

Karin Hahn

## Wohngruppen für demente ältere Menschen

## **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:**

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

Dieses Werk sowie alle darin enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsschutz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlanges. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen, Auswertungen durch Datenbanken und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotomechanischen Wiedergabe (einschließlich Mikrokopie) sowie der Auswertung durch Datenbanken oder ähnliche Einrichtungen, vorbehalten.

Copyright © 2004 Diplomica Verlag GmbH  
ISBN: 9783836640213

**Karin Hahn**

# **Wohngruppen für demente ältere Menschen**



Karin Hahn

## Wohngruppen für demente ältere Menschen

Karin Hahn  
**Wohngruppen für demente ältere Menschen**

ISBN: 978-3-8366-4021-3

Herstellung: Diplomica® Verlag GmbH, Hamburg, 2010

Zugl. Fachhochschule Wiesbaden, Wiesbaden, Deutschland, Diplomarbeit, 2004

---

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtes.

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.

Die Informationen in diesem Werk wurden mit Sorgfalt erarbeitet. Dennoch können Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden und der Verlag, die Autoren oder Übersetzer übernehmen keine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung für evtl. verbliebene fehlerhafte Angaben und deren Folgen.

© Diplomica Verlag GmbH  
<http://www.diplomica.de>, Hamburg 2010

Mein besonderer Dank gilt meiner Mentorin Frau Professor Dr. Künzel-Schön für ihre Anregungen und ihre Begleitung.

Herrn Professor Dr. Werner danke ich für seine Funktion als Koreferent und seinen Zuspruch.

Meinen Eltern sage ich herzlichen Dank, sie ermöglichten mir mein Studium und waren für mich da.

„Er versteht die Welt nicht mehr;  
die Welt, die er versteht, ist nicht mehr“

(Amery, 1979, S. 110).

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b>	<b>06</b>
<b>2. Was ist Demenz ?</b>	<b>09</b>
2.1    Epidemiologie der Demenz	10
2.1.1    Prävalenz von Demenzen	10
2.1.2    Inzidenz der Demenz	13
2.1.3    Demenzrisiko	14
2.2    Übersicht der verschiedenen Erscheinungsformen der Demenz	14
2.3    Verlauf von Demenzen	16
2.4    Demenz vom Alzheimer-Typ	19
2.4.1    Prävalenz der Alzheimer-Demenz	20
2.4.2    Risikofaktoren der Alzheimer-Demenz	20
2.4.3    Laborbefunde der Alzheimer-Demenz	21
2.5    Vaskuläre Demenz	21
2.5.1    Prävalenz der vaskulären Demenz	22
2.5.2    Risikofaktoren der vaskulären Demenz	22
2.5.3    Laborbefunde der vaskulären Demenz	22
2.6    Diagnostik	23
2.7    Therapie	24
2.7.1    Nicht-pharmakologische Interventionen	25
2.7.2    Medikamentöse Therapie	28
<b>3. Wohngruppen für demente ältere Menschen</b>	<b>32</b>
3.1    Prinzipien von Wohngruppen	34
3.2    Typen von Wohngruppen	36
3.3    Segregation versus Integration	40
3.4    Tagesstruktur und Arbeitsabläufe in der Wohngruppe	44
3.5    Personaleinsatz in der Pflege und Betreuung dementer Menschen	46
3.6    Die Wohnstruktur von Wohngruppen	49
3.7    Demenzgerechte Architektur	54



