



// Zukunftsministerium
Was Menschen berührt.

*Rothenfußer Wohngemeinschaft
für verwirrte ältere
seelisch behinderte Menschen*

*Rothenfußer Wohngemeinschaft in München
Abschlussbericht*

München, März 2003



Rothenfußer Wohngemeinschaft
Wohngemeinschaft für verwirrte ältere
seelisch behinderte Menschen in München

ein Bericht der
Arbeitsgruppe für Sozialplanung
und Altersforschung (AfA) München

(Abschlussbericht)
München, März 2003

Herausgeber:

Bayerisches Staatsministerium
Für Arbeit und Sozialordnung
Winzererstr. 9, 80797 München

Autoren:

Sabine Wennig
Brigitte Herkert
Arbeitsgruppe für Sozialplanung
und Altersforschung
Spiegelstraße 4, 81241 München

Vorbemerkung	4
1. Einleitung	5
2. Aufgabe und Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitung	5
3. Konzeptionelle Grundstrukturen der Wohngemeinschaft	8
3.1 Leitgedanken	8
3.2 Grundstrukturen der Wohngemeinschaft	9
4. Die Bewohnerinnen	19
4.1 Auswahl der Bewohnerinnen.....	19
4.2 Lebenssituation vor Einzug in die Wohngemeinschaft	20
4.3 Gesundheitliche Entwicklung der Bewohnerinnen	21
5. Der Alltag in der Wohngemeinschaft	23
5.1 Die Phase der Eingewöhnung	23
5.2 Tagesablauf in der Wohngemeinschaft	25
5.3 Beispiel: Bewohnerin der Wohngemeinschaft	28
5.4. Beispiel: Sommerfest in der Wohngemeinschaft	31
6. Die Rolle von Angehörigen und Betreuern	32
6.1 Situation der Angehörigen vor Einzug der Betroffenen in die Wohngemeinschaft.....	32
6.2 Erfahrungen der Bezugspersonen (Angehörige und/oder gesetzliche Betreuer)	34
6.3 Die Verantwortung der Bezugspersonen	35
6.4 Die Angehörigentreffen	35
6.5 Ausweitung der Rechte und Pflichten des Angehörigengremiums.....	37
7. Die Mitarbeiterinnen	38
7.1 Basiskompetenzen für die Arbeit in der Wohngemeinschaft	39
7.2 Erwartungen und Erfahrungen bei der Arbeit in der Wohngemeinschaft	39
7.3 Einsatz ehrenamtlicher Helfer	41
7.4 Supervision: Angebot für die Mitarbeiterinnen	42
8. Zusammenfassung	43
Anhang 1 Strukturmerkmale der Bewohnerinnen	46
Anhang 2: Anfragen an die Wohngemeinschaft	48

Vorbemerkung

In diesem Bericht werden rund zwei Jahre nach Beginn der Wohngemeinschaft für verwirrte ältere seelisch behinderte Menschen in München, Erfahrungen und Ergebnisse aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung vorgestellt. Der hier vorliegende Bericht enthält eine Zusammenschau aus unterschiedlichen Blickwinkeln, die sich aus der Perspektive der Angehörigen, der Mitarbeiterinnen und den konzeptionellen „Vordenkern“ ergeben. Er zeigt auf, welche Anfangsschwierigkeiten zu überwinden waren, welche Weiterentwicklungen sich im Laufe der Zeit als sinnvoll herausstellten und wie sich die Wohngemeinschaft heute darstellt.

Eine Besonderheit der wissenschaftlichen Begleitung war, dass die Bewohnerinnen aufgrund ihrer Erkrankung uns nicht selbst über ihr „Erleben“ in der Wohngemeinschaft berichten konnten. Um so wichtiger waren deshalb die Meinungen jener, die sich tagtäglich um die Bewohnerinnen kümmern, insbesondere die Mitarbeiterinnen und die Angehörigen. Eine weitere Quelle stellte die Pflegedokumentation dar, in der sehr ausführlich der pflegerische und betreuende Verlauf in der Wohngemeinschaft dargestellt ist.

An dieser Stelle möchten wir uns für die Offenheit und engagierte Zusammenarbeit aller Angehörigen, gesetzlich bestellten Betreuer und Mitarbeiterinnen des Teams herzlich bedanken. Ein besonderer Dank gilt Frau Reder, die als Projektleitung jederzeit für uns ein wertvoller Ansprechpartner war, sowie Prof. Dr. Lauter der uns vor allem in der Endphase dieses Bericht unterstützt hat.

1. Einleitung

Der vierte Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland widmet sich schwerpunktmäßig den Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. In diesem Bericht wird auch auf die Bedeutung und die Notwendigkeit unterschiedlicher Wohn- und Versorgungsformen für Demenzkranke hingewiesen mit dem Schwerpunkt auf stationären Versorgungsangeboten.¹ Ein derzeit viel diskutiertes Angebot sind hier die sog. Hausgemeinschaften als stationäres Versorgungsangebot. Ambulant betreute Wohngemeinschaften hingegen werden nicht erwähnt, wenngleich es schon seit einigen Jahren solche Wohnangebote gibt.² Mittlerweile lassen sich drei Typen ambulanter Wohngemeinschaften unterscheiden, vor allem aufgrund der personellen Ausstattung, Finanzierung und Zusammensetzung der Bewohnerinnen³. Demnach gibt es einmal die **Wohngemeinschaft mit zentraler Bezugsperson**. Zusätzlich zur "Präsenzkraft" werden die Bewohnerinnen von einem oder mehreren Pflegediensten versorgt (für leicht bis mittelschwer demente Bewohnerinnen.) Eine zweite Form ist die **Wohngemeinschaft mit Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst**. Ein ganzes Team übernimmt hier die Betreuung der Bewohnerinnen. Einzelansprüche an jeweilige Kostenträger werden zusammengefasst und der Gemeinschaft zur Verfügung gestellt (meist mittelschwer demente Bewohnerinnen.) Für einen dritten Typus ist die hier vorgestellte Rothenfußer Wohngemeinschaft Vorbild. Es ist die **therapeutische Wohngemeinschaft mit zusätzlicher Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst**. Hier werden die Leistungen einer ambulanten therapeutischen Wohngemeinschaft für seelisch behinderte Menschen insbesondere die psychosoziale Betreuung oder Krisenintervention durch Leistungen der ambulanten Altenhilfe ergänzt. Dadurch wird es möglich mittel- bis schwerst demente Bewohnerinnen, die zusätzliche Verhaltensauffälligkeiten zeigen, aufzunehmen bzw. auf Dauer zu betreuen.

2. Aufgabe und Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitung

Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung war, die Erfahrungen, die mit dieser Wohnform für demenziell erkrankte Personen gemacht wurden, zu dokumentieren. Grundidee war, dass in einer familienähnlichen Wohnform, einer Wohngemeinschaft demenziell erkrankte Personen in einer Weise betreut und gepflegt werden können, die an den verbliebenen Kompetenzen ansetzt und ihre Würde und Selbständigkeit respektiert. Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung war nicht, ambulant geführte Wohngemeinschaften mit ihrer „stationären Schwester“, den Hausgemeinschaf-

¹ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation, Bonn, 2002, Seite 262ff.

² Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (HRSG.), Ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen, Berlin, 2002,

³ Nach Reder, in Weißbuch Demenz, 2002, S. 77-79

ten zu vergleichen oder aber einen Vergleich mit herkömmlichen stationären Pflegeeinrichtungen zu erstellen.

Vielmehr wurde dokumentiert, welche Vor- oder Nachteile sich aus einer solchen Wohnform ergeben, welche Anfangsschwierigkeiten es zu überwinden galt und welche Erfahrungen aus der Perspektive der Mitarbeiterinnen, Angehörige, Bewohnerinnen, Projektleitung gemacht wurden.

Wichtig schien uns zudem in Erfahrung zu bringen, über welche Informationswege die Angehörigen bzw. gesetzlich bestellten Betreuer von der Wohngemeinschaft erfahren, wie die Vermittlung erfolgte und welche Bewohnerinnen man letztendlich aufnahm.

Die wissenschaftliche Begleitung erfolgte über den Zeitraum von Dezember 2000 bis Dezember 2002.

Folgende Arbeitsschritte wurden durchgeführt:

Um festzuhalten, wie sich die gesundheitliche Situation der Bewohnerinnen während des Zeitraumes der Begleitung verändert hat, haben wir anhand des Dokumentationssystems und von gerasterten Informationen, die uns von der Projektleitung zur Verfügung gestellt wurden, die gesundheitliche Entwicklung der Bewohnerinnen zu verschiedenen Zeitpunkten festgehalten.⁴

Mit Angehörigen bzw. Betreuern wurden persönliche Gespräche anhand eines Gesprächsleitfadens geführt. Diese neun Interviews mit nächsten Angehörigen (5) bzw. gesetzlich bestellten Betreuern (4) ermöglichen nähere Einblicke in das frühere Leben der Bewohnerinnen und ihre damalige familiäre Situation. Themen waren die Krankheitsgeschichte, Organisation der Betreuung zuhause, Versorgungsalternativen, Informationsbeschaffung und Wege zum Projekt, Gründe für die Umzugsentscheidung in die Wohngemeinschaft und die Veränderung der Lebenssituation durch den Einzug. Daneben ging es auch darum, welche Aufgabe sie früher bei der Versorgung wahrgenommen haben und wie sich ihr Leben durch den Einzug verändert hat sowie die Zufriedenheit mit der jetzigen Versorgungssituation.

Im Dezember 2002 fand ein weiteres telefonisches Interview mit sechs Angehörigen bzw. gesetzlich bestellten Betreuern statt. Themen waren Ausstattungsmerkmale der Wohnung (Zimmer, Bäder, eigene Möblierung), Umgang der Mitarbeiterinnen mit den Bewohnerinnen, mit den Angehörigen, Qualität der pflegerischen, betreuerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung, Kontakte der Angehörigen untereinander, Mitarbeit im Angehörigengremium, Persönliche Veränderungen seit dem Einzug des demenzkranken Angehörigen.

⁴ Hier gilt es noch einmal, unseren besonderen Dank Frau Reder auszusprechen, die sich die Mühe machte, die Entwicklungen aller Bewohnerinnen noch einmal Revue passieren zu lassen und schriftlich zusammenzufassen.

Die Teilnahme an den Angehörigentreffen boten Gelegenheit zu regelmäßigem Kontakt und Einblick in "alltägliche" Vorkommnisse in der Wohngemeinschaft. Daneben bot sich die Gelegenheit, den „offiziellen“ Informationsaustausch zwischen Angehörigen und Mitarbeiterinnen nachzuvollziehen.

Um die Einstellungen und Erfahrungen der Mitarbeiterinnen zur Arbeit in dieser Wohngemeinschaft herauszufinden, wurde mit einem Teil von ihnen, etwa nach der Hälfte des Projektzeitraumes, ein ausführliches Interview durchgeführt. Themen waren Motivation und Erwartungen an die Wohngemeinschaft als alternative, ambulante Wohnform für demenzkranke Menschen. Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen und Beschreibung ihrer "neuen" beruflichen Erfahrungen, als "Alltagsbegleiter", der für das ganzheitliche Wohl (Pflege-, Betreuung und Hauswirtschaft) der Bewohnerschaft zuständig ist.

Um das vorhandene Interesse an dieser Wohnform zu dokumentieren, wurde ein Dokumentationsbogen entwickelt, der wichtige Strukturmerkmale zu denjenigen enthielt, die sich über diese Wohnform informierten.

3. Konzeptionelle Grundstrukturen der Wohngemeinschaft

3.1 Leitgedanken

Die Idee zum Aufbau einer Wohngemeinschaft für demenziell erkrankte ältere Menschen basierte zunächst auf den Erfahrungen in der Psychiatrischen Klinik Rechts der Isar. Die Erfahrungen mit Versorgungsmöglichkeiten nach Klinikentlassung bestanden entweder in der weiteren häuslichen Betreuung mit - nicht selten - der Folge der Überforderung der pflegenden Angehörigen oder in der Unterbringung in einer stationären Einrichtung. Aber auch Pflegeheime können nicht immer auf die Bedürfnisse dieser Personengruppe eingehen, so dass sich die Frage stellte, welche Wohnform für diesen Personenkreis geeignet ist. Ein Blick in andere europäische Länder führte u.a. nach Frankreich, wo bereits seit längerem demenzkranke ältere Personen in kleinen, überschaubaren Wohngemeinschaften, den „Cantous“ betreut und gepflegt werden.⁵ Bei einer Informationsreise nach Berlin ergab sich, dass dort bereits Wohngruppen für demenzkranke ältere Menschen existierten. Die positiven Erfahrungen aus Berlin führten dazu, dass der Münchner Förderkreis⁶ - unter maßgeblicher Mitwirkung des Vorsitzenden Prof. Dr. Lauter - ein konkretes Planungsvorhaben entwickelte.

Der „Jakob und Maria Rothenfußer Gedächtnisstiftung“ ist es zu verdanken, dass die Wohngemeinschaft aufgebaut werden konnte. Eine großzügige Spende von 500.000 DM an den Münchner Förderkreis gab die Initialzündung. Die Stiftungsgelder sollten zweckgebunden für demenzkranke Menschen verwendet werden.

Zwischen dem Zeitpunkt der Ideen und der Inbetriebnahme des Projektes lagen rund zwei Jahre. Die Spende der Stiftung ermöglichte die Finanzierung einer Halbtagsstelle einer Sozialpädagogin für die Vorlauf- und Planungsphase. In dieser Vorlaufphase mussten verschiedene Fragen geklärt werden, nämlich rechtlicher Rahmen, Finanzierung, Personal, Räumlichkeiten.

⁵ Zwei Grundprinzipien werden in den Cantous verfolgt: 1. „Subsidiarität - Jeder Bewohner und jede Bewohnerin bekommt nur soviel Hilfe durch die Institution, wie er/sie tatsächlich benötigt. Ziel ist die weit gehende Autonomie der Bewohnerschaft. 2. Gemeinschaftlichkeit - Das Cantou wird durch die Gemeinschaft der Bewohnerinnen und Bewohnern, Angehörigen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern getragen. Probleme werden daher soweit als möglich gemeinschaftlich gelöst, und Entscheidungen werden gemeinschaftlich gefällt.“ (zit. Nach Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation S. 264.

⁶ Der Münchner Förderkreis wurde 1980 von Mitarbeitern der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität München gegründet mit der Zielsetzung, seelisch kranke Menschen zu unterstützen und auf Basis einer unabhängigen Trägerschaft Hilfen zu organisieren.

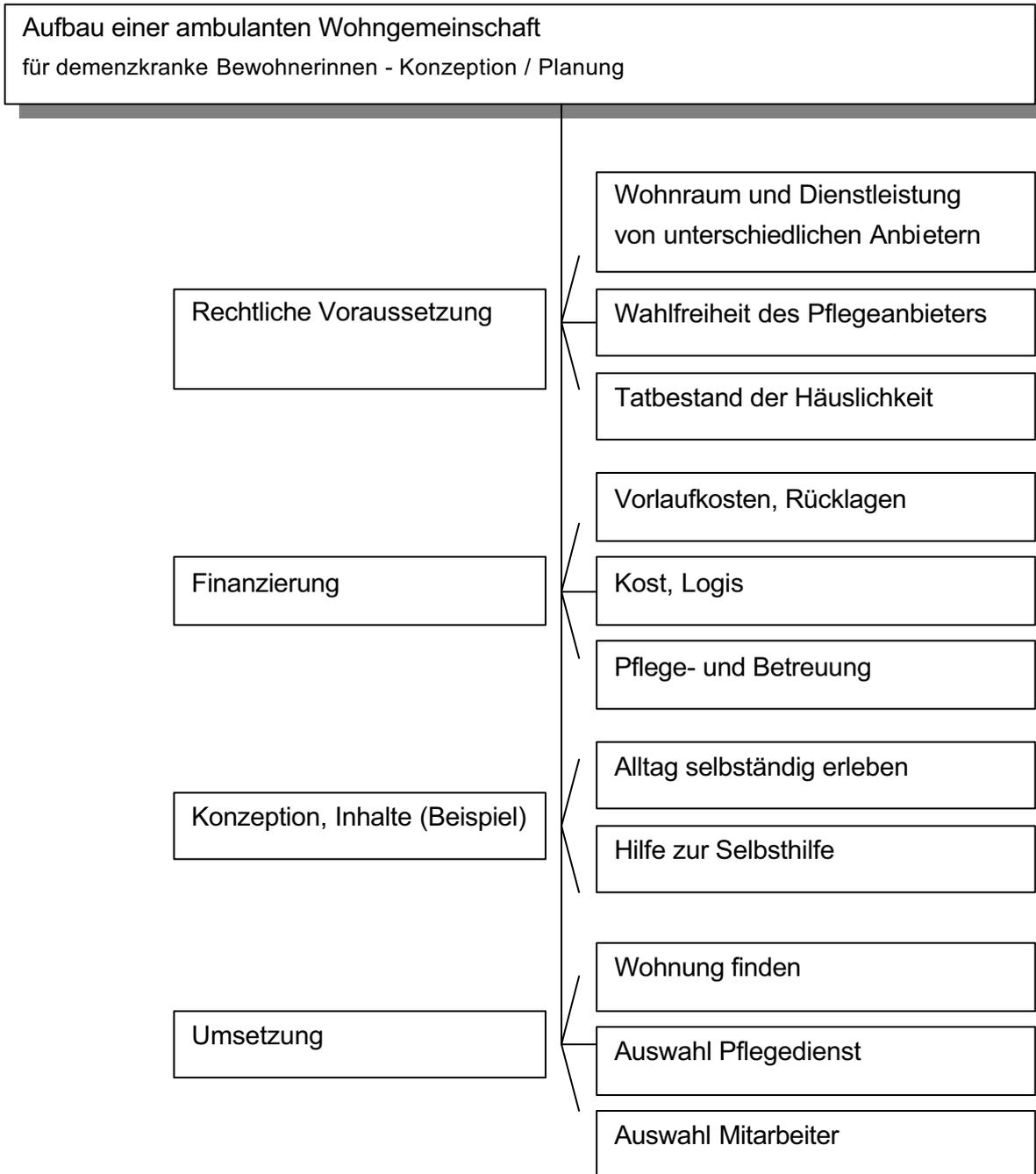
3.2 Grundstrukturen der Wohngemeinschaft

In der Planungsphase wurde sehr schnell deutlich, dass es eine ganze Reihe von Rahmenbedingungen zu klären gibt, bevor eine Wohngemeinschaft ambulant betrieben werden kann. Da es für diese Wohngemeinschaft noch keine oder zumindest nur wenige Vorgaben bzw. Standards gab, mussten vor allem inhaltliche, rechtliche und finanzielle Voraussetzungen mit den jeweils zuständigen Behörden besprochen und diskutiert werden.

