

Alternative Wohnformen für Menschen mit Demenz am Beispiel der Schweiz und Österreich

Bachelorarbeit I

am

Studiengang „Aging Services Management“
an der Ferdinand Porsche FernFH

Manuela Fleischli
51807219

Begutachter/in: Mag.^a Stefanie Kuso, Bakk.^a

Au, Februar 2020

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.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'M. Heischi'.

29. Februar 2020

Unterschrift

Abstract

Die Zahl älterer Menschen mit Demenz steigt in Österreich und der Schweiz kontinuierlich an, was zu einer erhöhten Nachfrage an spezialisierten Versorgungsstrukturen führt. Angesichts des demographischen Wandels, sowie weiteren Veränderungen in der Gesellschaft und der Wirtschaft, ist ein Umdenken in der Wohnversorgung von demenziell erkrankten Personen notwendig. Im Rahmen dieser Arbeit wird deshalb in der bestehenden Literatur untersucht, welche Anforderungen an Wohnformkonzepte für Demenz erkrankte Personen bestehen. Dabei wird auf die Unterschiede bei der Pflege von Menschen mit Demenz nach dem Schweregrad der Krankheit eingegangen. Im Anschluss wird der Status Quo der alternativen Wohnformen in Österreich und der Schweiz dargestellt und miteinander verglichen. Daraus folgt, dass Lösungsansätze eine angepasste und bedarfsgerechte Betreuung von DemenzpatientInnen mit einbeziehen sollten. Spezielle Bedürfnisse, welche bei der Pflege unter Wahrung der Lebensqualität der Betroffenen zu berücksichtigen sind, sind beispielsweise bedarfsgerechte Räumlichkeiten, erhöhte Anforderungen an das Personal und der Zugang über non-verbale Kommunikation. Unterschiede beim Pflegebedarf von Menschen mit Demenz beziehen sich speziell auf den Schweregrad der Krankheit. Schließlich werden Abweichungen von alternativen Wohnformen in Österreich und der Schweiz aufgezeigt und verglichen.

Schlüsselbegriffe: Menschen mit Demenz, alternative Wohnformen, bedarfsgerechte Betreuung, demographischer Wandel, Österreich-Schweiz Vergleich

Abstract

The number of elderly people with dementia in Austria and Switzerland continuously rises. This leads to an increased demand for specialized care structures. In view of demographic change and other changes in society and the economy, it is necessary to rethink the provision of housing of people with dementia. In the context of this work, the requirements of housing concepts for persons suffering from dementia as described in the current literature are investigated. The differences in the care of people with dementia according to the severity of the disease are examined. Subsequently, the status quo of alternative forms of living in Austria and Switzerland are described and compared. This analysis shows that solutions need to include adapted and needs-oriented care systems for patients with dementia. Some of the special needs that need to be considered when providing care and maintaining a high quality of life for patients with dementia include individually accommodated living spaces, increased demands on staff and access via non-verbal communication. The differences in the care of people with dementia are direct results of the severity of the disease. Finally, the different forms of alternative forms of living in Austria and Switzerland are described and compared.

Keywords: People with Dementia, alternative housing, individualized need oriented care, demographic change, Austria-Switzerland comparison

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Zielsetzung	2
1.2	Forschungsfragen	3
1.3	Konzeptdesign und methodische Vorgehensweise	3
2	Begriffsdefinitionen	6
2.1	Demographischer Wandel	6
2.1.1	Fertilität	6
2.1.2	Mortalität	8
2.1.3	Migration	10
2.2	Demenz	11
2.2.1	Demenzformen.....	12
2.2.2	Schweregrad und Verlauf.....	12
2.2.3	Diagnose	14
2.2.4	Therapie	14
2.2.5	Demenz in Österreich und der Schweiz	15
2.3	Lebensqualität bei Demenz	16
3	Alternative Wohnformen	18
3.1	Wohn- und Pflegesituation von Menschen mit Demenz	18
3.2	Integrative und segregative Versorgung	19
3.3	Veränderungen nach Schweregrad der Demenz.....	21
3.4	Anforderungen an Wohnformen für Menschen mit Demenz	23
3.4.1	Psychosoziale Anforderungen.....	23
3.4.2	räumliche Anforderungen.....	25
3.5	Alternative Wohnformkonzepte für Menschen mit Demenz	27
3.5.1	Demenz-Wohngemeinschaft	27
3.5.2	Demenzdorf.....	28
3.5.3	Green Care Farming	29
3.5.4	Pflegeoase	30
3.6	Wohnformen in Österreich und der Schweiz.....	31
3.6.1	Demenz-Wohngemeinschaft.....	31
3.6.2	Demenzdorf.....	31

3.6.3 Green Care Farming	32
3.6.4 Pflegeoase	32
4 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfragen.....	34
5 Limitationen und Ausblick	37
5.1 Grenzen der Arbeit	37
5.2 Ausblick	37
Literaturverzeichnis	38
Online-Quellen	45
Abbildungsverzeichnis	46
Tabellenverzeichnis	47

1 Einleitung

Die Bevölkerungsentwicklung zeigt in den letzten Jahren zwei parallel verlaufende Entwicklungen. Auf der einen Seite gibt es eine kontinuierliche Zunahme in der älteren Bevölkerungsschicht und auf der anderen Seite eine Abnahme der jüngeren Bevölkerungsschicht. Darüber herrscht auch bei ExpertInnen Einigkeit, dass diese Entwicklung einerseits auf die Gesamtfertilitätsrate¹ und andererseits auf die Lebenserwartung zurückzuführen ist. Die zurückgegangene Fertilitätsrate in den Industrieländern² verstärkt den demographischen Wandel und sorgt dafür, dass immer weniger junge Leute immer mehr ältere Leute versorgen (Höpflinger, 2012, S. 213f.).

Vor dem Hintergrund der steigenden Lebenserwartung nimmt auch die Anzahl der an Demenz leidenden Personen stark zu. Das Risiko an Demenz zu erkranken, steigt ab 65 Jahren stetig an. ExpertInnenschätzungen gehen davon aus, dass die Zahl der Demenzkranken in der Schweiz im Jahr 2050 doppelt so hoch sein wird wie im Jahr 2011 mit 120.000 Betroffenen. Aufgrund der generell höheren Lebenserwartung der Frauen, haben sie auch ein erhöhtes Risiko, die Diagnose Demenz zu erhalten (Sütterlin, Hoßmann & Klingholz, 2011, S. 6ff.).

Mit dem demographischen Wandel haben sich auch die Anforderungen an die Wohnformen für Menschen mit Demenz geändert. Die häufigste Betreuungsform für pflegebedürftige Ältere, und somit auch für die an Demenz erkrankten Personen, ist die Betreuung durch Angehörige in den eigenen vier Wänden. Da heute weniger Kinder geboren werden und die „Babyboomer“³-Generation auch immer älter wird, kann eine lückenlose Versorgung von demenzkranken Menschen durch die Familie nicht mehr gewährleistet werden. Ebenfalls einen Einfluss auf zukünftige Versorgungsstrukturen von demenziell erkrankten Menschen haben nachfolgend dargelegte Veränderungen in der Gesellschaft und der Wirtschaft. Als erstes wird sich das Renteneintrittsalter in

¹ Gesamtfertilitätsrate: beschreibt die durchschnittliche Kinderanzahl pro Frau im Laufe ihres Lebens und berechnet sich als Summe der altersspezifischen Fertilitätsraten (Hoßmann & Münz, 2012).

² Industrieländer: Staaten, in denen die Industrieproduktion einen großen Anteil an der Volkswirtschaft einnimmt. Heutzutage wird es oft als Synonym für reichere Länder verwendet (www.politik-lexikon.at/industriestaat/, 09.11.2019)

³ Babyboomer: bezeichnet die gestiegene Anzahl an Geburten nach dem zweiten Weltkrieg. Die Ursache lag im wirtschaftlichen Aufschwung (Hoßmann & Münz, 2012).

der Zukunft erhöhen. Dies kann zu einem Problem in der Betreuung von Angehörigen führen, da sich viele Pflegende weiterhin im Berufsleben befinden. Ein weiterer Trend ist die steigende Zahl an berufstätigen Frauen, welche nach wie vor die Mehrheit der Pflegenden ausmacht. Dadurch können sich für die Betreuungspersonen Schwierigkeiten in der Vereinbarung von Familie, Beruf und Pflgetätigkeit ergeben. Ebenfalls verlangt der Arbeitsmarkt eine immer größere Bereitschaft zur Mobilität, wodurch sich die Kinder von den zu pflegenden Eltern entfernen. Zusätzlich haben auch gesellschaftliche Veränderungen in der familiären Struktur große Auswirkungen. Zum einen haben sich die Scheidungs- und Trennungsraten stark erhöht, wodurch weniger Schwiegertöchter oder -söhne für die Übernahme der Pflege zur Verfügung stehen. Zum anderen hat sich die Familiengröße verkleinert, da die Anzahl an Ein-Kind-Familien gewachsen ist. Gleichermaßen relevant ist die steigende Zahl an partner- und kinderlosen Personen, wodurch zukünftig mehr Menschen alleine leben werden und weniger Unterstützung aus dem engsten Familienkreis erfahren können. Diese verschiedenen Trends verlangen ein Umdenken in der Wohnversorgung der älteren Bevölkerung und eine Entwicklung von außerfamiliären Versorgungsstrukturen für Menschen mit Demenz (Sütterlin et al., 2011, S. 30ff.).

1.1 Zielsetzung

Ausgehend von diesen Entwicklungen und aufgrund des demographischen Wandels befinden sich die Wohnformen für Menschen mit Demenz in einem starken Umbruch. Darauf aufbauend bezieht sich die Arbeit auf den steigenden Bedarf an Wohnformen für demenziell erkrankte Menschen außerhalb von institutionellen Alters- und Pflegeheimen. In diesen alternativen Wohnformen wird auf die spezifischen Anforderungen der BewohnerInnen eingegangen, womit eine Erhöhung der Lebensqualität erzielt wird. Bevor das eigentliche Thema behandelt wird, ist es unumgänglich, die Begrifflichkeiten „demographischer Wandel“, „Demenz“ und deren verschiedenen Schweregrade sowie die „Lebensqualität im Alter“ zu erläutern und für diese Arbeit abzugrenzen. Im Rahmen dieser Arbeit soll der „Status Quo“ von alternativen Wohnformen für ältere Menschen mit Demenz betrachtet werden. Dabei wird dargelegt, welche Anfor-

derungen an die Wohnkonzepte bestehen. Der Fokus wird auf die Wohnformen in Österreich und der Schweiz⁴ gelegt. Die zentrale Zielsetzung der Arbeit ist im Zuge der theoretischen gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Forschung zu sehen.

Ziel dieser Arbeit soll nicht sein, das beste Modell zu empfehlen. Die daraus resultierenden Ergebnisse sollen jedoch als Handlungsempfehlungen für die Entwicklung von zukünftigen Wohnformen dienen.

1.2 Forschungsfragen

Aus der oben angeführten Ausgangssituation und deren Einflussfaktoren auf die Wohnformen für demenzbetroffene Menschen lassen sich folgende zwei Fragestellungen ableiten:

1. Welche zentralen Anforderungen ergeben sich für alternative Wohnformen für Menschen mit Demenz?
2. Wie ist der „Status Quo“ von alternativen Wohnformen in der Schweiz und in Österreich und wodurch unterscheiden sich diese?

1.3 Konzeptdesign und methodische Vorgehensweise

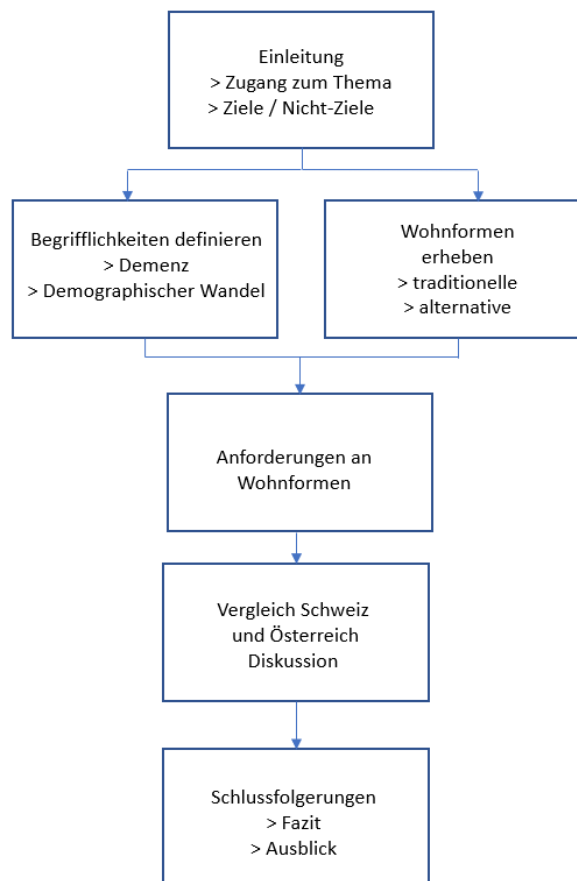
Die vorliegende Arbeit basiert auf dem Ansatz einer Literaturanalyse. Dieser Methode liegt zugrunde, dass die bestehende Literatur des Forschungsvorhabens zusammengetragen und analysiert wird (Trapp, 2012, S. 74). Die Fachliteratur wurde zum einen in der eBibliothek der Ferdinand Porsche FernFH sowie an der Bibliothek der Fachhochschule St. Gallen (Schweiz) gesucht. Ebenfalls wurden Google Scholar und weitere Datenbanken wie beispielsweise Springer und ScienceDirect herangezogen.

⁴ Eine globale Betrachtung der Wohnkonzepte ist im Rahmen dieser Arbeit nicht darstellbar. Die Rahmenbedingungen und Grundvoraussetzungen von Österreich und der Schweiz erweisen sich als größtenteils vergleichbar und werden daher für die Betrachtung in dieser Arbeit herangezogen.

