Abschlussbericht

DeWeGE –
Berliner Studie zur outcomebezogenen Evaluation der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften

gefördert durch das
Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des „Leuchtturmprojekt Demenz“
Themenfeld 1 „Therapie- und Pflegemaßnahmen: Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen“

Autoren des Berichtes:
Karin Wolf-Ostermann
Andreas Worch

unter der Mitarbeit von:
Johanna Nordheim
Thomas Fischer
Ines Wulff

1 Titel und Verantwortliche

1.1 Informationen zur Studie

DeWeGE – Berliner Studie zur outcomebezogenen Evaluation der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften

gefördert durch das
Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des „Leuchtturmprojekt Demenz“
Themenfeld 1:
„Therapie- und Pflegemaßnahmen: Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen“
LT-Demenz-44-096

Laufzeit: 15.05.2008 – 31.08.2010

Studienleitung Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

Alice Salomon Hochschule Berlin
Alice-Salomon-Platz 5
12627 Berlin
Fon | ++30 99245-507
Fax | ++30 99245-594
Mail | wolf-ostermann@ash-berlin.eu

Studienkoordination Thomas Fischer[2] (bis 15.10.2009)

Studienmitarbeit Andreas Worch[1,2]
Johanna Nordheim[2]
Ines Wulff[2]
Andrea Pannasch[2]
Sandra Meye[1]

In Kooperation mit: Charité-Universitätsmedizin Berlin - Institut für Medizinische Soziologie
Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales des Landes Berlin,
Alzheimer-Gesellschaft Berlin e. V.,
Anbieter-Verband qualitätsorientierter Gesundheitspflegeeinrichtungen e. V.,
Diakonisches Werk Berlin - Brandenburg - schlesische Oberlausitz e. V.,
Paritätischer Wohlfahrtsverband LV Berlin e. V.

[1] Alice Salomon Hochschule Berlin
[2] Charité-Universitätsmedizin Berlin - Institut für Medizinische Soziologie

1.2 Vorwort und Danksagung

Die Berliner Studie zur outcomebezogenen Evaluation der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften hatte zum Ziel, erstmals eine Charakterisierung der Versorgungsergebnisse, der Versorgungssituation sowie der Kooperations-/ Netzwerkstruktur von ambulant betreuten Wohngemeinschaften (WG) für ältere Menschen mit Demenz im Land Berlin zu erarbeiten. Die Studie wurde unter Leitung der Alice Salomon Hochschule Berlin in Zusammenarbeit mit der Charité-Universitätsmedizin Berlin - Institut für Medizinische Soziologie durchgeführt. Wir danken unserem Förderer, dem Bundesministerium für Gesundheit, das diesen interessanten Forschungsansatz im Rahmen des Leuchtturmprojekts Demenz unterstützt hat.

Demenzen gehören zu den sowohl schwerwiegendsten psychiatrischen Erkrankungen als auch zu den häufigsten Erkrankungen im Alter. Die zu erwartende starke Zunahme demenziell erkrankter Menschen wird die Gesellschaft in den nächsten Jahren vor zunehmende Herausforderungen in der medizinischen und pflegerischen Versorgung stellen, nicht zuletzt auch unter ökonomischen Gesichtspunkten. Das Bundesministerium für Gesundheit hat daher im Rahmen der Ressortforschung in den Jahren 2008 bis 2010 ein Leuchtturmprojekt Demenz durchgeführt, in dem insgesamt 29 Projekte zu den Themenfeldern „1. Therapie- u. Pflegemaßnahmen: Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen“, „2. Evaluation von Versorgungsstrukturen“, „3. Sicherung einer evidenzbasierten Versorgung“ und „4. Evaluation und Ausbau zielgruppenspezifischer Qualifizierung“ mit insgesamt mit rund 13 Mio. Euro gefördert wurden.

Das vorliegende Projekt gehört zum Themenfeld 2 und hat seine ersten Wurzeln bereits in einer Vorläufer-Studie aus dem Jahr 2006 (Wolf-Ostermann 2007), in der erste Grundlagendaten zu ambulant betreuten Wohngemeinschaften in Berlin erhoben wurden. Die Stärke der vorliegenden Studie liegt darin, dass zum einen erstmals Grundlagendaten zu der noch relative neuen Versorgungsform ambulant betreuter Wohngemeinschaften auf breiter Basis erhoben wurden, die es erlauben, die Nutzer- und Versorgungsstrukturen verlässlich zu beschreiben. Zum anderen wurde das Versorgungsgeschehen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften anhand bewohnerbezogener Outcomes methodisch fundiert über ein Jahr nachverfolgt und mit dem anderer spezialisierter Versorgungsangebote verglichen. Ziel beider Evaluationen war es, wissenschaftliche Ergebnisse zu erzielen, die eine hohe Praxisrelevanz aufweisen. Die Schlussfolgerungen und Empfehlungen aus dem Projekt ermöglichen es, Stärken und Schwächen der untersuchten Versorgungsformen für demenziell erkrankte

Menschen zu identifizieren und darauf aufbauend weitergehende Empfehlungen für die Gestaltung kooperativer vernetzter Versorgungsstrukturen für demenziell Erkrankte unter Berücksichtigung unterschiedlicher beteiligter Professionen und Institutionen auszuarbeiten. Der vorliegende Bericht fasst die wesentlichen Ergebnisse dieser breit angelegten Studie zusammen.

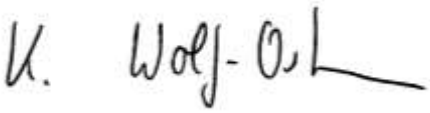
Für die zuteil gewordene Unterstützung – ohne die die Durchführung der Studie in der vorliegenden Form nicht möglich gewesen wäre – möchten wir uns an dieser Stelle bei allen Beteiligten ganz herzlich bedanken. Hierzu zählen insbesondere die Kooperationspartner aus den Vereinigungen der Leistungsanbieter, die Alzheimer-Gesellschaft Berlin e. V. sowie die Berliner Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales, die die Studie in der vorliegenden Form unterstützt haben.

Wir bedanken uns auch für das große Verständnis und die Unterstützung bei den vielen Beteiligten auf Seiten der ambulanten Leistungserbringer, die durch ihre zahlreiche Beteiligung an der Umfrage, die vorliegende Studie erst möglich gemacht haben. Es ist als ein Zeichen besonderen Engagements und auch als ein Hinweis auf ein bestehendes Qualitätsbewusstsein zu werten, dass diese trotz oft knapper eigener zeitlicher Ressourcen bereit waren, zu einer praxisnahen Forschung beizutragen.

Und nicht zuletzt gilt ein großer Dank allen direkten Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern sowie ihren Angehörigen, die in Zeiten hoher eigener Belastung bereit waren, an dieser Studie teilzunehmen.Wenn es mit der vorliegenden Studie gelingt, zur Verbesserung der Versorgung demenziell erkrankter Menschen in der einen oder anderen Form beizutragen, ist dies vielleicht der beste Dank für die vielfältige Unterstützung aller Beteiligten.

Berlin, im März 2011

im Namen des Studienteams



Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann
Alice Salomon Hochschule Berlin

2 Inhaltsverzeichnis

1 Titel und Verantwortliche 2

1.1 Informationen zur Studie 2

1.2 Vorwort und Danksagung 3

2 Inhaltsverzeichnis 5

3 Zusammenfassung 14

4 Einleitung 15

4.1 Ausgangslage und Hintergrund des Projektes 16

4.2 Projektziele 21

4.3 Projektstruktur 22

5 Arbeits- und Zeitplan 25

5.1 Ursprünglicher Arbeits- und Zeitplan 25

5.2 Abweichungen vom Arbeits- und Zeitplan / Strategien zur Erreichung der Ziele 28

5.3 Positive und negative Erfahrungen und Probleme 29

6 Erhebungs- und Auswertungsmethodik 30

7 Durchführung 39

8 Ergebnisse 48

8.1 Querschnitt 48

8.1.1 Institutionelle Merkmale 48

8.1.2 Merkmale Bewohner/innen 81

8.1.3 Einzüge im Jahr 2008 130

8.1.4 Auszüge/ Versterben im Jahr 2008 145

8.2 Längsschnitt 153

8.2.1 Soziodemografische Daten 153

8.2.2 Primäres Outcome: Körperliche Funktionsfähigkeit / Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten 156

8.2.3 Primäres Outcome: Nicht-kognitive Symptome der Demenz 163

8.2.4 Sekundäre Outcomes 171

9 Diskussion der Ergebnisse 211

9.1 Diskussion Querschnitt 211

9.1.1 Institutionelle Merkmale 212

9.1.2 Merkmale Bewohner/innen 224

9.2 Diskussion Längsschnitt 257

9.2.1 Studienplanung und Durchführung 257

9.2.2 Soziodemografische Merkmale 258

9.2.3 Primäre Outcomes 259

9.2.4 Sekundäre Outcomes 263

9.3 Zusammenfassung 285

10 Gender Mainstreaming Aspekte 296

11 Gesamtbeurteilung 297

12 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse 298

13 Verwertung der Projektergebnisse 302

14 Publikationsverzeichnis 305

15 Literaturverzeichnis 311

A Anhang 331

A1 Dokumente zur Querschnittstudie 332

A2 Dokumente zur Längsschnittstudie 364

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flow Chart der Rekrutierung insgesamt 40

Abbildung 2: Flow Chart der Rekrutierung für die Querschnittsstudie 41

Abbildung 3: Anteil der WG (n = 105)/ SWB (n = 26) nach Bezirk 49

Abbildung 4: Gesamtwohnfläche der WG nach Art der Trägerschaft (n = 105) 54

Abbildung 5: Verteilung der Bewohner/innen nach WG (Frauen: n = 502; Männer: n = 159) und SWB (Frauen n = 302; Männer n = 99) 56

Abbildung 6: Berücksichtigung von biografischen Informationen im Versorgungsalltag 61

Abbildung 7: vorgehaltene Betreuungskonzepte in WG (n = 96) und SWB (n = 26) 62

Abbildung 8: Art der gemeinschaftlichen Angebote in WG (n = 102) und SWB (n = 26) 65

Abbildung 9: Themen demenzspezifischer Fortbildungen in WG (n = 89) und SWB (n = 25) in % 75

Abbildung 10: Aktive Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen in den Versorgungsalltag nach Versorgungsform 77

Abbildung 11: Mitwirkung Angehöriger in WG (n = 72) und SWB (n = 18) in % 78

Abbildung 12: Mitwirkung Ehrenamtlicher in WG (n = 45) und SWB (n = 23) in % 78

Abbildung 13: Altersverteilung der Stichprobe insgesamt 82

Abbildung 14: Altersverteilung nach Geschlecht und Versorgungsform 83

Abbildung 15: Wohnort vor dem Einzug in eine WG / einen SWB 85

Abbildung 16: Bewohner/innen mit Demenzerkrankungen und erheblichen Verhaltensauffälligkeiten nach Typus (WG) 87

Abbildung 17: Lebenssituation der Bewohner/innen vor ihrem Einzug nach Versorgungsform 90

Abbildung 18: Versorgung / Pflege der WG-Bewohnerschaft unmittelbar vor dem Einzug nach Alter bei Einzug 91

Abbildung 19: Pflegestufe bei Einzug in eine WG: Frauen im Vergleich zu Männern 93

Abbildung 20: Zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45 b SGB XI: Segregativ Betreute im Vergleich zu integrativ Betreuten 95

Abbildung 21: Aufteilung akutmedizinischer Versorgungsformen unter allen Nutzern 98

Abbildung 22: (Geronto-)psychiatrische/ neurologische Versorgung: WG-Bewohnerschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft 100

Abbildung 23: Fachärztliche Versorgung in den letzten 12 Monaten: WG-Bewohner/innen im Vergleich zu SWB-Bewohner/innen (in %) 101

Abbildung 24: Häufigkeit von in der WG tätigen Angehörigen: segregativer im Vergleich zum integrativen Typus 102

Abbildung 25: Häufigkeit von aktiv tätigen Angehörigen: WG-Bewohnerschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft 103

Abbildung 26: Teilnahme an Gruppenangeboten: WG-Bewohnerschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft 104

Abbildung 27: Konzept der Validation: WG-Bewohner/innen des segregativen Typus im Vergleich zu WG-Bewohner/innen des integrativen Typus 108

Abbildung 28: Häufigkeit des Anwendens von Erinnerungsarbeit: WG-Bewohner/innen im Vergleich zu SWB-Bewohner/innen 108

Abbildung 29: Häufigkeit des Anwendens von Basaler Stimulation: WG-Bewohner/innen des segregativen Typus im Vergleich zu WG-Bewohner/innen des integrativen Typus 109

Abbildung 30: Altersadjustierter BMI: WG-Bewohnerschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft 112

Abbildung 31: Interesse am Alltagsgeschehen / Hobbies: WG-Bewohner/innen des segregativen Typus im Vergleich zu WG-Bewohner/innen des integrativen Typus 115

Abbildung 32: Apathie/ Gleichgültigkeit in der Versorgungsform SWB: Bewohnerinnen im Vergleich zu Bewohnern 116

Abbildung 33: Häufig gezeigte psychologische bzw. Verhaltensauffälligkeiten: WG-Bewohnerschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft nach Geschlecht 118

Abbildung 34: Besuchshäufigkeit von Kontaktpersonen außerhalb der WG: Bewohnerinnen im Vergleich zu Bewohnern 120

Abbildung 35: Toilettenbenutzung – WG-Bewohnerschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft .. 123

Abbildung 36: Essen (WG-Bewohnerschaft): Bewohner/innen mit Interesse am Alltagsgeschehen im Vergleich zu Bewohner/innen ohne Interesse 124

Abbildung 37: Körperliche Einschränkungen: WG-Bewohnerschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft 127

Abbildung 38: Körperliche Einschränkungen: WG-Bewohnerschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft 128

Abbildung 39: Anwendung von bewegungseinschränkenden Maßnahmen: WG-Bewohnerschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft 129

Abbildung 40: Altersverteilung bei Einzug 2008 in eine WG 130

Abbildung 41: Altersverteilung bei Einzug 2008 in eine WG nach Geschlecht 131
Abbildung 42: Monat des Einzugs in eine WG 132
Abbildung 43: Lebenssituation vor dem Einzug nach Geschlecht 133
Abbildung 44: Wohnbezirk vor Einzug der Bewohner/innen aus dem Land Berlin (WG) 134
Abbildung 45: Anzahl der Krankenhausaufenthalte nach Alter bei Einzug in eine WG 137
Abbildung 46: Altersverteilung bei Einzug 2008 in einen SWB 138
Abbildung 47: Wohnbezirk vor Einzug der Bewohner/innen aus dem Land Berlin (SWB) 140
Abbildung 48: Alter und Pflegestufe der Bewohner/innen bei Einzug in einen SWB 141
Abbildung 49: Anzahl der Krankenhausaufenthalte nach dem Einzug: Frauen im Vergleich zu Männern (SWB) 142
Abbildung 50: Versorgung / Pflege unmittelbar vor Einzug nach Versorgungsform 143
Abbildung 51: Pflegestufenverteilung bei Einzug nach Versorgungsform 144
Abbildung 52: Lebenssituation vor Einzug nach Versorgungsform 144
Abbildung 53: Auszüge / Versterben im Jahr 2008 nach Typus (WG) und Geschlecht 145
Abbildung 54: Anteile unterschiedlicher Anlässe für ein Ausscheiden aus der Pflege in WG/ SWB im Jahr 2008 150
Abbildung 55: Pflegestufenverteilung bei Auszug oder Versterben im Jahr 2008 nach Versorgungsform 151
Abbildung 56: Pflegestufenverteilung bei Auszug oder Versterben im Jahr 2008 in SWB, nach Geschlecht 151
Abbildung 57: Altersverteilung zum Zeitpunkt t_1 (n = 56) 154
Abbildung 58: Geschätzter Barthel-Index im GLM im zeitlichen Verlauf nach Versorgungsform 157
Abbildung 59: Einnehmen von Mahlzeiten zu t_1: Teilnehmende mit dem Einzugsziel WG im Vergleich zu Teilnehmenden mit dem Einzugsziel SWB 159
Abbildung 60: Rückläufige Entwicklung (t_1-t_3) in der Kategorie „ist komplett selbständig in ...“ (Barthel-Index nach Anteil Bewohnerinnen in %) 163
Abbildung 61: NPI-Gesamtscore im zeitlichen Verlauf 164
Abbildung 62: Geschätzter NPI-Gesamtscore im GLM im zeitlichen Verlauf: Frauen im Vergleich zu Männern 164
Abbildung 63: Nicht-kognitive Symptome der Demenz (NPI) im Zeitverlauf: Frauen im Vergleich zu Männern 169

Abbildung 64: Prävalenzraten von schweren nicht kognitive Symptome (Häufigkeit × Schwere ≥ 4) im zeitlichen Verlauf (Follow-ups) 171

Abbildung 65: Mittlerer MMSE im zeitlichen Verlauf: WG-Bewohnerschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft 173

Abbildung 66: AES-Score nach GDS-Sadium zu t_1 ..... **Fehler! Textmarke nicht definiert.**

Abbildung 67: Geschätzte Randmittel der Qualidem-Dimension „Pflegebeziehung“ im GLM im zeitlichen Verlauf nach Versorgungsform 185

Abbildung 68: Geschätzte Randmittel der Qualidem-Dimension „Pflegebeziehung“ im GLM im zeitlichen Verlauf nach Geschlecht 185

Abbildung 69: Geschätzte Randmittel der Qualidem-Dimension „Ruheloses, angespanntes Verhalten“ im GLM im zeitlichen Verlauf nach Geschlecht 186

Abbildung 70: Geschätzte Randmittel der Qualidem-Dimension „Sich zuhause fühlen“ im GLM im zeitlichen Verlauf nach Versorgungsform 187

Abbildung 71: Geschätztes Randmittel des mittleren BMI im GLM im zeitlichen Verlauf nach Versorgungsform 188

Abbildung 72: Geschätztes Randmittel des mittleren BMI im GLM im zeitlichen Verlauf nach Geschlecht 189

Abbildung 73: Altersadjustierter BMI zu t_1 (n = 51): Teilnehmende mit dem Einzugsziel WG im Vergleich zu Teilnehmenden mit dem Einzugsziel SWB 192

Abbildung 74: Gesamtrisiko für das Vorliegen einer Mangelernährung (MUST) zu t_1: Teilnehmerinnen im Vergleich zu Teilnehmern 192

Abbildung 75: Einnahme von Analgetika zu t_1: Teilnehmende mit Schmerzen im Vergleich zu Teilnehmenden ohne Schmerzen 193

Abbildung 76: Anteile der Follow-ups mit Psychopharmaka im Zeitverlauf - Präparategruppen 196

Abbildung 77: Anzahl der gleichzeitig eingenommenen Psychopharmaka im zeitlichen Verlauf: WG-Bewohnerschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft 197

Abbildung 78: CIRS-S Schweregradindex der Follow-ups im zeitlichen Verlauf: segregativ im Vergleich zu integrativ Betreuten 200

Abbildung 79: Anzahl kontaktierten Ärzte/innen innerhalb der letzten vier Wochen im zeitlichen Verlauf: WG-Bewohnerschaft im Vergleich zu SWB-Bewohnerschaft 205

Abbildung 80: Häufigkeit von Besuchen von außerhalb der WG / des SWB im zeitlichen Verlauf 209

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Arbeits- und Zeitplan/ Meilensteinplanung 27

Tabelle 2: Zielkriterien und Erfassung im Längsschnitt-Design 35

Tabelle 3: Rücklauf der QS-Fragebögen [absolut] - im Verlauf (März bis Mai 2009) 42

Tabelle 4: Ursachen für Drop-out im QS – Leistungserbringer (Mehrfachnennungen) 42

Tabelle 5: Ursachen für Drop-out im Längsschnitt – Leistungserbringer (Mehrfachnennungen) 43

Tabelle 6: Rekrutierung von Studienteilnehmenden für die Längsschnittuntersuchung 45

Tabelle 7: Gründe für Drop-Outs im LS zu t_1 nach Versorgungsform (Mehrfachnennungen) 46

Tabelle 8: Follow ups (n = 33) im Vergleich zu Drop outs (n = 23) aller Rekrutierten (n = 56)..... 47

Tabelle 9: Anzahl der ambulanten Leistungsanbieter je WG (n = 105) 49

Tabelle 10: Organisationsart der Leistungsanbieter 50

Tabelle 11: Verbandszugehörigkeit der ambulanten und stationären Leistungsanbieter 51

Tabelle 12: Typus der WG..... 52

Tabelle 13: Außenanlagen nach Versorgungsform..... 57

Tabelle 14: Arten/ Kategorien gemeinschaftlicher Angebote 63

Tabelle 15: Angaben zur personellen Situation nach Versorgungsform..... 66

Tabelle 16: Angaben zur personellen Situation nach Versorgungsform..... 68

Tabelle 17: Organisation von Beratungsangeboten für Angehörige: WG im Vergleich zu SWB..... 76

Tabelle 18: Oberkategorien der von Angehörigen und Ehrenamtlichen übernommenen Aufgaben: WG im Vergleich zu SWB (in %) 79

Tabelle 19: Altersverteilung der Bewohner/innen nach Versorgungsform und Geschlecht..... 82

Tabelle 20: Stichprobenschreibung/ Charakteristiken auf Ebene der Bewohner/innen..... 84

Tabelle 21: Angaben zu Diagnosen: WG-Bewohnerschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft ... 86

Tabelle 22: Soziodemografische Merkmale der WG-Bewohnerschaft: Demenzerkrankte im Vergleich mit nicht Demenzerkrankten..... 87

Tabelle 23: Versorgung / Pflege unmittelbar vor dem Einzug: WG- im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft..... 91

Tabelle 24: Pflegerelevante Merkmale der WG-Bewohnerschaft: Demenzerkrankte im Vergleich mit nicht Demenzerkrankten 92

Tabelle 25: Gruppenangebote (Oberkategorien) nach Versorgungsform 105

Tabelle 26: Beteiligung an Gruppenangeboten (Oberkategorien) in WG nach Geschlecht, Typus und Demenz (in %) 105

Tabelle 27: Inanspruchnahme von ärztlich verordneten Therapien: WG-Bewohnerschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft 110

Tabelle 28: Gesundheitliche Situation (körperlich) in WG: Demenzerkrankte im Vergleich mit nicht Demenzerkrankten 111

Tabelle 29: Gesundheitliche Situation (körperlich) in WG: Bewohner/innen mit Interesse am Alltagsgeschehen/ Hobbies im Vergleich zu Bewohner/innen ohne Interesse 114

Tabelle 30: Psychosoziale Situation: WG-Bewohnerschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft. 116

Tabelle 31: Gesundheitliche Situation (psychosozial) in WG: Demenzerkrankte im Vergleich mit nicht Demenzerkrankten 118

Tabelle 32: Qualität der Sozialkontakte innerhalb von WG: Demenzkranke im Vergleich zu kognitiv nicht Eingeschränkten 121

Tabelle 33: Aktivitäten des täglichen Lebens: WG-Bewohnerschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft (erreichte Punktzahl; Anteile in %) 122

Tabelle 34: Pflegestufen einziehender Personen in WG: segregativer Typus im Vergleich zum integrativen Typus 136

Tabelle 35: Pflegebeginn in (WG) (n = 94) 146

Tabelle 36: Soziodemografische und pflegerelevante Merkmale zum Zeitpunkt t_1: Ausgangskohorte im Vergleich zu Follow-up-Teilnehmenden 153

Tabelle 37: Soziodemografische Merkmale zum Zeitpunkt t_1: Teilnehmende mit Einzugsziel WG im Vergleich zu Teilnehmenden mit Einzugsziel SWB 154

Tabelle 38: Pflegerelevante Merkmale der Ausgangskohorte: Teilnehmende mit Einzugsziel WG im Vergleich zu Teilnehmenden mit Einzugsziel SWB 155

Tabelle 39: Einschränkungen in den Alltagstätigkeiten zu t_1 nach Geschlecht, Versorgungsform und Schwere der kognitiven Einschränkung 157

Tabelle 40: Einschränkungen in den Alltagstätigkeiten über alle Zeitpunkte 158

Tabelle 41: Nicht-kognitive Symptome der Demenz (NPI) 166

Tabelle 42: Nicht-kognitive Symptome der Demenz (NPI) im Zeitverlauf: WG-Bewohnerschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft 168

Tabelle 43: Kognitive Fähigkeiten zum Zeitpunkt t_1: Ausgangskohorte im Vergleich zu Follow-up-Teilnehmenden 171

Tabelle 44: Kognitive Fähigkeiten: Teilnehmende mit Einzugsziel WG im Vergleich zu Teilnehmenden mit Einzugsziel SWB 172

Tabelle 45: CMAI Prävalenzraten im zeitlichen Verlauf 175

Tabelle 46: CMAI-Items: Prävalenzraten im zeitlichen Verlauf 176

Tabelle 47: AES-Score im zeitlichen Verlauf 178

Tabelle 48: Apathie mittels AES 179

Tabelle 49: Qualidem-Subskalen im Mittel nach Grad der kognitiven Beeinträchtigung (GDS und MMSE) zu t_1 181

Tabelle 50: Qualidem (mittlere Skalenwerte) der Follow-ups im zeitlichen Verlauf: WG-Bewohnschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft 183

Tabelle 51: Qualidem (mittlere Skalenwerte) der Follow-ups im zeitlichen Verlauf: nach Geschlecht und Versorgungsform (GDS = 7) 183

Tabelle 52: Gesundheitliche Situation (körperlich) 191

Tabelle 53: Gesundheitliche Situation (Kontrakturen, Schmerz) 194

Tabelle 54: Einnahme von Medikamenten zum Zeitpunkt t_1: Ausgangskohorte im Vergleich zu follow-up Teilnehmer/innen 198

Tabelle 55: Vorliegen von Erkrankungen der Teilnehmenden nach CIRS-Hauptdiagnosekategorien in % (n) im zeitlichen Verlauf 199

Tabelle 56: Gesundheitliche Probleme zum Zeitpunkt t_1: Teilnehmende mit Einzugsziel WG im Vergleich zu Teilnehmenden mit Einzugsziel SWB 202

Tabelle 57: Gesundheitliche Probleme der Follow-ups im zeitlichen Verlauf 203

Tabelle 58: Kontakt zu Ärzten t_1: Ausgangskohorte im Vergleich zu Follow-up-Teilnehmenden 204

Tabelle 59: Teilnahme an gemeinschaftlichen Aktivitäten im Zeitverlauf 208

Tabelle 60: Häufigkeiten der Teilnahme an Aktivitäten der Ausgangskohorte zu t_1 (in %) 210

Tabelle 61: Häufigkeiten der Teilnahme an Aktivitäten der Follow-ups im zeitlichen Verlauf 210

3 Zusammenfassung

Die DeWeGE-Studie evaluiert Angebots- und Versorgungsstrukturen, Versorgungsverläufe sowie die gesundheitliche und psychosoziale Situation von Bewohner/innen ambulant betreuter Wohngemeinschaften (WG) für pflegebedürftige Menschen und vergleicht diese mit Ergebnissen aus Spezialwohnbereichen für Menschen mit Demenz (SWB). In einer Querschnitterhebung wurden Informationen zur Bewohnerschaft (z. B. Alltagskompetenzen, neuropsychiatrische Symptome etc.), zur baulichen und personellen Ausstattung der WG sowie zur Beteiligung von Angehörigen und Freiwilligen an der Versorgung erfasst. In einer ergänzenden Längsschnitterhebung wurden neu in WG bzw. SWB einziehende Demenzerkrankte über ein Jahr (vor Einzug sowie sechs bzw. 12 Monate nach Einzug) beobachtet. Die primären Zielkriterien sind körperliche Funktionsfähigkeit (Barthel-Index) und nicht-kognitive Symptome der Demenz (NPI), weiterhin wurden Lebensqualität, herausforderndes Verhalten, Ernährung, freiheitseinschränkende Maßnahmen, Medikation, soziale Kontakte etc. untersucht.

In die Querschnittstudie konnten 572 WG- sowie 391 SWB-Bewohner/innen aufgenommen werden (75 % Frauen, Durchschnittsalter WG 80 bzw. SWB 83 Jahre). Fast 80 % aller in WG und rund 92 % der in SWB lebenden Personen sind demenzerkrankt. Die Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten ist bei SWB-Bewohner/innen höher als bei WG-Bewohner/innen. In weniger als jeder dritten untersuchten WG sind mindestens einmal wöchentlich Angehörige oder Ehrenamtliche aktiv tätig. Die hausärztliche Versorgung erfolgt angemessen häufig, die Kontakthäufigkeit zu Fachmedizinern ist deutlich geringer. An gemeinschaftlichen Angeboten beteiligen sich in den WG ca. 79 % und den SWB 84 % der untersuchten Personen.

Im Längsschnitt wurden 56 Personen zum ersten Erhebungszeitraum rekrutiert (77 % Frauen, Durchschnittsalter 81,5 Jahre, mittlerer MMSE 13,3 Punkte). Mehr als drei Viertel der Teilnehmenden sind von einer schweren Demenz (GDS ≥ 6) betroffen. SWB-Bewohner/innen sind dabei schwerer demenziell erkrankt und weisen im Mittel einen niedrigeren Barthel-Index auf. Sowohl kognitive wie auch funktionale Fähigkeiten (MMSE bzw. Barthel-Index) nehmen im Verlauf eines Jahres bei den Bewohnern/innen beider Wohnformen deutlich ab. Psychosoziale Verhaltensauffälligkeiten reduzieren sich über den Untersuchungszeitraum hinweg signifikant. WG-Bewohner/innen haben nach zwölf Monaten eine bessere psychosoziale Verfassung als SWB-Bewohner/innen. Körperlich aggressives Verhalten ist in SWB stärker zu beobachten, allerdings nehmen in den WG aggressive Verhaltensweisen im Zeitverlauf zu. In den WG wird im zeitlichen Verlauf ein Anstieg der Lebensqualität der Bewohner/innen in fast allen beobachteten Dimensionen beobachtet.

Insgesamt weisen die Ergebnisse auf die erhebliche Bedeutung von ambulant betreuten WG in der Versorgungslandschaft für demenziell erkrankte Menschen hin. Eine stärkere Verzahnung von WG in das allgemeine Gesundheitsnetzwerk erscheint notwendig. Die Längsschnittergebnisse zeigen, dass sich die Bewohnerschaften der Versorgungsformen WG und SWB im Hinblick auf ihre psychopathologische Entwicklung und ihre Alltagsfähigkeiten unterscheiden.

4 Einleitung

Eine ansteigende Lebensspanne sowie eine abnehmende Geburtenrate führen in den nächsten Jahren zu deutlichen Veränderungen in der demografischen Altersstruktur der Bundesrepublik Deutschland. Bis 2050 erhöht sich die Zahl der 65 bis unter 80-Jährigen von 12 Millionen im Jahr 2005 auf 13 Millionen (vgl. Statistisches Bundesamt 2006:23). Die Gruppe der 80-Jährigen und Älteren wächst um das Dreifache von 3,7 Millionen im Jahr 2005 auf annäherungsweise 10 Millionen (ebd.). Im Land Berlin wird sich die Gruppe dieser so genannten Hochaltrigen innerhalb der nächsten drei Dekaden schätzungsweise verdoppeln (vgl. Ärztekammer Berlin 2010). Konsequenzen der Bevölkerungsalterung sind u. a. die Zunahme von einerseits bestimmten altersspezifischen Erkrankungen und andererseits der Anteile von Personen mit Mehrfacherkrankungen (vgl. Wurm, Tesch-Römer 2006). Für die Altersgruppe der 55- bis 69-Jährigen folgt daraus beispielweise, dass schon die meisten Personen in diesem Alter von zwei und mehr Erkrankungen betroffen sein werden. Hieraus resultiert ein Anstieg der Pflegebedürftigkeit. Zwischen 1999 und 2005 stieg die Anzahl der Pflegebedürftigen im Bund um ca. 6 % (Statistisches Bundesamt 2008b:4) und neben Bremen am stärksten im Land Berlin um etwa 19 % (Statistisches Bundesamt 2008a:20). Mit der Zunahme des Anteils älterer und hochaltriger Personen in der Gesellschaft und der Veränderung in der (Multi-)Morbidität im Alter wird die Frage nach den Versorgungserfordernissen und -bedarfen zunehmend wichtig. Bereits im dritten Altenbericht (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2001:16) wird darauf hingewiesen: „*Die Anzahl älterer; kranker und beeinträchtigter Menschen wird zweifelsfrei zunehmen. Eine besondere Herausforderung stellt in diesem Zusammenhang die bereits heute zu verzeichnende Zunahme der Demenzerkrankungen dar*“. Die Prävalenz demenzieller Erkrankungen nimmt mit dem Alter deutlich erkennbar zu und gehört zu den „*häufigsten und folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Alter*“ (Weyerer 2005:7). Pro Jahr treten ca. 200.000 Neuerkrankungen auf, so dass im Jahr 2050 mehr als zwei Millionen Menschen an einer Demenz erkrankt sein werden (vgl. Ziegler, Doblhammer 2009; Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2008; Bickel 2000; Bickel 2001).

4.1 Ausgangslage und Hintergrund des Projektes

Die Versorgung von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen mit Demenz erfolgt in Deutschland vorwiegend in der eigenen Häuslichkeit bzw. der Familie oder in Pflegeheimen. Während die Mehrzahl der Leistungsempfänger nach dem Pflegeversicherungsgesetzt (SGB XI) ambulant und zumeist auch von Angehörigen versorgt wird (vgl. Statistisches Bundesamt 2008b), stellen demenzielle Erkrankungen den wichtigsten Grund für den Übergang in die vollstationäre Heimversorgung dar. Teilstationäre Angebote haben quantitativ nur eine untergeordnete Bedeutung. Seit Bestehen der Pflegestatistik findet eine graduelle Verschiebung im häuslichen Setting von der Laienpflege durch Angehörige hin zur professionellen oder professionell unterstützten Pflege statt. Bis 2006 stieg auch der Anteil der stationären Pflege langsam gegenüber der ambulanten Pflege an. Zum Ende des Jahres 2007 ist erstmals der Anteil der zuhause Versorgten progressiv. Ulrich Schneekloth & Hans-Werner Wahl 2006 bezeichnen in der Bewertung der Ergebnisse der repräsentativen Studie zu „Möglichkeiten und Grenzen der selbständigen Lebensführung in Privathaushalten“ die Situation der Pflege von Menschen mit Demenz in Privathaushalten als „prekär“ (Schneekloth, Wahl 2006). Gleichzeitig wird seit Jahren Kritik an der vollstationären Pflege im Heim geübt, die bis zur Forderung nach Auflösung der Pflegeheime reicht (vgl. Kremer-Preiss, Stolarz 2006; Reder 2002). In der Öffentlichkeit werden Daten der Heimprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (vgl. (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) 2007)) zum Anlass genommen, die Heimversorgung zu skandalisieren.

Auch als Reaktion auf diese skizzierten Entwicklungen haben sich als neue Versorgungsform für Menschen mit Demenz seit 1996 ambulant betreute Wohngemeinschaften (WG) für alte Menschen mit Pflegebedarf etabliert. Mit ihrem Angebot stellen sie einen Zwischenschritt zwischen der ambulanten Versorgung in der eigenen Häuslichkeit oder der Familie und der vollstationären Versorgung in Heimen dar. Sie sind dadurch gekennzeichnet, dass eine Gruppe von in der Regel sechs bis acht alten Menschen (vgl. Fischer et al. 2010, Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2008) mit unterschiedlichem Pflege- und Versorgungsbedarf in einer WG zusammenlebt. Mit dem Eigentümer der Wohnung besteht ein (Unter-)Mietvertrag. Zusätzlich schließt der Bewohner einen Vertrag zur ambulanten Versorgung mit einem zugelassenen Pflegedienst ab. Grundsätzlich ist der Betroffene bei der Wahl des Pflegedienstes frei, in der Regel ist aber in jeder WG nur ein Pflegedienst tätig (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2008, Wolf-Ostermann 2007; Wolf-Ostermann 2010). Für die Vergütung des Pflegedienstes werden in der Regel Leistungen nach dem SGB XI herangezogen.

Ambulant betreute WG unterliegen weder dem Heimgesetz noch sonstigen Regularien, die für stationäre Versorgungseinrichtungen gelten. Derzeit existieren in fast allen Bundesländern aktuelle Bestrebungen (z. B. das „Pflege- und Wohnqualitätsgesetz“ in Bayern oder das „Wohnteilhabegesetz - WtG“ in Berlin) WG explizit gesetzlich zu verankern. Dabei ist geplant bzw. bereits umgesetzt[3], dass sie der Aufsicht und Prüfung durch die jeweils zuständige Landesbehörde unterstellt werden sollen. Ohne eine solche gesetzliche Regelung sind WG in der Ausgestaltung der baulichen und organisatorischen Gegebenheiten weitgehend frei. Die Leistungen der Pflegedienste unterliegen den üblichen Vorgaben der Leistungserbringung im Rahmen des SGB XI sowie ggf. des Krankenversicherungsgesetzes (SGB V) und der Hilfe zur Pflege nach SGB XII. Zielsetzung ambulant betreuter WG ist es, „Menschen in einer weitgehend normalen Wohn- und Lebenssituation ein möglichst selbstständiges, zufriedenes Leben zu ermöglichen“ (vgl. Kremer-Preiß, Stolarz 2003), was der geäußerten Erwartung vieler Betroffener entspricht. WG sollen Lebensqualität trotz gesundheitlicher Einschränkungen ermöglichen. Dazu ist ihre Einbindung in ein Netzwerk erforderlich, das neben Pflegediensten auch Ärzte, Therapeuten, Dienstleister (Mobilitätshilfedienste) sowie Angehörige und ehrenamtliche Helfer umfasst.

Während über die realen Versorgungsstrukturen und -ergebnisse in stationären Pflegeheimen in den letzten Jahren verschiedene Studien und auch Berichte des Medizinischen Dienstes der Gesetzlichen Krankenversicherungen (z. B. (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) 2007), (Schneekloth et al. 2007), (Seidl et al. 2007)) Aufschluss geben, fehlen diese Informationen bezüglich ambulanter WG bisher. In der Berliner Studie zu Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen untersuchte die Projektleiterin (vgl. Wolf-Ostermann 2007, Wolf-Ostermann 2010) die Angebots-, Anbieter- und Bewohnerstruktur der WG im Land Berlin.

Für das Jahr 2006 stellte sich das Angebot der Berliner WG wie folgt dar: Nach Informationen der Berliner Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales wurde die Zahl ambulant betreuter WG mit demenziell erkrankten Bewohner/innen zum 11.07.2006 auf 157 WG und 1.083 Bewohner/innen geschätzt. Erfasst werden konnten in der Vorstudie hiervon ca. 70 % (108 WG, 745 Bewohner/innen). Die WG verteilen sich auf alle Berliner Bezirke und werden überwiegend wohnortnah belegt. Fast zwei Drittel aller Einziehenden wechseln aus einem Privathaushalt in die WG. Das Durchschnittsalter der Bewohner/innen beträgt 79,5 Jahre, der Anteil an Frauen überwiegt deutlich (74,4 %). Eine der Hauptnutzergruppen von WG sind Personen mit psychiatrischen Erkrankungen, somatische oder andere Erkrankun-

[3] so ist in Berlin das „Wohnteilhabegesetz - WtG“ seit dem 01. Juli 2010 in Kraft (Schneekloth et al. 2006

gen spielen nur eine geringere Rolle. Etwa 60 % aller erfassten Bewohner/innen von WG leiden an demenziellen Erkrankungen. Mehr als 90 % aller Bewohner/innen von WG haben eine bewilligte Pflegeeinstufung, bei mehr als der Hälfte der Bewohner/innen liegt die Zuordnung zu § 45a SGB XI vor bzw. ist beantragt. Fast drei Viertel (71,1 %) aller Personen leben bis zu ihrem Tod in der WG. Wohngemeinschaften stellen damit insbesondere für demenziell erkrankte Personen eine Alternative zu anderen Betreuungsformen dar, die nicht nur als „Durchgangsstation“ genutzt wird. Bei den Bewohnerzahlen zeigt sich ab dem Jahr 2003 ein massiver Anstieg, der sich nach neueren Zahlen (vgl. Berliner Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2007) weiter fortsetzt.

Die Bedeutung dieser Betreuungsform und der sie umgebenden Versorgungsnetzwerke steigt damit auch in quantitativer Hinsicht, so dass weitere, genauere Untersuchungen hierzu dringend geboten erscheinen. In keinem anderen Bundesland gibt es nach Wissen der Projektgruppe mehr WG als in Berlin. Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass der Entwicklungs- und Differenzierungsgrad dieser Angebotsform in Berlin besonders hoch ist, zum einen wegen der langen Entwicklungsdauer, zum anderen wegen der höchst differenzierten Struktur des Landes Berlin, die sowohl urbane, großstädtische Bereiche, als auch tendenziell kleinstädtisch bis ländlich geprägte Sozialräume umfasst.

Problematisch ist, dass derzeit keine zuverlässige Grundlage für die Angebotssteuerung und Planung vorhanden ist, da ambulant betreute WG in der offiziellen Pflegestatistik nicht erfasst werden. Die dort tätigen Pflegedienste und vor allem die versorgten Pflegebedürftigen gehen in die allgemeine Statistik zur ambulanten Versorgung ein. Bei einem weiteren Bedeutungszuwachs dieses Versorgungssegments oder für mögliche zukünftige ordnungspolitische Regelungen reicht diese Informationslage bei weitem nicht aus. Gleiches gilt hinsichtlich der Informationen zur gesundheitlichen Lage der Bewohner/innen ambulant betreuter WG. Der einzige andere systematische Ansatz zur Evaluation von ambulant betreuten WG stammt aus Baden-Württemberg (vgl. Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg 2007). In eine Querschnittuntersuchung gingen sieben WG von drei Trägern ein; eine WG wurde im Längsschnitt untersucht. Im Vergleich zu einer Population von demenziell erkrankten Pflegeheimbewohnern hatten die WG-Bewohner/innen einen etwas geringeren Hilfebedarf bei Alltagsaktivitäten, gemessen mittels Barthel-Index. Die Daten der Längsschnitterhebung sind aus methodischen Gründen dabei nicht zuverlässig interpretierbar, weil sie primär die Veränderungen innerhalb der WG aufgrund von Ein- und Auszügen widerspiegeln. Da keine bewohnerbezogene Erhebung stattfand, sind eine Beurteilung des Versorgungsverlaufs und der gesundheitlichen Entwicklung ebenso wie Rückschlüsse bzgl. der möglichen Effekte der Wohnform auf patientenbezogene Outcomes nicht möglich.

Zwischen 2003 und 2007 wurde die Etablierung von drei WG hauptsächlich für demenzerkrankte Menschen wissenschaftlich begleitet (vgl. Hallensleben 2008). U. a. wurden die Veränderungen des körperlichen und psychosozialen Gesundheitszustandes der Bewohnerschaft mittels der Nosger-Skala im zeitlichen Verlauf untersucht. Im Beobachtungszeitraum verbesserten sich die Alltagskompetenz der Bewohner/innen in den Aktivitäten des täglichen Lebens und ihre Stimmungslage. Störende Verhaltensweisen nahmen hingegen zu und die Fähigkeiten in den Instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens, die Gedächtnisleistung sowie das Sozialverhalten verschlechterten sich. Aufgrund der sehr geringen Anzahl an beobachteten WG nur eines einzigen Anbieters sind die Ergebnisse aus dieser Studie allerdings nicht generalisierbar.
Eine deutlich größere Anzahl an WG wurden im Zeitraum 2008/ 2009 im Auftrag des Verein für Selbstbestimmtes Wohnen im Alter (SWA e. V.) untersucht (vgl. Rückemann, Künzel 2009). Die Studie beschränkte sich dabei auf WG des segregativen Typus, in welchen Pflegedienste, die sich freiwillig zur Einhaltung der vom SWA e. V. empfohlenen Qualitätskriterien verpflichtet haben, tätig sind. Im Vordergrund der schriftlich standardisierten Erhebung mittels Fragebogen standen die Art und der Umfang der Einbindung von Freiwilligen in die Versorgung der Bewohner/innen sowie deren Sozialkontakte. Outcomebezogene Parameter wurden hingegen nicht erhoben. Der Anteil der Frauen an der Bewohnerschaft in den 43 beteiligten WG beträgt 80 %. Die Mehrzahl der untersuchten Bewohner/innen erhalten mindestens einmal wöchentlich Besuche von Angehörigen bzw. Bekannten. Angehörigentreffen finden durchschnittlich zweimal jährlich statt.

Verlässliche Daten zur Gesundheits- und Versorgungssituation von ambulant versorgten Menschen mit Demenz erhoben bisher einzig (Schäufele et al. 2006) im Rahmen der dritten Studie zur Möglichkeiten und Grenzen der selbständigen Lebensführung (MUG III). Im Bereich der nicht-kognitiven Symptome, erhoben mittels Neuropsychiatrischem Inventar (Cummings et al. 1994) und Cohen-Mansfield Agitation-Inventory (Cohen–Mansfield et al. 1992), stellten sie eine unerwartet große Prävalenz im Vergleich zu früheren Heimerhebungen fest. Über die genaue Ausgestaltung des professionellen Hilfsnetzwerkes wird nicht berichtet. Immerhin 21,3 % der untersuchten häuslichen Pflegearrangements werten die Autoren als instabil oder in der Stabilität gefährdet. Verlaufsdaten zur Entwicklung des Gesundheitszustandes liegen nicht vor, so dass es auch für diese Versorgungsform keine fundierten Aussagen zu gesundheitlichen Effekten gibt. Das in den zitierten Studien verwendete Querschnittdesign berücksichtigt nicht die unterschiedlich lange Wohndauer und Ausgangssituation der Bewohner/innen vor Eintritt in das Setting. Dadurch kann einerseits kein Verlauf in Bezug zur individuellen Grundsituation abgebildet werden, andererseits kommt es zu Verzer-

rungen bei den Ergebnissen. So konstatieren (Weyerer et al. 2007):465: „*Vor allem aufgrund des selektiven Mortalitätsrisikos (…) können die sozialen und diagnostischen Verteilungsmuster von Stichtagspopulationen beträchtlich von denjenigen der Neuaufnahmen abweichen*".

Die einzige Studie, die diesem Mangel zu begegnen sucht, stammt von den zitierten Autoren (vgl. Weyerer et al. 2007). Beim Vergleich zwischen segregativen und teilsegregativen Wohnformen für Menschen mit Demenz in Hamburger Pflegeheimen führten sie neben einer Querschnitterhebung auch eine konsekutive Längsschnitterhebung neu eingezogener Bewohner durch. Diese fand vier Wochen und sechs Monate nach dem Einzug in dem Wohnbereich statt. Eine Basiserhebung vor dem Einzug unterblieb. Im Verlauf von sechs Monaten zeigten sich eine geringfügige Verschlechterung der Alltagskompetenzen und der Mobilität sowie eine leichte Reduktion der nicht-kognitiven Symptome. Bei der integrativen Betreuung erwies sich der Rückgang bei Alltagskompetenzen und Mobilität als etwas weniger groß als bei segregativer Betreuung. Auch das Aktivitätsniveau (Teilnahme an Gruppenangeboten / therapeutischen Angeboten) wurde bei integrativer Betreuung etwas besser erhalten. In segregativen Wohnbereichen erhielten die Bewohner hingegen häufiger gerontopsychiatrische Arztkontakte und psychiatrische Pharmakotherapie. Diese grundlegenden Stärken und Schwächen sehen (Weyerer 2006) auch auf Grundlage der Daten der Querschnittuntersuchung bestätigt. Zusammenfassend berichten (Schäufele et al. 2005) als Ergebnis von verschiedenen vergleichenden Untersuchungen der Versorgung von Menschen mit Demenz in traditionellen stationären Versorgungsformen einerseits und spezialisierten stationären Versorgungsformen andererseits, dass in bisherigen Studien keine signifikanten Unterschiede bei den Kernsymptomen der Demenz (kognitive Leistungsbeeinträchtigungen, ADL–Einschränkungen) ermittelt werden konnten. Eine Ausnahme bildet nur der bessere Erhalt der Mobilität in der segregativen Versorgung (s. o.). Die Befundlage zu Unterschieden bei der Häufigkeit und Schwere nicht-kognitiver Symptome ist widersprüchlich und verweist auf weiteren Forschungsbedarf. Die in der besonderen Versorgung teils deutlich häufigeren sozialen Kontakte, Aktivitäten und positiven Emotionen erklären Schäufele et al. (a. a. O.) mit besseren Personalschlüsseln und besserer Schulung der Mitarbeiter/innen. Abschließende Befunde hierzu stehen jedoch ebenfalls aus.

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass die Forschungslage zu den Auswirkungen unterschiedlicher Wohn- und Versorgungsformen auf Menschen mit Demenz bruchstückhaft ist. Insbesondere liegen nur sehr wenige Daten zur gesundheitlichen Lage und zur Vernetzung von ambulant betreuten WG für Menschen mit Demenz vor. Während erste Strukturdaten vorhanden sind, die aufgrund der rasch fortschreitenden Entwicklung einer Aktualisierung bedürfen, kann nichts über den Einfluss dieser Wohnform auf den Krankheits- und Versor-

gungsverlauf ausgesagt werden, da Vergleichserhebungen und insbesondere Längsschnittstudien fehlen. In diesen Längsschnittstudien sollten vor allem neu eingezogene Personen berücksichtigt werden. Unterschiede zwischen segregativer und teilsegregativer stationärer Betreuung und zwischen häuslicher und Heimversorgung sind allgemein bekannt. Ob diese Unterschiede auch für ambulant betreute WG bestehen, ist unbekannt. Offen ist auch, ob die Erwartungen, die an ambulant betreute WG geknüpft werden, berechtigt sind.

4.2 Projektziele

Ambulant betreute Wohngemeinschaften (WG) für Menschen mit Demenz stellen eine Alternative zur stationären Versorgung dar, die insbesondere in Berlin seit den 1980er Jahren eine starke Angebotsausweitung erfahren hat. Bezüglich dieser Versorgungsform liegen jedoch nur wenige Erkenntnisse zu Kooperations- / Netzwerkstrukturen, zu Versorgungsergebnissen, zur Versorgungssituation und zu Versorgungsverläufen vor. Mit der vorliegenden Studie sollen diese Strukturen charakterisiert werden. Erstmals werden die gesundheitliche und psychosoziale Situation von Menschen, die in diese Versorgungsform neu einziehen empirisch gut fundiert dargestellt und mit Ergebnissen aus Spezialwohnbereichen (SWB) in Berliner Pflegeheimen verglichen.

Die nachfolgend formulierten Forschungsfragen stehen hierbei im Vordergrund:

1. **Welche Bewohnerstruktur haben ambulant betreute WG für ältere Menschen mit Demenz?**
   - Soziodemografie, medizinische u. pflegerische Diagnosen, Leistungen nach SGB XI, Ernährungsstatus, Stürze, Dekubitus, soziale Kontakte, freiheitseinschränkende Maßnahmen, körperliche Beeinträchtigungen, Versorgungssituation vor Einzug in die WG
2. **Welche Angebotsstruktur liegt in ambulant betreuten WG für ältere Menschen mit Demenz vor?**
   - bauliche und personelle Ausstattung; Fortbildungsangebote für Mitarbeiter/innen; aktive Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen; Inanspruchnahme von Haus-/Fachärzten und Dienstleistern; Art und Umfang vorgehaltenen gemeinschaftlichen Aktivitäten;

3. **Wie entwickelt sich der körperliche und psychosoziale Gesundheitszustand bei älteren Menschen mit Demenz innerhalb eines Jahres nach Einzug in eine WG?**
   - Funktionsfähigkeit, nicht-kognitive Symptome der Demenz, Herausforderndes Verhalten, Apathie, Lebensqualität, Kognition, Schmerz, Ernährungsstatus, Medikation, soziale Kontakte, freiheitseinschränkende Maßnahmen, Kontrakturen, Teilnahme an gemeinschaftlichen Aktivitäten
4. **Zeigen sich Unterschiede hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes, der Bewohnerstruktur und der Angebotsstruktur zwischen**

   a) WG, in denen ausschließlich ältere Menschen mit Demenz leben,

   b) WG in denen ältere Menschen mit und ohne Demenz leben und

   c) Spezialwohnbereichen für Menschen mit Demenz in Pflegeheimen?

Ziel des Forschungsprojektes war es, diese Forschungsfragen anhand der in der Studie fundiert erhobenen empirischen Daten valide beantworten zu können und so zur Evaluation des Nutzens von WG für Menschen mit Demenz beizutragen. Zur Erreichung dieser Projektziele wurden in einer Querschnitterhebung aller Wohngemeinschaften Daten zu Bewohner- und Angebotsstrukturen und -prozessen sowie der Einbindung ins Versorgungsnetzwerk erhoben. In einer ergänzenden Längsschnittuntersuchung wurde untersucht, wie sich der körperliche und psychosoziale Gesundheitszustand bei älteren Menschen mit Demenz innerhalb eines Jahres nach Einzug in eine Wohngemeinschaft entwickelt.

4.3 Projektstruktur

Die vorliegende Evaluationsstudie ist in Zusammenarbeit der Alice Salomon Hochschule Berlin und der Charité- Universitätsmedizin Berlin durchgeführt worden. Die beteiligten Antragspartner haben die Studienplanung und -durchführung gemeinsam entwickelt. Die Alice Salomon Hochschule Berlin hat dabei die Rolle der koordinierenden Studienleitung übernommen. Als wissenschaftlicher Schwerpunkt der Studie war hier primär die geplante Querschnittstudie angesiedelt. Die Charité - Universitätsmedizin Berlin hat mit dem Institut für Medizinische Soziologie, Arbeitsgruppe Pflegerische Versorgungsforschung, schwerpunktmäßig die Durchführung der Längsschnittstudie übernommen. Nach dem Ausscheiden des Studienkoordinators (15.10.2009) lag die gesamte Studienkoordination ebenfalls bei der Alice Salomon Hochschule Berlin.

Grundlage der Evaluationsstudie waren alle ambulant betreuten WG für ältere Menschen mit Demenz im Land Berlin. Um den Zugang zu diesen WG zu sichern, wurde die Studie in Kooperation mit der Berliner Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales und Verbänden der Leistungsanbieter ambulanter Pflege durchgeführt. Durch die Gesamtheit der Kooperationspartner war sichergestellt, dass ein größtmöglicher Zugang zu allen Pflegediensten und WG gegeben ist. Die Verantwortlichkeiten der Kooperationspartner stellen sich dabei wie folgt dar: Die Berliner Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales stellte für die Studie die aktuellen Adressenlisten aller gemeldeten Berliner WG zur Verfügung. Hierdurch war sichergestellt, dass tatsächlich alle WG bzw. die hierfür zuständigen Pflegedienste erreicht werden konnten. Die Senatsverwaltung unterstützte das Vorhaben zudem inhaltlich gegenüber den Spitzenverbänden der Leistungsanbieter. Die schriftlichen Umfragen wurden durch ein Schreiben der zuständigen Senatorin begleitet, in dem um Unterstützung für das Forschungsprojekt gebeten wurde. Die Spitzenverbände der Leistungsanbieter ambulanter Pflege informierten die bei ihnen verbandlich organisierten Pflegedienste über das geplante Vorhaben und warben für die Teilnahme an der Studie. Nach Ergebnissen der Berliner Studie zu WG für pflegebedürftige Menschen (vgl. Wolf-Ostermann 2007; Wolf-Ostermann 2010) waren ca. 80 % aller in WG tätigen Pflegedienste verbandlich organisiert. Zahlenmäßig am stärksten vertreten waren in dieser ersten Studie vor allem Pflegedienste, die im ArbeitgeberVerband im Gesundheitswesen e. V. (71 WG, Rücklaufquote 80 %), dem Paritätischen Wohlfahrtsverband Landesverband Berlin e. V. (22 WG, Rücklaufquote 91 %) und dem Diakonischen Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz (DWBO) e. V. (19 WG, Rücklaufquote 63 %) organisiert waren, so dass diese auch für die vorliegende Studie als primäre Kooperationspartner ausgewählt wurden. Die Kontaktaufnahme zu den 26 Pflegeheimen mit Spezialwohnbereichen für Menschen mit Demenz (gesamt 812 Plätze, Stand 1.7.07) erfolgte anhand der durch die Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales veröffentlichten Liste der Einrichtungen mit spezieller Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a SGB XI. Zur Mehrzahl der Einrichtungen mit Spezialwohnbereichen bestanden zudem persönliche Kontakte durch eine Vorstudie der Charité (vgl. Fischer et al. 2007). Ein Unterstützungsschreiben der zuständigen Senatsverwaltung wurde für diesen Studienarm bei den Einrichtungen vorgelegt. Die Ergebnisse der Erhebungen wurden den Einrichtungen rückgemeldet.

Die Einbindung einer Betroffenenorganisation erfolgte durch die Kooperation mit der Alzheimer-Gesellschaft Berlin e. V., so dass sichergestellt war, dass auch die Sicht der direkt Betroffenen bei der Konzeption der Studie berücksichtigt wird. Es wurden regelmäßige Treffen der jeweiligen Vertreter/innen der Senatsverwaltung, der Spitzenverbände, der Alzheimer-

Gesellschaft Berlin sowie der Studienleiterin durchgeführt. Diese dienten dazu, die geplanten Befragungen inhaltlich und organisatorisch vorzubereiten und sich über den jeweiligen Stand des Forschungsprojektes auszutauschen. Zu späteren Zeitpunkten wurden diese Treffen zur Darstellung erster Ergebnisse genutzt, um so den Kooperationspartnern eine direkte und zeitnahe Rückmeldung zu geben. Direkt nach Abschluss der Studie wurden im September 2010 die Ergebnisse einer interessierten Öffentlichkeit auf einer Abschlusstagung dargestellt. Zudem ist vorgesehen, den Abschlussbericht den beteiligten Kooperationspartnern sowie Pflegediensten / Pflegeheimen zugänglich zu machen.

5 Arbeits- und Zeitplan

5.1 Ursprünglicher Arbeits- und Zeitplan

Die vorliegende Studie war ursprünglich für den Zeitraum 01. April 2008 bis 28. Februar 2010 konzipiert und beantragt. Aufgrund der kurzfristigen Bewilligung des Projektes seitens des Förderers startete das Projekt praktisch jedoch erst zum 01. Mai 2008 statt zum 01. April 2008, da die vorgesehen Stellen – auch aufgrund von Ausschreibungsfristen – nicht direkt zum ursprünglich geplanten Beginn des Projektes besetzt werden konnten. Mit Schreiben vom 07. Dezember 2009 wurde das Projekt seitens des Förderers zunächst bis zum 31. Mai 2010 verlängert. Dies begründete sich darin, dass in die Längsschnittstudie im ursprünglich geplanten Zeitrahmen nicht genügend Teilnehmer/innen eingeschlossen werden konnten.

Um die niedrigere Teilnehmer/innenzahl zu kompensieren, wurden folgende zusätzliche Maßnahmen ergriffen:

- Ausweitung der Rekrutierungszeitraums um zwei Monate
- zusätzliche persönliche / telefonische Kontaktaufnahme zu allen Pflegediensten als Erinnerung an die Studie und die Bitte, mögliche Teilnehmer zu melden
- zusätzliche Pressearbeit / Veröffentlichungen für die Berliner Wohnbevölkerung
- Ausweitung des Einzugsgebietes der Studie auf die an Berlin angrenzenden Kreise des Landes Brandenburg sowie die Stadt Potsdam.

Da der Erhebungszeitraum t_1 der Längsschnittstudie um zwei Monate verlängert wurde, verlängern sich auch die Erhebungszeiträume t_2 und t_3 um jeweils zwei Monate. Um die Studie dennoch fristgerecht beenden zu können, hätte der Zeitraum t_3 bereits nach 11 Monaten anstelle geplanter 12 Monate erfasst werden müssen. Im Sinne einer (auch internationalen) Vergleichbarkeit der Studienergebnisse war es jedoch deutlich wünschenswerter, zu dem ursprünglich geplanten Zeitraum von 12 Monaten für t_3 zurückkehren zu können.

Eine weitere (kostenneutrale) Verlängerung des Projektes bis zum 31.08.2010 wurde mit Schreiben vom 31.05.2010 seitens des Förderers bewilligt. Dieser Bewilligung lagen die folgenden Arbeitspakete zugrunde:

primäre Arbeitspakete:

- weitere Datenaufbereitungen und Datenauswertungen – auch in Zusammenarbeit mit anderen Projekten der Förderlinie

- Vorbereitung einer lokalen Abschlussveranstaltung für kommunale Entscheidungsträger, Praxisvertreter, Betroffenenorganisationen sowie eine interessierte Öffentlichkeit

sekundäre Arbeitspakete:

- Vorbereitung nationaler und internationaler Symposien auf Fachtagungen
- Verankerung nationaler Kooperationen im Sinne gemeinsamer Publikationen
- Verankerung internationaler Kooperationen im Sinne gemeinsamer Publikationen
- Vorbereitung eines Buchmanuskripts

Aufgrund einer sehr schweren und mehrmonatigen Erkrankung des verbliebenen Studienmitarbeiters in dieser letzten Phase der Studie konnten nicht mehr alle für diesen zweiten Verlängerungsantrag geplanten Arbeitspakete wie geplant durchgeführt werden, da eine Kompensation kurzfristig nicht möglich war. Insbesondere die geplanten Publikationen konnten trotzt eines erhöhten (und unentgeltlichen Arbeitseinsatzes der ursprünglichen Studienmitarbeiter/innen) bisher noch nicht endgültig zum Abschluss gebracht werden.

Tabelle ***1*** stellt die ursprüngliche Meilensteinplanung (blau) und den tatsächlichen inhaltlichen Projektablauf / Vorgangszeiträume (grün) noch einmal gegenüber.

Tabelle 1: Arbeits- und Zeitplan/ Meilensteinplanung

Vorgang	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30*
Methodische Vorbereitung																														
Entwicklung Instrument LS[1]																														
Pretest LS																														
Kontaktaufnahme / Rekrutierung																														
Entwicklung Instrument QS[2]																														
Befragung QS																														
Datenauswertung QS																														
LS Baselinerhebung																														
LS Erhebung t_2																														
LS Erhebung t_3																														
Auswertung LS																														
Zwischenbericht																														
Abschlussbericht																														
Abschlussveranstaltung*																														

Soll, Ist, [1] Längsschnittstudie, [2] Querschnittstudie; * außerhalb des Bewilligungszeitraums

5.2 Abweichungen vom Arbeits- und Zeitplan / Strategien zur Erreichung der Ziele

Für beide Studienarme werden abschließend wesentliche Abweichungen vom ursprünglichen Arbeits-und Zeitplan noch einmal im Einzelnen erläutert:

Querschnitt

Die Querschnitterhebung wurde wie geplant im Januar 2009 durchgeführt.

Längsschnitt

Innerhalb des Einschlusszeitraums in die Längsschnittstudie wurde frühzeitig bemerkt, dass die anvisierte Anzahl von n = 85 Studienteilnehmer/innen nicht erreicht wird. Deshalb wurden gegensteuernde Maßnahmen ergriffen:

1. Änderung der Einschlusskriterien - Entscheidung auch maximal zwei Wochen nach erfolgtem Einzug in eine der beiden Versorgungsformen zu befragen
2. Drop-out-Analyse - Telefonische Kontaktaufnahme mit den Diensten und Einrichtungen
3. Einbindung weiterer möglicher Institutionen und Einrichtungen

a. Berliner Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“,

b. Sozialdienste der Berliner Krankenhäuser

c. Integration von WG im Land Brandenburg

4. Pressearbeit, gezielte Auftritte in der Öffentlichkeit
5. Kontaktaufnahme zu Kooperationspartnern
6. Pflegedienste mit mehr als 10 WG gesondert nochmals angesprochen
7. Quiz
8. Erinnerungs-E-Mail

Der Einschlusszeitraum in die Längsschnittstudie wurde um weitere drei Monate verlängert. Hierdurch ergaben sich als Konsequenz auch Verschiebungen in den geplanten anschließenden Erhebungen im Längsschnitt sowie in der Auswertung der Ergebnisse. Von Seiten des Zuwendungsgebers für die vorliegende Studie wurde der Studienzeitraum deshalb zunächst um drei Monate auf den 31.05.2010 sowie dann um weitere drei Monate auf den 31.08.2010 verlängert. Hierdurch war es u. a. auch möglich in der Längsschnittstudie inter-

national vergleichbare Erhebungszeitpunkte zu konzipieren. Die Laufzeitverlängerung war zusätzlich mit der Organisation und Durchführung einer zentralen Anschlusstagung verknüpft. Durch eine ernsthafte Erkrankung des zuständigen Mitarbeiters und einer sich daraus ergebenden Arbeitsunfähigkeit in den letzten Monaten der verlängerten Laufzeit des Projektes konnten nicht alle Aufgaben wie geplant durchgeführt werden, die Abschlusstagung wurde jedoch im September 2010 erfolgreich durchgeführt.

5.3 Positive und negative Erfahrungen und Probleme

Als positiv wird die Unterstützung der vorliegenden Studie durch die beteiligten Kooperationspartner gewertet, welche den Zugang zu allen ambulanten und stationären Leistungsanbietern ermöglichten. Im Hinblick auf den hohen zeitlichen und personellen Aufwand der Befragungen ist eine hohe Kooperationsbereitschaft bei dem Großteil der beteiligten Dienste und Einrichtungen zu konstatieren.

Als suboptimal ist in wenigen Fällen die Weitergabe der zur Verfügung gestellten Studien- und Informationsmaterialien innerhalb der unterstützenden Dienste und Einrichtungen einzustufen.

Insgesamt wäre es wünschenswert gewesen, wenn das Projekt von Beginn an mit einer dreijährigen Laufzeit hätte konzipiert werden können, um so auch eine bessere zeitliche Planung und Durchführung der Längsschnittstudie zu ermöglichen.

6 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Die vorliegende Studie bezieht alle ambulanten Pflegedienste im Land Berlin ein, die für Menschen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften (WG) Pflege- bzw. Betreuungsleistungen vorhalten oder zur Verfügung stellen. Neben den ambulanten Leistungserbringern werden alle Spezialwohnbereiche für Menschen mit Demenz (SWB) in vollstationären Alten- und Altenpflegeeinrichtungen mit spezieller Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a SGB XI in die Studie integriert. Die Träger der stationären Pflegeeinrichtungen müssen allgemeine konzeptionelle Anforderungen berücksichtigen. Demnach ist ihr Leistungsangebot auf einen „*definierten Personenkreis*“ zu begrenzen:

- Zuordnung einer Pflegestufe bzw. laufende Anerkennung einer Pflegestufe,
- „*medizinisch - therapeutisch nicht beeinflussbare Demenzerkrankung*“,
- massive Verhaltensauffälligkeiten – festgestellt mittels des modifizierten Cohen-Mansfield Agitation Inventory (Cohen-Mansfield 1996) sowie
- Fähigkeit zur Teilnahme an gemeinschaftlichen und/ oder Einzelaktivitäten und am Gemeinschaftsleben (Anlage A des Rahmenvertrages gemäß § 75 Abs. 1 und 2 SGB XI vom 03.12.2008:1).

Darüber hinaus haben sich die Vertragsparteien auf verschiedene nicht-pharmakologische Konzepte im einrichtungsbezogenen Pflegekonzept (u. a. Biografiearbeit und Bezugspflege) verständigt. Bei der nachfolgenden Datenerhebung zeigte sich, dass die eingeschlossenen SWB nicht in allen Punkten zwingend konform mit der Anlage A zum Rahmenvertrag für dementiell erkrankte Pflegebedürftige sind (vgl. Anlage A des Rahmenvertrages gemäß § 75 Abs. 1 und 2 SGB XI vom 03.12.2008). Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Anlage A zum Rahmenvertrag für dementiell erkrankte Pflegebedürftige war die Konzeption und Organisation der Studie weit fortgeschritten, so dass die Merkmale dieses Vertrages nicht in allen Punkten als mögliche Ausschlusskriterien berücksichtigt werden konnten.

Die DeWeGE-Studie wurde als Totalerhebung konzipiert und beinhaltet sowohl eine Querschnitt- als auch eine Längsschnitterhebung.

Querschnitt

Die Grundgesamtheit im Querschnitt bilden alle Bewohner/innen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften (WG) und in Spezialwohnbereichen für Menschen mit Demenz (SWB) in stationären Alten- und Altenpflegeeinrichtungen im Land Berlin zum Stichtag 30.01.2009. Die Auswahl der Stichprobe wurde als Totalerhebung aller Bewohner/innen von WG und SWB konzipiert und orientiert sich am Vorgehen der Vorgängerstudie (vgl. Wolf-Ostermann

2007; Wolf-Ostermann 2010). Erfasst werden ausschließlich WG, in denen ambulante Leistungserbringer Pflege und Betreuungshandlungen nach § 89 SGB XI und § 75 Abs. 3 SGB XII vorhalten oder zur Verfügung stellen. Nicht zur Grundgesamtheit gehören hingegen betreute Wohnformen nach § 4 (2) des Berliner Wohnteilhabegesetz für Bewohner/innen mit geistiger, körperlicher oder mehrfacher Behinderung soweit hierfür leistungsrechtliche Vereinbarungen nach dem Rahmenvertrag gemäß § 79 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch bestehen und (sozial-)pädagogische und/oder therapeutische Betreuungsleistungen im Vordergrund stehen (vgl. WTG vom 3. Juni 2010). Weitergehende Ein- und Ausschlusskriterien wurden nicht definiert. Da derzeit keine vertragliche oder gesetzliche Grundlage existiert, die seitens der Vertragspartner eine Anzeigepflicht für Wohngemeinschaften beinhaltet, gibt es keine eindeutigen Angaben zu definierten Grundgesamtheit. Im Rahmen der telefonischen Rekrutierung der Studienteilnehmer wurde zum Stichtag von ca. 331 zu erfassenden WG mit ca. 2.000 Bewohner/innen und mindestens 48 SWB ausgegangen.

Die Querschnittstudie hat zum Ziel, zum Stichtag 30.01.2009 die Versorgungs- und Nutzer/innenstruktur von WG für ältere, pflegebedürftige Personen zu verdeutlichen, einschließlich der Lebenssituation der Bewohner vor dem Einzug und der Ursachen für das Verlassen der WG. Dies erfolgte in Fortschreibung der Ergebnisse der Berliner Studie zu Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen (vgl. Wolf-Ostermann 2007, Wolf-Ostermann 2010). Evaluiert wurde in diesem Zusammenhang auch, welche Netzwerke zur gesundheitlichen Versorgung demenziell erkrankter Menschen in WG zur Verfügung stehen und welche Struktur- und Prozessmerkmale die WG aufweisen. Als Forschungsinstrument wurde eine einmalige, schriftliche, standardisierte Befragung eingesetzt, welche konzeptionell in die folgenden Bereiche eingeteilt werden kann:

- bauliche und personelle Ausstattung der WG /SWB
- Versorgungssituation in der WG / im SWB
- Bewohner/innen zum Stichtag 30.01.2009
- Einzüge im Jahr 2008
- Auszüge im Jahr 2008.

Eine Vor-Ort Erhebung in den WG durch Studienmitarbeiter/innen war aufgrund der großen Anzahl an WG nicht möglich. Die jeweiligen Pflegedienstleitungen wurden darum gebeten, die erforderlichen Angaben in die zugesandten Fragebögen einzutragen und diese zurückzusenden. Eine ausführliche schriftliche Erläuterung zu den einzelnen Items des Fragebogens war beigefügt.

Auf WG-Ebene bzw. analog in den Spezialwohnbereichen wurde erfragt:

- Lage und bauliche Ausstattung der WG/SWB
- Anzahl der Bewohner und Bewohner/innen
- Einbezug von Angehörigen und von Ehrenamtlichen
- Informationen zu Versorgungsnetzwerken im Bereich Gesundheit, Dienstleistung und Beratung
- fachliche, hauswirtschaftliche, persönliche und soziale Qualifikationen/ Kompetenzen der Mitarbeiter/innen.
- verwendete Pflege- und Betreuungskonzepte
- Gruppenangebote für Bewohner/innen

- Auf der Eben der einzelnen Bewohner/innen wurde erfragt:
- Soziodemografische Situation der Bewohner/innen
- Migrationshintergrund
- Pflegestufe
- Diagnosegruppen (vorgegebene Gruppen somatischer und/oder psychiatrischer Diagnosen, keine ICD-10- Codierung)
- gesundheitliche Situation (u.a. unter Zuhilfenahme von Items des Barthel-Index (Mahoney, Barthel 1965) zu folgenden Aktivitäten: Sich Waschen, Toilettenbenutzung, Essen, Aufsetzen & Umsetzen sowie Aufstehen & Gehen sowie Stürze, Druckgeschwüre etc.)
- Auftreten von psychologischen bzw. Verhaltensauffälligkeiten innerhalb der letzten 14 Tage vor dem Stichtag (Aggressivität, abweichendes motorisches und vokal störendes Verhalten; Likertskala von 0 = „nie“ bis 6 = „mehrmals stündlich“)
- Versorgung / Pflege / Lebenssituation unmittelbar vor Einzug
- Betreuungsleistungen
- medizinische / gesundheitliche Versorgung (u.a. Versorgung durch Notarzt, ärztlichen Bereitschaftsdienst, stationäre akutmedizinischen Versorgung in einem Krankenhaus, hausärztliche Versorgung, Teilnahme an ärztlich verordneten Therapien in den letzten vier Wochen sowie fachärztliche Kontakte und Kontakte zu einem (Geronto-) Psychiater / Neurologen in den letzten 12 Monate vor dem Stichtag)
- freiheitseinschränkende Maßnahmen
- Besuche von Angehörigen und Ehrenamtlichen

Zudem wurde für das Jahr 2008 für alle in diesem Jahr neu eingezogenen Bewohner/innen

- die soziodemografische Situation
- Wohnort vor Einzug (Berliner Bezirke bzw. Bundesland)
- Versorgung / Pflege / Lebenssituation vor Einzug
- Pflegestufe bei Einzug
- Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI
- Anzahl Krankenhausaufenthalte in den ersten vier Wochen nach Einzug

sowie für alle ausgezogenen oder verstorbenen Bewohner/innen

- die soziodemografische Situation
- Beginn und Ende der Pflege
- Pflegestufe bei Auszug/Versterben
- Anlass für die Beendigung des Pflegeverhältnisses / das Verlassen der WG
- Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI

erfragt.

Die Anonymität der beteiligten Leistungsanbieter wurde durch die Konzeption der Umfrage gewährleistet. Nach einer Rücklauf- und Plausibilitätskontrolle erfolgte eine Trennung von auswertungsrelevanten und identifizierenden Daten der Leistungsanbieter. Eine Auswertung und Weitergabe von Ergebnissen erfolgte nur in aggregierter Form, die keine Rückschlüsse bezüglich einzelner Personen, WG / SWB sowie Leistungsanbieter ermöglicht. Dieses Vorgehen wurde mit dem behördlichen Datenschutzbeauftragten der Alice Salomon Hochschule abgestimmt.

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte unter Verwendung deskriptiver, explorativer und induktiver statistischer Verfahren. Eine Auswertung bezüglich einzelner Personen, WG oder Leistungserbringer fand aus Datenschutzgründen nicht statt.

Die Querschnittstudie wurde ausdrücklich mit dem Ziel konzipiert, im Land Berlin die Bewohnerstruktur in den WG primär zur Schaffung von Grundlagendaten abzubilden. Folgende Analysen wurden durchgeführt:

1. detaillierte Analyse aller erhobenen Variablen zu Versorgungssituation in der WG, Bewohner/innen zum Stichtag, Mitarbeiter/innen zum Stichtag, Ein- und Auszüge im Jahr 2007 sowie
2. vergleichende Analysen zwischen den verschiedenen Formen der WG unter Berücksichtigung sozio-demografischer und erkrankungsspezifischer Einflussvariablen.

Längsschnitt

Mittels der Längsschnittstudie sollen die unterschiedlichen Auswirkungen der Versorgungsform und des Typus auf den körperlichen und psychosozialen Gesundheitszustand von neu einziehenden Bewohner/innen untersucht werden. In diesem Studienarm wurden alle neu in ambulant betreute WG im Land Berlin einziehende Personen mit einer Demenz aufgenommen und über einen Zeitraum von 12 Monaten nachverfolgt werden. In gleicher Weise wurden alle in Spezialwohnbereiche (SWB) für Menschen mit Demenz in Berliner Pflegeheime einziehende Demenzerkrankte rekrutiert. Hierfür wurde ein Längsschnittdesign mit drei Erhebungszeitpunkten, jeweils im Abstand von ca. 6 Monaten, ausgewählt. Dabei fand die Baselineerhebung (t_1) bis zu maximal zwei Wochen nach dem Einzug in die jeweilige Versorgungsform statt, da bei einer späteren Erhebung damit zu rechnen war, dass die erhobenen Daten durch den möglicherweise traumatisierenden Wechsel des Lebensumfeldes verzerrt worden wären. Die Daten wurden zum Zeitpunkt t_1 im jeweiligen Umfeld vor dem Einzug (eigene Häuslichkeit, ggf. Krankenhaus) und den Zeitpunkten t_2 und t_3 jeweils vor Ort in den WG bzw. SWB erfasst. Die Abstände in welcher die Erhebungswellen stattfanden, unterlagen a) der Gesamtprojektdauer von ursprünglich 23 Monaten, b) der Vermeidung von hohen Drop-outs aufgrund von Mortalität der Rekrutierten und c) der Vergleichsmöglichkeit zu anderen Studien mit identischen Follow-up-Frequenzen.

Die Aufnahme von Teilnehmer/innen erfolgte anhand der nachfolgenden Einschlusskriterien:

a. Vorliegen einer demenziellen Erkrankung, operationalisiert durch eine ärztliche Diagnose,
b. Mini Mental State Test unter 24 Punkten (vgl. Reisberg et al. 1982),
c. bis zu 14 Tage nach dem Einzug in eine der o. g. Versorgungsformen mit dauerhafter Perspektive sowie
d. Einwilligung zur Teilnahme an der Studie durch die / den Betroffenen selbst oder, falls der Betroffene eine Entscheidung nicht selbst treffen kann, durch den gesetzlichen Betreuer oder Bevollmächtigten.

Es wurden überwiegend international validierte Assessmentinstrumente verwendet, ergänzend kamen auch eigens für die Studie entwickelt Instrumente zum Einsatz (vgl. ***Tabelle 2***). Dabei wurde sowohl auf Selbstbeurteilungs- als auch auf Fremdeinschätzungsverfahren zurückgegriffen. Als Auskunftgeber/innen wurden neben Angehörigen ebenfalls Bezugspflegekräfte ausgesucht, da diese ihre Bewohner/innen am besten kennen und einschätzen. Die Erhebung wurde ausnahmslos durch eigens geschulte Studienmitarbeiterinnen vor Ort durchgeführt.

Die primären Zielkriterien und verwendeten Instrumente im Längsschnitt werden in der folgenden Übersicht dargestellt:

Tabelle 2: Zielkriterien und Erfassung im Längsschnitt-Design

Alltags-kompetenzen	**Barthel-Index (Mahoney, Barthel 1965):** Misst körperliche Funktionsfähigkeit bzw. Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten. Etabliertes Verfahren in geriatrischen Settings, das bereits im Rahmen von Studien mit Menschen mit Demenz im Heim oder in WG Anwendung gefunden hat (z. B. Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg 2007; Weyerer 2006;Weyerer et al. 2007), so dass Vergleiche möglich sind. Gesamtscore von 0 Punkten bedeutet absolute Abhängigkeit, ein Punktewert von 100 absolute Selbständigkeit in den Alltagsaktivitäten
Verhaltens-auffälligkeiten	**Neuropsychiatrische Inventar (Cummings et al. 1994):** Zur Messung des psychopathologischen Gesundheitszustandes und hauptsächlich der nicht-kognitiven Symptome wurde das in der Version für Pflegeheime (NPI-NH) eingesetzt. Gesamtes Spektrum möglicher Auffälligkeiten kann in standardisierter Form auf der Basis eines Interviews mit der Bezugs- oder Pflegeperson erhoben werden. Berücksichtigt werden: Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Unruhe (Agitiertheit), Depression, Angststörungen, Euphorie, Apathie, Enthemmung, Reizbarkeit, motorische Unruhe, nächtliche Unruhe, und Appetitstörungen. Pro Item wird ein Gesamtscore berechnet, welcher sich aus der Häufigkeit multipliziert mit der Schwere ergibt. Der Summengesamtscore (0 - 144) wird durch die Addition der einzelnen Gesamtscores errechnet. **Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI) (Cohen–Mansfield et al. 1992)**: Fremdeinschätzung/ Befragung Pflegende oder Angehörige. Misst die Häufigkeit und die Formen agitierten und aggressiven Verhaltens bei älteren Menschen. Die CMAI-Skala enthält drei Dimensionen mit 29 Items über agitierte und aggressive Verhaltensweisen: unruhiges und unangemessenes Verhalten, verbal agitiertes Verhalten und aggressives Verhalten. Die 29 Verhaltensweisen werden anhand einer 7-Punkte Häufigkeits-Skala von 1 = „nie“ bis 7 = „mehrmals stündlich“ eingeschätzt. **Apathy Evaluation Scale–Deutsch (Lueken et al. 2007):** zur Abschätzung des Vorliegens/ der Ausprägung von Apathie, Befragung von Pflegenden oder Angehörigen
Soziodemo-grafische Merkmale	Fremdbefragung durch Pflegende
Ernährungs-status	**Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) (Linn et al. 1968):** Ermittlung des Ernährungsstatus durch: Fremdeinschätzung / Dokumentenanalyse

Schmerz	• Bewohner/in auskunftsfähig: **Reduziertes Geriatrisches Schmerzinterview (Reisberg 1988)** durch Fremdeinschätzung durch Pflegende • Bewohner(in) nicht auskunftsfähig: **Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz (BISAD) (Fischer et al. 2007)**
Kontrakturen	Augenschein / körperliche Untersuchung durch: Fremdeinschätzung
Kognitive Leistungsstörungen	**Mini Mental State Test (MMST) (Ettema 2007):** Befragung des/ der Teilnehmer(in)
Lebensqualität	**Qualidem (Ettema et al. 2007; Ettema 2007):** speziell für langzeitbetreute Demenzerkrankte in verschiedenen Settings entwickeltes Instrument. Durch Fremdeinschätzung (Bezugs- oder Pflegeperson) werden 40 Verhaltensweisen erfasst und Lebensqualität multidimensional auf neun unterschiedlichen Skalen abgebildet: Pflegebeziehung; Positiver Affekt; Negativer Affekt; Ruheloses, angespanntes Verhalten; Positives Selbstbild; Soziale Beziehungen; Soziale Isolation; Sich zuhause fühlen; Etwas zu tun haben. Die Skalenwerte werden separat berechnet, ergeben sich aus der Summe der jeweiligen Ausprägungen und werden linear in den Wertebereich 0 bis 100 transformiert. Ein höherer Wert bedeutet höhere Lebensqualität. Für die Berechnung der Lebensqualität von stark kognitiv Beeinträchtigten werden nur 18 Items verwendet. Die Skalen „Ruheloses, angespanntes Verhalten“; „Sich zuhause fühlen“ und „Etwas zu tun haben“) werden bei einem MMSE < 10 Punkten nicht ausgewertet.
Demenzstadium	**Global Deterioration Scale (GDS) / Functional Assessment Staging (FAST) (Reisberg et al. 1982; Reisberg 1988):** Ermittlung des Schweregrades durch Fremdeinschätzung / Befragung Pflegende oder Angehörige
Komorbidität	**Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) (Linn et al. 1968) in der Version CIRS-S (Miller et al. 1992)** erfasst 20 Organkategorien und zusätzlich 20 psychische Verhaltensstörungen. Maximal möglicher Gesamtscore beträgt 3,0 (Wert von „0“ bedeutet, dass keine Organschädigungen vorliegen/ Wert von „1“ = geringfügige bis leichte Organ- bzw. Funktionsstörungen, Behandlung nicht erforderlich/ Punktwert „2“= mäßiggradige Organ- bzw. Funktionsstörungen, Krankheit muss behandelt werden, mäßige Einschränkungen von Aktivität und Partizipation / Wert von „3“ meint schwere Organ- bzw. Funktionsstörungen, die eine Dauertherapie erforderlich machen, starke Einschränkungen von Aktivitäten und Partizipation, Prognose ungünstig. Ermittlung durch Befragung von Hausärzten.
Soziale Netzwerke / Kontakte	eigener Erfassungsbogen, Befragung Pflegende oder Angehörige / Dokumentenanalyse

Freiheitseinschränkende Maßnahmen	eigener Erfassungsbogen, Fremdeinschätzung/ Befragung Pflegende oder Angehörige / Dokumentenanalyse
Versorgungsleistungen (Therapeuten, Institutionen, Servicedienstleister)	eigener Erfassungsbogen, Befragung Pflegende oder Angehörige / Dokumentenanalyse
Psychopharmaka und Analgetika	eigener Erfassungsbogen: Dokumentenanalyse (vor Einzug ggf. Befragung Angehörige)

Nach einer Plausibilitätskontrolle erfolgte eine Trennung von auswertungsrelevanten und identifizierenden Daten der Leistungsanbieter. Eine Auswertung und Weitergabe von Ergebnissen erfolgte nur in aggregierter Form, die keine Rückschlüsse bezüglich einzelner Personen, WG / SWB sowie Leistungsanbieter ermöglicht. Dieses Vorgehen wurde mit dem behördlichen Datenschutzbeauftragten der Alice Salomon Hochschule abgestimmt.

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte unter Verwendung deskriptiver, explorativer und induktiver statistischer Verfahren. Eine Auswertung bezüglich einzelner Personen, WG oder Leistungserbringer fand aus Datenschutzgründen nicht statt. Die Auswertung der längsschnittlichen Verläufe erfolgte in Abhängigkeit von den jeweiligen Zielparametern (vgl. ***Tabelle 2***) durch jeweils geeignete multivariate lineare Modelle, hierbei sind insbesondere (ko-)varianzanalytische Modelle zu nennen. Als Einflussfaktoren wurden in diese Modellierung neben der Wohnform soziodemografische Faktoren und erkrankungsspezifische Einflussvariablen aufgenommen.

Folgende Analysen wurden durchgeführt:

1. detaillierte Analyse aller in ***Tabelle 2*** aufgelisteten Einflussfaktoren – auch unter Berücksichtigung soziodemografischer und erkrankungsspezifischer Einflussvariablen zu den Zeitpunkten t_1 bis t_3 sowie
2. Analyse der zeitlichen Entwicklung der in ***Tabelle 2*** aufgelisteten Einflussfaktoren – insbesondere auch unter besonderer Berücksichtigung der Wohnform.

Die Analyse der zeitlichen Entwicklung erfolgte unter Verwendung eines allgemeinen linearen Modells mit Messwiederholungen (GLM). Als Einflussfaktoren wurden hierbei die Wohnform (WG/SWB), der Schweregrad der Demenz bei Aufnahme (GDS) sowie das Geschlecht einbezogen. Das Alter der Teilnehmenden wurde aufgrund der hohen Korrelation zum De-

menzstadium nicht als Kovariable in die Modellierung aufgenommen. Eine Modellierung von Wechselwirkungen fand aufgrund der geringen Stichprobengröße (n = 33) nicht statt.

Die Datenhaltung und -auswertung erfolgte in beiden Studienarmen unter Verwendung des Programmpaketes SPSS (PASW), Version 17 bzw. 18. Aufgrund der Problematik multipler Tests werden die berichteten p-Werte mit Ausnahme der primären Zielkriterien im Längsschnitt im Sinne explorativer Kennzahlen und nicht im strengen Sinne statistischer Signifikanzniveaus verstanden und berichtet.

Die Ethikkommission der Charité - Universitätsmedizin Berlin (Ethikausschuss 1 am Campus Charité - Mitte) hat dem Vorgehen in der Studie am 26.06.2008 ohne Einschränkungen zugestimmt (Antragsnummer EA1/109/08).

Mit Schreiben vom 10. Juli 2008 wurde vom behördlichen Datenschutzbeauftragten der Alice Salomon Hochschule ein datenschutzrechtlich korrektes Vorgehen bei der Durchführung der Studie attestiert.

7 Durchführung

Um einen bestmöglichen Zugang zu befragenden Pflegediensten bzw. Einrichtungen zu sichern, wurde die Studie in Kooperation mit der Berliner Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales, Verbänden der Leistungsanbieter ambulanter und stationärer Pflege (Anbieterverband qualitätsorientierter Gesundheitspflegeeinrichtungen e. V., Diakonisches Werk Berlin - Brandenburg - schlesische Oberlausitz e. V., Paritätischer Wohlfahrtsverband LV Berlin e. V.) und der Alzheimer Gesellschaft Berlin e. V. durchgeführt. Die Verantwortlichkeiten der Kooperationspartner stellen sich dabei wie folgt dar: Die Berliner Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales stellte für die Studie die aktuellen Adressenlisten aller gemeldeten Berliner Wohngemeinschaften zur Verfügung. Hierdurch sollte sichergestellt sein, dass tatsächlich alle Wohngemeinschaften bzw. die hierfür zuständigen Pflegedienste erreicht werden können. Die Senatsverwaltung unterstützte das Vorhaben zudem inhaltlich gegenüber den Spitzenverbänden der Leistungsanbieter. Sämtliche Anschreiben und Informationsschreiben, sowie die geplanten schriftlichen Umfragen wurden durch ein Schreiben der zuständigen Senatorin begleitet, in dem um eine Unterstützung für das Forschungsprojekt gebeten wurde. Die Spitzenverbände der Leistungsanbieter informierten die bei ihnen verbandlich organisierten Pflegedienste und stationären Einrichtungen über das geplante Vorhaben und werben für die Teilnahme an der Studie.

Am 07.05.2008 wurden alle Kooperationspartner zu einer Informationsveranstaltung, in der die Inhalte, das Vorgehen und die Ziele der Studie vorgestellt wurden, eingeladen.

Zusätzlich zu den kooperierenden Anbieterverbänden wurde nach weiteren freigemeinnützigen und privaten Verbänden der Leistungserbringer im Land Berlin recherchiert. Mittels einer telefonischen Kontaktaufnahme wurden auch diese über das geplante Vorhaben aufgeklärt und gebeten, ihre Mitgliedspflegedienste um Unterstützung zu bitten. Weitere sieben Trägerverbände konnten auf diesem Wege eingebunden werden. Allen Kooperationspartnern, sowie den zusätzlich rekrutierten Verbänden wurde ein Einladungsschreiben, eine Basisinformation zur Studie und ein unterstützendes Schreiben der Senatsverwaltung ausgehändigt und um Weitergabe an deren verbandlich organisierten Mitgliedspflegedienste gebeten.

Die von der Senatsverwaltung zur Verfügung gestellte o. g. Tabelle enthielt n = 183 der Verwaltung bekannten Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen. Leider erwies sich die übermittelte Übersicht als nicht brauchbar, da keine Zuordnung zu den in diesen Wohngemeinschaften tätigen Pflegediensten möglich war. Deshalb wurde die AOK Berlin telefonisch um die Übermittlung aller gemeldeten ambulanten und stationären Leistungserbringer gebeten. Am 22.05.2008 wurden die Kontaktdaten von n = 467 ambulanten und n = 32 stati-

onären Leistungserbringern mit spezieller Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a SGB XI gemeldet. Im zweiten Schritt erfolgte im Zeitraum 23.05.2008 bis 18.06.2008 die Kontaktaufnahme der Studienmitarbeiter/innen zu den o. g. Einrichtungen per Telefon. Im Gespräch wurde eruiert, ob der jeweilige Pflegedienst in Wohngemeinschaften pflegerische und betreuerische Leistungen erbringt oder dieses plant. War dies zutreffend, wurden die Inhalte und Ziele der Studie vorab erklärt, um eine Beteiligung an der Studie geworben und für detailliertere Informationen zu einer Informationsveranstaltung am 18.06.2008 eingeladen. Auf dieser Informationsveranstaltung, die sich insbesondere an Geschäftsführer/innen und Pflegedienstleiter/innen, aber auch an interessierte Fachkräfte aus Pflegediensten, die Wohngemeinschaften versorgen und stationären Einrichtungen mit Spezialwohnbereichen für Menschen mit Demenz vorhalten, richtete, wurden nochmals die Inhalte und Ziele, sowie das Vorgehen dargelegt und um Unterstützung der Studie gebeten.

Eine Übersicht des Rekrutierungspfades ist ***Abbildung 1*** zu entnehmen.

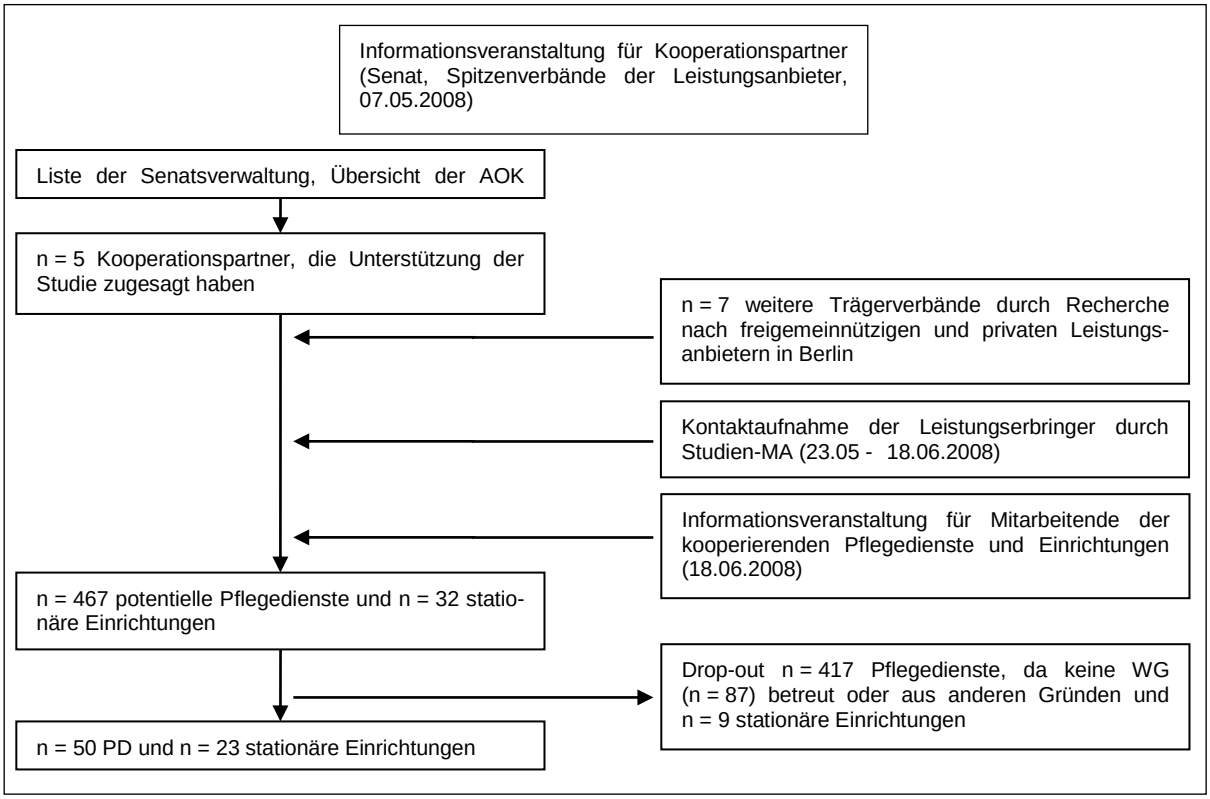


Abbildung 1: Flow Chart der Rekrutierung insgesamt

Nachfolgend wird die weitere Beschreibung des Studienablaufs wieder getrennt für beide Studienarme berichtet.

Querschnitt

Die Querschnittstudie beinhaltete eine standardisierte schriftliche Befragung zum Stichtag 30.01.2009. Im Vorfeld dazu wurde im Rahmen eines Pretests der Fragebogen sowie eine Anleitung zum Fragebogen am 27.11.08 an drei beteiligte Dienste und eine Senioreneinrichtung gesendet und mit den Mitarbeitenden, die die Fragen beantwortet haben, diskutiert. Abschließend wurde im Projektteam das Erhebungsinstrumentarium modifiziert.

Es musste davon ausgegangen werden, dass seit Mai / Juni 2008 neue Wohngemeinschaften gegründet wurden. Deshalb wurden sämtliche Pflegedienste, die nicht bereits in die Studie eingeschlossen wurden, angeschrieben und um Teilnahme an Studie und Nennung der Anzahl der WG in denen diese tätig sind, gebeten. N = 15 Pflegedienste wurden hierdurch zusätzlich in die Studie eingebunden.

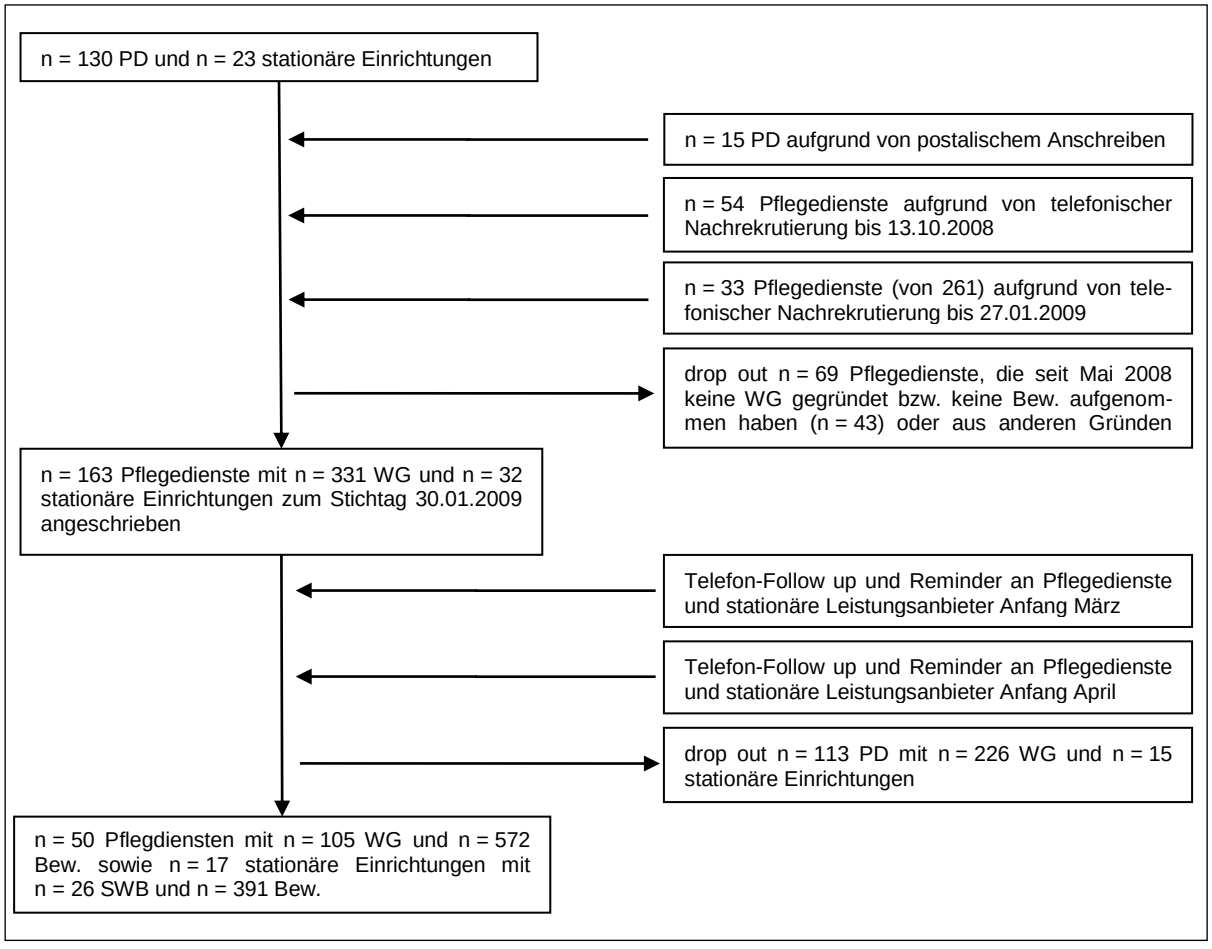


Abbildung 2: Flow Chart der Rekrutierung für die Querschnittsstudie

Durch ein telefonisches Follow-up gelang es bis zum 13.10.2008 weitere n = 54 Pflegedienste zu rekrutieren. N = 26 Pflegedienste konnten aus verschiedenen Gründen, u. a. keine telefonische Erreichbarkeit der zuständigen Ansprechpartner/innen, nicht rekrutiert werden oder haben ihre endgültige Unterstützung der Studie zu diesem Zeitpunkt nicht erteilen können.

Alle ambulanten Pflegedienste, die bis einschließlich 18.01.2009 auf eine Anfrage nicht reagierten, wurden im Zeitraum 21.01. – 27.01.2009 telefonisch kontaktiert. Insgesamt konnten durch diese Maßnahmen n = 33 Pflegedienste mit Pflege und Betreuung in WG für pflegebedürftige Menschen identifiziert werden. Im selben Zeitraum wurden ebenfalls nochmals alle stationären Anbieter mit spezieller Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a SGB XI über die bevorstehende Querschnitterhebung telefonisch erinnert und um Mithilfe gebeten. Eine Übersicht zu Rekrutierung und Rücklauf in der Querschnittstudie ist ***Abbildung 2*** zu entnehmen.

Es wurden insgesamt n = 163 ambulante Pflegedienste mit n = 331 Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen und n = 32 Pflegeheime mit angegebenen 48 SWB, welche die o. g. Kriterien erfüllen identifiziert und um Auskunft gebeten. Sämtliche Fragebögen wurden am 22.01.2009 versandt. Die Antworten der Pflegedienste und Einrichtungen wurden bis zum 24.02.2009 erbeten. Seitens der Studienmitarbeiter wurde zu zwei Zeitpunkten - Anfang März 2009 und Anfang April 2009 - nochmals telefonisch an die Beantwortung der Fragebögen erinnert (vgl. auch ***Tabelle 3***).

Tabelle 3: Rücklauf der QS-Fragebögen [absolut] - im Verlauf (März bis Mai 2009)

	bis März 2009		bis April 2009		bis Mai 2009	
Setting	WG	SWB	WG	SWB	WG	SWB
Rücklauf [absolut]	43	8	70	14	105	26 (17 Heime)
Drop-Outs	34	4 Heime	45	7 Heime	226	≥20 (15 Heime)

Die Ursachen für die anbieterbezogenen Drop-Outs sind ***Tabelle 4*** zu entnehmen.

Tabelle 4: Ursachen für Drop-out im QS – Leistungserbringer (Mehrfachnennungen)

Ursachen für Drop-out	Anzahl Pflegedienste (n = 113)	Anzahl Einrichtungen (n = 15)
keine zeitl. und personellen Ressourcen	35	10
Arbeitsaufwand als zu hoch bewertet	12	2
Fragebogen nicht angekommen	9	-
WG / SWB anderer Art	8	1[4]
PD versorgt nicht (mehr) in WG	6	-
kein Interesse	5	-
WG existiert noch nicht	4	-

[4] seit Dezember 2008 existiert der Spezialwohnbereich nicht mehr.

bereits Beteiligung an anderen Studien	3	2
datenschutzrechtliche Bedenken	1	-
betriebsinterne Gründe	-	3[5]
sonstige Gründe / unklar	44	2

Insgesamt lagen für die Auswertung Daten von 572 Bewohner/innen aus 105 Wohngemeinschaften (n = 50 Pflegedienste) und 391 Bewohner/innen aus 26 Spezialwohnbereichen (n = 17 Einrichtungen) vor.

Längsschnitt

Mit Stichtag 18.06.2008 wurden n = 113 Pflegedienste identifiziert, die Pflege- und Versorgungsleistungen in WG erbringen. Hiervon wurden n = 89 Pflegedienste rekrutiert. N = 24 ambulante Dienste sprachen sich bis dato gegen eine Unterstützung der Studie (vgl. ***Tabelle 5***) aus.

Tabelle 5: Ursachen für Drop-out im Längsschnitt – Leistungserbringer (Mehrfachnennungen)

Ursachen für Drop-out	Anzahl Pflegedienste (n = 24)	Anzahl Einrichtungen (n = 9)
Keine zeitlichen Ressourcen	9	0
Keine personellen Ressourcen	3	3
Kein Interesse	3	3
Keine Demenz-WG	3	-
SWB belegt / Kein Neuzugang zu erwarten	1	1
Neu am Markt / Selbstfindungsphase	0	1
Keine Angabe	9	1

Von den insgesamt (n = 32) identifizierten stationären Einrichtungen mit einem Spezialwohnbereich für Menschen mit einer Demenz bekundeten n = 23 ihre Beteiligung an der Studie und n = 9 haben eine Teilnahme abgelehnt (vgl. ***Tabelle 5***).

Sämtliche rekrutierten Pflegedienste wurden anschließend darum gebeten die Studienmitarbeiter/innen über alle ab dem 01.07.2008 neu einziehenden Bewohner/innen zu informieren. Hierzu haben alle beteiligten Dienste und Einrichtungen Informationsmaterialien für ihre Mitarbeiter/innen und Angehörigen der Betroffenen erhalten. Mittels der Informationsschreiben wurden die Angestellten gebeten, die Kontaktdaten von Angehörigen bzw. Betreuer/innen der einziehenden Bewohner/innen per Fax-Mitteilung oder per Telefonat, an die Studienmitarbeiter/innen zu übermitteln. Im nächsten Schritt wurden die Inhalte, Ziele sowie das Vorgehen den Angehörigen / Betreuer/innen von neu einziehenden Bewohner/innen in einem per-

[5] u. a. bevorstehende Prüfungen durch Heimaufsicht, Gesundheitsamt.

sönlichen Gespräch durch eine/n Studienmitarbeiter/in erläutert und ihnen ermöglicht, inhaltliche Fragen zu klären. Eine Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie wurde ausgehändigt und sobald diese unterschrieben wurde, erfolgte der Einschluss in die Studie.

So gelang es zum Stichtag 01.07.2008 n = 20 Teilnehmer/innen für die Längsschnitterhebung (Einschlusszeitraum t_1) zu rekrutieren. Es zeichnete sich ab, dass die anvisierte Anzahl von n = 85 Studienteilnehmer/innen nicht erreicht wird. Deshalb wurden gegensteuernde Maßnahmen ergriffen (vgl. auch ***Tabelle 6***). Zunächst wurden im August 2008 nochmals alle beteiligten ambulanten und stationären Leistungserbringer telefonisch kontaktiert. Einerseits wurde nachgefragt, wie die Mitarbeitenden mit den vom Projektteam zur Verfügung gestellten Informationsunterlagen und Rückmeldebögen zurechtkommen, ob die Unterlagen hilfreich bzw. ausreichend sind, und was das Projektteam tun könnte, um ihnen die Rückmeldung neuer Bewohner/innen zu erleichtern. Andererseits wurde versucht, Informationen über die genaue Anzahl der WG, Anzahl der Neuzugänge seit 01. Juli 2008, geplante Einzüge und Gründe für die geringe Anzahl der Teilnehmer/innen zu erhalten. Oftmals mussten Basisinformationen und Rückmeldeformulare noch einmal zugesendet (per E-mail oder Fax) werden.

Ab 18.08.2008 wurden zusätzlich die (n = 13) Berliner Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ und die Sozialdienste der Berliner Krankenhäuser kontaktiert. Damit sollte sichergestellt sein, dass weitere neu einziehende Bewohner/innen erkannt werden. Die Identifikation der Koordinierungsstellen geschah mittels einer Suchmaschinenrecherche (www.google.de). Ein Verzeichnis über die Berliner Krankenhäuser (n = 61) wurde von der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales auf Anfrage zur Verfügung gestellt. Diese wurden ebenfalls telefonisch über die Studie unterrichtet und im Falle, dass sie Personen in Wohngemeinschaften oder Spezialwohnbereiche vermitteln, gebeten die Studienmitarbeiter darüber in Kenntnis zu setzen. N = 10 Koordinierungsstellen und n = 34 Sozialdienste in Krankenhäusern sicherten letztendlich ihre Unterstützung zu.

Darüber hinaus sollten die berlinnahen Wohngemeinschaften im Land Brandenburg in die Studie integriert werden. Hierzu wurde zunächst im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie Brandenburg bezgl. einer Adressliste aller Brandenburger Pflegedienste angefragt. Laut Auskunft der zuständigen Abteilung „Soziales“ existiert eine derartige Liste nicht. Allerdings wurde auf zwei Verbände: die B.A.H. e. V. – Landesverband Brandenburg und den BPA - Landesverband Brandenburg verwiesen. Beide Trägerverbände übersendeten den Studienmitarbeiter/innen jeweils eine Liste mit im Land Brandenburg verbandlich organisierten Mitgliedspflegediensten. Beide Übersichten erwiesen sich als nicht hilfreich, da sich die verzeichneten Pflegedienste in größerem geografischem Abstand zu Berlin befan-

den. Deshalb wurde bei der AOK Brandenburg um die Übersendung einer Übersicht aller im Land Brandenburg gemeldeten ambulanten Pflegedienste (n = 571) angefragt. Diese wurde am 21.10.2008 dem Projekt zur Verfügung gestellt. Insgesamt konnten 247 berlinnahe Pflegedienste identifiziert werden. Von diesen hatten n = 28 die Pflege und Betreuung des eigenen Dienstes in einer WG bekundet und n = 8 die Teilnahme an der Studie zugesagt.

Angesichts der niedrigen Teilnehmerzahl wurden die Einschlusskriterien minimal abgeändert. Zunächst war geplant, die erste Befragung dort durchzuführen, wo die / der Betroffene vor dem Einzug in die WG / den SWB lebt. Es konnte in Erfahrung gebracht werden, dass der Zeitraum zwischen dem Wunsch des Umzugs und dem tatsächlichen Einzug zeitlich sehr klein ist. Die Entscheidung auch maximal zwei Wochen nach erfolgtem Einzug in eine der beiden Versorgungsformen zu befragen, sollte die Anzahl der Studienteilnehmer erhöhen. Alle Einrichtungen wurden über die veränderten Einschlusskriterien informiert.

Zusätzlich zu den o.g. Maßnahmen erhielten alle unterstützenden ambulanten und stationären Dienste jeweils zum Anfang eines jeden Monats im Zeitraum t_1 ein Quiz übersandt. Dieses Vorgehen sollte an die Studie erinnern.

Tabelle 6: Rekrutierung von Studienteilnehmenden für die Längsschnittuntersuchung

Maßnahme	Erläuterung
1. Drop-out-Analyse	Telefonische Kontaktaufnahme mit den Diensten und Einrichtungen, um Unterstützung bei der Rekrutierung anzubieten, nach weiteren (geplanten) Einzügen zu fragen und Informationen zur geringen Teilnehmerzahl zu gewinnen. Erneutes Zusenden von Studieninformationsunterlagen und Rückmeldeformularen (Fax, E-Mail)
2. Einbindung weiterer möglicher Institutionen und Einrichtungen	ab Mitte August 2008 Kontaktaufnahme zu den Berliner Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ (n = 13) und zu Sozialdiensten Berliner Krankenhäuser (n = 61) und Information über die Studie n = 10 Koordinierungsstellen und n = 34 Sozialdienste sicherten ihre Unterstützung zu
3. Integration von Wohngemeinschaften im Land Brandenburg	Identifizierung von n = 247 Berlin nahen Pflegediensten, von denen bei telefonischer Kontaktaufnahme n = 28 die Pflege und Betreuung des eigenen Dienstes in einer WG bekundet und n = 8 die Teilnahme an der Studie zusagten
4. Pressearbeit, gezielte Auftritte in der Öffentlichkeit	Internetauftritt mit eigener Homepage, Vortrag auf der „Berliner Woche der Seelischen Gesundheit“, Artikel in der Tagespresse mit Aufruf für Proband/innen

	(Märkische Allgemeine Zeitung)
5. Kontaktaufnahme zu Kooperationspartnern	E-Mail vom Sep. 2009
6. gezielte Kontaktaufnahme zu einzelnen Pflegediensten	die Leitungspersonen aller Pflegedienste, die mehr als zehn WG betreuen und versorgen, telefonisch kontaktiert und um Teilnahme/Unterstützung der Studie gebeten
7. Quiz	zum Anfang eines jeden Monats im Zeitraum t_1 an alle Pflegedienste und Einrichtungen per E-mail ein Quiz übersandt mit Aussicht auf Gewinn und um an die Studie zu erinnern

Durch die Gesamtheit aller gegensteuernden Maßnahmen konnten im Erhebungszeitraum n = 130 ambulante Pflegedienste, die Leistungen in ambulant betreuten WG erbringen sowie n = 23 Pflegeheime mit SWB in die Studie einbezogen werden.

Innerhalb des Einschlusszeitraums informierten die beteiligten Dienste und Einrichtungen die Studienmitarbeiter/innen über insgesamt n = 113 neu einziehende Personen. Nicht alle erfüllten die Einschlusskriterien, so dass n = 57 nicht in die Studie integriert werden konnten. Über die Ursachen für einen Drop-out berichtet ***Tabelle 7.*** In den meisten Fällen lag das Einzugsdatum zu weit zurück oder verhinderte ein zu hoher MMST-Wert einen Studieneinschluss.

Tabelle 7: Gründe für Drop-Outs im LS zu t_1 nach Versorgungsform (Mehrfachnennungen)

	Versorgungsform (n)		
Drop-Out (n = 57)	**WG**	**SWB**	**gesamt**
MMST ≥ 24	11	1	**12**
verstorben	1	-	**1**
Einzug liegt zu lange zurück	15	1	**16**
Teilnahme ohne Angabe von Gründen abgelehnt	8	2	**10**
Angehörige überfordert	4	3	**7**
keine Auskunftsperson zur Fremdeinschätzung	6	-	**6**
Einzug nach Ende des Einschlusszeitraum	3	-	**3**
datenschutzrechtliche Bedenken	2	-	**2**
Teilnehmer überfordert	1	-	**1**
Pflegedienst hat keinen Kontakt vermittelt	1	-	**1**
gesamt	**52**	**7**	**59**

Bis zum Stichtag 31.12.2008 konnten insgesamt n = 56 neu einziehende Bewohner/innen in die Studie eingeschlossen werden. 60,7 % aller Erstbefragungen fanden in der jeweils gewählten Versorgungsform des Teilnehmenden statt. Davon erfolgten 37,5 % aller Interviews in WG und 23,2 % in SWB. In diesem Falle wurden die Auskunftspersonen darauf hingewiesen, die jeweilige Situation des Teilnehmers vor dem Einzug in das Setting zu beschreiben.

Fast jedes vierte (21,4 %) Interview wurde noch vor dem Einzug in der eigenen Häuslichkeit durchgeführt und 10,7 % in einem Krankenhaus. Auch hier wurden die Befragten um eine Retrospektive gebeten.

Für alle Rekrutierten, ergaben sich folgende Erhebungszeiträume:

- t_1: vor dem Einzug (Juli bis Dezember 2008),
- t_2: sechs Monate nach Einzug (Januar bis Juni 2009) und
- t_3: zwölf Monate (Juli bis Dezember 2009) nach Einzug.

Im Projektverlauf hat sich die Anzahl der Teilnehmenden erheblich verringert. Mit n = 18 (vgl. ***Tabelle 8***) hat ein Anteil von 32,1 % der Stichprobe noch vor t_2 und mit n = 5 (8,9 %) vor t_3 die jeweilige neue Wohnumgebung verlassen oder war verstorben. Der mortalitätsbezogene Ausfall innerhalb des Untersuchungszeitraums beträgt insgesamt 41 % und ist in beiden Versorgungsformen fast identisch (WG: 41,2 %; SWB: 40,9 %). Der Stichprobenumfang umfasst zum Zeitpunkt t_3 nur noch 58,9 % (n = 33) der ursprünglich in die Studie eingeschlossen Personen. Diese werden nachfolgend als Follow-ups oder als Nichtausgeschiedene bezeichnet. Zu ihnen gehören 60,5 % aller ursprünglich weiblichen und 53,8 % männlichen Rekrutierten. Verglichen mit den Follow-ups sind die Ausgeschiedenen die älteren und kognitiv stärker beeinträchtigten Personen (vgl. ***Tabelle 8***).

Tabelle 8: Follow ups (n = 33) im Vergleich zu Drop outs (n = 23) aller Rekrutierten (n = 56)

	Drop out		
	nein	**ja, vor t_2**	**ja, vor t_3**
Drop out in % (n)	58,9 (33)	32,1 (18)	8,9 (5)
Versorgungsform in % (n)			
WG	60,6 (20)	61,1 (11)	60,0 (3)
SWB	39,4 (13)	38,9 (7)	40,0 (2)
Geschlecht in % (n)			
weiblich	78,8 (26)	72,2 (13)	80,0 (4)
männlich	21,2 (7)	27,8 (5)	20,0 (1)
Durchschnittsalter in Jahren (s)	81,9 (9,0)	83,2 (9,9)	84,4 (6,6)
MMSE (< 24) im Mittel (s)	14,4 (6,9)	12,7 (6,6)	8,4 (10,8)
GDS Stadium (in %)			
4	12,1	11,1	0,0
5	9,1	11,1	0,0
6	69,7	66,7	60,0
7	9,1	11,1	40,0

8 Ergebnisse

Die Ergebnisse werden für beide Studienarme getrennt aufgelistet. Da die Querschnittstudie zeitlich zuerst abgeschlossen wurde, werden Ergebnisse dieses Studienteils zunächst berichtet.

8.1 Querschnitt

Insgesamt lagen Daten von 572 Bewohner/innen aus 105 Wohngemeinschaften (n = 50 Pflegedienste) und 391 Bewohner/innen aus 26 Spezialwohnbereichen (n = 17 Einrichtungen) zum Stichtag 30.01.2009 für die Auswertung vor. Im Rahmen der telefonischen Rekrutierung der Studienteilnehmer/innen wurde zum Stichtag von ca. 331 zu erfassenden WG mit ca. 2000 Bewohner/innen[6] und mindestens 48 SWB ausgegangen. Bezogen hierauf beträgt der Rücklauf 31,7 % in Bezug auf die WG und 27,5 % hinsichtlich der Bewohner/innen. Der Rücklauf seitens der stationären Bereiche beläuft sich auf ca. 53,1 %.

Da nicht zu allen WG und SWB vollständige Datensätze für die WG-/ SWB-bezogenen Teilbefragungen vorliegen, kann die Anzahl der jeweils zugrundeliegenden Versorgungseinheiten (WG/ SWB) und der Bewohner/innen in den nachfolgenden Auswertungen voneinander abweichen. Die anschließende Darstellung der Versorgungs- und Bewohnerstrukturen orientiert sich am Aufbau des standardisierten Fragebogens. Zunächst werden Ergebnisse zu den institutionellen Merkmalen der WG und SWB (Art, Größe; Versorgungskonzept und Ablauforganisation; Einbeziehung von Angehörigen und ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern, personelle Situation und Fortbildungen) vorgestellt. Danach erfolgt die Darstellung von bewohnerbezogenen Ergebnissen. Neben demografischen Merkmalen der Bewohner/innen werden Ergebnisse zum körperlichen und psychosozialen Gesundheitszustand, dem Hilfe- und Pflegebedarf, der Versorgungs- und Betreuungssituation und Versorgungsergebnissen berichtet. Abschließend werden die Einzüge und im Anschluss daran die Auszüge im Jahr 2008 analysiert.

8.1.1 Institutionelle Merkmale

Im Rahmen der Querschnitterhebung wurden Daten zu relevanten Merkmalen der Wohngemeinschaften (WG) und der Spezialwohnbereiche (SWB) erfragt:

- Art, Größe und Trägerschaft der Wohngemeinschaft,

[6] aufgrund der bisher fehlenden Meldepflicht kann die tatsächliche Anzahl WG nur geschätzt werden

- Versorgungskonzept und Ablauforganisation und
- personelle Situation (Personal, Einbeziehung von Angehörigen und ehrenamtliche Helferinnen und Helfer).

Die ***Tabelle 9*** gibt einen Überblick zur Zuordnung zwischen den untersuchten WG und den ambulanten Pflegediensten. In 99,4 % (n = 104) aller WG ist den Angaben zur Folge ein Leistungsanbieter tätig. Nur in einer WG findet eine Versorgung der Bewohner/innen durch zwei Pflegedienste statt.

Tabelle 9: Anzahl der ambulanten Leistungsanbieter je WG (n = 105)

ambulante Pflegedienste		Häufigkeit	Prozent
Anzahl	1	104	99,4
	2	1	,6
	Gesamt	**105**	**100,0**

Die meisten untersuchten WG (siehe ***Abbildung 3***) liegen in den Bezirken Reinickendorf/ Tegel, sowie etwa gleich viele in Mitte/ Wedding/ Tiergarten bzw. Marzahn/ Hellersdorf und Lichtenberg/ Hohenschönhausen. In Neukölln finden sich dagegen nur drei Wohngemeinschaften (2,9 %). Lediglich eine teilnehmende WG liegt im Land Brandenburg.

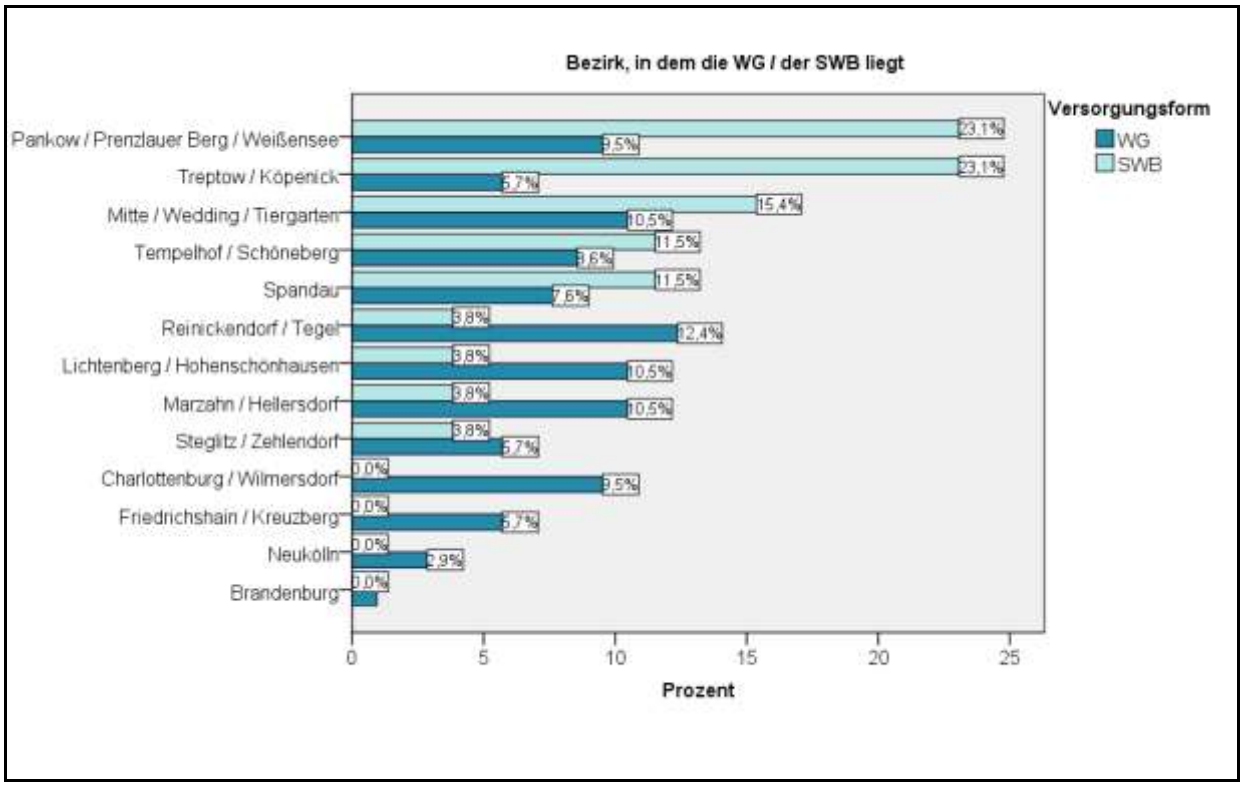


Abbildung 3: Anteil der WG (n = 105)/ SWB (n = 26) nach Bezirk

Mit jeweils 23,1 % befinden sich die meisten untersuchten Spezialwohnbereiche in den Bezirken Pankow/ Prenzlauer Berg/ Weißensee sowie Treptow/ Köpenick. Der nächst höhere Anteil liegt in Mitte/ Wedding und nur jeweils ein teilnehmender SWB in Steglitz/ Zehlendorf, Marzahn/ Hellersdorf sowie in Lichtenberg/ Hohenschönhausen und Reinickendorf/ Tegel. Weitere Bezirke und Brandenburg sind hier nicht vertreten.

8.1.1.1 Art, Größe und Trägerschaft der Einrichtung

Ca. drei Viertel der in den WG tätigen Pflegedienste sind verbandlich organisiert (siehe ***Tabelle 10***). 21,9 % sind nicht organisiert. In 2,9 % (n = 3) der WG wurden keine Angaben bzgl. des Organisationsgrades[7] des Pflegedienstes gemacht. Die Pflegedienste sind mehrheitlich mit einem Anteil von 52,4 % (n = 55) privat organisierten Trägern zugehörig. 26,7 % (n = 28) werden vom AnbieterVerband qualitätsorientierter Gesundheitspflegeeinrichtungen e. V. (AVG), 10,5 % (n = 11) vom Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), 7,6 % (n = 8) vom Arbeiter- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABVP) und 7,6 % (n = 8) Pflegedienste von verschiedenen anderen privaten Trägern getragen (siehe ***Tabelle 11***). In 22,9 % (n = 24) der untersuchten WG sind Pflegedienste tätig, welche frei gemeinnützig organisierten Verbänden wie dem Paritätischen Wohlfahrtsverband Landesverband Berlin e. V. (DPW) (11,4 %; n = 12), dem Diakonischen Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz (DWBO) e. V. (Diakonie) (9,5 %; n = 10) und dem Caritas-Verband für das Erzbistum Berlin e. V. (Caritas) (1,9 %; n = 2) angehören.

Tabelle 10: Organisationsart der Leistungsanbieter

	Versorgungsform					
	WG			SWB		
Organisationsart	Anzahl	Spalten%	Zeilen%	Anzahl	Spalten%	Zeilen%
privat	55	52,4	87,3	8	30,8	12,7
frei gemeinnützig	24	22,9	63,2	14	53,8	36,8
öffentlich	0	0,0	0,0	1	3,8	100,0
nicht organisiert	23	21,9	92,0	2	7,7	8,0
keine Angabe	3	2,9	75,0	1	3,8	25,0
Gesamt	**105**	**100,0**	**80,2**	**26**	**100,0**	**19,8**

[7] Zugehörigkeit zu einem Anbieterverband

88,5 % (n = 23) aller untersuchten SWB werden von Einrichtungen vorgehalten, welche verbandlich organisiert sind. Davon befinden sich mehr als die Hälfte in frei gemeinnützig organisierten Pflegeeinrichtungen wie der Diakonie (34,6 %; n = 9) und dem DPW (19,2 %; n = 5). Von den insgesamt 30,8 % (n = 8) der Wohnbereiche in Einrichtungen, die von privaten Verbänden getragen werden, gehören 26,9 % (n = 7) dem bpa und 3,8 % (n = 1) einem anderen privaten Träger an. Ein SWB befindet sich in kommunaler Trägerschaft. 7,7 % (n = 2) der SWB befinden sich in einer nicht verbandlich organisierten Einrichtung. Zu einer Einrichtung liegt keine Angabe hinsichtlich der Organisationszugehörigkeit vor.

Tabelle 11: Verbandszugehörigkeit der ambulanten und stationären Leistungsanbieter

	Versorgungsform		
Trägerverband	**WG % (n)**	**SWB % (n)**	**Gesamt % (n)**
ABVP	7,6 (8)	-	6,1 (8)
AVG	26,7 (28)	-	31,4 (28)
bpa	10,5 (11)	26,9 (7)	13,7 (18)
Caritas	1,9 (2)	-	1,5 (2)
Diakonie	9,5 (10)	34,6 (9)	14,5 (19)
DPW	11,4 (12)	19,2 (5)	13,0 (17)
öffentlich	-	3,8 (1)	0,8 (1)
verschiedene Verbände	7,6 (8)	3,8 (1)	6,9 (9)
nicht organisiert	21,9 (23)	7,7 (2)	19,1 (25)
keine Angabe	2,9 (3)	3,8 (1)	3,1 (4)
Gesamt (n)	**105**	**26**	**131**

Die teilnehmenden Pflegedienste und Einrichtungen wurden gebeten, Angaben zum Gründungszeitpunkt der WG bzw. der SWB zu machen. Die ältesten WG (1,9 %; n = 2) etablierten sich im Jahr 1998, die jüngsten (2,9 %; n = 3) im Januar 2009. Alle SWB wurden im Zeitraum zwischen 1999 und 2008 in Betrieb genommen. Während die beteiligten WG sich hauptsächlich ab dem Jahr 2004 konstituierten, wurden die SWB vermehrt im Zeitraum zwischen 1999 und 2003 gegründet. In 2007 sind die meisten der untersuchten WG gegründet worden. In diesem Kalenderjahr konstituierten sich 17,1 % (n = 18), im Jahr 2008 16,2 % (n = 17) und im Jahr 2006 13,3 % (n = 14). Relativ viele WG eröffneten ebenfalls in den Jahren 2004 (11,4 %; n = 12) und 2003 (10,5 %; n = 11).

