

8. Pflegekonferenz Mannheim

# Besondere Wohnformen für Menschen mit Demenz

08.12.2023

**Ingrid Hendlmeier**  
**Diplom-Gerontologin, Diplom-Sozialarbeiterin**  
Hochschule Mannheim, Fakultät Sozialwesen





# Inhalte

- ❖ Warum stellt sich diese Frage?
- ❖ Besonderheiten des Wohnens von und für Menschen mit Demenz
- ❖ Besondere Wohnformen als stationäre Einrichtungen/ in der stationären Langzeitpflege
- ❖ Ambulante Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz
- ❖ Fragen und Diskussion

## Besondere Bedarfe und Bedürfnisse von Menschen mit Demenz

Abhängig von der Schwere der cerebralen Veränderungen, des Erlebens und des Verhaltens benötigen Menschen mit Demenz ...

- besondere Art der Kommunikation
- besondere Art der Beziehungsgestaltung
- besondere Unterstützung und Förderung der sozialen Teilhabe
- besondere medizinische und pflegerische Versorgungsangebote und –strukturen
- besondere Anpassung der räumlichen Umwelt und des Wohnens
- ...



### Nationale Demenzstrategie

3.1 Ambulante und teilstationäre Pflege sowie Kurzzeitpflege fördern

3.2 Demenzsensible Gestaltung und Organisation vollstationärer Pflegeeinrichtungen fördern

3.3 Demenzsensible Versorgung im Krankenhaus

3.4 Medizinische Versorgung von Menschen mit Demenz verbessern

3.5 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz fördern

3.6 Präventive und rehabilitative Angebote für Menschen mit Demenz stärken

## Ökologische Alternstheorien – Theorien zu Person-Umwelt-Beziehungen im Alter

Hauptaussagen	Hintergrund	für MmD
Kompetenzen gehen verloren → Stellenwert der Umwelt wächst	<u>Umweltfügsamkeits-</u> <u>hypothese</u> (Lawton et al; 1973)	→ Hohe Relevanz
Ältere Menschen muss sich den Umweltbedingungen fügen.		→ Nicht möglich
Fehlende Übereinstimmung zwischen Bedürfnissen und Umwelt-gegebenheiten führen zu ungünstigem Erleben und Verhalten.	<u>Person-Umwelt-Passungs-</u> <u>Ansatz</u> (Kahana; 1982 und <u>Carp; 1987)</u>	→ Hohe Relevanz
Balance zwischen individuellen Ressourcen und den Anforderungen der Situation ist notwendig, sonst Überforderung	Anforderungs- Kompetenzmodell (Lawton, 1982 Olbrich, 1987)	→ Hohe Relevanz
"optimale Passung" von Person und Situation wird als Voraussetzung eines Alterns in Wohlbefinden gesehen		→ Hohe Relevanz
Eine reichhaltige Umwelt regt an.		→ Hohe Relevanz
Individuelle Umweltumgebung soll von Person gestaltet werden können – „Umweltkontrolle“	Proactivity-Hypothese (Lawton et al. 1989)	→ Mit zunehmendem Schweregrad weniger relevant
Umwelt soll so gestaltet sein, dass die Autonomie (=„Selbstständigkeit“) gefördert wird.		

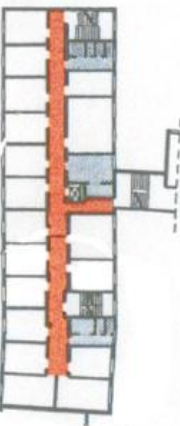
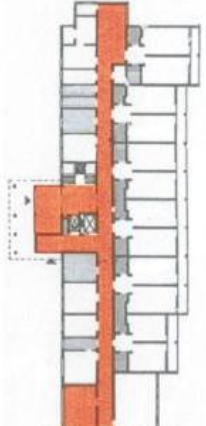
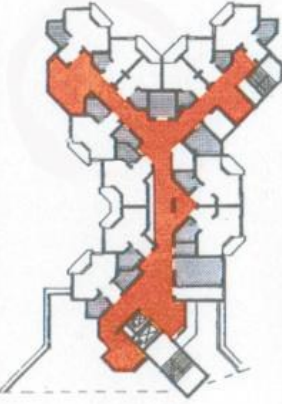
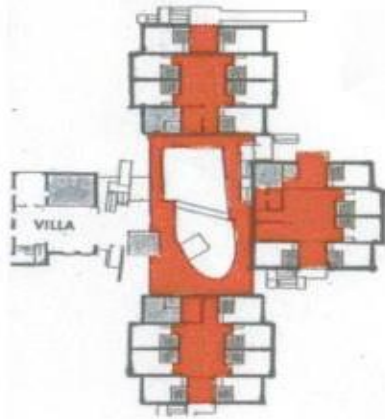

