

David Thiele

Wohngemeinschaften für Senioren und Menschen mit Behinderung

Gründung, Hintergründe, Wege

 Springer VS

Wohngemeinschaften für Senioren und Menschen mit Behinderung

David Thiele

Wohngemeinschaften für Senioren und Men- schen mit Behinderung

Gründung, Hintergründe, Wege

David Thiele
Nordkirchen, Deutschland

ISBN 978-3-658-11774-0 ISBN 978-3-658-11775-7 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-658-11775-7

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer VS

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2016

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Lektorat: Dr. Andreas Beierwaltes, Daniel Hawig

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer VS ist Teil von Springer Nature
Die eingetragene Gesellschaft ist Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH

Inhalt

1	Einführung	1
2	Allgemeine Grundlagen einer Wohngemeinschaft!	9
2.1	Zielgruppen	9
2.2	Aufnahmekriterien	11
2.3	Ausschlusskriterien	13
2.4	Aufnahme eines potenziellen Nutzers	13
2.5	Assessments	18
2.5.1	Mini Mental State Test	19
2.5.2	Demenz Behave AD	19
2.6	Ziele und Leitlinien	21
2.7	Welche Wohnform möchten Sie wählen? A: Selbstverantwortet nach § 24 Abs. 2 WTG oder B: anbieterverantwortet nach § 24 Abs. 3 WTG	22
2.8	Worum geht es bei der Gründung einer Wohngemeinschaft für Senioren und Menschen mit Behinderung wirklich?	29
2.9	Welche Fragen bewegen den verantwortlichen Organisator wirklich?	30
2.10	Das Ziel!	31
2.11	Miete vs. Eigentum?	34
2.12	Was bringt den Praktiker vor Ort, der die Herausforderung hat, eine solche Wohngemeinschaft ins Leben zu rufen wirklich weiter?	36
2.13	Wo befinden sich die Fallstricke, die eine solche Planung unter Umständen erheblich erschweren können oder sogar zu Fall bringen?	37

2.14	Welche Kommunikationswege muss man einhalten und beachten? (Zulassungsbehörden, Kostenträger etc.)	39
2.15	Kritische Selbstreflexion: Was kann ich wirklich richtig gut? Was sollte ich outsourcen? Peter Prinzip!	40
2.16	Welche Synergieeffekte gibt es? Welche sollte ich nutzen?	42
2.17	Mitwirkung und Mitbestimmung der Nutzerinnen und Nutzer	44
2.18	Weitere Abrechnungsmöglichkeiten	47
3	Gesetzliche Grundlagen. Juristische Einschätzungen. Kostenträger. Welche Gesetze sind direkt relevant? Wen muss ich anrufen, um mehr zu erfahren?	51
3.1	Heimrecht	51
3.2	Sozialgesetzbuch XI	96
3.3	Zweite Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche (Zweite Pflegearbeitsbedingungenverordnung – 2. PflegeArbbV)	98
3.4	Sozialgesetzbuch V	99
3.5	„Gesetz zur Regelung von Verträgen über Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen“ (Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz – WBVG)	100
3.6	Bürgerliches-Gesetz-Buch (BGB)	101
3.7	Verträge	102
3.7.1	Betreuungsvertrag	102
3.7.2	Mietvertrag	114
3.7.3	Wohngemeinschafts-Vereinbarung	126
3.7.4	Pflegevertrag	138
3.8	Welche Kostenträger kommen für eine Wohngemeinschaft in Frage?	138
3.9	Investitionskosten	140
3.10	Meldepflichten Berufsgenossenschaft, IK-Nummer und mehr	142
4	Planungsphase	145
4.1	Welcher Zeithorizont ist der richtige? Planungsphase zu Beginn!	145
5	Konzept einer Wohngemeinschaft	155
5.1	Einleitung	155
5.2	Ziel- und Programmplanung	156
5.3	Organisations- und Projektplanung	156

5.4	Kapazitäts- und Belegungsplan	156
5.5	Leistungsplan/Umsatzkalkulation	157
5.6	Stellen- und Personalplanung	157
5.7	Planung der Investitionen und der Instandhaltung	158
5.8	Aufwand- und Ertragsplanung	158
5.9	Marketingplan	159
5.10	Ergebnisplan/Wirtschaftsplan	160
5.11	Risikoplan	161
5.12	Mustergliederung Konzept	162
6	Wirtschaftliche Grundlagen	165
6.1	Wie erkenne ich die Minimalanforderungen, die einen wirtschaftlichen Betrieb möglich machen?	165
6.2	Wie kalkuliere ich die Kosten einer Wohngemeinschaft?	166
6.2.1	Vereinbarung Betreuungsleistungen nach § 75 SGB XII	166
6.2.2	Vereinbarung Unterkunftskosten nach § 75 SGB XII	174
6.3	Wie ermittelt man den Tagessatz/Monatspauschale?	180
6.4	Das persönliche Budget. Wie poole ich Leistungen § 17 Abs. 2–6 SGB IX und nach § 36 Abs. 1 Satz 6, § 89 Abs. 3 Satz 2 SGB XI?	184
6.5	Wen wollen Sie ansprechen? Oder anders: Wer ist Ihr Klientel?	189
6.6	Fallmanagement als Unterstützung zur optimalen Kombination von Leistungen	190
6.7	Kooperationen richtig angehen!	190
7	Bauplanung einer Wohngemeinschaft	193
7.1	Welche Anforderungen muss der Architekt mitbringen?	193
7.2	Worauf muss ich vor der Bauplanung achten?	194
7.3	Worauf muss ich während der Bauplanung achten?	198
7.4	Was muss ich im Umgang mit der DIN EN 18040 beachten?	201
7.5	Öffentliche Förderungen	207
8	Personaleinsatzplanung	209
8.1	Allgemeines	209
8.2	Aufgaben/Kompetenzen und Verantwortlichkeiten	211
8.3	Wie kalkuliere ich das Personal?	216
8.4	Personaleinsatzplanung: Wie viel Personal braucht man für die einzelnen Phasen der Gründung?	219
8.5	Musterstellenbeschreibung Pflegefachkraft	220

9	Hygienemanagement	225
9.1	Hygienekonzept kurz und bündig	225
9.2	Haustiere in der Wohngemeinschaft	226
10	Ausstattung	227
10.1	Ausstattung einer Wohngemeinschaft. Was ist sinnvoll? Was ist notwendig?	227
11	Qualitätsmanagement	235
11.1	Welche Minimalanforderungen sind für ein gutes Qualitätsmanagement ausreichend? Dokumentationspflichten	235
11.2	Mustergliederung eines Qualitätsmanagementhandbuchs	240
11.3	Dokumentationspflichten am Beispiel von NRW	241
12	Hauswirtschaft	245
12.1	Hauswirtschaft aber wie? Welcher Betrag ist sinnvoll?	245
13	Schlusswort	253
	Danksagung	255
	Über den Autor	257

Dieses Buch ist anders!

