



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Ambulant betreute
W o h n -
g e m e i n s c h a f t e n
für demenziell erkrankte
M e n s c h e n .



AMBULANT BETREUTE WOHNGEMEINSCHAFTEN
FÜR DEMENZIELL ERKRANKTE MENSCHEN.

**AMBULANT BETREUTE WOHNGEMEINSCHAFTEN
FÜR DEMENZIELL ERKRANKTE MENSCHEN.**

**IM AUFTRAG
DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND
KLAUS-W. PAWLETKO**

VORWORT DES AUTORS

Demenzielle Erkrankungen und ihre Folgen für Betroffene, Angehörige und das professionelle Hilfesystem sind in den letzten Jahren verstärkt in das öffentliche Bewusstsein gerückt.

Angesichts des demographischen Ausmaßes der Problematik und der Prognosen (bis 2040 Verdoppelung der Fallzahlen von derzeit etwa einer Million Erkrankten) war dieses öffentliche Interesse auch überfällig.

Dem gegenüber gleicht aber auch heute noch das Auffinden einer adäquaten Versorgungsmöglichkeit für Demenzkranke der sprichwörtlichen Suche nach der Nadel im Heuhaufen. Trotz inzwischen zahlreicher Anstrengungen der Politik, verschiedener Träger der Altenhilfe, Interessenvertretungen und anderer Institutionen sind die traditionellen Versorgungsformen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz – allen voran die vollstationären Pflegeeinrichtungen – nach wie vor nicht hinreichend auf diese Personengruppe eingerichtet.

Die Ursachen für diesen Umstand sind vielfältig, und entsprechend komplex und langwierig gestaltet sich auch die Umstrukturierung dieser Einrichtungen.

Für die betroffenen Angehörigen, aber auch für ambulante Pflegedienste, gesetzliche Betreuer und Selbsthilfeorganisationen war und ist dies der Anlass, nach neuen Wegen der Versorgung demenziell erkrankter Menschen zu suchen. Es lag nahe, sich dabei an Modellen zu orientieren, die bereits seit Jahren erfolgreich für geistig behinderte Menschen oder psychisch Kranke erprobt waren, den so genannten Wohngemeinschaften! Sie erfüllen wie keine andere Wohn- und Betreuungsform die Prinzipien und Grundsätze unserer Sozialgesetzgebung:

- Normalität, das heißt orientiert an den Lebensverhältnissen des Durchschnitts der Bevölkerung
- Integration im Gemeinwesen, Partizipation der Betroffenen
- Individualität, Kontinuität der Lebensführung
- Und last but not least: ambulant vor stationär

Der Erfolg und die Anerkennung, die dieses Versorgungsmodell mittlerweile im ganzen Land genießt hat viele Mütter und Väter, aber es war – um im Bild zu bleiben – eine schwere Geburt! Viel Aufklärungsarbeit bei Kostenträgern, Ordnungsbehörden und Sozialverwaltungen war nötig, um Vorbehalte gegenüber dieser (für Demenzkranke) neuen Wohn- und Versorgungsform aus dem Weg zu räumen. Nicht selten bewegten sich die Initiatoren dabei in einer juristischen Grauzone, die sich aber – auch dank der aktuellen Heimgesetznovellierung – zunehmend aufhellt. Insbesondere die genaueren Definitionen zum Status des sog. Betreuten Wohnens und die explizite Möglichkeit, Ausnahmegenehmigungen von der Heimpersonal- und Heimmindest-

bauverordnung zu beantragen („Experimentierklausel“), eröffnen für innovationswillige Träger neue Perspektiven.

Die vorliegende Broschüre soll Mut machen die Initiative zu neuen Projekten zu ergreifen. Sie beschreibt die ordnungs- und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen, in denen sich Wohngemeinschaftsinitiativen für Demenzkranke bewegen, beschreibt deren Prinzipien und – nach Art eines Kochbuchs – welcher „Zutaten“ es bedarf, damit so eine Initiative am Ende auch von Erfolg gekrönt ist.

Dabei greift sie bewusst zwei Perspektiven auf: die der Angehörigen und ihrer Interessenorganisationen und die der ambulanten Pflegedienste. Beide Gruppen sind die essentiell notwendigen Partner jeder Wohngemeinschaftsinitiative. Ihnen soll diese Broschüre als Planungshilfe und Handlungsanleitung dienen. Ich wünsche mir, dass beide Seiten von den Erfahrungen der „Pioniere“ profitieren können und dazu beitragen, das „Modell Wohngemeinschaft“ weiter zu etablieren und zu entwickeln.

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort.....	5
Vorwort des Autors	7
1 Einleitung: Die aktuelle Versorgungssituation Demenzkranker in Deutschland	11
2 Wohngemeinschaften für Demenzkranke – Orientierung in der Versorgungslandschaft –	13
2.1 Prinzipien von Wohngemeinschaften	13
2.2 Typen von Wohngemeinschaften	14
2.2.1 Die einzelnen Organisationsformen im Detail.....	15
2.3 Die Rahmenbedingungen der ambulanten Organisationsform	18
TEIL I	
3 Organisation von ambulant betreuten Wohngemeinschaften aus der Perspektive von Angehörigen und gesetzlichen Betreuern („man nehme...“)..	22
3.1 Wohnen („Hotelkosten“)	22
3.2 Pflege und Betreuung.....	23
3.3 Kostenerstattungen und Personaleinsatz	25
3.4 Konkrete Planung.....	26
3.5 Auswahl des Standorts: Grundvoraussetzungen	29
3.6 Parallel: Abklären von Inhalten des Betreuungskonzepts.....	30
TEIL II	
4 Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Demenzkranke – ein neues Arbeitsfeld für ambulante Pflegedienste –	33
4.1 Sozial- und ordnungsrechtliche Grundlagen von ambulant betreuten Wohngemeinschaften	34
4.1.1 Die ambulante betreute Wohngemeinschaft als „Einrichtung“	34
4.1.2 Die ambulant betreute Wohngemeinschaft als „eigener Haushalt“	36
4.2 Voraussetzungen in der eigenen Organisation abklären.....	39
4.2.1 Welche personellen Anforderungen kommen auf den Pflegedienst zu?.....	39
4.3 Risiken für den Pflegedienst.....	44
5 Anhang: Zusammenfassung der möglichen Effekte ambulant betreuter Wohngemeinschaften auf Bewohner, Mitarbeiter und Solidargemeinschaft ...	45
6 Anhang: Literaturhinweise.....	47
7 Anhang: Kontaktadressen	48
	9

1 EINLEITUNG: DIE AKTUELLE VERSORGUNGSSITUATION DEMENZKRANKER IN DEUTSCHLAND

Demenzielle Erkrankungen sind in allen Industrienationen die häufigste Indikation für ein von Versorgung abhängiges Leben älterer Menschen. Mit Demenz beschreibt man ein komplexes Symptombild mit organisch bedingtem, fortschreitenden Verlust geistiger Fähigkeiten, mit Gedächtnis-, Wahrnehmungs- und Denkstörungen, Desorientiertheit, Persönlichkeitsveränderungen und in der Folge auch körperlichem Abbau.

Auch wenn Demenzen in klarer Beziehung zum Alter stehen, sind sie dennoch keine „normale Alterserscheinung“, sondern eine Erkrankung.

Etwa 60% der Betroffenen leiden an einer Alzheimer-Demenz, der häufigsten Form der primär degenerativen Demenzen. An zweiter Stelle folgt die sog. vaskuläre Demenz („Multi-Infarkt-Demenz“) mit einem Anteil von ca. 20%. Die übrigen 20% verteilen sich auf Mischformen der vorher Genannten und andere Ursachen.

In Deutschland gibt es derzeit etwa 1 Million von mäßiger bis schwerer Demenz betroffener Menschen.

Die Mehrzahl von Ihnen (etwa 60%) wird nach wie vor von ihren Angehörigen versorgt, zum Teil mit Unterstützung ambulanter Pflegedienste. Der Rest verteilt sich auf Betroffene in Pflegeheimen, Psychiatrischen Kliniken, und solchen, die ausschließlich von ambulanten Diensten versorgt werden.

Demenzen sind mit Abstand der häufigste Grund für eine vollstationäre Versorgung in Pflegeheimen (BICKEL, 1999).

Viele Angehörige Demenzkranker schrecken jedoch vor dem Schritt zurück, ihren Anverwandten in einem Pflegeheim versorgen zu lassen, weil sie dort häufig noch ein Angebot erleben, das ihren Ansprüchen an eine liebevolle, annehmende und fördernde pflegerische Betreuung nicht genügt.

Pflegende Angehörige geraten aber bei Fortführung der Versorgung ihres erkrankten Familienmitglieds häufig an die Grenzen ihrer physischen und psychischen Leistungsfähigkeit. Auch professionelle ambulante Dienste können einen mittelschwer Demenzkranken auf Dauer nicht verantwortlich in seiner eigenen Wohnung versorgen. Unruhe (Weglauftendenzen), Verhaltensauffälligkeiten und Verwahrlosungstendenzen zwingen über kurz oder lang die bisherigen Pflegepersonen über eine Alternative nachzudenken.

In den letzten Jahren hat die Fachdiskussion über die angemessene Versorgung Demenzkranker eine Reihe von neuen Pflege- und Versorgungsmodellen hervorgebracht, die ich im folgenden kurz vorstellen möchte. Ihnen allen ist gemeinsam, dass es sich dabei um **segregative Konzepte** handelt, d.h. die Demenzkranken werden in einer homogenen Gruppe ebenfalls Betroffener versorgt. Eine weitere Gemeinsamkeit dieser Konzepte ist, dass sie – mehr oder weniger ausgeprägt – den Aspekt des „Wohnens“ und der „Gemeinschaft“ stärker berücksichtigen als dies in den traditionellen Pflegeheimstrukturen bislang der Fall ist. Sie firmieren hier deshalb im folgenden auch alle unter dem Oberbegriff „Wohngemeinschaften“.

2 WOHNGEMEINSCHAFTEN FÜR DEMENZKRANKE – ORIENTIERUNG IN DER VERSORGUNGLANDSCHAFT –

Wohngemeinschaften¹ für demenzkranke alte Menschen sind im Begriff, ihren Status als Modellprojekte zu verlieren.

Ungeachtet dessen sind die Vorstellungen, was so eine Wohngemeinschaft eigentlich ausmacht und wie sie sozial- und ordnungsrechtlich zu verorten ist, immer noch diffus.

Derzeit ist besonders bei solitären (also außerhalb einer stationären Einrichtung befindlichen) Projekten bei allen beteiligten Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens eine große Unsicherheit zu konstatieren, wie solche Wohngemeinschaften einzuordnen sind. Insbesondere die Frage „Heim oder nicht Heim“ bewegt die Gemüter der Kostenträger und Heimaufsichtsbehörden.

2.1 Prinzipien von Wohngemeinschaften

Unabhängig vom ordnungs- und sozialrechtlichen Status (stationär oder ambulant) müssen Wohngemeinschaften, die diesen Namen auch verdienen, einige grundsätzliche Prinzipien erfüllen.

Im Vordergrund steht dabei die Gruppe² der Demenzkranken selbst. Alle bislang mit dieser Organisationsform gemachten Erfahrungen bestätigen, dass sich der Tagesablauf in der Gruppe (im Kollektiv) für die Demenzkranken sowohl anregend als auch angstreduzierend auswirkt. Vorausgesetzt, die Gruppe ist kontinuierlich von Pflegekräften (Präsenzkräften) begleitet, die den Tagesablauf strukturieren und entsprechende Angebote unterbreiten. Es geht bei diesen Angeboten nur in zweiter Linie um die traditionellen Beschäftigungsangebote wie Singen, Basteln etc.; Im Vordergrund sollte die Organisation eines Alltags stehen, der an einem Ablauf im eigenen Haushalt orientiert ist. 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 Näharbeiten zu machen. Das Ergebnis ist dabei zweitrangig, denn hierbei gilt vor allem, dass der Weg das Ziel ist.

1 Das Kuratorium Deutsche Altershilfe verwendet in seinen Publikationen den Begriff „Hausgemeinschaften“ und bezieht diesen auf Modelle im stationären Bereich.

