Eine Sonderpublikation von GVkompakt ISSN 1430-9238 · 11948 huss HUSS-MEDIEN GmbH · 10400 Berlin

# Senioren betreuung

1/2014

FACHMAGAZIN FÜR PROFESSIONELLE VERSORGUNG UND VERPFLEGUNG

**PFLEGE IM FOKUS**
Fachkräftebedarf und Ausbildung 8

**GEBÄUDE**
Wohnformen in der stationären Pflege 24

**ERNÄHRUNG**
Trends bei der Verpflegung 74

www.seniorenbetreuung-mag.de

# Autoren

**Peter Bergen**
war 10 Jahre tätig als Hygienefachkraft in einem großen niedersächsischen Krankenhaus. Seit ca. 5 Jahren Tätigkeit als Hygienefachkraft im Niedersächsischen Landesgesundheitsamt.
Kontakt: peter.bergen@nlga.niedersachsen.de
Er ist Autor von **Kapitel 5 – Hygiene in der stationären Altenpflege.**

**Marcel Faißt**
ist staatlich examinierter Altenpfleger und Diplom-Pflegewirt (FH). Er ist als fachlicher Betriebsleiter für die Pflegeeinrichtungen eines freigemeinnützigen Trägers verantwortlich. Darüber hinaus ist er als Fachbuchautor tätig
Er ist Autor von **Kapitel 2 - Was tun nach der MDK-Prüfung?**

**Axel Foerster**
ist als Rechtsanwalt tätig, daneben als Dozent in der Altenpflegeausbildung. Zuvor war er 10 Jahre als Pflegekraft in der Altenpflege. Seit 2012 u.a. Lehrbeauftragter an der Ev. Hochschule Berlin.
Er ist Autor von **Kapitel 2 – Neues im Pflegerecht** und - zusammen mit Stefan Heßler – **Ausbildungsrecht für die Zukunft.**

**Frank Hallfell**
ist Dipl.-Wirtsch.-Ing., geschäftsführender Gesellschafter des Ingenieur-Dienstleistungsunternehmens enbiz engineering and business solutions gmbh in Kaiserslautern. Er verfügt über langjährige Erfahrung in der herstellerunabhängigen Energieberatung (u. a. für die KfW). Er ist Autor von **Kapitel 3 – Energiemanagement und Einsparpotenziale.**

**Katja Hamburger**
ist Gesundheits- und Krankenpflegerin, arbeitet seit 2005 im Bereich Pflege- und Qualitätsmanagement; Mitglied im Bundesverband Pflegemanagement, derzeit Agaplesion Bethanien-Diakonie Pflegedienstleitung und Qualitätsmanagementbeauftragte.
Sie ist zusammen mit Heiko Wiemer Autorin von **Kapitel 2 – Belegungsmanagement im Altenpflegeheim.**

**Stefan Heßler**
ist Krankenpfleger – seit 1987 in den Fachbereichen Gastroenterologie, Infektiologie mit Schwerpunkt HIV und AIDS sowie Psychatrie. Seit 1995 Pflegepädagoge, derzeit als Lehrer in der Pflege tätig.
Er ist zusammen mit Axel Foerster Autor von **Kapitel 2 – Ausbildungsrecht für die Zukunft.**

**Gudrun Kaiser**
ist Dipl.-Ing. Architektin, war langjährige Referentin des Kuratoriums Deutsche Altershilfe und berät Architekten, Investoren und Träger der Altenhilfe bei der Umsetzung aktueller Pflege- und Wohnkonzepte, Büro „WiA- Wohnqualität im Alter" in Aachen.
Kontakt: info@gudrun-kaiser-wia.de – Sie ist Autorin von **Kapitel 3 – Wohnformen in der stationären Pflege.**

**Cornelia Kolbeck**
arbeitet als freie Journalistin für Fachmedien aus dem Gesundheitsbereich. Sie beschreibt als Mitglied der Bundespressekonferenz die Gesundheitspolitik der Bundesregierung sowie deren Auswirkung u. a. auf Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen.
Sie ist Autorin aller Beiträge von **Kapitel 1 – Pflege im Fokus.**

**Claudia Menebröcker**
ist Diätassistentin und B.A. Sozialwissenschaften; Beratungsunternehmen CM Verpflegungskonzepte für Senioren. Kontakt: info@cm-verpflegungskonzepte.de Mitglied der Fachgruppe Geriatrie im VDD Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. Sie ist gemeinsam mit Katharina Stapel Autorin von **Kapitel 8 – Trends bei Ernährung und Verpflegung.**

**Dr. rer. nat. Constanze Schäfer**, MHA
ist Apothekerin und Journalistin, Abteilungsleiterin für den Bereich Aus- und Fortbildung bei der Apothekerkammer Nordrhein, Düsseldorf.
Kontakt: c.schaefer@aknr.de
Sie ist Autorin von **Kapitel 6 – Verbesserung der gesundheitlichen Überwachung**

**Katharina Stapel**
ist Diätassistentin und Psychotherapeutin; im Bereich Betriebliches Ernährungsmanagement und Ernährungspsychologie tätig. Kontakt: Praxis.Stapel@googlemail.com; Mitglied der Fachgruppe Geriatrie im VDD Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V.; gemeinsam mit Claudia Menebröcker Autorin von **Kapitel 8 – Trends bei Ernährung und Verpflegung.**

**Dieter Weber**
ist Fachkrankenpfleger für Anästhesie und Intensivmedizin mit Tätigkeit auf Intensivstationen in Bad Neustadt, Augsburg, Schweinfurt; Ausbildung und Tätigkeit als Kardiotechniker. Seit 2004 bei der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH, seit 2012 als Prozessmanager. Er ist gemeinsam mit Felix Zöbisch Autor von **Kapitel 4 – IT-Trends in der stationären Pflege.**

**Dörte Wehmöller**
ist Diplom-Oecotrophologin (FH), Fachjournalistin für Gemeinschaftsverpflegung, Lebensmittelhygiene und Lebensmittelrecht, Warenkunde und Ernährung.
Sie ist Autorin aller Beiträge von **Kapitel 9 – Messe Altenpflege 2014**.

**Heiko Wiemer**
ist ex. Altenpfleger, Dipl. Betriebswirt (B.A.), Mitglied im Bundesverband Pflegemanagement und DVLAB, derzeit Agaplesion Bethanien-Diakonie Hausleitung.