Ich, der Autor, habe mich entschieden, eine echte Arbeitshilfe zu entwickeln. Natürlich erhebe ich nicht den Anspruch der Vollständigkeit. Ich bin genauso Mensch wie alle anderen. Ich mache Fehler, ich übersehe Dinge und möchte Sie auffordern, selber kritisch zu denken und sein Projekt zu beobachten. Das Lesen bzw. Durcharbeiten dieses Buches ersetzt nicht den eigenen logischen Menschenverstand. Die Rechtsprechung schreitet mit so großen Schritten voran, dass eine Vollständigkeit mit Erscheinen dieses Buches nur bedingt gewährleistet werden kann. Wie jeder Profi, so werden auch sicher Sie die für Sie relevanten Gesetze und die ihm anhängenden Rechtsprechungen der bekannten Sozialgerichte, Arbeitsgerichte usw. beobachten und verfolgen. Ähnlich verhält es sich mit dem Voranschreiten der Gesetzgebung. Sie ist dynamisch und wachsend. Ob das immer gut ist, mag jeder für sich beurteilen. Jede Kommune legt geltendes Recht anders aus. Mal strenger, mal toleranter. Oft orientiert sich diese Schwankung an dem Bedarf in der Region und den Anbietern und deren Leistungen bzw. deren Qualität.

Egal was Sie planen! Egal was Sie vorhaben! Der längste Weg beginnt bekanntlich mit dem ersten Schritt! Der erste Schritt ist, sich Gedanken über die Idee, die Vision und die Vorstellungen zu einem Projekt zu machen. Dafür sind viele Schritte und viele Gedanken notwendig. Dabei nicht den Überblick zu verlieren und den roten Faden für sich ganz persönlich zu finden, ist die Aufgabe einer solchen Arbeitshilfe (Bücher). Hier ist es nun. Am Anfang eines gemeinsamen Weges, hin zu einer funktionierenden Wohngemeinschaft!

Wann funktioniert denn eine Wohngemeinschaft?: „Wenn sie voll ist?“ „Wenn sie Gewinn abwirft?“

Ja und nein! Sie funktioniert, wenn sie ihre Funktion als Glied in ihrer Wertschöpfungskette optimal erfüllt. Wie Sie dabei ihre Wertschöpfungskette definie-

ren, bleibt Ihnen überlassen. Ich beleuchte hier an dieser Stelle nur mögliche Wege und Optionen, wie eine solche Wertschöpfungskette funktionieren kann, nicht muss. Der Gesetzgeber sieht eine Wohngemeinschaft immer in Verbindung mit mindestens einem zugelassenen Pflegedienst.

Somit habe ich hier bereits zwei wesentliche Glieder dieser Wertschöpfungskette.

Dieses Buch soll Hilfe und Unterstützung sein. Es soll Sie nicht davon abhalten, es anders zu machen, neue Wege zu beschreiten oder das Konzept Wohngemeinschaft neu zu erfinden.

Egal wie, man braucht einen roten Faden, eine Hilfe durch den Dschungel der Vorschriften und ein „Achtung“ vor Fallstricken, die überall in großer Zahl lauern. Wir können nicht alle sehen, nicht jeder Fallstrick tritt bei jedem auf. Die, die unter anderem mir begegnet sind, habe ich aufgeschrieben und hoffe, dass Sie davor bewahrt bleiben.

Sie wissen, dass Netzwerke ein wesentlicher Bestandteil der praktischen Arbeit sind. Diese Netzwerke, richtig bedient, bieten auch einen gewissen Schutz vor Fehlern oder falschen Wegen. Sie sollten Sie nutzen und die daraus resultierenden Erfahrungen aktiv in Ihre Überlegungen und Planungen involvieren. Fragen Sie Kollegen, sprechen Sie andere Wohngemeinschaftsbetreiber (nicht die Konkurrenz ☺) an. Erkundigen Sie sich gezielt nach positiven und vor allem negativen Erfahrungen während der Gründungsphase. Was würde der Betreiber wieder so machen und was auf keinen Fall?

Aber Vorsicht: „Viele Köche verderben den Brei!“

Dieses Buch verzichtet auf sämtliche ausführlichen studienhaften Ausführungen, die Sie sich in anderen bereits verfassten Werken erarbeiten können, wenn Sie das wollen und die Zeit dafür finden. Hier geht es um Schritt-für-Schritt-Fakten, für ein klares Ziel. Wo notwendig, verweise ich auf vertiefende Literatur, Gesetze, Regeln, Verordnungen, Standards etc., und ich zitiere diese auch.

Sie haben nur dieses eine Ziel: Eröffnung einer Wohngemeinschaft. Wie Sie pflegen, was Sie dabei beachten müssen, was für Menschen dann am Ende darin wohnen, wie Sie dieses so vielschichtige Zusammenwohnen gestalten, kann vielleicht Gegenstand eines weiteren Buches werden. Hier jedoch nicht!

Aus diesem Grund soll dieses Werk kurz, knapp und prägnant bleiben. Eine Arbeitshilfe für die Tasche, nicht für den Bücherschrank. Wenn die Wohngemeinschaft fertig ist, dann darf diese Arbeitshilfe ruhig „zerflattert“ sein. Das ist ein gutes Zeichen!

Die demographischen Veränderungen, die auf die bundesdeutsche Bevölkerung in allen Bereichen Einfluss nehmen, werden als bekannt vorausgesetzt und nicht weiter ausführlich vorangestellt. Dennoch ist ein kurzer Abriss notwendig, der das Buch argumentativ unterstützt.

Die Zahl der über 80-Jährigen wird – vom heutigen Stand aus – mit ca. 3 Mio. Menschen bereits in den nächsten fünf Jahren um weitere 500 000 hochaltrige Menschen anwachsen. Im Jahr 2020 wird mit über 5 Mio. und im Jahr 2050 mit etwa 8 Mio. Hochaltrigen zu rechnen sein. Als besonderer Aspekt ist festzustellen, dass jeder dritte über 90-Jährige an einer Demenz im mittleren bzw. fortgeschrittenen Schweregrad erkranken wird.