**MERKSATZ: Menschen mit Demenz können sich immer weniger an ihre Umwelt anpassen, deshalb müssen wir die Umwelt an sie anpassen!**

**→ Optimierung der räumlichen und sozialen Umwelt durch Besondere Wohnformen für Menschen mit Demenz**

Altersrelevante Umweltdimensionen (nach Lawton et al, 1997)

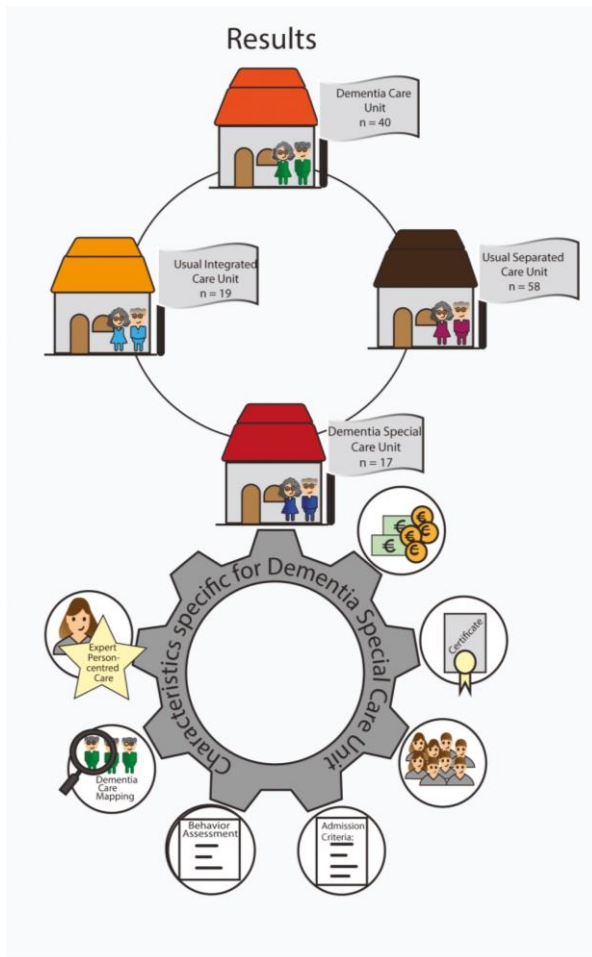
- ❖ Sicherheit
- ❖ Orientierung erleichtern
- ❖ Gelegenheit zu sozialer Interaktion und Kommunikation
- ❖ Bezug zum bisherigen Lebenszusammenhang
- ❖ Anregung und Stimulierung schaffen
- ❖ Anpassung an Veränderung
- ❖ Unterstützung der Kompetenzerhaltung
- ❖ Umweltkontrolle ermöglichen
- ❖ Gelegenheit zu Privatheit und Privatsphäre

# Die fünf Generationen des Altenpflegeheimbaus nach KDA

<p><b>1. Generation</b> ca. 1940 bis 1960</p> <p><b>Leitbild: Verwahranstalt</b> „Insasse wird verwahrt“</p>  <p><b>Anstaltskonzept</b></p>	<p><b>2. Generation</b> ca. 1960 bis 1980</p> <p><b>Leitbild: Krankenhaus</b> „Patient wird behandelt“</p>  <p><b>Stationskonzept</b></p>	<p><b>3. Generation</b> seit ca. 1980</p> <p><b>Leitbild: Wohnheim</b> „Bewohner wird aktiviert“</p>  <p><b>Wohnbereichskonzept</b></p>	<p><b>4. Generation</b> seit ca. 1995</p> <p><b>Leitbild: Familie</b> „Alte Menschen erleben Geborgenheit und Normalität“</p>  <p><b>Hausgemeinschaftskonzept</b></p>	<p><b>5. Generation</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Leben in der Privatheit</li><li>• Leben in der Gemeinschaft</li><li>• Leben in der Öffentlichkeit</li></ul>  <p><b>KDA-Quartiershaus</b></p>
--	--	---	---	--

→ Gibt es in Deutschland spezialisierte stationäre Wohnformen für Menschen mit Demenz?

