

Altenpflege



Heike Reggentin  
Jürgen Dettbarn-Reggentin

# Demenzkranke in Wohngruppen betreuen und fördern

Ein Praxisleitfaden

**Kohlhammer** | *Altenpflege*

**Die Autoren:**

**Heike Reggentin**, Dipl.-Politologin, und **Jürgen Dettbarn-Reggentin**, Architekt und Sozialwissenschaftler, sind Gesellschafter des Instituts für sozialpolitische und gerontologische Studien (ISGOS) in Berlin. Arbeitsschwerpunkte: Wohnen und Demenz sowie Forschungen zu sozialen und gerontologischen Fragestellungen; verschiedene Publikationen im Fachbuchbereich sowie in Fachzeitschriften (u. a. *Altenheim*, *Häusliche Pflege*, *Pflegezeitschrift*).

Heike Reggentin/Jürgen Dettbarn-Reggentin

# **Demenzkranke in Wohngruppen betreuen und fördern**

Ein Praxisleitfaden

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen oder sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige gesetzlich geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

1. Auflage 2006

Alle Rechte vorbehalten

© 2006 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN-10: 3-17-018708-2

ISBN-13: 978-3-17-018708-5

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-026505-9

# Inhaltsverzeichnis

Abkürzungen	9
Vorwort	11
Einführung	15
<b>1 Menschen mit demenziellen Erkrankungen</b>	<b>17</b>
1.1 Begriffliche Fassung der Demenz	18
1.1.1 Sekundäre und primäre Demenzen	19
1.1.2 Symptome und Verlauf der Demenz	20
1.1.3 Diagnosen	23
1.2 Verbreitung (Prävalenz) und Neuerkrankungen (Inzidenz)	25
1.3 Medizinisch-medikamentöse und andere Formen der Therapie	27
1.3.1 Medikamentöse Interventionen	28
1.3.2 Soziotherapeutische Maßnahmen	29
1.3.3 Psychotherapeutische Maßnahmen und Verfahren	29
<b>2 Wohnalternativen für Menschen mit Demenz</b>	<b>31</b>
2.1 Versorgung im häuslichen Bereich	31
2.2 Versorgungskonzepte in stationären Einrichtungen	33
2.2.1 Das integrative Versorgungskonzept	35
2.2.2 Das teilintegrative Versorgungskonzept	36
2.2.3 Das segregative Versorgungskonzept	37
2.2.4 Einsatz der verschiedenen Versorgungskonzepte	38
<b>3 Besondere Modelle für demenziell Erkrankte in Wohngruppen</b>	<b>39</b>
<b>4 Wohngruppenkonzepte und inhaltliche Ausrichtungen: Miteinander Wohnen – Milieu – Kultur – Struktur</b>	<b>49</b>
<b>5 Evaluation der Wohngruppen</b>	<b>57</b>
5.1 Ablauf	57
5.2 Ausgangsstichprobe	58
5.3 Erhebungsinstrumentarien	58
5.4 Statistische Auswertungen	61
<b>6 Bewohner in segregativen Wohngruppen</b>	<b>63</b>
6.1 Pflegekonzept	65
6.2 Ergebnisse der Begleitforschung: Bewohner	66
6.2.1 Körperliches Befinden der Bewohner	67
6.2.2 Orientierung und Gedächtnis	69
6.2.3 Soziale Beziehungen und Verhalten	71
6.2.4 Stimmung, Wohlbefinden und Verhalten	74
6.2.5 Unruhiges und agitiertes Verhalten	76

