

Ambulant betreute Wohngemeinschaften Entwicklungen und Perspektiven

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

Lehrstuhl für Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung
Health Care Research



Universität Bremen
University of Bremen
FB 11, Human- und Gesundheitswissenschaften,
Studiengang Pflegewissenschaften
Department 11, Human and Health Sciences

19. November 2014

Wohnformen für Menschen mit Pflegebedarf /Demenz

- **Hintergrundinformationen**
- **Entwicklung ambulant betreue WG**
- **Stand der Forschung**
- **Schlussfolgerungen**

Hintergrund

- **Veränderungen in der demografischen Altersstruktur**
- Risiko der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit steigt (Döhner & Rothgang 2006)
 - 2,5 Millionen Menschen mit Pflegebedarf in der BRD (Statistisches Bundesamt 2013)
 - Pflegebedürftige: 2011: 2,5 Mio.  2050: 4,5 Mio.
- Zunahme altersspezifischer Erkrankungen und Personen mit Mehrfacherkrankungen (Wurm & Tesch-Römer 2006)
 - Demenzen: häufigste neuropsychiatrischen Erkrankungen im Alter (Weyerer 2005)
 - MmD: 2008: 1,1 Mio.  2050: 3,0 Mio. (Bickel 2012)

Hintergrund

**demografische Entwicklung erfordert
starkes gesellschaftliches Engagement in der
Konzeption und Entwicklung/Verbreitung
altersgerechter Wohn- und Versorgungsformen**

- Wohnwünsche /Wohnpräferenzen ältere Menschen?**
- Sicherung von Lebens- und Versorgungsqualität?**
- Kosten und Ressourcen?**

Hintergrund

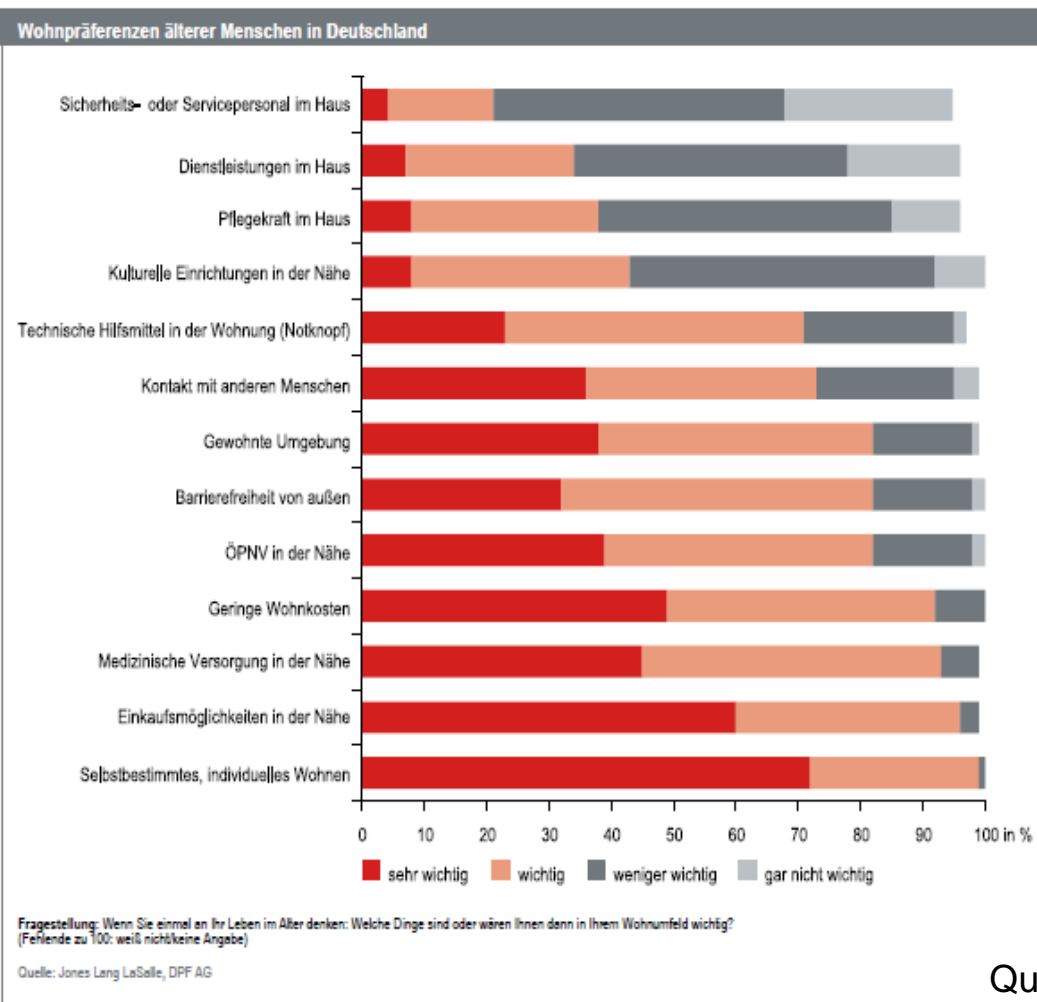
Wohnpräferenzen:

- **selbstbestimmtes Leben**
- **Versorgung**
- **medizinische Infrastruktur**
- **Bezahlbarkeit Wohnraum**

unabhängig von

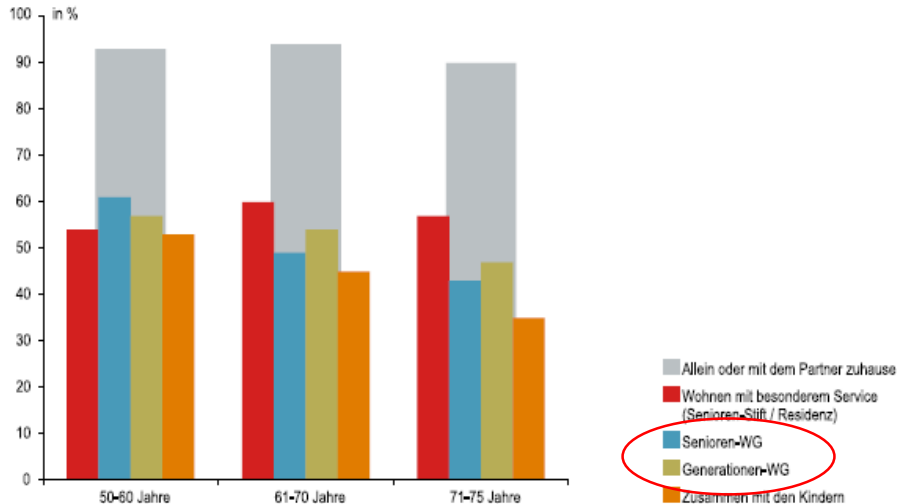
- **Alter,**
- **regionaler Herkunft,**
- **Ausbildung und**
- **Gesundheitszustand**