Er ist zusammen mit Katja Hamburger Autor von **Kapitel 2 – Belegungsmanagement im Altenpflegeheim.**

**Elke H. Zobel**
ist freie Fachjournalistin und Soziologin M.A., lebt und arbeitet in Leipzig. Ihr Spezialgebiet sind technische Themen mit sozialer Komponente.
Sie ist Autorin aller Beiträge von **Kapitel 7 – Küche: Technik & Einrichtung.**

**Felix Zöbisch**
ist seit 2006 als Geschäftsführer der be-solutions GmbH in München tätig. Der Fokus von Lösungen der be-solutions GmbH liegt im Bereich Kommunikation und Mobilität. Das Wissen und die daraus resultierende Praxiserfahrung wird speziell auf den Pflegesektor umgelegt. Er ist gemeinsam mit Dieter Weber Autor von **Kapitel 4 – IT-Trends in der stationären Pflege.**

Innovative Ansätze und Perspektiven

# Wohnformen in der stationären Pflege

Von der Generation 50+ bis zu den hochaltrigen über Hundertjährigen verbirgt sich hinter der Bezeichnung „ältere Menschen" eine Altersspanne, die inzwischen einige Jahrzehnte und mehrere Generationen mit sehr unterschiedlichen Interessen, Fähigkeiten und Gesundheitszuständen umfasst.

Unsere Gesellschaft wird zunehmend vom wachsenden Anteil älterer Menschen geprägt. Für viele ist das Alter ihre längste Lebensphase. Unabhängig von ihren Kompetenzen und Defiziten, von Pflegebedürftigkeit oder Demenzerkrankung, sollte allen älteren Menschen eine möglichst lange selbstständige Lebensführung, Geborgenheit und Sicherheit in einer ansprechenden und barrierefreien Wohnumgebung ermöglicht werden.
Ältere formulieren heute immer deutlicher ihre Ansprüche und Bedürfnisse und gemeinsam mit den jüngeren Generationen werden daraus erfolgreich neue Wohn- und Pflegekonzepte entwickelt und umgesetzt. Positive und zukunftsweisende Ansätze in der Pflegelandschaft und in der Architektur ermöglichen ein längeres selbstbestimmtes und in die Gesellschaft und das Wohnquartier integriertes Leben.

## 1. Alternative Wohnformen

Die Verbesserung von Wohnqualität im Alter durch neue Wohnformen ist in aller Munde und erlangt zunehmende Beachtung und Anerkennung. Nach wie vor möchten die meisten Menschen nicht im Heim und in Gesundheits- und Sonderbauten, sondern in der gewohnten Umgebung alt werden und so wenig Hilfe und Pflege wie möglich, aber so viel Unterstützung wie nötig in Anspruch nehmen können. Neue Wohnkonzepte für alte Menschen orientieren sich deshalb auch bei starker Pflegebedürftigkeit der Bewohner zunehmend an individuellen Bedürfnissen, an der Normalität der gewohnten häuslichen Umgebung des Wohnungsbaus und an einer wohnlichen Atmosphäre der „eigenen vier Wände".

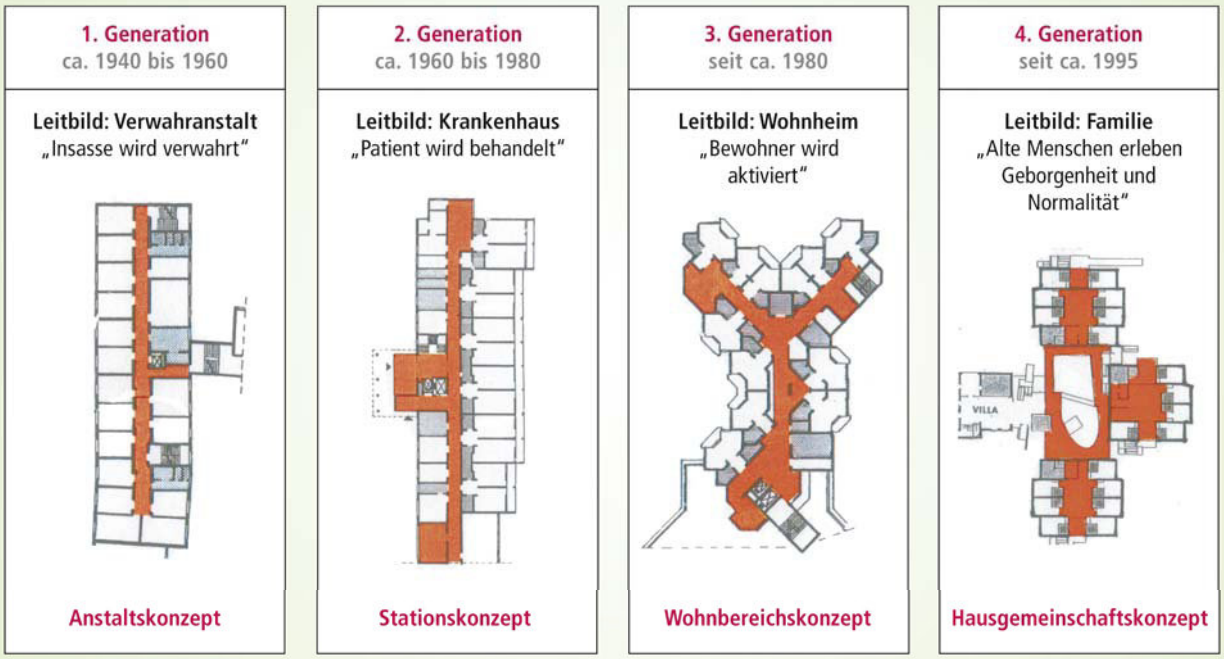
### 1.1 Neue Quartierskonzepte und gemeinschaftliches Wohnen

