

1 Hintergrund

Karin Wolf-Ostermann, Johannes Gräske, Andreas Worch, Saskia Meyer

Das vorliegende Kapitel gibt zunächst einen kurzen Überblick zu Versorgungsbedarfen und Versorgungsstrukturen für ältere Menschen mit Pflegebedarf und/oder Demenz in der Bundesrepublik Deutschland. Im Anschluss daran wird die Versorgungsform »ambulant betreute Wohngemein-

schaft (WG)« näher beschrieben, wobei der Schwerpunkt der Betrachtung auf selbstbestimmten WGs liegt. Hinzuweisen ist auch darauf, dass eine bundesweit einheitliche und verbindliche Definition des Begriffs der ambulant betreuten WGs derzeit nicht existiert.

1.1 Versorgungsbedarfe und Versorgungsstrukturen

Aus der sich verändernden demografischen Altersstruktur und den daraus resultierenden Bedarfen für die Versorgung und Betreuung von Menschen mit Pflegebedarf ergeben sich in den nächsten Jahren immense Herausforderungen für die Bundesrepublik Deutschland. So steigt die Zahl der über 65-Jährigen von 16 Millionen im Jahr 2005 auf 23 Millionen im Jahr 2050 (Statistisches Bundesamt 2006, S.23). Etwa 2,34 Millionen Menschen haben derzeit in der Bundesrepublik Deutschland einen Pflegebedarf. Etwas mehr als zwei Drittel dieser Personen werden in der eigenen Häuslichkeit versorgt (1,62 Mio., 69 %) und knapp ein Drittel in vollstationären Einrichtungen (0,72 Mio., 31 %; Statistisches Bundesamt 2011). Seit Bestehen der Pflege-Statistik zeichnet sich im häuslichen Versorgungsbereich ein Trend weg von der Laienpflege durch Angehörige hin zur professionellen oder professionell unterstützten Pflege ab. Auch der Anteil der stationären Pflege steigt langsam zulasten der ambulanten Pflege.

Mit zunehmendem Alter steigt die Quote der Menschen mit einem Pflegebedarf. Im Jahr 2009 war bereits mit 54,9 % mehr als jede zweite nach dem SGB XI pflegebedürftige Person hochaltrig (>80 Jahre). Zunehmende Versorgungsbedarfe sind dabei in der Regel an ein höheres Lebensalter und einen größeren Pflegebedarf gekoppelt (Statistisches Bundesamt 2011).

Mit einem wachsenden Anteil älterer und hochaltriger Personen in der Gesellschaft wird die Frage nach den Versorgungserfordernissen für ältere Menschen und des entstehenden Hilfe- und Pflegebedarfs zunehmend wichtig, insbesondere auch unter dem Gesichtspunkt der angemessenen Versorgung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2001, S.434, Bundesministerium für Gesundheit 2012a, Bundesministerium für Gesundheit 2012b). Demenzielle Erkrankungen gehören zu den schwerwiegendsten und auch zahlenmäßig häufigsten

Erkrankungen im Alter. Die Prävalenz demenzieller Erkrankungen steigt mit zunehmendem Alter deutlich an (Weyerer 2005, S.7). Nach epidemiologischen Studien wird sie für die Altersgruppe der über 65-Jährigen in westlichen Industrieländern mit 5–8 % beziffert (vgl. Weyerer 2005), wobei dieser Anteil mit zunehmendem Alter auf über 30 % bei den 90-Jährigen und Älteren ansteigt. Nach Schätzungen werden im Jahr 2050 mehr als zwei Millionen Menschen mit einer demenziellen Erkrankung in Deutschland leben (Ziegler & Doblhammer 2009). Neuere Studien gehen gar von 2,5 Millionen (Rothgang et al. 2010) und 3,0 Millionen Demenzerkrankten im Jahr 2050 aus (Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2012).