In 87,6 % (n = 92) aller untersuchten WG leben Menschen mit Demenzerkrankungen. Die Hälfte aller untersuchten WG sind vom integrativen Typus. Hier leben durchschnittlich 4,2 Demenzerkrankte mit 1,8 anderen Menschen zusammen. In mehr als einem Drittel der vorliegenden Stichprobe leben ausschließlich Personen mit Demenzerkrankungen (siehe ***Tabel-***

le 12). In vier WG leben keine Demenzerkrankten. Diese WG sind betreute Wohnformen nach § 4 (2) des Berliner Wohnteilhabegesetz (vgl. WTG vom 3. Juni 2010) für Bewohner/innen mit geistiger, körperlicher oder mehrfacher Behinderung und werden in der vorliegenden Studie als „WG anderer Art" bezeichnet. Zu 8,6 % (n = 9) können keine Angaben gemacht werden. Der Typus der WG und die Art der verbandlichen Organisation der Pflegedienste in den untersuchten WG sind nicht unabhängig voneinander (Chi-Quadrat-Test; p = 0,020). Ungefähr zwei Drittel (66,7 %) aller WG, in welchen privat organisierte Pflegedienste betreuen, sind vom integrativen Typus. 90 % (n = 9) aller WG, in denen Mitgliedspflegedienste im bpa und 62,5 % (n = 5) aller WG, in denen Mitgliedspflegedienste im ABVP tätig sind, können prozentual häufiger dem integrativen Typus zugeordnet werden. Ausschließlich von diesem Typus sind WG mit betreuenden Pflegediensten, die verschiedenen anderen privaten Verbänden zugehörig sind. Organisierte Pflegedienste der Diakonie, des AVG, der Caritas und nicht verbandlich organisierte Pflegedienste betreuen in integrativen und segregativen WG nahezu gleichermaßen.

Tabelle 12: Typus der WG

Typus	Häufigkeit	Prozent
integrativ	53	50,5
segregativ	39	37,1
andere WG	4	3,8
keine Angabe	9	8,6
Gesamt	**105**	**100,0**

Sämtliche untersuchten vollstationären Alten- und Altenpflegeheime verfügen über eine spezielle Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80 a SGB XI. Bei gut der Hälfte der Einrichtungen (53,8 %; n = 14) handelt es sich um eine integrative Versorgungsform. Da eigentlich nur Menschen mit einer diagnostizierten Demenzerkrankung in einen Spezialwohnbereich einzugsberechtigt sind, wurde bei diesen Einrichtungen telefonisch nachgefragt. Den Auskunftgebenden zufolge werden freie Betten auch mit nicht demenzerkrankten Menschen belegt. In den übrigen untersuchten Wohnbereichen (46,2 %; n = 12) leben ausschließlich Menschen mit Demenzerkrankungen. Der Auswertung zufolge verteilen sich insgesamt n = 37 nicht-demenzerkrankte Männer und Frauen auf diese Einheiten, also 2,6 pro Wohnbereich. 62,5 % (n = 5) aller SWB in privat getragenen Einrichtungen sind ebenfalls vom segregativen Typ. Hingegen sind 57,1 % (n = 8) aller SWB in frei gemeinnützig organisierten Einrichtungen dem integrativen Typus zuzurechnen.

Auf 60 % (n = 69) der Klingelschilder stehen die Namen der jeweiligen WG-Bewohner/innen. Weitere Beschriftungen verweisen auf die/den Firmennamen der/s dort tätigen Pflegedienste/s (32,2 %; n = 37). Auf 4,3 % (n = 5) aller Klingelschilder sind sonstige Angaben vermerkt und weitere 3,5 % (n = 4) verweisen auf die/ den Vermieter/in. Insgesamt ist in n = 6 Fällen diese Frage nicht beantwortet worden.

Für die Beschreibung der baulichen Gegebenheiten wurden die Auskunftgebenden gebeten, Informationen zu der Gesamtwohnfläche sowie der Anzahl und der Größe der einzelnen Bewohnerzimmer zu geben. Die Anzahl der Privatzimmer in den WG variiert zwischen zwei und zwölf. 21 % (n = 22) der hier untersuchten WG verfügen über sieben und 20 % (n = 21) über sechs Privatzimmer. Die mittlere Anzahl pro WG beträgt 7,3. WG, in welchen verbandlich nicht organisierte Pflegedienste tätig sind, verfügen durchschnittlich über 7,8 Zimmer. In WG mit organisierten Pflegediensten stehen im Mittel 7,2 Zimmer für eine Anmietung zur Verfügung.

In den untersuchten SWB existieren durchschnittlich doppelt so viele (14,1) Bewohnerzimmer wie in den WG. Die Anzahl variiert dort zwischen fünf und 31.

Die Größe der Bewohnerzimmer bemisst sich auf eine Fläche von 11,0 m^2 bis zu 30,0 m^2 und beträgt durchschnittlich 16,9 m^2. Die mittlere Grundfläche der Privatzimmer je WG unterscheidet sich nach dem Organisationsgrad des Pflegedienstes (t-Test; p = 0,015). Die durchschnittliche Fläche der Bewohnerzimmer in WG mit verbandlich nicht organisierten Pflegediensten ist mit 18,6 m^2 signifikant größer als in WG mit verbandlich organisierten Pflegediensten (16,4 m^2). Eine unterschiedliche Zimmergröße kann auch im Vergleich der Versorgungsformen nachgewiesen werden (t-Test; p < 0,001). Die Zimmer in den untersuchten SWB sind im Vergleich zu Zimmern in WG im Mittel 3 m² größer. Im stationären Bereich liegen die Zimmergrößen zwischen 16,0 m^2 und 25,8 m^2 und im Mittel bei 20,0 m^2. Die größten Zimmer finden sich bei öffentlichen Trägern, wobei jene innerhalb der Stichprobe nur mit einem SWB vertreten sind, gefolgt von privat und frei gemeinnützig getragenen Einrichtungen. Die kleinsten Zimmer existieren in nicht verbandlich getragenen Einrichtungen.

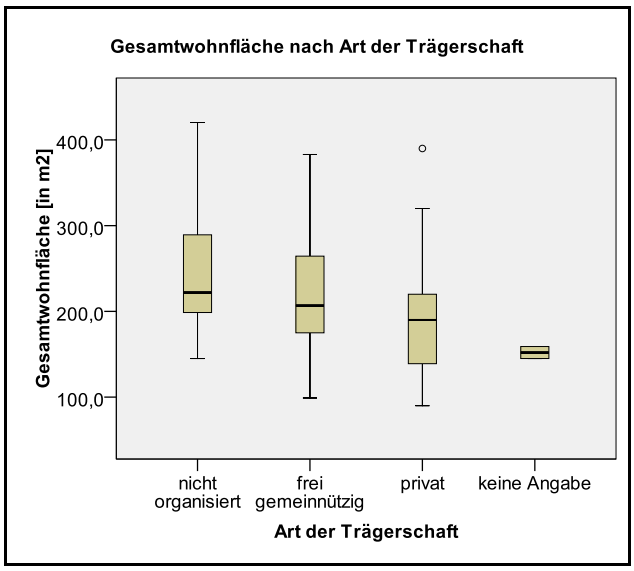


Abbildung 4: Gesamtwohnfläche der WG nach Art der Trägerschaft (n = 105)

Zur Gesamtwohnfläche (d. h. der Fläche aller Zimmer sowie Gemeinschafts- und Wirtschaftsräume abzüglich der Fläche der Balkone/ Terrassen) liegen Daten von 98 WG und 22 SWB vor. Die kleinste WG hat eine Wohnfläche von 90,0 m^2, die größte von 420,3 m^2. Im Durchschnitt sind die untersuchten WG 208,7 m^2 groß. Ein deutlicher Unterschied besteht zwischen der Gesamtwohnfläche und dem Organisationsgrad der Pflegedienste (t-Test; p = 0,009). Die Wohnfläche von WG, in welchen nicht verbandlich organisierte Pflegedienste begleiten, ist mit 245,3 m^2 im Vergleich zu WG mit verbandlich organisierten Pflegediensten durchschnittlich 46 m^2 größer. In frei gemeinnützig organisierten WG (224,4 m^2) ist die Gesamtwohnfläche signifikant größer im Vergleich zu privat organisierten WG (187,3 m^2) (t-Test; p = 0,004), dies bedeutet, dass im Mittel auch mehr Zimmer und damit mehr Bewohner/innen in den Wohngemeinschaften vorhanden sind (vgl. ***Abbildung 4***). Auch im stationären Bereich bieten frei gemeinnützige Träger im Mittel rund 160 m^2 mehr Wohnfläche an als private (528,9 m^2 vs. 369,2 m^2) (ANOVA; p = 0,094). Die untersuchten SWB sind im Mittel 515,0 m^2 groß und weisen Flächen zwischen 182,0 m^2 und 1081,0 m^2 auf. In n = 4 Fällen wurden keine Angaben gemacht. Ein signifikanter Unterschied zeigt sich ebenfalls zwischen der Größe der Gemeinschaftszimmer und dem Wohngemeinschaftstypus (t-Test; p = 0,023). So ist die gemeinschaftlich genutzte Wohnfläche in WG, in denen ausschließlich Menschen mit Demenz leben, mit 97,6 m² größer als die von integrativen WG (78,7 m²).

Neben der gemeinschaftlich nutzbaren Wohnfläche wurde die jeweilige Fläche berechnet, welche jeder/ jedem WG-Bewohner/in zur Verfügung steht. Diese Größe ergibt sich aus der Division der Gesamtwohnfläche und der Zimmeranzahl. Durchschnittlich steht jedem/r Be-

wohner/in im ambulanten Bereich eine Gesamtwohnfläche von 29,6 m^2 (Minimum: 16,7 m^2; Maximum: 72,5 m^2) zur Verfügung.

In den untersuchten WG lebten zum Stichtag 30.01.2009 nach Angaben der Pflegedienste insgesamt 661 Bewohner/innen (76,0 %; n = 502) und Bewohner (24,0 %; n = 159), von denen für 572 Bewohner/innen Daten in der Studie vorliegen. . Die durchschnittliche Anzahl in den Wohngemeinschaften betrug 6,3 Bewohner/innen, variierend zwischen einem/einer Bewohner/in in einer WG und maximal 12 Bewohner/innen (vgl. ***Abbildung 5***). In WG mit organisierten Pflegediensten lebten im Mittel (Median) 6,0 Personen (privat organisiert: 6,0 und frei gemeinnützig organisiert: 6,5) und in WG mit nicht organisierten Pflegediensten 7,0 Personen. Integrative und segregative WG unterscheiden sich diesbezüglich kaum. Die mittlere Anzahl an Bewohnerinnen und Bewohnern unterscheidet sich signifikant nach dem Bezirk, in welchem die WG liegt (ANOVA; $p < 0{,}001$). Die größte Anzahl an Bewohner/innen haben WG in den Bezirken Neukölln (9,7), Mitte/ Wedding/ Tiergarten (7,6), Pankow/ Prenzlauer Berg/ Weißensee (7,1) sowie Friedrichshain/ Kreuzberg (7,0); die wenigsten Bewohner/innen in WG in den Stadtteilen Reinickendorf/ Tegel (4,2) und Spandau (3,4).

Die durchschnittliche Bewohnergemeinschaft einer WG besteht aus 4,8 Frauen und 1,5 Männer was einer Relation von 1:3,2 entspricht. Allerdings wohnten in 33 WG (31,4 %) zum Stichtag ausschließlich Frauen. Die im Mittel meisten Frauen leben in WG in den Bezirken Neukölln (8,0), Treptow/ Köpenick (6,2) und Steglitz/ Zehlendorf (5,8), die wenigsten in den Bezirken Reinickendorf (3,4) und Spandau (2,9). Die größten Anteile an männlichen Bewohnern finden sich in jenen WG mit Pflegediensten, welche vom DPW (2,9), vom bpa (1,9) und vom AVG (1,8) getragen werden (ANOVA; $p = 0{,}005$). Die wenigsten Männer werden von Pflegediensten betreut, welche der Diakonie (0,9), dem ABVP und verschiedenen Verbänden (jeweils 0,5) zugehörig sind. Männer sind häufiger in WG in den Bezirken Mitte/ Wedding/ Tiergarten (3,6), Friedrichshain/ Kreuzberg (2,3) und Lichtenberg/ Hohenschönhausen (1,9) anzutreffen. Ihr Anteil ist in WG der Bezirke Reinickendorf/ Tegel (0,77), Spandau sowie Steglitz/ Zehlendorf (jeweils 0,5) besonders niedrig (ANOVA; $p < 0{,}001$).

In den untersuchten SWB leben zum Stichtag insgesamt 401 Bewohner/innen, davon 75,3 % (n = 302) Frauen und 24,7 % Männer (n = 99), von denen für 391 Personen Daten in der Studie vorliegen. Die durchschnittliche Bewohnergemeinschaft je Wohnbereich beträgtg 16,0 Personen, variierend zwischen 6 und maximal 33 Bewohner/innen. Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen beträgt auch hier eins zu drei; lediglich in einem SWB leben zum Stichtag ausschließlich Frauen. Die Anzahl an Bewohnerinnen und Bewohnern eines SWB unterscheidet sich leicht, jedoch nicht signifikant nach der Art der Organisation der Einrichtung

(ANOVA; p = 0,106). So lebten in den zwei nicht organisierten SWB mit durchschnittlich 27,0 die meisten Personen, gefolgt von dem öffentlich getragenen SWB (18,0) und den SWB in frei gemeinnützig getragen Einrichtungen (17,2). Mit 11,6 Bewohner/innen befinden sich die kleinsten SWB in privat getragenen Einrichtungen. In SWB derjenigen Einrichtungen, welche unter der Trägerschaft des DPW stehen, lebten im Mittel 22,6 Personen. Die Anzahl an Männern pro SWB unterscheidet sich tendenziell nach der Art der Organisation der Einrichtung (ANOVA; p = 0,088). Der größte Anteil an männlichen Personen lebte zum Stichtag in den SWB der nicht organisierten Einrichtungen (im Mittel 8,5), die wenigsten in SWB privater Träger (3,0).

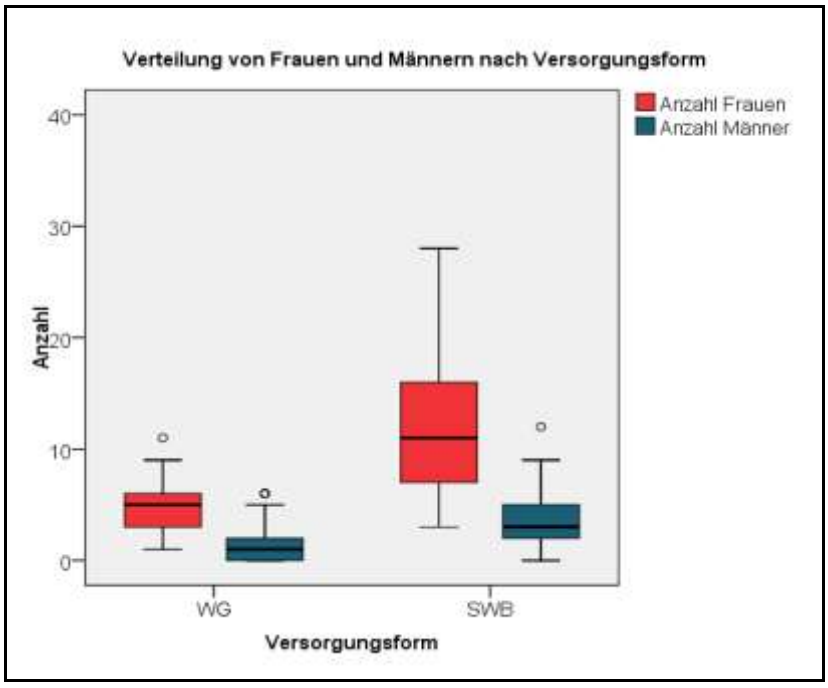


Abbildung 5: Verteilung der Bewohner/innen nach WG (Frauen: n = 502; Männer: n = 159) und SWB (Frauen n = 302; Männer n = 99)

In 87,6 % (n = 92) der WG steht mindestens eine gemeinschaftlich genutzte Kochgelegenheit zur Verfügung. In sieben (6,7 %) WG gibt es auch zwei, in zwei (1,9 %) WG drei Kochgelegenheiten. In jeweils einer WG werden acht bzw. elf Kochgelegenheiten bereitgehalten. Nach Angaben des Pflegedienstes, welcher in dieser WG tätig ist, handelt es sich hierbei um eine frühere Pension. Pro Wohnbereich steht meistens (76,9 %; n = 20) mindestens eine Kochgelegenheit zur Verfügung. In drei Fällen gibt es jeweils zwei und drei Kochgelegenheiten. Die mittlere Anzahl an Kochgelegenheiten je SWB beläuft sich auf 1,4.

Die Hälfte (50,5 %; n = 53) der untersuchten WG verfügt über zwei Bäder. In 18,1 % (n = 19) der WG sind 3 Bäder, in 14,3 % (n = 15) ist ein Bad eingebaut. Eine WG verfügt über n = 11 Bäder. Die mittlere Anzahl der Bäder je WG beträgt 2,5 und unterscheidet sich tendenziell

nach der Verbandszugehörigkeit des betreuenden Pflegedienstes (ANOVA; p = 0,060). WG, die dem BPA zugehörig sind, haben durchschnittlich (Median) vier Bäder pro WG, alle weiteren Träger nur halb so viele. Ein SWB verfügt im Mittel über 10,2 Bäder (Median: 8,0). Die minimale Anzahl der Bäder je stationäre Einheit beträgt 1, die maximale 26.

Tabelle 13: Außenanlagen nach Versorgungsform

	Versorgungsform			
	WG		SWB	
Art der Außenanlage(n)	N	Prozent der Fälle	N	Prozent der Fälle
Balkon	59	56,2	15	57,7
Terrasse	21	20,0	18	69,2
Garten	40	38,1	20	76,9
Innenhof	39	37,1	6	23,1
Kein Außenbereich	7	6,7	0	0,0
Gesamt	**166**	**158,1**	**59**	**226,9**

Mit der Befragung sollten auch Angaben zum Umfang und zur Art der Außenbereiche in beiden Settings gewonnen werden. Mehrfachantworten waren hierbei möglich. Entsprechend konnten insgesamt 166 Angaben aus WG und 59 Angaben aus SWB ausgewertet werden (vgl. ***Tabelle 13***). Angaben in Bezug auf das Vorhandensein eines Außenbereichs ergaben, dass 56,2 % (n = 59) aller WG über Balkone und 20,0 % (n = 21) über Terrassen verfügen. 38,1 % (n = 40) der WG haben einen Garten und in 37,1 % (n = 39) kann ein Innenhof als sogenannte Außenanlage genutzt werden. Sieben Wohngemeinschaften verfügen über keine Außenanlage. In vier Fällen liegen diesbezüglich keine Angaben vor. Im Gegensatz zu den untersuchten WG existiert in allen SWB mindestens ein Außenbereich. 69,2 % (n = 18) verfügen über Terrassen, 57,7 % (n = 15) über Balkone und 76,9 % (n = 20) der SWB über einen Garten. In 23,1 % (n = 6) der SWB kann ein Innenhof als sogenannte Außenanlage genutzt werden. In diesem Zusammenhang ist festzustellen, dass bei dem weit überwiegenden Teil (81,9 %; n = 86) der untersuchten WG die jeweilige Außenanlage selbständig von den Bewohner/innen betreten und genutzt werden kann. In 6,7 % (n = 7) wird ein freier Zugang für die Bewohner/innen nicht gewährleistet. Für 10,5 % (n = 11) liegen keine Aussagen hinsichtlich der Zugänglichkeit der Außenanlagen für die Bewohner/innen vor. Ebenfalls wie bei den WG sind die Außenbereiche der SWB mehrheitlich (80,8 %; n = 21) für die Bewohner/innen frei zugänglich. Allerdings sind diese im Vergleich doppelt so häufig (15,4 %; n = 4) für die jeweilige Bewohnergemeinschaft verschlossen. In einem Fall wurden hierzu keine Angaben gemacht.

8.1.1.2 Versorgungskonzept und Ablauforganisation

Bezugspflege als praktiziertes Arbeitsorganisationsprinzip findet sich in 76,2 % (n = 80) der untersuchten WG. Über andere Pflegesysteme berichten die Auskunftspersonen in 21,0 % (n = 22). Insgesamt wird in n = 8 Fällen „Krohwinkel“ (Krohwinkel 1993), in n = 5 Fällen der Demingkreis[8] (Plan-Do-Check-Act), in jeweils n = 4 Fällen ein hauseigenes Konzept und „personenzentrierte Pflege für Personen mit Demenz“ beschrieben. Jeweils eine WG gab hier „Assistenzpflege“ und „SWA e. V.“ an. In einer WG kommt Bereichspflege zum Einsatz. Zwei der befragten Pflegedienste ließen diese Frage unbeantwortet. In fast jedem zweiten (42,3 %; n = 11) SWB wird Bezugspflege als Arbeitsorganisationsprinzip praktiziert. Andere Pflegesysteme, die weder der Bezugs-, Bereichs- oder Gruppenpflege zugeordnet werden können, liegen in 57,7 % (n = 15) der SWB als Arbeitsorganisationsprinzip zugrunde. Diese anderen Pflegesysteme wurden in vier Fällen als Gruppenbezugspflege, in weiteren vier Fällen als offene Dementenbetreuung und jeweils in einem Fall als „Wohngruppenprinzip“, „segregative Betreuung“ sowie „familienähnliche Gemeinschaft“ bezeichnet. In weiteren vier Fällen wird ein hauseigenes Konzept angeführt.

8.1.1.3 Biografiearbeit

Die Einrichtungen wurden zu der Art der erhobenen biografischen Informationen befragt. Mehrfachantworten waren im Rahmen vorgegebener Kategorien möglich. Insgesamt konnten 452 Antworten hierfür ausgewertet werden. In allen WG (n = 105) erheben die Mitarbeiter/innen Informationen zum familiären Umfeld und zu Interessen ihrer Bewohner/innen. Kritische Lebensereignisse werden in 97,1 % (n = 102) der WG erfasst. Während in 96,2 % (n = 101) aller WG die Mitarbeitenden Informationen zum schulisch-beruflichen Werdegang als biografischen Hintergrund aufarbeiten, werden in 37,1 % (n = 39) der WG weitere relevante Bestandteile bzw. Ereignisse aus der Lebenshistorie der Bewohner/innen erfasst. Seitens der Einrichtungen konnten insgesamt 110 Antworten hierfür ausgewertet werden. In allen SWB erheben die Mitarbeiter/innen Informationen zum schulisch-beruflichen Werdegang, zum familiären Umfeld, zu Interessen und zu kritischen Lebensereignissen. Weitere Informationen zur Ernährung sowie zu Vorlieben und Abneigungen werden in zwei Einrichtungen mit je sechs SWB erhoben.

[8] Beschreibung von Phasen im kontinuierlichen Verbesserungsprozess (vgl. Deming 1982)

Zusätzlich zur Art der erhobenen lebensgeschichtlichen Daten wurde deren Aktualisierungshäufigkeit abgefragt. In zwei WG (1,9 %) werden die biografischen Daten wöchentlich, in 15,2 % (n = 16) monatlich, in 49,5 % (n = 52) halbjährlich, in 25,7 % (n = 27) seltener und in 3,8 % (n = 4) bei Bedarf aktualisiert. In einer WG wird die biografische Informationssammlung zu keiner Zeit aktualisiert. In Bezug auf die Häufigkeit des Aufarbeitens von Bewohnerbiografien wurden von drei WG keine Angaben gemacht. Die Aktualisierungshäufigkeit der biografischen Daten ist nicht unabhängig von der Versorgungsform (Chi-Quadrat-Test; $p < 0{,}001$). Im Vergleich zu WG werden die biografischen Daten in allen SWB und engmaschiger aufbereitet. Die Aktualisierungsabstände in den untersuchten SWB kürzer. Bei knapp der Hälfte der SWB werden die biografischen Daten seltener als einmal im Halbjahr (46,2 %), bei 42,3 % dagegen monatlich aktualisiert. Eine wöchentliche Aufbereitung findet in einem Wohnbereich (3,8 %), eine halbjährliche in zwei Wohnbereichen (7,7 %) statt.

Im Rahmen der Studie wurde eruiert, wie die Mitarbeitenden die biografischen Informationen im Versorgungsalltag nutzen. Die Befragten konnten ihre Antworten offen formulieren. Sämtliche Angaben wurden nach einer inhaltlichen Analyse sechs Kategorien zugeordnet:

- Pflegeplanung
- Körpernahe Bereiche
- Alltagsgestaltung/ Alltagsaktivitäten
- Milieutherapeutische Maßnahmen
- Gewohnheiten/ Rituale
- Sonstige

In zwei Fällen machen die Pflegedienste keine Angaben hinsichtlich der Verwendung von biografischen Informationen in den von ihnen versorgten WG. Zweimal wird darauf hingewiesen, dass lebensgeschichtliche Informationen nicht in den Pflegealltag integriert werden. In den übrigen (96,2 %; n = 101) WG werden die erhobenen biografischen Daten im Versorgungsalltag genutzt. 214 Antworten konnten hierfür ausgewertet werden. ***Abbildung 6*** gibt einen Überblick zur Integration von erhobenen biografischen Daten in den Versorgungsalltag. Mit Hilfe der Kenntnis der Biografien erstellen die Mitarbeitenden von 47,5 % (n = 48) dieser WG die Pflegeplanungen für die Bewohner/innen. In 41 Fällen (40,6 %) wird die Ausrichtung von Beschäftigungsangeboten an Interessen, Gewohnheiten und Hobbies der Bewohner/innen beschrieben. In 28,7 % (n = 29) wird der Tagesablauf individuell anhand der erfassten Interessen und Hobbies aus der jeweiligen Biografie gestaltet. Auch bei der Essensplanung (15,8 %; n = 16), dem Verstehen von bestimmten Gewohnheiten und Ritualen (11,9 %; n = 12) sowie dem Aufstehen und zu Bett gehen (9,9 %; n = 10) werden von den

Mitarbeitenden die erfassten biografischen Daten in die Arbeit mit den Bewohner/innen integriert.

In allen SWB sind die erhobenen biografischen Informationen Bestandteile pflegerischen Handelns. Hierüber geben insgesamt 55 Angaben Auskunft. Häufig werden biografische Informationen für die Pflegeplanung hinzugezogen und die Ausrichtung von Beschäftigungsangeboten an Interessen, Gewohnheiten und Hobbies der Bewohner/innen beschrieben (jeweils 61,5 %; n = 16). In 30,8 % (n = 8) aller SWB fließen die biografischen Informationen in die Körperpflege ein. In 5,5 % (n = 3) der SWB wird der Tagesablauf individuell anhand der erfassten Interessen und Hobbies aus der jeweiligen Lebenshistorie gestaltet. Auch bei der Essensplanung, dem Verstehen von bestimmten Gewohnheiten und Ritualen, bei der Hausarbeit und der Gestaltung der räumlichen Umgebung ziehen die Beschäftigten der SWB in 3,6 % (n = 2) die Bewohnerbiografien zu Rate.

Mit 47,5 % (n = 48) wird in nahezu jeder zweiten WG und in 61,5 % (n = 16) der untersuchten SWB die Pflegeplanung unter Berücksichtigung der Biografien der Bewohner/innen erstellt (siehe ***Abbildung 6***). In fast jeder dritten WG (31,7 %; n = 32) und jedem dritten SWB (30,8 %; n = 8) werden biografische Informationen für körpernahe Bereiche, also die Körperpflege bzw. das Tragen bestimmter Kleidung oder von Schmuck, verwendet. Eine Gestaltung des Alltags und der Alltagsaktivitäten, welche sich an den biografischen Daten der Bewohner/innen orientieren, findet in 58,4 % (n = 59) der WG und in 65,4 % (n = 17) der SWB statt. Innerhalb dieser Kategorie wurden die folgenden Aspekte zusammengefasst:

- Aufstehen/ zu Bett gehen;
- Beschäftigungsangebote/Berücksichtigung von Interessen, Gewohnheiten und Hobbies;
- Ausrichtung des Tagesablauf/ -struktur an Interessen und Hobbies;
- Essensplanung/ Essensvor- und –nachbereitungen sowie
- Haushaltstätigkeiten.

In 5,9 % (n = 6) aller WG und in 7,7 % (n = 2) aller SWB werden die Biografie für milieutherapeutische Maßnahmen (Gestaltung der materiellen Umgebung/ räumliche Gestaltung, Hauswirtschaft und Pflegeorganisation) genutzt. Gewohnheiten und Rituale der Bewohner/innen werden in 11,9 % (n = 12) der WG bzw. in 7,7 % (n = 2) der SWB anhand der

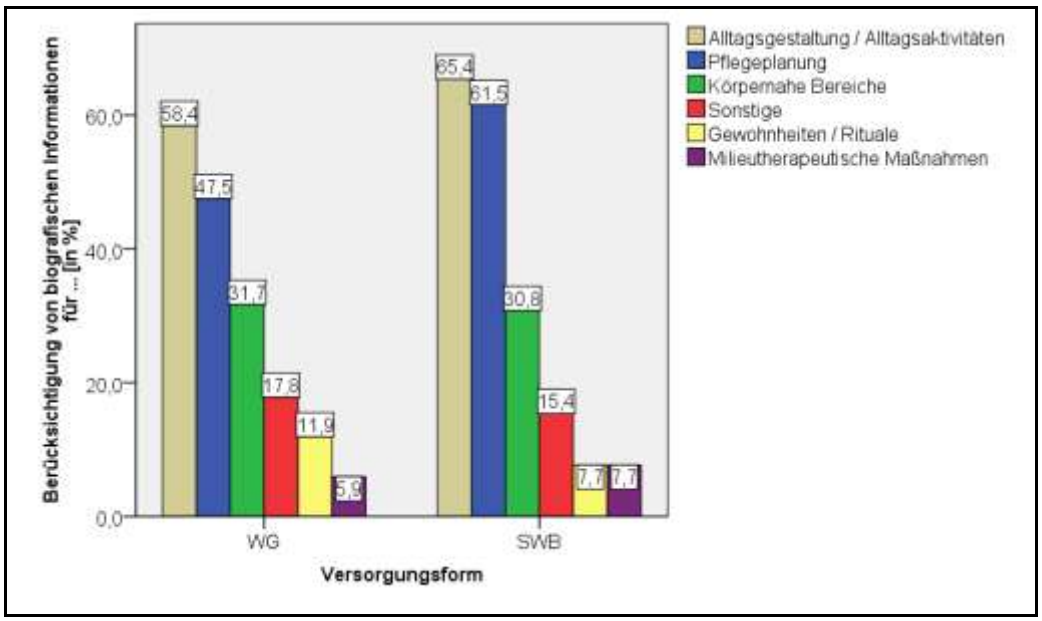


Abbildung 6: Berücksichtigung von biografischen Informationen im Versorgungsalltag

Biografien beachtet. Die biografischen Informationen werden von den Mitarbeiter/innen von 17,8 % (n = 18) der WG und von 15,4 % (n = 4) der SWB für andere, nicht zuordenbare Tätigkeiten im Versorgungsalltag verwendet. Diesbezüglich wurde angegeben, bestimmte Vorlieben und Abneigungen sowie Ernährungsgewohnheiten zu berücksichtigen.

8.1.1.4 Betreuungskonzepte

Für die Anwendung besonderer Betreuungskonzepte und -formen können Daten von 96 (von insgesamt 105) Fragebögen ausgewertet werden. Die Übrigen antworteten nicht. Auch hier wurden keine Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Die Antworten konnten offen formuliert werden und wurden nachfolgend kategorisiert. In fast allen WG (91,4 %; n = 96) ist das Betreuungskonzept auf Menschen mit Demenz ausgerichtet. Über 60 % der sich äußernden WG beschreiben diesbzgl. emotionsorientierte Angebote (siehe ***Abbildung 7***) und mehr als die Hälfte spezielle Konzepte, die dem sinnesbezogenen Ansatz zuzuordnen sind. Bewegungsbezogene Ansätze und Milieutherapie beschreibt ca. jede vierte WG. In etwa jeder fünften werden kognitiv ausgerichtete Betreuungskonzepte vorgehalten. Das Konzept nach Kitwood (Kitwood 2000) liegt in 14,6 % dieser WG der Arbeit zugrunde und in einer WG wird nach dem Konzept von Böhm (Böhm) gearbeitet. Im Vergleich zu WG halten alle untersuchten SWB besondere Betreuungskonzepte für ihre Bewohnerschaften vor. Insgesamt können 75 Angaben ausgewertet werden. In den meisten Einrichtungen werden spezielle Betreuungskonzepte für Bewohner/innen mit demenziellen Erkrankungen, des sinnesbezogenen

Ansatzes vorgehalten. Fast ebenso häufig finden hier emotionsorientierte Betreuungsangebote Anwendung. Milieutherapie wird in mehr als jedem zweiten SWB vorgehalten. In ca. einem Viertel werden kognitiv ausgerichtete Betreuungskonzepte angeboten. Bewegungsbezogene Ansätze existieren in SWB relativ selten. Das Konzept nach Kitwood liegt in 11,5 % der SWB der Arbeit zugrunde und in jeweils n = 1 SWB Bezugspflege sowie das Konzept nach Böhm.

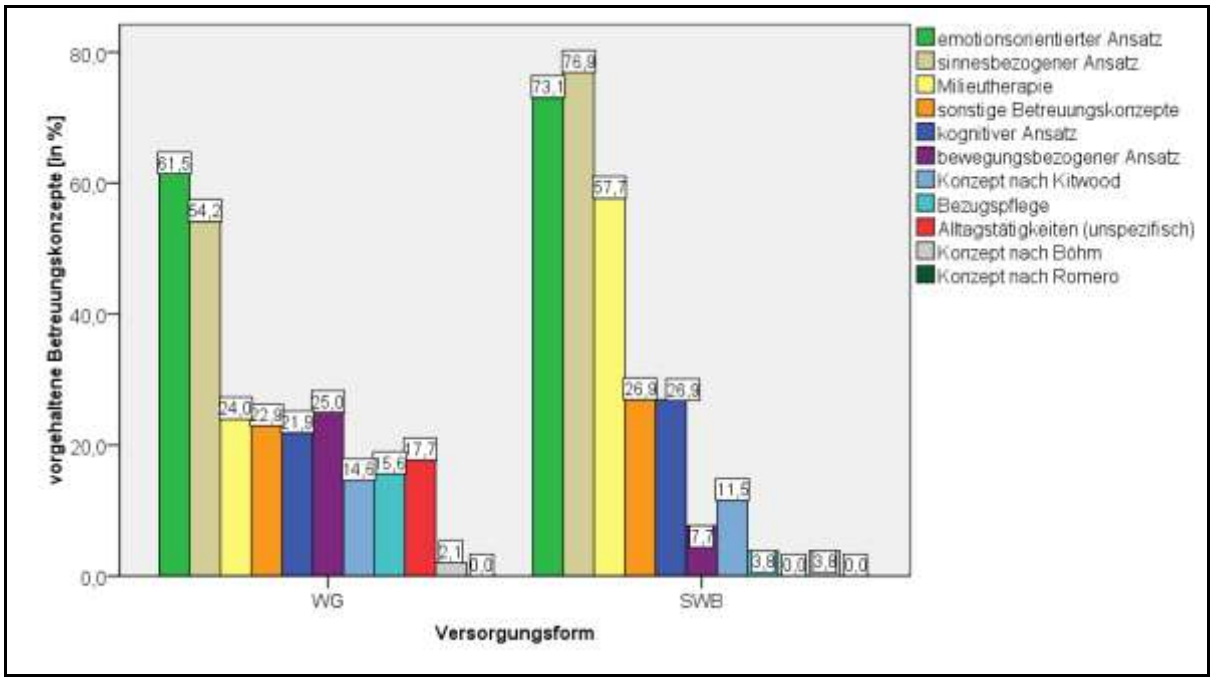


Abbildung 7: vorgehaltene Betreuungskonzepte in WG (n = 96) und SWB (n = 26)

Die Betreuungskonzepte können nach bewohnerbezogenen und umgebungsbezogenen Ansätzen unterschieden werden. Zu den bewohnerbezogenen Ansätzen zählen kognitive, emotionsorientierte, sinnesbezogene und bewegungsbezogene Ansätze. Milieutherapie, unspezifische Alltagstätigkeiten, Bezugspflege, das Konzept nach Böhm, das Konzept nach Kitwood und das Konzept bzw. die Selbsterhaltungstherapie nach Romero (Romero 2004) werden in der vorliegenden Studie unter den umgebungsbezogenen Ansätzen zusammengefasst. Besondere Betreuungskonzepte, die den bewohnerbezogenen Ansätzen zuzuschreiben sind, finden in 83,3 % (n = 80) aller antwortenden WG Anwendung und werden nicht unabhängig von dem Typus der WG vorgehalten (Chi-Quadrat-Test; $p < 0{,}001$): so bieten 92,3 % aller antwortenden segregativen und 81,2 % aller informierenden integrativen WG derartige Konzepte an. Über besondere Betreuungskonzepte, die den bewohnerbezogenen Ansätzen zuordenbar sind, verfügen 80,8 % (n = 21) aller SWB. Die Umsetzung von umgebungsbezogenen Betreuungskonzepten ist tendenziell nicht unabhängig von der Versorgungsform (Test nach Fisher; $p = 0{,}076$): In 59,4 % (n = 57) der WG, welche Angaben machten, werden Kon-

zepte der umgebungsbezogenen Ansätze genutzt. Derartige Angebote existieren häufiger (76,9 %) im stationären Bereich. 22,9 % (n = 22) der antwortenden WG und 26,9 % (n = 7) der untersuchten SWB beschreiben Konzepte, die nicht eindeutig kategorisiert werden konnten.

8.1.1.5 Gruppenangebote

Die Teilnehmenden wurden um Auskunft zu Angeboten gemeinschaftlicher Aktivitäten in einer offen formulierten Frage gebeten. Die Antworten wurden wie folgt kategorisiert (vgl. ***Tabelle 14***).

Tabelle 14: Arten/ Kategorien gemeinschaftlicher Angebote

Hauptkategorien	Aktivitäten
bewegungsbezogener Ansatz	• Gymnastik/ Sport • Feinmotorik/ Koordinationsübungen
kreatives Gestalten	• Malen und Zeichnen • Basteln • Handarbeit
sinnesbezogener/ emotionaler Ansatz	• Erinnerungsarbeit/ Erinnerungspflege • Lesen • Basale Stimulation • Snoezelen • Tiergestützte Therapie • Aromatherapie • 10-Minuten-Aktivität
Haushaltstätigkeiten	• Backen und Kochen • Hauswirtschaftliche Tätigkeiten (Abwaschen, Putzen, Wäsche falten…)
Außer Haus Aktivitäten	• Spazieren • Ausflüge • Gottesdienst
Unterhaltungs- und Gesellschaftsaktivitäten	• Singen/ Musik • Tanzen • Gesprächsgruppe • Filmvorführungen • Spiele • Rätsel/ Bingo • Clown • Frühstücksgruppe/ Kaffeenachmittag
Kultur & Infrastruktur	• Seelsorge • Feste, Geburtstage
kognitiver Ansatz	• Gedächtnistraining
Sonstige	

In fast allen WG (97,1 %; n = 102) werden Gruppenangebote vorgehalten. Die Arten von gemeinschaftlichen Angeboten beruhen auf insgesamt n = 454 Angaben aus 102 WG. Eine WG hält keine derartigen Angebote für die dort lebenden Bewohner/innen vor. Zwei Pflegedienste ließen diese Frage unbeantwortet. Die häufigsten Angaben sind „Singen/ Musik“ (59,8 %; n = 61 der WG mit derartigen Angeboten), „Spiele“ und „Basteln“ (jeweils 45,1 %; n = 46). In n = 38 WG (37,3 %) wird gemeinschaftlich gekocht und gebacken (siehe ***Abbildung 8***).

In 88,2 % (n = 90) der antwortenden WG finden Unterhaltungs- und Gesellschaftsaktivitäten statt. Gemeinschaftliche bewegungsbezogene Angebote halten 42,2 % (n = 43) dieser WG vor und in 48,0 % (n = 49) kann gemeinschaftlich kreativ gestaltet werden. Außer-Haus-Aktivitäten zusammen mit Mitbewohner/innen finden in 44,1 % (n = 45) der WG statt. Die Möglichkeit, Haushaltstätigkeiten gemeinschaftlich durchzuführen besteht in 39,0 % WG (n = 41). Gruppenangebote der sinnesbezogenen bzw. emotionalen Ansätze existieren in genau einem Drittel der WG (33,3 %; n = 34). Kulturelle Angebote werden von 8,8 % (n = 9) der WG vorgehalten und Angebote des kognitiven Ansatzes sowie sonstige Angebote von 15,7 % (n = 16).

In sämtlichen teilnehmenden SWB werden ebenfalls Gruppenangebote vorgehalten. Die Arten der gemeinschaftlichen Aktivitäten beruhen auf insgesamt n = 186 Angaben aus 26 SWB und erscheint breit gefächert. In 80,8 % (n = 21) der untersuchten SWB wird gemeinschaftlich gesungen und musiziert. Gymnastik und sportliche Aktivitäten werden in 69,2 % (n = 18) der SWB als Gruppenangeboten angeboten. Gemeinschaftliches Kochen und Backen findet in 53,8 % (n = 14), Lesen sowie Gedächtnistraining in 42,3 % (n = 11) und hauswirtschaftliche Tätigkeiten in 38,5 % (n = 10) der SWB statt. Auch Filmvorführungen (34,6 %) und gemeinsames Basteln (30,8 %) werden durchgeführt.

In 96,2 % (n = 25) aller untersuchten SWB werden gemeinschaftliche Unterhaltungs- und Gesellschaftsaktivitäten angeboten. Gemeinschaftliche bewegungsbezogene Angebote halten mehr als drei Viertel (76,9 %; n = 20) aller SWB vor. Zusammen mit anderen Mitbewohnern können die Bewohner/innen von 69,2 % (n = 18) der SWB Tätigkeiten im Haushalt durchführen. Gruppenangebote der sinnesbezogenen bzw. emotionalen Ansätze existieren in 57,7 % (n = 15). Angebote des kognitiven Ansatzes nehmen die Bewohner/innen von 42,3 % (n = 11) der SWB in Anspruch und genauso viele sonstige Gruppenangebote. In ca. einem Drittel (42,3 %; n = 11) aller untersuchten Spezialwohnbereiche können die Bewohner/innen gemeinschaftlich kreativ Gestalten. Gemeinschaftliche Außer-Haus-Aktivitäten

finden in jedem zweiten SWB statt. Gruppenaktivitäten der Kategorie „Kultur/ Infrastruktur“ existieren in 26,9 % (n = 7) aller SWB.

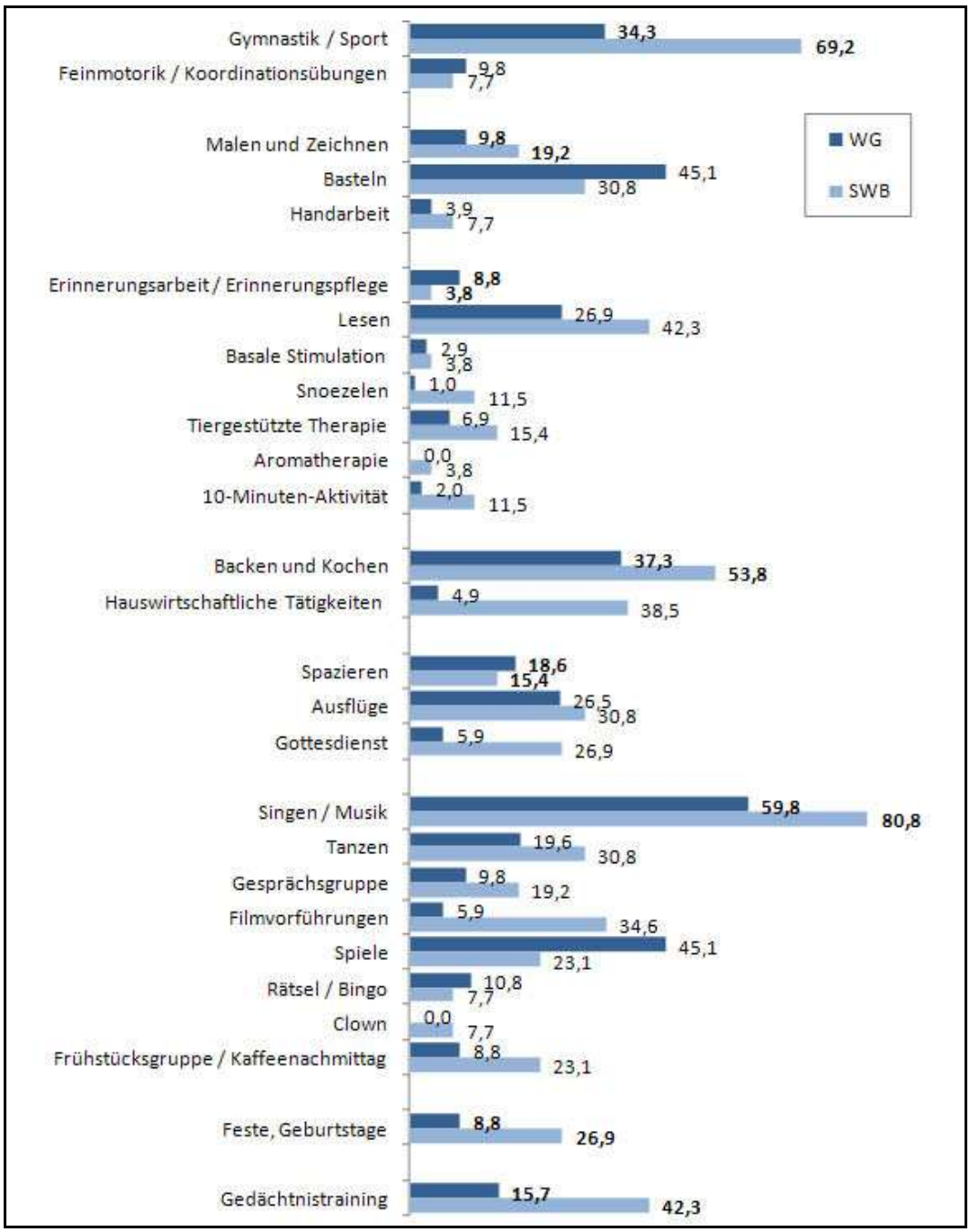


Abbildung 8: Art der gemeinschaftlichen Angebote in WG (n = 102) und SWB (n = 26)

8.1.1.6 Personelle Situation

Angaben zum Personal

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Angaben zur personellen Besetzung der befragten 105 Wohngemeinschaften im Januar 2009 (vgl. ***Tabelle 15***). Durchschnittlich sind 7,4 Personen in den untersuchten WG beschäftigt, wobei die Anzahl der Mitarbeitenden zwischen zwei und n = 22 schwankt. Dazu zählen Pflegefachkräfte, Kranken-/ Altenpflegehelfer/innen und z. B. auch Hauswirtschaftskräfte. Ein Unterschied zwischen dem Organisationsgrad der in den WG tätigen Pflegedienste und der Personalanzahl kann nicht nachgewiesen werden. Es zeigt sich ein Unterschied zwischen privat und frei gemeinnützig organisierten WG (t-Test; p = 0,042). Frei gemeinnützig getragene Pflegedienste beschäftigen zum Stichtag durchschnittlich 8,7 Mitarbeiter/innen pro WG und damit 1,9 Mitarbeiter/innen mehr im Vergleich zu privat getragenen Pflegediensten. Ein weiterer Unterschied (t-Test; p = 0,022) kann zwischen WG des segregativen und integrativen Typus nachgewiesen werden: WG mit ausschließlich Demenzerkrankten halten im Mittel 8,7 und WG vom integrativen Typus 6,8 Mitarbeiter/innen vor.

Zur personellen Situation in den untersuchten stationären Einrichtungen liegen Daten von n = 25 SWB vor. Durchschnittlich sind 10,5 Personen in den untersuchten SWB beschäftigt, wobei die Anzahl der Mitarbeitenden zwischen drei und n = 24 schwankt.

Tabelle 15: Angaben zur personellen Situation nach Versorgungsform

Versorgungsform		Anzahl aller …				
		Mitarbeitenden	Pflegefachkräfte mit gerontopsychiatr. Zusatzqualifizierung	Pflegefachkräfte	Pflegekräfte	sonstigen Mitarbeitenden
WG	Minimum	2,10	,00	,00	,00	,00
	Mittelwert	7,40	,34	1,69	3,99	1,71
	Maximum	22,00	7,00	7,00	10,00	10,00
	Spannweite	19,90	7,00	7,00	10,00	10,00
	s*	3,75	1,02	1,18	2,05	1,81
SWB	Minimum	3,00	,00	,00	1,00	,00
	Mittelwert	10,49	,84	3,06	3,77	3,65
	Maximum	24,00	4,00	6,00	12,50	8,00
	Spannweite	21,00	4,00	6,00	11,50	8,00
	s*	5,00	1,31	1,49	2,65	2,67

*Standardabweichung

In 90,5 % (n = 95) der untersuchten WG sind Pflegefachkräfte (Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Altenpfleger/innen) tätig. In einem teilnehmenden SWB sind den Angaben zufolge keine Pflegefachkräfte tätig. Die telefonische Nachfrage ergab, dass in dieser Einrichtung Pflegefachkräfte nur sporadisch im SWB arbeiten um dort SGB V-Leistungen zu erbringen. In zwei weiteren SWB sind sechs dreijährig ausgebildete Pflegefachkräfte beschäftigt.

In 77,1 % (n = 81) der WG sind keine Pflegefachkräfte mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung tätig. Frei gemeinnützig organisierte (0,71) WG weisen im Mittel eine höhere Anzahl an derartig qualifizierten Mitarbeiter/innen auf als privat organisierte (0,22) WG (t-Test; p = 0,080). Ein signifikanter Unterschied zeigt sich bezogen auf des Merkmal „Typus“ (t-Test; p = 0,046). In WG vom segregativen Typus sind durchschnittlich 0,64 Pflegefachkräfte mit einer gerontopsychiatrischen Zusatzqualifikation tätig, während in WG mit einer Mischbelegung durchschnittlich lediglich 0,19 Pflegefachkräfte arbeiten. In 57,7 % (n = 15) der SWB arbeitet kein gerontopsychiatrisch weitergebildetes Pflegefachpersonal. In vier SWB gehört jeweils eine Pflegefachkraft mit dieser Qualifikation zum Pflegeteam.

Neben den Pflegefachkräften arbeiten in den untersuchten WG auch durchschnittlich 4,0 Krankenpflegehelfer/innen und Altenpflegehelfer/innen mit gerontopsychiatrischer Basisqualifikation im Umfang von 240 h sowie Pflegehelfer/innen mit 200stündiger Basisqualifikation. Die Anzahl der Pflegehilfskräfte liegt zwischen null (in n = 2 WG) und 13 (in n = 1 WG). In 13,3 % der untersuchten WG sind jeweils drei Pflegekräfte tätig. In SWB sind durchschnittlich 3,8 derartig qualifizierte Personen tätig. Die Anzahl der Pflegehilfskräfte variiert hier zwischen eins (n = 1 SWB) und 12,5 (n = 1 SWB).

Zu den im Durchschnitt 1,7 sonstigen Mitarbeiter/innen gehören Wohngruppenfachkräfte, Hauswirtschaftskräfte, Betreuungsassistent/innen, Auszubildende, Aushilfskräfte ohne eine spezifische Qualifikation, Zivildienstleistende und Frauen, die ihr freiwilliges soziales Jahr absolvieren. sowie Kräfte mit einer Mehraufwandsentschädigung[9] (MAE). Es bleibt in den gemachten Angaben unklar, welche Qualifikation diese Wohngruppenfachkräfte haben. 26,7 % der untersuchten 105 WG beschäftigen eine/n Mitarbeiter/in dieser Personengruppe, 16,2 % arbeiten mit zwei sonstigen Mitarbeitenden. In 21,9 % (n = 23) sind keine sonstigen Mitarbeitenden beschäftigt. Während frei gemeinnützig organisierte Pflegedienste im Mittel 2,5 sonstige Mitarbeiter/innen pro WG beschäftigen, halten privat organisierte 1,4 sonstige

[9] Teilnehmer/in einer Maßnahme welche vom *JobCenter* initiiert wird und ausschließlich zusätzliche Aufgaben übernehmen soll

Mitarbeiter/innen vor (t-Test; p = 0,011). Ein signifikanter Unterschied (t-Test; p = 0,003) zeigt sich ebenfalls in der Differenzierung nach dem Typus der WG. In segregativen WG sind im Mittel mit 2,3 ca. zweimal so viele sonstige Mitarbeiter/innen tätig. Auch in den untersuchten SWB wird zum Stichtag derartiges Personal beschäftigt. Ihre durchschnittliche Anzahl beträgt dort 3,7. Fast ein Fünftel aller Spezialwohnbereiche (19,2 %) beschäftigt zusätzlich eine MAE-Kraft; in n = 3 SWB sind acht MAE-Kräfte tätig.

Die Angaben zur Personalbesetzung sind noch einmal aufgeschlüsselt nach Tag- und Nachtarbeit erhoben worden (vgl. ***Tabelle 16***). Den Antworten der Befragten nach, arbeiten tagsüber von einer bis zu 21 und durchschnittlich 6,3 Personen in den untersuchten WG wobei sich die mittlere Anzahl der Beschäftigten nach der Art der Trägerschaft unterscheidet. Frei gemeinnützig getragene Pflegedienste beschäftigen in diesen Zeiten mit durchschnittlich 7,7 Mitarbeiter/innen pro WG zwei Mitarbeiter/innen mehr als privat getragene (t-Test; p = 0,023). Ein ähnlicher Zusammenhang zeigt sich in der Gegenüberstellung von segregativen und integrativen WG. In segregativen WG werden durchschnittlich 7,5 Mitarbeiter/innen pro WG und damit zwei mehr als in integrativen WG beschäftigt (t-Test; p = 0,028).

Durchschnittlich 1,5 Pflegefachkräfte sind tagsüber in den untersuchten WG tätig. Während in 38,1 % (n = 40) aller WG im Tagesdienst jeweils eine Pflegefachkraft anwesend ist, arbeiten in n = 37 WG (35,2 %) tagsüber zwei Pflegefachkräfte. In einer WG sind fünf Pflegefachkräfte im Tagesdienst. In WG mit verbandlich organisierten Pflegediensten sind in dieser Zeit im Mittel weniger Pflegefachkräfte (1,3) im Einsatz als in WG mit nicht organisierten (1,9) Pflegediensten (t-Test; p = 0,010).

Tabelle 16: Angaben zur personellen Situation nach Versorgungsform

Versorgungsform		alle MA[1]	PFK[2]	PK[3]	Sonst.[4] MA
WG	**tagsüber**				
	durchschn. Anzahl … (min-max)	6,28 (1,10-21,00)	1,45 (0,00-5,00)	3,37 (0,00-10,00)	1,56 (0,00-9,00)
	Betreuungsrelation[5]	1 : 0,93	1 : 3,70	1 : 1,75	1 : 4,17
	nachts				
	durchschn. Anzahl … (min-max)	1,06 (0,00-4,00)	0,18 (0,00-4,00)	0,63 (0,00-3,00)	0,25 (0,00-2,00)
	Betreuungsrelation[5]	1 : 5,26	1 : 33,34	1 : 8,30	1 : 25,00
SWB	**tagsüber**				
	durchschn. Anzahl … (min-max)	9,13 (2,00-21,00)	2,37 (0,00-4,00)	3,24 (1,00-12,00)	3,51 (0,00-8,00)
	Betreuungsrelation[5]	1 : 1,59	1 : 6,67	1 : 4,55	1 : 3,85
	nachts				
	durchschn. Anzahl … (min-max)	1,36 (0,50-3,90)	0,69 (0,00-3,00)	0,53 (0,00-2,00)	0,15 (0,00-1,00)
	Betreuungsrelation[5]	1 : 8,33	1 : 16,67	1 : 20,00	1 : 100,00

[1]Mitarbeiter, [2]Pflegefachkräfte, [3]Pflegekräfte, [4]sonstige Mitarbeitende, [5] Anzahl der Bewohner/innen je Mitarbeiter/in

Mit durchschnittlich 3,4 Pflegehelfern/innen stellen diese die zahlenmäßig größte Qualifikationsgruppe aller tagsüber in den untersuchten WG tätigen Personen. In WG mit freigemeinnützig organisierten Pflegediensten arbeiten tagsüber im Mittel 4,1 und in WG mit privat organisierten Pflegediensten 3,1 derartig Qualifizierte (t-Test; p = 0,033). Ein tendenzieller Unterschied zeigt sich auch hier zwischen WG vom segregativen Typus mit im Mittel 3,9 Pflegehelfer/innen und WG vom integrativen Typus mit 3,2 Pflegehelfern/innen (t-Test; p = 0,098). Daneben sind tagsüber durchschnittlich 1,5 sogenannte sonstige Mitarbeitende in den untersuchten WG tätig. Zwei sonstige Mitarbeitende arbeiten in 19 WG (18,1 %). In n = 31 WG (29,5 %) arbeitet tagsüber jeweils ein/e sonstige Mitarbeiter/in. In n = 25 WG (23,8 %) werden am Tage außer Pflegefachkräften und Pflegehelfer/innen keine weiteren Personen beschäftigt. Ein deutlicher Unterschied zeigt sich zwischen der Anzahl aller sonstigen Mitarbeiter/innen und dem Typus der WG (t-Test; p = 0,002). Im Mittel findet sich pro segregativer WG ein/e sonstige/r Mitarbeiter/in mehr als in integrativen WG (2,0 vs. 1,0).

In den untersuchten Spezialwohnbereichen sind tagsüber durchschnittlich 9,1 Personen tätig. Die mittlere Anzahl der Pflegefachkräfte je SWB beträgt 2,4. Während in 7,7 % (n = 2) aller SWB im Tagesdienst keine Pflegefachkräfte anwesend sind, arbeiten in n = 10 SWB tagsüber drei Pflegefachkräfte. Durchschnittlich sind 3,2 Pflegehelfer/innen tagsüber in den untersuchten SWB tätig sowie 3,5 sogenannte sonstige Mitarbeitende. In zwei SWB werden am Tage außer Pflegefachkräften und Pflegehelfer/innen keine weiteren Personen beschäftigt.

In der Nacht (vgl. ***Tabelle 16***) liegt die durchschnittliche Anzahl von Mitarbeitenden in der Versorgungsform „WG“ bei 1,06. In 82,9 % (n = 87) aller WG sind nachts keine Pflegefachkräfte vor Ort. In einer WG sind in dieser Zeit vier Pflegefachkräfte anwesend. Bezogen auf alle untersuchten WG arbeiten nachts durchschnittlich 0,18 Pflegefachkräfte. Die Anwesenheit von Pflegefachkräften unterscheidet sich signifikant (t-Test; p = 0,049) nach der Organisationsart der Pflegedienste. Während frei gemeinnützig organisierte Pflegedienste nachts keine Pflegefachkräfte bereitstellen, beschäftigen privat organisierte Pflegedienste im Mittel 0,29 Mitarbeiter/innen in dieser Zeit. Nachts sind i. d. R. 0,63 Pflegehelfer/innen eingesetzt. In nahezu jeder zweiten WG (n = 51; 48,6 %) wird nachts eine Pflegehilfskraft beschäftigt, in einer WG sind drei Pflegehilfskräfte vor Ort, in 36,2 % (n = 38) keine. Privat organisierte Pflegedienste beschäftigen in dieser Zeit durchschnittlich 0,7 und damit doppelt so viele Mitarbeiter dieser Qualifikationsgruppe als frei gemeinnützige (t-Test; p = 0,003). Mehr als drei Viertel (77,1 %) der WG haben nachts keine sonstigen Mitarbeiter/innen angestellt. In 19,0 % der WG arbeitet jeweils eine und in 2,9 % jeweils zwei Vertreter/innen dieser Gruppe in der Nacht. Es ergibt sich daraus eine durchschnittliche Anzahl von n = 0,25. Frei gemeinnützig

organisierte ambulante Leistungsanbieter stellen nachts im Mittel 0,64 sonstige Mitarbeiter ab und privat organisierte 0,07 (t-Test; p < 0,001).

In der Nacht liegt die durchschnittliche Anzahl von Mitarbeitenden in den untersuchten SWB der stationären Einrichtungen bei 1,36, wobei die minimale Anzahl der Angestellten nachts 0,50, die maximale 3,90 je SWB beträgt. In 11,5 % (n = 3) aller Spezialwohnbereiche sind nachts keine Pflegefachkräfte vor Ort. In n = 8 SWB ist in dieser Zeit von einer 50 %-igen Anwesenheit auszugehen (Pflegefachkraft n = 0,5) und in n = 9 SWB arbeitet eine Pflegefachkraft. Bezogen auf alle SWB arbeiten nachts im Mittel 0,69 Pflegefachkräfte. Außerdem werden im Mittel 0,53 Pflegehelfer/innen eingesetzt. In n = 8 SWB werden nachts keine Pflegehilfskräfte beschäftigt. Fast drei Viertel (73,1 %) der SWB haben nachts keine sonstigen Mitarbeiter/innen angestellt, so dass sich daraus ein durchschnittlicher Anteil von n = 0,15 ergibt.

Betreuungsralation – Anzahl der Bewohner/innen je Mitarbeiter/in

Den Auswertungen zufolge ergibt sich innerhalb der WG zum Stichtag eine mittlere Betreuungsrelation von 1 : 0,93. Das heißt, dass 0,93 Bewohnerinnen und Bewohner auf eine Betreuungsperson entfallen. Das kleinste berechnete Betreuungsverhältnis beträgt in WG 1:2,32, das größte 1:0,25, hier wird also eine Person von vier Mitarbeitenden versorgt. In WG vom segregativen Typus beträgt die Anzahl der Bewohner je Pflegekraft 0,66 und in WG vom integrativen Typus 0,89 (t-Test; p = 0,012). Auf eine WG-Pflegekraft und eine der sonstigen Mitarbeitenden entfallen durchschnittlich 3,57 pflegebedürftige Frauen und Männer. Das Betreuungsverhältnis der sonstigen Mitarbeiter/innen ist der Auswertung nach an die Organisationsart des beschäftigenden Pflegedienstes geknüpft (t-Test; p = 0,010), denn in WG mit frei gemeinnützigen Pflegediensten versorgen sie im Mittel 2,44 Bewohner/innen und in WG mit privat organisierten Pflegediensten fast doppelt so viele, nämlich durchschnittlich 4,55 Frauen und Männer. Die Betreuungsrelation bezogen auf die sonstigen Mitarbeiter unterscheidet sich ebenfalls nach dem Typus der WG. Während auf eine sonstige Mitarbeitende 2,63 segregativ Betreute entfallen, haben sie 5,26, also doppelt so viele Bewohner/innen im integrativen Typus zu versorgen (t-Test; p = 0,002). Der Betreuungsschlüssel in WG mit privat getragenen Pflegediensten beträgt 1 : 0,99 und ist damit besser im Vergleich zu WG mit nicht organisierten (0,93) und frei gemeinnützig getragenen (0,81) Pflegediensten.

In den untersuchten Spezialwohnbereichen versorgt eine Pflegeperson durchschnittlich 1,33 Frauen und Männer (Median: 1,85). Damit unterscheidet sich diese Betreuungsrelation von der in den teilnehmenden WG (t-Test; p < 0,001). Das größte berechnete Betreuungsverhältnis beträgt in den SWB 1 : 3,13, das kleinste 1 : 0,55. Von einer Pflegefachkraft werden

hier durchschnittlich 4,76 (Median: 4,76) Bewohner/innen versorgt. Damit zeigt sich ein Unterschied bezogen auf die Versorgungsform (t-Test; p = 0,004). Durchschnittlich werden 3,70 Bewohner/innen von einer Pflegekraft und einer/m sonstigen Mitarbeiter/in betreut. Der Vergleich mit den WG offenbart auch bei den Pflegekräften signifikante Unterschiede (t-Test; p < 0,001).

Vergleicht man die beiden Versorgungsformen WG und SWB (vgl. ***Tabelle 16***), so wird deutlich, dass die SWB-Mitarbeitenden **tagsüber** etwa doppelt so viele Bewohner/innen zu versorgen haben (Mittelwert: 1,59, Median: 2,00; Spannweite: 0,95) wie Mitarbeitende in den WG. Der Unterscheid erweist sich im Test als signifikant (ANOVA, p = 0,001). Dies trifft uneingeschränkt auf die Versorgung durch Pflegefachkräfte zu. Im Mittel werden 6,67 Bewohnerinnen und Bewohner von einer im SWB tätigen Pflegefachkraft versorgt (Median: 5,88; Spannweite: 3,03) und damit deutlich mehr als in WG, denn dort ist eine Pflegefachkraft durchschnittlich für 3,70 Personen zuständig (Median: 5,00; Spannweite: 1,00) (t-Test; p < 0,001). Im Mittel ist eine nichtexaminierte Pflegekraft in den stationären Einheiten für 4,55 Bewohner/innen verantwortlich (Median: 1,43; Spannweite: 1,59) und damit doppelt so viele Bewohner/innen im Vergleich zu WG (t-Test; p < 0,001). Die tagsüber vorherrschende Betreuungsrelation durch das sonstige Personal beträgt in den Spezialwohnbereichen 1 : 3,85 (Median: 5,56; Spannweite: 1,43) und ist ähnlich dem in ambulant betreuten Wohngemeinschaften.

In Bezug auf die Versorgung der WG-Bewohner/innen **in der Nacht** ist ein durchschnittliches Verhältnis von 5,26 Bewohner/innen pro Mitarbeiter/in (Median: 5,88) zu verzeichnen (vgl. ***Tabelle 16***). Die nächtlichen Betreuungsrelationen variieren sehr stark und reichen von keiner Betreuung bis zu einer 1 : 1 Betreuung. Eine Versorgung durch Pflegefachkräfte ist in dieser Zeit oftmals nicht gewährleistet, denn wie der Betreuungsschlüssel von 1 : 33,34 verdeutlicht, werden 33 Frauen und Männer von einer examinierten Fachkraft versorgt (SWB: 1 : 16,67). In 87 WG ist nachts keine Pflegefachkraft anwesend. Eine bessere Betreuungsrelation ergibt sich in der Untersuchung der nichtexaminierten Pflegekräfte in dieser Zeit. Sie versorgen durchschnittlich 8,33 Bewohner/innen. In WG privat organisierter Pflegedienste sind Nichtexaminierte nachts für 7,69 Pflegebedürftige und somit für halb so viele (14,29) Bewohner/innen wie ihre Kolleg/innen bei frei gemeinnützig getragenen Arbeitgebern (t-Test; p = 0,038). In 38 WG ist auch keine solche Pflegekraft nachts anwesend. Der nächtliche Betreuungsschlüssel von sonstigen Mitarbeitenden zu Bewohner/innen beträgt im Mittel 1 : 25 und ist mit 1 : 10 in frei gemeinnützigen WG besser im Vergleich zu WG (1 : 100) von privat organisierten Pflegediensten (t-Test; p < 0,001).

Wie der Betreuungsschlüssel tagsüber unterscheidet sich auch der nächtliche deutlich nach der Versorgungsform (t-Test; p = 0,021). In den SWB werden im Nachtdienst durchschnittlich 8,33 Frauen und Männer von einer Pflegeperson versorgt (Median: 14,29). Dabei beträgt das kleinste Betreuungsverhältnis 1 : 33,33 und das größte 1 : 2. Eine Pflegefachkraft begleitet nachts im Mittel 16,67 (Median: 25,00; Spannweite: 2,63) Bewohner/innen und eine nicht-examinierten Pflegekraft 20 Bewohner/innen (Median: 33,33; Spannweite: 3,03). In acht SWB ist nachts keine Pflegekraft anwesend. Der nächtliche Betreuungsschlüssel von sonstigen Mitarbeitenden zu Bewohner/innen beträgt im Mittel 1 : 100,00 (Median: 0,0; Spannweite: 12,50). Der Betreuungsschlüssel Pflegekräfte/ Bewohner/innen (t-Test; p = 0,021 sowie sonstigen Mitarbeitende/ Bewohner/innen (t-Test; p = 0,010) unterscheidet sich signifikant nach der Versorgungsform.

Die an der Studie teilnehmenden Pflegedienste und Einrichtungen wurden dazu befragt, wie viele Wochenstunden Pflegefachkräfte in der Woche vom 19.01. bis 25.01.2009 in den WG und SWB tätig waren. Werden diese Wochenstunden auf die Anzahl der Bewohner/innen der WG umgerechnet, dann entfallen auf jede Bewohnerin in der letzten Woche vor dem Stichtag 10,1 Pflegestunden von Pflegefachkräften (Median: 6,8), was einem täglichen Umfang von 1,4 h entspricht. In WG mit frei gemeinnützig getragenen Pflegediensten waren Pflegefachkräfte durchschnittlich 6,6 h pro wöchentlich (0,9 h täglich) in der WG tätig. Doppelt so lange und mit 11,4h/ Woche (1,6 h/ Tag) arbeiteten Pflegefachpersonen, privat organisierter Dienste in ihren WG (t-Test; p = 0,054). Die Anwesenheitszeit von Pflegefachkräften in den untersuchten SWB war in der Woche vor der Erhebung mit 9,5 Pflegestunden (Median: 9,1; täglicher Umfang: 1,4 h) ähnlich hoch wie in den WG.

8.1.1.7 Demenzspezifische Fortbildungen und Weiterbildungen des Personals

Die Pflegedienste wurden gebeten, die Themen aller Fortbildungsangebote zum Thema Demenz im Jahr 2008 anzugeben. Um das Risiko einer sogenannten „sozialen Erwünschtheit“ bei den Angaben zu verringern, wurde an dieser Stelle auf Antwortvorgaben verzichtet. Alle Antworten wurden anschließend kategorisiert. In n = 89 WG (84,8 %) gab es im o.g. Zeitraum Fortbildungsangebote zum Thema Demenz für das Personal. In sechs Fällen (5,7 %) werden keine Fortbildungen angeboten. Für zehn WG (9,5 %) haben die Pflegedienste dazu keine Angaben gemacht. Bis auf eine Einrichtung haben alle SWB derartige Fortbildungen für Ihre Angestellten durchgeführt. Eine Einrichtung enthielt sich der Antwort. Es können insgesamt n = 253 Angaben der ambulanten und n = 81 der stationären Einrichtungen ausgewertet werden. Alle Fortbildungsthemen wurden den fünf Kategorien „Krankheitsbilder“,

„Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz“, „(Arbeits-) Organisation allgemein“, „Sonstige Fortbildungen zum Thema Demenz (DCM, Gerontopsychiatrische Weiterbildung)“ und „andere Fortbildungen“ eingruppiert. Die folgende Übersicht verdeutlicht die Zuordnung der einzelnen Fortbildungskategorien und deren dazugehörigen Unterthemen:

- **Krankheitsbilder**
  - Gerontopsychiatrische Krankheitsbilder (Ursache, Diagnostik, Therapie)
  - Demenz allgemein (Ursache, Diagnostik, Therapie)
  - Medikamentöse Therapie/ Pharmakotherapie im Alter
- **Pflege & Betreuung von Menschen mit Demenz**
  - Pflegespezifische Besonderheiten bei Demenz (Ernährung, Schmerz)
  - Kommunikation
  - Tagesstrukturierung und Aktivierungsmöglichkeiten im Alltag
  - Spezifische Betreuungskonzepte (Validation, Basale Stimulation etc.)
  - Umgang mit Demenzerkrankten allgemein und bei bestimmten Verhaltensweisen (herausfordernde Verhaltensweisen, Umherwandern, Weglauftendenzen)
- **(Arbeits-)Organisation allgemein**
  - Fallbesprechung/ Supervision/ Burnout
  - Leben in einer Dementen-WG
- **Sonstige Fortbildungen**
  - DCM
  - gerontopsychiatrische Weiterbildung
- **andere Fortbildungen**

Insgesamt wurden in 82,0 % (n = 73) aller WG, für die Antworten vorlagen, Schulungen zum Thema „Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz“ mit einem durchschnittlichen Umfang von 6,1 h durchgeführt. Fast in jeder zweiten WG (48,3 %, n = 43) hatten die Beschäftigten die Möglichkeit, an Fortbildungen zum Thema „Krankheitsbilder“ mit durchschnittlich 3,3 h teilzunehmen. Veranstaltungen zu „Dementia Care Mapping (DCM)“ oder gerontopsychiatrische Weiterbildungen veranstalteten 32,6 % (n = 29) der WG. Diese Fortbildungen haben mit durchschnittlich 33,1 Stunden den größten Umfang der angebotenen Fortbildungen. In 23,6 % aller WG (n = 21) wurden Schulungen zur (Arbeits-)Organisation mit einem durchschnittlichen Umfang von 0,6 h durchgeführt. Fortbildungen mit demenzspezifi-

schem Inhalt, die sich keinem der oben genannten Themenbereiche zuordnen ließen, gab es in weiteren 22,5 % aller WG (n = 20) in einem mittleren Umfang von 5,8 h.

In 84,0 % (n = 21) aller sich äußernden Einrichtungen wurden Schulungen zum Thema „Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz“ im Umfang von 10,4 h und in 48,0 % (n = 12) Fortbildungen zum Thema Krankheitsbilder im Umfang von 2,5 h angeboten. Veranstaltungen zu „Dementia Care Mapping (DCM)“ oder gerontopsychiatrische Weiterbildungen absolvierten die Angestellten von 40,0 % (n = 10) dieser SWB. Mit durchschnittlich 36,8 h haben diese Fortbildungen auch in diesem Setting den größten Umfang aller Fortbildungsangebote. In genau so vielen SWB wurden Fortbildungen im Umfang von 28,5 h angeboten, welche sich nicht zuordnen ließen. Veranstaltungen zum Thema „(Arbeits-)-Organisation“ wurden mit durchschnittlich etwa 1,7 h für die Mitarbeitenden von 12,0 % (n = 3) der antwortenden SWB vorgehalten.

Die genauere Unterteilung der angebotenen Fortbildungen in beiden Versorgungsformen ist der ***Abbbildung 9*** zu entnehmen.

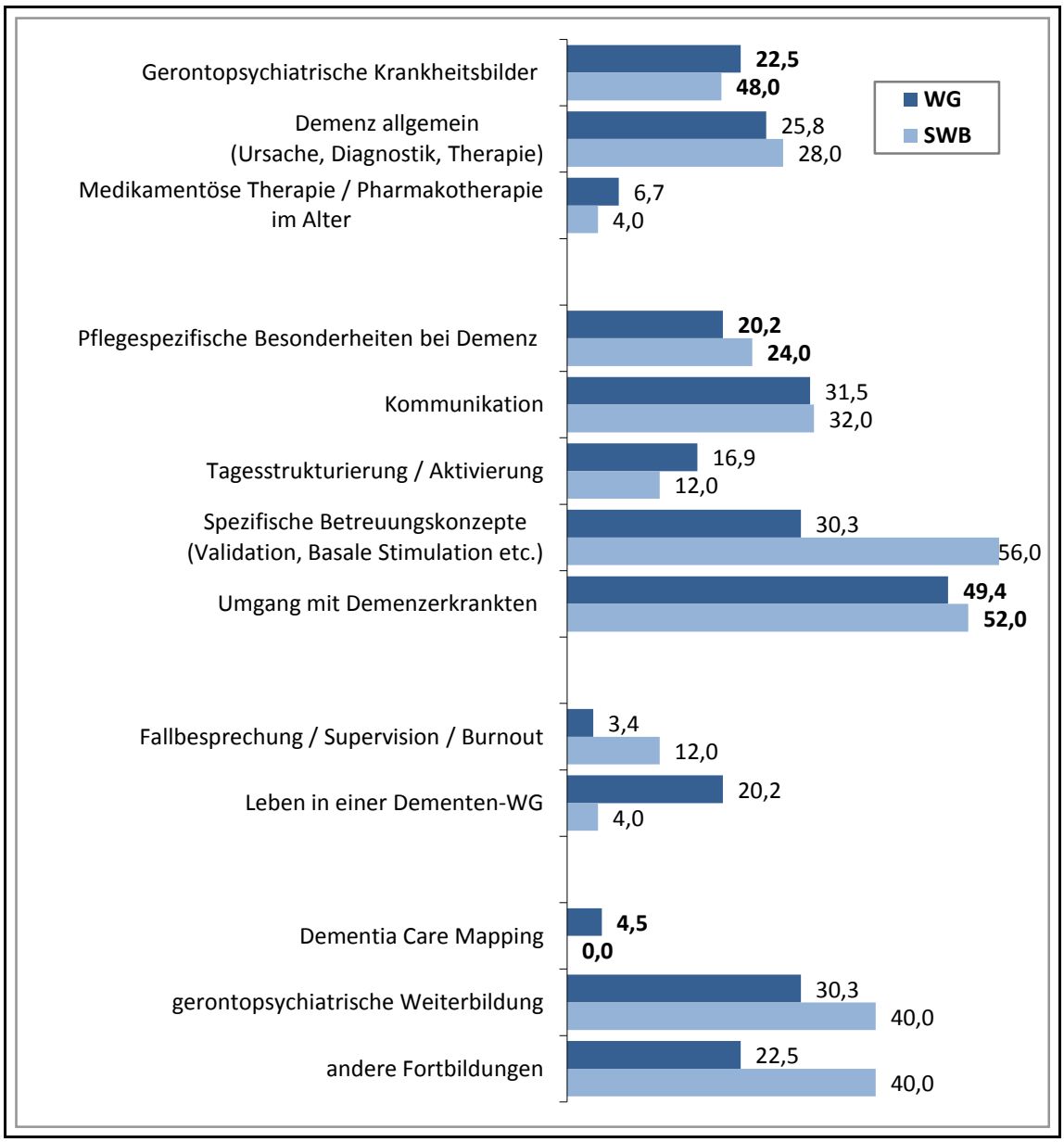


Abbildung 9: Themen demenzspezifischer Fortbildungen in WG (n = 89) und SWB (n = 25) in %

8.1.1.8 Einbindung und Mitwirkung von Angehörigen und Ehrenamtlichen

Die Mitarbeitenden der ambulanten Pflegedienste und stationären Einrichtungen wurden danach gefragt, wie häufig sie Informations-/ Beratungsangebote für Angehörige anbieten. Es wurde dabei deutlich, dass die Häufigkeit, mit der Informations- und Beratungsangebote für Angehörige angeboten werden, abhängig von der Versorgungsform ist (Chi-Quadrat-Test; p = 0,019). Gleichermaßen führen jedoch über die Hälfte aller WG und SWB seltener als einmal im Monat Informations- bzw. Beratungsangebote für Angehörige durch. 16,2 %

der WG bieten keine Informationsabende für Angehörige an, dies betrifft dagegen nur 3,8 % der SWB. (siehe ***Tabelle 17***).

Tabelle 17: Organisation von Beratungsangeboten für Angehörige: WG im Vergleich zu SWB

	Versorgungsform			
	WG		SWB	
Organisation von Beratungsangeboten für Angehörige	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
öfter als 4 x im Monat	5	4,8	5	19,2
3 bis 4 x im Monat	5	4,8	0	0
1 bis 2 x im Monat	10	9,5	6	23,1
seltener als 1 x im Monat	60	57,1	14	53,8
nie	17	16,2	1	3,8
Keine Angabe	8	7,6	0	0
Gesamt	**105**	**100,0**	**26**	**100,0**

Darüber hinaus wurden Informationen über die Art der Mitwirkung von Angehörigen gewonnen. Dabei wurde auf vorgegebene Antwortkategorien verzichtet. Alle Antworten wurden anschließend folgenden Kategorien zugeordnet:

- Pflege/ Pflegerische Hilfen und Hilfen zur Betreuung
- Persönliche Hilfen
- Gesellschaft leisten und gemeinschaftliche Angebote
- Sonstige
- Keine

Insgesamt ist eine Mitwirkung von ***Angehörigen*** in 68,6 % (n = 72) der betrachteten WG zu verzeichnen (siehe ***Abbildung 10***). In 18 WG (17,1 %) wurde dagegen eine aktive Einbindung Angehöriger verneint, 15 Mal (14,3 %) wurden diesbezüglich keine Angaben gemacht. Es zeigen sich leichte Abweichungen zwischen WG vom segregativen und integrativen Typus. Verglichen mit integrativen WG findet Angehörigenarbeit in segregativen WG tendenziell etwas häufiger statt (64,2 % vs. 76,9 %). Nicht organisierte Pflegedienste (78,3 %) binden in der vorliegenden Studie häufiger Angehörige aktiv in den WG-Alltag ein als verbandlich organisierte Pflegedienste (65,8 %). Seitens der organisierten Pflegedienste kann festgestellt werden, dass vor allem kirchliche Träger wie die Diakonie und Caritas in allen WG aktiv Angehörige in die WG-Arbeit integrieren. In knapp drei Viertel der WG der Träger AVG und bpa findet Angehörigenarbeit ebenso statt. In WG des DPW sowie ABVP werden Angehörige weniger eingebunden. Diese Ergebnisse gleichen stark den Ergebnissen in den untersuch-

ten SWB. Eine Mitwirkung von Angehörigen wird hier in 69,2 % (n = 18) der Einrichtungen beschrieben. Fünf Spezialwohnbereiche (19,2 %) verneinten eine solche Einbindung, dreimal (11,5 %) wurden diesbezüglich keine Angaben gemacht.

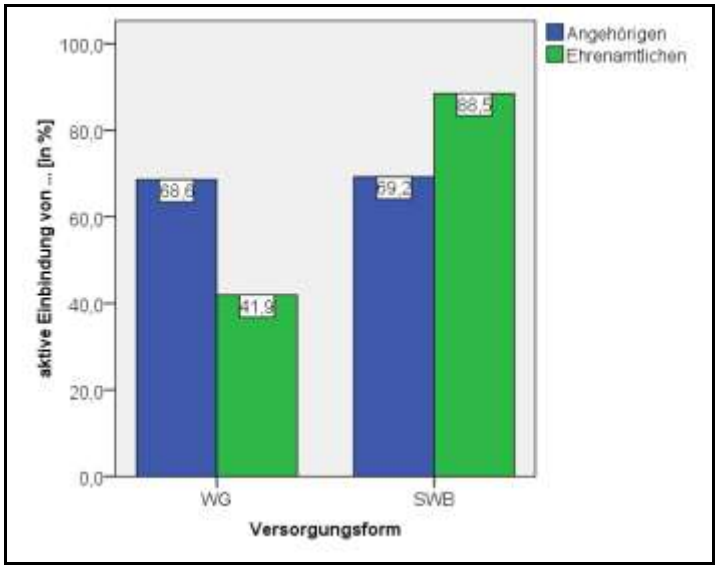


Abbildung 10: Aktive Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen in den Versorgungsalltag nach Versorgungsform

Im Folgenden werden nur diejenigen WG/ SWB betrachtet, in denen eine aktive Angehörigenarbeit stattfindet. Persönliche Hilfen werden in 62,0 % dieser WG und in 27,8 % dieser SWB durch Angehörige geleistet (vgl. ***Tabelle 18***). In 60,6 % unterstützen diese in WG und in 44,4 % in SWB im Bereich „Gesellschaft leisten gemeinschaftliche Angebote“. In 39,4 % aller WG und in 44,4 % aller SWB sind Angehörige aktiv im Bereich „Pflege/ Pflegerische Hilfen und Hilfen zur Betreuung“ involviert. Sonstige Angehörigenarbeit wird von 46,5 % der untersuchten WG sowie in 77,8 % (n = 14) der SWB angegeben. ***Abbildung 11*** stellt die Häufigkeiten der Angehörigenbeteiligung beider Versorgungsformen gegenüber.

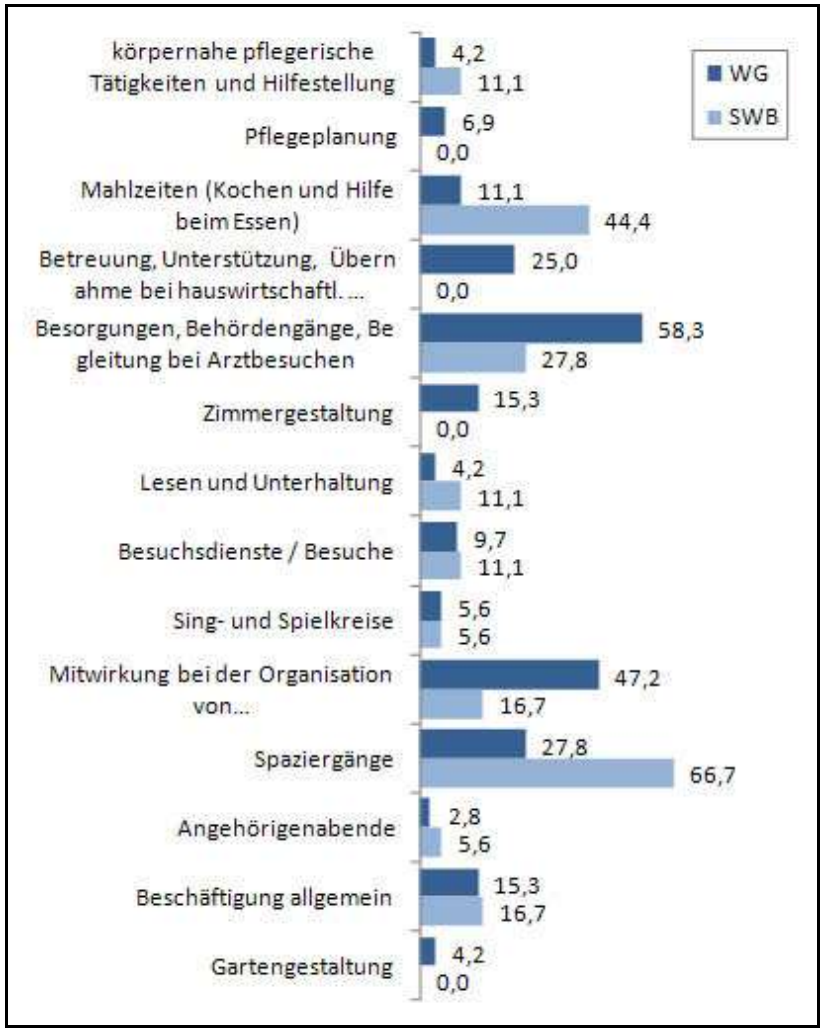


Abbildung 11: Mitwirkung Angehöriger in WG (n = 72) und SWB (n = 18) in %

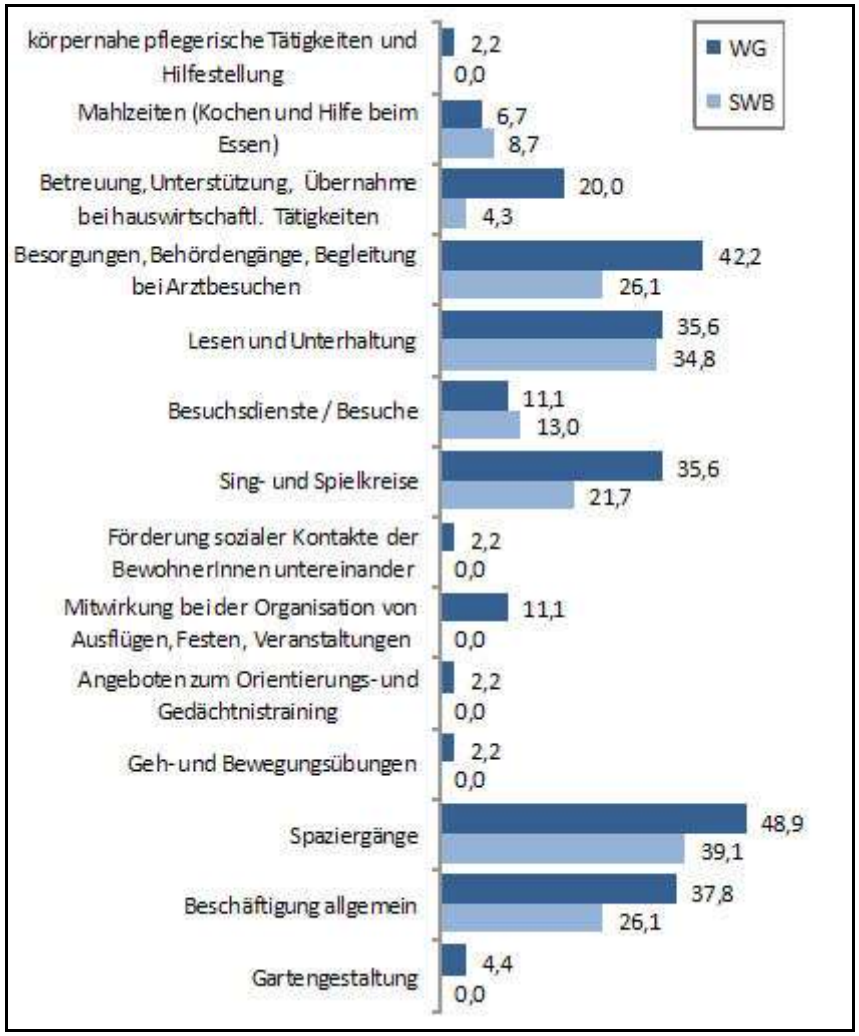


Abbildung 12: Mitwirkung Ehrenamtlicher in WG (n = 45) und SWB (n = 23) in %

Ehrenamtliche Helfer sind in mehr als der Hälfte aller hier untersuchten WG (55,2 %; n = 58) nie vor Ort. In einem Fall wurden hierzu keine Angaben gemacht. In 13,3 % (n = 14) der WG findet Ehrenamtlichenarbeit seltener als einmal wöchentlich statt. In zwölf WG (11,4 %) sind Ehrenamtliche wöchentlich und in 15 WG (14,3 %) mehrmals wöchentlich zugegen. Ein tägliches Engagement ist in vier WG (3,8 %) und ein mehrmals täglicher Einsatz in einer WG vertreten. Die Einbindung von aktiv tätigen Ehrenamtlichen ist nicht unabhängig von der Versorgungsform (Chi-Quadrat-Test; p< 0,001) und ist stärker in den teilnehmenden stationären Einrichtungen vertreten (vgl. ***Abbildung 12***). In fast allen SWB (88,5 %; n = 23) wird ein ehrenamtliches Engagement beschrieben. In 11,5 % (n = 3) der befragten Wohnbereiche sind keine Ehrenamtlichen erwähnt. In über der Hälfte (57,7 %; n = 15) findet Ehrenamtlichenarbeit seltener als einmal wöchentlich statt. In fast jedem vierten Wohnbereich (19,2 %; n = 5) sind Ehrenamtliche wöchentlich und in knapp 8 % (n = 2) mehrmals wöchentlich zugegen. Ein tägliches Engagement ist mit knapp 4 % in nur einer Einrichtung vertreten. Für die Beschreibung der Art des Engagements durch Freiwillige liegen Daten von 88,5 % (n = 23) der untersuchten SWB vor.

Tabelle 18: Oberkategorien der von Angehörigen und Ehrenamtlichen übernommenen Aufgaben: WG im Vergleich zu SWB (in %)

	WG		SWB	
Art der Unterstützung	Angehörige	Ehrenamtliche	Angehörige	Ehrenamtliche
Pflege/ Pflegerische Hilfen und Hilfen zur Betreuung	39,4	28,9	44,4	13,0
Persönliche Hilfen	62,0	42,2	27,8	26,1
Gesellschaft leisten und gemeinschaftliche Angebote	60,6	57,8	44,4	60,9
Sonstige Unterstützungsleistungen	46,5	73,3	77,8	56,5

Analog zu den Aufgaben, welche von Angehörigen übernommen werden, wurden die einzelnen Aufgaben, die Ehrenamtliche in beiden Settings übernehmen, erfasst. 41,9 % aller untersuchten WG äußerten sich mit 119 Angaben und 88,5 % aller SWB mit 42 Angaben zur Art der Ehrenamtlichenarbeit (siehe ***Abbildung 12***).

Im Folgenden werden alle WG/ SWB betrachtet, in denen eine aktive Einbindung von Ehrenamtlichen erfolgt. „Pflege/ pflegerische Unterstützung“ durch ehrenamtliche Helfer gibt es in 28,9 % (n = 13) der WG, und in 13,0 % (n = 3) der SWB; „Gesellschaft leisten“ und „gemeinschaftliche Angebote“ in 57,8 % (n = 26) der WG und in 60,9 % (n = 14) der SWB (vgl. ***Tabelle 18***). Eine aktive Beteiligung von Ehrenamtlichen im Bereich persönlicher Hilfen existiert in 42,2 % (n = 19) der WG und in 26,1 % (n = 6) der SWB. Hilfen in diesem Bereich sind tendenziell nicht unabhängig von dem Typus der WG (Test nach Fisher; p = 0,063) und werden im Vergleich mit integrativen WG (27,8 %) in segregativen WG (56,5 %) mehr als doppelt so

häufig geleistet. Sonstige Arten von Ehrenamt werden von 73,3 % (n = 33) der WG und 56,5 % (n = 13) der SWB beschrieben.

Die Mitarbeiter/innen von 20,0 % aller WG (n = 21) verweisen darauf, dass keine Aufgaben von Freiwilligen übernommen werden. 37,1 % (n = 39) aller WG machten keine Angaben zum freiwilligen Engagement. Die Art der aktiven Einbindung von Ehrenamtlichen in der WG ist nicht unabhängig von dem Grad der Organisation des Pflegedienstes in der WG (Chi-Quadrat-Test; $p < 0{,}001$): In WG mit freigemeinnützigen (70,8 %) sowie nicht verbandlichen organisierten Pflegediensten (60,9 %) findet ein ehrenamtliches Engagement häufiger statt, als dies in WG mit privat getragenen Pflegediensten (23,6 %) der Fall ist. Am stärksten ist die Einbindung von Ehrenamtlichen in Wohngemeinschaften, die von Diakonie-Pflegediensten versorgt werden (90 %), gefolgt von nicht verbandlich organisierten Pflegediensten (60,9 %) und vom DPW (58,3 %). In der Hälfte der WG, die von Pflegediensten des Caritas-Verbandes versorgt werden (50 %), sind ebenfalls Ehrenamtliche tätig. In bei AVG- (32,1 %) und bpa- (9,1 %) angebundenen WG werden Ehrenamtliche weniger involviert. Mit 88,5 % (vgl. ***Abbildung 10***) in allen SWB ist das ehrenamtliche Engagement im Vergleich zu WG deutlich häufiger vertreten (Chi-Quadrat, $p < 0{,}001$). In 7,7 % der SWB übernehmen Ehrenamtliche keine Aufgaben, eine Einrichtung machte hierzu keine Angaben. Insgesamt konnten n = 42 Angaben, welche die Art des Engagements von Freiwilligen in SWB beschreiben, ausgewertet werden.

Zu den Aufgaben (siehe ***Abbildung 12***), die Ehrenamtliche in WG häufiger übernommen haben, zählen Spaziergänge, Besorgungen und Behördengänge, die Mitgestaltung von Beschäftigung im Allgemeinen, Gestaltung von Lese- und Unterhaltungsrunden sowie Sing- und Spielkreise. Auch in den untersuchten SWB begleiten Ehrenamtliche sehr häufig bei der Gestaltung von Lese- und Unterhaltungsrunden, bei Spaziergängen oder bei der Mitgestaltung von Beschäftigung im Allgemeinen.

8.1.1.9 Ärztliches Personal in der Versorgung

Von 97 (bzw. 92,4 % aller) Wohngemeinschaften liegen Angaben hinsichtlich der hausärztlichen Versorgung vor. In 30,5 % (n = 32) der untersuchen WG übernimmt ein Hausarzt/ eine Hausärztin die medizinische Versorgung der jeweiligen Bewohnergemeinschaft. In 29 WG (27,6 %) sind zwei Hausärzte/innen für die Bewohner/innen verantwortlich, bei 15,2 % (n = 16) sind es drei, jeweils vier oder fünf unterschiedliche Hausärzte/innen in 6,7 % (n = 7) der WG. Die hausärztliche Versorgung wird durchschnittlich durch 2,5 Mediziner/innen gewährleistet. Während in WG mit verbandlich getragenen Pflegediensten im Mittel (Median) zwei Hausärzte die Versorgung der Bewohner/innen übernehmen, wird diese in WG nicht organisierter Pflegedienste nur durch eine/n Hausarzt/ärztin gewährleistet. In einer WG findet keinerlei medizinische Versorgung durch Hausärzte/innen statt. Für acht WG (7,6 %) liegen keine Angaben zu dieser Frage vor.

Analog zu Art und Umfang der hausärztlichen Versorgung der Bewohner/innen in WG wurden die beteiligten stationären Einrichtungen zur Teilnahme an Modellen der heimärztlichen Versorgung um Auskunft gebeten. Keine der befragten Einrichtungen nimmt am Heimarztmodell[10] teil. 11,5 % (n = 3) der untersuchten Einrichtungen haben integrierte Versorgungsverträge der Heimversorgung mit anderen Leistungserbringern oder Institutionen abgeschlossen. In diesem Zusammenhang wird in einem Fall ein spezieller Vertrag mit der AOK als Vertragspartner, in einem Fall ein „Hausarztmodell“ sowie „Care Plus“ erwähnt. 76,9 % (n = 20) der SWB verfügen nicht über einen solchen Versorgungsvertrag. An anderen Kooperationsmodellen der ärztlichen Versorgung nehmen 34,6 % (n = 9) der SWB bzw. drei Einrichtungen teil. Eine Einrichtung mit vier Wohnbereichen verfügt über einen Kooperationsvertrag mit einem Krankenhaus. Eine weitere Einrichtung mit ebenfalls vier Wohnbereichen, erwähnt hier ein „Hausarztprinzip“. Verträge mit den Hausärzten und -ärztinnen der Bewohner/innen beschreibt eine Einrichtung. Drei Einrichtungen (11,5 %) machen bezüglich der Versorgungsverträge keine Angaben.

8.1.2 Merkmale Bewohner/innen

Insgesamt lagen für die Auswertung Daten von 572 Bewohner/innen aus 105 Wohngemeinschaften und 391 Bewohner/innen aus 26 Spezialwohnbereichen (n = 17 Einrichtungen) vor.

[10] Seit 1996 verfügen in Berlin eine Reihe von Pflegeheimen über angestellte oder besonders vertraglich gebundene Heimärzte. Notwendige Arztkontakte finden durch das Heimarztmodell direkt im Pflegeheim statt.

8.1.2.1 Soziodemografische Daten

Das Durchschnittsalter (vgl. ***Abbildung 13***) der Bewohnerinnen und Bewohner der untersuchten WG beträgt zum Stichtag 30.01.2009 79,4 Jahre (Standardabweichung s = 11,9 Jahre).

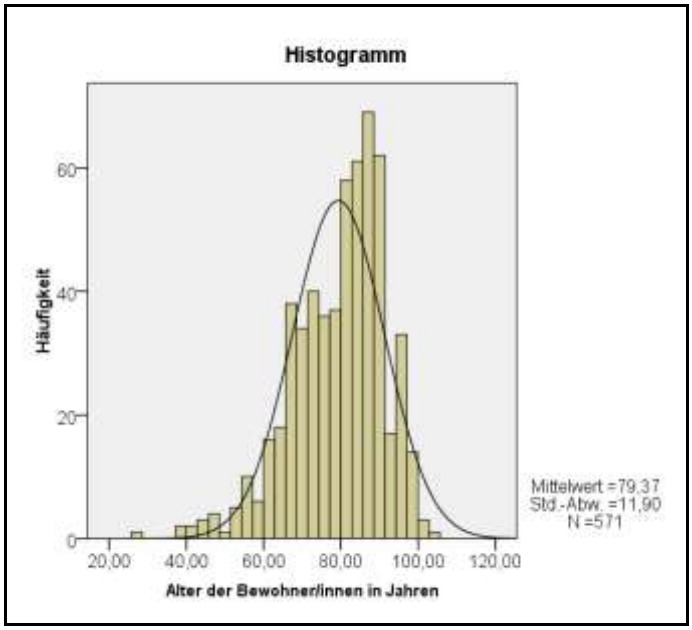


Abbildung 13: Altersverteilung der Stichprobe insgesamt

Die Mehrheit der untersuchten WG-Bewohner/innen (siehe ***Tabelle 19***) befindet sich in der Gruppe der 85 bis 89-jährigen, gefolgt von der Altersgruppe der 80-84-jährigen. Deutlich weniger sind in den unteren Altersgruppen vertreten. Frauen sind mit einem mittleren Alter von 81,9 Jahren (s = 10,6 Jahre) deutlich älter (t-Test; p < 0,001) im Vergleich zu den untersuchten Männern (Durchschnittsalter: 71,1 Jahren; s = 12,3 Jahre).

Tabelle 19: Altersverteilung der Bewohner/innen nach Versorgungsform und Geschlecht

	Versorgungsform					
	WG in %			SWB in %		
Altersgruppen in Jahren	gesamt	weiblich	männlich	gesamt	weiblich	männlich
<59	6,0	3,9	12,7	1,8	0,7	5,1
60 – 64	5,3	3,0	12,7	1,5	0,7	4,0
65 – 69	10,5	7,3	20,9	7,2	4,8	14,1
70 – 74	12,1	9,4	20,9	7,7	6,8	10,1
75 – 79	10,5	10,8	9,7	18,5	17,1	22,2
80 – 84	18,2	20,8	9,7	19,3	19,9	17,2
85 – 89	21,9	25,6	9,7	24,4	26,0	19,2
> 90	15,6	19,2	3,7	19,5	23,3	8,1

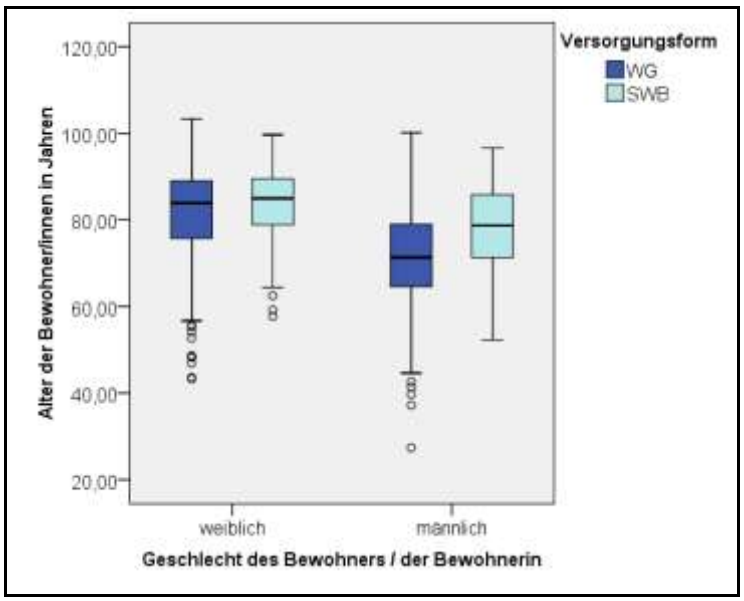


Abbildung 14: Altersverteilung nach Geschlecht und Versorgungsform

Es besteht ein signifikanter Unterschied bzgl. des Durchschnittsalters je nach Typus der WG (t-Test; $p < 0{,}001$). Bewohner/innen in segregativen WG sind mit 82,4 Jahren durchschnittlich 3,3 Jähre älter als Bewohner/innen in integrativen WG mit 79,1 Jahren. Die Bewohnerinnen und Bewohner in SWB sind mit 82,7 Jahren im Mittel 3,3 Jahre älter als Bewohnerinnen und Bewohner in WG (t-Test; $p < 0{,}001$). Besonders deutlich zeigt sich das im Vergleich des Durchschnittsalters von Bewohnern (vgl. ***Abbildung 14***). Der Altersunterschied zwischen männlichen Personen im Heim (78,1 Jahre) und in WG (71,1 Jahre) beträgt genau sieben Jahre. Der Anteil der in den untersuchten SWB lebenden Personen steigt gegenüber den ambulant Versorgten ab dem 75. Lebensjahr sprunghaft an und überwiegt in allen nachfolgenden Altersgruppen.

Mit 76,6 % (vgl. ***Tabelle 20***) überwiegt der Anteil weiblicher Personen in allen Wohngemeinschaften deutlich (Männer: 23,4 %) und insbesondere in WG vom segregativen Typus mit 82,3 % (integrativ: 75,3 %). Etwas geringer ist der Geschlechtsunterschied in den untersuchten SWB. 74,7 % sind hier weiblich und 25,3 % männlich.

Tabelle 20: Stichprobenschreibung/ Charakteristiken auf Ebene der Bewohner/innen

Kriterium	WG	SWB
Anteil Frauen (n)	76,6 (438)	74,7 (292)
Anteil Männer (n)	23,4 (134)	25,3 (99)
Durchschnittsalter gesamt in Jahren (s*)	79,4 (11,9)	82,7 (9,0)
Frauen	81,9 (10,6)	84,3 (8,2)
Männer	71,1 (12,3)	78,1 (9,8)
mittlere Verweildauer gesamt zum Zeitpunkt der Erhebung in Monaten (s*)	27,6 (9,3)	32,1 (9,2)
Frauen	28,3 (24,9)	34,6 (24,8)
Männer	25,2 (22,0)	25,4 (21,0)
Pflegestufe in %		
Keine Pflegestufe	4,5	0,8
Pflegestufe I	21,0	12,5
Pflegestufe II	49,8	42,5
Pflegestufe III	21,9	40,7

*s = Standardabweichung

Die Auskunftgebenden wurden zur Herkunftssprache/ Muttersprache ihrer Bewohnerschaften befragt. Insgesamt haben nur 3,3 % (n = 19) aller Personen, mit Wohnsitz in einer WG und ebenfalls 3,3 % (n = 13) aller Personen in einem SWB nicht Deutsch als Muttersprache. Die Herkunftssprache und das Geschlecht sind in der vorliegenden Studie unabhängig voneinander (Test nach Fisher; p = 0,128).

Die absolute Mehrheit der WG-Bewohner/innen lebte vor ihrem Einzug im Land Berlin (siehe Abbildung 15). Relativ selten wurde aus anderen Bundesländern hierhin gewechselt und lediglich eine Person lebte zuvor im Ausland. In 5,6 % (n = 32) aller Fälle wurden keine Angaben zum vorherigen Wohnort gemacht. 58,7 % (n = 298) aller Personen, welche zuvor im Land Berlin lebten, sind innerhalb desselben Stadtbezirks, in eine WG umgezogen. Im Vergleich zu Berlinern (52,6 %; n = 60) waren dies tendenziell mehr (60,4 %; n = 238) Berlinerinnen (Test nach Fisher; p = 0,085). Eine wohnortnahe Belegung (58,7%; n = 158) existiert deutlich häufiger in WG mit privat organisierten Pflegediensten (Chi-Quadrat Test; p < 0,001). Nur 35,6 % (n = 52) aller Bewohner/innen von WG in welchen frei gemeinnützig getragene Pflegedienste tätig sind, haben zuvor im selben Stadtteil gelebt, in welchem sich die WG befindet.

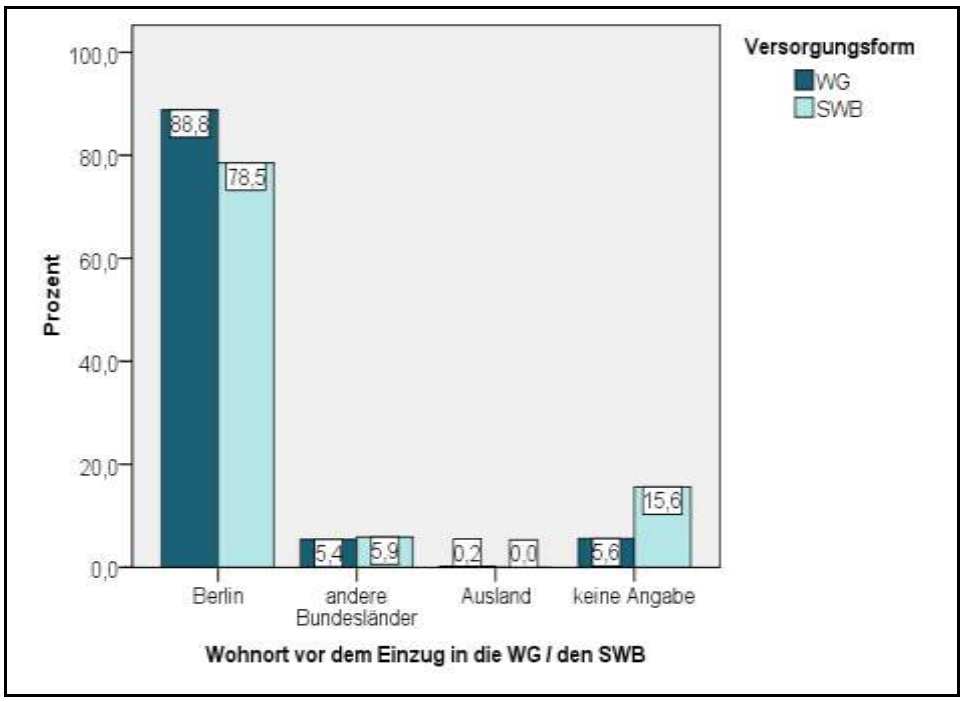


Abbildung 15: Wohnort vor dem Einzug in eine WG / einen SWB

Auf die Frage nach dem Wohnort waren etwa doppelt so viele Enthaltungen bei den untersuchten SWB zu verzeichnen (15,6 %; n = 61). Verglichen mit WG lebten vor ihrem Umzug in einen SWB deutlich weniger Personen im Land Berlin aber in etwa genauso viele in anderen Bundesländern. Der vorherige Wohnort und die Versorgungsform sind nicht unabhängig voneinander (Chi-Quadrat-Test; $p < 0{,}001$). Von allen Zuzügen aus anderen Bundesländern zogen die meisten Personen besonders häufig aus dem Land Brandenburg nach Berlin (WG: 48,4 %; SWB: 34,8 %). Ein wohnortnaher Einzug ist nicht unabhängig von der Versorgungsform (Test nach Fisher, $p < 0{,}001$). Den Angaben zum Wohnort vor dem Einzug und dem Stadtbezirk in welchem der SWB liegt zufolge, sind 77,9 % (n = 239) wohnortnah umgezogen.

8.1.2.2 Diagnosen

Tabelle 21 gibt einen Überblick zu Diagnosen. Für 99,2 % (n = 567) aller WG-Bewohner/innen liegen hierzu insgesamt 1.316 Angaben vor. Lediglich für fünf Personen wurden keine Diagnosen mitgeteilt. In den untersuchten SWB wurden für 98,0 % aller Personen Angaben zu deren Erkrankungen gegeben. Hierfür konnten insgesamt 807 Angaben ausgewertet werden, für acht Bewohner/innen (2,0 %) wurden keine Angaben gemacht. In WG leben eine und in den SWB n = 3 Personen ohne Diagnosen. Im Folgenden werden lediglich diejenigen Personen betrachtet, für welche Diagnosen vorliegen.

Tabelle 21: Angaben zu Diagnosen: WG-Bewohnerschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft

Diagnosen nach Diagnosegruppen	WG n	WG Prozent der Fälle	SWB n	SWB Prozent der Fälle	p*
demenzielle Erkrankung…					
…insgesamt	444	78,6	354	92,4	<0,001
…**ohne** erheblichen Verhaltensauffälligkeiten	290	51,3	161	42,0	=0,002
…**mit** erheblichen Verhaltensauffälligkeiten	154	27,3	193	50,4	<0,001
andere psychiatrischen Erkrankungen	165	29,2	50	13,1	<0,001
Somatische Erkrankungen					
Herz- / Kreislauferkrankungen	242	42,8	156	40,7	n.s.**
rheumatische Erkrankungen und sonstige Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates	157	27,8	65	17,0	<0,001
Diabetes mellitus	117	20,7	78	20,4	n.s.
nach Schlaganfall	67	11,9	21	5,5	<0,001
Tumorerkrankungen	35	6,2	14	3,7	=0,051
Chronische Erkrankungen der Lunge / Atemwege	29	5,1	16	4,2	n.s.
Parkinsonerkrankung	28	5,0	22	5,7	n.s.
Erkrankungen der Verdauungsorgane	24	4,2	27	7,0	=0,046
MS-Erkrankung	6	1,1	1	0,3	n.s.
AIDS-Erkrankung	1	0,2	0	0,0	-
ohne Diagnose in WG/ SWB lebend	1	0,2	3	0,8	-
Gesamt	1316	232,9	807	210,7	

* Test nach Fisher; ** nicht signifikant

In beiden der untersuchten Wohnformen ist der Anteil der Personen mit einer Demenz hoch. Es haben 92,4 % der SWB- aber nur 78,6 % der WG-Bewohnerschaft eine Demenzerkrankung. WG-Bewohner/innen mit einer demenziellen Erkrankung sind mit durchschnittlich 82,0 Jahren im Vergleich zu nicht demenziell Erkrankten im Mittel 12,2 Jahre älter und häufiger weiblichen Geschlechts (vgl.

Tabelle 22). In WG vom integrativen Typus beträgt der Anteil an Demenzerkrankten 70,7 %. Rund die Hälfte der Bewohner/innen in den WG hat eine demenzielle Erkrankung ohne Verhaltensauffälligkeiten und etwa ein Viertel eine Demenz, welche mit erheblichen Verhaltensauffälligkeiten einhergeht. Im SWB ist dieses Verhältnis umgekehrt. ***Abbildung 16*** verdeutlicht, dass gegenüber integrativ Versorgten, ein größerer Anteil der segregativ Versorgten dieses Merkmal aufweist (Test nach Fisher; p = 0,001).

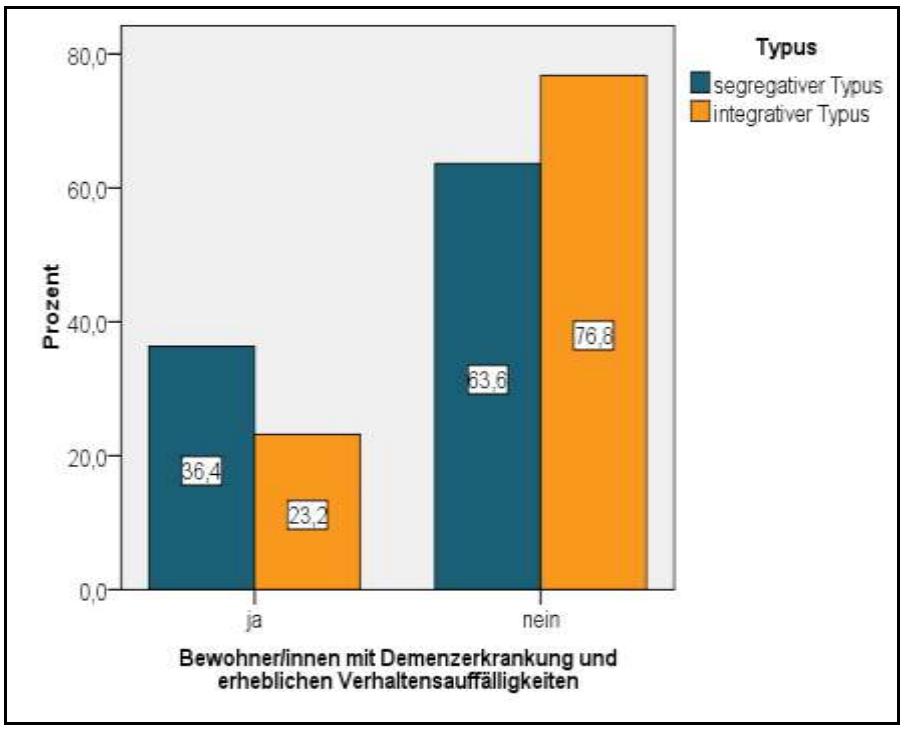


Abbildung 16: Bewohner/innen mit Demenzerkrankungen und erheblichen Verhaltensauffälligkeiten nach Typus (WG)

Tabelle 22: Soziodemografische Merkmale der WG-Bewohnerschaft: Demenzerkrankte im Vergleich mit nicht Demenzerkrankten

	Demenz (n = 444)	**Keine Demenz** (n = 123)	**p**
Geschlecht in % (n)			<0,001[1]
weiblich	83,1 (364)	16,0 (70)	
männlich	59,7 (80)	39,6 (53)	
Durchschnittsalter in Jahren (s)	82,0 (10,1)	69,9 (13,2)	<0,001[2]
Durchschnittsalter bei Einzug in Jahren (s)	79,6 (10,1)	67,4 (13,6)	<0,001[2]
Lebenssituation vor dem Einzug in %			=0,003[1]
alleinlebend	74,7	61,2	
mit Anderen zusammen	25,3	38,3	
Versorgung / Pflege vor dem Einzug in %			<0,001[3]
Zu Hause mit Beteiligung Pflegedienst	50,5	32,2	
Zu Hause ohne Beteiligung Pflegedienst	28,2	28,2	
Pflegeheim	6,9	5,1	
Krankenhaus	5,9	12,7	
Andere WG	1,9	9,3	
Betreutes Wohnen	1,2	7,6	
Betreuung / Vorsorgevollmacht in %	96,6	89,0	=0,002[1]
Gesetzliche Betreuung	74,8	78,0	n. s.[1]
Vorsorgevollmacht	21,8	10,2	=0,002[1]

[1] Test nach Fisher; [2] t-Test; [3]Chi-Quadrat Test; n. s. = nicht signifikant

Frauen (83,1 %), welche in WG leben, haben im Vergleich zu Männern (59,7 %) häufiger eine demenzielle Diagnose und sind sowohl in der Kategorie ohne als auch in der Kategorie mit erheblichen Verhaltensauffälligkeiten stärker vertreten (siehe

Tabelle 22). Demenzerkrankte mit erheblichen Verhaltensauffälligkeiten sind mit 81,1 Jahren im Mittel 2,3 Jahre älter im Vergleich zu Demenzerkrankten ohne derartige Verhaltensauffälligkeiten (t-Test; p = 0,025).

WG-Bewohner/innen wurden häufiger eine andere psychiatrische Erkrankung attestiert als SWB-Bewohner/innen (Test nach Fisher; p < 0,001). Das Vorliegen einer anderen psychiatrischen Erkrankung ist ebenfalls nicht unabhängig vom Typus der WG (Test nach Fisher; p < 0,001). Der Anteil der Bewohnerschaft mit einer solchen Diagnose ist mit 31,0 % in integrativen WG fast doppelt so hoch (segregativ: 18,2 %). Verglichen mit Frauen (23,6 %) weisen männliche Bewohner mit 47,3 % fast doppelt so häufig eine psychiatrische Diagnose auf. Psychiatrisch Erkrankte sind mit 83,6 Jahren im Mittel 12,0 Jahre älter als nicht psychiatrisch Erkrankte.

72,2 % der WG-Bewohnerschaft - 80,3 % der Männer und 70,5 % der Frauen - sind somatisch erkrankt. Die häufigsten körperlichen Erkrankungen stellen die Herz- / Kreislauferkrankungen dar. Nahezu jede dritte Person leidet an rheumatischen Erkrankungen und sonstigen Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates. Relativ viele Bewohner/innen haben einen Diabetes mellitus. Ca. jede/r zehnte Bewohner/in erlitt einen Schlaganfall. Erkrankungen wie Parkinson, chronische Lungenerkrankungen und Erkrankungen der Verdauungsorgane sind eher selten vertreten.

In den SWB wird in 65,5 % (n = 256) der Fälle von einer somatischen Erkrankung berichtet. Den größten Anteil der somatischen Erkrankungen bilden hier gleichfalls die Herz- / Kreislauferkrankungen. Fast jede/r Fünfte der dort Lebenden ist zum Stichtag Diabetiker/in. Relativ häufig sind auch rheumatische Erkrankungen und sonstige Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates.

8.1.2.3 Einzug in das Setting

Um die Gesamtpflegedauer berechnen zu können, wurden Angaben zum Monat und zum Jahr des Einzugs in das Setting erbeten. Bei 55 WG-Bewohner/innen lag das Einzugsdatum noch vor dem Zeitpunkt der WG-Gründung. Seitens der SWB konnten 37 Angaben nicht in die folgenden Berechnungen eingeschlossen werden, weil entweder keine Angaben gemacht wurden oder linksseitig zensiert werden mussten, da der Pflegebeginn vor der Gründung des SWB lag. Relativ häufig (36,2 %; n = 188) wurde im Jahr 2008 in eine ambulant

betreute WG gewechselt. Auch im Jahre 2007 zogen verhältnismäßig viele (17,7 %; n = 92) Personen in eine WG ein.

Das durchschnittliche Alter der Untersuchten beträgt zum Zeitpunkt ihres jeweiligen Einzugs in die WG 76,9 Jahre (Median: 79,2 Jahre; s = 12,0 Jahre). Die einziehenden Frauen waren hier mit 79,3 Jahren im Mittel 10,4 Jahre älter im Vergleich zu den einziehenden Männern mit 68,9 Jahren. Personen, welche in die Versorgungsform SWB wechselten, waren durchschnittlich 79,4 Jahre (Median: 80,1; s = 10,2) alt und verglichen mit WG ca. 2,5 jünger. Die dort einziehenden Frauen waren mit durchschnittlich 80,5 Jahren 4,5 Jahre älter im Vergleich zu den einziehenden Männern (76,0 Jahre). Demenzerkrankte (siehe

Tabelle 22) zogen im Alter von 79,6 Jahren ein und waren damit im Mittel 12,2 Jahre älter verglichen mit nicht Demenzerkrankten (t-Test; p < 0,001).

Bis zum Stichtag 30.01.2009 betrug die Verweildauer aller Bewohner/innen in einer WG (siehe ***Tabelle 20***) durchschnittlich ca. 2,3 Jahre. Die mittlere Verweildauer von Frauen liegt hierbei um ca. 3 Monaten über der von Männern. Es besteht ein signifikanter Unterschied bei der Aufenthaltsdauer je nach Versorgungsform (t-Test; p = 0,002); in den untersuchten SWB ist diese ca. fünf Monate länger. Auffallend ist ebenfalls die verschieden lange Verweildauer von Männern und Frauen. Letzte leben durchschnittlich 10 Monate länger im SWB.

8.1.2.4 Lebenssituation vor dem Einzug

75,3 % aller Frauen lebten vor ihrem Umzug und damit deutlich häufiger (Test nach Fischer, p < 0,001) als ihre Mitbewohner (53,0 %) allein. Zuvor allein Lebende haben einen Anteil von 64,2 % der Stichtagspopulation und sind mit einem Durchschnittsalter von 83,1 Jahren ca. 5,5 Jahre älter als Menschen, die zusammen mit Anderen lebten (76,6 Jahre). Mit 74,3 % zogen allein Lebende tendenziell häufiger in WG mit nicht organisierten Pflegediensten. WG mit organisierten Pflegediensten wurden lediglich von 68,0 % der allein Lebenden favorisiert (Chi-Quadrat Test, p = 0,085). Im Vergleich (siehe

Tabelle 22) zu Menschen ohne eine demenzielle Erkrankung lebten Demenzerkrankte zuvor häufiger allein (Test nach Fisher; p = 0,003).

Die vorherige Lebenssituation ist nicht unabhängig von der Versorgungsform (Test nach Fisher, p = 0,001), denn anteilig lebten mehr WG-Bewohner/innen vor ihrem Einzug allein (vgl. ***Abbildung 17***).

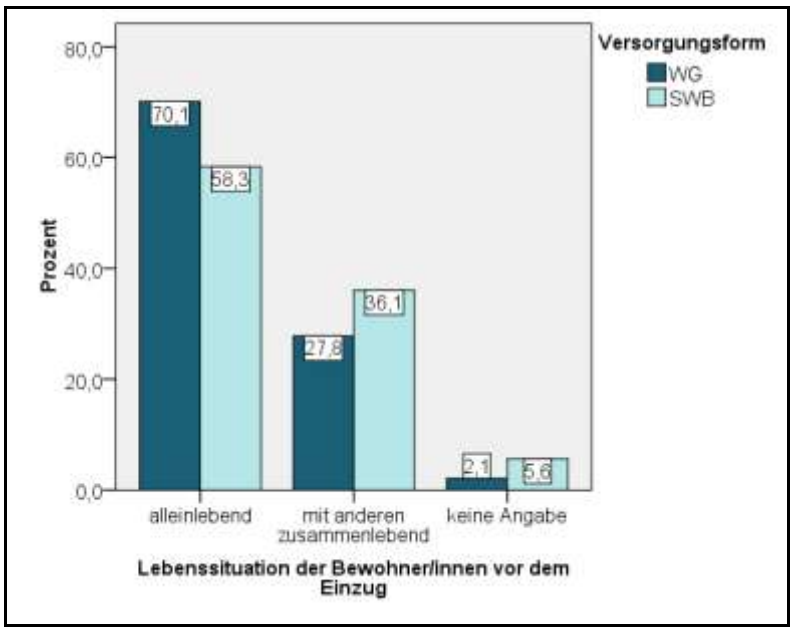


Abbildung 17: Lebenssituation der Bewohner/innen vor ihrem Einzug nach Versorgungsform

8.1.2.5 Versorgung / Pflege unmittelbar vor dem Einzug

Bewohner/innen, die sowohl in eine WG als auch in einen SWB einziehen, lebten zuvor gleichermaßen häufig in einem Privathaushalt ohne Beteiligung eines ambulanten Pflegedienstes (vgl. ***Tabelle 23***). Personen, die in eine WG zuziehen, nehmen jedoch doppelt so häufig die Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch. Ebenso auffällig ist, dass etwa doppelte so viele SWB- wie WG-Bewohner/innen aus einem Krankenhaus wechselten. Die Versorgungssituation vor dem Einzug ist nicht unabhängig von dem Geschlecht (Chi-Quadrat Test; $p < 0{,}001$). Frauen wechselten im Vergleich zu Männern häufiger aus einem Privathaushalt sowohl mit (w: 46,8 %; m: 36,6 %) als auch ohne (w: 28,5 %; m: 21,6 %) Beteiligung eines ambulanten Leistungsanbieters. Verglichen mit Bewohnerinnen ziehen Bewohner häufiger aus einem Krankenhaus (w: 6,2 %; m: 9,7 %) und einer anderen WG (w: 1,8 %; m: 8,2 %) in die untersuchten WG ein.

Tabelle 22 stellt die (vorherige) pflegerische Situation von Menschen mit und ohne eine demenzielle Erkrankung gegenüber. Im direkten Vergleich beider Gruppen zeigt sich, dass Demenzerkrankte vor dem Einzug in eine WG deutlich häufiger Hilfeleistungen eines ambulanten Pflegedienstes innerhalb der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nahmen. Wesentlich seltener resultierte ein Wechsel aus einem Krankenhaus, einem Pflegeheim oder einem betreuten Wohnen heraus.

Tabelle 23: Versorgung / Pflege unmittelbar vor dem Einzug: WG- im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft

	Versorgungsform	
	WG	SWB
Versorgung / Pflege unmittelbar vor dem Einzug in % (n)		
zu Hause ohne Beteiligung Pflegedienst	26,9 (154)	43,0 (168)
zu Hause mit Beteiligung Pflegedienst	44,4 (254)	20,7 (81)
Betreutes Wohnen	2,4 (14)	2,0 (8)
Kurzzeitpflege	3,5 (20)	1,0 (4)
Krankenhaus	7,0 (40)	12,8 (50)
(andere) Wohngemeinschaft	3,3 (19)	0,5 (2)
anderer Wohnbereich	-	6,4 (25)
(anderes) Pflegeheim	6,1 (35)	4,3 (17)
sonstiges	1,4 (8)	0,5 (2)
keine Angabe	4,9 (28)	8,7 (34)

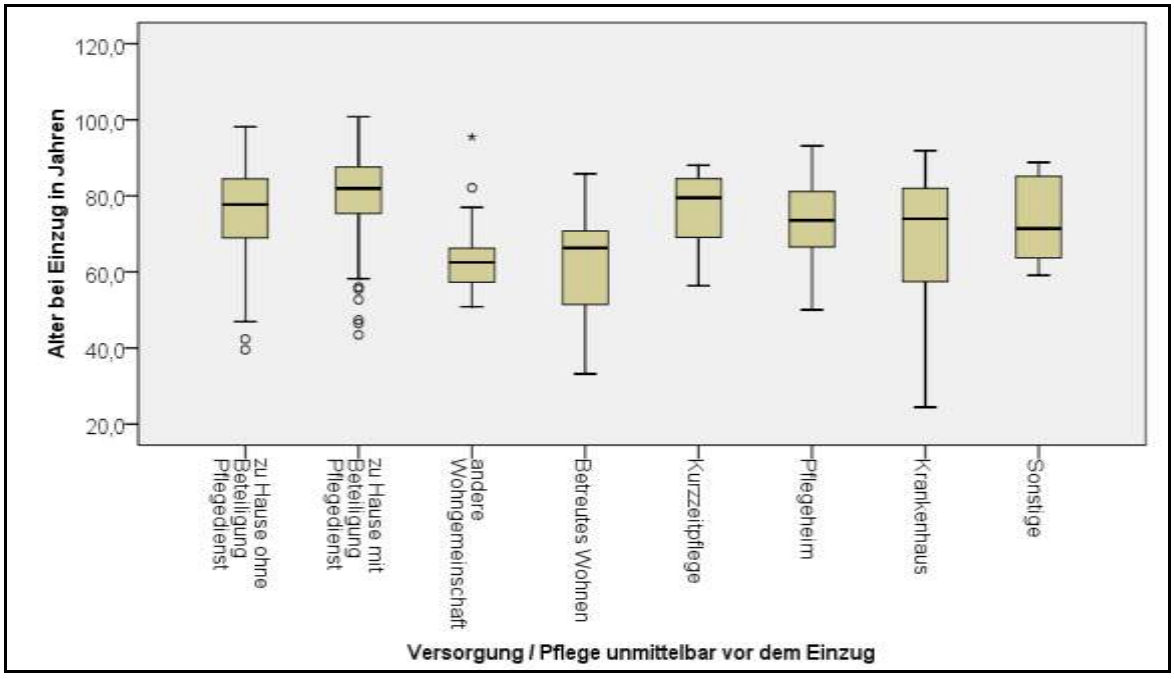


Abbildung 18: Versorgung / Pflege der WG-Bewohnerschaft unmittelbar vor dem Einzug nach Alter bei Einzug

Die Versorgung bzw. die Pflege unmittelbar vor dem Einzug in die WG unterscheidet sich signifikant bzgl. des jeweiligen Alters zu diesem Zeitpunkt (ANOVA; $p < 0{,}001$). Wie ***Abbildung 18*** verdeutlicht, sind zuvor im eigenen Haushalt lebende Personen mit 82,8 Jahren bei Einzug im Mittel die ältesten, gefolgt von Personen, die zuvor in Kurzzeitpflegeeinrichtungen betreut wurden (79,0 Jahre) und Personen, die aus der eigenen Häuslichkeit und dort ohne

einer professionellen pflegerischen Versorgung (78,8 Jahren) wechselten. Die durchschnittlich jüngsten Bewohner/innen zogen im Alter von 67,4 Jahren aus einer anderen WG oder im Alter von 65,9 Jahren aus einem Betreuten Wohnen um. Die Versorgungssituation vor Einzug und die Organisationsart sind nicht unabhängig voneinander (Chi-Quadrat Test, $p < 0{,}001$). Bewohner/innen, die in eine WG mit einem freigemeinnützig getragenen Pflegedienst einzogen, lebten seltener in einem Privathaushalt ohne Betreuung durch einen Pflegedienst, wechselten dafür jedoch im Vergleich zu WG mit privat oder nicht organisierten Pflegediensten öfter aus einem Krankenhaus oder einer anderen WG.