6.3	Ambulant versorgte Wohngruppen demenziell Erkrankter .	77
6.4	Fallbeispiele aus den segregativen Gruppen . . . . .	78
6.5	Zusammenfassung: Segregative Wohngruppenversorgung	82
7	<b>Demenziell erkrankte Bewohner in integrativen Wohngruppen . . . . .</b>	<b>87</b>
7.1	Stimmung, Wohlbefinden und Verhalten in integrativen Gruppen . . . . .	90
7.2	Gruppenverläufe und Fallbeispiele . . . . .	91
7.3	Segregative und integrative Versorgung demenzkranker Menschen im Vergleich . . . . .	102
8	<b>Personal und Organisationsstrukturen . . . . .</b>	<b>105</b>
8.1	Befragung der Pflegekräfte – Erhebungsmethode . . . . .	105
8.2	Aufgabenbereiche des Pflegepersonals und der Präsenzkraft . . . . .	106
8.3	Berufliche Situation der Pflegenden . . . . .	108
8.4	Außerberufliche Belastungen . . . . .	108
8.5	Arbeitseinstellungen . . . . .	110
8.6	Arbeitsbedingungen . . . . .	111
8.7	Arbeitszeit . . . . .	112
8.8	Berufliche Einstellungen und Erwartungen . . . . .	113
8.9	Fortbildung und Weiterbildungswünsche . . . . .	115
8.10	Arbeitsbelastungen in der Pflege . . . . .	116
8.10.1	Auswirkungen der Arbeitsbelastungen . . . . .	118
8.10.2	Körperliche Beschwerden . . . . .	121
8.10.3	Psychische Belastungen . . . . .	122
8.11	Einschätzung der gegenwärtigen Arbeitssituation und der Zufriedenheit . . . . .	124
8.12	Zusammenfassung der Personalbefragung . . . . .	124
9	<b>Angehörigenbeteiligung . . . . .</b>	<b>127</b>
10	<b>Voraussetzungen für die Wohngruppenarbeit . . . . .</b>	<b>129</b>
11	<b>Räumliche Bedingungen und notwendige Veränderungen .</b>	<b>131</b>
11.1	Einfluss durch räumliche Faktoren . . . . .	132
11.2	Beispiel: Wohngruppe im Altenpflegeheim in Mönchengladbach-Lürrip . . . . .	133
11.3	Beispiel: Wohngruppe Altenpflegeheim Gereonsweiler in Linnich . . . . .	137
11.4	Beispiel: Seniorenzentrum Klarastift mit der Wohn- gruppe Arche Noah Münster . . . . .	142
11.5	Baulich-räumliche Gestaltungsmerkmale der Wohngruppen . . . . .	146
11.5.1	Generelle Gestaltung und Unterstützung der Orientierung	147
11.5.2	Zustand der Räumlichkeiten – Sicherheit . . . . .	149
11.5.3	Gemeinschaftsbezug und Gemeinschaftsräume . . . . .	150
11.5.4	Einwirkung durch stimulierende Einflüsse . . . . .	151

---

11.5.5	Regulierung von Stimulation durch bewusste Reizung . . .	152
11.5.6	Privatsphäre . . . . .	152
11.5.7	Umweltkontrolle und Bewohneraktivitäten . . . . .	153
<b>12</b>	<b>Perspektiven . . . . .</b>	<b>155</b>
12.1	Bewohnerkonzepte . . . . .	155
12.2	Personaleinsatz und Personalqualifikation . . . . .	156
12.3	Bauliche Maßnahmen . . . . .	157
12.4	Resümee . . . . .	159
Literatur . . . . .		161
Tabellenverzeichnis . . . . .		171
Abbildungsverzeichnis . . . . .		173



## Zur leichteren Orientierung im Text:



Definition



Empfehlung(en)



Fallbeispiel



Information



Merke



Warnung

# Abkürzungen

ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens (auch: ATL)
AGAST	Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment
BASE	Berliner Altersstudie
BGP	Beurteilungsskala für geriatrische Patienten
CMAI	Cohen-Mansfield-Skala
DCM	Dementia Care Mapping Methode
dPS	dezentrale Pflegestationen
DSM-III-R	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GBB	Gießener Beschwerdebogen
GDS	Geriatrische Depressionsskala
HOPS	hirnorganisches Psychosyndrom
IADL	Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens
ICD 10	International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems
KG	Kontrollgruppe
MMSE	Mini Mental State Examination
NOSGER	Nurses Observation Scale for Geriatric Patients
ROT	Realitätsorientierungstraining
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung
SGB XI	Sozialgesetzbuch, Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung
WG	Wohngemeinschaften



