohnern. In allen drei Wohnformen ist ein hoher Anteil der Bewohner Leistungsbezieher der Pflegeversicherung, 91,2% im UW, 100% in der SCU und 96,4% im PH. Das ist ein hoher Wert gemessen am bundesweiten Durchschnitt der Pflegeheimbewohner (85%) (Schneekloth, Törne, 2009, S. 80). Deutliche Unterschiede ergeben sich in den einzelnen Pflegestufen bei den Wohnformen: Beim UW und PH liegt der größte Anteil in Pflegestufe 1 (45,6% bzw. 44,4%) und Pflegestufe 2 (33,3% bzw. 44,4%). In der Pflegestufe 0 (7% bzw. 5,6%) und Pflegestufe 3 (8,8% bzw. 5,6%) liegen die Anteile deutlich darunter. In der SCU sind die Bewohner ausschließlich in den Pflegestufen 2 (58,3%) und Pflegestufen 3 (41,7%) vertreten. Der Bundesdurchschnitt bei den Pfl-

geheimen weist einen deutlich niedrigeren Anteil in Pflegestufe 1 (34%) und einen deutlich höheren Anteil in Pflegestufe 3 (21%) aus.

Interessant ist der deutliche Unterschied beim Familienstand in den Wohnformen in Bezug auf Verheiratete. Insgesamt hat sich der Anteil an Verheirateten in Pflegeheimen in der BRD von 7% in 1994 auf 15% in 2005 mehr als verdoppelt (Schneekloth, Törne, 2009, S. 86). Im untersuchten PH liegt er bei 11%. Demgegenüber ist der Anteil der Verheirateten im UW mit 21% und der SCU mit 25% signifikant. Nachfragen bei den Ehepartnern der Bewohner und den Mitarbeitern ergab, dass Verheiratete für ihre Ehepartner bewusst eine neue Wohnform gesucht haben. Sie entscheiden sich für das gemeinschaftliche Wohnen in Hausgemeinschaften, Wohngemeinschaften bzw. spezielle Angebot für Menschen mit Demenz in der SCU, da sie ihre Angehörigen dort besser versorgt erachten als in einem klassischen Pflegeheim. Dafür werden von Ehepartnern auch längere Anfahrtswege in Kauf genommen. Nach Aussagen der Mitarbeiter in der SCU tritt dieses Beziehungsmotiv „für den Angehörigen das Beste tun wollen“ als Auswahlkriterium für die Wohnform besonders stark zutage. Von den Angehörigen werden auch erhöhte Leistungen eingefordert, da die Kosten hier deutlich höher liegen als im klassischen Pflegeheim.

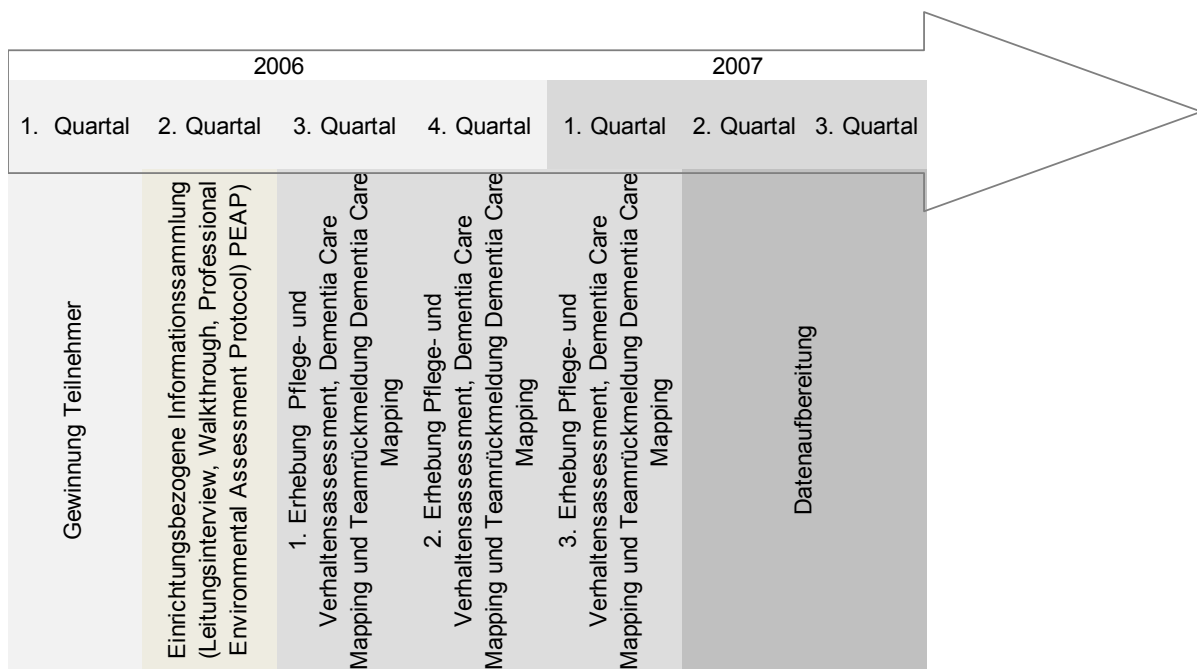
8.3 Durchführung der Untersuchung

Die Untersuchung wurde auf einen Untersuchungszeitraum von neun Monaten mit drei Erhebungszeitpunkten festgelegt. Da es noch wenig qualitative Untersuchungen zu Wohn- bzw. Hausgemeinschaften und ihre Effekte auf die Lebensqualität ihrer Bewohner gibt, sollte mit der teilnehmenden Beobachtung über einen längeren Zeitraum und zu drei verschiedenen Messzeitpunkten eine größere Datenfülle erlangt werden. Dies ist insbesondere von Bedeutung, wenn Anpassungen von Ausstattungsmerkmalen und von Aktivitäten in Gemeinschaftsräumen an die sich gegebenenfalls schnell verändernden Bedürfnisse einzelner Personen oder der Gruppe angepasst werden müssen. Zu den drei Erhebungszeitpunkten wurden jeweils zeitgleich der PVA erhoben und die teilnehmende Beobachtung des DCM in den Einrichtungen durchgeführt, da die Daten aufeinander zu beziehen sind. In weiter fortgeschrittenen Stadien der Demenz setzen beispielsweise höhere Wohlbefindensni-

veaus in der Regel intensivere Aktivitäts- und Beschäftigungsinputs voraus. Die Rückmeldung an das Team zu den Beobachtungen des DCM, die die Anwendung des Instruments vorsieht, erfolgte nach Auswertung der Daten möglichst zeitnah, aber spätestens innerhalb von drei Wochen. Aus dem Austausch mit den Mitarbeitern konnten weitere Erkenntnisse gewonnen werden.

Die Untersuchung von der Gewinnung der Einrichtungen bis zur ersten Datenaufbereitung erstreckte sich auf knapp zwei Jahre (Abb. 8).

Abbildung 8: Ablauf der Untersuchung



Die Gewinnung der Einrichtungen erfolgte über Kontakte zu obengenannter Initiativgruppe. In einem ersten Gespräch und einer Begehung vor Ort konnte dem Management der methodische und zeitliche Rahmen der Untersuchung vorgestellt und die Eignung der Einrichtung abgeklärt werden. Im nächsten Schritt erfolgte eine ausführliche einrichtungsbegleitende Informationssammlung, die auch die Dokumentation architektonischer und objektiver Gestaltungsmerkmale beinhaltete. Die vertiefte Information der Mitarbeiter zur Zielsetzung der Untersuchung, Einführung in die Untersuchungsmethodik, die Befragungsinstrumente und Vorbereitung auf die teilneh-

mende Beobachtung erfolgte jeweils mit den zuständigen Teams im Quartal vor dem ersten Untersuchungszeitpunkt. Hier wurde auch besprochen, welche Bewohner im Gemeinschaftsbereich dementiell erkrankt sind und mit dem Instrument der teilnehmenden Beobachtung abgebildet werden sollen. Wichtig war, vor allem den Modus der teilnehmenden Beobachtung transparent zu machen und auch ethische und datenschutzrechtliche Anliegen zu klären.

Die erfragten Diagnosen sollten von Pflegefachkräften aus der Pflegedokumentation in den Fragebogen des Pflege- und Verhaltensassessments (PVA) übertragen werden. Methodisch ist festzuhalten, dass dieses Verfahren gewisse Unschärfen birgt, da die Daten von den Diagnose- und Dokumentationsgewohnheiten der Ärzte beeinflusst werden und vermutlich nicht den tatsächlichen Erkrankungshäufigkeiten der Bewohner entsprechen. Eine landesweite Studie in stationären Einrichtungen in Baden-Württemberg geht davon aus, dass die Häufigkeit der vorgefundenen Diagnosen, insbesondere bei den psychischen Störungen deutlich unterschätzt wird (Schäufele et al., 2008, S. 37). Die SCU dürfte die Ausnahmen darstellen, da die Bewohner mehrheitlich aus dem Überweisungskontext eines gerontopsychiatrischen Fachkrankenhauses stammen und zudem ein umfassendes Pflege- und Verhaltensassessament als Eingangsvoraussetzung durchzuführen ist. Die Erhebung der bewohnerbezogenen Daten wurde zu drei Messzeitpunkten von Juni 2006 bis März 2007 durchgeführt und anschließend erfolgte die Datenaufbereitung.

Bei der teilnehmenden Beobachtung, die sich pro Sitzung auf circa 6,5 Stunden erstreckte, wurde darauf geachtet, dass Vormittage/Mittage und Nachmittage/Abende vertreten waren, um inhaltliche bzw. statistische Verzerrungen zu vermeiden. Ebenso wurde darauf geachtet, dass die Walkthroughs wochentags und während des aktiven Alltagslebens erfolgten, um die Nutzung der objektiven Umwelt gut erfassen zu können.

Die Instrumente zur Untersuchung der objektiven Umwelt wurden nur zu Beginn umfassend eingesetzt, da von Seiten der Einrichtungen bei der räumlichen Umwelt keine größeren architektonischen Veränderungen geplant waren. Im Rahmen der teilnehmenden Beobachtungen konnten allerdings im Milieubereich Veränderungen

sensibel erfasst werden, wie beispielsweise die Veränderungen bei der Tischanordnung, der farblichen Gestaltung der Gemeinschaftsräume, der Möblierung oder Neuarrangement und Verstauen von Hilfsmitteln. Durch die mehrstündige Präsenz der Untersucherin in den Untersuchungseinheiten zu unterschiedlichen Tageszeiten konnte auch die räumliche Umgebung auf hindernde oder förderliche Faktoren und in seinen Auswirkungen auf den Alltag der Bewohner und Mitarbeiter untersucht und dokumentiert werden. Der Zeitraum der teilnehmenden Beobachtung nach DCM betrug bei den sechs beobachteten Untersuchungseinheiten mit je drei Untersuchungssessions insgesamt 422,4 Stunden.

Das PVA, mit dem alle Bewohner der neun Einrichtungen mit einem Fragebogen erfasst werden sollten, wurde von Fachkräften der Einrichtungen ausgefüllt. Die teilnehmende Beobachtung in sechs Einrichtungen und die Erfassung der Daten zur objektiven Umwelt in allen neun Einrichtungen wurden durch die Untersucherin selbst durchgeführt, was eine hohe Reliabilität bei den Daten ergibt. Die Interraterreliabilität beim DCM wurde durch ein Vergleichsmapping mit einem anderen zertifizierten Mapper sichergestellt. Es gab vor der offiziellen Untersuchung Test- bzw. Einführungsmappings, um die Mitarbeiter und die Bewohner mit dem Verfahren vertraut zu machen und sich einen Eindruck von den Bewohnern und der Beobachtungsumgebung zu machen. Im Rahmen der Untersuchung wurde die Feedbacksitzung dazu genutzt, Fragen, die im Zusammenhang mit den räumlichen Gegebenheiten und der Betreuungssituation entstehen, zu klären.

8.4 Messverfahren

Zur Erfassung der konzeptionellen Ausrichtung der Untersuchungseinheiten und ihre Auswirkungen auf verschiedene Bereiche der Lebensqualität ihrer Bewohner wird das Modell der Lebensqualität von Lawton (1983a) mit den Dimensionen Verhaltenskompetenz, subjektives Wohlbefinden, wahrgenommene Lebensqualität und objektive Umwelt herangezogen. Ziel des gewählten Untersuchungsdesigns war es, die Dimensionen der Lebensqualität empirisch möglichst gut zu erfassen. Sie wurden dazu mit Items operationalisiert, die sich durch unterschiedliche eingeführte Instrumenten messen lassen und die in Tab. 5 dargestellt sind. Zunächst werden die In-

strumente allgemein beschrieben, dann erfolgt eine differenzierte Darstellung bezogen auf die Dimensionen der Lebensqualität und die Items, mit denen sie operationalisiert werden.

8.4.1 Die Messverfahren im Überblick

Tabelle 4: Übersicht der erfassten Dimensionen, Items und Instrumente

Dimensionen	Instrumente	Items
Verhaltenskompetenz	Pflege- und Verhaltensassessment (PVA)	<ul style="list-style-type: none"> - Funktionaler und Gesundheitsstatus, sensorische Einschränkungen - Aktivitäten des täglichen Lebens - Aktivitäten und Verhalten (Personelle Begleitung bzw. Unterstützung und Ort der Aktivitäten)
	Dementia Care Mapping (DCM)	<ul style="list-style-type: none"> - Art und Umfang/Dauer der Aktivitäten, Aktivität und Wohlbefinden
Subjektives Wohlbefinden	Pflege- und Verhaltensassessment (PVA)	<ul style="list-style-type: none"> - Positiver Gefühlsausdruck - Stimmung, weitere neuropsychiatrische Symptome - Positives Verhalten und Aktivitätsniveau - Neuropsychiatrische Symptome - Herausforderndes agitiertes Verhalten
Wahrgenommene Lebensqualität	Pflege- und Verhaltensassessment (PVA)	<ul style="list-style-type: none"> - Soziale Kontakte (Unterstützung, Kontakte durch Angehörige, Nachbarn, Bekannte, soziale Kontakte zu Personal und Mitbewohnern) - Medizinische Versorgung - Behandlung mit Psychopharmaka - Freiheitsentziehende Maßnahmen
	Dementia Care Mapping (DCM)	<ul style="list-style-type: none"> - Positive und negative Ereignisse (Personale Detraktionen nach DCM, positive Ereignisse)
	Eigener Leitfaden zur Struktur	<ul style="list-style-type: none"> - Versorgungsgrad/Sicherstellung von Dienstleistungen, Präsenzzeit von unterstützenden Personen
Objektive Umwelt	Professional Environmental Assessment Protocol (PEAP)	<ul style="list-style-type: none"> - Wahrnehmung und Orientierung - Sicherheit - Bereitstellung von Privatheit - Regulierung und Qualität von Stimulation - Unterstützung funktionaler Fähigkeiten - Möglichkeiten zur persönlichen Kontrolle - Kontinuität des Selbst - Ermöglichung von sozialen Kontakten
	Eigener Leitfaden zur Struktur	<ul style="list-style-type: none"> - Einrichtungstyp - Siedlungstypische Lage - Personelle Ausstattung - Ordnungs- und leistungsrechtliche Grundlagen - Programmatische Ausrichtung

Der Untersuchungsansatz erforderte die Anwendung einer multidimensionalen Methodik. Es wurden qualitative und quantitative Methoden, Fremdeinschätzungen

durch das Personal, teilnehmende Beobachtung und Feldforschung durch die Untersucherin und reflektierende Fachgespräche mit dem Management und Mitarbeitern angewandt. Da zu erwarten war, dass ein großer Teil der Bewohner an Demenz erkrankt war, wurde auf Selbstauskünfte durch die Bewohner verzichtet. Es kamen ausschließlich valide und reliable Instrumente zum Einsatz.

8.4.2 Die Messverfahren im Einzelnen

8.4.2.1 Pflege- und Verhaltensassessment (PVA)

Das Pflege- und Verhaltensassessment (PVA, Stand 2004) wurde vom Zentralinstitut für seelische Gesundheit Mannheim entwickelt und freundlicherweise für die Untersuchung zur Verfügung gestellt. Es fand bei unterschiedlichen Erhebungen im Bereich der stationären Pflege in Deutschland Anwendung und wurde laufend aktualisiert (Schäufele et al., 2008, Schneekloth, Wahl, 2009). Es ist multidisziplinär angelegt und beinhaltet eine Fragebatterie, die auch international etablierten Verfahren wie den Barthel-Index oder die Modified Apparent Emotion Rating Scale beinhaltet, die zum Teil an die Bedürfnisse der Untersuchung angepasst wurden. Es handelt sich bei den einzelnen Bestandteilen ausschließlich um Fremdbeurteilungsskalen, deren Vorteil darin liegt, dass sie von qualifizierten Pflegekräften bearbeitet werden können. Mit dem PVA können zusammen mit dem nachfolgend beschriebenen DCM wesentliche Items der Verhaltenskompetenz, des subjektiven Wohlbefindens und der wahrgenommenen Lebensqualität abgebildet werden.

8.4.2.2 Dementia Care Mapping (DCM)

Das Dementia Care Mapping (DCM) ist ein Verfahren der teilnehmenden Beobachtung, mit dem in stationären und teilstationären Einrichtungen der Altenhilfe die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz beobachtet und beurteilt wird (Bradford Dementia Group, 1997). Das relative Wohlbefinden der betreffenden Personen wird anhand ihres Verhaltens und Erscheinungsbildes über einen längeren Zeitraum abgebildet. Das DCM kann nur durch ausgebildete Beobachter durchgeführt werden und ist an einen strengen methodischen Rahmen gebunden: Die Beobachtung wird (ausschließlich) im öffentlichen Bereich einer Einrichtung durchgeführt und erfasst

hier über einen Zeitraum von mindestens sechs Stunden die Daten zu jedem einzelnen Teilnehmer (Müller-Hergl, 1998). Dabei werden vier Erhebungsdimensionen miteinander verbunden: Die Beobachtung des Verhaltens der einzelnen Personen mit Demenz anhand von 24 Verhaltenskategorien (Behaviour Category Coding/BCC). Verhaltenskategorien sind z.B. essen und trinken, sich unterhalten, sich handwerklich beschäftigen, spielen, mit einer kreativen Arbeit beschäftigt sein, in sich gekehrt sein, gestresst sein. Die Kodierung erfolgt in 5-Minuten-Schritten. Die Verhaltenskategorien sind in englischen Begriffen nach dem Alphabet gelistet, was die Codierung während der teilnehmenden Beobachtung und das Lesen der Daten erleichtert (vgl. Anhang). Eine Übersetzung der Begriffe vorzunehmen, bietet sich daher nicht an.

Eine weitere Erhebungsdimension ist die Einschätzung des relativen Wohlbefindens (Well- or Ill-being/WIB) der einzelnen Personen auf einer 6-Punkte Skala von +5 bis -5. Die Wohlbefindenswerte werden parallel zu den Verhaltenskategorien in den 5-Minuten-Schritten dokumentiert. Die unkodierte Aufzeichnung positiver Ereignisse (Positive Event Recording/PER), wenn sie auftreten, ist eine dritte Dimension der Erhebung. Die positiven Ereignisse (PERs) stützen sich auf das Konzept des personenzentrierten Ansatzes, das die Notwendigkeit eines wertschätzenden Kontakts der betreuenden Personen zu den Menschen mit Demenz hervorhebt. PERs belegen damit die positiven Potentiale der betreuenden Personen. Die vierte Erhebungsdimension ist die kodierte Aufzeichnung personaler Detraktionen (Personal Detraction Coding/PDC), wenn sie auftreten. Personale Detraktionen (PDCs) sind Handlungen, bei denen Personen mit Demenz Erniedrigungen erfahren und die Anerkennung als Person gemindert wird. Zur Kodierung der personalen Detraktionen stehen 17 Kategorien in je vier Schweregraden zur Verfügung (vgl. Anhang). Aus den Aufzeichnungen des DCM lässt sich somit ein gutes qualitatives und zeitliches Verhaltensprofil und Wohlbefinden einzelner Bewohner sowie Verhaltensmilieu einer gesamten Gruppe bzw. eines gesamten Wohnbereichs im öffentlichen Raum abbilden. Die Anwendung des Verfahrens bedarf einer zertifizierten Schulung.

8.4.2.3 Professional Environmental Assessment Protocol (PEAP)

Das Professional Environmental Assessment Protocol (PEAP) wurde als standardisierte Methode der Untersuchung von Settings entwickelt. Es wird in den USA zur Evaluation des „Assisted Living“ aber auch von speziellen Demenzpflegeeinheiten eingesetzt. Der Fokus liegt auf der objektiven Umwelt, wobei nicht nur das physikalische Setting, sondern auch das Pflegekonzept, das Programm, das Niveau der körperlichen und geistigen Fähigkeiten der Bewohner, Zwänge von Vorschriften und Budget und andere organisatorische, politische und soziale Zusammenhänge erfasst werden. Das PEAP geht über eine einfache Dokumentation von objektiven Eigenschaften des Settings als Ganzem hinaus und bietet ein eher globales Set an Auswertungen des Umgebungsmilieus für Demenzpflege. Drei Ebenen der physikalischen Umgebung werden betrachtet: *Feste oder strukturelle Gesichtspunkte* beinhalten beispielsweise Gesamtfläche, Raumplan, Vorhandensein oder Fehlen von Fenstern. *Halbfeste Gesichtspunkte* schließen weniger feste architektonische Elemente ein, wie das Vorhandensein bzw. Fehlen von Handläufen oder die Art und der Zustand von Wand- und Bodenoberflächen. *Nichtfeste Gesichtspunkte* schließen das Vorhandensein von Bildern, Beschäftigungsgegenständen und zahllosen anderen Gegenständen ein, die eine kritische Rolle beim Leben in einem Setting spielen können.

Dem PEAP liegen acht Dimensionen von Umweltqualität zugrunde, von denen jede auf einer Fünfpunkteskala bewertet wird. Die Punkte stehen für außerordentlich hohe Unterstützung (5), hohe Unterstützung (4), mittelmäßige Unterstützung (3), geringe Unterstützung (2), ungewöhnlich eingeschränkte oder niedrige Unterstützung (1) (Norris-Baker, 1999, S. 169ff). Die Dimensionen umfassen Sicherheit, Wahrnehmung/Orientierung, Unterstützung funktionaler Fähigkeiten, Erleichterung von sozialen Kontakten, Bereitstellung von Privatheit, Regulierung und Qualität von Stimulation, Möglichkeiten der persönlichen Kontrolle, Kontinuität des Selbst (vgl. Anhang). Darüber hinaus wird der milieuthérapeutische Gesamteindruck bewertet. Im Vorfeld der Untersuchung wurde das Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing Homes (TESS–NH) in einem Pretest auf seine Eignung als Instrument zur Sammlung der Daten der physikalischen Umgebung untersucht (Sloane et al., 2002). Es zeigte sich aber, dass das Instrument für die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit

nicht so geeignet ist, da es eher auf die Evaluation von institutionellen Langzeiteinrichtungen ausgelegt ist.

8.4.2.4 Leitfaden zur Struktur

Über einen Leitfaden zur Struktur wurden Merkmale der untersuchten Einrichtungen wie z.B. Einrichtungstyp, Baustandard, siedlungstypische Lage, Infrastruktur im Nahraum, Personalqualifikationen oder ordnungs- und leistungsrechtlicher Status erhoben.

8.4.3 Die Messverfahren nach Dimensionen der Lebensqualität

8.4.3.1 Verhaltenskompetenz

Für die Erfassung der Verhaltenskompetenz wurden Subskalen und weitere einzelne Items aus dem PVA sowie aus dem DCM herangezogen. Der Barthel-Index (Mahoney, Barthel, 1965, Lübke, Meinck, 2004) ist ein bekanntes, einfach anzuwendendes Instrument, bei dem es um körperbezogene Verhaltenskompetenzen geht. Ob die Beeinträchtigungen, die sich bei den Personen zeigen, körperliche, geistige oder psychische Ursachen haben, spielt dabei keine Rolle. Es werden 12 Items hinterlegt und danach untersucht, ob sie selbständig (10 Punkte) durchgeführt werden können, mit teilweiser Hilfe (5 Punkte) oder vollständig (0 Punkte) von anderen Personen übernommen werden müssen. Personen, die zwischen 0 und 60 Punkte erreichen, können als sehr hilfebedürftig gelten, da sie in den meisten Items bzw. Aktivitäten vollständige bzw. teilweise Hilfestellung von anderen Personen zur Durchführung benötigen. Personen, die über 95 Punkte erreichen, können als sehr selbständig gelten.

Die Demenzscreeningskala (Köhler et al., 2007) erfasst das Demenzsyndrom mit 7 Items, die kognitive Beeinträchtigungen im Kontext von Demenz erfragen. Ein zusammengefasster Wert liefert zuverlässige Aussagen, ob eine leichte, mittlere oder schwere Demenz vorliegt. Fragen zu ärztlichen Diagnosen, Seh-, Hörvermögen und Sprachverständnis ergänzen die Skala. Unter Verhaltenskompetenz wurden auch spezifische Begleitumstände, die mit Aktivitäten assoziiert sind, erfasst. Die Aktivitäts-

ten wurden nach dem Ort (außerhalb/innerhalb der Wohnung), nach Inhalten (z.B. biografieorientierte Aktivierung, körperliche Aktivierung) und personeller Unterstützung (selbständig, in Begleitung) erfasst. Art und Umfang bzw. Dauer der Aktivitäten sowie Aktivitäten verbunden mit Wohlbefinden wurden über das Dementia Care Mapping (DCM) erhoben.

8.4.3.2 Subjektives Wohlbefinden

Das subjektive Wohlbefinden wurde mit vier weiteren Subskalen des PVA erhoben. Die Stimmung wird mit der Nosger-Skala „Mood“ (Spiegel et al., 1991), neuropsychiatrische Symptome wie Aggression, Gereiztheit oder Misstrauen werden mit der Kurzfassung des Neuropsychiatrischen Inventars zum Einsatz in Pflegeheimen (NPI-Q-NH, Kaufer et al., 2000) erfasst. Positive oder negative Gefühle wie Freude, Wut, Angst bzw. Furcht werden mit der modifizierten Fassung der Modified Apparent Emotion Rating Scale (Albert et al., 2001) gemessen. Eine immer größere Bedeutung in Einrichtungen erhält das herausfordernde Verhalten, das häufig bei Menschen mit Demenz zu beobachten ist. Die modifizierte Fassung des Cohen-Mansfield-Agitation-Inventory (CMAI) (Cohen-Mansfield, 1996) misst die herausfordernden Verhaltensweisen in 25 Items wie z.B. Schlagen, Treten, anhaltendes Schreien, ständiges und nicht beeinflussbares Suchen nach Zuwendung oder Hilfe. Die Schwere wird nach Häufigkeit des Auftretens von „nie“ bis „mehrmals in der Woche“ erfasst (Schäufele et al., 2009, S. 163). Darüber hinaus werden einzelne neuropsychiatrische Symptome wie Alkoholkonsum und Kooperationsverhalten zum Personal oder Schlafprobleme erhoben.

8.4.3.3 Wahrgenommene Lebensqualität

Da davon auszugehen ist, dass in den untersuchten Einrichtungen ein hoher Anteil an Menschen mit fortgeschrittener Demenz wohnt, die begrenzt auskunftsfähig sind, wurden keine direkten Befragungen zur wahrgenommenen Lebensqualität bei den Bewohnern durchgeführt. Es wurden Items zugrunde gelegt, die in der aktuellen Qualitätsdiskussion der stationären Versorgung als wichtig erachtet werden. Das sind einerseits die Behandlung mit Psychopharmaka und die Anwendung freiheits-

entziehender Maßnahmen, andererseits die ärztliche Versorgung, die Unterstützung durch Angehörige, Nachbarn, Bekannte sowie soziale Kontakte zu Personal und Mitbewohnern. Die Items sind ebenfalls im PVA hinterlegt. Das DCM wurde im Zusammenhang mit der wahrgenommenen Lebensqualität zur Erfassung von positiven (Positive Event Recording) und negativen Ereignissen (Personal Detraction Coding) herangezogen. Als negative Ereignisse zählen z.B. „Vorenthalten“, d.h. jemand eine erbetene Information vorenthalten oder die Befriedigung eines erkennbaren Bedürfnisses wie dringender Toilettengang hinauszuzögern oder zu verweigern. Die Sicherstellung von Dienstleistungen und Frage der Präsenzzeit von unterstützenden Personen ist ein wichtiger Bestandteil der Lebensqualität von Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf und wurde mit einem eigenen Strukturhebungsbogen abgefragt.

8.4.3.4 Objektive Umwelt

Die räumlichen und architektonischen Einrichtungsmerkmale wurden anhand des Professional Environmental Assessment Protocol (PEAP) systematisch und standardisiert beurteilt. Das PEAP ist zwar multidimensional angelegt, wird aber häufig im Zusammenhang mit der Untersuchung von speziellen Demenzbereichen eingesetzt.

8.5 Daten und statistisches Verfahren

Die Daten der Bewohner wurden über drei Zeitpunkte mit zwei unterschiedlichen Instrumenten erfasst, die Daten zur objektiven Umwelt mit einem weiteren. Zu jedem der drei Erhebungszeitpunkte wurden mit dem Pflege- und Verhaltensassessment (PVA) die Daten aller Bewohner erhoben. Mit dem Dementia Care Mapping (DCM) wurden Bewohner mit Demenz in der WG 1, WG 2, WG 3, HG 4, der SCU und dem Wohnbereich des PH erfasst, insgesamt zwischen 39 und 43 Personen. Über den gesamten Erhebungszeitraum von neun Monaten sind fünf der insgesamt 91 untersuchten Bewohner verstorben oder ausgezogen, das entspricht einer Ausfallquote von 5,5%. Die Zimmer wurden zügig von neuen Bewohnern bezogen, so dass die Gesamtbewohnerzahl zu den drei Erhebungszeitpunkten konstant blieb.

Tabelle 5: Bewohnerbezogene Stichprobe nach Wohntypen, nach Anwendung des PVA und DCM und nach Erhebungszeitpunkten(t1-t3)

	Erhebungszeitpunkt September 2006		Erhebungszeitpunkt Dezember 2006		Erhebungszeitpunkt März 2007	
	PVA	DCM	PVA	DCM	PVA	DCM
Wohngemeinschaft 1 (UW)	9	5	9	6	9	6
Wohngemeinschaft 2 (UW)	9	7	9	8	9	8
Wohngemeinschaft 3 (UW)	10	7	10	8	10	7
Hausgemeinschaft 1 (UW)	9	8	9	8	9	9
Hausgemeinschaft 2 (UW)	10	—	10	—	10	—
Hausgemeinschaft 3 (UW)	7	—	7	—	7	—
Hausgemeinschaft 4 (UW)	7	—	7	—	7	—
Spezielle Demenzwohngruppe (SCU)	12	7	12	9	12	8
Pflegeheim (PH)	18	5	18	4	18	3
(N)	(91)	(39)	(91)	(43)	(91)	(41)

PVA: Pflege- und Verhaltensassessment, DCM: Dementia Care Mapping
 UW: Unterstütztes Wohnen; SCU: Special Care Unit

Die Untersuchung über drei Messzeitpunkte erfolgte, um eine bessere Aussagekraft zu bewohnerbezogenen und umweltbezogenen Daten zu erhalten. Die Daten wurden zu einem Durchschnittswert zusammengeführt. Nur in begründeten Fällen wurden die Werte der Messzeitpunkte einzeln dargestellt. Dies betrifft auch die Darstellung der Wohnformen. Die Untersuchungseinheiten des UW wurden in der Regel als Gesamtkategorie gewertet, d.h. aus den Daten der Mittelwert berechnet und mit den beiden anderen Wohnformen verglichen. Nur in Fällen, wo es um die Veranschaulichung von spezifischen Sachverhalten wie z.B. einer speziellen Lebens- bzw. Pflegekultur in Wohngemeinschaften ging, wurden die Untersuchungseinheiten einzeln dargestellt.

Da der Untersuchung vergleichsweise kleine Fallzahlen zugrunde liegen, wurde auf vertiefte statistische Berechnungen, z.B. zur statistischen Signifikanz verzichtet. Dies

müsste größer angelegten Untersuchungen vorbehalten bleiben. Bei der Zielgruppe hochaltriger Menschen muss mit einer gewissen Zahl an Dropouts gerechnet werden. Daher wurden vor dem Hintergrund der kleinen Stichprobe auch keine Verläufe über die Zeit ausgewertet. Der Fokus der Untersuchung lag darauf, eine möglichst reichhaltige Datenbasis mit hohem deskriptiven Anteil zu schaffen, die ausgewählten Instrumente anzuwenden und auf ihre Eignung zu überprüfen.

9 Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse folgt den Dimensionen zur Lebensqualität und deren Operationalisierungen von Tab. 4.

9.1 Verhaltenskompetenz

Im folgenden Kapitel wird die Verhaltenskompetenz in den Bereichen funktionaler und Gesundheitsstatus, sensorischer Einschränkungen, Aktivitäten des täglichen Lebens sowie spezifische Qualitäten, die mit Verhaltenskompetenzen und Alltagsaktivitäten assoziiert sind, wie z.B. personale Begleitung, Dauer und Wohlbefinden bei Aktivitäten, dargestellt.

9.1.1 Funktionaler und Gesundheitsstatus

Tab. 6 zeigt die häufigsten somatischen und psychischen Diagnosegruppen in den untersuchten Wohnformen zum ersten Erhebungszeitpunkt.

Tabelle 6: Diagnosen der Bewohner nach Wohnformen (%) in t1

	UW	SCU	PH
Hypertonie	21,6	25,0	44,4
Herzkrankheiten und Krankheiten des Lungenkreislaufs	38,3	33,3	38,9
Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	23,5	0,0	5,5
Krankheiten des Nervensystems	12,8	33,3	30,0
Zerebrovaskuläre Krankheiten	15,0	16,7	27,8
Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums	11,9	8,3	16,7
Verletzung Extremitäten	21,4	25,0	38,9
Demenzen, andere himorganische Störungen	54,5	100,0	38,9
Schizophrenie, schizotype, wahnhaft, affektive, neurotische Störungen, Persönlichkeitsstörungen	24,2	0,0	27,8

Bei den somatischen Erkrankungen kommen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krankheiten des Lungenkreislaufs in allen drei Wohnformen am häufigsten vor (UW 38,3%, SCU 33,3%, PH 38,9%). Die Hypertonie tritt sehr unterschiedlich auf: 44,4%

der Bewohner leiden im PH an Bluthochdruck, in der SCU und im UW sind dies mit 25,0% und 21,6% deutlich weniger Personen. Insgesamt wird im PH ein deutlich höherer Anteil an somatischen Erkrankungen diagnostiziert als in den beiden anderen Wohnformen.

Bei den psychischen Erkrankungen wurden Demenzen und andere hirnorganische Störungen am häufigsten diagnostiziert. Alle Bewohner der SCU, 54,5% der UW und 38,9% des PH leiden an diesen Erkrankungen. Die Einschätzung der Mitarbeiter nach dem Demenzscreening kommt auf einen deutlich höheren Anteil an Menschen mit mittelschwerer und schwerer Demenz: Im UW leiden mehr als zwei Drittel (69,7%) und im PH die Hälfte (50%) an dieser psychischen Erkrankung. Diese Befunde decken sich mit den Ergebnissen der landesweiten Untersuchung in Baden-Württemberg, nach denen für einen nicht geringen Anteil an Menschen, die an Demenz erkrankt sind, keinerlei Hinweis auf eine schwerwiegende hirnorganische Erkrankung in der Dokumentation vorliegt (Schäufele et al., 2008, S. 42). Ungefähr ein Viertel der Bewohner im UW (24,2%) und PH (27,8%) leiden an einer Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften, affektiven, neurotischen oder Persönlichkeitsstörung. In der SCU hat kein Bewohner diese Diagnose.

9.1.2 Aktivitäten und Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs/IADLs)

In den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs) zeigen sich bei den Bewohnern in allen drei Wohntypen große Hilfebedarfe. Im UW sind mehr als die Hälfte der Bewohner (58,1%), in der SCU alle (100%) und im PH die Hälfte (50%) sehr hilfebedürftig. Die Werte in Tab. 7 sagen aus, wie viele Bewohner die einzelnen ADLs nicht selbständig ausführen können.

Im UW zeigen sich die größten Einschränkungen mit 90,2 % beim selbständigen Baden oder Duschen und bei 71,6 % beim selbständigen Einkaufen. Um die Hälfte der Bewohner sind in wichtigen Bereichen wie dem selbständigen Ankleiden (57,9%), dem selbständigen Waschen (53%) und beim Treppe Steigen (52,8%) sehr hilfebedürftig. Viele Bewohner (40,3%) können keine größeren Strecken (mind. 50m gehen)

mehr selbständig zurücklegen, 20,1% brauchen Hilfe beim Transfer vom Bett auf einen Stuhl und umgekehrt, 18% sind auf den Rollstuhl angewiesen und 10% sind bettlägerig. Das bedeutet, dass die Barrierefreiheit für die Bewohner bedeutsam ist. Für Unterstützungsleistungen sind die Toilettengänge ebenfalls von Bedeutung: 45,9% können nicht selbständig auf Toilette gehen, mehr als ein Drittel (36,4%) sind inkontinent bei der Urinkontrolle und ein Viertel (25,4%) beim Stuhlgang. Ein knappes Viertel (22,2%) muss beim Essen unterstützt werden.

Tabelle 7: Aktivitäten des täglichen Lebens (nach Barthel) "nicht mehr möglich" nach Wohnformen (%)

	UW	SCU	PH
Überwiegend bettlägerig	10,8	41,7	22,2
Essen	16,6	100,0	22,2
Rollstuhl, braucht maximale Hilfe	18,0	66,7	16,7
Bett-Stuhl-Transfer	20,1	58,3	22,2
Inkontinent Stuhlgang	25,4	100,0	38,9
Inkontinent Urinkontrolle	36,4	100,0	55,6
Selbständig gehen 50m	40,3	58,3	38,9
Selbständig gehen mind. 100m	43,4	66,7	38,9
Toilettengang	45,9	100,0	33,3
Selbständig Treppesteigen	52,8	83,3	44,4
Waschen	53,0	100,0	38,9
Ankleiden	57,9	100,0	44,4
Einkaufen	71,6	100,0	61,1
Baden/Duschen	90,2	100,0	100,0

Vergleicht man das UW mit dem PH so ergeben sich Abweichungen insbesondere in den ADLs Stuhl- und Urinkontrolle und bei Bettlägerigkeit, bei denen sich bei mehr Bewohnern in den UWs eine größere Selbständigkeit zeigt. Dagegen sind hier deutlich mehr Bewohner in den Bereichen „Toilettengang“, „Selbständiges Steigen von Treppen“, „Waschen“ und „Ankleiden“ hilfebedürftig, als im Pflegeheim. Im UW und

im PH ist die Mobilität im Gehen auf der Ebene gleichermaßen gegeben, im Treppsteigen sind mehr Bewohner im UW eingeschränkt. In der SCU sind bei den meisten Bewohnern in fast allen Items deutlich Einschränkungen festzustellen, was auf die Effekte des konzeptbedingten homogenen Klientels zurückzuführen ist. Bei Eröffnung der SCU im Jahr 2000 waren noch annähernd alle Bewohner in den Bereichen der Mobilität voll selbständig.

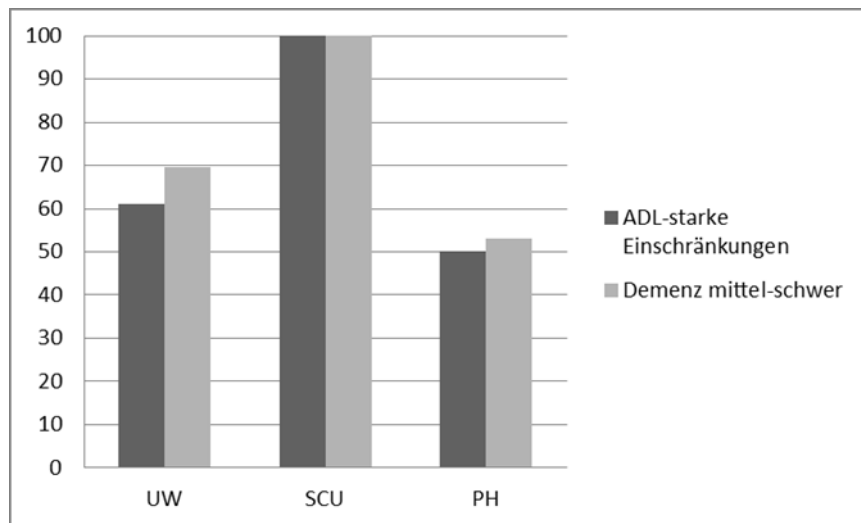
Bettlägerigkeit

Die ADL-Skala bildet das Phänomen der Bettlägerigkeit nur undeutlich ab. Neuere Studien, wie die MUGIII-Studie (Schneekloth, Wahl, 2009, S. 104f) differenzieren Bettlägerigkeit nach der Zeit, die außerhalb des Bettes verbracht wird. Tendenzen aus der Praxis weisen auf eine weitere Entwicklung hin: Die immobilen Bewohner sitzen nicht mehr in Rollstühlen, sondern in komfortableren Mobilitätsliegen und können so längere Zeit im Gemeinschaftsraum verbringen und an den Aktivitäten teilhaben. Deutlich ist, dass die Mobilisierung und Einbindung von bewegungseingeschränkten Bewohnern in Alltagsaktivitäten ein Kernbereich von Lebens- und Pflegequalität in den unterschiedlichen Wohnformen ist. Ausreichend Platz im Gemeinschaftsbereich ist ein wichtiges Qualitätskriterium. Hier gibt es auch große Unterschiede innerhalb des UW. Nachfragen ergaben, dass hier das Betreuungs- und Pflegekonzept und die Umsetzung eine maßgebliche Rolle spielen.

Einschränkungen in den ADL bei Demenz

Eine Betrachtung, welche Verhaltenskompetenz in den ADLs bei Menschen mit Demenz vorliegen, zeigt, dass mittlere bis schwere Demenzerkrankungen mit starken Einschränkungen in den ADLs einhergehen (Abb. 9). Diese Befunde korrespondieren mit einer bundesweiten Studie zur Versorgungssituation von Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen (Schäufele et al., S. 177), die für 78,6% der demenziell erkrankten Bewohner einen Barthel-Index unter 60 Punkten ausweist, aber nur bei 41% der Bewohner ohne Demenz.

Abbildung 9: Bewohner mit starken Einschränkungen in den ADLs und starken kognitiven Einschränkungen nach Wohnformen (%)



Wohnformen, in denen Menschen mit Demenz leben, müssen folglich mit einem erhöhten Bedarf an Unterstützung in den ADLs rechnen.

9.1.3 Aktivitäten und Verhalten

9.1.3.1 Personen und Aktivitäten

Tab. 8 zeigt, in welchen Bereichen und mit welcher Intensität Angehörige und andere Personen, die unter Ehrenamtliche gefasst werden, bei Bewohnern in den unterschiedlichen Wohnformen tätig sind. In allen drei Wohnformen sind Angehörige mit sehr unterschiedlicher Intensität aktiv. Am meisten Unterstützung überhaupt erhalten die Bewohner der SCU durch ihre Angehörigen – 58,3% werden mehrmals pro Woche bis täglich unterstützt. Diese Unterstützungsintensität wird im UW für 12,8% der Bewohner und im PH für 22,2% der Bewohner von den Angehörigen erbracht. Angehörige sind in allen drei Bereichen Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft aktiv, aber am meisten in der Betreuung: 91,7% in der SCU, 66,7% im PH und 56,0% im UW. Sehr intensiv engagieren sich auch die Angehörigen in der Pflege in der SCU bei 58,3% der Bewohner und in der Hauswirtschaft mit 41,7%. Wie bereits an anderer Stelle vermerkt, handelt es sich konzeptionsbedingt um besonders motivierte Angehörige. Auch die Angehörigen der Bewohner im PH engagieren sich sehr im hauswirtschaft-

lichen Bereich (38,9%). Diese Aktivitäten beziehen sich im Schwerpunkt auf das Waschen der persönlichen Wäsche. Dies ist signifikant weniger im UW (12,3%), wo hauswirtschaftliche Tätigkeiten konzeptionell anders verankert sind und vom angestellten Personal als Alltagsaufgabe im Haushalt vor Ort getätigt werden. Die Qualität der Wäscheversorgung hat also einen hohen Stellenwert bei den Angehörigen.

Tabelle 8: Unterstützung der Bewohner durch Andere nach Wohnformen (%)

	UW	SCU	PH
Angehörige in Betreuung			
Einmal pro Monat bis einmal pro Woche	46,7	33,3	50,0
Mehrmals pro Woche bis täglich	12,8	58,3	22,2
Angehörige in Pflege	14,9	58,3	16,7
Angehörige in Hauswirtschaft	12,3	41,7	38,9
Ehrenamtliche in Betreuung			
Einmal pro Monat bis einmal pro Woche	36,7	0,0	55,6
Mehrmals pro Woche bis täglich	1,4	0,0	0,0
Ehrenamtliche in Pflege	0,0	0,0	0,0
Ehrenamtliche in Hauswirtschaft	3,4	0,0	0,0

Ehrenamtliche sind nicht so zeitintensiv wie die Angehörigen aktiv. Mehrmals pro Woche bzw. täglich aktiv sind sie nur im UW bei 1,4% der Bewohner. Sie sind auch fast ausschließlich in der Betreuung tätig: bei 38,2% der Bewohner des UW und 27,8% des PH. In der SCU wird das Engagement so intensiv von den Angehörigen abgedeckt, dass auf das von Ehrenamtlichen bewusst verzichtet wird.

9.1.3.2 Ort der Aktivitäten

Innen- und Außenorientierung bei den Aktivitäten

Der Schwerpunkt der Aktivitäten bei den Bewohnern des UW und SCU lag in den letzten vier Wochen im Haus bzw. der Wohnung (Tab. 9). Mehr als die Hälfte (52,9%) der Bewohner des UW nehmen an Hausveranstaltungen teil, in der SCU 42,2% und im PH 40%. Nur 7,2% der Bewohner des UW nahmen in den letzten vier Wochen häufig oder gelegentlich selbständig außerhalb des Hauses an Aktivitäten teil, vom PH waren es 44,4% und von der SCU niemand. Dies lässt sich unmittelbar

auf den Anteil an Menschen mit Demenz in den unterschiedlichen Wohnformen zurückzuführen.