Eine erste wesentliche Entscheidung war, die Wohngemeinschaft ambulant zu führen, weil man überzeugt war, dass man damit der inhaltlichen Konzeption besser Rechnung tragen konnte als wenn die Wohngemeinschaft als Heimeinrichtung geführt wird. Ein wichtiges Argument dabei war, dass man Hierarchien, wie sie in Einrichtungen nach dem Heimgesetz vorliegen, nach Möglichkeit vermeiden wollte. Andere Gründe, wie z.B. die eher „engen“ Vorschriften der Heimmindestbauverordnung oder der Heimpersonalverordnung spielten zwar in der Diskussion eine Rolle, waren aber bei der Entscheidung nicht maßgeblich.

Es hatte schon während der Planungsphase Gespräche mit der Heimaufsicht gegeben, deren Bestreben es war, die Wohngemeinschaft als stationäre Einrichtung zu definieren und somit unter das Heimgesetz zu stellen.

Um nicht unter die Bestimmungen des Heimgesetzes zu fallen, müssen Wohnraum- und Dienstleistungsangebot von unterschiedlichen Anbietern bereitgestellt werden. Die Bewohnerinnen haben in der Wohngemeinschaft folglich einen Mieter-Status. Wichtig ist, dass die Bewohnerinnen die Wahlfreiheit des Pflegeanbieters haben. Die Bewohnerinnen müssen wählen können, wer sie pflegt und wie sie die Betreuung wünschen. Somit gibt es in der Wohngemeinschaft keinen hauptverantwortlichen Träger, wie dies z.B. im Heim der Fall ist, sondern einen Vermieter, einen Verantwortlichen für die Pflege sowie einen Verantwortlichen für die Betreuung.



Die **inhaltliche** Konzeption sieht vor, für sieben (schwerst)demenzkranken Bewohnerinnen eine vertraute, häusliche Wohnsituation zu schaffen, die es ihnen erlaubt, ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen. Ein entscheidendes Element hierbei ist das Mitbringen von persönlichen Möbeln und Bildern, also Gegenständen, die in der Lebensbiographie der Bewohnerinnen von Bedeutung sind. Haustiere sind in der Wohngemeinschaft grundsätzlich erlaubt; dies ist aber nur bedingt umsetzbar, weil die Betreuung der Tiere erfahrungsgemäß zum guten Teil beim Personal liegt.

In der Alltagsgestaltung steht die Beachtung des **individuellen Lebensrhythmus** der Bewohnerinnen im Vordergrund; dies lässt sich beispielhaft festmachen an individuellen Aufsteh- und Frühstückszeiten. Unter Berücksichtigung der jeweiligen Wünsche und Gewohnheiten von Bewohnerinnen, dienen gemeinsame Aktivitäten vor allem der Stabilisierung der Wohngruppe. Aktivitäten wie gemeinsame Ausflüge oder gemeinsames Vorbereiten des Mittagessens sind Teil der Alltagsgestaltung.

Eine wichtige Rolle haben die **Angehörigen**, bzw. die gesetzlich bestellten Betreuer, weil sie in der Wohngemeinschaft verschiedene Funktionen einnehmen. Hier ist zunächst ihre Bezugsrolle zu den Bewohnerinnen zu nennen; durch ihre Besuche in der Wohngemeinschaft können sie einen wesentlichen Beitrag leisten, die psychische Situation einzelner Bewohnerinnen zu stabilisieren. Dies geschieht nicht nur im Rahmen von Gesprächen, sondern z.B. auch durch die Teilnahme der Bezugspersonen an gemeinschaftlichen Aktivitäten. Durch ihre Kenntnisse der individuellen Bedürfnisse der Bewohnerinnen vor der Erkrankung können sie deren Verhaltensweisen einschätzen und wertvolle Hinweise für den Umgang mit den Bewohnerinnen geben. **Nicht zu unterschätzen ist aber auch ihre Funktion als „Instanz der Qualitätssicherung“.**

Vor allem bei den Angehörigentreffen, die rund alle acht bis zwölf Wochen stattfinden, sind sie aufgefordert, ihre Angehörigen zu vertreten und ihre (positive und negative) Kritik zu äußern. Dieses Plenum dient für die Angehörigen zusätzlich dazu, sich über das Leben in der Wohngemeinschaft zu informieren, Fragen zu stellen und Entscheidungen mit zu treffen, die das alltagspraktische Geschehen in der Wohngemeinschaft betreffen.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass es wichtig ist, einen ambulanten Pflegedienst als Partner zu haben, der mit Engagement die Betreuung der Bewohnerinnen in der Wohngemeinschaft übernimmt und als gleichberechtigter Partner mit dem Generalvermieter, hier dem Münchner Förderkreis, zusammenarbeitet.

Die im Vorfeld geführten Diskussionen mit ambulanten Diensten zeigten, dass es sich die angesprochenen Dienste entweder nicht vorstellen konnten, die Pflege in der Wohngemeinschaft zu übernehmen, bzw. zu hohe Kosten ansetzten. In der Folge wurde ein eigener ambulanter Dienst, "Carpe Diem" e.V., gegründet, der die Mitarbeiterinnen in der Wohngemeinschaft stellt. Der gemeinnützige Verein hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Situation der häuslichen Betreuungsmöglichkeiten für Demenzkranke, chronisch seelisch Kranke, Hirnverletzte und Sterbende zu verbessern und ein Verbleiben in der eigenen Umgebung möglichst lange zu gewährleisten. Die Mitarbeiterinnen sind vor allem im gerontopsychiatrischen Bereich geschult. „Carpe Diem“ erbringt sowohl die pflegerischen-, als auch die Betreuungsleistungen, wobei es sich aufgrund der unterschiedlichen Kostenträger (Pflege- und Krankenkassen, bzw. Bezirk Oberbayern) um zwei verschiedene Dienste handelt, die unter einem Dach vereint sind. In der Wohngemeinschaft sind Mitarbeiterinnen für Betreuung und Pflege der Pflegedienst- und Teamleitung unterstellt.

Mit der Entscheidung „ambulant“ war allerdings noch nicht die **Kostenträgerschaft** geregelt. Der Bezirk Oberbayern als überörtlicher Sozialhilfeträger lehnte zunächst eine Kostenübernahme ab mit dem Argument, dass die Pflegeversicherung für die Kosten aufzukommen habe, weil es sich bei den Betroffenen um ältere Menschen handelt und somit das SGB XI anzuwenden sei.

Erst nach einer längeren Diskussion erklärte sich schließlich der Bezirk Oberbayern bereit, die Kosten für die psychosoziale Betreuung in der Wohngemeinschaft mit der Finanzierung von 1,2 Fachstellen zu übernehmen. Die Wohngemeinschaft ist mittlerweile als ambulant betreute therapeutische Wohngemeinschaft für ältere seelisch behinderte Menschen vom Bezirk Oberbayern anerkannt.

Eng verbunden mit der rechtlichen Konstruktion ist die leistungsrechtliche Grundlage der Wohngemeinschaft, die letztlich die **Finanzierung** des Betriebes dieser Wohngemeinschaft bestimmt. Es liegt in der Natur der Sache, dass die Kosten entsprechend den Bedürfnissen für die einzelnen Bewohner sehr unterschiedlich sind (Größe des Zimmers, Umfang des Pflege- und Betreuungsbedarfes). Dies erfordert aber auch vom Pflegedienst sehr viel Flexibilität. Er muss den Personaleinsatz den wechselnden Bedürfnissen (Betreuung oder Pflege) sowie dem steigenden und sinkenden Bedarf regelmäßig anpassen.

Der Bezirk Oberbayern bezahlt pro Bewohnerin einen Tagessatz von 22,36 Euro für die therapeutische Betreuung. Die Pflegeleistungen werden entsprechend der Pflegestufe mit dem Pflegedienst nach SGB XI, Behandlungspflege auf der Grundlage von Verordnungen nach SGB V abgerechnet. Der darüber hinausgehende Mehraufwand an Pflege und Betreuung, der nicht mehr über die Pflegekassen refinanziert werden kann, wird mit den Bewohnerinnen individuell vereinbart.

Trotz der am Bedarf orientierten sehr unterschiedlichen Kosten mögen folgende Beispiele zur Orientierung dienen:

Kostenbeispiel für einen Bewohner		
	Pflegestufe II (Durchschnittswerte)	Pflegestufe III (Durchschnittswerte)
<i>Kosten pro Monat</i>		
Miete (warm)	408,00 Euro	408,00 Euro
Hauhaltsgeld (inkl. Strom und Telefon)	300,00 Euro	300,00 Euro
Verwaltungspauschale	76,00 Euro	76,00 Euro
Pflege und Hauswirtschaft	2.400,00 Euro	2.600,00 Euro
Therapeutische Wohngemeinschaft	692,00 Euro	692,00 Euro
Gesamtkosten	3.876,00 Euro	4.076,00 Euro

Kostenübernahme		
<i>Zuschüsse pro Monat</i>		
Pflegeversicherung	921,00 Euro	1.432,00 Euro
Bezirk Oberbayern	692,00 Euro	692,00 Euro
Eigenanteil	2.263,00 Euro	1.952,00 Euro

Alles in allem sind die Kosten von der Höhe her durchaus mit den monatlichen Kosten in einem Pflegeheim vergleichbar. Es sei an dieser Stelle noch erwähnt, dass die Mietkosten in München vergleichsweise hoch sind und nicht unwesentlich die Gesamtkosten, die vom Bewohner zu tragen sind, beeinflussen.

Die Höhe der finanziellen Aufwendungen für die Wohngemeinschaft wird von den Angehörigen unterschiedlich bewertet. In zwei Fällen werden die Kosten als beträchtlich eingestuft und es besteht die Ansicht dass das Preis-Leistungsverhältnis nicht (ganz) stimmt und die Selbstbeteiligung zu hoch sei. Die anderen Äußerungen von Angehörigen weisen darauf hin, dass die Höhe der Kosten dem Angebot angemessen erscheinen: *„ich weiß nicht über die Kosten Bescheid, so weit ich das weiß, ist es für meine Mutter kein Problem“*, *„wenn man etwas Gutes will, ist es eben so teuer“*, *„wenn man sich umhört stellt man fest, es ist schon in Ordnung“*, *„der Aufwand für die Betreuung von Alzheimerpatienten ist sehr groß – mindestens zwei Pfleger pro Schicht, plus Helfer – die Kalkulation der Kosten ist in Ordnung“*.

Die **pflegerische bzw. betreuerische** Konzeption sieht eine Rund-um-die-Uhr- Anwesenheit vor.

Tabelle 1: Personalausstattung

	Personalausstattung	Wöchentlicher Einsatz
Therapeutische Wohngemeinschaft	Fachpflegekraft für Gerontopsychiatrie	30 Std.
	Dipl. Sozialpädagogin (Koordination, Angehörigenarbeit)	15 Std.
Pflegedienst	Pflegedienstleitung	10 Std.
	Teamleitung Altenfachpflegekraft	32 Std.
	Krankenpfleger	25 Std.
	Altenpflegehelferin	20 Std.
	Altenpflegehelferin	32 Std.
	Altenpflegehelfer (Sozialbetreuer)	35 Std.
	Altenpflegehelferin	20 Std.

Für besondere Engpässe stehen externe Helfer des ambulanten Pflegedienstes oder Helfer/innen (z.B. Studenten der Sozialpädagogik) zur Verfügung, die auch nachmittags in der Wohngemeinschaft arbeiten. Die Nächte werden in der Regel mit Fachpflegekräften abgedeckt. Zu Beginn wurde die Nachtbereitschaft über Studenten organisiert; dies hat sich nicht zuletzt aus organisatorischen Gründen als nicht praktikabel herausgestellt. Hinzu kommt, dass es ausreichend Fachpflegekräfte gibt, die eine Nachtbereitschaft übernehmen und sich so ein zusätzliches Einkommen sichern. Die Bezahlung dieser Fachpflegekräfte erfolgt über eine Pauschale.

Die Pflegedienstleitung ist halbtags für die Wohngemeinschaft tätig, die Projektleiterin (von Beruf examinierte Krankenschwester und Sozialpädagogin) kümmert sich um Mitarbeiteranleitung, Konzeptfragen, Controlling (Einhaltung der Ziele des Projekts) und die Angehörigenberatung. Grundsätzlich ist mindestens eine Person mit Fachweiterbildung zur Gerontopsychiatriefachkraft angestellt. Alle Mitarbeiterinnen (auch Fachkräfte) verstehen sich als Alltagsbegleiter. Sie sollen den Bewohnerinnen individuell abgestimmte Hilfestellung in den Aktivitäten des täglichen Lebens geben. Möglichst anleiten und soweit nötig, die grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten übernehmen. Dabei steht die Erhaltung der Selbständigkeit und ein respektvoller, würdiger Umgang im Vordergrund. Als Kompetenzen werden von den Mitarbeiterinnen Grundkenntnisse über psychische Erkrankungen im Alter, Kenntnis über methodische Ansätze zum Umgang mit psychisch veränderten Menschen erwartet. Besondere Bedeutung wird vor allem den sozialen Kompetenzen zugeordnet, die sich ausdrücken in Teamfähigkeit, Offenheit und Wertschätzung für den betreuten Menschen, Achtung vor dessen Lebensleistung, Geduld, Kontakt-, Kommunikationsfähigkeit und Zuverlässigkeit.

Die Einsatzzeiten des Personals sind wie folgt (bis auf den Nachtdienst sind Pausen mit einbezogen):

1. Schicht: von 7 Uhr bis 14.30 Uhr
2. Schicht: von 8 Uhr bis 15.30 Uhr
3. Schicht: von 12.30 Uhr bis 20.00 Uhr
4. Schicht: von 14.00 Uhr bis 21.30 Uhr
5. Schicht: ab 21.15 Uhr (Nachtbereitschaft)

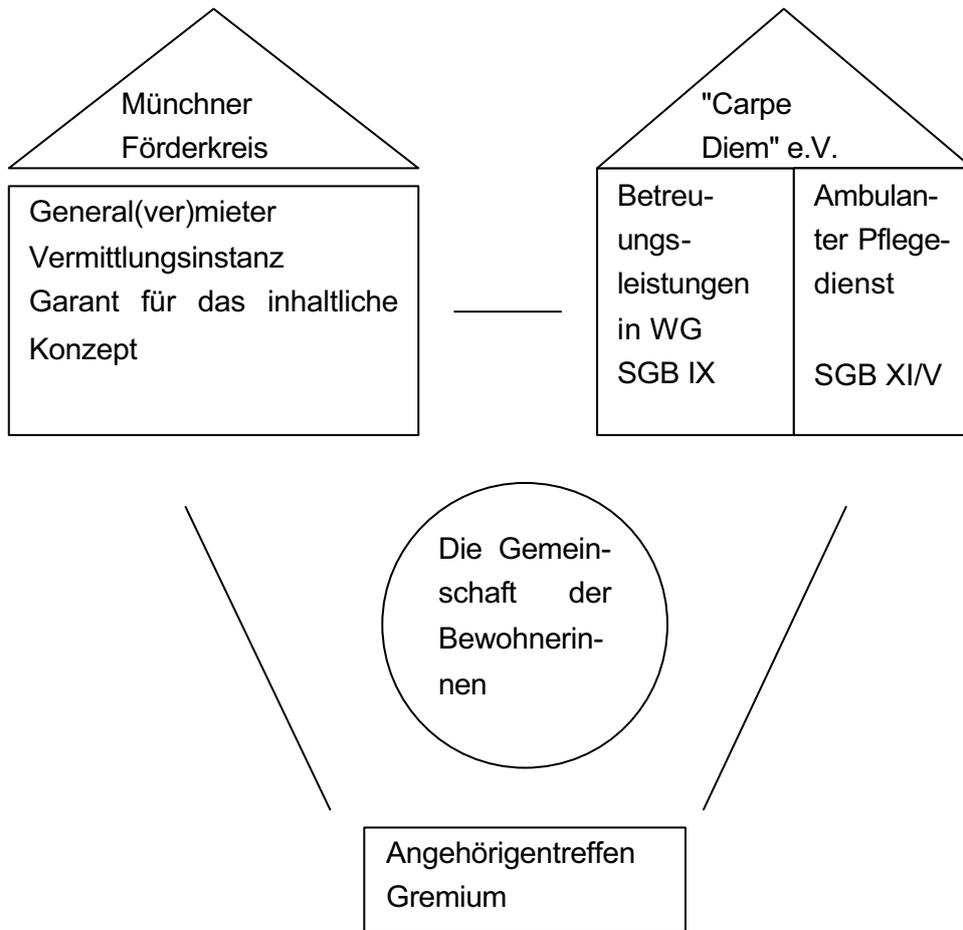
Jede dieser fünf Schichten wird mit mindestens einer Kraft besetzt. Insgesamt sind pro Tag jeweils fünf Personen als Personal in der Wohngemeinschaft eingesetzt (ohne Praktikanten, Hospitanten, Helfer). In der Kernzeit zwischen 8 Uhr und 20.00 Uhr sind jeweils mindestens zwei Mitarbeiterinnen anwesend. Die Anwesenheit von zwei Mitarbeiterinnen ist insbesondere auch deshalb wichtig, weil die Wohnung nicht abgesperrt ist und die Bewohnerinnen jederzeit die Möglichkeit haben, die Wohnung zu verlassen und sich dann ein Mitarbeiter ggf. um den weggehenden Bewohner kümmert.

