

ALICE SALOMON



HOCHSCHULE BERLIN
University of Applied Sciences

Berliner Studie zu Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

Oktober 2007
Alice Salomon Hochschule Berlin

Autorin:

Karin Wolf-Ostermann

ISBN 978-3-930523-23-8

© 2007 Alice Salomon Hochschule Berlin, alle Rechte vorbehalten.

Alice-Salomon-Platz 5, D-12627 Berlin. www.asfh-berlin.de

Druck: Eppler & Buntdruck Berlin

Printed in Germany

Danksagung

Für die zuteil gewordene Unterstützung – ohne die die Durchführung der Studie in der vorliegenden Form nicht möglich gewesen wäre – möchten wir uns an dieser Stelle bei allen Beteiligten ganz herzlich bedanken. Hierzu zählen insbesondere die Vereinigungen der Leistungsanbieter, die die Studie in der vorliegenden Form unterstützt haben, sowie die Berliner Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales, die diese Studie initiiert hat, wobei ein ganz besonderer Dank Herrn Heinrich Stocksclaeder gilt.

Und nicht zuletzt gilt ein großer Dank den vielen Beteiligten auf Seiten der ambulanten Leistungserbringer die durch ihre zahlreiche Beteiligung an der Umfrage, die vorliegende Studie erst möglich gemacht haben. Es ist ein Zeichen besonderen Engagements und auch ein Hinweis auf ein bestehendes Qualitätsbewusstsein, dass diese trotz oft knapper eigener zeitlicher Ressourcen bereit waren, zu einer praxisnahen und gemeinsamen Forschung von Leistungsanbietern, dem Land Berlin und der Alice Salomon Hochschule beizutragen.



Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

INHALTSVERZEICHNIS

DANKSAGUNG	3
VERZEICHNIS DER TABELLEN	6
VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN.....	7
1 EINLEITUNG.....	11
2 MATERIAL UND METHODEN.....	16
2.1 Forschungsziele	17
2.2 Stichprobe.....	18
2.3 Auswertungen	24
3 ERGEBNISSE.....	25
3.1 Wohngemeinschaften und dort tätige Pflegedienste.....	25
3.1.1 <i>Pflegedienste</i>	<i>26</i>
3.1.2 <i>Bewohner(innen).....</i>	<i>27</i>
3.1.3 <i>Mitarbeiter(innen).....</i>	<i>28</i>
3.1.4 <i>Kennzahlen zum Verhältnis von Mitarbeiter(innen) und Bewohner(innen).....</i>	<i>35</i>
3.1.5 <i>Kennzahlen zur Demenz in Wohngemeinschaften.....</i>	<i>42</i>
3.2 Bewohner(innen) von Wohngemeinschaften am Stichtag 07.07.2006	45
3.2.1 <i>Soziodemografische Daten.....</i>	<i>45</i>
3.2.2 <i>Diagnosen</i>	<i>49</i>
3.2.3 <i>Pflegesituation</i>	<i>59</i>

3.2.4	<i>Wohnort und Lebenssituation vor Einzug</i>	71
3.2.5	<i>Selbstzahler und gesetzliche Betreuung</i>	77
3.2.6	<i>Kennzahlen zur Demenz von Bewohner(inne)n</i>	84
3.3	Einzüge von Bewohner(innen) im Jahr 2005	88
3.3.1	<i>Soziodemografische Daten</i>	89
3.3.2	<i>Pflegesituation</i>	91
3.3.3	<i>Wohnort und Lebenssituation bei Einzug</i>	96
3.4	Auszüge von Bewohner(innen) im Jahr 2005	101
3.4.1	<i>Soziodemografische Daten</i>	101
3.4.2	<i>Pflegesituation</i>	105
4	AUSBLICK	115
5	ZUSAMMENFASSUNG	118
6	LITERATUR	133
7	GLOSSAR	136
8	ANHANG	143
8.1	Anhang 1: Tabellen	144
8.2	Anhang 2: Anschreiben	155
8.3	Anhang 3: Fragebögen	159

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1: Verbandszugehörigkeit der ambulanten Leistungsanbieter.....	19
Tabelle 2: Anzahl der ambulanten Leistungsanbieter je Wohngemeinschaft (n=107).....	20
Tabelle 3: Zugehörigkeit von Pflegediensten zu Verbänden der Leistungsanbieter nach Bezirk	23
Tabelle 4: Zugehörigkeit von Pflegediensten zu Verbänden der Leistungsanbieter	26
Tabelle 5: Diagnosen von Bewohner(inne) nach Verband der Leistungsanbieter Pflegedienst.....	52
Tabelle 6: Psychiatrische Diagnosen von Bewohner(inne)n.....	53
Tabelle 7: Psychiatrische Diagnosen von Bewohner(innen) nach Verband der Leistungsanbieter	55
Tabelle 8: Somatische Diagnosen von Bewohner(inne)n	56
Tabelle 9: Somatische Diagnosen von Bewohner(inne) nach Verband der Leistungsanbieter	58
Tabelle 10: Sonstige Diagnosen von Bewohner(inne)n	59
Tabelle 11: Pflegestufen von Bewohner(inne)n.....	63
Tabelle 12: Versorgung der Bewohner(innen) vor Einzug in die Wohngemeinschaft.....	68
Tabelle 13: Versorgung der Bewohner(innen) vor Einzug nach Verband der Leistungsanbieter	70
Tabelle 14: Wohnort der Bewohner(innen) vor Einzug	72
Tabelle 15: Lebenssituation der Bewohner(innen) vor Einzug nach Verband der Leistungsanbieter.....	75
Tabelle 16: Selbstzahlerstatus der Bewohner(innen) vor Einzug nach Verband der Leistungsanbieter	78
Tabelle 17: Gesetzliche Betreuung der Bewohner(innen).....	80
Tabelle 18: Gesetzliche Betreuung der Bewohner(innen) nach Verband der Leistungsanbieter	83
Tabelle 19: Pflegestufe demenziell erkrankter Bewohner(innen)	85
Tabelle 20: Versorgung der demenziell erkrankter Bewohner(innen) vor Einzug in die Wohngemeinschaft.....	86
Tabelle 21: Demenzielle Erkrankung der Bewohner(innen) nach Verband der Leistungsanbieter	87
Tabelle 22: Pflegestufen von einziehenden Bewohner(inne)n.....	91
Tabelle 23: Versorgung der Einziehenden in die Wohngemeinschaft	94
Tabelle 24: Versorgung der einziehenden Bewohner(innen) nach Verband der Leistungsanbieter.....	95
Tabelle 25: Wohnort der einziehenden Bewohner(innen).....	97
Tabelle 26: Pflegestufen von ausziehenden Bewohner(inne)n.....	105
Tabelle 27: Anlass für die Beendigung des Pflegeverhältnisses	111
Tabelle 28: Anlass für die Beendigung des Pflegeverhältnisses nach Verband der Leistungsanbieter.....	114

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1:	Anteil der Wohngemeinschaften nach Bezirk (n=101).....	21
Abbildung 2:	Vergleich Anzahl der Wohngemeinschaften und Sozialstrukturindex nach Bezirk	22
Abbildung 3:	Organisationsgrad von Pflegediensten in den Wohngemeinschaften (n=101)	25
Abbildung 4:	Verteilung der Bewohneranzahl pro Wohngemeinschaft (n=90)	27
Abbildung 5:	Ausschnitt aus dem Fragebogen zur Anzahl in der Wohngemeinschaft	
	beschäftigter Personen	28
Abbildung 6:	Anteil Pflegefachkräfte an den im Pflegedienst beschäftigten	
	Mitarbeiter(inne)n nach Verbänden der Leistungsanbieter.....	29
Abbildung 7:	Anteil Pflegehelfer(innen) an den im Pflegedienst beschäftigten	
	Mitarbeiter(inne)n nach Verbänden der Leistungsanbieter	30
Abbildung 8:	Anteil Fachkräfte an den im Pflegedienst beschäftigten Mitarbeiter(innen)	
	nach Verbänden der Leistungsanbieter	31
Abbildung 9:	Anzahl im Pflegedienst beschäftigter Mitarbeiter(innen) pro Wohngemeinschaft.....	32
Abbildung 10:	Anzahl Vollzeitstellen im Pflegedienst beschäftigter Mitarbeiter(innen)	
	pro Wohngemeinschaft.....	33
Abbildung 11:	Anteil Kräfte an den im Pflegedienst beschäftigten Mitarbeiter(innen)	34
Abbildung 12:	Anzahl und Vollzeitstellen im Pflegedienst beschäftigter Mitarbeiter(innen).....	
	pro Bewohner(in).....	34
Abbildung 13:	Anzahl Vollzeitstellen von im Pflegedienst beschäftigter Mitarbeiter(innen).....	
	pro Bewohner(in) nach Verband der Leistungsanbieter	36
Abbildung 14:	Anzahl und Vollzeitstellen im Pflegedienst beschäftigter Pflegefachkräfte	
	pro Bewohner(in)	36
Abbildung 15:	Anzahl Vollzeitstellen von Pflegefachkräften pro Bewohner(in)	
	nach Verband der Leistungsanbieter.....	37
Abbildung 16:	Anzahl und Vollzeitstellen von Pflegehelfer(inne)n pro Bewohner(in)	38
Abbildung 17:	Anzahl Vollzeitstellen von Pflegehelfer(inne)n pro Bewohner(in).....	
	nach Verband der Leistungsanbieter	39
Abbildung 18:	Anzahl und Vollzeitstellen von Fachkräften pro Bewohner(in)	40
Abbildung 19:	Anzahl Vollzeitstellen von Fachkräften pro Bewohner(in)	
	nach Verband der Leistungsanbieter.....	40
Abbildung 20:	Mittelwert der Anzahl Vollzeitstellen von im Pflegedienst beschäftigten.....	
	Mitarbeiter(innen) pro Bewohner(in) nach Verband der Leistungsanbieter	41
Abbildung 21:	Anteil der Bewohner(innen) mit demenziellen Erkrankungen pro Wohngemeinschaft	42
Abbildung 22:	Zusammenhang von Beschäftigten in der Wohngemeinschaft und dem Anteil	
	von Bewohner(inne)n mit demenziellen Erkrankungen	43

Abbildung 23:	Anteil der Bewohner(innen) mit demenziellen Erkrankungen pro Wohngemeinschaft nach Verband der Leistungsanbieter.....	44
Abbildung 24:	Anteil der Bewohner(innen) nach Bezirk der Wohngemeinschaft (n=740).....	45
Abbildung 25:	Altersverteilung der Stichprobe insgesamt und nach Geschlecht.....	46
Abbildung 26:	Altersverteilung der Stichprobe nach Bezirk der Wohngemeinschaft.....	47
Abbildung 27:	Geschlechterverteilung der Stichprobe nach Bezirk der Wohngemeinschaft.....	47
Abbildung 28:	Verteilung der ausländischen Bevölkerung in Berlin.....	48
Abbildung 29:	Ausschnitt aus dem Fragebogen zu Diagnosen von Bewohner(innen).....	49
Abbildung 30:	Diagnosegruppen von Bewohner(innen).....	50
Abbildung 31:	Alter der Bewohner(innen) nach Diagnosegruppen.....	50
Abbildung 32:	Diagnosegruppen der Bewohner(innen) nach Bezirk der Wohngemeinschaft.....	52
Abbildung 33:	Psychiatrische Diagnosen der Bewohner(innen) nach Geschlecht.....	53
Abbildung 34:	Alter der Bewohner(innen) nach psychiatrischer Diagnose.....	54
Abbildung 35:	Bewohner(innen) mit psychiatrischer Diagnose nach Bezirk der Wohngemeinschaft.....	55
Abbildung 36:	Somatische Diagnosen der Bewohner(innen) nach Geschlecht.....	57
Abbildung 37:	Alter der Bewohner(innen) nach somatischer Diagnose.....	57
Abbildung 38:	Beginn der Pflege der Bewohner(innen).....	59
Abbildung 39:	Dauer der bisherigen Pflege der Bewohner(innen).....	60
Abbildung 40:	Dauer der bisherigen Pflege der Bewohner(innen) nach Geschlecht.....	60
Abbildung 41:	Dauer der bisherigen Pflege der Bewohner(innen) nach Diagnosegruppe.....	61
Abbildung 42:	Dauer der bisherigen Pflege der Bewohner(innen) nach Verband der Leistungsanbieter ...	62
Abbildung 43:	Pflegestufen der Bewohner(innen) nach Geschlecht.....	64
Abbildung 44:	Pflegestufen der Bewohner(innen) nach Diagnosegruppe.....	64
Abbildung 45:	Alter der Bewohner(innen) nach Pflegestufe.....	65
Abbildung 46:	Pflegestufenindex der Wohngemeinschaften.....	66
Abbildung 47:	Pflegestufenindex der Wohngemeinschaften nach Verband der Leistungsanbieter.....	67
Abbildung 48:	Zusammenhang Pflegestufenindex und Mitarbeiter(inn)en pro Bewohner(in)..... nach Verband der Leistungsanbieter.....	68
Abbildung 49:	Versorgung der Bewohner(innen) vor Einzug nach Geschlecht.....	69
Abbildung 50:	Alter der Bewohner(innen) nach Versorgung vor Einzug.....	71
Abbildung 51:	Wohnort der Bewohner(innen) vor Einzug in Berlin.....	72
Abbildung 52:	Lebenssituation der Bewohner(innen) vor Einzug.....	73
Abbildung 53:	Lebenssituation der Bewohner(innen) vor Einzug nach Geschlecht.....	73

Abbildung 54:	Lebenssituation der Bewohner(innen) nach Versorgung vor Einzug	74
Abbildung 55:	Lebenssituation der Bewohner(innen) vor Einzug nach Pflegestufe	75
Abbildung 56:	Alter der Bewohner(innen) vor Einzug nach Lebenssituation	76
Abbildung 57:	Selbstzahlerstatus der Bewohner(innen) nach Diagnosegruppe	77
Abbildung 58:	Selbstzahlerstatus der Bewohner(innen) nach Versorgung vor Einzug	78
Abbildung 59:	Gesetzliche Betreuung der Bewohner(innen) nach Geschlecht	79
Abbildung 60:	Gesetzliche Betreuung der Bewohner(innen) nach Diagnosegruppe.....	80
Abbildung 61:	Gesetzliche Betreuung der Bewohner(innen) nach Versorgung vor Einzug	81
Abbildung 62:	Gesetzliche Betreuung der Bewohner(innen) nach Pflegestufe	81
Abbildung 63:	Gesetzliche Betreuung der Bewohner(innen) nach Lebenssituation.....	82
Abbildung 64:	Alter der Bewohner(innen) nach gesetzlicher Betreuung	83
Abbildung 65:	Dauer der bisherigen Pflege demenziell erkrankter Bewohner(innen)	84
Abbildung 66:	Pflegestufe der Bewohner(innen) nach demenzieller Diagnose	85
Abbildung 67:	Versorgung demenziell erkrankter Bewohner(innen) vor Einzug	
	in die Wohngemeinschaft nach demenzieller Diagnose	87
Abbildung 68:	Einzüge von Bewohner(innen) nach Bezirk der Wohngemeinschaft (n=204).....	88
Abbildung 69:	Monatliche Verteilung der Einzüge	89
Abbildung 70:	Altersverteilung der Einzüge insgesamt und nach Geschlecht	90
Abbildung 71:	Altersverteilung Einzüge nach Bezirk der Wohngemeinschaft	90
Abbildung 72:	Geschlechterverteilung der Einzüge nach Bezirk der Wohngemeinschaft	91
Abbildung 73:	Pflegestufen der Einziehenden nach Geschlecht	92
Abbildung 74:	Alter der Einziehenden nach Pflegestufe	93
Abbildung 75:	Pflegeeinstufung der Einziehenden nach Bezirk	93
Abbildung 76:	Alter der einziehenden Bewohner(innen) nach Versorgung vor Einzug	96
Abbildung 77:	Wohnort der einziehenden Bewohner(innen) in Berlin	97
Abbildung 78:	Lebenssituation der einziehenden Bewohner(innen)	98
Abbildung 79:	Lebenssituation der einziehenden Bewohner(innen) nach Geschlecht	99
Abbildung 80:	Lebenssituation der einziehenden Bewohner(innen) nach Versorgung vor Einzug	99
Abbildung 81:	Lebenssituation der einziehenden Bewohner(innen) nach Pflegestufe	100
Abbildung 82:	Alter der einziehenden Bewohner(innen) nach Lebenssituation.....	101
Abbildung 83:	Auszüge von Bewohner(innen) nach Bezirk der Wohngemeinschaft (n=104).....	102
Abbildung 84:	Monatliche Verteilung der Auszüge	102
Abbildung 85:	Altersverteilung der Auszüge insgesamt und nach Geschlecht	103

Abbildung 86:	Altersverteilung Auszüge nach Bezirk der Wohngemeinschaft	103	
Abbildung 87:	Geschlechterverteilung der Auszüge nach Bezirk der Wohngemeinschaft	104	
Abbildung 88:	Pflegestufen der Ausziehenden nach Geschlecht.....	105	
Abbildung 89:	Alter der Ausziehenden nach Pflegestufe	106	
Abbildung 90:	Pflegeeinstufung der Ausziehenden nach Bezirk.....	107	
Abbildung 91:	Pflegedauer der Auszüge insgesamt und nach Geschlecht	108	
Abbildung 92:	Aufenthaltsdauer der Auszüge nach Pflegestufe	108	
Abbildung 93:	Aufenthaltsdauer der Auszüge nach Bezirk der Wohngemeinschaft.....	109	
Abbildung 94:	Aufenthaltsdauer der Auszüge nach Verband der Leistungsanbieter des Pflegedienstes .	110	
Abbildung 95:	Anlass für die Beendigung des Pflegeverhältnisses nach Geschlecht.....	111	
Abbildung 96:	Anlass für die Beendigung des Pflegeverhältnisses nach Pflegeeinstufung	112	
Abbildung 97:	Alter der ausziehenden Bewohner(innen) nach Anlass für die Beendigung	des Pflegeverhältnisses	113

1 Einleitung

Eine ansteigende Lebenserwartung sowie eine abnehmende Geburtenrate werden in den nächsten Jahren zu deutlichen Veränderungen in der demografischen Altersstruktur der Bundesrepublik Deutschland führen. Hieraus resultiert eine Reihe von strukturellen Änderungen, die auf die Gesellschaft zukommen werden. Waren im Jahr 2001 nur 24,1% der Bevölkerung älter als 60 Jahre, so liegen Prognosen für das Jahr 2050 bei einem Anteil von 36,7% (Statistisches Bundesamt 2005¹). Aus dieser Veränderung der demografischen Altersstruktur resultiert auch eine Zunahme bestimmter altersspezifischer Erkrankungen. Nach Wurm & Tesch-Römer² wird insbesondere der Anteil von Personen mit Mehrfacherkrankungen mit dem Alter zunehmen. Für die Altersgruppe der 55- bis 69-jährigen folgt daraus beispielsweise, dass schon die meisten Personen in diesem Alter von zwei und mehr Erkrankungen betroffen sein werden.

Nach Ergebnissen der Berliner Altersstudie (Mayer & Baltes 1998³) sind ca. 80% der untersuchten Bevölkerung im ehemaligen Westteil Berlins im Alter von 70 bis 104 Jahren zu einer weitgehend selbstständigen Lebensführung in der Lage. Für etwa 8% der Untersuchten gilt nach den Maßstäben der Pflegeversicherung, dass diese als pflegebedürftig einzustufen sind. Als eine entscheidende Altersgrenze für die Feststellung einer Pflegebedürftigkeit gilt dabei der Lebensabschnitt nach dem 80. Lebensjahr. Der Anteil dieser so genannten Hochaltrigen betrug im Jahr 1990 etwa 0,5% der bundesrepublikanischen Bevölkerung und wird für das Jahr 2050 auf ca. 12% prognostiziert (vgl. BMFSFJ 2001, S.14⁴). Bei einer Bevölkerungszahl in Berlin von 3.395.000 Bewohner(innen) zum Stichtag 31.12.2005⁵ würden damit bei einer gleich bleibenden Bevölkerungsgröße im Jahre 2050 etwas mehr als 400.000 Personen in die Gruppe der Hochaltrigen fallen. Erfasst wurden zum Jahresende in der Pflegestatistik 2005⁶ in

¹ http://www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2003/Bevoelkerung_2050.pdf (14.03.2007)

² Wurm, S. & Tesch-Römer, C. (2006): *Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung*. In C. Tesch-Römer, H. Engstler & S. Wurm (Hrsg.): *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte* (S. 329-383). VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

³ Mayer K.U. & Baltes P.B. (Hrsg) (2002): *Die Berliner Altersstudie*. 2. Auflage, Akademie Verlag, Berlin.

⁴ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2001): *Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft*. Berlin: Deutscher Bundestag. Drucksache 14/5130. 19.01.2001.

⁵ <http://www.statistik-berlin-brandenburg.de/> (28.05.2007)

⁶ Statistisches Bundesamt (2007): *Pflegestatistik 2005 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 2. Bericht: Ländervergleich - Pflegebedürftige.*, Wiesbaden.

Berlin 96.134 Personen als pflegebedürftig, davon zwei Drittel in der Altersgruppe über 75 Jahren. Weiterhin heißt es in der Pflegestatistik 2005⁶:

„In den Stadtstaaten Hamburg und Berlin sowie in Schleswig-Holstein gab es relativ viele hochaltrige Pflegebedürftige: der Anteil der ab 85-jährigen Pflegebedürftigen an allen Pflegebedürftigen beträgt in Hamburg rund 37% und in Berlin sowie Schleswig-Holstein 35%.“

Berlin weist dabei eine große Zunahme von Pflegebedürftigen um 7% im Vergleich zum Jahr 2003 auf, das ist die zweithöchste Wachstumsrate (nach Brandenburg mit 8%) in der Bundesrepublik Deutschland (vgl. Statistisches Bundesamt (2007): *Pflegestatistik 2005, 2. Bericht: Ländervergleich – Pflegebedürftige*, S.6).

Mit der Zunahme des Anteils älterer und hochaltriger Personen in der Gesellschaft wird die Frage nach den Versorgungserfordernissen für ältere Menschen und der entstehende Hilfe- und Pflegebedarf zunehmend wichtig. So wird im dritten Altenbericht der Bundesrepublik Deutschland (BMFSFJ 2001, S.43⁴) darauf hingewiesen: *„Die Anzahl älterer, kranker und beeinträchtigter Menschen wird zweifelsfrei zunehmen. Eine besondere Herausforderung stellt in diesem Zusammenhang die bereits heute zu verzeichnende Zunahme der Demenzerkrankungen dar.“*

Am Beispiel Demenz als einer besonderen alterstypischen Erkrankungsform sollen deshalb nachfolgend kurz die Auswirkungen auf Beratungs- und Versorgungsangebote aufgezeigt werden (für eine ausführliche Darstellung hierzu sei auf den vierten Altenbericht der Bundesrepublik Deutschland⁷ verwiesen oder aber auf weitere entsprechende Fachliteratur⁸): Die Prävalenz demenzieller Erkrankungen nimmt mit dem Alter deutlich erkennbar zu. Nach epidemiologischen Studien wird sie für die Altersgruppe der über 65-jährigen in westlichen Industrieländern mit 5%-8% beziffert (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Altersdemenz, 2005⁹). Der vom Robert Koch-Institut herausgegebene Bericht zur Altersdemenz formuliert dies wie folgt:

⁷ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002): *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*. Berlin.

⁸ z.B. Hallensleben, J. & Jaskulewicz G. (2005); Klie, T. (2003); Kruse, A. & Martin, M. (2004); Pawletko, K.-W. (2002); Saup, W., Eberhard, A., Huber, R. & Koch, K. (2004); Wenng, S. & Herkert, B. (2002), Weyerer, S. (2005); Weyerer, S., Schäufele, M. (2004); Weyerer, S., Schäufele, M. & Hendlmeier, I. (2005)

⁹ Weyerer, S. (2005): *Altersdemenz*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28, Robert Koch-Institut, Berlin.

„Demenzen gehören zu den häufigsten und folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Alter. In Deutschland leiden derzeit - bezogen auf die 65-Jährigen und Älteren - nahezu eine Million Menschen an einer Demenz, die Anzahl der Neuerkrankungen beträgt im Laufe eines Jahres fast 200.000. Mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit demenzieller Erkrankungen sehr stark an, von weniger als 2% bei den 65- bis 69-Jährigen auf über 30% bei den 90-Jährigen und Älteren. ... Fast die Hälfte der Pflegebedürftigen in Privathaushalten hat eine Demenz, wobei mit zunehmender Pflegestufe der Anteil stark ansteigt. Gleichzeitig ist die Demenz der mit Abstand wichtigste Grund für eine Heimaufnahme, und der Anteil demenzkranker Heimbewohner hat in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich zugenommen. Derzeit sind über 60% der Heimbewohner von dieser Krankheit betroffen. Man kann davon ausgehen, dass in Deutschland etwa 400.000 demenziell erkrankte Menschen in Alten- und Pflegeheimen versorgt werden.“

Überträgt man die hier¹⁰ veröffentlichten Gesamtprävalenzen von 6,5% bis 7,3% für die über 65-Jährigen auf die Wohnbevölkerung Berlins, so ergeben sich bei einem Bevölkerungsstand von 3.395.000 Personen zum 31.12.2005, von denen 17,2% bzw. 583.940 Personen älter als 65 Jahre sind, Schätzungen von etwa 40.000 (37.956 – 42.628) demenziell erkrankten Personen.

Sozialpolitisch ergibt sich aus den vorgestellten Entwicklungen die Notwendigkeit, der o.g. Zielgruppe älterer pflegebedürftiger Menschen ein umfassendes, abgestuftes Netz von Hilfen, Betreuungs- und Versorgungsangeboten anzubieten. Da die Mehrzahl der älteren Menschen solange wie möglich selbstständig in der eigenen Wohnung wohnen bleiben möchte und der Gesetzgeber der häuslichen Versorgung Vorrang gegeben hat, gewinnt das Entstehen gemeinschaftlicher Wohnformen an Bedeutung. Bereits im zweiten Altenbericht der Bundesrepublik Deutschland¹¹ wurde 1998 festgestellt: *„Betreutes Wohnen ... scheint also ... ein sinnvolles Ziel zu sein, dem man mit einem qualifizierten Ausbau ambulanter Hilfen mit ehrenamtlichen und professionellen Helfern näher kommen wird.“*

¹⁰ Weyerer, S. (2005): *Altersdemenz*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28, Robert Koch-Institut, Berlin, S.11ff.

¹¹ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (1998): *Zweiter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Wohnen im Alter*. Berlin: Deutscher Bundestag. Drucksache 13/9750. 28.01.1998.

Das Konzept der ambulant betreuten Wohngemeinschaften für pflegebedürftige ältere Menschen wurde entwickelt, um durch die koordinierte Inanspruchnahme von Diensten die ambulante Versorgung für diejenigen älteren Menschen zu ermöglichen, die nach längerer Betreuung zu Hause in einen Hilfebedarf hineingewachsen sind, der sich in der angestammten Häuslichkeit nicht mehr angemessen befriedigen lässt und der die ständige Präsenz von Betreuungspersonal erforderlich macht. Die Betreuung und Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner erfolgt – gegebenenfalls unterstützt von Angehörigen/Vertretungsberechtigten – durch einen oder mehrere ambulante(n) Pflegedienst(e), die Vertragspartner der Kostenträger im Rahmen SGB XI, ggf. auch SGB V sind und den für sie verbindlichen gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen in der jeweils geltenden Fassung unterliegen (insbesondere §§ 72, 75, 80, 112 ff. SGB XI). Die Pflegedienste werden von den Bewohnerinnen und Bewohnern einer Wohngemeinschaft bzw. ihren Vertretungsberechtigten mit der Übernahme der Pflege in einer Wohngemeinschaft beauftragt und sind als Dienstleister in der Häuslichkeit der Bewohner(innen) tätig. Die Bewohner(innen) schließen mit dem Vermieter einen unabhängig von den anderen Dienstleistungsverträgen (insbesondere den Pflegeverträgen) bestehenden Mietvertrag ab.

Wurde im Jahr 2003 die Zahl ambulant betreuter Wohngemeinschaften in Deutschland noch auf 143 geschätzt¹² (davon mehr als ein Drittel (36,4%) in Berlin), so gibt es nach neueren Schätzungen¹³ etwa 200 Wohngemeinschaften, in denen Menschen mit Demenz leben und die sich als „*neuzeitliche Alternative zur vollstationären Versorgung, zum Modell der Hausgemeinschaft sowie zur häuslichen Versorgung in der Familie*“ (vgl. Brinker-Meyendriesch 2006¹³) verstehen. Nach Kennzahlen der Berliner Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales waren zum 08.06.2007 in Berlin „*230 Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz bzw. Wohngemeinschaften mit gemischter Belegung*“¹⁴ gemeldet. Berlin nimmt hierbei in der Bundesrepublik Deutschland als Region eine führende Stellung bezogen auf die

¹² Kremer-Preiß, U. (2004): *Struktur des Angebots – Ergebnisse der schriftlichen Befragung*. In: Kremer-Preiß, U, Narten, R; *Betreute Wohngruppen – Pilotstudie*. (Reihe: Leben und Wohnen im Alter, Bd. 4). Bertelsmann Stiftung und Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg), Köln.

¹³ Brinker-Meyendriesch, E. (2006). *Ausgewählte Inhalts- und Strukturelemente von Wohngemeinschaften, in denen Menschen mit Demenz leben*. PrinterNet 4/2006, 240-246.

¹⁴ Abgeordnetenhaus Berlin (2007): *Kleine Anfrage der Abgeordneten J. Villbrandt zu Wohngemeinschaften mit Demenz*. Drucksache 16/10847, Kulturbuch-Verlag, Berlin.

Anzahl solcher Wohngemeinschaften ein, wobei in Zukunft ein weiterer Ausbau dieser betreuten Wohnform zu erwarten ist (vgl. Kremer-Preiß & Stolarz 2005¹⁵).

Das Konzept der ambulant betreuten Wohngemeinschaften für ältere pflegebedürftige Menschen stellt auch einen Wechsel in der Auffassung von Betreuungskonzepten dar. Steht in der Heimversorgung die Pflegequalität im Vordergrund, ist dies im Bereich der betreuten Wohngemeinschaften das Prinzip der Dezentralisierung und der Normalität im Alltag. Nach Pawletko (2002)¹⁶ führt dies insbesondere auch zu einer größeren Selbstbestimmung der Betroffenen, da die Bewohner solcher Wohngemeinschaften in ihrer „Kundenrolle“ gestärkt werden und die Pflegeorganisation und Alltagsgestaltung weitgehend mitbestimmen können. Durch diese entsprechenden Betreuungs- und Versorgungsangebote wird damit nicht zuletzt auch einem umfassenden Konzept von Lebensqualität auch unter alters- und gesundheitsbedingten Einschränkungen der Betroffenen Rechnung getragen.

Angesichts der hier beschriebenen Entwicklungen ist es daher wichtig, zeitnah die zurzeit bestehenden Nutzungs- und Leistungsstrukturen in diesem Bereich abzubilden und einen validen Überblick über die sich derzeit schnell entwickelnden Angebote zum Wohnen im Alter zu gewinnen. Da sich die benötigten Daten nicht aus der Bundespflegestatistik gemäß § 109 SGB XI gewinnen lassen, wurde die vorliegende Studie mit dem Ziel konzipiert, im Land Berlin die Bewohnerstruktur in den Wohngemeinschaften abzubilden. Für alle an der Versorgung Beteiligten sollen sich damit Kenntnisstand und Transparenz zum Angebot verbessern, um damit auch langfristig eine leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende und wirtschaftliche pflegerische Versorgungsstruktur vorzuhalten.

Im Jahr 2006 wurde deshalb die vorliegende Studie mit den oben genannten Zielsetzungen von der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales initiiert und mit der Alice Salomon Hochschule Berlin konzipiert. Sie wurde mit den Verbänden der Leistungsanbieter abgestimmt und von diesen sowie der Berliner Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales ausdrücklich unterstützt.

¹⁵ Kremer-Preiß, U. & Stolarz, H. (2003). *Neue Wohnkonzepte für das Alter und praktische Erfahrungen bei der Umsetzung – eine Bestandsanalyse*. (Reihe: Leben und Wohnen im Alter, Bd. 1). Bertelsmann Stiftung und Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), Köln.

¹⁶ Pawletko, K.-W. (2002). *Ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Berlin.

2 Material und Methoden

Die vorliegende Studie bezieht alle freigemeinnützigen und privaten Leistungsanbieter in Berlin ein, die die Versorgung von Menschen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften durch ambulante Pflegedienste auf der Basis von Vereinbarungen gem. § 89 SGB XI und § 75 Abs. 3 SGB XII sicherstellen. Berlin bietet dabei durch seine Größe, Heterogenität und die Ansammlung sozialer Probleme in einigen Bezirken ein Forschungsfeld, das auch für andere Städte und Bundesländer Anregungen geben kann. Als Forschungsinstrument ist eine schriftliche standardisierte Befragung eingesetzt worden, die in der Konzeption auf die vier Bereiche

- Versorgungssituation in der Wohngemeinschaft,
- Bewohner(innen) zum Stichtag 07.07.2006,
- Einzüge im Jahr 2005 sowie
- Auszüge im Jahr 2005

abgestimmt wurde.

Die Vereinigungen der Leistungsanbieter wurden bereits im Vorfeld gebeten, die Erhebung unterstützend zu begleiten und ihre Mitglieder um Beteiligung zu bitten. Ein Anfang Februar 2006 mit Unterstützung eines Verbandes von einigen Pflegediensten durchgeführter Pretest zur Überprüfung der Anwendbarkeit des Fragebogens verlief positiv. Der entwickelte Fragebogen (vgl. 8.3) umfasste in der endgültigen Version die folgenden Bereiche:

- pflegerische Versorgungsstrukturen
- Regionalstrukturen der Inanspruchnahme und Versorgung
- Soziodemografische Situation der Bewohner(innen)
- Migrationshintergrund
- Pflegestufenstruktur
- Diagnosegruppen
- Versorgung / Pflege / Lebenssituation unmittelbar vor Einzug
- Informationen zu neu eingezogenen Bewohner(innen)
- Informationen über die ausgezogenen bzw. verstorbenen Bewohner(innen)

Da mit dem entwickelten Instrument (Fragebogen) nur den Pflegediensten bekannte und vorliegende Daten abgefragt wurden, ist es als inhaltlich valide anzusehen.

2.1 Forschungsziele

Angesichts des Wunsches der Mehrzahl der älteren Menschen, solange wie möglich selbstständig in der eigenen Wohnung wohnen zu bleiben, der demografischen Entwicklung und des Vorrangs der häuslichen Versorgung gewinnt das Entstehen gemeinschaftlicher Wohnformen an Bedeutung. Wohngemeinschaften, insbesondere Wohngemeinschaften für ältere pflegebedürftige Menschen auch beispielsweise mit demenziellen Erkrankungen, kommt in diesem Zusammenhang – nicht zuletzt unter Aspekten einer allgemeinen Lebensqualität – besondere Bedeutung zu. Dieser Tatsache wird auch durch eine besondere Schwerpunktbildung bei der Auswertung der Befragung Rechnung getragen. Mit der Befragung soll der Stand an erreichter Entwicklung beschrieben, eine Grundlage für eine prospektive vergleichende Betrachtung gelegt und die fachliche Entwicklung im Angebotssegment befördert werden.

Die nachfolgend formulierten Forschungsziele stehen hierbei im Vordergrund:

1. Erhebung von Grundlagendaten zu Wohngemeinschaften als einem wichtigen und sich derzeit schnell entwickelnden Angebot zum Wohnen im Alter sowie zur Struktur ihrer Bewohner(innen) in Ergänzung zur Bundespflegestatistik gemäß § 109 SGB XI.
2. Beschreibung des Angebotsegments und seines Stellenwerts für die ambulante Versorgung in Berlin.
3. Analyse regionaler Versorgungsstrukturen – auch im Sinne einer wohnortnahen Versorgung.
4. Analyse des Stellenwertes multi-ethnischer Betreuung und Pflege in Wohngemeinschaften.
5. Schaffung von Grundlagen für die Analyse von möglichen Unterschieden zwischen einer Versorgung im Heim und einer ambulanten Versorgung.

2.2 Stichprobe

Die Studie umfasst als Grundgesamtheit alle Bewohner(innen) ambulant betreuter Wohngemeinschaften in Berlin zum Stichtag 07.07.2006. Die Auswahl der Stichprobe wurde als Totalerhebung aller Personen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften in Berlin konzipiert. Erfasst wurden ausschließlich Wohngemeinschaften, deren Bewohner(innen) von ambulanten Pflegediensten im Rahmen der Vereinbarungen gem. § 89 SGB XI und § 75 Abs. 3 SGB XII (alt § 93 Abs. 2 BSHG) versorgt werden (LK 19 und 38, Bündelung von Einzelleistungskomplexen). Wohngemeinschaften, deren Bewohner(innen) auf der Basis von Verträgen zu Leistungstypen gem. SGB XII versorgt werden, waren nicht Gegenstand dieser Befragung. Weitergehende Ein- oder Ausschlusskriterien wurden nicht definiert. Nach einer Schätzung der Berliner Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales wurde zum Stichtag von ca. 160 zu erfassenden Wohngemeinschaften und ca. 1.100 zu erfassenden Personen ausgegangen. Die konzipierten Fragebögen wurden Ende Juni 2006 an alle ambulanten Leistungserbringer im Land Berlin verschickt. Zusätzlich wurde ab Ende August noch einmal telefonisch bei allen Leistungserbringern nachgeforscht, bei denen keine Rückmeldung erfolgt war und in diesen Fällen die Befragungsbögen in Absprache noch einmal zugesandt.

Die Planung und Umsetzung dieser Studienphase erfolgte in Zusammenarbeit der Alice Salomon Hochschule Berlin sowie der Berliner Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales. Hierbei erfolgte die organisatorische Umsetzung der erstmaligen Aussendung der standardisierten Fragebögen durch die Senatsverwaltung, der Rücklauf der Unterlagen sowie die Datenerfassung und alle weiteren Erfassungs- und Auswertungsprozeduren wurden von der Alice Salomon Hochschule Berlin übernommen.

Die Anonymität der Befragten wurde durch die Konzeption der Umfrage gewährleistet. So erfolgt die Datenhaltung und Auswertung an der Alice Salomon Hochschule. Nach erfolgter Rücklauf- und Plausibilitätskontrolle erfolgte eine Trennung der auswertungsrelevanten Daten von identifizierenden Daten zu Pflegediensten und Wohngemeinschaften. Eine Auswertung und Weitergabe von Ergebnissen erfolgt nur in aggregierter Form, die keine Rückschlüsse bezüglich einzelner Personen, Wohngemeinschaften oder Leistungserbringer ermöglicht. Die Befragung ist mit dem Berliner Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit abgestimmt.

Der Rücklauf der Fragebögen, die für eine sinnvolle Auswertung zur Verfügung stehen, umfasst insgesamt die Daten zu 108 Wohngemeinschaften und 745 Bewohner(innen). Bezogen auf die zum Stichtag geschätzte Anzahl¹⁷ von 157 Wohngemeinschaften und 1.083 Bewohner(innen) konnte somit ein Rücklauf von jeweils 68,8% erzielt werden. Hierzu ist jedoch anzumerken, dass die Schätzung der Anzahl der Wohngemeinschaften/Bewohner(innen) und damit auch die berechneten Rücklaufquoten auch aufgrund des sich schnell verändernden Marktes nur eine Orientierung bieten können.

Verband	Anzahl Wohngemeinschaften	Rücklauf	Prozent
DPW Der PARITÄTISCHE Wohlfahrtsverband Landesverband Berlin e.V.	22	20	90,9
AVG ArbeitgeberVerband im Gesundheitswesen e.V.	71	57	80,3
Diakonie Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz (DWBO) e.V.	19	12	63,2
BPA Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.	14	8	57,1
ABVP Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V.	19	10	52,6
nicht organisiert	40	12	30,0
AGH Arbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege Berlin e.V.	1	0	0,0
AWO Arbeiterwohlfahrt Landesverband Berlin e.V.	4	0	0,0
ViB Verein für Krankenpflegeeinrichtungen in Berlin e.V.	4	0	0,0
Insgesamt*	194	119	61,3

*Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 1: Verbandszugehörigkeit der ambulanten Leistungsanbieter¹⁸

Betrachtet man die Struktur der ambulanten Leistungsanbieter in den Wohngemeinschaften, so weisen die in Verbänden organisierten ambulanten Pflegedienste überwiegend eine deutlich höheren Rücklauf auf als nicht organisierte Anbieter (vgl. Tabelle 1). Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass es keine eindeutige Zuordnung zwischen den Wohngemeinschaften und den Leistungsanbietern geben muss, sondern auch mehrere Anbieter in einer Wohngemein-

¹⁷ Die hier verwendeten Angaben zur Schätzung des Rücklaufs beziehen sich auf ambulant betreute Wohngemeinschaften mit demenziell erkrankten Bewohner(innen), die über Tagespauschalen finanziert werden, da ausschließlich hierzu Angaben zur Verfügung standen. Die tatsächliche Anzahl von Wohngemeinschaften und Bewohner(innen) kann somit durchaus größer sein, was dann in einer geringeren Rücklaufquote resultieren würde.

¹⁸ Die in Tabelle 1 verwendeten Abkürzungen der Verbände der Leistungsanbieter finden auch im folgenden Verwendung (s. auch Glossar, S.136).

schaft parallel tätig sein können, so dass sich durch diese Mehrfachantworten in Tabelle 1 eine deutlich größere Gesamtzahl von Wohngemeinschaften ergibt. Bei einer Aufteilung der Leistungsanbieter in freigemeinnützig organisierte (Diakonie, DPW), privat organisierte (ABVP, AGH, AVG, BPA, ViB) und private, nicht verbandlich organisierte Anbieter ergeben sich Rücklaufquoten von 71% für freigemeinnützig organisierte Pflegedienste, 60% für privat organisierte Pflegedienste und 30% für private, nicht verbandlich organisierte Pflegedienste.

Generell gilt (wie bei allen freiwilligen Umfragen), dass sich vermutlich besonders engagierte Pflegedienste an der Umfrage beteiligt haben (insbesondere auch bei den nicht verbandlich organisierten Diensten), so dass dies bei der Interpretation der Ergebnisse mit zu berücksichtigen ist. Aufgrund der oben angegebenen Rücklaufquote von nahezu 70% und einer Erfassungsquote von mehr als 50% für die zahlenmäßig am stärksten vertretenen Verbände der ambulanten Leistungserbringer (vgl. Tabelle 1) kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die erhobenen Daten in einem hohen Maße repräsentativ sind.

Bezüglich der Validität des Untersuchungsdesigns gilt, dass eine interne Validität vorliegt, da die Untersuchung in sich schlüssig angelegt ist und im Wesentlichen zur Deskription der vorliegenden Situation im Bereich von Wohngemeinschaften für pflegebedürftige (ältere) Menschen im Land Berlin dient. Eine Verallgemeinerung der Ergebnisse der Untersuchung über die ausgewählte Stichprobe hinaus auf andere Populationen (externe Validität) ist nur bedingt möglich, da soziodemografische Strukturen der Bewohner(innen) sowie regionale Versorgungsstrukturen nicht uneingeschränkt auf andere Versorgungsregionen übertragbar sind.

ambulante Pflegedienste	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Anzahl 1	95	88,8	88,8
2	11	10,3	99,1
3	1	,9	100,0
Gesamt	107	100,0	

Tabelle 2: Anzahl der ambulanten Leistungsanbieter je Wohngemeinschaft (n=107).

Für die insgesamt 107¹⁹ Wohngemeinschaften, für die auswertbare Fragebögen vorliegen, gibt die Tabelle 2 einen Überblick zur Zuordnung zwischen den Wohngemeinschaften und den Leistungserbringern. Hiernach liegt bei der überwiegenden Mehrheit (89%) der untersuchten

¹⁹ Ein Fragebogen konnte aufgrund fehlender Angaben weder einer Wohngemeinschaft noch einem Leistungserbringer zugeordnet werden.

Wohngemeinschaften eine Versorgung durch einen einzigen Leistungsanbieter vor, Versorgungsstrukturen mit mehr als zwei Anbietern sind fast nicht vertreten.

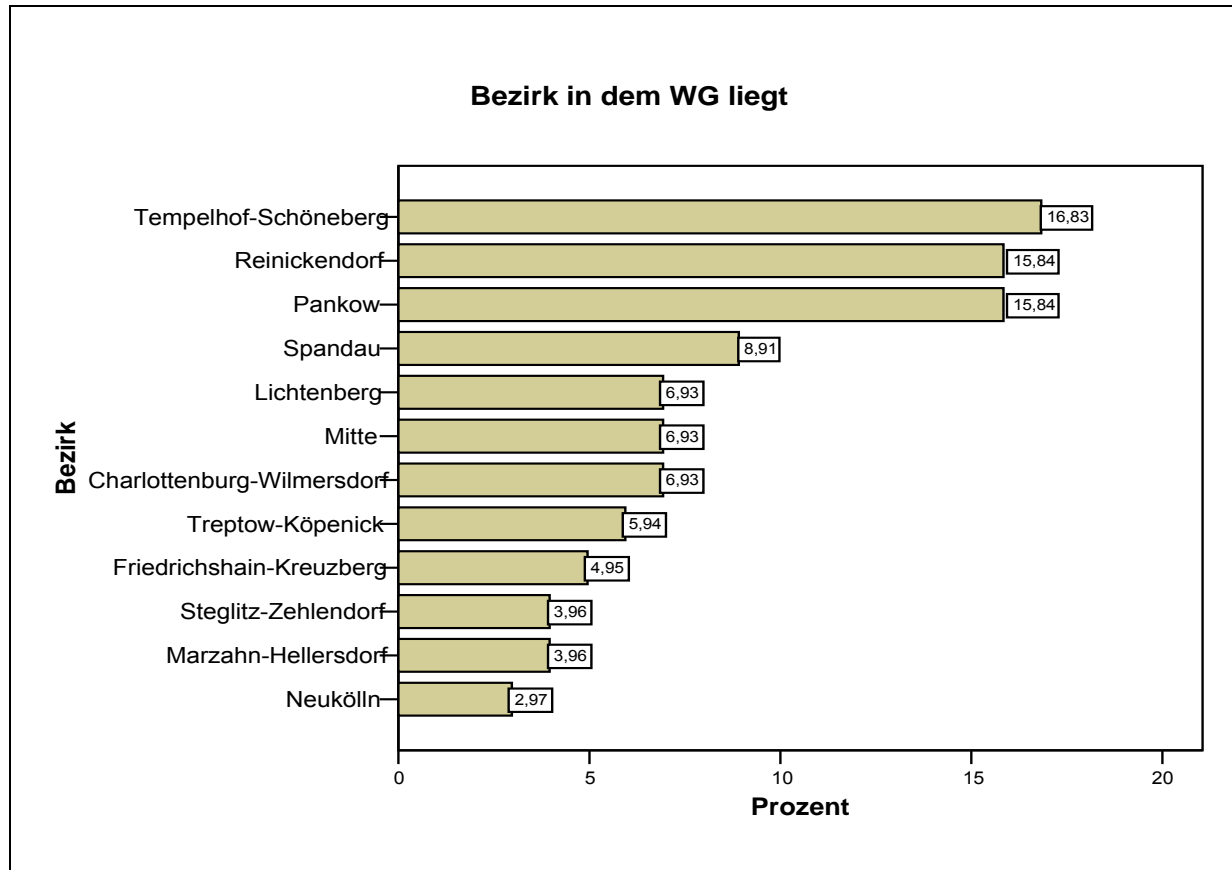


Abbildung 1: Anteil der Wohngemeinschaften nach Bezirk (n=101)

Die meisten Wohngemeinschaften der vorliegenden Studie (vgl. Abbildung 1) liegen in den Bezirken Tempelhof-Schöneberg (n=17), Reinickendorf (n=16) und Pankow (n=16). Es folgen Spandau (n=9), Lichtenberg, Mitte und Charlottenburg-Wilmersdorf (jeweils n=7), Treptow-Köpenick (n=6), Friedrichshain-Kreuzberg (n=5), Steglitz-Zehlendorf und Marzahn/Hellersdorf (jeweils n=4) sowie Neukölln (n=3). Ein nachweisbarer Zusammenhang zum Sozialindex²⁰ der jeweiligen Bezirke (vgl. Abbildung 2) besteht nicht (Korrelationskoeffizient nach Pearson²¹ $r=0,101$, $p=0,754$). Ein niedriger Sozialindex bedeutet dabei eine ungünstige Sozialstruktur, gekennzeichnet u.a. durch ein geringes Einkommen, hohe Arbeitslosenquote, großer Anteil an ausländischen Bevölkerungsteilen etc. Bezirke mit einem ungünstigen Sozialindex sind Neukölln, Mitte und Friedrichshain-Kreuzberg, einen günstigen Sozialindex weisen

²⁰ Meinschmidt, G. (Hrsg.) (2004): *Sozialstrukturatlas Berlin 2003*. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin.

²¹ zur Erklärung der verwendeten Fachtermini siehe hier und im Folgenden: Kapitel 7 (Glossar), S. 136ff

insbesondere die Bezirke Steglitz-Zehlendorf und Treptow-Köpenick auf (vgl. Sozialstruktur-atlas Berlin 2003, S.28).

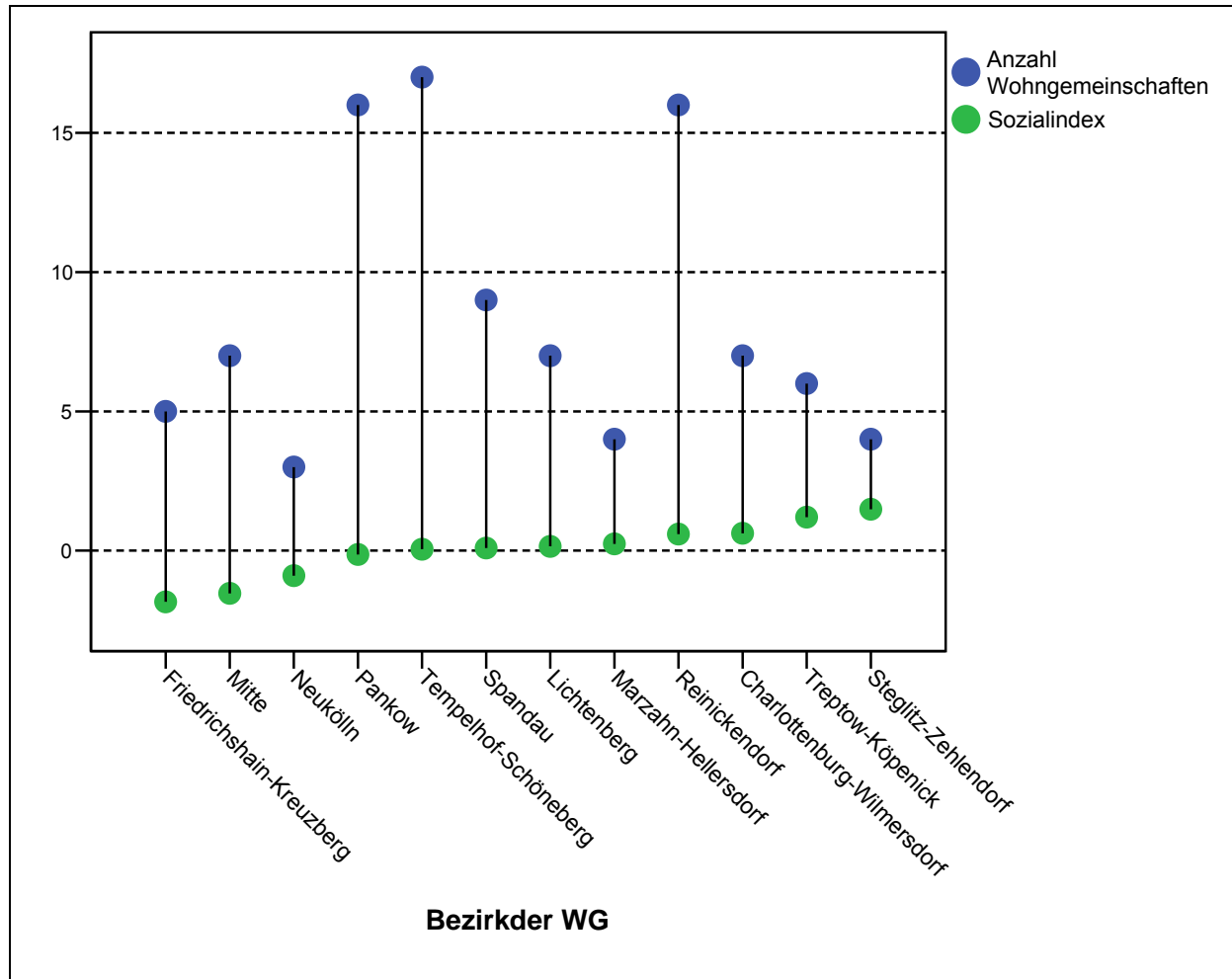


Abbildung 2: Vergleich Anzahl der Wohngemeinschaften und Sozialstrukturindex nach Bezirk

Bezirk der Wohngemeinschaft und der Verband der Leistungsanbieter des betreuenden Pflegedienstes sind nicht unabhängig voneinander (Chi-Quadrat-Test, $p=0,004$), da Verbände der Leistungsanbieter, die in vielen Wohngemeinschaften vertreten sind, im stärkeren Maße alle Bezirke abdecken als solche, die nur in einigen Wohngemeinschaften vertreten sind (vgl. Tabelle 3).

			Bezirk in dem WG liegt											Gesamt	
			Mitte	Friedrichs- hain- Kreuzberg	Pankow	Charlotten- burg- Wilmersdorf	Spandau	Steglitz- Zehlendorf	Tempelhof- Schöneberg	Neukölln	Treptow- Köpenick	Marzahn- Hellers- dorf	Lichten- berg		Reinicken- dorf
Verband der Leistungs- anbieter	ABVP	Anzahl	2	2	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	10
		% Verband	20,0%	20,0%	30,0%	,0%	30,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	AVG	Anzahl	1	0	4	4	3	2	9	1	1	3	5	10	43
		% Verband	2,3%	,0%	9,3%	9,3%	7,0%	4,7%	20,9%	2,3%	2,3%	7,0%	11,6%	23,3%	100,0%
	BPA	Anzahl	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	4
		% Verband	,0%	,0%	25,0%	,0%	,0%	25,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	25,0%	25,0%	100,0%
	Diakonie	Anzahl	1	3	0	0	1	0	1	0	2	0	1	0	9
		% Verband	11,1%	33,3%	,0%	,0%	11,1%	,0%	11,1%	,0%	22,2%	,0%	11,1%	,0%	100,0%
	DPW	Anzahl	3	0	3	2	2	1	1	2	1	1	0	0	16
		% Verband	18,8%	,0%	18,8%	12,5%	12,5%	6,3%	6,3%	12,5%	6,3%	6,3%	,0%	,0%	100,0%
verschiedene Verbände	Anzahl	0	0	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	5	
	% Verband	,0%	,0%	60,0%	,0%	,0%	,0%	40,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	
nicht organisiert	Anzahl	0	0	1	1	0	0	3	0	2	0	0	5	12	
	% Verband	,0%	,0%	8,3%	8,3%	,0%	,0%	25,0%	,0%	16,7%	,0%	,0%	41,7%	100,0%	
Gesamt	Anzahl	7	5	15	7	9	4	16	3	6	4	7	16	99	
	% Verband	7,1%	5,1%	15,2%	7,1%	9,1%	4,0%	16,2%	3,0%	6,1%	4,0%	7,1%	16,2%	100,0%	

Tabelle 3: Zugehörigkeit von Pflegediensten zu Verbänden der Leistungsanbieter nach Bezirk

2.3 Auswertungen

Für die Auswertungen wurden die erhobenen Fragebögen zunächst EDV-technisch erfasst und die Angaben auf Plausibilität überprüft, die Auswertung der Daten erfolgte mit SPSS²² (V12.01). Zur Plausibilität der erhobenen Daten und zu den damit verbundenen Auswertungs- und Interpretationsmöglichkeiten sind die nachfolgenden Anmerkungen notwendig. Eine Auswertung der Daten, die die Wohngemeinschaft als Ganzes erfassen, ist in einer Reihe von Fällen nicht möglich, da der Erfassungsbogen hierzu nicht oder nur teilweise ausgefüllt wurde. Von einigen Leistungserbringern wurden hierbei auch Daten zu mehreren betreuten Wohngemeinschaften zusammengefasst, so dass eine nachträgliche Aufschlüsselung pro Wohngemeinschaft nicht mehr möglich ist. Die Daten eines Erfassungsbogens konnten keiner Wohngemeinschaft zugeordnet werden, da entsprechende Angaben fehlten.

Zur Analyse der erhobenen Daten finden deskriptive, explorative sowie konfirmatorische (statistische) Verfahren Verwendung. Die Analysen beinhalten sowohl ein-, wie auch zwei- und mehrdimensionale Analysen. Varianzanalyseverfahren werden ebenso wie Verfahren der Korrelations- und Assoziationsrechnung verwendet, um Zusammenhänge zwischen einzelnen Merkmalen identifizieren und auch quantifizieren zu können. Um das Problem des multiplen Testens zu vermeiden, wird zwar bei allen durchgeführten Signifikanztests der p-Wert verwendet, er wird jedoch im Wesentlichen als deskriptive Maßzahl und nicht als statistisches Signifikanzniveau im eigentlichen Sinne interpretiert. Für diejenigen Leser(inne), die mit den verwendeten statistischen Maßzahlen und Begriffen weniger vertraut sind, werden diese im Glossar (Kapitel 7, S. 136ff) jeweils kurz erklärt. Eine detaillierte Einbeziehung der Einflüsse von Bezirken und Untersuchungsgruppen etc. wird in die mathematisch-statistische Modellierung aufgenommen. Eine Auswertung bezüglich einzelner Personen, Wohngemeinschaften oder Leistungserbringer findet aus Datenschutzgründen nicht statt.

Für die nachfolgenden Auswertungen sei an dieser Stelle explizit darauf hingewiesen, dass die Bildung von Ranglisten bezüglich der Zuordnung der Pflegedienste zu Verbänden der Leistungsanbieter in den nachfolgenden Auswertungen keine Wertung, sondern nur eine Beschreibung darstellt.

²² SPSS: Statistical Product and Service Solution

3 Ergebnisse

Die Stichprobe umfasst insgesamt Daten zu 108 Wohngemeinschaften und 745 Bewohner(inne)n zum Stichtag 07.07.2006. Da jedoch nicht zu allen Wohngemeinschaften vollständige Datensätze für jede der vier Teilbefragungen vorliegen, kann die Zahl der zugrunde liegenden Wohngemeinschaften/Bewohner(innen) in den nachfolgenden Auswertungen voneinander differieren. Die nachfolgende Darstellung der Ergebnisse zu Bewohner- und Versorgungsstrukturen orientiert sich am Aufbau des standardisierten Fragebogens (vgl. 8.3). Es werden zunächst Ergebnisse zu den Wohngemeinschaften insgesamt und dortigen Versorgungsstrukturen vorgestellt. Im Anschluss daran werden die Lebenssituation der Bewohner(innen) sowie Ein- und Auszüge in die Wohngemeinschaften im Jahr 2005 analysiert. Die wichtigsten Kennzahlen und Ergebnisse aus allen Bereichen sind im Anhang noch einmal in Tabellenform (vgl. 8.1) zusammengefasst.

3.1 Wohngemeinschaften und dort tätige Pflegedienste

Zum Stichtag 07.07.2006 wurden zu 101 Wohngemeinschaften von den dort tätigen Pflegediensten Angaben zu diesen Wohngemeinschaften und den dort jeweils beschäftigten Kräften sowie zur Bewohnerzahl gemacht.

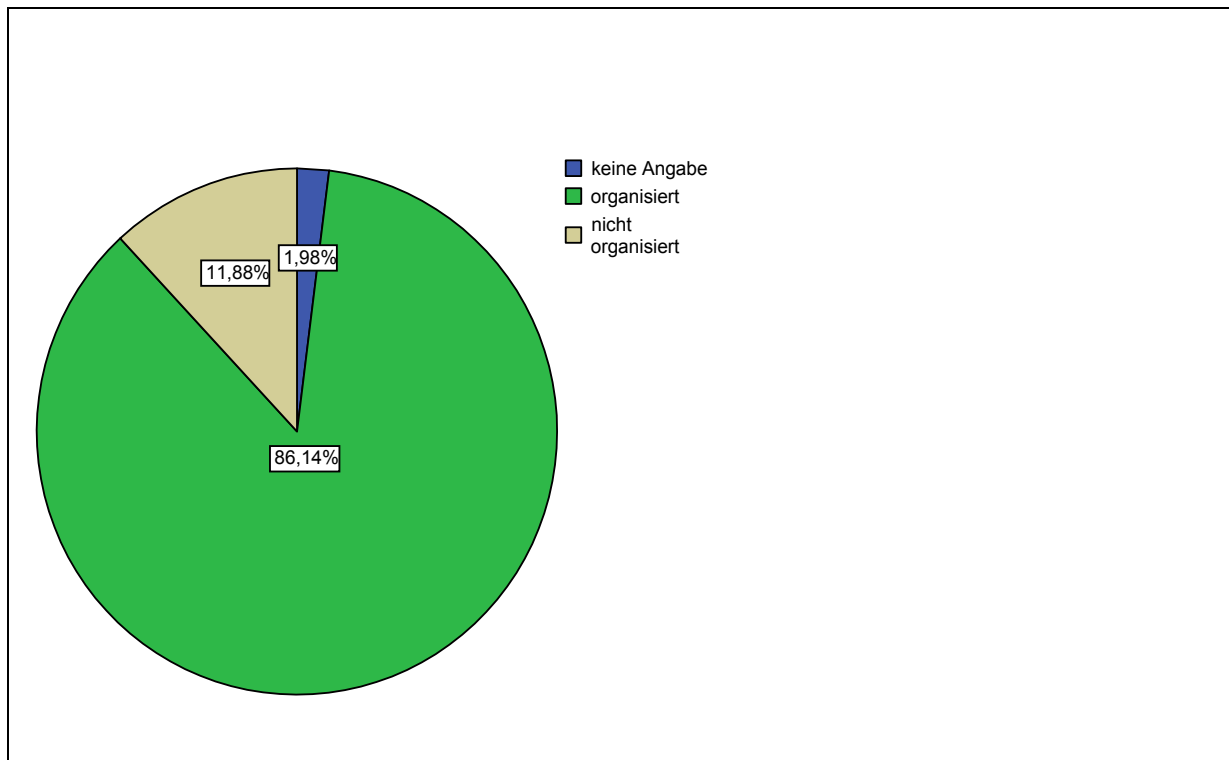


Abbildung 3: Organisationsgrad von Pflegediensten in den Wohngemeinschaften (n=101)

3.1.1 Pflegedienste

Die in den Wohngemeinschaften tätigen Pflegedienste sind überwiegend in Verbänden organisiert (vgl. Abbildung 3). Mehr als 40 Prozent der beteiligten Pflegedienste sind dabei im Arbeitgeberverband im Gesundheitswesen e.V. (AVG) organisiert, danach folgen mit großem Abstand der Paritätische Wohlfahrtsverband (DPW), der Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V. (ABVP) und das Diakonische Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz e.V. (Diakonie) (vgl. Tabelle 4). Damit sind 57,4% der Pflegedienste über private Verbände organisiert (ABVP, AGH, AVG, BPA, ViB)²³ und 24,8% der Pflegedienste freigemeinnützig organisiert (Diakonie, DPW). Etwa 12 Prozent der Wohngemeinschaften werden von nicht organisierten Pflegediensten versorgt, für fünf Prozent werden mehrere Pflegedienste verschiedener Verbände genannt. Generell gilt für Berlin, dass die Situation im Bereich ambulanter Pflegedienste im Bundesvergleich durch einen großen Anteil privater (72,3%) und einen geringen Anteil freigemeinnütziger (27,7%) Leistungsanbieter gekennzeichnet ist²⁴.

Die in der vorliegenden Studie ermittelten Werte weisen damit eine hohe Übereinstimmung zu den vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Werten auf.

	Häufigkeit	Prozent
AVG Arbeitgeberverband im Gesundheitswesen e.V.	43	42,6
DPW Der PARITÄTISCHE Wohlfahrtsverband Landesverband Berlin e.V.	16	15,8
nicht organisiert	12	11,9
ABVP Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V.	10	9,9
Diakonie Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz (DWBO) e.V.	9	8,9
verschiedene Verbände	5	5,0
BPA Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.	4	4,0
keine Angabe	2	2,0
Gesamt	101	100,0

Tabelle 4: Zugehörigkeit von Pflegediensten zu Verbänden der Leistungsanbieter

²³ Zur Erklärung der hier verwendeten Abkürzungen s. Glossar, S.136

²⁴ Statistisches Bundesamt (2007): *Pflegestatistik 2005 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 3. Bericht: Ländervergleich – ambulante Pflegedienste*, Wiesbaden, S.7.

Etwa 20% der Pflegedienste versorgen dabei nur eine Wohngemeinschaft, es gibt jedoch auch Pflegedienste, die bis zu elf Wohngemeinschaften versorgen. Die drei versorgungsstärksten Dienste betreuen zusammen mehr als ein Viertel (27,7%) aller hier genannten Wohngemeinschaften. Einschränkend ist hierbei jedoch anzumerken, dass einige Pflegedienste verschiedene Wohngemeinschaften zusammengefasst haben, so dass die tatsächliche Konzentrationsstruktur deutlich stärker ausfallen dürfte. Berlin weist im bundesweiten Vergleich mit 54,3 Personen die höchste Anzahl von betreuten Pflegebedürftigen pro ambulantem Pflegedienst auf, im Bundesdurchschnitt sind dies nur 43 Personen²⁵.

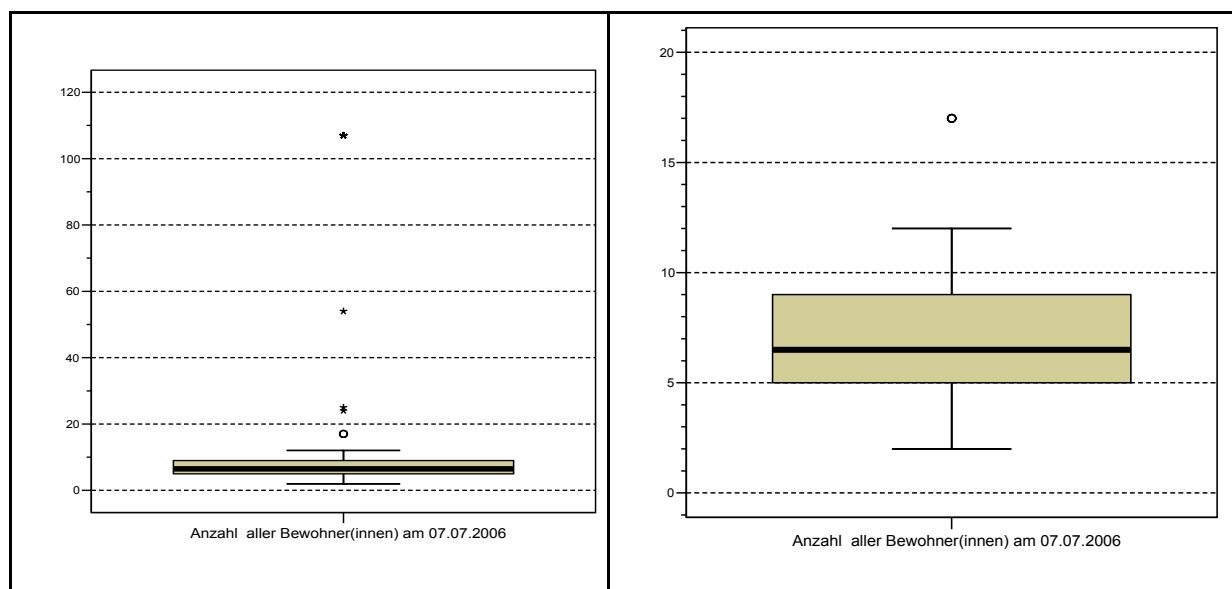


Abbildung 4: Verteilung der Bewohneranzahl pro Wohngemeinschaft (n=90)²⁶

3.1.2 Bewohner(innen)

Im Mittel (Median) werden pro Wohngemeinschaft zum Stichtag sechs bis sieben (6,5) Bewohner(innen) versorgt. Die Angaben schwanken dabei von zwei bis zu 107 Bewohner(innen), da vereinzelt von Pflegediensten alle versorgten Klient(inn)en gemeinsam aufgeführt wurden, auch wenn diese in verschiedenen Wohngemeinschaften oder zumindest Etagenwohnungen betreut werden. Für mehr als 80 Prozent der Wohngemeinschaften, zu denen hierzu Angaben vorliegen (n=90), liegt die Anzahl der Bewohner(inn)en jedoch unter 10 Per-

²⁵ Statistisches Bundesamt (2007): *Pflegestatistik 2005 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 3. Bericht: Ländervergleich – ambulante Pflegedienste*, Wiesbaden, S.7.

²⁶ Zur Interpretation von Boxplots s. Glossar, S. 136 oder vergleiche Ostermann, R. & Wolf-Ostermann, K. (2005) Statistik, S.93ff.

sonen (vgl. Abbildung 4²⁷). Am häufigsten werden jeweils Wohngemeinschaftsgrößen von vier (14,4%), sechs (17,8%) oder acht (14,4%) Personen genannt. Getrennt nach Geschlecht werden im Mittel (Median) pro Wohngemeinschaft zwei männliche (Spannweite 0-25) und fünf weibliche (Spannweite 0-82) Bewohner(innen) versorgt.

3.1.3 Mitarbeiter(innen)

Die in der Wohngemeinschaft beschäftigten Personen wurden in drei Gruppen unterschieden: im Pflegedienst beschäftigte Mitarbeiter(innen) mit und ohne spezielle Qualifizierungen sowie ehrenamtlich Engagierte, wobei in den ersten beiden Untergruppen noch einmal feiner differenziert wurde (vgl. Abbildung 5).

Pflegefachkräfte insgesamt (mit und ohne Qualifizierung) werden von 72,2% aller Pflegedienste beschäftigt, von diesen haben etwa zwei Drittel (69,9%) eine oder zwei dieser Pflegefachkräfte unter ihren Mitarbeiter(innen). Die Anzahl von Pflegefachkräften mit Qualifizierung liegt im arithmetischen Mittel bei 0,6 (Spannweite 0-3) Personen bzw. 0,5 (0-3) Vollzeitstellen pro Wohngemeinschaft. Bei den Pflegefachkräften (ohne Qualifizierung) werden Werte von 2,2 (0-11) Personen bzw. 1,9 (0-8,6) Vollzeitstellen pro Wohngemeinschaft ermittelt.