8.1.2.6 Pflegestufe am Stichtag

Rund die Hälfte der WG-Bewohnerschaft (vgl. ***Tabelle 20***) verfügt zum Zeitpunkt ihres Einzugs über eine Pflegestufe II, gefolgt von 21,9 % mit einer Pflegestufe III.

Tabelle 24: Pflegerelevante Merkmale der WG-Bewohnerschaft: Demenzerkrankte im Vergleich mit nicht Demenzerkrankten

	Demenz (n = 444)	**Keine Demenz** (n = 123)	**p**
Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI (in %)			<0,001[2]
nein	21,0	44,1	
ja, in Höhe EUR 100	32,8	36,4	
ja, in Höhe EUR 200	46,2	19,5	
Pflegestufe zum Stichtag (in %)			<0,001[2]
keine Pflegestufe	3,2	9,8	
Pflegestufe I	17,3	35,0	
Pflegestufe II	52,7	38,2	
Pflegestufe III	24,1	13,8	
Härtefallregelung	0,5	0,0	
Pflegestufe beantragt	2,0	3,3	
Selbstzahler/in (in %)	14,6	6,7	=0,012[1]

[1] Test nach Fisher; [2] Chi-Quadrat Test

Etwa genauso viele waren zum Zeitpunkt des Einzugs in eine Pflegestufe I eingruppiert und 4,5 % in keine Pflegestufe. In 2,3 % der Fälle wurde eine Pflegestufe beantragt. Für 0,3 % aller Bewohner/innen liegt eine Härtefallregelung vor. Auf n = 1 Fragebogen werden hierzu keine Angaben gemacht. Die zugewiesene Pflegestufe ist nicht unabhängig von dem Vorliegen einer Demenzerkrankung (Chi-Quadrat Test; $p < 0{,}001$). Personen mit Pflegestufe II und III sind häufiger auch demenziell erkrankt (siehe ***Tabelle 24***). Die Pflegestufe ist tendenziell nicht unabhängig von dem Geschlecht der Untersuchten (Chi-Quadrat Test; $p = 0{,}086$) (vgl. ***Abbildung 19***). Männern haben im Vergleich zu Frauen häufiger keine Pflegestufe oder eine

Pflegestufe I. Frauen hingegen haben häufiger eine Pflegestufe II. Fast identisch ist die prozentuale Verteilung der Pflegestufe III bei beiden Geschlechtern. Bewohner/innen mit einer Pflegestufe III sind mit einem Durchschnittsalter von 81,9 Jahren die ältesten, gefolgt von Bewohner/innen mit einer Stufe II mit im Mittel 81,8 Jahren. Personen, bei welchen eine Härtefallregelung in Kraft tritt sind durchschnittlich 77,0 Jahre alt. Mit einem Durchschnittsalter von 67,7 Jahren sind die jüngsten Bewohner/innen gleichzeitig diejenigen, die zum Zeitpunkt ihres Einzugs in eine WG über keine Einstufung verfügen. Anders als die WG-Bewohner/innen verfügen die untersuchten SWB-Bewohner/innen zum Zeitpunkt ihres Einzugs zwar ebenfalls hauptsächlich über eine Eingruppierung in die Pflegestufe II (Chi-Quadrat Test, $p < 0{,}001$), allerdings wurde einem etwa doppelt so hohen Anteil von ihnen eine Pflegestufe III bewilligt. Ca. halb so oft verfügen jene über eine Pflegestufe I und weniger als ein Prozent über keine Pflegeeinstufung.

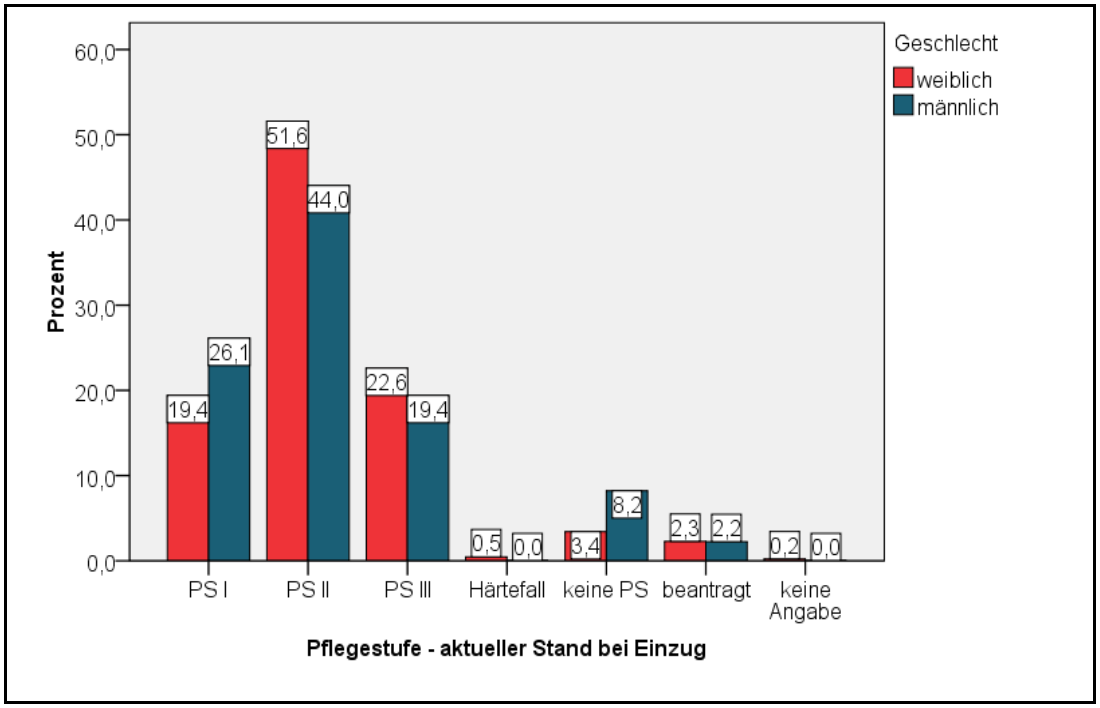


Abbildung 19: Pflegestufe bei Einzug in eine WG: Frauen im Vergleich zu Männern

8.1.2.7 Selbstzahler – Kein Leistungsbezug nach SGB XI und SGB XII

Im Rahmen der Studie wurde erfasst, ob Bewohner/innen sämtliche der in Anspruch genommenen pflegerischen Leistungen selbst zahlen und somit weder Leistungen nach dem Sozialhilfegesetz, noch durch die Pflegeversicherung erhalten. Mit einem Anteil von 84,4 % (n = 483) werden mehrheitlich pflegerische Sachleistungen der WG-Bewohner/innen von den Sozialleistungsträgern finanziert, 12,8 % (n = 73) finanzieren diese selbst. Für 2,8 % der Be-

wohner/innen wurden hierzu keine Angaben gemacht. Selbstzahlende sind mit einem Durchschnittsalter von 83,8 Jahren im Mittel fünf Jahre älter (t-Test; $p < 0{,}001$). Mit 20,8 % ist ihr Anteil in WG mit nicht organisierten Pflegediensten genau doppelt so groß verglichen mit WG, in denen organisierte Pflegedienste betreuen (Chi-Quadrat Test, $p = 0{,}003$). ***Tabelle 24*** zeigt, dass Demenzerkrankte mehr als doppelt so häufig wie nicht Demenzerkrankte Pflege- und Versorgungsleistungen aus der eigenen Tasche (Test nach Fisher, $p = 0{,}012$) finanzieren.

Personen, die in einem der untersuchten stationären SWB leben, sind mehr als doppelt so häufig Selbstzahler wie WG-Bewohner/innen (Test nach Fisher; $p < 0{,}001$). Während hier 72,9 % (n = 285) dieser Gruppe professionelle Pflegeleistungen nach dem SGB XI bzw. SGB XII erstattet bekommen, finanzieren 26,3 % (n = 103) diese selbst (keine Angaben: 0,8 %; n = 3).

8.1.2.8 Betreuungsleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45 b SGB XI

Es wurden ebenfalls Angaben zu Betreuungsleistungen nach § 45 b SGB XI eingeholt. Diese Leistungen werden für Personen mit einer in erheblichem Maße eingeschränkten Alltagskompetenz mit monatlich 100 € und für Personen, mit einer in erhöhtem Maße eingeschränkten Alltagskompetenz mit monatlich 200 € finanziert, wenn diese im ambulanten Bereich versorgt werden. Mit 70,3 % erhalten nahezu drei Viertel aller WG-Bewohner/innen zusätzliche Betreuungsleistungen. Die Mehrheit (38,5 %, n = 220) bekommt diese in Höhe von EUR 200 und 31,8 % (n = 182) in Höhe von EUR 100. Ein Viertel der Bewohnerschaft (25,0 %, n = 143) wird nicht bezuschusst. Bei knapp 5 % wurden keine Angaben gemacht. Nur 21,0 % aller Demenzerkrankten erhalten keine derartigen Leistungen (siehe ***Tabelle 24***).

Männer erhalten zu 39,6 % monatlich 200 € und zu 26,9 % 100 € für zusätzliche Betreuungsleistungen. Bei Frauen zeigt sich ein umgekehrtes Verhältnis. Während den Pflegediensten für 33,3 % aller weiblichen Personen 100 € zur Verfügung stehen, können sie zusätzliche Leistungen im Umfang von 200 € für 38,1 % aller Frauen anbieten. 27,6 % aller Bewohner und 24,2 % aller Bewohner/innen erhalten keine Zuschüsse. Der Erhalt und der Umfang dieser Leistungen ist nicht unabhängig von dem Typus der WG (Chi-Quadrat Test; $p = 0{,}004$). Bewohner/innen segregativer WG erhalten häufiger Betreuungsleistungen im Umfang von 200 € als diejenigen integrativer WG (vgl. ***Abbildung 20***). Derartige finanzielle Mittel in einer Höhe von 100 € bezieht hingegen häufiger die Bewohnerschaft des integrativen Typus.

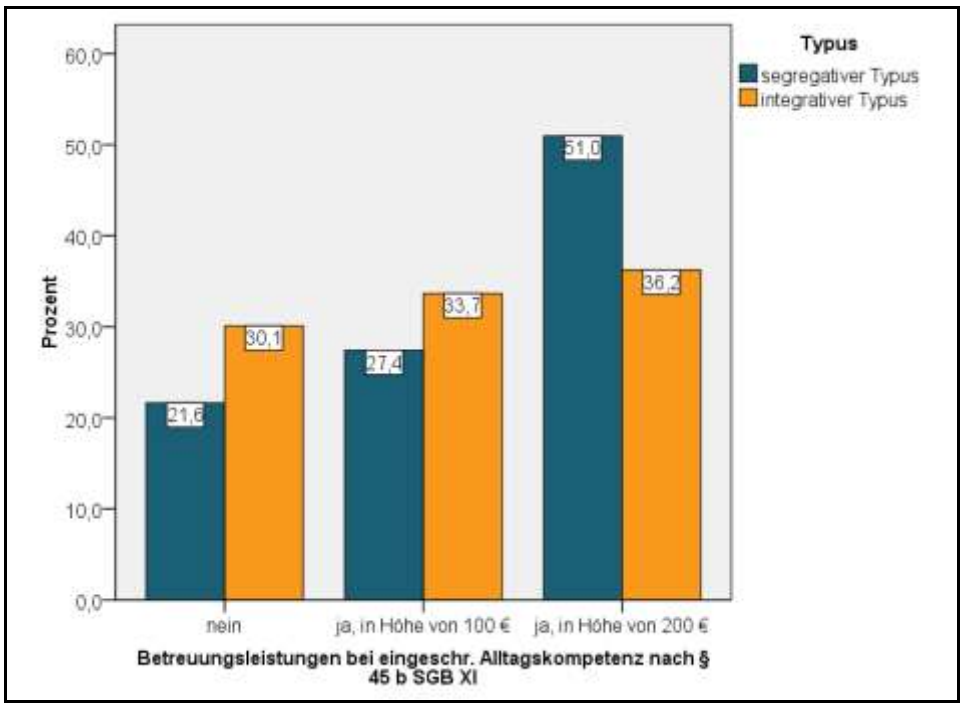


Abbildung 20: Zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45 b SGB XI: Segregativ Betreute im Vergleich zu integrativ Betreuten

8.1.2.9 Gesetzliche Betreuung / Vorsorgevollmacht

Die Befragten konnten mittels eines Mehrfachantwortensets Angaben zum Betreuungsverhältnis ihrer Bewohnerschaft abgeben. Hierbei wurde nach einer gesetzlichen Betreuung und einer Vorsorgevollmacht unterschieden, welche bei ein und derselben Person gleichzeitig vorliegen können. Es sollte jeweils die Betreuungsperson benannt werden. Nur 4,7 % (n = 27) der WG-Bewohnerschaft verfügte zum Stichtag weder über eine gesetzliche Betreuung noch über eine Vorsorgevollmacht. Für den größten Anteil der Bewohner/innen (89,5 %, n = 512) lag mindestens eine der o. g. Betreuungsformen vor, bei vier Personen liegt neben einer gesetzlichen Betreuung gleichzeitig eine Vorsorgevollmacht vor. Demenzerkrankte stehen mit 96,6 % deutlich häufiger unter einer der beiden Betreuungsformen als nicht Demenzerkrankte mit 89,0 % (vgl.

Tabelle 22). Eine gesetzliche Betreuung durch einen Berufsbetreuer wurde zum Stichtag der Untersuchung für 56,0 % (n = 300) der Bewohnerinnen und Bewohner angegeben. Bei 19,6 % (n = 105) übernehmen Angehörige diese Art der Betreuung und Andere (z. B. Bekannte, Rechtsanwalt) in vier Fällen. Eine Vorsorgevollmacht liegt bei 21,8 % der Demenzerkrankten, aber nur bei 10,2 % aller Bewohner/innen ohne einer Demenz vor (Test nach Fisher, p = 0,002). Die Vorsorgevollmacht durch Angehörige liegt für 19,0 % (n = 102) der Un-

tersuchten vor und nur in zwei Fällen (0,4 %) durch Berufsbetreuer. Andere Personen übernehmen diese Betreuungsform nicht. Für 5,8 % (n = 33) der Bewohner/innen wurden keine Angaben zur Art des Betreuungsverhältnisses gemacht. Im Vergleich zu Männern mit 89,2 % (n = 300) liegt lediglich bei 77,1 % (n = 107) der Frauen eine der beiden Betreuungsarten vor (Test nach Fisher; p = 0,002).

Insgesamt 88,5 % (n = 346) aller Bewohner/innen in SWB stehen zum Stichtag unter einer der o.g. Betreuungsformen. Nur bei 2,8 % (n = 11) existiert kein Betreuungsverhältnis. Für 8,7 % (n = 34) der Untersuchten wurden keine Angaben gemacht. In 38,9 % (n = 139) der Fälle liegt eine gesetzliche Betreuung durch Angehörige, in 33,9 % (n = 121) durch einen Berufsbetreuer und in 1,1 % (n = 4) durch Andere (z. B. Bekannte, Nachbar) als gesetzlich Betreuende. Eine Vorsorgevollmacht existiert nur durch Angehörige und wird in 24,9 % (n = 89) der Fälle beschrieben.

8.1.2.10 Betreuung durch andere Dienste

Nur 27,4 % (n = 157) aller WG-Bewohner/innen erhalten in den letzten vier Wochen vor dem Stichtag Leistungen eines anderen Anbieters, mit 69,2 % (n = 396) nimmt die Mehrheit keine weiteren Dienstleister in Anspruch. Für 3,3 % der Bewohnerschaft wurde keine Angabe gemacht. Die am häufigsten in Anspruch genommene Versorgung findet durch Mobilitätshelfer und Begleitdienste statt (15,6 % aller Bewohner/innen, n = 86), gefolgt von Besuchs- und Betreuungsdiensten mit 7,4 % (n = 41). Weiterhin vertreten sind Therapeuten und Beschäftigungsleistungen (3,8 %; n = 21) sowie Tierbesuchsdienste (3,1 %; n = 17). In zehn Fällen (1,8 %) wurden die Dienste von Frisören oder Podologen in Anspruch genommen. Andere Nennungen werden in 1,6 % (n = 9) Bewohner/innen beschrieben. In vier Fällen wird diesbezüglich von einem/r Vorleser/in berichtet, welche in die WG kommt und in n = 3 Fällen „betreutes Einzelwohnen“. In jeweils einem Fall werden Dienste einer „Einzelbetreuerin“ und die „Alzheimer-Gesellschaft“ erwähnt. Der Anteil der Bewohner/innen welche Dienstleistungen von anderen außer dem eigenen Pflegedienst in Anspruch nehmen, ist mit 30,4 % in WG mit verbandlich organisierten Pflegediensten ungefähr doppelt so hoch wie in WG, deren Pflegedienste nicht organisiert (16,0 %) sind (Chi-Quadrat Test; p < 0,001). Im Gegensatz zu Bewohner/innen, die von privat organisierten Pflegediensten betreut werden (24,5 %), zeigt sich dieses Inanspruchnahmeverhalten deutlich häufiger bei der Bewohner/innen in frei gemeinnützig organisierten WG (41,1 %).

Auch im stationären Setting nehmen 24,8 % (n = 97) der hier Lebenden die Dienstleistungen anderer Anbieter in Anspruch bzw. 69,8 % (n = 273) nicht. Für 5,4 % (n = 21) wurden keine

Angaben gemacht. Während sich das generelle Inanspruchnahmeverhalten im Vergleich zum ambulanten Bereich kaum unterscheidet, zeigen sich im Hinblick auf die jeweiligen Leistungsarten durchaus Differenzen. 9,7 % (n = 36) aller Personen besuchen eine Clownsprechstunde und 8,9 % (n = 33) nehmen Tierbesuchsdienste in Anspruch. Mobilitätshelfer- und Begleitdienste werden für 7,3 % (n = 27) angegeben und 6,7 % (n = 25) nehmen Leistungen eines Therapeuten bzw. Beschäftigungsleistungen in Anspruch. Alle Bewohner-/innen eines SWB und ein Anteil von 5,9 % (n = 23) an allen untersuchten Menschen in dieser Versorgungsform werden von Frisör-/innen und Podologen/innen in Anspruch. In einem Fall kommt ein/e Seelsorger/-in in die Einrichtung. Besuchs- und Betreuungsdienste werden für 3,0 % (n = 11) Bewohner/innen erwähnt.

8.1.2.11 Akut medizinische Versorgung der Bewohner/innen

Die Befragung der Pflegedienste ergab, dass im o. g. Zeitraum insgesamt 13,1 % (n = 75) aller Bewohner/innen akutmedizinische Leistungen in Anspruch nehmen mussten. Demenzerkrankte hatten dabei im gleichen Umfang akutmedizinisch versorgt werden müssen wie Nichtdemenzerkrankte. Geschlechts- und altersspezifische Auffälligkeiten wurden durch die Auswertung nicht festgestellt. Bei der Mehrheit (85,7 %; n = 490) war eine akutmedizinische Versorgung innerhalb der vergangenen vier Wochen vor dem Stichtag nicht notwendig. Für 1,2 % (n = 7) der Bewohner/innen wurden keine Angaben gemacht. Die häufigste akutmedizinische Versorgung fand im Krankenhaus statt: Hier wurden insgesamt 9,0 % (n = 51) der Bewohner/innen stationär notfallbehandelt. Eine Versorgung durch einen Notarzt erfolgte in 3,0 % (n = 17) und durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst in 2,8 % (n = 16) der Fälle. Sowohl Alter als auch Geschlecht haben keinen Einfluss auf eine akutmedizinische Versorgung.

Auch bei dem größten Anteil der SWB-Bewohnerschaft (84,9 %; n = 332) war keine akutmedizinische Versorgung notwendig, 13,6 % (n = 53) hingegen mussten eine solche wahrnehmen. Nutzer akutmedizinischer Leistungen waren im stationären Bereich deutlich häufiger Männer (19,2 %; n = 19) als Frauen (11,6 %; n = 34) (Test nach Fisher; p = 0,045). In WG wurden Demenzerkrankte (14,1 %; n = 49) gegenüber Nichtdemenzkranken (11,1 %; n = 4) (nicht signifikant) geringfügig häufiger notfallbehandelt. Die häufigste (7,0 %) akutmedizinische Versorgung fand auch hier im Krankenhaus statt (n = 27). Der ärztliche Bereitschaftsdienst musste in 23 Fällen angefordert werden (6,0 %). Sechs Bewohner/innen (1,6 %) wurden innerhalb der vergangenen vier Wochen vor dem Stichtag von einem Notarzt aufgesucht. Für 2,0 % (n = 8) machen die Einrichtungen keine Angaben auf diese Frage. Die ***Ab-***

bildung 21 verdeutlicht die Art der erforderlich gewordenen akut medizinischen Versorgung nach der Versorgungsform. In beiden Settings wurden am häufigsten stationäre Krankhausbehandlungen in Anspruch genommen. Während in WG doppelt so häufig die Dienste von Notärzt/innen notwendig waren, überwiegt in SWB deutlich die Inanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes.

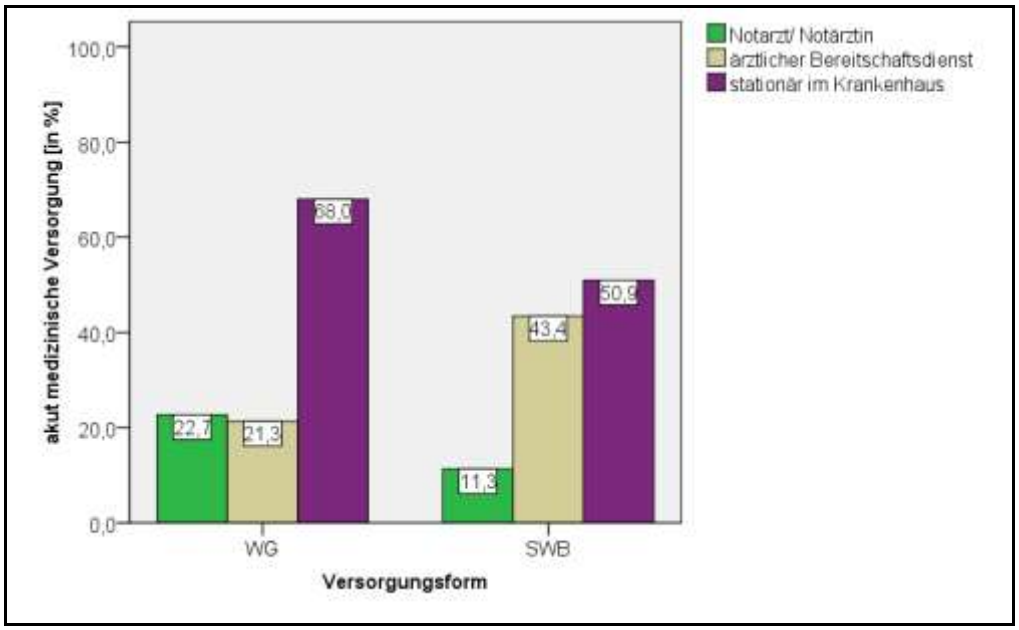


Abbildung 21: Aufteilung akutmedizinischer Versorgungsformen unter allen Nutzern

8.1.2.12 Medizinische Versorgung

Hausärztliche Kontakte

Innerhalb der letzten vier Wochen hatte der überwiegende Anteil der Bewohner/innen in den WG (89,2 %; n = 510) Kontakt zu ihrem Hausarzt oder ihrer Hausärztin und nur jede zehnte (10,7 %; n = 61) nicht. Während 11,9 % (n = 52) der Frauen keinen Kontakt hatten, betrug dieser Anteil bei Männern lediglich 6,7 % (n = 9) (Test nach Fischer; p = 0,057). Es hatten anteilig etwas mehr Demenzerkrankte (91,4 %; n = 117) Hausarztkontakte gegenüber Nichtdemenzerkrankten mit 88,5 % (n = 393). In einem Fall wurden keine Angaben gemacht. Im Durchschnitt fanden 1,4 Arztkontakte statt, davon bei rund drei Viertel (75,9 %) der Betroffenen nur einmal im erfragten Zeitraum, bei 15,8 % zweimal, seltener drei- oder viermal (3,0 % bzw. 3,8 %). 1,4 % (n = 7) von ihnen hatten jeweils achtmal in vier Wochen einen persönlich hausärztlichen Kontakt. In der Regel fungieren Allgemeinmediziner als Hausärzte (83,4 %), bei 15,9 % ist die Fachrichtung „Innere Medizin“ und nur in 0,5 % Neurologie/ Psychiatrie.

Der hausärztliche Kontakt ist nicht unabhängig von der Versorgungsform (Chi-Quadrat Test; p = 0,015). Innerhalb der letzten vier Wochen wurden 83,9 % (n = 328) der SWB-Bewohnerschaft hausärztlich untersucht oder behandelt, keinen Kontakt hatten in diesem Zeitraum 16,1 % (n = 63). Verglichen mit Frauen (81,8 %), haben männliche Bewohner (89,9 %) auch in dieser Versorgungsform häufiger Kontakt zum Hausarzt (Test nach Fischer, p = 0,038). Im Mittel fanden 1,7 persönliche Hausarztkontakte statt, bei 43,5 % aller Bewohner/innen einmal in vier Wochen, bei 23,3 % zweimal, seltener drei-, vier- oder fünfmal (6,4 %; 7,0 %; 1,0 %). Die Fachrichtung der Hausärzte ist in 60,6 % Allgemeinmedizin, in 9,2 % Innere Medizin und in 0,3 % Neurologie/ Psychiatrie. Für 13,0 % der SWB-Bewohnerschaft wurde keine Angabe gemacht.

Fachärztliche Kontakte

Mit 86,4 % hatte die überwiegende Mehrheit der Bewohner/innen (n = 494) mindestens einen persönlichen Facharztkontakt innerhalb der vergangenen 12 Monate, 13,3 % (n = 76) dagegen nicht und für 0,3 % (n = 2) wurden keine Angaben gemacht. Es zeigt sich, dass Bewohner/innen mit einer fachärztlichen Behandlung im Durchschnittsalter von 82,6 Jahren (s = 47,4 Jahre) im Mittel 4,5 Jahre jünger sind als Bewohner/innen ohne derartige Kontakte mit 87,1 Jahren (t-Test; p = 0,049).

Persönlichen Kontakt zu einem (Geronto-) Psychiater / Neurologen innerhalb der letzten 12 Monate vor dem Stichtag haben fast drei Viertel aller WG-Bewohner/innen (72,9 %; n = 411). Dabei konsultieren mit 52,3 % (n = 279) über die Hälfte der Untersuchten mindestens einmal im Quartal und jede/r Zehnte einmal monatlich oder häufiger (10,0 %, n = 57) bzw. seltener als einmal im Quartal Kontakt diese Fachrichtung. Die Häufigkeit der (geronto-)psychiatrischen/ neurologischen Versorgung unterscheidet sich signifikant nach dem Durchschnittsalter der WG-Bewohnerschaft (ANOVA; p < 0,001). So sind mit durchschnittlich 76,5 Jahren die jüngsten Bewohner/innen gleichzeitig diejenigen, welche am häufigsten derartige Kontakte hatten. Personen ohne Kontakte sind hingegen mit 83,9 Jahren im Mittel die ältesten. In der Unterscheidung der WG nach ihrem Typus zeigt sich, dass mit 31,9 % aller integrativ versorgten Bewohner/innen häufiger keinen solchen Kontakt haben als segregativ versorgte Bewohner/innen mit 25,5 %. Die Kontakthäufigkeit ist nicht unabhängig von der Versorgungsform (Chi-Quadrat Test; p < 0,001). Im Vergleich zu Personen in WG haben mit 93,6 % (n = 366) Personen der untersuchten SWB deutlich mehr persönlichen Kontakt zu Medizinern mit der Fachrichtung (Geronto-)Psychiatrie/ Neurologie (siehe **Abbildung 22**), und zwar zumeist ein- oder mehrmals monatlich.

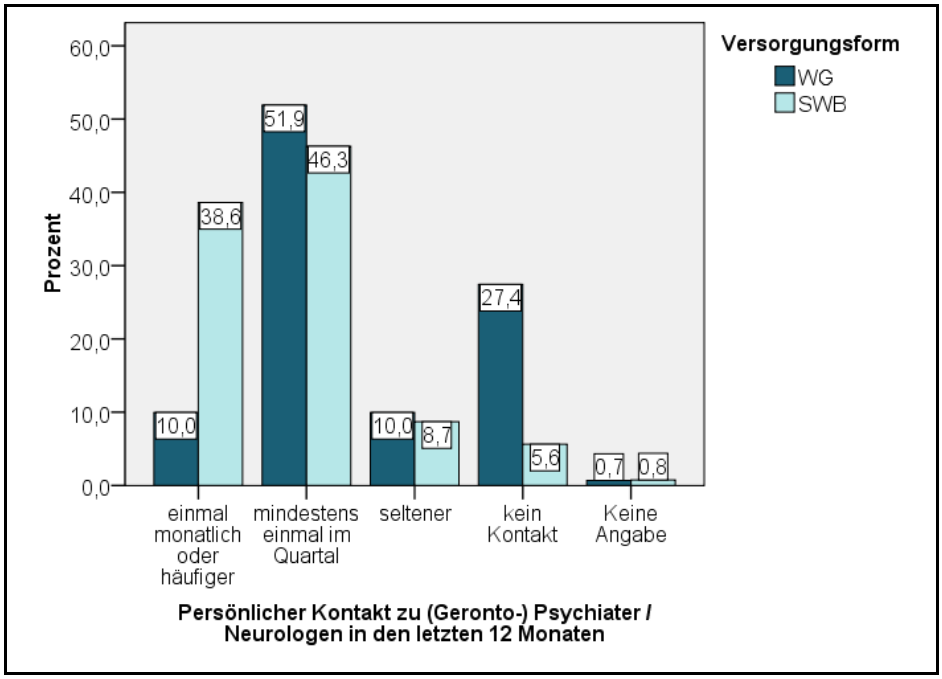


Abbildung 22: (Geronto-)psychiatrische/ neurologische Versorgung: WG-Bewohnerschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft

Am zweithäufigsten sind Kontakte zur Zahnmedizin, gefolgt von Augenheilkunde sowie Urologie. Weitere stärker vertretende Fachrichtungen sind Dermatologie und Orthopädie. Im Vergleich zu Frauen mit 10,4 % haben Männer (22,5 %) doppelt so häufig Kontakt zur Dermatologie (Test nach Fisher; p = 0,001). Insgesamt seltener werden Behandlungen oder Diagnostik durch Hals-Nasen-Ohren-Ärzte und Radiologen genannt.

Im Vergleich zu WG hatten nur 2,0 % (n = 8) aller Bewohner/innen von SWB keinen persönlichen Facharztkontakt im Jahr 2008 (Test nach Fischer; p < 0,001). Fast ein Drittel (30,8 %; n = 118) aller Bewohner/innen konsultierten ein oder mehrmals Dermatologen, gefolgt von Zahnmedizin, Augenheilkunde und Orthopädie. Urologie und Innere Medizin wurden weniger häufig konsultiert.

Relativ selten haben die untersuchten Frauen gynäkologische Facharztkontakte. Dies trifft auf nur 8,2 % (n = 36) aller WG-Bewohnerinnen und 2,7 % (n = 8) aller SWB-Bewohnerinnen zu (Chi-Quadrat Test; p < 0,001). Einen Überblick zu Facharztkontakten gibt ***Abbildung 23***.

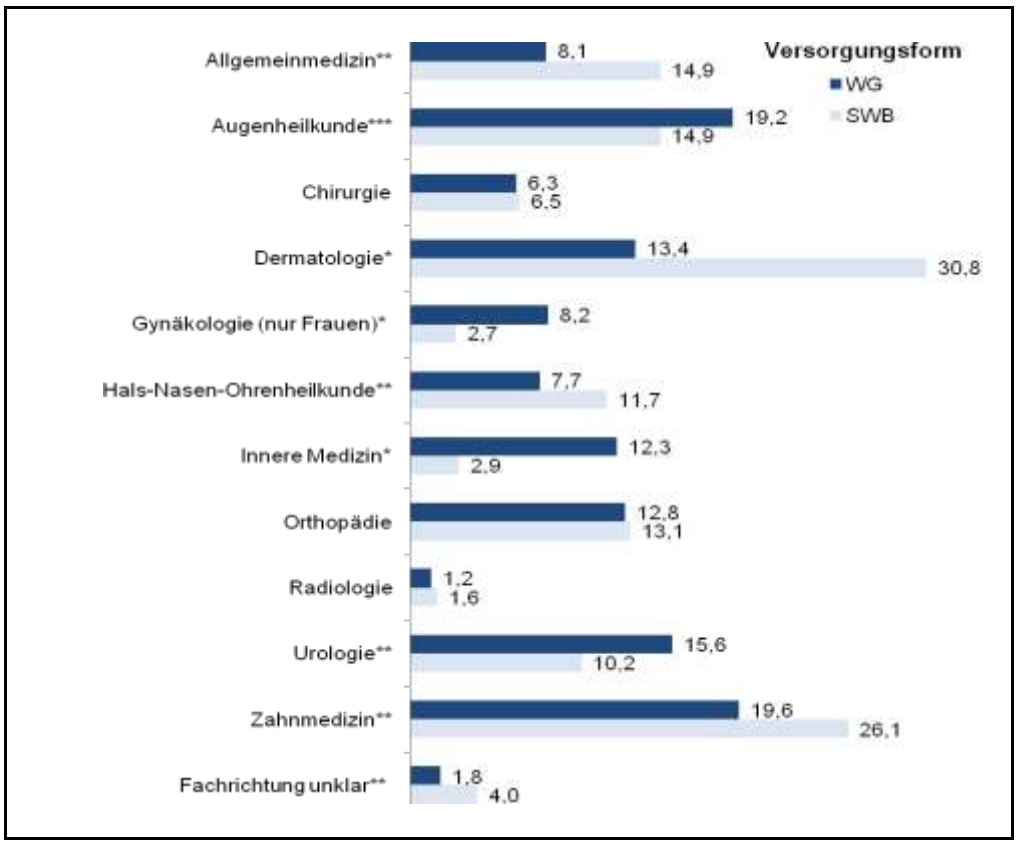


Abbildung 23: Fachärztliche Versorgung in den letzten 12 Monaten: WG-Bewohner/innen im Vergleich zu SWB-Bewohner/innen (in %)

Test nach Fisher; p < *0,001; **0,05; ***0,1

8.1.2.13 Beteiligung von Angehörigen

Wie bereits auf Einrichtungsebene (siehe ***Abschnitt 8.1.1.8***) wurde auch für die einzelnen Bewohner/innen die unterstützende Beteiligung Angehöriger in der WG bzw. auf dem SWB erfasst. Insgesamt sind die Angehörigen von rund 55 % der WG-Bewohner/innen in den untersuchten WG aktiv tätig. Etwas mehr als ein Viertel (27,3 % n = 156) hat Angehörige, die seltener als wöchentlich mithelfen, bei 17,1 % (n = 98) ist dies wöchentlich der Fall und bei 8,7 % mehrmals wöchentlich. Eine tägliche (1,4 %) oder mehrmals tägliche Unterstützung (0,7 %) durch Angehörigen wird kaum beschrieben. Bei fast einem Drittel der WG-Bewohner/innen (30,9 %; n = 177) sind die Angehörigen nie in den untersuchten WG tätig. 13,8 % der WG-Bewohnerschaft hat laut Angabe keine Angehörigen. Besonders Männer (19,4 %) haben mit Frauen (12,0 %) verglichen seltener Angehörige. Dementsprechend sind Angehörigen von Frauen in nur 28,5 % der Fälle nie in der WG tätig, während dies auf 38,8 % der männlichen Bewohner zutrifft. Angehörige von Frauen sind im Vergleich zu Männern häufiger mehrmals wöchentlich oder wöchentlich engagiert. Die Häufigkeit, mit der An-

gehörige in den WG tätig sind, ist tendenziell nicht unabhängig von deren Typus (Chi-Quadrat Test; p = 0,091). Die Angehörigen von 33,2 % aller Bewohner/innen in WG vom segregativen Typus und 28,7 % in WG vom integrativen Typus sind nie in den WG tätig (vgl. ***Abbildung 24***). Ein wöchentliches Engagement ist im segregativen Typus größer. In WG des integrativen Typus hingegen sind Angehörige häufiger täglich, mehrmals wöchentlich und seltener aktiv.

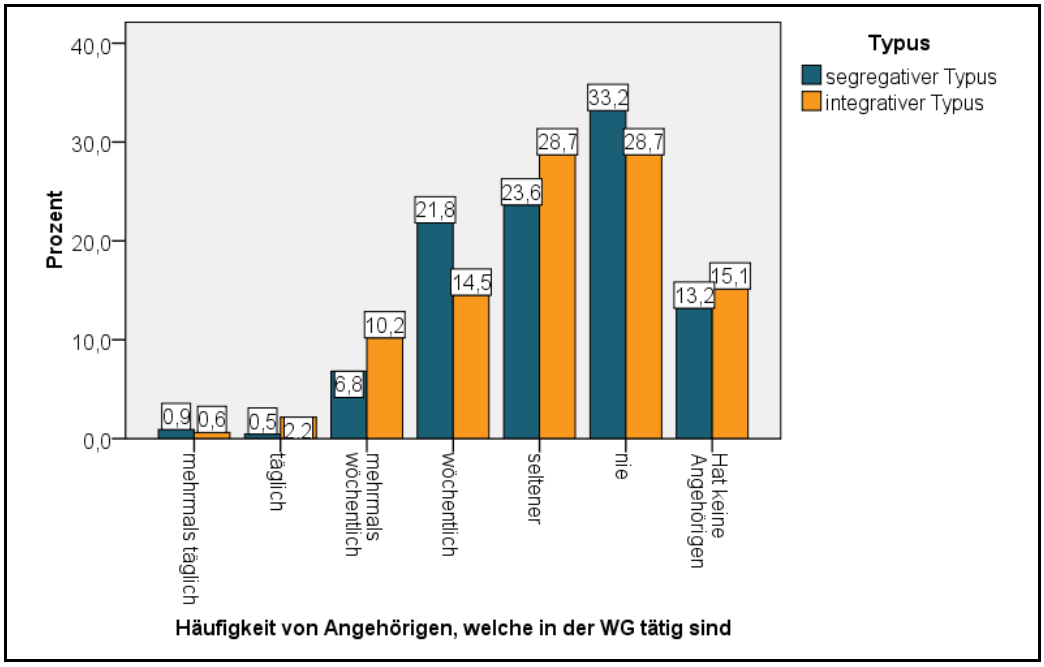


Abbildung 24: Häufigkeit von in der WG tätigen Angehörigen: segregativer im Vergleich zum integrativen Typus

Das aktive Engagement von Angehörigen ist nicht unabhängig von der Versorgungsform (Chi-Quadrat Test; p < 0,001). Generell sind Angehörige von Bewohner/innen in SWB seltener unterstützend vor Ort tätig (siehe ***Abbildung 25***). Wenn Angehörige hier aktiv werden, dann mehrmals täglich bis mehrmals wöchentlich. SWB-Bewohner/innen haben insgesamt laut Angaben jedoch häufiger Angehörige als WG-Bewohner/innen.

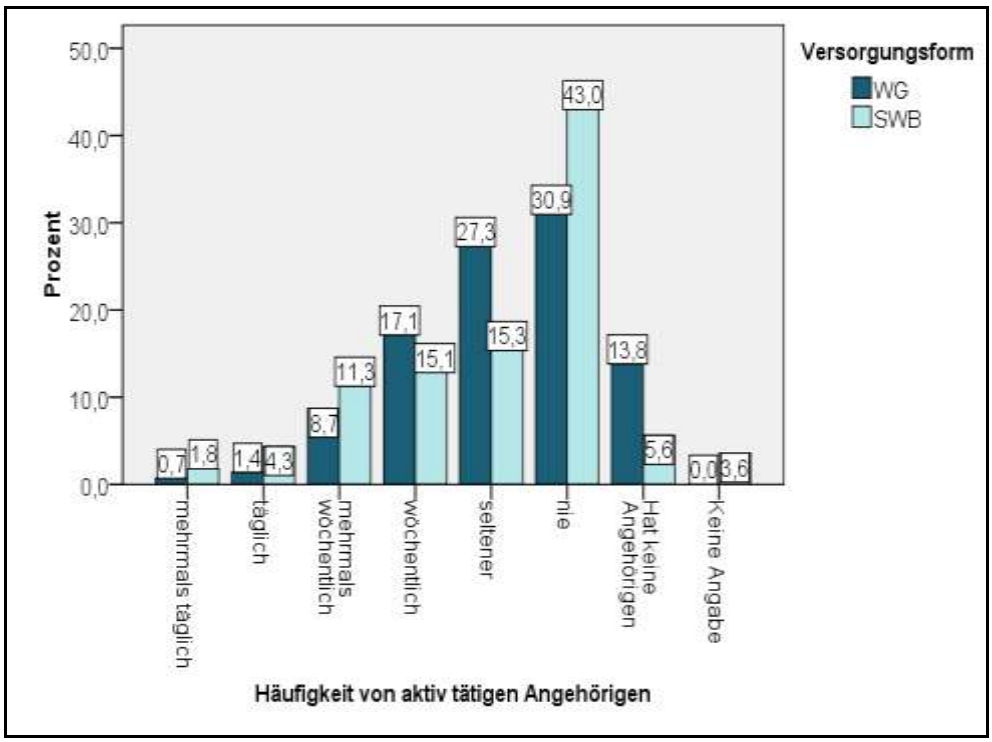


Abbildung 25: Häufigkeit von aktiv tätigen Angehörigen: WG-Bewohnerschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft

8.1.2.14 Teilnahme an gemeinschaftlichen Aktivitäten

Die Befragten wurden um Auskunft zur Teilnahme der Bewohner/innen an gemeinschaftlichen Aktivitäten in einer offen formulierten Frage gebeten. Mit 79,0 % (n = 452) hat mehr als drei Viertel der WG-Bewohnerschaft innerhalb der vergangenen vier Wochen an Gruppenangeboten teilgenommen. Unter den Nicht-Teilnehmer/innen waren 23,9 % aller Männer (n = 32) und 18,7 % (n = 82) aller Frauen. Deutlich häufiger und mit 87,7 % (n = 193) werden Gesellschaftsaktivitäten in segregativen WG wahrgenommen. In WG des integrativen Typus beteiligen sich hieran lediglich drei Viertel (75,0 %; n = 243) der Bewohnerschaft (Chi-Quadrat Test; p = 0,001). Die Art der gemeinschaftlichen Teilhabe beruht auf insgesamt n = 1322 Angaben. Sämtliche Angaben wurden den in ***Kapitel 8.1.1.5*** bereits beschriebenen Kategorien zugeordnet. Die am häufigsten wahrgenommenen Gruppenangebote (siehe ***Abbildung 26***) sind Singen und Musizieren, gefolgt von Spielen. Fast jede/r fünfte Bewohner/in nimmt an gemeinschaftlicher/m Gymnastik/ Sport oder Backen und Kochen teil. Weitere häufig frequentierte Gruppenangebote sind Lesen, Ausflüge sowie Basteln und Tanzen.

Werden die einzelnen Angaben den Oberkategorien (vgl. ***Tabelle 25***) zugeordnet, so nimmt die überwiegende Mehrheit aller Bewohner/innen an gemeinschaftlichen Unterhaltungs- und Gesellschaftsaktivitäten teil. Etwa ein Viertel beteiligt sich aktiv an Gruppenangeboten des

bewegungsbezogenen Ansatzes und ca. jede/r Fünfte des sinnesbezogenen und emotionalen Ansatzes. Auch gemeinschaftliche Außer Haus-Aktivitäten, gemeinsame Haushaltsaktivitäten und Angeboten des kreativen Gestaltens werden relativ häufig in Anspruch genommen.

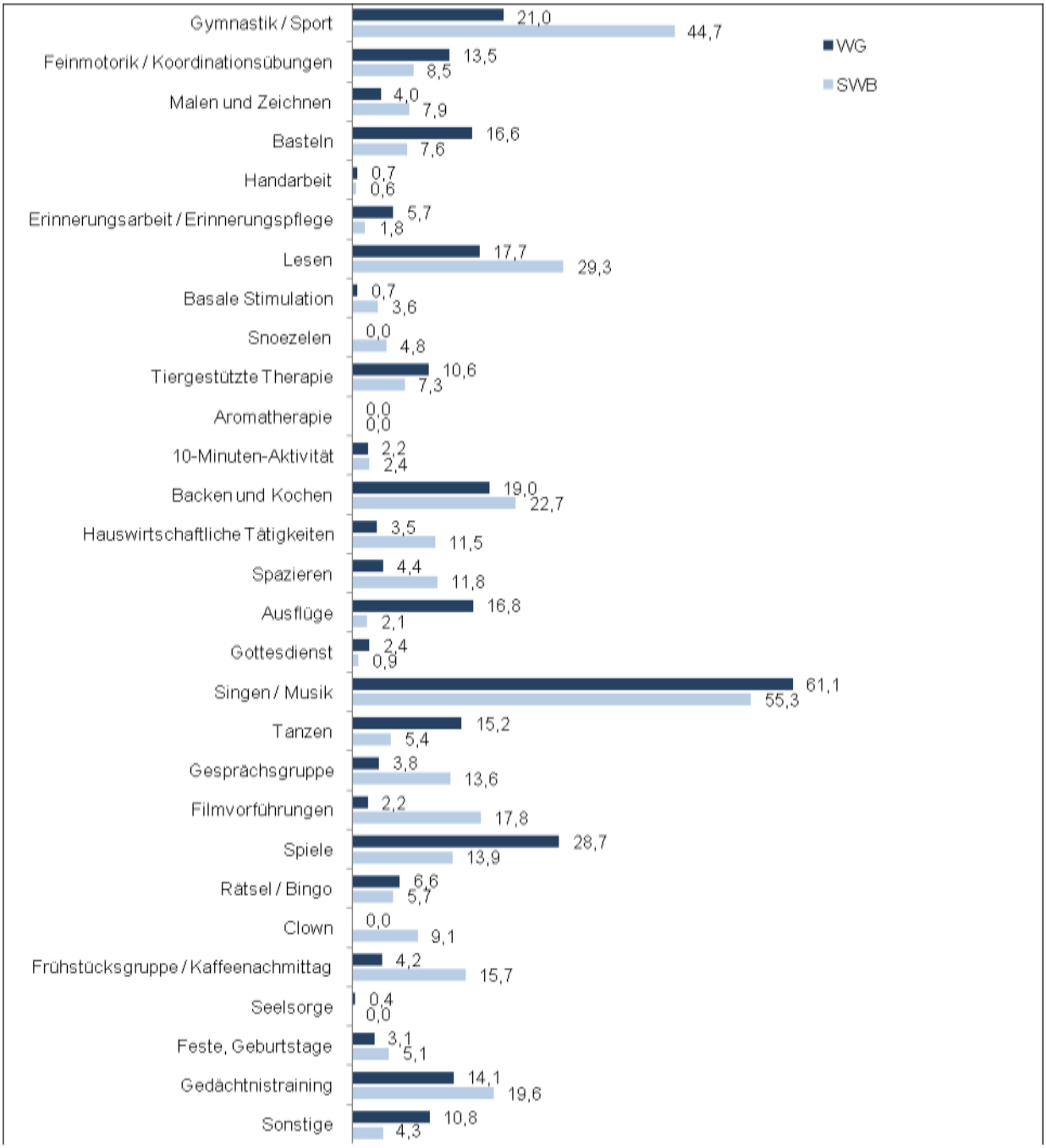


Abbildung 26: Teilnahme an Gruppenangeboten: WG-Bewohnerschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft

Männer beteiligen sich etwas häufiger an gemeinschaftlichen Angeboten des bewegungsbezogenen Ansatzes, an gemeinschaftlichen Haushaltstätigkeiten sowie an gemeinschaftlichen

Außer Haus-, Unterhaltungs- und Gesellschaftsaktivitäten als ihre Mitbewohnerinnen (vgl. ***Tabelle 26***). Andere Gruppenangebote und vor allem Gruppenangebote des sinnesbezogenen/ emotionalen Ansatzes werden deutlich häufiger von Frauen besucht.

Tabelle 25: Gruppenangebote (Oberkategorien) nach Versorgungsform

	Versorgungsform		
Gruppenangebote	**WG** (in %)	**SWB** (in %)	**p***
Bewegungsbezogener Ansatz	26,2	44,7	<0,001
Kreatives Gestalten	14,0	11,5	=0,077
Sinnesbezogener / emotionaler Ansatz	21,9	31,5	=0,003
Haushaltstätigkeiten	16,4	25,6	=0,002
Außer Haus Aktivitäten	17,3	11,8	=0,001
Unterhaltungs- und Gesellschaftsaktivitäten	67,0	69,6	n.s.
Kultur & Infrastruktur	2,8	4,3	n.s.
Kognitiver Ansatz	14,1	19,6	=0,025
Sonstige Gruppenangebote	10,8	4,3	=0,025

*Test nach Fisher; n.s. = nicht signifikant

Gruppenangebote des sinnesbezogenen / emotionalen Ansatzes, bewegungsbezogenen Ansatzes sowie gemeinschaftliche Unterhaltungs- und Gesellschaftsaktivitäten werden sehr viel häufiger in WG vom segregativen Typus wahrgenommen (vgl. *Tabelle 26*). Bewohner/innen in integrativen WG nehmen hingegen häufiger an Gruppenangeboten des kreativen Gestaltens, des sinnesbezogenen / emotionalen Ansatzes, an gemeinschaftlichen Unterhaltungs- und Gesellschaftsaktivitäten und an gemeinsamen Haushaltstätigkeiten teil. Kulturelle und infrastrukturelle Angebote werden allein in diesem Typus genutzt.

Tabelle 26: Beteiligung an Gruppenangeboten (Oberkategorien) in WG nach Geschlecht, Typus und Demenz (in %)

	Geschlecht			Typus			Demenz		
Gruppenangebote	**weiblich**	**männlich**	**p***	**segregativ**	**integrativ**	**p***	**ja**	**nein**	**p***
Bewegungsbezogener Ansatz	25,3	29,1	n.s.	28,2	25,6	n.s.	27,9	20,3	n.s.
Kreatives Gestalten	14,8	11,2	n.s.	11,4	16,0	=0,014	13,3	16,4	=0,034
Sinnesbezogener / emotionaler Ansatz	24,7	12,7	=0,003	36,8	13,6	<0,001	26,4	6,3	<0,001
Haushaltstätigkeiten	16,2	17,2	n.s.	7,3	20,4	<0,001	13,7	25,8	<0,001
Außer Haus Aktivitäten	16,9	18,7	n.s.	15,5	18,5	=0,047	17,3	17,2	n.s.
Unterhaltungs- und Gesellschaftsaktivitäten	67,6	64,9	n.s.	83,2	59,0	<0,001	71,8	50,0	=0,036
Kultur & Infrastruktur	3,0	2,2	n.s.	0,0	4,3	<0,001	2,5	3,9	n.s.
Kognitiver Ansatz	12,3	7,5	n.s.	11,4	11,7	n.s.	11,9	8,6	n.s.
Sonstige Gruppenangebote	10,7	11,2	n.s.	10,0	11,7	n.s.	11,7	7,8	n.s.

*Test nach Fisher; n.s. = nicht signifikant

Innerhalb der WG nehmen 83,1 % der Demenzkranken Gruppenangebote wahr, von den kognitiv nicht eingeschränkten Personen hingegen nur 64,8 %. In den SWB ist dieser Unter-

schied nicht so deutlich, dennoch beteiligen sich auch hier mehr Demenzkranke. Im Inanspruchnahmeverhalten werden signifikante Verschiedenheiten deutlich. Kreatives Gestalten, Angebote des sinnesbezogenen / emotionalen Ansatzes sowie Unterhaltungs- und Gesellschaftsaktivitäten werden gemeinschaftlich häufiger von Demenzerkrankten in WG genutzt. Kognitiv nicht Eingeschränkte beteiligen sich hier in größerem Umfang an kreativem Gestalten und Haushaltstätigkeiten.

In den SWB nehmen insgesamt 83,6 % (n = 327) der Bewohner/innen an vorgehaltenen Gruppenaktivitäten teil und damit ein größerer Anteil im Vergleich zu den WG. Lediglich vier Bewohner/innen (1,0 %) haben sich im Zeitraum der letzten vier Wochen vor dem Stichtag an keinem der gemeinschaftlichen Aktivitäten beteiligt. Für 15,3 % (n = 60) aller Bewohnerinnen und Bewohner wurden keine Angaben gemacht. Die Arten von gemeinschaftlich wahrgenommenen Angeboten beruhen auf insgesamt n = 1105 Angaben (vgl. ***Abbildung 26***).

Genau wie im ambulanten Bereich ist das meist besuchte Gruppenangebot das gemeinschaftliche Singen und Musizieren, an welchem mehr als die Hälfte aller Bewohner/innen teilnehmen. Fast jede/r Zweite betreibt gemeinsam mit anderen Gymnastik und Sport. Fast ein Drittel der Bewohner/innen treffen sich zum gemeinsamen Lesen/ Vorlesen und etwa jede/r Vierte kocht und backt zusammen mit Mitbewohner/innen.

Werden die einzelnen Angaben Oberkategorien zugeordnet, so nehmen etwa zwei Drittel der SWB-Bewohner/innen an gemeinschaftlichen Unterhaltungs- und Gesellschaftsaktivitäten und 44,7 % an bewegungsbezogenen Gruppenaktivitäten teil. Relativ häufig werden ebenfalls Gruppenangebote des sinnesbezogenen / emotionalen Ansatzes, gemeinsame Haushaltstätigkeiten und Gruppenaktivitäten des kognitiven Ansatzes wahrgenommen.

Im Vergleich der beiden Versorgungsformen zeigen sich teilweise sehr deutliche Unterschiede bezogen auf die Teilnahme an Gruppenangeboten (vgl. ***Tabelle 25***). In der Versorgungsform SWB werden deutlich häufiger Angebote des bewegungsbezogenen Ansatzes, sinnesbezogene/ emotionale Angebote, gemeinschaftliche Haushaltstätigkeiten sowie Gruppenangebote vom kognitiven Ansatz wahrgenommen. In WG hingegen beteiligen sich die Bewohner/innen häufiger an Gruppenangeboten des kreativen Gestaltens, gemeinschaftlichen Außer-Haus-Aktivitäten und sonstigen Gruppenangeboten.

8.1.2.15 Anwendung von besonderen Betreuungskonzepten

Die Befragten sollten Angaben zu Validation, Erinnerungsarbeit und Basaler Stimulation als Bestandteile der Versorgung in der WG bzw. im SWB machen. Während diese therapeutischen Konzepte direkt abgefragt wurden, konnten weitere Konzepte offen formuliert werden.

Mit 64,3 % (n = 368) werden fast zwei Drittel aller Bewohner/innen in den untersuchten WG zum Stichtag validiert. Bei 35,1 % (n = 201) ist **Validation** nicht Bestandteil der Versorgung. Für 0,5 % (n = 3) der Fälle wurden keine Angaben gemacht. Mit 67,1 % (n = 294) werden Frauen deutlich häufiger als Männer (55,2 %; n = 74) validiert (Test nach Fisher; p = 0,006). Bewohner/innen bei denen das Konzept der Validation Anwendung findet, sind mit einem Durchschnittsalter von 81,0 Jahren im Mittel 5,3 Jahre älter als nicht validierte Bewohner/innen (t-Test; p < 0,001).

Die Anwendung des Konzeptes der Validation ist nicht unabhängig von dem WG-Typus (Test nach Fisher; p < 0,002). So wird gegenüber integrativ Betreuten, ein größerer Anteil der segregativ Betreuten validiert (vgl.

Abbildung 27). 75,0 % aller validierten Bewohner/innen werden von nicht verbandlich organisierten und 60,7 % von verbandlich organisierten Pflegediensten versorgt (Chi-Quadrat Test; p = 0,011). Im Vergleich zur WG- findet dieser therapeutische Ansatz bei der SWB-Bewohnerschaft öfter Anwendung (Test nach Fisher; p < 0,001). Insgesamt 80,3 % (n = 314) der hier lebenden Personen werden validiert.

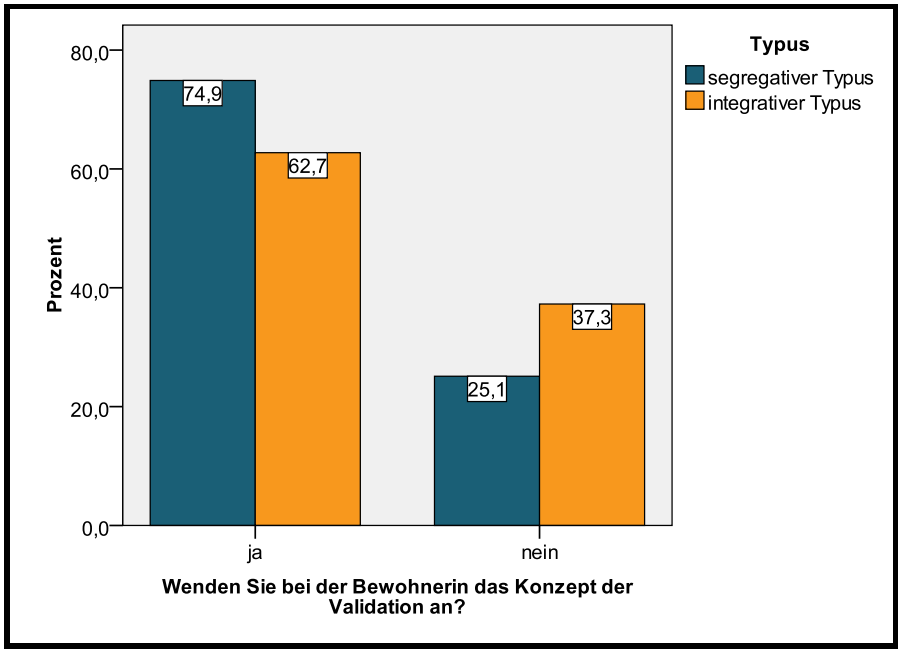


Abbildung 27: Konzept der Validation: WG-Bewohner/innen des segregativen Typus im Vergleich zu WG-Bewohner/innen des integrativen Typus

Erinnerungsarbeit kommt bei 94,6 % (n = 541) der WG-Bewohnerschaft im Versorgungsalltag zum Einsatz. Die meisten Bewohner/innen werden mehrmals täglich erinnerungsfördernd aktiviert (40,2 %) und fast ein Drittel täglich. Bei 22,2 % ist Erinnerungsarbeit mehrmals wöchentlich, wöchentlich oder seltener Bestandteil der Versorgung, bei 5,1 % wird es nie angewendet. Für zwei Personen liegen hierzu keine Angaben vor. Die Häufigkeit, in welcher Erinnerungsarbeit angewendet wird, ist nicht unabhängig vom Typus der WG (Chi-Quadrat Test; $p < 0{,}001$). Segregativ betreute Personen erfahren mit 50,5 % häufiger mehrmals täglich Erinnerungsarbeit als integrativ betreute mit 35,8 %.

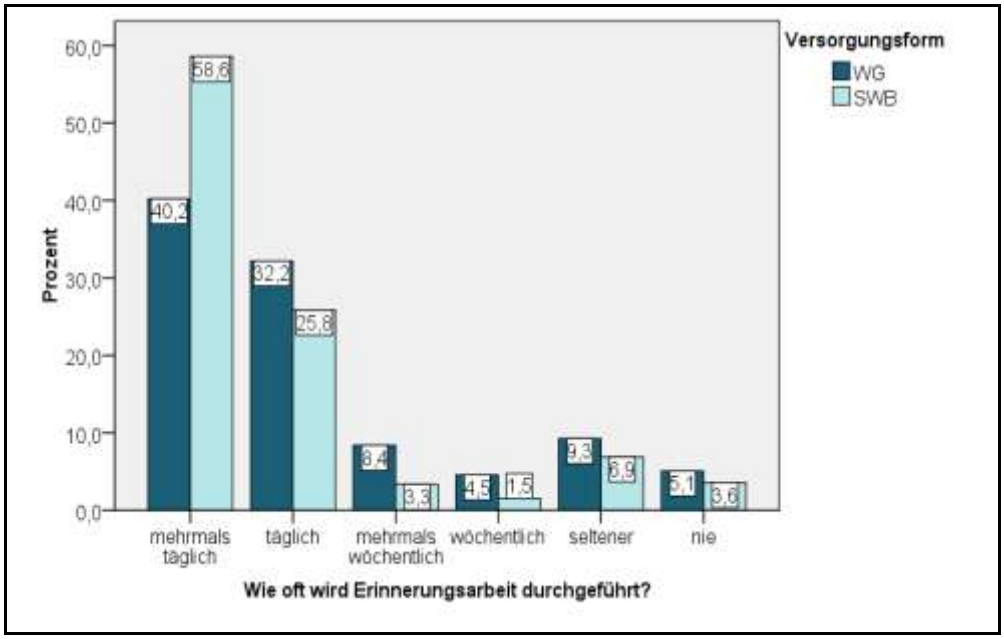


Abbildung 28: Häufigkeit des Anwendens von Erinnerungsarbeit: WG-Bewohner/innen im Vergleich zu SWB-Bewohner/innen

In den untersuchten SWB wird bei 96,1 % (n = 376) aller Personen Erinnerungsarbeit durchgeführt. Für eine Person wurde keine Angabe gemacht. Im Vergleich zur Versorgungsform WG (siehe ***Abbildung 28***) findet dieses Konzept hier anteilig häufiger mehrmals täglich mit (Chi-Quadrat Test; $p < 0{,}001$).

Das Konzept der **Basalen Stimulation** kommt bei 68,2 % (n = 390) der WG-Bewohnerschaft zur Anwendung, bei 30,4 % wird diese Technik nicht eingesetzt. Für 1,4 % (n = 8) aller Personen werden keine Angaben gemacht. Ca. ein Viertel (27,1 %; n = 155) werden mehrmals täglich und 23,8 % (n = 136) täglich sensorisch stimuliert. Eine wöchentliche Basale Stimula-

tion wird eher selten durchgeführt. Im Vergleich zu Frauen mit 27,6 % findet bei Männern mit 39,6 % dieses Konzept seltener im Versorgungsalltag Anwendung.

Bei fast jeder zweiten Bewohnerin einer segregativen WG kommen Techniken der Basalen Stimulation mehrmals täglich zum Einsatz, aber in derselben Frequenz deutlich seltener bei integrativ Versorgten (Chi-Quadrat Test; $p < 0{,}001$). Der Anteil der Bewohner/innen, welche keine Basale Stimulation erfahren, ist im integrativen Typus nahezu doppelt so groß (siehe ***Abbildung 29***). Die Bewohnerschaft der untersuchten SWB erhält mit 89,5 % deutlich häufiger Basale Stimulation als WG-Bewohner/innen. Bei 48,6 % von ihnen ist Basale Stimulation ein mehrmals täglich und bei 20,2 % ein täglich zur Anwendung kommender Bestandteil der Versorgung.

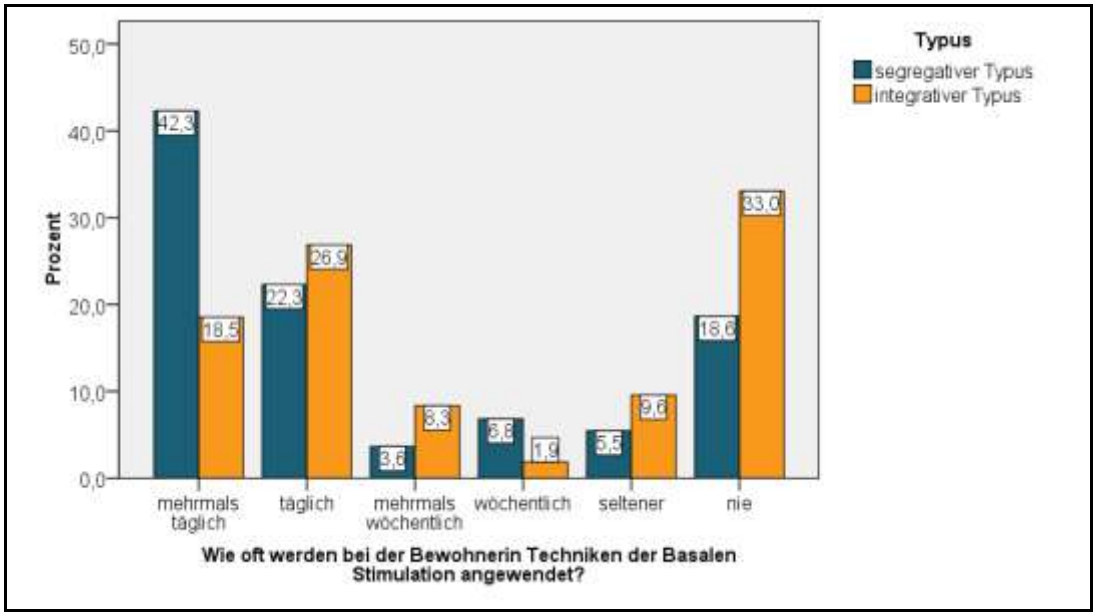


Abbildung 29: Häufigkeit des Anwendens von Basaler Stimulation: WG-Bewohner/innen des segregativen Typus im Vergleich zu WG-Bewohner/innen des integrativen Typus

8.1.2.16 Teilnahme an ärztliche verordneten Therapien

Mit der Befragung soll eruiert werden, an welchen ärztlich verordneten Therapien die Bewohner/innen innerhalb der vergangen vier Wochen vor dem Stichtag teilgenommen haben. Hierbei standen die vier vorgegebenen Therapien: Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie und Musiktherapie zur Auswahl. Darüber hinaus bestand die Möglichkeit einer Freitextangabe. Insgesamt wird die Teilnahme an mindestens einer genannten Therapien auf ärztliche Verordnung für mehr als jede zweite in einer WG lebende Person beschrieben (vgl. ***Tabelle 27***). Mit 46,2 % (n = 264) hatte ein großer Teil im fraglichen Zeitraum keine Therapieverord-

nungen. Für 1,6 % (n = 9) aller Bewohner/innen wurden keine Angaben gemacht. In WG steht die Ergotherapie an der Spitze der in Anspruch genommenen Therapien, gefolgt von Musiktherapien, Physiotherapien und Logopädien. Männer nehmen im Vergleich zu Frauen häufiger an einer Logopädie- (m: 9,7 %; w: 4,6 %; Test nach Fisher; p = 0,036) teil. Das Inanspruchnahmeverhalten von ärztlich verordneten Therapien unterscheidet sich zwar nicht signifikant nach dem Typus der WG, dennoch sind Tendenzen erkennbar. Segregativ betreute Bewohner/innen haben im Verhältnis zu integrativ betreuten Bewohner/innen etwas häufiger an einer Musiktherapie teilgenommen (segregativ: 16,4 %; integrativ: 12,4 %). Die Bewohnerschaft integrativer WG empfangen mehr als doppelt so häufig logopädische Maßnahmen (segregativ: 3,6 %; integrativ: 7,8 %).

Tabelle 27: Inanspruchnahme von ärztlich verordneten Therapien: WG-Bewohnerschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft

	Versorgungsform		
	WG (in %)	SWB (in %)	p*
Teilnahme an ärztlich verordneten Therapien in %	52,3	38,6	<0,001
Ergotherapie	41,9	12,3	=0,012
Musiktherapie	18,8	11,0	n. s.
Physiotherapie	13,5	25,8	<0,001
Logopädie	5,9	1,5	<0,001
sonstige	0,2	0,0	n. s.

*Test nach Fisher; n. s. = nicht signifikant

Deutlicher sind die Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten zwischen den beiden Versorgungsformen ausgeprägt (Chi-Quadrat Test; p < 0,001). Mit 55,5 % (n = 217) erhält die Mehrzahl der Untersuchten im Setting SWB keine ärztlich verordneten Therapien. Die hier am häufigsten wahrgenommene Therapie ist die Physiotherapie, mit der entgegen der WG-Bewohnerschaft ein doppelt so großer Anteil versorgt wird (Chi-Quadrat Test; p < 0,001). Ergo- sowie musiktherapeutische und logopädische Maßnahmen werden im direkten Vergleich der beiden Versorgungsformen in SWB signifikant seltener verschrieben.

8.1.2.17 Ernährungsstatus

Zur Beurteilung des Ernährungsstatus dient der Literatur zufolge üblicherweise der WHO-klassifizierte BMI als Richtmaß. Bei 65-Jährigen und Älteren sollte der BMI höher angesetzt werden (vgl. MDS e.V. 2003; National Research Council 1989). Weil dies mehrheitlich auf die Stichprobe zutrifft, wird die Ernährungssituation ebenfalls anhand des altersadjustierten BMI beschrieben.

Der BMI wird anhand der Angaben zu Körpergröße und Gewicht berechnet. Für n = 44 Personen war dies aufgrund von fehlenden Angaben nicht möglich, daher addieren sich die nachfolgenden Anteile nicht immer auf 100 %.. Der durchschnittliche Body-Mass-Index (BMI) der WG-Bewohnerschaft liegt mit 24,7 nach der Klassifikation der WHO (2010) im Bereich „Normalgewicht“ (18,5 - 24,9). Unterschiede sind innerhalb beider Versorgungsformen und Typen nicht erkennbar. Allerdings ist diese Maßzahl bei Demenzerkrankten signifikant kleiner als bei nicht Demenzerkrankten (siehe ***Tabelle 28***). WG-Bewohner/innen, welche Interesse am Alltagsgeschehen oder ihren Aktivitäten bzw. Hobbies zeigen, haben einen signifikant größeren Body-Mass-Index als Bewohner/innen mit mangelndem Interesse (siehe ***Tabelle 29***). Frauen haben einen mittleren BMI von 24,3. Der durchschnittliche BMI der Männer ist mit 25,9 signifikant (t-Test; p = 0,002) größer und liegt im Bereich „Übergewicht“ (25,0 - 29,9). Es lässt sich feststellen, dass anteilig mehr Frauen als Männer untergewichtig sind (10,5 % vs. 2,4 %). Im Vergleich zu den WG-Bewohner/innen unterscheidet sich der BMI in der Versorgungsform SWB nicht nach dem Geschlecht und beträgt bei hier lebenden Frauen 24,8 und Männern 25,0 (insgesamt 24,9). Der Anteil der untergewichtigen Frauen beläuft sich hier auf etwa 7 % und ist etwa doppelt so groß wie der von Männern.

Tabelle 28: Gesundheitliche Situation (körperlich) in WG: Demenzerkrankte im Vergleich mit nicht Demenzerkrankten

		Demenz (n = 444)	**Keine Demenz** (n = 123)	**p**
BMI (in kg/m^2) im Mittel (s)		24,4 (4,6)	25,9 (5,6)	=0,004[2]
Altersadjustierter BMI in %		(n = 379)	(n = 79)	n. s.[3]
Untergewicht (< 23,99)		53,8	46,8	
Normalgewicht (24,00 – 29,00)		31,1	34,2	
Übergewicht (> 29,00)		15,0	19,0	
Anzahl der Stürze innerhalb der letzten 4 Wochen im Mittel		0,17	0,25	n. s.[2]
Dekubitus zum Stichtag (n)		10	3	n. s.[3]
Körperliche Einschränkungen in %				
Sprachstörung / Aphasie		29,5	18,8	=0,038[3]
Schwerhörigkeit / Gehörlosigkeit		20,0	13,3	n. s.[3]
starke Sehbehinderung		17,1	14,1	n. s.[3]
Lähmung		7,7	17,2	n. s.[3]
Erblindung		1,8	3,9	n. s.[3]
Alltagskompetenz in %				
Sich Waschen	5	17,6	25,8	=0,028[1]
	0	81,5	73,4	
Toilettenbenutzung	10	17,3	39,1	<0,001[3]
	5	54,7	43,8	
	0	27,5	17,2	
Essen	10	27,7	31,2	=0,023[3]
	5	54,3	60,9	
	0	16,7	7,0	
Aufsetzen & Umsetzen	15	36,5	55,5	=0,003[3]
	10	20,9	15,6	
	5	32,7	21,9	

	0	8,8	7,0	
Aufstehen & Gehen	15	33,6	40,6	=n. s.[3]
	10	13,1	15,6	
	5	26,4	21,9	
	0	26,4	21,9	

[1]Test nach Fisher; [2]t-Test; [3]Chi-Quadrat Test; n. s. = nicht signifikant

Mit 45,1 % (n = 258) befindet sich der größte Anteil der WG-Bewohnerschaft in der Kategorie „normalgewichtig“. 7,9 % (n = 45) aller Bewohner/innen sind im Hinblick auf die WHO-Klassifikation untergewichtig (BMI < 18,5) und sogar 2,8 % (n = 16) stark untergewichtig (BMI). Mehr als ein Drittel (39,3 %; n = 225) sind übergewichtig. Auch in den SWB sind die meisten Bewohner/innen normalgewichtig (48,3 %). Allerdings ist der Anteil der Übergewichtigen dort mit 44,8 % fast genauso hoch. Den Grenzwert von 27 Punkten[11] (vgl. Heiat et al. 2001) überschreiten etwa 29,8 % (n = 14) der 65-74-Jährigen und 28 Punkte[12] 15,1 % (n = 48) der über 74-Jährigen. Insgesamt 4,6 % sind untergewichtig. Im Vergleich der Typen stellte sich heraus, dass integrativ betreute Personen in den WG anteilig häufiger unterernährt sind als segregativ betreute (10,3 % vs. 5,9 %).

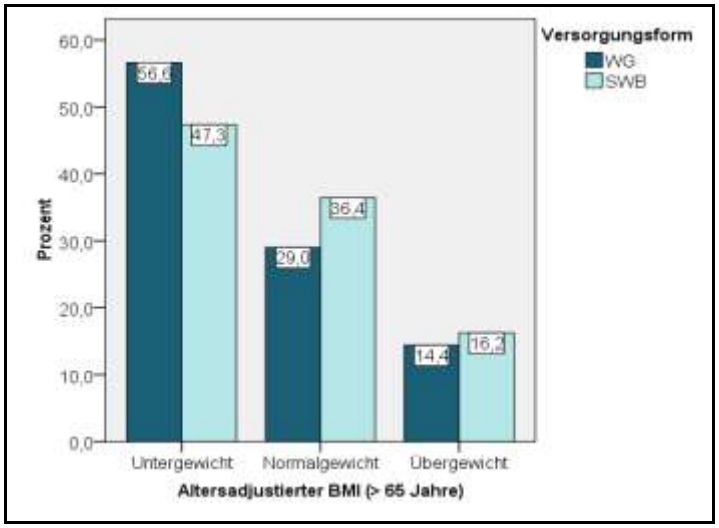


Abbildung 30: Altersadjustierter BMI: WG-Bewohnerschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft

Grundlage der weiteren Beschreibungen ist der altersadjustierte BMI. Normalgewichtig sind hier Personen, deren BMI im Bereich 24,00 - 29,99 liegt. Nach dieser Einteilung sind mehr als die Hälfte der WG-Bewohnerschaft und etwa die Hälfte der SWB-Bewohnerschaft unter-

[11] In der Gruppe der 65 bis 75-Jährigen gilt ein BMI ≥ 27 Punkte als Risikofaktor für Mortalität (vgl. Heiat et al. 2001).

[12] In der Gruppe der über 74-Jährigen gilt ein BMI ≥ 28 Punkte als Risikofaktor für Mortalität (ebd.).

gewichtig (vgl. ***Abbildung 30***). Die Gruppe der Untergewichtigen ist mit einem Durchschnittsalter von 83,0 Jahren die älteste, während übergewichtige Personen mit im Mittel von 80,4 Jahren die jüngsten sind (ANOVA; p = 0,065). Im Vergleich zu Männern sind Frauen sowohl geringfügig häufiger untergewichtig als auch übergewichtig. Männer sind häufiger normalgewichtig. Im direkten Vergleich von Menschen ohne Demenz mit Demenzerkrankten wird deutlich, dass letzte geringfügig häufiger untergewichtig und seltener normal- bzw. übergewichtig sind (siehe ***Tabelle 28***). 68,0 % (n = 83) jener WG-Bewohner/innen, welche sich nicht für das Alltagsgeschehen oder ihre Hobbies interessieren sind verglichen mit allen Anderen (52,6 %; n = 201) häufiger untergewichtig (siehe ***Tabelle 29***).

Auch in den untersuchten SWB entspricht der größte Anteil der untersuchten Bewohner/innen (47,3 %) der Kategorie „untergewichtig“. Demgegenüber sind hier 36,4 % und damit tendenziell mehr als in den WG normalgewichtig. Mit 16,2 % sind geringfügig mehr Bewohner/innen von SWB übergewichtig (Chi-Quadrat Test; p = 0,021).

8.1.2.18 Stürze innerhalb der vergangenen vier Wochen

Mit der Befragung sollen Aussagen zur Sturzhäufigkeit von Bewohner/innen in WG gemacht werden. Die Befragten wurden gebeten, sich bei ihren Angaben auf den Zeitraum der letzten vier Wochen vor dem Stichtag zu beziehen. Zu 4,4 % (n = 25) aller Personen wurden keine Angaben gemacht. Insgesamt sind 9,9 % (n = 57) der WG-Bewohnerschaft gestürzt, also laut der Definition der (DNQP o.J.) unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen gekommen. Dabei sind 44 Bewohner/innen (7,7 %) einmal und sieben (1,2 %) zweimal gestürzt. Über mehr als zwei Stürze in diesem Zeitraum wird nur selten berichtet. Männer stürzten im Vergleich zu Frauen geringfügig häufiger. Allerdings fielen jeweils eine Frau 11-mal und 12-mal. Die maximale Sturzhäufigkeit eines Mannes beträgt zehn Stürze. Das Alter hat nachweislich keinen Einfluss auf die Sturzhäufigkeit. Allerdings stürzten mit 10,9 % (n = 23) Personen aus segregativen WG geringfügig häufiger als integrativ Betreute mit 6,2 % (n = 19). Demenzerkrankte in WG stürzen nur geringfügig häufiger als kognitiv Unbeeinträchtigte in WG (9,7 % vs. 7,9 %). Auch in den untersuchten SWB stürzten mit 8,7 % (n = 34) insgesamt nur ein geringer Anteil der Bewohnerschaft. Ein Sturzereignis wird für 6,4 % (n = 25) und zwei Sturzereignisse für 1,5 % (n = 6) der hier wohnenden Menschen beschrieben. Jeweils eine Person stürzt drei-, fünf- und siebenmal im oben genannten Zeitraum. Im Vergleich zu Frauen stürzen Männer in dieser Versorgungsform doppelt so häufig (t-Test; p = 0,097).

8.1.2.19 Dekubitus

Zum Stichtag 30.01.2009 haben die meisten Bewohner/innen (97,6 %) in den WG keinen Dekubitus. Lediglich 2,4 % (n = 13) aller WG-Bewohner/innen sind hiervon betroffen. Das Geschlecht hat dabei keinen Einfluss. Eine Bewohnerin hat zwei Druckstellen. Insgesamt haben n = 10 Demenzerkrankte aber nur n = 3 nicht Demenzerkrankte Dekubitalulzera (siehe ***Tabelle 28***). Mit durchschnittlich 82,3 Jahren sind Personen, welche ein Druckgeschwür aufweisen, im Mittel drei Jahre älter als Bewohner/innen ohne dieses Leiden. In sechs Fällen liegt ein Dekubitus zweiten Grades, in fünf Fällen der Grad eins und in zwei Fällen ein Grad drei vor. Im stationären Setting sind insgesamt 2,8 % (n = 11) Personen von einem Druckgeschwür betroffen. Neun Bewohner/innen haben jeweils einen und zwei Bewohner/innen zwei Dekubitus.

Tabelle 29: Gesundheitliche Situation (körperlich) in WG: Bewohner/innen mit Interesse am Alltagsgeschehen/ Hobbies im Vergleich zu Bewohner/innen ohne Interesse

		Interesse am Alltagsgeschehen		
		ja (n = 434)	nein (n = 135)	p
BMI (in kg/m^2) im Mittel (s)		25,1 (4,8)	23,5 (4,6)	=0,001[2]
Altersadjustierter BMI in %		(n = 382)	(n = 122)	=0,003[3]
Untergewicht (< 23,99)		52,6	68,0	
Normalgewicht (24,00 – 29,00)		30,4	25,4	
Übergewicht (> 29,00)		6,6	17,1	
Alltagskompetenz in %				
Sich Waschen	5	75,6	92,6	<0,001[1]
	0	23,5	6,7	
Toilettenbenutzung	10	26,0	9,6	<0,001[3]
	5	56,9	37,8	
	0	16,6	52,6	
Essen	10	33,7	13,3	<0,001[3]
	5	59,5	47,4	
	0	6,8	39,3	
Aufsetzen & Umsetzen	15	46,3	23,0	<0,001[3]
	10	22,4	11,1	
	5	27,0	41,5	
	0	3,5	23,7	
Aufstehen & Gehen	15	41,2	15,6	<0,001[3]
	10	14,1	11,9	
	5	25,6	25,2	
	0	18,7	46,7	

[1] Test nach Fisher; [2] t-Test; [3]Chi-Quadrat Test

8.1.2.20 Interesse am Alltagsgeschehen

Die Befragten sollten Auskunft zum Interesse der Bewohner/innen am Alltageschehen in der WG und/ oder an ihren Aktivitäten und Hobbies geben. In den letzten zwei Wochen vor dem

Stichtag zeigen ca. drei Viertel aller Bewohner/innen (75,9 %; n = 434) derartige Interessen. 23,6 % (n = 135), d. h. fast einem Viertel der WG-Bewohnerschaft wird solches Interesse abgesprochen. Diese Personen sind durchschnittlich 81,1 Jahre alt und im Mittel 2,3 Jahre älter im Vergleich zu den übrigen Bewohner/innen (t-Test; p = 0,044). Wie die ***Abbildung 31*** verdeutlicht, leben Bewohner/innen mit Anzeichen einer Apathie zum Stichtag tendenziell häufiger in WG des integrativen Typus (Test nach Fisher; p = 0,052). Deutliche Unterschiede im Vergleich von Demenzerkrankten mit nicht Demenzerkrankten zeigen sich nicht (vgl. ***Tabelle 31***).

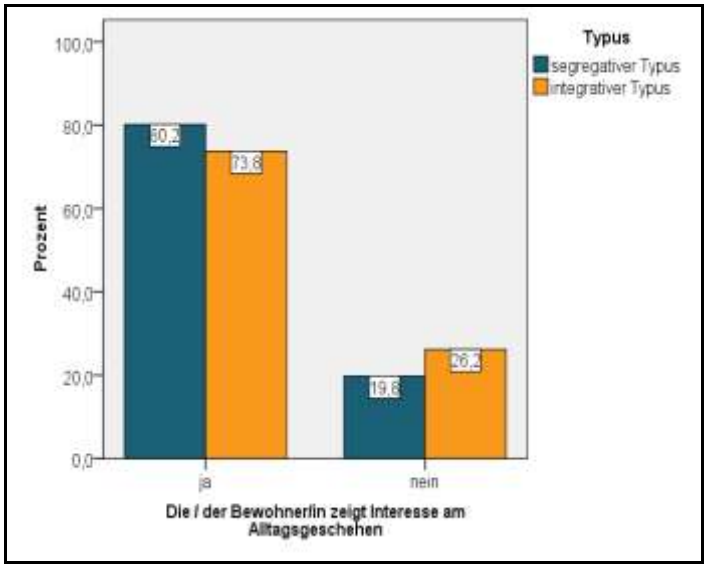


Abbildung 31: Interesse am Alltagsgeschehen / Hobbies: WG-Bewohner/innen des segregativen Typus im Vergleich zu WG-Bewohner/innen des integrativen Typus

Mit 41,9 % (n = 164) ist in den untersuchten SWB ein fast doppelt so hoher Anteil der Personen wie in WG (23,6 %) weder am Alltagsgeschehen noch an Aktivitäten und Hobbies interessiert (Test nach Fisher; p < 0,001). Interesse zeigen 55,8 % (n = 218). Während ein Zusammenhang zwischen dem Interesse / Desinteresse und dem Geschlecht im ambulanten Setting nicht nachzuweisen ist, zeigen sich hier Tendenzen (Test nach Fischer; p = 0,059). So zeigen Bewohnerinnen im Vergleich zu Bewohnern häufiger eine Interessenlosigkeit (siehe ***Abbildung 32***).

8.1.2.21 Psychologische bzw. Verhaltensauffälligkeiten

Unabhängig von der Häufigkeit tritt bei etwa der Hälfte aller Bewohner/innen in den teilnehmenden WG mindestens eine der untersuchten Verhaltensauffälligkeiten (vgl. ***Tabelle 30***) und im Mittel 2,0 je Bewohner/in auf. Im Vergleich von Verhaltensauffälligen mit nicht Verhaltensauffälligen zeigen sich weder geschlechtsspezifische noch altersspezifische Abhängig-

keiten. Während beide Gruppen sowohl im segregativen als auch im integrativen Typus nahezu gleichermaßen verteilt sind, lebt in den SWB ein deutlich größerer Anteil mit auffälligen Verhaltensweisen. Fast drei Viertel aller hier Wohnenden zeigt innerhalb der letzten zwei Wochen vor dem Stichtag mindestens ein derartiges Symptom. Es sind 80,8 % (n = 80) der Männer, aber nur 71,9 % (n = 210) aller Frauen betroffen (Test nach Fisher; p = 0,051). Gegenüber WG ist die Anzahl an gleichzeitig gezeigten Symptomen deutlich höher.

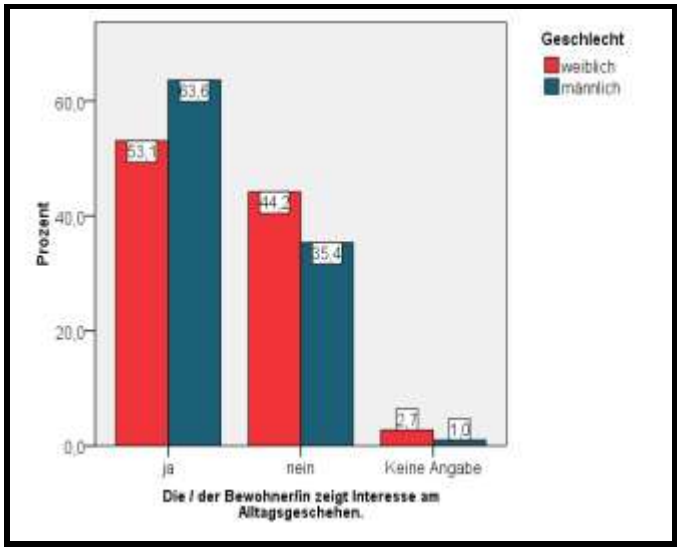


Abbildung 32: Apathie/ Gleichgültigkeit in der Versorgungsform SWB: Bewohnerinnen im Vergleich zu Bewohnern

Tabelle 30: Psychosoziale Situation: WG-Bewohnerschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft

	Versorgungsform		
	WG	SWB	p
Neuropsychiatrische Symptome (NPS) (in %)			
mindestens ein NPS (in %)	53,9	74,2	<0,001[1]
mindestens ein häufiges* NPS (in %)	38,5	59,1	<0,001[1]
gleichzeitige (≤ 5) Symptome Min-Max (Mittelwert)	1-5 (2,0)	1-5 (2,8)	<0,001[2]
häufige* Symptome Min-Max (Mittelwert)	1-5 (1,6)	1-5 (2,2)	<0,001[2]
Prävalenzraten gesamt / häufige* in %			
ständiges Wiederholen irgendwelcher Aktivitäten	30,6 / 26,6	46,0 / 37,9	<0,001[1] / <0,001[1]
körperliche Aggressivität	16,3 / 5,2	42,5 / 21,7	<0,001[1] / <0,001[1]
verbale Aggressivität	32,9 / 13,1	50,1 / 28,1	<0,001[1] / <0,001[1]
anhaltendes Rufen / Schreien	13,6 / 9,8	26,9 / 16,9	<0,001[1] / =0,001[1]
Hin- und Weglauftendenzen	13,5 / 6,3	38,6 / 23,5	<0,001[1] / <0,001[1]

*häufig auftretende Symptome (Häufigkeit ≥ mehrmals wöchentlich); [1]Test nach Fisher; [2]t-Test

Für die weiteren Beschreibungen werden lediglich jene Fälle betrachtet, die solche Symptome mindestens mehrmals wöchentlich zeigen. Nicht eingeschlossen wurden also alle Personen, welche „nie“, „weniger als einmal pro Woche“ sowie „ein oder zweimal pro Woche“ verhaltensauffällig sind.

Im Gegensatz zur WG-Bewohnerschaft weist ein signifikant größerer Anteil der in den SWB lebenden Menschen mindestens ein häufig auftretendes neuropsychiatrisches Symptom auf. Ebenfalls zeigt sich bei ihnen eine größere Anzahl an häufig auftretenden gleichzeitigen Symptomen.

Die mit Abstand meist beschriebene Verhaltensweise ist das Wiederholen irgendwelcher Aktivitäten wie z. B. im Rollstuhl vor und zurück fahren, an Dingen zupfen oder Schnur aufwickeln. Bewohner/innen mit einer solchen Verhaltensweise sind mit durchschnittlich 81,1 Jahren im Mittel 2,4 Jahre älter im Vergleich zu denjenigen, welche diese Verhaltensweise nicht zeigen (t-Test; $p = 0{,}037$). Weiterhin sind 13,1 % ($n = 75$) verbal aggressiv. Ungefähr jede zehnte Person ruft und schreit anhaltend. Häufige Hin- und Weglauftendenzen werden eher selten beschrieben. Körperlich aggressiv sind ebenfalls relativ wenige Bewohner/innen, aber wie die ***Abbildung 33*** verdeutlicht tendenziell mehr Frauen (Test nach Fisher; $p = 0{,}051$). Der Typus der WG hat nachweislich keinen Einfluss auf die psychologischen bzw. Verhaltensauffälligkeiten.

Wie die ***Tabelle 30*** erkennen lässt, ist deren Prävalenz in der Versorgungsform SWB signifikant größer. Hier sind viermal so viele Bewohner/innen häufiger körperlich aggressiv und zeigen abweichendes motorisches Verhalten. Ein ca. doppelt so hoher Anteil ist verbal aggressiv und ruft bzw. schreit dauerhaft. Auch hier ist das ständige Wiederholen von Aktivitäten die Verhaltensweise mit der größten Prävalenz.

Mit Ausnahme verbaler Aggressivität zeigen Frauen in der Versorgungsform WG häufiger eine der beschriebenen Verhaltensweisen als Männer (siehe ***Abbildung 33***). In den untersuchten stationären Einrichtungen ist das nicht der Fall. Hier dominieren männliche Bewohner in allen gezeigten Verhaltensformen und besonders deutlich in der Verhaltensweise körperliche Aggressivität. (Test nach Fisher; $p = 0{,}024$).

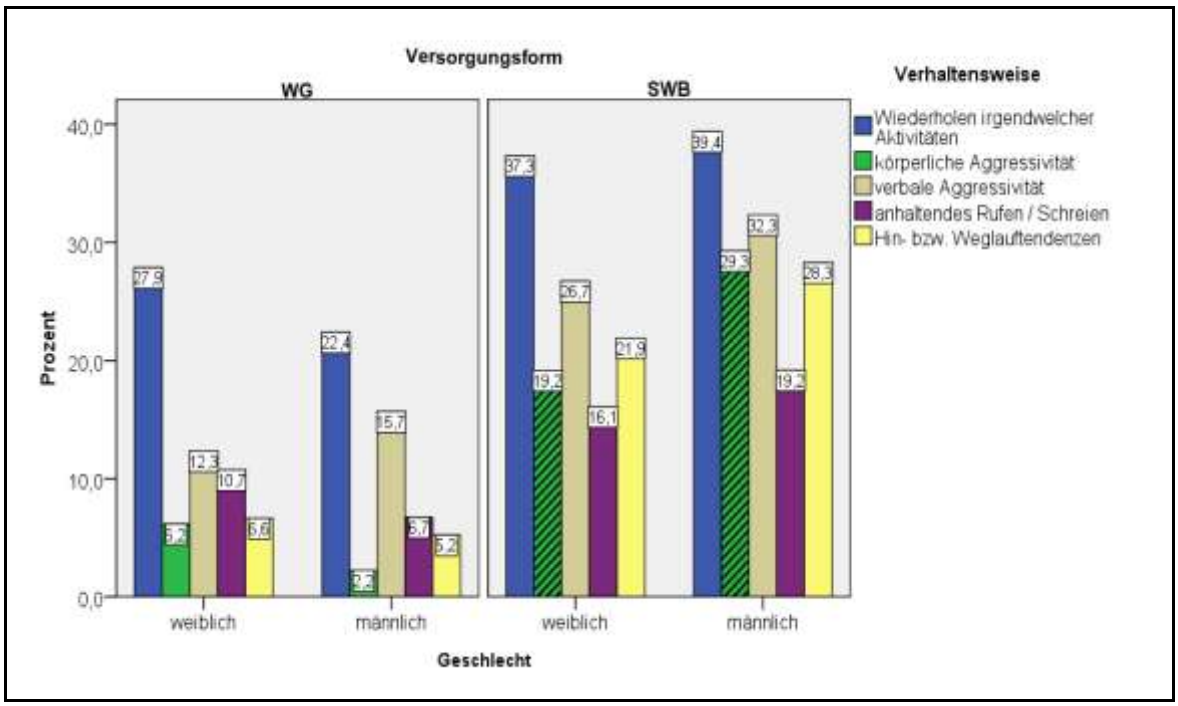


Abbildung 33: Häufig gezeigte psychologische bzw. Verhaltensauffälligkeiten: WG-Bewohnerschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft nach Geschlecht

Tabelle 31 stellt Demenzkranke und nicht Demenzkranke im ambulanten Setting gegenüber. Erstere zeigen hier vermehrt mindestens eine (häufig gezeigte) Verhaltensweise als Nichtbetroffene. Deutliche, also statistisch signifikante Differenzen zwischen beiden Gruppen zeigen sich aber lediglich in den Verhaltensformen „Wiederholen irgendwelcher Aktivitäten“ sowie „körperliche Aggressivität“. Beide Symptome treten besonders oft bei Demenzerkrankten auf.

Tabelle 31: Gesundheitliche Situation (psychosozial) in WG: Demenzerkrankte im Vergleich mit nicht Demenzerkrankten

	Demenz (n = 444)	**Keine Demenz** (n = 123)	p
Interesse am Alltagsgeschehen in %	75,7	77,2	n.s.[3]
Neuropsychiatrische Symptome (NPS) in %			
mindestens ein NPS (in %)	56,3	45,3	<0,018[1]
mindestens ein häufiges* NPS (in %)	40,8	30,5	<0,022[1]
gleichzeitige (≤ 5) Symptome Min-Max (Mittelwert)	1-5 (2,1)	1-4 (1,5)	<0,001[2]
häufige* Symptome Min-Max (Mittelwert)	1-5 (1,6)	1-3 (1,4)	=0,077[2]
Prävalenzraten häufiger* Symptome in %			
wiederholen irgendwelcher Aktivitäten	29,5	15,4	<0,001[1]
körperliche Aggressivität	6,3	1,6	=0,025[1]
verbale Aggressivität	13,7	11,4	n.s.[1]
anhaltendes Rufen / Schreien	10,4	8,1	n.s.[1]
Hin- / Weglaufen	6,8	4,1	n.s.[1]

[1] Test nach Fisher; [2] t-Test; [3]Chi-Quadrat Test; n.s. = nicht signifikant; *(Häufigkeit ≥ mehrmals wöchentlich)

8.1.2.22 Soziale Kontakte / Beziehungen der Bewohner/innen

Alle Pflegedienste und Einrichtungen wurden um Auskunft zu **informellen Kontakten** der Bewohner/innen zu Personen **außerhalb** der WG/ des SWB (Freunde, Verwandte, Nachbarn, Bekannte, etc.) gebeten. Während diese Frage für sämtliche WG-Bewohner/innen beantwortet wurde, fehlen auf 5,4 % (n = 21) aller Fragebögen der SWB diese Angaben. Innerhalb der vergangenen zwei Wochen vor dem Stichtag erhielt mit 81,3 % (n = 465) die Mehrheit der WG-Bewohnerschaft Besuch von außerhalb der Wohnung. Die Kontakthäufigkeit nach außen ist nicht unabhängig von der Versorgungsform (Chi-Quadrat Test; p = 0,002). Im Vergleich zu WG-Bewohner/innen erhalten mit 83,1 % (n = 325) geringfügig mehr Personen in den SWB informelle Gesellschaft von außerhalb der Einrichtung. Der Anteil der nach außen sozial Isolierten überwiegt mit 18,7 % deutlich in der Versorgungsform WG (SWB: 11,5 %). In beiden Settings dominieren mit jeweils ca. 40 % „seltener als einmal wöchentlich" stattfindende Besuche. Ungefähr ein Viertel aller Bewohner/innen haben unabhängig von der Versorgungsform wöchentliche Kontakte nach außen. Mehrmals in der Woche erhalten 15,4 % der WG-Bewohner/innen und 11,8 % der SWB-Bewohner/innen Besuche. Eine tägliche oder gar mehrmals tägliche Besuchsfrequenz wird nur selten angegeben und überwiegt in den SWB.

Im Vergleich zu Frauen erhält ein doppelt so hoher Anteil der Männer nie Besuche von außerhalb der WG (Chi-Quadrat Test; p = 0,004). Letzte werden ebenfalls seltener wöchentlich und mehrmals wöchentlich kontaktiert (siehe ***Abbildung 34***).

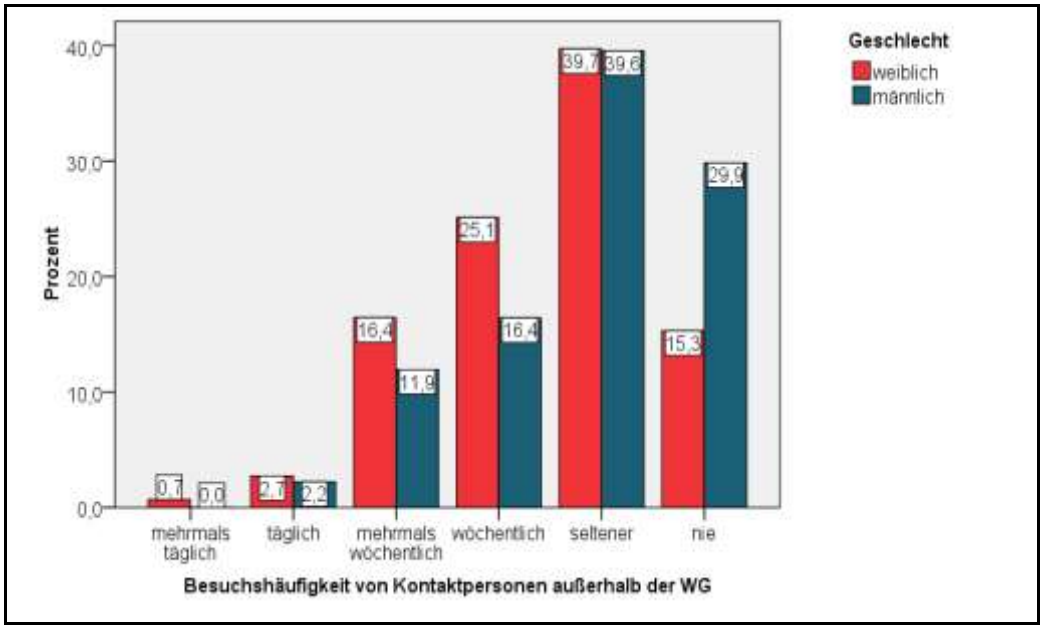


Abbildung 34: Besuchshäufigkeit von Kontaktpersonen außerhalb der WG: Bewohnerinnen im Vergleich zu Bewohnern

Die Besuchshäufigkeit wird von dem Typus der WG beeinflusst (Chi-Quadrat Test; p = 0,033). Integrativ betreute Personen erhalten eher seltenere (42,9 %; segregrativ: 35,0 %) oder gar keine (20,1 %; segregativ: 13,6 %) Besuche.

Neben den Kontakten außerhalb der jeweiligen Versorgungsform interessierten die **Kontakte zum Pflegepersonal und zur Mitbewohnerschaft** innerhalb der Einrichtung. Obwohl keine Mehrfachantworten erlaubt waren, wurden verhältnismäßig oft mehr als eine Antwortmöglichkeit angekreuzt. Zusammen mit den fehlenden Angaben müssen insgesamt 7,3 % (n = 42) Beurteilungen von Kontakten zum Pflegepersonal und 8,2 % (n = 47) zu Mitbewohner/innen in WG sowie 8,4 % (n = 33) Beurteilungen von Kontakten zum Pflegepersonal und 9,2 % (n = 36) zu Mitbewohner/innen in SWB von der Beschreibung ausgeschlossen werden.

Laut der übrigen Antworten wird mit 45,5 % (n = 260) die Kontaktart der WG-Bewohnerschaft zum Personal mehrheitlich als aktiv zugewandt und in 35,1 % (n = 201) als zugewandt auf Ansprache wahrgenommen. 6,1 % (n = 35) ist den Angaben zufolge zurückgezogen und 3,7 % (n = 21) zeigt keine Ansätze zur Kommunikation. Ablehnend reagieren 1,6 % (n = 9) und aggressiv lediglich 0,7 % (n = 4). Der Kontakt zu Mitbewohner/innen wird hingegen mehrheitlich (33,0 %; n = 189) mit zugewandt auf Ansprache beschrieben gefolgt von aktiv zugewandt in 32,5 % (n = 186) der Fälle. Mit 12,6 % (n = 72) wird der Kontakt zur Mitbewohnerschaft als zurückgezogen beschrieben. Mehr WG-Bewohner/innen zeigen jeweils keine Ansätze zur Kommunikation mit ihren Mitbewohner/innen oder werden als ablehnend oder aggressiv gegenüber ihnen beurteilt.

Fast dreimal so viele Frauen wie Männer zeigen keine Ansätze zur Kommunikation, sowohl gegenüber dem Pflegepersonal als auch gegenüber ihren Mitbewohner/innen. Männer sind beiden Gruppen gegenüber häufiger zurückgezogen und gegenüber Mitbewohner/innen häufiger ablehnend.

Wie ***Tabelle 32*** verdeutlicht, sind Demenzerkrankte deutlich seltener gegenüber dem Pflegepersonal aktiv zugewandt als ihre kognitiv gesunden Mitbewohner/innen. Sie sind dafür häufiger als zugewandt auf Ansprache und zurückgezogen beschrieben worden. Ein etwa doppelt so großer Anteil Demenzerkrankter gegenüber Nicht-Demenzerkrankten zeigt überhaupt keine Ansätze zur Kommunikation. Auch gegenüber Mitbewohner/innen sind Demenzerkrankte seltener aktiv zugewandt und häufiger zurückgezogen.

Tabelle 32: Qualität der Sozialkontakte innerhalb von WG: Demenzkranke im Vergleich zu kognitiv nicht Eingeschränkten

Kontakte	Demenz ja	nein	p*
…zum Pflegepersonal			**=0,023**
Aktiv zugewandt	41,4	59,4	
Zugewandt auf Ansprache	37,2	28,1	
Keine Ansätze zur Kommunikation	4,1	2,3	
Zurückgezogen	6,5	4,7	
Ablehnend	1,6	1,6	
Aggressiv	0,7	0,8	
Keine Angabe	8,6	3,1	
…zur Mitbewohnerschaft			n.s.
Aktiv zugewandt	29,5	43,0	
Zugewandt auf Ansprache	34,2	28,9	
Keine Ansätze zur Kommunikation	7,9	7,8	
Zurückgezogen	13,5	9,4	
Ablehnend	4,7	4,7	
Aggressiv	0,7	1,6	
Keine Angabe	9,4	4,7	

*Chi-Quadrat-Test; n.s. = nicht signifikant

Sowohl der Kontakt zum Pflegepersonal (Chi-Quadrat Test; $p < 0,001$) als auch der Kontakt zur Mitbewohnerschaft (Chi-Quadrat Test; $p < 0,001$) ist nicht unabhängig von der Versorgungsform. Bewohner/innen in SWB verhalten sich mit 34,8 % seltener dem Pflegepersonal gegenüber aktiv zugewandt als Bewohner/innen in den WG. Ein doppelt so hoher Anteil von ihnen wird als zurückgezogen (12,8 %) charakterisiert und ein fast dreimal so hoher Anteil zeigt hier gar keine Ansätze zur Kommunikation mit dem Personal (9,2 %). Aktiv ihren Mitbewohner/innen zugewandt ist im Vergleich zu Bewohner/innen in WG ein deutlich kleinerer Anteil (26,1 %). Auch den Mitbewohner/innen gegenüber zeigen in SWB lebende Personen hingegen doppelt so häufig (15,6 %) keine Ansätze zur Kommunikation, wie dies in WG der Fall ist.

8.1.2.23 Alltagskompetenz der Bewohnerinnen und Bewohner

Der Bewertungszeitraum sind die letzten 14 Tage vor dem Stichtag. Überblickartig verdeutlicht ***Tabelle 33*** die Selbstversorgungsfähigkeiten in den jeweiligen Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL[13]).

[13] activities of daily living (ADL)

Tabelle 33: Aktivitäten des täglichen Lebens: WG-Bewohnerschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft (erreichte Punktzahl; Anteile in %)

ADL		WG Frauen	WG Männer	WG alle	WG p*	SWB Frauen	SWB Männer	SWB alle	SWB p*	WG vs. SWB p*
Sich Waschen	5	18,7	21,6	19,4	n. s.	7,2	10,1	7,9	=0,044	<0,001
	0	80,4	77,6	79,7		92,5	86,9	91,0		
Toilettenbenutzung	10	19,4	31,3	22,2	=0,030	9,6	5,1	8,4	n. s.	<0,001
	5	54,1	46,3	52,3		58,2	64,6	59,8		
	0	26,0	22,4	25,2		31,8	29,3	31,2		
Essen	10	26,3	35,8	28,5	n. s.	16,1	17,2	16,4	n. s.	<0,001
	5	56,8	52,2	55,8		55,5	52,5	54,7		
	0	15,8	10,4	14,5		27,7	30,3	28,4		
Aufsetzen & Umsetzen	15	37,7	50,7	40,7	=0,051	33,2	36,4	34,0	n. s.	=0,038
	10	21,9	12,7	19,8		21,2	14,1	19,4		
	5	30,6	29,1	30,2		37,7	44,4	39,4		
	0	8,9	6,7	8,4		6,8	4,0	6,1		
Aufstehen & Gehen	15	33,6	40,3	35,1	n. s.	34,2	36,4	34,8	n. s.	=0,010
	10	13,7	13,4	13,6		11,3	10,1	11,1		
	5	26,3	22,4	25,3		19,5	17,2	18,9		
	0	25,8	23,9	25,3		34,6	36,4	35,0		

*Chi Quadrat Test; ** ; n. s. = nicht signifikant

Das Selbstversorgungsdefizit der WG-Bewohnerschaft ist in der ADL „sich waschen“ besonders groß. Nur jede fünfte Person (19,4 %; n = 111), welche in einer WG lebt, kann die Körperpflege komplett selbständig durchführen. Im Durchschnittsalter von 76,8 Jahren sind sie im Mittel 3,2 Jahre jünger (t-Test; p = 0,011). Hilfe beim Waschen und allen anderen abgefragten ADL benötigen hauptsächlich Demenzerkrankte (siehe ***Tabelle 28***) und Menschen mit mangelndem Interesse am Alltagsgeschehen und ihren Hobbies (siehe ***Tabelle 29***). Personen in der integrativen ambulanten Versorgung sind häufiger (21,9 %; n = 71) selbständig (segregativ: 16,8 %; n = 37).

Die SWB-Bewohnerschaft ist signifikant häufiger auf die Unterstützung von Pflegenden angewiesen. Nur 7,9 % (n = 31) sind in der ADL „sich waschen“ komplett selbständig.

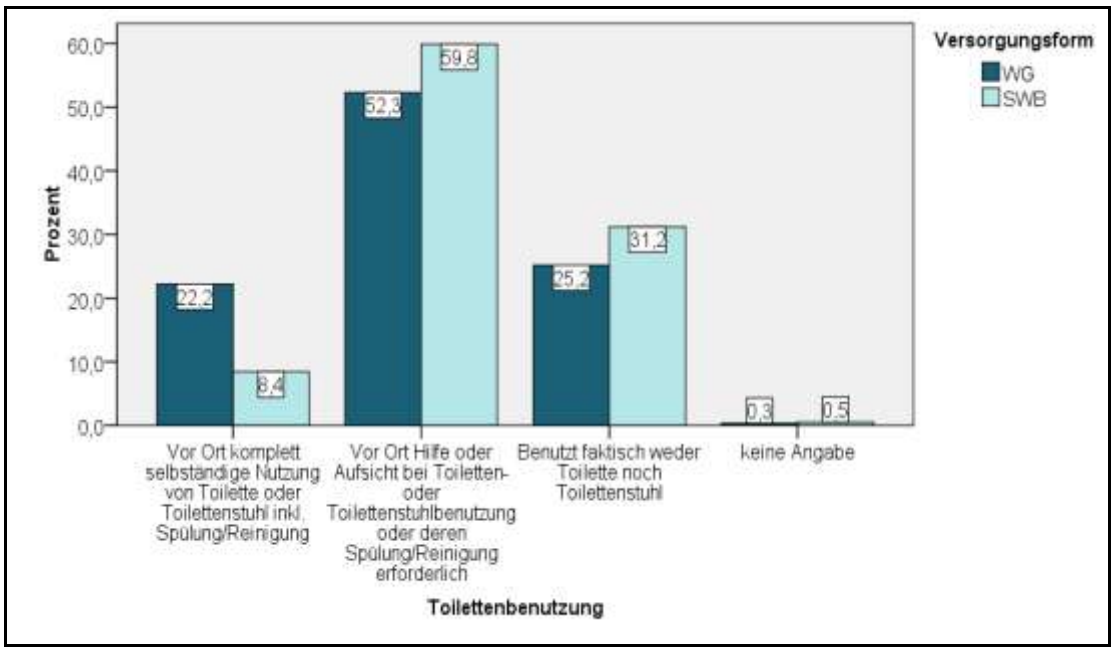


Abbildung 35: Toilettenbenutzung – WG-Bewohnerschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft

Allein die Toilette benutzen können 22,2 % aller WG-Bewohner/innen (siehe ***Abbildung 35***). Gegenüber hier lebenden Bewohner/innen sind Bewohner im Benutzen der Toilette häufiger komplett selbständig. Mit Hilfe oder Aufsicht sind hingegen insgesamt mehr Frauen als Männer in der Lage, eine Toilette zu benutzen. Während 39,1 % (n = 50) aller Nicht-Dementen ohne Hilfestellungen durch Andere die Toilette selbständig benutzen können, ist mit 17,3 % (n = 77) der Anteil der Demenzerkrankten, welcher hierzu in der Lage ist, nur halb so groß vgl. ***Tabelle 28***). Demenzerkrankte benötigen verglichen mit Nichtdemenzerkrankten häufiger Hilfestellung und weder die Toilette noch einen Toilettenstuhl. Nur 9,6 % (n = 13) der Bewohner/innen mit Anzeichen einer Apathie verwenden das WC komplett selbständig, aber 26,0 % (n = 113) aller Bewohner/innen ohne Interessenlosigkeit (vgl. ***Tabelle 29***). Mehr als jede zweite Person (52,6 %; n = 71) mit mangelndem Interesse am Alltagsgeschehen benutzt dieses gar nicht und ca. jede dritte Person (37,8 %; n = 51) benötigt Hilfe. Eine Toilette benutzt ein größerer Anteil (23,5 %; n = 82) der integrativ betreuten WG-Bewohnerschaft komplett selbständig (segregativ: 14,5 %; n = 32). Segregativ Versorgte haben der Auswertung zufolge größere Selbstversorgungsdefizite.

Ein größerer Anteil der Bewohnerschaft der beteiligten stationären Einrichtungen hat in dieser ADL Defizite. Komplett ohne Hilfeleistungen können lediglich 8,4 % (n = 33) ein WC benutzen. 59,8 % (n = 234) benötigen Hilfe und mit 31,2 % (n = 122) benutzt faktisch fast ein Drittel weder die Toilette noch einen Toilettenstuhl.

Beim Essen benötigt mit jeweils ca. 55 % der größte Anteil beider Bewohnerschaften Hilfe bei der mundgerechten Zubereitung der Mahlzeiten, bevor diese selbständig zu sich genommen wird. 28,5 % (n = 163) der WG-Bewohner/innen sind in der Nahrungsaufnahme komplett selbständig und 14,5 % (n = 83) unselbständig. Im SWB ist dieses Verhältnis umgekehrt: hier sind nur 16,4 % (n = 64) komplett selbständig aber mit 28,4 % (n = 111) ein fast doppelt so großer Anteil vollständig auf Hilfe angewiesen.

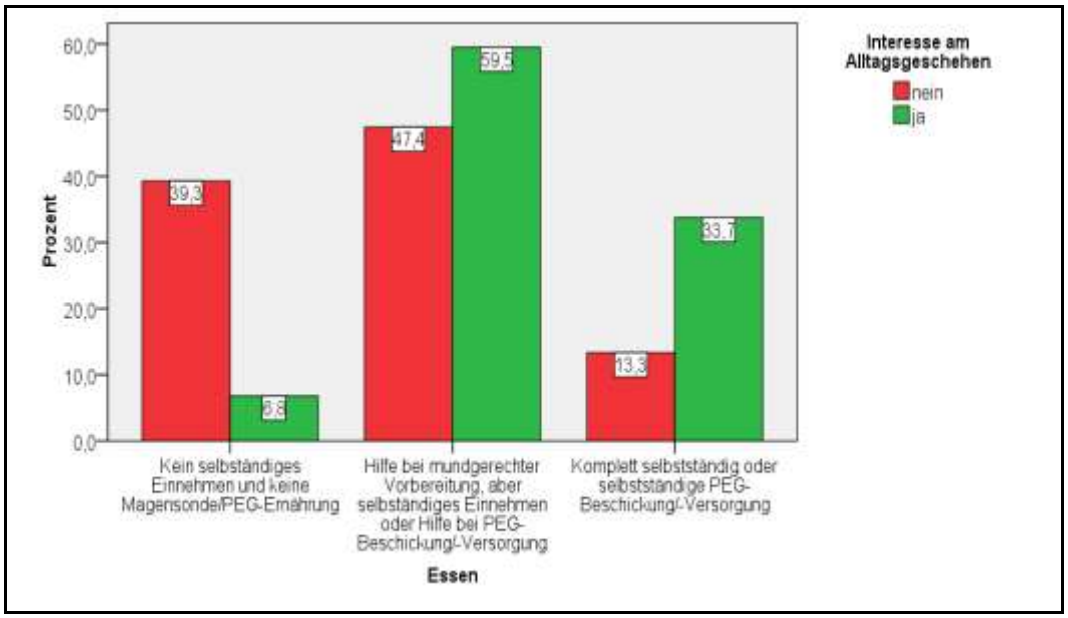


Abbildung 36: Essen (WG-Bewohnerschaft): Bewohner/innen mit Interesse am Alltagsgeschehen im Vergleich zu Bewohner/innen ohne Interesse

Ein etwa doppelt so hoher Anteil der Demenzerkrankten ist gegenüber Nichtdemenzerkrankten in dieser Kategorie unselbständig (vgl. ***Tabelle 28***). Interessenlose WG-Bewohner/innen nehmen verglichen mit Bewohner/innen die Anteil am Alltagsgeschehen nehmen deutlich häufiger nicht selbständig ihre Nahrung ein (vgl. ***Abbildung 36*** bzw. ***Tabelle 29***). Unselbständiger und damit auf Unterstützung angewiesen sind ebenfalls segregativ Betreute.

40,7 % (n = 233) aller Personen in den untersuchten WG können sich selbständig und ohne die Hilfe von Fremden aus liegender Position aufsetzen bzw. aufstehen oder in den Rollstuhl setzen. Zu ihnen zählt die Hälfte aller Männer (50,7 %), aber nur 37,7 % der Frauen (Chi-Quadrat Test; p = 0,025). Fast ein Drittel (30,2 %; n = 173) benötigen hierfür erhebliche und etwa ein Fünftel geringe Hilfen durch Andere (19,8 %; n = 113). Insgesamt wird ein Anteil von 8,4 % (n = 48) im ambulanten und 6,1 % (n = 24) im stationären Bereich nicht mehr aus dem Bett transferiert. WG-Bewohner/innen, die eine geringe Hilfestellung benötigen, sind mit durchschnittlich 84,0 Jahren am ältesten. Bettlägerige haben ein Durchschnittsalter von 80,6 Jahren. Deutlich jünger mit im Mittel 75,4 Jahren sind Personen, die im Transfer komplett selbständig sind (ANOVA; p < 0,001). Demenzerkrankte unterscheiden sich in dieser ADL

deutlich von nicht Demenzerkrankten (vgl. ***Tabelle 28***). Mehr als jede zweite WG-Bewohner/in ohne Demenz ist beim Aufsetzen & Umsetzen komplett selbständig gegenüber nur 36,5 % der Demenzerkrankten. Diese sind wiederum häufiger auf geringe und noch häufiger auf erhebliche Hilfe angewiesen. 23,7 % (n = 32) aller Bewohner/innen, die kein Interesse am Alltagsgeschehen mehr aufweisen, werden nicht mehr aus dem Bett transferiert gegenüber nur 3,5 % (n = 15) aller anderen Personen. Mit 41,8 % (n = 56) benötigt der größte Anteil dieser Gruppe erhebliche Hilfeleistungen (vgl. ***Tabelle 29***). Während sich etwa 43 % (n = 138) aller integrativ Betreuten komplett selbständig auf- und umsetzen können, gelingt dies nur einem Anteil von 33,2 % (n = 73) in segregativen WG (Chi-Quadrat-Test; p = 0,022). Diese sind hingegen öfter unselbständig und benötigen anteilig häufiger geringe und erhebliche Hilfeleistungen. Ein größerer Anteil aller Bettlägerigen lebt jedoch in integrativen WG (10,2 % vs. 6,8 %).

Die meisten SWB-Bewohner/innen (39,4 %) benötigen erhebliche Hilfe beim Auf- und Umsetzen, gefolgt von 34,0 % die hierzu komplett selbständig in der Lage sind. Fast jede fünfte Person (19,4 %) benötigt geringfügig Hilfe.

Über das selbständige Aufstehen und Umsetzen hinaus wurde die Fähigkeit der Bewohner/innen erfragt, ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitzen in den Stand zu kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen zu gehen. Der größte Anteil der WG-Bewohner/innen (35,1 %; n = 201) ist dazu in der Lage. Während hierzu 41,2 % der Bewohner/innen, die Interesse für das Alltagsgeschehen zeigen, zählen, können dies nur 15,6 % aller Menschen mit den Anzeichen einer Apathie. Ein Viertel (25,2 %) von ihnen benötigt zum Aufstehen Laienhilfe oder einen Gehwagen und kann Strecken in der WG gehen. Genau so viele sind außer Stande sich fortzubewegen (dies betrifft fast die Hälfte aller Bewohner/innen ohne Interesse am Alltagsgeschehen). Beim Aufstehen und Gehen können keine größeren Unterschiede im Vergleich beider Versorgungstypen nachgewiesen werden. Dennoch überwiegt der Anteil der Untersuchten, welcher keinerlei Hilfe benötigt, in integrativen WG (34,6 % vs. 32,7 %). In den segregativen WG sind anteilig mehr Personen immobil (26,8 % vs. 25,3 %).

13,6 % der WG-Bewohner/innen kann ohne Hilfe aufstehen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens bewältigen. Ein deutlich anderes Bild zeigt sich in den untersuchten SWB. Hier sind mehr als ein Drittel (35,0 %) aller Bewohner/innen als immobil bewertet worden. Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitzen in den Stand zu kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen zu gehen, gelingt hier ebenfalls fast einem Drittel. Fast jede Zehnte (11,1 %) kann ohne Hilfe aufstehen und diese Strecke mit Hilfe eines Gehwagens bewältigen. 18,9 % der Stichprobe benötigen zum Aufstehen Laienhilfe oder einen Gehwagen und können Strecken in der WG gehen.

8.1.2.24 Körperliche Einschränkungen

Mit der Befragung wurden Angaben zu funktionalen Beeinträchtigungen der untersuchten Bewohnerinnen und Bewohner erhoben. Hierfür konnten die Auskunftgebenden verschiedene vordefinierte Antworten ankreuzen. Mehrfachantworten waren erlaubt. Insgesamt können durch n = 680 Angaben die Einschränkungen der WG- und n = 464 Angaben die Einschränkungen der SWB-Bewohnerinnen und Bewohner beschrieben werden. ***Abbildung 37*** verdeutlicht, dass ein größerer Anteil der WG-Bewohner/innen mindestens eine körperliche Einschränkung aufweist (Chi-Quadrat Test; p = 0,001). Mit 44,6 % (n = 313) ist fast jede zweite Person in einer WG, aber nur jede dritte (33,8 %; n = 132) Person in einem SWB funktional beeinträchtigt. Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Vorliegen von körperlichen Einschränkungen und dem Alter der WG-Bewohnerschaft (t-Test; p = 0,021). Eingeschränkte Menschen sind mit durchschnittlich 80,4 Jahren im Schnitt 2,4 Jahre älter. In den SWB zeigt sich diese Auffälligkeit nicht. In beiden Wohnformen haben geringfügig mehr Frauen mindestens eines der körperlichen Defizite.

Mit Ausnahme von Lähmungen hat ein jeweils größerer Anteil der Demenzerkrankten im Vergleich zu nicht Demenzerkrankten körperliche Einschränkungen. Besonders deutlich zeigt sich dies bei **Sprachstörungen/ Aphasie** in der Gegenüberstellung beider Gruppen (vgl. ***Tabelle 28***). Während nur 18,8 % (n = 24) aller nicht Demenzerkrankten in ihren sprachlichen Fähigkeiten eingeschränkt sind, haben 29,5 % (n = 131) der Demenzerkrankten derartige Defizite. Dabei handelt es sich um die am häufigsten vertretene Form von Einschränkungen. ***Abbildung 38*** verdeutlicht, dass 27,3 % (n = 155) aller WG-Bewohner/innen gegenüber ca. jeder zweiten (49,7 %; n = 191) Person eines SWB (Test nach Fisher; p < 0,001) hiervon betroffen sind. Im Vergleich zu Frauen (26,5 %; n = 116) sind Männer (29,1 %; n = 39) geringfügig häufiger von diesen Einschränkungen betroffen.

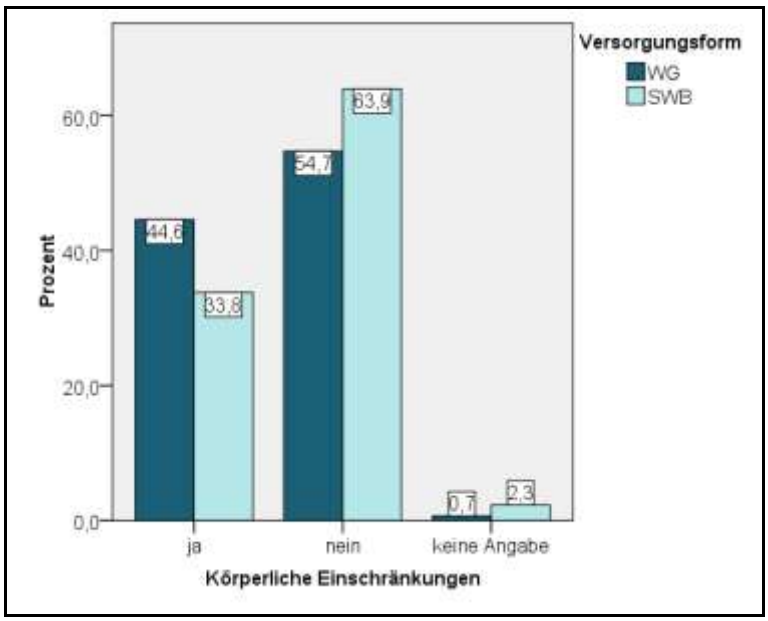


Abbildung 37: Körperliche Einschränkungen: WG-Bewohnerschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft

Schwerhörig bzw. gehörlos sind 18,7 % (n = 106) der Bewohner/innen von WG und 16,4 % (n = 63) derjenigen von SWB. In einer WG lebende schwerhörige bzw. gehörlose Menschen sind mit im Mittel 85,5 Jahren durchschnittlich 7,0 Jahre älter als Unbeeinträchtigte (t-Test; $p < 0{,}001$). Frauen weisen etwas häufiger eine solche Behinderung auf. Eine **starke Seheinschränkung** kommt bei 16,6 % (n = 94) der WG-Bewohnerschaft und 16,1 % (n = 62) der SWB-Bewohnerschaft vor. Mit 9,9 % (n = 56) hat fast jede zehnte Person in einer der untersuchten WG **Lähmungen**. Im SWB kommen Lähmungen hingegen nur bei 3,1 % (n = 12) der dort Lebenden vor (Test nach Fisher; $p < 0{,}001$). Während Bewohner/innen ohne Lähmungen im Mittel 80,2 Jahre alt sind, haben Personen mit einer Lähmung und Wohnsitz in einer WG ein Durchschnittsalter von 71,3 Jahren (t-Test; $p < 0{,}001$). Eine Erblindung ist in beiden Versorgungsformen recht selten vorzufinden.

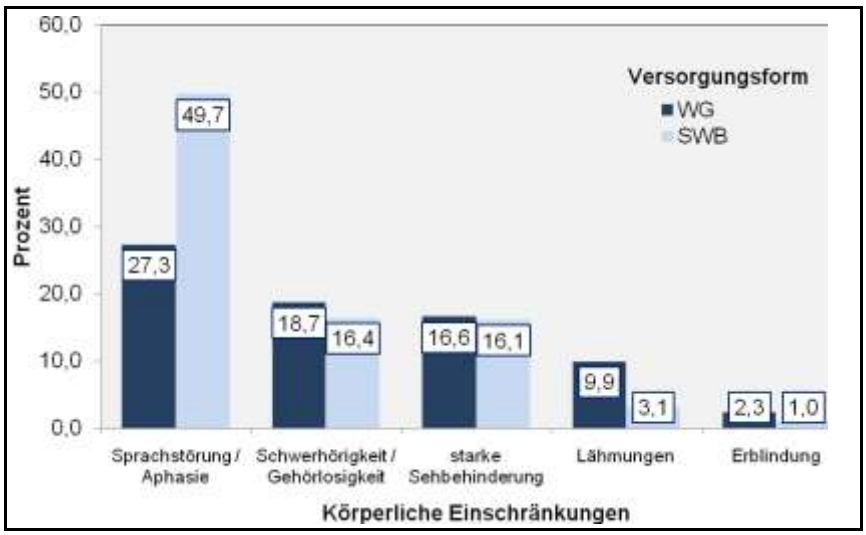


Abbildung 38: Körperliche Einschränkungen: WG-Bewohnerschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft

8.1.2.25 Bewegungseinschränkende bzw. freiheitseinschränkende Maßnahmen

Mittels der Erhebung sollten Informationen über die Anwendung und die Art von bewegungseinschränkenden Maßnahmen (BEM) gewonnen werden. Die Befragten konnten derartige Maßnahmen anhand von vordefinierten Kategorien beschreiben. Mehrfachantworten waren erlaubt. Insgesamt berichten n = 588 Angaben über die Anwendung von Bewegungseinschränkungen der WG-Bewohner/innen und n = 442 der SWB-Bewohner/innen. ***Abbildung 39*** verdeutlicht, dass bei der Mehrheit aller Bewohnerinnen und Bewohner in WG im Zeitraum der letzten vier Wochen vor dem Stichtag auf physikalische Maßnahmen verzichtet wurde. Bei fast einem Viertel dieser Population wurde mindestens eine der genannten BEM angewandt. In n = 3 Fällen wurden keine Angaben gemacht. Frauen werden hier tendenziell häufiger in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt (Chi-Quadrat Test; p = 0,074). Während nur 15,7 % (n = 21) aller männlichen Personen betroffen sind, sind es bei den Frauen mit 24,0 % (n = 105) fast ein Viertel. Bewohner/innen, bei denen BEM durchgeführt werden, sind 83,1 Jahre alt und im Mittel 4,8 Jahre älter als alle anderen (t-Test; p < 0,001). Mit 26,4 % wird ein etwas größerer Anteil der segregativ Betreuten im Vergleich zu integrativ Betreuten (21,0 %) fixiert. Von bewegungseinschränkenden bzw. freiheitseinschränkenden Maßnahmen sind anteilig häufiger Menschen mit einer Demenzerkrankung (25,7 %; n = 114) betroffen als Nicht-Demenzkranke (9,4 %; n = 12) (Test nach Fisher; p < 0,001).

