

Wohn- und Betreuungsformen für Menschen mit einer Demenzerkrankung

Bachelorarbeit I

am

Studiengang „Aging Services Management“
an der Ferdinand Porsche FernFH

Bianca Fellner

1510759006

Begutachter/in: MMag.^a Tanja Adamcik

Wiener Neustadt, Februar 2018

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht. Die vorliegende Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

01.02.2018

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Felh Bia'.

Unterschrift

Abstract

Die Erkrankung Demenz ist durch einen fortschreitenden Verlauf gekennzeichnet, wobei resultierend unterschiedliche Wohn- und Betreuungsformen sinnvoll erscheinen. Anhand einer umfangreichen Literaturrecherche wurden mit Hilfe der arbeitsleitenden Forschungsfrage, Wohn- und Betreuungssettings für dementiell erkrankte Menschen näher beschrieben. Zu den wesentlichsten Wohnformen zählen die häusliche Versorgung, ambulante Betreuungsformen sowie stationäre Versorgungskonzepte. Die ideale Wohnform hängt jedoch vom Schweregrad der Demenz ab und ist immer individuell zu betrachten. Zu Beginn dieser Bachelorarbeit wird die häusliche Versorgung mit den diversen Unterstützungsmöglichkeiten erläutert. Diese Form der Betreuung ist vor allem am Beginn der Erkrankung geeignet. Beim Fortschreiten der Erkrankung sind ambulante Betreuungsformen wie zum Beispiel ambulant betreutes Wohnen oder ambulant betreute Wohngemeinschaften eine Alternative vor dem Pflegeheimenzug. Bei einer weit fortgeschrittenen Demenz kommen unterschiedliche stationäre Versorgungsformen in Frage. Die Analyse hat gezeigt, dass auch Pflegeoasen eine gute Alternative zu einem herkömmlichen Pflegeheim darstellen können.

Schlüsselbegriffe: Wohn- und Betreuungsformen, Demenz, Stationäre Versorgung, Ambulante Betreuung

Abstract

The disease dementia is characterized by a progressing course which requires different living forms and care facilities. On the basis of an extensive literature review and in light of the research question living and care settings for people with dementia are described in detail. The main living arrangements are domestic care, outpatient care and inpatient care concepts. However, the proper form of living depends on the severity of the disease and is always individual. At the beginning of this bachelor thesis is the domestic care with various support possibilities. Especially at the beginning of the disease this form of care is well suited. With progression of the disease outpatient care like external-care-based assisted living and outpatient assisted living communities are an alternative to nursing homes. If the disease is highly advanced different inpatient forms of care are suitable. The analysis shows that most noteworthy are " Pflegeoasen" as a suitable form of inpatient care.

Keywords: dementia, domestic care, outpatient care, inpatient care concepts

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Problemstellung und zentrale Forschungsfrage.....	1
1.2	Zielsetzung	2
1.3	Aufbau der Arbeit und methodisches Vorgehen	2
2	Grundlagen und Definitionen	4
2.1	Wohn- und Betreuungsformen.....	4
2.2	Demenz	4
2.2.1	Definition	5
2.2.2	Klassifikation	5
2.2.3	Demenz vom Alzheimer-Typ	6
2.2.4	Verlauf der Alzheimer-Krankheit	6
2.2.5	Vaskuläre Demenz.....	7
2.2.6	Mini Mental Status Test.....	7
2.3	Pflegebedürftigkeit in Österreich.....	8
3	Häusliche Versorgung	10
3.1	Unterstützungsangebote.....	11
3.2	Ambulante Pflegeleistungen	12
3.3	Technische Unterstützungsmöglichkeiten.....	13
3.4	Teilstationäre Einrichtungen	14
3.4.1	Kurzzeitpflege	14
3.4.2	Tages- und Nachtpflege.....	15
4	Ambulante Betreuungsformen	15
4.1	Ambulant betreutes Wohnen	15
4.2	Ambulant betreute Wohngemeinschaften.....	16
5	Stationäre Versorgungskonzepte	18
5.1	Angebote stationärer Betreuungsformen – Pflegeheim	19
5.2	Integrative Versorgung	23
5.3	Segregative Betreuung	24
5.4	Pflegeoasen.....	25

6	Ergebnisse.....	28
7	Zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse und Ausblick	29
	Literaturverzeichnis	33
	Abbildungsverzeichnis	38

1 Einleitung

In Österreich leben laut Statistik Austria ungefähr 115.000 bis 130.000 Menschen mit der Erkrankung Demenz. Diese Zahlen stellen jedoch nur Schätzwerte dar. Zurückführend auf den demografischen Wandel, kommt es zu einer Zunahme der älteren Bevölkerung in den nächsten Jahren. Dementsprechend kommt es auch zu einer Steigerung der Krankheitsfälle. Das Thema Demenz sowie die Betreuung und Versorgung der dementiell erkrankten Menschen ist ein zentrales Thema. Die Bereitschaft von den Angehörigen, den älteren Menschen zu versorgen ist jedoch noch nach wie vor vorhanden, jedoch wird davon ausgegangen, dass immer weniger Menschen diese Verantwortung übernehmen werden. Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz befasst sich daher mit der Sicherstellung der Pflege und Betreuung älterer Menschen. Um dem demografischen Wandel besser begegnen zu können. Seitens der Politik wird aufgrund der Wichtigkeit dieses Themas, die Demenzstrategie in das Regierungsprogramm miteinbezogen (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2017, S. 92).

Im Bereich der Versorgung und Betreuung von Menschen mit einer Demenzerkrankung hat sich in den letzten Jahren einiges schon verändert. Diese Veränderungen werden in dieser Arbeit anschließend erläutert. Auch im Bereich der Demenzforschung wird und wurde sehr viel erforscht (Schaade, 2009, S. 2).

Durch den dementiell bedingten geistlichen Abbau, kommt es oft dazu, dass die häusliche Versorgung oder teilstationäre Betreuungsformen nicht mehr ausreichen. Ein Umzug in eine stationäre Versorgungseinrichtung bietet hier oft die letzte Alternative (Kaiser, 2012, S. 20).

Die Krankheit Demenz mit deren Begleiterscheinungen ist heutzutage einer der häufigsten Ursachen für eine Versorgung und Betreuung in einer stationären Pflegeeinrichtung (Kaiser, 2012, S. 32).

1.1 Problemstellung und zentrale Forschungsfrage

Durch den fortschreitenden Verlauf einer Demenzerkrankung kann sich im Laufe der Zeit die Wohnform verändern. Menschen, welche an einer Demenz erkrankt sind, fällt es schwer sich an neue Umgebungen anzupassen, oft reagieren sie auf eine fremde Umgebung sogar mit Desorientierung. Daher sollte ein häufiger Ortswechsel auf ein Minimum reduziert werden (Döbele & Schmidt, 2014, S. 214).

Eine stationäre Betreuungsform ist aufgrund der fortschreitenden Erkrankung Demenz oft unabdingbar. Laut Gatterer und Croy leben in Österreich jedoch nur vier bis fünf Prozent der älteren Bevölkerung in einer stationären Einrichtung. Der Umzug in eine stationäre Einrichtung

stellt oft eine psychische Belastung für ältere Menschen dar. Jedoch nicht nur der dementiell erkrankte Mensch leidet beim Übergang vom vertrauten zu Hause in eine stationäre Einrichtung, sondern auch die Angehörigen. Bei den stationären Versorgungssettings gibt es zwei unterschiedliche Ideologien, zum einen die integrative Versorgung und zum anderen die segregative Betreuung (Gatterer & Croy, 2005, S. 144ff.).

Zu Beginn einer Demenzerkrankung ist eine Betreuung in den eigenen vier Wänden oft noch möglich, hier werden zum Teil nur Unterstützungsangebote in Form von ambulanten Pflegeleistungen benötigt. Demenz ist jedoch durch ein Fortschreiten der Erkrankung gekennzeichnet. Durch dieses langsame Fortschreiten der Erkrankung kommt es auch zu einem erhöhten Pflegebedarf. Hier gibt es eine Vielzahl an unterschiedlichen Möglichkeiten für die Betreuung und Versorgung (Schaade, 2009, S. 2f.).

Problematisch an dieser Materie ist jedoch, dass es eine Vielzahl an verschiedenen Wohn- und Betreuungssettings für Menschen mit einer Demenzerkrankung gibt. Diese große Anzahl an verschiedenen Wohn- und Betreuungsformen werden in dieser Arbeit beschrieben. Daher wird durch eine umfangreiche Literaturrecherche folgende Forschungsfrage näher erläutert und bearbeitet:

- Welche Wohn- und Betreuungssettings gibt es für dementiell erkrankte Menschen?

In einem weiteren Schritt werden die Wohn- und Betreuungsformen in Bezug auf die Eignung für die jeweiligen Demenzstadien angesehen.

1.2 Zielsetzung

Zielsetzung der Bachelorarbeit I ist die verschiedenen Wohn- und Betreuungsformen für Menschen mit einer Demenzerkrankung aufzuzeigen. Daher wird der aktuelle Stand der Wissenschaft und Forschung über Wohnsettings beziehungsweise Betreuungsformen für dementiell erkrankte Menschen näher beschrieben.

1.3 Aufbau der Arbeit und methodisches Vorgehen

Zu Beginn dieser Bachelorarbeit findet eine Einleitung statt mit Bezug zur Problemstellung, außerdem wird die Zielsetzung erläutert und auf die Forschungsfrage wird eingegangen. Kapitel zwei dieser Bachelorarbeit behandelt die Grundlagen dieser Thematik. Es werden wichtige Begrifflichkeiten erläutert ebenso wird auf die Pflegebedürftigkeit in Österreich eingegangen. Das Kapitel drei umfasst die häusliche Betreuung und Versorgung sowie die vorhandenen

Unterstützungsmöglichkeiten. Im vierten Kapitel werden die ambulanten Betreuungsformen „ambulant betreutes Wohnen“ und „ambulant betreute Wohngemeinschaften“ vorgestellt. Das fünfte Kapitel bildet die stationären Betreuungssettings. Es wird auf Vor- und Nachteile einer integrativen und segregativen Betreuung eingegangen. Die Beschreibung der vielfältigen Wohn- und Betreuungsformen für Menschen mit einer Demenzerkrankung werden anhand der verschiedenen Demenzstadien veranschaulicht. Weiters wird bei den verschiedenen Wohn- und Betreuungsformen durch vorhandene Studien und Untersuchungen der Bezug zur Praxis hergestellt. Die letzten beiden Kapitel dieser Bachelorarbeit bilden die Ergebnisse der Forschungsfrage mit einer abschließenden Diskussion.

Durch eine umfangreiche Literaturrecherche sowie einer anschließenden Analyse soll geklärt werden, welche Wohn- und Betreuungsformen für Menschen mit einer Demenzerkrankung zur Verfügung stehen. Zur Beantwortung der arbeitsleitenden Forschungsfrage wird eine intensive Literaturrecherche in Fachbüchern, verschiedenen Datenbanken, Suchmaschinen für wissenschaftliche Artikel, sowie in Bibliotheken vorgenommen.

Für die Verwaltung der Literatur wird das Programm „Zotero“ verwendet (www.zotero.org, 23.01.2018).

2 Grundlagen und Definitionen

Bevor auf die unterschiedlichen Wohnsettings bei Menschen mit einer Demenzerkrankung eingegangen wird, werden in diesem Kapitel zu Beginn die wichtigsten Begrifflichkeiten bezüglich Wohn- und Betreuungsformen sowie die Erkrankung Demenz näher erörtert. Der Verlauf einer Alzheimer Erkrankung wird beschrieben und die verschiedenen Demenzformen werden dargestellt.

2.1 Wohn- und Betreuungsformen

Zusätzlich zu dem demografischen Wandel hat sich auch die Erwartung der älteren Menschen im Bezug auf Wohn- und Betreuungssettings verändert. Es wird ein möglichst selbstbestimmtes Leben bevorzugt, trotz altersbedingten Einschränkungen (Höfler, Bengough, Winkler & Griebler, 2015, S. 71).

Bei den Wohn- und Betreuungsformen wird zwischen ambulanten, teilstationären sowie stationären Strukturen unterschieden. Der ambulante Bereich ist auch unter dem Synonym extramuraler Bereich bekannt. Hier sind es meist die Angehörigen, welche den älteren Menschen bei den Alltagsaktivitäten unterstützen. Wenn die Versorgung zu Hause nicht mehr ausreicht, kommen teilstationäre Strukturen zum Einsatz. Diese bilden ein Zwischenglied der ambulanten und stationären Betreuung (Gatterer, 2007, S. 35ff.).

Bei den stationären Einrichtungen gibt es wiederum unterschiedliche Betreuungsformen. Zuerst sollte zwischen dem Integrations- und dem Segregationsprinzip unterschieden werden. Bei der segregativen Versorgung werden ausschließlich Menschen mit einer Demenzerkrankung gemeinsam versorgt und betreut. Im Gegensatz dazu ist die integrative Versorgung dadurch gekennzeichnet, dass dementiell erkrankte Menschen und Personen ohne einer kognitiven Störung gemeinsam leben (Schaade, 2009, S. 4).

Durch das Fortschreiten der Erkrankung Demenz kommt es meist zu einer erhöhten Pflegebedürftigkeit. Abhängig von der vorgegebenen familiären Unterstützung wird oft ein Umzug in eine stationäre Wohnform notwendig und daher der Anspruch auf professionelle Pflege (Richter, Waehnke & Zabel, 2015, S. 148).