A. Im Pflegedienst beschäftigte Mitarbeiter/innen		
	Anzahl	Stellenumfang umgerechnet auf Vollzeitstellen
Pflegefachkraft mit Qualifizierung für die Arbeit in Wohngemeinschaften		
Pflegefachkraft		
PflegehelferIn		
Fachkraft (Präsenzkraft) mit spezifischer Qualifizierung für die Arbeit in Wohngemeinschaften		
Fachkraft (Präsenzkraft) mit 200-h-Basisqualifizierung Hauspflege		
Fachkraft (Präsenzkraft)		
B. Sonstige im Pflegedienst beschäftigte Mitarbeiter/innen		
	Anzahl	
Zivildienstleistender		
FSJler		
Altenpflegeschüler/in		
Sonstige (z.B. MaE)		
C. Anzahl ehrenamtlich Engagierter		

Abbildung 5: Ausschnitt aus dem Fragebogen zur Anzahl in der Wohngemeinschaft beschäftigter Personen

²⁷ zur genauen Erläuterung eines Boxplots siehe hier und im Folgenden: Kapitel 7 (Glossar), S. 136ff

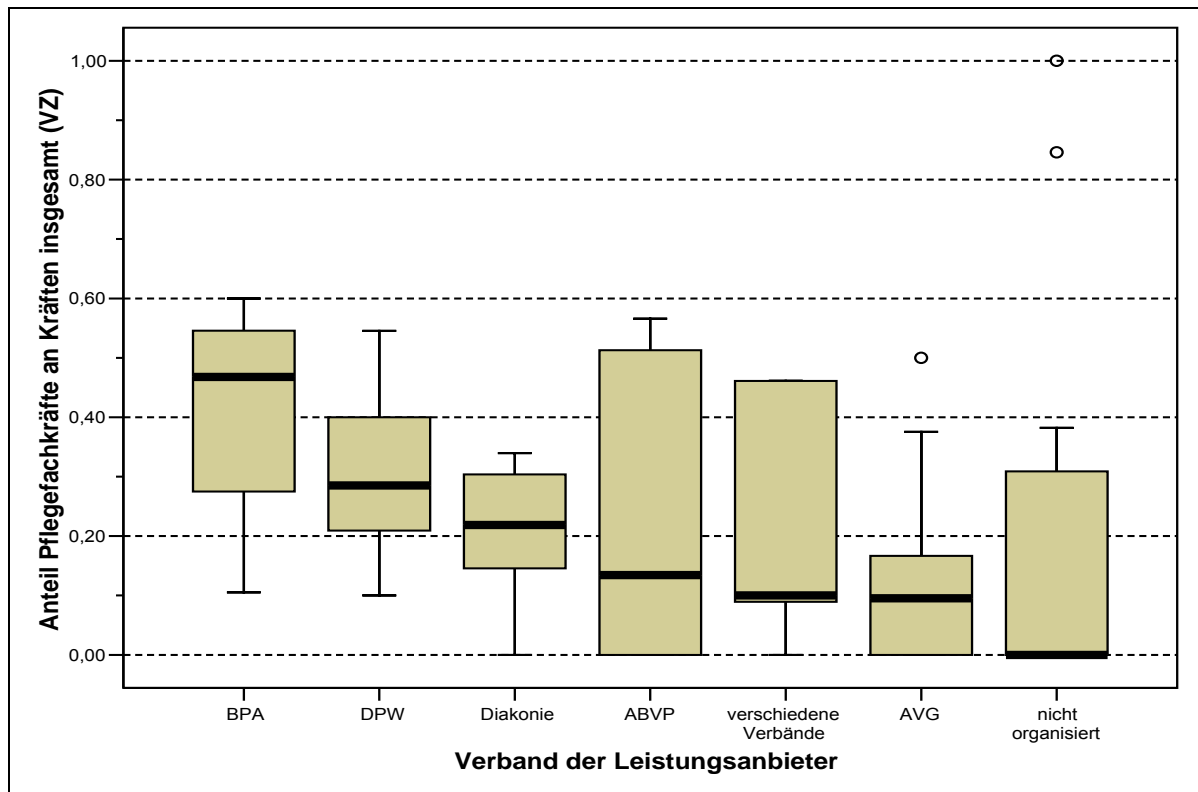


Abbildung 6: Anteil Pflegefachkräfte an den im Pflegedienst beschäftigten Mitarbeiter(inne)n nach Verbänden der Leistungsanbieter

Der Anteil an Pflegefachkräften pro Wohngemeinschaft an den im Pflegedienst beschäftigten Mitarbeiter(inne)n beträgt bezogen auf Vollzeitstellen im arithmetischen Mittel 18,6% (0-100%). Die verschiedenen Verbände der Leistungsanbieter unterscheiden sich dabei signifikant (ANOVA, $p=0,003$). Mit einem mittleren Anteil von über 20% liegen hierbei Wohngemeinschaften von Pflegediensten, die im BPA, im DPW oder in der Diakonie organisiert sind, über diesem Wert, wohingegen alle anderen Pflegedienste deutlich darunter liegen (vgl. Abbildung 6). Bezogen auf die Einteilung freigemeinnützig organisierte Pflegedienste, privat organisierte Pflegedienste und private, nicht verbandlich organisierte Pflegedienste zeigen sich ebenfalls signifikante Unterschiede (ANOVA, $p=0,043$). Pflegedienste, die zu freigemeinnützigen Verbänden von Leistungsanbietern gehören, weisen mit 26,8% im arithmetischen Mittel um 11,7% höhere Werte auf als Pflegedienste, die zu privaten Verbänden von Leistungsanbietern gehören (15,1%).

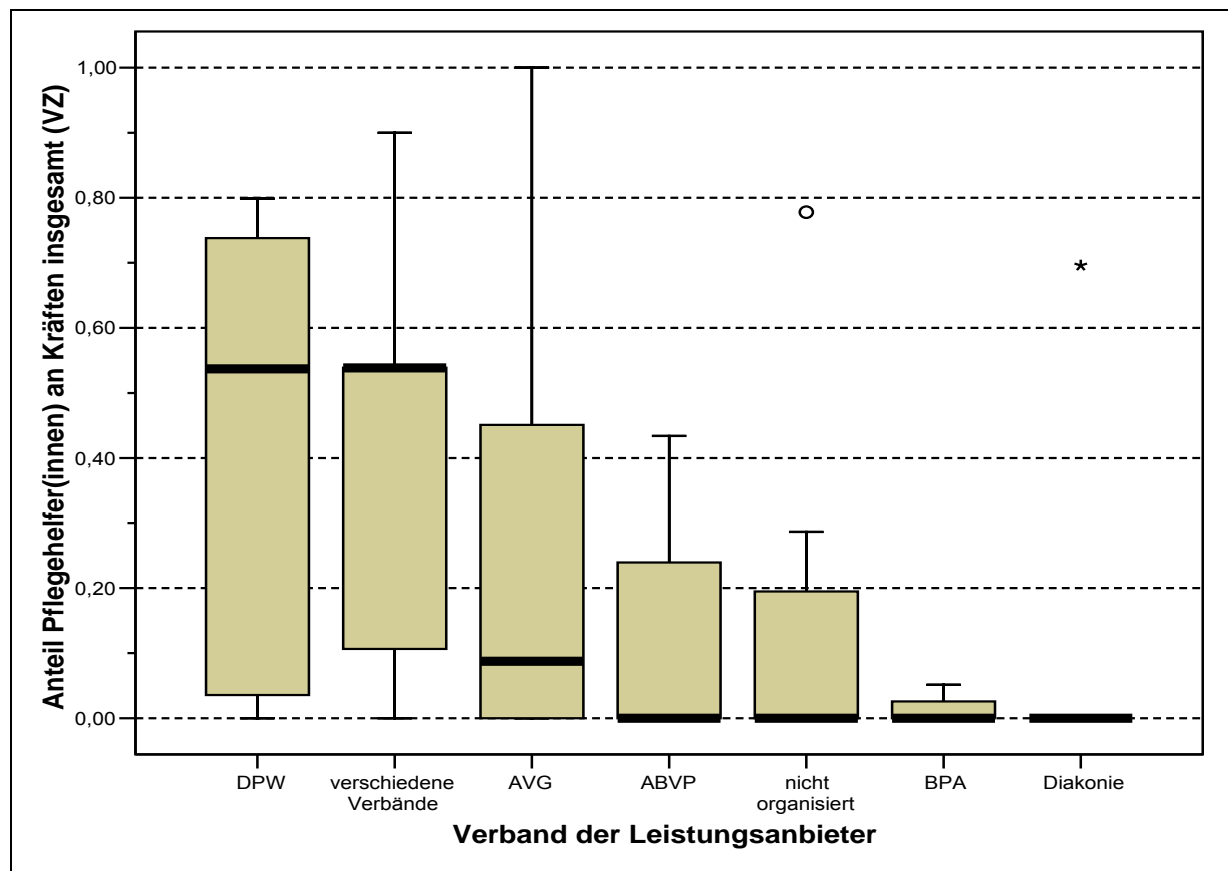


Abbildung 7: Anteil Pflegehelfer(innen) an den im Pflegedienst beschäftigten Mitarbeiter(inne)n nach Verbänden der Leistungsanbieter

Pflegehelfer(innen) werden von 57,5% aller Pflegedienste beschäftigt. Die Gruppe der Pflegehelfer(innen) ist dabei die zahlenmäßig am stärksten besetzte Gruppe, hierfür liegen die Werte bei 4,6 (Spannweite 0-50) Personen bzw. 3,7 (0-33) Vollzeitstellen pro Wohngemeinschaft. Während bei den Pflegefachkräften vornehmlich eine Struktur von Vollzeitstellen vorliegt, gibt es im Bereich der Pflegehelfer(innen) auch einen großen Anteil Teilzeitbeschäftigter. Der Anteil an Pflegehelfer(inne)n pro Wohngemeinschaft an den im Pflegedienst beschäftigten Mitarbeiter(inne)n beträgt bezogen auf Vollzeitstellen im arithmetischen Mittel 25,4% (0-100%). Die verschiedenen Verbände der Leistungsanbieter unterscheiden sich dabei signifikant (ANOVA, $p=0,031$). Mit einem mittleren Anteil von über 40% liegen hierbei Wohngemeinschaften von Pflegediensten, die im DPW oder in verschiedenen Verbänden organisiert sind, über diesem Wert, wohingegen alle anderen Pflegedienste deutlich unter 20% liegen (vgl. Abbildung 7). Bezogen auf die Einteilung freigemeinnützig organisierte Pflegedienste, privat organisierte Pflegedienste und private, nicht organisierte Pflegedienste zeigen sich keine signifikanten Unterschiede (ANOVA, $p=0,384$).

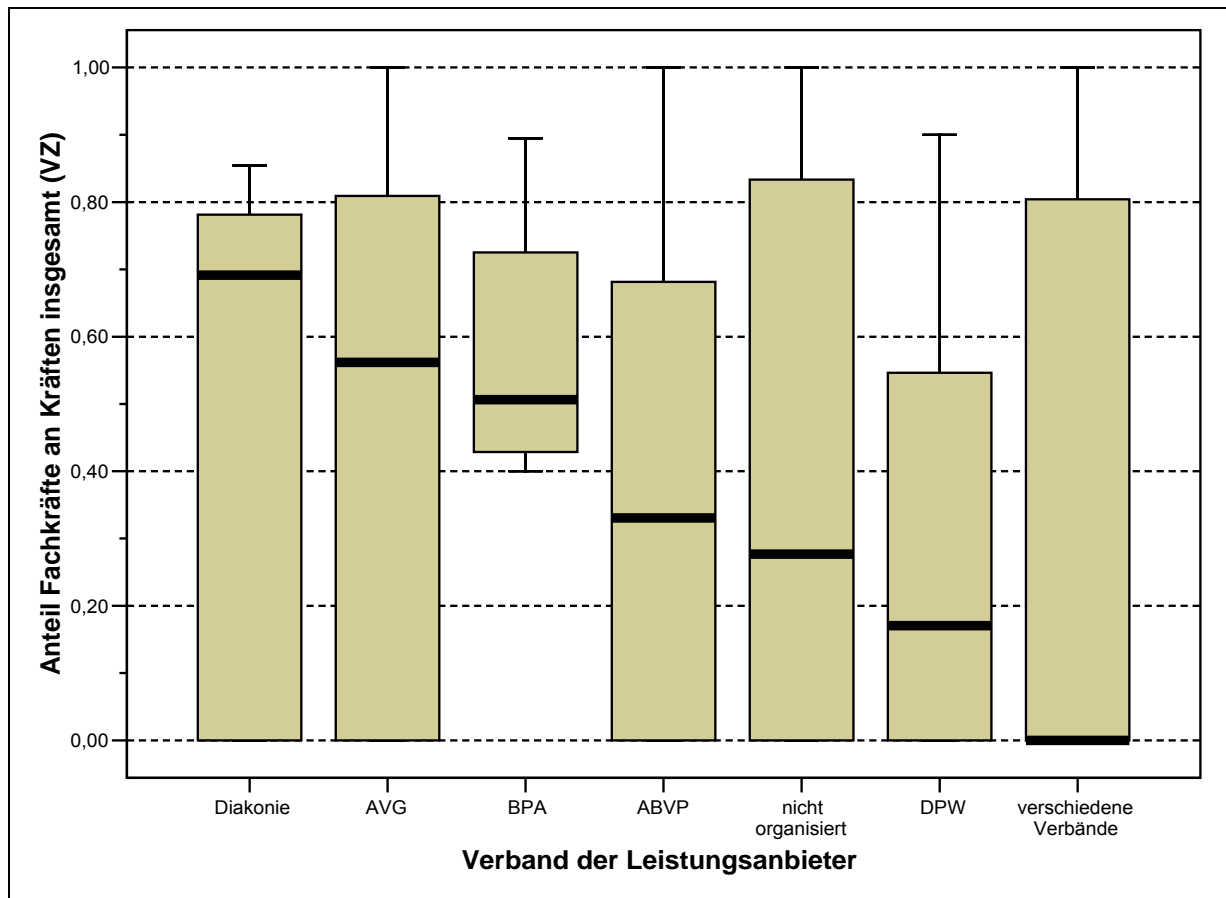


Abbildung 8: Anteil Fachkräfte an den im Pflegedienst beschäftigten Mitarbeiter(innen) nach Verbänden der Leistungsanbieter

Etwa zwei Drittel (65,3%) der Pflegedienste beschäftigen **Fachkräfte** (mit und ohne Qualifizierungen). Bei den Fachkräften mit spezifischer Qualifizierung werden im arithmetischen Mittel 0,6 (0-3) Personen bzw. 0,5 (0-2,5) Vollzeitstellen, bei den Fachkräften mit 200-h-Basisqualifizierung Hauspflege 8,2 (0-64) Personen bzw. 7,9 (0-64) Vollzeitstellen und bei den allgemeinen Fachkräften 0,8 (0-8) Personen bzw. 0,4 (0-3) Vollzeitstellen pro Wohngemeinschaft genannt. Auch hier ist wieder – mit Einschränkungen bei den allgemeinen Fachkräften – eher von einer Stellenstruktur mit Vollzeitstellen auszugehen. Auffällig ist die große Variabilität der Stellenanzahl bei den Fachkräften mit 200-h-Basisqualifizierung Hauspflege, die sich durch die einzelnen „zusammengefassten Wohngemeinschaften“ ergibt.

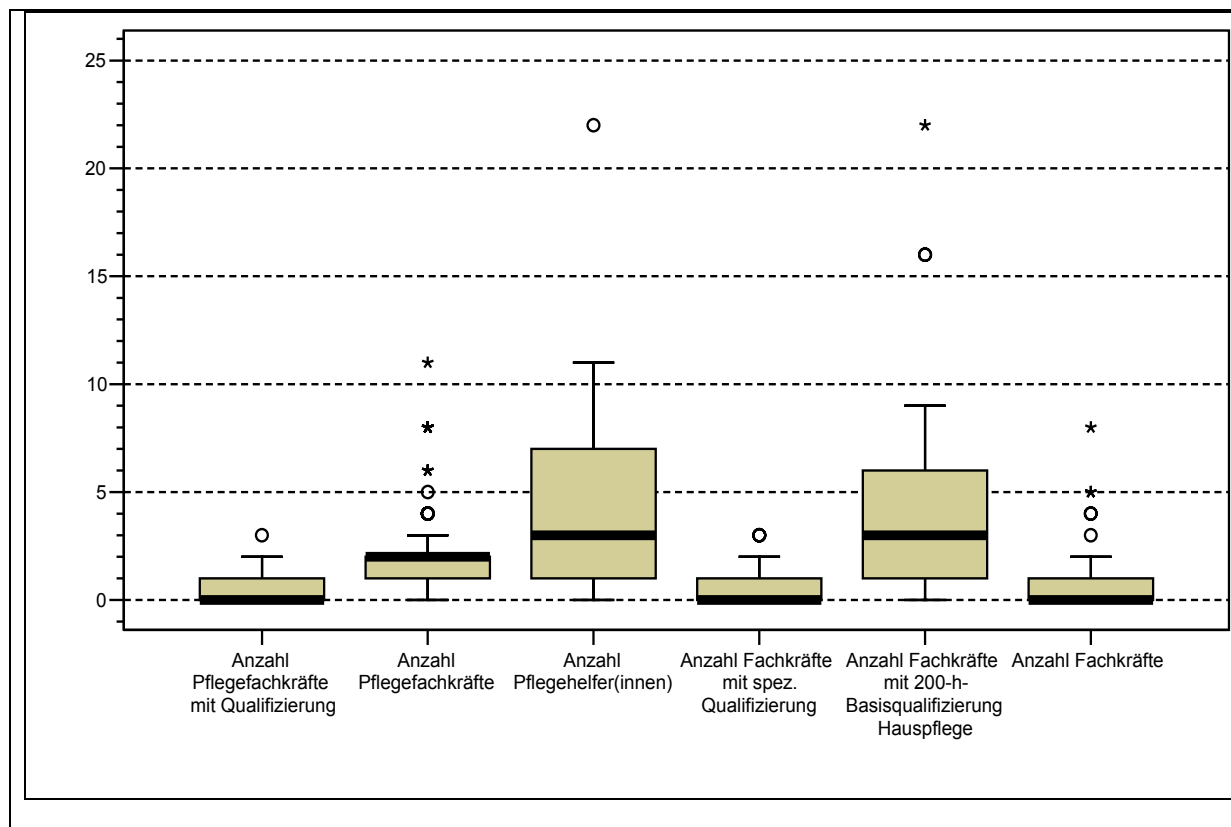


Abbildung 9: Anzahl im Pflegedienst beschäftigter Mitarbeiter(innen) pro Wohngemeinschaft

Der Anteil an Fachkräften pro Wohngemeinschaft an den im Pflegedienst beschäftigten Mitarbeiter(inne)n beträgt bezogen auf Vollzeitstellen im arithmetischen Mittel 40,2% (0-100%). Die verschiedenen Verbände der Leistungsanbieter unterscheiden sich dabei nicht signifikant (ANOVA, $p=0,767$), bedingt durch die große Inhomogenität der in den Verbänden organisierten Pflegedienste (vgl. Abbildung 8). Dies gilt auch bezogen auf die Einteilung freigemeinnützig organisierte Pflegedienste, privat organisierte Pflegedienste und private, nicht organisierte Pflegedienste.

Die Abbildung 9 bzw. die Abbildung 10 fassen jeweils die Anzahl bzw. die Vollzeitstellen von im Pflegedienst beschäftigten Mitarbeiter(innen) pro Wohngemeinschaft zusammen. In Abbildung 11 ist noch einmal der Anteil der verschiedenen Kräfte pro Wohngemeinschaft an den im Pflegedienst beschäftigten Mitarbeiter(inne)n bezogen auf Vollzeitstellen zusammenfassend dargestellt.

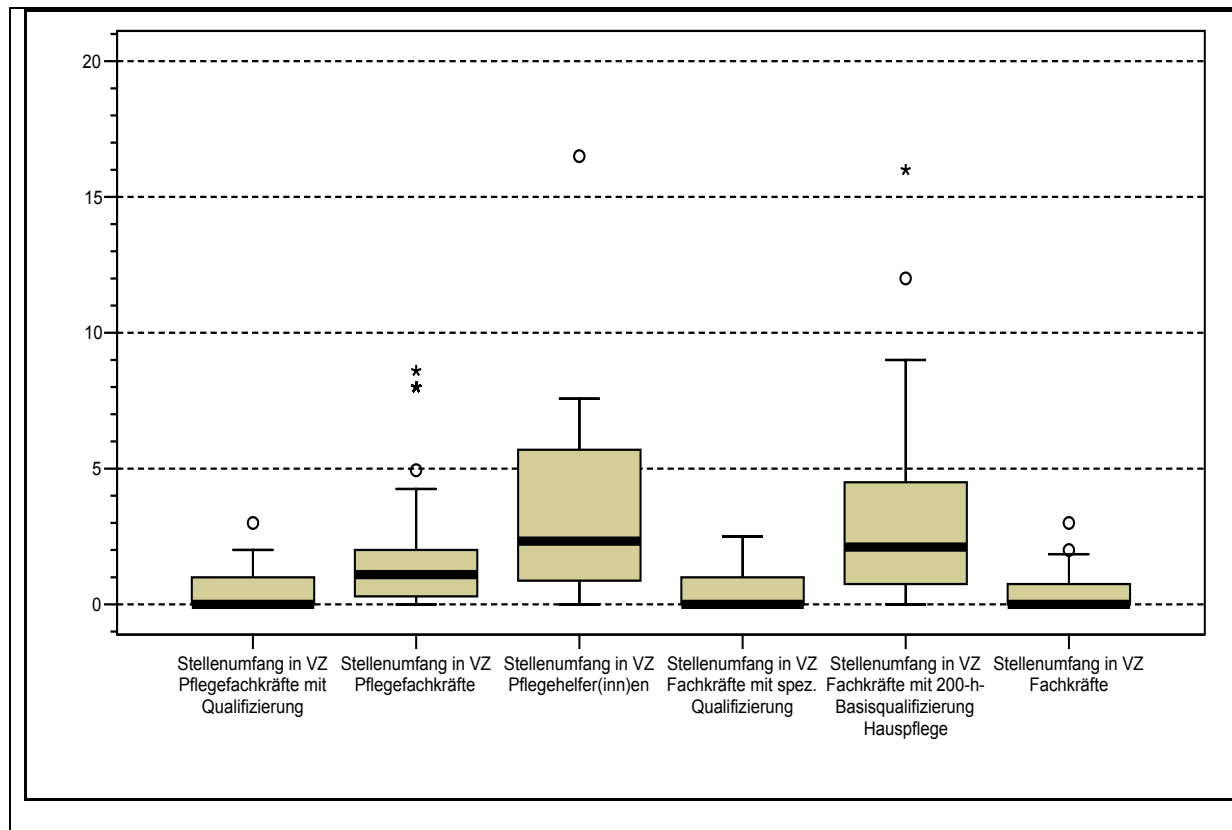


Abbildung 10: Anzahl Vollzeitstellen im Pflegedienst beschäftigter Mitarbeiter(innen) pro Wohngemeinschaft

Zivildienstleistende und **Beschäftigte im Freiwilligen Sozialen Jahr** (FSJ) werden von den Pflegediensten nur in sehr geringem Umfang eingesetzt. Nur 15% aller Pflegedienste geben an, überhaupt Zivildienstleistende zu beschäftigen, der (arithmetische) Mittelwert liegt bei 0,3 (0-3) Personen pro Wohngemeinschaft. Bei den Beschäftigten im Freiwilligen Sozialen Jahr liegt der Mittelwert bei 0,4 (0-3) Personen pro Wohngemeinschaft, nur 18% aller Pflegedienste beschäftigen diese Mitarbeiter(innen).

Altenpflegeschüler(innen) werden von 31% der Pflegedienste ausgebildet/beschäftigt, der Mittelwert liegt bei 0,6 (0-2) Personen pro Wohngemeinschaft. Der Anteil sonstiger Kräfte (MAE etc.) ist noch etwas höher, 37% der Pflegedienste beschäftigen solche Mitarbeiter(innen), der Mittelwert liegt bei 0,8 (0-5) Personen pro Wohngemeinschaft. **Ehrenamtlich Engagierte** finden sich nur bei 19% der teilnehmenden Pflegedienste, der Mittelwert liegt bei 1,7 (0-15) Personen pro Wohngemeinschaft. Es zeigt sich ein schwacher Zusammenhang bezogen auf die Einteilung in freigemeinnützig organisierte Pflegedienste, privat organisierte Pflegedienste und private, nicht organisierte Pflegedienste, da sich Ehrenamtlich Engagierte insbesondere im Bereich der freigemeinnützig organisierten Pflegedienste finden.

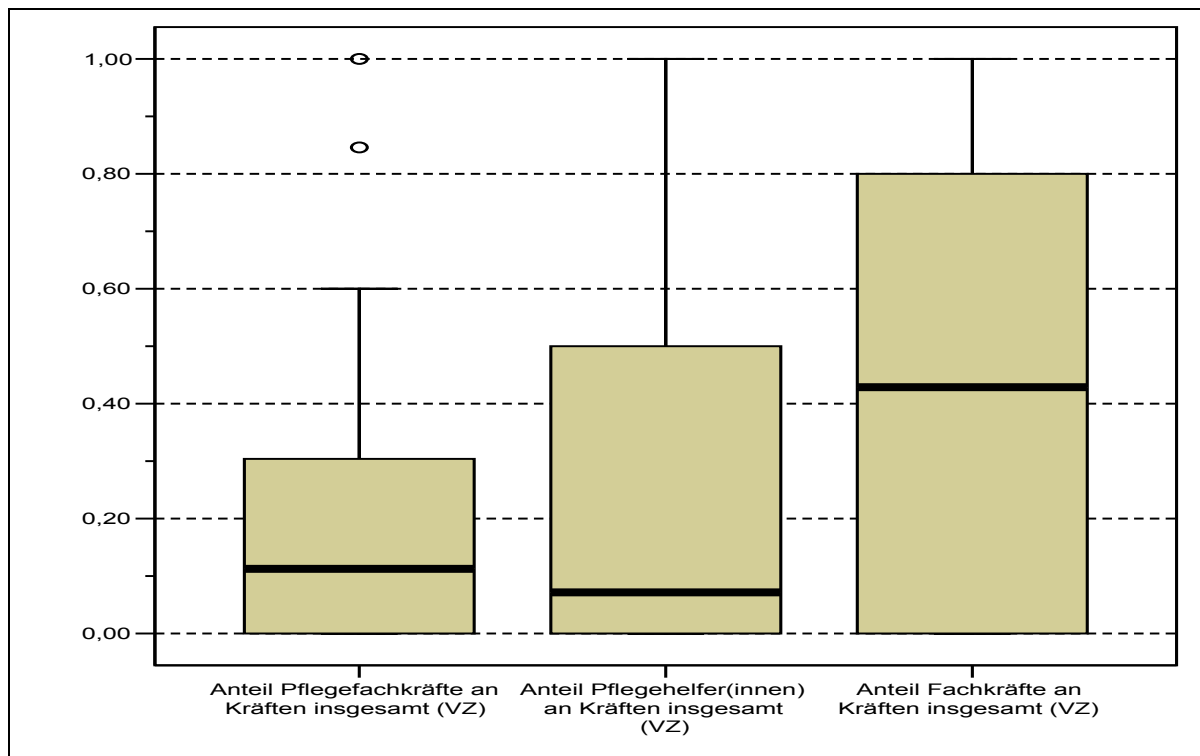


Abbildung 11: Anteil Kräfte an den im Pflegedienst beschäftigten Mitarbeiter(innen)

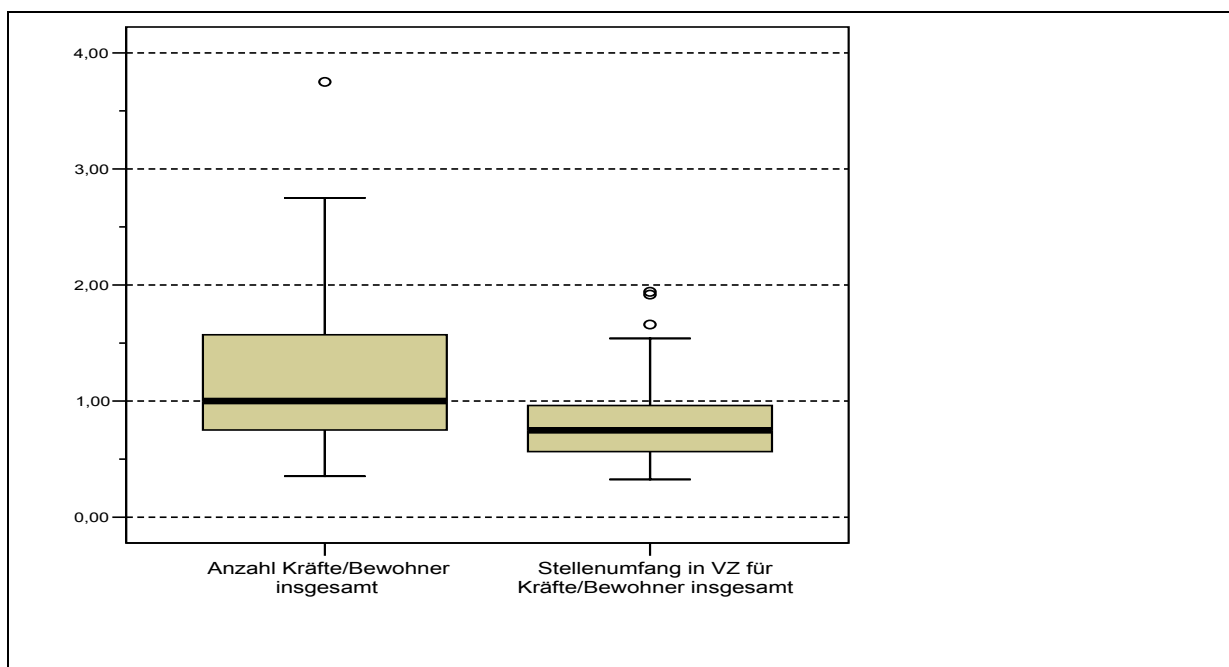


Abbildung 12: Anzahl und Vollzeitstellen im Pflegedienst beschäftigter Mitarbeiter(innen) pro Bewohner(in)

3.1.4 Kennzahlen zum Verhältnis von Mitarbeiter(innen) und Bewohner(innen)

Die nachfolgend beschriebenen Kennzahlen zum Verhältnis von Mitarbeiter(innen) und Bewohner(innen) beziehen sich ausschließlich auf Mitarbeiter(innen), die in den Pflegediensten beschäftigt sind, um einen Vergleich der Vollzeitstellen zu ermöglichen. Sonstige Mitarbeiter(innen) und ehrenamtlich Engagierte wurden in die Berechnungen nicht einbezogen.

- im Pflegedienst beschäftigte Mitarbeiter(innen) insgesamt

Betrachtet man das Verhältnis von im Pflegedienst beschäftigten Mitarbeiter(innen) zu den Bewohner(innen) der Wohngemeinschaften, so stehen im (arithmetischen) Mittel 1,3 (0,4-3,8) Personen bzw. 0,8 (0,3-1,9) Vollzeitstellen pro Bewohner(in) in den Wohngemeinschaften zur Verfügung (vgl. Abbildung 12).

Es bestehen statistisch nachweisbare Unterschiede bei beiden Quotienten je nach der Zugehörigkeit zu einem Verband der Leistungsanbieter (ANOVA²⁸, $p < 0,001$ bei Personen/Bewohner(in) und $p = 0,009$ bei Vollzeitstellen/Bewohner(in)). Bezogen auf Vollzeitstellen stehen bei nicht verbandlich organisierten Pflegediensten im (arithmetischen) Mittel 1,1 (Standardabweichung 0,42), bei organisierten Pflegediensten im DPW 0,9 (0,38), im ABVP 0,9 (0,29), im AVG 0,7 (0,25), im BPA 0,7 (0,21), bei der Diakonie 0,6 (0,12) und bei Pflegediensten mehrerer Verbände 0,6 (0,40) Stellen pro Bewohner(in) zur Verfügung (vgl. auch Abbildung 13). Zur Diakonie gehörige Pflegedienste weisen dabei die geringste, nicht verbandlich organisierte Pflegedienste die größte Streuung auf. Auch für die Unterscheidung in freigemeinnützig organisierte, privat organisierte und private, verbandlich nicht organisierte Leistungsanbieter zeigen sich signifikante Unterschiede (ANOVA, $p = 0,001$ bei Personen/Bewohner(in) und $p = 0,005$ bei Vollzeitstellen/Bewohner(in)). Bezogen auf Vollzeitstellen pro Bewohner(in) weisen nicht verbandlich organisierte Pflegedienste mit 1,13 (0,42) Stellen den größten Wert auf, gefolgt von freigemeinnützig organisierten mit 0,82 (0,35) Stellen sowie privat organisierten Pflegediensten mit 0,75 (0,26) Stellen.

Nachfolgend soll nun analysiert werden, ob sich diese Ergebnisse auch bei der Betrachtung von Untergruppen (Pflegefachkräfte, Pflegehelfer(innen), Fachkräfte) bestätigen lassen.

²⁸ ANOVA: Analysis of Variance – univariate Varianzanalyse

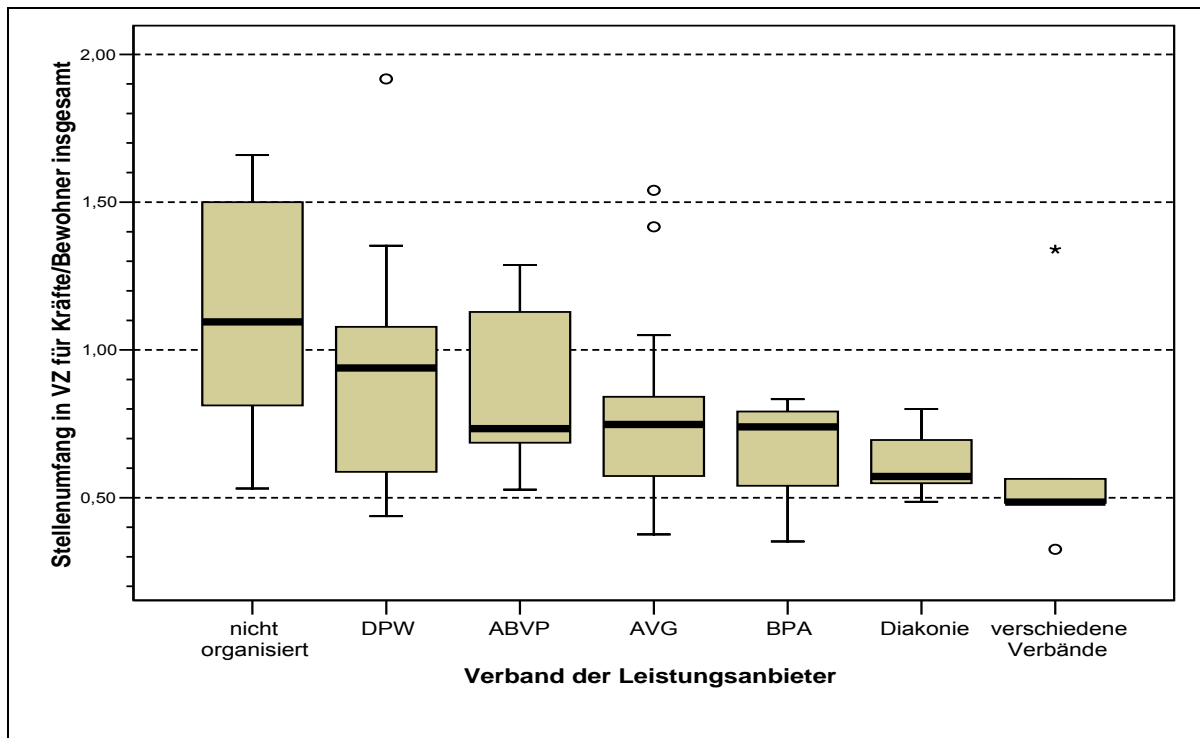


Abbildung 13: Anzahl Vollzeitstellen von im Pflegedienst beschäftigter Mitarbeiter(innen) pro Bewohner(in) nach Verband der Leistungsanbieter

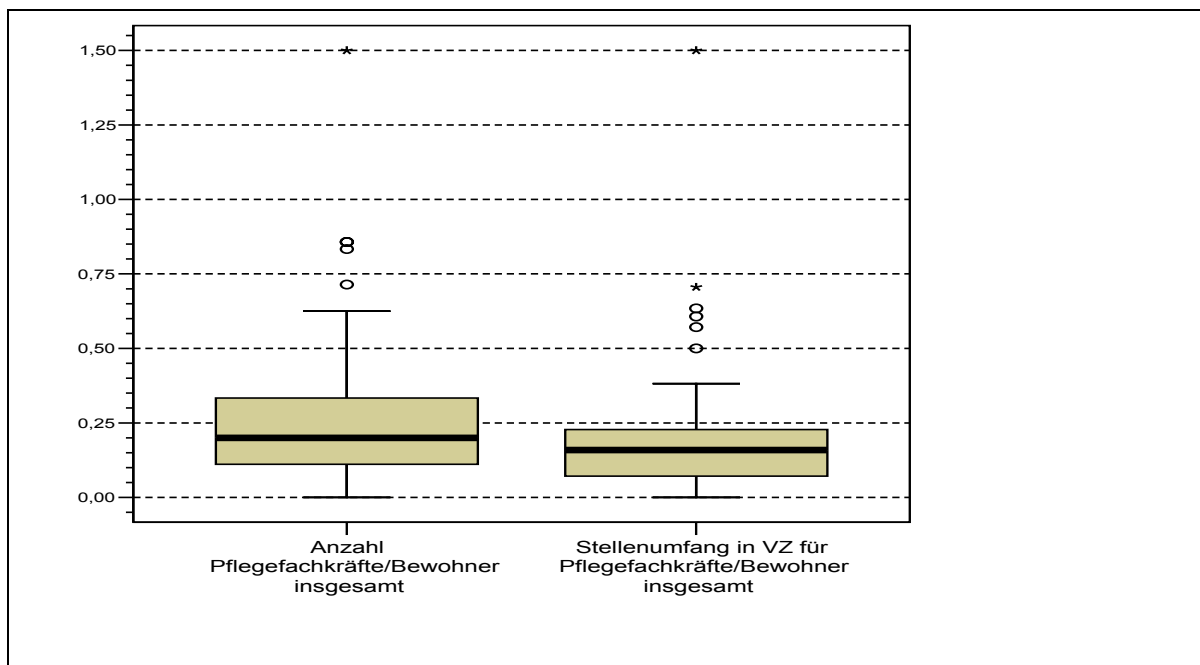


Abbildung 14: Anzahl und Vollzeitstellen im Pflegedienst beschäftigter Pflegefachkräfte pro Bewohner(in)

▪ Pflegefachkräfte

Unter dem Begriff Pflegefachkraft werden hier die erfragten Angaben zu Pflegefachkräften mit und ohne spezielle Qualifizierung zusammengefasst. Im (arithmetischen) Mittel stehen 0,3 (0-1,5) Personen bzw. 0,2 (0-1,5) Vollzeitstellen pro Bewohner in den Wohngemeinschaften zur Verfügung (vgl. Abbildung 14).

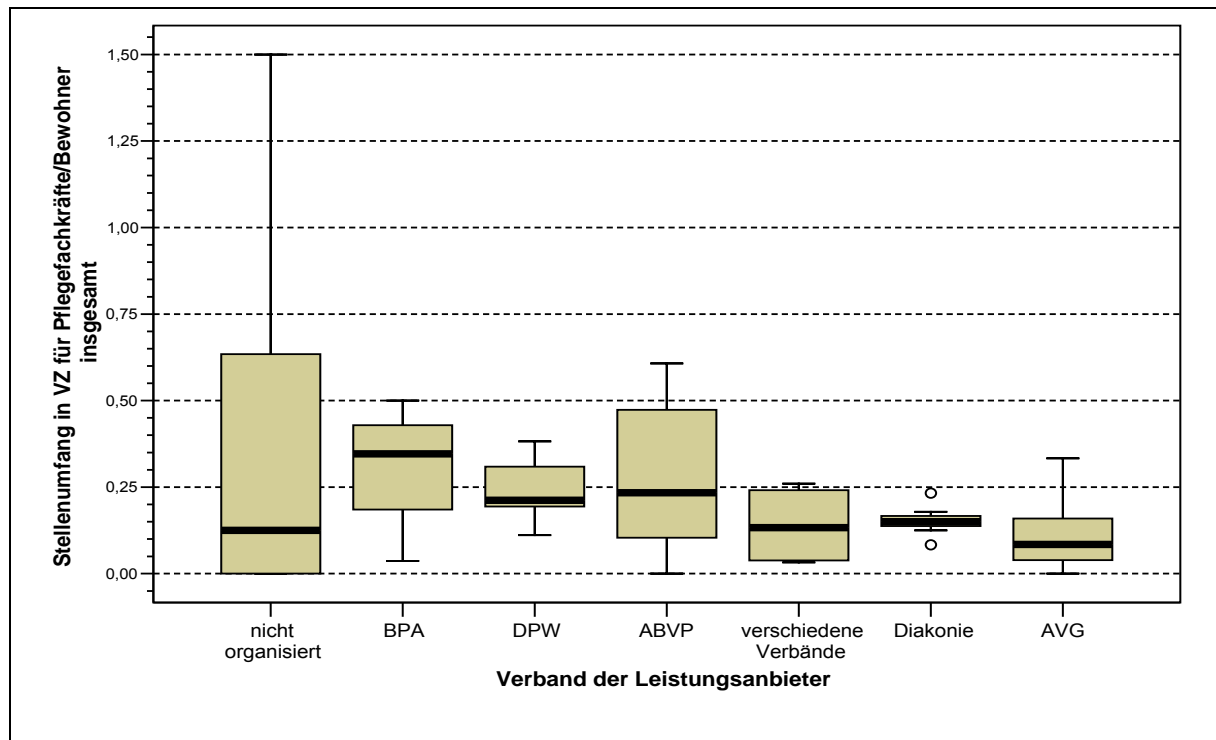


Abbildung 15: Anzahl Vollzeitstellen von Pflegefachkräften pro Bewohner(in) nach Verband der Leistungsanbieter

Auch bei den Pflegefachkräften bestehen statistisch nachweisbare Unterschiede bei beiden Quotienten je nach der Zugehörigkeit zu einem Verband der Leistungsanbieter (ANOVA, $p=0,006$ bei Personen/Bewohner(in) und $p=0,020$ bei Vollzeitstellen/Bewohner(in)). Bezogen auf Vollzeitstellen stehen bei nicht verbandlich organisierten Pflegediensten im (arithmetischen) Mittel 0,4 (Standardabweichung 0,51), bei organisierten Pflegediensten im BPA 0,3 (0,20), im ABVP 0,3 (0,24), im DPW 0,2 (0,08), bei der Diakonie 0,2 (0,05), bei Pflegediensten mehrerer Verbände 0,1 (0,12) und im AVG 0,1 (0,08) Stellen pro Bewohner(in) zur Verfügung (vgl. auch Abbildung 15). Auffallend ist hierbei die große Variabilität im Bereich der nicht verbandlich organisierten Pflegedienste sowie umgekehrt eine große Homogenität insbesondere im Bereich der Diakonie sowie des DPW und der AVG.

Für die Unterscheidung in freigemeinnützig organisierte, privat organisierte und private, verbandlich nicht organisierte Leistungsanbieter zeigen sich signifikante Unterschiede nur, wenn

man das Verhältnis Vollzeitstellen pro Bewohner(in) betrachtet (ANOVA, $p=0,059$ bei Pflegefachkräften /Bewohner(in) und $p=0,039$ bei Vollzeitstellen/Bewohner(in)). Bezogen auf Vollzeitstellen pro Bewohner(in) weisen nicht verbandlich organisierte Pflegedienste mit 0,35 (0,51) Stellen den größten Wert auf, gefolgt von freigemeinnützig organisierten mit 0,22 (0,08) Stellen sowie privat organisierten Pflegediensten mit 0,15 (0,15) Stellen.

▪ Pflegehelfer(innen)

Im (arithmetischen) Mittel stehen 0,5 (0-3) Personen bzw. 0,5 (0-1,3) Vollzeitstellen pro Bewohner(in) in den Wohngemeinschaften zur Verfügung (vgl. Abbildung 16).

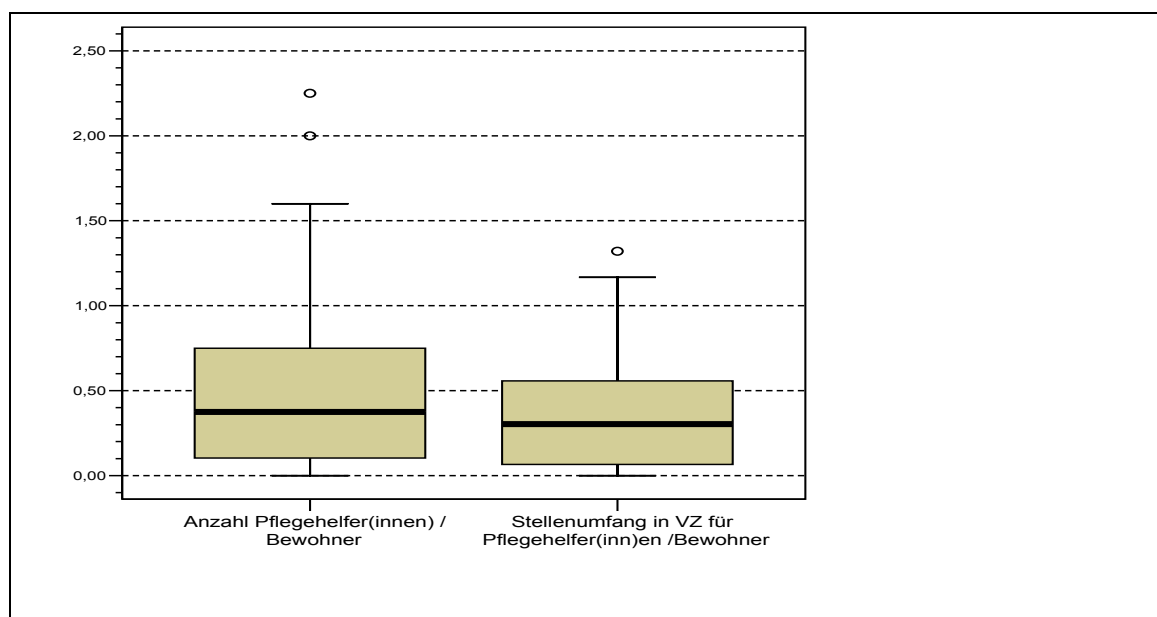


Abbildung 16: Anzahl und Vollzeitstellen von Pflegehelfer(inne)n pro Bewohner(in)

Statistisch nachweisbare Unterschiede zu einem vorgegebenen Signifikanzniveau von 5% bestehen nur bei dem Quotienten aus der Anzahl Pflegehelfer(innen) je nach der Zugehörigkeit zu einem Verband der Leistungsanbieter (ANOVA, $p<0,001$) nicht jedoch bei dem Quotienten aus der Vollzeitstelle je nach der Zugehörigkeit zu einem Verband der Leistungsanbieter (vgl. auch Abbildung 17).

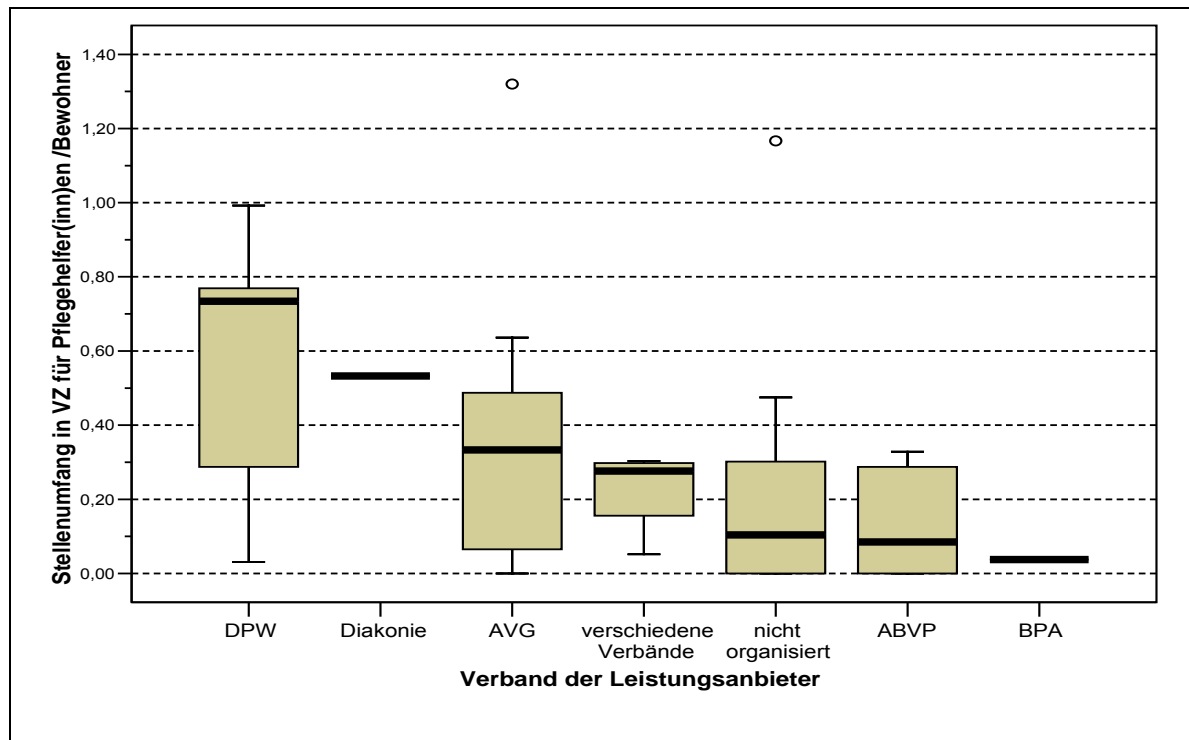


Abbildung 17: Anzahl Vollzeitstellen von Pflegehelfer(inne)n pro Bewohner(in) nach Verband der Leistungsanbieter

Für die Unterscheidung in freigemeinnützig organisierte, privat organisierte und private, verbandlich nicht organisierte Leistungsanbieter zeigen sich signifikante Unterschiede (ANOVA, $p < 0,001$ bei Pflegehelfer(in)/Bewohner(in) und $p = 0,017$ bei Vollzeitstellen/Bewohner(in)). Bezogen auf Vollzeitstellen pro Bewohner(in) weisen freigemeinnützig organisierte Pflegedienste mit 0,57 (0,32) Stellen den größten Wert auf, gefolgt von privat organisierten mit 0,29 (0,27) Stellen sowie nicht verbandlich organisierten Pflegediensten mit 0,25 (0,40) Stellen.

▪ Fachkräfte

Unter dem Begriff Fachkraft werden hier die erfragten Angaben zu Fachkräften mit spezifischer Qualifizierung für die Arbeit in Wohngemeinschaften, mit 200-h-Basisqualifizierung Hauspflege sowie Fachkräfte ohne spezielle Qualifizierung zusammengefasst. Im (arithmetischen) Mittel stehen 0,7 (0-2,7) Personen bzw. 0,7 (0-1,5) Vollzeitstellen pro Bewohner(in) in den Wohngemeinschaften zur Verfügung (vgl. Abbildung 18).

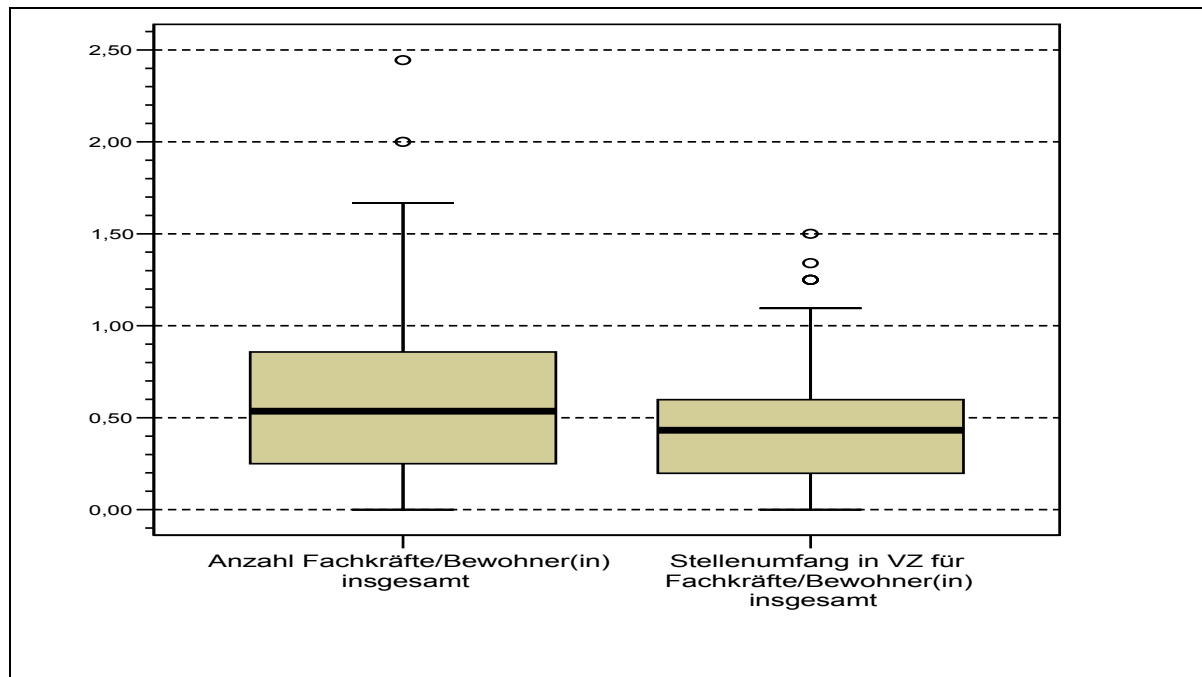


Abbildung 18: Anzahl und Vollzeitstellen von Fachkräften pro Bewohner(in)

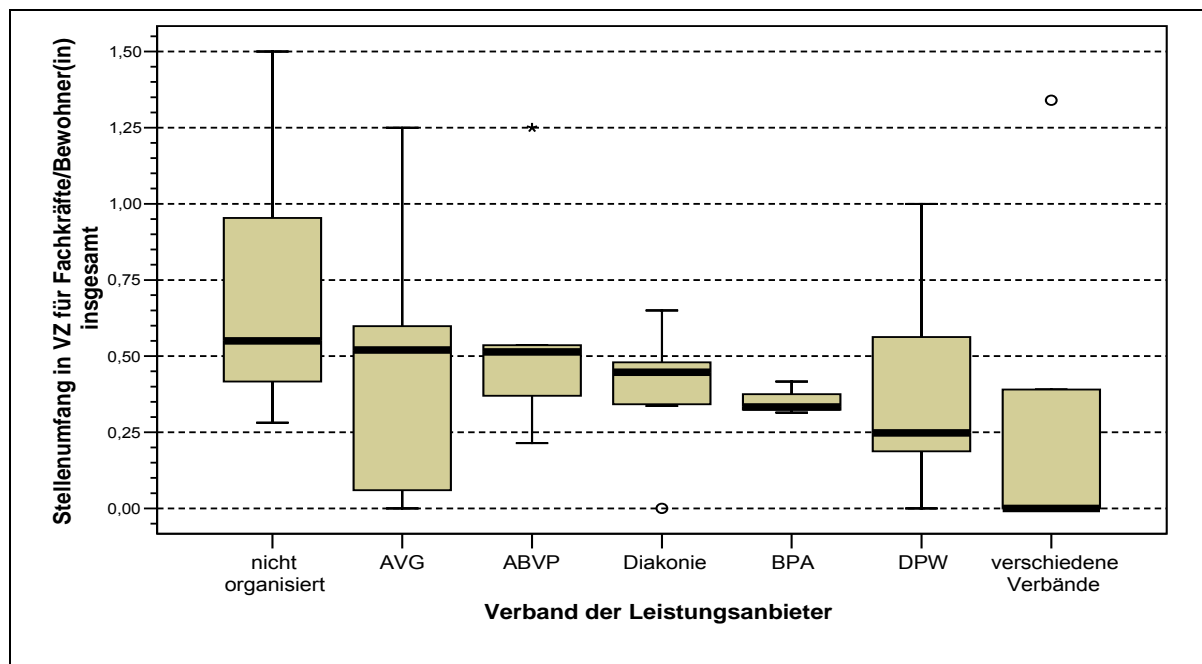


Abbildung 19: Anzahl Vollzeitstellen von Fachkräften pro Bewohner(in) nach Verband der Leistungsanbieter

Statistisch nachweisbare Unterschiede zu einem vorgegebenen Signifikanzniveau von 5% bestehen nur bei dem Quotienten aus der Anzahl Fachkräfte je nach der Zugehörigkeit zu einem Verband der Leistungsanbieter (ANOVA, $p=0,006$) nicht jedoch bei dem Quotienten aus der Vollzeitstelle je nach der Zugehörigkeit zu einem Verband der Leistungsanbieter (vgl. auch Abbildung 19). Bei einer Unterscheidung in freigemeinnützig organisierte, privat orga-

nisierte und private, verbandlich nicht organisierte Leistungsanbieter zeigen sich keine signifikanten Unterschiede (ANOVA, $p=0,135$ bei Fachkräfte/Bewohner(in) und $p=0,065$ bei Vollzeitstellen/Bewohner(in)).

Die nachfolgende Abbildung 20 verdeutlicht noch einmal abschließend die unterschiedlichen Stellenstrukturen je nach Verband der Leistungsanbieter des Pflegedienstes.

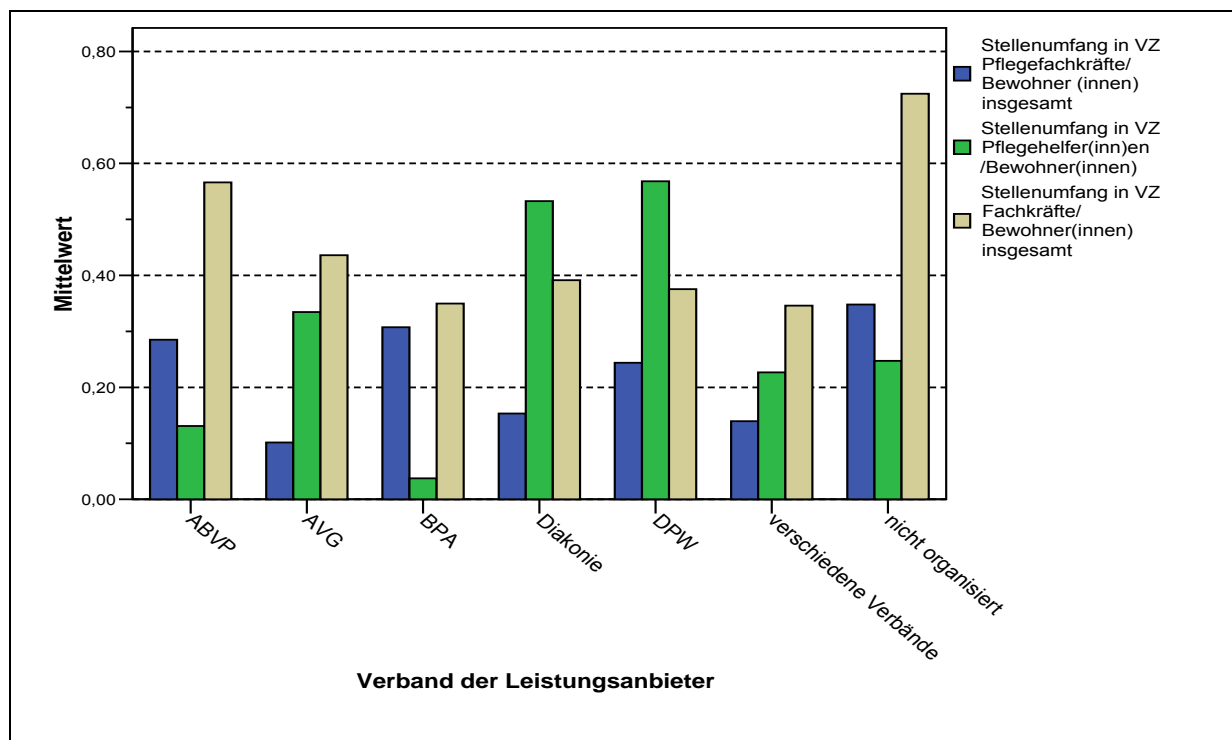


Abbildung 20: Mittelwert der Anzahl Vollzeitstellen von im Pflegedienst beschäftigten Mitarbeiter(innen) pro Bewohner(in) nach Verband der Leistungsanbieter

Eine vergleichsweise große mittlere Anzahl von Pflegefachkräften pro Bewohner(in) beschäftigen insbesondere Pflegedienste, die nicht verbandlich organisiert sind sowie im ABVP und im BPA organisierte Dienste. Bei den Pflegehelfer(inne)n weisen Diakonie- und DPW-organisierte Pflegedienste große mittlere Anzahlen auf, während bei den Fachkräften wieder nicht verbandlich organisierte Dienste sowie ABVP-organisierte Pflegedienste hervorstechen.

3.1.5 Kennzahlen zur Demenz in Wohngemeinschaften

Im arithmetischen Mittel haben die untersuchten Wohngemeinschaften mit 69,5% einen hohen Anteil von Bewohner(inne)n mit demenziellen Erkrankungen. Hierbei fallen jedoch Unterschiede zwischen den Wohngemeinschaften auf. So haben 15% der Wohngemeinschaften keine Bewohner(innen) mit demenziellen Erkrankungen, 40% der Wohngemeinschaften haben dagegen ausschließlich Bewohner(innen) mit demenziellen Erkrankungen (vgl. auch Abbildung 21). Ein Zusammenhang bezüglich der Größe der Wohngemeinschaft (Anzahl der Bewohner(innen) insgesamt) und dem Anteil demenziell erkrankter Bewohner(innen) ist nicht nachzuweisen.

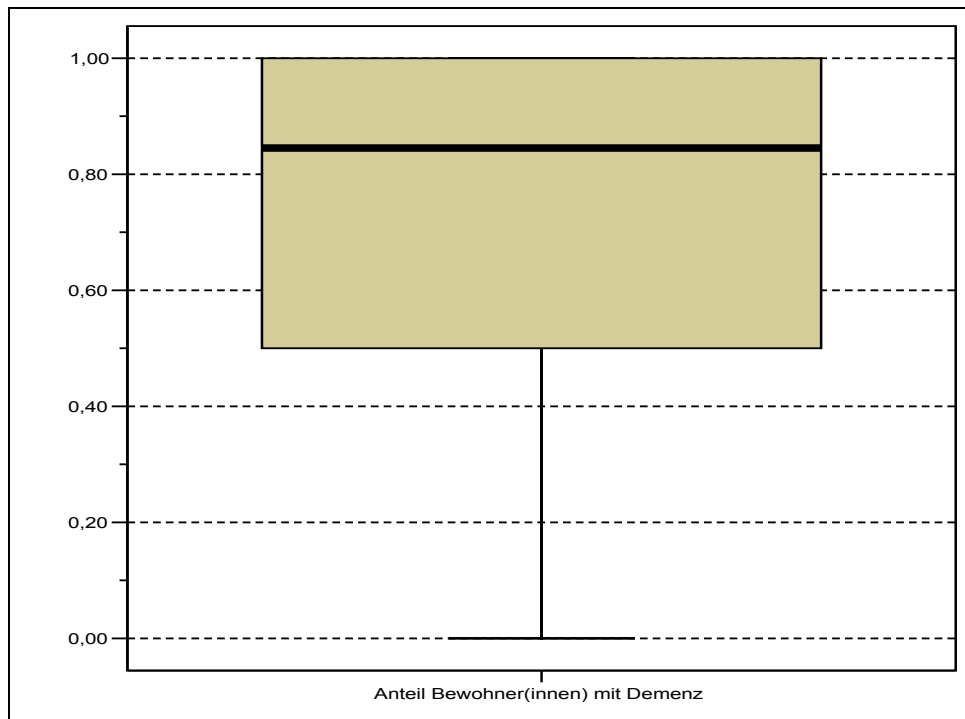


Abbildung 21: Anteil der Bewohner(innen) mit demenziellen Erkrankungen pro Wohngemeinschaft

Betrachtet man den Zusammenhang von Beschäftigten in einer Wohngemeinschaft (Stellenumfang in Vollzeit für Beschäftigte insgesamt), so zeigt sich ein negativer Zusammenhang (Korrelationskoeffizient nach Pearson $r=-0,368$, $p<0,001$) zum Anteil demenziell erkrankter Bewohner(innen). Wohngemeinschaften mit einem niedrigeren Anteil demenziell erkrankter Personen bzw. ohne demenziell erkrankte Bewohner(innen) weisen also einen höheren Anteil von Beschäftigten pro Bewohner(in) auf (vgl. Abbildung 22). Dies ist insbesondere durch Wohngemeinschaften bedingt, die keine demenziell erkrankten Bewohner versorgen, aber z.T. einen sehr großen Anteil von Beschäftigten pro Bewohner(in) aufweisen. Betrachte man aus-

schließlich Wohngemeinschaften, die demenziell erkrankte Personen versorgen, d.h. der Anteil demenziell erkrankter Bewohner ist größer Null, so zeigt sich dieser Zusammenhang nicht mehr.

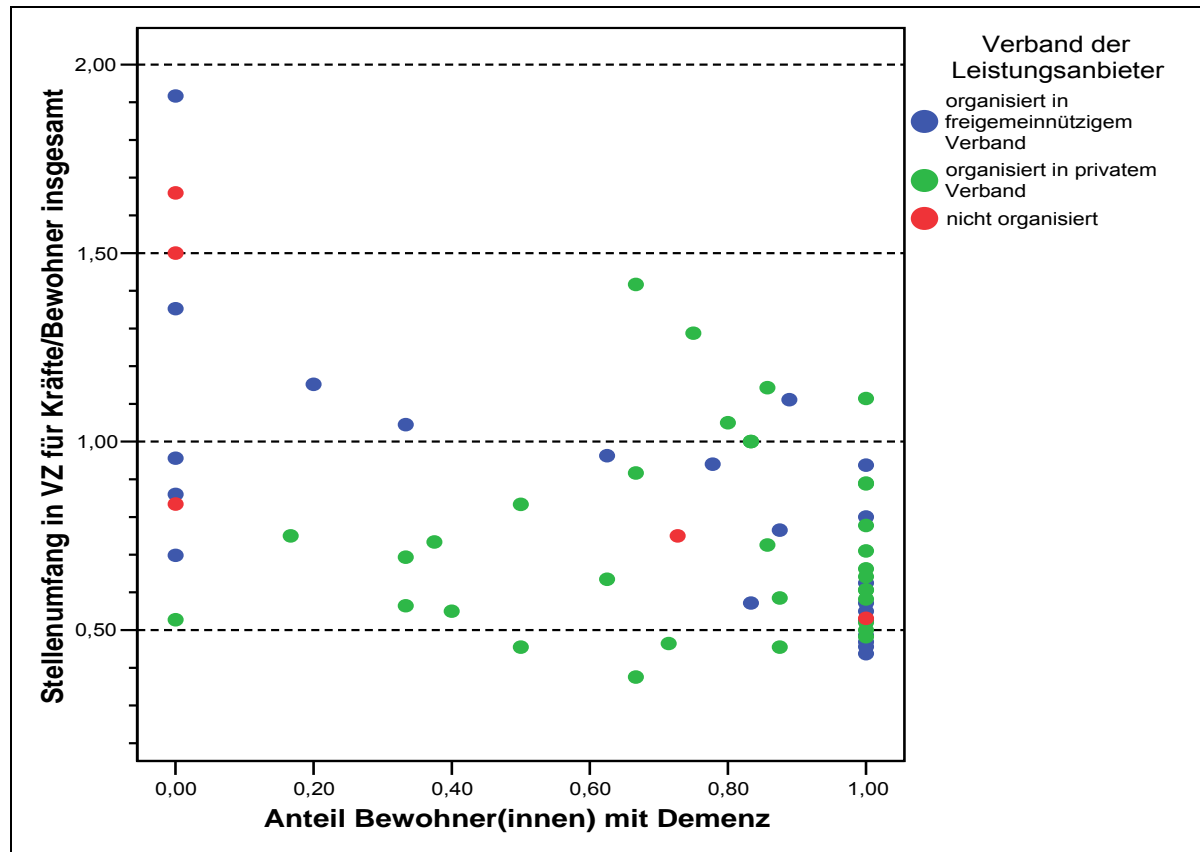


Abbildung 22: Zusammenhang von Beschäftigten in der Wohngemeinschaft und dem Anteil von Bewohner(inne)n mit demenziellen Erkrankungen

Die Bezirke, in denen die Wohngemeinschaften angesiedelt sind, unterscheiden sich nicht signifikant voneinander (ANOVA, $p=0,577$). Signifikante Unterschiede gibt es jedoch zwischen den Verbänden der Leistungsanbieter, denen die versorgenden Pflegedienste angehören (ANOVA, $p=0,002$). Mit sehr hohen Anteilen an demenziellen Bewohner(inne)n fallen insbesondere Wohngemeinschaften auf, die von Pflegediensten der Diakonie versorgt werden (im arithmetischen Mittel 96,1%), sowie Wohngemeinschaften, die von Pflegediensten verschiedener Verbände (76,7%) versorgt werden, wobei hier jedoch oft ebenfalls die Diakonie beteiligt ist. Geringe Anteile an demenziellen Bewohner(inne)n finden sich vor allem bei Wohngemeinschaften, die von Pflegediensten des BPA (41,4%) und insbesondere von nicht verbandlich organisierten Pflegediensten (31,8%) versorgt werden (vgl. Abbildung 23). Aufgrund der deutlichen Unterschiede zwischen den einzelnen Verbänden der Leistungsanbieter

lassen sich auch signifikante Unterschiede bezogen auf die Einteilung freigemeinnützig organisierte Pflegedienste, privat organisierte Pflegedienste und private, nicht verbandlich organisierte Pflegedienste feststellen (ANOVA, $p=0,010$). Insgesamt weisen privat organisierte Pflegedienste mit durchschnittlich 76,0% den größten Anteil an Bewohner(innen) mit demenziellen Erkrankungen auf, gefolgt von freigemeinnützig organisierten Pflegediensten mit 69,9% und privaten, nicht verbandlich organisierten Pflegediensten mit 31,8%.

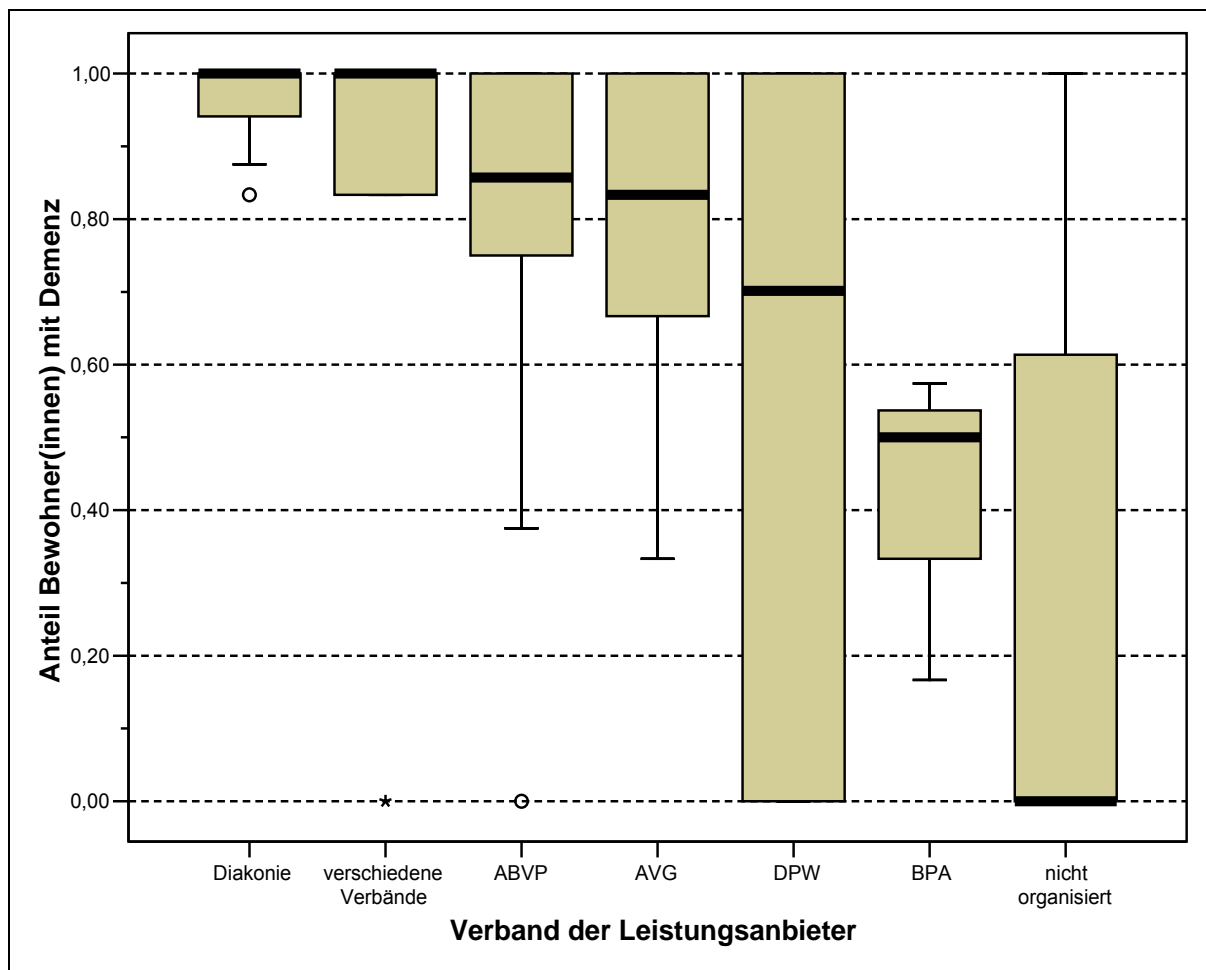


Abbildung 23: Anteil der Bewohner(innen) mit demenziellen Erkrankungen pro Wohngemeinschaft nach Verband der Leistungsanbieter

3.2 Bewohner(innen) von Wohngemeinschaften am Stichtag 07.07.2006

Für die vorliegende Studie liegen Daten von 745 Bewohner(innen) von Berliner Wohngemeinschaften zum Stichtag 07.07.2006 zu Alter, Geschlecht, Nationalität/Migrationshintergrund, Diagnosegruppe, Pflegestufe, Betreuungssituation, sowie zur Lebens- und Versorgungssituation vor Einzug in die Wohngemeinschaft vor. Einen Überblick über die Verteilung der Bewohner(innen) auf die einzelnen Bezirke gibt Abbildung 24. Ein nachweisbarer Zusammenhang zum Sozialindex²⁹ der jeweiligen Bezirke besteht nicht (Korrelationskoeffizient nach Pearson $r=0,110$, $p=0,734$).