Die Gruppe der „jungen Alten“ zwischen 65 und 80 Jahren wird in Zukunft jedoch die Mehrheit der älteren Menschen bilden und von 10 Mio. auf etwa 12 Mio. im Jahr 2020 und auf ca. 15 Mio. im Jahr 2030 zahlenmäßig anwachsen. Prognostisch gesehen wird die Zahl der „jungen Alten“ wieder bis auf ca. 12 Mio. im Jahr 2050 zurückgehen. Der Zeitraum zwischen 2030 und 2050 ist mit einer Anteilserhöhung Hochaltriger an der Altenbevölkerung von 26 % auf 40 % verbunden (dies entspricht einer Steigerungsrate von 53 %). Das Thema Hochaltrigkeit und der damit eng korrelierenden Pflege wird in dieser fernerer Zukunft noch einmal an Bedeutsamkeit zulegen.

Das Land Nordrhein-Westfalen zum Beispiel will die Landesförderung für zusätzliche Altenheime stoppen und stattdessen gezielt die wohnortnahe Pflege- und Betreuungsinfrastruktur unterstützen, so die nordrhein-westfälische Gesundheitsministerin Barbara Steffens (Grüne).

Städte, Gemeinden und Landkreise sollen verpflichtet werden, Pflege- und Betreuungsangebote in der vertrauten Lebensumgebung älterer Menschen vorzusehen.

„Der überwiegende Teil der Menschen will zu Hause gepflegt werden“, so Steffens. Derzeit seien Investitionen in die wohnortnahe Pflegeinfrastruktur und die Koordinierung von Angeboten für die Kommunen eine freiwillige Leistung.

Insbesondere in Kommunen, in denen aufgrund einer kritischen Finanzlage Ersatz- oder Nothaushalte gelten, dürften Pflege- und Betreuungsangebote nicht mitfinanziert werden.

Eine Gesetzesänderung soll hier Abhilfe schaffen. Durch die geplante Verpflichtung der Kommunen zum Ausbau ambulanter Dienste sollen die Etats der Städte und Gemeinden nicht zusätzlich ausgeweitet werden: Investiert werden soll jeweils nur so viel, wie die Kommunen alternativ für stationäre Pflege über die Sozialhilfe aufwenden müssten.

Derzeit sind in Nordrhein-Westfalen nach Angaben des Gesundheitsministeriums 581 500 Menschen pflegebedürftig. Bis 2030 werde diese Zahl voraussichtlich auf 700 000, bis 2050 auf 930 000 steigen¹.

1 Statistische Analysen und Studien, Band 76; Auswirkungen des demografischen Wandels. Modellrechnungen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Nordrhein-Westfalen.

In den übrigen Bundesländern ist die Situation vergleichbar, prozentual angepasst natürlich.

Die vorbenannte Situation beleuchtet näher, dass ein Handlungsbedarf in vielfacher Form entstehen wird. Mit der wichtigste Wunsch wird nach einem möglichst lang anhaltenden, eigenständigen Leben in der eigenen Häuslichkeit sein. Daher sind in den vergangenen Jahren eine Reihe von neuen Wohn- und Betreuungsformen entstanden, die sich als Alternative zu den traditionellen Wohn- und Lebensformen im Alter verstehen. Auf der Suche nach zukunftsträchtigen Wohnformen für hilfe- und pflegebedürftige ältere Menschen rücken seit geraumer Zeit Wohnformen in den Blick, bei denen Hilfe- und Pflegebedürftige in kleinen Gruppen in einem gemeinsamen Haushalt zusammenleben und von Betreuungskräften unterstützt werden. Diese Lebensentwürfe für das letzte Drittel des Lebens werden zum Teil von den älteren Menschen und ihren Angehörigen selbst initiiert, teils erhalten sie Hilfestellung für die Organisation der Wohngemeinschaft. In anderen Fällen wird „von außen“ eine solche Wohngemeinschaft initiiert und organisiert.

Bei solchen Wohnprojekten leben i. d. R. etwa 6–12 Hilfe- und Pflegebedürftige in einem gemeinsamen Haushalt zusammen und werden von Betreuungskräften unterschiedlicher Profession und Qualifikation unterstützt. Jeder hat seinen eigenen Schlaf- und Wohnbereich, den er nach seinen Vorstellungen gestalten kann. Gemeinsam nutzt man Räume wie Wohnzimmer, Speiseraum, Küche und Bad. Jede Wohngemeinschaft wird von mindestens einer Präsenzkraft/Alltagsbegleiter betreut, die tagsüber und bei Bedarf auch in der Nacht von anderen Mitarbeitern unterstützt wird. Das (eingestellte) Personal ist für die Organisation des Haushaltes und des Gruppenlebens zuständig. Die zusätzliche Versorgung bei darüber hinausgehendem individuellen Hilfe- und Pflegebedarf übernehmen externe Pflegekräfte (ambulante Pflegedienste).

Auch in Fachkreisen wächst der Konsens über das Grundkonzept als einer bedarfsgerechten Wohnalternative für ältere Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf. Über die Umsetzung von „alternativen“ Wohnkonzepten wird zum Teil jedoch kontrovers diskutiert, und die Praxis ist durch eine Projekt- und Begriffsvielfalt gekennzeichnet. In Deutschland haben sich aufgrund der strengen rechtlichen Trennung des ambulanten und stationären Bereichs zwei unterschiedliche Typen wohngemeinschaftsorientierter Betreuungsformen entwickelt. Wohngemeinschaftsorientierte Betreuungskonzepte, die vor allem im stationären Bereich angewandt werden, werden als Hausgemeinschaften bezeichnet.

Werden sie ambulant betreut, in bestehenden Wohnquartieren angeboten, charakterisiert man sie überwiegend als betreute Wohngemeinschaften, betreute Wohngruppe oder Pflegewohngruppen. Der Mieterstatus in den ambulant betreuten Wohnformen bleibt konstituierendes Element.

Beide Typen haben unterschiedliche Betreuungskonzeptionen sowie räumliche Anordnungen herausgebildet und sind mit unterschiedlichen Umsetzungsproblemen konfrontiert.