Tabelle 9: Ort und Begleitung der Teilnahme an Aktivitäten (gelegentlich/häufig) der Bewohner nach Wohnformen (%)

	UW	SCU	PH
Hausveranstaltungen	52,9	41,7	40,0
Selbständig außerhalb des Hauses	7,2	0,0	44,4
In Begleitung Personal außerhalb des Hauses	19,4	18,2	71,4
In Begleitung anderer Person außerhalb des Hauses	33,9	16,7	80,0

Befunde der Langzeitstudie von Albert et al. (2001) zeigen, dass mit zunehmender Demenz das Angebundensein an die Wohnung immer stärker wird und bei 86,4% der Alzheimererkrankten im Endstadium zu beobachten ist. In der Regel leben in Einrichtungen mit Rund-um-die-Uhr-Präsenz Menschen mit Demenz, die mit dem selbständigen Leben in ihrer Wohnung u.a. auch aus Gründen der räumlichen Orientierung nicht mehr fähig sind. Dies kann ein Grund für geringen Anteile an selbständigen außerhäuslichen Aktivitäten sein.

In Begleitung von Personal nahmen knapp 1/5 der Bewohner des UW (19,4%), 18,2% der SCU aber 71,4% des PH außerhalb des Hauses an Aktivitäten teil. Eine Erklärung für dieses signifikante Ergebnis: Hier schlagen sich neben dem psychophysischen Status der Bewohner und den unterschiedlichen Milieu- bzw. Pflege- und Betreuungskonzepten auch die daran gebundene Struktur der unterschiedlichen Wohnformen nieder. In den UWs liegt ein Schwerpunkt des Personaleinsatzes in der kleinteiligen Struktur. Das untersuchte Pflegeheim mit 100 Plätzen beispielsweise verfügt über einen Sozialdienst, der hausübergreifende Aktivitäten außerhalb des Hauses organisiert und durchführt und somit 71,4% der Bewohner erreicht. Demgegenüber steht beispielsweise die solitäre Wohngemeinschaft, in der eine Präsenzkraft für 11 Bewohner angestellt ist. Ausflüge bzw. Aktivitäten außerhalb des Hauses sind davon abhängig, ob Angehörige oder Ehrenamtliche für diese Aufgabe zur Verfügung stehen.

Die Wohngemeinschaft, die in das Betreute Wohnen eingebunden ist, integriert ihre Bewohner in Ausflüge mit Bewohnern des Betreuten Wohnens und erreicht so 50% der Bewohner für Aktivitäten außerhalb des Hauses. In einer der untersuchten Hausgemeinschaften im Hausgemeinschaftsverbund werden 85,7% vom Personal nach draußen begleitet, da hier Synergieeffekte aus der größeren Organisation gewonnen werden können. Wichtig in allen drei Wohnformen für die Teilnahme an Aktivitäten außerhalb des Hauses der Bewohner sind neben dem Personal auch „andere Personen“, zu denen Angehörige, Nachbarn und sonstige Ehrenamtliche zählen. In den letzten vier Wochen wurden 1/3 der Bewohner des UW (33,9%), 16,7% der SCU und 80% des PH von solchen Personen zu außerhäuslichen Aktivitäten begleitet.

Gemeinschaftsbereich

Das Milieu in Gemeinschaftsbereichen stellt einen eigenen Aspekt der Lebensqualität dar. Im Gegensatz zum Alleinwohnen im Privathaushalt ist das Angebot aller drei untersuchten Wohnformen, dass eine Option auf leicht zugängliche gemeinschaftliche Aktivitäten möglich ist. Der Ausgestaltung des Milieus im Gemeinschaftsbereich kommt dabei ein hoher Stellenwert zu. Das Milieu ist gekennzeichnet durch Aufenthalt von Personen, sozialer Interaktion, Aktivitäten und Wohlbefinden. Während die Zimmer privaten Raum verkörpern, sind Gemeinschaftsbereiche wie Flure, Sitznischen, Wohn- und Esszimmer, Speise- und Veranstaltungssäle oder Garten Orte des gemeinschaftlichen Alltagsgeschehens, der Geselligkeit, der sozialen Gemeinschaft. Ob und wie lange sich Menschen hier aufhalten, hängt davon ab, welche Aktivitäten hier stattfinden, ob Bewohner diesen Bereich attraktiv finden, ob genügend Raumkapazität vorhanden ist und bei mobilitätseingeschränkten, kognitiv beeinträchtigten Bewohnern wie die Präsenz über das Personal gelenkt wird.

Das Milieu im Gemeinschaftsbereich und das Wohlbefinden der Bewohner gibt damit Informationen über einen wichtigen Teilbereich der Lebensqualität. Über diesen Bereich gibt das DCM-Verfahren als teilnehmende Beobachtung mit seinen verschiedenen Erfassungsbereichen eine sehr differenzierte Auskunft. Die personenbezogenen Informationen beziehen sich aufgrund des Verfahrens nur auf Menschen mit Demenz. Tab. 10 zeigt nach Wohnformen, wie hoch der Anteil der Bewohner mit Demenz ist, die sich mindestens einmal mindestens fünf Minuten im Aufenthaltsbereich

aufhalten und wie lange sie das tun. Es kann zu den anderen Bewohnern keine Aussage getroffen werden, da über das DCM im Gemeinschaftsbereich nur die Bewohner mit Demenz dokumentiert werden.

Tabelle 10: Anteil und Aufenthaltsdauer der Bewohner mit Demenz im Gemeinschaftsbereich nach Wohnformen (%)

	UW	SCU	PH
Anteil Bewohner mit Demenz im Gemeinschaftsbereich in % (N)	93,0 (7,2)	66,7 (8)	44,3 (4)
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Stunden der Bewohner mit Demenz (N) im Gemeinschaftsbereich	3,54 (7,2)	3,18 (8)	3,42 (4)

Im Unterstützten Wohnen halten sich zu den drei Untersuchungszeitpunkten ein Großteil der Bewohner mit Demenz (93,0%) im Gemeinschaftsbereich auf, in der SCU 2/3 der Bewohner mit Demenz. Im PH liegt dieser Anteil bei 44,3%, also deutlich unter den Werten des UW und der SCU. Ein Vergleich der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der Bewohner mit Demenz zeigt ebenfalls deutliche Unterschiede bei den Wohnformen. In einem Beobachtungszeitraum von durchschnittlich 6,5 Stunden halten sich die dementiell erkrankten Bewohner des UW jeweils durchschnittlich 3,54 Stunden, in der SCU jeweils 3,18 und im PH jeweils 3,42 Stunden auf. Das heißt, dass die Bewohner, die im Aufenthaltsbereich sind, das auch mit einer hohen zeitlichen Präsenz tun.

Präsenz und Wohlbefinden der Bewohner im Gemeinschaftsbereich sind stark vom Betreuungs- und Pflegekonzept abhängig. Im UW liegt ein großer Schwerpunkt im Angebot von Aktivitäten in den Gemeinschaftsbereichen. In den Hausgemeinschaften, die in einem größeren räumlichen Komplex angesiedelt sind, werden auch noch hausübergreifende Angebote und Räumlichkeiten vorgehalten, wodurch noch mehr Angebote und andere Formen der Geselligkeit und sozialen Kontakte möglich sind. Davon profitieren vor allem die Menschen ohne Demenz, die mit nur leichten kognitiven Einschränkungen und Menschen mit Demenz, die räumlich orientiert sind.

Den Beobachtungen zufolge orientieren sich die Menschen mit Demenz eher kleinräumig in den zu den UWs zugehörigen Gemeinschaftsbereichen, wo auch die Chance, auf Personal zu treffen, sehr hoch ist. Diejenigen Bewohner, die wegen starker kognitiver und körperlicher Einschränkungen weniger mobil sind, halten sich länger im Aufenthaltsbereich auf. Die mobilen aber kognitiv beeinträchtigten Bewohner verlassen diesen Bereich vor allem zu Zeiten, in denen es dort kein aktives Angebot gibt. Sie drehen ihre Runden in der gesamten UW bzw. dem eigenen Zimmer, suchen den Gemeinschaftsbereich dabei aber regelmäßig auf um Kontakt aufzunehmen oder vermutlich einfach um menschliche Nähe zu erleben. Menschen ohne Demenz sind dort vor allem, wenn Ansprechpartner mit guter Kommunikationsfähigkeit – seien es andere Bewohner, Gäste oder Personal – zur Verfügung stehen oder Aktivitäten durchgeführt und begleitet werden. Sonst sind sie in den privaten Zimmern, weitläufigeren Räumlichkeiten bzw. außer Haus aktiv, wobei dies insgesamt nur noch für wenige Bewohner selbständig möglich ist. Eine Studie von Heeg in klassischem Pflegeheim – allerdings bei kleiner Stichprobe – belegt, dass nach dem Frühstück nur 2 – 7% der Bewohner außerhalb des Hauses aktiv sind (BMFSFJ, 1999). Bewohner, deren Zustand sich verschlechtert und bei denen psychiatrisch sehr störende Symptome zunehmen, kommen für diese Zeit nur kurz bzw. gar nicht mehr in den Gemeinschaftsraum. Dies betrifft v.a. Bewohner mit unbeeinflussbarer lauter Dauerrufsymptomatik.

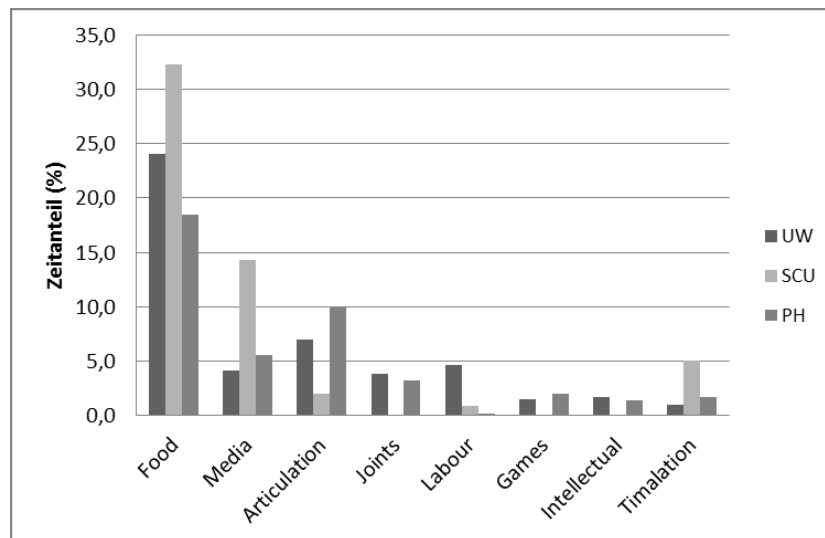
9.1.3.3 Art und Umfang der Aktivitäten

Das DCM unterscheidet 24 Verhaltenskategorien (vgl. Anhang), die in drei Qualitäten eingeteilt werden: *Typ1-Kategorien*, bei denen ein „*deutliches Potential für die Unterstützung des Personseins durch positive Interaktion*“ vorhanden ist, *Typ2-Kategorien* (B,C,D,U,W,Y), denen dieses Potential fehlt und die Kategorie Schlafen „N“ und Kommen und Gehen „K“, die gesondert betrachtet werden (Kitwood, 1997, S. 31).

Befunde zu Typ1-Verhaltenskategorien

Abb. 10 zeigt die Verhaltenskategorien des Typ1, die mehr als 1% der Zeit aller Verhaltenskategorien einnehmen. Sie zeigen unterschiedliche Profile in den drei Wohnformen.

Abbildung 10: Typ1-Verhaltenskategorien nach DCM nach Zeitanteil ($\geq 1\%$) und Wohnformen (%)



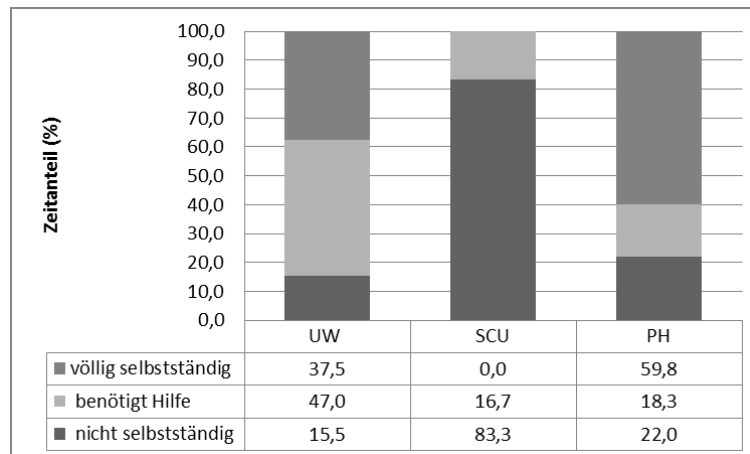
UW: Unterstütztes Wohnen; SCU: Spezielle Demenzwohngruppe; PH: Pflegeheim

Das Unterstützte Wohnen (UW)

Die einzelnen Untersuchungseinheiten im UW sind durch eine konzeptionelle Ausrichtung an alltagsnaher Lebensweise geprägt, die ein abwechslungsreiches Milieu durch Optionen in unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen und Verhaltensweisen eröffnen. Knapp die Hälfte der Zeit (49,2%) wird mit Typ1 Verhaltenskategorien verbracht. Dieses Spektrum wird auch genutzt und wird in der Vielfalt mit durchschnittlich 16 vorkommenden Typ1-Verhaltenskategorien deutlich. Mit knapp einem Viertel der Zeit (24,1%) wird die meiste Zeit mit dem Essen und Trinken verbracht. In den mit DCM evaluierten UWs können 37,5% der Bewohner völlig selbständig essen, 15,5% muss das Essen gegeben werden und knapp die Hälfte benötigt Hilfe beim Essen (Abb. 11). Diese Hilfestellung kann in der verbalen Anleitung und Begleitung oder der partiellen Übernahme liegen. Durch die gewohnte Gestaltung von Alltagskultur, indem beispielsweise das Essen in verschiedenen Gängen serviert und individuell geschöpft wird, erhält das Essen unterschiedliche Sinnesbezüge z.B. durch verschiedene Gerüche. Durch aufeinanderfolgende Abläufe (Angebot an Vorspeise, Abräumen, Angebot Hauptspeise, Abräumen, Angebot Nachspeise, Abräumen) sind die Mahlzeiten überschaubarer. Durch das Essen in der Gruppe ergibt sich nicht nur ein sozialer Rahmen, sondern Bewohner können sich bei anderen Bewohnern abschauen, welches Besteck man für welche Mahlzeit benötigt und wie man z.B. den

Löffel nutzt, wenn man das nicht mehr sicher weiß. Bewohner werden ermutigt, anderen Bewohnern Hilfestellung beim Essen zu geben, wenn sie dies möchten.

Abbildung 11: Bewohner mit Hilfebedarf beim Essen (nach Barthel) nach Wohnformen (%)



UW: Unterstütztes Wohnen; SCU: Spezielle Demenzwohngruppe; PH: Pflegeheim

Die verbale oder nonverbale Interaktion mit anderen Bewohnern („Articulation“), die nicht mit einer anderen Aktivität verbunden ist – der Austausch beim Essen zählt beispielsweise nicht dazu – nimmt durchschnittlich 7% der Zeit im Gemeinschaftsbe- reich ein. Gerade in späteren Phasen der Demenz ist die selbstständige und sinn- gehaltvolle Kommunikation eingeschränkt. Hier ist insbesondere die Moderation und Anregung durch Mitarbeiter, Angehörige und Ehrenamtliche gefragt. Bewohner ohne Demenz sind auch wichtige Gesprächspartner. Durch die personelle Präsenz der Alltagsbegleiter in den Wohn- und Hausgemeinschaften konnte hier viel moderiert und angeregt werden. 4,7 % der Tätigkeiten stehen im Zusammenhang mit Arbeit oder Pseudoarbeit („Labour“). Dahinter stehen die Alltagsverrichtungen, die die Kon- zeption der Wohn- und Hausgemeinschaften als Strukturmerkmal vorsehen. Im Un- tersuchungszeitraum waren dies v.a. die Teilnahme an der Vorbereitung der Mahlzei- ten, Eindecken des Tisches zu den Mahlzeiten, das Abräumen und Abwischen des Tisches nach den Mahlzeiten, Einräumen und Ausräumen der Spülmaschine, Spülen und Abtrocknen des Geschirrs von Hand, Einräumen des Geschirrs in den Geschirr- schrank, Wohnung kehren, Waschmaschine bzw. Trockner ausräumen, Wäsche aufhängen, zusammenlegen und sortieren, bügeln, Blumen gießen und abstauben.

Diese Aktivitäten sind ein spezifischer Teil des Angebots des UW und kommen nur in dieser Wohnform vor. 4,1% der Zeit im Gemeinschaftsbereich erfolgt mit der Beschäftigung mit Medien („Media“). In den untersuchten Haus- und Wohngemeinschaften waren dies v.a. das gemeinsame Betrachten von persönlichen Fotoalben und Fotos von gemeinsamen Unternehmungen, Anschauen von Natur- Tier-, Musik-, Unterhaltungs- und Regionalsendungen im Fernsehen und Lesen von Illustrierten. 3,8% der Zeit wurde mit sportlichen Übungen („Joints“) verbracht. Innerhalb der evaluierten Wohn- und Hausgemeinschaften wurden neben den regelhaften Alltagsaktivitäten auch besondere Gruppenaktivitäten gepflegt. So beispielsweise das Ballspielen in einer Hausgemeinschaft, in der sich täglich alle Bewohner beteiligten.

Der Spezielle Demenzbereich (SCU)

Die SCU ist gekennzeichnet durch eine Bewohnerschaft, die allesamt in einem weit fortgeschrittenem Stadium der Demenz ist. Das Verhaltensrepertoire ist mit durchschnittlich 10 Typ1-Verhaltenskategorien deutlich eingeschränkt, trotzdem werden mehr als die Hälfte der Zeit (54,9%) mit Typ1-Verhaltenskategorien verbracht (Abb. 10). 83,3% der Bewohner sind beim Essen nicht selbständig (Abb. 11). Entsprechend viel Zeit (32,2%) wird auf das Essen verwendet, sei es durch Anregung, Begleitung und Unterstützung beim selbständigen Essen oder durch das Essenreichen (Abb. 10). Es findet wenig Unterhaltung („A“) durch die Bewohner selbst statt, die Mitarbeiter regen zur Kommunikation an, die vor allem durch kurze Antworten bzw. Antwortfloskeln geprägt ist. Weitere Aktivitäten des Typ1 beschränken sich im Wesentlichen auf die aktive Nutzung (14,3%) von Medien („Media“) wie Betrachtung von Fotoalben, Zeitschriften, Hörspielkassetten, Fernsehsendungen und basale Stimulation („Timalation“) mit 5%. Hier zeigt sich eine gut entwickelte Praxis: Beim Backen und Kochen werden beispielsweise Gewürze in die Runde gegeben, die man „erriechen“ kann, es gibt unterschiedlich befüllte Wühlkisten, in denen die Näherin in unterschiedlichen Stoffen, der Naturliebhaber in Sammelstücken aus dem Wald nesteln kann, die Wände bieten viele Gegenstände zum Innehalten, Betrachten und Erfühlen (Snouzelenboards, Sammlung alter Handtaschen und Hüte).

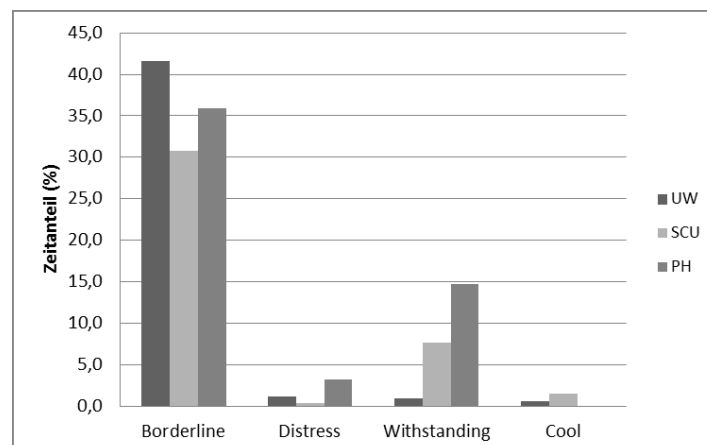
Das Pflegeheim (PH)

Das PH ist durch eine klassische Struktur der Organisation wie z.B. Tablettensystem in der Mahlzeitenversorgung oder zentralem Sozialdienst für Aktivitäten geprägt. Typ1-Verhaltenskategorien nehmen 42,5% der Aktivitäten ein. Mit durchschnittlich 8 verschiedenen Verhaltenskategorien bedeutet das ein eingeschränkteres Repertoire, das sich im Wesentlichen auf Mahlzeiten („F“), Articulation („A“), Medien („M“) und Gymnastik („J“) konzentriert. Auch im PH (Abb. 11) wird im Bereich der Typ1-Kategorien die meiste Zeit mit dem Essen verbracht (18,5%). Da sich im Gemeinschaftsbereich durchschnittlich nur 44,3% der Bewohner mit Demenz aufhalten (Abb. 9), bedeutet dies, dass der größte Anteil der Bewohner, der nicht selbständig essen kann, das Essen auf dem Zimmer gereicht bekommt. 9,9% der Zeit nimmt die Kommunikation ein. Die Beschäftigung mit Medien erreicht 3,2% und ist vor allem durch die Betrachtung von Zeitschriften und Fernsehsendungen geprägt. Gymnastik mit ebenfalls 3,2% ergibt sich aus der Teilnahme an einer Gymnastikgruppe, die regelmäßig einmal wöchentlich auf dem Wohnbereich durchgeführt wird.

Befunde zu Verhaltenskategorie Typ2

Die Typ2-Verhaltenskategorien (Abb. 12) zeigen ebenfalls sehr unterschiedliche Profile in den drei Wohnformen.

Abbildung 12: Typ2-Verhaltenskategorien nach DCM nach Zeitanteil ($\geq 1\%$) und Wohnformen (%)



UW: Unterstütztes Wohnen; SCU: Spezielle Demenzwohngruppe; PH: Pflegeheim; DCM: Dementia Care Mapping

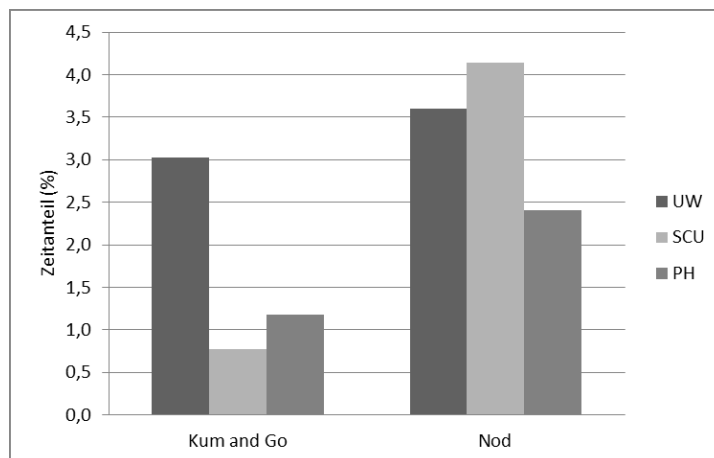
Den Typ2-Kategorien v.a. in Verbindung mit negativen Bewertungen ist besonderes Augenmerk zu schenken. Das PH hat mit 53,9% der Zeitanteile den höchsten Wert bei den Typ2-Kategorien, gefolgt vom UW mit 44,3% und der SCU mit 40,2%. Innerhalb der Typ2-Kategorien dominiert in allen drei Wohnformen deutlich die Kategorie Borderline („B“). Sie beschreibt „starkes bzw. wenig Interesse an der Umgebung, ohne selbst beteiligt zu sein“. Starkes Interesse liegt z.B. vor, wenn ein Bewohner still dasitzt und aufmerksam beobachtet, was geschieht, der Unterhaltung anderer mit großem Interesse folgt oder mit offenbarem Vergnügen bei einer Veranstaltung Teil des Publikums ist. Geringes Interesse liegt vor, wenn man wach ist, aber ohne Anzeichen emotionaler, sozialer und intellektueller Teilnahme, nach Objekten wie der Uhr schaut oder gelegentliches Interesse an anderen Personen bzw. der Umgebung zeigt (Kitwood, 1996, S. 39). Der höchste Anteil mit 41,6% ist im UW zu verzeichnen, 30,7% in der SCU und 35,9% im PH. Bei den Typ2-Kategorien fällt noch der vergleichsweise hohe Zeitanteil an repetitiver Selbststimulation „Withstanding“ („W“) im PH mit 14,7% und in geringerem Umfang in der SCU mit 7,6% auf. Im PH handelte es sich um das beständige Vor- und Zurückwippen des Oberkörpers im Sitzen bei Nichtbeschäftigung, um das Reiben des Unterarms mit den Fingerspitzen, agitiertes Wringen der Hände, Zerknittern des Tischtuchs, beständiges Rufen. Vernachlässigter, unbegleiteter Stress („D“) war in 3,2% der Zeitanteile im PH zu beobachten. Diese Kategorien beinhalten grundsätzlich eine Gefährdung des Personseins und sind daher kritisch zu betrachten. Eine abschließende Bewertung ist aber erst in Verbindung mit den Wohlbefindenswerten (WIB) vorzunehmen.

Befunde zu Verhaltenskategorie Typ „Kommen und Gehen und Schlafen/Dösen“

Schlafen und Dösen („Nod“) ist in einem gewissen zeitlichen Rahmen während des Tages ein normales Verhalten. Es nimmt in der SCU mit 4,1% den höchsten Zeitanteil in Anspruch, im PH mit 2,4% den geringsten (Abb. 13). Intensive Beweglichkeit („K“) ist ein Verhalten, das als sehr störend erlebt wird und kaum zu beeinflussen ist. Es kommt am meisten mit 3,0% der beobachteten Zeit im UW vor. Dabei ist zu beachten, dass Bewohner in „K“ nur zu der Zeit kodiert werden, in der sie sich im Ge-

meinschaftsraum befinden, also in der Regel nur ein Bruchteil der Zeit abgebildet wird, die beim Umherwandern verbracht wird.

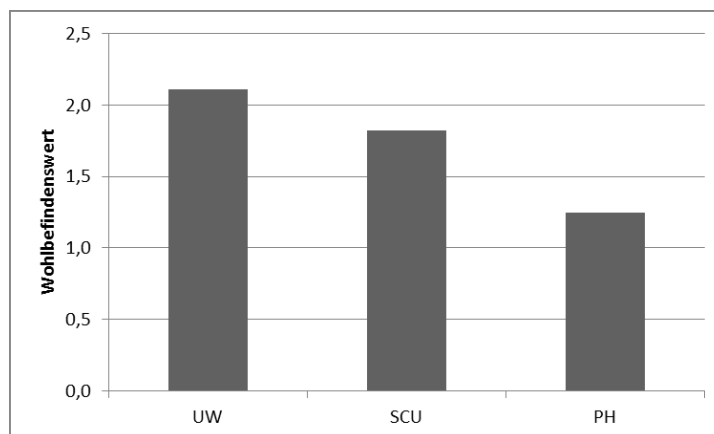
Abbildung 13: Verhaltenskategorie "Kommen und Gehen" und „Schlafen/Dösen“ nach DCM nach Zeitanteil ($\geq 1\%$) und Wohnformen (%)



UW: Unterstütztes Wohnen; SCU: Spezielle Demenzwohngruppe; PH: Pflegeheim; DCM: Dementia Care Mapping

9.1.3.4 Aktivitäten und Wohlbefinden

Abbildung 14: Wohlbefindenswerte (WIB) nach DCM und Wohnformen (%)



UW: Unterstütztes Wohnen; SCU: Spezielle Demenzwohngruppe; PH: Pflegeheim; DCM: Dementia Care Mapping

Abb. 14 zeigt, welche Wohlbefindenswerte sich in den einzelnen Wohnformen ergeben. Die höchsten Wohlbefindenswerte sind im UW mit 2,1 zu verzeichnen. Die Werte der SCU liegen bei 1,8 und beim PH deutlich niedriger bei 1,2. Zieht man zur Be-

wertung die Vergleichstabelle des DCM heran, liegt das UW bei „sehr gut“, die SCU bei „gut“ und das PH bei „befriedigend bis gut“ (Kitwood, 1996, S. 99). Der Vergleich mit der Interventionsstudie von Hennig et al. (2006), in der Verhalten und Wohlbefinden in 12 Pflegeheimen über 11 Messzeitpunkte in 3 Jahren nach dem DCM-Verfahren evaluiert wurden, zeigt, dass das PH in der vorliegenden Untersuchung in diesem Wertebereich liegt: Die 12 Pflegeheime lagen alle auf einem Wohlbefindensniveau zwischen 0,8 und 1,4.

Tab. 11 zeigt alle Verhaltenskategorien und die damit verbundenen Wohlbefindenswerte, die in den drei Wohnformen durchschnittlich über die drei Zeitpunkte aufgetreten sind. Dabei ist zu beachten, dass die Werte nichts über die Häufigkeit des Vorkommens des Verhaltens aussagen, sondern eher über ihre Wirkung. So ist beispielsweise „L“ im PH eher eine Ausnahmeerscheinung, wenn sie aber auftritt, ist sie sehr positiv wirksam. Es sind also immer Häufigkeiten und Wohlbefindenswerte gleichzeitig zu betrachten, wenn das Milieu bewertet werden soll.

Tabelle 11: Wohlbefindenswerte (WIB) nach DCM nach Verhaltenskategorien und Wohnformen

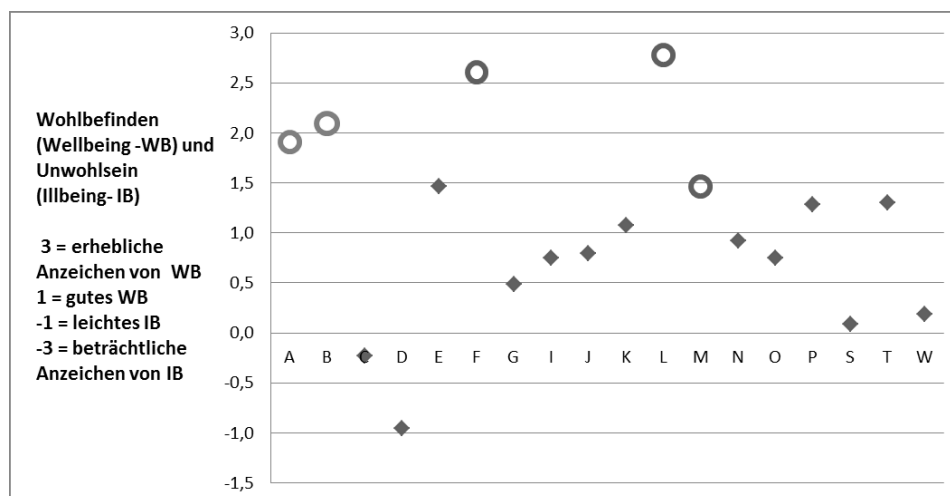
	UW	SCU	PH
Labour	2,8	1,4	1,0
Food	2,6	2,3	2,4
Borderline	2,1	1,7	1,6
Articulation	1,9	1,6	1,3
Expression	1,5	0,3	0,0
Media	1,5	1,7	0,7
Timalation	1,3	0,8	1,3
Physical Care	1,3	0,3	0,0
Kum and Go	1,1	3,0	1,0
Nod	0,9	1,0	0,3
Joints	0,8	0,0	1,0
Own Care	0,8	1,0	0,0
Intellectual	0,7	0,0	0,9
Games	0,5	0,0	0,8
Withstanding	0,2	0,2	-0,8
Sex	0,1	0,0	0,0
Cool	-0,3	-0,3	0,0
Distress	-1,0	-0,3	-1,3

UW: Unterstütztes Wohnen; SCU: Spezielle Demenzwohngruppe; PH: Pflegeheim; DCM: Dementia Care Mapping

Das Wohlbefinden variiert in den Wohnformen nach Höhe deutlich. Die höchsten Wohlbefindenswerte konnten durchschnittlich im UW bei Arbeit oder Pseudoarbeit („L“ mit 2,8, in der SCU beim Umherwandern („K“) mit 3,0 und im PH beim Essen („F“) mit 2,4 beobachtet werden. Die niedrigsten Wohlbefindenswerte konnten absolut betrachtet in allen drei Wohnformen beim unbegleiteten Stress („D“) mit einem Wert von -1,0 im UW, mit -0,3 in der SCU sowie mit -1,3 im PH beobachtet werden.

Abb. 15 bis Abb. 17 zeigen auf die drei Wohnformen bezogen, welche Verhaltenskategorien mit welchen Wohlbefindenswerten auftreten, wobei die fünf am häufigsten bzw. am längsten dokumentierten Verhaltenskategorien besonders ausgewiesen werden. Sie sind ein wichtiger Indikator für das sozialpflegerische Milieu.

Abbildung 15: Wohlbefindenswerte (WIB) nach DCM im UW mit den fünf häufigsten hier vorkommenden Verhaltenskategorien

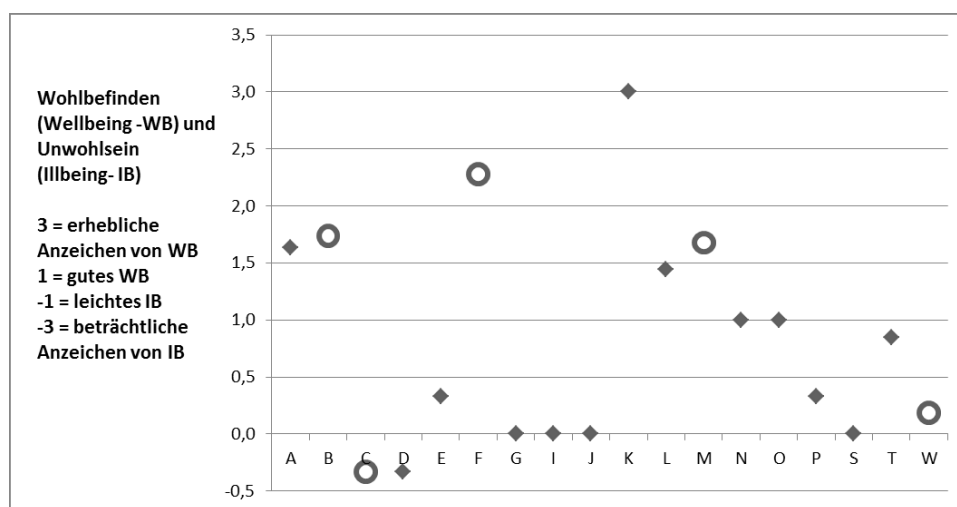


O: die fünf am häufigsten vorkommenden Verhaltenskategorien; UW: Unterstütztes Wohnen;
DCM: Dementia Care Mapping

Welches Milieu sich im UW findet, zeigt Abb. 15. Das Verhalten, das mit dem durchschnittlich größten Wohlbefinden im Bereich „+1/<+3“ im UW verbunden ist und gleichzeitig am meisten vorkommt, ist Arbeit bzw. Pseudoarbeit („L“ 2,8), die Beschäftigung mit dem Essen („F“ 2,6), das soziale Eingebundensein auf passive Weise („B“ 2,1), die Kommunikation („A“ 1,9) und die Beschäftigung mit Medien („M“ 1,5). Die Beschäftigung mit kreativer Tätigkeit („E“), die Körperpflege („P“) basale

Stimulation („T“) und Umherwandern („K“) haben gute Wohlbefindenswerte (1,1 - 1,5). Sie spielen zwar vom zeitlichen Umfang her eine untergeordnete Rolle, zeigen aber ein abwechslungsreiches Angebot im UW mit positiven Impulsen. Dies gilt auch für die auftretenden Kategorien „G“, „I“, „J“, „N“, „O“, die allerdings auf einem etwas niedrigeren Wohlbefindensniveau angesiedelt sind (0,5 - 0,9).

Abbildung 16: Wohlbefindenswerte (WB) nach DCM in der SCU mit den fünf hier am häufigsten vorkommenden Verhaltenskategorien

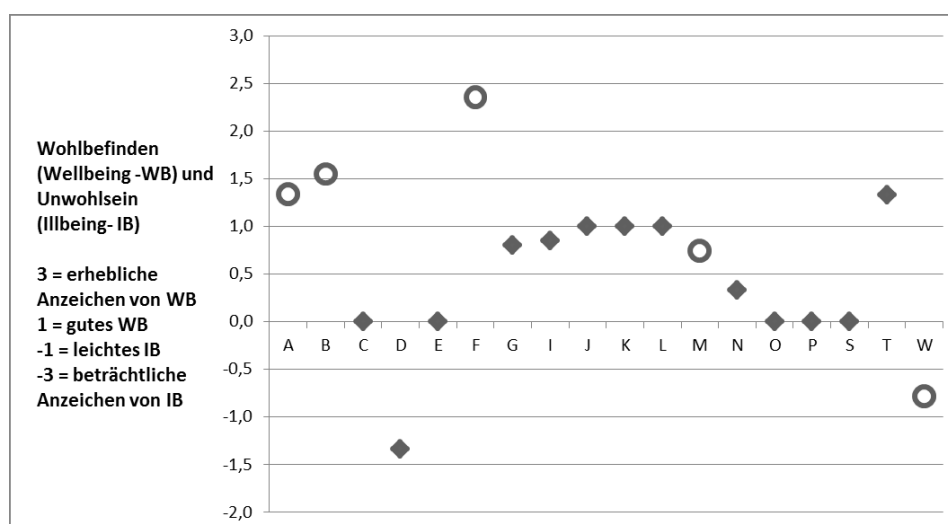


O: die fünf am häufigsten vorkommenden Verhaltenskategorien; SCU: Spezielle Demenzwohngruppe;
DCM: Dementia Care Mapping

Welches Milieu sich in der SCU findet, zeigt Abb. 16. Das Verhalten, das mit dem durchschnittlich größten Wohlbefinden im Bereich „+1/<+3“ in der SCU verbunden ist und gleichzeitig am meisten vorkommt, ist die Beschäftigung mit dem Essen („F“ 2,3), das soziale Eingebundensein auf passive Weise („B“ 1,7) und die Beschäftigung mit Medien („M“ 1,5). Vom Umfang her eine bedeutende Rolle spielen die repetitive Selbststimulation („W“ 0,2) und der Zustand des sozialen nicht mit Einbezogenseins („C“ -0,3). Das Verhalten mit dem durchschnittlich größten Wohlbefinden im Bereich „+3/<+5“ ist das Umherwandern. Dass diese Kategorie nicht sehr häufig vorkommt, liegt daran, dass die betreffenden Personen regelmäßig in den Gemeinschaftsbereich kommen, sich dort aber im Rahmen ihres Wanderns nur kurz aufhalten. Bleiben sie im Rahmen ihres Wanderns dann längere Zeit im Gemeinschaftsbereich, um an gezielten Aktivitäten mitzumachen, werden die Aktivitäten dann ent-

sprechend anders kodiert. Das Schlafen/Dösen („N“) und die Selbstpflege („O“) liegen ebenfalls im guten Bereich (1,0), spielen vom zeitlichen Umfang her aber eine untergeordnete Rolle und sind auf sich selbst bezogene Aktivitäten. Es gibt einige Verhaltenskategorien, die im Bereich „-1/<+1“ liegen. Die Beschäftigung mit kreativer Tätigkeit („E“), die Körperpflege („P“) und basale Stimulation („T“) kommen hier vor, sind aber von geringerer zeitlicher Bedeutung. Das Verhaltensrepertoire ist merklich eingeschränkter als im UW und es treten problematischere Verhaltensweisen auf. So die repetitive Selbststimulation („W“ 0,2), der Zustand des sozialen nicht mit Einbezogenenseins („C“ -0,3) und unbegleiteter Stress („D“), wenn auch zeitlich eher unbedeutend.

Abbildung 17: Wohlbefindenswerte (WIB) nach DCM im PH mit den fünf hier am häufigsten vorkommenden Verhaltenskategorien



O: die fünf am häufigsten vorkommenden Verhaltenskategorien; PH: Pflegeheim; DCM: Dementia Care Mapping

Welches Milieu sich im PH findet, zeigt Abb. 17. Das Verhalten, das mit dem durchschnittlich größten Wohlbefinden im Bereich „+1/<+3“ im PH verbunden ist und gleichzeitig am meisten vorkommt, ist die Beschäftigung mit dem Essen („F“ 2,4) und das soziale Eingebundensein auf passive Weise („B“ 1,6) und die Kommunikation („A“ 1,3). Auf einem niedrigeren Wohlbefindensniveau aber vom Umfang her eine bedeutende Rolle spielt im Bereich „-1/<+1“ die Beschäftigung mit Medien („M“ 0,7) und im Negativbereich die repetitive Selbststimulation („W“ -0,8). Das Verhaltensre-

pertoire ist merklich eingeschränkter als in den anderen beiden Wohnformen und es treten problematischere Verhaltensweisen in zeitlich nicht unbedeutendem Maße auf.

Die „Aktivitäts- und Wohlbefindensmilieus mit deutlichem Potential für die Unterstützung des Personseins“ in den einzelnen nach DCM untersuchten Einrichtungen

Man kann davon ausgehen, dass Milieus, die für Verhaltenskompetenzen förderlich sind, „Verhaltenskategorien mit deutlichem Potential für die Unterstützung des Personseins“ (Typ1-Kategorien) hohe Werte zeigen und sich über einen wesentlichen Zeitraum beobachten lassen. Daher wurden für die Verhaltenskategorien des Typ1 herausgearbeitet, die einen Wohlbefindenswert von mindestens 2,1 (sehr gut bis exzellent) und mindestens 4% der Gesamtaufenthaltszeit im Gemeinschaftsbereich ausweisen (Abb. 18). Man kann in WG 1 und WG 2 von einem Milieu der „Unterhaltung und Esskultur“ reden, in WG 3 von Esskultur und Alltagsbeschäftigung und in HG 4 von Unterhaltung, Sport und Alltagsbeschäftigung. In der SCU kann man von einem Milieu der „Esskultur“ reden und im PH von einem Milieu der Mahlzeiten.

Abbildung 18: Sozialpflegerische Milieus nach DCM mit sehr gutem bzw. exzellentem Wohlbefinden (WIB \geq 2,1) in Verhaltenskategorien, die das Personsein unterstützen (BCC-Typ 1) und sich bei Bewohnern in mindestens 4% der durchschnittlichen Aufenthaltszeit im Gemeinschaftsbereich beobachten lassen

	Articulation (A)	Food (F)	Joints (J)	Labour (L)
Wohngemeinschaft 1				
Wohngemeinschaft 2				
Wohngemeinschaft 3				
Hausgemeinschaft 1				
Spezielle Demenzwohngruppe				
Pflegeheim				

DCM: Dementia Care Mapping; WIB: Well-or Illbeing; BCC: Behaviour Category Coding

Zusammenfassung:

In allen drei Wohnformen leben Menschen mit mehreren Erkrankungen. Demenzen und andere hirngorganische Störungen treten nach der SCU als Spezialeinrichtung im UW deutlich mehr auf als im PH. Gleichzeitig sind die kognitiven Einschränkungen auch mit starken Einschränkungen in den ADLs verbunden. Während die Bewohner im PH eine stärkere Zimmer- bzw. Außenorientierung haben, ist im UW der Gemeinschaftsbereich attraktiver Aufenthaltsort. Er ist Ort gemeinsamer Alltagsaktivitäten, Geselligkeit und unterstützender personeller Präsenz für die meisten Bewohner über einen langen Zeitraum des Tages. Eine große Verhaltensvielfalt in einem abwechslungsreichen Milieu im UW schafft ein deutlich höheres und längeres Wohlbefinden bei den Bewohnern als im PH. In den einzelnen Einrichtungen des UW bilden sich vielfältige sozialpflegerische Alltagsmilieus heraus.

9.2 Subjektives Wohlbefinden

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse des subjektiven Wohlbefindens in den Bereichen des positiven Gefühlsausdrucks, des positiven Verhaltens und Aktivitätsniveaus, der neuropsychiatrischen Symptome und des herausfordernden Verhaltens dargestellt. Aufgrund der hohen Prävalenz dieser Symptomatik bei Menschen mit Demenz wird in diesem Kapitel neben den unterschiedlichen Wohnformen auch zwischen Bewohnern mit Demenz und allen Bewohnern unterschieden.

9.2.1 Positiver Gefühlsausdruck

Tab. 12 zeigt, welches der positiven Gefühlsausdrücke Freude, Interesse und der negativen Wut und Angst bei den Bewohnern insgesamt im Vergleich zu Bewohnern mit Demenz häufig vorkommt, unterschieden nach den drei Wohnformen. Bei den positiven Gefühlsausdrücken ist „häufiges Interesse“ ein signifikantes Merkmal des UW und der SCU. Es kommt im UW bei 47,2% aller Bewohner und bei 38,9% der Bewohner mit Demenz vor, in der SCU bei 50% aller Bewohner bzw. Bewohner mit Demenz. Im PH sind dies nur 11,1% bei allen Bewohnern und auch den Bewohnern mit Demenz. Rechnet man bei dieser Gruppe das gelegentliche Interesse je-

weils mit ein, zeigen sich große Unterschiede. Im UW waren nur 12% niemals interessiert, in der SCU 25% aber im PH mehr als die Hälfte (55,6%).

