

Modellprojekt „Alt sein – und nicht allein“

von SALUS e.V. und der Landdienste GmbH, Dötlingen

gefördert durch die Spitzenverbände der Pflegekassen
im Rahmen des

Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI



Materialien - Band 1

Konzeptentwicklung

Rechtliche Konstruktion
Anforderungen an das Pflege- und Wohnkonzept
Überlegungen zum Personalkonzept

Anhang: Konzept von Salus e.V.

2005, 2. Aktualisierte Auflage 2007



**Ambulante Pflege
Landdienste**



SALUS e.V.

Pflege Consult

Dr. Jörg Hallensleben

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Einleitung	3
1 Begriffsbestimmung und rechtliche Konstruktion	4
1.1 Begriffsbestimmung	4
1.2 Warum entscheiden sich Initiatoren explizit für ambulant betreute Wohngemeinschaften und gegen Heime?	6
1.3 Externe Anforderungen an die rechtliche Konstruktion der Wohngemeinschaften	6
1.4 Rechtliche Konstruktion der Projekt-Wohngemeinschaften	7
2 Pflege- und Wohnkonzept	10
2.1 Größe der WG	10
2.1.1 Externe Anforderungen	10
2.1.2 Konsequenzen für die Projekt-Wohngemeinschaften	10
2.2 Einzugsvoraussetzungen und Auszugsgründe.....	10
2.2.1 Externe Anforderungen	10
2.2.2 Konsequenzen für die Projekt-Wohngemeinschaften	11
2.3 Pflege und Hauswirtschaft.....	11
2.3.1 Externe Anforderungen	11
2.3.2 Konsequenzen für die Projekt-Wohngemeinschaften	12
2.4 Anforderungen an die Wohnung und das Wohnumfeld.....	13
2.4.1 Philosophie der KDA- und SWA-Anforderungen zum Wohnen	13
2.4.2 Räume und Flächenbedarf	13
2.4.3 Raumaufteilung	15
2.4.4 Ausstattung der Räume	15
2.4.5 Lage und Einbindung im Gemeinwesen	17
2.4.6 Hygiene in der Wohnküche	17
3 Personalkonzept	18
3.1 Personalausstattung	18
3.1.1 Anforderungen	18
3.1.2 Konsequenzen für die Projekt-Wohngemeinschaften	18
3.2 Formalqualifikation	19
3.3 Sicherstellung der Pflege / Führung / Einsatzplanung.....	20
3.3.1 Anforderungen	20
3.3.2 Konsequenzen für die Projekt-Wohngemeinschaften	20
3.4 Supervision.....	20
3.4.1 Anforderungen	20
3.4.2 Konsequenzen für die Projekt-Wohngemeinschaften	20
4 Anhang: Konzept Salus e.V.	21
4.1 Vorwort	21
4.2 Grundsätze für das Leben in der Wohngemeinschaft.....	22
4.2.1 Alt sein aber nicht allein	22
4.2.2 Alltag statt Therapie	22
4.2.3 Soviel Selbständigkeit und Selbstbestimmung wie möglich	22
4.3 Wohnen	22
4.4 Haushalt.....	22
4.5 Pflege und Betreuung	23
4.6 Angehörige	23
4.7 Unterschiede zum Pflegeheim.....	23
Literatur	24

Einleitung

Den enormen Belastungen der Pflege eines demenzkranken Angehörigen sind auf Dauer nur relativ wenige Angehörige gewachsen. Also führt der Weg demenzkranker Menschen zumeist ins Pflegeheim. Allerdings gilt die Versorgung dieser großen Personengruppe in vielen herkömmlichen Pflegeheimen als verbesserungswürdig. Aus diesem Grunde erfreuen sich ambulant betreute Wohngemeinschaften regen Interesses der Medien¹ sowie erheblicher politischer Sympathie.

Die *Landdienste GmbH*, ein in Dötlingen / Niedersachsen ansässiger ambulanter Pflegedienst, initiierte Ende 2003 das Projekt „Alt sein – und nicht allein“. Bald wurde die *Landdienste GmbH* dabei unterstützt durch den gemeinnützigen Verein *Salus*. Gefördert im Rahmen des vom *VdAK* koordinierten Modellprogramms der Pflegekassen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI konnten Ende 2004 zwei ambulant betreute Wohngemeinschaften im nordwestlichen Niedersachsen gegründet werden. Eine dritte WG etablierte sich zur Jahreswende 2006/2007.

Mit der *Materialien-Reihe* des Projekts „Alt sein – und nicht allein“ berichten die Initiatoren über die Entwicklung des auf 4 Jahre angelegten Projekts. Im vorliegenden *Materialien-Band* geht es um das Konzept, das den WG-Gründungen zu Grunde lag.

Im 1. *Kapitel* (Dr. Jörg Hallensleben: **Begriffsbestimmung und rechtliche Konstruktion**) wird zunächst erläutert, was überhaupt ambulant betreute Wohngemeinschaften sind und wie sie sich von traditionellen Heimen und stationären Wohngruppen unterscheiden. Hier wird auch die Frage beantwortet, welche Gründe aus der Sicht der Initiatoren für diese Wohnform sprechen. Um nicht dem Heimgesetz zu unterliegen, müssen Wohngemeinschaften mit ausschließlicher Versorgung durch ambulante Pflegedienste gewisse Konstruktionsprinzipien einhalten. Diese werden in diesem Kapitel ebenfalls vorgestellt und diskutiert – verbunden mit den Konsequenzen die die Initiatoren der Projekt-Wohngemeinschaften gezogen haben.

Im 2. *Kapitel* (Dr. Jörg Hallensleben: **Pflege- und Wohnkonzept**) werden externe Anforderungen aus den Bereichen Pflege- und Betreuung sowie Wohnen vorgestellt und diskutiert. Die Anforderungen aus den Bereichen Pflegen und Wohnen werden hier in einem Kapitel zusammengefasst, da aufgrund des milieuthérapeutischen Ansatzes das Wohnkonzept gleichsam zum Teil des Pflege- und Betreuungskonzeptes wird. Als maßgebliche externe Quellen wurden neben MDK und Heimaufsicht die Anforderungen des Berliner Vereins *Selbstbestimmt Leben im Alter* (SWA) sowie des *Kuratoriums Deutsche Altenhilfe* (KDA) herangezogen.

Das 3. *Kapitel* (Dr. Jörg Hallensleben: **Personalkonzept**) erörtert Fragen der Personalmenge und der Formalqualifikation. Die externen Anforderungen werden diskutiert und Konsequenzen für die Projekt-Wohngemeinschaften werden abgeleitet. Das Konzept von *Salus e.V.* wurde im Mai 2004 von *Salus e.V.* verabschiedet. Das Konzept wird auch von der *Landdienste GmbH* als Basis für die Arbeit in der WG akzeptiert. Mitarbeiterinnen der *Landdienste GmbH* waren an der Konzeptentwicklung beteiligt

Bei fortlaufender Nummerierung folgt dann als *Anhang* das **Konzept von *Salus e.V.***, das federführend von Beate Klapper verfasst wurde. Der Name ist hier möglicherweise irreführend, da dieses Konzept weniger ein Leitfaden für die Organisation einer Wohngemeinschaft ist, sondern vielmehr interessierte Angehörige u. a. über ambulant betreute Wohngemeinschaften informieren möchte.

Im vorliegenden Konzept werden Fragen der Finanzierung nur cursorisch angesprochen. Ausführlich behandelt werden diese Aspekte in *Band 2* dieser *Schriftenreihe Wohngemeinschaften und Ökonomie*.

Noch ein weiterer Hinweis: Zur besseren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsneutrale Schreibweise mit Schrägstrichen oder großem „i“ (Innen) verzichtet. Soweit lediglich die männliche oder weibliche Schreibweise verwendet wird, ist das jeweils andere Geschlecht immer mit gemeint.

¹ Zum Beispiel Thimm (2003)

1 Begriffsbestimmung und rechtliche Konstruktion

1.1 Begriffsbestimmung

Das Wohnangebot für ältere Menschen hat sich in den vergangenen zehn Jahren verändert. Die Wahlmöglichkeiten, im Alter „zu Hause“ zu bleiben oder in eine der traditionellen Sonderwohnformen wie z. B. das Heim oder eine Altenwohnung um zu ziehen, haben sich durch ein breites Spektrum an zusätzlichen Wohnangeboten für Senioren erheblich erweitert.

Auch hinsichtlich der Versorgung kognitiv beeinträchtigter, psychisch veränderter alter Menschen (insbesondere also demenziell erkrankter Menschen) hat sich in den letzten Jahren einiges bewegt. Zu beobachten sind folgende **Tendenzen**:

- Es werden spezifische Angebote für demenzkranke Menschen entwickelt, das heißt, demenzkranke Menschen werden von kognitiv nicht beeinträchtigten Pflegebedürftigen getrennt (Segregation).²
- Es werden kleinere Einheiten gebildet; die Gruppengrößen bei ambulant betreuten Wohngemeinschaften liegt zumeist zwischen 6 und 12 Personen (in stationären Wohngruppen sind die Gruppen allerdings i.d.R. größer).
- Zentral ist eine an der „Normalität“ orientierte Organisation des Tagesablaufs. Eine wichtige Rolle spielt dabei die Mitwirkung der Bewohner bei den hauswirtschaftlichen Verrichtungen; nicht die Pflege, sondern das Wohnen soll im Mittelpunkt stehen.
- Quartiersbezug: Integration in das vertraute Wohnquartier (soll u.a. die Chance für nachbarschaftliche Hilfestellungen erhöhen).
- Einbezug der Angehörigen.

Im Prinzip lassen sich diese Eckpunkte sowohl ambulant als auch stationär realisieren. Idealtypisch können also **zwei wohngruppenorientierte Betreuungsformen** unterschieden werden: a) eine ambulante und b) eine stationäre Variante.

Stationäre Hausgemeinschaften (auch als „Heime der 4. Generation“ bezeichnet) werden im Rahmen der stationären Versorgung praktiziert. Wie bei den ambulant betreuten Wohngemeinschaften steht auch beim stationären Typus der Wohnalltag in einem Gemeinschaftsraum mit Küche im Mittelpunkt (dezentrale Essenszubereitung), zumeist unterstützt von einer hauswirtschaftlichen Präsenzkraft.³ Allerdings finden das Heimgesetz bzw. die entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften Anwendung. Dito die vertragsrechtlich begründeten Finanzierungs- und Qualitätssicherungsnormen für vollstationäre Einrichtungen im Kontext der Pflegeversicherung.

Wir können drei Formen stationärer Hausgemeinschaften unterscheiden:

- *Solitäre Hausgemeinschaften* sind eigenständige Mini-Heime (was nicht ausschließt, dass es sich dabei um Satelliten größerer vollstationärer Pflegeeinrichtungen handelt).
- *Hausgemeinschaften* als integrierter Teil von vollstationären Pflegeeinrichtungen, in denen ansonsten klassisch gepflegt wird.
- *Hausgemeinschaftskomplexe* als durchgehend neuartiger Typus eines vollstationären Pflegeheims: Mehrere Hausgemeinschaften sind hier unter einem Dach vereinigt, um Synergieeffekte zu erzielen.

In **ambulant betreute Wohngemeinschaften** (genannt auch *Pflegewohngruppen* oder auch *KDA-Hausgemeinschaften - Typ M*) lebt eine kleine Gruppe pflegebedürftiger bzw. hilfebedürftiger älterer Menschen als Mieter in einer „normalen“ Wohnung oder in einem Haus zusammen – überwiegend in bestehenden Wohngebäuden. Hilfe- und Pflegeleistungen werden durch ambulante Dienste erbracht. Es gelten die vertragsrechtlich begründeten Finanzierungs- und Qualitätssicherungsnormen für ambu-

² Vgl. u.a. Weyerer u.a. (2003); Dürrmann (2001)

³ Arend (2005); Kuhn/Radzey (2005); Gennrich/Krämer/Klöber (2004); Haß (1999, 2002); Winter. (2001), Winter/Gennrich/Haß (1999, 2002)

lante Einrichtungen; das Heimgesetz bzw. die entsprechenden landesrechtlichen Regelungen finden keine Anwendung.⁴

Die Organisationskonzepte zur ambulanten Versorgung demenzkranker Menschen lassen sich zunächst grob nach dem zeitlichen Umfang der Versorgung differenzieren.