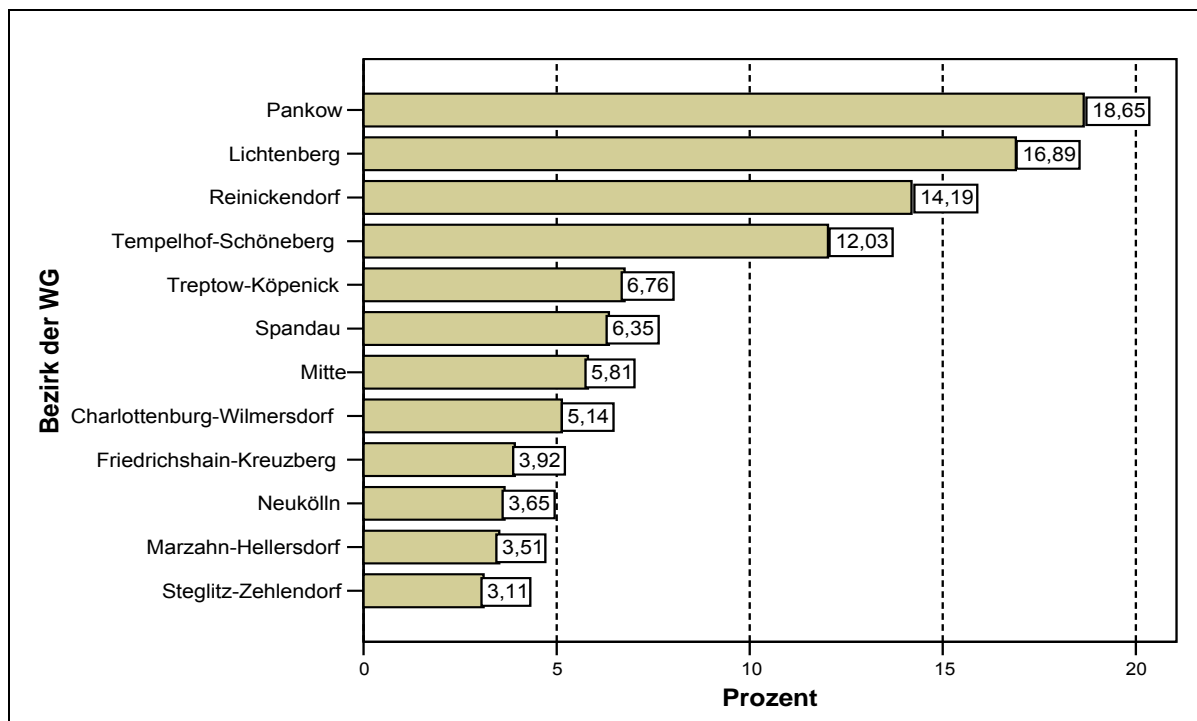


Abbildung 24: Anteil der Bewohner(innen) nach Bezirk der Wohngemeinschaft (n=740)

3.2.1 Soziodemografische Daten

Das Durchschnittsalter der Befragten (vgl. Abbildung 25) beträgt 79,5 Jahre (Standardabweichung $s=12,2$ Jahre). Frauen sind in der vorliegenden Stichprobe im Mittel fast elf Jahre älter (Durchschnittsalter 82,1 Jahre, $s=10,1$ Jahre) als die Männer (Durchschnittsalter 71,4 Jahre, $s=14,4$). Es ergeben sich keine auffälligen Unterschiede zwischen den Bezirken, jedoch ist im Bezirk Mitte eine etwas größere Streuung der Daten ersichtlich (vgl. Abbildung 26).

²⁹ Meinschmidt, G. (Hrsg.) (2004): *Sozialstrukturatlas Berlin 2003*. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales

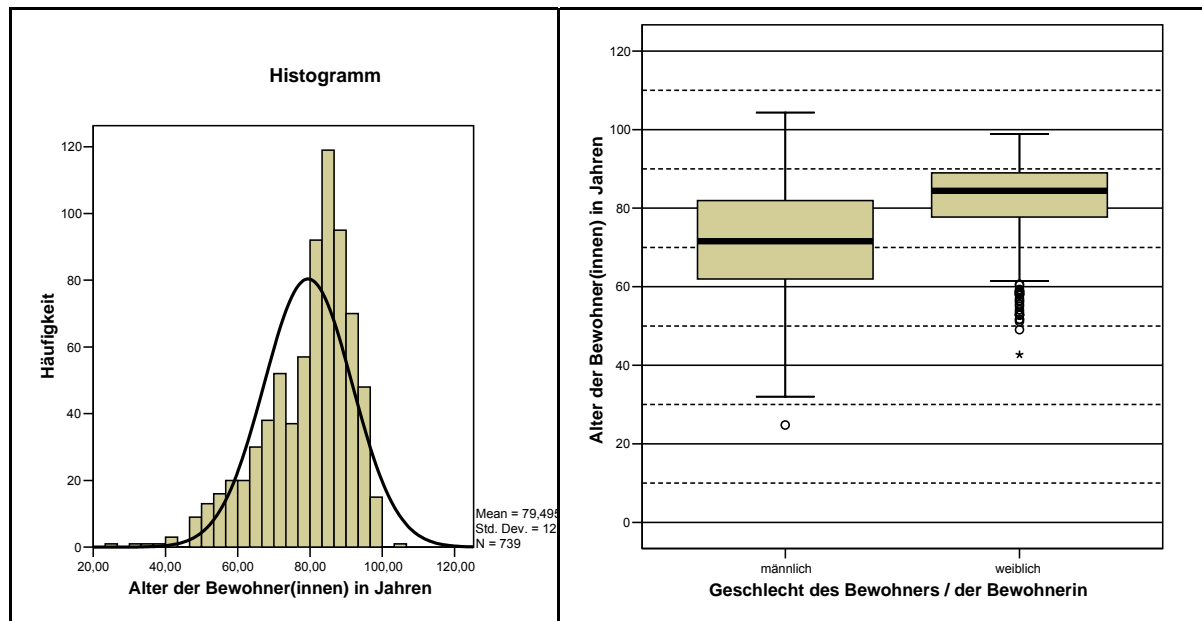


Abbildung 25: Altersverteilung der Stichprobe insgesamt und nach Geschlecht

Der Anteil weiblicher Befragter überwiegt deutlich, etwa drei Viertel der Bewohner(innen) sind weiblich (weiblich 74,4%, männlich 25,6%). Auffällige Unterschiede zwischen den Bezirken ergeben sich nicht. Lediglich in den Bezirken Mitte und Spandau ist der Anteil männlicher Bewohner mit etwa 40% höher als im Durchschnitt (vgl. Abbildung 27).

Nur 2,4% der Bewohner(innen) geben als Mutter- bzw. Herkunftssprache eine nichtdeutsche Sprache an, so dass nur von einem äußerst geringen Anteil von Bewohner(innen) mit Migrationshintergrund ausgegangen werden muss. Muttersprachlichkeit und Geschlecht sind dabei nicht unabhängig voneinander (Test nach Fisher, $p < 0,001$). Die in der vorliegenden Studie erfassten Bewohner(innen) mit nichtdeutscher Mutter-/Herkunftssprache sind überwiegend männlich. Während bei den Bewohnerinnen von Wohngemeinschaften nur 0,7% eine andere Herkunftssprache haben, sind dies bei den Bewohnern 7,4%. Die verschiedenen Bezirke unterscheiden sich ebenfalls signifikant (Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest, $p = 0,006$). Bezirke mit einem größeren Anteil muttersprachlich nichtdeutscher Bewohner(innen) in den Wohngemeinschaften sind die Bezirke Tempelhof-Schöneberg (9,0%), Charlottenburg-Wilmersdorf (5,3%), Mitte (4,7%), Steglitz-Zehlendorf (4,4%) und Marzahn-Hellersdorf (3,9%).

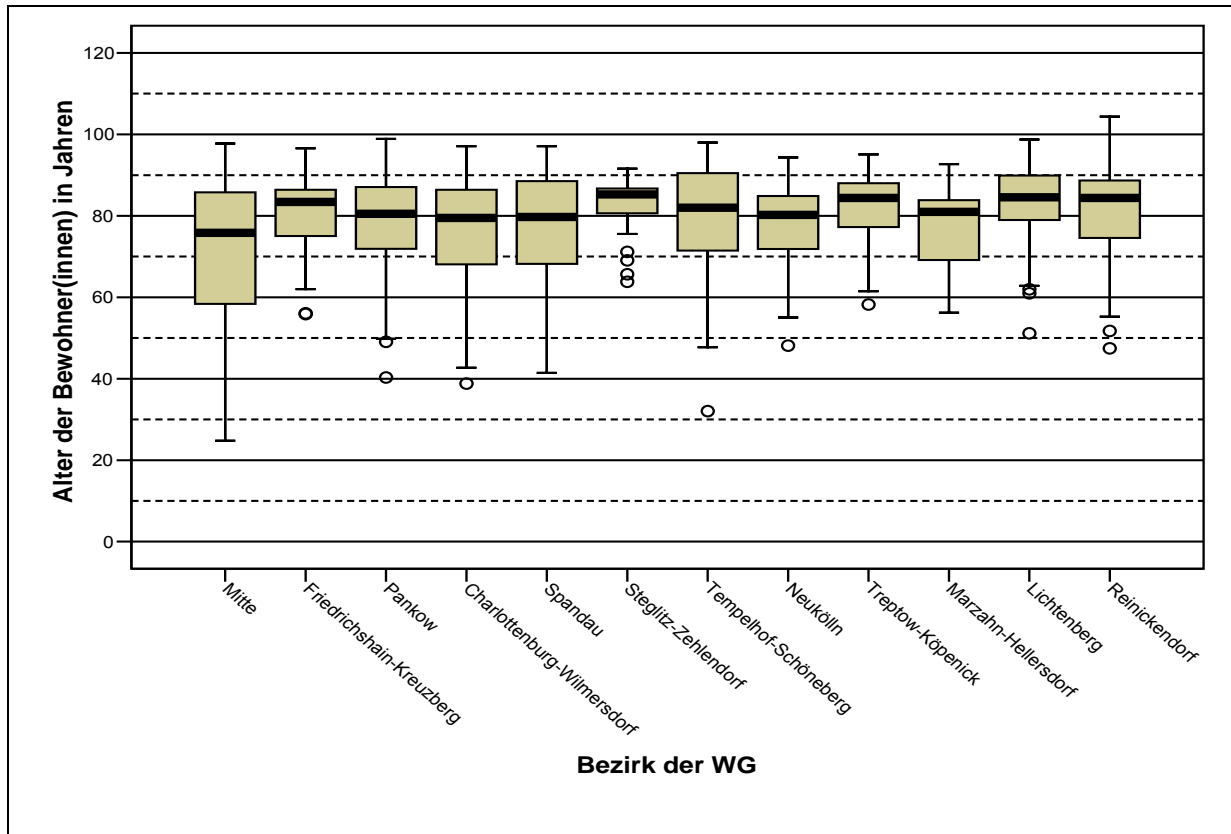


Abbildung 26: Altersverteilung der Stichprobe nach Bezirk der Wohngemeinschaft

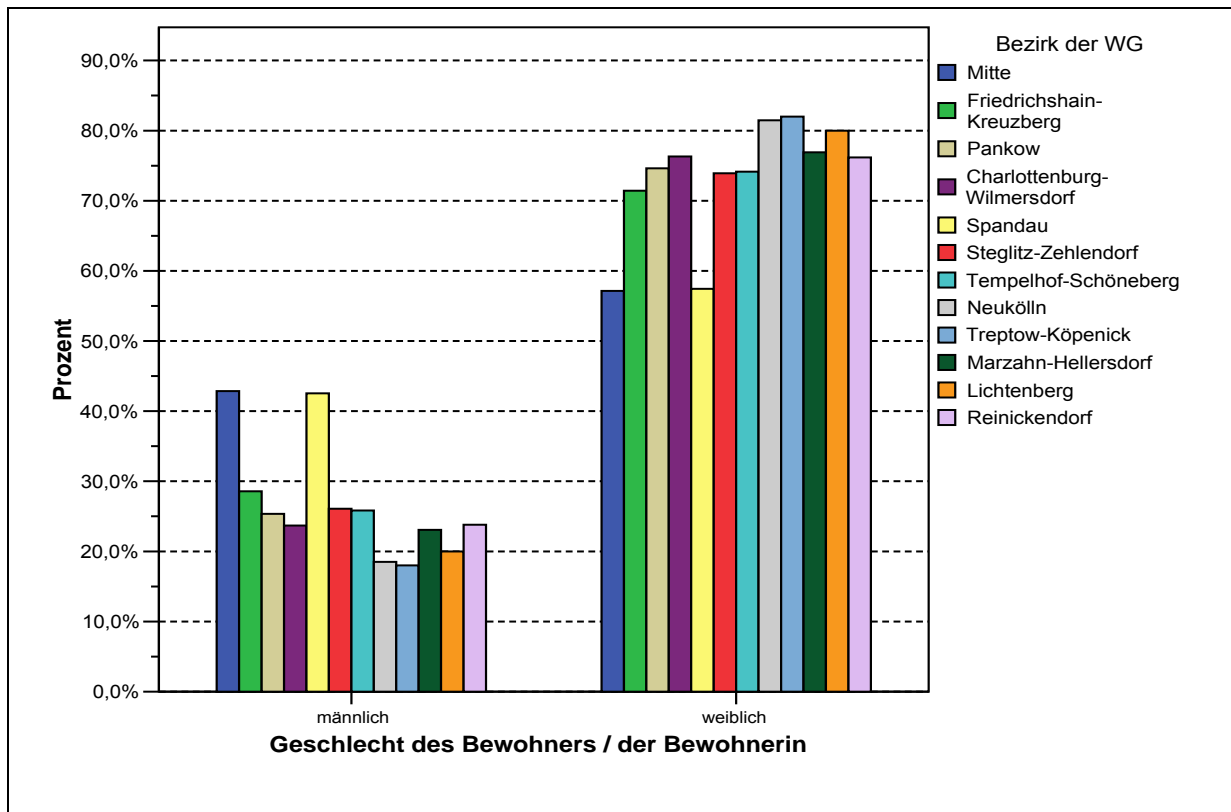


Abbildung 27: Geschlechterverteilung der Stichprobe nach Bezirk der Wohngemeinschaft

Insgesamt lag der Anteil der ausländischen Bevölkerung in Berlin zum 31.12.2005 bei 13,6%. Bezirke mit einem großen Anteil ausländischer Bevölkerung sind dabei Mitte (28,3%), Friedrichshain-Kreuzberg (22,7%) und Neukölln (22,2%), gefolgt von den Bezirken Tempelhof-Schöneberg (15,4%) und Charlottenburg-Wilmersdorf (17,3%) (vgl. Abbildung 28 und *Die kleine Berlin- Statistik 2006*, S.29 ff³⁰).

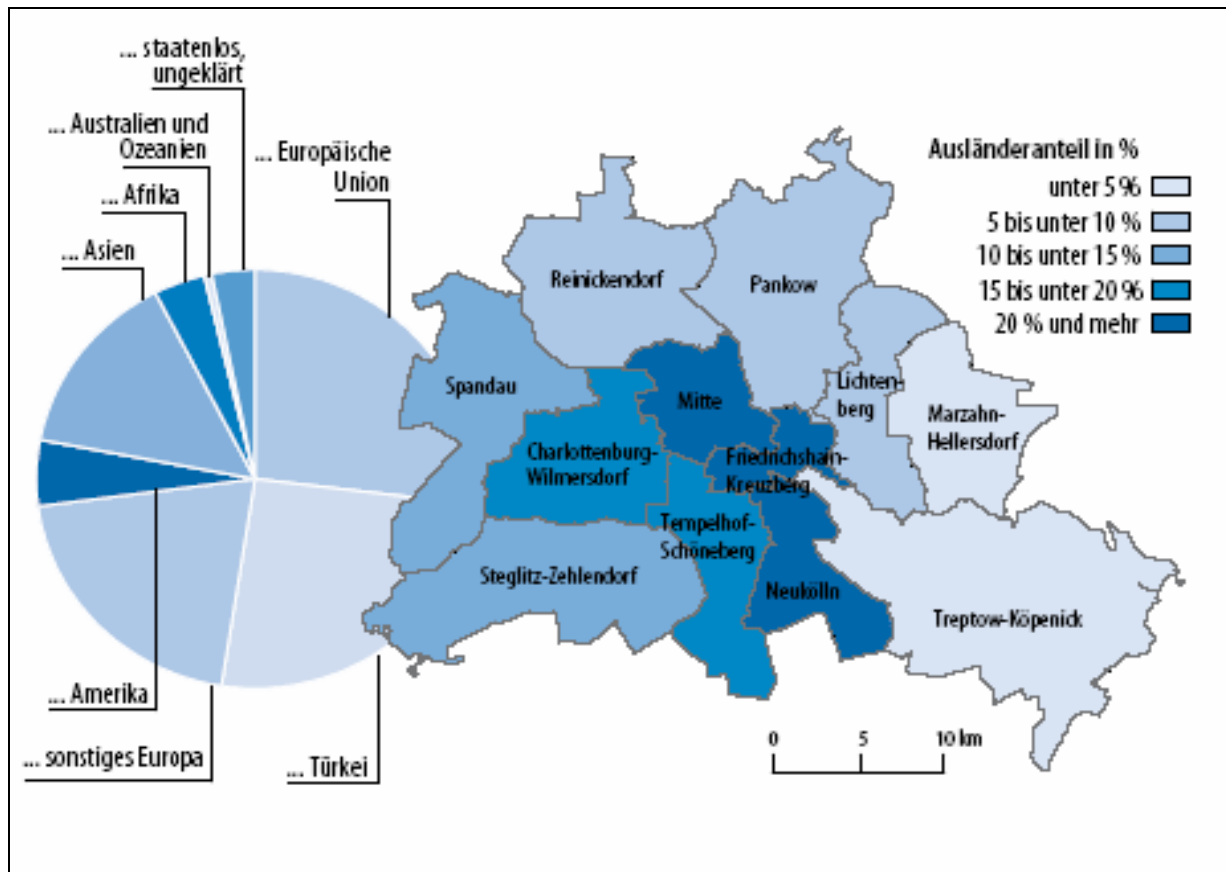


Abbildung 28: Verteilung der ausländischen Bevölkerung in Berlin³¹

Es fällt auf, dass gerade die beiden Bezirke mit dem größten Ausländeranteil sich nicht in den Bezirken mit dem größten Anteil muttersprachlich nichtdeutscher Bewohner(innen) in den Wohngemeinschaften widerspiegeln. Bereits im Bericht der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz *„Pflegeangebote in Berlin“*³² wird festgestellt:

„Die Gesamtschau der Ergebnisse zeigt, dass die Migranten/innen, die Pflegeangebote nicht in dem

³⁰ Statistisches Landesamt Berlin (Hrsg.) (2006): *Die kleine Berlin – Statistik 2006*.

³¹ Statistisches Landesamt Berlin (Hrsg.) (2006): *Die kleine Berlin – Statistik 2006*, S.02.5.

³² Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2006): *Pflegeangebote in Berlin*. <http://www.berlin.de/pflege-und-betreuung> (29.05.2007).

Umfang nutzen wie es ihrem Bevölkerungsanteil entsprechen würde. ... Der Anteil von Ausländern an der Gesamtbevölkerung liegt bei 13 Prozent; der der Über-65-Jährigen bei 5 Prozent; der der Über-85-Jährigen bei 3 Prozent. Der Anteil der Migrantinnen/innen in den Pflegeeinrichtungen bewegt sich zwischen 1 und 10 Prozent. Beim Vergleich ist zu bedenken, dass die amtliche Statistik nicht alle Personen mit Migrationshintergrund erfasst, sondern nur die Personen mit ausländischem Pass.“

3.2.2 Diagnosen

Im Bereich der Diagnosen für die Bewohner(innen) von Wohngemeinschaften wurden psychiatrische, somatische sowie ergänzend sonstige Diagnosen erfasst. Mehrfachnennungen waren möglich. Eine genaue Aufschlüsselung der jeweiligen Diagnosen in den drei zuvor genannten Gruppen findet sich in Abbildung 29.

Schlüssel für Diagnosen		
psychiatrische Diagnosen	1	Menschen mit demenzieller Erkrankung
	2	Menschen mit demenzieller Erkrankung und erheblichen Verhaltensauffälligkeiten (z.B. Weglauftendenzen, tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation, gestörter Tag-/ Nachtrhythmus)
	3	Menschen mit anderen psychiatrischen Erkrankungen (incl. Suchterkrankungen)
somatische Diagnosen	4	Menschen mit MS-Erkrankung
	5	Menschen nach Schlaganfall
	6	Menschen mit AIDS-Erkrankung
Sonstige	7	Menschen mit anderen somatischen Erkrankungen
	8	Menschen mit anderen Erkrankungen (nicht 1 bis 7)
	9	Menschen, die ohne diagnostizierte Erkrankungen in Wohngemeinschaft leben (z.B. Angehörige)

Abbildung 29: Ausschnitt aus dem Fragebogen zu Diagnosen von Bewohner(innen)

Für 81,2% aller Bewohner(innen) liegen Daten zu Diagnosen vor. Davon werden für fast drei Viertel (72,9%) aller Bewohner(innen) psychiatrische Diagnosen genannt, 16,9% weisen (zusätzlich) somatische Diagnosen auf und 15,3% fallen in die Gruppe „sonstige Diagnosen“. Eine Aufschlüsselung der Diagnosen in ausschließlich psychiatrische, somatische und sonstige Diagnosen sowie in Personen mit mehreren Diagnosen (aus den unterschiedlichen Diagnosegruppen) sowie ohne Diagnose zeigt Abbildung 30. Eine der Hauptnutzergruppen von Wohngemeinschaften sind damit Personen mit psychiatrischen Erkrankungen, somatische oder andere Erkrankungen spielen nur eine untergeordnete Rolle.

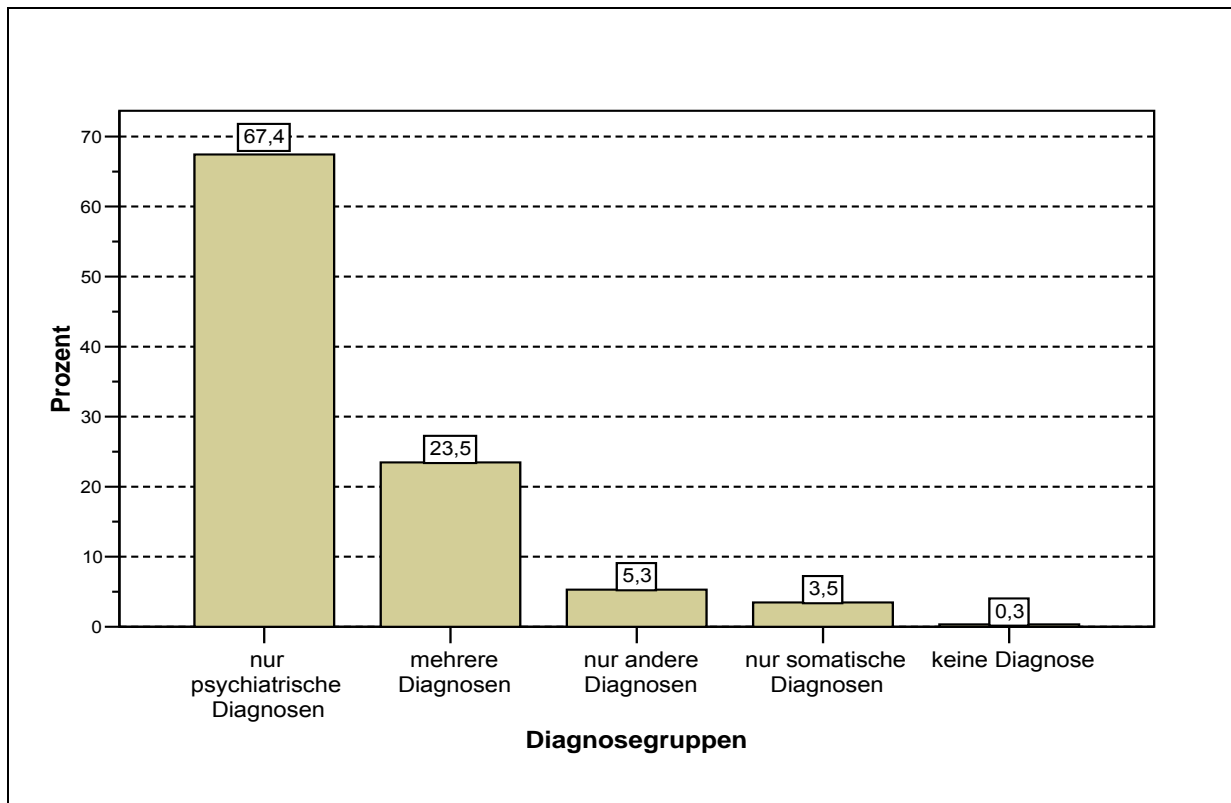


Abbildung 30: Diagnosegruppen von Bewohner(innen)

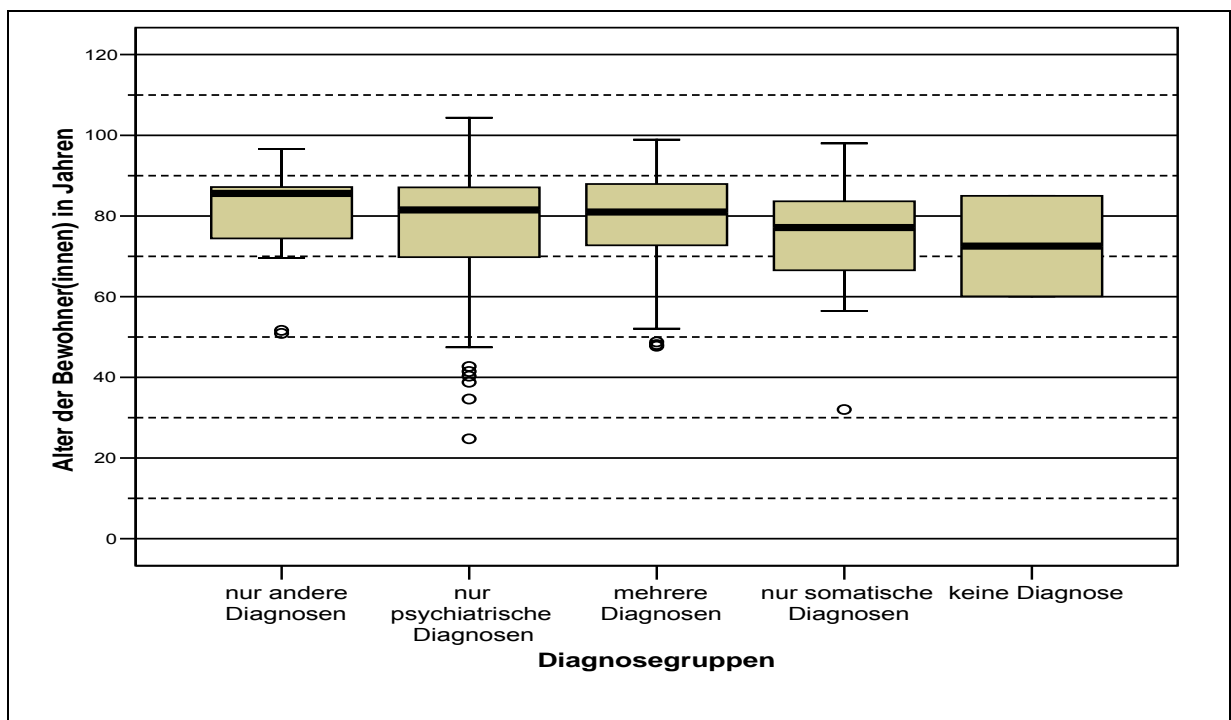


Abbildung 31: Alter der Bewohner(innen) nach Diagnosegruppen

Ein Zusammenhang von Diagnosegruppe und Geschlecht ist nicht nachzuweisen (Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest, $p=0,091$). Die kleine Gruppe der Personen ohne Diagnose sind jedoch ausschließlich männliche Bewohner. Auch bezüglich des Alters der Bewohner(innen) (vgl. Abbildung 31) lassen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen aufzeigen (ANOVA, $p=0,165$).

Die Pflegedienste unterscheiden sich in ihrem betreuten Diagnosespektrum je nach Verband der Leistungsanbieter. So haben nicht verbandlich organisierte Pflegedienste beispielsweise einen höheren Anteil an Bewohner(innen) mit nur somatischen Diagnosen als insgesamt vorliegend, wohingegen insbesondere Wohngemeinschaften, die von verschiedenen Verbänden betreut werden, Pflegedienste des AVG und des DPW einen höheren Anteil an nur psychiatrischen Diagnosen aufweisen. Auffallend ist auch der sehr hohe Anteil von „anderen Diagnosen“ bei Pflegediensten, die im BPA organisiert sind (vgl. Tabelle 5). Bei einer Unterscheidung in freigemeinnützig organisierte, privat organisierte und private, verbandlich nicht organisierte Leistungsanbieter zeigen sich signifikante Unterschiede (Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest, $p<0,001$). Freigemeinnützig organisierte Pflegedienste weisen keine betreuten Bewohner(innen) ohne Diagnose oder nur mit somatischen Diagnosen auf, der Betreuungsschwerpunkt liegt hier eindeutig bei Personen mit psychiatrischen Erkrankungen. Bei privat organisierten Pflegediensten sowie verbandlich nicht organisierten Pflegediensten ist der Anteil von Bewohner(innen) ohne Diagnose oder nur mit somatischen Diagnosen deutlich höher.

Bezüglich der Diagnosegruppen und dem Bezirk der Wohngemeinschaften sind Zusammenhänge nachweisbar (Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest, $p<0,001$). So weisen die Wohngemeinschaften in den Bezirken Charlottenburg-Wilmersdorf und Tempelhof-Schöneberg beispielsweise mit 10,8% bzw. 9,0% einen hohen durchschnittlichen Anteil von Bewohner(inne)n mit ausschließlich somatischen Erkrankungen auf, Wohngemeinschaften im Bezirk Steglitz-Zehlendorf haben mit 21,7% einen auffallend hohen durchschnittlichen Anteil im Bereich ausschließlich anderer (nicht psychiatrischer oder somatischer) Diagnosen. Im Bereich von ausschließlich psychiatrischen Diagnosen fallen die hohen durchschnittlichen Anteile im Bezirk Marzahn-Hellersdorf mit 92,3%, gefolgt von Wohngemeinschaften in Neukölln mit 81,5% und Wohngemeinschaften in Charlottenburg-Wilmersdorf mit 81,1% (vgl. Abbildung 32).

			Diagnosegruppen					Gesamt
			keine Diagnose	nur psychiatrische Diagnosen	nur somatische Diagnosen	nur andere Diagnosen	mehrere Diagnosen	
Verband der Leistungsanbieter	ABVP	Anzahl	0	26	2	0	26	54
		% von Verband	,0%	48,1%	3,7%	,0%	48,1%	100,0%
	AVG	Anzahl	0	175	8	8	19	210
		% von Verband	,0%	83,3%	3,8%	3,8%	9,0%	100,0%
	BPA	Anzahl	1	31	6	21	29	88
		% von Verband	1,1%	35,2%	6,8%	23,9%	33,0%	100,0%
	Diakonie	Anzahl	0	28	0	0	39	67
		% von Verband	,0%	41,8%	,0%	,0%	58,2%	100,0%
	DPW	Anzahl	0	95	0	2	10	107
		% von Verband	,0%	88,8%	,0%	1,9%	9,3%	100,0%
keine Angabe	Anzahl	0	2	0	0	5	7	
	% von Verband	,0%	28,6%	,0%	,0%	71,4%	100,0%	
nicht organisiert	Anzahl	1	28	5	1	11	46	
	% von Verband	2,2%	60,9%	10,9%	2,2%	23,9%	100,0%	
verschiedene Verbände	Anzahl	0	23	0	0	3	26	
	% von Verband	,0%	88,5%	,0%	,0%	11,5%	100,0%	
Gesamt	Anzahl	2	408	21	32	142	605	
	% von Verband	,3%	67,4%	3,5%	5,3%	23,5%	100,0%	

Tabelle 5: Diagnosen von Bewohner(inne) nach Verband der Leistungsanbieter Pflegedienst

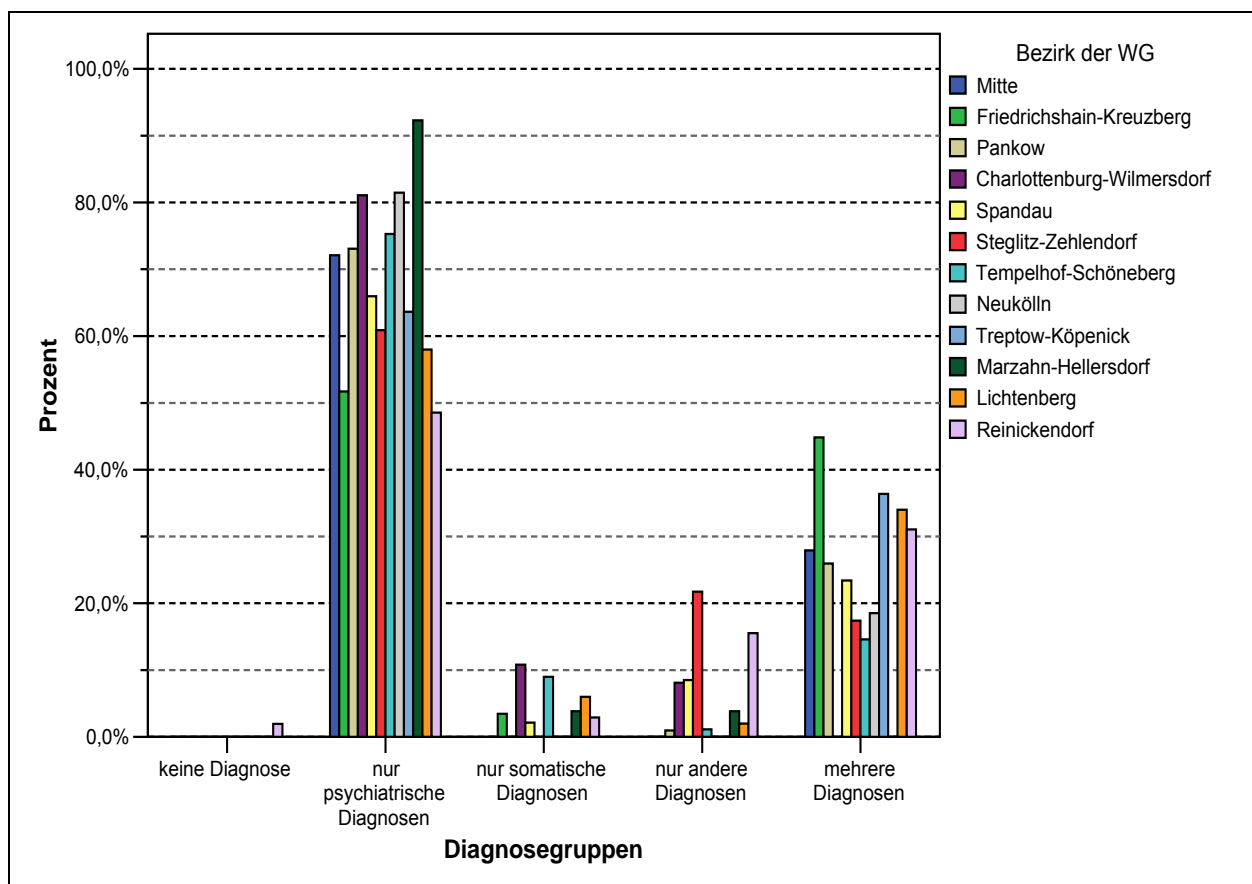


Abbildung 32: Diagnosegruppen der Bewohner(innen) nach Bezirk der Wohngemeinschaft

▪ Psychiatrische Diagnosen

Für 72,9% aller Bewohner(innen) liegen psychiatrische Diagnosen vor. Hiervon sind mehr als 80% Diagnosen zu demenziellen Erkrankungen, nur knapp 20% betreffen andere psychiatrische Erkrankungen, wie z.B. auch Suchterkrankungen (vgl. Tabelle 6).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozepte	Kumulierte Prozepte
Gültig	Menschen mit demenzieller Erkrankung	333	44,7	61,3	61,3
	Menschen mit demenzieller Erkrankung und erheblichen Verhaltensauffälligkeiten	111	14,9	20,4	81,8
	Menschen mit anderen psychiatrischen Erkrankungen (incl. Suchterkrankungen)	99	13,3	18,2	
	Gesamt	543	72,9	100,0	
Fehlend	System	202	27,1		
Gesamt		745	100,0		

Tabelle 6: Psychiatrische Diagnosen von Bewohner(inne)n

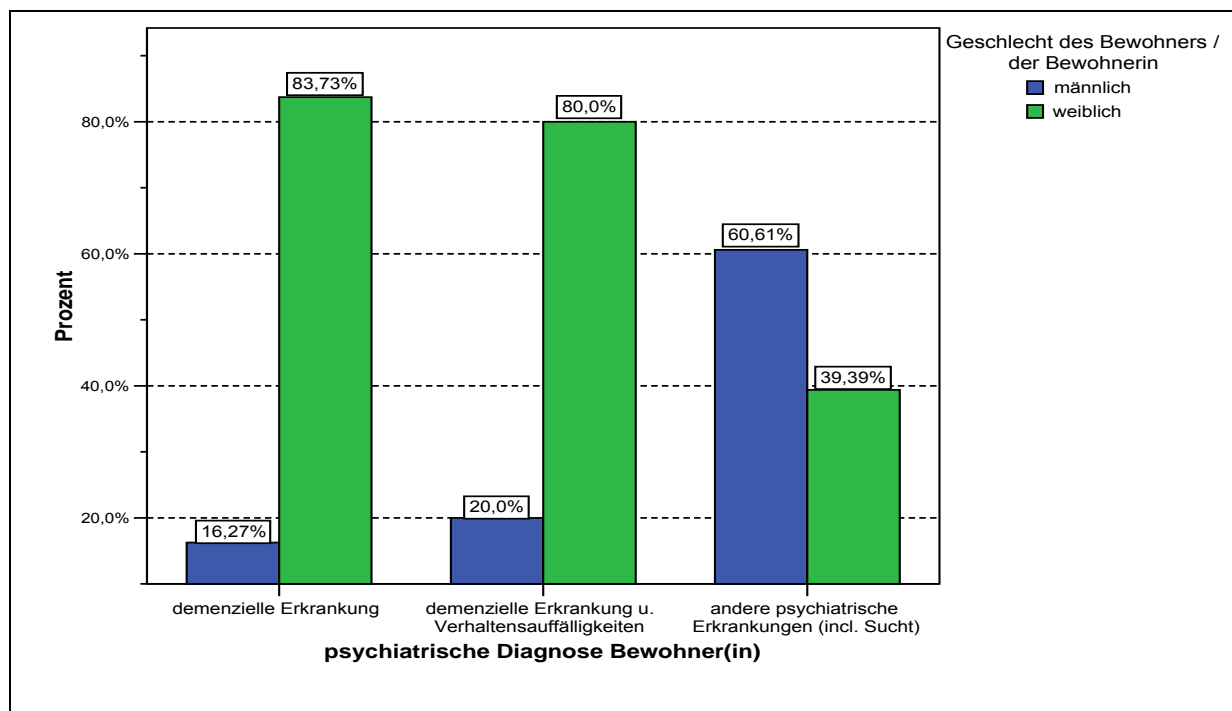


Abbildung 33: Psychiatrische Diagnosen der Bewohner(innen) nach Geschlecht

Innerhalb der Gruppe der psychiatrischen Erkrankungen besteht ein signifikanter Zusammenhang (Cramer-V=0,388, p<0,001) von Diagnose und Geschlecht der Bewohner(innen) (vgl. Abbildung 33). Während Frauen stärker von demenziellen Erkrankungen betroffen sind, weisen Männer einen deutlich höheren Anteil im Bereich anderer psychiatrischer Erkrankungen inklusive der Suchterkrankungen auf.

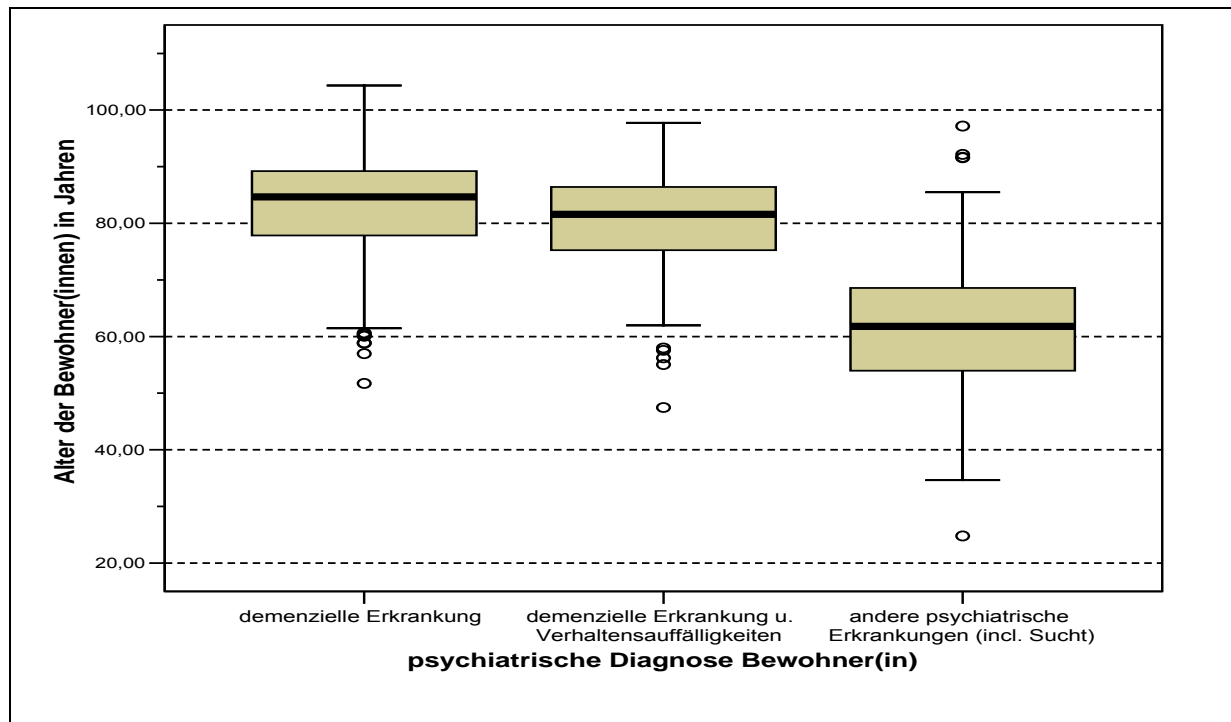


Abbildung 34: Alter der Bewohner(innen) nach psychiatrischer Diagnose

Ebenso lassen sich signifikante Unterschiede im Alter der Bewohner(innen) je nach psychiatrischer Diagnose feststellen (ANOVA, $p < 0,001$). So sind Menschen mit demenziellen Erkrankungen im Mittel 2,8 Jahre älter als Menschen mit demenziellen Erkrankungen und erheblichen Verhaltensauffälligkeiten und 21,1 Jahre älter als Menschen mit anderen psychiatrischen Erkrankungen (vgl. Abbildung 34).

Die Pflegedienste unterscheiden sich dabei in ihrem betreuten Diagnosespektrum je nach Verband der Leistungsanbieter signifikant (Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest, $p < 0,001$). So haben im DPW organisierte Pflegedienste beispielsweise einen fast doppelt so großen Anteil an Bewohner(innen) mit anderen psychiatrischen Erkrankungen als insgesamt vorliegend, wohingegen insbesondere Wohngemeinschaften, die von Pflegediensten verschiedener Verbände betreut werden, Pflegedienste der Diakonie und in etwas abgeschwächterer Form auch des AVG und des BPA einen deutlich niedrigeren Anteil hierbei aufweisen (vgl. Tabelle 7). Bei einer Unterscheidung in freigemeinnützig organisierte, privat organisierte und private, verbandlich nicht organisierte Leistungsanbieter zeigen sich damit ebenfalls signifikante Unterschiede (Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest, $p < 0,001$). Freigemeinnützig organisierte Pflegedienste betreuen einen höheren Anteil von Menschen mit demenzieller Erkrankung und erheblichen Verhaltensauffälligkeiten sowie von Menschen mit anderen psychiatrischen Erkrankungen (inkl. Sucht).

			psychiatrische Diagnose Bewohner(in)			Gesamt
			demenzielle Erkrankung	demenzielle Erkrankung u. erheblichen Verhaltensauffälligkeiten	andere psychiatrische Erkrankungen (incl. Sucht)	
Verband der Leistungsanbieter	ABVP	Anzahl	23	19	9	51
		% von Verband	45,1%	37,3%	17,6%	100,0%
	AVG	Anzahl	146	24	24	194
		% von Verband	75,3%	12,4%	12,4%	100,0%
	BPA	Anzahl	41	10	7	58
		% von Verband	70,7%	17,2%	12,1%	100,0%
	Diakonie	Anzahl	39	25	3	67
		% von Verband	58,2%	37,3%	4,5%	100,0%
	DPW	Anzahl	42	17	46	105
		% von Verband	40,0%	16,2%	43,8%	100,0%
keine Angabe	Anzahl	1	3	1	5	
	% von Verband	20,0%	60,0%	20,0%	100,0%	
nicht organisiert	Anzahl	22	7	8	37	
	% von Verband	59,5%	18,9%	21,6%	100,0%	
verschiedene Verbände	Anzahl	19	6	1	26	
	% von Verband	73,1%	23,1%	3,8%	100,0%	
Gesamt	Anzahl	333	111	99	543	
	% von Verband	61,3%	20,4%	18,2%	100,0%	

Tabelle 7: Psychiatrische Diagnosen von Bewohner(innen) nach Verband der Leistungsanbieter

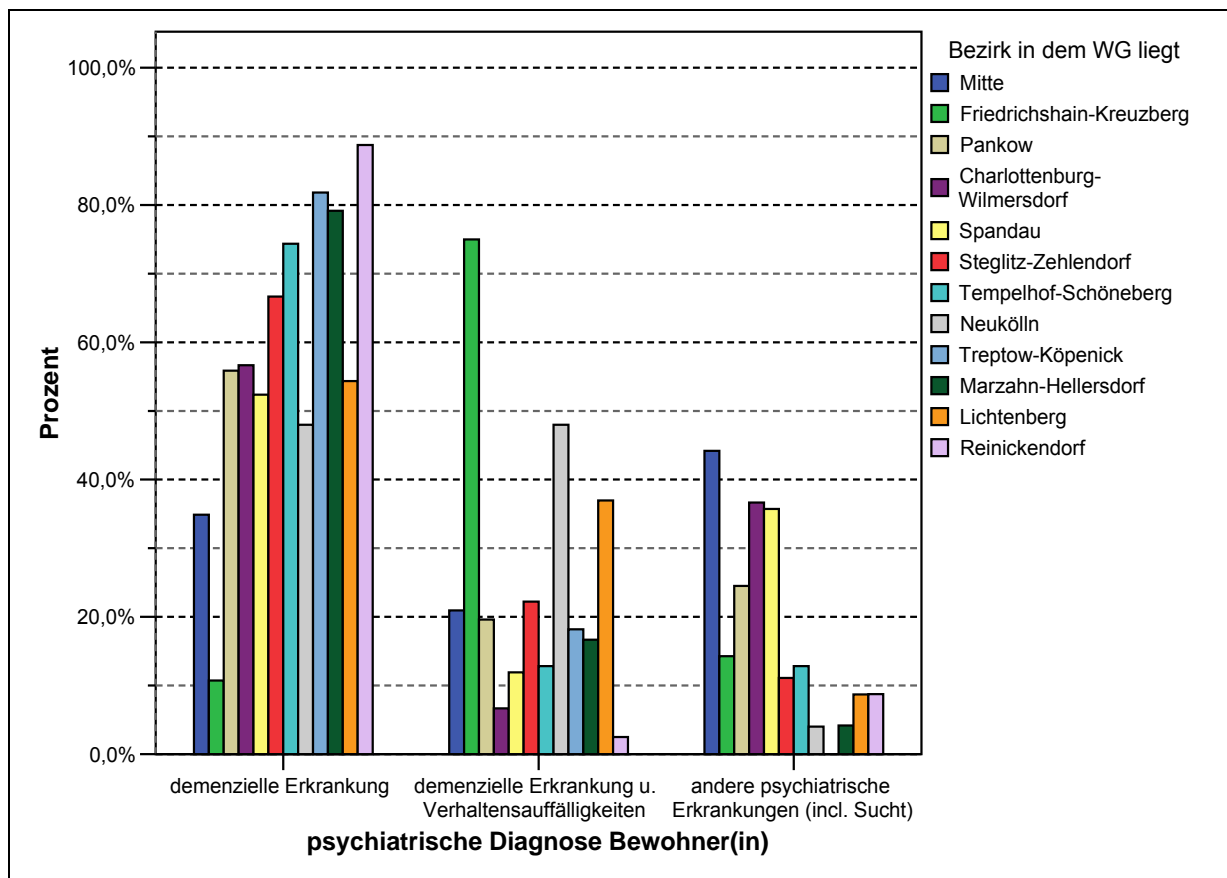


Abbildung 35: Bewohner(innen) mit psychiatrischer Diagnose nach Bezirk der Wohngemeinschaft

Auch im Bereich der psychiatrischen Diagnosen ist ein Zusammenhang von spezieller Diagnose und dem Bezirk, in dem die Wohngemeinschaft liegt, zu erkennen (Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest, $p < 0,001$). So spielen andere psychiatrische Erkrankungen inkl. Suchterkrankungen insbesondere eine große Rolle bei Wohngemeinschaften in den Bezirken Mitte (44,2%), Charlottenburg-Wilmersdorf (36,7%) und Spandau (35,7%). Auffallend ist auch der große durchschnittliche Anteil (75,0%) von Wohngemeinschaften mit Bewohner(inne)n mit demenziellen Erkrankungen und erheblichen Verhaltensauffälligkeiten in Friedrichshain/Kreuzberg (vgl. Abbildung 35).

▪ Somatische Diagnosen

Für 16,9% aller Bewohner(innen) liegen somatische Diagnosen vor. Von den erhobenen speziellen somatischen Diagnosen fallen insbesondere Bewohner(innen) mit diagnostizierten Schlaganfällen mit einem Anteil von 29,4% auf, wohingegen Multiple-Sklerose- (MS-) sowie Aids-Erkrankungen nur eine untergeordnete Rolle spielen (vgl. Tabelle 8).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	Menschen mit MS-Erkrankung	1	,1	,8
	Menschen nach Schlaganfall	37	5,0	29,4
	Menschen mit AIDS-Erkrankung	5	,7	4,0
	Menschen mit anderen somatischen Erkrankungen	83	11,1	65,9
	Gesamt	126	16,9	100,0
Fehlend	System	619	83,1	
Gesamt		745	100,0	

Tabelle 8: Somatische Diagnosen von Bewohner(inne)n

Auch innerhalb der Gruppe der somatischen Erkrankungen besteht ein signifikanter Zusammenhang (Cramer-V=0,415, $p < 0,001$) von Diagnose und Geschlecht der Bewohner(innen) (vgl. Abbildung 36). Von Aids- und MS-Erkrankungen sind ausschließlich Männer betroffen, zudem ist der Anteil männlicher Bewohner auch unter den Schlaganfall-Betroffenen deutlich höher. Ebenso lassen sich auch bei den somatischen Diagnosen signifikante Unterschiede im Alter der Bewohner(innen) je nach Diagnose feststellen (ANOVA, $p < 0,001$). So sind Menschen mit Aids-Erkrankungen im Mittel 28,3 Jahre jünger als Menschen mit Schlaganfall-Erkrankungen und 32,9 Jahre jünger als Menschen mit anderen somatischen Erkrankungen (vgl. Abbildung 37).

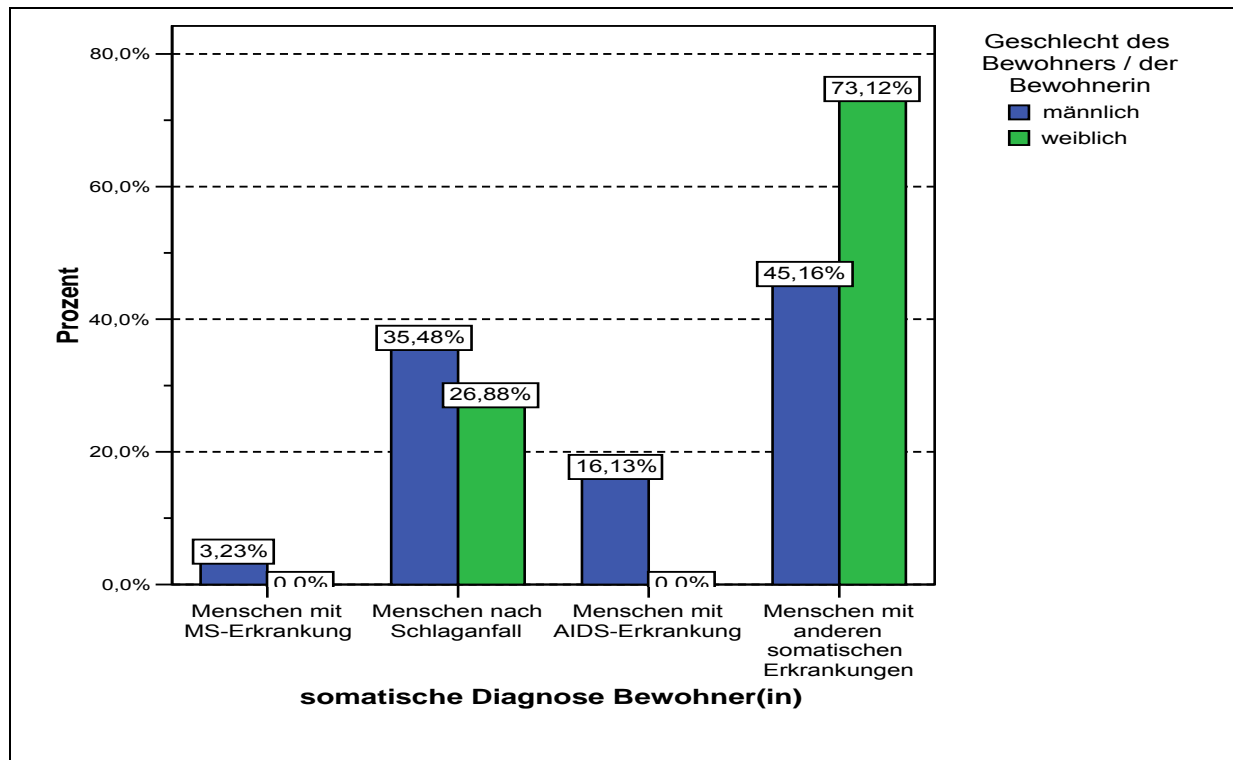


Abbildung 36: Somatische Diagnosen der Bewohner(innen) nach Geschlecht

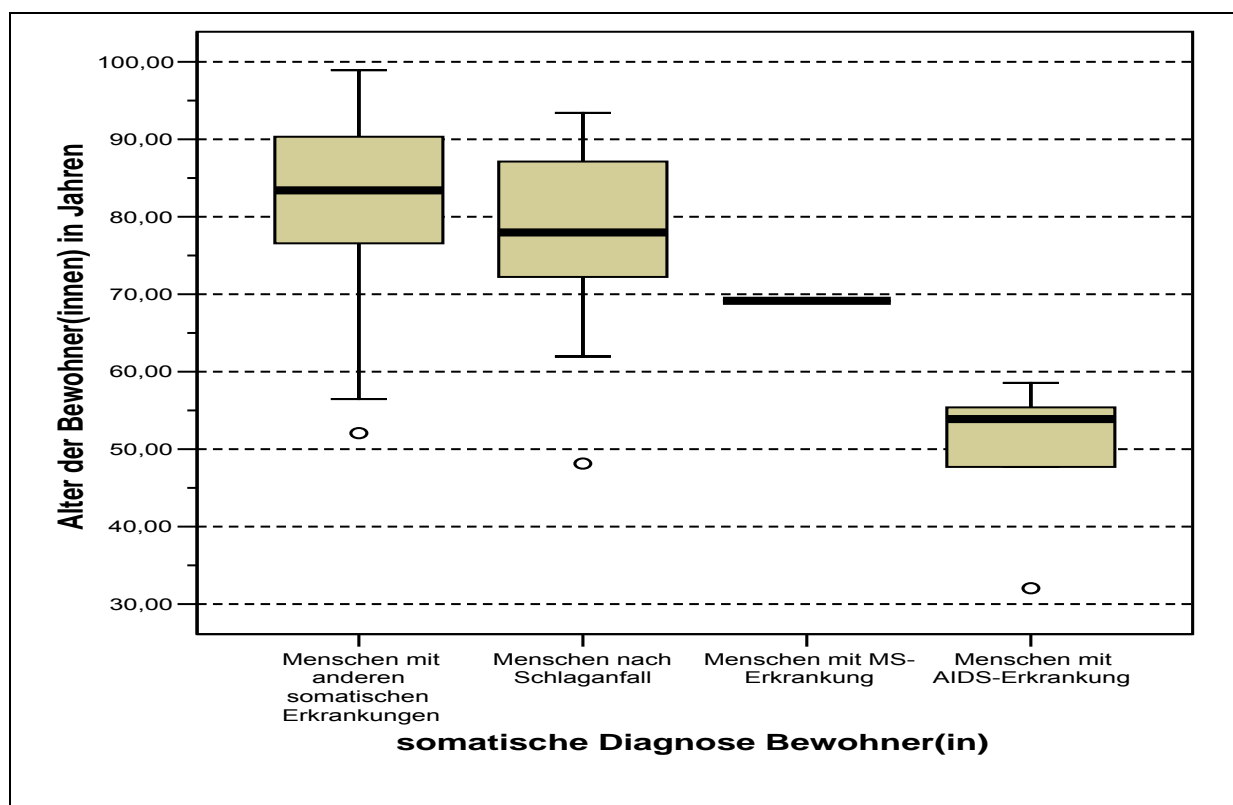


Abbildung 37: Alter der Bewohner(innen) nach somatischer Diagnose

Auch im Spektrum der somatischen Diagnosen unterscheiden sich die Pflegedienste je nach Verband der Leistungsanbieter (Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest, $p < 0,001$), dies gilt auch für eine Unterscheidung in freigemeinnützig organisierte, privat organisierte und private, verbandlich nicht organisierte Leistungsanbieter. Menschen mit Aids-Erkrankungen finden sich ausschließlich in Wohngemeinschaften, die von nicht verbandlich organisierten Pflegediensten betreut werden. Einen extrem hohen Anteil an Schlaganfall-Patienten weisen dagegen im BPA organisierte Pflegedienste auf (vgl. Tabelle 9).

			somatische Diagnose Bewohner(in)			Gesamt
			Menschen nach Schlaganfall	Menschen mit AIDS-Erkrankung	Menschen mit anderen somatischen Erkrankungen	
Verband der Leistungsanbieter	ABVP	Anzahl	6	0	20	26
		% von Verband	23,1%	,0%	76,9%	100,0%
	AVG	Anzahl	4	0	14	18
		% von Verband	22,2%	,0%	77,8%	100,0%
	BPA	Anzahl	13	0	2	15
		% von Verband	86,7%	,0%	13,3%	100,0%
	Diakonie	Anzahl	7	0	32	39
		% von Verband	17,9%	,0%	82,1%	100,0%
	DPW	Anzahl	1	0	9	10
		% von Verband	10,0%	,0%	90,0%	100,0%
keine Angabe	Anzahl	3	0	0	3	
	% von Verband	100,0%	,0%	,0%	100,0%	
nicht organisiert	Anzahl	2	5	4	11	
	% von Verband	18,2%	45,5%	36,4%	100,0%	
verschiedene Verbände	Anzahl	1	0	2	3	
	% von Verband	33,3%	,0%	66,7%	100,0%	
Gesamt	Anzahl	37	5	83	125	
	% von Verband	29,6%	4,0%	66,4%	100,0%	

Tabelle 9: Somatische Diagnosen von Bewohner(inne) nach Verband der Leistungsanbieter

Die Wohngemeinschaften unterscheiden sich dabei innerhalb der Gruppe der somatischen Diagnosen signifikant zwischen den Bezirken (Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest, $p < 0,001$). Bestimmte Diagnosen (z.B. Aids-Erkrankungen) sind dabei auf einzelne Wohngemeinschaften in jeweiligen Bezirken begrenzt.

▪ Sonstige Diagnosen

Bei den sonstigen Diagnosen wurden Menschen mit bisher im psychiatrischen oder somatischen Bereich nicht erfassten Diagnosen ermittelt sowie Personen ohne Diagnosen. Für 15,3% aller Bewohner(innen) liegen sonstige Diagnosen vor. Menschen ohne diagnostizierte Erkrankungen finden sich fast nicht in den Wohngemeinschaften, bei den Wenigen handelt es sich dabei ausschließlich um männliche Bewohner (vgl. Tabelle 10). Bezüglich des Alters

unterscheiden sich die hier erfassten Bewohner(innen) nicht von denen der anderen Diagnosegruppen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	Menschen mit anderen Erkrankungen	110	14,8	96,5
	Menschen ohne diagnostizierte Erkrankungen	2	,3	1,8
	Härtefallregelung	2	,3	1,8
	Gesamt	114	15,3	100,0
Fehlend	System	631	84,7	
Gesamt		745	100,0	

Tabelle 10: Sonstige Diagnosen von Bewohner(inne)n

3.2.3 Pflegesituation

Zur Erfassung der Pflegesituation wurden Beginn der Pflege, Versorgung/Pflege unmittelbar vor Beginn des Pflegeverhältnisses sowie Pflegestufe und eine evtl. Härtefallregelung erfasst. Der erfasste **Beginn der Pflege** spiegelt die Entwicklungssituation von Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen wider. Ab dem Jahr 2003 setzt ein massiver Anstieg der Bewohnerzahlen ein, nur 14,9% aller Bewohner(innen) weisen einen Beginn vor dem Jahr 2002 auf (vgl. Abbildung 38).

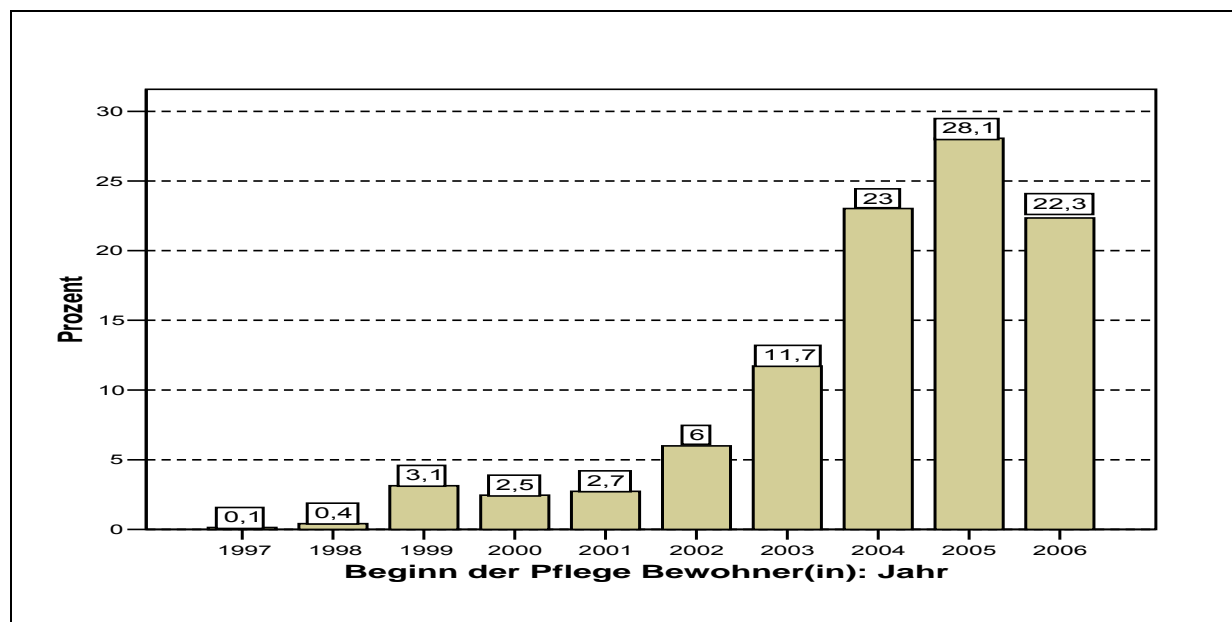


Abbildung 38: Beginn der Pflege der Bewohner(innen)

Die im Jahr 2006 wieder abfallende Zahl ist dabei darauf zurückzuführen, dass hier aufgrund des Stichtages 07.07.2006 nur die erste Jahreshälfte erfasst wurde. Betrachtet man die Aufnahmemonate im Jahreszyklus, so zeigt sich eine relativ gleichmäßige Verteilung, mit Aus-

nahme der Monate August und September, die niedrigere Werte und des Monats November, der höhere Werte aufweist.

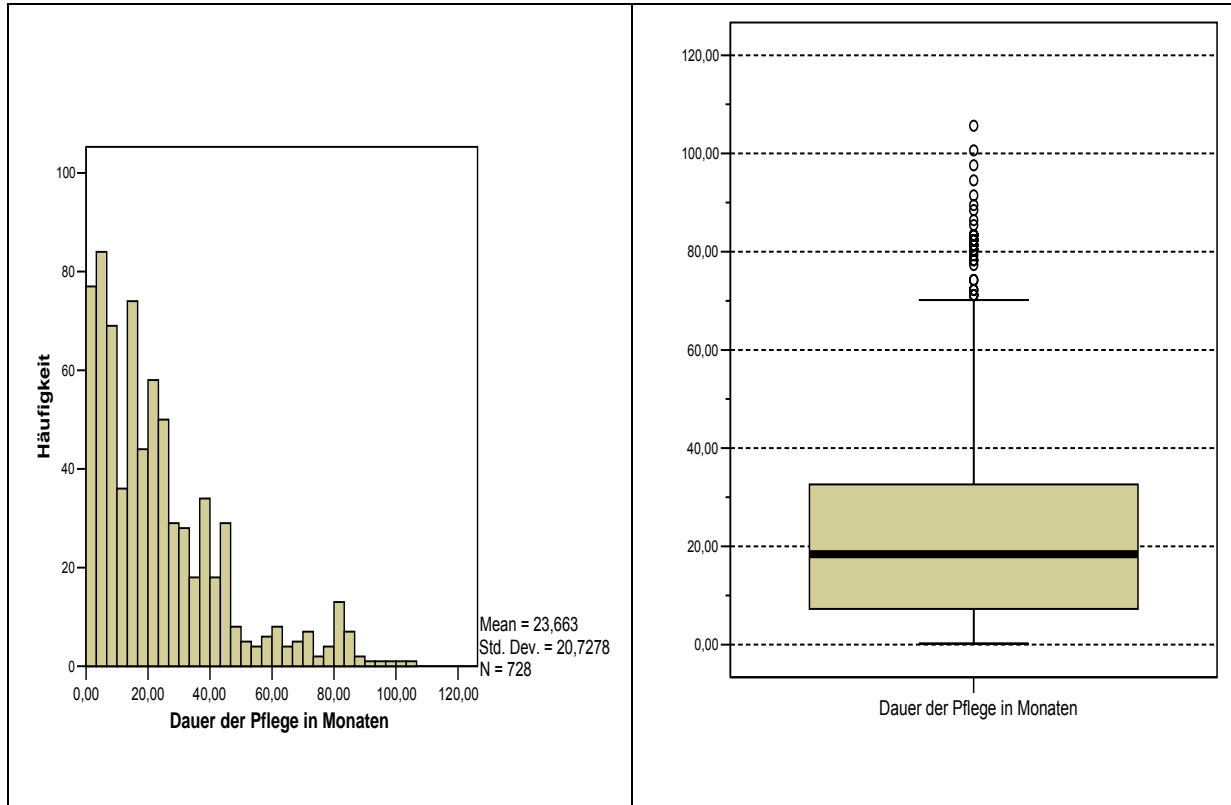


Abbildung 39: Dauer der bisherigen Pflege der Bewohner(innen)

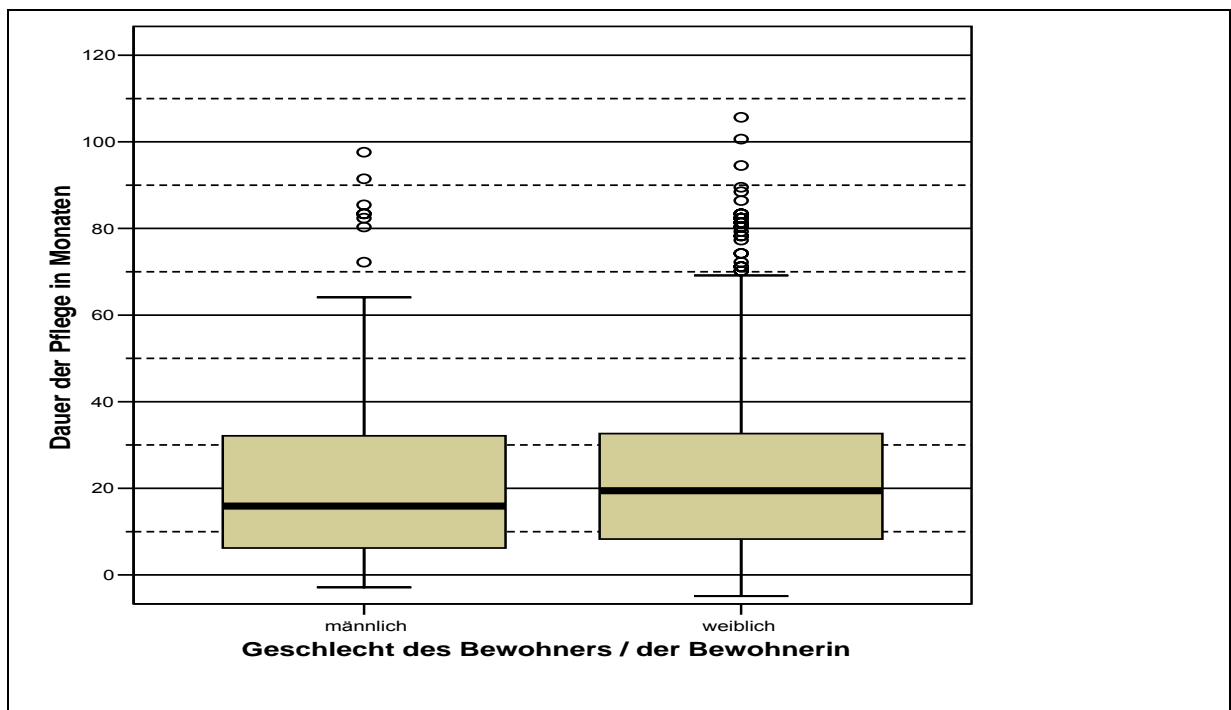


Abbildung 40: Dauer der bisherigen Pflege der Bewohner(innen) nach Geschlecht

Die bisherige **Pflegedauer**³³ der Bewohner(innen) beträgt im (arithmetischen) Mittel knapp zwei Jahre (23,6 Monate), wobei die Verteilung stark rechtsschief ist und die Werte von wenigen Tagen bis zu knapp neun Jahren (105,7 Monate) reichen (vgl. Abbildung 39). Die Pflegedauer beträgt bei den Frauen im Mittel 24,3 Monate ($s=20,9$) und bei den Männern 21,3 Monate ($s=20,1$) und unterscheidet sich nicht signifikant (vgl. Abbildung 40). Bei den Angaben zur bisherigen Pflegedauer ist zu berücksichtigen, dass diese Angaben rechtsseitig zensiert sind, da die Werte nur bis zum Stichtag 07.07.2006 erhoben wurden. Die Gesamtpflegedauer der Bewohner(innen) in einer Wohngemeinschaft wird hierdurch nicht beschrieben.