## Ergebnisse des DemenzMonitors zur Typisierung von Pflegeeinrichtungen anhand besonderer Merkmale (134 Pflegeheime in Deutschland, 2012-2014)



40% der stationären Pflegeeinrichtungen hatten besonderen Wohnbereiche für MmD  
 27,6 % berücksichtigen beim Bau die Bedarfe von MmD  
 16,4% haben einen beschützenden Wohnbereich (Ausgangskontrolle)

Vorschlag einer Charakteristik von spezialisierten Wohnbereichen für MmD:

- Spezifische Aufnahmekriterien, orientiert an Demenz + herausforderndem Verhalten
- Lebensqualitäts-Assessment (z.B. DCM)
- Besondere Qualifizierung der Pflegekräfte – Weiterbildung in person-zentrierter Pflege/ gerontopsychiatrische Fachkräfte
- Besondere psychosoziale Angebote entsprechend der S3-Leitlinie Demenz (Musik, Nahrungsaufnahme, Erinnerungspflege, Bewegungsförderung, Basale Stimulation, Tagesstruktur durch Aktivitäten)
- Demenzspezifische räumliche/bauliche Gestaltung

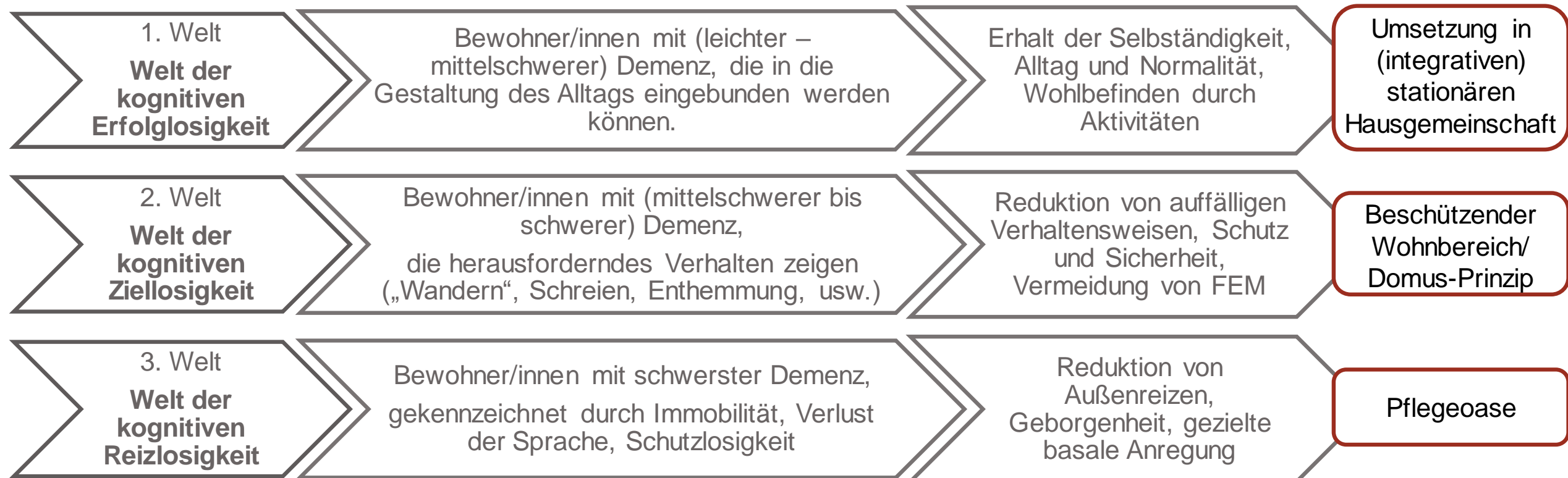


# Grundlage einer spezialisierten Versorgung von Menschen mit Demenz: Das Drei-Welten-Modell

entwickelt in der Schweiz von Dr. Christoph Held und Michael Schmieder (Haus Sonnweid)

Das jeweils dominante Erleben der Menschen mit Demenz unterscheidet sich mit dem Fortschreiten der Erkrankung – Stadium/Schweregrad der Demenz

Anpassung der sozialen (=Handlungsweise der Betreuenden) und räumlichen Umwelt (=Milieugestaltung) an das Erleben in drei Erlebniswelten.