Zur Recherche wurden folgende Begriffe verwendet: Demographischer Wandel; Demenz; Lebensqualität Demenz; alternative Wohnformen; Wohngemeinschaft; Schweregrad Demenz; Demenzformen; Dementia; Quality of Life Dementia; Home Care Services; Alternative Housing Dementia

Die Arbeit befasst sich mit einer gesundheitswissenschaftlichen Problemstellung im Themengebiet der Demenz sowie der alternativen Wohnformen für ältere Menschen und orientiert sich strukturell an folgenden Themenschwerpunkten (siehe Abbildung 1):

Abbildung 1: Schwerpunkte der Arbeit (grafischer Bezugsrahmen)



Quelle: Eigene Darstellung

Im ersten Schwerpunkt werden die theoretischen Grundlagen zum besseren Verständnis der Arbeit erläutert und dabei die folgenden Begrifflichkeiten definiert: demographischer Wandel, Demenz und Lebensqualität bei Demenz. Dabei werden die Zahlen und Fakten zum demographischen Wandel in Österreich und der Schweiz beleuchtet.

Die alternativen Wohnformen werden im zweiten Schwerpunkt von den traditionellen Wohnformen abgegrenzt sowie die speziellen Anforderungen an diese Wohnformkonzepte untersucht. Dabei wird der aktuelle Stand an alternativen Wohnformen für demenzbetroffene Personen in Österreich und der Schweiz verglichen.

Im letzten Schwerpunkt werden die Ergebnisse der Literaturanalyse unter Einbezug der beiden Forschungsfragen diskutiert und Schlussfolgerungen abgeleitet. Dabei soll auch ein Ausblick auf Handlungsempfehlungen für die Zukunft abgegeben werden.

2 Begriffsdefinitionen

Dieses Kapitel setzt sich mit der theoretischen Grundlage der Arbeit auseinander, um ein einheitliches Verständnis der Begrifflichkeiten demographischer Wandel, Demenz und Lebensqualität bei Demenz für diese Arbeit zu haben. Im ersten Abschnitt erfolgt eine Definition des Begriffes demographischer Wandel sowie die Darstellung der demographischen Vorgänge in Österreich und der Schweiz und deren Auswirkungen auf die Wohnsituation von Menschen mit Demenz. Im nachfolgenden Unterkapitel gilt es, die Krankheit Demenz und damit den eigentlichen Auslöser für diese Arbeit zu erheben und abzugrenzen. Bei der Definition wird spezifisch auf die Formen der Demenz, die verschiedenen Schweregrade sowie die Stufen der Alzheimer Demenz, die Diagnose der Erkrankung und Therapiemöglichkeiten eingegangen. Der letzte Teilabschnitt widmet sich der Bedeutung der Lebensqualität bei demenziell erkrankten Personen.

2.1 Demographischer Wandel

Der demographische Wandel definiert sich durch eine Veränderung der Bevölkerungszusammensetzung in Bezug auf das Alter. Zunächst ist dieser Vorgang weder positiv noch negativ zu werten, sondern beschreibt die Zusammensetzung der Altersstruktur einer Gesellschaft. In den Industriestaaten ist der Wandel durch eine rückläufige Geburtenrate und eine steigende Lebenserwartung und der damit verbundenen erhöhten Anzahl an älteren und pensionierten Menschen charakterisiert. Zudem hat die Zu- und Abwanderung als dritter demographischer Prozess Einfluss auf die Veränderung der Altersstruktur (Hoßmann & Münz, 2012; Pack et al., 2000, S. 8ff.).⁵

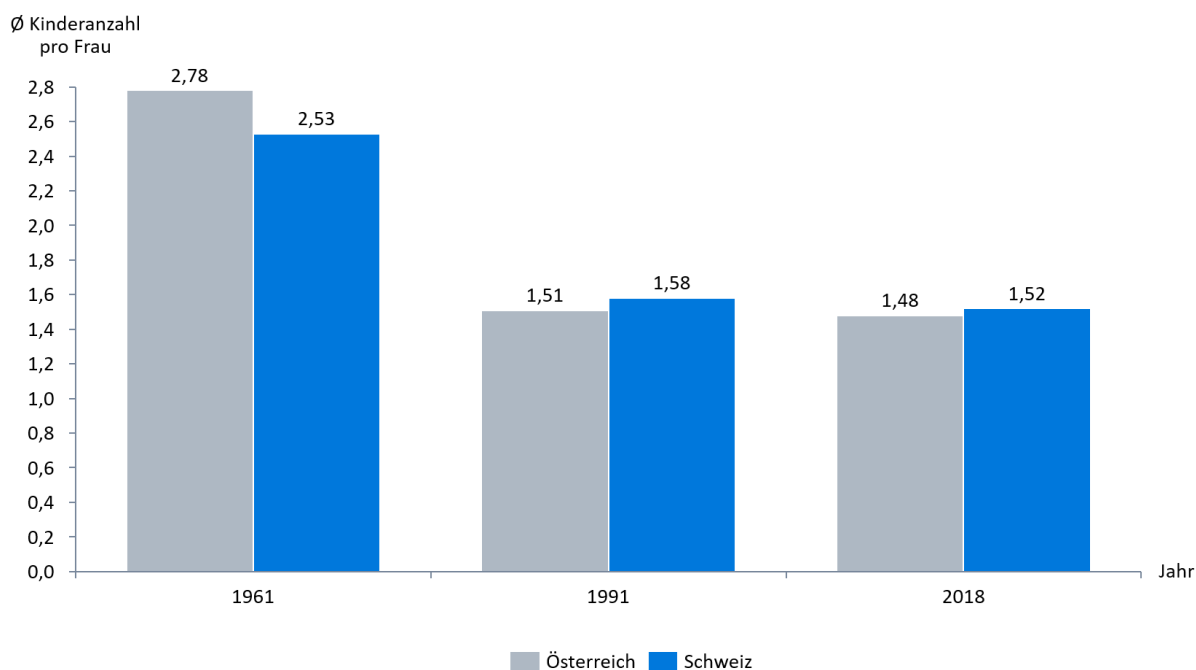
2.1.1 Fertilität

Nachfolgend wird als erstes die Veränderung des demographischen Indikators „Fertilität“ anhand der Länder Österreich und Schweiz aufgezeigt. Wie in Abbildung 2 ersichtlich ist, lag die durchschnittliche Kinderanzahl pro Frau im Jahr 1961 in Österreich bei 2,78 und in der Schweiz bei 2,53. Im Vergleich dazu zeigt sich im Jahr 1991 ein starker Rückgang, da die Gesamtfertilitätsrate in Österreich 1,51 und in der Schweiz

⁵ Für weiterführende Literatur zum demographischen Wandel wird auf Höpflinger, 2012 verwiesen.

1,58 betrug. Bei Betrachtung der aktuellsten Daten aus dem Jahr 2018 zeigt sich ein weiterer, leichter Rückgang auf 1,48 in Österreich und 1,52 in der Schweiz.

Abbildung 2: durchschnittliche Kinderanzahl pro Frau 1961, 1991, 2018⁶



Quelle: Eigene Darstellung; Rohdaten aus Bundesamt für Statistik, 2018; Statistik Austria, 2019

In Österreich und der Schweiz ist die Anzahl an Geburten unter das Reproduktionsniveau⁷ gefallen, weshalb die Bevölkerung bei längerfristiger Betrachtung schrumpfen wird. Im Jahr 2002 hatten 16% der über 65-jährigen Personen in der Schweiz keine Nachkommen. Der Anteil an kinderlosen Schweizerinnen, welche im Jahr 2045 das 80. Altersjahr erreichen werden, beträgt 30%. Dieser Anstieg an Personen ohne Kinder hat zur Folge, dass das familiäre Pflegepotenzial sinken wird und die Pflege nicht durch Nachkommen gewährleistet werden kann. Neben der Kinderlosigkeit haben auch gesellschaftliche Veränderungen, wie die zunehmende Frauenerwerbstätigkeit oder die

⁶ Der Aufzeichnungsbeginn für die Daten der Fertilität bei der Statistik Austria war im Jahr 1961, weshalb diese Vergleichsjahre gewählt worden sind.

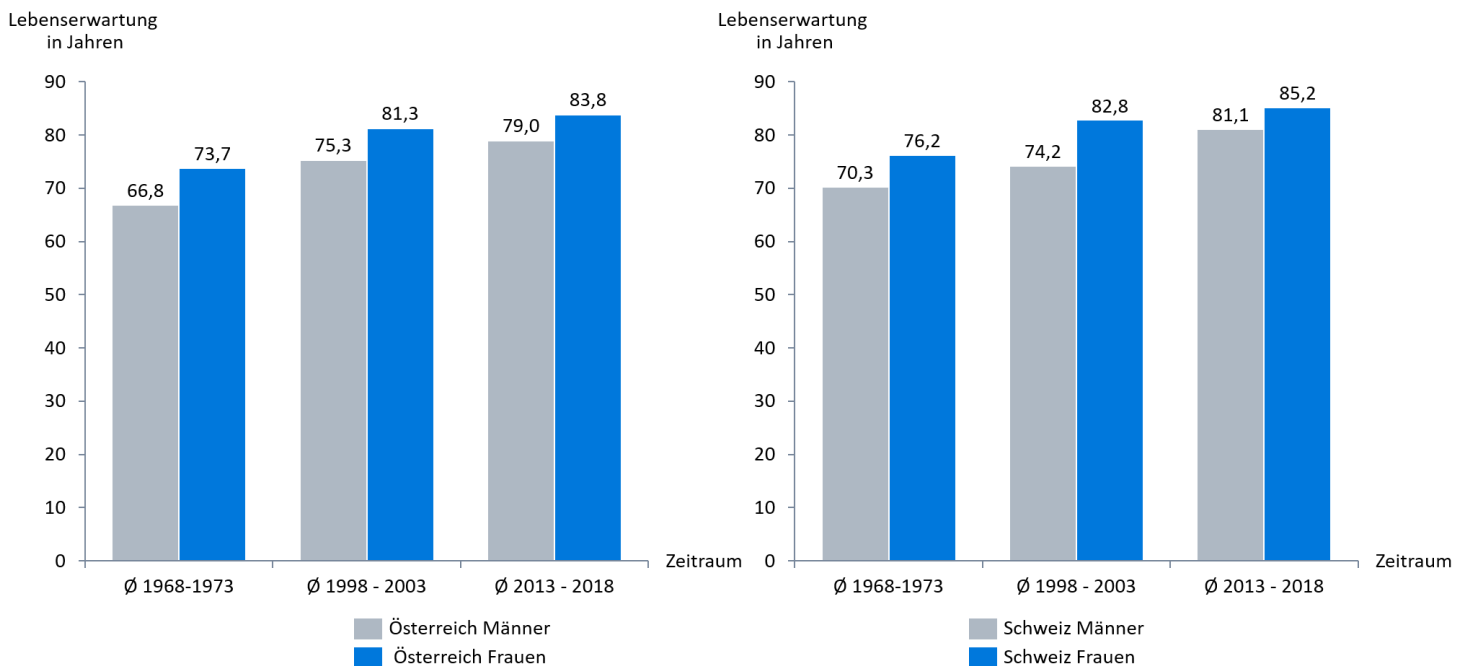
⁷ Reproduktionsniveau: beschreibt die notwendige Gesamtfertilitätsrate von 2,1 Kindern, um den Bestand einer Bevölkerung, bei aktueller Sterbewahrscheinlichkeit und ohne die Zu- und Abwanderungen zu berücksichtigen, erhalten zu können (Hoßmann & Münz, 2012).

erhöhte Mobilität (siehe Kapitel 1), Einfluss darauf. Dies kann zu einem Pflegeproblem führen und macht die Entwicklung von neuen Wohnformen für ältere Menschen notwendig (Höpflinger & Hugentobler, 2005, S. 10, S. 20ff.).

2.1.2 Mortalität

Im nächsten Abschnitt werden die Daten von Österreich und der Schweiz zum zweiten demographischen Prozess „Mortalität“ und der damit verbundenen Lebenserwartung bei Geburt dargestellt. In Abbildung 3 zeigt sich, dass die Lebenserwartung in Österreich wie auch in der Schweiz seit 1961 stetig angewachsen ist. Die Lebenserwartung betrug im Zeitraum 1968-1973 in Österreich 66,8 (Männer) bzw. 73,7 (Frauen) Jahre, während diese in der Schweiz leicht höher bei 70,3 (Männer) bzw. 76,2 (Frauen) Jahren lag. Bis zu den Jahren 1998-2003 steigerte sich die Lebenserwartung in Österreich auf 75,3 (Männer) und auf 81,3 (Frauen) Jahre und in der Schweiz auf 74,2 (Männer) und auf 82,8 (Frauen) Jahre. Auch bis zum Zeitraum 2013-2018 wuchs die Lebenserwartung und zwar in Österreich auf 79,0 (Männer) und auf 83,8 (Frauen) Jahre. In der Schweiz betrug sie 81,1 (Männer) bzw. 85,2 (Frauen) Jahre. Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt ist somit in den letzten fünf Jahrzehnten zwischen neun und 12,2 Jahren angestiegen. Bei genauerer Betrachtung ist ein Unterschied in der geschlechtlichen Dimension zu beobachten. Bei den Männern ist das Sterblichkeitsalter jeweils um ca. zwei Jahre mehr angestiegen als bei den Frauen. Beim Ländervergleich fällt auf, dass in der Schweiz die Lebenserwartung zwar um ca. ein Jahr weniger stark angestiegen ist, jedoch immer noch höher ist als in Österreich.

