# Blick über die Grenzen : Neuerungen in der Langzeitpflege von dementen Patienten. 1. Teil

Autor(en): **Carr, J.S. / Marshall, M. / Wettstein, A.**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich**

Band (Jahr): **- (1993-1994)**

Heft 43

PDF erstellt am: **24.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-790126

**Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

**Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

**http://www.e-periodica.ch**

*Blick über die Grenzen:*

# Neuerungen in der Langzeitpflege von dementen Patienten

J.S. Carr and M. Marshall in Reviews of Clinical Gerontology, 1993;3:157-167, ausgewählt und gekürzt von A. Wettstein, übersetzt von V. Schneider

## Was verstehen wir unter Neuerungen?

Es lohnt sich, Neuerungen in der Pflegepraxis und solche innerhalb eigentlicher Krankenstationen separat zu betrachten. Zwar ist dies keine logische Trennung, da einerseits viele Stationen geradezu durch ihre innovative Pflegepraxis charakterisiert werden, es jedoch auch gleichviele Neuerungen gibt auf in mancher Hinsicht traditionell geführten Abteilungen.

Die Entscheidung, ob etwas eine Innovation darstellt, ist wirklich nicht einfach: was auf der einen Station neu ist, wird auf einer anderen als alter Hut gesehen, und was in einem Land als letzte Neuheit betrachtet wird, ist anderswo alltäglich. Sicher bedeutet Innovation nicht einfach nur neu. Einige der jüngsten Abteilungen zeigen wenig Ueberraschendes und sind dennoch innovativ im eigentlichen Sinn des Wortes. Alles in allem bedeutet Neuerung in diesem speziellen Bereich eine den individuellen Bedürfnissen der Patienten fein angepasste Pflege, welche die unterschiedlichen Anliegen erkennt, und wo Patienten als Individuen ernst genommen werden von ihrer Umgebung. Natürlich sprechen wir hier über Gruppenpflege und wissen, dass individuelle Pflege im Gruppenverband sehr schwierig ist. Innovation wird normalerweise durch den Einsatz von Phantasie gekennzeichnet, ferner durch die Fähigkeit, Probleme zu sehen und zu lösen. Es heisst deshalb, optimistisch zu sein im Wissen, dass Pflege besser sein kann und sein muss. Dieser Artikel wurde aus der Perspektive eines schottischen Pflegezentrums mit guten Beziehungen zu Australien geschrieben, und wir sehen uns durchaus als innovativ. Es kann natürlich sein, dass der eine oder andere findet, die beschriebenen Neuerungen seien banal. Jeder Leser entscheidet aufgrund seines eigenen Standpunktes.

## In der Praxis

In der Praxis sind in vier Bereichen neue Arbeitsweisen anzutreffen: beim Erfassen der Lebensgeschichte und der Persönlichkeit, bei den Aktivitäten, bei der Wohnlichkeit sowie beim Berücksichtigen der in einem langen Leben erworbenen Kenntnisse, Vorlieben und Abneigungen.

Lebensgeschichte
Das genaue Erfassen von Langzeitpatienten ist noch sehr ungewöhnlich in Krankenheimen: es geht um das Zusammentragen von Informationen über die Bewohner mittels systematischer Befragung.
Sehr exakt geführte Krankengeschichten zeugen von der endlich eingesehenen Notwendigkeit, die Persönlichkeit dementer Langzeitpatienten besser zu erfassen. Diese Krankengeschichten werden nicht immer gleich geführt. Die besten enthalten z.B. Angaben über Musikgeschmack, Lieblingsmenus und Hinweise auf die prämorbide Persönlichkeit, Familienleben, Arbeit usw. Einige dieser neuen und sonst sicher informativen Fragebogen, z.B. der ärztlichen Leitung von Psychiatrischen Kliniken, neigen dazu, problembetont sein. Sie fragen z.B. eher nach Sexualproblemen als sexuellen Bedürfnissen. Zunehmend sind sie jedoch verständnisvoller und ein wirklicher Fortschritt gegenüber der minimalen Dokumentation in der Vergangenheit. Ueber die Patienten war damals oft kaum etwas bekannt: so wenig, dass man sich fragen kann, ob auf solchen Stationen denn Schatten gepflegt wurden! - Heute werden immer mehr Bücher mit den Lebensgeschichten oder persönlichen Alben geführt, ideale persönliche Zeugnisse.