Die medizinische Versorgung erfolgte durch einen erfahrenen Facharzt für Psychiatrie und durch den jeweiligen Hausarzt des/der Bewohner/in, wobei speziell mit einem niedergelassenen Internisten eng zusammen gearbeitet wird. Insbesondere die Unterstützung des Facharztes für Psychiatrie stellte sich für das Betreuungsteam (vor allem auch in der Anfangszeit) als immens wichtig heraus, weil sich der psychische Zustand der Bewohnerinnen ändern kann und dann unter Umständen eine Änderung der Medikation erforderlich ist. **Das Team kann den Facharzt jederzeit telefonisch erreichen und so in Krisensituationen schnell Beratung und Hilfestellung erhalten.**

Seit Einführung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes, und der damit verbundenen Finanzierungsmöglichkeit über das SGB XI, unterstützen regelmäßig geschulte Alzheimerhelfer/innen das Mitarbeiterteam.

Zusammenfassend waren entscheidende Schritte bei der Realisierung der Wohngemeinschaft das Anmieten geeigneten Wohnraumes, die Suche nach einem geeigneten Pflegedienst und das Abklären des rechtlichen Status als "ambulante, therapeutische Wohngemeinschaft", der Aufbau einer organisatorischen Struktur, sowie die Auswahl der Bewohnerinnen und des Personals.

Nach Umsetzung des Konzeptes ist folgende Organisationsstruktur entstanden:



Anders als bei stationären Einrichtungen gibt es für die Wohngemeinschaft somit nicht einen einzelnen Träger, sondern es gibt eine Trennung zwischen Vermieter und Pflege- bzw. Betreuungsdienst. Der Münchener Förderkreis fungierte zunächst als Initiator und ist jetzt in der Funktion des Generalmieters der Wohnung (der an die Bewohnerinnen untervermietet). Parallel gibt es unter einem Dach vereint den Anbieter von Betreuungs- und Pflegeleistungen (hier Carpe Diem e.V.) und als drittes die Angehörigen bzw. gesetzlichen Betreuer, die als Gremium Mitbestimmungsrechte haben. Somit unterschreibt jeder Bewohner bzw. sein gesetzlicher Vertreter einen Mietvertrag mit dem Münchener Förderkreis, einen Pflegevertrag sowie einen Betreuungsvertrag mit Carpe Diem e.V. Der Münchener Förderkreis ist auch Vermittler bei Konflikten z.B. zwischen Angehörigen und dem Pflegedienst.

Die Suche nach geeignetem Wohnraum erwies sich als äußerst schwierig. Es musste ein Vermieter gefunden werden, der eine Wohngemeinschaft mit älteren, demenzkranken Menschen akzeptiert; daneben galt es einige bauliche Mindeststandards einzuhalten. Barrierefreiheit ist für Bewohner, die von mittlerer und schwerer Demenz betroffen sind, selbstverständlich notwendig. Dies

betrifft vor allem Schwellenfreiheit in der Wohnung und einen Aufzug (idealerweise läge die Wohnung jedoch ebenerdig), den man auch mit einem Rollstuhl befahren kann.

Es wurde eine Wohnung mit einer Gesamtfläche von über 250 qm gefunden, die auf einer Etage liegt und für jeden (hier sieben Bewohnerinnen) ein eigenes Zimmer sowie Gemeinschaftsräume umfasst. Bei den Gemeinschaftsflächen handelt es sich um ein zentrales Wohnzimmer mit offener, angeschlossener Küche. Hinzu kommen Stauräume, und ein Gästezimmer (mit WC). Die Sanitäreinrichtungen umfassen zwei geräumige Bäder, die sowohl eine ebenerdige Dusche beinhalten, als auch eine Badewanne bei der die Installation eines hydraulischen Badewannenliftes und weiterer Hilfsmittel wie Haltegriffe, möglich ist.

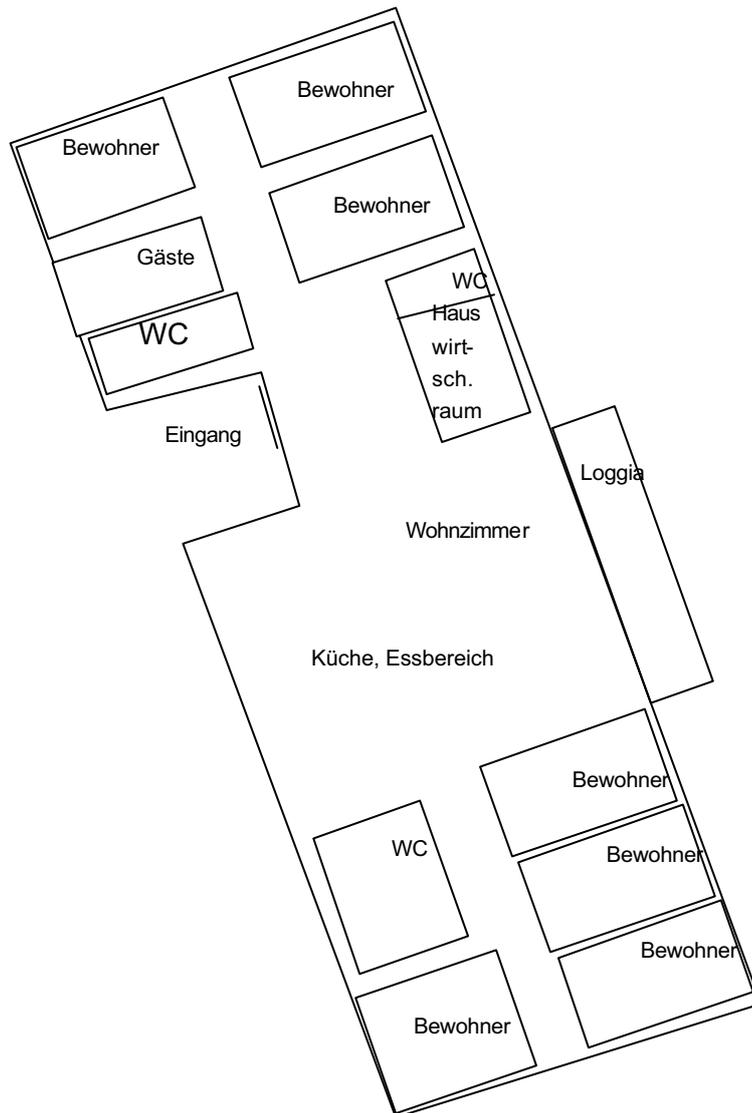
Ein offener Wohnbereich ist deshalb wichtig, damit die Betreuer bei den hauswirtschaftlichen Tätigkeiten zusehen, als auch selbst gesehen werden können. Außerdem können dadurch Bewohnerinnen soweit als möglich für die (aktive oder passive) Teilnahme an diesen Aktivitäten animiert werden.

Neben diesen Mindestanforderungen, auf die nicht verzichtet werden konnte, galt es als wünschenswert, einen abgeschlossenen Gartenanteil und einen großen Balkon zu haben, damit die Bewohnerinnen mit Pflanzen gestalten und sich dort aufhalten können. Die Wohnung sollte sich in einem ruhigen Wohnviertel Münchens mit intakter Infrastruktur (Supermarkt, Bäcker, Gemüseläden, Friseur, Café, Park, Anschluss an den Öffentlichen Nahverkehr) befinden.

Nach langer Suche konnte eine Wohnung im Münchner Stadtteil Giesing gefunden werden, integriert in einem Wohnkomplex, der für körperbehinderte Menschen konzipiert wurde, gefunden werden. Nicht alle gewünschten Vorgaben konnten eingehalten werden. Die Wohnanlage liegt an einer sehr stark befahrenen Ringstraße und die fußläufig erreichbare Infrastruktur ist nicht optimal. Abstriche mussten ebenfalls bei der Wohnungsausstattung gemacht werden. Es gibt zu wenig Stauraum, zu der Wohnung gehört kein Garten oder Balkon, sondern nur eine verglaste Loggia, die für die Bewohnerinnen denkbar ungeeignet ist, weil sie sich fürchten, hinunter stürzen zu können.

Dennoch waren auf insgesamt 250 qm die wichtigsten Bedingungen erfüllt: Barrierefreiheit, sieben Bewohnerzimmern, ein Gästezimmer, und eine zentrale Wohnküche mit Aufenthaltsraum waren vorhanden.

Grundschema der bezogenen Wohnung (nicht maßstabsgetreu)



Allerdings ist diese Wohnung nur eine befristete Lösung; die Wohngemeinschaft muss sich in den nächsten Jahren eine neue Wohnung suchen. Die bisherige Erfahrung bestätigt, dass es auch bei intensiven Bemühungen nur sehr schwer möglich ist, eine geeignete Wohnung für solch ein Projekt zu finden, wobei hier insbesondere auch der enge Münchner Wohnungsmarkt einen Einfluss hat.

Bei den Anforderungen an den Wohnraum muss zwischen pflegerischen Anforderungen, wobei es um Erhalt und Förderung von Selbständigkeit geht, und den Bedürfnissen schwer demenzkranker Bewohnerinnen unterschieden werden. So wurde die Erfahrung gemacht, dass eigene Bäder eine Gefahrenquelle darstellen, und auch Waschbecken im Zimmer für viele Bewohnerinnen ungeeignet sind. *"Wir hatten ja auch Waschbecken im Zimmer - die Angehörigen haben sie dann herausgeschraubt. Die Bewohner können wirklich nicht mehr damit umgehen. Außerdem muss man mal*

überlegen, wer sieben Bäder putzen soll? Viele kommen nicht zurecht, alleine auf Toilette zu gehen."

4. Die Bewohnerinnen

In der Wohngemeinschaft leben sieben Bewohnerinnen. Seit der Inbetriebnahme der Wohngemeinschaft im Oktober 2001 bis Dezember 2002 sind durch zwei Auszüge und zwei Todesfälle vier neue Bewohnerinnen eingezogen, so dass bislang insgesamt 11 Personen in der Wohngemeinschaft lebten. Dabei handelt es sich um 10 Frauen und einen Mann. Die Altersspanne reicht von 60 bis 95 Jahren (bei Einzug in die Wohngemeinschaft), wobei die Bewohnerinnen ein durchschnittliches Alter von 77 Jahren hatten. Zehn der Bewohnerinnen lebten bis zum Einzug alleine in ihrer Wohnung, eine Person lebte mit ihrem Ehepartner zusammen. Sechs von elf Bewohnerinnen lebten vor Einzug in die Wohngemeinschaft in einer stationären Einrichtung, meist im Bezirkskrankenhaus Haar, in einer gerontopsychiatrischen Station. Fünf Bewohnerinnen zogen direkt von zuhause in die Wohngemeinschaft. Wesentliche Strukturmerkmale der Bewohnerinnen sind im Anhang 1 dargestellt.

4.1 Auswahl der Bewohnerinnen

Es werden in die Wohngemeinschaft ausschließlich ältere Menschen aufgenommen, die an einer Demenzerkrankung im fortgeschrittenen Stadium leiden und schwerpflegebedürftig sind. Mit der Auswahl der sieben Bewohnerinnen wurde begonnen, als die Wohnungssuche abgeschlossen und ein geeigneter Pflegedienst gefunden, bzw. aufgebaut werden konnte. Es wurden Hausbesuche gemacht, "Schnupper-Treffs" potenzieller künftiger Bewohnerinnen organisiert, um eine günstige Zusammensetzung der Wohngemeinschaft zu erreichen.

Formale Aufnahmebedingung in die therapeutische Wohngemeinschaft ist ein fachärztliches Attest eines Psychiaters, das bestätigt, dass die betroffene Person nicht mehr zu Hause leben kann und Verhaltensauffälligkeiten zeigt. Das bedeutet, eine Demenzerkrankung alleine ist kein hinreichender Grund für die Aufnahme in die Wohngemeinschaft, sondern die Person muss in ihrer selbstständigen Lebensführung eingeschränkt sein und zudem auffällige Verhaltensweisen zeigen.

Berücksichtigt werden sollten auch jüngere Personen mit Demenzerkrankung (in der Anfangszeit wurden drei Jüngere (um die 60 Jahre) und vier ältere Bewohner aufgenommen). Voraussetzung ist weiter, dass Kommunikationsfähigkeit vorhanden sein soll und die Person in ihrer Bewegungsfähigkeit nicht grundlegend beeinträchtigt ist.

Nicht aufgenommen werden Personen mit einem Alkoholproblem und Personen, die zur massiven Gewalt neigen. Wird ein Platz in der Wohngemeinschaft frei, dann wird ein Personentyp gesucht, von dem man ausgehen kann, dass er zu den anderen Bewohnerinnen „passt“.

4.2 Lebenssituation vor Einzug in die Wohngemeinschaft

Bei den meisten Bewohnerinnen wurde die Erkrankung etwa fünf Jahre vor Einzug in die Wohngemeinschaft bemerkt. Gedächtnisstörungen und Konzentrationsschwächen traten auf. Die im Folgenden zitierten Ereignisse wiesen die Angehörigen auf das Vorliegen einer Erkrankung hin: „die Person fand nach dem Sport das Handtuch nicht mehr“, „es kam zu Schwierigkeiten beim Abfassen eines Berichtes, wie er zum normalen Arbeitsalltag gehört“. Das Auftreten von Vergesslichkeit bei einer alltäglichen Tätigkeit *„sie hatte plötzlich vergessen, wie man Kartoffeln kocht“*, *„die Spielregeln eines Spieles, das sie öfter gespielt haben, vergaß sie und stritt dann mit den Mitspielern über die „neuen Regeln“*. Neben dem Vergessen von Fähigkeiten kamen Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur wie erhöhte Streitsüchtigkeit oder Depression hinzu. In einigen Fällen lösten Ereignisse wie Sturz und Operation eine Verschlimmerung der Erkrankung aus. Besonders problematisch entwickelte sich die Situation bei zwei der jüngeren Bewohnerinnen, die durch Vertrauensärzte als berufsunfähig erklärt wurden. Eine Person erlebte z.B. eine sehr kritische Situation wegen des Entzugs der Fahrerlaubnis.

Einige der Bewohnerinnen haben ihre Erkrankung bereits vor dem Einzug nicht mehr bewusst wahrgenommen. Sie waren bereits zur Zeit der Diagnose so schwer betroffen, dass sie sich mit der Demenzerkrankung und den konkreten Folgen für ihr weiteres Leben nicht mehr auseinandersetzen konnten. Diejenigen, die ihre Erkrankung bewusst wahrgenommen haben, haben zum Teil abgelehnt, sich damit auseinander zu setzen. Dies zeigte sich zum Beispiel in der Weigerung, eine Therapie zu beginnen oder z.B. Medikamente zu nehmen. In einer anderen Situation wurde berichtet, dass von den nächsten Angehörigen ein Gespräch über die Erkrankung vermieden wurde, um die betroffene Person nicht zusätzlich zu belasten.

Neun von zehn Bewohnerinnen lebten vor dem Einzug in die Wohngemeinschaft alleine. Aufgrund der Verschlechterung des Gesundheitszustandes wurden Personen oder Institutionen (ambulante Dienste, Haushälterin, gerontopsychiatrische Dienste) eingeschaltet, die Betreuung und Pflege in der häuslichen Umgebung ermöglichten. In Anspruch genommen wurden auch Tagespflegeeinrichtungen, Alzheimerzentren, aber auch ärztliche Unterstützung, sowohl durch konservative als auch mit Hilfe homöopathischer Methoden. Die direkten Angehörigen (Kinder, Ehepartner bzw. Geschwister) engagierten sich in dieser Zeit sehr unterschiedlich. Einige Angehörige übernahmen maßgeblich die Betreuung, andere nur geringfügig oder gar nicht, wobei diese Situation in der Regel aus dem persönlichen gespannten Verhältnis zum Elternteil zu erklären ist.

Eine Person hatte zu ihrem Kind keinen Kontakt mehr, aber der Enkel übernahm die Betreuung; allerdings war der Enkel mit der Betreuung überfordert, so dass eine gesetzliche Betreuung notwendig wurde.

In der Regel bestand eine Arbeitsteilung zwischen Angehörigen (Kinder, Enkel, Ehepartner), die Einkäufe erledigten und den ambulanten Diensten, die täglich dann zwei Mal im Umfang von etwa drei Stunden die sonstige Versorgung sicherten. Nur eine Bewohnerin wurde bereits zu Hause von einer Pflegerin rund um die Uhr betreut.

Bei den Demenzkranken, die ohne Hilfe naher Angehöriger auskommen mussten, spielten auch nachbarschaftliche Kontakte eine wichtige Rolle. In einem Fall waren es nämlich die Nachbarn, die regelmäßig nach dem Rechten sahen oder „erste Hilfe“ leisteten, z.B. als sich die betreffende Person orientierungslos und ohne Schlüssel vor ihrer Wohnungstür befand.

Grundsätzlich - so meinten die Gesprächspartner/innen - hätten alle Personen rund um die Uhr betreut werden müssen, denn ohne Aufsicht bestand stets die Gefahr der Eigen- und Fremdgefährdung durch Weglauftendenzen, Orientierungslosigkeit, Aussperrungen aus der Wohnung und häusliche Unfälle. Die Versorgung in der häuslichen Umgebung war nicht mehr ausreichend, so befanden sich zwei Wohnungen in einem verwahrlosten Zustand.

Alles in allem empfanden pflegende (betreuende) Familienangehörige die Belastung als sehr hoch. In einem Fall konnte der Angehörige wegen der Betreuung seinen Beruf nicht mehr (ausreichend) ausüben.

4.3 Gesundheitliche Entwicklung der Bewohnerinnen

Sieben Bewohnerinnen haben laut Diagnose eine Demenz vom Alzheimer Typ, zum Teil mit frühem, zum Teil mit späterem Beginn; bei vier Personen wurde eine Demenz vom Mischtyp diagnostiziert. Zu diesen psychiatrischen Diagnosen kommen bei einigen Bewohnerinnen noch somatische Erkrankungen hinzu, wie z.B. internistische Vorerkrankungen, Herzrhythmusstörungen.