Verglichen mit der Versorgungsform WG werden BEM im stationären Setting bei einem doppelt so hohen Anteil der dort lebenden Bewohner/innen eingesetzt (Chi-Quadrat Test; p < 0,001). Hier ist mit 46,3 % (n = 181) fast jede zweite Person bewegungsfreiheitlich ein-

geschränkt. Bei 52,4 % (n = 205) ist dies nicht der Fall. In 1,3 % der Fälle werden keine Angaben gemacht. Anders als in den untersuchten WG werden in SWB mit 50,5 % (n = 50) überwiegend Männer bewegungseingeschränkt (Frauen: 44,9 %; n = 131). Entgegen den WG ist hier die Gruppe derjenigen mit BEM mit 82,0 Jahren im Mittel 1,1 Jahre jünger als die Gruppe der Bewohner/innen ohne solche Maßnahmen.

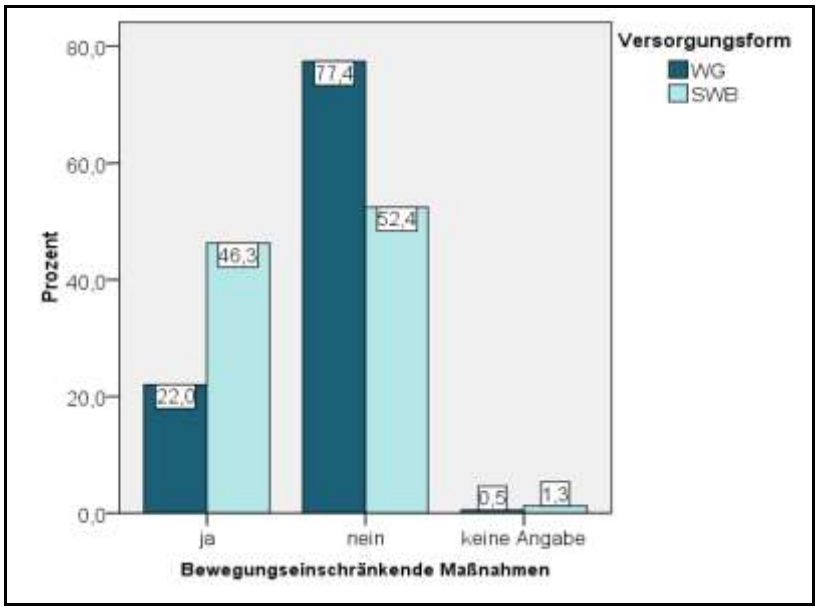


Abbildung 39: Anwendung von bewegungseinschränkenden Maßnahmen: WG-Bewohnerschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft

Die häufigste beobachtete BEM in den untersuchten WG ist das Hochstellen der Bettgitter. Hiervon ist fast jede/-r Fünfte (19,2 %; n = 109) betroffen. Andere bewegungseinschränkende Maßnahmen wie das Abschließen der Wohnungstür (2,8 %; n = 16) oder das Anlegen von Fixiergurten (2,5 %; n = 14) werden eher selten beschrieben. Bei 0,3 % (n = 2) aller Personen werden andere Arten von BEM angewendet. Den Angaben nach handelt es sich hierbei um spezielle Gurte, welche zwei Rollstuhlfahrerinnen angelegt werden.

Auch in den untersuchten SWB wird die Verwendung von Bettgittern als die häufigste Maßnahme und bei 28,8 % (n = 111) der Bewohner/innen beschrieben. Das Abschließen der Wohnbereichstür wird in 18,4 % (n = 71) der Fälle gemeldet. 5,2 % (n = 20) werden mit Fixiergurten und 1,8 % (n = 7) mittels eines Stecktisches eingeschränkt. Bei 0,5 % (n = 2) aller Personen wird die Zimmertür abgeschlossen. „Andere“ BEM werden in 6,7 % (n = 26) der Fälle erwähnt. n = 16 Antworten verweisen auf einen „gesicherten Wohnbereich“, ohne dies näher zu beschreiben und n = 5 Antworten auf die Verwendung von Signalarmbändern bzw. Transpondern als elektronische Warnsysteme. Andere Nennungen sind Desorientiertensysteme, Rollstuhlgurte und Bettseitenholme.

8.1.3 Einzüge im Jahr 2008

Die folgenden Abschnitte beschreiben die Merkmale von Personen, die im Jahr 2008 in eine ambulant betreute Wohngemeinschaft (WG) oder in einen Spezialwohnbereich für Menschen mit Demenz (SWB) in einer stationären Pflegeeinrichtung eingezogen sind. Abschließend werden die beiden Wohn- und Betreuungsformen unter diesem Gesichtspunkt miteinander verglichen.

8.1.3.1 Einzüge in Wohngemeinschaften

Soziodemografie

Den Angaben der befragten Pflegedienste zufolge sind 234 Personen im Jahr 2008 in ambulant betreute WG eingezogen. Rund drei Viertel (75,2 %) von ihnen waren Frauen. In WG, die vom DPW (43,8 %), BPA (39,3 %) und dem Caritas-Verband (33,3 %) getragen werden, war der Anteil neu einziehender Männer größer als in WG mit Pflegediensten von übrigen Trägern. Das Geschlecht einziehender Personen, und die Trägerzugehörigkeit der Pflegedienste in den WG erweisen sich jedoch im Test als unabhängig voneinander (Chi-Quadrat Test; p = 0,173). Ebenso verhält es sich beim Typus der WG (Chi-Quadrat Test; p = 0,203), leichte Abweichungen zeigen sich aber auch hier: In integrative WG (25,4 %) zogen Männer im Vergleich zum segregativen Typus (21,9 %) etwas häufiger ein.

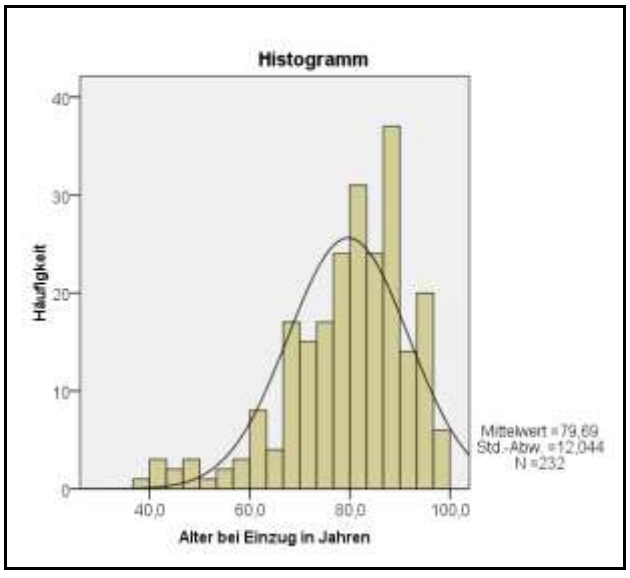


Abbildung 40: Altersverteilung bei Einzug 2008 in eine WG

Das durchschnittliche Alter bei Einzug (siehe ***Abbildung 40***) in die WG beträgt 79,7 Jahre (s = 12,0). Hinsichtlich der Geschlechtszugehörigkeit (siehe ***Abbildung 41***) variiert das Ein-

zugs-Alter (t-Test; p < 0,001): Frauen waren zum Zeitpunkt ihres jeweiligen Einzugs im Mittel 8,0 Jahre älter (81,7 Jahre; s = 11,3) im Vergleich zu den Männern (73,7 Jahre; s = 12,4). Der jüngste Mann war bei Einzug 39,5 Jahre, die jüngste Frau 42,0 Jahre alt. Das Höchstalter eines Mannes betrug 93,7 Jahre, das einer Frau sogar 98,9 Jahre.

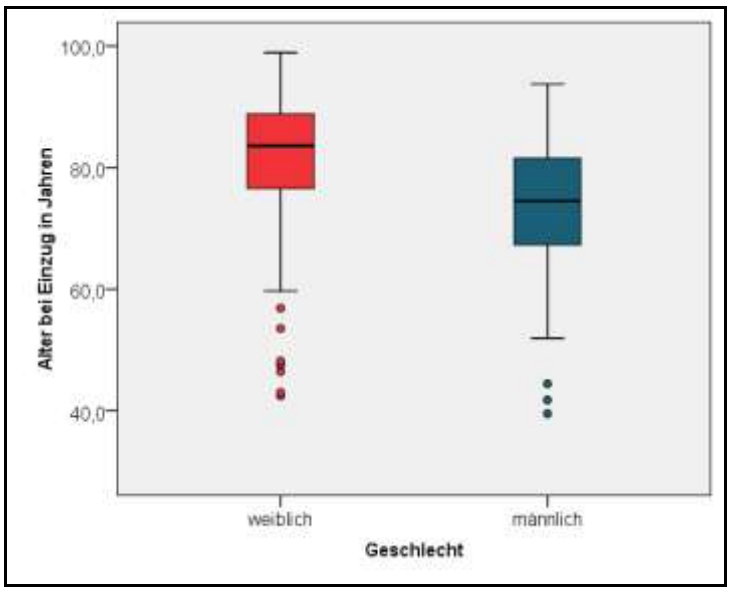


Abbildung 41: Altersverteilung bei Einzug 2008 in eine WG nach Geschlecht

Das Alter von Einziehenden in eine WG mit einem nicht verbandlich organisierten Pflegedienst lag mit 81,2 Jahren durchschnittlich 2,0 Jahre höher im Vergleich zu WG, in denen verbandlich organisierte Pflegedienste tätig sind, dies ist jedoch kein statistisch signifikanter Altersunterschied (t-Test; p = 0,152). Auch hinsichtlich der Differenzierung nach der Art der Organisation (privat, freigemeinnützig) zeigen sich keine signifikanten Altersunterschiede (t-Test; p = 0,140): die jüngsten einziehenden Bewohner/innen finden sich in WG mit freigemeinnützig getragenen Pflegediensten (Mittelwert: 76,2 Jahre; s = 15,5) und die ältesten in WG mit Pflegediensten unter privater Trägerschaft (Mittelwert: 80,1 Jahre; s = 11,9).

Älter waren mit 82,4 Jahren im Durchschnitt auch Personen, die in eine segregative WG zogen gegenüber den neuen Bewohner/innen von WG des integrativen Typus mit 79,1 Jahre (t-Test; p < 0,028).

Die meisten Einzüge in WG fanden im Monat November, gefolgt von Juli und Januar 2008 statt (siehe ***Abbildung 42***). Die wenigsten Bewohner/innen sind im Monat Mai in eine WG gewechselt.

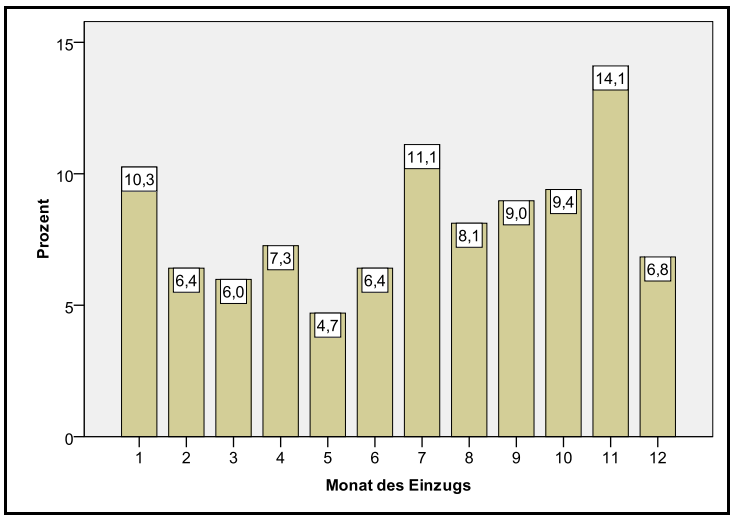


Abbildung 42: Monat des Einzugs in eine WG

Wohnsituation und pflegerische Versorgung vor Einzug

Über die Versorgungssituation unmittelbar vor dem Einzug in eine WG gab es für drei der betroffenen Personen keine Angaben, zu allen 231 anderen Einziehenden konnte hier Aufschluss erlangt werden (vgl. ***Abbildung 50***). Dementsprechend lebten etwa drei Viertel (75,3 %) von ihnen zuvor im eigenen Privathaushalt. Knapp die Hälfte aller Einziehenden (47,9 %) wurden dort von einem ambulanten Pflegedienst versorgt, weniger als ein Drittel (27,4 %) kamen ohne Pflegeleistungen aus. 8,5 % befanden sich vor dem Umzug stationär in einem Krankenhaus, weitere 7,7 % sind aus einer stationären Alteneinrichtung in die WG gezogen. 1,7 % wurden zuvor in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung versorgt, nur 2,6 % haben zuvor bereits in einer anderen WG gelebt und vier Einziehende (1,7 %) kamen aus einer sonstigen Einrichtung zu. 1,3 % lebten zuvor in einem betreuten Wohnen (n = 3 Bewohner/innen).

Grundsätzlich ist die Versorgungssituation vor dem Einzug in eine WG geschlechtsunabhängig (Chi-Quadrat-Test; p = 0,927). Es lässt sich aber feststellen, dass Männer öfter aus einem Krankenhaus kamen bzw. im Pflegeheim, betreuten Wohnen oder einer anderen WG versorgt wurden. Frauen lebten dagegen häufiger im eigenen Haushalt ohne ambulante Pflege. Bei der altersspezifischen Betrachtung zeigt sich, dass Personen, die aus einem Krankenhaus in die WG wechselten, durchschnittlich 8 bis 9 Jahre jünger (ANOVA; p = 0,054) waren diejenigen, welche aus dem häuslichen Bereich kamen.

Ein leichter Zusammenhang zeigt sich auch zwischen dem vorherigen Versorgungssetting und dem Organisationsgrad des in der WG tätigen Pflegedienstes, welcher die in 2008 ein-

gezogenen Bewohner/innen weiterversorgt hat: Neu zugezogene Bewohner/innen in WG mit nicht verbandlich organisierten Pflegediensten, kamen eher aus einem Privathaushalt mit oder ohne der Beteiligung eines Pflegedienstes sowie Pflegeheimen. WG mit verbandlich getragenen Leistungsanbietern favorisierten hingegen vermehrt von zuvor in anderen WG, betreutem Wohnen, Kurzzeitpflege und Krankenhaus Versorgten.

Den Angaben der befragten Pflegedienste zufolge lebte der weit größere Teil (70,1 %; n = 164) aller im Jahr 2008 eingezogenen Personen vor ihrem Umzug in eine WG allein (vgl. ***Abbildung 52***). Gemeinschaftlich mit Anderen wohnten dagegen 29,1 %, in 2 Fällen liegen hierzu keine Angaben vor. Deutlich akzentuiert (Test nach Fisher, $p < 0{,}001$) ist die vorherige Lebenssituation von Männern und Frauen. Frauen lebten verglichen mit ihren männlichen Pendants anteilig deutlich häufiger allein. Nahezu doppelt so viele Männer lebten vor dem Einzug in die WG gemeinschaftlich mit anderen zusammen (siehe ***Abbildung 43***). Auch zwischen dem Durchschnittsalter und der Lebenssituation vor dem Einzug besteht ein Zusammenhang (t-Test; $p = 0{,}043$). Im Mittel waren die zuvor allein lebenden Personen 80,7 Jahre alt und somit 3,6 Jahre älter als diejenigen, die mit Anderen lebten (77,1 Jahre). Auch zwischen dem Typus der WG und der vorherigen Lebenssituation besteht ein Zusammenhang (Cramer-V = 0,172; $p = 0{,}038$). Neuzuzügler in segregativen WG (79,2 %; n = 76) waren vor dem Einzug häufiger allein lebend verglichen mit Bewohner/innen des integrativen Typs (63,6 %; n = 75).

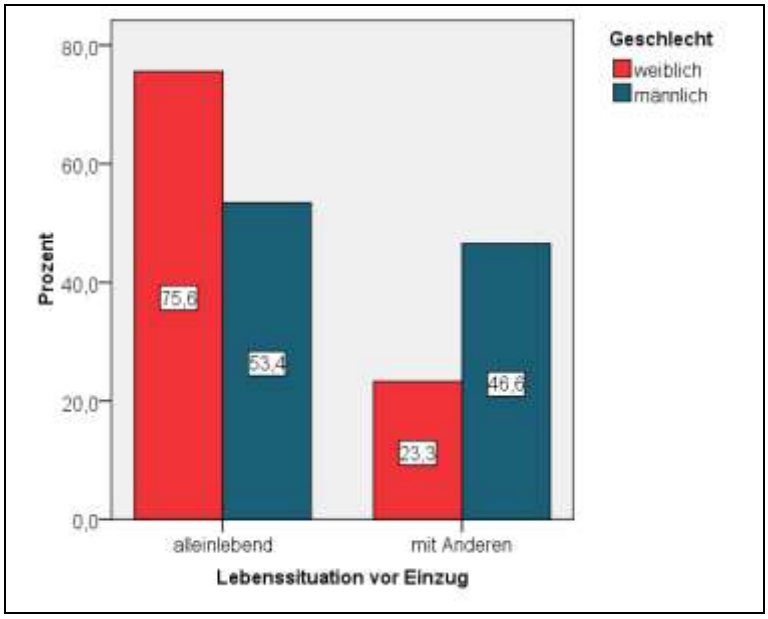


Abbildung 43: Lebenssituation vor dem Einzug nach Geschlecht

Die absolute Mehrheit (85,5 %; n = 200) der im Jahr 2008 in WG eingezogenen Bewohner/innen lebte bereits vorher im Land Berlin, in 6,8 % der Fälle lag der frühere Wohnort in anderen Bundesländern. In 7,7 % aller Fälle ist auf Grund von fehlenden Angaben hierzu keine Aussage zum früheren Wohnort möglich.

Mehr als die Hälfte (54,3 %; n = 127) der neuen WG-Bewohner/innen der vorliegenden Stichprobe sind in eine wohnortnahe WG gezogen, d. h. ihr Wohnbezirk vor dem Einzug und der Bezirk, in welchem die WG liegt, sind identisch. Bei 38,0 % aller Neuzugezogenen ist dies nicht der Fall.

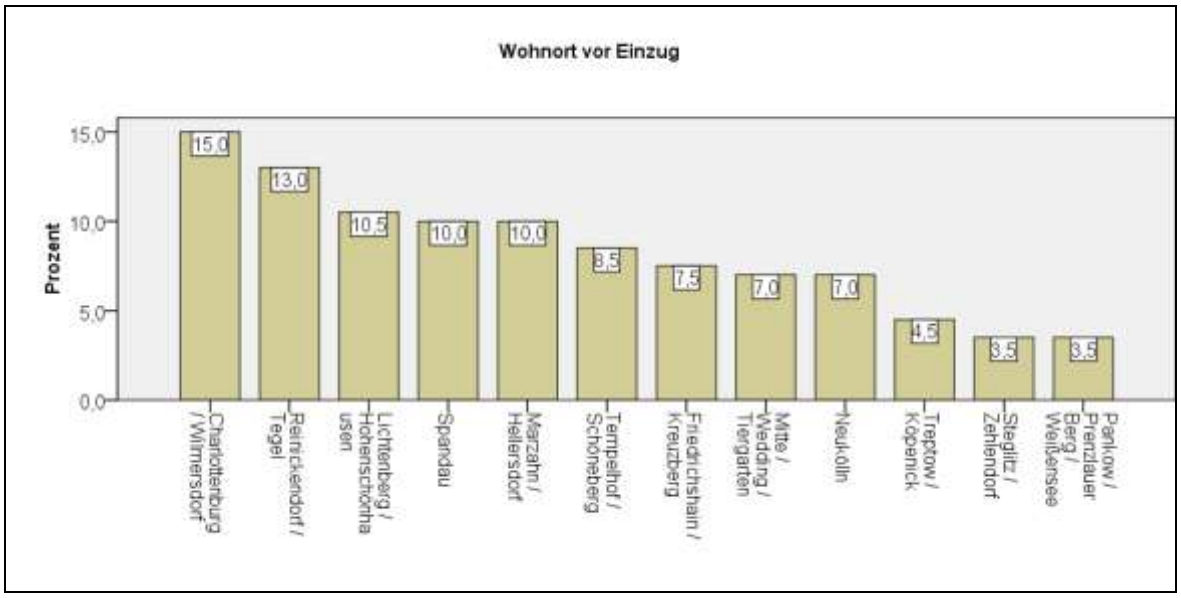


Abbildung 44: Wohnbezirk vor Einzug der Bewohner/innen aus dem Land Berlin (WG)

15,0 % aller Bewohner/innen, die vor dem Einzug in Berlin lebten, kamen aus dem Bezirk Charlottenburg / Wilmersdorf, ähnlich viele (13,0 %) lebten zuvor in Reinickendorf / Tegel. Hierauf folgen die Bezirke Lichtenberg / Hohenschönhausen mit 10,5 %, Spandau und Marzahn / Hellersdorf mit jeweils 10,0 % sowie Tempelhof / Schöneberg (8,5 %). Die Anteile weiterer Wohnbezirke sind der obenstehenden ***Abbildung 44*** zu entnehmen. Mehr als die Hälfte (56,2 %; n = 9) der eingezogenen Bewohner/innen, die aus dem übrigen Deutschland in eine WG in der Hauptstadt wechselten, lebte zuvor im Bundesland Brandenburg. Weitere Bundesländer waren nur in Einzelfällen vertreten.

Ein Zusammenhang zwischen einer wohnortnahen Belegung und dem Geschlecht ist nicht nachweisbar. Es zeigen sich hier lediglich leichte Abweichungen: Im Jahr 2008 eingezogene Frauen (56,8 %) wechselten etwas häufiger wohnortnah, also innerhalb des gleichen Be-

zirks, verglichen mit den Männern (46,6 %). Zwischen der Wahl einer wohnortnahen oder -fernen WG und dem Alter werden deutliche Differenzen sichtbar (t-Test, p = 0,011). Es zeigt sich, dass vor allem ältere Bewohner/innen (Mittelwert: 81,5 Jahre) innerhalb des gleichen Bezirkes in eine WG wechselten. Personen, die in eine WG in einem anderen Bezirk zogen, waren tendenziell jünger (Mittelwert: 77,1 Jahre). Auch der Trägerverband der WG scheint eine tendenzielle Rolle beim wohnortnahen oder -fernen Umzug zu spielen (Cramer-V = 0,223; p = 0,077). Wohnortnahe Wechsel fanden sich bei ABVP und AVG. Bewohner/innen, die in eine von der Caritas versorgten WG zogen, lebten vor ihrem Umzug häufiger in einem anderen Bezirk.

Pflegebedarf bei Einzug

Der größte Teil derjenigen Personen, die im Jahr 2008 in eine WG einzogen, hatte bereits nachweislichen Pflegebedarf (vgl. ***Abbildung 51***). Der überwiegende Teil war mit 40,2 % (n = 94) in die Pflegestufe II eingruppiert, rund jeder Vierte (25,6 %) in die Pflegestufe I und 8,5 % fielen aufgrund ihres starken Pflegebedarfs in Stufe III. Etwa jeder Zehnte (9,8 %) hatte gar keine Pflegestufe, bei 7,7 % dagegen war zum Einzugszeitpunkt eine solche beantragt. In 19 Fällen (8,1 % aller Bewohner/innen) liegen keine entsprechenden Angaben vor. Die bewilligte Pflegestufe weist keinen nachweisbaren Zusammenhang zum Geschlecht der neu eingezogenen Personen auf. Leicht höher war lediglich der Anteil der Männer mit Pflegestufe III (10,3 %) gegenüber dem Anteil der Frauen die in diese Pflegestufe eingruppiert waren (8,0 %), ebenso hatten aber auch mehr Männer (10,3 %) als Frauen (6,8 %) eine Pflegestufe überhaupt erst beantragt. Deutlich unterscheidet sich jedoch das durchschnittliche Alter bei Einzug bei Einzug in eine WG nach der Pflegestufe nach dem Alter (ANOVA; p = 0,029): Mit zunehmender Pflegestufe steigt das mittlere Alter, d. h. durchschnittlich am jüngsten sind Personen ohne Pflegestufe (77,5 Jahre) und am ältesten diejenigen mit Pflegestufe III (84,1 Jahre). Darüber hinaus besteht ein tendenzieller Zusammenhang zwischen der Pflegestufe bei Einzug und dem Organisationsgrad des in der WG tätigen Pflegedienstes (Cramer-V = 0,198; p = 0,094). Neue Bewohner/innen verbandlich organisierter WG kamen häufiger mit Pflegestufe I (31,1 %) als diejenigen in nicht verbandlich organisierten WG (14,3 %). Hier wiederum ziehen doppelt so häufig wie in WG mit verbandlich getragenen Pflegediensten Personen ein (14,3 % vs. 7,3 %), die noch keine Pflegestufe besitzen.

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen Pflegestufe und dem Typus der WG (Chi-Quadrat Test; p = 0,043). Unter den Untersuchten, die in eine integrative WG zogen, waren diejenigen mit Pflegestufe II häufiger vertreten als unter denen, die eine WG vom seg-

regativen Typ wählten (vgl. ***Tabelle 34***). Dagegen fand sich in segregativen WG häufiger Stufe III.

Tabelle 34: Pflegestufen einziehender Personen in WG: segregativer Typus im Vergleich zum integrativen Typus

	Typus	
	segregativ	integrativ
Pflegestufe bei Einzug (in %)		
keine Pflegestufe	9,4	10,2
Pflegestufe I	25,0	26,3
Pflegestufe II	36,5	44,1
Pflegestufe III	9,4	7,6
Pflegestufe beantragt	4,2	8,5

[1] Chi-Quadrat Test

Knapp die Hälfte aller Einziehenden (46,6 %, n = 109) erhielten zum Zeitpunkt ihres Einzugs in die WG keine monetären Mittel für zusätzliche Betreuungsleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45b SGB XI. Ein Drittel der WG-Neubewohner/innen (n = 78) profitierte von solchen Leistungen in Höhe von 200 Euro und weitere 20,1 % in Höhe von 100 Euro. Der Erhalt von Betreuungsleistungen und das Geschlecht des Empfängers sind nicht unabhängig voneinander (Test nach Fisher; p = 0,030). Die im Jahr 2008 in WG eingezogenen Männer erhielten häufiger solche Leistungen im Umfang von EUR 200 als Frauen (41,4 % vs 30,7 %). Dagegen bezogen doppelt so viele Frauen wie Männer Leistungen im Umfang von nur 100 Euro (23,3 % vs. 10,3 %). Personen die keine Leistungen nach § 45b SGB XI erhielten, sind bei beiden Geschlechtern ähnlich verteilt. Keinen Zusammenhang zeigen der Erhalt von Betreuungsleistungen und der Typus der WG (Cramer-V = 0,104; p = 0,536), es zeigt sich aber, dass insgesamt Personen, welche in WG vom segregativen Typus einzogen, häufiger derartige Gelder bezogen als in integrative WG eingezogene Personen. Das durchschnittliche Alter der neuen WG-Bewohner/innen unterscheidet sich nicht signifikant nach dem Bezug von Betreuungsleistungen (ANOVA; p = 0,419), rein deskriptiv sind die Empfänger des Höchstsatzes von 200 Euro im Mittel knapp 3 Jahre jünger als diejenigen, die nur 100 Euro erhalten (81,4 Jahre).

Innerhalb der ersten vier Wochen nach dem Einzug war bei 8,9 % (n = 21) der Einziehenden eine stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich. Dabei hatten 16 Personen einen Aufenthalt im Krankenhaus (6,8 %) und nur 5 neue Bewohner/innen (2,1 %) mussten sich zweimal in stationäre Behandlung begeben. Auch hier fehlten jedoch in 23 Fällen die entsprechenden Angaben. Im Vergleich zu Frauen erwies sich die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen durch Männer im ersten Monat nach Einzug deutlich höher (Chi-Quadrat-

Test; p = 0,012): 15,5 % der Männer mussten in diesem Zeitraum einmal ins Krankenhaus überwiesen werden gegenüber nur 4,0 % aller neuzugezogenen Frauen. Es erwiesen sich WG-Bewohner/innen mit einem Krankhausaufenthalt in den ersten Wochen nach Umzug als im arithmetischen Mittel um 6,3 Jahre (nicht signifikant) jünger als solche, die nicht ins Krankenhaus mussten (vgl. ***Abbildung 45***).

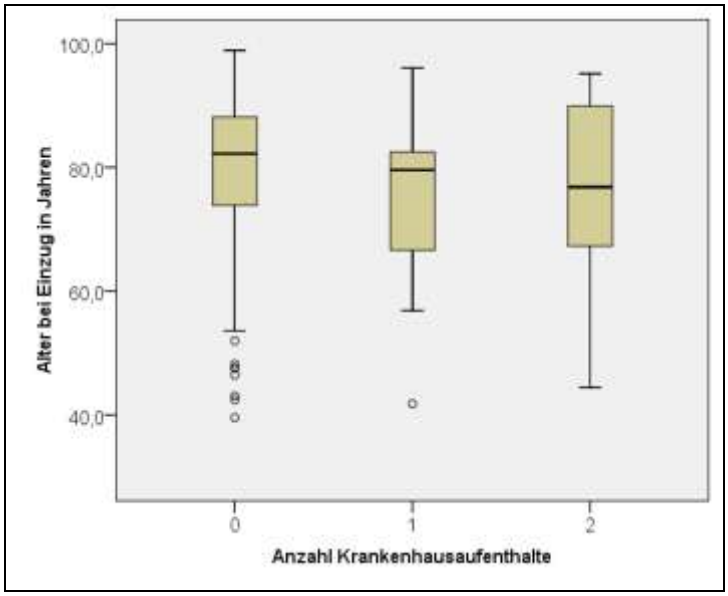


Abbildung 45: Anzahl der Krankenhausaufenthalte nach Alter bei Einzug in eine WG

8.1.3.2 Einzüge in Spezialwohnbereiche

Soziodemografie

Die im Rahmen der Studie untersuchten stationären Einrichtungen meldeten 114 Neuzugänge im Jahr 2008. Das durchschnittliche Alter dieser neuen Bewohner lag zum Zeitpunkt des Einzugs in den SWB bei 80,8 Jahren (vgl. ***Abbildung 46***). Frauen waren mit 81,7 Jahren bei Einzug in einen Demenz-Wohnbereich im Mittel 2,5 Jahre älter als einziehende Männer (79,2 Jahre), dieser Altersunterschied zwischen den Geschlechtern erwies sich im Test jedoch nicht als signifikant (t-Test; p = 0,137). Nahezu zwei Drittel (63,2 %) der einziehenden Personen waren Frauen.

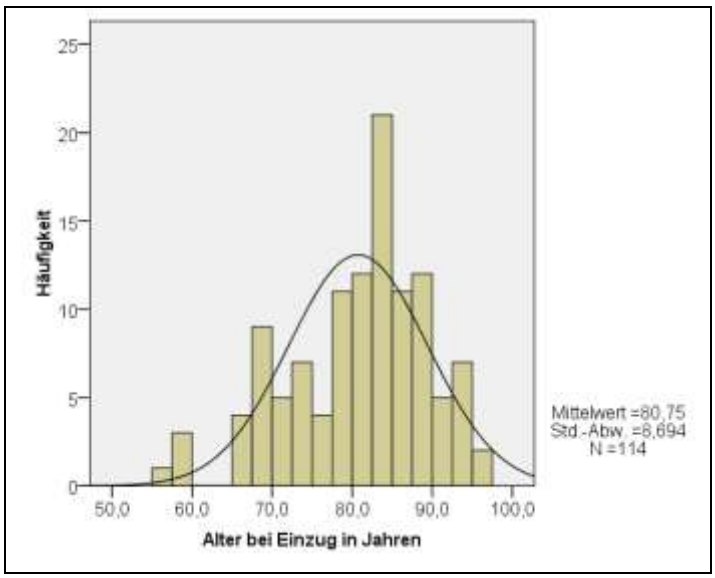


Abbildung 46: Altersverteilung bei Einzug 2008 in einen SWB

Wohnsituation und pflegerische Versorgung vor Einzug

Die meisten Einzüge waren im März 2008 zu verzeichnen: 11,4 % der Bewohner/innen der vorliegenden Stichprobe wechselten in diesem Monat in einen SWB. Einzugsstarke Monate waren ebenfalls Oktober (10,5 %) und Januar, Juni, Juli sowie September mit jeweils 9,6 %. Den geringsten Zuwachs erhielten die Wohnbereiche in den Monaten Februar und November mit jeweils 5,3 %.

Bei fast allen im Jahr 2008 in Wohnbereichen eingezogenen Bewohner/innen (n = 113) konnte die Versorgungs- bzw. Pflegesituation unmittelbar vor dem Einzug ermittelt werden (***Abbildung 50***). Demnach wechselte fast jede/r Dritte (30,7 %) direkt aus einem Krankenhaus in den SWB. 38,6 % der untersuchten Personen lebten dagegen vor dem Einzug im eigenen Haushalt, dabei kamen 21,1 % ohne ambulante Pflegeleistungen aus und 17,5 % wurden von einem ambulanten Pflegedienst versorgt. Aus einem anderen Wohnbereich zogen 11,4 % in den SWB, während 7,0 % aus einer anderen Einrichtung dorthin wechselten. Nur wenige Neuzugezogene befanden sich unmittelbar vor dem Umzug in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung (5,3 %), 3,5 % im betreuten Wohnen oder einer ambulant betreuten WG (1,8 %).

Die Versorgung bzw. Pflege vor dem Einzug in den SWB und das Geschlecht der im Jahr 2008 eingezogenen Personen sind grundsätzlich unabhängig voneinander (Chi-Quadrat-Test; p = 0,102). Männer wurden jedoch vor dem Einzug tendenziell öfter in einem Krankenhaus, in einem betreuten Wohnen oder von einem ambulanten Pflegedienst im eigenen

Haushalt versorgt. Frauen hingegen lebten zuvor häufiger in der eigenen Wohnung ohne pflegerische Hilfen, oder wechselten aus einem anderen Wohnbereich derselben oder einer anderen vollstationären Alteneinrichtung. Ebenso fand bei den Frauen im Vergleich zu den Männern ein Wechsel aus Kurzzeitpflegeeinrichtung statt.

Die vor dem Umzug im Privathaushalt lebenden Männer teilten ihre Lebenssituation häufiger als Frauen mit Anderen (61,9 % der Männer vs. 41,7 % der Frauen). 54,2 % der Frauen hingegen lebten häufiger allein (Männer: 38,1 %). Diese tendenzielle Abhängigkeit der Lebenssituation vor dem Einzug von dem Geschlecht der Eingezogenen lässt sich auch statistisch nachweisen (Test nach Fisher; $p = 0{,}078$). Dagegen sind das Alter der in 2008 zugezogenen Personen und ihre vorherige Lebenssituation unabhängig voneinander, zuvor allein Lebende (48,2 % aller hier Einziehenden) sind zum Zeitpunkt des Einzugs aber im Mittel 1,2 Jahre älter als Personen, welche vor ihrem Umzug zusammen mit anderen (49,1 %) lebten.

Demgegenüber unterscheidet sich das Alter der zugezogenen Personen signifikant nach der Versorgungssituation vor Einzug (ANOVA; $p = 0{,}049$). Die jüngsten Bewohner/innen wechselten aus einem Krankenhaus in den SWB (Mittelwert: 77,0 Jahre), gefolgt von ambulant betreuten WG (Mittelwert: 80,2 Jahre). Die ältesten Bewohner/innen dagegen kamen meist aus einem anderen Bereich innerhalb der Einrichtung in einen Spezialwohnbereich für Menschen mit Demenz (Mittelwert: 86,3 Jahre).

Mehr als zwei Drittel (69,3 %) der neu zugezogenen Bewohner/innen sind in eine stationäre Alteneinrichtung des gleichen Bezirkes eingezogen, in welchem sie zuvor gelebt haben. Bei 24,6 % ist dies nicht der Fall, davon waren aber wiederum die meisten in Berlin und lediglich 2,6 % der Bewohner/innen in anderen Bundesländern ansässig. In 6,1 % der Fällen ($n = 7$) war auf Grund fehlender Angaben hierzu keine Auskunft möglich.

Der ***Abbildung 47*** ist zu entnehmen, in welchen Bezirken die Berliner Bewohner/innen, die in 2008 in einen Spezialwohnbereich einzogen vor ihrem Umzug lebten. Mit 22,1 %, kommen die meisten aus dem Bezirk Treptow / Köpenick, die wenigsten der einziehenden Berliner/innen ($n = 2$) lebten zuvor im Bezirk Neukölln. Zwischen der Altersstruktur und dem Wohnort vor dem Einzug gibt es teilweise starke nicht signifikante Abweichungen: Die im arithmetischen Mittel ältesten Bewohner/innen aus Berlin kamen aus dem Bezirk Tempelhof / Schöneberg (87,6 Jahre), gefolgt vom Bezirk Pankow / Prenzlauer Berg / Weißensee mit 82,2 Jahren und Charlottenburg / Wilmersdorf mit 81,7 Jahren. Die jüngsten Bewohner/innen lebten vor ihrem Umzug mit durchschnittlich 75,8 Jahren im Stadtteil Spandau.

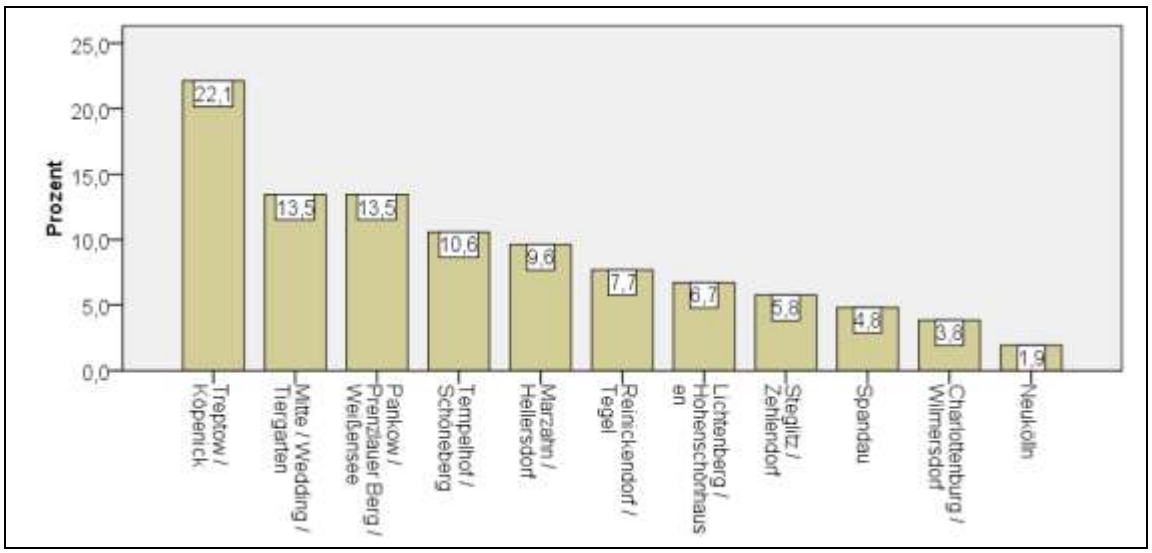


Abbildung 47: Wohnbezirk vor Einzug der Bewohner/innen aus dem Land Berlin (SWB)

Pflegebedarf bei Einzug

Beim Einzug in den Demenzwohnbereich war der überwiegende Teil (43,9 %) der 114 neuen Bewohner/innen in die Pflegestufe II eingruppiert (vgl. ***Abbildung 51***). 36,8 % hatten einen Pflegebedarf der Stufe I und 12,3 % die Pflegestufe III. Zwei der untersuchten Bewohner/innen hatten bei Einzug keine Pflegestufe oder befanden sich in der Phase der Antragstellung auf Eingruppierung in eine Pflegestufe, in einem Fall liegt eine Härtefallregelung vor. Die untersuchten Männer sind zum Zeitpunkt des Einzugs tendenziell häufiger in die Pflegestufe I eingruppiert oder haben öfter als Frauen keine Pflegestufe. Frauen erhielten im Vergleich dazu häufiger die Pflegestufe II oder III. Der Cramer-Test weist jedoch auf keinen Zusammenhang zwischen der Pflegestufe bei Einzug und dem Geschlecht der Einziehenden hin (Cramer-V = 0,198, p = 0,498).

Das Alter der im Jahr 2008 eingezogenen Personen unterscheidet sich (ANOVA; p = 0,039) nach der Pflegestufenzuordnung signifikant (vgl. ***Abbildung 48***). So sind diejenigen mit erst beantragter Pflegestufe die jüngsten Bewohner/innen (66,1 Jahre), während Pflegestufe III vor allem mittelalte Neuzugezogene haben (76,7 Jahre). Bewohner/innen der Pflegestufe I und II sind innerhalb der einziehenden Stichprobe wesentlich älter (Mittelwerte: PS I: 81,6 Jahre; PS II: 81,3 Jahre).

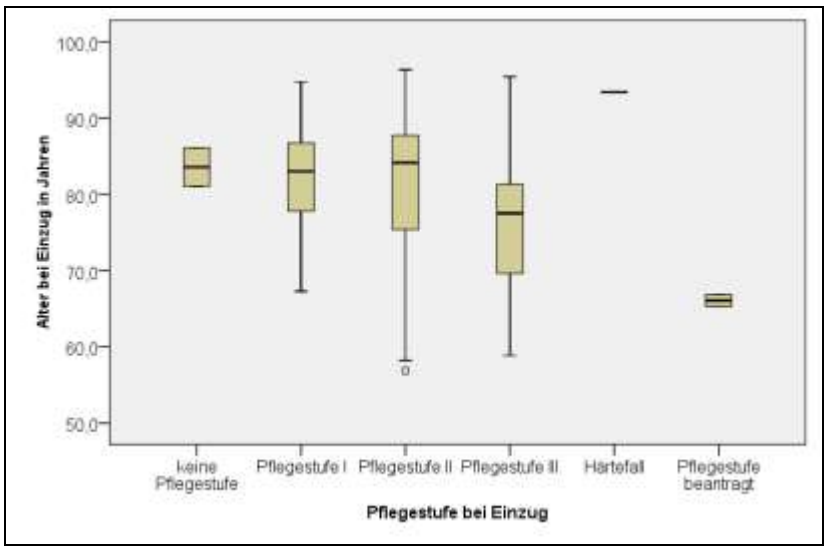


Abbildung 48: Alter und Pflegestufe der Bewohner/innen bei Einzug in einen SWB

Situation seit dem Einzug

Im Rahmen der Untersuchung wurde ebenfalls die Anzahl von Krankenhausaufenthalten in den ersten vier Wochen nach dem Einzug in den Wohnbereich erhoben. Hierbei zeigte sich, dass für den weitaus größten Teil der neu zugezogenen Bewohner/innen (87,7 %) in diesem Zeitraum keine stationäre Behandlung im Krankenhaus nötig war. Einmalig wurden 7,9 % kurz nach dem Umzug ins Krankenhaus eingewiesen, ein Bewohner musste zweimal stationär versorgt werden. ***Abbildung 49*** verdeutlicht, dass der Anteil der Männer (16,7 %), die innerhalb der ersten vier Wochen nach Einzug in den SWB im Krankenhaus behandelt wurden, etwa viermal höher als derjenige der Frauen (4,2 %) war. Die Anzahl der Krankenhausaufenthalte sind tendenziell nicht unabhängig vom Geschlecht (Chi-Quadrat Test; p = 0,055).

Einen Unterschied zwischen der Anzahl der Krankenhausaufenthalte und dem Alter der im Jahr 2008 eingezogenen Personen lässt sich statistisch nicht nachweisen (ANOVA; p = 0,831). Personen ohne Krankenhausaufenthalte waren aber im Mittel 2,4 Jahre jünger.

Die Anzahl der Krankenhausaufenthalte innerhalb der ersten vier Wochen nach Einzug in den Wohnbereich weist einen schwachen Zusammenhang zur Organisationsart der Einrichtungen auf (Cramer-V = 0,231; p = 0,040): Bei privaten Trägern kam es zu keiner Einweisung in ein Krankenhaus, bei freigemeinnützigen und öffentlich getragenen WB wurde dagegen etwa jede zehnte Bewohner/in einmal innerhalb der ersten 4 Wochen stationär behandelt.

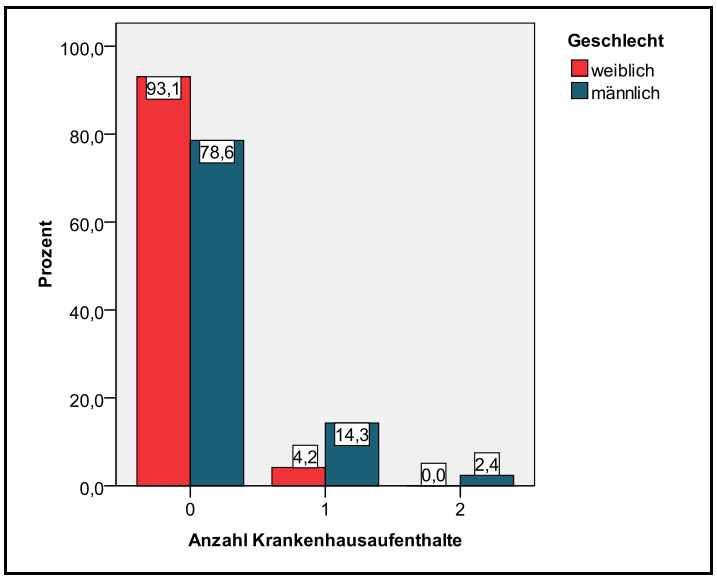


Abbildung 49: Anzahl der Krankenhausaufenthalte nach dem Einzug: Frauen im Vergleich zu Männern (SWB)

8.1.3.3 Vergleich der beiden Wohnformen Wohngemeinschaft / Spezialwohnbereich

Im Folgenden werden die beiden verschiedenen untersuchten Wohnformen – WG und SWB – hinsichtlich der Unterschiede in den Charakteristika ihrer einziehenden Bewohner/innen verglichen.

Soziodemografie

Im Jahr 2008 war der Anteil einziehender Männer in die untersuchten Wohnbereiche signifikant höher als in den WG (WG 24,8 %; SWB 36,8 %). Dagegen zogen Frauen häufiger in WG (WG 75,2 %; SWB 63,2 %) ein (Test nach Fisher; p = 0,014).

Das durchschnittliche Alter unterscheidet sich nicht nach der ausgewählten Wohnform (t-Test; p = 0,403). Deskriptiv zeigte sich, dass in WG im Vergleich zu SWB (Mittelwert: 80,8) etwas jüngere Personen (Mittelwert: 79,7 Jahre) einzogen. Auch das Höchstalter Einziehender war in beiden Wohnformen nicht stark unterschiedlich (WG: 98,9 Jahre; SWB: 96,3 Jahre), während die Mindestalter deutlich voneinander abwichen (WG: 39,5 Jahre; SWB: 56,9 Jahre).

Wohnsituation und pflegerische Versorgung vor Einzug

Das Versorgungssetting vor Umzug (vgl. ***Abbildung 50***) ist nicht unabhängig von der Versorgungsform in welche eingezogen wurde (Chi-Quadrat Test, p < 0,001). So kamen etwa drei Viertel (75,3 %) der Untersuchten vermehrt aus einem Privathaushalt mit oder ohne

Pflegedienst-Betreuung in eine WG. Hingegen lebten nur ein Drittel (38,6 %) der Zugezogenen in SWB vor dem Einzug zu Hause. Diese schlossen ihren Umzug häufiger direkt an einen Krankenhausaufenthalt an (30,7 %; im Vergleich WG: 8,5 %).

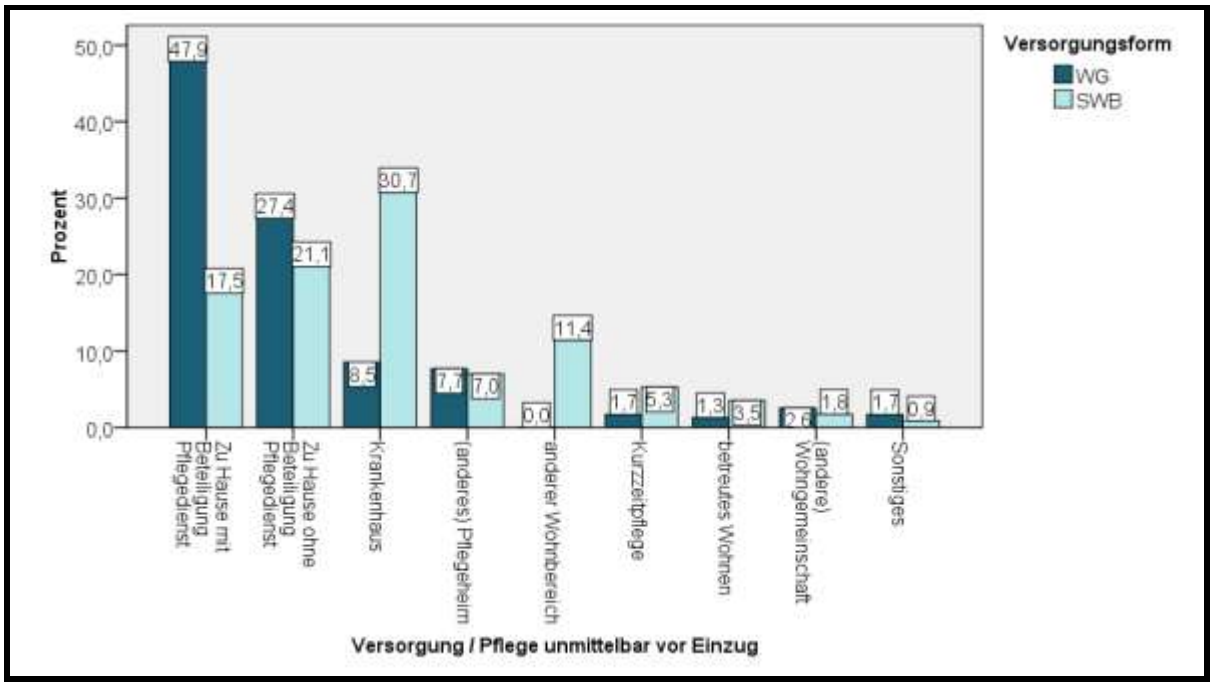


Abbildung 50: Versorgung / Pflege unmittelbar vor Einzug nach Versorgungsform

Personen, die in eine WG einzogen hatten bis dahin häufiger keine Pflegestufe im Vergleich zu den in stationäre Wohnbereiche umsiedelnden Untersuchten, oder sie hatten diese gerade erst beantragt (vgl. ***Abbildung 51***). Pflegestufe I war dagegen eher unter SWB-Neuzugängen vertreten, und in etwa gleich viele der in WG oder SWB Einziehenden hatten die Pflegestufe II. Die Pflegestufe und die Versorgungsform sind auch im Test nicht unabhängig (Chi-Quadrat Test; $p < 0{,}001$) voneinander.

Ein Zusammenhang zeigt sich zwischen der Art der neuen Wohn- und Versorgungseinrichtung und ihrer Entfernung vom bisherigen Wohnort (Cramer-V = 0,145; p = 0,026. Personen, die im Jahr 2008 in einen Spezialwohnbereich zogen, taten dies häufiger wohnortnah (69,3 %) als solche, die in eine WG umzogen (54,3 %).

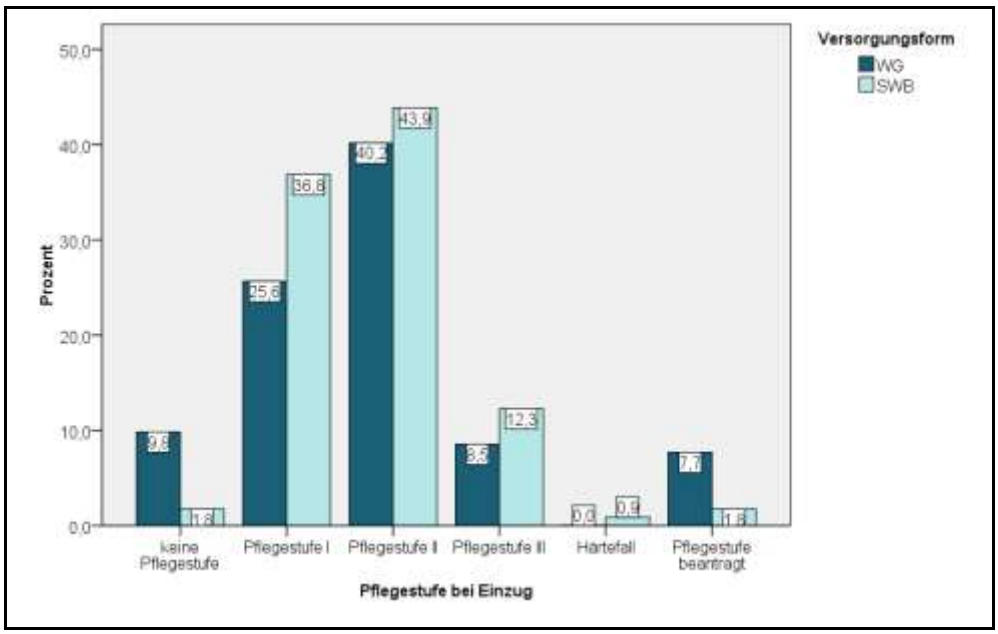


Abbildung 51: Pflegestufenverteilung bei Einzug nach Versorgungsform

Die überregionale Analyse ergibt keinen Zusammenhang von vorherigem Wohnsitz und jetziger Betreuungsform (Cramer-V = 0,93; p = 0,220), jedoch zeigen sich leichte Abweichungen hinsichtlich der Tatsache, dass ein tendenziell höherer Anteil Zugezogener aus anderen Bundesländern in WG übersiedelte als in SWB (6,8 % vs. 2,3 %).

Personen, die im Jahr 2008 in ambulant betreute WG einzogen, lebten zuvor signifikant häufiger allein im Vergleich zu den neuen Bewohner/innen der untersuchten Wohnbereiche (Test nach Fisher; p < 0,001), wie auch der folgenden Abbildung zu entnehmen ist.

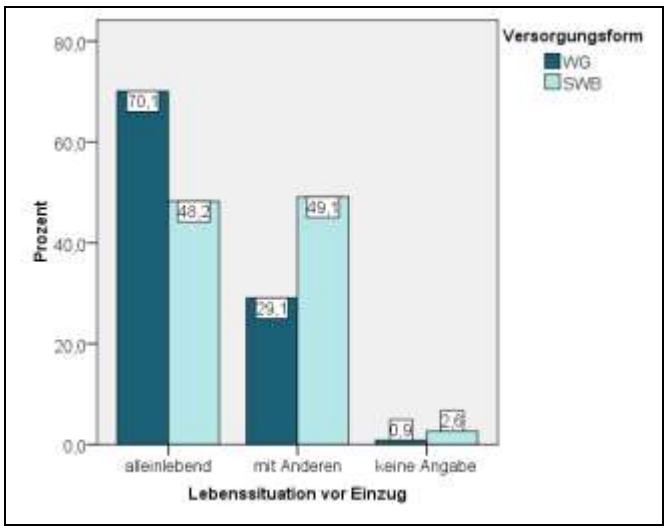


Abbildung 52: Lebenssituation vor Einzug nach Versorgungsform

8.1.4 Auszüge/ Versterben im Jahr 2008

Die folgenden Abschnitte untersuchen die Merkmale von Personen, die im Jahr 2008 eine ambulant betreute WG oder einen Spezialwohnbereich für Menschen mit einer Demenz verlassen haben. Ursachen dafür können Umzug oder Versterben der Bewohner/innen sein. Abschließend werden die beiden Wohn- und Betreuungsformen unter diesem Gesichtspunkt miteinander verglichen.

8.1.4.1 Auszüge aus Wohngemeinschaften

Soziodemografie

Im Jahr 2008 wurden insgesamt 119 Personen gemeldet, die entweder die 105 an der Studie beteiligten Wohngemeinschaften verließen oder verstorben sind. Hiervon waren 77,3 % (n = 92) weiblich und 21,8 % (n = 26) männlich, in einem Fall wurden keine Angaben zum Geschlecht gemacht. Männer (vgl. ***Abbildung 53***) verließen häufiger WG vom integrativen Typus (Chi-Quadrat Test; p = 0,148), bei den ausziehenden Frauen findet sich eine solche Auffälligkeit nicht. Im Durchschnitt waren die betrachteten Bewohner/innen bei Pflegebeginn 80,2 Jahre alt. Das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt des Auszugs oder Versterbens im Jahr 2008 betrug 82,1 Jahre.

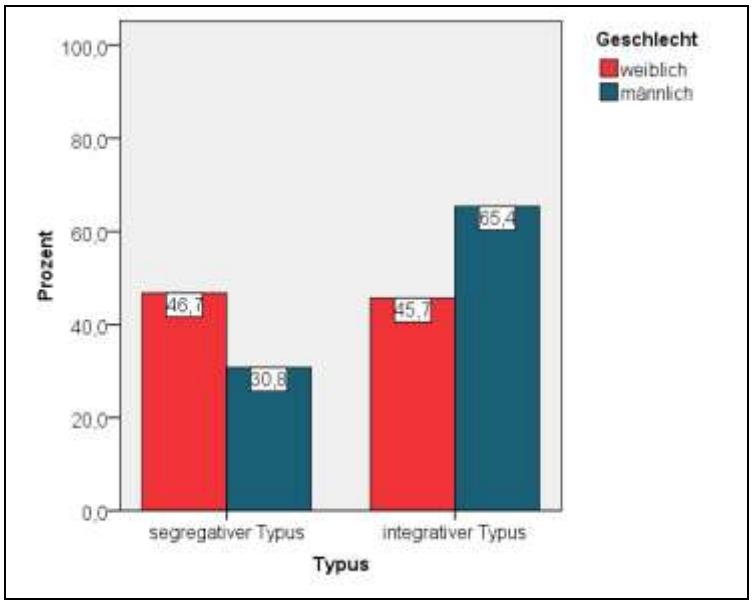


Abbildung 53: Auszüge / Versterben im Jahr 2008 nach Typus (WG) und Geschlecht

Pflegebeginn und-ende

Die Auskunftgebenden wurden um Angaben zum Pflegebeginn gebeten. In zwei Fällen konnten keine Angaben hierzu gemacht werden. Für fast ein Fünftel der ausgezogenen Bewohner/innen (19,3 %; n = 23) lag der Pflegebeginn vor dem Gründungsdatum der WG. Hier ist davon auszugehen, dass diese Angaben nicht den Pflegebeginn in der untersuchten Wohngemeinschaft wiedergeben, evtl. wurden Personen bereits vor dem Einzug durch den gleichen ambulanten Pflegedienst in ihrer eigenen Häuslichkeit versorgt. Liegt also der Pflegebeginn vor dem Gründungsdatum der WG werden diese Angaben linksseitig zensiert und nicht in die folgenden Berechnungen einbezogen.

Hier zeigt sich, dass bei 40,4 % aller dieser Personen der Pflegebeginn auf das Jahr 2008 fällt, für jede vierte Person (25,5 %) begann die Pflege im Jahr 2007 (vgl. ***Tabelle 35***). Rund ein Drittel (34,0 %) wurde bereits seit einem längeren Zeitraum gepflegt.

Tabelle 35: Pflegebeginn in (WG) (n = 94)

Jahr	Häufigkeit	Prozent
2002	1	1,1
2003	5	5,3
2004	7	7,4
2005	8	8,5
2006	11	11,7
2007	24	25,5
2008	38	40,4
Gesamt	**94**	**100,0**

Die durchschnittliche Pflegedauer der Bewohner/innen bis zu ihrem Auszug oder Versterben beträgt 1,5 Jahre (s = 1,5 Jahre), wobei nach der oben beschriebenen Filterung n = 90 Angaben berücksichtigt werden konnten. Die durchschnittliche Pflegedauer bis zum Auszug oder Versterben unterscheidet sich nicht nach dem Typus (integrativ/ segregativ) der WG (t-Test; p = 0,316). Geschlechtsspezifisch gibt es bzgl. der Pflegedauer einen tendenziellen Unterschied (t-Test; p = 0,071): so beträgt diese bei ausziehenden Frauen durchschnittlich 1,7 Jahre, bei männlichen Bewohnern 1,1 Jahre. Die Bewohner/innen verließen in den Monaten Juli und September (10,9 %) und im Januar (10,1 %) verstärkt die WG. Mit 5,0 % war hier der Februar der „auszugsschwächste“ Monat.

Im Vergleich zu Männern mit im Mittel 75,6 Jahren waren ausziehende Frauen mit 81,6 Jahren zum Zeitpunkt ihres Pflegebeginns durchschnittlich 6,0 Jahre älter (t-Test; p = 0,017). Auch zwischen dem Alter bei Verlassen der WG und dem Geschlecht besteht ein signifikan-

ter Unterschied (t-Test; p = 0,005): Frauen waren zu diesem Zeitpunkt mit 83,7 Jahren durchschnittlich 6,9 Jahre älter als Männer (76,8 Jahre).

Pflegebedarf bei und Ursachen für das Verlassen der WG

Über die Hälfte (51,3 %, n = 61) derjenigen Bewohner/innen, die im Jahr 2008 ihre Wohngemeinschaft verließen, waren in die Pflegestufe II eingestuft. 31,1 % (n = 37) hatten die Pflegestufe III und rund jede/r Zehnte 10,9 % eine Stufe I (vgl. ***Abbildung 55***). Härtefälle und Nicht-Einstufungen lagen selten vor.

Fast jede dritte Bewohnerin hatte bei Beendigung des Pflegeverhältnisses in der WG die Pflegestufe III (34,1 %). Im Vergleich hierzu war das bei 23,1 % der Männer der Fall. Männliche Personen hingegen waren häufiger in die Pflegestufe I eingruppiert. Im Test erweist sich jedoch die Pflegestufenverteilung als unabhängig vom Geschlecht (Chi-Quadrat Test; p = 0,248). Bewohner/innen mit Pflegestufe II, welche die WG im Jahr 2008 verlassen haben bzw. verstorben sind, waren durchschnittlich knapp 6 Jahre älter als Bewohner/innen mit Pflegestufe I (83,8 zu 78,0 Jahre; ANOVA; p = 0,029). Wie die ***Abbildung 54*** zeigt, war der häufigste Anlass für die Beendigung des Pflegeverhältnisses in den Wohngemeinschaften im Jahr 2008 das Versterben eines Bewohners (71,7 % der Fälle). Dabei starb fast die Hälfte der Bewohner/innen in der WG selbst, 22,7 % dagegen im Krankhaus. Mehr als jede/r Zehnte wechselte von der untersuchten Wohngemeinschaft in ein Pflegeheim oder zog in einen Privathaushalt um. Ein Umzug in eine andere Wohngemeinschaft sowie ein Wechsel in eine sonstige Einrichtung kamen eher selten vor.

Der Grund für die Beendigung des Pflegeverhältnisses in der WG ist unabhängig vom Geschlecht (Chi Quadrat Test; p = 0,181), ein Umzug in einen Privathaushalt (19,2 %) oder in ein Pflegeheim (15,4 %) kam aber tendenziell häufiger bei Männern vor. Demgegenüber wechselten lediglich 6,5 % der ausziehenden Frauen in einen Privathaushalt und 10,9 % in ein Pflegeheim. Im Vergleich zu den Männern (11,5 %) verstarben Frauen aus WGs im Jahr 2008 (26,1 %) doppelt so häufig in einem Krankenhaus.

Es lässt sich keine signifikante Abhängigkeit des Anlasses für die Beendigung des Pflegeverhältnisses von dem Organisationsgrad der in der WG tätigen Pflegedienste feststellen (Chi Quadrat Test; p = 0,560). Auffällig ist allerdings, dass mehr als doppelt so viele Personen (15,0 %) aus WG, in denen nicht verbandlich organisierte Pflegedienste tätig sind, in einen Privathaushalt wechselten wie aus WG, die von verbandlich organisierten Diensten betreut werden (6,5 %). Ein Umzug fand in WG, in der ein frei gemeinnützig getragener Pflegedienst tätig war, verglichen mit den privaten oder nicht organisierten Trägern eher selten

statt. Bewohner/innen dort verstarben im Jahr 2008 etwas häufiger in der WG oder in einem Krankenhaus, im Test bleibt beides aber wiederum unabhängig (Chi Quadrat Test; p = 0,580).

Betreuungsleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz

54,6 % (n = 65) der ausgezogenen oder verstorbenen WG-Bewohner/innen nahmen keine Leistung nach § 45 b SGB XI in Anspruch (bzw. hierzu wurden keine Angaben gemacht) rund ein Drittel erhielt eine monatliche Leistung in Höhe von 100 Euro (31,9 %, n = 38) und 13,4 % (n = 16) in Höhe von 200 Euro. Frauen und Männer unterscheiden sich bzgl. der Höhe dieser Leistungen kaum. Jedoch zeigt sich, dass Personen die Betreuungsleistungen im Umfang von monatlich 200 Euro erhalten mit durchschnittlich 87,9 Jahren im Mittel 5,2 Jahre älter sind im Vergleich zu Bezieher/innen von 100 Euro bzw. 7,7 Jahre älter zu Personen ohne Leistungsbezug (t-Test; p = 0,040).

8.1.4.2 Auszüge aus Spezialwohnbereichen

Soziodemografie

Im Jahr 2008 wurden insgesamt 103 ausziehende Bewohner/innen von den 26 an der Studie beteiligten Spezialwohnbereichen gemeldet. Knapp drei Viertel der Ausziehenden waren Frauen (71,8 %, n = 74) und etwas mehr als ein Viertel Männer (28,2 %, n = 29). Das durchschnittliche Alter der in 2008 aus dem Wohnbereich ausgezogenen bzw. verstorbenen Personen betrug bei ihrem jeweiligen Pflegebeginn 81,4 Jahre (Median = 83,8 Jahre). Das Durchschnittsalter der Bewohner/innen, bei Verlassen des SWB lag dagegen bei 84,8 Jahren (Median 86,6 Jahre).

Pflegebeginn und-ende

Nicht immer konnte der Pflegebeginn im SWB genannt werden, wohl aber der Pflegebeginn in der Einrichtung, dies erklärt auch einzelne angegebene weit zurückliegende Einzugsdaten bis 1979. Insgesamt wurde z. B. für 6,8 % der im Jahr 2008 ausgezogenen oder verstorbenen SWB-Bewohner/innen ein Pflegebeginn bereits vor dem Jahr 2000 angegeben. Sofern das Datum des Pflegebeginns vor dem Gründungsdatum des Spezialwohnbereichs lag, wurden diese Daten auch hier als fehlend deklariert und nicht mit in die folgenden Berechnungen einbezogen. D. h. es werden nun lediglich diejenigen Bewohner/innen (n = 93) betrachtet, für welche das Jahr des Pflegebeginns größer bzw. gleich dem Gründungsjahr des SWB angegeben wurde. Bei mehr als jeder fünften Person (20,4 %) begann die Pflege bereits im

Jahr 2005. Ab dem Jahr 2006 wurden 16,1 % (n = 15) der Bewohner/innen pflegerisch versorgt. Bei fast jeder vierten Person (23,7 %; n = 22) begann die Pflege im Jahr 2007. In diesem Jahr wurden drei der beteiligten Spezialwohnbereiche neu gegründet, evtl. beeinflusst dies die relativ hohe Anzahl an Pflegebeginnen. 18,3 % (n = 17) zogen erst im selben Jahr 2008 in den SWB, indem das Pflegeverhältnis dort auch wieder endete. Die durchschnittliche Pflegedauer bis zum Auszug oder Versterben der Bewohner/innen beträgt 2,4 Jahre (s = 8,2 Jahre (in zehn Fällen wurde die Gesamtpflegedauer nicht berechnet, weil das Datum des Pflegebeginns vor dem Eröffnungsdatum des SWB lag).

Die durchschnittliche Pflegedauer der in 2008 ausgezogenen oder verstorbenen Frauen betrug in Wohnbereichen 2,6 Jahre, bei männlichen Bewohnern nur 1,8 Jahre. Ein signifikanter Unterschied in der Pflegedauer bzgl. der Geschlechter besteht jedoch nicht (t-Test; p = 0,122). Dagegen unterscheidet sich das Alter bei Verlassen des SWB in 2008 nach Geschlecht (t-Test; p < 0,001): Frauen waren zu diesem Zeitpunkt mit 86,9 Jahren durchschnittlich 7,7 Jahre älter als die Männer (79,2 Jahre).

Im Jahresverlauf fiel das jeweilige Pflegeende hauptsächlich auf den Monat Februar: Hier verließen 16,5 %(n = 17) aller Bewohner/innen ihren jeweiligen Wohnbereich. Der April war mit 1,9 % der „auszugsschwächste“ Monat.

Pflegebedarf bei und Ursachen für das Verlassen des SWB

Knapp die Hälfte der ausziehenden Bewohner/innen waren zuletzt in die Pflegestufe III eingruppiert (46,6 %; n = 48), rund ein Drittel (31,1 %; n = 32) hatten die Pflegestufe II. Die Pflegestufe I ist im geringeren Maße vertreten (16,5 %; n = 17). Härtefalle sowie das Vorliegen keiner Pflegestufe sind selten anzutreffen (siehe ***Abbildung 55***). ***Abbildung 56*** zeigt, dass Frauen, die in 2008 aus der Pflege in einem Wohnbereich ausschieden, häufiger in die Pflegestufen II und III eingruppiert waren als die entsprechenden Männer (Chi Quadrat Test; p = 0,069). Dagegen waren bei der Einstufung als Härtefall sowie Nichtvorliegen einer Pflegestufe lediglich männliche Bewohner vertreten. Bei beiden Geschlechtern ist bei Pflegeende allerdings die Pflegestufe III am stärksten vertreten.

8.1.4.3 Vergleich beider Versorgungsformen

Bewohner/innen, die im Jahr 2008 eine Wohngemeinschaft verließen oder dort verstorben sind, wiesen im Allgemeinen einen signifikant späteren Pflegebeginn als die entsprechenden Bewohner/innen von Spezialwohnbereichen (Cramer-V=0,323; p = 0,016), hierbei ist jedoch

zu berücksichtigen, dass Wohngemeinschaften im Regelfall einen späteren Gründungszeitpunkt aufweisen als Spezialwohnbereiche. Bei Pflegebeginn waren diese SWB-Bewohner tendenziell etwas älter verglichen mit den WG-Bewohner/innen (Mittelwert SWB 80,2 Jahre; WG 81,4 Jahre), ohne sich jedoch signifikant zu unterscheiden (t-Test; p = 0,445). Auch die durchschnittliche Pflegedauer derjenigen Personen, die im Jahr 2008 die untersuchten WG oder SWB verließen, unterscheidet sich signifikant nach der Versorgungsform (t-Test; p = 0,004): in Wohnbereichen war sie mit 2,4 Jahren länger als in Wohngemeinschaften (1,6 Jahre).

Der Anlass für die Beendigung des Pflegeverhältnisses ist nicht unabhängig von der Versorgungsform (Chi-Quadrat Test; p = 0,002). Personen, die im Jahr 2008 in einer WG lebten, verstarben häufiger dort (49,6 %), in Wohnbereichen waren dies nur 43,7 % (vgl. ***Abbildung 54***). dagegen verstarben diese häufiger im Krankenhaus (SWB 35,0 %; WG 22,7 %). Der Umzug in einen Privathaushalt als Anlass für die Beendigung des Pflegeverhältnisses kam in WG (9,2 %) nahezu doppelt so häufig vor wie in SWB (4,9 %).

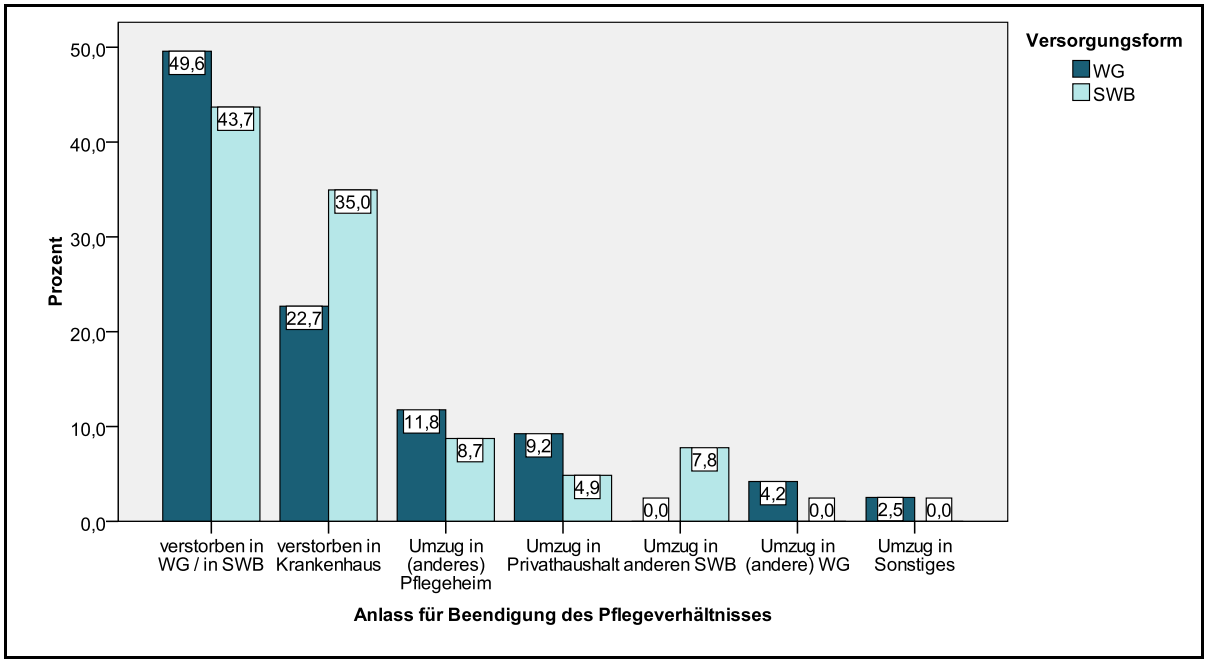


Abbildung 54: Anteile unterschiedlicher Anlässe für ein Ausscheiden aus der Pflege in WG/ SWB im Jahr 2008

Die Pflegestufe der ausziehenden Bewohner/innen zum Zeitpunkt des Pflegeendes ist nicht unabhängig von der Versorgungsform (Chi-Quadrat Test; p = 0,024). Bewohner/innen, die eine WG im Jahr 2008 verließen oder verstorben sind, hatten häufiger die Pflegestufe II (WG 51,3 %; SWB 31,1 %). Währenddessen wurden mehr entsprechende SWB-Bewohner/innen

eingruppiert in die Pflegestufe III (WG 31,1 %; SWB 46,6 %), Pflegestufe I ist hier allerdings auch stärker vertreten (vgl. ***Abbildung 55***).

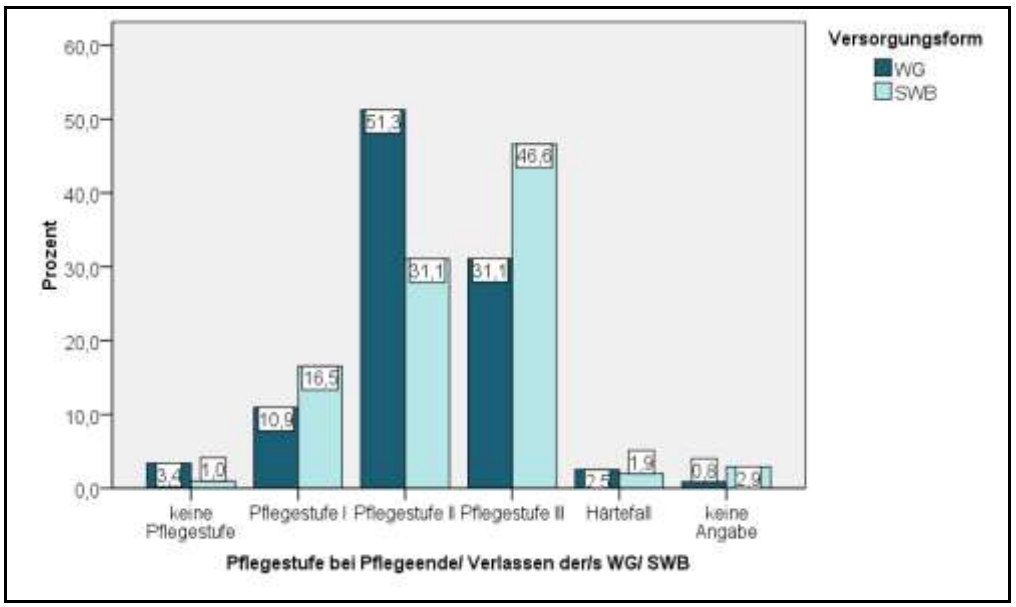


Abbildung 55: Pflegestufenverteilung bei Auszug oder Versterben im Jahr 2008 nach Versorgungsform

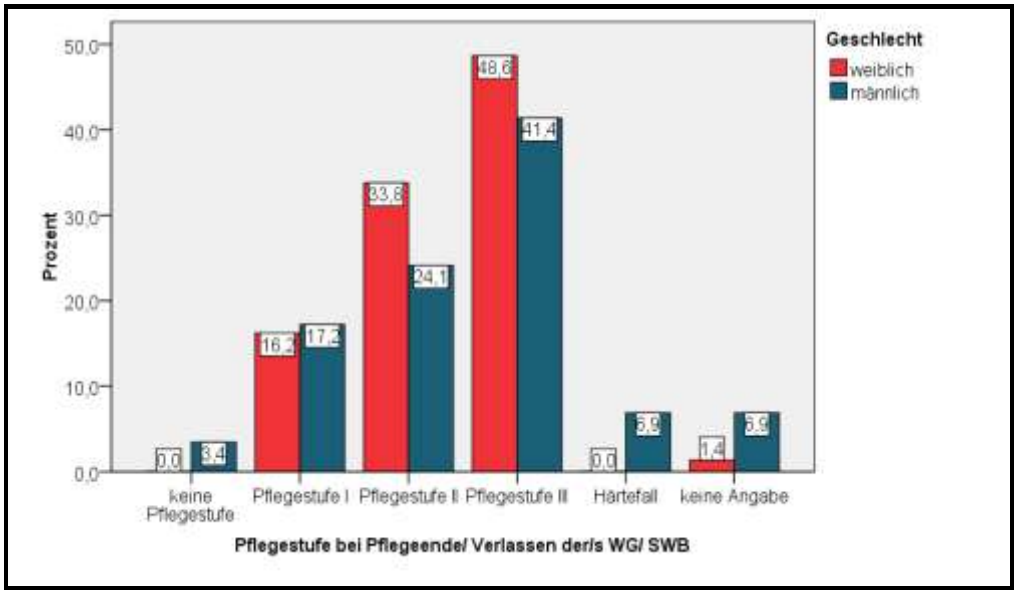


Abbildung 56: Pflegestufenverteilung bei Auszug oder Versterben im Jahr 2008 in SWB, nach Geschlecht

In Einrichtungen von organisierten Trägern hatten mehr als doppelt so viele Bewohner/innen (46,5 %), die in 2008 den SWB verließen oder verstarben, die Pflegestufe III verglichen mit

Bewohner/innen der Einrichtungen nicht organisierter Träger (18,2 %) (Chi Quadrat Test; p = 0,025).

Die Hauptursache für die Beendigung der Pflege im jeweiligen Spezialwohnbereich war auch das Versterben. ***Abbildung 54*** verdeutlicht, dass fast die Hälfte (43,7 %; n = 45) der Bewohner/innen, die in 2008 den SWB verließen, dort und über ein Drittel im Krankenhaus (35,0 %; n = 36) verstorben sind. Einen weiteren Anlass für die Beendigung des Pflegeverhältnisses bildete der Wechsel in ein anderes Pflegeheim mit 8,7 % oder in einen anderen SWB innerhalb der gleichen stationären Einrichtung mit 7,8 % (n = 8). Umzüge in einen Privathaushalt spielten eine ungeordnete Rolle. Tendenzielle geschlechtsspezifische Abhängigkeiten zeigen sich ebenfalls hinsichtlich des Anlasses für die Beendigung des Pflegeverhältnisses (Chi-Quadrat Test; p = 0,058): Männliche Bewohner sind im Jahr 2008 häufiger im Krankenhaus verstorben oder dreimal so häufig wie Frauen in ein anderes Pflegeheim umgezogen. Dagegen verstarben doppelt so viele Frauen (51,4 %; n = 38) wie Männer (24,1 %; n = 7) im Wohnbereich.

8.2 Längsschnitt

Zu Beginn wurden im Zeitraum Juni bis Dezember 2009 n = 56 Personen in die Studie eingeschlossen. Die anvisierte Anzahl von n = 85 Studienteilnehmer/innen wurde nicht erreicht. Bezogen hierauf konnten lediglich 65,9 % der ursprünglich geplanten Teilnehmenden rekrutiert werden. Für eine Darstellung zu Gründen und Verlauf des Dropouts sei auf ***Kapitel 7*** verwiesen.

Da nicht zu allen Bewohner/innen vollständige Datensätze für die Teilbefragungen vorliegen, kann die Anzahl der jeweils zugrundeliegenden Bewohner/innen in den nachfolgenden Auswertungen voneinander abweichen. Zunächst werden die soziodemografischen und pflegerelevanten Daten der rekrutierten Personen dargestellt. Anschließend werden Ergebnisse der Hauptzielkriterien „körperliche Funktionsfähigkeit", gemessen durch den Barthel-Index (Mahoney, Barthel 1965), und „nicht-kognitive Symptome der Demenz", erhoben durch das Neuropsychiatrische Inventar (NPI) (Cummings et al. 1994) vorgestellt. Abschließend erfolgt die Darstellung der Ergebnisse der sekundären Zielgrößen (Agitiertes und aggressives Verhalten, Apathie, Lebensqualität, Ernährungsstatus, Schmerzen, Kontrakturen, Sturz, BEM/FEM, Medikation, Komorbidität, Versorgungsleistungen durch Ärzte/Ärztinnen, Gesundheitsbezogene und soziale Dienstleistungen, Teilnahme an gemeinschaftlichen Aktivitäten, Soziale Kontakte und Aktivitäten).

8.2.1 Soziodemografische Daten

Für alle nachfolgenden Baselinebeschreibungen werden die Daten der Ausgangskohorte (n = 56) herangezogen, da sich die Subgruppe der Follow-ups nur minimal von ihr unterscheidet. Bei deutlichen Abweichungen zwischen beiden Gruppen erfolgt eine differenzierte Betrachtung. ***Tabelle 36*** stellt ausgewählte soziodemografische und pflegerelevante Eckdaten beider Fraktionen gegenüber.

Tabelle 36: Soziodemografische und pflegerelevante Merkmale zum Zeitpunkt t_1: Ausgangskohorte im Vergleich zu Follow-up-Teilnehmenden

	Ausgangskohorte (n = 56)	**Follow-ups** (n = 33)
Einzugsziel WG in % (n)	60,7 (34)	60,6 (20)
Anteil Frauen in % (n)	76,8 (43)	78,8 (26)
Durchschnittsalter in Jahren (s)	82,5 (9,0)	81,9 (9,0)
Pflegestufe bei Einzug in %		
keine Pflegestufe	14,3	21,2
Pflegestufe I	42,9	39,4
Pflegestufe II	39,3	39,4
Pflegestufe III	3,6	0,0

Etwa drei Viertel der Einziehenden sind weiblichen Geschlechts, das durchschnittliche Alter der Einziehenden beträgt 82,5 Jahre. Die älteste einziehende Person ist 97,0 Jahre, die jüngste 59,0 Jahre alt (vgl. ***Abbildung 57***). Mit im Mittel 84,0 Jahren (s = 8,4) sind Frauen durchschnittlich 6,2 Jahre älter als einziehende Männer mit 77,8 Jahren (s = 9,6) (t-Test; p = 0,029).

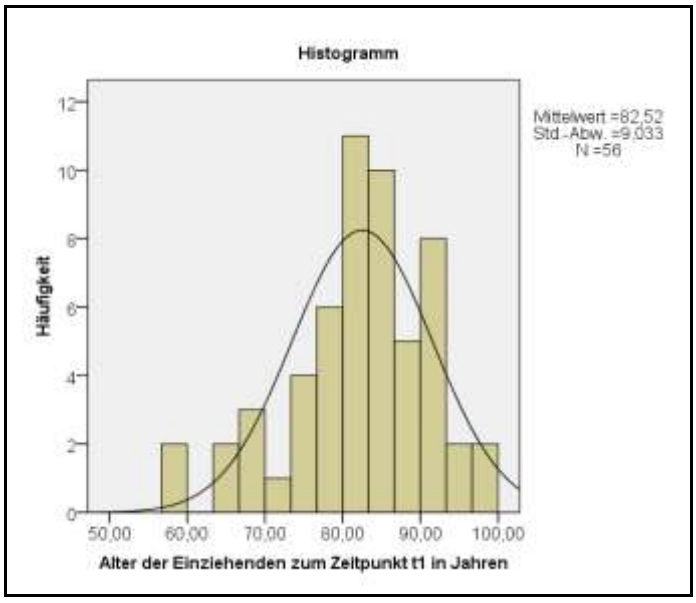


Abbildung 57: Altersverteilung zum Zeitpunkt t_1 (n = 56)

60,7 % (n = 34) der Personen in der Stichprobe wählten als Einzugsziel eine ambulant betreute Wohngemeinschaft (WG) und 39,3 % (n = 22) einen Spezialwohnbereich (SWB) für Menschen mit Demenz in einer Altenpflegeeinrichtung (vgl. ***Tabelle 37***). Das Einzugsziel variiert signifikant nach dem Geschlecht: Während die Mehrheit der Frauen in eine WG einziehen wollte, entschieden sich Männer größtenteils für einen SWB als zukünftige Wohnumgebung. Personen mit dem Einzugsziel „WG“ sind durchschnittlich 2,2 Jahre älter als Personen mit dem Einzugsziel „SWB“.

Tabelle 37: Soziodemografische Merkmale zum Zeitpunkt t_1: Teilnehmende mit Einzugsziel WG im Vergleich zu Teilnehmenden mit Einzugsziel SWB

	n = 56			**n = 33**		
	WG (n = 34)	**SWB** (n = 22)	p	**WG** (n = 20)	**SWB** (n = 13)	p
Geschlecht in % (n)			=0,002[1]			<0,001[1]
weiblich	72,1 (31)	27,9 (12)		76,9 (20)	23,1 (6)	
männlich	23,1 (3)	76,9 (10)		-	100,0 (7)	
Durchschnittsalter in Jahren (s)	83,4 (8,1)	81,2 (10,4)	n. s.[2]	84,5 (5,9)	77,8 (11,5)	=0,036[2]

[1] Test nach Fisher; [2] t-Test; n. s. = nicht signifikant

Der größte Teil der Stichprobe war zum Zeitpunkt t_1 in eine Pflegestufe I und geringfügig weniger in eine Pflegestufe II eingruppiert (siehe ***Tabelle 36***). In 14,3 % der Fälle war keine Pflegeeinstufe festgestellt. Eine Pflegestufe III kommt nur bei zwei Teilnehmenden in der Versorgungsform „WG" vor (siehe ***Tabelle 38***). Hier Einziehende haben ebenfalls häufiger keine Pflegestufe.

Tabelle 38: Pflegerelevante Merkmale der Ausgangskohorte: Teilnehmende mit Einzugsziel WG im Vergleich zu Teilnehmenden mit Einzugsziel SWB

	WG (n = 34)	**SWB** (n = 22)	p
Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI in %			n.s.[1]
Ja	8,8	4,5	
Pflegestufe bei Einzug in %			n.s.[1]
keine Pflegestufe	17,6	9,1	
Pflegestufe I	32,8	54,2	
Pflegestufe II	44,1	31,8	
Pflegestufe III	5,9	0,0	

[1] Chi-Quadrat Test; n.s. = nicht signifikant

Im zeitlichen Verlauf nehmen die Anteile der Rekrutierten mit höheren Pflegeeinstufungen nach dem SGB XI erwartungsgemäß zu. Während die Anteile der Personen mit einer Pflegestufe II (t_2: 54,5 %; t_3: 66,7 %) und einer Pflegestufe III (t_2: 12,1 %; t_3: 18,2 %) stetig ansteigen, halbiert sich die Gruppe derjenigen mit einer Pflegestufe I (t_2: 27,3 %; t_3: 15,2 %). Nach sechs Monaten steht lediglich für einen der insgesamt n = 33 Follow-up-Teilnehmenden der Bewilligungsbescheid noch aus. Zum Zeitpunkt t_3 sind die Ergebnisse der Pflegestufenverteilung im Vergleich zwischen beiden Versorgungsformen deutlich akzentuiert: Mit 80,0 % ist die WG-Bewohnerschaft überproportional häufig in die Pflegestufe II eingruppiert. Nur jeweils 10,0 % verteilen sich hier auf die Stufen I und III. SWB-Bewohner/innen wurden nur halb so oft (46,2 %) eine Pflegestufe II zuerkannt, dafür dominieren diese in den Einstufungen I mit 23,1 % sowie III mit 30,8 %. Im Untersuchungszeitraum werden 60,0 % aller WG- und 69,2 % aller SWB-Bewohner/innen höhergestuft. Bei den übrigen Bewohnerschaftenanteilen ändert sich die Pflegeeinstufung nicht. Eine Rückstufung wird in keinem Fall beschrieben.

Der größte Teil der Teilnehmenden verfügt bei Einschluss in die Studie über ein allgemeine, nicht näher diagnostizierte Demenz (41,1 %) und etwa ein Drittel (35,7 %) über eine Demenz vom Typ Alzheimer. Eine vaskuläre Demenz wird für 7,1 % der Teilnehmenden angegeben. Andere Demenzformen u. a. Korsakow, Levy-Body-Demenzen und Mischformen sind kaum vertreten.

Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI erhalten insgesamt nur 7,1 % (n = 4) der Ausgangskohorte und ausschließlich Frauen im Einschlusszeitraum. 64,3 % (n = 36) beziehen keine derartigen Leistungen. In 28,6 % der Fälle (n = 16) wurden keine Angaben gemacht. Die Leistungsbeziehenden sind mit im Mittel 77,0 Jahren durchschnittlich 4,6 Jahre jünger als Rekrutierte welche keine zusätzlichen Betreuungsleistungen erhalten. Anspruchsberechtigt sind alle Personen, die im ambulanten Bereich versorgt werden. Erhalten zum Zeitpunkt t_1 nur 10,0 % (n = 2) der WG-Bewohnerschaft Betreuungsleistungen, sind es nach sechs Monaten bereits 65,0 % und nach 12 Monaten 70,0 % welche Leistungen erhalten.

8.2.2 Primäres Outcome: Körperliche Funktionsfähigkeit / Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten

Zur Beurteilung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) wurde der Barthel-Index (Mahoney, Barthel 1965) verwendet. Der mittlere Barthelscore aller Teilnehmenden beträgt zum Zeitpunkt t_1 51,3 Punkte (Min: 0,0; Spannweite = 100,0). Bei ihrem Einschluss in die Studie weisen WG-Bewohner/innen insgesamt etwas größere Selbstversorgungsdefizite als Personen in den stationären Bereichen auf (vgl. ***Tabelle 39***). Im Untersuchungsverlauf sinkt der durchschnittliche Barthel-Index und damit die Alltagsfähigkeit der Follow-ups signifikant (GLM [Greenhouse-Geisser]; $p < 0{,}015$) um 17,5 Punkte ab (vgl. ***Tabelle 40***). Wechselwirkungen zwischen den betrachteten Einflussfaktoren (Wohnform, Demenzstadium (GDS) bei Aufnahme, Geschlecht) und der zeitlichen Entwicklung lassen sich nicht nachweisen (GLM [Greenhouse-Geisser]; $p > 0{,}050$) (vgl. ***Abbildung 58***). Gruppenunterschiede lassen sich nur für das Demenzstadium (GDS) bei Aufnahme nachweisen (GLM; $p = 0{,}005$), Personen mit einer schwereren Demenz Ausprägung (GDS = 6 bzw. 7) weisen im Mittel deutlich niedrigere Werte des Barthelscores auf.

Zu allen Zeitpunkten wurden bei männlichen Rekrutierten schlechtere Werte registriert. Integrativ versorgte Follow-ups (t_1: 55,2; t_2: 43,8; t_3: 39,8) starten zu t_1 mit einem geringeren Hilfebedürftigkeitsgrad als segregativ Versorgte (t_1: 51,7; t_2: 40,4; t_3: 30,4) und verlieren insgesamt weniger stark ihre Alltagskompetenz. ***Tabelle 40*** verdeutlicht, dass eine Bewohnerin zu t_1 absolut eingeschränkt und 58,9 % (n = 33) ein Großteil der Ausgangskohorte stark (Barthel-Index < 60 Punkte; vgl. Schäufele et al. 2007) in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt ist. Stark und weniger stark Eingeschränkte unterscheiden sich weder nach dem Geschlecht noch dem Alter. Offensichtlich ist aber der Grad der kognitiven Leistungsfähigkeit ein Risikofaktor, denn im Vergleich von kognitiv leicht bis mittel mit stark Beeinträchtigten (vgl. ***Tabelle 39***) zeigen sich deutliche Unterschiede. Außer in drei Funktionsbereichen sind

geistig stark Eingeschränkte signifikant häufiger komplett unselbständig und auf Hilfeleistungen angewiesen.

Tabelle 39: Einschränkungen in den Alltagstätigkeiten zu t_1 nach Geschlecht, Versorgungsform und Schwere der kognitiven Einschränkung

	t_1 (n = 56)									
		Geschlecht			Versorgungsform			MMSE		
	gesamt	w	m	p	WG	SWB	p	≥10	<10	p
Barthel-Index im Mittel (s)	51,3 (25,7)	50,2	55,0	n. s.[1]	50,3	53,0	n. s.[1]	56,7	35,4	**=0,006[1]**
< 60 Punkte (in %)	58,9	58,1	61,5	n. s.[2]	58,8	59,1	n. s.[2]	50,0	85,7	**=0,018[2]**
0 Punkte (in %)	1,8	2,3	0,0	n. s.[2]	2,9	0,0	n. s.[2]	0,0	7,1	n.s.[2]
Ernährung (auch) über PEG-Sonde	12,5	16,3	0,0	n. s.[3]	14,7	9,1	**=0,079[3]**	7,1	28,6	**=0,031[3]**
bettlägerig	3,6	4,7	0,0	n. s.[3]	5,9	0,0	n. s.[3]	2,4	7,1	**=0,069[3]**
Waschen nicht selbständig möglich	82,1	81,4	84,6	n. s.[2]	85,3	77,3	n. s.[2]	76,2	100,0	**=0,041[2]**
keine Toiletten(-stuhl)benutzung	17,9	18,6	15,4	n. s.[3]	14,7	22,7	n. s.[3]	11,9	35,7	**=0,055[3]**
kein selbständiges Baden / Duschen	92,9	93,0	92,3	n. s.[2]	94,1	90,9	n. s.[2]	90,5	100,0	n.s.[2]
komplett immobil	12,5	16,3	0,0	n. s.[3]	14,7	9,1	n. s.[3]	9,5	21,4	n.s.[3]
kein Treppensteigen möglich	41,1	41,9	38,5	n. s.[3]	47,1	31,8	n. s.[3]	40,5	42,9	n.s.[3]
selbständiges Ankleiden nicht möglich	41,1	39,5	46,2	n. s.[3]	35,3	50,0	n. s.[3]	26,2	85,7	**<0,001[3]**
häufiger als 1x/Woche stuhlinkontinent	30,4	27,9	38,5	n. s.[3]	20,6	45,5	n. s.[3]	21,4	57,1	**=0,021[3]**
häufiger als 1x/Tag harninkontinent	37,5	34,9	46,2	n. s.[3]	29,4	50,0	n. s.[3]	28,6	64,3	**=0,035[3]**

[1] t-Test; [2] Test nach Fisher; [3] Chi-Quadrat Test; n. s. = nicht signifikant

Im zeitlichen Verlauf steigt der Anteil der stark in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkten Follow-ups auffällig. Zum Zeitpunkt t_3 sind gegenüber SWB anteilig mehr Personen, welche zuvor in eine WG eingezogen sind, körperlich stark beeinträchtigt. Ebenfalls ist mit 91,7 % ein größerer Anteil aller segregativ Betreuten stärker eingeschränkt (integrativ Betreute: 76,2 %).

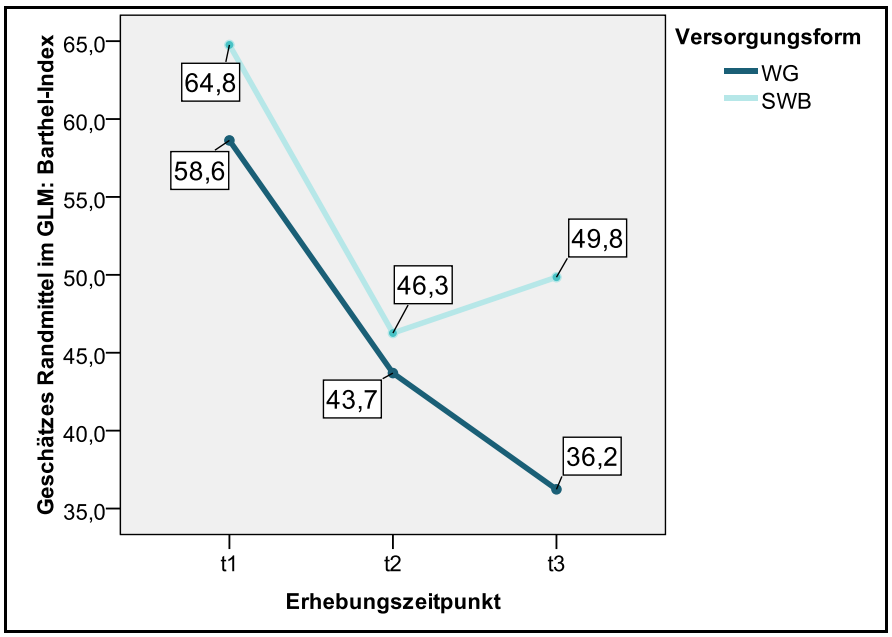


Abbildung 58: Geschätzter Barthel-Index im GLM im zeitlichen Verlauf nach Versorgungsform

Tabelle 40: Einschränkungen in den Alltagstätigkeiten über alle Zeitpunkte

	t_1 (n = 33)							t_2 (n = 33)							t_3 (n = 33)							Zeit-verlauf
		Geschlecht			Versorgungsform				Geschlecht			Versorgungsform				Geschlecht			Versorgungsform			
	gesamt	w	m	p	WG	SWB	p	gesamt	w	m	p	WG	SWB	p	gesamt	w	m	p	WG	SWB	p	p
Barthel-Index im Mittel (s)	53,9 (23,4)	55,6	47,9	n.s.[1]	56,8	49,6	n.s.[1]	42,6 (21,6)	44,4	35,7	n.s.[1]	45,0	38,8	n.s.[1]	36,4 (22,1)	37,5	32,1	n.s.[1]	36,5	36,2	n.s.[1]	**<0,015[4]**
< 60 Punkte (in %)	54,5	50,0	71,4	n.s.[2]	50,0	61,5	n.s.[2]	75,8	69,2	100,0	n.s.[2]	70,0	84,6	n.s.[2]	81,8	80,8	85,7	n.s.[2]	85,0	76,9	n.s.[2]	
0 Punkte (in %)	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	3,0	3,8	0,0	n.s.[2]	5,0	0,0	n.s.[2]	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	
Ernährung (auch) über PEG-Sonde	9,1	11,5	0,0	n.s.[3]	10,0	7,7	n.s.[3]	18,2	11,5	42,9	=0,067[3]	10,0	30,8	n.s.[3]	27,3	23,1	42,9	n.s.[3]	25,0	30,8	n.s.[3]	
bettlägerig	3,0	3,8	0,0	n.s.[3]	5,0	0,0	n.s.[3]	6,1	7,7	0,0	n.s.[3]	5,0	7,7	n.s.[3]	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	
Waschen nicht selbständig möglich	81,8	80,8	85,7	n.s.[2]	80,0	84,6	n.s.[2]	97,0	96,2	100,0	n.s.[2]	95,0	100,0	n.s.[2]	97,0	96,2	100,0	n.s.[2]	95,0	100,0	n.s.[2]	
keine Toiletten(-stuhl)benutzung	15,2	11,5	28,6	n. s.[2]	10,0	23,1	n. s.[2]	9,1	11,5	0,0	n. s.[2]	10,0	7,7	n. s.[2]	12,1	15,4	0,0	n.s.[2]	15,0	7,7	n.s.[2]	
kein selbständiges Baden / Duschen	90,9	92,3	85,7	n. s.[2]	90,0	92,3	n. s.[2]	100,0	100,0	100,0	-	100,0	100,0	-	100,0	100,0	100,0	-	100,0	100,0	-	
komplett immobil	6,1	7,7	0,0	n.s.[3]	5,0	7,7	n.s.[3]	12,1	15,4	0,0	n.s.[3]	20,0	0,0	n.s.[3]	21,2	26,9	0,0	n.s.[3]	30,0	7,7	n.s.[3]	
kein Treppensteigen möglich	33,3	30,8	42,9	n.s.[3]	30,0	38,5	n.s.[3]	66,7	65,4	71,4	n.s.[3]	65,0	69,2	n.s.[3]	63,6	65,4	57,1	n.s.[3]	65,0	61,5	n.s.[3]	
selbständiges Ankleiden nicht möglich	39,4	34,6	57,1	n.s.[3]	35,0	46,2	n.s.[3]	45,5	42,3	57,1	n.s.[3]	45,0	46,2	n.s.[3]	66,7	61,5	85,7	n.s.[3]	65,0	69,2	n.s.[3]	
häufiger als 1x/Woche stuhlinkontinent	24,2	15,4	57,1	**=0,047[3]**	15,0	38,5	n.s.[3]	36,4	26,9	71,4	**=0,023[3]**	25,0	53,8	**=0,019[3]**	48,5	42,3	71,4	n.s.[3]	40,0	61,5	n.s.[3]	
häufiger als 1x/Tag harninkontinent	33,3	23,1	71,4	**=0,055[3]**	20,0	53,8	n.s.[3]	51,5	46,2	71,4	n.s.[3]	35,0	76,9	**=0,062[3]**	69,7	69,2	71,4	n.s.[3]	65,0	76,9	n.s.[3]	

[1] t-Test; [2] Test nach Fisher; [3] Chi-Quadrat Test; [4] GLM; n. s. = nicht signifikant

Mit 58,9 % (n = 56) benötigt mehr als die Hälfte der Untersuchten vor dem bzw. zum Zeitpunkt ihres Einzugs Hilfe bei der mundgerechten Zubereitung der Mahlzeiten, bevor diese selbständig zu sich genommen wird. 28,6 % (n = 16) können komplett selbständig ihr Essen zu sich nehmen. Mehr als jede zehnte Teilnehmende (ausschließlich Frauen) ist komplett unselbständig. Im Vergleich beider Versorgungsformen zeigt sich (vgl. ***Abbildung 59, Tabelle 39***), dass Personen mit dem Einzugsziel SWB tendenziell häufiger selbständiger waren als Personen mit dem Einzugsziel WG. Im zeitlichen Verlauf hat sich der Anteil der in der ADL „Essen" komplett Unselbständigen verdreifacht, während sich der Anteil der komplett Selbständigen von 33,3 % zu t_1 auf 15,2 % zu t_3 mehr als halbiert hat. Lediglich Frauen sind nach zwölf Monaten in der Lage ohne fremde Hilfe zu essen. Männer sind hingegen häufiger komplett unselbständig. Während 23,1 % der SWB-Bewohnerschaft komplett selbständig sind, sind das nur 10,0 % der WG-Bewohnerschaft. Komplett selbständig sind mit 19,0 % ebenfalls häufiger integrativ als segregativ Versorgte (8,3 %).

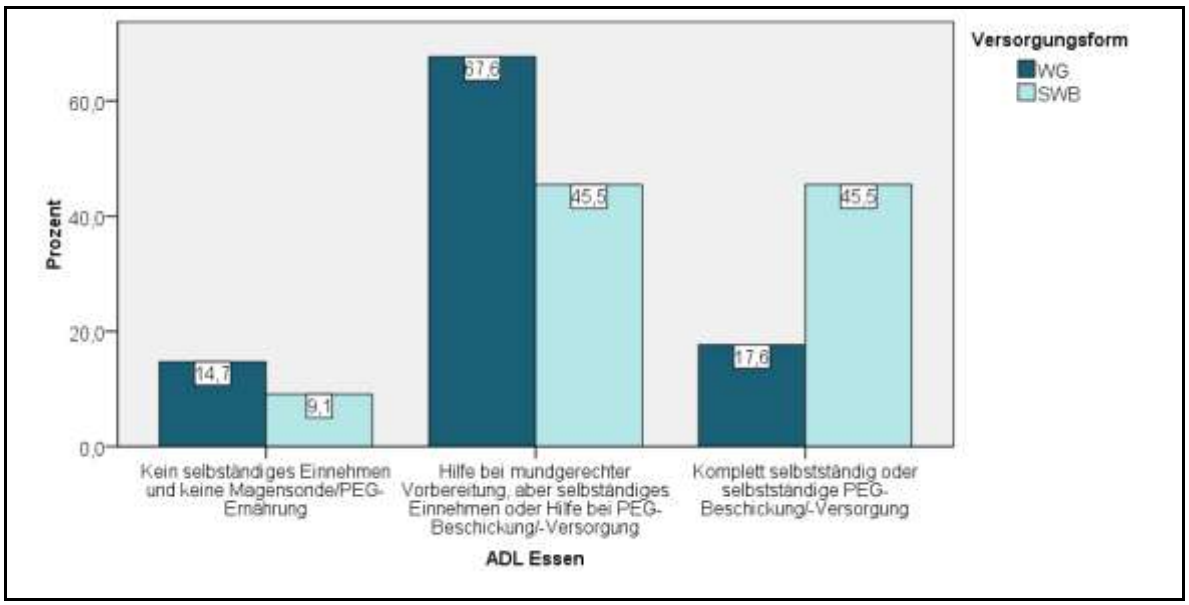


Abbildung 59: Einnehmen von Mahlzeiten zu t_1: Teilnehmende mit dem Einzugsziel WG im Vergleich zu Teilnehmenden mit dem Einzugsziel SWB

42,9 % (n = 24) sind zum Zeitpunkt t_1 in der ADL Aufsetzen und Umsetzen komplett selbständig, 30,4 % (n = 17) benötigen Aufsicht oder geringe Hilfe und 23,2 % (n = 13) erhebliche Hilfe. Bettlägerige Personen bevorzugten als Einzugsziel eine WG des segregativen Typus. Insgesamt betrachtet sind integrativ Betreute häufiger komplett selbständig und benötigen seltener Hilfen. Dies trifft ebenfalls auf Personen mit dem Einzugsziel SWB zu. Ein Jahr nach dem Einzug hat sich der Anteil der Follow-ups, welche erhebliche Hilfen beim Aufsetzen und Umsetzen benötigen von 18,2 % auf 39,4 % mehr als verdoppelt. 34,6 % aller Frauen sind in dieser ADL komplett selbständig aber nur 14,3 % der Männer. Während die Hälfte

aller segregativ Betreuten zu t_3 erhebliche Hilfen benötigen, sind nur ein Drittel der integrativ Versorgten auf einen derartigen Hilfebedarf angewiesen.

Nur 17,9 % der Einziehenden sind zu t_1 dazu befähigt, die Körperpflege komplett selbständig durchzuführen. Der Großteil (vgl., ***Tabelle 39***, ***Tabelle 40)*** kann dies nicht. Mit einem Durchschnittsalter von 83,0 Jahren sind diese im Mittel 2,6 Jahre älter. Personen mit dem Einzugsziel SWB waren in der ADL „sich waschen" häufiger selbständig als Personen mit dem Einzugsziel WG (SWB 22,7 % vs. WG 14,7 %). Im zeitlichen Verlauf sinkt der Anteil der Follow-ups, welche sich komplett selbständig waschen können. Ab t_2 ist nur noch eine Frau dazu in der Lage und alle Übrigen sind auf fremde Hilfe angewiesen.

Fast die Hälfte aller Einziehenden (46,4 %; n = 26) benötigt Hilfe oder Aufsicht beim Toilettengang. Über ein Drittel (35,7 %; n = 20) kann die Toilette komplett selbständig benutzen. Ein relativ großer Anteil ist zum Zeitpunkt t_1 komplett unselbständig (vgl. ***Tabelle 40***). Diese Personen zogen häufiger in einen SWB. Während zu t_1 45,5 % der Nichtausgeschiedenen Hilfe bzw. Aufsicht bei der Toilettenbenutzung benötigen steigt deren Anteil nach einem Jahr auf 75,8 %. Gleichzeitig verringert sich insgesamt der Anteil der komplett Selbständigen um das Dreifache von 39,4 % in diesem Zeitraum auf 12,1 %.

Fast alle einziehenden Personen benötigen zu t_1 beim Baden oder Duschen Hilfestellungen. Lediglich vier Personen (7,1 %) kommen ohne jegliche Unterstützungsleistungen aus. Ab t_2 sind alle Follow-ups auf eine Unterstützung angewiesen.

Mit 42,9 % (n = 24) kann weniger als jeder zweite Teilnehmende ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen zurücklegen. 19,6 % (n = 11) können ohne fremde Hilfe aufstehen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens gehen. Jeder Vierte benötigt hingegen Hilfe um vom Sitzen in den Stand zu kommen und mehr als 10 % sind vollständig auf die Unterstützung von anderen Menschen angewiesen (vgl. ***Tabelle 39***). Beim Vergleich beider Geschlechter fällt auf, dass sich Männer häufiger selbständig fortbewegen können als Frauen (61,5 % vs. 37,2 %) und allein Frauen weder aufstehen noch Strecken allein bewältigen können. Relativ große Unterschiede zeigen sich im Vergleich der Versorgungsformen. Personen mit dem Einzugsziel SWB waren im Gehen selbständiger als Personen mit dem Einzugsziel WG (54,5 % vs. 35,3 %). Einziehende in WG hingegen benötigen doppelt so häufig Hilfe beim Aufstehen (32,4 % vs. 13,6 %). Im Zeitverlauf hat sich die Mobilität der Rekrutierten erheblich verschlechtert. 12 Monate nach ihrem Umzug können mit 15,2 % nur noch weniger als die Hälfte der Follow-ups ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und 50 m ohne Gehwagen gehen (t_1: 39,4 %). Der Anteil der komplett Immobilen hat sich innerhalb eines

Jahres mehr als verdreifacht. Komplett immobil sind allein Frauen. Es sind 30,0 % der WG und 7,7 % der SWB-Bewohnerinnen.

Der größte Teil der Untersuchten (41.1 %; n = 23) ist zum Zeitpunkt t_1 weder ohne Aufsicht oder personelle Hilfe noch mit Aufsicht oder Laienhilfe in der Konstitution mindestens ein Stockwerk hinauf- und hinunterzusteigen. 35,7 % (n = 20) gelingt dies mit Aufsicht oder Hilfe und 23,2 % (n = 13) ohne. Männliche Einziehende waren verglichen mit Frauen häufiger selbständig beim Treppensteigen (30,8 % vs. 20,9 %). Im Vergleich beider Einzugsziele zeigen sich Unterschiede. So sind fast die Hälfte der Personen mit dem Einzugsziel WG aber nur ein Drittel der Einziehenden in SWB nicht mehr in der Lage Treppen zu steigen. Im Untersuchungszeitraum hat sich der Anteil der Follow-ups welche anfangs (33,3 %) komplett selbständig Treppen gestiegen sind deutlich auf 63,6 % zu t_3 vergrößert. Nur noch zwei Personen (6,1 %) sind nach einem Jahr hierzu in der Lage. Diese sind mit einem Durchschnittsalter von 69,5 Jahren deutlich (ANOVA; p = 0,022) jünger als Personen, welche Laienhilfe benötigen (Durchschnittsalter: 77,0 Jahre) und in dieser ADL komplett unselbständig sind (Durchschnittsalter: 84,2 Jahre). Komplett unselbständig sind nach 12 Monaten 83,3 % der segregativ aber nur 52,4 % der integrativ Betreuten.

Der größte Anteil an Einziehenden (44,6 %; n = 25) ist bei Einzug in der Lage sich den Oberkörper in angemessener Zeit anzuziehen, wenn die Utensilien in greifbarer Nähe liegen. Fast genau so viele (vgl. ***Tabelle 39***) konnten sich bei t_1 weder ihren Ober- noch Unterkörper selbständig ankleiden. 14,3 % (n = 8) benötigen keinerlei Hilfe. Männer waren im Vergleich zu Frauen etwa doppelt so häufig in der Lage sich selbständig an- und auszuziehen (23,1 % vs. 11,6 %), sind jedoch auch etwas stärker in der Gruppe vertreten, die weder Ober- und Unterkörper ohne Hilfe ankleiden können. Im Zeitraum der Untersuchung reduziert sich der Anteil der Bewohner/innen, welche sich in angemessener Zeit selbständig an und auskleiden können von 15,2 % zu t_1 auf 3,0 % zu t_3. Der Anteil der komplett Unselbständigen steigt hingegen von ursprünglich 39,4 % auf 66,7 % nach einem Jahr (vgl. ***Tabelle 40***). Männliche Rekrutierte sind anteilig häufiger komplett unselbständig als Frauen. Ebenfalls sind segregativ mit 83,3 % häufiger komplett unselbständig als integrativ Versorgte mit 57,1 %.

Fast die Hälfte (46,4 %; n = 26) aller Einziehenden ist stuhlkontinent. Fast ein Drittel ist durchschnittlich mehr als einmal die Woche und ca. ein Viertel (23,2 %; n = 13) weniger als einmal die Woche stuhlinkontinent. Einziehende Personen, welche mehrmals wöchentlich stuhlinkontinent sind, weisen ein mittleres Alter von 88,2 Jahren auf und sind somit wesentlich älter (ANOVA; p = 0,022) als Stuhlkontinente (Durchschnittsalter: 81,6 Jahre) oder jene, die seltener als einmal wöchentlich Stuhlinkontinenz aufweisen (Durchschnittsalter: 79,5 Jah-

re). Mit 45,5 % ist ein fast doppelt so großer Anteil aller Personen mit dem Einzugsziel SWB häufiger als einmal wöchentlich stuhlinkontinent. Von ursprünglich 48,5 % der stuhlkontinenten Follow-ups verbleiben zu t_3 noch genau ein Drittel. Dagegen verdoppelt sich der Anteil der im Mittel mehr als einmal wöchentlich Stuhlinkontinenten. Zu t_3 ist mit 38,5 % ein mehr als doppelt so hoher Anteil der Frauen stuhlkontinent (Männer: 14,3 %) und anteilig ca. doppelt so viele WG- wie SWB-Bewohner/innen (40,0 % vs. 23,1 %). Etwas weniger akzentuiert ist der Unterschied zwischen integrativen und segregativen Formen. Dennoch ist mit 38,1 % ein größerer Anteil der integrativ Betreuten dazu in der Lage ihren Stuhlgang zu kontrollieren (segregativ Betreute: 25,0 %).

Der größte Anteil der Einziehenden (vgl. ***Tabelle 40***) ist durchschnittlich mehr als einmal täglich harninkontinent, dicht gefolgt von der Gruppe (33,9 %) die ihre Harninkontinenz mit überwiegendem Erfolg selbständig kompensieren oder der Gruppe, die Hilfe bei der Versorgung von Kathetersystemen benötigt. Über ein Viertel (28,6 %) sind noch harnkontinent oder versorgen ihr Kathetersystem selbständig. Personen mit Einzugsziel SWB weisen häufiger eine mehrmals tägliche Harninkontinenz auf, als Personen mit dem Einzugsziel WG. Der größte Anteil der WG-Einziehenden (44,1 %) kompensiert die bestehende Harninkontinenz mit überwiegendem Erfolg selbständig, aber nur 18,2 % aller mit dem Einzugsziel SWB. Im zeitlichen Verlauf steigt der Anteil der stark harninkontinenten Follow-ups an. Harnkontinent sind ausschließlich Frauen. Männer kompensieren dagegen die bestehende Harninkontinenz mit überwiegendem Erfolg häufiger selbständig als Frauen. Während ein Viertel der WG-Bewohnergemeinschaft harnkontinent ist, ist dies nur bei 7,7 % aller SWB-Bewohnenden der Fall. Harninkontinente werden mit 91,7 % deutlich häufiger segregativ als integrativ (57,1 %) betreut.

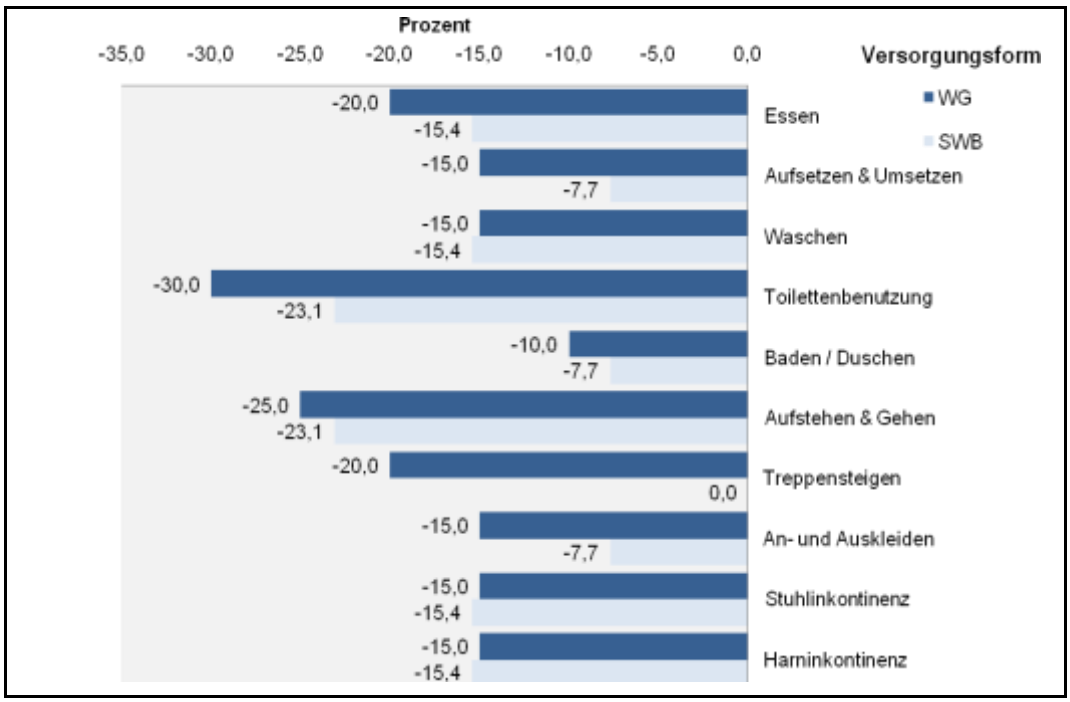


Abbildung 60: Rückläufige Entwicklung (t_1-t_3) in der Kategorie „ist komplett selbständig in ...“ (Barthel-Index nach Anteil Bewohnerinnen in %)

Abbildung 60 verdeutlicht die Verminderung der Kompetenzen für bestimmte Alltagstätigkeiten, in welchen die Bewohnerschaften zuvor komplett selbständig waren. WG-Bewohnende verlieren außer in den Kategorien „Waschen“, „Stuhlinkontinenz“ und „Harninkontinenz“ anteilig häufiger an Selbständigkeit. Den größten Kompetenzverlust zwischen t_1 und t_3 haben beide Bewohnergruppen in der Toilettenbenutzung und dem „Aufstehen & Gehen“.

8.2.3 Primäres Outcome: Nicht-kognitive Symptome der Demenz

(Psychopathologie, inkl. Depression, Wahn und Angst)

Der NPI-Gesamtscore der Ausgangskohorte (vgl. ***Tabelle 41***) beträgt im Mittel 33,3 (min: 2,0; max: 88,0). Frauen haben einen durchschnittlich um 3,6 Punkte niedrigeren Gesamtscore als Männer und somit einen besseren psychopathologischen Gesundheitszustand als diese. Eine bessere Psychopathologie haben ebenfalls Teilnehmende, welche eine WG bzw. einen SWB des integrativen Typs favorisieren (segregativ: 37,2; integrativ: 31,0). Schwerst Demenzerkrankte (MMSE < 10) sind im Mittel verhaltensauffälliger als kognitiv weniger stark Beeinträchtigte. Im zeitlichen Verlauf (vgl. ***Abbildung 61***) sinkt der NPI-Score der Nichtausgeschiedenen signifikant (GLM [Wilks-Lambda]; p = 0,016). Wechselwirkungen zwischen den betrachteten Einflussfaktoren (Wohnform, Demenzstadium (GDS) bei Aufnahme, Geschlecht) und der zeitlichen Entwicklung lassen sich nur für das Demenzstadium (GDS) bei

Aufnahme nachweisen (GLM [Wilks-Lambda]; p = 0,027). Gruppenunterschiede zeigen sich nur tendenziell für das Geschlecht (GLM; p = 0,072), Zwar verbessert sich die Psychopathologie in beiden Gruppen, jedoch sind Männer über den gesamten Untersuchungszeitraum verhaltensauffälliger als Frauen (vgl. ***Abbildung 62***).

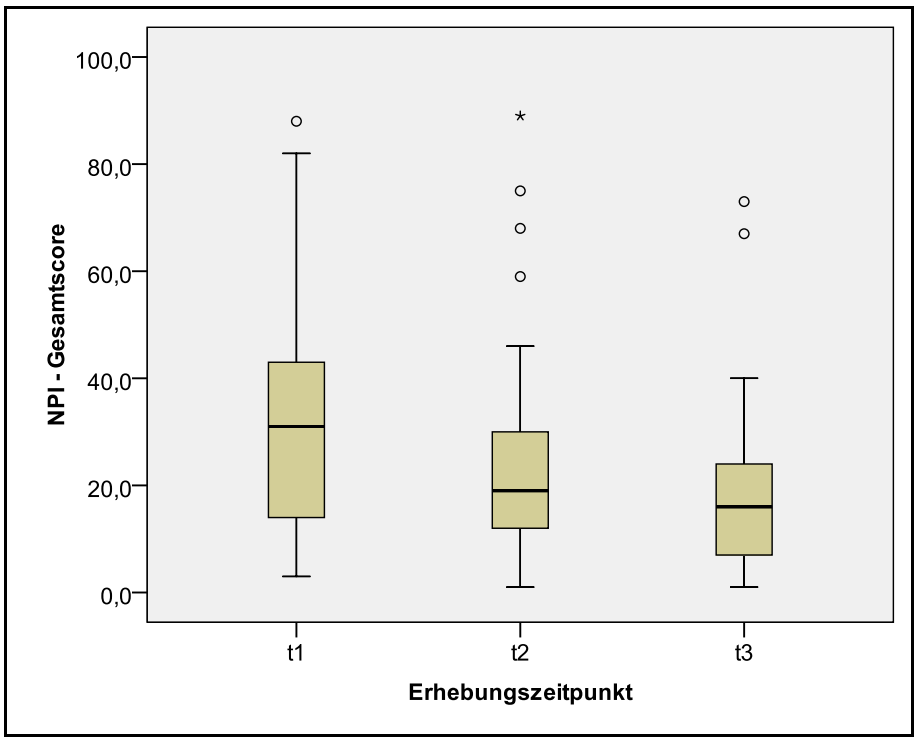


Abbildung 61: NPI-Gesamtscore im zeitlichen Verlauf

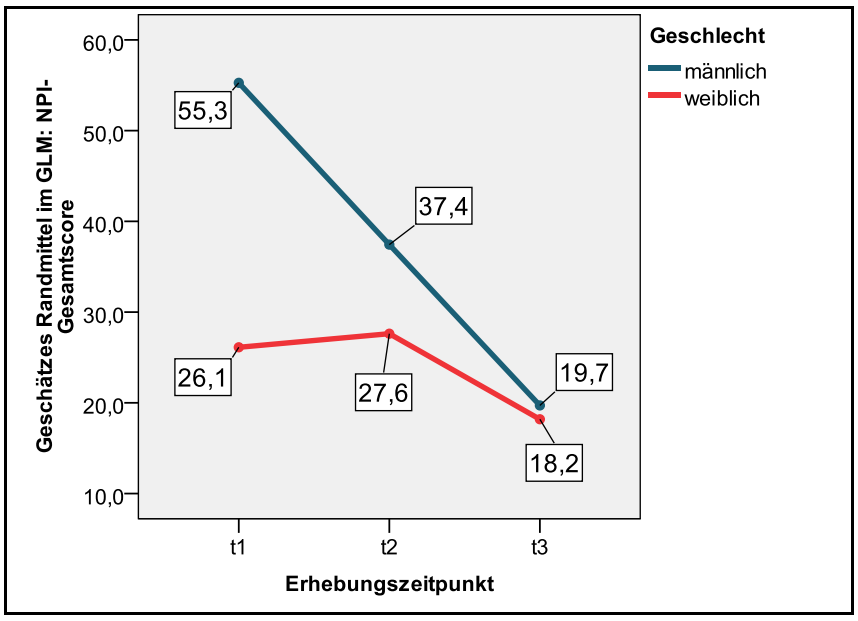


Abbildung 62: Geschätzter NPI-Gesamtscore im GLM im zeitlichen Verlauf: Frauen im Vergleich zu Männern

Personen in WG- und SWB unterscheiden sich bezüglich ihres Zustandes zu t_1 zunächst nicht. WG-Bewohnerinnen sind allerdings bereits zu t_2 und zu t_3 unauffälliger. Verschiedene Verläufe haben ebenfalls segregativ und integrativ Versorgte. In integrativen WG und SWB verbessert sich der psychosoziale Zustand der dort Betreuten linear (t_1: 33,4; t_2: 27,9; t_3:15,4). Bei segregativ Betreuten ist das zunächst auch der Fall, jedoch werden diese zu t_3 wieder verhaltensauffälliger (t_1: 31,5; t_2: 21,2; t_3:24,3).

Über alle Erhebungszeitpunkte weist jede/r Teilnehmende mindestens eine Verhaltensauffälligkeit auf. Im Mittel treten zu t_1 5,4 Verhaltensweisen (Median: 5,0) gleichzeitig und hiervon 4,1 öfter als mehrmals wöchentlich auf. Teilnehmende, mit einem MMSE < 10 weisen hier im Mittel 6,4 (t-Test; p = 0,091) verschiedene und 4,4 häufig gezeigte Verhaltensauffälligkeiten gleichzeitig auf. Sowohl die mittlere Anzahl aller als auch der häufig gezeigten Verhaltensweisen sind im zeitlichen Verlauf regressiv (siehe ***Tabelle 41***). Das trifft ebenfalls auf die Follow-up-Kohorte zu. Frauen weisen hier über alle Erhebungen weniger Verhaltensweisen als Männer auf. In WG verringert sich die Anzahl der Verhaltensweisen von durchschnittlich 5,5 zu t_1 auf 3,9 zu t_3. Die SWB-Bewohnerschaft hingegen verändert sich diesbezüglich nicht. Während die Anzahl der Verhaltensweisen von segregativ Betreuten im Zeitverlauf leicht zunimmt, sinkt diese bei integrativ Betreuten stetig.

Häufig gezeigte Verhaltensweisen nehmen insgesamt von t_1 zu t_3 kontinuierlich ab und gleichermaßen bei Frauen und Männern. Bei in WG lebenden Menschen sinkt kontinuierlich die Anzahl an öfters auftretenden Verhaltensweisen. Bewohnerinnen in SWB hingegen verändern sich diesbezüglich kaum. Zum Zeitpunkt t_2 zeigen integrativ Betreute mehr häufige Verhaltensweisen als segregativ Betreute. Nach einem Jahr sind diese Differenzen ausgeglichen. Deutlich akzentuierter ist die Anzahl der häufig gezeigten Verhaltensweisen zwischen kognitiv stark und leichter Eingeschränkten im Studienverlauf (vgl. siehe ***Tabelle 41***). Entgegen Personen mit einer geringeren geistigen Leistungseinbuße verdoppelt sich bei ihnen fast zu t_3 die Anzahl der Verhaltensweisen.