Tabelle 12: Gefühlsausdruck nach mAERS: Vergleich alle Bewohner – Bewohner mit Demenz nach Wohnformen (%)

	Alle Bewohner			Bewohner mit Demenz		
	UW	SCU	PH	UW	SCU	PH
Freude						
fast nie	13,7	33,3	33,3	15,7	33,3	55,6
gelegentlich	37,9	33,3	33,3	39,7	33,3	33,3
häufig/mehrmals täglich	48,4	33,3	33,3	44,6	33,3	11,1
Interesse						
fast nie	12,0	25,0	55,6	17,9	25,0	44,4
gelegentlich	40,8	25,0	33,3	43,2	25,0	44,4
häufig/mehrmals täglich	47,2	50,0	11,1	38,9	50,0	11,1
Wut						
fast nie	75,5	58,3	66,7	82,0	58,3	55,6
gelegentlich	18,6	33,3	33,3	12,1	33,3	44,4
häufig/mehrmals täglich	5,9	8,3	0,0	5,9	8,3	0,0
Angst						
fast nie	81,7	8,3	66,7	79,2	8,3	44,4
gelegentlich	16,9	66,7	22,2	19,3	66,7	33,3
häufig/mehrmals täglich	1,4	25,0	11,1	1,4	25,0	22,2

mAERS: Modified Apparent Emotion Rating Scale

Am meisten Freude erleben die Menschen im UW: Knapp die Hälfte aller Bewohner (48,4%) und 44,6% der Menschen mit Demenz erlebte in den vergangenen vier Wochen „häufig bzw. mehrmals täglich“ Freude (Tab. 12). In der SCU und im PH waren dies bei allen Bewohnern jeweils ein Drittel (33,3%). Deutliche Unterschiede ergeben sich bei der Betrachtung der Bewohner mit Demenz: Während in der SCU 33,3% der Bewohner mit Demenz häufig Freude erleben, sind es im PH nur 11,1%. Rechnet man bei dieser Gruppe die Bewohner mit ein, die „gelegentlich“ Freude erleben, haben im UW 15,7% der Bewohner niemals Freude, dagegen ein Drittel (33,3%) in der SCU und im PH. Häufig bzw. mehrmals täglich Interesse zeigten ca. die Hälfte der Bewohner des UW (47,2%) und der SCU (50%), im PH waren dies nur 11,1%. Keinen Unterschied bei Menschen mit und ohne Demenz gibt es beim „häufigen bzw. mehrmals täglichen“ Empfinden von Wut: Im UW betrifft dies 5,9% der Bewohner, in der SCU 8,3% und im PH kommt dies gar nicht vor. Häufig Angst haben im UW nur

1,4% aller Bewohner und auch der Bewohner mit Demenz (1,4%), in der SCU in beiden Gruppen ein Viertel (25%). Im PH haben 11,1% aller Bewohner häufig Angst und doppelt so viele mit Demenz (22,2%).

9.2.2 Stimmung und weitere neuropsychiatrische Symptome

Tab. 13 zeigt weitere ausgewählte Verhaltensweisen, die Einfluss auf das soziale Milieu haben.

Tabelle 13: Positives Verhalten bzw. weitere Verhaltensweisen: Vergleich alle Bewohner – Bewohner mit Demenz nach Wohnformen (%)

	alle Bewohner			Bewohner mit Demenz		
	UW	SCU	PH	UW	SCU	PH
Probleme Kooperation mit Personal	21,6	50,0	5,6	20,9	50,0	11,1
Häufig gut gelaunt	50,9	16,7	27,8	39,8	16,7	11,1
Häufig Anteil an Umgebung genommen	56,5	33,3	11,1	53,9	33,3	0,0
Alkoholkonsum						
nie	91,2	100,0	88,9	95,7	100,0	100,0
ja, kein Missbrauch	5,0	0,0	11,1	1,4	0,0	0,0
ja, Missbrauch	3,8	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0

„Probleme in der Kooperation mit dem Personal“ zeigen ca. 1/5 (21,6%) aller Bewohner im UW, die Hälfte der Bewohner in der SCU und mit 5,6 % nur sehr wenige im PH. Im UW bleibt der Wert bei Bewohnern mit Demenz gleich (20,9%), verdoppelt sich aber im PH (11,1%) gegenüber 5,6% aller Bewohner. Gute Laune als eine positive Grundstimmung kommt im UW bei den meisten Bewohnern vor (94,6%). Die Hälfte der Bewohner (50,9%) sind hier häufig gut gelaunt, davon wiederum ist die Hälfte an Demenz erkrankt. In der SCU sind 16,7% der Bewohner häufig gut gelaunt, bei 2/3 der Bewohner (66,7%) kommt gute Laune gelegentlich bis häufig vor. Dies stellt eine gute Quote bei einer Bewohnerschaft dar, die fast ausschließlich aus Menschen mit fortgeschrittener Demenz besteht. Im PH ist ein gutes Viertel (27,8%) häufig gut gelaunt, davon die meisten Menschen ohne Demenz. Betrachtet man das Befinden „gut gelaunt“ nur auf die Bewohner mit Demenz bezogen, zeigen sich ebenfalls deutliche Unterschiede: Im UW sind 39,9% dieser Gruppe „gut gelaunt“, in der SCU 16,7% und 11,1% im PH. Dieses Gefälle tritt bei „Anteil an der Umgebung nehmen“ noch deutlicher zutage: Mehr als die Hälfte der Bewohner im UW (56,5%)

haben häufig Anteil an der Umgebung genommen, in der SCU ein Drittel (33,3%) und im PH mit 11,1% deutlich weniger. Betrachtet man das Verhalten „Anteil an Umgebung genommen“ wiederum nur auf die Bewohner mit Demenz bezogen, zeigen sich noch größere Unterschiede: Im UW nehmen 53,9% dieser Gruppe „häufig Anteil an der Umgebung“, in der SCU 33,3% im PH nimmt keiner häufig Anteil an der Umgebung. Missbräuchlicher Alkoholkonsum lässt sich in allen drei Wohnformen nicht feststellen.

9.2.3 Neuropsychiatrische Symptome

Mit einer modifizierten Version des Neuropsychiatrischen Inventars Version für Pflegeheime (mNPI-Q-NH) und ergänzenden Fragen wurden neuropsychiatrische Symptombereiche wie Depressivität, Gereiztheit oder Wahnvorstellungen erfasst und nach der Häufigkeit ihres Auftretens in den vergangenen vier Wochen beurteilt.

Tabelle 14: Neuropsychiatrische Symptome nach mNPI-Q-NH mit häufigem Auftreten in den letzten vier Wochen: Vergleich alle Bewohner – Bewohner mit Demenz nach Wohnformen (%)

	alle Bewohner			Bewohner mit Demenz		
	UW	SCU	PH	UW	SCU	PH
Ängstlichkeit	1,4	8,3	0,0	1,4	8,3	0,0
Gereiztheit	3,5	8,3	11,1	4,3	8,3	11,1
Nachts unruhig/wach	3,5	0,0	22,2	9,0	0,0	44,4
Nächtliches Stören	3,5	0,0	22,2	4,3	0,0	44,4
Zurückgezogen und apathisch	7,2	33,3	16,7	11,6	33,3	22,2
Agitiertheit	9,4	33,3	16,7	11,6	33,3	33,3
Bewegungsdrang	9,6	16,7	5,6	11,7	16,7	11,1
Ein-/Durchschlafprobleme	10,5	0,0	27,8	8,9	0,0	44,4
Traurig oder depressiv	52,5	50,0	38,9	54,6	50,0	33,3
Mittelwert	11,2	16,7	17,9	13,1	16,7	27,2

mNPI-Q-NH: modified Neuropsychiatric Inventory Questionnaire - Nursing Home Version

Tab. 14 zeigt bei ausgewählten neuropsychiatrischen Symptomen welche bei allen Bewohnern im Vergleich zu Bewohnern mit Demenz „häufig“ d.h. mit einer gewissen Schwere in den drei Wohnformen aufgetreten sind. Ein Vergleich der Mittelwerte zeigt auch hier signifikante Unterschiede. Im UW liegt der Mittelwert über alle Be-

wohner bei 11,2, im PH bei 17,9, d.h. im Durchschnitt weisen deutlich mehr Bewohner im PH neuropsychiatrische Symptome bzw. spezifische Verhaltensweisen häufig auf. Dies zeigt sich noch deutlicher bei Bewohnern mit Demenz. Während im UW der Mittelwert annähernd konstant bei 13,1 bleibt, steigt er im PH auf 27,2 an. In der SCU liegt er bei 16,7. Das heißt, dass im UW geringere Unterschiede zwischen allen Bewohnern und Bewohnern mit Demenz zu verzeichnen sind, sich also auf ein förderlicheres Milieu v.a. auch für Menschen mit Demenz schließen lässt. Im PH ist der Unterschied beim Auftreten von neuropsychiatrischen Symptome und weiteren ausgewählten Verhaltensweisen zwischen allen Bewohnern und Bewohnern mit Demenz deutlich höher, was auf ein weniger förderliches Milieu für diesen Personenkreis schließen lässt. Betrachtet man die einzelnen Symptome und Verhaltensweisen, ist im UW das mit Abstand häufigste Symptom „traurig oder depressiv“. Es ist bei 52,5% aller Bewohner vertreten und dies bleibt auch annähernd so, wenn man nur die Bewohner mit Demenz betrachtet (54,6%). Im PH streut sich das Vorkommen bis auf wenige Symptome zwischen 38,9% und 16,7% und bei Bewohnern mit Demenz zwischen 44,4% und 22,2%.

Betrachtet man alle Bewohner fällt besonders das Merkmal „traurig oder depressiv“ auf, das in allen drei Wohnformen im Vergleich zu den anderen Symptomen bei sehr vielen Bewohnern auftritt: im UW bei 52,5%, der SCU bei 50% und im PH bei 38,9%. Eine Betrachtung nach Demenz zeigt, dass im UW 63% eine Demenz haben, in der SCU alle (100%) und im PH 42,9%. Das bedeutet umgekehrt, dass Traurigkeit bzw. Depressivität auch bei nicht an Demenz erkrankten Bewohnern in beträchtlichem Maße in Erscheinung tritt. Es könnte auch weiter darauf hindeuten, dass Menschen mit depressiven Störungen ohne Demenz eine wichtige Gruppe sind, die auf Wohnformen mit höherem Versorgungspotential angewiesen sind. Sonst liegt der Anteil bei allen Bewohnern, die oben genannte Symptomatik „häufig“ zeigen, im UW zwischen 1,4% und 10,5%, im PH deutlich höher zwischen 5,6% und 27,8%.

Bei den Bewohnern mit Demenz dominiert im UW und in der SCU wiederum die Symptomatik „traurig oder depressiv“ mit 54,6% bzw. 50%. Die anderen Symptome treten dagegen im UW und der SCU deutlich weniger auf (zwischen 1,4% und 11,7% bzw. 8,3% und 33,3%). Im PH liegen diese Werte zwischen 11,1% und 44,4%. Dabei

fällt im PH auf, dass die höchsten Werte (jeweils 44,4%) mit nächtlicher Aktivität assoziiert sind: „nachts unruhig oder wach“, „nächtliches Stören“ und „Ein-/Durchschlafprobleme“. Im UW und in der SCU liegen die deutlich höchsten Werte in zwei gegensätzlichen Ausdrucksformen: „traurig oder depressiv“ und „zurückgezogen und apathisch“ bzw. „Agitiertheit“ und „Bewegungsdrang“.

Tabelle 15: Generelles Auftreten neuropsychiatrischer Symptome und ausgewählte Verhaltensweisen: Vergleich alle Bewohner – Bewohner mit Demenz nach Wohnformen (%)

	alle Bewohner			Bewohner mit Demenz		
	UW	SCU	PH	UW	SCU	PH
Aggression gegen Sachen	1,6	16,7	11,1	1,6	16,7	22,2
Suicidal	3,2	0,0	5,6	5,0	0,0	11,1
Alkoholkonsum Missbrauch	3,8	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0
Aggression gegen Personen	5,9	25,0	11,1	6,3	25,0	22,2
Wahnvorstellungen	7,5	54,5	5,6	7,5	54,5	0,0
Nächtliches Stören	8,4	50,0	27,8	10,0	50,0	55,6
Unruhig/wach	8,4	66,7	27,8	68,0	66,7	66,7
Aggressive Äußerungen	11,9	33,3	11,1	12,2	33,3	22,2
Abends verwirrt	20,0	0,0	52,9	29,4	0,0	100,0
Probleme Kooperation mit Personal	21,6	50,0	5,6	20,9	50,0	11,1
Misstrauen	23,5	50,0	22,2	23,3	50,0	22,2
Ängstlichkeit	23,7	100,0	5,6	32,6	100,0	11,1
Bewegungsdrang	24,9	25,0	22,2	29,2	25,0	44,4
Agitiertheit	27,8	58,3	27,8	31,1	58,3	44,4
Gereiztheit	34,6	33,3	38,9	33,1	33,3	55,6
Zurückgezogen und apathisch	36,1	83,3	38,9	42,9	83,3	44,4
Ein-/Durchschlafprobleme	47,8	66,7	61,1	59,5	66,7	77,8
Anteil an Umgebung genommen	86,7	66,7	77,8	82,7	66,7	66,7
Gut gelaunt	94,6	66,7	72,2	95,6	66,7	55,6
Traurig oder depressiv	99,0	100,0	77,8	100,0	100,0	66,7
Mittelwert	29,6	47,3	30,1	34,7	47,3	40,0

Tab. 15 zeigt in der Gesamtheit, in welcher Häufigkeit die neuropsychiatrischen Symptome und weitere ausgewählte Verhaltensweisen bei allen Bewohnern in den letzten vier Wochen generell aufgetreten sind. Es gibt einen Eindruck davon, welche

sozialen Milieus unter diesem Blickwinkel in den einzelnen Wohnformen anzutreffen sind. In allen drei Wohnformen kommen neuropsychiatrische Symptome und ausgewählte Verhaltensweisen in sehr unterschiedlicher Ausprägung, aber insgesamt in beträchtlichem Ausmaß vor.

Ein Vergleich der Mittelwerte über alle Bewohner und die drei Wohnformen zeigt, dass sie im UW (29,6) und PH (30,1) nahezu identisch sind. Bei einem knappen Drittel aller Bewohner kommen solche Symptome also generell vor, in der SCU tritt sie dagegen bei knapp der Hälfte der Bewohner (47,3) auf. Dies verändert sich in Bezug auf Bewohner mit Demenz: Im UW steigt der Wert leicht von 29,6 auf 34,7, im PH deutlicher von 30,1 auf 40,0. Das heißt, dass sich im UW geringere Unterschiede zwischen allen Bewohnern und Bewohnern mit Demenz zeigen, sich also auf ein förderlicheres Milieu v.a. auch für Menschen mit Demenz schließen lässt. Im PH ist der Unterschied beim Auftreten von neuropsychiatrischen Symptome und weiteren ausgewählten Verhaltensweisen zwischen allen Bewohnern und Bewohnern mit Demenz deutlich höher, was auf ein weniger förderliches Milieu für diesen Personenkreis schließen lässt.

Hält man fest, dass neuropsychiatrische Symptome und ausgewählte Verhaltensweisen im Durchschnitt bei Bewohnern im UW und PH mit Demenz - wenn auch in unterschiedlichem Maß - ansteigen, so gibt es umgekehrt wenige Ausnahmen, in denen mehr Bewohner ohne Demenz als mit Demenz neuropsychiatrische Symptome zeigen: „traurig oder depressiv“ sind im PH mehr Bewohner ohne Demenz (77,8%) als mit Demenz (66,7%). Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass auf Depressivität auch ein größeres Augenmerk im Pflegeheim gelegt werden muss. Betrachtet man das Vorkommen der einzelnen Symptome über alle Bewohner kommen im UW und im Pflegeheim bei sehr vielen Bewohnern (86,7%-99% bzw. 72,2-78,8%) gleichzeitig die positiven und negativen Grundstimmungen „Traurigkeit und Depressivität“, „gute Laune“ und „Anteil an der Umgebung genommen“ vor.

9.2.4 Agitiertes, herausforderndes Verhalten

Tab. 16 zeigt, welches agitierte, herausfordernde Verhalten 1-2mal pro Woche auftritt. Agitiertes Verhalten, das seltener, nämlich „einmal bis mehrmals in der Woche“ beobachtet wird, kommt im UW in 10 verschiedenen Formen, aber insgesamt nur bei wenigen Bewohnern vor.

Tabelle 16: Agitiertes, herausforderndes Verhalten „1-2mal pro Woche“ nach mCMAI: Vergleich alle Bewohner – Bewohner mit Demenz nach Wohnformen (%)

	alle Bewohner			Bewohner mit Demenz		
	UW	SCU	PH	UW	SCU	PH
Inadäquates Ausziehen	0,0	0,0	5,6	0,0	0,0	11,1
Urinieren-Einkoten in Wohnräumen	0,0	0,0	5,6	0,0	0,0	11,1
Stoßen	0,0	8,3	0,0	0,0	8,3	0,0
Beißen	0,0	8,3	0,0	0,0	8,3	0,0
Selbstverletzung	0,0	8,3	0,0	0,0	8,3	0,0
Zerreißen, Zerstören fremden Eigentums	0,0	8,3	0,0	0,0	8,3	0,0
Schreien	0,0	8,3	0,0	0,0	8,3	0,0
Absichtliches Fallen	0,0	9,1	0,0	0,0	9,1	0,0
Essen/Trinken ungeeigneter Substanzen	0,0	9,1	0,0	0,0	9,1	0,0
Anfassen mit schmutzigen Händen	0,0	36,4	0,0	0,0	36,4	0,0
Körperlich sexuelle Annäherung	1,4	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0
Manierismen	1,4	8,3	0,0	1,4	8,3	0,0
Ständiges Suchen nach Zuwendung	1,4	8,3	0,0	1,4	8,3	0,0
Abweichender Ausdruck	1,4	8,3	11,1	1,4	8,3	22,2
Kratzen	1,4	25,0	0,0	1,4	25,0	0,0
Weglaufen	1,8	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0
Eindringen in Räume	3,2	8,3	11,1	3,2	8,3	22,2
Schlagen	3,2	16,7	0,0	3,5	16,7	0,0
Nahrungsverweigerung	3,4	16,7	5,6	3,6	16,7	11,1
Intensive Beweglichkeit	7,9	8,3	0,0	7,1	8,3	0,0
Mittelwert	1,3	9,8	1,9	1,3	9,8	3,9

mCMAI: Modified Cohen-Mansfield-Agitation-Inventory

Intensive Beweglichkeit hat mit 7,9% den höchsten Wert, ansonsten liegen die Werte bei 3,4% und weniger. In der SCU treten 13 herausfordernde Verhaltensformen auf. Zwei Verhaltensweisen treten bei einem höheren Anteil an Bewohnern auf: „Anfassen anderer mit schmutzigen Händen“ bei 36,4% der Bewohner, „Kratzen und Kneifen“ bei einem Viertel (25,0%). Ansonsten kommen bis auf wenige Ausnahmen herausfordernde Verhaltensweisen zwischen 16,7% und 8,3% der Bewohner vor. Im PH

kommt agitiertes Verhalten, das einmal oder mehrmals pro Woche beobachtet wird, nur in 5 verschiedenen Formen vor: „abweichender Ausdruck“ und „Eindringen in fremde Räume“ bei jeweils 11,1% der Bewohner, „inadäquates Ausziehen“, „Urinieren und Einkoten in Wohnräumen“ und „Nahrungsverweigerung“ bei jeweils 5,6% der Bewohner. Die Mittelwerte zeigen wiederum, dass im UW die Werte über alle Bewohner und Bewohner mit Demenz konstant bleiben, im PH eine leichte Zunahme der herausfordernden Verhaltensweisen bei Bewohnern mit Demenz zu verzeichnen ist. Im Wesentlichen beschränken sich die herausfordernden Verhaltensweisen in allen drei Wohnformen auf die Bewohner mit Demenz. Die höheren Werte im PH deuten auf ein weniger förderliches Milieu als im UW für diese Personengruppe hin.

Tabelle 17: Agitiertes, herausforderndes Verhalten "einmal bis mehrmals täglich" nach mCMAI: Vergleich alle Bewohner – Bewohner mit Demenz nach Wohnformen (%)

	alle Bewohner			Bewohner mit Demenz		
	UW	SCU	PH	UW	SCU	PH
Stoßen	0,0	8,3	0,0	0,0	8,3	0,0
Selbstverletzung	0,0	8,3	0,0	0,0	8,3	0,0
Nahrungsverweigerung	0,0	8,3	0,0	0,0	8,3	0,0
Absichtliches Fallen	0,0	9,1	0,0	0,0	9,1	0,0
Anfassen mit schmutzigen Händen	0,0	18,2	11,1	0,0	18,2	0,0
Inadäquates Ausziehen	0,0	25,0	0,0	0,0	25,0	0,0
Intensive Beweglichkeit	0,0	25,0	0,0	0,0	25,0	0,0
Weglaufen	1,4	8,3	5,6	1,4	8,3	11,1
Manierismen	1,4	16,7	11,1	1,4	16,7	22,2
Bespucken	1,8	0,0	0,0	3,6	0,0	0,0
Gegenstände verstecken, sammeln	3,0	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0
Eindringen in Räume	3,0	16,7	0,0	3,0	16,7	0,0
Schreien	4,6	16,7	16,7	5,7	16,7	33,3
Abweichender Ausdruck	5,2	16,7	11,1	5,7	16,7	22,2
Ständiges Suchen nach Zuwendung	10,6	16,7	5,6	10,0	16,7	11,1
Mittelwert	2,1	12,9	4,1	2,3	12,9	6,7

mCMAI: modified Cohen-Mansfield-Agitation-Inventory

Herausforderndes Verhalten, das mit schwerer Ausprägung "einmal bis mehrmals täglich" auftritt, kann eine besondere Belastung der Betroffenen, anderer Bewohner und Mitarbeiter sein (Tab. 17). Über alle drei Wohnformen betrachtet kommen insgesamt 15 Verhaltensweisen der 25 Items des mCMAI einmal bis mehrmals täglich vor.

Fast alle, nämlich 13, kommen in der SCU vor und verglichen mit UW und PH bei den meisten Bewohnern: „Intensive Beweglichkeit, die extrem aufdringlich oder störend ist“ sowie „inadäquates Ausziehen“ ist jeweils bei einem Viertel der Bewohner (25,0%) zu beobachten, „Anfassen mit schmutzigen Händen“ bei 18,2% und „Manierismen“, „Eindringen in fremde Räume/Liegen in fremden Betten“, „anhaltendes Schreien“, „abweichender Ausdruck“ und „ständige Suche nach Zuwendung“ bei jeweils 16,7% der Bewohner, die weiteren herausfordernden Verhaltensweisen liegen zwischen 9,1 und 8,3%.

Im UW sind signifikant weniger herausfordernde Verhaltensweisen zu beobachten. Bei 10,6% der Bewohner ist das ständige nicht beeinflussbare Suchen nach Zuwendung die am häufigsten beobachtete agitierte Verhaltensweise, 6 weitere kommen zwischen 1,4% und 4,9%, also bei vergleichsweise wenigen Bewohnern vor. Im Pflegeheim werden 6 agitierte Verhaltensweisen beobachtet, wobei das „anhaltende Schreien“ mit 16,7% der Bewohner das häufigste ist, gefolgt vom „Anfassen mit schmutzigen Händen“, „Manierismen“ und „abweichendem Ausdruck“ mit je 11,1%, „Gefährdung durch Weglaufen“ und „ständiges nicht beeinflussbares Suchen nach Zuwendung“ bei 5,6% der Bewohner. Auch hier sind wieder hauptsächlich die Bewohner mit Demenz diejenigen, die das herausfordernde Verhalten zeigen. Betrachtet man nur diese Gruppe, zeigen 1/3 der Bewohner mit Demenz „anhaltendes Schreien“, je 22% zeigen „Manierismen“ und „abweichenden Ausdruck“ und je 11,1% neigen zum „Weglaufen“ oder sind auf der „ständigen Suche nach Zuwendung“. Nur das „Anfassen mit schmutzigen Händen“ wird nur bei Menschen ohne Demenz als herausforderndes Verhalten dokumentiert. Die Untersuchung von Schäufele et al. (2008) in den stationären Einrichtungen Baden-Württemberg ergab bei den herausfordernden Verhaltensweisen ein ähnliches Ergebnis wie die Befunde im PH: das vom Personal als emotional am belastendste Verhalten wurde das „Weglaufen“, „lautes Schreien oder Rufen“, „Unruhe und Getriebensein“, „Aggressionen“ und „Distanzlosigkeit“ benannt, die im Rahmen der Betreuung zeitaufwändigsten Verhaltensweisen das „Weglaufen“, „Getriebensein“, „lautes Schreien und Rufen“, „Abwehr von Pflegemaßnahmen“ und „Anhänglichkeit, Anklammern“ (ebd., S. 46).

Eine Auswertung der CMAI nach Demenz zeigt, dass herausforderndes Verhalten mit schwerer Ausprägung im Wesentlichen bei Menschen mit Demenz vorkommt. Nur das Merkmal „ständige Suche nach Zuwendung“ kommt auch bei Menschen ohne Demenz mit schwerer Ausprägung vor und es ist das Merkmal im UW mit den häufigsten Nennungen überhaupt (10,6%). Soziale Zuwendung ist also ein wichtiges Merkmal für gemeinschaftliches Wohnen ungeachtet einer dementiellen Erkrankung. „Urinieren/Einkoten in Wohnräumen“ und „intensive Beweglichkeit“ kommt zwar bei beiden Gruppen (alle Bewohner/Bewohner mit Demenz) vor, aber doch seltener (einmal bis mehrmals in der Woche).

Zusammenfassung:

In den drei Wohnformen wird deutlich, dass positives und negativer Gefühlsausdruck, neuropsychiatrische Symptome und herausfordernde Verhaltensweisen insbesondere bei Menschen mit Demenz Ausdruck von förderlichen bzw. wenig förderlichen und schädlichen Umweltbedingungen sind. Die Befunde zeigen, dass dieser Personenkreis sehr vom UW und der SCU profitiert, im PH tendenziell unterversorgt ist. Neuropsychiatrische Symptome unterschiedlicher Art treten im PH sehr häufig zutage (bis zu 44,4%), während sie im UW sehr reduziert (unter 11%) vorkommen. Beim Symptom „traurig und depressiv“ treten sie aber bei mehr als der Hälfte der Menschen mit Demenz (54,6%) auf. Dass Freude und Interesse als positive Emotionen hier häufig und deutlich ausgeprägter vorkommen als im PH verweist darauf, welch großen Einfluss personelle Präsenz auf Gefühlsausdruck und neuropsychiatrische Symptome hat. Menschen mit depressiven Störungen sind in allen drei Wohnformen von besonderer Bedeutung. Herausfordernde Verhaltensweisen kommen ebenfalls in allen drei Wohnformen immer wieder vor. Mehrmals täglich treten sie vor allem im PH und in der SCU auf. In fortgeschrittenem Stadium der Demenz scheint die Symptomatik auch durch intensive personelle Präsenz nicht völlig beeinflussbar, sondern führt in nicht wenigen Fällen zu Problemen in der Kooperation.

9.3 Wahrgenommene Lebensqualität

In diesem Kapitel wird wahrgenommene Lebensqualität als subjektive Einschätzung des Einzelnen von Lebensbereichen, die ihm wichtig sind, gemessen. Da Menschen

mit Demenz dazu nicht zuverlässig befragt werden können, wurden Items ausgewählt, die erfahrungsgemäß bei Befragungen älterer Menschen als wichtige Bereiche genannt werden wie soziale Kontakte, Qualität der ärztlich/medizinischen und pflegerischen Versorgung, Umgang des Personals mit den Bewohnern und freiheitseinschränkende Maßnahmen.

9.3.1 Soziale Kontakte

Soziale Kontakte haben auch eine große Bedeutung für die Lebensqualität von Menschen in Einrichtungen. Sozialkontakte innerhalb der Einrichtung bzw. Wohnung spielen ebenso eine wichtige Rolle wie die nach außen bzw. zu Familie, Freunden und Bekannten. Tab. 18 gibt einen Überblick, welche sozialen Kontakt zu wem bestehen.

Soziale Kontakte innerhalb der Einrichtung:

Bei den Sozialkontakten innerhalb der Einrichtung zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Demenzkranken und nicht Demenzkranken und zwischen den unterschiedlichen Wohnformen. Die Sozialkontakte zwischen Personal und Bewohnern sind in allen Wohnformen zahlreicher als von Bewohnern zu Bewohnern. Die Sozialkontakte von Bewohnern mit Demenz sind tendenziell niedriger im Vergleich zu allen Bewohnern. Größere Unterschiede, was die Sozialkontakte bei Menschen mit Demenz betrifft, sind zwischen den Wohnformen zu verzeichnen.

Tabelle 18: Soziale Kontakte: Vergleich alle Bewohner – Bewohner mit Demenz nach Wohnformen (%)

	alle Bewohner			Bewohner mit Demenz		
	UW	SCU	PH	UW	SCU	PH
Sozialkontakte zu Personal						
interessiert	64,1	33,3	77,8	56,1	33,3	66,7
zurückgezogen	24,1	25,0	0,0	29,3	25,0	0,0
keine Kommunikation	11,8	41,7	22,2	14,6	41,7	33,3
Sozialkontakte zu anderen Bewohnern						
interessiert	59,0	25,0	72,2	48,8	25,0	55,6
zurückgezogen	27,2	8,3	5,6	34,1	8,3	11,1
keine Kommunikation	13,8	66,7	22,2	17,1	66,7	33,3
Besuche von Verwandten und Bekannten						
nie	14,6	8,3	5,6	4,9	8,3	11,1
gelegentlich, höchstens 1 mal pro Woche	36,7	16,7	66,7	41,5	16,7	66,7
häufig, mindestens 1 mal pro Woche	48,7	75,0	27,8	53,7	75,0	22,2
Hauptkontakt von außen						
Ehepartner	6,5	25,0	5,6	7,5	25,0	11,1
Schwiegerkind/Kind	38,5	58,3	38,9	45,0	58,3	33,3
Andere Familienmitglieder	32,9	16,7	44,4	27,5	16,7	33,3
Freundin	2,4	0,0	5,6	2,5	0,0	11,1
Nachbar/in	4,2	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0
Sonstige	15,5	0,0	5,6	12,5	0,0	11,1

Vom Personal zurückgezogen werden deutlich mehr Bewohner im UW (28,6%) und der SCU (25,0%) als im PH (0,0%) erlebt. Ähnlich verhält es sich mit den Sozialkontakten zu anderen Bewohnern: Während im UW etwas mehr als ein Drittel (34,1%) der demenzerkrankten Bewohner zu anderen Bewohnern zurückgezogen erlebt wird, sind es im PH nur 11,1%, in der SCU ebenfalls nur 8,3%. Eine andere Qualität der Sozialkontakte wird mit dem Item „keine Kommunikation“ abgefragt. Im UW kommuniziert nur ein kleinerer Anteil der Bewohner mit Demenz nicht mit Personal (14,6%) oder Mitbewohnern (17,1%). Im PH dagegen liegt der Anteil der Bewohner, die nicht mit dem Personal und nicht mit anderen Mitbewohnern kommunizieren jeweils bei einem Drittel (33,3%). Ein noch größerer Unterschied wird in der SCU deutlich: keine Kommunikation mit Personal findet bei 41,7% der Bewohner statt, zwei Drittel (66,7%) kommunizieren nicht mit anderen Bewohnern.

Sozialkontakte zu Personen außerhalb der Einrichtung:

Im UW hatten knapp die Hälfte der Bewohner (48,7%), in der SCU 3/4 der Bewohner (75%) und im PH ein gutes Viertel der Bewohner (27,8%) in den letzten vier Wochen

häufig bzw. mindestens einmal pro Woche Besuch von Verwandten und Bekannten. 14,4% im UW, 8,3% in der SCU und 5,6% im PH hatten keinen Besuch. Auch hier zeigen sich wieder deutliche Unterschiede beim Vergleich aller Bewohner mit denen mit Demenz: Im UW steigt der Anteil bei den Bewohnern mit Demenz, die häufig Besuche von außen erhalten, im PH fällt er ab. Hauptkontaktpersonen von außen sind in allen drei Wohnformen die Kinder bzw. Schwiegerkinder. Während in der SCU Ehepartner (25%) die nächstwichtigen Kontaktpersonen sind, sind es im UW und PH andere Familienmitglieder (32,9% bzw. 44,4%). Auffallend ist, dass im UW auch Nachbarn und sonstige Personen mit zusammen 19,7% wichtige Kontaktpersonen sind.

9.3.2 Ärztliche und medizinische Versorgung

In Tab. 19 ist die ärztliche und medizinische Versorgung dargestellt. Im UW und in der SCU haben mehr als drei Viertel der Bewohner (77,7% bzw. 75%) in den letzten vier Wochen im 14tägigen Rhythmus einen Arztbesuch erhalten, im PH mit 56,6% deutlich weniger. 14,3% der Bewohner des UW hatten in den letzten vier Wochen einen Krankenhausaufenthalt, aber nur 8,3% der SCU und 5,6% des PH. Die geringere Frequenz der Inanspruchnahme externer medizinischer Gesundheitsdienstleistungen könnte mit der höheren Präsenz von Pflegefachkräften in der SCU und im PH zusammenhängen. Eine ambulante psychiatrische Behandlung in den vergangenen vier Wochen hatten alle Bewohner der SCU, die mit ihrer speziellen gerontopsychiatrischen Ausrichtung regelhaft von einem Psychiater aufgesucht und beraten wird, dagegen nur 16% der Bewohner des UW und 11% des PH.

Tabelle 19: Ärztliche und medizinische Versorgung nach Wohnformen (%)

	UW	SCU	PH
Arztbesuche 14tägig	77,7	75,0	55,6
Psychiatrische Behandlung ambulant	16,0	100,0	11,1
Krankenhausaufenthalt	14,3	8,3	5,6

9.3.3 Behandlung mit Psychopharmaka

Ein großer Anteil der untersuchten Bewohner erhält Psychopharmaka, wobei es einen deutlichen Unterschied in den Wohnformen gibt: Drei Viertel der Bewohner der SCU erhält Psychopharmaka, 58,6% im UW und 38,9% im PH (Tab. 20). Die meisten Bewohner wurden mit Neuroleptika, Antidepressiva und Sedativa behandelt, wobei sich große Unterschiede auch innerhalb der einzelnen Einrichtungen des UW beobachten lassen. Das lässt auf gewisse Unterschiede bezüglich der Zielrichtung pharmakologischer Strategien bei den Ärzten schließen. Die Behandlung nichtkognitiver Störung zielt in den meisten Fällen auf depressive oder wahnhaftige Syndrome ab, auf Störungen des Antriebs und des Tag-Nacht-Rhythmus und Verhaltensstörungen bei Demenz (Gutzmann, Zank, 2005, S. 72ff). Insgesamt ist die Psychopharmakotherapie bei Menschen mit Demenz stark in der Diskussion bezüglich Zielsetzungen, Wirksamkeit, Nebenwirkungen und nichtmedikamentösen Therapien als Alternative (Meissnest, 2009).

Tabelle 20: Behandlung mit Psychopharmaka nach Wohnformen (%)

	UW	SCU	PH
Bewohner, die mit Psychopharmaka behandelt werden	58,6	75,0	38,9
Sedativa nie	79,7	100,0	83,3
Neuroleptika nie	70,5	50,0	66,7
Antidepressiva nie	85,9	58,3	83,3
Acetylcholinesterasehemmer nie	96,6	91,7	100,0
Nootropika nie	95,0	100,0	100,0

9.3.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Freiheitsentziehende Maßnahmen sind eine bedeutsame Dimension der Lebensqualität. Der Einsatz eines Bettseitenteils oder Stecktisches kommt in allen drei Wohnformen vor, ein Fixiergurt nur im UW (Tab. 21). Im Untersuchungszeitraum kamen Stürze nur im PH vor.

Tabelle 21: Freiheitsentziehende Maßnahmen und Sturzvorkommnisse nach Wohnformen (%)

	UW	SCU	PH
Bettseitenteil oder Stecktisch			
nie	64,1	25,0	61,1
mehr als die Hälfte der Zeit	27,9	75,0	38,9
Fixiergurt in Gebrauch			
nie	88,9	100,0	100,0
mehr als die Hälfte der Zeit	11,1	0,0	0,0
Sturzvorkommnisse			
keine	100,0	100,0	83,3
leicht	0,0	0,0	11,1
schwer	0,0	0,0	5,6

9.3.5 Positive Ereignisse (PDC) und Personale Detraktionen (PD)

Positive Ereignisse als Ausdruck eines wertschätzenden Kontakts und Personale Detraktionen (Kuhn, Verity, 2004, S. 40) als Ausdruck von Handlungen, bei denen Personen mit Demenz Erniedrigungen erfahren und die Anerkennung als Person gemindert wird, haben Einfluss auf das Wohlbefinden der Personen.

Tabelle 22: Positive Ereignisse (PDC) nach DCM nach Wohnformen (Mittelwert über 3t)

	UW	SCU	PH
1 Allgemeine Beziehungsarbeit	0	1	0
2 Bedürfnisorientiertes Handeln	1	3	0
3 Wahrnehmung von Bedürfnissen	1	2	1
4 Körperbezogene Beziehungsarbeit	0	1	1
5 Wertschätzung	2	0	0
6 Bienchendienste	0	0	0
7 Validation	0	0	0
8 Interaktionsstil	2	0	0
9 Anerkennung	1	0	0
10 Personenzentriertheit	1	0	0
11 Biografiearbeit	1	0	0
12 Motivation	1	0	0
13 Facilitation/Erleichterung	1	0	0
14 Care	0	0	0
15 Sensibilität	1	0	0
16 Allgemeine Freundlichkeit	0	0	0
17 Konfliktintervention	1	0	0
18 Miteinbeziehen	1	0	0
19 Beziehungsunterstützung Bewohner zu Bewohner	1	0	0
20 Non-verbale Kommunikation	0	0	0
21 Flirten	0	0	0
22 Vertrautheit	0	0	0
23 Geborgenheit	0	0	0
gesamt	16	7	2

PDC: Personal Detraction Coding; DCM: Dementia Care Mapping

Tab. 22 zeigt die dokumentierten positiven Ereignisse (PDC). Im UW konnten über die Messzeitpunkte durchschnittlich 16 positive Ereignisse unterschiedlicher Art dokumentiert werden. In der SCU waren es 7, wobei das bedürfnisorientierte Handeln

und die Wahrnehmung von Bedürfnissen eine wichtige Rolle spielen. Im PH konnten nur 2 positive Ereignisse dokumentiert werden.

Personale Detraktionen (vgl. Anhang) waren im UW und der SCU nicht festzustellen, im PH waren mehrere, nämlich „ignorieren“, „überholen“, „vorenthalten“ und „zwingen“ zu beobachten. Dies entspricht den Befunden von Hening et al., 2006, S. 147, die „ignorieren“, „überholen“, „zum Objekt machen“, „entmächtigen“, „vorenthalten“ und „zwingen“ als die sechs häufigsten PDs in den von ihnen untersuchten Pflegeheimen beobachten konnten.

9.3.6 Sicherstellung von Dienstleistungen, Präsenz unterstützen der Personen

In allen Wohnungen des Unterstützten Wohnens ist eine personelle Präsenz von 24 Stunden gegeben. Sie unterscheidet sich allerdings in der personellen Dichte d.h. wieviel Personen sind gleichzeitig präsent, welche Qualifikation bzw. welche Kompetenzen haben die präsenten Personen. In den Wohnungen des Unterstützten Wohnens, in denen das Heimgesetz Anwendung findet, sind Pflegefachkräfte 24 Stunden in den Wohn- bzw. Hausgemeinschaften präsent bzw. zumindest in unmittelbarer Nähe abrufbar, z.B. als Pflegedienstleitung eines ambulanten Dienstes. In den Wohnungen des Unterstützten Wohnens, die ordnungsrechtlich ambulant geführt werden, d.h. die nicht unter das Heimgesetz fallen, sind sogenannte Alltagsbegleiter durchgängig präsent. Pflegefachkräfte unterstützen die Bewohner v.a. in pflegerisch bedeutsamen Zeitfenstern morgens und abends. Die Wohnungen des Unterstützten Wohnens, die ordnungs- und leistungsrechtlich als eigene Häuslichkeit bzw. ambulant gelten, stellen umfassende abrufbare Dienstleistungen zur Verfügung. In den Wohnungen, die unter das Heimrecht fallen, werden unterschiedliche Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen pauschal vorgehalten.

Zusammenfassung:

Im Bereich der wahrgenommenen Lebensqualität werden sehr unterschiedliche Aspekte erfasst. In den Sozialkontakten sieht man, dass nach Umfang und Qualität von Kontakten Bewohner mit und ohne Demenz vom UW mehr profitieren als vom PH.

Dies ist unabhängig davon, dass Bewohner als zurückgezogen erlebt werden. Das Milieu im UW wird geprägt durch viel positive Ereignisse und wenig personale Detraktionen. Die geringere Arztbesuchsfrequenz und geringeren Krankenhausaufenthalte im PH könnten dahingehend interpretiert werden, dass im PH eine höhere Präsenz pflegerisch-medizinischen Wissens durch Pflegefachpersonal vorhanden ist und daher weniger auf medizinische Versorgungsleistungen zurückgegriffen wird bzw. werden muss. Die Befunde bei der Behandlung mit Psychopharmaka lassen keine Bezüge zu den einzelnen Wohnformen herstellen, sondern eher zu pharmakologischen Strategien von Ärzten. In allen Wohnformen ist eine 24-Stunden-Präsenz gegeben.

9.4 Objektive Umwelt

9.4.1 Qualitative Merkmale einer häuslichen vs. institutionellen Umwelt

Im nachfolgenden Kapitel werden Wohngemeinschaft 1 als Beispiel für eine häusliche Umwelt und dazu kontrastierend das Pflegeheim als institutionelle Umwelt nach den Dimensionen und Items des PEAP (vgl. Anhang) beschrieben.

Wohngemeinschaft 1

Maximierung von Wahrnehmung und Orientierung

Räumliche Orientierung: Eine sehr gute räumliche Orientierung ergibt sich durch die gewohnte Anordnung einer Vierzimmerwohnung nach süddeutschem Standard. Vom äußeren Treppenaufgang führt ein Zugang zur Wohnung auf einen Flur, der am einen Ende zum Wohn-Ess-Bereich, am anderen Ende zum Badezimmer führt, so dass man freie Sicht auf häufig verwendete Ziele hat und im Flur erkennen kann, woher man kommt und wohin man geht. Die Flure auf den einzelnen Etagen sind kurz und mit nur fünf Zimmerzugängen, die dadurch leicht zu identifizieren sind.

Visuelle Differenzierung: Die Zimmer sind mit Namen bzw. Fotos individuell kenntlich gemacht. Die Räume haben hohe zeitliche und inhaltliche Vorhersehbarkeit durch visuelle Differenzierung. Die Zimmer sind nach ihrer Funktionalität mit entsprechenden Möbeln und Zubehör ausgestattet. So beispielsweise das Esszimmer mit Esstischen, heller Lampe, Geschirrschrank, Beistellschrank als Ablage für Zeitungen und Schriftliches, Radio-TV, große Uhr, passendes Gemälde, das oben liegende Wohn-

zimmer als gute Stube mit dreiseitiger Sofasitzecke und Sofatisch, großer Wohnzimmerschrankwand und Standuhr. Die Küche ist eine klassische Einbauküche zur Vollversorgung mit bekannten Haushaltsgeräten eines Familienhaushalts.

Zeitliche und räumliche Vorhersehbarkeit: In den Räumen gibt es regelmäßige Programmtätigkeiten entsprechend eines normalen Alltagsablaufs: In der Küche werden Mahlzeiten zubereitet. Im Esszimmer werden aus Platzgründen bei Bedarf ebenfalls Mahlzeiten vorbereitet, hier wird gegessen, Alltag besprochen, Alltägliches bearbeitet (Wäsche bügeln, Zeitung lesen, Radio hören, Besuche von Angehörigen besprechen, Geburtstage planen) und es ist der Treffpunkt für die ganze Gruppe. Die einzelnen Räume, auch die der Bewohner, unterscheiden sich stark, da sie von den Bewohnern individuell möbliert werden. Nur die Pflegebetten sind einheitlich. Allerdings hat jeder Bewohner auch seine eigene Bettwäsche.

Maximierung von Sicherheit

Möglichkeiten der Überwachung von Personen durch Personal: Eine unaufdringliche, nicht-institutionelle Überwachung der Bewohner in Fluren und halböffentlichen Bereichen durch das Personal ist möglich. Durch die starke personelle bzw. zeitliche Präsenz der Mitarbeiter bei gleichzeitiger Überschaubarkeit der Bewohneranzahl und räumlichen Größe der Gesamtwohnung ist eine hohe Kontaktfrequenz vorhanden. Bewohner können auch ihrerseits problemlos nach Bedarf Kontakt zum Personal aufnehmen, z.B. wenn sie sich ängstigen. Zu regelmäßigen Zeiten sind Mitarbeiter auch an erwartbaren Orten aufzufinden, z.B. ab 10.30 Uhr in der Küche bzw. im Esszimmer. Es ist immer mindestens eine Person in der WG präsent.

Möglichkeiten zur Überwachung von unerlaubtem Verlassen des Gebäudes: Zur Überwachung der Ausgänge sind keine elektronischen Sicherungsmöglichkeiten vorgesehen und vorhanden. Es wird bewusst auf die personale Präsenz gesetzt. Gleichwohl liegen bei 50% der Bewohner gelegentlicher oder häufiger Bewegungsdrang vor. Gefahr zum Weglaufen wird bei keinem der Bewohner wahrgenommen, obwohl eine Bewohnerin während der Untersuchung immer nach dem Mittagessen „nach Hause“ gehen wollte. Diese kritische Zeit wurde vom Personal durch Ablenkungsaktivitäten überbrückt. Vom Grundsatz her waren keine elektronischen Rufanlagen in den Zimmern vorgesehen. Man setzt hier auch auf die räumliche Über-

schaubarkeit, in der sich Bewohner bei Bedarf auch mit eigener Stimme bemerkbar machen können und gehört werden. Auf Anordnung der Heimaufsicht wurde eine mobile Rufanlage installiert, die auf ein Mobiltelefon der Präsenzkraft geschaltet wird.