Abbildung 3: Lebenserwartung bei Geburt in Jahren, 1968-73, 1998-03, 2013-18⁸



Quelle: Eigene Darstellung; Rohdaten aus Bundesamt für Statistik, 2019; Statistik Austria, 2019a

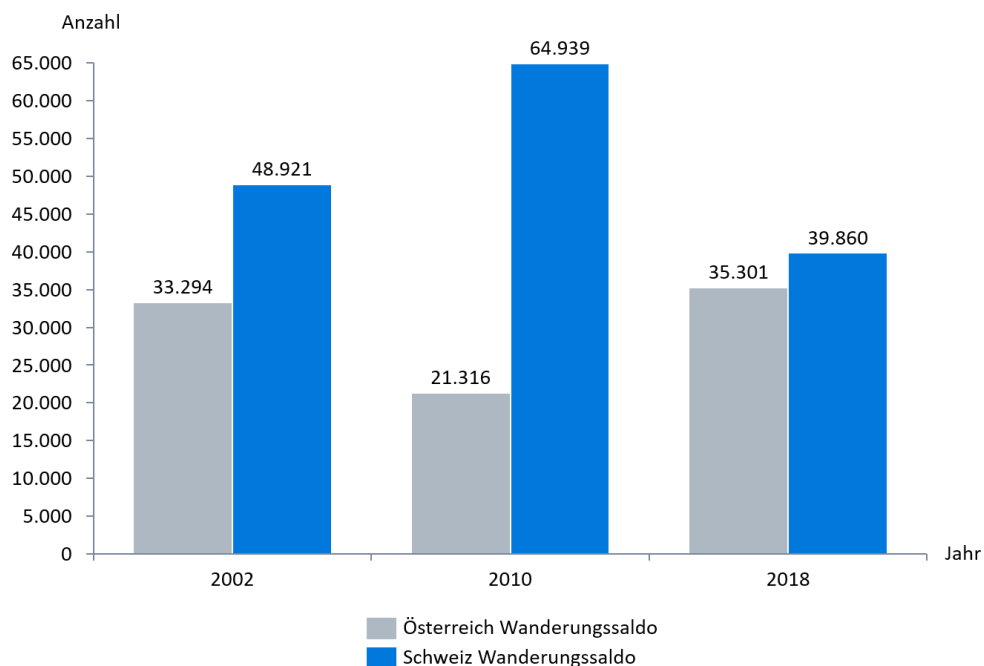
Mit der steigenden Lebenserwartung einhergehend ist die Zunahme der Hochbetagten und somit der Demenzkranken. Die aktuellen Veränderungen der Familienstrukturen aufgrund von Mobilität und fehlender Vereinbarkeit der Pflege mit dem Beruf bedingen ein Umdenken in den Versorgungsstrukturen von an Demenz erkrankten Personen (Kricheldorf & Hewer, 2016, S. 179). Wie Gubermann, Lavoie, Blein und Olazabal (2012, S. 216f.) in ihrer empirischen Studie zum Schluss gekommen sind, wird die Aufgabe der Pflege von Angehörigen durch die „Babyboomer“ so verstanden, dass sie die Pflege organisieren und überwachen, jedoch nicht selbst ausführen. Dies führt zu einer Entwicklung von neuen Versorgungssettings und -strukturen für Menschen mit Demenz.

⁸ Der Aufzeichnungsbeginn für die Daten der Sterblichkeit bei der Statistik Austria war im Jahr 1961, weshalb diese Vergleichsjahre gewählt worden sind.

2.1.3 Migration

Als letzter Aspekt wird die „Migration“ in Österreich und der Schweiz als dritte Komponente des demographischen Wandels untersucht. Aus der Abbildung 4 geht hervor, dass im Jahr 2002 der Wanderungssaldo, welcher die Differenz zwischen den Zuwanderungen und den Abwanderungen in einem Land definiert, in Österreich bei rund 33.300 Menschen und in der Schweiz bei rund 48.900 Menschen lag. Im Vergleich zum Jahr 2010 nahm dieser in Österreich um ca. einen Drittel ab, während er in der Schweiz um ca. einen Drittel zugenommen hat. Im Jahr 2018 lag der Wanderungssaldo in Österreich auf fast gleichem Niveau wie im Jahr 2002 bei rund 35.300 Menschen und in der Schweiz hat er im Vergleich zum Jahr 2010 abgenommen und betrug rund 39.900 Menschen.

Abbildung 4: Wanderungssaldo 2002, 2010, 2018



Quelle: Eigene Darstellung; Rohdaten Bundesamt für Statistik, 2019a; Statistik Austria, 2019b

Gemäß Höpflinger (2012, S. 149) wechseln auch ältere Menschen heutzutage öfters den Wohnort als dies früher der Fall gewesen ist, weshalb lokal eine Verstärkung der demographischen Alterung geschehen kann. Zur Altersmigration gehören zum einen

die Rückkehr älterer MigrantInnen in ihr Herkunftsland und zum anderen die Auswanderung von RentnerInnen in den Süden. Trotzdem geschieht die Wanderung über die Landesgrenzen hinaus mehrheitlich durch junge Personen, wodurch im Immigrationsland eine demographische Verjüngung eintritt (Höpflinger, 2012, S. 161). Laut Schätzungen des Berlin-Instituts für Bevölkerung und Entwicklung (Sütterlin et al., 2011, S. 25) steigt in Gebieten mit einer hohen Zuwanderungsrate der Anteil Demenzkranker an der Wohnbevölkerung weniger stark an als in Regionen mit einer tieferen Immigrationsrate. Dies ist auf die Tatsache zurückzuführen, dass die Migration hauptsächlich durch Menschen im Erwerbsalter erfolgt. Die Zuwanderung kann somit gegen den Geburtenrückgang wirken. Trotzdem wird die Alterung nicht aufgehalten, da die MigrantInnen auch älter werden (Sütterlin et al., 2011, S. 14).

Im oberen Teil der Arbeit wurden die drei wichtigsten Faktoren für den demographischen Wandel näher betrachtet. Es verdeutlicht sich gut, dass die Bevölkerung in der Schweiz und in Österreich immer älter wird und sich dadurch die Anzahl an Demenzbetroffenen stetig erhöhen wird. Zusammen mit dem Rückgang des familialen Pflegepotenzials ist die Etablierung von alternativen Wohnformen unumgänglich.

2.2 Demenz

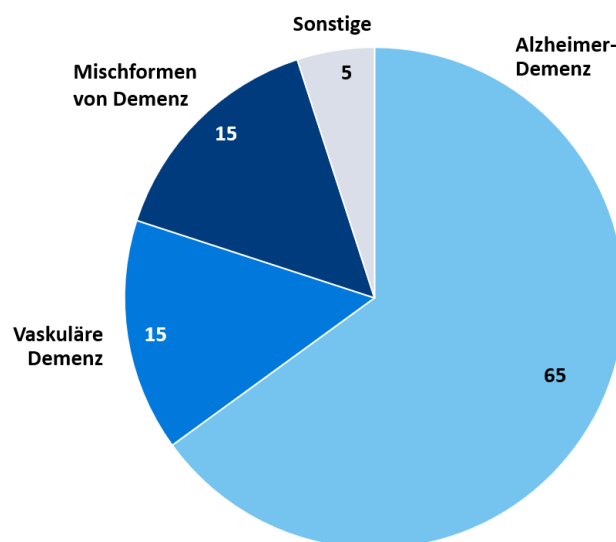
Das Wort Demenz hat ihren Ursprung im lateinischen Wort „Dementia“ und heißt wörtlich übersetzt „ohne Verstand“. Bei einer Erkrankung verliert der Mensch immer mehr kognitive Fähigkeiten wie das Sprechen, die Orientierung, die Auffassungsgabe und das Denkvermögen und das Gedächtnis nimmt irreparablen Schaden. Es können auch psychische Störungen wie beispielsweise eine Veränderung der Persönlichkeit auftreten (Sütterlin et al., 2011, S. 9ff.).

Die WHO beschreibt in ihrem Leitfaden «Auf dem Weg zu einem Demenzplan» die Demenz als «ein Syndrom der kognitiven Beeinträchtigung, das das Gedächtnis, die kognitiven Fähigkeiten und das Verhalten beeinflusst und die Fähigkeit einer Person, tägliche Aktivitäten auszuführen, erheblich beeinträchtigt.» (WHO, 2018, S. 6).

2.2.1 Demenzformen

Bei einer Demenzerkrankung wird unterschieden zwischen primären und sekundären Formen. Zu den primären Formen gehören die neurodegenerativen, wie z.B. die Alzheimer-Demenz, und vaskulären Formen, welche beispielsweise aufgrund von Durchblutungsstörungen auftreten. Die sekundären Formen der Demenz werden durch andere Krankheiten wie beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder eine Alkoholvergiftung ausgelöst (D'Arrigo, 2011, S. 23f.). Die am häufigsten auftretende Demenzform ist Alzheimer (siehe Abbildung 5), welche teilweise als Synonym für Demenz verwendet wird und ca. zwei Drittel der Erkrankungen ausmacht. Sie ist geprägt durch Protein-Ablagerungen in den Nervenzellen, deren Ursachen noch nicht vollständig erforscht werden konnten (Sütterlin et al., 2011, S. 9).

Abbildung 5: Verteilung der Demenzformen



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Sütterlin et al., 2011, S. 9

2.2.2 Schweregrad und Verlauf

Im Verlauf einer Demenzerkrankung wird zwischen den drei Stadien leicht, mittelschwer und schwer unterschieden. Mittels Erhöhung des Schweregrads, welcher unter anderem mithilfe des „Mini-Mental-Status-Test“⁹ beurteilt werden kann, gehen mehr

⁹ «Mini-Mental-Status-Test»: Ein Testverfahren, um den Schweregrad der kognitiven Einschränkung zu messen. Es werden unter anderem die Orientierung, das Erinnerungsvermögen, die Aufmerksamkeit und die Sprache überprüft (Copeland, Abou-Saleh & Blazer, 2002, S. 139).

Fähigkeiten und Fertigkeiten verloren und die Betroffenen haben einen intensiveren Pflege- und Betreuungsbedarf. Beim Ergebnis dieses Test gehen ExpertInnen bei einer Punktezahl zwischen 20 und 23 von einem leichten Stadium aus, bei 10 bis 19 Punkten liegt ein mittelschwerer Grad vor und bei weniger als zehn Punkten wird von einer schweren Demenz gesprochen (Sütterlin et al., 2011, S. 9ff.). Es wurde festgestellt, dass je nach AutorIn unterschiedliche Grenzwerte herangezogen worden sind.

Im leichten Stadium treten Störungen des Gedächtnisses und der zeitlichen und räumlichen Orientierung auf. Eine selbständige Lebensführung ist weiterhin möglich, da nur ein geringer Versorgungsbedarf besteht. Bei einer mittelschweren Demenz hingegen kann die Person aufgrund des gestiegenen Betreuungsbedarfs nicht mehr ohne fremde Hilfe leben. Es können Sprachstörungen, Unruhe, Wahnvorstellungen und Aggressionen auftreten und die Leistungsfähigkeit des Langzeitgedächtnisses nimmt ab. Beim schweren Stadium nehmen die kognitiven Fähigkeiten weiter ab, wodurch eine ständige Betreuung notwendig sein kann. Hierbei treten Mobilitätsprobleme und Schluckstörungen auf. Die jeweiligen Symptome sind von PatientIn zu PatientIn sehr individuell (Sonntag & von Reibnitz, 2014, S. 6).

Zur Beschreibung der Veränderungen bei der Alzheimer-Demenz wurden von ExpertInnen sieben Stufen definiert. Diese gehen von Stufe 1 „keine Beeinträchtigung“ bis zu Stufe 7 „sehr schwerwiegend gemindertem Wahrnehmungsvermögen“, wobei unter anderem die Fähigkeit, ein Gespräch zu führen, verloren geht (siehe Abbildung 6).

Abbildung 6: sieben Stufen von Alzheimer



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an <https://www.alz.org/de/stadien-der-alzheimer-krankheit.asp>, 22.12.2019

2.2.3 Diagnose

Die Diagnose einer Demenzerkrankung kann sich schwierig gestalten, da die Symptomatik der Demenz Überschneidungen mit den Symptomen einer Depression hat. Als erstes sind eine umfassende Anamneseerhebung sowie Gespräche mit den Angehörigen unabdingbar. Bevor weiterführende und teure Untersuchungen bei NeurologInnen und PsychiaterInnen angeordnet werden, soll durch den/die HausärztIn eine Laboruntersuchung vorgenommen sowie einfache Hilfsmittel wie der „DemTect“¹⁰ oder der „Mini-Mental-Status-Test“ herangezogen werden (D’Arrigo, 2011, S. 29f.).

2.2.4 Therapie

Eine Heilung von Demenz ist bis heute trotz unzähliger Forschungen der Wissenschaft nicht möglich. Auch der Grund für die Entstehung einer Demenz ist nach wie vor nicht eindeutig. Trotzdem gibt es diverse Behandlungsmöglichkeiten, um das Fortschreiten

¹⁰ «DemTect»: Ein Instrument, um leichte kognitive Beeinträchtigungen und leichte Demenz zu erkennen und zu messen (Kessler, Calabrese & Kalbe, 2009, S. 532).