Tabelle 41: Nicht-kognitive Symptome der Demenz (NPI)

	gesamt	Geschlecht			Versorgungsform			Typus			MMSE		
		w	m	p	WG	SWB	p	seg.	int.	p	< 10	≥ 10	p
t_1 (n = 56)													
NPI-Gesamtscore im Mittel	33,3	32,5	36,1	n.s.[1]	33,2	33,5	n.s.[1]	37,2	31,0	n.s.[1]	41,7	30,5	n.s.[1]
Mindestens ein NPS/ häufiges NPS (in %)	100,0 / 91,1	100,0 / 88,4	100,0	- / n.s.[2]	100,0 / 94,1	100,0 / 86,4	- / n.s.[2]	100,0 / 85,7	100 / 94,3	- / n.s.[2]	100,0	100,0 / 88,9	- / n.s.[2]
gleichzeitige Symptome Mittelwert (Min-Max)	5,4 (1-11)	5,3 (1-11)	5,5 (2-9)	n.s.[2]	5,4 (1-11)	5,3 (1-9)	n.s.[1]	5,4 (1-11)	5,3 (1-10)	n.s.[1]	6,4 (1-11)	5,0 (1-10)	**=0,091[1]**
häufige* Symptome Mittelwert (Min-Max)	4,1 (1-9)	4,3 (1-9)	3,8 (1-9)	n.s.[2]	4,3 (1-9)	3,9 (1-9)	n.s.[1]	4,5 (1-9)	3,9 (1-9)	n.s.[1]	4,4 (1-9)	4,1 (1-9)	n.s.[1]
t_1 (n = 33)													
NPI-Gesamtscore im Mittel	32,7	29,6	44,3	n.s.[1]	32,8	32,6	n.s.[1]	31,5	33,4	n.s.[1]	51,3	28,6	**=0,031[1]**
Mindestens ein NPS/ häufiges NPS (in %)	100 / 90,9	100 / 88,5	100	- / n.s.[2]	100 / 90,0	100 / 92,3	- / n.s.[2]	100 / 83,3	100 / 95,2	- / n.s.[2]	100	100 / 88,9	- / n.s.[2]
gleichzeitige Symptome Mittelwert (Min-Max)	5,4 (1-11)	5,2 (1-11)	6,0 (2-9)	n.s.[1]	5,5 (1-11)	5,2 (1-9)	n.s.[1]	4,8 (1-11)	5,7 (1-10)	n.s.[1]	6,7 (3-11)	5,1 (1-10)	n.s.[1]
häufige* Symptome Mittelwert (Min-Max)	4,1 (1-9)	4,0 (1-9)	4,3 (1-9)	n.s.[1]	4,2 (1-9)	3,9 (1-9)	n.s.[1]	4,3 (1-9)	4,0 (1-9)	n.s.[1]	5,7 (3-9)	3,7 (1-9)	**=0,069[1]**
t_2 (n = 33)													
NPI-Gesamtscore im Mittel	25,4	22,3	36,9	n.s.[1]	21,5	31,5	n.s.[1]	21,2	27,9	n.s.[1]	37,7	16,4	**=0,022[1]**
Mindestens ein NPS/ häufiges NPS (in %)	100 / 93,9	100 / 92,3	100	- / n.s.[2]	100 / 95,0	100 / 92,3	- / n.s.[2]	100	100 / 90,5	- / n.s.[2]	100	100 / 89,5	- / n.s.[2]
gleichzeitige Symptome Mittelwert (Min-Max)	4,8 (1-12)	4,6 (1-12)	5,9 (1-11)	n.s.[1]	4,5 (2-8)	5,5 (1-12)	n.s.[1]	4,8 (2-8)	4,9 (1-12)	n.s.[1]	5,9 (1-12)	4,1 (1-9)	**=0,050[1]**
häufige* Symptome Mittelwert (Min-Max)	3,6 (1-11)	3,3 (1-11)	4,7 (1-11)	n.s.[1]	2,8 (1-8)	4,8 (1-11)	**=0,042[1]**	2,8 (1-5)	4,1 (1-11)	n.s.[1]	4,7 (1-11)	2,6 (1-7)	**=0,035[1]**
t_3 (n = 33)													
NPI-Gesamtscore im Mittel	18,7	17,0	25,0	n.s.[1]	15,8	23,2	n.s.[1]	24,3	15,4	n.s.[1]	22,6	14,5	n.s.[1]
Mindestens ein NPS/ häufiges NPS (in %)	100 / 87,9	100 / 84,6	100	- / n.s.[2]	100 / 80,0	100	- / n.s.[2]	100	100 / 81,5	- / n.s.[2]	100	100 / 75,0	- / n.s.[2]
gleichzeitige Symptome Mittelwert (Min-Max)	4,4 (1-11)	4,2 (1-9)	5,3 (3-11)	n.s.[1]	3,9 (1-9)	5,2 (3-11)	n.s.[1]	5,2 (2-9)	4,0 (1-11)	n.s.[1]	5,1 (2-11)	3,6 (1-7)	**=0,077[1]**
häufige* Symptome Mittelwert (Min-Max)	3,2 (1-9)	3,2 (1-7)	3,1 (1-9)	n.s.[1]	2,7 (1-7)	3,8 (1-9)	n.s.[1]	3,5 (1-7)	2,9 (1-9)	n.s.[1]	3,4 (1-9)	2,9 (1-7)	n.s.[1]

[1] t-Test; [2] Test nach Fisher; n. s. = nicht signifikant; * Häufigkeit × Schwere ≥ 4

Tabelle 42 vergleicht die Prävalenzraten der nicht kognitiven Symptome von Bewohner/innen in WG mit Bewohner/innen in SWB. Besonders hohe Prävalenzraten sind zu t_1 in den Bereichen „Apathie“, „Depression/ Dysphorie“ und „Erregung/ Aggression“ messbar. In der Versorgungsform „WG“ treten die Symptome „Wahnvorstellungen“, „Erregung/ Aggression“, „Depression/ Dysphorie“, „Angst“, „Apathie/ Gleichgültigkeit“, „Reizbarkeit/ Labilität“ sowie „Veränderungen des Appetits/ Essverhaltens“ häufiger in Erscheinung. Alle übrigen NPI-Rubriken hingegen sind hingegen öfter in der SWB-Bewohnerschaft vorhanden. Zum Zeitpunkt t_1 weisen Frauen in den meisten NPI-Bereiche höhere Prävalenzraten als männliche Personen auf (vgl. ***Abbildung 63***). Den Ergebnissen zufolge haben sie (34,6 %) tendenziell seltener Wahnvorstellungen als Männer (71,4 %) (Test nach Fisher; $p = 0,094$). Insgesamt betrachtet nimmt die Apathie/ Gleichgültigkeit den ersten Platz aller Symptome mit schwerem Verlauf (Häufigkeit × Schwere ≥ 4) ein, gefolgt von Veränderungen des Appetits/ Essverhaltens und abweichendem motorischem Verhalten. Es zeigt sich, dass eine Apathie nicht unabhängig von der Erkrankungsschwere ist und häufiger in fortgeschrittenem Demenzstadium auftritt (Chi-Quadrat-Test; $p = 0,029$). Es haben 16,7 % aller Teilnehmenden im GDS-Stadium 4 eine Apathie, 80,0 % im Stadium 5, 76,3 % im Stadium 6 und 71,4 % im Stadium 7. Die Prävalenzrate bzgl. Apathie beträgt bei schwerst Demenzerkrankten (MMSE < 10 Punkte) 78,6 %, im Gegensatz zu Personen mit einer besseren kognitiven Verfassung 66,7 %. Noch deutlicher zeigt sich dieser Sachverhalt in der Untersuchung der Personen mit einer schwerwiegenden Apathiesymptomatik (Chi-Quadrat-Test; $p = 0,027$). Die Prävalenzraten bzgl. Apathie mit schwerem Verlauf betragen hier bei Personen im GDS-Stadium vier 0,0 %, im Stadium fünf 60 %, im Stadium sechs 63,2 % und im Stadium sieben 71,4 %. Die Prävalenzraten von Apathie mit einer schwerwiegenden Symptomatik korrelieren hier nicht mit dem MMSE.

.

Tabelle 42: Nicht-kognitive Symptome der Demenz (NPI) im Zeitverlauf: WG-Bewohnerschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft

Prävalenzraten gesamt / schwere* (in %)	t_1 (n = 56)				t_2 (n = 33)				t_3 (n = 33)				t_3 (n = 33)			
		Versorgungsform				Versorgungsform				Versorgungsform				Versorgungsform		
	gesamt	WG	SWB	p^1	gesamt	WG	SWB	p^1	gesamt	WG	SWB	p^1	gesamt	WG	SWB	p^1
Wahnvorstellungen	35,7 / 23,2	23,5 / 17,6	54,5 / 31,8	**=0,019** / n.s.	42,4	35,0	53,8	n.s.	42,4	40,0	46,2	n.s.	24,2	5,0	53,8	**=0,003**
Halluzinationen	26,8 / 17,9	26,5 / 11,8	27,3 / 27,3	n.s. / n.s.	33,3	35,0	30,8	n.s.	27,3	35,0	15,4	n.s.	27,3	30,0	23,1	n.s.
Erregung / Aggression	55,4 / 33,9	58,5 / 41,2	50,0 / 22,7	n.s. / n.s.	60,6	55,0	69,2	n.s.	54,5	50,0	61,5	n.s.	66,7	55,0	84,6	**=0,081**
Depression / Dysphorie	58,9 / 39,3	64,7 / 50,0	50,0 / 22,7	n.s. / **=0,038**	60,6	65,0	53,8	n.s.	69,7	70,0	69,2	n.s.	45,5	55,0	30,8	n.s.
Angst	46,4 / 32,1	52,9 / 38,2	36,4 / 22,7	n.s. / n.s.	48,5	55,0	38,5	n.s.	45,5	45,0	46,2	n.s.	36,4	45,0	23,1	n.s.
Euphorie / Hochstimmung	16,1 / 10,7	11,8 / 5,9	22,7 / 18,2	n.s. / n.s.	18,2	15,0	23,1	n.s.	12,1	5,0	23,1	n.s.	6,1	0,0	15,4	n.s.
Apathie / Gleichgültigkeit	69,6 / 57,1	70,6 / 58,8	68,2 / 54,5	n.s. / n.s.	69,7	65,0	76,9	n.s.	60,6	60,0	61,5	n.s.	54,5	50,0	61,5	n.s.
Enthemmung	21,4 / 5,4	14,7 / 5,9	31,8 / 4,5	n.s. / n.s.	18,2	20,0	15,4	n.s.	24,2	10,0	46,2	**=0,026**	24,2	15,0	38,5	n.s.
Reizbarkeit / Labilität	48,2 / 30,4	55,9 / 41,2	36,4 / 13,6	n.s. / **=0,027**	48,5	60,0	30,8	**=0,099**	36,4	35,0	38,5	n.s.	51,5	40,0	69,2	**=0,099**
Abweichendes motorisches Verhalten	53,6 / 46,4	50,0 / 47,1	59,1 / 45,5	n.s. / n.s.	45,5	45,0	46,2	n.s.	42,4	35,0	53,8	n.s.	45,5	45,0	46,2	n.s.
Verhalten in der Nacht	48,2 / 32,1	47,1 / 32,4	50,0 / 31,8	n.s. / n.s.	42,4	45,0	38,5	n.s.	36,4	40,0	30,8	n.s.	27,3	20,0	38,5	n.s.
Veränderungen des Appetits / Essverhaltens	53,6 / 48,2	58,8 / 50,0	45,5 / 45,5	n.s. / n.s.	48,5	50,0	46,2	n.s.	33,3	20,0	53,8	**=0,051**	30,3	25,0	38,5	n.s.

[1] Test nach Fisher; *häufig auftretende Symptome (Häufigkeit × Schwere ≥ 4)

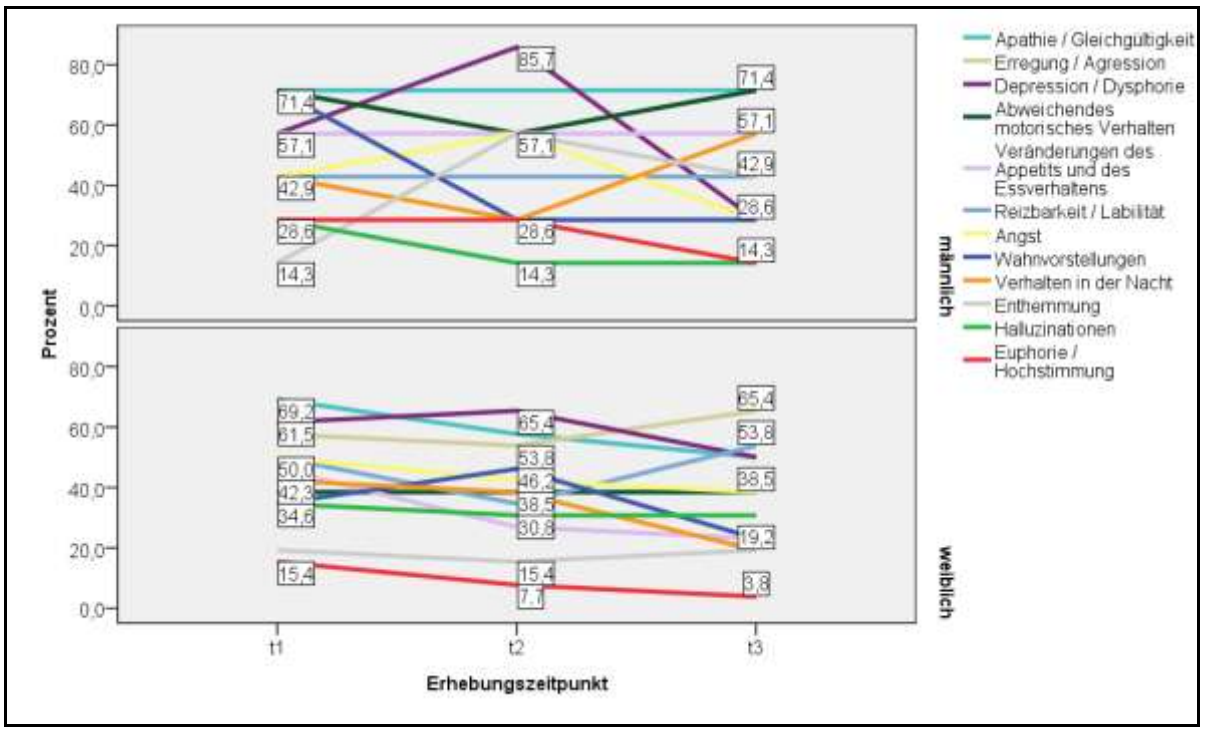


Abbildung 63: Nicht-kognitive Symptome der Demenz (NPI) im Zeitverlauf: Frauen im Vergleich zu Männern

In der Gegenüberstellung beider Versorgungsformen zeigt sich, dass die Prävalenzen von häufig auftretenden Symptomen insgesamt aber vor allem in den Bereichen „Depression/ Dysphorie“ und „Reizbarkeit/ Labilität“ innerhalb der untersuchten WG überwiegen.

Sechs Monate nach dem Einzug sinken mit Ausnahme der Bereiche „Wahnvorstellungen“, „Enthemmung“ und „Depression/ Dysphorie“ die Prävalenzraten aller NPI-Items. Wahnvorstellungen und Depressionen nehmen hingegen innerhalb der WG-Bewohnerschaft zu. Personen in diesem Setting zeigen deutlich seltener Anzeichen von Enthemmung sowie Veränderungen des Essverhaltens als Menschen in SWB. Bis auf die Kategorien „Halluzinationen“ und „Verhalten in der Nacht“ können bei Bewohnern höhere Prävalenzraten gemessen werden, als dies bei Bewohnerinnen der Fall ist. So ist das Vorkommen von Enthemmung unter männlichen Untersuchten etwa viermal höher als unter weiblichen (57,1 % vs. 15,4 %) (Test nach Fisher; p = 0,042).

Zum Zeitpunkt t_3 ist die follow up-Population in den Kategorien „Erregung/ Aggression“, „Enthemmung“ und „Reizbarkeit/ Labilität“ im Mittel verhaltensauffälliger als sie es bei ihrem Einzug war. Innerhalb eines Jahres sinken in den untersuchten WG die Prävalenzraten fast aller NPI-Bereiche, insbesondere in den Rubriken „Depression/ Dysphorie“ sowie „Euphorie/

Hochstimmung“ (vgl. ***Tabelle 42***). Lediglich das Vorkommen der Symptome „Erregung/ Aggression“ und „abweichendes motorisches Verhalten“ bleibt unverändert. In den stationären Einheiten nehmen hingegen die Zustände von Erregung/ Aggression, Enthemmung und Reizbarkeit/ Labilität zu. Auch zu t_3 finden sich in der Gruppe der männlichen Rekrutierten in den meisten NPI-Items höhere Prävalenzen. Pathologisches nächtliches Verhalten weisen tendenziell häufiger Männer (57,1 %) als Frauen (19,2 %) auf (Test nach Fisher; p = 0,068).

Die häufig auftretenden Symptome „Wahnvorstellungen“, „Erregung/ Aggression“, „Depression/ Dysphorie“, „Angst“, „Enthemmung“ und „Reizbarkeit/ Labilität“ werden zum Zeitpunkt t_3 von Frauen dominiert. Von Veränderungen des „Appetits/ Essverhaltens“ sind tendenziell häufiger Männer betroffen (Test nach Fisher; p = 0,068). Im Gegensatz zur SWB- weist die WG-Bewohnerschaft ein Jahr nach Studienbeginn lediglich in den Rubriken „Depression“, „Angst“ und „abweichendes motorisches Verhalten“ eine schwerwiegendere Symptomatik auf. Deutlich verhaltensauffälliger sind WG-Bewohnende hier in den NPI-Bereichen „Wahnvorstellungen“ (Test nach Fisher; p = 0,008), „Reizbarkeit/ Labilität“ (Test nach Fisher; p = 0,008) und „Erregung/ Aggression“ (Test nach Fisher; p = 0,041). Demenzerkrankte welche mit nicht Demenzerkrankten zusammen leben, haben lediglich in den Bereichen „Euphorie/ Hochstimmung“, „Verhalten in der Nacht“ und „Veränderungen des Appetits/ Essverhaltens“ eine schwerwiegendere Symptomatik. Segregativ Betreute sind dagegen anteilig besonders häufig von schwerer „Apathie/ Gleichgültigkeit“ betroffen (Test nach Fisher; p = 0,006).

Wie ***Abbildung 64*** verdeutlicht, sinken im Untersuchungszeitraum ebenfalls die Anteile der meisten kognitiven Symptome mit schwerem Verlauf. Ein besonders große rückläufige Entwicklung wird in Rubriken „Depression/ Dysphorie“, „Angst“ und „Euphorie/ Hochstimmung“ sichtbar. Nach zwölf Monaten steigen lediglich die Prävalenzen in den Bereichen „Enthemmung“, „Reizbarkeit/ Labilität“ und Erregung/ Aggression“ an.

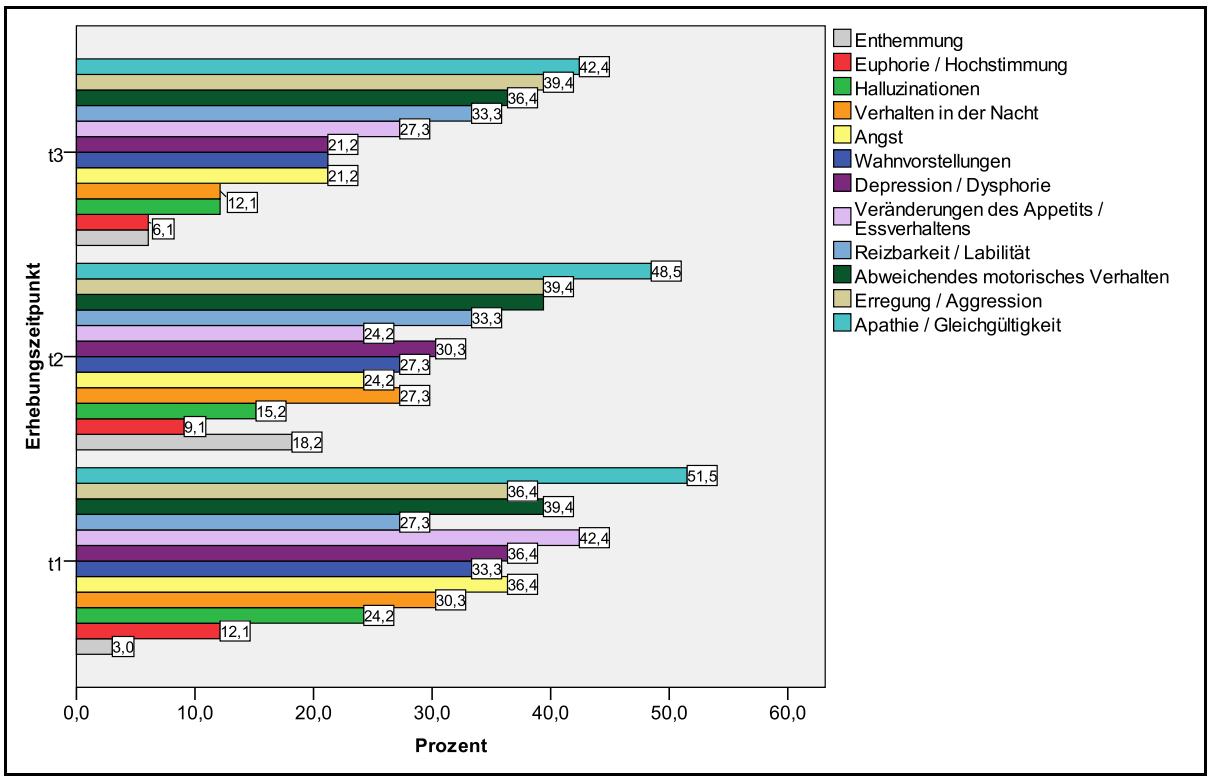


Abbildung 64: Prävalenzraten von schweren nicht kognitive Symptome (Häufigkeit × Schwere ≥ 4) im zeitlichen Verlauf (Follow-ups)

8.2.4 Sekundäre Outcomes

8.2.4.1 Kognitive Fähigkeiten

Zum Zeitpunkt t_1 beträgt der mittlere **MMSE** der Ausgangskohorte 13,3 (vgl. ***Tabelle 43***). Jede/r Vierte (n = 14) ist mit einem MMSE < 10 Punkten stark kognitiv beeinträchtigt. Der durchschnittliche MMSE der Follow-up-Kohorte liegt mit einem Punktwert von 1,1 über dem der Ausgangskohorte. Starke kognitive Defizite werden hier für 18,2 % (n = 6) beschrieben.

Tabelle 43: Kognitive Fähigkeiten zum Zeitpunkt t_1: Ausgangskohorte im Vergleich zu Follow-up-Teilnehmenden

	Ausgangskohorte (n = 56)	**Follow-ups** (n = 33)
MMSE (< 24) im Mittel (s)	13,3 (7,2)	14,4 (6,9)
GDS Stadium in %		
4	10,7	12,1
5	8,9	9,1
6	67,9	69,7
7	12,5	9,1

In schlechterer geistiger Verfassung sind der Auswertung zufolge Rekrutierte mit dem Einzugsziel SWB (vgl. Tabelle 44). Ihr mittlerer MMSE liegt 2,3 Punkte unterhalb dem von Teilnehmenden im ambulanten Bereich.

Tabelle 44: Kognitive Fähigkeiten: Teilnehmende mit Einzugsziel WG im Vergleich zu Teilnehmenden mit Einzugsziel SWB

	WG (n = 34)	**SWB** (n = 22)	p
MMSE (< 24) im Mittel (s)	14,2 (7,6)	11,9 (6,6)	n.s.[2]
GDS Stadium in %			n.s.[1]
4	14,7	4,5	
5	8,8	9,1	
6	64,7	72,8	
7	11,7	13,6	

[1] Chi-Quadrat Test; [2] t-Test; n.s. = nicht signifikant

Über den Untersuchungszeitraum nehmen die kognitiven Funktionen signifikant auf 10,0 Punkte ab (GLM [Greenhouse-Geisser]; p = 0,001).

Wechselwirkungen zwischen den betrachteten Einflussfaktoren (Wohnform, Geschlecht) und der zeitlichen Entwicklung lassen sich nicht nachweisen (GLM [Greenhouse-Geisser]; p > 0,050). Gruppenunterschiede lassen sich nur für das Geschlecht tendenziell zum Zeitpunkt t3 nachweisen (GLM; p = 0,079), Bei männlichen Rekrutierten (t_1: 11,9; t_2: 5,4; t_3: 4,6) sinkt die geistige Leistungsfähigkeit im Vergleich zu Frauen (t_1: 15,1; t_2: 13,3; t_3: 11,4) stärker.

Dies trifft auch insgesamt auf die SWB-Bewohnerschaft zu (vgl. ***Abbildung 65***): Bereits zum Zeitpunkt t_2 fällt der mittlere MMSE-Score um genau vier Punkte ab, bevor er zu t_3 geringfügig steigt. Teilnehmende in WG verlieren hingegen stetig ihre geistige Leistungsfähigkeit. Der Anteil der Untersuchten mit starken kognitiven Defiziten (MMSE < 10) verdreifacht sich im Längsschnitt insgesamt (t_1: 18,2 %; t_2: 42,4 %; t_3: 51,5 %) und jeweils bei Frauen (t_1: 5,1 %; t_2: 10,3 %; t_3: 14,1 %) und Männern (t_1: 9,5 %; t_2: 28,6 %; t_3: 28,6 %) gleichermaßen.

Neben dem MMSE wurde zur Bestimmung des Ausmaßes der kognitiven Defizite ebenfalls die **Global-Deterioration-Skala** (GDS) (Reisberg et al. 1982, Reisberg 1988) eingesetzt. Mit 67,9 % haben mehr als zwei Drittel aller Einziehenden zum Zeitpunkt t_1 schwere (GDS Stadium 6) und 12,5 % sehr schwere kognitive Leistungseinbußen. Im Vergleich zu Follow-ups wird der Ausgangskohorte prozentual häufiger eine sehr schwere kognitive Leistungsminderung bescheinigt. Follow-ups hingegen frequentieren häufiger die GDS-Stadien 4 bis 6. Wesentliche Verteilungsunterschiede zeigen sich im Vergleich der Einzugsziele: Studienteil-

nehmer/innen, welche in eine WG wechseln sind kognitiv weniger stark beeinträchtigt (siehe ***Tabelle 44***). Im zeitlichen Verlauf sind kaum Veränderungen erkennbar.

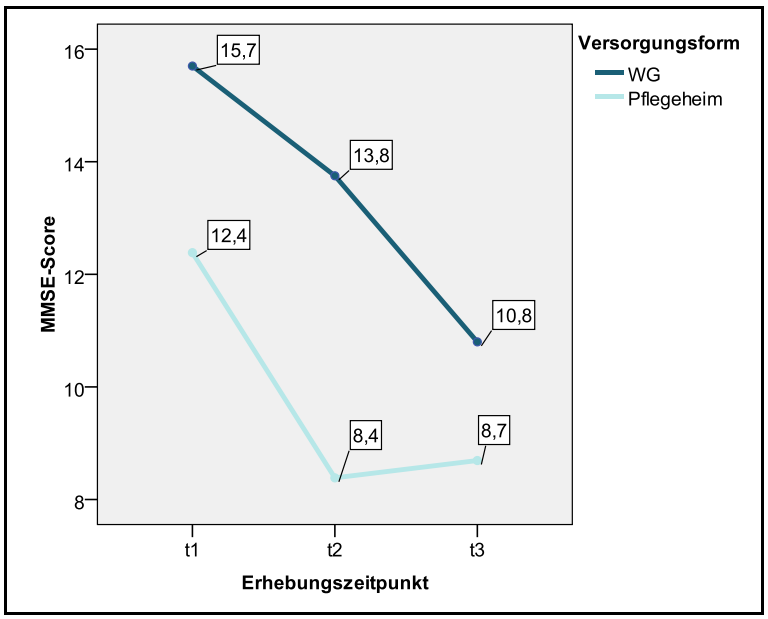


Abbildung 65: Mittlerer MMSE im zeitlichen Verlauf: WG-Bewohnerschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft

8.2.4.2 Agitiertes und aggressives Verhalten

Für die Messung der Häufigkeiten und Formen des aggressiven und agitierten Verhaltens bei älteren Menschen wird als Testinventar das Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI-D) (Cohen–Mansfield et al. 1992) eingesetzt.

Der Auswertung zufolge zeigt fast jede dritte (n = 17) Person zu t_1 unruhige und unangemessene Verhaltensweisen (vgl. ***Tabelle 45***). Der Anteil aller einziehenden männlichen Teilnehmenden mit diesem Merkmal liegt bei Einschluss in die Studie etwa zehn Prozent über dem der weiblichen Untersuchten. Ebenfalls zeigt ein größerer Anteil der segregativ Versorgten entgegen den integrativ Versorgten ein unruhiges und unangemessenes Verhalten. Die am häufigsten gezeigte Verhaltensweise (mehr als einmal pro Woche) insgesamt und in der Dimension „unruhiges und unangemessenes Verhalten“ ist die „allgemeine Rastlosigkeit“ (vgl. ***Tabelle 46***). Im zeitlichen Verlauf verändern sich die Anteile der Untersuchten mit unruhigem und unangemessenem Verhalten innerhalb der Follow-up-Kohorte kaum. Männer sind anteilig über alle Erhebungszeitpunkte hinweg häufiger unruhiger und unangemessener als Frauen. Insbesondere zu t_1 zeigt sich, dass derartige Verhaltensweisen tendenziell vom Geschlecht beeinflusst werden (Test nach Fisher; p = 0,066). Ebenfalls unruhiger und unange-

messener ist das Verhalten innerhalb der SWB-Bewohnergemeinschaften gegenüber der WG-Bewohnergemeinschaften über den gesamten Untersuchungszeitraum. Während die Anteile im Zeitraum von 12 Monaten in den WG rückläufig sind, nehmen diese in der Versorgungsform SWB zu.

Etwa jede/r dritte Studienteilnehmende verhält sich zum Zeitpunkt t_1 „verbal agitiert“. Verbal agitiert sind hauptsächlich einziehende Männer und Personen mit dem Einzugsziel WG. Der Untersuchung nach wird verbal agitiertes Verhalten von der kognitiven Verfassung beeinflusst (Test nach Fisher, $p = 0{,}038$), denn Untersuchte mit einer stark eingeschränkten geistigen Leistungsfähigkeit (MMSE < 10) zeigen anteilig deutlich häufiger ein derartiges Verhalten. Die häufigsten einzelnen Verhaltensweisen in der Dimension „verbal agitiertes Verhalten“ sind „Wiederholen von Sätzen oder Fragen“ sowie „Klagen“ mit Prävalenzraten von jeweils 41,1 % zu t_1. Im zeitlichen Verlauf nimmt der Anteil der Follow-up-Kohorte mit verbal agitiertem Verhalten zu. Während bei Einzug hauptsächlich Männer verbal agitiert sind, sind es ab t_2 überwiegend Frauen. Im Untersuchungsverlauf sinken die Anteile mit diesem Merkmal innerhalb der WG-Bewohnerschaft – die der SWB-Bewohnerschaft nehmen hingegen zu.

Insgesamt verhalten sich 12,5 % ($n = 7$) aller Untersuchten zum Zeitpunkt ihres jeweiligen Einzugs aggressiv und deutlich häufiger (Test nach Fisher; $p = 0{,}005$) Männer als Frauen. Aggressive Personen sind mit einem durchschnittlichen Alter von 76,1 Jahren, im Mittel 7,3 Jahre jünger verglichen mit nichtaggressiven (t-Test; $p = 0{,}045$). Häufiges aggressives Verhalten tritt tendenziell seltener bei Menschen mit dem Einzugsziel WG auf (Test nach Fisher; $p = 0{,}075$). Einen Einfluss hat ebenfalls der kognitive Status: Gegenüber kognitiv weniger stark Beeinträchtigten sind stark Beeinträchtigte deutlich öfter aggressiv. Die häufigsten aggressiven Verhaltensweisen sind „Personen stoßen oder wegdrängen“ sowie „Gegenstände wegstoßen oder wegschieben“. Diese werden von jeweils 8,9 % der Teilnehmenden zu t_1 gezeigt. Im zeitlichen Verlauf nehmen die Anteile von Personen mit aggressiven Verhaltensweisen innerhalb der Follow-up-Kohorte und insbesondere der Frauen zu. Der Anteil der aggressiven männlichen Teilnehmenden nimmt im Untersuchungszeitraum hingegen ab. Konstant bleibt die Quote der Aggressiven in der Versorgungsform SWB während diese in den WG ansteigt.

Tabelle 45: CMAI Prävalenzraten im zeitlichen Verlauf

	gesamt	Geschlecht			Versorgungsform			Typus			MMSE		
		w	m	p	WG	SWB	p	seg.	int.	p	< 10	≥ 10	p
t_1 (n = 56)													
unruhiges / unangemessenes Verhalten in % (n)	30,4 (17)	27,9 (12)	38,5 (5)	n.s.[1]	29,4 (10)	31,8 (7)	n.s.[1]	38,1 (8)	25,7 (9)	n.s.[1]	28,6 (4)	31,0 (13)	n.s.[1]
verbal agitiertes Verhalten in % (n)	33,9 (19)	30,2 (13)	46,2 (6)	n.s.[1]	38,2 (13)	27,3 (6)	n.s.[1]	42,9 (9)	28,6 (10)	n.s.[1]	57,1 (8)	26,2 (11)	**=0,038[1]**
aggressives Verhalten in % (n)	12,5 (7)	4,7 (2)	38,5 (5)	**=0,005[1]**	5,9 (2)	22,7 (5)	**=0,075[1]**	14,3 (3)	11,4 (4)	n.s.[1]	28,6 (4)	7,1 (3)	**=0,058[1]**
t_1 (n = 33)													
unruhiges / unangemessenes Verhalten in % (n)	39,4 (13)	30,8 (8)	71,4 (5)	**=0,066[1]**	35,0 (7)	46,2 (6)	n.s.[1]	41,7 (5)	38,1 (8)	n.s.[1]	50,0 (3)	37,0 (10)	n.s.[1]
verbal agitiertes Verhalten in % (n)	42,4 (14)	38,5 (10)	57,1 (4)	n.s.[1]	50,0 (10)	30,8 (4)	n.s.[1]	50,0 (6)	38,1 (8)	n.s.[1]	66,7 (4)	37,0 (10)	n.s.[1]
aggressives Verhalten in % (n)	12,1 (4)	0,0 (0)	57,1 (4)	**<0,001[1]**	0,0 (0)	30,8 (4)	**=0,017[1]**	8,3 (1)	14,3 (3)	n.s.[1]	33,3 (2)	7,4 (2)	n.s.[1]
t_2 (n = 33)													
unruhiges / unangemessenes Verhalten in % (n)	42,4 (14)	42,3 (11)	42,9 (3)	n.s.[1]	40,0 (8)	46,2 (6)	n.s.[1]	50,0 (6)	38,1 (8)	n.s.[1]	35,7 (5)	47,4 (9)	n.s.[1]
verbal agitiertes Verhalten in % (n)	51,5 (17)	57,7 (15)	28,6 (2)	n.s.[1]	50,0 (10)	53,8 (7)	n.s.[1]	58,3 (7)	47,6 (10)	n.s.[1]	35,7 (5)	63,2 (12)	n.s.[1]
aggressives Verhalten in % (n)	15,2 (5)	11,5 (3)	28,6 (2)	n.s.[1]	5,0 (1)	30,8 (4)	**=0,066[1]**	16,7 (2)	14,3 (3)	n.s.[1]	21,4 (3)	10,5 (2)	n.s.[1]
t_3 (n = 33)													
unruhiges / unangemessenes Verhalten in % (n)	39,4 (13)	34,6 (9)	57,1 (4)	n.s.[1]	30,0 (6)	53,8 (7)	n.s.[1]	58,3 (7)	28,6 (6)	**=0,095[1]**	47,1 (8)	31,3 (5)	n.s.[1]
verbal agitiertes Verhalten in % (n)	48,5 (16)	50,0 (13)	42,9 (3)	n.s.[1]	40,0 (8)	61,5 (8)	n.s.[1]	50,0 (6)	47,6 (10)	n.s.[1]	47,1 (8)	50,0 (8)	n.s.[1]
aggressives Verhalten in % (n)	27,3 (9)	30,0 (8)	14,3 (1)	n.s.[1]	25,0 (5)	30,8 (4)	n.s.[1]	41,7 (5)	19,0 (4)	n.s.[1]	35,3 (6)	18,8 (3)	n.s.[1]

[1] Test nach Fisher; n.s. = nicht signifikant

Tabelle 46: CMAI-Items: Prävalenzraten im zeitlichen Verlauf

CMAI-Items (Häufigkeit ≥ 3)	t_1 (n = 56/ 33)	t_2 (n = 33)	t_3 (n=33)
Zielloses Umhergehen	39,3 / 36,4	36,4	27,3
Allgemeine Rastlosigkeit	50,0 / 42,4	57,6	33,3
Versuch, andere Plätze / Orte aufzusuchen	21,4 / 9,1	24,2	18,2
Sich selbst schlagen oder kneifen	3,6 / 3,0	3,0	0,0
Andere schlagen oder kneifen	5,4 / 3,0	9,1	9,1
Gegen oder auf Gegenstände schlagen	7,1 / 3,0	6,1	12,1
Nach Personen treten	3,6 / 3,0	3,0	3,0
Nach Gegenständen treten	3,6 / 3,0	3,0	6,1
Personen stoßen oder wegdrängen	8,9 / 6,1	12,1	12,1
Gegenstände wegstoßen oder wegschieben	8,9 / 6,1	9,1	15,2
Sich selbst mit den Zähnen verletzen	1,8 / 0,0	0,0	0,0
Andere beißen	1,8 / 3,0	0,0	0,0
Sich selbst (mit den Fingernägeln) kratzen	3,6 / 6,1	9,1	9,1
Andere (mit den Fingernägeln) kratzen	1,8 / 0,0	3,0	0,0
Gegenstände werfen	3,6 / 3,0	3,0	12,1
Selbstverletzung durch Gegenstände	1,8 / 3,0	0,0	0,0
Verletzung anderer durch Gegenstände	0,0	0,0	0,0
Absichtliches Hinfallen	0,0	0,0	3,0
Unangemessenes Greifen nach Personen oder Gegenständen	5,4 / 3,0	12,1	15,2
Zerreißen von Dingen oder Zerstören von Eigentum	1,8 / 0,0	6,1	9,1
Inadäquater Umgang mit Dingen	26,8 / 24,2	15,2	24,2
Verstecken von Gegenständen	32,1 / 42,4	30,3	24,2
Horten von Gegenständen	25,0 / 30,3	18,2	18,2
Essen oder Trinken von ungenießbaren Substanzen	0,0	0,0	0,0
Unpassendes An- oder Auskleiden	26,8 / 30,3	24,2	15,2
Spucken (auch während der Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme)	5,4 / 3,0	0,0	9,1
Schreien	8,9 / 6,1	15,2	33,3
Seltsame Geräusche machen	8,9 / 15,2	27,3	30,3
Fluchen oder verbale Aggression	21,4 / 27,3	33,3	30,3
Klagen	41,1 / 45,5	45,5	30,3
Negativismus	32,1 / 30,3	39,4	24,2
Ständiges Einfordern von Aufmerksamkeit oder Hilfe ohne nachvollziehbaren Grund	21,4 / 21,2	39,4	36,4
Wiederholen von Sätzen oder Fragen	41,1 / 39,4	42,4	21,2
Wiederholte Durchführung von Handlungen (Manierismen)	25,0 / 24,2	27,3	21,2
Verbale sexuelle Annäherungsversuche	0,0	6,1	0,0
Körperliche sexuelle Annäherungsversuche oder Entblößen der Genitalien	1,8 / 0,0	6,1	0,0

8.2.4.3 Apathie

Zur Beurteilung von Apathie wurde die Apathy Evaluation Scale (AES) (Lueken et al. 2007) verwendet. Es sind 0 bis 30 Punkte möglich, wobei eine höherer Summenscore einer höheren Ausprägung von Apathie entspricht.

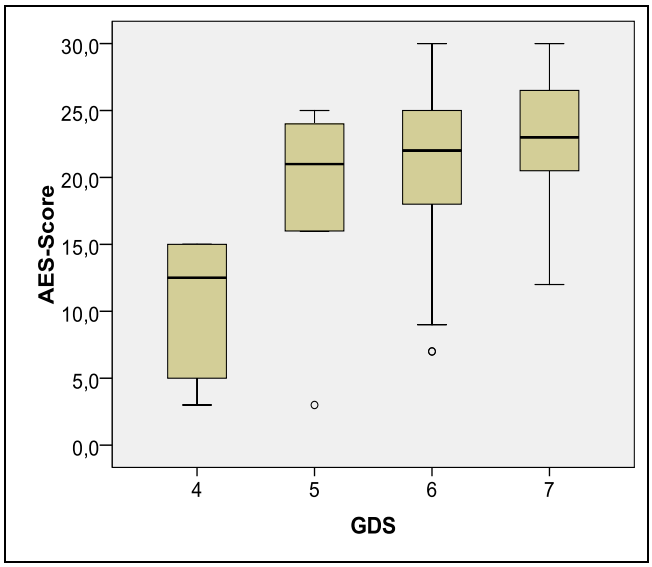


Abbildung 66: AES-Score nach GDS-Sadium zu t_1

Zum Zeitpunkt t_1 (siehe ***Tabelle 47***) beträgt der Punktwert der AES-Skala bei allen Einziehenden durchschnittlich 19,6 (Min: 3,0; Spannweite = 27,0; s = 6,8). Männer sind hier im Mittel geringfügig häufiger von einer Apathie betroffen als Frauen (20,1 vs. 19,4). Personen, welche in eine WG einziehen sind bei Einschluss in die Studie weniger apathisch als in einen SWB Einziehende. Mit einem Mittelwert von 22,2 liegt bei kognitiv stark Beeinträchtigten tendenziell häufiger eine Apathie vor (t-Test; p = 0,097). Kognitiv gesündere Personen erreichen einen durchschnittlichen AES-Score von 18,7. Positiv unterscheidet sich (ANOVA; p = 0,002) ebenfalls der AES-Score nach dem Schweregrad der Demenz, gemessen mittels GDS. Mit steigendem Schweregrad nimmt die Ausprägung der Apathie in der vorliegenden Studie zu (vgl. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Im zeitlichen Verlauf sinkt der AES-Score der Follow-ups geringfügig von im Mittel 19,5 zu t_1 auf 18,6 zu t_3. Ein halbes Jahr nach dem Einzug erreicht der Gesamtscore den Minimalwert von 17,5. Insgesamt betrachtet sinkt der AES-Score im Untersuchungsverlauf nicht signifikant (GLM [Greenhouse-Geisser]; p = 0,971). Wechselwirkungen zwischen den betrachteten Einflussfaktoren (Wohnform, Demenzstadium (GDS) bei Aufnahme, Geschlecht) und der zeitlichen Entwicklung lassen sich nicht nachweisen (GLM [Greenhouse-Geisser]; p > 0,050). Gruppenunterschiede sind ebenfalls nicht nachzuweisen (GLM; p > 0,050) (siehe ***Tabelle 47***).

Tabelle 47: AES-Score im zeitlichen Verlauf

AES-Score	gesamt	Geschlecht			Versorgungsform			Typus			MMSE		
		w	m	p	WG	SWB	p	seg.	int.	p	< 10	≥ 10	p
t_1 (n = 56)													
im Mittel/s	19,6/6,8	19,4/7,1	20,1/6,2	n.s.[1]	19,9/6,7	19,2/7,1	n.s.[1]	19,3/7,0	19,7/6,8	n.s.[1]	22,2/5,5	18,7/7,1	**=0,097[1]**
Median	21,0	21,0	22,0		21,0	22,0		20,0	22,0		22,5	20,5	
t_1 (n = 33)													
im Mittel/s	19,5/6,7	19,3/6,9	20,1/6,4	n.s.[1]	18,0/7,2	21,8/5,4	n.s.[1]	20,1/6,4	19,1/7,0	n.s.[1]	23,8/2,9	18,5/6,9	**=0,078[1]**
Median	21,0	20,5	22,0		19,0	22,0		20,5	22,0		24,5	20,0	
t_2 (n = 33)													
im Mittel/s	17,5/8,2	17,2/7,8	18,6/10,0	n.s.[1]	17,8/8,0	17,0/8,8	n.s.[1]	20,0/6,2	16,0/9,0	n.s.[1]	21,4/8,4	14,6/6,9	**=0,015[2]**
Median	17,0	16,5	17,0		18,0	17,0		21,5	14,0		23,5	13,0	
t_3 (n = 33)													
im Mittel/s	18,6/7,4	18,4/7,3	19,3/8,6	n.s.[1]	18,3/7,5	19,0/7,6	n.s.[1]	22,0/6,6	16,6/7,3	**=0,044[1]**	22,1/6,5	14,8/6,7	**=0,003[1]**
Median	20,0	20,5	19,0		21,0	19,0		24,0	17,0		25,0	13,5	

[1] t-Test; n. s. = nicht signifikant; s = Standardabweichung

Unterschiedliche Verläufe fallen deskriptiv bei kognitiv stark und weniger stark eingeschränkten Personen auf (siehe ***Tabelle 47***). Während schwerst Demenzerkrankte (MMSE < 10) im Untersuchungsverlauf geringfügig weniger apathisch werden, sinkt der mittlere AES-Score der kognitiv weniger stark Eingeschränkten (MMSE > 10) deutlicher. Bei Personen im segregativen Typus steigt der AES-Score durchschnittlich um 1,9 Punkte innerhalb eines Jahres an, im integrativen Typus sinkt er um durchschnittlich 2,5 Punkte ab.

Tabelle 48: Apathie mittels AES

	gesamt	**Geschlecht**			**Versorgungsform**		**Typus**		**MMSE**	
AES-Score	% (n)	**w**	**m**	**Alter**	**WG**	**SWB**	**seg.**	**int.**	**<10**	**≥10**
t_1 (n = 56)										
≤ 15,3	25,0 (14)	25,6	23,1	81,4	26,5	22,7	28,6	22,9	14,3	28,6
15,3 – 21,0	26,8 (15)	30,2	15,4	84,4	29,4	22,7	28,6	25,7	21,4	28,6
21,0 – 24,0	25,0 (14)	18,6	46,2	82,1	20,6	31,8	19,0	28,6	28,6	23,8
> 24,0	23,2 (13)	25,6	15,4	82,0	23,5	22,7	23,8	22,9	35,7	19,0
t_1 (n = 33)										
≤ 15,3	24,2 (8)	26,9	14,3	82,8	35,0	7,7	25,0	23,8	0,0	29,6
15,03– 21,0	27,3 (9)	30,8	14,3	84,8	30,0	23,1	33,3	23,8	16,7	29,6
21,0 – 24,0	24,2 (8)	15,4	57,1	78,5	15,0	38,5	16,7	28,6	33,3	22,2
> 24,0	24,2 (8)	26,9	14,3	81,1	20,0	30,8	25,0	23,8	50,0	18,5
t_2 (n = 33)										
≤ 15,3	39,4 (13)	42,3	28,6	80,5	40,0	38,5	16,7	52,4	14,3	57,9
15,3– 21,0	21,2 (7)	19,2	28,6	82,4	20,0	23,1	33,3	14,3	21,4	21,1
21,0 – 24,0	15,2 (5)	15,4	14,3	88,4	15,0	15,4	25,0	9,5	21,4	10,5
> 24,0	24,2 (8)	23,1	28,6	76,4	25,0	23,1	25,0	23,8	42,9	10,5
t_3 (n = 33)										
≤ 15,3	33,3 (11)	34,6	28,6	80,0	35,0	30,8	16,7	42,9	11,8	56,3
15,3– 21,0	24,2 (8)	23,1	28,6	81,6	20,0	30,8	8,3	33,3	17,6	31,3
21,0 – 24,0	12,1 (4)	15,4	0,0	84,8	20,0	0,0	33,3	0,0	17,6	6,3
> 24,0	30,3 (10)	26,9	42,9	80,5	25,0	38,5	41,7	23,8	52,9	6,3

Für die weiteren Beschreibungen wurde die Ausgangskohorte (zu t_1) in vier Gruppen unterteilt, welche sich aus den Quartilen des AES-Scores ergeben (vgl. ***Tabelle 48***). Diese Quartile werden für die Beschreibungen von t_2 und t_3 beibehalten. Je höher das Quartil, desto ausgeprägter ist die Apathie. Ein halbes Jahr nach dem Zeitpunkt des Einzugs können die meisten der Untersuchten dem ersten Quartil zugeordnet werden, gefolgt vom vierten, zweiten und dritten Quartil. Das Verhältnis von schwer kognitiv Beeinträchtigten zu mittel bis leicht Beeinträchtigten beträgt im vierten Quartil 4:1. Zum Zeitpunkt t_3 sind die meisten Bewohner/-innen etwa zu gleichen Anteilen auf die Quartile eins und vier verteilt. Männer finden sich deutlich häufiger als Frauen im vierten Quartil. WG-Bewohner/-innen sind im vierten Quartil anteilig seltener vertreten als SWB-Bewohner/-innen. Ebenfalls sind entgegen integrativen ein fast doppelt so hoher Anteil aller segregativen Versorgten dieser Gruppe zuordenbar. Der

überwiegende Anteil aller kognitiv weniger stark eingeschränkten Personen lassen sich dem ersten Quartil zuordnen, die Mehrheit der stark eingeschränkten dem vierten Quartil.

8.2.4.4 Lebensqualität mittels Qualidem

Die Lebensqualität der Einziehenden wurde mittels Qualidem (Ettema et al. 2007a; 2007b) gemessen. Für die Berechnung der Lebensqualität von stark kognitiv Beeinträchtigten (GDS = 7) werden lediglich 18 Items verwendet (ebd.). Im Folgenden wird daher die Lebensqualität von Teilnehmenden mit einem GDS-Score = 7 ohne den Skalen „Positives Selbstbild"; „Sich zuhause fühlen" und „Etwas zu tun haben" ausgewertet. Um Vergleiche zu anderen Studien des Leuchtturmprojekt Demenz (InDemA; STI-D) herzustellen, werden die QUALIDEM-Subskalen ebenfalls nach dem MMSE untersucht. Bei einem MMSE < 10 Punkten werden die o. g. Dimensionen gleichfalls von der Berechnung ausgeschlossen.

Die Qualidem-Resultate zum Erhebungszeitpunkt t_1 sind in der ***Tabelle 49*** für die Ausgangskohorte abgebildet. Kognitiv leicht bis schwer eingeschränkte Personen (**GDS < 7**) werden in den Dimensionen „soziale Isolation", „Pflegebeziehung" und „positives Selbstbild" am positivsten beurteilt. Deutlich niedrigere Mittelwerte und damit eine reduzierte Lebensqualität erzielen die Bereiche „ruheloses, angespanntes Verhalten", „etwas zu tun haben" sowie „negativer Affekt". Männer mit einer GDS-Einstufung bis 7 Punkte erzielen in den Rubriken „positives Selbstbild" „soziale Isolation" und „etwas zu tun haben" höhere Lebensqualitätswerte. Frauen weisen in allen übrigen Dimensionen höhere Skalenmittel auf und unterscheiden sich zum Zeitpunkt ihres jeweiligen Einzugs signifikant in den Kategorien „soziale Beziehungen" (t-Test; p = 0,014) und „sich zuhause fühlen" (t-Test; p = 0,004) von männlichen Rekrutierten (GDS < 7). Außer in den Bereichen „negativer Affekt" und „positives Selbstbild" ist die Lebensqualität von Teilnehmenden mit dem Einzugsziel WG in den übrigen Bereichen größer. Ein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen dem Einzugsziel und der Dimension „soziale Isolation" (t-Test; p = 0,031). Während der Mittelwert in der Dimension „soziale Isolation" der WG-Bewohnerschaft bei 76,3 liegt, ist dieser bei Personen mit dem Einzugsziel SWB im Mittel 15,5 Punkte schlechter. Eine signifikante Diskrepanz zeigt sich ebenfalls zwischen dem Typus der favorisierten Versorgungsform und dieser Dimension (segregativ: 59,6; integrativ: 77,0) (t-Test; p = 0,015).

Personen mit einem **GDS = 7** erreichen zum Zeitpunkt ihres jeweiligen Einzugs den Auskunftgebenden nach die höchsten Skalenmittel in den Rubriken „positiver Affekt", „Pflegebeziehung" und „soziale Isolation". Die geringsten Lebensqualitätswerte hat diese Gruppe in

den Dimensionen „negativer Affekt“, „soziale Beziehungen“ sowie „ruheloses, angespanntes Verhalten“. Weibliche Einziehende mit einem GDS = 7 haben lediglich in zwei Dimensionen, nämlich „negativer Affekt“ und „ruheloses, angespanntes Verhalten“ schlechtere Mittelwerte als männliche mit dieser Eigenschaft. Eine tendenziell höhere Lebensqualität haben Frauen, wenn es um „soziale Beziehungen“ geht (Frauen: 62,2; Männer: 27,8; t-Test; p = 0,077). Alle Personen mit einem GDS = 7 und dem Einzugsziel WG weisen bei Studieneinschluss lediglich in den Dimensionen „ruheloses, angespanntes Verhalten“ und „soziale Beziehungen“ höhere Skalenmittel auf als Personen mit dem Einzugsziel SWB.

Wird der **MMSE-Score** zur Kognitionsbeurteilung verwendet, weisen Personen mit einem **MMSE ≥ 10** in den Bereichen „Pflegebeziehung“, „ruheloses, angespanntes Verhalten“ und „soziale Isolation“ eine höhere Lebensqualität als stark Beeinträchtigte (MMSE < 10) auf. Diese Teilnehmenden werden in den Dimensionen Pflegebeziehung“, „soziale Isolation“ und „sich zuhause fühlen“ am positivsten beurteilt. Deutlich niedrigere Mittelwerte und damit eine reduzierte Lebensqualität erzielen die Bereiche „etwas zu tun haben“, „ruheloses, angespanntes Verhalten“, sowie „negativer Affekt“.

Tabelle 49: Qualidem-Subskalen im Mittel nach Grad der kognitiven Beeinträchtigung (GDS und MMSE) zu t_1

	GDS			**MMSE**		
Dimension	**< 7** (n = 49)	**= 7** (n = 7)	**p***	**≥ 10** (n = 42)	**< 10** (n = 14)	**p***
Pflegebeziehung	69,7	81,0	= n.s.	72,2	69,8	n.s.
Positiver Affekt	64,3	84,5	**=0,058**	63,8	75,6	n.s.
Negativer Affekt	50,6	71,4	**=0,058**	52,6	57,1	n.s.
Ruheloses, angespanntes Verhalten	42,4	44,4	n.s.	49,2	23,0	**=0,007**
Positives Selbstbild	68,7	-	-	69,6	-	-
Soziale Beziehungen	53,9	52,4	n.s.	52,9	61,9	n.s.
Soziale Isolation	70,3	79,4	n.s.	72,0	69,8	n.s.
Sich zuhause fühlen	66,0	-	-	67,1	-	-
Etwas zu tun haben	43,8	-	-	45,9	-	-

*t-Test; n.s. = nicht signifikant

Personen mit einem **MMSE < 10** erzielen zum Zeitpunkt ihres jeweiligen Einzugs die höchsten Skalenmittel in den Rubriken „positiver Affekt“, „Pflegebeziehung“ und „soziale Isolation“. Die geringsten Werte werden ihnen für die Qualidem-Bereiche „soziale Beziehungen“, „negativer Affekt“ und „ruheloses, angespanntes Verhalten“ bescheinigt. Deutliche, statistisch signifikante Differenzen zu den kognitiv leicht bis schwer eingeschränkten Teilnehmer/-innen - bestimmt mittels MMSE – können in der Dimension „ruheloses, angespanntes Verhalten“ (t-Test; p = 0,007) ermittelt werden.

Die Veränderungen der Lebensqualität der Follow-ups im zeitlichen Verlauf werden zunächst für alle Skalen deskriptiv analysiert (vgl. ***Tabelle 50***).

Im zeitlichen Verlauf verbessern sich bei beiden Geschlechtern bis auf den Bereich „soziale Isolation“ alle Lebensqualitätsdimensionen (vgl. ***Tabelle 50***). Zu allen Zeitpunkten weisen Frauen in den meisten Dimensionen höhere Skalenmittel und somit eine höhere Lebensqualität als Männer auf. Weilbliche Follow-ups haben zum Zeitpunkt ihres jeweiligen Einzugs den Auswertungen zufolge nur in den Dimensionen „positiver Affekt“ sowie „positives Selbstbild“ eine niedrigere Lebensqualität als männliche und weisen nach 12 Monaten nur in den Dimension „positiver Affekt“, „sich zuhause fühlen“ und „etwas zu tun haben“ schlechtere Werte als ihre Mitbewohner auf. Besonders stark steigt bei Männern im Untersuchungsverlauf das Gefühl, sich „zuhause“ zu fühlen. In den Dimensionen „ruheloses, angespanntes Verhalten“ und „soziale Beziehungen“ haben männliche Teilnehmende verglichen mit weiblichen eine deutlich reduzierte Lebensqualität.

Werden die Rekrutierten zum Zeitpunkt t_1 hinsichtlich ihres Einzugsziels betrachtet, dann wird deutlich, dass Personen mit dem Einzugsziel WG nur in den Bereichen „positiver Affekt“, „negativer Affekt“ und „positives Selbstbild“ über eine schlechtere Lebensqualität verfügen (vgl. ***Tabelle 50***). Neben geschlechts- können ebenfalls versorgungsformabhängige Verläufe beobachtet werden. Differenzen zwischen beiden Gruppen zeigen sich bei Studieneinschluss in den Dimensionen „soziale Beziehungen“ und „soziale Isolation“ – in beiden Rubriken haben Personen mit dem Einzugsziel WG eine höhere Lebensqualität. Nach zwölf Monaten können den WG-Bewohner/innen lediglich in den Qualidem-Dimensionen „negativer Affekt“, „positives Selbstbild“ und „soziale Beziehungen“ und „soziale Isolation“ höhere Skalenmittel berechnet werden. Im zwölf-Monats-Vergleich hat sich die Lebensqualität der WG-Bewohner/innen nur in einem Bereich verschlechtert. Der Auswertung zufolge fühlen sich diese zum Zeitpunkt t_3 sozial isolierter als bei Studieneinschluss. Bei SWB-Bewohner/innen hat sich im Untersuchungszeitraum dagegen die Lebensqualität in zwei Dimensionen verschlechtert, nämlich „positives Selbstbild“ sowie „Pflegebeziehung“. Während das Verhältnis zur Pflege/ zu Pflegepersonen bei WG-Bewohner/-innen im Untersuchungszeitraum sich stetig verbessert, verschlechtert sich dieses bei Untersuchten im Setting „SWB“ Zum Zeitpunkt t_3 unterscheiden sich beide Gruppen deutlich voneinander.

Tabelle 50: Qualidem (mittlere Skalenwerte) der Follow-ups im zeitlichen Verlauf: WG-Bewohnschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft

	t_1 (n = 33)							t_2 (n = 33)							t_3 (n = 33)						
		Geschlecht			Versorgungsform				Geschlecht			Versorgungsform				Geschlecht			Versorgungsform		
Dimension	gesamt	w	m	p	WG	SWB	p	gesamt	w	m	p	WG	SWB	p	gesamt	w	m	P	WG	SWB	p
Pflegebeziehung	69,1	71,6	59,6	n.s.[1]	72,1	64,3	n.s.[1]	69,2	71,1	61,9	n.s.[1]	74,4	61,1	**=0,054[1]**	73,2	73,9	70,7	n.s.[1]	81,0	61,2	**=0,003[1]**
Positiver Affekt	66,1	65,7	67,5	n.s.[1]	64,3	68,8	n.s.[1]	75,6	75,2	77,0	n.s.[1]	75,0	76,5	n.s.[1]	80,0	78,6	84,9	n.s.[1]	79,2	81,2	n.s.[1]
Negativer Affekt	52,7	54,3	46,8	n.s.[1]	49,4	57,7	n.s.[1]	56,1	55,8	57,1	n.s.[1]	53,6	59,8	n.s.[1]	60,4	62,4	53,2	n.s.[1]	61,7	58,5	n.s.[1]
Ruheloses, angespanntes Verhalten	46,1	51,7	25,4	**=0,062[1]**	46,7	45,3	n.s.[1]	54,2	58,1	39,7	n.s.[1]	53,9	54,7	n.s.[1]	54,2	57,3	42,9	n.s.[1]	53,9	54,7	n.s.[1]
Positives Selbstbild*	68,5	68,0	71,1	n.s.[1]	67,8	69,7	n.s.[1]	63,0	64,8	48,1	-	62,0	65,3	n.s.[1]	68,6	68,6	68,5	n.s.[1]	68,6	68,5	n.s.[1]
Soziale Beziehungen	55,9	60,5	38,9	**=0,014[1]**	61,1	48,9	**=0,078[1]**	67,0	67,5	65,1	n.s.[1]	67,5	66,3	n.s.[1]	64,8	66,7	57,9	n.s.[1]	68,1	59,8	n.s.[1]
Soziale Isolation	71,4	73,5	63,5	n.s.[1]	77,8	61,5	**=0,055[1]**	67,7	69,7	60,3	n.s.[1]	70,6	63,2	n.s.[1]	44,4	65,8	60,3	n.s.[1]	67,8	59,8	n.s.[1]
Sich zuhause* fühlen	67,2	73,3	38,3	n.s.[1]	71,8	59,8	n.s.[1]	74,1	76,4	55,6	n.s.[1]	76,8	67,7	n.s.[1]	82,8	82,6	83,3	n.s.[1]	81,9	84,0	n.s.[1]
Etwas zu tun haben*	44,8	47,2	33,3	n.s.[1]	52,6	30,0	**=0,079[1]**	54,9	51,4	83,3	n.s.[1]	51,8	62,5	n.s.[1]	54,6	54,3	55,6	n.s.[1]	53,9	55,6	n.s.[1]

[1] t-Test; *GDS < 7

Tabelle 51: Qualidem (mittlere Skalenwerte) der Follow-ups im zeitlichen Verlauf: nach Geschlecht und Versorgungsform (GDS = 7)

	t_1 (n = 3)					t_2 (n = 6)					t_3 (n = 4)				
		Geschlecht		Versorgungsform			Geschlecht		Versorgungsform			Geschlecht		Versorgungsform	
Dimension	gesamt	w n = 1	m n = 2	WG n = 1	SWB n = 2	gesamt	w n = 2	m n = 4	WG n =1	SWB n = 5	gesamt	w n = 3	m n = 1	WG n = 3	SWB n = 1
Pflegebeziehung	85,2	100,0	77,8	100,0	77,8	57,4	72,2	50,0	88,9	51,1	69,4	81,5	33,3	81,5	33,3
Positiver Affekt	80,6	75,0	83,3	75,0	83,3	75,0	83,3	70,8	100,0	70,0	66,7	55,6	100,0	55,6	100,0
Negativer Affekt	83,3	100,0	75,0	100,0	75,0	63,9	58,3	66,7	83,3	60,0	54,1	55,6	50,0	55,6	50,0
Ruheloses, angespanntes Verhalten	66,7	100,0	50,0	100,0	50,0	25,9	27,8	25,0	22,2	26,7	33,3	44,4	0,0	44,4	0,0
Soziale Beziehungen	51,9	100,0	27,8	100,0	27,8	63,0	77,8	55,6	100,0	55,6	55,6	44,4	88,9	44,42	88,9
Soziale Isolation	85,2	100,0	77,8	100,0	77,8	55,6	44,4	61,1	55,6	55,6	44,4	59,3	0,0	59,3	0,0

Im Folgenden werden die Qualidem-Ergebnisse aller Personen mit einem **GDS = 7** kurz beschrieben (vgl. ***Tabelle 51***). Bei Studieneinschluss erreichen die Teilnehmer/innen hier nur in der Dimension „soziale Beziehungen“ schlechtere Skalenmittel verglichen mit kognitiv gesünderen Personen. Zum Zeitpunkt der zweiten Erhebung verschlechtern sich die Lebensqualitätswerte nur in dieser Dimension, die Werte in den übrigen Dimensionen steigen hingegen. Im gesamten Untersuchungszeitraum verschlechtern sich bis auf den Bereich „soziale Beziehungen“ alle Lebensqualitätsdimensionen bei Zugehörigen dieser Gruppe.

Für einen längsschnittlichen Vergleich aller Dimensionen des Qualidem mittels generalisierter linearer Modelle (GLM) wurden zunächst alle relativen Scorewerte (0-100) für alle GDS-Einstufungen berechnet. Als Einflussfaktoren wurden Wohnform, Demenzstadium (GDS) bei Aufnahme und Geschlecht berücksichtigt.

Pflegebeziehung: Im zeitlichen Verlauf ist allgemein keine signifikant Veränderung nachzuweisen (GLM [Wilks-Lambda]; $p = 0,249$). Wechselwirkungen zwischen den betrachteten Einflussfaktoren und der zeitlichen Entwicklung lassen sich für die Wohnform (GLM [Wilks-Lambda]; $p = 0,017$) und das Geschlecht nachweisen (GLM [Wilks-Lambda]; $p = 0,015$). Gruppenunterschiede zeigen sich nur tendenziell für die Wohnform (GLM; $p = 0,065$), Während die Pflegebeziehung in den WG zunehmend besser eingeschätzt wird, sinkt diese in den SWB im Verlauf des ersten halben Jahres im Durchschnitt deutlich ab und verbessert sich auch im letzten Studienhalbjahr nur unwesentlich wieder (vgl. ***Abbildung 67***). Männer und Frauen zeigen im Studienverlauf gegensätzliche Entwicklungen. So steigt bei männlichen Studienteilnehmern die einschätzte Lebensqualität in der Dimension Pflegebeziehung kontinuierlich an wohingegen sie bei den Teilnehmerinnen kontinuierlich sinkt (vgl. ***Abbildung 68***).

Positiver Affekt: Im zeitlichen Verlauf ist allgemein nur eine tendenzielle Veränderung nachzuweisen (GLM [Wilks-Lambda]; $p = 0,092$). Wechselwirkungen zwischen den betrachteten Einflussfaktoren und der zeitlichen Entwicklung lassen sich nicht nachweisen (GLM [Wilks-Lambda]; $p > 0,050$). Gruppenunterschiede sind ebenfalls nicht nachweisbar (GLM; $p > 0,050$),

Negativer Affekt: Im zeitlichen Verlauf ist allgemein keine Veränderung nachzuweisen (GLM [Wilks-Lambda]; $p = 0,602$). Wechselwirkungen zwischen den betrachteten Einflussfaktoren und der zeitlichen Entwicklung lassen sich nicht nachweisen (GLM [Wilks-Lambda]; $p > 0,050$). Gruppenunterschiede sind ebenfalls nicht nachweisbar (GLM; $p > 0,050$).

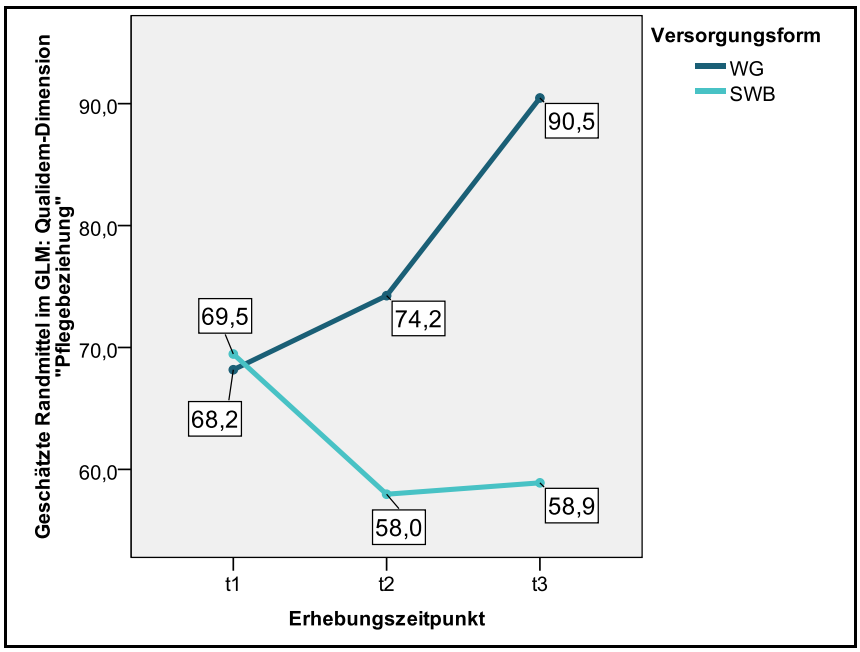


Abbildung 67: Geschätzte Randmittel der Qualidem-Dimension „Pflegebeziehung“ im GLM im zeitlichen Verlauf nach Versorgungsform

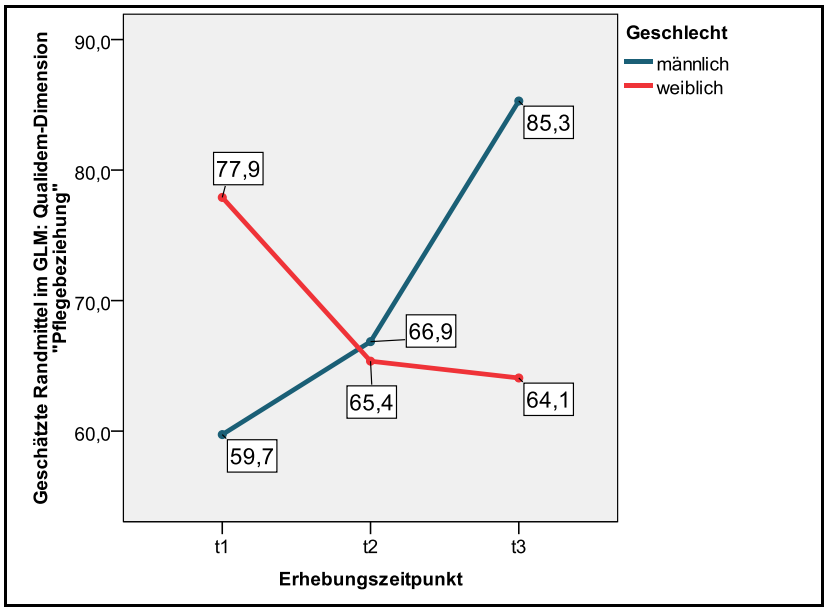


Abbildung 68: Geschätzte Randmittel der Qualidem-Dimension „Pflegebeziehung“ im GLM im zeitlichen Verlauf nach Geschlecht

Ruheloses, angespanntes Verhalten: Im zeitlichen Verlauf ist allgemein keine Veränderung nachzuweisen (GLM [Wilks-Lambda]; p = 0,474). Wechselwirkungen zwischen den betrachteten Einflussfaktoren und der zeitlichen Entwicklung lassen sich nicht nachweisen (GLM [Wilks-Lambda]; p > 0,050). Ein signifikanter Gruppenunterschied zeigt sich jedoch beim Geschlecht (GLM; p > 0,014). Trotz einer im Zeitverlauf ansteigenden Lebensqualität in

diesem Bereich, weisen Männer im gesamten Studienzeitraum eine erkennbar schlechtere Lebensqualität auf (vgl. ***Abbildung 69***).

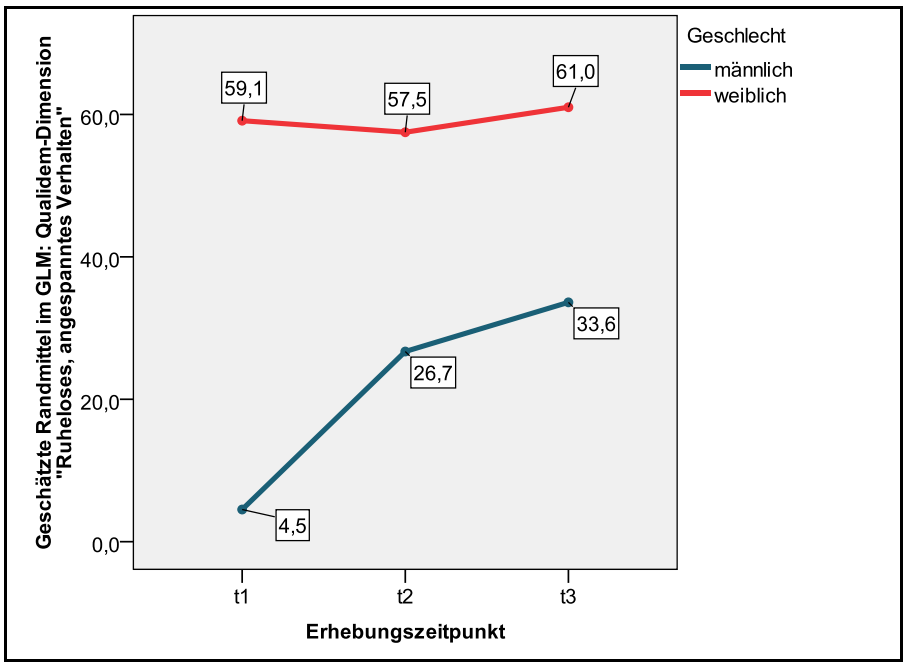


Abbildung 69: Geschätzte Randmittel der Qualidem-Dimension „Ruheloses, angespanntes Verhalten“ im GLM im zeitlichen Verlauf nach Geschlecht

Positives Selbstbild: Im zeitlichen Verlauf ist allgemein keine Veränderung nachzuweisen (GLM [Wilks-Lambda]; p = 0,163). Wechselwirkungen zwischen den betrachteten Einflussfaktoren und der zeitlichen Entwicklung lassen sich nicht nachweisen (GLM [Wilks-Lambda]; p > 0,050). Gruppenunterschiede sind ebenfalls nicht nachweisbar (GLM; p > 0,050).

Soziale Beziehungen: Im zeitlichen Verlauf ist allgemein keine signifikante Veränderung nachzuweisen (GLM [Wilks-Lambda]; p = 0,223). Wechselwirkungen zwischen den betrachteten Einflussfaktoren und der zeitlichen Entwicklung lassen sich nicht nachweisen (GLM [Wilks-Lambda]; p > 0,05). Gruppenunterschiede sind ebenfalls nicht nachweisbar (GLM; p > 0,050).

Soziale Isolation: Im zeitlichen Verlauf ist allgemein keine signifikante Veränderung nachzuweisen (GLM [Wilks-Lambda]; p = 0,574). Wechselwirkungen zwischen den betrachteten Einflussfaktoren und der zeitlichen Entwicklung lassen sich nicht nachweisen (GLM [Wilks-Lambda]; p > 0,050). Gruppenunterschiede sind ebenfalls nicht nachweisbar (GLM; p > 0,050).

Sich zuhause fühlen: Im zeitlichen Verlauf ist allgemein nur eine tendenzielle Veränderung nachzuweisen (GLM [Wilks-Lambda]; p = 0,059). Die gemessene Lebensqualität in diesem Bereich steigt insgesamt im Studienverlauf an. Wechselwirkungen zwischen den betrachteten Einflussfaktoren und der zeitlichen Entwicklung lassen sich nicht nachweisen (GLM; [Wilks-Lambda]; p > 0,050). Gruppenunterschiede sind ebenfalls nicht nachweisbar (GLM; p > 0,050) (vgl. ***Abbildung 70***).

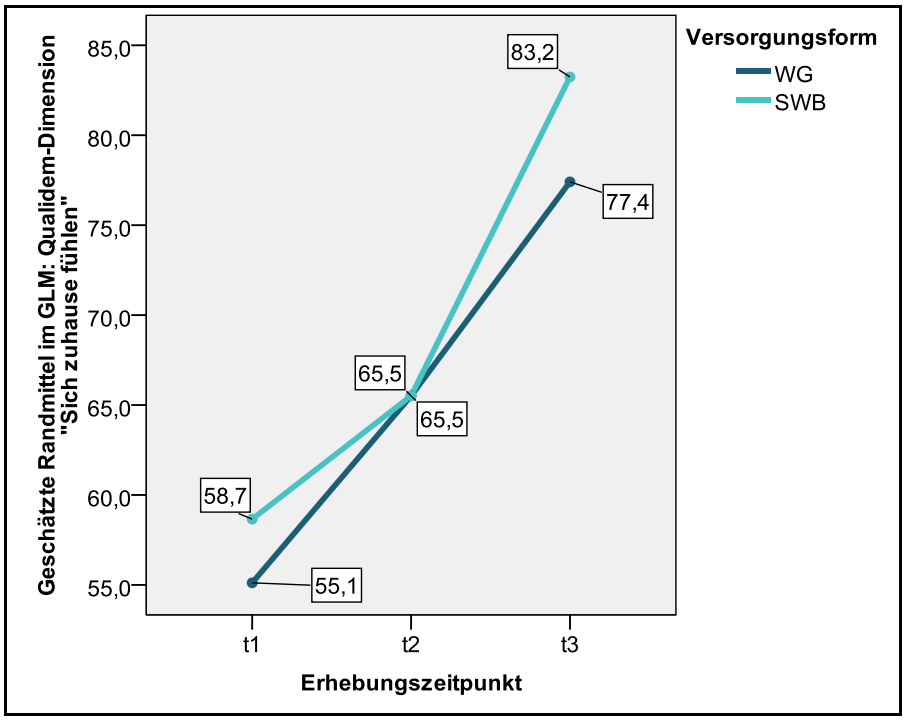


Abbildung 70: Geschätzte Randmittel der Qualidem-Dimension „Sich zuhause fühlen“ im GLM im zeitlichen Verlauf nach Versorgungsform

Etwas zu tun haben: Im zeitlichen Verlauf ist allgemein keine signifikante Veränderung nachzuweisen (GLM [Wilks-Lambda]; p = 0,369). Wechselwirkungen zwischen den betrachteten Einflussfaktoren und der zeitlichen Entwicklung lassen sich nicht nachweisen (GLM [Wilks-Lambda]; p > 0,050). Gruppenunterschiede sind ebenfalls nicht nachweisbar (GLM; p > 0,050).

8.2.4.5 Ernährungsstatus BMI / MUST

Für die Berechnung des BMI liegen Daten von n = 54 Personen vor. Für n = 2 der Teilnehmenden zum Zeitpunkt t_1 kann aufgrund von fehlenden Angaben weder der BMI noch der MUST-Score berechnet werden. Zur Beurteilung des Ernährungsstatus dient der Literatur zufolge üblicherweise der WHO-klassifizierte BMI als Richtmaß. Bei 65-Jährigen und Älteren sollte der BMI höher angesetzt werden (vgl. MDS e.V. 2003; National Research Council 1989). Weil dies mehrheitlich auf die Rekrutierten zutrifft, wird die Ernährungssituation ebenfalls anhand des altersadjustierten BMI beschrieben.

Mit 23,5 liegt der durchschnittliche BMI der teilnehmenden Personen nach der Klassifikation der WHO (2008) im Bereich „Normalgewicht“ (18,5-24,9). Gegenüber Personen mit dem Einzugsziel WG (BMI: 22,4) sind Personen mit dem Einzugsziel SWB (BMI: 25,2) im Mittel als übergewichtig (25,0-29,9) einzustufen (t-Test; p = 0,015). Menschen, deren MMSE < 10 Punkte beträgt, sind mit einem BMI von 25,5 im Mittel tendenziell übergewichtiger als kognitiv weniger stark Beeinträchtigte mit 23,0 (t-Test; p = 0,062).

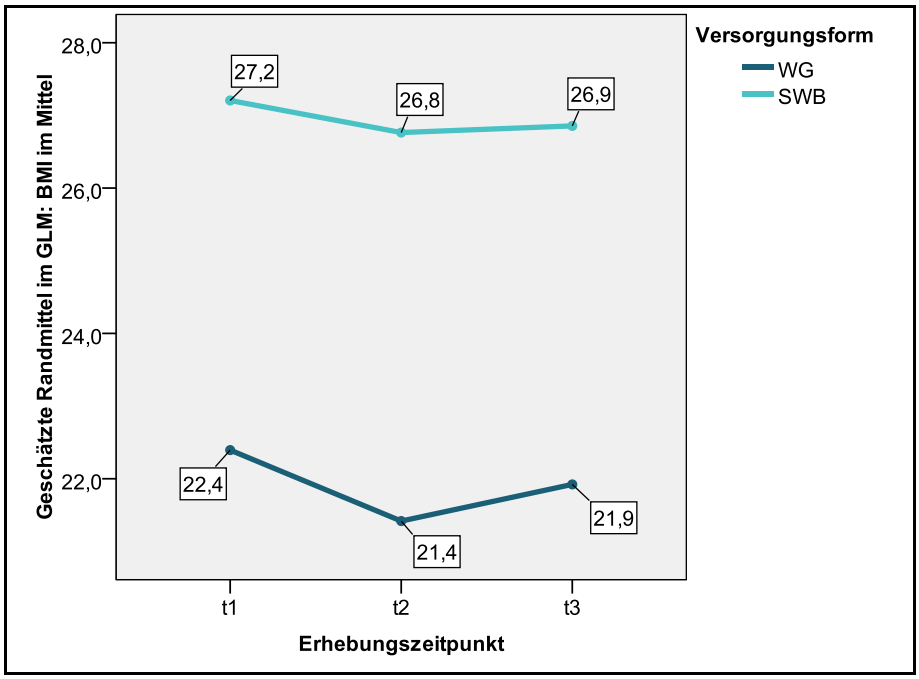


Abbildung 71: Geschätztes Randmittel des mittleren BMI im GLM im zeitlichen Verlauf nach Versorgungsform

Im zeitlichen Verlauf (vgl. ***Tabelle 52***) sind keine signifikanten Veränderungen des BMI nachweisbar (GLM [Greenhouse-Geisser]; p = 0,524). Wechselwirkungen zwischen den betrachteten Einflussfaktoren (Wohnform, Demenzstadium (GDS) bei Aufnahme, Geschlecht)

und der zeitlichen Entwicklung lassen sich ebenfalls nicht nachweisen (GLM [Greenhouse-Geisser]; $p > 0.05$). Gruppenunterschiede zeigen sich jedoch für die Wohnform (GLM; $p = 0{,}011$) und tendenziell nach Geschlecht (GLM; $p = 0{,}053$), Bewohner/innen von WG weisen im gesamten Studienverlauf einen geringeren durchschnittlichen BMI auf, SWB-Bewohner/innen sind im Mittel durchgehend übergewichtig (vgl. ***Abbildung 71***). Bei Frauen liegt der durchschnittliche BMI durchgehend über dem der Männer und steigt im Studienverlauf leicht an (vgl. ***Abbildung 72***).

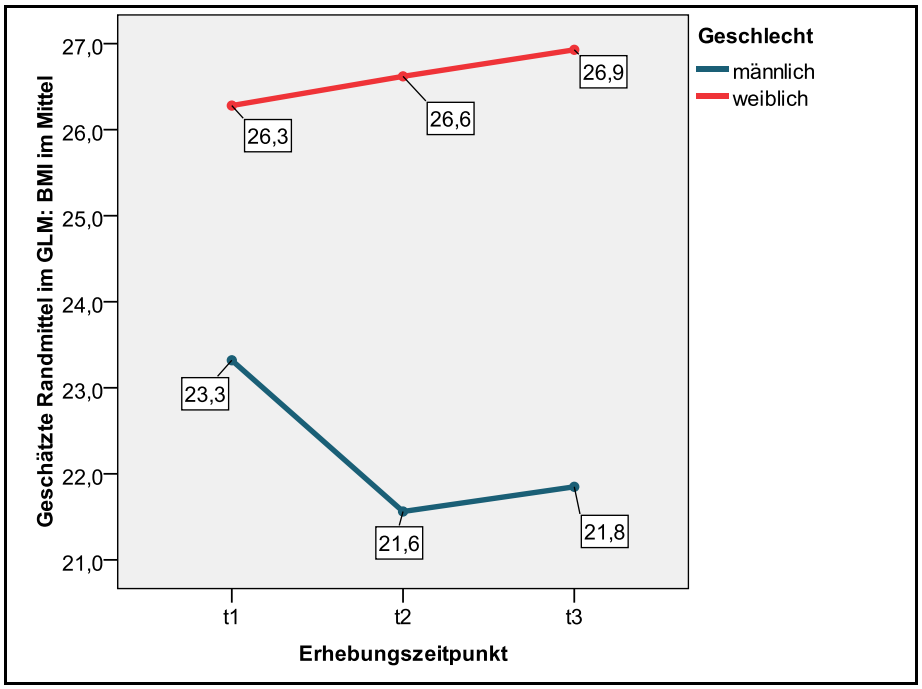


Abbildung 72: Geschätztes Randmittel des mittleren BMI im GLM im zeitlichen Verlauf nach Geschlecht

Grundlage der weiteren Beschreibungen ist der altersadjustierte BMI. Normalgewichtigkeit sind demnach Personen deren BMI im Bereich 24,0-29,9 liegt. Nach dieser Einteilung sind mehr als die Hälfte der Ausgangskohorte (54,8 %; n = 29) untergewichtig, 34,0 % (n = 18) normalgewichtig und 7,5 % (n = 4) übergewichtig. Mit 63,4 % (n = 26) sind mehrheitlich einziehende Frauen untergewichtig, aber nur 41,7 % (n = 5) der Männer. Alle übrigen männlichen Rekrutierten und 28,2 % (n = 11) der weiblichen sind zu t_1 normalgewichtig. 10,3 % (n = 4) der Frauen haben Übergewicht. Einziehende mit einem MMSE ≥ 10 Punkten sind anteilig häufiger normalgewichtig (39 %) und seltener unter- (56,1 %) oder übergewichtig (4,9 %). Schwerstdemenzerkrankte (MMSE< 10 Punkte) sind dagegen anteilig seltener (Chi-Quadrat-Test; $p = 0{,}203$) normalgewichtig (20 %), dafür aber häufiger unter- (60,0 %) oder übergewichtig (20,0 %).

Ca. zwei Drittel aller in WG einziehenden Personen sind unterernährt und nur jede/r Vierte normalgewichtig (siehe ***Abbildung 73***). Die Anteile aller untersuchten Normal- und Untergewichtigen mit dem Einzugsziel SWB hingegen sind nahezu identisch. Jeder zweite von ihnen hat ein Gewicht, welches im Normalbereich liegt.

Im zeitlichen Verlauf sinken die Anteile der Normal- und Untergewichtigen (siehe ***Tabelle 52***). Der Anteil der Übergewichtigen nimmt dagegen zu.

Um das Gesamtrisiko für das Vorliegen einer Mangelernährung einschätzen zu können, wurde der MUST (MAG 2003) berechnet. Mit 48,2 % (n = 27) besteht bei der Hälfte der Ausgangskohorte nur eine geringe Gefahr von Ernährungsdefiziten. Ein mittleres Risiko besteht für jeden Vierten (25,0 %; n = 14) und ein hohes Risiko für 23,2 % (n = 13). Frauen haben mehrheitlich ein geringes Gesamtrisiko, Männer hingegen ein hohes (siehe ***Abbildung 74***). Einziehende mit einer hohen Risikowahrscheinlichkeit waren mit 78,8 Jahren im Mittel am jüngsten, Einziehende mit einem mittleren Risiko am ältesten (84,6 Jahre).

Bei Personen mit stark eingeschränkter Kognition (MMSE < 10) ist das Risiko einer Mangelernährung bei weniger als der Hälfte aller Personen als gering (42,9 %) und insgesamt häufiger als mittel (28,6 %) oder hoch (28,6 %) einzuschätzen. Die Untersuchten mit einer besseren geistigen Leistungsfähigkeit haben anteilig häufiger ein geringes Risiko (50,0 %) und seltener ein mittleres (23,8 %) und hohes (21,4) Risiko (Chi-Quadrat-Test; p = 0,818).

Nach einem Jahr verdoppelt sich der Anteil derjenigen mit einer geringen Gefahr von Ernährungsdefiziten. Gleichzeitig sinkt das mittlere und hohe Risiko insgesamt. Zu t_3 besteht für 23,1 % der SWB- und für 5,0 % der WG-Bewohnerschaft ein mittleres Risiko, ein hohes dafür für 15,0 % der WG- und 7,7 % der SWB-Bewohnerschaft. Etwa jeweils 12 % der sowohl geistig stark Eingeschränkten als auch der weniger stark Eingeschränkten sind am Ende des Untersuchungszeitraums einem hohen Gesamtrisiko ausgesetzt. Mit 17,6 % ist ein dreimal so hoher Anteil der Schwerstdemenzerkrankten gegenüber den leistungsfähigeren Personen einem mittlere Risiko bzgl. Mangelernährung ausgesetzt. Ein geringes Risiko besteht nach 12 Monaten bei einem leicht größeren Anteil der Leistungsfähigeren (81,3 % vs. 70,6 %).

Tabelle 52: Gesundheitliche Situation (körperlich)

	t_1 (n = 56)				t_1 (n = 33)				t_2 (n = 33)				t_3 (n = 33)			
		Versorgungsform				Versorgungsform				Versorgungsform				Versorgungsform		
	gesamt	WG	SWB	p	gesamt	WG	SWB	p	gesamt	WG	SWB	p	gesamt	WG	SWB	p
BMI (in kg/m²) im Mittel (s)	23,5 (4,1)	22,4	25,2	**=0,015[1]**	23,6 (4,2)	22,2	25,7	**=0,020[1]**	23,9 (4,3)	23,1	25,1	n.s.[1]	24,0 (4,4)	23,4	24,7	n.s.[1]
Altersadjustierter BMI in %				n.s.[2]				**=0,086[2]**				n.s.[2]				n.s.[2]
Untergewicht (< 23,99)	54,8	65,6	42,1		54,8	65,0	36,4		53,3	66,7	50,0		56,7	63,2	45,5	
Normalgewicht (24,00 – 29,00)	34,0	25,0	52,6		38,7	25,0	63,6		33,3	33,3	33,3		26,7	15,8	45,5	
Übergewicht (> 29,00)	7,5	9,4	5,3		6,5	10,0	-		13,3	-	16,7		16,7	21,1	9,1	
MUST-Score in %				n.s.[2]				n.s.[2]				n.s.[2]				n.s.[2]
gering	48,2	47,1	50,0		54,5	50,0	61,5		66,7	60,0	76,9		72,7	75,0	69,2	
mittel	25,0	23,5	27,3		21,2	25,0	15,4		21,2	35,0	15,4		12,1	5,0	23,1	
hoch	23,2	23,5	22,7		18,2	15,0	23,1		9,1	10,0	7,7		12,1	15,0	7,7	

[1] t-Test; [2] Chi-Quadrat; n. s. = nicht signifikant

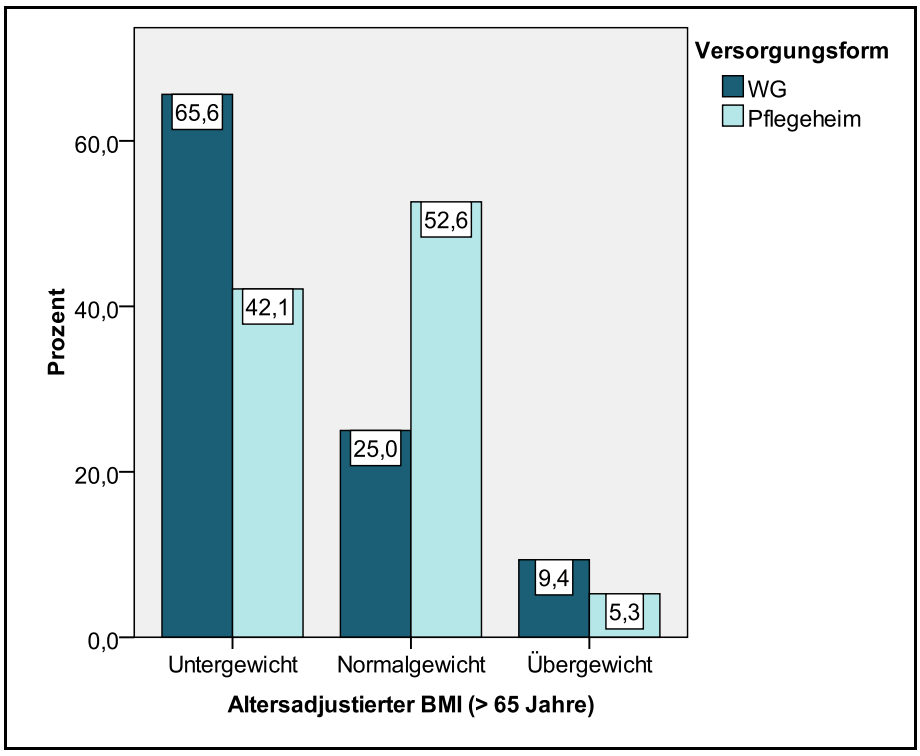


Abbildung 73: Altersadjustierter BMI zu t_1 (n = 51): Teilnehmende mit dem Einzugsziel WG im Vergleich zu Teilnehmenden mit dem Einzugsziel SWB

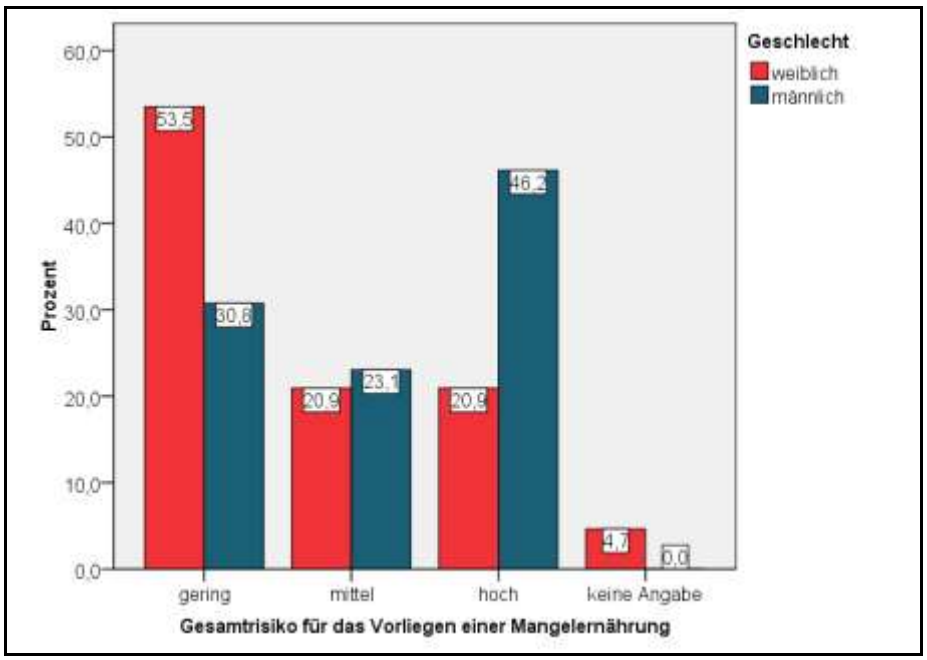


Abbildung 74: Gesamtrisiko für das Vorliegen einer Mangelernährung (MUST) zu t_1: Teilnehmerinnen im Vergleich zu Teilnehmern

8.2.4.6 Schmerzen

Die Prävalenz von Schmerzen wurde mittels einer Selbstbeurteilung der Teilnehmenden bestimmt. Ebenfalls sollten diese anhand einer Rating-Skala von „kein Schmerz“ bis „starker Schmerz“ die Schmerzintensität bestimmen. Alle Rekrutierten konnten sowohl die Frage nach dem Schmerz beantworten und sofern Schmerzen vorlagen deren Intensität angeben. Zum Erhebungszeitpunkt t_1 hat fast jede zweite Person (n = 25), nämlich 46,5 % aller Frauen und 38,5 % aller Männer aktuell Schmerzen. Personen mit Schmerzen (81,8 Jahre), sind im Durchschnitt 1,3 Jahre jünger als jene ohne Schmerzen. Das Phänomen Schmerz wird häufiger von Teilnehmenden mit dem Einzugsziel WG (52,9 %) angegeben (SWB: 31,8 %). Bei genauerer Betrachtung der Gruppe mit Schmerzen (siehe ***Abbildung 75***) fällt auf, dass 60 % (n = 15) mittels Analgetika medikamentös therapiert werden. Womöglich unterversorgt sind allerdings 40 % (n = 10), da sie trotz Schmerzen keine Schmerzpräparate weder als Dauer- noch als Bedarfsmedikation einnehmen (Test nach Fisher; p = 0,005). Die Rate bei Personen mit dem Einzugsziel WG beträgt dabei 27,8 % und den SWB 31,3 %. Insgesamt 22,6 % (n = 7) aller Personen ohne Schmerzen erhalten Analgetika, deutlich häufiger Personen mit dem Einzugsziel SWB (WG: 18,8 %; SWB: 26,7 %). Mit jeweils 17,9 % haben n = 10 der Untersuchten zum Zeitpunkt t_1 leichte und mittlere Schmerzen (siehe ***Tabelle 53***). Bei etwa anteilig halb so vielen fällt die Intensitätsdimension in die Kategorie „starker Schmerz“. Während männliche Personen häufiger leichte Schmerzen äußern, geben ihre weiblichen Pendants anteilig öfter mittlere Schmerzen an.

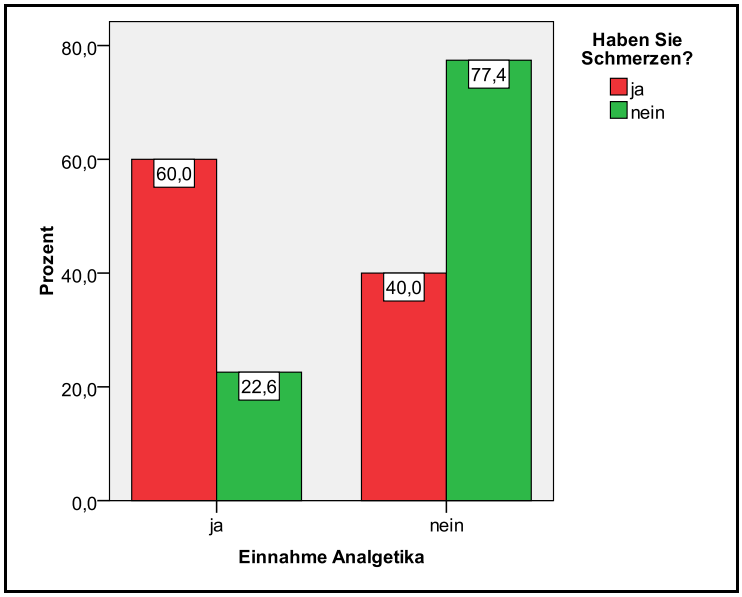


Abbildung 75: Einnahme von Analgetika zu t_1: Teilnehmende mit Schmerzen im Vergleich zu Teilnehmenden ohne Schmerzen

Im zeitlichen Verlauf hat sich der Anteil der Follow-ups mit Schmerzen erheblich verringert (siehe ***Tabelle 53***). Zu t_2 haben 30,8 % aller Frauen und nur 14,3 % der Männer Schmerzen. Auch hat ein mehr als doppelt so hoher Anteil der WG-Bewohnerschaft Schmerzen (35,0 % vs. 15,4 %). Nach einem Jahr haben insgesamt 15,2 % (n = 5) Schmerzen. Es sind allein integrativ versorgte Personen und mit 28,6 % ein deutlich größerer Anteil der Männer (Frauen: 11,5 %). 33,3 % aller Personen mit Schmerz nehmen zum Zeitpunkt t_2 keine Analgetika ein. Zum Zeitpunkt t_3 sind dies noch 60 % (n = 3) (WG: 66,7 %; SWB: 50,0 %). Zu t_3 erhalten nur 40 % aller Nachverfolgten mit Schmerzen eine entsprechende pharmakologische Schmerzbehandlung mittels Analgetika. Hier nehmen 46,4 % (n = 13) der Teilnehmenden ohne Schmerzen Analgetika ein (WG: 46,4 %; SWB: 45,5 %).

Tendenziell hat sich ebenfalls die Schmerzintensität im Zeitverlauf verändert. Während starker Schmerz zu t_2 und t_3 nicht mehr angegeben werden, wird hier häufiger von einer leichten Schmerzsymptomatik berichtet.

Tabelle 53: Gesundheitliche Situation (Kontrakturen, Schmerz)

	t_1 (n = 56 / 33)	t_2 (n = 33)	t_3 (n=33)
aktuell Kontrakturen in %	5,4 / 0,0	0,0	0,0
Sturz innerhalb der letzten 4 Wochen in %	48,2 / 45,5	27,3	18,2
aktuelle Schmerzen in %	44,6 / 45,5	27,3	15,2
Schmerzintensität in %			
leichter Schmerz	17,9 / 15,2	15,2	9,1
mittlerer Schmerz	17,9 / 21,2	12,1	6,1
starker Schmerz	8,9 / 9,1	0,0	0,0

8.2.4.7 Kontrakturen

Zum ersten Untersuchungszeitpunkt haben n = 3 Frauen Kontrakturen (vgl. ***Tabelle 53***). Die Gelenke der Nichtausgeschiedenen sind hier und bleiben über alle Erhebungszeitpunkte weder funktionell noch in ihrer Bewegung eingeschränkt.

8.2.4.8 Sturz

Nahezu jede/r zweite Teilnehmer/in war innerhalb der vergangenen vier Wochen vor dem Umzug in eine der beiden Versorgungsformen gestürzt (siehe ***Tabelle 53***). Mit 51,2 % stürzten Frauen anteilig etwas häufiger als Männer mit 38,5 %. Stürzer/innen sind mit einem mittleren Durchschnittsalter von 82,9 Jahren durchschnittlich 0,7 Jahre älter. Ein vermuteter Zusammenhang zwischen freiheitseinschränkenden (FEM) bzw. bewegungseinschränkenden (BEM) Maßnahmen und Stürzen bestätigte sich nicht. Ein Sturzereignis trat bei 34,8 % aller WG- und 13,3 % der SWB-Bewohnerinnen ein. Auch stürzten integrativ versorgte Personen

anteilig häufiger als ihre segregativ betreuten Pendants (30,4 % vs. 20,0 %). Im Untersuchungsverlauf sank die Anzahl der Sturzvorkommen deutlich. Zu t_2 stürzten 27,3 % (n = 10) aller Follow-ups, zum Zeitpunkt t_3 nur noch 18,2 % und deutlich häufiger Männer (57,1 %) als Frauen (7,7 %). Die Stürzenden sind im Gegensatz zu t_1 durchschnittlich 71,8 Jahre alt und signifikant jünger als Personen ohne Sturzereignis (83,2 Jahre) (t-Test; p = 0,006). Es wird nur ein Sturz in WG aber fünf Stürze in SWB angegeben.

8.2.4.9 Bewegungseinschränkende bzw. freiheitseinschränkende Maßnahmen

Durch die Untersuchung sollte ermittelt werden ob und in welchem Umfang bewegungseinschränkende bzw. freiheitseinschränkende Maßnahmen notwendig waren. Als körpernahe freiheitseinschränkende Maßnahmen wurden Fixierungen mittels Gurten und Stecktischen, als bewegungseinschränkende Maßnahmen beidseits hochgezogene Bettgitter, abgeschlossene Zimmer- bzw. Wohnungstüren abgefragt. Zusätzlich zu den vorgegebenen Maßnahmen konnten weitere mobilitätseinschränkende Maßnahmen beschrieben werden. Die Beurteilung der Häufigkeiten erfolgte anhand einer fünfstufigen Ratingskala von 0 = nie bis 5 = täglich. Den Angaben der Befragten zufolge wurden FEM / BEM in den letzten vier Wochen vor dem Einzug bei 30,4 % der Stichprobe und bei 38,5 % der Männer und 27,9 % er Frauen angewendet. Am häufigsten berichten die Auskunftspersonen von hochgezogenen Bettgittern. Hiermit werden sieben Frauen, drei Männer und insgesamt 17,9 % aller Einziehenden täglich sowie eine Einziehende weniger als einmal pro Woche eingeschränkt. Das Abschließen von Zimmer- bzw. Wohnungstüren war für 8,9 % (n = 5) der Ausgangskohorte täglich und in zwei Fällen weniger als einmal pro Woche erforderlich. Körpernah durch Gurte / Stecktische wurden 3,6 % (n = 2) der Bewohner/innen fixiert. Diese Maßnahmen kamen täglich zur Anwendung. Eine Teilnehmerin wird mittels einer „Fixierungsweste“, einem „Schlafsack“, einem „Spannbettlaken + Jacke“ täglich bewegungsfreiheitlich eingeschränkt. In den stationären Einheiten wird ein (nicht signifikant) größerer Bewohneranteil (40,9 %; n = 9) mechanisch eingeschränkt (WG: 23,5 %; n = 8).

Im zeitlichen Verlauf stieg die Anzahl der FEM/ BEM im Mittel pro Follow-up-Teilnehmendem von jeweils 1,0 zu t_1 und t_2 auf 1,5 zu t_3. Insgesamt werden nach einem Jahr 27,3 % der Rekrutierten und ausschließlich Frauen eingeschränkt. 24,2 % werden durch eine und 3,0 % durch zwei Maßnahmen gesichert. Während das Anbringen von Gurten und Stecktischen quantitativ unverändert blieb, wurden zum Zeitpunkt t_3 zusätzlich zwei Bewohnerinnen mittels hochgezogener Bettgitter täglich gesichert, so dass insgesamt 27,3 % mittels hochgezogener Bettgitter und 3,0 % körpernah durch Gurt / Stecktisch eingeschränkt wurden. Diese Maßnahme wird bei 30,0 % der WG- und bei 7,7 % der SWB-Bewohnerschaft praktiziert.

Insgesamt werden FEM / BEM nach 12 Monaten bei 35 % der ambulant und 15,4 % der stationär Versorgten mechanisch eingeschränkt. Abgeschlossene Zimmer- bzw. Wohnungstüren sowie andere FEM/ BEM werden zum Zeitpunkt t_3 nicht angewendet. Ein Zusammenhang zwischen der Anwendung von FEM/ BEM und der Versorgungsform ließ sich nicht feststellen.

8.2.4.10 Einnahme von Medikamenten

Die Auskunftgebenden wurden um Informationen zur medikamentösen Behandlung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer innerhalb der vergangenen vier Wochen vor dem Erhebungszeitpunkt gebeten. Hierbei sollten sowohl die regelmäßige als auch die Bedarfsmedikation beschrieben werden. Mehrfachantworten waren möglich.

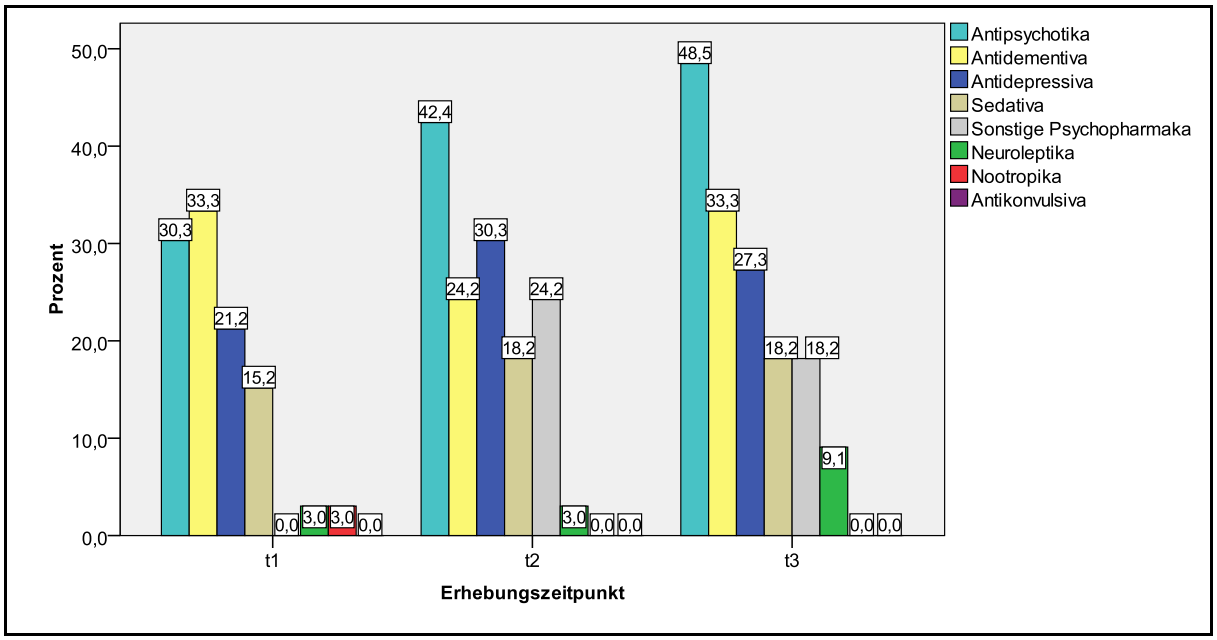


Abbildung 76: Anteile der Follow-ups mit Psychopharmaka im Zeitverlauf - Präparategruppen

57 Angaben können für die Baselinebeschreibung ausgewertet werden. Mit 62,5 % (n = 35) nimmt fast zwei Drittel der Ausgangskohorte mindestens ein Psychopharmakon ein. Am häufigsten werden Präparate der Gruppen Antipsychotika, Antidementiva und Antidepressiva verordnet (siehe ***Abbildung 76***). Neuroleptika, sonstige Psychopharmaka und Nootropika werden nur selten verabreicht. Mehr als ein Drittel aller Untersuchten nimmt ein, 17,9 % zwei und sogar 8,9 % drei verschiedene Psychopharmaka ein (vgl. ***Tabelle 55***). Die mittlere Anzahl der eingenommenen Psychopharmaka beträgt 1,0 und variiert nicht nach dem Alter, dennoch sind Auffälligkeiten erkennbar. Teilnehmende, die keine Psychopharmaka einnehmen sind am ältesten, gefolgt von Teilnehmenden mit drei verschiedenen Psychopharmaka. Zwei Präparate werden von den jüngsten eingenommen. Teilnehmende mit dem Einzugsziel

SWB erhalten mit durchschnittlich 1,3 Psychopharmaka deutlich häufiger Präparate mit diesen Wirkstoffen als Einziehende in eine WG mit im Mittel 0,8 (t-Test; p = 0,034). 7,1 % (n = 4) der Rekrutierten werden Psychopharmaka als Bedarfsmedikation verschrieben.

Im zeitlichen Verlauf steigt die mittlere Anzahl der eingenommenen Psychopharmaka (vgl. ***Tabelle 54***) der Follow-up Teilnehmenden an. Zu t_3 nehmen nur noch 6,1 % der Untersuchten keine derartigen Präparate zu sich. Besonders bei männlichen Rekrutierten ist ein sprunghafter Anstieg von durchschnittlich 1,3 gleichzeitig eingenommenen Psychopharmaka zum Zeitpunkt t_1 auf 1,9 zum Zeitpunkt t_2 auffällig. Zu t_3 ist ein leichter Rückgang messbar. Bei Frauen ist ein weniger rasanter Anstieg über alle Erhebungszeitpunkte festzustellen (t_1: 1,0; t_2: 1,3; t_3: 1,5). Über den gesamten Untersuchungszeitraum nehmen Personen in SWB durchschnittlich mehr Psychopharmaka gleichzeitig ein als Personen in WG. Auch hier steigt zunächst die Anzahl, bevor ein minimaler Rückgang zu messen ist (siehe ***Abbildung 77***).

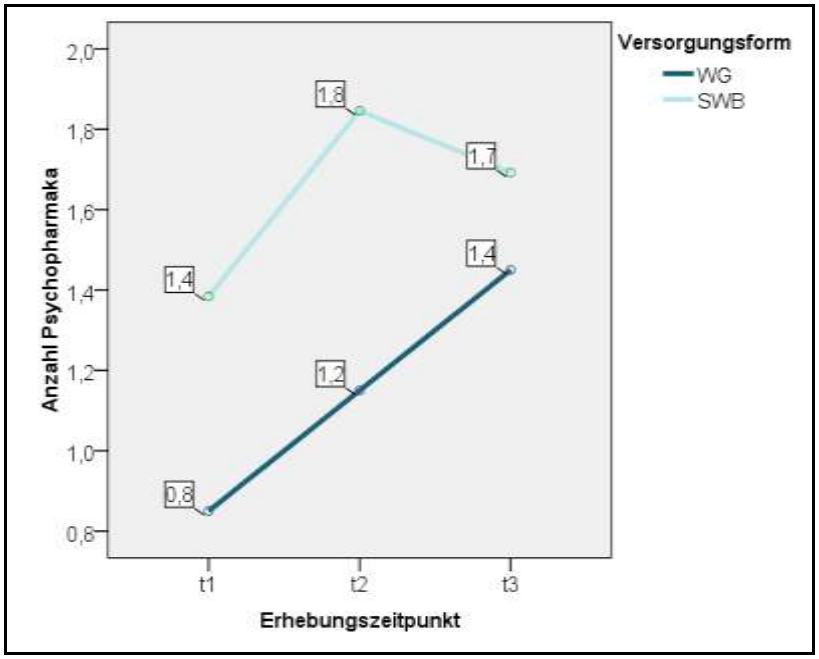


Abbildung 77: Anzahl der gleichzeitig eingenommenen Psychopharmaka im zeitlichen Verlauf: WG-Bewohnerschaft im Vergleich zur SWB-Bewohnerschaft

Analgetika werden von 39,3 % (n = 22) der Einziehenden bei Einschluss in die Studie regelmäßig eingenommen (vgl. ***Tabelle 54***). Verglichen mit Männern (23,1 %) nehmen anteilig etwa doppelt so viele Frauen (44,2 %) Schmerzmittel zu sich. Mit einem Durchschnittsalter von 85,5 Jahren ist die Gruppe derjenigen, welche Analgetika bekommen im Mittel 4,9 Jahre älter als alle übrigen (t-Test; p = 0,043). Die Verordnungsrate von Analgetika überwiegt bei Personen mit dem Einzugsziel WG (47,1 %; SWB: 27,3 %). Unterscheidet man die Einnah-

me von Analgetika hinsichtlich der WHO Stufen, so nimmt der größte Teil der Ausgangskohorte Analgetika der Stufe I zu sich. Ein Anteil von 16,1 % (n = 9) nehmen Analgetika bei Bedarf ein.

Ähnlich wie bei den Psychopharmaka werden im Zeitverlauf mehr Schmerzmittel eingenommen. Während anteilig weniger Präparate der WHO-Stufen II und III verordnet werden, steigt der Konsum von Wirkstoffen der Stufe I. Ebenfalls werden Analgetika häufiger als Bedarfsmedikation verabreicht. Zum Zeitpunkt des Einzugs und nach sechs Monaten werden Frauen häufiger mittels Analgetika medikamentös versorgt. Nach 12 Monaten erhalten anteilig mehr Männer Analgetika. Auch zum Zeitpunkt t_2 ist die Verordnung über ein Schmerzmittel an das Alter geknüpft. Bewohner mit Analgetikamedikation sind gemittelte 84,4 Jahre alt und fast 7 Jahre älter. Nach 12 Monaten ist der Altersabstand nicht mehr signifikant, aber der Trend setzt sich fort. Wahrscheinlich verhindern die kleinen Fallzahlen hier eine teststatistische Signifikanz.

Tabelle 54: Einnahme von Medikamenten zum Zeitpunkt t_1: Ausgangskohorte im Vergleich zu follow-up Teilnehmer/innen

	t_1 (n = 56 / 33)	**t_2** (n = 33)	**t_3** (n = 33)
Einnahme Psychopharmaka im Mittel	1,0 / 1,1	1,4	1,5
kein Psychopharmakon in %	37,5 / 36,4	12,1	6,1
ein Psychopharmakon	35,7 / 30,3	48,5	48,5
zwei Psychopharmaka	17,9 / 24,2	24,2	36,4
drei Psychopharmaka	8,9 / 9,1	15,2	3,0
vier Psychopharmaka	0,0	0,0	6,1
bei Bedarf	7,1 / 9,1	18,2	27,3
Einnahme Analgetika in %	39,3 / 39,4	51,5	45,5
WHO-Stufe I	26,8 / 24,2	45,5	45,5
WHO-Stufe II	10,7 / 12,1	3,0	0,0
WHO-Stufe III	5,4 / 9,1	9,1	3,0

8.2.4.11 Komorbiditäten - CIRS-S

Mittels einer Fremdeinschätzung durch die jeweiligen Hausärzte wurden die gesundheitlichen Probleme der Untersuchten erfasst. Für 5,4 % (n = 3) der Teilnehmenden haben die jeweiligen Hausärzte/innen zum Zeitpunkt t_1 keine Auskunft erteilt. Im Studienverlauf hat die Teilnahmebereitschaft der Hausärzte/innen zunehmend nachgelassen. Zum Zeitpunkt t_2 fehlen die Angaben zu n = 11 und zum Zeitpunkt t_3 zu n = 14 der Follow-up-Teilnehmenden. Insgesamt sind die Angaben zur gesundheitlichen Situation und besonders zu den psycholo-

gischen Verhaltensauffälligkeiten lückenhaft. Häufig wurde keine ICD-Codierung vorgenommen und eine Demenzerkrankung nicht angegeben.

Tabelle 55: Vorliegen von Erkrankungen der Teilnehmenden nach CIRS-Hauptdiagnosekategorien in % (n) im zeitlichen Verlauf

Hauptdiagnosekategorie	t_1 (n = 56)	(n = 33)	t_2 (n = 33)	t_3 (n=33)
Herz	23,2 (13)	21,2 (7)	30,3 (10)	36,4 (12)
Kreislauf	25,0 (14)	21,2 (7)	24,2 (8)	30,3 (10)
Atmungssystem	10,7 (6)	9,3 (1)	12,1 (4)	21,2 (7)
Haut	7,1 (4)	6,1 (2)	12,1 (4)	15,2 (5)
Augen, Nase, Ohren, Hals	8,9 (5)	-	6,1 (2)	15,2 (5)
Magen-Darmtrakt	19,6 (11)	15,2 (5)	15,2 (5)	12,1 (4)
Leber, Galle	-	-	-	3,0 (1)
Pankreas	1,8 (1)	3,0 (1)	3,0 (1)	9,1 (3)
Niere	14,3 (8)	12,1 (4)	3,0 (1)	9,1 (3)
Blase, Harnleiter, Urethra	12,5 (7)	9,1 (3)	12,1 (4)	9,1 (3)
Genitalsystem	3,6 (2)	3,0 (1)	3,0 (1)	9,1 (3)
Endokrines System (auch Adipositas)	17,9 (10)	9,1 (3)	9,1 (3)	9,1 (3)
Hämatopoetisches und Immunsystem (Allergien)	5,4 (3)	3,0 (1)	9,1 (3)	12.1 (4)
Nervensystem, peripher & zentral	16,1 (9)	18,2 (6)	33,3 (11)	39,4 (13)
Psychische und Verhaltensstörungen	25,0 (14)	27,3 (9)	24,2 (8)	33,3 (11)
Alkohol- Medikamentenabusus	3,6 (2)	-	-	3,0 (1)
Tumore	1,8 (1)	-	3,0 (1)	-
Muskuloskelettales System	17,9 (10)	15,2 (5)	15,2 (5)	24,2 (8)
Infektionen, parasitäre Erkrankungen	1,8 (1)	3,0 (1)	-	3,0 (1)
Vergiftungen	-	-	-	-

Besonders häufig diagnostizierten die Hausärzten/innen zum Zeitpunkt t_1 Erkrankungen in den Hauptdiagnosekategorien „Psychische und Verhaltensstörungen“, „Herz“ „Kreislauf“ und „Magen-Darmtrakt“ (vgl. ***Tabelle 55***). Ab t_2 gewinnen zusätzlich Organschädigungen des peripheren und zentralen Nervensystems zunehmend an Bedeutung und stellen 12 Monate nach dem Einzug die am häufigsten diagnostizierten Erkrankungen dar.

Bei 57,1 % (n = 32) aller Rekrutierten und bei 57,6 % (n = 19) der Nichtausgeschiedenen werden zum Zeitpunkt ihres jeweiligen Einzugs keine somatischen Erkrankungen von den Ärztinnen und Ärzten angegeben. Nach sechs Monaten trifft das auf 21,2 % (n = 7) der Follow-ups und nach zwölf Monaten nur noch auf einen Follow-up-Teilnehmenden zu.

Bei Einschluss wurden Erkrankungen in durchschnittlich 2,3 Hauptdiagnosekategorien diagnostiziert. Die Anzahl der so bewerteten Hauptdiagnosekategorien hat im zeitlichen Verlauf der Follow-ups von 1,9 zu t_1 über 3,2 zu t_2 auf 3,9 zu t_3 stetig zugenommen.

Der mittlere CIRS-Gesamtscore ergibt sich aus den Ausprägungsgraden von 0-3 der 20 Hauptdiagnosekategorien (siehe ***Tabelle 55***) und kann max. 3 Punkte bekommen. Der ermittelte CIRS-Gesamtscore (vgl. ***Tabelle 56***) von 0,2 verdeutlicht, dass zum Zeitpunkt des Einschlusses in die Studie bei der Mehrheit der Untersuchten keine Organschädigungen vorlie-

gen. Insgesamt betrachtet steigt der Score der Follow-ups im Untersuchungsverlauf, dies ist jedoch nicht statistisch signifikant (GLM [Wilks-Lambda]; p = 0,294). Wechselwirkungen zwischen den betrachteten Einflussfaktoren (Wohnform, Demenzstadium (GDS) bei Aufnahme, Geschlecht) und der zeitlichen Entwicklung lassen sich nicht nachweisen (GLM [Wilks-Lambda]; p > 0,050). Gruppenunterschiede sind ebenfalls nicht nachzuweisen (GLM; p > 0,050).

Der Schweregradindex (der Quotient des Summenscores und der Anzahl der Kategorien) der **somatischen Erkrankungen** beträgt zu t_1 im Mittel 1,9. Bei 10,7 % (n = 6) aller Teilnehmenden liegen hier durchschnittlich geringfügige bis leichte Organ- bzw. Funktionsstörungen vor (Schweregradindex = 1). 25,0 % (n = 14) haben mäßiggradige und eine Person schwere Krankheitsausprägungen. Frauen leben zu Baseline häufiger (t-Test; p = 0,081) mit ausgeprägten Erkrankungen als ihre männlichen Pendants. Über alle Erhebungen sinkt der Schweregradindex der Untersuchten minimal ab. Zum Zeitpunkt t_3 haben 15,2 % (n = 5) aller Follow-ups im Mittel leichte, 30,3 % (n = 10) mäßiggradige und 9,1 % (n = 3) schwere Krankheitsausprägungen. Im Gegensatz zur WG-Bewohnerschaft fällt der Schweregradindex der SWB-Bewohnenden rasanter. Noch markanter unterscheiden sich die Verläufe von segregativ und integrativ Betreuten (vgl. ***Abbildung 78***). Segregativ Betreuten wurden insbesondere zu t_2 und t_3 deutlich ausgeprägtere Krankheitsverläufe diagnostiziert als integrativ Betreuten.

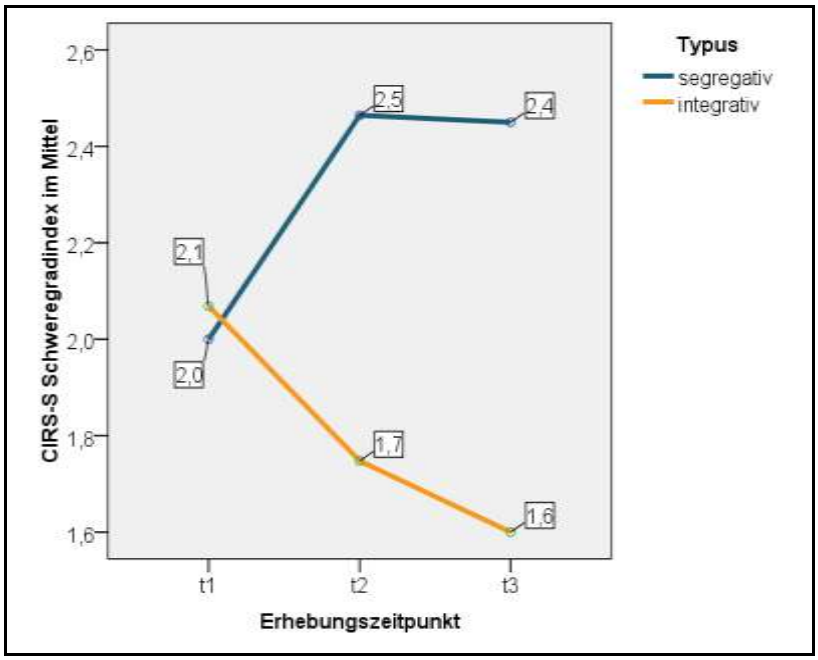


Abbildung 78: CIRS-S Schweregradindex der Follow-ups im zeitlichen Verlauf: segregativ im Vergleich zu integrativ Betreuten

Bei mehr als jeder zweiten Teilnehmenden wurde mindestens eine Hauptdiagnosegruppe mit einem Schweregrad von „2“ bewertet. Personen mit diesem Merkmal sind häufiger in SWB anzutreffen. Im Mittel wurden 2,5 Kategorien pro Bewohner/in so von den Hausärzten eingestuft. Bei n = 6 Einziehenden ist eine, bei jeweils n =4 sind zwei und drei, bei n = 2 sind vier und bei jeweils n = 1 fünf und sechs Hauptdiagnosegruppen mit einer mäßiggradigen Krankheitsausprägung beschrieben worden. Ein deutlicher Zusammenhang besteht bei t_1 zwischen der Anzahl der Kategorien mit einem Schweregrad von „2“ und dem Geschlecht (t-Test; p = 0,024). Männer weisen mäßiggradige Erkrankungen in durchschnittlich 1,5 und Frauen in 2,8 Organsystemen auf. Die Anzahl der mit „2“ bewerteten Kategorien steigt bei Follow-ups in der Versorgungsform WG stärker an, als dies auf Rekrutierte in SWB zutrifft.

Ein Viertel der Einziehenden (n = 13 Frauen; n = 1 Mann) wurde zu t_1 in mindestens einer Hauptdiagnosegruppe mit einem Schweregrad 3 beurteilt. N = 8 Bewohnerinnen haben bei Einschluss in die Studie schwere Organ- bzw. Funktionsstörungen in einer Hauptdiagnosegruppe, n = 4 in zwei und jeweils n = 1 Person in drei bzw. sechs verschiedenen Hauptdiagnosegruppen. In SWB einziehende Menschen weisen im Mittel eine höhere Anzahl an ausgeprägten Krankheiten mit einer ungünstigen Prognose auf als in die Versorgungsform „WG“ einziehende.

Von allen **psychologischen Verhaltensstörungen** diagnostizierten die Hausärztinnen zum Zeitpunkt t_1 besonders häufig Demenzerkrankungen (24,6 %; n = 14). Bei 17,5 % der Untersuchten liegt eine allgemeine, nicht näher diagnostizierte Demenz, bei 5,3 % eine Demenz vom Alzheimertyp und bei 1,8 % eine vaskuläre Demenz vor. Insgesamt wird von den Auskunftgebenden zum Zeitpunkt t_1 für 7,7 % (n = 1) der männlichen und 30,2 % (n = 13) der weiblichen Einziehenden eine Demenzerkrankung angegeben (Chi-Quadrat-Test; p = 0,059). Etwa ein Drittel (32,4 %; n = 11) der WG- und 13,6 % (n = 3) der SWB-Bewohnerschaft wird eine Demenz attestiert. Eine Demenz wurde bei 42,9 % der Personen welche in eine segregative Wohnform aber nur 14,3 %, welche in eine integrative Einheit wechseln, festgestellt (Chi-Quadrat-Test; p = 0,078). Zum Zeitpunkt t_2 haben den Auswertungen zufolge 7,9 % (n = 3) eine Demenzerkrankung. Relativ häufig wurde zu t_1 und t_2 ebenfalls eine „depressive Periode“, „rezidivierende depressive Störung“ „psychologische Faktoren und Verhaltenseinflüsse bei körperlichen Erkrankungen“ und „Reaktionen und schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ beschrieben. Mit Ausnahme der rezidivierenden depressiven Störung und den Demenzerkrankungen wurden zum Zeitpunkt t_3 alle zuvor genannten Verhaltensstörungen erneut am häufigsten angegeben. Nur noch insgesamt drei Follow-ups haben zu t_3 den auskunftgebenden Ärzten zufolge eine Demenzerkrankung.

Tabelle 56: Gesundheitliche Probleme zum Zeitpunkt t_1: Teilnehmende mit Einzugsziel WG im Vergleich zu Teilnehmenden mit Einzugsziel SWB

		Geschlecht			Versorgungsform		
	gesamt	w	m	p	WG	SWB	p
CIRS-Gesamtscore (≤ 3) im Mittel (s)	0,2 (0,32)	0,21	0,18	n.s.[1]	0,19	0,22	n.s.[1]
Schweregradindex (≤ 3) im Mittel (s)	1,9 (0,5)	2,0	1,5	**=0,081[1]**	1,8	1,9	n.s.[1]
Anzahl Kategorien Schweregrad 2 im Mittel (s)	2,5 (1,5)	2,8	1,5	**=0,024[1]**	2,9 (1,9)	2,0 (0,8)	n.s.[1]
Anteil Personen mit Schweregrad 2 in % (n)	32,1 (18)	32,6	30,8	n.s.[2]	29,4	36,4	n.s.[2]
Anzahl Kategorien Schweregrad 3 im Mittel (s)	1,8 (1,4)	1,5	6,0	**<0,001[1]**	1,4	2,3	n.s.[1]
Anteil Personen mit Schweregrad 3 in % (n)	25,0 (14)	30,2	7,7	**=0,095[2]**	23,5	27,3	n.s.[2]
Psychische Verhaltensstörungen							
Schweregradindex (≤ 3) im Mittel (s)	1,7 (0,6)	1,7	1,6	n.s.[1]	1,8	1,5	n.s.[1]
Anzahl Kategorien (psych.) Schweregrad 2 im Mittel (s)	1,4 (0,7)	1,4	1,3	n.s.[1]	1,4	1,3	n.s.[1]
Anteil Personen mit Schweregrad 2 in % (n)	19,6 (11)	16,3	30,8	n.s.[2]	14,7	27,3	n.s.[2]
Anzahl Kategorien (psych.) Schweregrad 3 im Mittel (s)	1,2 (0,4)	1,3	1,0	n.s.[1]	1,3	1,0	n.s.[1]
Anteil Personen mit Schweregrad 3 in % (n)	8,9 (5)	9,3	7,7	n.s.[2]	11,8	4,5	n.s.[2]

[1]t-Test; [2]Test nach Fisher; n. s. = nicht signifikant

Der Schweregradindex der psychischen Verhaltensstörungen beträgt zum Zeitpunkt t_1 im Mittel 1,7. Follow up Teilnehmenden in WG wurden zum Zeitpunkt t_1 im Mittel schwerere Verhaltensstörungen attestiert als Teilnehmenden in SWB. Ab dem zweiten Erhebungszeitpunkt zeigt sich ein umgekehrtes Bild. Werden nur die psychischen Verhaltensstörungen betrachtet, dann weisen 19,6 % (n = 11) der Teilnehmenden zum Zeitpunkt t_1 mindestens eine mäßiggradige Krankheitsschwere (Schweregrad = 2) auf. Hiervon sind anteilig etwa doppelt so häufig Rekrutierte im Setting SWB betroffen. Der Anteil der Personen, welche mindestens in einer der psychischen Verhaltensstörungen mit einem Schweregrad = 3 beurteilt wurden, beträgt 8,9 % (n = 5). Ein dreimal so großer Anteil der Untersuchten mit diesem Merkmal hat das Einzugsziel „WG“.