Milderung potentieller Gefahrenquellen: Handläufe bzw. Griffe sind im Flurbereich und den Bädern installiert, im Wohnbereich und den Privatzimmern keine. Entlang der Flure und Handläufe gibt es keine Hindernisse. Da der Flur schmal ist, muss er kategorisch freigehalten werden. Die einzelnen Wohnungsbereiche verfügen über unterschiedliche Bodenbeläge. Die äußeren etagenverbindenden Flure sind mit Fliesen, die internen Flure mit Teppichboden belegt, glänzen nicht und können Stürze dämpfen. Die Küche ist mit Fliesen ausgelegt. Die Zimmer und das Wohn-Esszimmer sind mit wischbaren Bodenbelägen und mit Bodenteppichen ausgelegt. Hier wurde bewusst die Wohnlichkeit über die Sturzgefahr gestellt. Die Bäder entsprechen in Größe und Ausstattung gängigen Badezimmern mit Badewanne, wodurch eingeschränkt Platz für moderne Hilfsmittel bzw. diesbezügliche Unterstützungsmöglichkeit durch das Personal möglich ist. Dies trifft für den gesamten öffentlichen Bereich zu. Der Flur kann aufgrund der geringen Breite nur von einer Person bzw. Rollstuhlfahrer gleichzeitig genutzt werden. Durch die Kürze des Flurs fällt dieser Nachteil allerdings nicht besonders ins Gewicht – die Personen können sich bei Bedarf auf Zuruf verständigen. Die Pflegebetten entsprechen modernen Pflegestandards, können allerdings bei einzelnen Zimmerzuschnitten und Zimmergrößen bei höherem Pflegebedarf nicht optimal eingesetzt werden. Der Aufgang der Bewohner in die unterschiedlichen Etagen ohne Aufzug ist nur mit Treppenlift möglich und birgt höheres Sturzpotential. Im Untersuchungszeitraum wurde kein Sturz festgestellt.

Bereitstellung von Privatheit

Vorschriften bzgl. Privatheit: Vom Grundprinzip ist WG 1 als eine Gemeinschaft von Bewohnern konzipiert, in der professionelle Mitarbeiter „Gaststatus bzw. Assistenzstatus“ haben. Dieser drückt sich auch darin aus, dass kein „Schwesternzimmer/Büro“ vorgesehen ist. Die Zimmer gehören zur Privatsphäre der Bewohner. Anklopfen bei Eintritt gehört zum Selbstverständnis der Mitarbeiter. Die Türen zu den Zimmern können nach Bedarf offen oder geschlossen gehalten werden.

Bewohnerzimmer: Jeder Bewohner verfügt über ein eigenes Zimmer. Die Miete wird nach Größe bemessen. Die Bewohner können sich ganz nach Wunsch in ihren Zim-

mern aufhalten bzw. im Gemeinschaftsbereich. Allerdings wird bei einzelnen Bewohnern, die selbst stark zum Rückzug neigen, darauf hingearbeitet, eine gewisse Zeit in Gemeinschaft zu verbringen. Diese Zeit wird von den Mitarbeitern intensiv begleitet. Je zwei bis drei Bewohner müssen sich einen Sanitärbereich teilen.

Ausweichmöglichkeiten: Durch das Angebot an unterschiedlichen Gemeinschaftsbereichen bzw. Einzelzimmern stehen den einzelnen Bewohnern oder Bewohnergruppen verschiedene Optionen und Ausweichmöglichkeiten zur Verfügung. Für verschiedene Bedarfe können unterschiedliche Räume gewählt werden, z.B. Orte, wo gegessen wird, wo Aktivitäten stattfinden, wo man Körperpflege macht, wo man vertrauliche Gespräche mit unterschiedlichen Personen wie Angehörige, Ärzte oder Seelsorger führen kann.

Regulierung und Qualität von Stimulation (akustisch, visuell, olfaktorisch, taktil)

Akustische Stimulation: Im Wohn-Esszimmer wird der Einsatz von Stereoanlage und Fernseher bewusst reguliert. Über eine Durchreiche ist der Wohn-Essbereich mit der Küche verbunden. So ist neben der funktionalen Ausrichtung auch ein guter räumlicher und sozialer Kontakt zwischen den Arbeits- und Wohnbereichen hergestellt. Die Küchengeräusche (Spülmaschine, Dunstabzugshaube, Küchengeräte, Kochgeräusche) können durch Schließen der Türen bzw. Klapptüren der Durchreiche reguliert werden. Im Untersuchungszeitraum gab es keine im Zimmer schreienden Bewohner, aber im Gemeinschaftsbereich. Eine zu Rückzug neigende Bewohnerin war im Gemeinschaftsbereich durch laut jammernde Vokalisation auffällig. Die Mitarbeiter wogen die Geräuschbelastung der anderen Bewohner und die als sinnvoll erachtete soziale Einbeziehung der Bewohnerin in die Gemeinschaft gut ab. Sie suchten die Dauer der Präsenz der Bewohnerin im Gemeinschaftsraum entsprechend zu dosieren bzw. intervenierten gezielt durch Beschäftigung bzw. Ablenkung. Das Personal vermied gegenseitige laute Zurufe. Die akustische Stimulation kann in der WG 1 als sehr gut bezeichnet werden.

Visuelle Stimulation: Dosierung des Einfalls von Tageslicht ist in allen Räumen durch Gardinen und Rollläden möglich. Die Bewohnerzimmer sind individuell mit Leuchten aus dem Besitz der Bewohner ausgestattet und die Beleuchtungsqualität, was Bedienbarkeit und Regulierung von Lichtstärke betrifft, sehr unterschiedlich. Die Flure

könnten besser ausgeleuchtet werden. Der Wohn-Essbereich in der ersten und das Wohnzimmer in der zweiten Etage verfügt über jeweils zwei Fenster nach Süden und Südwesten, wodurch der Wechsel der Tageszeit und Jahreszeit nachverfolgt werden kann. Der jeweils angeschlossene Balkon ermöglicht guten Sichtkontakt in die Siedlung und zur Nachbarschaft und der Wechsel der Jahreszeiten kann auch im Außenbereich wahrgenommen werden. Allerdings gibt es keinen Garten. Die Wohnung verfügt in den öffentlichen Bereichen insgesamt über Fenster nach allen Himmelsrichtungen, so dass die gesamte Umgebung beobachtet werden kann. Die Ausgestaltung der Wände mit Bildern Fotos und Wandschmuck ist nicht überfrachtet und erfolgt aus dem Besitz und in Abstimmung mit den Bewohnern. Eine große Uhr und ein Wandkalender bieten den Bewohnern eine gute zeitliche Orientierung. Die Tür zum Bad mit WC ist gut sichtbar gekennzeichnet. Die visuelle Stimulation kann als sehr gut bewertet werden.

Stimulation des Geruchssinns: Die Gerüche in der Wohnung sind alltags-, zeit- und ortsspezifisch. Da der Küchen- und Essbereich an einem Ende der Wohnung liegt, können Gerüche, die mit Essenzubereitung zusammenhängen, in diesem Bereich räumlich und zeitlich lokalisiert werden. Je nach Bedarf kann und wird die Tür zur Küche geschlossen, wenn stärkere Gerüche und Geräusche der Essenzubereitung zu dosieren sind. Bei Bedarf kann nach dem Essen gelüftet werden. Diese Elemente werden ganz bewusst von den Mitarbeitern zur Stimulation genutzt. Gerade die Stimulation aus dem Alltäglichen und Bekannten soll therapeutischen Effekt haben ohne künstlich therapeutisch hergestellt zu werden. Die Wohnung wird mit gängigen Reinigungsmitteln geputzt, so dass es nicht übermäßig stark danach riecht. Die Schmutzwäsche wird im Haushaltsraum im Erdgeschoss gelagert, gewaschen und getrocknet, so dass es nicht nach Exkrementen riecht. Die Gerüche im Wohnbereich betonen den wohnlichen Charakter. Dies wird durch jahreszeitlich bekannte Gerüche unterstützt – z.B. durch Kerzen und Tannenreisig als Adventsschmuck. Die Wohnung macht einen sauberen und gepflegten Eindruck. Die olfaktorische Stimulation kann als sehr gut bezeichnet werden.

Stimulation des Tastsinns: Die Möglichkeiten für taktile Stimulation ist durch die verschiedenen vorhandenen Räumlichkeiten, Ausstattungen, Oberflächen und Gegenstände ebenfalls sehr gut.

Unterstützung funktionaler Fähigkeiten (selbständige Körperpflege, Ankleiden, Essen, funktionale Tätigkeiten)

Selbständigkeit in der Körperpflege: Für die 8 – 9 Bewohner stehen 3 Badezimmer mit WC zur Verfügung, die jeweils auf unterschiedlichen Etagen angesiedelt sind. Dadurch kann es zu Engpässen kommen, wenn die WCs gleichzeitig durch die Morgen- oder Abendtoilette der Bewohner längere Zeit blockiert sind. Durch die kurzen Wege innerhalb der Wohnung sind die Toiletten vom Wohn-Essbereich aus gut zu erreichen und durch ein großes Schild gut zu erkennen. An der Toilette sind Haltegriffe angebracht. Es gibt keine ausgesprochenen Farbkontraste in den Sanitärbereichen zur Orientierung. Das Badezimmer ist nicht besonders gut ausgeleuchtet, aber die Beleuchtung am Spiegel ist ausreichend. Auch die Armaturen in Bad und am WC sind gut zu bedienen. Die Bewohner können ihre wichtigsten persönlichen Toilettenartikel im Badezimmer in der Nähe des Spiegels bzw. Waschbeckens lagern und selbständig benutzen und es ist ein Stuhl vorhanden als Sitzmöglichkeit. Für die Waschlappen und Handtücher gibt es persönlich ausgezeichnete Wandhaken.

Selbständigkeit beim Ankleiden: Jeder Bewohner verfügt über ein eigenes Zimmer und hat uneingeschränkten Zugang zu seiner Kleidung. Die Zimmer sind nach eigenem Wunsch mit Spiegeln ausgestattet. Die Schränke sind die privaten Möbel und durch das eigenständige Einordnen der Wäsche ist eine gute Orientierung bei der Kleidungsauswahl und dem selbständigen Ankleiden möglich.

Einsatz von normalem Besteck und Geschirr: Die Mahlzeiten werden gemeinsam vorbereitet und gemeinsam am Tisch unter Begleitung und bei Bedarf unter Anleitung des Mitarbeiters gegessen. Das Essen wird gegebenenfalls mundgerecht serviert. Es wird normales Besteck eingesetzt, im Bedarfsfall prothetisches Besteck und Geschirr.

Unterstützung selbständiger funktionaler Tätigkeiten: Die funktionalen Tätigkeiten werden in hohem Maße durch die Ausrichtung der Konzeption an Alltagshandeln und fachspezifischer Präsenz (Alltagsbegleiter) unterstützt. Es stehen den Bewohnern umfangreiche, bei Bedarf prothetische und angepasste Utensilien zur Verfügung z.B. im Bereich der Raumreinigung (Besen, Lappen, Eimer), der Wäsche (Waschmaschine, Trockner, Bügeleisen) und der Mahlzeitenzubereitung (voll ausgestattete Selbstversorgerküche). Die Bewohner werden – ausgenommen das Pflegebett – zur privaten, vollständigen Möblierung der Zimmer angeregt. Es gibt keine Vorschriften für

persönliche Gegenstände in den Bewohnerzimmern. Bei Bedarf werden persönliche Telefonanschlüsse zur Verfügung gestellt. In den halböffentlichen Räumen steht Stauraum für unterschiedliche Gegenstände wie Spiele zur Verfügung. Die Bewohner haben problemlosen Zugang zu Gläsern und Getränken, alle Schubladen und Schränke im öffentlichen Bereichen wie auch in der Küche sind frei zugänglich. Die Geschirrutensilien für den Tisch (Gläser, Teller, Besteck, Servietten etc.) sind im Wohn-Essbereich in einem separaten, gut zugänglichen und übersichtlichen Schrank untergebracht, damit die Bewohner sich thematisch leichter orientieren können und die Versorgung eigenständiger bewerkstelligen können. Die Möblierung und Ausstattung der öffentlichen Räume ist nur z.T. behindertengerecht. Für den Einkauf persönlichen Bedarfs müssen Läden im Umfeld aufgesucht werden. Es steht kein Garten für Gartenarbeiten zur Verfügung.

Möglichkeiten der persönlichen Kontrolle

Wahl des Aufenthaltsortes: Die Bewohner haben im Haus die Wahl zwischen verschiedenen Aufenthaltsorten, allerdings steht kein Hof oder Garten zur Verfügung. Für hochmobile Bewohner sind die Möglichkeiten von langen Wanderwegen nicht gegeben. Bei entsprechendem Bewegungsdrang muss eine Begleitperson mit ins Freie gehen. Die Türen zu den halböffentlichen Bereichen stehen offen und laden zum Eintreten ein. Der Wohn-Ess-Zimmer ist über eine Durchreiche mit der Einbauküche verbunden und ermöglicht neben der funktionalen Ausrichtung auch einen guten räumlichen und sozialen Kontakt zwischen den beiden Arbeits- und Wohnbereichen. Die Bewohner haben die Alternative zu duschen oder zu baden. Die Ausgänge werden nicht technisch überwacht oder verschlossen, sondern sind durch das Personal überwacht.

Vorschriften bzgl. der Raumnutzung oder des Bewohnerverhaltens: Erfolgen wenn, dann in Abstimmung mit der Gruppe. Die Bewohner selbst bestimmen die Regeln bzw. die Angehörigen oder Betreuer. Dies betrifft im Wesentlichen den Zeitplan für gemeinsame Aktivitäten oder die Belegung der halböffentlichen Räume. Der Tagesablauf ist am Bewohner orientiert. Das Personal ist durch die Präsenzstruktur bezüglich des Aufstehens und Zubettgehens der Bewohner vergleichsweise flexibel. Bei den Bewohnern mit Pflegebedarf ist dies auch abhängig von der Flexibilität der ambulanten Dienste, die die pflegerischen Leistungen erbringen. Die Auswahl an Mahl-

zeiten orientiert sich an den Wünschen der Bewohner und wird auch individuell angepasst. Snacks am Abend können angeboten werden, wobei dies auch vom Budget der gemeinsamen Haushaltskasse bzw. von den individuellen finanziellen Möglichkeiten abhängig ist.

Spiele und weitere Utensilien zur Beschäftigung und Unterhaltung sind in guter Auswahl und ausreichender Zahl vorhanden und jedem jederzeit zugänglich. Es gibt ausreichend Sitzgelegenheiten und mehr Stühle als Bewohner, die in den unterschiedlichen öffentlichen Bereichen verteilt sind, so dass jederzeit auch mehrere Gäste eingeladen werden können.

Durch einfache benutzerfreundliche technische Ausstattung können Heizung, Belüftung, natürliches und elektrisches Licht von den Bewohnern in ihren Zimmern kontrolliert werden. Die Möbel in den privaten Zimmern können individuell arrangiert werden

Kontinuität des Selbst

Grad der Personalisierung: Die Bewohner sind dazu angehalten, ihre Zimmer mit ihren eigenen Möbeln auszustatten. Folgerichtig verfügen 100% der Bewohner über eine Vielzahl an eigenen Möbeln. Dies betrifft auch die Ausstellung des privaten Raumes sowie des halböffentlichen Raumes mit persönlichen Gegenständen und Möbeln. Durch den architektonischen Charakter einer Privatwohnung, die Ausgestaltung mit privaten Bildern, Gegenständen, religiösen Symbolen und Möbeln aus früheren Jahren ergibt sich eine private, heimelig anmutende Atmosphäre. Das Gesamtbild entspricht einer ortsansässigen Bewohnerschaft zwischen 80 und 94 Jahren.

Nicht-institutionelle Merkmale: Fehlen weitgehend. Die Mitarbeiter tragen keine Dienstkleidung, institutionelle Gerätschaften wie Wagen und Lifter sind nicht sichtbar und typisch institutionelle Elemente wie harte, polierte Böden fehlen.

Kontinuität von Familienverhalten und sinnstiftendem Lebenswandel: In der Wohngemeinschaft werden die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten wie Kochen, Waschen und Putzen vollständig im Haus erbracht. Die Bewohner werden ermutigt, sich nach ihren Möglichkeiten und ihrer Motivation – auch für die Gemeinschaft – einzubringen. Da vorwiegend Frauen, die Hausfrauen waren, in der Wohngemeinschaft wohnen, entspricht dies sehr der Kontinuität von Familienverhalten und sinnstiftendem Lebens-

wandel. Die Möglichkeiten, eine fürsorgliche Rolle einzunehmen, z.B. gegenüber Haustieren, könnte mehr unterstützt werden.

Ermöglichung von sozialen Kontakten

Bereitstellen einer Auswahl an sozialen Orten: Es ist eine größere Auswahl sozialer Orte durch das Wohnzimmer, das Wohn-Esszimmer und die Küche vorhanden. Bewohner können leicht Kontakt zu anderen Bewohnern, deren Angehörige und die Mitarbeiter aufnehmen. Die Ausweichmöglichkeiten sind notwendig, da die Kontakte im Wesentlichen doch in der Wohngemeinschaft stattfinden. Es gibt keine größeren Veranstaltungsräume, in die auch von außen Kontakte einfließen können. Es besteht weniger das Problem, dass das Gebäude zu weitläufig ist und gegliedert werden muss, um Kontaktknoten zu schaffen, sondern eher das Problem, Kontaktmöglichkeiten über die Wohngemeinschaft hinaus zu schaffen und Ausweichmöglichkeiten zu bieten.

Anwesenheit und Platzierung von Möbeln: Die Platzierung der Möbel wird von den Mitarbeitern zur Gestaltung sozialer Kontakte genutzt. Dies betrifft vor allem die Platzierung der Tische im Wohn-Essbereich. Die drei Tische werden nicht einzeln, sondern als größere Tafel gestaltet, um die Gemeinschaft zu stärken. Der Mitarbeiter, die sich an die Tafel setzt, hat mit allen Bewohnern gleichermaßen Kontakt.

Indikatoren zur Förderung sozialer Kontakte: Wenn man am Tisch sitzt, kann man nach allen Seiten mit den Mitbewohnern Kontakt aufnehmen. Im Wohn-Esszimmer gibt es eine Nische mit kleinem Sofa, in das man sich gemütlich auch zu zweit setzen kann, Musik hören kann - die HIFI-Anlage befindet sich in greifbarer Nähe. Über zwei Fenster kann man nach zwei Seiten zu den Nachbarn draußen, über die Durchreiche in die Küche und zu den Menschen am Tisch schauen. Die halböffentlichen Räume in den beiden Etagen werden zu Aktivitäten und Angeboten für unterschiedliche Bewohnergruppen genutzt. Es gibt sehr vielerlei Gegenstände und Aktivitäten, um die soziale Interaktion zu fördern. Eine wichtige Rolle spielen haushalts- und alltagsbezogene Aktivitäten wie Vorbereiten und Nachbereiten der Mahlzeiten mit Tischdecken, Tischabräumen, Kochen, Abwasch, Wäscheversorgung, Aufräumen der Wohnung, kleinere Putzarbeiten. Die Gegenstände sind aus dem Alltag bekannt – Putzwerkzeuge wie Besen, Staubwedel, technische Geräte wie Mixer, Staubsauger, Bügelisen, Spülmaschine, Waschmaschine, Wäschetrockner und Kochutensilien. Hier

lassen sich viele biografiebedeutsame Gespräche führen. In der Küche ist auf einer großen Pinnwand Platz für Infos zur Organisation des Haushalts und der Hilfen. Die Bewohner nutzen sie auch zur Orientierung – es wird geschaut, wann die Müllabfuhr kommt oder was auf der Einkaufsliste steht. Die Schubladen sind nicht abgeschlossen, den Bewohnern stehen in den halböffentlichen Räumen alle Utensilien zur Verfügung, ebenfalls Musik- und Hörspiel-CDs; Spiele und Bücher.

Das Pflegeheim

Maximierung von Wahrnehmung und Orientierung

Unterstützung der räumlichen Orientierung: Eine räumliche Orientierung ergibt sich aus der Anordnung der Räumlichkeiten auf einer Etage und ihrer Teilrundführung in Form eines U um die innenliegenden Funktionsräume wie Treppenaufgang, Aufzug, Bad, Mitarbeitertoilette, Wäscheschrank, zwei Schwesternzimmer und ein kleiner Raum mit Küchenzeile. Alle Räume sind beschildert mit Ausführungen zu Funktion bzw. Namen. Auf den Türen der Bewohnerzimmer sind zusätzlich Motivfotos bzw. die Namen in großen Buchstaben als Wiedererkennungswert angebracht. Eine Flurseite ist stark verbreitert und Sitzplatz für eine Tischreihe für 10 Personen. Sie hat über eine nicht barrierefreie Tür einen Zugang zu einem kleinen Balkon mit Aussicht auf das Stadtzentrum. Es ist der Ort für Veranstaltungen für die Bewohner des Wohnbereichs und der Essplatz für die Bewohner, die nicht im Speisesaal im Erdgeschoss oder in ihren Zimmern essen.

Zeitliche und räumliche Vorhersehbarkeit: Die zeitliche und räumliche Vorhersehbarkeit ist eingeschränkt. Die wesentlichen Programmtätigkeiten auf dem Wohnbereich selbst sind die Mahlzeiteneinnahme für einen Teil der Bewohner und regelmäßige Veranstaltungsangebote wie Gymnastik oder Gedächtnistraining. Einige Veranstaltungen finden hausübergreifend in den zentralen Räumen statt. Die halböffentlichen Räume sind außer den Tischen nicht möbliert und es gibt keine visuelle Differenzierung. Der Sitzplatz ist auf der einen Seite mit Gemälden, einem großen Wandtagescalender und einer einfachen Wanduhr ausgestaltet, auf der anderen Seite befindet sich eine große Wandtafel mit den Veranstaltungen der Woche.

Visuelle Differenzierung: Die Möblierung der Räume und Bewohnerzimmer gibt einen institutionellen Charakter wieder. Funktionsräume haben alle spezielle funktionale Möblierung, die Bewohnerzimmer sind vollständig mit Einheitsmöbeln (Pflegebett, Nachttisch, Schrank mit Regal, Tisch und Stühlen, Vorhängen, Einheitsbettwäsche) ausgestattet.

Visueller Zugang: Der visuelle Zugang zu häufig verwendeten Zielen auf der Etage ist gut. Es gibt von Schlüsselorten von allen Seiten des Gebäudes interessante Ausblicke in den Stadtteil, allerdings sind sie nur zum Teil gut zugänglich. Der Flur ist durch die U-Form dreigeteilt, so dass sich keine großen Längen ergeben und bestimmte Zimmer gut identifizieren lassen. Ein Teil der Schlüsselorte ist zum Korridor hin offen. Im Rahmen einer Sanierungsmaßnahme wurde eine Sackgasse zu einem Rundgang erweitert, der zu den Schlüsselorten zurückführt.

Maximierung von Sicherheit

Möglichkeiten zur Überwachung von Bewohnern durch das Personal: Die Überwachung der Bewohner in Fluren und halböffentlichen Bereichen findet in unaufdringlicher Weise statt. Wenn ein Bewohner den Wohnbereich verlässt in einen anderen Teil des Hauses, muss er dies unbeaufsichtigt bewerkstelligen können, oder er wird von Mitarbeitern aus anderen Wohnbereichen bzw. anderen Funktionsbereichen wie Sozialdienst oder Hauswirtschaft begleitet bzw. beaufsichtigt. Es ist zeitweise schwierig für die Bewohner, einfachen Kontakt mit den Mitarbeitern aufzunehmen. Die Kontaktaufnahme muss über den Lichtruf erfolgen. *Möglichkeit zur Überwachung bei unerlaubtem Verlassen des Gebäudes:* Es sind keine elektronischen Überwachungsmöglichkeiten für Bewohner, die ohne Begleitung das Haus nicht verlassen sollten, vorgesehen. Bewohner mit Weglauftendenz werden vornehmlich in den oberen Etagen angesiedelt, damit der Weg zum Ausgang länger ist und die Mitarbeiter auf den unteren Etagen betroffene Bewohner als personales System „abfangen“ und zur Umkehr bewegen können. Es gibt keine kaschierten Ausgänge.

Milderung von potentiellen Gefahrenquellen: Die Flure sind umfassend mit Handläufen ausgestattet. Entlang der Flure und Handläufe werden Hindernisse vermieden. Die Zimmer und halböffentlichen Räume sind mit hellem Linoleum ausgelegt. Es entstehen keine kontrastreichen Übergänge bzw. Barrieren. Die Oberflächen sind nicht blendungsfrei und weich, um Stürze zu dämpfen. Die Sanitärbereiche in den Bewoh-

nerzimmern und auch das Pflegebad sind sehr geräumig. Das Personal kann bei Bedarf notwendige Hilfsmittel komfortabel einsetzen. Es stehen auch sonst weitere unterschiedliche, sichere Hilfsmittel zur Verfügung, die die Bewohner in ihrer Unabhängigkeit unterstützen.

Bereitstellung von Privatheit

Vorschriften bzgl. Privatheit: Da die Flurbereiche mehr als öffentliche Bereiche und Durchgangswege fungieren, werden die Zimmer weitgehend geschlossen gehalten, um die Privatheit zu schützen. Die Mitarbeiter klopfen an, wenn sie die Zimmer betreten.

Bewohnerzimmer: Die privaten Zimmer sind mehrheitlich Einzelzimmer, 25% sind Doppelzimmer. Jedes Zimmer verfügt über ein Badezimmer, das in den Doppelzimmern ebenfalls von zwei Personen geteilt werden muss. Die Doppelzimmer sind i.d.R. groß, so dass über die Ansiedlung in verschiedenen Ecken des Raumes eine private räumliche Zuordnung entsteht. Visuelle Abgrenzung über Vorhänge sind nicht vorgesehen. Bei der Belegung der Doppelzimmer wird darauf geachtet, dass die Bewohner miteinander harmonieren und Bewohner mit störendem, herausforderndem Verhalten in Einzelzimmern wohnen können. Eine Auswahl seines Zimmergenossen durch den Bewohner kann nur bedingt ermöglicht werden. Ausweichmöglichkeiten für Bewohner von Doppelzimmern bestehen vornehmlich in größeren öffentlichen Bereichen. Es können Räume zur Verfügung gestellt werden, in denen Bewohner der Doppelzimmer sich vertraulich mit Personal oder Besuchern unterhalten können.

Ausweichmöglichkeiten: In der Einrichtung als klassisches Pflegeheim der 1980er Jahre sieht für die Gesamteinrichtung eine Vielzahl an hausübergreifenden Gemeinschaftsräumen vor. Gemeinschaftliches Wohnens in Kleingruppen ist konzeptionell nicht vorgesehen. Eine gewisse Form der kleinräumigeren Teilung ergibt sich aus den unterschiedlichen Etagen und hier wiederum in einen Alt- und Neubaubereich. Jeder Bereich verfügt über ein eigenes Stationszimmer mit angrenzendem Besprechungsraum.

Regulierung und Qualität von Stimulation (akustisch, visuell, olfaktorisch, taktil)

Akustische Stimulation: Die akustische Stimulation im halböffentlichen Sitzbereich des Wohnbereichs ist nicht reguliert und sehr belastend. Es treten gleichzeitig laute, spezifische und unspezifische Geräusche auf: Ist die Tür nicht geschlossen, dringen über den Treppenaufgang, der über vier Etagen wie ein Lärmkanal wirkt, Stimmengewirr und Arbeitsgeräusche nach oben. Zum Ton des ständig laufenden Fernsehgeräts kommt das akustische Rufsignal an der Wand und das Entlüftergeräusch aus dem Pflegebad, dessen Tür meistens offensteht. Gespräche sind durch die Lärmbelastung schwierig. Die Bewohner haben z.T. Mühe, den Gesprächen akustisch zu folgen.

Visuelle Stimulation: Die Zimmer sind hell und freundlich. Durch Vorhänge und von der Tür aus leicht bedienbare automatische Rollläden kann das Tageslicht gut kontrolliert werden. Das künstliche Licht in den Zimmern lässt sich nicht regulieren. Die Wände im halböffentlichen Bereich sind mit einer guten Überschaubarkeit an dekorativen Utensilien, Gemälden und Infoschildern ausgestattet und passen gut zusammen. Die deutlich sichtbarsten Schilder haben institutionellen Charakter. Die Bilder bzw. Gemälde haben stark regionalen Bezug zum Stadtteil. Sie stammen mehrheitlich aus dem Fundus bzw. der Hinterlassenschaft der Bewohner bzw. Künstler aus dem Stadtteil und haben kulturelle und soziale Bedeutung für die Bewohner. Der halböffentliche Bereich ist auch bei Tag etwas dunkel, da er innenliegend ist. Das natürliche Tageslicht kann kaum reguliert werden.

Stimulation des Geruchssinnes: Es gibt keine dominanten institutionellen, medizinischen oder wohnlichen Gerüche.

Stimulation des Tastsinnes: Zur Stimulation des Tastsinnes sind keine besonderen Gegenstände verbreitet. Die Oberfläche der Böden oder Wände und Möbel sind in den einzelnen Wohnbereichen identisch.

Ein großer Garten ist barrierefrei zugänglich und befahrbar. Ein Fischteich und diverse Blumenbeete geben vielfache Sinneseindrücke. Auf einer Anhöhe gelegen bietet der Garten einen interessanten und orientierenden Blick auf die Stadt.

Unterstützung funktionaler Fähigkeiten

Unterstützung der Selbständigkeit in der Körperpflege und beim Ankleiden: Die Unterstützung der Selbständigkeit bei der Körperpflege und beim Ankleiden wird durch die (dingliche) Umwelt der Einrichtung sehr gut unterstützt. In jedem Bewohnerzimmer gibt es ein Badezimmer mit Dusche und Toilette. In den Doppelzimmern müssen sich zwei Bewohner die Toilette teilen. Für die Bewohner, die im Speisesaal zu Mittag essen, liegt eine Toilette gleich benachbart zum Speisesaal, ebenso im Sitzbereich der Wohngruppe. Die Toiletten im Privatzimmer sind für die Bewohner leicht zu erkennen. Die Türen bleiben bei Bedarf als Erkennungsimpuls offen stehen. Es gibt bewegliche Haltegriffe auf beiden Seiten des Toilettensitzes. Die Farbkontraste sind nicht besonders ausgeprägt, aber eine gute Ausleuchtung der Bäder erlaubt auch Bewohnern mit Sehproblemen sich ausreichend zu orientieren. Die Wasserhähne sind einfach zu sehen und als moderne Kalt-Warmwassermischbatterien auch in der Wasserregulierung leicht zu bedienen. Ein Pflegebad mit Hubbadewanne und Toilette liegt gut erreichbar und von zwei Seiten zugänglich im Wohnbereich. Für die Haarpflege gibt es bei Bedarf einen eigenen Friseurbereich im Untergeschoss der Einrichtung. Die Badezimmer sind mit gut beleuchteten Spiegeln, individuellen Toilettenschränken und Halterungen für die komfortable Lagerung und Erreichbarkeit von Toilettenartikeln und Handtüchern sowie Sitzmöglichkeit ausgestattet. Jeder Bewohner, auch im Doppelzimmer, verfügt über einen eigenen Schrank zur individuellen Anordnung der Kleidung. Damit ist eine eigenständige Auswahl der Kleidung und Ankleidung der Bewohner gegeben. Zur Unterstützung der Selbständigkeit beim Essen wird bei Bedarf prothetisches Besteck und Geschirr eingesetzt. Die Mahlzeiten kommen bei Bedarf bereits mundgerecht vorbereitet auf dem Tablett an den Tisch.

Da die hauswirtschaftlichen, stark alltagsstrukturierenden Bereiche wie Kochen, Putzen und Wäscheversorgung ausgelagert sind und auch keine entsprechenden Räume vorgesehen sind, stehen den Bewohnern Reinigungs-, Koch- und Wäscheversorgungsutensilien nicht zur Verfügung. Im halböffentlichen Bereich sind kleinere Schränke als Stauraum vorhanden. Gut sichtbar werden Getränke und Gläser angeboten. Es gibt keine Vorschriften bezüglich der persönlichen Gegenstände in den privaten Zimmern. Jedes kann bei Bedarf mit Telefon ausgestattet werden. Die Bewohner können im Haus diverse Angebote wahrnehmen: es stehen barrierefrei ein

Zimmer für Familienfeste, ein hauseigenes Kiosk, Cafeteria und Friseur zur Verfügung, in dem die Bewohner mit eigenem Geld bezahlen können.

Möglichkeiten der persönlichen Kontrolle

Wahl des Aufenthaltsortes: Die Bewohner haben eine große Auswahl an verschiedenen Aufenthaltsorten und können beim Spazieren im Wohnbereich und im Haus unterschiedlich lange Wanderwege nutzen. Die Türen zu zusätzlichen Orten sind geöffnet bzw. zur eigenständigen Nutzung nicht abgeschlossen. Der Hauptaussgang wird nicht durch einen Alarm überwacht. Neben den Duschen auf dem eigenen Zimmer steht eine Badewanne im Pflegebad zur Verfügung.

Vorschriften bzgl. der Raumnutzung und des Bewohnerverhaltens: Es gibt keine vereinbarten Regeln, die bestimmen, welche Aktivitäten wann und wo stattfinden, aber ein gutes Programm für unterschiedliche Aktivitäten. Der Tagesablauf ist stark vorkstrukturiert auch im Hinblick auf das Aufstehen und Zubettgehen. Die Bewohner haben die Auswahl zwischen verschiedenen Mahlzeiten, ein Snack am Abend wäre auf Wunsch möglich. Bei 61% der Bewohner werden Bettgitter eingesetzt, Fixiergurte finden keine Anwendung. Psychopharmaka erhalten 39% der Bewohner.

Vorhandensein von Stühlen etc.: Sitzmöglichkeiten gibt es an unterschiedlichen Orten im Wohnbereich und im Haus.

Kontrolle der physikalischen Umwelt: Vorhänge, Heizungen, Belüftung und Licht in den Privatzimmern können von den Bewohnern gesteuert werden. Durch die Vollmöblierung bestehen sehr eingeschränkte Möglichkeiten, die Möbel in den Bewohnerzimmern individuell zu arrangieren.

Kontinuität des Selbst

Grad der Personalisierung: 89% der Bewohner verfügen über keine oder wenige eigene Möbel. Persönliche Gegenstände und Bilder finden sich in den Bewohnerzimmern. Die halböffentlichen Bereiche sind als erweiterte Flure zu sehen und daher weder mit gemeinschaftlichem noch privatem Mobiliar versehen. Im Wesentlichen sind sie mit Bildern und Fotos mit lokalen und historischen Szenen des Stadtteils ausgeschmückt.

Nicht-institutionelle Umwelt: Das gesamte Haus verfügt über ein einheitliches Mobiliar, einzelne Wohnbereiche lassen sich nicht danach unterscheiden. Die Böden ha-

ben als polierte, glatte Flächen eher institutionellen Charakter, die Lampen vermitteln als punktuelle Leuchtquellen private Wohnatmosphäre. Badelifter und Essenswägen treten nur zeitlich punktuell im halböffentlichen Bereich auf.

Kontinuität von Familienverhalten und sinnstiftendem Lebenswandel: Das Stationszimmer hat klassisch institutionelle Erscheinung. Kontinuität von Familienverhalten und sinnstiftendem Lebenswandel in Form von gemeinschaftlichen Alltagshandeln beim Kochen, Putzen und der Wäscheversorgung ist nicht gegeben. Haustierhaltung als Möglichkeit, eine fürsorgliche Rolle einzunehmen, wird auf dem Wohnbereich nicht angeboten.

Ermöglichung von sozialen Kontakten

Bereitstellung einer Auswahl an sozialer Orte: Die Auswahl sozialer Orte ist auf dem Wohnbereich auf die Sitzecke beschränkt, über das Haus betrachtet gibt es aber eine Vielzahl an Möglichkeiten, kleinere und größere Orte mit unterschiedlicher Zahl an anderen Personen zu besuchen.

Anwesenheit und Platzierung von Möbeln: Die Positionierung von Stühlen erfolgt konzentriert an Sitzecken, ein gezielter Einsatz an Aktivitätsknoten wie Schwesternzimmer erfolgt nicht. Es gibt unterschiedliche Tischarrangements auf dem Wohnbereich, neben einer längeren Tafel gibt es noch einen Einzeltisch, der von zwei Bewohnern zu den Mahlzeiten aufgesucht wird.

Soziale Indikatoren: Es gibt regelmäßig an einzelnen Tagen der Woche Gruppenprogrammpunkte für die Bewohner auf dem Wohnbereich und punktuell Kleingruppen- oder Einzelaktivitäten. Das Vorhalten von Gegenständen im Gemeinschaftsbereich, die sich zur sozialen Interaktion anbieten, sind mangels geeigneter Möblierung kaum gegeben.

9.4.2 Bewertung der Untersuchungseinheiten nach PEAP

Im nachfolgenden Kapitel werden die Ergebnisse des PEAP für alle Untersuchungseinheiten dargestellt. Tab. 23 zeigt die Werte für die acht Dimensionen. Zu jeder Dimension sind im Fragebogen (vgl. Anhang) Items hinterlegt, die eine erreichbare maximale Punktzahl ergeben. Die Punktwerte wurden gewichtet und in eine Fünf-Punkte-Skala übertragen. Dabei stehen 5 Punkte für einen außerordentlich hohen Unterstützungsgrad durch die Umweltbedingungen, 1 Punkt für einen außerordentlich geringen.

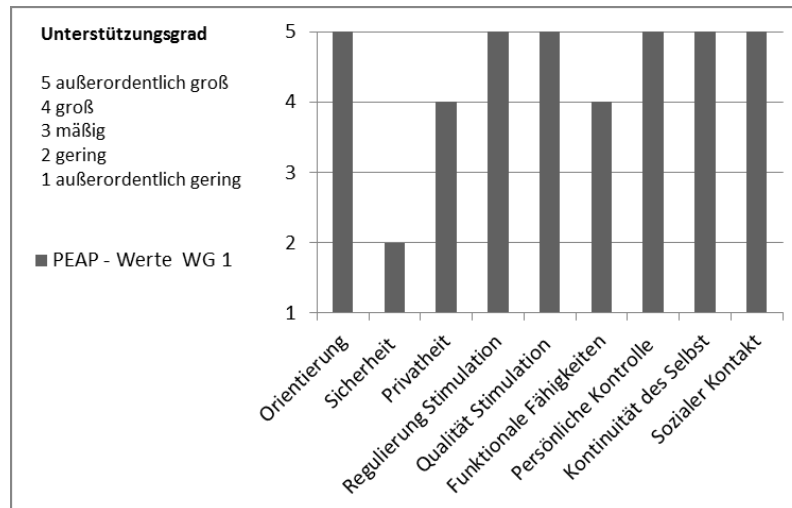
Tabelle 23: Bewertung der untersuchten Einrichtungen nach PEAP nach einzelnen Einrichtungen

		WG 1	WG 2	WG 3	HG 4-7	SCU	PH
Maximierung von Wahrnehmung und Orientierung	Unterstützung räumlicher Orientierung						
	Zeitliche und räumliche Vorhersehbarkeit						
	Visuelle Differenzierung						
	Visueller Zugang						
	Strukturelle Charakteristika						
	gesamt	5	5	5	5	4	2
Maximierung von Sicherheit	Überwachungsmöglichkeit durch Personal						
	Überwachungsmöglichkeit unerlaubten Verlassens Gebäude						
	Milderung potentieller Gefahrenquellen						
	Verfügbarkeit von speziellen Gerätschaften						
	gesamt	2	2	3	3	5	3
Bereitstellung von Privatheit	Vorschriften bzgl. Privatheit						
	Bewohnerzimmer						
	Ausweichmöglichkeiten						
	gesamt	4	4	4	3	5	4
Regulierung von Stimulation	Akustische Stimulation						
	Visuelle Stimulation						
	Stimulation Geruchsinn						
	Stimulation Tastsinn						
	gesamt	5	5	5	5	5	4
Qualität von Stimulation	Akustische Stimulation						
	Visuelle Stimulation						
	Stimulation des Geruchssinnes						
	Stimulation des Tastsinnes						
	gesamt	5	5	5	5	5	3
Unterstützung funktionaler Fähigkeiten	Unterstützg. von selbständiger Körperpflege/Ankleiden						
	Unterstützg. von Selbständigkeit beim Essen						
	Unterstützg. von selbständigen funktionalen Tätigkeiten						
	gesamt	4	4	4	4	4	4
Möglichkeiten zur persönlichen Kontrolle	Wahl des Aufenthaltsortes						
	Vorschriften Raumnutzung u. Bewohnerverhaltens						
	Vorhandensein von Stühlen						
	Sonstiges						
	gesamt	5	5	4	5	4	4
Kontinuität des Selbst	Grad der Personalisierung						
	Nichtinstitutionelle Umwelt						
	Kontinuität von Familienverhalten						
	gesamt	5	5	5	5	3	2
Ermöglichung von sozialen Kontakten	Bereitstellen einer Auswahl sozialer Orte						
	Anwesenheit und Platzierung von Möbeln						
	Sonstiges						
	Soziale Indikatoren						
	gesamt	5	5	5	5	5	4

Im Folgenden werden die einzelnen Untersuchungseinheiten nach den Ergebnissen des PEAP in der Fünf-Punkte-Skala dargestellt und zur Veranschaulichung nach den positiv bzw. negativ hervorstechenden Items der acht Dimensionen beschrieben.

Ergebnisse der objektiven Umweltbeschreibung der WG 1 nach PEAP

Abbildung 19: Ergebnisse der objektiven Umweltbeschreibung der WG 1 nach PEAP



PEAP: Professional Environmental Assessment Protocol

Wahrnehmung und Orientierung: + Die Kleinheit der Einheit, die Architektur als normales Wohnhaus und die Kürze der beiden Wohnungsflure unterstützt die räumliche Orientierung. Die Türen zu den funktionalen Räumen wie Küche, Wohn-, Esszimmer und Badezimmer sind wo nötig beschildert und geöffnet. Sie lassen sich durch entsprechende Möblierung und regelmäßige, spezifische Aktivitäten wie Kochen oder Haushaltsaktivitäten leicht identifizieren.

Sicherheit: – Die Anordnung der Wohnung über drei Etagen und mit Treppen erschwert die Übersichtlichkeit und die Kontrollierbarkeit für Mitarbeiter und erhöht die Sturzgefahren an den Treppen. Die Außenflure führen zielgerichtet zum Ausgang, der nicht kaschiert und nicht durch ein elektronisches System gesichert ist.

Privatheit: + Die Einheit verfügt ausschließlich über Einzelzimmer, die als Privatzimmer respektiert werden. Es gibt unterschiedliche Räumlichkeiten, in denen vertrauliche Gespräche mit anderen Personen möglich sind. Die Zimmer können nach eigenem Wunsch geschlossen oder geöffnet bleiben. – Die Bewohner müssen sich die Sanitärbereiche teilen.

Regulierung und Qualität von Stimulation: + Es gibt durch die häusliche und alltagspraktische Ausrichtung eine Vielzahl an unterschiedlicher akustischer, virtueller, olfaktorischer und taktiler Stimulation. Sie wird reguliert durch zeitliche Beschränkungen (z.B. Fernsehen und Musikhören nur zu bestimmten Zeiten oder Programmpunkten) oder durch räumliche Abgrenzung (z.B. zur Vermeidung von Hintergrundgeräuschen der Spülmaschine werden die Türen zu den Räumen geschlossen). Der Lichteinfall wird durch Rollläden angemessen reguliert und bei Wandschmuck und Ausstattung wird auf abwechslungsreiche, aber doch abgestimmte Komponenten geachtet.

Funktionale Unterstützung: – Die Selbständigkeit beim Ankleiden und der Körperpflege ist durch die Zimmergrößen und die gemeinsame Nutzung der Sanitärbereiche eingeschränkt. + Die Unterstützung beim Essen und alltäglichen Vollzügen wie Kochen und Wäschemachen wird durch die Ausstattung mit entsprechenden Räumlichkeiten und Utensilien wie z.B. Küche mit Spülmaschine und Herd, Wäscheraum mit Waschmaschine und Trockner, Gemeinschaftsraum mit Stauraum für Spiele unterstützt. – Ein Garten zur Betätigung fehlt.

Persönliche Kontrolle: + Den Bewohnern stehen unterschiedliche Aufenthaltsorte zur Verfügung, über die sie frei verfügen können. Regeln z.B. zu Raumnutzung, Fixpunkte gemeinschaftlicher Alltagsgestaltung werden in der Gemeinschaft besprochen und entschieden. Heizung, Belüftung und Licht kann individuell reguliert werden. – Durch die Teilung auf drei Etagen gibt es keine ausreichenden, barrierefreien Wanderpfade und es fehlt ein selbständig begehbare Außenbereich. + Heizung, Belüftung und Licht kann von jedem Bewohner individuell kontrolliert werden. Die Nachbarschaft und das Leben außerhalb der Wohnung kann von öffentlichen Orten der Wohnung nach allen Himmelsrichtungen beobachtet und eingesehen werden.

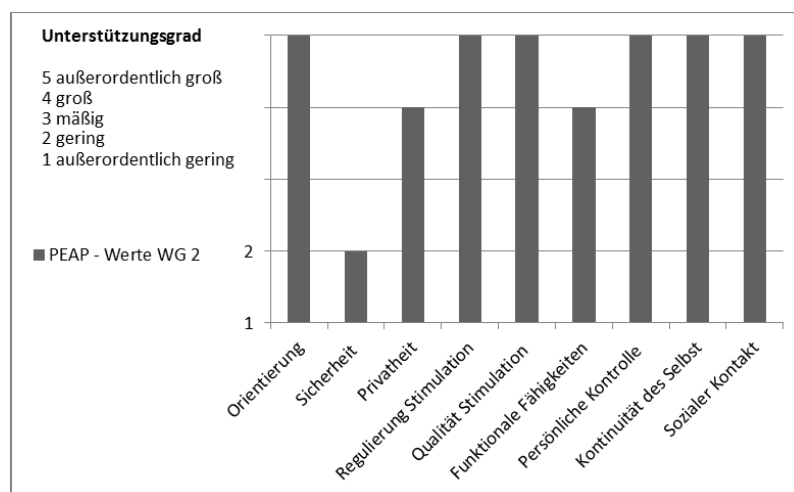
Kontinuität des Selbst: + Das Gebäude entspricht einem Wohnhaus und ist unauffällig in die Wohnungssiedlungsumgebung integriert. Möbel und persönliche Gegenstände werden vollständig (100%) von den Bewohnern eingebracht und finden auch Platz in den halböffentlichen Bereichen. Möbel und Ausstattung verkörpern einen traditionellen Wohnstil. Auch Böden, Tapeten und Leuchtkörper orientieren sich an

einer normalen Wohnung. Es wird auf ein Schwesternzimmer verzichtet und auffällige Arbeitskleidung vermieden, um den nichtinstitutionellen Charakter zu stützen. Die Ausrichtung an Alltag fördert die Kontinuität von Familienverhalten und sinnstiftendem Lebenswandel.