3.8	Rechtliche Rahmenbedingungen von Wohngruppen für demente ältere Menschen	57
3.8.1	Recht und Demenz	57
3.8.2	Wohngruppen und Heimrecht	62
3.8.3	Wohngruppen und Sozialrecht	65
3.9	Finanzierungsoptionen für ein Wohngruppenprojekt	69
<b>4.</b>	<b>Betreuungskonzepte</b>	<b>74</b>
4.1	Realitätsorientierungstraining	74
4.2	Validation	76
4.3	Milieutherapie	79
4.4	Umgang mit dementen Menschen	84
4.4.1	Erleben aus Sicht der Betroffenen	86
4.4.2	Erleben aus Sicht der Angehörigen	90
4.4.3	Erleben aus Sicht der professionellen Pflegekräfte	97
<b>5.</b>	<b>Praxisbeispiele für betreute Wohngruppen</b>	<b>101</b>
5.1	Stationär betreute Wohngruppe am Beispiel des Gradmann Haus	101
5.1.1	Leitgedanken	101
5.1.2	Rahmenbedingungen	102
5.1.3	Ausstattung	104
5.1.4	Zielsetzung	108
5.1.5	Leben und Aktivitäten in der Gemeinschaft	112
5.1.6	Personalkonzept	114
5.1.7	Angebote im Gradmann Haus	115
5.1.8	Angehörige in der Einrichtung	118
5.1.9	Kosten und Finanzierung	120
5.1.10	Aufnahmekriterien	121
5.2	Ambulant betreute Wohngruppe am Beispiel Berlin- Tiergarten	125
5.2.1	Leitgedanken	125
5.2.2	Rahmenbedingungen	125
5.2.3	Ausstattung	127

5.2.4 Zielsetzung	128
5.2.5 Leben und Aktivitäten in der Gemeinschaft	129
5.2.6 Angehörige in der Wohngruppe	130
5.2.7 Personalkonzept	130
5.2.8 Kosten und Finanzierung	131
5.2.9 Planung der Wohngruppe	134
<b>6. Diskussion</b>	<b>136</b>
<b>7. Schlussbemerkungen</b>	<b>139</b>
<b>8. Anhang</b> Demographische Entwicklung	141
<b>9. Literaturverzeichnis</b>	<b>148</b>

## 1. Einleitung

Demenz ist eine der häufigsten und folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Alter, die neben den außergewöhnlichen Belastungen für Betroffene und Pflegende mit hohen gesellschaftlichen Kosten sowie vermindertem sozialen Status für die Betroffenen verbunden ist. Demenzielle Erkrankungen und ihre Folgen für Betroffene, Angehörige und das professionelle Hilfesystem sind in den letzten Jahren daher verstärkt in das öffentliche Bewusstsein gerückt.

Angesichts der Problematik der Betreuung von Demenzerkrankten, die derzeit etwa 900.000 beträgt und ihrer Verdoppelung bis schätzungsweise 2040, ist das öffentliche Interesse verständlich.

Die heute über 65-Jährigen leben relativ zufrieden und werden immer älter. Was geschieht, wenn sie an Demenz erkranken?

Werden sie dann von ihren Kindern, von denen sie meist getrennt leben, versorgt und gepflegt?

Können Wohngruppen für demente ältere Menschen eine adäquate Versorgungsmöglichkeit für die Betroffenen bieten? Sind solche Angebote vorhanden?

Für die betroffenen Angehörigen, aber auch für ambulante Pflegedienste, gesetzliche Betreuer und Selbsthilfeorganisationen ist dies der Anlass, nach neuen Wegen der Versorgung für demenziell erkrankte Menschen zu suchen. Denn pflegende Angehörige geraten bei Fortführung der Versorgung ihres erkrankten Familienmitglieds häufig an die Grenzen ihrer physischen und psychischen Leistungsfähigkeit. Selbst professionelle ambulante Dienste können einen mittelschwer Demenzkranken auf Dauer nicht verantwortlich in seiner eigenen Wohnung versorgen.

Verhaltensauffälligkeiten und Verwahrlosung zwingen über kurz oder lang die bisherigen Pflegepersonen über eine Alternative nachzudenken.

Mein Interesse für dieses Thema wurde geweckt durch die Betreuung einer dementen 87-jährigen Frau.