2 Strittig ist die wünschenswerte/optimale Gruppengröße: Häufig werden max. 8 Personen genannt (familienähnlich). Andere Meinungen halten 12 und mehr Personen in der integrierten stationären Versorgung durchaus für tragbar.

2.2 Typen von Wohngemeinschaften

Grundsätzlich lassen sich bei den derzeit etablierten Wohngemeinschaftsformen **vier verschiedene Typen** kategorisieren:

- Der integrierte stationäre Typus

Hiermit ist in der Regel die Aufteilung eines Pflegeheims in teilautonome Pflegeeinheiten gemeint, die familienähnlichen Charakter haben (sollen) und sich weitgehend selbst versorgen. Als Beispiel für diesen Typus können die französischen „cantous“ (Feuerstellen) dienen, bei denen der Herd (die Küche) das Herzstück des Gemeinschaftslebens darstellt.

- Der ausgegliederte stationäre Typus

Ein neues und vielversprechendes Modell wird derzeit in Wetter bei Marburg erprobt: Die sog. „heimverbundene Hausgemeinschaft“ versucht, in einem normalen Wohnumfeld (Mehrfamilienhaus) die pflegerische Versorgung der Demenzkranken unter dem organisatorischen Dach einer stationären Einrichtung zu realisieren. Dieses Beispiel könnte wegweisend für viele Träger stationärer Einrichtungen sein.

- Der ambulante Typus mit zentraler Bezugsperson („Hausmutter“).

Hiermit sind Wohngruppen von alten/pflegebedürftigen Menschen gemeint, die sich gemeinsam eine - wenn man so will - Haushälterin anstellen, die als kontinuierliche Ansprechperson (tagsüber) zur Verfügung steht. Bei weniger hilfe- und pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern kann das auch die stundenweise Anwesenheit einer Sozialarbeiterin bedeuten. Darüber hinaus werden grund- und pflegende pflegerische Verrichtungen im Rahmen der etablierten Regelversorgung von selbstgewählten ambulanten Diensten erbracht. Exemplarisch für diesen Typus sind die Wohngemeinschaften in Braunschweig, die von „ambet“³ betreut werden (der „Sozialarbeiter-Typus“) oder die „Villa Hittorf“ in Münster zu nennen. Als Vorbild für diesen Typus gilt das „Anton-Piek-Hofje“ in Haarlem, dessen Betreuung und pflegerische Versorgung in dieser Weise organisiert wird.

- Der ambulante Typus mit ausschließlicher Versorgung durch ambulante(n) Pflegedienst(e).

Die Versorgungsstruktur dieser Wohngemeinschaftsform orientiert sich am tatsächlichen Pflegebedarf der einzelnen Mitbewohnerinnen und Mitbewohner und den entsprechenden Ansprüchen an die Kostenträger. Diese Ansprüche werden „in einen Topf geworfen“ und von der Summe wird ambulante Pflege „eingekauft“. Es liegt am Geschick der beteiligten Akteure (und häufig am Verhalten des beteiligten Sozialhilfeträgers) wie viel personelle Kapazitäten unterm Strich für die pflegebedürftigen Menschen zur Verfügung stehen. Dieses Modell ist am ehesten zugeschnitten auf bereits erheblich pflegebedürftige/demenzkranken Menschen, die mindestens

3 Adressen finden Sie im Anhang

der Pflegestufe II zugeordnet sind. Dieser Typus wird repräsentiert durch die Wohngemeinschaften in Berlin und Ostwestfalen (Bielefeld und Umgebung).

Während die beiden ambulanten Typen sich vornehmlich in der „Personalpolitik“ unterscheiden, ist der Unterschied zwischen den stationären und den ambulanten Typen grundsätzlicher Natur. Als gemeinsamer Nenner darf zwar als Ziel die familienähnliche Struktur und eine an „Normalität“ orientierte Organisation des Tagesablaufs gelten, doch sind die gesetzlich geregelten Rahmenbedingungen in ihrer Unterschiedlichkeit gravierend.

2.2.1 Die einzelnen Organisationsformen im Detail

Wohngemeinschaften im traditionellen stationären Milieu

Pflegeheime sind in ein umfassendes Regelsystem eingebunden, in dessen Mittelpunkt der *Betreiber* auf der einen und unterschiedlichste sozial- und ordnungsrechtliche Institutionen auf der anderen Seite stehen (Pflegekassen, Sozialhilfeträger, Heimaufsichtsbehörde, Gesundheitsämter etc.). Ohne dieses System als solches in Frage stellen zu wollen, gilt es doch zu konstatieren, dass in diesem Geflecht die vielbeschworene Orientierung an den Bedürfnissen der Heimbewohner doch häufig auf der Strecke zu bleiben droht. Um nur einige Beispiele zu nennen: Eine häuslich anmutende, gemütliche Ausstattung von Gemeinschaftsräumen („Wohnzimmern“) ist im Rahmen der Heimmindestbauverordnung und des Brandschutzes (immer noch) schwer zu realisieren. Die gemeinschaftliche genutzte (Wohn-)Küche stößt auf vielfältige Barrieren der entsprechenden Hygienebestimmungen. Der „Pfleagesatz-Korridor“ erlaubt in der Regel keine Personalausstattung, die den Pflege- und Betreuungsbedarfen gerade demenziell erkrankter älterer Menschen ausreichend Rechnung trägt.

Vielen Heimbetreibern scheint es nicht zu gelingen, für die Versorgung demenzkranker Heimbewohnerinnen und Heimbewohner spezielle Pflegesätze auszuhandeln, die eine den Bedürfnissen dieses Personenkreises angemessene Versorgung sichern würden.

Umso positiver sind deshalb trotzdem realisierte Projekte im stationären Bereich zu bewerten, wie sie z. B. in Hamburg, Stuttgart und Polle zu finden sind.

In der Gesamtbewertung des traditionellen stationären Versorgungssystems bleibt festzuhalten, dass sich die pflegerische Infrastruktur leider nicht in dem Maße an das veränderte Klientel angepasst hat, wie es inhaltlich (und wirtschaftlich!) notwendig wäre.

Heimverbundene Hausgemeinschaften

Ein ganz neuer Typ von Wohngemeinschaft innerhalb der stationären Versorgung hat sich modellhaft in Wetter bei Marburg etabliert.

Äußerlich handelt es sich bei dieser „heimverbundenen Hausgemeinschaft“ um eine ganz normale große Wohnung, die aber geographisch und organisatorisch dem „Mutterhaus“ (vollstationäres Pflegeheim) zugeordnet ist.

Dem Träger, der *Altenhilfe Wetter*⁴, ist es gelungen, mit der Heimaufsichtsbehörde einige Ausnahmen von der Heimmindestbauverordnung auszuhandeln (was grundsätzlich immer möglich ist, leider viel zu selten von den Heimbetreibern versucht wird), die den häuslichen Charakter der Immobilie erhalten haben.

Im Bereich der Bäder wurden allerdings keine Kompromisse gemacht, die beide nach DIN 18025, Teil 1 (behindertengerecht) ausgestattet sind. Ebenso ist eine Fäkalienspüle vorhanden, von der die Heimaufsicht nicht absehen wollte.

Interessant ist bei dieser Konstruktion die Personalausstattung. So konnte durch den Hinweis auf das nahe gelegene Mutterhaus mit der Heimaufsicht ausgehandelt werden, dass für die Nachtwache keine examinierten Kräfte vorgehalten werden müssen und die eingesparten Ressourcen auf diese Weise im Tagdienst zur Verfügung stehen.

Die „heimverbundene Hausgemeinschaft“ in Wetter profitiert auf diese Weise sowohl von der vorhandenen Infrastruktur des nahen Haupthauses, als auch von der speziellen Architektur und häuslichen Struktur der Wohnung, die in einem Mehrfamilienhaus angesiedelt ist. Einschränkung muss allerdings erwähnt werden, dass die Pflegesätze vom Mutterhaus subventioniert werden.

Mit diesem Beispiel könnte sich ein Ausweg aus dem derzeit vorhandenen Dilemma der stationären Versorgung Demenzkranker andeuten. An einer gründlichen Umstrukturierung der stationären Versorgung für Demenzkranke auch in den konventionell strukturierten Pflegeeinrichtungen führt aber auf mittlere Sicht kein Weg vorbei.

Fazit:

Gemessen an der Vielzahl der Pflegeplätze und der Bedeutung des stationären Sektors in der pflegerischen Versorgung Demenzkranker gibt es derzeit leider nicht allzu viel Grund zur Zufriedenheit.

Den lobenswerten Beispielen praktizierter Wohngemeinschaften („Hausgemeinschaften“, Wohngruppen etc.) für Demenzkranke steht leider immer noch zu oft die mehr oder weniger konzeptionslose pflegerische Versorgung in großen Einheiten mit Funktionspflege gegenüber. Natürlich sind hierbei in erster Linie die Träger der Einrichtungen und der Kosten aufgerufen, schnellstens Abhilfe zu schaffen. Aber auch Leitungskräfte, Mitarbeiter und nicht zuletzt Ange-

4 Kontakt: Altenhilfe Wetter, Schulstraße 29, 35083 Wetter

hörige können (und müssen!) durch „sanften Druck“ und eigenes Engagement die Rahmenbedingungen für eine angemessene Pflege Demenzkranker mitgestalten.

Eine grundsätzliche Frage, nämlich die, ob Wohngemeinschaften für manche Demenzkranke z. B. sog. Läufer, eine ungeeignete Wohnform sind (weil zu eng), ist unter den Experten strittig. Eine Position besagt, dass die Architektur und Pflegeform an die Verhaltensauffälligkeit des Demenzkranken angepasst werden muss; die andere behauptet, dass Verhaltensauffälligkeiten in einer Wohngemeinschaft mit ausreichender Betreuung erst gar nicht entstehen bzw. entscheidend reduziert werden können. Hier tut sich ein interessantes Feld für empirische Forschung auf, die entsprechenden Auswirkungen der Umgebung auf die Erkrankten zu untersuchen.

Ambulant betreute Wohngemeinschaften

Ambulant betreute Wohngemeinschaften mit pflegebedürftigen/demenzkranken alten Menschen sind nicht nur relativ junge Gewächse in der Altenpflegelandschaft, sie stellen auch in letzter Konsequenz einen echten **Paradigmenwechsel** im Verhältnis Pflegeanbieter - Kunde/Patient dar. Wie in der traditionellen ambulanten Pflege im Einzelhaushalt des Patienten bestimmen hier die Wohngemeinschaftsbewohner (bzw. deren Angehörige oder gesetzliche Betreuer):

- wer Pflege und Betreuung bereitstellt
- wie Pflege und Betreuung strukturiert sein sollen
- mit wem die Wohnung geteilt wird (keine „Personenneutralität“ wie im Heim)
- wie die Wohnung ausgestattet wird
- was gegessen und getrunken wird etc.

Damit ist auch gleichzeitig eine der zentralen Bedingungen solcher ambulant betreuten Wohngemeinschaften angesprochen, nämlich das Vorhandensein engagierter Angehöriger und gesetzlicher Betreuer. Dies vor allem deshalb, weil nur sie Gewähr dafür bieten können, dass das konstituierende Moment einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft - die Ausübung des Wahlrechts hinsichtlich des Pflegeanbieters - erfüllt ist.

Ein Dilemma, in dem sich viele Initiativen zur Etablierung von „Demenz-WG´s“ befinden, besteht in der Tatsache, dass sich unter den Initiatoren fast immer ambulante Pflegedienste befinden, ohne deren Know-how und Engagement es auch kaum eine der bisher funktionierenden Wohngemeinschaften geben würde. Diese Pflegedienste dürfen nämlich nicht die (zukünftigen) Wohngemeinschaftsbewohner - in welcher Form auch immer - an die Entgegennahme pflegerischer Leistungen von ausschließlich einem Anbieter binden. Wenn sie dies trotzdem versuchen, verlieren sie damit ihren Status als ambulante Dienstleister und mutieren

zum Betreiber. Besonders eklatant wäre die doppelte Funktion als Vermieter und Pflegeanbieter. In diesem Fall hätte der Pflegedienst (ob gewollt oder nicht) ein „Mini-Heim“ etabliert; mit allen entsprechenden Konsequenzen hinsichtlich baulicher und personeller Ausstattung.