Aktivierung
Oft betrachtete man in der Vergangenheit die Patientenaktivierung als Zeitvertreib. Die Breite der Aktivierung wird selbst heute noch kaum realisiert. Mittels Aktivierung kann schwieriges Benehmen erträglich gestaltet werden und die kognitiven Fähigkeiten noch am ehesten erhalten bleiben. Aktivierung verhilft Patienten auch zu mehr Selbstvertrauen und fördert soziale Wechselbeziehungen. Ideal wäre eine Aktivierung der Patienten mit jeweils ähnlichen Bedürfnissen und Problemen. Ein solches Aktivierungsprogramm, Teil des Pflegeplans, wird einerseits in der Gruppe, andererseits individuell durchgeführt, da wir ja über Gruppenpflege sprechen, wo Einzelaktivierung schwierig zu realisieren ist. Gewöhnlich besteht Gruppentherapie auf einer Langzeit-Abteilung aus einem Aktivierungsprogramm zu einem bestimmten Zeitpunkt einmal am Tag oder in der Woche. Auf den meisten solchen Abteilungen ist das Leben oft unerträglich langweilig!
Es gibt auch Langzeitabteilungen, welche pioniermässig darauf aus sind, jede Aktivierungsmöglichkeit zu nutzen. Auf einer mit Pflegepersonal stark unterdotierten Abteilung in einem Glasgower Krankenheim des Staatlichen Gesundheitsdienstes singt das Pflegepersonal zusammen mit den Patienten beim Baden oder Ankleiden. Andere Abteilungen machen sich die Aktivitäten des täglichen Lebens zu nutzen: Das Essen wird vorbereitet, der Tisch gedeckt, der Staubsauger betätigt. Einige Frauenabteilungen haben die Freude an einem gepflegten Aeusseren der Bewohnerinnen

wieder geweckt: hier wird Maniküre gemacht, Haare werden gebürstet, Make-up aufgetragen, sich chic angezogen usw. Andere wenden Massage an zur Entspannung, beispielsweise vor dem zu Bett gehen. Einige Stationen haben ein volles Programm, das aus bescheidenen Gruppenaktivitäten besteht, vom Pflegepersonal angewendet wird und sowohl Muskeln und als auch Intellekt fordert. In gewissem Mass hängt die Art der Aktivierung, welche von Patienten und Personal akzeptiert wird, von der Grösse der Abteilung ab. Die Abteilungen Overton und Peppertree sind zwei beispielhafte Krankenheimstationen in Australien, die zweckmässig konstruiert wurden und es erlauben, die täglichen Hausarbeiten, wie Kochen, Putzen, Essen zubereiten, als Aktivierungsprogramm zu absolvieren.
Demente Personen sind oft recht apathisch, und es braucht wirkliches Geschick, um ein Aktivierungsprogramm zu verwirklichen, das brachliegende Fähigkeiten optimal nutzt und dennoch die Patienten in ihrer Persönlichkeit nicht verletzt. - Bessere Aktivierung kann zu den aufregendsten Entwicklungen führen: Peppard beschreibt ihre Erfahrung auf Krankenheimstationen mit einem guten Aktivierungsprogramm und erklärt, dass es da z.B. keine "Wanderer" mehr gibt. Das gleiche gilt auch für eine geschlossene Abteilung, wo niemand mehr auf dem extra angelegten "Wanderpfad" anzutreffen ist, da alle anderweitig beschäftigt sind!