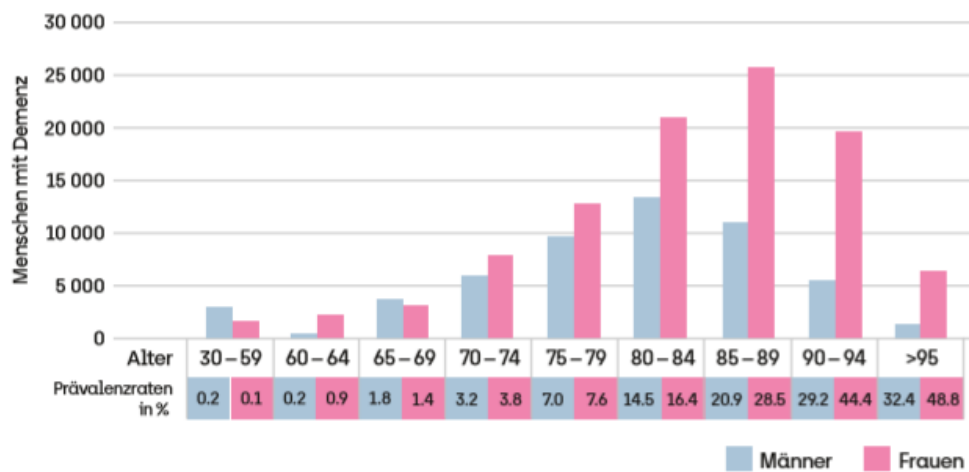
der kognitiven Störungen zu verlangsamen und den Betroffenen ein möglichst angenehmes Leben zu ermöglichen. Die optimale Behandlung von an Demenz Erkrankten besteht aus folgenden drei Elementen: eine umfassende Beratung mit Aufzeigen aller Versorgungsstrukturen und Unterstützungsmaßnahmen; Ergo-, Physiotherapie und Logopädie zur Förderung der geistigen Fähigkeiten, Mobilität und Motorik sowie der Sprachfähigkeiten; eine medikamentöse Behandlung. Zur Anwendung bei der medikamentösen Therapie von Alzheimer kommen beispielsweise Acetylcholin-Esterase-Hemmer bei leichter bis mittelschwerer Demenz und Memantin bei einem mittelschweren bis schweren Grad (Sütterlin et al., 2011, S. 12ff.). Die Ziele der nichtmedikamentösen Therapien liegen in der Förderung und dem Erhalt der kognitiven Fertigkeiten, der Verringerung von neurologischen Symptomen (z.B. Depression) und der Sicherstellung des psychischen und physischen Wohlergehens (D'Arrigo, 2011, S. 31f.).

2.2.5 Demenz in Österreich und der Schweiz

Mit zunehmenden Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken, steil an und ab dem 65. Lebensjahr verdoppelt sich das Risiko für eine Neuerkrankung alle fünf Jahre. Aufgrund dessen handelt es sich bei Demenz um eine Erkrankung des höheren Lebensalters, weshalb mit der wachsenden Anzahl Älterer auch die Zahl an Demenzbetroffenen in den nächsten Jahren zunimmt (Sütterlin et al., 2011, S. 13).

In der Schweiz lebten gemäß Zahlen der Alzheimer Schweiz (Alzheimer Schweiz, 2019) im Jahr 2019 154.700 Menschen mit Demenz. Bis zum Jahr 2040 wird sich die Anzahl der Betroffenen auf voraussichtlich 300.000 erhöhen. In der Abbildung 7 ist ersichtlich, wie sich die an Demenz erkrankten Personen auf die Altersklassen verteilen. Es ist erkennbar, dass die Anzahl an Betroffenen in der Altersgruppe der 85- bis 89-Jährigen am höchsten ist und insgesamt fast zwei Drittel aller an Demenz Erkrankten zwischen 80 und 94 Jahren alt sind. Ebenfalls ist sichtbar, dass Frauen in den oberen Altersklassen dominieren. Dies steht, wie bereits in Kapitel eins erwähnt worden ist, mit der höheren Lebenserwartung der Frauen in Verbindung.

Abbildung 7: Menschen mit Demenz nach Alter in der Schweiz



Quelle: Alzheimer Schweiz, 2019

Für die demenzkranken ÖsterreicherInnen sind repräsentative Daten nur aus dem Jahr 2000 verfügbar. Die Anzahl an Demenzerkrankten im Jahr 2000 in Österreich lag bei 90.500. Gemäß Hochrechnungen von Wancata (2015, S. 19f. zitiert nach Wancata, Takacs & Fellingner, 2011) wird es bis ins Jahr 2040 216.100 Betroffene geben.

2.3 Lebensqualität bei Demenz

Die Begrifflichkeiten Lebensqualität und Gesundheit werden oftmals als Synonyme verwendet. Kada, Hedenik, Griesser, Mark und Trost (2018, S. 628ff.) kommen in ihrer explorativen Studie zum Schluss, dass die Lebensqualität mit psychischen und sozialen Aspekten sowie der Umwelt in Verbindung gebracht werden, während die Gesundheit mit der körperlichen Unversehrtheit assoziiert wird. Nachfolgend wird die Bedeutung der Lebensqualität bei Menschen mit Demenz erläutert.

Die Verantwortung für den Erhalt der Lebensqualität tragen aufgrund der zunehmenden Pflegebedürftigkeit von demenzbetroffenen Personen immer mehr die Betreuungspersonen. Dabei müssen die pflegenden Personen ausreichende Kenntnisse über die Bedeutung von Lebensqualität bei Demenz haben. Mit dem Rückgang der kognitiven Fähigkeiten einhergehend ist eine Veränderung der Wahrnehmung der Realität (Becker, Kaspar & Lindenthal, 2010, S. 74f.). Ebenfalls verändert sich die verbale

Kommunikationsfähigkeit der Betroffenen, weshalb es sich schwieriger gestalten kann, die Bedürfnisse zu erfragen und das Wohlbefinden der PatientInnen zu überprüfen. Um die Mimik und Körpersprache interpretieren und damit die Lebensqualität bei demenziell erkrankten Menschen erfassen zu können, wurde das „Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen (H.I.L.DE.)“ konzipiert. Mithilfe von Pflegenden wurden Eigenschaften der Lebenswelt von Demenzbetroffenen gesammelt und beschrieben. Als Instrument wurde ein Fragebogen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten für die Erhebung der Lebenssituation erarbeitet, womit ein individuelles Profil erstellt werden kann. Anschließend erfolgt eine Einordnung des Erkrankungsstadiums in Kompetenzprofile mittels der drei Merkmalsbereiche: Gedächtnis und Denken, alltagspraktische Fähigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten (Becker, Kaspar & Kruse, 2010, S. 138, S. 141, S. 143).

Im Umgang mit demenzkranken Personen nimmt die pflegerische und psychosoziale Betreuung einen entscheidenden Platz ein. Dabei spielt die Biographiearbeit¹¹, und damit verbunden die Möglichkeit einen persönlichen Zugang zu den PatientInnen zu finden, eine wesentliche Rolle. Ebenso relevant ist die Wahrung der Autonomie der Menschen mit Demenz und deren erhaltenen Kompetenzen zu fördern und sie dabei nicht zu überfordern (Lauter, 2010, S. 31). Ein wichtiger Bestandteil von Lebensqualität ist das subjektiv wahrgenommene Wohlbefinden, weshalb es notwendig ist, den Weg für positive Erlebnisse für demenziell Erkrankte zu ebnen. Um dies ermöglichen zu können, müssen die verbliebenen Fähigkeiten, wie beispielsweise das Empfinden und Zeigen von Gefühlen, was auch bei einer fortgeschrittenen Demenz noch möglich sein kann, gefördert und gestärkt werden. Menschen mit einer demenziellen Erkrankung sollen in ihrem Alltag als Personen wahrgenommen werden, wodurch die Individualität der/des Einzelnen wertgeschätzt wird (Berendonk & Stanek, 2010, S. 157f.).

Wie Sütterlin et al. (2011, S. 59) im Demenz-Report ausführen, können demenzbetroffene Menschen durch Kontakt zu Tieren und Kindern auf der emotionalen Ebene berührt werden. Hilfreich sind durchgehende Korridore ohne verschlossene Türen und Gärten mit langen Wegen, die wieder zum Beginn zurückführen. Auch hier wird das Ansprechen auf der individuellen Ebene und die Wertschätzung als Person betont.

¹¹ Biographiearbeit: Ansatz zur Auseinandersetzung mit der Lebensgeschichte von PatientInnen (Hölzle, 2011, S. 31).

3 Alternative Wohnformen

Im nachfolgenden Kapitel werden die Unterschiede von traditionellen zu alternativen Wohnkonzepten für Menschen mit Demenz erläutert. Weiter werden die spezifischen Anforderungen sowie die Veränderung der Wohnsituation nach Schweregrad der Demenz näher betrachtet. Zum Schluss wird das Angebot an aktuellen Wohnformen für Demenzerkrankte in Österreich und in der Schweiz aufgezeigt.

3.1 Wohn- und Pflegesituation von Menschen mit Demenz

Aus dem Österreichischen Demenzbericht von 2014 (Wancata, 2015, S. 79f.) geht hervor, dass die Mehrzahl der Menschen mit Demenz vor ihrem Tod pflegebedürftig sind. Des Weiteren resultiert aus dem Bericht, dass die Mehrheit der demenzbetroffenen Personen zuhause gepflegt werden und sich erst mit fortschreitender Demenz in ein Alters- und Pflegeheim begeben. Daraus lässt sich der Schluss ableiten, dass ein Wechsel der Wohnform mit fortschreitender Krankheit notwendig werden kann.

Die Betreuung in der häuslichen Umgebung geschieht hauptsächlich durch weibliche Familienangehörige wie Ehefrauen, Töchter und Schwiegertöchter. Die Betreuung und Pflege der Angehörigen kann für die Pflegenden eine große Belastung darstellen und zu gesundheitlichen Problemen führen. Der Studie von Kiecolt-Glaser et al. (1987, S. 529, S. 532) zu gesundheitlichen Belastungen von pflegenden Angehörigen zufolge stuften die befragten pflegenden Angehörigen ihre psychische Verfassung schlechter ein als die Vergleichspersonen, welche keine pflegebedürftigen Angehörigen betreuten. Ebenso wiesen die pflegenden Angehörigen eine schlechtere Immunfunktion auf. Im Rahmen der Entwicklung eines Assessment-Instruments zur Messung von gesundheitsrelevanten Risiken von pflegenden Angehörigen ermittelten Blüher, Dräger, Budnick, Seither und Kummer (2011, S. 122), dass fast der Hälfte der Befragten die physische Kraft für die Pflegehandlungen fehlt. Ebenso beklagte sich fast die Hälfte der Befragten über einen schlechten Schlaf und mehr als die Hälfte kann den eigenen Interessen nicht mit ruhigem Gewissen nachgehen.

Aus dem Demenz-Report des Jahres 2011 geht hervor, dass in Österreich rund 20% aller DemenzpatientInnen in einem Alters- und Pflegeheim ansässig sind, wohingegen der Anteil in der Schweiz doppelt so hoch ist. Institutionelle Pflegeeinrichtungen stellen

somit eine wichtige Versorgungsform für Demenzerkrankte dar. Nachforschungen haben gezeigt, dass rund 39% aller Personen, die in einem Schweizer Alters- und Pflegeheim leben, an einer Demenzform erkrankt sind. Der Anteil liegt deutlich unter dem österreichischen Wert, welcher bei rund 64% liegt. Der große Unterschied begründet sich durch die tendenziell frühere Übersiedlung in ein Heim in der Schweiz. Ebenfalls ist ersichtlich, dass in der Schweiz fast doppelt so viele Alten- und Pflegeheime für fast die identische Anzahl an älteren Menschen zur Verfügung stehen (Sütterlin et al., 2011, S. 44). Die Erhebung der Daten stammt aus den Jahren 2008/2009.

Tabelle 1: Wie viele Menschen mit Demenz leben in Heimen?

	80-Jährige und Ältere	Alten- und Pflegeheime	HeimbewohnerInnen	Anteil Demenzkranker, der in Heimen lebt, an allen Demenzkranken	Anteil HeimbewohnerInnen mit Demenz an allen HeimbewohnerInnen
Österreich	272.000	900	keine Daten	20%	64%
Schweiz	283.000	1.600	137.000	40%	39%

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Sütterlin et al., 2011, S. 44

Ein Grund für den Unterschied des Prozentanteils der HeimbewohnerInnen mit Demenz könnte darin liegen, dass in der Schweiz laut einer Umfrage aus dem Jahr 2004 zwei Drittel aller Menschen mit Demenz über keine Diagnose verfügen. Im Jahr 2016 hatten gemäß Schätzungen der Schweizerischen Alzheimervereinigung nach wie vor weniger als die Hälfte der Betroffenen eine Diagnose (Bundesamt für Gesundheit & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2016, S. 22).

3.2 Integrative und segregative Versorgung

Bei den Institutionen wird zwischen der integrativen und der segregativen bzw. teils-segregativen Betreuungsform unterschieden. Bei der integrativen Betreuung als traditionelle Form werden die BewohnerInnengruppen gemischt, während bei der segregativen Form die Menschen mit Demenz in speziellen Abteilungen wohnhaft sind. Bei der teils-segregativen Unterbringung leben die demenziell erkrankten PatientInnen mit

nicht dementen BewohnerInnen zusammen, nehmen jedoch an speziellen Betreuungsaktivitäten für Menschen mit Demenz teil. In verschiedenen Studien wurde aufgezeigt, dass alle Betreuungsformen ihre Vorteile haben. Bei der Versorgung von Demenzbetroffenen können sich für Langzeiteinrichtungen Herausforderungen durch die bedarfsgerechte Anpassung der Infrastruktur und der Betreuungskonzepte ergeben (Juraszovich, 2015, S. 107f.).

Die segregative und teils-segregative Variante gehören zu den neuen Betreuungsansätzen, wobei neben der Trennung der BewohnerInnengruppen auch die Betreuung an den milieutherapeutischen Ansatz angepasst wird. Dies beinhaltet unter anderem die Ausrichtung der Raum- und Tagesgestaltung nach den speziellen Bedürfnissen der Menschen mit Demenz, die Integration der Biographiearbeit als Teil der Pflege und die Orientierung an den verbliebenen Ressourcen. Ebenfalls notwendig sind bauliche und personelle Adaptierungen. Zum einen müssen ein Gruppenraum für Aktivitäten und viel Platz zum Umhergehen vorhanden sein und zum anderen müssen die Mitglieder des interdisziplinären Teams über entsprechende fachliche Qualifikationen verfügen (Weyerer, Schäufele & Hendlmeier, 2005, S. 88). Im Rahmen einer Verlaufsstudie wurde ein Vergleich der Betreuungsformen durch Weyerer et al. (2005, S. 92) vorgenommen. Dabei sind sie zur Erkenntnis gelangt, dass die DemenzpatientInnen in der segregativen Betreuungsform öfter positive Gefühle gezeigt haben und dabei weniger freiheitsbeschränkende Maßnahmen vollzogen worden sind. Die Angehörigen sind mehr eingebunden gewesen und es herrschte ein stärkerer Kontakt zu den Pflegepersonen. Es konnte aber weder eine Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten noch der Selbständigkeit beobachtet werden.