2.3 Die Rahmenbedingungen der ambulanten Organisationsform

Obwohl die Etablierung von Kleinstheimen mit Wohngemeinschaftscharakter ausdrücklich zu begrüßen ist, bieten ambulant versorgte Wohngemeinschaften eine Reihe von Vorzügen (für die Nutzer!), die ich im folgenden kurz aufliste:

- Integration in ein ganz normales Wohnumfeld - kein „Verstecken“ der Pflegebedürftigen/Demenzkranken
- Ausstattung und Tagesabläufe wie in jedem anderen Privathaushalt - bei Bedarf mit entsprechender Wohnraumanpassung
- Möglichkeit der Beteiligung von pflegebereiten und -fähigen Angehörigen am „Dienstplan“ (und damit Kostenreduktion)
- Beteiligung der Krankenkassen als Kostenträger behandlungspflegerischer Maßnahmen, da sozialrechtlich „eigener Haushalt“
- Beteiligung der Bewohner an allen relevanten Haushaltstätigkeiten (Kochen, Einkaufen, Reinigung etc.)
- und vor allem: Deutliche Stärkung der Rolle des Kunden/Patienten in Hinsicht auf Gestaltung der Personalauswahl, der Pflegeabläufe und -prioritäten und des Alltags

Trotz dieser offenkundigen Vorteile von ambulant organisierten kollektiven Pflegemodellen, haben Wohngemeinschaften für pflegebedürftige und demenzkranke Menschen bislang nicht die Verbreitung erreicht, die entsprechend nahe läge.

Verantwortlich dafür sind nach allen Erfahrungen eine Reihe zu bewältigender organisatorischer Rahmenbedingungen, die in ihrer Gesamtheit der Organisation einer klassischen stationären Pflegeeinrichtung nicht nachstehen. Zu nennen sind dabei vor allem:

1. Die Suche nach geeignetem Wohnraum. Große Wohnungen oder Häuser, die den Ansprüchen für eine kollektive Pflegeform genügen, sind auf dem deutschen Wohnungsmarkt eher dünn gesät. Bewährt haben sich Größenordnungen mit 6 bis 8 Pflegebedürftigen, die sowohl unter gruppenspezifischen als auch unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten anzuraten sind.
2. Die Organisation des „Kundenkollektivs“. Es gilt, Bewohner bzw. Angehörige/gesetzliche Betreuer an einen Tisch zu bringen, die sich über die gemeinschaftliche Nutzung einer Wohnung/eines Hauses verständigen.

3. Die Suche nach einem oder mehreren Pflegeanbietern, die fachpflegerisch und organisatorisch in der Lage sind, die Wohngemeinschaft zu versorgen.
4. Die Feststellung des individuellen Pflegebedarfs der einzelnen Bewohner und eine entsprechende Klärung der Ansprüche mit den unterschiedlichen Kostenträgern.
5. Die Organisation des Personaleinsatzes auf der Grundlage der Gesamteinnahmen durch die WG-Bewohner.
6. Die kontinuierliche Begleitung des Projekts durch regelmäßige Angehörigen-/Betreuertreffs, Reflexionen mit Mitarbeitern des/der Pflegedienste(s) und allen anderen beteiligten Institutionen.

Die ersten drei Punkte dieser Aufzählung stellen Leistungen dar, die im Rahmen der Regelversorgung nicht refinanzierbar sind. Sie bleiben also - mit den wenigen Ausnahmen der Modellfinanzierungen - an den Organisatoren der Wohngemeinschaften hängen. Das bedeutet, dass ein großer Teil des Vorlaufs nur funktioniert, wenn sich zukünftige Bewohner (meist aber deren Angehörige/gesetzliche Betreuer) und oder entsprechende Interessenvertretungen engagieren. Andere Dinge werden von den Sozialarbeitern und Pflegedienstleitungen der beteiligten Pflegedienste übernommen (z. B. Kostenklärung).

Die Organisation einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft bedeutet ohne Zweifel einen hohen Aufwand, der - wie zahlreiche Beispiele mittlerweile belegen - sich aber immer dann lohnt, wenn Angehörige, Vermieter und Pflegedienste zu einem partnerschaftlichen Verhältnis finden.

Sollte dies einmal nicht gelingen, können sich die Angehörigen und/oder gesetzlichen Betreuer aber auch von einem Pflegedienst trennen und sich andere suchen. In Berlin gab es bereits einige Wechsel von Pflegeanbietern in Wohngemeinschaften zu beobachten.

Solche Wohngemeinschaftsinitiativen sollten sich Unterstützung bei ihren Interessenorganisationen holen. Die regionalen Alzheimer-Gesellschaften sind kompetente Ansprechpartner ebenso wie z. B. die „Freunde alter Menschen - les petits frères des Pauvres“⁵, die in Berlin und Mainz ansässig sind.

Die Qualität (trotz des eher geringen Anteils an 3jährig examinierten Kräften) der Pflege/Betreuung in den „Demenz-WG´s“ ergibt sich aus zwei Rahmenbedingungen:

1. Dem Verhältnis Bewohner-Personal. Es ist in der Regel möglich, eine Doppelbesetzung am Tag zu realisieren, also zwei Pflegekräfte (Präsenzkkräfte) auf (meist) sechs Bewohner.

5 Kontakt: Freunde alter Menschen e.V., Hornstraße 21, 10963 Berlin, Tel. 030/6911883
Internet: www.freunde-alter-menschen.de

2. Der Alltagsorganisation mit einem hohen Maß an „Normalität“ und Bewohner-Beteiligung. In den „Demenz-WG´s“ findet die Pflege nicht „am Bett“, sondern am Küchentisch statt! Dies beinhaltet auch eine Neudefinition des Pflegebegriffs bei Demenzkranken. „Pflege“ und „Betreuung“ sind in den Wohngemeinschaften für Demenzkranke keine unterschiedlichen Disziplinen.



Abb. 1: In den Wohngemeinschaften für Demenzkranke können die Bewohner ihren liebgewonnenen Gewohnheiten nachgehen, die häufig die letzte Stütze ihrer Persönlichkeiten darstellen

Kosten

Es lassen sich lediglich Durchschnittswerte angeben, da es ja bei Wohngemeinschaften keinen Tagessatz gibt, sondern die Bewohner als Mieter einer Wohnung Ausgaben für Wohnung, Energie, Telefon und Wirtschaftsbedarf haben, die unterschiedlich hoch sein können (ungefähr 500,- Euro, je nach Größe und Ausstattung der Wohnung).

Dazu kommen die Kosten für pflegerische Versorgung, die - bei ausschließlichem Einsatz von professionellem Personal - bei einem WG-Bewohner mit der Pflegestufe II ungefähr Euro 2.600,- ausmachen. Dieser Betrag orientiert sich immer - wie in der „ganz normalen“ ambulanten Pflege auch - am tatsächlichen Pflegebedarf des entsprechenden alten Menschen. Da die Erstattungen der Pflegeversicherung dafür nicht ausreichen, bleibt also stets der Bewohner selbst bzw. der Sozialhilfeträger (über §§ 68/69 BSHG) in der Pflicht. Bei Gesamtkosten von ca. 3.100,- Euro bieten Wohngemeinschaften also nicht unbedingt einen „Dumping-Preis“. Die Betreuungsquali-

tät, die Personaldichte und nicht zuletzt die rehabilitativen Möglichkeiten des WG-Konzepts rechtfertigen den Preis m.E. aber allemal.

Kommen neben den professionellen Kräften noch Angehörige zum Diensteinsatz, lassen sich die Kosten für das umsorgte Leben in einer Wohngemeinschaft durchaus unter das Niveau eines stationären Pflegeplatzes senken.

Fazit:

Ambulant betreute Wohngemeinschaften sind im Rahmen gängiger sozial- und ordnungsrechtlicher Regelungen zu bewerkstelligen, wenn sie sich konsequent als komplementär zum ambulanten Versorgungssystem verstehen. Sie werden aber auf lange Sicht nur eine Überlebenschance haben, wenn sie als Initiative von Angehörigen und gesetzlichen Betreuern und deren Organisationen gestartet werden und Pflegeanbieter entsprechend ausschließlich die Rolle des Dienstleisters repräsentieren. In dieser Weise stellen Pflege-Wohngemeinschaften einen echten Paradigmenwechsel dar, der da lautet: Weg von einem trärgesteuerten und hin zu einem nutzergesteuerten Versorgungssystem.

TEIL I

3 ORGANISATION VON AMBULANT BETREUTEN WOHNGEMEINSCHAFTEN AUS DER PERSPEKTIVE VON ANGEHÖRIGEN UND GESETZLICHEN BETREUERN („MAN NEHME....“)

Eine ambulant betreute Wohngruppe mit älteren demenzkranken und pflegebedürftigen Menschen zu organisieren ist eine arbeits- und kommunikationsintensive Angelegenheit! Dies vor allem, weil es sich hierbei nicht um ein trägergesteuertes, sondern um ein nutzergesteuertes Modell handelt. Vorweg sei schon einmal eine Warnung und eine Bitte ausgesprochen: Potentielle Initiatoren sollten erst gar nicht versuchen, allein eine Wohngemeinschaft auf die Beine zu stellen. Sie brauchen dazu immer engagierte und frustrationstolerante Partner mit langem Atem, um so ein Projekt erfolgreich auf den Weg zu bringen.

Vorab aber erst einmal die Darstellung einiger der handfesten und unerlässlichen Informationen zu den organisatorischen Rahmenbedingungen einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft für demenziell erkrankte (alte) Menschen.

3.1 Wohnen („Hotelkosten“)

Wohnen und Pflege/Betreuung sind in diesem Organisationsmodell zwei unterschiedliche Rechtskreise und nicht vertraglich aneinander gekoppelt (z. B. wie beim „Betreuten Wohnen“ durch einen sog. Betreuungsvertrag)!

Die Demenzkranken sind (vermittelt über ihre Angehörigen/gesetzlichen Betreuer) Mieter einer Wohnung oder eines Hauses, d.h. alle Namen tauchen im Mietvertrag auf.⁶

Wichtig ist hierbei, dass der Vermieter die gesamtschuldnerische Haftung des einzelnen Mieters ausschließen muss.⁷ Noch besser ist die Bereitschaft des Vermieters, einzelne Zimmer der Immobilie und den entsprechenden Anteil an den Gemeinschaftsflächen an die einzelnen Bewohner zu vermieten. Die Begeisterung vieler Vermieter dürfte sich bei diesem Modell in Grenzen halten, weil es den Verwaltungsaufwand des Wohnungsgebers erhöht. Eine weitere Alternative (weitverbreitet und gebräuchlich) ist die Zwischenschaltung eines sog. Generalmieters, d.h. einer Instanz, die die gesamte Wohnung anmietet und die einzelnen Zimmer (plus Gemeinschaftsanteil) an die alten Menschen weitervermietet.

Mit welcher Mietvertragskonstruktion auch immer: die Wohnung ist – bis auf eine Einbauküche vielleicht – leer! Entsprechend obliegt die Einrichtung den einzelnen Mietern und muss entwe-

6 Prinzipiell sind auch Eigentumsmodelle möglich, wir behandeln hier aber nur den wahrscheinlichen Normalfall

7 darauf bestehen die Amtsgerichte

der mit noch vorhandenem Mobiliar geschehen oder mit (zusätzlich) angeschafften Einrichtungsgegenständen. Einige andere Ausstattungsgegenstände (Pflegebett, Nachttisch) können über ärztliche Verordnungen von den zuständigen Kranken-/Pflegekassen finanziert werden.

Der Mietanteil jeder einzelnen Person beträgt in den meisten Wohngemeinschaften derzeit zwischen knapp 200,- Euro und gut 300,- Euro pro Person (Warmmiete). Hinzu kommen ca. 25,- Euro für Energie und Telefon.

