Projektbericht

Entwicklung eines Konzeptes quartiersorientierter integrierter Versorgung für pflegebedürftige Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, insbesondere Demenz

Aktion Psychisch Kranke e.V., Bonn

Stand 20.01.2011

Autoren:

Regina Schmidt-Zadel, Aktion Psychisch Kranke, Ratingen

Prof. Dr. Heinrich Kunze, Aktion Psychisch Kranke e.V., Kassel

Pfarrer Dr. Jürgen Gohde, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Kassel

Prof. Dr. Hans Gutzmann, St. Hedwig Kliniken Berlin GmbH

Prof. Dr. Ralf Ihl, Alexianer- Krankenhaus, Krefeld

Ulrich Krüger, Aktion Psychisch Kranke e.V. , Bonn

Dr. Thomas Kunczik, Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie, Wiehl

Dr. Niels Pörksen, Aktion Psychisch Kranke e.V., Bielefeld

Dr. Willi Rückert, ehemals Kuratorium Deutsche Altershilfe, Brühl

Dr. Wilhelm Stuhlmann, Facharzt für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie, Erkrath

Kapitel 4.2.6
Dr. Barbara Stiegler

Kapitel 4.5:
Dr. Elisabeth Kludas, Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie, Bochum

Kapitel 4.6.1:
Dr. Jürgen Stenger, Saarländische Pflegegesellschaft, und Dr. Sabine Kirchen-Peters, ISO-Institut, beide Saarbrücken

Kapitel 4.6.3:
Dr. Peter Michael Hoffmann, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf

Entwicklung eines Konzeptes quartiersorientierter integrierter Versorgung für pflegebedürftige Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, insbesondere Demenz

Gliederung des Projektberichts

1.	**Einleitung und Kernforderungen**	**6**
1.1	Der demographische Wandel fordert neue Konzepte	6
1.2	Versorgung heute	7
1.3	Versorgung 2050	8
1.4	Richtungswechsel	9
1.5	Kernforderungen	11
1.6	Der „Rote Faden“	13
1.7	Handlungskonzept	14
2.	**Ausgangssituation und Vorgehen**	16
2.1	Ausgangssituation und Arbeitsweise	16
2.2	Projektstruktur	16
3.	**Konzept quartiersorientierter integrierter Versorgung**	**20**
3.1	Besondere Bedarfe psychisch kranker Menschen	21
3.1.1	Besonderheiten der Bedarfsfeststellung bei psychisch kranken Menschen	21
3.1.2	Integrierte Hilfeplanung	22
3.1.3	Besondere Aspekte bei der Pflegeplanung für psychisch kranke Menschen	24
3.1.4	Individuelle Zielbestimmung	26
3.1.5	Besonderheiten bei der Pflegeleistung für psychisch kranke Menschen	27
3.2	Hilfemix	31
3.3	Einzelfallbezogene Koordination	32
3.4	Vernetzung von Pflege und zielgruppenspezifischer Kompetenz	33
3.5	Sicherstellung und Steuerung	34
3.6.	Sozialrecht	37
3.6.1	Die Finanzierung von Hilfen für Menschen mit Demenz	38
3.6.2	Pflege nach SGB XI	39
3.6.3	Behandlung nach SGB V	43
3.6.4	Hilfe zur Teilhabe nach SGB IX	46
3.6.5	Leistungen nach SGB XII	48
3.6.6	Selbsthilfe	49
3.6.7	Verfahrens- und Leistungserbringerrecht	50
3.6.8	Heimrecht und Heimvertragsrecht	*54*

4.	**Ebenen der Umsetzung**	57
4.1	Personenzentrierte Hilfe	57
4.1.1	Ethisch-philosophischer Hintergrund	58
4.1.2	Die ‚Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen' und die ‚UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung'	59
4.1.3	Ansätze einer neuen bedürfnisorientierten Pflegekultur	61
4.1.4	Die Stimme der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen hörbar machen	65
4.1.5	Hilfen zur Kommunikation	66
4.1.6	Primäre Prävention durch gesunde Ernährung, psychosoziale Aktivität und körperliche Betätigung im Quartier	67
4.1.7	Besondere Bedürfnisse von Personen(-gruppen) mit überdurchschnittlichen Risiken	68
4.1.8	Assessment und Casemanagement	78
4.1.9	Instrumente für eine personenzentrierte Qualitätsentwicklung	79
4.1.10	Zusammenfassende Empfehlungen	83
4.2	Koordination von Hilfen	85
4.2.1	Aktuelle Möglichkeiten der Medizin	85
4.2.2	Herleitung der Zielvorstellungen	89
4.2.3	Verantwortung der Politik	89
4.2.4	Einrichtungen zur Lösung der Fragen	90
4.2.5	Kommunikation	94
4.2.6	Geschlechterperspektive	94
4.3	Nachbarschaftshilfe, zivilgesellschaftliches Engagement	98
4.3.1	Hilfe annehmen	98
4.3.2	Selbsthilfe	99
4.3.3	Netzwerke	100
4.3.4	Nachbarschaftshilfe	101
4.3.5	Bürgerhilfe	103
4.3.6	Ehrenamtliche in der Hospizarbeit	104
4.3.7	Schlussbemerkung	106
4.4	Altenhilfe-Netzwerk im Wohngebiet	107
4.4.1	Realisierung personenbezogener Hilfe als individueller Hilfemix	107
4.4.2	Kurzschluss-Versorgungspfade ins Heim	110
4.5	Technische Hilfen	113
4.6	Finanzierung, Sozial- und bürgerliches Recht	117
4.6.1	Finanzierung von ambulanten und stationären Pflegeleistungen nach SGB XI	117
4.6.2	Reform des SGB XI und anderer Gesetzbücher	131
4.6.3	Rechtsfürsorge als Schnittstelle im Pflege- und Gesundheitswesen	137
4.7	Öffentlichkeitsarbeit	150
4.7.1	Hauptziel und einige Schwerpunktthemen	150
4.7.2	Akteure der Öffentlichkeitsarbeit	151
4.7.3	Vorarbeiten der Robert-Bosch-Stiftung	152
4.7.4	Formen und Schwerpunkte in Dörfern und Städten	154

5.	**Praxisbeispiele**	
5.1	Aktivitäten im Rahmen des Norwegischen Demenzplans	159
5.2	Das Konzept ‚Silviahemmet'	162
5.3	GPZ im Rheinland	164
5.4	Clipper Bogen	170
5.5	„Alleine lebende Demenzkranke – Schulung in der Kommune" - ein Projekt der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Berlin	173
5.6	Landesgesundheitskonferenz Berlin Gesundheit und Alter	177
5.7	Beispiel für eine bewährte personenzentrierte LQV	180
5.8	Fallmanagement Krefeld	194
5.9	CBT-Wohngruppen in Remscheidt-Lennep	203
5.10	Altenhilfezentrum, Kassel	206
5.11	Marktsteuerung, Kassel	216
5.12	Gerontopsychiatrische Versorgung im Kreis Herzogtum Lauenburg	219
5.13	Pflegestützpunkt St. Wendel	243
6.	**Ergänzungen**	
6.1	Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen und die UN- Übereinkunft von 2006 zu den Rechten von Menschen mit Behinderungen	248
6.2	Nationaler Plan für Alzheimer und verwandte Krankheiten (Frankreich)	254
6.3	Technik und Demenz – ein Widerspruch?	258
6.4	Rechtsübersicht Pflege	265
6.5	Rehabilitation bei Demenz	284
6.6	Leistungsangebote	291
7.	**Anhang**	
7.1	Mitglieder der Arbeitsgruppe	294
7.2	Mitglieder der Expertengruppe	294

1. Einleitung und Kernforderungen

Wir sind nicht nur verantwortlich für das, was wir tun,
sondern auch für das, was wir nicht tun.
Molière

1.1 Der demografische Wandel fordert neue Konzepte

Die Weltgesundheitsorganisation und die Weltpsychiatrievereinigung (WHO 1997[1]) haben gemeinsam die Forderung erhoben, die psychische Gesundheit älterer Menschen zu einem öffentlichen Thema zu machen, um ein größeres Verständnis und mehr Akzeptanz für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erzielen.

Als wesentliche Etappe einer Strategie zur Verminderung von Stigma und Diskriminierung wird dort die Notwendigkeit betont, ein unterstützendes Umfeld für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen zu schaffen und sicherzustellen, dass adäquate Versorgungsangebote im Gesundheits- und Sozialbereich für die Betroffenen und ihre Angehörigen verfügbar sind. In besonderem Maße gilt dies für die Demenzerkrankungen.

Der Grund, weshalb sie für die Gesellschaft zum Thema geworden sind, liegt in erster Linie in den Erfolgen der modernen Medizin: Immer mehr Menschen wollen immer älter werden und werden dank ärztlicher Kunst und der verbesserten Lebensverhältnisse auch immer älter, das gilt auch für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen und geistiger Behinderung.

Die durchschnittliche Lebenserwartung von im Jahre 2005 Geborenen liegt für Mädchen bei 81,3 und für Jungen bei 75,6 Jahren. Eine heute 60-jährige Frau wird im Durchschnitt noch 23,8 Jahre, ein gleichaltriger Mann noch 19,7 Jahre leben. 2005 lebten in Deutschland 3,7 Millionen 80-Jährige und Ältere. 2020 werden es fast 6 Millionen sein, 2050 bereits 10 Millionen.

Der Preis für diese Entwicklung ist beispielsweise ein erhöhtes Demenzrisiko. Dieses Risiko trifft die Geschlechter unterschiedlich. Frauen im Alter von 65 Jahren haben heute ein Risiko von 34,5 %, in ihrer restlichen Lebenszeit eine Demenz zu entwickeln, Männer von 16 %. Das höhere Demenzrisiko ist wesentlich der unterschiedlichen Lebenserwartung geschuldet.

Aktuell ist, bei einer Schwankungsbreite zwischen 900 000 und 1,2 Millionen, in Deutschland mit etwa einer Million Demenzkranker im Alter von über 65 Jahren zu rechnen. Das sind zwischen 6,5 % und 7,3 % der älteren Bevölkerung, dabei stehen die leichten, mittelschweren und schweren Erkrankungsstadien in einem Verhältnis von ca. 3 : 4 : 3 zueinander (Weyerer & Bickel 2007[2]).

Die Erkrankungshäufigkeit steigt mit dem Alter steil an und verdoppelt sich im Abstand von jeweils etwa fünf Altersjahren. In Deutschland muss man zurzeit von etwa 200 000 Neuerkrankungen pro Jahr ausgehen.

---

[1] WHO, Organization of care in psychiatry of the elderly – a technical consensus statement, http://www.who.int/mental_health/media/en/19.pdf

[2] Weyerer S, Bickel H, Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter, Kohlhammer, Stuttgart 2007

Beske rechnet für das Jahr 2050 mit einer Verdopplung der Zahl der Demenzpatienten von heute 1,1 auf 2,2 Millionen. (Beske 2009[3])

1.2 Versorgung heute

Pflegebedarf bei psychischer Beeinträchtigung kann entstehen:

- allein aufgrund einer psychischen Erkrankung
- wenn psychisch kranke Menschen (ohne darauf bezogenen Pflegebedarf) zusätzlich körperlich erkranken oder einen Unfall erleiden (im Alter vor allem durch Stürze)
- wenn Menschen mit Pflegebedarf aufgrund körperlicher Erkrankung oder Behinderung zusätzlich psychisch erkranken

Die Gesamthilfesituation für Menschen mit Demenz wie für sonstige psychisch beeinträchtigte Pflegebedürftige ist unbefriedigend. Die Hilfesysteme sind auf die besonderen Bedürfnisse psychisch beeinträchtiger Pflegebedürftiger nicht ausreichend eingerichtet.

In vielen Fällen ist die Versorgung nicht ausreichend, oft sind Pflegende – zumeist die Angehörigen – überfordert, und nicht selten sehen sich pflegebedürftige Menschen mit psychischer Beeinträchtigung gezwungen, ihre Wohnung und ihren bevorzugten Lebensort aufzugeben, um in einer Einrichtung Hilfe zu erhalten, weil die Planung, Koordination und Finanzierung mehrerer separater Hilfen sie überfordert.

Menschen mit Demenz stellen den größten Teil der Pflegebedürftigen mit psychischen Beeinträchtigungen. Ein Blick auf die Versorgungssituation macht die Dimension des Problems für unsere Versorgungssysteme deutlich. 2002 entfielen 5,6 Milliarden Euro der gesamten Gesundheitsausgaben der Kranken- und Pflegekassen (Behandlung, Rehabilitation und Pflege) auf die Demenzen. Demenzerkrankungen treffen in aller Regel nicht nur die Patienten selbst, sie haben einschneidende Konsequenzen auch für ihre Familien.

Infolge der Pflegebelastung erkrankt rund ein Drittel der pflegenden Angehörigen an Depressionen, Burnout-Syndromen und anderen belastungskorrelierten Störungen. Dies stellt einen zusätzlichen, wenn auch mittelbaren, Kostenfaktor dar, der selten in die Kostenrechnungen eingeht.

Zwei Drittel der Demenzpatienten leben zu Hause oder in der Familie, allerdings wohnt nur ein Viertel bis zum Tod zu Hause. Die Zahl der allein lebenden Demenzpatienten ist – besonders in städtischen Ballungsräumen – hoch. In einer Studie der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) zur Frage der Demenzversorgung durch ambulante Pflegedienste zeigte sich, dass bei 20 % der Kunden eine ärztliche Demenzdiagnose vorlag. Weitere 10 % wurden durch die betreuenden Fachpflege als dement eingeschätzt, ohne dass dieser Verdacht ärztlich gesichert gewesen wäre[4]. In Tagespflegeeinrichtungen fanden sich bei 44,8 % der Gäste eine mittlere bis schwere Demenz[5].

---

[3] Beske, F.; A. Katalinic; E. Peters; R. Pritzkuleit: Morbiditätsprognose 2050. Ausgewählte Krankheiten für Deutschland, Brandenburg und Schleswig-Holstein. Kiel 2009. S 136

[4] Siehe: Grass-Kapanke B, Kunczik T, Gutzmann H, Studie zur Demenzversorgung im ambulanten Sektor (DIAS), Schriftenreihe der DGGPP, Band 7, Nümbrecht 2008

[5] Siehe: Weyerer S, Hönig T, Schäufele M, Zimber A, Demenzkranke in Einrichtungen der voll- und teilstationären Altenhilfe, Empirische Forschungsergebnisse, in: Sozialministerium Baden-Württemberg (Hg.), Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte für Demenzkranke in

Bis zu 80 % aller Demenzkranken treten im Verlauf der Demenz in ein Pflegeheim ein[6] . Ein Drittel der Demenzpatienten lebt aktuell im Heim, mehr als zwei Drittel der Pflegeheimbewohner leiden an einer Demenz. Dabei handelt es sich um eine Entwicklung, deren Dynamik selbst innerhalb kurzer Beobachtungsfristen deutlich wird: In sechs Jahren erhöhte sich die Prävalenz von Demenzerkrankungen in denselben Heimen von 55 %auf 65 %[7].
Mindestens 50 000, unter Einbezug der Diagnose »Delir bei Demenz« knapp 70 000 Demenzkranke werden pro Jahr stationär in der Psychiatrie behandelt[8], wobei die jährliche Wiederaufnahmerate hoch ist: Demenzkranke hatten in einer Berliner Studie eine Wiederaufnahmerate von 6,9 %, ältere Patienten anderer Diagnosegruppen dagegen von nur von 0,39 %[9].

Bei Demenzkranken liegt also eine erhebliche »Drehtürgefahr« vor, was der Kompetenz und Belastbarkeit der komplementären Versorgungssysteme eine besondere Verantwortung zuordnet. Wie intensiv der ambulante Betreuungsbedarf ist, macht der Befund deutlich, dass nur 12 % der schwer, knapp 30 % der mittelschwer und etwa 60 % der leicht Demenzkranken ohne Schwierigkeiten mehrere Stunden alleine gelassen werden können[10].

1.3 Versorgung 2050

Der demographische Wandel wird dazu führen, dass die Zahl der potenziell Pflegenden sowohl in den Familien als auch in der Professionellen Pflege dramatisch abnehmen wird. Dies sei anhand der letzten Bevölkerungsschätzung (Destatis 2009[11]) erläutert:

Bis 2050

- geht die Bevölkerungszahl von 82 auf 69 Millionen zurück, ein Minus von 13 Millionen.
- geht die Altersgruppe unter 20 Jahre, die nachwachsende Generation, von 16 auf 10 Millionen zurück, ein Minus von 6 Millionen.
- geht die Altersgruppe von 20 bis 64 Jahre, die Altersgruppe im erwerbsfähigen Alter und damit die Altergruppe, die das Sozialprodukt erarbeitet und die Steuern und Versicherungen zahlt von 50 auf 36 Millionen zurück, ein Minus von 14 Millionen.
- nimmt die Altersgruppe 65 Jahre und darüber von 17 auf 23 Millionen zu, ein Plus von 6 Millionen.

(teil-)stationären Altenhilfeeinrichtungen, Stuttgart 2000, S. 1 –58

[6] Siehe: Bickel H, Lebenserwartung und Pflegebedürftigkeit in Deutschland, in: Das Gesundheitswesen 63, S. 9 – 14, 2001

[7] siehe: Weyerer S, Schäufele M, Hendlemeier I, Kofahl C, Sattel H, Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen, Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich, Kohlhammer, Stuttgart, 2006

[8] persönliche Mitteilung Bickel in Abweichung der Angaben im zweiten Heft zum demographischen Wandel des Statistischen Bundesamts: DESTATIS 2008

[9] siehe: Wetterling T, Gutzmann H, Haupt K, Gründe für die Einweisung in eine gerontopsychiatrische Klinik, in: Nervenarzt 79, 2008, S. 340 – 347

[10] siehe: Schäufele M, Hendlmeier I, Teufel S, Weyerer S, Qualitätsniveau I: Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen, Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen, 2006

[11] DESTATIS, Statistisches Bundesamt, Demographischer Wandel in Deutschland, Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Wiesbaden 2008

Während heute drei Personen für eine Person arbeiten, die altersbedingt nicht mehr arbeitet, wird 2050 nur noch eine Person für eine Person arbeiten, die altersbedingt nicht mehr arbeitet.
Die Zahl der Pflegebedürftigen wird von heute rund 2 Millionen auf rund 4,4 Millionen 2050 steigen (Beske 2009[12]).

Für die Lösung der anstehenden Probleme gilt es realistische Konzepte zu entwickeln die intelligente Lösungen auf Basis der zur Verfügung stehenden personellen und finanziellen Ressourcen bieten.

1.4 Richtungswechsel

Psychisch kranke Menschen sind mit zwei grundlegenden Problemen konfrontiert:
Sie sind aufgrund ihrer Erkrankung oft nicht in der Lage, für ihre Rechte selbst einzutreten, das gilt insbesondere für Demenzkranke. Wenn sie zunehmend komplexe personenbezogen integrierte Hilfsleistungen benötigen, kommen sie mit den segmentierten ambulanten Hilfen in ihrer eigenen Häuslichkeit nicht mehr zurecht und sehen keine Alternative zur Versorgung im Heim. Außerdem sind sie teure Patienten.

Die meisten Menschen wollen so lange es geht in ihrem eigenen Wohnumfeld bleiben. Das gilt auch für pflegebedürftige Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz. Es geht darum, auch ihnen – wie anderen alten und behinderten Menschen – dies zu ermöglichen, mit den notwendigen abgestimmten Hilfen.

Viele Menschen sehen aber keine andere Wahl, als notgedrungen in ein Heim zu gehen, weil andere Problemlösungen nicht erreichbar sind oder nur mit außergewöhnlichem persönlichem Einsatz z. B. der Angehörigen organisiert werden können.

Es geht um einen Richtungswechsel *von der Angebotsorientierung zur Orientierung am Bedarf* der Menschen in Wohngebieten und Regionen.

Diese am Bedarf orientierten - personenzentrierten Hilfen:

- sind an den im Verlauf von Erkrankungen auftretenden individuellen Bedürfnissen orientiert,
- können überall dort geleistet werden, wo Hilfe benötigt wird, also auch in eigener Häuslichkeit oder in der Familie, die den kranken Menschen aufgenommen hat und
- werden als individuelle Gesamthilfeprogramme koordiniert geleistet und nicht fragmentiert nach Zuständigkeiten.

Der Gesetzgeber kann nicht für jeden Einzelfall ein eigenes Gesetz schaffen, aber die Gesetze müssen Strukturen schaffen, die individuelle Vorgehensweisen ermöglichen und insofern ein Höchstmaß an Effektivität und damit auch Zufriedenheit ermöglichen.

Zu diesem Richtungswechsel gehört, die Rahmenbedingungen so zu verändern, dass auf den individuellen Bedarf der Person ausgerichtete, koordinierte oder integrierte Leistungen auch für die Leistungserbringer und die Leistungsträger betriebswirtschaftlich lohnender werden als entsprechend den Segmentierungen des bisherigen System spezialisierte Leistungen. Dazu sind *intelligente Lösungen für ökonomische Steuerung* mit dem Ziel der Effi-

[12] a.a.O. siehe Fußnote 3

zienzverbesserung gefragt, die den Nutzen für die Patienten, den (betriebswirtschaftlichen) Nutzen für die Leistungserbringer sowie die Leistungsträger und den Nutzen für die Volkswirtschaft ins Gleichgewicht bringen. Die normativen Ziele der Sozialgesetzbücher, des Grundgesetzes und der UN-Behindertenkonvention lassen sich nur erreichen, wenn auch die ökonomische Steuerung in die gleiche Richtung geht.

Dringend erforderlich ist die Überwindung der derzeitigen Segmentierung des Versorgungssystems, die sich aus der Gliederung in die Teilsysteme Pflege, Behandlung, Rehabilitation, Hilfe zur Teilhabe – je noch unterteilt in ambulant und stationär – ergibt. Dies trägt zur Ineffizienz der Leistungserbringung und zur Einschränkung von Wunsch und Wahlrecht der Betroffenen bei. Die Finanzierung erfolgt nach bereichsspezifischen Regeln und bezieht sich in der Regel ausschließlich auf selektive Leistungen in einem sozialrechtlich und, dem folgend, über die Einrichtungskonzeption definierten Bereich. Daher sind die bereichsspezifischen Angebote aus betriebswirtschaftlichen Gründen stärker an ihrer eigenen Optimierung interessiert als an ihrer integrierten Wirkung für die Patienten, der Unterstützung der Angehörigen sowie der Effizienz des Gesamtsystems. Sofern Träger sich über ihre institutionellen Aufgabenstellungen hinaus für ‚ihre' Klienten engagieren, geschieht dies aus fachlichen, humanitären oder ethischen Gründen trotz und im Gegensatz zu betriebswirtschaftlichen Anreizen.

In der letzten (16.) Legislaturperiode wurden wichtige Weichenstellungen zur Verbesserung der Hilfen für pflegebedürftige Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen vorgenommen. Im SGB XI wurden zusätzliche Leistungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz festgelegt, Leistungen die vor allem Menschen mit Demenz zugute kommen. Ein Anspruch auf integrierte Pflegeberatung wurde geschaffen, im Bedarfsfall auch in der eignen Häuslichkeit. Ein vom Alter und von Erwerbsfähigkeit unabhängiger Anspruch auf medizinische Rehabilitation wurde im SGB V verankert. Damit wurden gesetzliche Voraussetzungen zur Vermeidung und Verminderung von Pflegebedarf deutlich verbessert. Vor allem jedoch wurde eine Neubestimmung des Pflegebegriffs eingeleitet, nicht zuletzt um die Pflegebedarfe von psychisch Kranken Menschen, insbesondere Menschen mit Demenz besser zu berücksichtigen. Diese sind im aktuellen Pflegebegriff schlecht bis gar nicht abgebildet. Die Regierungskoalition der aktuellen (17.) Legislaturperiode hat sich im Koalitionsvertrag zum Ziel gesetzt diesen Prozess fortzusetzen und zur Gesetzesreife zu bringen.

Im Rahmen dieses vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekts (Laufzeit 01.12.2007 bis 28.02.2010) hat die Aktion Psychisch Kranke mit Hilfe einer Arbeitsgruppe[13] und einer Expertengruppe[14] konzeptionelle Vorschläge zu einer integrierten quartiersorientierten Versorgung für pflegebedürftige Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen erstellt.

Wenn pflegebedürftige Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in den Mittelpunkt gestellt werden, ist damit ist keine Beschränkung auf Pflegeleistungen verbunden. Personenzentrierte Hilfe für psychisch beeinträchtigte Menschen mit Pflegebedarf umfasst einen individuell abgestimmten Hilfemix unter Berücksichtigung der Pflege. Dabei sollen alle Leistungen, also auch die Pflegeleistungen, die besonderen Bedürfnisse und Bedarfe von psychisch kranken und beeinträchtigten Menschen berücksichtigen.

---

[13] Mitglieder der Arbeitsgruppe: siehe Kap. 2.2
[14] Mitglieder der Expertengruppe: siehe Kap. 2.2

1.5 Kernforderungen

Die folgenden Forderungen beziehen sich auf alle pflegebedürftigen Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, auch wenn oft aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung und wegen der besonderen Bedeutung nur von Demenz die Rede ist
.
Ziel ist, die Voraussetzungen auf den verschiedenen Ebenen zu schaffen, damit auch die Bürgerinnen und Bürger mit Pflegebedarf infolge psychischer und Demenz-Erkrankungen in ihrem Wohngebiet/Quartier menschenwürdig leben können bis zum Lebensende. Dies lässt sich nicht durch den rein quantitativen Ausbau bestehender professioneller Angebote erreichen. Erforderlich ist eine Qualitätsoffensive zur stärkeren Berücksichtung der besonderen individuellen Bedürfnisse psychisch beeinträchtigter Menschen mit Pflegebedarf und die Schaffung regionaler Hilfesysteme zur integrierten Hilfeleistung unter Einbeziehung aller professionellen und nicht professionellen Beteiligten.

Die Förderung von Selbsthilfe, Familienselbsthilfe, Nachbarschafts- und Bürgerhilfe und die Schaffung von geeigneten Wohnmilieus steht dabei im Vordergrund. Die erforderlichen professionellen Hilfen sollen diese unterstützen und sich mit diesen ergänzen.

Dazu sind auch intelligente Lösungen zur ökonomischen Steuerung erforderlich, die die Umsetzung der gesetzlichen normativen Ziele fördern statt behindern.

Die Politik auf allen Ebenen soll dafür die nötigen Weichenstellungen vornehmen: Bund, Land und Kommune. Vor diesem Hintergrund ist die zentrale Forderung:

Eine Bundesinitiative für einen Nationalen Aktionsplan ‚Demenz'.

Sein Ziel sollte ein durch alle Strukturen reichender Handlungsrahmen sein, der an einer intelligenten, unsegmentierten Versorgung von Demenzkranken orientiert ist, die als gesamtgesellschaftliche Aufgabe betrachtet wird.

Dies muss unter Einbeziehung der Länder und der Kommunen erfolgen, Beispiele aus anderen europäischen Ländern liegen vor.

Folgende operativen, rechtlichen und ethischen Anforderungen sind dabei zu beachten:

- Zusammenführung der unterschiedlichen Zuständigkeiten verschiedener Ministerien: Das Handeln von Politik und Regierung soll in einem ganzheitlichen System erfolgen und sich der Versorgungswirklichkeit stellen.

- Dringend erforderlich ist die Abklärung der Schnittstellen zwischen Pflegeversicherung und Sozialhilfe sowie den Leistungsbereichen der anderen Sozialgesetzbücher. Es darf keine Verweigerung von Hilfen wegen unklarer Zuständigkeiten geben.

- Voraussetzung für die Teilhabe für psychisch beeinträchtigte Menschen mit Pflegebedarf ist ein koordinierter individueller Hilfemix, der durch die Erbringung aller im Einzelfall erforderlichen Hilfen "wie aus einer Hand" entsteht. Dazu ist eine einzelfallbezogene Vernetzung der Leistungen erforderlich. Dazu sind sozialrechtliche Regelungen erforderlich, die eine Bündelung von Leistungen ermöglichen und fördern.

- Stärkung neuer Formen der Finanzierung für flexible ambulante Komplexleistungen, z. B. als Sachleistung oder als Trägerübergreifendes persönliches Budget.

- Es müssen stärkere Anreize geschaffen werden für die Pflege in eigener Häuslichkeit.

- Alle finanziellen Leistungen sollten unabhängig vom Ort der Hilfeleistung und unabhängig vom Dienstleister gewährt werden und in der Höhe der Leistungen schrittweise angeglichen werden. Dies gilt sowohl für die Pflege nach SGB XI als auch für Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege nach SGB XII.

- Die Hilfen werden wohnortnah in den Wohngebieten, Stadtteilen, Gemeinden und Quartieren organisiert. Integration der ambulanten und stationären Altenhilfe zu Dienstleistungszentren für Menschen mit Pflegebedarf vernetzt mit bürgerschaftlichem Engagement.

- Ehrenamtliche, nachbarschaftliche und bürgerschaftliche Hilfe muss stärker gefördert und in die Regelfinanzierung einbezogen werden. (angelehnt an § 45 c SGB 11).

- Die Rechte der Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter und ihrer Angehörigen müssen gestärkt werden durch den Ausbau von den Nutzern verpflichteten Beratungsstellen, die auch Assessment und Casemanagement leisten können. Dazu sind Pflegestützpunkte und weiterentwickelte Servicestellen geeignet.

- Bei komplexem Hilfebedarf: Integrierte individuelle Hilfeplanung soll zu einem Gesamtplan führen (entsprechend § 7 a SGB XI, Funktion der ‚koordinierenden Bezugsperson' zur bereichsübergreifenden Abstimmung der Hilfen). Dazu ist die Klärung der Finanzierung und eine deutlich intensivierte Kooperation der Leistungsträger erforderlich.

- Auch im ambulanten Bereich sollten bezahlte Alltagshelfer eingesetzt werden (Vorbild § 87 b SGB 11 im stationären Bereich) in Kooperation und Absprache mit Pflegekräften. Die erforderliche Qualifizierung ist zu regeln und sicherzustellen („Alltagskümmerer" vor allem für Alleinstehende).

- Realisierung von Stadtteil-/Wohngebiets-bezogener Rehabilitation, die auch mobil aufsuchend arbeitet, in Zusammenarbeit mit der Altenhilfe. Behandlung und medizinische Rehabilitation haben grundsätzlich Vorrang vor Pflege.

- Qualifizierung der somatischen – ambulanten und stationären – Behandlung von Menschen mit Pflegebedarf infolge psychischer Beeinträchtigungen und die Vernetzung des Medizin- mit dem Pflegesystem.

- Jedes somatische Krankenhaus sollte eine Demenzbeauftragte bzw. einen Demenzbeauftragten haben.

- Zur Qualifizierung der psychiatrischen Behandlung von pflegebedürftigen Menschen infolge psychischer Erkrankungen: Ausbau der psychiatrischen Institutsambulanzen und der Krisenintervention durch mobile Teams.

- Die Situation allein lebender Pflegebedürftiger mit psychischen Beeinträchtigungen ist besonders zu berücksichtigen.

- Aktivierung des Sozialraumes orientiert am Alltag, Klärung der Zuständigkeit und Einbeziehung in die Regelfinanzierung.

- Ausbau des bürgerschaftlichen ‚Wächteramtes'.

- Teilhabe und Selbstbestimmung müssen auch für Demenzkranke im Mittelpunkt aller Bemühungen stehen. Die Sozialgesetzbücher, das Grundgesetz und die UN-Behindertenkonvention gelten ohne Altersbegrenzung.

1.6 Der „Rote Faden"

Das Projekt hat das Ziel, ein Handlungskonzept zu formulieren, das dazu beitragen soll, die Lebensverhältnisse von Menschen mit Pflegebedarf in Folge psychischer Beeinträchtigungen, insbesondere Demenz, grundlegend zu verbessern.

Durch die stereotypisch vorgebrachten Forderungen: „Mehr Geld ins System!" „ Mehr vom Gleichen!" „Die Anderen sind zuständig!" – oder dergleichen Patentrezepte, wird dies nicht geschehen. Alle Vorschläge, die nur sektoral ansetzen oder einzelne Berufsgruppen, nur Institutstypen, nur Leistungsträger, nur Gesetze, nur Politik usw. in den Blick nehmen, greifen zu kurz.