In Deutschland leben derzeit nach Angaben des Welt-Alzheimer-Reports mehr als die Hälfte aller Menschen mit demenziellen Erkrankungen im eigenen Haushalt (Wimo & Prince 2010). Die Mehrzahl der Leistungsempfänger nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) wird ambulant und zumeist auch von Angehörigen versorgt (Statistisches Bundesamt 2008, Statistisches Bundesamt 2011). Der Anteil demenziell erkrankter Menschen in der stationären Altenhilfe wird nach verschiedenen Studien auf 48–75 % geschätzt (Jakob et al. 2002) und dort als »aktuell bedeutsamstes Merkmal des Wandels in der Pflege« bezeichnet (Becker 2012, S.19). Demenzielle Erkrankungen stellen derzeit einen der wichtigsten Gründe für den Übergang in die vollstationäre Heimversorgung dar (Luppa et al. 2010). Schneekloth & Wahl (2006) bezeichnen zudem, in der Bewertung der Ergebnisse der repräsentativen Studie zu Möglichkeiten und Grenzen der selbstständigen Lebensführung in Privathaushalten, die Situation der Pflege von Menschen mit Demenz in der eigenen Häuslichkeit als »prekär«.

Die Internationale Alzheimer Gesellschaft beziffert die Gesamtkosten für die Versor-

gung eines Menschen mit Demenz in Westeuropa auf durchschnittlich 30 122 US-Dollar. Die Kosten für die medizinische Versorgung (Versorgung in Krankenhäusern, Arztbesuche, Medikamente) betragen hierbei nur 14,4 %, die wesentlichen Kostenanteile entfallen zu fast gleichen Teilen auf direkte pflegerische Kosten (44,2 %; ambulante und stationäre Pflege) sowie »indirekte Kosten« (41,4 %) durch informelle Pflege (Wimo & Prince 2010). Das Statistische Bundesamt nennt in einer Presseerklärung 9,4 Milliarden Euro als Krankheitskosten für Demenzerkrankungen für das Jahr 2008 in Deutschland: »Allein bei Demenz und Depressionen erhöhten sich die Kosten in diesem Zeitraum [von 2002 bis 2008] um zusammen 3,5 Milliarden Euro beziehungsweise 32 %. Insgesamt sind die Krankheitskosten seit 2002 um 35,5 Milliarden angestiegen (+16 %) und lagen im Jahr 2008 bei 254,3 Milliarden Euro« (Statistisches Bundesamt 2010). Rechnet man die Kosten von 9,4 Milliarden Euro auf 1,3 Mio. Menschen mit Demenz um, so entfallen pro Jahr ca. 7230 Euro auf die Versorgung jedes einzelnen Menschen mit Demenz. Diese Berechnungen basieren allerdings auf Krankenkassenabrechnungen. Darin nicht erfasst sind die Kosten für informelle Pflege, welche durch Familienangehörige, Nachbarn oder Freunde erbracht werden (Schulz & Martire 2004). Informelle Pflege reduziert die Kosten, welche andernfalls durch professionelle Pflegedienste erbracht werden müssten. Der finanzielle Gegenwert informeller Pflege wird mit bis zu 54 000 Euro jährlich für Menschen mit einer mittelschweren Demenz beziffert (Schwarzkopf et al. 2011).

Der demografische Wandel in der Bundesrepublik betrifft jedoch nicht nur Personen mit einem Betreuungs- und Versorgungsbedarf, sondern ebenso auch die Seite der professionell Versorgenden. Auch hier wird der Bedarf an entsprechend qualifizierten Mitarbeitenden steigen und ggf.

auch neue Lösungsansätze verlangen, um der Situation von mehr Menschen mit Pflegebedarf und gleichzeitig weniger Menschen mit Pflegepotenzial adäquat begegnen zu können. So konstatieren Afentakis & Maier (2010, S.990): »Die Pflege kranker und älterer Menschen ist sehr personalintensiv und muss überwiegend von qualifizierten Personen geleistet werden. Eine schrumpfende und zugleich alternde Gesellschaft bringt hier neue Herausforderungen mit sich und lässt die bestehenden Pflegeein-

richtungen schnell an ihre Grenzen stoßen. Werden die Berufsabschlüsse des Pflegepersonals betrachtet, so wird deutlich, dass bereits heute fachfremdes Personal in der Pflege eingesetzt wird, um den Bedarf decken zu können. Die Bedarfs- und Angebotsprojektionen zeigen, dass ein Pflegepersonalmangel in Zukunft voraussichtlich auch nicht durch die zusätzliche Beschäftigung ungelearnter beziehungsweise angelernter Pflegekräfte verhindert werden kann.«