Die ambulant betreute Wohnform bzw. -gemeinschaft ist eine aus dem originären Wohnen entsprungene Wohnform. Diese Wohnform hat sich aus zwei Hauptströmen entwickelt:

- 1) der Wunsch, im Alter nicht alleine zu wohnen/zu leben
- 2) das Bestreben der ambulanten Dienste, ihre Kunden möglichst lange zu halten und nicht an (andere) Einrichtungen zu verlieren

Die wichtigste Aussage für die ambulant betreuten Wohngemeinschaften ist, dass sie keine Heime oder heimähnliche Einrichtung sind. Dies basiert auf der Tatsache, dass der betreffende Mensch sich in einer Interessengemeinschaft befindet, die im Einzelnen und in der Gruppe den Status eines Mieters haben. Dieser kann sich nach seiner Wahl Betreuungs- und Serviceleistungen käuflich erwerben. Wie in einer ganz gewöhnlichen Wohnung bestimmen die Mieter bzw. ihre Angehörigen/gesetzlich bestellten Betreuer ihre Lebensweise und Alltagsroutinen.

Rechtlich gesehen ist die Mietergemeinschaft im Allgemeinen u. a. – neben dem BGB –

- dem Mietrecht,
- den Regelungen für häusliche Pflege (SGB XI),
- dem Wohn- und Teilhabegesetz (NRW) bzw.
- dem neuen Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz

unterworfen.

Auch für die vielen Menschen mit Behinderung, die Leistungen nicht nur nach dem SGB V, XI und XII empfangen, sondern auch nach dem SGB IX, ist dieses Buch und die dahinterstehende praktische Seite wichtig.

Grundsätzlich ist es dem Gesetzgeber gleich, ob in einer ambulanten Wohnform ältere Menschen und/oder Menschen mit Behinderung leben. Der Ansatz ist der gleiche. Die dahinter stehenden Konzeptionen unterscheiden sich voneinander in den einen oder anderen Punkten. Die Aufnahmetests sind bei dieser Nutzer*innengruppe andere oder nicht notwendig, Demenz oder Hochaltrigkeit in diesem Fall dann kein Aufnahmekriterium.

Für die Zukunft wird die Kombination Alter und Behinderung von großem Interesse, wird doch jetzt eine Generation älter, die gleichfalls Formen von Behinderung aufweisen. Die nicht mehr in Werkstätten gehen, sondern ihren verdienten Ruhestand genießen. Für diese Menschen gelten etwas andere Anforderun-

gen an Alltagsgestaltung. Ungeachtet dieser Tatsache sind die Räumlichkeiten den Vorschriften entsprechend zu planen und zu gestalten. Kostenträger haben klare Vorgaben für den Maximalaufwand pro Nutzer*in; ob dabei eine Behinderung vorhanden ist oder nicht, interessiert nur im Rahmen der Vorgaben.

Hinweis

Der Autor hat sich für die geschlechtsspezifische Nennung wie folgt entschieden: Nutzer*in bzw. Nutzer*innen. In dieses Buch sind einige (die wichtigsten) der Neuregelungen des PSG II bereits eingearbeitet worden. Einen vollständigen Überblick über die zutreffenden Regelungen, Auslegungen und Auswirkungen des neuen Pflegestärkungsgesetzes II zum 1. 1. 16 kann dieses Werk noch nicht enthalten. Damit werde ich mich in der 1. Überarbeitung dann ausführlicher befassen.

Hinweis für die Entscheider bei der Caritas, ggf. der Diakonie sowie anderen Trägern mit einem eventuell eine Wohngemeinschaft einschränkenden Leitbild!

In Ihren Leitbildern kann es so geregelt sein, dass Sie alternative Wohnkonzepte ausschließlich mit Mitarbeitern betreiben können bzw. dürfen, die Tariflohn beziehen (auch wenn Tochterfirmen hinzugezogen werden). Diese Regelung kann zu erheblichen Problemen in der Konzeption eines solchen Projektes führen.

Die Problematik liegt hier in den Vereinbarungen mit den Sozialhilfeträgern begründet. Diese sind im Rahmen des SGB XII an den § 9 Abs. 2 gebunden. Dieser § 9 Abs.2 SGB XII verlangt, dass eine Vergleichsberechnung durchgeführt werden muss, um festzustellen, ob eine vergleichbare vollstationäre Einrichtung nicht teurer wird als das ambulante Konzept. Hier liegt die Problematik! – Sie sind unter Umständen teurer!

Sie haben zwei Möglichkeiten:

- 1) Sie verhandeln den Vergleich (Mehrkostenvorbehalt) nach dem obigen § so, dass nur die wirklich vergleichbaren Träger vollstationärer Pflege mit der Wohngemeinschaft verglichen werden. Das wären dann Einrichtungen mit konfessioneller Trägerschaft oder Frei-Gemeinnützige Träger der Wohlfahrtspflege. Das sollten Sie anstreben und so verhandeln. Dann haben Sie eine gewisse Chance, eine Wohngemeinschaft zu etablieren, die auch Ihren tariflichen Strukturen gerecht wird. Sie werden dann als Wohngemeinschaft auf jeden Fall wesentlich teurer als die private Konkurrenz (9,75 €/h (9,00 € in den neuen Bundesländern)) und nur unwesentlich bil-

- liger als vollstationäre Einrichtungen. Sehr knappe Angelegenheit! *Genau prüfen und genau rechnen!*
- 2) Sie konzipieren von Anfang an eine Wohngemeinschaft für Selbstzahler und umgehen jegliche Vereinbarung mit dem Kostenträger nach SGB XII. Das setzt voraus, dass die Kosten für Neubau, Renovierung, Sanierung nicht gefördert werden. Meist wird im Rahmen der Förderbedingungen auch eine Aufnahme von Menschen im SGB XII Bezug vereinbart!

Copyrightinweis

Alle in diesem Buch unter Kapitel 3.7. verwendeten Vertragsvorlagen sind urheberrechtlich geschützt. Sollten Sie Teile hiervon verwenden wollen, wenden Sie sich bitte an den Autor. Er wird dann gegebenenfalls den Kontakt zum Urheber oder Nutzungsberechtigten herstellen.