Ein zukunftsträchtiges Handlungskonzept muss die Komplexität der Zusammenhänge und die Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Faktoren berücksichtigen. Dabei erscheint es unmöglich, Zusammenhänge und konkreten Probleme und Lösungen in allen Einzelheiten darzustellen.

Nach einer griechischen Sage stand Ariadne vor der Herausforderung, sich in einem unbekannten Gewirr von Höhlengängen zurecht- und wieder herauszufinden. Ihr praktisches Hilfsmittel war ein „ Faden". Entsprechend soll hier der „Rote Faden" des Projektberichts vorangestellt werden.

Die Schlussfolgerungen und Ergebnisse des Berichts stehen am Anfang. Sie sollen politisch Verantwortliche und konzeptionell Interessierte knapp über Handlungsbedarf und Herausforderungen informieren. Die Grundorientierung der formulierten Ziele und Handlungsvorschläge ist am Kriterium der Personenorientierung zu messen.

Einleitend wird die Ausgangslage und konzeptionelle Grundhaltung skizziert.

Das dritte Kapitel (Konzept quartiersorientierter integrierter Versorgung) befasst sich mit den Zielen und stellt deren *Wechselbeziehungen dar:*

- ausgehend von den besonderen Bedarfen der Zielgruppe: Pflegebedarf in Folge psychischer Erkrankung, insbesondere Demenz,
- dem daraus folgenden notwendigen Mix von Hilfefunktionen unter Berücksichtigung der Individualität der Person und ihres Lebenskontextes,
- die Steuerung des Hilfeprozesses auf der Ebene der Person,
- sowie die Bereitstellung der erreichbaren Hilfen für die betroffenen Personen (organisatorisch und finanziell).

Aus dem Zusammenwirken der Ziele ergibt sich die Gesamtkonzeption, die aus Sicht der am Projekt beteiligten Experten zu verfolgen ist.

Im vierten Kapitel (Ebenen der Umsetzung) steht die Vertiefung der einzelnen Bereiche im Vordergrund. Folgende Bereiche werden behandelt:

- Personenzentrierte Hilfe
- Organisation der Hilfen
- Nachbarschaftshilfe, zivilgesellschaftliches Engagement
- Altenhilfe-Netzwerk im Wohngebiet
- Technische Hilfen
- Sozialrecht und Finanzierung
- Öffentlichkeitsarbeit

Das fünfte Kapitel „Praxisbeispiele“ zeigt, wie verschiedene Komponenten des Handlungskonzeptes schon da und dort realisiert werden und wie wertvoll (Lebensqualität) die Ergebnisse der Anstrengungen für die betroffenen Personen sowie die mitbetroffenen Angehörigen sein können.

Die Best-Practice Beispiele sollen zur Nachahmung anregen und zeigen, was alles jetzt schon möglich ist, wenn innovative Personen zusammenarbeiten.

In der Ergänzungen (Kapitel 6.) wurden vertiefende Texte aufgenommen, die in Bezug zu vorherigen Kapiteln stehen.

1.7 Handlungskonzept

Die APK und die am Projekt beteiligten Experten sind davon überzeugt, dass es für psychisch kranke alte Menschen nötig ist, alle notwendigen Hilfen in einem Altenhilfenetzwerk anzubieten und in einem Hilfemix – idealerweise begleitet durch einen Kümmerer – zu realisieren, gerade auch für die Personen mit dem schwierigen Hilfebedarf. Es gilt das Prinzip der regionalen Versorgungsverpflichtung. Grundlegend ist dafür die Kooperation der somatischen Medizin, der Geriatrie und Gerontopsychiatrie und -psychotherapie sowie sozialer Dienstleister und der sozialen Netzwerke der Menschen im Wohngebiet.

Die Grenzen von Institutionen und deren Hilfsangebote müssen durchlässiger gestaltet werden. *Wenn* ein Dienstleistungs-Zentrum oder Netzwerk in einem Wohngebiet praktisch integriert ist, wenn Besucher und Besuchsdienste willkommen sind, *wenn* Kultur- und Aktivitäts-Angebote des Zentrums/Netzwerks auch von anderen (alten) Menschen, die im Wohngebiet leben, in Anspruch genommen werden und Heimbewohner an Aktivitäten außerhalb des Heims teilnehmen (z. B. im Stadtteil oder von Vereinen oder kirchlichen Veranstaltungen), *dann* trägt das auch für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen und daraus folgendem Pflegebedarf zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bei, und hat zudem eine wichtige präventive Wirkung gegen Versorgungsengpässe und -missstände.

Die Attraktivität der Institutionen, die Entstigmatisierung von Personen und die Normalisierung von Lebenssituationen könnte dadurch gefördert werden. Die Transparenz von Leistungen ließe sich erhöhen und damit die Rechte von Verbrauchern stärken.

Die Herausforderung liegt darin, ein Handlungskonzept für Menschen, die in ihrer Alltagskompetenz beeinträchtigt sind – besonders durch demenziell Erkrankungen – unter Rahmenbedingungen zu realisieren, die in Verbindung mit einer sozialraumorientierten Zielsetzung Generationen überschreitender Hilfen von den verschiedenen beteiligten Akteuren mitgetragen wird.

Es ist sinnvoll, ein derartiges Handlungskonzept in einigen Regionen im Zusammenwirken der Komponenten zu implementieren, zu evaluieren und gegebenenfalls anzupassen – und damit ein praktisches Beispiel für einen beteiligungsorientierten Problemlösungsansatz zu entwickeln, der auch in anderen Regionen verwirklicht werden könnte.

2. Ausgangssituation und Vorgehen

2.1 Ausgangssituation und Arbeitsweise

Schon im Vorfeld des Projekts wurden erhebliche Defizite bei der spezifischen Versorgung psychisch kranker Pflegebedürftiger festgestellt, als deren Ursache weder ein Theorie- oder Wissensdefizit noch sozialrechtliche Vorgaben wesentlich schienen[15]. Dagegen wurde schnell deutlich, dass die *Zusammenführung* vorliegender konzeptioneller Empfehlungen und positiver Erfahrungen und eine Bündelung der jeweils fachspezifischen Initiativen erforderlich sind.

Die ‚Handlungsempfehlungen zur Organisation und Finanzierung von personenzentrierten Hilfen für psychisch kranke alte und demente Menschen' der APK[16], das Gemeinschaftsprojekt „Leben und Wohnen im Alter" des KDA und der Bertelsmannstiftung (Ergebnisanalyse .des Werkstatt-Wettbewerbs Quartier und Handlungsempfehlungen, November 2006), das Positionspapier des Deutschen Vereins vom 27.9.2006[17] sowie andere Berichte zeigten, dass nur mit einem gemeinsamen Vorgehen auf verschiedenen Ebenen und Zuständigkeiten die Herausforderung der qualifizierten Versorgung von alten Menschen mit Pflegebedarf – und besonders in Folge von psychischen Erkrankungen einschließlich Demenz – bewältigt werden kann.

Entsprechend diesem Gedanken der Vernetzung der Hilfen im Quartier war das Projekt durch eine enge Kooperation der Aktion Psychisch Kranke (APK) mit anderen Verbänden, Fachgesellschaften und Experten gekennzeichnet. Eine besondere Bedeutung kam der Kooperation mit dem Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) bei.

Die kontinuierliche Abstimmung mit dem Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) wurde vor allem durch die Einbeziehung des Vorsitzenden des KDA, Herrn Dr. Gohde, in die Leitungsgruppe sichergestellt. Darüber hinaus fanden diverse Treffen der Leitungsgruppe mit dem Geschäftsführer und wissenschaftlichen Mitarbeitern des KDA statt. Die Projektleiterin, Frau Schmidt-Zadel, ist Mitglied des Kuratoriums des KDA. Zwei weitere Kuratoren waren einbezogen: Herr Dr. Rückert in der Arbeitsgruppe und Herr Dr. Jüttner in der Expertengruppe.

Im Zentrum der Zusammenarbeit mit dem KDA standen inhaltliche Abstimmungen zur Konzeption der Hilfeleistungen sowie der Informationsaustausch über die Leuchtturmprojekte Demenz und die Pilotprojekte zum Aufbau von Pflegestützpunkten, die beide durch das KDA koordiniert werden.

2.2 Projektstruktur

Die Vorsitzenden der Aktion Psychisch Kranke, Frau Regina Schmidt-Zadel, und Prof. Dr. Heinrich Kunze bildeten die Projektleitung.

---

[15] Ausnahme: Pflegebedürftigkeitsbegriff – siehe Kap. 3.6.2.1

[16] siehe: Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hg.), Psychisch kranke alte und demente Menschen, Psychiatrieverlag, 1. Auflage 2009, Bonn

[17] „Empfehlungen zur Gestaltung der sozialen Infrastruktur in den Kommunen mit einer älter werdenden Bevölkerung"

Als Projektgremien wurden gebildet:

- eine *Leitungsgruppe* (20 Treffen)
- eine Projekt-*Arbeitsgruppe* (16 ganztägige Sitzungen)
- eine *Expertengruppe* (4 ganztägige Sitzungen, davon eine erweiterte Sitzung: ‚Expertenworkshop')

Die *Leitungsgruppe* verantwortete und steuerte die Erstellung des Konzepts. Sie tagte häufig unter Hinzuziehung von Experten aus der Arbeits- oder Expertengruppe oder externen Fachleuten und besuchte gemeinsam oder arbeitsteilig Einrichtungen und Projekte.

Mitglieder der Leitungsgruppe:

Regina Schmidt-Zadel	Aktion Psychisch Kranke, Ratingen, Projektleiterin
Prof. Dr. Heinrich Kunze	Aktion Psychisch Kranke, Kassel, Projektleiter
Pfarrer Dr. Jürgen Gohde	Kuratorium Deutsche Altershilfe, Kassel (Kooperationspartner KDA)
Ulrich Krüger	Aktion Psychisch Kranke, Bonn, Projektkoordinator

Die *Arbeitsgruppe* diente dem intensiven Fachaustausch zu den inhaltlichen Schwerpunkten, die sich in der Gliederung des vorliegenden Projektberichts widerspiegeln. Der Projektbericht wurde arbeitsteilig von Mitgliedern der Arbeitsgruppe (und einiger Mitglieder der Expertengruppe) erstellt. Jeder Berichtsteil wurde wiederholt in der Arbeitsgruppe diskutiert und verändert. Die Arbeitsgruppe systematisierte auch die Erkenntnisse aus Expertengesprächen und Einrichtungsbesuchen und war der Ort des Austauschs mit Vertretern des KDA.

Mitglieder der Arbeitsgruppe:

Pfarrer Dr. Jürgen Gohde	Kuratorium Deutsche Altershilfe, Kassel
Prof. Dr. Hans Gutzmann	St. Hedwig Kliniken Berlin GmbH
Prof. Dr. Ralf Ihl	Alexianer- Krankenhaus, Krefeld
Harald Kesselheim	AOK-Bundesverband, Berlin
Ulrich Krüger	Aktion Psychisch Kranke, Bonn
Dr. Thomas Kunczik	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie, Wiehl
Prof. Dr. Heinrich Kunze	Aktion Psychisch Kranke, Kassel
Dr. Peter Pick	medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., Essen
Dr. Niels Pörksen	Aktion Psychisch Kranke e.V., Bielefeld

Dr. Willi Rückert	ehemals Kuratorium Deutsche Altershilfe, Brühl
Regina Schmidt-Zadel	Aktion Psychisch Kranke, Ratingen
Dr. Wilhelm Stuhlmann	Facharzt für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie, Erkrath

Es wurde ein Beirat aus Expertinnen und Experten „*Expertengruppe*“ gebildet, in dem Schlüsselpersonen aus den Bereichen psychiatrischer und gerontopsychiatrischer Hilfen sowie allgemeiner Pflege, Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und Behandlung die Projektarbeit berieten. Dabei waren Vertreter und Vertreterinnen der Selbsthilfe, aller wesentlichen Fachgesellschaften, der Leistungsträger und Leistungserbringer, des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und einzelner Landesministerien beteiligt.

Damit ist es der Aktion Psychisch Kranke gelungen, wesentliche Verantwortliche der Planung, Finanzierung und Hilfeleistung für psychisch beeinträchtigte Pflegebedürftige einzubeziehen.

Mitglieder der Expertengruppe:

Frank Allisat	Rheinische Kliniken Köln
Jeanette Arenz	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V:, Berlin
Dr. Christian Berringer	Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
Dr. Ingrid Bräunlich	Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V., Jena
Ernst Georg Eberhard	Diakonische Wohnstätten e.V., Kassel
Ulf Fink	Büro für Gesundheit und Prävention, Berlin
Prof. Dr. Jürgen Fritze	Verband der privaten Krankenversicherung, Köln
Rudolf Herweck	Berlin
Prof. Dr. Rudolf Hirsch	Rheinische Kliniken Bonn
Dr. Peter Michael Hoffmann	Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf
Ludger Jutkeit	Nottuln
Dr. Eberhard Jüttner	Kuratorium Deutsche Altershilfe e.V., Artern
Dr. Sabine Kirchen-Peters	iso-Institut, Saarbrücken

Klaus Kirschner	Alexandra-Lang-Stiftung: Hilfe und Beratung bei ärztlichen Behandlungsfehlern, Oberndorf
Dr. Elisabeth Kludas	Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie, Bochum
Prof. Dr. Andras Kruse	Universität Heidelberg
Helga Kühn-Menge	ehemalige SPD Bundestagsabgeordnete und Patientenbeauftragte, Berlin
Armin Lang	VdAK e.V./AEV e. V., Saarbrücken
Dr. Klaus Nißle	Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren
Prof. Dr. Reinhard Peukert	Hochschule Rhein-Main, Wiesbaden
Silvia Schmidt	SPD-Bundestagsfraktion, Berlin
Dr. Thomas Stracke	Bundesministerium für Gesundheit, Bonn
Angelika Trilling	Stadt Kassel
Heike von Lützau-Hohlbein	Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Berlin
Karl-Dieter Voß	GKV-Spitzenverband, Berlin
Petra Weritz-Hanf	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin

3. Konzept quartiersorientierter integrierter Versorgung

Ziele zur Verbesserung der Hilfen für psychisch beeinträchtigte Menschen mit Pflegebedarf

In diesem Kapitel geht es um die zielorientierte Verknüpfung von unterschiedlichen Zuständigkeitsbereichen. Aus dem Zusammenwirken der Ziele ergibt sich die Gesamtkonzeption, die aus Sicht der am Projekt beteiligten Experten zu verfolgen ist. Das Handlungskonzept entsteht aus der Realisierung der empfohlenen Schritte zu den einzelnen Zielen.

Die folgenden Ziele sind als verbundene Elemente der Gesamtkonzeption zu verstehen**.** Integrierte quartiersorientierte Versorgung pflegebedürftiger Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen soll sich an folgenden Zielen orientieren:

1. Bei der Pflege werden die besonderen Bedarfe von psychisch beeinträchtigten Menschen berücksichtigt, z. B.
   - *Individualisierung*
   - *personelle Kontinuität*
   - *Zeit für Kommunikation (auch Motivation, Anleitung)*
   - *Kontextabhängigkeit*

2. Pflege von psychisch beeinträchtigten Menschen wird in einen *individuell* bedarfsgerechten Hilfemix eingebettet.

3. Der Hilfemix wird einzelfallbezogen *verantwortlich* koordiniert.

4. Verschiedene Akteure und Strukturen zur Erbringung von koordinierten Leistungen sind im Wohngebiet vorhanden.

5. Die Verantwortung für die Vorhaltung und Steuerung in der Region ist geklärt und wird effektiv umgesetzt.

6. Die sozialrechtlichen Vorgaben sind geeignete rechtliche Grundlagen für ein personenzentriertes Versorgungssystem.

Diese Ziele werden im folgenden Text differenziert und mit traditioneller Hilfe verglichen.

3.1 Ziel 1: Die besonderen Bedarfe von psychisch beeinträchtigten Menschen bei der Pflege werden berücksichtigt

3.1.1 Besonderheiten der Bedarfsfeststellung bei psychisch kranken Menschen

Jeder individuelle Pflegebedarf weist Besonderheiten auf. Dem entsprechend muss jede Pflegeleistung auf individuelle Bedarfe ausgerichtet werden. Allerdings gibt es charakteristische Besonderheiten von psychisch beeinträchtigten Menschen, die zwar nicht immer, aber doch vielfach vorkommen.
Im Projekt wurden folgende Hauptaspekte identifiziert:

- Eingeschränkte Fähigkeit zu Einsicht, Urteil, Planung, Selbsteinschätzung; daraus resultierend eine erschwerte Hilfeplanung und Bedarfsfeststellung. Psychisch beeinträchtigte Menschen schätzen oft krankheitsbedingt ihren Pflege- und Hilfebedarf unrealistisch ein. Von Außenstehenden erkennbare Hilfebedarfe werden von den Hilfebedürftigen oft nicht wahrgenommen und realistisch dargestellt. Bei Menschen mit Demenz überwiegt eine Bagatellisierung des Hilfebedarfs. Menschen mit Depressionen und Angststörungen unterschätzen oft ihre eigenen Kompetenzen.

- Bei alten Menschen mit Depressionen oder Angststörungen kann es zu vermeidbaren Pflegebedarfen kommen, wenn therapeutische Möglichkeiten nicht ausgeschöpft werden.

- Wenn es den hilfebedürftigen Menschen nicht mehr gelingt, eigene Bedarfe, auch eigene Wünsche zu formulieren, heißt das nicht, dass eigene Wünsche nicht mehr bestehen. Es ist dann eine zusätzliche Aufgabe, die unter Umständen sehr aufwendig sein kann, diese Wünsche herauszufinden, z. B. durch Beobachtung, Angehörigengespräche, Biographiearbeit.

- Pflegeberatung und Pflegebegleitung kommen hohe Bedeutung zu. Pflegeberatung muss dabei so realisiert werden, wie es das SGB XI in den §§ 7, 7 a und 12 vorgibt: Leistungsbereichs-übergreifend unter besonderer Berücksichtigung des Prinzips, Behandlung und Rehabilitation vor Pflege'. Erforderlich ist eine individuelle Hilfeplanung[18].

- Unruhe, Angst, Depression, Zwangshandlungen, Desorientiertheit usw. erschweren die Hilfeleistung; krankheitsbedingt kommt es zur Verweigerung von notwendiger Hilfe oder zumindest zu Verhaltensweisen, die die Pflege behindern; daraus resultierend erhöhter Zeitbedarf für die Pflege wie für die gesamte Hilfeleistung oder die Gefahr der unterlassenen Hilfe, weil die Fähigkeit zur Selbstbestimmung falsch eingeschätzt wird.

- Psychisch beeinträchtigte pflegebedürftige Menschen sind zumeist körperlich in der Lage, notwendige Verrichtungen zur Alltagsbewältigung auszuführen. ‚Anleitung und Beaufsichtigung' sind für die Pflege leistenden Angehörigen und Profis oft zeitaufwendiger als die Erledigung *für* den Hilfebedürftigen. Das gilt verstärkt, wenn Compliance und Motivation immer wieder neu hergestellt werden müssen. Pflegeabbrüche:

[18] siehe Kapitel 3.1.2 und 3.1.3

Psychisch beeinträchtigte Pflegebedürftige sind nicht immer in Lage sich in vorgegebene Strukturen einzufügen. Sie nehmen Hilfeleistungen nicht (sofort) an, wenn es ihnen zeitlich, emotional oder nach ihren krankheitsbedingt veränderten Einschätzungen nicht passt. Nicht erbrachte Leistungen werden als Sachleistung nicht vergütet.

- Krankheitsbedingte Verkennung von Notwendigkeiten, Risiken und Gefahren; daraus resultierend eine erhöhte Bedeutung absichernder und respektvoll überwachender Begleitung. Es kann durch Fehlhandlungen oder Unterlassungen zu Selbst- und Fremdgefährdung kommen: Unfälle, Fehlernährung trotz zur Verfügung stehender Nahrungsmittel, Verlaufen, Brandgefahr, Hygienedefizite. Das Zubereiten und Darreichen von Speisen und Getränken reicht manchmal nicht aus, die Einnahme muss motivierend und erinnernd begleitet werde.

- Sozialer Rückzug, krankheitsbedingte Einschränkung der Fähigkeit zur Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung, daraus resultierend besondere Bedeutung der persönlichen Beziehung zwischen Pflegebedürftiger und pflegender Person Viele psychisch beeinträchtigte Menschen sind krankheitsbedingt in der Fähigkeit eingeschränkt, sich auf wechselnde Personen einzustellen. Sie verlieren Orientierung und Motivation, wenn für verschiedene Leistungen jeweils unterschiedliche Helfer erscheinen. Dagegen lassen sich bei personeller Kontinuität der Begleitpersonen eigene Ressourcen sehr viel besser und länger nutzen.

Folgende häufige Fehler müssen vermieden werden:

- Psychische Erkrankung wird nicht rechtzeitig erkannt.
- Eine erkannte psychische Erkrankung wird nicht fachkompetent behandelt.
- Möglichkeiten von Rehabilitation und Behandlung im vertrauten Umfeld werden nicht ausgeschöpft.
- Änderungen der Lebensverhältnisse, insbesondere der Wohnsituation, erfolgen unter Zeitdruck, weil ambulante Hilfen nicht zur Verfügung stehen oder nicht zeitnah genug organisiert werden können.

3.1.2 Integrierte Hilfeplanung

Die Funktion ‚Hilfeplanung' ist von der Bedeutung zentral für die betroffene Person und die Wirksamkeit, im aktuellen Hilfesystem hat sie jedoch eine marginale Bedeutung.

Zur Bedarfsfeststellung im Bereich Pflege führt eine mehrstufige Klärung:

1. Gesamtbedarf (Hilfeplanung)
2. Pflegebedarf (Pflegeplanung)
3. Pflegestufe (Bedarfsfeststellung)

Ausgangspunkt auf allen genannten Ebenen ist die Frage:
Was ist nötig um

- *unter optimaler Nutzung von Selbsthilfemöglichkeiten,*
- *bei weitest möglicher Berücksichtigung der Wünsche des Hilfebedürftigen,*
- *ein Optimum an Lebensqualität zu erreichen?*

Die zentralen Ziele der Hilfeplanung sind:

- *Hilfen zum Ausgleich oder zur Minderung der Beeinträchtigung der Selbständigkeit im persönlichen Bereich (neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff)*
- *Selbstversorgung im Wohnbereich und Alltagsgestaltung*
- *Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft*
- *Gesundheit*

Zu betonen ist vor allem die Teilhabe, weil dieser Aspekt bisher im SGB XI nicht ausreichend herausgearbeitet ist und Hilfen zur Teilhabe nach anderen Sozialgesetzbüchern für alte Menschen kaum geleistet werden.

Mit dem Sozialgesetzbuch IX hat der Gesetzgeber in der Behindertenhilfe einen Paradigmenwechsel vollzogen, der die Teilhabe der Menschen mit Behinderung am Leben in der Gesellschaft in den Vordergrund stellt. Das gilt auch für psychisch kranke alte Menschen, und muss auch gelten, wenn sie alt sind!

Leistungen zur Teilhabe dienen nach § 4 SGB IX auch dazu "Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten". Dabei geht es darum, "die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern." Doch noch wird in der Praxis zu selten an medizinische Rehabilitation oder Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gedacht. Die inzwischen zur Pflichtleistung gewordene geriatrische Rehabilitation wird nicht ausreichend geleistet, wie die Pflegebegutachtungen zur Entwicklung des neune Pflegebedürftigkeitsbegriffs gezeigt haben.

Die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft steht im Vordergrund. Bei manchen alten Menschen geht es dabei nicht nur darum, welche Hilfen sie benötigen, sondern auch – manchmal sogar vor allem, darum, welche Hilfen sie *leisten* können. Gebraucht werden, gefragt werden, besucht werden und andere besuchen, etwas erfahren können aus dem Leben der Mitmenschen, aber auch erzählen können von den Dingen, die einem wichtig sind – das ist schon mehr als ein Bedürfnis vieler alter Menschen, es ist ein Bedarf, denn ohne dies wachsen psychische Probleme und Hilfebedarf auch im körperlichen und psychischen Bereich.

Personenzentrierte Hilfeplanung bei komplexem Hilfebedarf ist *integrierte* Hilfeplanung. Sie unterscheidet Pflege- und Hilfebedürftigkeit, umfasst aber *alle* relevanten Hilfebereiche, z. B Pflege. psychiatrische Hilfen, somatische Behandlung, nicht professionelle Hilfen, Hauswirtschaft, Kommunikation usw.. Eine solche Hilfeplanung unterscheidet sich deutlich von den herkömmlichen Aufnahme- oder Antragsverfahren, die sich nur auf Hilfeformen im Zuständigkeitsbereich eines Leistungsträgers beziehen.

Alle Leistungsbereiche sind einzubeziehen, z. B.:

- Selbstversorgung im Wohnbereich (Grundpflege, Haushalthilfe)
- Tagesgestaltung
- Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft: Kontakte, Teilnahme am öffentlichen Leben
- medizinische Grundversorgung (ärztliche Diagnose, Behandlung, Krankenpflege)
- spezielle Therapieverfahren (Ergotherapie, Bewegungstherapie, Psychotherapie usw.)
- Hilfen in sozialen Angelegenheiten (Geld, Behörden, Vertragsangelegenheiten usw.)
- Wohnungsanpassung und technische Hilfen
- Koordination, Hilfeplanung und Abstimmung (Care- und Casemanagement)

Aufgrund einer *integrierten Hilfeplanung* muss es zu aufeinander abgestimmten Leistungen kommen. Deshalb muss der Bedarf an Hilfeleistungen unter allen beteiligten Leistungsträgern und Leistungserbringern abgestimmt werden. Dazu sind bei komplexen Problemlagen z. B. Hilfeplankonferenzen geeignet.

Es geht darum, in der Planung sowie der Auswertung eines Hilfeabschnitts das Zusammenwirken der verschiedenen Maßnahmen für die individuellen Ziele der Person zu bewerten und davon ausgehend den nächsten Problemlösungszirkel zu planen. Bisher gibt es meist keine klaren Zuständigkeitsregelungen für das Zusammenwirken der verschiedenen Maßnahmen, die zugunsten einer Person gleichzeitig und nacheinander ergriffen werden wegen der Fragmentierung der Verantwortung nach Berufsgruppen, Diensten und Einrichtungen und Kostenträgern sowie zusätzlich ihrer weiteren internen Differenzierungen z. B ambulant oder stationär.

Deshalb hat die APK im Rahmen von Projekten zur Abkehr von der institutions- zur personen-zentrierten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Behinderungen im Erwachsenenalter die personenbezogene Hilfeplanung und die Hilfeplankonferenzen entwickelt, die in diesen Bereichen weithin eingeführt sind[19]. Die Organisation der Hilfen sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen und die Einbeziehung des Pflegebereichs kann verbessert werden.

3.1.3 Besondere Aspekte bei der Pflegeplanung für psychisch kranke Menschen

Bei psychisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen sind folgende Aspekte besonders zu beachten:

- Verlässlichkeit der Hilfen (ggf. rund um die Uhr)
- Selbstbestimmung (trotz Schwierigkeiten bei der Klärung des Patientenwillens)
- Selbstständigkeit (in der gewohnten Umgebung)
- Fähigkeiten erhalten und fördern (aktivierende Pflege)
- Fähigkeiten einsetzen (für sich und andere)
- Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Familie, Nachbarschaft, Wohngebiet, Gesellschaft)

In vielen Fällen kommt aus Sicht der Betroffenen und Angehörigen der Verlässlichkeit und Kontinuität der Hilfen vorrangige Bedeutung zu. Wenn man einen Menschen aufgrund seines ständigen oder unplanbaren Hilfebedarfs nicht oder zumindest nicht über längere Zeit alleine lassen kann, greifen die verfügbaren professionellen ambulanten Hilfemöglichkeiten nicht mehr. Ein schwieriges Thema ist zum Beispiel die *nächtliche Präsenz von Hilfspersonen*. Viele Angehörige können das auf die Dauer nicht leisten. Eine professionelle Nachtwache im häuslichen Kontext ist durch das Pflegegeld zurzeit nicht zu finanzieren, wohl aber bei stationärer Versorgung. Dieser Aspekt kann zur Inanspruchnahme stationärer Versorgung führen, auch wenn dies nicht dem primären Wunsch des pflegebedürftigen Menschen entspricht.

---

[19] siehe: Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.), Von instituts- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Bericht zum Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung, Nomos-Verlag, Baden-Baden 1999

Diese Möglichkeit ist natürlich nicht zu vergleichen mit einer Situation, in der sich ein unter seiner Einsamkeit leidender Mensch aus Gründen der Geselligkeit und aus Gründen der Sicherheit, die eine Einrichtung bietet, oder aus anderen persönlichen Gründen entscheidet, in eine für ihn geeignete Einrichtungen einzuziehen. Eine Gruppenwohnsituation kann als sehr wohltuend empfunden werden.

Sehr häufig kommt diese Entscheidung nicht als Ergebnis einer Abwägung ohne Zeitdruck über die beste Wohnsituation zustande, sondern in einer Notsituation, weil geeignete ambulante Alternativen fehlen oder weil in Folge von Tabuisierung der zunehmenden Beeinträchtigungen keine vorausschauende Planung erfolgte, oder weil ein Unfall/eine akute Erkrankung eine sofortige Krankenhausbehandlung erforderlich macht. Dies kann zum Abbruch einer schon bestehenden unterstützenden Begleitung und zu einer kurzschlüssigen „Problemlösung“, nämlich „Verlegung“ ins Heim führen[20].

Damit tritt ein anderes Ziel in den Blickpunkt, nämlich das der *Selbstbestimmung*. Sie kann eingeschränkt werden durch Notfallentscheidungen, weil die Rahmenbedingungen für vorausschauende Planung in vielen Bereichen unzulänglich sind[21].

Selbstbestimmung kann in Gruppen eingeschränkt sein durch die Rücksichtnahme auf die Mitbewohner, oder darüber hinaus durch institutionelle „Notwendigkeiten“, Versorgungsabläufe, die in den selbstbestimmten Ablauf des Alltags eingreifen. Dies hängt aber im hohen Maße von der Kompetenz der Leitung sowie der räumlichen Gestaltung der Einrichtung ab.

Aus diesen Gründen scheuen viele Menschen davor zurück, in eine Form des Gemeinschaftswohnens zu ziehen.

Dass auch in stationären Einrichtungen Selbstbestimmung ein Ziel ist und dass man auch dort auf individuelle Wünsche schaut, ist unbestritten. Viele Professionelle in stationären Einrichtungen bemühen sich sehr um den Einzelfall. Aber mit dem Ziel ‚personenzentrierte Hilfe’ geht es vor allem darum, die generellen, vor allem die auf die Lebenswelt bezogenen Wünsche zu respektieren und dafür Lösungen zu finden, dass unter Beibehaltung der gewünschten Wohn- und Lebensform eine würdiges Leben ermöglichende Hilfe geleistet wird.

Das führt zu den nächsten Zielen: Der Selbständigkeit und der Möglichkeit eigene Fähigkeiten einzusetzen. Für das Wohlbefinden und den Selbstwert vieler Menschen ist es existenziell, *eigene Fähigkeiten* zu erkennen und diese *für sich und andere Menschen einsetzen* zu können. Man darf nicht nur darauf schauen, dass psychisch kranke alte Menschen ‚gut versorgt’ sind, sie müssen auch optimal gefördert werden. *’Fördern statt Versorgen’ ist die Leitlinie,* auch wenn Fördern zeitaufwendiger ist als kompensatorische Hilfen.

Der letzte Punkt ist die *Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft*. Hier geht es um die sozialen Aspekte, die von immenser Bedeutung sind. Wir haben oft mit Menschen zu tun, die teilweise aus psychischen Gründen, teilweise aus anderen Gründen sozialer Beziehungen weitgehend entwöhnt sind. Dann ist es entscheidend, soziale Kontakte, Teilhabe, ‚Dazugehören’ zu organisieren als einen unverzichtbaren und wesentlichen Bestandteil des Lebens. Auch um erforderliche Hilfen für die Hilfebedürftigen akzeptabel zu machen, muss oft erst einmal eine persönliche Beziehung hergestellt werden. Das ist bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen oft mühsam und zeitaufwendig.

