Z Gerontol Geriat 2020 · 53:505–512

<https://doi.org/10.1007/s00391-020-01691-9>

Eingegangen: 16. August 2019

Angenommen: 9. Januar 2020

Online publiziert: 19. Februar 2020

© Der/die Autor(en) 2020

Barbara Steiner

Studiengang Soziale Arbeit, Duale Hochschule Baden-Württemberg, Heidenheim, Deutschland

Wohn- und Hausgemeinschaften in stationären und ambulanten Settings

Hintergrund

In Deutschland hat die Entwicklung neuer Wohn- und Unterstützungsangebote für ältere Menschen deutlich an Dynamik gewonnen. Sie sind Ausdruck einer hohen Heterogenität des Alterns mit vielen Ausdrucksformen, was Kompetenzen und Reservekapazitäten, aber auch komplexe Konstellationen von somatisch-psychischer Vulnerabilität anlangt. Der gelingenden bzw. gezielt zu optimierenden Person-Umwelt-Passung kommt dabei besondere Bedeutung zu [1]. Die Bandbreite innovativer Wohnformen reicht vom Wohnenbleiben in der eigenen Wohnung mit einem hohen Grad an personeller und technischer Unterstützung über die Neuausrichtung traditionell institutioneller Heimangebote zu Wohngemeinschaften und Mehrgenerationenwohnen. Stationäre und ambulante Haus- und Wohngemeinschaften haben sich aus unterschiedlicher Perspektive als Antwort auf neue Bedarfe von Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf in Pflegeheimen (PH) und in der Häuslichkeit entwickelt: Das stationäre Pflegeheim der dritten Generation mit seinem Wohnheimcharakter [2] wurde v.a. den Bedarfen von Menschen mit Demenz nicht gerecht; in der Häuslichkeit waren es die z. T. prekären Pflegesituationen [3], verbunden mit dem Wunsch, in der gewohnten Umgebung wohnen bleiben zu können. Jenseits ordnungsrechtlicher Zugehörigkeiten in ambulante und stationäre Systemlogik lässt sich aus diesen Wohnformen eine Typologie herauskristallisieren, die im Folgenden als „unterstütztes Wohnen“ (UW) gefasst wird. Der Begriff wur-

de gewählt, weil er die Bedeutung des Wohnens im Alter auch bei Hilfe- und Pflegebedarf hervorhebt [4] und einen Perspektivenwechsel von Pflegebedürftigkeit und Krankheitssicht zu Wohnen und Lebensqualität beinhaltet. Er erweitert das Spektrum sowohl an räumlichen Wohnumgebungen als auch an Dienstleistungsoptionen durch verschiedene professionelle Fach- und Pflegekräfte und informelle Hilfen, die von außen zugeschaltet werden. Der konzeptionelle Rahmen des UW zeichnet sich durch das Zusammenleben einer kleineren Gruppe älterer Menschen, eine Wohnumwelt, die der Häuslichkeit entspricht, das Führen eines eigenen Haushalts, Kleinräumigkeit und Überschaubarkeit aus. Personelle Präsenz in neuem Personenmix stützt Qualitäten wie soziale Teilhabe, sinnvolle Aktivitäten und funktionale Unterstützung. Ansätze dieses Konzepts haben in den USA bereits seit den 1990er-Jahren eine Forschungstradition als „assisted living“ [5]. Ein internationaler Literaturüberblick beschreibt Ansätze von kleinen, häuslichkeitsähnlichen Pflegeumgebungen mit sozialer Betreuung und Ausrichtung der Aktivitäten auf den täglichen Haushalt [6]. Für die künftige Entwicklung dieser Wohnform ist auch bedeutend, in welchen Kontext infrastruktureller Entwicklung und gesamtgesellschaftlicher Sicht auf die pflegerische Versorgung sie eingebunden ist. Mittlerweile liegen Studien zu ambulanten Wohngruppen vor, die eine Gesamtübersicht über quantitative Verteilung und Organisationsstrukturen liefern [7, 8]. Zu Recht wird konstatiert, dass es angesichts eines Ausbaus dieser Wohnform in qualitativer Hinsicht an

einer empirisch abgesicherten Typologie fehlt [8]. Da es sich bei Bewohner*innen in solchen Wohnformen um Menschen mit z. T. schweren somatischen und psychischen Erkrankungen handelt, sind für das Konzept von Lebensqualität Dimensionen wie Verhaltenskompetenz, funktionaler Gesundheitsstatus, subjektives Wohlbefinden, wahrgenommene Lebensqualität und objektive Umwelt von Bedeutung. Dieses Konzept bildet einen wesentlichen theoretischen Bezugsrahmen des UW.

Das Ziel dieser Studie ist es, einen Bezugsrahmen „unterstütztes Wohnen“ zu formulieren und zu untersuchen, wie sich dieser auf die Lebensqualität der Bewohner*innen auswirkt und die Perspektiven für die weitere Entwicklung dieser Wohnoptionen zu reflektieren.

Untersuchungsdesign

Dimensionen von Lebensqualität

Für das Untersuchungsdesign und die Auswahl der Instrumente wurde ein Modell von Lawton [9] ausgewählt, das 4 Dimensionen von Lebensqualität bei Menschen mit Demenz unterscheidet, das subjektive Wohlbefinden, die Verhaltenskompetenz, die wahrgenommene Lebensqualität und die objektive Umwelt. Davon wurden mehrere Dimensionen abgeleitet, die für die Merkmale des UW besondere Relevanz haben (■ Tab. 1).