2.2 Demenz

In diesem Unterkapitel wird auf die Erkrankung Demenz näher eingegangen, zu Beginn wird das Wort Demenz und dessen Ursprung erläutert. Anschließend findet eine Beschreibung vom Verlauf der Erkrankung statt und eine Einteilung nach ICD-10 der WHO statt. Abschluss dieses

Kapitels bildet der Mini Mental Status Test, welcher zur Beurteilung des Schweregrades der Demenz verwendet wird.

2.2.1 Definition

Demenz wird vom lateinischen Wort „dementia“ abgeleitet und bedeutet „ohne Geist“ oder „ohne Verstand“. Unter Demenz wird das Ergebnis eines Krankheitsprozesses verstanden sowie die Kombination verschiedener Beschwerden. Leitsymptom ist eine Gedächtnisstörung, zu Beginn betrifft diese nur das Kurzzeitgedächtnis, im Verlauf der Erkrankung kann aber auch das Langzeitgedächtnis davon betroffen sein. Dieser Komplex an Symptomen und Beschwerden hat eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Betroffenen zur Folge (Gatterer & Croy, 2005, S. 10).

2.2.2 Klassifikation

Im Anschluss wird die Klassifikation der Demenz nach ICD-10 der WHO (World Health Organization) erörtert. Kategorie F00-F09 sind organische und psychische Störungen, diese beinhalten die unterschiedlichen Gruppen von Demenz.

- F00 Demenz vom Alzheimer-Typ
- F01 Vaskuläre Demenz
- F02 Demenz durch andere Krankheiten verursacht wie zum Beispiel Morbus Parkinson, Chorea Huntington, Creutzfeldt-Jakob Krankheit oder HIV (www.who.int, 07.11.2017).

Im Jahr 2005 wurde anhand einer Delphi Methode die Verbreitung von Demenz innerhalb der verschiedenen Kontinente erforscht. Schätzungen zufolge haben im Jahr 2005 24,3 Millionen Menschen die Diagnose Demenz. Jährlich erkrankten weitere 4,6 Millionen Menschen daran. Dies bedeutet, dass alle sieben Sekunden weltweit eine weitere Person an Demenz erkrankt. Das Resultat dieser Studie zeigt, dass 60% der dementiell erkrankten Menschen in Entwicklungsländern leben. In dieser Studie wird erwartet, dass bis zum Jahr 2020 42 Millionen an Demenz erkrankt sind (Ferri, Prince, Brayne, et al., 2005, S. 2112ff.). Laut World Health Organization sind derzeit jedoch schon 47 Millionen Menschen weltweit an Demenz erkrankt. Die Erkrankung Demenz liegt an siebenter Stelle der häufigsten Todesursachen (www.who.int, 06.11.2017).

2.2.3 Demenz vom Alzheimer-Typ

Die Demenz vom Alzheimer-Typ ist auch unter dem Begriff senile Demenz vom Alzheimer Typ bekannt. Benannt ist diese nach dem Arzt Alois Alzheimer. Symptome sind eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes in Kombination mit einer Verminderung der geistigen Fähigkeiten. Weiters kann es noch zu Persönlichkeitsveränderungen kommen. In der späteren Phase treten Sprachstörungen und Schwierigkeiten beim Bewegungsmuster auf. Vergesslichkeit und Schwierigkeit Dinge beim richtigen Namen zu nennen sind normale Begleiterscheinungen der Erkrankung. Bei Menschen, welche an Alzheimer Demenz leiden, sind Strukturveränderungen des Gehirns sichtbar. Es handelt sich hierbei um die Ansammlung von Plaques und Fibrillen Veränderungen (Mace & Rabins, 1991, S. 229f.).

2.2.4 Verlauf der Alzheimer-Krankheit

Demenz ist durch einen schleichenden Beginn gekennzeichnet. Der Verlauf der Erkrankung schreitet langsam voran. Mit einer Behandlung sollte daher so früh wie möglich begonnen werden, damit der derzeitige Zustand so lange wie möglich erhalten bleibt. Jeder Verlauf ist von Mensch zu Mensch unterschiedlich und verläuft daher nicht nach einem bestimmten Muster, sondern ist immer individuell. Die Einteilung erfolgt in Stadien, welche nachfolgend näher erläutert werden. Diese sind das Frühstadium, mittleres Stadium und fortgeschrittenes Stadium. Erste Anzeichen im Frühstadium sind eine Störung des Gedächtnisses, der Sprache, sowie der Wahrnehmung. Probleme ergeben sich vor allem bei der Orientierung von Raum und Zeit. Weiters ist dieses Stadium durch eine Veränderung der Stimmung, des Verhaltens und der Persönlichkeit gekennzeichnet. Des Weiteren ist diese Phase durch Schwierigkeiten bei den Aktivitäten des täglichen Lebens gekennzeichnet. In diesem Stadium werden Einbußen zumeist von den Betroffenen noch bemerkt und es kommt ein Gefühl von Scham. Dadurch versuchen sie solche Situationen zu meiden und ziehen sich immer mehr zurück. Probleme werden heruntergespielt beziehungsweise ignoriert. Teilweise werden andere Personen beschuldigt. In dieser Phase fällt es vor allem Angehörigen schwer, diese neue Situation zu verkraften. Das Umfeld soll nun möglichst stabil gestaltet werden, genauso ist ein strukturierter Tagesablauf von Vorteil. Eine gewisse Routine gibt dem dementiell erkrankten Menschen Sicherheit und verhindert Angst. Im mittleren Stadium nimmt die Verwirrtheit zu und es kommt zu einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes und der körperlichen Aktivität. Der Betroffene benötigt immer mehr Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens. Fremde Personen werden oft nur schwer akzeptiert, der Alltag ist durch Misstrauen gekennzeichnet. Das Leben in der Vergangenheit ist ein weiteres Charakteristikum des mittleren Stadiums, da die Vergangenheit und Gegenwart oft vermischt werden. Im Verlauf der Erkrankung verlernt

der / die dementiell Erkrankte auch oft den Umgang mit Alltagsgegenständen wie einen Kamm, Zahnbürste oder Besteck. Körperpflege ist dem Menschen mit Demenzerkrankung in diesem Stadium nicht mehr so wichtig. Daher wird oft auf die morgendliche Körperpflege verzichtet. Teilweise fällt es ihnen schwer, sich richtig anzuziehen. Auch die Kontrolle über die Harnblase geht im Verlauf der Erkrankung verloren und so kommt es, dass die Betroffenen an Harninkontinenz leiden. Gedanken können nicht richtig ausgesprochen werden, immer wieder kommt es zu sprachlichen Schwierigkeiten. Begleiterscheinungen wie Unruhe, ein gestörter Tag-Nacht-Rhythmus, aggressives Verhalten, Beschuldigungen sowie Weglaufen können an der Tagesordnung von Menschen mit einer Demenzerkrankung stehen. Im fortgeschrittenen Stadium macht sich Hilflosigkeit und Abhängigkeit sichtbar. Die Sturzgefahr erhöht sich und zur Harninkontinenz kommt auch noch eine Stuhlinkontinenz dazu. Diese Phase ist vor allem durch einen weiteren Rückzug gekennzeichnet. Weiters führt dies zu einem Verlust der Sprache und zu einer eingeschränkten Kommunikation. Es kann zu Wortwiederholungen kommen, Kontakt kann oft nur mehr über Berührungen oder Gefühle aufgebaut werden (Gatterer & Croy, 2005, S. 220ff.).

Je nach Schweregrad der Demenzerkrankung gibt es charakteristische Zeichen und Bedürfnisse (Nigg & Steidl, 2011, S. 98f.).

2.2.5 Vaskuläre Demenz

Auslöser dieser Demenz sind wiederholte kleine Schlaganfälle, daher ist diese Form auch unter dem Begriff Multiinfarkt-Demenz bekannt. Durch diese Insulte kommt es zu einer Schädigung im Gehirn und daher zu einer Demenz. Gedächtnis, Koordination und Sprachvermögen leiden bei der vaskulären Demenz, je nachdem welches Areal im Gehirn betroffen ist. Der Verlauf ist stufenweise, im Gegensatz zu der Demenz vom Alzheimer-Typ, diese verläuft fortschreitend (Mace & Rabins, 1991, S. 230).

2.2.6 Mini Mental Status Test

Mini Mental State Examination (MMSE) wurde im Jahr 1970 entwickelt, welche eine Methode zur Einstufung der kognitiven Fähigkeiten ist. Es ist eine kurze Untersuchung in Bezug auf die Orientierung, Erinnerung, Konzentration, Sprache und Motorik. Damit dieser Test aussagekräftig ist, gibt es zu den einzelnen Analysen eine Punkteverteilung (Folstein, M. F., Folstein, F. S. & MCHugh, 1975, S. 18).

Der Maximalpunktwert bei dem Mini Mental Test liegt bei dreißig Punkten. Werden mehr als siebenundzwanzig Punkte erreicht, so liegt keine Demenz vor. Zwischen sechsundzwanzig und zwanzig erreichten Punkten besteht eine leichte Demenz. Bei einem Testergebnis von

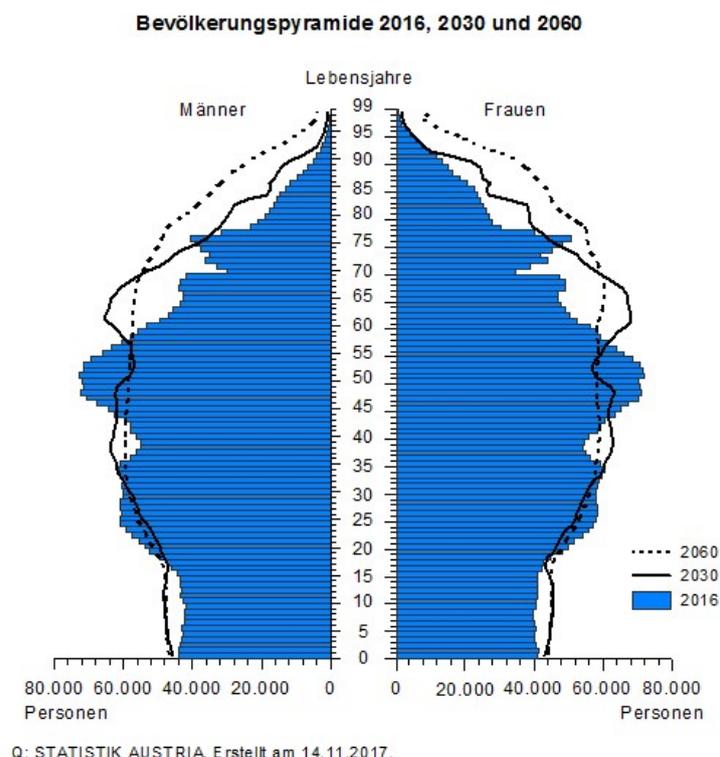
neunzehn bis zehn Punkte lautet die Interpretation des Mini Mental Testes eine mittelschwere Demenz. Werden weniger als neun Punkte erreicht, so wird diese Person als schwer dement eingestuft. Diese Interpretation der Testergebnisse soll eine Gliederung bezüglich dem Schweregrad der Demenz veranschaulichen (www.netzwerk-palliativmedizin-essen.de, 01.01.2018).

2.3 Pflegebedürftigkeit in Österreich

Ein weltweiter Anstieg der Bevölkerungsanzahl wurde aufgrund der demografischen Entwicklung sichtbar. Weiters wird eine zunehmende Alterung der Bevölkerung sichtbar. Dieser Prozess hat auch negative Auswirkungen. Die Neuerkrankungen an Demenz steigen immer mehr an. Diese Entwicklungen stellen die Wohn- und Betreuungsformen vor eine enorme Herausforderung (Bundesministerium für Gesundheit, 2011, S. 8).

Anhand der Bevölkerungspyramide von Statistik Austria wird sichtbar, wie sich die Bevölkerungsstruktur in den nächsten Jahren verändern wird. Ersichtlich wird dabei, dass bis zum Jahre 2060 der Anteil der über 60-jährigen deutlich ansteigen wird, im Gegensatz dazu, die Bevölkerungsdichte in den jüngeren Jahren eher gleichbleibend zu 2016 ist (https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html, 18.12.2017).

Abbildung 1: Bevölkerungspyramide 2016, 2030 und 2060



Quelle: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html, 18.12.2017
Anmerkung: Darstellung der Entwicklung der Bevölkerungsstruktur in Österreich

Durch die oben angeführte und beschriebene Grafik wird die Wichtigkeit von bedarfsgerechten Wohn- und Betreuungssettings veranschaulicht, da aufgrund des demografischen Wandels die Bevölkerungsdichte in den nächsten Jahren ansteigen wird.

Mit dem Ende der Berufstätigkeit wird oft die Phase des „Alters“ beschrieben, dieser Abschnitt stellt eine große Veränderung in der bisherigen Lebensgeschichte dar. Ein neuer Abschnitt des Lebens beginnt. Diese Phase ist durch Ansprüche bezüglich Wohn- und Versorgungsstrukturen gekennzeichnet. Einer der größten Wünsche der älteren Generation ist es, solange wie möglich in den eigenen vier Wänden leben zu können. Ein selbstständiges Leben und Pflege der eigenen sozialen Kontakte sowie Rückzugsmöglichkeiten und Individualität ausleben zählen ebenfalls zu den Wünschen der älteren Menschen. Der Einzug in ein Pflegeheim wird oft als letzte Möglichkeit betrachtet und wird nur in Kauf genommen, wenn ein schwerer Pflegebedarf besteht oder ein kognitiver Abbau aufgrund der Demenz schon weit fortgeschritten ist. Die Pflegeheime müssen den Ansprüchen der älteren Generation gerecht werden, damit diese und vor allem dementiell Erkrankte ein größtmögliches selbstständiges Leben führen können. Die Lebensqualität und Normalität müssen hierbei im Vordergrund stehen (Kaiser, 2012, S. 8f.).