Gemäß einer Umfrage des Branchenverbandes Curaviva bei 420 Heimen in der Schweiz herrscht bei mehr als 60% der Heime eine integrative Versorgung. Nur in 10% der Heime findet eine rein segregative Versorgung statt (Bundesamt für Gesundheit & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2016, S. 25). Aktuelle Erhebungen zum Versorgungskonzept der Heime in Österreich sind nicht vorhanden (Juraszovich, 2015, S. 107).

3.3 Veränderungen nach Schweregrad der Demenz

Die Stadien der Demenz werden, wie bereits in Kapitel 2.2 erläutert, in leichtes, mittleres und schweres Stadium unterschieden. Um die PatientInnen erreichen zu können, muss die Therapie und Wohnform auf den jeweiligen Schweregrad abgestimmt werden (Schaade, 2009, S. 68).

Bei der Pflege von Demenzkranken zuhause ergibt sich ein großer Unterschied des Stundenaufwands je nach Schweregrad der Krankheit. Gemäß einer Umfrage werden bei Menschen mit leichter Demenz mehrheitlich weniger als vier Stunden täglich für die Pflege und Betreuung aufgewendet, während bei Betroffenen mit schwerer Demenz größtenteils über zehn Stunden täglich aufgebracht werden. Bei mittelschwerer Demenz gaben fast gleiche viele Befragten an, einen Betreuungsaufwand von mehr als zehn Stunden zu leisten wie einen Aufwand von weniger als vier Stunden zu haben (Sütterlin et al., 2011, S. 30).

Die Betreuung von Menschen mit schwerer Demenz kann den Einsatz von Palliative Care erforderlich machen, um die Betroffenen und Angehörigen möglichst gut unterstützen und umsorgen zu können (Bundesamt für Gesundheit & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2016, S. 26).

Mit Fortschreiten der Erkrankung gehen immer mehr kognitive Fähigkeiten verloren, weshalb eine angepasste Betreuung und Pflege notwendig ist. In der nachfolgenden Aufzählung werden die verschiedenen Aspekte nach Gatterer und Croy (2005, S. 182f.) zusammengetragen, welche während des Verlaufs der Krankheit zunehmen können und somit bei der Pflege zu berücksichtigen sind:

- verringerte Kommunikationsmöglichkeiten bis zu vollständigem Sprachverlust
- abnehmende Gedächtnisleistungen bis zum vollständigen Verlust der Gedächtnisfunktionen
- zeitliche, örtliche, situative und persönliche Desorientierung
- zunehmende Verhaltensauffälligkeiten
- abnehmende Realitätswahrnehmung
- wachsende Unentschlossenheit und Verlangsamung
- Konzentrationsstörungen und schwindende Aufmerksamkeit

- häufigere Antriebslosigkeit
- Präferenz des Bekannten und Verweigerung von Neuem
- zunehmende Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens

Die Pflege von Menschen mit leichter Demenz soll das Ziel haben, die Betroffenen zu unterstützen und deren verbliebene Ressourcen zu fördern. Bei einer mittelschweren Demenz werden mehr Aufgaben durch die Pflegepersonen übernommen. Dabei ist es wichtig, die Grenze zur Bevormundung zu kennen. Die Pflege einer Person mit einer Demenz im schweren Stadium beinhaltet ethische Schwierigkeiten, da sich die Betroffenen nicht mehr äußern können (Gatterer & Croy, 2005, S. 184).

Im Ansatz des Drei-Welten-Konzeptes, welches von Christoph Held und Doris Ermini-Fünfschilling in einem Pflegezentrum in Zürich begründet worden ist, wird die Umwelt durch die Betroffenen je nach Schweregrad der Krankheit anders wahrgenommen, weshalb die nachfolgenden drei Ebenen definiert worden sind (Oppikofer, Lienhard & Nussbaumer, 2005, S. 8f.).

Zuerst gibt es die „**Welt der kognitiven Erfolgslosigkeit**“, worin sich Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz wiederfinden. In ihrem Verhalten zeigen sich Gefühle der Verunsicherung, Angst, Wut und Depression, welche ausgelöst werden durch die schwindenden kognitiven Fähigkeiten. Hier ist es wichtig, dass die demenzbetroffenen Menschen in kleineren Wohngruppen leben sowie deren Ressourcen durch Aktivitäten gefördert werden (Oppikofer et al., 2005, S. 8f.).

In der zweiten Erlebniswelt befinden sich die Betroffenen in der „**Welt der kognitiven Ziellosigkeit**“ und im mittelschweren bis schweren Stadium der Erkrankung. Die demenziell Erkrankten erleben Gefühle wie Eifersucht, Streit sowie Freude und haben Orientierungs- und Kommunikationsstörungen. Es soll ihnen unter anderem die Möglichkeit zur freien Bewegung geboten werden (Oppikofer et al., 2005, S. 8f.).

In der „**Welt der kognitiven Schutzlosigkeit**“ befinden sich Menschen mit einer schweren Demenz und somit hohem Pflegebedarf. Die Betroffenen sollen in ihrer eigenen Welt gelassen und nicht durch Reize überflutet werden (Oppikofer et al., 2005, S. 8f.).

Im Pflegeheim Sonnweid im schweizerischen Wetzikon wird das Drei-Welten-Modell angewandt. Darauf aufbauend sind in der Einrichtung für Demenzkranke drei verschiedene Lebensformen entstanden. In den Wohngruppen leben BewohnerInnen, die mit etwas Hilfe noch zuhause leben könnten. PatientInnen, die mehr Unterstützung benötigen, leben im Heimbereich und in den Oasen sind je sieben Personen mit schwerster Demenz wohnhaft. Dadurch ist es möglich, die Lebensform innerhalb des Pflegeheims mit Fortschreiten der Krankheit und der veränderten Bedürfnisse zu wechseln (Sonntag & von Reibnitz, 2014, S. 103f.).

3.4 Anforderungen an Wohnformen für Menschen mit Demenz

In den nachfolgenden Unterkapiteln werden die Anforderungen an Wohnformen für Menschen mit Demenz zusammengetragen und mittels Unterteilung in psychosoziale und räumliche Anforderungen dargestellt.

3.4.1 Psychosoziale Anforderungen

Die Betreuung und Pflege von an Demenz leidenden Personen stellt für alle Beteiligten aufgrund der besonderen Bedürfnisse eine Herausforderung dar. Unter anderem besteht ein erhöhter Bedarf an Zuneigung und Aufmerksamkeit. Die Betroffenen müssen auf anderen Kommunikationsebenen, wie der non-verbalen Kommunikation, angesprochen werden und eine Betreuung durch Bezugspersonen ist hilfreich. Mit fortschreitender Demenz bekunden die Betroffenen immer mehr Mühe, sich verbal auszudrücken, was dazu führt, dass sie mit Hilfe ihrer Körpersprache und dem Verhalten kommunizieren (Harm & Hoschek, 2015, S. 63).

Bei Wohngemeinschaften soll eine für die Betroffenen vertraute Umgebung und Atmosphäre geschaffen werden, damit erhaltene Ressourcen stimuliert werden. Ebenso ist eine individuelle Tagesstruktur für die Aktivierung der Fähigkeiten förderlich (Schneider & Deufert, 2015, S. 72).

Für eine bedarfsgerechte Betreuung von Demenzerkrankten werden höhere Anforderungen an die Pflegepersonen gestellt als bei PatientInnengruppen ohne Demenz. Ein

äußerst wichtiger Aspekt bei der Pflege von demenzkranken Menschen ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team. Dies zeigt sich bei den Anforderungskriterien an das Pflegepersonal, das zum einen fachlich kompetent und zuverlässig sein sollte und zum anderen ein hohes Maß an Empathie und Flexibilität mitbringen sollte. Zusätzlich soll der Einbezug der Biographiearbeit sichergestellt werden. Weiter sollen sie geübt sein im Umgang mit herausforderndem Verhalten und der Anwendung der non-verbale Kommunikation. Ebenfalls ein relevanter Aspekt bei der Betreuung ist die Personalausstattung in Langzeiteinrichtungen. Der Personalschlüssel ist in Österreich nicht einheitlich geregelt und sowohl aus qualitativer wie auch quantitativer Sicht sind die Anforderungen an den Personalbestand sehr unterschiedlich. Die Pflegeplanung ist individuell vorzunehmen, da die demenziell Erkrankten einen ungleichen Bedarf an Betreuung und Pflege haben. Aufgrund eines höheren Betreuungsaufwandes kann es notwendig sein, einen Personalschlüssel von 1:1 zu haben. Dies bedeutet, dass eine Betreuungskraft für eine/n BewohnerIn zuständig ist (Schneider & Deufert, 2015, S. 73f.).

Lawton, Van Haysma und Klapper (1996, S. 13) sind in ihrer Studie zu beobachteten Effekten bei PflegeheimbewohnerInnen mit Alzheimer-Krankheit zum Schluss gekommen, dass ein hohes Aktivitätslevel und eine strukturierte Ebene der sozialen Interaktion positive Effekte bei AlzheimerpatientInnen erzielen.

Forschende der Universität Witten/Herdecke sind zur Erkenntnis gelangt, dass Demenzbetroffene weniger oft herausforderndes Verhalten gezeigt haben, wenn sich das Betreuungsteam regelmäßig zu Fallbesprechungen getroffen hat (Sütterlin et al., 2011, S. 59).

In der Pflege von an Demenz erkrankten Personen kommen verschiedene Betreuungskonzepte zur Anwendung. Aufgrund der besonderen Bedürfnisse der demenziell Erkrankten wird empfohlen, die Pflege nach Person-zentrierten Handlungsansätzen auszuführen. Die Pflegenden geraten bei der Arbeit mit diesen Betreuungskonzepten oftmals an Grenzen aufgrund von finanziellen und personellen Schwierigkeiten. Die nachfolgenden Konzepte sind in Österreich am weitesten verbreitet (Schneider & Deufert, 2015, S. 75).

Die Grundlage des **psychobiographischen Pflegemodells** nach Böhm bildet die Biographie der/des PatientIn, wodurch ein besseres Verständnis für die Person und ihr Verhalten aufgebracht werden kann. Es wird versucht, dem/der zu Pflegenden den Sinn im Leben, welcher im bisher Erlebten zu finden ist, aufzuzeigen. Dabei spielt die Beziehung zwischen PatientIn und Pflegeperson eine wichtige Rolle (Gatterer & Croy, 2005, S. 175).

Der Ansatz der **Validation** wurde von Naomi Feil begründet und hat zum Ziel, verwirrte, demenzkranke Personen in ihrer eigenen Erlebniswelt anzusprechen, um Stress vermeiden zu können. Hauptsächlich geht es darum, die Betroffenen in ihrer Sichtweise zu bestätigen und nicht zu versuchen in die Realität zurück zu holen. Dies geschieht durch verschiedene Techniken, welche dem aktuellen Zustand der Person angepasst werden können (Gatterer & Croy, 2005, S. 125).

Die **Mäeutik** nach Cora van der Kooij wird auch erlebnisorientierte Pflege genannt. Dieser Ansatz hilft dem Pflegepersonal, die PatientInnen in die Pflege zu involvieren und deren Bedürfnisse besser wahrzunehmen. Die Biographiearbeit sowie die Bezugspflege spielen dabei gleichermaßen eine wichtige Rolle (Oberndorfer, 2009, S. 34f.).

Der **personenzentrierte Ansatz** nach Tom Kitwood fokussiert auf das Person-Sein der PatientInnen. Im Wesentlichen geht es dabei darum, den Menschen mit Demenz viel Verständnis entgegen zu bringen und sie als eigenständige Persönlichkeiten wahrzunehmen (Krauß, Howe & Schröder, 2014, S. 97).

3.4.2 räumliche Anforderungen

Bei der Gestaltung der Umwelt von Demenzbetroffenen gilt es zu berücksichtigen, dass offene und helle Korridore hilfreich sind und verschlossene Türen die Menschen mit Demenz verwirren können. Im Garten ist es ebenfalls wichtig, dass lange Wege beschritten werden können, die wieder zurück zum Eingang führen (Sütterlin et al., 2011, S. 59).

Die Milieugestaltung, welche Wohnlichkeit mit Aktivitätenförderung in gemeinschaftlichen Räumen und die Berücksichtigung der Individualitäten von BewohnerInnen verbindet, ist bei der Raumgestaltung von Wohnformen für Menschen mit Demenz von Bedeutung. Im Vergleich zu Menschen ohne Demenz ist der Einbezug der kognitiven Veränderungen der Betroffenen bei der räumlichen Umgebungsgestaltung essentiell. Ein barrierefreies Bauen ist ebenso wichtig (Höpflinger, 2009, S. 179). In der nachfolgenden Tabelle werden die räumlichen Anforderungen an Wohnformen zusammengetragen:

Tabelle 2: räumliche Anforderungen

Maßnahme	Begründung
Kleine, überschaubare Wohngruppen	Zu große Wohngruppen führen zu Verwirrung und Unruhe
Heimelig gestaltete Wohnbereiche	Dient der räumlichen Orientierung
Farbliche Markierungen zur Trennung von Bereichen	Ausgleichen der schwindenden kognitiven Ressourcen
Weder Reizüberflutung noch -armut in den Wohnräumen (z.B. Spiegelungen oder lebhaftes Tapeetenwechsel können zu Unruhe führen. Helle Pastellfarben sind nicht hilfreich, da sie schlecht sichtbar sind für ältere Menschen.)	Verstärkung von bestehenden Seh- und Wahrnehmungsschwierigkeiten wird verhindert
Offene und weitläufige Räume, in denen es etwas zu beobachten gibt und verschiedene Sitzgelegenheiten vorhanden sind; Rundläufe für Drinnen und Draußen mit viel Bewegungsraum	Regt die Menschen mit Demenz zum Umhergehen an; aktiviert die Wahrnehmung und das Denken und vermindert die Anspannung
Sitzgelegenheiten mit Ausblick nach draußen	Fördern Kommunikation und Teilhabe am sozialen Leben
Wohnküchen mit entsprechenden Gerüchen	Wirkt gegen Teilnahmslosigkeit

Angepasste Einrichtungen wie z.B. Schränke, in denen die Kleidung in der Reihenfolge des Anziehens liegt	Erhalten der Selbständigkeit
Ständiger Sichtkontakt zu anderen Personen ermöglichen	Wirkt gegen das Verloren-Sein
Technische Hilfsmittel zur Absicherung	Unterbindet das Weglaufen
Bekanntes aus der Vergangenheit mitnehmen und Beständigkeit schaffen	Sicherheitsgefühl vermitteln

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Höpflinger, 2009, S. 179f.