Frau M. wohnt seit drei Jahren alleine in einer modernen 3-Zimmerwohnung. Ihr berufstätiger, 60-jähriger Sohn und seine Familie wohnen in der Nähe. Die Schwiegertochter ist Hausfrau, die 20-jährige Enkeltochter ist in der Ausbildung und lebt ebenfalls zu Hause. Die Schwiegertochter hat ihre eigene Mutter fünf Jahre bei sich zuhause gepflegt. Sie sagt, sie

wolle jetzt auch mal Zeit für sich haben, außerdem könne sie ihre Schwiegermutter nicht bei sich ertragen, da diese „keine Ruhe gebe“. Durch die räumliche Nähe - vom Fenster aus kann man das Haus des Sohnes sehen- erfolgen fast täglich Besuche. Die alte Dame versteht aber nicht, warum sie alleine leben muss und besonders ihr Sohn nicht mehr Zeit mit ihr verbringt. Frau M. kann mit Hilfe eines Gehwagens in ihrer Wohnung laufen und räumt gerne in ihrem Kleiderschrank herum. Sie kann selbstständig zur Toilette gehen. Unter Anleitung kann Frau M. Geschirr abspülen und Wäsche zusammenlegen. Frau M. braucht Hilfe bei der zeitlichen und örtlichen Orientierung, beim An- und Ausziehen, beim Waschen und zu Bett gehen. Ich koche und kaufe für sie ein. Alle vier Wochen macht der Hausarzt einen Hausbesuch. Frau M. wird zwar körperlich versorgt, ist aber nicht zufrieden und oft traurig und fühlt sich allein gelassen. Ihren vor zehn Jahren verstorbenen Mann vermisst sie sehr. Ungefähr alle zwei Monate entwickeln sich bei Frau M. psychosomatische Störungen. Sie hat dann undifferenzierte Schmerzen in den Beinen, sagt, sie könne nicht laufen. Frau M. sieht in diesen Phasen oft Dinge, die nicht da sind. Ihre latent vorhandene Angst kommt durch Schreien zum Ausdruck. Sie ruft während diesen Perioden ständig -ca. 20 bis 40 mal am Tag- ihre Familie oder die Pflegepersonen an.

Obwohl ihr Sohn und seine Frau nicht mit ihr zusammen leben können, möchten sie die alte Dame nicht in ein Pflegeheim geben, da sie jetzt schon ein schlechtes Gewissen haben. Deshalb ist die Situation für beide Seiten unbefriedigend.

Ich habe ein Jahr in einem „normalen“ Altersheim als Pflegepersonal gearbeitet.

Heime, die ohne spezifische Konzeption für die Betreuung Demenzkranker ihre Arbeit verrichten, können diesen meistens nicht gerecht werden. Viele Angehörige Demenzkranker möchten ihre Verwandten nicht in einem Pflegeheim versorgen lassen, weil sie dort häufig noch ein Angebot erleben, das ihren Ansprüchen an eine liebevolle, annehmende und fördernde pflegerische Betreuung bei weitem nicht genügt.

In konventionellen Arrangements besteht zudem folgende Diskrepanz: Während bei der ambulanten häuslichen Versorgung die Hauptpflegeperson umfassende Verantwortung trägt und ambulant zugeschaltete Dienstleistungen nur punktuell in Anspruch genommen werden, dominiert im Fall der stationären konventionellen Versorgung die Dienstleistung. Angehörige und Familie, oft mit schlechtem Gewissen, bleiben außen vor.

In diesem Zwischenraum präsentieren sich nun mehr speziell auf demenziell erkrankte Menschen zugeschnittene Wohngruppen. Angehörige brauchen nicht mehr alleine die Belastung der Versorgung zu tragen. Gleichzeitig wird ihnen die Option gegeben, am Gemeinschaftsleben der Wohngruppe teil zu nehmen und den erkrankten Angehörigen weiter zu begleiten.

Fraglich ist, ob Angehörige in den Alltag der Wohngruppen eingebunden werden können.

Ist ein spezieller Umgang mit dementen älteren Menschen notwendig?

Kann der besondere Umgang in einer Wohngruppe umgesetzt werden? Ist hierfür eine demenzgerechte Architektur vorteilhaft?

Ich möchte untersuchen, ob spezielle Wohngruppen für demente ältere Menschen eine Alternative und gute Wahl sind.