Sozialer Kontakt: + Durch unterschiedliche Aktivitätsräume werden soziale Kontakte im Haus gefördert. – Als Einzelwohneinheit ohne Einbettung in einen größeren Gebäude- und Funktionskomplex und ohne Fußnähe zum Zentrum sind die Beziehungen in einen größeren sozialen Kontext eingeschränkt.

Ergebnisse der objektiven Umweltbeschreibung der WG 2 nach PEAP

Abbildung 20: Ergebnisse der objektiven Umweltbeschreibung der WG 2 nach PEAP



PEAP: Professional Environmental Assessment Protocol

Wahrnehmung und Orientierung: + Die Kleinheit der Einheit, die Architektur als Wohnhaus mit der klaren Gliederung eines Gemeinschaftsbereiches im Erdgeschoss, eines daran angegliederten Wohnungsbereiches und ein weiterer im 1. Obergeschoss unterstützen die Orientierung im Gebäude. Die Türen zu den funktionalen Räumen wie Küche, Wohn-, Esszimmer und Badezimmer sind geöffnet und lassen sich, durch entsprechende Möblierung und regelmäßige, spezifische Aktivitä-

ten wie Kochen oder Haushaltsaktivitäten leicht identifizieren. + Unterschiedliche Bodenbeläge geben räumliche Orientierung.

Sicherheit: – Die obere Etage ist nur über einen Treppenlift bzw. eine sehr enge, steile Treppe erreichbar. – Durch die unterschiedlichen Bodenbeschaffenheiten ergeben sich unsichere Übergänge zwischen den Räumen. – Der Ausgang ist nicht elektronisch gesichert. – Die halböffentliche Toilette ist neben dem Eingangsbereich angesiedelt. Dadurch ergibt sich eine kontraproduktive Situation zwischen Motivation zum selbständigen Toilettengang und der Verhinderung ungewünschten Verlassens des Hauses bei Bewohnern.

Privatheit: + die Bewohner haben Einzelzimmer. Sie können selbst entscheiden, ob die Türen geöffnet sind oder geschlossen. + Einzelnen Bewohnern oder Bewohnergruppen stehen unterschiedliche Räume zur Verfügung. – Mehrere Bewohner müssen sich einen Sanitärbereich teilen.

Regulierung und Qualität von Stimulation: + Die großen Fenster und Terrassentüren in Wohnzimmer und Flurbereich mit Blick in den hausumgebenden Garten geben tages- und jahreszeitliche Orientierung und visuelle Anregung. + Bei geöffneten Türen zwischen Flurbereich, Wohnzimmer, Nebenzimmer und Küche ergibt sich ein interner, abwechslungsreicher Wanderpfad, der Aktivitätenecken und Ruheplätze einschließt.

Funktionale Unterstützung: + die Küche ist mit gängigen Haushaltsgeräten ausgestattet und erlaubt dadurch und aufgrund der großzügigen Fläche auch für Rollstuhlfahrer eine gute Beteiligung an hauswirtschaftlichen und mahlzeitenbezogenen Aktivitäten. Die Bewohnerzimmer haben private Möblierung, die das selbständige Organisieren der Kleidung unterstützt. – Die Bewohnerzimmer sind zum Teil klein und erlauben dann keinen komfortablen Einsatz von Hilfsmitteln, ebenso die Badezimmer.

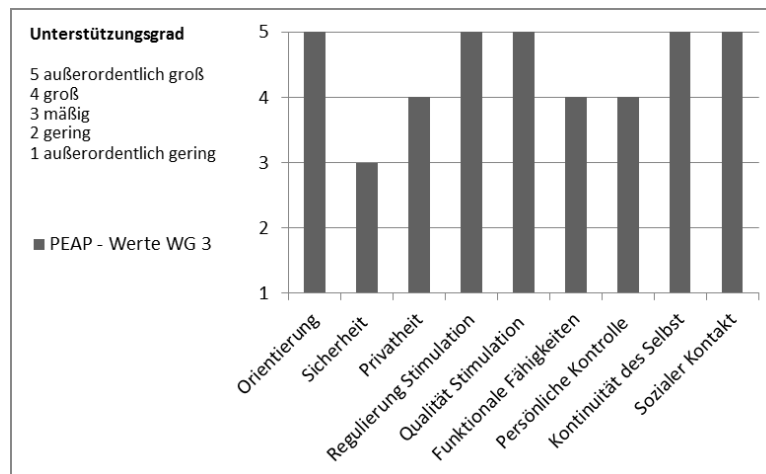
Persönliche Kontrolle: + Räumlichkeiten wie auch Tagesablauf sind sowohl individuell an den Bewohnern als auch an der Gruppe orientiert. + Der ständig zugängliche Zugang zum Garten durch die nichtabgeschlossene Terrassentür hat eine überdachte Sitzecke, die Rauchern erlaubt, nach Bedarf diesem Bedürfnis nachzugehen.

Kontinuität des Selbst: + Nichtinstitutionelle Umwelt, Form und Aufbau des Gebäudes und Garten vermitteln eine häusliche und wohnliche Atmosphäre. + Die Hauswirtschaftsräume bzw. Schränke mit Haushaltsutensilien wie Bügelbrett, Staubsauger und Putzeimer unterstützen nicht nur die wohnliche Ausrichtung, sondern auch das alltagsbezogene Programm. + Die Zimmer sind mehrheitlich (78%) mit eigenen Möbeln und persönlichen Gegenständen ausgestattet, die auch in den Gemeinschaftsraum eingebracht und dort die Ausstellung persönlicher Gegenstände ermöglicht .

Sozialer Kontakt: + Ausstattung der halböffentlichen Räume mit Möbeln, Schränken und Utensilien erlaubt unterschiedliche Aktivitäten mit unterschiedlichen Personen. Ein großer Tisch im Esszimmer vor einer großen Fensterfront ist Anziehungspunkt für gemeinschaftliche Aktivitäten: Sie dient auch den Mitarbeitern zur Durchführung organisatorischer und planerischer Aufgaben, oft in Verbindung mit den Bewohnern, wie z.B. Speiseplanung und Einkauf von Lebensmitteln.

Ergebnisse der objektiven Umweltbeschreibung der WG 3 nach PEAP

Abbildung 21: Ergebnisse der objektiven Umweltbeschreibung der WG 3 nach PEAP



PEAP: Professional Environmental Assessment Protocol

Wahrnehmung und Orientierung: + Die Kleinheit der Einheit unterstützt die räumliche Orientierung. + Alle halböffentlichen Bereiche sind mehr oder weniger in einer Raumschaft verbunden, was freie Sicht auf häufig verwendete Ziele und einen guten Überblick verschafft. – Gleichzeitig erschwert die gleichförmige Ausstattung an Tapeten, Vorhängen und Böden die Unterscheidung der einzelnen Raumabschnitte und das Wandern im Flur birgt keine bedeutungsvollen Erfahrungen.

Sicherheit: – Der Flur führt unmittelbar zur Ausgangstür, die nicht kaschiert und elektronisch gesichert ist. + Der Standort des Personals ist eine Büronische im Flur, von dem aus die halböffentlichen Bereiche und auch die Terrasse gut eingesehen werden können. + Die WG ist einheitlich mit einem hellen Parkett ausgestattet, der dadurch keine schwierigen Übergänge hat und auch nicht spiegelt.

Privatheit: + Jeder Bewohner verfügt über ein Einzelzimmer, das als Privatbereich respektiert wird. – Den Bewohnern stehen innerhalb der WG keine Ausweichbereiche für kleinere Gruppentreffen zur Verfügung.

Regulierung und Qualität von Stimulation: + Die häusliche und alltagspraktische Ausrichtung durch Kochen, Waschen und Raumpflege ergibt ein abwechslungsrei-

ches und strukturiertes Tagesprogramm sowie visuelle, akustische, olfaktorische und taktile Stimulation. – Der Wohnbereich ist ein zum Flur eröffneter Raum, der eine große Durchreiche zur Küche hat. Die Geräuschkulisse lässt sich mangels räumlicher Abtrennung bzw. Schließen von Türen wenig kontrollieren. Dauerrufer haben als Alternative zum Gruppenraum nur das eigene Zimmer zur Verfügung. Die Küche lässt sich gut von den Bewohnern nutzen, da sie wie eine gängige Privatküche möbliert und ausgestattet ist.

Funktionale Unterstützung: – Der Gemeinschaftsraum ist für die Bewohneranzahl knapp bemessen und lässt rund um den Tisch, vor allem den Rollstuhlfahrern zu wenig Bewegungsfreiheit. Ein Teil der Bewohner muss in der Küche an einen separaten Tisch sitzen. + Die Badezimmer sind gut ausgeleuchtet, haben Tageslicht und sind mit Kippspiegeln und Haltegriffen ausgestattet. – Die Bewohner müssen sich zwei Badezimmer teilen. + Die eigenen Möbel im Zimmer fördern die gewohnte Versorgung der Wäsche und der persönlichen Utensilien.

Persönliche Kontrolle: + Die Bewohner können im großen Rahmen des Gebäudekomplexes zwischen unterschiedlichen Aufenthaltsorten wählen. + Es besteht freier Zugang zur Küche zur Versorgung mit Geschirr und Snacks und in öffentlichen Schränken zu Spielen und benötigten Utensilien. + Heizung, Belichtung und Belüftung lassen sich durch einfache Technik von den Bewohnern leicht selbständig bedienen.

Kontinuität des Selbst: + Die Zimmer sind zum Großteil mit eigenen Möbeln (86%) und mehrheitlich (60%) mit persönlichen Gegenständen ausgestattet. + Die Büronische als Standort des Personals vermittelt keinen aufdringlichen institutionellen Eindruck und größere Hilfsmittel sind außerhalb der WG gelagert.

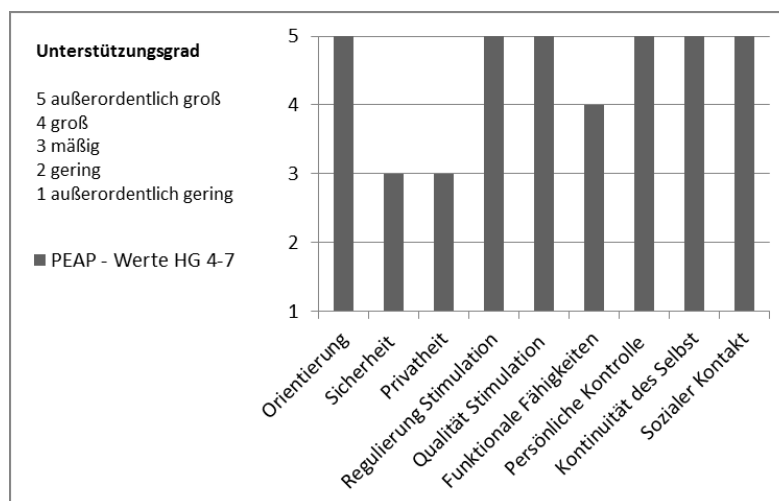
Sozialer Kontakt: + Die Einbindung in einen größeren barrierefreien Gebäudekomplex mit unterschiedlichen Wohn- und Dienstleistungsangeboten bietet den Bewohnern eine größere Auswahl an Kontakten und Möglichkeiten des Aufenthalts (kleiner und großer Gemeinschaftsraum mit Küche, wohnlich gestalteter Bibliotheksraum,

parkähnlicher Außenbereich). – Für Bewohner, die auf die vertraute Kleinräumigkeit bezogen sind, ist der Platz und die Auswahl beschränkt.

Ergebnisse der objektiven Umweltbeschreibung der HG 4-7 nach PEAP

Die Hausgemeinschaften 4-7 sind separate Hausgemeinschaften in einer Einrichtung, die sich nach der räumlichen und organisatorischen Grundausrichtung nicht wesentlich unterscheiden. Die nachfolgenden Ausführungen stehen stellvertretend für alle vier Einrichtungen.

Abbildung 22: Ergebnisse der objektiven Umweltbeschreibung der HG 4-7 nach PEAP



PEAP: Professional Environmental Assessment Protocol

Wahrnehmung und Orientierung: + Die Kleinheit der Hausgemeinschaften und die Anordnung der Räume um einen zentralen Wohnbereich erleichtert die Orientierung. + Die Schlüsselorte sind von diesem zentralen Bereich aus einsehbar und stehen offen. Die Zimmertüren sind mit Bildern bzw. Fotos als Wiedererkennungswert ausgestattet.

Sicherheit: + Die Platzierung der Einheit auf einer Ebene erleichtert die Überwachung durch das Personal. + Die Bewohner können problemlos persönlich Kontakt

zum Personal aufnehmen, weil es Orte gibt, wo sich das Personal oft aufhält. – Handläufe sind nur vereinzelt vorhanden. + Die Ausgänge der Hausgemeinschaft sind kaschiert und der Hauptaustgang wird durch eine Person und elektronisch gesichert. – Die Bodenoberflächen sind glatt und glänzend. – In den Küchen sind potentiell gefährliche Küchenutensilien vorhanden.

Privatheit: – Dem Großteil der Bewohner stehen nur Doppelzimmer zur Verfügung. – Nicht immer können Konflikte durch eine adäquate Belegung vermeiden werden. – Es gibt unterschiedliche Räume in der Hausgemeinschaft, die sich aber zu vertraulichen Gesprächen nicht eignen, da sie nicht durch Türen abschließbar sind. + Im Haus gibt es Räume, die dazu genutzt werden können. + Es wird auf Privatheit geachtet und die Zimmertüren sind aufgrund der unmittelbaren Erschließung zum halböffentlichen Raum geschlossen.

Regulierung und Qualität von Stimulation: + ein Erker bietet eine interessante Sicht auf die belebte Straße mit Straßenbahnhaltestelle und kleinem Kiosk. Vom Esszimmer aus kann man den Garten einsehen. Vom verglasten zentralen Eingangsbereich des Hauses lässt sich der Publikumsverkehr, die Straße einerseits und der Garten andererseits beobachten. + Die Türen zu unterschiedlichen Räumen wie Küche und Waschraum lassen sich schließen, wodurch sich Geräusche von Haushaltsmaschinen und alltagsvertrauten Gerüchen (Essen, frische Wäsche) regulieren lassen.

Funktionale Unterstützung: – Der Platz in den Badezimmern ist beengt und schränkt die Hilfe durch das Personal ein. – Mehrere Bewohner müssen sich einen Sanitärbereich teilen. + Den Bewohnern stehen in den Doppelzimmern eigene Waschbecken und eigene Schränke zur Verfügung. + Es stehen in entsprechende Räumen Reinigungsutensilien (Besen, Lappen, Staubsauger) und Haushaltsgeräte (Waschmaschine, Trockner, Bügeleisen) in den Hausgemeinschaften zur Verfügung. Eine Fortführung von Familienverhalten ist möglich. – Es gibt keinen größeren Wanderweg.

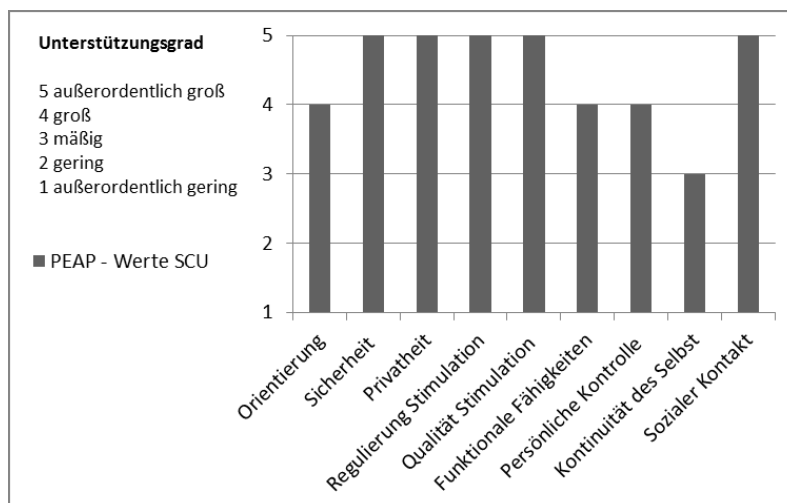
Persönliche Kontrolle: + die Hausgemeinschaften verfügen über eine Vielzahl an abwechslungsreichen Aktivitätsräumen: Wohnzimmer, Esszimmer, Küche oder Erkerzimmer, in denen sich Bewohner in unterschiedlichen Gruppierungen und zu unterschiedlichen Aktivitäten aufhalten können. + Im Haus befinden sich weitere Räume für hausübergreifende Gruppenaktivitäten und ein verglaster Eingangsbereich mit Raucherbereich und Garten. + Es gibt unterschiedliche Sitzmöglichkeiten an unterschiedlichsten Orten. + Die eigene Versorgung mit Spielen, Snacks etc. ist durch gute Zugänglichkeit von Stauraum und Küche gegeben. – Durch die Doppelzimmer und fehlenden Badezimmer ist die private Ausgestaltung eingeschränkt.

Kontinuität des Selbst: + Die Ausstattung der Zimmer mit eigenen Möbeln und persönlichen Gegenständen ist gewünscht, aber in den einzelnen Hausgemeinschaften sehr unterschiedlich ausgeprägt: zwischen 11% und 71% bringen eine Vielzahl an eigenen Möbeln bzw. persönlichen Gegenständen ein. + Auf die Ausstattung mit traditionellen Möbeln, Bildern und Gegenständen (auch von Bewohnern) in den halböffentlichen Bereichen wird viel Wert gelegt. – Der institutionelle räumlichen Charakter des ehemaligen Klinikgebäudes lässt sich schwer vermindern. + Um einen persönlichen Bezug herzustellen, werden mit den Bewohnern gemeinsam die Räume bemalt. + Es gibt keinen Personalraum, Schriftliches erfolgt am Tisch gemeinsam mit den Bewohnern.

Sozialer Kontakt: + Es gibt unterschiedliche Räume nach Größe, Lage im Haus und Ausstattung, so dass eine Vielzahl an sozialen Kontakten möglich ist.

Ergebnisse der objektiven Umweltbeschreibung der SCU nach PEAP

Abbildung 23: Ergebnisse der objektiven Umweltbeschreibung der SCU nach PEAP



PEAP: Professional Environmental Assessment Protocol; SCU: Spezielle Demenzwohngruppe

Wahrnehmung und Orientierung: + Die Kleinheit der WG unterstützt die räumliche Orientierung. – Ursprünglich aus einem konventionellen Pflegeheimflügel hervorgegangen, sind die Zimmer rechts und links eines langen Flurs angesiedelt, der aufgrund von Brandschutzauflagen nur dürftige Gestaltungselemente zur Förderung eines bedeutungsvollen Wanderpfads bietet und das Auffinden der Zimmer dadurch erschwert. + Gleichzeitig sind dadurch zwei kleinere Gemeinschaftsbereiche und der größere Ess- Aufenthaltsbereich durch freie Sicht leicht aufzufinden. + Die Zimmertüren sind mit bedeutungsvollen Fotos zur Identifizierung ausgestattet.

Sicherheit: + Das Personal kann über den Flur den einzigen Ausgang gut überblicken. + Der Flur führt direkt zum Ausgang, dieser ist aber kaschiert und elektronisch gesichert und mit Handläufen ausgestattet. + Der Flur ist mit Teppichboden ausgelegt, blendungsfrei und rutscht sicher und kann Stürze dämpfen.

Privatheit: + Alle Bewohner verfügen über Einzelzimmer mit großzügigem Platzangebot. – Zwei Bewohner müssen sich jeweils ein Badezimmer teilen. + Die Bewohner

können sich mit Angehörigen in unterschiedlichen Räumen, auch außerhalb des WG-Bereiches aufhalten.

Regulierung und Qualität von Stimulation: + Der Gemeinschaftsraum ist das Herzstück, in dem freier Blick in den Garten besteht. + Er ist in warmen Farben gehalten und mit dekorativen Elementen, wie Pendeluhr und Küchenutensilien ausgestattet. Der Raum ist mit einer Küchenzeile ausgestattet, die eine Vielzahl an Essensbezogenen Aktivitäten zulässt. Menschen mit störender Vokalisation haben neben ihrem Zimmer auch noch andere räumliche Möglichkeiten und Alternativen der Kontaktaufnahme.

Funktionale Unterstützung: + Durch die mit Beleuchtung, Spiegeln und Hilfsmitteln gut ausgestatteten und räumlich großzügigen Badezimmer, inklusive Pflegebad, ist die selbständige Körperpflege unterstützt. – Der Gemeinschaftsbereich, als umgewidmetes Bewohnerzimmer, ist räumlich sehr beengt und hat zu wenig Platz für spezielle Rollstühle.

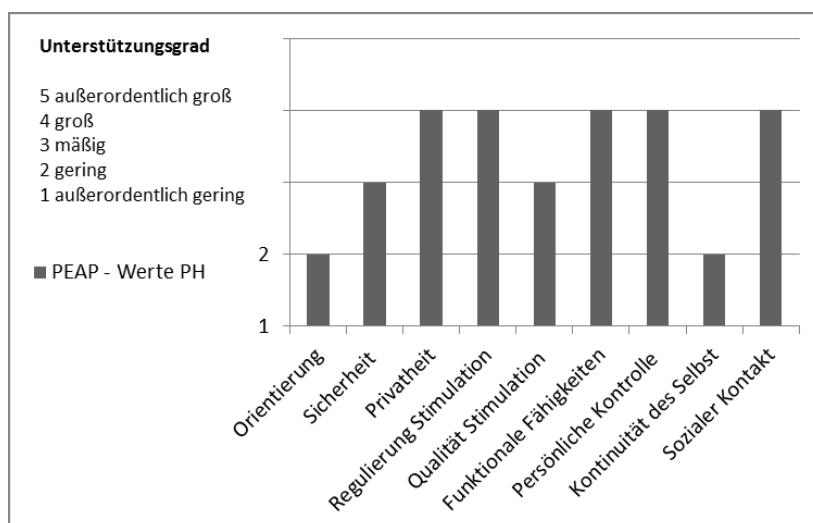
Persönliche Kontrolle: + Die Bewohner können innerhalb des Pflegeheims zwischen unterschiedlichen Aufenthaltsorten wählen. + Es besteht freier Zugang zur Küche, zur Versorgung mit Geschirr und Snacks und in öffentlichen Schränken zu Spielen und benötigten Utensilien. + Heizung, Belichtung und Belüftung lassen sich durch einfache Technik von den Bewohnern leicht selbständig bedienen. – Es besteht kein direkter Zugang zum Garten.

Kontinuität des Selbst: – Die WG ist nicht auf die eigene hauswirtschaftliche Versorgung ausgerichtet. Dienstleistungen wie Mahlzeitenzubereitung und Wäscheversorgung erfolgen durch zentrale Anlieferung, was den institutionellen Charakter unterstützt. – Die Zimmer haben eine einheitliche Grundausstattung mit Bett, Schrank, Tapeten und Vorhängen. + Sie verfügen aber zu 60% über zahlreiche eigene Möbel und persönliche Gegenstände. + Es wird auf eine traditionelle und passende Ausstattung mit Bildern und Gegenständen geachtet.

Sozialer Kontakt: + Die Vielfalt und unterschiedliche Größe der halböffentlichen Räume (Gemeinschaftsraum, offene Wohnecke und Fernsehalkoven) in der WG und im ganzen Haus (Garten mit Rundlauf, großer Veranstaltungsraum, Restaurant) erlaubt eine Auswahl an Orten, an denen man sich mit unterschiedlichen Menschen treffen kann.

Ergebnisse der objektiven Umweltbeschreibung des PH nach PEAP

Abbildung 24: Ergebnisse der objektiven Umweltbeschreibung des PH nach PEAP



PEAP: Professional Environmental Assessment Protocol; PH: Pflegeheim

Wahrnehmung und Orientierung: – Die Gruppengröße von 19 Personen, eine fehlende räumliche Abgrenzung und spezifische Ausgestaltung erschweren die Orientierung. – Ein interner Rundgang ist eher durch die bauliche Rund-Eckführung untergliedert, als durch visuelle Ausstattungsmerkmale. – Von den Sitzplätzen aus gibt es keine freie Sicht nach draußen.

Sicherheit: – Die Unübersichtlichkeit des Bereichs erschwert die Überwachung durch das Personal und es ist auch keine elektronische Sicherung vorhanden. + Handläufe sind überall verbreitet. + Die Badezimmer sind mit Haltegriffen ausgestattet und erleichtern die Unterstützung durch das Personal.

Privatheit: + Die meisten Bewohner verfügen über Einzelzimmer und private Badezimmer. Die Doppelzimmer sind so groß, dass sich für jeden Bewohner eine persönliche räumliche Nische schaffen lässt. – Auf dem Wohnbereich selbst gibt es keine Ausweichmöglichkeiten zum größeren öffentlichen Bereich.

Regulierung und Qualität von Stimulation: – Der Wohnbereich hat zwei Sitzbereiche, die aus einem konventionellen verbreiterten Flurbereich entstanden sind. Da sie jeweils auch als Zugang zum Wohnbereich und Durchgang zu anderen Funktionsbereichen des Hauses dienen, entstehen durch Besucher und Durchgangsverkehr Störungen im Wohnbereich. – Die akustische Belastung durch mehrere spezifische und unspezifische Geräusche von Treppenaufgang, Lichtzufuhranlage und Luftabzugsgeräten sind hoch. + Die Wände in den halböffentlichen Bereichen sind in einer überschaubaren und passenden Vielfalt an Utensilien und Gemälden ausgestattet. – Die Beschilderung ist gut, aber institutionell geprägt.

Funktionale Unterstützung: + Die Unterstützung der Selbständigkeit in der Körperpflege wird durch die großen Zimmer und die Ausstattung mit Bädern sehr gut unterstützt. + Die Bäder sind gut beleuchtet, mit Haltegriffen ausgestattet und die Armaturen sind leicht zu bedienen. In der Nähe der Sitzecken finden sich ausreichend WCs. – Durch die zentralen Dienstleistungen im Haushaltsbereich gibt es für die Bewohner keine Möglichkeiten diesbezügliche Tätigkeiten auszuführen. + Im Haus gibt es ein Kiosk, in dem kleinere Einkäufe getätigt werden können und das auch mit dem Rollstuhl angefahren werden kann.

Persönliche Kontrolle: + Die Bewohner, die mobil und selbständig sind, haben eine Vielfalt an unterschiedlichen Aufenthaltsorten im Haus (Garten mit Rundweg, großer Speise- und Veranstaltungssaal, Gymnastikraum, Friseurraum, Cafeteria). – Auf dem Wohnbereich gibt es nur die flurerweiterten Sitznischen. + Auf der Etage insgesamt, die über zwei Wohnbereiche verfügt, sind Stühle an unterschiedlichen Punkten platziert, zum Teil mit sehr schönen Aussichtspunkten auf die Stadt.

Kontinuität des Selbst: – Die Zimmer sind vollmöbliert. Nur 11% der Bewohner haben viele eigene Möbel und 12% viele persönliche Gegenstände auf ihren Zimmern.

– Es gibt zwar eine kleine Küche auf dem Wohnbereich, die aber durch die schwere Zugänglichkeit nicht für die eigene Nutzung geeignet ist. – Durch die zentrale Organisation als Pflegeheim bei Wäsche, Kochen und Hauspflege ist eine Kontinuität mit sinnstiftenden Aktivitäten diesbezüglich nicht möglich. – Es gibt keine signifikante Unterscheidung der Räume durch Möblierung. Insgesamt dominiert der institutionelle Charakter.

Sozialer Kontakt: + Im Haus besteht eine Vielzahl an unterschiedlichen Räumen. – Die Platzierung von Stühlen im Wohnbereich ist im Wesentlichen auf zwei Sitzecken beschränkt.

9.4.3 Das UW als eigene Wohnform

In Tab. 24 sind die Ergebnisse des PEAP für die Wohn- und Hausgemeinschaften als UW zusammengefasst und werden mit der SCU und dem PH verglichen.

Tabelle 24: Unterstützungsgrad der Bewohner nach PEAP nach Wohnformen (%)

	UW		SCU	PH
	(MW)	(SD)		
Orientierung	5,0	(0)	4,0	2,0
Sicherheit	2,7	(0,5)	5,0	3,0
Privatheit	3,4	(0,5)	5,0	4,0
Regulierung Stimulation	5,0	(0)	5,0	4,0
Qualität Stimulation	5,0	(0)	5,0	3,0
Funktionale Fähigkeiten	4,0	(0)	4,0	4,0
Persönliche Kontrolle	4,9	(0,4)	4,0	4,0
Kontinuität des Selbst	5,0	(0)	3,0	2,0
Soziale Kontakte	5,0	(0)	5,0	4,0
(Mittelwert)	(4,4)		(4,4)	(3,3)

Die Werte des Unterstützten Wohnens weisen ein weitgehend homogenes Bild aus. Über die Dimensionen betrachtet ergeben sich bei 6 von 9 Dimensionen, nämlich bei Orientierung/Wahrnehmung, Regulierung bzw. Qualität der Stimulation, den funktionalen Fähigkeiten, Kontinuität des Selbst und sozialen Kontakten ein hoher Grad an Übereinstimmung. Die größten Abweichungen ergeben sich bei Sicherheit, Privatheit und Persönlicher Kontrolle. Die Befunde weisen das Unterstützte Wohnen als Wohnform mit eigenem Profil hinsichtlich der physikalischen Umwelt aus.

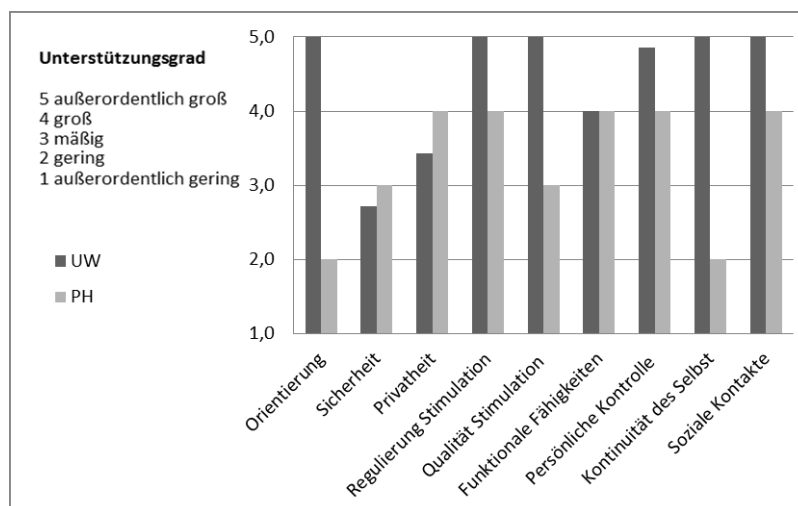
Besonders gut mit einem Mittelwert von 5,0 schneiden sie in den Dimensionen Orientierung, Regulierung und Qualität von Stimulation ab, bei der Kontinuität des Selbst und den sozialen Kontakten. Etwas weniger Unterstützung gibt es bei den funktionalen Fähigkeiten mit einem Mittelwert von 4,0 und bei der Vorhaltung von Privatheit

mit einem Mittelwert von 3,4. Am geringsten werden Sicherheitsaspekte mit einem Durchschnittswert von 2,7 erfüllt. Den untersuchten UWs gemeinsam ist, dass die Gebäude nicht spezifisch für das gemeinschaftliche, alltagsorientiertes Wohnen älterer Menschen mit Hilfebedarf gebaut wurden. Daher gibt es im Bereich Sicherheit ein paar Problembereiche. Diese liegen im Fehlen ausreichenden Platzes beim Baden oder des Toilettenbereiches, damit das Personal leicht Hilfestellung geben kann. Zum Teil fehlt die Möglichkeit der Überwachung aller Ausgänge durch Personal, sei es durch die Unübersichtlichkeit der Wohnung bei gleichzeitig fehlender elektronischer Überwachungsmöglichkeit. Oder der eingeschränkten Barrierefreiheit mit erhöhter Sturzgefahr durch Treppen. Als zweiter Bereich mit eingeschränkterer Unterstützung zeigt sich die Dimension Privatheit. Hier schlagen sich besonders die Doppelzimmer in den Hausgemeinschaften und die Sanitärbereiche in allen UWs, die sich zwei oder mehrere Bewohner teilen müssen, in der Bewertung nieder, während in den WGs im normalen Wohnungsbau Einzelzimmer gegeben sind.

Nachdem eine starke Homogenität der Wohn- und Hausgemeinschaften mit seinen Stärken und Schwächen zu konstatieren ist, sollen sie im Folgenden mit dem PH und anschließend mit der SCU verglichen werden.

9.4.4 Das UW als Wohnform im Vergleich mit SCU und PH nach PEAP

Abbildung 25: Vergleich der Ergebnisse der objektiven Umweltbeschreibung des UW und des PH nach PEAP



PEAP: Professional Environmental Assessment Protocol; UW: Unterstütztes Wohnen; PH: Pflegeheim

Wie Abb. 25 zeigt, ergeben sich deutliche Unterschiede in den beiden Einrichtungstypen. Insgesamt ist das UW dem PH in 2/3 der Dimensionen überlegen, in 1/3 der Dimensionen weitgehend ebenbürtig. Das UW ist in 6 Dimensionen auf dem obersten Messniveau (5 - außerordentlicher Unterstützungsgrad) angesiedelt, das PH erreicht in 5 Dimensionen seine höchsten Werte bei 4 (großer Unterstützungsgrad). Mit 3 Punkten weist das UW den größten Unterschied zum PH in den Dimensionen Wahrnehmung/Orientierung und der Kontinuität des Selbst aus. Diese Werte stellen gleichzeitig die niedrigsten Werte des PH auf Niveau 2 (geringer Unterstützungsgrad) dar.

Die Unterschiede im Einzelnen:

Mit 3 Punkten gibt es den größten Unterschied in der Wahrnehmung/Orientierung und Kontinuität des Selbst. Bei Wahrnehmung und Orientierung geht es *um den Grad, in dem sich Nutzer wie Bewohner, Personal, Besucher, räumlich, sozial und zeitlich in der Umwelt orientieren können* (Norris-Baker et al., 1999, S. 170). Dies gelingt im UW in seiner räumlichen Kleinstrukturiertheit und der funktionalen Ausrichtung der Räumlichkeiten am gewohnten Alltag der Bewohner wie z.B. Küche, Putz-

Waschräume, Ess- und Wohnzimmer, die entsprechende Möblierung und Ausstattung sowie das daran geknüpfte Programm in besonderem Maße. Der visuelle Zugang zu wichtigen Bereichen im UW ist durch seine Übersichtlichkeit erleichtert und auf überschaubarem Raum gibt es freie Sicht in unterschiedliche Richtungen nach draußen. Das erhöht neben der siedlungsräumlichen und sozialen auch die jahreszeitliche und gesellschaftlich-kulturelle (gemeint sind Stadt, Siedlung, Verkehr, Garten, Siedlungswohnen, Nachbarschaft) Orientierung und Wahrnehmung. Im untersuchten Pflegeheim ist die Struktur auf einen großen Wohnbereich bzw. ganze Etage mit zwei Flügeln ausgelegt. Der Doppelfunktionsflur mit Pflegefunktionsräumen einerseits und Bewohnerzimmern andererseits bietet wenig kleinteilige systematische Strukturierung und es wird schwer zu erkennen, woher man kommt und wohin man geht. Die Zimmer sind einheitlich tapeziert und möbliert, es gibt einheitliche Vorhänge, Bettwäsche, Handtücher und Essgeschirr.

Der weitere große Unterschied mit drei höheren Punktwerten im UW liegt in der Kontinuität des Selbst. Dabei werden Versuche bewertet, die die Kontinuität zwischen Vergangenheit und Gegenwart sowohl der unterschiedlichen Umwelten, als auch des Selbst zu bewahren. Eine wichtige Rolle spielen das Vorhandensein persönlicher Gegenstände und die Schaffung einer nichtinstitutionellen Atmosphäre (Norris-Baker et al., 1999, S. 170). Im UW bringen die Bewohner durchschnittlich 62% eigene Möbel und 59% eigene Gegenstände mit, die auch in den halböffentlichen Bereichen präsent sind, im untersuchten PH mit 11% bzw. 12% deutlich weniger. Zur nichtinstitutionellen Atmosphäre trägt im UW die Vermeidung von aufdringlich institutionellen Schwesternstationen bei. Sie treten eher in Form kleiner Schreibtischnischen und/oder Beistellschränkchen auf. Im PH erinnern neben dem klassischen Schwesternzimmer auch harte polierte Böden an eine Institution. Das Vorhandensein von Küchen, Wasch- und Haushaltsräumen mit entsprechenden Haushaltsgeräten und Utensilien im UW lädt die Bewohner zu Aktivitäten ein, die mit Kontinuität von Familienverhalten und sinnstiftendem Lebenswandel zu tun haben, wie Hilfe beim Kochen, Wäschemachen und kleinen Reinigungsarbeiten. Im untersuchten PH sind diese Bereiche vollständig aus dem Alltag auf dem Wohnbereich ausgegrenzt und an externe Dienstleister vergeben.

Die Qualität der Stimulation, die im UW um zwei Punktwerte höher liegt, ergibt sich auch aus der Qualität der beiden vorgenannten Dimensionen. Hier ist von Bedeutung, dass durch die Einschränkungen und Veränderungen der Funktion der Sinnesorgane oder durch dementielle Erkrankungen auch die Verarbeitung von Stimuli eingeschränkt ist. Daher muss die Umwelt bezüglich der Qualität der Stimulation und seiner Regulierung sensibel sein. Ziel ist Stimulation ohne Stress (Norris-Baker et al., 1999, S. 170). Die akustische Stimulation hat sinnvolle Quellen wie z.B. Gespräche, Musik im gewünschten Stil oder Haushaltsgeräusche. Visuelle Stimulation ergibt sich aus natürlichem Licht, spezifischen differenzierten Lichtquellen wie Wohnzimmerlampen, Esszimmerlampen oder Neonlampen. Das Design von Wandschmuck, Ausstattung und Infos wie Kalender und Beschilderung ist von einem spezifischen Lifestyle geprägt. Die olfaktorische und taktile Stimulation betont einen wohnlichen Charakter und ergibt sich aus sinnvollen Quellen wie Kochen oder frischer Wäsche bzw. unterschiedlichen Utensilien, die man täglich in die Hand nimmt. Die Quellen der Stimulation im PH sind weniger abwechslungsreich und institutionell geprägt wie Belüftung des Badezimmers, Piepsen des Lichtrufs, gleichförmige Beleuchtung der Flure und Aufenthaltsbereiche.

Der Unterstützungsgrad bei Regulierung der Stimulation, Möglichkeiten der persönlichen Kontrolle und sozialem Kontakt liegt im UW um einen Punktwert höher als in PH, das hier jeweils Niveau 4 erreicht. Privatheit meint den Grad, in welchem der Input von (z. B. Lärm) oder der Output zur (z.B. vertraulichen Gesprächen) größeren Umgebung reguliert wird. Beim UW ist die Einschränkung unterschiedlich ausgeprägt. Begründet ist dies im hohen Doppelzimmeranteil in den Hausgemeinschaften und der eingeschränkten Anzahl von Bädern je Bewohner in dieser Wohnform insgesamt. Beim PH liegt ein höherer Anteil an Einzelzimmern, vor allem aber eine individuelle Bereitstellung von Badezimmern je Bewohner vor. Räume, in die man sich in einer kleinen Gruppe bzw. mit Privatpersonen zurückziehen kann, gibt es auf dem Wohnbereich nicht, nur im größeren Gebäudekontext.

Der nächste Bereich mit einem Punktwert Unterschied zwischen den UWs und Pflegeheim mit 5 bzw. 4 liegt bei der Regulierung von Stimulation. In den untersuchten UWs liegt eine gute Regulierung der Stimulation vor, wenn für unterschiedlichen All-

tagsaktivitäten mit ihren Haushalts- und Unterhaltungsgeräten und Geräuschen unterschiedliche Räume zur Verfügung stehen und über Türen die Geräusche geregelt werden können. Dasselbe gilt für Gerüche. Die visuelle Stimulation wie Tageslicht kann in allen Räumen durch Rollläden, Vorhänge und Beleuchtung geregelt werden, wobei die Ausleuchtung durch die individuellen Möglichkeiten nicht immer optimal ist. Die Wände sind mit sinnvollen und dekorativen Bildern, Fotos, Hinweisschildern im guten Maß ausgestattet. Im PH können die beiden Hauptbereiche Bewohnerzimmer und Aufenthaltsbereich, der gleichzeitig Flur und Durchgangsbereich ist, unterschieden werden. Die visuelle Stimulation in den Bewohnerzimmern mit ihren Bädern lassen sich gut durch Beleuchtung, Rollläden und Vorhänge regulieren. Im öffentlichen Bereich ist auch durch die Durchgangssituation und den halböffentlichen Bereich die unspezifische akustische Stimulation durch Hupgeräusche der Rufanlage an den Eingängen der Bewohnerzimmer, der Dunstabzugsgeräusch in WC und Pflegebadbereich, die Geräusche aus dem Treppenaufgang und ständig laufende Fernseher belastet. Die Beleuchtung wird weitgehend über künstliches Licht geregelt, da durch den Doppelfunktionsflur wenig Tageslicht einfallen kann. Die lästigen Gerüche können durch die gute Badezimmerausstattung gut geregelt werden. Spezifische positive Stimuli sind eher unterrepräsentiert. Es fällt auf, dass sich die Bewohner an den Tischen durch die schlechte Akustik kaum unterhalten können. Wer den Wohnbereich verlassen kann, hat gute Möglichkeiten der Regulierung der Stimulation in den unterschiedlichen öffentlichen Bereichen.

Der nächste Bereich mit einem Punktwert Unterschied (5 für das UW, 4 für das PH) ist die persönliche Kontrolle. Das meint den Grad, in dem die Umwelt bzw. die Regeln der Umwelt den Bewohnern ermöglichen entsprechend ihrer Fähigkeiten und persönlichen Präferenzen auf selbständige Initiative und nach eigener Wahl zu entscheiden, was sie tun und wann sie es tun (Norris-Baker et al., 1999, S. 170). Die Wahl des Aufenthaltsbereichs ist bei einer Vielzahl an Raumangeboten im UW besser als im PH. Einschränkungen gibt es bei den Möglichkeiten des Wanderns auf längeren Wegen, v.a. wenn die einrichtungs- bzw. hausübergreifenden Angebote nicht genutzt werden (können). Durch die Kleinheit der Gruppe lassen sich Regeln und Wünsche wie z.B. zu Aktivitäten, Tagesablauf oder Mahlzeiten gemeinsam in der Gruppe bestimmen. Unterschiedliche halböffentliche Räume mit entsprechenden

Möbeln und Ausstattung ermöglichen die eigenständige Selbstbedienung mit Snacks, Getränken, Spielen etc. Die Möglichkeit der individuellen Ausstattung der Zimmer mit eigenen Möbeln und persönlichen Gegenständen wird in hohem Maße unterstützt und auch genutzt. In PH gibt es eine Auswahl an unterschiedlichen Orten für die Bewohner, die das ganze Haus nutzen können und lange Wanderwege. Die Verteilung von Stühlen auf dem Wohnbereich ermöglichen unterschiedliche Kontaktoptionen, die Wünsche sind aufgrund der Größe des Bereichs und der zentralen Versorgung deutlich eingeschränkter und Regeln müssen sich an einer großen Mehrheit orientieren. Die Vollmöblierung und der Doppelzimmeranteil erschweren das individuelle Arrangement von Möbeln in den Bewohnerzimmern. Das eingeschränkte Raumangebot bzw. fehlende Ausstattung behindern die selbständige Versorgung mit Snacks und benötigten Utensilien bzw. Spiele.

Eine weitere Dimension mit einem Punktwert Unterschied ist der soziale Kontakt. Dies meint den Grad, in dem die Umwelt bzw. die Regeln der Umwelt sozialen Kontakt und Interaktion zwischen den Bewohnern fördern (Norris-Baker et al., 1999, S. 170). Der höhere Punktwert beim UW auf Niveau 5 ist auf die Vielfalt der Räume und Örtlichkeiten, seiner differenzierenden Möblierung und dem Angebot an Sitzmöglichkeiten mit Ausrichtung an Kommunikation der Bewohner zurückzuführen. Auch wird der Kontakt der Bewohner untereinander und mit anderen besser gefördert, indem ein entsprechend abwechslungsreiches Programm über den Tag angeboten wird, das auch in der konzeptionellen Ausrichtung an Alltag und Haushalt begründet liegt.