Ein Blick auf die Tabelle 1 (Anhang) zeigt, dass bei den jüngeren Bewohnerinnen die demenzielle Erkrankung im ersten Jahr nach ihrem Einzug (Jahre 2000, 2001) weiter stark fortgeschritten ist, bei den älteren hingegen die Erkrankung sich weniger veränderte. Im Jahr 2002 kam es bei vier weiteren zu einer Verschlechterung. Derzeit sind vier Bewohnerinnen von mittelstarker und drei von schwerer Demenz betroffen.

Seit dem Einzug in die Wohngemeinschaft hat es bei den Bewohnerinnen sowohl positive als auch negative gesundheitliche Veränderungen gegeben. Diese Veränderungen wurden in groben Zügen im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung dokumentiert. Damit soll verdeutlicht werden, dass bei der Pflege und Betreuung sehr flexibel auf die Veränderungen reagiert werden muss, und sich damit auch das Wohngemeinschaftsleben verändern kann.

Hierzu dienen uns die Pflegedokumentationen, aber auch zusammenfassende Informationen zur gesundheitlichen Entwicklung durch die Leiterin des Projektes. Zugrunde gelegt wurden Informati-

onen wie Orientierung, Mobilität, Einstellung zu Pflege und Therapie, Körperpflege, Sprach- und Sprechvermögen.

Eine Verschlechterung des Befindens macht sich vor allem in Verhaltensweisen (z.B. ablehnende Haltung zur Pflege und Therapie), der Orientierung, der Mobilität und dem Sprech- bzw. Sprachvermögen bemerkbar. Wegen zunehmender Beeinträchtigung erkennen die Bewohnerinnen beispielsweise ihre nächsten Angehörigen nicht mehr, oder die Orientierung zu Ort, Zeit und ihrer Person reduziert sich. Auch das Sprach- und Sprechvermögen, das bei den meisten bereits beim Einzug reduziert war, hat bei vier Bewohnerinnen weiter abgenommen. Wortfindungsstörungen traten immer häufiger auf, einige sprechen kaum noch oder nur noch einzelne Worte.

Es gibt aber auch gegenteilige Beobachtungen, bei einer Bewohnerin setzte plötzlich, nach längerer Zeit der "Sprachlosigkeit", das Reden wieder ein. Zunehmende Einschränkungen bei der Bewegungsfähigkeit haben Einfluss auf die Gestaltung des Wohngemeinschaftslebens. Die Bewohnerinnen verfügen z.T. nur noch über einen reduzierten Bewegungsradius und vermögen nur noch kurze Strecken zu laufen oder sind sturzgefährdet. Eine Bewohnerin darf nur noch in Begleitung und mit einem Sturzhelm ausgehen. Durch die verschlechterte Mobilität im Vergleich zum Anfang, wurden die gemeinsamen Aktivitäten mit den Bewohnerinnen reduziert. Zum Beispiel konnten in den ersten Monaten mit vielen Bewohnerinnen noch gemeinsam Einkäufe erledigt werden, heute ist der Gang zum nahegelegenen Gemüsehändler nur noch von Wenigen zu bewältigen. Im Rahmen der individuellen Betreuung werden mit Einzelnen gezielte Aktivitäten durchgeführt (z.B. zum Friseur, Fußpflege oder spazieren gehen).

Zunehmende Betreuungsintensität betreffen viele Bereiche, vor allem Grundpflege, Ernährung und Ausscheidung. In zunehmenden Maße müssen die einzelnen Tätigkeiten kontrolliert, angeleitet oder übernommen werden. Hinzu kommt, dass es teilweise Verweigerung der Nahrungsaufnahme gibt. Aus der Perspektive der Angehörigen ist es manchmal schwer nachvollziehbar, dass es trotz guter Betreuung zu Gewichtsabnahmen kommen kann.

Verbesserungen bzw. eine Stabilisierung des Gesundheitszustandes machen sich vor allem an weniger Depressivität und deutlich geringeren Klagen über Schmerzen als in der Zeit vor Einzug in die Wohngemeinschaft bemerkbar. Besonders hervorzuheben ist, dass bis auf wenige Ausnahmen die Medikamente reduziert, zum Teil auch völlig abgesetzt werden konnten. Dies ist zum großen Teil auch deshalb möglich, weil die Mitarbeiterinnen gelernt haben mit den Verhaltensauffälligkeiten umzugehen, weil sie sich Zeit für die Bewohnerinnen nehmen können und nicht zuletzt auch deshalb, weil sie die Verhaltensauffälligkeiten tolerieren und aushalten können (z.B. eine Bewohnerin die schreit). Es sind aber nicht nur die Verhaltensauffälligkeiten, die das Zusammenleben mit Demenzkranken erschweren, hinzu kommen die häufig wechselnden Stimmungslagen. Das Spektrum reicht von fröhlich, überdreht, ausgeglichen, weinerlich, depressiv, agitiert, schläfrig und traurig.

Bei allen Bewohnerinnen der Wohngemeinschaft gab es akute gesundheitliche Probleme, die behandelt werden mussten. Zum einen betrifft dies eine Verschlechterung der Demenz (fünf Bewohnerinnen) die mit Verhaltensauffälligkeiten wie: extreme motorische Unruhe, Schreiattacken, depressive Verstimmungen, Panikattacken, allgemeiner Verschlechterung des Gesundheitszustandes, Essensverweigerung, aggressivem Verhalten, Suizidgedanken und Sturzgefährdung (Sturzfolge z.B. Kieferfraktur) einhergegangen sind. Auf der anderen Seite handelt es sich um gesundheitliche Ereignisse (fünf Bewohnerinnen) die Vorkommnisse betreffen wie Entgleisung der Diabetes, Sturz mit Fraktur, Herzinsuffizienz, Herzinfarkt, Lungenödem, Bluthochdruck, Gehstörungen, Durchfälle, Bauchschmerzen, akutes Abdomen, Rückenschmerzen etc..

Während der Projektbegleitung hat es fünf Einweisungen in Krankenhäuser gegeben. Bei zwei Bewohnerinnen wurde ein Aufenthalt in einer psychiatrischen Station notwendig, sonstige Indikationen waren operative Frakturversorgung, akutes Abdomen und ein Lungenödem.

Insgesamt ist grundsätzlich mit einer Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes der Bewohnerinnen, vor allem in Hinsicht auf die Demenzerkrankung zu rechnen. Die Mitarbeiterinnen müssen flexibel auf "neue" Situationen reagieren und den Tagesablauf den Fähigkeiten der Bewohnerinnen anpassen. Die beschriebenen Veränderungen des Gesundheitszustandes und die in Folge notwendigen Veränderungen bei pflegerischen und betruerischen Verrichtungen bedeuten nicht zwingend, dass sich dadurch der zeitliche Aufwand für die Mitarbeiterinnen verändert. Abläufe und Tätigkeiten, die angeleitet werden müssen, nehmen unter Umständen mehr Zeit in Anspruch, als wenn eine völlige Übernahme erfolgt.

5. Der Alltag in der Wohngemeinschaft

Das Alltagsleben einer Wohngemeinschaft zu beschreiben, ist nur annähernd möglich, weil immer nur einzelne „Bruchstücke“ des tagtäglichen Zusammenlebens beschrieben werden können und wir uns zum großen Teil auch auf Sekundärinformationen der Angehörigen, der Projektleitung und der Mitarbeiterinnen stützen mussten. Wir haben deshalb versucht, verschiedene - aus unserer Sicht wichtige - Situationen zu beschreiben, wenngleich sich in der Realität das Wohngemeinschaftsleben sehr viel komplexer gestaltet und tagtäglich geprägt ist durch Stimmungsschwankungen einzelner Bewohnerinnen, unvorhersehbare Ereignisse, die vielleicht Adhoc-Interventionen zur Folge haben.

5.1 Die Phase der Eingewöhnung

Zu Beginn war mit der Eingewöhnung der Bewohnerinnen und des Betreuungsteams eine erste Hürde zu überwinden. Der Einzug in die Wohngemeinschaft löste für die meisten Bewohnerinnen zunächst eine Krisensituation aus. Diese äußerte sich in depressiven Stimmungen und dem Wunsch, wieder nach Hause zu wollen (z.T. mit Suizidgedanken) und einer Destabilisierung des Gesundheitszustandes (z.B. Auftreten oder Verschlechterung einer Stuhl- bzw. Harninkontinenz).

Nach der ersten Eingewöhnungsphase stabilisierte sich die Situation. Die Weglauftendenzen wurden seltener, die Bewohnerinnen wurden allesamt ruhiger. Es werden positive Entwicklungen von den Angehörigen bei den Bewohnerinnen beschrieben: *„Frau A ist aufgeblüht und weniger depressiv, die neue Wohnform wirkt der Vereinsamung entgegen. Sehr wohl tut ihr das sich entwickelnde Gemeinschaftsgefühl“*. Bei einer anderen Bewohnerin wird es von den Angehörigen so dargestellt: *„Seit sie hier lebt, ist sie weniger depressiv („sie will weniger zum Friedhof“) sie ist viel aktiver, nimmt mehr am Leben teil, zieht sich aber auch zurück, wenn es ihr zu viel wird.... Ich habe beobachtet, wie sich die Mutter bereits mit anderen Bewohnern angefreundet hat“*. Manchmal äußert sich das Wohlbefinden auch in körperlichen Symptomen: *„Sie ist offener, ausgeglichener und klagt deutlich seltener über körperliche Probleme als in den Zeiten vor der Aufnahme“*.

Nur wenige Bewohnerinnen konnten sich schlecht eingewöhnen. Ein Angehöriger berichtete, dass ein Bewohner unzufrieden war, da er zu wenig „persönlich“ gefördert und betreut wurde und seine erhaltenen Fähigkeiten nicht optimal entfalten konnte. Außerdem fehlte ihm die Ansprache durch die Mitbewohnerinnen, die alle deutlich stärker von der Erkrankung betroffen waren. Eine andere Bewohnerin fasst die neue Umgebung nicht als ihr zu Hause auf. Unter der Situation, den Elternteil in einem hohen Lebensalter weggeben zu müssen, leidet eine der Angehörigen sehr, sie berichtet von einem Dialog mit ihrer Mutter: *„Zu mir sagte sie dann, wer hat mir das angetan!“* Eine Bewohnerin kam vor allem mit anderen Wohngemeinschaftsbewohnern nicht zurecht (*„... mit den vielen fremden Menschen, ich (Angehörige) glaube schon, dass sie gemerkt hat, dass einige der Mitbewohner nicht „ganz normal“ waren“*).

Diese Phase der Eingewöhnung hat nach Einschätzung der Projektleitung zwischen einem und vier Monaten gedauert. Die Bewohnerinnen mussten sich untereinander und auch die Mitarbeiterinnen kennen lernen. Hinzu kam die Orientierung in einer neuen Umgebung. Besonders das Aufsuchen der Toilette erwies sich als problematisch und so ging häufiger "mal was daneben". Nach diesem ersten viertel Jahr hat sich, nach Einschätzung der Projektleitung, etwa die Hälfte der Bewohnerinnen gut, die andere Hälfte (leider nur) weniger gut eingelebt.

Auch wenn die Bewohnerinnen sich nicht (immer) wohl fühlen, sieht der größte Teil der Angehörigen dennoch die Wohngemeinschaft als optimale Wohnform an. Eine Angehörige bringt die Situation für ihre Bewohnerin auf den Punkt: *„meiner Meinung nach ist die Wohngemeinschaft für Frau B die beste Lösung, für sie persönlich jedoch eine Katastrophe“*.

Bereits einige Monate nach dem Einzug konnte man beobachten, dass die Bewohnerinnen ihren Platz in der Wohngemeinschaft gefunden haben. Grundsätzlich hat jeder die Möglichkeit, sich zurückzuziehen oder die Nähe der Anderen (Mitbewohnerinnen oder Betreuer) zu suchen. Inwieweit an gemeinschaftlichen Aktivitäten teilgenommen wird, ist jedem selbst überlassen. Nur zu den Mahlzeiten (Mittag, Nachmittag und Abend) sind in der Regel alle Bewohnerinnen und Betreuer zusammen.

5.2 Tagesablauf in der Wohngemeinschaft



Um sieben Uhr morgens stehen die ersten Bewohnerinnen auf, in der Regel beginnt die Grundpflege etwa eine Stunde später und dauert dann etwa zwei bis drei Stunden. Bei der Grundpflege nehmen sich die Mitarbeiterinnen viel Zeit und versuchen soweit als möglich die Bewohnerinnen anzuleiten.

Es hat sich als positiv herausgestellt, dass jeder Bewohner zu Bett gehen und aufstehen kann wie er bzw. sie dies möchte, das Frühstück wird für jeden nach Bedarf zubereitet, hierbei wird auf die Frühstücksgewohnheiten der Bewohnerinnen Rücksicht genommen. Am Anfang versuchte man noch, gemeinsam mit allen Bewohnerinnen zu frühstücken, jetzt wird das Frühstück individuell unterschiedlich eingenommen.



Die Mitarbeiterinnen haben etwa zwei bis drei Stunden pro Schicht als Freiraum für individuelle Beschäftigung mit den Bewohnerinnen zur Verfügung. In dieser Zeit beschäftigt sich (zumindest) ein Betreuer mit den Bewohnerinnen, geht spazieren, löst mit ihnen Kreuzwörtertsel etc.

Bei einem Angehörigentreffen erläutert die Projektleiterin: *"Die Bewohner lösen zusammen täglich das Rätsel in der Zeitung. Da geht es recht lustig zu, wenn jeder seinen Kommentar dazu abgibt. Es wird auch Musik gehört – allerdings ist der Musikgeschmack der Bewohnerinnen sehr unterschiedlich und reicht von Edith Piaf, Musicals, Bayerischer Volksmusik bis zu Rock´n Roll".*

Zur gleichen Zeit kümmert sich eine andere Mitarbeiterin z.B. ums Essen, Putzen, Aufräumen, Wäsche waschen usw. Es wird pro Tag jeweils ein Zimmer geputzt, zusätzlich zu den turnusmäßig durchgeführten hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (wie Gang putzen, WC täglich reinigen usw.).

Nachmittags findet zwischen 15 und 16 Uhr ein gemeinsames Kaffeetrinken statt, man sitzt zusammen, es wird vorgelesen oder einige Bewohnerinnen unternehmen einen Spaziergang. Wenn die Mitarbeiterinnen bemerken, dass einzelne Bewohnerinnen zunehmend unruhig werden, bieten sie Beschäftigungen für diese Bewohnerinnen an.



Ab 19.30 Uhr werden die Bewohnerinnen zum Bett gehen zurecht gemacht (die meisten gehen sehr früh zu Bett, dies entlastet die Nachtbetreuung). Ein gesondertes Abendprogramm gibt es nicht, nur eine Bewohnerin schaut abends etwas fern.

Zum Leben in der Wohngemeinschaft gehört, dass soweit als möglich "Alltag" gelebt wird; hierzu zählt auch, dass kein durchstrukturiertes Animationsprogramm stattfindet. Von den Bewohnerinnen werden individuelle Aktivitäten bevorzugt wie Spazieren gehen oder biographisches Arbeiten (z.B. Fotos anschauen). Besondere Aktivitäten sind ein Zitherspieler, oder „Bruno´s Musikcafe“, die sich im wöchentlichen Rhythmus abwechseln. Beide kommen bereits seit längerer Zeit regelmäßig zu den Bewohnerinnen.



Andere Aktionen wie Märchenstunde oder Kunsttherapie wurden versuchsweise angeboten. Die Märchenstunde wurde wieder aufgegeben, nachdem die Erzählerin nicht mehr kommen wollte, das Konzept einer Kunsttherapeutin stimmte nicht mit den Fähigkeiten und Ansprüchen der Bewohnerinnen überein.

Die Abläufe in der Wohngemeinschaft haben sich nach der Anfangsphase eingespielt, wobei vieles erst organisiert werden musste. Die Mitarbeiterinnen haben mittlerweile einen Putzplan und eine Aufteilung der Arbeit vereinbart (z.B. einer putzt, einer kocht - dadurch ist immer ein Mitarbeiterinnen im Gemeinschaftsbereich). Eine grundlegende Änderung hat sich ergeben als der Zivildienstleistende ins Team kam. Er hat sich sehr entlastend auf alle ausgewirkt (übernahm z.B. Einkäufe und entlastete beim Putzen). Am Anfang wurden mit einem Teil der Bewohnerinnen auch noch größere Einkäufe getätigt. Dies konnte jedoch nicht mehr fortgeführt werden, da die Bewohnerinnen z.B. die schweren Taschen nicht mehr tragen oder den Weg nicht mehr laufen konnten, so dass jetzt einmal pro Monat ein Großeinkauf getätigt wird. Weiterhin werden mit den Bewohnerinnen kleinere Einkäufe erledigt.



Einiges was man sich vorgenommen hatte, konnte nicht verwirklicht werden z.B. mit allen Bewohnerinnen gemeinsam einzukaufen, gemeinsam zu kochen usw. (Kommentar von Angehörigen: *„Die Situation hat sich geändert- die Bewohner wollen bzw. können es nicht mehr“*).

5.3 Beispiel: Bewohnerin der Wohngemeinschaft

Weder medizinische oder psychiatrische Diagnosen noch Beschreibungen der pflegerischen Einrichtungen können der Komplexität und Wesensart eines jeden Bewohners gerecht werden. Beispielhaft wird deshalb eine Bewohnerin vorgestellt, ihr Weg in die Wohngemeinschaft und der Prozess, den sie bislang in der Wohngemeinschaft erlebte, beschrieben. Das Leben einer von Demenz geprägter Persönlichkeit verläuft niemals in gradlinigen Bahnen, immer sind Phasen zu erkennen, in denen einzelne Eigenschaften sich extrem ausprägen oder verändern. Die Leiterin der Wohngemeinschaft hatte für die Schilderung eine Bewohnerin ausgewählt, die seit Beginn in der Wohngemeinschaft lebt.