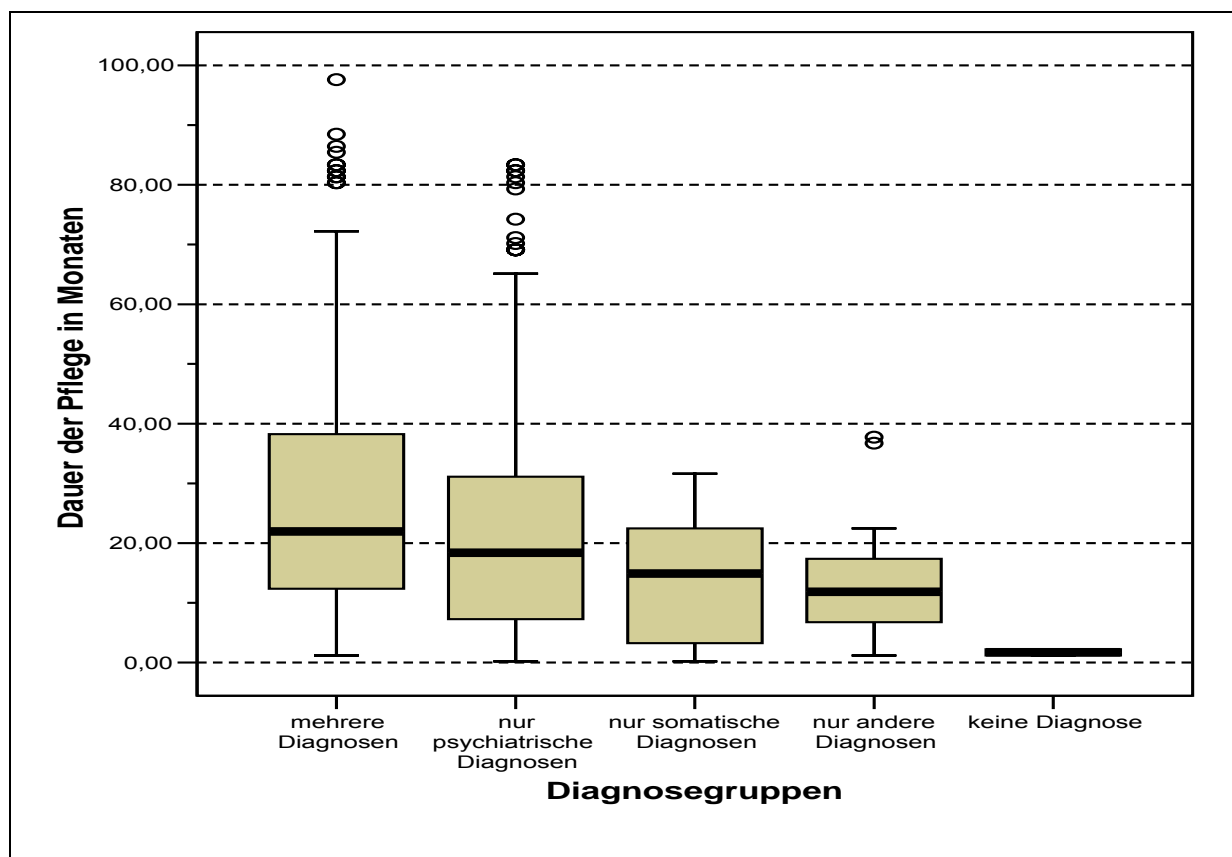


Abbildung 41: Dauer der bisherigen Pflege der Bewohner(innen) nach Diagnosegruppe

Betrachtet man die bisherige Pflegedauer je nach Diagnosegruppe, so zeigen sich statistisch nachweisbare Unterschiede in den Pflegedauern (ANOVA, $p < 0,001$). So haben Bewohner(innen) mit mehreren (psychiatrischen und somatischen) Diagnosen die längste mittlere Pflegedauer mit 28,5 Monaten vor Bewohner(inne)n mit ausschließlich psychiatrischen Diagnosen mit 21,9 Monaten. Darauf folgen Bewohner(inne)n mit ausschließlich somatischen Diagnosen mit 14,3 Monaten sowie Bewohner(inne)n mit anderen Diagnosen mit 13,1 Monaten

³³ hiermit ist die bisherige Dauer der Pflege in der Wohngemeinschaft bis zum Stichtag 07.07.2006 gemeint

(vgl. Abbildung 41). D.h. im arithmetischen Mittel weisen Personen mit sowohl psychiatrischen als auch somatischen Erkrankungen eine um ein halbes Jahr (6,6 Monate) längere Pflegedauer auf als Personen mit nur psychiatrischen Erkrankungen und diese wiederum eine um etwas mehr als ein halbes Jahr (7,6 Monate) längere Pflegedauer als Personen mit nur somatischen Diagnosen.

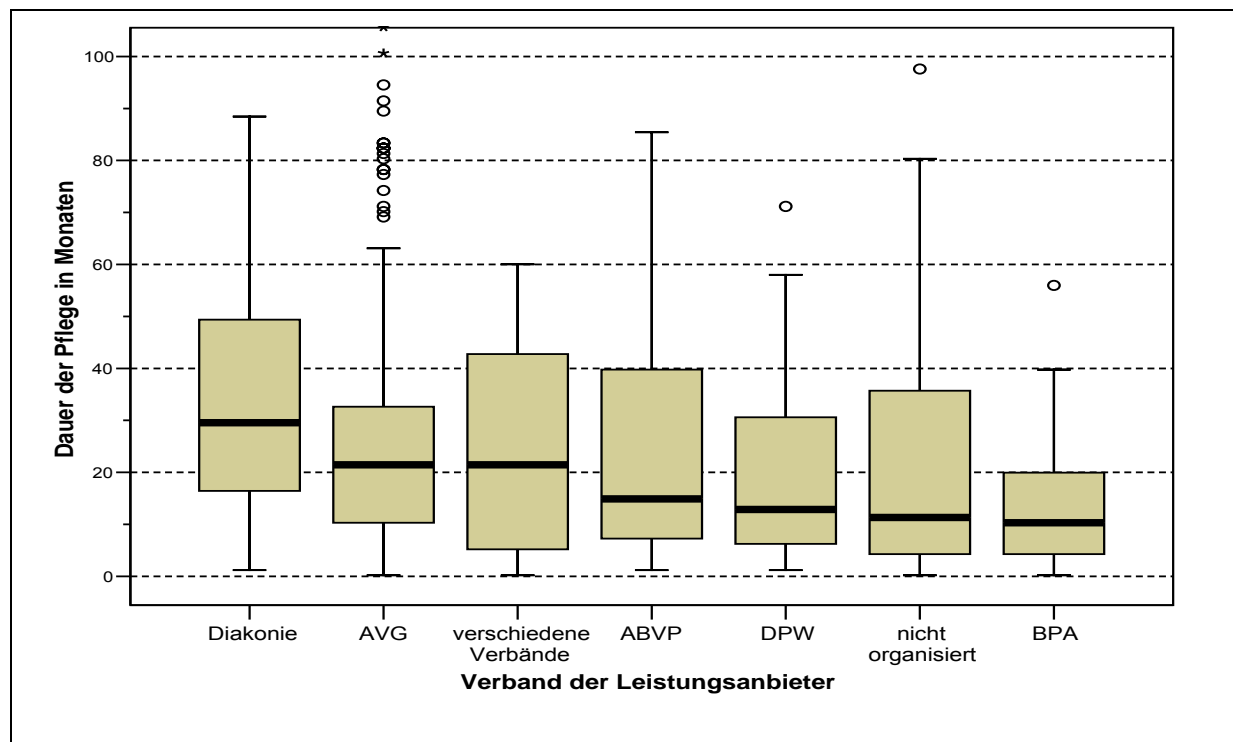


Abbildung 42: Dauer der bisherigen Pflege der Bewohner(innen) nach Verband der Leistungsanbieter

Da die Wohngemeinschaften je nach Verbandszugehörigkeit des betreuenden Pflegedienstes unterschiedliche Diagnoseschwerpunkte aufweisen (vgl. Tabelle 5), unterscheiden sich damit auch die mittleren Pflegedauern je nach Verbandszugehörigkeit signifikant (ANOVA, $p < 0,001$). Die längste mittlere Pflegedauer weisen Pflegedienste der Diakonie mit 3 Jahren (36,6 Monate) auf, die kürzeste Pflegedienste des BPA mit etwa einem Jahr (13,2 Monate), wobei jedoch bei allen Verbänden eine große Streuung der Pflegedauern zu erkennen ist (vgl. Abbildung 42). Bedingt durch die große Inhomogenität der beobachteten bisherigen Pflegedauern zeigen sich für die Unterscheidung in freigemeinnützig organisierte, privat organisierte und private, verbandlich nicht organisierte Leistungsanbieter keine signifikanten Unterschiede (ANOVA, $p = 0,426$).

Mehr als 90% aller Bewohner(innen) von Wohngemeinschaften haben eine bewilligte Pflegeeinstufung, bei mehr als der Hälfte (56%) der Bewohner(innen) liegt die Zuordnung zu § 45a

SGB XI (PflEG³⁴) vor bzw. ist beantragt. Die meisten Bewohner(innen) von Wohngemeinschaften sind dabei in **Pflegestufe II** eingestuft (45,9%), danach folgen Bewohner(innen) mit Pflegestufe I (31,1%). Bewohner(innen) mit Pflegestufe III bzw. ohne Pflegestufe sind deutlich geringer vertreten (vgl. Tabelle 11).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine Pflegestufe ("0")	55	7,4	7,4	7,4
	Pflegestufe I	230	30,9	31,1	38,6
	Pflegestufe II	339	45,5	45,9	84,4
	Pflegestufe III	100	13,4	13,5	98,0
	Pflegestufe beantragt	8	1,1	1,1	
	sonstiges	7	,9	,9	
	Gesamt	739	99,2	100,0	
Fehlend	System	6	,8		
Gesamt		745	100,0		

Tabelle 11: Pflegestufen von Bewohner(inne)n

Bei einem Vergleich mit Daten der Pflegestatistik 2005 gilt für das Land Berlin, dass von allen Pflegebedürftigen etwas mehr als die Hälfte (50,9%) in Pflegestufe I, etwa ein weiteres Drittel in Pflegestufe II (35,6%) und die restlichen 13,4% in Pflegestufe III eingestuft sind³⁵. Vergleicht man dies mit den Anteilen von Pflegebedürftigen in den Wohngemeinschaften, so sind von allen als pflegebedürftig eingestuften Bewohner(innen) ein Drittel (34,4%) in Pflegestufe I, etwas mehr als die Hälfte in Pflegestufe II (50,7%) und 15% in Pflegestufe III eingestuft; die Anteile entsprechen sich somit nur in der höchsten Pflegestufe, während die Anteile in Pflegestufe I und II genau umgekehrt verteilt sind. Pflegestufe und Geschlecht sind dabei nicht unabhängig voneinander (Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest, $p < 0,001$). Männliche Bewohner sind dabei stärker in den Gruppen ohne Pflegestufe bzw. Pflegestufe I vertreten, Bewohnerinnen – auch bedingt durch die andere Altersstruktur (vgl. auch Abbildung 25) – stärker in den höheren Pflegestufen II und III (vgl. Abbildung 43).

³⁴ Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz-PflEG)

³⁵ Statistisches Bundesamt (2007): *Pflegestatistik 2005 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 3. Bericht: Ländervergleich – ambulante Pflegedienste*, Wiesbaden, S.15.

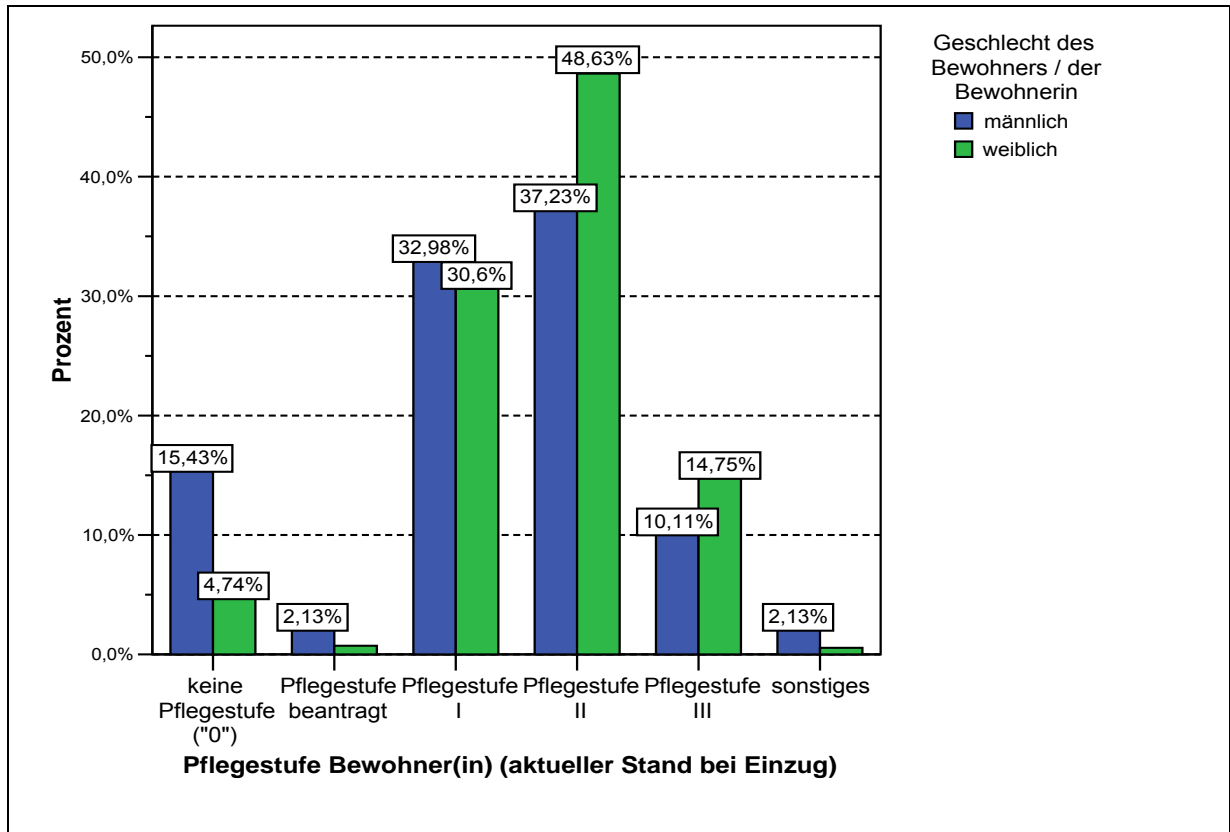


Abbildung 43: Pflegestufen der Bewohner(innen) nach Geschlecht

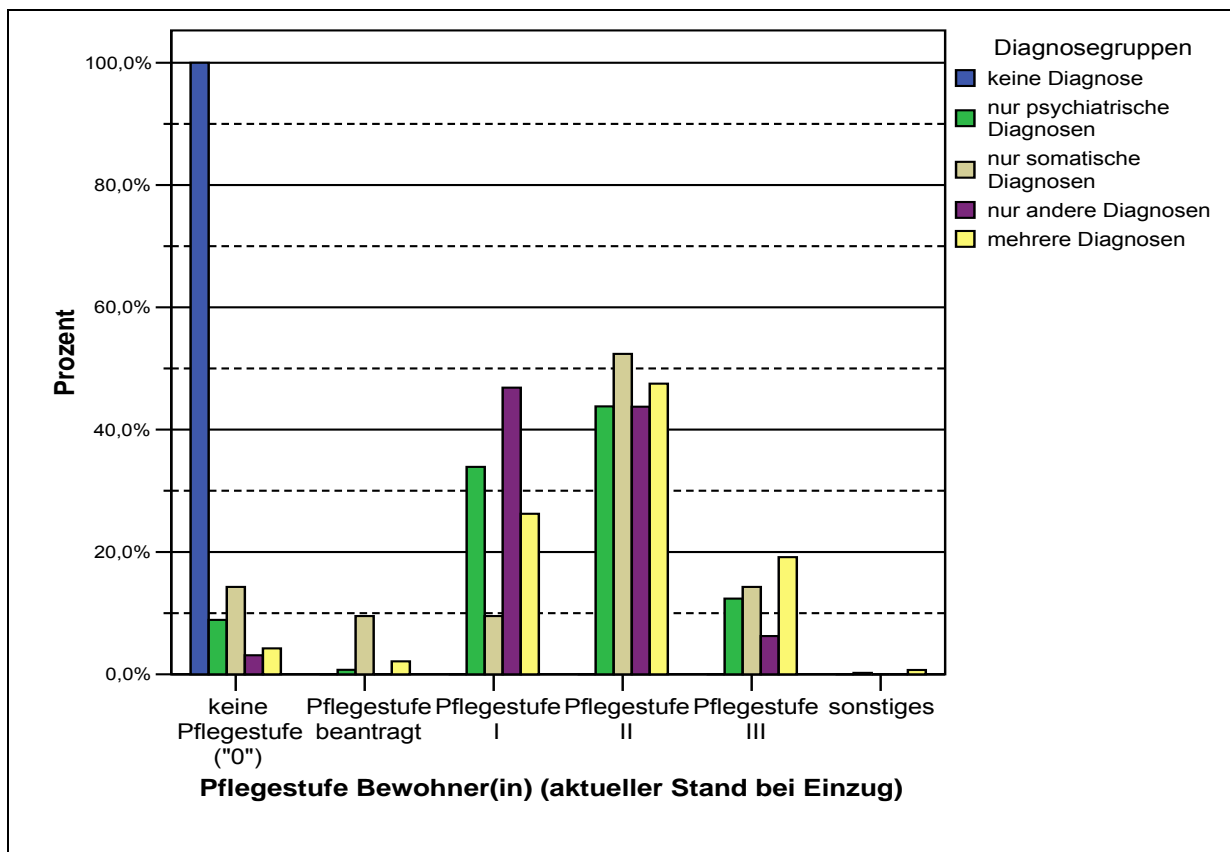


Abbildung 44: Pflegestufen der Bewohner(innen) nach Diagnosegruppe

Auch zwischen Diagnosegruppe und Pflegeeinstufung besteht ein (schwacher) Zusammenhang (Cramer-V=0,151, $p<0,001$). Personen mit mehreren (somatischen und psychiatrischen) Diagnosen sind dabei eher in höheren Pflegestufen vertreten, Personen ohne Diagnosen plausiblerweise ausschließlich in der Gruppe ohne Pflegeeinstufung (vgl. Abbildung 44). Auch bezüglich des durchschnittlichen Alters unterscheiden sich die Bewohner(innen) von Wohngemeinschaften je nach Pflegeeinstufung signifikant (ANOVA, $p<0,001$). Hierbei lassen sich drei „Altersgruppen“ erkennen. Personen mit Pflegestufe III bzw. II sind im Mittel 82,5 bzw. 82,2 Jahre alt. Dann folgen sonstige Personen und Personen mit beantragter Pflegeeinstufung bzw. Pflegestufe I mit 77,3 und 77,2 bzw. 77,0 Jahren. Die dritte Gruppe bilden Personen ohne eine Pflegeeinstufung, die mit durchschnittlich 68,2 Jahren deutlich jünger sind (vgl. Abbildung 45).

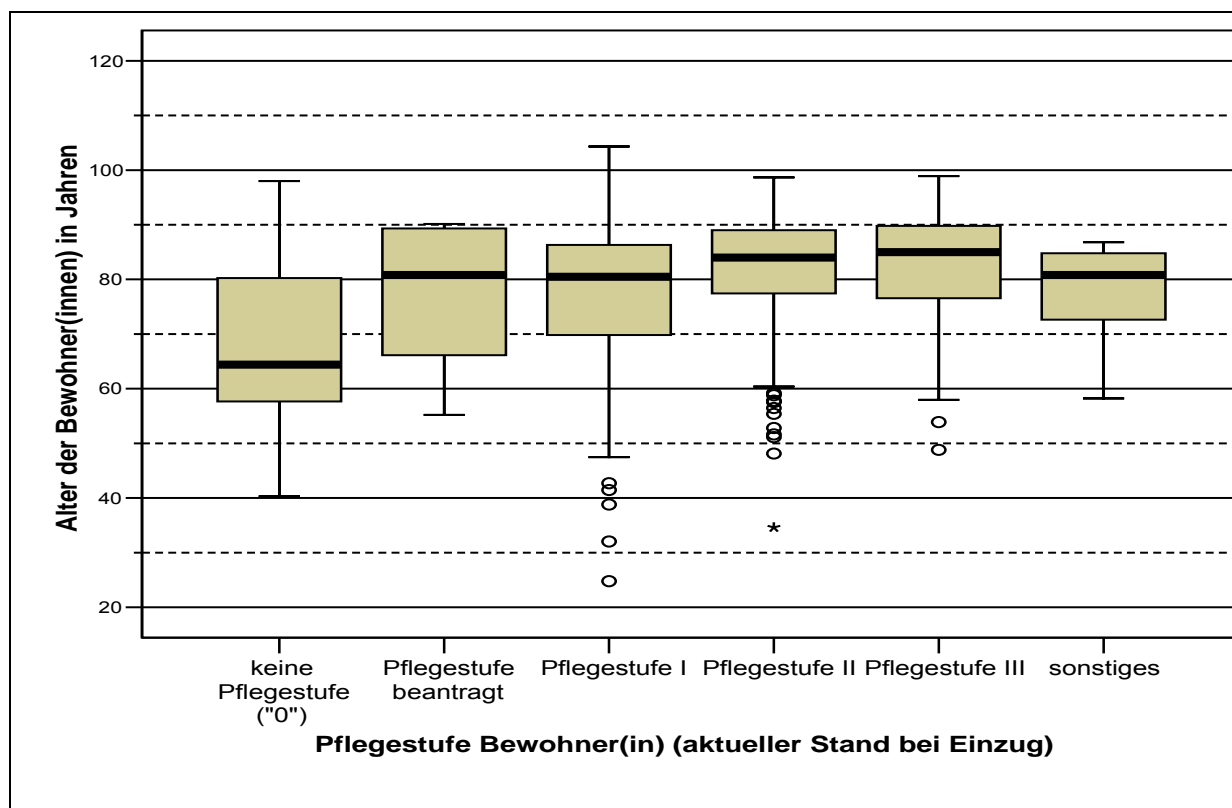


Abbildung 45: Alter der Bewohner(innen) nach Pflegestufe

Zusätzlich wurde pro Wohngemeinschaft ein **Pflegestufenindex** berechnet, der den Schweregrad der Pflegeeinstufung über alle Bewohner(innen) einer Wohngemeinschaft abbilden soll und der sich wie folgt zusammensetzt: Es werden hierbei nur Bewohner(innen) mit einer bewilligten Pflegeeinstufung berücksichtigt. Alle Personen werden gemäß ihrer Pflegeeinstufung gewichtet (Pflegestufe 0/I/II/III = Gewichtungsfaktor 0/1/2/3), die Gewichtungsfaktoren werden aufsummiert und auf den Bereich 0 - 100 normiert. Ein Pflegestufenindex von „0“

entspricht damit einer Wohngemeinschaft, die nur Bewohner(innen) ohne Pflegeeinstufung (Pflegestufe „0“) versorgt, ein Pflegestufenindex von „100“ einer Wohngemeinschaft, die ausschließlich schwerstpflegebedürftige Bewohner(innen) (Pflegestufe III) versorgt.

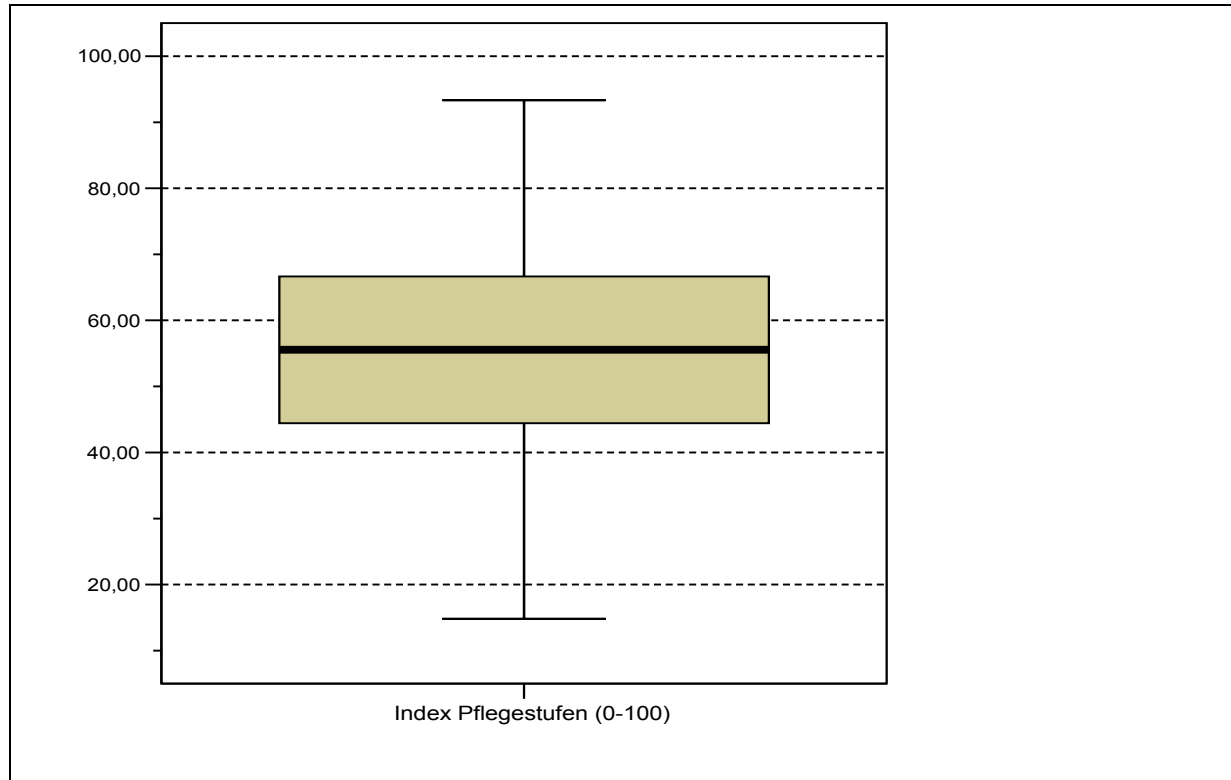


Abbildung 46: Pflegestufenindex der Wohngemeinschaften

Über alle Wohngemeinschaften beträgt der arithmetische Mittelwert des Pflegestufenindex 54,6 ($s=16,3$), die Werte variieren deutlich und reichen dabei von 14,8 bis 93,3 (vgl. Abbildung 46). Zwar lassen sich Abstufungen bezüglich des Pflegestufenindex zwischen den Wohngemeinschaften je nach Zugehörigkeit des Pflegedienstes zu einem Verband der Leistungsanbieter erkennen, die Unterschiede sind jedoch nicht signifikant (ANOVA, $p=0,082$). In der Diakonie organisierte Pflegedienste weisen tendenziell im arithmetischen Mittel mit einem Wert von 66,3 den höchsten Pflegestufenindex auf, gefolgt von den nicht verbandlich organisierten Pflegediensten mit 61,5 und Pflegediensten, die im ABVP (59,1) organisiert sind. Darauf folgen Wohngemeinschaften, deren Pflegedienste in verschiedenen Verbänden (53,9) sowie im AVG (53,2), im BPA (51,0) und im DPW (46,2) organisiert sind. Wohngemeinschaften, die über Pflegedienste der Diakonie, verschiedene Verbände oder den BPA versorgt werden, weisen dabei eine deutlich größere Homogenität auf als diejenigen, die über Pflegedienste anderer Verbände der Leistungsanbieter versorgt werden (vgl. Abbildung 47).

Auch für die Unterscheidung in freigemeinnützig organisierte, privat organisierte und private, verbandlich nicht organisierte Leistungsanbieter zeigen sich keine signifikanten Unterschiede (ANOVA, $p=0,530$).

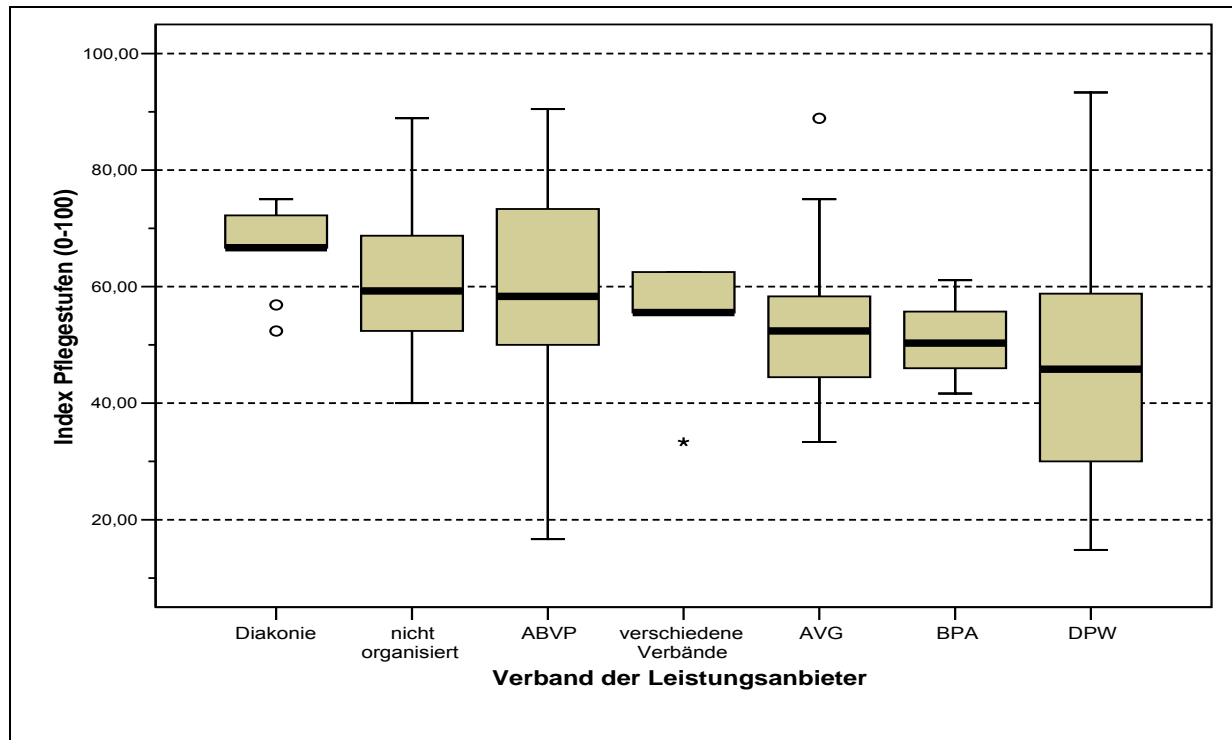


Abbildung 47: Pflegestufenindex der Wohngemeinschaften nach Verband der Leistungsanbieter

Betrachtet man den Zusammenhang von Pflegestufenindex und Anzahl Mitarbeiter(innen) pro Bewohner(in), so lassen sich zu keiner der unter 3.1.4 beschriebenen Kennzahlen signifikanten Korrelationen ermitteln, d.h. ein hoher Pflegestufenindex ist nicht notwendigerweise auch mit einer großen Anzahl Mitarbeiter(innen) in Vollzeitstellen pro Bewohner(in) verbunden oder umgekehrt. In Abbildung 48 ist beispielhaft der Zusammenhang zum Quotienten aus Anzahl Mitarbeiter(innen) in Vollzeitstellen pro Bewohner(in) dargestellt, wobei noch einmal zusätzlich nach Zugehörigkeit des jeweiligen Pflegedienstes zu einem Verband der Leistungsanbieter unterschieden wird.

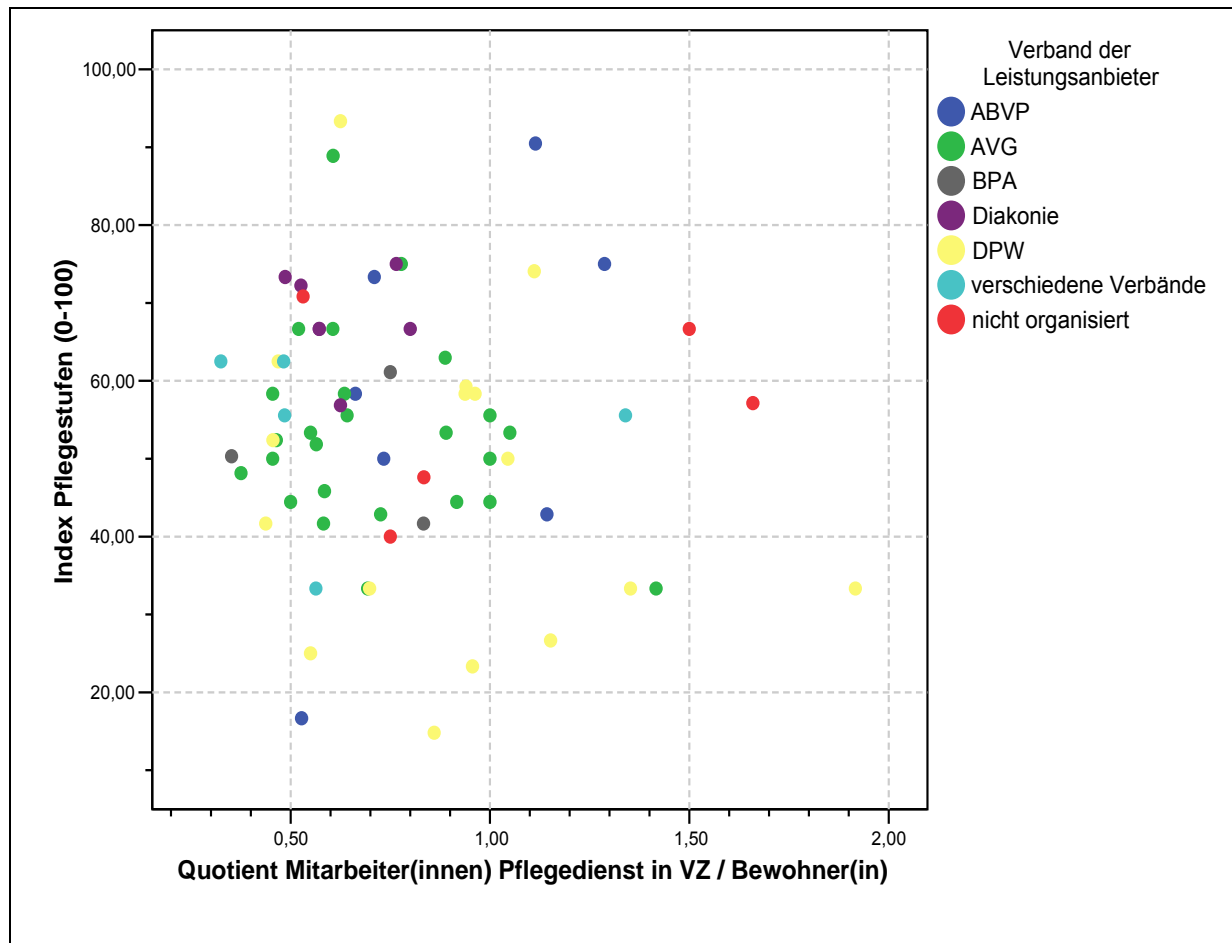


Abbildung 48: Zusammenhang Pflegestufenindex und Mitarbeiter(inn)en pro Bewohner(in) nach Verband der Leistungsanbieter

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Privathaushalt ohne Pflegedienst	113	15,2	15,8	15,8
	Privathaushalt mit Pflegedienst	298	40,0	41,8	57,6
	Betreutes Wohnen	37	5,0	5,2	
	Pflegeheim	34	4,6	4,8	
	Kurzzeitpflege	47	6,3	6,6	
	Krankenhaus	92	12,3	12,9	
	sonstiges	92	12,3	12,9	
	Gesamt	713	95,7	100,0	
Fehlend	System	32	4,3		
Gesamt		745	100,0		

Tabelle 12: Versorgung der Bewohner(innen) vor Einzug in die Wohngemeinschaft

Die Versorgung unmittelbar vor Beginn des Pflegeverhältnisses in einer Wohngemeinschaft ist in Tabelle 12 dargestellt. Mehr als die Hälfte aller Bewohner(innen) von Wohngemeinschaften (57,6%) wechseln aus einem Privathaushalt in die Wohngemeinschaft, wobei hierbei in fast drei Viertel aller Fälle eine Versorgung durch einen Pflegedienst gegeben war.

Danach folgt in 12,3% aller Fälle ein Wechsel aus einem Krankenhaus in die Wohngemeinschaft. Ein Umzug aus dem Betreuten Wohnen, einem Pflegeheim oder einer Kurzzeitpflege findet nur in geringem Maße statt.

Ein Zusammenhang zwischen der Versorgungsstruktur vor Beginn des Pflegeverhältnisses in der Wohngemeinschaft und dem Geschlecht lässt sich nicht nachweisen (Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest, $p=0,089$), jedoch wechseln Frauen tendenziell eher aus einem privaten Haushalt mit Betreuung durch einen Pflegedienst in eine Wohngemeinschaft, Männer tendenziell häufiger aus einem privaten Haushalt ohne Betreuung durch einen Pflegedienst oder aus einem Krankenhaus (vgl. Abbildung 49).

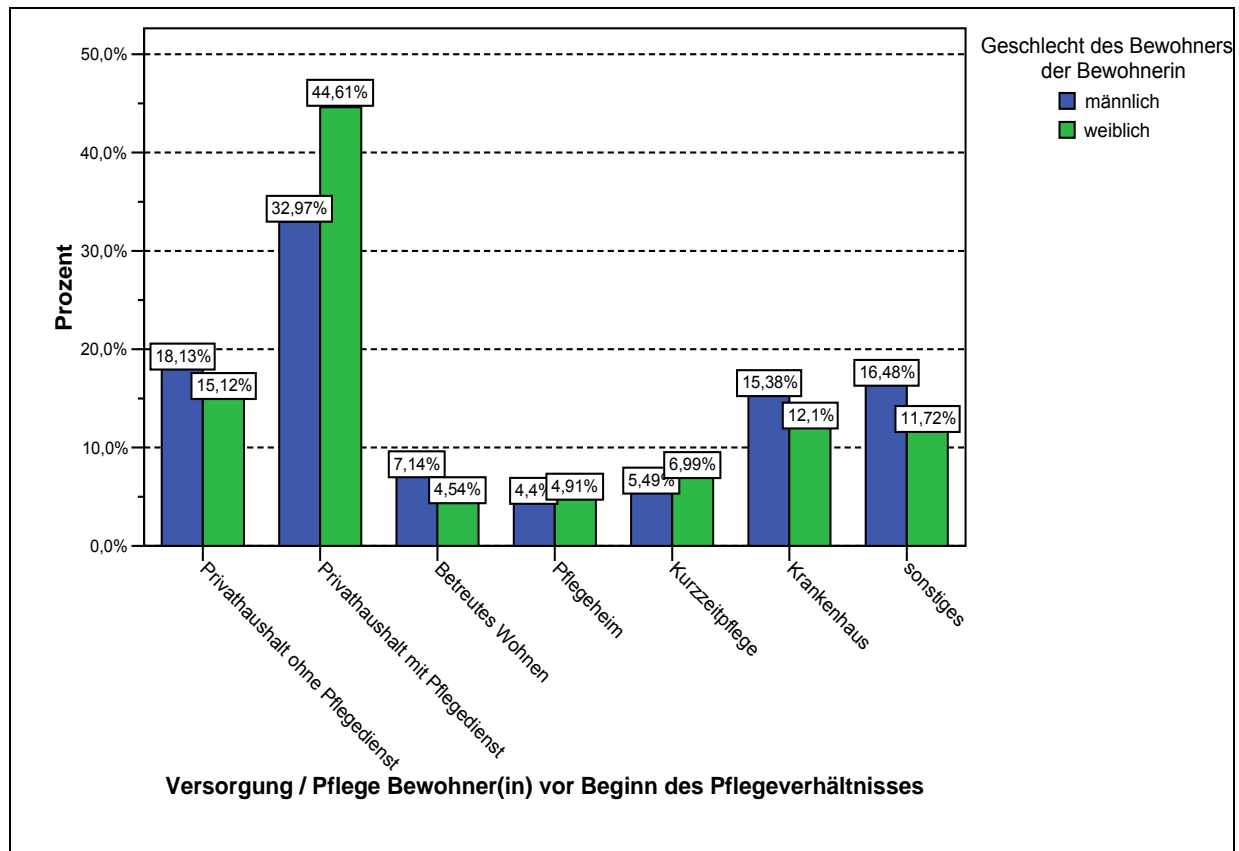


Abbildung 49: Versorgung der Bewohner(innen) vor Einzug nach Geschlecht

Auch zwischen der Diagnosegruppe und der Versorgungsstruktur vor Einzug lässt sich kein Zusammenhang nachweisen (Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest, $p=0,403$). Ein signifikanter Zusammenhang besteht jedoch zwischen der Versorgungsstruktur vor Beginn des Pflegeverhältnisses in der Wohngemeinschaft und der Zugehörigkeit des Pflegedienstes zu einem Verband der Leistungsanbieter (Cramer-V=0,256, $p<0,001$). So fällt bei Pflegediensten, die im DPW organisiert sind, auf, dass diese nur einen vergleichsweise geringen Teil an Bewoh-

ner(inne)n aufweisen, die aus einem Privathaushalt in die Wohngemeinschaft umziehen, dafür jedoch große Anteile bei einem Wechsel aus dem Betreuten Wohnen oder einem Krankenhaus. Umgekehrt weisen Pflegedienste der Diakonie einen sehr hohen Anteil an Bewohner(inne)n auf, die aus einem Privathaushalt in die Wohngemeinschaft umziehen (vgl. Tabelle 13).

			Versorgung / Pflege Bewohner(in) unmittelbar vor Beginn des Pflegeverhältnisses							Gesamt
			Privat haushalt ohne Pflege dienst	Privat haushalt mit Pflege dienst	Betreutes Wohnen	Pflege heim	Kurzzeit pflege	Kranken haus	sonstiges	
Verband der Leistungs anbieter	ABVP	Anzahl	7	28	4	6	2	7	0	54
		% von Verband	13,0%	51,9%	7,4%	11,1%	3,7%	13,0%	,0%	100,0%
	AVG	Anzahl	44	124	4	11	7	23	81	294
		% von Verband	15,0%	42,2%	1,4%	3,7%	2,4%	7,8%	27,6%	100,0%
	BPA	Anzahl	21	26	0	2	12	22	2	85
		% von Verband	24,7%	30,6%	,0%	2,4%	14,1%	25,9%	2,4%	100,0%
	Diakonie	Anzahl	11	40	1	5	3	3	4	67
		% von Verband	16,4%	59,7%	1,5%	7,5%	4,5%	4,5%	6,0%	100,0%
	DPW	Anzahl	15	25	24	10	7	31	3	115
		% von Verband	13,0%	21,7%	20,9%	8,7%	6,1%	27,0%	2,6%	100,0%
	keine Angabe	Anzahl	3	3	0	0	1	0	0	7
		% von Verband	42,9%	42,9%	,0%	,0%	14,3%	,0%	,0%	100,0%
	nicht organisiert	Anzahl	9	29	4	0	9	5	1	57
		% von Verband	15,8%	50,9%	7,0%	,0%	15,8%	8,8%	1,8%	100,0%
	verschiedene Verbände	Anzahl	3	23	0	0	6	1	1	34
		% von Verband	8,8%	67,6%	,0%	,0%	17,6%	2,9%	2,9%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	113	298	37	34	47	92	92	713
		% von Verband	15,8%	41,8%	5,2%	4,8%	6,6%	12,9%	12,9%	100,0%

Tabelle 13: Versorgung der Bewohner(innen) vor Einzug nach Verband der Leistungsanbieter

Auch bei einer Unterscheidung in freigemeinnützig organisierte, privat organisierte und private, verbandlich nicht organisierte Leistungsanbieter zeigt sich ebenfalls ein signifikanter Zusammenhang zur Versorgungsstruktur vor Beginn des Pflegeverhältnisses in der Wohngemeinschaft (Cramer-V=0,254, $p < 0,001$). Freigemeinnützig organisierte Pflegedienste weisen im Vergleich mehr Bewohner(innen) auf, die aus einem Betreuten Wohnen, Pflegeheim oder Krankenhaus in die Wohngemeinschaft wechseln, private, nicht verbandlich organisierte Pflegedienste haben einen deutlich höheren Anteil von Bewohner(inne)n, die aus Privathaushalten oder aus der Kurzzeitpflege in die Wohngemeinschaft wechseln.

Das durchschnittliche Alter der Bewohner(innen) von Wohngemeinschaften unterscheidet sich signifikant je nach der Wohnform, aus der sie in die Wohngemeinschaft wechseln (ANOVA, $p < 0,001$). Je nach Durchschnittsalter lassen sich drei Gruppen erkennen. Personen aus einem Privathaushalt mit Unterstützung durch einen Pflegedienst sind mit 82,7 Jahre im

Mittel am ältesten, vor Personen aus einer Kurzzeitpflege (81,7 Jahre) und aus sonstigen Wohnformen (81,5 Jahre). Mit einigem Abstand folgen danach Personen aus einem Privathaushalt ohne Unterstützung durch einen Pflegedienst mit 77,8 Jahren, vor Personen, die aus einem Pflegeheim (75,4 Jahre) oder einem Krankenhaus (73,6 Jahre) in die Wohngemeinschaft wechseln. Personen aus dem Betreuten Wohnen sind mit 69,1 Jahren durchschnittlich am jüngsten (vgl. Abbildung 50).

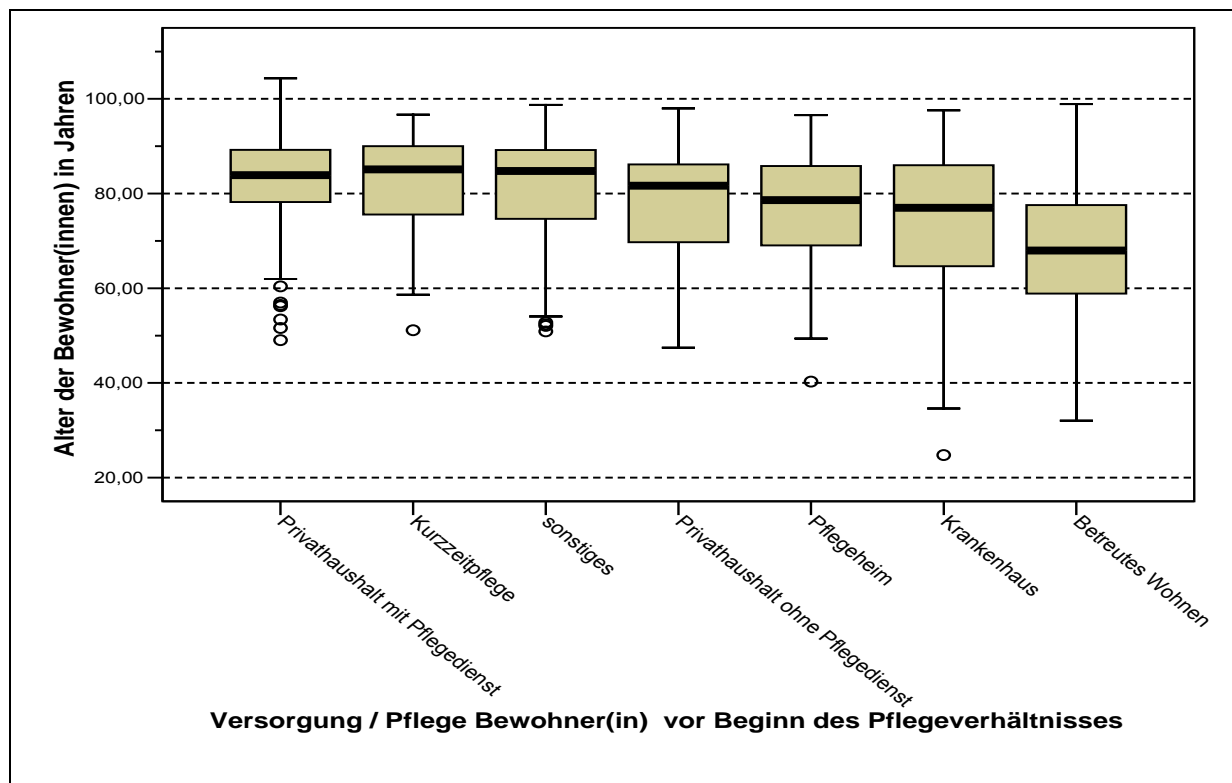


Abbildung 50: Alter der Bewohner(innen) nach Versorgung vor Einzug

3.2.4 Wohnort und Lebenssituation vor Einzug

Für 87% bzw. 80% der Bewohner(innen) von Wohngemeinschaften wurden zum Stichtag der **Wohnort** und die Lebenssituation vor Einzug erfasst. Die Bewohner(innen) von Wohngemeinschaften kommen mit 94,9% fast ausschließlich aus Berlin. Weitere 2,2% ziehen aus Brandenburg nach Berlin um, und nur 2,9% der Bewohner(innen) stammen aus anderen Bundesländern oder aus dem Ausland (vgl. Tabelle 14). Innerhalb Berlins stammen die meisten Bewohner(innen) aus Reinickendorf (15,3%) und Lichtenberg (14,2%), gefolgt von Pankow (10,6%) und Tempelhof-Schöneberg (10,2%). Das Schlusslicht bilden die Bezirke Treptow-Köpenick und Marzahn-Hellersdorf mit jeweils unter 5% der Bewohner(innen) (vgl. Tabelle 14). Wohnort vor Einzug und regionale Lage der gewählten Wohngemeinschaft weisen dabei einen deutlichen Zusammenhang auf (Cramer-V=0,595, $p < 0,001$).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	Berlin	615	82,6	94,9
	Baden-Württemberg	2	,3	,3
	Bayern	3	,4	,5
	Brandenburg	14	1,9	2,2
	Bremen	1	,1	,2
	Hamburg	2	,3	,3
	Hessen	1	,1	,2
	Mecklenburg-Vorpommern	1	,1	,2
	Niedersachsen	2	,3	,3
	Nordrhein-Westfalen	2	,3	,3
	Rheinland-Pfalz	1	,1	,2
	Sachsen	1	,1	,2
	Sachsen-Anhalt	1	,1	,2
	Schleswig-Holstein	1	,1	,2
	sonstiges (Ausland)	1	,1	,2
	Gesamt	648	87,0	100,0
Fehlend	System	97	13,0	
Gesamt		745	100,0	

Tabelle 14: Wohnort der Bewohner(innen) vor Einzug

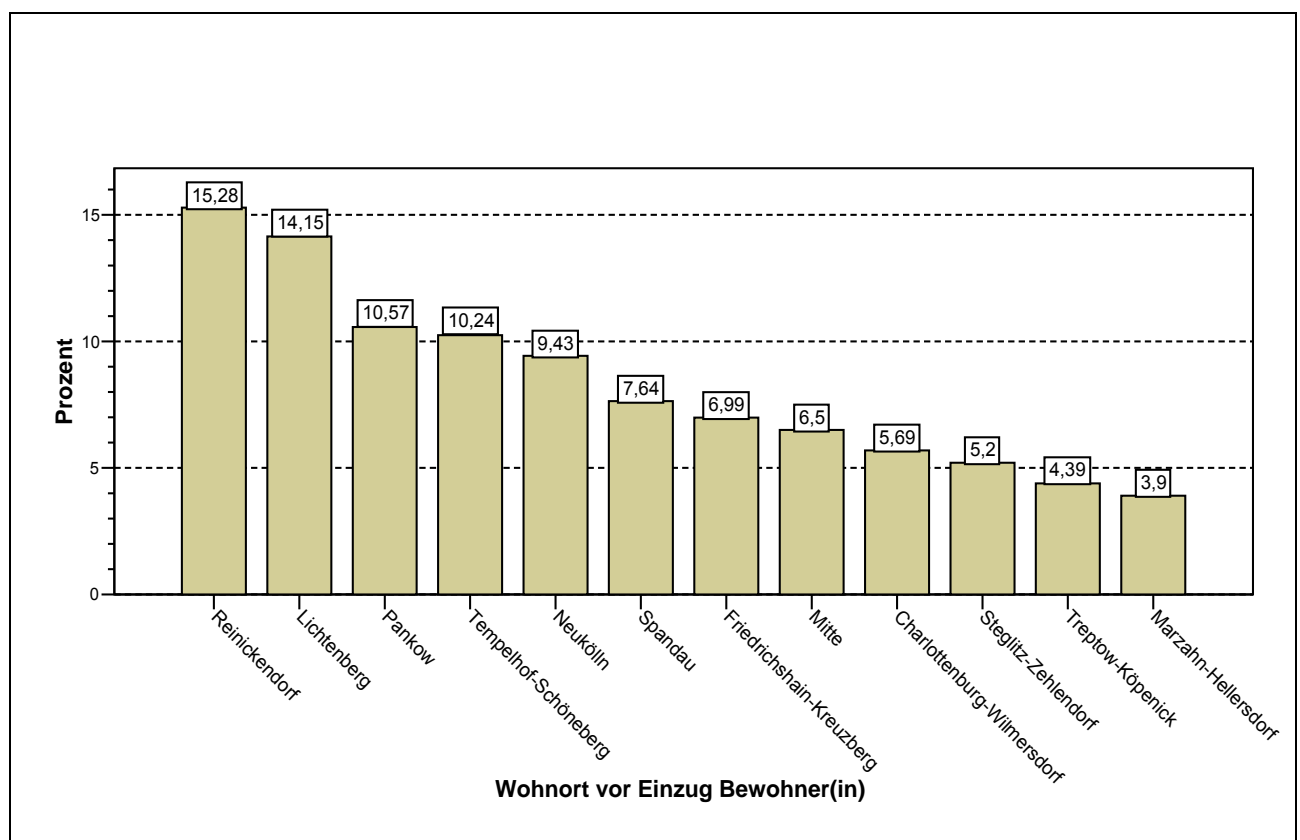


Abbildung 51: Wohnort der Bewohner(innen) vor Einzug in Berlin

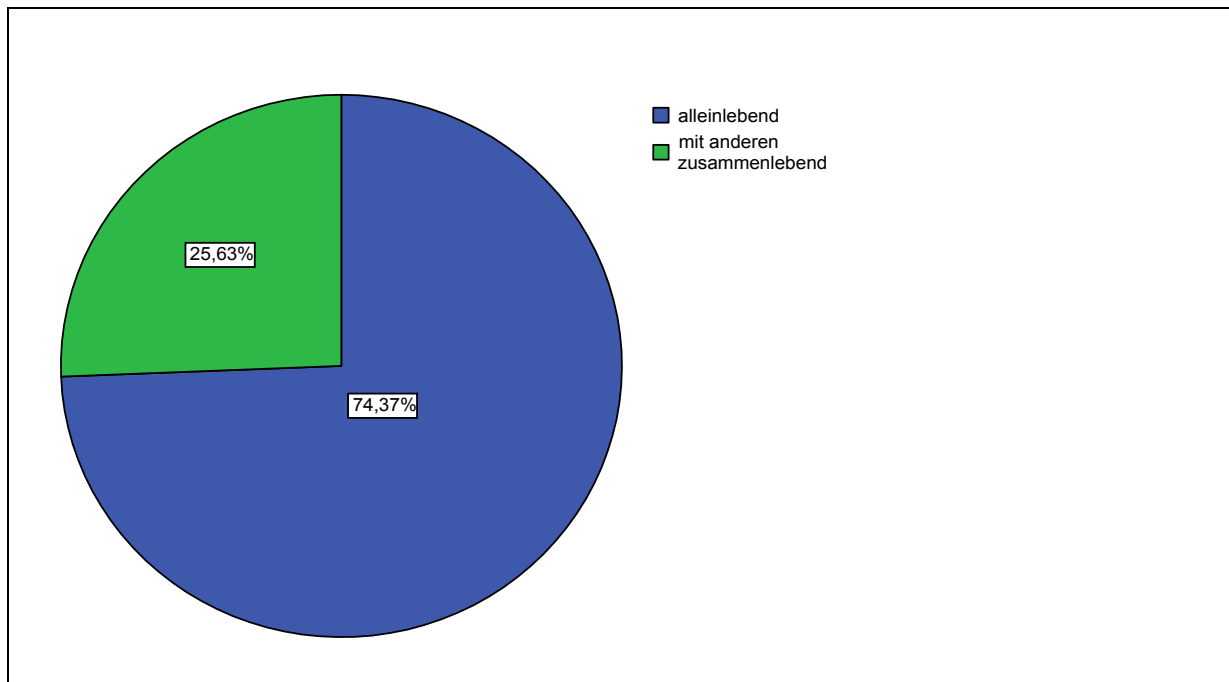


Abbildung 52: Lebenssituation der Bewohner(innen) vor Einzug

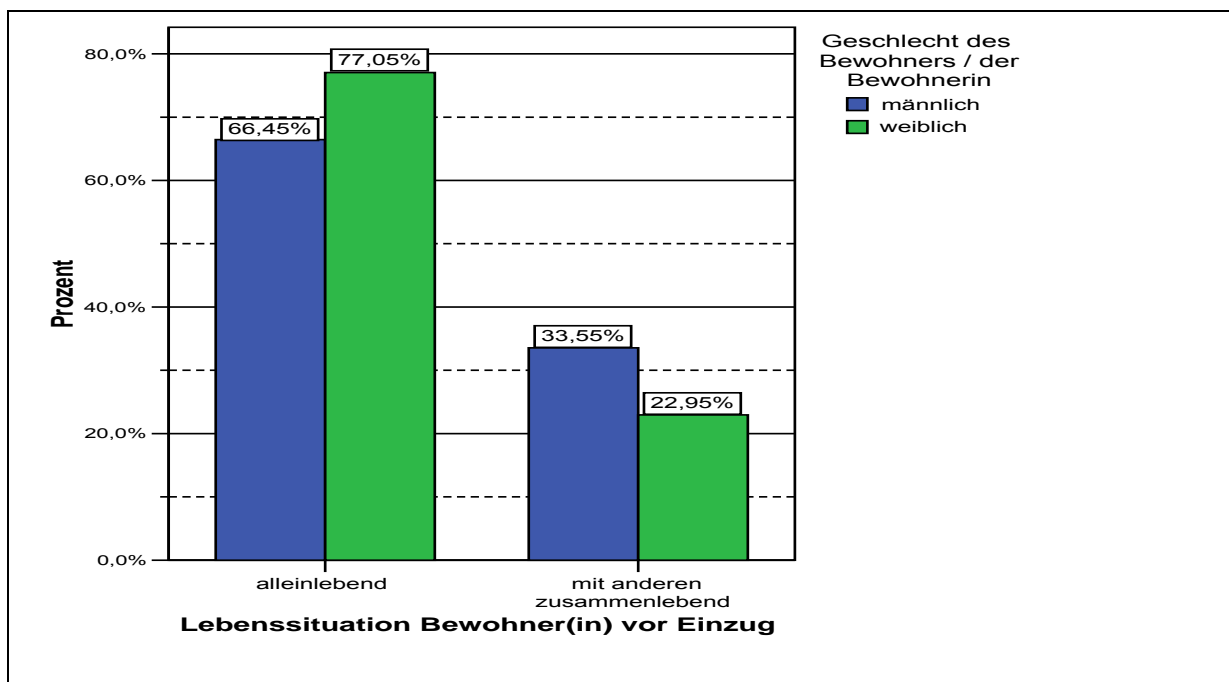


Abbildung 53: Lebenssituation der Bewohner(innen) vor Einzug nach Geschlecht

Von den Bewohner(inne)n, deren **Lebenssituation** vor Einzug bekannt ist, waren fast drei Viertel (74,4%) zuvor allein lebend (vgl. Abbildung 52). Lebenssituation und Geschlecht sind dabei nicht unabhängig voneinander (Test nach Fisher, $p=0,011$). Frauen weisen einen höheren Anteil unter den zuvor allein lebenden Personen auf (vgl. Abbildung 53). Personen, die mit anderen zusammenleben, ziehen dabei überwiegend aus einem Betreuten Wohnen oder

aber einem Pflegeheim in die Wohngemeinschaft um (vgl. Abbildung 54), so dass hier ein signifikanter Zusammenhang von Lebenssituation und Versorgungsstruktur vor Einzug in die Wohngemeinschaft besteht (Cramer-V=0,392, $p < 0,001$).

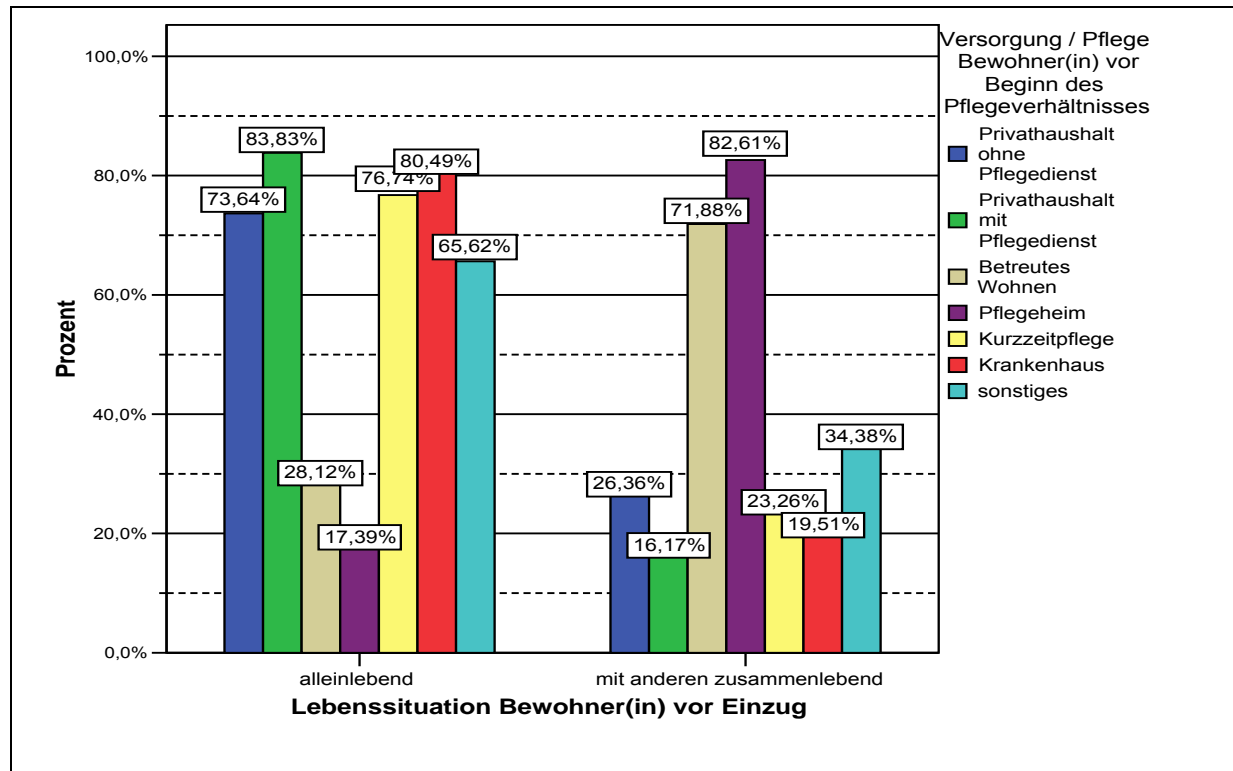


Abbildung 54: Lebenssituation der Bewohner(innen) nach Versorgung vor Einzug

Auch die bewilligte Pflegestufe weist einen Zusammenhang zur Lebenssituation vor dem Einzug auf (Cramer-V=0,175, $p=0,003$), da Personen mit Pflegestufe III eher als mit anderen zusammenlebend erfasst werden. Personen mit beantragter Pflegeeinstufung sind dagegen in höherem Maße allein lebend (vgl. Abbildung 55). Wie bereits anhand der in Kapitel 3.2.3 aufgezeigten Zusammenhänge zu vermuten, sind die Lebenssituation der Bewohner(innen) vor Einzug und Verband des Leistungsanbieters nicht unabhängig voneinander (Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest, $p < 0,001$), da Lebenssituation, Pflegestufe und Versorgung vor Einzug in die Wohngemeinschaft vielfältig zusammenhängen.

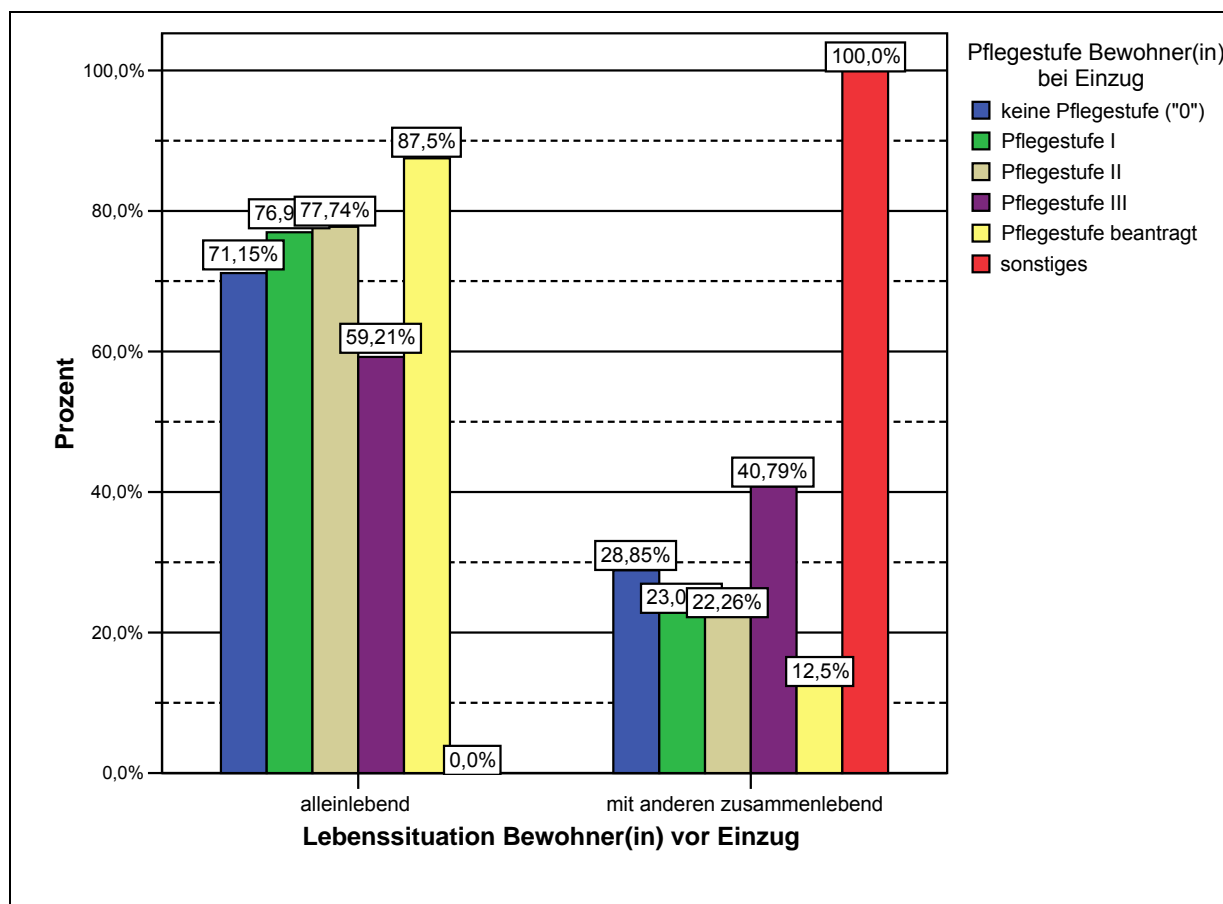


Abbildung 55: Lebenssituation der Bewohner(inen) vor Einzug nach Pflegestufe

			Lebenssituation Bewohner(in) vor Einzug		Gesamt
			alleinlebend	mit anderen zusammenlebend	
Verband der Leistungsanbieter	ABVP	Anzahl	40	4	44
		% von Verband	90,9%	9,1%	100,0%
	AVG	Anzahl	160	45	205
		% von Verband	78,0%	22,0%	100,0%
	BPA	Anzahl	61	26	87
		% von Verband	70,1%	29,9%	100,0%
	Diakonie	Anzahl	50	13	63
		% von Verband	79,4%	20,6%	100,0%
	DPW	Anzahl	67	46	113
		% von Verband	59,3%	40,7%	100,0%
	keine Angabe	Anzahl	7	0	7
		% von Verband	100,0%	,0%	100,0%
	nicht organisiert	Anzahl	36	16	52
		% von Verband	69,2%	30,8%	100,0%
verschiedene Verbände	Anzahl	23	3	26	
	% von Verband	88,5%	11,5%	100,0%	
Gesamt		Anzahl	444	153	597
		% von Verband	74,4%	25,6%	100,0%

Tabelle 15: Lebenssituation der Bewohner(inen) vor Einzug nach Verband der Leistungsanbieter

So weisen Pflegedienste, die im DPW organisiert sind, einen deutlich niedrigeren Anteil zuvor allein lebender Bewohner(innen) als im Mittel auf, während es sich beispielsweise für im ABVP organisierte Pflegedienste genau umgekehrt verhält (vgl. Tabelle 15).

Bei einer Unterscheidung in freigemeinnützig organisierte, privat organisierte und private, verbandlich nicht organisierte Leistungsanbieter zeigen sich damit ebenfalls signifikante Unterschiede (Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest, $p=0,012$). Freigemeinnützig organisierte Pflegedienste weisen den geringsten Anteil an Bewohner(innen) auf, die zuvor nicht allein lebend waren. Dies ist unter anderem dadurch zu erklären, dass hierbei ein größerer Anteil der Bewohner(innen) aus einem Betreuten Wohnen, Pflegeheim oder Krankenhaus in die Wohngemeinschaft wechseln.

Auch bezüglich des Alters unterscheiden sich zuvor allein und zusammenlebende Bewohner(innen) signifikant (t-Test, $p<0,001$). Im arithmetischen Mittel sind zuvor allein lebende Bewohner(innen) 80,1 Jahre alt und damit knapp sechs Jahre älter als zuvor zusammenlebende Bewohner(innen) mit einem Durchschnittsalter von 74,2 Jahren (vgl. Abbildung 56).

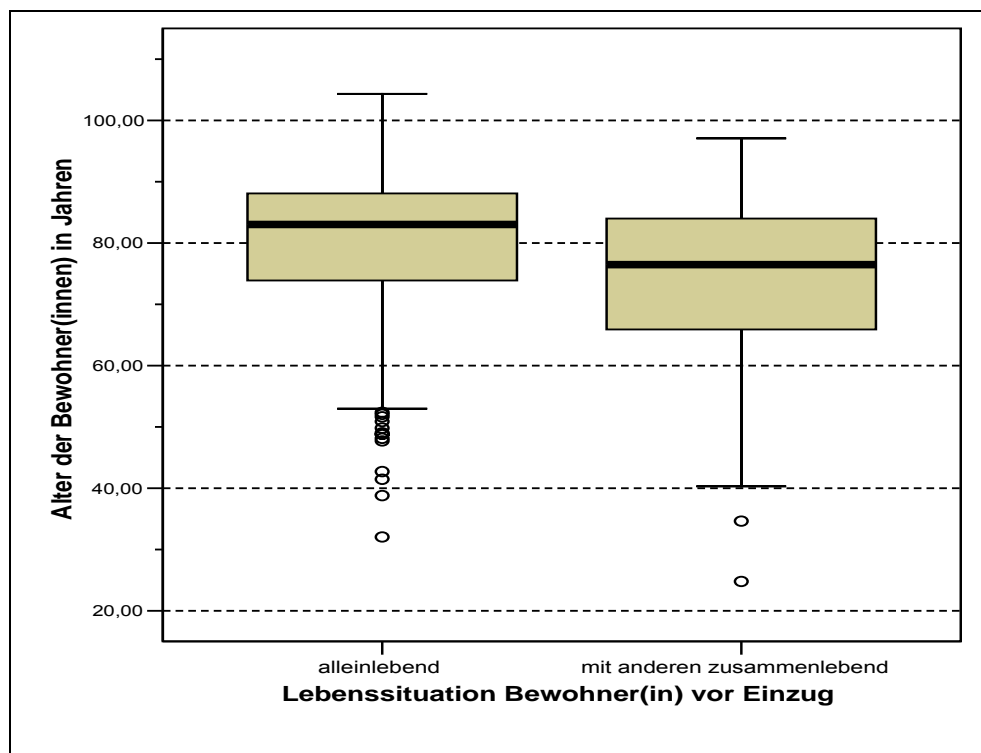


Abbildung 56: Alter der Bewohner(innen) vor Einzug nach Lebenssituation

3.2.5 Selbstzahler und gesetzliche Betreuung

Der Anteil von **Selbstzahlern** unter den Bewohner(innen) von Wohngemeinschaften beträgt 18%. Personen, für die kein Selbstzahlerstatus vermerkt wurde, werden in den nachfolgenden Analysen als „Nicht-Selbstzahler“ betrachtet. Unterschiede im Selbstzahlerstatus bezüglich Geschlecht, Pflegestufe und Lebenssituation lassen sich nicht nachweisen. Auch die Altersstruktur von Selbstzahlern und „Nicht-Selbstzahlern“ unterscheidet sich nicht signifikant.

Es besteht jedoch ein signifikanter Zusammenhang zur Diagnosegruppe (Cramer-V=0,231, $p < 0,001$), da Personen ohne Diagnose ausschließlich Selbstzahler sind (vgl. Abbildung 57).