---

[20] siehe Kap. 4.4.2
[21] siehe Kap. 4.4.1

3.1.4 Individuelle Zielbestimmung

Erforderlich ist eine "zielorientierte Hilfeplanung". Erst wenn die Ziele mit der hilfebedürftigen Person und ihren Angehörigen bestimmt wurden, kann man die Hilfen planen, die der Zielerreichung dienen.

"Personenzentrierte Hilfe" fragt: „Welche Hilfen benötigt der Klient?“ und nicht „Welches verfügbare Angebot für ihn ist das Geeignetste?“

Beim Zugang zu erforderlichen Hilfen gilt: Es wird kein Umzug angestrebt, um Hilfen zu erhalten, sondern bedarfsgerechte Hilfen werden am gewünschten Lebensort organisiert. Während Hilfen geleistet werden gilt: kein Betreuerwechsel bei verändertem Hilfebedarf sondern flexible Anpassung der Hilfen an den Bedarf des Klienten (quantitativ und qualitativ).Ein unvermeidlicher Betreuungswechsel erfolgt nur in einem Hilfebereich, die Kontinuität in den anderen bleibt erhalten.

Bei der personenzentrierten Hilfe steht der individuelle Hilfebedarf im Mittelpunkt. Eine entsprechend hohe Bedeutung kommt der individuellen Hilfeplanung zu. Sie fragt zunächst nicht danach, welcher Dienst oder welche Einrichtung die Hilfe erbringen könnte und wer sie zu zahlen hat, sondern zunächst nur danach, *welche Hilfen – als Funktionen* – der Mensch benötigt. Erst danach kommt die Frage nach den Institutionen, die die Funktionen leisten können. So stehen die Ziele der Hilfeleistung im Vordergrund. Es ist eine Gesamthilfeplanung, die unabhängig von "Zuständigkeiten" alle Aspekte des Hilfebedarfs berücksichtigt. Die Hilfeplanung ist zielorientiert und integriert.

Die zentrale Ausgangsfrage der Zielbestimmung lautet:

Welche Lebensform strebt der psychisch kranke pflegebedürftige Mensch an?

Denn abhängig von der Wohnform kann sich der Hilfebedarf und der Pflegebedarf erheblich unterscheiden:

- allein lebend in eigener Wohnung ohne familiäre oder nachbarschaftliche Hilfe
- in eigener Wohnung lebend mit Hilfspersonen in unmittelbarer Nachbarschaft
- in eigener Wohnung gemeinsam mit einer professionellen Pflegeperson lebend
- gemeinsam wohnend mit Partner
- gemeinsam wohnend mit sonstigen Angehörigen
- gemeinsam wohnend in Wohngemeinschaft mit nicht pflegebedürftigen Personen
- gemeinsam wohnend in Wohngemeinschaft mit pflegebedürftigen Personen
- gemeinsam wohnend in einer Einrichtung für pflegebedürftige Personen

Daher *be*zieht sich die Hilfeplanung zunächst auf die angestrebte Wohnform: Erhalt? Änderung? Anpassung? usw.

Deshalb steht zunächst der Wohnwunsch mit den damit verbundenen sozialen Kontakten im Vordergrund: zum Beispiel eigene Wohnung im vertrauten Umfeld oder Wohngruppe mit neuen Kontakt- und Teilhabemöglichkeiten. Die jeweilige Wohnperspektive stellt ganz unterschiedliche Anforderungen an die Helfer. Erst wenn die Wohnperspektive geklärt ist, stellen sich die weiteren Fragen:

- *Welche Hilfen sind dort erforderlich? bzw.*
- *Welche Hilfen sind erforderlich, um dieses (Wohn-)Ziel zu erreichen?*
- *Welche Fähigkeiten kann und will er/sie entwickeln oder erhalten?*
- *Welche Beeinträchtigungen lassen sich überwinden oder reduzieren?*
- *Was soll durch kompensatorische Hilfen für den alten Menschen erreicht werden?*
- *Welche Hilfeleistungen von Angehörigen, Freunden/innen und Bekannten sind möglich?*

Wenn eine akute Erkrankung oder ein Unfall (ggf. mit Krankenhausbehandlung) aktuell nicht in der bisherigen Wohnform bewältigt werden kann, dann sollte darauf nicht sofort mit einer Heimeinweisung reagiert werden, die Fakten schafft und eine Planung im Sinne der individuellen Zielbestimmung unmöglich macht.

Zur zielorientierten Hilfeplanung gehört aber auch die Klärung der erwünschten Tagesgestaltung bzw. die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, die sozialen Kontakte. Ein Mindestmaß an Kommunikation ist mindestens in gleichem Maße Voraussetzung für ein gesundes Leben wie Essen, Trinken und Sauberkeit. Da es für ‚kommunikative Hilfen' keine sozialrechtlich abgesicherte Hilfeleistung gibt, wird dieser entscheidende Bereich oft vernachlässigt.

3.1.5 Besonderheiten bei der Pflegeleistung für psychisch kranke Menschen

Schon im bisherigen Teil dieses Kapitels, das sich auf die Hilfe- und Pflegeplanung bezog, wurden zahlreiche bedeutende Besonderheiten bei psychisch kranken Menschen hervorgehoben. Dies soll jedoch nicht den Schluss nahe legen, dass nur spezialisierte Dienste für psychisch Kranke geeignet seien. Die Projektgruppe geht im Gegenteil davon aus, dass grundsätzlich die bestehenden ortsnahen Dienste genutzt werden sollten. Damit wird am ehesten dem Normalisierungsprinzip gefolgt, nach dem psychisch kranke Menschen in allen Bereichen der Gesellschaft gleichberechtigte Teilhabe ermöglicht wird und sie nicht voreilig auf spezialisierte Einrichtungen und Dienste verwiesen werden.

Konsequenz der Betonung der besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker ist daher nicht die Forderung nach Neuaufbau bzw. Ausbau spezialisierter Hilfen. Vielmehr sollten die bestehenden allgemeinen Leistungsangebote so qualifiziert werden und in solcher Weise zu einer systematischen Kooperation mit psychosozialen, psychiatrischen und gerontopsychiatrischen Hilfen angeleitet werden, dass sie mit der erforderlichen Unterstützung durch die spezialisierten Fachleute auch psychisch kranke Pflegebedürftige fachgerecht unterstützen können.[22]

a) Psychische Krankheit kennen und erkennen

Psychische Erkrankungen sind noch nicht bekannt genug, vor allem die psychischen Erkrankungen im Alter. Manche Krankheitserscheinungen werden als Alterserscheinungen verharmlost. Betroffene, Angehörige, Nachbarn, Ärzte, Pfleger usw. sollten Anzeichen auf psychische Erkrankungen möglichst früh erkennen, damit die Chancen der Behandlung und die Möglichkeiten zur vorausschauenden Hilfeplanung, die „Notlagen" ohne Alternativen vermeidet, genutzt werden können.

[22] siehe Kap. 3.4

Ein wesentlicher Teil der Diagnostik muss in der vertrauten Umgebung des kranken Menschen erfolgen. In einem fremden Kontext kann ein überhöhtes Bild der Einschränkungen entstehen, es ist aber auch umgekehrt möglich, dass im Gespräch mit einem Außenstehenden Kräfte und Fähigkeiten deutlich werden, die im gewohnten Alltag gar nicht mehr sichtbar bzw. genutzt werden.

Anforderung:

- Jeder Pflegeberater muss in der Lage sein, auch ohne vorliegende Diagnose Hinweise auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung zu erkennen, um in der Beratung darauf hinzuweisen zu können, dass eine psychische Erkrankung vorliegen könnte und eine entsprechende Diagnostik empfehlenswert sei.
- Der Pflegeberater hat dementsprechend mit fachspezifischen Diensten zu kooperieren (z. B. Gerontopsychiatrische Zentren, Sozialpsychiatrische Zentren, Demenz-Servicestellen): regelmäßige allgemeine Information und Fortbildung, einzelfallbezogene Beratung, ggf. einzelfallbezogene Zusammenarbeit; daraus folgt:
- Psychiatrische und gerontopsychiatrische Fachdienste mit allgemeinem Beratungsauftrag gegenüber Betroffenen, Angehörigen und professionellen und nichtprofessionellen Helfern sind erforderlich; durch klare regionale Zuständigkeit sind flächendeckend – für die Bevölkerung erreichbar von den Wegen wie von den Wartezeiten auf Termine – entsprechende Beratungsangebote vorzuhalten.
- In der Ausbildung von Ärzten und die Weiterbildung von Fachärzten (insbesondere für Allgemeinmedizin) werden verstärkt psychiatrische und gerontopsychiatrische Erkrankungen berücksichtigt.
- Hausärzte müssen von diesen Fachdiensten systematisch und wiederholt in ihrer Kompetenz zur Erkennung psychischer Erkrankungen und zum Umgang mit diesen Patienten gestärkt und zur einzelfallbezogenen Kooperation eingeladen werden.
- Solange psychiatrisch und gerontopsychiatrisch weitergebildete oder erfahrene Fachpflegekräfte nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen, sind Strukturen zu schaffen, die ihren Einsatz als Multiplikatoren und Berater ermöglichen.

b) Hilfe zugehend leisten

Die Hilfen sind vorwiegend aufsuchend zu leisten, weil jeder Kontextwechsel zu stark veränderten Ergebnissen führen kann. Im Bereich der Pflege ist die aufsuchende Hilfe selbstverständlich, bei anderen Hilfen sehr viel weniger.

Empfehlung:
Die Pflegeberatung stellt nicht nur aufsuchende Pflege sicher, sondern organisiert im Bedarfsfall auch alle Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen in der eigenen Häuslichkeit. Sofern in der Region bedarfsgerechte ambulante oder mobile Angebote fehlen, ist über die Kommune, die Leistungsträger und die Verbünde bzw. Verbände der Leistungserbringer sicherzustellen, dass das entsprechende Angebot geschaffen wird.

c) Personelle Kontinuität sichern – Hilfe aus einer Hand

Oft muss erst eine Beziehung aufgebaut werden, damit Hilfeleistungen zugelassen und persönlich akzeptiert werden. Die dann erreichte Zustimmung ist jedoch personenbezogen und nicht generell. Wenn Vertrauen zu einer bestimmten Person entstanden ist, heißt das noch nicht, dass jede andere helfende Person auch willkommen ist. Die Versorgungsrealität steht dem entgegen: Personelle Kontinuität ist in fast keinem Hilfebereich üblich, selbst innerhalb

einzelner Leistungsbereiche gibt es sehr häufig personelle Wechsel, besonders, wenn es um unterschiedliche Leistungen geht.

Bei der Organisation der Hilfen ist daher darauf zu achten, dass eine Begleitung durch eine Hauptbezugsperson erfolgt und die Zahl weiterer Helfer möglichst begrenzt wird. Um dies zu erreichen ist es manchmal sinnvoll, auf den direkten Einsatz zusätzlicher Berufsgruppen zu verzichten, deren Kompetenz aber ggf. eher mittelbar zu nutzen.

d) Zeit für Kommunikation und Begleitung im Alltag (auch Anleitung, Motivation, Förderung des Selbstwertgefühls)

Für das Wohlbefinden und den Selbstwert vieler Menschen ist es wesentlich, deren eigene Fähigkeiten zu erkennen und diese für sich und andere Menschen einsetzen zu können. Man darf nicht nur darauf schauen, dass psychisch kranke alte Menschen ‚gut versorgt' sind. Man muss ihnen helfen, sich selbst versorgen zu können – ‚F*ördern statt Versorgen' ist das Leitmotiv*, auch wenn Fördern zeitaufwendiger ist als kompensatorisches Versorgen. Auch der Beziehungsaufbau ist bei psychisch beeinträchtigten Menschen oft zeitaufwendig.

e) Gesamtverantwortung übernehmen oder sicherstellen

Bei Menschen, die dazu nicht selbst in der Lage sind, müssen Helfer Gefahren realistisch einschätzen und auch abwehren können. Es ist nicht davon auszugehen, dass jeder psychisch beeinträchtigte Mensch selbst in der Lage ist, Risiken immer gut, umfassend und realistisch einzuschätzen. Manche Helfer sind, vielleicht aus der Furcht heraus, selbst belangt zu werden, so vorsichtig, dass sie schon vage Gefahren zum Anlass nehmen zu warnen, zu sagen: „Dafür kann ich die Verantwortung nicht übernehmen, hier muss eingeschritten werden." Wer unsicher ist und seine eigene Kompetenz überfordert sieht, sollte immer wissen, wen er/sie fragen kann. Die Bereitschaft zu fragen ist eine positive Kompetenz und darf nie als Fehler etikettiert werden. Der gravierendste Fehler ist ggf. nicht zu fragen.

Andererseits ist die Reaktion unzureichend zu sagen: „Ich bin hier für eine ganz bestimmte Dienstleistung oder auf Basis einer ganz bestimmten Verabredung tätig und um andere Dinge brauche ich mich nicht zu kümmern, kann ich mich auch nicht kümmern und davon will ich möglichst auch nichts wissen."

Die richtig dosierte Verantwortungsübernahme zur Klärung der Gesamtverantwortung oder Vermeidung von konkurrierenden doppelten Verantwortungsstrukturen ist eine besondere Anforderung an Hilfeleistungen bei psychisch beeinträchtigten alten Menschen. Dazu gehört auch die Absprache zwischen Angehörigen und Profis/Helfern sowie den Profis/ Helfern untereinander.

f) Das individuelle Hilfeprogramm organisieren und koordinieren

Da bei psychisch kranken Menschen häufig mehrere Hilfebedarfe bestehen (Pflege, Haushaltshilfe, psychosoziale Hilfen, sozialpsychiatrische Hilfen, Behandlung somatischer Erkrankungen), stellt die Organisation und Koordination des Hilfeprogramms eine Anforderung dar, der viele psychisch kranke Pflegebedürftige nicht gewachsen sind.

Sofern der kranke Mensch nicht dazu in der Lage ist, sein Hilfeprogramm selbst zu organisieren und abzustimmen, ist es wichtig, dass *eine* Person die Gesamtverantwortung übernimmt um sicherzustellen, dass die Gesamtleistung erbracht wird. Sofern nicht schon andere

professionelle Helfer den pflegebedürftigen Menschen begleiten, sollte zu Beginn der Hilfeleistung die Pflegeberatung zuständig sein, bis eine andere kompetente Person die Gesamtverantwortung übernimmt.

g) Angehörige unterstützten und ermutigen

Es ist erforderlich, Angehörige in die Diagnostik und Behandlung, Begleitung und Versorgung entsprechend ihren Wünschen und Möglichkeiten einzubeziehen, ihr Expertentum zu fördern, z.B.:

- Hausbesuche mit Erläuterungen und Anleitung während der PIA- oder stationären gerontopsychiatrischen Behandlung,
- Übergangspflege der integrierten gerontopsychiatrischen PIA, Betreuungsaufgaben während der Klinikbehandlung und Probebeurlaubungen übernehmen, Angehörigen-Visite.

Für f) und g) gilt:
Informationen und Anleitung sind umso wirksamer, je spezifischer sie auf die konkreten Bedürfnisse, Probleme und eigenen Krankheits- und Hilfe-Konzepte (mit Vorerfahrungen) der Akteure abgestimmt sind.

h) Helfer anleiten, die im Umgang mit psychisch kranken Menschen nicht erfahren sind

Die primäre Verantwortung liegt bei den Leitungskräften einer Einrichtung, Abteilungs-, Funktionsbereichs- oder Gesamtleitung. Diese sollten auch ihre Vorbildfunktion nutzen, z. B. indem sie sich für Problemsituationen ihrer Mitarbeiter niederschwellig erreichbar machen und dann als Modell zum Lernen tätig werden, indem nicht nur solistisches Handeln, sondern auch die Zusammenarbeit zwischen Experten mit unterschiedlichen Kompetenzen deutlich wird.

Wenn die gerontopsychiatrische Kompetenz in eine Pflegeeinrichtung zur ambulanten Behandlung kommt, dann sollten die wichtigen betreuenden Mitarbeiter hinzu gezogen werden. Darüber hinaus bieten sich zur internen Fortbildung an: Vorstellung und Erörterung von „Lernfällen“ im Team, ggf. auch in Form von Teamsupervision.

i) Technische Hilfen einsetzen[23]

Technische Hilfen sind in der Pflege verbreitet. Sie können auch zur Unterstützung und Sicherung von Menschen mit Demenz sinnvoll eingesetzt werden. Die Möglichkeiten zur Nutzung technischer Hilfen sind bei weitem nicht ausgeschöpft.

j) Mit dem sozialen Umfeld arbeiten (Nachbarschaft, Geschäfte, Polizei)

Hilfebedarf aufgrund psychischer Beeinträchtigung wird oft nicht direkt erkannt. Notwendige Hilfeleistungen können dann unterbleiben. Diese Gefahr droht auch, wenn Beeinträchtigungen zwar erkannt, in der Folge aber verleugnet oder aus Rücksicht oder Scham übergangen werden.

---

[23] Siehe Kap. 4.5 und im Anhang 2 Texte von Heike Lützau-Hohlbein

Wenn deutlich wird, dass ein Mensch psychisch beeinträchtigt und pflegebedürftig ist, löst das im näheren und weiteren sozialen Umfeld Befürchtungen und Sorgen aus, die auch in Überreaktionen oder Abwehr münden können.

Aus diesen und anderen Gründen ist es höchst bedeutsam, im sozialen Umfeld Verständnis zu fördern, adäquates Verhalten generell und einzelfallbezogen zu besprechen und kompetente Ansprechpartner bekannt zu geben.

Die Akzeptanz von pflegebedürftigen Menschen in ihrem Wohnumfeld ist entscheidend für die Möglichkeit in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben. Sie muss daher aktiv gefördert und erhalten werden. Diesem Aspekt messen weit entwickelte Versorgungsnetze für Menschen mit Demenz z. B. in Norwegen zentrale Bedeutung bei. Auch in Deutschland gibt es (vereinzelt) positive Beispiele für Gemeinwesenarbeit zur Akzeptanz und zur Unterstützung von Menschen mit Demenz.[24]

3.2 Ziel 2: Pflege von psychisch beeinträchtigten Menschen wird in einen *individuell* bedarfsgerechten *Hilfemix* eingebettet

Ziel ist der integriert geplante, im Verlauf abgestimmte individuell bedarfsgerechte *Hilfemix***.** Die personenzentrierte Perspektive unterscheidet sich von der "institutionszentrierten" oder "angebotsorientierten" Perspektive. Für die institutionszentrierte Versorgung gilt: Der hilfebedürftige Mensch muss sich an vorgegeben Hilfeformen (Einrichtungskonzeptionen) orientieren. Er muss dort hingehen, wo die für ihn geeigneten Hilfen angeboten werden; da intensive Hilfen oft nur stationär angeboten werden, heißt das nicht selten: er muss dort hinziehen, wo die für ihn geeigneten Hilfen angeboten werden. Sofern mehrere Hilfebedarfe bestehen, müssen parallel mehrere Dienste und Einrichtungen in Anspruch genommen werden.

Dagegen stellt das Konzept personenzentrierter Hilfen die personenbezogene Verzahnung der Hilfen in den Vordergrund. Die Pflege ist dabei Bestandteil des gesamten Hilfeprogramms und soll in den Hilfemix eingebettet werden. In einem solchen Konzept leiten sich ‚Zuständigkeiten' weniger aus institutionellen Vorgaben ab. Sie orientieren sich stärken an individuellen Wünschen und Bedarfen.[25]

Mögliche Bestandteile des Hilfemixes sind vor allem:

a) der *Pflegemix* umfasst die Pflegeleistungen nach SGB XI:
- Grund-Pflege durch examinierte Pflegekräfte,
- Pflege mit Qualifikation unterhalb der Berufsausbildung (z. B. Demenzbegleiter; neue Formen von Qualifizierung wurden bereits geschaffen),
- nicht spezifisch qualifizierte Pflege (z. B. durch angelernte, fachfremde oder ungelernte Pflegepersonen).

b) *weitere professionelle* Bestandteile des *Hilfemix*, - *Pflege(mix)* <u>*plus*</u>:
- medizinische Rehabilitation, vor allem ambulante medizinische Rehabilitation, Rehabilitation zu Hause (Konzept ‚mobil aufsuchend'),

[24] Siehe Projekte der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft und Praxisbeispiel Niederrhein im Anhang
[25] Unter ‚Wunsch' werden die subjektiven Bedürfnisse des Pflegebedürftigen verstanden, bei den Bedarfen werden diese mit sozialrechtlichen Vorgaben und gesellschaftlichen Standards abgeglichen und (möglichst) in Einklang gebracht.

- Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft,
- Behandlung: hausärztliche und fachärztliche somatische sowie (geronto-) psychiatrische Behandlung, häusliche Krankenpflege, ambulante Soziotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie, alles auch ggf. durch Hausbesuch.

- *c) Selbsthilfe*
- finanzielle Förderung der Selbsthilfeleistung, bezahlte Pflegezeit, Finanzierung von Infrastruktur zur Organisation und Qualifizierung von Selbsthilfe,
- Möglichkeiten der Vernetzung:
    - Selbsthilfe ist federführend, professionelle Hilfen ergänzen die Leistung,
    - professionelle Hilfe ist federführend, die Selbsthilfe wird ergänzend einbezogen.

- *d) Nachbarschaftshilfe, Bürgerhilfe, ehrenamtliches Engagement*
- Förderung einer Kultur von Hilfsbereitschaft und Verständnis
- ideelle und materielle Förderung

- *e) Wohnungsanpassung, technische Hilfen*
- zur Ermöglichung bzw. Erleichterung alltäglicher Verrichtungen
- zum Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung

- *f) Case-Management*
- koordinierende Bezugsperson, Fachberater

- g) *Hilfeplanung, Assessment* (auch Entlassmanagement in Kliniken)

3.3 Ziel 3: Eine einzelfallbezogene, *verantwortliche* Koordination des Hilfemix wird geleistet

Aus diesem Ziel ergibt sich die Notwendigkeit eines individuellen Fallmanagements mit den Aspekten

1. *Zugang* zum Hilfemix und
2. *Koordination* der Leistungen im Hilfemix und
3. im Verlauf Anpassungen bei Änderungen des Hilfebedarfs

Durch die einzelfallbezogene Koordination ist sicherzustellen, dass

- bei multiprofessionellen und interdisziplinären Hilfen eine gemeinsame Zielausrichtung gilt und
- eine therapeutische Gesamtverantwortung besteht,
- gewährleistet wird, dass multiple Hilfen von einem überschaubaren Personenkreis geleistet werden,
- erreicht wird, dass spezifische Kompetenz auch an andere Helfer weitergegeben wird.

Empfehlung:
Durch integrierte Hilfeprogramme muss gewährleistet werden, dass zwar jede erforderliche Fachkompetenz einfließt, aber nicht für jede Anforderung ein spezialisierter Dienst oder Therapeut erscheint.

Zu bedarfsgerechten Hilfen gehören auch solche Hilfen, die bisher vernachlässigt werden:

- *Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft,*
- *medizinische Rehabilitation,*
- *Heilmittel (Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie)*
- *Psychotherapie*

sowie Hilfeplanung und Koordination der Hilfen als *kontinuierlicher Bestandteil* des Hilfeprogramms.

Dazu werden koordinierende Bezugspersonen mit Informations- und Planungsrechten benötigt. Diese müssen kontinuierlich mit der hilfebedürftigen Person in Kontakt stehen. Es reichen keine sporadischen Beratungen durch entfernte ‚Casemanager'. Die Verordnungskompetenz und Behandlungsgesamtverantwortung des Arztes ist hierzu in der Regel nicht ausreichend.

3.4 Ziel 4: Die personenbezogene *Vernetzung* von allgemeinen Hilfen und Pflege mit zielgruppenspezifischer Kompetenz im Wohngebiet ist erreicht

Die vorrangige Einbeziehung von Selbsthilfe und Nachbarschaftshilfe bei der helfenden Begleitung von pflegebedürftigen psychisch kranken alten Menschen setzt die Schaffung kleinräumiger Netzwerke zur Beratung und Hilfeleistung voraus. Quartiersintegrierte Hilfestrukturen müssen neben der Offenheit gegenüber den Bewohnern des Wohngebiets auch offen sein für fachliche und professionelle Hilfeleistungen. Auch pflegerische Hilfen müssen kleinräumig organisiert werden. Pflegestützpunkte und Pflegedienste bieten flächendeckend auch für in eigener Häuslichkeit lebende Personen ihre Dienste an. Das gleiche gilt für Hausärzte.
Für pflegebedürftige alte Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sind allerdings nicht nur allgemeine pflegerische Hilfen und allgemeinärztliche Versorgung erforderlich, sondern auch somatische, psychiatrische und gerontopsychiatrische Fachkompetenz (ambulant und stationär). Herkömmlich müssen psychisch kranke Menschen mit spezialisiertem Hilfebedarf dazu ihr direktes Wohnumfeld verlassen, um spezialisierte Dienste und Einrichtungen aufzusuchen. Um Menschen adäquat versorgen zu können, die dies nicht können oder wollen, muss man zugehende spezialisierte psychiatrische Dienstleistungen organisieren und Wege schaffen, psychiatrische Kompetenz über allgemeine Fachdienste (z. B. Pflegedienste, Altenhilfezentren bzw. Pflegezentren, Pflegestützpunkte, Pflegeberatung, usw.) in die Wohngebiete zu transferieren.

Ein zentraler Punkt der Erstellung des Konzepts zur integrierten Versorgung psychisch beeinträchtigter Pflegebedürftiger besteht also in der Klärung, wie Hilfen, die *zielgruppenspezifische Kompetenz* erfordern, mit den *allgemeinen Hilfsangeboten* für Menschen mit Pflegebedarf so verknüpft werden können, dass zielgruppenspezifische Kompetenzen in die allgemeinen Angebote einfließen und wechselseitige Übergänge nahtlos gestaltet werden. Das erfordert, dass gerontopsychiatrische Fachkompetenz (ärztlich, pflegerisch ...) auch *mobil* aufsuchend tätig wird und das Ziel der Befähigung der primär zuständigen professionellen Dienstleister sowie der Selbsthilfe und der bürgerschaftlichen Helfer verfolgt.

Der Arbeitsgruppe empfiehlt eine *Priorisierung*, nach der Hilfen für psychisch beeinträchtigte Pflegebedürftige möglichst von allgemeinen Einrichtungen und Diensten der Pflege, der Gesundheitsversorgung, der Hilfe zur Teilhabe und der Beratung geleistet werden, die dabei von spezialisierten Diensten unterstützt werden können, und nur erforderlichenfalls wird die Hilfe durch spezialisierte Dienste und Einrichtungen selber erbracht.

Die Versorgungsstruktur muss daher folgende Aspekte in Einklang bringen:

- Niedrigschwelligkeit/gute Erreichbarkeit,
- optimale Verzahnung professioneller Hilfe mit Selbst- und Nachbarschaftshilfe
- optimale Verzahnung zielgruppenspezifischer Hilfen für psychisch kranke Menschen mit allgemeinen Pflegeleistungen.

3.5 Ziel 5: Die *Sicherstellung* der Hilfen in der Region ist gewährleistet, deren *Steuerung* ist geklärt und beides wird effektiv umgesetzt

In den meisten Regionen Deutschland sind qualitativ hochwertige Hilfsangebote für pflegebedürftige Menschen vorhanden, die prinzipiell auch Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zur Verfügung stehen. Aufgrund der beschriebenen Besonderheiten kommen bei diesem Personenkreis aber Zugangsschwierigkeiten, Probleme bei der Compliance, Risiken und besonders zeitaufwendige bzw. sehr diskontinuierliche Hilfebedarfe hinzu. Manche Verhaltensweisen der psychisch beeinträchtigten Menschen stören den üblichen Betriebsablauf.

Damit all dies nicht zu (partiellen) Ausschlüssen vom Hilfeangebot führt, ist es erforderlich, dass eine auch zugehende koordinierende und Hilfen sicherstellende Funktion zur Verfügung steht.

Im Pflegeweiterentwicklungsgesetz wurde dieser Aspekt mit der Pflegeberatung (§ 7 a SGB XI) und dem Pflegestützpunkt (§ 92 c SGB XI) berücksichtigt. Als Aufgabe der Pflegestützpunkte wird über die einzelfallbezogene Beratung hinaus auch die regionale Koordinierung als Aufgabe der Pflegestützpunkte festgelegt[26]:

> *„2. Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen;*
> *3. Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.“*

Die entsprechende Beauftragung ergeht an die Pflegeberatung in § 7 a, Absatz 1, Nr. 2 sowie an die Pflegekassen in § 12, Absatz 2. Diese Aufgabenbeschreibung auf drei Ebenen ist bahnbrechend im Hinblick auf leistungsbereichsübergreifende Beratung und Koordination und die Strukturverantwortung für ihre Ermöglichung.

Einschränkungen ergeben sich aus dem ersten Satz des § 93 c SGB XI:

> *„Zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten richten die Pflegekassen und Krankenkassen Pflegestützpunkte ein, sofern die oberste Landesbehörde dies bestimmt.“*

Empfehlungen:

- *Verpflichtende Einbeziehung auch anderer Leistungsträger und der Kommunen an den Pflegestützpunkten, die dadurch zu übergreifenden Beratungs- und Koordinationsstützpunkten werden.*
- *Flächendeckender Aufbau von Pflegestützpunkten*

[26] Siehe Kap. 3.6.2.2

- *Soweit Pflegestützpunkte bestehen, sollen sie die regionale Koordinierungsfunktion ausüben.*
- *Wenn Demenz-Service-Zentren bestehen, sollten deren Aufgaben mit denen der neuen Pflegestützpunkte abgestimmt werden.*

Aufgaben der Steuerung
Bei der personenzentrierten Steuerung sind folgende Funktionen zu beachten:

1. Bedarfsfeststellung
   Die *Person* mit Fähigkeiten hat in Folge einer psychischen Erkrankung Beeinträchtigungen ihrer Fähigkeiten, die zu Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im persönlichen Bereich mit Pflegebedarf und zu Beeinträchtigungen der Partizipation/Teilhabe führen können (ICF-Konzept).

2. Hilfeplanung
   Der mögliche Hilfebedarf der Person erfordert die Verfügbarkeit von Hilfefunktionen, die im *Hilfemix* beschrieben werden.

3. Organisation von individuellen Hilfen
   Die *organisatorische Realisierung* von Hilfen wird von Angehörigen, Nachbarn, ehrenamtlichen Helfern, sowie professionellen Dienstleistern bis zu Pflegediensten erbracht.

4. Einzelfallbezogene Koordination von Hilfen und Abstimmung im längerfristigen Verlauf (clinical casemanagement)
   Sofern unterschiedliche Arten von Hilfe oder verschiedene Dienstleister erforderlich sind oder aufgrund sich ändernder Bedarfe die Hilfeleistungen im Verlauf angepasst werden müssen, kommt der Funktion, einzelfallbezogene Koordination' hohe Bedeutung zu.

Von der gesetzlichen Aufgabenstellung her kann die Pflegeberatung alle Funktionen übernehmen. In der Praxis wird die Kapazität selbst sehr gut ausgestatteter Pflegestützpunkte eine solche Aufgabenstellung nicht dauerhaft bei allen Pflegebedürftigen mit entsprechendem Koordinierungsbedarf leisten können.

Ähnliche Aufgaben haben auch die Servicestellen nach SGB IX und die Fallmanager/Hilfeplaner im Bereich der Eingliederungshilfe wie auch der anderen Rehabilitationsträger. Die genannten Beratungsangebote beschränken sich allerdings zumeist auf die Ebenen 1 und 2, ggf. 3, aber äußerst selten auch auf die Ebene 4.