Laut Statistik Austria nahmen im Jahr 2016 147.037 Menschen einen mobilen Dienst in Anspruch. Schon bei dieser Zahl wird ersichtlich, dass sehr viele Menschen in der eigenen Häuslichkeit leben und von dort aus Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen. Im Gegensatz zum stationären Bereich liegt die Zahl bei 74.710 betreuten Personen. Kurzzeitpflege nahmen in Österreich im Jahr 2016 9.320 Menschen in Anspruch. 7.486 Menschen wählten eine teilstationäre Tagesbetreuung aus. 11.856 ältere Menschen entschieden sich für alternative Wohnformen (https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistusoz_i_auf_landesebene/betreuungs_und_pflagedienste/061948.html, 18.12.2017).

Bei der Betreuung und Pflege von älteren Menschen wird zwischen zwei verschiedenen Arten unterschieden. Hierbei handelt es sich um die formelle und informelle Pflege. Bei der informellen Pflege handelt es sich um die Betreuung und Versorgung des älteren Menschen durch einen Laien. Dies kann ein Familienmitglied sein oder zum Beispiel jemand aus der Nachbarschaft. Die formelle Pflege wird von Personen durchgeführt, welche eine pflegerische Ausbildung abgeschlossen haben. Formelle Pflege findet in stationären Einrichtungen, im mobilen sozialen Dienst sowie in teilstationären Bereichen statt (Schneider, Österle, Schober, D. & Schober, C., 2006, S. 7).

3 Häusliche Versorgung

In diesem Kapitel wird die häusliche Versorgung dementiell erkrankter Menschen beschrieben. Weiters wird auf Unterstützungsangebote eingegangen sowie auf Tages- und Kurzzeitpflege.

Unter dem Begriff der extramuralen Betreuung wird der ambulante Bereich verstanden, welcher primär durch Angehörige oder Nachbarn geleistet wird. Professionelle Pflegeleistungen werden oft zur Entlastung der pflegenden Angehörigen hinzugezogen. Ergänzt werden die Dienste der Hauskrankenpflege häufig durch soziale Dienste wie Essen auf Rädern, Besuchs- oder Reinigungsdienste. Teilstationäre Einrichtungen verhelfen dazu, ein Leben zu Hause so lange wie möglich zu führen. All jene Angebote und Unterstützungen stellen eine Nahtstelle zur Prävention von frühzeitiger stationärer Langzeitbetreuung dar (Gatterer, 2007, S. 33).

Angehörige werden bei der Betreuung von Menschen mit einer Demenzerkrankung mit vielen Herausforderungen und Problemen konfrontiert. Das bisherige Leben muss umstrukturiert werden und häufig kommt dieser Wandel nicht geplant und zudem unerwartet. Angehörige stellen ein wichtiges Glied bei der Betreuung dar, denn sie haben vor allem Informationen, welche bei der ärztlichen Behandlung wichtig sind. Angehörige, die ihre dementiell erkrankten Menschen versorgen, tragen eine hohe Verantwortung. Dies betrifft die Organisation von Arztbesuchen, Verabreichung von Medikamenten sowie die notwendigen Pflegemaßnahmen (Gatterer & Croy, 2005, S. 218).

Bereits im Jahr 1994 bis 1995 wurde eine Studie im Bezug auf die häusliche Betreuung in Deutschland durchgeführt. Mit Hilfe von standardisierten Fragebögen wurde die Pflegesituation von informellen Pflegepersonen erfragt. Hierbei handelt es sich meistens um nähere Angehörige. 1.911 Personen nahmen an dieser Umfrage teil, davon haben 66,6% der betreuten Personen eine dementielle Erkrankung. Aus dieser Untersuchung wird ersichtlich, dass professionelle Hilfe, auch bekannt unter dem Begriff formelle Pflege, weniger zum Einsatz kommt, wenn die informellen Pflegepersonen Unterstützung durch andere Familienmitglieder bekommen. Das Einkommen, die Größe des Wohnortes oder der Schweregrad, spielen nach dieser Untersuchung keine Rolle im Bezug auf die Inanspruchnahme von formeller Pflege (Gräßel, 1998a, S. 52ff.).

In einer weiteren Studie wurden die Unterschiedlichkeiten bezüglich der Versorgung zu Hause bei dementiell erkrankten Menschen und Personen ohne der Erkrankung Demenz herausgearbeitet. 1.272 Personen haben die Diagnose Demenz und 631 Personen zählen zu der Gruppe ohne kognitive Einschränkungen. Dabei wurde herausgefunden, dass bei der Betreuung von dementiell erkrankten Menschen, die informelle Pflege ausschließlich von näheren Familienangehörigen übernommen werden. In der Kontrollgruppe waren auch Pflegepersonen

dabei, welche entferntere Verwandte waren. Bezüglich der durchschnittlichen Pflegedauer gab es keine Unterschiede, diese betrug bei beiden Gruppen ungefähr drei Jahre. Bei der subjektiven Belastung der pflegenden Angehörigen wird ersichtlich, dass sich die Personen, welche einen dementiell erkrankten Menschen pflegen und betreuen, mehr belastet fühlen (Gräßel, 1998b, S. 58f.).

Da die Betreuung bei der häuslichen Versorgung primär von Angehörigen wie Ehefrau / Ehemann, Kindern oder anderen nahen Familienmitgliedern übernommen wird, werden die Arbeit und Freizeitaktivitäten dieser meistens vernachlässigt. 67% erfolgt durch weibliche Familienmitgliedern und 65% leben sogar gemeinsam mit dem Dementen unter einem Dach. Meistens wird angenommen, dass die kognitiven Probleme die Herausforderung bei der Betreuung und Pflege von dementen Menschen sind. Nach der Studie von Alzheimer Europe im Jahr 2006 zufolge, ist dies jedoch nicht die Hauptbelastung, sondern die tägliche Körperpflege und die Hilfestellung beim Toilettengang. Diese Aktivitäten des täglichen Lebens sind oft der Grund dafür, dass Unterstützungsangebote angefordert werden (Georges, 2006, S.1ff.).

Durch die Berufstätigkeit und die vorgegebene Infrastruktur kann die Pflege und Betreuung in der heutigen Zeit oft nicht mehr von Angehörigen übernommen werden. Erschwerend kommt das Krankheitsbild Demenz dazu, da dieses eine große Herausforderung für die Angehörigen darstellt. Es handelt sich jedoch nicht nur um eine psychische Belastung, sondern durch den demografischen Wandel werden auch teilweise die pflegenden Angehörigen immer älter und gelangen dadurch schneller an ihre körperlichen Grenzen. Aus diesen Gründen werden vermehrt Unterstützungsangebote durch formelle Pflege in Anspruch genommen. Vor allem bei dementen Personen ist es die Aufgabe der Angehörigen eine passende Betreuungsform zu finden, da sie oft selbst nicht mehr in der Lage dazu sind. Diese Entscheidung ist meistens mit hohen Kosten und Gewissenskonflikten verbunden. Daher wird bei der Auswahl der richtigen Wohn- und Betreuungsform vermehrt auf Qualität und Standort geachtet (Kaiser, 2012, S. 10f.).

3.1 Unterstützungsangebote

Angehörige stellen gerade bei der Betreuung dementiell Erkrankter ein wichtiges Bindeglied dar, da diese am besten den zu betreuenden Menschen kennen. Diese entscheiden oft über den weiteren Verlauf der Angehörigen. Die Möglichkeit von Essen auf Rädern, Besuchsdiensten, Wäschedienst, Notrufdienst oder ähnlichen, sollen einen langen Verbleib in den eigenen vier Wänden ermöglichen. Defizite werden dadurch ausgeglichen und Ressourcen können gefördert werden. Bei der Entscheidung zu Essen auf Rädern, kann zwischen mehreren Menü-

speisen gewählt werden. Durch Besuchsdienste soll vor allem der Kontakt zur Außenwelt gewährleistet werden. Im Rahmen dieses Unterstützungsangebotes können auch Einkäufe erledigt werden (Gatterer, 2007, S. 35f.).

Auch haushaltsnahe Dienstleistungen wie Abholdienst, Reparaturarbeiten, Tierbetreuung und sonstige Besorgungen können im Rahmen von Unterstützungsangeboten ausgewählt werden. Zu den haushaltsnahen Dienstleistungen zählen alle Tätigkeiten der Haushaltsführung. Die Selbstständigkeit soll weiterhin gefördert werden, im Verlauf der Erkrankung können noch pflegerische Dienstleistungen hinzugenommen werden, um eventuelle Defizite weiterhin auszugleichen (Reibnitz, 2014, S. 42ff.).

Ein fester Bestandteil in der Versorgung von Menschen mit einer Demenzerkrankung sind Pflegekräfte aus dem Ausland, welche eine 24-Stunden-Betreuung anbieten. Dadurch ist eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung gewährleistet und der ältere Mensch kann in seiner vertrauten Umgebung weiterleben (Reibnitz, 2014, S. 73).

In Österreich werden Personen, welche eine 24-Stunden-Betreuung in Anspruch nehmen, mittels staatlicher Förderung unterstützt. 2015 nahmen diese Förderung 21.900 Menschen in Anspruch. Dadurch wird eine Betreuung in den eigenen vier Wänden sichergestellt. Im Jahr 2016 wurden um zehn Prozent mehr Anträge für die finanzielle Förderung gestellt (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2017, S. 97).

3.2 Ambulante Pflegeleistungen

In Deutschland gibt es die sogenannte Memo Clinic, dies ist ein Netzwerk an sektorenübergreifenden Einrichtungen, speziell abgestimmt auf das individuelle Krankheitsbild. Ziel ist eine möglichst lückenlose Versorgung (Richter et al., 2015, S. 84).

Ambulante Pflegeleistungen werden auch bei dementiell erkrankten Menschen oft eingesetzt. Bei der täglichen Körperpflege in der Früh kann es zu einer Überforderung bei den Angehörigen kommen. Hier wird eine ambulante Pflegeleistung wertvoll, welche von professionellen Pflegekräften geleistet wird. Der restliche Tagesablauf, kann jedoch durch die Betreuung von Angehörigen übernommen werden. Bei ambulanten Diensten sind wieder die Angehörigen eine wichtige Personengruppe. Diese sollten von Anfang an in die Pflegeplanung miteinbezogen werden, da sie oft wichtige Informationen liefern können. Bei ambulanten Pflegeleistungen wird auch immer auf eine Kooperation zwischen dem Pflegepersonal sowie Hausärzten geachtet, um eine umfangreiche ganzheitliche Betreuung des dementiell Erkrankten zu gewährleisten (Richter et al., 2015, S. 151ff.).

Zu den ambulanten Pflegeleistungen zählt auch die Hauskrankenpflege. Hierbei handelt es sich um eine diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson, welche medizinische Fachpflege vollzieht. Dies umfasst zum Beispiel eine Wundversorgung oder Injektionen. Ergänzend

zum diplomierten Fachpersonal gibt es auch PflegeassistentenInnen, welche bei der Grundpflege behilflich sind. Eine weitere Berufsgruppe sind die Heimhilfen, diese unterstützen zum Beispiel bei der Haushaltsführung oder beim Besorgen von Tabletten (Gatterer, 2007, S. 35).

3.3 Technische Unterstützungsmöglichkeiten

Unter technischen Unterstützungsmöglichkeiten werden Hilfsmittel verstanden, welche durch Informations- und Kommunikationstechnologien die älteren Menschen im häuslichen Umfeld unterstützen sollen (VDI/VDE Innovation + Technik GmbH & IEGUS - Institut für Europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH, 2013, S. 9).

Durch alters- und krankheitsbedingte Ursachen wie zum Beispiel Funktionseinschränkungen, kann ein Leben in der vertrauten Umgebung nicht mehr gewährleistet werden. Jedoch durch technische Unterstützungsmöglichkeiten soll das Leben zu Hause und somit ein sicheres Wohnen trotz Erkrankungen sichergestellt werden. Technische Möglichkeiten sind unter anderem die Erkennung von Gefahrensituation und entsprechende Reaktion darauf sowie die Unterstützung bei Gedächtnislücken. Hierbei spielt die Akzeptanz der Technik bei den älteren Personen eine wesentliche Rolle (Claßen, 2012, S. 499).

Zu den technischen Unterstützungsmöglichkeiten zählt auch der Hausnotruf. Dieser ist vor allem im Frühstadium der Demenz empfehlenswert, da in diesem Stadium der Umgang noch erlernt werden kann. Der Hausnotruf kommt bei Menschen mit einer Demenzerkrankung jedoch schnell an seine Grenzen, denn mit fortschreitender Entwicklung der Erkrankung, vergessen die Menschen, dass sie einen Hausnotruf haben und wissen nicht wie sie damit umgehen sollen. Durch Ambient Assisted Living wird ein Leben trotz Krankheit und Alter in den eigenen vier Wänden erleichtert. Ambient Assisted Living unterstützt dabei durch neueste Technologien und diverse Produkte sowie Dienstleistungen. Ziel ist vor allem die Steigerung der Lebensqualität und die Sicherheit im Alltag. Dieser Bereich ist eine stark wachsende Branche, bereits jetzt gibt es schon eine sehr weitreichende Bandbreite an unterschiedlichen Produkten. Gerade im Bereich der Demenz sind Systeme bezüglich Rauch-, Wasser- oder Gasmelder sehr sinnvoll. Erhöhte Sicherheit ist durch eine Herdplattenüberwachung gegeben. Temperatursensoren bieten Unterstützung, falls der Demente die Fenster zu schließen vergisst. Intelligenter Systeme sind zum Beispiel Fallsensoren. Diese würden einen Sturz registrieren und eine Notruf absetzen (Reibnitz, 2014, S. 44ff.).