2.1 Zielgruppen

Zur Grundidee einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft gehört es, dass die Mieter grundsätzlich bis an ihr Lebensende in der Wohngemeinschaft verbleiben können. Auch bei längerer und schwerer Pflegebedürftigkeit wird ein Verbleiben in der Wohngemeinschaft – möglichst bis zum Tod – angestrebt. Sollten allerdings Gegebenheiten (z. B. bei Vorliegen der u. a. Ausschlusskriterien) gegen einen weiteren Verbleib bestehen, so wird eine individuelle Lösung im Sinne des Mieters im Gespräch mit Angehörigen, ggf. Betreuern, Heimaufsicht, Kostenträgern und dem Betreiber gefunden.

Auf jeden Fall sind die Zielgruppe Personen, die aufgrund ihrer Erkrankung bereits einen Bedarf an Anleitung und Unterstützung in der Bewältigung des Alltags haben.

Die primäre Zielgruppe einer Wohngemeinschaft können z. B. Menschen (im nachfolgenden Nutzer*in genannt) sein, die an einer Alzheimerdemenz, einer vaskulären Demenz oder ähnlichen Demenzformen erkrankt sind und sich in einem anfänglichen bis mittelschwer fortgeschrittenen Demenzstadium befinden. Aber auch Senioren*innen ohne Demenz und Menschen mit Behinderung sind eine Zielgruppe dieser Planungsvorschläge.

Sie unterscheiden sich in der Konzeption bzw. der Organisation einer solchen Wohngemeinschaft nicht wesentlich. Die Aktivitäten und die aktive Gestaltung des gemeinsamen Lebens unterscheiden sich dann jedoch schon in vielen Punkten. Das ist aber nicht Thema dieses Buches.

Gesetz

Im Neunten Buch des Sozialgesetzbuches heißt es zu Behinderung:

„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“

Die Partizipation am gesellschaftlichen Leben ist der Schwerpunkt dieser Definition. Genauso wie im Elften Buch des Sozialgesetzbuches, welches den Schwerpunkt in Verbindung mit den Heimgesetzen auf der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben sieht. Hieran misst sich der Grad der Behinderung sowie die Pflegebedürftigkeit.

Gesetz

In § 14 Abs. 1 SGB XI heißt es zum Begriff der Pflegebedürftigkeit:

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

Die meisten der neuen Wohngemeinschaften haben die Zielgruppe der Senioren mit allen ihren Einschränkungen.

In der Folge wird das nahezu häufigste Krankheitsbild in einer ambulanten wie auch stationären Einrichtung dargestellt. Birgt es doch, aus Sicht des Autors, auch die meisten Anforderungen an die Wohngemeinschaft als Wohnort, Lebensraum und Arbeitgeber.

Demenz wird wie folgt definiert:

Nach der Definition der „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ der American Psychiatric Association (APA) ist die Demenz *„...ein Syndrom, das mit organischen Veränderungen des Gehirns zusammenhängt.“*

Der Begriff „Demenz“ dient als Sammelbegriff für eine Fülle von Symptomen bei gerontopsychiatrischen Erkrankungen, denen ein mehr oder weniger langsam fortschreitender hirnorganischer Abbau zu Grunde liegt. Die Demenzerkrankung lässt sich in primäre Demenzen, bei denen die Symptome durch eine Schädigung des Hirngewebes auftreten und sekundäre Demenzen, bei denen die Symptome eine andere Ursache haben, unterteilen.

Primäre Demenzen lassen sich in drei Typen unterteilen:

- 1) Demenz vom Alzheimer-Typus
- 2) Demenz vom vaskulären Typus
- 3) Demenz vom „gemischten“ Typus

Die *sekundäre Demenz* basiert auf einer Vorerkrankung, die durch mechanische Einflüsse, wie z. B. Tumor oder Schädel-Hirnverletzungen hervorgerufen werden kann. Auch toxische Einflüsse, wie Gifte, vor allem Alkohol- und Tablettenmissbrauch führen zu schweren Störungen im Gehirn, deren Folge eine Demenz sein kann. Ist die Störung durch eine Alkoholsucht verursacht, spricht man vom

Korsakow-Syndrom. Auch Stoffwechselstörungen, schwere Infektionserkrankungen wie Gehirnhautentzündung (Meningitis) und ausgeprägte Mangelzustände wie z. B. durch Flüssigkeitsverlust oder ernährungsbedingte Störungen können zu einer Demenz-Erkrankung führen.

Die Folgen aller Arten der Diagnose „Demenz“ sind zusammengefasst wie folgt:

Der Verlust früherer Denkfähigkeiten, der mit Beeinträchtigungen des Gedächtnisses und anderer Funktionen des Gehirns einhergeht, ist so schwerwiegend, dass die Alltagsbewältigung deutlich beeinträchtigt wird. Es kommt zu einem Verlust erworbener intellektueller Fähigkeiten und zu Persönlichkeitsveränderungen. Insbesondere ist das Lernen neuer Informationen gestört. Die Erinnerung an lang zurückliegende Ereignisse kann erhalten bleiben, es kommt zu einem Rückzug in die Vergangenheit. Urteilsvermögen und Denkvermögen lassen nach, mathematische Fähigkeiten verschlechtern sich. Die Kontrolle über Emotionen und Sozialverhalten sowie der Antrieb degenerieren. Die Wahrnehmung und Orientierung sind gestört. Dazu kann es zu Störungen der Sprache und des Sprachverständnisses kommen.

2.2 Aufnahmekriterien

So unterschiedlich wie die Schwerpunkte der verschiedenen ambulanten Versorgungsangebote sind, so unterschiedlich, individuell und vielseitig können die Aufnahmekriterien sein.

Im Rahmen dieses Buches wird die häufigste Form exemplarisch herangezogen, um zu verdeutlichen, wie wichtig diese Kriterien für die spätere Arbeit mit den Menschen sind. Werden diese Kriterien zu weiträumig gefasst, kann es in

der täglichen Arbeit zu Reibungspunkten kommen, die es den Mitarbeitern, aber vor allem auch den Nutzern sehr schwer machen, friedlich, harmonisch und entspannt zusammen zu leben. Diese drei Aspekte sind jedoch wesentlich, um ein würdevolles Leben leben zu können. Dieser Verantwortung sollten Sie sich bei der Kriteriendefinition bewusst sein.