Aus der Sicht der Person ist nicht entscheidend, *welche* Beratungsstelle tätig wird. Für die hilfebedürftige Person ist entscheidend, dass die Beratung,

- kurzfristig und niedrigschwellig zur Verfügung steht,
- ihre Interessen vertritt, d. h. zur Heranziehung aller erforderlichen Hilfen beiträgt,
- integriert berät (nicht leistungsträgerspezifisch),
- nicht nur informiert, sondern auch unterstützt, insbesondere bei der Organisation erforderlicher Hilfen,

auch nach Einsatz der Hilfeleistungen in einer koordinierenden Zuständigkeit bleibt: zur personenbezogenen Evaluation der Wirkungen von gleichzeitig und nacheinander eingesetzten Maßnahmen und entsprechender Fortentwicklung des Hilfeplans (Problemlösungszirkel).

Verantwortlichkeit für die Steuerung
Damit die Beratung und in der Folge die individuelle Koordination die genannten Aufgaben erfüllen kann, muss sie eine übergreifende Kompetenz aufweisen und von den relevanten Akteuren akzeptiert werden.

Relevante Akteure sind

- die Kommune (als Verantwortliche der allgemeinen Daseinsvorsorge und als Leistungsträger der Eingliederungshilfe, Hilfe zur Pflege, Haushaltshilfe, Sozialpsychiatrischer Dienst usw.)
- die Pflegekassen (als Leistungsträger nach SGB XI und als Träger von Pflegestützpunkten und Pflegeberatung, ggf. als Träger der Servicestelle nach SGB IX)
- die Krankenkassen (als Leistungsträger nach SGB V: Krankenbehandlung, medizinische Rehabilitation, Prävention, Selbsthilfeförderung, häusliche psychiatrische Pflege usw.)
- Ggf. die Rentenversicherung als Träger der Servicestelle nach SGB IX oder als Rehabilitationsträger für Menschen im Erwerbsalter
- Die organisierte Selbsthilfe (z. B. Alzheimer-Gesellschaft)
- Die organisierte Nachbarschaftshilfe bzw. Bürgerhilfe
- Leistungsanbieter im Bereich Krankenbehandlung, vor allem Krankenhäuser (insbesondere Psychiatrie/Psychotherapie und Gerontopsychiatrie/ Gerontopsychotherapie, auch tagesklinisch) bzw. Gerontopsychiatrisches Zentrum, Fachärzte, Ärzte, Krankenpflegedienste, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Soziotherapeuten, Logopäden
- Leistungsanbieter im Bereich medizinische Rehabilitation
- Leistungsanbieter im Bereich Pflege (Pflegedienste, Pflegeberater, Pflegestützpunkte)

Ein *kooperatives* Steuerungssystem unter Einbeziehung möglichst aller relevanten Akteure ist überlegen gegenüber *zentralistischen* oder *selektiven* Steuerungssystemen.

Im Bereich der Hilfe zur Teilhabe bestehen bereits sinnvolle gesetzliche Vorgaben zur Kooperation (SGB IX). In der Praxis haben sich vielerorts kooperative Steuerungsgremien bewährt (regionale Steuerungsgruppen, Hilfeplankonferenzen, Personenkonferenzen usw.). Die Pflege ist dabei bisher kaum einbezogen. Das sollte geändert werden, indem der Pflegebereich in diese Gremien einbezogen wird. Dies kann insbesondere durch Kooperation mit den Pflegestützpunkten erreicht werden.

3.6 Ziel 6: Die sozialrechtlichen Vorgaben sind geeignete rechtliche Grundlagen für ein personenzentriertes Versorgungssystem

3.6.1 Die Finanzierung von Hilfen für Menschen mit Demenz

3.6.2 Pflege nach SGB XI
3.6.2.1 Pflegebedürftigkeitsbegriff §§ 15 und 15 SGB XI
3.6.2.2 Pflegestützpunkte
3.6.2.3 Personen-bezogene Leistungen nach Pflegestufen
3.6.2.4 Leistungshöhe und Leistungsbudget
3.6.2.5 Pflege als Bestandteil von Komplexleistungen
3.6.2.6 Persönliches Budget

3.6.3 Behandlung nach SGB V
3.6.3.1 Ambulante ärztliche Diagnostik und Therapie
3.6.3.2 Häusliche Krankenpflege
3.6.3.3 Häusliche psychiatrische Krankenpflege
3.6.3.4 Soziotherapie
3.6.3.5 Ergotherapie
3.6.3.6 Physiotherapie
3.6.3.7 Psychotherapie
3.6.3.8 Integrierte Versorgung
3.6.3.9 Psychiatrische Krankenhausbehandlung
3.6.3.10 Somatische Krankenhausbehandlung
3.6.3.11 Medizinische Rehabilitation (ambulant/mobil, stationär)

3.6.4 Hilfe zur Teilhabe nach SGB IX
3.6.4.1 Einbeziehung der Pflege in das Kooperationsnetz gemäß SGB IX
3.6.4.2 Trägerübergreifendes Persönliches Budget
3.6.4.3 Finanzierung des Aufwandes zur Netzwerkorganisation
3.6.4.4 Finanzierung der einzelfallbezogenen Kooperation

3.6.5 Leistungen nach SGB XII
3.6.5.1 Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
3.6.5.2 Hilfe zur Pflege

3.6.6 Selbsthilfe

3.6.7 Verfahrens- und Leistungserbringerrecht
3.6.7.1 Koordination und Zusammenarbeit
3.6.7.2 Mobile Leistungserbringung

3.6.8 Heimrecht und Heimvertragsrecht
3.6.8.1 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz
3.6.8.2 Länder-Heimgesetzgebung
3.6.8.3 Weiterentwicklungsbedarf

Die bestehenden rechtlichen Ansprüche ermöglichen vielfältige und differenzierte Hilfeleistungen. Allerdings werden einige gesetzliche Regelungen noch nicht ausreichend umgesetzt. Bei Pflegeleistungen nach SGB XI und bei einigen Leistungen nach SGB V besteht eine Benachteiligung von psychisch beeinträchtigten Menschen. Auch bei Ausschöpfung aller gegebenen gesetzlicher Ansprüche lässt sich in manchen Fällen keine optimale Versorgung erreichen. Daher sind in Teilbereichen Reformen erforderlich. Diese werden in der Folge ausgeführt.

3.6.1 Finanzierung von Hilfen für Menschen mit Demenz[27]

Im Rahmen des Projekts ‚IDA' (Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin, seit Oktober 2006 in Nürnberg) der AOK wurden auch die Leistungen für zuhause lebende Demenzpatienten und deren Kosten ermittelt[28].

Danach betragen die durchschnittliches Kosten pro Jahr und Patient 47.000 Euro (leichte Demenz: 30.000 €, mittelschwere Demenz: 52.000 €). 80 % davon tragen die pflegenden Angehörigen. Der Betrag wurde aus der zeitlichen Belastung und den marktüblichen Stundensätzen für eine Pflegekraft errechnet.

Von der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung werden jährlich über 10.000 Euro/Jahr getragen. Dieser Leistungsanteil fußt auf bestehenden sozialrechtlichen Ansprüchen. Daher ist für die Fragestellung, inwieweit die sozialrechtlichen Vorgaben geeignete rechtliche Grundlagen für ein personenzentriertes Versorgungssystem sind, bedeutsam, wie sich diese Kosten verteilen.

Aus der IDA-Studie ergeben sich folgende Anteile:

Angaben in €/Jahr	Leichte Demenz	Mittelschwere Demenz
Pflegeversicherung	1986	4832
Krankenhaus	3145	2832
Arzneimittel	1502	1742
Arztbesuche	1319	1047
Häusl. Krankenpflege	557	880
Hilfsmittel	308	424
Heilmittel	236	260
Rehabilitation	224	179

Diagnosebezogene Daten aus anderen Leistungsbereichen sind nicht bekannt.

Menschen mit Pflegebedarf nach SGB XI erhalten bei Bedarf ergänzende Hilfe zur Pflege nach SGB XII: im stationären Bereich ca. jeder 4., im ambulanten Bereich ca. jeder 20. Allerdings erhalten auch Menschen ohne Pflegebedarf nach SGB XI Hilfe zur Pflege nach SGB XII. Unter diesen Personen ist ein hoher Anteil von Menschen, die aufgrund psychischer Beeinträchtigung pflegebedürftig sind (vor allem wegen Demenz), die aber nach den

[27] zu den Kosten der Pflegeleistungen siehe Kap. 4.6.3
[28] IDA-Studie, Projektbüro IDA Nürnberg, c/o AOK Bayern 2010; IDA-Ergebnisfolder siehe www.projekt-ida.de

aktuellen Kriterien des SGB XI unter der Pflegestufe 1 liegen und keine Ansprüche an die Pflegekasse haben. Der Anteil der Hilfe zur Pflege nach SGB XII für Pflegebedürftige ohne Pflegestufe nach SGB XI liegt zum Beispiel in Berlin über 40 %.

3.6.2 Pflege nach SGB XI

3.6.2.1 Pflegebedürftigkeitsbegriff §§ 14 und 15 SGB XI

Der bestehende Pflegebedürftigkeitsbegriff trägt den Besonderheiten psychisch beeinträchtigter Menschen unzureichend Rechnung. Dies führt zu einer systematischen Benachteiligung psychisch beeinträchtigter Menschen bei Pflegeleistungen nach SGB XI.

Empfehlung:
Der Pflegebedürftigkeitsbegriff muss geändert werden. Der vom BMG eingesetzte „Beirat zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ hat dafür einen geeigneten Vorschlag vorgelegt.

Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

Pflegebedürftigkeit ist in den Gesellschaften des langen Lebens zu einem weiteren bestimmenden Gesundheitsrisiko geworden. Der Zustand eines Menschen mit Pflegebedarf ist durch ein Höchstmaß körperlicher, psychischer und sozialer Vulnerabilität gekennzeichnet, die dazu führt, dass der Lebensalltag nur mit fremder Hilfe aufrecht erhalten werden kann.

Dem SGB XI liegt in der geltenden Fassung ein Pflegebegriff zugrunde, in dem Pflege auf Hilfen in Bezug auf „gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen“ eingeengt wurde (§ 14), die im Minutentakt bemessen werden. Dieser Pflegebegriff benachteiligt Menschen mit demenziellen und anderen psychischen Erkrankungen sowie geistigen Behinderungen, deren Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt ist.

Diese Benachteiligung ist inzwischen gemildert worden durch die ergänzende Berücksichtigung von „erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“ wegen „erheblicher Einschränkung der Alltagskompetenz“ bei Menschen „mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen“ (§ 45a). Bei häuslicher Pflege begründen vom MDK begutachtete Einschränkungen der Alltagskompetenz „zusätzliche Betreuungsleistungen“, für die ein monatlicher Zuschuss pauschal gezahlt wird (§ 45 b: „höchstens“ 100 oder 200 Euro), vollstationäre Pflegeeinrichtungen erhalten ggf. „Vergütungszuschläge“ (§ 87).

Diese ***„Balkon-Lösungen“*** führen zu gewissen Verbesserungen, sie haben aber an dem Haus, dem sie außen angefügt wurden, intern nichts geändert. Damit blieb insbesondere die interne Struktur des Hauses SGB XI (Pflegebegriff: §§ 14 und 15, sowie die Trennung von ambulanter und stationärer Pflege in § 71 mit weitreichenden Folgen für viele Regelungen) unverändert.

Seit der Einführung der Pflegeversicherung wurde dieser somatisch zentrierte Begriff kritisiert, der dem Wunsch einer ganzheitlichen Pflege nicht entsprach. (Weiter hat sich herausgestellt, dass er den besonderen Bedarf von Kindern nicht darstellen konnte.) Der vom BMG eingesetzte „Beirat zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ hat im Januar 2009 nach einer Recherche- und Erprobungsphase Vorschläge für einen neuen Begriff und für ein neues Begutachtungsinstrument (Neues Begutachtungs-Assessment, NBA) vorge-

legt, das vom IPW Bielefeld und dem MDK Westfalen- Lippe erarbeitet wurde. Das neue Instrument stellt nicht die Defizite eines Menschen sondern den Grad der Beeinträchtigung seiner Selbständigkeit in den Mittelpunkt der Betrachtung.

Es berücksichtigt Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und Funktionseinschränkungen in folgenden Bereichen:

1. Mobilität,
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten,
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
4. Selbstversorgung (Nahrungsaufnahme, sich Kleiden, Körperpflege, Ausscheidungen),
5. Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen,
6. Gestaltung des Alltagslebens und
7. soziale Kontakte,
8. außerhäusliche Aktivitäten, Haushaltsführung.

Als konstitutiv für Pflegebedürftigkeit gelten die ersten sechs Bereiche. Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei außerhäuslichen Aktivitäten und der Haushaltsführung werden als Hilfebedürftigkeit verstanden.

Das neue Verfahren schafft mehr Gerechtigkeit, weil es die Situation von Menschen z.B. mit Demenz und anderen psychischen Erkrankungen differenziert erfassen kann. (Es ist weiter für die Begutachtung bei kranken und behinderten Kindern geeignet.) Das NBA eröffnet neue Wege für die qualitative Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung. Seine Einführung würde auch dazu beitragen, fachlich fragwürdige methodische Verkürzungen in der Pflegepraxis aufzuheben.

Weil Pflegebedürftigkeit durch das NBA umfassend abgebildet wird, eignen sich die damit gewonnenen Begutachtungsergebnisse als Grundlage für die individuelle Pflege- und Versorgungsberatung und -planung im Sinne des § 7 a in Verbindung mit §§ 7 und 12 (2) SGB XI, ersetzen aber integrierte Hilfeplanung nicht. Die Einschätzung des Bedarfs an medizinischer Rehabilitation erfolgt systematischer als im heutigen Verfahren und liefert mehr Transparenz. Die Ergebnisse dieser Einschätzung sind auch für andere Zwecke nutzbar, sie liefern z. B. Hinweise für pflegerische Maßnahmen, die auf den Erhalt oder die Wiederherstellung von Selbständigkeit abzielen. Die Vorschläge des Beirats bieten eine Fülle von Ansatzpunkten für eine Verbesserung der Pflege und neue Formen der Leistungserbringung.

Die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs könnte auch einen wichtigen Beitrag leisten zur schrittweisen Überwindung der Schnittstellen und Fehlanreize durch die Fragmentierung ambulant bis stationär sowie zur Weiterentwicklung des Hilfesystems in den Wohngebieten mit Stärkung von Selbst- und Bürgerhilfe.

Empfehlung:
Der Beirat hat die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens empfohlen und im Mai 2009 diesbezüglich einen Umsetzungsbericht vorgelegt. Allerdings ergeben sich aus der Neubestimmung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs Auswirkungen auf andere Leistungsbereiche, insbesondere die Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

3.6.2.2 Pflegestützpunkte

Seit dem 1. Januar 2009 haben pflegebedürftige und von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen sowie ihre Angehörigen einen Anspruch auf Pflegeberatung (und eines individuellen Fallmanagements) nach § 7 a SGB XI. Die Pflegekassen müssen den Anspruch auf Pflegeberatung umsetzen. Dabei ist sicherzustellen, dass die Pflegeberatung auch in einem eingerichteten Pflegestützpunkt in Anspruch genommen werden kann (§ 92 c Abs.5 SGB XI).

Die Pflegestützpunkte (§ 92 c SGB XI) haben folgende Aufgaben[29]

1. umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote zu geben,
2. Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen,
3. Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.

Gründe für den Aufbau von Pflegestützpunkten sind Qualitäts- und Kostenprobleme sozialer Dienstleistungen wie

- Fehlende Anreize für Prävention und Rehabilitation,
- Eine Vielzahl unkoordinierter Leistungen und das Fehlen von Leistungen,
- keine wohnortbezogene Organisation der Leistungen.

Durch die Umsetzung des Konzepts der Pflegestützpunkte[30] ist die Chance für eine wohnortbezogene Beratung und Versorgung gegeben und die Möglichkeit eröffnet, die immer wieder beklagte Intransparenz im Leistungsgeschehen zu überwinden und die Voraussetzungen für eine verlässliche und abgestimmte Versorgung zu verbessern. Das im Zusammenhang der Einführung der Pflegestützpunkte begonnene Pilotprojekt mit je einem Modellstützpunkt pro Bundesland (Ausnahme: Sachsen) setzt bei den vorhandenen Strukturen an. Die Konkretisierung richtet sich nach landesrechtlichen Vorgaben und Zielsetzungen und berücksichtigt bisherige Erfahrungen.

Der vom KDA begleitete Modellversuch zeigt in einer repräsentativen Kundenbefragung die Komplexität der Beratungswünsche und verdeutlicht die Niedrigschwelligkeit des Angebots: 54 % der Ratsuchenden haben bislang keine Pflegestufe zuerkannt bekommen. Die im Vorfeld häufig geäußerte Sorge, Pflegestützpunkte könnten nicht neutral beraten, hat sich als unbegründet erwiesen.

Die Komplexität der Anfragen definiert die Anforderungen an die Beratungsqualität: Es sind hohe Anforderungen an die Interdisziplinarität zu stellen, an die verbindliche Kooperation von Pflegekassen, Kommunen und Leistungserbringern, wenn die richtige Leistung, zum richtigen Zeitpunkt, im richtigen Umfang zum richtigen Menschen kommen soll.

---

[29] Zum Aspekt der Koordination: siehe Kap. 3.5
[30] Siehe als Beispiel Pflegestützpunkt St. Wendel, Kap. 5

Die Einführung der Pflegestützpunkte ist für Menschen mit Demenz und eingeschränkter Alltagskompetenz mit hohen Erwartungen an den Ausbau eines guten Case- und Caremanagements verbunden, das die vorhandenen niedrigschwelligen Angebote z. B. die Selbsthilfeangebote aber auch freiwilliges Engagement in einen Kooperationszusammenhang bringt.

Die bisherigen Erfahrungen unterstreichen die Notwendigkeit auch rechtlich verbindlicher Arbeitsbeziehungen zwischen Kassen und Kommunen und Leistungserbringern (Befragung des KDA; Erfahrungen z. B. in St. Wendel[31] . Ebenso sind klare Regelungen einer dauerhaften Finanzierung unter Einbeziehung der Länder (siehe Saarland oder NRW) nötig. Es zeigt sich, dass keiner der Akteure die geforderte Leistung alleine erbringen kann. Weiter ist eine einheitliche die Prozesse sichernde Dokumentation zu arbeiten.

3.6.2.3 Personen-bezogene Leistungen nach Pflegestufen

Im SGB XI werden die Leistungen nach Erbringungsorten differenziert (stationär – teilstationär – ambulant), was zu Fehlanreizen führt[32].

Die Gleichstellung von (ambulanten) Leistungen in der eigenen Häuslichkeit, eine flexible Leistungserbringung und durchlässige Angebotsformen lassen sich nur erreichen, wenn die Leistung gesetzlich ausschließlich auf die Person und ihre Pflegestufe bezogen wird – unabhängig vom Ort der Leistungserbringung - und so Wunsch und Wahlrecht, Flexibilisierung und kreative Lösungen gefördert werden. Eine solche grundlegende Umstellung wird nur in Schritten zu realisieren sein.

Empfehlung:
Die finanzielle Bewertung der Pflegestufen sollte unabhängig von Art (ambulant, teilstationär, stationär, Geld- oder Sachleistung) und Ort (eigene Häuslichkeit oder Einrichtung) der Leistung erfolgen.

3.6.2.4 Leistungshöhe und Leistungsbudget

Die gegenwärtige familienzentrierte Pflege wird sich auf Grund der demografischen Entwicklung verändern und mehr professionelle Hilfe einfordern. Damit ist das derzeitige Sachleistungssystem überfordert.

Dem Versicherten sollten daher zukünftig durch die Bereitstellung von gestaffelten Leistungsbudgets die Möglichkeiten erleichtert werden, sich die Hilfen einzukaufen, die zum Ausgleich der fehlenden Ressourcen erforderlich sind, so z. B. hauswirtschaftliche Hilfen, Hilfen zur zeitweiligen Anleitung und Beaufsichtigung sowie zur sozialen Integration und Kommunikation. Eine solche Konstruktion ist bereits in der stationären Pflege realisiert und hat dort bisher die Streitfelder im Wesentlichen auf die Menge des Personals und die Höhe der Vergütung reduziert.

Gestaffelte Leistungsbudgets bieten zudem mehr Flexibilität und Wahlmöglichkeiten für den pflegebedürftigen Versicherten und seine Angehörigen. Allerdings müssen die Budgets mit Qualitätssicherung und Vergütungsvereinbarungen durch die Pflegekassen einhergehen. Pflegebedürftige Menschen können – wie Modellversuche zeigen – nur eingeschränkt Entscheidungen über die Inanspruchnahme treffen. Pflegekassen müssen in einem solchen

[31] Siehe Beispiel Pflegestützpunkt St. Wendel, Kap. 5
[32] Siehe Kap. 3.6 und 4.6.2

System viel stärker als bisher die Funktionen des Verbraucherschutzes für die Leistungsempfänger übernehmen, die auf Grund ihrer Pflegebedürftigkeit ansonsten dem Pflegemarkt weitgehend schutzlos ausgeliefert wären[33].

3.6.2.5 Pflege als Bestandteil von Komplexleistungen

Die Pauschalierung der Pflegeleistung für Bewohner von Eingliederungshilfeeinrichtungen stellt eine Benachteiligung dar und sollte gestrichen werden. Stattdessen sollte die Möglichkeit trägerübergreifender Finanzierung auch im Bereich der Sachleistungen geschaffen werden. Dabei sollte eine leistungsbereichsübergreifende Leistungserbringung (‚Komplexleistung') ermöglicht werden, in der aus einer Hand Leistungen verschiedener Art erbracht werden können. – Dies würde durch den Personenbezug der Leistungsbemessung erleichtert, ggf. mit Anpassung bei Gleichzeitigkeit von unterschiedlichen Leistungsarten.

3.6.2.6 Persönliches Budget

Das Pflegebudget kann für Leistungen nach SGB XI nur als Gutschein ausgehändigt werden. Diese Regelung ist nur dann sinnvoll, wenn diese Gutscheine nach Wahl des Budgetnehmers bei allen professionellen Dienstleistern eingelöst werden können. Sofern Gutscheine nur bei anerkannten Pflegediensten eingelöst werden können, besteht kein Unterschied zur Beschränkung des geltenden Wunsch- und Wahlrecht des Anspruchsberechtigten, zu deren Überwindung ja das Persönliche Budget beitragen sollte.

Insbesondere bei Pflegeleistungen als Bestandteil von Hilfemixen ermöglicht das Persönliche Budget die Finanzierung von Komplexleistungen[34]. Voraussetzung ist dabei, dass der Budgetnehmer (mit Unterstützung der Pflegeberatung) bei der Auswahl der Dienstleister frei und nicht auf die Auswahl von seitens der Leistungsträger anerkannten Diensten beschränkt ist. Solche ‚anerkannten' Dienste und Dienstleister sind grundsätzlich nur für spezifische Leistungen zugelassen.

3.6.3 Behandlung nach SGB V

3.6.3.1 Ambulante ärztliche Diagnostik und Therapie

Allgemeinärzte, Fachärzte, insbesondere mit Schwerpunkt Geriatrie und Gerontopsychiatrie:
Ihre spezialisierten Leistungen inkl. der Zeit zur Kooperation mit den anderen professionellen Diensten für diesen Personenkreis sind ausreichend zu vergüten. Diese Vergütung ist mit dem Nachweis entsprechender Zusatzqualifikationen zu verknüpfen.

3.6.3.2 Häusliche Krankenpflege

Es sollte klargestellt werden, dass auch Häusliche Krankenpflege budgetfähig ist und in trägerübergreifende Komplexleistungen eingebunden werden kann, wenn ein Bedarf an Komplexleistungen besteht.

3.6.3.3 Häusliche *psychiatrische* Krankenpflege

Sie muss geleistet werden, solange der entsprechende Bedarf besteht, z. B. Therapieziel Verhinderung der Verschlimmerung. Vielerorts wird die häusliche psychiatrische Krankenpflege auf 4 Monate begrenzt. Eine starre zeitliche Begrenzung ist abzulehnen.

---

[33] vgl. Roland Borosch/Harald Kesselheim, Leben ohne Erinnerung, g+g 2/2006 S. 24, 30
[34] siehe Punkt 3.6.2.5

3.6.3.4 Soziotherapie

Der Gesetzgeber hat die Notwendigkeit von Unterstützung beim Zugang zu erforderlichen Hilfen und den Koordinationsbedarf bei chronisch psychisch kranken Menschen erkannt und im SGB V die "Ambulante Soziotherapie" als Leistungsform aufgenommen. Folgende Einschränkungen müssen dabei fortfallen:

- *Beschränkung auf Krankenhausvermeidung (Vermeidung von stationärer Pflege oder Eingliederungshilfe sind gleichwertige Behandlungsziele)*
- *Beschränkung auf ärztlich verordnete Leistungen (alle Leistungen im Hilfemix müssen angebahnt und koordiniert werden)*
- *Der Ausschluss der gerontopsychiatrischen Diagnosen in den Richtlinien zur ambulanten Soziotherapie ist inakzeptabel.*

3.6.3.5 Ergotherapie

Ergotherapie kann ein notwendiger Bestand des erforderlichen Hilfemixes sein. So zeigen die Ergebnisse der Graff-Studie[35], dass klientenzentrierte Ergotherapie im häuslichen Umfeld von Menschen mit Demenz zu einer verbesserten Bewältigung alltäglicher Aufgaben und zu einer Entlastung betreuender Angehöriger führt. Die im Rahmen der Ida-Studie erfassten Daten zur Versorgung Demenzkranker zeigen, dass der Anteil Demenzkranker, denen Ergotherapie verordnet wird, unter 5 % liegt[36]. Das dürfte nicht den tatsächlichen Bedarf widerspiegeln. In europäischen Ländern mit entwickelten Hilfesystemen für Menschen mit Demenz spielt die Ergotherapie eine sehr viel größere Rolle. In Norwegen stellt sie (neben der Angehörigenberatung) einen zentralen Versorgungsbaustein dar.

Ergotherapie sollte vorwiegend in der eigenen Häuslichkeit erbracht werden. Wegen der Präsenzpflichten der zugelassenen Ergotherapeuten in der eigenen Praxis ist die mobile Ergotherapie jedoch zeitlich und wegen der Praxis-Ausstattungsanforderungen finanziell erschwert. Auch ausschließlich mobil arbeitende Ergotherapeuten sollten zugelassen werden.

3.6.3.6 Physiotherapie

Physiotherapie kann ein notwendiger Bestand des erforderlichen Hilfemixes sein. Sie muss dann vorwiegend in der eigenen Häuslichkeit erbracht werden. Wegen der Präsenzpflichten der zugelassenen Physiotherapie in der eigenen Praxis ist die mobile Physiotherapie zeitlich und wegen der Praxis-Ausstattungsanforderungen finanziell erschwert. Auch ausschließlich mobil arbeitende Physiotherapeuten sollten zugelassen werden.

3.6.3.7 Psychotherapie

Psychotherapie kann ein notwendiger Bestand des erforderlichen Hilfemixes sein. Es gibt heute jedoch einen weitgehenden de-facto-Ausschluss von pflegebedürftigen psychisch kranken Menschen. Eine bedarfsgerechte Versorgung muss sichergestellt werden. Allerdings eignen sich wegen des Settings und der Methodik die Regelverfahren nicht in allen Fällen. Psychotherapie darf sich nicht auf zeitlich festgelegte Einzelgespräche in der Psychotherapie-Praxis beschränken. Sie muss auch in der eigenen Häuslichkeit erbracht werden können und regelmäßig Angehörige und sonstige wichtige Bezugspersonen einbeziehen.

---

[35] siehe BMJ: http://www.bmj.com/cgi/content/abstract/333/7580/1196
[36] siehe Tabelle in 3.6.1

3.6.3.8 Integrierte Versorgung

Durch Integrierte Versorgung können SGB V-Leistungen und Pflege gebündelt werden. Dies kommt dem Gedanken der Komplexleistung und des Hilfemixes entgegen. Die Integrierte Versorgung sollte auch medizinische Rehabilitation einschließen können.

3.6.3.9 Psychiatrische Krankenhausbehandlung

Die Finanzierung psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung soll gemäß KHRG reformiert werden. Dabei ist sicherzustellen, dass die Kliniken ihren Beitrag zur *Behandlung* der Menschen mit Pflegebedarf in Folge von psychischer Erkrankung, insbesondere Demenz, erfüllen können, insbesondere:

- Die in den letzten Jahren vielerorts rückläufige Personalbesetzung in psychiatrischen Kliniken muss wieder flächendeckend auf den Stand der in der Psych-PV vorgesehenen Stellen gehoben werden. Die rechtliche Voraussetzung dazu hat das KHRG durch Änderung der BPflV geschaffen. Die Finanzierung durch die Krankenkassen ist sicherzustellen.
- Die multiprofessionelle Komplexleistung, die in stationärer Akutbehandlung geleistet wird, muss in gleicher Intensität auch teilstationär und im Lebensfeld (Home Treatment) ermöglicht werden wegen der Kontextabhängigkeit des Behandlungserfolges. Die Behandlung in der eigenen Häuslichkeit unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes ist bei psychisch kranken Pflegebedürftigen, insbesondere Demenzkranken geeignet, eigene Ressourcen optimal zu fördern und zu nutzen und dadurch unerwünschte Heimaufnahmen zu vermeiden.
- Die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten psychiatrischer Kliniken sind auszubauen, damit multiprofessionelle Behandlung in personeller Kontinuität nach (zur Vermeidung von Wiederaufnahmen) oder statt stationärer/teilstationärer Behandlung gewährleistet werden kann, auch wenn die Menschen in Einrichtungen zur Pflege (und Eingliederung) versorgt werden.
- Die Kliniken sind als psychiatrische Kompetenzzentren verstärkt in die Beratung und Anleitung ambulanter Dienste für pflegebedürftige Personen einzubeziehen.
- Gerontopsychiatrische Zentren sind flächendeckend auszubauen.

3.6.3.10 Somatische Krankenhausbehandlung

Mit Ausnahme der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung in Fachkrankenhäusern und Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern wurde die Finanzierung von Krankenhausbehandlung auf diagnosebezogene Fallpauschalen (Diagnosis Relatet Groups/DRG) umgestellt. In der Folge hat sich die durchschnittliche Verweildauern von Patientinnen und Patienten in stationärer Behandlung erheblich verkürzt. Um dem besonderen Behandlungsaufwand bei verschiedenen Patientengruppen finanziell zu berücksichtigen, werden auch personenbezogene Merkmale und Nebendiagnosen berücksichtigt. Damit wird auch dem speziellen Bedarf von multimorbiden und hochbetagten Menschen Rechnung getragen. Auch die Zusatzdiagnose ‚Demenz' kann auf diese Weise berücksichtigt werden.

Viele Allgemeinkrankenhäuser sind wenig auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz eingestellt. Diese werden nicht selten als nicht compliant und den Stationsablauf störend wahrgenommen. Selbst geriatrische Stationen lehnen teilweise die Behandlung von Menschen mit Demenz ab.

In der letzten Zeit wird dieser verbreitete Mangel in einigen Krankenhäusern verstärkt wahrgenommen und es werden Schritte zur Optimierung der Behandlungsqualität unternommen.[37]

Seit 1996 gibt es in Schweden auf Initiative der Königin Silvia die Stiftung „Silviahemmet", die ein Konzept der intensiven Begleitung und Betreuung Demenzkranker und ihrer Angehörigen entwickelt hat und dessen Umsetzung fördert. In Deutschland bieten die Malteser Fortbildungen zu diesem Konzept (unter anderem) für Klinikpersonal an.[38] Eine gesonderte Finanzierung für diese Zusatzleistung im Rahmen der Krankenhausbehandlung von Menschen mit Demenz besteht nicht.

3.6.3.11 Medizinische Rehabilitation

Das Angebot an medizinischer Rehabilitation für psychisch beeinträchtigte Menschen mit (drohendem) Pflegebedarf ist nicht bedarfsgerecht. Insbesondere mangelt es an gerontopsychiatrischer Rehabilitation und an ambulanten und mobilen Formen der Rehabilitation. Gerontopsychiatrisch-geriatrische Rehabilitation sollte in ambulanter, ganztags-ambulanter, mobiler und ergänzend stationärer Form, möglichst „aus einer Hand" erbracht werden, um bei Veränderung der „institutionellen Dosis" die Kontinuität der therapeutischen Beziehungen und der vernetzten Kooperation zu unterstützen.