Bauliche Veränderungen in Kombination mit technischen Veränderungen können die Selbstständigkeit fördern. Im Rahmen der Sturzprophylaxe spielt vor allem auch die Beleuchtung

eine wesentliche Rolle. Hier kann im Rahmen von technischen Unterstützungsmöglichkeiten einiges zur Sturzvermeidung beigetragen werden. Diverse Elektrogeräte können durch Integration von Technik gesichert werden und somit wird zum Beispiel die Brandgefahr verringert (Döbele & Schmidt, 2014, S. 207f.).

3.4 Teilstationäre Einrichtungen

Im Gegensatz zu vollstationären Einrichtungen, sind die teilstationären dadurch gekennzeichnet, dass die Pflege und Betreuung nur zeitweise nicht in der vertrauten Umgebung stattfindet. Dies kann in Form von Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege stattfinden. Der Wunsch der älteren Generation kann durch solche Einrichtungen nachgegangen werden, indem die Betreuung nur vorübergehend stattfindet und dadurch ein Leben zu Hause in gewisser Weise nachgegangen werden kann. Es soll dem Leitsatz ambulant vor teilstationär vor stationär gerecht werden (Kaiser, 2012, S. 14f.).

Daher zählt die Kurzzeitpflege trotzdem zu der Versorgung im häuslichen Umfeld, da es sich um eine vorübergehende Zeit handelt.

3.4.1 Kurzzeitpflege

Diese Form der Betreuung findet in bestehenden Pflegeheimen statt. Es handelt sich hierbei um eine vorübergehende Aufnahme und kann für ein paar Tage oder Wochen in Anspruch genommen werden. Kurzzeitpflege ist für Menschen gedacht, welche vorübergehend einen vermehrten Betreuungsaufwand haben aber eine Besserung in Sicht ist. Oft wird dieses Angebot von pflegenden Angehörigen genutzt, wenn diese eine Auszeit benötigen und in den Urlaub fahren. Aus diesem Grund wird die Kurzzeitpflege auch Urlaubs- und Verhinderungspflege genannt (Kaiser, 2012, S. 21).

Ziel der Kurzzeitpflege ist unter anderem, eine dauerhafte stationäre Unterbringung zu verhindern. Dieses Angebot wird zum Teil nach Krankenhausaufenthalten genutzt, beziehungsweise zur Entlastung von Angehörigen. Plätze für Kurzzeitpflege werden oft in den normalen Pflegeheimalltag eingebettet. Immer häufiger kommt es vor, dass demente Personen im Anschluss an die Kurzzeitpflege eine stationäre Betreuung benötigen (Sonntag, 2014, S. 12).

Diese Form der Betreuung wird in den nächsten Jahren an Bedeutung gewinnen, da sie ein großes Potential für die Entlastung der Angehörigen darstellt. Eine Förderung der Kurzzeitpflege bedarf gleichzeitig eine Erhöhung der Qualitätssicherung bezüglich den unterschiedlichen Wohnsettings (Kuske, Roes & Bartholomeyczik, 2016, S. 429ff.).

3.4.2 Tages- und Nachtpflege

Tages- beziehungsweise Nachtpflege eignet sich ideal, wenn die häusliche Pflege nicht mehr alleine ausreicht, jedoch ein Umzug in ein Pflegeheim noch nicht als notwendig erachtet wird. Die Tagespflege bietet dadurch ein ideales Bindeglied. Kritisch ist jedoch anzumerken, dass ein häufiger Umgebungswechsel, wie es hier der Fall ist, zu einer Verstärkung der Symptome der Demenz kommen kann. Bei der Tagespflege wird eine bedarfsgerechte individuelle pflegerische Versorgung sowie Sicherheit im Alltag angeboten (Reibnitz, 2014, S. 65ff.).

Tagespflege kann in eigens dafür errichteten Gebäuden stattfinden, meistens ist diese Art der Betreuung jedoch Bestandteil innerhalb eines Pflegeheimes. Das Charakteristikum von Tagespflege ist, dass die älteren betreuungsbedürftigen Personen nur tagsüber von Professionellen betreut und gepflegt werden. Nachts liegt die Verantwortung wieder bei den Angehörigen (Kaiser, 2012, S. 20).

Zielgruppe der Tagespflege sind somit dementiell erkrankte Menschen unterschiedlichster Schweregrade, welche noch in den eigenen vier Wänden leben. Tagespflege hat zum Ziel die Angehörigen zu entlasten, da die Betreuung tagsüber übernommen wird. Weiters werden oft Beratungen sowie spezielle Informationen rund um die Erkrankung Demenz für die Angehörigen zur Verfügung gestellt (Richter et al., 2015, S. 177).

Eine weitere teilstationäre Einrichtung ist die Nachtpflege, welche nur sehr wenig verbreitet ist. Ideal zeigt sich diese Form der Versorgung bei dementiell erkrankten Menschen, die einen veränderten Tag-Nachtrhythmus haben und dadurch speziell in der Nacht Zuwendung und Pflege benötigen (Kaiser, 2012, S. 20).

4 Ambulante Betreuungsformen

Im Anschluss werden Formen von ambulanter Wohn- und Betreuungsform dargelegt. Diese sind im Speziellen das betreute Wohnen und die betreute Wohngemeinschaft. Unter einer ambulanten Betreuung wird verstanden, dass diese nicht in den eigenen vier Wänden stattfindet und auch keine vollstationäre Betreuung ist.

4.1 Ambulant betreutes Wohnen

Durch die barrierefreie Gestaltung der Wohnungen und die Möglichkeit einer formellen Pflege hinzuzuziehen, bietet das betreute Wohnen eine ideale Alternative vor einem Heimeinzug. Ein selbstständiges Leben kann weitergeführt werden, im Falle einer Verschlechterung besteht jederzeit die Möglichkeit Pflegedienstleistungen in Anspruch zu nehmen. Je nach Bedarf kön-

nen zusätzlich hauswirtschaftliche Dienste ausgewählt werden. Innerhalb solch einer Wohnhausanlage gibt es oft Gemeinschaftsräume mit einer Teeküche, welche von der älteren Generation gemeinsam genutzt werden kann. Mehrgenerationenwohnen ist vom Prinzip ähnlich wie das betreute Wohnen aufgebaut, jedoch wird hier vermehrt auf die Unterstützung innerhalb der Nachbarschaft gesetzt. Jung und Alt leben hier gemeinsam in einer Wohnhausanlage. Wenn diese Form von Zusammenleben gut funktioniert, können auf externe Hilfen länger verzichtet werden (Kaiser, 2012, S. 16f.).

Betreutes Wohnen wird teilweise eher akzeptiert, als der Einzug in ein Pflegeheim, bei fortschreiten der Demenzerkrankung kann es jedoch möglich sein, dass ein erneuter Umzug notwendig wird (Döbele & Schmidt, 2014, S. 212).

4.2 Ambulant betreute Wohngemeinschaften

In diesen Wohngemeinschaften leben meist sechs bis zwölf ältere Menschen miteinander, diese Wohnungsform eignet sich auch für Menschen mit einer Demenzerkrankung. Die Charakteristika von ambulant betreuten Wohngemeinschaften sind eine vertraute heimelige Umgebung und soziale Teilhabe mit anderen älteren Menschen. Im Gegensatz zu einem Pflegeheim können hier Pflegedienstleistungen je nach Gesundheitszustand individuell angefordert werden und sind nicht jederzeit zur Verfügung. Es handelt sich hier nicht um eigenständige Wohnungen, sondern lediglich um Zimmer, alle anderen Räumlichkeiten wie zum Beispiel die Küche werden gemeinsam genutzt (Kaiser, 2012, S. 18f.).

Der Tagesablauf soll wie gewohnt ablaufen, der Haushalt wird gemeinsam geführt. Im Mittelpunkt solcher Wohngemeinschaften steht oft eine großzügige Küche, in der gemeinsam gekocht und geplaudert wird (Döbele & Schmidt, 2014, S. 149f.).

Im Rahmen einer qualitativ durchgeführten Studie, wurde herausgefunden, dass Sterben und Gespräche über den Tod in Wohngemeinschaften speziell für dementiell erkrankte Menschen eher ein Tabuthema darstellen. Dieses Wohnsetting sichert jedoch ein würdevolles Leben bis zum Schluss zu. Zu Beginn leben in Wohngemeinschaften dort eher Menschen mit einer leichten Demenzerkrankung, welche noch selbstständig ihren Alltag leben können. Durch das Vorschreiten der Demenzerkrankung kann sich diese Situation verändern. Die Einbeziehung in der letzten Phase von palliativer Pflege ist in Wohngemeinschaften nicht üblich. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass dementiell erkrankte Menschen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften sehr gut leben können, jedoch bei Krisensituationen ein Aufenthalt in einem Krankenhaus oft nicht zu verhindern ist. Dabei gelten Krankenhäuser nicht als ideales Umfeld für Menschen mit einer Demenzerkrankung, vor allem nicht in der Sterbephase. Ein Krankenhausaufenthalt sollte daher immer so kurz wie möglich gehalten werden (Reitinger, Pleschberger & Schumann, 2010, S. 286ff.).

Eine Querschnittstudie aus Deutschland zeigt auf, dass es keine verlässliche Datenbasis bezüglich der Anzahl an Wohngemeinschaften gibt, da nicht alle Bundesländer ein Melderegister diesbezüglich haben. Die Ergebnisse dieser Studie belaufen sich auf 1.420 ambulant betreute Wohngemeinschaften, dies entspricht 10.590 Plätze für ältere Menschen in Deutschland. Ein Ausbau von Wohngemeinschaften wird gefordert, da dadurch ein selbstbestimmtes Leben gewährleistet wird (Wolf-Ostermann, Worch, Meyer & Gräske, 2014, S. 583ff.).

Bei einer Berliner Studie, welche die Versorgung von Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften über zwei Jahre hindurch untersuchte, kamen folgende Ergebnisse zum Vorschein. In 87,6% aller ambulant betreuten Wohngemeinschaften, welche Teil der Untersuchung waren, leben Menschen mit einer Demenzerkrankung. Davon ist die Hälfte der Wohngemeinschaften nach dem integrativen Ansatz geführt. Es leben ungefähr 4,2 Menschen mit einer dementiellen Erkrankung mit 1,8 Menschen ohne kognitiven Einschränkungen zusammen. Insgesamt befinden sich in den untersuchten Wohngemeinschaften, im Jahr 2009, 661 BewohnerInnen. Durchschnittlich sind in diesen ambulant betreuten Wohngemeinschaften 6,3 BewohnerInnen. Laut dieser Berliner Studie leben mehr Frauen als Männer in Wohngemeinschaften. So kam es zu der Relation von 1:3,2. In 33 Wohngemeinschaften, lebten zum Zeitpunkt der Untersuchung ausschließlich Frauen (Wolf-Ostermann & Worch, o. J., S. 51ff.).

In Berlin wurden die ersten sogenannten Demenz-Wohngemeinschaften im Jahre 1990 errichtet. In Berlin gibt es heutzutage 180 Wohngemeinschaften, welche für Menschen mit einer Demenz erbauten worden sind. Insgesamt gibt es in ganz Berlin 240 Wohngemeinschaften für ältere Menschen. Diese Stadt gilt in Deutschland als Vorreiter. Andere Städte ziehen jedoch mit dem Bau von Wohngemeinschaften für ältere Menschen nach (Lützu-Hohlbein, 2007).

Von der Caritas Socialis gibt es in Wien in Liesing und auf der Brünner Straße eine Wohngemeinschaft. Diese beiden Einrichtungen bieten für 30 dementiell erkrankte Menschen einen Wohnplatz. Das durchschnittliche Alter der BewohnerInnen liegt bei 85 Jahren (CS Caritas Socialis GmbH, 2015a, S. 4).

Zielgruppe in diesen beiden Wohngemeinschaften sind Menschen mit einer Demenz. In der Wohngemeinschaft in Liesing wird zusätzlich als Schwerpunkt die palliative Versorgung angestrebt. Hauptziel von den Wohngemeinschaften der Caritas Socialis GmbH ist ein selbstbestimmtes und vor allem individuelles Leben in der Gemeinschaft (CS Caritas Socialis GmbH, 2015b, S. 3).

Das nächste Kapitel widmet sich nun der stationären Versorgungskonzepte, welche durch eine integrative beziehungsweise segregative Betreuung gekennzeichnet sind. Abschließend werden im fünften Kapitel die Pflegeoasen erläutert.

5 Stationäre Versorgungskonzepte

Ein Hauptgrund für die Wahl einer stationären Versorgung stellt die Erkrankung Demenz mit ihren Begleiterscheinungen dar. Die Problematik daran ist, dass viele bestehende Pflegeeinrichtungen den Ansprüchen und Bedürfnissen, welche Menschen mit einer Demenzerkrankung haben, nicht gerecht werden (Kaiser, 2012, S. 11).