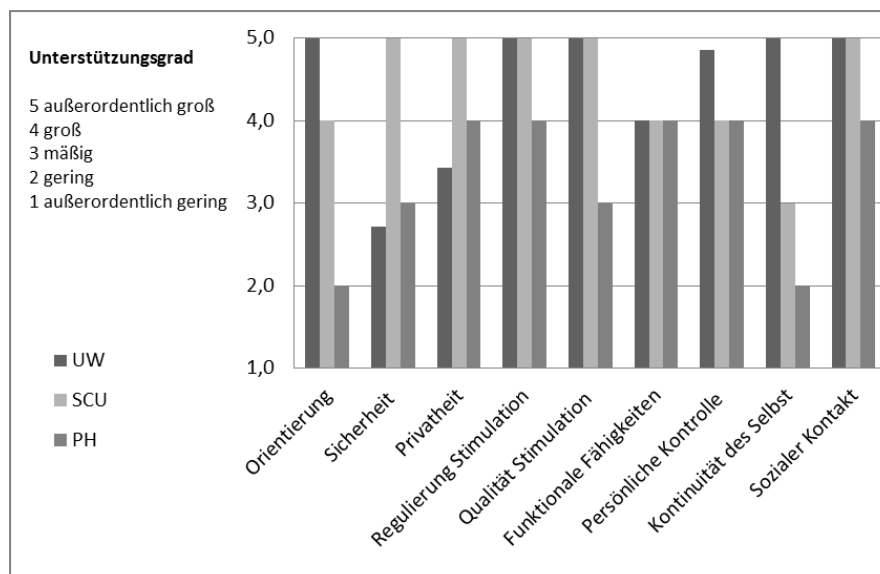
Übereinstimmung zwischen dem UW und PH gibt es in den Dimensionen Sicherheit und Unterstützung funktionaler Fähigkeiten, allerdings auf niedrigerem Niveau von 4 und 3. Der schwächste gemeinsame Punkt mit 3 liegt beim UW und PH in der Dimension Sicherheit und Schutz. Dies meint den Grad, in dem die Umwelt sowohl Gefahren für die Sicherheit und den Schutz der Bewohner minimiert, als auch das Gefühl von Sicherheit für Bewohner, Personal und Familienmitglieder maximiert. Die Gefahrenpotentiale haben unterschiedliche Ursache. Im UW gibt es einen Unterschied zwischen Einrichtungen im normalen Wohnungsbau und denen im angepassten Funktionsbau. In den WGs des gängigen Wohnungsbaus entstehen tendenziell mehr Gefahren, die aus eingeschränkter Barrierefreiheit, deutlich erkennbaren Aus-

gangssituationen ohne Kaschierung bzw. elektronischer Sicherung und Einschränkungen in den Funktionsbereichen der Bäder. Die WGs bzw. HGs in Funktionsbauten haben geringere Sicherheitsprobleme. Dieser Unterschied spiegelt sich auch in der größeren Standardabweichung wider. Im PH ergeben sich Einschränkungen in der Sicherheit durch die geringere Übersichtlichkeit des Wohnbereichs und sonstigen öffentlichen Bereichen wie Cafeteria oder Garten und dem Problem, dass Bewohner weniger oft auf Personal treffen, wenn sie Hilfe brauchen, oder sich ängstigen.

Auf gleichem Niveau bei 4 liegt das UW und das PH bei der Unterstützung von funktionalen Fähigkeiten. Dies meint den Grad, in dem die Umwelt und die Regeln für die Nutzung der Umwelt sowohl die Praxis als auch die fortgesetzte Nutzung der Alltagskompetenz unterstützen. Diese Fähigkeiten können in die Aktivitäten des täglichen aufgeteilt werden (z.B. Gehfähigkeit, Körperpflege, Bad und Toilette, Essen) und instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens, die in den Stadien der Krankheit variieren. Das UW hat durch die räumlichen Einschränkungen im Badezimmerbereich und dem z.T. höheren Anteil an Doppelzimmern Einschränkungen in den eher körperbezogenen Bereichen der ADLs. Durch das alltagsnahe Angebot an sinnvollen Aktivitäten dagegen große Stärken in den Bereichen der IADLs wie Küche und Wäscheversorgung. Beim PH ist dies gerade umgekehrt.

Ein Vergleich der drei Wohnformen (Tab. 24) zeigt, dass das UW und die SCU mit einem Mittelwert von 4,4 über alle Dimensionen über ein gleich hohes Niveau an Unterstützung verfügen, während das PH mit 3,3 deutlich niedriger liegt.

Abbildung 26: Vergleich der Ergebnisse der objektiven Umweltbeschreibung des UW, der SCU und des PH nach PEAP



PEAP: Professional Environmental Assessment Protocol; UW: Unterstütztes Wohnen; SCU: Spezielle Demenzwohngruppe; PH: Pflegeheim

In den drei Wohnformen zeigen sich deutliche Unterschiede in den einzelnen Dimensionen (Abb. 26). Ein vergleichbares Maß an Unterstützung liegt nur im Bereich der funktionalen Fähigkeiten. Das Niveau +4 ist hoch und ergibt sich aus unterschiedlichen Schwerpunkten: Bei der SCU und dem PH kommen im Bereich der Unterstützung in der Körperpflege und beim Ankleiden die sehr gut ausgestatteten und großzügigen Bäder und zum Großteil Einzelzimmer zum Tragen, bei der SCU ist auch eine Wohnküche vorhanden. Im UW schlagen die Unterstützung von selbständigen funktionalen Fähigkeiten im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung zu Buche.

Wie bereits oben im Einzelnen ausgeführt, zeigt das UW in den Bereichen Wahrnehmung bzw. Orientierung, persönliche Kontrolle und Kontinuität des Selbst bessere Werte als die beiden anderen Wohnformen. Die SCU zeigt im Bereich der Sicherheit auf Niveau 5 mit 2 Punktwerten Abstand deutlich höhere Werte als UW und PH. Der gute Überblick des Personals über den einzig zum Ausgang führenden Flur, der kaschierte und elektronisch gesicherte Ausgang, der blendungsfreie, mit Teppichboden belegte und mit Handläufen ausgestattete Flur erbringen ein Höchstmaß an Sicherheit für die Bewohner. Mit 1 Punktwert liegt die SCU im Bereich Privatheit über

dem UW und dem PH: hier bringen die Einzelzimmer und das vielfältige Raumangebot, das für private Aktivitäten in unterschiedlichen Konstellationen, auch über die SCU hinaus, zur Verfügung steht, den Vorteil.

Das UW und die SCU sind kleinräumige Wohnformen mit einer überschaubaren Anzahl an Bewohnern. Dennoch ergeben sich in der objektiven Umwelt deutliche Unterschiede in den einzelnen Dimensionen. Die beiden Wohn- bzw. Einrichtungstypen rangieren gemeinsam auf dem höchsten Niveau +5 in der Dimension Qualität und Regulierung von Stimulation und Unterstützung bei den sozialen Kontakten. Die Qualität und Regulierung der Stimulation liegt im abwechslungsreichen Raumangebot mit unterschiedlichen, regulierbaren Aktivitätenmöglichkeiten (u.a. häuslich, alltagspraktisch, hobby- und freizeitbezogen) und Ruheorten. Dadurch ergeben sich auch unterschiedliche Möglichkeiten an sozialen Kontakten.

Zusammenfassung:

Die objektive Umwelt der einzelnen Einrichtungen des UW weisen sehr einheitliche Werte in den einzelnen Dimensionen aus, auch wenn sie in ihrer baulichen und gestalteten Umwelt unterschiedlich erscheinen. Mit einem Wert von 4,4 von 5 erreichbaren Punktwerten zeichnen sich das UW und die SCU durch einen hohen Unterstützungsgrad aus, das PH mit 3,3 liegt deutlich darunter. Das UW hat besondere Stärken in den Dimensionen Orientierung, Regulierung und Qualität der Stimulation, der Kontinuität des Selbst und den sozialen Kontakten. Die größten Schwächen zeigen sich im Bereich der Sicherheit. Die SCU hat ebenfalls große Stärken in 5 Dimensionen, die größte Schwäche liegt bei der Kontinuität des Selbst. Das UW ist dem PH in 2/3 der Dimensionen überlegen, in 1/3 ebenbürtig.

C. Diskussion

10. Diskussion und Ausblick

Die vorliegende Arbeit verfolgt das Ziel, die Lebensqualität von Bewohnern in unterschiedlichen Wohnformen differenziert zu erfassen und anhand des entwickelten Ansatzes in mehrdimensionaler Weise zu vergleichen. Daneben soll die objektive Umwelt dieser Wohnformen daraufhin untersucht werden, wie unterstützend sie für hilfe- und pflegebedürftige Menschen ist. In den Vergleich einbezogen sind 7 kleingemeinschaftliche Einrichtungen für hilfe- und pflegebedürftige ältere Menschen, die als Wohnform „Unterstütztes Wohnen“ gefasst werden, ein Pflegeheim und eine spezielle Demenzwohngruppe. Das „Unterstützte Wohnen“ kann nicht in die Reihe der bis dato institutionellen Versorgung mit vornehmlich pflegerisch-medizinischer Ausrichtung eingereiht werden. Das entspricht nicht der Philosophie dieser Wohnform und auch nicht den Nachfragemotiven. Vieles spricht dafür, dass Angebot und Nachfrage von neuen gesellschaftlichen Entwicklungen getrieben und auch komplexen sozialpolitischen Steuerungsmechanismen unterworfen sind. Die vorliegende Arbeit möchte einen Beitrag zum Verständnis neuer Entwicklungen und Optionen beim gemeinschaftlichen Wohnen und für die Unterstützung älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen leisten.

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Frage nach der Gestaltung eines guten Lebens im Alter, das von Hilfe- und Unterstützungsbedarf gekennzeichnet ist, erhält von unterschiedlichen gesellschaftlichen Strömungen neue Impulse. Wenn ältere Menschen zunehmend Einschränkungen im Sehen, Hören, in der Mobilität und kognitiven Leistungsfähigkeit erfahren, steigt ihre Sensibilität für fördernde und hemmende Umweltbedingungen. Die Beziehung zwischen Person und Umwelt erhält eine zunehmende Bedeutung. Das forschungsleitende Interesse vorliegender Arbeit war es, diesem Ansatz zu folgen und führte zu einer ökogerontologischen Herangehensweise an die Frage, wie die kleingemeinschaftlichen Haus- und Wohngemeinschaften im Sinne eines guten Lebens im Alter mit Hilfe- und Pflegebedarf zu bewerten sind. Die Untersuchung sollte daher sowohl die Personperspektive als auch die

Umweltperspektive einnehmen und folgte damit Lawtons Konzept des guten Lebens (1983).

Auf Basis dieser Annahmen wurden folgende Fragen analysiert:

Welche Befunde ergeben sich zur Lebensqualität der Bewohner für die drei Wohnformen? Zeigen sich Unterschiede bei Menschen mit Demenz? Wie „unterstützend“ stellt sich die „objektive Umwelt“ in den drei Wohnformen dar? Lässt sich aus den Befunden ein Paradigmenwechsel für das Wohnen und die Unterstützung älterer, hilfe- und pflegebedürftiger Menschen ableiten? Können die kleingemeinschaftlichen Einrichtungen als Wohnform „Unterstütztes Wohnen“ gefasst werden und welche Perspektive bietet sich ihnen?

In diesem Kapitel werden die Befunde der vorliegenden Arbeit zusammengefasst und bewertet. Im Anschluss daran erfolgt ein Ausblick.

10.1 Diskussion der Befunde

10.1.1 Lebensqualität in den drei Wohnformen

Welche Befunde ergeben sich Lebensqualität der Bewohner für die drei Wohnformen? Zeigen sich Unterschiede bei Menschen mit Demenz?

Ergebnisse zur Verhaltenskompetenz

In allen drei Wohnformen leben hochaltrige Menschen. In der SCU sind sie mit durchschnittlich 76 Jahren etwas jünger als im UW und PH mit durchschnittlich 82 Jahren. Die Bewohner weisen mehrere Erkrankungen auf. Im PH sind deutlich mehr somatische Erkrankungen verzeichnet als in der SCU und im UW. Dagegen überwiegt der Anteil an Menschen mit Demenz in der SCU (100%) und im UW (70%) gegenüber dem PH (50%) deutlich. Ein hoher Grad an Einschränkung in den ADLs (Barthel 0 – 60 Punkte) korrespondiert sehr oft mit kognitiven Einschränkungen, die auf dementielle Erkrankungen zurückzuführen sind. Im UW lässt sich aber auch beobachten, dass es schwer kognitiv Beeinträchtigte gibt, die in den ADLs geringere Einschränkungen aufweisen, was auf eine selbständigkeitsfördernde Umwelt hinwei-

sen könnte. Der Hilfebedarf in den ADLs ist in den drei Wohnformen sehr unterschiedlich ausgeprägt. Im UW sind zwischen 50% und 90% der Bewohner auf Hilfe beim Baden/Duschen, „Toilettengang“, „Ankleiden“, „Waschen“, und „Selbständigen Steigen der Treppe“ angewiesen.

Der Großteil der Bewohner kann in allen drei Wohnformen auch Aktivitäten gemeinsam mit den Angehörigen pflegen. Sie erstrecken sich vor allem auf den Bereich der sozialen Betreuung. Ausnahme bildet die SCU, in der Bewohner in Betreuung, Pflege und Hauswirtschaft ein hohes Maß an Unterstützung erhalten. Erkrankungen und funktionale Einschränkungen können sich unterschiedlich auf die Zeitverwendung bzw. Aktivitäten auswirken. Andererseits ist die Durchführung von Aktivitäten auch eine Frage des Angebots einer gestalteten physikalischen oder sozialen Umwelt.

Im UW ist das Angebot so attraktiv, dass sich der Großteil der Bewohner am Tag im Gemeinschaftsbereich aufhält. Die Attraktivität ist Ergebnis unterschiedlicher Faktoren. Erstens ist ein abwechslungsreiches Milieu vorhanden, das sich an alltagsnaher Lebensweise orientiert und dadurch Optionen an unterschiedlichen, auch bekannten Tätigkeitsbereichen und Verhaltensweisen eröffnet. Der Abwechslungsreichtum ist durch den hohen Anteil unterschiedlicher Typ1-Aktivitäten nach DCM, also denen, „die das Personsein unterstützen“, belegt. Die Alltagsausrichtung bildet sich durch die spezifischen Kategorien, die das DCM beinhaltet, ab. Zweitens werden die Aktivitäten mit entsprechender zeitlicher Ausdehnung über den Tag vorgehalten. Drittens wird das Milieu durch die Präsenz einer Person positiv geprägt, indem sie für das abwechslungsreiche Milieu sorgt, als Ansprechpartner für die Bewohner und Moderator der Gruppe fungiert und auf Verhalten, das sich „negativ auf das Personsein“ auswirkt, Einfluss nimmt. Der Umgang des Personals ist von bedürfnisorientiertem Handeln, Wahrnehmung von Bedürfnissen, Wertschätzung und Interaktionsstil (PER) geprägt und es gibt keine Handlungen der Mitarbeiter, die das Personsein der Bewohner schmälern (PDs). Dadurch können Bewohner mit unterschiedlichen Stärken und Vorlieben individuell erreicht und ein positives Verhalten und Wohlbefinden einzeln und in der Gruppe erzeugt werden. So bildet sich im Ergebnis gutes bis sehr gutes Wohlbefinden einzelner Personen sowie ein sehr gutes Gruppenwohlbefinden ab. In den untersuchten Wohnungen des UW bilden sich „Milieus der Unterhaltung“,

„Esskultur“, „Alltagsbeschäftigung“ und „Sport“. Das entspricht den Aktivitäten, die die Bewohner am liebsten und mit Spaß tun und die bei ihnen in der Wohnung die meiste Zeit einnimmt.

In der SCU leben nur Bewohner, die an mittlerer oder schwerer Demenz leiden und zumeist hohen Hilfebedarf in den körperbezogenen Aktivitäten haben. Ein Großteil dieser Bewohner hält sich für einen langen Zeitraum des Tages im Gemeinschaftsbereich auf. Auch das Personal ist häufig präsent, erscheint dort regelmäßig und ist für die Bewohner erreichbar. Günstige Umweltfaktoren drücken sich im Konzept der SCU darin aus, dass sie sich an der aktuellen Bewohnerkonstellation orientieren. Das bedeutet hohe personelle Präsenz und eine Handlungsvielfalt, die körperbezogen ist, im Kochbereich alltagsnah und insgesamt abwechslungsreich. Der Umgang des Personals ist von bedürfnisorientiertem Handeln geprägt (PER) und es gibt keine Handlungen der Mitarbeiter, die das „Personsein“ der Bewohner schmälern (PDs). Viele brauchen individuelle und geduldige Handreichung und Unterstützung beim Essen und so ist das Milieu durch eine gute Esskultur geprägt. Die Wohlbefindenswerte liegen nach der Messskala des DCM auf gutem Niveau.

Im PH stellt der Gemeinschaftsbereich keinen konzeptionell gestalteten Raum dar und besitzt wenig Attraktivität für Bewohner. Die Aktivitäten sind wenig abwechslungsreich und im Wesentlichen auf vier Typ1-Aktivitäten beschränkt, wobei das Essen die wichtigste Aktivität darstellt. Daher trifft sich hier nur ein Teil der Bewohner zum Essen und nur diejenigen, die immobil sind, bleiben tagsüber am Tisch sitzen. 22% der Bewohner sind bettlägerig und bleiben auf ihren Zimmern. Da es keine personelle Präsenz im Gemeinschaftsbereich gibt, sind die Bewohner die meiste Zeit sich selbst überlassen. Dadurch entstehen gleichermaßen Langeweile bzw. Stresssituationen, die im stärkeren Auftreten von Typ2-Aktivitäten, die das „Personsein gefährden“, sichtbar werden und ein Gruppenwohlfinden von befriedigend bis gut abbilden. Das Milieu ist im Wesentlichen ein „Milieu der Mahlzeiten“.

Ergebnisse zum subjektiven Erleben und emotionalen Wohlbefinden

Positiver Gefühlsausdruck, das Fehlen bzw. geringes Vorkommen von herausforderndem Verhalten und neuropsychiatrischen Symptomen bei Demenzerkrankungen

können als Ergebnis günstiger Umweltfaktoren erachtet werden. Hier lassen sich große Unterschiede in den drei Wohnformen feststellen.

Effekte, die sich bei den Bewohnern des UW beobachten lassen: Günstige Umweltfaktoren drücken sich im Konzept des UW in einem anregenden, positiven und abwechslungsreichen Milieu aus, das Alltagsaktivitäten unterstützt und in die sich Menschen mit Demenz mit ihren Alltagserfahrungen einbringen und sie Selbstwirksamkeit erfahren können. Das Personal hält sich über den Großteil der Zeit bzw. sehr häufig im Bereich der Gemeinschaftsbereiche auf bzw. erscheint dort regelmäßig und ist für die Bewohner erreichbar. Dies kommt dem starken Bedürfnis der Bewohner entgegen, von denen sehr viele, wie der CMAI zeigt, ständig nach Zuwendung suchen. Gleichzeitig treten bei einem Fünftel der Bewohner Probleme in der Kooperation mit dem Personal auf. Die qualitativ guten Umweltfaktoren wirken sich positiv auf die Bewohner aus. Ungefähr die Hälfte der Bewohner ist häufig interessiert, was um sie herum geschieht und erlebt häufig Freude. Dies ist ein signifikant höherer Anteil als im PH mit jeweils 11,1%. Der geringe Anteil an Menschen mit Demenz (1,4%), die häufig Angst haben, ist sicherlich auf die hohe zeitliche Präsenz des Personals zurückzuführen. Dies bedeutet aber nicht, dass nicht auch negative Emotionen vorkommen: Bei mehr als der Hälfte (52,5%) ist Traurigkeit und Depressivität zu beobachten. Diese Symptome können als klassische, nicht beeinflussbare Begleitscheinung der Demenz betrachtet werden. Sonstige neuropsychiatrische Symptome treten generell bei ca. 10% der Bewohner in Agitiertheit, Bewegungsdrang und Durchschlafproblemen auf. Eine Überprüfung agitierter, herausfordernder Verhaltensweisen, die vergleichsweise häufig, also ein- bis zweimal täglich auftreten, zeigt sich auch nur in geringem Maße. Das „ständige Suchen nach Zuwendung“ mit 10,6% sticht hier besonders hervor und führt noch einmal die Bedeutung von personeller Präsenz vor Augen. Zwischen der Gesamtbewohnerschaft und der Gruppe der Menschen mit Demenz zeigen sich beim Auftreten von neuropsychiatrischen oder herausfordernden Verhaltensweisen keine bemerkenswerten Unterschiede. Das heißt, dass das Milieu für beide Gruppen gleichermaßen positiv ist.

Effekte, die sich bei den Bewohnern der SCU beobachten lassen: Durch die intensive Zuwendung des Personals und Selbststimulation z.B. durch das Umherwandern,

erleben ein Drittel der Bewohner häufig Freude und die Hälfte ist häufig an der Umwelt interessiert. Gleichzeitig sind neuropsychiatrische Symptome und agitierte, herausfordernde Verhaltensweisen zahlreich anzutreffen und scheinbar kaum zu beeinflussen.

Effekte, die sich bei den Bewohnern im PH beobachten lassen: Es gibt regelmäßig Situationen, in denen Bewohner überfordert sind wie z.B. durch störende Verhaltensweisen der Tischnachbarn, die aus der Langeweile resultieren oder krankheitsbedingt auftreten und nicht vom Personal moderiert werden. Dazu zählen auch „Mannerismen“, „Schreien“, „abweichender Ausdruck“, „Weglaufen“ und „ständige Suche nach Zuwendung“. Beim Wohlbefinden der Bewohner zeigen sich deutliche Unterschiede: Betrachtet man alle Bewohner – von denen nur die Hälfte an einer Demenz erkrankt sind – zeigt ein Drittel häufig Freude, bei den Bewohnern mit Demenz sind es nur 11,1%. Knapp ein Viertel (22,2%) der Demenzkranken zeigen auch häufig Angst. Wut tritt dagegen niemals häufig auf. Mit durchschnittlich 27,2% ist der Anteil der Bewohner mit Demenz, die häufig neuropsychiatrische Symptome zeigen, hoch. Im UW sind dies nur 13,1% und in der SCU nur 16,7%. Am meisten wird nächtliche Unruhe/Wachsein, nächtliches Stören und Ein- bzw. Durchschlafprobleme beobachtet. Traurigkeit oder Depressivität wird mit einem Drittel der dementiell Erkrankten dagegen deutlich weniger als im UW (54,6%) und der SCU (50,0%) beobachtet. Agitierte, herausfordernde Verhaltensweisen, die vergleichsweise häufig, also ein- bis zweimal täglich auftreten, erscheinen bei durchschnittlich 6,7% der Bewohner mit Demenz als moderat, aber höher als im UW (2,3%) und deutlich niedriger als in der SCU (12,9%). Das „Rufen“ mit 33,3% sticht hier besonders hervor. Zwischen der Gesamtbewohnerschaft und der Gruppe der Menschen mit Demenz zeigen sich beim Auftreten von neuropsychiatrischen oder herausfordernden Verhaltensweisen deutliche Unterschiede zu Ungunsten der dementiell Erkrankten. Das bedeutet, dass sich im PH ein weniger angemessenes Milieu für Menschen mit Demenz feststellen lässt.

Ergebnisse zur wahrgenommenen Lebensqualität

Wahrgenommene Lebensqualität ist die subjektive Einschätzung des Einzelnen von Lebensbereichen, die ihm wichtig sind. Dieser Bereich ist schwierig zu erfassen, da

ein großer Teil der Bewohner an Demenz erkrankt ist und nur eingeschränkt Auskunft geben kann. Es wurden Items ausgewählt, die erfahrungsgemäß bei Befragungen älterer Menschen mit Unterstützungsbedarf große Relevanz haben, z.B. soziale Kontakte, Sicherstellung von Dienstleistungen und medizinisch – ärztliche Versorgung.

Die Kontakte innerhalb der Einrichtung zu anderen Bewohnern und Mitarbeitern sind aufgrund der unmittelbaren Nähe und zeitlich längsten Kontakten während des Tages von großer Bedeutung für das Wohlbefinden der Bewohner. Die Befunde von Albert et al. (2001) in einer Langzeitstudie und auch die Landesstudie zu Demenzkranken in der stationären Pflege (Schäufele et al., 2008) zeigen, dass die Kommunikationsfähigkeit auch sehr stark davon abhängig ist, ob die Bewohner an Demenz erkrankt sind. Die Erkrankung geht in fortgeschrittenen Phasen mit erheblich eingeschränkten Kommunikationsfähigkeiten insbesondere im sprachlichen Ausdruck einher. Ein größerer Anteil der untersuchten Demenzkranken war zu anderen Bewohnern eher zurückgezogen und kommunizierte nicht im Vergleich zu Menschen ohne Demenz (Schäufele et al., 2008, S. 52). Das Phänomen, dass Menschen mit Demenz weniger mit Personal und Mitbewohnern kommunizieren und weniger interessiert sind bestätigt sich auch in der vorliegenden Arbeit. Die erheblich eingeschränkte Kommunikation ist Folge der Erkrankung. Allerdings ergeben sich deutliche Unterschiede in den Wohnformen.

Das UW ist förderlicher für soziale Kontakte zwischen Bewohnern und anderen Bewohnern, Personal, Verwandten und Bekannten. Das trifft umso mehr für Menschen mit Demenz zu. Die Kommunikation geht mit wenigen personenschädigenden Verhaltensweisen (PDC) und einer Vielzahl an positiven Ereignissen (PER) im Bereich bedürfnisorientierten Handelns, Wahrnehmung von Bedürfnissen, Wertschätzung und Interaktionsstil einher. Bei einem Anteil von 70% Bewohnern, die dementiell erkrankt sind, zeigt dies, dass ein anregendes Milieu gepflegt und viele gute Kontakte stattfinden. Die Hälfte der Bewohner erhalten mindestens einmal pro Woche Besuche von Bekannten oder Verwandten. Die ärztliche Versorgung ist sehr gut: Mehr als 3/4 der Bewohner hatten einen Arztbesuch in den letzten zwei Wochen. Im Bereich der freiheitsentziehenden Maßnahmen und Behandlung mit Psychopharmaka lassen

sich keine spezifischen Effekte nachweisen. In allen Wohnungen ist eine personelle Präsenz von 24-Stunden vorhanden.

In der SCU sind durch den hohen Anteil an Menschen in weit fortgeschrittenem Stadium der Demenz dafür verantwortlich, dass nur wenige Bewohner an Sozialkontakten zu Personal (33,3%) und anderen Bewohnern (25%) interessiert sind. Gleichzeitig sticht der hohe Anteil (75%) derer hervor, die häufig Besuch von Verwandten und Bekannten erhalten. Der Umgang der Mitarbeiter ist gekennzeichnet von bedürfnisorientiertem Handeln und der Wahrnehmung von Bedürfnissen. Die gute ärztliche Versorgung erhält noch eine besondere Qualität durch die zusätzliche ambulante psychiatrische Behandlung für alle Bewohner. Eine gute personelle Präsenz und fachärztliche Versorgung scheint weniger Effekt auf den Umfang der Behandlung der Bewohner mit Psychopharmaka (75%) und den Einfluss freiheitsentziehender Maßnahmen zu haben. Die Betonung des Sicherheitsaspekts wird auch nochmals in der Betrachtung der physikalischen Umwelt deutlich.

Die Befunde im PH müssen unter dem Aspekt gesehen werden, dass nur 50% der Bewohner dementiell erkrankt sind, was Kontaktmöglichkeiten erleichtert. Knapp drei Viertel der Bewohner haben Interesse am Kontakt mit dem Personal und 72,2% am Kontakt mit Bewohnern. Es sind gleichzeitig wenig positive Ereignisse (PER) und einige personenschädigende Verhaltensweisen (PDC) bei geringeren Wohlbefindenswerten zu verzeichnen. Dies zeigt, dass zwischen Anzahl und Qualität von Kontakten zu unterscheiden ist. Etwas mehr als ein Viertel der Bewohner erhält mindestens einmal pro Woche Besuche von Verwandten und Bekannten. Die ärztliche Versorgung in Form von Hausbesuchen und Krankenhausaufenthalten fällt gegenüber dem UW geringer aus. Dies könnte auf die stärkere Präsenz medizinisch-pflegerischer Kompetenz durch die Pflegefachkräfte zurückzuführen sein, die in ihrer fachlichen Einschätzung gegebenenfalls keine medizinisch-pflegerischen Handlungsbedarf feststellen bzw. darauf selbst reagieren können. Im Bereich der freiheitsentziehenden Maßnahmen und Behandlung mit Psychopharmaka lassen sich keine spezifischen Effekte nachweisen.

10.1.2 Grad der Unterstützung der objektiven Umwelt

Wie „unterstützend“ stellt sich die „objektive Umwelt“ in den drei Wohnformen dar?

Qualitative Merkmale einer unterstützenden objektiven Umwelt sind die Maximierung von Wahrnehmung und Orientierung, Sicherheit, Privatheit, Regulierung bzw. Qualität von Stimulation, funktionaler Unterstützung, persönlicher Kontrolle, Kontinuität des Selbst und sozialem Kontakt. Die neun untersuchten Einrichtungen weisen sehr unterschiedliche physikalische Gegebenheiten auf. Sie kommen aus unterschiedlichen architektonischen, siedlungsstrukturellen und soziokulturellen Bezügen und haben unterschiedliches Baualter. Die sieben Untersuchungseinheiten des UW sind klassischer Wohnungsbau, umgestalteter betreuter Wohnungsbau und umgestalteter Krankenhausbau. Trotz dieser unterschiedlichen Ausgangsbedingungen zeigen die Ergebnisse, dass die objektive Umwelt der Einrichtungen des UW die Philosophie des UW stützt und sich abhebt vom Konzept der objektiven Umwelt des Pflegeheims.

Von den neun Dimensionen einer unterstützenden Umwelt ist das UW in 2/3 der Dimensionen dem PH überlegen, in 1/3 ebenbürtig. Am deutlichsten zeichnet sich der Unterschied der beiden Wohnformen im Bereich der Wahrnehmung/Orientierung und der Kontinuität des Selbst ab. Wahrnehmung/Orientierung spiegelt sich z.B. in der räumlichen Kleinstrukturiertheit und der funktionalen Ausrichtung der Räumlichkeiten am gewohnten Alltag der Bewohner wie Küche, Putz-Waschräume, Ess-Wohnzimmer, entsprechende Möblierung und Ausstattung sowie das daran geknüpfte Programm wider. Kontinuität des Selbst wird räumlich durch Vorhandensein eigener Möbel und persönlicher Gegenstände und eine nichtinstitutionelle Atmosphäre geschaffen. Das räumliche Programm fördert die Kontinuität von Familienverhalten und sinnstiftendem Lebenswandel. Die SCU als ebenfalls kleinräumiges und klein-gruppiges Wohnangebot liegt mit dem UW auf gleichem und höchstem Niveau in den Dimensionen „Qualität der Stimulation“ und „Unterstützung bei sozialen Kontakten“. Räumlich zeigt sich dies in einem abwechslungsreichen Raumprogramm mit unterschiedlichen, regulierbaren Aktivitätenmöglichkeiten (u.a. häuslich, alltagspraktisch, hobby- und freizeitbezogen) und Ruheorten, wodurch sich auch unterschiedliche Möglichkeiten an sozialen Kontakten ergeben.

10.1.3 Paradigmenwechsel in der Altenhilfe?

Lässt sich aus den Befunden ein Paradigmenwechsel für das Wohnen und die Unterstützung älterer, hilfe- und pflegebedürftiger Menschen ableiten?

Die Befunde, die im Rahmen dieser Arbeit zusammengetragen wurden und die Ergebnisse der eigenen Untersuchungen sprechen dafür, dass es vielgestaltige Umbrüche gibt, die einen neuen Blick auf das Leben älterer Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf werfen und neue Gestaltungsoptionen erfordern. Die drei Perspektiven, die im Rahmen der Arbeit näher bearbeitet wurden – neue wissenschaftliche Befunde, fachlich getriebene Entwicklungen in der Altenhilfe sowie gesellschaftliche Entwicklungen bzw. sozialpolitische Gestaltungsbedarfe – sprechen für einen Paradigmenwechsel.

Wohnen und Leben im Alter bei Hilfe- und Pflegebedarf aus ökogerontologischer Sicht

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Frage nach der Gestaltung eines guten Lebens im Alter, das von Hilfe- und Unterstützungsbedarf gekennzeichnet ist, erhält von unterschiedlichen gesellschaftlichen Strömungen neue Impulse. Wenn ältere Menschen zunehmend Einschränkungen im Sehen, Hören, in der Mobilität und kognitiven Leistungsfähigkeit erfahren, steigt ihre Sensibilität für fördernde und hemmende Umweltbedingungen. Die Beziehung zwischen Person und Umwelt erhält eine zunehmende Bedeutung. Das forschungsleitende Interesse vorliegender Arbeit war es, diesem Ansatz zu folgen und führte zu einer ökogerontologischen Herangehensweise an die Frage, wie Haus- und Wohngemeinschaften im Sinne eines guten Lebens im Alter mit Hilfe- und Pflegebedarf zu bewerten sind. Die Untersuchung sollte daher sowohl die Personperspektive als auch die Umweltperspektive einnehmen.

Drei Konzepte, die diese Perspektive beinhalten und die die aktuelle Diskussion um das Leben im Alter bei Hilfe- und Pflegebedarf beeinflussen sind das Konzept der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, das Konzept der Lebensqualität und das Konzept des Wohnens. Alle drei Konzepte sind komplexer Natur und müssen aufgrund neuer gesellschaftlicher Entwicklungen und wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie Zukunftsherausforderungen auch im internationalen Kontext weiterentwickelt werden. Das Konzept der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit hat sich von einem einseitigen Krankheits-

verständnis und negativer Alternsperspektive und dem scheinbar irreversiblen Verlust von Unabhängigkeit interdisziplinär stark weiterentwickelt. Im bio-psycho-sozialen Modell der ICF wird die Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit im Zusammenhang mit den Kontextfaktoren Umwelt und Person gesehen und vorwiegend als gesellschaftlich verursachtes Problem. Im Konzept des „Active Aging“ der WHO wird die gesellschaftliche Verantwortung darin gesehen, die Umwelt – und damit auch die Wohnangebote – für gesundheitsbeeinträchtigte Ältere so zu gestalten, dass sie ihre Lebensqualität fördert. Lebensqualität ist ein komplexes Konstrukt, das in der Gerontologie in Deutschland noch keine Theorie hervorgebracht hat, sondern in Abhängigkeit von der Disziplin unterschiedliche Perspektiven entwickelte. Wichtige wissenschaftliche Grundlagen bietet Lawtons Konzept des guten Lebens (1983), das neben der personbezogenen Perspektive auch eine objektive beinhaltet. Es resultiert aus seinen langjährigen und umfangreichen empirischen Arbeiten im Bereich der Versorgungskonzepte für ältere Menschen und Menschen mit Demenz. Der neue Blickwinkel auf das häusliche Wohnen und die Reflexion von Pflegebedürftigkeit und Lebensqualität wirft bei neuen Unterstützungsangeboten den Fokus auf das „Wohnen“. Dies geht in eins mit Forschungserkenntnissen, dass das Zusammenspiel von Person und Umwelt durch räumlich-dingliche, verhaltensbezogene, kognitive, biografische, emotionale und soziale Bedeutungsaspekte beeinflusst wird (Oswald, 1996). Neue Befunde zum subjektiven Wohnen (Wahl et al., 2012, Oswald et al., 2004) zeigen, dass Funktionalität nur ein Bruchteil von Wohnerfahrungen ist. Das öffnet den Blick für verschiedene Wohnoptionen. Es kann die Anerkennung unterschiedlicher, auch „natürlicher“ Gebäude als „unterstützende Umwelten“ fördern und stützt damit auch die Bildung einer Typologie „Unterstütztes Wohnen“.

Wohnen und Leben im Alter bei Hilfe- und Pflegebedarf aus dem Blickwinkel fachlich-praktischer und kundenorientierter Entwicklungsbedarfe

Als Ergebnis fachlich praktischer Entwicklung haben sich die Wohn- und Unterstützungsangebote für ältere Menschen mit Hilfebedarf in Deutschland zunehmend ausdifferenziert. Sie reichen von angepasster Häuslichkeit über ambulante Wohngemeinschaften bis zu Hospiz und Pflegeoasen. Hier spiegelt sich ein neuer Bedarf wider, der auch der deutlichen Zunahme von Menschen mit dementiellen Erkrankungen geschuldet ist. Zudem ist die wachsende Zahl der Menschen im dritten und vier-

ten Lebensalter von neuen Altersbildern geprägt und hat neue Vorstellungen vom Wohnen und Unterstützung im Alter. Bei diesen Entwicklungen sind zwei Beobachtungen zu machen: Zum ersten der Wunsch dieser Menschen, möglichst ihre Autonomie zu erhalten. Zahlreiche Befunde zeigen, dass älteren Menschen die Autonomie in den alltäglichen Lebensvollzügen ein wichtiger Wert ist ungeachtet von Krankheiten und funktionellen Einschränkungen und ungeachtet unterschiedlicher Settings des Wohnens. Autonomie steht für Selbstwirksamkeit, Kontrolle und Kompetenz. Es ist ein Zustand, in dem eine Person in der Lage ist oder sich in der Lage fühlt, seine Lebensziele durch den Einsatz der eigenen Ressourcen zu erreichen und wenig auf andere zurückgreifen zu müssen. Zum zweiten ist zu beobachten, dass viele spezielle Angebote für ältere Menschen darauf abzielen, vornehmlich Sicherheit zu fördern. Ein Zustand, in dem die Verfolgung von Lebenszielen an physikalische, soziale und interpersonelle Ressourcen gebunden, von ihnen begrenzt und unterstützt wird. Autonomie und Sicherheit stehen in dialektischem Verhältnis zueinander und bilden den Kern der Person-Umweltbeziehung (Parmelee, Lawton, 1990). Die Entwicklung unterschiedlicher Wohnformen muss auf dem Kontinuum von Autonomie und Sicherheit betrachtet werden. Eine hohe Autonomie ist am ehesten in „Angepasster Häuslichkeit“ und „Betreutem Wohnen zu Hause“ gegeben, hohe Sicherheit geht mit zunehmender Institutionalisierung und Spezialisierung in Pflegeheimen, speziellen Demenz- und Hospizbereichen einher.

Der Ausdifferenzierung und Öffnung der Angebote stehen ordnungs- und leistungsrechtliche Vorgaben gegenüber. Sie haben Einfluss auf das Milieu und den Status der Bewohner. Die unterschiedlichen Steuerungslogiken der Leistungsgesetze führen nicht zu einer Ergänzung der Unterstützung und Hilfen im Hinblick auf Autonomie, sondern zu Begrenzung und Abschiebung in andere Zuständigkeiten. Die zunehmende Kontrollorientierung bewirkt eine Steuerung der Wohnformen in Richtung Sicherheit, vor allem in den Bereichen, die in den Geltungsbereich der Heimgesetze und der Pflegekassen fallen und befördern dadurch „Institutionalisierungseffekte“. In diesem Kontext stellen Pflegeheime das Extrem an Umweltanpassung an die Sicherheitsbedürfnisse älterer pflegebedürftiger Menschen und an die Erfüllung behördlich intendierter Sicherheitsstandards wie Brandschutz- und Hygienebestimmungen dar. Dies hat zusammen mit wirtschaftlichem Druck zu einer verarmten Umwelt

in funktionaler Bauweise und Organisation geführt. Die einseitige Sicht auf Pflegebedürftigkeit hat die Lebensqualität gerade der vulnerabelsten Bewohner wie Menschen mit Demenz geschmälert. Angehörige von Pflegeheimbewohnern haben zunehmend das Gefühl einer großen Diskrepanz zwischen Lebensqualität im Heim und Kosten der Versorgung. Diese Erfahrungen führen zu einem Veränderungsdruck bei Dienstleistungsträgern. Die Politik nimmt eine ambivalente Haltung gegenüber stationären Einrichtungen ein. Ihre Existenz scheint gleichsam ungeliebt wie unverzichtbar im Sinne kalkulierbarer und kontrollierbarer Infrastruktur.

Wohnen und Leben im Alter bei Hilfe- und Pflegebedarf aus dem Blickwinkel demografischer Entwicklungen und sozialpolitischer Steuerungsbedarfe

Demografische und epidemiologische Entwicklungen zeigen, dass verbesserte Lebensumstände, verbesserte medizinische und soziale Versorgung zu einer höheren Lebenserwartung bei gleichzeitiger Tendenz zur relativen Kompression chronischer Morbidität führen. Multimorbidität, eingeschränkte Funktionalität und kognitive Einschränkungen, die v.a. durch dementielle Erkrankungen in Erscheinung treten, sind eine wichtige Facette höheren Lebensalters. Sie sprechen für einen wachsenden qualitativen und quantitativen Bedarf an Versorgungs- und Unterstützungsleistungen, die v.a. mit unmittelbar personenbezogenen Dienstleistungen verknüpft sind. Geht man von unveränderten Versorgungsparametern aus, d.h. von steigendem Anteil älterer und hilfebedürftiger Menschen bei vornehmlich weiterem Ausbau der stationären Versorgung, ist mit einem Mehrbedarf von 27,3% ausgebildeten Pflegevollkräften bis 2025 zu rechnen (Statistisches Bundesamt, 2010). Dies stellt angesichts sinkender Anteile jüngerer Menschen eine Herausforderung dar. Gleichzeitig ist mit einem sinkenden Potential an informeller Pflege, d.h. von Familienangehörigen und weiteren sozialen Netzwerken zu rechnen, da sich Familienkonstruktionen und Familienbeziehungen stark ändern (Blinkert, Klie, 2006, Hoff, Tesch-Römer, 2007).

Als Modell für die Weiterentwicklung konzeptioneller Versorgungsstrukturen werden sogenannte „Pflegearrangements“ betrachtet (Blinkert, Klie, 2007, Blinkert, Gräf, 2009). Sie können sich nach dem Ort der Versorgung – ob stationäre Versorgung oder in häuslichem Zusammenhang oder im fließenden Übergang zwischen beiden – und der Zusammensetzung von Akteuren unterscheiden, wo neben Angehörigen,

Nachbarn, Freunden und Ehrenamtlichen auch professionelle Fachkräfte und Dienste sowie kommerziell orientierte Anbieter zusammen arbeiten. „Unterstütztes Wohnen“ ist eine Option zwischen formellem und informellem Pflegepotential und fachlichen Profilen. Es kann unter dem Gesichtspunkt von personellen Ressourcen einen wichtigen Beitrag in dreierlei Richtung bieten: Erstens kann das „Unterstützte Wohnen“ mit interdisziplinärer Ausrichtung eine Entlastung des Fachpflegebedarfs bringen, da andere Berufs- und Personengruppen leichter einbezogen werden können. Zweitens können sie sich für einen solchen Personenmix besser öffnen als stationäre Einrichtungen mit funktional-institutioneller Organisation und medizinisch-pflegerischer Ausrichtung. Denn diese fordern hohe fachspezifische, staatlich kontrollierte Standards. Im Gegensatz dazu können sich Angehörige und nichtpflegerisch ausgebildete Personen im „Unterstützten Wohnen“ mit seinem häuslichen Milieu und Alltagsorientierung gegebenenfalls leichter zurechtfinden und einladender sein für eine Beteiligung. Dies hat drittens den Effekt, dass Angehörige in solchen flexiblen Arrangements leichter ihr individuelles Pflegepotential, ausgerichtet an zeitlichen und persönlichen Ressourcen, einbringen können.

Die ordnungsrechtlichen Vorgaben der länderbezogenen Heimgesetze und die Leistungsgesetze der Krankenversicherung, der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe haben großen Einfluss auf das Entstehen und die Ausgestaltung der Wohnformen. Gleichzeitig ist die private Eigenbeteiligung bei der Finanzierung von Leistungen, die im Unterstützungsfall notwendig werden, erheblich. Die verschiedenen Leistungsgesetze haben widersprüchliche Steuerungslogik (Hohberg, 2013) und unterschiedliche Sichtweisen auf die Leistungsbezieher und die Settings, in denen sie wohnen. In Wohnungen des „Unterstützten Wohnens“ kommen je nachdem, ob sie unter das Heimgesetz fallen oder als privater Wohnraum gelten, unterschiedliche Finanzierungsoptionen und staatlicher Zugriff zum Tragen. Ob sich die Philosophie des Unterstützten Wohnens umsetzen lässt, hängt sehr von den Anforderungen und der Auslegung der Gesetze der regionalen Behörden ab. Bei der Befragung der einzelnen Einrichtungen ergaben sich z.B. regional sehr unterschiedliche Sichtweisen der Behörden auf das Thema Hygiene. Während es an einen Ort zur Absperrung der Küche für Bewohner kommt, ist dies an anderer Stelle akzeptiert.

Neue wissenschaftliche Ansätze, fachlich-praktische und kundenorientierte Entwicklungsbedarfe, demografische Entwicklungen und sozialpolitische Steuerungsnotwendigkeit scheinen einen Paradigmenwechsel in der Altenhilfe notwendig zu machen. Ob und wie sich eine Umgestaltung vollzieht, wird aber sehr davon abhängen, wie sich Sozial- und Ordnungssysteme auch im internationalen Vergleich aneinander angleichen und welche Zielrichtung sie verfolgen. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass es aber nicht vom ordnungsrechtlichen Status per se abhängt, ob in einem „Unterstützten Wohnen“ Wohlbefinden bei den Bewohnern entsteht. Es kommt auch darauf an, welche Philosophie besteht und wie diese im ordnungs- und leistungsrechtlichen Kontext umgesetzt werden kann. Die starken länderbezogenen Unterschiede in der Anzahl ambulanter Wohngemeinschaften zeigen, dass das Angebot von der sozialstaatlichen Steuerung abhängt und dort, wo entsprechende Rahmenbedingungen gegeben sind, diese Wohnformen starke Nachfrage haben.

10.2 Stärken und Einschränkungen der Arbeit

In der vorliegenden Arbeit wurden sieben Haus- und Wohngemeinschaften, ihre Bewohnerschaft und der räumlichen Umwelt untersucht. Sie sind in Teilen ihrer Struktur unterschiedlich, aber in ihrer grundlegenden konzeptionellen Ausrichtung vergleichbar. Sie beziehen sich in ihrer Philosophie auf ein Wohnen mit Dienstleistung in einer häuslichkeitsähnlichen Umgebung und Alltagsnormalität, die soziale Einbindung bzw. Gemeinschaft und Autonomie unterstützt und die als Konzept „Unterstütztes Wohnen“ gefasst wurde. Diese Wohnform wurde mit einer speziellen Einrichtung für Menschen mit Demenz und einem Pflegeheim klassischer Ausrichtung verglichen.