Instrumente

Zur Messung der Lebensqualität wurde ein multidimensionales Messinstrumentarium herangezogen. Es beinhaltet

Tab. 1 Dimensionen von Lebensqualität

Verhaltenskompetenz	Funktionaler/ Gesundheitsstatus	Subjektives Wohlbefinden	Wahrgenommene Lebensqualität	Objektive Umwelt	Strukturmerkmale
Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)	Ärztliche Diagnosen	Stimmung	Ärztliche Versorgung	Physikalische Umwelt	Wohn-, Einrichtungstyp
Aktivitäten und Verhalten	Sensorische Einschränkungen	Positive/negative Gefühle	Freiheitsentziehende Maßnahmen	Soziale Umwelt	Programmatische Ausrichtung
	Kognitiver Status	Neuropsychiatrische Symptome	Soziale Kontakte zu Angehörigen, Nachbarn, Mitbewohnern		Ordnungs-/leistungsrechtliche Grundlagen
		Herausforderndes Verhalten	Unterstützung durch Angehörige, Nachbarn, Personal		Personelle Ausstattung, Personalmix

Tab. 2 Stichprobe: Strukturdaten der Einrichtungen und soziodemografische Daten der Bewohner*innen

		UW1	UW2	UW3	UW4	UW5	UW6	UW7	PH
Wohn-/Einrichtungs-/ Servicetyp	Vollversorgung	–	–	–	–	–	–	–	●
	Selbstversorgung	●	●	●	●	●	●	●	–
	Haushaltsausstattung	●	●	●	●	●	●	●	–
Siedlungstypische Lage	Städtisch	–	–	–	●	●	●	●	●
	Kleinstädtisch	●	●	●	–	–	–	–	–
	Ländlich	–	–	–	–	–	–	–	–
Ordnungsrecht	Stationär	–	–	–	●	●	●	●	●
	Ambulant	●	●	●	–	–	–	–	–
Leistungsrecht	Stationär	–	–	–	●	●	●	●	●
	Ambulant	●	●	●	–	–	–	–	–
Programmatische Ausrichtung	Lebensqualität, Alltag	●	●	●	●	●	●	●	–
	Pflegequalität, Therapie	–	–	–	–	–	–	–	●
Personal, Qualifikation	Personalmix Alltagsbegleiter, Pflege u. a.	●	●	●	●	●	●	●	–
	Pflege, Pflegehelfer*innen, Therapeut*innen	–	–	–	–	–	–	–	●
Anzahl (n) der Bewohner*innen		9	10	10	10	10	7	8	18
Durchschnittsalter (Jahre) der Bewohner*innen		85,8	79,4	86	82,3	79,3	81,3	79,33	82,3
Minimales/maximales Alter (Jahre) der Bewohner*innen		80/94	61/92	74/95	73/100	70/92	67/100	68/95	57/101
Anteil (%) der mittel/schwer demenziell Erkrankten		63	88	100	50	17	71	100	53
Anteil (%) der Bewohner*innen mit starken Einschränkungen (Barthel-Index <60 Punkte)		60	56	90	50	33	71	67	50

PH Pflegeheim, UW unterstütztes Wohnen

te das sog. Pflege- und Verhaltensassessment (PVA), das Dementia Care Mapping (DCM), das Professional Environmental Assessment Protocol (PEAP) als ökopsychologisches Verfahren zur Einschätzung der räumlichen Umwelt und einen Fragebogen zur Erhebung organisationsbezogener und gebäudetypologischer Daten.

Das PVA fand bei unterschiedlichen Erhebungen im Bereich der stationären Pflege in Deutschland Anwendung [10]. Es beinhaltet Fragekomplexe, die oben genannte Dimensionen der Lebensqualität abbildet und international etablierte Subskalen wie beispielsweise den Bar-

thel-Index [11], die Apparent Emotion Rating Scale [12] und das Cohen Mansfield Agitation Inventory [13], die z. T. an die Bedürfnisse der Untersuchung angepasst wurden. Es handelt sich bei den einzelnen Bestandteilen ausschließlich um Fremdbeurteilungsskalen, mit dem Vorteil, dass sie von qualifizierten Pflegekräften bearbeitet werden können. Zusammen mit dem DCM können wesentliche Items der Verhaltenskompetenz, des subjektiven Wohlbefindens und der wahrgenommenen Lebensqualität abgebildet werden. Das DCM ist ein Instrument zur teilnehmenden

Beobachtung und Einschätzung personenzentrierter Pflege von Menschen mit Demenz [14]. Es bildet das relative Wohlbefinden von zu beobachtenden Personen anhand ihres Verhaltens im öffentlichen Bereich einer Einrichtung ab. Dabei werden die Beobachtung des Verhaltens anhand von 24 Verhaltenskategorien, die Einschätzung des relativen Wohlbefindens der einzelnen Personen auf einer Sechspunkteskala, die unkoodierte Aufzeichnung positiver Ereignisse sowie die strukturierte Aufzeichnung negativer Ereignisse dokumentiert [15]. Die teilnehmende Beobachtung lässt sich gut

B. Steiner

Wohn- und Hausgemeinschaften in stationären und ambulanten Settings

Zusammenfassung

Hintergrund und Fragestellung. Ambulante und stationäre Wohn- und Hausgemeinschaften unterscheiden sich von klassisch stationären Angeboten durch eine Orientierung an der Autonomie der Bewohner*innen und die Normalität von Wohnen und Alltag in der Häuslichkeit. Der konzeptionelle Rahmen, hier als unterstütztes Wohnen (UW) gefasst, zeichnet sich durch eine Wohnumwelt, das Führen eines eigenen Haushalts, Kleinräumigkeit und Überschaubarkeit aus. Personelle Präsenz in neuem Personalmix stützt Qualitäten wie soziale Teilhabe, sinnvolle Tätigkeit und funktionale Unterstützung. Die Studie untersucht, wie sich dieser Bezugsrahmen auf die Lebensqualität der Bewohnerschaft auswirkt, und reflektiert

die Perspektiven für die weitere Entwicklung von Wohnoptionen.