3.6.4 Hilfe zur Teilhabe nach SGB IX

3.6.4.1 Einbeziehung der Pflege in das Kooperationsnetz gemäß SGB IX

Das Prinzip ‚Rehabilitation vor Pflege' legt eine enge Kooperation von Pflegekassen und Trägern der Hilfe zur Teilhabe nahe. Auch ohne selbst zum Reha-Träger zu werden, sollten die Pflegekassen in die Kooperationsregeln des SGB IX einbezogen werden. (Im Zusammenhang mit dem Persönlichen Budget sind bereits SGB XI-Leistungen im SGB IX geregelt.)

In § 12 SGB IX „Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger" wird die Einheitlichkeit der Leistungen zur Teilhabe, die Zusammenarbeit bei der Klärung von Abgrenzungsfragen und einzelfallbezogener Beratung, Begutachtung und Prävention festgelegt. Rehabilitationsträger und ihre Verbände sollen „zur gemeinsamen Wahrnehmung von Aufgaben zur Teilhabe" regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. Eine Einbeziehung der Pflegekassen wäre auf freiwilliger Grundlage auf Basis des § 94 Abs. 2 SGB X möglich, wird aber nicht praktiziert.

Empfehlung:
Die Einbeziehung Pflegekassen in diese Kooperationsstruktur sollte durch entsprechende Änderung des SGB IX sichergestellt werden. Bei entsprechender Änderung der Aufgabenbeschreibung des SGB IX wäre dies auch möglich, ohne dass die Pflegekassen Rehabilitationsträger werden.

---

[37] siehe das Projekt im Auftrag der Deutschen Alzheimer Gesellschaft: „Analyse von hemmenden und förderlichen Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäusern", Zwischenbericht des ISO-Instituts Saarbrücken vom Dezember 2009

[38] siehe Praxisbeispiel 5.2 (Silviahemmet) und 4.4.2 (Vernetzung von somatischen Fachabteilungen mit der Altenhilfe)

3.6.4.2 Trägerübergreifendes Persönliches Budget

Das Persönliche Budget ist besonders gut geeignet, einen Hilfemix aus einer Hand erbringen zu können[39]. Allerdings muss dabei klar sein, dass die Entscheidungsfreiheit des Budgetnehmers der Zielvereinbarung nicht eingeschränkt ist, sofern er die Zielvereinbarung einhält. Eine Einschränkung auf zugelassene Dienste und Therapeuten würde die Fragmentierung der Leistungserbringung zementieren. Auch die Pflegesachleistung muss Bestandteil eines trägerübergreifenden Budgets im Rahmen einer Komplexleistung werden können. Die Finanzierung der personenbezogenen Kooperation zwischen den Komponenten des Hilfemixes und der Aufwand zur Organisation der Voraussetzungen dafür ist unzureichend[40].

3.6.4.3 Finanzierung des Kooperationsaufwandes für Netzwerk-"Pflege" (Wer übernimmt die Strukturverantwortung?)

Die Strukturverantwortung der Sozialleistungsträger bezieht sich ausschließlich auf die einzelnen Leistungen in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich. Sie beinhaltet zudem nur eine prinzipielle, nicht eine regionale Strukturverantwortung.

Ein temporär auch über seinen Zuständigkeitsbereich hauptverantwortlicher Leistungsträger ergibt sich allenfalls Einzelfall-bezogen über den Zugang (§ 14 SGB IX Zuständigkeitsklärung). Entsprechend ist es für die Leistungsträger auch kaum möglich, finanzielle Mittel für übergreifende regionale Koordinationsleistungen bereit zu stellen.[41]

Eine Aktivierung und finanzielle Ausstattung der regionalen Arbeitsgemeinschaften nach § 12 SGB IX unter Einbeziehung der Pflegekassen (siehe Punkt 6.3.1) sollte die Möglichkeit eröffnen, erforderliche regionale Kooperations- und Koordinationsaktivitäten anzuleiten und zu finanzieren.

Als Beispiel Leistungsträger-übergreifender Kooperation können die Arbeitsgemeinschaften gemäß § 94 SGB X im Bereich der Suchtkrankenhilfe genannt werden.

3.6.4.4 Finanzierung der einzelfallbezogenen Kooperation und des Aufwands für Vernetzung

Maßnahmen im Bereich der Hilfe zur Teilhabe beinhalten in der Regel koordinative Tätigkeiten *im Rahmen der Maßnahme*, jedoch keine koordinativen Tätigkeiten, die über die Maßnahmegrenzen hinausgehen.

Einzig der Zugang zu Leistungen ist für Anspruchsberechtigte erleichtert: übergreifende Beratung zu Leistungen zur Teilhabe durch Servicestellen gemäß §§ 22 und 23 SGB IX mit verpflichtender Beteiligung der Pflegekassen im Bedarfsfall gemäß § 22 Abs. 1:

„Die Pflegekassen werden bei drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit an der Beratung und Unterstützung durch die gemeinsamen Servicestellen beteiligt."

Eine übergreifende Beratung und koordinierende Begleitung ist gesetzlich nur im SGB XI über die Pflegeberatung (§ 7 a SGB XI) und über die Soziotherapie (§ 37 a SGB V) im SGB V-Bereich geregelt.

---

[39] vgl. 3.6.1.4
[40] siehe Anhang: Text Eberhardt
[41] siehe Anhang Text Eberhardt

In der Regel wird die Unterstützung (wenn überhaupt) nur als Zugangsberatung praktiziert. Eine Einbeziehung der Pflegekassen kommt äußerst selten vor. Die Zuständigkeit für einzelfallbezogene Kooperation taucht nur im SGB XI unter der Pflegeberatung auf, die ausdrücklich Leistungs-übergreifend beschrieben ist. Entsprechende Vorgaben für die Rehabilitationsträger sollten gesetzlich geregelt werden. Dies kann über einen Ausbau der Servicestellen mit verbindlicher Kooperation mit den Pflegestützpunkten (bzw. der Pflegeberatung) geschehen. Oft wird es sinnvoll sein, Aufgaben der einzelfallbezogenen Koordination im Verlauf des Leistungsgeschehens an Leistungserbringer oder Vertrauenspersonen der Anspruchsberechtigten zu delegieren.

3.6.5 Leistungen nach SGB XII

3.6.5.1 Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Die Umsetzung des ASMK-Beschlusses vom November 2009 'Umstellung auf personenzentrierte Hilfe' zielt auf die Überwindung der Trennung ambulant/stationär ab. Dies erhöht auch die Chancen zu einer bedarfsgerechten Verzahnung von Pflege und Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Sonderregelungen zur Pflege in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe sollten dadurch entfallen.

3.6.5.2 Hilfe zur Pflege nach SGB XII

Für Personen, die bedürftig im Sinne der Sozialhilfe sind, wird Hilfe zur Pflege als Sozialhilfeleistung gewährt für pflegebedürftige Menschen ohne Pflegestufe nach SGB XI oder ergänzend bei festgestellter Pflegestufe nach SGB XI , wenn die Sachleistungsbeträge nach SGB XI nicht ausreichen.

Der Anteil an Hilfe zur Pflege für Pflegebedürftige ohne Pflegestufe bewegt sich z. B. in Berlin bei ca. 40 %. Dies drückt aus, dass der Pflegebegriff im SGB XI erhebliche Personengruppen, insbesondere Menschen mit Demenz, bisher nicht berücksichtigt. Bei festgestellter Notwendigkeit einer Heimbetreuung zahlt die Sozialhilfe in der Regel den Differenzbetrag zwischen Sachleistung und tatsächlichen Kosten der Heimpflege.

Weniger klar ist die ergänzende Hilfe zur Pflege im ambulanten Bereich. Obwohl der Anspruch auch bei ambulanten Leistungen besteht, wird hier der vom MDK festgestellte Pflegebedarf und die Sachleistung in der entsprechenden Pflegestufe häufig als bedarfsdeckend angesehen.

Dies verstärkt die Notwendigkeit stationärer Leistungen!

Es gibt allerdings auch regionale Vereinbarungen bzw. die geübte Praxis einer ergänzenden Finanzierung ambulanter Leistungen durch die Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege bzw. Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft), die die hohen Bedarfe von Menschen mit Demenz berücksichtigen. Als Beispiel sei die Förderung von Demenz-WGs in Berlin genannt.

Empfehlung:

- *höhere Grenzen der Bedarfsdeckung bei der ambulanten Pflege*
- *Angleichung ambulanter und stationärer Leistungen analog zum ASMK-Beschluss zur Eingliederungshilfe*

3.6.6 Selbsthilfe

Die Selbsthilfeförderung ist im Rahmen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes im SGB XI verankert worden.

SGB XI § 45d Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe
(1) *In entsprechender Anwendung des § 45 c können die dort vorgesehenen Mittel des Ausgleichsfonds, die dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenziell Erkrankte zur Verfügung stehen, auch verwendet werden zur Förderung und zum Auf- und Ausbau*
1. von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die sich die Unterstützung, allgemeine Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben, und
2. von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben.
(2) Selbsthilfegruppen im Sinne von Absatz 1 sind freiwillige, neutrale, unabhängige und nicht gewinnorientierte Zusammenschlüsse von Personen, die entweder auf Grund eigener Betroffenheit oder als Angehörige das Ziel verfolgen, durch persönliche, wechselseitige Unterstützung, auch unter Zuhilfenahme von Angeboten ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zu verbessern. Selbsthilfeorganisationen im Sinne von Absatz 1 sind die Zusammenschlüsse von Selbsthilfegruppen nach Satz 1 in Verbänden. Selbsthilfekontaktstellen im Sinne von Absatz 1 sind örtlich oder regional arbeitende professionelle Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal, die das Ziel verfolgen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zu verbessern.
(3) § 45 c Abs. 6 Satz 4 gilt entsprechend.

SGB IX § 29 Förderung der Selbsthilfe
Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Prävention, Rehabilitation, Früherkennung, Behandlung und Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen zum Ziel gesetzt haben, sollen nach einheitlichen Grundsätzen gefördert werden.

Eine Finanzierungsverpflichtung und damit eine verbindliche Absicherung der Selbsthilfe ist damit nicht gewährleistet.

Empfehlung:
Die Strukturverantwortung und Verbindlichkeit für die Förderung der Selbsthilfe im SGB XI-Bereich sollte nach dem Vorbild des SGB V hergestellt werden.

SGB V § 20c Förderung der Selbsthilfe
*(3) Die Ausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 sollen insgesamt im Jahr 2006 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,55 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupass*en.

Empfehlung:
Um Finanzierungssicherheit zu ermöglichen, sollte die Förderung der Selbsthilfe im SGB XI analog der Selbsthilfeförderung im SGB V geregelt werden. Ein Betrag von 0,10 Euro pro Versichertem würde hier eine gute Grundlage schaffen.

3.6.7 Verfahrens- und Leistungserbringerrecht

3.6.7.1 Koordination, Kooperation und Zusammenarbeit

Im SGB I werden die Leistungsträger verpflichtet, gemeinsam mit den Leistungserbringern zum Wohle der Leistungserbringer zusammenzuarbeiten und sich wirksam zu ergänzen.

SGB I § 17 Ausführung der Sozialleistungen
(3) In der Zusammenarbeit mit gemeinnützigen und freien Einrichtungen und Organisationen wirken die Leistungsträger darauf hin, dass sich ihre Tätigkeit und die der genannten Einrichtungen und Organisationen zum Wohl der Leistungsempfänger wirksam ergänzen. Sie haben dabei deren Selbständigkeit in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben zu achten.

Laut SGB IX sollen die Leistungserbringer zur Verbesserung der Koordination und Zusammenarbeit Arbeitsgemeinschaften bilden:

SGB IX § 19 Rehabilitationsdienste und Einrichtungen
(6) Rehabilitationsdienste und -einrichtungen mit gleicher Aufgabenstellung sollen Arbeitsgemeinschaften bilden

Eine weitere Koordinationszuweisung ist in den Landesgesetzen für den öffentlichen Gesundheitsdienst zu finden:

LÖGD (hier Rhld-Pfalz) § 1 Ziele und Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes
Der öffentliche Gesundheitsdienst … koordiniert Angebote der Gesundheitsförderung mit den zuständigen Stellen und bietet bei Bedarf ergänzende Leistungen an, … berät die Bevölkerung und die Träger öffentlicher Aufgaben bei gesundheitlichen Fragestellungen und nimmt Stellung zu Planungen und Maßnahmen hinsichtlich möglicher Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung.

Zusammenarbeit der Leistungsträger

Eine eindeutige Verpflichtung zur engen Zusammenarbeit ist im SGB X, das die Sozialverwaltungsverfahren regelt, verankert.

SGB X § 86 Zusammenarbeit
Die Leistungsträger, ihre Verbände und die in diesem Gesetzbuch genannten öffentlich-rechtlichen Vereinigungen sind verpflichtet, bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetzbuch eng zusammenzuarbeiten

Der Gesetzgeber sieht auch auf der Ebene der Sozialleistungsträger die Möglichkeit der Bildung von Arbeitsgemeinschaften vor und formuliert hier auch vorbildlich das Aufgabenprofil solcher Arbeitsgemeinschaften.

Hier geht das Aufgabenprofil über den in § 19 SGB IX hinaus, das nur gleichartige Einrichtungen mit gleicher Aufgabenstellung in den Blick nimmt.

SGB X § 94 Arbeitsgemeinschaften
(1a) Träger der Sozialversicherung, Verbände von Trägern der Sozialversicherung und die Bundesagentur für Arbeit einschließlich der in § 19 a Abs. 2 des Ersten Buches (SGB II-Träger) genannten anderen Leistungsträger können insbesondere zur gegenseitigen Unterrichtung, Abstimmung, Koordinierung und Förderung der engen Zusammenarbeit im Rahmen der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben Arbeitsgemeinschaften bilden

§ 95 Zusammenarbeit bei Planung und Forschung
(1) Die in § 86 genannten Stellen sollen
1. Planungen, die auch für die Willensbildung und Durchführung von Aufgaben der anderen von Bedeutung sind, im Benehmen miteinander abstimmen sowie
*2. gemeinsame örtliche und überörtliche Pläne in ihrem Aufgabenbereich über soziale Dienste und Einrichtungen, insbesondere deren Bereitstellung und Inanspruchnahme, anstreben. Die jeweiligen Gebietskörperschaften sowie die gemeinnützigen und freien Einrichtungen und Organisationen sollen insbesondere hinsichtlich der Bedarfsermittlung beteiligt werden***.**

Das SGB XI greift diese Verpflichtung im § 12 auf. Für Menschen mit pflegerischer Versorgung sollen die Pflegekassen mit den an der „gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten“ Zielgruppen-bezogen zusammenarbeiten: Einzelfallbezogen und auf der organisatorischen Ebene z. B. durch Pflegestützpunkte und Arbeitsgemeinschaften.

§ 12 Aufgaben der Pflegekassen
(1) Die Pflegekassen sind für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich. Sie arbeiten dabei mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammen und wirken, insbesondere durch Pflegestützpunkte nach § 92 c, auf eine Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen hin, um eine Verbesserung der wohnortnahen Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen zu ermöglichen. Die Pflegekassen sollen zur Durchführung der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben örtliche und regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. § 94 Abs. 2 bis 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend.
(2) Die Pflegekassen wirken mit den Trägern der ambulanten und der stationären gesundheitlichen und sozialen Versorgung partnerschaftlich zusammen, um die für den Pflegebedürftigen zur Verfügung stehenden Hilfen zu koordinieren. Sie stellen insbesondere über die Pflegeberatung nach § 7 a sicher, dass im Einzelfall Grundpflege, Behandlungspflege,

ärztliche Behandlung, spezialisierte Palliativversorgung, Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe sowie hauswirtschaftliche Versorgung nahtlos und störungsfrei ineinander greifen. Die Pflegekassen nutzen darüber hinaus das Instrument der integrierten Versorgung nach § 92 b und wirken zur Sicherstellung der haus-, fach- und zahnärztlichen Versorgung der Pflegebedürftigen darauf hin, dass die stationären Pflegeeinrichtungen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten eingehen oder § 119 b des Fünften Buches anwenden.

Zumindest als Sollvorschrift werden die Rehabilitationsträger zur Zusammenarbeit im SGB IX aufgefordert – zwar untereinander, aber nicht personenbezogen Leistungsträger-übergreifend wie in § 12 SGB XI.

SGB IX § 12 Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger
Die Rehabilitationsträger und ihre Verbände sollen zur gemeinsamen Wahrnehmung von Aufgaben zur Teilhabe behinderter Menschen insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden.

Empfehlungen
Die Kooperationsverpflichtung im SGB I und SGB X sollten sich widerspiegeln in allen jeweiligen Sozialgesetzbüchern, die die Leistungen definieren. So wäre es fachlich geboten auch im SGB V die Verpflichtung zur Zielgruppen-bezogenen Kooperation und Zusammenarbeit – und zwar Leistungsträger übergreifend – zu verankern und die bestehende Kooperationsverpflichtung der Reha-Träger untereinander gemäß SGB IX zu erweitern, um eine Kooperationsverpflichtung auch mit der Trägern von Leistungen nach SGB V und SGHB XI.

Damit die Leistungserbringer entsprechend die Koordination leisten können, muss bei der Leistungsfinanzierung der Personenbezogene Aufwand berücksichtigt werden ebenso wie der Aufwand für die Organisation der Vernetzung, z. B. Abstimmung von Behandlungs- und Versorgungspfaden über Schnittstellen ambulant – stationär, Behandlung – Reha/Teilhabe – Pflege hinweg. (Vgl. Erfahrungen mit der Integrierten Versorgung)

3.6.7.2 Mobile Leistungserbringung

Die Sicherstellung einer mobilen Leistungserbringung ist Grundvoraussetzung für eine bedarfsgerechte Versorgung pflegebedürftiger Menschen mit psychischen Erkrankungen. Das Leistungserbringerrecht im SGB V erschwert hier über die Ebene der Richtlinien und gesetzliche verankerter Empfehlungen die mobile Leistungserbringung bzw. fördert die an eine Praxis gebundene Leistungserbringung. Grundsätzlich müssen auch Leistungserbringer zugelassen werden, die ihre Leistung ausschließlich mobil erbringen.

Rechtl. Bezug	***Leistungsart***	***Zugangsvoraussetzung***	***Voraussetzung für Leistungserbringung***	***Ziel***	***Dauer (nur z. T. gesetzlich festgelegt) und Finanzierung***
SGB V § 32 Heilmittel (SGB IX § 33) (Verordnung)	Ergotherapie	Verordnung durch Arzt, zum Teil durch Institutsambulanz Zuzahlung	A Heilmittelrichtlinien nach § 92 SGB V B Rahmenempfehlung § 124 u. 125 SGB V	eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern	Regelfall bis zu 40 Verordnungen, längerfristige Verordnungen mit besonderer Begründung
SGB V § 32 Heilmittel (SGB IX § 33) (Verordnung)	Physiotherapie	Verordnung durch Arzt, zum Teil durch Institutsambulanz Zuzahlung	A Heilmittelrichtlinien nach § 92 SGB V B Rahmenempfehlung § 124 u. 125 SGB V	eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern	Regelfall von 6-50 je nach Krankheitsbild
SGB V § 37a	Soziotherapie	Verordnung durch Arzt; Zuzahlung; wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen	A Richtlinien nach § 92 SGB V (B Rahmen-empfehl-ungen §132 a SGB V gestrichen aber immer noch Orientierung für Krankenkassen)	wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist.	Höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren Vergütung in Landesrahmenverträgen

3.6.8 Heimrecht, Heimvertragsrecht

3.6.8.1 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz

Mit zum 01.10.2009 in Kraft getretenen Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz wurden die vertragsrechtlichen Vorschriften des Heimgesetzes abgelöst. Es gilt nur für die Verträge, in denen die Betreuungsleistung mit den Wohnangeboten gekoppelt ist. Entscheidend ist nicht ob eine oder mehrere Verträge bestehen sondern die Koppelung. Sind die Verträge inhaltlich mit einander verbunden, so fallen sie auch unter das neue Gesetz. Auch Angebote des Betreuten Wohnens können dann unter den Wirkungskreis des Gesetzes fallen. Zu den wichtigsten Vorschriften des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes bei gekoppelten Verträgen gehören:

- Verbraucherinnen und Verbraucher haben Anspruch auf vorvertragliche Informationen in leicht verständlicher Sprache über Leistungen, Entgelte und das Ergebnis von Qualitätsprüfungen.
- Verträge werden auf unbestimmte Zeit und schriftlich abgeschlossen. Eine Befristung ist nur zulässig, wenn sie den Interessen des Verbrauchers nicht widerspricht.
- Das vereinbarte Entgelt muss angemessen sein. Eine Entgelterhöhung ist nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich und bedarf der Begründung.
- Bei Änderung des Pflege- oder Betreuungsbedarfs muss der Unternehmer eine entsprechende Anpassung des Vertrages anbieten. Ausnahmen bedürfen der gesonderten Vereinbarung.
- Eine Kündigung des Vertrages ist für den Unternehmer nur aus wichtigem Grund möglich. Für Verbraucher gelten besondere Kündigungsmöglichkeiten. „Verbraucher“ sollen in dieser strukturellen Abhängigkeit besonderen Schutz genießen.

Empfehlung:
Grundsätzlich zu empfehlen ist eine Ausweitung des Gesetzes auch auf ambulante Betreuungsleistungen. Denn gerade auch Menschen, die auf Grund ihrer psychischen Erkrankung mit vielfältigen Belastungen und Einschränkungen zurechtkommen müssen, brauchen besonderen Schutz auch in Vertragssituationen, die ambulante Betreuungsleistungen betreffen.
Allerdings sollten hier die Schutzvorschriften den Rahmenbedingungen ambulanter Betreuung angepasst werden. Der Schutzbedarf sollte nach Graden des Schutzbedarfes unterscheiden und damit unterschiedliche Regelungen für unterschiedliche Vertragskonstellationen anbieten.

3.6.8.2 **Länderheimgesetzgebung** (Stand Juni 2010)[42]

- Länderheimgesetze liegen bereits in zehn Bundesländern vor: In Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Bayern, Saarland, Schleswig-Holstein, Hamburg, Brandenburg, Berlin, Rheinland-Pfalz, Mecklenburg-Vorpommern. In drei weiteren Bundesländern liegen Gesetzentwürfe bzw. Referentenentwürfe vor: Sachsen, Niedersachsen, Bremen. In Sachsen-Anhalt hat das Kabinett einen nicht veröffentlichten Entwurf vorgelegt. In Hessen und Thüringen gilt vorläufig das Bundesheimgesetz weiter.

[42] siehe Übersicht mit Kommentierung in Kap. 6.5

- Die bereits vor der Verabschiedung des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes Bund in Kraft getretenen Gesetze haben zum Teil Überschneidungen im Bereich des Vertragsrechts, mit In-Kraft-Treten des Bundesgesetzes hat dieses im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung Vorrang.

- Die Erweiterung auf betreute Wohnformen ist zwar in den meisten Gesetzen enthalten, zielt aber bis auf Hamburg auf den Aspekt der Koppelung von Betreuung und Wohnraumüberlassung ab.

- Eine Fachkraftquote ist gesetzlich nur in Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Mecklenburg-Vorpommern verankert; zudem im Gesetzentwurf Sachsen. Vorgaben zur Personalbemessung finden sich nur in Nordrhein-Westfalen. Alle vorliegenden Gesetze und Gesetzentwürfe sehen die Möglichkeit einer Rechtsverordnung zur Regelung der fachlichen Qualifizierung bzw. Fachkraftquote des eingesetzten Personals vor. In Berlin regelt die Heimpersonalverordnung für betreuende Tätigkeiten: Mindestens eine Fachkraft, bei mehr als 20 Bewohnern muss zusätzlich jede zweite weitere Beschäftigte eine Fachkraft sein.

- Nordrhein-Westfalen führt im Gesetz eine wenn auch nur begrenzt aussagefähige weitere Anforderung in Bezug auf die Fachkräfte aus. Eine mindest dreijährige förderliche Ausbildung wird vorausgesetzt. Bayern fordert gesetzlich die interkulturelle Kompetenz des Personals ein.

- Hamburg, Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz, Berlin und Bremen definieren den Grundsatz der Stärkung der Selbstbestimmung, des Schutzes und der Teilhabe als vorrangiges Ziel des Gesetzes. Das Hamburger Gesetz umfasst auch die ambulanten Pflegedienste und Betreuungsdienste der Behindertenhilfe und formuliert für diese Qualitätsanforderungen. Argumentationslinie ist hier die fehlenden Regelungen auf Bundesebene in Bezug auf den Schutz der zu Pflegenden bzw. zu Betreuenden im ambulanten Bereich. Insofern kommt dem Hamburger Gesetz am ehesten der Charakter eines Hilfeempfängerschutzgesetzes zu. Zudem unterscheidet Hamburg zwischen Servicewohnen, Wohneinrichtungen und Gasteinrichtungen. Das Berliner Wohnteilhabegesetz nennt in § 1 unter anderem als Ziel, „die Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen Leistungserbringern, Angehörigen und bürgerschaftlich engagierten Menschen und die Öffnung betreuter Wohngemeinschaften in das Gemeinwesen zu verbessern.“

3.6.8.3. Weiterentwicklungsbedarf

Der überwiegende Teil der Länderheimgesetzgebung orientiert sich an dem bisherigen Bundesheimgesetz. Der Schutzgedanke ist – mit der Ausnahme Hamburg - vorrangig auf die strukturelle Abhängigkeit ausgerichtet, die durch eine vertragliche Koppelung von Wohnen, Betreuung und Verpflegung bedingt ist. Daher sind die meisten Landesheimgesetzte wie auch das frühere Bundesheimgesetz auf stationäre Einrichtungen ausgerichtet. Daraus ergibt sich ein Einrichtungsbezug der Schutzbestimmungen und der Qualitätssicherung.

Empfehlung
Sinnvoll wäre eine stärkere Ausrichtung der Schutzbestimmungen und der Regelungen zur Qualitätssicherung auf die Person und auf die Pflege- und Betreuungsleistungen unabhängig vom Ort der Leistungserbringung und unabhängig vom Einrichtungstyp, durch den die Leistung erbracht wird. Ziel sollte eine Hilfeempfängerschutzgesetzgebung unabhängig von Ort und Art der Leistung sein.

Diesem Charakter eines Hilfeempfängerschutzgesetzes, das auch die ambulanten Pflege und Eingliederungshilfeleistungen umfassend mit einbezieht, entspricht weitgehend das Hamburger Gesetz. Auch die ambulanten Pflege- und Betreuungseinrichtungen werden zukünftig in Hamburg anlassbezogen sowie zusätzlich durch Stichproben unangemeldet auf definierte Qualitätskriterien hin (§ 20 Hamburgische Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz) geprüft. Auch wenn hier die Gefahr von Doppelstrukturen nicht ganz auszuschließen ist (Prüfung durch MDK und Landesbehörde), ist solch eine qualitätsorientierte Kontrolle auch im ambulanten Bereich als zusätzlicher auch ordnungsrechtlich ausgerichteter Verbraucherschutz eine sinnvolle Ergänzung zu den qualitätssichernden Elementen des SGB XI.

Die durch die Föderalismus-Reform bedingte Kombination von Bundes- und Länderzuständigkeit hatte eine Zweiteilung von Vertrags- und Ordnungsrecht zur Folge.

Gemeinsame Aspekte des Ordnungs- und Vertragsrechts
Die gesonderte gesetzliche Regelung zum Ordnungsrecht (Heimgesetze auf Länderebene) und zum Vertragsrecht (BGB, Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz auf Bundesebene) wirft Probleme auf, sofern das Ordnungsrecht auch auf die Versorgungsstrukturen einwirkt und dabei Sonderrecht für stationäre Einrichtungen schafft.

Perspektivisch ist eine Weiterentwicklung der Länderheimgesetze und parallel des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes-Bund in die Richtung anzustreben, dass der ambulante und der stationäre Bereich nicht gesondert geregelt werden. Diese Ausrichtung findet sich auch in den ASMK-Beschlüssen zur Reform der Eingliederungshilfe: personenzentrierte Hilfe unabhängig vom Ort und vom Leistungserbringer.

4. Ebenen der Umsetzung

4.1 Personenzentrierte Hilfe

Gliederung

4.1.1 Ethisch – Philosophischer Hintergrund
4.1.2 Die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ und die UN-Übereinkunft über die Rechte von Menschen mit Behinderungen
4.1.3 Ansätze einer neuen bedürfnisorientierten Pflegekultur
4.1.3.1 Zentrale psychische Bedürfnisse psychisch beeinträchtigter Personen
4.1.3.2 Das Bedürfnis nach Bindung
4.1.3.3 Das Bedürfnis nach sinnvollen Aktivitäten
4.1.3.4 Menschen mit Demenz brauchen Einbeziehung in die Soziale Welt
4.1.3.5 Das Bedürfnis nach Identität
4.1.3.6 Offene Türen für Wohlbefinden
4.1.4 Die Stimmen der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen hörbar machen
4.1.5 Hilfen zur Kommunikation
4.1.6 Primäre Prävention durch gesunde Ernährung, psychosoziale Aktivität und körperliche Betätigung im Quartier
4.1.7 Besondere Bedürfnisse von Personen(gruppen) mit überdurchschnittlichen Risiken
4.1.7.1 Alleinlebende Menschen
4.1.7.2 Besondere Bedürfnisse von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte
4.1.7.3 Alt gewordene geistig Behinderte
4.1.7.4 Psychisch kranke Menschen mit Pflegebedarf
4.1.7.5 Gendersensible Pflege
4.1.8 Assessment und Casemanagement
4.1.9 Instrumente für eine personenzentrierten Qualitätsentwicklung
4.1.9.1 Gestaltung eines individuellen Aktivitäten- und Lebensstilprofils
4.1.9.2 Wohlbefindensbeobachtung und Beschreibung nach dem Dementia Care Mapping – DCM-Verfahren
4.1.9.3 Das Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker in der stationären Altenpflege – H.I.L.DE
4.1.9.4 Transparente Qualitätsindikatoren in Leitlinien, Qualitätsprüfungen und Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen
4.1.9.5 Qualitätsentwicklung durch verbesserte Aus-, Fort- und Weiterbildung in allen relevanten Disziplinen
4.1.10 Fünfzehn zusammenfassende Empfehlungen

im Anhang:

- Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“
- Individuelles Lebensprofil – Clipper Arbeitsbogen zur Verbesserung der
- Lebensqualität
- „Allein lebende Demenzkranke – Schulung einer Kommune“
- Beispiel für eine bewährte personenzentrierte Leistungs- und Qualitätsvereinbarung der Alzheimergesellschaft des Main-Kinzig-Kreises

4.1.1 Ethisch – Philosophischer Hintergrund

Die Philosophie der personenzentrierten Pflege führt weg vom Defizitmodell. Sie stellt nicht die Krankheit oder Behinderung eines Menschen in den Mittelpunkt ihres Handelns, sondern den von Krankheit und Einschränkungen betroffenen Menschen selbst mit seinen Potenzialen und allen Rechten und Pflichten eines Mitbürgers. Jeder kranke pflegebedürftige Mensch wird als einzigartige Person angesehen, die ernst genommen wird mit ihren Gefühlen, mit ihren Grundbedürfnissen, mit ihren Qualitätsurteilen, mit ihrem Recht auf Selbstbestimmung und dem Recht am Leben der Gemeinschaft teil zu haben und das zu verwirklichen, was unter den gegebenen Umständen erreichbar ist.

Personenzentrierte Hilfe und Pflege ist dialogisch angelegt. Gelingende Aushandelungsprozesse und Kommunikation auf Augenhöhe zwischen pflegenden und zu pflegenden Personen – verbal und vor allem auch nonverbal – sind daher die Schlüssel zur Erfüllung zentraler psychischer Bedürfnisse im Rahmen der personenzentrierten Pflege. Feinfühlige Kommunikation ist die Voraussetzung für „Bindungssicherheit“. Bindung an ein „Du“ bringt Schutz und Geborgenheit und stellt die Zuwendung sicher, wenn sie benötigt wird. Bindung ist für jeden Menschen wichtig, um sich entwickeln zu können – unabhängig von seinem Alter. Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und besonders Demenzkranke sind auf das „Gehaltenwerden“ und „Einbezogensein“ durch die Nähe von zuverlässigen und feinfühligen Menschen angewiesen.