Es gibt noch wenig Forschung mit belastbaren Daten zu dieser neuen Wohnform. Daher war es ein Anliegen der Arbeit, den Forschungsstand zu vermitteln und einen theoretischen Bezugsrahmen zu schaffen, auf dem die Untersuchung aufbauen kann. Der Beziehung Person-Umwelt in seinen objektiven und subjektiven Bezügen kommt bei der Beurteilung der Wohnformen besondere Bedeutung zu, daher wurden ökopsychologische Modelle differenzierter beschrieben. Ein multimethodisches Instrumentarium wurde eingesetzt, um ausführliche Daten zur Wohnumwelt und der Bewohnerstichprobe zu liefern. Daten zur Wohnumwelt sind besonders wichtig, weil

es sich gerade im „Unterstützten Wohnen“ um sehr unterschiedliche Umwelten handeln kann – vom barrierefreien Betreuten Wohnen-Standard, über Wohnumwelten, die heimrechtliche Vorgaben erfüllen bis zu Wohnungen in Hochhäusern oder freistehende Einfamilienhäuser. Daher wurde hier auf eine gute Analyse und hohen Deskriptionsgrad Wert gelegt.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit müssen in Bezug auf die Größe der Stichprobe in ihren Grenzen gesehen werden. Dies betrifft vor allem auch die Stichprobe der untersuchten Vergleichseinrichtungen Pflegeheim und die spezielle stationäre Demenzwohngruppe. Die komplexen Beziehungen zwischen einzelnen Dimensionen von Lebensqualität und der Beziehung Person – Umwelt konnte statistisch nicht gesichert beleuchtet werden und wurde daher nur in Bezug auf einige Variablen wie z.B. Demenz und Herausfordernde Verhaltensweisen begrenzt. Eine Befragung der auskunftsfähigen Bewohner wurde aufgrund der kleinen Stichprobe nicht vorgenommen zugunsten der teilnehmenden Beobachtung nicht bzw. eingeschränkt auskunftsfähiger Personen. Die methodische Problematik der Informationsgewinnung zum Wohlbefinden von Menschen mit Demenz wurde an anderer Stelle ausgeführt.

Die Anwendung des multidimensionalen Instrumentariums hat sich bewährt. Insbesondere die differenzierte Sichtweise auf Verhalten und Wohlbefinden der Bewohner durch das DCM erbrachte in Verbindung mit dem PVA und seinen Subskalen eine große, aussagefähige Datenfülle, die objektives und subjektives Wohlbefinden zusammenführte. Als Instrument der teilnehmenden Beobachtung eines unabhängigen Beobachters bietet es eine gute Ergänzung und Abgleich zum PVA, das die Einschätzung des Fachpersonals wiedergibt. Die guten Daten und Informationen des DCM wiegen den Zeitaufwand, der nicht zu unterschätzen ist, auf. Das PEAP ist in seiner Anwendung und Aussagekraft sehr geeignet, die objektive Umwelt der Haus- und Wohngemeinschaften zu messen und einzuschätzen. Das TESS-NH erwies sich für die Untersuchung der Wohnform „Unterstütztes Wohnen“ als weniger geeignet.

Trotz kleinen Stichprobenumfangs sind die Ergebnisse vielversprechend. Sie zeigen, dass sich das Konzept des „Unterstützten Wohnens“ in den untersuchten Einheiten sehr deutlich und positiv in den wesentlichen Bereichen der Lebensqualität abbildet

– den funktionalen und Verhaltenskompetenzen, bedeutsamen Aktivitäten, sozialen Kontakten, dem subjektiven Erleben und emotionalen Wohlbefinden sowie der objektiven Umwelt.

10.3 Überlegungen zur praktischen Nutzung der Befunde

Die Befunde ergeben Ansätze zur praktischen Nutzung:

- Es gibt gute Hinweise darauf, dass bei doch unterschiedlichen Ausgestaltungsoptionen ein vergleichbarer konzeptioneller Rahmen des „Unterstützten Wohnens“ darstellbar und messbar ist. Es ermöglicht betroffenen Akteuren wie Älteren, Angehörigen und der Sozialplanung, die Qualität des Wohn- und Dienstleistungsangebots/der Pflege besser einzuschätzen zu können.
- Es zeigt sich, dass die Rahmung von Versorgungskonzepten für ältere Menschen mit Hilfebedarf in Deutschland einen Perspektivenwechsel von Pflegebedürftigkeit und Krankheitssicht hin zu Wohnen und Lebensqualität eine Qualitätsentwicklung ermöglicht. Dieser Ansatz könnte in die Diskussion von Unterstützungs- und Versorgungskonzepten einfließen.
- Bei dem Bemühen um Lösungen für den demografischen Wandel bietet das Unterstützte Wohnen als neue Wohnform mit unterschiedlicher Architektur und soziokultureller Struktur auch unterschiedliche Optionen. Das heißt beispielsweise, dass es als kleinere Einheit im ländlichen Raum oder Quartieren und als Baustein in anderen Konzeptionen wie Generationen- und Quartiershäusern bis hin zu gerontopsychiatrischen Versorgungsangeboten im Bereich dementieller Erkrankungen dienen kann. Das „Unterstützte Wohnen“ kann so das Konzept des „Aging in Place“ und „Active Aging“ unterstützen.
- Die Befunde zeigen, dass Menschen mit Demenz im „Unterstützten Wohnen“ gleichermaßen profitieren wie Menschen ohne Demenz und beide Gruppen in dieser Wohnform mehr als im Pflegeheim. Dies ist bei der wachsenden Zahl dementiell erkrankter Menschen von besonderer Bedeutung.
- Menschen in weit fortgeschrittenem Stadium der Demenz stellen sich mit ihren Bedürfnissen spezifischer dar. Ein besonderes Augenmerk muss künftig auf die Ausgestaltung von Angeboten für diese Zielgruppe gerichtet werden. Dabei sind Dynamik und Veränderungen im Krankheitsverlauf und individuelle Ausprägung

gen von Ressourcen und Hilfebedarf die großen Herausforderungen an neue Wohnlösungen.

- In der Untersuchung gibt es Hinweise, dass das „Unterstützte Wohnen“ Auswirkungen auf benachbarte Bereiche wie die Gesundheitsversorgung hat. Anzahl und Präsenz pflegerisch-medizinischer Fachkräfte wirkt sich z.B. auf die Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung und Inanspruchnahme von Krankenhäusern aus.
- Als konzeptioneller Ansatz kann das „Unterstützte Wohnen“ auch im Bereich der heimgesetzreglementierten Angebote einen Qualitätsvorteil für die Bewohner bringen.
- Vielfalt ist ein positives Argument: Pflegeheime, die bisher eigens für diese Funktion erbaut wurden, sind in ihrer Typologie deutlich als Institutionen und damit als Funktionsbauten identifizierbar. Wie Erfahrungen zeigen, birgt dies das Risiko, dass die Angebote als Typen identifiziert und damit ihre Bewohner stigmatisiert und ausgegrenzt werden. Vorliegende Untersuchung zeigt, dass „Unterstütztes Wohnen“ in unterschiedlichen baulichen Modellen umgesetzt werden kann und damit verschiedene Optionen bietet.

10.4 Weitergehende Forschungsfragen und Ausblick

Aus den Befunden ergeben sich weitergehende Forschungsfragen und Fragen für die praktische Umsetzung im Rahmen fachlicher und sozialpolitischer Entwicklung:

- Das „Unterstützte Wohnen“ muss sich als Angebot in einer Versorgungsinfrastruktur und Vielzahl von Wohnangeboten platzieren. Um die nötige Transparenz für Politik, Sozial- und Wohnungsbauplanung, Dienstleistungsanbietern und Kunden zu diesem Angebot herzustellen, muss sich das Angebot noch mehr profilieren und dazu breiter erforscht werden. Ökopsychologische Zugänge wie neuere Befunde zum subjektiven Wohnen und neue konzeptionelle Ansätze wie das integrierte Rahmenkonzept des Wohnens zeigen einen vielversprechenden Weg auf, die Vielgestalt des „Unterstützten Wohnens“ zu evaluieren. Im Hinblick auf das vereinte Europa ist auch die europäische Perspektive von Bedeutung.

- Auch international gibt es mittlerweile viele solcher Beispiele, die sich am Leitbild „Unterstütztes Wohnen“ und neuem Verständnis von Wohnen und Unterstützung orientieren (Verbeek, 2009). Als längste Forschungstradition darf bislang die in den USA gelten, die sich seit den 1990er Jahren zu Assisted Living in den USA gebildet hat (Wilson, 1996, Zimmermann et al., 2007). Hier wären internationale Anknüpfungspunkte zu suchen.
- Befunde dieser Untersuchung machen zu bearbeitende Schnittstellen zwischen leistungs- und ordnungsrechtlichen Fragestellungen, zwischen Gesundheits- und Sozialbereich sowie Wohnraumentwicklung deutlich, die einen interdisziplinären Ansatz verfolgen müssen.
- Wie an anderer Stelle bereits zum Aging in Place ausgeführt, wäre es wichtig, zu untersuchen, wie das „Unterstützte Wohnen“ die soziale Einbindung in ein Quartier und die Unterstützung bzw. sozialen Kontakte zu Angehörigen und sozialen Netzwerken fördert.
- Das Konzept der Lebensqualität ist in der Versorgungsstruktur für ältere Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf im Hinblick auf neue Wohnformen weiterzuentwickeln. Dazu bedarf es der Förderung systematischer Begleitforschung und Langzeitstudien, die sich dem Beitrag unterschiedlicher Wohn- und Versorgungsformen zur Verbesserung der Lebensqualität im Alter widmen und die die Übereinstimmung zwischen Pflege und der wahrgenommenen Lebensqualität der Nutzer von Pflegeleistungen untersuchen (Weidekamp-Maicher, o.J., S. 38). Ferner bedarf es der Weiterentwicklung des Konstrukts Pflegequalität um den Aspekt des subjektiven Wohlbefindens bzw. der Frage der Lebensqualität im Kontext Pflege, wie dies auch in neueren Veröffentlichungen der Pflegewissenschaft thematisiert wird (King, Hinds, 2001). Und nicht zuletzt muss mit zunehmender Wahrnehmung des subjektiven Wohlbefindens als Teil der Lebensqualität die Neuauslotung der Verantwortung von Individuum und Staat für das subjektive Wohlbefinden auch im Alter erfolgen.

Literaturverzeichnis

- Abbey, J. (2003). Aging, dementia and palliative care. *Palliative Care Nursing - A Guide to Practice*. S. Aranda and M. O'Connor. Melbourne, Ausmed: 313-326.
- Ahrens, E. und B. Steiner (2000). Lebensgestaltung und Unterstützungsbedarf älterer Menschen als Herausforderung für soziale Dienstleister in Europa. Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg (Ed.), Stuttgart.
- Albert, S. M., D. M. Jacobs, et al. (2001). "Longitudinal Study of Quality of Life in People with Advanced Alzheimer's Disease." *American Journal of Geriatric Psychiatry* 9: 160-168.
- Annerstedt, L. (1994). Wohngruppenpflege in Schweden. Erfahrungen aus dem Malmö-Modell. *Psychogeriatric in Europa. Modelle für Deutschland*. A. d. D. Rottenburg. Stuttgart: 19-30.
- Bäcker, G., G. Nägele, et al. (2008). Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften. GWV Fachverlage GmbH. 2: 5-616.
- Baltes, M. M. and L. Montada (1996). *Produktives Leben im Alter*. Frankfurt/Main, Campus.
- Behörde für Soziales und Familie Freie Hansestadt Hamburg - Amt für Soziales und Rehabilitation - Abteilung für Rehabilitation und Altenhilfe, P. u. B. (2000). Besondere stationäre Dementenbetreuung in Hamburg. Hamburg.
- Berg, L., K. C. Buckwalter, et al. (1991). Special care units for persons with dementia. *Journal of the American Geriatrics society*. 39: 1229-1236.
- Bickel, H. (1999). Epidemiologie der Demenzen. *Alzheimer Demenz. Grundlagen, Klinik und Therapie*. H. Förstl, H. Bickel and A. Kurz. Berlin, Heidelberg, Springer: 9-32.
- Bickel, H. und J. Jaeger (1986). Die Inanspruchnahme von Heimen im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie* 19: 30 - 39.
- Blinkert, B. (2007). Bedarf und Chancen. Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen im Prozess des demografischen und sozialen Wandels. *Pflege und Gesellschaft* 3(12): 228-234.
- Blinkert, B. und B. Gräf (2009). *Deutsche Pflegeversicherung vor massiven Herausforderungen*. Frankfurt/Main.
- Blinkert, B. and T. Klie (2004). *Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel*. Hannover, Vincentz Network, Hannover.

- Blinkert, B. und T. Klie (2006). *Die Annaberg Studie*. Annaberg.
- Blinkert, B. und T. Klie (2006a). Die Zeiten der Pflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39: 202-210.
- Böhm, K., C. Tesch-Römer, et al., Eds. (2009). *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, Oktoberdruck AG, Berlin.
- Bollnow, O. F. (11. Auflage 2010). *Mensch und Raum*. Stuttgart, Kohlhammer GmbH.
- Bowlby Sifton, C. (2000). Maximizing the Functional Abilities of Persons with Alzheimer's Disease and Related Dementias *Interventions in Dementia Care*. M. P. Lawton and R. L. Rubinstein. New York, Springer Publishing Company, Inc.: 11-37.
- Bowling, A. (2007). Quality of life in older age: what older people say. *Quality of life in old age. International and multi-disciplinary perspectives*. A. Walker and H. Mollenkopf. Dordrecht, Springer. 31: 15-30.
- Brandstädter, J. (1989). Optimale Entwicklung als Problem der Selbstregulation von Entwicklungsprozessen. *Erfolgreiches Altern*. M. M. Baltes, M. Kohli and K. Sames. Bern, Huber: 319-325.
- Brod, M., A. L. Stewart, et al. (1999). "Conceptualization of quality of life in dementia." *Journal of Mental Health and Aging* 5: 33-48.
- Brod, M., A. L. Stewart, et al. (1999). "Conceptualisation and measurement of quality of life in dementia: The DQoL." *The Gerontologist* 39(1): 25-36.
- Buko-qs (2006). Fachpolitische Stellungnahme zur geplanten Föderalisierung des Heimgesetzes und Eckpunkte zur Zukunft des Heimrechtes. URL: http://www.buko-qs.de/cms/front_content.php?idart=71&idcat=5. Stand 19.05.2011, S. 2.
- Bundesamt, S. (2010). *Wirtschaft und Statistik* 11/2010. Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in den Pflegeberufen bis 2015.
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Ed. (2013). *Bevölkerungsentwicklung 2013. Daten, Fakten, Trends zum demografischen Wandel*. Wiesbaden.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMA), Ed. (2013). *Übersicht über das Sozialrecht. Ausgabe 2013/2014*. Nürnberg, BW Bildung und Wissen.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), Verband der Elektrotechnik, Elektronik und Informationstechnik (VDE) - Innovationspartnerschaft AAL (Ed.) (2010). *AAL in einer alternden Gesellschaft. Anforderungen, Akzeptanz und Perspektiven*. VDE Verlag GmbH, Berlin, Offenbach.

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), (1999).
Kostensparendes Bauen qualitätsvoller Altenhilfeeinrichtungen. Modellwettbewerb des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bonn.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), (2001).
Qualität in der stationären Versorgung Demenzkranker: Dokumentation eines Workshops. Stuttgart, Kohlhammer.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), (2001).
Qualitätsbeurteilung in der institutionellen Versorgung und Betreuung dementiell Erkrankter Stuttgart, Kohlhammer. 207.1.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), (2002).
Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung dementieller Erkrankungen und Stellungnahme der Bundesregierung. Berlin.
- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), (2001).
Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Alter und Gesellschaft. Berlin.
- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), (2005).
Der Alterssurvey - Aktuelles auf einen Blick: Gesundheit und Gesundheitsversorgung. Pressetexte der Bundesregierung.
- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), (2005).
Der Alterssurvey - Eine allgemeine Einführung.
- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), (2005).
Der Alterssurvey - Tätigkeiten und Engagement in der zweiten Lebenshälfte.
- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), (2005).
Lebensqualität in der zweiten Lebenshälfte.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2000). Die 4. Generation des Altenpflegeheimbaus. KDA Hausgemeinschaften. Eine Dokumentation von 34 Projekten. Köln, Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2008). *Leistungsansprüche der Versicherten an die Pflegeversicherung im Überblick*. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2009). *Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs*. Berlin

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2013). Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick.
http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Leistungen_der_Pflegeversicherung_im_Ueberblick.pdf (17.04.2011).
- Calkins, M. P. und G. D. Weisman (1999). Models for environmental assessment. *Aging, autonomy and architecture. Advances in assisted living*. B. Schwarz und R. Brent. Baltimore, John Hopkins University Press: 130-141.
- Carp, F. M. (1987). Environment and aging. *Handbook for the Environmental Psychology*. D. Stokols und I. Altmann. New York, Wiley: 329-354.
- Carp, F. M., Ed. (1994). *Assessing the environment*. Annual report of Gerontology and Geriatrics. New York, Springer Publishing Company.
- Carp, F. M. und A. Carp (1984). A complementary/Congruence model of well-being or mental health for the community elderly. *Human behavior and environment*. I. Altmann, M. P. Lawton und J. F. Wohlwill. New York, Plenum Press. 7.
- Closs, C. und P. Kempe (1986). Eine differenzierende Betrachtung und Validierung des Konstruktes Lebenszufriedenheit: Analyse bewährter Verfahren und Vorschläge für ein methodisch fundiertes Vorgehen bei der Messung der Dimensionen dieses Konstruktes. *Zeitschrift für Gerontologie* 19: 47-55.
- Cohen, D. und C. Eisdorfer (1986). *The loss of self*. New York, W.W. Norton.
- Cohen, U. und G. D. Weisman (1991). *Holding on to home: Designing environments for people with dementia*. Baltimore, John Hopkins University Press.
- Cohen-Mansfield, J. (1996). "Behavioral and mood evaluations: Assessment of agitation." *International Journal of Psychogeriatrics* 8: 233-245.
- Crößmann, G. (1990). Die Aufgaben der Heimaufsichtsbehörden nach dem Heimgesetz unter besonderer Berücksichtigung des Erlaubnisverfahrens nach §6 HeimG. Arbeitsmappe zum Heimgesetz. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge. Augsburg.
- Dahlem, O., D. Giese, et al. (2001). Das Heimgesetz -Kommentar. Lose Blattsammlung. D. Giese und G. Igl. Köln u.a. .
- Dammert, M. (2009). *Angehörige im Visier der Pflegepolitik. Wie zukunftsfähig ist die subsidiäre Logik der deutschen Pflegeversicherung?* Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.GWV Fachverlage GmbH.
- Davies, B. und M. Knapp (1981). *Old peoples homes and the production of welfare*. London, Biddles Ltd.

- Day, K., D. Carreon, et al. (2000). "The therapeutic design of environments for people with dementia." *The Gerontologist* 40(4): 397-416.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Ed. (2003). *Stationäre Versorgung von Alzheimer-Patienten. Leitfaden für den Umgang mit demenzkranken Menschen*. Schriftenreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Stuttgart.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), Eds. (2009). *S3-Leitlinie "Demenzen" (Langversion vom 23.11.2009)*.
- Deutscher Bundestag (1994). Zwischenbericht der Enquete-Kommission Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik. B.-D. 12/7876. Bonn, Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH.
- Deutscher Bundestag (1998). Zweiter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Wohnen im Alter. Bonn.
- Deutscher Verband für Wohnungswesen, Städtebau und Raumordnung e. V. Ed. (2009). *Wohnen im Alter. Bericht des Deutschen Verbands für Wohnungswesen, Städtebau und Raumordnung in Kooperation mit dem Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung*. Berlin.
- Die AOK Rheinland /Hamburg - Die Gesundheitskasse (o.J.) Vereinbarung über die besondere stationäre Dementenbetreuung in Hamburg.
- Dilling, H. (2001). *Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen - ICD 10*. Bern, Huber.
- Engels, D. und F. Pfeuffer (2009). Die Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen in die Pflege und Betreuung in Einrichtungen. *Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Demenz. Angehörige und Freiwillige. Beispiele für "Good Practice"*. U. Schneekloth. Stuttgart, W. Kohlhammer GmbH.
- Engstler, H., S. Menning, et al. (2004). Die Zeitverwendung älterer Menschen. *Alltag in Deutschland. Analysen zur Zeitverwendung*. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden. 43.
- Ettema, T. P., R.-M. Dröes, et al. (2005). A review of quality of life instruments used in dementia. *Quality of life research* 14: 675-686.
- Ettema, T. P., R.-M. Dröes, et al. (2005). The concept of quality of life in dementia in the different stages of the disease. *International Psychogeriatrics* 17(3): 353-370.
- Forstmeier, S., H. Uhlenhorff, et al. (2005). Diagnostik von Ressourcen im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 18(No. 4): 227-257.

- Friedrich, K. (1994). Wohnortswechsel im Alter. Aktuelle Ergebnisse geografischer Mobilitätsforschung im vereinten Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie* 27: 410-418.
- Früchtel, F., G. Cyprian, et al. (2010). Sozialer Raum und Soziale Arbeit. Wiesbaden.
- Glatzer, W., Ed. (1984). *Lebenszufriedenheit und alternative Maße subjektiven Wohlbefindens*. Lebensqualität in der Bundesrepublik: objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Frankfurt/Main, New York, Campus Verlag.
- Glatzer, W. (1998). Lebensstandard und Lebensqualität. *Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands*. B. Schäfers und W. Zapf. Opladen, Leske und Budrich: 427-438.
- Goffman, E. (1973). *Asyle*. Frankfurt am Main.
- Golant, S. M. (1999). The promise of assisted living as a shelter and care alternative for frail American elders: A cautionary essay. *Aging, autonomy and architecture. Advances in assisted living*. B. Schwarz und R. Brent. Baltimore, John Hopkins University Press: 32-59.
- Grohs, S. (2010). *Modernisierung kommunaler Sozialpolitik. Anpassungsstrategien im Wohlfahrtskorporatismus*. Wiesbaden.
- Group, B. D. (1997). *Evaluating Dementia Care. The DCM Method. 7th Edition*. Dt. Übersetzung: Müller-Hergl, C. Bradford, England.
- Hall, G. und K. Buckwalter (1987). Progressively Lowered Stress Threshold: A conceptual Model for Care of Adults with Alzheimer's Disease. *Archives of Psychiatric Nursing* 1: 309-312.
- Häussler-Sczepan, M. (1998). *Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung in Einrichtungen: integrierter Gesamtbericht zur gleichnamigen Untersuchung*. Stuttgart, Berlin, Köln, Kohlhammer.
- Heckhausen, J. und R. Schulz (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review* 102(2): 284-304.
- Heeg, S. (1994). Betreutes Wohnen: Möglichkeiten, Grenzen und bauliche Anforderungen - Überlegungen aus der Sicht einer Architektin mit ökopyschologischer Orientierung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 27: 366-380.
- Heeg, S. und B. Radzey (1999). Evaluation ausgewählter Altenhilfeeinrichtungen. Zusammenfassung der Ergebnisse. *Kostensparendes Bauen qualitätvoller Altenhilfeeinrichtungen*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bonn: Anhang 1-8.

- Heeg, S., B. Radzey, et al. (2003). Abschlussbericht zum Modellprojekt Milieuthera-
pie-Einführung milieuthera-
peutisch orientierter Demenzwohngruppen im stati-
onären Bereich mit begleitender Evaluation (MIDEMAS) - Stuttgart.
- Heeg, S. und A. Rutenkröger (2005). Expertenkolloquium: Besondere Dementenbe-
treuung in Baden-Württemberg nach Anlage 1 (§17 Absatz 3 nach §75 Absatz
1 SGBXI).
- Heeg, S. und C. Striffler (2010). Überblick: Lichtgestaltung in Pflegesettings für Men-
schen mit Demenz. *DESSorientiert* 1/10: 7-16.
- Heidegger, M. (1954). Bauen, wohnen, denken. *Vorträge, Aufsätze*. M. Heidegger.
Stuttgart.
- Heinemann-Knoch, M., T. Knoch, et al. (2008). Hilfe- und Pflegearrangements älterer
Menschen in Privathaushalten. *Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren
Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungs-
angebote*. U. Schneekloth und H.-W. Wahl. Stuttgart, Kohlhammer: 146-171.
- Hoberg, R., et al. (2013). *Strukturreform Pflege und Teilhabe*. FEL-Verlag, Freiburg.
- Hoff, A. und C. Tesch-Römer (2007). Family relations and aging-substantial care
changes since the middle of the last century? *New dynamics in old age. Indi-
vidual, environmental, and societal perspectives*. H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer
und A. Hoff. New York, Bawood Publishing company, Inc.: 65-84.
- Hummel, K. (1982). Öffnet die Altersheime. Gemeinwesenorientierte ganzheitliche
Sozialarbeit mit alten Menschen. Weinheim, Basel, Beltzverlag.
- Igl, G. und D. Felix, Eds. (2008). *Betreutes Wohnen in Abgrenzung zum Heimgesetz*.
Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa. Hamburg, LitVerlag Berlin.
- Iwarsson, S., A. Sixsmith, et al. (2005). The ENABLE-AGE Project. *Methodology in
housing research*. D. U. Vestbro, Y. Hurol and N. Wikinson. Gateshead, The
Urban International Press.
- Iwarsson, S., H.-W. Wahl, et al. (2007). Importance of the Home Environment for
Healthy Aging: Conceptual and Methodical Background of the European EN-
ABLE-AGE Project. *The Gerontologist* 47(1): 78-84.
- Kahana, E. (1982). A congruence model of person-environment interaction. *Aging
and the environment: Theoretical approaches*. M. P. Lawton, P. G. Windley
and T. O. Byerts. New York, Springer Publishing Company: 97-121.
- Kaiser, G. (2008). *Vom Pflegeheim zur Hausgemeinschaft*. Köln.
- Kane, R. A. und K. Wilson (1993). *Assisted Living in the United States: A new Para-
digm for Residential Care for Frail Older Persons?* Washington D.C., American
Association of Retired Persons.

- Katz, S., A. B. Ford, et al. (1963). Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association* 185: 914-919.
- Kaufert, D. I., J. L. Cummings, et al. (2000). Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the neuropsychiatric inventory. *The journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences* 12: 233-239.
- King, C. R. and P. S. Hinds (2001). *Lebensqualität. Pflege und Patientenperspektiven. Theorie-Forschung-Praxis*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Verlag Hans Huber.
- KKH-Allianz, Ed. (2011). *Pflege. Tabellenband*. Berlin.
- Kleemeier, R. W. (1961). The use and meaning of time in special settings. *Aging and leisure*. R. W. Kleemeier. New York, Oxford: 273-308.
- Klie, T., Ed. (2002). *Wohngruppen für Menschen mit Demenz*. Hannover, Vincentz Verlag.
- Klie, T. und Schuhmacher (2009). *Wohngruppen in geteilter Verantwortung für Menschen mit Demenz*. Berlin, Bundesministerium für Gesundheit.
- Klie, T. Ed. (2013). *Pflegerecht. Textsammlung für Pflegeberufe*. Baden-Baden, Nomos Verlag.
- Köhler, L., S. Weyerer, et al. (2007). Proxy screening tools improve the recognition of dementia in old-age homes: results of a validation study. *Age and Aging* 36: 549-554.
- Kremer-Preiß, U. und R. Narten (2004). *Leben und Wohnen im Alter. Bd.4 Betreute Wohngruppen. Struktur des Angebots und Aspekte der Leistungsqualität*. Köln, Bertelsmann Stiftung, Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Kremer-Preiß, U. und H. Stolarz (2003). *Neue Wohnkonzepte für das Alter und praktische Erfahrungen bei der Umsetzung - eine Bestandsanalyse. Zwischenbericht im Rahmen des Projekts "Leben und Wohnen im Alter" der Bertelsmann Stiftung und des Kuratoriums Deutsche Altershilfe*. Köln.
- Kremer-Preiß, U. und H. Stolarz (2004). *Leben und Wohnen im Alter. Bd. 2 Betreute Wohngruppen - ein bedarfsgerechtes Wohnangebot für die Zukunft?* Köln, Bertelsmann Stiftung, Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Kroll, L. E. und T. Ziese (2009). *Kompression oder Expansion der Morbidität? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter*. K. Böhm, C. Tesch-Römer und T. Ziese. Berlin, Robert Koch-Institut.

- Kruse, A. (1974). *Räumliche Umwelt. Die Phänomenologie des räumlichen Verhaltens als Beitrag zu einer psychologischen Umwelttheorie*. Berlin, Walter de Gruyter.
- Kruse, A. (1987). Familiäre Hilfeleistungen - eine kritische Analyse des Begriffes der "Pflegebedürftigkeit". *Zeitschrift für Gerontologie* 20: 283-291.
- Kruse, A. (1987). Kompetenz bei chronischer Krankheit im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie* 20: 355 - 366.
- Kruse, A. und C. F. Graumann (1978). Psychologie des Raumes und der Bewegung. *Materialien zur Sozialpsychologie des Alltags*. K. Hammerich und M. Klein. Opladen, Westdeutscher Verlag: 177-219.
- Kuhn, D. und J. Verity (2004). Putdowns and uplifts: signs of good or poor dementia care. *Dementia Care Mapping. Experience and insights into practice*. D. Brooker, P. Edwards and S. Benson. The Journal of Dementia Care. London, Hawker Publications Ltd.: 39-42.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (2006). *Wohnen im Alter. Strukturen und Herausforderungen für kommunales Handeln. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung der Landkreise und kreisfreien Städte*. Köln.
- Kurz, A. (1998). BPSSD: Verhaltensstörungen bei Demenz. Ein neues diagnostisches und therapeutisches Konzept? *Der Nervenarzt* 69(3): 269-273.
- Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern. Amt für Pflegesatzwesen und Sozialplanung (2000). *Die Versorgung Demenzkranker*. Stuttgart.
- Langer, E. J. und J. Rodin (1976). The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: A field experiment in an institutional setting. *Journal of Personality and Social Psychology* 34(2): 191-198.
- Lawton, M. P. (1979). Therapeutic environments for the aged. *Designing for therapeutic environments. A review of research*. D. Canter und S. Canter. Chichester, England., John Wiley and Sons: 233-276.
- Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist* 23(4): 349-357.
- Lawton, M. P. (1987). Environment and the need satisfaction of the aging. *Handbook of the clinical gerontology*. L. L. Carstensen und B. A. Edelstein. New York, Pergamon: 33-40.
- Lawton, M. P. (1989). Behavior-relevant ecological factors. *Social structure and psychological processes*. K. W. Schaie und C. Schooler. Hillsdale, N.Y., Erlbaum: 57-78.

- Lawton, M. P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*.
- Lawton, M. P. (1997). Assessing quality of life in Alzheimer disease research. *Alzheimers disorders and associated disorders*. Suppl. 6: 91-99.
- Lawton, M. P. und L. Nahemow (1973). Ecology and the Aging Process *The psychology of Adult Development and Aging*. C. Eisdorfer und M. P. Lawton Washington D.C., American Psychological Association.
- Lawton, M. P. und R. L. Rubinstein (2000). *Interventions in dementia care: toward improving quality of life*. New York, Springer Publishing Company; Inc.
- Lehr, U. (1991). *Psychologie des Alterns*. Heidelberg, Wiesbaden, Quelle und Meyer.
- Lennartz, P. und H. Kersel (2011). Stationärer Pflegemarkt im Wandel. Gewinner und Verlierer 2020.
- Lieberman, M. A. (1991). Relocation of the frail elderly. *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. J. E. Birren, J. E. Lubben, J. C. Rowe und D. E. Deutchman. San Diego, Academic Press, Inc.: 120-141.
- Lindenberger, U., Smith, J., et al. (2010). Die Berliner Altersstudie. Berlin, Akademie Verlag.
- Lübke, N., M. Meinck, et al. (2004). Der Barthel-Index in der Geriatrie. Eine Kontextanalyse zum Hamburger Einstufungsmanual. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 37(4): 316-326.
- Luck, T., M. Lippa, et al. (2008). Time until institutionalisation in incident dementia causes - result of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). *Neuroepidemiology* 31: 100-108.
- Lüdtke, H. (2001). *Freizeitsoziologie: Arbeiten über temporale Muster, Sport, Musik, Bildung und soziale Probleme*. Münster, Hamburg, Berlin, London, LitVerlag.
- Lippa, M., T. Luck, et al. (2010). Predictors of nursing home admission of individuals without a dementia diagnosis before admission - results from the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). *BMC Health Services Research* 10(186): 1-8.
- Mahoney, F. I. and D. W. Barthel (1965). Functional evaluation: the Barthel index. *Maryland State Medical Journal* 14: 56-61.
- Mayer, K. U. und P.-B. Baltes (1996). *Die Berliner Altersstudie*, Akademie Verlag Berlin.
- Mayring, P. (1987). Subjektives Wohlbefinden im Alter. Stand der Forschung und theoretische Weiterentwicklung. *Zeitschrift für Gerontologie* 20: 367 - 376.

- Meissnest, B. (2009). Expertendialog: Neuroleptika-Behandlung. Thesen zur Neuroleptika-Behandlung bei alten Menschen. *Soziale Psychiatrie* 03: 30-31.
- Menning, S. und E. Hoffmann (2009). Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit. *Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. K. Böhm, C. Tesch-Römer und T. Ziese. Berlin, Robert Koch-Institut: 62-78.
- Müller-Hergl, C. (1998). De-menz.Re-menz. Positive Personenerarbeit und Dementia Care Mapping. *Geriatric Praxis* 10(6): 18-23.
- Murray, A. (2001). Environmental characteristics and staff ratings of newer and older special care units for dementia in British Columbia. Vancouver, Simon Fraser University. M.A.: 135.
- Nägele, G. (1998). Lebenslagen älterer Menschen. *Psychosoziale Gerontologie*. A. Kruse. Göttingen, Hogrefe. Band 1. Grundlagen.
- Niepel, T. (2001). *Erfolgschancen der Wohnungsanpassung bei den Klienten der Wohnberatungsstellen in NRW – unter besonderer Berücksichtigung Hochaltiger. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „Vierter Altenbericht der Bundesregierung“*. Bielefeld.
- Norris-Baker, C., G. D. Weisman, et al. (1999). Assessing Special Care Units for Dementia: The Professional Environment Assessment Protocol. *Enabling Environments. Measuring the Impact of Environment on Disability and Rehabilitation*. E. Steinfeld und G. S. Danford. New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow., Kluwer Academic/Plenum Publishers: 165-181.
- Nygren, C., F. Oswald, et al. (2007). Relationships Between Objective and Perceived Housing in Very Old Age. *The Gerontologist* 47(1): 85-95.
- Ohta, R. J. und B. Ohta (1988). Special care units for Alzheimer's disease patients: A critical look. *The Gerontologist* 28(6): 803-808.
- Oppikofer, S., K. Albrecht, et al. (2002). Die Auswirkung sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden dementer Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. Die Käferberg-Besucherstudie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 35(1): 39-41.
- Oswald, F. (1996). Zur Bedeutung des Wohnens: eine empirische Studie mit gesunden und gehbeeinträchtigten Älteren: 260
- Oswald, F. (2010). Subjektiv erlebte Umwelt und ihre Bedeutung für Selbständigkeit, Identität und Wohlbefinden im Alter. *Leben im Alter*. A. Kruse. Heidelberg, AKA Verlag: 169-179.
- Oswald, F., G.D. Rowles (2007). Beyond the relocation trauma in old age. New trends in elders' residential decisions. *New dynamics in old age. Individual,*

- environmental, and societal perspectives*. H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer und A. Hoff. New York, Bawood Publishing Company, Inc.: 127-152.
- Oswald, F., O. Schilling, et al. (2006). Homeward bound: Introducing a four domain model of perceived housing in very old age. *Journal of Environmental Psychology* 26: 187-201.
- Oswald, F., H.-W. Wahl, et al. (2004). Enable-Age. Survey Study T1. Preliminary Descriptive Findings from Germany. *DZFA Research Report No. 18*.
- Oswald, F., H.-W. Wahl, et al. (2007). Housing-related control beliefs and independence in activities of daily living in very old age. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 14(33-43).
- Oswald, F., H.-W. Wahl, et al. (2007). Relationships Between Housing and Healthy Aging in Very Old Age. *The Gerontologist* 47(1): 96-107.
- Parmelee, P. A. und M. P. Lawton (1990). The design of special environments for the aged. *Handbook of the psychology of aging* J. E. Birren und K. W. Schaie. New York, Academic press.
- Perrig-Chiello, P. (1997). *Wohlbefinden im Alter. Körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen*. Weinheim, Juventa.
- Pincus, A. (1968). "The definition and measurement of institutional environment in homes for the aged " *The Gerontologist* 8: 207-210.
- Pincus, A. und V. Wood (1970). Methodological issues in measuring the environments in institutions for the aged and its impact on residents. *Aging and Human Society* 1: 117-126.
- Pynoos, J. und V. Regnier (1991). Improving residential environments for frail elderly: bridging the gap between theory and application. *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. J. E. Birren, J. E. Lubben, J. C. Rowe und D. E. Deutchman. San Diego, Academic Press, Inc.: 91-120.
- Rabinovich, B. und J. Cohen-Mansfield (1992). The impact of participation in structured recreational activities and the agitated behavior of nursing residents: An observational study. *Activities, Adaption and Aging* 16: 89-98.
- Radoschewski, M. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität - Konzepte und Maße. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 43: 165-189.
- Radzey, B. und S. Heeg (2001). Demenzkranke in der stationären Versorgung: Versorgungskonzepte und "offene" Forschungsfragen. *Qualität in der stationären Versorgung Demenzkranker*. BMFSFJ. Stuttgart, W. Kohlhammer: 19-40.

- Reichert, M. (1993). *Hilfeverhalten gegenüber alten Menschen. Eine experimentelle Überprüfung der Rolle von Erwartungen*. Essen.
- Reichert, M. und H.-W. Wahl (1992). Psychologische Forschung in Alten- und Pflegeheimen in den achtziger Jahren. Teil III: Personal, Heime als "Systeme", Interventionsforschung. *Zeitschrift für Gerontologie und Gerontopsychiatrie* 5(2): 87-113.
- Rothgang, H., R. Müller, et al., Eds. (2012). *Barmer GEK Pflegereport 2012*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 17. Schwäbisch Gmünd, Asgard-Verlagsservice GmbH, Siegburg.
- Rutenkröger, A. und C. Kuhn (2008). *Evaluationsstudie zur Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle*. Forschungsbericht im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit.
- Ryff, C. D. und M. J. Essex (1991). Psychological Well-Being in Adulthood and Old Age: Descriptive Markers and Explanatory Processes. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* 11: 144-171.
- Saß, A.-C., S. Wurm, et al. (2010). Alter und Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme aus Sicht der Gesundheitsberichterstattung. *Bundesgesundheitsblatt*, Springer Verlag. 53: 404-416.
- Saß, A.-C., S. Wurm, et al. (2009). Alter=Krankheit? Gesundheitszustand und Gesundheitsentwicklung. *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter*. K. Böhm, C. Tesch-Römer und T. Ziese. Berlin, Oktoberdruck AG, Berlin.: 31-61.
- Saup, W. (1993). *Alter und Umwelt. Eine Einführung in die ökologische Gerontologie*. Stuttgart, W. Kohlhammer GmbH.
- Saup, W. (2001). *Ältere Menschen im Betreuten Wohnen. Ergebnisse der Augsburger Längsschnittstudie - Band 1*. Augsburg, Verlag für Gerontologie Alexander Möck.
- Saup, W., A. Eberhard, et al. (2004). *Demenzbewältigung im Betreuten Seniorenwohnen. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage*. Augsburg, Verlag für Gerontologie Alexander Möck.
- Saup, W. und H. Schröppel (1993). *Wenn Heimbewohner selbst bestimmen können*. Augsburg, Verlag für Psychiatrie.
- Schäufele, M., L. Köhler, et al. (2009). Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: Aktuelle Lebens- und Versorgungssituation. *Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Demenz, Angehörige und Freiwillige, Beispiele für "Good Practice"*. U. Schneekloth und H.-W. Wahl. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer: 159-221.

- Schäufele, M., L. Köhler, et al. (2008). Betreuung von demenziell erkrankten Menschen in Privathaushalten: Potentiale und Grenzen. *Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote*. U. Schneekloth und H.-W. Wahl. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer.
- Schäufele, M., S. Lode, et al. (2008). *Demenzkranke in der stationären Altenhilfe. Aktuelle Inanspruchnahme, Versorgungskonzepte und Trends am Beispiel Baden-Württembergs*. Stuttgart, W. Kohlhammer GmbH.
- Schmidt, R. (2007). Ambulantisierung in der Pflege. *Alter(nativen) gestalten*. DEVAP. Berlin: 121-132.
- Schmidt, R. (2010). *Verantwortung und State-of-the Art in der Pflege*. Verantwortung in der Pflege, Stuttgart.
- Schmitt, E., A. Kruse, et al. (1994). Formen der Selbständigkeit und Wohnumwelt - ein empirischer Beitrag aus der Studie "Möglichkeiten und Grenzen der selbständigen Lebensführung im Alter". *Zeitschrift für Gerontologie* 27(6): 390-398.
- Schmitt, M., H.-W. Wahl, et al. (2009). *Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE) : Abschlussbericht anlässlich der Fertigstellung des dritten Messzeitpunkts*. Berlin, Bundesamt für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Schneekloth, U. (2002). Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten - Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. *Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote*. U. Schneekloth and H.-W. Wahl. Stuttgart, W. Kohlhammer.
- Schneekloth, U. (2008). Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten-Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. *Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote*. U. Schneekloth and H.-W. Wahl. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer.
- Schneekloth, U. und U. Müller (1997). *Pflegebedürftige in Heimen: Endbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen"*. Stuttgart, Berlin, Köln, Kohlhammer.
- Schneekloth, U., P. Potthoff, et al. (1993). *Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt Möglichkeiten und Grenzen der selbständigen Lebensführung. Im Auftrag des Bundesministerium für Familie und Senioren*. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer.
- Schneekloth, U. und I. v. Törne (2009). Entwicklungstrends in der stationären Versorgung - Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung *Pflegebedarf und*

- Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Demenz, Angehörige und Freiwillige, Beispiele für "Good Practice".* Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer: 43-158.
- Schneekloth, U. und H.-W. Wahl (2005). *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des BMFSFJ.* Stuttgart, Kohlhammer
- Schneekloth, U. und H.-W. Wahl, Eds. (2008). *Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote.* Stuttgart, W. Kohlhammer GmbH.
- Schneekloth, U. und H.-W. Wahl (2009). Der Hintergrund: Forschungen zur Lebensführung in stationären Einrichtungen. *Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Demenz, Angehörige und Freiwillige, Beispiele für "Good Practice".* Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer
- Schooler, K., C. (1982). *Response of the elderly to environment: A stress-theoretical perspective.* M.P. Lawton, P.G. Windley, T.O. Byerts. Aging and the environment. Theoretical approaches. Springer. New York.
- Schulz, A. und G. Doblhammer (2012). Aktueller und zukünftiger Krankenstand von Demenz in Deutschland. *Versorgungs-Report 2012. Schwerpunkt Gesundheit im Alter.* C. Günster, J. Klose und N. Schmacke. Augsburg, Schattauer: 161-176.
- Schuntermann, M. (2011). *Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO).* Kurzeinführung. Deutsche Rentenversicherung Bund. URL: https://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/206970/publicationFile/2307/icf_kurzeinfuehrung.pdf (10.04.2011).
- Schwarz, B. (1999). Assisted living: An evolving place type. *Aging, autonomy and architecture. Advances in assisted living.* B. Schwarz and R. Brent. Baltimore, John Hopkins University Press: 185-206.
- Schwarz, B. und R. Brent (1999). Emerging themes, further reflections. *Aging, autonomy and architecture. Advances in assisted living.* B. Schwarz und R. Brent. Baltimore, John Hopkins University Press: 291-301.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness: On depression, development and death.* San Francisco, Freeman.
- Sievering, O. (1996). *Pflegeversicherung Allokative, meritorische und distributive Aspekte staatlicher Eingriffsmöglichkeiten.* Frankfurt am Main.

- Sloane, P. D. und S. Zimmermann (2001). *Therapeutic Environment Screening Scale for Nursing Homes and Residential Care*. Sheps Center for Medical Care. URL: http://www.unc.edu/depts/tessnh/tess_nh-info.htm (12.06.2010).
- Sozialministerium Baden-Württemberg, Ed. (2000). Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte in (teil-)stationären Altenhilfeeinrichtungen. Stuttgart.
- Sozialplanung in Baden Württemberg e.V., Ed. (2001). *Qualität in der Stationären Versorgung Demenzkranker. Dokumentation eines Workshops*. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer.
- Sozialplanung in Baden-Württemberg e.V. und Arbeitsgruppe Psychogeriatric Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Eds. (2000). *Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte für Demenzerkrankte in (teil-)stationären Altenhilfeeinrichtungen*. Altenhilfe und Pflege Baden-Württemberg. Stuttgart.
- Spiegel, R., C. Brunner, et al. (1991). A new behavioural assessment scale for geriatric out- and in-patients: the NOSGER (Nurses Observation Scale for Geriatric Patients). *Journal of the American Geriatrics Society*, 39: 339-347.
- Statistisches Bundesamt (2005). Bericht Pflegestatistik 2003 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Sozialpflege1Bericht2003.pdf?__blob=publicationFile (08.10.2013).
- Statistisches Bundesamt, Ed. (2006). *Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegebeduerftige5224002059004.pdf?__blob=publicationFile (08.10.2013).
- Statistisches Bundesamt, Ed. (2006). *Leben in Deutschland. Haushalte, Familien und Gesundheit - Ergebnisse des Microzensus 2005. Tabellenanhang zur Pressebroschüre*. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt. URL: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2006/Mikrozensus/Tabellenanhang.pdf?__blob=publicationFile (08.10.2013).
- Statistisches Bundesamt (2010). *Statistik der Sozialhilfe. Hilfe zur Pflege*. Wiesbaden. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Sozialhilfe/HilfezurPflege5221020087004.pdf?__blob=publicationFile (10.10.2013).
- Statistisches Bundesamt, Ed. (2011). *Datenreport 2011*. Bonn. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2011.pdf?__blob=publicationFile (10.10.2013).
- Statistisches Bundesamt (2011). *Pflegestatistik 2009*. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/Pflegestatistik2009.pdf?__blob=publicationFile (10.10.2013).