Frau C. wurde von ihrer Tochter (Fr. H.) angemeldet, als sich die Wohngemeinschaft im Aufbau befand. Es war Sommer des Jahres 2000, der Ehemann war kurz vorher verstorben und seitdem gestaltete sich die Versorgungs- und Betreuungssituation sehr schwierig, weil Frau C. alleine in ihrer eigenen Wohnung lebte. In der Zeit davor wollte die Tochter nicht so stark in das Leben ihrer Eltern eingreifen. Mit dem ersten Tag nach dem Tode des Vaters kümmerte sie sich sofort um einen Platz in einer Einrichtung. Die Tochter pendelte damals ständig zwischen ihrer und der Wohnung ihrer Mutter. Zur Entlastung brachte sie ihre Mutter zwei Nachmittage und zwei Tage die Woche in eine Tagespflege bzw. in eine Betreuungsgruppe der Alzheimergesellschaft. Aber dort lief Frau C. immer wieder weg, zudem gestaltete sich die Integration in die Gruppe schwierig. Andere Hilfenetze nahm sie nicht in Anspruch, allerdings hat sie vieles versucht und häufig, sobald das Wort „Alzheimer“ fiel, wurde eine weitere Hilfe abgelehnt.

Mit der Zeit hat sich die Situation zugespitzt, so dass Frau H. den ambulanten Pflegedienst "Carpe Diem" gebeten hat, ihre Mutter zu Hause in der eigenen Wohnung zu betreuen bis die Wohngemeinschaft eröffnet. Zwei Mitarbeiterinnen haben Frau C. stundenweise zu Hause betreut, wenn ihre Tochter arbeiten war. Die Betreuung war schwierig, weil Frau C. einen hohen Bewegungsdrang hatte und z.B. von Café zu Café und von Einkaufsladen zu Einkaufsladen lief und keine Ruhe mehr fand. Zudem akzeptierte sie sehr schwer pflegerische Maßnahmen wie Körperhygiene, aber auch die Ernährung gestaltete sich schwierig.

Im Sommer 2000 spitzte sich die Situation zu. Eines Tages ist sie einer Mitarbeiterin endgültig davon gelaufen und wurde in einem völlig anderen Stadtteil von der Polizei gefunden. Ein anderes Mal flüchtete Frau C. aus dem Auto ihrer Tochter und war so desorientiert und aggressiv, dass sie nicht mehr zu bewegen war, in das Auto ihrer Tochter einzusteigen. Immer wieder versuchte Frau C. auf die befahrene Straße zu laufen, beschimpfte ihre Tochter, so dass Passanten dachten: was die „böartige“ Tochter mit ihrer „armen“ Mutter anstellt und sogar ein Mann massiv versuchte Frau C. „mitzunehmen“.

Nach diesen Ereignissen suchte Frau H. Rat bei Prof. Lauter, der ihr dringend riet, ihre Mutter ins Bezirkskrankenhaus Haar zu bringen und medikamentös einstellen zu lassen (das war ca. zwei Wochen vor Einzug in die Wohngemeinschaft). Die Tochter war zunächst sehr vehement gegen Medikamente und wollte nicht, dass ihre Mutter „ruhig gestellt“ wird. Im Bezirkskrankenhaus Haar willigte sie jedoch der medikamentösen Behandlung ein.

Nach Einschätzung von Mitarbeiterinnen des Bezirkskrankenhauses Haar wurde es als unmöglich angesehen, dass eine so verhaltensauffällige Person in eine Wohngemeinschaft einzieht. Sie rieten der Tochter, eine beschützende stationäre Einrichtung zu suchen. Aber die Tochter ließ nicht locker und bat erneut um Aufnahme in die Wohngemeinschaft. Die Leiterin der Wohngemeinschaft besuchte mit zwei Mitarbeiterinnen Frau C. im Krankenhaus, um zu entscheiden, ob sie aufgenommen werden kann. Das Personal in Haar beschrieb Frau C. als sehr weglaufgefährdet und verhaltensauffällig, sie würde ständig über den Zaun klettern, an der Tür rütteln, bei keiner Therapie mitmachen, nicht sitzen bleiben und nur unter „Druck“ gewaschen werden können.

Der Entschluss, Frau C. in die Wohngemeinschaft aufzunehmen, wurde auch wegen des Engagements ihrer Tochter getroffen. Frau C. kam somit aus dem Bezirkskrankenhaus in die Wohngemeinschaft. Frau C. hat immer wieder Verhaltensauffälligkeiten gezeigt, die das Team vor Probleme gestellt haben, wie z.B. die Verweigerung, die Medikamente einzunehmen. Mit der Zeit konnten diese Medikamente auch wieder abgesetzt werden. Frau C. war am Anfang weiterhin unruhig. Sie wurde bereits in der Frühe zum Einkaufen beim Bäcker und mindestens noch zwei weitere Male nach draußen mitgenommen. Später hat sich das Laufpensum wieder reduziert.

Zum Erstaunen der Mitarbeiterinnen konnte sie sich jedoch sehr schnell in die Gruppe integrieren, und wurde sogar Wortführerin. Man fand heraus, dass sie noch Skatspielen kann, in dem Sinn, dass sie immer noch professionell Skat-Karten mischen kann, womit sie dann die ganze Gruppe beschäftigt hat.

Frau C. war am Anfang sehr lebhaft und hat immer wieder die Wohngemeinschaft vor massive Probleme gestellt. Ihre Tochter hatte Ängste, das die Mutter wieder zurück nach Haar muss, weil sie bei der Körperpflege weiterhin hochkompliziert war. Sie fühlte sich dabei bedroht, beschimpfte und schlug die Mitarbeiterinnen.

Es gab eine Phase, in der sich Frau C. total zurückgezogen hat und nicht mehr leben wollte. Sie klagte, dass sie niemand mehr braucht. In der Folge baute sie sehr ab. Die Demenz schritt fort, sie konnte z. B. ihren Fernseher nicht mehr anmachen und saß plötzlich nur noch im Zimmer, wollte nicht mehr raus, wollte ihre Ruhe, nicht mehr essen, nicht mehr trinken. Diskussionen mit der Tochter folgten.

Eines Tages kam Frau C. wieder zum Mittagessen, setzte sich an den Tisch und stellte fest, dass das Leben eigentlich ganz schön ist und fing wieder an zu essen. In dieser Zeit passierte etwas im Gedächtnis von Frau C. Die Vergangenheit war weg, sie erkannte ihre Tochter nicht mehr, sie weiß nicht mehr viel über sich. Dies war der Moment, seit dem Frau C. nur noch in der Gegenwart lebt, in dieser Wohnung, in der Gemeinschaft. Das Vergangene ist vergessen und sie ist eigentlich zufrieden und relativ glücklich. Sie nimmt am Leben teil, sieht zu, kommentiert alles und leidet nach Einschätzung der Leiterin der Wohngemeinschaft nicht mehr.

Frau C. macht sehr viele „verrückte“ Dinge. Sie isst eigentlich alles, vom Tischschmuck angefangen. Im Winter hatte sie den Schmuck vom Adventskranz im Haar, hat teilweise drei Kleider übereinander angezogen und ist dann hinaus gegangen. Aber sie hat auch helle Momente, wo sie versteht, was mit ihr los ist. Ein Beispiel hierzu: sie stopfte etwas vom Essen in ihr Saftglas; eine Praktikantin wollte ihr das Glas wegnehmen und ein neues bringen. Daraufhin klopfte Frau C. auf den Tisch und sagte: *"Das Glas bleibt hier". "Ich bringe ihnen ja nur ein Neues"*. Darauf Frau C.: *"Hast Du eine Ahnung, was ich noch für viel verrücktere Dinge tue"*.

Oft sitzt Frau C. am Tisch und beobachtet die Situation und kommentiert die anderen. Wenn jemand einen Kuchen bäckt sagt sie: *„Das hast du aber schön gemacht“*; oder als zwei Bewohnerinnen sich anschrien sagte sie *„Du musst doch nicht immer gleich so böse werden oder so laut“*.

Manchmal, wenn sie in der Wohngemeinschaft einen schönen Moment hat, stößt sie jemanden an und sagt *„So, jetzt gehen wir an den Strand! Jetzt gehen wir spazieren und gehen wir baden“*. *„Jetzt gehen wir ans Strandbad“*.

Jetzt wohnt Frau C. bereits seit zweieinhalb Jahren in der Wohngemeinschaft. Aus ihrer eigenen Welt nimmt Sie Kontakt zu anderen Menschen auf, erzählt viel, spricht andere Bewohnerinnen und Mitarbeiterinnen an. Manchmal entsteht ein wunderschönes langes Gespräch mit ihrer Tischnachbarin; Außenstehende verstehen aber nicht, worum es eigentlich geht. Ansonsten kommentiert sie das Geschehen in der Wohngemeinschaft und läuft auch wieder mehr umher, sie liebt es mit ihren Puppen zu spielen und erzählt ihnen viel. Von Bruno und dem Zitherspieler ist sie begeistert; beide bekommen ein Lob von ihr „*das hast du aber fein gemacht. Kommst du wieder?*“ Auch ein Mitarbeiter des Sozialreferates der Stadt München entgeht ihren Beobachtungen nicht, sie betrachtet ihn lange von oben bis unten und sagt dann: „*Du bist aber schön!*“

5.4. Beispiel: Sommerfest in der Wohngemeinschaft

Die Wohngemeinschaft hatte für den 18. Juli zu einem Sommer-Grillfest eingeladen. Bei schönem Wetter sollte im Garten hinter dem Haus gefeiert werden. Leider war es so regnerisch, dass man in die Wohnung ausweichen musste. Es hat sich jedoch im Laufe des Festes gezeigt, dass die Wohnung einen geeigneten Rahmen bot und dass sich die Vertrautheit der Wohnung positiv auf die Stimmung und die Bewegungsfreiheit auswirkte. Die Bewohnerinnen konnten sich bei Bedarf in ihr Zimmer zurückziehen oder auch zwischendurch in der Wohnung umherlaufen.

Eingeladen waren neben den Bewohnerinnen ihre Angehörigen, Betreuer, Förderer (z.B. die Stifterin Frau Rothenfuß), der behandelnde Arzt (Hr. Prof. Lauter), Mitglieder des Fördervereins, die Begleitforschung u.a.

Der Wohn-Essbereich der Wohnung ist gut für Feste geeignet, es wurden zusätzliche Sitzmöglichkeiten geschaffen, direkt in der Küchenzeile die „Grillwürstchen“ gebraten und ein Buffet aufgebaut. Frau Reder übernahm die Einteilung des Buffets, viele Gäste brachten etwas zu essen mit. Die Schwester einer im Frühjahr verstorbenen Mitbewohnerin stiftete Geld für das Sommerfest. Eine Bewohnerin musste dem Fest fernbleiben, da sie in einem schlechten gesundheitlichen Zustand war und den ganzen „Trubel“ nicht verkraftet hätte. Ansonsten genossen alle Bewohnerinnen diesen besonderen Tag. Leider blieben zwei der Bewohnerinnen ohne persönlichen Besuch, der gesetzliche Betreuer bzw. Ehemann konnte nicht kommen. Für diese beiden Personen kamen ihre „Lieblingbetreuer“ als „kleiner“ Ersatz. Im Verlauf dieses Festes konnte man feststellen wie die Beiden darunter litten, keinen eigenen Besuch zu haben (die Traurigkeit war deutlich spürbar, die eine Bewohnerin lief in der Wohnung hin und her und schaute irritiert und neidisch die anderen Bewohnerinnen mit ihren Angehörigen an) und wie die anderen das Fest genossen.

Die Mitarbeiterinnen waren sehr erstaunt wie gut alle diesen Trubel verkrafteten bzw. wie positiv beeinflusst sie waren. Einige, die im Alltag Sprachprobleme haben (nur sehr schwer verständlich reden), konnten sich verständlich unterhalten. Alle Bewohnerinnen hatten sich fein gemacht und waren bemüht ihre Erkrankung nicht zu zeigen (die Beeinträchtigung durch die Erkrankung war deutlich weniger sichtbar als im Alltag). Eine Mitarbeiterin mutmaßte, dass erst die nächste Nacht

zeigen würde, wie gut die Bewohnerinnen das Fest verkraften (Anm.: alle haben das Fest gut überstanden).

Neben dem Ziel, mit dem Fest eine gemeinschaftliche Aktivität in der Wohngemeinschaft durchzuführen, war es Absicht, dass Angehörige sich kennen lernen, ins Gespräch kommen und gegenseitig wahrnehmen wie andere Betroffene mit dieser Situation (ihren kranken Ehepartnern, bzw. Elternteilen) umgehen. Die Angehörigen kamen miteinander ins Gespräch und kümmerten sich nicht nur um „ihre“ Angehörigen, sondern auch um die anderen Bewohnerinnen. Somit konnten beide Ziele in einer lockeren und entspannten Atmosphäre erreicht werden.

6. Die Rolle von Angehörigen und Betreuern

Von 11 Bewohnerinnen, die in die Wohngemeinschaft eingezogen sind, hatten sechs gesetzlich bestellte Betreuer, bei fünf Personen nahmen Angehörige diese Aufgabe wahr, davon handelte es sich in drei Fällen um die Tochter, einmal um den Ehemann und einmal um den Bruder. Bei den Bewohnerinnen, die einen gesetzlich bestellten Betreuer haben, sind zwar Angehörige vorhanden, aber in einem Fall haben sich die Kinder zurückgezogen bzw. waren mit der Situation überfordert; bei einer anderen gibt es zwar einen Sohn, der zu der Bewohnerin aber keinen Kontakt mehr hat. Es gibt aber auch die Situation, dass ältere Geschwister aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage sind, sich ausreichend um die Belange der Bewohnerin zu kümmern. Bei drei Bewohnerinnen haben die Betreuer eine Teilbetreuung, kümmern sich z.B. nur um die finanziellen Belange bzw. stehen im engen Kontakt mit den nahen Familienmitgliedern.

Angehörige von demenzkranken Personen sind in dreifacher Weise betroffen, einmal durch die emotionale Bindung zu den Betroffenen und zum anderen durch die Verantwortung für die Betroffenen und damit verbunden auch durch die Aufgaben, die sie in der Wohngemeinschaft mittragen und mitgestalten. Zum dritten haben sie eine „anwaltschaftliche“ Funktion, denn sie agieren stellvertretend für die Demenzkranken und vertreten deren Bedürfnisse. Für die Demenzkranken sind sie häufig deshalb auch so wichtig, weil sie den Demenzkranken vertraut sind und in der noch verbliebenen Erinnerungsfähigkeit einen Anker darstellen können. Den Mitarbeiterinnen des Teams können Angehörige wichtige Hinweise geben, die Betreuung und Pflege erleichtern, wie z.B. das Wissen um frühere Gewohnheiten oder Vorlieben. Ergänzend können die Angehörigen eine Entlastung darstellen, wenn sie sich in der Wohngemeinschaft um ihre oder auch die anderen Bewohnerinnen kümmern.

6.1 Situation der Angehörigen vor Einzug der Betroffenen in die Wohngemeinschaft

Bereits vor Einzug in die Wohngemeinschaft ist eine Entscheidungsphase vorausgegangen, die es zu bewältigen galt: Aus der schwierigen Lage für den Angehörigen, bzw. aus dem Erkennen, dass es ohne ständige Betreuung nicht mehr weitergehen kann (so zeigten sich bei zwei Bewohnerinnen auch Verwahrlosungstendenzen), wuchs der Druck, eine neue Lösung zur Unterbringung zu finden. Nicht selten ging dem Einzug in die Wohngemeinschaft eine Zwischenstation wie das Be-

zirkskrankenhaus Haar voraus. In dieser Phase wurde die künftige Versorgungsform neu überdacht, weil die Rückkehr in die eigene Wohnung längerfristig nicht mehr als sinnvoll angesehen wurde. Zwei Bewohnerinnen kamen aus einer geschlossenen Abteilung eines Pflegeheimes bzw. aus einem Heim für Menschen mit geistiger Behinderung. Bei beiden meinten die Angehörigen, dass dies nicht die richtige Versorgungsform sei und suchten deshalb nach einer Alternative.

Die Lage für die Angehörigen war in der Zeit vor dem Einzug in die Wohngemeinschaft sehr angespannt. In den meisten Fällen mussten sie aus räumlicher Distanz beobachten, dass ihre Angehörigen keine optimale Unterstützung in ihrer Lebensführung erhalten konnten. Die Belastung der Angehörigen, nicht vor Ort zu sein und doch ständig mit dem Gedanken leben zu müssen, dass etwas passieren kann, war sehr groß. Auch bei denen, die bereits vor Einzug in die Wohngemeinschaft in einer stationären Einrichtung waren, stand der Wunsch nach einer besseren (anderen) Versorgungsform im Vordergrund. Bei den Bewohnerinnen, um die sich kein naher Angehöriger gekümmert hat, war es noch kritischer, Pflege und Betreuung ohne den Einsatz von Angehörigen zu organisieren.

Die Informationen über die Wohngemeinschaft bekamen die Angehörigen bzw. Betreuer von verschiedenen Quellen. Zumeist erfolgte der Hinweis auf die Wohngemeinschaft durch Kliniken (Bezirkskrankenhaus Haar, Klinikum rechts der Isar und Klinik in Bad Aibling) oder Beratungsstellen (der Alzheimergesellschaft, Klinikum rechts der Isar).