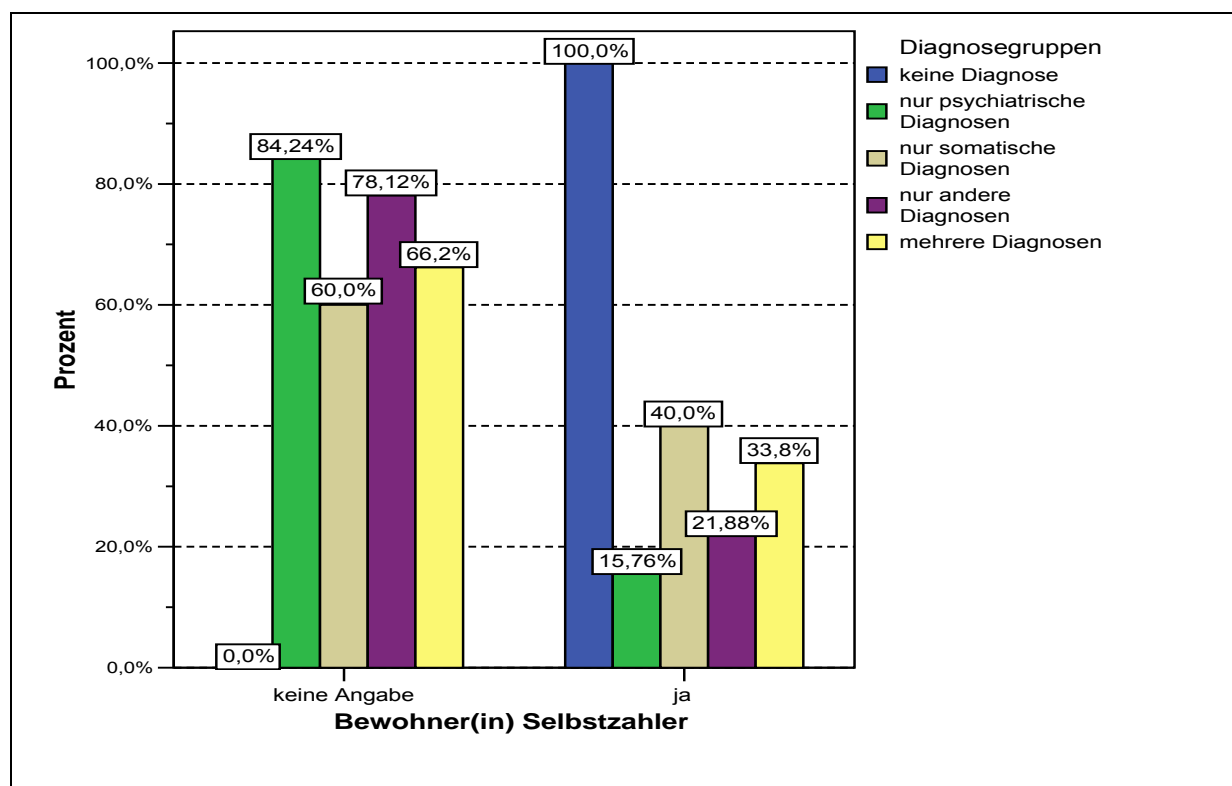


Abbildung 57: Selbstzahlerstatus der Bewohner(innen) nach Diagnosegruppe

Auch zwischen Selbstzahlerstatus und Versorgungssituation vor Einzug in die Wohngemeinschaft besteht ein Zusammenhang (Cramer-V=0,176, $p = 0,001$), da ein höherer Anteil Selbstzahler aus einer Kurzzeitpflege oder einem Krankenhaus in eine Wohngemeinschaft wechselt (vgl. Abbildung 58).

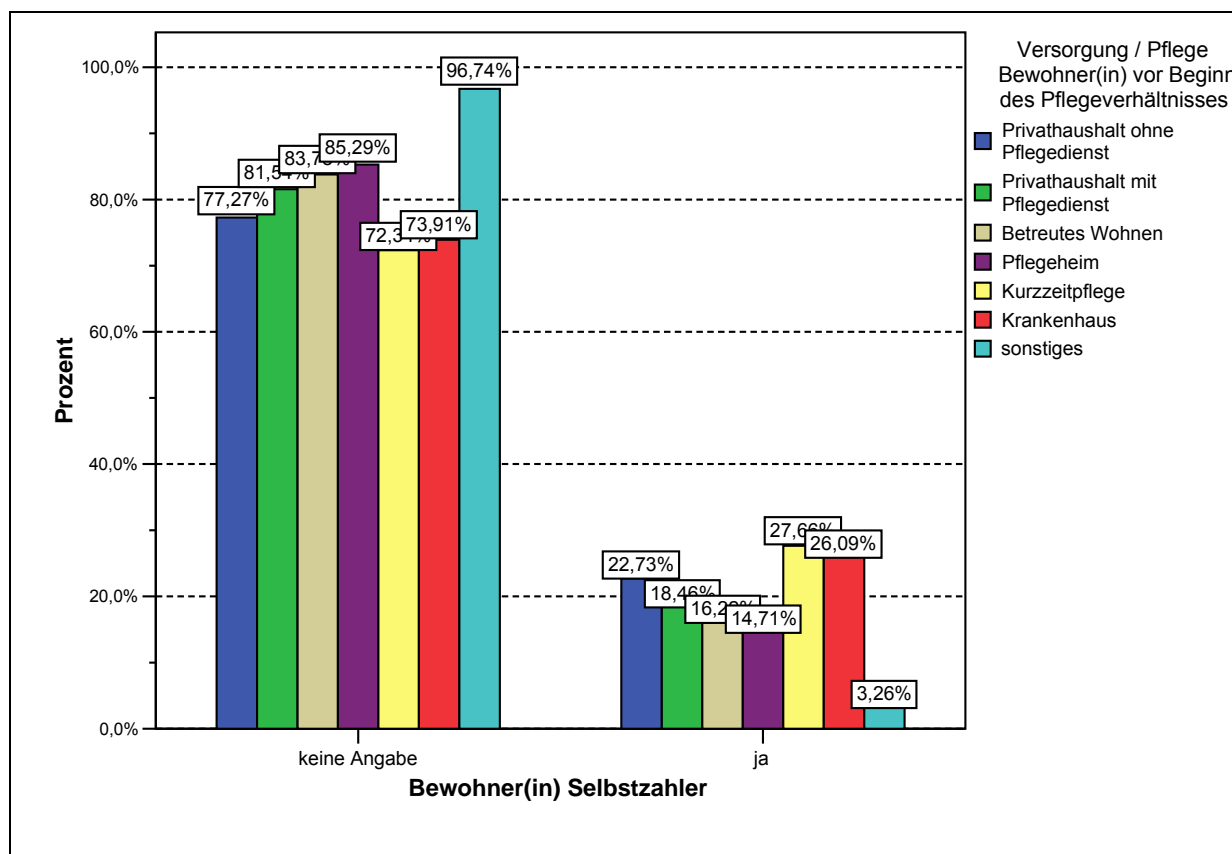


Abbildung 58: Selbstzahlerstatus der Bewohner(innen) nach Versorgung vor Einzug

			Bewohner(in) Selbstzahler		Gesamt
			keine Angabe	ja	
Verband der Leistungsanbieter	ABVP	Anzahl	31	20	51
		% von Verband	60,8%	39,2%	100,0%
	AVG	Anzahl	290	25	315
		% von Verband	92,1%	7,9%	100,0%
	BPA	Anzahl	53	35	88
		% von Verband	60,2%	39,8%	100,0%
	Diakonie	Anzahl	49	18	67
		% von Verband	73,1%	26,9%	100,0%
	DPW	Anzahl	99	16	115
		% von Verband	86,1%	13,9%	100,0%
keine Angabe	Anzahl	6	1	7	
	% von Verband	85,7%	14,3%	100,0%	
nicht organisiert	Anzahl	56	9	65	
	% von Verband	86,2%	13,8%	100,0%	
verschiedene Verbände	Anzahl	24	10	34	
	% von Verband	70,6%	29,4%	100,0%	
Gesamt	Anzahl	608	134	742	
	% von Verband	81,9%	18,1%	100,0%	

Tabelle 16: Selbstzahlerstatus der Bewohner(innen) vor Einzug nach Verband der Leistungsanbieter

Ebenso hängen Selbstzahlerstatus und Verband der Leistungsanbieter des Pflegedienstes zusammen (Cramer-V=0,316, $p < 0,001$). Pflegedienste, die im BPA und im ABVP organisiert sind, weisen mit fast 40% den höchsten Anteil an Selbstzahlern auf, danach folgen mit knapp 30% Wohngemeinschaften, die über Pflegedienste verschiedener Verbände oder in der Diakonie organisierte Pflegedienste versorgt werden. Den geringsten Anteil an Selbstzahlern weisen mit 8% Pflegedienste auf, die im AVG organisiert sind (vgl. Tabelle 16). Bei einer Unterscheidung in freigemeinnützig organisierte, privat organisierte und private, verbandlich nicht organisierte Leistungsanbieter zeigen sich keine signifikanten Unterschiede (Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest, $p = 0,671$).

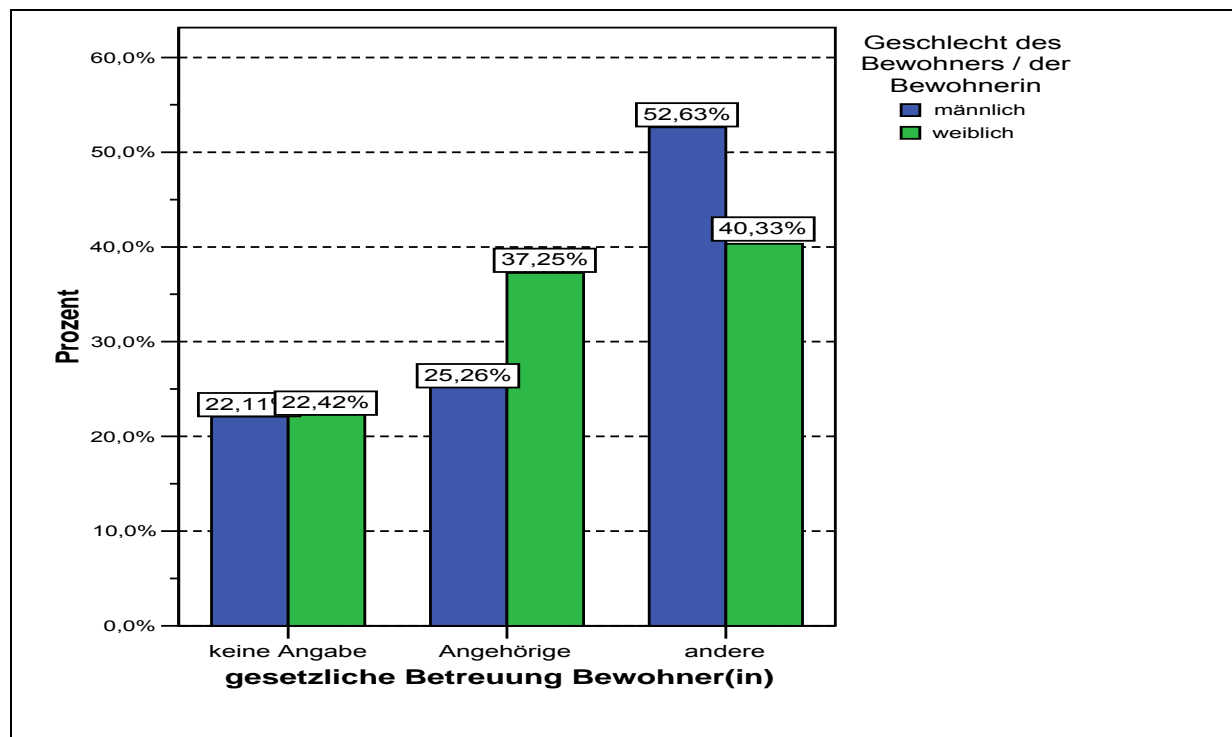


Abbildung 59: Gesetzliche Betreuung der Bewohner(innen) nach Geschlecht

Für etwas mehr als drei Viertel der Bewohner(innen) von Wohngemeinschaften ist eine **gesetzliche Betreuung** vereinbart. In weniger als der Hälfte dieser Fälle (43,9%) nehmen dabei Angehörige diese Funktion wahr (vgl. Tabelle 17). Es besteht ein leichter Zusammenhang von Betreuungsstatus und Geschlecht (Cramer-V=0,137, $p = 0,001$). Bewohnerinnen werden eher von Angehörigen betreut, bei männlichen Bewohnern nehmen andere Personen diese Funktion stärker wahr (vgl. Abbildung 59).

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Angehörige	254	34,1
	andere	325	43,6
	Gesamt	579	77,7
Fehlend	System	166	22,3
Gesamt		745	100,0

Tabelle 17: Gesetzliche Betreuung der Bewohner(innen)

Ein Zusammenhang von Betreuungsstatus und Diagnosegruppen ist nachzuweisen (Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest, $p < 0,001$). Einen deutlich höheren Betreuungsanteil weisen Personen mit nur psychiatrischen Diagnosen mit 93,1% aller Fälle auf (vgl. Abbildung 60), vor Personen mit mehreren Diagnosen (78,9%) und Personen mit somatischen Diagnosen (71,4%). Die Versorgung der Bewohner(innen) vor Einzug in die Wohngemeinschaft und der Betreuungsstatus sind ebenfalls nicht voneinander unabhängig (Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest, $p < 0,001$). Personen, die aus einem Privathaushalt in die Wohngemeinschaft wechseln, werden in mehr als der Hälfte aller Fälle von Angehörigen betreut. Den mit 10,9% geringsten Anteil an Angehörigen als betreuende Personen weisen Bewohner(innen) auf, die aus einem Betreuten Wohnen in eine Wohngemeinschaft wechseln, dann folgen Bewohner(innen) aus Krankenhäusern mit 21,7% und aus Pflegeheimen mit 23,5% (vgl. Abbildung 61).

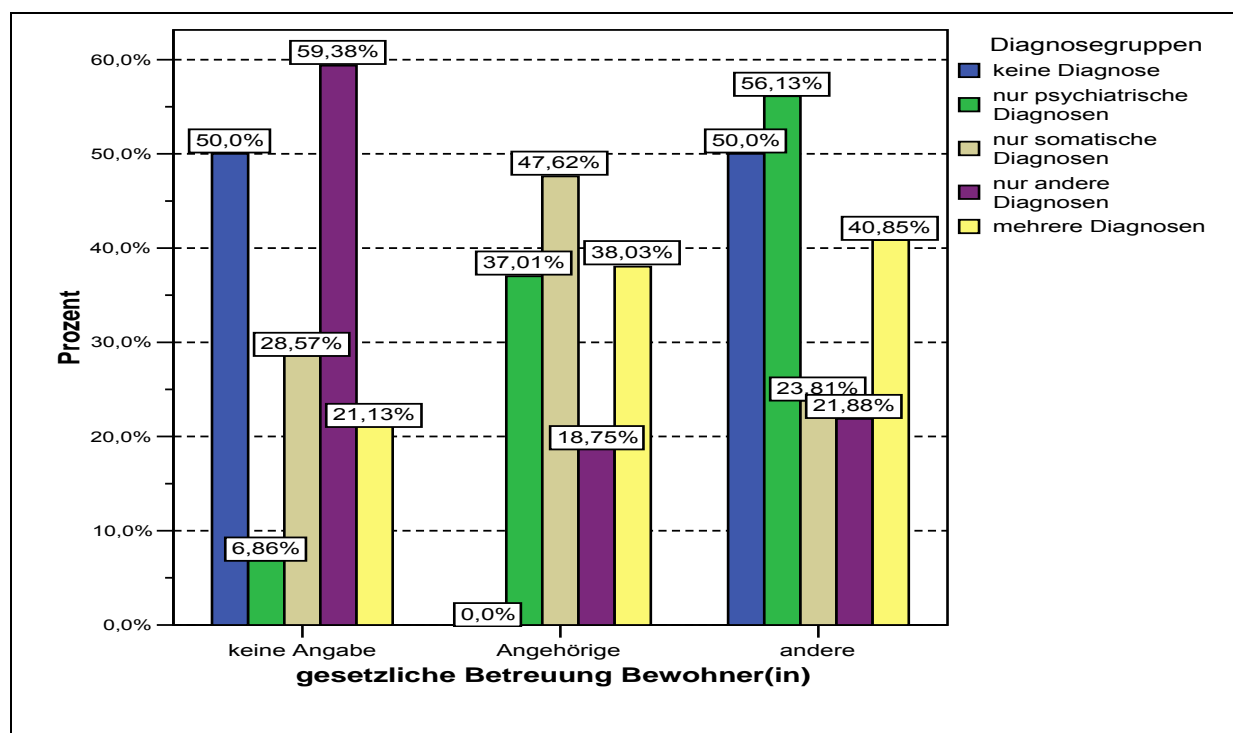


Abbildung 60: Gesetzliche Betreuung der Bewohner(innen) nach Diagnosegruppe

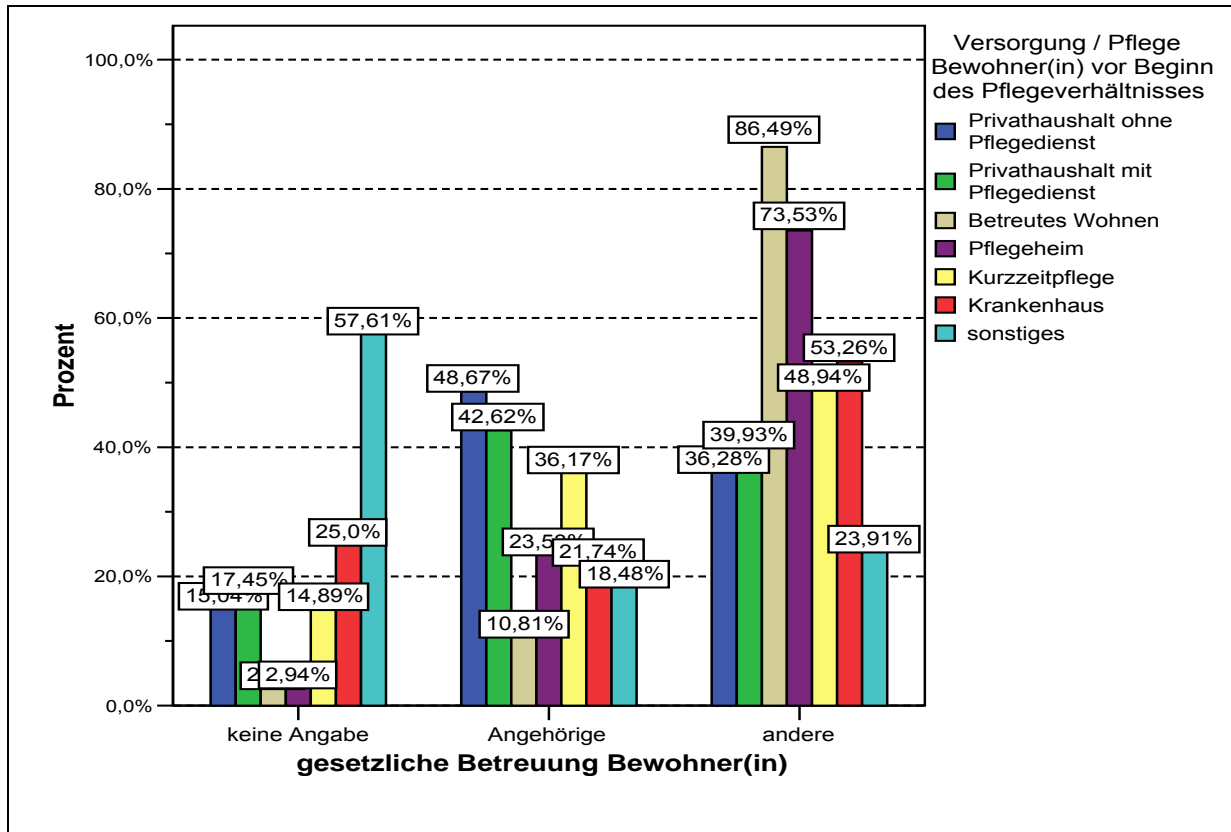


Abbildung 61: Gesetzliche Betreuung der Bewohner(innen) nach Versorgung vor Einzug

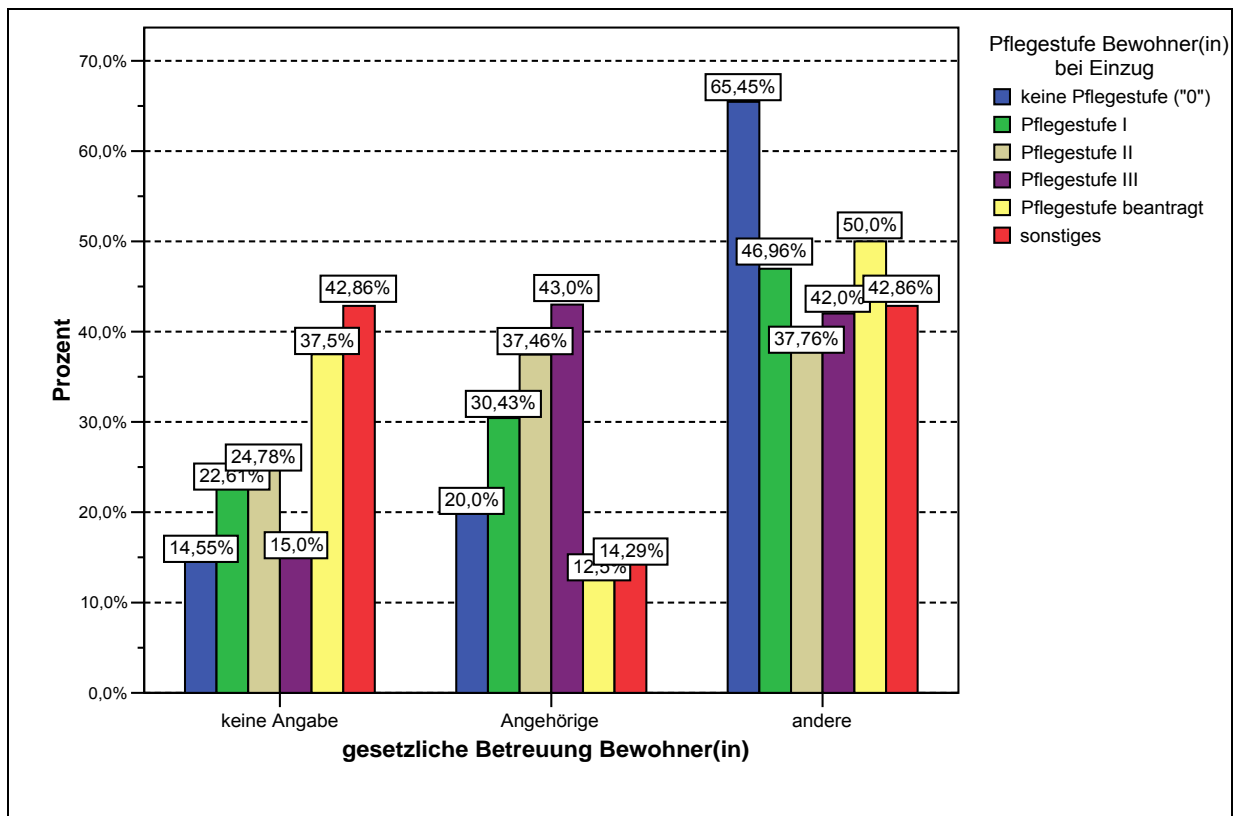


Abbildung 62: Gesetzliche Betreuung der Bewohner(innen) nach Pflegestufe

Auch Pflegestufe der Bewohner(innen) und der Betreuungsstatus sind nicht voneinander unabhängig (Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest, $p=0,004$). Bei den bewilligten Pflegestufen steigt der Anteil betreuender Angehöriger mit zunehmender Einstufung (vgl. Abbildung 62).

Bei der Lebenssituation zeigt sich ebenfalls ein Zusammenhang zum Betreuungsstatus (Cramer-V=119, $p=0,014$). Zuvor allein lebende Bewohner(innen) von Wohngemeinschaften weisen häufiger kein Betreuungsverhältnis auf oder aber werden häufiger durch Angehörige betreut, wohingegen mit anderen zusammenlebende Bewohner(innen) häufiger von anderen Personen betreut werden (vgl. Abbildung 63).

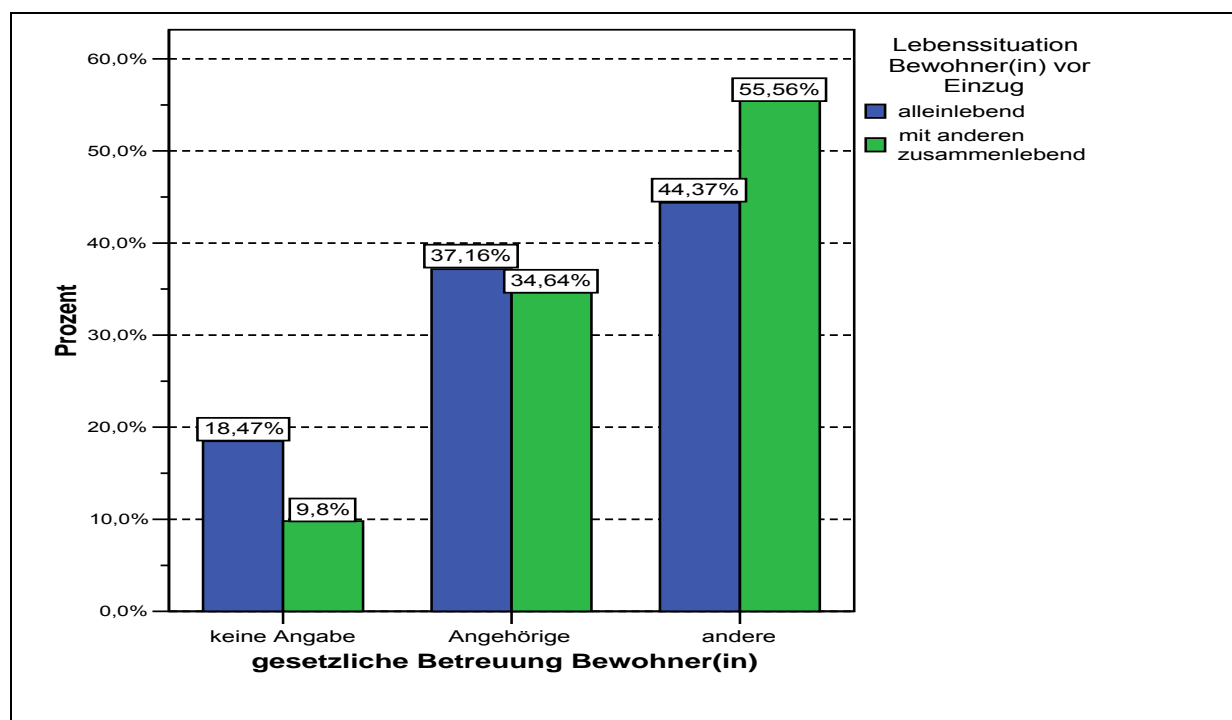


Abbildung 63: Gesetzliche Betreuung der Bewohner(innen) nach Lebenssituation

Es besteht zudem ein Zusammenhang von Zugehörigkeit zu einem Verband der Leistungsanbieter und Betreuungsstatus (Cramer-V=286, $p<0,001$). Insbesondere bei Pflegediensten, die im BPA, im ABVP oder im DPW organisiert sind, wird ein deutlich geringerer Anteil der Bewohner(innen) von Angehörigen betreut (vgl. Tabelle 18). Bei einer Unterscheidung in freigemeinnützig organisierte, privat organisierte und private, verbandlich nicht organisierte Leistungsanbieter zeigt sich damit ebenfalls ein signifikanter Zusammenhang (Cramer-V=200, $p<0,001$). Freigemeinnützig organisierte Pflegedienste weisen – auch aufgrund der Lebenssituation vor Einzug in die Wohngemeinschaft – einen deutlich höheren Anteil von Bewohner(innen) auf, die nicht von Angehörigen betreut werden (vgl. auch 3.2.4).

			gesetzliche Betreuung Bewohner(in)			Gesamt
			keine Angabe	Angehörige	andere	
Verband der Leistungsanbieter	ABVP	Anzahl	7	14	33	54
		% von Verband	13,0%	25,9%	61,1%	100,0%
	AVG	Anzahl	89	111	115	315
		% von Verband	28,3%	35,2%	36,5%	100,0%
	BPA	Anzahl	44	20	24	88
		% von Verband	50,0%	22,7%	27,3%	100,0%
	Diakonie	Anzahl	4	33	30	67
		% von Verband	6,0%	49,3%	44,8%	100,0%
	DPW	Anzahl	3	32	80	115
		% von Verband	2,6%	27,8%	69,6%	100,0%
keine Angabe	Anzahl	0	3	4	7	
	% von Verband	,0%	42,9%	57,1%	100,0%	
nicht organisiert	Anzahl	19	23	23	65	
	% von Verband	29,2%	35,4%	35,4%	100,0%	
verschiedene Verbände	Anzahl	0	18	16	34	
	% von Verband	,0%	52,9%	47,1%	100,0%	
Gesamt	Anzahl	166	254	325	745	
	% von Verband	22,3%	34,1%	43,6%	100,0%	

Tabelle 18: Gesetzliche Betreuung der Bewohner(innen) nach Verband der Leistungsanbieter

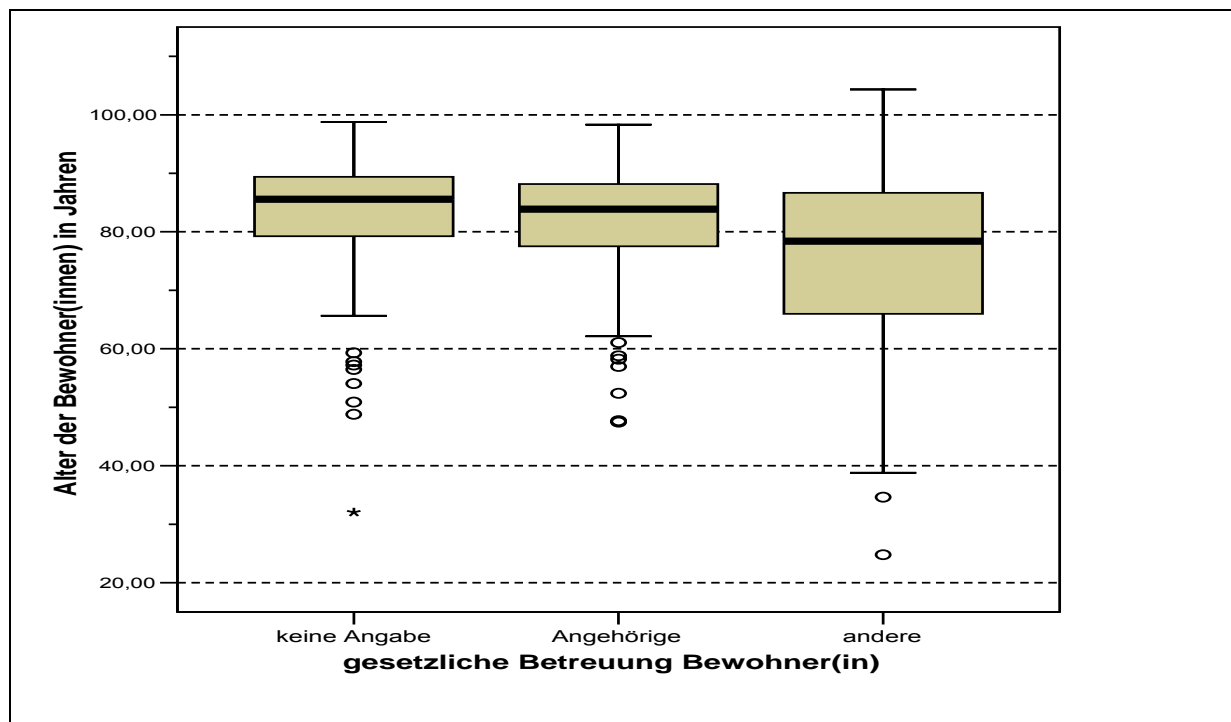


Abbildung 64: Alter der Bewohner(innen) nach gesetzlicher Betreuung

Bezüglich des durchschnittlichen Alters unterscheiden sich die Bewohner(innen) je nach Betreuungssituation signifikant (ANOVA, $p < 0,001$). Nicht gesetzlich betreute Personen („keine Angabe“) weisen mit 83,1 Jahren im arithmetischen Mittel das höchste Alter auf, vor Personen, die durch Angehörige betreut werden (82,1 Jahre). Bewohner(innen), die durch

andere Personen betreut werden, sind mit durchschnittlich 75,6 Jahren deutlich jünger (vgl. Abbildung 64).

3.2.6 Kennzahlen zur Demenz von Bewohner(inne)n

Nachfolgend sollen nun noch einmal im Besonderen Informationen zu Bewohner(inne)n mit demenziellen Erkrankungen analysiert werden. Mehr als die Hälfte (59,6%) aller erfassten Bewohner(innen) von Wohngemeinschaften leiden an demenziellen Erkrankungen³⁶. Das durchschnittliche Alter beträgt 82,1 Jahre ($s=9,4$ Jahre). Demente Bewohner(innen) sind überwiegend weiblich (82,8%), der Anteil ist gegenüber dem Anteil an Bewohnerinnen insgesamt leicht erhöht, wodurch auch das leicht höhere Durchschnittsalter zu erklären ist (vgl. 3.2.1). Die durchschnittliche Dauer der bisherigen Pflege beträgt zwei Jahre ($s=20$ Monate), wobei die Verteilung der beobachteten bisherigen Pflegedauern jedoch sehr rechtsschief ist, d.h. mehr als ein Viertel der demenziell erkrankten Bewohner(innen) haben eine bisherige Pflegedauer von mehr als 33 Monaten, der größte beobachtete Wert liegt bei 7,5 Jahren (vgl. Abbildung 65). Auch hierbei ist wieder zu berücksichtigen, dass es sich bei den bisherigen Pflegedauern um rechtsseitig zensierte Daten handelt, da die Dauer nur bis zum Stichtag 07.07.2006 erfasst wurde.

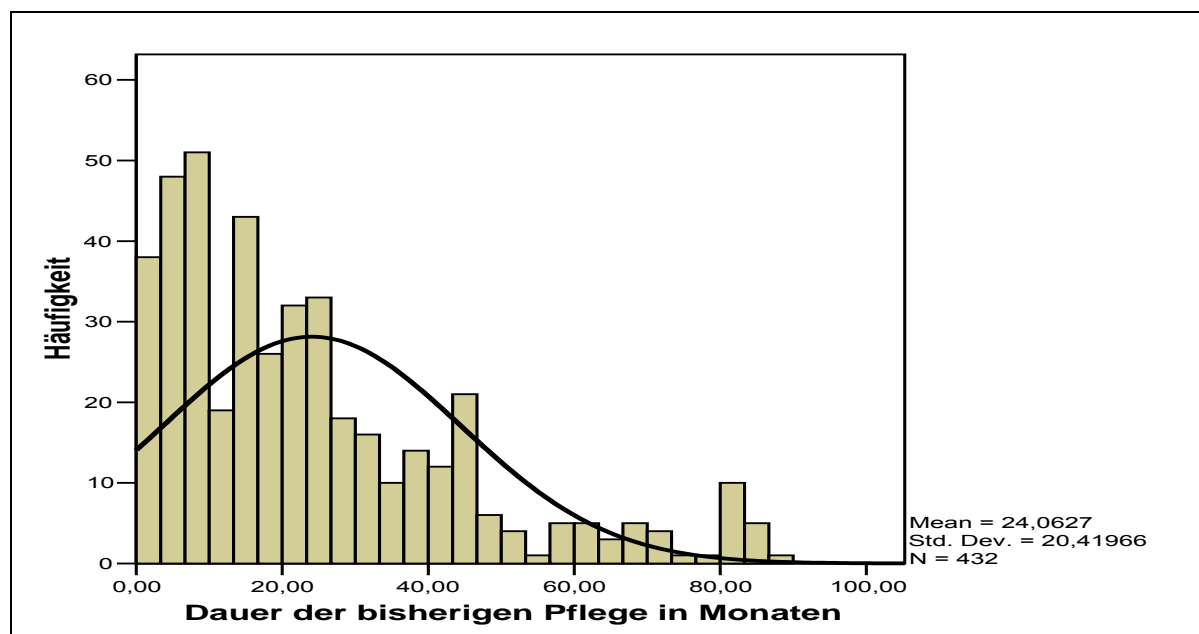


Abbildung 65: Dauer der bisherigen Pflege demenziell erkrankter Bewohner(innen)

³⁶ Personen mit sowohl demenziellen als auch zusätzlich somatischen/anderen Diagnosen werden im Folgenden zur Gruppe der demenziell erkrankten Personen gezählt.

95% der Bewohner(innen) mit demenziellen Erkrankungen weisen eine Pflegeeinstufung auf, wobei mehr als zwei Drittel von ihnen als schwer oder schwerst pflegebedürftig (Pflegestufe II bzw. III) eingestuft wurden (vgl. Tabelle 19).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine Pflegestufe ("0")	17	3,8	3,9	3,9
	Pflegestufe I	127	28,6	28,9	32,8
	Pflegestufe II	220	49,5	50,1	82,9
	Pflegestufe III	69	15,5	15,7	98,6
	Pflegestufe beantragt	4	,9	,9	
	sonstiges	2	,5	,5	
	Gesamt	439	98,9	100,0	
Fehlend	System	5	1,1		
Gesamt		444	100,0		

Tabelle 19: Pflegestufe demenziell erkrankter Bewohner(innen)

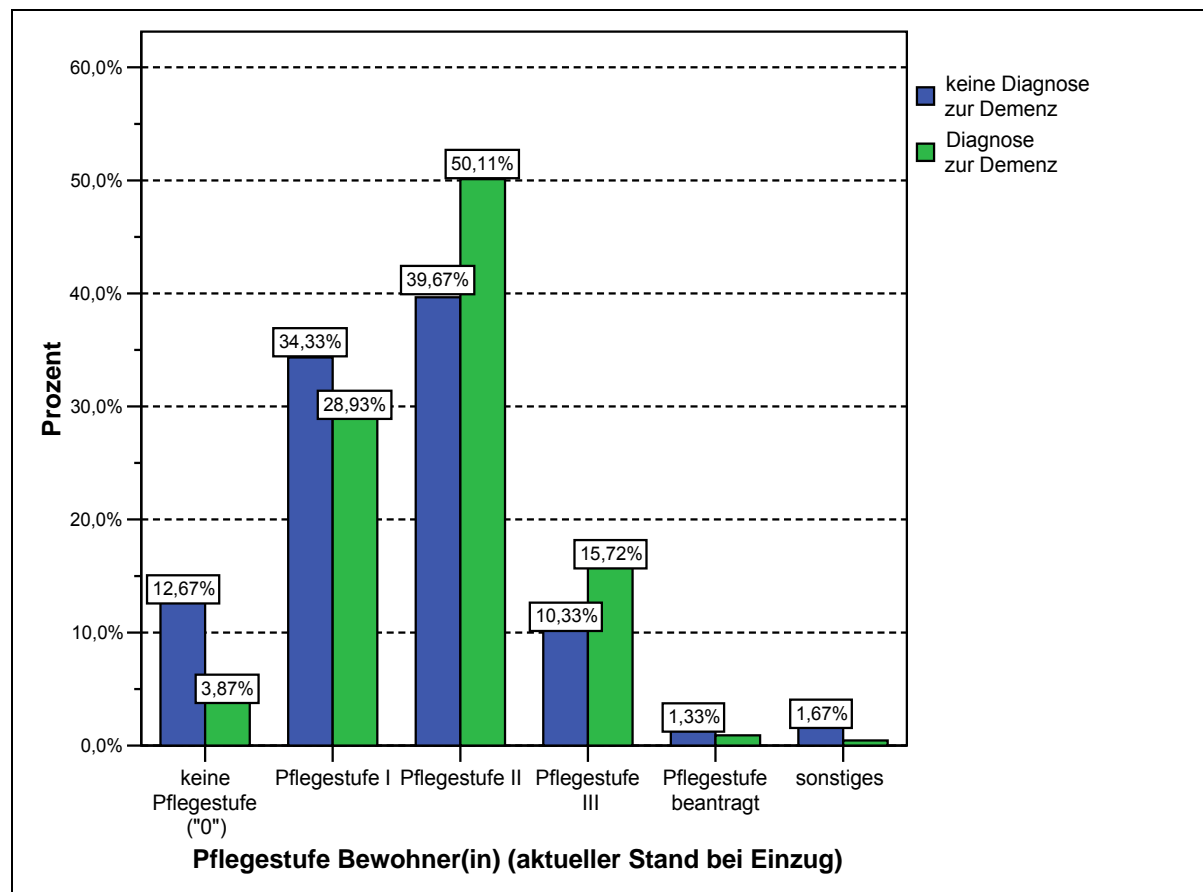


Abbildung 66: Pflegestufe der Bewohner(innen) nach demenzieller Diagnose

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang von Pflegeeinstufung und demenzieller Diagnose (Cramer-V=0,206, $p<0,001$). Personen mit einer demenziellen Diagnose haben eine höhere Pflegeeinstufung als Personen ohne demenzielle Diagnose (vgl. Abbildung 66). Sie weisen eine deutlich höhere Zuordnung (73,9%) zu § 45a SGB XI auf als nicht erkrankte Personen (29,6%).

Mehr als zwei Drittel (69,2%) der demenziell erkrankten Bewohner(innen) wechseln aus einem Privathaushalt in die Wohngemeinschaft, der überwiegende Anteil von ihnen wurde dabei bereits von einem Pflegedienst betreut (vgl. Tabelle 20).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozepte	Kumulierte Prozepte
Gültig	Privathaushalt ohne Pflegedienst	80	18,0	19,0	19,0
	Privathaushalt mit Pflegedienst	212	47,7	50,2	69,2
	Betreutes Wohnen	17	3,8	4,0	
	Pflegeheim	25	5,6	5,9	
	Kurzzeitpflege	37	8,3	8,8	
	Krankenhaus	40	9,0	9,5	
	sonstiges	11	2,5	2,6	
	Gesamt	422	95,0	100,0	
Fehlend	System	22	5,0		
Gesamt		444	100,0		

Tabelle 20: Versorgung der demenziell erkrankter Bewohner(innen) vor Einzug in die Wohngemeinschaft

Demenziell erkrankte Personen wechseln damit signifikant häufiger aus einem Privathaushalt in die Wohngemeinschaft (vgl. Abbildung 67) als nicht demenziell erkrankte Personen (Cramer-V=0,429, $p<0,001$).

Etwa drei Viertel (74,6%) der demenziell erkrankten Bewohner(innen) haben dabei vor ihrem Einzug in die Wohngemeinschaft allein gelebt. Demenziell erkrankte Personen unterscheiden sich damit nicht von Personen ohne demenzielle Erkrankung (vgl. 3.2.4). Eine gesetzliche Betreuung ist für 89,2% aller demenziell erkrankten Bewohner(innen) dokumentiert, betreuende Personen sind jeweils annähernd zur Hälfte Angehörige (47,2%) oder andere Personen (52,8%). Die Betreuungssituation unterscheidet sich damit nicht von Personen ohne demenzielle Diagnose. Wie bereits anhand der in Kapitel 3.1.5 aufgezeigten Zusammenhänge zu vermuten, sind für die Bewohner(innen) von Wohngemeinschaften die Diagnose einer demenziellen Erkrankung und der jeweilige Verband der Leistungsanbieter nicht unabhängig voneinander (Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest, $p<0,001$).

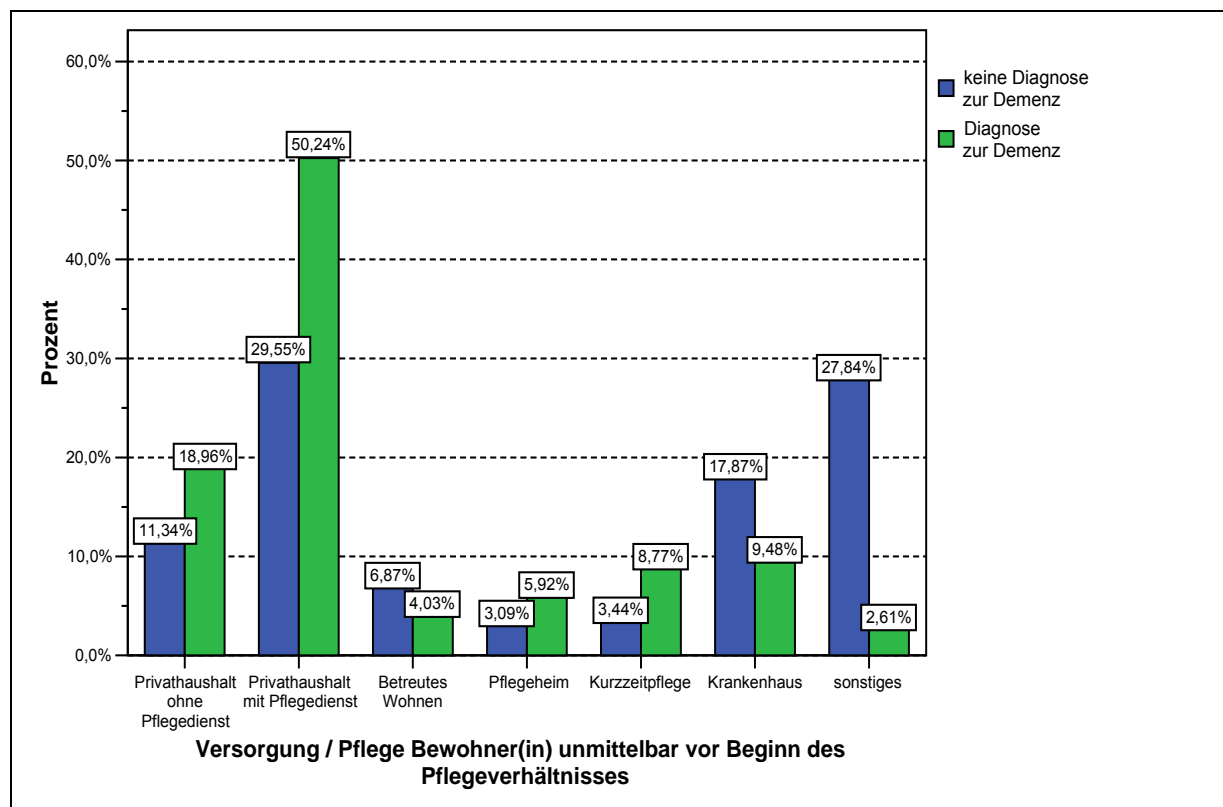


Abbildung 67: Versorgung demenziell erkrankter Bewohner(innen) vor Einzug in die Wohngemeinschaft nach demenzieller Diagnose

			Demenzielle Erkrankung		Gesamt
			keine Diagnose zur Demenz	Diagnose zur Demenz	
Verband der Leistungsanbieter	ABVP	Anzahl	12	42	54
		% von Verband	22,2%	77,8%	100,0%
	AVG	Anzahl	145	170	315
		% von Verband	46,0%	54,0%	100,0%
	BPA	Anzahl	37	51	88
		% von Verband	42,0%	58,0%	100,0%
	Diakonie	Anzahl	3	64	67
		% von Verband	4,5%	95,5%	100,0%
	DPW	Anzahl	56	59	115
		% von Verband	48,7%	51,3%	100,0%
	keine Angabe	Anzahl	3	4	7
		% von Verband	42,9%	57,1%	100,0%
	nicht organisiert	Anzahl	36	29	65
		% von Verband	55,4%	44,6%	100,0%
verschiedene Verbände	Anzahl	9	25	34	
	% von Verband	26,5%	73,5%	100,0%	
Gesamt	Anzahl	301	444	745	
	% von Verband	40,4%	59,6%	100,0%	

Tabelle 21: Demenzielle Erkrankung der Bewohner(innen) nach Verband der Leistungsanbieter

So weisen Pflegedienste, die in der Diakonie oder im ABVP organisiert sind, einen deutlich höheren Anteil demenziell erkrankter Bewohner(innen) auf, während es sich beispielsweise für nicht verbandlich organisierte Pflegedienste genau umgekehrt verhält (vgl. Tabelle 21). Der zuvor konstatierte Zusammenhang gilt auch für eine zusammenfassende Einteilung der Leistungsanbieter in freigemeinnützig organisierte, privat organisierte sowie private, nicht verbandlich organisierte Pflegedienste (Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest, $p=0,004$). Freigemeinnützig organisierte Pflegedienste weisen einen durchschnittlichen Anteil von 67,6% Bewohner(innen) pro Wohngemeinschaft mit demenziellen Erkrankungen auf, gefolgt von privat organisierten Pflegediensten mit 58,3% und privaten, nicht verbandlich organisierten Pflegediensten mit 44,6%.

3.3 Einzüge von Bewohner(innen) im Jahr 2005

Für die vorliegende Studie liegen Daten von 204 Bewohner(innen) von Berliner Wohngemeinschaften zum Einzug im Jahr 2005 zu Einzugsdatum, Alter, Geschlecht, Pflegestufe, Betreuungssituation sowie zum Wohnort und zur Lebenssituation vor Einzug in die Wohngemeinschaft vor.

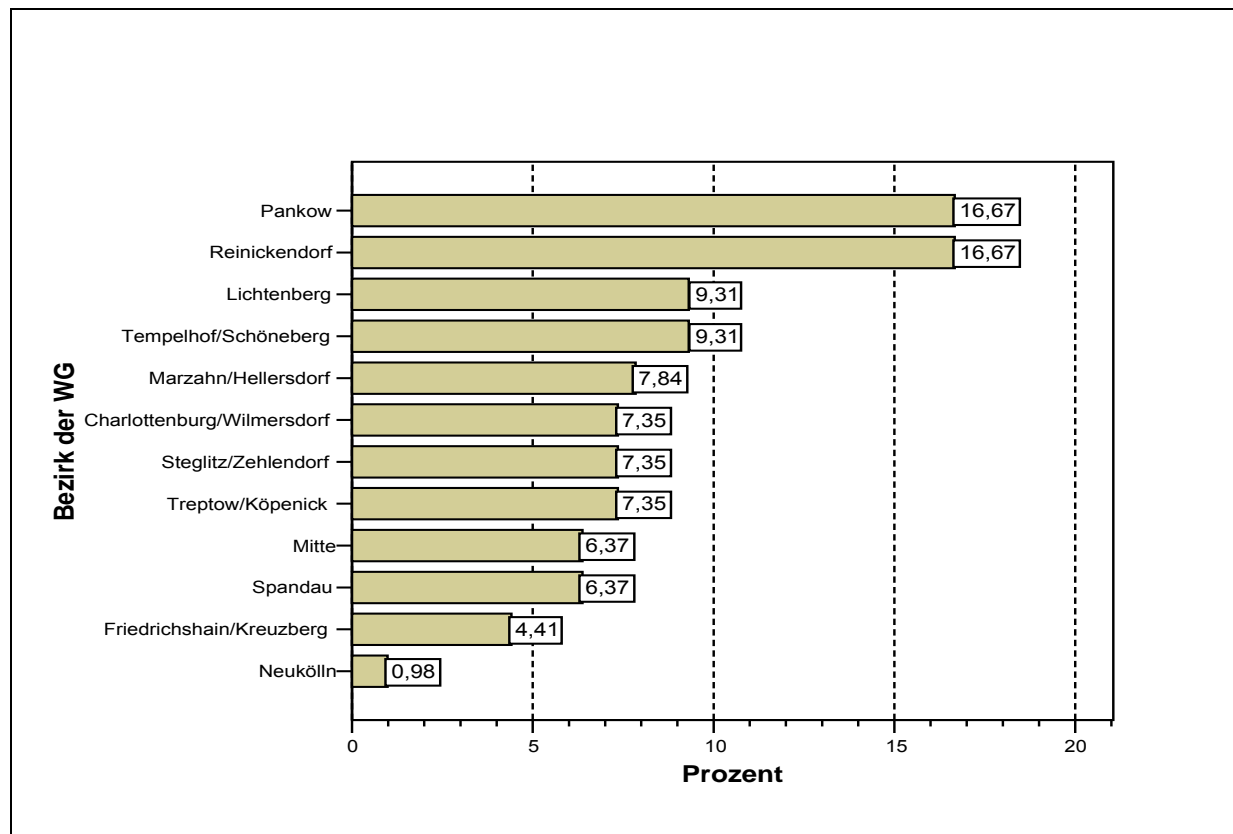


Abbildung 68: Einzüge von Bewohner(innen) nach Bezirk der Wohngemeinschaft (n=204)

3.3.1 Soziodemografische Daten

Die Verteilung der Einzüge im Jahr 2005 in Wohngemeinschaften gestaltet sich bei der Verteilung auf die Berliner Bezirke ähnlich wie schon die Verteilung Wohngemeinschaften insgesamt bzw. der Bewohner(innen) von Wohngemeinschaften zum Stichtag 07.07.2006 (vgl. 2.2 / 3.2 bzw. Abbildung 1 / Abbildung 24). Auch hier sind die Bezirke Pankow und Reinickendorf sowie Lichtenberg wieder die zahlenmäßig am stärksten vertretenen Bezirke, wohingegen Neukölln auch hier wieder am unteren Ende zu finden ist (vgl. Abbildung 68).

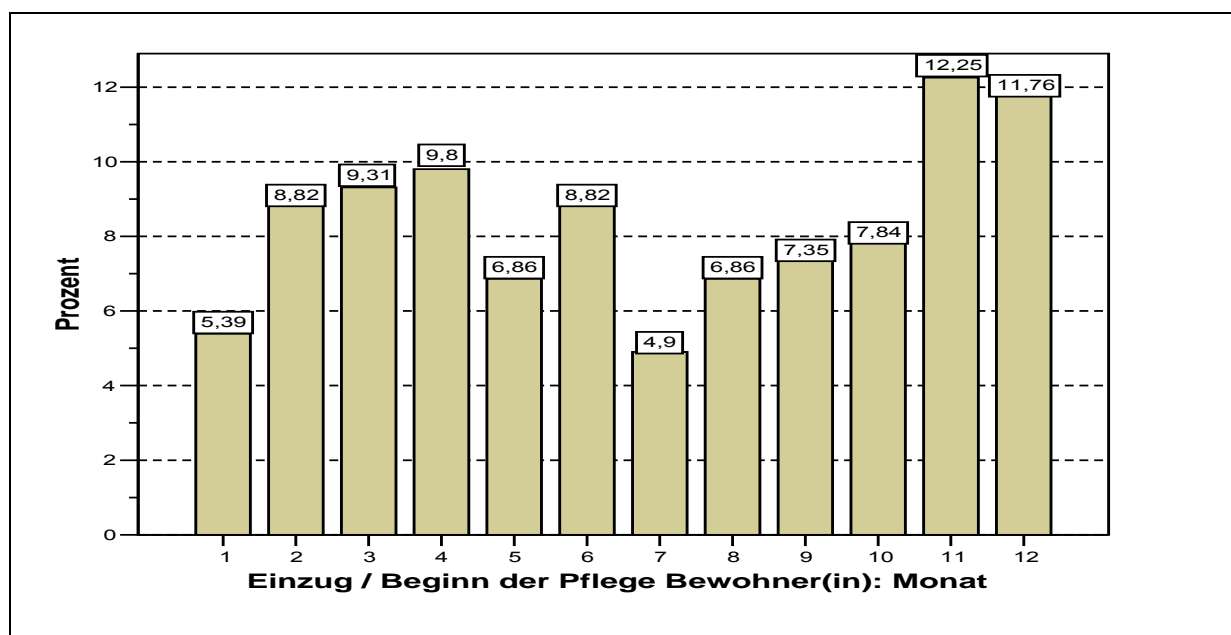


Abbildung 69: Monatliche Verteilung der Einzüge

Betrachtet man die Verteilung der Einzüge im Jahresablauf, so zeigt sich, dass insbesondere die Monate November und Dezember die Haupteinzugsmonate sind. Die wenigsten Einzüge sind im Januar und im Juli zu verzeichnen (vgl. Abbildung 69). Zwischen den Geschlechtern bestehen hierbei keine signifikanten Unterschiede (Chi-Quadrat-Test, $p=0,7209$).

Das Durchschnittsalter der im Jahr 2005 Eingezogenen (vgl. Abbildung 70) beträgt 78,3 Jahre ($s=9,9$ Jahre). Frauen sind bei Einzug in eine Wohngemeinschaft signifikant älter als Männer (t-Test, $p<0,001$). Im arithmetischen Mittel beträgt das Alter von Frauen bei Einzug 80,5 Jahre, das der Männer 72,0 Jahre. Die Bezirke unterscheiden sich bezüglich des Alters der Eingezogenen signifikant (ANOVA, $p=0,010$). So sind im Bezirk Steglitz-Zehlendorf Personen, die in eine Wohngemeinschaft einziehen, im Mittel 84,7 Jahre alt, im Bezirk Friedrichshain/Kreuzberg dagegen nur 70,4 Jahre (vgl. Abbildung 71).

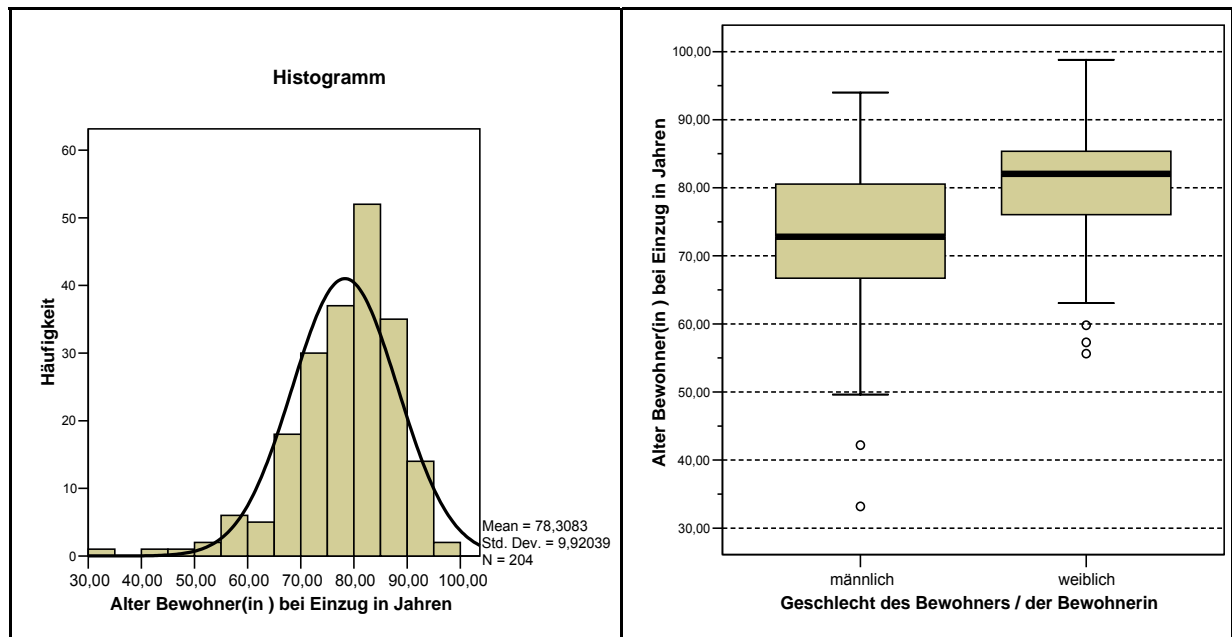


Abbildung 70: Altersverteilung der Einzüge insgesamt und nach Geschlecht

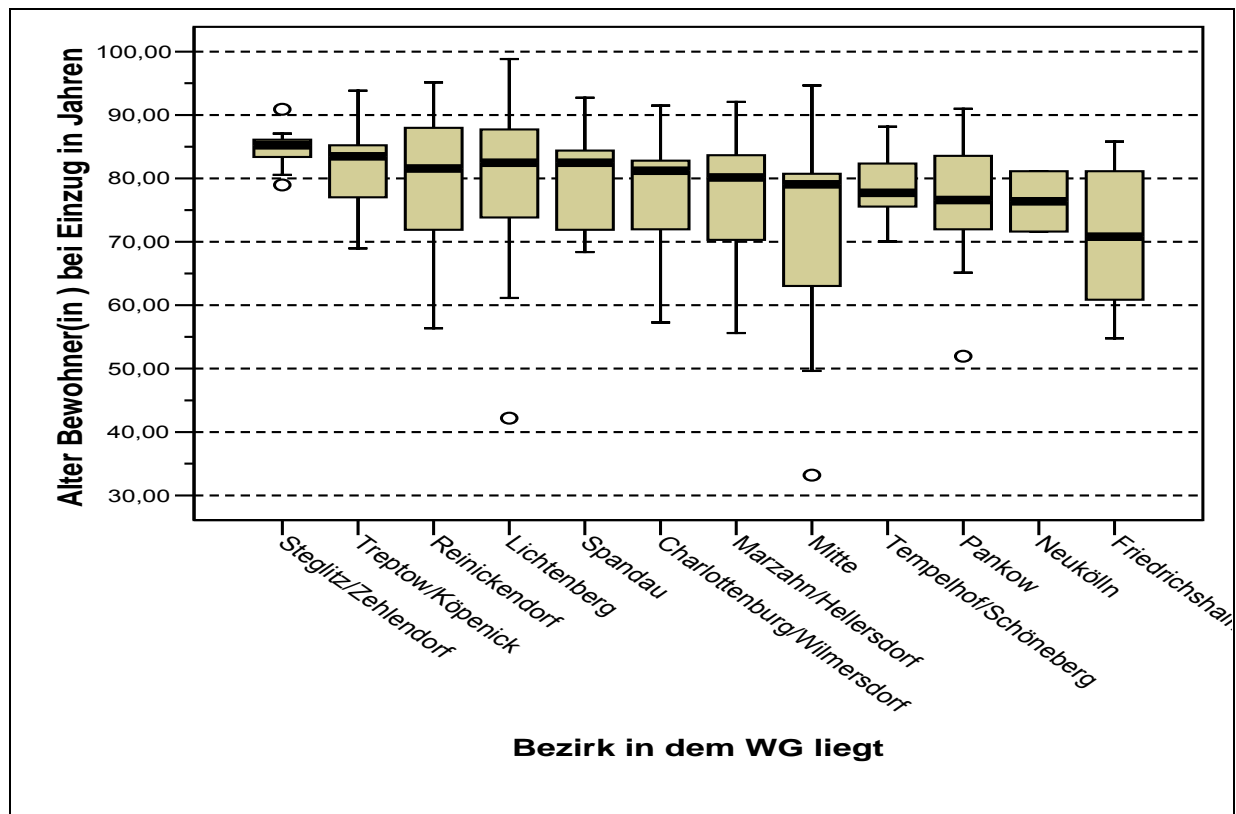


Abbildung 71: Altersverteilung Einzüge nach Bezirk der Wohngemeinschaft

Das Verhältnis von Frauen zu Männern unter den Einzügen entspricht der Verteilung der Bewohner(innen) insgesamt (vgl. 3.2.1), etwa drei Viertel der Einziehenden sind weiblich (weiblich 74,0%, männlich 26,0%). Signifikante Unterschiede zwischen den Bezirken ergeben sich nicht (Chi-Quadrat-Test, $p=0,056$). In den Bezirken Friedrichshain-Kreuzberg, Mitte und

Neukölln ist der Anteil männlicher Bewohner mit über 50% jedoch höher als im Durchschnitt (vgl. Abbildung 72).

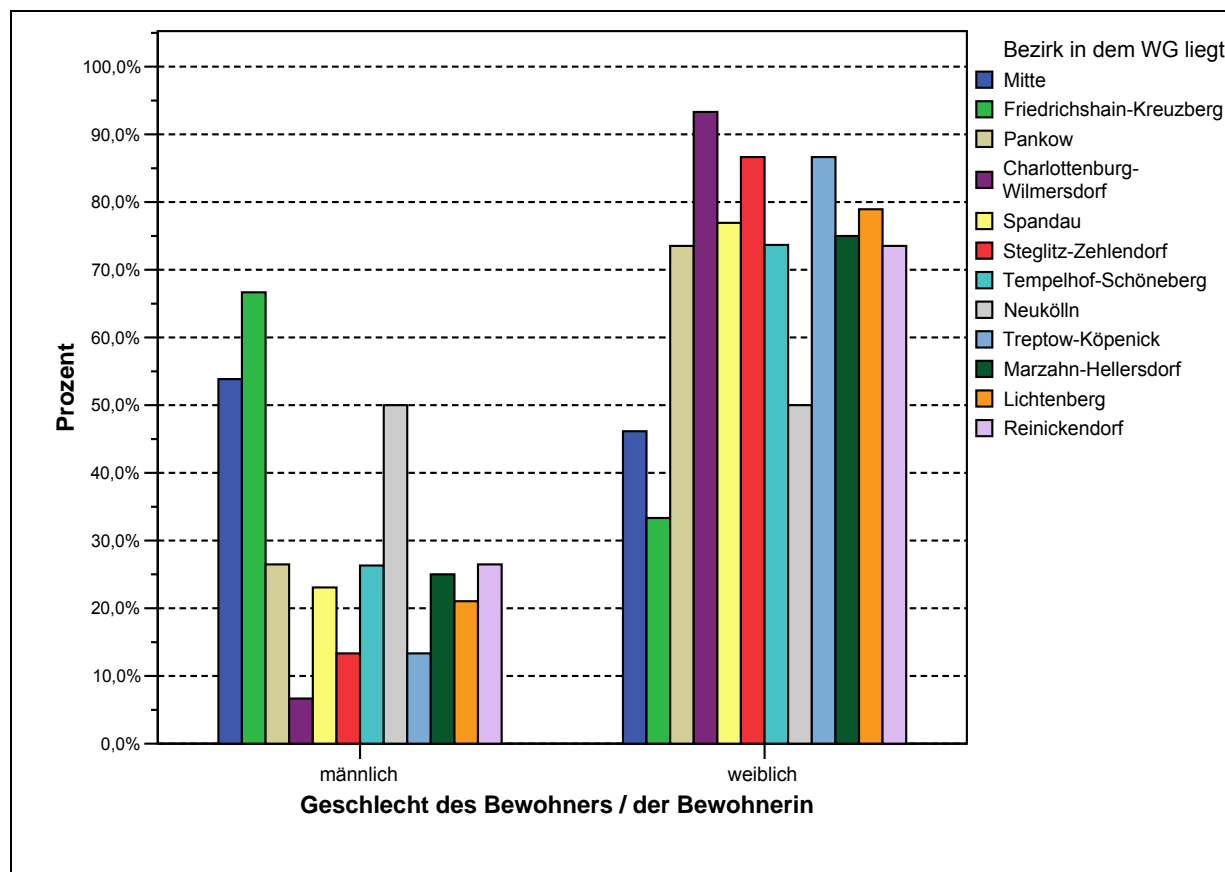


Abbildung 72: Geschlechterverteilung der Einzüge nach Bezirk der Wohngemeinschaft

3.3.2 Pflegesituation

Zur Erfassung der Pflegesituation bei Einzug wurden Versorgung/Pflege unmittelbar vor Beginn des Pflegeverhältnisses sowie Pflegestufe und eine evtl. Härtefallregelung erfasst.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
keine Pflegestufe ("0")	15	7,4	7,4	7,4
Pflegestufe I	77	37,7	37,7	45,1
Pflegestufe II	90	44,1	44,1	89,2
Pflegestufe III	19	9,3	9,3	98,5
Pflegestufe beantragt	3	1,5	1,5	
Gesamt	204	100,0	100,0	

Tabelle 22: Pflegestufen von einziehenden Bewohner(inne)n

Von den einziehenden Bewohner(inne)n haben mehr als 90% eine bewilligte Pflegeeinstufung, bei etwas weniger als der Hälfte (47,1%) der Einziehenden liegt die Zuordnung zu § 45a SGB XI vor bzw. ist beantragt. Die meisten Einziehenden sind dabei in **Pflegestufe II** einge-

stuft (44,1%), danach folgen Einziehende mit Pflegestufe I (37,7%). Einziehende mit Pflegestufe III bzw. ohne Pflegestufe sind deutlich geringer vertreten (vgl. Tabelle 22).

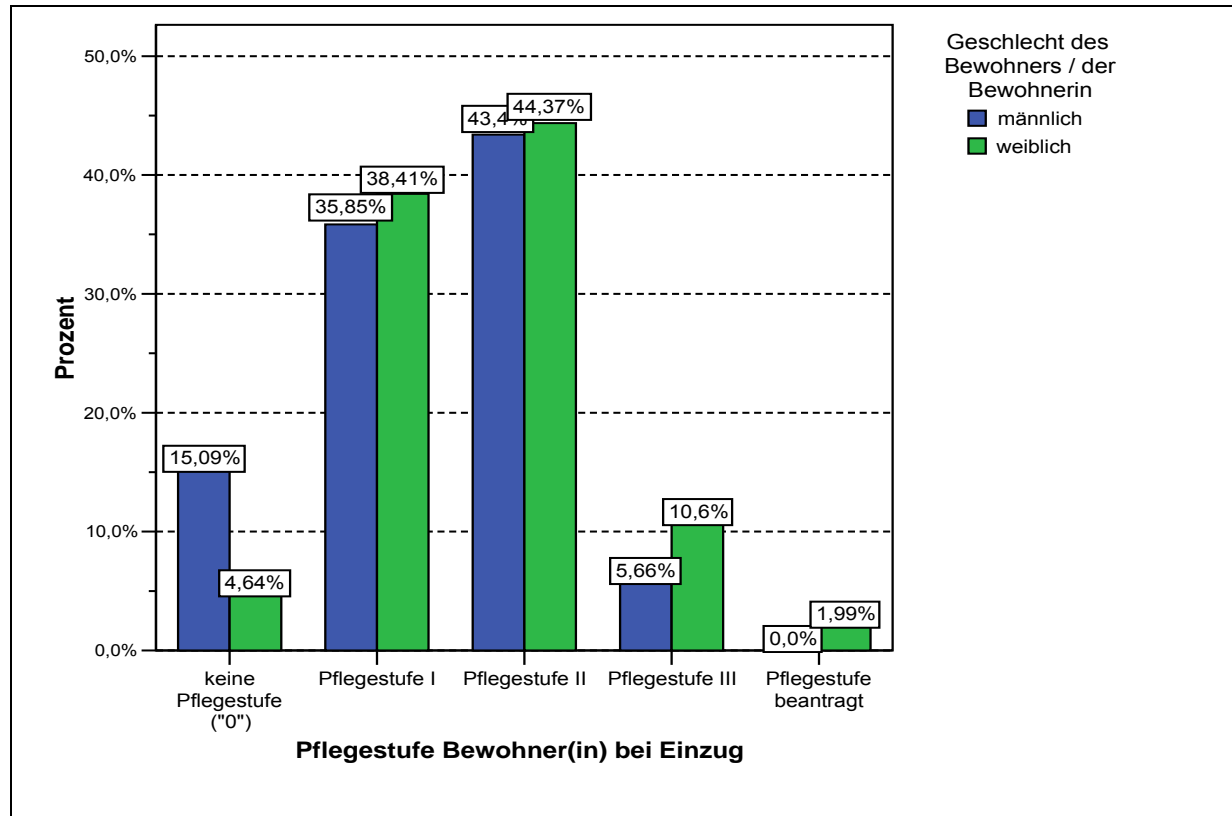


Abbildung 73: Pflegestufen der Einziehenden nach Geschlecht

Pflegestufe und Geschlecht sind dabei nicht unabhängig voneinander (Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest, $p=0,092$). Männliche Einziehende sind allerdings etwas stärker in der Gruppe ohne Pflegestufe vertreten, weibliche Einziehende stärker in Pflegestufe III (vgl. Abbildung 73).

Bezüglich des durchschnittlichen Alters unterscheiden sich die Einziehenden je nach Pflegeeinstufung signifikant (ANOVA, $p<0,001$). Personen ohne eine Pflegeeinstufung sind mit durchschnittlich 66,5 Jahren deutlich jünger als Personen mit Pflegeeinstufung. Mit zunehmender Einstufung steigt das durchschnittliche Alter kontinuierlich an (vgl. Abbildung 74). So sind Personen mit Pflegestufe I, II bzw. III im arithmetischen Mittel 77,8 Jahre, 79,6 Jahre bzw. 82,4 Jahre alt.