Quelle: Wohnen im Alter - Jones Lang LaSalle 2013



Hintergrund

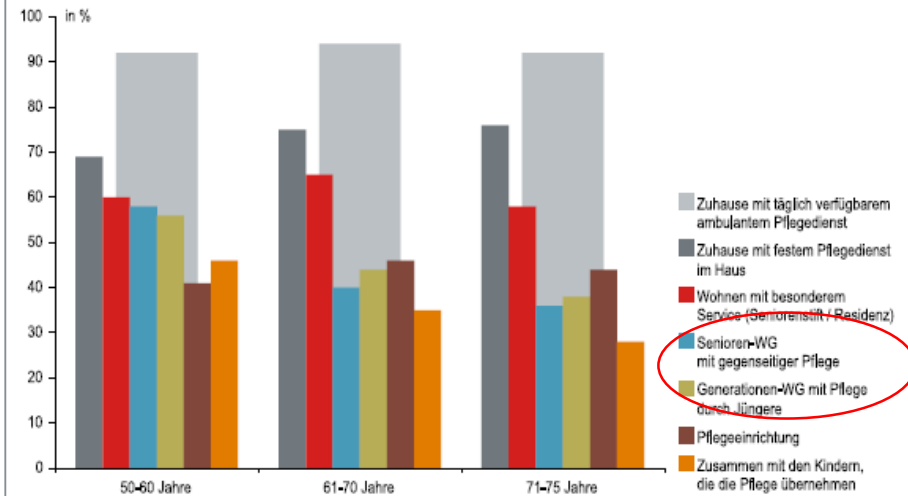
Bevorzugte Wohnformen von älteren Menschen



Fragestellung: Und wenn Sie noch einmal an das Leben im Alter denken: Welche der folgenden Wohnformen kämen für Sie da grundsätzlich in Frage (Antwort: auf jeden Fall oder vielleicht)

Quelle: Jones Lang LaSalle, DPF AG

Bevorzugte Wohnformen im Fall der Pflege



Fragestellung: Gesehen den Fall, Sie wären in einer solchen Situation, in der Sie täglich auf Pflege durch andere angewiesen wären: Welche der folgenden Wohnformen kämen dann grundsätzlich für Sie in Frage? (Antwort: auf jeden Fall oder vielleicht)

Quelle: Jones Lang LaSalle, DPF AG

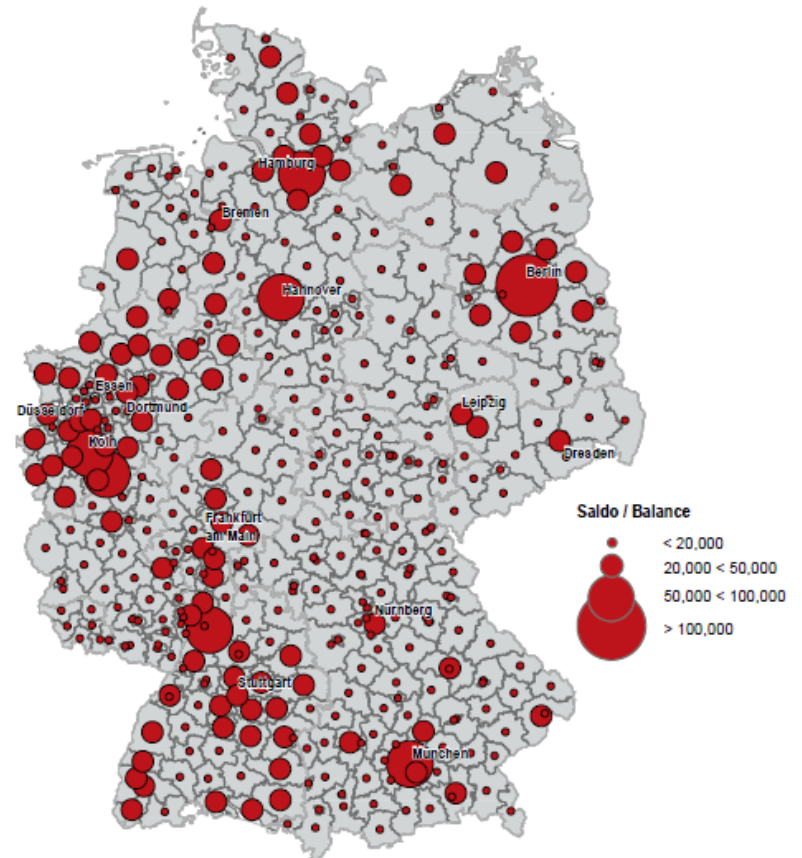
Quelle: Wohnen im Alter - Jones Lang LaSalle 2013

Wohnwünsche im Alter:

- eventuelle Pflegebedürftigkeit oft nicht detailliert durchdacht
- generell wird ambulante Pflege „inhouse“ oder extern vorgezogen
- stationäre Konzepte finden wenig Anklang