1.2 Ambulant betreute Wohngemeinschaften

1.2.1 Entwicklung

Die bisher beschriebenen Sachverhalte setzen sich mit Rahmenbedingungen und Versorgungsbedarfen auseinander. Demgegenüber stehen auf der anderen Seite die Erwartungen und Bedürfnisse von Menschen mit Pflegebedarf und/oder Demenz sowie ihrer Angehörigen. Dem Wunsch der meisten direkt Betroffenen entspricht es in aller Regel, so lange als möglich in der vertrauten häuslichen Umgebung zu verbleiben. Dies spiegelt sich auch in den Zahlen zur ambulanten Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf und/oder Demenz wider. Lässt sich der Pflegebedarf in der angestammten Häuslichkeit nicht oder nicht mehr adäquat abdecken, so steht oftmals die Überlegung an, in ein vollstationäres Pflegeheim übersiedeln. Unter dem Stichwort »Deinstitutionalisierung« wurden in den vergangenen Jahren auch zunehmend Entwicklungen in der Versorgung von Menschen mit Demenz angestoßen, die kleinräumige Versorgungsstrukturen und Beibehaltung alltags- und familiennaher Strukturen favorisieren. Als

»neue« Versorgungsform für ältere pflegebedürftige Menschen, auch mit Demenz, haben sich vor allem seit den neunziger Jahren ambulant betreute WGs etabliert. Wolf-Ostermann et al. (2012c) beschreiben die Entwicklung folgendermaßen (► **Abb. 1**): »Erste Vorläufer von ambulant betreuten WG finden sich seit Ende der 1980er Jahre in Deutschland, in Berlin wurde die erste WG 1996 gegründet (Pawletko 1996). Fischer et al. (2011) beschreiben die Entwicklung ambulant betreuter WG für pflegebedürftige Menschen/Menschen mit Demenz in drei Phasen:

- *Phase I*: Gründung erster WG zumeist als »Betroffeneninitiativen«
- *Phase II*: WG werden zunehmender Teil der Regelversorgung, z.B. durch finanzielle Anreize, Anschubfinanzierungen oder Förderung durch Ministerien
- *Phase III*: Etablierung am Markt und zunehmende gesetzlich Verankerung.«

Ambulant betreute WGs stellen mit ihrem Angebot eine Zwischenstufe bei den Ver-

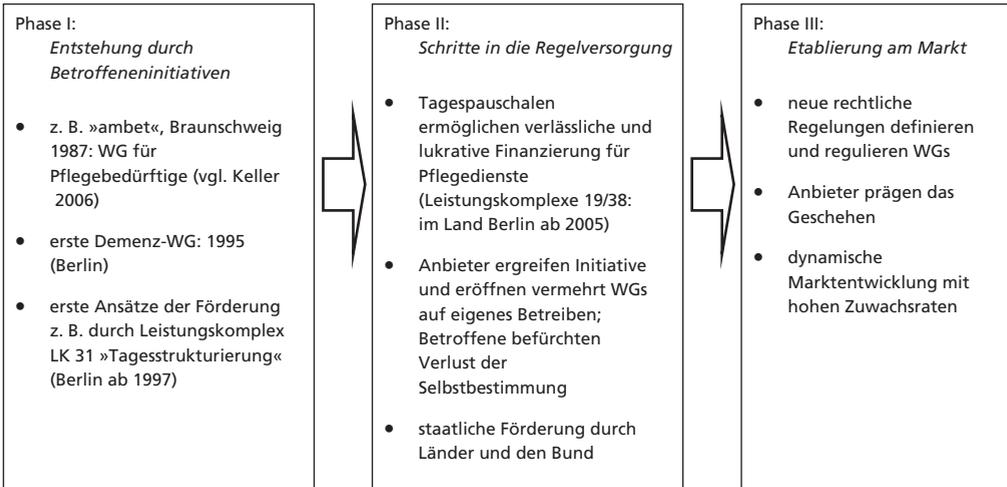


Abb. 1: Phasen der Entwicklung ambulant betreuter WGs in Deutschland (Fischer et al. 2011)