Wie in jedem anderen Haushalt auch, fallen als weitere Kosten solche für Verpflegung an. Die bestehenden Wohngemeinschaften wirtschaften mit 220,- Euro pro Monat pro Person, womit alle Verbrauchsgüter abgedeckt sind, also Nahrungsmittel, allgemeine Toilettenartikel, Waschmittel etc.

Manche Gruppen zahlen noch 25,- Euro für Kultur (Zeitungen, Zeitschriften, Ausflüge etc.) in die Gemeinschaftskasse ein, die natürlich auch dem Wirtschaftsgeld zugeschlagen werden können.

Mietzahlung:

Wenn sich der Wohnungsgeber nicht auf Einzelmietverträge einlassen will, aber einen gemeinschaftlichen Mietvertrag unter Ausschluss der gesamtschuldnerischen Haftung akzeptiert, muss ein Mietkonto als *Treuhandkonto* eingerichtet werden, auf das alle Bewohner Ihre Mietanteile einzahlen und von dem aus die Gesamtmiete entrichtet wird. Das Haushaltskonto wird – wie in jeder anderen ambulanten Pflege auch – von der betreuenden Sozialstation geführt und regelmäßig abgerechnet.

3.2 Pflege und Betreuung

Analog dem Status der alten Menschen als Mieter geschehen die Kostenerstattungen für Pflege und Betreuung nach Kriterien der ambulanten Pflege; es gibt also keinen „Pflegesatz“ wie in einem Heim!

Die Kosten für Pflege und Betreuung sind abhängig von dem individuellen Pflegeplan, der für jeden Bewohner erstellt wird mit dem der tatsächliche Bedarf an Pflege und Betreuung erhoben wird. Das geschieht nicht etwa „über den Daumen“, sondern anhand sogenannter Leistungskomplexe oder Module, die einem bestimmten Geldwert entsprechen.

Beispiel:

Frau A. braucht täglich Hilfe bei der Nahrungsaufnahme. Dieser Leistungskomplex ist in Berlin mit 9,71 Euro dotiert. Wenn bei Frau A. auch noch andere Hilfeleistungen nötig sind, addieren die sich auf z. B. 80 Euro pro Tag. Die Pflege und Betreuung von Frau A. kostet also rund 2.500 Euro im Monat. Frau A. und ihre Mitbewohner realisieren dann ausgehend von den Pflegekosten ihre entsprechenden individuellen Ansprüche an die jeweiligen Kostenträger bzw. ihre eigenen Portemonnaies. Frau A. hat beispielweise die Pflegestufe II. Sie bekommt also von ihrer Pflegekasse 920,- Euro als Sachleistung zugestanden (ambulanter Satz). Die Differenz zu den entstehenden Kosten bei Ihrer Pflege und Betreuung muss sie aus eigener Tasche bezahlen oder (wenn Rente und Ersparnisse nicht ausreichen) ergänzende Leistungen bei ihrem Sozialhilfeträger beantragen. Hierbei können die Pflegedienste wichtige Unterstützung leisten.

Der Betrag, den vorher jeder individuell an seinen Pflegedienst gezahlt hat, wird in den Wohngemeinschaften in einen „imaginären Topf“ geworfen aus dem die Bewohner die für sie nötige Pflege gemeinsam „einkaufen“. Der ausgewählte Pflegedienst (die Angehörigen sollten sich möglichst auf **einen** einigen, sonst funktioniert das Modell nicht!) wird dann aufgefordert, anhand dieser addierten Einzelzahlungen seine Einsätze so zu gestalten, dass eine Betreuung „rund um die Uhr“ dabei herauskommt. Da ein Pflegedienst mit einer Summe von – sagen wir – 16.000,- Euro ganz anders kalkulieren kann als mit sechs Einzelzahlungen von 2.700,- Euro, ist dies auch fast immer möglich.

Mit welchen Kosten müssen Sie rechnen?

Die Befriedigung des **tatsächlichen Pflegebedarfs** eines demenziell erkrankten alten Menschen entspricht Pflegeplänen, die den Einzelnen etwa zwischen 2.500,- und 3.000,- Euro kosten. Zusammen mit den „Hotelkosten“ entstehen für jeden WG-Bewohner also Kosten von durchschnittlich 3.200,- Euro.

Da bei den meisten WG-Bewohnern der Sozialhilfeträger ergänzende Leistungen nach Bundessozialhilfegesetz (BSHG) §§ 68/69 (Hilfe zur Pflege) bereitstellen muss, lässt sich nachvollziehen, warum die Pflegestufe II in den meisten Wohngemeinschaften die Voraussetzung für einen Einzug ist.

Ein nicht unerhebliches Handicap für zukünftige WG-Bewohner ist die Tatsache, dass die Pflegekassen für die ambulante Betreuung (auch in Wohngemeinschaften!) in den ersten beiden Stufen eine geringere Sachleistung ansetzen als bei einer Heimunterbringung. Dieser Unterschied tritt besonders eklatant bei der Pflegestufe I in Erscheinung, die im Fall einer Heimunterbringung mit 1.023,- Euro dotiert ist, im Falle einer ambulanten Versorgung aber mit lediglich 383,- Euro abgegolten wird (als sog. Sachleistung).

Eine Beispielrechnung:

Bei Frau A. wird ein Pflegebedarf festgestellt, der Leistungen des Pflegedienstes in Höhe von 2.500,- Euro erfordert.

Kosten für Pflege und Betreuung	2.500,-
Beitrag der Pflegekasse (Stufe II)	920,-
Deckungslücke	1.580,-
Eigenanteil Frau A.	580,-
Kosten für Sozialhilfeträger (§§68/69)	1.000,-

Die beteiligten Kostenträger sind:

- Pflegekassen
- z.T. eigene Einkünfte und/oder Privatvermögen
- Sozialhilfeträger (§§ 68/69 BSHG)
- Krankenkassen (Behandlungspflege, Heil- und Hilfsmittel)

Die ergänzenden Zuzahlungen des zuständigen Sozialhilfeträgers (der Kommune) erfolgen auf der Basis der Begutachtungen des Sozialpsychiatrischen Dienstes, der dann entsprechende Empfehlungen formuliert.

3.3 Kostenerstattungen und Personaleinsatz

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

1. Vom Pflegebedarf der Bewohner und den entsprechenden Zahlungen an den beteiligten Pflegedienst.
2. Von der Anzahl der Bewohner: Sieben alte Menschen können mehr in den gemeinsamen Topf legen als fünf. Wohngemeinschaften mit weniger als sechs Beteiligten bringen in der Regel nicht genug Geld zusammen, um die (empfehlenswerte) Doppelbesetzung am Tage zu realisieren.
3. Von der Qualifikation der eingesetzten Mitarbeiter. Examierte Pflegekräfte sind erheblich teurer als z. B. Hauspflegerinnen. Der beteiligte Pflegedienst muss also einen intelligenten „Personalmix“ zusammenstellen, damit die Balance zwischen notwendiger Qualifikation der Mitarbeiter und einer ausreichenden zahlenmäßiger Anwesenheit gewährleistet ist. In dieser Frage muss man jedem beteiligten Pflegedienst sehr genau „auf den Zahn fühlen“.

Es wird ersichtlich, dass es schwer möglich ist (und auch unlauter wäre), einen festen Kostenrahmen für die Pflege in einer Wohngemeinschaft zu kalkulieren, auch wenn dies im Sinne der Leistungserbringer sicher angenehmer wäre. Es hängt an dem Zustand (und entsprechend dem

Pflegeaufwand) jedes einzelnen Bewohners, wie viel finanzielles Potential für Pflegeleistungen zur Verfügung steht.

Ein Sparmodell – z. B. im Vergleich zu Pflegeheimen – sind ambulant betreute Wohngemeinschaften nicht. Sie bieten allerdings bei ähnlichen Konditionen eine wesentlich höhere Betreuungsichte als dies in Pflegeheimen unter derzeitigen Rahmenbedingungen möglich ist. Auch vollstationäre Pflegeeinrichtungen werden erheblich höhere Tagessätze verlangen müssen, wenn sie eine spezielle Betreuung von Demenzkranken in Wohngruppen anbieten.



Abb.2: Individuelle Zuwendung und Körperkontakt sind wichtige Zugangswege zum Demenzkranken

3.4 Konkrete Planung

Pflegende Angehörige oder gesetzliche Betreuer, die auch in Ihrem Umfeld eine Wohngemeinschaft initiieren wollen, werden hinsichtlich ihrer Motivation und ihrer Einsatzbereitschaft auf eine harte Probe gestellt werden.

Sie werden erkennen, dass es einer Vielzahl von Voraussetzungen bedarf, bis so eine Wohngemeinschafts-Idee auf den Weg gebracht und in die Tat umgesetzt ist. Sie werden kritisch Ihre Ressourcen betrachten (müssen), sei es Ihr Zeitbudget, Ihre potentiellen Kooperationspartner,

die Anzahl und Einsatzbereitschaft potentieller Mitstreiterinnen und Mitstreiter, ihre Verankerung im Gemeinwesen, ihr Verhältnis zu Administration und Kostenträgern und etliches mehr.

Eine Planungshilfe, wie sie im Titel versprochen ist, würde nicht diesen Namen verdienen, wenn sie nicht eine „Checkliste“ der notwendigen Arbeitsschritte enthielte, die sowohl im Vorfeld als auch bei bereits laufendem „Betrieb“ einer Wohngemeinschaft für Demenzkranke anfallen.

Betrachten Sie die nachfolgenden Hinweise wie ein Kochrezept: einige Zutaten müssen unbedingt hinein, bei anderen können Sie durchaus variieren und ihre persönliche Geschmacksnote einbringen.

Im Vorfeld:

Suchen Sie sich geeignete Partner! Sie brauchen unbedingt:

- Mit-Initiatoren, seien es
- Andere Angehörige von demenziell erkrankten Menschen, die ihre erkrankten Verwandten in einer Wohngemeinschaft betreut sehen möchten oder
- Engagierte professionelle Betreuer (Betreuungsvereine), die sich für ihre Betreuten eine unter heutigen Bedingungen optimale Versorgung wünschen und auch bereit sind, dafür mehr Zeit und Kraft zu investieren, als dies bei einer Heimunterbringung der Fall wäre.
- Einen oder zwei (miteinander kooperationswillige) Pflegedienste, denen Sie eine kompetente Pflege und Betreuung ihrer betroffenen alten Menschen zutrauen. Sie sollten diesem Aspekt große Aufmerksamkeit widmen, denn mit der Auswahl des geeigneten Pflegedienstes steht und fällt das ganze Unternehmen. Tauschen Sie vorab Ihre Erfahrungen über die möglichen Anbieter aus und führen Sie intensive Gespräche mit deren Leitungskräften.
- Eine Instanz, die konsequent die Interessen der zukünftigen Bewohner vertritt und insofern Neutralität gewährleistet, als dass sie keinerlei wirtschaftliche Interessen mit der Wohngemeinschaft verfolgt. Dieser Instanz können äußerst wichtige Funktionen obliegen, z. B. die treuhändlerische Anmietung von Wohnraum (als Generalmieter), die Kontenführung der WG oder auch die „Patenschaft“ für die zukünftigen Bewohner im allgemeinen. Sie werden in Ihrem Gemeinwesen eine Reihe von Organisationen vorfinden, die für solche Funktionen in Frage kommen. Ob es die regionalen Verbände der Deutschen Alzheimer Gesellschaft sind, andere Zusammenschlüsse von betroffenen Angehörigen oder auch eine engagierte Kirchengemeinde spielt dabei keine entscheidende Rolle. Entscheidend ist in erster Linie, dass diese Organisation glaubwürdig eine konsequente Betroffenenvertretung symbolisiert und garantiert.
- Einen Vermieter, der bereit ist, an einen Treuhänder oder aber auch an verschiedene alte Menschen geeigneten Wohnraum zu vermieten.