Für die Wohngemeinschaft entschieden sich die Angehörigen bzw. gesetzlichen Betreuer aufgrund des zugrunde liegenden Konzeptes. Als wichtigste Argumente wurden genannt:

- die Bewohnerinnen leben in der Wohngemeinschaft relativ „offen“
- die Bewohnerinnen müssen (in der Regel) die Wohngemeinschaft nicht mehr verlassen und können dort wohnen bleiben bis sie sterben
- die Bewohnerinnen beziehen ein eigenes, selbstmöbliertes Zimmer
- es gibt keinen starren Tagesablauf
- die Aktivitäten werden auf die Interessen der Bewohnerinnen abgestimmt
- alle Bewohnerinnen werden ihren Fähigkeiten gemäß betreut
- die Wohngemeinschaft wird in einem persönlichen und individuellen Rahmen geführt
- in der Wohngemeinschaft lebt nur eine kleine Bewohnergruppe zusammen
- in der Wohngemeinschaft ist eine gute Versorgung durch einen hohen Personalbestand gesichert
- in der Wohngemeinschaft ist die medizinische Versorgung (über den behandelnden Psychiater) gesichert

Alternativ zur Wohngemeinschaft wurden in den allermeisten Fällen geschlossene Stationen in Altenpflegeheimen und gerontopsychiatrischen Wohngruppen (in Heimen) erwogen. Diese alternativen Unterbringungsmöglichkeiten wurden in allen Fällen als die schlechteren angesehen, das lag

vor allem am persönlichen Rahmen der Wohngemeinschaft, der geringen Anzahl der Bewohnerinnen und der Möglichkeit zur individuellen Betreuung und Unterbringung in einem selbst zu möblierten Zimmer.

Überzeugt hat die Angehörigen letztlich, dass die Wohngemeinschaft mit sieben Bewohnerinnen klein und überschaubar ist, dort eine persönliche Atmosphäre herrscht und jeder sein individuell gestaltetes Zimmer hat. Außerdem wird hoch bewertet, dass man in der Wohngemeinschaft ein "normales" Alltagsleben pflegt. Hauswirtschaftliche Tätigkeiten werden je nach Lust und individuellem Können gemeinsam durchgeführt. Wer möchte, nimmt als passiver Beobachter teil. Der Personalschlüssel ist so gut, dass die Betreuer ausreichend Zeit haben, um die Bewohnerinnen mit der Zeit sehr gut kennen lernen und dadurch auch sehr gut auf die Ansprüche reagieren können.

6.2 Erfahrungen der Bezugspersonen (Angehörige und/oder gesetzliche Betreuer)

Die Wohngemeinschaft wird von den Bezugspersonen als sehr gute Wohnform angesehen. Sie sind überzeugt, dass ihre Angehörigen dort besser als in anderen (stationären) Einrichtungen aufgehoben seien. *"Vor allem, dass meine Mutter in einer kleinen Gemeinschaft untergebracht ist, beruhigt mich. In einem "normalen" Pflegeheim wäre das anders - hier weiß ich, dass meine Mutter als individuelle Persönlichkeit behandelt und entsprechend ihrer Ansprüche versorgt wird."* Vor allem auch das Mitbringen der eigenen Möbel wird geschätzt.

Positiv wird gesehen, dass die Mitarbeiterinnen individuell auf die Bewohnerinnen eingehen und auch die pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung ihren Erwartungen entspricht. Auch die Aktivitäten und Angebote für die Bewohnerinnen werden für gut befunden. Eine Angehörige meint, dass *"für die Bewohner die Lebensfreude neu geschaffen wird bzw. erhalten bleibt"*. Beanstandungen wurden nur vereinzelt geäußert *„nicht immer wird auf einen Wunsch meinerseits eingegangen, er geht sicherlich auch manchmal im Trubel unter"*. Manchmal muss man sicherlich auch Kompromisse schließen. Bei der Sauberkeit wurde die Ungewissheit geäußert, nicht einschätzen zu können, ob *„ein etwas schlechter Geruch in den Zimmern“* zu vermeiden wäre [Anm.: einige Angehörige haben in die Zimmer Teppichböden gelegt, die sich als wenig geeignet erwiesen haben].

Manche Mitarbeiterinnen werden als „emotional“ zu belastet beschrieben, so dass einige Anregungen der Angehörigen nicht immer ausreichend sachlich aufgenommen werden.

Als sehr positiv wurde die Kontinuität der Betreuungspersonen und die Anwesenheit von zwei Mitarbeiterinnen (tagsüber) gesehen. Gesetzliche Betreuer und Angehörige finden es sehr gut, dass sie auch auf dem Laufenden gehalten werden, *"wenn etwas ist wird man sofort angerufen"*.

In der Regel sind die Gesprächspartner mit der Betreuung in der Wohngemeinschaft sehr zufrieden und bemerken, dass die Bewohnerinnen bestens versorgt sind und „dankbar“ sind für die

Rund-um-Versorgung, die woanders nicht besser sein könnte. Sie empfinden sich durch die Krankheit ihrer Angehörigen nicht mehr (so stark) belastet und haben ihre innere Ruhe wiedergefunden. Sie sehen, dass, bei allen Schrecken dieser Erkrankung, es ihren Angehörigen dennoch gut geht.

Trotz Verschlechterung des Gesundheitszustandes einiger Bewohnerinnen ist Entspannung aufgetreten, da sie in der Wohngemeinschaft optimal versorgt werden *„optimale Versorgung auf dem Weg bergab. Vorher ging es ihr viel besser, die Gesamtsituation war jedoch unkontrollierbar - und dadurch musste man immer mit allem rechnen.“*

Eine Angehörige bringt zum Ausdruck, dass sie froh ist, dass ihre Mutter in der Wohngemeinschaft lebt (*"keine Sorge mehr zu haben und z.B. auch mal wieder selbst in Urlaub fahren zu können..."*).

Kritikpunkte wurden an der Lage und Ausstattung der Wohnung geäußert, vor allem, dass zur Wohnung kein abgeschlossener Gartenanteil zugehörig ist und diese direkt an der stark befahrenen Ringstraße liegt.

6.3 Die Verantwortung der Bezugspersonen

Die Bereitschaft, sich am Leben in der Wohngemeinschaft zu beteiligen, ist sehr unterschiedlich. Es gibt Angehörige, die gerne bereit sind, sich hier zu engagieren, aber es gibt auch Angehörige, die nur wenig Engagement zeigen (können), weil sie aufgrund ihrer Berufstätigkeit auch nicht über den notwendigen zeitlichen Spielraum verfügen. Somit muss unterschieden werden zwischen dem Interesse der Angehörigen an „ihren“ Bewohnerinnen und dem Interesse bzw. den Möglichkeiten am Wohngemeinschaftsleben.

Allerdings gibt es Unterschiede zwischen dem Engagement der gesetzlichen Betreuer und der Angehörigen. *„Ein persönliches Engagement durch gesetzliche Betreuer ist nicht zu erwarten. Es ist schön, dass die Leute jemandem haben, der sich um sie kümmert.“* *"Es ist genau richtig - die Mischung von Angehörigen und Betreuern finde ich positiv."* *"Es ist gut, dass Freiheit für die Intensität des Engagements besteht. Bei der Angehörigenarbeit in der Wohngemeinschaft ist der Erfahrungsaustausch sehr positiv, man lernt auch, was andere Angehörigen erlebt haben."*

6.4 Die Angehörigentreffen

Ein wichtiges Instrument im Rahmen der Angehörigenarbeit ist das Angehörigentreffen. Diese Treffen bieten einen Rahmen, wo sich die Angehörigen und die gesetzlich bestellten Betreuer untereinander kennen lernen und austauschen können. Bei den Angehörigentreffen haben die "alten" und die "neuen" Angehörigen die Möglichkeit sich vorzustellen. Es bietet die Gelegenheit, über das Leben in der Wohngemeinschaft zu sprechen und wichtige Informationen zur Wohngemeinschaft zu erhalten. Auch alltagspraktische Fragen zum Wohngemeinschaftsleben werden diskutiert und gemeinschaftlich entschieden.

Die Angehörigentreffs finden in regelmäßigen Abständen (etwa alle zwei bis drei Monate) statt und werden von den meisten gut angenommen. Vor allem die Information über die Geschehnisse in der Wohngemeinschaft, das Kennenlernen der anderen Angehörigen und Betreuer und der Erfahrungsaustausch wird geschätzt. *„Es ist sehr positiv, dass man mit seinen Problemen als Angehöriger nicht alleine dasteht“*. Weitere Gründe, die für regelmäßige Treffen sprechen, werden darin gesehen *„das Gesamtgefüge der Wohngemeinschaft zu unterstützen“*, die Atmosphäre in der Wohngemeinschaft und die Betreuer kennen zu lernen. Man sieht auch Vorteile darin, dass *„Probleme frühzeitig angesprochen werden, dann staut sich nichts an. Auch Probleme, die mit anderen Angehörigen im Entstehen sind, können frühzeitig erkannt werden“*. Das Verhältnis zu den Anderen ist gut und jeder ist bereit, sich auch in der Angehörigenarbeit einzubringen. *„Es wird alles besprochen,“* *„vielleicht sind die Treffen zu häufig, dies hat jedoch den Vorteil, dass man immer im Kontakt bleibt.“*

Über Personalsituation, Aktivitäten in der Wohngemeinschaft und die Haushaltsabrechnung wird regelmäßig bei den Angehörigentreffen informiert. Es wird das Einverständnis der Angehörigen eingeholt, wenn Änderungen der Handhabung des Haushaltsgeldes eintreten (z.B. waren alle einverstanden, dass vom Haushaltsgeld frische Blumen gekauft, oder das überschüssige Haushaltsgeld als Rücklage weiter einbehalten wird). Bei den Aktivitäten wird darüber informiert, was man gemacht hat und wie es bei den Bewohnerinnen angekommen ist, *„es hat in der Vergangenheit erstmals eine Märchenstunde gegeben. Alle Bewohner haben mitgefiebert und gelitten - es hat sich also bewährt, und soll zukünftig regelmäßig alle drei Wochen stattfinden“*. Ebenfalls neu und ein großer Erfolg war ein organisierter Ausflug mit jeweils zwei Personen und einer Begleitung. So waren zwei Bewohnerinnen mit einer Hospitantin und einer Mitarbeiterin unterwegs (im Zoo). Als nächstes sollten zwei andere Bewohnerinnen einen Ausflug machen (es werden jeweils zwei Personen gewählt, die sich gut verstehen).

Es werden auch Dinge angesprochen, die z.T. für "kleinere" Probleme gesorgt haben. So sollen unbekannte Besucher nicht zur Tischzeit und sonstigen Zeiten, wenn in der Wohngemeinschaft Gemeinschaftsaktivitäten durchgeführt werden, kommen. Besuchszeiten festzulegen ist nach Meinung der Anwesenden nicht notwendig. Manche Besucher fühlen sich wie Eigentümer in der Gemeinschaftsküche, diese Tatsache wurde mit den Betreffenden besprochen und ist nun ausgeräumt. Einige Angehörige äußerten sich schon mal über schlecht gebügelte Wäsche, allerdings sind die Wäscheberge (manche müssen ja öfters täglich umgezogen werden) enorm. Eine Weggabe der Bügelwäsche wäre „unbezahlbar“. (Das Personal bügelt die Wäsche für Alle, manchmal auch die Bewohnerinnen selbst und dann wird die Wäsche auch so gelassen). Letztendlich fanden alle den (Bügel-) Zustand der Wäsche in Ordnung.

Bei einem Angehörigentreffen wurde über Freizeitaktivitäten gesprochen. Es wurde festgehalten, dass es schwierig ist, gemeinsam mit allen Bewohnerinnen etwas zu unternehmen. So war geplant, dass die gesamte Wohngemeinschaft in den Garten geht, dazu waren vier Betreuer notwen-

dig. Hinzu kamen Problemen mit den anderen Hausbewohnerinnen. Gemeinschaftliche Aktivitäten außer Haus mit allen Bewohnerinnen sind nicht mehr möglich, mit einigen können noch kleinere Ausflüge gemacht werden; hierzu gehören Cafébesuch, in die Kirche, oder in den Tierpark gehen.

Natürlich haben nicht immer alle Angehörigen eine Meinung. Bei einem Treffen schilderte die Tochter einer Bewohnerin ihre Beobachtung, dass sie das Leben in der Wohngemeinschaft als sehr homogen empfinde. Die anderen in der Runde widersprechen und schildern, dass es durchaus häufig Missstimmung und Anfeindungen der Bewohnerinnen untereinander gibt und auch innerhalb des Teams Konflikte auftreten.

6.5 Ausweitung der Rechte und Pflichten des Angehörigengremiums

Eine Erfahrung während der Projektbegleitung war, dass die Arbeit mit Angehörigen nicht nebenbei läuft, sondern - individuell verschieden - viel Zeit in Anspruch nimmt. Die Angehörigenarbeit findet nicht nur zu fest vereinbarten Terminen statt, sondern vor allem auch tagtäglich in der Wohngemeinschaft. Oft sind es Tür-und-Angel-Gespräche, wobei es sowohl um Organisatorisches geht (z.B. Wäsche des Bewohners), Positives (stabile Stimmung des Demenzkranken) aber auch um Konflikte und Kritik (z.B. zu wenig Zuwendung).

Die Erfahrungen der Projektleitung und der Mitarbeiterinnen mit Angehörigen führten immer wieder zu der Kernfrage, welche Mitspracherechte den Bezugspersonen eingeräumt werden und welche Pflichten die Bezugspersonen übernehmen sollen.

Auslöser dieser Diskussion waren konkrete Grenzerfahrungen mit Bewohnerinnen. Bei einer Bewohnerin sprachen sich - trotz massiver Verhaltensauffälligkeiten - die Bezugspersonen einstimmig für einen weiteren Verbleib in der Wohngemeinschaft aus, während die Angehörigen die Kündigung des Mietvertrages bei einer anderen Bewohnerin unterstützten, wobei weniger die Bewohnerin als deren familiäres Umfeld zu erheblichen Konflikten beitrug. Im Zuge dieser Situation wurde von mehreren Angehörigen und Betreuern eingebracht, dass die Entscheidungskompetenz für das Angehörigengremium ausgeweitet werden solle, wenn es um Dinge geht, die den Fortbestand der Wohngemeinschaft gefährden.

Derzeit ist der Münchner Förderkreis dabei, im Mietvertrag Rechte und Pflichten des Angehörigengremiums, Ausschlussbedingungen eines Wohngemeinschaftsmitgliedes und den Neueinzug von Wohngemeinschaftsmitgliedern zu regeln. Die Formulierungsvorschläge (Auszug) hierzu sind wie folgt (Stand März 2003):

Angehörigengremium:

Das regelmäßig stattfindende Angehörigengremium besteht aus allen Mitgliedern der Wohngemeinschaft, bzw. ihrer Vertretern einem Vertreter des Münchner Förderkreises und des „Carpe Diem“ e.V. Die Teilnahme am Gremium ist Pflicht.

Alle Mitglieder der Wohngemeinschaft haben eine Stimme. Die beiden im Abs. 1 genannten Vereine haben jeweils eine Stimme. Beschlüsse des Gremiums werden mit einfacher Mehrheit gefasst und sind für alle Mitglieder verbindlich.

Das Gremium entscheidet über alle Angelegenheiten des Gemeinschaftslebens, z.B. Nutzung und Gestaltung der gemeinsamen Räume, gemeinschaftliche Anschaffungen, Haustierhaltung, Reinigung der Gemeinschaftsräume etc.

Ausschluss eines Wohngemeinschaftsmitglieds:

Der Vermieter hat einem Mieter mit gesetzlicher Frist zu kündigen, wenn das Angehörigengremium nach erfolgloser Durchführung des Einigungsverfahrens den Ausschluss beschließt. Das Einigungsverfahren beginnt mit dem schriftlichen Antrag eines Mitgliedes an den Vermieter einen Mieter auszuschließen. Innerhalb von zwei Wochen ab Eingang des Antrags hat das Gremium einen Einigungsversuch zu unternehmen. Kommt eine einstimmige Entscheidung nicht zustande, findet ein zweiter Einigungsversuch statt. Dieser zweite Einigungsversuch in einem Gremium darf nicht vor einem Monat nach dem ersten Einigungsversuch stattfinden. Scheitert auch dieser Versuch, wird der Ausschluss mit einfacher Mehrheit beschlossen.

Neueinzug eines Wohngemeinschaftsmitgliedes

Die Wohngemeinschaftsmitglieder haben ein Vetorecht beim Einzug eines neuen Bewohners.

Somit werden dem Angehörigengremium in dieser Wohngemeinschaft erhebliche Mitbestimmungs- und Entscheidungsrechte eingeräumt, weil die Erfahrungen in den letzten zwei Jahren gezeigt haben, dass man ein rechtliches Instrument braucht, um massive Konflikte zwischen den Beteiligten in der Wohngemeinschaft regeln zu können.

7. Die Mitarbeiterinnen

Um Erfahrungen und Einschätzungen der Mitarbeiterinnen zur Arbeit in der Wohngemeinschaft festzuhalten, wurde mit fünf Mitarbeiterinnen Gespräche geführt; es waren darunter drei examinierte Krankenpflegekräfte, eine examinierte Altenpflegerin und eine Pflegehelferin. Alle verfügen über eine mehrjährige Pflegeerfahrung (mindestens sechs Jahre). Drei der Mitarbeiterinnen haben berufliche Erfahrung im ambulanten Dienst. Als zusätzliche Qualifikation verfügen zwei der Krankenpflegekräfte über eine Zusatzausbildung in der Intensivpflege, eine weitere Pflegekraft absolvierte zum Zeitpunkt des Gespräches einen Basiskurs Gerontopsychiatrie.

Die Suche nach Mitarbeiterinnen erwies sich als unproblematisch. Es konnten, trotz des "Pflege-notstandes" in der Stadt München, geeignete Mitarbeiterinnen beschäftigt werden. Grund hierfür ist die Perspektive, selbständig und in einem kleinen Team tätig zu sein und das Interesse, in einen Bereich der Altenhilfe, außerhalb stationärer Einrichtung zu arbeiten.

Während in einer Heimeinrichtung oft viele Tätigkeiten aufgesplittert sind, so z.B. in Pflege, hauswirtschaftliche Versorgung, Essenszubereitung, therapeutische Aktivitäten, ist es in der Wohngemeinschaft erforderlich, dass das anwesende Personal alle Tätigkeiten erbringt. Mit einer Ausnahme: die behandlungspflegerischen Leistungen erfolgen ausschließlich durch qualifiziertes Pflegepersonal.