Im ersten Kapitel der Arbeit werden die Grundlagen der Demenz erklärt. Dies beinhaltet Epidemiologie, eine Übersicht der verschiedenen Erscheinungsformen und den Verlauf von Demenzen. Die Demenz vom Alzheimer-Typ und die vaskuläre Demenz werden explizit behandelt. Abschluss des Kapitels sind Diagnostik und Therapie.

Im darauffolgenden Kapitel werden Wohngruppen für demente ältere Menschen mit Prinzipien und unterschiedlichen Typen vorgestellt. Segregation versus Integration wird dargelegt. Weiterhin werden die Tagesstruktur und Arbeitsabläufe in der Wohngruppe sowie Personaleinsatz in der Pflege und Betreuung dementer Menschen gezeigt. Hinzu kommen Wohnstruktur und Architektur. Zudem werden rechtliche Rahmenbedingungen dargestellt. Das Recht hinsichtlich Demenz, Heimrecht und Sozialrecht wird ausführlich erläutert. Am Ende des Kapitels werden unterschiedliche Finanzierungsoptionen geschildert.

Im Kapitel Betreuungskonzepte werden drei unterschiedliche Ansätze vorgestellt. Im weiteren wird der Umgang mit Dementen behandelt, um in Unterkapiteln das jeweilige Erleben aus Sicht der Betroffenen, der Angehörigen und der professionellen Pflegekräfte zu erläutern.

An den Schluss meiner Arbeit habe ich zwei unterschiedliche Beispiele realisierter Konzepte für Wohngruppen gestellt.

Der Anhang behandelt die demographische Entwicklung Deutschlands um die Dringlichkeit dieses Themas zu verdeutlichen.

Eine kurze Bemerkung zur Sprachregelung: Männliche grammatikalische Geschlechtsformen stehen im Sinne einer sprachlichen Vereinfachung für einen geschlechtsneutralen Gebrauch, obwohl ich mir der Problematik dieser Vereinfachung bewusst bin - auch in Hinblick auf den höheren Anteil von Frauen in der Gruppe der älteren Menschen.

## 2. Was ist Demenz ?

Bereits in der Antike wurde der Begriff Demenz (lateinisch: de mens = ohne Verstand) für das Phänomen der geistigen Verwirrtheit von Marc Aurel in seinen „Selbstbetrachtungen“ verwendet (Kötter und Hampel, 2003).

Erste erklärende Definitionen der Neuzeit wurden von dem französischen Psychiater Pinel (1745-1826) bestimmt. Sein Schüler Esquirol (1772-1840) definierte die Demenz als zerebrale Erkrankung, die durch eine Herabsetzung der Vernunft, des Verstandes und des Willens gekennzeichnet ist. Die Differenzierung der am häufigsten vorkommenden primären Demenzformen in vaskulär bzw. hirndegenerativ bedingte Formen wurde von Binswanger (1894) und Alzheimer (1898) erkannt (Werner, 1997; Heuft et al., 2000).

Demenz ist eine chronisch progrediente Erkrankung, die mit Gedächtnisstörungen beginnt und mit einem vollständigem Verlust von Kompetenzen und Persönlichkeit sowie absoluter Pflegebedürftigkeit endet. Die durchschnittliche Krankheitsdauer bis zum Todesfall wird mit etwa 7 bis 8 Jahren für die Alzheimer-Demenz und etwa ein Jahr weniger für vaskuläre Demenzen angegeben. Lebensalter und Auftreten anderer Erkrankungen ergeben Unterschiede und Abweichungen (Bickel, 2003).

Auftretende psychische, nichtkognitive Auffälligkeiten wie Depressionen, Schlafstörungen, Unruhe, Angst, paranoid-halluzinatorische Syndrome und Aggressionen führen zu einer Verschlechterung der Lebensqualität des Kranken und zu erheblichen Belastungen für die Betreuenden. Auch psychosoziale Einflüsse, die individuelle Persönlichkeit und noch vorhandene Konfliktbewältigungsstrategien spielen eine Rolle (Hock, 2000).