- **Vollbetreuung / 24-Stunden-Betreuung:** Da schwerer Erkrankte ständiger Aufsicht und Ansprache bedürfen (können), sehen die meisten ambulant betreuten Wohngemeinschaften eine Betreuung rund um die Uhr vor.
- **Stundenweise Betreuung:** In einigen Wohnprojekten wird *keine* Betreuung über 24 Stunden sichergestellt. Dies impliziert allerdings, dass Demenzkranke bei einer Verschlechterung ihrer Zustandes unter Umständen noch einmal umziehen müssen.

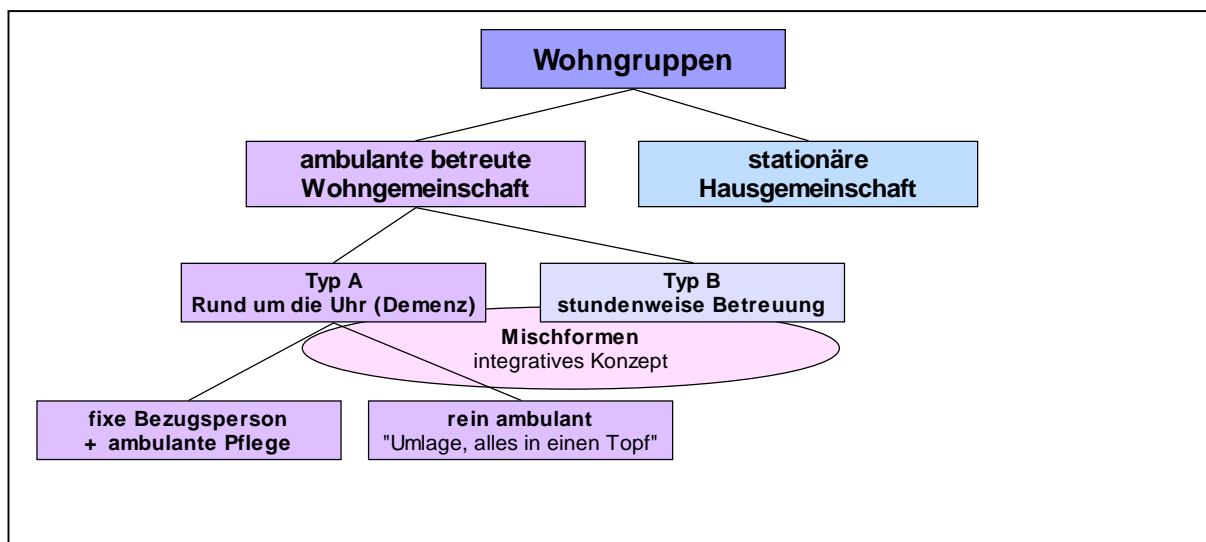


Abbildung 1: Formen von Wohngruppen unter Fokussierung der ambulanten Varianten

Hinsichtlich der Vollbetreuung unterscheidet Klaus W. PAWLETKO, Geschäftsführer des Vereins *Freunde alter Menschen e.V.*, innerhalb der ambulanten Form zwei Untertypen:⁵

- Der **rein ambulante Typus** mit ausschließlicher Versorgung durch ambulante Pflegedienste. Die Versorgungsstruktur dieser Wohngemeinschaftsvariante orientiert sich am tatsächlichen Pflegebedarf der einzelnen Mitbewohner (und ihren entsprechenden Ansprüchen an die Kostenträger). Diese Ansprüche werden „in einen Topf geworfen“ und von der Summe wird ambulante Pflege „eingekauft“. Exemplarisch für diesen Typus sind die vom Verein Freunde alter Menschen e.V (Pawletko) initiierten Projekte in Berlin.
Vorteile dieser Variante: Pflege und Betreuung sind leichter zu koordinieren; Synergieeffekte lassen sich nutzen.
- Der **Typus mit zentraler Bezugsperson („Hausmutter“)**. Die allgemeine Grundversorgung wird bei diesem – eher seltenen Modell – durch eine Bezugsperson gewährleistet. Die Bewohner zahlen dafür eine Betreuungspauschale. Dazu tritt die individuelle ambulante Pflege.⁶
Vorteile dieser Variante: Mehr Transparenz (Jeder Bewohner bekommt genau seine Pflegeleistungen); einem Pflegedienst ist leichter kündbar.

⁴ Vgl. Pawletko (2001; 2002); Narten (2004); Kremer-Preiß (2004); Kremer-Preiß/Stolarz (2003); Klie (Hrsg.) (2002); Böhler (2000; 2002); Hennig/Elkawaga (2002); Hennig/Müller (2002); Huth/Maschmann (2002); Neumann (1999)

⁵ Pawletko (2002: 4)

⁶ Exemplarisch für diesen Typus sind die Hausgemeinschaften in Braunschweig, die von „ambet“ betreut werden (der „Sozialarbeiter-Typus“) oder die „Villa Hittorf“ in Münster zu nennen. Vgl. Winter u.a. (2002)

1.2 Warum entscheiden sich Initiatoren explizit für ambulant betreute Wohngemeinschaften – und gegen Heime?

Ambulant betreute Wohngemeinschaften weisen bemerkenswert viele Merkmale von Heimen gemäß § 1 Abs. 1 Heimgesetz auf:

- Regelmäßig bieten die Wohngemeinschaften mehr als das Zur-Verfügung-Stellen der Unterkunft: nämlich Betreuung und Pflege
- Dies gegen Entgelt
- Sie sind vom Wechsel der in ihnen lebenden Personen unabhängig
- Die Verantwortung für die Betreuung und Pflege wird nicht von jeder Einzelperson, die in der Wohngemeinschaft lebt, wahrgenommen, sondern von einem Trägergebilde
- Ferner dienen die Wohngemeinschaften nicht nur der vorübergehenden Aufnahme.

Wie oben angedeutet, ähneln sich überdies die Pflege- und Betreuungskonzepte von Heimen der 4. Generation und ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Der wesentliche Unterschied scheint – auf den ersten Blick – vor allem in der grundsätzlich anderen Organisation und Finanzierung zu liegen.

Die Finanzierung ambulant betreuter Wohngemeinschaften kann jedoch schwerlich ein Argument für diese Variante sein. Erstens sind die ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung niedriger als die für die vollstationäre Pflege (das wird auch nach der Angleichung der Leistungen im Zuge der geplanten Gesetzesänderung – PfWG – zumeist so bleiben). Zweitens ist die Art der Finanzierung ungleich komplizierter.

Warum also entscheiden sich Initiatoren dennoch für die ambulante Variante?

- Konzept: Ambulant betreute Wohngemeinschaften sind in der Regel kleiner als stationäre Wohngruppen. Das Idealbild „familienähnlich“ ist schon von daher leichter ambulant einlösbar.
- Deutliche Stärkung der Rolle des Kunden/Patienten in Hinsicht auf Gestaltung der Personalauswahl, der Pflegeabläufe und -prioritäten und des Alltags: Der Pflegedienst ist Gast in der WG und kann auch wieder abgewählt werden.
- Anforderungen nach HeimG können von den kleinen WGs nicht erfüllt werden – jedenfalls nicht, wenn das ambulante Angebot nicht wesentlich teurer sein soll als ein stationäres. Ambulant betreute Wohngemeinschaften haben einen besseren Betreuungsschlüssel (etwa 1:1). Erkauft wird dieser Vorzug durch eine geringere Formalqualifikation. Eine Fachkraftquote von 50 Prozent, sowie die nächtliche Daueranwesenheit einer Pflegefachkraft wären kaum finanzierbar.
- Die Anforderungen nach dem HeimG sind schwer mit dem „normalen“ Wohnen vereinbar und im Übrigen teuer (Fahrstuhl, Fäkalienspüle auf jeder Ebene, Brandschutz vs. „plüschige“ Wohnzimmer).
- Der Begriff „Pflegeheim“ ist in Deutschland deutlich negativ belastet. Insoweit sprechen für eine ambulante Versorgung auch Marketingvorteile.
- Für ein „Mini-Heim“ lässt sich (vielleicht) weniger freiwilliges Engagement mobilisieren als für ein WG-Projekt.
- Fehlendes stationäres Knowhow der Initiatoren.

1.3 Externe Anforderungen an die rechtliche Konstruktion der Wohngemeinschaften

Um nicht dem Heimgesetz zu unterliegen, müssen Wohngemeinschaften vom ambulanten Typus (also mit ausschließlicher Versorgung durch ambulante Pflegedienste) zwingend folgende **Konstruktionsprinzipien** einhalten:

1. Eigener Haushalt: Die Bewohner der WG sind eigenständige Mieter.
2. Strikte Trennung von Miet- und Pflegevertrag. Wohnen und Pflege/Betreuung dürfen nicht vertraglich aneinander gekoppelt werden.

3. Getrennte juristische Personen bei Pflegeanbieter und Vermieter.

Hierbei handelt es sich um die **Minimalanforderungen**. In einigen Bundesländern (z.B. Hamburg) geht die Tendenz dahin, nur solche Wohngemeinschaftsprojekte von den heimrechtlichen Vorschriften zu dispensieren, bei denen nicht ein ambulante Dienst das jeweilige Projekt lenkt, sondern die Gruppe der Angehörigen und gesetzlichen Betreuer. „In Wohngemeinschaften dieser Art gibt es keinen Einrichtungsträger.“⁷ Um als Gemeinschaft nach innen und außen handlungsfähig zu sein, müssen sich die Mitglieder formal zu einer Interessengemeinschaft zusammenschließen (wobei hier mehrere Rechtsformen in Frage kommen – namentlich GbR und Verein).

„Die zu treffende formale Vereinbarung und/oder Satzung sollte sich darauf beziehen,

- welche Handlungs- bzw. Regelungsbedarfe sich ergeben,
- in welcher Form und
- durch wen diese entschieden und durchgesetzt werden.“⁸

Vereinbarungs- und Regelungsbedarfe nach innen und außen ergeben sich beispielsweise in folgenden Zusammenhängen:

- „Einzug eines neuen Mitglieds in die Wohngemeinschaft,
- Vereinbarungen mit dem Vermieter des Wohnraums,
- Vereinbarung innerhalb der Wohngemeinschaft in Bezug auf die Nutzung des Wohnraums,
- Anschaffung von gemeinschaftlich genutzten Einrichtungsgegenständen,
- Anschaffung von Lebensmitteln und anderen Verbrauchsgütern,
- Vereinbarung in Bezug auf die Beauftragung eines Pflegedienstes oder mehrerer Pflegedienste,
- Vereinbarung in Bezug auf die die Gemeinschaft betreffende Tagesgestaltung.“⁹

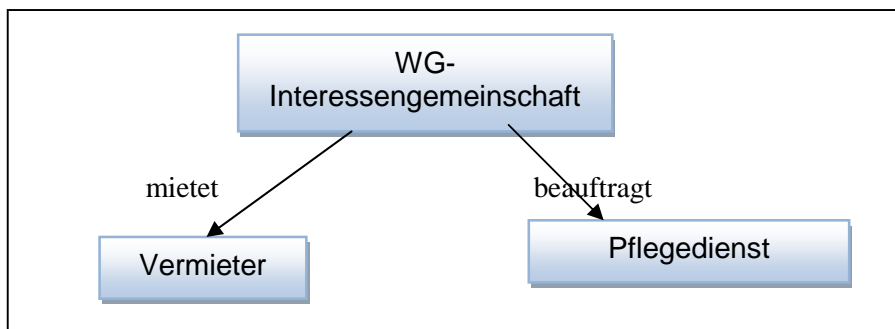


Abbildung 2: Rechtsbeziehungen in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaften – idealtypisches Modell

Der idealtypische **Weg zur Gründung einer WG** sähe also etwa wie folgt aus: Eine Gruppe an einer WG Interessierter (Angehörige, gesetzliche Betreuer und Bevollmächtigte) findet sich zusammen, gründet einen Verein oder eine GbR und sucht sich eine Wohnung sowie einen ambulanten Pflegedienst.¹⁰

1.4 Rechtliche Konstruktion der Projekt-Wohngemeinschaften

Eine WG-Gründung nach dem eben vorgestellten idealtypischen Modell hat allerdings mit großen **Hürden** zu kämpfen. Vor allem einmal müssen sich überhaupt erst einmal genügend Gleichgesinnte zusammenfinden. Da die Suche nach einer verlässlichen Betreuung zumeist erst dann Gestalt annimmt, wenn die Situation der demenziell erkrankten Menschen in der eigenen Wohnung bereits (fast)

⁷ Kohler / Wieking (2007: 8)

⁸ Plümpe / Winkler (2006: 6)

⁹ Plümpe / Winkler (2006: 5)

¹⁰ Hennig / Elkhawaga (2002) beschreiben in diesem Sinne ein Beispiel in Mainz.

unhaltbar geworden ist, mangelt es Angehörigen und gesetzlichen Betreuern in der Regel schon an der Zeit und an der Energie, um über eine Alternative zum Pflegeheim nachzudenken, geschweige denn diese in Angriff zu nehmen.