Dieser Umzug stellt eine enorme Belastung für den älteren Menschen und dessen Angehörigen dar (Gatterer & Croy, 2005, S. 144). Bei einem Umzug in eine stationäre Einrichtung sollte beachtet werden, ob dies planmäßig oder ungeplant stattfindet. Dies wirkt sich in späterer Folge auf die Akzeptanz des Umzuges aus. Entstehen über einen gewissen Zeitraum hinweg ein vermehrter Pflegeaufwand und dadurch die Notwendigkeit einer stationären Betreuung, so fällt dies leichter für den älteren Menschen, als wenn der Bedarf von einem Tag auf den anderen entsteht. Im Bezug auf die Erkrankung Demenz spielt auch der Grad der Orientierung eine wesentliche Rolle. Weiters ist relevant ob der Umzug selbst gewünscht ist oder nicht. Je mehr förderliche Faktoren zutreffen, desto eher wird der Umzug akzeptiert und desto einfacher ist die Eingewöhnungsphase in der stationären Pflegeeinrichtung. Im Speziellen bei der Erkrankung Demenz, kommt es häufig vor, dass Angehörige über einen Wohnortwechsel entscheiden. Hier kann es zu Schuldgefühlen, seitens der Angehörigen, kommen und der dementiell erkrankte Mensch könnte sich abgeschoben fühlen. Förderliche Faktoren für einen erfolgreichen Umzug sind daher eine Vorbereitung auf den bevorstehenden Umzug. Außerdem sollte dem dementiell erkrankten Menschen die Möglichkeit gegeben werden, sich von seinem vertrauten zu Hause zu verabschieden. Positiv ist weiters, wenn der ältere Mensch schon die Umgebung der stationären Pflegeeinrichtung kennt. Wird der Umzug geplant und im Vorhinein besprochen, so können Verzweiflung, vorübergehende Desorientiertheit womöglich verhindert werden (Matolycz, 2011, S. 77f.).

Der Fragestellung, ob Demenzkranke zu Hause länger leben als im Heim, ging die Universitätsklinik Bochum im Zeitraum zwischen 1995 und 2001 anhand einer Follow-up-Studie nach. Zu Beginn dieser Untersuchung waren 173 Demenzkranke involviert, schlussendlich gingen in die Berechnungen 145 Personen ein, welche vollständige Daten hatten. Bei der Erstuntersuchung wurde der Mini-Mental-Status (MMST) erhoben sowie die Wohnform notiert. Es wurden Personen mit Alzheimer-Demenz und vaskulärer Demenz einbezogen. 48 der Kohorte lebten in einem Seniorenheim und 97 zu Hause. Der Median vom MMST der im Seniorenheim lebenden Personen liegt bei 12 und zu Hause bei 17. Im Seniorenheim liegt der Median bezüglich des Alters bei 84,3 und bei den zu Hause lebenden bei 76,7 Jahren. Bei Verstorbenen wurde die Überlebenszeit nach Erstkontakt berechnet, darauffolgend wurden die Überlebenszeiten mit der Wohnform korreliert. Bei der Datenerfassung im Jahr 2006 waren bereits 117

der 145 Demenzkranken verstorben. Berechnungen nach Kaplan-Meier ergaben eine mediane Überlebenszeit von 2,43 Jahren bei den ProbandenInnen im Seniorenheim, im Gegensatz bei den zu Hause Lebenden mit 4,63 Jahren. Demente, welche zu Hause leben, zeigen nach einer Alters-, Geschlechts- und Schweregradadjustierung ein geringeres Sterberisiko als im Seniorenheim. Durch die Anwendung des Cox-Modells wurde dieses Sterberisiko berechnet, die Kohorte im Seniorenheim hat ein um 53,1% höheres relatives Sterberisiko als die zu Hause Gepflegten. Die Studie zeigt einen deutlichen Unterschied in der Überlebenszeit bezüglich der Wohnform von Demenzkranken. Frauen haben eine 2,5-fach erhöhte Überlebenschance gegenüber Männern. Aus der Beschreibung der Kohorte im Seniorenheim geht hervor, dass 13% Männer und 87% Frauen sind, zu Hause sind es 34% Männer und 66% Frauen (Lankers, Kissler, Hötte, Freyberger & Schröder, 2010, S. 254ff.).

5.1 Angebote stationärer Betreuungsformen – Pflegeheim

Stationäre Betreuungsformen müssen oft in Anspruch genommen werden, da durch den Fortschritt der dementiellen Erkrankung eine häusliche Versorgung nicht mehr gewährleistet ist (Gatterer & Croy, 2005, S. 144). Probleme in Bezug auf die Sprache, Orientierung und Motorik können durch die Erkrankung Demenz auftreten. Dadurch können oft die Grundbedürfnisse nicht mehr regelmäßig selbstständig erledigt werden (Gatterer & Croy, 2005, S. 10).

Vor allem der Umzug und die Eingewöhnungsphase stellen eine enorme psychische Belastung dar (Gatterer & Croy, 2005, S.144).

Wichtig ist es daher auf die Gefühle der Dementen zu hören, damit die Eingewöhnungsphase leichter gestaltet werden kann. Die alte Wohnung und deren Gegenstände stellen für kognitiv beeinträchtigte Menschen eine wichtige Erinnerungshilfe dar. Daher ist es für Demente schwierig sich an neue Umgebungen zu gewöhnen. Durch die Vergesslichkeit braucht es sehr lange, bis sie sich an veränderten Umgebungen zurechtfinden. In dieser Eingewöhnungszeit reagieren Menschen mit einer Demenzerkrankung oft sehr aufgebracht, da es sich um einen Verlust handelt. Dies kann für den Menschen mit der Erkrankung Demenz ein Verlust der Selbstständigkeit bedeuten oder das Eingeständnis der Krankheit, nicht mehr alleine zurechtzukommen (Mace & Rabins, 1991, S. 66ff.).

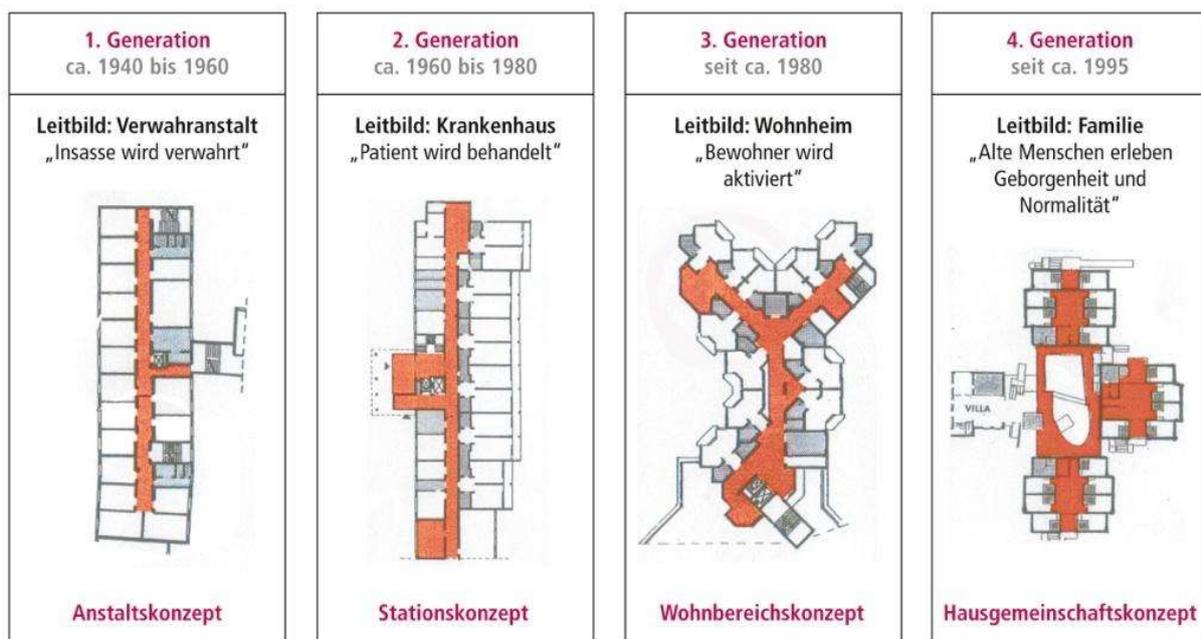
Die Umgebung sollte an die Bedürfnisse der dementen Menschen angepasst werden, dies kann in Form der Milieugestaltung geschehen. Dieses Konzept versucht durch Anpassung das Wohlbefinden zu steigern. Darunter wird verstanden, dass gewohnte Gegenstände oder Kleinmöbel in die stationäre Einrichtung mitgenommen werden. Demente Menschen reden oft davon, dass sie wieder nach Hause gehen möchte. Forschungen zu Folge ist aber hier oft nicht

die Wohnung oder das Haus direkt gemeint, sondern die Erinnerungen, welche in dieser erlebt wurden und die Erinnerung an die alten Zeiten (Döbele & Schmidt, 2014, S. 121).

Zum einen ist die Lebenserwartung in den letzten Jahren deutlich angestiegen und zum anderen wurde die ambulante Betreuung um ein Vielfaches ausgebaut. Dies sind Gründe dafür, warum BewohnerInnen heutzutage in stationären Betreuungsformen wie zum Beispiel in einem Pflegeheim viel mehr Unterstützung brauchen. Dies lässt sich dadurch erklären, dass die Menschen viel älter beim Einzug in ein Pflegeheim sind, da ein Leben durch die ambulante Versorgung länger zu Hause gewährleistet werden kann. Daher hat sich die Begrifflichkeit von Altenheimen zu Pflegeheimen etabliert, da die Kernaufgaben solcher Einrichtungen durch Multimorbidität sowie Pflegebedürftigkeit geprägt sind (Kojer & Sramek, 2011, S. 239).

Anhand des Generationenmodells lässt sich einerseits die bauliche Entwicklung von Pflegeheimen erkennen, andererseits zeigt es auch Änderungen des Betreuungskonzeptes, welche aus der Abbildung 2 entnommen werden können. Beim Betreuungskonzept lässt sich festhalten, dass der Mensch mit seiner Individualität immer mehr in den Mittelpunkt gerutscht ist, dies widerspiegelt sich in der individuellen und ganzheitlichen Betrachtung des älteren Menschen. Weiters steht die Förderung der Ressourcen der BewohnerInnen im Vordergrund. Baulich lässt sich ein Abbau der Mehrbettzimmer darstellen sowie eine Steigerung der Wohnlichkeit (Kaiser, 2012, S. 25).

Abbildung 2: Generationenmodell



Quelle: Kaiser (2012, S.25)

Anmerkung: Darstellung von der Entwicklung der stationären Pflegeeinrichtungen

Das Anstaltskonzept ist die erste Generation bei der Entwicklung der Pflegeeinrichtungen. Ältere Menschen haben dort einen Platz zum Schlafen bekommen und wurden mit Essen versorgt. Sie wurden in dieser Einrichtung als Insassen bezeichnet. Die Zimmer waren oft Sechsbettzimmer und es gab nur zentrale Badezimmer. Ein weiteres Merkmal dieser Pflegeheimgeneration ist das Fehlen von Gemeinschaftsräumen. Die zweite Generation, das Stationskonzept, wurde entwickelt um die Pflege von älteren Menschen zu erleichtern. Die in der ersten Generation beschriebenen Insassen wurden im Stationskonzept durch PatientenInnen ersetzt, diese sind durch Passivität gekennzeichnet. Das Leitbild entsprach dem des Krankenhauses. Weiters wurden Grundzüge der Geriatrie miteinbezogen. Seit 1980 gibt es das Wohnbereichskonzept, die dritte Generation. Hier werden neben der Pflege auch Wohnbedürfnisse integriert. Das Pflegeheim wird als Ort zum Wohnen und Leben verstanden. Es wird erkannt, dass die Ressourcen der BewohnerInnen wichtiger sind als die Defizite, weiters wird vermehrt auf Individualität geachtet. Diese Form der Generation wird auch heute noch in vielen Pflegeeinrichtungen gesehen. Das Hausgemeinschaftskonzept ist seit 1995 etabliert und stellt die vierte und momentan letzte Generation bei der Entwicklung von Pflegeeinrichtungen dar. Diese Wohnform ist speziell für Menschen mit einer Demenzerkrankung geeignet, da sie im Hinblick auf herausfordernde Eigenschaften dementer Menschen errichtet wurden. Daher wurden kleingruppenorientierte Wohnkonzepte entwickelt. Die Hausgemeinschaft besteht aus acht bis zwölf BewohnerInnen, der Mensch mit seiner Biografie steht hier im Mittelpunkt. Der Alltag soll der gewohnten Normalität entsprechen. Hausgemeinschaften setzen sich zumeist aus drei bis sechs weiteren Hausgemeinschaften zusammen, jede Hausgemeinschaft kann jedoch räumlich und wirtschaftlich alleine agieren (Kaiser, 2012, S. 22ff.).

Das Konzept der Hausgemeinschaft versucht die BewohnerInnen bei der Zubereitung der Speisen zu integrieren. Letztlich ist jedoch das zuständige Personal für die Mahlzeiten verantwortlich. Die älteren Menschen können einfache Küchenarbeiten erledigen, je nach Interesse und noch vorhandenen Fähigkeiten. Eine Orientierung am gewohnten früheren Alltag beziehungsweise an der Normalität soll dadurch gefördert werden. Bei der Alltagsbewältigung stehen oft Personen mit einer hauswirtschaftlichen beziehungsweise pflegerischen Ausbildung zur Verfügung. Der Tagesablauf bietet verschiedene hauswirtschaftliche Tätigkeiten, bei diesen können die BewohnerInnen mithelfen. Auch bettlägerige Personen können am Geschehen in der Hausgemeinschaft teilnehmen, hierzu werden diese in Mobilisationssessel in den Tagraum gebracht. Von dort aus können sie zumindest bei den Aktivitäten zu sehen und befinden sich zugleich in Gesellschaft. Bei typischen Hausgemeinschaften sind Waschküchen oder Pflegestützpunkte auf ein Minimum reduziert. Für die BewohnerInnen bietet das eigene

Zimmer eine Rückzugsmöglichkeit. Diese können mit eigenen Möbeln und Bildern ausgestattet werden (Kaiser, 2012, S. 85ff.).