Material und Methode. Im Zeitraum von 9 Monaten (2006–2007) wurden 8 Wohn- bzw. Hausgemeinschaften mit 73 Bewohner*innen und ein klassischer Pflegeheimbereich mit 18 Bewohner*innen in den Dimensionen Verhaltenskompetenz, subjektives Wohlbefinden, wahrgenommene Lebensqualität und objektive Umwelt untersucht. Es kamen multidimensionale personen- und umweltbezogene Instrumente zur Anwendung; zu organisationsspezifischen Fragen wurden qualitative Interviews durchgeführt.

Ergebnisse. In den Haus- und Wohngemeinschaften des UW sind ungeachtet einer formal stationären oder ambulanten Einordnung bei den Bewohner*innen signifikant höhere

Wohlbefindenswerte und signifikant weniger agitierte, herausfordernde Verhaltensweisen als im Pflegeheim zu beobachten. Insbesondere Menschen mit Demenz profitieren von der spezifischen Qualität des UW, das sich in wesentlichen Dimensionen abbildet.

Schlussfolgerung. Die Befunde geben Hinweise dafür, dass das UW ein Konzept darstellt, das Basis für neue Wohnangebote und eine neue Versorgungsinfrastruktur sein kann. Es bietet gute Anknüpfungspunkte an das Leitprinzip der geteilten Verantwortung.

Schlüsselwörter

Einrichtungen des unterstützten Wohnens · Lebensqualität · Soziale Teilhabe · Personalmix · Alltag

Assisted living facilities in inpatient and outpatient settings

Abstract

Background and objective. Assisted living (AL) facilities for older people in need of support in outpatient and inpatient settings differ from nursing homes due to the orientation towards autonomy of the residents and the normality of living and everyday routines, very similar to living at home. The conceptual framework, here defined as AL, is characterized by a homelike small-scale environment and the keeping of one's own household and manageability. The presence of personnel in a new personal mix supports qualities, such as social participation, meaningful activities and functional support. The study examined how this frame of reference impacts the quality of life of

residents and reflects the perspectives of further development of housing options.

Material and methods. Over a period of 9 months (2006–2007) 8 AL facilities with 73 residents and a classical nursing home with 18 residents were examined in terms of behavioral competence, subjective well-being, perceived quality of life and objective environment. Established multidimensional person and environment-related assessment instruments were applied. Specific organizational questions were explored through qualitative interviews.

Results. Despite a formal inpatient or outpatient classification, the residents living in AL facilities showed significantly higher

values for well-being and showed significantly less agitated, challenging behavior compared to the nursing home. In particular, people with dementia benefited from the specific quality of AL, which is reflected in relevant dimensions.

Conclusion. The findings indicate that AL represents a concept that can be used as a basis for new housing offers and a new type of care infrastructure. It provides connecting factors to the leading principle of shared responsibility.

Keywords

Assisted living facilities · Quality of life · Social participation · Personal mix · Everyday life

mit der Einschätzung der räumlichen Umwelt durch das PEAP [18] verbinden. Dieses wurde als standardisierte Methode der Untersuchung von Settings entwickelt. Es wird in den USA zur Evaluation des Assisted living, aber auch von speziellen Demenzzpflegeeinheiten eingesetzt. Der Fokus liegt auf der objektiven Umwelt, geht aber über eine einfache Dokumentation von objektiven Eigenschaften des Settings als Ganzem hinaus und bietet ein eher globales Set an Auswertungen von Umgebungsmilieus. Dem PEAP liegen 9

Dimensionen von Umweltqualität zugrunde, die nach ihrem Grad der Unterstützung bewertet werden. Über einen Strukturhebungsbogen wurden Merkmale der untersuchten Einrichtungen wie z. B. Einrichtungstyp, Baustandard, siedlungstypische Lage, Infrastruktur im Nahraum, Personalqualifikationen sowie ordnungs- und leistungsrechtlicher Status erhoben.

Erhebungszeitraum

Die Daten der Untersuchung wurden über 3 Zeitpunkte (t1 = September 2006, t2 = Dezember 2006, t3 = März 2007) erfasst und daraus ein Durchschnittswert gebildet. Da sich die Einrichtungen teilweise im Aufbaustadium befanden, sollte dadurch eine bessere Datenqualität erreicht werden. Der PVA wurde in allen Einrichtungen erhoben, das DCM im PH-Bereich, den ambulanten UW und stationären UW mit sehr hohem Anteil an Demenzerkrankten. Seit 2014 haben

Tab. 3 Grad der Unterstützung nach Umweltdimensionen gemäß Professional Environment Assessment Protocol (max. 5 Punkte)

	UW	PH
Orientierung	5,0 SD (± 0)	2,0
Sicherheit	2,7 SD ($\pm 0,5$)	3,0
Privatheit	3,5 SD ($\pm 0,5$)	4,0
Regulierung, Stimulation	5,0 SD (± 0)	4,0
Qualität der Stimulation	5,0 SD (± 0)	3,0
Funktionale Fähigkeiten	4,0 SD (± 0)	4,0
Persönliche Kontrolle	4,9 SD ($\pm 0,4$)	4,0
Kontinuität des Selbst	5,0 SD (± 0)	2,0
Soziale Kontakte	5,0 SD (± 0)	4,0

PH Pflegeheim, SD Standardabweichung, UW unterstütztes Wohnen

umfassende gesetzliche Neuerungen wie die Pflegestärkungsgesetze und die Landesheimgesetze die Entwicklung neuer Wohnformen stark befördert. Während ambulante Wohngemeinschaften deutlich an Zahl zugenommen haben [8], werden stationäre Hausgemeinschaften nach Expert*innenmeinungen noch relativ wenig umgesetzt. Häufiger werden eingebundene spezialisierte Wohngruppenkonzepte für Menschen mit Demenz realisiert, z. T. auch mit landesbezogenen Regelungen. Es gibt dazu wenige empirische Untersuchungen. Die vorliegende Studie reicht in das Jahr 2007 zurück und weist damit eine starke Limitation auf, sie kann aber einen wichtigen Ausblick auf die weitere Forschung in diesem Feld geben.