3.5 Alternative Wohnformkonzepte für Menschen mit Demenz

Im nachfolgenden Unterkapitel werden alternative Wohnformkonzepte für Menschen mit Demenz vorgestellt. Wie in Kapitel 3.1 bereits erläutert worden ist, wird die Mehrheit der Demenzkranken zuhause gepflegt. Sobald eine solche Betreuung nicht mehr möglich ist, muss eine Lösung in Zusammenarbeit mit der Familie gefunden werden. Da eine Unterbringung in einem Alters- und Pflegeheim nicht für alle Betroffenen eine angemessene Wohnform darstellt, werden im nachfolgenden Kapitel die alternativen Wohnformen für Menschen mit Demenz erläutert.

3.5.1 Demenz-Wohngemeinschaft

Gemäß Wolf-Ostermann, Worch, Meyer und Gräske (2012, S. 32f.) ist ein typisches Charakteristikum einer Demenz-Wohngemeinschaft das Aufrechterhalten einer familiären Wohnsituation, wobei zwischen sechs und acht BewohnerInnen mit unterschiedlichem Pflege- und Unterstützungsbedarf gemeinsam in einer Wohnung leben. Es gibt Gemeinschaftsräume wie die Küche und das Ess- und Wohnzimmer, in denen gemeinsam häusliche Aktivitäten durchgeführt werden. Die Pflege der BewohnerInnen erfolgt durch einen mobilen Pflegedienst, welcher grundsätzlich durch die BewohnerInnen oder die Angehörigen frei ausgewählt werden kann. Ein relevantes Merkmal ist, dass die/der VermieterIn und der mobile Pflegedienst zwei unabhängige Organisationen oder Personen sind. Somit wird zum einen ein Mietvertrag mit der/dem Vermiete-

rn abgeschlossen und zum anderen ein Betreuungs- und Pflegevertrag mit einem mobilen Pflegedienst. Ebenfalls eine Eigenschaft der Demenz-Wohngemeinschaften ist ein multiprofessionelles Netzwerk, welches aus ÄrztInnen, TherapeutInnen, mobilen Pflegediensten, VermieterInnen sowie Angehörigen und ehrenamtlich Tätigen besteht. Im Gegensatz zu anderen Versorgungsformen spielen die Angehörigen eine bedeutende Rolle in der Sicherstellung der Betreuung.

In Abwandlung zu den ambulanten Demenz-Wohngemeinschaften gibt es auch die Variante der Demenz-Wohngemeinschaft, welche von einem Alters- und Pflegeheim geführt wird. Dabei sind die Merkmale einer kleinen Einheit, der gemeinsamen Alltagsgestaltung sowie der Beteiligung von Angehörigen ebenfalls vertreten (Klie, Pfundstein, Eitenbichler, Szymczak & Strauch, 2005, S. 124).

Ein Vorteil der Demenz-Wohngemeinschaft im Vergleich zu Alters- und Pflegeheimen ist der günstigere Personalschlüssel. Dadurch ist eine Pflegeperson für weniger BewohnerInnen zuständig und kann sich so intensiver mit ihnen beschäftigen (Sand, 2015, S. 36).

3.5.2 Demenzdorf

In Weesp in der Nähe von Amsterdam ist im Jahr 2008 das erste sogenannte Demenzdorf „De Hogeweyk“ entstanden. Die Umsetzung des Konzepts in Amsterdam beinhaltet zum einen 23 Wohneinheiten mit je sechs Personen und zum anderen Räumlichkeiten wie einen Frisör-Salon, einen Supermarkt, ein Café und eine Bar. Für die BewohnerInnen mit unterschiedlichem Pflege- und Betreuungsbedarf soll eine gewohnte Umgebung mittels an den früheren Lebensstil angelehnte Einrichtungen in den Wohngruppen geschaffen werden. Die Lebensstile werden unterschieden in rustikal, urban, christlich, wohlhabend, indonesisch, kulturell-versiert und häuslich. Charakteristisch für das Konzept ist, dass die MitarbeiterInnen keine Dienstkleidung tragen und einen gelassenen Umgang mit den Menschen mit Demenz pflegen. Die demenzbetroffenen Menschen können sich auf dem Gelände frei bewegen, womit ihnen ein selbstbestimmtes Leben ermöglicht werden soll. Zur Sicherheit der BewohnerInnen gibt es einen Pförtner, der den Ein- und Ausgang kontrolliert. Somit ist es ihnen nicht möglich,

das Gelände selbständig zu verlassen. Wenn die BewohnerInnen dies wünschen, können sie in alltägliche Arbeiten, wie Einkaufen oder Kochen, eingebunden werden. Die Kosten des Demenzdorfes betragen etwa gleich viel wie in anderen niederländischen Pflegeeinrichtungen. Die große Kritik an der Wohnform ist die Schaffung einer künstlichen Welt und somit der Täuschung der BewohnerInnen. Zudem findet eine Art Ausgrenzung statt, da keine Integration in die Umgebung stattfindet (Sonntag & von Reibnitz, 2014, S. 101).

Es gibt bereits Nachahmer-Projekte in Deutschland, Australien und Dänemark. Das grundlegende Konzept ist bei allen Demenzdörfern gleich, aber es gibt in einzelnen Bereichen unterschiedliche Umsetzungen. Das erste deutsche Demenzdorf, „Tönebön am See“ in Hameln, ist stark am Vorbild von Weesp orientiert, jedoch in einer kleineren Form (Jansen, 2018). Währenddessen setzt das in Tasmanien, Australien, geplante Demenzdorf weniger auf die Gruppierung der BewohnerInnen nach Lebenswelten sondern nach Interessen und Gemeinsamkeiten (Barkhausen, 2017). Unterschiede gibt es auch bei der Ausrichtung des Demenzdorfes in Svendborg, Dänemark. Dort ist die Einrichtung nicht außerhalb eines Ortes angesiedelt, sondern inmitten des Stadtgebietes und die BewohnerInnen sind nicht eingesperrt und könnten das Gelände alleine verlassen (Jansen, 2018).

3.5.3 Green Care Farming

Green Care Farming-Projekte für unterschiedliche Bedarfsgruppen gibt es bereits in Ländern wie Norwegen, der Niederlande, Frankreich oder Italien. Darunter fallen auch Green Care Farming für die Bedarfsgruppe der Menschen mit Demenz. Hinter solchen Projekten steht ein Bauernhof, welcher die Betreuung und Pflege von demenzkranken Menschen mit verschiedenem Unterstützungsbedarf übernimmt. Die alltägliche Arbeit auf einem Bauernhof wie Tiere versorgen, Gartenarbeiten und auch Haushaltstätigkeiten können in die Betreuung der Betroffenen integriert werden. Es wird zwischen Angeboten der Tagesbetreuung und der 24-Stunden-Versorgung unterschieden (De Boer et al., 2015). Der Vorteil liegt in den ungezwungenen Aktivitäten zur Ressourcenförderung wie der Zubereitung von Mahlzeiten, welche den Appetit anregen, die Bewegung auf dem Gelände des Bauernhofes sowie dem sozialen Kontakt zu anderen

Betroffenen oder auswärtigen Personen. Der Anteil an landwirtschaftlichen und pflegerischen Tätigkeiten ist bei den Bauernhöfen unterschiedlich ausgeprägt (Gräske, Renaud, Nisius & Graffe, 2018, S. 14f.).

3.5.4 Pflegeoase

Eine weitere alternative Wohnform für Menschen mit Demenz sind Pflegeoasen. Diese Methode wurde 1998 im schweizerischen Wetzikon in der Altenpflegeeinrichtung „Haus Sonnweid“ erstmals umgesetzt und bereits von diversen Institutionen übernommen und implementiert. Mittels Pflegeoasen soll für Menschen mit fortgeschrittener Demenz ein Ort geschaffen werden, in denen sie eine umfassende Pflege mit größtmöglicher Zuwendung erhalten. Damit soll die Lebensqualität gesteigert werden (Brandenburg & Adam-Paffrath, 2013, S. 19).

Das Raumkonzept beinhaltet einen Mehrpersonenraum, in dem zwischen fünf und sieben BewohnerInnen wohnen und schlafen. Die individuellen Bereiche der BewohnerInnen, welche für die Anregung wichtig sind, sind um den zentralen Aufenthaltsort angeordnet. Zusätzlich sind eine Küche, ein Pflegebad und ein Rückzugsort sowie ein Arbeitsraum für die Pflegenden integriert. Bei Pflegeoasen ist die ständige Präsenz der Pflegepersonen charakteristisch, welche die körperlichen, psychischen und sozialen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz fördern. Ein frei zugänglicher Außenbereich, wie z.B. ein Balkon oder ein Garten, wird empfohlen (Brandenburg & Adam-Paffrath, 2013, S. 297, S. 307f.). Das Pflegekonzept besteht aus verschiedenen Komponenten, die es sich zum Ziel setzen, die BewohnerInnen anzuregen. Dazu gehören unter anderem eigens abgestimmte Licht-, Geräusch- und Farbkonzepte. Ebenfalls wird die basale Stimulation¹² eingesetzt. Zur Wahrung der Privatsphäre werden Raumteiler wie Vorhänge oder Stellwände eingesetzt (Sonntag & von Reibnitz, 2014, S. 97).

Ein Kritikpunkt an Pflegeoasen ist die Unterbringung in Mehrbettzimmer, was zum einen gegensätzlich zu den Entwicklungstendenzen im Pflegebereich ist und zum anderen die Privatsphäre der Betroffenen nicht ausreichend schützt (D'Arrigo, 2011, S. 64).

¹² Basale Stimulation: hilft bei beeinträchtigten Personen, die Wahrnehmung zu erhalten und zu fördern. Dies geschieht auf den Wahrnehmungsebenen der Berührungen, Vibrationen und dem Gleichgewicht (Gatterer & Croy, 2005, S. 176).

3.6 Wohnformen in Österreich und der Schweiz

In den nachfolgenden Unterkapiteln werden bereits etablierte Wohnformkonzepte für Menschen mit Demenz in Österreich und der Schweiz vorgestellt und aufgezeigt.

3.6.1 Demenz-Wohngemeinschaft

In Österreich sind Demenz-Wohngemeinschaften bereits realisiert worden. Als Beispiel sei hier die Institution Caritas Socialis erwähnt, welche bereits seit 2008 betreute Demenz-Wohngemeinschaften für sieben bis acht Personen an zwei Standorten in Wien anbietet. Das Konzept soll die größtmögliche Lebensqualität für Menschen mit mittlerer bis schwerer Demenz durch Erhalten der Selbständigkeit und dem Leben in familienähnlichen Strukturen sichern (www.cs.at/angebote/cs-alzheimer-und-demenz-betreuung/cs-wohngemeinschaften, 30.12.2019; www.demenz-portal.at/aktuelles/betreute-wohngemeinschaften-fuer-menschen-mit-demenzerkrankung/, 30.12.2019).

Demenz-Wohngemeinschaften sind in der Schweiz ebenfalls eingeführt worden. In Hasle-Rüegsau gibt es eine Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz, welche an ein Alters- und Pflegeheim angegliedert ist (Bucher, 2018). In der Westschweiz im Ort Orbe gibt es seit 2014 eine Demenz-Wohngemeinschaft in einem Wohngebiet, welche als Pilotprojekt durch die Schweizerische Alzheimervereinigung und der Fondation Saphir aufgebaut worden ist (Biedermann, 2014).

3.6.2 Demenzdorf

Nach umfangreicher Onlinerecherche wurde bis dato kein Demenzdorf in Österreich realisiert. Allerdings fand ein länderübergreifender Austausch zwischen dem Demenzdorf „De Hogeweyk“ und einer Delegation der Volkshilfe Österreich statt. Im Rahmen einer Projektkooperation der Volkshilfe Österreich mit der Wirtschaftsuniversität Wien wurde das niederländische Demenzdorf als ein Best-Practice Case identifiziert. Basierend auf diesem Beispiel liegt es nahe, dass in Zukunft auch in Österreich die Wohnform Demenzdorf realisiert werden könnte (Volkshilfe, 2017; Wirtschaftsuniversität Wien, Institution für Entrepreneurship & Innovation, 2019).

Ein sehr aktuelles Projekt in der Schweiz ist das geplante erste Demenzdorf, genannt „Jura-Dorf“, in Wiedlisbach im Kanton Bern. Nach dem Vorbild des niederländischen Demenzdorfes „De Hogeweyk“ soll dort bis Ende 2021 ein eigenes Dorf für Menschen mit Demenz entstehen. Dabei soll eine gewohnte Umgebung für die BewohnerInnen geschaffen werden, in denen sie sich wie zu Hause fühlen können. Neben den vier Wohnhäusern mit insgesamt 16 Wohngruppen für 112 Menschen sollen weitere Gebäude errichtet werden, in denen sich beispielsweise ein Supermarkt, ein Restaurant, eine Apotheke oder ein Theater befinden. Damit sollen reale Bedingungen für die BewohnerInnen geschaffen werden, um weiterhin ein normales Leben führen zu können. Wichtig ist der Austausch mit auswärtigen Personen, damit keine Ausgrenzung aus der Bevölkerung geschieht. Die Gruppierung der BewohnerInnen unterscheidet sich von der in „De Hogeweyk“, da die Aufteilung anhand der Freizeitbeschäftigungen und Berufe und nicht der Lebensstile erfolgen soll (Ott, 2019; Tedeschi, 2017).