sorgungsangeboten zwischen der ambulanten Versorgung in der eigenen Häuslichkeit oder der Familie und der vollstationären Versorgung in Heimen dar. Sie sind jedoch keine intermediäre Versorgungslösung für die Bewohnerinnen, da diese dort zumeist bis zu ihrem Tod verbleiben können und dies auch tun (Wolf-Ostermann et al. 2012c). Eine der Haupttriebfedern für ihre Entwicklung war und ist die zunehmende gesellschaftliche Forderung nach Selbstbestimmung im Alter in Bezug auf das Wohnen und die pflegerische Versorgung (vgl. auch Fischer et al. 2011), wie sie auch explizit in der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (BMFSFJ & BMG 2010) formuliert ist. Auf der anderen Seite steht dem Recht auf Selbstbestimmung die Frage der Versorgung und Betreuung bei Menschen mit Pflegebedarf gegenüber, die nicht mehr eigenständig in ihrer eigenen Häuslichkeit leben können. Hierdurch rücken alternative Wohn- und Versorgungsformen in den Fokus, die dem Recht auf Selbstbestimmung weitgehend gerecht werden können.

Die Entwicklung in Deutschland steht dabei in Einklang mit internationalen Ent-

wicklungen. So formuliert die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) im Jahr 2004 in einem Bericht zur Versorgung von Menschen mit Demenz, dass ein Zusammenleben von Menschen mit Demenz mit anderen Personen in kleineren Wohn- und Pflegegruppen als förderlichste Versorgungsform angesehen wird (Moise et al. 2004).

Zu den Ländern mit einer besonders langen Tradition in der kleinräumigen Versorgung von Menschen mit Demenz gehört dabei Schweden. Hier wurde das sogenannte »group living« bereits in den 1980er Jahren als alternatives Pflege- und Versorgungsmodell für Menschen mit Demenz eingeführt (Annerstedt 1993). Dieses Versorgungsmodell ist konzeptionell strikt auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten einer jeweils kleinen Gruppe von Menschen mit (moderater) Demenz zugeschnitten. Ähnliche Konzepte, die kleinräumige Versorgungsstrukturen und die Beibehaltung alltags- und familiennaher Strukturen favorisieren, finden sich inzwischen weltweit. Hierzu zählen bspw. »Green Houses« in den USA, »Group Homes« in Japan, »Small-Scale Living Arrangements« in den Niederlanden und eben

auch Haus- und Wohngemeinschaften in Deutschland (Verbeek et al. 2009). Insgesamt identifizierten Verbeek et al. (2009) elf kleinräumige Wohn- und Versorgungsformen, die auf ältere Menschen mit Demenz ausgerichtet sind und maximal 15 Bewohnerinnen pro Haus oder Einheit umfassen.

Ein zentrales Merkmal kleinräumiger Versorgungsformen ist, dass sinnstiftende Tätigkeiten der Bewohnerinnen – angelehnt an alltags- und haushaltsnahe Tätigkeiten – ein Kernelement in der Versorgung sind. Nach Verbeek et al. (2011) bestehen »Unterschiede zwischen Konzepten in verschiedenen Ländern [...] in erster Linie [in Bezug] auf die räumliche Gestaltung, die Anzahl und Charakteristika der Bewohner/innen. Einige Konzepte haben strikte Einschluss- und Ausschlusskriterien für ihre Bewohner/innen und sind als intermediäre Versorgungsform zwischen einer Versorgung in der eigenen Häuslichkeit und einer vollstationären Versorgung in einem Pflegeheim vorgesehen. Andere Konzepte weisen ein »home-for-life«-Prinzip auf und bieten damit eine Alternative zur Versorgung in vollstationären Pflegeheimen«.

Der Verbreitungsgrad dieser kleinräumigen Versorgungsformen für Menschen mit Pflegebedarf und/oder Demenz unterscheidet sich international stark. Die Spannweite reicht dabei von Einzelinitiativen bis hin zu Angeboten der Regelversorgung. Führend in einer kleinräumigen Versorgung sind u. a. die Niederlande, hier wurden 2010 bereits ein Viertel aller institutionell versorgten Menschen mit Demenz in solchen Versorgungsformen betreut (Verbeek et al. 2011). Verbeek et al. (2011) schlussfolgern: »Kulturelle und organisatorische Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern haben dabei möglicherweise einen entscheidenden Einfluss auf die Unterschiede bei der Umsetzung«. Nach Wolf-Ostermann et al. (2012a) gibt es derzeit keine öffentlich verfügbare und belastbare Angabe zur