Um die Erfolgsaussichten Ihres Wohngemeinschaftsprojekts zu steigern sind weiterhin hilfreich:

- Eine regelmäßig tagende Arbeitsgruppe/Arbeitsgemeinschaft, die den Planungsprozess begleitet und unterstützt. Dies kann eine bereits vorhandene Struktur sein (wie z. B. die „Psycho-sozialen Arbeitsgemeinschaften“ der Berliner Bezirke) oder aber auch eine, die durch eine WG-Initiative erst ins Leben gerufen wird. Es sollten jedenfalls die unterschiedlichen beteiligten/betroffenen Personen und Institutionen vertreten sein, also:

Pflegedienst(e), Betreuer, Interessenvertretungen, Kommune, Kostenträger etc). Je breiter die Basis, die von der Notwendigkeit und der Realisierbarkeit der zukünftigen Pflege-Wohngemeinschaft überzeugt ist, desto größer die Erfolgsaussichten!

- Eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit, die auf der Basis der eigenen Sachkenntnis, geeigneten Materials (Berichte, Filme, Fotos von erfolgreichen WG-Projekten) und entsprechender Überzeugungskraft Medien und (Fach)Öffentlichkeit für die Thematik interessiert.
- Die sorgfältige Auswahl eines geeigneten (sozialen) Umfeldes für die zukünftige Wohngemeinschaft. Hierzu können sehr unterschiedliche Dinge gehören, z. B. ein kleiner Garten, eine verkehrsberuhigte Lage, eine intakte Nachbarschaft, die Nähe zu Dienstleistern und Einkaufsmöglichkeiten und vieles mehr. Die Gewichtung der entsprechenden Komponenten sollten Sie anhand der Bewohnerauswahl und der entsprechenden Bedürfnisse und Bedarfe vornehmen.

Damit sind die wesentlich Rahmenbedingungen aufgeführt, die es im Vorfeld einer WG-Gründung zu beachten gilt.

Nachfolgend finden Sie eine detaillierte Checkliste mit einzelnen Handlungsschritten, die thematisch geordnet - von Ihnen und Ihren Kooperationspartnern im weiteren Verlauf unternommen werden müssen.

3.5 Auswahl des Standorts: Grundvoraussetzungen

Immobilien, die für die Beherbergung einer Wohngemeinschaft für demenziell erkrankte (ältere) Menschen geeignet sind, müssen eine Reihe von Voraussetzungen bieten, die man auch als **Minimalstandards** beschreiben kann:

- a) Größe: Sie sollten von einem Bedarf pro Person von ca. 30 Quadratmetern ausgehen, wobei sich der Anteil von Privatfläche (Individualzimmer) und Gemeinschaftsfläche etwa die Waage halten sollte. Das Privatzimmer darf auch ruhig einmal etwas kleiner ausfallen, denn erfahrungsgemäß verbringen Demenzkranke den überwiegenden Teil des Tages in der Gemeinschaft und benutzen ihr Privatzimmer vornehmlich zum Ruhen und Schlafen.
- b) Raumaufteilung: Die Immobilie sollte in jedem Fall über eine große Küche und einen (möglichst direkt angrenzenden) großen Gemeinschaftsraum (Wohn-/Esszimmer) verfügen. Flure sollten möglichst als „Rundlauf“ konzipiert sein und/oder kleine Nischen vorweisen, in denen man verweilen kann. Für sechs Bewohner sollten mindestens zwei Bäder vorhanden sein, von denen eines mit einer Dusche ausgestattet sein sollte, das

zweite mit einer Badewanne. Von großem Vorteil ist ein Hauswirtschaftsraum, in dem gewaschen, gebügelt und gelagert werden kann.

- c) **Barrierefreiheit:** Die Immobilie sollte über Aufzug oder - wenn überhaupt - wenige Treppenstufen zu erreichen sein. Innerhalb der Wohnung sollten keine Schwellen vorhanden sein. Leider muss man selbst bei Wohnungen mit Aufzug häufig noch einige Treppenstufen überwinden. Die Anpassung an Handicaps der Bewohner kann dann peu à peu über Wohnraumanpassungsmaßnahmen geschehen, die unter anderem auch von der Pflegekasse (bis max. Euro 2.556,- pro Maßnahme pro Bewohner) mitfinanziert werden. Leider lassen sich Einzelansprüche bei Wohnraumanpassung nicht addieren, d.h. auch wenn eine Maßnahme mehreren Bewohnern zugute kommt wird sie nur mit max. diesem Betrag finanziert. Der barrierefreie Umbau eines Bades z. B. lässt sich aber in der Regel innerhalb dieses Kostenrahmens realisieren. Die ambulanten Pflegedienste sollten sich hiermit auskennen und Sie entsprechend beraten.

Arbeitsschritte rund um die Immobilie:

- (1) Besichtigung von möglichen Wohnungen/Häusern: Größe, Grundriss (Rundlauf möglich?), Anzahl der Zimmer, Lage, soziales Umfeld
- (2) Prüfen: Realisierung von Barrierefreiheit möglich? (Aufzug?, Türschwellen, Türanschlag etc)
- (3) Prüfen: Veränderungen von Baudetails möglich? (z. B. Integration von Wohnzimmer und Küche)
- (4) Prüfen: Installation von Hilfsmitteln (Haltegriffe, Toilettensitzerhöhungen etc) möglich?
- (5) Prüfen: Ausreichende Kenntnisse von technischen Hilfsmitteln vorhanden? Kostenträger? Antragsverfahren?
- (6) Klären: Möblierung/Ausstattung von Gemeinschaftsräumen (z. B. Einbauküche). Reicht vorhandenes Mobiliar der zukünftigen Bewohner aus? Wie werden die Kosten verteilt? (auch bei möglichen notwendigen Umbauten)!

3.6 Parallel: Abklären von Inhalten des Betreuungskonzepts

- (1) Welche Prioritäten haben die einzelnen Initiatoren? Sind Wünsche und Interessen miteinander kompatibel?
- (2) Grundsätzliche Klärung über Zusammensetzung der WG (gleichgeschlechtlich, gemischt, Ehepaare, ausschließlich demenziell Erkrankte?) Nach heutigen Erfahrungen rate ich von einer Mischung von Demenzkranken und Nichtbetroffenen ab! Eine homogene Zusammensetzung bedeutet weniger Stress für Bewohner wie für das eingesetzte Personal. Eine Ausnahme könnte die Entscheidung für die „Aufnahme“ von (Ehe)Paaren sein, bei denen ein Partner von Demenz betroffen ist.

- (3) Sind die finanziellen Möglichkeiten der einzelnen Bewohner miteinander vereinbar (wichtig bei der Auswahl der Immobilie)
- (4) Entsprechen die Betreuungswünsche dem tatsächlichen Hilfebedarf (und der entsprechenden Finanzierung durch Kostenträger) des zukünftigen Bewohners?
- (5) Verfügen die potentiellen Bewohner über eine entsprechende Pflegestufe (bzw. sind sie in der Lage, entsprechende Leistungen selbst zu finanzieren?)
- (6) Wer soll Betreuungsleistungen außerhalb des Modulsystems (z. B. spazieren gehen) realisieren? Erwartungen an den Pflegedienst? Soll eine planmäßige Beteiligung von Angehörigen am „Dienstplan“ realisiert werden?
- (7) Welche Qualifikationen/Eigenschaften sollen Mitarbeiter des Pflegedienstes mitbringen?
- (8) Welchen Stellenwert sollen Ernährung, Sauberkeit, Ordnung etc. haben?
- (9) Sollen Haustiere mit einziehen dürfen, darf geraucht werden etc.?

An der Vielzahl der zu berücksichtigenden Details wird deutlich, wie wichtig eine Organisationsstruktur im Hintergrund dieser Initiativen ist. Es sollte immer zuerst versucht werden, eine Organisation (regionale Alzheimer Gesellschaft, Kirchengemeinde oder ähnliche) zu gewinnen, die den ganzen Prozess begleitet. Bei einigen dieser Punkte ist es sinnvoll, bereits Ansprechpartner des ausgewählten Pflegedienstes hinzu zu ziehen. Unter Umständen können auch Mitarbeiter des Pflegedienstes einzelne Aufgabenbereiche übernehmen bzw. Vorarbeiten dazu leisten.

Wenn die Gruppe der zukünftigen Bewohner feststeht und die Immobile gefunden ist, stehen folgende Aufgaben (zur Verteilung) an:

- (1) Inventarlisten von jedem Haushalt anfertigen, der in die zukünftige Wohngemeinschaft einziehen soll (damit nicht bei Einzug 6 Kühlschränke aber keine Waschmaschine vorhanden sind)
- (2) Pflegepläne durch den beteiligten Pflegedienst erstellen lassen, bei Bedarf Anträge beim zuständigen Sozialhilfeträger auf Kostenübernahme stellen (nach §§ 68/69 Bundessozialhilfegesetz). Hierbei unterstützt Sie der beteiligte Pflegedienst.
- (3) Einrichtung der gemeinschaftlich genutzten Räume klären (Küche, Wohnzimmer, Bäder). Kalkulation von evtl. notwendigen Neuanschaffungen.
- (4) Treffen mit den zukünftigen Mitarbeitern des Pflegedienstes, deren Einsatzort die Wohngemeinschaft ist. Abklären von (gegenseitigen) Erwartungen.

- (5) Organisation von „Schnupper-Treffs“ der potentiellen zukünftigen Bewohner/innen. Unter Beteiligung von Angehörigen/Betreuern? Finanzierung? Anwesenheit von zukünftigen WG-Mitarbeitern empfehlenswert!
- (6) Vorläufige Zimmerauswahl nach individuellen Bedürfnissen (Platzbedarf für Rollstuhlfahrer, Nähe zum Bad bei Blasenschwäche, gestörten Tag/Nacht - Rhythmus berücksichtigen etc)
- (7) Kontaktaufnahme zu zukünftigen Nachbarn der WG. Akzeptanz im näheren Umfeld schaffen!

Initiativen, die an diesem Punkt angelangt sind, haben das Größte hinter sich! Jetzt verbleibt „nur“ noch, regelmäßig Kontakt mit dem Pflegedienst zu vereinbaren („Angehörigentreffen“, „Manöverkritik“), die Verständigung mit den übrigen Angehörigen/gesetzlichen Betreuern über das begleitende Engagement (z. B. Feste feiern, Ausflüge machen) und die zu erwartende Befriedigung zu genießen, für den demenzkranken Angehörigen bzw. Betreuten das Beste für seine zukünftige pflegerische Betreuung getan zu haben.

TEIL II

4 AMBULANT BETREUTE WOHNGEMEINSCHAFTEN FÜR DEMENTZKRANKE – EIN NEUES ARBEITSFELD FÜR AMBULANTE PFLEGEDIENSTE –

Gerontopsychiatrische Erkrankungen und ihre Auswirkungen sind immer häufiger die Indikation für häusliche Pflege. Im Vergleich zum stationären Sektor – wo der Anteil der gerontopsychiatrisch erkrankten Heimbewohner bei mittlerweile 50% und mehr angelangt ist – überwiegen aber in der häuslichen Pflege in der Regel (noch) die Pflegebedürftigen mit somatischen Erkrankungen.

Man kann allerdings aktuell davon ausgehen, dass der Anteil der Patienten, die an demenziellen Erkrankungen leiden, stark zunehmen wird.

Demenzkranke repräsentieren die größte Gruppe

Die größte Gruppe innerhalb der gerontopsychiatrischen Patienten repräsentieren die Demenzkranken (Alzheimer-Demenz, vaskuläre Demenzen etc), aber auch Depressionen, paranoide Psychosen und Suchtkrankheiten (Alkohol und/oder Medikamente) nehmen innerhalb der Gruppe der (Hoch)-Betagten offensichtlich immer mehr zu.

Die Krankheitssituation dieser Menschen und ihre Auswirkungen sind für alle damit Konfrontierten – ob professionelle Pflegekräfte, Angehörige oder Nachbarn – eine ungeheure Herausforderung und nicht selten eine ebensolche Belastung.

Die Grenzen einer ambulanten Versorgung werden am ehesten an dieser Patientengruppe sichtbar, besonders dann, wenn es sich um demenziell erkrankte ältere Menschen handelt. Ambulante Dienste können den „Automatismus“ der Übersiedlung ihrer Patienten in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung in der Regel kaum verhindern; vor allem dann nicht, wenn sie auf sich allein gestellt sind.