3.6.3 Green Care Farming

Der Verein Green Care Österreich hat bereits Projekte mit Green Care Farming für diverse Bedarfsgruppen aufgegleist. Für die Betreuung von Demenzkranken sind ebenfalls Projekte geplant, wobei aktuell noch kein entsprechendes Angebot vorhanden ist (Green Care Österreich, 2019).

In der Schweiz gibt es einen Bauernhof im luzernischen Sigigen, der Betreuung für Demenzkranke anbietet und als Vorreiter in der Schweiz gilt. Das Konzept weicht insoweit vom niederländischen Modell ab, als dass die Betroffenen nicht dauernd auf dem Bauernhof wohnhaft sind, sondern entweder als Ferien- oder Tagesgäste am Geschehen teilnehmen. Dieses Angebot sieht sich als Entlastung für Angehörige, die die Menschen mit Demenz zuhause betreuen und pflegen (Forrer, 2017).

3.6.4 Pflegeoase

Die Wohnform der Pflegeoasen wurde in Österreich bereits umgesetzt. Die Sarsteiner Stiftung hat in Bad Ischl eine Pflegeoase mit sechs BewohnerInnen im Jahr 2016 in den Regelbetrieb übernommen. Die Krankheit der Betroffenen befindet sich in einem fortgeschrittenen Stadium und eine hohe Pflegebedürftigkeit liegt vor (www.demenzstrategie.at/de/Umsetzung/ilmplld__26.htm, 30.12.2019).

Die Pflegeoase wurde, wie bereits im Kapitel 3.4.4 erläutert, in der schweizerischen Institution „Haus Sonnweid“ entwickelt. Es gibt jedoch auch an anderen Standorten in der Schweiz Pflegeoasen, beispielsweise im Haus Cadonau in Chur (www.cadonau.ch/pflege-und-betreuung/menschen-mit-demenz/, 30.12.2019) oder im Zentrum Schönberg in Bern (www.zentrumschoenberg.ch/angebot/langzeitpflege, 30.12.2019).

Anhand der hier vorliegenden Literatur wird deutlich, dass die Wohnformen in beiden Ländern keine signifikanten Unterschiede in Ihren Konzepten aufweisen. Die Literaturrecherche hat gezeigt, dass der Implementierungsprozess von Wohnkonzepten in der Regel auf Pilotprojekten basiert. Dazu konnte zusätzlich festgestellt werden, dass jene Wohnkonzepte nach ihren Pilotphasen häufig nach einer Adaptierung an gesellschaftliche Gegebenheiten in anderen Ländern übernommen wurden. Hierbei sei das Demenzdorf „De Hogeweyk“ in Weesp zu nennen, welches in verschiedenen Ländern bereits als Vorbild genommen worden ist. Das daraus resultierende Ergebnis zeigt, dass für innovative Wohnkonzepte bereits eine enge, länderübergreifende Zusammenarbeit und ein Informationsaustausch stattfindet.

4 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfragen

Ausgangspunkt für die vorliegende Arbeit ist die steigende Anzahl an älteren Menschen mit Demenz und deren besonderen Bedürfnisse und Anforderungen an geeignete Wohnformen.

Die primäre Zielsetzung dieser Arbeit war die Ausarbeitung der Forschungsfragen, welche mithilfe der Literaturanalyse geprüft worden sind. Dazu wurden im Rahmen der ersten Forschungsfrage die Anforderungen von demenzkranken Menschen an alternative Wohnformen zur Sicherung der Lebensqualität ermittelt. In der zweiten Forschungsfrage wurde der „Status Quo“ von alternativen Wohnformen in Österreich und der Schweiz erhoben und auf Unterschiede untersucht. Nachfolgend werden die Ergebnisse der Literaturrecherche zusammengetragen und mittels den beiden Forschungsfragen diskutiert.

Die Literaturrecherche hat ergeben, dass die Gesellschaften in Österreich wie auch in der Schweiz eine demographische Alterung durchleben, da immer weniger junge Menschen immer mehr ältere Menschen versorgen müssen. Bei der Betrachtung der Krankheit Demenz zeichnete sich ab, dass es sowohl in Österreich als auch in der Schweiz immer mehr Menschen mit Demenz geben wird. Bis ins Jahr 2040 soll es gemäß Hochrechnungen von Wancata (2015, S. 19f. zitiert nach Wancata et al., 2011) bis zu 216.100 Betroffene in Österreich geben. Gemäß Schätzungen der Alzheimervereinigung (Alzheimer Schweiz, 2019) soll es bis 2040 rund 300.000 Betroffene in der Schweiz geben.

Es hat sich gezeigt, dass die Mehrheit der Betroffenen zuhause gepflegt und versorgt werden. Bei der Untersuchung der verschiedenen Wohnformen konnte beobachtet werden, dass sich neben der integrativen Wohnform auch immer mehr die segregative bzw. teils-segregative Wohnform etablieren konnte. Diverse Studien haben verschiedene Vorteile der jeweiligen Unterbringungsart gezeigt, weshalb nicht abschließend beurteilt werden kann, welche zu wählen ist.

Als Teilergebnis wurden die Anforderungen an die Gestaltung von Wohnkonzepten für Menschen mit Demenz erhoben und es hat sich gezeigt, dass aufgrund der schwin-

denden kognitiven Fähigkeiten die Menschen mit Demenz spezielle Bedürfnisse haben. Sie haben einen erhöhten Bedarf an Zuneigung und Aufmerksamkeit und aufgrund der verringerten sprachlichen Fähigkeiten sollen die Betroffene auf verschiedenen Kommunikationsebenen, wie z.B. der non-verbale Kommunikation, angesprochen werden. Die Betreuung sollte das Bezugspersonensystem beinhalten, was sich neben der Schaffung einer vertrauten Umgebung und Atmosphäre förderlich auf die Betroffenen auswirken kann. Weiter ist eine individuelle Tagesstruktur, womit ein hohes Aktivitätslevel gefördert wird, und eine strukturierte, soziale Interaktion von Vorteil. An das Pflegepersonal werden hohe Anforderungen gestellt. Diese beinhalten: interdisziplinäre Zusammenarbeit, fachliche Kompetenz, Zuverlässigkeit, hohes Einfühlvermögen und Flexibilität, Anwenden der Biographiearbeit, geübter Umgang mit herausforderndem Verhalten und non-verbaler Kommunikation, individuelle Pflegeplanung sowie regelmäßige Fallbesprechungen und Person-zentrierte Betreuungskonzepte. Zu diesen Handlungsansätzen gehören beispielsweise das psychobiographische Pflegemodell nach Böhm, Validation nach Naomi Feil, Mäeutik nach Cora van der Kooij und der personenzentrierte Ansatz nach Tom Kitwood (Harm & Hoschek, 2015, S. 63; Schneider & Deufert, 2015, S. 72ff.; Sütterlin et al., 2011, S. 59).

Bei der räumlichen Umsetzung ist auf eine Milieugestaltung zu achten und die schwindenden kognitiven Ressourcen sowie barrierefreies Bauen sind mitzuberücksichtigen. Außerdem sind bei der Raumgestaltung nachfolgende Punkte hilfreich: kleine, überschaubare Wohngruppen, gemütlich eingerichtete Wohnbereiche, farbliche Markierungen zur Trennung von Räumen, Vermeidung von Reizüberflutung und -armut, offene und weitläufige Räume mit Rundläufen für Drinnen und Draußen, Sitzgelegenheiten mit Blick nach draußen, Wohnküchen zur Anregung des Geruchssinns, den Bedürfnissen entsprechende Möblierung, Sichtkontakt zu anderen Menschen ermöglichen, technische Hilfsmittel sowie vertraute Gegenstände für die Schaffung der Beständigkeit (Höpflinger, 2009, S. 179f.).

Als zweites Teilergebnis wurde das Repertoire an alternativen Wohnformen für demenzbetroffene Menschen erhoben und die Umsetzung am Beispiel von Österreich und der Schweiz ermittelt. Dabei konnten die Wohnformen Demenz-Wohngemeinschaft, Demenzdorf, Green Care Farming sowie Pflegeoasen als alternative Wohnfor-

men identifiziert werden. Die Literaturrecherche hat gezeigt, dass Demenz-Wohngemeinschaften sowohl in Österreich als auch in der Schweiz bereits etabliert sind. Dagegen existiert aktuell in keinem der beiden Ländern ein Demenzdorf. Es bestehen jedoch konkrete Umsetzungspläne für ein Demenzdorf in der Schweiz. Die Implementierung eines Green Care Farming-Projektes ist in der Schweiz schon erfolgt, während dies in Österreich erst in Planung ist. Im Unterschied dazu wurden Pflegeoasen in beiden Ländern verwirklicht. Bei der kritischen Betrachtung hat sich herausgestellt, dass keine großen Unterschiede in Bezug auf die Umsetzung bestehen und sich die Konzepte sehr ähnlich sind. Es findet ein länderübergreifender Austausch statt.

5 Limitationen und Ausblick

Abschließend werden die Grenzen der Arbeit aufgezeigt sowie ein Ausblick auf potentielle weitere Forschungsarbeiten gegeben.

5.1 Grenzen der Arbeit

Aus der theoretischen Anwendungsprüfung ergeben sich die Grenzen der untersuchten Wohnformen. Die Arbeit konzentrierte sich auf eine Literaturanalyse mit dem Ziel, den aktuellen Stand in Österreich und der Schweiz zu erheben. In einem weiteren Schritt wären ExpertInneninterviews und Vorortvisiten notwendig, um die Konzepte auch aus dem praktischen Blickwinkel auf ihr Umsetzungspotenzial zu untersuchen. Damit wäre zusätzlich zur theoretischen auch eine praktische Evaluation der Wohnformen möglich, um eine optimalere Handlungsempfehlung für Pflegeeinrichtungen und Organisationen geben zu können. Eine weitere Limitation stellt die Anwendung in Österreich und der Schweiz dar, weshalb eine Anwendbarkeit in anderen Ländern zu prüfen wäre.

5.2 Ausblick

Die Vorschläge für weitergehende Untersuchungen knüpfen unmittelbar an die Grenzen der Arbeit an. Ziel sollte sein, die vor dem Hintergrund dieser Arbeit erzielten Ergebnisse zusätzlich durch eine entsprechende praktische Untersuchung zu prüfen. Außerdem scheint es sinnvoll, den länderübergreifenden Austausch vertiefend zu untersuchen und dabei insbesondere die Nutzung von Synergieeffekten in der Forschung zu prüfen. Dies würde den Forschungsstand hinsichtlich der Entwicklung und Etablierung von alternativen Wohnformen voranbringen. Diese Arbeit macht einen weiteren Schritt zur Forschung von alternativen Wohnformen und den damit verbundenen Herausforderungen.

Literaturverzeichnis

- Alzheimer Schweiz (2019). *Demenz in der Schweiz 2019. Zahlen und Fakten*. Online: https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/de/Publicationen-Produkte/Zahlen-Fakten/Factsheet_DemenzCH.pdf [Abruf am 06.12.2019]
- Barkhausen, B. (05.08.2017). *Demenzdorf. Ein Dorf vergisst die Zeit*. Online: <https://alzheimer.ch/de/wissen/architektur/magazin-detail/232/ein-dorf-vergisst-die-zeit/> [Abruf am 29.12.2019]
- Becker, S., Kaspar, R. & Kruse, A. (2010). Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen (H.I.L.DE) – das Instrument in seinen konzeptionellen Grundlagen und in seiner praktischen Anwendung. In A. Kruse (Hrsg.), *Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter* (S. 137-155). Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft AKA GmbH.
- Becker, S., Kaspar, R. & Lindenthal, M. (2010). Zentrale theoretische Zugänge zur Lebensqualität bei Demenz. In A. Kruse (Hrsg.), *Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter* (S. 73-97). Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft AKA GmbH.
- Berendonk, C. & Stanek, S. (2010). Positive Emotionen von Menschen mit Demenz fördern. In A. Kruse (Hrsg.), *Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter* (S. 157-176). Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft AKA GmbH.
- Biedermann, E. (25.07.2014). Zwischenhalt in der Demenz-WG. *Tagblatt*. Online: <https://www.tagblatt.ch/schweiz/zwischenhalt-in-der-demenz-wg-ld.708371> [Abruf am 30.12.2019]
- Blüher, S., Dräger, D., Budnick, A., Seither, C. & Kummer, K. (2011). Möglichkeiten und Grenzen der Erfassung von gesundheitlichen Ressourcen und Risiken älterer pflegender Angehöriger. *HeilberufeScience*, 2(4), 119-127. <https://doi.org/10.1007/s16024-011-0048-1>
- Brandenburg, H. & Adam-Paffrath, R. (2013). *Pflegeoasen in Deutschland. Forschungs- und handlungsrelevante Perspektiven zu einem Wohn- und Pflegekonzept für Menschen mit schwerer Demenz*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