## Studienergebnisse zu Domus-Wohnbereichen/ Special Care Units

Vergleich der Besonderen Betreuung Hamburg (für MmD mit herausforderndem Verhalten) mit Versorgung in traditionellen Pflegeheimen (Weyerer et al. 2010)

(nach statistischer Kontrolle der Gruppenunterschiede)

- ❖ Mehr Sozialkontakte zum Personal
- ❖ Mehr positive Gefühle (Interesse)
- ❖ Seltener freiheitsentziehende Maßnahmen
- ❖ Häufigere psychiatrische Visiten
- ❖ Weniger Neuroleptika
- ❖ Häufigere Teilnahme an kompetenzfördernden Aktivitäten (auch im längsschnittlichen Vergleich)
- ❖ Längerer Erhalt der Fähigkeit zur Fortbewegung im Verlauf
- ❖ Geringere Verschlechterung in der Alltagskompetenz im Verlauf
- ❖ Höherer Anteil an gerontopsychiatrischen Fachkräften und Therapeut/innen
- ❖ Geringere Arbeitsbelastung bei Mitarbeitenden
- ❖ Kein Unterschied bei herausforderndem Verhalten
- ❖ Kein Unterschied bei Angst, Gereiztheit, aber auch bei Freude
- ❖ Kein Unterschied bei Besuchshäufigkeit und Einbindung von Angehörigen
- ❖ Kein Unterschied bei Sturzhäufigkeit

# Studienergebnisse zu Pflegeoasen

Ergebnisse aus der Evaluation Pflegeoase Holle (Rutenkröger& Kuhn 2008)

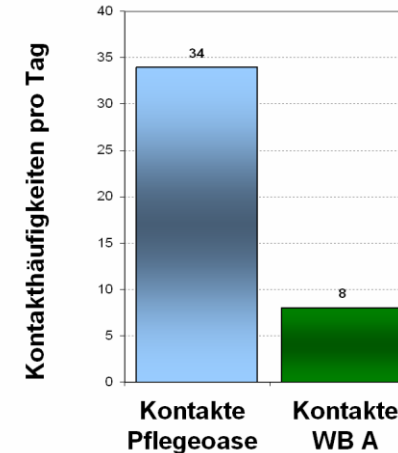
Für BewohnerInnen:

- + bei gleicher bewohnernahen Pflegezeit deutlich häufiger Kontakt, vor allem für Nahrungsaufnahme
- + deutliche Verbesserung der Nahrungsaufnahme und Ernährungssituation
- + positive Veränderungen im Muskeltonus
- + Bei Beweglichkeit zwar keine Veränderung, aber häufiger Transfers aus dem Bett
- + Hohe Zufriedenheit der Angehörigen mit Zufriedenheitsfragebogen (Satisfaction with Care at End-of-Life in Dementia; 0-40 P.)

Von Mitarbeiter/innen

- + werden die kürzeren Wege und das konzentrierte Arbeiten in einem kleinen Bereich geschätzt
- alleine Arbeiten, Sorge etwas falsch zu machen und fehlender Austausch wird als belastend erlebt
- Schulung zum Umgang mit enger Bindung mit Bewohner/innen und hohem Gesprächsbedarf der Angehörigen notwendig

Vergleichbare Ergebnisse in anderen Evaluationen der Pflegeoasen (Dettbarn-Reggentin et al. 2010, Schumacher et al. 2011, Rüsing et al. 2012)



**Pflegeoase**  
 Min. - Max. Kontakte: 7 – 37  
 = 424:07 h

**Wohnbereich A:**  
 Min. - Max. Kontakte: 5 – 13  
 = 498:45 h

	Angehörige	Mitarbeiterinnen	Beobachtung DeSS
Beginn	Mutter schläft, zusammengepresster Mund. 17.1.2007	<i>Im anderen Wohnbereich hat Frau Ganter den Mund kaum geöffnet, Nahrung hat sie überwiegend flüssig bzw. über Schnabeltasse zu sich genommen (PD 24)</i>	BW bekommt Vanillepudding – MA informieren gut, fordern BW immer wieder auf zu schlucken. Essen reichen ist mühsam, BW wirkt weit weg. 12.3.2007
Verlauf	Mutter war ansprechbar, hat geantwortet, aber Augen immer geschlossen, gut gegessen. 29.7.2007	<i>Seit sie in der Pflegeoase ist, öffnet sie den Mund und es ist möglich, ihr mit dem Löffel ein Schälchen Pudding zu geben. (PD 24)</i>	Frau Ganter wird in den Sessel gesetzt. Dort erhält sie auch das Mittagessen (Milchreis mit Zimt und Zucker). Sie isst gut und sucht den Augenkontakt. 24.5.2007