Ergänzend zum Betreuungskonzept spielt die architektonische Gestaltung der Räumlichkeiten eine wesentliche Rolle bei Menschen mit einer Demenzerkrankung. Die Lebensqualität kann dadurch steigen, indem die Orientierung verbessert werden kann. Durch die räumliche Gestaltung sollen Defizite kompensiert werden, indem übersichtliche Grundrisse gewählt werden. Die Auswahl der Farben beeinflusst die Sinne, außerdem sollte auf ausreichende Beleuchtung geachtet werden (Kaiser, 2012, S. 12).

Der Umzug in ein Pflegeheim ist für einen Menschen mit einer Demenzerkrankung eine große Belastung, da sie bei der Anpassung an neue Situationen und neue Umgebungen Schwierigkeiten haben. Viele neue Ereignisse geschehen in kurzer Zeit und müssen alle verarbeitet werden. Bei der Verarbeitung kommt es jedoch durch den Verlauf der Erkrankung zum Scheitern und somit entsteht das Gefühl von Unsicherheit und Angst. Ein weiteres Problem beim Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung stellt die fortgeschrittene Demenz dar, weil beim Entscheidungsprozess die Betroffenen selbst nicht involviert worden sind. Gründe für eine Heimaufnahme stellen zum einen die Überforderung bei den pflegenden Angehörigen dar und zum anderen Verhaltensveränderungen und kognitive Defizite beim Menschen mit der Demenzerkrankung. Demente Menschen werden leichter aggressiv, sie sind öfters unruhig, irren herum und manchmal schreien diese über längere Zeit (Bruder, 2011, S. 468ff.).

Immer mehr ältere Menschen sind auf die Betreuung und Versorgung in stationären Einrichtungen angewiesen. Ein Leben zu Hause beziehungsweise eine Betreuung und Sicherstellung der Pflege ist auch oft nicht mehr in speziellen Wohngemeinschaften, welche für dementiell erkrankte Menschen angepasst wurden, sicherzustellen. Das Leben in einem Pflegeheim soll jedoch bis zum Ende so gestaltet werden, dass es lebenswert ist. Der Tagesablauf wird demnach so gewählt, dass sich die BewohnerInnen jederzeit wohlfühlen. Weiters müssen Voraussetzungen geschaffen werden, welche ein Leben und Sterben in Würde und Frieden erst ermöglichen. Der palliative Ansatz findet immer wieder Einzug in Pflegeheimen. Ein spezieller Wert wird weiters auf die individuellen Biografien gelegt, dabei sind vor allem auch die Vorlieben und Abneigungen zu beachten (Müller, 2011, S. 177).

Vor allem bei stationären Einrichtungen ist die palliative Betreuung ein wichtiger Bestandteil, da die meisten älteren Menschen hier ihren letzten Lebensabschnitt verbringen. Für einen gelingenden palliativen Ansatz ist eine wertfreie Kommunikation sowie Aufbau von Beziehungen ein wesentlicher Bestandteil. Auch die Angehörigen sollten in der letzten Lebensphase miteinbezogen werden (Müller, 2011, S. 184).

Das Leitbild von palliativer Pflege und Betreuung ist dem älteren dementiellen Menschen Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln. Der Kernpunkt ist ein lebenswertes Leben bis zum Schluss und die Verringerung von Leiden (Heimerl, 2011, S. 195).

In Leipzig wurden Pflegeheime in Bezug auf die bestehende Versorgungsstruktur bei einer Untersuchung näher betrachtet. Es wurden 47 stationäre Pflegeeinrichtungen dabei untersucht und nahmen an einer schriftlichen Befragung teil. 70% dieser Einrichtungen sind auf Personen ausgerichtet, welche eine dementielle Erkrankung aufweisen. 14 davon bieten eine segregative Versorgung und zwei eine integrative, weitere zwei Pflegeeinrichtungen gaben an, beide Ansätze zu haben. Positiv ist zu erwähnen, dass alle Einrichtungen Orientierungshilfen für die BewohnerInnen anbieten. 79% dieser Einrichtungen gestalten die Pflegeeinrichtung nach dem biografieorientierten Ansatz. Dies bedeutet, dass Fotos, Möbel und diverse Gegenstände, die an die Jugendzeit erinnern, mitgenommen werden. 96% aller Pflegeeinrichtungen bei dieser Untersuchung haben einen Garten, jedoch wurde dieser nur in neun Einrichtungen als Sinnesgarten gestaltet (Hanns, Born, Nickel & Brähler, 2011, S. 35f.).

5.2 Integrative Versorgung

Bei der integrativen Versorgung leben Menschen mit einer Demenzerkrankung gemeinsam mit nicht dementiell Erkrankten zusammen. Die Expertenmeinungen teilen sich, wenn der Frage nachgegangen wird, ob eine Integration oder eine Segregation die bessere Wahl wäre (Kaiser, 2012, S. 12).

Anhand einer Follow-up Studie aus Deutschland wurde die integrative und segregative Betreuung verglichen. Die Ergebnisse dieser Studie weisen folgende Vorteile bei der integrativen Versorgung auf. Die Besuchshäufigkeit liegt bei 56,1% gegenüber der segregativen Betreuung bei 33,7%. Vorteilhaft zeigte sich auch die vermehrte Teilnahme an körperlichen Aktivitäten, Veranstaltungen und Gedächtnistraining (Weyerer, Schäufele & Hendlmeier, 2005, S. 90).

Positiv bei der integrativen Betreuung ist, dass der dementielle Mensch nicht als eine andere Person betrachtet wird. Die Verwirrtheit wird als normal angesehen, welche zu dem Menschen gehört. Die Umgebung und Räumlichkeiten bieten immer wieder Orientierungshilfen für dementiell erkrankte Menschen, dies stellt aber auch einen positiven Effekt für nichtdementiell erkrankte Menschen dar. Weiters haben Menschen, welche nicht an einer Demenz erkrankt sind, somit eine Aufgabe, wie zum Beispiel den Dementen an das Trinken erinnern, oder ein Glas Wasser einfüllen (Gatterer & Croy, 2005, S. 146f.).

Im Idealfall leben in der integrativen Einrichtung ausschließlich Menschen mit einer Demenzerkrankung, bei denen keine auffallenden Verhaltensweisen erkennbar sind. Folge dessen kommt es zu Streitigkeiten mit den kognitiv gesunden Menschen. Ein weiterer Vorteil besteht

darin, dass die dementiell erkrankten Menschen das Verhalten der kognitiv nicht beeinträchtigten MitbewohnerInnen nachahmen können. In Deutschland lebt derzeit die Mehrzahl der Menschen mit einer Demenzerkrankung in einer integrativen Versorgungsstruktur (Sonntag, 2014, S. 80f.).

Bezüglich der Versorgungssituation in Österreich kann der Anteil an dementiell erkrankten BewohnerInnen in stationären Betreuungen nur geschätzt werden. Mit 43 Prozent stellt die Erkrankung Demenz die häufigste Ursache für einen Heimeinzug dar (Gleichweit & Rossa, 2009 zitiert in Höfler et al., 2015, S. 106).

5.3 Segregative Betreuung

Die segregative Betreuung oder auch bekannt unter den Namen separative Betreuungsform, stellt sozusagen eine Spezialform für die Betreuung von Demenzkranken dar (Gatterer & Croy, 2005, S. 146).

Aufgrund der wachsenden Problematik im Bezug auf die immer höher werdende Anzahl an Menschen mit Demenzerkrankung wurden neue Behandlungsansätze entwickelt, zu diesen zählen unter anderem die segregative Betreuung von Demenzkranken. Dabei handelt es sich um das Gegenstück der integrativen Versorgung. Bei der segregativen Form leben Demenzkranke nur unter sich. Es gibt auch die Form von teilsegregativer Betreuung, hier leben Menschen mit einer Demenzerkrankung und ältere Menschen ohne kognitiven Einschränkungen prinzipiell gemeinsam, jedoch zu gewissen Tageszeiten sind sie voneinander getrennt, in Form von speziellen Gruppen. Bei der Versorgung nach der segregativen Betreuung wird vermehrt auf die Biografie zurückgegriffen. Es kommt bei dieser Form der Betreuung zu einer höheren Einnahme von Antidepressiva und Antidementiva, diese Ergebnisse wurden bei der Follow-up Studie repräsentiert (Weyerer et al., 2005, S. 87ff.).

Sowohl die integrative als auch die segregative Betreuung haben beide Vor- und Nachteile. Positiv zu erwähnen ist bei der segregativen Betreuungsform, dass die Räumlichkeiten an die Bedürfnisse der Menschen mit Demenzerkrankung angepasst sind. Aufgrund dieser Erkrankung kann es immer wieder zu einem aggressiven Verhalten kommen. Dies wird von Menschen ohne Demenzerkrankung oft als nervig empfunden und es wird kein Verständnis gegenüber gebracht. Hier liegt der Vorteil darin, dass dementiell erkrankte Menschen und Personen, welche keine kognitiven Einschränkungen haben, nicht miteinander leben (Gatterer & Croy, 2005, S. 146f.).

In der Fachliteratur wird die segregative Betreuung auch unter dem Begriff Domus Prinzip beschrieben. Dieses Prinzip ist zum Teil umstritten, da hier die dementen Personen ausge-

gliedert werden. Genau diese älteren Menschen, welche an einer Demenz erkrankt sind, brauchen jedoch einen gewissen Schutz, welcher die segregative Einrichtung bietet. Würden sie gemeinsam mit anderen älteren Menschen zusammenleben, würde es oft zu fehlendem Verständnis kommen. Für Menschen, welche kognitiv gesund sind, ist es schwer nachzuvollziehen, warum der demente Mensch gewisse Handlungen durchführt, wie zum Beispiel sich in fremde Betten legen oder persönliche Gegenstände von anderen Menschen nehmen. Hier ist oft ein Streit vorprogrammiert, wobei der dementiell erkrankte Mensch nicht weiß, warum er beschimpft wird (Schaade, 2009, S. 4).

Bei der segregativen Versorgung kann weiters eventuell eine Gliederung in Bezug auf den Schweregrad der Demenz erfolgen. Diese Form ist besonders bei einer Demenz im fortgeschrittenen Stadium, bei einer Hin- und Weglauftendenz beziehungsweise bei einem durch die Demenz hervorgerufenen veränderten Verhaltensmuster empfehlenswert (Sonntag, 2014, S. 81ff.).

5.4 Pflegeoasen

Die letzte Phase der Demenz ist durch eingeschränkte Mobilität und Verlust der kognitiven Fähigkeiten gekennzeichnet. In dieser Phase eignet sich vor allem die Betreuungsform der Oasen. Pflegeoasen bestehen meistens aus größeren Mehrbettzimmern, welche von Sinnesreizen wie Düften, Beleuchtung und verschiedenen Konzepten durch Farben gelenkt werden. Die Anforderungen von dementen Menschen liegen normalerweise in einer gewohnten Umgebung sowie einen Rückzugsort zu haben. Diese Wünsche werden bei Pflegeoasen nicht berücksichtigt, da davon ausgegangen wird, dass in der letzten Phase der Demenz die Prioritäten anders verteilt sind. Emotionale Kontakte sowie Außenreize stehen hier im Vordergrund (Kaiser, 2012, S. 13).

Pflegeoasen entstanden durch Beobachtungen, da sich dementiell Erkrankte im fortgeschrittenen Stadium vermehrt in öffentlichen Räumen aufhielten. Es wird davon ausgegangen, dass im späteren Verlauf der Demenzerkrankung Menschen nicht mehr alleine sein wollen und die Gemeinschaft mit anderen Menschen suchen. Pflegeoasen sind dadurch gekennzeichnet, dass die dementiell erkrankten Menschen in großen Zimmern gemeinsam untergebracht sind. In Oasen leben oft bis zu sieben Personen in einem Zimmer (Gatterer & Croy, 2005, S. 156). Bei dieser speziellen Betreuungsform für dementiell Erkrankte, liegt der Vorteil darin, dass Bedürfnisse und Probleme durch die intensive Rund-um-die-Uhr-Betreuung schneller erkannt werden können. Dies ist vor allem wichtig, da sie sich in dieser Demenzstufe verbal nicht mehr mitteilen können. Im Verlauf der Demenzerkrankung kommt es zu Problemen bei der Sprachfähigkeit. Bei Oasen handelt es sich um große Zimmer, damit das Gefühl der Gemeinschaft

vermittelt wird, dadurch kommt es jedoch auch zu Schwierigkeiten in Bezug auf die Privatsphäre. Daher müssen auch Rückzugsmöglichkeiten geschaffen werden. Sinnvoll in der letzten Phase der Demenz ist auch an eine palliative Versorgung zu denken (Schaade, 2009, S. 84).

Durch die dauerhafte Anwesenheit vom Pflegepersonal wird eine bedürfnisorientierte Betreuung gewährleistet. Ein Raum der Ruhe und Rückzugsmöglichkeit werden durch Pflegeoasen geschaffen sowie menschliche Nähe und Geborgenheit vermittelt. Vor allem im Bereich der Pflegeoasen, ist es wichtig, dass das Pflegepersonal auch nonverbale Signale erkennt, da sich die Menschen mit einer Demenzerkrankung in dieser Phase meist nicht mehr verbal äußern können (Rutenkröger, Berner & Kuhn, 2012, S. 19).

Durch das Unternehmen Demenz Support Stuttgart wurde eine Pilotstudie in Bezug zu Pflegeoasen durchgeführt. Bei der Studie wurden zwei Pflegeoasen mit einer Kontrollgruppe verglichen. Bei diesem Vergleichsstudiendesign wird sowohl auf qualitative als auch quantitative Methoden zurückgegriffen (Rutenkröger et al., 2012, S. 3ff.).

Bei der Kontrollgruppe wurden Personen ausgewählt, welche einen ähnlichen Gesundheitszustand haben, wie die Menschen in der Pflegeoase (Rutenkröger et al., 2012, S. 21).