Beim Einzug in die Wohngemeinschaft können Sie folgende Voraussetzungen definieren (selbige ist als Beispiel zu sehen, Sie können frei variieren):

- ärztlich gesicherte Diagnose einer gerontopsychiatrischen Erkrankung – diese sollte detaillierte Aussagen zu Art, Form und Grad der Demenz beinhalten bzw.
- volljährige Menschen mit geistigen/körperlichen und/oder psychischen Behinderungen
- Pflegestufe 1 sollte *mindestens* vorliegen (bzw. die Option darauf), wenn ergänzende Sozialhilfeleistungen in Anspruch genommen werden müssen.
- pflegebedürftige Person muss pflegeversichert sein, ein Leistungsanspruch gegenüber der Pflegeversicherung (Erfüllung der Vorversicherungszeit) muss gegeben sein.
- der Pflegebedürftige zählt ggf. nach Feststellung durch den MDK zum Personenkreis mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gemäß § 4 Die5 a/b SGB XI.
- Die Bewerber für eine Wohngemeinschaft sollten ggf. (je nach Ausrichtung Ihrer WG) noch mobil und kommunikationsfähig sowie in der Lage sein, an der Gestaltung des Wohngemeinschaftslebens aktiv mitzuwirken (z. B. Beteiligung an der Haushaltsführung, Teilnahme an Gruppenaktivitäten), d. h.:
- Es sollte noch ein Restpotential im Bereich der Interaktion und im kommunikativen Umgang vorhanden sein.
- Nach Möglichkeit sollte eine ärztliche Bestätigung vorliegen, die ein Leben allein und ohne Unterstützung als schwierig ansieht.

Ressourcen sollten soweit erhalten sein, dass eine Teilnahme an Gruppenaktivitäten oder am Gemeinschaftsleben erreichbar ist.

2.3 Ausschlusskriterien

Die Zielgruppe der Nutzer*innen der jeweiligen Wohngemeinschaft sollte durch bestimmte Ausschlusskriterien an die Gewichtung bzw. die Ausrichtung/Schwerpunkt der Konzeption angepasst sein. Die Erkrankungsschwere und bestimmte Verhaltensauffälligkeiten sind hierbei die ausschlaggebenden Kriterien. Am Beispiel der Wohngemeinschaft für demenziell veränderte Menschen hier folgende mögliche Ausschlusskriterien:

- schwerstverhaltensgestörte demenzkranke Menschen mit starker Agitiertheit
- heftige Weglaufgefährdung
- massiv gruppenunangepasste Verhaltensweisen wie z.B. anhaltendes lautes Rufen
- Aggressivität
- vorliegender Beschluss über eine Heimunterbringung
- Bettlägerigkeit (unter Vorbehalt auch der Belegungssituation)

Es geht uns nicht darum, Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten auszugrenzen oder zu diskriminieren. Es steht vielmehr die Motivation im Vordergrund, eine Eigen- und Fremdgefährdung der Betroffenen und der Mitnutzer*innen auszuschließen. Auch darf ein solcher Betroffener das Gesamtkonzept des selbstbestimmten und teilhabeorientierten Zusammenlebens nicht gefährden. Für diese Menschen gibt es spezielle Unterbringungsmöglichkeiten, die den Bedürfnissen besser Rechnung tragen können. In einer Wohngemeinschaft steht das Allgemeinwohl über dem Einzelwohl. Aus diesem Grund sind gewisse Gruppenhomogenitäten sicherlich sinnvoll.

2.4 Aufnahme eines potenziellen Nutzers

Ein besonderes Augenmerk wird auf den Ablauf der Aufnahme eines neuen Nutzers gerichtet. Diese sollte nach einem klar festgelegten Verfahren ablaufen, denn ein Umzug stellt für jeden einzelnen Menschen einen gravierenden Lebenschnitt dar (einen alten Baum verpflanzt man nicht ... so leicht). Um den Übergang aus der gewohnten privaten Wohn- und Lebenswelt in das Gesamtgefüge der „Wohngemeinschaft“ möglichst förderlich zu gestalten, ist es entscheidend, bereits die Phase bis hin zum Einzug für den künftigen Nutzer*in und seine Angehörigen positiv zu gestalten.

Bei Interesse wird der Erstkontakt zu dem potenziell neuen Nutzer*in von der Pflegedienstleitung/Hausleitung der „Wohngemeinschaft“ hergestellt. Nach entsprechender Terminvereinbarung sollte ein erster Hausbesuch stattfinden. Dieser Besuch dient einer umfassenden Information des zukünftigen Nutzers und seiner Angehörigen über die Einrichtung. Das Konzept wird transparent dargestellt. Im Rahmen dieses Erstgesprächs muss die Möglichkeit eines Besichtigungstermins der Einrichtung erläutert werden. Nur was man persönlich gesehen hat, kann man auch ruhigen Gewissens in Anspruch nehmen oder eben auch nicht.

Bei weiter bestehendem Interesse ist es angebracht, einen zweiten Hausbesuch terminlich zu vereinbaren. Dieser Hausbesuch dient zur Überprüfung, ob und wie weit eine Anpassungstoleranz für den zukünftigen Nutzer*in besteht. Hiermit soll gewährleistet werden, dass die Homogenität der einzelnen Wohngruppen gewährleistet werden kann. Hierzu kann ein ausführliches Assessment dienen, welches in Abstimmung mit dem Betroffenen, seinen Angehörigen/seinem Betreuer durch die Pflegedienstleitung durchgeführt wird.

Die Entscheidung über den Einzug erfolgt in Abstimmung mit den Nutzern der Wohngemeinschaft und ihren Angehörigen/gesetzlichen Betreuern.

Die Mitarbeiter des begleitenden Pflegedienstes oder eines beauftragten Dritten treten als Koordinatoren beratend hinzu.

Die Auswahl sollte durch das zuvor durchgeführte Assessmentverfahren auf die jeweilige Gruppensituation abgestimmt sein.

Bei Angehörigen und/oder Betreuern muss die Bereitschaft bestehen, bei der Gestaltung des Wohngemeinschaftsalltags und der Rahmenbedingungen aktiv mitzuwirken.

Ein mögliches Assessment zur Aufnahme in die Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz kann sich wie folgt gliedern (zwei Teilbereiche):

Teil 1: Assessment zur Identifizierung von Demenzsymptomen nach dem Mini-Mental-State-Test (MMST) sowie dem Demenz-Behave-Test (wenn der Schwerpunkt auf Menschen mit Demenz liegt).