Stichprobe

Die Untersuchungseinheiten (Tab. 2) wurden aus Teilnehmenden einer Initiativgruppe gewonnen, die Haus- oder Wohngemeinschaften nach dem Konzept des UW in Baden-Württemberg planten bzw. umsetzten. Es handelt sich um 7 Wohn- bzw. Hausgemeinschaften. Das PH mit pflegerischer Programmatik lag ebenfalls in diesem Einzugsgebiet. In den 7 Einrichtungen des UW wohnten zum Zeitpunkt t1 jeweils 7 bis 10 Bewohner*innen, insgesamt 63 Bewohner*innen, und auf dem Wohn-

bereich des PH 18 Bewohner*innen (Tab. 2). Die Einrichtungen des UW waren in verschiedenen Gebäudetypen (z. B. Villa, Mehrfamilienwohnhaus, Gebäudekomplex mit betreutem Wohnen) untergebracht; der PH-Wohnbereich war ein Pflegeheim der dritten Generation [2]. Ein Teil des UW unterlag ordnungsrechtlich stationären Vorgaben, war Selbstversorger mit vollständiger Haushaltsausstattung und verfügte mit Alltagsbegleiter*innen als Präsenz- und Fachpflegekräften über eine gemischte personelle Struktur; ein Teil des UW war ambulant organisiert.

Im UW und im PH ist das Durchschnittsalter der Bewohner*innen mit 82 bzw. 82,3 Jahren mit dem damaligen Bundesdurchschnitt der Bewohnerschaft in stationären Einrichtungen vergleichbar [17]; auch der Anteil an Frauen weicht mit 68,8% im UW und mit 72,2% im PH nicht stark voneinander ab. Deutlichere Unterschiede ergeben sich beim Anteil von Menschen mit mittlerer bis schwerer Demenz: Dieser liegt im UW bei durchschnittlich 69,9%, im PH deutlich niedriger bei 53%. Mit ca. 60% liegt der durchschnittliche Anteil an Bewohner*innen mit stärkeren Einschränkungen nach dem Barthel-Index deutlich über dem des PH mit 50%.

Ergebnisse

Umwelt als Unterstützungsfaktor

Die räumliche und soziale Umwelt hat eine große Bedeutung für die Lebensqualität hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, insbesondere auch für Menschen mit Demenz [16]. Eine Expertengruppe aus dem Bereich der Demenzforschung legt der Beschreibung und Messung der therapeutischen Umwelt 9 Dimensionen zugrunde: Wahrnehmung und Orientierung, Sicherheit, Privatheit, Regulierung und Qualität der Stimulation, funktionale Unterstützung, persönliche Kontrolle, Kontinuität des Selbst und soziale Kontakte [18].

Die objektive Umwelt der einzelnen Einrichtungen des UW weist sehr einheitliche Werte in den einzelnen Dimensionen aus, auch wenn sie in ihrer

baulichen und gestalteten Umwelt unterschiedlich erscheinen (Tab. 3). Mit einem Wert von 4,4 von 5 erreichbaren Punkten zeichnet sich das UW durch einen hohen Unterstützungsgrad aus; das PH liegt mit 3,3 deutlich darunter. Das UW hat besondere Stärken in den Dimensionen Orientierung, Regulierung und Qualität der Stimulation, der Kontinuität des Selbst und den sozialen Kontakten. Die größten Schwächen zeigen sich im Bereich der Sicherheit, wo beispielsweise fehlender Platz beim Baden oder im Toilettenbereich zur besseren Unterstützung durch das Personal oder die eingeschränkte Möglichkeit der Überwachung aller Ausgänge bei gleichzeitig fehlender elektronischer Überwachungsmöglichkeit negativ zu Buche schlägt. Im Bereich Privatheit schlagen sich Doppelzimmer und die Sanitärbereiche, die sich 2 oder mehrere Bewohner*innen teilen müssen, negativ in der Bewertung nieder. Im PH liegen, durch den institutionellen Charakter bedingt, die größten Schwächen im Bereich der Orientierung und Kontinuität des Selbst sowie der Qualität der Stimulation.

Aktivitäten und Wohlbefinden

Seit Ende der 1990er-Jahre gewinnen milieutherapeutische Aspekte in der wissenschaftlichen Diskussion um wichtige Teilbereiche der Lebensqualität von Menschen mit Demenz in Einrichtungen an Bedeutung [19]. Die Qualität von gestalteten, begleiteten Gemeinschaftsbereichen und Milieus, dazu zählen insbesondere soziale Interaktion und sinnvolle Aktivitäten, hat Einfluss auf das Wohlbefinden der Bewohner*innen. Das Milieu im UW ist besonders gekennzeichnet durch soziale Interaktion, sinnvolle Aktivitäten und Qualität bzw. Regulierung von Stimulation. Ein Großteil der Bewohner*innen mit Demenz (93,0%) hält sich über den durchschnittlichen täglichen Beobachtungszeitraum von 6,5h im Gemeinschaftsbereich auf. Im PH liegt dieser Anteil deutlich niedriger bei 44,3%. Die Ergebnisse des DCM (Abb. 1), das nur die Bewohner*innen mit Demenz erfasst, weisen auf einer Skala von +5 (außerordentliches Wohlbefinden) bis -5 (extreme Zustände von Apa-