Zahl der vorhandenen ambulant betreuten WGs in der Bundesrepublik Deutschland: »Verlässliche bundesweite Angaben zur aktuellen Anzahl von WG in der BRD fehlen derzeit weiterhin, grobe Schätzungen gehen derzeit von ca. 1000 bis 1500 WG aus.« Eine im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes durchgeführte Studie (Wolf-Ostermann et al. 2012a) schätzt die Zahl ambulant betreuter WGs in Deutschland Mitte 2012 auf knapp 1500 WGs mit ca. 11 000 Betreuungsplätzen. Wie sich zeigt, ist die bisherige Entwicklung und Verbreitung der Versorgungsform nicht in allen Bundesländern der Bundesrepublik Deutschland in gleichem Maße erfolgt. Einen Schwerpunkt in der Versorgung mit ambulant betreuten WGs bildet das Bundesland Berlin, wo nach Auskunft der Heimaufsicht Berlin 465 ambulant betreute WGs im Jahr 2012 angesiedelt sind (Wolf-Ostermann et al. 2012a). Auch in Nordrhein-Westfalen, Bayern und Brandenburg findet sich jeweils eine große Ansammlung an WGs – allerdings bereits mit großem Abstand zur Bundeshauptstadt (ebd.).

1.2.2 Das zugrunde liegende Konzept

Ein Kernelement im Konzept der ambulant betreuten WGs ist die Beibehaltung familienähnlicher Lebens- und Wohnstrukturen. Räumlich finden sich in den WGs typische Strukturen einer üblichen Wohnung, d. h., die Bewohnerinnen verfügen über private Zimmer, wohingegen Küche, Wohn-/Esszimmer und auch z. T. Bäder oftmals gemeinsam genutzt werden. Alltägliche häusliche Verrichtungen werden in Pflege- und Betreuungsleistungen einbezogen, Tagesabläufe durch gemeinsame Mahlzeiten und Aktivitäten strukturiert. Typischerweise leben sechs bis acht alte Menschen (Fischer et al. 2011, Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2008) mit unterschiedlichem Pflege- und Versorgungs-

bedarf in einer WG zusammen. Gesetzliche Regelungen fassen die Größe einer WG oftmals etwas weiter, so gilt in Berlin beispielsweise eine Obergrenze von zwölf Bewohnern. Nach Roßbruch (2009) lassen sich die wesentlichen Merkmale von (selbstbestimmten) WGs wie folgt zusammenfassen:

- Es dürfen keine Träger/Betreiber vorhanden sein,
- Vermieter und Erbringer der Pflegeleistung müssen zwei unterschiedliche juristische Personen sein,
- der Mietvertrag muss unabhängig von Verträgen zu Betreuungs-/Pflegeleistungen abgeschlossen werden,
- die Wahlfreiheit bezüglich des Pflege-/Betreuungsanbieters muss gegeben sein,
- die eigene Häuslichkeit (SGB XI)/Haushaltung muss vorliegen.

Rechtlich sind die Bewohnerinnen ambulant betreuter WGs in der Wahl des Pflegedienstes grundsätzlich frei, so dass prinzipiell für jede Bewohnerin ein anderer Pflegedienst tätig sein kann. Pflege- und Betreuungsleistungen der Bewohnerinnen ambulant betreuter WGs können seit dem 01. Juli 2008 bundesweit »gepoolt« werden, d. h., mehrere Pflegebedürftige können nach § 36 Abs. 1 SGB XI Pflege- und Betreuungsleistungen sowie die hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam als Sachleistung in Anspruch nehmen, um so entstehende Kosten gemeinsam abzudecken. Dadurch entstehen für die Bewohnerinnen zumeist Kosteneinsparungen.

Ambulant betreute WGs sind durch ein multiprofessionelles Netzwerk an Dienstleistern/Akteuren gekennzeichnet, die für eine erfolgreiche Versorgung und Betreuung notwendig sind. Hierzu gehören neben Pflegediensten auch Ärzte, Therapeuten, sonstige Dienstleister (z. B. Mobilitätshilfendienste), Vermieter sowie Angehörige und ehrenamtlich Helfende (► Abb. 2). Insbesondere

der Angehörigen kommt dabei von der ursprünglichen Konzeption eine entscheidende Rolle in den WGs zu – auch unter dem Gesichtspunkt eines möglichst »normalen« und familienähnlichen Alltags (Gräske et al. 2011, Pawletko 2004). Idealerweise werden die Bewohner von ambulant betreuten WGs auch durch Ehrenamtliche unterstützt, indem diese zusätzliche Betreuungsleistungen übernehmen, die nicht anderweitig abgedeckt werden (Gräske et al. 2011, Pawletko 2004).