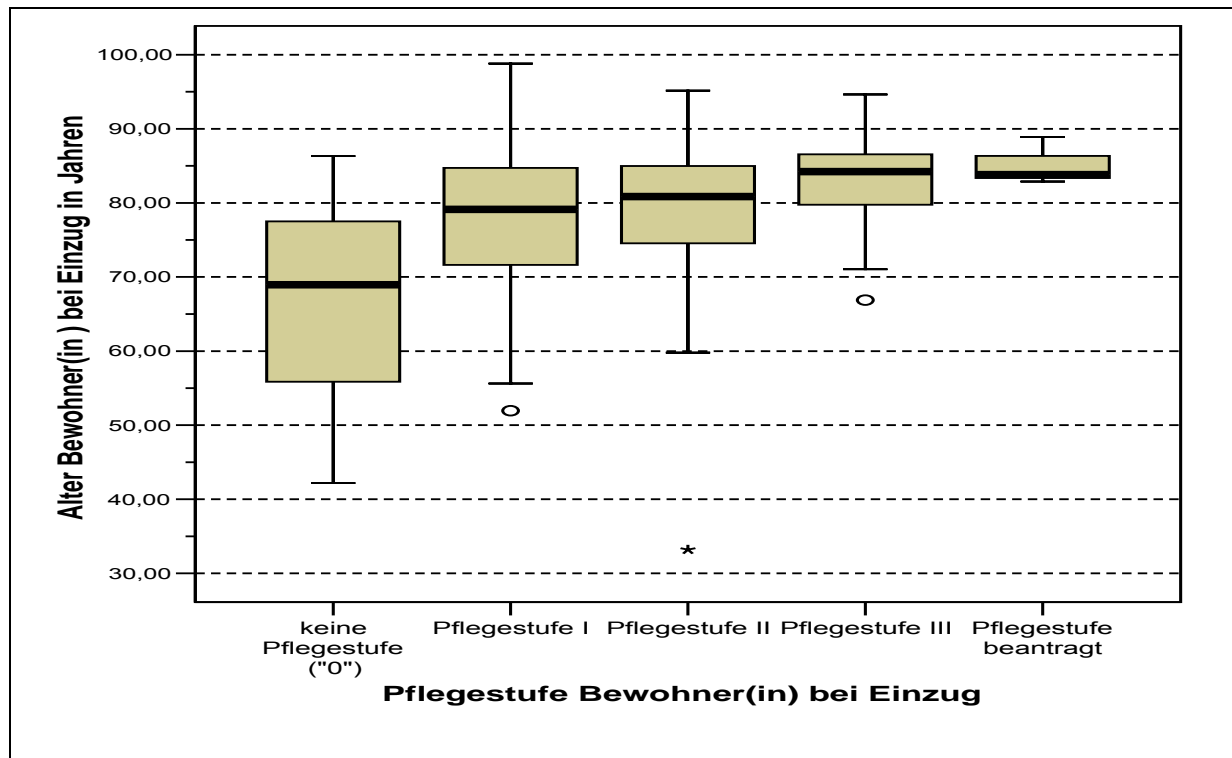


Abbildung 74: Alter der Einziehenden nach Pflegestufe

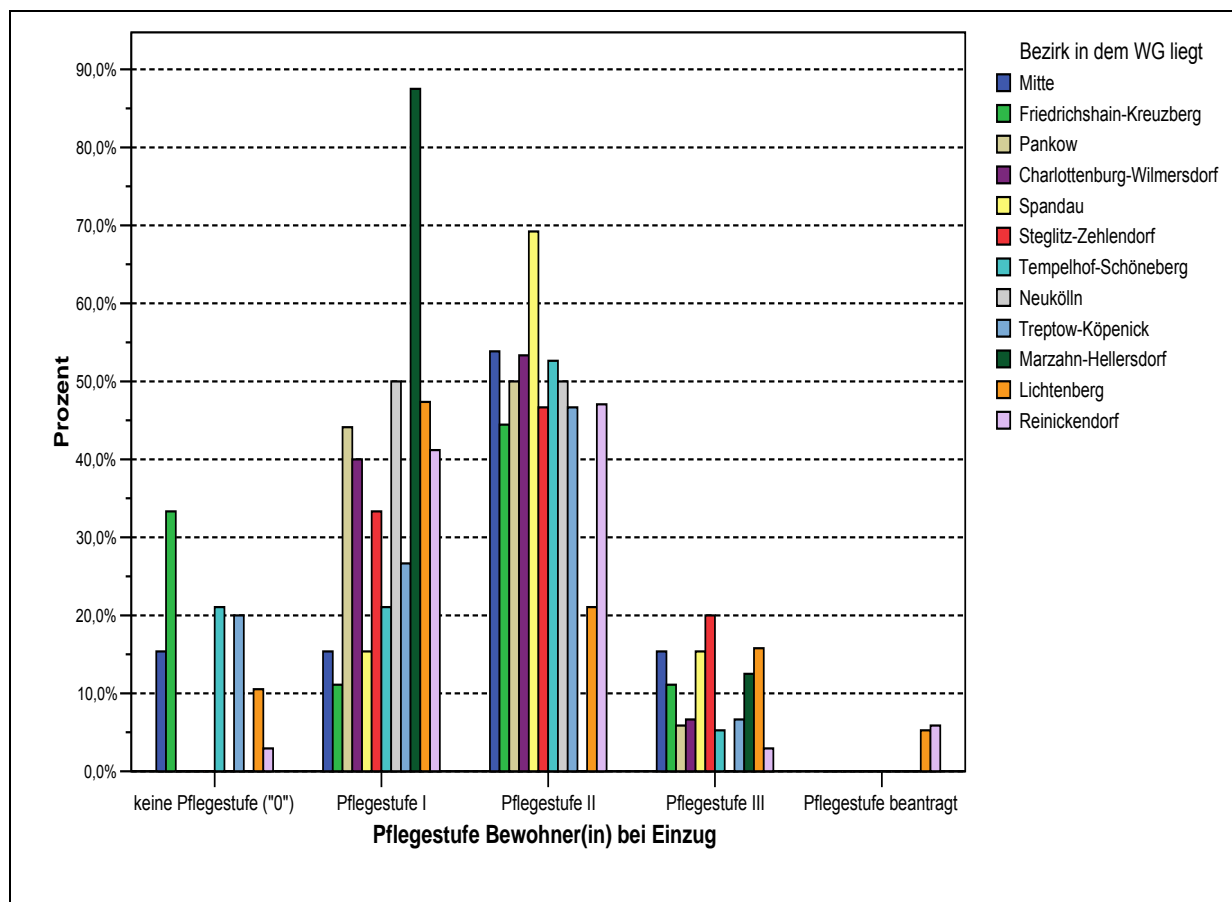


Abbildung 75: Pflegeeinstufung der Einziehenden nach Bezirk

Da sich die Altersverteilung der Einziehenden in den Bezirken unterscheidet und Pflegestufe und Alter ebenfalls voneinander abhängig sind, sind auch Pflegeeinstufung der Einziehenden und Bezirk der Wohngemeinschaft nicht unabhängig voneinander (Chi-Quadrat-Test, $p=0,005$). So weisen beispielsweise Einziehende im Bezirk Steglitz-Zehlendorf aufgrund des höheren Alters auch eine höhere Pflegeeinstufung auf (vgl. Abbildung 75).

Aufgrund der beschriebenen Abhängigkeiten ergibt sich, dass auch die Pflegeeinstufung der Einziehenden und der Verband der Leistungsanbieter des in der Wohngemeinschaft tätigen Pflegedienstes einen tendenziellen Zusammenhang aufweisen (Cramer-V=0,236, $p=0,020$). Bei einer Unterscheidung in freigemeinnützig organisierte, privat organisierte und private, verbandlich nicht organisierte Leistungsanbieter lässt sich dieser Zusammenhang allerdings nicht mehr nachweisen (Cramer-V=0,105, $p=0,835$).

Die **Versorgung unmittelbar vor Beginn des Pflegeverhältnisses** in einer Wohngemeinschaft für Einziehende ist in Tabelle 23 dargestellt. Fast zwei Drittel aller Einziehenden (61,7%) wechseln aus einem Privathaushalt in die Wohngemeinschaft, wobei hierbei in 69,4% aller Fälle eine Versorgung durch einen Pflegedienst gegeben war. Danach folgt in 18,6% aller Fälle ein Wechsel aus einem Krankenhaus in die Wohngemeinschaft. Ein Umzug aus dem Betreuten Wohnen, einem Pflegeheim oder einer Kurzzeitpflege findet nur in geringem Maße statt.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Privathaushalt ohne Pflegedienst	38	18,6	18,9	18,9
	Privathaushalt mit Pflegedienst	86	42,2	42,8	61,7
	Betreutes Wohnen	10	4,9	5,0	
	Pflegeheim	9	4,4	4,5	
	Kurzzeitpflege	10	4,9	5,0	
	Krankenhaus	38	18,6	18,9	
	sonstiges	10	4,9	5,0	
	Gesamt	201	98,5	100,0	
Fehlend	System	3	1,5		
Gesamt		204	100,0		

Tabelle 23: Versorgung der Einziehenden in die Wohngemeinschaft

Ein Zusammenhang zwischen der Versorgungsstruktur vor Beginn des Pflegeverhältnisses in der Wohngemeinschaft und dem Geschlecht lässt sich nicht nachweisen (Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest, $p=0,895$). Ebenso wenig lässt sich ein Zusammenhang zur Pflegeeinstufung aufzeigen (Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest, $p=0,231$). Ein signifikanter Zusammen-

hang besteht jedoch zwischen der Versorgungsstruktur vor Beginn des Pflegeverhältnisses in der Wohngemeinschaft und der Zugehörigkeit des Pflegedienstes zu einem Verband der Leistungsanbieter (Cramer-V=0,342, $p < 0,001$). So fällt bei Pflegediensten, die im DPW organisiert sind, auf, dass diese einen geringen Teil an einziehenden Bewohner(inne)n aufweisen, die aus einem Privathaushalt in die Wohngemeinschaft umziehen, dafür jedoch größere Anteile bei einem Umzug aus dem Betreuten Wohnen. Umgekehrt weisen nicht verbandlich organisierte Pflegedienste einen sehr hohen Anteil an einziehenden Bewohner(inne)n auf, die aus einem Privathaushalt mit Pflegedienst in die Wohngemeinschaft umziehen (vgl. Tabelle 24). Bei einer Unterscheidung in freigemeinnützig organisierte, privat organisierte und private, verbandlich nicht organisierte Leistungsanbieter zeigt sich ebenfalls ein signifikanter Zusammenhang (Cramer-V=0,390, $p < 0,001$). Auch hierbei gilt als wesentliches Unterscheidungsmerkmal, dass private, verbandlich nicht organisierte Leistungsanbieter den größten Anteil an Personen (65,2%) aufweisen, die aus einem Privathaushalt in die Wohngemeinschaft einziehen, dicht gefolgt von privat organisierten Pflegediensten (63,6%), wohingegen freigemeinnützig organisierte Pflegedienste hierbei einen deutlich geringeren Anteil (49,1%) aufweisen.

			Versorgung / Pflege Bewohner(in) unmittelbar vor Einzug / Beginn des Pflegeverhältnisses					Gesamt	
			Privathaushalt ohne Pflegedienst	Privathaushalt mit Pflegedienst	Betreutes Wohnen	Kurzzeitpflege	Krankenhaus		sonstiges
Verband der Leistungsanbieter	ABVP	Anzahl	4	10	0	0	2	0	20
		% von Verband	20,0%	50,0%	,0%	,0%	10,0%	,0%	100,0%
	AVG	Anzahl	8	29	0	4	8	0	50
		% von Verband	16,0%	58,0%	,0%	8,0%	16,0%	,0%	100,0%
	BPA	Anzahl	11	8	0	2	18	0	40
		% von Verband	27,5%	20,0%	,0%	5,0%	45,0%	,0%	100,0%
	Diakonie	Anzahl	4	8	1	1	0	4	19
		% von Verband	21,1%	42,1%	5,3%	5,3%	,0%	21,1%	100,0%
	DPW	Anzahl	4	12	7	3	10	0	38
		% von Verband	10,5%	31,6%	18,4%	7,9%	26,3%	,0%	100,0%
	keine Angabe	Anzahl	6	1	0	0	0	0	7
		% von Verband	85,7%	14,3%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	mehrere Pflegedienste	Anzahl	1	3	0	0	0	0	4
		% von Verband	25,0%	75,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
nicht organisiert	Anzahl	0	15	2	0	0	6	23	
	% von Verband	,0%	65,2%	8,7%	,0%	,0%	26,1%	100,0%	
Gesamt	Anzahl	38	86	10	10	38	10	201	
	% von Verband	18,9%	42,8%	5,0%	5,0%	18,9%	5,0%	100,0%	

Tabelle 24: Versorgung der einziehenden Bewohner(innen) nach Verband der Leistungsanbieter

Das durchschnittliche Alter der einziehenden Bewohner(innen) von Wohngemeinschaften unterscheidet sich nicht signifikant je nach der Wohnform, aus der sie in die Wohngemeinschaft wechseln (ANOVA, $p = 0,086$). Personen, die aus einer Kurzzeitpflege wechseln, sind jedoch tendenziell mit einem Durchschnittsalter von 83,4 Jahren älter als Personen aus einem

Privathaushalt mit Unterstützung durch einen Pflegedienst (79,3 Jahre) und Personen aus einem Privathaushalt ohne Unterstützung durch einen Pflegedienst (78,9 Jahre). Danach folgen Personen aus sonstigen Betreuungsformen mit 78,6 Jahren vor Personen, die aus einem Krankenhaus (76,2 Jahre) oder einem Pflegeheim (74,8 Jahre) in die Wohngemeinschaft wechseln. Personen aus einem Betreuten Wohnen sind mit 71,7 Jahren durchschnittlich am jüngsten (vgl. Abbildung 76).

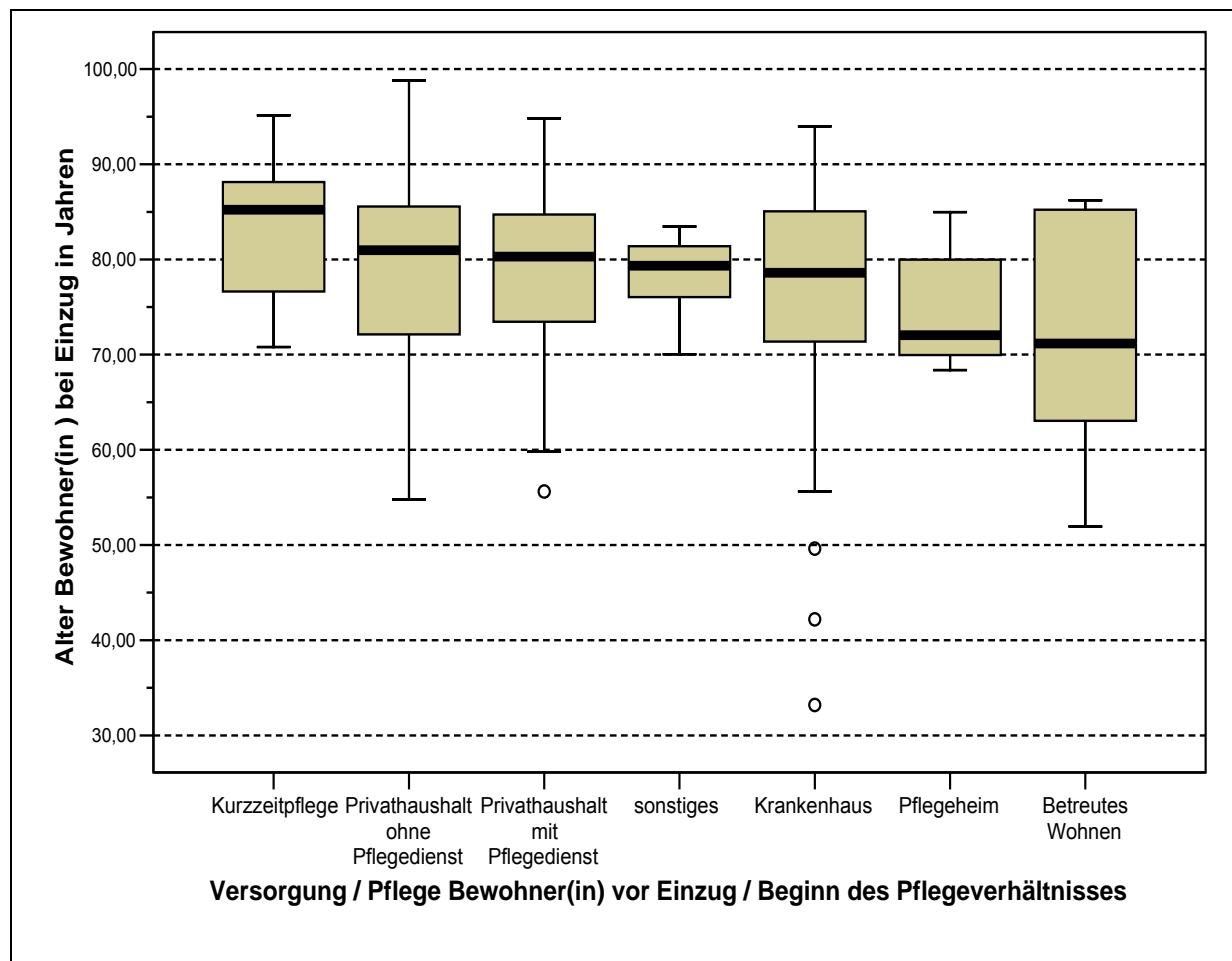


Abbildung 76: Alter der einziehenden Bewohner(innen) nach Versorgung vor Einzug

3.3.3 Wohnort und Lebenssituation bei Einzug

Für 93% bzw. 95% der einziehenden Bewohner(innen) von Wohngemeinschaften wurden zum Stichtag der Wohnort und die Lebenssituation vor Einzug erfasst. Die einziehenden Bewohner(innen) von Wohngemeinschaften kommen mit 94,2% fast ausschließlich aus Berlin. Weitere 2,1% ziehen aus Brandenburg nach Berlin um, und nur 3,7% der einziehenden Bewohner(innen) stammen aus anderen Bundesländern (vgl. Tabelle 25).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	Berlin	178	87,3	94,2
	Baden-Württemberg	1	,5	,5
	Bayern	1	,5	,5
	Brandenburg	4	2,0	2,1
	Hessen	1	,5	,5
	Mecklenburg- Vorpommern	1	,5	,5
	Niedersachsen	1	,5	,5
	Nordrhein-Westfalen	1	,5	,5
	Sachsen-Anhalt	1	,5	,5
	Gesamt	189	92,6	100,0
	Fehlend	System	15	7,4
Gesamt		204	100,0	

Tabelle 25: Wohnort der einziehenden Bewohner(innen)

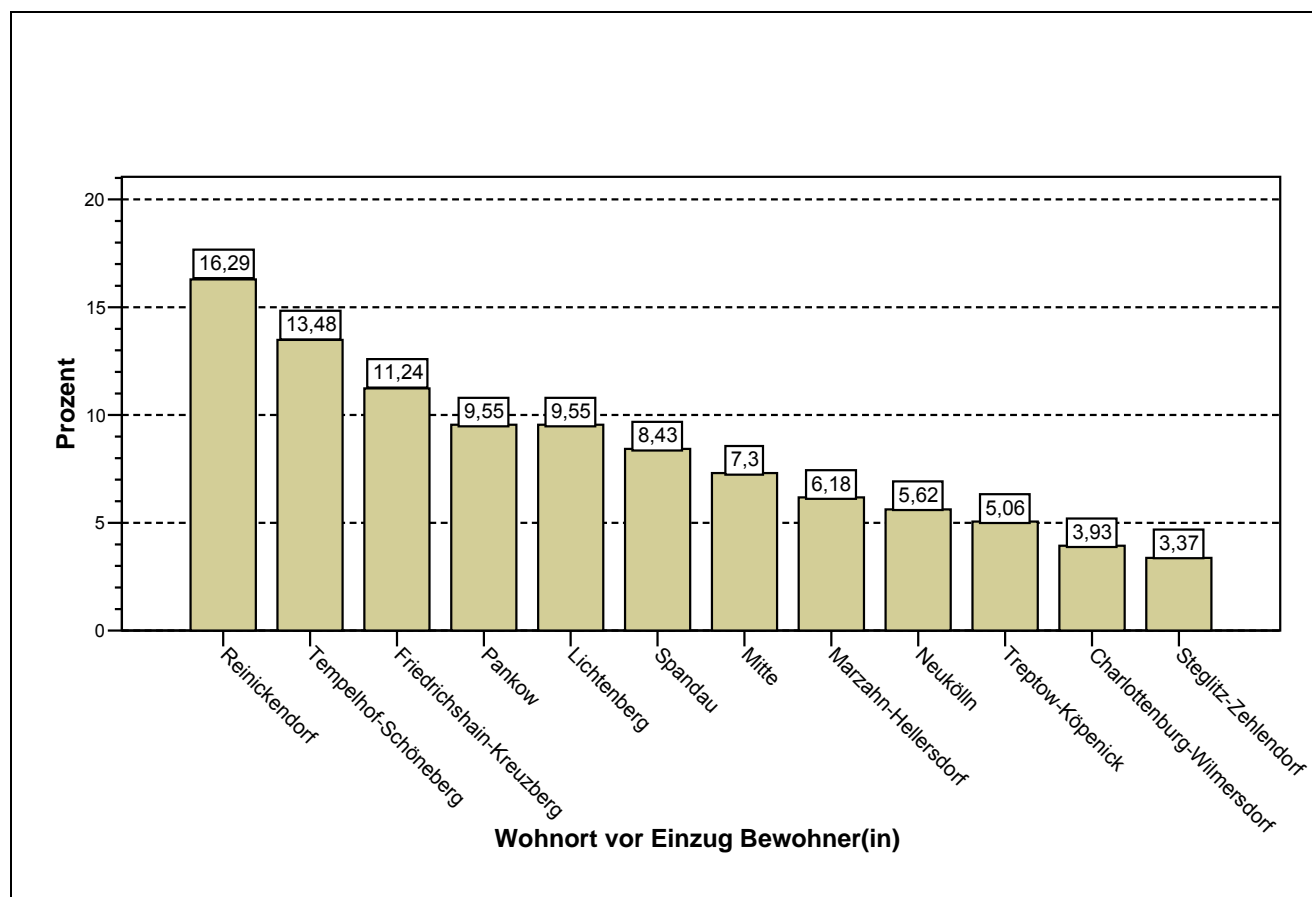


Abbildung 77: Wohnort der einziehenden Bewohner(innen) in Berlin

Innerhalb Berlins stammen die meisten einziehenden Bewohner(innen) aus Reinickendorf (16,3%), gefolgt von Tempelhof-Schöneberg (13,5%) und Friedrichshain-Kreuzberg (11,2%). Das Schlusslicht bilden die Bezirke Charlottenburg-Wilmersdorf und Steglitz-Zehlendorf mit jeweils unter 5% der einziehenden Bewohner(innen) (vgl. Abbildung 77). Wohnort vor Ein-

zug und regionale Lage der gewählten Wohngemeinschaft weisen dabei einen deutlichen Zusammenhang auf (Cramer-V=0,558, $p<0,001$).

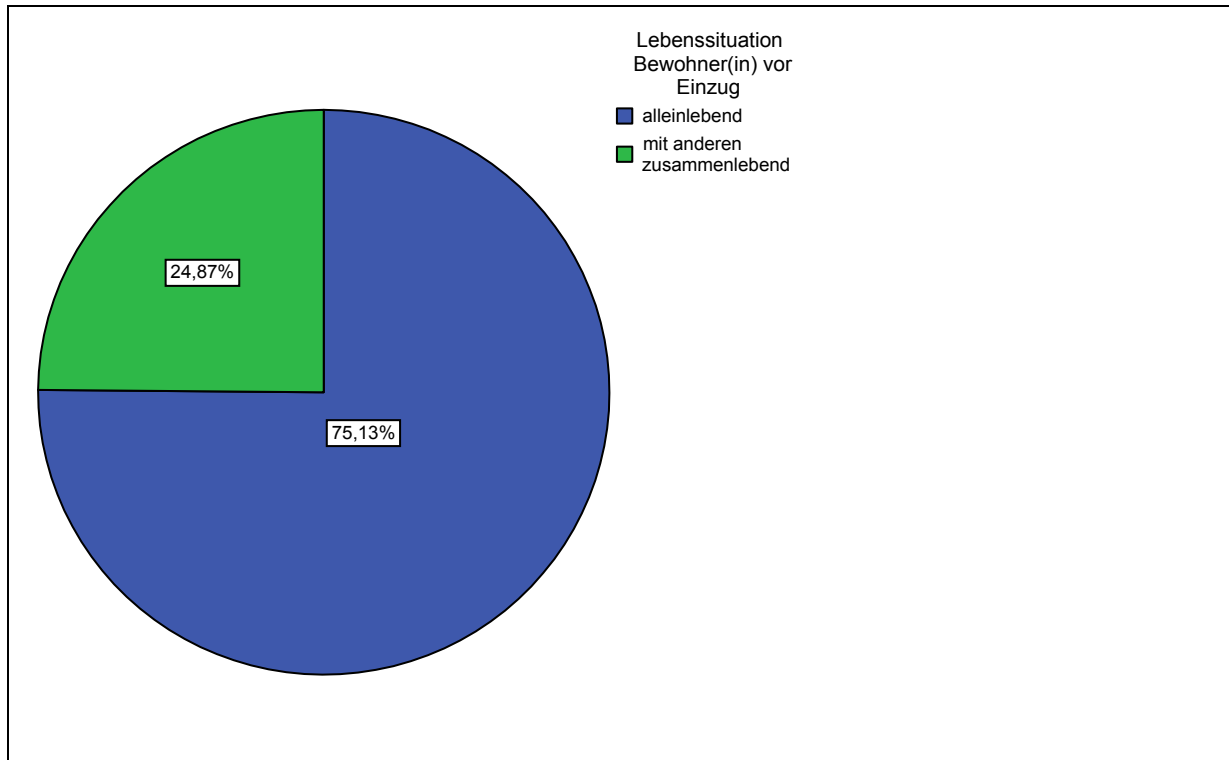


Abbildung 78: Lebenssituation der einziehenden Bewohner(innen)

Von den Bewohner(inne)n deren **Lebenssituation** vor Einzug bekannt ist, waren fast drei Viertel (75,1%) zuvor allein lebend (vgl. Abbildung 78). Lebenssituation und Geschlecht sind dabei unabhängig voneinander (Test nach Fisher, $p=0,058$). Frauen weisen jedoch tendenziell einen höheren Anteil unter den zuvor allein lebenden Personen auf (vgl. Abbildung 79). Personen, die mit anderen zusammenleben, ziehen dabei überwiegend aus einem Pflegeheim oder aber einem Betreuten Wohnen in die Wohngemeinschaft um (vgl. Abbildung 80), so dass hier ein signifikanter Zusammenhang von Lebenssituation und Versorgungsstruktur vor Einzug in die Wohngemeinschaft besteht (Cramer-V=0,474, $p<0,001$).

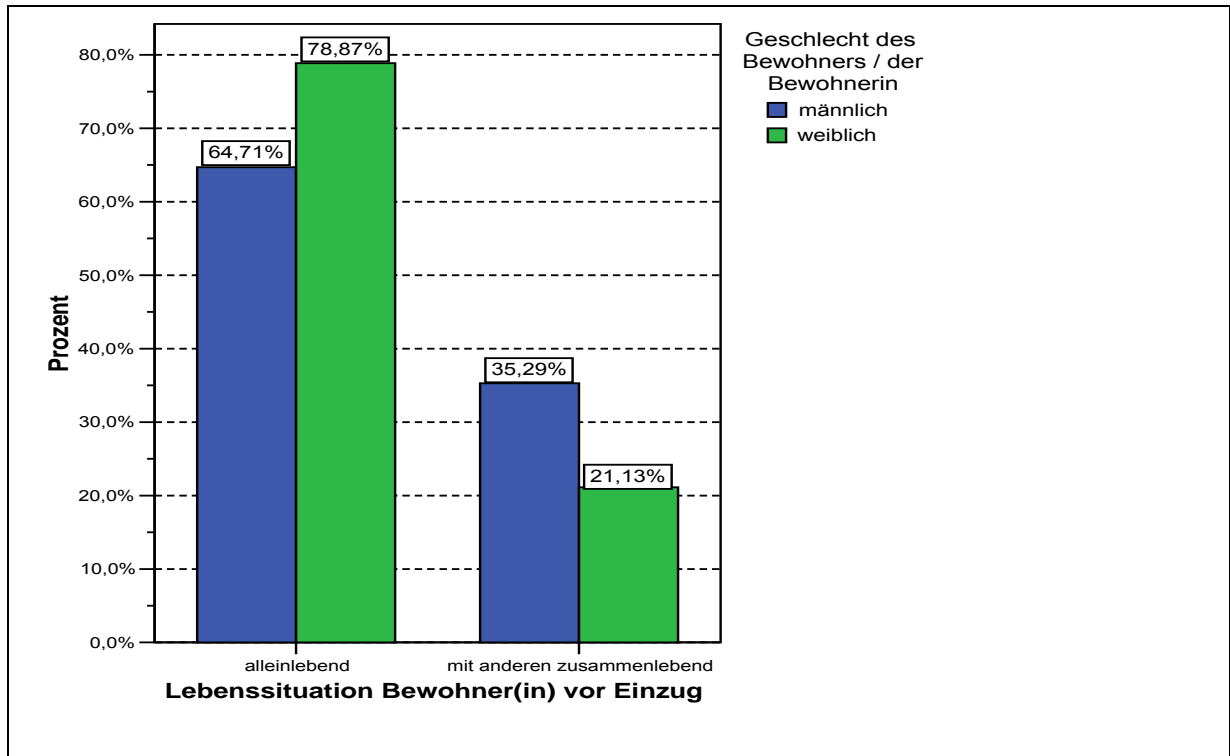


Abbildung 79: Lebenssituation der einziehenden Bewohner(innen) nach Geschlecht

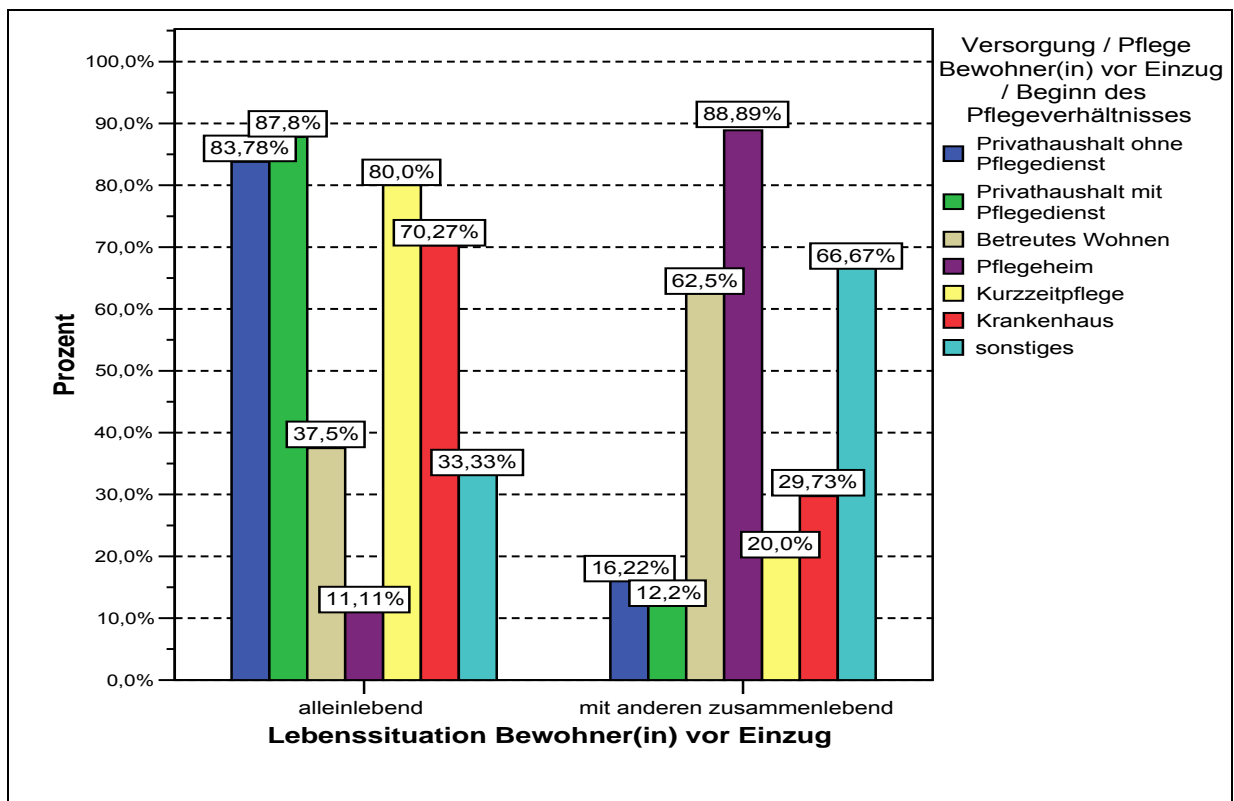


Abbildung 80: Lebenssituation der einziehenden Bewohner(innen) nach Versorgung vor Einzug

Auch die bewilligte Pflegestufe weist einen Zusammenhang zur Lebenssituation vor dem Einzug auf (Cramer-V=0,335, $p < 0,001$), da Personen mit Pflegestufe III oder ohne Pflegeeinstufung eher als mit anderen zusammenlebend erfasst werden. Personen mit beantragter Pflegeeinstufung sind dagegen in höherem Maße allein lebend (vgl. Abbildung 81). Die Lebenssituation der einziehenden Bewohner(innen) vor Einzug und Verband des Leistungsanbieters weisen keinen nachweisbaren Zusammenhang auf (Cramer-V=0,254, $p < 0,088$), dies gilt auch für eine Unterscheidung in freigemeinnützig organisierte, privat organisierte und private, verbandlich nicht organisierte Leistungsanbieter.

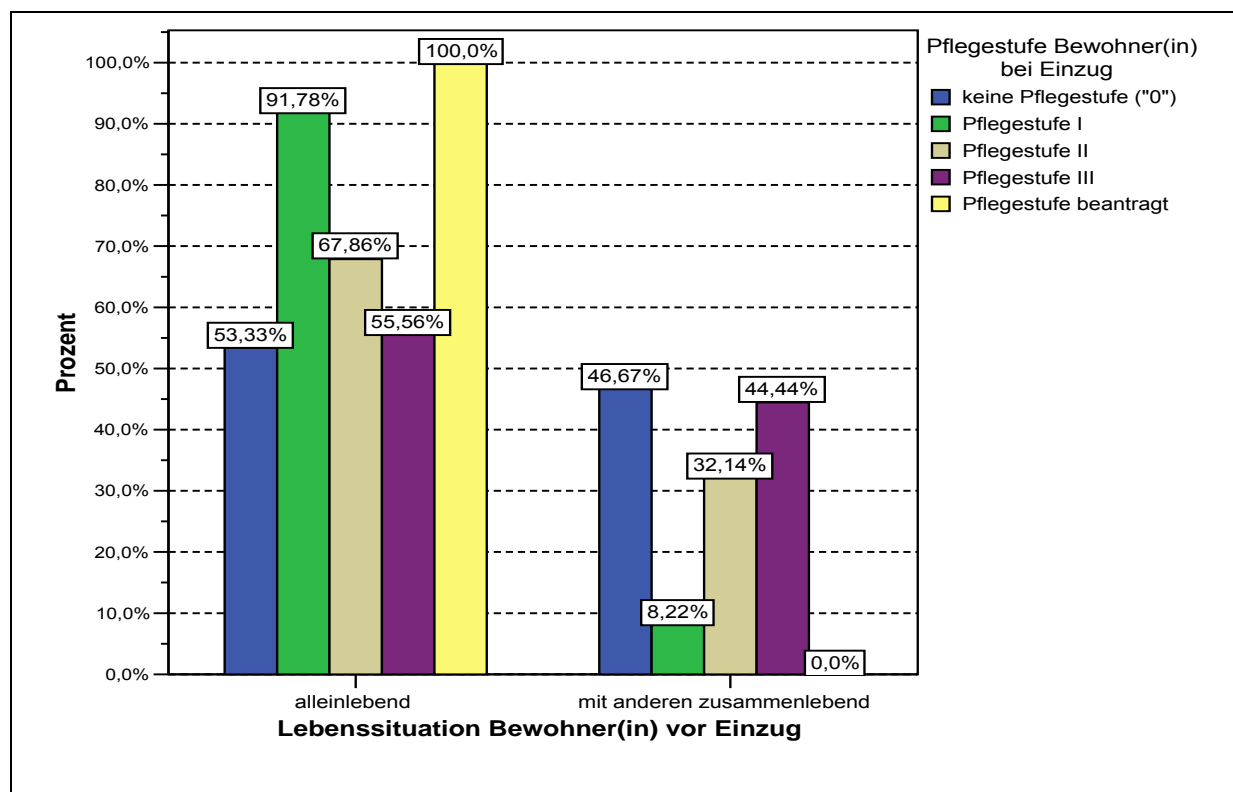


Abbildung 81: Lebenssituation der einziehenden Bewohner(innen) nach Pflegestufe

Auch bezüglich des Alters unterscheiden sich zuvor allein und zusammenlebende einziehende Bewohner(innen) nicht signifikant (t-Test, $p < 0,104$). Im arithmetischen Mittel sind zuvor allein lebende Bewohner(innen) 78,8 Jahre alt und damit nur wenig älter als zuvor zusammenlebende Bewohner(innen) mit einem Durchschnittsalter von 76,1 Jahren (vgl. Abbildung 82).

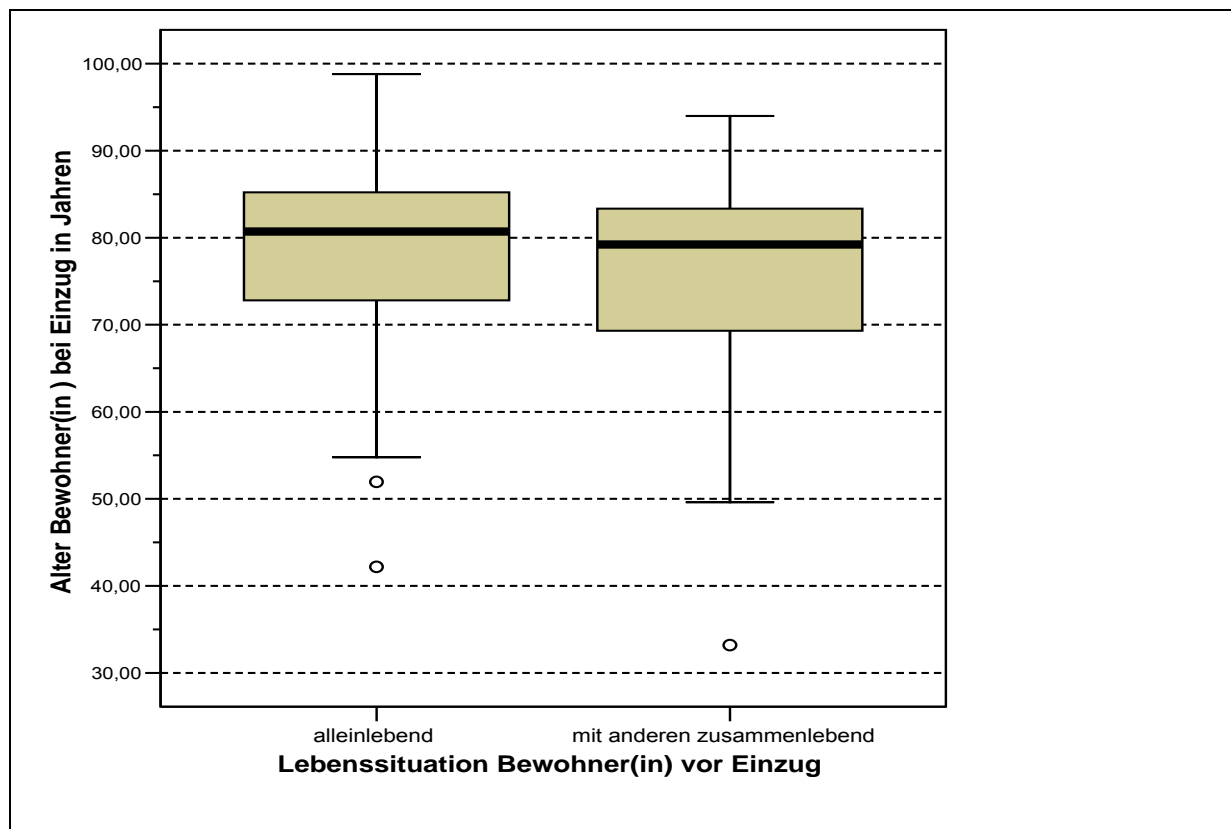


Abbildung 82: Alter der einziehenden Bewohner(innen) nach Lebenssituation

3.4 Auszüge von Bewohner(innen) im Jahr 2005

Es liegen Daten von 104 Bewohner(innen) von Berliner Wohngemeinschaften bei Auszug im Jahr 2005 zu Alter, Geschlecht, Pflegedauer, Pflegestufe sowie zum Anlass der Beendigung des Pflegeverhältnisses / des Verlassens der Wohngemeinschaft vor. Die wachsende Entwicklung von Wohngemeinschaften spiegelt sich damit auch im Verhältnis von Einzügen zu Auszügen wider. Es sind im Jahr 2005 etwa doppelt so viele Bewohner(innen) in Wohngemeinschaften eingezogen als Bewohner(innen) diese verlassen haben (204 zu 104 Personen).

3.4.1 Soziodemografische Daten

Die Verteilung der Auszüge im Jahr 2005 aus Wohngemeinschaften gestaltet sich bei der Aufteilung auf die Berliner Bezirke ähnlich wie schon die Verteilung der Bewohner(innen) zum Stichtag 07.07.2006 (vgl. 3.2.1 bzw. Abbildung 24) bzw. die der Einzüge im Jahr 2005 (vgl. 3.3.1 bzw. Abbildung 68). Auch hier sind die Bezirke Pankow und Reinickendorf sowie Lichtenberg wieder die zahlenmäßig am stärksten vertretenen Bezirke, wohingegen Neukölln auch hier wieder am unteren Ende zu finden ist (vgl. Abbildung 83).

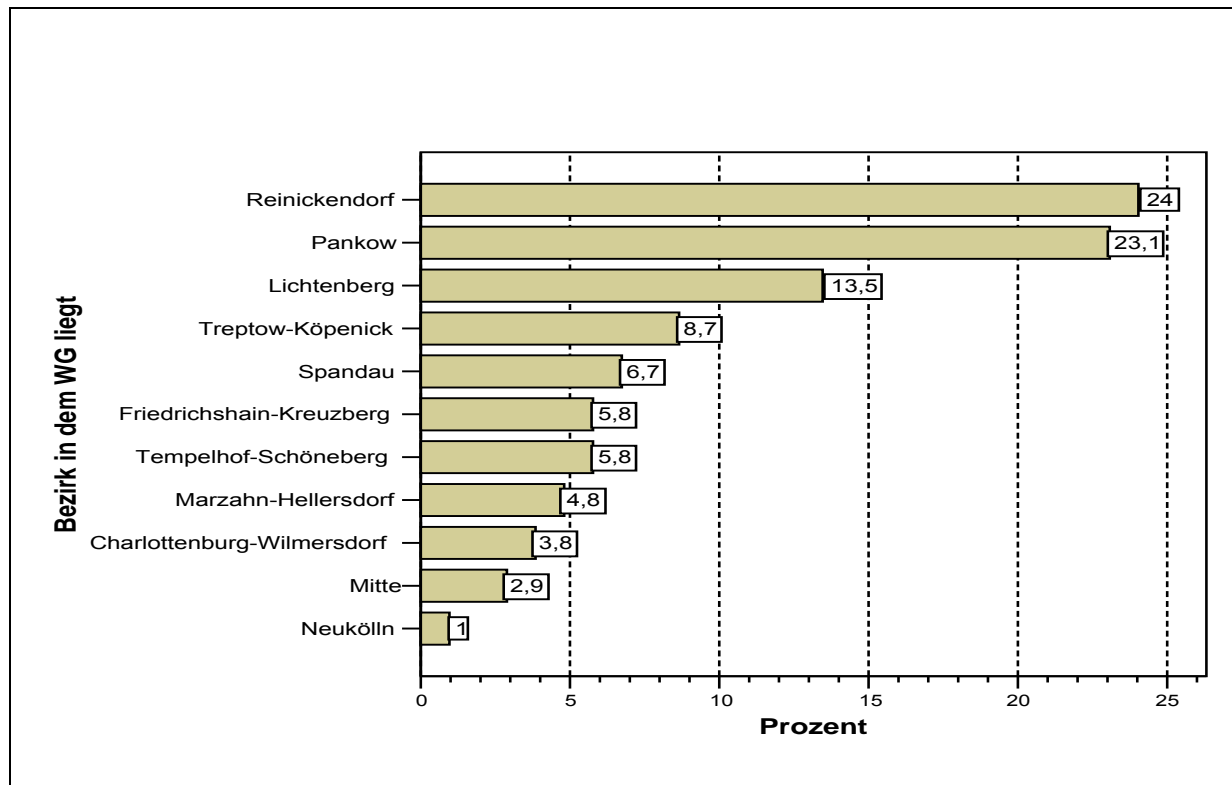


Abbildung 83: Auszüge von Bewohner(innen) nach Bezirk der Wohngemeinschaft (n=104)

Betrachtet man die Verteilung der Auszüge im Jahresablauf, so zeigt sich, dass insbesondere der Monat Dezember der dokumentierte Hauptauszugsmonat ist, gefolgt von den Monaten September und Oktober. Die wenigsten Auszüge sind im April zu verzeichnen (vgl. Abbildung 84). Zwischen den Geschlechtern bestehen hierbei keine signifikanten Unterschiede (Chi-Quadrat-Test, $p=0,340$).

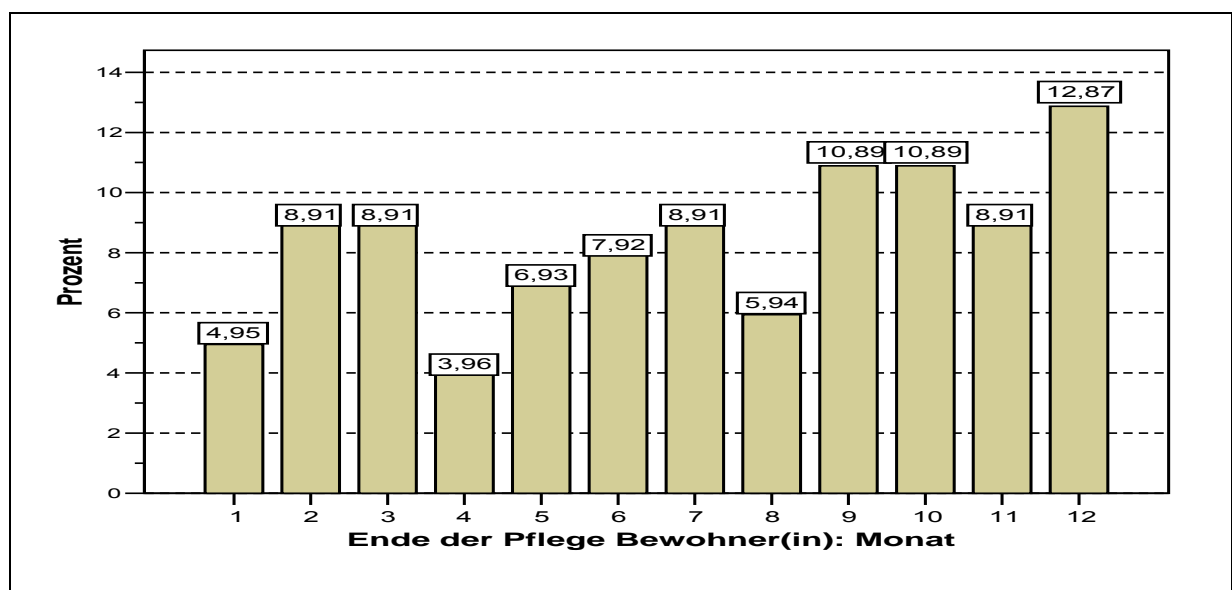


Abbildung 84: Monatliche Verteilung der Auszüge

Das Durchschnittsalter der im Jahr 2005 Ausgezogenen (vgl. Abbildung 85) beträgt 82,6 Jahre ($s=10,4$ Jahre). Frauen sind auch bei Auszug aus einer Wohngemeinschaft signifikant älter als Männer (t-Test, $p=0,002$). Im arithmetischen Mittel beträgt das Alter von Frauen bei Auszug 85,1 Jahre, das der Männer 75,8 Jahre.

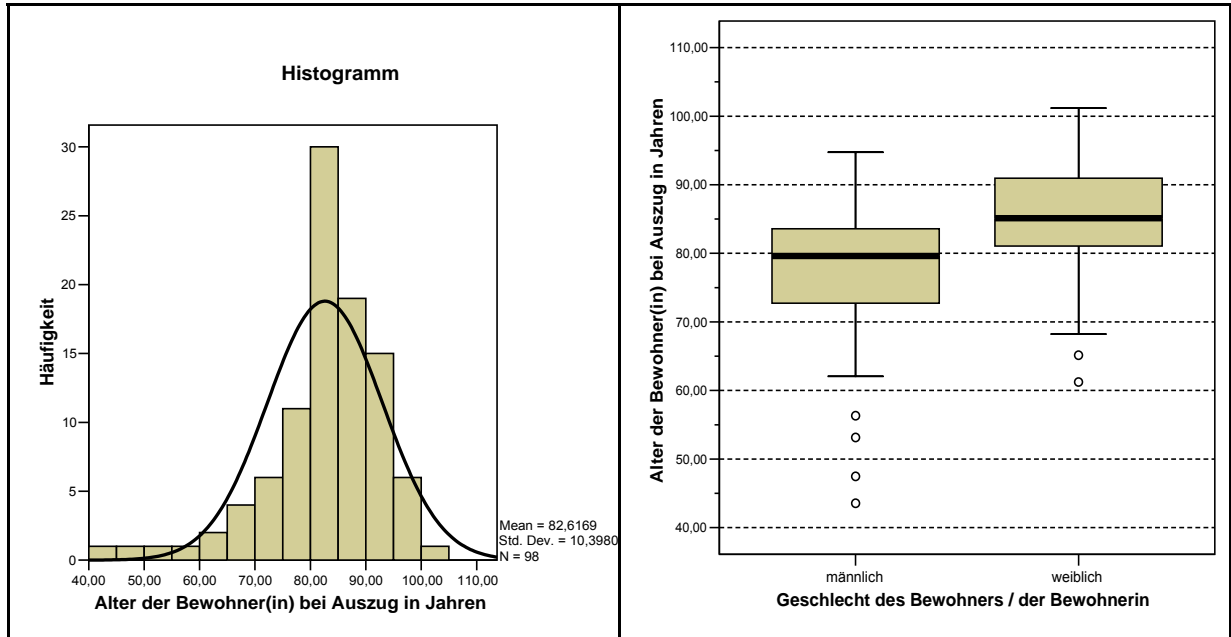


Abbildung 85: Altersverteilung der Auszüge insgesamt und nach Geschlecht

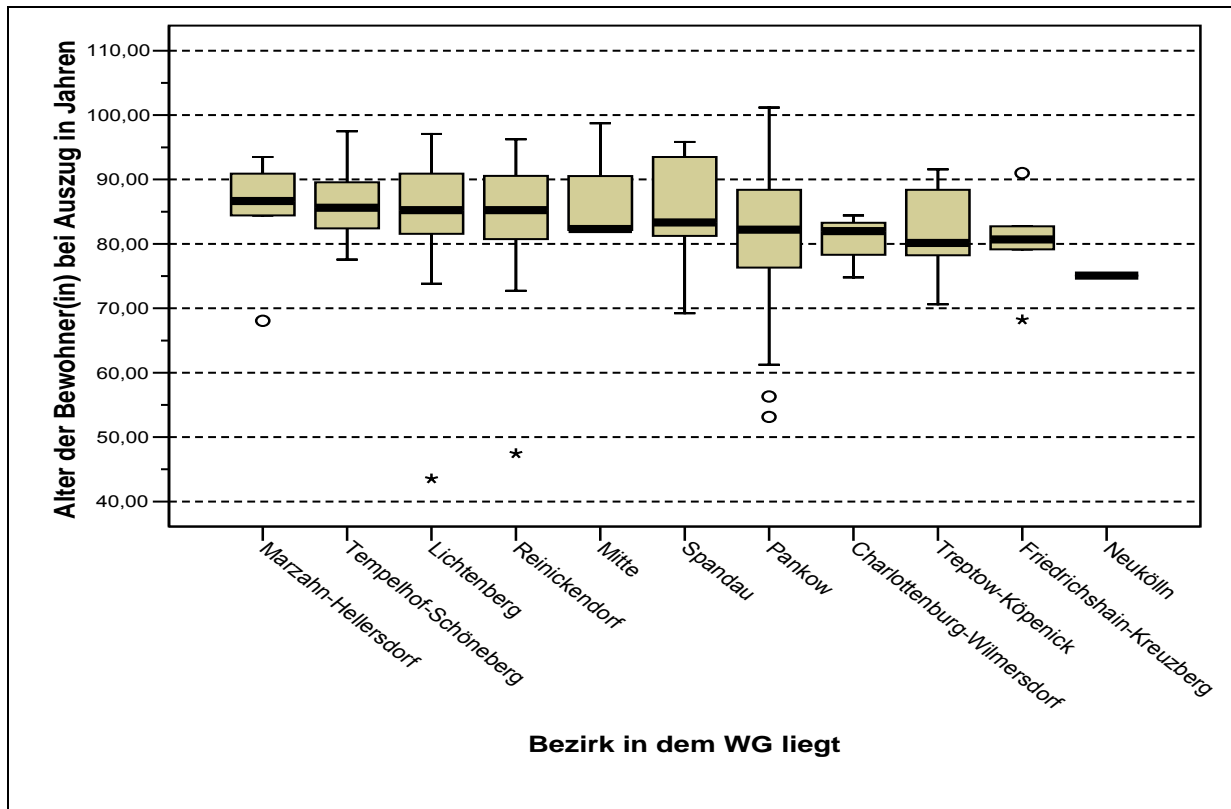


Abbildung 86: Altersverteilung Auszüge nach Bezirk der Wohngemeinschaft

Die Bezirke unterscheiden sich bezüglich des Alters der Ausgezogenen nicht signifikant (ANOVA, $p=0,936$). Mit Ausnahme des Bezirks Neukölln, für den nur Daten zu einer Person vorlagen, beträgt das Durchschnittsalter bei Auszug in allen Bezirken über 80 Jahre (vgl. Abbildung 86). Die Spannweite der Durchschnittswerte reicht dabei von 80,4 Jahren im Bezirk Pankow bis zu 87,7 Jahren im Bezirk Mitte.

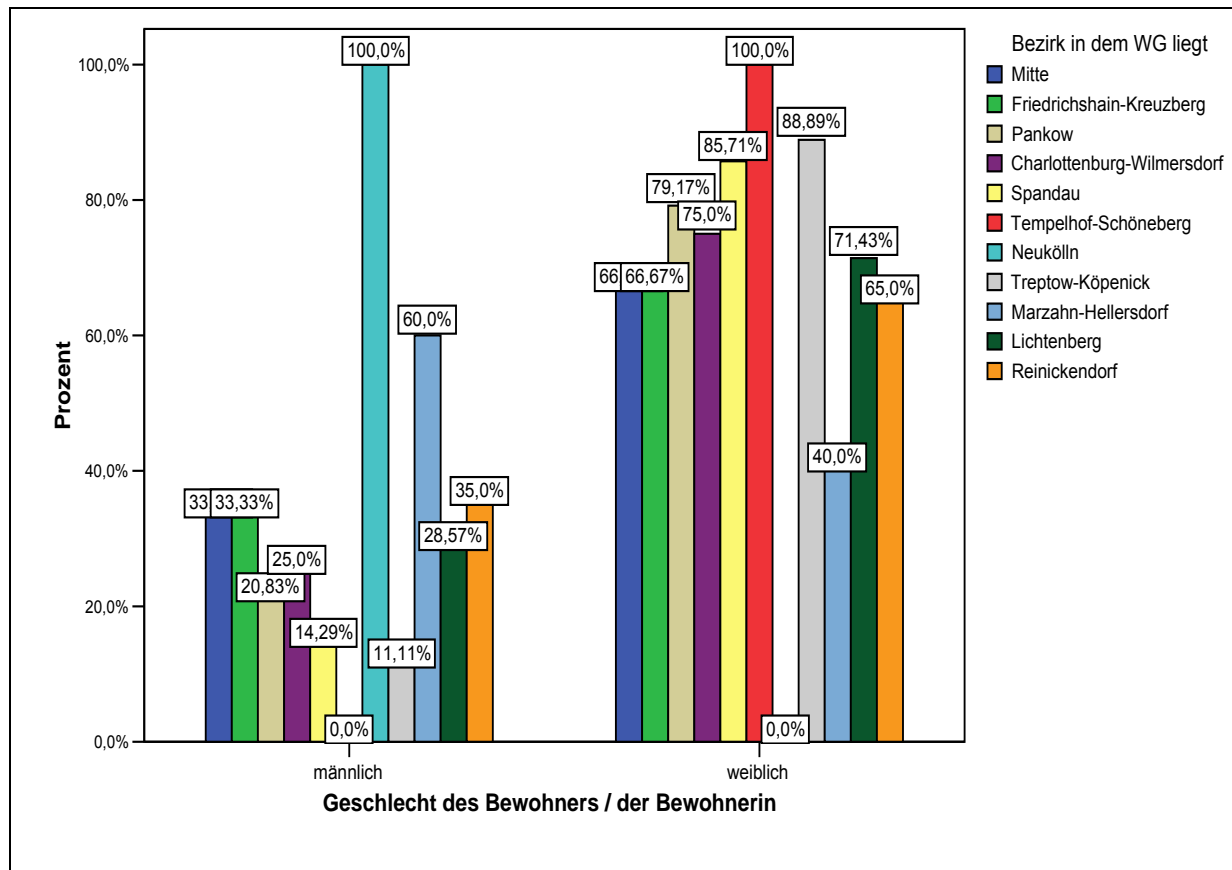


Abbildung 87: Geschlechterverteilung der Auszüge nach Bezirk der Wohngemeinschaft

Das Verhältnis von Frauen zu Männern unter den Auszügen entspricht wieder der Verteilung der Bewohner(innen) insgesamt (vgl. 3.2.1) bzw. der Verteilung bei Einzug (vgl. 3.3.1), etwa drei Viertel der Ausziehenden sind weiblich (weiblich 73,7%, männlich 26,3%). Signifikante Unterschiede zwischen den Bezirken ergeben sich nicht (Chi-Quadrat-Test, $p=0,366$). Auffällige Unterschiede wie in den Bezirken Neukölln oder Tempelhof-Schöneberg sind durch sehr kleine Fallzahlen bedingt (vgl. Abbildung 87).

3.4.2 Pflegesituation

Zur Erfassung der Pflegesituation bei Auszug wurden Beginn und Ende der Pflege, Pflegestufe und eine evtl. Härtefallregelung sowie der Anlass für die Beendigung des Pflegeverhältnisses / das Verlassen der Wohngemeinschaft erfasst.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozepte	Kumulierte Prozepte
Gültig	keine Pflegestufe ("0")	3	2,9	3,1	3,1
	Pflegestufe I	13	12,5	13,3	16,3
	Pflegestufe II	46	44,2	46,9	63,3
	Pflegestufe III	36	34,6	36,7	100,0
	Gesamt	98	94,2	100,0	
Fehlend	System	6	5,8		
Gesamt		104	100,0		

Tabelle 26: Pflegestufen von ausziehenden Bewohner(inne)n

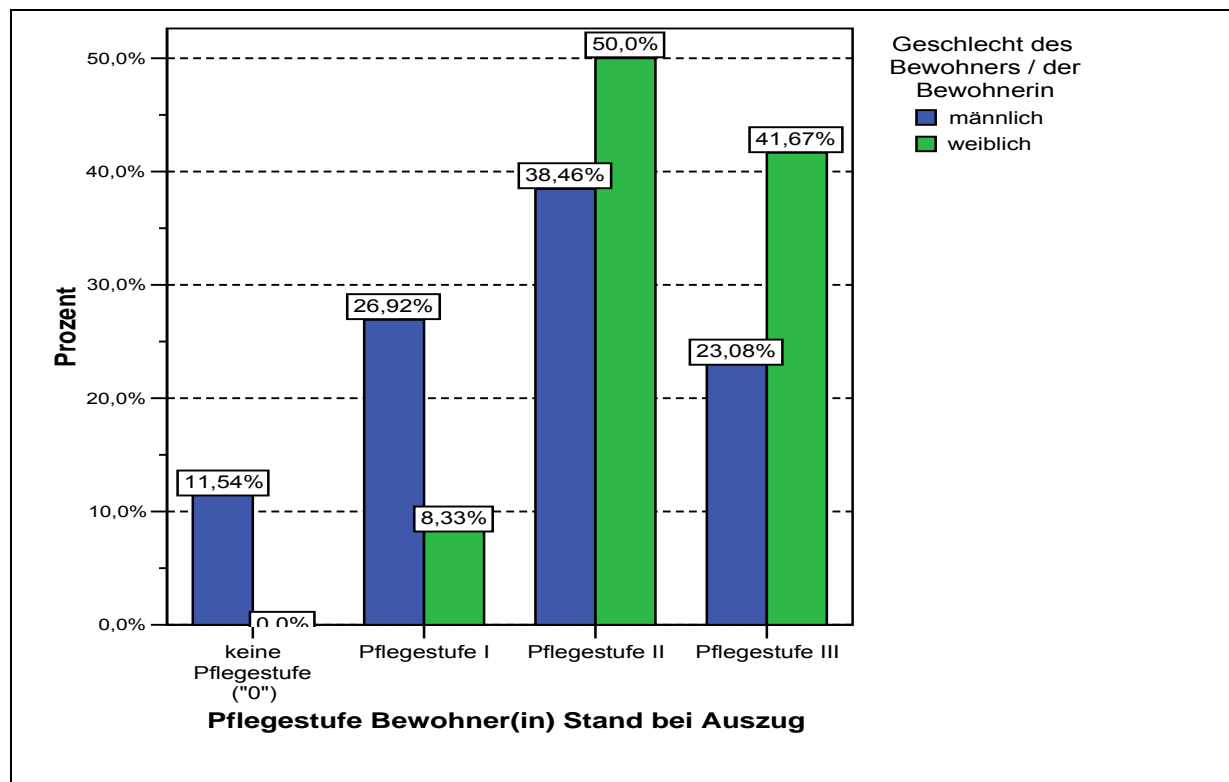


Abbildung 88: Pflegestufen der Ausziehenden nach Geschlecht

Von den ausziehenden Bewohner(inne)n haben 97% eine bewilligte Pflegeeinstufung, bei etwa einem Drittel (31,7%) der Ausziehenden liegt die Zuordnung zu § 45a SGB XI vor bzw. ist beantragt. Die meisten Ausziehenden sind dabei in **Pflegestufe II** eingestuft (46,9%), danach folgen Personen mit Pflegestufe III (36,7%). Ausziehende mit Pflegestufe I bzw. ohne Pflegestufe sind deutlich geringer vertreten (vgl. Tabelle 26). Im Vergleich zu einziehenden

Personen ist damit bei ausziehenden Personen eine höhere Pflegebedürftigkeit zu verzeichnen. Pflegestufe und Geschlecht sind dabei nicht unabhängig voneinander (Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest, $p=0,001$). Männer sind bei Auszug aus der Wohngemeinschaft deutlich stärker in den unteren Pflegestufen vertreten, Frauen deutlich stärker in den Pflegestufen II und III (vgl. Abbildung 88).

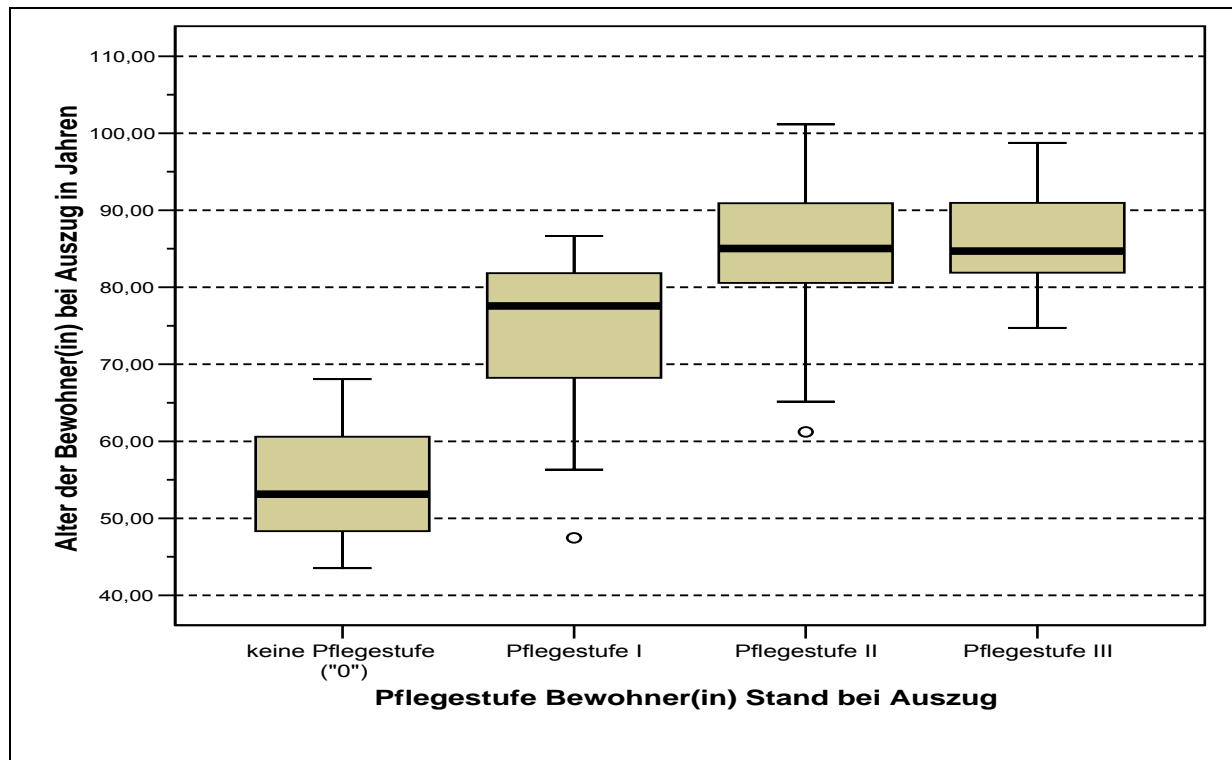


Abbildung 89: Alter der Ausziehenden nach Pflegestufe

Bezüglich des durchschnittlichen Alters unterscheiden sich die Ausziehenden je nach Pflegeeinstufung signifikant (ANOVA, $p<0,001$). Personen ohne eine Pflegeeinstufung sind mit durchschnittlich 54,9 Jahren deutlich jünger als Personen mit Pflegeeinstufung. Mit zunehmender Einstufung steigt das durchschnittliche Alter kontinuierlich an (vgl. Abbildung 89). So sind Personen mit Pflegestufe I, II bzw. III im arithmetischen Mittel 73,1 Jahre, 84,8 Jahre bzw. 85,6 Jahre alt.

Pflegeeinstufung der Ausziehenden und Bezirk der Wohngemeinschaft sind unabhängig voneinander (Chi-Quadrat-Test, $p=0,793$). Zu beobachtende Auffälligkeiten wie in den Bezirken Neukölln oder Friedrichshain-Kreuzberg sind auch hier wieder durch sehr kleine Fallzahlen bedingt (vgl. Abbildung 90).

Weiterhin sind auch die Pflegeeinstufung der Ausziehenden und der Verband der Leistungsanbieter des in der Wohngemeinschaft tätigen Pflegedienstes unabhängig voneinander (Chi-Quadrat-Test, $p=0,631$), dies gilt auch bei einer Unterscheidung in freigemeinnützig organisierte, privat organisierte und private, verbandlich nicht organisierte Leistungsanbieter.

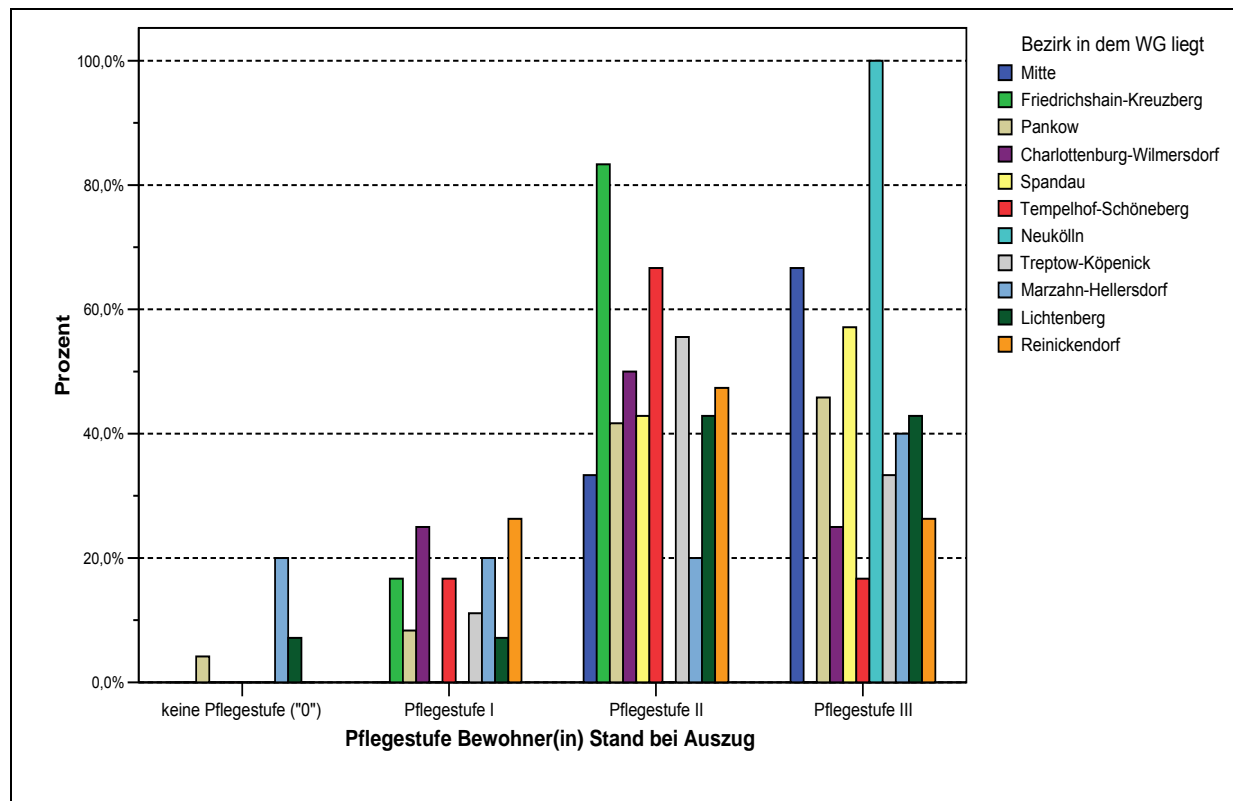


Abbildung 90: Pflegeeinstufung der Ausziehenden nach Bezirk

Die **Pflegedauer** in einer Wohngemeinschaft beträgt im arithmetischen Mittel für ausziehende Personen etwas mehr als eineinhalb Jahre (1,6 Jahre, $s=1,5$). Die maximale beobachtete Pflegedauer betrug dabei im Jahr 2005 bei Auszug 5,8 Jahre. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass dieser Wert natürlich auch vom Eröffnungsdatum der jeweiligen Wohngemeinschaft abhängt, so dass die hier berichteten Werte und Zusammenhänge unter diesem Vorbehalt zu interpretieren sind. Frauen haben bei Auszug aus einer Wohngemeinschaft eine signifikant längere Aufenthaltsdauer als Männer (t-Test, $p=0,006$). Im arithmetischen Mittel beträgt die Aufenthaltsdauer von Frauen bei Auszug 1,8 Jahre, die der Männer 1,0 Jahre (vgl. Abbildung 91).