Wohnlichkeit
Die Tendenz, Langzeitabteilungen wohnlich zu gestalten, ist nicht neu, aber so selten in der Praxis anzutreffen, dass sie den Reiz des Neuen behalten hat. Jeder Architekt sollte darnach trachten, Häuser zu bauen, die auch für demente Menschen Sinn machen, und für die meisten sind dies *wohnliche* Häuser. Wie wir heute wissen, sollten Stationen eigentlich aus normalen kleinräumigen Einheiten mit Räumen wie Stube, Esszimmer, Küche usw. bestehen. Leider ist dies oft nicht der Fall, und es herrscht immer noch ein typisches Klinikdesign vor. Einige wohnlich gestaltete Stationen werden noch beschrieben. - Und es gibt noch Personal mit Phantasie, das sich vom institutionellen Design nicht unterkriegen lässt: Cheminées sind in vielen Tagräumen aufgetaucht. Schlafsäle werden mit Raumteilern in einzelne Schlafzimmer unterteilt. Altvertraute Bilder und Wandschmuck erscheinen an den Wänden und die Badezimmer werden mit Badematten und Schmink-Ecken versehen. Vorhänge und Teppiche verwandeln manche Station und haben erst noch den Vorteil der Lärmdämmung; Lärm kann demente Patienten überreizen!
Auch Anspielungen an verflossene Tage der Patienten öffnen eine reiche Ideenquelle für Neuerer im Geriatriebereich. Diese Art von Innovation beginnt mit einem System zum Erfassen der Lebensgeschichten: Eine Projektgruppe in einer Klinik hat die schwierigsten

Patienten einer Gruppe identifiziert und hat soviele Informationen wie möglich über jeden Einzelnen gesammelt. Der Pflegeplan wurde dann aufgrund der vergangenen Vorlieben und Abneigungen der Patienten erstellt, z.B. Tee, begleitet von einer Blume auf einem attraktiven Plateau für eine alte gepflegte Dame. In einer Klinik kamen z.B. die meisten Patienten aus Häusern, die durch eine kleine Aussentreppe zugänglich waren. Auf der neugestalteten Abteilung wurden diese "Hauseingänge" markiert, indem jedes Patientenzimmer mit altmodischen Türen mit Briefkasten, individuellen Türklopfern zu jedem Schlafzimmer und hinzuführend ein Korridor mit oben und unten unterschiedlich getönten Flächen versehen wurde. Eine Nische beim Eingang zur Station wurde zum "Lädeli an der Ecke" umfunktioniert, wo die Insassen Süssigkeiten etc. kaufen können. Es hat auch ein Gästezimmer. - Als Effekt dieser Neuerungen wird ein starker Angstrückgang bei den Patienten beschrieben.
Rückblick-Gruppen werden heute in vielen Heimen gebildet, wo sie - vernünftig gehandhabt - eine sehr spezielle Art des Zurückbringens von Aufmerksamkeit und Selbstrespekt für Demenzpatienten darstellen. Die Therapie der Rückschau und Gewichtung entstammt der selben Wurzel: hypothetisch wird angenommen, dass das Benehmen dementer Personen teilweise das Resultat ihrer unbewältigten Vergangenheit ist.

Modelle:
Man kann Langzeitpflegeabteilungen, grob gesagt, in drei Kategorien unterteilen: Pflege-, Hotel- und Wohnmodell. In allen drei Bereichen gibt es Neuerungen. Die Tatsache, dass Pionierabteilungen das Bedürfnis nach einer ganzheitlichen Einstellung haben, welche auch Design und Management umfasst, ist die grösste Innovation.

Das Pflegemodell
Nicht alles Neue ist auch gut. Die Spezialpflegeheime nehmen überhand und manche davon haben eine sehr konservative Note. Andere sind 1970 steckengeblieben und zeigen eine Pflege, welche die Patienten vor dem Davonlaufen schützt, jedoch sehr wenig für ihre kognitiven Fähigkeiten, ihre Selbstachtung usw. tut. In Schottland ist der Privatsektor auf diesem Gebiet, von wenigen Ausnahmen abgesehen, nicht führend.
Die Schottischen Gesundheitsbehörden haben die Regierungspolitik der kleinen lokalen Wohneinheiten für demente Patienten übernommen und haben drei Einheiten eröffnet. Alle drei streben ein Mehrzwecksystem an, es ist jedoch nur Wyvis-House gelungen, Assessment, Tagheim mit Temporärabteilung und Langzeitpflege anzubieten. - In einem andern Haus wird "geteilte" Pflege angeboten: Das Heim offeriert eine Anzahl Pflegetage, während