Tabelle 57: Gesundheitliche Probleme der Follow-ups im zeitlichen Verlauf

	t_1							t_2							t_3						
		Geschlecht			Versorgungsform				Geschlecht			Versorgungsform				Geschlecht			Versorgungsform		
	gesamt	w	m	p	WG	SWB	p	gesamt	w	m	p	WG	SWB	p	gesamt	w	m	p	WG	SWB	p
CIRS-Gesamtscore (≤ 3) im Mittel (s)	0,17 (0,25)	0,18	0,13	n.s.[1]	0,18	0,14	n.s.[1]	0,30 (0,25)	0,29	0,33	n.s.[1]	0,25	0,34	n.s.[1]	0,43 (0,27)	0,34	0,67	**=0,012**[1]	0,34	0,52	n.s.[1]
Schweregradindex (≤ 3) im Mittel (s)	1,9 (0,6)	2,0	1,2	**=0,060**[1]	1,9	1,9	n.s.[1]	2,0 (0,5)	2,0	1,9	n.s.[1]	1,9	2,0	n.s.[1]	1,8 (0,5)	1,8	1,7	n.s.[1]	1,9	1,7	n.s.[1]
Anzahl Kategorien Schweregrad 2 im Mittel (s)	2,3 (1,4)	2,6	1,5	n.s.[1]	2,8	1,8	n.s.[1]	1,9 (1,1)	1,8	2,0	n.s.[1]	1,5	2,3	n.s.[1]	2,1 (1,1)	1,8	2,8	n.s.[1]	1,8	2,4	n.s.[1]
Anteil Personen mit Schweregrad 2 in % (n)	27,3 (9)	26,9	28,6	n.s.[2]	25,0	30,8	n.s.[2]	45,5 (15)	42,3	57,1	n.s.[2]	40,0	53,8	n.s.[2]	45,5 (15)	42,3	57,1	n.s.[2]	40,0	53,8	n.s.[2]
Anzahl Kategorien Schweregrad 3 im Mittel (s)	1,3 (0,5)	1,25	-	-	1,4	1,0	n.s.[1]	1,6 (0,7)	1,6	1,5	n.s.[1]	1,4	1,8	n.s.[1]	1,5 (0,8)	1,6	1,5	n.s.[1]	1,6	1,5	n.s.[1]
Anteil Personen mit Schweregrad 3 in % (n)	24,2 (8)	30,8	-	n.s.[2]	25,0	23,1	n.s.[2]	30,3 (10)	30,8	28,6	n.s.[2]	25,0	38,5	n.s.[2]	33,3 (11)	26,9	57,1	n.s.[2]	25,0	46,2	n.s.[2]
Psychische Verhaltensstörungen																					
Schweregradindex (≤ 3) im Mittel (s)	1,6 (0,8)	1,6	1,7	n.s.[1]	1,7	1,4	n.s.[1]	1,8 (0,6)	1,9	1,6	n.s.[1]	1,6	2,0	n.s.[1]	1,5 (0,6)	1,7	1,1	**=0,027**[1]	1,8	1,2	n.s.[1]
Anzahl Kategorien Schweregrad 2 im Mittel (s)	1,3 (0,5)	1,0	1,5	n.s.[1]	1,0	1,5	n.s.[1]	2,4 (1,4)	3,0	1,3	**=0,061**[1]	2,5	2,3	n.s.[1]	2,0 (1,5)	2,0	2,0	n.s.[1]	1,4	3,5	**=0,099**[1]
Anteil Personen mit Schweregrad 2 in % (n)	12,1 (4)	7,7	28,6	n.s.[2]	10,0	15,4	n.s.[2]	24,2 (8)	19,2	42,9	n.s.[2]	20,0	30,8	n.s.[2]	21,2 (7)	23,1	14,3	n.s.[2]	25,0	15,4	n.s.[2]
Anzahl Kategorien Schweregrad 3 im Mittel (s)	1,0 (0,0)	1,0	-	-	1,0	-	-	2,3 (1,5)	2,7	1,0	n.s.[1]	4,0	1,7	n.s.[1]	5,5 (3,5)	5,5	-	-	8,0	3,0	n.s.[1]
Anteil Personen mit Schweregrad 3 in % (n)	6,1 (2)	7,7	-	n.s.[2]	10,0	-	n.s.[2]	12,1 (4)	11,5	14,3	n.s.[2]	5,0	23,1	n.s.[2]	6,1 (2)	7,7	-	n.s.[2]	5,0	7,7	n.s.[2]

[1] t-Test; [2] Test nach Fisher; n.s. = nicht signifikant

8.2.4.12 Versorgungsleistungen durch Ärzte/ Ärztinnen

Drei Viertel 76,8 % (n = 43) der Teilnehmenden hatten innerhalb der vergangenen vier Wochen vor dem Einzug Kontakt zu Ärzten. Das trifft auf 79,1 % aller Frauen und 69,2 % aller Männer zu. 21,4 % der Untersuchten hatten keine Arztkontakte. Zu einer Person wurden keine Angaben gemacht. Die mittlere Anzahl der Arztkontakte beträgt 1,3 (vgl. ***Tabelle 58***). 26,8 % (n = 15) hatten einen, 7,1 % (n = 4) zwei und 3,6 % (n = 2) drei Arztkontakte zum Zeitpunkt t_1. Fast jede vierte Person hatte innerhalb der vergangenen vier Wochen eine/n Allgemeinmediziner/in kontaktiert. 8,9 % hatten Kontakt zur Inneren Medizin und 3,6 % zur Neurologie / Psychiatrie.

Tabelle 58: Kontakt zu Ärzten t_1: Ausgangskohorte im Vergleich zu Follow-up-Teilnehmenden

	t_1 (n = 56 / 33)	t_2 (n = 33)	t_3 (n=33)
Mindestens ein Kontakt zu Ärzten in %	76,8 / 72,7	66,7	69,7
Anzahl der Arztkontakte im Mittel	1,3 / 1,5	2,3	1,9
Kontakt zu Medizinern mit Fachrichtung… in %			
Allgemeinmedizin	23,2 / 18,2	27,3	27,3
Innere Medizin	8,9 / 6,1	12,1	12,1
Neurologie / Psychiatrie	3,6 / 6,1	3,0	3,0
Psychologie	0,0	0,0	0,0
Orthopädie	0,0	0,0	0,0
Augenheilkunde	0,0	0,0	0,0
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	0,0	0,0	0,0
Chirurgie	0,0	0,0	0,0
Zahnmedizin	1,8 / 3,0	0,0	0,0
Dermatologie	1,8 / 0,0	3,0	3,0
Urologie	0,0	0,0	0,0
Gynäkologie*	0,0	0,0	0,0
Unklare Fachrichtung	44,6 / 48,5	30,3	33,3

*nur Frauen (n = 30)

Nach einem Jahr nimmt der Anteil der Rekrutierten mit mindestens einem Arztkontakt geringfügig ab. Die Kontakthäufigkeit hat im zeitlichen Verlauf insgesamt leicht zugenommen. So wurden im Vergleich zu t_1 häufiger Ärzte/innen der Fachrichtung Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Dermatologie aufgesucht. Zum Zeitpunkt t_2 lag die durchschnittliche Anzahl der aufgesuchten Ärzte/innen je Follow-up-Teilnehmendem bei 2,3 (Männer: 3,0; Frauen: 2,1) und zu t_3 bei 1,9 (Männer: 2,9; Frauen: 1,6). Bei Einschluss in die Studie hat die SWB-Bewohnerschaft im Mittel doppelt so viele Mediziner/innen aufgesucht (vgl. ***Abbildung 79***). Sechs Monate später dreht sich dieses Verhältnis um. Hier kontaktierten die rekrutierten WG-Bewohner/innen deutlich mehr Ärzte/innen. Nach einem Jahr hat die SWB-Bewohnerschaft erneut größere Kontakthäufigkeiten. Integrativ versorgte Bewohner/innen

haben über alle Follow-up-Erhebungen hinweg häufigere Arztkontakte (t_1: 2,0; t_2: 3,0; t_3: 1,6) als segregativ Betreute (t_1: 1,2; t_2: 1,8; t_3: 1,5).

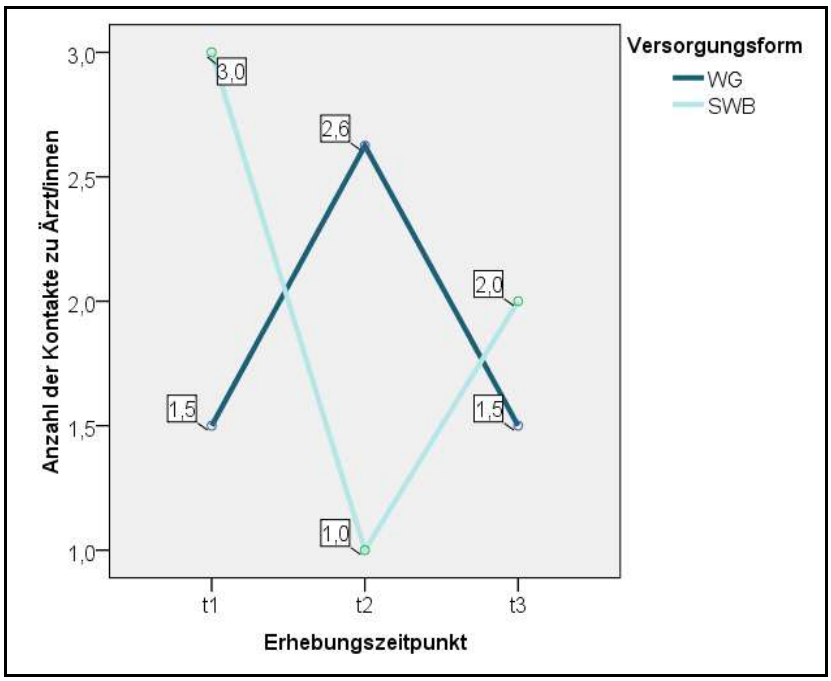


Abbildung 79: Anzahl kontaktierten Ärzte/innen innerhalb der letzten vier Wochen im zeitlichen Verlauf: WG-Bewohnerschaft im Vergleich zu SWB-Bewohnerschaft

Mit 48,2 % (n = 27) nahm fast jede zweite in die Studie einbezogene Person innerhalb der vergangenen vier Wochen vor der Befragung die Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch. Die Leistungsnehmer waren 58,1 % (n = 25) aller Frauen und 15,4 % (n = 2) aller Männer. 67,7 % aller Teilnehmenden mit dem Einzugsziel WG haben zuvor ambulante Pflegeleistungen erhalten aber nur 18,2 % aller Teilnehmenden, die einen SWB einziehen wollten. 28,6 % (n = 16) der Ausgangskohorte nimmt Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) V und dem SBG XI in Anspruch, 12,5 % (n = 7) nur Leistungen nach dem SGB V und 7,1 % (n = 4) nur Leistungen nach dem SGB XI. Vier Einsätze pro Tag wird für 7,1 %, drei und zwei für jeweils 16,1 % und ein Einsatz pro Tag für 7,1 % der Beobachteten beschrieben. Seltener als einmal täglich wird nur eine Person ambulant versorgt.

Kontakte zu Physiotherapeut/innen zu t_1 haben in den letzen vier Wochen insgesamt 10,7 % (n = 6) der Stichprobe und ausschließlich Frauen. Jeweils drei haben 8 und 12 Kontakte dorthin. Über den Untersuchungszeitraum werden Physiotherapeut/innen zunehmend häufiger in Anspruch genommen. Wurden zum Zeitpunkt t_1 lediglich 9,1 % (n = 3) der Follow-ups physiotherapeutisch behandelt, waren es zu t_2 45,5 % (n = 15) und zu t_3 39,4 % (n = 13).

Dabei sinkt die Häufigkeit, in welcher die Therapien stattfinden von im Mittel 9,3 zum Zeitpunkt t_1 auf 7,1 zu t_3. Frauen und Männer unterscheiden sich in der Inanspruchnahme von physiotherapeutischen Leistungen kaum. Es nimmt ein jeweils größerer Anteil der WG-Bewohnerschaft zu t_2 (50,0 %) und zu t_3 (45,0 %) an Physiotherapien teil. In den stationären Einrichtungen sind dies lediglich 38,5 % zu t_2 und 30,8 % zu t_3 der Untersuchten.

Über Kontakte zu Ergotherapeut/innen verfügen zu t_1 8,9 % (n = 5) und ebenfalls ausschließlich Frauen. Mit einem Durchschnittsalter von 75,6 Jahren sind sie im Mittel 7,8 Jahre jünger als alle anderen Untersuchten (t-Test; p = 0,067). Ergotherapeut/innen wurden im Mittel 9,8mal innerhalb von vier Wochen in Anspruch genommen. Im zeitlichen Verlauf nimmt die Anzahl der Bewohner/innen welche ergotherapiert werden nicht zu.

8.2.4.13 Gesundheitsbezogene und soziale Dienstleistungen

Mittels der Erhebung wurden Informationen zur Inanspruchnahme von weiteren gesundheitsbezogenen oder sozialen Dienstleistungen durch die/n Bewohner erbeten. Den Angaben nach, hatte jede/r vierte Teilnehmer/in (25,0 %; n = 14) derartige Leistungen vor dem jeweiligen Einzug in Anspruch genommen. Faktoren, welche womöglich einen Einfluss auf den Grad der Inanspruchnahme haben, sind das Geschlecht, das Alter sowie das Einzugsziel. Frauen (30,2 %; n = 13) werden tendenziell häufiger durch andere Dienstleister betreut als Männer (7,7 %; n = 1) (Test nach Fisher; p = 0,095). Im Vergleich der Durchschnittsalter von Personen mit (87,9 Jahre) und ohne (80,7 Jahre) der Betreuung durch fremde Dienste zeigen sich deutliche Differenzen (t-Test; p = 0,008). Es nutzen anteilig mehr Teilnehmende mit dem Einzugsziel WG (32,4 %; n = 11) andere Dienste als Personen mit dem Einzugsziel SWB (13,6 %; n = 3). In n = 11 Fällen werden Menübringedienste / „Essen auf Rädern“ als Dienstleister beschrieben, in n = 2 Fällen wird Spazierengehen erwähnt und jeweils eine Angabe bezieht sich auf „Tagespflege“ und „Hauswirtschaftspflege“. Eine Teilnehmerin nimmt zwei Dienstleistungen in Anspruch.

Jede dritte Person der Nichtausgeschiedenen hat bei ihrem Einschluss in die Untersuchung Leistungen anderer Anbieter in Anspruch genommen. Nach einem halben Jahr waren es nur noch 12,1 % und nach einem Jahr noch 18,2%. Lediglich Frauen nahmen zu t_2 und t_3 gesundheitliche Fremdleistungen in Anspruch. Es wurden ausschließlich Mobilitätshelfer und Begleitdienste sowie Besuchs- und Betreuungsdienste in Anspruch genommen.

8.2.4.14 Teilnahme an gemeinschaftlichen Aktivitäten

Die Teilnahme an Gruppenangeboten wird für 35,7 % der Ausgangskohorte innerhalb der vergangenen vier Wochen vor dem Einzug beschrieben. Da laut ***Kapitel 7*** ein Großteil der

Erstbefragungen erst nach dem Wechsel in eine der Versorgungsformen stattfinden konnten, muss in diesen Fällen davon ausgegangen werden, dass bereits das aktuelle Inanspruchnahmeverhalten innerhalb der neuen Umgebung beschrieben wurde und nicht die Situation davor. Betrachtet man die Teilnahme an Gruppenangeboten geschlechtsspezifisch, zeigt sich, dass Männer (38,5 %; n = 5) prozentual gesehen etwas häufiger an Gruppenangeboten teilnehmen als Frauen (34,9 %; n = 15). Personen mit dem Einzugsziel WG (41,2 %; n = 14) haben sich häufiger an gemeinschaftlichen Aktivitäten beteiligt als Personen mit dem Einzugsziel SWB (27,3 %, n = 6). Die Befragten hatten die Möglichkeit die Gruppenangebote genauer zu beschreiben. Dabei waren mehrere Antworten möglich. ***Tabelle 59*** verdeutlicht die Teilnahme an gemeinschaftlichen Aktivitäten nach Erhebungszeitpunkten. Werden die einzelnen Angaben den Oberkategorien zugeordnet, so nimmt die überwiegende Mehrheit aller Teilnehmenden zum Zeitpunkt t_1 an gemeinschaftlichen Unterhaltungs- und Gesellschaftsaktivitäten teil, gefolgt von Gruppenangeboten des bewegungsbezogenen Ansatzes und Angeboten des kreativen Gestaltens. Einzelne Gruppenangebote, an denen sich am häufigsten aktiv vor dem Einzug beteiligt wurde, waren Singen/ Musik, gefolgt von Gymnastik/ Sport, Basteln sowie Malen und Zeichnen.

Im Zeitverlauf (vgl. ***Tabelle 59***) stieg die Beteiligung an Gemeinschaftsangeboten der Rekrutierten an. Deutlich stieg auch die Teilnahme an gemeinschaftlichen Aktivitäten des bewegungsbezogenen Ansatzes . Hieran haben sich zu t_3 35,0 % der WG- und 46,2 % der SWB-Bewohnerschaft beteiligt. Ebenfalls lag der Anteil der integrativ Betreuten, welche diese Angebote nutzten (42,9 %) über dem der segregativ versorgten mit 33,3 %. An Angeboten des sinnesbezogenen, emotionalen Ansatzes nahmen zu t_3 ausschließlich Frauen teil. Gemeinschaftliche Haushaltstätigkeiten wurden zum letzten Erhebungszeitpunkt häufiger für Männer beschrieben (42,9 % vs. 26,9 %). Dies trifft noch stärker für die Beteiligung an gemeinschaftlichen Außer Haus Angeboten zu. Diese nahmen 57,1 % aller männlichen, aber nur 23,1 % der weiblichen Rekrutierten an. Gemeinschaftliche Außer-Haus-Aktivitäten werden zu t_3 häufiger in der Versorgungsform SWB (53,8 % vs. 15,0 %) vorgehalten. Ebenfalls werden diese Angebote ca. doppelt so häufig in integrativen Versorgungsformen genutzt (38,1 % vs. 16,7 %). Von allen Gruppenangeboten beteiligen sich die meisten der Untersuchten zum Zeitpunkt t_3 an Unterhaltungs- und Gesellschaftsaktivitäten und 95,0 % der WG- und 76,9 % der SWB-Bewohnerschaft. Kulturelle und infrastrukturelle Angebote wurden zum dritten Follow-up ausschließlich und von 15,4 % aller Bewohner/innen der stationären Einrichtungen wahrgenommen. Kognitive Angebote und Angebote, welche sich keiner der genannten Kategorien zuordnen lassen, nahmen hingegen lediglich WG-Bewohner/innen wahr (jeweils 15,0 %).

Tabelle 59: Teilnahme an gemeinschaftlichen Aktivitäten im Zeitverlauf

	t_1 (n = 56 / 33)	t_2 (n = 33)	t_3 (n=33)
Teilnahme an Gruppenangeboten in %	35,7 / 30,3	93,9	97,0
Bewegungsbezogener Ansatz	**16,1 / 15,2**	**42,4**	**39,4**
Gymnastik / Sport	16,1 / 15,2	39,4	30,3
Feinmotorik / Koordinationsübungen	0,0	3,0	9,1
Kreatives Gestalten	**8,9 / 12,1**	**15,2**	**12,1**
Malen und Zeichnen	5,4 / 9,1	6,1	6,1
Basteln	7,1 / 9,1	9,1	3,0
Handarbeit	0,0	0,0	3,0
Sinnesbezogener / emotionaler Ansatz	**3,6 / 3,0**	**15,2**	**18,2**
Erinnerungsarbeit / Erinnerungspflege	0,0	0,0	0,0
Lesen	1,8 / 0,0	3,0	6,1
Basale Stimulation	0,0	0,0	0,0
Snoezelen	0,0	3,0	0,0
Tiergestützte Therapie	0,0	9,1	9,1
Aromatherapie	1,8 / 3,0	0,0	0,0
10-Minuten-Aktivität	0,0	0,0	3,0
Haushaltstätigkeiten	**3,6 / 3,0**	**21,2**	**30,3**
Backen und Kochen	3,6 / 3,0	18,2	15,2
Hauswirtschaftliche Tätigkeiten	0,0	3,0	18,2
Außer Haus Aktivitäten	**5,4 / 9,1**	**15,2**	**30,3**
spazieren	3,6 / 6,1	9,1	24,2
Ausflüge	1,8 / 3,0	6,1	6,1
Gottesdienst	0,0	3,0	0,0
Unterhaltungs- und Gesellschaftsaktivitäten	**25,0 / 24,2**	**75,8**	**87,9**
Singen / Musik	19,6 / 18,2	60,6	60,6
Tanzen	1,8 / 3,0	9,1	12,1
Gesprächsgruppe	3,6 / 6,1	9,1	12,1
Filmvorführungen	0,0	0,0	0,0
Spiele	1,8 / 3,0	24,2	30,3
Rätsel / Bingo	0,0	6,1	9,1
Clown	1,8 / 0,0	0,0	3,0
Frühstücksgruppe / Kaffeenachmittag	1,8 / 0,0	3,0	3,0
Kultur & Infrastruktur	**0,0**	**9,1**	**6,1**
Seelsorge	0,0	0,0	0,0
Feste, Geburtstage	0,0	9,1	6,1
Kognitiver Ansatz	**0,0**	**9,1**	**9,1**
Gedächtnistraining	0,0	9,1	9,1
Sonstige	**5,4 / 3,0**	**9,1**	**9,1**

*nur Frauen (n = 30)

8.2.4.15 Soziale Kontakte und Aktivitäten

Mit der Befragung sollen Aussagen zu Sozialkontakten und Aktivitäten der Teilnehmerinnen gemacht werden. Hierzu wurde um Auskunft zu informellen Kontakten (Freunde, Verwandte, Nachbarn, Bekannte, etc.) durch Personen außerhalb der/s WG/ SWB bzw. zum ersten Erhebungszeitpunkt außerhalb des aktuellen Aufenthaltsortes gebeten. Innerhalb der vergangenen vier Wochen vor dem Stichtag erhalten 53,6 % (n = 30) aller Teilnehmenden ein- oder

mehrmals in der Woche Besuch von außerhalb. 23,2 % (n = 13) erhalten mehrmals täglich bzw. jeden Tag, 14,3 % (n = 8) selten (ein- bis zweimal im Monat) und 8,9 % (n = 5) (fast) nie Besuche. Allein Frauen hatten im o. g. Zeitraum (fast) nie Sozialkontakte.

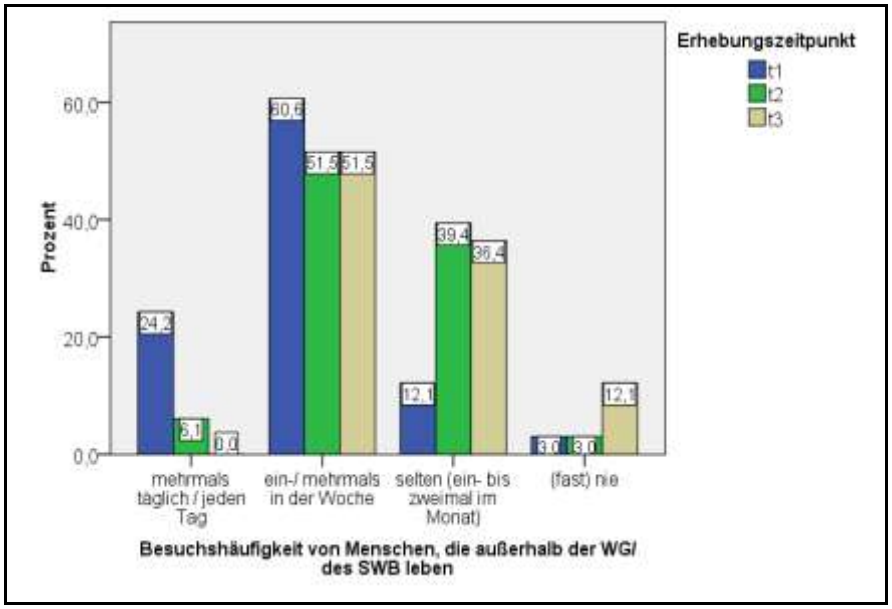


Abbildung 80: Häufigkeit von Besuchen von außerhalb der WG / des SWB im zeitlichen Verlauf

Abbildung 80 stellt die Besuchshäufigkeit der Follow-ups im zeitlichen Verlauf gegenüber. Es zeigt sich, dass mehrmals tägliche bzw. tägliche Besuche zu t_2 deutlich abnehmen und zu t_3 nicht mehr stattfinden. Dafür steigt der Anteil der Rekrutierten, welche eher seltener oder (fast) keine Besuche erhalten. Zu t_3 erhalten allein Frauen (15,4 %) (fast) keine Besuche. Ohne Besuche bleiben ausschließlich und ein Drittel der segregativ Betreuten. Personen, welche keine Besuche erhalten sind im Durchschnittsalter von 87,8 Jahren die ältesten Bewohner/innen.

Tabelle 60 verdeutlicht die Aktivitäten, an welchen die Teilnehmerinnen im Zeitraum der letzten vier Wochen vor dem Einzug teilgenommen hatten. Sehr häufig wurde in diesem Zeitraum TV gesehen. Radio gehört und Zeitschriften / Bücher gelesen wurden hingegen eher seltener. Handarbeit und Hobbies gingen die Untersuchten häufiger nie nach. Fast genau so selten wurden vor dem Einzug kulturelle Veranstaltungen besucht. Da 10,7 % aller Ehebungen zum Zeitpunkt t_1 in einem Krankenhaus erfolgten, muss davon ausgegangen werden, dass infolge des stationären Aufenthalts bestimmte Aktivitäten weniger häufig ausgeführt wurden.

Tabelle 60: Häufigkeiten der Teilnahme an Aktivitäten der Ausgangskohorte zu t_1 (in %)

Art der Aktivität	Häufigkeiten				
	täglich	mehrmals pro Woche	ein- oder zweimal pro Woche	weniger als einmal pro Woche	nie
Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen außerhalb	1,8	1,8	8,9	8,9	85,7
Radio hören	17,9	8,9	1,8	3,6	66,1
Fernsehen	42,9	10,7	3,6	3,6	37,5
Sport / Gymnastik	3,6	1,8	16,1	0,0	76,8
Handarbeit / Hobbies	3,6	1,8	3,6	0,0	89,3
Spazieren gehen	14,3	16,1	17,9	7,1	42,9
Zeitschriften / Bücher lesen	17,9	14,3	5,4	3,6	57,1

Tabelle 61: Häufigkeiten der Teilnahme an Aktivitäten der Follow-ups im zeitlichen Verlauf

Art der Aktivität	Häufigkeiten (in %)					
	t_1* (n = 33)		t_2 (n = 33)		t_3 (n = 33)	
	ein- oder zweimal pro Woche und häufiger	seltener als einmal pro Woche / nie	ein- oder zweimal pro Woche und häufiger	seltener als einmal pro Woche / nie	ein- oder zweimal pro Woche und häufiger	seltener als einmal pro Woche / nie
Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen außerhalb	**3,0**	94,0	**3,0**	97,0	**3,0**	97,0
Radio hören	**18,2**	78,8	**51,6**	48,4	**66,6**	33,3
Fernsehen	**51,6**	45,4	**48,4**	51,6	**57,6**	42,4
Sport/ Gymnastik	**21,2**	75,8	**66,6**	33,3	**66,6**	33,3
Handarbeit / Hobbies	**6,0**	91,0	**15,2**	84,8	**18,2**	81,8
Spazieren gehen	**45,4**	51,6	**30,3**	69,7	**72,7**	27,3
Zeitschriften/ Bücher lesen	**36,4**	60,6	**27,3**	72,7	**30,3**	69,7

*3,0 % keine Angabe

Tabelle 61 stellt die Häufigkeiten der Teilnahme an verschiedenen Aktivitäten im zeitlichen Verlauf gegenüber. Hierfür wurden die Kategorien „weniger als einmal pro Woche“ und „nie“ sowie „täglich“, „mehrmals pro Woche“ und „ein- oder zweimal pro Woche“ zusammengefasst. Im zeitlichen Verlauf steigt der Anteil der Follow-ups welche sich an den Aktivitäten „Radio hören“, „Sport / Gymnastik“, „Handarbeit / Hobbies“ sowie „Spazieren gehen“ beteiligen, an. Die Bewohner/innen von SWB bzw. integrativ Versorgte hören zum Zeitpunkt t_3 häufiger Radio. An Sport / Gymnastik wird sich häufiger in WG und in segregativen Versorgungsformen beteiligt. An Spaziergängen nehmen anteilig häufiger Männer als Frauen teil. Diese Aktivität wird häufiger in SWB und in integrativen Settings genutzt.

9 Diskussion der Ergebnisse

Demenzielle Erkrankungen stellen den wichtigsten Grund für den Wechsel in eine stationäre Alten- bzw. Altenpflegeeinrichtung dar. Seit Jahren wird Kritik an der stationären Versorgung geübt. Als prekär wird die Situation der Pflege von Menschen mit Demenz in Privathaushalten bezeichnet. Daneben sind Versorgungskonzepte entstanden, die Lösungen für die Betreuung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen sowohl außerhalb von Pflegeheimen als auch vom Privathaushalt anbieten.
Ambulant betreute Wohngemeinschaften für ältere pflegebedürftige Menschen haben sich innerhalb der letzten Jahre vom Nischenangebot weg zur Regelversorgung in der Versorgungslandschaft entwickelt. Damit steigt die Bedeutung dieser Betreuungsform und der sie umgebenden Versorgungsnetzwerke auch in quantitativer Hinsicht.
In der vorliegenden Studie wurden in Kooperation der Alice Salomon Hochschule Berlin, dem Institut für Medizinische Soziologie der Charité-Universitätsmedizin Berlin, der Berliner Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales, den Verbänden der Leistungsanbieter sowie der Alzheimer Gesellschaft Berlin die Versorgungsergebnisse, die Versorgungssituation sowie die Kooperations-/ Netzwerkstruktur von ambulant betreuten Wohngemeinschaften für ältere Menschen mit Demenz untersucht. Die Studie beinhaltet eine Quer- und eine Längsschnitterhebung, deren zuvor berichtete Ergebnisse nun abschließend diskutiert werden sollen.

9.1 Diskussion Querschnitt

Die Querschnittstudie umfasst als Grundgesamt alle Bewohner/innen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften (WG) im Land Berlin zum Stichtag 30.01.2009. In gleicher Weise wurden die Angaben von Bewohner/innen in Spezialwohnbereichen für Menschen mit Demenz (SWB) in Pflegeheimen im Land Berlin erhoben. Erfasst wurden ausschließlich WG, in denen ambulante Leistungserbringer Pflege und Betreuungshandlungen nach § 89 SGB XI und § 75 Abs. 3 SGB XII vorhalten oder zur Verfügung stellen. Nicht zur Grundgesamtheit gehören hingegen betreute Wohnformen nach § 7 (b) des Berliner Wohnteilhabegesetz (WtG) für Bewohner/innen mit geistiger, körperlicher oder mehrfacher Behinderung soweit hierfür leistungsrechtliche Vereinbarungen nach dem Rahmenvertrag gemäß § 79 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch bestehen und (sozial-)pädagogische und / oder therapeutische Betreuungsleistungen im Vordergrund stehen. Weitergehende Ein- und Ausschlusskriterien wurden nicht definiert. Als Forschungsinstrument wurde eine schriftliche standardisierte Befragung einge-

setzt, welche den rekrutierten ambulanten und stationären Pflegeanbietern im Land Berlin postalisch zugestellt wurde.

9.1.1 Institutionelle Merkmale

Die Stichprobe im Querschnitt umfasst insgesamt die Daten zu **105 WG** und **572 Bewohner/innen** sowie zu **26 SWB** und **391 Bewohner/innen**. Mit Verweis auf die zum Stichtag geschätzte Anzahl von 331 WG und 2082 Bewohner/innen beträgt der Rücklauf 31,7 % in Bezug auf die WG und 27,5 % hinsichtlich der Bewohner/innen. Der Rücklauf seitens der Spezialwohnbereiche in den stationären Einrichtungen beläuft sich auf ca. 53,1 %. Aufgrund dieser Rücklaufquote muss von einer mäßiggradigen Repräsentativität der erhobenen Daten ausgegangen werden. Bezüglich der Validität des Untersuchungsdesigns im Querschnitt gilt, dass eine interne Validität vorliegt, eine Verallgemeinerung der Untersuchungsergebnisse über die ausgewählte Stichprobe hinaus auf andere Populationen (externe Validität) jedoch aufgrund der unterschiedlichen Nutzer- und Versorgungsstrukturen nicht uneingeschränkt möglich ist.

9.1.1.1 Art, Größe und Trägerschaft

In fast allen WG ist den Angaben zur Folge nur ein Leistungsanbieter in der Pflege tätig. Somit wird nach den vorliegenden Ergebnissen ein Wahlrecht unterschiedlicher Pflegedienste in einer WG von den Bewohnern/innen in der Praxis nicht ausgeübt. Dies steht in Übereinstimmung mit Ergebnissen der Vorgängerstudie aus dem Jahr 2006 (vgl. Wolf-Ostermann 2007).

Drei Viertel der in den WG tätigen Pflegedienste sind verbandlich organisiert, davon ist rund die Hälfte privat organisierten Trägern (ABVP, AVG, bpa) zugehörig und 22,9 % freigemeinnützigen Trägern (Caritas, Diakonie, DPW). Etwa jede fünfte WG wird von nicht verbandlich getragenen Pflegediensten versorgt. Demgegenüber befindet sich etwas mehr als die Hälfte der untersuchten SWB in Einrichtungen in frei-gemeinnütziger Trägerschaft und knapp ein Drittel in privat organisierten Häusern. Nur 7,7 % aller SWB werden von Einrichtungen vorgehalten, welche nicht organisiert sind. Ein SWB befindet sich in einer öffentlich getragenen Einrichtung.

In den untersuchten WG leben zum Stichtag insgesamt 661 Menschen. Mit 76,0 % ist der größte Anteil weiblich. Pro WG werden zum Stichtag zwischen sechs und sieben (6,3) Bewohner/innen versorgt und damit geringfügig weniger im Vergleich zu 2006 mit im Mittel 6,5 Bewohner/innen (vgl. Wolf-Ostermann 2007). In WG, in denen nicht organisierte Pflegedienste tätig sind, werden durchschnittlich mehr Personen (7,0) versorgt als in WG mit orga-

nisierten Pflegediensten (6,0). In den teilnehmenden SWB ist die Bewohnerschaft mit 75,3 % ebenfalls hauptsächlich weiblich, aber im Vergleich zu Ergebnissen der besonderen und traditionellen stationären Betreuung von Demenzkranken deutlich niedriger. Wie die Studie ergab, betrug der Anteil Frauen im Domusmodell rund 84 %. Eine von TNS Infratest Sozialforschung durchgeführte Repräsentativerhebung in vollstationären Alteneinrichtungen ermittelte in spezialisierten Demenzwohngruppen hingegen einen niedrigeren Frauenanteil von 72,6 % (vgl. Schäufele et al. 2007). Gegenüber WG ist die Anzahl der Bewohner/innen mit 16 Personen pro hier untersuchtem SWB deutlich größer. Die größte Anzahl an Bewohner/innen liegt in SWB in nicht organisierten Einrichtungen mit durchschnittlich 27,0 Personen, gefolgt von SWB in öffentlich getragenen (18,0) und SWB in frei gemeinnützig getragen Einrichtungen (17,2) vor. Mit durchschnittlich 11,6 Bewohner/innen befinden sich die kleinsten SWB in privat getragenen Einrichtungen.

In 88 % aller untersuchten WG leben Menschen mit Demenzerkrankungen. Dabei setzt sich die Stichprobe aus mehrheitlich Wohngemeinschaften vom integrativen Typus zusammen. Hier leben durchschnittlich 4,2 Demenzerkrankte mit 1,8 anderen Menschen zusammen. In manchen als integrativ geltenden WG beträgt das Verhältnis von Bewohner/innen mit Demenzerkrankungen zu Bewohner/innen ohne dementielle Syndrome allerdings neun zu eins. Hierdurch kann eine starke Verschiebung zugunsten der Merkmale eines integrativen Versorgungstypus vermutet werden. In mehr als einem Drittel der vorliegenden Stichprobe leben ausschließlich Personen mit Demenzerkrankungen. In vier WG leben keine Demenzerkrankten.

Laut Anlage A des Rahmenvertrages nach § 75 SGB XI sind die Leistungen in spezialisierten Wohnbereichen auf einen definierten Personenkreis zu begrenzen (siehe ***Kapitel 6***). Für die Aufnahme muss „*eine medizinisch – therapeutisch nicht beeinflussbare Demenzerkrankung*“ diagnostiziert worden sein (Anlage A des Rahmenvertrages gemäß § 75 Abs. 1 und 2 SGB XI vom 03.12.2008:1). Auf gut die Hälfte der Einrichtungen (54 %) verteilen sich der Auswertung zufolge insgesamt n = 37 nicht-demenzerkrankte Männer und Frauen, also 2,6 pro Wohnbereich. Den Auskunftgebenden in den SWB zufolge werden freie Betten auch mit nicht demenzerkrankten Menschen belegt und hierdurch der Widerspruch zu gesetzlichen Vorgaben aus dem Rahmenvertrag erklärt.

Die Gründung einer WG sowie die Organisation der Haushaltsführung und der Pflege- und Betreuungsleistungen sollte möglichst auf Initiative der Betroffenen selbst oder ihrer Angehörigen basieren. Unter diesem Gesichtspunkt sollte nicht der Name des in der WG tätigen Pflegedienstes, sondern die Namen der jeweiligen Bewohner/innen auf dem Klingelschild

Auskunft über deren Existenz geben. Auf 60 % der Klingelschilder von studienbeteiligten WG stehen die Namen der jeweiligen Bewohner/innen. Bei knapp einem Drittel der WG (32 %) ist jedoch der Name des Pflegedienstes auf den Klingelschildern vermerkt, was zumindest als formal problematisch anzusehen ist.

Die Größe der Bewohnerzimmer in den WG beträgt durchschnittlich.17 m^2 und ist verglichen mit Bewohnerzimmern in SWB im Mittel 3 m² kleiner. Mit 20,0 m^2 entsprechen die hier ermittelten Werte etwa der durchschnittlichen Grundfläche von 1-Bett-Zimmern in vollstationären deutschen Alteneinrichtungen. Einer Repräsentativerhebung zu u. a. Entwicklungstrends in Langzeitpflegeeinrichtungen und zur Lebenssituation der Versorgten ergab eine mittlere Zimmergröße von etwa 19 m^2 (vgl. Schneekloth, von Törne 2007). Dass Privatzimmer in den ambulanten Einheiten deutlich kleiner sind, könnte an den baulichen Gegebenheiten der vorwiegend in Altbauobjekten befindlichen Wohngemeinschaften liegen.

Im Durchschnitt weisen die untersuchten WG mit durchschnittlich 208,7 m^2 eine deutlich kleinere Gesamtwohnfläche auf, als WG, welche in Baden-Württemberg untersucht worden. Aus der Forschungsarbeit, die auf eine Bewertung von Chancen und Risiken von Wohngemeinschaften für ältere Menschen abzielte, ergab sich eine mittlere Gesamtwohnfläche von ca. 250 m^2 (vgl. Hastedt, Steiner 2007). Die untersuchten SWB sind im Mittel 515,0 m^2 groß und weisen Flächen zwischen 182,0 m^2 und 1081,0 m^2 auf.

Es besteht eine Forschungslücke bzgl. des Flächenbedarfs pro Bewohner/in. Derzeit finden sich lediglich Empfehlungen. Empfohlen werden Gesamtwohnflächen zwischen 25 m^2 und 50 m^2 je Bewohner/-in (vgl. Kremer-Preiss, Stolarz 2006, S. 26 #229). Durchschnittlich steht jeder/m Bewohner/in im ambulanten Bereich eine Gesamtwohnfläche von etwa 29,6 m^2 zur Verfügung. Das entspricht der allgemein geforderten Mindestfläche von 30 m^2 (vgl. MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES BADEN-WÜRTTEMBERG 2006; Verein für Selbstbestimmtes Wohnen im Alter (SWA e.V.) 2006).

9.1.1.2 Ausstattung

Der Alltag in einer WG soll sich an den typischen Aktivitäten in einem Privathaushalt orientieren. Die im Haushalt anfallenden Tätigkeiten sollen sich möglichst alle Mitglieder der Bewohnergemeinschaft teilen. Die Küche ist der Mittelpunkt des Lebens in der WG (vgl. Reder 2004; Pawletko 13.08.2002; Reder 2002). Zugang zu einer Kochgelegenheit besteht für die Bewohner/innen aller WG. Auch in den untersuchten SWB hat eine Hinorientierung zum Wohngruppenkonzept mit einer Küche als zentrale Begegnungsstätte stattgefunden, denn alle Bewohner/innen haben Zugang zu einer Kochgelegenheit. Im nationalen Vergleich ha-

ben diese Möglichkeit nur 58 % aller Bewohner/innen von Alteneinrichtungen (vgl. Schneekloth, von Törne 2007). Hauptsächlich wird in beiden Settings jeweils eine gemeinschaftlich nutzbare Kochgelegenheit bereitgehalten. Nur wenige der teilnehmenden ambulanten und stationären Wohneinheiten verfügen über mehrere Kochmöglichkeiten.

In der Hälfte der untersuchten WG existieren zwei Bäder. WG mit drei Bädern oder einem Bad sind eher selten. Die mittlere Anzahl der Bäder je WG beträgt 2,5. Pro untersuchtem SWB existieren im Mittel 10,2 Bäder. Angesichts dessen ist davon auszugehen, dass hier zur Wohnausstattung sehr häufig ein eigenes Bad gehört. Dennoch hält fast ein Fünftel der untersuchten SWB nur ein einziges Gemeinschaftsbad für ihre Bewohnergruppen vor. Im Hinblick auf diese Ergebnisse muss aber auch ein Missverstehen der Frage in Betracht gezogen werden. Evtl. verweisen die Angaben auf Sanitäranlagen mit einer Wasch- bzw. Duschmöglichkeit.

Ein Aufenthalt im Freien stimuliert alle Sinne, fördert das Wohlbefinden und ermutigt Menschen mit leichter und moderater Demenz zu Interaktionen mit Anderen (vgl. Rappe, Topo 2007). Das natürliche Tageslicht hat einen signifikanten positiven Einfluss auf die Schlafqualität und bewirkt die Abnahme von vokal störendem Verhalten (vgl. Calkins et al. 2007). Anlagen im Freien bzw. Außenanlagen eignen sich besonders gut für die Aktivierung und Rehabilitation von Demenzerkrankten (vgl. Thelander et al. 2008, Bäuerle 2006) indem sie bspw. aggressives Verhalten reduzieren (vgl. Mooney, Nicell 1997). Die Bertelsmann-Stiftung und das KDA führten gemeinsam eine Pilotstudie durch, mit dem Ziel einen Überblick über die quantitative Struktur alternativer Wohnangebote zu erhalten: Dieser Untersuchung zufolge verfügen 19,8 % der ambulant betreuten Wohngruppen weder über einen Freisitz noch einen Garten (vgl. Kremer-Preiss, Narten 2004). In der vorliegenden Studie trifft dies auf nur 6,7 % der hier betrachteten WG zu. Dagegen halten mehr als die Hälfte der WG Balkone, mehr als ein Drittel einen Garten oder einen Innenhof und 20,0 % Terrassen bereit. Im Gegensatz zu den untersuchten WG existiert in allen SWB mindestens ein Außenbereich. Der Aufenthalt im Freien wird in gut drei Viertel aller SWB durch einen Garten, in 69,2 % durch Terrassen, in 57,7 % durch Balkone und in 23,1 % durch einen Innenhof ermöglicht.

Zu einer optimalen Umgebung für Demenzkranke gehört der freie Zugang zu Außenanlagen, der ermöglicht und gefördert werden sollte (vgl. Wojnar 2001; Namazi 1992). Unverschlossene Außenbereiche haben einen positiven Einfluss auf die Autonomie, Unabhängigkeit, das Gefühl von Freiheit und Selbstwert (vgl. Schwarz, Rodiek 2007). Verschlossene Türen verstärken hingegen das Wanderverhalten (vgl. Kaiser 2008, PQSG- Online-Magazin für die Altenpflege 2006, Namazi 1992) und führen zu vermehrter Ängstlichkeit und Verunsicherung

(vgl. Rappe, Topo 2007). 62 % der deutschen Alteneinrichtungen mit einem segregativem Wohnbereich für Demente gewährleisten ihren Bewohner/innen einen freien Zugang (vgl. Schneekloth, von Törne 2007). Deutlich häufiger trifft dies auf die hier untersuchten WG (81,9 %) und SWB (80,8 %) zu. Nur 6,7 % der WG und 15,4 % der SWB halten ihre Außenbereiche verschlossen.

9.1.1.3 Versorgungskonzept und Ablauforganisation

Vielfach wird postuliert, dass Bezugspflege als bewohnerorientiertes Organisationsprinzip am besten für die Pflege von Demenzerkrankten geeignet ist (vgl. Buron 2008; Penrod et al. 2007; Sowinski 2004; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002). Im Gegensatz zu anderen Organisationsformen hat sie positivere Auswirkungen auf die Pflegequalität und das Wohlbefinden der Pflegeempfänger (vgl. Archibong 1999, Gardner 1991, Shukla 1981, Felton 1975). Ein reines Bezugspflegesystem, bei dem jedem/r Bewohner/in eine namentlich bezeichnete Pflegeperson zugeordnet wird (vgl. Manthey et al. 1970), kommt in mehr als drei Viertel der untersuchten WG und damit deutlich häufiger als den SWB zum Einsatz. Im Falle der stationären Einheiten wurde eine 100 %-ige Implementierung von Bezugspflege erwartet, weil die Rahmenvereinbarung hierzu verpflichtet (vgl. Anlage A des Rahmenvertrages gemäß § 75 Abs. 1 und 2 SGB XI vom 03.12.2008). Als Erklärungsansatz ist nicht auszuschließen, dass die Frage evtl. falsch verstanden wurde. Im Vergleich zu anderen ambulanten und (teil)stationären Einrichtungen im Raum Bochum mit (46,2%) und ohne (26,7 %) einem Demenzkonzept wird deutlich, dass Bezugspflege in den untersuchten WG eine größere Verbreitung gefunden hat (vgl. Alzheimer Gesellschaft Bochum e.V. 2004).

9.1.1.4 Biografiearbeit

Biografiearbeit meint das Erfassen von biografischen Informationen, der bisherigen Alltagsgestaltung sowie der individuellen (Lebens-)Gewohnheiten und deren Berücksichtigung in allen Pflege-, Betreuungs- und Begleitungshandlungen (vgl. Arend 2005, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005). Sie ist hilfreich, um den speziellen Bedürfnissen von Demenzerkrankten Rechnung zu tragen (vgl. Dyck 2006; Weyerer et al. 2005, Sowinski 2004; Lind 2000) und der Kern allen Pflegehandelns (vgl. Friebe 2004). Laut Anlage A der Rahmenvereinbarung nach § 75 SGB XI muss das Pflegekonzept einer Einrichtung mit Spezialwohnbereichen neben anderen den lebensgeschichtlichen Kontext der Bewohner/innen „*ausreichend*“ berücksichtigen (vgl. ***Kapitel 6***). Dass dem Rechnung getragen wird, zeigt sich in der Auswertung: in allen SWB werden die biografischen Informationen der Bewohner/innen erfasst. Erfreulicherweise geschieht dies auch in allen teilnehmenden WG

und damit häufiger verglichen mit den untersuchten Hamburger Domusbereichen (83,4 %) (vgl. Weyerer et al. 2005). Heusinger und Kollegen mahnen diesbezüglich, dass biografische Daten zwar erhoben, aber kaum regelmäßig aktualisiert und eher sporadisch in den Pflegeplanungen verwendet werden (vgl. Heusinger, Knoch 2007). Dies bestätigt sich in der vorliegenden Studie nicht: In fast der Hälfte (49,5 %) der untersuchten WG werden die biografischen Daten laut Angabe der Pflegedienste halbjährlich aktualisiert. In einem weiteren Viertel der Einrichtungen geschieht dies seltener und in 15,2 % monatlich. Im Vergleich zu WG sind die Aktualisierungsabstände der Biografien in den untersuchten SWB kürzer. Einerseits werden in knapp in der Hälfte der SWB die biografischen Daten seltener als einmal im Halbjahr (46,2 %), andererseits aber in 42,3 % monatlich aktualisiert. In 96 % aller WG beruht der Pflegeprozess auf den biografischen Kenntnissen. In den stationären Einheiten ist diese Voraussetzung in der Rahmenvereinbarung beschrieben. Entsprechend werden diese Informationen im Versorgungsalltag aller SWB genutzt. Sehr häufig dienen die Informationssammlungen dabei für die Alltagsgestaltung bzw. die Planung von Alltagsaktivitäten. Auch die Pflegeplanungen und körpernahe (Pflege)Tätigkeiten orientieren sich oftmals an den erhobenen Bewohnerbiografien.

9.1.1.5 Betreuungskonzepte

Besondere Betreuungskonzepte für Menschen mit einer Demenz werden von allen SWB, jedoch von nur 91,4 % der WG vorgehalten. Konzepte des bewohnerbezogenen Ansatzes, also kognitive, emotionsorientierte, sinnesbezogene und bewegungsbezogene Angebote, finden in 83,3 % aller WG und in 80,8 % aller SWB Anwendung. Deutlich häufiger wird mit Betreuungskonzepten des bewohnerbezogenen Ansatzes in WG des segregativen (92,3 %) als in WG des integrativen Typus (81,2 %) gearbeitet. Unter den bewohnerbezogenen Konzepten sind es Angebote des emotionsorientierten und sinnesbezogenen Ansatzes, die in den meisten WG und SWB genutzt werden. In etwa jedem vierten SWB und jeder fünften WG finden kognitive Betreuungsangebote statt. Bewegungsbezogene Angebote werden dafür in jeder vierten WG, aber in nur 7,7 % aller SWB vorgehalten.

Im Vergleich zu den Betreuungskonzepten des bewohnerbezogenen Ansatzes werden Betreuungskonzepte des umgebungsbezogenen Ansatzes in beiden Versorgungsformen, besonders aber in WG eher selten bereitgehalten. Umgebungsbezogene Konzepte (Milieutherapie, unspezifische Alltagstätigkeiten, Bezugspflege, das Konzept nach Böhm, das Konzept nach Kitwood und das Konzept nach Romero) finden in 76,9 % der SWB und in 59,4 % aller WG Anwendung. Im Vergleich zu traditionellen Pflegeeinrichtungen besteht in WG die Möglichkeit der aktiven Beteiligung der begleiteten Personen an einer Vielzahl von hauswirt-

schaftlichen und Alltagstätigkeiten. Deshalb haben „*klassische beschäftigungstherapeutische Angebote*“ (Reder 2002) in WG eine eher untergeordnete Rolle. Tatsächlich sind in nur 17,7 % der untersuchten WG und in keinem SWB Alltagstätigkeiten (abwaschen, putzen etc.) Teil des Betreuungskonzepts. Von allen Konzepten des umgebungsbezogenen Ansatzes ist Milieutherapie das sowohl in WG als auch in SWB am häufigsten genannte Konzept: Sie wird in mehr als jedem zweiten SWB, aber in nur ca. jeder vierten WG eingesetzt.

9.1.1.6 Gruppenangebote

Gruppenangebote für Menschen mit einer Demenz wirken in zweierlei Hinsicht anregend: Einerseits schaffen Gemeinschaftsaktivitäten mit „*sozialen, aktivierenden und emotional stabilisierenden Inhalten […] Stimulierungselemente zur Vermeidung von Über- und Unterstimulierungssituationen*“ (Lind 2000:105). Andererseits fördern sie Geselligkeit, das Gemeinschafts(er)leben und vermitteln das Gefühl von Geborgenheit (ebd). Daher sollten Gruppenaktivitäten zur „*regelmäßigen Wochenplanung*“ gehören (Schröder, Häussermann 2001:221). Gruppenangebote werden von allen SWB und nahezu allen untersuchten WG (97,1 %) vorgehalten. Die in beiden Settings verbreitetsten gemeinschaftlichen Angebote sind die Unterhaltungs- und Gesellschaftsaktivitäten, welche von 88,2 % aller WG mit Gruppenangeboten und 96,2 % aller SWB offeriert werden. Dabei ist das gemeinschaftliche Singen und Musizieren insgesamt das am häufigsten organisierte Einzelangebot in dieser Kategorie. Auch gemeinschaftliche Außer-Haus-Aktivitäten, sowie Angebote des kreativen Gestaltens werden etwa gleichermaßen in sowohl relativ vielen WG als auch SWB angeboten. Bewegungsbezogene Angebote hingegen halten im Vergleich zu WG (42 %) anteilig etwa doppelt so viele SWB (77 %) vor. Dies trifft ebenso auf die gemeinschaftlichen Haushaltstätigkeiten zu. So können sich die Bewohner/innen in 39 % der WG und in 69 % der SWB an derartigen Angeboten beteiligen. Besonders deutlich zeigt sich diese Ungleichheit bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, wie bspw. dem Abwaschen und Putzen: Während 39 % der SWB gemeinsame Hauswirtschaftstätigkeiten anbieten, tun das nur rund 5 % aller WG. Ein Erklärungsansatz könnte hierfür sein, dass sich Wohngemeinschaften nah am «normalen» Alltag in einer (Groß-)Familie orientieren sollen, und die im Haushalt anfallenden Tätigkeiten miteinander geteilt werden sollen, ohne dass dies explizit als Gruppenangebot verstanden wird. Siehe ***Kapitel 6*** auf welchen sich die Vertragsparteien bei der Formulierung der Rahmenvereinbarung einigten (vgl. Anlage A des Rahmenvertrages gemäß § 75 Abs. 1 und 2 SGB XI vom 03.12.2008). Auch Gruppenangebote des sinnesbezogenen bzw. emotionalen Ansatzes existieren häufiger in SWB. Gravierende Differenzen zeigen sich ebenfalls bei den Angeboten des kognitiven Ansatzes sowie bei kulturellen und infrastrukturellen Gemeinschaftstätigkeiten, welche jeweils von anteilig dreimal so vielen SWB bereitgestellt werden. Dies deckt

sich mit Erkenntnissen, dass innerhalb der vergangenen Jahre in vollstationären Einrichtungen zunehmend an besondere Zielgruppen ausgerichtete Betreuungs- und Versorgungsangebote - darunter auch Gemeinschaftsangebote - Einzug gehalten haben(vgl. Schneekloth, von Törne 2007). Zu den weit verbreitetsten Gruppenaktivitäten zählen die kulturellen und bewegungsbezogene Angebote.

9.1.1.7 Personelle Situation

In den untersuchten WG sind durchschnittlich 7,4 und in den SWB 10,5 Mitarbeitende beschäftigt (siehe ***Kapitel 8.1.1.6***). Tagsüber wird eine Bewohnergemeinschaft durchschnittlich von 6,3 Beschäftigten versorgt. Den größten Anteil nimmt mit gemittelten 3,24 Personen die Gruppe der Pflegekräfte ein, den kleinsten mit 1,47 die Gruppe der sonstigen Mitarbeiter/innen. Die durchschnittliche Anzahl der im Tagesdienst an der Versorgung beteiligten Pflegefachkräfte beträgt 1,51. Ein hoher Fachkraftanteil ist der Literatur zufolge von entscheidender Bedeutung für eine hohe Pflegequalität (vgl. Reid, Chappell 2003; Castle, Engberg 2007) und kann Fehler und Defizite minimieren. Ein höherer Anteil von examinierten Pflegekräften reduziert z. B. das Dekubitusrisiko (vgl. Bostick 2004; Blegen et al. 2001) sowie störende Verhaltensweisen (vgl. Ooi et al. 1999). (Horn et al. 2005) assoziieren die Beteiligung einer höheren Anzahl von Pflegefachpersonen an der direkten Pflege mit dem Rückgang von Hospitalisierungen, Harnwegsinfekten, Katheterisierungen und Gewichtsverlust. Verglichen mit dem Jahr 2006 hat sich die Qualifikationsstruktur innerhalb der WG positiv verändert: gehörten Pflegefachkräfte damals in 72,2 % der WG zum Personalbestand (vgl. Wolf-Ostermann 2007), werden sie nach drei Jahren in 90,5 % der WG bereitgestellt. Sie werden anteilig nur geringfügig seltener in 88,5 % der SWB beschäftigt. Der Umfang der Pflegestunden, die jede/r Bewohner/in täglich durch examiniertes Personal empfängt ist in beiden Settings identisch und beträgt 1,4 Stunden.

Die Einbindung von Pflegefachpersonal mit einer Weiterbildung in Gerontopsychiatrie bewirkt nach (Krichbaum et al. 2005) signifikante Verbesserungen in verschiedenen Outcome-Parametern (u. a. Inkontinenz, Dekubitus und Aggression) und wird mit Verweis auf diesen Nutzen und den hohen Anteil von Demenzerkrankten in beiden Versorgungsformen zu selten berücksichtigt. In nur 22,5 % aller ambulanten und 38,5 % aller stationären Einheiten sind Pflegefachkräfte mit dieser Zusatzqualifikation bereitgestellt. Der Vergleich zu Hamburger Wohngruppen des Domusmodells bekräftigt dieses strukturelle Defizit. Hier fanden sich in nahezu allen Wohnbereichen Mitarbeiter/innen mit einer Qualifikation in Gerontopsychiatrie (vgl. Weyerer et al. 2004).

Werden die Personalangaben zu den Bewohner/innen ins Verhältnis gesetzt, ergeben sich folgende Betreuungsrelationen: es entfallen auf eine/n Angestellten in einer ambulant betreuten WG tagsüber 0,93 Männer und Frauen, was einer mittleren Relation von 1 : 0,93 entspricht. Die Betreuungsrelationen variieren dabei tagsüber zwischen 1 : 0,25 und 1 : 2,32, Nachts werden durchschnittlich 5,26 Bewohner/innen von einer/m Mitarbeiter/in versorgt. Die nächtlichen Betreuungsrelationen variieren in den WG sehr stark und reichen von keiner Betreuung bis einer Eins-zu-eins-Betreuung. In den untersuchten Spezialwohnbereichen versorgt tagsüber eine Pflegeperson durchschnittlich 1,33 Pflegebedürftige und damit deutlich mehr Frauen und Männer als in den WG. Die Betreuungsverhältnisse liegen im stationären Bereich zwischen 1 : 0,55 und 1 : 3,13. Im Gegensatz zu WG ist in den Spezialwohnbereichen eine nächtliche Betreuung immer gewährleistet. Die mittlere Betreuungsrate beträgt 1 : 8,33 (min: 1 : 1; max: 1 :33,33). Schäufele et al. (2007) beschreiben eine Betreuungsrelation „*in der Frühschicht zwischen 1:4 und 1:10, in der Spätschicht zwischen 1:4 und 1:13,3*“ (Schäufele et al. 2007:180). Allerdings beziehen sich die Angaben dabei auf Präsenzkräfte, was neben den direkt Angestellten ebenfalls Hauswirtschaftskräfte und Freiwillige einschließt. Dennoch ist der hier ermittelte tagsüber vorherrschende Betreuungsschlüssel insgesamt besser im Vergleich zu dem in deutschen Alteneinrichtungen. Die nächtlichen Betreuungsschlüssel unterliegen in beiden Versorgungsformen starken Schwankungen, so dass ein direkter Vergleich mit der Relation in den Alteneinrichtungen nicht angestellt werden kann.

Vergleicht man die beiden Versorgungsformen WG und SWB so wird deutlich, dass die Mitarbeitenden insgesamt in den SWB tagsüber etwa doppelt so viele Bewohner/innen zu versorgen haben wie in WG. Dies trifft uneingeschränkt auf die Versorgung durch die einzelnen Qualifikationsgruppen zu. Sowohl jede examinierte und nicht examinierte Pflegekräfte als auch jede sonstige Mitarbeitende die in einem der untersuchten Spezialwohnbereiche tätig ist, hat eine jeweils größere Anzahl an Bewohnerinnen und Bewohner zu versorgen als ihr/e Kollege/in in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft.

In WG vom segregativen Typus (1,28) werden für eine Bewohnerin unabhängig von der Qualifikation deutlich mehr Mitarbeiter/innen vorgehalten als in integrativen WG (0,98). Gegenüber spezialisierten Wohnbereichen sind die untersuchten WG mit deutlich mehr Personal ausgestattet, was sich ebenfalls in der Betreuungsrelation zeigt.

9.1.1.8 Demenzspezifische Fortbildungen und Weiterbildung des Personals

Hallauer et al. (2005) erfragten den Weiterbildungsbedarf des Pflegepersonals in deutschen Heimen (vgl. Hallauer et al. 2005). Ihr Forschungsbericht zeigt den größten Bedarf im Bereich Demenz auf (ebd.) was durch den hohen Anteil der Bewohner/innen mit diesem Krankheitsbild erklärt werden kann. Fortbildungen auf gerontopsychiatrischem Gebiet sollten daher besonders in den Abteilungen mit überwiegend Demenzerkrankten obligatorisch sein (vgl. Kämmer 2000). Es konnte gezeigt werden, dass die Teilnahme an demenzspezifischen Fortbildungen förderlich sowohl für alle an der direkten Betreuung beteiligten Mitarbeiter/innen als auch die Erkrankten ist. So verringerten sich einerseits die Anwendung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen und die Einnahme von psychotropen Substanzen (vgl. Kuske et al. 2009). Andererseits führte dies zu einem besseren Verständnis von neuropsychiatrischen Symptomen bei Demenz und einem besseren Umgang (vgl. Livingston et al. 2005). Es qualifiziert die überwiegende Mehrheit aller Pflegedienste und Einrichtungen im Jahr 2008 ihre Mitarbeiterschaft mittels demenzbezogener Fortbildungen. In beiden Settings standen dabei die Themen „Pflege & Betreuung von Menschen mit Demenz“ und „Krankheitsbilder“ im Vordergrund. Auch Veranstaltungen zu Dementia Care Mapping (DCM) sowie gerontopsychiatrische Weiterbildungen hatten eine hohe Priorität. Beide Versorgungsformen zeichnen sich durch ihr haushaltsähnliches Umfeld aus. Um dieses Potenzial nutzen zu können, sind Fortbildungen eine Grundvoraussetzung (vgl. Schwarz et al. 2004). Themennahe Fortbildungen, wie etwa „Leben in einer Dementen-WG“ bzw. „Tagesstrukturierung und Aktivierungsmöglichkeiten im Alltag“ fanden dafür zu selten statt.

9.1.1.9 Einbindung und Mitwirkung von Angehörigen und Ehrenamtlichen

Informations- und Beratungsangebote für Angehörige dienen dem beiderseitigen Informationsaustausch (vgl. Alzheimer Gesellschaft Bochum e.V. 2004) und gehören zu den „*Elementen einer guten Angehörigenarbeit*“ (Engels, Pfeuffer 2007:292). Im Auftrag des SWA e. V. wurden innerhalb des Modellprojektes zur Sicherung der Transparenz und der geteilten Verantwortung in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz, WG im Land Berlin untersucht. Dem SWA-Patenprojekt zufolge finden Angehörigentreffen in den meisten der untersuchten 43 WG im halbjährlichen Turnus statt (vgl. Rückemann 06.04.2009). Mehr als die Hälfte aller in der vorliegenden Studie untersuchten WG und SWB organisieren Informations- bzw. Beratungsangebote für Angehörige, in WG meist seltener als einmal im Monat. In den SWB finden diese Angebote engmaschiger statt. Gegenüber der MUG-IV-Studie – hier halten etwa 46 % der Alteneinrichtungen Informations- und Beratungsangebote für Angehörige vor (vgl. Schneekloth, von Törne 2007) – ist die Angehö-

rigenversorgung in den hier untersuchten WG als gut zu bewerten. Insgesamt verzichtet dennoch mit 16,2 % ein deutlich größerer Anteil der hier untersuchte WG und 3,8 % der SWB auf dieses Element. Bei (vgl. Rückemann 06.04.2009) waren es nur 4 % der untersuchten WG. Womöglich führt die unterschiedliche Stichprobenbildung zu diesen differierenden Ergebnissen, denn in der SWA-Untersuchung wurden ausschließlich Pflegedienste rekrutiert, die mit dem Verein kooperieren. In der DeWeGE-Studie wurden hingegen alle WG in Berlin berücksichtigt wurden.

Die Einbeziehung von Angehörigen in die Pflegehandlungen als ein wichtiges Qualitätskriterium (vgl. Friebe 2004) erleichtert den Zugang zu einzelnen Bewohner/innen (vgl. Lind 2000). Studien zufolge resultierte eine intensive Angehörigeneinbindung im Rückgang von Verhaltensproblemen wie z. B. agitiertem Verhalten (vgl. Jablonski et al. 2005), des Grades an Inaktivität und unsozialem Verhalten (vgl. van Dröes et al. 2000).

Engels und Kollegen führten eine schriftliche Befragung von Angehörigen, Freiwilligen und Mitarbeiter/innen zu sozialer Unterstützung in Alteneinrichtungen aus. Die Mitwirkung von Angehörigen innerhalb dieser MUG IV-Studie ist besonders hoch in den Bereichen: finanzielle Angelegenheiten, Aufbereitung der Biografie, Besorgungen, Behördengängen, Zimmergestaltung und Mahlzeiten (vgl. Engels, Pfeuffer 2007) und findet in etwa 36 % der vollstationären Pflegeeinrichtung in Form einer kontinuierlich arbeitenden Angehörigengruppe statt. Demgegenüber ist der Anteil aktiv mitwirkender Angehörigen in den hier untersuchten WG fast doppelt so hoch. Etwa im gleichen Umfang werden auch in den SWB Angehörige aktiv in die Pflege- und Versorgungsprozesse integriert. Verglichen mit integrativen WG findet in segregativen WG eine Einbindung der Angehörigenarbeit tendenziell etwas häufiger statt (64,2 % vs. 76,9 %). Diese Ergebnisse decken sich nicht mit denen in der bereits erwähnten Vergleichsstudie (vgl. Weyerer et al. 2004): Die Einbindung von Angehörigen war mit 74 % im Integrationsprinzip stärker im Vergleich zum Domusprinzip mit 62,5 %.

In WG findet eine aktive Angehörigenarbeit vor allem in den Bereichen „Persönliche Hilfen“ (62 %) und „Gesellschaft leisten und gemeinschaftliche Angebote“ (61 %) statt. Daneben sind Angehörige auch häufig im Bereich „Pflege/ Pflegerische Hilfen und Hilfen zur Betreuung“ (39 %) involviert. In den SWB hingegen beteiligen sich Angehörige hauptsächlich in den Bereichen „Gesellschaft leisten und gemeinschaftliche Angebote“ sowie „Pflege / Pflegerische Hilfen und Hilfen zur Betreuung“ mit jeweils 44,4 % der untersuchten Einheiten. „Persönliche Hilfen“ werden in nur etwa 28 % der SWB von Angehörigen erbracht.

(Engels, Pfeuffer 2007) zufolge beschreiben 92 % der Mitarbeitenden in Pflegeeinrichtungen eine Betätigung von Angehörigen im Bereich „persönliche Hilfen“ und 64 % im Bereich „Ge-

sellschaft leisten“. 41 % von ihnen sagen, dass Angehörige im Bereich „gemeinschaftliche Angebote“ aktiv werden. Etwa ein Viertel der Beschäftigten beschreiben pflegerische Hilfen durch Angehörige.

Die Alltagsbegleitung erfordert große zeitliche und personelle Ressourcen und ist ohne die aktive Unterstützung durch ehrenamtliche bzw. freiwillige Helfer nur schwer zu bewältigen. Neben professionell Pflegenden und pflegenden Angehörigen könnte das Ehrenamt „*eine dritte Säule im Betreuungssystem*“ werden (Klingbeil-Baksi 2002:40). Demenzerkrankte, die Besuche von Ehrenamtlichen erhalten, wird ein besseres psychisches, physisches und soziales Wohlbefinden attestiert (vgl. Oppikofer et al. 2002). Die MUG-IV-Studie hat eine regelmäßige Einbindung von Freiwilligen in 84 % der untersuchten stationären Einrichtungen ermittelt (vgl. Schneekloth, von Törne 2007). Dem SWA-Patenprojekt nach werden in 62,7 % der untersuchten WG ehrenamtlich Helfende eingesetzt (vgl. Rückemann 06.04.2009). Deutlich schlechter stellt sich die Situation in den hier untersuchten WG dar: insgesamt wird Freiwilligenarbeit in lediglich 41,9 % aller WG beschrieben. Mit 88,5 % der untersuchten stationären Einheiten findet ein ehrenamtliches Engagement dagegen deutlich häufiger in den SWB statt. Die Ergebnisse aus den SWB bestätigen damit die bereits in der MUG-IV-Studie ermittelten Zahlen.

In 13,3 % der WG findet Ehrenamtlichenarbeit seltener als einmal wöchentlich statt. In 11,4 % der WG sind Ehrenamtliche wöchentlich und in 14,3 % mehrmals wöchentlich zugegen. Ein tägliches Engagement ist in 3,8 % und ein mehrmals täglicher Einsatz in einer WG vertreten. In über der Hälfte der teilnehmenden SWB 57,7 % findet Ehrenamtlichenarbeit seltener als einmal wöchentlich statt, in 19,2 % wöchentlich und in knapp 8 % mehrmals wöchentlich. Ein tägliches Engagement ist in 4 % in nur einer Einrichtung vertreten. Die von (Engels, Pfeuffer 2007) untersuchten Alteneinrichtungen werden hautsächlich wöchentlich (68%), und monatlich (24 %) von Freiwilligen frequentiert. Ihrer Befragung nach, 6 % aller Ehrenamtlichen wöchentlich und 3 % seltener als monatlich in die Einrichtung (vgl. Engels, Pfeuffer 2007).

Die Bereiche in welchen Ehrenamtliche unterstützen sind in beiden Versorgungsformen sehr verschieden. Ihre Beteiligung an der Pflege (WG: 29 %; SWB: 13 %) und im Bereich persönliche Hilfen (WG: 42 %; SWB: 26 %) findet häufiger in WG statt. In den SWB hingegen leisten sie verstärkt Gesellschaft (WG: 58 %; SWB: 61 %) und beteiligen sich an gemeinschaftlichen Angeboten. Persönliche Hilfen werden verglichen mit integrativen WG in einem mehr als doppelt so hohen Anteil der segregativen WG geleistet.

Nach (Engels, Pfeuffer 2007) meinen 83 % der Mitarbeitenden dass Freiwillige „Gesellschaft leisten“. Drei Viertel beschreiben diesbzgl. „gemeinschaftliche Angebote“ und 43 % „persönliche Hilfen“. Pflegerische Hilfen werden kaum geleistet.

9.1.1.10 Ärztliches Personal in der Versorgung

In WG wird vielfach Wahlfreiheit und Selbstbestimmung hinsichtlich der Versorgungsangebote (vgl. Kremer-Preiss, Stolarz 2006; Brinker-Meyendriesch 2006; Falkenstein 2004) proklamiert, welche auch das Wunsch- und Wahlrecht bzgl. des Hausarztes einschließen. Ob dieses Wahlrecht in Anspruch genommen wird, lässt sich nicht abschließend beurteilen, jedoch wird in fast einem Drittel der WG wird die hausärztliche Versorgung nur von einem Hausarzt bzw. einer Hausärztin durchgeführt. In knapp einem Drittel der WG sind zwei, seltener drei oder mehr Hausärzte für die medizinische Versorgung zuständig.

Seit 1998 verfügen in Berlin eine Reihe von Pflegeheimen über angestellte oder besonders vertraglich gebundene Heimärzte. Dieses Heimarztmodell hat zum Vorteil, dass notwendige Arztkontakte bei einem Großteil der zumeist mobilitätseingeschränkten und kognitiv stark eingeschränkten Heimbewohnerschaft direkt im Pflegeheim stattfinden können. Derzeit existieren insgesamt 37 Pflegeheime mit Heimärzten im Land Berlin (vgl. Ärztekammer Berlin 2010). Keine der hier befragten Einrichtungen nimmt an diesem Heimarztmodell teil, was entscheidend zu einer medizinischen Unterversorgung der Bewohnerinnen und Bewohner beitragen könnte. In 2005 führten Hallauer et al. eine repräsentative Studie zur ärztlichen Versorgung in n = 782 deutschen Pflegeheimen durch. In der standardisierten Befragung mittels Fragebogen wurde ermittelt, dass die hausärztliche Versorgung dort hauptsächlich von niedergelassenen Ärzten / Ärztinnen und nur in 5 % der Einrichtungen durch eigene Heimärzte übernommen wird. Allerdings beteiligen sich auch in diesen Heimen zusätzlich niedergelassene Ärzte und Ärztinnen an der Versorgung (vgl. Hallauer et al. 2005).

Lediglich drei der hier untersuchten Einrichtungen haben integrierte Versorgungsverträge der Heimversorgung mit anderen Leistungserbringern oder Institutionen abgeschlossen. An anderen Kooperationsmodellen der ärztlichen Versorgung nimmt etwas mehr als ein Drittel teil.

9.1.2 Merkmale Bewohner/innen

9.1.2.1 Soziodemografische Merkmale

Die soziodemografischen Merkmale der WG-Bewohnerschaft (siehe ***Kapitel 8.1.2.1***) unterscheiden sich teilweise sehr deutlich von denen der SWB-Bewohnerinnen und von den Er-

gebnissen anderer Studien. In eine aktuelle Studie, an der sich n = 18 Pflegeheime im Land Berlin beteiligten, wurden n = 304 Demenzerkrankte im Durchschnittsalter von 82 Jahren eingebunden (vgl. Majic et al. 2010). Damit sind die in WG lebenden Frauen und Männer durchschnittlich drei Jahre jünger verglichen mit den Menschen in den Berliner Heimen, welche im Übrigen nicht nach traditioneller und spezieller Betreuungsform unterschieden worden sind. Auch die SWB-Bewohnerschaft und die Bewohner/innen von deutschen Alteneinrichtungen sind insgesamt drei Jahre älter (vgl. Schäufele et al. 2007). Eine weit größerer Altersunterschied von fünf Jahren besteht zur deutlich älteren Population der besonderen Dementenbetreuung in Hamburger Alteneinrichtungen (vgl. Weyerer et al. 2005). Neben einem niedrigen Altersmittel scheint ebenfalls ein hoher Frauenanteil ambulant betreute Wohngemeinschaften zu charakterisieren. In den Berliner Pflegeheimen leben etwa 5 %, in der besonderen Betreuung in Hamburg 8 % und in den Spezialwohnbereichen 9 % weniger Frauen. Im Vergleich zur ersten Vollerhebung von ambulant betreuten WG in Berlin im Jahr 2006 (vgl. Wolf-Ostermann 2007) hat sich ihr Anteil um etwa 2 % leicht erhöht.

Aufgrund der ungünstigen deutschen Studienlage und zu Vergleichszwecken werden in der weiteren Diskussion ebenfalls internationale Forschungsvorhaben in der Studie berücksichtigt. Eine weitere niederländische Studie zu einem ähnlichen Versorgungskonzept führten Verbeek et al. (2010) durch. Die Querschnittuntersuchung charakterisiert psychosoziale und körperliche Bewohnermerkmale von „group living homes“ und vergleicht diese mit speziell auf Demenzerkrankte ausgerichtete stationären Einheiten, bezeichnet als „regular wards“. Von den 153 Menschen im „group living“ sind 80 % weiblich und von allen 586 in den „regular wards“ wohnenden 70 % (vgl. Verbeek et al. 2010).

Im Zeitraum von zwölf Monaten ist ein Anstieg von 1 % des Anteils von Menschen mit einem Migrationshintergrund an allen WG-Bewohnerinnen zu beobachten. Deren Anteil betrug im Jahr 2006 2,4 % (vgl. Wolf-Ostermann 2007). Auch WG scheinen sich in die Reihe der bestehenden stationären Langzeitpflegeangebote einzuordnen, welche von Migranten bereits seit Jahrzehnten eher nicht frequentiert werden. Schon 1998 wird hierzu bemerkt, Migranten würden aufgrund von „*Wertesystemen und der traditionellen Familienorientierung*“ eher das familiale Hilfeangebot nutzen (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1998:231 ff).

Wie das Statistische Bundesamt (2008) feststellt, wird in der Bundesrepublik ein Anteil von fast 5 % der Schwerstpflegebedürftigen „*eher im Heim versorgt*“ als zu Hause (Statistisches Bundesamt 2008b:5). Dieses Ergebnis wird durch die vorliegende Studie gestützt. Zwar wurde verglichen mit der WG-Bewohnerschaft ein doppelt so hoher Anteil SWB-Bewohner/innen

in die Pflegestufe I, gleichzeitig aber nur ein halb so großer Anteil in die Stufe III eingruppiert. Der Grad der Pflegebedürftigkeit steigt mit dem Lebensalter (vgl. Statistisches Bundesamt 2008b). Während die ältesten WG-Bewohnerinnen in der vorliegenden Studie die höchste Einstufung nach dem SGB XI attestiert wurden, verfügen die jüngsten über keine Pflegestufen. Menschen in WG mit Stufe II und III sind häufiger auch demenziell erkrankt – ein gemeinsames Merkmal sowohl von der Bewohnerschaft in WG als auch in Pflegeheimen, das sich auch mit Ergebnissen aus ***Kapitel 8.1.2.6*** deckt (vgl. Schäufele et al. 2007).

9.1.2.2 Diagnosen

In beiden der untersuchten Wohnformen ist der Anteil der Personen mit einer Demenz hoch. Dass sich SWB auf die Betreuung von Demenzerkrankten zu spezialisieren haben, wird durch die Aufnahmekriterien (***Kapitel 6***) vorgegeben. Dennoch werden hier zum Stichtag auch Nicht-Demenzerkrankte versorgt. WG scheinen diesen Angaben zufolge einer Klientel mit einem breiteren Krankheitsspektrum gegenüber aufgeschlossener zu sein. Dennoch liegt der Anteil der demenziell Erkrankten am betreuten Personenkreis in WG mit rund 27 % über dem in stationären deutschen Alteneinrichtungen mit 52 % im Jahr 2005 (Schneekloth, von Törne 2007:105). Becker et al. (2003) untersuchten mittels einer Querschnittstudie in sieben Ulmer Pflegeheimen die Fähigkeiten und Einschränkungen von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern. Der Anteil der Demenzerkrankten von den insgesamt 769 Bewohner/innen betrug hier rund 58 % (vgl. Becker et al. 2003).

Anders als in den untersuchten WG gehen Demenzen in SWB häufiger mit erheblichen Verhaltensauffälligkeiten einher, was auf die oben genannten Aufnahmekriterien zurückzuführen ist. Dabei waren signifikante Unterschiede bezogen auf den Typus der Versorgung festellbar: Im Vergleich zu integrativ Versorgten treten Verhaltensauffälligkeiten häufiger bei segregativ Versorgten auf. Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zum Resultat der Evaluation der besonderen stationären Dementenbetreuung in Hamburg. Hier wurden derartige Verhaltensweisen häufiger bei integrativ Versorgten beobachtet (vgl. Weyerer et al. 2004).

Frauen mit Wohnsitz in einer WG haben im Vergleich zu Männern häufiger eine demenzielle Diagnose und sind sowohl in der Kategorie ohne als auch in der Kategorie mit erheblichen Verhaltensauffälligkeiten stärker vertreten. Dieses Verhältnis wurde ebenfalls in der MUG-IV-Studie evaluiert. Demnach waren im Jahr 2005 48 % aller Bewohnerinnen und nur 41 % aller Bewohner demenzerkrankt (Schneekloth, von Törne 2007:105). Weyerer et al. (2004) führen dies auf die höhere Lebenserwartung von Frauen zurück (vgl. {Weyerer 2004 #225). Die geschlechtsspezifischen Prävalenzraten ermittelt in der EURODEM-Studie (vgl. Lobo et al. 54) zeigen, dass in den jüngeren Altersgruppen bis 69 Jahre die Prävalenzraten bei Frauen

leicht unter denen von Männern liegen, während bei über 70-Jährigen mit zunehmendem Alter das Krankheitsvorkommen bei Frauen wesentlich drastischer ansteigt. Dies betrifft ebenso die Inzidenzraten.

Im Vergleich zu SWB ist die Prävalenzrate anderer psychiatrischer Erkrankungen innerhalb der Versorgungsform WG etwa doppelt so hoch. Eine psychiatrische Diagnose weist ebenfalls ein etwa zweimal so hoher Anteil der integrativ versorgten WG-Bewohnerinnen gegenüber segregativ Versorgten auf. Männer sind anteilig etwa doppelt so häufig von psychiatrischen Störungen betroffen wie Frauen. Zu einem völlig anderem Ergebnis kommen andere Untersuchungen: Nach (Wittchen 2005) und (Jacobi et al. 2004) sind unter den 50-Jährigen und Älteren mehr Frauen als Männer betroffen. Allerdings ist ein uneingeschränkter Vergleich dieser Ergebnisse nicht zulässig, weil die Diagnoseangaben nicht über eine ICD-10-Codierung sondern über Diagnosekategorien (siehe ***Anhang A***) erhoben wurden.

Zu den häufigsten körperlichen Erkrankungen in beiden Settings zählen die Herz-/ Kreislauferkrankungen sowie rheumatische Erkrankungen und sonstige Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates. Im Vergleich zur MUG-IV-Studie gehören diese ärztlichen Diagnosen laut Pflegedokumentation zwar ebenfalls zu den häufigsten körperlichen Erkrankungen, jedoch wurden hier teilweise deutlich geringere Prävalenzraten ermittelt (vgl. Schäufele et al. 2007). Insbesondere trifft dies auf die Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems zu. In den Ulmer Alteneinrichtungen war neben den Demenzerkrankungen die häufigste medizinische Hauptdiagnose Schlaganfallerkrankungen. Rund 24 % der Stichprobe waren hiervon betroffen (vgl. Becker et al. 2003). Schlaganfallerkrankungen wurden demgegenüber in den hier untersuchten Versorgungsformen (WG: 12 %; SWB 6 %) nur selten angegeben.

Die Aufenthaltsdauern variieren deutlich nach dem Geschlecht und der Versorgungsform. So leben Frauen im Vergleich zu Männern in den spezialisierten Wohnbereichen etwa 10 Monate und in den WG drei Monate länger. Insgesamt betrachtet liegt die Verweildauer von Menschen in WG zum Stichtag ca. fünf Monate unter der von Menschen in SWB. Die Aufenthaltsdauer von WG-Bewohner/innen ist somit um etwa 19 Monate kürzer als die von Bewohner/innen deutscher Alteneinrichtungen mit 3,9 Jahren (Schneekloth, von Törne 2007:131). Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass WG aufgrund ihres jüngeren „Gründungsdatums“ kürzere Aufenthaltsdauern aufweisen können. Menschen, die in eine WG einziehen sind zum Zeitpunkt Ihres jeweiligen Einzugs im Mittel 2,5 Jahre jünger als in SWB Einziehende. Einziehende Frauen sind mehr als zehn Jahre älter im Vergleich zu den einziehenden Männern, was ihrer längeren Lebenserwartung geschuldet ist.

Frauen lebten vor ihrem Umzug viel häufiger allein als Männer (vgl. ***Kapitel 8.1.2.4***). Insgesamt lebte ein Anteil von rund 64 % der Stichtagspopulation zuvor allein. Ein signifikant größerer Anteil von ihnen bezog danach eine WG (70 %) und nur 58 % einen SWB. (Wimo et al. 1995) untersuchten neu in schwedische Group-living-units[14]einziehende Demenzerkrankte und verglich diese mit einer Wartegruppe, welche noch in Pflegeheimen oder zuhause lebt. Insgesamt waren 36 % dieser Studienpopulation und 48 % der Personen, welche eine wohngemeinschaftsähnliche Einheit bezogen, zuvor alleinlebend.

Die Lebenssituation vor dem Einzug korreliert ebenfalls mit einer Demenzerkrankung, denn Demenzerkrankte leben vor ihrem Umzug deutlich häufiger allein.

(te Boekhorst et al. 2009) untersuchten längsschnittlich Demenzerkrankte, welche neu in traditionelle und spezielle stationäre Einheiten, sogenannte „group living homes[15]“ einzogen. Hierhin wechselten insgesamt 59 % der niederländischen Rekrutierten von zuhause. Mit 71 % taten dies mehr Personen der spezialisierten Einheiten. Traditionell Versorgte (53 %) waren hingegen vorher anteilig häufiger in einer anderen institutionellen Einrichtung untergebracht.

In der niederländischen Studie von Verbeek et al. (2010) wechselten 42 % aus einem Pflegeheim und etwa 29 % aus der eigenen Häuslichkeit ins „group living“. Von den Bewohnern/innen im „regular wards“ lebten 62 % zuvor zu Hause und nur 15 % in einem Pflegeheim (vgl. Verbeek et al. 2010).

Auch im von (Wimo et al. 1995) beforschten Kollektiv der wohngemeinschaftsähnlichen Umgebung überwiegen die zuvor zuhause Lebenden mit 70 % deutlich. In der vorliegenden Untersuchung lebten etwa zwei Drittel beider Bewohnerschaften vor ihrem Umzug in die neue Umgebung in der eigenen Häuslichkeit. Auffallend ist dabei, dass WG-Bewohnerinnen zuvor deutlich häufiger Versorgungsleistungen eines ambulanten Pflegedienstes beansprucht haben. Womöglich wurde in diesen Fällen eine Übersiedlung in eine Wohngemeinschaft erleichtert, wenn der versorgende Pflegedienst hier ebenfalls tätig ist. Hierzulande folgt für jede fünfte Heimbewohnerin im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt der Umzug in eine Altenpflegeeinrichtung (vgl. Schäufele et al. 2007:185). Im Vergleich dazu fand ein solcher Wechsel in der hier betrachteten Studie deutlich seltener statt und anteilig fast doppelt so

[14] Mischform aus ambulanter und institutioneller Einheit für demenzerkrankte Menschen, welche überwiegend in Wohnungen oder Häusern, seltener in Alten- und Altenpflegeeinrichtungen existieren

[15] max. sechs Einheiten á max. 6 Bewohner/innen, welche sich im Abstand von mindestens 200 m außerhalb der hier zumeist zugehörigen stationären Einrichtung befinden (vgl. te Boekhorst et al. 2009)

häufig bei SWB- als WG-Bewohner/innen. Im kausalen Zusammenhang steht womöglich der ermittelte größere Pflegebedarf der Heimbewohnerschaft.

Der Anteil der Personen in WG, welche keine Leistungen nach dem SGB XI, SGB XII beziehen und somit Selbstzahler sind, beträgt etwa 13 % und ist im Vergleich zu 2006 mit 5 % rückläufig (vgl. Wolf-Ostermann 2007). Einen Selbstzahlerstatus haben anteilig doppelt so viele SWB-Bewohnerinnen.

Im Jahr 2001 trat das Pflegeleistungsergänzungsgesetz in Kraft. Damit sollen die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz in der ambulanten Versorgung innerhalb der Pflegeversicherung berücksichtigt werden. Zum besonderen Personenkreis nach § 45 b SGB XI gehören etwa 70 % aller Menschen in den untersuchten WG. Frauen erhalten gegenüber Männern häufiger derartige Leistungen im Umfang von 200 €, was dafür spricht, dass ihre Alltagskompetenz schlechter vom MDK beurteilt wird.

Für jeweils ca. 90 % der Bewohnerschaften in beiden Settings (vgl. ***Kapitel 8.1.2.9***) wurde entweder eine gesetzliche Betreuung bestellt oder eine Vorsorgevollmacht erteilt. Im Vergleich zu Nichtdemenzerkrankten betrifft dies signifikant häufiger Demenzerkrankte. Gegenüber Alteneinrichtungen (vgl. Schäufele et al. 2007) liegt in WG bei einem 22 % höheren Anteil der Demenzkranken und sogar bei einem 32 % höheren Anteil der Nichtdemenzerkrankten eine der beiden Betreuungsformen vor (vgl. Schäufele et al. 2007). In den vom SWA e. V. untersuchten WG betrug der Anteil der Bewohner/innen, welche von Berufsbetreuern betreut werden etwa 47 % (vgl. Rückemann, Künzel 2009). In der vorliegenden Studie trifft das auf 56 % der Bewohnerinnen und Bewohner in den WG und auf etwa ein Drittel der Untersuchten in den SWB zu. Ein Erklärungsansatz zum hohen Anteil an Berufsbetreuern in WG könnte sein, dass diese dort mehr Stunden pro Monat als im Heim abrechnen können. Nach § 5 (1) des Gesetzes über die Vergütung von Vormündern und Betreuern kann ein Berufsbetreuer (nach vorherigen Abstufungen) 2 Stunden pro Monat mehr abrechen (vgl. VBVG vom 01.07.2005). Eine Möglichkeit, diese finanziellen Verluste zu vermeiden besteht darin, ihre Betreuten nicht in ein Heim einziehen zu lassen. Gegenüber den ambulanten Bereichen fungiert in den stationären Einheiten ein doppelt so großer Anteil der Angehörigen als gesetzlich berufene Betreuer.

9.1.2.3 Angebotsstruktur

Da zukünftig mit einem drastischen Rückgang von familialen Unterstützungsleistungen zu rechnen ist (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1998), wird den Gesundheitsdienstleistungen womöglich eine wachsende Bedeutung zukommen. Durch die

Nutzung von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen können Sozialkontakte entstehen und somit sozialer Einsamkeit vorbeugt werden.

Wie die Auswertung ergeben hat, findet eine Unterstützung durch Angehörige in beiden Versorgungsformen nicht immer statt (siehe ***Kapitel 8.1.1.8)*** Auch die bewohnerbezogenen Ergebnisse bzgl. der Einbindung von Angehörigen, zeigen hier mäßige Beteiligungs- bzw. Besuchsraten (siehe ***Kapitel 8.1.2.13***). Aufgrund der schlechten Datenlage bezogen auf die Erfassung von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen, erfolgt vielmehr eine Gegenüberstellung der in den WG und SWB ermittelten Angebotsstruktur, als eine Diskussion.

Etwa ein Viertel der Bewohner/innen in beiden Settings hatte in den letzten vier Wochen vor dem Stichtag Leistungen von anderen Gesundheitsdienstleistern erhalten. Die am häufigsten in Anspruch genommene Versorgung findet durch Mobilitätshelfer und Begleitdienste statt, gefolgt von Besuchs- und Betreuungsdiensten. Weiterhin vertreten sind Therapeuten und Beschäftigungsleistungen (3,8 %; n = 21) sowie Tierbesuchsdienste (3,1 %; n = 17). Der Anteil der Bewohner/-innen welche Dienstleistungen von anderen außer dem eigenen Pflegedienst in Anspruch nehmen, ist mit 30,4 % in WG mit verbandlich organisierten Pflegediensten ungefähr doppelt so hoch als in WG, deren Pflegedienste nicht organisiert sind mit 16,0 %. Im Gegensatz zu Bewohner/-innen welche von privat organisierten (24,5 %) Pflegediensten betreut werden, zeigt sich dieses Inanspruchnahmeverhalten bei 41,1 % der Bewohner/-innen in frei gemeinnützig organisierten WG.

Auch im stationären Setting nehmen 25 % der hier Lebenden die Dienstleistungen anderer Anbieter in Anspruch. Während sich das generelle Inanspruchnahmeverhalten im Vergleich zum ambulanten Bereich kaum unterscheidet, zeigen sich im Hinblick auf die jeweiligen Leistungsarten durchaus Differenzen. Fast jeweils 10 % aller Personen besuchen eine Clownsprechstunde oder nehmen Tierbesuchsdienste in Anspruch.

9.1.2.4 Medizinische Versorgung der Bewohner/innen

Akut medizinische Versorgung

Im Zeitraum von vier Wochen haben insgesamt 13 % der untersuchten ambulant und 14 % der stationär Versorgten akutmedizinische Leistungen in Anspruch genommen.

(Schubert et al. 2007) beschrieben auf Grundlage von Versicherungsdaten der AOK Hessen und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen das Inanspruchnahmeverhalten von n = 3.047 Demenzpatienten und verglichen dieses mit dem von Nichtdemenzerkrankten. Demnach hatten Demenzkranke in den Jahren 1998 bis 2002 durchschnittlich 1,5-mal häufiger Not-

fallmediziner/innen (7,2 %) und sogar 5-mal häufiger Krankenhausambulanzen (6,8 %) kontaktiert (vgl. Schubert et al. 2007). In der vorliegenden Studie trifft dieser Zusammenhang nur auf die Population in den SWB zu. Hier wurden Demenzerkrankte gegenüber Nichtdemenzkranken (nicht signifikant) häufiger notfallbehandelt. Nutzer von akutmedizinischen Leistungen waren im stationären Bereich signifikant häufiger Männer (19 %) als Frauen (12 %).

Während in WG doppelt so häufig die Dienste von Notärzten/innen notwendig waren, überwiegt in SWB deutlich die Inanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes. In beiden Settings wurden jedoch am häufigsten stationäre Krankhausbehandlungen (WG: 9 %; SWB: 7 %) in Anspruch genommen. (Schneekloth, von Törne 2007) beschreiben einen Tendenz zu häufigeren Krankenhausbehandlungen infolge von Notfallaufnahmen: wurden im Jahr 1994 insgesamt 33 % der deutschen Heimpopulation im Zeitraum von 12 Monaten mindestens eine Nacht im Krankenhaus behandelt, waren es 2005 bereits 38 % (vgl. Schneekloth, von Törne 2007). In den Ulmer Pflegeheimen war 1998 innerhalb von drei Monaten bei 13 % der Stichprobe ein Krankenhausaufenthalt erforderlich. Leider geht aus der Beschreibung nicht hervor, ob es sich dabei um eine zuvor geplante oder akutmedizinische Versorgung handelt (vgl. Becker et al. 2003).

Verglichen mit diesen Zahlen wurden Bewohner/innen in WG und SWB in der vorliegenden Studie deutlich seltener in einem Krankenhaus aufgrund einer Notfallmaßnahme behandelt.

Persönliche hausärztliche Kontakte

Die hausärztliche Versorgung von Hochaltrigen ist von großer Bedeutung: Hausärzte und Hausärztinnen haben eine Schlüsselfunktion, wenn es darum geht, die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Leistungserbringern zu koordinieren (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002). In der Begleitung von Demenzkranken fällt ihnen die *„Rolle des unterstützenden Koordinators zu“* (Michel 1999:104). Sie sind zumeist die primären Ansprechpersonen in Gesundheitsfragen (vgl. Lauterberg et al. 2007; Schubert et al. 2007). Abgesehen von Überweisungen zur Diagnostik in Facharztpraxen, liegt die weitere Betreuung von Demenzerkrankten „*ausschließlich in den Händen der Hausärztinnen bzw. Hausärzte*“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002:175).

Innerhalb der letzten vier Wochen vor dem Stichtag hatte der überwiegende Anteil der Bewohner/innen in den WG (89 %) Kontakt zu ihrem Hausarzt oder ihrer Hausärztin. Damit hat ein größerer Anteil der Untersuchten in den WG Kontakte zur Hausärzteschaft als Demenzkranke in stationären Altenpflegeeinrichtungen (vgl. Schäufele et al. 2007). In der MUG-IV-Vertiefungsstudie, welche die Lebens- und Versorgungssituation von Menschen mit Demenz

charakterisiert, hatten rund 88 % von ihnen mindestens einen Kontakt innerhalb von vier Wochen. In den Ulmer Pflegeheimen wurden 54 % 14-tägig und ein Viertel wöchentlich routinemäßig vom Hausarzt bzw. Hausärztin in der Einrichtung versorgt (vgl. Becker et al. 2003).

Wie die Auswertung ergab, ist in der vorliegenden Studie die hausärztliche Versorgung in WG signifikant häufiger gewährleistet als in den SWB (84 %). Schubert und Kollegen geben in 2007 an, dass Demenzerkrankte deutlich häufiger Kontakte zu ihren Hausärzten/innen haben als Nicht-Demenzerkrankte und ermittelten, dass 89 % der kognitiv Eingeschränkten über derartige Kontakte verfügen. Dieser Zusammenhang ließ sich allein in der Versorgungsform SWB bestätigen. Wenngleich in der Versorgungsform WG anteilig mehr Personen persönliche hausärztliche Kontakte aufweisen, so liegt die Anzahl dieser Kontakte unterhalb der SWB-Bewohnerschaft. In der vorliegenden Studie dominieren in beiden Versorgungsformen männliche Personen bei Kontakten zur Hausärzteschaft.

Fachärztliche Kontakte innerhalb der letzten 12 Monate

Im Vergleich zur hausärztlichen ist die fachärztliche Versorgung in beiden Versorgungsformen oftmals nicht gewährleistet und hat der Auswertung zufolge nicht immer einen hohen Stellenwert. Vor diesem Hintergrund wird kritisiert, dass Heimbewohner/innen – trotz oftmals stärker ausgeprägter Krankheitsbilder– mit dem Wechsel in eine stationäre Alteneinrichtung über deutlich weniger Facharztkontakte verfügen als Gleichaltrige außerhalb von Heimen (vgl. Hallauer et al. 2005). Die Autoren führen dies hauptsächlich auf die stark eingeschränkte Mobilität aber auch auf die starken kognitiven Einschränkungen seitens der Heimbewohnerschaft zurück und behaupten, dass medizinische Versorgungsangebote außerhalb von Alteneinrichtungen nur von etwa 20 % aller Bewohner/innen wahrgenommen werden können (ebd.).

In der Literatur wird von einer größeren Kontakthäufigkeit zur Ärzteschaft bei Demenzerkrankten im Vergleich zu nicht Demenzerkrankten berichtet (vgl. Schubert et al. 2007). Während kognitiv Beeinträchtigte im Zeitraum eines Kalenderjahres über durchschnittlich 38 Arztkontakte verfügen, weisen Gleichaltrige ohne Demenzerkrankungen durchschnittlich lediglich 25 Kontakte auf (ebd.). Allerdings gilt dies nicht uneingeschränkt: Werden die Fachrichtungen Neurologie / Psychiatrie, Psychologie und Innere Medizin heraus gerechnet, haben Demenzerkrankte seltener Kontakt zur Fachärzteschaft (ebd.). Uneinigkeit besteht hingegen darin, ob die Anzahl der Arztkontakte an den Schweregrad der Demenz geknüpft sind. So wird einerseits davon berichtet, dass mit dem Krankheitsprogress die Kontakthäufigkeit abnimmt (vgl. Johannsen 2009; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Ju-

gend 2002). In der Folge kommt es zu therapeutischen Defiziten, die mit der „*Gefahr einer Unterversorgung somatischer Erkrankungen*“ einhergehen (Schubert et al. 2007:8). Andererseits wurde mit zunehmendem Demenzschweregrad ein Anstieg der Arztkonsultationen ermittelt (ebd.).

Insgesamt haben rund 86 % der WG-Bewohnerschaft und 94 % der SWB-Bewohnerschaft im 12 Monats-Zeitraum mindestens einen fachärztlichen Kontakt. Die mit Abstand am häufigsten konsultierte Fachrichtung in beiden Versorgungsformen ist erwartungsgemäß die (Geronto-)Psychiatrie / Neurologie. Die persönlichen Kontakte zur (Geronto-) Psychiatrie / Neurologie innerhalb von 12 Monaten überwiegen signifikant in stationären Bereichen.

Schäufele und Kollegen beschreiben eine „*erhebliche fachärztliche Unterversorgung der Heimbewohnerschaft*“ (Schäufele et al. 2007:199), welche sich angesichts der Ergebnisse auf die hier untersuchten Versorgungsformen ausweiten lässt. Insbesondere mangelt es an „*der zahnärztlichen, gynäkologischen und augenärztlichen Versorgung“* (Schäufele et al. 2007:199). Mit Ausnahme der (Geronto-) Psychiatrie / Neurologie ist die weitere Facharztversorgung auch in den hier untersuchten Versorgungsformen oftmals nicht gewährleistet. Die häufigsten Kontakte unter den WG-Bewohnern/innen können der Zahnmedizin (20 %), Augenheilkunde (19 %) sowie Gynäkologie (8 %) zugeordnet werden. In den SWB wurden 26 % der Bewohner/innen zahnmedizinisch, 15 % von Augenheilkundler/innen und 3 % gynäkologisch behandelt. In den deutschen Pflegeeinrichtungen wird von jeweils 17 % Zahnmedizin und Augenheilkunde und 4 % Gynäkologie bei Demenzerkrankten berichtet (vgl. Schäufele et al. 2007). Nach Hallauer et al. weist die fachärztliche Versorgung innerhalb von Heimen „*erhebliche Lücken auf*“ (Hallauer et al. 2005:8), unzureichend ist nach Ihnen die gynäkologische, augenärztliche, urologische und orthopädische Versorgung, wie auch die Versorgung durch HNO-Ärzte und Ärztinnen (ebd.).

9.1.2.5 Beteiligung von Angehörigen

Die Beteiligung von Angehörigen an der Versorgung ist eines der „*wichtigen Qualitätskriterien*“ in der Betreuung (Wojnar 2001:45). Demenzerkrankte sind in ihrer „*Fähigkeit der selbständigen Alltagsgestaltung eingeschränkt*“ (Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e. V. 2006:8). Im Hinblick auf die Normalisierung ihres Alltagserlebens sollten sie hierbei primär von Angehörigen / Betreuern unterstützt werden (ebd.). „*Familiäre Unterstützungsleistungen […] ermöglichen […] eine abwechslungsreiche Alltagsgestaltung und damit eine höhere Lebensqualität*“ (Engels, Pfeuffer 2007:233). Nur durch die Einbindung der Angehörigen kann letztlich eine bewohnerspezifische Lebenswelt geschaffen werden, in der auf Eigenarten, Neigungen und Verhaltenseigenschaften eingegangen wird. Ihre Einbeziehung in die Pflege-

handlungen erleichtert die „*Suche nach Ressourcen und Problemen aus der Biografie*“ (Friebe 2004:5). Daher sollte die/der Angehörige auch als ein Co-Therapeut, ein Experte in der Biographie und im Zugang zu den einzelnen Bewohnern aufgefasst werden (vgl. Lind 2000; Friebe 2004; Niedersächsische Fachstelle für Wohnberatung 14.11.2006).

Die Einbindung von Angehörigen bietet wichtige emotionale Unterstützung für den älteren Angehörigen (vgl. Logue 2003) verlangsamt das Fortschreiten der Demenzerkrankung und verringert agitiertes Verhalten (vgl. Jablonski et al. 2005). Die Autoren konnten (nicht signifikant) einen besseren körperlichen und geistigen Gesundheitszustand bei denjenigen Personen messen, die aktiv von Angehörigen in den ADL unterstützt wurden (ebd.).

Die intensive Einbindung von Angehörigen in die Pflege und Betreuung von Demenzerkrankten führte zum Rückgang von Verhaltensproblemen, des Grades der Inaktivität und unsozialem Verhalten (vgl. van Dröes et al. 2000).

Die Beteiligung von Angehörigen wurde bereits im ***Kapitel 9.1.1.9*** auf Einrichtungsebene diskutiert. Wie bereits angesprochen wurde, zählt zu den wesentlichen Merkmalen von ambulant betreuten WG u. a. die aktive Einbindung von Angehörigen. Die Erwartung, dass in diesem Setting die Angehörigeneinbindung besonders hoch sei, bestätigt sich bezogen auf die bewohnerbezogenen Ergebnisse (siehe ***Kapitel 8.1.2.13***) nicht. Dies steht in Widerspruch zu den Postulaten, die die Befürworter der Wohngemeinschaften vertreten und welche dem Alltag in WG eine starke Einbindung von Angehörigen zusprechen [(Fischer et al. 2010)]. Eine Ausnahme stellt dabei auch die Untersuchung des SWA e. V. nicht dar. Darin wurde herausgefunden, dass nur etwa 49 % aller Bewohner/innen in den beteiligten WG mindestens zweimal im Monat von Angehörigen besucht werden. Die Autoren schlussfolgern, „*selbst in Wohngemeinschaften mit SWA – Anbindung lebt mehr als die Hälfte der Bewohner ohne zuverlässige regelmäßige Anbindung an eine Bezugsperson außerhalb des Pflegedienstes*“ (Rückemann, Künzel 2009:4). Über wöchentliche Besuche wird in 37 % berichtet, über monatliche in 6 %. Jeweils 19 % der Untersuchten erhalten unregelmäßig bzw. nie Besuche.

In der vorliegenden Untersuchung sind von insgesamt rund 55 % der Bewohner/innen in den untersuchten WG die Angehörigen aktiv in der WG tätig. Eine Unterstützung findet dabei hauptsächlich seltener als wöchentlich statt. Über wöchentliche und mehrmals wöchentliche Unterstützungsleistungen wird selten und über tägliche oder gar mehrmals tägliche kaum berichtet. Von einem Großteil (30,9 %; n = 177) sind die Angehörigen nie in den untersuchten WG tätig. Obwohl SWB-Bewohner/innen laut Angaben häufiger Angehörige als WG-

Bewohner/innen haben, sind Angehörige in den SWB generell seltener unterstützend vor Ort tätig. Wenn Angehörige hier aktiv werden, dann mehrmals täglich bis mehrmals wöchentlich.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigen damit, dass die Einbindung von Angehörigen integraler Bestandteil in WG ist. Es kann jedoch nicht geschlussfolgert werden, dass sich WG und SWB in diesem Aspekt maßgeblich unterscheiden oder die eine oder andere Versorgungsform eine deutlich stärkere Einbeziehung von Angehörigen aufweist.

9.1.2.6 Teilnahme an Gruppenangeboten innerhalb der vergangenen vier Wochen

Das Angebot an gemeinschaftlichen Aktivitäten wurde bereits auf Einrichtungsebene (vgl. ***Kapitel 9.1.1.6***) diskutiert. Genau wie dort, so zeichnet sich auch hier – auf Ebene der Bewohner/innen ein positives Bild ab, was das Inanspruchnahmeverhalten von Gemeinschaftsaktivitäten anbelangt. Fast 80 % der WG-Bewohnerschaft und 84 % der SWB-Bewohnerschaft beteiligen sich gemeinschaftlich mit Anderen an Aktivitäten.

Leider konnten in der Literatur keine Ergebnisse zu Arten und Umfang der Beteiligung an gemeinschaftlichen Aktivitäten gefunden werden, so dass im Folgenden das Inanspruchnahmeverhalten bezüglich von Aktivitäten im Allgemeinen zum Zwecke eines Vergleichs herangezogen wird. Dieser Vergleich ist jedoch nur bedingt zulässig, da die Kategorienbildung in beiden Studien unterschiedlichen Ansätzen unterliegt. In den Pflegeheimen beteiligte sich der größte Umfang an Aufenthalten im Freien innerhalb der Einrichtung, gefolgt von Aktivitäten, die den Unterhaltungs- und Gesellschaftsaktivitäten, sowie den Angeboten des sinnesbezogenen / emotionalen Ansatz zugordnet werden können (vgl. Schäufele et al. 2007). Besonders beliebt sind auch in der DeWeGE-Studie insgesamt gemeinschaftliche Unterhaltungs- und Gesellschaftsaktivitäten (z. B. Singen / Musik, Spiele) denn hieran beteiligen sich besonders viele Bewohnerinnen und Bewohner in beiden Settings. Darüberhinaus werden auch Gruppenangebote des bewegungsbezogenen Ansatzes (z. B. Gymnastik / Sport) sowie Angebote des sinnesbezogenen und emotionalen Ansatzes (z. B. Lesen, Basale Stimulation, Tiergestützte Therapie) insgesamt häufig beansprucht.

In den Pflegeheimen beteiligen sich signifikant weniger Demenzkranke an den Aktivitäten (vgl. Schäufele et al. 2007). Das trifft in der vorliegenden Studie auf keine der beiden Versorgungsformen zu. In den WG beteiligen sich häufiger als in den SWB kognitiv Beeinträchtige an gemeinschaftlichen Angeboten (83 % gegenüber 65 %), was darauf schließen lässt, dass die Angebote insgesamt in beiden demenzspezialisierten Formen und mehr noch in den WG als in den SWB eher auf diesen Personenkreis ausgerichtet sind. In beiden Formen stellt sich ein sehr unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten zwischen Demenzkranken und

kognitiv Unbeeinträchtigten dar. Interessanter Weise beteiligen sich anteilig deutlich weniger Demenzerkrankte an gemeinsamen Haushaltstätigkeiten als kognitiv nicht eingeschränkte Personen. Gemeinschaftliche Haushaltstätigkeiten werden in mehr WG vom integrativen Typus in Zusammenarbeit mit Mitbewohnern/innen übernommen. Gerade diese Art von Tätigkeiten stellt aber einen wichtigen Therapieansatz für Menschen mit einer Demenz dar (vgl. Fischer et al. 2010).

Unter den Nicht-Teilnehmern/innen waren in den WG häufiger Männer als Frauen. Anscheinend sind die Angebote dem hohen Frauenanteil geschuldet und deshalb nicht auf Männer ausgerichtet. Diese Vermutung wird ebenfalls durch die Literatur bestätigt (vgl. Schäufele et al. 2007). Die weitere geschlechtsbezogene Auswertung ergab ein stereotypisches Bild: Männer in WG beteiligen sich etwas häufiger an gemeinschaftlichen Angeboten des bewegungsbezogenen Ansatzes, an gemeinschaftlichen Haushaltstätigkeiten sowie an gemeinschaftlichen Außerhaus-, Unterhaltungs- und Gesellschaftsaktivitäten als ihre Mitbewohnerinnen. Vor allem Gruppenangebote des sinnesbezogenen/ emotionalen Ansatzes werden hingegen deutlich häufiger von Frauen besucht.

9.1.2.7 Anwendung von besonderen Betreuungskonzepten

In der Literatur werden neben pharmakologischen zunehmend auch vermehrt nichtpharmakologische Therapieansätze diskutiert. Innerhalb der vorliegenden Studie wurden die speziellen Konzepte Validation und Erinnerungsarbeit, welche den gefühlsorientierten Verfahren (vgl. Wächtler et al. 2005) zugeordnet werden und der emotionsorientierten Pflege (vgl. Rieckmann et al. 2009) zugehörig sind, sowie das Konzept Basale Stimulation® als gefühlsorientiertes Verfahren (vgl. Wächtler et al. 2005) näher untersucht.

Insgesamt und innerhalb beider Versorgungsformen ist der Auswertung zufolge die **Erinnerungsarbeit** (WG: 95 %; SWB: 96 %) am verbreitetsten (siehe ***Kapitel 8.1.2.15***). Elemente und Hilfsmittel von/ in der Erinnerungsarbeit sind z. B. „*Arbeit mit alten Fotos, bekannten Musikstücken, Tönen, Licht und Gerüchen*“ ((IGOS - Institut für sozialpolitische und gerontologische Studien 2002)(Hrsg.2003):8). Erinnerungsarbeit lässt sich nicht direkt aber im weiteren Sinne der Reminiszenz- bzw. Erinnerungstherapie zuordnen (vgl. Rieckmann et al. 2009). Hierbei wird die Lebensgeschichte der Betroffenen fokussiert und ebenfalls die o. g. Hilfsmittel genutzt (ebd.). Die Hauptziele dieses Konzeptes sind die Unterstützung von Wohlbefinden und Freude, die Verbesserung des Selbstwertes und die Stärkung der Identität (vgl. *Schwarz 2006*; Kasl-Godley, Gatz 2000). (Woods et al. 2008) reviewten verschiedene Studien zur Wirkung von Reminiszenztherapie auf Demenzerkrankte und schrieben ihr eine signifikant positive Wirkung auf das geistige Leistungsvermögen der Betroffenen zu. Statis-

tisch signifikante Unterschiede gibt es den Autoren zur Folge ebenfalls in der Stimmungslage und im allgemeinen Verhalten (ebd.). Dem “National Collaborating Centre for Mental Health” (2007) nach, liegt hingegen keine ausreichende Evidenz hinsichtlich ihrer Wirkung auf die kognitiven Fähigkeiten Demenzerkrankter sowie auf die Reduktion von herausfordernden Verhaltensweisen vor (vgl. National Collaborating Centre for Mental Health 2007). Laut Rieckmann et al. (2009) liegt hierfür ebenfalls eine „*nicht ausreichende Evidenz*“ vor, zeigen sich aber positive Tendenzen, die weitere Forschungsbemühungen rechtfertigen (Rieckmann et al. 2009:71). Studien zur Verbreitung von Erinnerungsarbeit bzw. -therapie finden sich in der Literatur nicht. In der vorliegenden Studie wird Erinnerungsarbeit am häufigsten mehrmals täglich und täglich eingesetzt.

Ebenfalls weite Verbreitung innerhalb der untersuchten Settings hat die **Basale Stimulation**® (Bienstein, Fröhlich 2004) gefunden. Diese Techniken kommen allerdings häufiger in den beforschten stationären Einheiten zum Einsatz (WG: 68 %; SWB: 90 %). Die Basale Stimulation „*ist ein Pflegekonzept bei Menschen, die in ihrer Fähigkeit zur Wahrnehmung, Bewegung und Kommunikation eingeschränkt oder gestört sind, mit dem Ziel, die Wahrnehmung zu fördern und in Kontakt zu treten*“ (Schäufele et al. 2008:62). Der Mangel an sensorischen Reizen – verursacht durch beispielsweise Bettlägerigkeit oder nachlassendes Hör- und Sehvermögen – aber auch die Orientierungslosigkeit führt bei Verwirrten häufig zu „*Autostimulationsmechanismen*“ (Hartwanger 1996:587). Mittels der Basalen Stimulation® werden verschiedene Wahrnehmungsebenen (Spüren, Hören, Riechen und Sehen) aktiviert (vgl. Bienstein, Fröhlich 2004). Basale Stimulation® bewirkt insbesondere bei desorientierten alten Menschen „*erstaunliche Erfolge*“ (Hartwanger 1996:587).

Mittels einer qualitativen und quantitativen Befragung im Raum Bochum und angrenzenden Städten wurden n = 91 ambulante, n = 10 Tagespflegeeinrichtungen und n = 62 stationäre Einrichtungen untersucht. Unabhängig vom Setting wird Basale Stimulation® in rund 85 % aller untersuchten Einrichtungen mit einem Demenzkonzept und in 67 % ohne einem solchen als Ansatz in der Betreuung benannt (vgl. Alzheimer Gesellschaft Bochum e.V. 2004). Innerhalb der deutschen Alteneinrichtungen zählen diese Techniken in etwa jeder zweiten Einrichtung zum Leistungsangebot (vgl. Schneekloth, von Törne 2007). Den Autoren nach wird sie überwiegend im segregativen Typus (58 %) eingesetzt und mit 41 % seltener im integrativen (ebd.). Leider liegen hierzu keine Ergebnisse zur Inanspruchnahme vor. Auch in der DeWeGE-Studie ist der Anteil der segregativ betreuten Personen, welche Techniken der Basale Stimulation® empfangen haben deutlich größer als im integrativen Typus.

Validation „*sollte Bestandteil des gesamten Pflegekonzepts einer Altenpflegeeinrichtung sein*“ (Popp 1998:14, vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2006) und ist ein „*unverzichtbarer Bestandteil der Pflege von Demenzpatienten*“ (Schröder, Häussermann 2001:222). Hierzulande haben sich drei Formen der Validation etabliert: die Methode nach Feil, die Integrative Validation (Richard 1999) und *„die erlebensorientierte Pflege als Teil des mäeutischen Pflegemodells*“ (Bundesministerium für Gesundheit 2006:88). Validation ist eine von Naomi Feil entwickelte Methode (Feil 1990), um mit desorientierten Menschen zu kommunizieren (vgl. Neal M 2003; Bleathman, Morton 2003).

Validation wird definiert als „*Prozess der verbalen und nicht-verbalen Kommunikation. Die Umgebungswahrnehmung und die Gefühle des Patienten mit Demenz werden nicht korrigiert, sondern urteilsfrei respektiert und bestätigt (validiert)“* (Rieckmann et al. 2009:XI). Sie beruht auf einem empathischen Ansatz, einem ganzheitlichen Erfassen / Verstehen des Individuums (vgl. Feil, de Clerk-Rubin 2005; Neal M 2003; Schröder, Häussermann 2001) und der „*Mobilisierung noch vorhandener Ressourcen*“ (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2008:6). „*Der ‚validation worker‘ bemüht sich, sich in das Erleben der verwirrten Person einzufühlen und ihre Gefühle und Wahrnehmungen zu bestätigen und als berechtigt anzuerkennen“ (*Schäufele et al. 2008:66*). Die* Anwender fangen die “*Signale des älteren Menschen*“ auf und artikulieren diese. *„Ziele sind in erster Linie Stärkung des Selbstwertgefühls, Gefühlsberuhigung bei aversiven Gefühlen wie z. B. Angst, Förderung des Wohlbefindens und Verbesserung der Lebenszufriedenheit*“ (ebd.:66). Aufgrund bisheriger randomisiert-kontrollierter Studien besteht keine Evidenz bzgl. der Wirksamkeit von Validation auf Menschen mit Demenz im Allgemeinen, auf kognitiven Beeinträchtigungen (vgl. Rieckmann et al. 2009; Neal M 2003) und die Reduktion von herausfordernden Verhaltensweisen vor (vgl. National Collaborating Centre for Mental Health 2007). Auch das IQWIG stellt fest, dass keine Wirksamkeit für die Zielgrößen Aggressivität, Agitiertheit, Depression und Aktivitäten des täglichen Lebens weder statistisch signifikante Unterschied noch Tendenz zu Gunsten der Therapie festgestellt werden können (vgl. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2008).

Laut der Untersuchung im Raum Bochum und angrenzenden Städten wird unabhängig vom Setting häufiger in einem größeren Anteil (39 %) der Einrichtungen mit einem Demenzkonzept validiert (28 % der Einrichtungen ohne Konzept) (vgl. Alzheimer Gesellschaft Bochum e.V. 2004). In 44 % der deutschen Alteneinrichtungen ist Validation ein Bestandteil in der Versorgung (vgl. Schneekloth, von Törne 2007). Den Autoren nach wird sie überwiegend im segregativen Typus (58 %) eingesetzt und mit 41 % seltener im integrativen (ebd.). Leider liegen auch hierzu keine Ergebnisse zur Inanspruchnahme vor. Die Anwendung des Konzep-

tes der Validation ist ebenfalls in der DeWeGE-Studie nicht unabhängig von dem WG-Typus. So werden gegenüber integrativ Betreuten, ein größerer Anteil der segregativ Betreuten validiert. Im Vergleich der Versorgungsformen zeigt sich, dass mehr Personen im stationären Setting (80 %) validiert werden (ambulant: 64 %). Die Begründung hierfür liegt im Anteil der Demenzkranken an der Gesamtbewohnerschaft. Dieser ist im stationären Bereich größer.

9.1.2.8 Teilnahme an ärztliche verordneten Therapien

„Neben den vielen Aktivierungs- und Trainingsmöglichkeiten bei der Körperpflege, Alltagsgestaltung und Angeboten erfordert eine individuelle, zielgerichtete Rehabilitation im engeren Sinne auch logopädische, physio- und ergotherapeutische Anwendungen, die in der Regel nur auf ärztliche Verordnung erfolgen und eine entsprechend gute Kooperation mit (Fach) Ärzten voraussetzen“ (Heusinger, Knoch 2007:313f). Auch das „National Collaborating Centre for Mental Health“ fordert in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz einen multidisziplinären Ansatz, welcher u. a. Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie beinhaltet (vgl. National Collaborating Centre for Mental Health 2007).

Insgesamt wird die Teilnahme an mindestens einer der fraglichen Therapien (Ergotherapie, Musiktherapie, Physiotherapie und Logopädie) auf ärztliche Verordnung für mehr als jede zweite Person in einer WG und für etwas mehr als jede dritte Person in einem SWB beschrieben. Das spricht dafür, dass diese Therapien noch keine große praktische Relevanz haben. Allerdings existieren in beiden Versorgungsformen vergleichsweise mehr Therapieempfänger als im Kollektiv der noch im eigenen Haushalt Lebenden. Der Versorgungsforschungsstudie IDA – einem Modellvorhaben der AOK Bayern - zufolge erhielten 15 % der insgesamt 254 rekrutierten Demenzkranken nicht-medikamentöse Therapien und hier zumeist eine Physiotherapie (vgl. Lauterberg et al. 2007).

Innerhalb der letzten Jahre wird eine Zunahme an krankengymnastisch und **physiotherapeutischen Maßnahmen** in deutschen Alteneinrichtungen beobachtet (vgl. Wahl, Schneekloth 2007). Sie stehen von allen verordneten Therapien in diesem Versorgungsangebot an erster Stelle. Erhielten im Jahr 1994 noch insgesamt 34 % der Heimpopulation diese Therapien, waren es im Jahr 2004 bereits 41 %. Der Anteil der Demenzkranken, welche im selben Zeitraum Physiotherapieleistungen empfingen war mit 21 % deutlich geringer (vgl. Schäufele et al. 2007). In den hier untersuchten spezialisierten Wohnbereichen wird etwa jede vierte Person physiotherapeutisch behandelt. Damit ist sie die insgesamt am häufigsten beanspruchte Therapie auf ärztliche Verordnung in dieser Versorgungsform. Innerhalb derselben Zeitspanne wird sie nur von etwa einem halb so großen Anteil der WG-Bewohnerschaft in Anspruch genommen. Eine Physiotherapie ist eine „Therapie, die darauf

ausgerichtet ist, körperliche Funktionen zu erhalten, zu verbessern oder wiederherzustellen“ (Schäufele et al. 2008:62). Krankengymnastisch-therapeutische Maßnahmen sind „Kernelemente in der Pflege und Betreuung“ weil sie der „Sicherung der Mobilität“, der „Sicherstellung von Alltagskompetenz“ und allgemein der „Förderung von Aktivität“ dienen (Schneekloth, von Törne 2007:115). Rubenstein (2000) untersuchte die Auswirkung eines Physiotherapieprogramms auf ältere, Sturzgefährdete und kognitiv Beeinträchtigte (vgl. Rubenstein et al. 2000). Im Gegensatz zur Vergleichsgruppe, zeigten sich bei den Teilnehmenden in der Übungsgruppe eine höhere Ausdauerleistung und ein sichereres Gangbild (vgl. Rubenstein et al. 2000, Christofoletti et al. 2008). Andere Autoren stärken diese Behauptung: „*General physical training significantly improved walking, mobility, flexibility, balance and prevented new falls in dependent and cognitively impaired patients with a history of falling, while there was no alteration in the control group*” (Toulotte et al. 2003:70). Neben körperlichen, finden sich auch Hinweise auf kognitive Verbesserungen infolge physiotherapeutischer Interventionen. Van de Winckel et al. (2004) verweisen auf einen positiven Zusammenhang zwischen musikgestützter Physiotherapie und der Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit (vgl. van de Winckel et al. 2004) sowie der Minimierung von psychologischen und Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Schröder, Häussermann 2001). Das IQWIG (2009) merkt an, dass eine körperliche Aktivierung bei Demenzpatienten „*möglicherweise gute Erfolge bringen kann*“, in diesem Bereich aber weitere Forschungsaktivität notwendig ist (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2008:266).

In WG steht die **Ergotherapie** an der Spitze aller in Anspruch genommenen Therapien. 42 % der Untersuchten erhielten laut Angabe eine Ergotherapie innerhalb der vergangenen vier Wochen. In den SWB beträgt der Anteil der Ergotherapieempfänger 12 %. Donath et al. fanden für hausärztlich versorgte Demenzpatient/innen heraus, dass nur etwa 13 % der Gesamtstichprobe nichtmedikamentöse Therapien erhielten. Relativ selten mit 2 % erfolgte eine hausärztlich verordnete Ergotherapie. Im Zeitraum von zwei Jahren blieb das Verordnungsverhalten bzgl. Ergotherapie insgesamt auf einem niedrigen Niveau (vgl. Donath et al. 2008). Ergotherapie wird in 74 % aller vollstationären Altenpflegeeinrichtungen angeboten (vgl. Schneekloth, von Törne 2007). An ihnen nehmen etwa 11 % der untersuchten Demenzerkrankten innerhalb der letzten 12 Monate teil (vgl. Schäufele et al. 2007). „*Trotz eines unverminderten Bedarfs*“ sind die Anteile der Bewohner/innen welche ergotherapeutische Maßnahmen empfangen haben, innerhalb der deutschen Heimpopulation rückläufig (Wahl, Schneekloth 2007:11). Beanspruchten noch im Jahr 1994 38 % der Bewohnerschaft diese Therapie, waren es 2004 nur noch 21 % (ebd). Die Ursache hierfür wird im „*Verordnungs-*

verhalten der betreuenden Ärzte“, welche aus Budgetgründen seltener dieses Verfahren verschreiben vermutet (Schneekloth, von Törne 2007:108).

Ergotherapeuten behandeln u. a. ältere Menschen mit Defiziten in den „*Aktivitäten zur körperlichen Selbstversorgung sowie eigenständigen Lebensführung und Freizeitgestaltung*“ (Voigt-Radloff et al. 2004a:445). Das Ziel des Trainings von alltagsrelevanten Funktionen im „*sensomotorischen, neuropsychologischen oder psychosozialen Bereich*“, ist die „möglichst hohe Kompetenz, Autonomie und Lebenszufriedenheit des Patienten“ (ebd.).

Ergotherapie wirkt sich im Allgemeinen positiv auf ältere Menschen aus (vgl. Steultjens et al. 2004). So zeigen sich bei demenzerkrankten Ergotherapieempfängern/innen „*positive Effekte im psychosozialen Bereich*“ (Voigt-Radloff et al. 2004b:451). Rovner et al. (1996) wies nach, dass sich bei ergotherapierten Bewohnern/innen ein Rückgang der Verhaltensstörungen einstellte (vgl. Rovner et al. 1996). Während der Therapie, konnte zunehmend auf freiheitseinschränkende Maßnahmen verzichtet werden. Darüber hinaus wurde ein signifikanter Rückgang bzgl. der Einnahme von antipsychotischen Substanzen messbar (ebd.). In einer anderen Studie reduzierten sich durch Ergotherapiesitzungen die ADL-Einschränkungen und der Bedarf an Assistenz bei den ADL ging zurück (vgl. Graff et al. 2006). In 2007 wiesen die Autoren einen signifikanten Anstieg des Gesundheitszustandes, der Lebensqualität und der Stimmungslage infolge Ergotherapie nach (vgl. Graff, Vernooij-Dassen 2007). Laut Rieckmann et al. (2009) hingegen liegt für die ergotherapeutischen Ansätze „nicht ausreichende Evidenz“ vor (Rieckmann et al. 2009:71), Es zeigen sich aber – so die Autoren – positive Tendenzen, die weitere Forschungsbemühungen rechtfertigen (ebd.).

Der Literatur nach, ist **Musiktherapie** besonders gut für Demenzerkrankte mit stark eingeschränkten Kommunikationsfähigkeiten geeignet (vgl. Füsgen 2005). Die Auswertung ergab, dass dieses Verfahren häufiger innerhalb der WG als Zugang zum kognitiv Eingeschränkten genutzt wird. Von allen in Anspruch genommenen Therapien steht die Musiktherapie hier auf Platz zwei. Fast jede/r fünfte WG-Bewohner/in und 11 % der Personen in den SWB machen hiervon Gebrauch. Hierzulande wird in 78 % der vollstationären Alteneinrichtungen eine Musik-/ Tanztherapie auf ärztliche Verordnung hin angeboten (vgl. Schneekloth, von Törne 2007). Dieses Angebot wird dabei in mehr segregativen Einheiten unterbreitet (ebd). Auch in der vorliegenden Studie hat ein größerer Anteil der segregativ betreuten WG-Bewohnergemeinschaft etwas häufiger an einer Musiktherapie teilgenommen.