Als „alternativen Wohnformen" werden Wohnkonzepte bezeichnet, die sich in den letzten Jahren zwischen den lange alternativlosen Möglichkeiten des Lebens zu Hause oder der Vollversorgung im Heim angesiedelt haben. Inzwischen ermöglicht barrierefreies Bauen und Umbauen in Kombination mit ambulanter, professioneller Pflege ein längeres, oft auch dauerhaftes Verbleiben in der eigenen Wohnung. Parallel entwickelt sich eine neue Wohnquartierskultur aus bürgerschaftlichem, kommunalem und professionellem Engagement mit diversen Wohn- und Pflegeangeboten.
Quartierskonzepte stärken durch die Zusammenarbeit professioneller und ehrenamtlicher regionaler Akteure die niedrigschwelligen Hilfestrukturen, das bürgerschaftliche Engagement und die professionellen Hilfen für Pflegebedürftige und Angehörige in deren unmittelbarem Wohnumfeld.
Betreutes Wohnen, Mehrgenerationenhäuser oder gemeinschaftliche Wohnprojekte entstehen als Alternativen zum zurückgezogenen Leben im eigenen Haus oder in der Mietwohnung. Dabei ergreifen neben professionellen Anbietern und Trägern der Altenhilfe immer häufiger die Bewohner und Interessenten selbst die Initiative der Gründung eines Wohnprojekts nach ihren eigenen Vorstellungen und Wünschen. Wenn Pflege und Betreuung in der eigenen Wohnung, beispielsweise bei fortgeschrittener Demenzerkrankung, nicht mehr möglich sind, können Wohngemeinschaften, die auch Angehörige in den Alltag einbeziehen, zu einer neuen Heimat im gewohnten Quartier werden. Sie bieten mit oder ohne ambulante Betreuung sowohl für gesunde Menschen als auch bei schwerer Pflegebedürftigkeit und Demenz räumlich überschaubare Alternativen zum klassischen Pflegeheim. Ein Umzug in eine Wohngemeinschaft im eigenen Wohnquartier kann unter diesen Umständen auch im Alter noch eine Bereicherung und Verbesserung von Lebensqualität darstellen. Als Großwohnungen für mehrere Bewohner lassen sich Wohngemeinschaften gut in den sozialen oder frei finanzierten Wohnungsbau integrieren.

### 1.2 Ambulantisierung der Pflege

Noch bilden diese kleinmaßstäblichen alternativen Wohnformen nur ein kleines Segment unter den Versorgungsstrukturen, doch die Vielfalt der Angebote wächst und das öffentliche Interesse daran steigt. Immer mehr Wohnungsgesellschaften und Träger bieten in Kooperation mit Pflegediensten inzwischen betreute Wohngruppenmodelle an. In all diesen Wohnformen kommt für ältere und pflegebedürftige Bewohner neben der familiären oder professionellen Betreuung und Pflege auch der Architektur und Innenraumgestaltung eine wachsende Bedeutung zu. Mit überschaubaren räumlichen Strukturen und Grundrissen sowie dem gezielten Einsatz von Licht, Farbe und Material können Orientierung, Sicherheit und Geborgenheit auch bei nachlassender Sinnesleistung und Mobilität unterstützt werden.
Mit der Zielformulierung „Ambulant vor stationär" erfahren die neuen Wohnformen und Quartierskonzepte derzeit auch sozialpolitisch auf Bundes- und Länderebene

## 1 – Das Generationenmodell der Pflegeheime




„Vom Pflegeheim zur Hausgemeinschaft" KDA, 2008

gezielte Förderung und Unterstützung. Die „Ambulantisierung der Pflege" bietet älteren Menschen mit unterschiedlichen Pflegebedarfen mehr Wahlmöglichkeiten für ein weiterhin selbstbestimmtes Leben. Als bedarfsgerechtere und kostengünstigere Alternativen zum Pflegeheim werden sich alternative Wohn- und Pflegekonzepte weiterentwickeln und zukünftig einen höheren Stellenwert in der Pflegelandschaft einnehmen.

## 2. Die Entwicklung der stationären Pflege

Vor diesem Hintergrund muss sich auch die stationäre Pflege als kostenintensivste Versorgungsform neu orientieren. Ihre Zukunftsfähigkeit ist umstritten. Während Förderung und Investitionen verstärkt in den Ausbau ambulanter Strukturen fließen, wird im Hinblick auf die älter werdende Baby-Boomer-Generation parallel ein weiterhin wachsender Bedarf an stationären Pflegeplätzen prognostiziert. Gleichzeitig steigen die Ansprüche an Wohn- und Pflegequalität im Heim.

In der bislang meist stark pflegedominierten stationären Versorgung alter Menschen in Pflegeheimen vollziehen sich demzufolge seit Mitte der Neunzigerjahre ebenfalls bemerkenswerte konzeptionelle Veränderungen.

Das Leitbild ist das „Hausgemeinschaftsmodell". Inspiriert durch Wohngruppenkonzepte aus den Niederlanden und Frankreich hat sich seit Mitte der Neunzigerjahre vor allem das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) mit seinem Fachbereich Architektur und Wohnen für die Übertragung dieser damals neuen stationären Wohnform in die deutsche Pflegelandschaft durch die Etablierung und Begleitung zahlreicher Hausgemeinschafts-Modellprojekte eingesetzt. Um die Beweggründe und die Notwendigkeit dieses Paradigmenwechsels in der stationären Pflege nachzuvollziehen, lohnt sich ein Blick auf die bisherige Entwicklung der Pflegeheime in Deutschland.