Verwandte die restlichen Tage übernehmen; dies kann sogar sechs Tage Heimpflege und einen Tag Verwandtenpflege bedeuten.
Dumfries und Galloway haben eine sogenannte "Domus"-Einheit eröffnet, welche auf den Domusprinzipien von Murphy und Macdonald, London, basiert. Es handelt sich um eine 12 Betten umfassende Abteilung, welche in zwei Unterabteilungen von 6 Betten gegliedert ist, die wie ein Privathaushalt wirken. Diese Einheit ist noch nicht offen und es ist unklar, welche Gruppe von Demenzpatienten hier leben wird. Alle drei wurden auf Spitalboden errichtet oder sind umgebaute Spitaleinrichtungen. Obschon sie eine grosse Verbesserung gegenüber den Psychiatrischen Grosspitälern im Abseits darstellen, besteht immer noch die Tendenz, solche Institutionen eher am Stadtrand als im Herzen der Städte anzusiedeln.
In Australien ist es üblich geworden, "Non-profit-Pflegeheime" mit einem Flügel für Demenzpatienten auszustatten. Die Besonderheiten der Finanzierung bringen es jedoch mit sich, dass die Insassen zusätzlich schwerere körperliche Leiden zeigen. Diese Einheiten sind klein, sie umfassen 8 - 10 Patienten und sind häuslich eingerichtet. Einzelzimmer, normalerweise mit angegliedertem Badezimmer, sind die Norm. Im Zentrum der Einrichtung stehen Küchen mit Durchreiche zum Essraum. Ein Beispiel ist das Jean Turner-Pflegeheim in Frankston. Zwei Drittel der Insassen sind dement. Die drei 10-Betten Unterabteilungen dienen je gehfähigen und gebrechlichen Demenzpatienten und gebrechlichen nicht-dementen Patienten, alle Zimmer haben angegliederte Nasszellen. Ein weiteres Beispiel ist das Spurway-Pflegeheim, das von der Stadt Caulfield betrieben wird. Es hat drei Einheiten: 12 Betten für gebrechliche, geistig normale Patienten, 8 für gebrechliche Demente und 10 für gehfähige Patienten. Das Konzept der Einrichtung von Pflegeheim-Unterabteilungen gegenüber der Spezialisierung ganzer Heime ist hier das wichtigste, es wird am Schluss dieses Artikels noch ausführlich kommentiert.

Das Hotel-Modell

Das Hotel-Modell wurde zuerst von der Church of Scotland aufgebracht. Es begann 1980 mit einem Spezialwohnheim von 30 Betten im Süden von Glasgow. Bis heute wurden noch weitere solche Heime erstellt; drei davon sind Neubauten und eines wurde total umgebaut. Die neuen Einheiten wurden lose auf einer quadratischen Grundfläche erstellt, so dass sie durch Korridore miteinander verbunden sind. Einzelzimmer sind standardmässig, selbst Doppelzimmer haben in der Mitte eine halbe Wand, so dass mit wenig Aufwand ein Schlafzimmer und ein Wohnraum für ein Ehepaar entstehen kann. Die Häuser sind sehr aufwendig möbliert. Der Umgebung wurde grösste Aufmerksamkeit geschenkt, sie wurde als sichere Zone jeweils in Höfe und auch grössere Gärten eingeteilt. Die Haustüre bleibt unverschlossen und in

drei Häusern könnte ein sehr entschlossener Insasse das Tor öffnen und weggehen. Eines der Häuser befindet sich in waldiger Umgebung, weshalb es von einem hohen Zaun umgeben ist. Die Philosophie dieser Heime drückt sich in der Personalschulung aus: das Personal wird angehalten, die Umgebung möglichst ruhig und ordentlich zu halten, um Stress und Angstgefühle bei den Patienten zu vermeiden. Auf diese Weise fühlen sich die Patienten wie in einem gutgeführten Hotel, wie uns zwei Patientinnen kürzlich bestätigten.