Dort, wo noch Angehörige in der Pflege involviert sind, kann dieser Prozess oftmals noch länger hinausgezögert oder gar ganz vermieden werden, wenngleich die beteiligten Anverwandten häufig einen hohen Tribut an die eigene Gesundheit zollen.

Was können ambulante Pflegedienste tun?

Ambulante Pflegedienste müssen auf die beschriebenen Veränderungen in der Patientenstruktur reagieren, wenn Sie nicht ihre demenziell erkrankten Patienten (früher oder später) an teiler oder vollstationäre Pflegeeinrichtungen verlieren wollen. Mit spezieller Beratung für Angehörige

ge, einer verstärkten Kooperation mit Kliniken, Fachärzten und gerontopsychiatrischen Tagespflegestätten und neuerdings auch mit der pflegerischen Betreuung von Wohngemeinschaften für Demenzkranke sind richtungsweisende Wege beschritten worden. Diese können nicht nur verhindern, dass ambulante Dienste aus dem „Markt“ der Pflege von demenzkranken alten Menschen gedrängt werden, sondern auch und vor allem, dass betroffene alte Menschen ihre verbleibende Lebenszeit in einer Umgebung verbringen müssen, die Ihnen und dem Krankheitsbild meist nicht angemessen ist. Dieser Schritt wird aber nur denjenigen Pflegediensten gelingen, die in die entsprechende Qualifizierung ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter investieren und damit ihren zukünftigen Kunden plausibel ihre Kompetenz für diese Arbeit nachweisen können.

4.1 Sozial- und ordnungsrechtliche Grundlagen von ambulant betreuten Wohngemeinschaften

In der Vergangenheit sind viele Wohngemeinschaftsprojekte an der unklaren Verortung im ordnungs- und sozialrechtlichen Regelsystem gescheitert. Insbesondere die Frage, ob es sich bei Wohngemeinschaften um Einrichtungen im Sinne des Heimgesetzes handelt oder nicht, war häufig die Ursache von Konflikten mit Heimaufsichtsbehörden und Kostenträgern.

Es gilt also zuerst zu klären, unter welchen organisatorischen Rahmenbedingungen eine Wohngemeinschaft als eine Einrichtung im Sinne des Heimgesetzes betrachtet werden muss und welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, damit sie den Status einer „Häuslichkeit“ erhält.

4.1.1 Die ambulante betreute Wohngemeinschaft als „Einrichtung“

Das **Heimgesetz** ist in seiner Definition, wann eine Immobilie, in der alte Menschen gemeinschaftlich wohnen und sich versorgen lassen eine **Einrichtung** darstellt, eindeutig:

Sie muss „dem Zwecke dienen, ältere Menschen oder pflegebedürftige oder behinderte Volljährige aufzunehmen, ihnen Wohnraum zu überlassen sowie Betreuung und Verpflegung zur Verfügung zu stellen oder vorzuhalten. (§1, Abs.1, Satz 2)

Der Heimstatus setzt also einen Betreiber voraus, der sowohl Unterbringung als auch (pflegerische) Dienstleistungen obligatorisch aus einer Hand anbietet.

Klassische Beispiele für diesen Typus sind die stationären Pflegeheime, aber auch viele Einrichtungen des „Betreuten Wohnens“ fallen unter diese Kategorie, wenn sie ihren Bewohnern per Betreuungsvertrag Dienstleistungen obligatorisch anbieten, die über Beratung, Dienstleistungsvermittlung und Notruf hinausgehen.

Interessant ist bei diesen Konstruktionen – worunter vor allem die sog. Residenzen oder Seniorenstifte fallen – dass benötigte pflegerische Dienstleistungen häufig von angeschlossenen ambulanten Pflegediensten erbracht werden. Diese können unter der Verantwortung des Trägers oder aber auch per Dienstleistungsvertrag agieren.

Merke:

- Der Status einer Einrichtung im Sinne des Heimgesetzes indiziert nicht zwangsläufig den Status „vollstationär“, d. h. auch was nicht wie ein Heim aussieht, kann dennoch unter das Heimgesetz fallen.
- Bei Einrichtungen des „Betreuten Wohnens“ mit obligatorischem Pflegeangebot greifen prinzipiell alle Bestimmungen des Heimgesetzes, vor allem solche, die den Bewohnerschutz betreffen, aber auch die Heimmindestbauverordnung und (zumindest theoretisch) auch die Heimpersonalverordnung.
- Auch eine Einrichtung des „Betreuten Wohnens“ kann demnach melde- und genehmigungspflichtig sein.

Die Grundsatzentscheidung: Betreiber oder Pflegeanbieter?

Ambulante Dienste, die sich in Wohngemeinschaften für Demenzkranke engagieren wollen, stehen vor der grundsätzlichen Entscheidung, ob sie dies als Betreiber (Vermieter **und** Pflegeanbieter) unter dem Dach des Heimgesetzes tun oder sich auf die (bekannte) Rolle des Pflegeanbieters beschränken wollen.

Argumente für eine Wohngemeinschaft als „Einrichtung“

- Alle Maßnahmen der Vorbereitung und des Betriebs kommen aus einer Hand, deshalb
- Geringe(re) Koordinationsnotwendigkeiten mit anderen Akteuren
- Auftritt als alleiniger Anbieter
- „Herr im Haus“, keine Abwahlmöglichkeit der Kunden/Bewohner

Argumente gegen eine Wohngemeinschaft als „Einrichtung“

- Unter Umständen hohe Investitionskosten für die Immobilie und deren Einrichtung
- Erhöhtes wirtschaftliches Risiko bei fehlender Resonanz
- Veränderte Anforderungen an die Organisation (Wohnraumverwaltung etc.)
- Hohe Alleinverantwortung gegenüber den Bewohnern

- Geringere Motivation von Angehörigen zur Mitarbeit, da Einflussmöglichkeiten geringer und keine finanziellen Vorteile erwachsen

Bei einer Entscheidung zugunsten des „Betreibermodells“ gilt einer der ersten Kontakte der zuständigen Heimaufsichtsbehörde. Mit ihr muss das (hoffentlich vorhandene) Konzept besprochen und abgeklärt werden, welche baulichen und personellen Standards das Konzept aus Sicht der Behörde erfordert.

Die Heimgesetznovelle, die Anfang 2002 in Kraft getreten ist und eine sog. „Experimentierklausel“ enthält, d.h. die Möglichkeit im Bereich der Heimmindestbau- und Heimpersonalverordnung Ausnahmeregelungen zu vereinbaren, erleichtert das Verhandeln dieser Standards, wenn überzeugende Argumente für ein sinnvolles Abweichen von den üblichen Regelungen vorgebracht werden können.

4.1.2 Die ambulant betreute Wohngemeinschaft als „eigener Haushalt“

Dieser mittlerweile in vielen Kommunen am weitesten verbreitete Typus ist **keine Einrichtung** im Sinne des Heimgesetzes und hat entsprechend auch keinen Betreiber. Die nachfolgend beschriebene Form einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft ist **auch keine Einrichtung des „Betreuten Wohnens“!**

Die „sächlichen und personalen Mittel“ (Dahlem/Giese/Igl/Klie, Heimgesetz-12.Lfg. August 1990) liegen bei dieser Konstruktion in verschiedenen Händen, d.h. der beteiligte Pflegedienst hat keinen juristisch begründeten Einfluss auf die Vermietung. Seine Rolle bleibt die des Auftragnehmers und Pflegedienstleisters. Es gibt keinen – wie auch immer gearteten – Betreuungsvertrag, der mit dem Mietvertrag gekoppelt ist. Die Finanzierung geschieht analog gängiger sozialrechtlicher Regelungen der ambulanten Betreuung. Der – entscheidende – Unterschied besteht darin, dass alle Wohngemeinschaftsbewohner Pflege und Betreuung nicht individuell für sich einkaufen, sondern ihre Erstattungsbeträge in einen imaginären Topf werfen, mit dessen Inhalt dann kollektiv Pflege eingekauft wird. Durch diesen Synergieeffekt wird der beteiligte (selbst gewählte) Pflegedienst in die Lage versetzt, seinen Personaleinsatz ganz anders zu kalkulieren, als in der „klassischen“ ambulanten Pflege.

Trotz des Status einer „Nicht-Einrichtung“ sollten Initiatoren von Wohngemeinschaften für Demenzkranke dennoch Kontakt mit den zuständigen kommunalen Behörden und somit auch mit der Heimaufsichtsbehörde aufnehmen. Das vermeidet den Eindruck, man hätte etwas zu verbergen und wolle sich an den Ordnungsbehörden vorbei „mogeln“.

Es ist also eine Frage des **Umgangsstils** und nicht eine der Anzeigepflicht, die dabei im Vordergrund steht. (Zu den inhaltlichen Implikationen vergleiche auch Kapitel II.2.1.)

Damit ist auch gleichzeitig eine der zentralen Bedingungen solcher ambulant betreuten Wohngemeinschaften angesprochen, nämlich das Vorhandensein engagierter Angehöriger und gesetzlicher Betreuer, die als Auftraggeber und Partner der Pflegedienste agieren. Wenn Sie als Geschäftsführer/in oder Pflegedienstleitung eines ambulanten Pflegedienstes die Initiierung einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft ins Auge fassen, ist eins von elementarer Bedeutung:

Suchen Sie sich Partner, die Sie zum einen bei der Organisation unterstützen, zum anderen aber auch Ihnen als Kunden gegenüber treten können!

Dafür kommen vor allem regionale Alzheimer-Gesellschaften in Frage, aber auch sonstige Selbsthilfegruppen, Kirchengemeinden oder Angehörigen-Initiativen sind geeignete Partner für die Projektierung einer „Demenz-WG“.

Wenn Sie allerdings nicht mit dem Risiko leben können, dass Sie als beteiligter Pflegedienst in so einer Wohngemeinschaft prinzipiell auswechselbar sind, sollten Sie von einem derartigen Projekt Abstand nehmen.

Können Pflegedienste bei der Initiierung von ambulanten betreuten Wohngemeinschaften eine aktive Rolle übernehmen?

Sie können – und haben dies auch bei vielen Projekten getan. Die aktive Rolle beinhaltet zuvorderst die Suche nach einem Gegenüber, nach potentiellen „Kunden“ für eine ambulante Betreuung in einer Wohngemeinschaft.

Ambulante Dienste können hierfür ihre regionalen Kontakte nutzen, die entsprechenden Gremien interessieren oder auch per Zeitungsannonce zu einem ersten Treffen für interessierte Angehörige und gesetzliche Betreuer einladen. Wenn bereits eine Gruppe mit pflegenden Angehörigen innerhalb des Pflegedienstes besteht, sind hier die ersten potenziellen Ansprechpartner zu suchen.

Vereinfacht wird die Suche nach Partnern für ein Wohngemeinschaftsprojekt, wenn es im Einzugsgebiet eine Alzheimer-Gesellschaft oder ähnliche Gruppierungen gibt. Dies vor allem, weil hiermit gewährleistet ist, dass die in Frage kommenden Angehörigen bereits mit Organisationsstrukturen vertraut sind und mit ihrem Verein/Verband eine Instanz besitzen, die die Kommunikation mit dem Pflegedienst erleichtert.

Wie kann man Angehörige /gesetzliche Betreuer zur Initiative motivieren?

Von der Notwendigkeit krankheitsangemessener Wohn- und Betreuungsangebote für demenzkranke Menschen muss man niemanden mehr überzeugen. Gerade pflegende Angehörige kennen aus eigener Erfahrung die Grenzen des eigenen Engagements und den Mangel an akzeptablen Alternativen.

Wie aber gewinnt man Mit-Initiatoren für ein Projekt, das sehr wahrscheinlich zeitaufwendig, arbeits- und kommunikationsintensiv ist?