### 2.1 Pflegeheime bis zu den 90er-Jahren

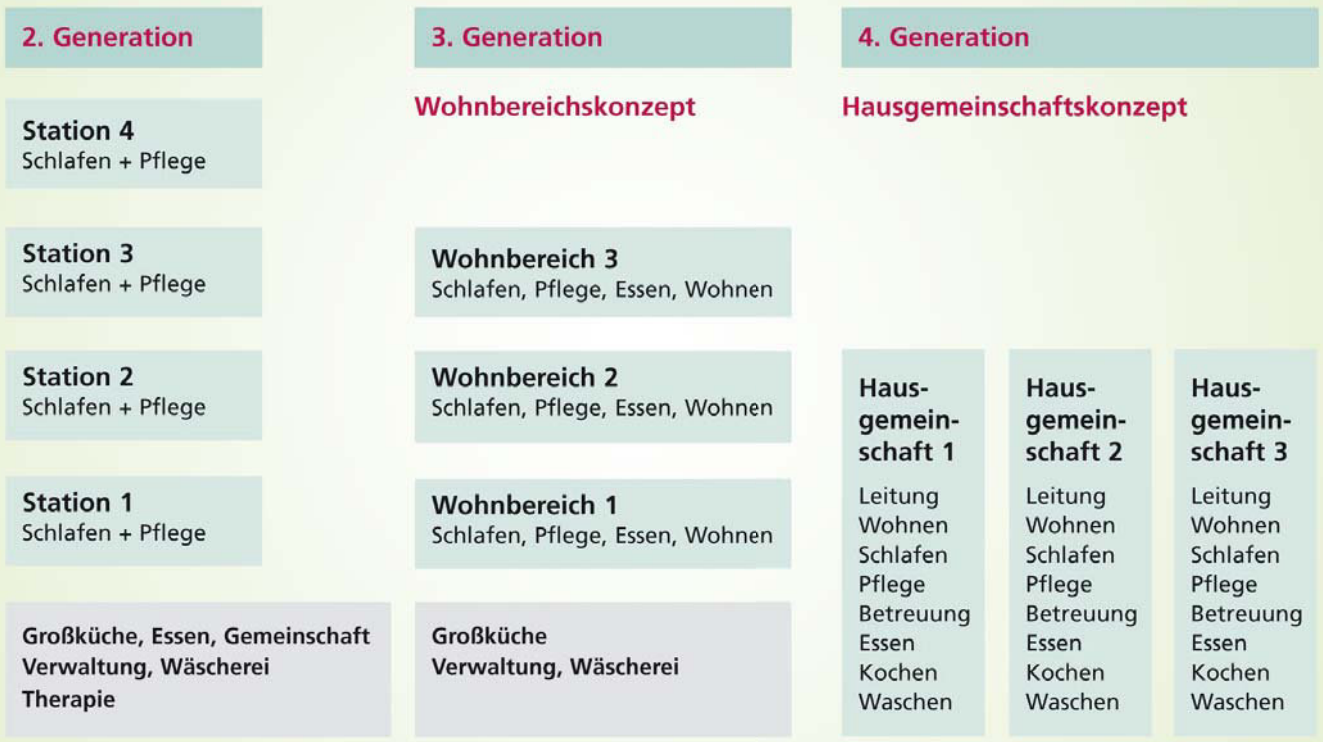
Seit in der Nachkriegszeit die ersten Heime entstanden, hat sich die stationäre Pflege in Deutschland etwa alle zwei Jahrzehnte stark verändert und neu orientiert. Das KDA hat die sich wandelnden Leitbilder von Pflegeheimen mit ihren entsprechenden Bautypologien nachvollzogen und chronologisch in einem anschaulichen Generationenmodell dargestellt (**Abbildung 1**). Dabei verdeutlichte die Architektursprache der Heime stets das pflegerische und konzeptionelle Leitbild und die Wertschätzung des alten, pflegebedürftigen Menschen in der jeweiligen Epoche.

Die baulich schlichten Verwahranstalten der Nachkriegszeit dienten vor allem der einfachen Unterkunft und Verpflegung alter, alleinstehender Menschen. Bereits lange bevor überhaupt Pflege und Betreuung in Heimen geleistet wurde, lebten die „Insassen" in den Anstaltskonzepten der ersten Heimgeneration zunächst noch in Schlafsälen, später in Mehrbettzimmern zusammen.

Erst in den Sechzigerjahren fokussierten sich Architektur und Betreuung auf den Pflegebedarf der alten „Patienten". In den Stationskonzepten der zweiten Generation spielten sich in den Siebzigerjahren alle gemeinsamen Aktivitäten im Erdgeschoss eines Heimes ab, während in den „Stationen" der Obergeschosse nach dem Leitbild des Krankenhauses ausschließlich geschlafen und gepflegt wurde. Entsprechend konzeptionell überladen und baulich ausgedehnt präsentierten sich die Erdgeschosse und Eingangsbereiche der Heime mit Speisesälen, Therapie- und Bäderabteilungen, Wäschereien und Verwaltungsbüros.

Bereits in den Wohnbereichskonzepten der dritten Pflegeheimgeneration wurde dem Wohnen erstmals eine wichtige Bedeutung neben der Pflege zugestanden. Damit begann die Dezentralisierung der Räumlichkeiten und Aktivitäten im Heim. Als Erstes wurden die Speisesäle zurückgebaut oder umgenutzt und die Mahlzeiteneinnahme in

## 2 – Wandel von Funktionsverteilung in Pflegeeinrichtungen




„Vom Pflegeheim zur Hausgemeinschaft" KDA, 2008

die Nähe der Bewohnerzimmer in die Wohnbereiche verlegt. Die Erdgeschosse schrumpften, ihre Flächenanteile verlagerten sich in die Wohnbereiche. Der Speisentransport mit Wärmewagen durch das Personal aus der meist im Erd- oder Untergeschoss angesiedelten Großküche in die Obergeschosse war eine große logistische Herausforderung, die oft nur zulasten der Wohnatmosphäre gelang.

### 2.2 Entwicklung seit Mitte der 90er-Jahre

Gegen Mitte der Neunzigerjahre wurde offensichtlich, dass sich durch die starke Veränderung der Pflegeheimklientel erneut ein Wandel vollzogen hat, der konzeptioneller und baulicher Konsequenzen bedurfte. Zu diesem Zeitpunkt zeichnete sich deutlich ab, dass der Altersdurchschnitt und der Anteil demenzerkrankter Heimbewohner stark zunehmen, und dass sich die Klientel zukünftig weiter in Richtung einer steigenden Pflegebedürftigkeit entwickeln wird. Inzwischen geht man davon aus, dass heute bereits über 80 % der Heimbewohner an einer Demenz erkrankt sind.

Für diese veränderte Bewohnerschaft erwiesen sich die damals üblichen Pflegeheime mit ihrer hohen Bewohnerkapazität und ihren großen, weitläufigen Pflegestationen und Wohnbereichen als immer weniger tauglich. Zunehmende Verwirrung und Orientierungslosigkeit führten dazu, dass sich die Heimbewohner in den langen Fluren verirrten und ihre Zimmer hinter vielen aneinandergereihten, leicht verwechselbaren Türen nicht wiederfanden. Sie waren oft überfordert mit der Vielzahl von Mitbewohnern, Mitarbeitern, Besuchern und Räumen. Aggression, Depression und herausforderndes Verhalten der demenziell erkrankten Heimbewohner stellten das Pflegepersonal vor hohe Anforderungen, die in vielen bestehenden Heimen unter Zeitdruck und Personalmangel in einem räumlichen Umfeld der langen Wege kaum noch zu bewältigen waren. Neben der Pflege erforderten die Mahlzeiteneinnahme und Beschäftigung der Bewohner mehr Zeitaufwand und eine Dezentralisierung von Speisesälen und Gemeinschaftsräumen.