Das "Fühle Dich wie zu Hause-" oder Wohngruppenmodell

Dieses Modell ist gegenwärtig das aufregendste in Schottland. Es beruht auf der Annahme, dass eine familiäre Umgebung und Routine-Hausarbeiten dementen Patienten die Orientierung erleichtert und sie viel stärker fordert und fördert als alle andern Modelle. Es gibt mehrere Varianten: Das "Pförtnerhaus" = Lodge-Modell wurde anfangs der 70er Jahre in Victoria als Pionierleistung der Vereinigten Kirchen erstellt als Antwort auf die Bedürfnisse von Patienten, welche nicht genügend krank sind für den Eintritt in ein Langzeitspital. Dabei handelt es sich zunächst um normale Häuser ohne Pflegepersonal, wo das Leben so normal als möglich ablaufen konnte. In all' den Jahren hat sich an diesem Konzept nicht viel geändert, nur der Wohnstandard der Häuser ist gewaltig gestiegen.

Selton Lodge in Hawthorn ist ein für Pflegezwecke gebautes Heim im australischen Stil. Es besitzt 12 Einzelzimmer, wovon eines für Kurzaufenthalte gedacht ist, was jedoch als recht störend empfunden wird. Auch ein kleines Tagesheim gehört dazu. Die Krankenakten werden minutiös geführt, und die Zimmer sind mit persönlichen Dingen aus dem Leben der Patienten ausgestattet, so dass das Personal eine sehr gute Idee von der Persönlichkeit der Patienten bekommt. Die Bewohner verrichten keine Hausarbeiten. Die Lodges werden als Wohnheime geführt, weshalb die staatlichen Subventionen fast ganz ausbleiben. Die Mitglieder der Heimkomissionen sind entschlossen, das Wohnheimkonzept beizubehalten, obschon es viel einfacher wäre, die Lodges als Pflegeheim zu finanzieren.

Michael Court ist eine Gruppe von vier Häusern an einer gewöhnlichen Strasse in Frankston. In jedem Haus leben fünf Personen, mit der Ausnahme eines Hauses, wo drei Langzeitpatienten zwei Temporärpatienten gegenüberstehen. Zwei Häuser sind für stark demente Patienten, eines für Patienten mit Demenz mittleren Grades und ein Haus ist körperlich Gebrechliche reserviert. Jedes Haus hat eine Hausmutter, und es ist für alle vier Häuser jeweils eine Psychiatrieschwester anwesend. Die Insassen müssen kontinent sein, gesundheitlich stabil, sie müssen sich - und sei es auch nur wenig - an den Hausarbeiten beteiligen können; ihr Verhalten

soll so sein, dass sie weder in normalen Wohnheimen, aber auch nicht in Spezialheimen untergebracht werden können. Im Zentrum stehen nicht geistige Tätigkeit, sondern die Aktivitäten des täglichen Lebens, und das Ziel ist, die Bewohner so weit wie möglich ein dem früheren sehr ähnliches Leben führen zu lassen. Eine diplomierte Krankenschwester trägt die Verantwortung, das Leben im Wohnheim ist jedoch überwiegend häuslich.
Mit dieser Idee verwandt sind viele kleine Wohneinheiten innerhalb grösserer Heimkomplexe, in Australien innerhalb von Wohnheimen, in Grossbritannien in Altersheimen. Obschon das Leben in Gruppen den meisten Leuten eigentlich fremd ist, geben diese Untereinheiten Demenzkranken einen familiären Rahmen. Ein solches System kann sich dem einzelnen anpassen, weil die Einheiten extra für Demenzpatienten geschaffen wurden, von denen jeder einzelne bestens bekannt ist. Das Gruppendesign ist unterschiedlich: die meisten Einheiten bieten Einzelzimmer an mit einem Wohn- und Essraum für alle. Die Küche steht im Mittelpunkt, obschon fast überall das Essen nicht dort zubereitet wird, sondern von aussen geliefert wird. Dieses System der kleinen Einheiten innerhalb grösserer Komplexe hat den Vorteil, dass das Personal rotieren kann und die Patienten der Wohneinheiten können Anlässe, die für alle organisiert sind, besuchen.
Ein anderes Beispiel ist Clarence Court in Caulfield, das von der Anglikanischen Kirche geführt wird, ein Wohnheim mit 25 Betten mit zwei Demenzabteilungen, die eine sieben-, die andere sechs Patienten umfassend. Die meisten Insassen leben in Einzelzimmern und die extra für Demente geschaffene Sechs-Betten-Abteilung bietet Zimmer mit WC und Dusche. Die Räume sind unmöbliert, was hart tönen mag, jedoch ist auf diese Weise die Raumgestaltung nach dem Geschmack der Patienten sichergestellt. Es existiert eine grosse Wohnküche - ganz klar das Herz der Einheit - und ein umzäunter Garten. Es hat nur ganz wenig und unqualifiziertes Personal.
Walker House ist ein Beispiel aus Schottland: ein gemeindeeigenes Altersheim mit einer integrierten Abteilung für demente Patienten. Hier finden - in Zusammenarbeit mit der lokalen Psychogeriatrieabteilung - schwerer demente Patienten Aufnahme. Die meisten Gemeinden in Schottland führen wenigstens eine solche Abteilung, dies hat jedoch auf dem privaten und freiwilligen Sektor bis heute bis auf eine Ausnahme keine Nachahmung gefunden. Abbotsfield, ein kleines privates Pflegeheim, besitzt eine kleine 8-Bettenabteilung für Demenzpatienten im alten Heim, seit ein neuer Flügel errichtet wurde. Wie bei den gemeindeeigenen Einheiten sind auch hier hochmotivierte Leute am Werk, welche eine wohnliche, persönliche, interaktive Atmosphäre anstreben. Abbotsfield hat Mehrbettenzimmer, was nicht ideal ist. Immerhin hat jedoch