Die Erfahrung von Wohlbefindensbeobachtungen z. B. im Rahmen von „Dementia Care Mapping“ zeigen, dass Pflegende in ihrem Arbeitsrhythmus in den meisten Fällen solche „Umwelteinflüsse“ im Aufenthaltsbereich der Person mit Demenz nicht oder nur spät bemerken. Daher ist es für Pflegende wichtig, von Zeit zu Zeit einen Augenblick inne zu halten und auf unangenehme Gegebenheiten im Umfeld zu achten und ggf. korrigierend einzugreifen.

Noch bedeutsamer als das physikalische Wohnumfeld ist allerdings, in welchem psychosozialen Klima die Person mit psychischen Einschränkungen leben kann oder leben muss. Die Skala reicht von feinfühligem „Genährt - Werden“ durch positive Ereignisse, Eingebundensein und Gehaltenwerden über Vernachlässigung, Vorwürfen, Kränkungen bis zur Gewalt.[43]
Personenzentrierte Pflege zielt darauf ab, möglichst alle Formen von Stress zu vermeiden und möglichst viele positive Ereignisse zur Verstärkung des Selbstwertgefühls herbeizuführen.

Empathisch Pflegende haben immer schon ihren Beruf personenzentriert ausgeübt, soweit ihnen das unter den jeweiligen Rahmenbedingungen in der häuslichen Pflege, der ambulanten Pflege, im Krankenhaus, in der Tagespflege, der Kurzzeitpflege, im betreuten Wohnen oder im Pflegeheim möglich war – lange schon bevor der programmatische Begriff „personenzentriert“ geprägt und verbreitet worden ist. Die explizite Ausarbeitung und Veranschaulichung des Konzeptes der personenzentrierten Pflege und die damit gebildeten Begriffe sind heute allerdings eine wichtige Basis für die Aus-, Fort-, Weiterbildung der Pflegenden, aber auch für die Pflegeplanung, die Qualitätssicherungskonzept, die Pflege- und Versorgungsforschung und nicht zuletzt für Diskussionen im öffentlichen Raum.

[43] Vgl. Kitwood, Tom (2000): Demenz. S. 73ff.

4.1.2 Die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“[44]und die UN-Übereinkunft über die Rechte von Menschen mit Behinderungen[45]

Die Charta betrifft alle hilfe- und pflegebedürftige Menschen, hebt aber nur an einigen Stellen besondere Bedarfe von Menschen mit Demenz hervor. Eine personenzentrierte Pflege von Menschen mit Demenz muss daher noch einige Besonderheiten berücksichtigen.

- Demenz ist nach wie vor ein Tabu-Thema. Daher mangelt es häufig an der Fähigkeit, angemessen mit Menschen mit Demenz umzugehen. Selbst viele Ärzte wünschen sich mehr Informationen zum richtigen Umgang mit Menschen mit Demenz, zum frühzeitigen Erkennen der Erkrankung und zu den vielfältigen psychosozialen Hilfsmöglichkeiten.
- Demenz wird daher häufig erst sehr spät richtig diagnostiziert.
- Im Frühstadium der Erkrankung fehlen geeignete psychosoziale Hilfsangebote.
- Nach der Diagnose fallen die Betroffenen häufig in ein tiefes Loch ohne Trost und weitere fachliche Unterstützung.
- Alleinlebende mit Demenz sind besonders gefährdet.

Die Kommentierung der beiden ersten Artikel der Charta über Selbstbestimmung ist im Anhang ausgewiesen. Sie sollen an dieser Stelle aber noch einmal hervorgehoben werden, um den Zusammenhang zwischen der Charta und dem Konzept der personenzentrierten Pflege nochmals hervorzuheben.

„Sie haben das Recht auf Beachtung Ihrer Willens- und Entscheidungsfreiheit sowie auf Fürsprache und Fürsorge. Die an der Betreuung, Pflege und Behandlung beteiligten Personen müssen Ihren Willen beachten und ihr Handeln danach ausrichten. Das gilt auch, wenn Sie sich sprachlich nicht artikulieren können und ihren Willen beispielsweise durch Ihr Verhalten zum Ausdruck bringen. Menschen, deren geistige Fähigkeiten eingeschränkt sind, müssen ihrem Verständnis entsprechend in Entscheidungsprozesse, die ihre Person betreffen, einbezogen werden.

Sie können erwarten, dass gemeinsam mit Ihnen sowie gegebenenfalls Ihren Vertrauenspersonen und den für Ihre Betreuung, Pflege und Behandlung zuständigen Personen abgewogen wird, wie Ihre individuellen Ziele und Wünsche unter den gegebenen rechtlichen und tatsächlichen Möglichkeiten verwirklicht werden können. Auch wenn Sie selbst nicht in der Lage sind, alleine Entscheidungen zu treffen oder Ihre Wünsche zu artikulieren, sollen die oben genannten Personen dafür Sorge trage, dass in Ihrem Sinne gehandelt wird. Das betrifft beispielsweise die Wahl Ihres Lebensortes, des Pflegedienstes, der stationären Einrichtung und der Ärztin bzw. des Arztes sowie auch die die Durchführung hauswirtschaftli-

---

[44] Hrsg.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit in Zusammenarbeit mit: Deutsches Zentrum für Altersfragen. Geschäftsstelle Runder Tisch Pflege: Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Berlin und Bonn 2006. (Bezugsstelle: Publikationsversand der Bundesregierung. Postfach 48 10 09, 18132 Rostock)

[45] Seit März 2009 ist in Deutschland auch die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen verbindlich. Sie stellt einen Meilenstein in der Behindertenpolitik dar, indem sie den Menschenrechtsansatz einführt und das Recht auf Selbstbestimmung, Partizipation und umfassenden Diskriminierungsschutz für Menschen mit Behinderungen formuliert sowie eine barrierefreie und inklusive Gesellschaft fordert. Quelle:
http://www2.institut-fuer-enschenrechte.de/webcom/show_article.php?wc_c=419&wc_id=243&wc_p=1
Zur deutschen Übersetzung der Übereinkunft siehe:
http://files.institut-fuer-menschenrechte.de/437/Behindertenrechtskonvention.pdf

cher, pflegerischer oder therapeutischer Maßnahmen und die Gestaltung Ihres Tagesablaufs. Die Behandlung durch Ihren vertrauten Haus- oder Zahnarzt sowie auch der Bezug Ihrer Medikamente über Ihre gewohnte Apotheke sollen Ihnen auch dann möglich sein, wenn Sie in einer stationären Einrichtung leben.“

Das Konzept einer Personenzentrierte Pflege ist nicht nur aus menschenfreundlicher Gesinnung wünschenswert, sondern aus unserem Grundgesetz und vielen weiteren deutschen und auch internationalen Rechtstexten ableitbar.

Im Auftrag der Bundesregierung (BMGS und BMFSFJ) hat der „Runde Tisch Pflege“ die an vielen unterschiedlichen Stellen in Gesetzen, Verordnungen und sonstigen Rechtstexten verstreuten Aussagen über die Rechte von pflegebedürftigen Menschen gesichtet und in einer Charta zusammenfassend dargestellt, damit sie in verständlicher Sprache für alle Interessierten nachlesbar sind. Erfreulicherweise gibt es inzwischen die Pflege-Charta auch als DAISY-Hörbuch. Man kann die Hörbuch-CD bei der Leitstelle Altenpflege im Deutschen Zentrum für Altersfragen[46] bestellen oder sie von folgender Seite herunterladen: http://www.pflege-charta.de/nn_166/DE/Die__Charta/Pflege-Charta__als__Hoerversion.html

Die in acht Artikeln der Charta beschriebenen Rechte gelten für Menschen aller Altersgruppen. Ein großes Verdienst der Charta ist, dass sie die in den Artikeln verankerten Reche ausführlich kommentiert und für jedermann verständlich erläutert, was man als hilfe- und pflegebedürftiger Mensch in verschiedenen Phasen des Krankheitsverlaufes und in Standardsituationen der Pflege erwarten und einfordern kann[47]. Aus Platzgründen sind in diesem Absatz nur die acht Artikel der Charta. Im Anhang finden Sie alle Artikel mit den zugehörigen Kommentierungen.

Jeder Artikel beginnt mit den Worten: „Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht …“. Ersetzt man diese Worte durch „Jeder Mensch mit Demenz hat …“ so lesen sich die acht Artikel (und Auszüge der zugehörigen Erläuterungen) wie folgt:

Artikel 1: Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe
Jeder Mensch mit Demenz hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe sowie an Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen zu können.

Artikel 2: Körperliche und Seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit
Jeder Mensch mit Demenz hat das Recht, vor Gefahren für Leib und Seele geschützt zu werden. Die in diesem Artikel 2 angesprochenen Rechte sind das rechtliche Fundament dafür, auch gegen die oben angesprochenen bedürfnisschädigenden Handlungsweisen vorzugehen.

---

[46] Frau Daniela Sulmann (Dipl. Pflegewirtin) Leitstelle Altenpflege im DZA, Manfred-von Richthofen-Str. 2, 12101 Berlin, Tel. 030-260740-91.,

[47] Die Umsetzung der Pflege-Charta in den Alltag von rund zwei Millionen hilfe- und pflegebedürftigen Menschen und in die pflegerische Arbeit von Hunderttausenden von beruflich und familial Pflegenden braucht viel Zeit, viele Lernprozesse und viel guten Willen der Leistungsanbieter und der Pflegekassen und anderer Leistungsträger. Die Leitstelle Altenpflege im DZA in Berlin ist beauftragt, die Implementierung der Pflege-Charta zu befördern. Erfreulicherweise wird die Charta in der Fachöffentlichkeit als Maßstab für würdevolle Pflege zunehmend anerkannt. Weitere Informationen unter www. Pflege-Charta.de.

Artikel 3: Privatheit
Jeder Mensch mit Demenz hat das Recht auf Wahrung und Schutz seiner Privatsphäre

Artikel 4: Pflege, Betreuung und Behandlung
Jeder Mensch mit Demenz hat das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung.

Artikel 5: Information, Beratung und Aufklärung
Jeder Mensch mit Demenz hat das Recht auf umfassende Informationen über Möglichkeiten und Angebote der Beratung, der Hilfe, der Pflege sowie der Behandlung.

Artikel 6: Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft
Jeder Mensch mit Demenz hat das Recht auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Artikel 7: Religion, Kultur und Weltanschauung
Jeder Mensch mit Demenz hat das Recht, seiner Kultur und Weltanschauung entsprechend zu leben und seine Religion auszuüben.

Artikel 8: Palliative Begleitung, Sterben und Tod
Jeder Mensch mit Demenz hat das Recht, in Würde zu sterben.

Dankenswerterweise hat die Bundesregierung das Deutsche Zentrum für Altersfragen damit beauftragt, eine breite Diskussion der Charta in der Bevölkerung bis auf die Quartiersebene zu befördern. Sie ist notwendig ist, wenn die angestrebte Kultur der Pflege in den Wohnquartieren verwirklicht werden soll.

4.1.3 Ansätze einer neuen bedürfnisorientierten Pflegekultur

Durch die Veröffentlichung der Charta wird eine Weiterentwicklung unserer Pflegekultur angestrebt. Dies erfordert jedoch auch ein entsprechendes Pflegekonzept und eine ausreichende Infrastruktur, insbesondere eine ausreichende qualitative und quantitative Personalausstattung. Die Grundelemente einer personenorientierten Pflege beruhen auf den Säulen des biographischen Zugangs, der unbedingten Respektierung der Autonomie und Würde in allen Lebensphasen und einem entsprechenden Zugang zu einem individuellen Hilfemix mit definierten Verantwortungen. Entsprechend des Krankheitsverlaufes sind die Orientierungspunkte: Erhalt von Autonomie und Kompetenz sowie Kompensation von Defiziten auf dieser Grundlage.

Die mit Tom Kitwood angestrebte neue Kultur der Pflege von Menschen mit Demenz[48] geht darüber hinaus von einem neuen Verständnis der Demenz aus. „Die neue Kultur pathologisiert Menschen mit Demenz nicht, indem sie sie nicht als Menschen mit einer abstoßenden Krankheit ansieht. Sie reduziert sie auch nicht auf die zu stark vereinfachenden Kategorien irgendeines vorgefertigten strukturellen Schemas, wie etwa die Theorie der Stadien des geistigen Verfalls. Die neue Kultur stellt die Einzigartigkeit jeder Person in den Mittelpunkt. Sie respektiert Erreichtes und ist voll Mitgefühl mit dem, was die Person jeweils erlitten hat.

[48] Kitwood, Tom (2000): Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Christian Müller Hergl. Verlag Hans Huber. S. 193 ff.

Sie setzt die Emotionen als Quelle menschlichen Lebens wieder in ihre Bedeutung ein und freut sich daran, dass wir körperliche Wesen sind. Sie betont die Tatsache, dass unsere Existenz im Wesentlichen sozial ist.

Sie hat sich dazu verpflichtet, sich um psychische Bedürftigkeit zu kümmern. Die überraschende und erfreuliche Entdeckung liegt darin, dass den Bedürfnissen in vielen Fällen hinreichend gut entsprochen werden kann, um eine neue Phase relativen Friedens und relativer Entspannung zu bringen. Interaktion wird als außerordentlich positiv gesehen und als die wahrhaft heilende Komponente der Pflege betrachtet. Die höchste Priorität hat das alltägliche Leben von Menschen mit Demenz und dabei die Wahrung des persönlichen Wohlbefindens.

Zu hoffen ist, dass das neue Begutachtungsverfahren auf Basis des neuen kompetenzorientierten Pflegebedürftigkeitsbegriffes die Grundbedürfnisse im Rahmen der Pflegebegutachtung so abbildet, dass die gewonnenen Begutachtungsergebnisse tatsächlich als Grundlage für die individuelle Pflege- und Versorgungsplanung und die Pflegeberatung dienen können.
Das Verfahren soll zudem einen Beitrag leisten zur Verbesserung der Pflegequalität und zu einer sachgerechten, an den Bedarfsgraden orientierten Personalbemessung (Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs) .

4.1.3.1 Zentrale psychische Bedürfnisse psychisch beeinträchtigter Personen[49]

Die Erfüllung von bestimmten Grundbedürfnissen ist für jeden Menschen zur Erhaltung seiner körperlichen und seelischen Gesundheit eine grundlegende Voraussetzung. Die Wurzeln für diese Bedürfnisse werden früh in der Lebensgeschichte geprägt und entwickelt. Sie sind in weiteren Leben steuernd für die Gestaltung von Beziehungen, für die Entwicklung von Selbstvertrauen und der Kommunikationsfähigkeit mit anderen Menschen. Dies gilt für jeden Menschen – bei Personen mit Demenz verändern sich die Möglichkeiten, die Strategien oder die Fähigkeiten, diese Grundbedürfnisse weiter zu sichern. Ausgangpunkte für die Demenzpflege sind die für Demenz wesentlichen Grundbedürfnisse.

Zur gelingenden Begleitung eines Demenzkranken gehört die Anerkennung und Berücksichtigung der wesentlichen Grundbedürfnisse einer Person mit Demenz – erkennbar am Wohlbefinden des Kranken und der feinfühligen Gestaltung der Beziehungen, der Abläufe und der Umgebung.

4.1.3.2 Das Bedürfnis nach Bindung

Zu den wesentlichen Grundbedürfnissen von Personen mit Demenz gehört zunächst das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle über das eigene Leben, Erhalt von Autonomie und Selbstbestimmung. Danach steht das Bindungsbedürfnis als Streben nach Geborgenheit, Schutz, Nähe, Wärme und genährt werden ganz oben an.

Auf dieser Grundlage werden weitere Bedürfnisse nach Stärkung und Stabilisierung des Selbstwertgefühls, Schutz des Selbstwertgefühls, Schutz vor Bloßstellung, Versagen oder Beschämung sowie das Vermeiden von Leid oder Schmerzen aber auch das Erleben von Freude reguliert.

Bindung bringt Schutz und Geborgenheit und stellt die Zuwendung sicher, wenn sie benötigt wird. Demenzkranke sind besonders auf das Gehaltenwerden durch die Nähe von zu-

[49] Nach Kitwood (2000) und DCM.

verlässigen und feinfühligen Menschen angewiesen. Die sichere Bindung zu den jeweils bedeutsamen Bezugspersonen gehört zu den lebensnotwendigen Grundlagen der menschlichen Existenz. Nur mit tiefem Vertrauen in die Personen, die sich auf die Bedürfnisse eines Menschen in dieser die Existenz bedrohenden Lebensphase einlassen wollen und können, gelingt es an das existentielle Bedürfnis anzuknüpfen.

Das Grundbedürfnis nach Bindung sichert damit das Überleben – Gleichzeitig wird durch ein System von gegenseitigen Signalen ein Erkennen, Verstehen und Erfüllen der Bedürfnisse entwickelt. Es entwickelt sich aus einer biologisch determinierten Überlebensstrategie zu einem System der sozialen Interaktion. Dies ist die Grundlage zur Entstehung von Vertrauen und Selbstvertrauen, Wahrnehmen und Gestalten von Beziehungen nach den Mustern verinnerlichter Bindungsmodelle und Fähigkeiten zur Bewältigung von Lebenskrisen.

Damit erfordert die Erfüllung des Bindungsbedürfnisses immer ein Gegenüber, das feinfühlig die Signale wahrnimmt, richtig interpretiert, angemessen und prompt darauf regieren kann.
Fürsorge umfasst einen wesentlichen Teil diese Eigenschaften, die eine Bezugsperson in der Demenzpflege auszeichnet.

Für die Pflege aus einer ganzheitlichen psycho-sozialen Sicht ist die Lebensqualität der Maßstab für alle Konzepte, Aktivitäten und Maßnahmen, erkennbar am Wohlbefinden des Pflegebedürftigen.

Unter den Gegebenheiten einer Wohngruppe für Menschen mit Demenz, die sich als besonderen Raum der Normalität und Teilhabe, auch in der letzten, oft von Einsamkeit geprägten Lebensphase versteht, ist das Bedürfnis nach sicherer Bindung gebunden an eine bedingungslose Respektierung der Würde eines Menschen.

Das Gewähren einer sicheren Bindung ist auch das Fundament der Identität als Person. Demenzkranke können ihre Identität nur mit Unterstützung durch andere aufrechterhalten. – Sie brauchen ein Umfeld, in dem ihre Realität anerkannt wird und in dem die eigene Lebensgeschichte wie ein roter Faden lebendig gehalten wird. Dazu ist ein möglichst detailliertes Wissen über die Biographie wichtig. Identität betrifft auch das körperliche Erleben- dabei sind die Elemente der basalen Stimulation oft die bis zuletzt möglichen Zugänge.

Die Arbeit mit Demenzkranken unter der Bindungsperspektive zu betrachten, stellt kein neues Konzept dar, es soll die Sichtweise um die Perspektive erweitert werden, dass auch im höheren Lebensalter die Wurzeln früher Bindungserfahrungen sichtbar werden. Viele der problematischen Verhaltenweisen, die für die Kranken selbst und die Bezugspersonen oft zu einer enormen Belastung werden können, sind unter der Bindungsperspektive schlüssig erklärbar und damit besser verstehbar. Auch in der Demenz ist die Person von seiner Biographie nicht abgeschnitten. Der Kranke kann zur Gestaltung seiner Beziehungen und zur Bewältigung der Krankheit nur auf die Muster zur Beziehungsgestaltung und die Bewältigungsstrategien zurückgreifen.

4.1.3.3 Das Bedürfnis nach sinnvollen Aktivitäten

Auch Menschen mit Demenz haben das Bedürfnis, etwas für sie Wichtiges zu tun oder an einer für sie persönlich bedeutsamen Aktivität mitzuwirken, sich handlungsfähig zu erleben, das Gefühl zu haben, darauf Einfluss nehmen zu können, was und auf welche Weise etwas

getan wird. Insbesondere für Menschen mit psychischen Einschränkungen ist berufliche Arbeit in einem verständnis- und respektvollen Umfeld von zentraler Bedeutung.
Personenzentriert pflegen heißt, nicht nur eine Beschäftigung, sondern für sie sinnvolle Aktivitäten ermöglichen, die den Kräften und Fähigkeiten entsprechen – dadurch erleben sie sich trotz ihres Handicaps als handlungsfähig und persönlich bedeutsam – eine wichtige Quelle für Selbstvertrauen, Selbstachtung, Selbstbewusstsein und Wohlbefinden.

Zur Erfüllung des Bedürfnisses nach Betätigung dient ein vielfältiges Angebot an Betätigungsmöglichkeiten in der Wohnung, im Heim, im Garten, im Wohnumfeld und vor allem die Fähigkeiten der Menschen im sozialen Umfeld im Hinblick auf Ermöglichen von Betätigungen, Erleichtern, Zusammenarbeit. Behindert werden manche für die Kranken bedeutsamen Betätigungen nicht selten z. B. durch Unterbrechen und Unterbinden – etwa aus Haftungsängsten oder Zeitnot – z. B. Essen eingeben, weil es schneller geht als selbständiges Essen zu ermöglichen. [50]

4.1.3.4 Menschen mit Demenz brauchen Einbeziehung in die Soziale Welt

Der Mensch ist ein soziales Wesen, er ist angewiesen auf das „Du“, auf ein Leben von „Angesicht zu Angesicht“. Gerade bei Menschen mit Demenz ist der Einbezug in das soziale Leben, z. B. in das Quartier in dem sie leben, von besonderer Bedeutung. Für sie ist Alleinsein häufig beängstigend und kann sich im Umherwandern, Anklammern und anderen herausfordernden Verhaltensweisen äußern.

Einbeziehen bedeutet, Menschen Wert schätzen, sie in Gespräche und Aktivitäten einzubeziehen, ihnen das Gefühl des Dazugehörens zu vermitteln und gemeinsam Spaß und Freude zu erleben – all dies trägt bei zu dem Bedürfnis, einbezogen zu sein. Zu vermeiden sind schädigende Handlungsweisen im sozialen Umfeld wie Lästern über Personen, das Fernhalten von der Gruppe, Ignorieren oder Stigmatisieren, …

4.1.3.5 Das Bedürfnis nach Identität

Zum Wohlbefinden gehört auch die Bewahrung und Aufrechterhaltung der Identität als Person. Demenzkranke können ihre Identität nur mit Unterstützung durch andere aufrechterhalten. Bedroht werden kann die Identität durch das soziale Umfeld z. B. durch Infantilisieren, Etikettieren und Herabwürdigungen.

Unterstützt wird Identität durch Achtung, Akzeptanz und Feiern. Damit die eigene Lebensgeschichte wie ein roter Faden lebendig gehalten werden kann, ist ein möglichst detailliertes Wissen über die Biographie wichtig. Sehr hilfreich sein kann dazu ein Erinnerungsalbum.

4.1.3.6 Offene Türen für Wohlbefinden

Zusätzlich – besonders dann, wenn im Krankheitsverlauf die Möglichkeiten zur Einbeziehung und zur Betätigung abnehmen – zielt personenzentrierte Pflege darauf ab, „Türen zu Wohlbefinden zu öffnen“, d. h. den Menschen möglichst über alle Sinne – Sehen – Hören – Schmecken – Fühlen – Riechen und ihren „Raum- und Lagesinn“ (den Sinn für die Wahr-

[50] Ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff ohne Bezug zum Zeitbedarf bei Verrichtungen und Aktivitäten des täglichen Lebens darf nicht dazu führen, den Zeitbedarf für angemessene Pflege zu niedrig anzusetzen.

nehmung des Ortes, an dem sie sich befinden) – angenehme Gefühle und Wohlbefinden zu vermitteln.[51]

Angenehme und unangenehme Sinnesempfindungen können auch durch die Intensität von Geräuschen, Gerüchen, Licht und Schatten, Speisen und Getränke oder sich angenehm oder unangenehm anfühlende Gegenstände bewirkt werden. Die Erfahrung von Wohlbefindensbeobachtungen z. B. im Rahmen von „Dementia Care Mapping“ zeigen, dass Pflegende im in ihrem Arbeitsrhythmus in den meisten Fällen solche „Umwelteinflüsse“ im Aufenthaltsbereich der Person mit Demenz nicht oder nur spät bemerken. Daher ist es für Pflegende wichtig, von Zeit zu Zeit – inne zu halten und auf unangenehme Gegebenheiten im Umfeld zu achten und ggf. korrigierend einzugreifen.

4.1.4 Die Stimmen der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen hörbar machen

Letztendlich wissen und spüren nur Menschen mit Demenz, wie sie sich fühlen, was ihnen gut tut und was ihre Situation verschlimmert, wenn sie durch die Krankheit und die Diagnose „Alzheimer“ in ein tiefes Loch fallen und wenn ihre „lange Reise in das Vergessen“ fortschreitet. „Hearing the voice of people with dementia – auf die Stimme von Menschen mit Demenz hören“ hat sich in Großbritannien als sehr probates Mittel für einen offeneren Umgang mit Menschen mit Demenz erwiesen. In den USA war von großer Bedeutung für die Ent-Tabuisierung der Demenz, dass Präsident Reagan sich offen zu seiner Alzheimer-Erkrankung bekannt hat. Im Vorgängerprojekt PAD I wurde die Stärkung der Nutzer als eine der Kernforderungen formuliert. Ein Weg dazu ist, auf die Stimmen der Menschen mit Demenz zu hören und weithin hörbar zu machen.

Welche Erleichterung ein offener Umgang mit der Erkrankung sein kann, wird deutlich in dem Interview „Es gibt ein Leben nach der Diagnose“ mit einem Betroffenen, der seine Freunde und Bekannte darüber informiert, dass er Alzheimer hat. „Auch in Läden, also Geschäften, hier im Umfeld, wo ich regelmäßig hingehe, habe ich es gesagt. Das mache ich. Und das funktioniert.

Wenn ich öffentlich mache, dass ich Alzheimer habe, dann spüre ich immer so eine Anteilnahme. Da ist eigentlich bei fast allen so ein Mitfühlen zu spüren. Und jeder, der das dann weiß, nimmt einem ja irgendwie auch eine Last ab. Ja, da ist dann so eine Aufgeschlossenheit, da gibt´s nichts!“[52]

Ein so offener Umgang mit der Alzheimer-Erkrankung, deren Nennung bei den meisten Menschen schlimmste Befürchtungen weckt, dient den Betroffenen und auch den Menschen im Umfeld. Er die Ängste im Bekanntenkreis des Kranken verringern und zur Enttabuisierung der Krankheit beitragen.[53]

---

[51] Ein hervorragendes Hilfsmittel dafür herauszufinden, was ein Mensch mag und was nicht, ist der „CLIPPER-Anhang in der vom KDA herausgegebenen Broschüre „Hilfen zur Kommunikation bei Demenz“.

[52] Christian Zimmermann, Alzheimerbetroffener: „Es gibt ein Leben nach der Diagnose“. In: Demenz 1/2009. S.7. Vincentz Network.

[53] Diesem Zweck dient auch die brandneue Veröffentlichung im Mabuse-Verlag (2010): Demenz Support Stuttgart (Hrsg.): Ich spreche für mich selbst. Menschen mit Demenz melden sich zu Wort“. Demenz Support hat auch die „Stimmig-Tagung“ am 28./29. Jan. 2010 in Stuttgart organisiert, bei der

Eine noch stärkere Enttabuisierung kann erzielt werden, wenn Demenzbetroffene sich in Selbsthilfegruppen organisieren wie z.B. die Mitglieder der „Positive Dementia Group“ im schottischen Aberdeen mit ihrem Konzept „Nutze den Tag – ein positives Leben mit Demenz“. [54]

Richtungweisend für einen „Dritten Weg“ der Demenz-Bewältigung[55] ist möglicherweise die Gründung der „Schottischen Arbeitsgruppe Demenz“ von James McKillop in Glasgow. Nach seiner Diagnose „Demenz“ vor neun Jahren suchte er sich „Mitstreiter, andere, bei denen in einem frühen Stadium die Krankheit festgestellt wurde. Die, wie er, nicht einfach alles mit sich geschehen lassen, sondern aktiv an ihrer Zukunft mitarbeiten wollten. Die Gesprächspartner suchten, Menschen, mit denen sie über ihre Ängste und Befürchtungen sprechen konnten. Denen sie diese Gefühle aber nicht erklären brauchten, weil sie sie selbst empfanden. Und die bereit waren, an die Öffentlichkeit zu gehen und für eine bessere Versorgung Betreuung von Menschen mit Demenz einzutreten.“

Die Meinung der inzwischen sechzig Mitglieder zählenden Arbeitsgruppe ist mittlerweile gefragt z. B. bei einem Förderprogramm der schottischen Regierung zur Verbesserung der Lebensumstände bei psychischen Erkrankungen. Vertreter der Arbeitsgruppe nehmen weltweit an Kongressen teil, nehmen Einfluss auf Aus- und Weiterbildung von Fachkräften in Schottland, halten Vorträge, veröffentlichen Presseartikel und wirken in TV-Sendungen mit.“[56]

Diese Beispiele aus Schottland können zur Gründung ähnlicher Initiativen in Deutschland anregen. Auch die Deutsche Alzheimergesellschaft hat wichtige Schritte in dieser Richtung unternommen. Es erscheint sinnvoll und Erfolg versprechend, neben dem medizinischen und dem psychosozialen Modell im Umgang mit Demenz den bürgerrechtlichen Ansatz zu fördern und den Stimmen der Menschen mit Demenz eine Plattform und verstärkte Aufmerksamkeit zu widmen. Dem Quartierskonzept sehr förderlich wäre möglicherweise, wenn sich in den örtlichen Alzheimergesellschaften kleine Gruppen von Betroffenen bildeten, die sich im Sinne von James McKillop im Quartier für die Verbesserung der Situation von Menschen mit Demenz einsetzen.

4.1.5 Hilfen zur Kommunikation

Die Bedeutung der kommunikativen Fähigkeiten – verbale und nonverbale – aller in der Pflege von Menschen mit Demenz beteiligten Personen kann kaum überschätzt werden. Gelingende Kommunikation ist ein entscheidender Faktor für die Ermittlung von Bedürfnissen, die Erfüllung von Bedürfnissen, die Qualität der Pflege und Betreuung, für die Lebens-

---

viele Menschen mit Demenz zu Worte kamen. Siehe hierzu auch die Ausführungen zur personenzentrierten Öffentlichkeitsarbeit in Kapitel 4.6.

[54] Andrea Kynast: „Don´t make the Journey alone“ In Schottland nehmen Menschen mit Demenz ihre Interessen selbst wahr! In Demenz. 1/2009. S. 43-44.

[55] Ergänzend zu dem medizinischen und dem psycho-sozialen Weg.

[56] Ebenda. Das Bekanntwerden dieser Beispiele haben wir der Robert Bosch Stiftung und deren Förderprogramm für Hospitationen im Ausland zu verdanken. Wünschenswert wäre, dass mehr deutsche Demenz-Experten dieses Förderprogramm der Bosch Stiftung in Anspruch nähmen, um neue Wege für die Verbesserung der Situation von Menschen mit Demenz kennen zu lernen.

qualität der Betroffenen, für das Belastungserleben pflegender Angehöriger und Ehrenamtlicher sowie die Arbeitszufriedenheit professioneller Helfer.

Ein großes Problem in der Pflege ist die sensorische Beeinträchtigung (u. a. Schwerhörigkeit oder Sehschwäche) vieler Menschen mit Demenz, die in vielen Fällen die Kommunikation zusätzlich einschränkt und noch belastender macht. Sensorische Beeinträchtigung gilt darüber hinaus auch als ein Risikofaktor für Entwicklung einer Demenz. Ein anderes Problem ist, dass viele kognitiv überhaupt nicht eingeschränkte pflegebedürftige Menschen als dement angesehen werden, weil sie vieles missverstehen und sich vom sozialen Leben zurückziehen. Für beide Personengruppen ist die Erhaltung oder Wiederherstellung der sensorischen Fähigkeiten von großer Bedeutung.[57]

Nicht umsonst ist die vom Kuratorium Deutsche Altershilfe ins Deutsche übertragene sehr leicht verständliche Broschüre „Hilfen zur Kommunikation bei Demenz“ der englischen Neuropsychologin Jennie Powell, das von familial und beruflich Pflegenden und in der Fortbildung von Ehrenamtlichen am stärksten nachgefragte Lehr- und Lernmittel des KDA.