Unter Musiktherapie wird „der gezielte Einsatz von Musik im Rahmen der therapeutischen Beziehung zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer, körperlicher und geistiger Gesundheit“ verstanden (Frölich, Bernhardt 2005:51). Der Patient ist mit Instrument

oder Stimme am musikalischen Geschehen beteiligt und wird vom Therapeuten zur Kommunikation und Improvisation angeregt (ebd.). Musiktherapie beinhaltet „Klänge, Rhythmen, Harmonien und Melodien“ (ebd.). Laut IQWIG (2009) gibt es derzeit keine haltbaren Aussagen zum Nutzen von Musiktherapie als Behandlungsansatz für Menschen mit Demenz (vgl. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2008).

Nur relativ wenige Bewohnerinnen und Bewohner nehmen in beiden Versorgungsformen an einer **logopädischen Therapiemaßnahme** teil. Auch in den stationären deutschen Heimen werden Logopädische Maßnahmen auf ärztliche Verschreibung nur sehr selten (2 %) wahrgenommen. Die Bewohnerschaft integrativer WG empfangen mehr als doppelt so häufig logopädische Maßnahmen (segregativ: 3,6 %; integrativ: 7,8 %). Männer nehmen im Vergleich zu Frauen signifikant häufiger an einer Logopädiemaßnahme teil, obwohl diese nur geringfügig häufiger sprachlich eingeschränkt sind (siehe ***Kapitel 8.1.2.24***).

Eine Demenzerkrankung geht unter anderem mit dem Verlust von sprachlichen Fähigkeiten einher (vgl. Rousseaux et al. 2010; Amici et al. 2006) und der Zunahme von Schluckstörungen einher (vgl. Appleton et al. 1996). Bei Demenzkranken in der finalen Phase ist die Prävalenz von Schluckstörungen besonders hoch (ebd.). Logopädische Maßnahmen wirkt hier in Bezug auf eine Aspirationspneumonie präventiv (ebd.). Glickstein & Neustadt (1993) beschreiben vier Kommunikationslevel bei Demenz: vom Level I mit Kommunikationsstörungen, die nur auf Testen erkennbar sind bis hin zum Level IV – dem vollständigen Verlust der sprachlichen Fähigkeiten (vgl. Glickstein, Neustadt 1993). Eine logopädische Therapie (mit funktionalem und / oder physiologischem Ansatz) kann rehabilitativ wirken (ebd.; vgl. auch Altmann, Mc Clung 2008; Kanter et al. 2007).

Der Einsatz der o. g. Therapieformen ist abhängig von der Indikation. Da hierzu keine Informationen vorliegen, ist eine abschließende Bewertung schwierig.

Auffallend ist insgesamt für die hier beschriebenen Therapien der Unterschied zwischen der Population in den vollstationären Alteneinrichtungen und den in der vorliegenden Studie Untersuchten. Er lässt die Frage aufkommen, ob es sich bei den angegebenen Angeboten tatsächlich um (ärztlich) verordnete Therapien handelte oder auch Betreuungs- bzw. Beschäftigungsangebote hinzugezählt und/oder die Teilnahmen an therapeutischen Maßnahmen dokumentiert wurden. Aufgetretene Missverständnisse durch die Bezeichnung „Therapie“, die auf vorangegangene Verordnungen hindeuten könnte, sind nicht auszuschließen.

9.1.2.9 Ernährungsstatus

Die Gefahr einer Unterernährung besteht allgemein für ältere Menschen (vgl. Hauenschild 2006; Cornoni-Huntley et al. 1991) Als wesentliche Ursachen hierfür werden „*physiologische altersbedingte Veränderungen*“ (u. a. Appetitlosigkeit, nachlassende Geschmackswahrnehmung, vorzeitiges Sättigungsgefühl) aber auch appetitmindernde Medikamente, Kau- und Schluckbeschwerden und schlecht sitzende Prothesen genannt (Hauenschild 2006:364). Insbesondere sind jedoch Menschen mit einer Demenz (vgl. (Suominen et al. 2005) durch Gewichtsabnahme gefährdet (vgl. Torres A 2005; Kagansky et al. 2005; Wolf-Klein et al. 1992). Mögliche Gründe für eine Mangelernährung bei demenzkranken Personen sind Appetitveränderungen, Störungen der Geschmackswahrnehmung und Veränderungen im Essverhalten bis hin zur Essensverweigerung (Volkert 1997), bei einem zunehmenden Schweregrad der Demenz werden Nahrungsmittel oft nicht mehr als solche erkannt (Rückert et al. 2007). Demenzerkrankte Personen haben zudem einen erhöhten Energiebedarf infolge des gesteigerten Bewegungsdrangs. Dieser bewirkt schließlich eine Gewichtsabnahme (vgl. DBfK Südwest e.V. 2007). Nach Volkert (1997) führt die Veränderung des Essverhaltens bis hin zu einer Nahrungsverweigerung (vgl. Volkert 1997).

Der BMI wird allgemein als ein zuverlässiger Indikator für den Ernährungsstatus betrachtet. Bereits 1998 legte die WHO den oberen Grenzwert zu Untergewicht bei 18,5 kg/m^2 fest (vgl. (World Health Organization (WHO) 2010)). Ein BMI < 18.5 kg/m^2 beeinflusst (statistisch signifikant) negativ den Gesundheitszustand und führt oftmals zur Einweisung in ein Krankenhaus (vgl. Leslie et al. 2006). Andere Autoren assoziieren mit Unterernährung im Alter eine insgesamt schlechte Prognose; machen sie für Stürze, für die Entstehung von Dekubitalulzerationen, Infektionen sowie Depressionen verantwortlich und sehen sie somit als Verursacher von erheblicher Morbidtiät und Mortalität (vgl. Lou et al. 2007; Hengstermann et al. 2007; Volkert 1997). Insbesondere werden Demenzen vom Typ Alzheimer als Risikofaktor für einen Gewichtsverlust benannt (vgl. Guérin et al. 2005). In diesem Zusammenhang stellen White et al. (1998) fest, dass jedes Stadium der Alzheimer-Demenz mit einem weiteren Gewichtsverlust einhergeht (vgl. White et al. 1998). Ein Gewichtsverlust von ≥ 5 % im Jahr vor dem Ableben steht signifikant – aber nicht unbedingt kausal - im Zusammenhang mit dem Versterben im Folgejahr (ebd.).

Der durchschnittliche Body-Mass-Index (BMI) beider Bewohnerschaften liegt an der oberen Grenze im Bereich „Normalgewicht“, was insgesamt für einen guten Ernährungsstatus spricht. Insgesamt sind 45 % der Bewohner/innen innerhalb der ambulanten und 48 % innerhalb der stationären Bereiche normalgewichtig. Im Hinblick auf die WHO-Klassifikation ist

etwa jede zehnte Person unter- und mehr als jeder Dritte übergewichtig. In den SWB bildet zwar ebenfalls die Gruppe der Normalgewichtigen den größten Anteil (48 %) – hier sind Übergewichtige anteilig aber fast genau so oft vertreten. Etwa 45 % sind übergewichtig und rund 5 % untergewichtig (WG: übergewichtig: 39 %; untergewichtig: 7,9 %). In diesem Zusammenhang beschreibt die Literatur steigende Mortalitätsraten bei übergewichtigen Älteren. Demnach ist ein BMI ≥ 27 ein Risikofaktor für Mortalität bei den 65-74-Jährigen und ein BMI ≥ 28 bei über 75-Jährigen (vgl. Heiat et al. 2001). Einen Grenzwert von 27 Punkten überschreiten dabei etwa 30 % der 65-74-Jährigen und 28 Punkte 15,1 % (n = 48) der über 74-Jährigen innerhalb den SWB und sind damit in höherem Maße risikobehaftet. 8.1.2.4

Die ErnSTES - Studie erfasste den Ernährungs- und Gesundheitsstatus von insgesamt 153 Männern und 620 Frauen aus 10 Altenpflegeheimen in 7 Bundesländern Deutschlands. Es ergab sich, dass 39 % der über 65-Jährigen Normalgewicht haben (vgl. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. 2008). Untergewichtig ist dort ein leicht größerer Anteil der Männer (8 %). Dieses Merkmal trifft jedoch auf zwei Prozent weniger der gleichaltrigen Frauen zu (ebd.). In der vorliegenden Studie sind hingegen in den WG deutlich mehr Frauen als Männer untergewichtig (10,5 % vs. 2,4 %). Im Vergleich zu den WG-Bewohnern/innen variiert der BMI in der Versorgungsform SWB nicht signifikant nach dem Geschlecht. Die Rate der untergewichtigen Frauen beträgt hier etwa 7 % und ist zweimal größer als bei Männern.

2002 untersuchten Weyerer et al. 594 Bewohner der segregativen (n=366) und der integrative (n=228) Versorgung im Vergleich. Es zeigte sich, dass bei signifikant mehr Bewohnern des Domusprinzips eine Appetit- / Essstörung vorlag (32,5% versus 20,8%). Leider finden sich keine weiteren Ergebnisse zum Ernährungsstatus, so dass lediglich die Vermutung besteht, dass innerhalb der Gruppe der Unterernährten die Rate der segregativ Betreuten überwiegt. Dies stünde im Gegensatz zu den hier erzielten Ergebnissen, denn unterernährt sind in der vorliegenden Studie in den WG häufiger integrativ betreute Personen (10,3 % vs. 5,9 %).

In stationären Alteneinrichtungen wurde ein mittlerer BMI (unabhängig davon ob eine Demenzerkrankung vorliegt) von 25,4 ermittelt (vgl. Schäufele et al. 2007). Damit liegt er leicht über den hier ermittelten Werten in den SWB von 24,9. Kognitiv Eingeschränkte Heimbewohnerinnen und -bewohner weisen einen signifikant kleineren Wert auf als Nichtdemenzkranke (24,1 vs. 26,7) und finden sich anteilig etwa doppelt so häufig (8 %) in der Gruppe der Untergewichtigen (ebd.). Innerhalb der WG zeigt sich in der Gegenüberstellung beider Gruppen ein etwa gleiches Verhältnis. (keine Demenz: 24,4; Demenzerkrankung: 25,9).

„*Aufgrund der alterstypischen Veränderungen von Körpergröße und -gewicht*“ ist eine Altersadjustierung wünschenswert (MDS e.V. 2003:47). Das National Research Council hat deshalb 1989 erstmals eine ans Alter angepasste Klassifizierung festgelegt. Hierbei liegt der Normalbereich bei 65-Jährigen und älteren zwischen 24,0 und 30,0. Auch Hauenschild 2006 weist auf die Notwendigkeit einer Adjustierung hin (vgl. Hauenschild 2006).

Nach dieser Einteilung sind mehr als die Hälfte der WG-Bewohnerschaft und etwa die Hälfte der SWB-Bewohnerschaft untergewichtig. Die Gruppe der Untergewichtigen ist mit einem Durchschnittsalter von 83,0 Jahren die älteste, während übergewichtige Personen mit im Mittel von 80,4 Jahren die jüngsten sind. Nach dieser Einteilung sind Menschen mit Demenzerkrankungen geringfügig häufiger untergewichtig und seltener normal- bzw. übergewichtig. Die Studienlage zum Ernährungszustand von demenzerkrankten Menschen ist insgesamt und besonders in der Versorgungsform ambulant betreute Wohngemeinschaft sehr schlecht. Hier sind dringend weitere Forschungsvorhaben notwendig, da. Studien, welche den Ernährungsstatus nach einer Altersadjustierung beschreiben, nicht in der Literatur vorliegen.

9.1.2.10 Stürze innerhalb der vergangenen vier Wochen

Saliba et al. (2004) führten eine Studie durch, um Pflegeprozesse in Pflegeheimen zu identifizieren, die im Zusammenhang mit einer Verbesserung von verschiedenen Outcomes stehen. Hierdurch sehen die Autoren Stürze als einen validen und wichtigen Qualitätsindikator an (vgl. Saliba et al. 2004). Dass Sturz eine Zielgröße ist, die auf die Qualität der pflegerischen Versorgung schließen lässt, wird auch von (Sloss et al. 2000) vertreten. Sturz wird vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) als jedes *Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt*“ definiert (DNQP o.J.).

Demenzerkrankte haben ein zwei bis vier Mal so hohes Sturzrisiko wie Gleichaltrige ohne kognitive Einschränkungen (vgl. Dassen 2008; van Doorn et al. 2003; van Myers AH 1991), denn zu den statistisch signifikanten Risikofaktoren für einen Sturz zählen u. a. unsicherer Gang (vgl. Shaw 2002) und ausgeprägtes Wanderverhalten (vgl. French et al. 2007; van Doorn et al. 2003). (Nowalk et al. 2001) haben deutliche Unterschiede im kognitiven Zustand zwischen Stürzenden und Nicht-Stürzenden gemessen: Nach ihnen haben Stürzende niedrigere MMSE-Werte und sind darüber hinaus auch körperlich mehr eingeschränkt (vgl. auch French et al. 2007). Allgemein werden ein erst kürzlich stattgefundenes Sturzereignis und die Wohnumgebung (vgl. van Doorn et al. 2003), der Gebrauch von Schlafmitteln, Neuroleptika und Antidepressiva (vgl. Fonad et al. 2009; French et al. 2007) sowie freiheitseinschränken-

de Maßnahmen (vgl. Fonad et al. 2009; Capezuti et al. 1996) für ein höheres Sturzrisiko verantwortlich gemacht. In statistischer Hinsicht führt ebenfalls die Benutzung von Hilfsmitteln (Gehstützen, Rollatoren, Spazierstöcken) zu einer signifikanten Zunahme von Sturzereignissen (vgl. French et al. 2007). Als gut belegter Risikofaktor gilt ebenfalls das weibliche Geschlecht (vgl. Lord et al. 2001) und – so die die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin – ein höheres Alter (vgl. DEGAM 2004). Während bei den 65-jährigen und älteren etwa jede dritte Person innerhalb eines Jahres fällt, beträgt die Sturzrate bei 80 bis 89-Jährigen etwa 40 bis 50 % und im Alter zwischen 90 und 99 Jahren mehr als 50 % (ebd.).

Innerhalb von vier Wochen stürzte jede zehnte Person in einer WG und etwa 9 % in einem SWB. Den vorliegenden Ergebnissen nach ist das Alter nicht an ein Sturzereignis geknüpft. Ebenfalls hat sich nicht herausgestellt, dass Frauen häufiger fallen, denn in der vorliegenden Studie stürzten anteilig mehr Männer. Mit 11 % fallen im segregativen Typus mehr Bewohner/innen hin (integrativ: 6,2 %). Demenzerkrankte WG-Bewohner/innen stürzen geringfügig häufiger im Vergleich zu kognitiv unbeeinträchtigten Mitbewohnern/innen (10 % vs. 8 %). An der jährlichen bundesweiten Prävalenzerhebung zum Sturz beteiligten sich im Jahr 2008 neben Patienten im Krakenhaus auch 3345 Bewohnerinnen und Bewohner im Pflegeheim. Hier betrug die Sturzprävalenz insgesamt rund 4 % (vgl. Dassen 2008) und ist in diesem Setting rückläufig. Noch drei Jahre zuvor betrug die gemessene Prävalenzrate etwa 10 % (ebd.). In stationären Alteneinrichtungen stürzen insgesamt 11 % der Demenzerkrankten und 10 % der Nichtdemenzerkrankte (vgl. Schäufele et al. 2007). Die Prävalenzraten im ambulanten Sektor werden insgesamt als kontrastreicher beschrieben, sie liegen dort bundesweit zwischen 22 % und 81 % (vgl. DEGAM 2004) und damit über den hier ermittelten Werten.

9.1.2.11 Dekubitus

Die Prävalenz von Druckgeschwüren wird neben der von Stürzen als ein weiterer Parameter für die Qualität der pflegerischen und medizinischen Versorgung gesehen (vgl. Saliba et al. 2004; Sloss et al. 2000; Tsokos M 2000). Besonders gefährdet sind Menschen mit eingeschränkter Mobilität, Mangelernährung, Inkontinenz, Diabetes mellitus und Demenzerkrankungen (vgl. Capon et al. 2007; Spoelhof, Ide 1993; Allman et al. 1986). Auch andere Autoren schätzen Menschen mit kognitiven Beeinträchtigung als besonders dekubitusgefährdet ein (vgl. Mecocci et al. 2005). Die Folge von Druckgeschwüren ist eine höhere Mortalität (vgl. Allman et al. 1986).

In beiden Versorgungsformen weist nur ein jeweils sehr geringer Anteil der Bewohner/innen einen Dekubitus auf (WG 2,4 %, SWB 2,8 %). Im Vergleich zur traditionellen Versorgung in stationären Altenpflegeeinrichtungen sind die hier gemessenen Raten vernachlässigbar

klein. Sie betrugen dort bei Bewohner/innen mit einer schweren Demenz rund 11 % und im Kollektiv der leicht bis mittelschwer Erkrankten etwa 15 % (vgl. Schäufele et al. 2007). Allerdings weisen auch in den hier untersuchten WG Demenzerkrankte häufiger ein Druckgeschwür auf als kognitiv Gesunde. Personen mit Druckgeschwür sind durchschnittlich älter als Bewohner/innen ohne Druckstelle.

9.1.2.12 Interesse am Alltagsgeschehen

Mit dem Bewusstwerden an einer Demenz erkrankt zu sein, sinkt bei vielen Betroffenen das Selbstwertgefühl und gleichzeitig steigt das Gefühl von Scham, Trauer und Traurigkeit (vgl. Hallberg 2003). Neben nachlassenden sozialen Kontakten sinkt häufig das Interesse am Alltagsgeschehen und Aktivitäten (ebd.), sowie früheren Hobbies (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2006). Bei Demenzerkrankten mit mangelndem Interesse wurden signifikant ungünstigere Überlebenskurven gemessen (vgl. Robert et al. 2008). Diese Personen sind auch häufiger in den Aktivitäten des täglichen Lebens eingeschränkt und somit auf die Leitung und Unterstützung durch Pflegende angewiesen (vgl. Clarke et al. 2008; Lam et al. 2007; Landes et al. 2001; Devanand 1999). Auch in der vorliegenden Studie sind interessenlose Personen häufiger in den ADL auf die Unterstützung von Anderen angewiesen (siehe ***Kapitel 8.1.2.23***). Allerdings wird in diesem Zusammenhang auch diskutiert, dass diese Tätigkeiten bei Mangelmotivierten öfter von Pflegenden übernommen wurden, auch wenn diese dazu noch befähigt waren (vgl. Strauss, Sperry 2002). Diese unnötigen Hilfen führen oftmals auch zu eigentlich unnötiger Unselbständigkeit (vgl. Baltes, Wahl 1996). Diese Vermutung muss in Anbetracht der vorliegenden Ergebnisse allerdings teilweise entkräftet werden, denn nach den vorliegenden Auswertungsergebnissen sind apathische Bewohner/innen in einem der fünf untersuchten Aktivitätenbereiche, nämlich „Sich Waschen“ signifikant selbständiger.

Interesse am Alltagsgeschehen in der WG und an ihren Hobbies bzw. Aktivitäten ist bei einem Anteil von 76 % der WG-Bewohner/innen ermittelt worden, innerhalb der stationär versorgten Bewohnerschaft liegt er bei 56 % und ist somit deutlich kleiner. Dieser deutlich höhere Anteil wurde nicht erwartet, da mit den Vorgaben des Rahmenvertrages für SWB gefordert wird, dass Bewohner/innen noch zur Teilnahme an Aktivitäten in der Lage sein müssen (vgl. Anlage A des Rahmenvertrages gemäß § 75 Abs. 1 und 2 SGB XI vom 03.12.2008). Vermutlich ist hierfür der höhere Demenzanteil in dieser Kohorte verantwortlich zu machen, denn kognitiv eingeschränkte Menschen zeigen häufiger ein mangelndes bzw. überhaupt kein Interesse (vgl. Mega et al. 1996).

Den Ergebnissen zufolge zeigen die Untersuchten in WG vom segregativen Typus häufiger Interesse am Alltagsgeschehen und ihren Hobbies und Aktivitäten. Evtl. wirkt die Teilnahme

an gemeinschaftlichen Aktivitäten dem Rückzug vom Gemeinschaftsleben in die Apathie entgegen, denn verglichen mit Wohngemeinschaften vom integrativen Typus, überwiegt die Inanspruchnahme von Gruppenangeboten deutlich in segregativen Wohngemeinschaften (75 % vs. 88 %).

Interessenlose sind verglichen mit Anderen in der vorliegenden Studie signifikant älter. Dass häufiger ältere Personen kein Interesse am Alltag haben, berichten auch andere Publikationen (vgl. Starkstein et al. 2006). Im Vergleich zu den Demenzerkrankten in Berliner Pflegeheimen sind die hier Untersuchten deutlich seltener apathisch, wobei ein Vergleich aufgrund der methodischen Unterschiede nicht uneingeschränkt möglich ist. Die Prävalenzrate von Apathie betrug dort rund 82 % (vgl. Majic et al. 2010).

9.1.2.13 Psychologische bzw. Verhaltensauffälligkeiten

Demenzerkrankungen gehen neben der progressiven Verschlechterung von funktionalen Fähigkeiten mit einer Zunahme an psychologischen bzw. Verhaltensauffälligkeiten einher (vgl. Schäufele et al. 2007; Steinberg et al. 2003; Martin et al. 2000). Hierzu zählen neben Aggressivität, Agitation, ziellosem Umherwandern, Wahn / Halluzination, Tag-/ Nachtumkehr und vokal störende Verhaltensweisen u.a. die Apathie (vgl. Kovach et al. 2005; Schwarz 2006).

SWB-Bewohner/innen sind insgesamt verhaltensauffälliger als Menschen in den untersuchten ambulanten Einheiten. So überwiegen in den SWB die Bewohneranteile, welche mindestens eine der abgefragten (häufiger als mehrmals wöchentlich auftretenden) Verhaltensauffälligkeiten aufweisen. Auch die Anzahl der gleichzeitig in Erscheinung tretenden Verhaltensweisen überwiegt deutlich innerhalb der untersuchten stationären Einrichtungen. Dies kann damit erklärt werden, dass hier laut Anlage A der Rahmenvereinbarung gemäß § 75 bei jeder Bewohnerin und jedem Bewohner mittels CMAI (Cohen–Mansfield et al. 1992) nachgewiesene Verhaltensauffälligkeiten vorliegen müssen. Dass in der vorliegenden Studie nicht bei allen Bewohnern/innen dieses Verhalten dokumentiert worden ist, liegt an der weniger sensitiven Erhebung mittels Einzelitems des NPI ((Cummings et al. 1994). Andererseits können die Gründe auch auf Seiten der Nutzer/innen und ihrer Angehörigen / gesetzlichen Betreuer/innen zu finden sein, die möglicherweise die Kompetenz auch komplexe Bedarfslagen sicher und umfassend versorgen zu können, weniger einer WG als einem Pflegeheim zutrauen. Weitere Studien zu sozialen Hintergründen der Leistungsträger und Bewohner/innen mit ihren Angehörigen sind erforderlich, um hier genauere Aussagen zu den Entscheidungsgründen treffen zu können (vgl. Wulff et al. submitted).

In der Ulmer Pflegeheimpopulation wurden mittels MDS-RAI bei etwa jeder vierten Person Verhaltensauffälligkeiten ermittelt. Bei den meisten Bewohner/innen ließen sich Umherwandern (28 %), verbale Aggressivität (50 %) und körperliche Aggressivität (27 %) feststellen (vgl. Becker et al. 2003).

Gegenüber der WG-Bewohnerschaft ist ein ca. doppelt so hoher Anteil aller Bewohner/innen in den spezialisierten Wohnbereichen verbal aggressiv und ruft bzw. schreit dauerhaft. Sogar eine viermal so hoher Anteil ist hier häufiger als mehrmals wöchentlich körperlich aggressiv und zeigt ausgeprägte Hin- und Weglauftendenzen. Die Ursache für diesen gesteigerten Bewegungsdrang wird in der Literatur mit restriktiveren Wohnumfeldern in Verbindung gebracht (vgl. Lachs et al. 2002). Es kann vermutet werden, dass Spezialwohnbereiche aufgrund ihres institutionellen Charakters stärker von ihren Bewohnern/innen als einschränkend wahrgenommen werden als WG. Allerdings gehören die untersuchten Verhaltensweisen zu den häufigsten Syndromen, die mit einer Demenz im Allgemeinen (vgl. Lövheim et al. 2008; Selbaek et al. 2007; Petrovic et al. 2007; Aalten et al. 2005) einhergehen und im Hinblick auf einen höheren Anteil Demenzerkrankter entsprechend mehr in den stationären Bereichen prävalent sind. Deutliche, also statistisch signifikante Differenzen zwischen Demenzkranken und nicht Demenzkranken innerhalb der WG zeigen sich allerdings nur in den Verhaltensformen „Wiederholen irgendwelcher Aktivitäten“ sowie „körperliche Aggressivität“. Beide Symptome treten besonders oft bei Demenzerkrankten auf.

Deutliche Differenzen zwischen segregativen und integrativen WG, so wie sie sich im Vergleich von besonderer und traditioneller Dementenbetreuung zeigte und auch hier zu Beginn vermutet wurde, fanden sich nicht. Dort allerdings konnte festgestellt werden, dass Verhaltensauffälligkeiten bei einem größeren Anteil der integrativ Versorgten auftraten (vgl. Weyerer et al. 2004).

Mit Ausnahme verbaler Aggressivität zeigen Frauen in der Versorgungsform WG häufiger eine der beschriebenen Verhaltensweisen als Männer (siehe ***Abbildung 33***). In den untersuchten stationären Einrichtungen ist das nicht der Fall. Hier dominieren männliche Bewohner in allen gezeigten Verhaltensformen und besonders deutlich in der Verhaltensweise körperliche Aggressivität (Test nach Fisher; p = 0,024).

9.1.2.14 Soziale Kontakte / Beziehungen der Bewohner/innen

Soziale Beziehungen werden in „*informelle und formelle Beziehungen*“ untergliedert (Wagner et al. 1996:311). Zu den „*informellen emotionalen Beziehungen*“ werden Unterstützungsleistungen von Familienangehörigen, Freunden, Verwandten, Bekannten sowie nachbarschaftli-

che Hilfen hinzugezählt (vgl. Winter-von Lersner 2006:17). „*Formelle soziale Unterstützung" wird hingegen von professionell Helfenden u. a. aus der Pflege, Medizin aber auch von Seelsorgern, und Therapeuten erbracht* (ebd.:17).

Sozialer Rückzug ist das erste erkennbare individuelle psychiatrische Symptom bei Demenzerkrankungen (vgl. Jost, Grossberg 1996). Insbesondere bei Demenzerkrankten im fortgeschrittenem Krankheitsstadium und mit stärkerer kognitiver Beeinträchtigung ist ein größerer sozialer Rückzug messbar (Mast 2005:698).

Soziale Kontakte tragen entscheidend zur kognitiven Gesundheit bei (vgl. Butler et al. 2004) und haben einen signifikant positiven Einfluss auf das Wohlbefinden von Demenzerkrankten (vgl. Oppikofer et al. 2002). So weisen Demenzerkrankte mit häufigen Sozialkontakten Verbesserungen im psychischen, physischen und sozialen Wohlbefinden auf (vgl. Krueger et al. 2009; Zuidema et al. 2007b). Es gibt es Hinweise darauf, dass regelmäßige Besuche von Angehörigen agitiertes Verhalten verringern (vgl. Jablonski et al. 2005) und die Lebensqualität erhöhen (vgl. Rosewarne et al. 1997; Engels, Pfeuffer 2007). Andere Studien wiesen nach, dass durch Besuche die Auswirkungen des kognitiven Abbaus infolge der Demenzerkrankung aufgehalten werden (vgl. Oppikofer et al. 2002).

Häufige Sozialkontakte führen zur Abnahme von Depressionen (vgl. Krueger et al. 2009). Sie führen zu einer abwechslungsreicheren Alltagsgestaltung (vgl. Engels, Pfeuffer 2007) und hier zur Zunahme von geistigen wie auch körperlichen Aktivitäten (vgl. Krueger et al. 2009). Fehlende soziale Kontakte hingegen stellen ein „*Risiko […] für die Aufrechterhaltung von Alltagsselbstständigkeit*" dar (Schneekloth et al. 2005: 38). Dabei kommt es im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium „*zunehmend zu Einschränkungen der […] sozialen Fähigkeiten mit der Folge von Einbußen von Alltagsaktivitäten"* (Hirsch 2008:109).

Bevor die Kontakte zu Mitbewohnern/innen und zum Personal diskutiert werden, werden zunächst die informellen Kontakte der Bewohner/innen zu Personen außerhalb der WG/ des SWB erörtert.

Innerhalb der vergangenen zwei Wochen vor dem Stichtag haben geringfügig weniger WG-Bewohner/innen (81 %) als Bewohner/innen der stationären Einheiten (83 %) Besuch von außerhalb erhalten. Der Anteil der nach außen sozial Isolierten überwiegt mit 18 % deutlich in der Versorgungsform WG (SWB: 12 %). In beiden Settings dominieren mit jeweils ca. 40 % „seltener als einmal wöchentlich" stattfindende Besuche. Ungefähr ein Viertel aller Bewohner/innen hat unabhängig von der Versorgungsform wöchentliche Kontakte nach außen. nach Ergebnissen einer Vergleichsstudie in vollstationären Einrichtungen haben Bewoh-

ner/innen dort deutlich häufiger stattfindende Besuche dieser Art. Hier erhalten zwei Drittel aller Bewohner/innen mit Besuchen mindestens einmal pro Woche und ein Drittel tägliche Besuche (vgl. Engels, Pfeuffer 2007).

Die Besuchshäufigkeit wird in der hier vorliegenden Studie von dem Typus der WG beeinflusst. Segregativ betreute Personen verfügen demnach gegenüber Menschen in der integrativen Versorgung häufiger über keine informellen Kontakte nach außen (20 % vs. 13 %). Im Gegensatz dazu ist der Anteil der Bewohner/innen mit Besuchen in stationären Alteneinrichtungen in teilsegregativen Bereichen mit 56 % höher als im Domusbereich (vgl. Weyerer et al. 2005). Dies trifft ebenfalls auf die Besuchshäufigkeit zu.

Ältere Menschen, die in Privathaushalten leben, verfügen im Gegensatz zu jenen, die im Heim untergebracht sind, häufiger über Sozialkontakte zur Verwandtschaft (vgl. Winter-von Lersner 2006). Dieser Mangel wird in Pflegeheimen aber durch die vorhandene formelle soziale Unterstützung ausgeglichen (ebd.). Deshalb verfügen Heimbewohner/innen in der Regel über mehr informelle Kontakte im Unterschied zu Menschen in Privathaushalten (ebd.).

Die „*Fähigkeit zu sozialem Verhalten*“ nimmt bei demenzerkrankten Personen krankheitsbedingt ab (Dettbarn-Reggentin 2005:96). Dettbarn-Reggentin (2005) wies nach, dass das Sozialverhalten von Bewohnern/innen in segregativen Wohngruppen über einen Zeitraum von 12 Monaten stabil blieb, während es sich in der integrativ versorgten Vergleichsgruppe „*immer stärker reduziert*“ (Dettbarn-Reggentin 2005:98). „*Die signifikante Verbesserung der Wohngruppe wird auf die alltagspraktischen gemeinsam durchgeführten Handlungen zurückgeführt, die eine trainierende Wirkung zeigen*“ (ebd.:98). Die Autoren betonen besonders die „*positive Entwicklung des Sozialverhaltens in den segregativen Gruppen*“ (Reggentin, Dettbarn-Reggentin 2004:184). Auch Chappell & Reid (2000) stellten fest, dass in SCU[16] versorgte Menschen über signifikant bessere soziale Fähigkeiten im Vergleich zu Personen in Nicht-SCU’s verfügen. Verantwortlich hierfür sind die besonderen Merkmale des Umfeldes und eine flexiblere Pflege / Betreuung (vgl. Chappell, Reid 2000).

Im Vergleich der beiden Bewohnerschaften der vorliegenden Studie kann das Sozialverhalten von Personen in den WG sowohl gegenüber dem Pflegepersonal als auch ihren Mitbewohnern/innen gegenüber als besser im Vergleich zu SWB bezeichnet werden.

In der vorliegenden Studie sind Demenzerkrankte deutlich seltener gegenüber dem Pflegepersonal aktiv zugewandt als ihre kognitiv gesunden Mitbewohner/innen. Sie sind dafür häufiger als zugewandt auf Ansprache und zurückgezogen beschrieben worden. Ein etwa dop-

[16] Special Care Units, spezielle Wohnbereiche mit Demenzkonzept innerhalb von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen

pelt so großer Anteil zeigt überhaupt keine Ansätze zur Kommunikation. Auch gegenüber Mitbewohnern/innen sind Demenzerkrankte seltener aktiv zugewandt und häufiger zurückgezogen. Dennoch ist das in der vorliegenden Studie berichtete Verhalten von Demenzerkrankten gegenüber beiden Gruppen deutlich sozialer als das von Demenzkranken in Alteneinrichtungen. Etwa 45 % aller Demenzkranken in stationären Alteneinrichtungen nehmen Kontakt zu ihrem Pflegepersonal auf. Ein Drittel ist dort zurückgezogen und 22 % zeigt keine Ansätze zur Kommunikation (vgl. Schäufele et al. 2007). Nur jeweils etwa ein Drittel von ihnen nimmt häufig Kontakt zur Mitbewohnerschaft auf, ist ihr gegenüber zurückgezogen oder zeigt keine Ansätze zur Kommunikation.

9.1.2.15 Alltagskompetenz der Bewohnerinnen und Bewohner

Die Risikofaktoren und Prädiktoren für den Verlust von Alltagskompetenz wurden in der Literatur zahlreich beforscht (vgl. Desai et al. 2004; Stuck et al. 1999). Einigkeit besteht darin, dass kognitive Beeinträchtigungen signifikant einen funktionellen Abbau begünstigen (vgl. Sauvaget et al. 2002; Barberger-Gateau, Fabrigoule 1997). Dabei determiniert der Verlust von Alltagskompetenz „*bei der Versorgung der Erkrankten in hohem Maße den pflegerischen und betreuerischen Aufwand*“ (Radzey et al. 2001:84; vgl. auch Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2008). Auch nach Schäufele waren die in stationären Alteneinrichtungen versorgten Demenzkranke signifikant stärker in ihren Alltagsfähigkeiten eingeschränkt und somit in größerem Umfang auf die Unterstützungsleistungen von Anderen angewiesen (vgl. Schäufele et al. 2007) als ihre kognitiv unbeeinträchtigten Mitbewohner/innen. Die Fähigkeit zur selbständigen Alltagsbewältigung innerhalb der WG scheint ebenfalls in der vorliegenden Studie an eine Demenzerkrankung geknüpft zu sein, denn die Unselbständigkeit in allen untersuchten Aktivitäten ist bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung mehr prävalent (siehe ***Kapitel 8.1.2.23***). Hochgradig verschieden sind beide Kohorten in den Bereichen „Toilettenbenutzung“, „Aufsetzen und Umsetzen“, „Essen“ und „Sich waschen“.

Der Literatur zufolge sind apathische Personen häufiger in den ADL[17] eingeschränkt (vgl. Clarke et al. 2008; Landes et al. 2001) was in einem höheren Grad der Hilfebedürftigkeit mündet. Wie Schäufele et al. (2007) feststellen, haben apathische Heimbewohner/innen den größten Autonomieverlust im Bereich „Mobilität / Bewegung“. Auch die vorliegenden Ergebnisse weisen auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer Apathie und den größeren Verlusten in den mobilitätsbezogenen Aktivitäten „Aufsetzen & Umsetzen“ und „Aufste-

[17] Activities of Daily Living

hen & Gehen“ innerhalb der WG-Bewohnerschaft hin. Während sich das auch auf die Bereiche „Toilettenbenutzung“ und „Essen“ uneingeschränkt erweitern lässt, führen apathische Menschen signifikant öfter die Körperpflege selbständig aus.

Wenn eine Apathie überwiegend in deutlich größeren Selbständigkeitsverlusten resultiert und im Vergleich beider Versorgungsformen die stationäre Bewohnerschaft in schlechterer kognitiver Verfassung ist, dann überrascht es nicht, dass diese in den meisten Bereichen auch hilfebedürftiger ist.

In der Forschung besteht Uneinigkeit bzgl. der Wirkung von verschiedenen Versorgungskonzepten und –formen auf die funktionelle Leistungsfähigkeit der Betroffen. So halten Radzey et al. bereits 2001 in ihrem Review abschließend fest, dass weder die speziell auf Demenzerkrankte ausgerichteten Special Care Units (SCU‘s) noch die traditionelle Versorgung eindeutig den funktionellen Abbau aufhalten können (vgl. Radzey et al. 2001). Laut der vorliegenden Ergebnisse sind die Alltagskompetenzen von Bewohnern/innen in WG des segregativen Typus in allen untersuchten Aktivitätenbereichen reduzierter, dies gilt insbesondere für den Bereich „Aufsetzen und Umsetzen“.

9.1.2.16 Körperliche Einschränkungen

Gegenüber der SWB-Bewohnerschaft weist ein insgesamt größerer Anteil der ambulant versorgten Menschen Einschränkung der Sinnesorgane und Lähmungen auf (siehe ***Kapitel 8.1.2.24***). Mit 45 % ist hier fast jede zweite Person funktional beeinträchtigt (SWB: 34 %). In den WG überwiegen die Prävalenzen von Schwerhörigkeit / Gehörlosigkeit, starker Sehbehinderungen, Lähmungen und Erblindungen. In den SWB hingegen ist die Rate der Personen mit Sprachstörungen bzw. Aphasie deutlich höher. Hierfür ist wahrscheinlich der höhere Anteil der Demenzkranken innerhalb der gesamten Bewohnerschaft verantwortlich, denn Sprachstörungen sind häufig ein Merkmal der Demenz (vgl. Rousseaux et al. 2010; Amici et al. 2006). In den WG haben 30 % der Demenzkranken derartige Defizite, aber nur 19 % der Nicht-Demenzerkrankten und in den SWB 51 % der kognitiv Beeinträchtigten und 30 % der kognitiv Gesunden.

Insgesamt steht eine Sprachstörung / Aphasie an der Spitze der ermittelten körperlichen Einschränkungen. Mit Ausnahme der Sprachstörungen / Aphasie ist jeweils ein größerer Anteil der Population in vollstationären Alteneinrichtungen von körperlichen Einschränkungen betroffen (vgl. Schneekloth, von Törne 2007). Hier waren im Jahr 2005 23 % von Sprachstörungen, 22 % von Schwerhörigkeit / Taubheit, 19 % von starken Sehbehinderung, 18 % von Lähmungen betroffen und 3 % erblindet (ebd.). In der Studie zu Fähigkeiten und Einschränkungen waren etwa jeweils 15 % der Stichprobe seh- und höreingeschränkt.

9.1.2.17 Bewegungseinschränkende bzw. freiheitseinschränkende Maßnahmen

Bewegungseinschränkende Maßnahmen (BEM) werden wie folgt definiert: „Jeder Gegenstand, Material oder Vorrichtung an oder in der Nähe einer Person, der sich nicht entfernen oder von der Person kontrollieren lässt“ (Koczy 2008:4 z. n. Evans et al. 2002). „BEM schränken Körperbewegungen ein, die eine Person ausführen will“ (Koczy 2008:4 z. n. Evans et al. 2002).

Bewegungseinschränkende und freiheitseinschränkende Maßnahmen (FEM) sollten nur dann angewendet werden, wenn sämtliche weniger restriktiven Mittel unwirksam sind (vgl. Feil et al. 2007; Flannery 2003), weil sie zu einem Kontroll-, Freiheits- und Autonomieverlust führen (vgl. Koczy 2008). Außerdem werden im Zusammenhang mit BEM / FEM eine Vielzahl von Nebenwirkungen beschrieben, die sich sowohl körperlich als psychisch äußern und bis zum Versterben führen können. Es wird von Stürzen mit Verletzungen / Todesfolgen (vgl. Wang, Moyle 2005), körperlichen Verletzungen wie bspw. Druckgeschwüren und Infektionen (vgl. Castle, Engberg 2009; Robinson et al. 2007; Flannery 2003) und bleibenden Behinderungen (vgl. Flannery 2003) berichtet. Durch BEM / FEM In der Literatur finden sich ebenfalls Hinweise auf den Anstieg von psychologischen Problemen, wie beispielsweise Angst und Verzweiflung (vgl. Robinson et al. 2007; Flannery 2003) sowie körperlich aggressives (vgl. Zuidema et al. 2007b; Ryden et al. 1999) oder selbstschädigendes Verhalten (vgl. Zuidema et al. 2007b).

Ältere Menschen mit einer Demenz sind häufig freiheitseinschränkenden Maßnahmen ausgesetzt (vgl. Evans, Cotter 2008; Cotter 2007; Koczy 2008; Evans, Strumpf 1989). Betroffen sind insbesondere Demenzerkrankte mit ausgeprägtem Wanderverhalten (vgl. Robinson et al. 2007). Im Gegensatz zu nicht freiheitseingeschränkten, sind freiheitseingeschränkte Menschen signifikant kognitiv beeinträchtigter und funktional unselbständiger (vgl. Huizing et al. 2006; Ryden et al. 1999; Karlsson et al. 1996; Evans, Strumpf 1989). Karlsson et al. (2001) stellen fest, dass die Bewohner von Einrichtungen/ Umgebungen mit häufiger Anwendung von FEM / BEM, mehr Hilfe beim Ankleiden und der Nahrungsaufnahme benötigten, sowie häufiger stuhl- und harninkontinent waren (vgl. Karlsson et al. 2001). Den Autoren zufolge verfügen Pflegekräfte die keine BEM anwenden über ein signifikant höheres Wissen bzgl. der BEM-Regularien, als jene Mitarbeitenden welche diese Maßnahmen in geringem und häufigem Umfang einsetzen (vgl. Karlsson et al. 2001).

In der vorliegenden Untersuchung sind bewegungs- sowie freiheitseinschränkende Maßnahmen bei einem deutlich größeren Anteil der stationär Versorgten erforderlich gewesen. Womöglich zeichnen die höheren Prävalenzen der psychologischen bzw. Verhaltensauffäl-

ligkeiten „körperliche Aggressivität“ und „Hin- und Weglauftendenzen“ (siehe ***Kapitel 8.1.2.21***) in den stationären Bereichen verantwortlich. Insgesamt beträgt der Anteil der Eingeschränkten im Zeitraum von vier vorangegangenen Wochen im ambulanten Bereich 22 % und im stationären 46 %.

Von bewegungseinschränkenden bzw. freiheitseinschränkenden Maßnahmen sind anteilig häufiger Menschen mit einer Demenzerkrankung (26 %) betroffen als Nicht-Demenzkranke (9,4 %). Auch Demenzkranke in vollstationären deutschen Alteneinrichtungen werden häufig eingeschränkt, wie Schäufele (2007) berichtet. Bei fast jeder zweiten kognitiv eingeschränkten Person wurde derartige Maßnahmen ergriffen (vgl. Schäufele et al. 2007) und damit bei einem deutlich größerem Anteil im Vergleich zu Demenzkranken in ambulant betreuten WG. Innerhalb der Ulmer Pflegeheimbewohner wurden nur 35 % feingeschränkt (vgl. Becker et al. 2003). In einem Modellvorhaben mit dem Zweck, durch gezielte Interventionen die Zahl von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen bei demenzkranken Heimbewohnern zu senken, konnte ermittelt werden, dass mehrheitlich Frauen eingeschränkt wurden. Das Verhältnis der freiheitseingeschränkten Frauen und Männer betrug rund 3:1 (vgl. Koczy 2008). Während auch in den WG häufiger Frauen freiheitseinschränkt werden, sind es in den stationären Bereichen eher männliche Personen.

Weyerer et al. (2005) berichtet davon, dass im Domusmodell deutlich weniger Personen freiheitseinschränkenden Maßnahmen ausgesetzt waren gegenüber traditionell Versorgten. Letzte waren etwa fünfmal häufiger eingeschränkt (vgl. Weyerer et al. 2005). Mit 26 % wird in der DeWeGE-Studie ein etwas größerer Anteil der segregativ Betreuten in WG im Vergleich zu integrativ Betreuten (21 %) in WG fixiert.

Die häufigste beobachtete BEM innerhalb der untersuchten WG ist das Hochstellen der Bettgitter. Hiervon ist fast jede/-r Fünfte betroffen gewesen. Andere bewegungseinschränkende Maßnahmen wurden eher selten beschrieben. Auch in den untersuchten SWB wird die Verwendung von Bettgittern als die häufigste Maßnahme und bei rund 29 % der Bewohner/innen beschrieben. Das Abschließen der Wohnbereichstür wird in 18 % der Fälle gemeldet.

Nach Literaturangaben gehören zu den am häufigsten angewandten Maßnahmen im ambulanten Bereich Fixiergurte für Rumpf und Extremitäten, Tischsteckbretter, „Geristuhl“ und Bettgitter (Guerra 2008:44). Darüber hinaus berichten die Autoren von Türschlössern, welche von den Betroffenen nicht selbständig geöffnet werden können (ebd.).

Die häufigsten Maßnahmen in den Ulmer Pflegeheimen sind das Anbringen von Bettgittern (12 %) und die Fixierung des Rumpfes (4 %) (vgl. Becker et al. 2003). In den vollstationären Einrichtungen wird bei 49 % der Demenzerkrankten gelegentlich oder häufig ein Bettseitenteil angebracht und bei 9 % ein Fixiergurt oder Stecktisch (vgl. Schäufele et al. 2007). Im Domusprinzip kamen bei einem Anteil von 22 % Bettgitter und bei 7 % Fixiergurt oder Stecktisch zur Anwendung (vgl. Weyerer et al. 2005).

9.2 Diskussion Längsschnitt

9.2.1 Studienplanung und Durchführung

Mit der vorliegenden Längsschnittstudie wurde erstmals umfassend evaluiert wie sich im Zeitraum von einem Jahr der psychosoziale und körperliche Gesundheitszustand von demenzerkrankten Menschen, die in ambulant betreute Wohngemeinschaften einziehen, entwickelt. Die Längsschnittstudie wurde als Vollerhebung aller in Berlin neu in WG oder SWB einziehender Personen mit demenziellen Erkrankungen in den Monaten Juli bis Oktober 2008 konzipiert. Auf Grundlage der Daten aus einer Vorstudie (vgl. Wolf-Ostermann 2007) und unter der Berücksichtigung der starken quantitativen Zunahme der WG wurde angenommen, dass 100 Personen einem Screening der Einschlusskriterien unterzogen werden können. Bei einem Anteil von 60 % Demenzerkrankten innerhalb der WG-Bewohnerschaft (ebd.) und einer Zustimmungsquote von mindestens 90 % zur Studie (vgl. Fischer et al. 2007) wurde mit mindestens 54 Rekrutierten gerechnet. Die kooperierenden Pflegedienste informierten im Einschlusszeitraum über 86 Einzüge. Insgesamt konnten 34 Personen, die in die Versorgungsform „WG“ wechselten in die Studie eingebunden werden, was einer Ausschöpfungsquote von 39,5 % entspricht. Als Referenzgruppe wurden Demenzerkrankte, welche einen spezialisierten Wohnbereich (SWB) für Menschen mit Demenz in stationären Altenpflegeeinrichtungen bezogen haben, rekrutiert. Bezüglich der Vergleichsgruppengröße wurde von den gleichen Annahmen ausgegangen, da keine spezifischen Daten vorlagen. Das Platzangebot in den Pflegeheimwohnbereichen liegt um etwa ein Drittel unter dem von WG, so dass bei einer Vollerhebung von 33 Personen ausgegangen wurde. Im Einschlusszeitraum informierten die unterstützenden Einrichtungen über 29 Neuzugänge. 22 von ihnen konnten in die Studie einbezogen werden, was einer Ausschöpfungsrate von 75,9 % entspricht.

Zur Abschätzung der Ausfallraten durch Mortalität wurde im Zeitraum von zwölf Monaten von einer Rate von 6,8 % ausgegangen, basierend auf einem Durchschnittsalter von 80 Jahren (vgl. Wolf-Ostermann 2007) und der bei Studienbeginn aktuellen Sterbetafel für die Bundesrepublik (vgl. Statistisches Bundesamt), so dass eine Stichprobengröße von n = 50 für t_3 anvisiert wurde. Tatsächlich betrug der mortalitätsbezogene Ausfall innerhalb der Längsschnitterhebung 41 % (WG: 41,2 %; SWB: 40,9 %) und lag somit deutlich über dem prognostizierten Verlust. Auch im Vergleich zu Resultaten anderer Studien ist die hier ermittelte Sterblichkeitsrate im demenziell erkrankten Kollektiv deutlich höher. Eine Studie aus den USA ermittelte unter Demenzerkrankten eine Sterberate von im Mittel 20,9 % (vgl. Steenland et al. 2009). Bei hospitalisierten Personen beträgt die Sterblichkeit 18,7 % (vgl. Pilotto et al. 2009).

Anscheinend wird die Mortalitätsrate u. a. von der Art der Versorgung beeinflusst. Nach einem Review von van Dijk et al. (1991) beläuft sich diese bei ambulant versorgten Demenzerkrankten auf 25 %. In stationären Setting hingegen wird von teilweise deutlich höheren Raten berichtet. Hier starben zwischen 28,3 % (vgl. Mitchell et al. 2004) und 50 % (vgl. van Dijk et al. 1991) innerhalb der ersten sechs Monate nach Einzug in eine Langzeitpflegeeinrichtung. Te Boekhorst et al. untersuchten längsschnittlich Demenzerkrankte (siehe ***Kapitel 9.1.2***). Sechs Monate nach der Baselineerhebung wurde eine Sterblichkeitsrate von 26,5 % ermittelt (vgl. te Boekhorst et al. 2009).

9.2.2 Soziodemografische Merkmale

Hinsichtlich der soziodemographischen Merkmale unterscheidet sich die Untersuchungsgruppe insgesamt kaum von Teilnehmenden anderer Studien. Mit 76,8 % sind mehr als zwei Drittel der Rekrutierten weiblich, was einem Frauenanteil von 76 % in deutschen Altenheimen entspricht (vgl. Statistisches Bundesamt 2008b).

Im MIDEMAS-Projekt, wurde die Einführung milieutherapeutisch orientierter Demenzwohngruppen in bestehende stationäre Bereiche wissenschaftlich begleitet (vgl. Heeg et al. 2005). Im Längsschnittdesign mit zwei Erhebungszeitpunkten wurde u. a. die Wirkung dieses Betreuungskonzepts auf das körperliche (erhoben mittels Barthel-Index (Mahoney, Barthel 1965)) und psychosoziale Befinden sowie Verhalten (modifizierte Version des CMAI und NPI) der Bewohner/innen untersucht. Die Einzugskriterien im Modellbereich wurden in Anlehnung an die besondere stationäre Dementenbetreuung in Hamburg definiert (vgl. Weyerer et al. 2004). Von den n =70 zur Modellgruppe zählenden Personen waren rund 84 % weiblich (vgl. Heeg et al. 2005).

Bei (Wimo et al. 1995) (siehe ***Kapitel 9.1.1***) betrug der Frauenanteil insgesamt 65,5 %, in den wohngemeinschaftsähnlichen Einheiten 70 % und in der Vergleichsgruppe 61 %. Das Kollektiv der untersuchten n = 164 niederländischen Personen bestand insgesamt sogar aus 82,1 % weiblichen Personen und innerhalb der traditionellen Einheiten aus drei Viertel und innerhalb der domusähnlichen Einheiten aus 91 % Frauen. In hohem Maße divergent stellt sich verglichen damit die Geschlechtsverteilung innerhalb der hier untersuchten Versorgungsformen dar. Der Anteil der weiblichen Rekrutierten beträgt im Setting WG 72 % und in SWB 28 % - ist damit fast dreimal kleiner. Eine gleichartige Relation findet sich in der Literatur nicht. Allerdings merken Schäufele et al. (2007) an, dass innerhalb von stationären Einrichtungen „*Männer signifikant häufiger in geschlossenen Demenzwohngruppen untergebracht waren als Frauen*“ (vgl. Schäufele et al. 2007:215).Die hier vorliegende Relation von rekrutierten Männern zu rekrutierten Frauen in den SWB steht auch im Widerspruch zu den

Ergebnissen der Querschnittuntersuchung (vgl. ***Kapitel 8.1.2.1***), in der ein Anteil von 75,3 % Bewohnerinnen und 24,7% Bewohnern ermittelt wurde.

Als weniger heterogen erwies sich die Altersverteilung in beiden Settings. Die Untersuchungsgruppe in den WG war mit 83,4 Jahren im Mittel 2,2 Jahre älter als die Vergleichsgruppe in den SWB. Das Durchschnittsalter insgesamt betrug zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Studie 82,5 Jahre, was etwa dem mittleren Alter der MIDEMAS-Modellgruppe und dem mittleren Alter der von (te Boekhorst et al. 2009) beforschten Stichprobe entspricht. Mehr als vier Jahre jünger sind hingegen die rekrutierten Schweden (vgl. Wimo et al. 1995). Dettbarn-Reggentin (2005) untersuchte in einer prospektiven Längsschnittstudie mit drei Erhebungszeitpunkten den Einfluss von segregativen und integrativen Wohngruppen auf das Sozialverhalten und die Stimmung von Demenzerkrankten Bewohner/innen (vgl. Dettbarn-Reggentin 2005). Das Alter der Untersuchten betrug hier bei Einschluss in die Studie 82,9 Jahre.

Als deutlich akzentuiert erwies sich die Altersverteilung zwischen den Geschlechtern, was auf die höhere Lebenserwartung von Frauen zurückgeführt wird (vgl. Schneekloth, von Törne 2007). Weibliche Rekrutierte sind mit 84,0 Jahren durchschnittlich 6,2 Jahre älter als männliche.

9.2.3 Primäre Outcomes

9.2.3.1 Primäres Outcome körperliche Funktionsfähigkeit/ Alltagskompetenz

Die Risikofaktoren und Prädiktoren für den Verlust von Alltagskompetenz wurden in der Literatur zahlreich beforscht (vgl. Desai et al. 2004; Stuck et al. 1999). Einigkeit besteht darin, dass kognitive Beeinträchtigungen signifikant einen funktionellen Abbau begünstigen (vgl. Sauvaget et al. 2002; Barberger-Gateau, Fabrigoule 1997). Dabei determiniert der Verlust von Alltagskompetenz „*bei der Versorgung der Erkrankten in hohem Maße den pflegerischen und betreuerischen Aufwand*“ (Radzey et al. 2001:84; vgl. auch Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2008).

Insbesondere sind apathische Personen häufiger in den ADL eingeschränkt und somit auf die Leitung und Unterstützung durch Pflegende in besonders großem Umfang angewiesen (Clarke et al. 2008; Landes et al. 2001). Eine Apathie begünstigt in besonderem Maße den Autonomieverlust im Bereich „Mobilität / Bewegung“ der ADL (Schäufele et al. 2007).

In der Forschung besteht Uneinigkeit bzgl. der Wirkung von verschiedenen Versorgungskonzepten und -formen auf die funktionelle Leistungsfähigkeit der Betroffen. So halten Radzey et

al. bereits 2001 in ihrem Review abschließend fest, dass weder die speziell auf Demenzerkrankte ausgerichteten Special Care Units (SCU‘s) noch die traditionelle Versorgung eindeutig den funktionellen Abbau aufhalten können (vgl. Radzey et al. 2001).

Nach Anderen wiederum werden die basalen und instrumentellen Alltagskompetenzen sehr wohl von der Versorgungsform beeinflusst. Te Boekhorst und Kollegen (2009) wiesen sechs Monate nach Eintritt in ein niederländisches „group living“ dort bessere Alltagsfähigkeiten entgegen der von Neueinziehenden in traditionalistischen Versorgungsformen nach.

Der mittlere Barthelscore aller Teilnehmenden beträgt zum Zeitpunkt des Einzugs in eine der beiden Versorgungsformen 51,3 Punkte was insgesamt auf eine starke Einschränkung in den basalen Alltagsfähigkeiten hindeutet. Zum Zeitpunkt der Integration in eine der MIDEMAS-Modellwohngruppen konnte eine ähnlich ausgeprägte Alltagsfunktionalität (Barthel-Index: 50 Punkte) ermittelt werden (vgl. Heeg et al. 2005). Damit ist der Hilfebedürftigkeitsgrad im Vergleich zu dem von Demenzerkrankten in deutschen Altenheimen (Barthel-Index: 29,3) auf den ersten Blick deutlich geringer (vgl. Schäufele et al. 2007). Allerdings muss bei diesem Vergleich die Aufenthaltsdauer berücksichtigt werden, die – je länger sie ist – ein Fortschreiten von Morbidität und Selbständigkeitsverlust bedingt (vgl. Weyerer et al. 2004). Bei Schäufele et al. betrug sie im Mittel 42 Monate. Die von Reggentin (2005) erhobenen Bewohnerinnen in den segregativen Wohngruppen hatten bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 29 Monaten einen höheren Barthel-Index von 41 Punkten, während dieser in der Vergleichsgruppe bei 36 lag (Dettbarn-Reggentin 2005).

Prägnant unterscheiden sich die hier Untersuchten von der Heimbewohnerschaft auch dann, wenn der vollständige Hilfebedarf verglichen wird. Vollständig auf Hilfe angewiesen war bei Studieneintritt nur eine der hier einbezogenen Personen aber mehr als jede vierte demenzerkrankte Person innerhalb der Alteneinrichtungen (vgl. Schäufele et al. 2007).

In der vorliegenden Studie sinkt der durchschnittliche Barthel-Index der längsschnittlich begleiteten Studienteilnehmer/innen signifikant um 17,5 Punkte ab, was die Behauptung Weyerers et al. (2004) stützt. Gleichzeitig nehmen die Anteile der stark Eingeschränkten um etwa ein Drittel zu. Insgesamt sind die Barthel-Index-Verluste in WG (20,3) größer als die von Menschen in SWB (13,4). In der varianzanalytischen Analyse konnte dieser Unterschied unter Einbeziehung des Demenzstadiums und des Geschlechtes jedoch statistisch (auch aufgrund der geringen Stichprobengröße) nicht abgesichert werden, Dies bestätigt die Ergebnisse aus dem Review von Radzey et al. (vgl. Radzey et al. 2001), in welchem ebenfalls kein Einfluss der Versorgungsform auf den funktionellen Abbau bestätigt werden konnte.

Verschiedene Verläufe konnten deskriptiv zwischen integrativ und segregativ Betreuten gemessen werden. Die Verluste an Selbständigkeit betragen bei segregativ Betreuten 21,3 und im integrativen Setting 15,4 Punkte. Zu einem vollständig anderen Resultat kam Dettbarn-Reggentin (2005): die Einbußen in den segregativen Wohngruppen betrugen innerhalb desselben Zeitraums nur 5 und der Vergleichsgruppe 12 Punkte. Allerdings lag der mittlere Barthel-Score beider Gruppen zum Zeitpunkt des Studieneinschluss deutlich unter dem hier ermittelten. Auch Heeg et al. (2005) berichten zwar von einem Verlust von nur 5 Punkten, indes sind die Ergebnisse noch weniger vergleichbar, da der Untersuchungszeitraum nur sechs Monate betrug und damit nur halb so groß war wie in der DeWeGE-Studie.

Bzgl. einzelner Items des Barthel-Index fällt auf, dass beide Inkontinenzformen in der vorliegenden Studie signifikant mit dem Geschlecht verknüpft sind. Deutlich häufiger sind Männer harn- und stuhlinkontinent.

Schäufele et al. (2007) stellten einen markanten Zusammenhang der Fortbewegungsfähigkeit und der Bettlägerigkeit mit dem Schweregrad der Demenz in Zusammenhang (vgl. Schäufele et al. 2007). Auch die hier ermittelten Ergebnisse lassen diese Assoziation zu. Darüber hinaus sind gegenüber kognitiv weniger Eingeschränkten deutlich größere Anteile der Personen mit einem MMSE < 10 in den Bereichen Ernährung, Waschen, Toilettenstuhlbenutzung, An-/ Auskleiden und Inkontinenz vollständig hilfebedürftig.

9.2.3.2 Primäres Outcome nicht-kognitive Symptome

Demenzerkrankungen gehen neben der progressiven Verschlechterung von funktionalen Fähigkeiten mit einer Zunahme an psychologischen bzw. Verhaltensauffälligkeiten einher (vgl. Schäufele et al. 2007; Steinberg et al. 2003; Martin et al. 2000).

In der vorliegenden Längsschnittstudie erweist sich die Ausprägung neuropsychiatrischer Symptome bei der Ausgangskohorte mit einem NPI-Gesamtwert von 33,3 Punkten als deutlich höher als in der von Schäufele et al. (2007) untersuchten dementiell erkrankten Population (15,0) (Schäufele et al. 2007). Unterschiede zwischen den Versorgungsformen WG und Spezialwohnbereich zeigen sich dabei in der Varianzanalyse nicht. Insgesamt weisen mehr als 90 % aller Teilnehmerinnen bei Einzug mindestens ein NPI-Symptom von starker Ausprägung (Häufigkeit × Schwere ≥ 4) auf. Gegenüber Bewohner/innen in niederländischen Pflegeheimen sind dies etwa zehn Prozent mehr (Zuidema et al. 2007c). Von allen häufig gezeigten NPI-Einzelsymptomen mit schwerer Symptomatik erzielten dort die Bereiche „Apathie“, „Reizbarkeit/ Labilität“ und „Agitation“ die höchsten Prävalenzraten. In der vorliegenden Studie betrifft dies ebenfalls die Kategorie „Apathie/ Gleichgültigkeit“, unter der mehr als die

Hälfte aller Längsschnitt-Teilnehmenden leidet. Daneben treten bei fast jedem Zweiten häufig „Veränderungen des Appetits/ Essverhaltens“ und „abweichendes motorisches Verhalten“ auf. Gegenüber den Befunden von Schäufele, nach denen 23 % der Demenzkranken in den vergangenen vier Wochen gelegentlich oder häufig Wanderverhalten gezeigt hatten (Schäufele et al. 2007), betrifft es in der hier untersuchten Dementenkohorte fast doppelt so viele. „Erregung/ Aggression“ traten insgesamt bei etwas mehr als der Hälfte der Bewohner/innen auf, bei einem Drittel von ihnen häufig. Im Vergleich mit den Review-Ergebnissen von Zuidema und Kollegen (Zuidema et al. 2007c) erscheint die Prävalenz dieser Verhaltensauffälligkeit der hier beschriebenen Demenzerkrankten nicht übermäßig hoch.

Kognitiv stärker beeinträchtigte Personen zeigen ausgeprägtere Verhaltensauffälligkeiten als Bewohner in früheren Demenzstadien. Dies bestätigen auch andere Studien (Seidl et al. 2007; Schäufele et al. 2007), wohingegen Lövheim und Kollegen (2008) höhere Prävalenzen für nicht-kognitive Symptome in mittleren Demenzstadien ausmachen. Besonders das Auftreten von Apathie scheint von der Schwere der Erkrankung abhängig: es zeigt sich bei signifikant mehr Betroffenen in jeweils höheren GDS-Stadien. Verschiedene Studienergebnisse bestätigen diesen Befund (Seidl et al. 2007; Aalten et al. 2005; Mega et al. 1996), andere weisen umgekehrt darauf hin, dass Apathie das Fortschreiten der kognitiven, funktionalen und emotionalen Beeinträchtigungen beschleunigt (Starkstein et al. 2006). Männer weisen einen durchschnittlich höheren NPI-Gesamtwert auf als Frauen, dieses Ergebnis betätigte sich auch in der Varianzananalyse unter Berücksichtigung von Wohnform und Demenzstadium (GDS) bei Aufnahme.

Neuropsychiatrische Symptome nehmen im Verlauf der Längsschnittuntersuchung bei den verbliebenen Probanden ab: Der NPI-Gesamtscore der Studienpopulation verringert sich um 14 Punkte. Im Vergleich der Versorgungsformen WG und SWB zeigt sich, dass WG-Bewohner/innen ein halbes bzw. ein Jahr nach dem Einzug weniger verhaltensauffällig sind als Pflegeheimbewohner/innen, eine statistische Signifikanz für dieses Ergebnis konnte in der varianzanalytischen Betrachtung jedoch nicht nachgewiesen werden,. Da vergleichbare Studien zur Untersuchung dieser unterschiedlichen Versorgungsmodelle u. E. bisher nicht vorliegen, kann dieses interessante Ergebnis nicht anhand anderer Befunde überprüft werden. Es scheint daher angeraten, die Frage nach einem möglicherweise besseren Verlauf neuropsychiatrischer Symptomatik in betreuten Wohngemeinschaften für Demente gegenüber der institutionalisierten Versorgung anhand größerer Stichproben weiter zu untersuchen. Die Evaluationsstudie der besonderen stationären Dementenbetreuung in Hamburg (vgl. Weyerer et al. 2004) konnte ebenfalls in zwei verschiedenen Betreuungsmodellen – im Gegensatz zu den hier vorgelegten Befunden besonders aber in der traditionellen stationä-

ren Versorgung - eine Abnahme von neuropsychiatrischen Auffälligkeiten messen. Da in der Hamburger und der DeWeGE-Studie jedoch unterschiedliche Versorgungssettings betrachtet wurden, lässt sich auch hier kein direkter Vergleich ziehen. Eine niederländische Studie (te Boekhorst et al. 2009), die traditionelle Pflegeheime mit WG-ähnlichen „Group living homes" für Demente vorrangig hinsichtlich der Lebensqualität der Bewohner verglich, fand bei neuropsychiatrischen Symptomen keine Veränderungen nach sechs Monaten in beiden Gruppen.

Sämtliche an der Längsschnittstudie teilnehmenden Bewohner und Bewohnerinnen weisen im Gesamtuntersuchungszeitraum mindestens eine Verhaltensauffälligkeit auf, im Mittel sogar rund fünf verschiedene (bzw. vier häufig auftretende) neuropsychiatrische Symptome. Ebenso wie der Ausprägungsgrad verringert sich im Untersuchungsverlauf auch die Anzahl gezeigter Verhaltensweisen. Unterscheidet man hinsichtlich der beiden untersuchten Versorgungsformen, so wird allerdings deutlich, dass diese Veränderung nur bei WG-Bewohner/innen stattfindet. So zeigen diese sechs Monate nach Einzug deutlich weniger neuropsychiatrische Symptome als SWB-Bewohner/innen.

9.2.4 Sekundäre Outcomes

9.2.4.1 Kognitive Fähigkeiten

Jede vierte rekrutierte Person ist bei Studieneinschluss mit einem MMSE < 10 Punkten stark kognitiv beeinträchtigt (vgl. ***Kapitel 8.2.4.1***). Der mittlere MMSE-Score beträgt bei Aufnahme in die Studie rund 13 Punkte. Es lässt sich feststellen, dass Personen mit einem schlechteren kognitiven Zustand (durchschnittlich 12 Punkte) anteilig häufiger in einen der untersuchten stationären Bereiche wechselten. Personen mit dem Einzugsziel WG erreichten durchschnittlich rund 14 MMSE-Punkte. Mit 14 Punkten wurden ebenfalls die schwedischen Goup-living homes" bezogen (vgl. Wimo et al. 1995) und bei (te Boekhorst et al. 2009) ergab die Baselineerhebung durchschnittlich 13 Punkte.

Die meisten Demenzerkrankungen gehen mit einer Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit einher (vgl. Dettbarn-Reggentin 2005; Weyerer et al. 2004), wie sich durch die Untersuchung bestätigen lässt. Der Anteil der Untersuchten mit starken kognitiven Defiziten (MMSE < 10) verdreifacht sich im Längsschnitt insgesamt. Im Untersuchungszeitraum nehmen die kognitiven Funktionen signifikant auf 10,0 Punkte ab. Deutliche Effekte zeigen sich dabei in der geschlechtsspezifischen Analyse (. Bei männlichen Rekrutierten sinkt die geistige Leistungsfähigkeit im Vergleich zu Frauen stärker. So beträgt der MMSE-Verlust inner-

halb eines Jahres bei Männern rund sieben und bei Frauen etwa vier Punkte. Eine Leistungsminderung kann in beiden Settings festgestellt werden, signifikante Unterschiede zwischen den beiden Wohnformen konnten im zeitlichen Verlauf nicht gefunden werdenDies lässt darauf schließen, dass keine der untersuchten Versorgungsformen den kognitiven Verfall insgesamt aufzuhalten vermag. Auch Dettbarn-Reggentin kommen zu diesem Ergebnis (vgl. Dettbarn-Reggentin 2005). Allerdings muss hier einschränkend erwähnt werden, dass die kognitive Leistungsfähigkeit im Setting SWB nach einem Jahr geringfügig zunimmt, während diese im Setting WG weiterhin rückläufig ist.

Neben dem MMSE wurde zur Bestimmung des Ausmaßes der kognitiven Defizite ebenfalls die **Global-Deterioration-Skala** (GDS) (Reisberg et al. 1982, Reisberg 1988) eingesetzt. Mehr als zwei Drittel aller Einziehenden befinden sich zum Zeitpunkt t_1 im GDS Stadium 6 (schwere kognitive Leistungseinbußen) und etwa 13 % im Stadium 7 (sehr schwere kognitive Leistungseinbußen). Fast die Hälfte des Kollektivs in den untersuchten schwedischen Einheiten wurden dem GDS-Stadium 5 und 28 % dem Stadium 6 zugeordnet (Wimo et al. 1995). Damit sind diese verglichen mit der Studienpopulation in kognitiver Hinsicht leistungsfähiger. Wesentliche Verteilungsunterschiede zeigen sich im Vergleich der Einzugsziele: Studienteilnehmer/innen, welche in eine WG wechseln sind kognitiv weniger stark beeinträchtigt. Im zeitlichen Verlauf sind kaum Veränderungen erkennbar.

9.2.4.2 CMAI - Agitiertes und aggressives Verhalten

Zuidema und Kollegen (2007) reviewten insgesamt 19 überwiegend aus den USA stammende Veröffentlichungen zu Prävalenzen von neuropsychiatrischen Symptomen bei Demenzerkrankten (MMSE < 24) in Langzeitpflegeeinrichtungen. Laut den Autoren reichen die Prävalenzraten für agitiertes oder aggressives Verhalten von 48 % bis 82 %. Agitation, welche neben u. a. Aggressivität zu den „*häufigsten und […] den am längsten anhaltenden Verhaltensformen*“ zählen (Bundesministerium für Gesundheit 2006:9) war prävalent bei 28 – 53 %. Die Spannweiten aggressiven Verhaltens variieren zwischen 6 und 77 %. Verbal aggressive Verhaltensweisen zeigten 10 bis 39 % und körperliche 11 bis 44 %.

Zum Zeitpunkt des Studieneinschluss (vgl. ***Kapitel 8.2.4.2***) verhalten sich etwa ein Drittel der Untersuchten verbal agitiert. 30 % weisen unruhiges / unangemessenes Verhalten und rund 13 % aggressives Verhalten auf. Verglichen mit den Prävalenzen des Reviews sind die hier Untersuchten etwa im gleichen Umfang verhaltensauffällig.

In der geschlechtsspezifischen Auswertung zeigt sich, dass Männer in allen drei CMAI-Dimensionen höhere Prävalenzraten aufweisen. Insbesondere betrifft das die Dimension

„aggressives Verhalten“. Aggressiv sind etwa 5 % der untersuchten Frauen und achtmal soviele Männer. Zuidema et al. 2007 zufolge zeigen Männer in den meisten Studien häufiger physisches nichtaggressives Verhalten, (physisch) aggressives Verhalten sowie verbale Aggression und Agitation (Zuidema et al. 2007b). Nur insgesamt drei Studien konnten belegen, dass Frauen häufiger als Männer Agitation und Aggression im Allgemeinen sowie verbal agitiertes Verhalten aufweisen (ebd.).

Laut (Zuidema et al. 2007b) steht aggressives Verhalten eng in Verbindung mit dem Alter. Nach ihnen verhalten sich jüngere Personen aggressiver. Diese Behauptung lässt sich durch die vorliegenden Ergebnisse stützen: aggressive Personen sind im Mittel 7 Jahre jünger verglichen mit nicht aggressiven.

Im Vergleich der Versorgungsformen WG und SWB zeigt sich, dass Personen im ambulanten Bereich anteilig häufiger verbal agitiert sind als Personen in den stationären Einheiten. Letzte reagieren häufig unruhiger und unangemessener. Signifikante Unterschiede ergaben sich hinsichtlich des aggressiven Verhaltens zwischen den neu einziehenden Personen in den WG und den SWB. In der stationären Versorgungsform reagiert ein etwa viermal so großer Anteil aggressiv. Allerdings wird der Zuzug in einen SWB, wie bereits im ***Kapitel 9.1.2*** beschrieben, beschränkt auf Personen mit Verhaltensauffälligkeiten. Die Verhaltensweisen müssen mittels CMAI erhoben werden, so dass die hier errechneten höheren Prävalenzraten dadurch erklärt werden.

Ebenfalls weist ein jeweils größerer Anteil der segregativ Versorgten in allen Dimensionen entgegen den integrativ Versorgten höhere Prävalenzraten auf. Der Untersuchung nach wird verbal agitiertes Verhalten von der kognitiven Verfassung beeinflusst, denn Untersuchte mit einer stark eingeschränkten geistigen Leistungsfähigkeit (MMSE < 10) zeigen bei Einschluss in die Studie anteilig deutlich häufiger ein derartiges Verhalten. Ebenfalls sind sehr stark Eingeschränkte dreimal häufiger aggressiv. (Zuidema et al. 2007b) stellen diesbezüglich fest, dass bei Personen im schlechteren kognitiven Zustand die meisten Verhaltensweisen stärker ausgeprägt sind. Das trifft insbesondere auf das agitierte Verhalten im Allgemeinen, verbal agitiertes Verhalten sowie verbale und körperliche Aggressivität (ebd.).

Nach (Zuidema et al. 2007b) treten innerhalb des agitierten Verhaltens sehr häufig zielloses Umhergehen mit Prävalenzen von 17 – 71 %, allgemeine Rastlosigkeit (38 – 61 %) und abweichendes motorisches Verhalten (32 – 51 %) auf. Die am häufigsten gezeigte Verhaltensweise (mehr als einmal pro Woche) insgesamt und in der Dimension „unruhiges und unangemessenes Verhalten“ ist in der vorliegenden Untersuchung die „allgemeine Rastlosigkeit“. Etwa jede zweite Person verhält sich so. Auch zielloses Umhergehen wird sehr häufig und

bei 39 % der Untersuchten angegeben. Abweichendes motorisches Verhalten gehört zu den häufigsten Syndromen, die mit einer Demenz im Allgemeinen (vgl. Lövheim et al. 2008; Selbaek et al. 2007; Petrovic et al. 2007; Aalten et al. 2005) und insbesondere mit Demenzen vom Alzheimer-Typ einhergehen (Mirakhur et al. 2004; Ikeda et al. 2004). Die Häufigkeit des Auftretens von abweichendem motorischem Verhalten steigt signifikant mit dem Fortschreiten der Erkrankung (Koopmans et al. 2009; Lövheim et al. 2008; Selbaek et al. 2007; Mega et al. 1996). Betroffene mit einem schlechteren funktionellen Status (vgl. Colombo et al. 2001) oder mit Apathie (vgl. Petrovic et al. 2007) zeigen gehäufter abweichendes motorisches Verhalten. Die Ursache für den gesteigerten Bewegungsdrang liegt vermutlich im Verlust der gewohnten freien Umgebung und dem Umzug in ein restriktiveres Wohnumfeld (vgl. Lachs et al. 2002). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigen diese Ergebnisse, auch hier gehören „zielloses Umhergehen“, „allgemeine Rastlosigkeit und der „Versuch, andere Plätze/Orte aufzusuchen“ zu den Items mit deutlich erhöhten Prävalenzraten zu allen drei Studienzeitpunkten.

Im zeitlichen Verlauf verändern sich insgesamt die Anteile der Untersuchten mit unruhigem und unangemessenem Verhalten innerhalb der Follow-up-Kohorte kaum. Verbal agitiertes und aggressives Verhalten nehmen im Längsschnitt dagegen insgesamt zu. Damit stehen diese Ergebnisse im Widerspruch zu (Weyerer et al. 2004). Sowohl in den Einrichtungen der traditionellen Pflege wie auch den Einrichtungen der besonderen Dementenbetreuung konnte bezogen auf das agitierte und aggressive Verhalten ein rückläufiger Trend beobachtet werden.

Männer sind anteilig über alle Erhebungszeitpunkte hinweg häufiger unruhiger und unangemessener als Frauen. Während bei Einzug hauptsächlich Männer verbal agitiert sind, sind es ab t_2 überwiegend Frauen. Im zeitlichen Verlauf nehmen die Anteile der Frauen mit aggressiven Verhaltensweisen insgesamt zu. Der Anteil der aggressiven männlichen Teilnehmenden ist rückläufig. Ebenfalls unruhiger und unangemessener ist das Verhalten innerhalb der SWB-Bewohnergemeinschaften gegenüber den WG-Bewohnergemeinschaften über den gesamten Untersuchungszeitraum. Während die Anteile im Zeitraum von 12 Monaten in den WG rückläufig sind, nehmen diese in der Versorgungsform SWB zu.

Bezüglich verbal agitiertem Verhalten können unterschiedliche Verläufe innerhalb der Versorgungsformen ermittelt werden. Dabei sinken die Anteile mit diesem Merkmal innerhalb der WG-Bewohnerschaft – die der SWB-Bewohnerschaft verdoppeln sich. Über den Erhebungszeitraum bleibt die Quote der Aggressiven in der Versorgungsform SWB konstant während diese in den WG ansteigt.

Im segregativen Typus steigt der Anteil der sich unruhig / unangemessen Verhaltenden, während der Anteil mit verbal agitiertem Verhalten unverändert bleibt und der von aggressiven Personen um das Fünffache ansteigt. Im integrativen Typus steigen die Anteile von aggressiven und verbal agitierten Personen, nicht aber die der Teilnehmenden mit unruhigen bzw. unangemessenen Verhaltensweisen. Diese sind rückläufig.

Im Zeitraum von 12 Monaten verringern sich die Anteile der kognitiv sehr stark eingeschränkten Personen mit unruhigen / unangemessenen Verhaltensweisen sowie verbal agitiertem Verhalten. Die Anteile kognitiv sehr stark eingeschränkten Personen mit aggressivem Verhalten nehmen hingegen zu.

9.2.4.3 Apathie

Wie bereits unter ***Kapitel 9.2.3.2*** erläutert wurde, nehmen bei Demenzerkrankten im Krankheitsverlauf die psychologischen bzw. Verhaltensauffälligkeiten / Neuropsychiatrischen Symptome zu. Hierzu zählen neben Aggressivität, Agitation, ziellosem Umherwandern, Wahn / Halluzination, Tag-/ Nachtumkehr und vokal störende Verhaltensweisen u. a. die Apathie (vgl. Kovach et al. 2005, Bundesministerium für Gesundheit 2006). Eine Apathie wird definiert als Verlust an Motivation und Eigeninitiative sowie vermindertem sozialen und mangelndem emotionalen Engagement (vgl. Marin 1991). Das apathische Syndrom ist gekennzeichnet durch ein mangelndes Interesse im Allgemeinen oder an früheren Hobbies und Interessen (vgl. Savva et al. 2009) sowie einen Mangel an Motivation in Bezug auf Bewegen, Sprechen, Kognition und Affekte (vgl. Fellgiebel, Scheurich A. 2008).

In der vorliegenden Studie wurde zur Beurteilung von Apathie einerseits das NPI (Cummings et al. 1994) (siehe ***Kapitel 8.2.3***) und zum anderen die AES nach (Lueken et al. 2007) (siehe ***Kapitel 8.2.4***) verwendet. Eine Apathie ist das am häufigsten auftretende neuropsychiatrische Symptom der Demenz (vgl. Starkstein et al. 2006, Aalten et al. 2007, Zuidema et al. 2007a, Savva et al. 2009).In der internationalen Literatur werden sehr unterschiedliche Prävalenzraten beschrieben, welche zwischen 14% und 84% aller Demenzerkrankten variieren (vgl. Savva et al. 2009, Koopmans et al. 2009, Zuidema et al. 2007a, Petrovic et al. 2007, Schäufele et al. 2007, Starkstein et al. 2006, Aalten et al. 2005, Ikeda et al. 2004, Steinberg et al. 2003, Mega et al. 1996). Insgesamt wiesen in der vorliegenden Studie gemessen mit dem NPI zum Zeitpunkt t_1 rund 70 % aller Teilnehmenden eine Apathie und etwa 57 % eine Apathie mit einer schwerwiegenden Erscheinung (Häufigkeit x Schwere ≥ 4) auf.

Nach (Savva et al. 2009) tritt eine Apathie unabhängig vom Schweregrad der Demenz auf – grundsätzlich besteht bei allen Demenzerkrankten das Risiko, ein solches Syndrom zu ent-

wickeln. Mit zunehmendem Krankheitsverlauf wird jedoch auch von steigenden Prävalenzraten von 14 % bei sehr milder, über 28 % bei milder, 39 % bei mäßiger bis auf 61 % bei weit fortgeschrittener Demenz berichtet (Starkstein et al. 2006). Die Autoren wiesen in einer Längsschnittstudie im Zeitraum von vier Jahren nach, dass eine Apathie nicht unabhängig von der Erkrankungsschwere ist.

Mit steigendem Schweregrad der Demenz (GDS) nimmt die Ausprägung der Apathie in der hier vorliegenden Studie im allgemeinen zu, ist jedoch nicht signifikant in der varianzanalytischen Auswertung. Auch durch die parallel vorliegenden NPI-Ergebnisse lässt sich lässt sich eine ansteigende Apathie mit zunehmender Demenz nur teilweise bekräftigen. Den Auswertungen zufolge beträgt die Prävalenz (NPI) bei Personen im GDS-Stadium 4 16,7 % im Stadium 5 80,0 % im Stadium 6 76,3 % und im Stadium 7 71,4 %. Auch nach anderen Autoren steigt mit dem Krankheitsprogress die Gefahr einer Apathie (Apostolova, Cummings J. L. 2008) sowie der Anteil der Betroffenen mit besonders schwerer Symptomatik (Schäufele et al. 2007). Die Prävalenzen (NPI) von schwerwiegender Apathie betragen hier bei Personen im GDS-Stadium 4 0 %, im Stadium 5 60 %, im Stadium 6 63,2 % und im Stadium 7 71,4 % ($p = 0,027$).

Die Untersuchung mittels der AES ergaben, dass Personen, welche in eine WG einziehen bei Einschluss in die Studie durchschnittlich weniger apathisch sind als in einen SWB Einziehende. Wird das NPI verwendet, so haben Bewohner/innen von Pflegeheimen zum Zeitpunkt des Einzugs trotz einer schwereren Demenz niedrigere Prävalenzraten. Mit einem Mittelwert von 22,2 liegt bei kognitiv stark Beeinträchtigten tendenziell häufiger eine Apathie vor. Kognitiv gesündere Personen erreichen einen durchschnittlichen AES-Score von 18,7.

Insgesamt betrachtet sinkt der AES-Score im Untersuchungsverlauf nicht signifikant, was nicht darauf schließen lässt, dass sich die Wohnumgebungen günstig auf die Untersuchten auswirken. Unterschiedliche Verläufe konnten deskriptiv zwischen kognitiv stark und weniger stark eingeschränkten Personen nachgewiesen werden. Letzte verlieren im Untersuchungsverlauf deutlicher die Anzeichen einer Apathie. Anscheinend wirkt sich ein segregativer Typus eher ungünstiger auf das apathische Syndrom aus, denn bei integrativ Versorgten sinkt der AES-Score um 2,5 Punkte ab, während er im segregativen Typus ansteigt.

In der Literatur wird ein schlechter kognitiver Status positiv mit dem apathischen Syndrom assoziiert (vgl. Mega et al. 1996). Die Autoren wiesen bei 42 % aller schwach- (MMSE: 21-30), 80 % aller mittel- (MMSE: 11-20) und 92 % aller stark (MMSE: 0-10) kognitiv Beeinträchtigten eine Apathie nach. Die Verbreitungsraten von Apathie sind hier teilweise deutlich klei-

ner als in der vorliegenden Studie und betragen bei schwach bis mittel eingeschränkten Personen (MMSE >10) 66,7 % und bei Personen in schlechter kognitiver Verfassung (MMSE < 10 Punkte) 78,6 %.

9.2.4.4 Lebensqualität (QUALIDEM)

Mit einem Erhebungsinstrument zur Erfassung der Lebensqualität dementer Menschen wurde durch Fremdbefragung – der Bezugspflegekräfte oder nahestehender Angehöriger - dieser Aspekt erhoben. Es werden neun verschiedene Dimensionen von Lebensqualität beurteilt, die sich aus insgesamt 40 Items zusammensetzen. Das Qualidem (Ettema et al. 2007, Ettema 2007) ist mit einem Teil seiner Items auch für Personen mit sehr schweren Demenzen anwendbar. Studienteilnehmer/innen mit einem MMST-Wert unterhalb 10 bzw. einem GDS-Score von 7 wurden daher z.T. separat ausgewertet. Bei kognitiv weniger stark eingeschränkten Personen (GDS < 7) ist die Lebensqualität zu Beginn der Studie in den Dimensionen „Pflegebeziehung“, „soziale Isolation“ und „positives Selbstbild“ am höchsten einzuschätzen. Eine reduzierte Lebensqualität lässt sich in Bereichen erkennen, in denen „ruheloses, angespanntes Verhalten“ gezeigt wird, Bewohner/innen eher selten „etwas zu tun haben“ oder „negative Affekte“ zeigen. Gegenüber Männern weisen Frauen bessere Werte vor allem in den Subskalen „soziale Beziehungen“ und „sich zuhause fühlen“. Die Lebensqualität von Personen mit dem Einzugsziel WG wird zum Einzugszeitpunkt in den meisten Kategorien höher eingeschätzt als dies bei SWB-Einziehenden der Fall ist. Allerdings leiden letztere auch bereits beim ersten Messzeitpunkt stärker unter kognitiven Beeinträchtigungen als WG-Bewohner/innen (siehe ***Kapitel 8.2.4.4***). Wetzels und Kollegen berichten ebenfalls von einem Zusammenhang zwischen stärkerer kognitiver Einschränkung und niedrigerer Lebensqualität – hier ebenfalls mittels Qualidem gemessen - in einer Studie mit dementen Pflegeheimbewohner/innen (vgl. Wetzels et al. 2010).

Einziehende beider Wohnformen, die eine sehr schwere Demenz aufweisen, leiden vor allem unter Beeinträchtigungen in den Bereichen „negativer Affekt“ und „soziale Beziehungen“ sowie in Übereinstimmung mit den leichteren Demenzstadien im Bereich „ruheloses, angespanntes Verhalten“. Höhere Werte werden auch bei den Schwerstdementen für „Pflegebeziehung“ und „soziale Isolation“ attestiert, sowie für „positiver Affekt“. Die Befunde zu den beiden erstgenannten Dimensionen von Lebensqualität decken sich mit denjenigen einer niederländischen Studie (Koopmanns et al. 2008), die ebenfalls bei schwerstdementen Pflegeheimbewohnern die höchsten Ausprägungen auf diesen beiden Subskalen des Qualidem fanden. „Positiver Affekt“ war in dem dort beschriebenen im Gegensatz zum hier vorliegenden Sample jedoch mit am niedrigsten ausgeprägt. Auch in der Gruppe der schwerst de-

menziell Erkrankten haben Frauen hinsichtlich „sozialer Beziehungen“ eine höher eingeschätzte Lebensqualität als Männer. Insgesamt leidet jedoch offenbar besonders der Bereich der sozialen Beziehungen unter der zunehmenden kognitiven Einschränkung, Betroffene mit einer stärker ausgeprägten Demenz zeigen häufiger „ruheloses, angespanntes Verhalten“ als in leichteren Demenzstadien.

Bis auf „soziale Beziehungen“ verbessern sich die Einschätzungen zur Lebensqualität in den einzelnen Dimensionen im Verlauf der Untersuchung, signifikante Veränderungen konnten in den Varianzanalysen nur tendenziell für die Dimension „positiven Affekt“ nachgewiesen werden Es zeigen sich in Abhängigkeit der Versorgungsform unterschiedliche Verläufe. Eine signifikante Verbesserung zeit sich für die Einschätzung zur Pflegebeziehung in den WG. Diese wird im Studienverlauf besser eingeschätzt, in den SWB sinkt sie hingegen im Verlauf des ersten halben Jahres im Durchschnitt deutlich ab und verbessert sich auch im letzten Studienhalbjahr nur unwesentlich wieder.

Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch eine niederländische Studie (vgl. te Boekhorst et al. 2009), die keine durchgängig verbesserte Lebensqualität von in „Group living homes“ gegenüber in Pflegeheimen lebenden Personen feststellen konnte. Mitverantwortlich könnte laut Autoren u. a. auch die Auskunft durch verschiedene Befragte zu den einzelnen Messzeitpunkten sein, die möglicherweise zu unterschiedlichen Ergebnissen führte, sowie die teilweise schon zu Untersuchungsbeginn unterschiedlichen Messwerte zwischen beiden Gruppen. Ähnliche Limitationen können auch für die vorliegende Studie genannt werden.

Nach regressionsanalytischem Vergleich ermittelten niederländische Forscher im „group living“ einen signifikant besseren Subskalenwert in der Dimension „Etwas zu tun haben“. Die dort Lebenden hatten nach sechs Monaten häufiger etwas zu tun als jene im traditionell ausgerichteten Milieu. Offenbar verfügten die Bewohner/innen im „group living“ über bessere soziale Beziehungen, so die Autoren (vgl. te Boekhorst et al. 2009). Diese Aussage wird aber limitiert, weil nach einer Alters- und Geschlechtsanpassung sowie nach Adjustierung der kognitiven Leistungsfähigkeit keine durchgängige Signifikanz vorlag. Auch in der vorliegenden Studie konnte im Rahmen der Varianzanalyse unter Berücksichtigung von Demenzstadium und Geschlecht kein signifikanter Effekt der Wohnform nachgewiesen werden

9.2.4.5 Ernährungsstatus (BMI / MUST)

Wie die Unterernährung (siehe ***Kapitel 9.1.2.9***) geht ebenfalls eine Mangelernährung mit erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsraten einher (vgl. Bauer et al. 2008; Gariballa, Forster 2007; Newman et al. 2001).

Allgemein besteht bei älteren (Drey, Kaiser 2011; Kagansky et al. 2005; Newman et al. 2001) und insbesondere bei demenzerkrankten Menschen ein erhöhtes Risko bezogen auf eine Mangelernährung (Bauer et al. 2008; Pauly et al. 2007; Kagansky et al. 2005). Mit dem Krankheitsprogress nimmt dieses Risiko zu (vgl. Poehlman, Dvorak 2000; Wirth et al. 2007, Wolf-Klein, Silverstone 1996). Eine der häufigen Ursachen für eine Mangelernährung sind funktionelle (vgl. Drey, Kaiser 2011; Pauly et al. 2007) und kognitive Defizite (vgl. Faxén-Irving G 2002).

Laut der Ergebnisse zum Ernährungsstatus (vgl. ***Kapitel 8.2.4.5***) sind die Rekrutierten zum Zeitpunkt des jeweiligen Einzugs nach der WHO (2010) insgesamt als normalgewichtig einzustufen. Der hier ermittelte mittlere BMI entspricht dem von Demenzerkrankten in Alteneinrichtungen (vgl. Schäufele et al. 2007). Wird der mittlere BMI zur Beurteilung des Ernährungsstatus herangezogen, dann ist das Körpergewicht von Menschen mit dem Einzugsziel SWB deutlich größer als das der Untersuchungsgruppe. Obwohl diese bei Studienschluss schwerer kognitiv beeinträchtigt waren, hatte ein größerer Anteil von ihnen Übergewicht. In der vorliegenden Studie haben stark eingeschränkte Personen insgesamt einen tendenziell größeren BMI als kognitiv weniger stark Beeinträchtigte, was nicht mit der Literatur übereinstimmt (vgl. White et al. 1998). Evtl. kann dieses Ergebnis mit der geringen Fallzahl erklärt werden, zudem wurde dieses Ergebnis nur deskriptiv beobachtet, eine Adjustierung nach Geschlecht und Alter fand nicht statt. Andererseits ist aber auch zu vermuten, dass die WHO-Klassifizierung nicht sensitiv genug ist, um die Ernährungssituation bei älteren Menschen exakt zu beschreiben, denn nach einer altersangepassten Auswertung sind Demenzerkrankte mit größeren kognitiven Einschränkungen seltener normal und häufiger untergewichtig. Es können größere Anteile der Untergewichtigen dem Einzugsziel WG zugeordnet werden. Insgesamt ist nach dieser Einteilung jedoch mehr als die Hälfte der Ausgangskohorte (55 %) untergewichtig.

Tannen et al. führten in 2007 bundesweite Studie zu Mangelernährung in u. a. 29 Pflegeheimen mit n = 2393 Bewohner/innen durch. Insgesamt betrug die Rate der Untergewichtigen (BMI ≤ 18,5) 8,8 % (Tannen et al. 2008). Zur Beurteilung eines mangelernährungsbedingten Risikos wurde der Must-Score eingesetzt. Demnach hatte ein Anteil von etwa 80 % ein geringes, 8 % ein mittleres und etwa 12 % ein hohes Risiko.

Um das Gesamtrisiko für das Vorliegen einer Mangelernährung einschätzen zu können, wurde auch in der DeWEGE-Studie der MUST-Score (Linn et al. 1968) berechnet, welcher zur Beurteilung des Ernährungsstatus im ambulanten Bereich empfohlen wird (vgl. Kondrup et al. 2003). Bei Aufnahme in die Studie besteht bei jeder/m zweiten Teilnehmenden (48 %)

nur eine geringe Gefahr von Ernährungsdefiziten. Ein mittleres Risiko besteht für jeden Vierten (25 %) und ein hohes Risiko für 23 %. Im Vergleich zur bundesweiten Erhebung der Heimpopulation durch Tannen et al. (2008) sind größere Anteile der hier Untersuchten dem Risiko einer Mangelernährung ausgesetzt.

Bei Personen mit stark eingeschränkter Kognition (MMSE < 10) ist das Risiko seltener gering und öfter mittel oder hoch gegenüber dem von geistig Leistungsfähigeren.

Betrachtet man den zeitlichen Verlauf, so verdoppelt sich nach einem Jahr der Anteil derjenigen mit einer geringen Gefahr von Ernährungsdefiziten. Gleichzeitig sinkt das mittlere und hohe Risiko insgesamt. Zu t_3 besteht für 23,1 % der SWB- und für 5,0 % der WG-Bewohnerschaft ein mittleres Risiko, ein hohes dafür für 15,0 % der WG- und 7,7 % der SWB-Bewohnerschaft. Etwa jeweils 12 % der sowohl geistig stark Eingeschränkten als auch der weniger stark Eingeschränkten sind am Ende des Untersuchungszeitraums einem hohen Risiko ausgesetzt. Ein etwa dreimal so großer Anteil aller kognitiv stark eingeschränkten Follow-ups hat hier ein mittleres Risiko (17,6 %). In beiden Gruppen überwiegen jedoch diejenigen mit einem geringen Gesamtrisiko für das Vorliegen einer Mangelernährung.

9.2.4.6 Schmerzen

Schmerz wird als „*ein unangenehmes Sinnes- oder Gefühlserlebnis*“ definiert (IASP Task Force on Taxonomy 1994). Bei Demenzerkrankten bleiben Schmerzen sehr häufig unterversorgt (Cunningham et al. 2010; Schäufele, Weyerer 2009), weil sie bei Pflegenden aufgrund der häufigen Verhaltensstörungen, welche typischerweise mit einer Demenz einhergehen, oftmals untergehen (Cunningham et al. 2010) und von den Betroffenen aufgrund sprachlicher Defizite nicht geäußert werden können (vgl. Ferrell 2004; Frampton 2003). Studien belegen, dass etwa 21 % der an Schmerzen leidenden Heimpopulation keine Schmerzen äußern kann (vgl. Ferrell 2004). Dies zieht eine schmerztherapeutische Unterversorgung nach sich – zu Lasten der Betroffenen (ebd.). Forderungen werden daher laut, die an der Versorgung beteiligten Ärzte und Pflegekräfte dafür zu sensibilisieren, dass „*evtl. vorhandene Erkrankungen und Beeinträchtigungen […] von Demenzpatienten nicht geäußert werden*“ (Schubert et al. 2007:7).

In den Heimen schwanken die Prävalenzraten bezüglich Schmerz zwischen 45 und 80 % (vgl. Frampton 2003). Bei Einschluss in die DeWeGE-Studie hat fast jede zweite Person Schmerzen angegeben. Das Phänomen Schmerz wird dabei häufiger von Teilnehmenden mit dem Einzugsziel WG angegeben und seltener in den untersuchten Spezialwohnbereichen. In der vorliegenden Untersuchung wurden von allen Bewohner/innen mit Schmerzen

zum Zeitpunkt ihres Einzugs 60 % medikamentös mittels Analgetika therapiert. Womöglich unterversorgt sind allerdings hier fast 40 % aller Personen mit Schmerzen, da sie trotz Indikation keine Schmerzpräparate einnehmen. Nach einem Jahr erhalten nur 40 % aller Nachverfolgten mit Schmerzen eine entsprechende pharmakologische Schmerzbehandlung. Womöglich unterversorgt sind hier nun 60 %, weil sie Analgetika weder als Dauer- noch als Bedarfsmedikation erhalten, obwohl Schmerzäußerungen bemerkt wurden. Hieraus kann geschlussfolgert werden, dass in beiden untersuchten Settings eine fehlende Sensibilität bei den an der Versorgung beteiligten Akteuren besteht, Schmerzäußerungen bei Demenzkranken adäquat wahrzunehmen, zu interpretieren.

Aus der Gabe von Analgetika ohne gleichzeitige Schmerzäußerungen im Rahmen unserer Erhebung kann nicht auf eine Fehlversorgung geschlossen werden. Schmerzfreiheit ist ja gerade das Ziel der Analgetikagabe. Über das Auftreten von Schmerzen bei Weglassen der Analgetika kann hier nichts ausgesagt werden. Aber nur wenn auch ohne Analgetika keine Schmerzen bestünden, wäre von einer Fehlversorgung auszugehen. Da Menschen mit Demenz sich an zurückliegende Schmerzen oftmals nicht erinnern, kann in der Studienstichprobe nicht davon ausgegangen werden, dass die Befragten sich immer daran erinnern, dass sie ohne Schmerzmittel unter Schmerzen litten. Im Zusammenhang mit der insgesamt rückläufigen Schmerzprävalenz in der Studienpopulation sollte daher davon ausgegangen werden, dass die Schmerzmittelgabe tendenziell angemessen ist.

Im zeitlichen Verlauf hat sich der Anteil der Follow-ups mit Schmerzen in beiden Versorgungsformen verringert, was für eine gute Schmerztherapie spricht. Allerdings wurden Personen mit Schmerzen im stationären Setting schneller therapiert. Nach sechs Monaten war der Anteil der Bewohner/innen mit Schmerzäußerungen hier nur halb so groß wie in den WG, obwohl diese bei Studieneinschluss wesentlich häufiger eine Schmerzsymptomatik aufwiesen. Insgesamt hat sich ebenfalls die Schmerzintensität im Zeitverlauf verändert. Während starker Schmerz zu t_2 und t_3 nicht mehr angegeben werden, wird hier häufiger von einer leichten Schmerzsymptomatik berichtet, was ebenfalls als Behandlungserfolg gewertet wird. Ob die pharmakologischen oder nicht-pharmakologischen Therapieansätze zu diesem Resultat führten, konnte in der vorliegenden Studie nicht ermittelt werden..

9.2.4.7 Kontrakturen

Kontrakturen wiesen in der Untersuchungspopulation eine geringe Prävalenz auf, die sich schließlich auf 0 verringerte. Hier kann nur vorsichtig gefolgert werden, dass die Untersuchungspopulationen in beiden Settings in gleicher Weise nicht zur Ausbildung von Kontraktu-

ren neigten. Ob der Rückgang der Kontrakturen auf das Setting zurückgeht, muss aufgrund der geringen Fallzahlen offen bleiben.

9.2.4.8 Sturz

Auf eine Definiton und Epidemiologie von Stürzen wird an dieser Stelle verzichtet, da dies bereits im ***Kapitel 9.1.2.10*** besprochen wurde. Wie die Querschnittergebnisse zeigen, lag die Sturzprävalenz in beiden Versorgungsformen unterhalb der ermittelten Raten im ambulanten Bereich, welche zwischen 22 % und 81 % variieren (vgl. DEGAM 2004). Dies trifft nicht auf die Ergebnisse der Längsschnittstudie zu, denn hier beträgt die globale Sturzrate zum Zeitpunkt des Einzugs fast 50 % und liegt somit 2,5 mal so hoch wie in der spezialisierten Hamburger Dementenbetreuung mit 20 % im Zeitraum von einem Monat (Weyerer et al. 2005). Da sich die Angaben hier auf die vier Wochen zuvor beziehen, muss davon ausgegangen werden, dass der Grund für einen Wechsel in eine der beiden Versorgungsformen ein Sturzereignis darstellt. In der Literatur finden sich keine Belege dafür, dass mit einem Umzug auch die Sturzhäufigkeit steigt, jedoch werden ausgeprägte Hin- und Weglauftendenzen als Prädiktor für einen Sturz (vgl. French et al. 2007; van Doorn et al. 2003) angesehen. Ausgeprägte Hin- und Weglauftendenzen werden häufiger in restriktiveren Wohnumfeldern beobachtet (vgl. Lachs et al. 2002), Wenn nun ein Großteil der Bewohner/innen aus der eigenen Häuslichkeit wechselte (siehe ***Kapitel 8.1.2.4***, ***Kapitel 8.1.3***) und das ist hier der Fall, dann überrascht diese hohe Sturzrate nicht. Im Umkehrschluss hätte das aber in beiden Versorgungsformen gleich hohe Prävalenzen bei Studieneinschluss zur Folge, weil etwa jeweils der gleiche Anteil beider Bewohnerschaften zuvor in der eigenen Häuslichkeit lebte. Die Prävalenzraten unterscheiden sich jedoch sehr stark und die Rate in den WG überwiegt deutlich und ist womöglich nur aufgrund der geringen Fallzahlen nicht teststatistisch signifikant. Zudem überwiegt in den WG der Anteil weiblicher Studienteilnehmerinnen, wohingegen in SWB überwiegend Männer neu einziehen.

In ihren soziodemografischen Charakteristika, welche als Prädiktoren für einen Sturz gelten, unterscheidet sich die Stichprobe zu t_1 nicht von anderen Studien. Laut Ergebnisse ist das weibliche Geschlecht und ein hohes Alter (Lord et al. 2001; DEGAM 2004) auch hier ein Risikofaktor. Ein vermuteter Zusammenhang zwischen freiheitseinschränkenden (FEM) bzw. bewegungseinschränkenden (BEM) Maßnahmen und Stürzen bestätigte sich allerdings nicht.

Im Studienverlauf ist die Sturzprävalenz insgesamt rückläufig und unter Beachtung der Ausgangssituation stärker regressiv in den Wohngemeinschaften. Sturzereignisse werden nun häufiger in SWB beschrieben, was einerseits auf den schlechteren kognitiven Zustand der

SWB-Bewohnerschaft und andererseits auf ihren höheren Anteil an psychopharmakatherapeuthisch behandelten Bewohner/innen hindeutet, denn sowohl die geistige Leistungsfähigkeit als auch der Einsatz von Psychopharmaka begünstigen Stürze (vgl. ***Kapitel 9.1.2.10***). Ein Zusammenhang zur Alltagsfunktionalität ließ sich indes nicht nachweisen, denn die körperlichen Einschränkungen in den ADL überwiegen nach 12 Monaten im ambulanten Bereich (siehe ***Kapitel 8.2.2***).

9.2.4.9 Bewegungseinschränkende bzw. freiheitseinschränkende Maßnahmen

Ebenso wie bei Stürzen wird auch an dieser Stelle auf eine Ursachen- und Prävalenzbeschreibung bezüglich der bewegungs- und freiheitseinschränkenden Maßnahmen verzichtet, da sie bereits im ***Kapitel 9.1.2.17*** erfolgte.

Den Angaben der Befragten nach, wurden BEM / FEM in den letzten vier Wochen vor dem Einzug bei 30 % der Stichprobe und seltener bei Einziehenden in eine ambulante betreute Wohngemeinschaften (24 %) angewendet. Ein reduzierter kognitiver Zustand gilt allgemein als Risikofaktor für BE;/FEM. Wie sich ergeben hat, sind Rekrutierte mit dem Einzugsziel SWB bei Studieneinschluss in schlechterer geistiger Verfassung (vgl. ***Kapitel 8.2.4***) und werden der Auswertung zufolge mit 41 % auch häufiger eingeschränkt.

FEM / BEM werden häufiger bei der Männern (39 %) als der Frauen (28 %) angewendet. Am häufigsten berichten die Auskunftspersonen von hochgezogenen Bettgittern (18 %). Das Abschließen von Zimmer- bzw. Wohnungstüren war für 9 % der Ausgangskohorte erforderlich und körpernahe Maßnahmen durch Gurte / Stecktische bei 3,6 %.

Im Untersuchungsverlauf steigt die zwar die Anzahl der BEM/ FEM, die Rate der Betroffenen ist hingegen leicht rückläufig, so dass nach 12 Monaten 27 % der Rekrutierten eingeschränkt werden. Insgesamt werden nach 12 Monaten 35 % der ambulanten und 15,4 % der stationären Bewohnergemeinschaften mechanisch eingeschränkt. Wie in ***Kapitel 9.1.2.17*** bereits angesprochen wurde sind bewegungs- bzw. freiheitseingeschränkte Personen häufiger funktional unselbständiger. Evtl. besteht auch hier ein Zusammenhang zur Alltagsfunktionalität, denn die Einschränkungen in der Bewältigung von Alltagstätigkeiten überwiegen nach 12 Monaten im ambulanten Bereich (siehe ***Kapitel 8.2.2***). Weyerer vermutet in den Stürzen die Ursache für die häufigen restriktiven Maßnahmen (vgl. Weyerer et al. 2005). In der vorliegenden Studie ist Sturz allerdings kein Prädiktor für BEM / FEM, denn wie die Auswertung ergab, traten Sturzereignisse nach 12 Monaten häufiger in SWB auf. Auch Becker und Kollegen (2003) beschreiben BEM / FEM bei etwa 35 % der Heimpopulation also einem gleichen Anteil wie in den WG. Bei 12,3 % der Untersuchten geschehen BEM / FEM durch das

Anbringen von Bettgittern, bei 3,6 % durch körpernahe Fixierungen des Rumpfes. Bei 3,9 % kamen Stühle zum Einsatz (vgl. Becker et al. 2003). Nach Weyerer war die häufigste Maßnahme im Domusmodell das Anbringen von Bettgittern (22 %) und Stecktisch (7 %) (vgl. Weyerer et al. 2005). Insgesamt wurden in der vorliegenden Studie 27 % mittels hochgezogener Bettgitter und 3 % körpernah durch Gurt / Stecktisch eingeschränkt.

9.2.4.10 Einnahme von Medikamenten

Wie im ***Kapitel 9.1*** bereits angesprochen wurde, gehen Demenzerkrankungen sehr häufig mit neuropsychiatrischen Symptomen einher (Schäufele et al. 2007; Steinberg et al. 2003; Martin et al. 2000). Diese Verhaltensweisen werden von Pflegenden oftmals als belastend identifiziert (Testad et al. 2007) und führen zu einer häufigeren Verschreibung von **Psychopharmaka** (Testad et al. 2007; Gruber-Baldini et al. 2004).

Der Literatur zufolge ist eine „*günstige Beeinflussung psychopathologischer Begleitsymptome […] mit den verfügbaren psychotropen Medikamenten möglich*“ (Seidl et al. 2007). Hierfür eignen sich neuere Antidepressiva (Füsgen et al. 2003; Korthals Altes, Kurz 2000) und atypische Neuroleptika (vgl. Ibach 2008; Füsgen et al. 2003).

Innerhalb der Psychopharmaka werden ebenfalls Antidementiva als wirksame Präparate angesehen (vgl. Füsgen et al. 2003). Während die Fehlversorgung mit älteren Antidementiva hier weitgehend abgenommen hat, besteht hinsichtlich der Wirksamkeit von neueren Antidementiva (Cholinesterasehemmern und Memantin) durchaus Evidenz (vgl. Schwabe, Paffrath 2010). Ein Nutzeneffekt zeigt sich im geringeren Pflegeaufwand und in der geringeren Pflegezeit, weil die Bewohner/innen länger selbständig sind (vgl. Wimo et al. 2003). Allerdings findet trotz der positiven Studienlage immer noch eine „*fortgesetzte Debatte über den klinischen Nutzen*“ statt (Schwabe, Paffrath 2010:309). Grund hierfür ist ein Bericht zu ihrer Nutzenbewertung, in welchem keine ausreichende Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit und u. a. ein „*erhöhtes Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen*“ festgestellt worden war (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2009:vi).

In der Behandlung von neuropsychiatrischen Symptomen der Demenz wurden auch konventionelle Antipsychotika verwendet. Allderdings wurde Ihr Einsatz mit höherer Mortalität in Verbindung gebracht (vgl. Liperoti et al. 2009; Wang et al. 2005), so dass in den 1990-er Jahren vermehrt atypische Antipsychotika verordnet wurden (vgl. Kales et al. 2011). Weil auch diese Wirkstoffgruppe mit hohen Sterblichkeitsraten assoziiert wurde und die US Gesundheitsbehörde im Jahr 2005 ausdrücklich vor der Verwendung von Antipsychotika der

zweiten Generation bei kognitiver Beeinträchtigung warnte (Food and Drug Administration 2005), ging ihre Rezeptierung daraufhin deutlich zurück (Kales et al. 2011).

Auch eingesetzte Sedativa führten – wie Untersuchungen bei kognitiv eingeschränkten Personen zeigen – sehr häufig zu Stürzen (Müller et al. 2009), woraufhin auch die pharmakologische Therapie mittels diesen Präparaten als fragwürdig zu erachten ist.

Bei Studieneinschluss erhalten rund 63 % der Ausgangskohorte mindestens ein Psychopharmakon, mehr als ein Drittel aller Untersuchten nimmt ein, 18 % zwei und sogar 9 % drei verschiedene Psychopharmaka ein. Teilnehmende mit dem Einzugsziel SWB werden durchschnittlich 0,5 Psychopharmakapräparate mehr verordnet verglichen mit WG. Vermutlich kennzeichnet auch das ihre schlechtere kognitive Verfassung zum Zeitpunkt des Einzugs. Bei Studienaufnahme wird etwa jede dritte längsschnittlich nachverfolgte Person mittels Antidementiva und Antipsychotika versorgt. Eine pharmakologische Therapie mittels Antidepressiva findet bei jeder/m Fünften statt, mittels Sedativa bei 15 % und mittels Neuroleptika bei nur 3 %. Majic und Kollegen untersuchten die derzeit übliche psychopharmakologische Behandlung von neuropsychiatrische Symptomen der Demenz in Berliner Pflegeheimen Demnach werden kognitive Symptome am häufigsten mit Neuroleptika (52 %), Antidepressiva (30 %) und Antidementiva (17 %) behandelt (vgl. Majic et al. 2010).

Seidl et al. untersuchten in 2007 psychopathologische Begleitsymptome und deren pharmakologische Behandlung bei Heimbewohner/innen. Von den 145 Demenzerkrankten wiesen 87 % nicht-kognitive Symptome auf und wurden insgesamt 70 % mittels Psychopharmaka behandelt. Mit 44 % standen Sedativa an der Spitze der Rezeptierungen. Antidementiva hingegen, die einen großen Nutzeneffekt zeigen, wurden nur bei 11 % verordnet (vgl. Seidl et al. 2007). Nach Auswertung der GKV-Daten von Hessischen Demenzpatienten/innen erhielten 38 % Antipsychotika und 22 % Antidepressiva. Neuroleptika wurden auch hier seltener verschrieben (vgl. Schubert et al. 2007). Demenzerkrankte in deutschen Alteneinrichtungen so Schäufele und Kollegen (2007) erhalten rund 40 % Neuroleptika, 18 % Antidepressiva, 5 % Sedativa bzw. Hypnotika und etwa 11 % Antidementiva. Insgesamt wurden dort 53 % der Demenzerkrankten innerhalb der letzten vier Wochen mittels Psychopharmaka behandelt (vgl. Schäufele et al. 2007). In den Hamburger Domusmodellen (67 %) wurden im Vergleich zu den Referenzeinrichtungen (52 %) ein größerer Anteil psychopharmakologisch behandelt (vgl. Weyerer et al. 2005). Segregativ Versorgte bekamen häufiger Antidepressiva (29 % vs. 15 %) sowie Antidementiva (17,5 % vs. 11 %) verschrieben. Neuroleptika (37 % vs. 48 %) wurden dagegen häufiger in der traditionellen Versorgung eingesetzt (vgl. Weyerer et al. 2005).

In der vorliegende Studie steigt insgesamt der Anteil aller psychopharmakotherapierten Teilnehmenden im Untersuchungsverlauf an. Parallel dazu wurde ein Anstieg der gleichzeitig eingenommenen Präparate festgestellt. Da im Zeitverlauf auch die psychologischen Verhaltensauffälligkeiten innerhalb der Stichprobe zunehmen, könnten sie die Ursache für den vermehrten Einsatz von Psychopharmaka sein. Der Einsatz von Neuroleptika steigt im Zeitverlauf um 6 %, der Einsatz von Antipsychotika um etwa 19 % an.

Eine Verordnung über **Analgetika** ist zum Zeitpunkt des Einzugs bei 40 % aller Teilnehmenden erforderlich. Personen, die in eine WG (48 %) einziehen, werden häufiger Schmerzpräparate verordnet als Personen, die in einen SWB wechseln (28 %). Zieht man die GKV-Daten von hessischen Demenzpatienten/innen vergleichend heran, erhalten diese in geringerem Umfang Schmerzmittel, nämlich nur 41 % (vgl. Schubert et al. 2007). In den stationären Alteneinrichtungen werden mit 23 % in noch geringerem Umfang Analgetika eingenommen (vgl. Schäufele et al. 2007). Ähnlich wie bei den Psychopharmaka werden im Zeitverlauf mehr Schmerzmittel verschrieben, obwohl die Schmerzprävalenz rückläufig ist.

Zu t_1 und t_2 ist die Verordnung über ein Schmerzmittel an das Alter geknüpft. Bewohner/innen mit Analgetikamedikation sind wesentlich älter. Nach 12 Monaten ist der Altersabstand nicht mehr signifikant, aber der Trend setzt sich fort. Wahrscheinlich verhindern die kleinen Fallzahlen hier eine teststatistische Signifikanz, denn mit dem Alter nimmt die Einnahme von Analgetika zu (vgl. Rothgang et al. 2008).

9.2.4.11 Komorbiditäten (CIRS-S)

Über die gesundheitlichen Probleme der Studienteilnehmer/innen haben die jeweiligen Hausärztinnen und Hausärzte Auskunft gegeben. Im Studienverlauf hat die Teilnahmebereitschaft der Hausärzte/innen zunehmend nachgelassen, wodurch die Angaben zur gesundheitlichen Situation und besonders zu den psychologischen Erkrankungen teilweise lückenhaft sind und somit nur einen Teil der Realität widerspiegeln. Darüber hinaus wurden nur in wenigen Fällen die Erkrankungen nach ICD-10 verschlüsselt.

Wie die Auswertung ergeben hat, wurden zum Zeitpunkt des jeweiligen Einzugs am häufigsten Erkrankungen in den Organsystemen Kreislauf (25 %), Herz (23 %) und „Magen-Darm-Trakt“ angegeben. An der Spitze der **somatischen Erkrankungen** bei Demenzerkrankten in deutschen Alteneinrichtungen stehen ebenfalls Kreislauferkrankungen und hier besonders eine Hypertonie, welche allerdings seltener bei Demenzerkrankten (44 %) als bei kognitiv Uneingeschränkten (49 %) vorliegt (vgl. Schäufele et al. 2007). Ebenfalls sind kognitiv Eingeschränkte dort seltener von Herzkrankheiten und Erkrankungen des Lungenkreislaufs

(44 %) betroffen, als ihre nicht-demenzerkrankten Mitbewohner/innen (47 %) (ebd.). Verglichen mit den hier Untersuchten sind die Bewohner/innen in den Pflegeheimen anteilig häufiger von diesen Erkrankungen betroffen, was aber auch auf die oben beschriebene Problematik und die Unterschiede in der Methodik zurückgeführt wird, denn Schäufele und Kollegen bezogen die zugrundeliegenden Diagnoseangaben aus den Pflegedokumentationen.

Ein ansteigendes Lebensalter führt oftmals zur Zunahme von bestimmten altersspezifischen Erkrankungen und andererseits auch zur Zunahme der Anteile von Personen mit Mehrfacherkrankungen (vgl. Wurm, Tesch-Römer 2006). Im Studienverlauf nahmen die Anteile der Untersuchten, die laut den Angaben der Ärztinnen und Ärzte nicht somatisch erkrankt sind, stetig ab. Bereits bei Studieneinschluss sind die Teilnehmenden häufig von zwei und mehr Erkrankungen betroffen – es wurden Erkrankungen in durchschnittlich 2 Hauptdiagnosekategorien angegeben. Im weiteren Studienverlauf wurden zusätzlich weitere Erkrankungen diagnostiziert, dies spricht für eine Zunahme der Multimorbidität.

Besonders häufig diagnostizierten die Hausärzten/innen zum Zeitpunkt t_1 Erkrankungen in den Hauptdiagnosekategorien „**Psychische und Verhaltensstörungen**“ (25 %), was auf die Demenzerkrankung im Allgemeinen zurückzuführen ist. Nach zwölf Monaten werden diese Erkrankungen bei genau einem Drittel angegeben, dies lässt vermuten, dass Verhaltensstörungen mit dem Krankheitsprogress zunehmen (vgl. ***Kapitel 8.2.3***, ***8.2.4.2***). Laut den vorliegenden Ergebnissen haben Teilnehmende mit dem Einzugsziel WG anteilig häufiger besonders schwerwiegende Verhaltensstörungen als in einen SWB einziehende Personen. Im Hinblick auf die Rahmenvereinbarung zu SWB (vgl. Anlage A des Rahmenvertrages gemäß § 75 Abs. 1 und 2 SGB XI vom 03.12.2008) ist dies ein so nicht erwartetes Ergebnis. Von allen **psychischen Verhaltensstörungen** diagnostizierten die Hausärztinnen zum Zeitpunkt t_1 besonders häufig Demenzerkrankungen (25 %). Auch nach Schäufele und Kollegen liegt bei demenzerkrankten Heimbewohner/innen nicht immer eine ärztlich diagnostizierte Demenz vor (vgl. Schäufele et al. 2007): nur etwa 56 % der Demenzkranken hatten demnach auch eine Demenzdiagnose. Signifikant häufiger, so die Autoren, verfügen demenzerkrankte Frauen in Alteneinrichtungen (43 %) entgegen ihren Mitbewohnern (38 %) laut Diagnose über eine Demenz (ebd.). Auch in der vorliegenden Studie kann ein tendenzieller Geschlechtsunterschied festgestellt werden: es haben 30 % aller weiblichen aber nur 8 % der männlichen Personen eine ärztliche diagnostizierte Demenz.

Bei 18 % der Untersuchten liegt eine allgemeine, nicht näher diagnostizierte Demenz, bei etwa 5 % eine Demenz vom Alzheimertyp und bei rund 2 % eine vaskuläre Demenz vor. Auch Majic und Kollegen (2010) ermittelten bei dem größten Anteil der demenzkranken

Heimbewohner/innen in Berliner Einrichtungen eine nicht näher spezifizierte Demenz (55 %), gefolgt von einer vaskulären Demenz (20 %), einer Demenz vom Typ Alzheimer (19 %) (vgl. Majic et al. 2010). Andere Demenzformen wurden hier selten festgestellt. (Die ermittelten Prozentwerte lassen sich hierbei nur in der Relation zueinander vergleichen, da sich Majic et al. 2010) ausschließlich auf Bewohner/innen mit einer diagnostizierten Demenz beziehen.

Etwa einem Drittel (32 %) der WG- und 14 % der SWB-Bewohnerschaft wird eine Demenz attestiert. Dies sind zum einen insgesamt sehr niedrige Werte, da für alle Studienteilnehmer/innen eine demenziell Erkrankung vorliegt und insbesondere auch für die Aufnahme in einen SWB Vorbedingung ist. Eine Erklärungsmöglichkeit dafür, dass der Anteil in SWB noch niedriger als in den WG ausfällt, könnte der deutlich höhere Anteil an männlichen Studienteilnehmern mit Einzugsziel SWB sein.

9.2.4.12 Versorgungsleistungen durch Ärzte/ Ärztinnen

Eine Diskussion der ärztlichen Versorgung erfolgte bereits im ***Kapitel 9.1.2.4***. Es wurde erläutert, dass sowohl die hausärztliche wie auch die fachärztliche Versorgung für Demenzerkrankte bedeutsam sind.

Insgesamt hatten rund 77 % aller Rekrutierten zum Zeitpunkt ihres Einzugs innerhalb der zurückliegenden vier Wochen mindestens einen Arztkontakt. Fast jede vierte Person hatte innerhalb der vergangenen vier Wochen eine/n Allgemeinmediziner/in kontaktiert und rund 9 % hatten Kontakt zur Inneren Medizin. Wird von den Fachrichtungen „Allgemeinmedizin“ und „Innere Medizin“ auf eine hausärztliche Versorgung geschlossen, denn Hausärzte können zumeist diesen Fachgebieten zugeordnet werden (vgl. Schubert et al. 2007), dann liegt die hausärztliche Versorgung im Vergleich zum Querschnitt (89 %) leicht unterhalb der dort erhaltenen Werte. Auch gegenüber der MUG-IV-Vertiefungsstudie zur Lebens- und Versorgungssituation von Menschen mit Demenz haben Neueinziehende in der vorliegenden Studie anteilig seltener hausärztliche Kontakte. Dort hatten rund 88 % der Demenzerkrankten mindestens einen Hausarztkontakt innerhalb der vorangegangenen vier Wochen (vgl. Schäufele et al. 2007).

Die fachärztliche Versorgung von Neueinziehenden ist ähnlich wie im Querschnitt nicht immer gewährleistet. Es hatten lediglich 4 % der Teilnehmenden Kontakte zur Neurologie / Psychiatrie und jeweils 2 % zur Zahnmedizin und Dermatologie. Alle weiteren Fachrichtungen wurden hingegen nicht kontaktiert. Dass Neurologen / Psychiater selten kontaktiert werden und die Ergebnisse somit der Literatur widersprechen, liegt womöglich am fraglichen Zeitraum von vier Wochen, denn laut den Versicherungsdaten der AOK Hessen und der

Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, beanspruchten 51 % der Demenzkranken im Zeitraum von einem Jahr „*die Leistungen aus dem EBM-Kapitel Neurologie/ Psychiatrie*“ (Schubert et al. 2007:10). Womöglich ist die fachärztliche Versorgung nicht so defizitär wie soeben beschrieben, denn Längsschnittteilnehmende haben anteilig sehr häufig Fachrichtungen kontaktiert, die sich keiner Fachrichtung eindeutig zuordnen ließen (45 %). In der Literatur wird ein Mangel an „*der zahnärztlichen, gynäkologischen und augenärztlichen Versorgung“* kritisiert (Schäufele et al. 2007:199). Den Ergebnissen zufolge haben bei Einzug lediglich etwa 2 % der Rekrutierten die Fachrichtung Zahnmedizin aufgesucht. Im weiteren Studienverlauf wurden auch in der vorliegenden Studie zu keinem Zeitpunkt Mediziner dieser o. g. drei Fachrichtungen aufgesucht was auf grundlegende Defizite hinweist und die Ergebnisse von (Schäufele et al. 2007:199) bestätigt.

9.2.4.13 Therapeutische Dienstleistungen

Kontakte zu Physiotherapeut/innen hatten in den vorangegangenen vier Wochen vor Studieneinschluss insgesamt 11 % der Teilnehmer/innen. Über den Untersuchungszeitraum werden Physiotherapeuten/innen zunehmend häufiger in Anspruch genommen, so dass die Anteile der Follow-ups, welche physiotherapeutische Leistungen erhalten von 9 % zum Zeitpunkt t_1 auf 39 % zu t_3 ansteigen. Die Inanspruchnahme von Physiotherapien überwiegen im ambulanten Bereich zu t_2 (50 %) und t_3 (45 %). In den SWB empfangen nach sechs Monaten lediglich 39 % und nach 12 Monaten 31 % der Untersuchten physiotherapeutische Leistungen.

Über **Kontakte zu Ergotherapeut/innen** verfügen bei Studieneintritt rund 9 % der Teilnehmenden und ausschließlich Frauen. Mit einem Durchschnittsalter von 75,6 Jahren sind sie im Mittel 7,8 Jahre jünger als alle anderen Untersuchten. Im zeitlichen Verlauf nimmt die Anzahl der Bewohner/innen welche ergotherapiert werden nicht zu.

Die Ergebnisse der längsschnittlichen Untersuchung weisen damit auf einen geringen Anteil an therapeutischer Versorgung hin als er in der Querschnittstudie berichtet wird (vgl. ***Kapitel 8.1.2.16***). Lediglich der Anteil an einer physiotherapeutischen Betreuung stimmt nach etwa sechs Monaten mit den dortigen Ergebnissen im Wesentlichen überein. Für eine weitergehende Diskussion sei auf die entsprechende Diskussion im Querschnitt verwiesen (vgl. ***Kapitel 9.1.2.8***).

9.2.4.14 Gesundheitsbezogene und soziale Dienstleistungen

Zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Studie haben rund 48 % der Teilnehmenden in den vorangegangenen vier Wochen die Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch

genommen. Dabei hat ein deutlich größerer Anteil aller Teilnehmenden mit dem Einzugsziel WG (68 %) ambulante Pflegeleistungen erhalten als Teilnehmende mit dem Einzugsziel SWB (18 %). Dies lässt vermuten, dass die Entscheidung, in eine ambulant betreute WG einzuziehen, durch den Kontakt zu einem Pflegedienst beeinflusst werden kann. Über das Ausmaß einer solchen Beeinflussung kann an dieser Stelle nur gemutmaßt werden, da hierzu keinerlei Informationen vorliegen. Vorstellbar ist etwa die Weitergabe allgemeiner Informationen zum Vorhandensein eines solchen Angebotes bis hin zu einer indirekten Vermittlung.

Den Angaben nach, hatte jede/r vierte Teilnehmer/in vor dem jeweiligen Einzug Leistungen von gesundheitsbezogenen oder sozialen Dienstleistern in Anspruch genommen. Als Faktoren, welche womöglich einen Einfluss auf den Grad der Inanspruchnahme haben, wurden das Geschlecht, das Alter sowie das Einzugsziel identifiziert: insbesondere Frauen und Personen mit dem Einzugsziel WG werden tendenziell häufiger durch andere Dienstleister betreut. Als hauptsächliche Dienstleistung werden Menübringedienste / „Essen auf Rädern“ als Dienstleister beschrieben. Der Anteil der Inanspruchnahme dieser Dienstleistungen verringert sich im Studienverlauf deutlich und verschiebt sich inhaltlich auf die Bereiche Mobilitätshilfedienste, Begleitdienste sowie Besuchs- und Betreuungsdienste. Ein Erklärungsansatz für die verringerte Inanspruchnahme sowie die Verschiebung der Dienstleistungen könnte in den veränderten Betreuungs- und Versorgungstrukturen insbesondere in den ambulant betreuten WG zu finden sein.

9.2.4.15 Teilnahme an gemeinschaftlichen Aktivitäten

Die Ergebnisse in Bezug auf die angebotenen Aktivitäten unterscheiden sich bezüglich der gebildeten Kategorien nicht wesentlich von den Ergebnisses der Querschnittuntersuchung und werden daher an dieser Stelle nicht nochmals thematisiert (vgl ***Kapitel 8.1.2.14***). Betrachtet werden an dieser Stelle nur Änderungen, die sich im Studienverlauf ergeben haben. Die Teilnahme an Gruppenangeboten wird für 36 % der Ausgangskohorte innerhalb der vergangenen vier Wochen vor dem Einzug beschrieben. Da laut ***Kapitel 7*** ein Großteil der Erstbefragungen erst direkt nach dem Wechsel in eine der Versorgungsformen stattfinden konnten, muss in diesen Fällen davon ausgegangen werden, dass bereits das aktuelle Inanspruchnahmeverhalten innerhalb der neuen Umgebung beschrieben wurde und nicht die Situation davor. Betrachtet man die Teilnahme an Gruppenangeboten geschlechtsspezifisch, zeigt sich, dass Männer (39 %) prozentual gesehen etwas häufiger an Gruppenangeboten teilnehmen als Frauen (35 %). Personen mit dem Einzugsziel WG (41 %) haben sich häufiger an gemeinschaftlichen Aktivitäten beteiligt als Personen mit dem Einzugsziel SWB

(27 %). Die überwiegende Mehrheit aller Teilnehmenden nimmt zum Zeitpunkt t_1 an gemeinschaftlichen Unterhaltungs- und Gesellschaftsaktivitäten teil, gefolgt von Gruppenangeboten des bewegungsbezogenen Ansatzes und Angeboten des kreativen Gestaltens. Einzelne Gruppenangebote, an denen sich am häufigsten aktiv vor dem Einzug beteiligt wurde, waren Singen/ Musik, gefolgt von Gymnastik/ Sport, Basteln sowie Malen und Zeichnen.