„Wenn Du ein Schiff bauen willst, dann trommle nicht Männer zusammen, um Holz zu beschaffen und Arbeiten einzuteilen, sondern lehre die Männer die Sehnsucht nach dem weiten, endlosen Meer.“

Dieser schöne Ausspruch von Antoine de Saint-Exupéry könnte übertragen auf die Motivierung von Angehörigen bedeuten:

- Besorgen Sie sich Material von bereits bestehenden Initiativen (z. B. Konzepte, Fotos, Videos) oder – noch besser: vereinbaren Sie einen Besuchstermin in einer bestehenden Initiative. Für die meisten Menschen ist Papier geduldig und um die nötigen Energien für eine Wohngemeinschaftsinitiative zu mobilisieren, bedarf es in der Regel auch sinnlicher Erfahrungen!
- Präsentieren Sie sich als kompetenter Ansprechpartner! Sie müssen glaubwürdig vertreten können, woher Ihre Motivation und Qualifikation zur Initiative kommt, was Sie an personellen Ressourcen aufbieten können und dass Sie kontinuierliche und kompetente Unterstützung bei der Planung und Organisation anbieten können.
- Rechnen Sie Ihren späteren Partnern vor, welche Kosten auf zukünftige WG-Bewohner zukommen können. Solange noch keine konkrete Immobilie vorhanden ist und noch kein individueller Pflegeplan für jeden zukünftigen Bewohner erstellt ist, können lediglich Vergleichszahlen anderer Wohngemeinschaften präsentiert und die Prinzipien der Finanzierung dargestellt werden. Transparenz sollte dabei von Anfang an oberstes Gebot sein!



Abb. 3: Pflegedienste tun gut daran, die Angehörigen/gesetzlichen Betreuer und auch Freiwillige („Ehrenamtliche“) in den Wohngemeinschaftsalltag zu integrieren.

4.2 Voraussetzungen in der eigenen Organisation abklären

Bevor ein ambulanter Pflegedienst seinen zukünftigen „WG-Partnern“ gegenüber tritt, sollte er abgeklärt haben, ob seine personellen und organisatorischen Ressourcen ausreichend sind, um so ein Projekt über einen längeren Zeitraum zu begleiten und – wenn es an die Umsetzung geht – ein zahlenmäßig ausreichender und mit entsprechender pflegerischer Kompetenz ausgestatteter Personalstamm (potenziell) zur Verfügung steht.

4.2.1 Welche personellen Anforderungen kommen auf den Pflegedienst zu?

Eine Wohngemeinschaft mit demenzkranken Menschen bedarf in der Regel einer Betreuung rund um die Uhr. Bei einer ausschließlich professionellen Betreuung durch den Pflegedienst besteht ein entsprechend hoher Personalbedarf.

Tagsüber (8.00 bis 22.00 Uhr):

Bei Einzelbesetzung	4 Präsenzkräfte	30-Std. -Vertrag
Bei Doppelbesetzung	8 Präsenzkräfte	30-Std. -Vertrag

Nachts (22.00 bis 8.00 Uhr)

Einzelbesetzung	5 Studenten	Entsprechende Arbeitsverträge
-----------------	-------------	-------------------------------

Eine Doppelbesetzung tagsüber ist anzustreben, zumindest zeitweise. Demenzkranke in mittlerem bis fortgeschrittenem Stadium bedürfen der permanenten Aufsicht.

Ein weiterer Vorteil der Doppelbesetzung besteht darin, dass auch ein Mitarbeiter / eine Mitarbeiterin einmal die Wohnung verlassen kann, z. B. zum Spaziergang mit Bewohnern oder zum Einkaufen, wozu immer auch Bewohner mitgenommen werden sollten wenn diese können und wollen.

Die Vorbereitungsphase zur Initiierung einer Wohngemeinschaft bindet personelle Kapazitäten! Ob nun Pflegedienstleitung, Geschäftsleitung oder Sozialarbeit: Es muss immer jemand „am Ball“ bleiben, damit die Energie zur Gründung auf hohem Niveau gehalten werden kann.

Welche personellen Ressourcen können bereit gestellt werden?

Die quantitativen Dimensionen der Personalbestückung einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft sind relativ leicht zu ermitteln (siehe oben); schwieriger wird es mit den (formalen) Qualifikationen der vorgesehenen Mitarbeiter.

Für das Klientel der Demenzkranken gilt dabei:

Allein die hohe Präsenz von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bedeutet schon Qualität! Gleichzeitig ist natürlich Fachlichkeit gefragt. Nur: Fachlichkeit in der Betreuung einer Wohngemeinschaft mit Demenzkranken ist vieldimensional. Dazu 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. Unbedingt Zeit für Teamentwicklung einplanen!
- Kreativität, insbesondere was das Entwickeln von Beschäftigungsangeboten (neben der Beteiligung an Hausarbeiten) für die Bewohner anbelangt.

Es wird deutlich, dass für die Betreuung einer Wohngemeinschaft mit Demenzkranken mitnichten hauptsächlich 3-jährig examiniertes Krankenpflegepersonal gebraucht wird. Es ist zwar davon auszugehen, dass auch in einer WG regelmäßig Behandlungspflegen anfallen; die können aber genau so gut in die Tourenpläne der „regulären“ Kräfte des ambulanten Dienstes übernommen werden. Das entfällt immer dann, wenn eine 3-jährig examinierte Pflegekraft gerade „Dienst“ hat.

Das Gros der geforderten Leistungen des eingesetzten Personals liegt erfahrungsgemäß im Bereich der Grundpflege, der Hauswirtschaft und der Beschäftigung.

Ein den Bewohnern und ihrer eingeschränkten Alltagskompetenz angemessener „Personalmix“ ist gefragt. Die meisten der bislang erfolgreich organisierten Wohngemeinschaften agieren mit Pflegeteamstrukturen, die wie folgt gebaut sind:

- 1 bis 2 dreijährig examinierte Pflegekräfte (meist Altenpfleger) als interne Teamleitungen
- 4 bis 5 Hauspflegekräfte mit ausgeprägter hauswirtschaftlicher Kompetenz
- 2 „Low-Budget“ – Kräfte (Zivildienstleistende, FSJ'ler, Praktikanten etc)
- 5 Studenten mit Pflegeerfahrung für die Nachtbereitschaften

Die Zahlen gelten für eine Doppelbesetzung des Tagdienstes; bei einer Einzelbesetzung müssen sie entsprechend modifiziert werden.

Beispielrechnung der Personalkosten für einen ambulanten Dienst auf der Basis einer Doppelbesetzung tagsüber und studentischen Nachtwachen. (in €)⁸

Examinierte Pflegekraft im 30 Std. Vertrag (orientiert an KR V)

	Posten	Anteil %	Anteil absolut	Gesamt
A.	Bruttopersonalkosten			€ 1.533,88
B.	Lohnnebenkosten			
	1. Lohnfortz. Bei Krkht.	8%		
	2. Urlaub	12%		
	3. Urlaubsgeld	1,75%		
	4. Weihnachtsgeld	8,33%		
	5. Wochenfeiertage	3,50%		
	(Basis A)	33,58%	€ 515,08	€ 2.048,95
	6. Gesetzl. AG-Leistung	20%		
	7. zusätzl. Altersversrg.	4,60%		
	(Basis B1 – B5)	24,60%	€ 504,04	€ 2.552,99
	8. Berufsgenossensch.	1,00%		
	9. Vermögensw. Leist.	0,80%		
	(Basis A)	1,80%	€ 27,61	€ 2.580,59
C.	Regiekosten (Basis B)	8,00%	€ 206,44	€ 2.787,99
D.	Fortbildung, Dienstbespr. Supervision (Basis C)	5,00%	€ 139,35	<u>€ 2.926,39</u>
Hauspflegekraft (30 Std./Woche, Kostenermittlung wie oben)				€ 2.198,56
Nachtbereitschaft von 21.30 bis 8.00 Uhr (€ 76,69 pro Nacht)				ca. € 3.579,04

⁸ Durch die Umrechnung in € lassen sich Rechnungs-differenzen nicht ausschließen.

Bei einem angenommenen Personal-Pool von:

- Zwei 3-jährig examinierten Pflegekräften € 5.854,29
- Vier Hauspflege-/Hauswirtschaftskräften € 8.794,22
- Zwei „Low-Budget-Kräften“ (Zivildienstleistende, FSJ'ler o.ä.) € 1.227,10
- Nachtbereitschaft € 3.578,04
- **ergäben sich demnach Gesamtkosten für den Pflegedienst in Höhe von € 19.454,66⁸**

für eine Doppelbesetzung am Tage.

Diese Rechnung aus der Perspektive des Pflegedienstes ist lediglich eine Kontrollrechnung! Sie bedeutet keinesfalls, dass Pflegedienste einen entsprechenden Anspruch an die verschiedenen Kostenträger haben. Sie soll lediglich verdeutlichen, dass bei dieser (wünschenswerten) Personalkonstellation eine entsprechende Anzahl von Bewohnern und – vor allem – der entsprechende Pflegebedarf bei ihnen vorliegen müsste.

Ansonsten gilt: Es kann nur das ausgegeben werden, was hereinkommt.

An diesem Beispiel wird dreierlei deutlich:

- (1) Es bedarf einer **Mindestbewohnerzahl** einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft, damit eine personelle Doppelbesetzung überhaupt realisiert werden kann. Nach bisherigen Erfahrungen sollte die Zahl der WG-Bewohner nicht kleiner als sechs sein. Diese Anzahl ist auch unter gruppendynamischen Gesichtspunkten sinnvoll, damit für die WG-Bewohner eine ausreichende Auswahl an Gesprächspartnern zur Verfügung steht.
- (2) Die WG-Bewohner sollten mindestens in der Pflegestufe II eingestuft sein, damit ihr tatsächlicher Pflegebedarf (nach Pflegeplan) auch zu Entgeltansprüchen beim Pflegedienst führt, die in der Summe aller Bewohner ein entsprechendes Gesamtbudget ergibt.
- (3) Pflegedienste haben drei „Stellschrauben“, mit denen sie ihre betriebswirtschaftliche Kalkulation für die Betreuung einer „Demenz-WG“ ausgeglichen gestalten können: sie können (a) bei einer Initiative darauf hin wirken, dass die Anzahl der WG-Bewohner erhöht wird, ausschließlich Bewohner mit hohem Pflegebedarf betreut werden (b) oder (c) den Anteil von examinierten Kräften reduzieren und/oder die Anzahl der permanent präsenten Kräfte reduzieren.

⁸ Durch die Umrechnung in € lassen sich Rechnungsdivergenzen nicht ausschließen.

Beispielrechnung für eine Wohngemeinschaft mit sechs Bewohnern

Pflegekosten (abhängig vom individuellen Pflegeplan)⁸

Bewohner 1 (PV II)	2.709,85 €, davon 920,33 € über PV ⁹
Bewohner 2 (PV II)	2.812,11 €, davon 920,33 € über PV
Bewohner 3 (PV II)	2.658,72 €, davon 920,33 € über PV
Bewohner 4 (PV II)	2.863,23 €, davon 920,33 € über PV
Bewohner 5 (PV III)	3.067,75 €, davon 1.431,62 € über PV
Bewohner 6 (PV III)	3.170,01 €, davon 1.431,62 € über PV

Gesamteinnahmen PV/Selbstzahler/BSHG: 16.770,37 €

zusätzliche Einnahmen über SGB V (Behandlungspflege): 1.124,84 €

Gesamtbudget für den Pflegedienst: 17.895,22 €

Abrechnung gegenüber Pflegekassen: Modulsystem

Abrechnung gegenüber Sozialamt: Modulsystem oder Zeiteinheiten („zeitlich umfangreiche Pflegen“, „persönliche Assistenz“)

Abrechnung gegenüber Selbstzahlern: Modulsystem

An diesem (fiktiven) Beispiel wird deutlich, dass es mit den Gesamteinnahmen nicht für eine Doppelbesetzung nach dem oben genannten Schema reicht. In dieser Wohngruppe müsste der Pflegedienst also entweder Zeiten einkalkulieren, in denen nur eine Kraft präsent ist, oder den Anteil an examinierten Präsenzkraften reduzieren.