In der Literatur existieren unterschiedliche Beschreibungen der Merkmale und

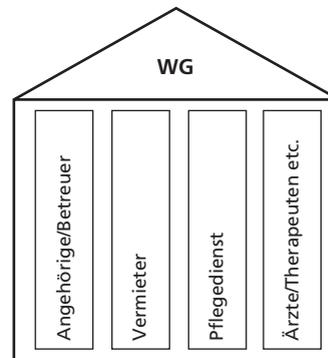


Abb. 2: Multiprofessionelles Netzwerk an Dienstleistern/Akteuren in ambulant betreuten WGs (Säulenmodell)

Betreuungsleistungen von ambulant betreuten WGs. Fischer et al. (2011) haben einen Vorschlag für eine Typisierung erstellt (► Tab. 1), die vier Grundtypen von WGs (A I, A II, B I, B II) umfasst. Die vier Typen unterscheiden sich durch die jeweils vorhandenen zeitlichen und personellen Versorgungsangebote: »Die Typen A I und A II sind dabei besonders auch für Menschen mit mittlerer und weiter fortgeschrittener Demenz geeignet, während sich unter Typ B I und B II Angebote finden, die besonders für Menschen mit wenig progredienten

ten körperlichen Einschränkungen geeignet sind.« Fischer et al. (2011) fanden dabei mitunter verschwimmende Grenzen der konzeptuellen Abgrenzung zwischen den

verschiedenen Typen, die Typisierung lässt keine Aussagen über eine personelle Ausstattung der WGs (quantitativ und/oder qualitativ) zu.

Tab. 1: Charakterisierung der Typen von ambulant betreuten WGs (Fischer et al. 2011)

zeitlich-personelles Versorgungsangebot			
	<i>Rund-um-die-Uhr-Versorgung</i> (Kremer-Preiss & Stolarz 2006)	<i>stundenweise Betreuung</i> (Kremer-Preiss & Stolarz 2006)	
	<i>WG-Typ A I</i>	<i>WG-Typ B I</i>	
Beauftragungsmodell	Beauftragung von ambulanter Pflege und Alltagsbegleitung <i>unabhängig</i> voneinander (vgl. Kremer-Preiss & Stolarz 2006)	beinhaltet: <ul style="list-style-type: none"> • »Berliner Modell« • »ambulanter Typ mit zentraler Bezugsperson« → Poolen von Leistungen	beinhaltet: <ul style="list-style-type: none"> • Braunschweiger Modell (Pawletko 2004, Risse 2009)
		(vgl. Risse 2009, Reder 2002, Pawletko 2004)	
	<i>Integration</i>	<i>WG-Typ B II</i>	
	Beauftragung eines ambulanten Pflegedienstes für ambulante Pflege <i>und</i> Alltagsbegleitung (vgl. Kremer-Preiss & Stolarz 2006)	beinhaltet: <ul style="list-style-type: none"> • »Berliner Modell« • »ambulanter Typ mit Versorgung durch Pflegedienst« → Poolen von Leistungen	in der Literatur bislang nicht beschrieben, real aber existent
		(vgl. Risse 2009, Reder 2002, Pawletko 2004)	

1.2.3 Zielsetzung

Die Zielsetzung von ambulant betreuten WGs orientiert sich an der im Konzept verankerten Idee der Beibehaltung familienähnlicher Lebensstrukturen. So steht insbesondere im Vordergrund, dass sich der Alltag der Bewohner nicht an Notwendigkeiten der Pflege, sondern primär an einem »familiären Alltag« orientiert. Im Haushalt anfallende Tätigkeiten werden in den Alltag einbezogen, klassische Angebote für Beschäftigung spielen eine untergeordnete Rolle. Durch die Übernahmen bzw. Einbeziehung in alltagsnahe Tätigkeiten sollen