Aus diesem Grund erscheint es vertretbar, wenn Angehörige von der Pflicht zur Selbstorganisation entlastet werden. Wenn die Angehörigen die WG nicht organisieren, wer macht es dann? Neben den Angehörigen haben theoretisch sowohl die Pflegedienste als auch die Vermieter ein Interesse an der Errichtung einer WG. Der Vermieter kann eine größere Immobilie vermieten, der Pflegedienst kann der wachsenden Gruppe der demenzkranken Menschen ein eigenes Angebot machen.

Wenn nicht die Angehörigen, sondern der Pflegedienst (oder der Vermieter) die treibende Kraft für eine WG-Gründung sind, ist die Organisation notwendigerweise komplizierter als beim idealtypischen Modell (vgl. Abb. 2 und Abb. 3). Dies liegt daran, dass eine weitere Instanz dazu geschaltet werden muss.

In den Projekt-Wohngemeinschaften übernimmt der Verein *Salus e.V.* (analog zur Rolle des Vereins *Freunde alter Menschen e.V.* in Berlin) folgende Funktionen:

- Die Rolle als **Generalmieter** einer geeigneten großen Wohnung. Der Vorteil: Die Wohnungsunternehmen haben nur einen Ansprechpartner, der den gesamten Mietzins entrichtet. Die „Freunde alter Menschen“ wiederum vergeben Einzelmietverträge an die interessierten alten Menschen (bzw. deren Betreuer/Angehörige), die den privat genutzten Raum und die anteilige Gemeinschaftsfläche umfassen.
- Die Rolle als **Organisator und Vermittler** zwischen den alten Menschen, ihren Betreuern/Angehörigen und den beteiligten Pflegediensten. Hierbei ist der Status des Vereins als neutrale und nicht von wirtschaftlichen Interessen geleitete Instanz von zentraler Bedeutung für die Anerkennung durch alle Seiten.
- Die Rolle als **Anwalt** der alten Menschen und Kontrollinstanz. Durch regelmäßige Besuche von freiwilligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Vereins (die in erster Linie den betreuten alten Menschen gelten) haben sie einen stets aktuellen Überblick über die Pflege- und Betreuungspraxis in den Wohngemeinschaften und das entsprechende Wohlbefinden der dort lebenden alten Menschen. Sie verstehen sich dabei ausdrücklich nicht als „Kontrollbehörde“, sondern als partnerschaftliches Frühwarnsystem, das eventuell auftretende Mängel in Pflege und Betreuung an alle beteiligten Akteure weitervermittelt und für deren Beseitigung sorgt.

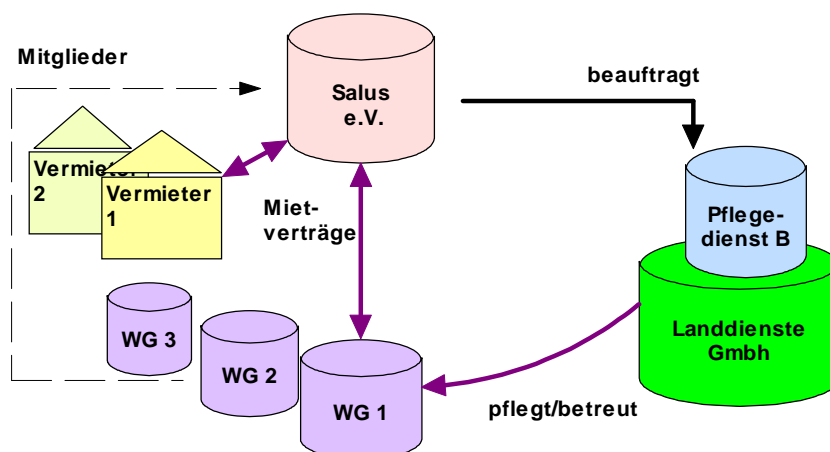


Abbildung 3: Rechtsbeziehungen in den Projekt-Wohngemeinschaften

Ein angreifbarer Punkt bei dieser Konstruktion ist der Umstand, dass die theoretisch bestehende freie Wahl eines alternativen Pflegedienstes (B) faktisch kaum gegeben ist. Rechtlich besteht zwar die Möglichkeit des einzelnen Bewohners, seinen Pflegevertrag mit der Landdienste GmbH zu kündigen, ohne seine Wohnung aufgeben zu müssen.

Eine Heimaufsichtsbehörde beurteilt dies wie folgt: „Tatsächlich aber ist ein solcher isolierter Ausstieg nicht recht vorstellbar. Denn zum einen hängt die Finanzkonstruktion der ganzen Wohngemeinschaft davon ab, dass alle Bewohner den gleichen Pflegedienst wählen. Zum anderen ist davon auszugehen, dass die Bewohner ambulant betreuter Wohngemeinschaften in der Regel einen Hilfebedarf haben, der in der bisherigen Pflegesituation in der alten Häuslichkeit nicht mehr zuverlässig abgedeckt wurde. Wenn sich nun ein einzelner Bewohner entschließen würde, als einziges Mitglied der Wohngemeinschaft den Pflegedienst zu wechseln, könnte ihm sein neuer Pflegedienst nur die üblichen punktuellen ambulanten Hilfen anbieten und damit einen Leistungsumfang, die seinen umfassenderen Hilfebedarf nicht abdecken. Er ist auf ein gemeinschaftliches Arrangement angewiesen; die ambulante Betreuung ist nur in der besonderen Konstruktion der Wohngemeinschaft möglich.“¹¹

Mit anderen Worten: Wenn die Bewohner auf ein gemeinschaftliches Betreuungs- und Pflegearrangement angewiesen sind, kann das individuelle Recht, den Pflegedienst zu wechseln, tatsächlich nicht ausgeübt werden. Diese Wahlmöglichkeit ist aber eine wichtige Voraussetzung dafür, als Kunde der Landdienste GmbH gegenüber auf gleicher Augenhöhe zu sein. Ihr Fehlen bietet den Heimbehörden zudem einen Grund, das Heimgesetz doch zur Anwendung zu bringen.

Aus diesem Grund ist die Landdienste GmbH (gemeinsam mit Salus e.V.) bemüht, in den Wohngemeinschaften jeweils die nachträgliche Konstituierung handlungsfähiger Interessengemeinschaften der Angehörigen zu befördern.

¹¹ Wendt (2005: 7)

2 Pflege- und Wohnkonzept

2.1 Größe der WG

2.1.1 Externe Anforderungen

Eine Wohngemeinschaft ist quasi per Definition eine **kleine Gemeinschaft**. Häufig wird in diesem Zusammenhang das Bild der Familie bemüht.¹² In verschiedenen Veröffentlichungen wird eine WG-Gruppengröße zwischen 6 und 8 Bewohnern empfohlen.

Rückte man ausschließlich die pflegetherapeutischen Ziele in den Vordergrund, könnte vermutlich die Regel aufgestellt werden: Je kleiner, desto besser. Demenzkranke Menschen suchen zwar Gemeinschaft, aber 4 oder 5 WG-Mitglieder (plus Betreuungspersonal und Angehörige) dürften dieses Bedürfnis sicherlich bereits vollkommen abdecken. Die Empfehlungen sind deshalb auch nicht rein „pflegewissenschaftlich“ begründet (empirische Studien liegen zu dieser Frage nicht vor), sondern versuchen auch ökonomische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Die Frage ist demnach weniger, welche Mindestgröße sollte eine WG haben, sondern vielmehr, wie groß darf sie maximal sein, damit die propagierten Ziele „alltagsweltliche Normalität“ und „Geborgenheit in einer überschaubaren Gruppe“ noch erreicht werden können.

Vereinzelt gibt es zwar auch große Gruppen mit 15 Mitgliedern, aber 12 dürfte eher als äußerste Obergrenze anzusehen sein. Dies war im Übrigen auch die Position der alten Bundesregierung als sie in 2005 Überlegungen zu ambulant betreuten Wohngemeinschaften zu Papier brachte.¹³

2.1.2 Konsequenzen für die Projekt-Wohngemeinschaften

Die Projekt-Wohngemeinschaften sollten Raum für 9 oder 10 Bewohner bieten.

2.2 Einzugsvoraussetzungen und Auszugsgründe

2.2.1 Externe Anforderungen

Beim Einzug in eine Wohngemeinschaft (bzw. der Neugründung) sollen nach Ansicht der Berliner Vereins *Selbstbestimmtes Leben im Alter* (SWA) folgende Voraussetzungen auf Seiten der zukünftigen Bewohner vorliegen:

- Bewerberinnen für eine Wohngemeinschaft sollten in der Lage sein, an der Gestaltung des Wohngemeinschaftslebens aktiv mitzuwirken (z.B. Beteiligung an der Haushaltsführung, Teilnahme an Gruppenaktivitäten), d.h. sie sollten bei Einzug noch mobil und kommunikationsfähig sein. Andererseits sollte eine gerontopsychiatrische Erkrankung diagnostiziert worden sein, und zwar von einem Facharzt.
- Bei Angehörigen und/oder Betreuern sollte die Bereitschaft bestehen, bei der Gestaltung des Wohngemeinschaftsalltags und der Rahmenbedingungen aktiv mitzuwirken.
- Mindestens Pflegestufe II – jedenfalls wenn ergänzende Sozialhilfeeleistungen in Anspruch genommen werden müssen (wirtschaftliches Argument).

¹² Die Gruppengröße sei „familienähnlich“, schreibt etwa Pawletko (2002: 3) Hennig und Elkawaga (2002: 88) warnen allerdings davor die Bilder Familie und Freundschaft zu verwenden. Diese würden nicht nur das erwünschte Gefühl der Geborgenheit und Vertrautheit vermitteln, sondern auch die u.U. problematische Erwartungshaltung an die Rollen in der Familie zu übernehmen. Da Menschen in sozialen Konstrukten dächten, fühlten und handelten, sollte dieses Bild nicht bei den Pflegepersonen vorhanden sein, damit es auch nicht gespiegelt werden kann und durch die Bewohner assimiliert wird. Vielmehr sollte dem Bewohner, neben der Spiegelung ein wertvoller Mensch zu sein, Gemeinschaft gespiegelt werden (z.B. „es ist immer wieder schön hier in ihre Gemeinschaft zu kommen“).

Auch bezüglich der Gemeinschaft ist zu bedenken, dass ein Sich-Einlassen auf eine solche nicht selbstverständlich ist. Individualität und Selbstbestimmung sind zentrale Wert- und Lebensvorstellungen der Mehrheitsgesellschaft. Man könnte zwar diese vorherrschenden Wertungen mit Kitwood (2000: 204) für eine Deformität halten, die These, dass Gemeinschaft per se für jeden Demenzkranken förderlich ist, harrt jedoch noch des Beweises.

¹³ BMFSFJ (2005)

- Wegen des Prinzips der gemeindenahen Versorgung sollten die Bewerber möglichst aus dem Ort stammen, in dem sich die Wohngemeinschaft befindet.

2.2.2 Konsequenzen für die Projekt-Wohngemeinschaften

Die Forderung der SWA, dass die Klienten bei Einzug in eine Wohngemeinschaft in der Lage sein sollten an der Gestaltung des Wohngemeinschaftslebens aktiv mitzuwirken, verdient im Prinzip Zustimmung. Zumindest sollte die Chance dazu bestehen.