Abb. 1 ▲ Wohlfinden nach Dementia Care Mapping (DCM) im unterstützten Wohnen (UW) und im Pflegeheim (PH) mit den 5 jeweils am häufigsten vorkommenden Verhaltenskategorien. W repetitive Selbststimulation, Kum kommen und gehen, Nod schlafen oder dösen

thie, Wut, Trauer, anhaltende Vernachlässigung etc.) mit einem Wert von 2,1 im UW einen deutlich höheren Gruppenwohlbefindenswert auf als das PH mit einem Wert von 1,2. Unter den 5 am häufigsten zu beobachtenden Verhaltenskategorien im UW (Artikulation [A], „borderline“ [B], „food“ [F], „labour“ [Arbeit/Pseudoarbeit, L] und „media“ [Beschäftigung mit Medien, M]) sind alltagsnahe, abwechslungsreiche Aktivitäten (L, M), die „das Personsein unterstützen“, mit erheblichem Wohlfinden (Werte 2,8 und 1,5) verbunden. Das Milieu ist durch die Präsenz mindestens einer Person positiv geprägt, indem diese für das abwechslungsreiche Milieu sorgt, als Ansprechpartner*in für die Bewohner*innen und als Moderator*in der Gruppe fungiert und auf Verhalten, das sich „negativ auf das Personsein“ auswirkt, Einfluss nimmt. Die 5 am häufigsten zu beobachtenden Verhaltenskategorien im PH (A, B, F, M und W [„withstanding“, repetitive Selbststimulation]) liegen auf einem niedrigeren Niveau als im UW und sind weniger aktivitätsbezogen. Hinzu kommt das Auftreten der Verhaltenskategorie „W“ – repetitive Selbst-

stimulation – mit einem Wert von –0,8. Sie zählt zu den Kategorien, „die das Personsein gefährden“ und z. B. durch Langeweile bzw. Stresssituationen entstehen. Hier lässt sich ein Bezug zum Konzept des PH herstellen, das keinen konzeptionell gestalteten bzw. personell betreuten Gemeinschaftsraum zur Verfügung stellt. Die Bewohner*innen sind über längere Zeiträume sich selbst überlassen, auftretende Langeweile bzw. Stresssituationen können durch das Personal weniger positiv beeinflusst werden. Das Aktivitätenangebot ist zentral im Haus organisiert. Es ist auf dem Wohnbereich weniger abwechslungsreich und wird stärker punktuell angeboten.

Gefühlsausdruck

Die Ergebnisse der Modified Apparent Emotion Rating Scale (Tab. 4), die die Einschätzung von Fachpflegekräften zu allen Bewohner*innen widerspiegeln, korrespondieren mit den Beobachtungen des DCM. Bei den positiven Emotionen sind die häufige Freude (48,4%) und das häufige Interesse (47,2%) signifikante Merkmale des UW. Im PH zeigt

sich häufig Freude bei 33,3%, häufiges Interesse nur bei 11,1% der Bewohner*innen. Negative Emotionen in Form von häufiger Wut treten im UW bei 5,9% der Bewohner*innen auf, in Form von häufiger Angst bei 1,4%. Im PH wird keine häufige Wut bei den Bewohnern/Bewohnerinnen verzeichnet, häufige Angst bei 11,1%.

Bewohner*innen mit Demenz profitieren besonders vom Milieu des UW. Das zeigt sich auch bei der Betrachtung neuropsychiatrischer Symptome, die mit dem Neuropsychiatrischen Inventar [20] vorgenommen wurden. Im UW sind 11,6% der Demenzerkrankten zurückgezogen und apathisch, im PH liegt der Anteil mit 22,2% doppelt so hoch. Im PH leiden 44,4% an Ein- und Durchschlafproblemen, im UW nur 8,9%. Der Bewegungsdrang ist in beiden Wohnformen mit 11,7% (UW) und 11,1% (PH) vergleichbar.

Herausforderndes Verhalten

Herausfordernde Verhaltensweisen stellen eine große Belastung für Betreuungspersonen und Pflegenden dar. Bei den Haupteklärungsmodellen, wie dem Modell der unbefriedigten Bedürfnisse, dem Verhaltens-/Lernmodell und dem Modell der Vulnerabilität durch die Umgebung bzw. der verminderten Stress-toleranz [21], spielen neben physiologischen und psychosozialen Bedürfnissen, der funktionalen Leistungsfähigkeit auch die soziale und physikalische Umwelt eine wichtige Rolle. Bei wie viel Bewohner*innen herausforderndes Verhalten mit schwerer Ausprägung „einmal bis mehrmals täglich“ auftritt, zeigt Tab. 5.