die Bewohnerinnen persönliche Bestätigung erhalten und an der Gestaltung ihres Alltags möglichst aktiv beteiligt sein. Bewohner ambulant betreuter WGs sollen zudem eine Einbindung in den jeweiligen Sozialraum erfahren und Angebote des Wohnquartiers (kulturelle, religiöse sowie Einkaufsangebote) nutzen können. Pflegende, therapeutische und ärztliche Personen haben nur einen »Gaststatus« in der WG – auch wenn gleichzeitig durch die Einbindung entsprechend fachlich qualifizierter Personen eine qualitativ hochwertige gesundheitlich-pflegerische Versorgung gewährleistet werden muss. Eine wesentliche Rolle in der Kon-

zeption von ambulant betreuten WGs spielen die Angehörigen der Bewohnerinnen. Zum einen sollen sie in die Pflege- und Betreuungsprozesse in den WGs aktiv einbezogen werden. Für Bewohnerinnen, die eine gesetzliche Betreuung erfahren, übernehmen Angehörige auch häufig aktive Rollen in der Gestaltung des Zusammenlebens in den WGs. Zum anderen sollen Angehörige in der Pflege und Betreuung der Bewohnerinnen entlastet werden. Zusammenfassend lässt sich also als Zielsetzung formulieren (vgl. Fischer et al. 2011):

- familienähnliche, alltagsnahe Strukturen schaffen,
- Selbstbestimmung und Selbstständigkeit der Bewohnerinnen erhalten,
- Stadtteil-/Umfeldbezug herstellen,
- Versorgungssicherheit und Wohlbefinden gewährleisten,
- Angehörige einbeziehen.

Neben diesen eher allgemein gefassten Zielsetzungen lassen sich auch Zielsetzungen formulieren, die sich aus der Betreuung und Versorgung der Bewohnerinnen ergeben. So werden als primäre gesundheitsbezogene Versorgungsergebnisse einer Versorgung in ambulant betreuten WGs in der Literatur folgende Zielsetzungen genannt (vgl. Pawletko 2004, Burbaum 2001, Fischer et al. 2011):

- Vermeidung von Heimunterbringung,
- höhere Lebensqualität der Bewohnerinnen,
- Erhalt motorischer und kognitiver Ressourcen, Vermeidung von Rückzug, Apathie und Depression,
- Vermeidung unangemessener Psychopharmakagaben,
- Vermeidung von »Burnout«-Symptomen beim eingesetzten Pflegepersonal,
- Vermeidung von Überforderung der pflegenden Angehörigen.

Der Zielsetzung einer hohen Lebensqualität der Bewohnerinnen wird dabei ein wesentliches Gewicht zugemessen. Insbesondere im fortgeschrittenen Stadium einer Demenz gilt Lebensqualität als primäres Ergebnis in der Versorgung von Menschen mit Demenz (Volicer 2007). Darüber hinaus regen Görres et al. (2009) an, statt der Messung der Pflegequalität sich vermehrt auf bewohnerbezogene Versorgungsergebnisse wie Lebensqualität zu konzentrieren.

1.2.4 Selbstbestimmte vs. trägergesteuerte Wohngemeinschaften

Die allgemeine rechtliche Einordnung von ambulant betreuten WGs fassen Wolf-Ostermann et al. (2012a) wie folgt zusammen: »Rechtlich unterliegen ambulant betreute WG weder dem Heimgesetz noch sonstigen Regularien, die für stationäre Versorgungseinrichtungen gelten. Mit Ausnahme des Bundeslandes Thüringen haben inzwischen jedoch alle Bundesländer gesetzliche Vereinbarungen zur Aufsicht und Prüfung ambulant betreuter WG geschaffen. So ist in Berlin bspw. seit Juli 2010 das »Gesetz über Selbstbestimmung und Teilhabe in betreuten gemeinschaftlichen Wohnformen« (Wohnteilhabegesetz – WTG) in Kraft. Eine wesentliche Stärkung haben ambulant betreute WG auch durch das am 28. März 2012 vom Bundeskabinett beschlossene Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz – PNG) erfahren. Um Hilfen für Menschen mit Demenz zeitnah und konkret umsetzen zu können, sollen diese zukünftig »ab dem 1. Januar 2013 im Vorgriff auf einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff mehr und bessere Leistungen erhalten. Damit verbunden sind weitere Leistungsverbesserungen von der Aufnahme der Betreuungsleistungen in den Sachleistungsanspruch, der Flexibilisierung der Inanspruchnahme, der