Wenng und Herkert vertreten die Ansicht, dass die Bewohner in der Wohngemeinschaft sich vom Grad der Demenz her möglichst ähnlich sein sollen (**homogene Gruppen**). Sie führen das Beispiel eines Bewohners mit einer eher leichten Form der Demenz an, für den das Zusammenleben mit anderen eher schwer demenziell erkrankten Personen schwierig war (v.a. im Hinblick auf Verhaltensauffälligkeiten während der gemeinsamen Mahlzeiten).¹⁴ Ähnliche Plädoyers für einen **segregativen Ansatz** kennt man auch aus stationären Hausgemeinschaften.¹⁵

Bei einer Entscheidung für homogene Gruppen könnte freilich kein **lebenslanges Bleiberecht** mehr garantiert werden. Früher oder später wird aufgrund unterschiedlicher Krankheitsverläufe aus jeder anfänglich homogenen Gruppe eine gemischte. Wollte man strikt am segregativen Ansatz festhalten, müssten Bewohner ausziehen. Das kann jedoch nicht sinnvoll sein. Ein Zwangsauszug von WG-Mitgliedern stieße auf erhebliche vertragsrechtliche Schwierigkeiten – von den menschlichen ganz zu schweigen. Wenn sich eine Wohngemeinschaft als Alternative zum vollstationären Heim versteht, muss ein Verbleib bis zum Tode die quasi absolute Regel sein. Aus diesem Grund wird in den Projekt-Wohngemeinschaften kein Augenmerk auf homogene Gruppen gelegt.

Das gilt auch bezüglich des **Alters** der Bewerber (das in den SWA-Anforderungen nicht thematisiert wird): in die Projekt-Wohngemeinschaften könnten theoretisch auch jüngere Demenzkranke einziehen – wenn sie es denn wollen. Diesbezüglich liegen andernorts einige ermutigende Erfahrungen vor.¹⁶

Was könnte überhaupt das Verbleiben in der WG in Frage stellen? Eine bloße Verschlechterung des Gesundheitszustandes jedenfalls nicht. Sicherlich auch kein übergroßer Bewegungsdrang. Strittig ist zwar unter Experten, ob Wohngemeinschaften für Demenzkranke mit einem großen Bewegungsdrang (sog. „Läufer“) eine geeignete Wohnform sind. Eine Position besagt, dass die Architektur und Pflegeform an diese Verhaltensauffälligkeit des Demenzkranken angepasst werden müsste (z.B. durch Endloslaufwege); die Landdienste GmbH geht hingegen davon aus, dass diese Verhaltensauffälligkeiten in den Projekt-Wohngemeinschaften durch das familiäre Milieu plus begleitete Spaziergänge in den Griff zu bekommen sind.

Vorstellbar ist ein Auszug eines WG-Mitglieds im Grunde nur für den Fall, dass ein WG-Mitglied häufiger in massiver Weise gewalttätig würde.

Wer träte in einem solchen Fall die **Entscheidung über den Auszug**? Die Entscheidung über den Auftrag treffen die gesetzlichen Betreuer resp. Angehörigen. Dies schließt nicht aus, dass ihnen geraten wird, eine spezialisierte Versorgungsform zu wählen.

Der **Einzug** sollte in Abstimmung mit den bisherige Bewohnern der Wohngemeinschaft und ihren Angehörigen/gesetzlichen Betreuern erfolgen. Die Mitarbeiterinnen des Pflegedienstes können und sollten bei Bedarf beratend hinzugezogen werden.

2.3 Pflege und Hauswirtschaft

2.3.1 Externe Anforderungen

Das Aufbrechen der Isolation des Einzelnen durch ein kommunikatives und gemeinschaftliches Umfeld ist per se ein wichtiges Therapeutikum. Es gilt, Gemeinschaft zu ermöglichen, d.h. die Wahrscheinlichkeit für positive Begegnungen mit anderen Menschen zu erhöhen. Zweiter Schwerpunkt der

¹⁴ Wenng/Herkert (2002: 42)

¹⁵ Dürrmann (2001: 94 f.); Arend (2005)

¹⁶ Wenng/Herkert (2002: 19)

personenbezogenen pflegerischen und betreuenden Leistungen und Maßnahmen ist es, die noch vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen weitgehend zu nutzen, zu fördern und Defizite möglichst auszugleichen. Die Beziehungsgestaltung und Pflegeorganisation berücksichtigt, dass Demenzkranke feste Bezugspersonen brauchen (**Bezugspflege**).

Beide Zielsetzungen werden nach den Vorstellungen etwa des Vereins *Selbstbestimmtes Leben im Alter* vor allem dadurch erreicht, dass sich die **Tagesstruktur der Bewohner** an den alltäglichen Verrichtungen und Arbeitsabläufen eines normalen Haushalts orientiert. Die **Beteiligung der Bewohner** an den Vorbereitungen fördert ihre Eigenständigkeit, das gemeinsame Essen verhindert den Rückzug in Isolation und Einsamkeit. Das Leben in einer überschaubaren Gruppe bietet darüber hinaus die Möglichkeit, den Tagesablauf den individuellen Wünschen und Erfordernissen der Einzelnen anzupassen.

Auch der **lebensgeschichtliche Kontext** der Bewohner muss ausreichend Berücksichtigung finden, damit vorhandene Kompetenzen gestärkt und Überforderungen vermieden werden. Kenntnis, Beachtung und Dokumentation der **Biografie** der einzelnen Bewohner bilden die Basis für die Pflegeplanung und deren Umsetzung im Pflegeprozess. Biografisches Arbeiten wirkt sich positiv auf emotionaler, kognitiver und sozialer Ebene aus. Auch die Beschäftigung mit persönlichen Erinnerungen (Fotos, Auszeichnungen, Briefen) gehört dazu. Die notwendigen Kenntnisse über die Bewohner und ihr Leben können v.a. in Gesprächen erworben werden. Da sie selber nur bedingt in der Lage sind, Auskunft zu geben, ist es wichtig Bezugspersonen einzubeziehen.

Selbstbestimmung: Hinsichtlich Zeitpunkt, Ablauf und Auswahl der **pflegerischen Verrichtungen** werden Gewohnheiten der Bewohner weitestgehend respektiert bzw. berücksichtigt. Grundpflege (Körperpflege etc.) und Behandlungspflege (vom Arzt verordnete Pflegeleistungen). Sie werden aktivierend und individuell erbracht. Pflgetempo und Pflegerhythmus sind den Bewohnern angepasst. Beständige, regelmäßige und transparente Pflegeabläufe bieten Sicherheit.

Die **Kommunikation** ist den Fähigkeiten und Bedürfnissen der Bewohner angepasst und wird unterstützt durch begleitende Methoden, z. B. Angebote zur Verbesserung der Sinneswahrnehmung wie Musik, Düfte, Umgang mit Materialien, die durch Tasten erforscht werden können. Die Gesprächsführung ist durch Empathie, Echtheit und unbedingte Wertschätzung / Akzeptanz gekennzeichnet. Durch aktives Zuhören, das sich auch nonverbal ausdrückt (Augenkontakt, zugewandte Haltung, Körperkontakt, Mimik, Gestik) wird dem Gegenüber Zuwendung signalisiert. Eine validierende (wertschätzende) **Grundhaltung der Mitarbeiterinnen** des Pflgeteams wird in jeder Situation deutlich.

Zusätzliche Angebote wie Ergotherapie, Krankengymnastik, Logopädie, Einzelfallhilfe, ehrenamtliche Besuchsdienste u. ä. werden in die Pflege und Betreuung mit einbezogen.

Vernetztes Arbeiten mit anderen ambulanten Einrichtungen, niedergelassenen Ärzten, Therapeuten, Selbsthilfegruppen, Kirchengemeinden u. a. wird angestrebt. Die **Integration der Wohngemeinschaft** in die Nachbarschaft und das Gemeinwesen wird gefördert. Es werden jedoch keine Kriterien für den Einbezug benannt, so dass letztlich nur das Postulat der kooperativen interprofessionellen Zusammenarbeit bleibt.

Sterbebegleitung ist möglich. Auf Wunsch werden ambulante Hospizdienste und Seelsorger hinzugezogen.

Angehörige/ Betreuer werden in die Pflege und Betreuung mit einbezogen. Eine enge Zusammenarbeit ist ausdrücklich erwünscht und wird gefördert durch Angebote für regelmäßige Treffen. Wenn gewünscht, wird auch die Mitarbeit von Angehörigen im Pflegealltag unterstützt und gefördert.

2.3.2 Konsequenzen für die Projekt-Wohngemeinschaften

Wie dargelegt, soll die Zielsetzung vor allem dadurch erreicht werden, dass sich die **Tagesstruktur** der Bewohner an den alltäglichen Verrichtungen und Arbeitsabläufen eines „normalen Haushalts“ orientiert. Dazu gehören die Mitarbeit der demenzkranken Bewohner bei allen anfallenden Verrichtungen (Essen zubereiten, Wäscheversorgung, Blumenpflege, Haustierversorgung usw.). Entscheidend dabei ist das Nutzen der immer vorhandenen (Rest-)Kompetenzen der demenziell Erkrankten. „Es ist fast immer möglich, auch einen mittelschwer demenzkranken Menschen zum eigenständigen Belegen seines Brotes anzuleiten, ein Bügeleisen zu führen oder auch kleine Nährarbeiten zu machen. Das Er-

gebnis ist dabei zweitrangig, denn hierbei gilt vor allem, dass der Weg das Ziel ist.“¹⁷ Die positive Wirkung einer Alltagsorientierung wird nicht nur in der WG-spezifischen Literatur hervorgehoben, sondern entspricht dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse.¹⁸

Offen ist, inwieweit neben der Tagesstrukturierung durch die alltäglichen Verrichtungen und Arbeitsabläufe spezielle **Angebote durch Sozialpädagogen/Therapeuten** erforderlich sind. Wie weit kann der Vorrang der Hauswirtschaft gezielte sozialpädagogische und therapeutische Angebote (Ergotherapie, Musiktherapie etc.) ersetzen?

In den Projekt-Wohngemeinschaften sollen die WG-Bewohner im Haushalt helfen „statt“ an Beschäftigungstherapien teilzunehmen. Die Mitarbeiterinnen werden speziell dafür geschult – unter anderem in der biografischen Pflege.

2.4 Anforderungen an die Wohnung und das Wohnumfeld

2.4.1 Philosophie der KDA- und SWA-Anforderungen zum Wohnen

Eine Wohngemeinschaft für demenziell erkrankte ältere Menschen ist nach den Vorstellungen des Vereins *Selbstbestimmtes Leben im Alter* oder des KDA in erster Linie ein Ort des Wohnens. Hieran haben sich Lage, Grundriss und Ausstattung der Wohnung zu orientieren. Der Umstand, dass dort auch gepflegt wird, ist zwar nicht ohne Bedeutung, sollte sich aber immer dem Wohnprinzip unterordnen. Das hat zur Folge, dass im Einzelfall Gegebenheiten der Wohnung nicht immer den Bedürfnissen des eingesetzten Pflegepersonals entsprechen. Die Wohnungen sollten so gestaltet sein, dass die Bewohner

- so weit wie möglich ihr gewohntes Leben weiterführen, also ganz normal wohnen,
- ihre sozialen Kontakte erhalten bzw. verbessern,
- in einer aktiven und selbstbestimmten Lebensführung unterstützt werden,
- ihr körperliches und psychisches Wohlbefinden erhalten bzw. verbessern,
- eine angemessene Balance zwischen Privatheit und Gemeinschaft finden,
- bis zum Tod in der Wohnung verbleiben können

2.4.2 Räume und Flächenbedarf

SWA-Anforderungen:

Es ist ein **Gesamtflächenbedarf** von ca. 30 qm pro Person anzusetzen (wünschenswert 40 qm und mehr; Flächenmehrbedarf für Rollstuhlfahrer lt. Förderbestimmungen NRW beim Neubau von „Gruppenwohnungen“ max. 50 qm pro Person).