7.1 Basiskompetenzen für die Arbeit in der Wohngemeinschaft

Deutlich steht die soziale Kompetenz im Vordergrund - meinen die Mitarbeiterinnen, denn es ist eine wichtige Voraussetzung, um mit den demenzkranken Bewohnerinnen zusammenarbeiten zu können. Vorteilhaft sind Fantasie und die Fähigkeit gut zuhören zu können. Um auch in extremsten Situationen mit Ruhe und Gelassenheit reagieren zu können, benötigt man viel Geduld und gute Nerven. Man muss eine ausgeglichene Persönlichkeitsstruktur besitzen, um Zugang zu demenzkranken Bewohnerinnen zu bekommen.

Geduld ist z.B. auch bei der Grundpflege gefragt, man muss von den schematischen Arbeitsabläufen in den Krankenhäusern und Pflegeheimen weg, Arbeitszwänge sind wesentlich weniger vorhanden "man muss ja nicht unbedingt Wäsche waschen, manchmal ist es sinnvoller sich mit jemandem 1/2 Stunde hin zusetzen (z.B. wenn einer weint!)"

Es wird als vorteilhaft gesehen, wenn die Betreuer Erfahrungen mit Patienten aus der Inneren Abteilung eines Krankenhauses oder Altenheimes mitbringen. Vor allem ist das Durchführen von Krankenbeobachtungen wichtig, weil sich ein Teil der Bewohnerinnen nicht verbal artikulieren kann (z.B. bei Schmerzen).

7.2 Erwartungen und Erfahrungen bei der Arbeit in der Wohngemeinschaft

Die Gründe, warum man sich für die Arbeit in der Wohngemeinschaft interessiert hat, sind individuell verschieden. Für die Einen übt es einen besonderen Reiz aus, bei einem neuen, innovativen Modellprojekt mitzuarbeiten. Andere hingegen möchten mit einem Arbeitsplatzwechsel ihren Erfahrungshorizont erweitern oder eine körperlich weniger anstrengende Arbeit aufnehmen ("ich musste raus, der Heimalltag ist zu einer schweren Arbeit geworden"). Alle betonen, dass sie gerne mit Demenzkranken arbeiten.

Die Erwartungen und Vorstellungen, die sich die Mitarbeiterinnen im Vorfeld gemacht haben, waren unterschiedlich. Man erwartete mit Spannung "ob man Menschen mit dieser Krankheit betreuen kann, so dass es für alle erträglich wird. Die Krankheit muss nicht so furchtbar sein, wenn man optimal betreut wird." Für die meisten war wichtig, dass es sich bei der Wohngemeinschaft um wenige Bewohnerinnen und um eine Wohnform weg vom Heim handelt. Die Erwartung wurde geäußert, in einem Team ohne ausgeprägte hierarchische Struktur zu arbeiten, "wo man auch in einem Alter von 45 Jahren noch mal neu anfangen kann". Alles in allem machten sich die Mitarbeite-

rinnen keine konkreten Vorstellungen, sondern dachten offen und optimistisch an die Situation, die auf sie zukommen sollte.

Die Gespräche zeigten, dass die Arbeit in der Wohngemeinschaft für alle neue Erfahrungen mit sich brachte. Zu den positiven Erfahrungen zählt, dass man nicht ständig Dingen nachstreben muss, die man nicht erbringen kann; "man müsste, man sollte, man wollte...", sondern man hat meistens alles gemacht, was man sich vornahm. Als neue Erfahrung wird neben den hauswirtschaftlichen Tätigkeiten und dem (z.T. individuellen) Betreuungsprogramm auch die Arbeit im kleinen Team erwähnt. *"Wenn man zu zweit arbeitet, muss man sich miteinander gut abstimmen und miteinander reden"*. Doch nicht alle Aktivitäten sind von den Betreuern gleich beliebt (*"singen mag ich nicht, es ist jedoch kein Problem, weil das ja die anderen machen können"*). Ein Mitarbeiter meinte, dass er es sich nicht vorstellen konnte, dass sich die Beziehung zu den Bewohnerinnen so persönlich entwickeln würde.

Am angenehmsten wird empfunden, dass es möglich ist, sich bei einzelnen Arbeitsabläufen Zeit und Freiräume nehmen zu können. Positiv ist auch, dass die Arbeit insgesamt als befriedigend empfunden wird, da man merkt, dass es den Bewohnerinnen "relativ" gut geht und man in der Wohngemeinschaft eine hohe Lebensqualität erreichen kann. Aber auch zu den Arbeitsbedingungen wurde Stellung bezogen. Demnach werden die Arbeitszeiten und die Teamarbeit als angenehm bewertet *"es hat Jeder seinen Platz und seine Arbeitsweise gefunden ... ich habe mich früher als Teilzeitkraft abgewertet gefühlt"*.

Über das Thema Putzen wird in der Gruppe häufiger diskutiert. Ein Mitarbeiter würde es begrüßen, wenn dafür eine Putzhilfe angestellt würde, andere wiederum finden es gut so wie es ist. Dadurch werden alle Betreuer mit jeder Arbeit konfrontiert und eine hierarchische Struktur vermieden. Häufigere Teamgespräche, weniger Sonderdienste und mehr Motivation der Angehörigen, die dann für das Team eine Entlastung bringen würden, werden von einzelnen als Verbesserungsvorschläge genannt.

Auf die Frage hin, wie man denn die Versorgung der Bewohnerinnen noch optimieren könnte, werden nur wenige Anregungen gegeben. Genannt wurden räumliche Veränderungen z.B. durch Wohnung im Parterre mit Garten, zusätzliche Einzelbetreuung wenn nötig (z.B. aus Spenden finanziert). Mehr Aktivitäten durchzuführen scheitert am Gesundheitszustand der Bewohnerinnen - aber eine gute Ergänzung könnte eine Musiktherapie sein, da die meisten Bewohnerinnen offensichtlich sehr gerne Musik mögen und davon angesprochen werden. Betreffend der Arbeitsabläufe wird von Einzelnen eine bessere Übergabe (z.B. eigenes Übergabebuch) und eine strukturierte Betreuung (z.B. Toilettengänge nach einem Zeitplan) gewünscht.

Es wurde bereits erwähnt, dass das Verhältnis zu den Angehörigen nicht immer unproblematisch ist. Wie intensiv die Angehörigen sich im Wohngemeinschaftsleben engagieren sollen, wird sehr unterschiedlich beurteilt. Einige meinen, dass mehr Engagement gut wäre, andere hingegen mei-

nen, dass es auch von der Organisation her kompliziert werden kann, wenn sich Angehörigen zu stark engagieren, weil noch mehr Abstimmungen notwendig sind.

Unter den Mitarbeiterinnen überwiegt eine hohe Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen. Die Rahmenbedingungen stimmen (z.B. Betreuungsschlüssel), so dass eine hohe Qualität in Pflege und Betreuung erreicht werden können. Aufgestellte Ziele können in der Regel erreicht werden. Basiskompetenzen der Mitarbeiterinnen sind Geduld, Ruhe, Gelassenheit und Freude im Umgang mit demenzkranken Menschen. Im Weiteren ist die Bereitschaft aller Mitarbeiterinnen unabdingbar „Alltagsbegleiter“ zu sein, dass heißt für die ganzheitliche Versorgung der Bewohnerinnen zu sorgen.

7.3 Einsatz ehrenamtlicher Helfer

Im Rahmen des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes, können Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, die mindestens in Pflegestufe 1 eingestuft sind, pflegeergänzende Leistungen erhalten. Nach § 45a SGB XI werden zusätzliche Möglichkeiten zur Entlastung geschaffen, wenn ein **erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung** gegeben ist. Berücksichtigung findet dabei der Hilfebedarf, der durch bestimmte Fähigkeitsstörungen ausgelöst wird und zu Einschränkungen in der Alltagskompetenz führt. Die Kosten für niedrigschwellige, aktivierende und qualitätsgesicherte Betreuungsangebote durch Betreuungsgruppen und Helferkreise werden bis zu einer Höchstgrenze von 460.- Euro pro Jahr erstattet. Damit ist eine zusätzliche Finanzierung ehrenamtlicher Helfer möglich.

Für die Rothenfußer Wohngemeinschaft steht ein vom Carpe Diem e.V. initiiertes Helferkreis zur Verfügung. Alle sechs Wochen ist ein Arbeitstreffen obligatorisch. Vor ihrem Einsatz hospitieren die Helfer drei Tage in der Wohngemeinschaft, um entscheiden zu können, ob ihnen diese Tätigkeit liegt. Zum Aufgabenfeld gehört einzig Betreuung und Beaufsichtigung, sowohl hauswirtschaftliche als auch pflegerische Tätigkeiten sind ihnen nicht erlaubt. Während ihres Einsatzes, können sie sich, anders als im "normalen" häuslichen Umfeld, jederzeit an erfahrene Betreuer wenden. Somit kann auch gewährleistet werden, dass sie mit den z.T. schwer(st) dementen Bewohnerinnen zurechtkommen.

Den Einsatz von Helferinnen gab es bereits vor dem Inkrafttreten des o.g. Gesetzes. Sie wurden für Aktivitäten beschäftigt, die aufgrund der Personalausstattung nicht möglich waren, z.B. Kirchen- und Chorbesuche. Daneben gab es Bewohnerinnen, deren gesundheitlicher Zustand eine intensivere Einzelbetreuung notwendig machte, um deren Verbleib in der Wohngemeinschaft zu erlauben. Als Aufwandsentschädigung erhalten sie 10.- Euro pro Stunde, davon geht ein Euro an Carpe Diem e.V. für deren Verwaltungsaufwand. Die (derzeit vier) Helferinnen sind maximal drei bis vier Stunden wöchentlich in der Wohngemeinschaft, da sie bis zu einem Betrag von 1.846.- Euro jährlich sozialversicherungsfrei arbeiten dürfen.

Jeder Bewohnerin ist eine Helferin persönlich zugeordnet. Die Erfahrung in der Wohngemeinschaft hat gezeigt, dass die Angehörigen und gesetzlichen Betreuer den Einsatz für sehr gut befinden und häufig weitere, privat finanzierte, Stunden in Anspruch nehmen.

Der Einsatz ehrenamtlicher Helfer (gegen Aufwandsentschädigung) ermöglicht eine Verbesserung der Betreuungsqualität in der Wohngemeinschaft. Das Zusammenspiel von Mitarbeiterinnen und Helfern gelingt aufgrund einer guten Einarbeitung und Anleitung. In vielen Fällen konnte beobachtet werden, dass die Helferinnen als Bezugspersonen oder Freundinnen akzeptiert wurden

7.4 Supervision: Angebot für die Mitarbeiterinnen

Es gibt Mitarbeiter, die über Erfahrung mit Supervision verfügen, andere nicht. Alle stehen grundsätzlich positiv zu diesem neuen Angebot. Die Supervision wurde 2002 begonnen. Es besteht Teilnahmepflicht für die Mitarbeiterinnen (aber alle können nicht daran teilnehmen, weil zur gleichen Zeit die Bewohnerinnen betreut werden müssen).

Zwei der Mitarbeiterinnen finden Supervision eher unwichtig. Unterschiedliche Meinungen bestehen bei den vordringlichsten Themen über die geredet werden soll. Es gibt einige Mitarbeiterinnen, die Fallbesprechungen befürworten, teaminterne Fragen nicht in einer Supervision geklärt haben möchten; *"ich sage gleich, wenn mir was nicht passt"*. Bei der Supervision können Denk- und Arbeitsweisen noch genauer ausgetauscht, Teambesprechungen intensiver gestaltet werden als bislang.

Andere finden sowohl Fallbesprechungen als auch Umgang mit Angehörigen und Probleme des Teams bedeutend. Grundsätzlich wird von allen anerkannt, dass man mit der Supervision einen neutralen Moderator hat, was durch eigenes Personal nicht geleistet werden kann. Supervision hat sich für das Team bewährt und wird weiterhin fester Bestandteil sein.

8. Zusammenfassung

Konnte die Ausgangsidee dieser Wohngemeinschaft, die aus den Erfahrungen der institutionellen Versorgung demenziell erkrankter Personen resultierte, umgesetzt werden? Die Befunde legen nahe, dass die Versorgung und Betreuung der Bewohnerinnen sich an den individuellen Bedürfnissen und an den noch verbleibenden Kompetenzen orientiert, so dass die Bewohnerinnen eine weitgehende Autonomie bewahren können. Während einerseits die Größe der Wohngemeinschaft mit sieben Bewohnerinnen dem Rechnung trägt, ist es andererseits aber auch die Organisationsstruktur, die den Mitarbeiterinnen ermöglicht, individuell auf Situationen einzugehen, und diese nicht durch einen „starren“ Arbeitsablauf daran hindert. Dies wird maßgeblich durch die gemeinschaftliche Verantwortung von Bezugspersonen, Mitarbeiterinnen und Projektleitung beeinflusst. Diese gemeinschaftliche Verantwortung ist als Prozess zu verstehen und lief auch während der Projektbegleitung nicht immer konfliktfrei ab, wobei vor allem die Verständigung zwischen Mitarbeiterinnen und Projektleitung einerseits und den Bezugspersonen (Angehörigen und gesetzlichen Betreuern) andererseits immer wieder auf dem „Prüfstand“ war. Es empfiehlt sich, bei der Auswahl neuer Bewohnerinnen verstärkt ein Augenmerk auf die Engagementbereitschaft von Angehörigen bzw. gesetzlichen Betreuern zu legen, da diesen doch auch erhebliche Rechte und Pflichten eingeräumt werden.

Die Wohngemeinschaft hat sich als ein Wohn- und Betreuungsangebot für Menschen mit Demenzerkrankung bewährt, die auch für schwer(st) demenzkranke Menschen geeignet ist. Es ist gelungen mit den sieben Bewohnerinnen, Mitarbeiterinnen und Angehörigen bzw. gesetzlichen Betreuern eine Gemeinschaft aufzubauen, in der einerseits Rückzugsmöglichkeiten für die Bewohnerinnen aber auch gemeinschaftliche Aktivitäten möglich sind.

Folgende Erfahrungen seien hier zusammenfassend noch einmal dargestellt:

Die Orientierung an hauswirtschaftliche Aktivitäten z.B. Tisch decken, abwaschen, bügeln, die soweit als möglich mit den Bewohnerinnen gemeinsam durchgeführt werden, gibt den Bewohnerinnen eine ausreichende Tagesstrukturierung. Durch die Personalsituation ist es gleichermaßen möglich, individuell auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen einzugehen als auch gemeinschaftliche Angebote durchzuführen. Intensivere persönliche Beschäftigung mit jedem einzelnen, kann allerdings allein von den festen Mitarbeiterinnen nicht geleistet werden, hierfür werden weitere Helfer benötigt. Seit dem 1.1.2002 werden diese Leistungen über das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz finanziert und in vielen Fällen noch durch private Mittel ergänzt.

Es hat sich gezeigt, dass die Bewohnerinnen in der Wohngemeinschaft sich vom Grad der Demenz her möglichst ähnlich sein sollen. Am Beispiel eines Bewohners mit einer eher leichten Form der Demenz wurde deutlich, dass für ihn das Zusammenleben mit anderen eher schwer demenziell erkrankten Personen schwierig war. Von der Leiterin der Wohngemeinschaft wurde dies noch einmal bestätigt, weil das Zusammenleben in einer Wohngemeinschaft sehr aufeinander bezogen

ist und Bewohnerinnen mit einer leichteren Form der Demenz sehr wohl die Verhaltensauffälligkeiten (z.B. bei den gemeinsamen Mahlzeiten) ihrer Mitbewohnerinnen wahrnehmen und auch aushalten müssen. Positiv hingegen ist, wenn sich die Wohngemeinschaft aus jüngeren und älteren Personen zusammensetzt.

Deutlich wurde, dass die Pflege und Betreuung an die Mitarbeiterinnen andere Anforderungen stellt, als in stationären Einrichtungen. Diese resultieren daraus, dass sie (für die Dauer ihrer Anwesenheit) Teil der Wohngemeinschaft sind und dass sie neben Pflege und Betreuung auch hauswirtschaftliche Tätigkeiten durchführen. Wichtige Eigenschaften sind soziale Kompetenz, Fachlichkeit und hohes Organisationsvermögen. Ein Teil des Personals sollte über eine gerontopsychiatrische Fachausbildung verfügen. Allerdings darf nicht außer Acht gelassen werden, dass es sich bei den Bewohnerinnen zumeist um Menschen handelt, die neben dem Problem ihrer Demenzerkrankung unter weiteren z.B. internistischen Erkrankungen leiden können. Dementsprechend ist eine qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung unabdingbar.

Zu Anforderungen an die Wohnung und das Wohnumfeld wurden folgende Erfahrungen gemacht: Auf alle Fälle hat sich ein zentrales Wohnzimmer mit Übergang zur Wohnküche bewährt. Die Bewohnerinnen müssen bei ihren „Spaziergängen“ immer wieder den zentralen Bereich passieren; dies gibt den Mitarbeiterinnen die Möglichkeit der Beobachtung und der Kontaktaufnahme. Durch die Einsehbarkeit der Haustür vom zentralen Bereich sehen die Betreuer, wenn ein Bewohner die Wohnung verlassen möchte (beim Öffnen der Tür erklingt eine kleine Glocke). Dass es zwei Bäder für alle Bewohnerinnen gibt, hat sich als ausreichend herausgestellt, denn ein eigenes Bad bzw. WC in den Zimmern würde nicht nur den Reinigungsaufwand erheblich erhöhen, sondern die Benutzung wäre auch nicht mehr zu kontrollieren (*„die Bewohner setzen die Bäder unter Wasser, stopfen alles Mögliche in die WC-Schüssel...“*). Gewünscht wird allerdings mehr Stauraum in der Wohnung (z.B. für Putzgeräte). Das derzeitige Wohnumfeld hat sicherlich einige Nachteile, wie hohes Verkehrsaufkommen, wenig Versorgungsinfrastruktur. Da die Bewohnerinnen jedoch nur noch für kurze Spaziergänge die Wohnung verlassen, sind diese Standortnachteile zu tolerieren, wengleich eine Grünfläche, die ebenerdig von der Wohnung zu erreichen ist, als optimal angesehen werden kann.