Standardisierte Arbeitsabläufe und Tagesstrukturen entsprachen immer weniger den Bedürfnissen der einzelnen Heimbewohner. Die stattdessen erforderliche individuelle Bezugspflege war jedoch in den räumlichen und personalorganisatorischen Rahmenbedingungen kaum möglich. Das jahrelang etablierte und vermeintlich wirtschaftliche „80+-Betten-Haus" mit zweibündiger Grundrissstruktur und Großküchenversorgung stieß an die Grenzen des für Menschen mit Demenz und für die Mitarbeiter Erträglichen. Deshalb benötigten die klassischen Strukturen der stationären Pflege dringend eine Alternative, zumindest aber eine nachhaltige, ergänzende stationäre Wohn- und Betreuungsform, die sich an Kleinteiligkeit, Normalität und den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz orientiert.

Was Demenzerkrankten zugutekommt, schadet auch orientierten Bewohnern nicht.

Etwa 1995 wurde das KDA-Generationenmodell um das Hausgemeinschaftskonzept als vierte Generation der Pflegeheime mit dem konzeptionellen und architektonischen Neuansatz der Orientierung an der Normalität familiärer Geborgenheit ergänzt. In den Hausgemeinschaften werden im Unterschied zu bisherigen Pflegeheimgenerationen alle Räume und Aktivitäten wie in einer großen Wohnung dezentralisiert innerhalb einer kleinen Betreuungseinheit angeboten (**Abbildung 2**).

## 3. Das Hausgemeinschaftskonzept

Der Grundgedanke des stationären Hausgemeinschaftskonzepts ist die Verbesserung von Wohn- und Lebensqualität der Bewohner durch die Aufhebung der traditionellen und heimtypischen personellen und räumlichen Trennung zwischen den Bereichen Hauswirtschaft, Pflege und sozialer Betreuung. Deren Zusammenfassung in kleinen Wohngruppen war eine wichtige Wende der stationären Pflege hin zu einer kleinmaßstäblicheren Architektur und bedarfsgerechteren Umgangsform mit der ihr anvertrauten zunehmend demenzerkrankten Zielgruppe. Hausgemeinschaftskonzepte haben seit ihrer Einführung als Alternative zu konventionellen Pflegeeinrichtungen mit großen Stationen oder Wohnbereichen und als vollstationäre pflegesatzfinanzierte Einrichtungen zunehmend an Akzeptanz und Bedeutung gewonnen. Als Neubauvorhaben, aber auch bei der Sanierung bestehender Pflegeheime bilden die zu unterschiedlicher Gesamtkapazität kombinierbaren Hausgemeinschaften einen jungen und bedarfsgerechten Baustein der stationären Pflege in Deutschland (**Abbildung 3**).

### 3.1 Wohnmilieu der Normalität

In den verwaltungsorganisatorisch abgespeckten Hausgemeinschaftsprojekten finden alle Aktivitäten und Dienstleistungen inklusive Kochen, Essen, Hauswirtschaft und Pflege wie in einem normalen Haushalt innerhalb kleiner Wohngruppen von 8–12 Bewohnern statt. Hausgemeinschaften streben ein Wohnmilieu der familiären Geborgenheit, Vertrautheit und Normalität an. Anstelle von Beschäftigungstherapie ist dort der begleitete Alltag mit all seinen Reizen, Gewohnheiten und Reibungspunkten und der Einbeziehung der Bewohner in alle hauswirtschaftlichen Tätigkeiten die Grundlage einer normalen Tagesstrukturierung.

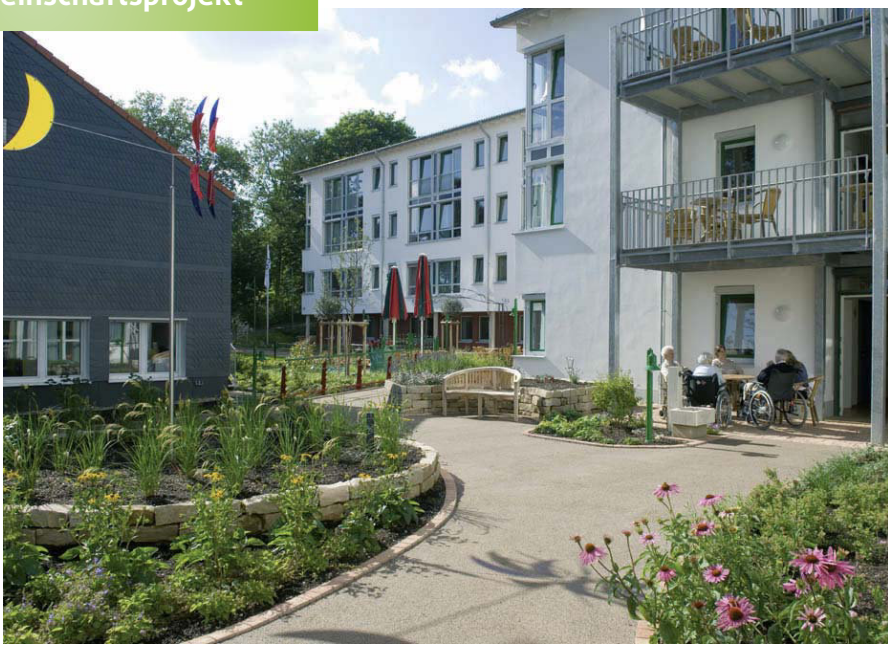
Die Organisation des Haushaltes sowie die unmittelbare Betreuung der Bewohner einer Hausgemeinschaft liegen in den Händen der tagsüber ständig anwesenden Präsenzkraft, die ein hohes Maß an persönlicher und sozialer Kompetenz als Schlüsselqualifikation für das Alltagsmanagement mitbringen muss. Diese Präsenzkraft oder Alltagsbegleiterin, häufig eine Person mit hauswirtschaftlicher Ausbildung, hilft den älteren Menschen als ständige Ansprechpartnerin und Bezugsperson bei der Alltagsbewältigung und dem Pflegepersonal bei der Erbringung der einfacheren Grundpflege. Alle weiteren Pflegeleistungen sowie der Nachtdienst werden zusätzlich nach individuellem Bedarf und in gewohnter Qualität von den zeitweise in die Hausgemeinschaft kommenden Pflege-(fach)kräften erbracht.