Im UW zeigen signifikant weniger Bewohner*innen herausfordernde Verhaltensweisen mit schwerer Ausprägung als im PH. Bei 10,6% der Bewohner*innen ist das ständige nichtbeeinflussbare Suchen nach Zuwendung die am häufigsten beobachtete agitierte Verhaltensweise; sechs weitere kommen zwischen 1,4 und 4,9%, also bei vergleichsweise wenigen Bewohner*innen, vor. Im PH zeigen insbesondere die Bewohner*innen mit Demenz herausforderndes Verhalten mit schwerer Ausprägung: Es finden sich „anhaltendes Schreien“ bei 33,3%,

Tab. 4 Ausdruck von Gefühlen in den letzten 4 Wochen (Anteil, %) nach der Modified Apparent Emotion Rating Scale

		Alle Bewohner*innen		Bewohner*innen mit Demenz	
		UW (n = 64)	PH (n = 18)	UW (n = 41)	PH (n = 9)
Freude	Fast nie	13,7	33,3	15,7	55,6
	Gelegentlich	37,9	33,3	39,7	33,3
	Häufig/mehrmals täglich	48,4	33,3	44,6	11,1
Interesse	Fast nie	12,0	55,6	17,9	44,4
	Gelegentlich	40,8	33,3	43,2	44,4
	Häufig/mehrmals täglich	47,2	11,1	38,9	11,1
Wut	Fast nie	75,5	66,7	82,0	55,6
	Gelegentlich	18,6	33,3	12,1	44,4
	Häufig/mehrmals täglich	5,9	0,0	5,9	0,0
Angst	Fast nie	81,7	66,7	79,2	44,4
	Gelegentlich	16,9	22,2	19,3	33,3
	Häufig/mehrmals täglich	1,4	11,1	1,4	22,2

PH Pflegeheim, UW unterstütztes Wohnen

Tab. 5 Anteil der Bewohner*innen (%) mit ein- bis mehrmals täglichem herausforderndem Verhalten nach dem Modified Cohen Mansfield Agitation Inventory

	Alle Bewohner*innen		Bewohner*innen mit mittlerer bis schwerer Demenz	
	UW (n = 64)	PH (n = 18)	UW (n = 41)	PH (n = 9)
Weglaufen	1,4	5,6	1,4	11,1
Manierismus	1,4	11,1	1,4	22,2
Bespucken	1,8	0,0	3,6	0,0
Gegenstände verstecken, sammeln	3,0	0,0	3,0	0,0
Eindringen in Räume	3,0	0,0	3,0	0,0
Schreien	4,6	16,7	5,7	33,3
Abweichender Ausdruck	5,2	11,1	5,7	22,2
Ständiges Suchen nach Zuwendung	10,6	5,6	10,0	11,1

PH Pflegeheim, UW unterstütztes Wohnen

„Manierismus“ und „abweichender Ausdruck“ bei je 22 %, und je 11,1 % neigen zum „Weglaufen“ oder sind auf der „ständigen Suche nach Zuwendung“.

Limitationen

Die Studie weist einige Limitationen auf. Für die Untersuchung stand nur eine relativ kleine Stichprobe zur Verfügung und sie ist auf das Land Baden-Württemberg begrenzt. Die Einrichtungen zeigen sehr heterogene Eigenschaften.

Welche Effekte z. B. der ordnungsrechtliche Status „ambulant“ und „stationär“ auf die Ergebnisse hat, wurde nicht untersucht. Im Konzept des UW spielt der Personalmix für die Qualität des Angebots eine wichtige Rolle. Wie verschiedene Professionen bzw. Kompetenzen zusammenwirken, müsste unter arbeits- und bildungswissenschaftlichen Gesichtspunkten näher beleuchtet werden. Gegenüber pflegerischen und hauswirtschaftlichen Fachkräften ist das Tätigkeitsprofil von sog. Alltagsbeglei-

ter*innen qualifikatorisch noch wenig profiliert und somit wenig aussagekräftig. In der Studie wurde den 7 Einrichtungen des UW nur ein Pflegeheim gegenübergestellt. Als Auswahlkriterium dienten die programmatische Ausrichtung an „Pflege und Therapie“ und die durchschnittliche Bewohner*innenstruktur von Pflegeheimen. Dies diente der Kontrastierung der Konzepte und verfolgte keinen Anspruch an Repräsentativität. Erfahrungsgemäß kann es durch große Fluktuation innerhalb kurzer Zeit zu einer deutlichen Veränderung der Bewohner*innenzusammensetzung kommen. Der Status stellt eine Momentaufnahme zum damaligen Zeitpunkt dar. Es soll nochmals darauf hingewiesen sein, dass es sich bei dem Pflegeheim um einen älteren Typus handelt.

Diskussion

Bei der vorliegenden Studie stand die Frage im Mittelpunkt, ob kleingemeinschaftliche, an Lebensqualität orientierte Wohnformen eine geeignete Option für ein gutes Leben für Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf darstellen. Bei der Untersuchung wurde darauf Wert gelegt, einen neuen Typ von Wohnform mit seinen Indikatoren zu beschreiben, zu evaluieren und ihn in den Kontext bestehender Angebote einzuordnen. Der Schwerpunkt liegt auf einem qualitativen Ansatz mit deskriptiven Daten. Die kleine Stichprobe ermöglichte es nicht, die komplexen Beziehungen zwischen den einzelnen Dimensionen von Lebensqualität und der Beziehung von Person und Umwelt statistisch gesichert abzubilden; das wäre einer größer angelegten Studie vorbehalten.

Die Anwendung eines multidimensionalen Instrumentariums hat sich bewährt. Die differenzierte Sichtweise auf Verhalten und Wohlbefinden der Bewohner*innen durch das DCM erbrachte in Verbindung mit dem PVA und seinen Subskalen eine aussagefähige Datenfülle, die subjektives und objektives Wohlbefinden zusammenführte. Das PEAP ist in seiner Anwendung und Aussagekraft sehr gut geeignet, objektive räumliche Umwelten im Hinblick auf den Typus UW zu untersuchen.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich das UW-Konzept in den untersuchten Einheiten sehr deutlich und positiv in wesentlichen Bereichen der Lebensqualität abbildet. Menschen mit Demenz profitieren gleichermaßen von dieser Wohnform wie Menschen ohne Demenz, und beide Gruppen profitieren von dieser Wohnform mehr als vom PH der 3. Generation, das deutliche Schwächen zeigt. Die Ausrichtung am Normalisierungsprinzip eines häuslichen Alltags und einer Räumlichkeit, die dies auch widerspiegelt, ermöglicht und erleichtert es den unterschiedlichen Personengruppen, unterschiedliche Rollen wahrzunehmen (Präsenzkkräfte, Hauswirtschaft, Pflege, Angehörige, Besucher*innen, Therapeut*innen u.a.). Dadurch entsteht ein gutes unterstützendes Milieu mit sozialen Kontakten und sinnvollen Aktivitäten. In den Einrichtungen des UW spielt die ordnungsrechtliche Basis nicht die primäre Rolle.