Ergebnisse der Studie sind unter anderem, dass die Schlafdauer bei Menschen in Pflegeoasen länger sind, als in der Kontrollgruppe. Sowohl die Kontrollgruppe als auch die Personen in der Pflegeoase haben beim Mini Mental Test null Punkte. Die Kontrollgruppe verfügte am Beginn der Studie im Bereich der Mobilität sowie der Sprache mehr Fähigkeiten. Dies änderte sich jedoch im Verlauf der Studie. Angst sowie Aggression kommen in beiden Gruppen häufig vor, in der Pflegeoase fällt die Dimension Angst geringer aus, als in der Kontrollgruppe. Insgesamt kam es im Verlauf der Studie bei beiden Gruppen jedoch zu einer Abnahme der Begleitscheinungen. Auch der Bewegungsradius hat sich bei den Personen in der Pflegeoase vergrößert. Deutlich wird der Unterschied beim Kontakt mit anderen Menschen, dieser ist in der Pflegeoase am Tag doppelt so oft (Rutenkröger et al., 2012, S. 38ff.).

Weiters ging aus der Studie heraus, dass bei Pflegeoasen eine wertschätzende Grundhaltung vom Pflegepersonal sowie empathische Fähigkeiten wichtig sind. Nach einem validierenden, wertschätzenden Gespräch, sind die Menschen mit einer Demenzerkrankung deutlich entspannter. Wohlbefinden steht an oberster Stelle und wird durch Handmassagen sowie Singen verstärkt. In der Kontrollgruppe ist der Tag nach dem Ablauf der Organisation gerichtet. Im Gegensatz zu Pflegeoasen wird hier auf die Bedürfnisse reagiert und so ergibt sich der individuelle Tagesablauf (Rutenkröger et al., 2012, S. 57f.).

In den letzten Jahren kommt es immer mehr zum Ausbau von Pflegeoasen, dies erfolgt in bereits bestehende stationäre Pflegeeinrichtungen. Bei der folgenden beschriebenen Studie

wurde die Lebensqualität der BewohnerInnen näher untersucht. Es wurde anhand einer Kontrollgruppe, welche in Ein- bis Zweibettzimmer lebten, die Lebensqualität verglichen. Zum Messen der Lebensqualität wird das Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität bei Demenz kurz genannt HILDE sowie Beobachtungen eingesetzt. Acht dementiell erkrankte Menschen mit einem Mini Mental Status kleiner drei wurden einer Gruppe von fünf dementiell erkrankten Menschen mit einem Mini Mental Status von null gegenübergestellt. Die Studiendauer betrug zwanzig Monate, innerhalb dieser Zeit wurde die Lebensqualität zu sechs unterschiedlichen Zeitpunkten gemessen. Wesentlicher Unterschied dieser zwei Gruppen besteht darin, dass die BewohnerInnen der Pflegeoase achtzehn Mal pro Woche Aktivitäten geboten bekommen, im Gegensatz zur Kontrollgruppe nur zwei Mal innerhalb einer Woche. Voraussetzungen für eine Pflegeoase sind unter anderem ein intensiverer Personalschlüssel im Gegensatz zur Kontrollgruppe. Im Zuge dieser Studie wurde festgestellt, dass sich die MitarbeiterInnen in der Pflegeoase mehr belastender fühlen, als in der Kontrollgruppe (Bundesministerium für Gesundheit, 2011, S. 66f.).

Die erste Pflegeoase wurde in der Schweiz in Sonnweid errichtet und stellt heute noch eine Vorreiterrolle in Bezug auf Pflegeoasen dar. Nach dem Bau dieser Pflegeoase wurde sehr viel Kritik zu dieser Betreuungsform ausgeübt. Ein Kritikpunkt aus Deutschland war, dass Pflegeoasen zur Entpersonalisierung führen würden. In Österreich wurde nur wenig darüber diskutiert, im Gegensatz zu Luxemburg dort wurde dieses Konzept ganz abgelehnt (www.sonnweid.ch, 23.01.2018).

2012 wurde im Bundesland Oberösterreich in Bad Ischl das erste Seniorenheim mit einer Pflegeoase errichtet. Diese besondere Betreuungsform für Menschen mit einer hohen Demenzstufe stellte zu dieser Zeit in Oberösterreich eine Neuheit dar (www.nachrichten.at, 23.01.2018).

Schweden und Niederlande gelten als Pioniere in Bezug auf die Betreuung bei Demenzerkrankten. In diesen beiden Ländern wird derzeit weniger der Frage nachgegangen ob segregativer oder integrativer Ansatz besser wäre, sondern stellen derzeit vielmehr das Zusammenleben in kleineren Gruppen in den Mittelpunkt (Rutenkröger et al., 2012, S. 108).

6 Ergebnisse

Im sechsten Kapitel werden nun die Ergebnisse der Forschungsfrage, bezüglich Wohn- und Betreuungssettings für dementiell erkrankte Menschen dargestellt. Die Kernfrage dieser Bachelorarbeit lautet: Welche Wohn- und Betreuungssettings gibt es für dementiell erkrankte Menschen? Diese arbeitsleitende Forschungsfrage lässt sich nun aufgrund der Aufbereitung der Literatur wie folgt beantworten.

Zu den Wohn- und Betreuungsformen für dementiell erkrankte Menschen zählt unter anderem die häusliche Versorgung. Bei dieser Wohnform, sind die älteren Menschen vor allem auf die Unterstützung von Angehörigen und professionellen Pflegefachkräften angewiesen. Eine weitere Hilfestellung in den eigenen vier Wänden stellen technische Unterstützungsangebote dar. Weiters können auch auf ambulante Pflegeleistungen zurückgegriffen werden, im Sinne der Hauskrankenpflege. Durch die ambulanten Unterstützungen wird ein selbstbestimmtes Leben trotz Einschränkungen gewährleistet. Ein weiterer Sektor von Wohn- und Betreuungssettings sind teilstationäre Einrichtungen. Zu diesen zählen die Kurzzeitpflege und die Tages- sowie Nachtpflege.

Die Kurzzeitpflege ist eine zeitlich befristet Betreuung und Versorgung in einer stationären Einrichtung. Diese wird zum Teil nach einem Krankenhausaufenthalt in Anspruch genommen, wenn vorübergehend ein erhöhter Pflegeaufwand besteht. Weiters kommt diese Form der Betreuung zur Erholung von pflegenden Angehörigen zum Einsatz. In diesem Fall wird die Kurzzeitpflege oft auch Urlaubsbetreuung genannt. Weitere Wohn- und Betreuungsformen für dementiell erkrankte Menschen stellen der ambulante Sektor dar. Bei ambulant betreuten Wohnungen gibt es zwei Vorteile, diese sind zum einen, eine barrierefreie Wohnung, und zum anderen die Möglichkeit zum Hinzuziehen einer formellen Pflege. Die älteren Menschen leben hier selbstbestimmt in einer Wohnung und können bei Bedarf pflegerische Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen. Hier ist zugleich Sicherheit und Unabhängigkeit gewährleistet (Matolycz, 2011, S. 29ff.).

Zu den neueren Wohnsettings zählt die ambulant betreute Wohngemeinschaft. Einige dieser Wohngemeinschaften setzten einen Schwerpunkt für dementiell erkrankte Menschen (Lütza-Hohlbein, 2007).

Bei stationären Einrichtungen gibt es eine Unterscheidung zwischen dem Integrationsprinzip und segregativer Betreuung. Der Unterschied dieser beiden Formen liegt darin, dass bei Einrichtungen der segregativen Art, ausschließlich Menschen mit einer Demenzerkrankung leben. Die pflegerische Betreuung sowie der gesamte Tagesablauf sind speziell für dementiell erkrankte Menschen gestaltet (Schaade, 2009, S. 4).

Abschluss von den Wohn- und Betreuungssettings stellt in dieser Bachelorarbeit die Pflegeoasen dar, welche eine spezielle Form der stationären Versorgungskonzepte sind.

Pflegeoasen stellen vor allem eine wichtige Betreuungsform für Menschen mit einer weit fortgeschrittenen Demenz dar (Rutenkröger et al., 2012, S. 108).

7 Zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse und Ausblick

Am Beginn der Demenzerkrankung steht einer häuslichen Pflege und Betreuung meist nichts im Wege. Anfangs wird zumeist nur geringe Unterstützung durch außenstehende Personen beziehungsweise Angehörige benötigt, der Großteil kann noch selbstständig organisiert werden. Hilfsdienste wie zum Beispiel Essen auf Rädern kommen auch schon im Anfangsstadium der Demenz oft zum Einsatz. Beim Fortschreiten der Erkrankung gibt es in der heutigen Zeit, aufgrund der ständigen Weiterentwicklung der Betreuungsformen, eine weite Breite an verschiedenen Wohn- und Betreuungsformen. Eine Alternative, welche vor allem noch zu Beginn der Erkrankung gewählt werden kann, ist die Tagespflege. Bei dieser leben die dementiell erkrankten Menschen noch zu Hause, verbringen manche Tage jedoch in einer speziellen Einrichtung. Hier werden einerseits die Angehörigen entlastet andererseits wird der soziale Kontakt zu anderen älteren Menschen gefördert. 80 % aller dementiell erkrankten Menschen in Deutschland werden zu Hause von deren Angehörigen betreut und versorgt. Hier kommen oft Unterstützungsangebote in Frage, da sich das Leben nun nur mehr um den dementiell erkrankten Menschen dreht und dieser oft eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung benötigt. Hierbei sorgen Unterstützungsmöglichkeiten zur Entlastung bei den Angehörigen und verhelfen außerdem den älteren Menschen so lange wie möglich ein zum größtenteils selbstständiges Leben zu führen. Für Menschen, welche sich mit der Erkrankung Demenz noch kaum beschäftigt haben, sind die Begleiterscheinungen der Demenzerkrankung nur schwer zu verstehen. Aggression und Wesensveränderungen können hier an der Tagesordnung stehen. Es ist daher wichtig, die Angehörigen bestmöglich durch extramurale Dienste zu entlasten und ihnen Unterstützung anzubieten. Wenn die Demenzerkrankung jedoch so weit fortgeschritten ist und nur noch eine Betreuung in einer stationären Einrichtung in Aussicht steht, so kommt es in solch einer Situation oft zu Schuldgefühlen auf der Seite der Angehörigen (Schaade, 2009, S. 2ff.).

Allgemein lässt sich festhalten, dass die ideale Wohn- und Betreuungsform zum einen von den Bedürfnissen des Demenzkranken zum anderen vom Stadium der Erkrankung abhängig ist. Daher kann nicht über das eine richtige Wohn- und Betreuungssetting gesprochen werden.

Viele Menschen wollen bis zu ihrem Lebensende in ihren eigenen vier Wänden leben. Durch das Fortschreiten der Erkrankung ist dies jedoch schwer möglich, da Angehörige oft trotz Unterstützungangebote überfordert sind. Eine Alternative wäre hier der Einzug in ein Pflegeheim oder ambulant betreute Wohngemeinschaften (Döbele & Schmidt, 2014, S. 149).

In den letzten Jahren hat sich ein Trend entwickelt, indem ersichtlich wird, dass immer mehr ältere Menschen in Einpersonenhaushalten leben. Durch die Anwendung von technischen Unterstützungsmöglichkeiten kann ein Leben in der vertrauten Umgebung dadurch trotzdem gewährleistet werden. Technische Unterstützungsmöglichkeiten gewinnen immer mehr an Bedeutung und befinden sich in einem kontinuierlichen Entwicklungsprozess (VDI/VDE Innovation + Technik GmbH & IEGUS - Institut für Europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH, 2013, S. 6).

Die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit zählt zu einer der idealsten Wohnformen. Hier muss jedoch stets bedacht werden, dass Angehörige zur Verfügung stehen müssen, welche die Betreuung der dementiell erkrankten Menschen übernehmen. Daher stößt die häusliche Versorgungsform schnell an ihre Grenzen (Reggentin & Dettbarn-Reggentin, 2006, S. 32).

Durch eine ambulante Betreuung können auch dementiell erkrankte Menschen ein selbstbestimmtes Leben führen. In der Versorgungskette der Wohn- und Betreuungsformen für Menschen mit einer Demenzerkrankung benötigen ambulante Unterstützungsmöglichkeiten jedoch immer angepasste Strukturen. Auf die Zusammenarbeit mit den Angehörigen sollte nie verzichtet werden, sondern sie sollte ebenso in den Mittelpunkt gestellt werden (Richter et al., 2015, S. 153).

Ältere Menschen, welche an einer Demenz erkrankt sind, brauchen oft die Gewissheit, dass jemand in ihrer Nähe ist. Daher suchen sie des Öfteren die Gesellschaft. Wenn sie jedoch keinen anderen Menschen sehen, werden sie unsicher und verspüren ein Gefühl von Einsamkeit. Daher eignen sich in stationären Einrichtungen für dementiell erkrankte Menschen auch Mehrbettzimmer. Somit können soziale Kontakte immer gepflegt werden. Gegenseitige Unterstützung bietet ebenfalls das Gefühl gebraucht zu werden (Kojer & Sramek, 2011, S. 241f.). Aus diesen Gründen, ist eine Betreuung in stationären Einrichtungen von Vorteil, da ältere Menschen, rund um die Uhr andere Leute zur Verfügung haben. Weiters bietet die ständige Anwesenheit des Pflegepersonals Sicherheit.

Das letzte Stadium der Demenz ist oft durch Immobilität geprägt, hier bieten Pflegeoasen den Menschen einen idealen Platz. Bei der Betreuung in solchen Oasen haben die Menschen,

welche an einer Demenzerkrankung leiden, eine Rund-um-die-Uhr Betreuung in Gemeinschaft mit anderen Menschen, welche ebenfalls dement sind (Schaade, 2009, S. 84).