### 3.2 Wohnungsähnliches Raumprogramm

Das Raumprogramm einer Hausgemeinschaft ist kompakt und wohnungsähnlich.

## 3 – Hausgemeinschaftsprojekt

**Hausgemeinschaftsprojekt CBT-Wohnhaus Katharinenstift, Remscheid. Planung: Architekten BBO, Bielefeld**



CBT mbH Köln/Patrick Zier, Düsseldorf

Jeder Bewohner verfügt innerhalb der Hausgemeinschaft über ein mindestens 14 qm großes eigenes Zimmer mit Vorraum und direkt zugeordnetem eigenem Duschbad und WC als persönlichem Rückzugsbereich. Zentrum der Gemeinschaft und damit des gesamten gesellschaftlichen Lebens innerhalb der Hausgemeinschaft ist die geräumige, für die Bewältigung der gesamten Haushaltsführung und Mahlzeitenversorgung ausgestattete Wohnküche. Die Bewohnerzimmer gruppieren sich um die Wohnküche herum oder liegen an kurzen Flurbereichen, die in die Wohnküche münden (**Abbildung 4**).

## 3.3 Zusätzliche, getrennte Angebote

Die Funktionsräume sind auf einen kleinen Arbeitsplatz, einen Vorratsraum, einen Hauswirtschaftsraum und einige Abstellräume reduziert. Ein Pflegebad, evtl. auch ein zusätzlicher Pflegearbeitsraum, kann – an zentraler Stelle gelegen – von mehreren Hausgemeinschaften gemeinsam genutzt werden und muss nicht Bestandteil des Raumprogramms jeder einzelnen Hausgemeinschaft sein. Gleiches gilt für zusätzliche, getrennt finanzierte Angebote und Räumlichkeiten wie beispielsweise ein Angehörigen- und Nachbarschaftscafé oder eine Kapelle in direktem räumlichem Kontext zu den Hausgemeinschaften. Einzelne Räume können innerhalb der Hausgemeinschaften entsprechend der pflegerischen Konzeption ergänzt oder weggelassen werden, sofern die Flächenvorgaben des jeweiligen Bundeslandes nicht überschritten werden und die für die Bewohner wichtigen Individual- und Gemeinschaftsräume in ausreichender Größe zur Verfügung stehen. Die Architektur muss für alle Bedarfe barrierefreie und ausreichende Bewegungsabläufe ermöglichen, die Orientierung unterstützen und auch in kompakten Hausgemeinschaften Raum und Wege für motorisch unruhige Bewohner anbieten. Wünschenswert ist außerdem der direkte Zugang möglichst vieler Bewohner zu einem eigenen beschützten Garten oder Außengelände.

## 3.4 Hauswirtschaftliche Aktivitäten

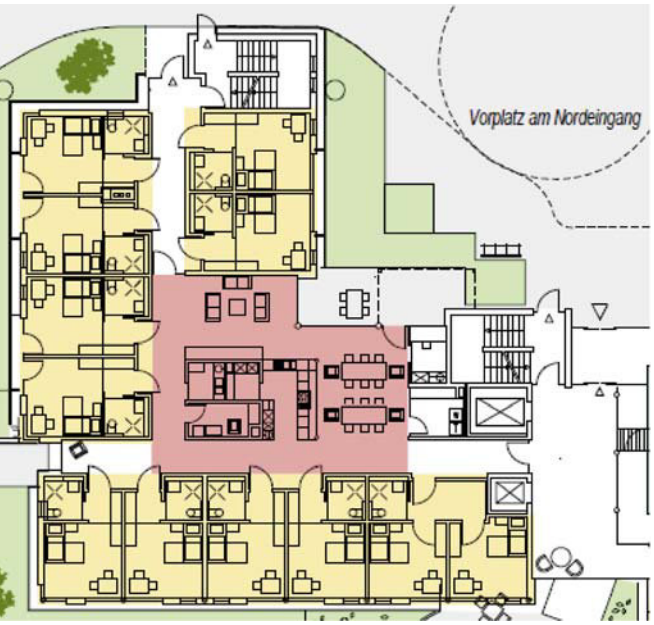
Der Lebensrhythmus der älteren Menschen ist in den Hausgemeinschaften von gemeinsamer Zubereitung und Einnahme der Mahlzeiten sowie von den alltäglichen hauswirtschaftlichen Aktivitäten geprägt. Im Hauswirtschaftsraum der Gruppe wird auch gewaschen und gebügelt. Die Bewohner können je nach Bedarf und persönlichen Fähigkeiten an allen Aktivitäten teilnehmen oder zumindest passiv daran teilhaben. Sie profitieren von der menschlichen Nähe der Mitbewohner und der ständig in der Wohnküche anwesenden Präsenzkraft (**Abbildung 5**, S. 30). Entsprechend der naturgemäß sehr unterschiedlichen Mobilität, Pflegebedürftigkeit und Sinnesleistungen der Bewohner gibt es Hausgemeinschaften mit starker Partizipation aktiver Bewohner und andere, deren Bewohnerschaft eher passiv bleibt. Die Präsenzkraft muss in allen Situationen die Versorgungssituation managen können.