Zur Wohnfläche gehören die Grundflächen aller Räume, die ausschließlich zu dieser Wohnung gehören

- 100 %: Räume und Raumteiler, die mind. 2 m hoch sind.
- 50 %: Räume und Raumteiler, die mindestens 1 m und weniger als 2 m hoch sind, unbeheizte Wintergärten, Schwimmbäder und ähnliche nach allen Seiten geschlossene Räume
- 25 %: i.d.R. Balkone, Loggien, Dachgarten und Terrassen

Nicht zur Wohnfläche gehören:

- Zubehörräume außerhalb der Wohnung (z.B. Keller),
- Schornsteine, Treppenhäuser,
- Gemeinschaftsräume für mehrere Wohngruppen

Nach Ansicht des KDA sollte die Gesamtfläche zwischen Privatflächen (WG-Zimmer) und Gemeinschaftsflächen im Verhältnis 40 % zu 60 % aufgeteilt werden. Bei kognitiv nicht beeinträchtigten Bewohnern empfiehlt das KDA ein genau umgekehrtes Verhältnis. Hintergrund ist die Beobachtung,

¹⁷ Pawletko (2002: 13)

¹⁸ Vgl. u.a. Dettbarn-Reggentin (2005)

dass Demenzkranke Menschen den Privatraum wenig, manchmal nur zum Schlafen, nutzen. Laut SWA liegt die optimale Verteilung bei einem Anteil von 50% (= 15 qm) für das Einzelzimmer und 50% (= 15 qm) Gemeinschaftsflächenanteil. Letzterer könne auch nach Ansicht des SWA im Zweifelsfall größer sein als der Bewohnerzimmeranteil. Das gilt allerdings nur dann, wenn die Gemeinschaftsfläche nicht überwiegend aus Verkehrswegen besteht.

Die Mindestgröße der einzelnen **WG-Zimmer** sollte laut SWA 12 qm nicht unterschreiten; das KDA hält 16 qm für wünschenswert.

Das **zentrale Wohnzimmer** sollte bei sechs Bewohnern eine Mindestgröße von ca. 30 qm haben, da sich hierin der größte Teil des Alltagslebens abspielt. Der Schnitt muss die Aufstellung eines langen Esstisches (für mindestens acht Personen bei sechs Bewohnern) ermöglichen und obendrein Platz lassen für eine gemütliche ‘Sofa-Ecke’ (Multifunktionale Nutzung).

Optimal ist eine **zusätzliche Rückzugsmöglichkeit** außerhalb des Wohnzimmers. Dies kann eine Ausbuchtung in der Flurfläche sein oder auch eine kleine Sitzecke in der Küche. Ein permanentes Beisammensitzen von sechs oder mehr Personen kann für Demenzkranke durchaus mit Stress verbunden sein, so dass eine Rückzugsmöglichkeit (ohne dass man seine Zimmertür hinter sich schließen muss) sehr vorteilhaft sein kann.

Die **Küche** sollte ausreichend Platz bieten, damit auch mehrere Personen darin arbeiten können (wenn z.B. Bewohner mithelfen). Eine Einbauküche ist dringend anzuraten, denn der Bedarf an Stellfläche und Platz für Bevorratung ist groß. Wenn außerdem eine kleine Sitzecke (es muss keine Ecke sein) integriert werden soll, wird man von einem Flächenbedarf von ca. 20 qm für die Küche ausgehen müssen.

Der Mindestbedarf an **Nassräumen** liegt bei zwei Bädern, von denen eines auf jeden Fall mit einer Dusche (ohne Kabine) ausgestattet sein muss. Das zweite Bad kann entweder eine Dusche oder eine Badewanne enthalten. Bei der Auswahl der Duschtasse ist darauf zu achten, dass es sich um ein möglichst flaches Modell handelt (eventuell Flachspion benutzen). Eine bodengleiche Dusche ist anzuraten, wenn bei dem betreuten Personenkreis Rollstuhlfahrer dabei sind. Bei mehr als sechs Bewohnern ist dringend eine zusätzliche Toilette (Besuchertoilette) anzuraten.

In den **Bädern** muss der Platzbedarf für Regale/Schränke berücksichtigt werden, der durch die Nutzung durch drei oder mehr Personen (pro Bad) entsteht. Gleiches gilt für Hakenleisten, Handtuchhalter etc.. Bei all diesen Anforderungen sollte eine Mindestgröße von mindestens 6 qm pro Badezimmer (besser 8) gegeben sein.

Sehr wichtig ist erfahrungsgemäß das Vorhandensein eines **Wirtschaftsraumes**, in dem die Waschmaschine und der Wäschetrockner (Kondensat-Prinzip) stehen können. Wegen des hohen Wäschebedarfs und der damit verbundenen häufigen Waschkvorgänge ist eine Waschmaschine in den Bädern nur zu akzeptieren, wenn es überhaupt nicht anders zu realisieren ist. Bei Elektroinstallationen ist darauf zu achten, dass ein so genannter FI-Schutzschalter installiert wird. Wenn möglich, sollte der Wirtschaftsraum noch Platz für einen Tiefkühlschrank bieten. Auch hier sollte deshalb von einem Platzbedarf von mindestens 6 qm ausgegangen werden.

Empfohlen wird **Haltegriffe** erst dann zu installieren, wenn die Bewohner eingezogen sind, da die Platzierung individuell sehr verschieden sein kann/muss. Außerdem sind diese sog. technischen Hilfsmittel als Verordnung über die Pflegekasse zu bekommen, fallen somit als Ausstattungsmerkmal weg.

Flure in der Wohngemeinschaft sind nicht nur Verkehrswege zu den einzelnen Zimmern oder Gemeinschaftsräumen. Eine optimale Funktion haben sie dann, wenn sie das ‘Wandern’ der Bewohner ermöglichen und/oder mindestens eine Ausbuchtung haben, wo Bewohner oder Besucher auch mal gemütlich verweilen können. Sie müssen in jedem Fall gut und schattenfrei ausgeleuchtet und für die Nacht mit Dämmerlicht ausgestattet sein.

Die Mitarbeiterinnen der beteiligten Pflegedienste können sich eine **Arbeitsecke** einrichten. Es sollte aber kein abgeschlossener Raum mit einer Tür sein, der gegenüber den Kostenträgern oder den Amtsgerichten (bei gesetzlicher Betreuung) schwer zu legitimieren wäre. Zudem widerspräche ein Mitarbeiterzimmer auch dem ambulanten Versorgungsprinzip in den Wohngemeinschaften.

Empfehlenswert ist die Anschaffung eines kleinen Tresors, in dem das Wirtschaftsgeld und die persönlichen Wertgegenstände der Bewohner aufbewahrt werden können.

Laut SWA sollte ein **Freisitz** in Form eines Balkons, Terrasse, Gartens oder Innenhofs auf jeden Fall vorhanden sein. Was für eine Großstadt wie Berlin eine Herausforderung darstellen könnte, sollte bei einer WG im eher ländlichen Raum selbstverständlich sein. Tatsächlich verfügen auch die Projekt-Wohngemeinschaften über große Terrassen und Gärten.

2.4.3 Raumaufteilung

Von großer Bedeutung ist die **Lage der Küche** entweder gleich neben dem Wohnzimmer (mit direktem Zugang oder einer großen Durchreiche) oder direkt gegenüber. Die Bewohner sollen die Küche als integralen Bestandteil ihres Wohnbereiches verstehen und nutzen.

Das Ensemble Wohnzimmer-Küche ist möglichst **zentral** in der Wohnung anzusiedeln, sozusagen als Mittelpunkt der Wohnung. Wichtig ist auch ein einladender Eingang zum Wohnzimmer - optimal ist eine Doppelflügeltür, die platzsparend auch permanent offengehalten werden kann.

Die Gemeinschaftsräume umfassen bei einer Wohngruppe mit 8 Bewohnern mindestens

- eine Küche bzw. einen Kochbereich (mind. 12 qm, besser 16 qm)
- einen Essbereich (mind. 24 qm, besser 30 qm)
- einen Wohnbereich (mind. 16 qm, besser 20 qm)
- insgesamt mind. 60 qm bzw. 7,5 qm/Bewohner
- Der Koch- und Essbereich sollten räumlich miteinander verbunden bzw. verbindbar sein.
- Zur Ermöglichung von Veranstaltungen mit Gästen ist es empfehlenswert, dass auch der Wohn- und Essbereich zusammenschaltbar ist.

Badezimmer/WC: Eine eigene Nasszelle wird in keinem WG-Konzept für unabdingbar gehalten. Das KDA nennt folgende Mindestanforderungen für den Sanitärbereich (8 Bewohner)

- 1 Bad mit Wanne (Waschbecken, WC) mind. 8 qm
- 1 Bad mit bodengleicher Dusche (Waschbecken, WC) mind. 6 qm
- 1 weiteres WC mind. 4 qm
- Sanitärbereich insgesamt mind. 18 qm (mind. 2,25 qm/Bewohner)

Die Bäder sollten - wenn möglich - an verschiedenen Enden der Wohnung angesiedelt (kurze Wege) und deutlich als solche gekennzeichnet sein.

Der **Schnitt der Bewohnerzimmer** ist an keine besonderen Vorgaben gebunden, sollte aber die Aufstellung eines Pflegebettes, das bei Bedarf auch von beiden Seiten zugänglich ist, ermöglichen. Sehr schmale Räume würden dies erschweren.

2.4.4 Ausstattung der Räume

Eine Wohngemeinschaft ist keine Behinderten-Einrichtung. Die Ausstattung sollte sich deshalb in erster Linie an zwei Prämissen orientieren: Normalität und Funktionalität. Normalität bedeutet, die Wohnung weitgehend so auszustatten, wie es die alten Menschen auch selbst tun würden. Das heißt, es darf auch der röhrende Hirsch über dem Sofa sein.

Zur Gewährleistung der Funktionalität bei der Ausstattung ist Folgendes zu beachten:

Alle **Türen** – Wohnungseingangs- wie Zimmertüren – sollten mindestens 90 cm breit sein.

Bei der **Möblierung der Gemeinschaftsräume** ist auf stabile, kipp sichere Stühle und Tische Wert zu legen. Stühle sollten möglichst Armlehnen haben.

In der Küche ist bei der Aufstellung der **Elektrogeräte** darauf zu achten, dass sowohl Kühlschrank als auch Backofen in Augenhöhe platziert werden können, wenn es die Einbauküche (und der Geldbeutel) erlauben.

Wenn sich die Angehörigen oder gesetzlichen Betreuer zur entsprechenden Kostenübernahme bereit erklären, sollten die Gemeinschaftsflächen (Wohnzimmer, Flure) mit einem **Spezial-Teppichboden**

oder hochwertigem Linoleum ausgelegt werden. Das sieht nicht nur gemütlich aus, sondern vermindert außerdem Verletzungsgefahren bei Stürzen der Bewohner, die sich ja nicht hundertprozentig vermeiden lassen.

Im Flurbereich sollte mindestens ein **Ganzkörper-Spiegel** angebracht sein (Ausnahme: einzelne Bewohner reagieren ängstlich auf das Spiegelbild).

In den **Nassräumen** sollten ganz normale (Standard-) Toilettenbecken gewählt werden. Diese sind jederzeit über sog. Toilettensitzerhöhungen - mit Armlehnen - entsprechend anzupassen (über individuelle Hilfsmittelverordnung der Pflegekasse). Bei den Toilettenbecken sollte ein seitlicher Wandabstand eingehalten werden, der Hilfestellung von zwei Seiten her möglich macht. Die Türen der Bäder sollten nach außen aufgehen und mit einer Drückergarnitur ausgestattet sein, die die Öffnung von außen z.B. mit einer Münze ermöglicht. Griffe und andere Haltemöglichkeiten sind unabdingbar.

Bei der **Beleuchtung** sollte warmes Licht (normale Glühlampen oder Leuchtstoffröhren mit Tageslichtspektrum) zum Einsatz kommen, wobei darauf zu achten ist, dass die Lichtquellen - besonders im Flur - keine scharfen Schatten werfen. Es ist ratsam, für die Nachtstunden sog. Dämmerlichtstecker zu verwenden, die sich automatisch bei Dunkelheit einschalten und wenig Strom verbrauchen. Die Beleuchtung in den Bädern/Toiletten sollte nachts immer brennen.¹⁹

Bei **Designs** (Teppichboden, Tischdecken etc.) ist darauf zu achten, dass sie entweder einfarbig gehalten sind oder klare Strukturen aufweisen. ‘Wilde’ Melangen erwecken bei Demenzkranken häufig den Eindruck von Unordnung und sie wollen die vermeintlichen Krümel auf der Tischdecke dauernd abwischen.