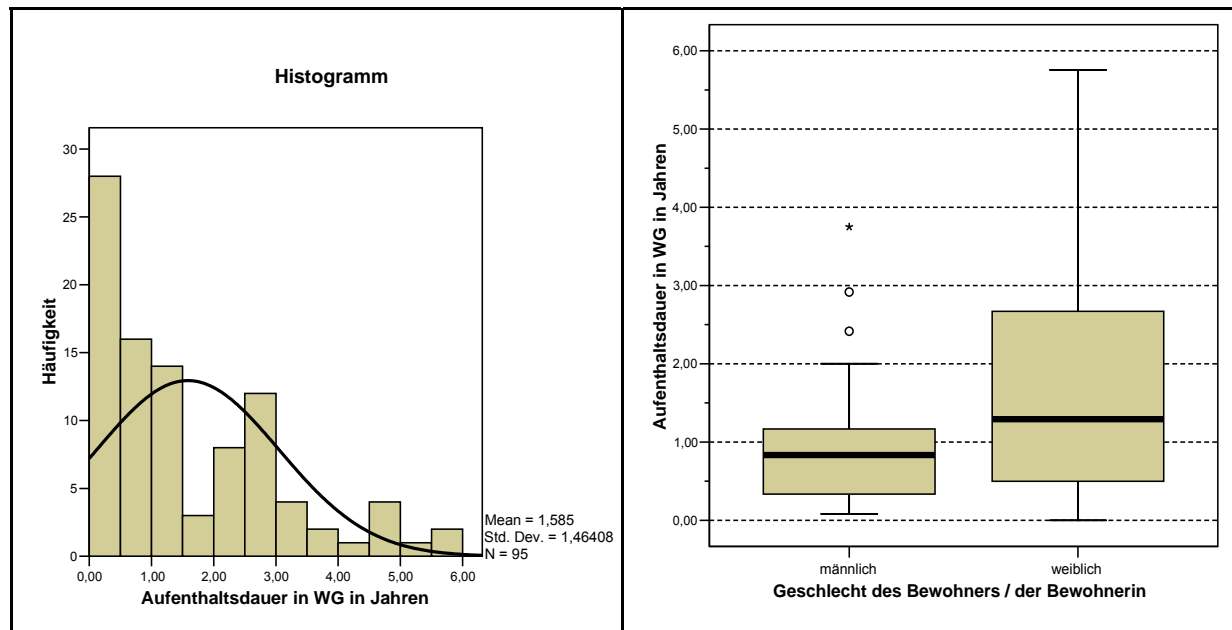


Abbildung 91: Pflegedauer der Auszüge insgesamt und nach Geschlecht

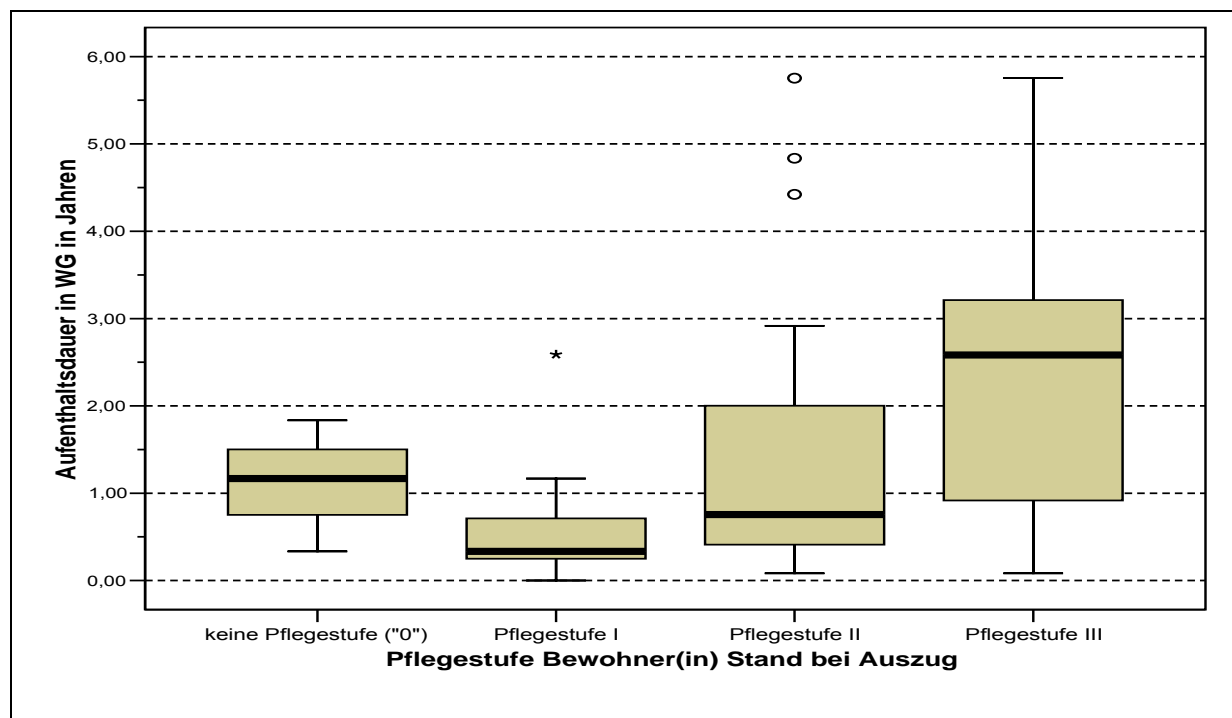


Abbildung 92: Aufenthaltsdauer der Auszüge nach Pflegestufe

Die Pflegedauer unterscheidet sich dabei signifikant je nach Pflegeeinstufung (ANOVA, $p=0,001$). Mit Ausnahme der Personen, die ohne bewilligte Pflegestufe die Wohngemeinschaft verlassen, lässt sich ein Ansteigen der Aufenthaltsdauer mit zunehmender Pflegestufe verzeichnen (vgl. Abbildung 92). Personen, die mit der Pflegestufe I die Wohngemeinschaft verlassen, haben eine mittlere Aufenthaltsdauer von 0,6 Jahren, Personen mit Pflegestufe II von 1,3 Jahren und Personen mit Pflegestufe III sogar von 2,3 Jahren.

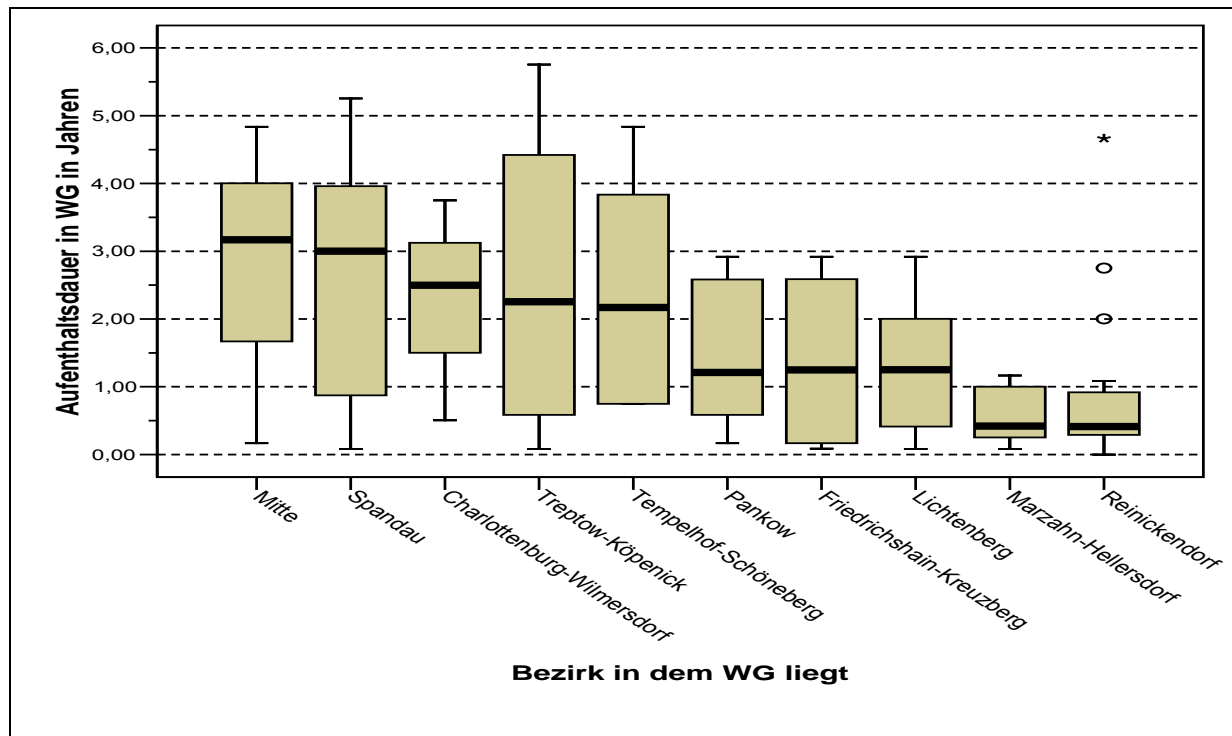


Abbildung 93: Aufenthaltsdauer der Auszüge nach Bezirk der Wohngemeinschaft

Die Wohngemeinschaften in den Bezirken unterscheiden sich bezüglich der Aufenthaltsdauer der Ausgezogenen signifikant (ANOVA, $p=0,013$). Hierbei lassen sich grob drei Gruppen unterscheiden. Eine mittlere Aufenthaltsdauer von mehr als zwei Jahren weisen die Bezirke Mitte (2,7 Jahre), Treptow-Köpenick (2,7 Jahre), Spandau (2,6 Jahre), Tempelhof-Schöneberg (2,5 Jahre) und Charlottenburg-Wilmersdorf (2,3 Jahre) auf (vgl. auch Abbildung 93). Mittlere Aufenthaltsdauern zwischen einem und zwei Jahren werden in den Bezirken Pankow (1,5 Jahre), Friedrichshain-Kreuzberg (1,4 Jahre) und Lichtenberg (1,3 Jahre) beobachtet. Eine mittlere Aufenthaltsdauer von unter einem Jahr weisen die Bezirke Reinickendorf (0,9 Jahre) und Marzahn-Hellersdorf (0,6 Jahre) auf. Ein Zusammenhang zum Sozialindex³⁷ des jeweiligen Bezirkes (vgl. Sozialstrukturatlas Berlin 2003³⁷, S.28) besteht nicht (Korrelationskoeffizient nach Pearson $r=-0,012$, $p=0,973$). Zu berücksichtigen ist jedoch bei der Interpretation auch hier wieder, dass die Aufenthaltsdauer vom Eröffnungsdatum der jeweiligen Wohngemeinschaft abhängt, so dass die hier berichteten Werte und Zusammenhänge unter diesem Vorbehalt zu interpretieren sind.

³⁷ Meinlschmidt, G. (Hrsg.) (2004): *Sozialstrukturatlas Berlin 2003*. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin.

Die Aufenthaltsdauer unterscheidet sich nicht signifikant je nach Verband der Leistungsanbieter des in der Wohngemeinschaft tätigen Pflegedienstes (ANOVA, $p=0,055$). Tendenziell lassen sich jedoch auch hier wieder drei Gruppen bilden (vgl. Abbildung 94). Eine mittlere Aufenthaltsdauer von mehr als zwei Jahren weisen Pflegedienste, die im DPW (2,7 Jahre), in verschiedenen Verbänden (2,1 Jahre) oder in der Diakonie (2,0 Jahre) organisiert sind, auf. Die zweite Gruppe mit einer mittleren Aufenthaltsdauer zwischen einem und zwei Jahren weisen Pflegedienste auf, die nicht organisiert (1,8 Jahre) oder aber im AVG (1,4 Jahre) oder ABVP (1,3 Jahre) organisiert sind. Mit einer mittleren Aufenthaltsdauer von 0,9 Jahren bilden Pflegedienste, die im BPA organisiert sind, das Schlusslicht dieser Aufstellung.

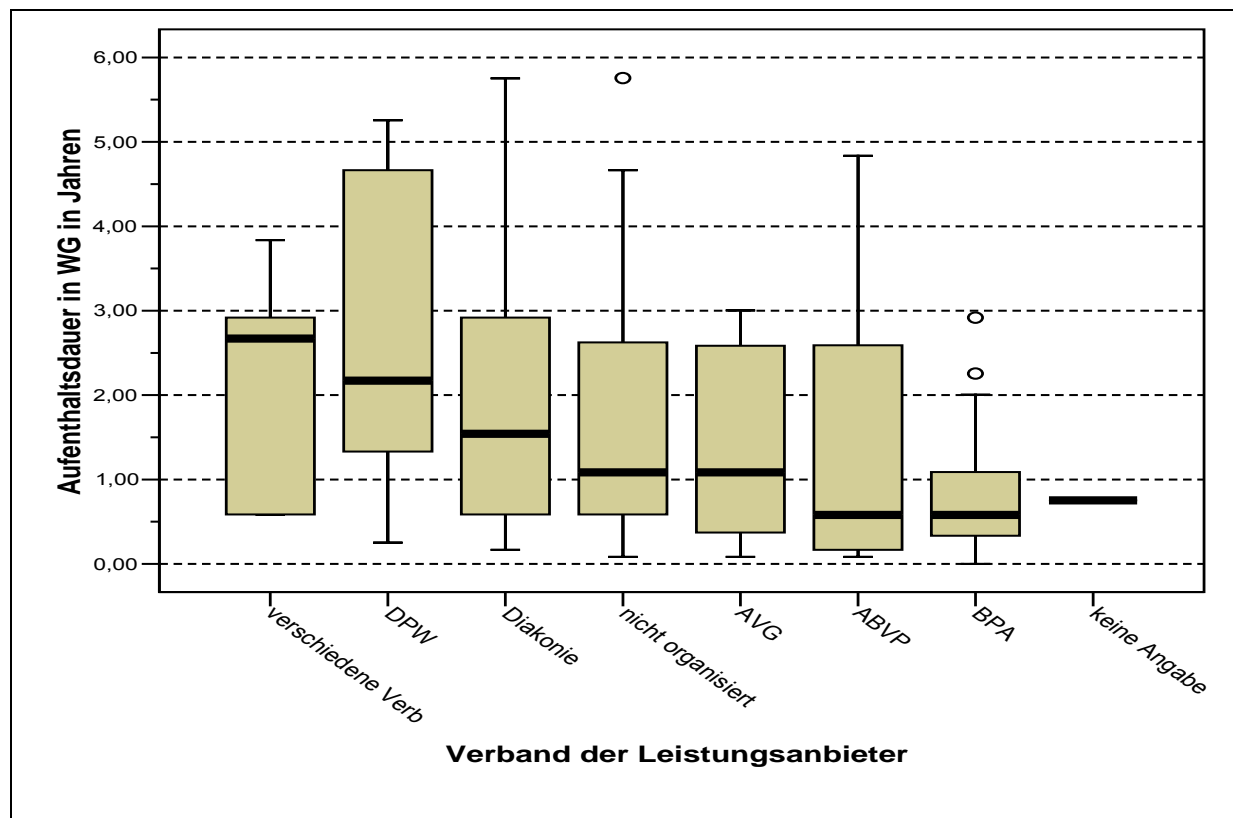


Abbildung 94: Aufenthaltsdauer der Auszüge nach Verband der Leistungsanbieter des Pflegedienstes

Für die Unterscheidung in freigemeinnützig organisierte, privat organisierte und private, verbandlich nicht organisierte Leistungsanbieter zeigen sich signifikante Unterschiede (ANOVA, $p=0,004$). Bewohner(innen), die von freigemeinnützig organisierten Pflegediensten betreut wurden, weisen mit 2,3 Jahren ($s=1,72$) die längste mittlere Aufenthaltsdauer auf, gefolgt von Bewohner(innen) privater, verbandlich nicht organisierter Leistungsanbieter mit 2,1 Jahren ($s=1,5$) und Bewohner(innen) privat organisierter Leistungsanbieter mit 1,2 Jahren ($s=1,1$).

Der **Anlass für die Beendigung des Pflegeverhältnisses / das Verlassen der Wohngemeinschaft** ist in Tabelle 27 dargestellt. Für fast drei Viertel (71,1%) aller Personen, die die Wohngemeinschaft verlassen, gilt, dass diese Personen in der Wohngemeinschaft (36,1%) oder aber in einem Krankenhaus (35,1%) versterben. Ein Umzug in ein Pflegeheim, einen Privathaushalt oder ein Betreutes Wohnen findet nur in geringem Maße statt.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	verstorben in WG	35	33,7	36,1
	verstorben im Krankenhaus	34	32,7	35,1
	Umzug in Privathaushalt	5	4,8	5,2
	Umzug in Pflegeheim	9	8,7	9,3
	Umzug in Betreutes Wohnen	3	2,9	3,1
	sonstiges	11	10,6	11,3
	Gesamt	97	93,3	100,0
Fehlend	System	7	6,7	
Gesamt		104	100,0	

Tabelle 27: Anlass für die Beendigung des Pflegeverhältnisses

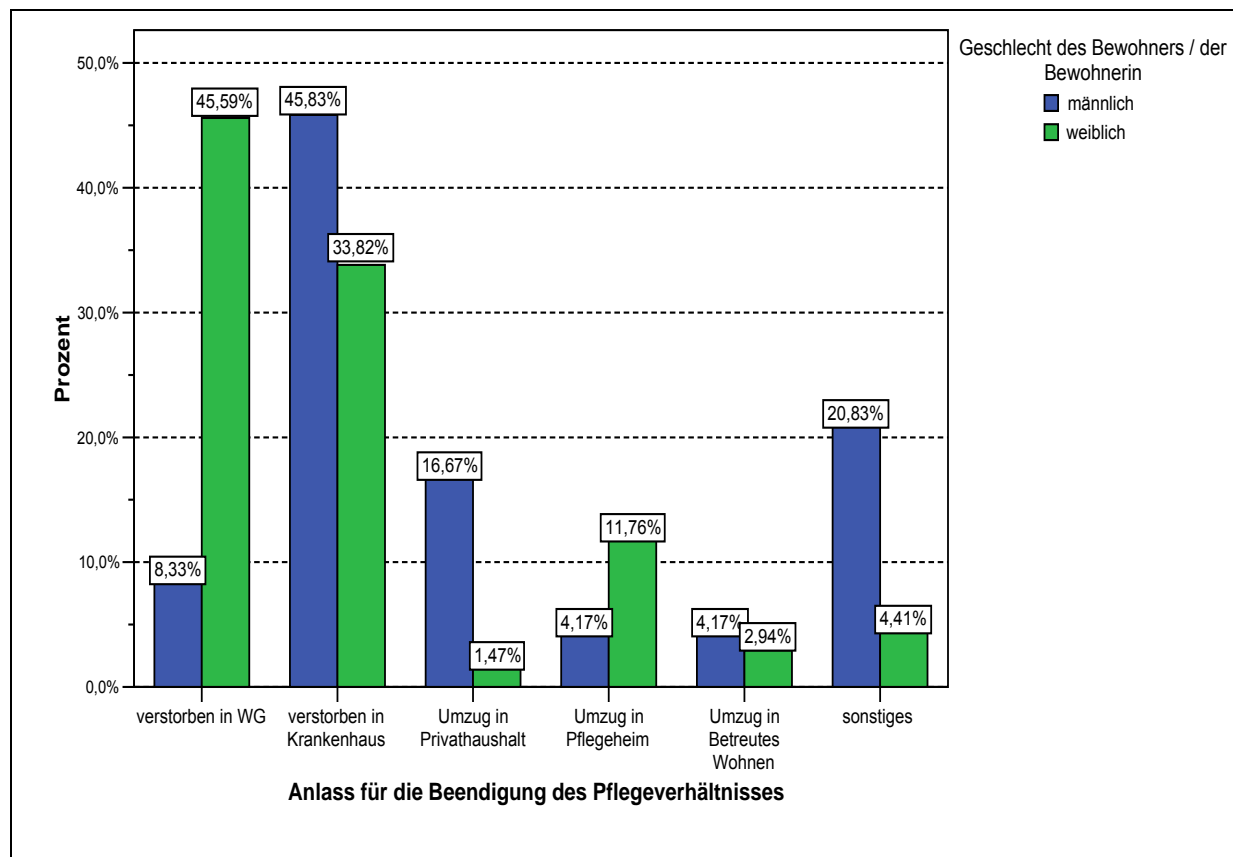


Abbildung 95: Anlass für die Beendigung des Pflegeverhältnisses nach Geschlecht

Ein Zusammenhang zwischen dem Anlass für die Beendigung des Pflegeverhältnisses und dem Geschlecht lässt sich nachweisen (Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest, $p=0,001$). Die in

einer Wohngemeinschaft verstorbenen Personen sind überwiegend Frauen, zudem ziehen Frauen in einem größeren Maße in ein Pflegeheim um (vgl. Abbildung 95). Männer weisen einen größeren Anteil unter den in einem Krankenhaus verstorbenen Personen auf. Sie ziehen zudem häufiger in einen Privathaushalt um, was mit dem größeren Anteil von männlichen Personen ohne bewilligte Pflegeeinstufung im Zusammenhang stehen dürfte.

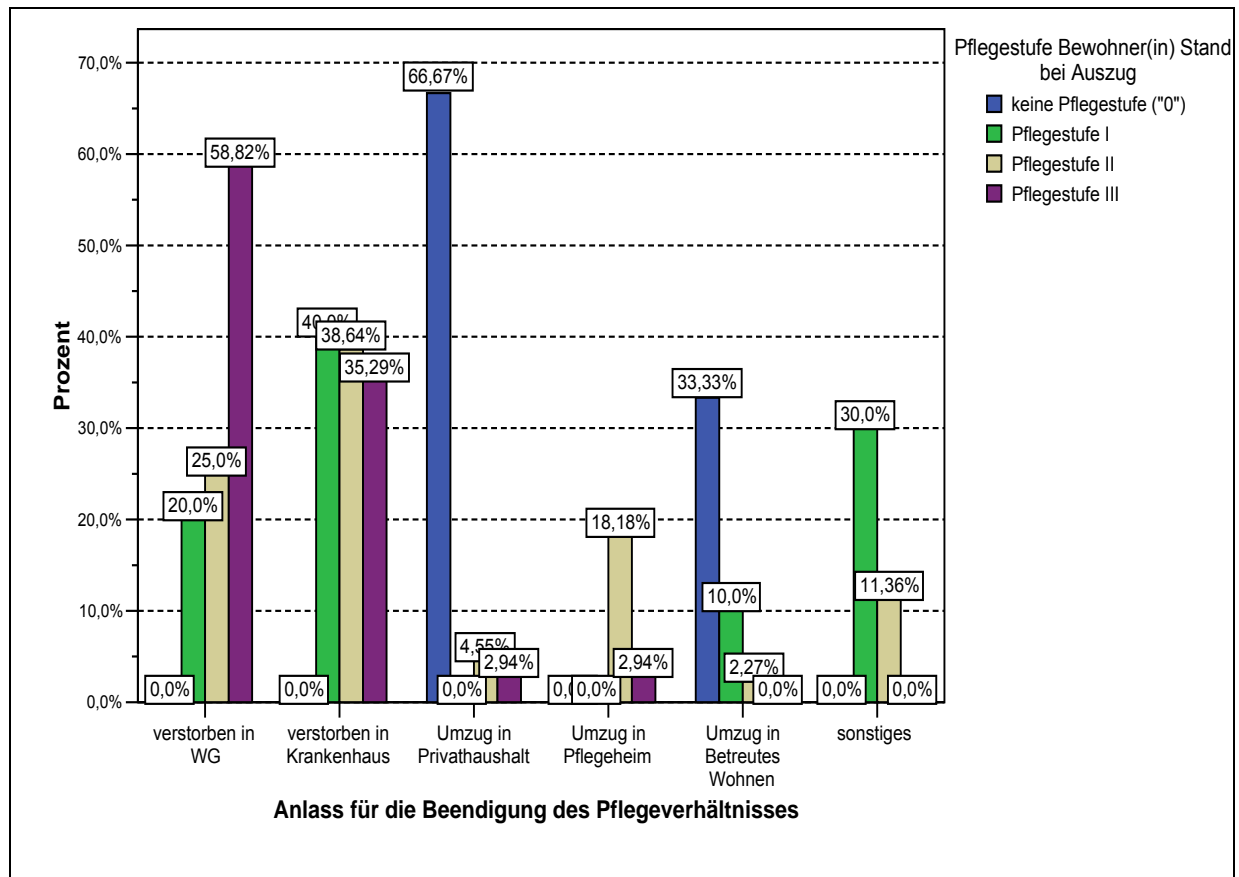


Abbildung 96: Anlass für die Beendigung des Pflegeverhältnisses nach Pflegeeinstufung

Auch zur Pflegeeinstufung gibt es einen signifikanten Zusammenhang (Cramer-V=0,454, $p=0,001$). So sind die in der Wohngemeinschaft verstorbenen Personen überwiegend in Pflegestufe III eingestuft. Personen ohne eine bewilligte Pflegeeinstufung ziehen in zwei Drittel aller Fälle in einen Privathaushalt und zu einem Drittel in ein Betreutes Wohnen um (vgl. Abbildung 96).

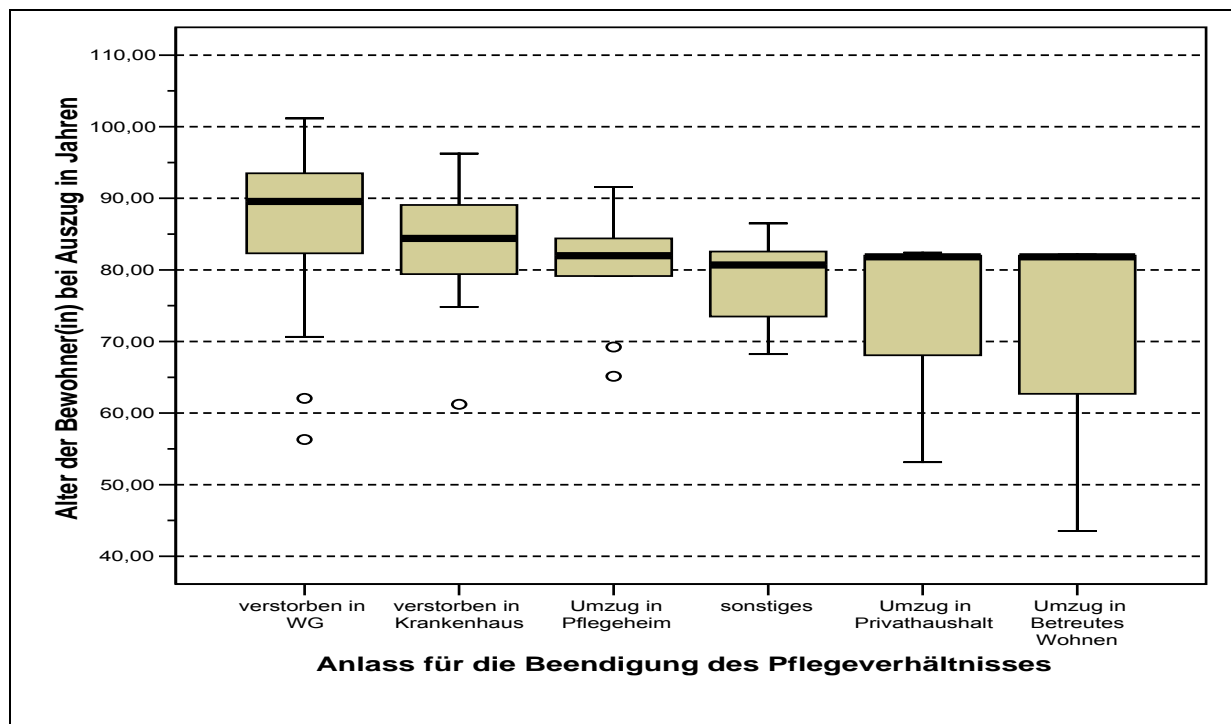


Abbildung 97: Alter der ausziehenden Bewohner(innen) nach Anlass für die Beendigung des Pflegeverhältnisses

Das durchschnittliche Alter der ausziehenden Bewohner(innen) von Wohngemeinschaften unterscheidet sich signifikant je nach Anlass der Beendigung des Wohn-/Pflegeverhältnisses (ANOVA, $p=0,002$). Personen, die in der Wohngemeinschaft verstorben sind, sind im arithmetischen Mittel mit 86,9 Jahren am ältesten, gefolgt von Personen, die im Krankenhaus verstorben sind (84,1 Jahre). Danach folgen Personen, die in ein Pflegeheim gewechselt haben mit 80,1 Jahren, vor Personen, die in einen Privathaushalt umgezogen sind (73,5 Jahre) oder in ein Betreutes Wohnen (69,2 Jahre) (vgl. Abbildung 97).

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Anlass für die Beendigung des Pflegeverhältnisses und der Zugehörigkeit des Pflegedienstes zu einem Verband der Leistungsanbieter lässt sich nicht nachweisen (Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest, $p=0,059$), dies gilt auch bei einer Unterscheidung in freigemeinnützig organisierte, privat organisierte und private, verbandlich nicht organisierte Leistungsanbieter. Tendenziell fällt jedoch auf, dass bei Pflegediensten, die im DPW organisiert sind, Bewohner(innen) fast ausschließlich durch den Tod aus der Wohngemeinschaft ausscheiden. Hier ist der Anteil der in der Wohngemeinschaft verstorbenen Personen unter allen verbandlich organisierten Pflegediensten am größten. Pflegedienste, die im BPA organisiert sind, weisen nur einen sehr geringen Anteil an Bewohner(inne)n auf, die in der Wohngemeinschaft verstorben sind, dafür ist der Anteil der in einem

Krankenhaus Verstorbenen deutlich größer (vgl. Tabelle 28). Für im ABVP organisierte Pflegedienste ist dagegen der Anteil der in einem Krankenhaus Verstorbenen sehr gering, hier ist jedoch ein großer Anteil an Umzügen in ein Pflegeheim zu verzeichnen.

			Anlass für Beendigung des Pflegeverhältnisses					Gesamt	
			verstorben in WG	verstorben in Krankenhaus	Umzug in Privathaushalt	Umzug in Pflegeheim	Umzug in Betreutes Wohnen		sonstiges
Verband der Leistungsanbieter	ABVP	Anzahl	5	2	0	5	0	1	13
		% von Verband	38,5%	15,4%	,0%	38,5%	,0%	7,7%	100,0%
	AVG	Anzahl	9	7	2	0	1	3	22
		% von Verband	40,9%	31,8%	9,1%	,0%	4,5%	13,6%	100,0%
	BPA	Anzahl	3	13	0	0	1	4	21
		% von Verband	14,3%	61,9%	,0%	,0%	4,8%	19,0%	100,0%
	Diakonie	Anzahl	4	4	1	2	0	3	14
		% von Verband	28,6%	28,6%	7,1%	14,3%	,0%	21,4%	100,0%
	DPW	Anzahl	5	3	1	0	0	0	9
		% von Verband	55,6%	33,3%	11,1%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	keine Angabe	Anzahl	0	1	0	0	0	0	1
		% von Verband	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	nicht organisiert	Anzahl	5	4	0	2	1	0	12
		% von Verband	41,7%	33,3%	,0%	16,7%	8,3%	,0%	100,0%
	verschiedene Verbände	Anzahl	4	0	1	0	0	0	5
		% von Verband	80,0%	,0%	20,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Gesamt		Anzahl	35	34	5	9	3	11	97
		% von Verband	36,1%	35,1%	5,2%	9,3%	3,1%	11,3%	100,0%

Tabelle 28: Anlass für die Beendigung des Pflegeverhältnisses nach Verband der Leistungsanbieter

4 Ausblick

Im Hinblick auf eine zunehmend alternde Gesellschaft und den damit verbundenen zunehmenden gesundheitlichen Einschränkungen sind valide Kenntnisse einer notwendigen pflegerischen Versorgungsstruktur zunehmend wichtig. Möglichkeiten und Grenzen von Konzepten ambulant betreuter Wohngemeinschaften für ältere pflegebedürftige Menschen werden in diesem Kontext aktuell vielfach diskutiert, insbesondere auch unter dem Blickwinkel der Versorgung demenziell erkrankter Menschen. Um solche Diskussionen angemessen und sachbezogen führen zu können, ist die Schaffung valider Grundlagendaten eine unabdingbare Voraussetzung.

Da diese Daten im Bereich der ambulant betreuten Wohngemeinschaften für ältere pflegebedürftige Menschen zur Zeit allgemein nicht in der benötigten Form bereitstehen, ist eine qualifizierte Erhebung bestehender Angebots- und Versorgungsstrukturen notwendig, um auch langfristig eine leistungsfähige Versorgungsstruktur sicherzustellen. Anhand der nachfolgenden beispielhaften Auflistung soll noch einmal auf die Wichtigkeit entsprechender Grundlagendaten und den daraus resultierenden Möglichkeiten für verschiedene Adressatenkreise hingewiesen werden:

➤ Politik

Entwicklung zukunftsorientierter Ansätze für ein modernes Leben und Wohnen im Alter
Analyse des Stellenwertes von Wohngemeinschaften im Versorgungssystem
Fundierung der aktuellen Diskussion zur Weiterentwicklung des Heimrechts

➤ Verwaltung

Bedarfseinschätzung verschiedener Ansätze für Wohnen im Alter
Bestandsaufnahme zum Stand der Inanspruchnahme und zum Stellenwert von
Wohngemeinschaften im Versorgungssystem
Ableitung von Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Versorgungsangebotes
kommunale Pflegeberatung als Steuerungselement

➤ Sozialleistungsträger

Kenntnisse zur Inanspruchnahme
Weiterentwicklung von Vergütungsstrukturen

- Verbände
 - Weiterentwicklung von Versorgungsangeboten
 - Beratung und Begleitung von Mitgliedsorganisationen
- Leistungserbringer
 - Überprüfung und Weiterentwicklung der jeweiligen Leistungspalette
 - Einordnung in fachliche oder regionale Kontexte
- Betroffene / Vertretungsberechtigte
 - Verbesserung der Informationsgrundlagen zu Angebots- und Nutzerstrukturen

Weitere Nutzungsmöglichkeiten ergeben sich durch den Vergleich mit anderen Versorgungsbereichen (ambulant und/oder stationär) und einer allgemeinen Beförderung des fachlichen Meinungsaustausches. Zudem können die gewonnen Erkenntnisse für eine Verbesserung von Beratungsangeboten sowie Aus- und Fortbildungsangeboten genutzt werden. Und nicht zuletzt sind sie für die Schaffung valider Forschungsgrundlagen unverzichtbar. Darüber hinaus ergeben sich im Hinblick auf eine zunehmend alternde Gesellschaft auch Perspektiven für den Umgang mit altersspezifischen Erkrankungen und den daraus entstehenden Folgen im Hinblick auf sich abzeichnende knappere ökonomische Ressourcen.

Die hier vorliegende *Berliner Studie zu Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen* schließt für das Land Berlin die bestehende Lücke zu den Daten aus der Bundespflegestatistik gemäß § 109 SGB XI. Mit der vorliegenden Studie liegen jetzt erstmals eine Vielzahl von Daten und Fakten zur Situation von Wohngemeinschaften und ihren Bewohner(inne)n einer breiten Öffentlichkeit vor. Die Studie wurde dabei ausdrücklich mit dem Ziel konzipiert, im Land Berlin die Bewohnerstruktur in den Wohngemeinschaften in einem ersten Schritt zunächst primär abzubilden ohne hier schon eine detaillierte Bewertung der Ergebnisse vorzunehmen. Für alle an der Versorgung Beteiligten sollen sich mit dieser Studie zunächst Kenntnisstand und Transparenz zum Angebot verbessern, um damit Diskussionsprozesse für weitere Entwicklungen anzustoßen. Hiermit soll auch langfristig sichergestellt werden, dass eine leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende und wirtschaftliche pflegerische Versorgungsstruktur gesichert und vorgehalten werden kann.

Nachzudenken ist zukünftig über eine Fortschreibung dieser und ähnlicher Studien, um so zum einen jeweils über aktuelle Grundlagendaten zu verfügen und zum anderen auch rechtzeitig Entwicklungen in diesem Bereich sichtbar zu machen. Im Rahmen aktueller Versorgungskonzepte sind Wohngemeinschaften zurzeit eine zunehmend genutzte, sozialraumorientierte und niedrighschwellige Wohnform im Alter, für die sowohl Potentiale als auch Grenzen im Blick behalten werden müssen. Hingewiesen sei in diesem Zusammenhang z.B. auch auf Modellprojekte des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend „Baumodellprojekte der Altenhilfe und der Behindertenhilfe“³⁸ mit dem Modellprogramm „Neues Wohnen - Beratung und Kooperation für mehr Lebensqualität im Alter“, welches auch ambulant betreute Wohngemeinschaften umfasst.

Die aktuell erschiene *„Evaluationsstudie Wohngemeinschaften für ältere Menschen mit Pflegebedarf in Baden-Württemberg“*³⁹ des Wohlfahrtswerkes für Baden-Württemberg, die sich mit Strukturmerkmalen von sieben Wohngemeinschaften sowie einer qualitativen Bewertung der Versorgungssituation dort befasst, macht deutlich, dass darüber hinaus zukünftig auch zunehmend qualitative Aspekte dieser Wohnform in den Fokus rücken. In Abstimmung mit allen an der Versorgung Beteiligten müssen verbindliche Vereinbarungen zur Qualitätssicherung der Pflege- und Betreuungsleistungen entwickelt werden, die im Rahmen standardisierter Evaluationsverfahren eine regelmäßige Überprüfung und Überarbeitung erfahren. Hierbei sollte jedoch nicht übersehen werden, dass es das Konzept von Wohngemeinschaften eben auch ausmacht, dass Bewohner(innen) hier individuelle Vorstellungen von Zusammenleben verwirklichen wollen und dem Aspekt der pflegerischen Leistungen andere vielfältige Lebensaspekte zur Seite stehen.

³⁸ <http://www.baumodelle-bmfsfj.de/index.html> (28.09.2007)

³⁹ Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg (Hrsg.) (2007): *Evaluationsstudie Wohngemeinschaften für ältere Menschen mit Pflegebedarf in Baden-Württemberg*.
<http://www.wohlfahrtswerk.de/wohlfahrtswerk-download.html> (02.10.2007)

5 Zusammenfassung

Eine ansteigende Lebenserwartung sowie eine abnehmende Geburtenrate werden in den nächsten Jahren zu deutlichen Veränderungen in der demografischen Altersstruktur der Bundesrepublik Deutschland führen. Hieraus resultiert eine Reihe von strukturellen Änderungen, die auf die Gesellschaft zukommen werden. Mit der Zunahme des Anteils älterer und hochaltriger Personen in der Gesellschaft wird die Frage nach den Versorgungserfordernissen für ältere Menschen und der entstehenden Hilfe- und Pflegebedarfe zunehmend wichtig. Sozialpolitisch ergibt sich aus den vorgestellten Entwicklungen die Notwendigkeit, der o.g. Zielgruppe älterer pflegebedürftiger Menschen ein umfassendes, abgestuftes Netz von Hilfen, Betreuungs- und Versorgungsangeboten anzubieten. Da die Mehrzahl der älteren Menschen solange wie möglich selbstständig in der eigenen Wohnung wohnen bleiben möchte und der Gesetzgeber der häuslichen Versorgung Vorrang gegeben hat, gewinnt das Entstehen gemeinschaftlicher Wohnformen an Bedeutung.

In der Berliner Studie zu Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen wurde deshalb in Zusammenarbeit der Alice Salomon Hochschule Berlin und der Berliner Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales sowie den Verbänden der Leistungsanbieter die derzeitige Versorgungs- und Nutzer(innen)struktur im Bereich von Wohngemeinschaften für ältere, pflegebedürftige Personen untersucht. Die Studie umfasst als Grundgesamtheit alle Bewohner(innen) ambulant betreuter Wohngemeinschaften in Berlin zum Stichtag 07.07.2006. Die Auswahl der Stichprobe wurde als Totalerhebung aller Personen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften in Berlin konzipiert. Erfasst wurden ausschließlich Wohngemeinschaften, deren Bewohner(innen) von ambulanten Pflegediensten im Rahmen der Vereinbarungen gem. § 89 SGB XI und § 75 Abs. 3 SGB XII (alt § 93 Abs. 2 BSHG) versorgt werden (LK 19 und 38, Bündelung von Einzelleistungskomplexen). Wohngemeinschaften, deren Bewohner(innen) auf der Basis von Verträgen zu Leistungstypen gem. SGB XII versorgt werden, waren nicht Gegenstand

*Konzeption der
Studie*

dieser Befragung. Weitergehende Ein- oder Ausschlusskriterien wurden nicht definiert. Ziel der Untersuchung war es, den „Ist-Zustand“ zum ausgewählten Stichtag 07.07.2006 zu erfassen. Da hierzu zurzeit (bundesweit) keine Daten zur Verfügung stehen, wurden auch die Lebenssituation der Bewohner(innen) vor dem Einzug in eine Wohngemeinschaft sowie die Ursachen für das Verlassen der Wohngemeinschaft abgebildet. Als Forschungsinstrument ist eine schriftliche standardisierte Befragung eingesetzt worden, die an alle ambulanten Pflegedienste im Land Berlin versandt wurde.

Die Stichprobe umfasst insgesamt die Daten zu **108 Wohngemeinschaften** und **745 Bewohner(innen)**. Bezogen auf die zum Stichtag geschätzte Anzahl von 157 Wohngemeinschaften und 1.083 Bewohner(innen) konnte somit ein (geschätzter) **Rücklauf von jeweils 68,8%** erzielt werden. Aufgrund dieser Rücklaufquote und einer Erfassungsquote von mehr als 50% für die zahlenmäßig am stärksten vertretenen Verbände der ambulanten Leistungserbringer kann davon ausgegangen werden, dass die erhobenen Daten in einem hohen Maße repräsentativ sind. Bezüglich der Validität des Untersuchungsdesigns gilt, dass eine interne Validität vorliegt, eine Verallgemeinerung der Ergebnisse der Untersuchung über die ausgewählte Stichprobe hinaus auf andere Populationen (externe Validität) jedoch aufgrund der unterschiedlichen Nutzer- und Versorgungsstrukturen nicht uneingeschränkt möglich ist.

Die meisten Wohngemeinschaften der vorliegenden Studie liegen in den Bezirken Tempelhof-Schöneberg (n=17), Reinickendorf (n=16) und Pankow (n=16). Es folgen Spandau (n=9), Lichtenberg, Mitte und Charlottenburg-Wilmersdorf (jeweils n=7), Treptow-Köpenick (n=6), Friedrichshain-Kreuzberg (n=5), Steglitz-Zehlendorf und Marzahn-Hellersdorf (jeweils n=4) sowie Neukölln (n=3). Ein nachweisbarer Zusammenhang zum Sozialindex des jeweiligen Bezirkes besteht nicht. Bei der überwiegenden Mehrheit (89%) der untersuchten Wohngemeinschaften liegt eine Versorgung durch einen einzigen Leistungsanbieter vor, Versorgungsstrukturen mit mehr als zwei Anbietern sind fast nicht

*Stichprobe**Rücklaufquote**Repräsentativität**Validität**Wohngemeinschaften*

vertreten.

Die in den Wohngemeinschaften tätigen Pflegedienste sind überwiegend in Verbänden organisiert, davon 57,4% in über privaten Verbänden (ABVP, AGH, AVG, BPA, ViB) und 24,8% freigemeinnützig (Diakonie, DPW). Etwa 12 Prozent der Wohngemeinschaften werden von nicht organisierten Pflegediensten versorgt, für fünf Prozent werden mehrere Pflegedienste verschiedener Verbände genannt. Etwa 20% der Pflegedienste versorgen dabei nur eine Wohngemeinschaft, es gibt jedoch auch Pflegedienste, die bis zu elf Wohngemeinschaften versorgen. Die drei versorgungsstärksten Dienste betreuen zusammen mehr als ein Viertel (27,7%) aller hier genannten Wohngemeinschaften.

Leistungsanbieter

Im Mittel (Median) werden pro Wohngemeinschaft zum Stichtag sechs bis sieben (6,5) Bewohner(innen) versorgt. Am häufigsten werden jeweils Wohngemeinschaftsgrößen von vier (14,4%), sechs (17,8%) oder acht (14,4%) Personen genannt.

Bewohner(innen)

Pflegefachkräfte insgesamt (mit und ohne Qualifizierung) werden von 72,2% aller Pflegedienste beschäftigt, es liegt vornehmlich eine Struktur von Vollzeitstellen vor. Der Anteil an Pflegefachkräften pro Wohngemeinschaft an den im Pflegedienst beschäftigten Mitarbeiter(inne)n beträgt bezogen auf Vollzeitstellen im arithmetischen Mittel 18,6%. Pflegedienste, die zu freigemeinnützigen Verbänden von Leistungsanbietern gehören, weisen mit 26,8% im arithmetischen Mittel um 11,7% höhere Werte auf als Pflegedienste, die zu privaten Verbänden von Leistungsanbietern gehören (15,1%).

Mitarbeiter(innen)

Pflegehelfer(innen) werden von 57,5% aller Pflegedienste beschäftigt. Die Gruppe der Pflegehelfer(innen) ist dabei die zahlenmäßig am stärksten besetzte Gruppe. Im Bereich der Pflegehelfer(innen) wird ein großer Anteil Teilzeitbeschäftigter beobachtet. Der Anteil an Pflegehelfer(inne)n pro Wohngemeinschaft an den im Pflegedienst beschäftigten Mitarbeiter(inne)n beträgt bezogen auf Vollzeitstellen im arithmetischen Mittel 25,4%.

Etwa zwei Drittel (65,3%) der Pflegedienste beschäftigen **Fachkräfte**

(mit und ohne Qualifizierungen). Auch hier ist wieder – mit Einschränkungen bei den allgemeinen Fachkräften – eher von einer Stellenstruktur mit Vollzeitstellen auszugehen. Der Anteil an Fachkräften pro Wohngemeinschaft an den im Pflegedienst beschäftigten Mitarbeiter(inne)n beträgt bezogen auf Vollzeitstellen im arithmetischen Mittel 40,2%.

Zivildienstleistende und **Beschäftigte im Freiwilligen Sozialen Jahr** (FSJ) werden von den Pflegediensten nur in sehr geringem Umfang eingesetzt. Nur 15% aller Pflegedienste geben an, überhaupt Zivildienstleistende zu beschäftigen, der (arithmetische) Mittelwert liegt bei 0,3 Personen pro Wohngemeinschaft. Bei den Beschäftigten im Freiwilligen Sozialen Jahr liegt der Mittelwert bei 0,4 Personen pro Wohngemeinschaft, nur 18% aller Pflegedienste beschäftigen diese Mitarbeiter(innen). **Altenpflegeschüler(innen)** werden von 31% der Pflegedienste ausgebildet/beschäftigt, der Mittelwert liegt bei 0,6 Personen pro Wohngemeinschaft. Der Anteil sonstiger Kräfte (MAE etc.) ist noch etwas höher, 37% der Pflegedienste beschäftigen solche Mitarbeiter(innen), der Mittelwert liegt bei 0,8 Personen pro Wohngemeinschaft. **Ehrenamtlich Engagierte** finden sich nur bei 19% der teilnehmenden Pflegedienste, der Mittelwert liegt bei 1,7 Personen pro Wohngemeinschaft. Ehrenamtlich Engagierte finden sich insbesondere im Bereich der freigemeinnützig organisierten Pflegedienste.

Betrachtet man das Verhältnis von im Pflegedienst beschäftigten Mitarbeiter(innen) zu den Bewohner(innen) der Wohngemeinschaften, so stehen im (arithmetischen) Mittel 1,3 Personen bzw. 0,8 Vollzeitstellen pro Bewohner(in) in den Wohngemeinschaften zur Verfügung. Bezogen auf Vollzeitstellen pro Bewohner(in) weisen nicht verbandlich organisierte Pflegedienste mit 1,13 Stellen den größten Wert auf, gefolgt von freigemeinnützig organisierten mit 0,82 Stellen sowie privat organisierten Pflegediensten mit 0,75 Stellen. Im (arithmetischen) Mittel stehen bei den **Pflegefachkräften** 0,3 Personen bzw. 0,2 Vollzeitstellen pro Bewohner(in), bei den **Pflegehelfer(inne)n** 0,5 Personen bzw. 0,5 Vollzeitstellen pro Bewohner(in) und bei den **Fachkräften** 0,7 Personen

*Verhältnis
Mitarbeiter(innen) /
Bewohner(innen)*

bzw. 0,7 Vollzeitstellen pro Bewohner(in) in den Wohngemeinschaften zur Verfügung.

Im arithmetischen Mittel haben die untersuchten Wohngemeinschaften mit 69,5% einen hohen Anteil von Bewohner(inne)n mit demenziellen Erkrankungen. Hierbei fallen jedoch Unterschiede zwischen den Wohngemeinschaften auf. So haben 15% der Wohngemeinschaften keine Bewohner(innen) mit demenziellen Erkrankungen, 40% der Wohngemeinschaften haben dagegen ausschließlich Bewohner(innen) mit demenziellen Erkrankungen. Ein Zusammenhang bezüglich der Größe der Wohngemeinschaft (Anzahl der Bewohner(innen) insgesamt) und dem Anteil demenziell erkrankter Bewohner(innen) ist nicht nachzuweisen. Die Bezirke, in denen die Wohngemeinschaften angesiedelt sind, unterscheiden sich dabei nicht signifikant voneinander. Signifikante Unterschiede gibt es jedoch zwischen den Verbänden der Leistungsanbieter, denen die versorgenden Pflegedienste angehören. Insgesamt weisen privat organisierte Pflegedienste mit durchschnittlich 76,0% den größten Anteil an Bewohner(inne)n mit demenziellen Erkrankungen auf, gefolgt von freigemeinnützig organisierten Pflegediensten mit 69,9% und privaten, nicht verbandlich organisierten Pflegediensten mit 31,8%.

Für die vorliegende Studie liegen Daten von 745 Bewohner(innen) von Berliner Wohngemeinschaften zum Stichtag 07.07.2006 zu Alter, Geschlecht, Nationalität/Migrationshintergrund, Diagnosegruppe, Pflegestufe, Betreuungssituation sowie zur Lebens- und Versorgungssituation vor Einzug in die Wohngemeinschaft vor.

Das Durchschnittsalter der Befragten beträgt 79,5 Jahre. Frauen sind in der vorliegenden Stichprobe im Mittel fast elf Jahre älter (Durchschnittsalter 82,1 Jahre) als die Männer (Durchschnittsalter 71,4 Jahre). Es ergeben sich keine auffälligen Unterschiede zwischen den Bezirken. Der Anteil weiblicher Befragter überwiegt deutlich, etwa drei Viertel der Bewohner(innen) sind weiblich (weiblich 74,4%, männlich 25,6%). Auffällige Unterschiede zwischen den Bezirken ergeben sich nicht. Nur 2,4% der Bewohner(innen) geben als Mutter- bzw. Herkunftssprache

*Kennzahlen
zur Demenz*

***Bewohner(innen)
am Stichtag
07.07.2006***

*soziodemografische
Daten*

eine nichtdeutsche Sprache an, so dass nur von einem äußerst geringen Anteil von Bewohner(innen) mit Migrationshintergrund ausgegangen werden muss. Muttersprachlichkeit und Geschlecht sind dabei nicht unabhängig voneinander. Die in der vorliegenden Studie erfassten Bewohner(innen) mit nichtdeutscher Mutter-/Herkunftssprache sind überwiegend männlich. Die Wohngemeinschaften unterscheiden sich je nach Bezirk ebenfalls bezüglich des Anteils von Bewohner(innen) mit Migrationshintergrund, spiegeln jedoch nicht die Bezirke mit dem größten Anteil ausländischer Wohnbevölkerung wider.

Im Bereich der Diagnosen für die Bewohner(innen) von Wohngemeinschaften wurden psychiatrische, somatische sowie ergänzend sonstige Diagnosen erfasst. Mehrfachnennungen waren möglich. Für 81,2% aller Bewohner(innen) liegen Daten zu Diagnosen vor. Davon werden für fast drei Viertel (72,9%) aller Bewohner(innen) psychiatrische Diagnosen genannt, 16,9% weisen (zusätzlich) somatische Diagnosen auf und 15,3% fallen in die Gruppe „sonstige Diagnosen“. Eine der Hauptnutzergruppen von Wohngemeinschaften sind damit Personen mit psychiatrischen Erkrankungen, somatische oder andere Erkrankungen spielen nur eine untergeordnete Rolle. Ein Zusammenhang von Diagnosegruppe und Geschlecht ist statistisch nicht nachzuweisen. Auch bezüglich des Alters der Bewohner(innen) lassen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen aufzeigen. Freigemeinnützig organisierte Pflegedienste weisen keine betreuten Bewohner(innen) ohne Diagnose oder nur mit somatischen Diagnosen auf, der Betreuungsschwerpunkt liegt hier eindeutig bei Personen mit psychiatrischen Erkrankungen. Bei privat organisierten Pflegediensten sowie verbandlich nicht organisierten Pflegediensten ist der Anteil von Bewohner(innen) ohne Diagnose oder nur mit somatischen Diagnosen deutlich höher.

Für 72,9% aller Bewohner(innen) liegen psychiatrische Diagnosen vor. Hiervon sind mehr als 80% Diagnosen zu demenziellen Erkrankungen, nur knapp 20% betreffen andere psychiatrische Erkrankungen, wie z.B. auch Suchterkrankungen. Während Frauen stärker von demenziellen

Diagnosen

*psychiatrische
Diagnosen*

Erkrankungen betroffen sind, weisen Männer einen deutlich höheren Anteil im Bereich anderer psychiatrischer Erkrankungen inklusive der Suchterkrankungen auf. Menschen mit demenziellen Erkrankungen sind im Mittel 2,8 Jahre älter als Menschen mit demenziellen Erkrankungen und erheblichen Verhaltensauffälligkeiten und 21,1 Jahre älter als Menschen mit anderen psychiatrischen Erkrankungen. Freigemeinnützig organisierte Pflegedienste betreuen einen höheren Anteil von Menschen mit demenzieller Erkrankung und erheblichen Verhaltensauffälligkeiten sowie von Menschen mit anderen psychiatrischen Erkrankungen (inkl. Sucht).

Für 16,9% aller Bewohner(innen) liegen somatische Diagnosen vor. Von den erhobenen speziellen somatischen Diagnosen fallen insbesondere Bewohner(innen) mit diagnostizierten Schlaganfällen mit einem Anteil von 29,4% auf, wohingegen Multiple-Sklerose- (MS-) sowie Aids-Erkrankungen nur eine untergeordnete Rolle spielen. Von Aids- und MS-Erkrankungen sind ausschließlich Männer betroffen, zudem ist der Anteil männlicher Bewohner auch unter den Schlaganfall-Betroffenen deutlich höher.

*somatische
Diagnose*

Bei den sonstigen Diagnosen wurden Menschen mit bisher im psychiatrischen oder somatischen Bereich nicht erfassten Diagnosen ermittelt sowie Personen ohne Diagnose. Für 15,3% aller Bewohner(innen) liegen sonstige Diagnosen vor. Menschen ohne diagnostizierte Erkrankungen finden sich fast nicht in den Wohngemeinschaften, es handelt sich dabei ausschließlich um männliche Bewohner. Bezüglich des Alters unterscheiden sich die hier erfassten Bewohner(innen) nicht von denen der anderen Diagnosegruppen.

*sonstige
Diagnosen*

Zur Erfassung der Pflegesituation wurden Beginn der Pflege, Versorgung/Pflege unmittelbar vor Beginn des Pflegeverhältnisses sowie Pflegestufe und eine evtl. Härtefallregelung erfasst. Der erfasste **Beginn der Pflege** spiegelt die Entwicklungssituation von Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen wider. Ab dem Jahr 2003 setzt ein massiver Anstieg der Bewohnerzahlen ein, nur 14,9% aller Bewohner(innen) wei-

Pflegesituation

sen einen Beginn bis zum Jahr 2002 auf. Die bisherige **Pflegedauer** der Bewohner(innen) – die nicht mit der tatsächlichen Gesamtpflegedauer eines Bewohners/einer Bewohnerin in der Einrichtung gleichzusetzen ist – beträgt im (arithmetischen) Mittel knapp zwei Jahre (23,6 Monate), wobei die Werte von wenigen Tagen bis zu knapp neun Jahren (105,7 Monate) reichen. Die bisherige Pflegedauer beträgt bei den Frauen im Mittel 24,3 Monate und bei den Männern 21,3 Monate und unterscheidet sich nicht signifikant. Bewohner(innen) mit mehreren (psychiatrischen und somatischen) Diagnosen haben die längste mittlere Pflegedauer mit 28,5 Monaten vor Bewohner(inne)n mit ausschließlich psychiatrischen Diagnosen mit 21,9 Monaten. Darauf folgen Bewohner(inne)n mit ausschließlich somatischen Diagnosen mit 14,3 Monaten sowie Bewohner(inne)n mit anderen Diagnosen mit 13,1 Monaten.

Mehr als 90% aller Bewohner(innen) von Wohngemeinschaften haben eine bewilligte Pflegeeinstufung, bei mehr als der Hälfte (56%) der Bewohner(innen) liegt die Zuordnung zu § 45a SGB XI vor bzw. ist beantragt. Die meisten Bewohner(innen) von Wohngemeinschaften sind dabei in **Pflegestufe** II eingestuft (45,9%), danach folgen Bewohner(innen) mit Pflegestufe I (31,1%). Bewohner(innen) mit Pflegestufe III bzw. ohne Pflegestufe sind deutlich geringer vertreten. Männliche Bewohner sind stärker in den Gruppen ohne Pflegestufe bzw. Pflegestufe I vertreten, Bewohnerinnen – auch bedingt durch die andere Altersstruktur – stärker in den höheren Pflegestufen II und III. Personen mit mehreren (somatischen und psychiatrischen Diagnosen) sind eher in höheren Pflegestufen vertreten, Personen ohne Diagnosen plausiblerweise ausschließlich in der Gruppe ohne Pflegeeinstufung. Mit zunehmender Pflegeeinstufung steigt das durchschnittliche Alter. Zusätzlich wurde pro Wohngemeinschaft ein **Pflegestufenindex** (s. Glossar) berechnet, der den Schweregrad der Pflegeeinstufung über alle Bewohner(innen) einer Wohngemeinschaft abbildet. Über alle Wohngemeinschaften beträgt der arithmetische Mittelwert des Pflegestufenindex 54,6, die Werte variieren deutlich und reichen dabei von 14,8 bis 93,3.

Pflegestufe

Ein hoher Pflegestufenindex ist nicht notwendigerweise auch mit einer hohen Anzahl Mitarbeiter(innen) in Vollzeitstellen pro Bewohner(in) verbunden oder umgekehrt.

Mehr als die Hälfte aller Bewohner(innen) von Wohngemeinschaften (57,6%) wechseln aus einem Privathaushalt in die Wohngemeinschaft, wobei hierbei in fast drei Viertel aller Fälle eine Versorgung durch einen Pflegedienst gegeben war. Danach folgt in 12,3% aller Fälle ein Wechsel aus einem Krankenhaus in die Wohngemeinschaft. Ein Umzug aus dem Betreuten Wohnen, einem Pflegeheim oder einer Kurzzeitpflege findet nur in geringem Maße statt. Freigemeinnützig organisierte Pflegedienste weisen im Vergleich mehr Bewohner(innen) auf, die aus einem Betreuten Wohnen, Pflegeheim oder Krankenhaus in die Wohngemeinschaft wechseln, private, nicht verbandlich organisierte Pflegedienste haben einen deutlich höheren Anteil von Bewohner(inne)n, die aus Privathaushalten oder aus der Kurzzeitpflege in die Wohngemeinschaft wechseln. Personen aus einem Privathaushalt mit Unterstützung durch einen Pflegedienst sind mit 82,7 Jahren im Mittel am ältesten, vor Personen aus einer Kurzzeitpflege (81,7 Jahre) und aus sonstigen Wohnformen (81,5 Jahre). Mit einigem Abstand folgen danach Personen aus einem Privathaushalt ohne Unterstützung durch einen Pflegedienst mit 77,8 Jahren, vor Personen, die aus einem Pflegeheim (75,4 Jahre) oder einem Krankenhaus (73,6 Jahre) in die Wohngemeinschaft wechseln. Personen aus dem Betreuten Wohnen sind mit 69,1 Jahren durchschnittlich am jüngsten.

Für 87% bzw. 80% der Bewohner(innen) von Wohngemeinschaften wurden zum Stichtag der **Wohnort** und die Lebenssituation vor Einzug erfasst. Die Bewohner(innen) von Wohngemeinschaften kommen mit 94,9% fast ausschließlich aus Berlin. Weitere 2,2% ziehen aus Brandenburg nach Berlin um, und nur 2,9% der Bewohner(innen) stammen aus anderen Bundesländern oder aus dem Ausland. Wohnort vor Einzug und regionale Lage der gewählten Wohngemeinschaft weisen dabei einen deutlichen Zusammenhang auf.

*Versorgung
vor Beginn des
Pflegeverhältnisses*

*Wohnort und
Lebenssituation
vor Einzug*

Von den Bewohner(inne)n deren **Lebenssituation** vor Einzug bekannt ist, waren fast drei Viertel (74,4%) zuvor allein lebend. Frauen weisen einen höheren Anteil unter den zuvor allein lebenden Personen auf. Lebenssituation, Pflegestufe und Versorgung vor Einzug in die Wohngemeinschaft hängen dabei vielfältig zusammen. Im arithmetischen Mittel sind zuvor allein lebenden Bewohner(innen) 80,1 Jahre alt und damit knapp sechs Jahre älter als zuvor zusammenlebende Bewohner(innen) mit einem Durchschnittsalter von 74,2 Jahren

Der Anteil von **Selbstzahlern** unter den Bewohner(innen) von Wohngemeinschaften beträgt 18%. Unterschiede im Selbstzahlerstatus bezüglich Alter, Geschlecht, Pflegestufe und Lebenssituation lassen sich nicht nachweisen. Personen ohne Diagnose sind ausschließlich Selbstzahler. Für etwas mehr als drei Viertel der Bewohner(innen) von Wohngemeinschaften ist eine **gesetzliche Betreuung** vereinbart. In weniger als der Hälfte dieser Fälle (43,9%) nehmen dabei Angehörige diese Funktion wahr. Bewohnerinnen werden eher von Angehörigen betreut, bei männlichen Bewohnern nehmen andere Personen diese Funktion stärker wahr. Nicht gesetzliche betreute Personen weisen mit 83,1 Jahren im arithmetischen Mittel das höchste Alter auf, vor Personen, die durch Angehörige betreut werden (82,1 Jahre). Bewohner(innen), die durch andere Personen betreut werden, sind mit durchschnittlich 75,6 Jahren deutlich jünger. Personen mit nur psychiatrischen Diagnosen weisen einen deutlich höheren Betreuungsanteil mit 93,1% aller Fälle auf, vor Personen mit mehreren Diagnosen (78,9%) und Personen mit somatischen Diagnosen (71,4%).

Mehr als die Hälfte (59,6%) aller erfassten Bewohner(innen) von Wohngemeinschaften leiden an demenziellen Erkrankungen. Das durchschnittliche Alter beträgt 82,1 Jahre. Demente Bewohner(innen) sind überwiegend weiblich (82,8%). Die durchschnittliche Dauer der bisherigen Pflege beträgt zwei Jahre, mehr als ein Viertel der demenziell erkrankten Bewohner(innen) haben jedoch eine bisherige Pflegedauer von mehr als 33 Monaten, der größte beobachtete Wert liegt bei 7,5 Jahren. 95% der Bewohner(innen) mit demenziellen Erkrankungen weisen eine

*Selbstzahler und
gesetzliche
Betreuung*

*Kennzahlen zur
Demenz von
Bewohner(inne)n*

Pflegeeinstufung auf, wobei mehr als zwei Drittel von ihnen als schwer oder schwerst pflegebedürftig (Pflegestufe II bzw. III) eingestuft wurden. Personen mit einer demenziellen Diagnose haben eine höhere Pflegeeinstufung als Personen ohne demenzielle Diagnose. Sie weisen eine deutlich höhere Zuordnung (73,9%) zu § 45a SGB XI auf als nicht erkrankte Personen (29,6%). Demenziell erkrankte Personen wechseln signifikant häufiger aus einem Privathaushalt in die Wohngemeinschaft als nicht demenziell erkrankte Personen. Eine gesetzliche Betreuung ist für 89,2% aller demenziell erkrankten Bewohner(innen) dokumentiert, betreuende Personen sind jeweils annähernd zur Hälfte Angehörige (47,2%) oder andere Personen (52,8%). Freigemeinnützig organisierte Pflegedienste weisen einen durchschnittlichen Anteil von 67,6% Bewohner(inne)n pro Wohngemeinschaft mit demenziellen Erkrankungen auf, gefolgt von privat organisierten Pflegediensten mit 58,3% und privaten, nicht verbandlich organisierten Pflegediensten mit 44,6%.

Für die vorliegende Studie liegen Daten von 204 Bewohner(inne)n von Berliner Wohngemeinschaften zum Einzug im Jahr 2005 zu Einzugsdatum, Alter, Geschlecht, Pflegestufe, Betreuungssituation sowie zum Wohnort und zur Lebenssituation vor Einzug in die Wohngemeinschaft vor.

Die Verteilung der Einzüge im Jahr 2005 in Wohngemeinschaften gestaltet sich bei der Verteilung auf die Berliner Bezirke ähnlich wie schon die Verteilung Wohngemeinschaften insgesamt bzw. der Bewohner(innen) von Wohngemeinschaften zum Stichtag 07.07.2006. Das Durchschnittsalter der im Jahr 2005 Eingezogenen beträgt 78,3 Jahre. Frauen sind bei Einzug in eine Wohngemeinschaft signifikant älter als Männer. Im arithmetischen Mittel beträgt das Alter von Frauen bei Einzug 80,5 Jahre, das der Männer 72,0 Jahre. Das Verhältnis von Frauen zu Männern unter den Einzügen entspricht der Verteilung der Bewohner(innen) insgesamt, etwa drei Viertel der Einziehenden sind weiblich (weiblich 74,0%, männlich 26,0%). Signifikante Unterschiede zwischen den Bezirken ergeben sich nicht.

Zur Erfassung der Pflegesituation bei Einzug wurden Versorgung / Pfl-

***Einzüge von
Bewohner(innen)
im Jahr 2005***

*soziodemografische
Daten*

ge unmittelbar vor Beginn des Pflegeverhältnisses sowie Pflegestufe und eine evtl. Härtefallregelung erfasst. Von den einziehenden Bewohner(inne)n haben mehr als 90% eine bewilligte Pflegeeinstufung, bei etwas weniger als der Hälfte (47,1%) der Einziehenden liegt die Zuordnung zu § 45a SGB XI vor bzw. ist beantragt. Die meisten Einziehenden sind dabei in **Pflegestufe II** eingestuft (44,1%), danach folgen Einziehende mit Pflegestufe I (37,7%). Einziehende mit Pflegestufe III bzw. ohne Pflegestufe sind deutlich geringer vertreten. Mit zunehmender Pflegeeinstufung steigt das durchschnittliche Alter kontinuierlich an.

Fast zwei Drittel aller Einziehenden (61,7%) wechseln aus einem Privathaushalt in die Wohngemeinschaft, wobei hierbei in 69,4% aller Fälle eine Versorgung durch einen Pflegedienst gegeben war. Danach folgt in 18,6% aller Fälle ein Wechsel aus einem Krankenhaus in die Wohngemeinschaft. Ein Umzug aus dem Betreuten Wohnen, einem Pflegeheim oder einer Kurzzeitpflege findet nur in geringem Maße statt. Private, verbandlich nicht organisierte Leistungsanbieter weisen den größten Anteil an Personen (65,2%) auf, die aus einem Privathaushalt in die Wohngemeinschaft einziehen, dicht gefolgt von privat organisierten Pflegediensten (63,6%), wohingegen freigemeinnützig organisierte Pflegedienste hierbei einen deutlich geringeren Anteil (49,1%) aufweisen.

Für 93% bzw. 95% der einziehenden Bewohner(innen) von Wohngemeinschaften wurden zum Stichtag der **Wohnort** und die Lebenssituation vor Einzug erfasst. Die einziehenden Bewohner(innen) von Wohngemeinschaften kommen mit 94,2% fast ausschließlich aus Berlin. Weitere 2,1% ziehen aus Brandenburg nach Berlin um, und nur 3,7% der einziehenden Bewohner(innen) stammen aus anderen Bundesländern. Wohnort vor Einzug und regionale Lage der gewählten Wohngemeinschaft weisen einen deutlichen Zusammenhang auf. Von den Bewohner(inne)n, deren **Lebenssituation** vor Einzug bekannt ist, waren fast drei Viertel (74,4%) zuvor allein lebend. Lebenssituation und Geschlecht sind dabei unabhängig voneinander. Personen, die mit anderen

Pflegesituation

*Versorgung
unmittelbar vor
Beginn des
Pflegeverhältnisses*

*Wohnort und
Lebenssituation
bei Einzug*

zusammenleben, ziehen dabei überwiegend aus einem Pflegeheim oder aber einem Betreuten Wohnen in die Wohngemeinschaft um, so dass hier ein signifikanter Zusammenhang von Lebenssituation und Versorgungsstruktur vor Einzug in die Wohngemeinschaft besteht. Auch die bewilligte Pflegestufe weist einen Zusammenhang zur Lebenssituation vor dem Einzug auf, da Personen mit Pflegestufe III oder ohne Pflegeeinstufung eher als mit anderen zusammenlebend erfasst werden. Personen mit beantragter Pflegeeinstufung sind dagegen in höherem Maße allein lebend.

Es liegen Daten von 104 Bewohner(innen) von Berliner Wohngemeinschaften bei Auszug im Jahr 2005 zu Alter, Geschlecht, Pflegedauer, Pflegestufe sowie zum Anlass der Beendigung des Pflegeverhältnisses / des Verlassens der Wohngemeinschaft vor. Die wachsende Entwicklung von Wohngemeinschaften spiegelt sich damit auch im Verhältnis von Einzügen zu Auszügen wider. Es sind im Jahr 2005 etwa doppelt so viele Bewohner(innen) in Wohngemeinschaften eingezogen als Bewohner(innen) diese verlassen haben (204 zu 104 Personen).

Die Verteilung der Auszüge im Jahr 2005 aus Wohngemeinschaften gestaltet sich bei der Aufteilung auf die Berliner Bezirke ähnlich wie schon die Verteilung der Bewohner(innen) zum Stichtag 07.07.2006 bzw. die der Einzüge im Jahr 2005. Das Durchschnittsalter der im Jahr 2005 Ausgezogenen beträgt 82,6 Jahre. Frauen sind auch bei Auszug aus einer Wohngemeinschaft signifikant älter als Männer. Im arithmetischen Mittel beträgt das Alter von Frauen bei Auszug 85,1 Jahre, das der Männer 75,8 Jahre. Das Verhältnis von Frauen zu Männern unter den Auszügen entspricht wieder der Verteilung der Bewohner(innen) insgesamt bzw. der Verteilung bei Einzug, etwa drei Viertel der Einziehenden sind weiblich (weiblich 73,7%, männlich 26,3%).

Zur Erfassung der Pflegesituation bei Auszug wurden Beginn und Ende der Pflege, Pflegestufe und eine evtl. Härtefallregelung sowie der Anlass für die Beendigung des Pflegeverhältnisses/das Verlassen der Wohngemeinschaft erfasst. Von den ausziehenden Bewohner(inne)n haben 97%

*Auszüge von
Bewohner(innen)
im Jahr 2005*

*soziodemografische
Daten*

Pflegesituation

eine bewilligte Pflegeeinstufung, bei etwa einem Drittel (31,7%) der Ausziehenden liegt die Zuordnung zu § 45a SGB XI vor bzw. ist beantragt. Die meisten Ausziehenden sind dabei in **Pflegestufe II** eingestuft (46,9%), danach folgen Personen mit Pflegestufe III (36,7%). Ausziehende mit Pflegestufe I bzw. ohne Pflegestufe sind deutlich geringer vertreten. Im Vergleich zu einziehenden Personen ist damit bei ausziehenden Personen eine höhere Pflegebedürftigkeit zu verzeichnen. Männer sind bei Auszug aus der Wohngemeinschaft deutlich stärker in den unteren Pflegestufen vertreten, Frauen deutlich stärker in den Pflegestufen II und III. Mit zunehmender Pflegeeinstufung steigt das durchschnittliche Alter kontinuierlich an.

Die **Pflegedauer** in einer Wohngemeinschaft beträgt im arithmetischen Mittel für ausziehende Personen etwas mehr als eineinhalb Jahre (1,6 Jahre). Die maximale beobachtete Pflegedauer betrug dabei im Jahr 2005 bei Auszug 5,8 Jahre. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass dieser Wert natürlich auch vom Eröffnungsdatum der jeweiligen Wohngemeinschaft abhängt, so dass die hier berichteten Werte und Zusammenhänge unter diesem Vorbehalt zu interpretieren sind. Frauen haben bei Auszug aus einer Wohngemeinschaft eine signifikant längere Aufenthaltsdauer als Männer. Im arithmetischen Mittel beträgt die Aufenthaltsdauer von Frauen bei Auszug 1,8 Jahre, die der Männer 1,0 Jahre. Die Pflegedauer unterscheidet sich dabei signifikant je nach Pflegeeinstufung. Mit Ausnahme der Personen, die ohne bewilligte Pflegestufe die Wohngemeinschaft verlassen, lässt sich ein Ansteigen der Aufenthaltsdauer mit zunehmender Pflegestufe verzeichnen. Personen, die mit der Pflegestufe I die Wohngemeinschaft verlassen, haben eine mittlere Aufenthaltsdauer von 0,6 Jahren, Personen mit Pflegestufe II von 1,3 Jahren und Personen mit Pflegestufe III sogar von 2,3 Jahren. Bewohner(innen), die von freigemeinnützig organisierten Pflegedienste betreut wurden, weisen mit 2,3 Jahren die längste mittlere Aufenthaltsdauer auf, gefolgt von Bewohner(innen) privater, verbandlich nicht organisierter Leistungsanbieter mit 2,1 Jahren und Bewohner(innen) privat organi-

sierter Leistungsanbieter mit 1,2 Jahren.

Für fast drei Viertel (71,1%) aller Personen, die die Wohngemeinschaft verlassen, gilt, dass diese Personen in der Wohngemeinschaft (36,1%) oder aber in einem Krankenhaus (35,1%) versterben. Ein Umzug in ein Pflegeheim, einen Privathaushalt oder ein Betreutes Wohnen findet nur in geringem Maße statt. In der Wohngemeinschaft verstorbene Personen sind überwiegend in Pflegestufe III eingestuft. Das durchschnittliche Alter der ausziehenden Bewohner(innen) von Wohngemeinschaften unterscheidet sich signifikant je nach Anlass der Beendigung des Wohn-/Pflegeverhältnisses. Personen, die in der Wohngemeinschaft verstorben sind, sind dabei im arithmetischen Mittel am ältesten.

*Anlass für die
Beendigung des
Pflegeverhältnisses /
das Verlassen der
Wohngemeinschaft*

6 Literatur

Abgeordnetenhaus Berlin (2007): *Kleine Anfrage der Abgeordneten J. Villbrandt zu Wohngemeinschaften mit Demenz*. Drucksache 16/10847, Kulturbuch-Verlag, Berlin.

Brinker-Meyendriesch, E. (2006): *Ausgewählte Inhalts- und Strukturelemente von Wohngemeinschaften, in denen Menschen mit Demenz leben*. PrinterNet 4/2006, 240-246.

Bender, R. & Lange, St. (2001): *Was ist der p-Wert?* Dtsch. Med. Wschr.; 126 Jg., Nr. 15: T39–T40.

Bortz, J. & Döring, N. (2002): *Forschungsmethoden und Evaluation*. 3. Auflage Springer, Berlin.

Bosch, K. (1993): *Statistik-Taschenbuch*. 2. Auflage Oldenbourg, München.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (1998): *Zweiter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Wohnen im Alter*. Berlin: Deutscher Bundestag. Drucksache 13/9750. 28.01.1998.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2001): *Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft*. Berlin: Deutscher Bundestag. Drucksache 14/5130. 19.01.2001.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002): *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*. Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: *Baumodelle der Altenhilfe und der Behindertenhilfe*.