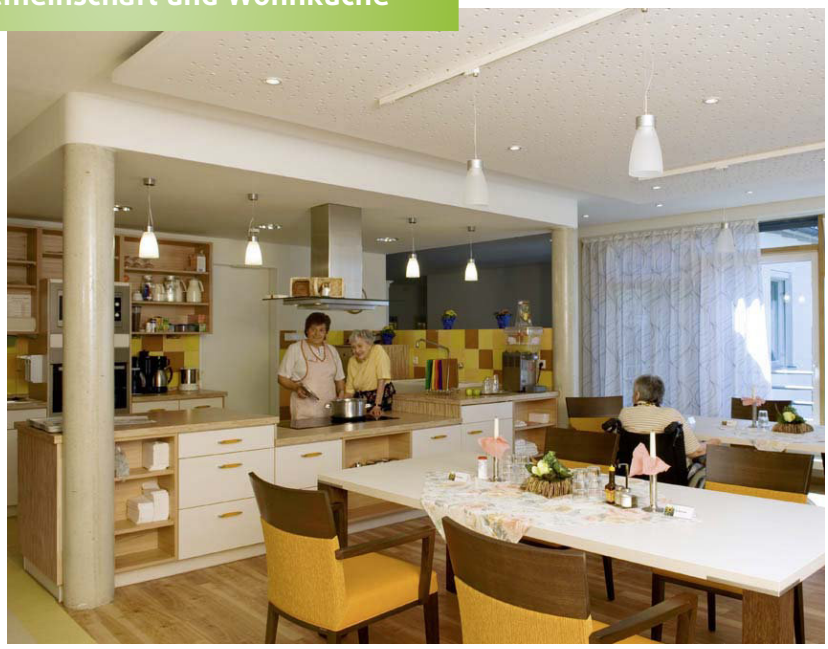
## 3.5 Menschen mit Demenz

Die Überschaubarkeit und Normalität der Wohngruppen bzw. Hausgemeinschaften kommt sowohl orientierten Bewohnern als auch in besonderem Maße Menschen mit Demenz in allen Krankheitsphasen entgegen. Der Verlust von Sicherheit, Geborgenheit und Vertrautheit, der durch den Krank-

## 4 – Hausgemeinschaft und Wohnküche

**Hausgemeinschaft und Wohnküche für 12 Bewohner im CBT-Wohnhaus Katharinenstift, Remscheid. Planung: Architekten BBO, Bielefeld**



CBT mbH Köln/Patrick Zier, Düsseldorf

## 5 – Häusliche Aktivitäten

**Häusliche Aktivitäten der Bewohner im Hauswirtschaftsraum und in der Wohnküche des CBT–Wohnhauses Katharinenstift**

CBTmbH, Köln / Patrick Zier, Düsseldorf

heitsverlauf und die veränderte Sinnes- und Umgebungswahrnehmung bei den älteren Menschen mit Demenz im Heim entsteht, wird in einem wohnungsähnlichen Umfeld offenbar weniger stark empfunden. Die Bewohner verhalten sich nach bisherigen Erfahrungen in dieser familiären Atmosphäre entspannter, benötigen weniger Medikamente, kommen zur Ruhe und bringen ihre Kompetenzen in den Tagesablauf ein. Auch die mit der Demenz häufig einhergehende starke motorische Unruhe und Weglauftendenz ist in der vertrauten Umgebung der Kleingruppe oft weniger stark ausgeprägt. Bettlägerigkeit im eigenen Zimmer ist in Hausgemeinschaften selten. Selbst schwerstpflegebedürftige Demenzerkrankte in fortgeschrittenen Krankheitsphasen können in Liegesesseln teilhaben am Leben im Gemeinschaftsbereich. Das eigene Zimmer bietet jederzeit eine Rückzugsmöglichkeit allein oder mit Angehörigen bei gleichzeitiger räumlicher Nähe zur Betreuungsperson und zu den Mitbewohnern.

### 3.6 Richtwerte und Planungsprozesse

Jede Hausgemeinschaft unterliegt den Kosten- und Flächenrichtwerten eines konventionellen Pflegeheimbaus, auch die Investitionskosten und die Nettogrundfläche pro Platz unterscheiden sich nicht. Allerdings verteilen sich die Flächenanteile von ca. 45 qm pro Bewohner nicht mehr über alle Geschosse und Bereiche eines Pflegeheimes, sondern sind in der Hausgemeinschaft in Bewohnernähe gebündelt, wie in einer Wohnung. Die baulichen Anforderungen der jeweiligen Landesheimgesetze, Landespflegegesetze und der entsprechenden Durchführungsverordnung berücksichtigen inzwischen diese neue Wohnform und sind entsprechend einzuhalten. Experimentierklauseln in der Gesetzgebung können zu begründeten Abweichungen vom geforderten Raumprogramm herangezogen werden. Für den Planungsprozess ist eine rechtzeitige Einbeziehung der zu beteiligenden Behörden (Heimaufsicht, Brandschutz, Bauordnung, Lebensmittelhygiene u. a.) und die Erläuterung der Grundsätze des Hausgemeinschaftsprinzips empfehlenswert, um das Verständnis für diese kleinteilige, immer noch vielen Behörden unbekannte stationäre Wohnform bei allen Beteiligten frühzeitig sicherzustellen.

### 3.7 Wirtschaftliche Tragfähigkeit

Während die baulich ganz ähnlich strukturierten ambulant betreuten Wohngemeinschaften einzeln in den Wohnungsbau integriert werden können, erfordern die Personalschlüssel der stationären Pflege für die wirtschaftliche Tragbarkeit von Hausgemeinschaftsprojekten immer eine Zusammenlegung von mindestens drei Hausgemeinschaften, vor allem um die Nachtbetreuung sicherzustellen. Auch für die Regelung verbleibender Verwaltungsaufgaben ist die Zusammenfassung mehrere Hausgemeinschaften sinnvoll. Dennoch sollte die Dimension eines Hausgemeinschaftsprojektes mit maximal sechs Hausgemeinschaften überschaubar bleiben. Im Gegensatz zu klassischen Pflegeheimen mit hoher Bewohnerkapazität, großem Einzugsradius, hohem Gebäudevolumen und viel Publikumsverkehr beabsichtigt die Hausgemeinschaftsidee eher ein flächendeckendes Angebot kleiner Häuser, um die Durchmischung der Generationen im Quartier zu fördern.

## 4. Hausgemeinschaft – Chancen und Risiken

Eine Hausgemeinschaft ist unter betriebswirtschaftlichen und baulichen Gesichtspunkten eine wirtschaftlich autarke funktionsfähige Einheit mit hohen Leistungsstandards, die hinsichtlich ihrer Prozess-, Ergebnis- und Lebensqualität bei vergleichbaren Kosten weit über konventionellen Pflegeheimen liegt. Der andauernde Vorwurf der angeblichen Unwirtschaftlichkeit von Hausgemeinschaftsprojekten liegt in dem fehlenden universalen Patentrezept

für Wirtschaftlichkeit und Personalorganisation begründet. Ohne ein solches muss jeder Betreiber sein Modell aus der eigenen personellen Aufstellung, Überzeugung und Erfahrung heraus neu entwickeln. Genau darin liegt die Herausforderung und Chance einer guten individuellen Umsetzung.