Die **Ausstattung der Bewohnerzimmer** bleibt diesen bzw. ihren Angehörigen/Betreuern vorbehalten. Es sollte allerdings darauf hingewirkt werden, dass als Teppich keine normale Auslegware verwendet wird, da es hierbei sehr schnell zu Geruchsbelästigungen kommen kann und die Reinigung sehr arbeitsintensiv ist.

Beim **Freisitz** ist eine ausreichende Beschattung (Markise, Sonnenschirme) zu installieren.

Ergänzend sei hier auf Erfahrungen einer Wohngemeinschaft in Wetter (Hessen) hingewiesen, obwohl deren Situation insofern nicht einschlägig ist, als es sich hier um eine heimverbundene Hausgemeinschaft handelt und dem Heimgesetz unterliegt. Interessant ist dieses Beispiel dennoch, da es dem Träger, der Altenhilfe Wetter gelungen ist, mit der Heimaufsichtsbehörde einige Ausnahmen von der Heimmindestbauverordnung auszuhandeln:²⁰

- Zumindest in einem Badezimmer ist eine bodengleiche Dusche einzurichten.
- Eine freigestellte Badewanne ist verzichtbar. Der ein- und Ausstieg aus der Wanne kann bei Bedarf auch durch einen Badewannenlifter ermöglicht werden.
- In den sanitären Anlagen sind Haltegriffe etc. anzubringen
- An der Treppe des Hauseingangs sind beidseitige Handläufe anzubringen. Auf Handläufe im überschaubaren Wohnungsbereich wird verzichtet.
- Es wird keine Rufanlage installiert. Sollte ein Rufsystem für einzelne Bewohner notwendig werden, wird dies durch geeignete drahtfreie Technik ermöglicht.
- Die Flurbeleuchtung muss nachts als Dauerbeleuchtung schaltbar sein.
- Ein WG-Telefon wird in Form eines schnurlosen Telefons vorgehalten.
- In einem Arbeitsraum muss durch entsprechende Sanitärinstallation die Reinigung stark verschmutzter Wäsche, von Nachtstuhlleimern etc. ermöglicht werden.
- In einer angemessen ausgestatteten Küche, die allen zugänglich ist, erfolgt so weit wie möglich die gemeinsame Speisenzubereitung. Die Wohnküche dient als Gemeinschafts- und Therapie-raum.

¹⁹ Siehe auch Sauer (2002)

²⁰ Abgedruckt in: Winter u.a. (2002). Die Heimgesetznovelle, die Anfang 2002 in Kraft getreten ist, enthält eine „Experimentierklausel“, d.h. die Möglichkeit im Bereich der Heimmindestbauverordnung Ausnahmeregelungen zu vereinbaren.

2.4.5 Lage und Einbindung im Gemeinwesen

Eine Wohngemeinschaft für demenziell erkrankte Menschen sollte immer ins Gemeinwesen eingebunden sein. Dazu gehören sowohl eine ganz normale Nachbarschaft als auch Infrastrukturbedingungen, die die Befriedigung alltäglicher Bedürfnisse wie Einkaufen, Friseur, Arzt, Apotheke etc. in fußläufiger Entfernung ermöglichen.

Die **Nachbarschaft** sollte durchaus realisieren, welche Art von Menschen in dieser Wohngemeinschaft leben. Die Demenzkranken sollen nicht versteckt werden, was insbesondere bei Weglauftenden einzelner Bewohner, was man niemals gänzlich unterbinden kann, von enormem Vorteil sein kann. Es ist anzuraten, die direkten Wohnungsnachbarn in die Wohngemeinschaft einzuladen, damit Ängste - z.B. vor Lärm, Brandgefahr etc. - gar nicht erst aufkommen.“

2.4.6 Hygiene in der Wohnküche

Ein besonders heikler Punkt ist die Hygiene im Zusammenhang mit der Essenzubereitung und dem Aufenthalt in der Wohnküche. Die Küche ist zwar keine gewerbliche Küche, sondern eine Haushaltsküche trotzdem bleiben Regelungen unumgänglich, die nicht dem üblichen Alltag in einer Kleinfamilie entsprechen. Ratsam sind folgende Regelungen²¹:

- Es sollte zwei separate Kühlschränke geben. Einen für private Lebensmittel der Bewohner und einen, der die Lebensmittel der Gemeinschaft enthält. Letzterer sollte nur von oder unter Aufsicht der Präsenzkkräfte von den WG-Mitgliedern geöffnet werden können.
- Die Lagerung von Speisen und Zutaten muss in ein Eigenkontrollsystem im Sinne der Lebensmittelhygiene-Verordnung (LMHV) eingebunden werden. Festzulegen sind Verantwortlichkeiten, die Zeitfolge von Desinfektionsmaßnahmen und die Temperaturen der Kühl- und Gefrierschränke.
- Unumgänglich sind Möglichkeiten zum Händewaschen mit Seifen- und Desinfektionsspender sowie Einmaltüchern.
- Alle, die sich an der Zubereitung des Essens beteiligen, waschen sich die Hände und ziehen sich eine (normale) Haushaltsschürze an.

²¹ Daneke (2005: 36 ff.)

3 Personalkonzept

Zur Einstimmung ein Zitat von KLIE²²: „Wohngruppen für Menschen mit Demenz setzen darauf, dass die Bewohner der Wohngruppen einen möglichst anregungsreichen Alltag erfahren, ihre biographischen Prägungen Platz finden und insgesamt der Alltag gelingt. Dabei leitet der Satz: Lebensqualität ist mehr als Pflegequalität. Daraus folgt, dass in jedem Fall die Qualität der Pflege fachpflegerisch in Ordnung sein muss. Die MitarbeiterInnen müssen aber auch andere Qualifikationen mitbringen, die sie in die Lage versetzen, aus einem eintönigen einen lebendigen und farbigen Alltag zu gestalten. Es verlangt nach Fähigkeiten, einen »Haushalt zu führen«, andere Menschen mit ihren Fähigkeiten mit einzubeziehen, durch Humor »vieldeutige« Situationen umdeuten und das Leben in den Gruppen gestalten zu können.“

3.1 Personalausstattung

3.1.1 Anforderungen

In einer „Demenz-Wohngemeinschaft“ ist eine tägliche Personalpräsenz zu gewährleisten, die dem tatsächlichen Pflegebedarf der dort lebenden alten Menschen entspricht. In der Regel bedeutet dies eine **Rund-um-die-Uhr-Betreuung**.

Die Pflegedienste sind gehalten, ihr Personal so zu koordinieren, dass tagsüber in der Regel die Anwesenheit von **zwei Pflege- und Betreuungskräften** in der Wohngemeinschaft gewährleistet ist. Pawletko argumentiert, die Doppelbesetzung habe u.a. den Vorteil, dass eine Mitarbeiterin auch einmal die Wohnung verlassen könne, z. B. zum Spaziergang mit Bewohnern oder zum Einkaufen.²³

Wie viel Personal sich eine Wohngemeinschaft leisten kann, hängt im Einzelnen von mehreren Faktoren ab:²⁴

- Vom Pflegebedarf der Bewohner und den entsprechenden Zahlungen an den beteiligten Pflegedienst.
- Von der Anzahl der Bewohner: Zehn alte Menschen können mehr in den gemeinsamen Topf legen als sechs. Je kleiner die WG desto größer ist Übrigen das Einnahmerisiko durch Leerstand.
- Von der Qualifikation der eingesetzten Mitarbeiter. Examinierte Pflegekräfte sind erheblich teurer als z. B. Hauspflegerinnen. Der beteiligte Pflegedienst muss also einen intelligenten „Personal-mix“ zusammenstellen, damit die Balance zwischen notwendiger Qualifikation der Mitarbeiterinnen und einer ausreichenden zahlenmäßiger Anwesenheit gewährleistet ist.

3.1.2 Konsequenzen für die Projekt-Wohngemeinschaften

Die geforderte Doppelbesetzung tagsüber ist auch in den Projekt-Wohngemeinschaften (mindestens) einzuhalten.

Bei einer Doppelbesetzung tagsüber muss man allerdings ca. 9 Vollzeitstellen kalkulieren. Bei 9 Bewohnern beträgt der Personalschlüssel mithin ungefähr 1 : 1, bei 10 Bewohnern läge der Schlüssel bei 1 : 1,12. Zum Vergleich: In Niedersachsen liegt der Personalschlüssel für Pflegeheim bei insgesamt 1 : 2,75. Wunder gibt es nicht. Da in den Wohngemeinschaften t der Personalschlüssel deutlich besser ist als in einem Pflegeheim, muss die formale Qualifikation des Personals im Durchschnitt schlechter sein.

²² Klie (2004a)

²³ Pawletko (2002: 19)

²⁴ Nach Pawletko (2002: 25)

3.2 Formalqualifikation

Wunder gibt es nicht. Da in den Wohngemeinschaften typischerweise der Personalschlüssel deutlich besser ist als in Pflegeheimen, muss die formale Qualifikation des Personals schlechter sein - oder aber das Angebot müsste deutlich teurer sein als ein Pflegeheimplatz. Eine ausschließlich auf professionelle Fachkräfte rekurrierende Personalbesetzung mag zwar wünschenswert sein, würde jedoch bei der Realisierung des oben beschriebenen Pflege- und Betreuungskonzeptes zu höheren Kosten als bei vollstationärer Versorgung führen und hätte damit praktisch keine Chancen, zur regelhaften Heimalternative zu avancieren. Aus diesem Grunde werden die Anforderungen an die Formalqualifikation zurückhaltend formuliert.

Generell wird die Ansicht vertreten, dass **Pflegefachkräfte** in einer Hausgemeinschaft nicht ständig präsent sein müssen. Dies sei vertretbar, da das Gros der geforderten Leistungen des eingesetzten Personals erfahrungsgemäß im Bereich der Grundpflege, der Hauswirtschaft und der Beschäftigung liege. Erfahrungen in existierende Wohngemeinschaften zeigten im Übrigen, dass Pflegefachkräfte nicht automatisch in der Lage seien Menschen mit Demenz angemessen zu betreuen. Wenn wirklich der gelingende Alltag im Vordergrund stehen soll, würden vor allem „Alltagsmanager“ gebraucht – unabhängig davon, ob sie eine pflegerische Ausbildung haben oder nicht.²⁵ Gelegentlich wird sogar die Frage gestellt, ob Pflegefachkräfte sich in der Rolle als Präsenzkraft überhaupt wohlfühlen würden.

PAWLETKO hält zwar auch eine fachpflegerische Kompetenz für unabdingbar. Bei der Durchführung der Behandlungspflege ist diese sogar zwingend erforderlich. Die Präsenzkräfte brauchen jedoch typischerweise keine Pflegefachkräfte zu sein. Grundsätzlich setzt er aber auf einen „Personalmix“, der eine mehrdimensionale Fachlichkeit sicher stellt. Zu dieser gehören:

- Fachpflegerische Kompetenz
- Hauswirtschaftliche Kompetenz (der größte Teil des „WG-Alltags“ besteht aus hauswirtschaftlichen Verrichtungen, nicht aus klassischen Pflegehandlungen!)
- Kommunikative Kompetenz: Arbeitsabläufe planen und regeln, Bewohner zur Kommunikation anregen, Konflikte bewältigen und vieles mehr
- Kreativität, insbesondere was das Entwickeln von Beschäftigungsangeboten (neben der Beteiligung an Hausarbeiten) für die Bewohner anbelangt²⁶.

Für SWA sind darüber hinaus folgende Punkte wichtig:

- Eine **begleitende/fördernde Haltung** gegenüber den Bewohner der Wohngemeinschaft ist der Maßstab des Handelns.
- Die Mitarbeit von Angehörigen und Betreuern sollte gefördert sein. Auch sollten alle Mitarbeiterinnen das nachbarschaftliche **Umfeld der Wohngemeinschaft** kennen, um diese Ressourcen zu nutzen und in den Lebensraum der WG-Bewohner einzubeziehen.
- Alle Mitarbeiterinnen sollen in Gesprächsführung geübt sein.
- Alle Mitarbeiterinnen müssen ihren Status als Besucher in der Häuslichkeit der alten Menschen akzeptieren.