Der Oberbegriff Demenz umfasst eine Reihe von Krankheitsbildern mit unterschiedlichen Ursachen. Die beiden wichtigsten Erkrankungen sind die Alzheimerkrankheit mit 72 % und die vaskuläre Demenz mit 16 %. Deshalb werde ich diese beiden in 2.4 und 2.5 näher erläutern. Die Feldstudie, die unter Verwendung neuerer Diagnosekriterien in Rotterdam bei über 65-Jährigen, durchgeführt wurde, ermittelte weitergehend folgende Häufigkeiten: auf Parkinson-Demenzen 6 % und auf sonstige Demenzformen 5 % der Fälle (Ott et al., 1995).

Die Klassifizierung differenziert in leichte, mittelschwere und schwere Demenzen.

Leichte Demenzen entsprechen kognitiven Störungen. Schwierigere Anforderungen können nicht mehr, oder nur teilweise bewältigt werden. In dieser Phase ist also der Versorgungsbedarf noch gering.

Im mittelschwerem Stadium kommen demente Menschen nicht mehr ohne fremde Hilfe zurecht. Einige Fähigkeiten können noch erhalten sein, der Patient ist jedoch auf ständige Beaufsichtigung und Anleitung angewiesen.

Schwere Demenzen umfassen Krankheitsstadien, in denen der Patient keine Kompetenzen mehr zur Bewältigung der einfachsten alltäglichen Anforderungen besitzt, sondern permanente pflegerische Versorgung benötigt. Menschen mit mittelschweren und schweren Demenzen haben einen hohen Hilfs- und Versorgungsbedarf.

Eine Demenz kann nach DSM-IV-Definition progredient verlaufen, auf einem bestimmten Niveau stehen bleiben oder sich wieder zurückbilden. Eine Reversibilität ist abhängig von Zugänglichkeit der Erkrankung und der rechtzeitigen Behandlung. Das Ausmaß der Beeinträchtigung im Alltag wird zudem nicht nur vom Schweregrad der kognitiven Einbußen beeinflusst, sondern auch von der Verfügbarkeit sozialer Unterstützung (Lauter und Zaudig, 2003).

## **2.1 Epidemiologie der Demenz**

Bei Verwendung unterschiedlicher Erhebungsmethoden und Diagnosekriterien kommen europäische Feldstudien zu dem gemeinsamen Ergebnis, dass etwa  $\frac{1}{4}$  der über 65-Jährigen an einer psychischen Störung leidet. Ungefähr die Hälfte dieser Störungen ist psychoreaktiv (Bickel, 2003; Radebold, 2002). Diese Störungen sind behandlungsbedürftig, wobei der Bedarf an psychotherapeutischer Hilfestellung auf 8-10 % der Erkrankten geschätzt wird (Heuft et al., 2000 ; Soeder, 2002).

Auf der Grundlage neuerer Meta-Analysen hat Bickel (2000) eine Schätzung der Zahl der Demenzkranken in Deutschland vorgenommen. Bezogen auf die 65-Jährigen und Älteren sind in Deutschland bei einer mittleren Prävalenzrate von 7,2 % etwa 900.000 Menschen von einer Demenz betroffen. Davon leiden ca. 650.000 an der Alzheimer Krankheit.

### **2.1.1 Prävalenz von Demenzen**

Unter Prävalenz ist die Anzahl der Krankheitsfälle in einer definierten Population wie z.B. der Altenbevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt oder während eines bestimmten Zeitintervalls zu verstehen (Bickel, 2003).