36. Tabelle: Verlaufsbeobachtungen zu Ernährung



## Studienergebnisse zu kleinräumigen Wohnkonzepten z.B. Hausgemeinschaften/ Wohngruppen/ spezialisierte Demenz-Wohnbereiche/ ambulant betreute Pflege-WG/ Green Care Farms

Ergebnisse einer internationalen Literaturrecherche (Stiefler et al. 2020) zu nachweisbaren Unterschieden auf Bewohner/innenebene (Versorgungs-Outcome) zwischen „**Leben in kleineren häuslicheren Einheiten**“ versus traditionelle Einrichtungen der stationären Langzeitpflege

- Studienlage eher unzureichend (zwar Vergleichsstudien, aber keine zufällige Zuweisung möglich) und Probleme beim Vergleich der Versorgungsformen mit deutschen Pflege-WGs
- Insgesamt ein heterogenes Bild, aber es ist ein positiver Einfluss kleinräumiger Wohnformen zu erkennen
- **Keine Nachteile bei kleinräumigen Wohnformen**
- **Einige Studien mit positiven Effekte auf Lebensqualität bei MmD, vor allem soziale Teilhabe, Interaktion mit direktem Umfeld, sich mitteilen können, höhere Zufriedenheit**
- **Weniger Ortsfixierung im Bett, weniger Druckgeschwüre, weniger FEM**
- **Rate an vermeidbaren Krankenhauseinweisungen geringer**
- **Geringeres Belastungserleben und höhere Arbeitszufriedenheit bei Mitarbeitenden**
- Einige Studien, die keine Effekte auf Lebensqualität zeigten
- Keine Effekte (d.h. Unterschiede) bezüglich Verhaltensauffälligkeiten, kognitive Funktion, Medikation, Gefühl des Zuhause-Seins
- Einige Studien, die zeigten, dass ein Teil der positiven Effekte (besserer Gemütszustand, Gefühl eine Aufgabe zu haben) im Zeitverlauf nicht mehr zu erkennen waren (Pflegeheimbewohner/innen näherten sich den Bewohner/innen der kleinräumigen Wohnkonzepten an

## Fragen und Diskussion

- Stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen in D – auch Einrichtungen mit stationären Hausgemeinschaften oder Wohngruppenkonzept - arbeiten eher nach integrativem Konzept, d.h. in der Regel keine spezialisierte Versorgung von Menschen mit Demenz  
→ Sind die Langzeitpflegeeinrichtungen - 50 Jahre nach der Psychiatrie -Enquete - ausreichend spezialisiert für den hohen Anteil an MmD (60-70%)?
- Welche Barrieren gibt es in Pflegeeinrichtungen mit kleinräumigen Konzepten für Menschen mit Demenz (z.B. beschützende Wohnbereiche/ Demenzbereiche) für diese spezifische Aufnahmekriterien entsprechend der Schweregrade der Demenz zu erstellen? Und das Konzept danach auszurichten?
- Ist eine spezialisierte Betreuung von MmD „segregierend“ im Sinne von Verhinderung von sozialer Teilhabe und Exklusion aus der Gesellschaft? Oder handelt es sich um eine fachlich begründete, an den Bedarfen der MmD orientierte Versorgung?

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

*Nachfragen an  
i.hendlmeier@hs-mannheim.de*

*Informationen zu einer berufsbegleitenden gerontologische Weiterbildung  
der Hochschule Mannheim:*

*Kontaktstudium Angewandte Gerontologie – Interventionsgerontologie und Gerontopsychiatrie*

*[www.angewandte-gerontologie.de](http://www.angewandte-gerontologie.de)*

*[zukunft.alter@sozialwesen.hs-mannheim.de](mailto:zukunft.alter@sozialwesen.hs-mannheim.de)*