Als geeignet angesehen werden vor allem examinierte Hauspflegekräfte. Laut SWA sollten die Hauspflegekräfte mindestens eine Basisqualifikation für Hauspflege (200 Std.) absolviert haben. Ein interessanter Ansatz ist die Schulung von Präsenzmitarbeitern bzw. **Alltagsbegleitern** mit ihk-Abschluss.²⁷ Derartige Ausbildungen gelten aber nicht als unabdingbar. Weitgehende Einigkeit besteht ferner darin, dass der Einsatz von **Fachhauswirtschaftlerinnen** bzw. Ökotrophologen nicht erforderlich ist.

²⁵ Vgl. Eine andere Meinung vertritt der evangelische Pflegeverbands DEVAP (2001) in seinem Positionspapier zu den Hausgemeinschaften Er beharrt darauf, dass Pflegeleistungen durch Pflegefachkräfte zu erbringen sind - mit Ausnahme einiger Leistungen der Grundpflege. Benötigt würden qualifizierte Pflegekräfte, die sich an einem sehr modernen Pflegeverständnis orientieren und dies in Planung, Durchführung und Dokumentation beherrschen.

²⁶ Pawletko (2002: 40)

²⁷ Vgl. Arend (2005: 81 ff.)

Konsens ist schließlich auch, dass alle Mitarbeiterinnen gerontopsychiatrische Kenntnisse haben müssen. Der Umfang ist nicht festgelegt. Laut SWA sollte eine **gerontopsychiatrische Zusatzausbildung** von mindestens 120 Stunden Umfang für alle eingesetzten Mitarbeiterinnen „angestrebt“ werden – es wird hier also eine sehr weiche Formulierung verwendet.

3.3 Sicherstellung der Pflege / Führung / Einsatzplanung

3.3.1 Anforderungen

Die letzte Verantwortung für die in einer Wohngemeinschaft durchzuführende Pflege trägt gemäß § 71 SGB XI die leitende Pflegefachkraft (Pflegedienstleitung) des ambulanten Pflegedienstes. Sie muss durch ein Bündel von Maßnahmen sicher stellen, dass die geleistete Pflege den Anforderungen entspricht. (Siehe MDK-Prüfungskatalog) Des Weiteren sollten Teamstruktur, Kompetenz- und Aufgabenverteilung sowie die Aufbau und Ablauforganisation für alle Beteiligten (Bewohner, Angehörige und Betreuer) transparent sein.

Anders als in Pflegeheimen ist typischerweise nicht rund um die Uhr eine Pflegefachkraft anwesend. Als nicht finanzierbar gilt die generelle Anwesenheit einer Pflegefachkraft des Nachts (wie dies nach der Heimpersonalverordnung vorgeschrieben wäre). Auch tagsüber wird die ständige Anwesenheit einer Pflegefachkraft für verzichtbar gehalten. Fachlichkeit muss zumindest teilweise anders als durch stete Präsenz von examinierten Pflegekräften garantiert werden.²⁸

Gewährleistet sein muss zumindest die **ständige Erreichbarkeit** einer Pflegefachkraft rund um die Uhr. Um zu verhindern, dass die Bewohner der Wohngemeinschaft mit ständig wechselndem Personal konfrontiert werden, bilden die eingesetzten Pflegekräfte ein Pflorgeteam, das dauerhaft in der Wohngemeinschaft eingesetzt ist.

Maßstab für Beginn und Ende von pflegerischem und hauswirtschaftlichem Handeln sind die Bedürfnisse der Bewohner und ihre Alltagsgewohnheiten (Aufsteh- und Schlafzeiten etc.). Die **Arbeitszeiten** der Mitarbeiterinnen sind daher variabel - im Rahmen der für den jeweiligen Pflegedienst geltenden Arbeitszeitregelungen - und werden gegebenenfalls, z.B. beim Einzug neuer Bewohner, angepasst.

3.3.2 Konsequenzen für die Projekt-Wohngemeinschaften

Obwohl es laut den SWA-Anforderungen nicht erforderlich wäre, wird in den Projekt-Wohngemeinschaften tagsüber (von 7.00 bis 21.00 Uhr) doch die ständige Anwesenheit einer Pflegefachkraft für unabdingbar gehalten. Dennoch kann die in Heimen geforderte **Fachkraftquote von 50%** nicht erreicht werden. Verbunden mit der Anforderung einer 24h Fachkraft-Präsenz, würde dies Wohngemeinschaften deutlich teurer machen als Pflegeheime.

3.4 Supervision

3.4.1 Anforderungen

Laut SWA ist für alle Mitarbeiterinnen die Möglichkeit der Supervision zu gewährleisten. Dokumentierte Erfahrungen diesbezüglich sind positiv.²⁹

3.4.2 Konsequenzen für die Projekt-Wohngemeinschaften

Die Forderung nach Supervision ist sicherlich sinnvoll. Fallbesprechungen sind in jedem Fall unabdingbar. Diese müssen allerdings nicht unbedingt extern supervisiert werden. Ein externer Spiegel für die Projekt-Wohngemeinschaften ist sicherlich mehr als sinnvoll; hierfür erscheint allerdings das Instrument Dementia Care Mapping mindestens genauso gut geeignet zu sein (vgl. *Band 3 dieser Schriftenreihe*).

²⁸ Vgl. auch Klie (2004)

²⁹ Vgl. Wennig/Herkert (2002: 42)

4 Anhang: Konzept Salus e.V.³⁰

Zukunftsorientierte Alters- und Lebensstrukturen
Wohngemeinschaften für Menschen mit Hilfebedarf



4.1 Vorwort

Salus e.V. setzt sein Engagement dafür ein, alten Menschen, Menschen mit Behinderung und mit demenziellen Erkrankungen ein angemessenes, normales, frohes und lebendiges Leben und Wohnen zu bieten.

„Salus“ ist lateinisch und heißt übersetzt „Wohlbefinden“.

Wer wird da sein, wenn ich alt, krank und pflegebedürftig bin?

Wer wird mir helfen, wenn ich den alltäglichen Ablauf meines Lebens nicht mehr allein bewältigen kann?

Wie und wo kann ich leben, wenn durch Krankheit oder Alter der Verbleib in den eigenen vier Wänden trotz eines umfassenden sozialen Netzes nicht mehr möglich ist.

Diese Fragen stellen sich heute viele Menschen. Umfragen zeigen, dass sich kaum jemand vorstellen kann, irgendwann in ein Pflegeheim zu ziehen.

Eine Alternative bieten Wohngemeinschaften, in denen hilfebedürftige Menschen fachlich begleitet, sicher und individuell unterstützt ihre Lebenszeit verbringen und sich trotz ihrer Erkrankung oder Behinderung weitgehend nach ihren Wünschen und Vorstellungen entfalten können.

Salus e.V. unterstützt deshalb die Gründung von Wohngemeinschaften, in denen insbesondere demenziell erkrankte Menschen gut leben, aber auch in Würde schwächer werden und ihr Leben beenden können.

³⁰ **Federführung: Beate Klapper**

Das Konzept von *Salus e.V.* wurde im Mai 2004 von *Salus e.V.* verabschiedet. Das Konzept wird auch von der *Landdienste GmbH* als Basis für die Arbeit in der WG akzeptiert. Mitarbeiterinnen der *Landdienste GmbH* waren an der Konzeptentwicklung beteiligt.

4.2 Grundsätze für das Leben in der Wohngemeinschaft

4.2.1 Alt sein aber nicht allein

Wohngemeinschaften sind „Wahlgemeinschaften“; man kann sie sogar als „Wahlfamilien“ bezeichnen, denn sie sollen in ähnlicher Weise Sicherheit, Geborgenheit, Zuhause bedeuten.

4.2.2 Alltag statt Therapie

Nicht Pflege am Bett, sondern Pflege im Leben – im Alltag. Die Wohngemeinschaft sorgt für eine Alltagsgestaltung, welche sich an der Realität der Wohngemeinschaftsmitglieder orientiert.

Die Wohngemeinschaftsmitglieder erleben den Ablauf des täglichen Geschehens wie in einer Großfamilie; sie können und dürfen sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten aktiv an den Abläufen beteiligen, können und dürfen sich in ihren Privatraum zurückziehen, wenn sie ihre Ruhe haben möchten.

Die betreuenden Personen sorgen dafür, dass die Lebensaktivitäten den Raum haben, die die Bewohner aus ihrer Biografie, bzw. Gewohnheit heraus selbst ausführen würden.

4.2.3 Soviel Pflege, Betreuung und Hilfe wie nötig. Soviel Selbständigkeit und Selbstbestimmung wie möglich

Jedes Wohngemeinschaftsmitglied darf und soll sein Leben individuell gestalten können. Das heißt z.B.: Aufstehen – wie und wann man es gewohnt ist, Zubettgehen – wenn man möchte und müde ist, Essen – wenn man Hunger hat. Pflegeleistung und Organisation richten sich danach.

Die Priorität der Betreuung richtet sich an den Bedürfnissen der Wohngemeinschaftsmitglieder

Die Wohngemeinschaft bietet Rechtssicherheit und respektiert selbstverständlich den Umgang mit dem eigenen Besitz.

4.3 Wohnen

Wohnen und Pflege sind in einer Wohngemeinschaft zwei unterschiedliche rechtliche Beziehungen.

Die Wohngemeinschaftsmitglieder sind Mieter einer Wohnung oder eines Hauses – das heißt:

- Alle Namen stehen in dem Mietvertrag oder
- es gibt einen Generalmieter und die Wohngemeinschaftsmitglieder haben einen Einzelmietvertrag.

Jeder Mieter verfügt über seinen eigenen Privatraum; Küche, Wohnzimmer und Garten werden als Gemeinschaftsfläche gemeinsam genutzt.

Die Gemeinschaftsräume werden gemeinsam eingerichtet. Die Einrichtung des privaten Raumes erfolgt durch den Mieter (seine Angehörigen oder den gesetzlichen Betreuer) mit dem vorhandenen persönlichen und vertrauten Inventar.

Der Mietanteil sollte ca. 270 € pro Person je nach Größe des Objektes betragen, hinzu kommen etwa 90 € Nebenkosten.

4.4 Haushalt

Die Hausarbeit – kochen, spülen, waschen, bügeln, usw. – wird gemeinsam durchgeführt. Das heißt: Jedes Wohngemeinschaftsmitglied kann und darf sich im Rahmen seiner Möglichkeiten an jeder Tätigkeit beteiligen, muss es aber nicht. Das Gleiche gilt für die Gartenarbeit. Für viele Menschen wirkt schon das aktive Zusehen sehr anregend.

Wie in jedem anderen Haushalt auch fallen Kosten für Verpflegung an; etwa 260 € pro Monat und Person. Damit sind alle Verbrauchsgüter, wie Nahrungsmittel, Wasch- und Reinigungsmittel, allgemeine Toilettenartikel, abgedeckt. Je nach Beschluss der Mieter/innen kann eine Kultur- und/oder Rücklagenkasse eingerichtet werden.

Die Wohngemeinschaftsmitglieder, deren Angehörige oder gesetzlichen Vertreter übertragen nach Beschluss einer Person die Führung des Haushaltskontos.

4.5 Pflege und Betreuung

Je nach Pflegebedürftigkeit der Wohngemeinschaftsmitglieder wird die Wohngemeinschaft rund um die Uhr durch ein konstantes Pflege- und Betreuungsteam eines ambulanten Pflegedienstes ihrer Wahl begleitet.

Für jedes Wohngemeinschaftsmitglied wird ein individueller Pflege- und Betreuungsplan nach Bedarf und Wunsch erstellt. Die Kosten setzen sich zusammen aus den Leistungskomplexen der Pflegeversicherung (SGB XI), den Leistungen der Krankenkassen für die Behandlungspflege (SGB V) und zusätzlichen Betreuungsleistungen.

Die Kostenerstattung der Pflege- und Krankenversicherung erfolgt wie in jedem anderen Privathaushalt auch, Wunsch- und Zusatzleistungen werden privat abgerechnet.

Bei Wohngemeinschaftsmitgliedern, die über kein entsprechendes eigenes Einkommen verfügen, stellt der Sozialhilfeträger ergänzende Leistungen bereit. (Hilfe zur Pflege nach SGB XII)

4.6 Angehörige

Angehörige und Betreuer werden auf Wunsch in die Pflege / Betreuung mit einbezogen und haben die Möglichkeit, den Alltag aktiv mit zu gestalten.