- Bucher, F. (30.10.2018). *Der gewöhnliche Alltag in der „Demenz-WG“* [Video]. Online: <https://www.srf.ch/news/schweiz/pflege-im-alter-der-gewoehnliche-alltag-in-der-demenz-wg> [Abruf am 30.12.2019]
- Bundesamt für Gesundheit & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2016). *Nationale Demenzstrategie 2014-2019. Erreichte Resultate 2014-2016 und Prioritäten 2017-2019*. Online: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationale-demenzstrategie.html> [Abruf am 22.12.2019]
- Bundesamt für Statistik (2018). *Zusammengefasste Geburtenziffer und Ersatz der Elterngeneration, 1876-2017*. Online: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/fruchtbarkeit.assetdetail.9466740.html> [Abruf am 02.12.2019]
- Bundesamt für Statistik (2019). *Lebenserwartung, 1999-2018*. Online: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/lebenserwartung.assetdetail.9466621.html> [Abruf am 02.12.2019]
- Bundesamt für Statistik (2019a). *Internationale Wanderungen der ständigen Wohnbevölkerung nach Staatsangehörigkeit, Geschlecht und Alter, 1991-2018*. Online: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/internationale-wanderung.assetdetail.9466955.html> [Abruf am 02.12.2019]
- Copeland, J.R.M., Abou-Saleh, M.T. & Blazer, D.G. (2002). *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- D'Arrigo, F. (2011). *Sinneswelten für Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe*. (Dissertation, Universität Siegen). Online: https://dspace.ub.uni-siegen.de/bitstream/ubsi/602/1/d_arrigo.pdf [Abruf am 14.10.2019]
- De Boer, B., Hamers, J.P.H., Beerens, H.C., Zwakhalen, S.M.G., Tan, F.E.S. & Verbeek, H. (2015). Living at the farm, innovative nursing home care for people with dementia – study protocol of an observational longitudinal study. *BMC Geriatrics*, 15. Online: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-015-0141-x> [Abruf am 22.12.2019]
- Forrer, D. (06.02.2017). *Care Farming – Demenz-Betreuung auf dem Bauernhof* [Video]. Online: <https://www.srf.ch/sendungen/puls/care-farming-demenz-betreuung-auf-dem-bauernhof> [Abruf am 30.12.2019]

- Gatterer, G. & Croy, A. (2005). *Leben mit Demenz. Praxisbezogener Ratgeber für Pflege und Betreuung*. Wien: Springer-Verlag.
- Gräske, J., Renaud, D., Nisius, K. & Graffe, J. (2018). Green Care Farming als Versorgungskonzept. *Pflegezeitschrift*, 71(11), 14-17.
<https://doi.org/10.1007/s41906-018-0754-8>
- Green Care Österreich (27.03.2019). *Green Care Österreich bringt „Auszeit- und Demenzbauernhöfe“ in die ländlichen Gemeinden*. Online: <https://www.greencare-oe.at/green-care-oesterreich-bringt-auszeit-und-demenzbauernhoeefe-in-die-laendlichen-gemeinden+2500+2442770> [Abruf am 30.12.2019]
- Gubermann, N., Lavoie, J.P., Blein, L. & Olazabal, I. (2012). Baby Boom Caregivers: Care in the Age of Individualization. *The Gerontologist*, 52(2), 210-218.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnr140>
- Harm, A. & Hoschek, M. (2015). Mobiler Hospizdienst. In S. Höfler, T. Bengough, P. Winkler & R. Griebler (Hrsg.), *Österreichischer Demenzbericht 2014* (S. 62-64). Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium. Online: https://www.patientenanwalt.com/download/Patientenzentrierte_Projekte/demenzbericht2014.pdf [Abruf am 25.11.2019]
- Hölzle, C. (2011). Gegenstand und Funktion von Biografiearbeit im Kontext Sozialer Arbeit. In C. Hölzle & I. Jansen (Hrsg.), *Ressourcenorientierte Biografiearbeit* (S. 31-54). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Höpflinger, F. & Hugentobler, V. (2005). *Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter – Perspektiven für die Schweiz*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Höpflinger, F. (2009). *Einblicke und Ausblicke zum Wohnen im Alter. Age Report 2009*. Zürich, Genf: Seismo-Verlag.
- Höpflinger, F. (2012). *Bevölkerungssoziologie. Eine Einführung in demographische Prozesse und bevölkerungssoziologische Ansätze* (2. Auflage). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Hoßmann, I. & Münz R. (2012). Glossar. *Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung*. Online: <https://www.berlin-institut.org/online-handbuchdemografie/glossar.html> [Abruf am 20.12.2019]
- Jansen, J. (26.04.2018). *Zaun für mehr Freiheit. Ein Dorf für Demenzkranke*. Online: <https://www.liebenswert-magazin.de/ein-dorf-fuer-demenzkrank-4051.html> [Abruf am 29.12.2019]

- Juraszovich, B. (2015). Stationäre Langzeitpflege /-betreuung. In S. Höfler, T. Ben-
gough, P. Winkler & R. Griebler (Hrsg.), *Österreichischer Demenzbericht 2014*
(S. 106-109). Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium.
Online: [https://www.patientenanwalt.com/download/Patientenzentrierte_Pro-
jekte/demenzbericht2014.pdf](https://www.patientenanwalt.com/download/Patientenzentrierte_Projekte/demenzbericht2014.pdf) [Abruf am 25.11.2019]
- Kada, O., Hedenik, M., Griesser, A., Mark, A.T. & Trost, J. (2018). Subjektive Theorien
zu Lebensqualität und Gesundheit im Alter: eine explorative Studie mit Pflege-
heimbewohnern und ihren Pflegekräften. *Zeitschrift für Gerontologie und Geri-
atrie*, 51(6), 628-635. <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1188-4>
- Kessler, J., Calabrese, P. & Kalbe, E. (2009). DemTect-B: ein Äquivalenztest zum
kognitiven Screening DemTect-A. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*,
78(9), 532-535. DOI: 10.1055/s-0029-1245452
- Kiecolt-Glaser, J.K., Glaser, R., Shuttleworth, E.C., Dyer, C.S., Ogrocki, P. & Speicher,
C.E. (1987). Chronic Stress and Immunity in Family Caregivers of Alzheimer's
Disease Victims. *Psychosomatic Medicine*, 49, 523-535.
- Klie, T., Pfundstein, T., Eitenbichler, L., Szymczak, M. & Strauch, M. (2005). Konzep-
tionelle und rechtliche Varianten der Versorgung von Menschen mit Demenz
zwischen ambulant und stationär. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*,
38(2), 122-127.
<https://doi.org/10.1007/s00391-005-0298-6>
- Krauß, M., Howe, J. & Schröder, J. (2014). Potenziale der stationär pflegerischen Be-
treuung Schwerstdemenzkranker. *HeilberufeScience*, 5, 94-107.
<https://doi.org/10.1007/s16024-014-0231-2>
- Kricheldorf, C. & Hewer, W. (2016). Versorgung von Menschen mit Demenz im ge-
sellschaftlichen Wandel. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 49(3), 179-
180. <https://doi.org/10.1007/s00391-016-1048-7>
- Lauter, H. (2010). Demenzkrankheiten und menschliche Würde. In A. Kruse (Hrsg.),
*Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang
mit einer Grenzsituation im Alter* (S. 27-42). Heidelberg: Akademische Verlags-
gesellschaft AKA GmbH.
- Lawton, M.P., Van Haitsma, K. & Klapper, J. (1996). Observed affect in nursing home
residents with Alzheimer's Disease. *Psychological Sciences*, 51B(1), 3-14.

- Oberndorfer, R. (2009). Caritas Socialis – mehr als Hospiz. In C. Hallwirth-Spörk, A. Heller & K. Weiler (Hrsg.), *Hospizkultur und Mäeutik. Offen sein für Leben und Sterben* (S. 27-37). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Oppikofer, S., Lienhard, A. & Nussbaumer, R. (2005). *Demenz-Pflege-Evaluation. Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz im Pflegeheim. Darstellung und Vergleich spezialisierter versus integrierter Betreuungsformen*. Zürich: Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie. Online: https://www.zfg.uzh.ch/dam/jcr:ffffff-aa7f-194a-ffff-ffff9f1b254c/ZSzG_2_DPE_web.pdf [Abruf am 26.12.2019]
- Ott, B. (25.07.2019). *„Jura-Dorf Wiedlisbach“ – Ein Dorf für Menschen mit Demenz*. Online: <https://igoberaargau.ch/wp-content/uploads/2019/07/2019.07.25-Anzeiger-Oberaargau-Bericht-Jura-Dorf.pdf> [Abruf am 29.11.2019]
- Pack, J., Buck, H., Kistler, E., Mendius, H.G., Morschhäuser, M. & Wolff, H. (2000). *Zukunftsreport demographischer Wandel: Innovationsfähigkeit in einer alternenden Gesellschaft*. Bonn: Bundesministerium für Bildung und Forschung.
- Sand, T. (2015). *Ambulant betreute Wohngemeinschaften. Die Rolle der Angehörigen von Menschen mit Demenz*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.
- Schaade, G. (2009). *Demenz. Therapeutische Behandlungsansätze für alle Stadien der Erkrankung*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Schneider, C. & Deufert, D. (2015). Professionelle Pflege und Betreuung. In S. Höfler, T. Bengough, P. Winkler & R. Griebler (Hrsg.), *Österreichischer Demenzbericht 2014* (S. 70-77). Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium. Online: https://www.patientenanwalt.com/download/Patientenzentrierte_Projekte/demenzbericht2014.pdf [Abruf am 09.11.2019]
- Sonntag, K. & von Reibnitz, C. (2014). *Versorgungskonzepte für Menschen mit Demenz*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Statistik Austria (2019). *Demographische Indikatoren – erweiterte Zeitreihen ab 1961 für Österreich. Tabelle 2: Fertilitätsrate, Fertilitätsalter*. Online: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/fruchtbarkeit.assetdetail.9466740.html> [Abruf am 21.12.2019]
- Statistik Austria (2019a). *Demographische Indikatoren – erweiterte Zeitreihen ab 1961 für Österreich. Tabelle 9B: (Fernere) Lebenserwartung nach einjährigem Alter*. Online: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/fruchtbarkeit.assetdetail.9466740.html> [Abruf am 21.12.2019]

- Statistik Austria (2019b). *Demographische Indikatoren – erweiterte Zeitreihen ab 1961 für Österreich. Tabelle 15: Außenwanderungen (internationale Wanderungen)*. Online: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/fruchtbarkeit.assetdetail.9466740.html> [Abruf am 21.12.2019].
- Sütterlin, S., Hoßmann, I. & Klingholz, R. (2011). *Demenz-Report: wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können*. Berlin: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. Online: https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/32148/ssoar-2011-sutterlin_et_al-Demenz-Report_wie_sich_die_Regionen.pdf?sequence=1 [Abruf am 09.11.2019]
- Tedeschi, A. (15.09.2017). In Wiedlisbach soll das erste Demenzdorf der Schweiz entstehen. *Neue Zürcher Zeitung*. Online: <https://www.nzz.ch/gesellschaft/im-jura-soll-das-erste-demenzdorf-der-schweiz-entstehen-ld.1316410> [Abruf am 29.11.2019]
- Trapp, R. (2012). *Konvergenz des Rechnungswesens*. Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Volkshilfe (21.04.2017). *Volkshilfe-Delegation besichtigt Demenzdorf*. Online: <https://www.volkshilfe.at/wer-wir-sind/aktuelles/newsaktuelles/volkshilfe-delegation-besichtigt-demenzdorf/> [Abruf am 30.12.2019]
- Wancata, J., Takacs, S. & Fellingner, M. (2011). *Aktualisierte Prognosen Demenzerkrankter in Europa*. Wien: unveröffentlicht.
- Wancata, J. (2015). Eine integrierende Betrachtung. In S. Höfler, T. Bengough, P. Winkler & R. Griebler (Hrsg.), *Österreichischer Demenzbericht 2014* (S. 79-81). Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium. Online: https://www.patientenanwalt.com/download/Patientenzentrierte_Projekte/demenzbericht2014.pdf [Abruf am 09.11.2019]
- 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>
- WHO (2018). *Towards a dementia plan: a WHO guide*. Online: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272642/9789241514132-eng.pdf?ua=1> [Abruf am 06.12.2019]

- Wirtschaftsuniversität Wien, Institution für Entrepreneurship & Innovation (03.07.2019). *Innovationen im Bereich der Demenz – Eine internationale Best-Practice Recherche*. Online: <https://www.wu.ac.at/entrep/kooperationen/bisherige-praxisprojekte/practiceproj-detail/detail/innovation-scouting-in-the-area-of-dementia-and-elderly-care> [Abruf am 30.12.2019]
- Wolf-Ostermann, K., Worch, A., Meyer, S. & Gräske, J. (2012). Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz – eine Versorgungsform mit Zukunft? *Monitor Versorgungsforschung*, 5(4), 32-37.

Online-Quellen

<http://www.politik-lexikon.at/industriestaat/> [Abruf am 09.11.2019]

<https://www.alz.org/de/stadien-der-alzheimer-krankheit.asp> [Abruf am 22.12.2019]

<https://www.cs.at/angebote/cs-alzheimer-und-demenzbetreuung/cs-wohngemeinschaften> [Abruf am 30.12.2019]

<https://www.demenz-portal.at/aktuelles/betreute-wohngemeinschaften-fuer-menschen-mit-demenzerkrankung/> [Abruf am 30.12.2019]

https://www.demenzstrategie.at/de/Umsetzung/implId__26.htm [Abruf am 30.12.2019]

<https://www.cadonau-chur.ch/pflege-und-betreuung/menschen-mit-demenz/> [Abruf am 30.12.2019]

<https://www.zentrumschoenberg.ch/angebot/langzeitpflege/> [Abruf am 30.12.2019]

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schwerpunkte der Arbeit (grafischer Bezugsrahmen)	4
Abbildung 2: durchschnittliche Kinderanzahl pro Frau 1961, 1991, 2018.....	7
Abbildung 3: Lebenserwartung bei Geburt in Jahren, 1968-73, 1998-03, 2013-18	9
Abbildung 4: Wanderungssaldo 2002, 2010, 2018	10
Abbildung 5: Verteilung der Demenzformen	12
Abbildung 6: sieben Stufen von Alzheimer	14
Abbildung 7: Menschen mit Demenz nach Alter in der Schweiz.....	16

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Wie viele Menschen mit Demenz leben in Heimen?	19
Tabelle 2: räumliche Anforderungen.....	26