Erfreulicherweise hat sich inzwischen auch in Deutschland die Alterspsychologie der Kommunikationsproblematik bei Demenz angenommen und ein Kommunikationstraining für pflegende Angehörige und Altenpfleger entwickelt und erfolgreich getestet.[58] Zurzeit wird das Tandem-Kommunikationstrainings-Konzept im Rahmen eines Leuchtturmprojektes im ambulanten Bereich eingesetzt (s. auch bei 9.3).

4.1.6 Primäre Prävention durch gesunde Ernährung, psychosoziale Aktivität und körperliche Betätigung im Quartier

Gesunde Ernährung und mehr Bewegung sind für alle Altersgruppen wichtig. Auch bei der Prävention der Demenzerkrankungen haben sich diese Ansätze als effektiv erwiesen indem sie den Beginn der Demenzerkrankung signifikant verzögern konnten. Folgende Empfehlungen werden zur Diskussion gestellt:

- Verstärkung der Prävention und Bewusstseinsbildung –nicht nur bei der Bevölkerung, auch bei Ärzten, Pflegenden und anderen Berufsgruppen – durch Thematisierung der Folgen von Mangelernährung und Vermittlung der Möglichkeiten ihrer Vermeidung in allen geeigneten Medien und Fortbildungsveranstaltungen.

- Thematisierung der örtlichen Ernährungssituation für Menschen mit Demenz in Heimen, Krankenhäusern und in der ambulanten Altenhilfe zur Verbesserung der örtlichen „Ernährungs-Infrastruktur“: z. B. Einkaufshilfen, Lieferservice (auch küchenfertiger Produkte) von Gemüsehändlern und Lebensmittelläden; Essensmöglichkeiten in Kantinen von Behörden, Krankenhäusern, Heimen, Betrieben, Alzheimer-Cafés, Bürgerhäusern, Suppenküchen oder Tafeln; örtliche Beratungsangebote; Anpassung der Küchen im Rahmen der Wohnungsanpassung; insbesondere

[57] Vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe (2008): dazu gehören. Türen öffnen zu hörgeschädigten Menschen mit Demenz. Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und Pflegende.
[58] Haberstroh, J., K. Neumeyer, B. Schmitz, J. Pantel (2009) Evaluation eines Kommunikationstrainings für Altenpfleger in der stationären Betreuung demenzkranker Menschen (Tandem im Pflegeheim). In: Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie. Bd. 42, Heft 2, April 2009. S. 108-116.

auch Ausrichtung der Beratungsbesuche zuhause nach § 37 SGB XI auf die Ernährungssituation der Menschen mit und ohne Demenz.

- Aufruf an alle Krankenkassen, Ernährung und Bewegung auch im Alter zu fördern, so wie einige Kassen es bereits tun, zum Beispiel die AOK Dortmund.

- Gezielte Verbreitung guter Informationsmaterialien (zum Beispiel des KDA, der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft, des Bayerischen Staatsministeriums für Soziales).

- sachgerechte Diagnostik und Behandlung von Mangelernährung durch Hausärzte und Akutkrankenhäuser unter anderem durch entsprechende Fortbildungsangebote für Ärzte und beruflich Pflegende.

- sachgerechtes Assessment des Ernährungszustandes durch die MDK-Gutachter und bei Bedarf Empfehlung von Reha-Maßnahmen.

- Nutzung und Weiterentwicklung der geltenden Regelungen im Kranken- und Pflegerecht.[59]

- Bewegung wird allgemein als normal und gesund angesehen, wenn jedoch Menschen mit Demenz ihren Bewegungsbedürfnissen nachkommen wollen, werden sie oft als „Wegläufer“ etikettiert, denen man nicht selten kaum mehr bietet als die engen vier Wänden in privaten Pflegehaushalten oder Heimgrundrisse, die ein Rundlaufen ermöglichen. Viel besser wären Bewegungsmöglichkeiten z. B. in Gärten oder Spazierengehen im Wohnquartier. Die anzubieten, ist freilich aufwändig, da könnten Freunde, Nachbarn, Ehrenamtliche äußerst nützlich sein für ein ruhigeres und befriedigenderes Leben der von Unruhe betroffenen Menschen mit Demenz und ihrer Hauptpflegepersonen. Städtebauliche Wohnumfeldverbesserungen, Treffpunkte für Menschen mit Demenz im Wohnquartier und Fahrdienste zu Erholungsgebieten im weiteren Umfeld könnten sehr dienlich sein für die Förderung von Bewegung und Wohlbefinden von Unruhe gequälter Menschen.

4.1.7 Besondere Bedürfnisse von Personen(gruppen) mit überdurchschnittlichen Risiken

4.1.7.1 Alleinlebende Menschen

In den kommenden Jahren wird sich die Bevölkerungsstruktur nachhaltig verändern. Die wesentlichen Entwicklungen betreffen

- eine zunehmende Anzahl von hochaltrigen Personen
- eine Zunahme der allein lebenden Personen
- eine zunehmende Anzahl von Männern
- eine Abnahme der pflegenden Angehörigen

[59] Literaturauswahl: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Ernährung bei Demenz. Verlag Hans Huber. 2007. Die Ernährung bei Pflegebedürftigkeit und Demenz ist oft schlecht. In: Dr. med. Mabuse. Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe. März/April 2008. S. 48-50. Dementia: walking not wandering. Edited by Mary Marshall and Kate Allan. The Journal of Dementia Care. Hawker Publications 2006. ISBN 1 874790 68 X.

Besonders betroffen sind Menschen mit Demenz, die allein im Haushalt leben und entweder keine Angehörigen haben oder Angehörige, die nicht im selben Haushalt wohnen und sich aus unterschiedlichen Gründen nicht oder nur eingeschränkt um die Erkrankten kümmern können.

In den großen Städten leben bereits heute über 50 % der über 65-jährigen Menschen in einem „Singlehaushalt“, das Unterstützungspotenzial in den Familien wird zunehmend eingeschränkt, durch die zunehmende Berufstätigkeit der Töchter, die beruflich erforderlichen Mobilität der Kinder und Notwendigkeit für mehr als zwei Eltern oder mehr als vier Großeltern verantwortlich zu sein. Über 30% der Ehepaare in Deutschland sind inzwischen kinderlos und werden auf Unterstützungssysteme außerhalb der Familien angewiesen sein. Mehr als 80 Prozent der älteren Menschen in Deutschland möchten auch im Falle von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit am liebsten so lange wie möglich im eigenen Haushalt, d. h. in ihrer vertrauten Umgebung, wohnen bleiben. Das Alleinsein und die damit häufig verbundene Einsamkeit werden hierfür in Kauf genommen. Im Ergebnisbericht des Demenzforums Duisburg wird unter dem Titel „Demenz kommt vor“ auf sensible Weise auf die Bedürfnisse der alleinlebenden Menschen mit Demenz eingegangen.[60]

Allein lebende Demenzkranke sind besonders schwer zu erreichen. Durch fehlende Wahrnehmung krankheitsbedingter Defizite suchen sie nicht die Hilfe von Freunden, Nachbarn oder sozialen Einrichtungen, sondern versuchen, selbstständig den Alltag zu meistern. Im frühen Stadium der Demenz wird die Krankheit von den Betroffenen häufig verdrängt und versteckt und die zu diesem Zeitpunkt eventuell noch vorhandene Krankheitseinsicht geht allmählich verloren. Für allein lebende Menschen mit Demenz ist Versorgungssicherheit in der eigenen Häuslichkeit zu gewährleisten oder wieder herstellen – Einkauf von Alltagsbedarf, Post, ÖPNV, Kultur/Freizeit, ambulante medizinische Versorgung – z. B. durch Qualifizierung und Finanzierung von bezahlten Alltagshelfern – vergleiche die Kernforderungen aus PAD I.

Professionelle Helfer allein werden aber kaum die erforderliche Versorgungssicherheit Alleinlebender gewährleisten können. Hier sind Konzepte eines Hilfemixes und bürgerschaftliches Engagement von Nachbarn und anderen freiwilligen Helferinnen und Helfern erforderlich und darüber hinaus eine Sensibilisierung möglichst vieler Mitbürgerinnen und Mitbürger im Wohnquartier, z. B. Polizisten, Bankangestellte, Verwaltungsmitarbeiter/innen, Verkäufer/innen, Kassierer/innen, usw.

Ein beispielhaftes Sensibilisierungsprojekt verdanken wir der Deutschen Alzheimer Gesellschaft. Nähere Informationen zu diesem Projekt mit dem Titel: „Allein lebende Demenz-Kranke – Schulung einer Kommune“ wird im Anhang dargestellt. Dieses Projekt, hat sich zum Ziel gesetzt, für die schwierige Lebenssituation allein lebender Demenzkranker zu sensibilisieren. Zugleich sollen Bedingungen formuliert werden, die es den Menschen mit Demenz möglich machen, möglichst lange die Wohnform zu wählen, in der sie sich wohl fühlen. Die sollte begleitet sein von Konzepten zur Unterstützung in den Kommunen, um eine möglichst quartiersbezogene Versorgung und Betreuung zu ermöglichen.

[60] Demenz kommt vor. Forum Demenz Duisburg (Hrsg.), Duisburg 2010, Seiten 19ff.

4.1.7.2 Besondere Bedürfnisse von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte[61]

Die weltweit bisher erhobenen Daten zur Inzidenz und Prävalenz von Demenz lassen darauf schließen, dass Demenz eine Erkrankung ist, die in allen alternden Gesellschaften und Kulturen in gleicher Weise mit den gleichen Symptomen auftritt. Von daher ist anzunehmen, dass von den in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund in Abhängigkeit von ihrer Altersstruktur ein zahlenmäßig ähnlich hoher Anteil an Demenz erkranken wird wie in der Bevölkerung ohne Zuwanderungsgeschichte.

Eine ganz andere Frage aber ist – und das zeigen die bisher vorliegenden Untersuchungsbefunde trotz ihrer Lückenhaftigkeit sehr deutlich – wie verschieden von den Migranten und in ihren Herkunftsländern die Erkrankung wahrgenommen wird, welche Ängste und Probleme sie in den Familien mit einem Demenzkranken und im Bekanntenkreis dieser Familien auslöst und wie sich diese auswirken auf ihr Hilfesuchverhalten und auf ihr Verhalten gegenüber den Erkrankten.

Wenn in einer stark hierarchischen Familie mit Zuwanderungsgeschichte das Oberhaupt dieser Familie oder die treusorgende und zu ehrende Mutter an Demenz erkrankt und seltsame Verhaltensweisen zeigt, dann schämen sich die Mitglieder dieser Familien eher noch mehr als eine durchschnittliche von Demenz betroffene deutsche Familie. Wenn dann zusätzlich noch durch Unwissenheit, Vorurteile und Gerüchte davon geredet wird, die Krankheit sei erblich und/oder eine gerechte Strafe für einen nicht-religiösen Lebenswandel[62], dann ist nicht nur die an Demenz leidende Person stigmatisiert, sondern die ganze Familie. Kein Wunder, dass in einem solchen Fall die erkrankte Person versteckt wird und keine formalen Hilfen nachgesucht werden.

In Fällen, in denen die Krankheit aus welchen Gründen auch immer verschwiegen und die Kranken versteckt werden, hilft kaum eines der bisher entwickelten und angebotenen Hilfsangebote. Daher tun Not weitere Aufklärung und die Vermittlung von Wissen über Demenz, über medizinische und psychosoziale Behandlungsmöglichkeiten, über personenzentrierten Umgang mit den Kranken und Entlastungsmöglichkeiten für die Pflegenden.

Aus allen deutschen und ausländischen Erfahrungsberichten darüber, wie Hilfs- und Unterstützungsangebote für Menschen mit Demenz an sie und ihre familialen Helfer aus ethnischen Minderheiten herangetragen werden können, wird deutlich, dass es in erster Linie darauf ankommt, zunächst eine allgemeine Vertrauensbasis zu schaffen. Das gelingt dann am ehesten, wenn die Menschen spüren, dass sie mit ihren Traditionen, Werten und Lebenserfahrungen wahrgenommen und wertgeschätzt und nicht durch unsensibles Auftreten oder unbedachte Grenzüberschreitungen gekränkt werden.

In den klassischen Einwanderungsländern wie z. B. in den USA und Kanada gibt es bereits eine große ethnische Vielfalt in der Altersbevölkerung und es liegen viele Erfahrungen vor im Umgang mit kranken alten Menschen aus ganz unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen. Von diesen Erfahrungen können wir sicherlich viel lernen. In den USA ist eine spezielle Ethnogeriatrie etabliert worden. Ziel ist u. a. eine kulturelle ethnogeriatrische Kompetenz zu entwickeln und zu fördern. Darunter wird die Fähigkeit verstanden, Gesundheits- und Al-

---

[61] Die folgenden Ausführungen stützen sich in hohem Maße auf die Beiträge in „DESSorientiert 1/08. Demenz weltweit – Eine Krankheit im Spiegel von Kultur(en). Demenz Support Stuttgart. Quelle: http://demenz-support.de/materialien/DeSSorientiert_Juni2008.pdf (19.11.09)

[62] Vgl. „Alzheimer ist eine Strafe Allahs“ Beratung und Informationen gegen Vorurteile und Unwissenheit. In: Pro Alter. 2/2007. S. 9ff.

tenpflege in einer Weise zu gestalten, dass sie akzeptabel und wirksam sind für die jeweiligen Alten, weil sie mit deren kulturellem Hintergrund und ihren Erwartungen übereinstimmen.

Zur Entwicklung der ethnogeriatrischen Kompetenz in allen Gesundheitsdisziplinen ist in Zusammenarbeit von 30 geriatrischen Fortbildungszentren ein umfassendes ethnogeriatrisches Curriculum entwickelt worden, bestehend aus fünf Kernmodulen und 11 ethnospezifischen Modulen[63]. Für unsere Situation in Deutschland besonders interessant ist möglicherweise das Curriculum, das der Verbesserung der Gesundheits- und Altenpflege von alten überwiegend muslimischen Frauen und Männern aus Pakistan dient.

Zurück zur Situation in Deutschland. Auch bei uns gibt es schon sehr gute Ansätze. Die vom KDA initiierte *„Kampagne für eine kultursensible Altenhilfe* (2004-2006) hat in über 200 Aktionen an vielen Orten mit mehr als 130 beteiligten Einrichtungen und Organisationen bundesweit die Öffentlichkeit für das Thema sensibilisiert.“[64] Inzwischen findet die Umsetzung der interkulturellen Öffnung zunehmend statt. [65] Im Rahmen der Landesinitiative Demenz-Service NRW ist ein eigenes Demenz-Servicezentrum für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte landesweit zuständig.[66] Auch in anderen Bundesländern gibt es sicherlich beispielhafte Ansätze. Eine zusammenfassende Übersicht als Basis für wechselseitiges Lernen wäre wünschenswert.

4.1.7.3 Alt gewordene geistig Behinderte

„Behinderte Menschen sollen auch im Alter ohne Ausgrenzung am Leben der Gesellschaft teilnehmen. Hierfür sind Rahmenbedingungen erforderlich, die ein Altern von behinderten Menschen in größtmöglicher Selbstständigkeit und Würde ermöglichen.“ (Behindertenbericht der Bundesregierung, 2004)

Zum ersten mal in Deutschland kommen wir heute in eine Phase, in der geistig behinderte Menschen dank des medizinischen Fortschritts so alt werden können, dass wir uns Gedanken über die persönliche Entwicklung, die Versorgung und auch die Pflege dieser Menschen im Alter machen müssen. Es geht um diesen Prozess des Älterwerdens mit all seinen körperlichen, sozialen und psychischen Konsequenzen für die betroffenen Personen. Es geht aber auch darum, wie in der Betreuung dieser Menschen darauf reagiert werden kann. Dies hängt in hohem Maße davon ab, wo der betreffende Mensch wohnt:

- im Haushalt seiner Familie[67]
- in einer Wohneinrichtung der Eingliederungshilfe[68]

---

[63] Im Internet zu ersehen unter http://www.stanford.edu/group/ethnoger/index.html.

[64] DRK (Hrsg.) 2008: Forum für eine kultursensible Altenhilfe – konkret! Broschüre zur 1. Fach- und Vernetzungstagung 2007. S. 8. www.kultursensible-altenhilfe.de/download.

[65] Vgl. Landesseniorenvertretung NRW & Landesarbeitsgemeinschaft der kommunalen Migrantenvertretungen (Hrsg.): Ältere Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in NRW. Leben, Wohnen und Pflege zu Hause. Dokumentation der Fachtagung am 16. Januar 2008 in Köln.

[66] http://www.demenz-service-nrw.de/files/material_der_dsz/zuwanderung/DSZ_Zuwanderung%20Selbstdarst.pdf.

[67] Vgl. Borchers, Andreas (2008): Perspektiven alternder Menschen mit schwerster Behinderung in der Familie“. Download von der Homepage des „Instituts für Entwicklungsplanung und Strukturforschung an der Universität Hannover (www.ies.uni-hannover.de) unter dem Punkt „Publikationen“. Immer mehr geistig behinderte Menschen kommen erst durch den Tod der Eltern in eine Einrichtung der Behindertenhilfe, was den Mitarbeitern ganz besondere professionelle und menschliche Qualitäten in der Betreuung abverlangt.

- in Wohn-/Pflegeeinrichtungen neuerer Prägung[69]
- in einer betreuten Wohngemeinschaft

Grundlegende Überlegungen müssen Bereiche wie Wohlbefinden, Ausgewogenheit zwischen Belastbarkeit und Belastung und der Umgang mit eigenen Einstellungen zum Älterwerden berühren. Von zentraler Bedeutung ist die Berücksichtigung von Selbstvertrauen und Selbstachtung, von Haltgeben und Respekt im Umgang und dem Verständnis für Abwehr, Unsicherheit und Verwirrung der älteren Menschen mit Behinderungen. Folglich soll eine Anpassung an neue Rollen, an zunehmende Abhängigkeiten mit den entsprechenden Hilfeleistungen, an Unterstützung in neuen Umgebungen angestrebt werden. Die körperlichen Veränderungen des älter werdenden Menschen und der jeweilige Umgang damit gehören identifiziert. Dabei geht es um Ernährung, um Mobilität und um Grundgrößen körperlicher Befindlichkeit (z. B. Verdauungsprobleme, Gebiss, Inkontinenz, Hautveränderungen, Probleme mit den Wechseljahren, Seh- und Hörvermögen, Veränderungen der (Fein-)Motorik, Anfälligkeiten für Krankheiten) und schließlich um die jeweiligen unterschiedlichen Folgen der körperlichen Veränderungen für Menschen mit geistiger Behinderung.

Bezüglich einiger in dem gegebenen Zusammenhang besonders wichtiger Störungen ist das Risiko für diese Personenkreise besonders stark erhöht. So haben Menschen mit Down-Syndrom nicht nur generell ein deutlich höheres Risiko, an einer Demenz vom Alzheimer-Typ[70] zu erkranken, sondern sie erkranken auch in jüngeren Jahren (zwischen 30 und 50 Jahren): Bei den über 40-jährigen mit Down-Syndrom liegt die Häufigkeit des Auftretens bei 25 %, bei den über 60-jährigen bei ungefähr 65 %.

Aber auch bei anderen älteren geistig behinderten Menschen stellt Demenz ein zunehmendes und gravierendes Problem dar. „Nicht immer lassen sich jedoch die klassischen Kriterien zum Erkennen, Erfassen und Beurteilen von demenziellen Entwicklungen bei älteren Menschen auf die Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung übertragen. Es besteht ein Nachholbedarf, sowohl was Diagnostik als auch Konzepte für eine adäquate Betreuung demenziell erkrankter Menschen mit geistiger Behinderung angeht.“[71] „Anders als in der klassischen Behindertenarbeit reichen hier pädagogische Konzepte nicht mehr aus, päda-

---

[68] Die Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe passen „ihr Angebot mit der Zunahme des Anteils älterer Bewohner sukzessive an hinsichtlich
- Barrierefreiheit und entsprechender Ausstattung
- Interdisziplinarität in der Mitarbeiterschaft (pädagogisches und pflegerisches Fachpersonal, aber nach wie vor in dieser Reihenfolge)
- Vernetzung innerhalb der Gemeinde und mit anderen Diensten. Hier ist neben der bereits üblichen Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten in Fragen der häuslichen Krankenpflege durchaus auch ein Ausbau der Vernetzung mit Angeboten der Altenhilfe im Bereich der tagesstrukturierenden Angebote wünschenswert.“ Vgl. Sack, Rudi: Finanzierung der Hilfen für alte Menschen mit geistiger Behinderung“ In: Pro Alter. 2/2008. S. 12.

[69] Vgl. hierzu die Beiträge zum Thema „Altgewordene Menschen mit geistiger Behinderung“ in Pro Alter. 2/2008: Neubert, Matthias & Eberspach, Gerhard: „Keiner käme auf die Idee, dass Kurt und Frau R. im Alter anderswo leben sollten. S. 13-16. Koeppe, Christine & Schnabel, Eckart: Wege zu einem gemeindeintegrierten Wohnen für Menschen mit Behinderungen im Alter. S. 17-23. Pfannkuch, Harald & Hardenberg, Angelika: Eine Pflegeeinrichtung – nur für Menschen mit geistiger Behinderung. S. 23-26.

[70] Vgl. Über das Älterwerden von Menschen mit Down-Syndrom: Diese Menschen werden oft zu schnell als „Alzheimer-Patienten“ abgestempelt“. In: Pro Alter. 2/2008. S. 30-36. Deutsches Down-Syndrom Info Center (Hrsg.): Menschen mit Down-Syndrom werden älter. 40 S., zu beziehen für 7,- Euro beim Deutschen Down- Syndrom Info Center, Hammerhöhe 3, 91207 Lauf a.d.Pegnitz. Internet: www.ds-infocenter.de.

[71] Vgl. Kranich, Mariana (2008): Geistige Behinderung und Demenz. In: Pro Alter. 2/2008. S. 27-30.

gogische Kenntnisse müssen notwendigerweise mit pflegerischem und gerontopsychiatrischem Fachwissen einhergehen. Dies kann sicherlich nur durch gezielte Fort- und Weiterbildung, aber vielmehr noch durch die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen erreicht werden."[72]

Weitere Krankheitsbilder, die bei älter werdenden Menschen mit Down-Syndrom häufiger auftreten, sind eine neu auftretende Spätepilepsie, Schluckstörungen oder auch eine Schlafapnoe. Auch die Gefahr von Nebenwirkungen von Medikamenten darf nicht unterschätzt werden. Viele ältere Menschen nehmen mehrere Medikamente ein und dies über einen längeren Zeitraum. Medikamente werden im Körper durch verschiedene Mechanismen metabolisiert oder abgebaut. Aufgrund der Reduktion der Nierenfunktion, der Veränderungen in der Leistungsfähigkeit der Leber und der Abnahme von Muskelmasse mit gleichzeitiger Zunahme des Fettanteils im Körper treten bei gleich bleibender Dosierung deutlich mehr Nebenwirkungen auf. Besonders die Behandlung mit Neuroleptika in hohen Dosen über lange Zeit stellt für diesen Personenkreis ein hohes Risiko dar. Leider ist dies aber immer noch zu oft der Alltag.

Die Veränderungen der sozialen Beziehungen durch den Prozess des Älterwerdens im Blick auf Mitbewohner, Angehörige, Freunde und Mitarbeiter müssen verdeutlicht und die Wichtigkeit des Kennens und Eingehens auf die Lebensgeschichte der Bewohner betont werden. Die körperlichen, psychischen und sozialen Veränderungen wie Verlust von Mobilität, von sozialen Kontakten, von Aktivitäten etc. sollten entsprechende Anpassungen im Tageslauf (z. B. Dauer und Art der Aktivitäten, Hilfsmittel, Ortswechsel, flexible Arbeitszeiten) zur Folge haben.

Schließlich sollten auch die Sterbebegleitung und der Sterbeprozess und die Reaktionen der Mitbewohner, der Angehörigen und der Mitarbeiter darauf Berücksichtigung finden.

4.1.7.4 Psychisch kranke Menschen mit Pflegebedarf

Die Person in ihrem Lebensfeld: Koordination und Integration der Hilfen

Die Analyse des Pflegebedarfs geht von der Analyse des Hilfebedarfs im Einzelfall aus. Es werden Ziele für Hilfeleistungen benannt und welche Probleme bei psychischer Beeinträchtigung dieser Zielerreichung entgegenstehen. Daraus ergeben sich für den Einzelfall die angemessenen Vorgehensweisen.

Schon zu Beginn des potentiellen Hilfeprozesses sind einige Probleme zu beachten:

- Psychische Erkrankung wird nicht rechtzeitig erkannt.
- Eine erkannte psychische Erkrankung wird nicht psychiatrisch behandelt.
- Möglichkeiten von Rehabilitation und Behandlung im vertrauten Umfeld (in der eigenen Wohnung) werden nicht ausgeschöpft.
- Entscheidungen, Änderungen der Lebensverhältnisse, insbesondere der Wohnsituation, erfolgen unter Zeitdruck, weil ambulante Hilfen nicht zur Verfügung stehen oder nicht zeitnah genug organisiert werden können.

Bei der Analyse, welche Zielsetzungen in ähnlichen Situationen vordringlich sind, kann man als erstes die Verlässlichkeit und Kontinuität der Hilfen nennen. Wenn man einen Menschen aufgrund seines ständigen oder unplanbaren Hilfebedarfs nicht oder zumindest nicht über längere Zeit alleine lassen kann, greifen unsere gewöhnlichen professionellen ambu-

[72] A.a.O. S. 28.

lanten Hilfemöglichkeiten nicht mehr. Ein Thema ist zum Beispiel die nächtliche Präsenz von Hilfspersonen. Viele Angehörige können das auf die Dauer nicht leisten. Eine professionelle Nachtwache ist durch das Pflegegeld nicht zu finanzieren, zumindest nicht legal durch ein ordentliches Beschäftigungsverhältnis. Ein Ort, an dem eine Rund-um-die-Uhr-Präsenz gewährleistet ist, ist dagegen das Pflegeheim und dieses ist dementsprechend auch häufig eine nahe liegende Idee. Nicht, weil die der hilfebedürftige Mensch die Gemeinschaft suchen, sondern weil dort Hilfen angeboten werden, die ambulant in dieser Form nicht zur Verfügung stehen. In diesen Fällen entspricht das Heim nicht dem primären Wunsch des pflegebedürftigen Menschen, es wird nur in Kauf genommen, um das Ziel der kontinuierlichen Helferpräsenz bei ausreichender Finanzierung durch die Pflegekassen zu erreichen.

Das ist natürlich nicht zu vergleichen mit einer Situation, in der sich ein Mensch aus Gründen der Geselligkeit, aus Gründen der Sicherheit, die eine Einrichtung bietet, oder aus anderen persönlichen Gründen entscheidet, in eine für ihn geeignete Einrichtungen einzuziehen. Eine Gruppenwohnsituation kann als sehr wohltuend empfunden werden. Sehr häufig ist die Situation aber nicht die, dass als Ergebnis einer Abwägung über die beste Wohnsituation entschieden wird, sondern in einer Notsituation stationäre Hilfen gewählt werden, weil ambulante Alternativen fehlen.

Damit tritt ein anderes Ziel in den Blickpunkt, nämlich das der Selbstbestimmung. Selbstbestimmung ist in Gruppen generell eingeschränkt, in institutionellen Zusammenhängen noch einmal besonders. Dort ist sehr viel mehr ‚geregelt'. Aus diesem Grund scheuen viele Menschen davor zurück, in eine Gemeinschaft zu ziehen. Dass auch in stationären Einrichtungen Selbstbestimmung ein Ziel ist und dass man auch dort auf individuelle Wünsche schaut, ist unbestritten. Viele wesentliche und zentrale Wünsche werden häufig ignoriert. Dann hilft es nur noch bedingt, ihnen am unerwünschten Ort individuelle Sonderwünsche zu erfüllen. – Das noch mal als kleine Erläuterung dessen, was wir unter personenzentriert verstehen. Denn viele Professionelle in stationären Einrichtungen bemühen sich sehr um den Einzelfall. Aber mit dem Begriff ‚personenzentriert' geht es vor allem darum, die generellen, vor allem die auf die Lebenswelt bezogenen Wünsche zu respektieren und dafür Lösungen zu finden.

Für das Wohlbefinden und den Selbstwert vieler Menschen ist es existenziell, eigene Fähigkeiten zu erkennen und diese für sich und andere Menschen einsetzen zu können. Man darf nicht nur darauf schauen, dass psychisch kranke alte Menschen ‚gut versorgt' sind. Man muss ihnen helfen, sich selbst versorgen zu können – Fördern statt Versorgen, auch wenn Fördern zeitaufwendiger ist als kompensatorische Hilfen.

Der letzte Punkt ist die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Hier geht es um die sozialen Aspekte, die von immenser Bedeutung sind. Wir haben oft mit Menschen zu tun, die teilweise aus psychischen Gründen, teilweise aus anderen Gründen sozialer Beziehungen weitgehend entwöhnt sind. Dann ist es entscheidend, soziale Kontakte, Teilhabe, ‚Dazugehören' zu organisieren als einen unverzichtbaren und wesentlichen Bestandteil des Lebens. Auch um erforderliche Hilfen für die Hilfebedürftigen akzeptabel zu machen, muss oft erst einmal eine persönliche Beziehung hergestellt werden. Das ist bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen oft mühsam und zeitaufwendig.

Viele der oben genannten Ziele lassen sich am aussichtsreichsten in der eigenen vertrauten Häuslichkeit verfolgen. Wir müssen aber auch zur Kenntnis nehmen, dass damit einige Probleme verbunden sind. Wir haben zunächst einmal die jeweils krankheitsspezifischen

Ausdrucksformen der psychischen Erkrankung, die sich stark auf die Beziehungen auswirken. Ob es um Ängste, Zwänge, Depressionen oder andere Folgen oder Ausdrucksweisen psychischer Erkrankung geht, immer können wir sagen: Das wirkt sich erschwerend aus auf viele Beziehungen, nicht zuletzt auch auf die helfenden Beziehungen. Es wird oft nicht möglich sein, eine Leistung einfach so zu erbringen, wie bei einem Menschen, der von diesen Beschwerden frei ist.

Besonderheiten im Umgang mit psychisch kranken alten Menschen
An den Umgang mit psychisch kranken alten Menschen erwachsen besondere Anforderungen, die auch bei allen Hilfeleistungen zu berücksichtigen sind.

Die erste Aufgabe ist, Respekt zu zeugen, um den Selbstwert zu steigern. Menschen, die an sich selbst erleben, dass Eigenfähigkeiten zurückgehen, dass Hilfebedürftigkeit entsteht, reagieren darauf oft verschämt, teilweise ablehnend, sie sind bestürzt darüber, diese Entwicklung an sich beobachten zu müssen. In solch einer Situation kommt es leicht vor, dass die Einschränkungen verleugnet werden, um sich selbst den Selbstwert zu erhalten. Wenn man nun von außen versucht, als Beobachter, der sich Sorgen macht, durchaus aus positiven Motiven heraus, immer wieder zu konfrontieren mit diesen Einschränkungen, kann das unter Umständen ausgesprochen kontraproduktiv wirken. (Auch hier wieder ein Hinweis darauf: Das Phänomen ist keineswegs unbekannt, sogar sehr vertraut, aber im Versorgungsalltag kann diesen Aspekten sehr wenig Rechnung getragen werden.)

Der nächste Aspekt ist der der personellen Kontinuität. Oft muss zuerst eine (Arbeits-) Beziehung aufgebaut werden, damit Hilfeleistung zugelassen werden können. Die dann erreichte Zustimmung ist jedoch personenbezogen und nicht generell. Wenn Vertrauen zu einer bestimmten Person entstanden ist, heißt das nicht, dass jede andere helfende Person auch willkommen ist. Die Versorgungsrealität steht dem entgegen: Personelle Kontinuität ist in fast keinem Hilfebereich üblich, selbst innerhalb einzelner Leistungsbereiche gibt es sehr häufig personelle Wechsel, erst recht, wenn es um unterschiedliche Leistungen geht.