# Vorwort

Die Versorgung alter und hochaltriger Menschen mit einer demenziellen Erkrankung stellt eine zunehmende Anforderung an die Sorgesysteme in unserer Gesellschaft dar. Zu Beginn des 21. Jh. sind ca. 1,2 Millionen Menschen an einer Demenz erkrankt. Mit steigendem Alter erhöht sich die Wahrscheinlichkeit von dieser Krankheit betroffen zu werden. So weist etwa jede fünfte Person über 80 Jahre und annähernd jede dritte über 90-Jährige eine demenzielle Erkrankung auf. In erster Linie wirken sich die Folgen der Demenzerkrankungen auf die Angehörigen der Betroffenen aus. Da mit ca. 60–65 % aller Demenzerkrankungen der Anteil der in häuslicher Umgebung Versorgten höher ausfällt als in anderen Versorgungsformen, muss von einer hohen Belastung grundlegender Gemeinschaftsstrukturen wie der Familie ausgegangen werden. Insbesondere Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen der Erkrankten wirken sich auf das Zusammenleben innerhalb der Familie aus. Aber auch kognitiv bedingte Beeinträchtigungen der Gedächtnisleistungen, des Orientierungs- und Urteilsvermögens, der Sprache oder auch des praktischen Handhabens von Objekten beeinflussen das Alltagsleben. Die Alltagsbewältigung gestaltet sich zunehmend schwieriger, so dass letztlich in vielen Fällen ein Leben des Pflegebedürftigen innerhalb der Familie oder auch die selbstständige Haushaltsführung in der eigenen Wohnung nicht mehr möglich ist. Als Wohnalternative stand bisher die stationäre Versorgung in einem Altenpflegeheim zur Verfügung. Hieraus erwachsen jedoch neue Probleme.

Die stationären Einrichtungen traf die wachsende Anzahl demenziell erkrankter Menschen zwar nicht überraschend, aber dennoch unvorbereitet. Der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner<sup>1</sup> mit einer Demenz hat in den Altenpflegeheimen und in den Altenheimen seit einigen Jahren immer mehr zugenommen und liegt in den Altenpflegeheimen im Bundesdurchschnitt bereits bei ca. 65 % der Bewohner, in einzelnen Heimen beträgt ihr Anteil mehr als 90 %. Bei Neuaufnahmen weisen bereits drei von vier Personen demenzielle Erkrankungen in mittelschwerem bis schwerem Ausmaß auf. Die Veränderungen der Bewohner, welche durch die Demenz auftreten, machen sich zum Teil in aggressivem Verhalten, Unruhe oder Verwirrheitszuständen bemerkbar. Das Zusammenleben der Erkrankten mit geistig rüstigen Bewohnern gestaltet sich in der Folge spannungsvoll bis störend.

Für die Zukunft ist nicht mit einer Entspannung der Versorgungslage für die Demenzerkrankten zu rechnen. Mit der Zunahme alter und hochaltriger Menschen in der Bevölkerung, bedingt durch eine steigende Lebenserwartung, steigt auch die Anzahl der Personen, die an einer De-

---

<sup>1</sup> Im weiteren benutzen wir für die männliche wie die weibliche Form aufgrund der Lesbarkeit auch den Begriff Bewohner, Mitarbeiter etc.

menz erkranken, da Alter und Demenzerkrankung miteinander korrelieren.