Hintergrund

Prognose der Zunahme der Über-60-Jährigen 2011-2030



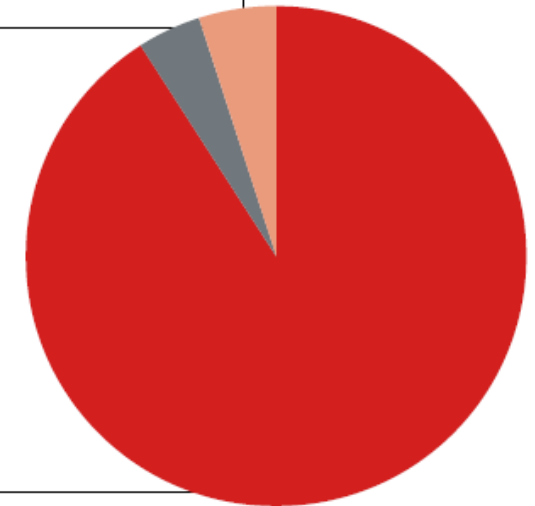
Wohnformen der über 65-Jährigen

Alternative Wohnformen 5 %

Pflegeheim 4 %

„Normale“ Wohnung 91 %

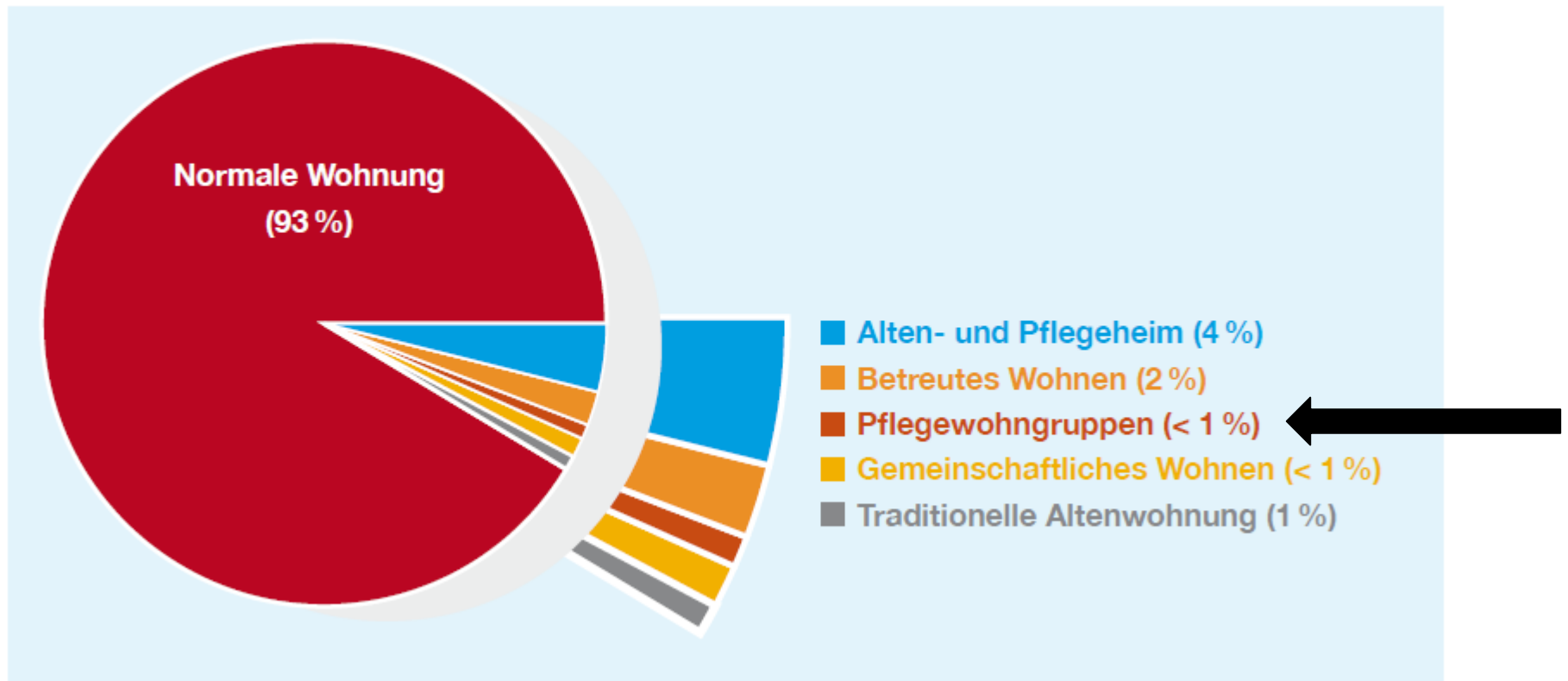
Quelle: Pflegestatistik 2011, Jones Lang LaSalle



Quelle: Wohnen im Alter - Jones Lang LaSalle 2013

Hintergrund

Wohnformen im Alter (> 65 Jahre)

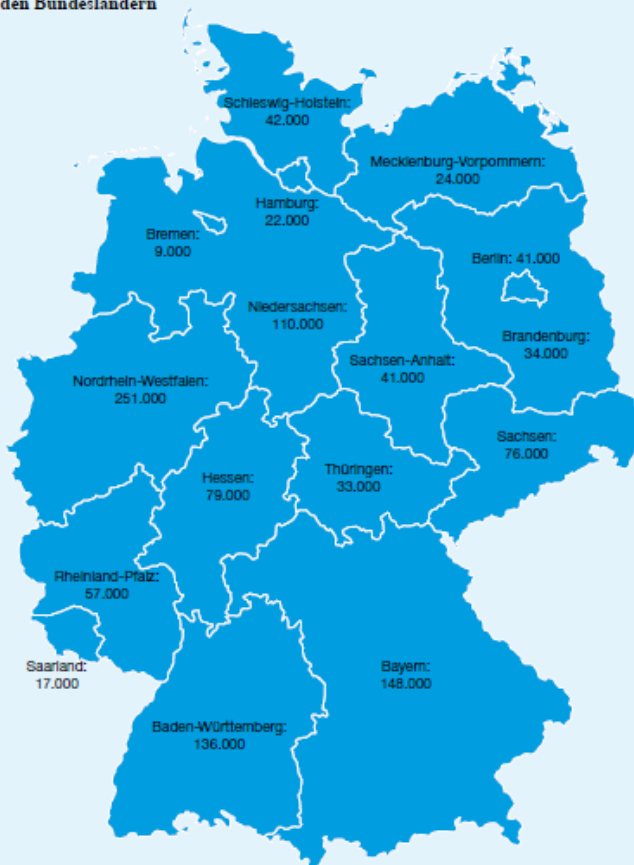


Quelle: BMVBS 2011

Quelle: Wohnatlas - KDA /Wüstenrot Stiftung 2014

Hintergrund

Geschätzte Versorgungslücken an barrierefreien /-armen Wohneinheiten
in den Bundesländern



Deutschland gesamt: 1.120.000 Wohneinheiten

zusätzlicher Bedarf an barrierefreien /-armen Wohnungen:

bis 2030:

22,3 Mio. (28%)

aller Personen in der BRD
älter als 65 Jahre

Anstieg der

80-Jährigen von heute 4,1 Mio.

auf 6,4 Mio. bis 2030 und

auf ca. 10 Mio. bis 2050

Quelle: Wohnatlas - KDA /Wüstenrot Stiftung 2014

Hintergrund

Pflegebedürftige 2011 nach Versorgungsart

2,5 Millionen Pflegebedürftige insgesamt

zu Hause versorgt
1,76 Millionen (70 %)

in Heimen vollstationär versorgt:
743 000 (30 %)