Bei der Untersuchung wurde eine Analyse der Organisations- und Finanzierungsstruktur und ihrer Auswirkungen auf die Lebensqualität der Bewohner*innen aus methodischen Gründen ausgeklammert. Die konzeptionelle Ausrichtung zeigt gute Anknüpfungspunkte an das Leitprinzip der geteilten Verantwortung [22]. Dies wäre in einer weitergehenden Studie noch zu beleuchten.

Fazit für die Praxis

- Eine Typologie des unterstützten Wohnens (UW) bei unterschiedlichen Ausgestaltungsoptionen ist darstellbar und messbar. Das ermöglicht es Planungsverantwortlichen und Nachfragenden, die Qualität eines solchen Wohn- und Dienstleistungsangebots besser einzuschätzen.
- Wohn- und Hausgemeinschaften sind keine „Übergangsformen“ und decken auch hohe Hilfe- und Pflegebedarfe der Bewohner*innen ab.
- Das Festhalten an einer Trennung zwischen „stationär“ und „ambulant“ sowie „Institution“ und „Häuslichkeit“ zeigt sich angesichts einer

neuen Typologie von Wohnformen als nichthaltbar.

- Die Subsumierung werteorientierter stationärer Hausgemeinschaften unter „Pflegeheim der besonderen Art“ ist der Qualität des Angebots nicht angemessen und verhindert die Weiterentwicklungsmöglichkeiten von Wohnformen, die infrastrukturell notwendig und von Betroffenen gewünscht werden.
- Es bedarf qualifizierter Studien zum UW. Dabei sind sowohl die Typologie als auch seine Einordnung in das Leitprinzip der geteilten Verantwortung zu untersuchen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Barbara Steiner

Studiengang Soziale Arbeit, Duale Hochschule Baden-Württemberg
Marienstr. 20, 89518 Heidenheim, Deutschland
steiner@dhw-heimheim.de

Danksagung. Mein besonderer Dank gilt den Bewohnern der Einrichtungen, die für die Studie Einblick in ihr Leben gewährten und den Leitungsverantwortlichen und Mitarbeitenden für ihre Mitwirkung und Bereitstellung von Informationen.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. B. Steiner gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von der Autorin durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren. Die im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten wurden nach den Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) zum Zweck der Auswertung und Veröffentlichung anonymisiert. Die Einwilligung der Teilnehmer erfolgte implizit durch ihre Teilnahme. Die Zustimmung einer Ethikkommission war nicht notwendig.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Ma-

terials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Wahl HW, Steiner B (2014) Innovative Wohnformen. In: Pantel J, Schröder J et al (Hrsg) Praxishandbuch Altersmedizin. Kohlhammer, Stuttgart, S 701–707
2. Winter HP, Gennrich R, Haß P (2000) Hausgemeinschaften. Die 4. Generation des Altenpflegeheimbaus. KDA, Köln
3. Schäufele M, Köhler L, Teufel S, Weyerer S (2008) Betreuung von demenziell erkrankten Menschen in Privathaushalten. Potentiale und Grenzen. In: Schneekloth U, Wahl HW (Hrsg) Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote. Kohlhammer, Stuttgart
4. Wahl HW, Oswald F (2010) Environmental perspectives on aging. In: Dannefer D, Phillipson C (Hrsg) The SAGE Handbook of Social Gerontology. SAGE, London, S 111–124
5. Kane RA, Wilson K (1993) Assisted Living in the United States. A New Paradigm for Residential Care for Frail Older Persons? AARP, Washington, D.C.
6. Verbeek H, van Rossum E, Zwakhalen S et al (2009) Small, homelike care environments for older people with dementia: a literature review. Int Psychogeriatr 21:252–264
7. Wolf-Ostermann K, Worch A, Meyer S, Gräse J (2014) Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Pflegebedarf. Versorgungsangebote und gesetzliche Rahmenbedingungen in Deutschland. Z Gerontol Geriatr 47(7):583–589. <https://doi.org/10.1007/s00391-013-0524-6>
8. Klie T, Heislitz C, Schumacher B et al (2017) Ambulant betreute Wohngruppen. Bestandserhebung, qualitative Einordnung und Handlungsempfehlungen. BMG, Berlin
9. Lawton MP (1983) Environment and other determinants of well-being in older people. Gerontologist 23(4):349–357. <https://doi.org/10.1093/geront/23.4.349>
10. Schäufele M, Köhler L, Teufel S, Weyerer S (2009) Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssituation. In: Schneekloth U, Wahl HW (Hrsg) Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Demenz, Angehörige und Freiwillige, Beispiele für „Good Practice“. Kohlhammer, Stuttgart, S 159–221
11. Mahony FI, Barthel DW (1965) Functional evaluation. The Barthel-Index. Md State Med J 14:61–65
12. Albert S, Jacobs D, Marder K et al (2001) Longitudinal study of quality of life in people with advanced Alzheimer's disease. Am J Geriatr Psychiatry 9:160–168
13. Cohen-Mansfield J (1996) Behavioural and mood evaluations. Assessment of agitation. Int Psychogeriatr 8:233–245
14. Kitwood T (2000) Demenz. Der personenorientierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Huber, Bern
15. Bradford Dementia Group (1997) Evaluating Dementia Care. The DCM Method, 7. Aufl.
16. Cohen U, Weisman GD (1991) Holding on to home. Designing environments for people