Betreuung in Wohngruppen über bessere Beratung bis hin zur Entlastung von Angehörigen (Bundesministerium für Gesundheit 2012b, S.2). Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – sieht daher zukünftig konkrete Änderungen in Bezug auf ambulant betreute WG vor, insbesondere soll diese Wohn- und Betreuungsform auch durch finanzielle Anreize unterstützt werden.«

In den derzeit vorliegenden Landesheimgesetzen, in denen gesetzliche Vereinbarungen zur Aufsicht und Prüfung ambulant betreuter WGs geschaffen wurden, werden ambulant betreute WGs als gemeinschaftliche alternative Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen klar definiert und zur traditionellen Unterbringung abgegrenzt. Dabei wird zwischen selbstbestimmten und nicht selbstbestimmten, also trägergesteuerten WGs differenziert. Je nach der Wohnform und dem Grad der Selbstbestimmung der dort lebenden Bewohner ergeben sich für die »Betreiber« recht unterschiedliche Bestimmungen aufgrund der Landesheimgesetze. In trägergesteuerten Wohnformen wird zumeist ein abgestuftes Ordnungsrecht angewendet. Selbstbestimmte WGs werden als privates Wohnen gewertet und bleiben zumeist aufsichtsfrei.

1.2.5 Qualitätsanforderungen

Während für nicht selbstbestimmte WGs eine Vielzahl von verbindlichen Qualitätskriterien auf der Strukturebene, u.a. die Betreuung eines Beschwerde- und Qualitäts-Managements und/oder personelle und bauliche Mindestanforderungen gesetzlich verankert sind, müssen in selbstbestimmten WGs – abhängig vom jeweiligen Bundesland – nur wenige Anforderungen, wie bspw. die Gründung eines internen Qualitätskontroll- und -sicherungsorgans, erfüllt werden. Die wenigen Qualitätsanfor-

derungen richten sich hier zudem nur an den leistungserbringenden Pflegedienst, die netzwerkartige Versorgungsstruktur in WGs wird bislang nicht beachtet (Worch et al. 2011). Die Leistungen der Pflegedienste unterliegen dabei den üblichen Vorgaben der Leistungserbringung im Rahmen des SGB XI sowie ggf. des Krankenversicherungsgesetzes (SGB V) und der Hilfe zur Pflege nach SGB XII. Neben diesen Qualitätsvorgaben für ambulante Pflegedienste existieren jedoch keine spezifischen rechtlichen Vorgaben, welche die spezielle Versorgungsform WG in Betracht ziehen und alle relevanten Akteursgruppen in ambulant betreuten WGs (Bewohnerinnen, Angehörige, Ehrenamtliche, Pflegekräfte, Ärztinnen und Therapeutinnen) in den Prozess der Qualitätsentwicklung und -sicherung einbeziehen. Die Erzielung einer möglichst hohen Pflege- und Betreuungsqualität ist dabei zunächst eine der fundamentalen Aufgaben bei der Betreuung von Menschen mit Pflegebedarf und/oder Demenz (Stone 2000). Da jedoch die Erreichung dieses Ziels die strukturellen und prozesshaften Vorgaben eines speziellen Versorgungsbereichs nicht außer Acht lassen kann, wenn eine möglichst hohe Versorgungsqualität erzielt werden soll, muss sich die Erreichung dieses Ziels letztendlich auch immer an den speziellen Besonderheiten eines Versorgungsverhältnisses orientieren. Für pflegesensitive Qualitätsindikatoren in der stationären Langzeitpflege etwa kann auf die Zusammenstellung von Nakrem et al. (2009) und das Instrumentarium zur Beurteilung der Ergebnisqualität von Wingenfeld et al. (2011) zurückgegriffen werden. Für psychosoziale Interventionen von Menschen mit Demenz wurde ein Set von zwölf Qualitätsindikatoren (QI) von Vasse et al. (2012) entwickelt. Für ambulant betreute WGs fehlen allgemeine QIs, die über eine Erfassung allgemeiner pflegerischer Versorgungsergebnisse (bspw. Stürze, Dekubitus) hinausgehen. Weil es für selbstbestimmte WGs kaum spe-

zifische Qualitätsvorgaben gibt, ist es daher wichtig, ein Set von QIs zu entwickeln, welches dazu beitragen kann, eine qualita-

tiv hochwertige pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung der dort lebenden Menschen zu gewährleisten.