durch Angehörige:
1,18 Millionen
Pflegebedürftige

zusammen mit/
durch ambulante
Pflegedienste:
576 000
Pflegebedürftige

durch
12 300 ambulante
Pflegedienste mit
291 000 Beschäftigten

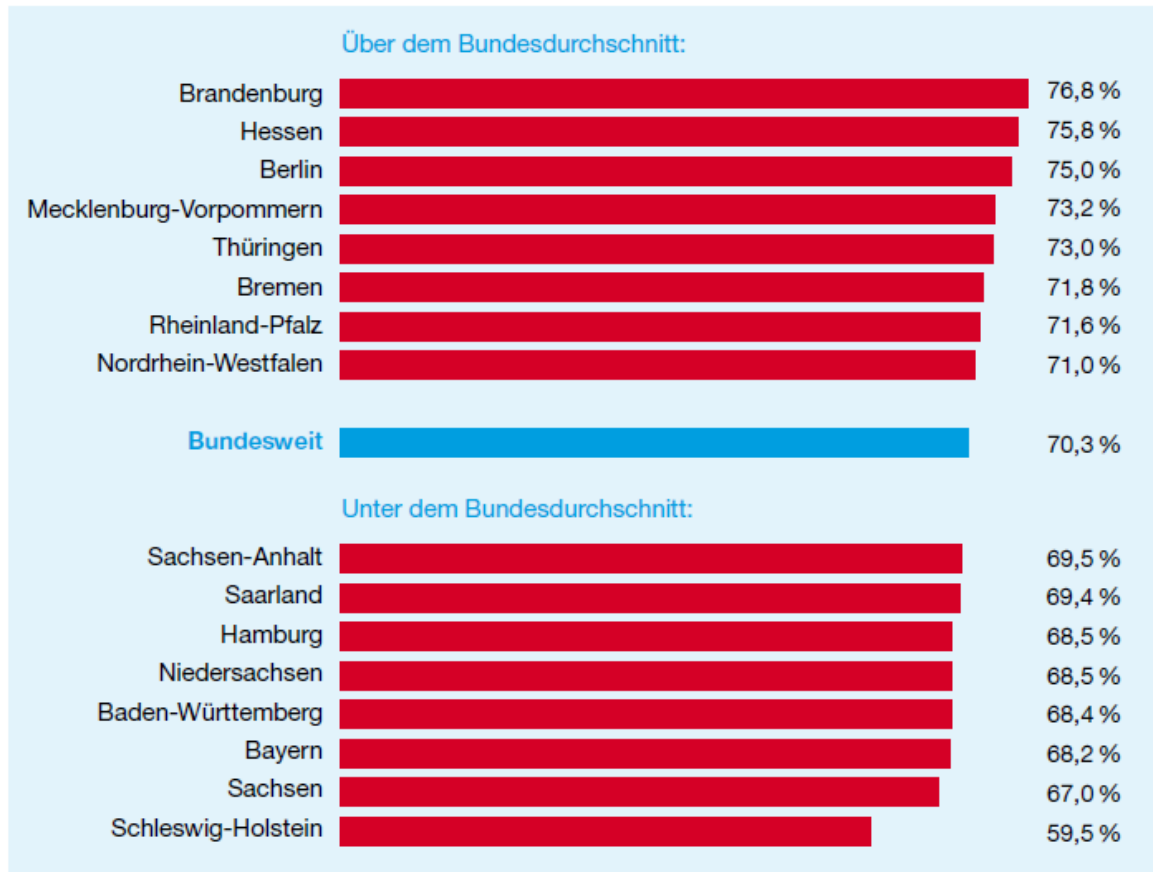
in
12 400 Pflegeheimen¹
mit
661 000 Beschäftigten

1 Einschl. teilstationäre Pflegeheime.

Quelle: Pflegestatistik 2011 - Stat. Bundesamt 2013

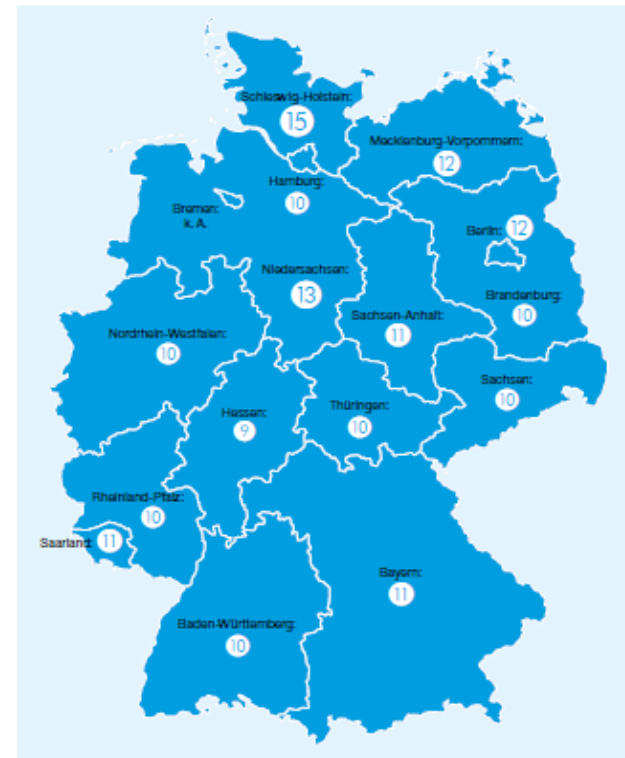
Hintergrund

Quoten zu Hause lebender Pflegebedürftiger



Quelle: Pflegestatistik 2011

Versorgungsgrad mit Heimplätzen in den Bundesländern (je 100 EW älter 75 Jahre)



Quelle: BARMER GEK Pflegereport 2012

Quelle: Wohnatlas - KDA /Wüstenrot Stiftung 2014

Hintergrund

vollstationär in Pflegeheimen versorgte Personen sind

- **überwiegend weiblich**
(stationär 74% - ambulant 62%)

Quelle: Pflegestatistik 2011 - Stat. Bundesamt 2013

- **hochaltrig**
(Pflegequote insgesamt 70-75 Jahre 5%, 90+ 58%
Pflegequote Heim 75+ Jahre 8%, 85+ 10%)

- **schwerstpflegebedürftig**
(Pflegestufe III: stationär 20% - ambulant 9%)

Quelle: Wohnatlas - KDA /Wüstenrot Stiftung 2014

Ausbau der stationären Pflege von 2005–2011 in den Bundesländern

Über dem Bundesdurchschnitt

Baden-Württemberg, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen,
Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz,
Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen

Unter dem Bundesdurchschnitt

Bayern, Berlin, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Schleswig-Holstein

Hintergrund

- **Frage der Versorgungserfordernisse zunehmend wichtig insbesondere bzgl. Menschen mit Demenz (MmD)**
(BMFSFJ 2001, Pflege-Neuausrichtungsgesetz BMG 2012)
- **zunehmende Forderung bzw. Wunsch nach Selbstbestimmung im Alter**
in Bezug auf das **Wohnen** und die **pflegerische Versorgung**
wichtigster förderlicher gesellschaftlicher Einflussfaktor für die **Etablierung von WG**
(Fischer et al. 2011)

Merkmale, Zielsetzungen, Entwicklungen

Konzept der ambulant betreuten WG:

- **Hilfebedarf** lässt sich in der angestammten Häuslichkeit nicht mehr angemessen befriedigen
- durch **koordinierte Inanspruchnahme von Diensten** ambulante Versorgung zu ermöglichen
- **ständige Präsenz von Betreuungspersonal** erforderlich
- Pflege soll in möglichst „**häuslicher**“ **Umgebung** erfolgen

Merkmale, Zielsetzungen, Entwicklungen

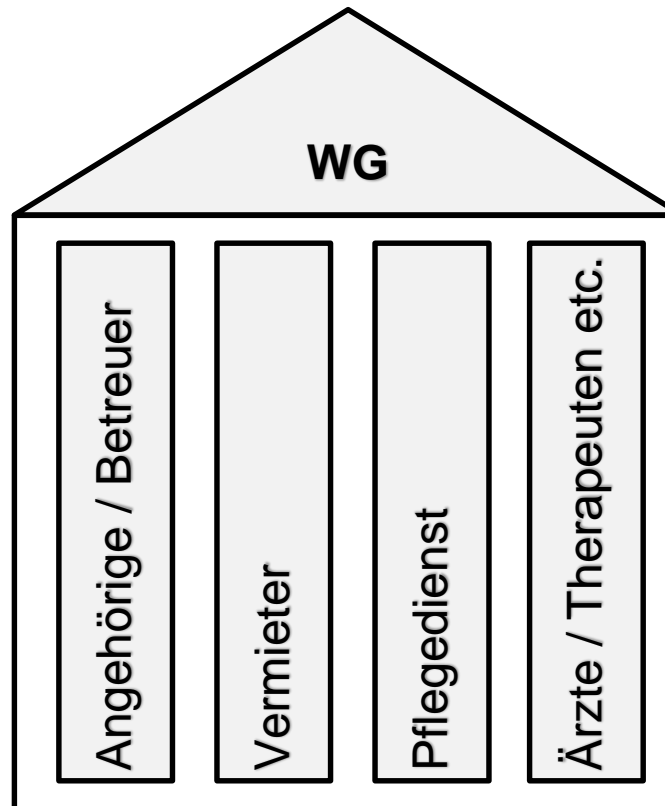
Zielsetzung von **WG**: (Fischer et al. 2011)