Um die Zusammenarbeit zu fördern und den Kontakt zu intensivieren, werden regelmäßig Angehörigentreffen angeboten.

4.7 Unterschiede zum Pflegeheim

Verträge: Es gibt zwei Einzelverträge, nämlich

- einen Mietvertrag mit dem Vermieter oder Generalmieter;
- einen Pflegevertrag mit dem ambulanten Pflegedienst.

Beide Verträge sind unabhängig von einander.

Tagesstruktur: Jede Person bestimmt selber, wann sie welche Tätigkeit ausführt oder ausführen lässt.

Pflege: Jeder zu Pflegenden kann allein entscheiden, welche Pflegetätigkeit sie/er wann und in welchem Umfang in Anspruch nimmt. Der Pflegeanbieter kann jederzeit gewechselt werden.

Personalpräsenz: Je nach Größe der Wohngemeinschaft sind tagsüber im Regelfall zwei Pflege- oder Betreuungspersonen präsent; der Nachtdienst wird von einer Pflegeperson übernommen.

Rechte der Angehörigen: Die Angehörigen haben ein Mitspracherecht bei der Planung und Durchführung alltäglicher Aktivitäten. Sie werden auf Wunsch in den täglichen Ablauf einbezogen und an der Pflege oder Betreuung beteiligt.

Die Angehörigen/Betreuer erhalten eine Ausfertigung der **Qualitätskriterien**.

Literatur

- ADLER, C.; GUNZELMANN, T.; MACHOLD, C.; SCHUHMACHER, J; WILZ, G. (1993): Belastungserleben pflegender Angehöriger von Demenzpatienten. In: Zeitschrift für Gerontologie, 29. Jg., Nr.1, S. 143-149
- AREND, S. (2005): Hausgemeinschaften – Vom Modellversuch zur Regelversorgung. Hannover: Vincentz Network
- BMFSFJ – BUNDESMINISTERIUMS FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2002): Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin: BT-Drucksache 14/8822 vom 18.04.2002
- BMFSFJ – BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2005): Entbürokratisierung im Heimrecht – 10 Eckpunkte. Berlin
- BÖHLER, A. (2000): Paradigmenwechsel in der Dementenbetreuung. Die Wohngruppe für Menschen mit Demenz – eine wegweisende Alternative zu traditionellen Versorgungsformen. Diplomarbeit. Ev. Fachhochschule Freiburg
- BÖHLER, A. (2002): Das Freiburger Modell – Das Wohngruppenkonzept in der Praxis. Ergebnisse einer qualitativen Befragung von Angehörigen und Mitarbeitern bereits bestehender Wohngemeinschaften für Demente. In: KLIE, T. (Hrsg.) (2002): Wohngruppen für Menschen mit Demenz a.a.O., S. 304-322
- DANNEKE, S. (2005): Hausgemeinschaften und Hygiene – Rechtzeitig das Gespräch mit den Behörden suchen [Interview mit Stefan Arend und Marie-Loise Klöber]. In: Altenheim, 44. Jg., Nr. 9, S. 36-28
- DETTBARN-REGGENTIN, J. (2005): Studie zum Einfluss von Wohngruppenmilieus auf demenziell Erkrankte in stationären Einrichtungen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (Z Gerontol Geriat), 38. Jg. Nr. 2; April 2005; Darmstadt, S. 1 – 6.
- DEUTSCHE ALZHEIMER GESELLSCHAFT (2001): Stationäre Versorgung von Alzheimer-Patienten. Leitfaden für den Umgang mit demenzkranken Menschen.
- DEVAP-AUSSCHUSS FÜR GRUNDSATZFRAGEN (2001): Positionspapier Hausgemeinschaften - Chancen und Risiken eines Modells www.devap.de/devap_net/download/pos/Positionspapier_Hausgemeinschaften.pdf
- DÜRRMANN, P. (2001): Das Seniorenpflegeheim Polle. In: Ders. (Hrsg.), Besondere stationäre Dementenbetreuung. Hannover: Vincentz 2001, S. 80-109
- GENNRICH, R./ KRÄMER, K./ KLÖBER, C., (2004): Planungshilfe – Alltagsbegleitung und Präsenz in Hausgemeinschaften. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.). Köln: KDA, S. 9 – 12.
- GRABER-DÜNOW, M. (1999): Milieuthérapie in der stationären Altenhilfe. Lehr- und Arbeitsbuch. Hagen: Kunz
- GRÄBEL, E. (1998): Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Inanspruchnahme professioneller Pflegehilfe. In Z Gerontol Geriat, 31. Jg. S. 52-56.
- HAB, P. (1999): Alternative zum Heim: Familienähnliche Hausgemeinschaften für Pflegebedürftige; In: ProAlter – Fachmagazin des Kuratoriums Deutsche Altershilfe – Juli 1999. Köln, S. 7 – 14.
- HAB, P. (2002): Das Altenpflegeheim der Johanniter in Lüchow-Dannenberg löst sich in Hausgemeinschaften auf: Im Landkreis entsteht ein bundesweit beachtliches System von Hausgemeinschafts-Pflegeheimen verschiedener Größe; In: ProAlter – Fachmagazin des Kuratoriums Deutsche Altershilfe – Februar / 2002. Köln, S. 50 – 53.
- HENNIG, A.; ELKHAWAGA, K. (2002): Wohngemeinschaft psychisch veränderter Menschen im Alter. Abschlussbericht zum Projekt. (Frankfurt am Main: Diplomarbeit an der Fachhochschule)
- HENNIG, A.; MÜLLER, M. (2002): Projekt: Wohngemeinschaft psychisch veränderter Menschen im Alter“, Mainz. In: KLIE, T. (Hrsg.) (2002): Wohngruppen für Menschen mit Demenz a.a.O., S. 196-206

- HUTH, M. / MASCHMANN, K. (2002): Alternative Betreuungsformen im Alter – Wohngemeinschaften mit pflegerischer Betreuung als Chance einer neuen Versorgungsform unter Betrachtung von Kosten- und Qualitätsaspekten. (Berlin: Alice Salomon Hochschule, Diplomarbeit 2002)
- KDA – KURATORIUM DEUTSCHE ALTERSHILFE (2001): Qualitätshandbuch Leben mit Demenz, Köln, Selbstverlag
- KITWOOD, T. (2000): Der personenorientierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern: Verlag Hans Huber.
- KLIE, T. (HRSG.) (2002): Wohngruppen für Menschen mit Demenz. Hannover: Vincentz-Verlag
- KLIE, T. (2004): Beitrag in „Nachgefragt - Experten beziehen Stellung zu Kernfragen von Wohngruppenkonzeptionen“. In: Infobrief dementi, Nr. 5, November 2004.
- KLIE, T.; SCHMIDT, R. (2002): Demenz und Lebenswelten. In: Z Gerontol Geriat, 35 Jg., S. 177-180
- KLIE, T.; SCHMIDT, R. (2002a): Begleitung von Menschen mit Demenz“, Z Gerontol Geriat, 35. Jg. , S. 199-209
- KOHLER, S. / WIEKING, J. (2007): Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz - Ein Leitfaden für Angehörige. Hamburg: Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (Hrsg)
- KREMER-PREIB, U. (2004): Struktur des Angebots – Ergebnisse der schriftlichen Befragung. In: Bertelsmann-Stiftung/KDA (Hrsg), Bearb. KREMER-PREIB, U, NARTEN, R; Betreute Wohngruppen – Pilotstudie. (Reihe: Leben und Wohnen im Alter, Bd. 4). KDA, Köln, S. 19-68
- KREMER-PREIB, U.; STOLARZ, H. (2003): Wohngemeinschaften mit Betreuung – Eine Ergänzung zum KDA-Hausgemeinschaftskonzept? In: Pro Alter, 36. Jg., Nr. 2, S. 6-9
- LIND, S. (2000): Umgang mit Demenz. Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Methoden. Stuttgart: Paul Lempp Stiftung
- MACIEJEWSKI, B; SOWINSKI, C.; BESSELMANN, K.; RÜCKERT, W. (2001): Qualitätshandbuch Leben mit Demenz. Köln: KDA (Kuratorium Deutsche Altershilfe
- NARTEN, R. (2004): Betreute Bohngruppen – Fallbeispiele und Adressenliste. Hrsg. Bertelsmann-Stiftung/KDA. (Reihe: Leben und Wohnen im Alter, Bd. 5) KDA, Köln, S. 19-68
- NEUMANN, S. (1999): Nah und doch so fremd. Studie zum familiären Pflegearrangement mit der Perspektive einer strukturellen Beteiligung in Wohngruppen für ältere Menschen mit Demenz. Diplomarbeit. Ev. Fachhochschule Freiburg
- PAWLETKO, K. (2001): Wohngemeinschaften für Demenzkranke. In: H. Laade & H.-J. Freter (Hrsg.): Stationäre Versorgung von Alzheimer-Patienten. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft, S. 91–98.
- PAWLETKO, M. (2002) Ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell kranke Menschen. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin: BMFSFJ
- PLÜMPE, J. ; WINKLER, A. (2006): Ambulante Betreuung von Menschen mit Demenz in Wohngemeinschaften - Leitfaden zur Struktur- und Prozessqualität. Hrsg.: Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e.V. / Institut für Gerontologie und Bildung – Berlin
- RADZEY, B.; KUHN, C. (2005): Interventionen Schulungen im laufenden Betrieb zur Verbesserung der Lebensqualität demenziell Erkrankter“, Sozialplanung in Baden-Württemberg. (Studie MIDEMAS). Demenz Support Stuttgart.
- SAUER, M. (2002): Helles Licht – Klare Strukturen. Die richtige Beleuchtung für Seniorenpflegeheime. In: Altenheim 9/2002, S. 32-35
- SCHACKE, C.; ZANK, S. (1998): Zur familiären Pflege demenzkranker Menschen. Die differentielle Bedeutung spezifischer Belastungsdimensionen für das Wohlbefinden der Pflegenden und der Stabilität der häuslichen Pflegesituation. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 31. Jg., Nr. 5, S. 355-361
- SWA – VEREIN FÜR SELBSTBESTIMMTES WOHNEN IM ALTER E.V. (2003): Qualitätskriterien für ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen. Berlin: Selbstverlag.

- TACK, E. (2003): Wohngruppen erhalten die Würde und Lebensqualität verwirrter Menschen. Stellungnahme in : Pro Alter, 36. Jg., Nr. 2, S. 24
- THIMM, K. (2003): Kommune des Vergessens. Der Spiegel (Hamburg) Nr. 37/2003, 8 September 2003
- THOMSEN, M. (1999): Sensorische Deprivation. Verwirrtheitsprophylaxe bei Senioren. Altenpflege Forum. (Vincentz-Verlag, Hannover), 7. Jg., Nr. 2, S. 1-14
- WENDTE, U. (2005): Verbraucherschutz auch ohne Heimgesetz - Ein Diskussionsbeitrag zur Frage der Anwendung des Heimrechts auf ambulant betreute Wohngemeinschaften. MASGF Brandenburg, Thesenpapier 4.4.2005. Ähnlich auch (2006): Selbst verwaltete Wohn- und Betreuungsgemeinschaften. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1/2006, S. 11-14.
- WENNG, S.; HERKERT, B. (2002): Wohngemeinschaft für Demenzkranke (Rothenfußer Wohngemeinschaft) – Wohngemeinschaft für verwirrte ältere seelisch behinderte Menschen in München. Zwischenbericht der Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung AfA, Hrsg.: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen. München: AfA
- WINTER, H.P.; GENNRICH, R.; HAB, P. (2002): Die 4. Generation des Altenpflegeheimbaus: KDA Hausgemeinschaften – eine Dokumentation von 34 Projekten. Hrsg.: Bundesministerium für Gesundheit, erarbeitet vom Kuratorium Deutsche Altershilfe. (Reihe: BMG Modellprojekte, Band 9). Köln: KDA
- WEYERER, S./ SCHÄUFELE, M. (2003): Evaluation der Versorgung Demenzkranker in Einrichtungen der stationären Altenhilfe: Forschungsstand und exemplarische Darstellung von Zielen, Design und Erhebungsinstrumenten einer quantitativen Studie. In J. Wancata, U. Meise & J. Marksteiner (Hrsg.), Grauzone: Die Versorgung älterer psychisch Kranker. Innsbruck: VIP Verlag Integrative Psychiatrie.