Die Aufgabe der Versorgung liegt darin, für die Betroffenen ein geeignetes Wohn- und Lebensumfeld zu schaffen, das sich dem Krankheitsverlauf anpasst und den Erkrankten mit geeigneten Maßnahmen bei der Bewältigung seiner Alltagsverrichtungen unterstützt. In der Literatur wird von verschiedenen Einzelmaßnahmen berichtet, die nicht nur einen würdevollen Umgang mit den Erkrankten, sondern auch positive Effekte auf den Krankheitsverlauf beschreiben (DEUTSCHE ALZHEIMER GESELLSCHAFT 2000; 2002; 2004).



**Merke:** Die Qualität einer den Bewohnern angemessenen Betreuung und Pflege hängt von mehreren Parametern ab. Zu diesen zählen vorrangig personelle und konzeptionelle Faktoren, organisatorische und strukturelle Faktoren und ein soziales Milieu, sowie eine geeignete baulich-räumliche Umgebung. In ihrer Gesamtheit bilden sie das Milieu zur Versorgung Demenzkranker.

Die Berücksichtigung aller Faktoren soll dazu beitragen, nicht allein Symptome einer organischen Störung, sondern auch nichtkognitive Störungen zu „behandeln“. Sozialtherapeutische Interventionen versuchen durch bewussten Einsatz zwischenmenschlicher Beziehungen und der Umgebung eines demenziell Erkrankten gezielt auf das Verhalten Einfluss zu nehmen. Dabei trägt die soziale und räumliche Umgebung als Ganzes zum Erhalt der Identität des Erkrankten bei.

In dieser Orientierung bewegen sich die Wohngruppen demenziell Erkrankter, die auch unter Begriffen wie „milieutherapeutische Wohngruppe“, Wohngemeinschaft oder Hausgemeinschaft für demenziell erkrankte Menschen verbreitet sind. Sie wollen den demenziell erkrankten Bewohner in seiner Alltagsbewältigung mittels Anpassung der Wohnumgebung und des Milieus in seinen Bedürfnissen unterstützen. Wohngruppen werden in Größen zwischen 6 und 15 Personen<sup>2</sup> gebildet, die sozial und räumlich eine eigenständige Einheit und somit den Bezugsrahmen für die Bewohner bilden.

Die Milieuthérapie knüpft an Gewohntes, an Vertrautes und Erfahrungen an. Sie basiert daher auf biografisch Bekanntem. Das Milieu bietet klare Strukturen, ist überschaubar, stimuliert ohne zu überfordern und es strukturiert den alltäglichen Ablauf, um Orientierungsfähigkeiten und Zeitgefühl zu sichern. Es ist dennoch individuell ausgerichtet, weil die pflegenden und betreuenden Bezugspersonen die zu pflegende Person in ihrem Krankheitszustand respektieren und sich einfühlsam im Umgang mit ihr verhalten.

Wohngruppenprojekte für Demenzkranke richten sich nicht nur an die Bewohner. Sie sprechen ebenso das Personal an und führen zu einer den

<sup>2</sup> In den hier vorgestellten Ergebnissen zum Wohnen Demenzkranker in Wohngruppen sind keine bestimmten Wohngrößen als besonders effektiv ermittelt worden. Die Größe einer Wohngruppe bemisst sich nach örtlichen Gegebenheiten, Demenzschweregrad und verfügbaren materiellen und immateriellen Ressourcen.

Demenzkranken fördernden Betreuung hin. Als milieorientiertes Versorgungskonzept schließt dies auch die organisatorische und bauliche Umgebung mit ein.



# Einführung

Die bisher bestehenden Wohnmöglichkeiten für alte Menschen sind auf gerontopsychiatrische Erkrankungen wie die der Demenz in ihren verschiedenen Ausprägungen nicht oder nur unzulänglich eingestellt. Vor allem größere Heime sind größtenteils weder in ihrer baulichen Beschaffenheit noch in der Ausbildung ihres Personals auf die starke Zunahme demenzkranker Personen ausgerichtet. Sie sind ursprünglich für rüstige ältere Menschen vorgesehen gewesen, werden nun aber zunehmend zu gerontopsychiatrischen Pflegeheimen umgewandelt. In den Pflegeheimen werden zudem die psychisch veränderten Personen mit Pflegekonzepten für somatisch Erkrankte nicht erreicht. Diese Personengruppe macht aber bereits heute einen Hauptanteil der Bewohner in den Pflegeheimen aus.