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



Merkmale, Zielsetzungen, Entwicklungen

**ambulant betreute WG sind gekennzeichnet
durch ein multiprofessionelles Netzwerk an Akteuren**



Merkmale, Zielsetzungen, Entwicklungen

ambulant betreute WG in der BRD lassen sich generell unterscheiden in:

- **selbstbestimmte WG**
- **trägergesteuerte WG***
* nicht in Bayern

**die Versorgung von
Menschen mit Demenz kann**

- **integrativ** oder
- **segregativ**

erfolgen



Merkmale, Zielsetzungen, Entwicklungen

- **Charakteristika von selbstbestimmten WG im Allgemeinen:**
 - Vermieter und Erbringer der Pflegeleistung müssen **unterschiedliche juristische Personen** sein*,
* nicht in Bayern
 - der **Mietvertrag** muss unabhängig von Verträgen zu Betreuungs-/Pflegeleistungen abgeschlossen werden,
 - **Wahlfreiheit** bezüglich des Pflege-/Betreuungsanbieters muss gegeben sein,
 - die **eigene Häuslichkeit** (SGB XI)/Haushaltsführung muss vorliegen,
 - es dürfen **keine Träger/Betreiber** vorhanden sein

Merkmale, Zielsetzungen, Entwicklungen

allen Konzepten gemeinsam:

- Entwicklung neuer therapeutischer Umgebungen
- „**Normalisierungsprinzip**“ trotz intensiven Pflege- und Betreuungsbedarfes
- Klient/-in steht im Zentrum der Angebote



- typische **räumliche Strukturen** einer Wohnung
(**Küche**, Wohnzimmer, Esszimmer + private Schlafräume)
- **Beibehaltung sozialer Strukturen**
- oft „**home-for-life**“-Prinzip

Merkmale, Zielsetzungen, Entwicklungen

ähnliche Konzepte weltweit: (Verbeek et al. 2009)

- CADE Units - Australien
- Cantou – Frankreich
- Green House – USA
- Group Homes – Japan
- Group Living – Schweden
- Haus-/Wohngemeinschaften – Deutschland
- Small-Scale Living – NL, Belgien
- Woodside Place - Kanada/USA



Merkmale, Zielsetzungen, Entwicklungen

- **Entwicklung in Deutschland** (Fischer et al. 2011)
 - **Betroffeneninitiativen**
 - Vorläufer für ambulant betreute WG für pflegebedürftige alte Menschen:
 - Außenwohngruppen
 - Wohngruppenkonzepte für Menschen mit Behinderung
 - 1970er- und 1980er-Jahre („ambet“ 1987)
 - **Schritte in die Regelversorgung**
 - Förderung, Anschubfinanzierungen, ...
 - **Etablierung am Markt**
 - gesetzliche Verankerung, hohe Zuwachsraten

Merkmale, Zielsetzungen, Entwicklungen

Gezielte Förderung von WG ab 01. Januar 2013 durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG)

- 2.500 €/Person, max. 10.000 €/WG
- Pauschale in Höhe von 200 €/Monat für Präsenz- bzw. Einzelpflegerkräfte

Gezielte Förderung von WG ab 01. Januar 2015 durch das Pflegestärkungsgesetz I

- 4.000 €/Person, max. 16.000 €/WG
- Pauschale in Höhe von 205 €/Monat als zusätzliche Leistung für Pflegestufen 0, I-III

Merkmale, Zielsetzungen, Entwicklungen

Gezielte Förderung von WG ab durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) Pflegestärkungsgesetz I

- **ABER: wenig Wissen über**
 - **Anzahlen,**
 - **Strukturen,**
 - **Versorgungsprozesse,**
 - **Versorgungsauscomes!**

Rechtliche Rahmenbedingungen in der BRD

Rechtliche Rahmenbedingungen

1976: bundesweites Heimgesetz (HeimG),
ergänzt durch Heimmindestbauverordnung,
Heimpersonalverordnung, Heimmitwirkungsverordnung
sowie Heimsicherungsverordnung

2002: Ergänzung um Erprobungsregelung (§ 25a)
→ Ermessen der jeweiligen Aufsichtsbehörden bzgl.
erleichterter Genehmigung „neuer“ Wohnformen

2006: Föderalismusreform
→ eigene gesetzliche Regelungen der Bundesländer

Rechtliche Rahmenbedingungen in der BRD

- **alle Bundesländer** haben Gesetzgebungskompetenz in Anspruch genommen
Zeiträume des Inkrafttretens reichen von **2008** (Baden-Württemberg, Bayern, NRW) **bis 2014** (Thüringen)
- **Ziele:**
 - Abgrenzung zu anderen Wohn- u. Betreuungsformen
 - größtmögliche Lebensnormalität für hilfe- und pflegebedürftige Personen
- **Heimbegriff** i.d.R. nicht mehr zeitgemäß

Rechtliche Rahmenbedingungen in der BRD

- **selbstbestimmte WG:**
 - **werden überwiegend als privates Wohnen gewertet**
 - **bleiben in fast allen Bundesländern aufsichtsfrei**
 - **Regelprüfungen nur in Bayern**
 - **nur wenige qualitative Anforderungen**
(z.B. Gründung eines internen Qualitätskontroll- und -sicherungsorgans)
 - **personelle Anforderungen an die Beschäftigten einzig in der Rechtsverordnung des Landes Berlin vorgeschrieben**
(durchgehend mindestens eine Hilfskraft anwesend (§ 8(5) WTG-PersV))

Rechtliche Rahmenbedingungen in der BRD

➤ **nicht selbstbestimmte und trägerverantwortete WG*:**

- **Vielzahl von verbindlichen Qualitätskriterien auf Strukturebene**
(z.B. Beschwerde- u. Qualitätsmanagement und/oder personelle und bauliche Mindestanforderungen)
- **Regelprüfungen**

Betreiber müssen sicherstellen, dass Gesamtzahl der an der Pflege- und Betreuung beteiligten Personen und deren persönliche und fachliche Qualifikation für die zu leistende Tätigkeit ausreichend sind

* nicht in Bayern

Finanzierungsmodelle in der BRD

bundesweit

- **„Poolen“ von Pflege- und Betreuungsleistungen**
- **finanzielle Zuschüsse für den Aufbau**
(Fördermittel der Stiftung Deutsches Hilfswerk für zeitgemäße soziale Maßnahmen und Einrichtungen)
- **Finanzierung der Investitionskosten durch zinsverbilligte Darlehen der Kreditanstalt für Wiederaufbau**
- **ab 2013: Pflege-Neuausrichtungsgesetz**
(zeitlich befristetes Initiativprogramm)
- **ab 2015: Pflegestärkungsgesetz I**