Dieses Testverfahren dient dazu, anhand eines einfachen Fragebogens eine Abschätzung der kognitiven Fähigkeiten/Einschränkungen sowie Verhaltensqualitäten und Symptomen zu ermitteln. Ziel ist es, zu ermitteln, ob der potenzielle Nutzer*in in eine der angebotenen Wohngemeinschaften aufgrund der vorliegenden Einschränkungen sinnvoll eingebunden werden kann.

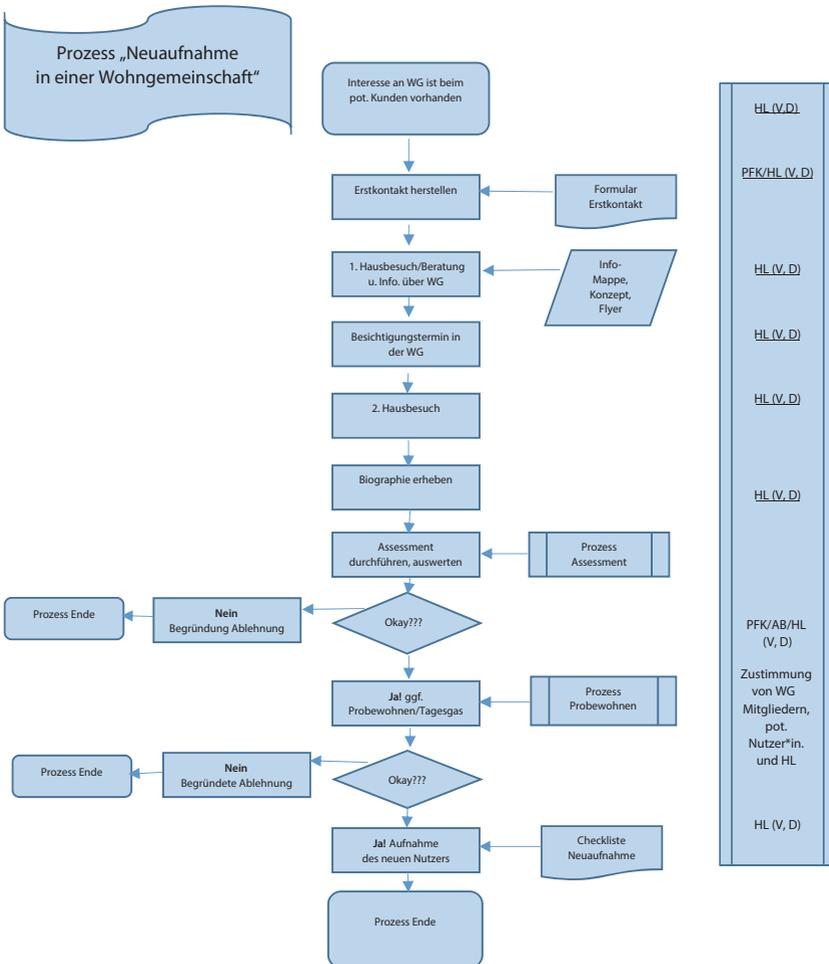
Teil 2: Assessment zur Identifizierung von Einzugskriterien nach dem Pflege- und Betreuungskonzept des Betreibers. Mit diesem Assessment wird ermittelt, ob der potenzielle Nutzer*in die Aufnahmekriterien erfüllt oder ob anhand bestimmter Kriterien die Möglichkeit des Ausschlusses greift.

Zu Beginn möchte der Verfasser nochmals betonen, dass die nachfolgend beschriebenen Assessments keine sogenannte Aufnahmeprüfung darstellen. Vielmehr wird damit bezweckt zu überprüfen, ob und wie weit eine Anpassungsintoleranz für den zukünftigen Nutzer*in besteht. Hiermit soll gewährleistet werden, dass die annähernde Übereinstimmung der einzelnen Nutzer*innen der Wohngemeinschaft gewährleistet werden kann.

Im Anschluss erfolgt eine Auswertung der Ergebnisse durch die Pflegedienstleitung in Zusammenarbeit mit dem gesamten Team der Wohngruppe. Bei Nichterfüllen der Kriterien erfolgt eine begründete Ablehnung.

Sind die Einzugsvoraussetzungen nach den Assessments erfüllt, wird dem potenziellen Nutzer*in und seinen Angehörigen/Betreuern die Möglichkeit des „Probewohnens“ erläutert. Hierbei sollte die Möglichkeit bestehen, dass sich die Nutzer*innen der „Wohngemeinschaft“ WG und der potenzielle Nutzer*in kennen lernen, der Alltag in dem Haus erfasst wird und entsprechende Eindrücke gesammelt werden können. Anstelle eines zwei- bis dreitägigen Probewohnens kann auch die Möglichkeit geboten werden, für mehrere Tage als Tagesgast den Alltag in der Wohngemeinschaft kennen zu lernen. Im Anschluss daran erfolgt gemeinsam mit den Nutzer*innen der Wohngemeinschaft und ihren Angehörigen/gesetzlichen Betreuern und dem Wohnungseigentümer eine Abstimmung darüber, ob der Interessierte als zukünftiger Nutzer*in aufgenommen wird.

Der Ablauf der Neuaufnahme wird in dem folgenden Flussdiagramm visualisiert:



Abkürzungen:

V = Verantwortlich, D = Durchführung, PFK = Pflegefachkraft, HL = Hausleitung, AB = Alltagsbegleiter, ggf. = gegebenenfalls, pot. = potentiell, I = Information

Hinweis

Die Neuaufnahme eines Nutzers in die WG ist erst durchzuführen, wenn der Nutzer*in laut Assessment die Voraussetzungen erfüllt, die Finanzierung abgeklärt ist sowie die Nutzer*in, Angehörigen und der Kostenträger die Zustimmung abgegeben haben.