Im Zeitverlauf stieg die Beteiligung an Gemeinschaftsangeboten der Rekrutierten an. Hierzu zählen insbesondere Unterhaltungs- und Gesellschaftsaktivitäten. Zu t_2 und t_3 nehmen fast alle Studienteilnehmer/innen an Gruppenangeboten teil. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass entweder trotz fortschreitender Erkrankung gemeinschaftliche Aktivitäten einen zunehmenden Stellenwert für die Studienteilnehmer/innen haben und gut auf die Bedürfnisse der Bewohner/innen ausgerichtet sind oder aber es für die Bewohner/innen kaum möglich ist, sich Gemeinschaftsangeboten aktiv zu entziehen.

Deutlich stieg auch die Teilnahme an gemeinschaftlichen Aktivitäten des bewegungsbezogenen Ansatzes. Hieran haben sich zu t_3 35 % der WG- und 46 % der SWB-Bewohnerschaft beteiligt. Ebenfalls lag der Anteil der integrativ Betreuten, welche diese Angebote nutzten (43 %) über dem der segregativ Versorgten mit 33 %. Aus der Literatur ist bekannt, dass physische Aktivität positive Auswirkungen auf kognitive Fähigkeiten und das Wohlbefinden demenziell erkrankter Personen hat (vgl. Eggermont, Scherder 2006).

An Angeboten des sinnesbezogenen, emotionalen Ansatzes nahmen zu t_3 ausschließlich Frauen teil. Gemeinschaftliche Haushaltstätigkeiten wurden zum letzten Erhebungszeitpunkt häufiger für Männer beschrieben (43 % vs. 27 %). Dies trifft noch stärker für die Beteiligung an gemeinschaftlichen Außer-Haus-Angeboten zu. Diese nahmen 57 % aller männlichen, aber nur 23 % der weiblichen Rekrutierten an. Gemeinschaftliche Außer-Haus-Aktivitäten werden zu t_3 häufiger in der Versorgungsform SWB (54 % vs. 15 %) vorgehalten. Ebenfalls werden diese Angebote ca. doppelt so häufig in integrativen Versorgungsformen genutzt (38 % vs. 17 %).

9.2.4.16 Soziale Kontakte

Informellen Besuchskontakte zu Freunde, Verwandte, Nachbarn, Bekannte, etc. außerhalb der/s WG/ SWB innerhalb der vergangenen vier Wochen vor dem Stichtag hatten drei Viertel alle Studienteilnehmer/innen zu Studienbeginn. Im Studienverlauf nehmen diese Kontakte stark ab. Haben zu Studienbeginn noch 24 % aller Teilnehmer/innen mehrmals tägliche bzw. tägliche Besuche, so haben diese Besuche bereits nach sechs Monaten zu t_2 (6 %) deutlich abgenommen und finden nach einem Jahr zu t_3 nicht mehr statt. Im Gegensatz hierzu steigt

der Anteil der Rekrutierten, welche eher seltener oder (fast) keine Besuche erhalten. Zu t_3 erhalten allein Frauen (15 %) (fast) keine Besuche. Ohne Besuche bleiben ausschließlich und ein Drittel der segregativ Betreuten. Personen, welche keine Besuche erhalten sind im Durchschnittsalter von 87,8 Jahren die ältesten Bewohner/innen.

Dies spiegelt zum einen das Alter der Betroffenen wider, da insbesondere nicht-familiäre Kontakte mit zunehmendem Alter auch der Kontaktpersonen sowie auch mit zunehmender Entfremdung aus dem ursprünglichen Wohnumfeld abnehmen. Zum anderen dürfte auch durch die fortschreitende (schwer)demenzielle Erkrankung des Studienkollektivs einen Kontakt nach außen zunehmend erschwert werden.

9.3 Zusammenfassung

Abschließend sollen nun noch einmal die in ***Kapitel 4.2*** formulierten forschungsleitenden Frage der vorliegenden Studie zusammengefasst und eingeordnet werden.

1. Welche Bewohnerstruktur haben ambulant betreute WG für ältere Menschen mit Demenz?

Etwa drei Viertel aller Bewohner/innen in ambulant betreuten WG sind weiblich. Das Durchschnittsalter liegt bei 79,4 Jahren, Frauen sind mit einem mittleren Alter von 81,9 Jahren deutlich älter als Männer (71,1 Jahren). Fast 79 % aller Bewohner/innen von WG sind demenzerkrankt. Etwa die Hälfte aller WG-Bewohner/innen hat eine Demenz ohne und etwa ein Viertel eine Demenz mit erheblichen Verhaltensauffälligkeiten. Für fast 90 % der WG-Bewohnerschaft liegt eine gesetzliche Betreuung oder eine Vorsorgevollmacht vor. Eine gesetzliche Betreuung durch einen Berufsbetreuer ist für 56 % der Bewohner/innen gegeben.

Rund die Hälfte der WG-Bewohnerschaft ist zum Zeitpunkt ihres Einzugs in Pflegestufe II eingestuft, gefolgt von jeweils ca. 22 % in Pflegestufe I bzw. III. Mit einem Anteil von 84 % werden mehrheitlich pflegerische Sachleistungen der WG-Bewohner/innen von den Sozialleistungsträgern finanziert, etwa 13 % finanzieren diese selbst (3 % ohne Angabe). Mit 70 % erhalten fast drei Viertel aller WG-Bewohner/innen zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45 b SGB XI.

Der größte Anteil der WG-Bewohner/innen (45 %) ist als „normalgewichtig“, ca. 11 % aller Bewohner/innen sind im Hinblick auf die WHO-Klassifikation als untergewichtig einzustufen. Fast jede zweite Person in einer WG ist funktional beeinträchtigt, die Selbstversorgungsfähigkeiten in den jeweiligen Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) sind deutlich reduziert. Nur jede fünfte Person kann die Körperpflege oder den Toilettengang komplett selbständig durchführen. Stürze wurden in den letzten vier Wochen vor dem Stichtag bei knapp 10 % der Bewohner/innen dokumentiert. Von Druckgeschwüren waren 2,4 % aller WG-Bewohner/innen betroffen. Etwa die Hälfte aller Bewohner/innen in den teilnehmenden WG weist mindestens ein neuropsychiatrisches Symptom auf. 13 % der Bewohner/innen sind verbal aggressiv, körperlich aggressiv sind etwa 6 %. Bewegungseinschränkende Maßnahmen wurden für 22 % aller WG-Bewohner/innen in den letzten vier Wochen vor dem Stichtag als

erforderlich angesehen, die häufigste beobachtete Maßnahme war dabei das Hochstellen von Bettgittern.

In den letzten zwei Wochen vor dem Stichtag zeigen ca. drei Viertel aller Bewohner/innen von WG Interesse am Alltageschehen in ihrer jeweiligen Wohnumgebung und/ oder an ihren Aktivitäten und Hobbies. Mit 79 % nahmen mehr als drei Viertel der WG-Bewohner/innen innerhalb der vergangenen vier Wochen vor Stichtag an Gruppenangeboten teil. Die Bewohner/innen beteiligten sich dabei vorwiegend an Gruppenangeboten des kreativen Gestaltens, gemeinschaftlichen Außer-Haus-Aktivitäten und sonstigen Gruppenangeboten.

Der überwiegende Teil der Bewohner/innen wechselt bei Einzug in einen WG aus einem Privathaushalt. WG-Bewohner/innen lebten vor dem Einzug häufig in einem Privathaushalt mit Beteiligung eines ambulanten Pflegedienstes, Bis zum Stichtag 30.01.2009 betrug die Verweildauer aller Bewohner/innen in einer WG durchschnittlich ca. 2,3 Jahre. An der Spitze der Anlässe für die Beendigung des Pflegeverhältnisses steht das Versterben von Bewohnerinnen und Bewohnern. Dies ist positiv zu bewerten, da WG damit keine „Zwischenlösung“ in der Versorgung darstellen, sondern ihren Bewohner/innen eine Versorgung bis zum Lebensende anbieten,

Die vorliegende Studie stützt das Wissen um ambulant betreute WG als einem stetig wachsenden Teil der Versorgungslandschaft für ältere pflegebedürftige Menschen insbesondere Menschen mit Demenz. Die Studienlage zu ambulant betreuten WG in Deutschland ist für Vergleichszwecke immer noch insgesamt sehr ungünstig. Die vorliegende Studie hat damit primär den Zweck, verlässliche Grundlagendaten für diesen Bereich zu schaffen. Es ist festzustellen, dass neben einem niedrigeren Altersmittel auch ein hoher Frauenanteil ambulant betreute Wohngemeinschaften zu charakterisieren scheint. Obwohl WG einer Klientel mit einem breiteren Krankheitsspektrum gegenüber aufgeschlossen sind, liegt der Anteil der demenziell Erkrankten am betreuten Personenkreis in WG mit rund 27 % über dem allgemein in stationären deutschen Alteneinrichtungen mit 52 % im Jahr 2005 (Schneekloth, von Törne 2007:105). Ambulant betreute WG sind damit – insbesondere in Berlin - zu einer bedeutenden Angebotsform für die Betreuung demenziell erkrankter Menschen geworden.

Betrachtet man Parameter für die Qualität der pflegerischen und medizinischen Versorgung wie z. B. Stürze und das Vorkommen von Druckgeschwüren so sind die ermittelten Prävalenzen im Vergleich zur traditionellen Versorgung in stationären Altenpflegeeinrichtungen vernachlässigbar klein (vgl. Schäufele et al. 2007) und sprechen für eine hohe Versorgungsqualität in diesem Bereich. Auch das dokumentierte Interesse am Alltagsgeschehen in der WG und an Hobbies bzw. Aktivitäten ist bei den Bewohner/innen von WG im Vergleich zu

Bewohner/innen in stationären Betreuungseinrichtungen als hoch zu bewerten. Von bewegungseinschränkenden bzw. freiheitseinschränkenden Maßnahmen sind anteilig häufiger Menschen mit einer Demenzerkrankung betroffen als Nicht-Demenzkranke. Bei fast jeder zweiten kognitiv eingeschränkten Person in vollstationären deutschen Alteneinrichtungen wurden derartige Maßnahmen ergriffen (vgl. Schäufele et al. 2007) und damit bei einem deutlich größerem Anteil im Vergleich zu Demenzkranken in ambulant betreuten WG.

Auffällig ist der hohe Anteil an Berufsbetreuern in ambulant betreuten WG, der möglicherweise aus der besonderen Vergütungssituation dort begründet ist. Dies, sowie die Tatsache, dass Bewohner/innen häufig aus einem Privathaushalt mit vorheriger Unterstützung durch eine Pflegedienst in eine ambulant betreute WG wechseln, lässt die Vermutung aufkommen, dass die Entscheidung für den Wechsel in eine solche WG nicht allein durch die Idee von Selbstbestimmung und geteilter Verantwortung motiviert sondern auch durch äußere Faktoren forciert wird.

2. Welche Angebotsstruktur liegt in ambulant betreuten WG für ältere Menschen mit Demenz vor?

In 88 % aller untersuchten WG leben Menschen mit Demenzerkrankungen. Etwas mehr als die Hälfte aller untersuchten WG sind vom integrativen Typus, etwa 37 % sind vom segregativen Typus (ausschließlich Menschen mit Demenz), für 12 % der WG konnte keine eindeutige Zuordnung vorgenommen werden. Die durchschnittliche Bewohneranzahl in den WG betrug 6,3 Personen.

Durchschnittlich steht jeder/m Bewohner/in im ambulanten Bereich eine Gesamtwohnfläche von etwa 29,6 m^2 zur Verfügung. Das entspricht der allgemein geforderten Mindestfläche von 30 m^2 (vgl. MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES BADEN-WÜRTTEMBERG 2006; Verein für Selbstbestimmtes Wohnen im Alter (SWA e.V.) 2006). Zugang zu einer Kochgelegenheit besteht für die Bewohner/innen aller WG. Weder über einen Freisitz noch einen Garten verfügen in der vorliegenden Studie nur 7 % der WG.

Mit Ausnahme einer WG ist ausschließlich ein Leistungsanbieter pro WG tätig. Durchschnittlich sind 7,4 Mitarbeitende in den untersuchten WG beschäftigt. Tagesüber entfallen auf eine/n Angestellten in einer ambulant betreuten WG 0,93 Bewohner/innen, was einer mittleren Relation von 1 : 0,93 entspricht. Die Betreuungsrelationen variieren dabei tagsüber zwischen 1 : 0,25 und 1 : 2,32. Nachts werden durchschnittlich 5,26 Bewohner/innen von einer/m Mitarbeiter/in versorgt. Die nächtlichen Betreuungsrelationen variieren in den WG sehr stark und reichen von keiner Betreuung bis einer Eins-zu-Eins-Betreuung. Den größten Anteil innerhalb der Mitarbeiterschaft bildet die Gruppe der Pflegekräfte (z. B. Krankenpflegehelfer/innen, Altenpflegehelfer/innen) gefolgt von sonstigen Mitarbeiter/innen (z. B. Hauswirtschaftskräfte, Auszubildende) und Pflegefachkräften. Pflegefachkräfte mit einer gerontopsychiatrischen Zusatzqualifikation sind selten in WG tätig. Die überwiegende Mehrheit aller Pflegedienste qualifizierte im Jahr 2008 ihre Mitarbeiterschaft mittels demenzbezogener Fortbildungen. Im Vordergrund standen dabei die Themen „Pflege & Betreuung von Menschen mit Demenz“ und „Krankheitsbilder“ sowie Veranstaltungen zu Dementia Care Mapping (DCM) und auch gerontopsychiatrische Weiterbildungen hatten eine hohe Priorität.

Ein reines Bezugspflegesystem, bei dem jedem/r Bewohner/in eine namentlich bezeichnete Pflegeperson zugeordnet wird (vgl. Manthey et al. 1970), kommt in mehr als drei Viertel der untersuchten WG zum Einsatz. Biografische Informationen der Bewohner/innen werden in

allen teilnehmenden WG erfasst – und damit häufiger als bspw. in den Hamburger Domusbereichen (vgl. Weyerer et al. 2005). Besondere Betreuungskonzepte für Menschen mit einer Demenz werden von fast allen WG vorgehalten. Konzepte des bewohnerbezogenen Ansatzes, also kognitive, emotionsorientierte, sinnesbezogene und bewegungsbezogene Angebote, finden in 83 % aller WG Anwendung.

Die hausärztliche Versorgung erfolgt in WG angemessen häufig, die Kontakthäufigkeit zu Fachmedizinern ist deutlich geringer und stark verbesserungsfähig. Etwa jeweils ein Viertel der Bewohnerschaft erhielt in den letzten vier Wochen vor dem Stichtag Leistungen von anderen Dienstleistern, vorrangig von Mobilitätshelfern und Begleitdiensten sowie Besuchs- und Betreuungsdiensten. Die Teilnahme an mindestens einer ärztlich verordneten Therapie aus dem Bereich Ergotherapie, Musiktherapie, Physiotherapie und Logopädie wird für mehr als jede zweite Person in einer WG beschrieben.

In 69 % der ambulanten WG werden Angehörige aktiv in den Alltag eingebunden, die Schwerpunkte ihrer Tätigkeiten liegen in den Bereichen "Persönliche Hilfen" (z. B. Regelung finanzieller Dinge, Arztbesuche) und „Gesellschaft leisten und gemeinschaftliche Angebote“ (z. B. Lesen, Singkreise). Ehrenamtliche werden in etwa 44 % aller untersuchten WG eingebunden. Sie engagieren sich hauptsächlich in den Bereichen „Gesellschaft leisten und gemeinschaftliche Angebote“ sowie "persönliche Hilfen".

Die Gründung einer WG sowie die Organisation der Haushaltsführung und der Pflege- und Betreuungsleistungen sollte idealtypischerweise möglichst auf Initiative der Betroffenen selbst oder ihrer Angehörigen basieren. In der vorliegenden Studie weist der Anteil von weniger als drei Viertel aller WG mit aktiven Angehörigen daraufhin, dass neben diesem Modell in Praxis auch anbietergesteuerte Lösungen existieren. Dies wird zusätzlich dadurch unterstützt, dass ein Wahlrecht bzgl. des Pflegeanbieters aus den verschiedensten Gründen nicht wahrgenommen zu werden scheint, da in der vorliegenden Studie fast ausschließlich WG mit einem einzigen Leistungsanbieter gefunden wurden. Die Personalstrukturen in den WG weisen auf eine im Vergleich zu stationären Einheiten günstigere Betreuungsrelation hin- allerdings teilweise auch zu Lasten speziell ausgebildeter Pflegefachkräfte. Die gefundenen Kooperations- und Netzwerkstrukturen zu Anbietern therapeutischer und medizinischer Dienstleistungen sind mit Ausnahme der hausärztlichen Versorgung stark verbesserungsfähig, dürften jedoch auch wesentlich von den zugrundeliegenden (finanziellen) Rahmenbedingungen abhängen.

3. Wie entwickelt sich der körperliche und psychosoziale Gesundheitszustand bei älteren Menschen mit Demenz innerhalb eines Jahres nach Einzug in eine WG?

In der Längsschnittuntersuchung wurden 56 Personen zum ersten Erhebungszeitraum (13 Männer, 43 Frauen) rekrutiert, hiervon hatten 61 % das Einzugsziel WG. Der mortalitätsbezogene Ausfall innerhalb des Untersuchungszeitraums beträgt insgesamt 41 %. Über alle drei Erhebungszeitpunkte wurden n = 33 Personen (Follow-ups) nachverfolgt. Ausgeschieden sind hauptsächlich ältere und kognitiv eingeschränktere Personen. Etwa drei Viertel der Studienteilnehmer/innen sind Frauen, das Einzugsziel variiert dabei signifikant nach dem Geschlecht: Während Frauen mehrheitlich in eine WG einziehen, entscheiden sich Männer größtenteils für einen SWB als zukünftige Wohnumgebung. Personen mit dem Einzugsziel „WG“ sind durchschnittlich 2,2 Jahre älter als Personen mit dem Einzugsziel „SWB“. Wesentliche Verteilungsunterschiede zeigen sich auch im Bereich der kognitiven Einschränkungen: Teilnehmende, welche in eine WG wechseln sind kognitiv weniger stark beeinträchtigt.

Die meisten Studienteilnehmer/innen waren zum Zeitpunkt t1 in eine Pflegestufe I oder II (43 % bzw. 39 %) eingruppiert. Im zeitlichen Verlauf nehmen die Anteile der Rekrutierten mit höheren Pflegeeinstufungen nach dem SGB XI zu. Die Mehrzahl der Studienteilnehmer/innen verfügt bei Einschluss in die Studie über eine allgemeine, nicht näher diagnostizierte Demenz (41 %) und etwa ein Drittel (36 %) über eine Demenz vom Typ Alzheimer. Eine vaskuläre Demenz wird für 7 % der Rekrutierten angegeben. Andere Demenzformen u. a. Korsakow, Levy-Body-Demenzen sowie Mischformen sind kaum vertreten.

Die an der gesamten Studie Teilnehmenden (n = 33) sind durchschnittlich 82 Jahre alt und weisen einen mittleren MMSE von 14,4 Punkten auf. Mehr als drei Viertel von ihnen sind von einer schweren Demenz (GDS ≥ 6) betroffen. Bewohner/innen von Pflegeheimen sind dabei schwerer demenziell erkrankt und weisen im Mittel größere funktionale Einschränkungen auf.

Sowohl kognitive wie auch funktionale Fähigkeiten (MMSE bzw. Barthel-Index; (Ettema 2007 bzw. Mahoney, Barthel 1965) nehmen im Verlauf des Studienjahres bei den Bewohner(inne)n beider Wohnformen signifikant ab. Bewohner/innen von SWB bleiben dabei im Verlauf des gesamten Studienjahres generell im Mittel schwerer eingeschränkt, ein statistisch belegbarer Unterschied zwischen beiden Settings kann jedoch aufgrund der geringen Fallzahl nicht nachgewiesen werden.

Die Pävalenzen nicht kognitiver Symptome (Aggression. Depression, Apathie, Wahnvorstellungen, Halluzinationen, etc.) sind bei Studienbeginn in beiden Settings hoch. Diese psychosoziale Verhaltensauffälligkeiten reduzieren sich jedoch über den Untersuchungszeitraum hinweg signifikant. WG-Bewohner/innen haben nach zwölf Monaten durchschnittlich eine bessere psychosoziale Verfassung als SWB-Bewohner/innen, jedoch kann auch hier kein statistisch signifikanter Unterschied belegt werden.

Ca. 40 % der Studienteilnehmer/innen zeigen bei Studienbeginn unruhige und unangemessene Verhaltensweisen oder sind „verbal agitiert". Während der Anteil der Verhaltensauffälligen nach Ablauf eines Jahres in den WG abgenommen hat, nimmt er in der Versorgungsform SWB zu. Körperlich aggressives Verhalten wird zu t1 ausschließlich für SWB-Bewohner/innen (31 %) berichtet und bleibt im Studienverlauf konstant. Allerdings nehmen in den WG körperlich aggressive Verhaltensweisen im letzten Studienhalbjahr ebenfalls deutlich zu. Zum Zeitpunkt ihres Einzugs erhalten fast zwei Drittel der Untersuchten Psychopharmaka. Im zeitlichen Verlauf nimmt der Anteil dieser Personen ebenso wie die Anzahl der verordneten Psychopharmaka zu. Personen in SWB nehmen über den gesamten Untersuchungszeitraum durchschnittlich mehr Psychopharmaka ein als Personen in WG.

Die Lebensqualität der Einziehenden wurde mittels QUALIDEM (Ettema et al. 2007; Ettema 2007) gemessen und beruht auf einer Fremdeinschätzung durch Pflegekräfte. Personen, die in eine WG einziehen, weisen dabei insbesondere im Bereich sozialer Isolation eine signifikant besser eingeschätzte Lebensqualität auf als Personen mit dem Einzugsziel SWB. In den WG wird im zeitlichen Verlauf ein Anstieg der eingeschätzten durchschnittlichen Lebensqualität der Bewohner/innen in fast allen beobachteten Dimensionen beobachtet, eine auffallende Ausnahme bildet der Bereich „soziale Isolation", hier ist eine abnehmende Lebensqualität zu beobachten. Signifikante Unterschiede zwischen den Versorgungsformen lassen sich in der Dimension Pflegebeziehung nachweisen: während sich die eingeschätzte Lebensqualität im Bereich Verhältnis zur Pflege/ zu Pflegepersonen bei WG-Bewohner/-innen im Untersuchungszeitraum stetig verbessert, verschlechtert sich diese bei Untersuchten im Setting „SWB".

Die Längsschnittergebnisse zeigen, dass sich die Bewohnerschaften beider Versorgungsformen im Hinblick auf ihre psychopathologische Entwicklung und ihre Alltagsfähigkeiten unterscheiden. Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen die Ergebnisse des Reviews von Radzey et al., dass weder die speziell auf Demenzerkrankte ausgerichteten SWB noch die Versorgung in ambulant betreuten WG den funktionellen oder kognitiven Abbau aufhalten können (vgl. Radzey et al. 2001). Mit Ausnahme einzelner Dimensionen der gemessenen

Lebensqualität konnte auch bezüglich weiterer Outcomekriterien keine Überlegenheit eines der beiden betrachtete Settings statistisch nachgewiesen werden. In beiden hier betrachteten Wohnformen ist es positiv zu bewerten, dass Bewohner/innen weniger neuropsychiatrische Symptome im Studienverlauf aufweisen.

Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz haben sich als eine belastbare Alternative zur traditionellen stationären Versorgung erweisen. Es zeigt sich jedoch auch, dass weitere outcome-orientierte Forschung zur wissensbasierten Gestaltung kooperativer vernetzter Versorgungsstrukturen für pflegebedürftige und/oder demenziell erkrankte Menschen unter Berücksichtigung unterschiedlicher Professionen und Institutionen unverzichtbar ist.

4. Zeigen sich Unterschiede hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes, der Bewohnerstruktur und der Angebotsstruktur
   a) WG, in denen ausschließlich ältere Menschen mit Demenz leben,
   b) WG, in denen ältere Menschen mit und ohne Demenz leben leben
   c) Spezialwohnbereichen für Menschen mit Demenz in Pflegeheimen?

Bei dem Vergleich von integrativen und segregativen Settings muss zunächst darauf hingewiesen werden, dass eine integrative Versorgung keinen festen Prozentsatz nicht demenziell erkrankter Personen in den ambulant betreuten WG voraussetzt, sondern bereits gegeben ist, wenn eine einzelne nichterkrankte Person (z. B. ein Ehepartner) mit in der WG wohnt. Dies erschwert die Belegung von Unterschieden zwischen diesen Versorgungsformen. Aufgrund der geringen Teilnehmerzahl im Längsschnitt wurde zudem auf eine tiefergehende Analyse von Unterschieden zwischen integrativen und segregativen WG verzichtet.

Nachfolgend werden Ergebnisse für die Querschnittstudie zusammengefasst, die Unterschiede zwischen integrativen und segregativen WG sowie SWB zeigen. Für den Vergleich von WG und SWB bezüglich längsschnittlicher Ergebnisse sei auf „3. Wie entwickelt sich der körperliche und psychosoziale Gesundheitszustand bei älteren Menschen mit Demenz innerhalb eines Jahres nach Einzug in eine WG?“ (s.o.) verwiesen.

In der vorliegenden Studie wurden in 37 % aller WG ausschließlich Menschen mit Demenz betreut (segregativer Typus). Aus der Literatur (Weyerer et al. 2007) ist im stationären Setting bekannt, dass eine integrative Betreuung zu einem geringeren Rückgang bei Alltagskompetenzen und Mobilität führt als eine segregative Betreuung. Auch das Aktivitätsniveau (Teilnahme an Gruppenangeboten / therapeutischen Angeboten) wurde bei integrativer Betreuung etwas besser erhalten. In segregativen Wohnbereichen wurden hingegen häufiger gerontopsychiatrische Arztkontakte und psychiatrische Pharmakotherapie beobachtet.

Bezüglich institutioneller Merkmale ist festzustellen, dass die durchschnittliche Anzahl Bewohner/innen in den WG 6,3 und in den SWB 16,0 Personen betrug. Unterschiede zwischen integrativen und segregativen WG konnten nicht festgestellt werden, ebenso gab es auch keine Unterschiede bzgl. der Geschlechterrelation. Sowohl in den WG als auch in den SWB sind durchschnittlich drei Viertel der Bewohner/innen Frauen. Bewohner/innen in segregativen WG sind mit 82,4 Jahren durchschnittlich 3,3 Jähre älter als Bewohner/innen in integrativen WG mit 79,1 Jahren. Die Bewohnerinnen und Bewohner in SWB sind mit 82,7 Jahren im

Mittel 3,3 Jahre älter als Bewohnerinnen und Bewohner in WG allgemein. Bewohner/innen von WG haben eine deutlich niedrigere Pflegeeinstufung vergleichen mit SWB-Bewohner/innen. Gegenüber integrativ Versorgten weist ein größerer Anteil der segregativ Versorgten erhebliche Verhaltensauffälligkeiten auf.

Vergleicht man die beiden Versorgungsformen WG und SWB bzgl. des Verhältnisses Mitarbeitende zu Bewohner/innen so wird deutlich, dass die Betreuungsrelation (bezogen auf alle Mitarbeitenden) in den WG sowohl tagsüber wie auch nachts besser ausfällt. In segregativen WG werden zudem durchschnittlich mehr Mitarbeiter/innen als in integrativen WG beschäftigt.

Ein reines Bezugspflegesystem kommt in den untersuchten WG deutlich häufiger als in den SWB zum Einsatz. Besondere Betreuungskonzepte, die den bewohnerbezogenen Ansätzen zuzuschreiben sind, finden in 92 % der segregativen aber nur 81 % der integrativen WG sowie in 81 % aller SWB Anwendung. Innerhalb der letzten vier Wochen vor Stichtag wurden 89 % der WG- und 84 % der SWB-Bewohnerschaft hausärztlich untersucht oder behandelt. Im Vergleich zu Personen in WG haben Personen der untersuchten SWB deutlich mehr persönlichen Kontakt zu Medizinern mit der Fachrichtung (Geronto-)Psychiatrie/ Neurologie.

Mit 79 % haben mehr als drei Viertel der WG-Bewohnerschaft innerhalb der vergangenen vier Wochen vor dem Stichtag an Gruppenangeboten teilgenommen. Gruppenangebote des sinnesbezogenen / emotionalen Ansatzes, bewegungsbezogenen Ansatzes sowie gemeinschaftliche Unterhaltungs- und Gesellschaftsaktivitäten werden sehr viel häufiger in WG vom segregativen Typus wahrgenommen. In den SWB nehmen insgesamt 84 % der Bewohner/innen an vorgehaltenen Gruppenaktivitäten teil und damit ein größerer Anteil im Vergleich zu den WG. Interesse am Alltageschehen in der WG und/ oder an Aktivitäten und Hobbies geben zeigten ca. drei Viertel aller Bewohner/innen in WG (76 %) aber nur 56 % der SWB-Bewohner/innen.

Psychologische Verhaltensauffälligkeiten wurden häufiger in den SWB beobachtet. Bezüglich der Selbstversorgungsfähigkeiten sind SWB-Bewohner/innen signifikant häufiger auf die Unterstützung von Pflegenden angewiesen. Im Vergleich von integrativen zu segregativen WG sind Personen in der integrativen ambulanten Versorgung häufiger selbständig. Verglichen mit der Versorgungsform WG werden bewegungseinschränkende Maßnahmen im stationären Setting bei einem doppelt so hohen Anteil der dort lebenden Bewohner/innen eingesetzt.

Innerhalb der vergangenen zwei Wochen vor dem Stichtag erhielten 81 % der WG- und 83 % der SWB-Bewohnerschaft Besuch von außerhalb der Wohnung. Segregativ betreute Personen verfügen gegenüber Menschen in der integrativen Versorgung häufiger über keine informellen Kontakte nach außen. Verglichen mit integrativen WG findet Angehörigenarbeit in segregativen WG tendenziell etwas häufiger statt (64 % vs. 77 %), in den SWB wird eine Mitwirkung von Angehörigen in 69 % der Einrichtungen beschrieben. Während sich Angehörige in den WG hauptsächlich in den Bereichen "Persönliche Hilfen" (z. B. Regelung finanzieller Dinge, Arztbesuche) und „Gesellschaft leisten und gemeinschaftliche Angebote“ (z. B. Lesen, Singkreise) beteiligen, überwiegen in den SWB Pflege/ Pflegerische Hilfen und Hilfen zur Betreuung. Ehrenamtliche werden in etwa 44 % aller untersuchten WG und damit deutlich seltener als in den untersuchten SWB (88 %) eingebunden.

Die Gegenüberstellung von ambulant betreuten WG und SWB bestätigt erwartete strukturelle Unterschiede sowie Unterschiede in den versorgten Populationen. Darüber hinaus zeigt sich, dass ambulant betreute WG Stärken im Bereich der zahlenmäßigen Betreuung sowie bewohnerbezogener Konzepte aufweisen. In den SWB besteht eine bessere Vernetzung zu Medizinern mit der Fachrichtung (Geronto-)Psychiatrie/ Neurologie. Der erwartete Vorteil einer stärkeren Einbeziehung von Angehörigen, die zu den Grundpostulaten ambulant betreuter WG gehört, bestätigt sich im Vergleich zu SWB nicht. SWB weisen darüber hinaus eine deutlich bessere Vernetzung zu ehrenamtlichen Strukturen auf.

10 Gender Mainstreaming Aspekte

Gender Mainstreaming-Aspekte wurden in der vorliegenden Studie durchgängig berücksichtigt. Dabei war maßgeblich zu beachten, dass in den untersuchten Versorgungsformen Wohngemeinschaft und Pflegeheim der Anteil von Frauen und Männern ungleich verteilt ist. Weibliche Personen sind hier häufiger vertreten. Aufgrund dessen besteht die Gefahr eines geschlechtsbezogenen Verzerrungseffektes (Gender Bias) durch möglicherweise unzulässige Verallgemeinerungen, welcher zu geschlechtsbezogenen Fehleinschätzungen und -interpretationen führen kann. Dieses Problem wurde in allen Phasen des Forschungsprozesses berücksichtigt.

Die Forschungsfragen in beiden Studienarmen wurden so formuliert, dass sie eine Geschlechterinsensibilität ausschließen. Das Forschungsdesign gibt alle Personen unabhängig von deren Geschlecht wieder. In der Querschnittstudie wurde ein eigens für die Studie entwickeltes und geschlechtersensibles Forschungsinstrumentarium eingesetzt. Zwar wurde im Instrument aufgrund des Platzmangels lediglich die weibliche Sprachform verwendet, die Auskunftgebenden aber darauf aufmerksam gemacht, dass sich die Untersuchung auf beide Geschlechter bezieht. Das im Längsschnitt verwendete Instrumentarium bestand größtenteils aus internationalen und für beide Geschlechter validierten Assessmentinstrumenten. Darüber hinaus kamen eigene Instrumente zur Anwendung welche sprachlich beiden Populationen gerecht wurden. Sämtliche Analysen, die anschließende Darstellung der Forschungsergebnisse sowie deren Interpretation wurden geschlechtsspezifisch durchgeführt.

Eine Möglichkeit dem Gender Bias entgegenzusteuern, bestünde in der Längsschnittstudie darin, eine größere Anzahl an männlichen Teilnehmenden aufzunehmen. Hierzu hätte der Einschlusszeitraum erweitert werden müssen, was aber aufgrund der engen zeitlichen Vorgaben durch den Förderer nicht möglich gewesen wäre.

11 Gesamtbeurteilung

Grundsätzlich wurden alle wesentlichen Ziele des Vorhabens erreicht. Einzig im Bereich der Längsschnittstudie mussten teilweise Abstriche gemacht werden.

So wurden trotz eingeleiteter Maßnahmen zur Gegensteuerung (Verlängerung des Rekrutierungszeitraums, zusätzliche Öffentlichkeitsarbeit) die Vorhabenziele in Bezug auf die geplante Anzahl der im Längsschnitt teilnehmenden Personen nicht erreicht. Hieraus ergaben sich wesentliche Änderungen vor allem in der Durchführung der Längsschnittstudie. Zum einen wurden sowohl der Einschlusszeitraum als auch die nachfolgenden Erhebungszeiträume erweitert (siehe ***Kapitel 5***), so dass sich hieraus zeitliche Verschiebungen für das Studiendesign ergaben. Zum anderen hat die geringere Anzahl eingeschlossener Studienteilnehmer/innen, verbunden mit einer höheren Drop-Out-Rate als ursprünglich geschätzt dazu geführt, dass für die primären Zielkriterien (Barthel-Index, NPI) im Rahmen der varianzanalytischen Berechnungen nur sehr deutlich auftretende Effekte statistisch nachgewiesen werden konnten.

Aufgrund einer schwerwiegenden Erkrankung des zuständigen wissenschaftlichen Mitarbeiters in den Monaten Juli, August und September 2010 konnten wesentliche Arbeiten am Abschlussbericht nicht im geplanten Zeitraum ausgeführt werden, so dass sich auch hier eine zeitliche Verzögerung ergab.

12 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Im Projektzeitraum erfolgte insbesondere eine wissenschaftliche Verwertung der Projektergebnisse in Form von Artikeln und nationalen sowie internationalen Kongressbeiträgen. Eine Auflistung aller Publikationen, die auch allgemein zugänglich sind, findet sich in ***Kapitel 14***. Darüber hinaus wurden Ergebnisse und Informationen zur Studie im Rahmen verschiedener Veranstaltungen und wissenschaftlicher Kongresse (fach)öffentlich vorgetragen. Nachfolgend sind alle Veröffentlichung zur Studie chronologisch aufgelistet:

- Vorstellung der DeWeGE-Studie auf der 2. Berliner Woche der Seelischen Gesundheit (06. – 12. Oktober 2008 in Berlin)
- Vorstellung der DeWeGE-Studie in der Märkische Allgemeine Zeitung (03. Dezember 2008)
- Projektvorstellungauf der Mitgliederversammlung des AnbieterVerband qualitätsorientierter Gesundheitspflegeeinrichtungen e.V. (AVG) (15. Dezember 2008 in Berlin)
- Vorstellung der Studienergebnisse auf dem 9. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (03. – 06. Dezember 2008 in Potsdam)
- Vorstellung der DeWeGE-Studie in der Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 21 (3)
- Vorstellung der Studienergebnisse im *Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen* im Helmholtz-Zentrum (11. – 12. Dezember 2008 in Bonn)
- Vorstellung der Studienergebnisse auf der Fachtagung „WG-Qualität“ (12. Februar 2009 in Kassel)
- Informationen zur DeWeGE-Studie im Tagesspiegel (03. März 2009)
- Vorstellung der Studienergebnisse auf dem Bremer Pflegekongress (06. – 07. Mai 2009 in Bremen)
- Vorstellung der Studienergebnisse auf der Mitgliederversammlung des Paritätischen Wohlfahrtsverband (am 12. Mai 2009 in Berlin)
- Vorstellung der Studienergebnisse auf dem 19.InternationalenKongressGerontologie und Geriatrie (19th *International Association of Gerontology and Geriatrics* World Congress, 07. – 09. Juli 2009 in Paris)

- Vorstellung der Studienergebnisse auf der 7. Internationalen Konferenz Pflege und Pflegewissenschaft (24. – 25. September 2009 in Ulm)
- Interview mit Frau Prof. Wolf-Ostermann im Newsletter des Bundesministeriums für Gesundheit (24. März 2009)
- Vorstellung der Studienergebnisse auf der Internationalen Fachmesse und Kongress REHACARE (21. Internationale Fachmesse und Kongress REHACARE „Wohn(t)raum“, 14. – 17. Oktober 2009 in Düsseldorf)
- Vorstellung der Studienergebnisse auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (25. – 28. September 2009 in Berlin)
- Projektvorstellung auf der Mitgliederversammlung des AnbieterVerband qualitätsorientierter Gesundheitspflegeeinrichtungen e. V. (AVG) (20. Januar 2010 in Berlin)
- Vorstellung der Studienergebnisse auf der 25.InternationalenAlzheimer-Konferenz(ADI 2010, 12. – 14. März 2010 in Thessaloniki)
- Vorstellung der Studienergebnisse auf dem Hauptstadtkongress 2010 Medizin und Gesundheit. (07. Mai 2010 in Berlin)
- Vorstellung der Studienergebnisse auf dem 10. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (15. – 17. September 2010 in Berlin)
- Abschlusstagung zur DeWeGE-Studie in der Alice Salomon Hochschule Berlin (17. September 2010 in Berlin)
- Vorstellung der Studienergebnisse auf dem 4. Internationalen Kongress für Pflegewissenschaften (Fourth European Nursing Congress, 4. – 7. Oktober 2010, Rotterdam, Niederlande)
- Vorstellung der Studienergebnisse auf dem Internationalen Kongress der Internationalen Psychogeriatrischen Gesellschaft (International Psychogeriatric Association IPA 2010 International Meeting, 26.-29. September 2010, Santiago de Compostela, Spanien).
- Vorstellung der Studienergebnisse auf der 21. internationalen Fachmesse und Kongress REHACARE (06. – 07. Oktober 2010 in Düsseldorf)
- Vorstellung der Studienergebnisse auf dem 6. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, (7. - 9. Oktober 2010 in Braunschweig)

- Vorstellung der Studienergebnisse auf der Jahrestagung der Amerikanischen Gesellschaft für Gerontologie (63rd Annual Scientific Meeting Gerontological Society of America (GSA), 19. – 23. November 2010, New Orleans, USA*)*
- Veröffentlichung zu Ergebnissen und Kooperationsstrukturen in der Zeitschrift Alice 20/2010
- Veröffentlichung zu ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz in „Mitteilungen“, Alzheimer-Gesellschaft Berlin e. V. Dezember 2010
- Veröffentlichung zu wissensbasierten Qualitätsindikatoren in ambulant betreuten Wohngemeinschaften in der Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Supplement 1/2010
- Vorstellung der Studienergebnisse im Deutschen Zentrum für Altersfragen (13. Januar 2011 in Berlin)
- Vorstellung der Studienergebnisse auf dem Workshop „Benchmarking für Haus- und Wohngemeinschaften für Menschen mit besonderem Pflegebedarf“, Konkret Consult Ruhr GmbH, (26. Januar 2011, Gelsenkirchen)
- Vorstellung der Studienergebnisse an der School of Nursing der Johns Hopkins Universität (07. März 2011 Baltimore, USA).
- Vorstellung der Studienergebnisse am Center on Aging and Health der Johns Hopkins University School of Medicine (09. März 2011 Baltimore, USA).
- Veröffentlichung zu Entwicklung und Strukturen von ambulant betreuten Wohngemeinschaften in der Zeitschrift „Pflege“ (2/2011)
- Veröffentlichung zu ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz in „Versorgungsforschung für demenziell erkrankte Menschen“, Kohlhammer 2011
- Vorstellung der Studienergebnisse auf der International Academy on Nutrition and Aging in Bologna (14. April 2011, Bologna, Italien)
- Vorstellung der Studienergebnisse auf dem Internationalen Kongress Gerontologie und Geriatrie (VII European International Congress, International Association of Gerontology and Geriatrics, European Region,14. – 17. April 2011, Bologna, Italien)
- Veröffentlichung zu Versorgungsstrukturen für ältere, pflegebedürftige Menschen mit und ohne Vorliegen einer Demenzerkrankung, eingereicht bei „Das Gesundheitswesen“

- Veröffentlichung zur Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen in der Demenzversorgung, eingereicht bei „Pflegezeitschrift“

Auf der 25. internationalen Alzheimer-Konferenz (ADI) (12. – 14. März 2010 in Thessaloniki) sowie auf dem auf dem 10. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (15. – 17. September 2010 in Berlin) wurden eigene Symposien zu den Ergebnissen aus dem Forschungsprojekt organisiert, ebenso für die International Academy on Nutrition and Aging in Bologna (14. April 2011, Bologna, Italien) sowie für den Internationalen Kongress Gerontologie und Geriatrie (VII European International Congress, International Association of Gerontology and Geriatrics, European Region, 14. – 17. April 2011, Bologna, Italien). Im September 2010 fand zudem eine eigene Abschlusstagung an der Alice Salomon Hochschule Berlin zu dem Projekt statt. Für den 4. Internationalen Kongress für Pflegewissenschaften (Fourth European Nursing Congress, 4. – 7. Oktober 2010, in Rotterdam, Niederlande) sowie den Internationalen Kongress der Internationalen Psychogeriatrischen Gesellschaft (International PsychogeriatricAssociation IPA 2010 International Meeting, 26.-29.09.2010, Santiago de Compostela, Spanien) und die Jahrestagung der Amerikanischen Gesellschaft für Gerontologie (63rd Annual Scientific Meeting Gerontological Society of America (GSA), 19. – 23.11.2010, New Orleans, USA*)* lagen jeweils Einladungen zu Fachsymposien vor, die Vorträge am Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA) sowie an der Johns Hopkins Universität (Baltimore/USA) erfolgten ebenfalls auf Einladung.

Darüber hinaus wurden projektbezogene Resultate sowie allgemeine Informationen zur Studie aufgrund der praxisrelevanten Thematik interessierten Betroffenen, Angehörigen, Betroffeneninitiativen sowie Vertreter/innen von Leistungserbringern vorgestellt.

Während des gesamten Studienzeitraums und auch darüber hinaus standen und stehen Interessierten wesentliche Informationen zur Studie auf einer eigens eingerichteten Website (http://www.dewege.de) zur Verfügung.

Allen an der Studie beteiligten Leistungserbringern wird der Projektbericht zur Verfügung gestellt. Weiterhin ist eine Buchpublikation der Ergebnisse in naher Zukunft geplant, eine Verlagszusage liegt bereits vor.

13 Verwertung der Projektergebnisse

Mit der vorliegenden Studie wurden erstmalig umfassend Informationen über die Versorgungsergebnisse, die Versorgungssituation sowie die Kooperations- / Netzwerkstruktur von ambulant betreuten Wohngemeinschaften und Spezialwohnbereichen für Menschen mit demenziellen Erkrankungen in stationären Pflegeeinrichtungen erhoben und ausgewertet. Dabei zeigte sich, dass die fokussierten Versorgungsformen von unterschiedlichen Personengruppen favorisiert werden, die sich insbesondere in soziodemografischen und pflegerelevanten Eckpunkten unterscheiden. Grundsätzlich verdeutlicht das ermittelte Bewohnerprofil einen großen Bedarf fachlich fundierter Pflege.

Mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie wird eine Forschungslücke der gesundheitlichen Versorgung insbesondere in ambulant betreuten Wohngemeinschaften geschlossen und das Transferpotenzial von Projektergebnissen in die Praxis daher als gut eingeschätzt. Eine Verwertung dieser Ergebnisse in Form einer Buchpublikation wird im Hinblick auf die Praxisrelevanz als sinnvoll erachtet und ist geplant. Mit der Übertragbarkeit von den (vorrangig im Längsschnitt) ermittelten Projektergebnissen wird ein Beitrag zur Weiterentwicklung der Versorgungsforschung in beiden Settings geleistet. Das Projekt trägt somit zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen bei.

Durch die Darstellung der Stärken und des Verbesserungspotentials der untersuchten Versorgungsformen können Empfehlungen für die Gestaltung kooperativer vernetzter Versorgungsstrukturen für demenziell Erkrankte unter Berücksichtigung unterschiedlicher Professionen und Institutionen ausgearbeitet werden. Die Studienergebnisse können einen Beitrag für die weitere Gestaltung effizienter, an den Bedürfnissen der Betroffenen orientierten Versorgungsangeboten leisten.

Die Studienergebnisse ermöglichen **Betroffenen und Angehörigen/Vertretungsberechtigten**:

- eine bessere Orientierung bei der Auswahl der geeigneten Versorgungsform,
- einen fundierten Einblick über die verschiedenen Versorgungsangebote und -konzepte
- eine bessere Selbstbestimmungim Umgang mit der Erkrankung und somit auch
- eine höhere Lebensqualität auch unter den krankheitsbedingten Einschränkungen.

Für **Ehrenamtliche Helfer** werden bestehende Versorgungslücken sowie mögliche neue Betätigungsfelder aufgezeigt.

Durch die erzielten Ergebnisse und erarbeiteten Handlungsempfehlungen ist es **Leistungserbringern** möglich

- frühzeitige Maßnahmen zur Sicherung der Selbstständigkeit und vorhandener Ressourcen in einer frühen Phase der demenziellen Erkrankung zu treffen,
- eigene Versorgungsergebnisse sachgerecht in fachliche oder regionale Kontexte einzuordnen
- eine Überprüfung und Weiterentwicklung ihrer jeweiligen Leistungspalette vorzunehmen sowie
- zielgruppen- und bedürfnisorientierte Versorgungsangebote anzubieten,
- die Auswahl von geeignetem Personal und dessen Qualifikation voranzutreiben und nicht zuletzt
- an der Gestaltung kooperativer vernetzter Versorgungsstrukturen mitzuarbeiten.

Spitzenverbände der Leistungserbringer können aus den Ergebnissen mögliche Konsequenzen und Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung von Versorgungsangeboten sowie auch zur Beratung und Begleitung von Mitgliedsorganisationen ableiten.

Das Projekt leistet im Sinne einer Beratung **auf politischer Ebene** konkrete Hinweise auf die Situation der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Demenz und liefert Vorschläge zu der Verbesserung der Versorgungssituation. Hier ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass durch die Evaluation der Versorgungsstrukturen erstmalige belastbare Daten zur Einschätzung des Versorgungsgeschehens vorliegen, die auf einen Handlungsbedarf zur besseren Einbindung von Wohngemeinschaften in das gesundheitliche Versorgungsnetzwerk hinweisen. Die Projektergebnisse tragen damit zu einer Fundierung der aktuellen Diskussion zur Weiterentwicklungzukunftsorientierter Ansätze für ein modernes Leben und Wohnen im Alter auch unter krankheitsbedingten Einschränkungen bei.Hierzu gehören beispielsweise eine Bedarfseinschätzung verschiedener Ansätze für Wohnen im Alter, eine Bestandsaufnahme zum Stand der Inanspruchnahme und zum Stellenwert von WG im Versorgungssystem, die Ableitung von Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Versorgungsangebotes sowie die (Weiter-)Entwicklung einer kommunalen Pflegeberatung als Steuerungselement des Versorgungsgeschehens. Die Ergebnisse können zudem für eine qualitätsgesteuerte Weiterentwicklung von Vergütungsstrukturen genutzt werden. Bezogen auf die Situation in Berlin ist zudem die aktive Einbeziehung Angehöriger und Ehrenamtlicher und ihre Bedeutung für das Versorgungsgeschehen in WG neu zu überdenken.

Im Rahmen einer Bewertung von **wissenschaftlichen Kooperationsstrukturen** ist hervorzuheben, dass im Rahmen des Forschungsprojektes eine nachhaltige inhaltliche Vernetzung mit verwandten Leuchtturmprojekten stattgefunden hat, die u.a. auch ihren Niederschlag in einem organisierten Symposium auf dem 10. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (15. – 17. September 2010 in Berlin) gefunden hat. Darüber hinaus sind auch internationale Kooperationen entstanden. Hier sind insbesondere Forschergruppen aus den Niederlanden hervorzuheben, so z. B mit der Universität Maastricht (Arbeitsgruppe Prof. Dr. Jan Hamers) und dem Trimbos-Institut (Arbeitsgruppe Prof. Dr. Anne Magriet Pot). Weitere Kontakte bestehen zur University of East Anglia, GB (Dr. Lee Hooper) und zur Johns-Hopkins-Universität, USA (Prof. Dr. Elizabeth Tanner). Auch diese Kooperationen haben sich in gemeinsamen Symposien auf internationalen Fachtagungen und zur Zeit in Arbeit befindlichen Publikationen niedergeschlagen.

Im Sinne weiterführender Fragestellungen hat sich aus dem vorliegenden Forschungsprojekt zudem als nachfolgendes Forschungsprojekt die Frage der Qualitätsentwicklung in ambulant betreuten WG ergeben. Dieses Vorhaben wird zurzeit vom BMBF im Rahmen der Förderlinie SILQUA-FH gefördert. Gegenstand dieses Vorhabens ist die Entwicklung und Evaluation eines Qualitätsentwicklungskonzeptes einschließlich forschungs- und wissensbasierter Qualitätsindikatoren für ambulant betreute Wohngemeinschaften für ältere pflegebedürftige Menschen, auch (aber nicht ausschließlich) für Menschen mit Demenz, eingebettet in einen handlungsorientierten, partizipativen Interventionsforschungsansatz. Zielrichtung des Qualitätskonzeptes soll die Wahrung und Steigerung der Lebensqualität Betroffener sowie die Prävention von zunehmenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen sein (Sekundär- und Tertiärprävention bei Pflegebedürftigkeit und/oder demenziellen Erkrankungen). In das Qualitätsentwicklungskonzept werden neben den in den Wohngemeinschaften tätigen Pflegediensten und den Bereitstellern des Wohnraums, auch die beteiligten niedergelassenen Ärzte und Therapeuten einbezogen, um das wohnortnahe Hilfesystem insgesamt zu stärken und weiter zu entwickeln. Ergebnisse dieser Nachfolgestudie werden voraussichtlich ab Mitte des Jahres 2012 veröffentlicht werden.

14 Publikationsverzeichnis

Artikel

- Wulff I, Gräske J, Fischer T, Wolf-Ostermann K (submitted): *Versorgungsstrukturen für ältere, pflegebedürftige Menschen mit und ohne Vorliegen einer Demenzerkrankung im Vergleich zwischen ambulant betreuten Wohngemeinschaften und Spezialwohnbereichen vollstationärer Einrichtungen.* Das Gesundheitswesen.
- Gräske J, Wulff I, Fischer T, Meye S, Worch A, Wolf-Ostermann K (submitted): *Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen in der Demenzversorgung: Ein Vergleich zwischen ambulant betreuten Wohngemeinschaften und Spezi-alwohnbereichen – DeWeGE.* Pflegezeitschrift.
- Fischer T, Worch A, Nordheim J, Wulff I, Pannasch A, Meye S, Kuhlmey A, Wolf-Ostermann K (2011): *Ambulant betreute Wohngemeinschaften für alte, pflegebedürftige Menschen – Entwicklung und Struktur.* Pflege 25.
- Fischer T, Kuhlmey A. & Wolf-Ostermann K (2011). *Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz. Eine Alternative zum Heim.* In: Dibelius & Meier (Hrsg.) Versorgungsforschung für demenziell erkrankte Menschen. Kohlhammer.
- Wolf-Ostermann K (2010): *DeWeGE – Berliner Studie zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften*. Alice 20/2010.
- Wolf-Ostermann K (2010): *Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz - Die Berliner DeWeGE – Studie zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Demenz.* Mitteilungen der Alzheimer-Gesellschaft Berlin e.V., 2/2010.
- Gräske J, Fischer T, Worch A, Meyer S & Wolf-Ostermann K (2010): *Wissensbasierte Qualitätsindikatoren in ambulant betreuten Wohngemeinschaften - "WGQual".* In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Supplement 1/2010: 134-135.
- Gräske J, Fischer T, Worch A, Meyer S & Wolf-Ostermann K (2010): *Qualitätsentwicklung in ambulant betreuten Wohngemeinschaften - WGQual.* In: Wundmanagement. Supplement 1/2010: 21-22.
- Wolf-Ostermann K, Fischer T, Worch A, Gräske J, Nordheim J, Wulff I, Meye S, Pannasch A & Meyer S (2010): *Shared-housing arrangements for persons suffering from dementia – the Berlin Study DeWeGE*. Journal of Clinical Nursing 19(1) 8-13.

- Wolf-Ostermann K, Gräske J, Fischer T, Worch A, Nordheim J, Wulff I, Meye S, Pannasch A & Meyer S (2010): *Nutritional status and health outcomes for people with dementia living in shared-housing arrangements.* Journal of Clinical Nursing 19(1) 93-103.
- Wolf-Ostermann K (2010): *Health outcomes and quality of life of residents of shared-housing arrangements: results of the Berlin DeWeGE-study*. In: Mateos R, Engedal K & Franco M (eds.): Diversity, Colloaboration, Dignity. IPA 2010 International Meeting. Publicatións Universidade de Santiago de Compostela, 118-119.
- Wolf-Ostermann K, Fischer T Worch A, Nordheim J & Wulff I(2009):*The Berlin Study on Structures and Outcomes of Small-Scale living Arrangements for People with Dementia (DeWeGE).* Journal of Nutrition, Health & Aging (JNHA) Vol. 13, Supplement 1, S.393.
- Fischer T & Wolf-Ostermann K (2008): *Die Berliner Studie zu Versorgungsstrukturen und Versorgungsergebnissen von Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz (DeWeGE)*. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 21 (3):179-183.

Weitere Fachartikel – auch in internationaler Zusammenarbeit – sind derzeit noch in Bearbeitung. Zudem solle eine zusammenfassende Buchpublikation aller Ergebnisse im Schibri-Verlag veröffentlicht werden.

Anschlussarbeiten

Meye, S.: *Entstehung und Entwicklung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz in Deutschland am Beispiel von Berlin und Nordrhein-Westfalen*. Masterarbeit im Studiengang „Management und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen“ der Alice Salomon Hochschule Berlin.

Vorträge

- Wolf-Ostermann K & Gräske J (2011): *Health Outcomes and Quality of Life of Residents of Shared-Housing Arrangements: Results of the Berlin DeWeGE- and WGQual-studies*.VII European International Congress, International Association of Gerontology and Geriatrics, European Region, 14.-17. April 2011, Bologna, Italien.

- Wolf-Ostermann K & Meyer S (2011): *Nutritional Status and Health Outcomes for Older People with Dementia living in Shared-Housing Arrangements*. International Academy on Nutrition and Aging (I.A.N.A.), 14.-17. April 2011, Bologna, Italien.

- Wolf-Ostermann K (2011): *Shared-Housing Arrangements for People with Dementia in Berlin, Germany: Residents and Caregivers*. Center on Aging and Health, Johns Hopkins University School of Medicine, 09.03.2011 Baltimore, USA.

- Wolf-Ostermann K (2011): *Shared-Housing Arrangements for People with Dementia in Berlin, Germany: Residents and Caregivers*. School of Nursing, Johns Hopkins University, 07.03.2011 Baltimore, USA.

- Wolf-Ostermann K (2011): *Von der Betroffeneninitiative zum regulären Marktanbieter.* Workshop „Benchmarking für Haus- und Wohngemeinschaften für Menschen mit besonderem Pflegebedarf“, Konkret Consult Ruhr GmbH, 26.01.2011.

- Wolf-Ostermann K (2011): *Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz – eine Alternative zur stationären Versorgung?* Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), 13.01.2011.

- Wolf-Ostermann K, Worch A, Fischer, T, Nordheim J & Wulff I(2010): *Health Outcomes in Residents of Shared Housing Arrangements in Berlin: Results of the DeWeGE-Study*. The Gerontological Society of America (*GSA*) 63rd Annual Scientific Meeting 19. – 23.11.2010, New Orleans, USA.

- Wulff I, Gräske J, Worch A, Fischer, T, Nordheim J, Wolf-Ostermann K (2010): *Service Structure of Shared-Housing Arrangements Compared to Special Care Units for Persons with Dementia*. (Poster) The Gerontological Society of America (*GSA*) 63rd Annual Scientific Meeting 19. – 23.11.2010, New Orleans, USA.

- Worch A, Fischer T, Nordheim J, Wulff I, Wolf-Ostermann K(2010): *Versorgungsstrukturen – und –ergebnisse in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für pflege-*

bedürftige Menschen – Ergebnisse der Berliner DeWeGe-Studie. (Poster). 6. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, 7. - 9. 10 2010, Braunschweig.

- Meyer S, Gräske J, Worch A, Wolf-Ostermann K (2010):*Ernährungszustand und Alltagsfähigkeiten bei Menschen mit und ohne Vorliegen einer Demenzerkrankung im Vergleich zwischen ambulant betreuten Wohngemeinschaften und Spezialwohnbereichen* (Poster). 6. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, 7. - 9. 10 2010, Braunschweig.

- Worch A & Wolf-Ostermann K (2010): *Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften*. Internationale Fachmesse und Kongress REHACARE „Wohn(t)raum“ 2010, 06.-09.10.2010, Düsseldorf.

- Wolf-Ostermann K & Meyer S (2010): *Nutritional status and health outcomes for people with dementia living in shared housing arrangements*. Fourth European Nursing Congress, 4. – 7.10.2010, Rotterdam, Niederlande.

- Wolf-Ostermann K, Worch A & Gräske J (2010): *Shared housing arrangements for persons suffering from dementia–the Berlin Longitudinal Study DeWeGE*. Fourth European Nursing Congress, 4. – 7.10.2010, Rotterdam, Niederlande.

- Wolf-Ostermann K (2010): *Health outcomes and quality of life of residents of shared-housing arrangements: Results of the Berlin DeWeGE-study*. IPA 2010 International Meeting, 26.-29.09.2010, Santiago de Compostela, Spain.

- Wolf-Ostermann K, Worch A, Fischer T, Nordheim J & Wulff I (2010): *Berliner Studie zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften - DeWeGE*. Hoffnung Alter. (2. Gemeinsamer Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie und der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie. 10. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie. 16.09.2010. Berlin.

- Nordheim J & Wolf-Ostermann K (2010): *Demenziell erkankt – wer zieht wohin? – Ergebnisse zur gesundheitlichen Entwicklung von neueinziehenden Bewohner(inne)n.* Versorgung von Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften im Land Berlin - Abschlusstagung des Forschungsprojektes DeWeGE, 14. 09.2010, Berlin.

- Wulff I& Wolf-Ostermann K (2010): *Mit 80 in die Wohngemeinschaft? – Versorgungs- und Bewohnerstrukturen von ambulant betreuten WG in Berlin*. Versorgung von Men-

schen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften im Land Berlin - Abschlusstagung des Forschungsprojektes DeWeGE, 14. 09.2010, Berlin.

- Wolf-Ostermann K (2010): *Ambulant betreute Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen - Alternativen zur stationären Versorgung*. Hauptstadtkongress 2010 Medizin und Gesundheit. 07.05.2010. Berlin.

- Wolf-Ostermann K & Worch A (2010): *Quality of Life and Health Outcomes in Residents of Shared Housing Arrangements in Berlin: Results of the DeWeGE-study*. 25th International Conference of Alzheimer's Disease International, 10.-13.03.2010 Thessaloniki.

- Worch A & Wolf-Ostermann K (2010): *Erste Ergebnisse der Berliner Studie zur outcomebezogenen Evaluation der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Demenz in ambulant betreuten WG – DeWeGE*. AnbieterVerband qualitätsorientierter Gesundheitspflegeeinrichtungen e.V. (AVG), 20.01.2010, Berlin.

- Wolf-Ostermann K, Worch A & Fischer T (2010): *DeWeGE – Berliner Studie zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften*. DGPPN Kongress 2009, 25.-28.11.2009, Berlin.

- Wolf-Ostermann K, Worch A & Fischer T (2010):*Ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz als Alternativen zur stationären Versorgung - Ergebnisse der Berliner Studie zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften (DeWeGE*). 20. Internationale Fachmesse und Kongress REHACARE „Wohn(t)raum“ 2009, 14.-17.10.2009, Düsseldorf.

- Wolf-Ostermann K, Worch A & Fischer T (2010): Berliner Studie zur outcomebezogenen Evaluation der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften (DeWeGE) 7. Internationale Konferenz Pflege und Pflegewissenschaft "Pflege - wozu und wohin?", 24.-25.09.2009, Ulm.

- Wolf-Ostermann K, Fischer T, Worch A, Nordheim J & Wulff I (2009). *The Berlin Study on Structures and Outcomes of Small-Scale living Arrangements for People with Dementia (DeWeGE)*. (Poster) 19th IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics, 05.-09.07.2009, Paris.

- Fischer T, Worch A & Wolf-Ostermann K (2009): *Berliner Studie zur outcomebezogenen Evaluation der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Demenz in am-*

bulant betreuten Wohngemeinschaften (DeWeGE) - Darstellung von Zwischenergebnissen. Paritätischer Wohlfahrtsverband, 12.05.2009, Berlin.

- Wulff I, Fischer T, Worch A & Wolf-Ostermann K (2009): *Ambulant betreute Wohngemeinschaften (nicht nur) für Menschen mit Demenz.*Fachtagung WG-Qualität, 12.02.2009, Kassel.

- Fischer T, Kuhlmey A, Wolf-Ostermann K (2008): *Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz. Eine Alternative zum Heim*. DZNE, Symposium Versorgungsforschung Demenz, 11. / 12.12.2008, Bonn.

- Fischer T & Wolf-Ostermann K (2008): *Berliner Studie zur outcomebezogenen Evaluation der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften (DeWeGE) – Konzepte und erste Ergebnisse*. 17. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG), 48. Kongress der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG), 3. gemeinsame Kongress der DGG und ÖGGG, 9. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG). 03.-06.12.2008, Potsdam.

- Wolf-Ostermann K, Worch, A & Fischer T (2008): Berliner Studie zur outcomebezogenen Evaluation der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften / DeWeGE.Versorgung psychisch kranker Älterer - Berliner Leuchtturmprojekte Demenz stellen sich vor.2. Berliner Woche der Seelischen Gesundheit, 06.-12.10.2008, Berlin.

- Wolf-Ostermann K, Worch A & Fischer T (2008): *Berliner Studie zur outcomebezogenen Evaluation der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften / DeWeGE: Projektvorstellung.* Informationsveranstaltung des AnbieterVerband qualitätsorientierter Gesundheitspflegeeinrichtungen e.V. (AVG), 15.10.2008, Berlin.

15 Literaturverzeichnis

Aalten, P., Verhey, F. R., Boziki, M., Bullock, R., Byrne, E. J., Camus, V. et al. (2007). Neuropsychiatric syndromes in dementia.: Results from the European Alzheimer Disease Consortium: part I. *Dement Geriatr Cogn Disord., 24* (6), 457-463.

Aalten, P., Vugt, M. E. de, Jaspers, N., Jolles, J. & Verhey, F. R. (2005). The course of neuropsychiatric symptoms in dementia. Part I: findings from the two-year longitudinal Maasbed study. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 20* (6), 523-530.

Allman, R. M., Laprade, C. A., Noel, L. B., Walker, J. M., Moorer, C. A., Dear, M. R. et al. (1986). Pressure sores among hospitalized patients. *Archive of Internal Medicine, 105* (3), 337-342.

Altmann, L. J. & Mc Clung, J. S. (2008). Effects of semantic impairment on language use in Alzheimer's disease. *Semin peech Lang., 29* (1), 18-31.

Alzheimer Gesellschaft Bochum e.V. (2004). *Forschungsbericht Teil III: Ergebnisse einer mündlichen Befragung von Leitungskräften ambulanter und (teil-) stationärer Einrichtungen zum Pflege-, Betreuungs- und Beratungsangebot für Menschen mit einer Demenz und ihre Angehörigen.·· 2002 bis 2003 ··* (Bundesministerium für Familie, S. F. u. J., Hrsg.) (Altenhilfestrukturen der Zukunft). Bochum. Verfügbar unter: http://www.bs1-services.de/modellprojekt%20Teil%20III.pdf [01.04.2011].

Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e. V. (2006). *Ambulante Betreuung von Menschen mit Demenz in Wohngemeinschaften: Leitfaden zur Struktur- und Prozessqualität* (Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e.V., Hrsg.). Potdsam. Verfügbar unter: http://www.wg-qualitaet.de/src/documents/article486-25-25.pdf [01.04.2011].

Amici, S., Gorno-Tempini, M. L., Ogar, J. M., Dronkers, N. F. & Miller, B. L. (2006). An overview on Primary Progressive Aphasia and its variants. *Behav Neurol., 17* (2), 77-87.

(2008). Anlage A des Rahmenvertrages gemäß § 75 Abs. 1 und 2 SGB XI zur vollstationären Pflege zur Betreuung von mobilen, erheblich verhaltensauffälligen Menschen mit einer medizinisch-therapeutisch nicht beeinflussbaren Demenz: Verfügbar unter: http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-sozia-les/vertraege/sgb11/pvoll/anlage_dement.pdf?start&ts=1291036788&file=anlage_dement.pdf [01.04.2011].

Apostolova, L. G. & Cummings J. L. (2008). Neuropsychiatric Manifestations in Mild Cognitive Impairment: A Systematic Review of the Literature. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 25* (2), 115-126.

Appleton, J., Bagnall, A., McRae, J. & Stevens, S. (1996). Recent advances in speech and language therapy. *British Journal of Hospital Medicine, 55* (9), 582-585.

Archibong, U. E. (1999). Evaluating the impact of primary nursing practice on the quality of nursing care: a Nigerian study. *Journal of Advanced Nursing, 29* (3), 680-689.

Arend, S. (2005). Auf gutem Weg. *Altenpflege, 30* (10), 46-49.

Arbeitskreis Klinische Geriatrie der Ärztekammer Berlin (Mitarbeiter) (Ärztekammer Berlin, Hrsg.). (2010). *Geriatriekonzept Berlin 2010*. Verfügbar unter: http://www.kcgeriatrie.de/downloads/gk_berlin.pdf [01.04.2011].

Baltes, M. M. & Wahl, H. -W. (1996). Patterns of communication in old age: The dependence- support and independence-ignore script. *Health Communication* (6), 217-231.

Barberger-Gateau, P. & Fabrigoule, C. (1997). Disability and cognitive impairment in the elderly. *Disabil Rehabil., 19* (5), 175-193.

Bauer, J., Wirth, R., Volkert, D., Werner, H. & Sieber, C. C. (2008). Malnutrition, Sarkopenie und Kachexie im Alter - Von der Pathophysiologie zur Therapie. *Deutsche medizinische Wochenzeitschrift* (133), 305-310.

Bäuerle, K. (2006). Aufenthalt im Freien sollte Teil des Konzepts sein Gärten für Menschen mit Demenz. *Altenheim, 45* (3), 17-19.

Becker, C., Eichner, B., Lindemann, B., Sturm, E., Rissmann, U., Kron, M. et al. (2003). Fähigkeiten und Einschränkungen von Heimbewohnern: Eine Querschnittserhebung mit dem Minimum Data Set des Resident Assessment Instruments. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 36* (4), 260-265.

Berliner Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales. (2007). *Schreiben a.d. Verbände der Leistungsanbieter vom 27.07.2007*.

Bickel, H. (2000). Dementia syndrome and Alzheimer disease: an assessment of morbidity and annual incidence in Germany. *Gesundheitswesen, 62* (4), 211-218.

Bickel, H. (2001). Dementia in advanced age: estimating incidence and health care costs. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 34* (2), 108-115.

Bienstein, C. & Fröhlich, A. (2004). *Basale Stimulation in der Pflege*. Seelze: Kallmeyer.

Bleathman, C. & Morton, I. (2003). Validation therapy with the demented elderly. *Journal of Advanced Nursing, 13,* 511-514.

Blegen, M. A., Vaughn, T. E. & Goode, C. J. (2001). Nurse experience and education: effect on quality of care. *Journal of Nursing Administration, 31* (1), 33-39.

Böhm, E. *Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm: Grundlagen* (3. Aufl., 2 Bände). : Bd. 1. Maudrich, Wien

Bostick, J. E. (2004). Relationship of Nursing Personnel and Nursing Home Care Quality. *Relationship of Nursing. Personnel and Nursing Home Care Quality, 19* (2), 130-136.

Brinker-Meyendriesch, E. (2006). Ausgewählte Inhalts- und Strukturelemente von Wohngemeinschaften, in denen Menschen mit Demenz leben. *Pr-InterNet für die Pflege, 8* (4), 240-246.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (1998). *Zweiter Altenbericht:: Wohnen im Alter.* Drucksache 13/9750. Bonn: Deutscher Bundestag. Verfügbar unter: http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/13/097/1309750.pdf [01.04.2011].

(Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Hrsg.). (2001). *Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft.* Drucksache 14/5130. Verfügbar unter: http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-5008-3.-Altenbericht-Teil-1,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf [01.04.2011].

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2002). *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*. Berlin: Bundesministerium für Familie und Senioren (und Stellungnahme der Bundesregierung). Verfügbar unter: http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Publikationen/Publikationen,did=5362.html [01.04.2011].

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2005). *Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Gene-*

rationen. Berlin: Bundesministerium für Familie und Senioren. Verfügbar unter: http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/fuenfter-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf [01.04.2011].

Bundesministerium für Gesundheit. (2006). *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe* (Bundesministerium für Gesundheit, Hrsg.). Witten. Verfügbar unter: http://www.alzheimerforum.de/2/3/Rahmenempfehlungen_zu_herausfordem_Verhalten_Demenzkranker.pdf [01.04.2011].

Bundesministeriums der Justiz. Gesetz über die Vergütung von Vormündern und Betreuern (Vormünder- und Betreuervergütungsgesetz - VBVG): VBVG.

Buron, L. (2008). Levels of Personhood: A Model for Dementia Care. *Geriatric Nursing, 29* (5), 324-32.

Butler, R. N., Forette, F. & Greengross, B. S. (2004). Maintaining cognitive health in an ageing society. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health, 124* (3), 119-121.

Calkins, M., Szmerekovsky, J. G. & Biddle, S. (2007). Effect of increased time spent outdoors on individuals with dementia residing in nursing homes. *Journal of Housing for the Elderly, 21* (3-4), 211-228.

Capezuti, E., Evans, L., Strumpf, N. & Maislin, G. (1996). Physical restraint use and falls in nursing home residents. *Journal American Geriatrics Society, 44* (6), 627-633.

Capon, A., Pavoni, N., Mastromattei, A. & Di Lallo, D. (2007). Pressure ulcer risk in long-term units: prevalence and associated factors. *Journal of Advanced Nursing, 58* (3), 263-272.

Castle, N. G. & Engberg, J. (2007). The Influence of Staffing Characteristics on Quality of Care in Nursing Homes. *Health Services Research, 42* (5), 1822-1847.

Castle, N. G. & Engberg, J. (2009). The health consequences of using physical restraints in nursing homes. *Med Care, 47* (11), 1164-1173.

Chappell, N. L. & Reid, R. C. (2000). Dimensions of care for dementia sufferers in long-term care institutions: are they related to outcomes? *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES, 55* (4), 234-244.

Christofoletti, G., Oliani, M. M., Gobbi, S., Stella, F., Bucken Gobbi, L. T. & Renato Canineu, P. (2008). A controlled clinical trial on the effects of motor intervention on balance and cognition in institutionalized elderly patients with dementia. *Clinical Rehabilitation, 22* (7), 618-626.

Clarke, D. E., van Reekum, R., Simard, M., Streiner, D. L., Conn, D., Cohen, T. et al. (2008). Apathy in Dementia: Clinical and Sociodemographic Correlates. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 20* (3), 337-347.

Cohen-Mansfield, J. (1996). Behavioral and mood evaluations: assessment of agitation. International Psychogeriatrics. *International Psychogeriatrics, 8,* 233-245.

Cohen–Mansfield, J., Marx, M. & Werner, P. (1992). Agitation in Elderly Persons: An Integrative Report of Findings in a Nursing Home. *International Psychogeriatrics, 4* (2), 221-240.

Colombo, M., Vitali, S., Cairati, M., Perelli-Cippo, R., Bessi, O., Gioia, P. et al. (2001). Wanderers: features, findings, issues. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 33* (1), 99-106.

Cornoni-Huntley, J. C., Harris, T. B., Everett, D. F., Albanes, D., Micozzi, M. S., Miles, T. P. et al. (1991). An overview of body weight of older persons, including the impact on mortali-

ty: The National Health and Nutrition Examination Survey I--Epidemiologic Follow-up Study. *Journal of Clinical Epidemiology, 44* (8), 743-753.

Cotter, V. T. (2007). The burden of dementia. *THE AMERICAN JOURNAL OF MANAGED CARE, 13* (8), 193-197.

Cummings, J. L., Mega M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi D. A. & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Iventory: Comprehensive Assessment of Psychopathology in Dementia. *Neurology, 44* (12), 2308-2314.

Cunningham, C., McClean, W. & Kelly, F. (2010). The assessment and management of pain in people with dementia in care homes. *Nurs Older People, 22* (7), 29-35.

Dassen, T. (2008). *Prävalenzerhebung 2008. Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus*. Berlin

(DBfK Südwest e.V., Hrsg.). (2007). *Leitfaden Ernährungsstatus: Umgang mit Mangelernährung,* Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. DBfK Südwest e.V. Verfügbar unter: http://www.dbfk.de/download/arbeitshilfe.htm.

DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM), Hrsg.). (2004). *DEGAM-Leitlinie Nr 4: Ältere Sturzpatienten,* DEGAM. DEGAM-Leitlinie. Verfügbar unter: http://leitlinien.degam.de/uploads/media/Langfassung-sturz001.pdf.

Deming, W. E. (1982). *Out of the Crisis*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology.

Desai, A. K., Grossberg, G. T. & Sheth, D. N. (2004). Activities of daily living in patients with dementia: clinical relevance, methods of assessment and effects of treatment. *CNS Drugs, 18* (13), 853-875.

Dettbarn-Reggentin, J. (2005). Studie zum Einfluss von Wohngruppenmilieus auf demenziell Erkrankte in stationären Einrichtungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38* (2), 95-100.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Hrsg.). (2008). *Das Wichtigste. Die Epidemiologie der Demenz.* Selbsthilfe Demenz. Verfügbar unter: http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01.pdf [01.04.2011].

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (2008). *Ernährungsbericht 2008*. Bonn

Devanand, D. P. (1999). The interrelations between psychosis, behavioral disturbance, and depression in Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord., 13* (2), 3-8.

DNQP. (o.J.). *Auszug aus der abschliessenden Veröffentlichung Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege*. Osnabrück. Verfügbar unter: http://www.dnqp.de/ExpertenstandardSturzprophylaxe.pdf [01.04.2011].

Donath, C., Gräßel, E., Großfeld-Schmitz, M., Haag, C., Kornhuber, J. & Neubauer, S. (2008). Diagnostik und Therapie von Demenzerkrankungen in der hausärztlichen Praxis: ein Stadt-Land-Vergleich: Diagnostic Procedure und Antidementive Therapy of Dementia Patients in Primary Care: An Urban-Rural Comparison. *Psychiat Prax, 35* (03), 142-145.

Drey, M. & Kaiser, M. J. (2011). Malnutrition in the elderly. *Dtsch Med Wochenschr., 136* (5), 176-178.

Dyck, W. (2006). Biografiearbeit - eine kritische Betrachtung. *Pflegen Ambulant, 0* (3), 26-27.

Eggermont, L. H. & Scherder, E. J. (2006). Physical activity and behaviour in dementia: A review of the literature and implications for psychosocial intervention in primary care. *Dementia, 5* (3), 411-428.

Engels, D. & Pfeuffer, F. (2007). Die Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen in die Pflege und Betreuung in Einrichtungen. In U. Schneekloth & H. -W Wahl (Hrsg.), *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für „Good Practice“*. Integrierter Abschlussbericht (S. 233–297). München.

Ettema, T. P. (2007). Development and Evaluation of a Dementia-specific Quality of Life Instrument: Validation. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 22* (5), 424-430.

Ettema, T. P., Dröes, R.-M., de Lange, J., Mellenbergh, G. J. & Ribbe, M. W. (2007). QUALIDEM: Development and evaluation of a Dementia Specific Quality of Life Instrument.: Scalability, reliability and internal structure. *Int J Geriatr Psychiatry, 22* (6), 549-556.

Evans, D., Wood, J., Lambert, L. & FitzGerald, M. (2002). Physical Restraint in Acute and Residential Care. The Joanna. *The Joanna Briggs Institute* (22), 5-11.

Evans, L. K. & Cotter, V. T. (2008). Avoiding restraints in patients with dementia: understanding, prevention, and management are the keys. *American Journal of Nursing, 108* (3), 41-50.

Evans, L. K. & Strumpf, N. E. (1989). Tying down the elderly. A review of the literature on physical restraint. *Journal American Geriatrics Society, 37* (1), 65-74.

Falkenstein, D. (2004). Betreute Wohngemeinschaften für demenzbetroffene Menschen: Eine Alternative zum Leben im Heim. *Pflegen Ambulant, 15* (1), 32-34.

Faxén-Irving G, A.-O. B. af Geijerstam A. Basun H. Cederholm T. (2002). The effect of nutritional intervention in elderly subjects residing in group-living for the demented. *European journal of clinical nutrition, 56* (3), 221-227.

Feil, D. G., MacLean, C. & Sultzer, D. (2007). Quality Indicators for the Care of Dementia in Vulnerable Elders. *Journal American Geriatrics Society, 55* (S2), 293-301.

Feil, N. & Clerk-Rubin, V. de. (2005). *Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen.* Reinhardts Gerontologische Reihe: Bd. 16. Basel, München: Reinhardt.

Feil, N. (1990). *Validation - ein neuer Weg zum Verständnis alter Menschen.* Wien: Delle Karth Verlag.

Fellgiebel, A. & Scheurich A. (2008). Therapy of the apathy syndrome in Alzheimer's disease. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 56* (1), 51-55.

Felton, G. (1975). Increasing the quality of nursing care by introducing the concept of primary nursing: a model project. *Nursing Research, 24* (1), 27-32.

Ferrell, B. A. (2004). The management of pain in long-term care. *Clin J Pain, 20* (4), 240-243.

Fischer, T., Worch, A., Nordheim, J., Wulff, I., Gräske, J., Meye, S. et al. (2010). Ambulant betreute Wohngemeinschaften für alte, pflegebedürftige Menschen – Merkmale, Entwicklung und Einflussfaktoren. *Pflege* (in press).

Fischer, T., Neubart, R. & Hasseler, M. (2007). Selbstauskunft zum Schmerz bei schwerer Demenz. *Der Schmerz, 21* (1), 73.

Flannery, R. B. (2003). Restraint procedures and dementia sufferers with psychological trauma. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 18* (4), 227-230.

Fonad, E., Emami, A., Robins Wahlin, T. -B & Windblad, B. &. Sandmark H. (2009). Falls in somatic and dementia wards at Community Care Units. *Scandinavian journal of caring sciences, 23* (1), 2-10.

Food and Drug Administration (US Food and Drug Administration, Hrsg.). (2005). *FDA public health advisory: deaths with antipsychotics in elderly patients with behavioral disturbances.* Verfügbar unter: http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/DrugSafetyInformationforHeathcareProfessionals/PublicHealthAdvisories/ucm053171.htm [01.04.2011]

Frampton, M. (2003). Experience assessment and management of pain in people with dementia. *Age and Ageing, 32* (3), 248-251.

French, D. D., Werner, D. C., Campbell, R. R., Powell-Cope, G. M., Nelson, A. L., Rubenstein, L. Z. et al. (2007). A multivariate fall risk assessment model for VHA nursing homes using the minimum data set. *Journal of the American Medical Directors Association, 8* (2), 115-122.

Friebe, J. (2004). Der biografische Ansatz in der Pflege. *Pflege & Gesellschaft, 9* (1), 3-5.

Frölich, L. & Bernhardt, T. (2005) Musiktherapie bei Demenz. Wissenschaftliche Ergebnisse, *Musik- und Kunsttherapie bei Demenz* (S. 51–60). Frankfurt am Main.

Füsgen, I. (2005). *Musik- und Kunsttherapie bei Demenz* (Zukunftsforum Demenz, Dokumentationsreihe Nr. 12). Frankfurt am Main. Verfügbar unter: http://www.zukunftsforum-demenz.de/pdf/Doku_12_innen.pdf [01.04.2011].

Füsgen, I., Hallauer, J. & Frölich, L. (Hrsg.). (2003). *Demenz – auf dem Weg zu einem Disease-Management-Programm?* Zukunftsforum Demenz: Bd. 1. Verfügbar unter: http://www.zukunftsforum-demenz.de/pdf/4309_Dokuband1_Innen_low.pdf [01.04.2011].

Gardner, K. (1991). A summary of findings of a five-year comparison study of primary and team nursing. *Nursing Research, 40* (2), 113-117.

Gariballa, S. & Forster, S. (2007). Malnutrition is an independent predictor of 1-year mortality following acute illness. *Br J Nutr., 28* (9), 332-336.

Glickstein, J. K. & Neustadt, G. K. (1993). Speech-language interventions in Alzheimer's disease. A functional communication approach. *Clinics in Communication Disorders, 3* (1), 15-30.

Graff, M. J. & Vernooij-Dassen, M. J. (2007). How can occupational therapy improve the daily performance and communication of an older patient with dementia and his primary caregiver? *Dementia, 5* (4), 503-532.

Graff, M. J., Vernooij-Dassen, M. J., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. H. & Rikkert, M. G. (2006). Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *BMJ, 333* (1196), 1-7.

Gruber-Baldini, A. L., Boustani, M., Sloane, P. D. & Zimmerman, S. (2004). Behavioral Symptoms in Residential Care/Assisted Living Facilities: Prevalence, Risk Factors, and Medication Management. *Journal American Geriatrics Society, 52* (10), 1610-1617.

Guérin, O., Andrieu, S., Schneider, S. M., Milano, M., Boulahssass, R., Brocker, P. et al. (2005). Different modes of weight loss in Alzheimer disease: a prospective study of 395 patients. *The American Journal of Clinical Nutrition, 82* (2), 435-441.

Guerra, V. (2008). Gurte, Gitter & Co. Fesselnde Sorge. Pflegebedürftige Menschen festzubinden ist ein Tabu – und zugleich gängige Praxis. Das Projekt ReduFix bietet Aufklärung und Alternativen. *Forum Sozialstation, 151,* 44-46.

Hallauer, J., Bienstein, C., Lehr, U. & Rönsch, H. (2005). *SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen*. Hannover: VINCENTZ NETWORK Marketing Service,.

Hallberg, I. R. (2003). Exploring the meaning of everyday life, for those suffering from dementia. *AM J ALZHEIMERS DIS OTHER DEMEN, 18* (6), 359-365.

Hallensleben, J. (2008). *Modellprojekt „Alt sein – und nicht allein": Abschlussbericht* (SALUS e. V. und Landesdienste GmbH, Hrsg.) (Modellprojekt "Alt sein- und nicht allein"). Dötlingen: Pflege Consult. Verfügbar unter: http://www.demenz-wg.de/texte/Abschlussbericht_Zsf.pdf [01.04.2011].

Hartwanger, A. (1996). Den Körper als Ganzes spüren. Die Basale Stimulation in der Pflege altersverwirrter Menschen. *Altenpflege, 21* (9), 587-589.

Hastedt, I. & Steiner, B. (2007). *Evaluationsstudie Wohngemeinschaften für ältere Menschen mit Pflegebedarf in Baden - Württemberg: Beschreibung der Wohngemeinschaften, Datensammlung und Auswertung Teil 1* (Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg, Hrsg.) (Evaluationsstudie Wohngemeinschaften für ältere Menschen mit Pflegebedarf in Baden - Württemberg). Stuttgart. Verfügbar unter: http://www.wohlfahrtswerk.de/wohlfahrtswerk-download.html [01.04.2011].

Hauenschild, A. (2006). Ernährungsberatung und -therapie im Alter. *der Gynäkologe, 39* (5), 362-366.

Heeg, S., Radzey, B., Kuhn, C., Weyerer, S. & Schäufele, M. (2005). *Abschlussbericht zum Modellprojekt „Milieutherapie – Einführung milieutherapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich mit begleitender Evaluation (MIDEMAS) – Stuttgart.* (Baden-Württemberg, Minsiterium für Soziales, Hrsg.). Stuttgart: Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend. Verfügbar unter: http://www.demenz-support.de/materialien/midemas_abschlussbericht.pdf [01.04.2011].

Heiat, A., Vaccarino, V. & Krumholz, H. M. (2001). An Evidence-Based Assessment of Federal Guidelines for Overweight and Obesity as They Apply to Elderly Persons. *ARCH INTERN MED, 161* (14), 1194-1203.

Hengstermann, S., Fischer, A., Steinhagen−Thiessen, E. & Schulz, R. J. (2007). Nutrition Status and Pressure Ulcer: What we need for Nutrition Screening. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 31* (4), 288-294.

Heusinger, J. & Knoch, T. (2007). Fallstudien zur Qualität von Pflege und Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen. In U. Schneekloth & H. -W Wahl (Hrsg.), *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für „Good Practice"*. Integrierter Abschlussbericht (S. 301–349). München.

Hirsch, R. D. (2008). Im Spannungsfeld zwischen Medizin, Pflege und Politik: Menschen mit Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 41* (2), 106-116.

Horn, S. D., Buerhaus, P., Bergstrom, N. & Smout, R. J. (2005). Rn Staffing Time And Outcomes of Lang-Stay Nursing Home Residents. *American Journal of Nursing, 105* (11), 58-71.

Huizing, A. R., Hamers, J. P., Gulpers, M. J. & Berger, M. P. (2006). Short-term effects of an educational intervention on physical restraint use: a cluster randomized trial. *BMC Geriatr., 26* (6). Verfügbar unter: http://www.biomedcentral.com/1471-2318/6/17 [01.04.2011].

IASP Task Force on Taxonomy. (1994). Part III: Pain terms, a current list with definitions and notes on usage. In H. Merskey & N. Bogduk (Hrsg.), *Classification of Chronic Pain*. 2. Aufl. (S. 209–214). Seattle: IASP Press.

Ibach, B. (2008). Themenschwerpunkt: Die Therapie nicht-kognitiver Störungen bei Demenzkranken mit Neuroleptika. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 56* (1), 33-37.

IGOS - Institut für sozialpolitische und gerontologische Studien. (2002). *Demenz als sozialpolitische Herausforderung: Bestandsaufnahme und Perspektiven der Versorgung Demenzkranker in Brandenburg* (Ministerium für Arbeit, S. G. u. F., Hrsg.) (Beiträge zur Gesundheits- und Sozialberichterstattung 1). Potdsam. Verfügbar unter: http://www.masf.brandenburg.de/sixcms/media.php/4055/demenz.pdf [01.04.2011].

Ikeda, M., Fukuhara, R., Shigenobu, K., Hokoishi, K., Maki, N. Nebu A., Komori, K. et al. (2004). Dementia associated mental and behavioural disturbances in elderly people in the community: findings from the first Nakayama study. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 75* (1), 146-148.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. (2008). *Nichtmedikamentoese Behandlung der Alzheimer Demenz* (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Hrsg.). Köln. Verfügbar unter: http://www.iqwig.de/download/A05-19D_Vorbericht_Nichtmedikamentoese_Behandlung_der_Alzheimer_Demenz_Vorbericht_V_1_0.pdf [01.04.2011].

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. (2009). *Memantin bei Alzheimer Demenz* (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWIG), Hrsg.) (IQWiG-Berichte Nr. 59). Verfügbar unter: https://www.iqwig.de/download/A05-19C_Abschlussbericht_Memantin_bei_Alzheimer_Demenz.pdf [01.04.2011]

Jablonski, R. A., Reed, D. & Maas, M. L. (2005). Care intervention for older adults with Alzheimer's disease and related dementias: effect of family involvement on cognitive and functional outcomes in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing, 31* (6), 38-48.

Jacobi, F., Klose, M. & Wittchen, H. -U. (2004). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung -Gesundheitsschutz, 47,* 736-744.

Johannsen, J. (2009). Demenzerkrankung im Netzwerk professioneller Behandlung und ehrenamtlicher Arbeit. In Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Hrsg.), *"Aktiv für Demenzkranke". Referate auf dem 5. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Selbsthilfe Demenz.* Schriftenreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. , ISSN 1432-7090: Bd. 7 (S. 439–443). Berlin: Dt. Alzheimer-Ges.

Jost, B. C. & Grossberg, G. T. (1996). The Evolution of Psychiatric Symptoms in Alzheimer's Disease - A Natural History Study. *Journal American Geriatrics Society, 44* (9), 1078-1081.

Kagansky, N., Berner, Y., Koren-Morag, N., Perelman, L., Knobler, H. & Levy, S. (2005). Poor nutritional habits are predictors of poor outcome in very old hospitalized patients. *The American Journal of Clinical Nutrition, 82* (4), 913-914.

Kaiser, G. (2008). *Vom Pflegeheim zur Hausgemeinschaft.* Architektur + Gerontologie / hrsg. vom Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln: Kuratorium Dt. Altershilfe.

Kales, H. C., Zivin, K., Kim, H. M., Valenstein, M., Chiang, C., Ignacio, R. et al. (2011). Trends in antipsychotic use in dementia 1999-2007. *Arch Gen Psychiatry., 68* (2), 190-197.

Kämmer, K. (2000). Ins Blickfeld nehmen. *Altenpflege, 25* (11), 1722-1728.

Kanter, S. J., Factora, R. M. & Suh, T. T. (2007). Does this patient have primary progressive aphasia? *Cleve Clin J Med., 74* (1), 9.

Karlsson, S., Bucht, G., Eriksson, S. & Sandman, P. O. (1996). Physical Restraints in Geriatric Care in Sweden - Prevalence and Patient Characteristics. *Journal American Geriatrics Society, 44* (11), 1348-1354.

Karlsson, S., Bucht, G., Eriksson, S. & Sandman, P. O. (2001). Factors Relating to the Use of Physical Restraints in Geriatric Care Settings. *Journal American Geriatrics Society, 49* (12), 1722-1728.

Kasl-Godley, J. & Gatz, M. (2000). Psychosocial interventions for individuals with dementia: an integration of theory, therapy, and a clinical understanding of dementia. *Clin Psychol Rev, 20* (6), 755-782.

Kitwood, T. (2000). *Demenz: Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Bern: Verlag Hans Huber.

Klingbeil-Baksi, D. (2002). Die Pflege der Profis ergänzen Möglichkeiten und Grenzen, ehrenamtliche und professionelle Pflege zu vernetzen. *Häusliche Pflege, 11* (9), 38-41.

Koczy, P. (2008). *Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern: Abschlussbericht zum Modellvorhaben*. Verfügbar unter: http://redufix.com/html/img/pool/redufix_Abschlussbericht_Ministerium_Entfixierung.pdf [01.04.2011].

Kondrup, J., Allison, S. P., Elia, M., Vellas, B. & Plauth, M. (2003). ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clinical Nutrition, 22* (4), 415-421.

Koopmans, R. T., van der Molen, M., Raats, M. & Ettema, T. P. (2009). Neuropsychiatric symptoms and quality of life in patients in the final phase of dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 24* (1), 25-32.

Korthals Altes, M. & Kurz, A. (2000). Antidepressive agents in dementia. *Z Gerontol Geriatr., 33* (5), 396-400.

Kovach, C. R., Noonan, P. E., Schlidt, A. M. & Wells, T. (2005). A Model of Consequences of Need-Driven, Dementia-Compromised Behavior. *Journal of Nursing Scholarship, 37* (2), 134-140.

Kremer-Preiss, U. & Narten, R. (2004). *Betreute Wohngruppen: Struktur des Angebotes und Aspekte der Leistungsqualität. Pilotstudie*. Köln: Kuratorium Dt. Altershilfe.

Kremer-Preiß, U. & Stolarz, H. (2003). *Neue Wohnkonzepte für das Alter und praktische Erfahrungen bei der Umsetzung: eine Bestandsanalyse* (1-6). "Leben und Wohnen im Alter": Bd. 1. Köln: KDA. Verfügbar unter: http://www.kda.de/tl_files/kda/Projekte/Leben%20und%20Wohnen%20im%20Alter/2003-LuW-Band1.pdf [01.04.2011].

Kremer-Preiss, U. & Stolarz, H. (2006). *Ambulant betreute Wohngruppen: Arbeitshilfen für Initiatoren* (1-6). "Leben und Wohnen im Alter": Bd. 6. Köln. Verfügbar unter: http://www.kda.de/tl_files/kda/Projekte/Leben%20und%20Wohnen%20im%20Alter/2006-LuW-Band6.pdf [01.04.2011].

Krichbaum, K., Pearson, V., Savik, K. & Mueller, C. (2005). Improving resident outcomes with GAPN organization level interventions. *Western Journal of Nursing Research, 27* (3), 322-337.

Krohwinkel, M. (1993). *Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexiekranken*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Krueger, K. R., Wilson, R. S., Kamenetsky, J. M., Barnes, L. L., Bienias, J. L. & Bennett, D. A. (2009). Social engagement and cognitive function in old age. *Experimental aging research, 35* (1), 45-60.

Kuske, B., Luck, T., Hanns, S., Matschinger, H., Angermeyer, M. C., Behrens, J. et al. (2009). Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany. *International Psychogeriatrics, 21* (2), 1-14.

Lachs, M. S., Williams, C. S., O'Brien, S. & Pillemer, K. A. (2002). Adult protective service use and nursing home placement. *The Gerontologist, 42* (6), 734-739.

Lam, L. C. W., Tam, C. W. C., Chiu, H. F. K. & Lui, V. W. C. (2007). Depression and apathy affect functioning in community active subjects with questionable dementia and mild Alzheimer's disease. Preview. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 22* (5), 431-437.

Landes, A. M., Sperry, S. D., Strauss, M. E. & Geldmacher, D. S. (2001). Apathy in Alzheimer's Disease. *Journal American Geriatrics Society, 49* (12), 1700-1707.

Lauterberg, J., Großfeld-Schmitz, M., Ruckdäschel, S., Neubauer, S. & Mehlig, H. (2007). Projekt IDA – Konzept und Umsetzung einer cluster-randomisierten Studie zur Demenzversorgung im hausärztlichen Bereich. *Z. ärztl. Fortbild. Qual.Gesundh.wes, 101,* 21-26.

Leslie, W. S., Lean, M. E., Woodward, M., Wallace, F. A. & Hankey, C. R. (2006). Unidentified under-nutrition: dietary intake and anthropometric indices in a residential care home population. *Journal of Human Nutrition and Dietetics, 19* (5), 343-347.

Lind, S. (2000). *Umgang mit Demenz. Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Methoden: Ergebnisse einer Literaturrecherche und Sekundäranalyse der Fachliteratur in internationalen Pflegezeitschriften zur psychogeriatrischen Pflege und Betreuung Demenzkranker* (Paul-Lempp-Stiftung, Hrsg.). Stuttgart

Linn, B., Linn, M. & Gurel, L. (1968). Cumulative Illness Rating Scale. *Journal of the American Geriatrics Society, 5* (16), 622-626.

Liperoti, R., Onder, G., Landi, F., Lapane, K. L., Mor, V., Bernabei, R. et al. (2009). All-cause mortality associated with atypical and conventional antipsychotics among nursing home residents with dementia: a retrospective cohort study. *J Clin Psychiatry, 70* (10), 1340-1347.

Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J. & Lyketsos, C. G. (2005). Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *The American Journal of Psychiatry, 162* (11), 1996-2021.

Lobo, A., Launer, L. J., Fratiglioni, L., Andersen, K., Di Carlo, A., Breteler, M. M. et al. (54). Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. *Neurology, 2000* (11), 4-9.

Logue, R. M. (2003). Maintaining family connectedness in long.term care. An advanced practice approach to family-centered nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing, 29* (6), 24-31.

Lord, S. R., Sherrington, C. & Menz, H. B. (2001). *Falls in Older People. Risk Factors and Strategies for Prevention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Lou, M. F., Dai, Y. T., Huang, G. S. & Yu, P. J. (2007). Nutritional status and health outcomes for older people with dementia living in institutions. *Journal of Advanced Nursing, 60* (5), 470-477.

Lövheim, H., Sandman, P. O., Karlsson, S. & Gustafson, Y. (2008). Behavioral and psychological symptoms of dementia in relation to level of cognitive impairment. *International Psychogeriatrics, 20* (4), 777-789.

Lueken, U., Seidl, U., Völker, L., Schweiger, E., Kruse, A. & Schröder, J. (2007). Development of a Short Version of the Apathy Evaluation Scale Specifically Adapted for Demented Nursing Home Residents. *Am J Geriatr Psychiatry, 15* (5), 376-385.

Mahoney, F. I. & Barthel, D. W. (1965). Functional Evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J., 14,* 61-65.

Majic, T., Pluta, J. P., Mell, T., Aichberger, M. C., Treusch, Y., Gutzmann, H. et al. (2010). The pharmacotherapy of neuropsychiatric symptoms of dementia: a cross-sectional study in 18 homes for the elderly in Berlin. *Dtsch Arztebl Int., 107* (18), 320-327.

Manthey, M., Ciske, K., Robertson, P. & Harris, I. (1970). Primary nursing: A return to the concept of “my nurse” and “my patient”. *Nursing Forum, 9* (1), 65-83.

Marin, R. S. (1991). Apathy: a neuropsychiatric syndrome. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* (3), 243-254.

Martin, B. C., Ricci, J. F., Kotzan, J. A., Lang, K. & Menzin, J. (2000). The net cost of Alzheimer’s disease and related dementia: A population based study of Georgia Medicaid recipients. *Alzheimer Disease and Associated Disorders, 14* (3), 151-159.

Mast, B. T. (2005). Impact of cognitive impairment on the phenomenology of geriatric depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 13* (8), 694-700.

MDS e.V. (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS), Hrsg.). (2003). *Grundsatzstellungnahme Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen*. Verfügbar unter: http://www.mds-ev.de/media/pdf/Grundsatzstellungnahme_Ernaehrung.pdf [01.04.2011].

Mecocci, P., Strauss, E. von, Cherubini, A., Ercolani, S., Mariani, E., Senin, U. et al. (2005). Cognitive impairment is the major risk factor for development of geriatric syndromes during hospitalization: results from the GIFA study. *Dementia and Geratic Cognitive Disorders, 20* (4), 262-269.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (MDS, Hrsg.). (2007). *2. Bericht des MDS nach § 118 Abs 4 SGB XI: Qualität in der ambulanten und stationären Pflege*. Verfügbar unter: http://www.mds-ev.de/media/pdf/2._Bericht_des_MDS.pdf [01.04.2011].

Mega, M. S., Cummings, J. L., Fiorello, T. & Gornbein, J. (1996). The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease. *Neurology, 46* (1), 130-135.

Michel, E. (1999). Begleitung von Demenzkranken und ihren Angehörigen: Bericht aus der täglichen Praxis eines Hausarztes. *Therapeutische Umschau, 56* (2), 104-108. [19.11.2009].

Miller, M. D., Paradis, C. F., Houck, P. R., Mazumdar, S., Stack, J. A., Rifai, A. Hind et al. (1992). Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: application of the cumulative illness rating scale. *Psychiatry Research., 41* (3), 237-248.

MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES BADEN-WÜRTTEMBERG. (2006). *Neue Wohnformen für ältere Menschen: Stand und Perspektiven* (MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES BADEN-WÜRTTEMBERG, Hrsg.). Stuttgart. Verfügbar unter: http://bw.wg-qualitaet.de/src/documents/article580-29-25.pdf [01.04.2011].

Mirakhur, A., Craig, D., Hart, D. J., McLlroy, S. P. & Passmore, A. P. (2004). Behavioural and psychological syndromes in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 19* (11), 1035-1039.

Mitchell, S. L., Kiely, D. K., Hamel, M. Beth, Park, P. S., Morris, J. N. & Fries, B. (2004). Estimating Prognosis for Nursing Home Residents With Advanced Dementia. *JAMA, 291* (22), 2734-2740.

Mooney, P. & Nicell, P. L. (1997). The Importance of Exterior Environment for Alzheimer Residents. *Healthc Manage Forum, 5* (2), 23-29.

Müller, R., Halfens, R., Schwendimann, R., Müller, M., Imoberdorf, R. & Ballmer, P. E. (2009). Risk factors for falls and fall-related injuries in an acute care hospital--a retrospective case control study. *Pflege, 22* (6), 431-441.

Namazi, K. H. &. Johnson B. D. (1992). Pertinent autonomy for residents with dementias: Modification of the physical environment to enhance independence. *American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research, 7* (1-2), 16-21.

National Collaborating Centre for Mental Health. (2007). *Dementia: A NICE–SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care* (The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, Hrsg.) (National Clinical Practice Guideline Nr. 42). London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Verfügbar unter: http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG42Dementiafinal.pdf [01.04.2011].

National Research Council. (1989). *Diet and health.: Implications for reducing chronic disease risk.* Washington-DC: National Academy Press.

Neal M, B. Wright P. (2003). Validation therapy for dementia. *The Cochrane Library* (3), 1-24.

Newman, A. B., Yanez, D., Harris, T., Duxbury, A., Enright, P. L., Fried, L. P. et al. (2001). Weight change in old age and its association with mortality. *J Am Geriatr Soc., 49* (10), 1309-1318.

Niedersächsische Fachstelle für Wohnberatung. (2006, 14. November). *Qualitätskriterien und Empfehlungen für ambulant betreute Wohngemeinschaften in Niedersachsen*. Hannover: Niedersächsische Fachstelle für Wohnberatung. Verfügbar unter: http://www.wg-qualitaet.de/src/documents/article708-25-25.pdf [01.04.2011].

Nowalk, M. P., Prendergast, J. M., Bayles, C. M., D'Amico, F. J. & Colvin, G. C. (2001). A randomized trial of exercise programs among older individuals living in two long-term care facilities: the FallsFREE program. *Journal of the American Geriatrics Society, 49* (7), 859-865.

Ooi, W. L., Morris, J. N., Brandeis, G. H., Hossain, M. & Lipsitz, L. A. (1999). Nursing home characteristics and the development of pressure sores and disruptive behaviour. *Age and Ageing, 28* (1), 45-52.

Oppikofer, S., Albrecht, K., Schelling, H. R. & Wettstein, A. (2002). Die Auswirkungen sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden dementer Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. Die Käferberg-Besucherstudie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 35* (1), 39-48.

Pauly, L., Stehle, P. & Volkert, D. (2007). Nutritional situation of elderly nursing home residents. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 40* (1), 3-12.

Pawletko, K. W. (2002, 13. August). *Ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen* (Bundesministerium für Familie, S. F. u. J., Hrsg.). Bonn. Verfügbar unter: http://www.wg-qualitaet.de/src/documents/article440-25-25.pdf [01.04.2011].

Penrod, J., Yu, F., Kolanowski, A., Fick, D. M., Loeb, S. J. & Hupcey, J. E. (2007). Reframing Person-Centered Nursing Care for Persons With Dementia. *Research and Theory for Nursing Practice, 21* (1), 57-72.

Petrovic, M., Hurt, C., Collins, D., Burns, A., Camus, V., Liperoti, R. et al. (2007). Clustering of behavioural and psychological symptoms in dementia (BPSD): a European Alzheimer's disease consortium (EADC) study. *Acta Clin Belg, 62* (6), 426-432.

Pilotto, A., Sancarlo, D., Panza, F., Paris, F., D'Onofrio, G., Cascavilla, L. et al. (2009). The Multidimensional Prognostic Index (MPI), Based on a Comprehensive Geriatric Assessment, Predicts Short- and Long-Term Mortality in Hospitalized Older Patients with Dementia. *Journal of Alzheimer's Disease, 18,* 191-199.

Poehlman, E. T. & Dvorak, R. V. (2000). Energy expenditury, energy intake, and weight loss in Alzheimer desease. *Am J Clin Nutr, 71,* 650-655.

Popp, I. (1998). Erfahrungen mit Validation Pflege von Patienten mit Demenz. *Heilberufe, 50* (5), 12-14.

PQSG- Online-Magazin für die Altenpflege. (2006). *Standardpflegeplan senile Demenz*. Verfügbar unter: http://www.pqsg.de/seiten/openpqsg/hintergrund-pflegeplan-demenz.htm [29.10.2009].

Radzey, B., Kuhn, C., Rauh, J. & Heeg, S. (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Hrsg.). (2001). *Qualitätsbeurteilung der institutionellen Versorgung und Betreuung dementiell Erkrankter (Literatur-Expertise).* Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: 207.1. Verfügbar unter: http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-24424-SR-Band-207.1.pdf [01.04.2011]

Rappe, E. & Topo, P. (2007). Contact with outdoor greenery can support competence among people with dementia. *Journal of Housing for the Elderly, 21* (3-4), 229-248.

Reder, U. (2002). Wohngruppen. In J. F. Hallauer & A. Kurz (Hrsg.), *Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland* (S. 78–81). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Reder, U. (2004). Alternatives Kostenträger-Modell. In U. Kremer-Preiß & H. Stolarz (Hrsg.), *Betreute Wohngruppen - ein bedarfsgerechtes Wohnangebot für die Zukunft? Erfahrungsaustausch der Akteure betreuter Wohngruppen am 27. März 2003 in Braunschweig.* "Leben und Wohnen im Alter": Bd. 2 (S. 59–70). Gütersloh, Köln.

Reggentin, H. & Dettbarn-Reggentin, J. (2004). Die Möglichkeit eines Miteinanders - Wohngruppen für Menschen mit Demenz. *Pflegezeitschrift* (3), 181-184.

Reid, R. C. & Chappell, N. L. (2003). Staff Ratios and Resident Outcomes in Special Care Units: Do Activity Aides Make a Difference? *Journal of Applied Gerontology, 22* (1), 89-103.

Reisberg, B. (1988). Functional Assessment Staging (FAST). *Psychopharmacology Bulletin* (24), 653-659.

Reisberg, B., Ferris, S. H., Leon, M. J. de & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry, 139* (9), 1136-1139.

Richard, N. (1999). *Integrative Validation.: Brücken bauen in die Welt dementiell Erkrankter.* Hannover: Vincentz Verlag.

Rieckmann, N., Schwarzbach, C., Nocon, M., Roll, S., Vauth, C., Willich, S. et al. (2009). *Pflegerische Versorgungskonzepte für Personen mit Demenzerkrankungen: Schriftenreihe für Health Technology Assessment des DIMDI* (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Hrsg.) (Nr. 80). Köln. Verfügbar unter: http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta215_bericht_de.pdf [01.04.2011].

Robert, P. H., Berr, C., Volteau, M., Bertogliati-Fileau, C., Benoit, M., Guerin, O. et al. (2008). Importance of Lack of Interest in Patients With Mild Cognitive Impairment. *Am J Geriatr Psychiatry, 16* (9), 770-776.

Robinson, L., Hutchings, D., Dickinson, H. O., Corner, L., Beyer, F., Finch, T. et al. (2007). Effectiveness and acceptability of non-pharmacological interventions to reduce wandering in dementia: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 22* (1), 9-22.

Romero, B. (2004). Selbsterhaltungstherapie: Konzept, klinische Praxis und bisherige Ergebnisse. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, 17,* 119-134.

Rosewarne, R., Bruce, A. & McKenna, M. (1997). Dementia programme effectiveness in long-term care. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 12* (2), 173-182.

Rothgang, H., Borchert, L., Müller, R. & Unger, R. (2008). *GEK-Pflegereport 2008: Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen.* GEK-Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Schwäbisch Gmünd

Rousseaux, M., Sève, A., Vallet, M., Pasquier, F. & Mackowiak-Cordoliani, M. A. (2010). An analysis of communication in conversation in patients with dementia. *Neuropsychologia, 48* (13), 3884-3890.

Rovner, B. W., Steele, C. D., Shmuely, Y. & Folstein, M. F. (1996). A Randomized Trial of Dementia Care in Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society, 44* (1), 7-13.

Rubenstein, L. Z., Josephson, K. R., Trueblood, P. R., Loy, S., Harker, J. O., Pietruszka, F. M. et al. (2000). Effects of a group exercise program on strength, mobility, and falls among fall-prone elderly men. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES, 55A* (6), 317-321.

Rückemann, K. & Künzel, A. (2009). *Ergebnisse Erhebung im Rahmen des Modellprojektes zur Sicherung der Transparenz und der geteilten Verantwortung in ambulant betreuten Wohngemeinschaften von Menschen mit Demenz.* (Verein für Selbstbestimmtes Wohnen im Alter (SWA e.V.), Hrsg.). Berlin. Verfügbar unter: http://www.swa-berlin.de/fileadmin/documents/Allgem._Veroeffentl.__Erhebung_x.pdf [01.04.2011].

Rückemann, K. (2009). *Patenprojekt: Modellprojekt zur Sicherung der Transparenz und der geteilten Verantwortung in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen*. „Ambulant betreute Wohngemeinschaften (nicht nur) für Menschen mit Demenz - Qualitätssicherung zwischen Selbstbestimmung und staatlicher Kontrolle“. Kassel. Verfügbar unter: http://www.wg-qualitaet.de/src/File/kassel_.pdf [16.4.2009].

Ryden, M. B., Feldt, K. S., Oh, H. L., Brand, K., Warne, M., Weber, E. et al. (1999). Relationships Between Aggressive Behavior in Cognitively Impaired Nursing Home Residents and Use of Restraints, Psychoactive Drugs, and Secured Units. *Archives of Psychiatric Nursing, 13* (4), 170-178.

Saliba, D., Solomon, D., Rubenstein, L., Young, R., Schnelle, J., Roth, C. et al. (2004). Feasibility of quality indicators for the management of geriatric syndromes in nursing home residents. *Journal of the American Medical Directors Association, 5* (5), 310-319.

Sauvaget, C., Yamada, M., Fujiwara, S., Sasaki, H. & Mimori, Y. (2002). Dementia as a predictor of functional disability: a four-year follow-up study. *Gerontology, 48* (4), 226-233.

Savva, G. M., Zaccai, J., Matthews, F. E., Davidson, J. E., McKeith, I., Brayne, C. et al. (2009). Prevalence, correlates and course of behavioural and psychological symptoms of dementia in the population. *The British Journal of Psychiatry, 194* (3), 212-219.

Schäufele, M., Hendlmeier, I., Teufel, S. & Weyerer, S. (2008). *Qualitätsniveau I. Mobiliät und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen.* Qualitätsniveaus in der stationären Altenpflege: Bd. 1. Heidelberg, München, Landsberg, Berlin: Economica-Verlag.

Schäufele, M. & Weyerer, S. (2009). Wo bleibt der Arzt? *Altenheim, 48* (7), 14-18.

Schäufele, M., Köhler, L., Lode, S. & Weyerer, S. (2007). Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssituation. In U. Schneekloth & H. -W Wahl (Hrsg.), *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationä-*

ren Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für „Good Practice“. Integrierter Abschlussbericht (S. 169–231). München.

Schäufele, M., Köhler, L., Teufel, S. & Weyerer, S. (2006). Betreuung von demenziell erkrankten Menschen in Privathaushalten: Potenziale und Grenzen. In U. Schneekloth & H.-W. Wahl (Hrsg.), *Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote.* (S. 103–145). Stuttgart: Kohlhammer.

Schäufele, M., Weyerer, S., Hendlmeier, I. & Teufel, S. (2005). Demenzkranke in Einrichtungen der stationären Altenhilfe: Aktuelle Ergebnisse zur Auswirkung verschiedener Wohn- und Betreuungsformen. In T. Klie, A. Buhl, H. Entzian, A. Hedtke-Becker & H. Wallrafen-Dreisow (Hrsg.), *Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen* (S. 345–354). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Schneekloth, U. & Wahl, H. -W. (2006). Schlussfolgerungen, sozialpolitische Implikationen und Ausblick. In U. Schneekloth & H.-W. Wahl (Hrsg.), *Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote.* (S. 243–252). Stuttgart: Kohlhammer.

Schneekloth, U. & Wahl, H. W. (Hrsg.). (2007). *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV): Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für „Good Practice“*. München (Integrierter Abschlussbericht).

Schneekloth, U. & Wahl, H.-W. (Hrsg.). (2005). *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III): Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten*. München (Integrierter Abschlussbericht).

Schneekloth, U. & Törne, I. von. (2007). Entwicklungstrends in der stationären Versorgung – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In U. Schneekloth & H. -W Wahl (Hrsg.), *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für „Good Practice“*. Integrierter Abschlussbericht (S. 53–168). München.

Schneekloth, U. & Wahl, H.-W. (Hrsg.). (2006). *Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten.: Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote.* Stuttgart: Kohlhammer.

Schröder, S. & Häussermann, P. (2001). Therapiemöglichkeiten bei Alzheimer Teil II - Nichtmedikamentöse Verfahren. *Pflegen Aktuell* (4), 220-222.

Schubert, I., Küpper-Nybelen, J., Ihle, P. & Krappweis, J. (2007). Inanspruchnahmeverhalten von Demenzpatienten im Spiegel von GKV-Daten. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 101* (1), 7-13.

Schwabe, U. & Paffrath, D. (2010). *Arzneiverordnungs-Report 2010: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*. Heidelberg: Springer-Verlag.

Schwarz, B., Chaudhury, H. & Tofle, R. B. (2004). Effect of design interventions on a dementia care setting. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 19* (9), 843-849. Verfügbar unter: http://aja.sagepub.com/cgi/reprint/19/3/172.pdf [01.04.2011].

Schwarz, B. & Rodiek, S. (2007). Introduction: outdoor environments for people with dementia. *Journal of Housing for the Elderly, 21* (1-2), 3-11.

Schwarz, G. (Bundesministerium für Gesundheit, Hrsg.). (2006). *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären*

Altenhilfe. Verfügbar unter: http://www.alzheimerforum.de/2/3/Rahmenempfehlungen_zu_herausfordem_Verhalten_Demenzkranker.pdf [01.04.2011].

Seidl, U., Lueken, U., Völker, L., Re, S., Becker, S., Kruse, A. et al. (2007). Nicht-kognitive Symptome und psychopharmakologische Behandlung bei demenzkranken Heimbewohnern. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* (75), 720-727.

Selbaek, G., Kirkevold, Ø. & Engedal, K. (2007). The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 22* (9), 843-849.

Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales. (2010). Gesetz über Selbstbestimmung und Teilhabe in betreuten gemeinschaftlichen Wohnformen (Wohnteilhabegesetz - WTG): WTG. Verfügbar unter: http://www.berlin.de/sen/soziales/berliner-sozialrecht/land/rv/wtg.html [01.04.2011].

Shukla, R. K. (1981). Structure vs. people in primary nursing: an inquiry. *Nursing Research, 30* (4), 236-241.

Sloss, E. M., Solomon, D. H., Shekelle, P. G., Young, R. T., Saliba, D., MacLean, C. H. et al. (2000). Selecting target conditions for quality of care improvement in vulnerable older adults. *Journal of the American Geriatrics Society, 48* (4), 363-369.

Sowinski, C. (2004). Das richtige Umfeld schaffen. *Altenheim, 43* (9), 18-20.

Spoelhof, G. D. & Ide, K. (1993). Pressure ulcers in nursing home patients. *American family physician, 47* (5), 1207-1215.

Starkstein, S. E., Jorge, R., Mizrahi, R. & Robinson, R. G. (2006). A prospective longitudinal study of apathy in Alzheimer's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 77* (1), 8-11.

(Statistisches Bundesamt, Hrsg.). *Pflegestatistik 2005: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Verfügbar unter: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/Sozialpflege1Bericht2003,property=file.pdf [01.04.2011].

(Statistisches Bundesamt, Hrsg.). (2006). *Bevölkerung Deutschlands bis 2050: 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung,* Statistisches Bundesamt. Verfügbar unter: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2006/Bevoelkerungsentwicklung/bevoelkerungsprojektion2050,property=file.pdf [01.04.2011].

(Statistisches Bundesamt, Hrsg.). (2008). *Demografischer Wandel in Deutschland: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern*. Verfügbar unter: https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?CSPCHD=0000000100004f0ujmng000000XyZvMSv7Zl_NRrjh3DQKaw--&cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1021808 [01.04.2011].

Statistisches Bundesamt. (2008). *Pflegestatistik 2007 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse,* Statistisches Bundesamt.

Steenland, K., MacNeil, J., Vega, I. & Levey, A. (2009). Recent Trends in Alzheimer's Disease Mortality in the United States, 1999-2004. *Alzheimer Disease and Associated Disorders, 23* (2), 165-170.

Steinberg, M., Sheppard, J.-M., Tschanz, J. T., Norton, M. C., Steffens, D. C., Breitner, J. C. S. et al. (2003). The incidence of mental and behavioral disturbances in dementia: the

cache county study. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 15* (3), 340-345.

Steultjens, E. M., Dekker, J., Bouter, L. M., Jellema, S., Bakker, E. B. & van den Ende, C. H. (2004). Occupational therapy for community dwelling elderly people: a systematic review. *Age and Ageing, 33* (5), 453-460.

Strauss, M. E. & Sperry, S. D. (2002). An Informant-Based Assessment of Apathy in Alzheimer Disease. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology, 15* (3), 176-183.

Stuck, A. E., Walthert, J. M., Nikolaus, T., Büla, C. J., Hohmann, C. & Beck, J. C. (1999). Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: A systematic literature review. *Soc Sci Med., 48* (4), 445-469.

Suominen, M., Muurinen, S., Routasalo, P., Soini, H., Suur-Uski, I., Peiponen, A. et al. (2005). Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. *European journal of clinical nutrition, 59* (4), 578-583.

Tannen, A., Schütz, T., Dassen, T., van Nie−Visser, N., Meijers, J. & Halfens, R. (2008). Mangelernährung in deutschen Pflegeheimen und Krankenhäusern ± Pflegebedarf und pflegerische Versorgung. *Aktuel Ernaehr Med* (33), 177-183.

te Boekhorst, S., Depla, M. F., Lange, J. de, Am Pot & Eefsting, J. A. (2009). The effects of group living homes on older people with dementia: a comparison with traditional nursing home care. *Int J Geriatr Psychiatry, 24* (9), 970-978.

Testad, I., Aasland, A. M. & Aarsland, D. (2007). Prevalence and correlates of disruptive behavior in patients in Norwegian nursing homes. 2007; 22: 916–21. à Stress für Pflegende. *Int J Geriatr Psychiatry, 22* (9), 916-921.

Thelander, V. B., Wahlin, T. R., Olofsson, L., Heikkilä, K. & Sonde, L. (2008). Gardening activities for nursing home residents with dementia. *Advances in Physiotherapy, 10* (1), 53-56.

Torres A, G. G. Pozzobon G. Stevanato A. Foscaro G. Roberti R. Guidolin MP Facin N. Lago S. Milani D. Gazzola A. Zilio P. Berlese MG Berton L. (2005). The assessment of the nutritional status and risk profile of elderly residents. *Assistenza Infermieristica e Ricerca, 24* (3), 116-120.

Toulotte, C., Fabre, C., Dangremont, B., Lensel, G. & Thévenon, A. (2003). Effects of physical training on the physical capacity of frail, demented patients with a history of falling: a randomised controlled trial. *Age and Ageing, 32* (1), 67-73.

Tsokos M, H. A. Püschel K. (2000). Pressure sores: epidemiology, medico-legal implications and forensic argumentation concerning causality. *International Journal of Legal Medicine, 113* (5), 283-287.

van de Winckel, A., Feys, H., Weerdt, W. de & Dom, R. (2004). Cognitive and behavioural effects of music-based exercises in patients with dementia. *Clinical Rehabilitation, 18* (3), 253-260.

van Dijk, P. T., Dippel, D. W. & Habbema, J. D. (1991). Survival of patients with dementia. *J Am Geriatr Soc, 39* (6), 603-610.

van Doorn, C., Gruber-Baldini, A. L., Zimmerman, S., Hebel, J. R., Port, C. L., Baumgarten, M. et al. (2003). Dementia as a Risk Factor for Falls and Fall Injuries Among Nursing Home Residents. *Journal American Geriatrics Society, 51* (9), 1213-1218.

van Dröes, R. M., Breebaart, E., Ettema, T. P., Tilburg, W. & Mellenbergh, G. J. (2000). Effect of Integrated Family Support Versus Day Care Only on Behavior and Mood of Patients With Dementia. *International Psychogeriatrics, 12* (1), 99-115.

van Myers AH, B. SP Natta ML Abbey H. Robinson EG. (1991). Risk factors associated with falls and injuries among elderly institutionalized persons. *American Journal of Epidemiology, 133* (11), 1179-1190.

Verbeek, H., van Zwakhalen, S. M. G., Rossum, E., Ambergen, T. & Kempen, G. (2010). Small-scale, homelike facilities versus regular psychogeriatric nursing home wards: a cross-sectional study into residents' characteristics. Verfügbar unter: http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/30 [01.04.2011].

Verein für Selbstbestimmtes Wohnen im Alter (SWA e.V.) (Hrsg.). (2006). *Qualitätskriterien für ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz: Eine Orientierungs- und Entscheidungshilfe* (3. überarbeitete Auflage). Berlin

Voigt-Radloff, S., Schochat, T. & Heiss, H. W. (2004). Kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von Ergotherapie bei Älteren.: Teil II: Evidenz bei priorisierten Krankheiten und Behinderungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 37* (6), 450-458.

Voigt-Radloff, S., Schochat, T. & Heiss, H. W. (2004). Kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von Ergotherapie bei Älteren: Teil I: Fragestellung, Recherche-Strategie und methodische Qualität der Studien. *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie, 37* (6), 444-449.

Volkert, D. (1997). *Ernährung im Alter*. Wiesbaden: Quelle & Meyer Verlag & Co.

Wächtler, C., Feige, A., Lange, J. & Zeidler, M. (2005). Psychotherapeutische Konzepte bei Demenz. *PiD - Psychotherapie im Dialog* (6), 295-303.

Wagner, M., Schütze, Y. & Lang, F. R. (1996). Soziale Beziehungen alter Menschen. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie. .* Berlin: Akademie Verlag.

Wahl, H.-W. & Schneekloth, U. (2007). Der Hintergrund: Forschungen zur Lebensführung in stationären Einrichtungen. In U. Schneekloth & H. -W Wahl (Hrsg.), *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für „Good Practice"*. Integrierter Abschlussbericht (S. 23–52). München.

Wang, P. S., Schneeweiss, S., Avorn, J., Fischer, M. A., Mogun, H., Solomon, D. H. et al. (2005). Risk of Death in Elderly Users of Conventional vs. Atypical Antipsychotic Medications. *N Engl J Med, 353* (22), 2335-2341.

Wang, W. W. & Moyle, W. (2005). Physical restraint use on people with dementia: a review of the literature. *Australian Journal of Advanced Nursing, 22* (4), 46-52.

Wetzels, R. B., Zuidema, S. U., Jonghe, J. F. de, Verhey, F. R. & Koopmans, R. T. (2010). Determinants of quality of life in nursing home residents with dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord., 29* (3), 189-197.

Weyerer, S., Schäufele, M. & Hendlmeier, I. (2007). Demenzkranke Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten in der segregativen und teilsegregativen Versorgung: Ergebnisse zur Neuaufnahmen in der besonderen stationären Dementenbetreuung in Hamburg. In D. L. Gutzmann H. Haupt M. Kortus R. Wolter D. Teising M (Hrsg.), *Alt und Psychisch Kranke* (S. 464–475). Stuttgart: Kohhammer.

Weyerer, S. (Robert Koch-Institut, Hrsg.). (2005). *Altersdemenz.* Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Heft 28. Verfügbar unter: http://www.rki.de/cln_012/nn_226040/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/altersdemenz,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/altersdemenz [01.04.2011].

Weyerer, S., Schäufele, M. & Hendlmeier, I. (2005). Besondere und traditionelle stationäre Betreuung demenzkranker Menschen im Vergleich. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38* (2), 85-94.

Weyerer, S., Schäufele, M., Hendlmeier, I., Kofahl, C., Sattel, H., Jantzen, B. et al. (2004). *Evaluation der Besonderen Stationären Dementenbetreuung in Hamburg* (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, Hrsg.). Mannheim: Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (Internetversion). Verfügbar unter: http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/besondere-station_C3_A4re-dementenbetreuung,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf [01.04.2011].

Weyerer, S. et al. (2006). *Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen: Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich* (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

White, H., Pieper, C. & Schmader, K. (1998). The association of weight change in Alzheimer's disease with severity of disease and mortality: a longitudinal analysis. *Journal of the American Geriatrics Society, 46* (10), 1223-1227.

Wimo, A., Adolfsson, R. & Sandman, P. O. (1995). Care for demented patients in diffrent living conditions: Effects on cognitive function, ADL-capacity and behaviour. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 13* (3), 205-210.

Wimo, A., Winblad, B., Stöffler, A., Wirth, Y. & Möbius, H. J. (2003). Resource Utilisation and Cost Analysis of Memantine in Patients with Moderate to Severe Alzheimer's Disease. *Pharmacoeconomics, 21* (5), 327-340.

Winter-von Lersner, C. (2006). *Soziale Beziehungen im Alter. Eine gerontologisch-epidemiologische Vergleichsstudie an in natürlichen Lebensumwelten und in Heimen lebenden Menschen* (Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften Nr. 4). Halle/ Saale. Verfügbar unter: http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/media/HalBeitr/Halle-PfleGe-05-04.pdf [01.04.2011].

Wirth, R., Bauer, J. & Sieber, C. C. (2007). Cognitive function, body weight and body composition in geriatric patients. *Z Gerontol Geriatr* (40), 13-20.

Wittchen, H. (2005). *Psychische Störungen in Deutschland und der EU Größenordnung und Belastung*. : Technische Universität Dresden.

(Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg, Hrsg.). (2007). *Evaluationsstudie Wohngemeinschaften für ältere Menschen mit Pflegebedarf in Baden - Württemberg*. Verfügbar unter: http://www.wohlfahrtswerk.de/wohlfahrtswerk-download.html [01.04.2011].

Wojnar, J. (2001). Versorgungsrealität: Qualitätsanforderungen und Umsetzungsprobleme. In S. Frauen und Jugend Bundesministerium für Familie (Hrsg.), *Qualität in der Stationären Versorgung Demenzkranker. Dokumentation eines Workshops.* Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Bd. 207.2 (S. 41–57). Stuttgart: W. Kohlhammer.

Wolf-Klein, G. P. & Silverstone, F. A. (1996). Weight loss in Alzheimer's disease: an international review of the literature. *Int Psychogeriatr* (6), 135-142.

Wolf-Klein, G. P., Silverstone, F. A. & Levy, A. P. (1992). Nutritional patterns and weight change in Alzheimer patients. *Internatwnd Psychogeriatrics, 4* (1), 103-118.

Wolf-Ostermann, K. &. Fischer T. (2010). Mit 80 in die Wohngemeinschaft — Berliner Studie zu Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen. *Zeitschrift für Pflegewissenschaft* (05), 261-272.

Wolf-Ostermann, K. (2007). *Berliner Studie zu Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen*. Berlin: Alice-Salomon-Fachhochschule (Berlin). Verfügbar unter: http://www.asfh-berlin.de/hsl/freedocs/181/Berliner_Studie.pdf [01.04.2011].

Woods, B., Spector, A., Jones, C., Orrell, M. & Davies, S. (2008). Reminiscence therapy for dementia. *The Cochrane Library, k.A.* (4), 1-32.

World Health Organization (WHO). (2010). *Global Database on Body Mass Index: BMI Classifikation,* World Health Organization (WHO). Verfügbar unter: http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html [01.04.2011].

Wulff, I., Gräske, J., Fischer, T. & Wolf-Ostermann, K. (submitted). Versorgungsstrukturen für ältere, pflegebedürftige Menschen mit und ohne Vorliegen einer Demenzerkrankung im Vergleich zwischen ambulant betreuten Wohngemeinschaften und Spezialwohnbereichen vollstationärer Einrichtungen. *Das Gesundheitswesen*.

Wurm, S. & Tesch-Römer, C. (2006). Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung. In C. Tesch-Römer, H. Engstler & S. Wurm (Hrsg.), *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte*. 1. Aufl. (S. 329–383). Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.

Ziegler, U. & Doblhammer, G. (2009). *Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland – Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen von 2002: Diskussionspapier* (Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demografischen Wandels, Hrsg.) (Nr. 24). Rostock. Verfügbar unter: http://www.rostockerzentrum.de/publikationen/rz_diskussionpapier_24.pdf [01.04.2011].

Zuidema, S. U., Jonghe, J. F. de, Verhey, F. R. J. & Koopmans, R. T. (2007). Neuropsychiatric Symptoms in Nursing Home Patients: Factor Structure Invariance of the Dutch Nursing Home Version of the Neuropsychiatric Inventory in Different Stages of Dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord.* (24), 169-176.

Zuidema, S., Koopmans, R. & Verhey, F. (2007). Prevalence and predictors of neuropsychiatric symptoms in cognitively impaired nursing home patients. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 20* (1), 41-49.

Zuidema, S. U., Derksen, E., Verhey, F. R. J. & Koopmans, R. (2007). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 22,* 632-638.