Finanzierungsmodelle in der BRD

➤ länderspezifisch

- **Förderung quartiersbezogener Versorgungsprojekte** in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein
- **Finanzierung der Investitionskosten im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung** in Bayern, Brandenburg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein

Bayern: Förderrichtlinie Neues Seniorenwohnen

Anschubfinanzierung: max. 40.000 Euro und max. 90% der tatsächlichen Aufwendungen, max. 2 Jahre Auf- /Ausbau neuer ambulanter Wohn-, Pflege-, Betreuungsformen

Fachberatungsstellen zu alternativen Wohnformen

Fachberatungsstellen in den Bundesländern zu alternativen Wohnformen

Quelle: Wohnatlas - KDA /Wüstenrot Stiftung 2014

Fachberatungsstellen zu gemeinschaftlichen Wohnformen

Berlin, Hamburg, Niedersachsen, NRW*, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein

Fachberatungsstellen zu Pflegewohngemeinschaften

Bayern (allgemein Wohnen im Alter), Brandenburg, Hamburg,
Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein



Fachberatungsstellen zu Quartierskonzepten

Nordrhein-Westfalen

* Fachberatungsstellen beraten insgesamt zu innovativen Wohnformen

seit 01.11.2014 auch landesweite Beratungsstelle für ambulant betreute Wohnformen in
Baden-Württemberg

Anzahlen und regionale Verteilung in der BRD*

Welche **Anzahl ambulant betreuter WG** existiert derzeit in der Bundesrepublik Deutschland?

- **keine Erfassung in der Bundespflegestatistik**
(auch weiterhin nicht geplant)
- überwiegend **fehlende Meldepflicht** für selbstbestimmte WG (außer Bayern und Berlin)
- bislang **keine verlässliche Datenbasis zur aktuellen Anzahl** der in der BRD vorhandenen ambulant betreuten WG für Menschen mit Pflegebedarf und/oder Demenz

* die hier vorgestellten Ergebnisse beruhen auf Ergebnissen im Rahmen einer Expertise im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes aus dem Jahr 2012

Anzahlen und regionale Verteilung in der BRD

zeitliche Entwicklung

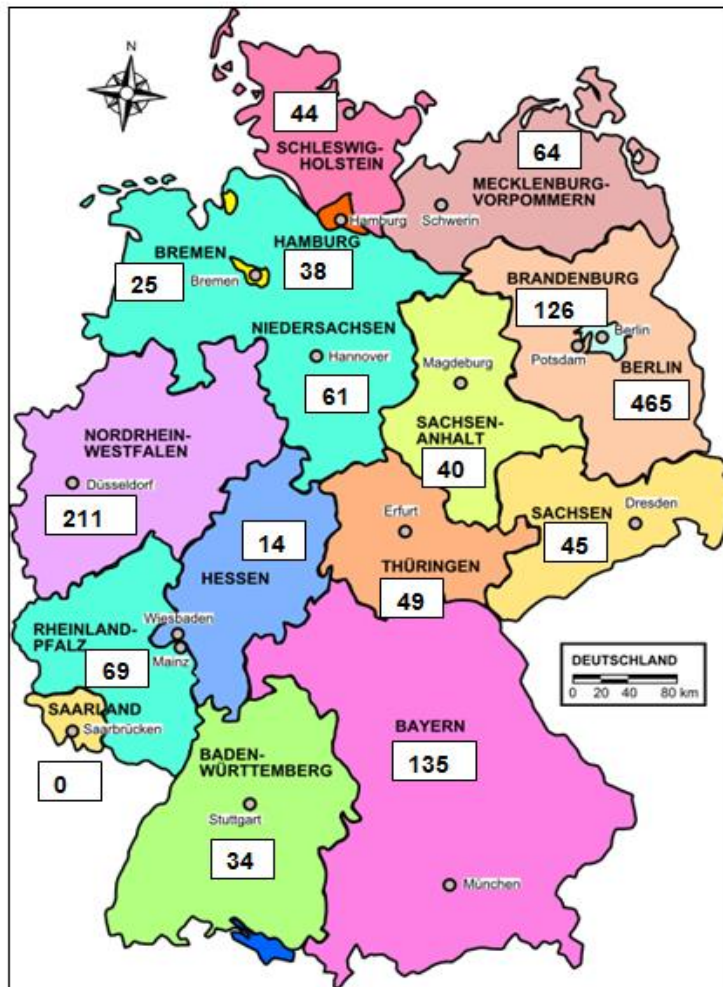
- 1995:** erste WG in Berlin (Pawletko 1996)
- 2003:** bundesweit 143 WG (Kremer-Preiß 2004)
- 2006:** bundesweit 200 WG / 160 in Berlin
(Brinker-Meyendriesch 2006)
- 2007:** 230 WG in Berlin (Wolf-Ostermann 2010)
→ *ca. 1.000 Bewohner(innen)*
- 2009:** 264 WG in Berlin (Abgeordneten Haus 2009)
331 WG in Berlin (Wolf-Ostermann 2011)
→ *ca. 2.000 Bewohner(innen)*
- 2012:** 465 WG in Berlin (Heimaufsicht Berlin)
- 2012/14: ??? bundesweit ???**



Anzahlen und regionale Verteilung in der BRD

- **derzeit mindestens 1.420 ambulant betreute WG** (Stand 2012)
mit 10.590 Betreuungsplätzen (Stand 09.08.2012)
davon: 531 WG ausschließlich für MmD,
170 WG vom integrativen Typus,
zu anderen WG keine eindeutigen Angaben verfügbar
- **stat. 221 Pflegebedürftige pro WG-Platz** (2,8 pro Heimplatz)
bzw. 80 vollstationäre Plätze (Heim) pro WG-Platz (1,3%)
- **vorhandene Betreuungsplätze decken etwa ein halbes Prozent** aller Menschen mit Pflegebedarf ab
→ 10% aller Menschen mit Pflegebedarf ≈ 30.000 WG

Anzahlen und regionale Verteilung in der BRD



**Anzahlen ambulant betreuter WG
in den Bundesländern
(Stand 09.08.2012)**

**Bayern zum 31.12.2013:
198 WG mit 1.513 Plätzen**

Berlin aktuell 563 WG (≈ 4.500 Plätze)

Anzahlen und regionale Verteilung in der BRD

- **regionale Verteilung** der Versorgungskapazitäten in ambulant betreuten WG derzeit sehr unterschiedlich
 - **absolute Anzahl WG (1.420*):**
Berlin: 465 WG, NRW: 163 WG, ..., Hessen: 14 WG
 - **Anzahl Pflegebedürftige pro WG-Platz:**
Bremen: 16, Berlin: 29, ..., Sachsen: 992, Hessen: 2.010
 - **Anzahl WG-Plätze zu vollstationären Plätzen (Heim):**
Berlin: 1:10, ..., Schleswig-Holstein: 1:945