- eDeutschlandergebnisse5224001099004.pdf?__blob=publicationFile (10.10.2013).
- Statistisches Bundesamt, Ed. (2013). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Haushalte und Familien. Fachserie 1, Reihe 3*. Wiesbaden. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Haushalt_eMikrozensus/HaushalteFamilien2010300127004.pdf?__blob=publicationFile (10.10.2013).
- Staudinger, U. M. (2000). Viele Gründe sprechen dagegen und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau* 51(4): 185-197.
- Steinfeld, E. und G. S. Danford, Eds. (1999). *Enabling Environment. Measuring the Impact of Environment on Disability and Rehabilitation*. New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow., Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Steinhagen-Thiessen, E. und M. Borchelt (1996). Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. *Die Berliner Altersstudie*. K. U. Mayer und P.-B. Baltes. Berlin, Akademie Verlag.
- Stewart, A.L. und A.C. King (1994). Conceptualizing and Measuring Quality of Life in Older Populations. *Aging and the Quality of Life*. Abeles, R.P., Gift, H.C., Ory, M.G. Springer, New York. 27-54
- Stolarz, H. (1998). Wohnungsanpassung - Kleine Maßnahmen mit großer Wirkung. *Vorgestellt*. Köln, Kuratorium Deutsche Altershilfe. 57.
- Stuck, A. E., J. M. Walthert, et al. (1999). Risk factors for functional status decline in community-living elderly: a systematic literature review. *Social Science and Medicine* 48: 445-469.
- Sütterlin, S., I. Hoßmann, et al., Eds. (2011). *Demenz-Report. Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können*. URL: https://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Demenz/Demenz_online.pdf (03.03.2013).
- Teresi, J. A., D. Homes, et al. (2000). The therapeutic design of environments for people with dementia: Further reflections and recent findings from the National Institute on Aging collaborative studies of dementia special care units. *The Gerontologist* 40: 417-421.
- Teri, L. and R. Longsdon (1991). Identifying pleasant activities for Alzheimer's Diseasepatients: The Pleasant Events Schedule-AD. *The Gerontologist* 31: 124-127.
- Tesch-Römer, C. und Wurm, S. (2009). Wer sind die Alten? Theoretische Positionen zum Alter und Altern. *Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Ge-*

- sundheitsberichterstattung des Bundes*. K. Böhm, C. Tesch-Römer und T. Ziese. Berlin, Robert Koch-Institut: 07-20.
- Thiersch, H. (2000). *Lebensweltorientierte soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel*. Weinheim, München.
- TNSemnid (2011). *Wohnwünsche im Alter*. URL: http://www.bfw-bund.de/uploads/media/Emnid_Wohnw%C3%BCnsche_im_Alter_-_Pressemappe.pdf (12.07.2013)
- Verbeek, H., von Rossum, E. et al. (2009). Small, homelike care environments for older people with dementia: a literature review. *International Psychogeriatrics* 21: 252-264.
- Verbrugge, L. M. und A. M. Jette (1994). The disablement process. *Social Science and Medicine* 38(1): 1-14.
- Wagner, G. (1995). *Determinanten des Umzugsverhaltens von Altenhaushalten. Sekundär-statistische Analysen: Auswertung des sozio-ökonomischen Panels im Rahmen des Forschungsprojektes "Umzugsverhalten und Umzugsmöglichkeiten älterer Menschen"*. Bochum, Ruhr-Universität Bochum.
- Wahl, H.-W. (1992). Ökologische Perspektiven in der Gerontopsychologie. Ein Blick in die vergangenen drei Jahrzehnte und in die Zukunft. *Psychologische Rundschau* 43(4): 232-248.
- Wahl, H.-W., Ed. (2000). *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*. Stuttgart, Berlin, Köln, Kohlhammer.
- Wahl, H.-W. (2001). Environmental Influences on Aging and Behaviour. *Handbook of the Psychology of Aging*. J. E. Birren and K. W. Schaie. San Diego et al., Academic Press. 5: 215-237.
- Wahl, H.-W. und V. Heyl (2004). *Gerontologie - Einführung und Geschichte*. Stuttgart, Kohlhammer.
- Wahl, H.-W., Fänge, A., et al. (2009). "The home environment and disability-related outcomes in aging individuals. What is the empirical evidence?" *The Gerontologist* 49(3): 355-367.
- Wahl, H.-W., S. Iwarsson, et al. (2012). Aging Well and the Environment: Toward an Integrative Model and Research Agenda for the Future. *The Gerontologist* 0(0): 1-11.
- Wahl, H.-W. und F. Oswald (2004). *Wohnen im Alter*. Heidelberg.
- Wahl, H.-W. und R. Wetzler (1998). *Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung in Privathaushalten: Integrierter Gesamtbericht zum gleichnamigen Forschungsverbundprojekt*. Stuttgart; Berlin ; Köln, Kohlhammer.

- Wahl, H.-W. und Steiner, B. (2014). „Innovative Wohnformen“. In J. Pantel, J. Schröder, C. Sieber, C. Bollheimer, A. Kruse (Hrsg.), *Praxishandbuch der Altersmedizin. Geriatrie – Gerontopsychiatrie - Gerontologie*. Stuttgart: Kohlhammer. 701-707.
- Walker, A. (2005). A European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Aging* 2: 2-12.
- Weidekamp - Maicher, M. (o.J.). Lebensqualität im Alter Dortmund, Institut für Gerontologie, Universität Dortmund: 70.
- Weyerer, S. (2005). Altersdemenz, Robert Koch-Institut. Heft 28: 8.
- Weyerer, S. und M. Schäufele (2004). Die Versorgung dementer Patienten aus Deutschland aus epidemiologischer Sicht. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 17(1): 41-50.
- Weyerer, S., M. Schäufele, et al. (2006). *Demenzranke Menschen in Pflegeeinrichtungen. Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich*. Stuttgart, Kohlhammer.
- Wilson, K. (1996). *Assisted Living: Reconceptualizing Regulation to Meet Consumers Needs and Preferences*. Washington D.C.
- Wingenfeld, K., A. Büscher, et al. (2007). Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Korrigierte Fassung vom 23. März 2007. Bielefeld.
- Winter, H.-P., R. Gennrich, et al. (2000). *Hausgemeinschaften. Die 4. Generation des Altenpflegeheimbaus*. Köln, Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Wissmann, P. und R. Gronemeyer (2008). *Demenz und Zivilgesellschaft - eine Streitschrift*. Stuttgart, Demenz Support.
- World Health Organization (WHO) (1946). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- World Health Organization (WHO) (2001). Active Aging: From evidence to action.
- World Health Organization (WHO) (2002). Towards a common language for functioning, disability and health: ICF.
- World Health Organisation (WHO) und Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Eds. (2004). *ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf.

- Wurm, S., I. Schöllgen, et al. (2010). Gesundheit. *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)*. Stuttgart, W. Kohlhammer GmbH + Co. KG, Stuttgart: 90-117.
- Ziegler, U. und G. Doblhammer (2009). Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland - Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen von 2002. *Das Gesundheitswesen* 71(5): 281-290.
- Zimmermann, S. und P. D. Sloane (2007). "Definition and Classification of Assisted Living." *The Gerontologist* 47 (suppl 1): 33-39.
- Zimring, C. M., Ed. (1990). Evaluation of designed environments: Method for postoccupancy evaluation. *Methods in evaluation and behavioural research*. Malabar, FL., R. E. Krieger.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Stand, Veränderungsdruck und Anforderungen an aktuelle Wohnformen.....	67
Tabelle 2:	Strukturdaten der untersuchten Einrichtungen	139
Tabelle 3:	Stichprobe (t1) - Soziodemografische Daten der Bewohner N (%) ...	145
Tabelle 4:	Übersicht der erfassten Dimensionen, Items und Instrumente	152
Tabelle 5:	Bewohnerbezogene Stichprobe nach Wohntypen, nach Anwendung des PVA und DCM und nach Erhebungszeitpunkten(t1-t3).....	159
Tabelle 6:	Diagnosen der Bewohner nach Wohnformen (%) in t1.....	161
Tabelle 7:	Aktivitäten des täglichen Lebens (nach Barthel) "nicht mehr möglich" nach Wohnformen (%).....	163
Tabelle 8:	Unterstützung der Bewohner durch Andere nach Wohnformen (%)..	166
Tabelle 9:	Ort und Begleitung der Teilnahme an Aktivitäten (gelegentlich/häufig) der Bewohner nach Wohnformen (%)	167
Tabelle 10:	Anteil und Aufenthaltsdauer der Bewohner mit Demenz im Gemeinschaftsbereich nach Wohnformen (%).....	169
Tabelle 11:	Wohlbefindenswerte (WIB) nach DCM nach Verhaltenskategorien und Wohnformen	177
Tabelle 12:	Gefühlsausdruck nach mAERS: Vergleich alle Bewohner – Bewohner mit Demenz nach Wohnformen (%)	183
Tabelle 13:	Positives Verhalten bzw. weitere Verhaltensweisen: Vergleich alle Bewohner – Bewohner mit Demenz nach Wohnformen (%)	184
Tabelle 14:	Neuropsychiatrische Symptome nach mNPI-Q-NH mit häufigem Auftreten in den letzten vier Wochen: Vergleich alle Bewohner – Bewohner mit Demenz nach Wohnformen (%)	185
Tabelle 15:	Generelles Auftreten neuropsychiatrischer Symptome und ausgewählte Verhaltensweisen: Vergleich alle Bewohner – Bewohner mit Demenz nach Wohnformen (%)	187
Tabelle 16:	Agitiertes, herausforderndes Verhalten „1-2mal pro Woche“ nach mCMAI: Vergleich alle Bewohner – Bewohner mit Demenz nach Wohnformen (%)	189

Tabelle 17: Agitiertes, herausforderndes Verhalten "einmal bis mehrmals täglich" nach mCMAI: Vergleich alle Bewohner – Bewohner mit Demenz nach Wohnformen (%).....	190
Tabelle 18: Soziale Kontakte: Vergleich alle Bewohner – Bewohner mit Demenz nach Wohnformen (%)	194
Tabelle 19: Ärztliche und medizinische Versorgung nach Wohnformen (%)	195
Tabelle 20: Behandlung mit Psychopharmaka nach Wohnformen (%)	196
Tabelle 21: Freiheitsentziehende Maßnahmen und Sturzvorkommnisse nach Wohnformen (%)	197
Tabelle 22: Positive Ereignisse (PDC) nach DCM nach Wohnformen (Mittelwert über 3t).....	198
Tabelle 23: Bewertung der untersuchten Einrichtungen nach PEAP nach einzelnen Einrichtungen	217
Tabelle 24: Unterstützungsgrad der Bewohner nach PEAP nach Wohnformen (%)	233

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Gesamtkosten Pflegebedürftigkeit vom Pflegeeintritt bis Tod nach Kostenträger in €	34
Abbildung 2:	Aktuelle Wohnformen nach Grad an Autonomie und Hilfebedarf der Bewohner	45
Abbildung 3:	Rahmenkonzept „Unterstütztes Wohnen“	79
Abbildung 4:	Modell der ICF	83
Abbildung 5:	Vier Sektoren guten Lebens (nach Lawton, 1983)	104
Abbildung 6:	Press-Competence Model nach Lawton (1982)	120
Abbildung 7:	Integriertes Rahmenkonzept Wohnen im Alter nach Wahl et al., 2012	129
Abbildung 8:	Ablauf der Untersuchung.....	148
Abbildung 9:	Bewohner mit starken Einschränkungen in den ADLs und starken kognitiven Einschränkungen nach Wohnformen (%)	165
Abbildung 10:	Typ1-Verhaltenskategorien nach DCM nach Zeitanteil ($\geq 1\%$) und Wohnformen (%)	171
Abbildung 11:	Bewohner mit Hilfebedarf beim Essen (nach Barthel) nach Wohnformen (%)	172
Abbildung 12:	Typ2-Verhaltenskategorien nach DCM nach Zeitanteil ($\geq 1\%$) und Wohnformen (%)	174
Abbildung 13:	Verhaltenskategorie "Kommen und Gehen" und „Schlafen/Dösen“ nach DCM nach Zeitanteil ($\geq 1\%$) und Wohnformen (%).....	176
Abbildung 14:	Wohlbefindenswerte (WIB) nach DCM und Wohnformen (%).....	176
Abbildung 15:	Wohlbefindenswerte (WIB) nach DCM im UW mit den fünf häufigsten hier vorkommenden Verhaltenskategorien	178
Abbildung 16:	Wohlbefindenswerte (WIB) nach DCM in der SCU mit den fünf hier am häufigsten vorkommenden Verhaltenskategorien	179
Abbildung 17:	Wohlbefindenswerte (WIB) nach DCM im PH mit den fünf hier am häufigsten vorkommenden Verhaltenskategorien	180
Abbildung 18:	Sozialpflegerische Milieus nach DCM mit sehr gutem bzw. exzellentem Wohlbefinden ($WIB \geq 2,1$) in Verhaltenskategorien, die das Personsein unterstützen (BCC-Typ 1) und sich bei	

	Bewohnern in mindestens 4% der durchschnittlichen Aufenthaltszeit im Gemeinschaftsbereich beobachten lassen	181
Abbildung 19:	Ergebnisse der objektiven Umweltbeschreibung der WG 1 nach PEAP	218
Abbildung 20:	Ergebnisse der objektiven Umweltbeschreibung der WG 2 nach PEAP	220
Abbildung 21:	Ergebnisse der objektiven Umweltbeschreibung der WG 3 nach PEAP	223
Abbildung 22:	Ergebnisse der objektiven Umweltbeschreibung der HG 4-7 nach PEAP	225
Abbildung 23:	Ergebnisse der objektiven Umweltbeschreibung der SCU nach PEAP	228
Abbildung 24:	Ergebnisse der objektiven Umweltbeschreibung des PH nach PEAP	230
Abbildung 25:	Vergleich der Ergebnisse der objektiven Umweltbeschreibung des UW und des PH nach PEAP	235
Abbildung 26:	Vergleich der Ergebnisse der objektiven Umweltbeschreibung des UW, der SCU und des PH nach PEAP	241

Abkürzungsverzeichnis

AL	Assisted Living
BASE	Berliner Altersstudie
BCC	Behaviour Category Coding
BIB	Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
BIVA	Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPSD	Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia
BUKO-QS	Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V.
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DRG	Diagnosis Related Groups
GBE	Gesundheitsberichterstattung
HzP	Hilfe zur Pflege
LES	Lebenserwartungssurvey
MCI	Mild cognitive impairment
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
PflegeVG	Pflegeversicherungsgesetz
PDC	Personal Detraction Coding
PER	Positive Event Recoding
PfWG	Pflegeweiterentwicklungsgesetz
PNG	Pflegeneuausrichtungsgesetz
SOEP	Sozioökonomisches Panel
UW	Unterstütztes Wohnen
UE	Untersuchungseinheit
WIB	Well or Ill-Being

Anhang

Professional Environment Assessment Protocol

Professional Environment Assessment Protocol (PEAP) nach C. Norris-Baker, G.D. Weisman, M. P. Lawton, P. Sloane, M. Kaup, 1999. (Zitiert nach Sozialplanung, unveröffentlichtes Manuskript)

PEAP dient der Bewertung von Special Care Units anhand von acht „therapeutischen“ (Umwelt-) Dimensionen für Alzheimer-/Demenzpatienten.

Bei PEAP handelt es sich nicht um eine einfache Dokumentation von „objektiven“ Beobachtungen. Dementsprechend gibt es keine Checkliste. Vielmehr soll PEAP „ganzheitlich“ sein. Die physische Umwelt steht zwar im Mittelpunkt, aber auch die Pflegephilosophie der Abteilung, Budgetrestriktionen und Bewohnerfähigkeiten etc. sollen mit einbezogen werden.

Man kann zwischen drei Ebenen der physischen Umwelt unterscheiden:

- feste strukturelle Gesichtspunkte (Raumplan, Fenster etc.)
- halb feste Gesichtspunkte (Handläufe, Oberflächen etc.)
- offene Gesichtspunkte (Bilder etc.).

Zunächst soll die Wichtigkeit therapeutischer Ziele in der Abteilung bestimmt werden. Das Ranking der acht „therapeutischen“ Ziele erfolgt auf einer Skala von 1(niedrig) bis 5 (hoch). Das Ranking wird von der Hausleitung, der Pflegedienstleitung o. ä. vorgenommen.

Die acht Dimensionen sind:

1. Maximierung von Wahrnehmung und Orientierung
2. Maximierung von Sicherheit
3. Bereitstellung von Privatheit
4. Regulierung von Stimulation und Qualität der Stimulation
5. Unterstützung funktionaler Fähigkeiten
6. Möglichkeiten zur persönlichen Kontrolle
7. Kontinuität des Selbst
8. Ermöglichung von sozialen Kontakten

Anschließend wird die Abteilung vom Evaluator während einer Walk-through-Beobachtung bezüglich der acht Dimensionen bewertet.

ad 1: Maximierung von Wahrnehmung und Orientierung

Definition: Der Grad, in dem sich Nutzer(Personal, Bewohner, Besucher) effektiv räumlich, sozial und zeitlich in der Umwelt orientieren können.

- Unterstützung der räumlichen Orientierung
 - Vorhandensein von Schildern etc. zur Unterstützung der räumlichen
 - Orientierung

- Zeitliche und räumliche „Vorhersehbarkeit“
 - Gibt es regelmäßige Programmtätigkeiten?
 - Gibt es Räume, die ausschließlich für diese Tätigkeiten verwendet werden?
 - Spielt Routine eine tragende Rolle?
 - Kann man anhand spezieller Möbel oder Gegenstände einen spezifischen Raum bestimmen?

- Visuelle Differenzierung
 - von Aktivitätsknoten durch entsprechende architektonische Features
 - von zentralen „Entscheidungs-Orten“ durch „landmarks“ (Opa-Uhr, Gemälde...)
 - Gibt es visuell verwirrende Muster (z.B. starker Kontrast zwischen hell und dunkel, Farbe des Flurs...)
 - Gibt es systematische Unterschiede im Aussehen der Bewohnerzimmer, unterschiedliche Wandfarben, Vorhänge, Bettwäsche...)

- Visueller Zugang
 - Gibt es freie Sicht in häufig verwendete Ziele?
 - Gibt es von Schlüsselorten aus freie Sicht nach draußen?
 - Sind Schlüsselorte zu einem Korridor hin offen (oder gibt es potentiell geschlossene Türen)?

- Strukturelle Charakteristika
 - Sind die Flure so lang, dass es schwierig wird, bestimmte Zimmer zu identifizieren?
 - Kann man im Flur klar erkennen, von woher man kommt und wohin man geht?
 - Gibt es (in großen Abteilungen) eine Art „loop“, um Sackgassen zu vermeiden?

ad 2: Maximierung von Sicherheit

Definiton: Der Grad, in welchem die Umwelt gleichzeitig die („objektiven“) Gefahrenquellen für die Bewohner minimiert und das Sicherheitsgefühl von Bewohnern, Personal und Familienmitgliedern maximiert.

- Möglichkeiten zur Überwachung von Bewohnern durch Personal
 - Findet die Überwachung in Fluren und halböffentlichen Bereichen in unaufdringlicher, „nicht-institutioneller“ Art und Weise statt?
 - Kann das Personal auch Innenhöfe, Gärten etc. problemlos einsehen?
 - Können Bewohner problemlos Kontakt zum Personal aufnehmen, wenn sie sich ängstigen?
 - Gibt es Orte, von denen Bewohner sich sicher sein können, dass sich dort jederzeit Personal aufhält? Wie ist das Zahlenverhältnis zwischen Personal und Bewohnern?

→ bei walk-through: wie oft kann der Evaluator problemlos Personal sehen?

- Möglichkeit zur Überwachung von unerlaubtem Verlassen des Gebäudes
 - Gibt es elektronische oder „persönliche“ Überwachungsmöglichkeiten?
 - Funktionieren die elektronischen Überwachungsmöglichkeiten einwandfrei?
 - Sind die elektronischen Überwachungsmöglichkeiten unaufdringlich (also keine zu laute Alarmer, Lichter..)?
 - Sind die Ausgänge kaschiert?
- Milderung von potenziellen Gefahrenquellen
 - Wie stark sind Handläufe verbreitet (in öffentlichen und privaten Bereichen)?
 - Gibt es Hindernisse in Fluren oder entlang der Handläufe?
 - Sind Oberflächen blendungsfrei und rutschsicher?
 - Sind die Böden weich, um evtl. Stürze zu dämpfen?
 - Gibt es eine Überleitung zwischen verschiedenen Bodenbelägen (Teppich/ Linoleum etc.)?
 - Sind die Kanten von Möbeln etc. abgerundet?
 - Gibt es in den Sanitärbereichen genügend Raum, damit das Personal die Bewohner unterstützen kann?
 -
- Verfügbarkeit von speziellen Gerätschaften
 - Stehen spezielle Gerätschaften zur Verfügung, die einerseits sicher

sind und andererseits die Selbständigkeit der Bewohner unterstützen?

- Gibt es potentiell gefährliche Gegenstände (Öfen, Küchenutensilien...)? Wie sind sie potentiell gesichert?
- Gibt es in den Sanitärzellen/Badewannen entsprechende Gerätschaften?
- Gibt es die Möglichkeit, die Betten von „nachtaktiven“ Bewohnern so niedrig abzusenken, dass die Sturzgefahr minimiert wird?

ad 3: Bereitstellung von Privatheit

Definition: Der Grad, in dem die Beziehung zwischen Bewohner und dem erweiterten Umfeld reguliert werden. Das bezieht sich sowohl auf den Input (Lärm..) als auch auf den Output (vertrauliche Gespräche...).

- Vorschriften bezüglich Privatheit
 - Muss das Personal anklopfen, bevor es in Bewohnerzimmer eintritt
 - Erlaubt das Personal den Bewohnern, ihre Zimmertüren geschlossen zu halten?
 - Müssen sich die Bewohner für einen großen Teil des Tages außerhalb ihres Zimmers aufhalten?
 - Können sich die Bewohner ihren Zimmergenossen aussuchen? Wie verbreitet sind Einzelzimmer?
- Bewohnerzimmer
 - Müssen Bewohner ihre Zimmer mit anderen teilen?
 - Gibt es in Doppelzimmern Möglichkeiten, Privatheit herzustellen, die über den üblichen „Vorhang“ hinaus gehen?
 - Müssen zwei oder mehr Bewohnerzimmer einen Sanitärbereich teilen?
 - Gibt es mehr als einen Eingang zu einem Sanitärbereich?
- Ausweichmöglichkeiten
 - Stehen kleinen Bewohnergruppen oder einzelnen Bewohnern kleine Räume zum Rückzug zur Verfügung?
 - Haben Bewohner lediglich die Wahl zwischen dem Aufenthalt in Mehrbettzimmern oder großen öffentlichen Räumen?
 - Gibt es Räume, in denen Bewohner sich vertraulich mit dem Personal, Sozialarbeitern, Ärzten o. ä. unterhalten können?

ad 4: Regulierung von Stimulation (a) und Qualität der Stimulation (b)

Definition: Die Fähigkeit von Personen mit Demenz, gegensätzliche Stimuli zu ver-

arbeiten, und zwischen gezielter und ungezielter Stimulation zu unterscheiden, ist stark eingeschränkt. Deshalb muss die Umwelt bezüglich der „Qualität“ der Stimulation und ihrer effektiven Regulierung sensibel agieren.

ad 4a: Regulierung von Stimulation

- Akustische Stimulation
 - In welchem Maße werden Geräusche von Stereoanlagen, Fernsehern und Transportgeräten in den Fluren reguliert und minimiert?
 - Werden Geräusche von „Hintergrundgeräten“ (Getränkeautomaten etc.) reguliert?
 - Kann man Lärm von lauten oder schreienden Bewohnern hören?
 - Trägt das Personal durch gegenseitige Zurufe zum allgemeinen Lärmpegel bei?

- Visuelle Stimulation
 - Tritt Blendung auf, z.B. durch die Innenbeleuchtung oder von Fenstern?
 - Tragen glänzende Boden- oder Wandoberflächen zur Blendung bei?
 - Gibt es an den Fenstern Möglichkeiten, den Einfall von Tageslicht zu kontrollieren (Rollläden, Vorhänge...)?
 - Sind die Wände „überfrachtet“? Gibt es zu viele Bilder, Hinweisschilder, Fotos, Wandteppiche etc. an den Wänden?

- Stimulation des Geruchssinnes
 - Riecht es stark nach Reinigungsmitteln? Wie verbreitet ist dieser Geruch (es ist weniger problematisch, wenn er sich auf wenige Orte beschränkt, als wenn er sich in der ganzen Abteilung verbreitet?)
 - Riecht es nach Exkrementen? Wie verbreitet ist dieser Geruch (es ist weniger problematisch, wenn er sich auf wenige Orte beschränkt, als wenn er sich in der ganzen Abteilung verbreitet?)
 - Riecht es den ganzen Tag über nach Essen?

- Stimulation des Tastsinnes (in Langzeiteinrichtungen in der Regel abwesend wegen zu hohen Regulierungsbedarfs)
 - Ändern sich die Bodenoberflächen innerhalb der Abteilung (problematisch vor allem, wenn die Änderungen in der Mitte eines Raumes stattfinden statt zwischen einzelnen Räumen).

ad 4b: Qualität von Stimulation

Akustische Stimulation (Unterscheidung zwischen Geräuschen (beinhalten Information) und Lärm (unnötig akustische Stimulation)).

- Werden die Quellen der akustischen Stimulation von den Bewohnern als „sinnvoll“ (Gespräche, nette Musik...) empfunden?
- Visuelle Stimulation
 - Wird die Lichtstärke der Tageszeit angemessen reguliert?
 - Dienen Schilder nicht nur dem Personal, sondern auch dem Orientierungsbedarf der Bewohner?
 - Haben die am deutlichsten sichtbaren Schilder einen eher institutionellen oder einen eher wohnlichen Charakter?
 - Hat der Wandschmuck eine soziale bzw. kulturelle Bedeutung für die Bewohner?
 - Macht das Design den Eindruck, dass die einzelnen Komponenten zueinander passen, oder passen einzelne Komponenten überhaupt nicht zueinander?
 - Macht das Design einen monotonen Eindruck?
- Stimulation des Geruchssinnes
 - Betonen vorhandene Gerüche einen medizinischen oder institutionellen Charakter, oder einen eher wohnlichen Charakter?
 - Stimulation des Tastsinnes
 - Wie stark sind welche Oberflächen (den Bewohnern zugängliche Möbel, Wandschmuck, sonstige Oberflächen) verbreitet?
 - Wie stark sind sonstige Gegenstände verbreitet, die den Bewohnern die Stimulation des Tastsinnes ermöglichen können?
 - Sind die Oberflächen innerhalb der Abteilung ähnlich oder verschieden?

ad 5: Unterstützung funktionaler Fähigkeiten

Definition: Der Grad, in dem die Umwelt bzw. die Regeln der Umwelt die Ausübung von alltäglichen Verrichtungen unterstützt. Dies sind einerseits „unumgängliche“ Aktivitäten wie Körperpflege und Essen, andererseits sind das selbständige Aktivitäten.

- Unterstützung von Selbständigkeit in der Körperpflege / beim Ankleiden
 - Gibt es in jedem Bewohnerzimmer Toiletten?
 - Gibt es in der Nähe halböffentliche Bereiche, insbesondere des

- Speisesaals, öffentliche Toiletten?
- Sind Toiletten von den Bewohnern leicht zu erkennen, u. U. mit entsprechenden Schildern?
 - Gibt es (evtl. bewegliche) Haltegriffe auf beiden Seiten der Toilette?
 - Erlauben Farbkontraste in den Sanitärbereichen auch den Bewohnern mit Sehproblemen, sich ausreichend zu orientieren
 - Sind die Wasserhähne einfach zu sehen und zu bedienen?
 - Sind saubere Handtücher einfach zu sehen und zu erreichen?
 - Gibt es Dusch- und Bademöglichkeiten in allen Zimmern oder nur bei ausgewählten Bewohnern?
 - Gibt es Bereiche für die Haarpflege?
 - Gibt es Spiegel in den Bewohnerzimmern und Sanitärbereichen (nicht berücksichtigen: abgedeckte Spiegel bei Bewohnern, die sich vor ihrem Spiegelbild fürchten)?
 - Sind die Spiegel ausreichend beleuchtet?
 - Ist es den Bewohnern erlaubt, möglich, ihre persönlichen Toilettenartikel zu lagern und selbständig zu benutzen (idealerweise in der Nähe des Spiegels, mit Sitzmöglichkeit)?
 - Haben die Bewohner uneingeschränkten Zugang zu ihrer eigenen Kleidung? Ist die Kleidung so angeordnet, dass es den Bewohnern möglich ist, sich selbst anzukleiden?
 - Reicht der Raum für Kleidung aus? Wird die Kleidung eines Bewohners separat von der Kleidung eines evtl. Mitbewohners gelagert?
 - Unterstützung von Selbständigkeit beim Essen (Essen ist eine tagestrukturierende und meist vertraute Tätigkeit. Sie kann jedoch Menschen mit Demenz überfordern).
 - Werden „normales“ Besteck und Geschirr eingesetzt?
 - Gibt es bei Bedarf prothetisches Besteck und Geschirr?
 - Werden Mahlzeiten bei Bedarf mundgerecht serviert?
 - Sind Tischhöhen anpassbar (für Rollstuhlfahrer)?
- Unterstützung von selbständigen funktionalen Tätigkeiten (vgl. auch „Kontinuität des Selbst“; hier wird die Unterstützung bewertet; es sollte keine Abwertung stattfinden für Angebote, die den Bewohnern nicht zur Verfügung stehen)
 - Stehen Reinigungsutensilien (Besen, Lappen...) den Bewohnern zum persönlichen Gebrauch zur Verfügung? Sind diese Utensilien für den Gebrauch durch ältere Personen geeignet (längerer Stil...)?
 - Falls die Bewohner Zugang zu Waschmaschine und Trockner haben, gibt es Sitzplätze und Orte, an denen man seine Wäsche fal-

ten kann? Was für Vorschriften gibt es für die Benutzung von Waschmaschine/Trockner?

- Stehen den Bewohnern Telefone zur Verfügung? Besser als Münztelefone oder Benutzung des Stationstelefon sind private Telefone auf den Zimmern.
- Wie sehen die Vorschriften für persönliche Gegenstände in den Bewohnerzimmern aus?
- Gibt es in oder in der Nähe der Bewohnerküche (falls vorhanden) Sitzplätze für Personen, die leicht ermüden?
- Stehen den Bewohnern Kochmöglichkeiten zur Verfügung?
- Stehen den Bewohnern prothetische Küchenutensilien zur Verfügung?
- Haben die Bewohner problemlosen Zugang zu Gläsern, Getränken und Snacks, d.h. die Bewohner müssen sich nicht bücken oder strecken?
- Gibt es in halböffentlichen Bereichen (nicht im Speisesaal) höhenverstellbare Tische?
- Gibt es zugänglichen Stauraum für unterschiedliche Gegenstände (Spiele etc.), die die Bewohner selbständig benutzen können?
- Können die Bewohner in internen Läden (Eisstand, Geschenkela-den o. ä., falls vorhanden) mit ihrem eigenen Geld bezahlen?
- Sind diese Läden auch mit Rollstühlen befahrbar?
- Gibt es die Möglichkeit, Gartenarbeit zu verrichten (sowohl auf Boden- als auch auf Hüfthöhe)?

ad 6: Möglichkeiten zur persönlichen Kontrolle

Definition: Der Grad, in dem die Umwelt bzw. die Regeln der Umwelt den Bewohnern ermöglichen, entsprechend ihren Fähigkeiten und persönlichen Präferenzen auf selbständige Initiative und nach eigener Wahl zu entscheiden, was sie tun und wann sie es tun.

- Wahl des Aufenthaltsortes
 - Haben die Bewohner die Wahl zwischen unterschiedlichen Aufenthaltsorten (auch Terrasse, Hof oder Garten)?
 - Gibt es beim Spaziergehen in der Abteilung mehr als einen langen Wanderweg?
 - Sind die Türen zu zusätzlichen Orten (Terrasse, Aufenthaltsraum...) geöffnet?
 - Gibt es in der Abteilung die Möglichkeit zum Duschen oder Baden?
 - Sind die Ausgänge unbewacht oder durch Personal statt Alarm/verschlossene Türen überwacht?

- Vorschriften bzgl. der Raumnutzung und des Bewohnerverhaltens
 - Welche Regeln (falls vorhanden) bestimmen, welche Aktivitäten wann und wo stattfinden? Oder gibt es gleichzeitig stattfindende Aktivitäten?
 - Wie stark ist der Tagesablauf reglementiert?
 - Ist das Personal flexibel bezüglich dem Aufstehen / Zubettgehen der Bewohner?
 - Haben die Bewohner die Auswahl zwischen unterschiedlichen Mahlzeiten?
 - Dürfen Bewohner abends noch einen Snack zu sich nehmen?
 - Werden Bewohner ruhiggestellt durch medizinische Mittel, Riemen o. ä.?

- Vorhandensein von Stühlen u. ä.
 - Gibt es Spiele o. ä. in der Abteilung?
 - Gibt es mehr Stühle als Bewohner in der Abteilung?
 - Sind Stühle über verschiedene Orte verteilt, und kommen nicht geballt an einem Ort vor?

- Sonstiges
 - Können Vorhänge, Heizungen, Belüftung und Licht (elektrisch und natürlich) in den Bewohnerzimmern von den Bewohnern kontrolliert werden?
 - Gibt es die Möglichkeit, die Möbel in den Bewohnerzimmern individuell zu arrangieren?

ad 7: Kontinuität des Selbst

Definition: Hier werden Versuche bewertet, eine Kontinuität zwischen der Vergangenheit und der Gegenwart sowohl der unterschiedlichen Umwelten als auch des Selbst zu bewahren. Dies kann sich auf zwei Arten äußern: durch die Anwesenheit persönlicher Gegenstände und durch die Schaffung einer nicht-institutionellen Atmosphäre. Wenn diese beiden Aspekte zusammenarbeiten, ist der erste Aspekt meistens gewichtiger.

- Grad der Personalisierung
 - Gibt es Vorschriften über das Mitbringen eigener Möbel? Wie verbreitet sind diese Möbel?
 - Gibt es Raum, in den halböffentlichen Bereichen persönliche Gegenstände und Bilder auszustellen?
 - Gibt es in den halböffentlichen Bereichen z. T. sogar Möbel aus Bewohnerzimmern?

- Nicht-institutionelle Umwelt
 - In welchem Maße trägt das Personal Straßenbekleidung?
 - Reflektieren die Möbel in halböffentlichen Bereichen und den Bewohnerzimmern einen traditionellen Wohnstil?
 - Gibt es überall in der Abteilung die gleichen Möbel oder unterschiedliche Möbel?
 - Gibt es typisch institutionelle Elemente wie harte, polierte Böden oder in Reihen angeordnete Neonröhren?
 - Sieht man viele institutionelle Gerätschaften wie Wagen, Lifter...?
 - Ist die Schwesternstation eher aufdringlich institutionell, oder eher nicht-institutionell ausgestattet?
 - Sind die öffentlichen Bereiche mit Gegenständen dekoriert, die an die Vergangenheit erinnern (lokale historische Szenen auf Bildern, Symbole aus früheren Jahren, gemeinsame religiöse Symbole)?

- Kontinuität von Familienverhalten und (*sinnstiftendem*) Lebenswandel
 - In welchem Maße steht den Bewohnern eine Küche zur Verfügung? Das bezieht sich nicht nur auf spezielle Aktivitäten, sondern auf den alltäglichen Gebrauch, was u. U. auch eine Teilnahme bei der Essenszubereitung oder zumindest Tischdecken und -abräumen einschließt.
 - Können die Bewohner selbst bestimmen, wann sie essen wollen?
 - Können die Bewohner selbst bestimmen, ob sie ein Bad oder eine Dusche nehmen wollen?
 - Werden die Bewohner ermutigt und sind sie in der Lage, ihr Zimmer und ihre Kleider selbst aufzuräumen? Gibt es Waschmaschine und Trockner? Können die Bewohner zumindest Kleidung falten? Gibt es Putzutensilien?
 - Gibt es Orte, an denen man Gartenarbeit verrichten kann (ganze Gärten oder kleine Grünbereiche)?
 - Gibt es einen Ort, der frühere Büroangestellte an ihren früheren Tätigkeitsbereich erinnert (z.B. eine Bibliothek oder einen Schreibbereich)?
 - Gibt es Möglichkeiten, weiterhin eine fürsorgliche Rolle einzunehmen? Gibt es in der Nähe z.B. eine Kindertagesstätte oder gibt es ein Abteilungstier (Hund, Katze, Vogel, Fisch o. ä.)?
 - Gibt es sonstige Angebote, die eine Kontinuität von Familienverhalten fördern?

ad 8: Ermöglichung von sozialen Kontakten

Definition: Der Grad, in dem die Umwelt bzw. die Regeln der Umwelt sozialen Kontakt und Interaktion zwischen den Bewohnern fördern.

- Bereitstellen einer Auswahl sozialer Orte
 - In welchem Maße kann man sich nicht nur in großen Aufenthaltsräumen oder Bewohnerzimmern, sondern auch beispielsweise in Fluren o. ä. unterhalten?
 - Gibt es soziale Orte unterschiedlicher Größe?
 - Erlaubt es die Konstellation der Flure, den Raum in Module aufzuteilen?
- Anwesenheit und Platzierung von Möbeln
 - Gibt es mehr Stühle als Bewohner?
 - Gibt es Stühle in der Nähe von Aktivitätsknoten, z.B. in der Nähe des Stationszimmers, des Speisesaals o. ä. oder gibt es Stühle nur geballt an einem Ort?
 - Gibt es Vorschriften bezüglich dem Aufstellen von Stühlen in der Nähe des Stationszimmers oder an anderen potentiellen Aktivitätsknoten?
 - Stehen sich nebeneinander angeordnete Stühle eher rechtwinklig gegenüber gut für soziale Interaktion)
 - Sind die Esstische für große Gruppen (über 6) oder für kleinere Gruppen?
 - Sind Gruppen von Sofas und Stühlen von Möbeln o. ä. geteilt?
- Sonstiges
 - Was für Gegenstände und Aktivitäten dienen der sozialen Interaktion in der Abteilung?
- Soziale Indikatoren (obwohl man sich bei einem kurzen walk-through kein ausreichendes Bild von dem sozialen Leben in der Abteilung machen kann, sollte man doch sensibel gegenüber potentiellen Indikatoren sein).
 - Sieht man Bewohner eher allein, oder eher in Anwesenheit anderer (beachte: evtl. Konflikt zwischen Interaktion und Privatheit)
 - Gibt es eindeutige Anzeichen, dass soziale Orte verwendet werden (umgestellte Stühle...)
 - Bemüht sich das Personal mit entsprechenden Programmen und Vorschriften, sozialen Kontakt und Interaktion in der Abteilung zu fördern?

DCM Verhaltenskategorien, Typisierung und WIB-Wert-Codierungen

Kategorie	Typ	WIB-Wert	Stichwort	Allgemeine Beschreibung
A	Typ 1	+5 bis -5	Articulation	Mit anderen interagieren - verbal oder non-verbal (ohne offensichtliche andere Aktivität, ohne K)
B	Typ 2	+3 bis +1	Borderline	Sozial miteinbezogen sein, aber auf passive Weise
C	Typ 2	1 bis 5	Cool/Kalt	Sozial nicht miteinbezogen sein, in sich gekehrt
D	Typ 2	-1 bis -5	Distress	Stress ohne Begleitung
E	Typ 1	+5 bis -5	Expression/Selbstaussdruck	Mit einer kreativen Tätigkeit beschäftigt sein
F	Typ 1	+5 bis -5	Food/Essen	Essen und Trinken
G	Typ 1	+5 bis -5	Games/Spiele	An einem Spiel teilnehmen
H	Typ 1	+5 bis -5	Handicraft/Werken	An einer handwerklichen Tätigkeit teilnehmen
I	Typ 1	+5 bis -5	Intellectual	Aktivität, die sich auf intellektuelle Fähigkeiten konzentriert
J	Typ 1	+5 bis -5	Joints/Gelenk	An einer sportlichen oder gymnastischen Übung teilnehmen
K		+5 bis -5	Kum & Go/ Kommen & Gehen	Unabhängiges Gehen, Stehen oder Fortbewegen
L	Typ 1	+5 bis -5	Labour/Arbeit	Arbeit oder Pseudo-Arbeit
M	Typ 1	+5 bis -5	Media/Medien	Sich mit Medien beschäftigen
N		+1 bis -5	Nod, Land of, Schläfchen	Schlafen oder Dösen
O	Typ 1	+5 bis -5	Own Care/Selbstpflege	Sich unabhängig selber pflegen
P	Typ 1	+5 bis -5	Physical Care/Körperpflege	Praktische, physische oder personale Pflege erfahren
R	Typ 1	+5 bis -5	Religion	An einer religiösen Aktivität teilnehmen
S	Typ 1	+5 bis -5	Sex	Tätigkeit mit explizit sexuellem Selbstausdruck
T	Typ 1	+5 bis -5	Timalation/Basale Stimulation	Beschäftigung mit sinnlicher Wahrnehmung
U	Typ 2	-1 bis -5	Unresponded to/ohne Antwort	Kommunizieren ohne Antwort
W	Typ 2	+1 bis -5	Withstanding/Aushalten	Repetitive Selbststimulation
X	Typ 1	+5 bis -5	X-cretion Ausscheidung	Ausscheidung
Y	Typ 2	+3 bis -5 +5 bis -5	Yourself, Halluzination	Mit sich selber oder einer imaginierten Person sprechen
Z			Zero Option/Nulloption	Verhalten, das in keine der Kategorien passt

Personale Detraktionen (PDCs) nach DCM

1. Betrug (treachery) — Einsatz von Formen der Täuschung, um eine Person abzulenken, zu manipulieren oder zur Mitwirkung zu zwingen.
2. Zur Machtlosigkeit verurteilen (disempowerment) — jemandem nicht gestatten, vorhandene Fähigkeiten zu nutzen; die Unterstützung beim Abschluss begonnener Handlungen versagen.
3. Infantilisieren (infantilization) — jemanden sehr väterlich bzw. mütterlich autoritär behandeln, etwa wie ein unsensibler Elternteil dies mit einem sehr kleinen Kind tun würde.
4. Einschüchtern (intimidation) — durch Drohungen oder körperliche Gewalt bei jemandem Furcht hervorrufen.
5. Etikettieren (labelling) — Einsatz einer Kategorie wie Demenz oder «organisch bedingte psychische Erkrankung» als Hauptgrundlage der Interaktion mit der Person und zur Erklärung ihres Verhaltens.
6. Stigmatisieren (stigmatization) — jemanden behandeln, als sei er ein verseuchtes Objekt, ein Alien oder Ausgestoßener.
7. Überholen (outpacing) — Informationen liefern, Alternativen zur Wahl stellen etc., jedoch für die betreffende Person zu schnell, um zu verstehen; der Betroffene gerät damit unter Druck, Dinge rascher zu tun, als er ertragen kann.
8. Entwerten (invalidation) — die subjektive Realität des Erlebens und vor allem die Gefühle einer Person nicht anerkennen.
9. Verbannen (banishment) — jemanden fortschicken oder körperlich bzw. seelisch ausschließen.
10. Zum Objekt erklären (objectification) — jemanden behandeln, als sei er ein Klumpen toter Materie, der gestoßen, angehoben, gefüllt, aufgepumpt oder abgelassen werden kann, ohne wirklich auf die Tatsache Bezug zu nehmen, dass es sich um ein fühlendes Wesen handelt.
11. Ignorieren (ignoring) — in jemandes Anwesenheit einfach in einer Unterhaltung oder Handlung fortfahren, als sei der bzw. die Betreffende nicht vorhanden.

12. Zwang (imposition) — jemanden zu einer Handlung zwingen und dabei die Wünsche der betroffenen Person beiseiteschieben bzw. ihr Wahlmöglichkeiten verweigern.
13. Vorenthalten (withholding) — jemandem eine erbetene Information oder die Befriedigung eines erkennbaren Bedürfnisses verweigern.
14. Anklagen (accusation) — jemandem Handlungen oder deren Unterlassen, die sich aus einer fehlenden Fähigkeit oder einem Fehlinterpretieren der Situation ergeben, zum Vorwurf machen.
15. Unterbrechen (disruption) — plötzlich oder in störender Weise in die Handlung oder Überlegung von jemandem einbrechen; ein rohes Aufbrechen des Bezugsrahmens einer Person.
16. Lästern (mockery) — sich über die «merkwürdigen» Handlungen oder Bemerkungen einer Person lustig machen; hänseln, erniedrigen, Witze auf Kosten einer anderen Person machen.
17. Herabwürdigen (disparagement) — jemandem sagen, er sei inkompetent, nutzlos, wertlos etc.; Botschaften vermitteln, die der Selbstachtung einer Person schaden.

Erklärung gemäß § 8 Abs. 1 Buchst. b) der Promotionsordnung der Universität Heidelberg für die Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften

Promotionsausschuss der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Doctoral Committee of the Faculty of Behavioural and Cultural Studies, of Heidelberg University

Erklärung gemäß § 8 Abs. 1 Buchst. b) der Promotionsordnung der Universität Heidelberg für die Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften
Declaration in accordance to § 8 (1) b) and § 8 (1) c) of the doctoral degree regulation of Heidelberg University, Faculty of Behavioural and Cultural Studies

Ich erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation selbstständig angefertigt, nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt und die Zitate gekennzeichnet habe.
I declare that I have made the submitted dissertation independently, using only the specified tools and have correctly marked all quotations.

Erklärung gemäß § 8 Abs. 1 Buchst. c) der Promotionsordnung der Universität Heidelberg für die Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften

Ich erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation in dieser oder einer anderen Form nicht anderweitig als Prüfungsarbeit verwendet oder einer anderen Fakultät als Dissertation vorgelegt habe.
I declare that I did not use the submitted dissertation in this or any other form as an examination paper until now and that I did not submit it in another faculty.

Vorname Nachname
First name Family name

Datum, Unterschrift
Date, Signature