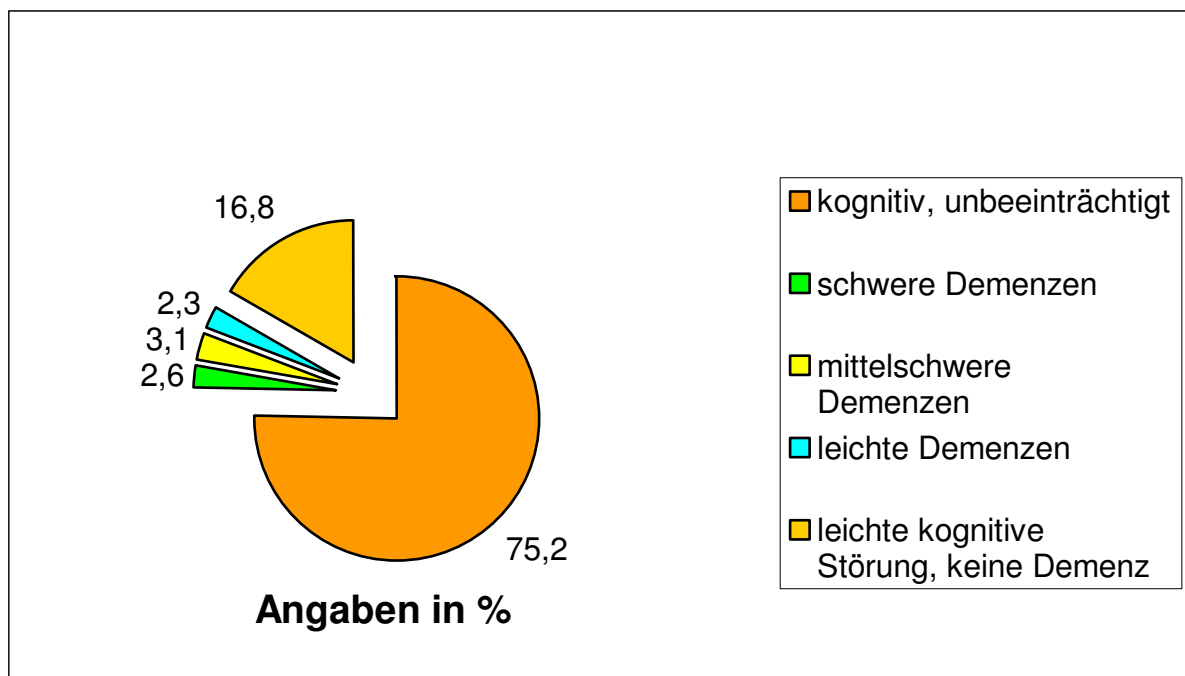
Subklinische kognitive Defizite, die nicht die Demenzkriterien erfüllen, treten bei älteren Menschen relativ häufig auf. Leichte kognitive Störungen werden als Mild Cognitive Impairment, MCI bezeichnet; d.h. es ist eine bedeutsam verminderte, aber noch nicht die Bewältigung von Alltagsanforderungen merklich einschränkende kognitive Leistungsfähig-

keit bemerkt worden. MCI ist insofern von Bedeutung, da sich bei durchschnittlich 40 % der Älteren mit MCI nach Ablauf von drei Jahren eine Demenz einstellt (Bickel, 2003).

Demenzen können auch in jüngeren Jahren auftreten. Die Prävalenz präseniler Demenzen ist jedoch sehr niedrig und die Gesamtzahl der Erkrankten wird auf etwa 20.000 bis 30.000 geschätzt (Bickel, 2000).

Die Prävalenz leichter Demenzen liegt nach den deutschen Untersuchungen in ähnlicher Höhe wie die der schwereren Formen. Es fehlt noch an klaren Kriterien, anhand derer in Bevölkerungsstudien frühe Stadien von gutartigen kognitiven Alterseinbußen von lebenslang bestehender Leistungsminderung und von vorübergehenden Beeinträchtigungen abgegrenzt werden können.

Bickel (2003) gibt die Resultate der „Canadian Study of Health and Aging“, dargestellt von Graham et al. 1997, als einzige repräsentative nationale Studie an. Der Schweregrad der Erkrankung, der von großer Bedeutung für den Betreuungsbedarf ist, wird überdies differenziert dargestellt. Danach leiden 2,6 % der über 65-Jährigen an schweren, 3,1 % an mittelschweren und 2,3 % an leichten Demenzen. Weitere 16,8 % sind von leichten kognitiven Störungen betroffen, während 75,2 % der über 65-Jährigen kognitiv nicht beeinträchtigt sind.



**Abbildung 1** Prävalenz von kognitiven Beeinträchtigungen und Demenzen in der Altenbevölkerung nach Resultaten der „Canadian Study of Health and Aging“ (Graham et al., 1997, übernommen aus Bickel, 2003, S.16).