*Stand 09.08.2012

Anzahlen und regionale Verteilung in der BRD

Geschätzte Anzahl von Initiativen und Versorgungsgraden
 ambulanter Pflegewohngemeinschaften in den Bundesländern

Bundesland	Initiativen	Plätze	Versorgungsgrade
	bei durchschnittlich 10 pro WG		Pflegebedürftige 2011
Baden-Württemberg	ca. 100	ca. 1.000	0,36 %
Bayern	169	1.355	0,41 %*
Berlin	570**	ca. 5.700	5,28 %
Brandenburg	> 150*	ca. 1.500	1,56 %
Bremen	25	ca. 250	1,13 %
Hamburg	23	ca. 230	0,49 %
Hessen	6**	ca. 60	0,03 %
Mecklenburg-Vorp.	15*	ca. 150	0,22 %
Niedersachsen	56	ca. 560	0,21 %
Nordrhein-Westfalen	511	ca. 5.110	0,93 %
Rheinland-Pfalz	90 ¹	ca. 900	0,80 %
Saarland	> 1*	> 10	0,03 %
Sachsen	23*	ca. 230	0,17 %
Sachsen-Anhalt	25	ca. 250	0,28 %
Schleswig-Holstein	42 ²	446 Plätze	0,55 %
Thüringen	—**	—	k. A.
Bundesweit	1.595**	17.751	0,71 %*

1 Der Begriff „ambulante Pflegewohngemeinschaft“ umfasst für Rheinland-Pfalz eigenständige betreute Wohngruppen und selbstorganisierte WGs.

2 Geplant sind in Schleswig-Holstein weiter 37 mit 410 Plätzen und dann einem Versorgungsgrad von 1,1 %.

* Keine Korrekturen in der Länderbefragung, Angaben beruhen auf eigenen Recherchen.

** Keine Beteiligung an der Länderbefragung, Angaben beruhen auf eigenen Recherchen, können in Realität höher sein.

Quellen: www.wg-qualitaet.de, eigene Recherchen, KDA-Länderbefragung 2013 (Sozialministerien), Pflegestatistik 2011

KDA:
 aktuell ca. **1.600 WG**

Versorgungsquote
 von **0,7 Prozent** für
 Pflegebedürftige
 (Pflegestatistik 2011), d. h.,
 von 1.000 Pflegebedürftigen
 leben aktuell ca. sieben
 in einer ambulanten
 Pflegewohngemeinschaft

Quelle: Wohnatlas - KDA /Wüstenrot Stiftung 2014

Stand der Forschung

Welche **Forschungsergebnisse** gibt es zu ambulant betreuten WG?

erwartete(!) primäre Outcomes:

- Vermeidung von Heimunterbringung
- höhere Lebensqualität der Bewohner/innen
- Prävention: Erhalt motorischer und kognitiver Ressourcen, Vermeidung von Rückzug, Apathie und Depression
- Vermeidung nicht-angemessener Psychopharmakagaben
- Vermeidung von «Burn-Out»-Symptomen beim eingesetzten Pflegepersonal
- Vermeidung von Überforderung der pflegenden Angehörigen

Bewohner/innen

- **durchschnittlich 6-8 Bewohner/innen pro WG,**
(Wolf-Ostermann et al. 2012a, Staub 2010, Helck 2007)
- **überwiegend weiblich und durchschnittlich ca. 80 Jahre alt**
(Wolf-Ostermann et al. 2012, Steiner 2006)
- **kaum Bewohner/innen mit Migrationshintergrund**
(Piechotta-Henze 2012, Wolf-Ostermann et al. 2010, Helck 2007)
- **Bewohner/innen mit allen Schweregraden der Demenz und der Pflegebedürftigkeit**
(Wolf-Ostermann et al. 2012a, Gräske et al. 2012a, Steiner 2006)
- **Versterben ist der Hauptgrund für Auszug**
(Wolf-Ostermann et al. 2010)

Versorgungsstrukturen

- **24-Stundenbetreuung üblich**
(Wolf-Ostermann et al. 2012a, Wißmann 2003, Pawletko 1996)
- **Relation Personal (VZ) – Bewohner/in ca. 1:1**
(Wolf-Ostermann et al. 2012)
- **nicht in allen WG sind durchgehend Pflegefachkräfte tätig**
(Wolf-Ostermann et al. 2012)
- **mehr Personal, aber weniger Pflegefachkräfte
(insbesondere mit gerontopsychiatrischer
Zusatzqualifikation) als stationäre Versorgungsformen**
(Wolf-Ostermann et al. 2011)

Versorgungsstrukturen

- **Anforderungsprofil an Mitarbeiter/innen:**
Lebenserfahrung,
Fähigkeit, einen großen Haushalt führen zu können,
Fähigkeit zur Kontaktaufnahme und Kommunikation sowie
Einfühlungsvermögen und Toleranz (Sieben 2007, Haß 1999)
- **medizinisch-therapeutische Versorgung innerhalb von WG**
nur ansatzweise erforscht,
im Vergleich zu stationären Einrichtungen ist die
Facharztversorgung geringer aber die therapeutische
Versorgung besser (Wulff et al. 2011)

Versorgungsauscomes

- bei Einzug in WG weisen Bewohner/innen **niedrigere Pflegestufe** als in stationären Einrichtungen auf
(Steiner 2006)
- Unterschiede zwischen WG und stationären Einrichtungen hinsichtlich des **Ernährungsstatus**
(Meyer et al. 2013)
- **weniger neuro-psychiatrische Symptome** (Depression, Aggression) in WG als in stationären Einrichtungen
(Nordheim et al. 2011)
- Prävalenzen für Agitation/Aggression (43.3 %), Reizbarkeit (41.3 %), Depression (34.6 %), Apathie (34.6 %) (Wolf-Ostermann et al. 2013)

Versorgungsauscomes

- **moderate bis hohe Lebensqualität** (67 von 100 Punkten, Qualidem) (Wolf-Ostermann et al. 2013)
- **bedingt durch die Progression der Demenz**
Verschlechterung des körperlichen und geistigen
Zustandes im zeitlichem Verlauf, keine Unterschiede
zwischen WG und stationären Einrichtungen
(Wolf-Ostermann et al. 2012b)

Versorgungsauscomes

- **aktive Beteiligung von Angehörigen führt zu einer besseren Lebensqualität** (Gräske et al. 2011)
- **aber: Einbindung von Angehörigen und oder Ehrenamtlichen nicht höher als in stationären Einrichtungen** (Gräske et al. 2011)
- **„Frauen aus affinen Milieus und Berufsfeldern dominieren bürgerschaftliches Engagement“** (Schwendner 2013: 265).
- **„Die Weichen für bürgerschaftliches Engagement werden bereits bei der Gründung gestellt“** (Schwendner 2013: 274).