> *Ein Hausgemeinschaftskonzept kann nur mit Experimentierfreudigkeit und Bereitschaft zu Neuem gelingen.*

Da der Kosten- und Flächenrahmen traditioneller Pflegeheime einzuhalten ist, liegen die ausschlaggebenden Kriterien für die Wirtschaftlichkeit viel stärker im konzeptionellen als im architektonischen Bereich. Hausgemeinschaftsmodelle brauchen für ihre wirtschaftliche Darstellung eine Verschlankung der Hierarchie, andere Aufgabenverteilungen, andere Arbeitszeitmodelle und andere Übernahmebereitschaft von Verantwortung als klassische Pflegeheime. Nicht allen Anbietern gelingt diese Gratwanderung. Wer nicht von der Machbarkeit des Konzepts überzeugt ist, tut sich schwer mit der wirtschaftlichen Umsetzung.

Nach einer mehrjährigen Einführungsphase, in der sich die etablierten Wohlfahrtsverbände und Betreiber zunächst skeptisch zeigten, haben im vergangenen Jahrzehnt die meisten Träger der Altenhilfe neben klassischen Pflegeheimen auch Hausgemeinschaften gegründet. Andere haben ihre traditionellen Pflegeheime in Hausgemeinschaften umstrukturiert und sich ausschließlich zu diesem neuen Konzept bekannt. Inzwischen existieren zahlreiche erfolgreiche Hausgemeinschaftsprojekte mit hoher Wohnqualität, die ihr Konzept sowohl mit Demenzerkrankten als auch mit orientierten Bewohnern hervorragend und wirtschaftlich umsetzen. Eine Evaluation gelungener Beispiele mit einer transparenten und nachvollziehbaren Darstellung wirtschaftlich und personalorganisatorisch erfolgreicher Konzepte würde die Akzeptanz und Verbreitung von Hausgemeinschaftskonzepten vermutlich weiter stärken.

## 5. Ausblick

Mit dem Hausgemeinschaftsmodell ist derzeit eine personelle und finanzielle Grenze der stationären Versorgung erreicht. Noch kleinteiligere und individuellere Entwicklungen lassen die aktuellen Rahmenbedingungen der stationären Altenhilfe voraussichtlich nicht zu. Die weitere Entwicklung wird sich verstärkt auf die Ambulantisierung der Pflege konzentrieren und Alternativen zum Pflegeheim stärken. Derzeit ziehen die Hausgemeinschaftskonzepte und Wohngemeinschaften bereits zunehmend als Quartiersbausteine in die Wohngebiete hinein und die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Pflege weichen zusehends auf.

### 5.1 Vielfalt der Angebote

Es wird immer auch Pflegebedürftige und Angehörige geben, die die räumliche Intimität einer Wohngemeinschaft befremdlich finden, mehr Auslauf und Raum bevorzugen oder den persönlichen Rückzug einem Leben in der Gemeinschaft vorziehen. Parallel zu Hausgemeinschaften entstehen daher auch weiterhin konventionelle Heime, aber auch ganz andere stationäre Wohn- und Pflegeformen, die experimentell auf neue Bedarfe eingehen. Dazu gehören zum Beispiel kontrovers diskutierte Konzepte wie Pflegeoasen mit Mehrbettzimmern und intensiver Betreuung für schwerst Demenzerkrankte in ihrer letzten Lebensphase oder ganze Dörfer für Menschen mit Demenz, in denen ausschließlich demenziell Erkrankte in hausgemeinschaftsähnlichen Lebensstilgruppen und einer eigenen dörflichen Infrastruktur leben. Die Vielfalt der Angebote und Wahlmöglichkeiten, die sich in den letzten Jahren für ältere Menschen und ihre Angehörigen über das klassische Pflegeheim hinaus entwickelt haben, ist insgesamt eine Bereicherung für die Gesellschaft.

### 5.2 Vorsicht vor unflexiblen Bautypologien

Eine Gefahr liegt jedoch in der parallelen Entstehung einiger unflexibler Bautypologien und Gestaltungsvorgaben für ganz bestimmte Zielgruppen. Noch heute werden die inzwischen untauglichen Altenwohnheime mit kleinen Appartements aus den Siebzigerjahren modernisiert, und zwar nicht weil sie baufällig, sondern weil sie nicht mehr bedarfsgerecht sind. Sie waren auf eine Zielgruppe alleinstehender rüstiger Rentner zugeschnitten, die heute viel länger zu Hause lebt. Die Kurzlebigkeit früherer Gebäudetypologien der Altenhilfe könnte sich fortsetzen oder wiederholen, wenn wir wieder beginnen, den alten Menschen unterschiedliche Sonderbauten für die einzelnen Phasen der Demenz oder für andere Krankheitsbilder „zuzuweisen". Dieses Risiko besteht auch für nicht rückbaubare und unflexible Konzepte von Pflegeoasen und Demenzdörfern. Hier erweisen sich die Wohngruppen und Hausgemeinschaften als die nachhaltigeren baulichen Module: Architektonisch betrachtet ist eine Wohngruppe für 10 Personen letztendlich nur eine Großwohnung mit Einzelzimmern und Gemeinschaftsbereichen, die sich für zahlreiche Zielgruppen bis hin zur Studenten-WG eignet, also im Gegensatz zu vielen anderen bisherigen Bautypologien der Altenpflege eine hohe Flexibilität für Nutzer und Anbieter mitbringt.

## 6. Fazit

Die Architektur ist das geringste Problem der neuen Wohnformen. Wohngruppen- oder Hausgemeinschaftsprojekte sind im Vergleich zu früheren Pflegeheimen überschaubare Planungsaufgaben für Architekten. Eine kleinmaßstäbliche, demenzgerechte Architektur, die auf Normalität und Alltagstauglichkeit auch bei nachlassenden Sinnesleistungen abzielt, ist ein Gewinn gegenüber herkömmlichen Konzepten und eine gute Planungsgrundlage für alle ambulanten und stationären Projekte der Altenhilfe.

### LITERATURHINWEIS

**Bauen für ältere Menschen**
Wohnformen – Planung – Gestaltung – Beispiele.
Autorin:
Gudrun Kaiser.

2014. DIN A4.
Gebunden. Ca. 180 Seiten mit ca. 200 Abbildungen und ca. 50 Tabellen.
ISBN 978-3-481-02972-2
Erscheint im März 2014

**Literatur zum Beitrag:**
Vom Pflegeheim zur Hausgemeinschaft, Empfehlungen zur Planung von Pflegeeinrichtungen. Autorin: Gudrun Kaiser; Hrsg.: Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2. Auflage 2012