sein gut ausgebildetes Personal letzthin einen Nationalen Ausbildungspreis gewonnen.
Etwas anderes sind die nationalen Pflegewohneinheiten, z.B. Carntyne Gardens in Glasgow. Es ist einem Gebäudekomplex des geschützten Wohnens angegliedert. Die Gesellschaft, welche diese Wohnungen betreibt, die Bield Housing Association, geht davon aus, dass auch demente Leute Anspruch auf normale Mietverhältnisse haben, die sie mit einiger Hilfe aufrecht erhalten können. Das bedeutet, dass die Wohnungsinhaber so weit wie möglich selber ihre Räume möblieren, reinigen und beim Kochen und andern Aktivitäten mithelfen. Die Mieter müssen nicht selber kochen können. Für Snacks steht in jedem Raum ein kleiner Kühlschrank sowie ein Teekessel zur Verfügung. Die Bewohner sind meist in der Küche anzutreffen, wo sie mithelfen, so gut sie können. Die Bield Housing Association ist ein sehr energischer Verfechter dieser Art von Alterswohnen und ihre Erfahrung zeigt, dass die Mieter oft zu viel mehr fähig sind, als es für möglich gehalten wird, es jedoch viel Zeit und ständiger Ermunterung bedarf. In ihren Wohnungen haben die Mieter wieder gelernt, einen Porridge zuzubereiten und wie man die Wäsche besorgt. Die älteste solche Wohneinheit besteht erst seit zwei Jahren. Noch ist es also zu früh um zu sehen, wie die Mieter zurechtkommen, wenn sie gebrechlicher werden. Die Idee besteht, dass die Mieter bis an ihr Lebensende hier wohnen bleiben können, oder bis sie das Gruppenleben stören oder von dieser Wohnform nicht mehr profitieren können.
Pflegewohneinheiten umfassen meist acht Personen, was den meisten Gruppen mit Demenzpatienten angemessen erscheint. Die vielleicht modernsten sind die CADE-Einheiten in New South Wales (Australien). Es handelt sich hierbei um Institutionen des Gesundheitswesens, wo hochgradig verhaltensgestörte Leute betreut werden können. Zu den obenerwähnten Pflegewohneinheiten gibt es viele Parallelen; die Bewohner haben jedoch keinen Mietvertrag. Sie bewohnen alle Einzelzimmer und die hauptsächliche Beschäftigung besteht in der täglichen Hausarbeit: Putzen, Kochen, Abwaschen. Der Unterschied zu andern Wohneinheiten liegt in der anderen Besetzung: Die Betreiber dieser Wohneinheiten sorgen für stark verhaltensgestörte Leute mit einem relativ leichten Grad an Gebrechlichkeit.

---

*Teil 2 folgt in der nächsten Intercura-Ausgabe*