Qualitätsmanagement

- **39 wissenschaftliche Qualitätsindikatoren** für ambulant betreute Wohngemeinschaften: **Struktur, Prozess, Ergebnis**
(Worch et al. 2011)
- **weitere Qualitätskriterien:**
 - zwei Pflegende pro sechs Bewohner/innen;
 - neben der fachlichen Qualifikation auch die Fähigkeit, einen Großhaushalt führen zu können;
 - schriftliche Vereinbarungen zur Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern (Pawletko 2005, 2007)
- **Lebensqualitätsmessung** mittels **ADRQL, QoL-AD oder QUALIDEM** (Gräske et al. 2012b)

Qualitätsmanagement

- **Qualitätsvorgaben** für WG, über ambulante Pflegedienste als Leistungserbringer allgemein hinaus, sind im Vergleich zu Einrichtungen der stationären Langzeitpflege nur **spärlich**
- die wenigen Qualitätsvorgaben sind bundesweit unterschiedlich und i.d.R. **auf strukturelle Aspekte begrenzt**

Die WGQual-Studie*

*gefördert durch das BMBF

Führt eine Steigerung der Versorgungsqualität zu verbesserten Versorgungsauscomes?

(cluster-randomisierte Längsschnitt-Studie 2009-2012)

- **Entwicklung evidenzbas. Qualitätsindikatoren (QI) für WG**
(systemat. Literaturrecherche, Interviews mit Expert(inn)en)
Entwicklung von N = 39 QI mit Bezug zu allen
 - a) beteiligten Akteuren (!)
 - b) relevanten Aspekten von Strukturen, Prozessen, Outcomes
- **Erfassung der QI sowie bewohnerbezogener Outcomes**
- **dezentrale, extern begleitete Qualitätsentwicklung auf Basis der QI-Ergebnisse über 12 Monate in den WG**

Die WGQual-Studie

- ✓ **Entwicklung und Validierung von QI sehr aufwendig**
- ✓ **Leistungserbringer / ambulante Pflegedienste sehr motiviert**
Angehörige nur teilweise interessiert
Ärzte / Therapeuten zeigen wenig Interesse
- ✓ **Qualitätsentwicklung führt zu positiven Effekten bzgl.**
Ernährung, Sturz, freiheitseinschränkenden Maßnahmen, ...
und verbesserten Strukturen und Prozessen in WG
- ✓ **aber: keine signifikanten Unterschiede bzgl. Lebensqualität**
generell nachweisbar → Follow-up möglicherweise zu kurz

Die WGQual-Studie

Führt eine Qualitätsentwicklung zur Verbesserung der Versorgungsqualität?

JA, ... aber

- Qualitätsentwicklung und QI abhängig vom Setting und Risikostrukturen → maßgeschneiderte Entwicklung
- Qualitätsentwicklung muss dezentral erfolgen
- Einbindung aller Akteure unverzichtbar
- Entwicklung fundierter QI aufwendig
- outcomeorientierte Validierung unverzichtbar
- Effekte nur langfristig sichtbar

Stand der Forschung

- Ergebnisse überwiegend für Berliner WG, vereinzelt auch für Bayern und Baden-Württemberg
- erste Hinweise aus Berlin zeigen,
 - dass die Versorgung von Menschen mit Demenz **zunehmend in darauf spezialisierten (segregativen) WG** stattfindet
 - sich die versorgte Klientel **im Zeitverlauf nicht wesentlich verändert**
 - **WG bewusst als Alternative** zu einem Pflegeheim ausgewählt werden
 - der Anteil an Bewohner/innen, die **bis zu ihrem Tod in der WG verbleiben** über die Jahre deutlich zunimmt

Stand der Forschung

- erste Studien zeigen **keine generell besseren Versorgungsergebnisse** von WG gegenüber Heimen bzgl. der **Lebensqualität** oder **herausfordernder Verhaltensweisen** bei MmD
- nur vereinzelt Ergebnisse zur Entwicklung von **setting-spezifischen Qualitätsmanagementkonzepten** (z.B. WGQual-Studie)
- insgesamt nur **wenige belastbare Daten verfügbar**

Schlussfolgerungen

- **WG verdeutlichen Paradigmenwechsel von einer **tränergesteuerten** hin zu einer **nutzergesteuerten** Wohn- und Betreuungsform**
- **WG sind gekennzeichnet durch ein **multiprofessionelles Netzwerk** an Dienstleistern/ Akteuren**
- **WG sind **Versorgungsangebot** für **MmD****

Schlussfolgerungen

- Wandel im Verlauf der letzten 20 Jahre von einem Modell- zu einem **Regelangebot** – jedoch **große regionale Unterschiede**
- **gesetzliche Verankerung** durchgehend erfolgt
- weitere **zahlenmäßige Ausweitung** des Angebotes zu erwarten aber bisher **keine flächendeckende Versorgung**

Schlussfolgerungen

- **bisherige Studien zeigen hohes Betreuungsverhältnis**
- **derzeit keine Erkenntnisse zu regionalen Unterschieden**
(Bundesländer bzw. urban/ländlich) **in Versorgungskonzepten**
- **derzeit keine Erkenntnisse zu generell besseren Versorgungsauscomes**

Schlussfolgerungen

wesentlich für qualitätsgesicherte Versorgung in WG:

- **gemeinschaftliches Qualitätsverständnis** auf Grundlage einer **definierten Zielsetzung** zur Versorgung von Bewohnern
- konkrete, fundierte und für die Akteure **nachvollziehbare Erfordernisse zur Weiterentwicklung** im Sinne einer besseren Versorgungsqualität
- **validierte QI**, die für den jeweiligen Versorgungsbereich und die dortigen Gegebenheiten maßgeschneidert sind
- **praktikable Anwendung** der QI / **hoher Anwendungsbezug**
- Spielraum für **dezentrale Anpassung**

Schlussfolgerungen

- ein bereits eingeführtes und **umgesetztes Qualitätsmanagementsystem** der dienstleistenden Akteure
- **Vernetzung aller Akteure**
- das Vorhalten von **qualifizierten Qualitätsbeauftragten**
- die **Freigabe von internen und externen Ressourcen** zur Qualitäts(weiter)entwicklung

Schlussfolgerungen

- ursprünglich selbstbestimmte Versorgungsform in einigen Bundesländern* inzwischen aber auch **tränergesteuerte Modelle** durchaus vorhanden / erwünscht
- oftmals im **Spannungsfeld von privatem Wohnen / Selbstbestimmung** und Verantwortung für den **Schutz der Bewohner/innen**
- **Nutzerkontrolle** bisher **nicht strukturell verankert**

* gilt nicht für Bayern

Schlussfolgerungen

Ambulant betreute WG sind ein Baustein in einer Vielzahl möglicher maßgeschneiderter Versorgungsangebote

Notwendig für den weiteren Ausbau und vor allem die Koordination in einem **wohnnahen, quartiersbezogenen Gesamtkonzept** zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung und Betreuung sind

- eindeutige leistungsrechtliche Festlegungen
- fundierte Beratungsangebote
- Qualitätssicherungskonzepte
- Einbeziehung der Kommunen in Planung und Umsetzung

Herzlichen Dank!

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

Universität Bremen

wolf-ostermann@uni-bremen.de

unter Mitarbeit von: Johannes Gräske
Saskia Meyer
Andreas Worch



asta-dortmund.de