Checkliste Neuaufnahme

	Geburtsdatum: Pflegekasse:	Pflegestufe:	Name des Angehörigen/Betreuers:
	Wohnberechtigungsschein: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (wenn nein <input type="checkbox"/> Kontaktaufnahme mit dem Sozialhilfeträger)		
Bereich	Wurde folgendes bedacht/erstellt/ausgehändigt?		Kommentar:
Vermietung	<input type="checkbox"/> Mietvertrag <input type="checkbox"/> Wohnberechtigungsschreiben <input type="checkbox"/> Hausordnung <input type="checkbox"/> Termine/Information über die Mieterversammlung <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
Pflege/Betreuung	<input type="checkbox"/> Diagnose „Demenz“ ärztlich gesichert? <input type="checkbox"/> Pflegevertrag/Info an Ambulanten Pflegedienst <input type="checkbox"/> Leistungen der Pflegeversicherung beantragt? <input type="checkbox"/> Betreuungsvertrag <input type="checkbox"/> Leistungen gemäß § 45a beantragt? <input type="checkbox"/> Termine/Information über die Angehörigenvertretung <input type="checkbox"/> Dokumentation anlegen <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
Umzug	<input type="checkbox"/> Auflösung der Wohnung <input type="checkbox"/> Kündigung aller Nebenkosten <input type="checkbox"/> Umzug organisieren <input type="checkbox"/> Ummeldung des Wohnsitzes <input type="checkbox"/> Leistungsträger über neue Adresse informieren <input type="checkbox"/> Information an die bestehenden Nutzer*in/Angehörigen über den Neueinzug <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
Sonstiges	<input type="checkbox"/> Individuelle Hilfsmittel (Rollator, Info-Material, etc.) beantragt? <input type="checkbox"/> Hausärztliche Versorgung weiterhin gesichert? <input type="checkbox"/> Biografiebogen		
Ort, Datum _____		Unterschrift _____	

2.5 Assessments

Das Assessment zur Aufnahme in die Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz gliedert sich in zwei Teilbereiche:

Teil 1: Assessment zur Identifizierung von Demenzsymptomen nach dem Mini-Mental-State-Test (MMST) sowie dem Demenz-Behave-Test

Teil 2: Assessment zur Identifizierung von Einzugskriterien nach dem Pflege- und Betreuungskonzept

Geburtsdatum: _____ Pflegestufe: _____ Name, Anschrift _____ Name des Ange-
Pflegekasse: _____ des Interessenten: _____ hörigen/Betreuers: _____

Wohnberechtigungsschein: ja nein
(wenn ja → Kontaktaufnahme mit dem Sozialhilfeträger?)

Teil 1: Identifizieren von Demenzsymptomen Kommentar

Mini-Mental-State-Test

Auswertung (Differenzierung nach Punkten → ggf. Zuordnung)

Demenz-Behave-Test

Auswertung (Differenzierung nach Punkten → ggf. Zuordnung)

Teil 2: Identifizierung von Einzugskriterien Kommentar

Liegen folgende Eigenschaften bei dem potenziellen Nutzer*in vor?

- Starke Agitiertheit ja nein
- Heftige Weglaufgefährdung ja nein
- massiv gruppenunangepasste Verhaltensweisen ja nein
- Aggressivität ja nein
- Vorliegender Beschluss über eine Heimunterbringung ja nein
- Bettlägerigkeit ja nein

Falls „ja“ angekreuzt → Ausschluss?

Hat der potentielle Nutzer*in folgende Eigenschaften/
sind folgende Kriterien erfüllt?

- Ärztlich gesicherte Diagnose einer gerontopsychiatrischen Erkrankung ja nein
- Liegt mindestens Pflegestufe I oder Anwartschaft vor? ja nein
- Ist der potenzielle Nutzer*in mobil? ja nein
- Ist der potenzielle Nutzer*in kommunikativ? ja nein
- Ist er in der Lage an der Gestaltung des Wohngemeinschaftslebens aktiv mitzuwirken? ja nein

Auswertung von Teil 2:

Gesamtauswertung aus Teil 1 und Teil 2:

Potentieller Nutzer*in kann in die Wohngemeinschaft
laut Assessment-Ergebnis einziehen? ja nein

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

2.5.1 Mini Mental State Test

Mini-Mental-State-Test (abgekürzt MMST, Mini-Mental) ist das verbreitetste Screeningverfahren für Gedächtnisstörungen. Es ist zu berücksichtigen, dass keine Diagnosestellung der *verschiedenen* Demenzformen möglich ist.

Der Multimorbidität und den oft sehr komplexen Krankheitsbildern älterer Patienten (Alterssyndrome) steht i. d. R. die Forderung nach einem möglichst einfachen, wenig zeitaufwändigen diagnostischen Verfahren gegenüber, die auch in der allgemeinen Arztpraxis bei möglichst vielen Personen durchgeführt werden kann und den Patienten nicht zu sehr belastet.

In der Pflege ist die Aufgabe zur Beratung von kranken Personen unumstritten. Die Beratung setzt die Kenntnis von einem Zustand voraus, der Prävention oder Prophylaxe oder das eigene Tätigwerden (nach der Beratung) sinnvoll erscheinen lässt. Gerade in der Frage der Altersdemenz ist ein hohes Maß an Sensibilität für die Betroffenen und die Kooperation mit den Ärzten erforderlich.

Im geriatrischen Assessment wird in einem ersten Schritt (MMST) gefragt, ob Einschränkungen z. B. beim Sehen und Hören, Beweglichkeit oder Ernährung, beim emotionalen Befinden, der sozialen Unterstützung oder bei bisherigen Aktivitäten auftreten.

Der MMST überprüft in der Langversion (30 Fragen): Orientiertheit, Gedächtnis, Aufmerksamkeit, das Benennen, Lesen, Schreiben und visuell-konstruktive Fähigkeiten. Der benötigte Zeitaufwand beträgt etwa 10–15 Min. Weitere Materialien wie das Formular, Schreibmöglichkeit, evtl. Brille und Hörgerät sind vonnöten.

Die Auswertung erfolgt nach der Punkteskala. Der Norm entsprechend sind 28 von 30 möglichen Punkten zu erreichen. Das Erreichen von unter 25 Punkten lässt auf ein wahrscheinliches Vorliegen kognitiver Einschränkungen schließen. Unter 18 Punkte sprechen für eine hohe Wahrscheinlichkeit einer ausgeprägten kognitiven Einschränkung. Die Testqualität des Mini-Mental ist nicht spezifisch genug und ist daher nur als Screening-Instrument einzuordnen.

2.5.2 Demenz Behave AD

Der Demenz Behave AD stellt die Operationalisierung von Verhaltensqualitäten und Symptomen dar. Über die Zuordnung von Punktwerten zu einem entsprechenden Schweregrad ist insgesamt auch der Schweregrad der Verhaltensänderung zu beziffern. Der Demenz-Verhaltenstest ist eher für klinische Zwecke ausgerichtet. Er lässt sich dennoch aufgrund seiner Operationalisierung gut im häuslichen Bereich verwenden.