Stichwort Modulsystem:

Alle Experten sind sich einig, dass das Modulsystem in seiner vorliegenden Form für eine adäquate Bemessung des Pflegebedarfs eines Demenzkranken nur bedingt geeignet ist. Bei der Konzeption der Pflegeversicherung wurde der Personenkreis der Demenzkranken leider offensichtlich ausgeblendet. In Berlin hat der zuständige Sozialhilfeträger darauf reagiert, indem er die Leistungskomplexe „Beschäftigung/Tagesstrukturierung“ (Leistungskomplex 31) und „Psychoziale Betreuung“ (Leistungskomplex 33) bilateral mit den Leistungserbringern ausgehandelt hat. Sie sind aber leider nicht Bestandteil der Vereinbarungen mit den Pflegekassen!

8 Durch die Umrechnung in € lassen sich Rechnerdifferenzen nicht ausschließen.

9 Es kann selbstverständlich nur die Sachleistung der Pflegeversicherung für eine ambulante Betreuung in Anspruch genommen werden. Erst ab Pflegestufe III sind die Erstattungen für die ambulante und stationäre Versorgung identisch (€ 1.431,62).

4.3 Risiken für den Pflegedienst

Auch diese sollen nicht verschwiegen werden. Neben der - zumindest theoretischen - Möglichkeit, als betreuender Pflegedienst einer Wohngemeinschaft von den Auftraggebern auch wieder abgewählt zu werden (was in Berlin schon mehrfach passiert ist), lauern Risiken vor allem durch plötzliche Einnahmeausfälle durch Krankenhausaufenthalte von WG-Bewohnern. Diese sind zwar nach allen bisherigen Erfahrungen bei Demenzkranken die in Wohngemeinschaften leben eher selten, aber eben doch nicht auszuschließen. In solchen Fällen muss der beteiligte Pflegedienst entweder diese Zeiten „durchstehen“ oder aber sofort das eingesetzte Personal – und sei es stundenweise - entsprechend reduzieren.

Von Vorteil ist die Tatsache dass alle Mitarbeiter, die in einer Wohngemeinschaft eingesetzt sind, „ganz normale“ Mitarbeiter des Pflegedienstes sind, die auch bei den üblichen Touren eingesetzt werden können.

Apropos Touren:

Auch für Mitarbeiter, die in einer Wohngemeinschaft eingesetzt werden, müssen Tourenpläne erstellt und zur Einsicht bereit gehalten werden!

Abschließende Bewertung:

Ambulant betreute Wohngemeinschaften als „Nicht-Einrichtungen“ sind im Rahmen gängiger sozial- und ordnungsrechtlicher Regelungen zu bewerkstelligen, wenn sie sich konsequent als komplementär zum ambulanten Versorgungssystem verstehen. Sie werden aber auf lange Sicht nur eine Überlebenschance haben, wenn sie als Initiative von Angehörigen und gesetzlichen Betreuern und deren Organisationen gestartet werden und Pflegeanbieter entsprechend ausschließlich die Rolle des Dienstleisters repräsentieren. In dieser Weise stellen Pflege-Wohngemeinschaften einen echten Paradigmenwechsel dar, der da lautet: **Abkehr von einem trägergesteuerten und Hinwendung zu einem nutzergesteuerten Versorgungssystem.** Ambulante Dienste sollten diesen Weg mitgehen, wenn sie es ernst meinen mit der Kundenorientierung.

Empfehlenswert ist zusätzlich die Initiierung eines Organs der freiwilligen Selbstkontrolle. In Berlin ist dies exemplarisch in Form des Vereins „Selbstbestimmtes Wohnen im Alter“¹⁰ erfolgt, der z. Zt. Qualitätsstandards für ambulant betreute Wohngemeinschaften entwickelt, an denen sich Pflegedienste und Angehörige/gesetzliche Betreuer orientieren können.

¹⁰ Kontakt über: Annette Schwarzenau, annetteschwarzenau@gmx.de

5 ANHANG: ZUSAMMENFASSUNG DER MÖGLICHEN EFFEKTE¹¹ AMBULANT BETREUTER WOHNGEMEINSCHAFTEN AUF BEWOHNER, MITARBEITER UND SOLIDARGEMEINSCHAFT

- I. **Vermeidung von Heimunterbringungen**, Verbleib in einer gewohnten, häuslichen Umgebung die meist dem Krankheitsbild angemessener ist.

- II. **Prävention durch optimalen Erhalt alltagsweltlicher Kompetenzen** der demenziell erkrankten älteren Menschen. Das Leben in der betreuten Wohngemeinschaft erlaubt und fördert die Beteiligung an allen Verrichtungen des Alltags (Einkaufen, Putzen, Bügeln, Haustiere versorgen, Essenzubereitung etc.). Dies beinhaltet nicht nur den Erhalt motorischer und kognitiver Ressourcen, sondern vermeidet zudem Tendenzen zum Rückzug, Apathie und Depression.

- III. **Vermeidung von nicht angemessenen Psychopharmaka-Gaben**. Hier soll nicht die Verordnung von Psychopharmaka pauschal verteufelt werden, doch die Erfahrungen aller bislang arbeitenden Wohngemeinschaften zeigen, dass der Verzicht auf „dämpfende“ Medikation nicht nur zu größerer Vitalität, offensichtlich besserem Wohlbefinden und nachlassender Inkontinenz führt, sondern auch „Begleitsymptome“ von regelmäßiger Sedierung (z. B. Neigung zu Stürzen, Druckstellen durch lange Liegezeiten, zu geringe Flüssigkeitsaufnahme) deutlich zurückgehen. Dementsprechend können alle Wohngemeinschaften auf eine geringe Zahl von Krankenhausaufenthalten der betreuten Demenzkranken verweisen.

- IV. **Vermeidung von „Burn-out“-Symptomen beim eingesetzten Pflegepersonal**. Eine der erstaunlichsten Beobachtungen in den Wohngemeinschaften ist der geringe Krankenstand der dort tätigen Pflegekräfte. Im Vergleich zum stationären Pflegebereich, aber auch zur „normalen“ ambulanten Pflege ist die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter in den Wohngemeinschaften sehr hoch. Diese Tatsache und die (empfehlenswerte) Beschränkung der Wochenarbeitszeit auf dreißig Stunden führen dazu, dass die Pflegekräfte in den „Demenz-WG´s“ deutlich weniger krank werden und es zudem keine erkennbaren Tendenzen zur Aufgabe des Pflegeberufs gibt, wie in anderen Bereichen der Altenpflege häufig üblich. Wenn von „Gesundheitszielen“ die Rede ist, sollte auch diese Tatsache den entsprechenden Stellenwert erhalten!

- V. **Vermeidung von Überforderung der pflegenden Angehörigen**. Wie schon oben erwähnt, führt die Abneigung der pflegenden Angehörigen, ihre/n Erkrankte/n in ein Pflege-

¹¹ Diese Beobachtungen sind Erfahrungswerte aus der nunmehr über 5-jährigen Praxis der Berliner Wohngemeinschaften. Eine systematische Untersuchung der Effekte dieser Wohnform auf die Beteiligten hat bislang nicht stattgefunden, wäre aber wünschenswert.

heim zu geben in aller Regel zu einer Überforderung der Pflegepersonen. Eine Beteiligung am Pflegeprozess „in Maßen“ kann durch eine betreute Wohngemeinschaft gewährleistet werden. Pflegenden Angehörigen sollte daher die Möglichkeit gegeben werden, sich in den „Dienstplan“ zu integrieren, soweit sie es können und wollen. Neben dem Erhalt der Pflegebereitschaft und der eigenen Gesundheit kann dies auch zu einer Reduzierung der pflegebedingten Kosten durch den verminderten Einsatz von Professionellen führen.

6 ANHANG: LITERATURHINWEISE

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (1999). *Leitfaden zur Pflegeversicherung*

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2000). *Ratgeber in rechtlichen und finanziellen Fragen für Angehörige von Alzheimer-Patienten, ehrenamtliche und professionelle Helfer.*

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2001). *Stationäre Versorgung von Alzheimer-Patienten. Leitfaden für den Umgang mit demenzkranken Menschen.*

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000). *Wohnungen für betreute Wohngruppen alter Menschen. Nutzungsanalyse und Planungshinweise.*

Bundesministerium für Gesundheit/Kuratorium deutsche Altershilfe (2000). *Hausgemeinschaften – Die 4. Generation des Altenpflegeheimbaus.* (Band 8 der Reihe: BMG Modellprojekte)

FUHRMANN, GUTZMANN, NEUMANN, NIEMANN-MIRMEHDI. (1996). *Abschied vom Ich – Stationen der Alzheimer-Krankheit.* Herder.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (1999). *Hausgemeinschaften – Werkstattbericht zur Entwicklung familienähnlicher Wohn- und Lebensformen für pflegebedürftige und/oder verwirrte alte Menschen.* (Band 2 der Reihe: Architektur und Gerontologie)

NIEMANN-MIRMEHDI, RICHERT, NEUMANN (1998). *Leben mit Alzheimer.* Falken Verlag. (Schwerpunkt: Soziale Hilfen und rechtliche Aspekte)

7 ANHANG: KONTAKTADRESSEN

Organisation	Aufgabenbereich	Kontakt
Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.	Bundesverband von Alzheimer Landesverbänden. Verbindung zu örtlichen Initiativen. Unterstützung bei der Gründung von Angehörigen-Selbsthilfegruppen. Entwicklung neuer Betreuungs- und Pflegeformen für Demenzkranke etc. Herausgeber zahlreicher Veröffentlichungen zum Thema.	Friedrichstraße 236 10969 Berlin Tel. 030/31505733 Fax:030/31505735 E-mail: info@deutsche-alzheimer.de http://www.deutsche-alzheimer.de
Alzheimer Forum Der Alzheimer Angehörigen Initiative e.V.	Internet-Plattform zum Thema. Alzheimer-Bibliothek. Diskussionsforum und vieles mehr.	http://www.alzheimerforum.de Tel. 030/44338741 Fax:030/44338722
Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)	Bundesweit tätiges Institut für Information, Beratung, Forschung und Kommunikation zum Thema Wohnen im Alter. Herausgeber der Zeitschrift „Pro Alter“ und zahlreicher Publikationen. Ansprechpartner für stationäre Modelle der Versorgung Demenzkranker.	An der Pauluskirche 3 50677 Köln Tel. 0221/94077-0 Fax: 0221/94077-22 E-Mail: publicrelations@kda.de http://www.kda.de
Freunde alter Menschen e.V.	Deutscher Zweig der „fédération internationale des petits frères des Pauvres“. Pionier bei der Entwicklung von ambulanten Wohn- und Pflegemodellen für Demenzkranke. Beratung und Unterstützung für Angehörige und Pflegedienste.	Hornstraße 21 10963 Berlin Tel. 030/6911883 Fax:030/6914732 E-Mail: fam@petits-freres.org http://www.freunde-alter-menschen.de
Selbstbestimmtes Wohnen im Alter (SWA)	„Dachorganisation“ von Initiatoren von ambulant betreuten Wohngemeinschaften in Berlin. Organ der freiwilligen Selbstkontrolle.	Annette Schwarzenau E-Mail: annetteschwarzenau@gmx.de
ambet e.V. Braunschweig	Ambulanter Pflegedienst Betreutes Wohnen für Demenzkranke	ambet e.V. Triftweg 73 38118 Braunschweig Tel.: 0531/25657-0 http://www.ambet-bs.de
Villa Hittorf Münster	Wohngemeinschaft der Alexianer in Münster	Ansprechpartner: Ulrich Beerwerth Tel.: 0251/89580

Impressum:

Herausgeber:
Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend
11018 Berlin

Bezugsstelle:
Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend
53107 Bonn
E-Mail: broschuerenstelle@bmfsfj.bund.de
Internet: www.bmfsfj.de

Projektmitarbeiter:
Klaus-W. Pawletko

Stand:
Dezember 2004

Druck:
Koelblin-Fortuna-Druck, Baden-Baden

Herstellung:
KIWI GmbH, Osnabrück

Diese Broschüre ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der
Bundesregierung; sie wird kostenlos abgegeben und ist
nicht zum Verkauf bestimmt.