Nicht jede Betreuungsform ist für Menschen in einem weit fortgeschrittenen Demenzstadium vereinbar ist. Hausgemeinschaften sowie integrative Versorgungsformen zählen zu den passenden stationären Formen. Ein breites Angebot an ambulanten, stationären sowie teilstationären Einrichtungen sind für Menschen mit einer Demenzerkrankung sehr wichtig, um eine bedarfsgerechte Betreuung und Versorgung zu gewährleisten. Außerdem ist eine Vernetzung all dieser Wohnformen sehr wichtig (Gatterer, Reda, Adamcyk, et al., 2007, S. 379).

Im Verlauf der Demenzerkrankung kommt es immer wieder zu neuen Herausforderungen. Hier betrifft es vor allem die Angehörigen, welche speziell am Anfang der Demenzerkrankung ihre Liebsten versorgen und betreuen. Ziel dieser Arbeit war es unter anderem aufzuzeigen, dass die Unterbringung in einem Pflegeheim nicht die einzige Alternative im Verlauf der Demenzerkrankung darstellt. Im Laufe der Jahre hat sich im Bereich der Wohn- und Betreuungsformen, im speziellen für Menschen mit einer Demenzerkrankung, einiges verändert. Es konnten die verschiedenen Wohn- und Betreuungsformen, welche für Menschen mit einer dementiellen Erkrankung geeignet sind, beschrieben werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich die Wohn- und Betreuungsform nach dem Schweregrad der Demenzerkrankung richtet. Zu Beginn der Demenzerkrankung können viele Tätigkeiten einstweilen alleine verrichtet werden, da die Orientierung noch ziemlich gut vorhanden ist. Einschränkungen können durch Angehörige oder pflegerische Unterstützungsdienste kompensiert werden. Beim Fortschreiten der Erkrankung, wenn Alltagstätigkeiten nicht mehr alleine bewältigt werden können und die kognitiven Fähigkeiten immer mehr nachlassen, kommen andere Betreuungsformen zum Einsatz. Reichen jedoch auch solche Unterstützungsangebote nicht mehr aus werden stationäre Betreuungsformen zur Auswahl kommen (Reggentin & Dettbarn-Reggentin, 2006, S. 38).

Der aktuelle Stand der Forschung wurde in dieser Bachelorarbeit dargestellt. Weiters wurden die Wohn- und Betreuungsformen anhand vorhandener Statistiken und Untersuchungen veranschaulicht. Im Zuge dieser Bachelorarbeit wurde festgestellt, dass es viele Untersuchungen, Studien beziehungsweise Evaluationsberichte zu den diversen Wohn- und Betreuungsformen vorhanden sind. Einschränkung ist bezüglich der Studien ersichtlich geworden, da die meisten Studien aus Deutschland kommen, österreichische Untersuchungen gibt es diesbezüglich sehr wenig. Hier besteht auf jeden Fall Entwicklungspotential. Die Wichtigkeit dieses Themas

wird vor allem dann ersichtlich, wenn die Bevölkerungsentwicklung der nächsten Jahre betrachtet wird. Ebenso wurde sehr viel Literatur aus Deutschland gefunden, jedoch wenig Inputs aus Österreich.

Inhalte, welche nicht Ziel dieser Arbeit waren, sind die Sichtweisen der Pflegepersonen auf die unterschiedlichsten Wohn- und Betreuungsformen sowie die Herausforderungen welche sich dadurch ergeben. Weiters wurde das Setting Krankenhaus im Bezug auf dementiell erkrankte Menschen nicht beschrieben. Speziell bei diesem Betreuungssetting kommt es immer wieder zu Schwierigkeiten. Dieser Inhalt wurde nicht miteinbezogen, da es sich hierbei um keine Wohnform handelt.

Literaturverzeichnis

- Bruder, J. (2011). Alten- und Pflegeheime. In H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen in Theorie und Praxis* (3., aktualisierte und überarbeitete Auflage, S. 467-480). Berlin: Springer.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. (2017). *Sozialbericht Sozialpolitische Entwicklungen und Maßnahmen 2015-2016 Sozialpolitische Analysen*. Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2011). *Leuchtturmprojekt Demenz* (Abschlussbericht). Abgerufen von www.bundesgesundheitsministerium.de
- Claßen, K. (2012). Technik im Alltag. In H.W. Wahl, C. Tesch-Römer, & J. P. Ziegelmann (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie: Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen* (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 499-506). Stuttgart: Kohlhammer.
- CS Caritas Socialis GmbH. (2015a). *Bericht zur Strukturqualität CS Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz Brünnerstraße und Liesing* (Wien). Abgerufen von https://www.cs.at/files/fo_bericht_strukturqualitaet.pdf
- CS Caritas Socialis GmbH. (2015b). *Zertifizierungsbericht Zusammenfassung CS Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz*. Abgerufen von https://www.cs.at/files/fo_zertifizierungsbericht_zusammenfassung.pdf
- Döbele, M., & Schmidt, S. (2014). *Demenzbegleiter für Betroffene und Angehörige: Informationen und Hilfen für den Alltag*. Berlin: Springer Medizin.
- Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., ... Scazufca, M. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*, 366(9503), 2112–2117. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67889-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67889-0)
- Folstein, M. F., Folstein, F. S., & MCHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, (12), 189–198.
- Gatterer, G., & Croy, A. (2005). *Leben mit Demenz: praxisbezogener Ratgeber für Pflege und Betreuung*. Wien: Springer.
- Gatterer, G., Reda, A., Adamcyk, W., Dittrich, B., Müller, F., & Sterba, N. (2007). Freiraum für Patienten mit Demenz – die Demenzstation im Geriatriezentrum am Wienerwald. In G. Gatterer (Hrsg.), *Multiprofessionelle Altenbetreuung: Ein praxisbezogenes Handbuch* (2. Aufl., S.379-384). Wien: Springer.
- Gatterer, G. (2007). Strukturen der Altenbetreuung in Österreich. In G. Gatterer (Hrsg.), *Multiprofessionelle Altenbetreuung: Ein praxisbezogenes Handbuch* (2. Aufl., S.33-43). Wien: Springer.
- Georges, J. (2006). *Who cares? The state of dementia care in Europe*. Online: <http://www.alzheimer-europe.org/Publications/Alzheimer-Europe-Reports> [Abruf am 06.11.2017].

- Gleichweit, S., Rossa, M. (2009). *Erster Österreichischer Demenzbericht. Teil 1: Analyse zur Versorgungssituation durch das CC Integrierte Versorgung der österreichischen Sozialversicherung*. (1. Aufl.). Wien: Wiener Gebietskrankenkasse.
- Gräßel, E. (1998a). Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil I: Inanspruchnahme professioneller Pflegehilfe. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31(1), 52–56.
- Gräßel, E. (1998b). Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31(1), 57–62.
- Hanns, S., Born, A., Nickel, W., & Brähler, E. (2011). Versorgungsstrukturen in stationären Pflegeeinrichtungen: Eine Untersuchung in Leipziger Pflegeheimen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 44(1), 33–38. <https://doi.org/10.1007/s00391-010-0145-2>
- Heimerl, K. (2011). Intelligente Pflegeheime: Palliative Care und Organisationsentwicklung im Alten- und Pflegeheim. In M. Kojer, & M. Schmidl (Hrsg.), *Demenz und palliative Geriatrie in der Praxis: Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen* (S. 185-198). Wien: Springer.
- Höfler, S., Bengough, T., Winkler, P., & Griebler, R. (2015). *Österreichischer Demenzbericht 2014*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium. Online: <https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/6/4/5/CH1513/CMS1436868155908/demenzbericht2014.pdf> [Abruf am 23.01.2018].
- Kaiser, G. (2012). *Vom Pflegeheim zur Hausgemeinschaft: Empfehlungen zur Planung von Pflegeeinrichtungen* (2. Aufl.). Köln: Kuratorium Dt. Altershilfe Wilhelmine-Lübke-Stift.
- Kojer, M., & Sramek, G. (2011). Recht auf bedürfnisgerechte Unterbringung. In M. Kojer, & M. Schmidl (Hrsg.), *Demenz und palliative Geriatrie in der Praxis: Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen* (S. 238-242). Wien: Springer.
- Kuske, S., Roes, M., & Bartholomeyczik, S. (2016). Überleitung zwischen Häuslichkeit und Kurzzeitpflege: Delphi-Befragung im Rahmen der Versorgungskontinuität von Menschen mit Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 49(5), 429–435. <https://doi.org/10.1007/s00391-015-0907-y>
- Lankers, D., Kissler, S., Hötte, S. D., Freyberger, H. J., & Schröder, S. G. (2010). Leben Demenzkranke zu Hause länger als im Heim? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43(4), 254–258. <https://doi.org/10.1007/s00391-010-0096-7>
- Lützau-Hohlbein, H. (2007). *Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Demenzkranke – Selbstbestimmung und Qualität*. Online: <https://www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/archiv-alzheimer-info/ambulant-betreute-wohngemeinschaften-fuer-demenzkranken-selbstbestimmung-und-qualitaet.html> [Abruf 01.01.2018].

- Mace, N. L., & Rabins, P. V. (1991). *Der 36-Stunden-Tag: die Pflege des verwirrten älteren Menschen, speziell des Alzheimer-Kranken* (3., erweiterte Auflage). Bern Göttingen Toronto: Huber.
- Matolyucz, E. (2011). *Pflege von alten Menschen*. Wien: Springer.
- Müller, D. (2011). Der Einfluss des Personals auf Lebensqualität und Sterbekultur in Pflegeheimen. In M. Kojer, & M. Schmidl (Hrsg.), *Demenz und palliative Geriatrie in der Praxis: Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen* (S. 173-184). Wien: Springer.
- Nigg, B., & Steidl, S. (2011). *Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie: Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe* (3. Aufl.). Wien: Facultas.
- Reggentin, H., & Dettbarn-Reggentin, J. (2006). *Demenzkranke in Wohngruppen betreuen und fördern. Ein Praxisleitfaden* (1. Auflage). W. Kohlhammer Verlag.
- Reibnitz, C. (2014). Ambulante Versorgungskonzepte und Unterstützungsangebote. In K. Sonntag, & C. Reibnitz (Hrsg.), *Versorgungskonzepte für Menschen mit Demenz: Praxishandbuch und Entscheidungshilfe* (S. 41-78). Berlin: Springer.
- Reitinger, E., Pleschberger, S., & Schumann, F. (2010). Leben und Sterben in Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz: Eine explorative qualitative Studie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43(5), 285–290. <https://doi.org/10.1007/s00391-010-0140-7>
- Richter, S., Waehnke, O. H., & Zabel, R. R. (2015). *Integriert versorgen bei Demenz: Gelingende Praxis am Beispiel der Memo Clinic®*. München: Springer Medizin © Urban & Vogel GmbH.
- Rutenkröger, A., Berner, R., & Kuhn, C. (2012). *Vom Ruheraum zum bewegt(er)en Lebensraum. Wissenschaftliche Begleitstudie zur Pflegeoase im Altenzentrum St. Elisabeth, Eisingen*. Stuttgart: Demenz Support Stuttgart Zentrum für Informationstransfer.
- Schaade, G. (2009). *Demenz: Therapeutische Behandlungsansätze für alle Stadien der Erkrankung*. Heidelberg: Springer.
- Schneider, U., Österle, A., Schober, D., & Schober, C. (2006). *Die Kosten der Pflege in Österreich: Ausgabenstrukturen und Finanzierung*. Wien: Institut für Sozialpolitik Wirtschaftsuniversität Wien.
- Sonntag, K. (2014). Stationäre Versorgungskonzepte. In K. Sonntag, & C. Reibnitz (Hrsg.), *Versorgungskonzepte für Menschen mit Demenz: Praxishandbuch und Entscheidungshilfe* (S. 79-108). Berlin: Springer.
- VDI/VE Innovation + Technik GmbH & IEGUS - Institut für Europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH. (2013). *Unterstützung Pflegebedürftiger durch technische Assistenzsysteme* (Abschlussbericht). Berlin.
- 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. <https://doi.org/10.1007/s00391-005-0293-y>

- Wolf-Ostermann, K., & Worch, A. (o. J.). *DeWeGE- Berliner Studie zur outvomebezogenen Evaluation der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften* (Abschlussbericht). Leuchttumprojekt Demenz, DeWeGE.
- Wolf-Ostermann, K., Worch, A., Meyer, S., & Gräske, J. (2014). Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Pflegebedarf: Versorgungsangebote und gesetzliche Rahmenbedingungen in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 47(7), 583–589. <https://doi.org/10.1007/s00391-013-0524-6>

Online-Quellen:

<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F00-F09> [Abruf am 07.11.2017].

<http://www.nachrichten.at/oberoesterreich/salzkammergut/Neues-neuartiges-Bezirksseniorenheim;art71,972529> [Abruf am 23.01.2018].

<http://www.netzwerk-palliativmedizin-essen.de/media/formulare/Mini-Mental-Status-Test.pdf> [Abruf am 01.01.2018].

https://www.sonnweid.ch/media/filemanager/2-campus/leseproben/demenz_verstehen_leseprobe_teil_4_wohn-_und_lebensformen.pdf [Abruf am 23.01.2018].

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html [Abruf am 18.12.2017].

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungsoz_auf_landesebene/betreuungs_und_pflegedienste/061948.html [Abruf am 18.12.2017].

http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/en/ [Abruf am 06.11.2017].

<https://www.zotero.org/download/> [Abruf am 23.01.2018].

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bevölkerungspyramide 2016, 2030 und 2060.....	8
Abbildung 2: Generationenmodell.....	20