- with dementia. Johns Hopkins University Press, Baltimore
17. Schneekloth U, Törne I (2009) Entwicklungstrends in der stationären Versorgung – Ergebnisse der In-fratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth U, Wahl HW (Hrsg) Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Demenz, Angehörige und Freiwillige, Beispiele für „Good Practice“. Kohlhammer, Stuttgart, S 43–158
 18. Norris-Baker C, Weisman GD et al (1999) Assessing special care units for dementia: the professional environment assessment protocol. In: Steinfeld E, Danford GS (Hrsg) Enabling Environments. Measuring the Impact of Environment on Disability and Rehabilitation. Springer, New York, S 165–181
 19. Heeg S, Radzey B, Kuhn C et al (2003) Abschlussbericht zum Modellprojekt „Milieuthapie – Einführung milieuthapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich mit begleitender Evaluation (MIDEMAS)“
 20. Kaufer D, Cummings J, Ketchel P et al (2000) Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the neuropsychiatric inventory. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 12:233–239
 21. Halek M, Bartholomeyczik S (2006) Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Schlütersche, Hannover
 22. Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (2017) 7. Altenbericht der Bundesregierung. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunfts-fähiger Gemeinschaften. BMFSFJ, Berlin

H.-G. Nobis, R. Rolke, T. Graf-Baumann
Schmerz – eine Herausforderung

Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige

Springer Medizin 2020, 3., vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage, 204 S., 52 Abb., (ISBN: 978-3-662-60400-7), Softcover 19,99 EUR

Mit einem freundlichen Lächeln präsentiert sich die 3. vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage des bewährten Ratgebers für Betroffene und Angehörige.

Den Herausgebern Herrn Dipl. Psych. Hans-Günter Nobis, Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Roman Rolke und Herrn Prof. Dr. med. Toni Graf-Baumann ist es gelungen, über 50 namhafte Schmerzexperten für Beiträge zu 70 Schmerz-Themen zu gewinnen. Diese Mühe hat sich gelohnt. Die aktuelle Auflage zeichnet sich durch gelungene Erweiterungen aus, indem einige Kapitel neu eingefügt sind und Abschnitte nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen überarbeitet wurden.

Das Buch richtet zunächst den Fokus auf die Herausforderung für das Verständnis und die verschiedenen Ursachen von Schmerzen. Es wird klar und verständlich vermittelt, dass die Betroffenen einen wesentlichen Beitrag zu einer erfolgreichen Behandlung beitragen können und gemeinsam mit Behandlern das Therapieziel verfolgen. Bereits auf den ersten Seiten wird die Motivation der Betroffenen hierfür gefördert, sich gemeinsam mit Ärzten und Therapeuten aus den Disziplinen Psychologie und Physiotherapie aktiv an den Therapien zu beteiligen. Die beleuchteten Hintergründe, um ein Verständnis für die Schmerzerkrankung zu erreichen, sind übersichtlich, klar, einfühlsam und verständlich geschrieben.

Im speziellen Teil werden die wesentlichen und häufigsten chronischen Schmerzerkrankungen in didaktisch guter Weise beschrieben und bieten eine rasche Möglichkeit sich

zu informieren. Die Bereiche „Schmerz und Sexualität“, „Wachstumsschmerzen bei Kindern“, „Endometriose“ und „Gelenkschmerz“, ebenso wie „Naturheilkunde bei Schmerz“ und medikamentöse Besonderheiten bei Schwangerschaft, Stillzeit auf Reisen und beim Sport sind umfassend erweitert und aktualisiert.

Neben den Besonderheiten bei Schmerz, der Diagnostik und den therapeutischen Möglichkeiten ist das Kapitel „Erfahrungsberichte von Schmerzpatienten“ für Betroffene und Angehörige sehr bereichernd. Schmerzpatienten unterschiedlichen Alters und mit verschiedenen chronischen Schmerzerkrankungen berichten über ihre persönliche Leidensgeschichte. Diese hautnahen Berichte sind lebensnah und eingängig, sie machen Mut auch in scheinbarer Hoffnungslosigkeit mit einer Schmerzerkrankung zu leben und eröffnen Perspektiven im Umgang damit. Gleichzeitig vermitteln diese Berichte auch uns Behandlern, wie wichtig unsere empathische Professionalität für diese Patienten ist. Es macht auch uns Behandlern Mut, auch wenn wir dies im arbeitsreichen Alltag und möglichen Auseinandersetzungen mit übergeordneten Strukturen nicht täglich wahrnehmen.

Die beiden letzten Kapitel beschreiben übersichtlich welche Versorgungsstrukturen für Patienten zur Verfügung stehen und verfolgt werden können, der anschließende Serviceteil lässt keine Wünsche offen hinsichtlich Informationen inklusive eines Glossars zum Nachschlagen medizinischer Fachbegriffe. Das Buch ist eine lesenswerte Quelle an Hilfen, Erklärungen und Anregungen zur Schmerztherapie allgemein und zu verschiedenen Schmerzerkrankungen. Auch wenn der rote Button auf dem Cover sich an Betroffene und Angehörige richtet, so bietet dieses Buch auch dem medizinisch interessierten Laien, wie auch den Profis im Alltag patientengerechte Erklärungen zu wesentlichen Aspekten von Schmerzerkrankungen.

PD Dr. med. Rita Laufenberg-Feldmann, Mainz