Die Betreuung der Demenzkranken erfolgte bisher zumeist in den Familien, zum Teil mit Unterstützung durch Pflegedienste, bis zu dem Punkt, bei dem der Krankheitsverlauf eine Unterbringung in ein Pflegeheim erforderlich machte. Nun nimmt das Potenzial pflegender Angehöriger ab, bei zugleich anwachsender Zahl Hochaltriger, für die nicht genügend Pflegekräfte zur Verfügung stehen.

Mit dem Aufbau von Wohngruppen soll konzeptionell ein neuer Weg aufgezeigt werden, der den demenziell Erkrankten in seinem Krankheitsverlauf berücksichtigt. Zugleich soll er dem gerontologischen Prinzip des „Normalwohnens“ (es ist normal so zu wohnen wie Nichtbehinderte oder Nichtkranke auch) geschuldet sein bzw. versuchen, sich diesem Prinzip anzunähern.

Mit dieser Darstellung soll aufgezeigt werden, wie eine hohe Lebensqualität für die betreuten Bewohnerinnen und Bewohner erreicht werden kann, wenn den sozialen, strukturellen wie auch konzeptionellen Defiziten in der Wohnversorgung demenziell erkrankter Bewohner entgegen gewirkt wird.

Das hier dargestellte Konzept sieht die Einrichtung von kleinen Wohngruppen mit 6–15 Bewohnern vor. Es verfolgt die Entwicklung familienähnlicher Gemeinschaften durch Ergänzung und Anbau entsprechender Gemeinschaftsräume in den vorhandenen stationären Einrichtungen.

Eine Wohnform, die konzeptionell dem Alleinwohnen im Alter, den gesundheitlichen Einbußen und der abnehmenden Verfügung über Helfer aus dem vertrauten Kreis Alternativen entgegengesetzt, ist daher Gegenstand dieses Buches.

Insbesondere widmet sich dieses Buch folgenden Leitfragen:

- Wie wirken sich die familienähnlichen Gruppenformen auf die Bewohner aus?
- Mit welchen Belastungen oder Entlastungen kann das Personal in der Wohngruppe im Vergleich zu der „Normalversorgung“ auf der Wohntage (Station) rechnen?
- Von welcher Personalqualifikation sollte ausgegangen werden?

Zielsetzung der Wohngruppen

Konzept



- Welche räumlichen Gestaltungsmerkmale sollten Wohngruppen aufweisen (z. B. Grundriss, Materialien, Licht, Wegeführung u. Ä.).

Im ersten Teil werden demenzielle Erkrankungen, ihre Verbreitung, sowie therapeutische Maßnahmen beschrieben und Wohnalternativen für Menschen mit Demenz vorgestellt. Im zweiten Teil werden Demenzwohngruppen in ihrer Konzeption und Wirkung in Bezug auf die Bewohner und ihr Zusammenleben beschrieben, während drittens die Aufgaben des Personals und die daraus folgenden Belastungen – soweit sie bestehen – aufgezeigt werden. Letztlich wird das bauliche Milieu vorgestellt, in dem Wohngruppen entwickelt werden.



**Information:** Alle Darstellungen beruhen auf Studien, die das Institut für sozialpolitische und gerontologische Studien von Anfang 2001 bis Ende 2003 in Nordrhein-Westfalen (gefördert durch das vormalige Ministerium für Arbeit, Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes Nordrhein-Westfalen) durchgeführt hat.

An dieser Stelle möchten wir uns für die erwiesene Unterstützung bedanken. Unser Dank gilt ebenso den beteiligten Einrichtungen, ihren Leitungen sowie dem Personal, die uns bei der Erhebung der Daten sehr geholfen haben. Des Weiteren bedanken wir uns bei unseren Mitarbeiterinnen Christel Munschau, Dipl. Pol., Birgit Umatham, Stud. mag., und Gabriele Mengel, Dipl. Pol.