<http://www.baumodelle-bmfsfj.de/index.html> (28.09.2007)

Hallensleben, J. & Jaskulewicz, G. (2005): *Begleitforschung für ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenzkranke Menschen*. Pflege & Gesellschaft 10, 2/2005, S.97-102.

ILMES - Internet-Lexikon der Methoden der empirischen Sozialforschung.

http://www.lrz-muenchen.de/~wlm/ein_voll.htm (11.06.2007).

Mayer K.U. & Baltus P.B. (Hrsg.) (2002): *Die Berliner Altersstudie*. 2. Auflage, Akademie Verlag, Berlin.

Klie, T. (Hrsg.) (2003): *Wohngruppen für Menschen mit Demenz*. Vincentz, Hannover.

Kremer-Preiß, U. (2004): *Struktur des Angebots – Ergebnisse der schriftlichen Befragung*. In: Kremer-Preiß, U, Narten, R; *Betreute Wohngruppen – Pilotstudie*. (Reihe: Leben und

Wohnen im Alter, Bd. 4). Bertelsmann Stiftung und Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), Köln.

Kremer-Preiß, U. & Stolarz, H. (2003): *Neue Wohnkonzepte für das Alter und praktische Erfahrungen bei der Umsetzung – eine Bestandsanalyse* (Reihe: Leben und Wohnen im Alter, Bd. 1). Bertelsmann Stiftung und Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), Köln.

Kruse, A. & Martin, M. (Hrsg.) (2004): *Enzyklopädie der Gerontologie*. Huber, Bern.

Lange, St. & Bender, R. (2001): *Was ist ein Signifikanztest?* Dtsch. Med. Wschr.; 126 Jg., Nr. 15: T42–T44.

Meinlschmidt, G. (Hrsg.) (2004): *Sozialstrukturatlas Berlin 2003*. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin.

Ostermann R. & Wolf-Ostermann K. (2005): *Statistik in Sozialer Arbeit und Pflege*. 3. Auflage Oldenbourg, München.

Pawletko, K.-W. (2002): *Ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Berlin.

Pötzsch, O. & Sommer, B. (2003): *Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*. Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Wiesbaden.

http://www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2003/Bevoelkerung_2050.pdf (14.03.2007)

Saup, W., Eberhard, A., Huber, R. & Koch, K. (2004): *Demenzbewältigung im betreuten Seniorenwohnen*. Verlag für Gerontologie A. Moeckl, Augsburg.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2006): *Pflegeangebote in Berlin*. <http://www.berlin.de/pflege-und-betreuung> (29.05.2007)

Statistisches Bundesamt (2007): *Pflegestatistik 2005 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 2. Bericht: Ländervergleich - Pflegebedürftige*, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2007): *Pflegestatistik 2005 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 3. Bericht: Ländervergleich – ambulante Pflegedienste*, Wiesbaden.

Statistisches Landesamt Berlin (Hrsg.) (2006): *Die kleine Berlin-Statistik 2006*. http://www.statistik-berlin.de/kbst/kbst-2006_d.pdf (29.05.2007).

Wenng, S. & Herkert, B. (2002): *Wohngemeinschaft für Demenzkranke (Rothenfußer Wohngemeinschaft) – Wohngemeinschaft für verwirrte ältere seelisch behinderte Menschen in München*. Zwischenbericht der Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung afa, Hrsg.: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen. Afa, München.

Weyerer, S. (2005): *Altersdemenz*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28, Robert Koch-Institut, Berlin.

Weyerer, S. & Schäufele, M. (2004): *Die Versorgung dementer Patienten in Deutschland aus epidemiologischer Sicht*. Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie 17, S.41-50.

Weyerer, S., Schäufele, M. & Hendlmeier, I. (2005): *Besondere und traditionelle stationäre Betreuung demenzkranker Menschen im Vergleich*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38 : S.85-94

Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg (Hrsg.) (2007): *Evaluationsstudie Wohngemeinschaften für ältere Menschen mit Pflegebedarf in Baden-Württemberg*.

<http://www.wohlfahrtswerk.de/wohlfahrtswerk-download.html> (02.10.2007)

Wurm, S. & Tesch-Römer, C. (2006): *Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung*. In C. Tesch-Römer, H. Engstler & S. Wurm (Hrsg.): *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte* (S. 329-383). VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

7 Glossar

ABVP

Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V.

AGH

Arbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege Berlin e.V.

ANOVA

Eine Klasse von statistischen Analyseverfahren zur Durchführung von Mittelwertvergleichen zwischen mehreren Gruppen (bei zwei Gruppen siehe auch t-Test) bezeichnet man als Varianzanalysen.

Werden Mittelwertunterschiede *einer* (abhängigen) Variablen geprüft, so spricht man von *univariater* V. (ANOVA), bei simultanen Tests mehrerer abhängiger Variablen von *multivariater* V. (MANOVA). Werden die Untersuchungspersonen (oder allgemeiner: Untersuchungsobjekte) hinsichtlich *eines* Merkmals in Gruppen eingeteilt, spricht man von *einfaktorier* V. (die Gruppenzugehörigkeit wird auch als Faktor bezeichnet), bei mehreren Gruppierungsmerkmalen von *mehrfaktorier* (bzw. konkret zwei-, drei- usw. -faktorier) V. Bei der mehrfaktorier V. können auch Interaktionseffekte geprüft werden, d.h. unterschiedliche Wirkungen eines Faktors in Abhängigkeit von den Ausprägungen eines oder mehrerer anderen Faktors/Faktoren.

Wichtige Spezialfälle sind die V. bei *Messwiederholungen* sowie die *Kovarianzanalyse* (ANCOVA) (die Durchführung von Gruppenvergleichen bei simultaner Berücksichtigung des potenziellen Einflusses weiterer, i.allg. metrischer Variablen) (ILMES - Internet-Lexikon der Methoden der empirischen Sozialforschung: http://www.lrz-muenchen.de/~wlm/ein_voll.htm vom 11.06.2007).

arithmetisches Mittel

Für das arithmetische Mittel \bar{x} wird das höchste Skalenniveau, nämlich die metrische Skala vorausgesetzt. (Dabei ist das arithmetische Mittel die Größe, die allgemein als der Mittelwert bezeichnet wird.) Es ist

$$\bar{x} := \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i .$$

Im Unterschied zum Median wird bei der Berechnung des arithmetischen Mittels nicht die Rangreihenfolge der Beobachtungen herangezogen, sondern es werden die tatsächlich beobachteten Werte berücksichtigt. Das arithmetische Mittel ist als „Durchschnitt“ aller Beobachtungen i.allg. nicht mit einem tatsächlich beobachteten Wert identisch (vgl. Ostermann, R. & Wolf-Ostermann, K. (2005): *Statistik*, S.45ff).

AVG

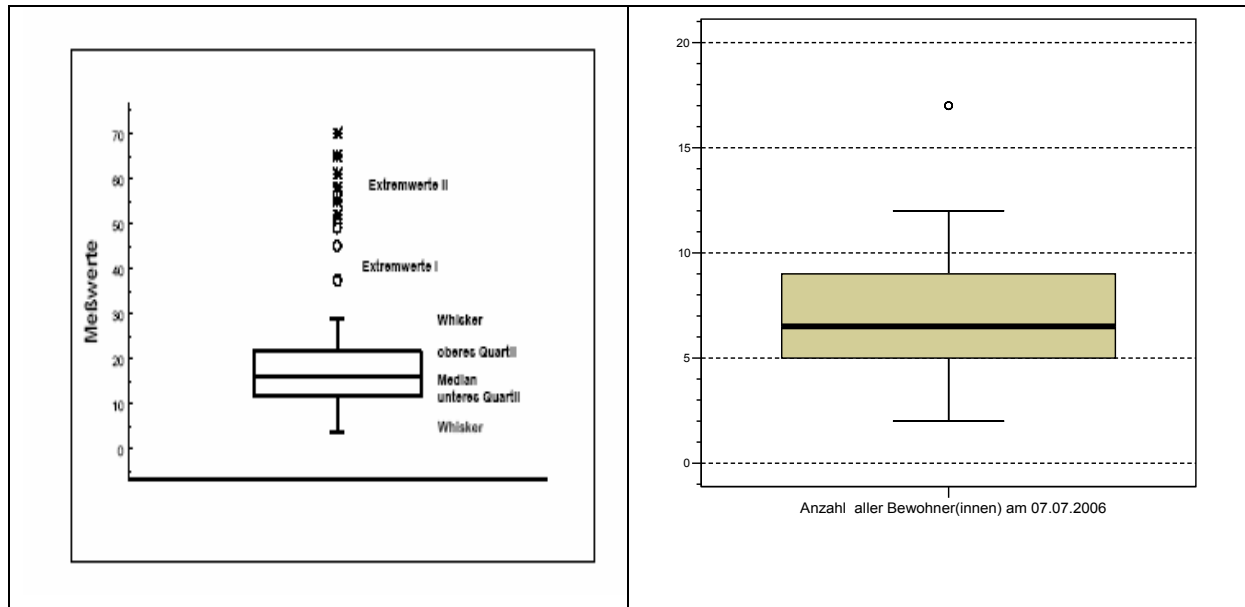
ArbeitgeberVerband im Gesundheitswesen e.V.

AWO

Arbeiterwohlfahrt Landesverband Berlin e.V.

Boxplot (Box-and-Whiskers-Plot)

Der Boxplot vereinigt auf grafische Weise viele deskriptive Kenngrößen, da er es ermöglicht, Lage, Streuung, (A-)Symmetrie und auftretende Extremwerte eines Datensatzes in einer grafischen Darstellung zusammenzufassen.



Jeder Boxplot setzt sich im Wesentlichen aus drei Komponenten zusammen: der Box, den Whiskers (senkrechte Linien) und einzeln gekennzeichneten Extremwerten. Jede Box umfasst die mittleren 50% der visualisierten Daten, die sich daran anschließenden jeweils kleinsten bzw. größten 25% der Beobachtungen werden durch die angrenzenden senkrechten Linien bzw. einzelne Plotsymbole (Extremwerte) dargestellt. Der Median (mittlerer Wert) wird durch den Balken in der Box verdeutlicht. Damit stellt die Box den Bereich unteres Quartil (q_{25}) bis oberes Quartil (q_{75}), der Mittelbalken den Median (q_{50}) dar, die daran nach oben und unten anschließenden senkrechten Linien (Whisker) erstrecken sich bis maximal zum Wert $1,5 \cdot (q_{75} - q_{25})$, q_p ist das p -Quantil. Extremwerte können beidseitig, einseitig oder auch gar nicht vorhanden sein. Zur genauen Darstellung und Interpretation von Boxplots (vgl. Ostermann, R. & Wolf-Ostermann, K. (2005): *Statistik*, S.93ff).

Am Beispiel der Abbildung 4 (Verteilung der Bewohneranzahl pro Wohngemeinschaft ($n=90$)) soll die Interpretation eines Boxplots hier noch einmal exemplarisch verdeutlicht werden. Hierbei bezieht sich die Interpretation aus Gründen der besseren Ablesbarkeit nur auf die Ausschnittvergrößerung, die oben dargestellt ist. Die Bewohneranzahl pro Wohngemeinschaft – abzulesen an der Achse am linken Bildrand – variiert hierbei von 2 (Minimum) bis 17 Personen (Maximum). Der Wert 17 ist dabei als Extremwert anzusehen (Einzelkennzeichnung durch „o“). Im Mittel (Median) weisen die Wohngemeinschaften eine Bewohneranzahl von 6,5 Personen auf (Kennzeichnung durch den fettgedruckten schwarzen Balken in der Box). 25 Prozent der erfassten Wohngemeinschaften weisen eine Bewohneranzahl von weniger als 5 Personen auf (unteres Quartil) und weitere 25 Prozent weisen eine Bewohneranzahl von mehr als 9 Personen auf (oberes Quartil; Kennzeichnung jeweils durch untere und obere Begrenzung der Box). Daraus folgt, dass die mittleren 50% aller beobachteten Bewohneranzahlen pro Wohngemeinschaft zwischen 5 und 9 Personen liegen. Die Whisker (Kennzeichnung durch senkrechte Linien nach unten bzw. oben im Anschluss an die Box) erstrecken sich von 2 bis 12 Personen. D.h. in den Bereichen 2 bis 5 Personen bzw. 9 bis 12 Personen finden sich jeweils 25 Prozent der Wohngemeinschaften mit den geringsten bzw. größten Bewohneranzahlen (abzüglich der extremen Beobachtungen). Die Verteilung der Bewohneranzahlen ist leicht rechtsschief.

BPA

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.

Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest

Werden zwei Merkmale bzw. Zufallsvariablen X und Y in einer Kreuztabelle erfasst, so kann mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests die Frage, inwieweit diese Merkmale bzw. Zufallsvariablen als abhängig oder unabhängig angesehen werden können, überprüft werden. Mit der Hilfsgröße χ^2 (sprich: Chi-Quadrat) werden die Abweichungen von beobachteten und (unter Unabhängigkeit von X und Y) erwarteten Häufigkeiten für alle Kombinationen von Merkmalsausprägungen – also für alle Zellen einer Kreuztabelle – zusammengefasst. Mit Hilfe dieser Größe kann nun überprüft werden, ob zwei Merkmale bzw. Zufallsvariablen als unabhängig betrachtet werden können. Es werden die folgenden statistischen Hypothesen

H_0 : Die Zufallsvariablen X und Y sind unabhängig

gegen die Alternative

H_1 : Die Zufallsvariablen X und Y sind nicht unabhängig

betrachtet (vgl. Ostermann, R. & Wolf-Ostermann, K. (2005): *Statistik*, S.204ff).

Cramer-V

Die Maßzahl Cramers V ist ebenfalls ein auf der Chi-Quadrat-Statistik basierendes Zusammenhangsmaß. Es misst die Stärke eines Zusammenhanges zwischen zwei nominalskalierten Merkmalen. Cramers V nimmt nur Werte zwischen 0 und 1 an. Bei einem Wert von Null besteht kein Zusammenhang zwischen den Merkmalen. Bei einem Wert von Eins besteht ein strikter Zusammenhang zwischen den Merkmalen. Cramers V kann den Wert Eins für Tabellen beliebiger Dimension annehmen.

Diakonie

Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz (DWBO) e.V.

DPW

Der PARITÄTISCHE Wohlfahrtsverband Landesverband Berlin e.V.

Korrelationskoeffizient

Korrelationsmaße dienen zur Beschreibung von Zusammenhängen verschiedener (ordinaler oder metrischer) Beobachtungsreihen. Dabei soll nicht der funktionelle Zusammenhang beschrieben werden - dies kann etwa mit Methoden der Regressionsrechnung geschehen - sondern es soll die Stärke eines Zusammenhanges quantifiziert werden. Vor der Berechnung eines Koeffizienten sollte immer die Frage nach einem sachlogischen Zusammenhang stehen, da die Berechnung einer Maßzahl keine Rückschlüsse auf tatsächliche kausale Zusammenhänge und deren Richtung zulässt. So spricht man von „Scheinkorrelationen“, wenn der scheinbare Zusammenhang zweier Merkmale in Wirklichkeit von einem dritten Merkmal (z.B. der Zeit) abhängt. Als „Nonsenskorrelationen“ werden Zusammenhänge bezeichnet, die keinen sachlogischen sondern nur einen rechnerischen Zusammenhang aufweisen. Wenn möglich, sollten zur Interpretation geeignete grafische Darstellungen hinzugezogen werden.

Korrelationskoeffizient nach (Bravais-) Pearson

Der Korrelationskoeffizient nach Bravais-Pearson misst den Zusammenhang zweier metrischer Merkmale. Er berechnet sich als Quotient aus der empirischen Kovarianz und dem Produkt der empirischen Standardabweichungen der einzelnen Beobachtungsreihen. Der empirische Korrelationskoeffizient r_{xy} kann nur Werte zwischen -1 und $+1$ annehmen, d.h., es gilt:

$$-1 \leq r_{xy} \leq +1$$

Positive Werte des Koeffizienten bedeuten, dass mit zunehmender Größe eines Beobachtungswertes des einen Merkmals auch die Beobachtungswerte des anderen Merkmals anwachsen. Bei einem Wert des Koeffizienten von „+1“ sind die beiden Beobachtungsreihen vollständig positiv miteinander korreliert. Anschaulich bedeutet dies, dass in einem Streudiagramm alle Beobachtungspaare auf einer Geraden mit positiver Steigung liegen. Negative Werte des Koeffizienten bedeuten, dass mit zunehmender Größe eines Beobachtungswertes des einen Merkmals die Beobachtungswerte des anderen Merkmals kleinere Werte annehmen. Bei einem Wert des Koeffizienten von „-1“ sind die beiden Beobachtungsreihen vollständig negativ miteinander korreliert. In einem Streudiagramm würden alle Beobachtungspaare auf einer Geraden mit negativer Steigung liegen. Bei einem Wert des Koeffizienten von Null sind beide Merkmale unabhängig voneinander. Der Korrelationskoeffizient r_{xy} ist nur geeignet den Grad der linearen Abhängigkeit zwischen den beiden Variablen X und Y zu messen. Zusammenhänge anderer Form, z.B. quadratische Zusammenhänge, werden nicht erkannt (vgl. Ostermann, R. & Wolf-Ostermann, K. (2005): *Statistik*, S.102ff).

Median

Der Median $\tilde{x}_{0,5}$ (auch oft Zentralwert genannt) ist die „mittlere“ Beobachtung in der geordneten (!) Reihe der Beobachtungen. Für ihn gilt:

- mindestens 50% aller Beobachtungen sind größer oder gleich dem Median und
- mindestens 50% aller Beobachtungen sind kleiner oder gleich dem Median.

Für die Bestimmung des Medians wird zumindest eine Ordinalskala (Rangskala) vorausgesetzt (vgl. Ostermann, R. & Wolf-Ostermann, K. (2005): *Statistik*, S.41ff).

Pflegestufenindex

Der Pflegestufenindex bildet den Schweregrad der Pflegeeinstufung über alle Bewohner(innen) einer Wohngemeinschaft ab. Er setzt sich wie folgt zusammen: Es werden hierbei nur Bewohner(innen) mit einer bewilligten Pflegeeinstufung berücksichtigt. Alle Personen werden gemäß ihrer Pflegeeinstufung gewichtet (Pflegestufe 0/II/III/III = Gewichtungsfaktor 0/1/2/3), die Gewichtungsfaktoren werden aufsummiert und auf den Bereich 0-100 normiert. Ein Pflegestufenindex von „0“ entspricht damit einer Wohngemeinschaft, die nur Bewohner(innen) ohne Pflegeeinstufung (Pflegestufe „0“) versorgt, ein Pflegestufenindex von „100“ einer Wohngemeinschaft, die ausschließlich schwerstpflegebedürftige Bewohner(innen) (Pflegestufe „III“) versorgt.

p-Wert

Der sogenannte »p-Wert« ist das Ergebnis eines Signifikanztests zur Prüfung einer vorab aufgestellten (Null-) Hypothese. Ist der p-Wert kleiner als das, ebenfalls vorab, gewählte Irrtums-(Signifikanz-)Niveau α , dann gilt das Ergebnis als statistisch signifikant (Bender, R. & Lange, St. (2001): *Was ist der p-Wert?* Dtsch. Med. Wschr.; 126 Jg., Nr. 15: T39–T40).

Signifikanz

Signifikanz steht in der empirischen Forschung im Allgemeinen für statistische Signifikanz und bezieht sich auf das Problem des Schlusses von einer (Zufalls-)Stichprobe auf die Grundgesamtheit. Als signifikant in diesem Sinne gilt das Ergebnis eines Hypothesentests – des Signifikanztests –, wenn die Annahme berechtigt ist, dass ein theoretisch angenommener und in den Daten vorgefundener Zusammenhang zwischen Merkmalen oder Unterschied zwischen Gruppen nicht alleine durch die Unschärfe erklärt werden kann, die mit der Stichprobenziehung verbunden ist. Die Berechtigung dieser Annahme kann nie mit Sicherheit erwiesen werden, sondern nur mit einer gewissen, vorab festzulegenden (Irrtums-)Wahrscheinlichkeit (ILMES - Internet-Lexikon der Methoden der empirischen Sozialforschung: http://www.lrz-muenchen.de/~wlm/ein_voll.htm vom 11.06.2007).

Signifikanzniveau

Die vorab festgelegte maximale Irrtumswahrscheinlichkeit eines statistischen Signifikanztests bezeichnet man als Signifikanzniveau. Diese gibt eine Obergrenze für den sog. Fehler 1. Art an, nämlich die Nullhypothese abzulehnen obwohl sie richtig ist. Übliche Signifikanzniveaus sind 0,05, 0,01 und 0,001, also 5, 1 oder 0,1 Prozent. Ein Signifikanzniveau von 0,05 festzulegen bedeutet, dass man ein Ergebnis als signifikant akzeptiert, welches rein zufällig nur in 5 Prozent aller Stichprobenziehungen auftreten würde, wenn der vermutete Zusammenhang "in Wahrheit", d. h. in der Grundgesamtheit, gar nicht besteht (vgl. ILMES - Internet-Lexikon der Methoden der empirischen Sozialforschung: http://www.lrz-muenchen.de/~wlm/ein_voll.htm vom 11.06.2007).

Signifikanztest

Signifikanztests werden zum statistischen Nachweis von Unterschieden oder Effekten eingesetzt. Signifikanztests dienen zumeist dem statistischen Nachweis von Unterschieden oder Effekten. Dabei versucht man, die Nullhypothese zu widerlegen. Signifikanztests sind nur dann einsetzbar, wenn die Hypothese vor Kenntnis der Daten aufgestellt wurde. Das Ergebnis des Tests wird häufig als p-Wert angegeben. Signifikanz liegt vor, wenn der p-Wert kleiner ist, als das zuvor festgelegte Signifikanzniveau. Mit Signifikanztests kann man die Irrtumswahrscheinlichkeit quantifizieren, nicht ausschließen (Lange, St. & Bender, R. (2001): *Was ist ein Signifikanztest?* Dtsch. Med. Wschr.; 126 Jg., Nr. 15: T42–T44).

Sozialindex

Der Sozialindex verdeutlicht die soziale Belastung auf Basis der Berliner Bezirksstruktur und reproduziert zusammenfassend Variablen wie Lebenserwartung, Einkommen, Altersstrukturen der Bevölkerung, den Anteil Männer an der Bevölkerung, Arbeitslosenquote, Anteil Sozialhilfeempfänger, Anteil ausländische Bevölkerung etc. Ein positiver Wert des Sozialindex weist dabei auf eine gute, ein negativer Wert auf eine schlechtere Sozialstruktur hin (vgl. Meinschmidt, G. (Hrsg.) (2004): *Sozialstrukturatlas Berlin 2003*, S.22ff).

Spannweite

Die Spannweite R ist die Differenz zwischen Maximum und Minimum, also

$$R := x_{\max} - x_{\min}$$

(vgl. Ostermann, R. & Wolf-Ostermann, K. (2005) Statistik, S.57ff).

Standardabweichung

Bildet man das (arithmetische) Mittel der quadratischen Abstände aller Beobachtungen zum arithmetischen Mittel, so erhält man die empirische Varianz s^2 einer Beobachtungsreihe

$$s^2 := \frac{1}{n-1} \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2 \quad .$$

Die empirische Varianz s^2 ist der wohl am häufigsten verwandte Skalenparameter für metrische Daten. Da die empirische Varianz jedoch ein quadratisches Funktional ist, wird an ihrer Stelle oftmals zur Beschreibung der Variabilität der Daten die Standardabweichung $s = \sqrt{s^2}$ herangezogen (vgl. Ostermann, R. & Wolf-Ostermann, K. (2005): *Statistik*, S.60ff).

Test nach Fischer

Werden zwei Merkmale bzw. Zufallsvariablen X und Y mit jeweils nur zwei möglichen Ausprägungen in einer (2x2-)Kreuztabelle erfasst, so kann mit Hilfe des (exakten) Tests nach Fisher auf Unabhängigkeit in der Kontingenztafel getestet werden. Dieser Test kann auch bei einer geringen Anzahl von Beobachtungen verwendet werden (vgl. etwa Bosch, K. (1993): *Statistik-Taschenbuch*, S. 388ff).

t-Test

Mit Hilfe des Zweistichproben-t-Tests werden zwei Stichproben bzgl. ihrer angenommenen Erwartungswerte („Mittelwerte“ der Gruppen) miteinander verglichen. Dies kann mit Hilfe einseitiger Hypothesen

$$H_0 : \mu_X \leq \mu_Y \quad \text{bzw.} \quad H_0 : \mu_X \geq \mu_Y$$

gegen

$$H_1 : \mu_X > \mu_Y \quad \text{bzw.} \quad H_1 : \mu_X < \mu_Y$$

oder auch unter Verwendung der zweiseitigen Hypothese

$$H_0 : \mu_X = \mu_Y$$

gegen

$$H_1 : \mu_X \neq \mu_Y$$

geschehen herangezogen (vgl. Ostermann, R. & Wolf-Ostermann, K. (2005): *Statistik*, S.180ff).

Validität

Validität heißt allgemein Gültigkeit. Im Bereich empirischer Forschung bezeichnet Validität zum einen, dass bei Beobachtung/Messung tatsächlich gemessen wird, was gemessen werden soll bzw. zum anderen die allgemeine Gültigkeit des Untersuchungsdesigns. Bei der Validität von Messungen (nicht zu Verwechseln mit der Reliabilität (= Messgenauigkeit) von Messungen) unterscheidet man dabei zwischen Inhalts-, Kriteriums – sowie Konstruktvalidität (vgl. hierzu etwa Bortz, J. & Döring, N. (2002) Forschungsmethoden und Evaluation). Bei der Validität von Untersuchungsdesigns sind insbesondere die interne und die externe Validität von Interesse. Allgemein unterscheidet man zwischen Fehlern (oder Störungen), die sich auf die unmittelbaren Schlussfolgerungen aus einer Untersuchung beziehen (also: sind die beobachteten Unterschiede zwischen den Gruppen tatsächlich auf die vermutete Ursache zurückzuführen), und solchen, die sich auf die Generalisierbarkeit der Ergebnisse (also etwa die Übertragbarkeit auf andere Situationen oder andere Personen bzw. Personengruppen) beziehen. Erstere bezeichnet man als Störungen der internen Validität, letztere als Störungen der externen Validität (ILMES - Internet-Lexikon der Methoden der empirischen Sozialforschung: http://www.lrz-muenchen.de/~wlm/ein_voll.htm vom 11.06.2007).

ViB

Verein für Krankenpflegeeinrichtungen in Berlin e.V.

8 Anhang

Im nachfolgenden Anhang finden sich noch einmal tabellarisch zusammengefasste Kennzahlen zu allen erhobenen Angaben (Kapitel 8.1), die Anschreiben zur vorliegenden Studie (Kapitel 0) sowie die verwendeten Fragebögen (Kapitel 8.3).

8.1 Anhang 1: Tabellen

Ergebnisse der Umfrage zu „Wohngemeinschaften für pflegebedürftige (ältere) Menschen in Berlin“ (07.07.2006) ⁴⁰				
Mitarbeiter(innen) von Pflege- diensten in Wohngemeinschaften	Anzahl / Anteil	Mittelwert ⁴¹ / Median ⁴¹	Minimum ⁴¹	Maximum ⁴¹
Mitarbeiter(innen) insgesamt in Vollzeitstellen	1264 / 100% 969,0 / 100%	14,0 / 7,0 11,4 / 4,5	3,0 1,8	80,0 80,0
Mitarbeiter(innen) insgesamt pro Bewohner(in) in Vollzeitstellen		1,3 / 1,0 0,8 / 0,8	0,4 0,3	3,8 1,9
Pflegefachkräfte insgesamt in Vollzeitstellen	207 / 16,4% 160,7 / 16,6%	2,4 / 2,0 2,0 / 1,4	0,0 0,0	11,0 9,0
Anteil Pflegefachkräfte an Kräften insgesamt in Vollzeitstellen		18,6% / 11,3%	0,0%	100%
Pflegefachkräfte insgesamt pro Bewohner(in) in Vollzeitstellen		0,3 / 0,2 0,2 / 0,2	0,0 0,0	1,5 1,5
Pflegefachkraft mit Qualifizierung für die Arbeit in Wohngemeinschaften in Vollzeitstellen	39 / 3,1% 27,6 / 2,9%	0,6 / 0,0 0,5 / 0,0	0,0 0,0	3,0 3,0
Pflegefachkraft in Vollzeitstellen	168 / 13,3% 133,1 / 13,7%	2,2 / 2,0 1,9 / 1,1	0,0 0,0	11,0 8,6
Pflegehelfer(in) in Vollzeitstellen	337 / 26,7% 220,5 / 22,8%	4,6 / 3,0 3,7 / 2,3	0,0 0,0	50,0 33,0
Anteil Pflegehelfer(innen) an Kräf- ten insgesamt in Vollzeitstellen		25,4% / 7,1%	0,0%	100%
Pflegehelfer(innen) pro Bewohner(in) in Vollzeitstellen		0,5 / 0,4 0,4 / 0,3	0,0 0,0	3,0 1,3

⁴⁰ Achtung: vereinzelt wurden von Pflegediensten alle Mitarbeiter(innen) gemeinsam aufgeführt wurden, auch wenn diese in verschiedenen Wohngemeinschaften tätig sind

⁴¹ Werte pro Wohngemeinschaft – beruht jeweils auf Wohngemeinschaften mit Nennungen

Ergebnisse der Umfrage zu „Wohngemeinschaften für pflegebedürftige (ältere) Menschen in Berlin“ (07.07.2006) ⁴²				
Mitarbeiter(innen) von Pflege- diensten in Wohngemeinschaften	Anzahl / Anteil	Mittelwert ⁴³ / Median ⁴³	Minimum ⁴³	Maximum ⁴³
Fachkräfte insgesamt in Vollzeitstellen	720 / 57,0% 587,8 / 60,7%	8,9 / 4,0 7,9 / 2,5	0,0 0,0	64,0 64,0
Anteil Fachkräfte insgesamt an Kräften insgesamt in Vollzeitstellen		40,2% / 42,9%	0,0%	100%
Fachkräfte insgesamt pro Bewohner(in) in Vollzeitstellen		0,7 / 0,6 0,5 / 0,4	0,0 0,0	2,7 1,5
Fachkraft (Präsenzkraft) mit spezifi- scher Qualifizierung für die Arbeit in Wohngemeinschaften <i>in Vollzeitstellen</i>	35 / 2,8% 26,3 / 2,7%	0,6 / 0 0,5 / 0	0,0 0,0	3,0 2,5
Fachkraft (Präsenzkraft) mit 200-h- Basisqualifizierung Hauspflege <i>in Vollzeitstellen</i>	640 / 50,6% 545,3 / 56,3%	8,2 / 3,0 7,9 / 2,1	0,0 0,0	64,0 64,0
Fachkraft (Präsenzkraft) <i>in Vollzeitstellen</i>	45 / 3,6% 16,2 / 1,7%	0,8 / 0 0,4 / 0	0,0 0,0	8,0 3,0
Zivildienstleistende	15	0,3 / 0	0,0	3,0
FSJler	21	0,4 / 0	0,0	3,0
Altenpflegeschüler/in	40	0,6 / 0	0,0	2,0
Sonstige (z.B. MaE)	59	0,8 / 1,0	0,0	5,0
Ehrenamtlich Engagierte	112	1,7 / 0	0,0	15,0

⁴² Achtung: vereinzelt wurden von Pflegediensten alle Mitarbeiter(innen) gemeinsam aufgeführt wurden, auch wenn diese in verschiedenen Wohngemeinschaften tätig sind

⁴³ Werte pro Wohngemeinschaft – beruht jeweils auf Wohngemeinschaften mit Nennungen

Ergebnisse der Umfrage zu „Wohngemeinschaften für pflegebedürftige (ältere) Menschen in Berlin“ (07.07.2006) ⁴⁴				
Bewohner(innen) ⁴⁵	Anzahl / Anteil	Mittelwert ⁴⁶ / Median ⁴⁶	Minimum ⁴⁶	Maximum ⁴⁶
Wohnort nach Bezirk der Wohngemeinschaft <i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	1277 / 100% 90 / 100%	14,2 / 6,5	2	107
Mitte <i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	50 / 3,9% 7 / 7,8%	7,1 / 7,0	5	10
Friedrichshain-Kreuzberg <i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	29 / 2,3% 5 / 5,6%	5,8 / 6,0	4	8
Pankow <i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	221 / 17,3% 15 / 16,7%	14,7 / 8,0	4	107
Charlottenburg-Wilmersdorf <i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	44 / 3,5% 7 / 7,8%	6,3 / 6,0	3	9
Spandau <i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	58 / 4,5% 9 / 10,0%	6,4 / 4,0	3	11
Steglitz-Zehlendorf <i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	23 / 1,8% 4 / 4,4%	5,8 / 6,0	3	8
Tempelhof/Schöneberg <i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	92 / 7,2% 17 / 18,9%	5,4 / 5,0	3	12
Neukölln <i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	20 / 1,6% 3 / 3,3%	6,7 / 7,0	4	9
Treptow-Köpenick <i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	132 / 10,3% 4 / 4,4%	33,0 / 8,5	8	107
Marzahn-Hellersdorf <i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	26 / 2,0% 4 / 4,4%	6,5 / 6,0	6	8
Lichtenberg <i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	478 / 37,4% 7 / 7,8%	68,3 / 107,0	9	107
Reinickendorf <i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	104 / 8,1% 8 / 8,9%	13,0 / 4,0	2	54

⁴⁴ Achtung: vereinzelt wurden von Pflegediensten alle Bewohner(innen) gemeinsam aufgeführt wurden, auch wenn diese in verschiedenen Wohngemeinschaften oder zumindest Etagenwohnungen betreut werden

⁴⁵ Die Werte beziehen sich auf Angaben zur Gesamtzahl Bewohner(innen) (Seite 1 des Fragebogens)

⁴⁶ Werte pro Wohngemeinschaft – beruht jeweils auf Wohngemeinschaften mit Nennungen

Ergebnisse der Umfrage zu „Wohngemeinschaften für pflegebedürftige (ältere) Menschen in Berlin“ Bewohner(innen) von Wohngemeinschaft zum Stichtag 07.07.2006⁴⁷				
Bewohner(innen)⁴⁸	Anzahl / Anteil	Mittelwert⁴⁹ / Median⁴⁹	Minimum⁴⁹	Maximum⁴⁹
Wohnort nach Bezirk der Wohngemeinschaft <i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	739 / 100% 79 / 100%	9,4 / 7,0	2	107
Mitte <i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	42 / 5,7% 6 / 7,6%	7,0 / 6,0	5	10
Friedrichshain-Kreuzberg <i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	29 / 3,9% 5 / 6,3%	5,8 / 6,0	4	8
Pankow <i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	138 / 18,7% 15 / 19,0%	9,2 / 8,0	4	34
Charlottenburg-Wilmersdorf <i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	38 / 5,1% 6 / 7,6%	6,3 / 6,5	3	9
Spandau <i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	47 / 6,4% 7 / 8,9%	6,7 / 7,0	4	11
Steglitz-Zehlendorf <i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	23 / 3,1% 4 / 5,1%	5,8 / 6,0	3	8
Tempelhof/Schöneberg <i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	89 / 12,0% 16 / 20,3%	5,6 / 5,0	3	11
Neukölln <i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	27 / 3,7% 4 / 5,1%	6,8 / 7,0	4	9
Treptow-Köpenick <i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	50 / 6,8% 6 / 7,6%	8,3 / 8,0	7	12
Marzahn-Hellersdorf <i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	26 / 3,5% 4 / 5,1%	6,5 / 6,0	6	8
Lichtenberg <i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	125 / 16,9% 2 / 2,5%	62,5 / 62,5	17	107
Reinickendorf <i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	105 / 14,2% 4 / 5,1%	26,3 / 24,5	2	54

⁴⁷ Achtung: vereinzelt wurden von Pflegediensten alle Bewohner(innen) gemeinsam aufgeführt wurden, auch wenn diese in verschiedenen Wohngemeinschaften oder zumindest Etagenwohnungen betreut werden

⁴⁸ Die Werte ermitteln sich aus den Angaben zu Bewohner(innen) am Stichtag (Seite 2 des Fragebogens)

⁴⁹ Werte pro Wohngemeinschaft – beruht jeweils auf Wohngemeinschaften mit Nennungen

Ergebnisse der Umfrage zu „Wohngemeinschaften für pflegebedürftige (ältere) Menschen in Berlin“ <u>Bewohner(innen) von Wohngemeinschaft zum Stichtag 07.07.2006</u>				
Kennzahlen Bewohner(innen)	Anzahl / Anteil	Mittelwert ⁵⁰ / Median ⁵⁰	Minimum ⁵⁰	Maximum ⁵⁰
Bewohner(innen)	745 / 100%	14,2 / 6,5	2	107
<i>männliche Bewohner</i>	190 / 25,6%	3,8 / 2,0	0	25
<i>weibliche Bewohnerinnen</i>	553 / 74,4%	10,9 / 5,0	0	82
Alter in Jahren (nur pflegebedürftig ⁵¹)	739 / 100% (661 / 100%)	79,5 / 82,4 (80,5 / 83,1)	24,8 (24,8)	104,3 (104,3)
<i>männliche Bewohner</i> (nur pflegebedürftig ⁴⁴)	184 / 24,9% (145 / 21,9%)	71,4 / 71,6 (72,8 / 73,2)	24,8 (2,8)	104,3 (104,3)
<i>weibliche Bewohnerinnen</i> (nur pflegebedürftig ⁴⁴)	553 / 74,8% (516 / 78,1%)	82,2 / 84,4 (82,6 / 84,7)	42,7 (42,7)	98,9 (98,9)
Herkunftssprache	742 / 100%	----	----	----
<i>deutsch</i>	724 / 97,6%	----	----	----
<i>andere</i>	18 / 2,4%	----	----	----
Diagnosen				
Diagnose vorhanden	605 / 81,2%	92,5% / 100%	0,0%	100%
Diagnose fehlend	140 / 18,8%			
psychiatrische Diagnosen	543 / 72,9%	85,7% / 100%	0,0%	100%
demenzielle Erkrankungen	333 / 44,7%	49,6% / 50,0%	0,0%	100%
demenzielle Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten	111 / 14,9%	19,5% / 1,9%	0,0%	100%
andere psychiatrische Erkrankungen	99 / 13,3%	16,6% / 0,0%	0,0%	100%
somatische Diagnosen	126 / 16,9%	20,4% / 0,0%	0,0%	100%
MS-Erkrankungen	1 / 0,1%	0,2% / 0,0%	0,0%	16,7%
Schlaganfall	37 / 5,0%	4,0% / 0,0%	0,0%	28,6%
Aids-Erkrankungen	5 / 0,7%	1,0% / 0,0%	0,0%	71,4%
andere somatische Erkrankungen	83 / 11,1%	15,2% / 0,0%	0,0%	100%
sonstige Diagnosen	114 / 15,3%	8,4% / 0,0%	0,0%	100%
ohne diagnostizierte Erkrankungen	2 / 0,2%	0,1% / 0,0%	0,0%	1,9%
Versorgung / Pflege vor Einzug:	713 / 100%			
Privathaushalt ohne Pflegedienst	113 / 15,8%	16,5% 12,5%	0,0%	100%
Privathaushalt mit Pflegedienst	298 / 41,8%	46,7% / 50,0%	0,0%	100%
Betreutes Wohnen	37 / 5,2%	8,6% / 0,0%	0,0%	100%
Pflegeheim	34 / 4,8%	6,7% / 0,0%	0,0%	66,7%
Kurzzeitpflege	47 / 6,6%	6,0% / 0,0%	0,0%	100%
Krankenhaus	92 / 12,9%	12,4% / 0,0%	0,0%	90,0%
sonstige	92 / 12,9%	3,1% / =,0%	0,0%	75,0%

⁵⁰ Werte pro Wohngemeinschaft – beruht jeweils auf Wohngemeinschaften mit Nennungen

⁵¹ Einstufung in Pflegestufe I-III bzw. Härtefallregelung

Ergebnisse der Umfrage zu „Wohngemeinschaften für pflegebedürftige (ältere) Menschen in Berlin“ Bewohner(innen) von Wohngemeinschaft zum Stichtag 07.07.2006				
Kennzahlen Bewohner(innen)	Anzahl / Anteil	Mittelwert⁵² / Median⁵²	Minimum⁵²	Maximum⁵²
bisherige Pflegedauer ⁵³ in Monaten	728	23,7 / 18,4	0,2	105,7
Pflegestufe	739 / 100%			
mit Pflegeeinstufung	669 / 90,6%	89,4% / 100%	25,0%	100%
ohne Pflegeeinstufung („0“)	55 / 7,4%	8,0% / 0,0%	0,0%	75,0%
beantragt / sonstige	15 / 2,0%	1,4% / 0,0%	0,0%	28,6%
Pflegestufe I	230 / 30,9%	31,3% / 25,0%	0,0%	100%
Pflegestufe II	339 / 45,5%	43,5% / 42,9%	0,0%	100%
Pflegestufe III	100 / 13,4%	14,7% / 12,5%	0,0%	83,3%
Härtefallregelung	0 / 0,0%			
Zuordnung zu § 45a	417 / 56,4%	63,7% / 80,0%	0,0%	100%
Wohnort vor Einzug: in Berlin	648 / 100%			
Mitte	615 / 94,9%			
Friedrichshain-Kreuzberg	40 / 6,2%			
Pankow	43 / 6,6%			
Charlottenburg-Wilmersdorf	65 / 10,0%			
Spandau	35 / 5,4%			
Steglitz-Zehlendorf	47 / 7,3%			
Tempelhof/Schöneberg	32 / 4,9%			
Neukölln	63 / 9,7%			
Treptow-Köpenick	58 / 9,0%			
Marzahn-Hellersdorf	27 / 4,2%			
Lichtenberg	24 / 3,7%			
Reinickendorf	87 / 13,4%			
außerhalb Berlins	94 / 14,5%			
	33 / 5,1%			
Lebenssituation zuvor	597 / 100%			
alleinlebend	444 / 74,4%	74,7% / 80,0%	0,0%	100%
zusammenlebend	153 / 25,6%	25,3% / 20,0%	0,0%	100%
Selbstzahler	134 / 18,0%	20,3% / 16,7%	0,0%	75,0%
gesetzliche Betreuung:	579 / 100%			
Angehörige	254 / 43,9%	42,9% / 50,0%	0,0%	100%
andere	325 / 56,1%	57,2% / 50,0%	0,0%	100%

⁵² Werte pro Wohngemeinschaft – beruht jeweils auf Wohngemeinschaften mit Nennungen

⁵³ Pflegedauer von Einzug bis zum Stichtag 07.07.2006

Ergebnisse der Umfrage zu „Wohngemeinschaften für pflegebedürftige (ältere) Menschen in Berlin“ Bewohner(innen), die 2005 in die Wohngemeinschaft eingezogen sind				
Bewohner(innen)	Anzahl / Anteil	Mittelwert⁵⁴ / Median⁵⁴	Minimum⁵⁴	Maximum⁵⁴
Wohnort nach Bezirk der Wohngemeinschaft	204 / 100%	3,6 / 3,0	1	23
<i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	48 / 100%			
Mitte	13 / 6,4%	4,3 / 5,0	1	7
<i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	3 / 6,3%			
Friedrichshain-Kreuzberg	9 / 4,4%	3,0 / 3,0	2	4
<i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	3 / 6,3%			
Pankow	34 / 16,7%	2,5 / 2,0	1	5
<i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	11 / 22,9%			
Charlottenburg-Wilmersdorf	15 / 7,4%	2,8 / 2,5	1	5
<i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	4 / 8,3%			
Spandau	13 / 6,4%	3,2 / 3,0	1	6
<i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	6 / 12,5%			
Steglitz-Zehlendorf	15 / 7,4%	5,0 / 6,0	3	6
<i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	3 / 6,3%			
Tempelhof/Schöneberg	19 / 9,3%	2,4 / 1,0	1	6
<i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	7 / 14,6%			
Neukölln	2 / 1,0%	1,0 / 1,0	1	1
<i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	1 / 2,1%			
Treptow-Köpenick	15 / 7,4%	3,8 / 3,5	1	7
<i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	4 / 8,3%			
Marzahn-Hellersdorf	16 / 7,8%	5,3 / 6,0	2	8
<i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	3 / 6,3%			
Lichtenberg	19 / 9,3%	4,0 / 4,0	4	4
<i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	1 / 2,1%			
Reinickendorf	34 / 16,7%	12,5 / 12,5	2	23
<i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	2 / 4,2%			

⁵⁴ Werte pro Wohngemeinschaft – beruht jeweils auf Wohngemeinschaften mit Nennungen

Ergebnisse der Umfrage zu „Wohngemeinschaften für pflegebedürftige (ältere) Menschen in Berlin“ Bewohner(innen), die 2005 in die Wohngemeinschaft eingezogen sind				
Kennzahlen Bewohner(innen)	Anzahl / Anteil	Mittelwert⁵⁵ / Median⁵⁵	Minimum⁵⁵	Maximum⁵⁵
Bewohner(innen)	204 / 100%	3,6 / 3,0	1	23
<i>männliche Bewohner</i>	53 / 26,0%	2,1 / 2,0	1	8
<i>weibliche Bewohnerinnen</i>	151 / 74,0%	3,4 / 2,0	1	23
Alter in Jahren	204 / 100%	78,3 / 80,3	33,2	98,8
<i>männliche Bewohner</i>	53 / 26,0%	72,0 / 72,8	33,2	94,0
<i>weibliche Bewohnerinnen</i>	151 / 74,0%	80,5 / 82,1	55,6	98,8
Versorgung / Pflege vor Einzug:	201 / 100%			
Privathaushalt ohne Pflegedienst	38 / 18,9%	14,8% / 0,0%	0,0%	100%
Privathaushalt mit Pflegedienst	86 / 42,8%	51,1% / 50,0%	0,0%	100%
Betreutes Wohnen	10 / 5,0%	5,2% / 0,0%	0,0%	100%
Pflegeheim	9 / 4,5%	3,4% / 0,0%	0,0%	75,0%
Kurzzeitpflege	10 / 5,0%	3,8% / 0,0%	0,0%	50,0%
Krankenhaus	38 / 18,9%	16,8% / 0,0%	0,0%	100%
sonstige	10 / 5,0%	5,0% / 0,0%	0,0%	100%
Pflegestufe	204 / 100%			
mit Pflegeeinstufung	186 / 91,1%	92,1% / 100%	0,0	100%
ohne Pflegeeinstufung („0“)	15 / 7,4%	7,2% / 0,0%	0,0	100%
beantragt / sonstige	3 / 1,5%	0,7% / 0,0%	0,0	25,0%
Pflegestufe I	77 / 37,7%	41,9% / 33,3%	0,0	100%
Pflegestufe II	90 / 44,1%	40,2% / 42,9%	0,0	100%
Pflegestufe III	19 / 9,3%	9,9% / 0,0%	0,0	100%
Härtefallregelung	0 / 0,0%			
Zuordnung zu § 45a	96 / 47,1%	69,1% / 100%	0,0	100%

⁵⁵ Werte pro Wohngemeinschaft – beruht jeweils auf Wohngemeinschaften mit Nennungen

Ergebnisse der Umfrage zu „Wohngemeinschaften für pflegebedürftige (ältere) Menschen in Berlin“ <u>Bewohner(innen), die 2005 in die Wohngemeinschaft eingezogen sind</u>				
Kennzahlen Bewohner(innen)	Anzahl / Anteil	Mittelwert⁵⁶ / Median⁵⁶	Minimum⁵⁶	Maximum⁵⁶
Wohnort vor Einzug: in Berlin	189 / 100%			
Mitte	13 / 6,9%			
Friedrichshain-Kreuzberg	20 / 10,6%			
Pankow	17 / 9,0%			
Charlottenburg-Wilmersdorf	7 / 3,7%			
Spandau	15 / 7,9%			
Steglitz-Zehlendorf	6 / 3,2%			
Tempelhof/Schöneberg	24 / 12,7%			
Neukölln	10 / 5,3%			
Treptow-Köpenick	9 / 4,8%			
Marzahn-Hellersdorf	11 / 5,8%			
Lichtenberg	17 / 9,0%			
Reinickendorf	29 / 15,3%			
außerhalb Berlins	11 / 5,8%			
Lebenssituation zuvor	193 / 100%			
alleinlebend	145 / 75,1%	79,8% / 100%	0,0%	100%
zusammenlebend	48 / 24,9%	20,2% / 0,0%	0,0%	100%

⁵⁶ Werte pro Wohngemeinschaft – beruht jeweils auf Wohngemeinschaften mit Nennungen

Ergebnisse der Umfrage zu „Wohngemeinschaften für pflegebedürftige (ältere) Menschen in Berlin“ Bewohner(innen), die die Wohngemeinschaft 2005 verlassen haben				
Bewohner(innen)	Anzahl / Anteil	Mittelwert⁵⁷ / Median⁵⁷	Minimum⁵⁷	Maximum⁵⁷
Wohnort nach Bezirk der Wohngemeinschaft	104 / 100%	2,2 / 1,0	1	13
<i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	37 / 100%			
Mitte	3 / 2,9%	1,5 / 1,5	1	2
<i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	2 / 5,4%			
Friedrichshain-Kreuzberg	6 / 5,8%	2,0 / 2,0	1	3
<i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	3 / 8,1%			
Pankow	24 / 23,1%	2,1 / 2,0	1	4
<i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	11 / 29,7%			
Charlottenburg-Wilmersdorf	4 / 3,8%	2,0 / 2,0	1	3
<i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	2 / 5,4%			
Spandau	7 / 6,7%	1,4 / 1,0	1	3
<i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	5 / 13,5%			
Steglitz-Zehlendorf	0 / 0,0%			
<i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	0 / 0,0%			
Tempelhof/Schöneberg	6 / 5,8%	1,2 / 1,0	1	2
<i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	5 / 13,5%			
Neukölln	1 / 1,0%	1,0 / 1,0	1	1
<i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	1 / 2,7%			
Treptow-Köpenick	9 / 8,7%	3,0 / 4,0	1	4
<i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	3 / 8,1%			
Marzahn-Hellersdorf	4 / 4,8%	2,5 / 2,5	1	4
<i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	2 / 5,4%			
Lichtenberg	14 / 13,5%	4,0 / 4,0	4	4
<i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	1 / 2,7%			
Reinickendorf	25 / 24,0%	7,0 / 7,0	1	13
<i>Anzahl Wohngemeinschaften</i>	2 / 5,4%			

⁵⁷ Werte pro Wohngemeinschaft – beruht jeweils auf Wohngemeinschaften mit Nennungen

Ergebnisse der Umfrage zu „Wohngemeinschaften für pflegebedürftige (ältere) Menschen in Berlin“ Bewohner(innen), die die Wohngemeinschaft 2005 verlassen haben				
Kennzahlen Bewohner(innen)	Anzahl / Anteil	Mittelwert⁵⁸ / Median⁵⁸	Minimum⁵⁸	Maximum⁵⁸
Bewohner(innen)	99 / 100%	2,2 / 1,0	1	13
<i>männliche Bewohner</i>	26 / 26,3%	0,7 / 0,0	0	5
<i>weibliche Bewohnerinnen</i>	73 / 73,7%	1,9 / 1,0	0	12
Alter in Jahren	98 / 100%	82,6 / 83,2	43,5	101,2
<i>männliche Bewohner</i>	26 / 26,5%	75,8 / 79,6	43,5	94,8
<i>weibliche Bewohnerinnen</i>	72 / 73,5%	85,1 / 85,1	61,2	101,2
Pflegedauer in Jahren	95	1,6 / 1,1	0,0	5,8
Pflegestufe	98 / 100%			
mit Pflegeeinstufung	95 / 96,9%	96,5% / 100%	0,0%	100%
ohne Pflegeeinstufung („0“)	3 / 3,1%	3,5% / 0,0%	0,0%	100%
Pflegestufe I	13 / 13,3%	16,5% / 0,0%	0,0%	100%
Pflegestufe II	46 / 46,9%	45,4% / 45,0%	0,0%	100%
Pflegestufe III	36 / 36,7%	34,7% / 11,5%	0,0%	100%
Härtefallregelung	0 / 0,0%			
Zuordnung zu § 45a	33 / 33,7%	91,7% / 100%	0,0%	100%
Anlass für die Beendigung des Pflegeverhältnisses / das Verlassen der Wohngemeinschaft:	97 / 100%			
<u>verstorben</u>				
<i>in Wohngemeinschaft</i>	35 / 36,1%	35,4% / 25,0%	0,0%	100%
<i>im Krankenhaus</i>	34 / 35,1%	32,6% / 0,0%	0,0%	100%
<u>Umzug</u>				
<i>in Privathaushalt</i>	5 / 5,2%	7,5% / 0,0%	0,0%	100%
<i>in Pflegeheim</i>	9 / 9,3%	13,6% / 0,0%	0,0%	100%
<i>in Betreutes Wohnen</i>	3 / 3,1%	4,0% / 0,0%	0,0%	100%
<u>sonstiges</u>	11 / 11,3%	7,0% / 0,0%	0,0%	100%

⁵⁸ Werte pro Wohngemeinschaft – beruht jeweils auf Wohngemeinschaften mit Nennungen

8.2 Anhang 2: Anschreiben



Alice-Salomon-Fachhochschule, Alice-Salomon-Platz 5, D-12627 Berlin

An
 alle Pflegedienste im Land Berlin

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

Tel +49 (0)30 992 45-507

Fax +49 (0)30 992 45 245

e-mail: wolf-ostermann@asfh-berlin.de

Berlin, 29.06.2006

Untersuchung der Bewohnerstruktur in Wohngemeinschaften für pflegebedürftige (ältere) Menschen

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit möchten wir Sie um Ihre Mithilfe bei einer Untersuchung zur Bewohnerstruktur in Wohngemeinschaften für pflegebedürftige (ältere) Menschen im Land Berlin bitten, für die ich mich im Voraus schon einmal ganz herzlich bedanken möchte.

Das Konzept der ambulant betreuten Wohngemeinschaften hat in den letzten Jahren sowohl im Versorgungsangebot wie in der fachöffentlichen und politischen Diskussion einen immer größeren Stellenwert eingenommen. Berlin nimmt hierbei in der Bundesrepublik Deutschland als Region eine führende Stellung bezogen auf die Anzahl solcher Wohngemeinschaften ein, wobei in Zukunft ein weiterer Ausbau dieser betreuten Wohnformen zu erwarten ist. Aufgrund der großen fachlichen Relevanz ist es von daher grundlegend, eine valide Datenbasis zu schaffen, die das Angebot beschreibt und die dazu beiträgt, notwendige Versorgungsstrukturen zu sichern und das Angebot in quantitativer wie in qualitativer Hinsicht weiterzuentwickeln.

Die Alice-Salomon-Fachhochschule möchte dazu beitragen, den sozialpolitischen und wissenschaftlichen Diskurs zu befördern und plant dazu, mit einer Umfrage abzubilden, welche Versorgungs- und Nutzer(innen)struktur in Berlin derzeit gegeben ist. Hierbei sind wir unverzichtbar auf Ihre Mitarbeit angewiesen und bitten Sie deshalb um Ihre aktive Unterstützung. Die Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz unterstützt dieses Vorhaben ausdrücklich. Die Ergebnisse dieser Studie werden der Senatsverwaltung anonymisiert zur Verfügung gestellt und sollen dort für die Weiterentwicklung des Angebotes genutzt werden. Die Befragung ist auch mit den Verbänden der Leistungsanbieter abgestimmt und wird von diesen ebenfalls ausdrücklich unterstützt.

Dem Datenschutz wird in allen Belangen Rechnung getragen. Die Hinweise des Berliner Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit wurden vollständig berücksichtigt (Vorgang 54.2698; Tel.: (030)13889-305). Die Datenhaltung und Auswertung der Studie erfolgt ausschließlich durch die Alice-Salomon-Fachhochschule. Nach erfolgter Rücklauf- und Plausibilitätskontrolle erfolgt eine Trennung der auswertungsrelevanten Daten von

identifizierenden Daten zu Pflegediensten und Wohngemeinschaften, um so die Anonymität Ihres Dienstes und Ihrer Klient(inn)en zu sichern. Die erhobenen Einzeldaten werden nicht an Dritte weitergegeben. Eine Auswertung und Weitergabe von Ergebnissen erfolgt nur in aggregierter Form. Rückschlüsse bezüglich einzelner Personen, Wohngemeinschaften oder Leistungserbringer sind nicht möglich.

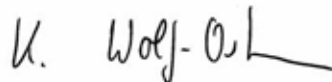
Folgende Hinweise möchten wir Ihnen für die Durchführung der Umfrage geben:

- Wenn neben Ihrem Pflegedienst ein / mehrere weitere(r) Pflegedienst(e) an der Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner der Wohngemeinschaft mitwirken, sprechen Sie sich bitte untereinander ab, um Doppelerfassungen auszuschließen.
- Falls Unsicherheiten beim Ausfüllen bestehen, haben Sie bitte keine Scheu, dies zu klären. Die entsprechende Email-Adresse des Ansprechpartners finden Sie auf dem Fragebogen.
- **Stichtag** der Umfrage ist der **07.07.2006**.
- Bitte senden Sie den Fragebogen bis zum **21.07.2006** zurück, damit die Daten zeitnah ausgewertet werden können.
- Wenn Ihr Pflegedienst nicht in Wohngemeinschaften tätig sein sollte, betrachten Sie dieses Schreiben bitte nur als Information.

Eine Veröffentlichung der Ergebnisse ist geplant. Der Abschlussbericht sowie eine Zusammenfassung der Ergebnisse werden allen Interessierten nach Abschluss der Studie als Download im Internetbereich der Alice-Salomon-Fachhochschule zur Verfügung gestellt. Selbstverständlich ist die Teilnahme an der vorliegenden Studie völlig freiwillig. Wir würden uns jedoch sehr freuen, wenn Sie trotz knapper zeitlicher Ressourcen an der vorliegenden Umfrage teilnehmen und so zu einer praxisnahen und gemeinsamen Forschung beitragen.

Bitte unterstützen Sie uns, indem Sie sich an der Umfrage beteiligen!

Mit vielem Dank und in der Hoffnung auf eine große Beteiligung verbleibe ich mit freundlichen Grüßen



(Prof. Dr. K. Wolf-Osternann)

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz



Die Senatorin

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
Oranienstraße 106, 10969 Berlin

An

alle Pflegedienste im Land Berlin
parallel Verbände der Leistungserbringer

Geschäftszeichen (bei Antwort bitte angeben)

I D 15

Bearbeiter/in:

Herr Stockschlaeder

Zimmer:

5041

Telefon:

(030) 9028 (Intern: 928) 2484

Telefax:

(030) 9028 (Intern: 928) 2063

Datum:

28.06.2006

Untersuchung der Bewohnerstruktur in Wohngemeinschaften für pflegebedürftige (ältere) Menschen

Sehr geehrte Damen und Herren,

der demografische Umbruch führt in Berlin - wie auch in den anderen deutschen Großstädten - dazu, dass die älteren Altersgruppen in den nächsten 15 Jahren zunehmen werden. In diesem Zusammenhang wird sich auch die Zahl von Menschen mit Demenz deutlich erhöhen. Sozialpolitisch ergibt sich hieraus die Notwendigkeit, ein umfassendes, abgestuftes Netz von Hilfen, Betreuungs- und Versorgungsangeboten anzubieten, um in der eigenen Häuslichkeit, in Wohngemeinschaften oder in Pflegeheimen eine qualitätsvolle Betreuung zu erreichen. Da die Mehrzahl der älteren Menschen solange wie möglich selbstständig in der eigenen Wohnung wohnen bleiben möchte und der Gesetzgeber der häuslichen Versorgung Vorrang gegeben hat, gewinnt das Entstehen alternativer Wohnformen an Bedeutung. Berlin kann diesbezüglich auf eine positive Entwicklung zurückblicken. So hat sich insbesondere die Zahl der Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz in den letzten Jahren kontinuierlich erhöht.

Angesichts dieser Entwicklung ist es wichtig, einen Überblick über die Wohngemeinschaften als gewichtiges und sich derzeit schnell entwickelndes Angebot zum Wohnen im Alter und über die Struktur ihrer Bewohner/-innen zu gewinnen. Leider lassen sich die benötigten Daten nicht aus der Bundespflegestatistik gemäß § 109 SGB XI, sondern nur mit Unterstützung der ambulanten Pflegedienste im Rahmen einer zusätzlichen Erhebung gewinnen.

Die Alice-Salomon-Fachhochschule hat sich dankenswerter Weise entschlossen, unter Leitung von Frau Prof. Wolf-Ostermann eine Befragung zur Versorgung von Pflegebedürftigen in Wohngemeinschaften, die durch ambulante Pflegedienste betreut werden, durchzuführen, die die genannten Aspekte zum Gegenstand hat. Ziel der Befragung ist es, mit einem für die Pflegedienste begrenzten Arbeitsaufwand die Bewohnerstruktur in den Wohngemeinschaften abzubilden. Für alle an der Versorgung Beteiligten sollen sich damit Kenntnisstand und Transparenz zum Angebot verbessern.

Dienstgebäude:
Oranienstraße 106
10969 Berlin

Fahrverbindungen:
- U6 Kochstr., Bus M29
- U9 Moritzplatz, Bus M29
- U2 Spittelmarkt (ca. 10 Min. Fußweg)
- S1, S2, S25 Anhalter Bahnhof, Bus M29
- Bus M29, 265

Sprechzeiten:
Montag bis Freitag
von 10.00 bis 14.00 Uhr
bzw. nach Vereinbarung

Zahlungen bitte
bargeldlos nur an die
Landeshauptkasse,
Klosterstr. 59
10179 Berlin

Kontonummer
58-1 00
9 919 260 800
0 990 007 600
10 001 520

Geldinstitut
Postbank Berlin
Berliner Bank AG
Landesbank Berlin
LZB Berlin

Bankleitzahl
100 100 10
100 200 00
100 500 00
100 000 00



E-Mail: Heinrich.Stockschlaeder@sengsv.verwalt-berlin.de
(Der Empfang elektronisch signierter Dokumente ist vorerst nicht möglich.)

Internet: www.berlin.de/sengsv/

- 2 -

Die Ergebnisse sollen außerdem in einen Bericht „Gemeinschaftliche Wohnformen / Wohnen im Alter“ einfließen, der in meinem Haus erstellt werden soll. Sie würden insofern mit ihrer Beteiligung auch das Land bei der Wahrnehmung seiner Aufgabe gemäß § 9 SGB XI unterstützen, eine leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende wirtschaftliche pflegerische Versorgungsstruktur vorzuhalten.

Um Ihre Arbeitsbelastung durch statistische Erhebungen auf das Notwendige zu beschränken und Doppelbefragungen zum gleichen Thema zu vermeiden, ist beabsichtigt, die Untersuchungsergebnisse an andere Fachreferate, die Trägerverbände, die Bezirke und die Pflegekassen weiterzuleiten.

Die Alice-Salomon-Fachhochschule hat die Befragung mit dem Berliner Datenschutzbeauftragten abgestimmt.

Ich bitte Sie herzlich, sich an der Umfrage zu beteiligen.

Im Voraus vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Mit freundlichen Grüßen

Herch Kuake Wauer

8.3 Anhang 3: Fragebögen

Wohngemeinschaften für pflegebedürftige (ältere) Menschen in Berlin

Bitte bis **21. Juli 2006** zurücksenden an:

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann
Alice-Salomon-Fachhochschule
Alice-Salomon-Platz 5
12627 Berlin

Ansprechpartner für Rückfragen:

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

Tel. 992 45 507 Fax 992 45 245 e-mail: wolf-ostermann@asfh-berlin.de

Bitte schicken Sie mir formlos eine E-mail bzw. ein Fax oder hinterlassen Sie eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter, falls Sie mich nicht telefonisch erreichen. Ich melde mich umgehend zurück

Hinweise zur Bearbeitung des Fragebogens

Alle Fragen betreffen ausschließlich Wohngemeinschaften (WG), deren Bewohner/-innen von ambulanten Pflegediensten im Rahmen der Vereinbarungen gem. § 89 SGB XI und § 75 Abs. 3 SGB XII (alt § 93 Abs. 2 BSHG) versorgt werden (LK 19 und 38, Bündelung von Einzelleistungs komplexen). Wohngemeinschaften, deren Bewohner/-innen auf der Basis von Verträgen zu Leistungstypen gem. SGB XII versorgt werden, sind nicht Gegenstand dieser Befragung. Bitte betrachten Sie den Fragebogen nur als Information, wenn ihr Pflegedienst nicht in so finanzierten Wohngemeinschaften tätig ist.

Wenn neben Ihrem Pflegedienst ein oder mehrere Pflegedienste in einer Wohngemeinschaft tätig ist / sind, sprechen Sie sich bitte ab, um Doppelerfassungen von Bewohner/-innen auszuschließen.

Wir haben, um den Arbeitsaufwand für Sie gering zu halten, den Fragebogen so knapp wie möglich gestaltet.

Der Fragebogen besteht aus folgenden Blättern:

- Angaben zur Wohngemeinschaft und den Pflegediensten, die in ihr tätig sind
- Angaben zu allen Bewohner/-innen, die am Stichtag 07.07.2006 in der Wohngemeinschaft leben
- Angaben zu allen Bewohnerinnen und Bewohnern, die 2005 in die Wohngemeinschaft eingezogen sind
- Angaben zu allen Bewohnerinnen und Bewohnern, die die Wohngemeinschaft 2005 verlassen haben sowie
- Erläuterungen

Falls Ihnen das Ausfüllen des Fragebogens am PC leichter fällt, kann der Fragebogen im Internet abgerufen werden unter: <http://www.asfh-berlin.de/hsl/freepage.phtml?freeid=181&id=376>

Bitte beachten Sie, dass wir in jedem Fall den ausgefüllten Fragebogen aus datenschutzrechtlichen Gründen in Schriftform benötigen.

1 Wir pflegen in der Wohngemeinschaft

Straße, Hausnr.:
PLZ:
Telefon:
Vermieter:

2 In der WG sind folgende Pflegedienste tätig

1 Name des Pflegedienstes:

Straße, Hausnr.:
PLZ:
Trägerverband:

2 Name des Pflegedienstes:

Straße, Hausnr.:
PLZ:
Trägerverband:

3 In der WG arbeiten am Stichtag 07.07.2006

A. Im Pflegedienst beschäftigte Mitarbeiter/innen		
	Anzahl	Stellenumfang umgerechnet auf Vollzeitstellen
Pflegefachkraft mit Qualifizierung für die Arbeit in Wohngemeinschaften		
Pflegefachkraft		
PflegehelferIn		
Fachkraft (Präsenzkraft) mit spezifischer Qualifizierung für die Arbeit in Wohngemeinschaften		
Fachkraft (Präsenzkraft) mit 200-h-Basisqualifizierung Hauspflege		
Fachkraft (Präsenzkraft)		

B. Sonstige im Pflegedienst beschäftigte Mitarbeiter/innen	
	Anzahl
Zivildienstleistender	
FSJler	
Altenpflegeschüler/in	
Sonstige (z.B. MaE)	

C. Anzahl ehrenamtlich Engagierter	
------------------------------------	--

4 In der WG leben am Stichtag 07.07.2006

Anzahl männliche Bewohner:
Anzahl weibliche Bewohnerinnen:

Um Ihnen und mir Rückfragen zu ersparen, bitte ich Sie, vor dem Versand zu überprüfen, ob der Erhebungsbogen vollständig ausgefüllt ist. Bei jeder Frage sollte eine Angabe stehen; ggf. eine Null eintragen oder Unzutreffendes streichen.

Bearbeiter/in (falls Rückfragen erforderlich sind)

Name

Telefon

Datum

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Angaben zu allen Menschen, die am Stichtag in der Wohngemeinschaft leben

Stichtag: 07.07.2006

Bitte die Angaben zu jeder einzelnen Person (ohne Namen) entgegen, bei Bedarf darf kopieren

M. Nr.	Bezir kenn ziffer	Ge- schlecht		Geburtsdatum		Muttersprache / Herkunfts- sprache		Diagnosegruppe (aktueller Stand; Mehrfachnennung möglich; siehe Anlage)			Beginn der Pflege		Versorgung / Pflege unmittelbar vor Beginn des Pflegeverhältnisses					Pflegestufe (aktuell in Stärke bei Einzug)					Zuwei- nung zu § 46a legitimi- ert oder nicht	Wohnort vor Einzug in Anlage	Lebens- situation vor Einzug		Selbst- zahler	gesetzliche Betreuung			
		m	w	Monat (1-12)	Jahr	Deutsch	andere	psych. Diagn.	somat. Diagn.	Sonstige	Monat (1-12)	Jahr	Privathaushalt	Ein- zel- leben	Pflege- heim	in- ter- natio- nale Pflege	Woh- n- heim	sond.	0	I	II	III			IV	sond.		ab- gelehrt	in- son- der- em	keine Träger	andere
Bsp.	3	X		12	1902	X		1			2	2005	X							X					X	12	X		X	X	
1																															
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
11																															
12																															
13																															
14																															
15																															
16																															
17																															
18																															
19																															

Angaben zu allen Bewohnerinnen und Bewohnern, die 2005 in die Wohngemeinschaft eingezogen sind

01.01.2005-31.12.2006

Siehe die Angaben zu yobereinanderen Faktoren (ohne Namen) entgegen der Beschriftung

lfd. Nr.	Bezirk <small>(den VVG legt § 4a zugl)</small>	Geschlecht		Geburtsdatum		Einzug		Versorgung / Pflege unmittelbar vor Beginn des Pflegeverhältnisses					Pflegestufe (bei Einzug)			Zuordnung zu § 45a liegt vor / ist beantragt	Wohnort vor Einzug <small>(§ 4a Anlage)</small>	Lebenssituation vor Einzug				
		m	w	Monat (1-12)	Jahr	Monat (1-12)	Jahr	Privathaushalt	Betreutes Wohnen	Pflegeheim	Kurzzeitpflege	Krankenhaus	sonst.	0	I			II	III	HF <small>(§ 4a-10)</small>	beantragt	sonst.
Bsp.	4		X	12	1902	2	2005		X							X			x	12	X	
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						

Angaben zu allen Bewohnerinnen und Bewohnern, die die Wohngemeinschaft 2005 verlassen haben

01.01.2005-31.12.2005

Bitte die Angaben zu jeder einzelnen Person (ohne Namen) eintragen. Bei Bedarf Blatt kopieren

lfd. Nr.	Bezirk (in dem WG liegt s. Anlage)	Geschlecht		Geburtsdatum		Beginn der Pflege		Ende der Pflege		Pflegestufe bei Beendigung des Pflegeverhältnisses					Zuordnung zu § 45a lag vorlist beantragt	Anlass für die Beendigung des Pflegeverhältnisses / das Verlassen der Wohngemeinschaft					
		m	w	Monat (1-12)	Jahr	Monat (1-12)	Jahr	Monat (1-12)	Jahr	0	I	II	III	HF siehe Anlage		Verstorben in		Umzug in		sonst.	
																WG	Krankenhaus	Privat-haushalt	Pflegeheim		Betreutes Wohnen
Bsp.	5		X	12	1899	2	1996	1	2005			X			X	X					
1									2005												
2									2005												
3									2005												
4									2005												
5									2005												
6									2005												
7									2005												
8									2005												
9									2005												
10									2005												
11									2005												
12									2005												

Wohnort vor Einzug		Schlüssel für Diagnosen	
Berlin - Bezirke	1 Mit	psychiatrische Diagnosen	1 Menschen mit demenzieller Erkrankung
	2 Frlh/Krzbz		2 Menschen mit demenzieller Erkrankung und erheblichen Verhaltensauffälligkeiten (z.B. Weglauftendenzen, tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation, gestörter Tag-/Nachtirhythmus)
	3 Pkow		3 Menschen mit anderen psychiatrischen Erkrankungen (incl. Suchterkrankungen)
	4 Chlbg/Wilm	somatische Diagnosen	4 Menschen mit MS-Erkrankung
	5 Spd		5 Menschen nach Schlaganfall
	6 Stegl/Zehl		6 Menschen mit AIDS-Erkrankung
	7 Temp/Schbg		7 Menschen mit anderen somatischen Erkrankungen
	8 Nkn		8 Menschen mit anderen Erkrankungen (nicht 1 bis 7)
	9 Trep/Köp	Sonstige	9 Menschen, die ohne diagnostizierte Erkrankungen in Wohngemeinschaft leben (z.B. Angehörige)
	10 Marz/Helld		
	11 Libg		
	12 Rdf		
Bundesländer	Berlin		
	21 Baden-Württemberg	HF	HF = Härtefallregelung
	22 Bayern		
	23 Brandenburg		
	24 Bremen		
	25 Hamburg		
	26 Hessen		
	27 Mecklenburg-Vorpommern		
	28 Niedersachsen		
	29 Nordrhein-Westfalen		
	30 Rheinland-Pfalz		
	31 Saarland		
	32 Sachsen		
	33 Sachsen-Anhalt		
	34 Schleswig-Holstein		
35 Thüringen			
Sonstiges	0 z. B. Ausland		

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

Alice Salomon Hochschule Berlin

Alice-Salomon-Platz 5

D-12627 Berlin

e-mail: wolf-ostermann@asfh-berlin.de