Durch die Anschubfinanzierung der Jakob und Maria Rothenfußer Gedächtnisstiftung konnte diese Wohngemeinschaft die wichtige Vorlaufphase meistern. Die meisten für einen Umbau und Bezug der Wohnung notwendigen Aufwendungen konnten zudem über öffentliche Gelder (Kranken- oder Pflegeversicherung) finanziert werden.

Die Vorlaufphase gestaltete sich äußerst schwierig. Vor allem die Wohnraumsuche war, wegen den vorhandenen Anforderungen langwierig. Auch die Suche nach einem geeigneten Pflegedienst verlief zunächst wenig erfolgreich und wurde im Fall der Rothenfußer Wohngemeinschaft durch die Neugründung des Carpe Diem e.V. (ambulanter Pflegedienst) behoben. Einen langen Atem musste die Projektleitung ebenfalls bei der Abklärung des rechtlichen Status beweisen, da es solche

Wohnformen bislang noch selten gibt und daher der Umgang mit ihnen noch wenig geklärt war. Durch Anerkennung als therapeutische Wohngemeinschaft durch den Bezirk Oberbayern konnten 1,2 Fachstellen finanziert werden. Eher unproblematisch war hingegen die Personalsuche und das Auswählen der künftigen Bewohnerinnen.

Die Erfahrungen, die in den letzten zwei Jahren gemacht wurden, die Schwierigkeiten und Probleme, die es zu überwinden galt, seien sie rechtlicher, organisatorischer oder emotionaler Natur, konnten Dank dem Engagement des Münchner Förderkreises, des Carpe Diem e.V. und der Projektleitung überwunden werden und resultierten letzten aus der Überzeugung der Projektbeteiligten, mit dieser Wohnform eine gute Versorgung von (schwerst)demenzkranken Menschen zu ermöglichen. Derzeit wird vom Kuratorium Deutsche Altershilfe in Köln ein Erfahrungsaustausch solcher „Betreuten Wohngruppen“ initiiert, so dass zu hoffen bleibt, dass sich dieses Angebot weiter etabliert.

Anhang 1 Strukturmerkmale der Bewohnerinnen

Tabelle 1: Wesentliche Strukturmerkmale der Bewohnerinnen

	Person A	Person B	Person C	Person D	Person E
Alter bei Aufnahme	60	82	80	81	61
Pflegestufe bei Aufnahme	1	3	2	2	2
Einzugsdatum	10.10.2000	10.10.2000	04.09.2000	06.10.2000	06.10.2000
Wohnform vor Einzug	Alleine zu Hause	Alleine zu Hause	Alleine zu Hause	Alleine zu Hause	Mit Ehepartner zu Hause
Letzter Aufenthaltsort	3 Wochen BKH Haar	über BKH Haar in Kurzzeitpflege	2 Wochen BKH Haar	3 Monate BKH Haar	4 Monate Heim für geistig Behinderte
Grad der Demenz bei Einzug	Mittel bis schwer	Mittel	Mittel bis schwer	Mittel	Mittel bis schwer
Veränderungen Grad der Demenz Stand März 2002	Schwer	Mittel	Mittel bis schwer	Mittel Verstorben im April 2001*	Mittel bis schwer
Veränderungen Grad der Demenz Stand Januar 2003	Schwer	Mittel	Schwer		Schwer

	Person F	Person G	Person H	Person I	Person J	Person K
Alter bei Aufnahme	61	81	82	95	86	76
Pflegestufe bei Aufnahme	2	2	3	1	1	1
Einzugsdatum	02.10.2000	02.10.2000	14.4.2001	16.6.2001	16.10.2001	25.11.2002
Wohnform vor Einzug	Alleine zu Hause	Altenpflegeheim	Alleine zu Hause	Alleine zu Hause	Alleine zu Hause	Alleine zu Hause
Letzter Aufenthaltsort	zu Hause	zu Hause	1 Monat geschlossene Station rechts der Isar	zu Hause	zu Hause	Klinikum Rechts der Isar
Grad der Demenz bei Einzug	Leicht	Mittel bis schwer	Mittel bis schwer	Mittel	Mittel	
Veränderungen Grad der Demenz Stand März 2002	Leicht bis mittel Auszug Mai 2001	Mittel bis schwer	Mittel bis schwer	Mittel Verstorben im September 2001 *	Mittel	
Veränderungen Grad der Demenz Stand Januar 2003		schwer Auszug November 2002	Schwer		Mittel	Mittel

* Beide Bewohnerinnen verstarben nach akuter gesundheitlicher Verschlechterung im Krankenhaus

Quellen: Bewohnerdokumentation, Information der Leitung der Wohngemeinschaft

Tabelle 2: Psychiatrische Diagnosen

Bewohner/in	Psychiatrische Diagnose
Person A	Demenz vom Alzheimer Typ, früher Beginn
Person B	Demenz vom Alzheimer Typ, später Beginn; wahnhaft und halluzinatorische Symptomatik
Person C	Demenz vom Alzheimer Typ
Person D	Demenz vom Mischtyp
Person E	Demenz vom Alzheimer Typ
Person F	Demenz vom Alzheimer Typ mit frühem Beginn
Person G	Demenz vom Alzheimer Typ
Person H	Demenzielle Störung gemischter Genese, vaskuläre Demenz, Alzheimer Krankheit
Person I	Mischdemenz
Person J	Hirnorganisches Psychosyndrom, beginnende senile Demenz mit wahnhafter Symptomatik
Person K	Mischdemenz

Anhang 2: Anfragen an die Wohngemeinschaft

Die Wohngemeinschaft hat nicht nur bei Angehörigen von Demenzkranken, sondern auch in der Fachöffentlichkeit seit ihrer Entstehung großes Interesse hervorgerufen. Insgesamt wurden 139 Anfragen von November 1999 bis Dezember 2002 dokumentiert. Die Interessenten kann man in zwei Gruppen untergliedern, zum einen Angehörige, gesetzliche Betreuer oder Mitarbeiterinnen von Institutionen, die sich nach der Möglichkeit einer Aufnahme in die Wohngemeinschaft erkundigten (Gruppe I), zum anderen sind es Institutionen oder Privatpersonen, die berufliches oder fachliches Interesse an diesem Projekt haben (Gruppe II). Von den 139 Interessenten gehören 73 zu Gruppe I und 66 zu Gruppe II.

An der Entwicklung der Anfragen lässt sich gut nachvollziehen, wie sich die Bekanntheit des Projektes entwickelte. Anfragen, vor allem aus fachlichem Interesse, steigerten sich in den letzten drei Jahren kontinuierlich. Das Verhältnis von persönlichen und fachlichen Anliegen kehrte sich um. Es wurden auch vermehrt Anfragen gestellt, in der Wohngemeinschaft zu hospitieren.

Tabelle 1: Entwicklung der Anfragen in den Jahren 2000 bis 2002

JAHRE	PERSÖNLICHES, FALLBEZOGENES INTERESSE	FACHLICHES INTERESSE
2000 und 2001	46 (59 Prozent)	31 (41 Prozent)
2002	27 (43,5 Prozent)	35 (56,5 Prozent)

Die meisten Kontakte bestanden aus einem Telefonat. Vor allem nach fachlich begründeten Gesprächen, erfolgten häufig Besuche in der Wohngemeinschaft. Wenn es hingegen um die Auswahl neuer Bewohner ging, war ein aufsuchen der Bewerberin an ihrem jetzigen Wohn- bzw. Aufenthaltsort obligatorisch.

Tabelle 2: Art der Anfrage

	ANFRAGEN INSGESAMT	ANFRAGEN FALLBEZOGEN	ANFRAGEN AUS FACHLICHEM INTERESSE
Telefonisch	66	51	15
Schriftlich	3	2	1
Besuch	38	6	32
Telefonisch, schriftlich	4		4
Telefonisch und Besuch in: Tagesklinik, zu Hause, in Klinik	13	13	
Telefonisch, Gespräch im Büro	1	1	
Telefonisch, schriftlich, Besuch einer anderen Wohngemeinschaft	2		2
Hospitation	12		12

1.1 Anfragen durch Angehörige oder Betreuer (Gruppe I)

In der Regel waren es Kinder oder gesetzlich bestellte Betreuer, seltener wurde Kontakt von Ehepartnern, Geschwistern oder Institutionen, in denen die Betroffenen zur Zeit betreut werden (Tagespflege, Pflegekräfte, Sozialdienst), aufgenommen.

Der Anteil von Kindern und Ehepartner macht etwa die Hälfte aller Anfragen aus. Es spiegelt die Realität in München wieder, dass viele Betroffenen keine Angehörigen haben die sich um sie kümmern und statt dessen von gesetzlichen Betreuern vertreten werden.

Seit November 1999 haben 73 Betroffene das Interesse an der Wohngemeinschaft bekundet. In der gleichen Zeit konnten jedoch nur 11 Bewohnerinnen aufgenommen werden. Im letzten Jahr war das Verhältnis am schlechtesten, für 27 interessierte Betroffene gab es nur einen freigewordenen Platz.

In den meisten Fällen ging es um konkrete Erkundigung nach einem Platz in der Wohngemeinschaft, außerdem wurde z.B. Information zu Kosten und inhaltlicher oder personeller Konzeption eingeholt. Alles in allem konnte man feststellen, dass die Kontaktaufnahmen, die durch Angehörige oder gesetzliche Betreuer erfolgten, zu knapp zwei Drittel aus einer akuten Versorgungskrise resultierten und sich nur ein Drittel vorsorglich für die Wohngemeinschaft interessierte.

In den meisten Fällen mussten die Anfragen abgewiesen werden. Vor allem diejenigen, die sich aufgrund akuter Versorgungsengpässe an die Wohngemeinschaft wandten, mussten sich um andere Alternativen bemühen.

Mehr als jeder Zweite kontaktierte bereits im Vorfeld andere Institutionen. Hierbei wurden vor allem gerontopsychiatrische Wohngruppen, Beratungsstellen, Tagespflege und beschützende Stationen in Heimen genannt.

Tabelle 3: Kontaktierte Institutionen (Mehrfachnennungen kategorisiert)

	Anzahl	Prozent
Beschützte Stationen in Pflegeheimen	10	26,3
Tagesklinik, Tagespflege	6	15,8
Beratungsstellen	12	31,6
Wohngruppen	17	44,7
Sonstiges	5	13,2
Gesamt	50	131,6

Anzahl der Antworten: 38

In Verbindung mit Fragen nach Finanzierung und Konzeption bestand vielfach der Wunsch, die Einrichtung persönlich kennen zu lernen. In sechs Fällen wurden Besuche direkt in der Wohngemeinschaft ermöglicht, bei 13 Personen fand ein Hausbesuch statt.

a) Strukturmerkmale der Interessenten der Wohngemeinschaft

Die Bekanntheit der Wohngemeinschaft ist überwiegend lokal begrenzt. Der weit größte Teil der Nachfrager kommt aus München selbst, nur fünf Anfragen wurden von Auswärtigen gestellt (Institutionen: zwei aus BKH Haar, Schwindegg; zwei Personen, die bislang außerhalb Bayerns lebten). Anfragen des letzten Jahres stammten alle von Personen, die ihren Wohnsitz in der Stadt München haben.

In deutlich mehr als die Hälfte der Fälle wohnten die demenzkranken Personen zuhause, davon lebten die meisten alleine (50,7 Prozent) und nur etwa 19 Prozent mit Partner, Kindern oder Geschwistern zusammen. Hinzukommen weitere 12 Prozent, die sich zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme in klinischer Behandlung befanden, grundsätzlich aber ebenso in einem Singlehaushalt leben. Weitere 12 Prozent der Demenzkranken waren in einer stationären Einrichtung, Wohngruppe oder therapeutische Wohngemeinschaft untergebracht.

Immerhin von 46 Personen ist bekannt, dass sie zum Zeitpunkt der Nachfrage zu Hause alleine lebten, während 13 Personen noch mit einem Partner bzw. den Kindern in einem Haushalt wohnten.

Tabelle 4: Wohnform der Nachfrager

	Anzahl	Prozent
Zu Hause, alleine	37	50,8
Zu Hause, mit Partner, Kinder oder Geschwister	13	19,2
Zu Hause, derzeit Klinikaufenthalt	9	12,3
Wohngruppe oder therapeutische Wohngemeinschaft	7	9,5
Stationäre Einrichtung	6	8,2

Quelle: Dokumentation der Anfragen, Auswertung AfA

Das Alter der Betroffenen reicht von 45 Jahren bis 95 Jahren, wobei jeder Vierte der Betroffenen 60 Jahre und jünger ist.

Tabelle 5: Alter der Betroffenen

Alter	Anzahl (absolut)
Unter 60 Jahre	12
60 bis unter 70	11
70 bis unter 80	24
80 und älter	25
Gesamt	72

Keine Angabe: 1

Quelle: Dokumentation der Anfragen, Auswertung AfA

b) Informationswege zur Wohngemeinschaft

Die Kenntnisnahme über die Wohngemeinschaft erfolgte aus unterschiedlichen Quellen. Hierbei wurden von Angehörigen und Betreuern vor allem das Klinikum Rechts der Isar, und dabei überwiegend das Alzheimer Zentrum, und die Alzheimergesellschaft genannt. Das Bezirkskrankenhaus Haar spielte bei den Nachfragern als Informationsquelle eine geringere Rolle.

Tabelle 6: Informationsquellen der Wohngemeinschaft (Mehrfachnennungen)

	Anzahl
Klinikum rechts der Isar	30
Alzheimergesellschaft	16
BEK Haar	10
Sonstige	21

Keine Angabe: 4

Zu den Sonstigen gehören: Förderverein, Presse, Alzheimerzentrum Bad Aibling, Regsam, MAR-GE, Hospizverein, Beratungsstellen, private oder schon vorhandene Kontakte zur Wohngemeinschaft

Quelle: Dokumentation der Anfragen, Auswertung AfA

1.2 Anfragen aus fachlichem Interesse (Gruppe II)

Vor allem im letzten Jahr ist die Kontaktaufnahme aus fachlichem Interesse stark gestiegen. Die Wohngemeinschaft konnte sich einem breiteren Fachpublikum bekannt machen, das liegt zum einen an der Veröffentlichung des Zwischenberichtes durch das Sozialministerium und zum anderen daran, dass die Leiterin der Wohngemeinschaft zu verschiedenen Tagungen und Fortbildungen als Dozentin eingeladen wurde, um dieses Projekt beispielhaft vorzustellen.

Seit November 1999 wurden 66 Anfragen aus rein fachlichem Interesse gestellt, davon erfolgten 15 telefonisch, in 34 Fällen kam es zu einem Besuch der Wohngemeinschaft. Stark gestiegen ist auch das Interesse von Institutionen (13 unterschiedliche), die ihren Mitarbeiterinnen die Möglichkeit geben möchten in der Wohngemeinschaft zu Hospitieren. Für 17 Personen wurde dies ermöglicht. Im Durchschnitt beträgt die Dauer der Hospitation ein bis zwei Wochen. Hier nicht berücksichtigt sind etwa 20 ehrenamtliche Helfer, die im Rahmen ihrer Schulung zum Seniorenbegleiter oder Alzheimerhelfer in der Wohngemeinschaft ein Praktikum absolvierten.

Die Liste der Institutionen und kommunaler Einrichtungen ist lang, dazu gehörten ambulante Pflegedienste, Beratungsstellen, Altentreffs, Selbsthilfegruppen, Träger von stationären Einrichtungen, Tagespflegeeinrichtungen, Hospizvereine, Ärzte bzw. Sozialarbeiter in Kliniken, Medien (Rundfunk und Fernsehen), Fortbildungsstätten z.B. Fachschule für Altenpflege bzw. Fachweiterbildung Ge-

ronto-, Psychiatrie, Fachhochschule, Psychiatrische Dienste und Studierende, die derzeit eine Diplomarbeit verfassen.

Die Fragen bezogen sich schwerpunktmäßig auf Konzept, Finanzierung und Trägerschaft. In drei Fällen stand das Interesse dahinter, selbst eine Wohngemeinschaft aufbauen zu wollen. Bei zwei Kontakten ging es um Interviews mit Bewohnern, um einen Problemvergleich mit einer Wohngemeinschaft in Berlin durchzuführen.

Tabelle 7: Informationsquellen zur Wohngemeinschaft (Mehrfachnennungen)

	Anzahl
Presse	15
Krankenhaus rechts der Isar	10
Alzheimergesellschaft	5
MARGE	14
Fachtagungen/ Kongresse	7
BEK Haar	4
GPDi	3
sonstige	12

Sonstige: Förderverein, Beratungsstelle, Freunde älterer Menschen (Berlin), Bewohner, DPWV, Hans-Weinberger-Akademie, Rothenfußer-Stiftung, Geronto-AK

Quelle: Dokumentation der Anfragen, Auswertung AfA

Alles in allem nimmt Öffentlichkeitsarbeit und Informationsweitergabe viel Zeit in Anspruch. Solange es wenig vergleichbare Angebote gibt, hat die Wohngemeinschaft einen modellhaften Charakter und weckt das Interesse der Fachöffentlichkeit. Dieses Interesse bezieht sich sowohl auf allgemeine Informationen, auf Nachfragen nach Hospitation, aber auch auf Informationen über Organisation und Ablauf des Betriebes.

Literaturhinweis

Klaus-W. Pawletko; Ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen; Hrsg.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Berlin, 2002

Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen; Hrsg.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Gesundheit, Berlin, 2002

Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankung in Deutschland. Hrsg.: Johannes F. Hallauer, Alexander Kurz; Stuttgart, New York, 2002