Die ermittelten Befunde der Untersuchung zu den Effekten von Wohngruppen sprechen in vielen Teilen eindeutig für diese Wohnform. Dass die Unterschiede zur stationären Versorgung nicht deutlicher ausfielen, liegt auch daran, dass die beteiligten Einrichtungen in ihren Häusern auch in der „Normalversorgung“ vorbildliche Versorgungsstrukturen aufweisen. Ihr Engagement für die Umsetzung von Wohngruppenkonzepten ist getragen von der Vorstellung, dass neue Versorgungskonzepte generelle Entwicklungsmöglichkeiten in der stationären Versorgung demenziell erkrankter Bewohner, aber auch für ihr Personal bieten.

# 1 Menschen mit demenziellen Erkrankungen

Die Wahl der Wohnform für einen Demenzkranken setzt voraus, dass gewisse Kenntnisse über die Demenz und deren Verlauf bekannt sind. Demenzerkrankungen treten vorrangig im hohen Alter auf. Als organisch bedingte Hirnleistungsstörungen stellen sie eine der wesentlichen Alterserkrankungen dar. Mit dem Alter werden darüber hinaus eine Reihe psychischer Erkrankungen verbunden, die jedoch nur zum Teil altersbedingt sind. Etwa ein Viertel aller Personen über 70 Jahre weist „eindeutig“ psychische Erkrankungen auf (HELMCHEN et al. 1996)<sup>3</sup>. Dieser Anteil liegt nur etwas höher als Vergleichswerte von Erwachsenen in jüngerem Alter. Am häufigsten treten im Alter Neurosen und Persönlichkeitsstörungen auf, die nach unterschiedlichen Studien zusammen etwa zwischen 8,7 und 11,6 % ausmachen können. Neben der Demenz machen hierbei die Depressionen einen wichtigen Teil aus.

Während der Anteil krankheitswertiger Depressionen nicht höher ist als bei jüngeren Menschen, treten Demenzerkrankungen mit steigendem Alter eindeutig häufiger auf. Die Prävalenz der Demenz bei 65-Jährigen und Älteren mit mittelschwerer bis schwerer Ausprägung wird mit ca. 6,0–8,8 % angenommen (BICKEL 2001).

Auftreten einer Demenz

Erkrankung	Verbreitung
Psychische Erkrankungen, gesamt	im Mittel ca. 24,0 %
Demenzen, mittelschwer und schwer	ca. 6,0–8,8 %
Depressionen, mittelschwer und schwer	ca. 8,0–16,0 %
Schizophrenie und paranoide Syndrome	ca. 0,5–1,0 %
Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit	ca. 1,1–2,4 %
Benzodiazepinmissbrauch und -abhängigkeit	ca. 5,0–10,0 %
Angststörungen	ca. 5,0–10,0 %

**Tab. 1:** Prävalenz psychischer Erkrankungen im Alter

In Anlehnung an: Vierter Altenbericht (BMFSFJ 2002, 152 ff.)

Das Auftreten psychischer Störungen betrifft Heimbewohner häufiger als ältere Menschen, die in Privathaushalten leben. So wurde bei einer Stichprobe von über 65-jährigen Heimbewohnern im Vergleich zu in Privathaushalten lebenden älteren Menschen eine höhere Zahl psy-

Psychische Störungen

<sup>3</sup> Nach HELMCHEN et al. zeigt annähernd jeder zweite über 70 Jährige (44 %) in der Berliner Alterstudie BASE keine psychischen Störungen auf. Psychische Störungen wurden nach den Kriterien der DSM-III-R diagnostiziert (BASE 1996, 85 ff.). Hierzu auch der "Vierte Bericht zur Lage der älteren Generation" (BMFSFJ 2002, 152 ff.).