Ein nächster Aspekt: Bei Menschen, die dazu nicht selbst in der Lage sind, muss bei Helfern die Fähigkeit da sein, Gefahren realistisch einzuschätzen und auch abzuwehren. Wir können nicht davon ausgehen, dass jeder psychisch beeinträchtigte Mensch selbst in der Lage ist, Risiken immer gut, umfassend und realistisch einzuschätzen. Das heißt, die Helfer müssen in der Lage sein, sich über so etwas Gedanken zu machen. Da gibt es sehr unterschiedliche Reaktionen. Manche sind, vielleicht aus der Furcht heraus, selbst belangt zu werden, so vorsichtig, dass sie schon vage Gefahren zum Anlass nehmen zu warnen, zu sagen: „Dafür kann ich die Verantwortung nicht übernehmen, hier muss eingeschritten werden.“ Auf der anderen Seite gibt es auch die Reaktion zu sagen: „Ich bin hier für eine ganz bestimmte Dienstleistung oder auf Basis einer ganz bestimmten Verabredung tätig und um andere Dinge brauche ich mich nicht zu kümmern, kann ich mich auch nicht kümmern und davon will ich möglichst auch nichts wissen.“ Die richtig dosierte Verantwortungsübernahme ist eine besondere Anforderung an Hilfeleistungen bei psychisch beeinträchtigten alten Menschen.

Damit sind wir bei einem nächsten Aspekt: Inwieweit gelingt es den hilfebedürftigen Menschen, eigene Bedarfe, auch eigene Wünsche zu formulieren? Das ist nicht immer der Fall Das heißt nicht, dass eigene Wünsche nicht mehr bestehen. Es ist also eine zusätzliche Aufgabe, die unter Umständen sehr aufwendig sein kann, diese Wünsche erst einmal herauszufinden, z. B. durch Beobachtung, wie Reaktionen sind auf die ein oder andere Vorgehensweise. Bei all diesen Aufgaben im Umgang mit psychisch kranken alten Menschen,

muss erwähnt werden, dass sie Zeit kosten. Das ist in den üblichen verrichtungsbezogenen Hilfeleistungen so nicht vorgesehen, d. h., dafür müssen neue Möglichkeiten geschaffen werden.

Anforderungen an Hilfen für psychisch kranke alte Menschen
Zunächst einmal: die psychische Krankheit kennen. Psychische Erkrankungen sind noch nicht bekannt genug, vor allem die psychischen Erkrankungen im Alter. Manche Krankheitserscheinungen werden als Alterserscheinungen verharmlost. Allerdings besteht der Eindruck, dass in letzter Zeit öffentliche Aufklärung verstärkt betrieben wird. Betroffene, Angehörige, Nachbarn, Ärzte, Pfleger usw. sollten Anzeichen auf psychische Erkrankungen möglichst früh erkennen, damit alle Chancen der Behandlung genutzt werden können.

Wenn die Krankheit grundsätzlich bekannt ist, heißt das noch nicht, dass sie auch von den Angehörigen oder Nachbarin erkannt wird. Demenzerkrankungen, Depressionen und andere psychische Störungen entstehen oft sehr langsam und prozesshaft. Daher kann eine Gewöhnung an krankheitsbedingte Veränderungen entstehen.

Ein wesentlicher Teil der Diagnostik muss in der vertrauten Umgebung des kranken Menschen erfolgen. In einem fremden Kontext kann ein überhöhtes Bild der Einschränkungen entstehen, es ist aber auch umgekehrt möglich, dass im Gespräch mit einem Außenstehenden Kräfte und Fähigkeiten deutlich werden, die im gewohnten Alltag gar nicht mehr sichtbar bzw. genutzt werden.

Dann muss die Bezugsperson bereit und in der Lage sein, die Hilfen auch aufsuchend zu leisten, weil jeder Kontextwechsel zu stark veränderten Ergebnissen führen kann. Im Bereich der Pflege ist die aufsuchende Hilfe selbstverständlich, bei anderen Hilfen sehr viel weniger. Die personelle Kontinuität war bereits angesprochen und das zentrale Thema, genügend Zeit einsetzen', denn sonst wird Selbstbestimmung und der Einsatz eigener Fähigkeiten nicht realisierbar sein.

Sofern der kranke Mensch nicht dazu in der Lage ist, sein Hilfeprogramm zu organisieren und abzustimmen, ist wichtig, dass *eine* Person die Gesamtverantwortung übernimmt um sicherzustellen, dass die Gesamtleistung erbracht wird.

Eine Formulierung der Ziele sollte sich zusammenfassend an Folgendem orientieren

- Verlässlichkeit der Hilfen (ggf. rund um die Uhr)
- Selbstbestimmung
- Selbstständigkeit (in der gewohnten Umgebung)
- Fähigkeiten erhalten und fördern
- Fähigkeiten einsetzen (für sich und andere)
- Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Familie, Nachbarschaft, Wohngebiet, Gesellschaft)

4.1.7.5 Gendersensible Pflege[73]

Weil Frauen eine höhere Lebenserwartung haben und mit dem Alter das Demenzrisiko stark ansteigt, gibt es deutlich mehr an Demenz erkrankte Frauen als Männer. Zum ande-

[73] Dieses Kapitel stützt sich stark auf eine Expertise im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.) Bonn (2008): Gender in der Pflege Herausforderungen für die Politik. Von: Gertrud M. Backes, Ludwig Amrhein, Martina Wolfinger

ren sind sehr viel mehr Frauen als Männer durch die weithin immer noch praktizierte Arbeitsteilung bei den familiären Pflichten mit Aufgaben der Sorge und Pflege für kranke Familienmitglieder belastet.

Erschwerend kommt hinzu, dass eine sehr große Zahl der an Demenz erkrankten Frauen ledig, verwitwet oder geschieden in einem Einpersonenhaushalt lebt, wohingegen viele an Demenz erkrankte Männer bis ins hohe Alter noch verheiratet sind und von ihrer oft mehrere Jahre jüngeren Frau aufopfernd versorgt werden[74]. Wenn dann der Mann stirbt, sind viele Frauen alleinstehend und durch langandauernde Pflege ohne hinreichende Entlastung und reduziertes soziales Netzwerk selbst vorzeitig krank und pflegebedürftig.

Folgende Faktoren für eine geschlechtersensible Altenpflege sind zusammenfassend nach G. M. Backes (2008) entscheidend:

- Beachtung des Geschlechts bei der Wahrnehmung der Rolle des Pflegenden bzw. Pflegebedürftigen auch im Sinne des Wunsches einer gleichgeschlechtlichen Pflege,

- Offenlegung der unterschwelligen, geschlechtsspezifisch wirksamen Zuschreibungen und Anforderungen an Pflegebedürftige und Pflegende

- Erkennen geschlechtsspezifischer Positionen und Hierarchisierungen zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen und Infragestellen damit verbundener geschlechtsspezifischer Handlungserwartungen und Sanktionen,

- Thematisierung geschlechtsspezifischer und zum Teil lebensgeschichtlich geprägter Beziehungsdynamiken sowie Formen informeller Machtausübung,

- Loslösung der Kompetenzen der Pflegenden (und Pflegebedürftigen) von geschlechtsspezifischen Kompetenzzuschreibungen und Schaffung von Chancen für ihre Entwicklung unabhängig von Geschlecht,

- Schaffung neuer Formen von Arbeitsteilung und Vereinbarkeitsbalancen für Beruf, Familie und Pflege,

- Gewährleistung angemessener materieller und immaterieller Ressourcen für die Pflege und das Gepflegtwerden (Qualifikation, Geld, Macht, Wohnumfeld),

- Anerkennung des zeitlichen und volkswirtschaftlich wirksamen Umfanges der von Frauen und Männern geleisteten informellen und formellen Sorge- und Pflegearbeit in Deutschland,

- Reflexion der herrschenden Wohlfahrts-, Gender- und Careregimes im Hinblick auf das Spannungsfeld zwischen Care und Pflege und den damit verbundenen Gefahren der Re-Produktion von traditionellen Geschlechterverhältnissen und -hierarchien.

[74] Es gibt allerdings auch nicht wenige Fälle, in denen Männer ihre kranke Frau oder Mutter pflegen.

4.1.8 Assessment und Case-Management

Die erste Kernforderung in den Handlungsempfehlungen der APK zur Organisation und Finanzierung von personenzentrierten Hilfen für psychisch kranke alte und demente Menschen (PAD I, S. 9) richtet sich auf die Implementierung eines Assessment und Case-Management für psychisch kranke alte Menschen mit komplexem Hilfebedarf. Es soll die Hilfen so steuern, dass sie entsprechend dem individuellen Bedarf zeitnah, ergänzend zu den Versorgungsmöglichkeiten in der eigenen Wohnung und Nachbarschaft integriert erbracht werden.

Demgegenüber bezeichnet Care-Management die Aufgaben, die Angebote zu strukturieren und sich um deren Finanzierung zu kümmern. Wegen der Segmentierung des Hilfesystems wird weiterhin gefordert, dass Assessment und Case-Management Leistungserbringer- und Leistungsträger-übergreifend realisiert und finanziert werden.

Ferner sollen die Nutzer gestärkt werden durch unabhängiges professionelles Assessment und langfristiges Case-Management. Durch Schaffung von Transparenz über die verfügbaren Angebote und die Ergebnisse der MDK-Prüfungen sollen die Wahlmöglichkeiten der Nutzer erweitert werden.

Ein weiterer Aspekt ist die Forderung nach einem kulturfairen Assessment, das die Sprachlastigkeit vieler Verfahren überwindet.

Erprobung eines Assessment-Verfahrens bei Demenz im häuslichen Bereich
Ergänzend sollte das von August 2007 bis Juli 2009 vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke mit Förderung der Robert Bosch Stiftung und des BMFSFJ erprobte schottische CarenapD-Assessment [75]herangezogen werden. Die Erprobung erfolgte in zwei Regionen mit jeweils 40 Familien mit Demenz. In jeder der beiden Regionen waren beteiligt eine Demenzberatungsstelle, ein ambulanter Pflegedienst, der Medizinische Dienst der Krankenkassen und eine sozialpsychiatrische Behörde. Erfasst werden die Unterstützungsbedarfe der Person mit Demenz und der pflegenden Angehörigen aus multiprofessioneller Perspektive. Das Verfahren wird als Monitoring prozesshaft eingesetzt, um frühzeitig angemessene Interventionen planen zu können und den Unterstützungsprozess zu evaluieren.

Durch die strukturierte Erfassung von Bedarfen stehen dem Gesundheitssystem ebenfalls Daten zur Verfügung, die eine Anpassung der kommunalen Strukturen und eine datengestützte Budgetierung ermöglichen.

Eine längerfristige Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation erreicht verschiedene positive Effekte. Die Lebensqualität der Person mit Demenz und ihrer Angehörigen wird verbessert, dadurch wird eine Heimunterbringung der Person mit Demenz verzögert oder vermieden. Gesundheitlichen Belastungen und somatische Erkrankungen der Angehörigen, die durch Überlastung entstehen, werden frühzeitig erfasst und ausgeglichen. Mit dem Einsatz dieses Assessment-Verfahrens wird das Prinzip „ambulant vor stationär“ realisierbar.

[75] Das Agronym CarenapD steht für Care needs Assessment pack for Dementia.

4.1.9 Instrumente für eine personenzentrierten Qualitätsentwicklung

Erfreulicherweise gibt es zunehmend mehr praxiserprobte Instrumente für eine personenzentrierte Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz, von denen drei besonders erwähnenswert sind:

- die von der Landesinitiative Demenz-Service NRW in NRW kostenlos verbreitete einfache CLIPPER-Methode zur Herausarbeitung eines individuellen Lebensstils einer Person mit Demenz zur Aufrechterhaltung ihrer Lebensqualität[76]

- das im Rahmen des Modellprogramms des Bundesgesundheitsministeriums erprobte Dementia Care Mapping-Verfahren

- das Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker in der stationären Altenpflege – H.I.L.DE

4.1.9.1 Gestaltung eines individuellen Aktivitäten- und Lebensstilprofils

Bei der CLIPPER-Methode wird durch Befragen und Beobachten der Person mit Demenz und Befragen von Angehörigen und Pflegenden herausgefunden, ob die Person bestimmte ausgewählte Aktivitäten mit Potenzial für Wohlbefinden und Lebensqualität gerne mag oder nicht mag.

Bei Aktivitäten, die die Person mit Demenz gerne mag, wird überlegt, ob die Aktivität noch häufiger ausgeführt und eventuell noch angenehmer gestaltet werden kann.

Bei Aktivitäten, die nicht gemocht werden – z. B. Haare waschen – wird gefragt, ob diese Aktivität verändert werden oder seltener durchgeführt werden kann.

Bei Aktivitäten, von denen man nicht weiß, ob sie gemocht wird, sollte überlegt werden, ob sie so verändert werden können, dass die Person sich wohl fühlt.

Besondere Beachtung finden sollten solche Aktivitäten, die viele andere Menschen gerne mögen, die aber noch nie vorgekommen sind. In diesen Fällen wird zu einem vorsichtigen Versuch geraten, um nach Möglichkeit das Lebensstil – und Aktivitätenprofil der Person mit Demenz im Hinblick auf die Aufrechterhaltung ihres relativen Wohlbefindens ergänzen zu können. Ein großer Vorteil dieser sehr verständlichen Vorgehensweise zur Aufrechterhaltung eines möglichst hohen Maßes an Wohlbefinden und Lebensqualität ist ihre Brauchbarkeit auch in der häuslichen Pflege. Ein weiterer Vorteil besteht darin, den Katalog der alltäglichen Aktivitäten mit Potenzial für Lebensqualität anzupassen an den kulturellen Hintergrund der von Demenz betroffenen Person(en).

Mit Förderung durch die Robert Bosch Stiftung konnte u. a. das CLIPPER-Instrumentarium ins Bulgarische übersetzt und in der Pflegepraxis erprobt werden. Die Begleitforschung und Evaluation durch die Universität Kassel zeitigten außerordentlich positive Ergebnisse nicht nur für die Qualität der Pflege von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern mit Demenz,

[76] Hilfen zur Kommunikation bei Demenz von Jennie Powell. Band 2 der Landesinitiative Demenz-Service NRW. 3. Auflage (2008) Seite 94 ff.

sondern auch für den Wandel des Verständnisses der professionell Pflegenden und der Angehörigen von Menschen mit Demenz.[77]

4.1.9.2 Wohlbefindens Beobachtung und Beschreibung nach dem Dementia Care Mapping – DCM-Verfahren

Dementia Care Mapping ist ein in Großbritannien entwickeltes psychometrisches Verfahren zur Verbesserung der Pflege von Menschen mit Demenz in Pflegeheimen, in der Tagespflege und in Krankenhäusern. Ziel ist, die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz nach Geborgenheit und Wohlbehagen, Identität und Bindung, Betätigung und Einbeziehung soweit als möglich im gegebenen räumlichen Umfeld und unter den jeweiligen Arbeitsbedingungen der Pflegenden zu erfüllen.

Beobachtet und nach bestimmten Regeln codiert werden u. a. das Verhalten der Personen mit Demenz und das damit verbundene Wohlbefinden bzw. Nicht-Wohlbefinden. Aufgezeichnet und codiert werden ferner „Personale Aufwerter" – so werden die Pflegeaktivitäten genannt, die die genannten Bedürfnisse nach Geborgenheit und Wohlbehagen, Identität und Bindung, Betätigung und Einbeziehen evtl. sogar in besonderem Maße fördern – es werden aber auch Handlungsweisen codiert z. B. Bemerkungen und Handlungen oder ganz allgemein Tun und Lassen von Pflegenden, die die Erfüllung der genannten elementaren psychischen Bedürfnisse eher beeinträchtigen können.

Die Ergebnisse der Verhaltens- und Wohlbefindensbeobachtungen und die Aufzeichnungen über besondere bedürfnisfördernde und bedürfnisbeeinträchtigende Verhaltensweisen werden an die Mitarbeiter zurückgemeldet als Ansatzpunkte für Verbesserungsbemühungen im Team. Im Modellprogramm des Bundesgesundheitsministeriums zur Verbesserung der Situation bei Pflegebedürftigkeit hat sich das DCM als Instrument zur Verbesserung der Pflege und zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit der Pflegenden erwiesen.

Zurzeit wird DCM eingesetzt bei der Evaluation eines Leuchtturmprojektes Demenz im Themenfeld 2: „Evaluation von Potenzialen der Betreuung und Begleitung von Menschen mit Demenz in Wohn- und Hausgemeinschaften durch die Implementation von Benchmarkingprozessen.

4.1.9.3 Das Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker in der stationären Altenpflege – H.I.L.DE

Seit 2003 fördert das Bundesfamilienministerium die Entwicklung eines praxisnahen deutschen Instruments zur mehrdimensionalen Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen in der stationären Altenpflege.

Ausgehend von einem multiperspektivischen und multidimensionalen Lebensweltkonzept wurden detaillierte Merkmalslisten für fünf Lebensbereiche erstellt. Sie dienen der Dokumentation beobachteter Bedingungen der jeweils bewohnerspezifischen Lebenswelt im H.I.L.DE -Erfassungsheft. Die dort angekreuzten Merkmale werden auf der Basis von Summen zu individuellen Kennwerten aggregiert und in einem speziellen Auswertungs- bzw. Referenzheft zur Bewertung und Interpretation abgetragen. Somit entsteht über alle erfassten Lebensbereiche hinweg ein jeweils individuelles Profil bereichsspezifischer Le-

[77] Das Demenz-Projekt am Hohen Balkan. Auszüge aus dem Abschlussbericht „Arbeit mit dementiell Erkrankten in Kazanlak" verfasst von Prof. Dr. Fred Karl, Universität Kassel, unter Mitarbeit von Dr. Radka Arnold und Stefan Koundelov. Kassel 2008. Kasseler Gerontologische Schriften Band 47. http://www.soziale-gerontologie.de/Band%2047.pdf.

bensqualität. Der entscheidende Vorteil ist, dass differentielle „Lebensqualitäten“ in unterschiedlichen Lebensbereichen beschrieben werden können. Die Beurteilung dieser Lebensqualitäten erfolgt im Hinblick auf die individuell noch erhaltenen Personenkompetenzen.

Zur Identifikation von Bedarfen und Potenzialen zur Förderung der individuellen Lebensqualität erfolgt ein Abgleich der für den jeweiligen Demenzkranken erfassten Kennwerte mit den relevanten Referenzwerten des Standardprofils der Kompetenzgruppe[78], der er am ehesten zuzuordnen ist. Abweichungen der individuellen Kennwerte von diesem Maßstab geben dann Hinweise auf Bedarfe und Potenziale zur kompetenzorientierten Förderung von Lebensqualität, die jedoch immer vor dem Hintergrund des Wissens um die individuelle Präferenz- und Bedürfnisstruktur des einzelnen Bewohners bewertet werden kann. D. h. die Frage danach, ob es für ihn überhaupt wünschenswert wäre, diesem Standard seiner Kompetenzgruppe zu entsprechen muss immer im Pflegeteam oder auch mit den Angehörigen diskutiert werden.

„H.I.L.DE bietet somit zwar eine wichtige Hilfe und Handreichung zur Erfassung und Beurteilung der Lebensqualität demenzkranker Menschen, aber auf die Expertise der professionell oder auch privat Pflegenden kann bei der Interpretation der Bedarfe und Potenziale und vor allem bei der Umsetzung möglicher darauf bezogener Pflegeplanungs- und Interventionsmaßnahmen nicht verzichtet werden“ [79].

Das H.I.L.DE -Projektteam ist zurzeit in zwei Leuchtturmprojekten beteiligt:

- QUADEM – Qualifizierungsmaßnahmen zur Steigerung der Lebensqualität demenzkranker Menschen unter Leitung von Prof. Dr. Johannes Pantel, Frankfurt http://www.dlr.de/pt/Portaldata/45/Resources/dokumente/Gesundheitsforschung/Vortrag_Pantel_09-01-20.pdf

- Pflegeoase: Innovative und herkömmliche Versorgungsstrukturen für Menschen mit schwerer Demenz unter Leitung von Prof. Dr. Thomas Klie[80].

- Zur weiteren Information siehe auch den Beitrag von Becker und Kruse im APK Tagungs-
- band 33, S. 84-98 (2007).

[78] Insgesamt werden vier Kompetenzgruppen unterschieden, die durch Clusteranalysen ermittelt wurden.
[79] Becker, Stefanie, Roman Kaspar (2008): Das Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker. (H.I.L.DE) S.3ff. http://www.uni-heidelberg.de/imperia/md/content/fakultaeten/vekw/ifg/forschung/hildekongress/becker_kaspar_lq_hd_2008_text.pdf
[80] Projektlaufzeit bis Ende 2009 – erste Ergebnispräsentation geplant für Januar 2010; siehe www.fh-freiburg.de/agp/leuchtturm.htm

4.1.9.4 Transparente Qualitätsindikatoren in Leitlinien, Qualitätsprüfungen und Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen[81]

Wichtig sind insbesondere auch transparente Qualitätsindikatoren, vor allem zur Ergebnisqualität z. B.

- zum Wohlbefinden[82]
- zum Ernährungsstatus
- zur Hilfsmittelausstattung
- zur Privatheit (Einzelzimmer bei Bedarf)
- zu Dekubitus (Anwendung des Dekubitusstandard)
- zu Fixierungen und anderen legalen und illegalen Formen der Gewalt
- zur Vermeidung eines Delirs bei Patienten mit Demenz in Krankenhäusern, etwa bei Krankenhausweisungen wegen Oberschenkelhalsbruchs
- Wünschenswert sind auch Qualitätsindikatoren zu den Rechten der Pflege-Charta

Positiv anzumerken ist ein gesteigertes Qualitätsbewusstsein im Medizinbereich. Es zeigt sich im Bemühen verschiedener Autoren und Fachgesellschaften um die Formulierung von Leitlinien und Behandlungs- und Versorgungspfaden bei Demenz. Dabei geht es in manchen Leitlinien allerdings vorwiegend um die Verbesserung der Therapien und Abläufe im medizinischen Sektor. Wichtig sind aber auch die Verbesserung des Umgangs mit den Betroffenen und ihren Angehörigen und die Verbesserung der sektorübergreifenden Zusammenarbeit mit dem Pflegesektor und mit dem psychosozialen Bereich. Dazu müssen künftige Leitlinien, Behandlungs- und Versorgungspfade aller Fachgesellschaften ihren Beitrag leisten.

4.1.9.5 Qualitätsentwicklung durch verbesserte Aus-, Fort- und Weiterbildung in allen relevanten Disziplinen

Erfreulicherweise findet sich das Thema „Personenorientierung“ in vielen Curricula. Die Theorie allein bewirkt aber noch keine großen Veränderungen in der Pflegepraxis. Zu oft wird „personenzentriert pflegen“ als zusätzliches Angebot angesehen und nicht realisiert, dass personorientiertes Handeln in erster Linie ein integraler Bestandteil der Interaktionen aller Berufsgruppen in Medizin, Pflege und sozialer Arbeit sein muss und dabei auf die jeweils aktuelle Befindlichkeit und Bedürfnislage der Person mit Demenz einzugehen ist. Entscheidend ist die Umsetzung in Verhalten, Abläufe und Strukturen im Alltag.

Es geht weniger um zusätzliche Wohlfühlangebote als vielmehr um mehr Achtsamkeit bei Alltagsroutinen. Es geht vor allem darum, die Fähigkeiten zu vermitteln, Lebensäußerungen von Menschen mit Demenz wie: weinen, Tränen, wehklagen, stöhnen, seufzen, hängende Schultern, das Suchen nach körperlicher Nähe, anklammerndes Hinterherlaufen, wiederholtes Fragen, ständiges Rufen, festhaltende Gespräche, suchen, kramen, verstecken, anderen

---

[81] Siehe Anhang 10.4 Beispiel für eine bewährte personenzentrierte Leistungs- und Qualitätsvereinbarung der Alzheimergesellschaft im Main-Kinzig-Kreis für eine Tagespflege für Menschen mit Demenz. Darin werden mit den Pflegekassen und der Sozialhilfe ausdrücklich Qualitätsindikatoren für Ergebnis-, Prozess- und Strukturqualität vereinbart.

[82] In der Transparenzvereinbarung zur stationären Pflege bildet der Umgang mit Demenzkranken einen eigenen Bewertungsbereich mit 10 Prüfkriterien. „Am schlechtesten innerhalb dieses Qualitätsbereiches schnitt das Transparenzkriterium 39 ab, in dem der Bereich des Wohlbefindens von Menschen im Pflegealltag im Fokus der Prüfung steht.“ Vgl.: Pick, Peter: Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz aus Sicht des MDS. Pflegeforum des MDS am 14.12.2009 in Berlin. http://www.mds-ev.org/media/pdf/1_-_Abstract_Pick_-_Druck1.pdf

helfen wollen usw. als Bedürfnisse einzuschätzen und zu lernen, durch welches Verhalten die mit diesen Lebensäußerungen verbundenen Bedürfnisse befriedigt werden können. Das müssen keine zeitaufwändigen Pflegehandlungen sein – oft hilft wiederholt und mehrmals am Tag wertschätzend zu kommunizieren und Kontakt herstellen (und wenn auch nur „im Vorübergehen“) – „Bienchendienste“. Dieser Begriff ist von Müller-Hergl geprägt worden, dem wir in Deutschland die Wohlfühlbeobachtung und die Pflegeplanung nach dem „Dementia Care Mapping“ verdanken[83].

Voraussetzung für wirkliche personenzentrierte Pflege professioneller Anbieter ist allerdings, dass die Träger der Pflegeeinrichtungen und ihre Führungskräfte voll hinter dem Konzept der personenzentrierten Pflege, der Pflege-Charta und der UN-Konvention über die Rechte von Menschen Umgang mit psychisch kranken alten Menschen mit Behinderungen stehen und bei der Auswahl ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf entsprechende Qualifikationen achten und für eine regelmäßige Fort- und Weiterbildung aller Mitarbeitergruppen sorgen. Ein Hinweis im veröffentlichten Leitbild der Einrichtung allein genügt nicht. Dem Bekenntnis müssen auch Taten folgen. Das Leitbild personenzentrierter Pflege muss gelebt werden.

4.1.10 Fünfzehn zusammenfassende Empfehlungen

1. Die Stimme der Menschen mit Demenz hörbar machen, ihrer Stimme ein Sprachrohr geben und im Rahmen personenzentrierter Öffentlichkeitsarbeit dafür sorgen, dass sie von Schlüsselpersonen im Quartier und von der gesamten Bevölkerung gehört wird. Nur Menschen mit Demenz wissen, wie sie sich fühlen, was ihnen gut tut, was sie kränkt und was sie von der Politik und von Mitmenschen erwarten.
2. Medizinbereich und Pflege müssen in den Wohnquartieren quantitativ und qualitativ kleinteilig verstärkt werden. Vor allem Hausärzte und Akutkrankenhäuser müssen sich weiter qualifizieren für bedürfnisorientierten Umgang mit Menschen mit Demenz und sie müssen mit dem pflegerischen und psychosozialen Hilfenetz effizient zusammenarbeiten[84].
3. Unsere Kinder müssen – falls sie es noch nicht in der Familie erlebt haben – spätestens in der Schule Grundwissen über Demenz erfahren und erlebnisorientiert lernen wie man mit Menschen mit Demenz am besten umgeht. Auch Regionalzeitungen und Regionalfernsehen und Fernsehserien wie „Willi will wissen“ sollten das Thema „Demenz und Kinder“ kindgerecht darstellen.
4. Wir alle müssen uns mehr Wissen und Können aneignen, um unsere Ängste vor Demenz zu verringern und mit Menschen mit Demenz in unserer Familie, im Freundeskreis, in der Nachbarschaft und im Wohnquartier gelassener, stressfreier und hilfreicher umgehen zu können nach dem Motto der Robert Bosch-Initiative „Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz“.
5. Demenz muss nicht das Desaster sein, vor dem wir alle uns fürchten. Das Wohlfühlpotenzial der „personenzentrierten Pflege“ ist noch lange nicht erschöpft und muss stärker genutzt werden. Pflegeheime ohne Medikamente, die ausschließlich zur Ruhigstellung der Bewohner dienen, sind möglich. In Norwegen, England und anderen Ländern arbeitet man daran. Entsprechende „Leuchtturm-Projekte“ sollten auch in Deutschland gefördert werden.
6. Aus-, Fort- und Weiterbildung im Handlungsfeld „Behandlung und Pflege von Menschen mit Demenz“ müssen für alle wichtigen Personen- und Berufsgruppen mög-

[83] Vgl. Lerneinheit III. Lebensäußerungen als Bedürfnisse einschätzen. Mögliche Lösungen. Quelle:
[84] Z.B. durch Casemanagement moderiert. Siehe dazu die Fußnoten 3 und 4.

lichst kostengünstig effizienter strukturiert und sachgerechter organisiert angeboten werden.

7. Dazu müssen das in NRW bewährte Netz von Demenz-Service-Zentren und vergleichbare Angebote in anderen Bundesländern jeweils ergänzt werden um ein multidisziplinär ausgerichtetes Demenz-Service-Entwicklungs-Zentrum des Landes – ausgestattet mit Autorität und den Kompetenzen zur Entwicklung geeigneter Methoden, Lehr– und Lernmitte und Organisationshilfsmittel (etwa nach norwegischem Vorbild).
8. In allen Wohnquartieren müssen niedrigschwellige Orte der Begegnung und Gelegenheiten gegeben sein, die positive Erlebnisse ermöglichen und die unter anderem der zeitweiligen und/oder psychologischen Entlastung familial Pflegender dienen z. B. Spaziergänge/Hobbypflege mit ehrenamtlicher Begleitung, Bürgerhaus, VHS, Freizeiteinrichtungen, genügend Bänke und ordentliche behindertenfreundliche öffentliche Toiletten im öffentlichen Raum, Club, Begegnungsstätte, Alzheimer-Café, Frühbetroffenengruppe, Gruppe pflegender Angehörige mit Betreuung der Kranken, Betreuungsgruppe, Helferkreise, Tagespflege in Familien, Tagespflege, Kurzzeitpflege, …
9. Kulturelle, religiöse, gesellschaftliche Veranstaltungen, Feste und das Vereinsleben sollen möglichst so organisiert werden, dass auch Menschen mit Behinderungen und Menschen mit Demenz daran teilhaben können. Besonders bewährt: Tanzen.
10. Generell gilt: Durch auf die Person zentrierten verständnisvollen Umgang Türen offen halten und immer wieder öffnen für relatives Wohlbefinden der von Demenz betroffenen Menschen im Ab und Auf ihrer Krankheit bis in die Phase des Sterbens hinein.
11. Dazu gehört aber auch, „Türen“ zu schließen, durch die auf einen Menschen mit Demenz Unwohlsein einströmt aus dem jeweiligen psychosozialen Umfeld zum Beispiel dadurch, dass wir ihnen Vorhaltungen machen oder mit ihnen schimpfen, sie nicht beachten u.a.m.
12. Der Schlüssel zum Vermeiden von Unwohlsein ist unsere Fähigkeit, bei der verbalen und nonverbalen Kommunikation in kritischen Alltagssituationen Konfrontationen zu vermeiden, die Beweggründe der Kranken zu erspüren und ihnen Schutz und Trost zu spenden.[85]
13. Türen müssen aber auch geöffnet werden zu Nachbarn und Freunde und den im Wohnquartier vorhandenen Kultureinrichtungen, Einkaufsmöglichkeiten und Dienstleistern, Behörden, Ärzten, Therapeuten, Informations- und Beratungsstellen, Gaststätten, Restaurants, Kirchengemeinden, Moscheevereine, Meditationszentren, Sportstätten u.s.w.
14. Betroffene und pflegende Angehörige benötigen nicht selten behutsame Gespräche, um Hilfen annehmen die Tür zur eigenen Wohnung öffnen zu können für unabhängige Beraterinnen und Berater, ggf. Anpassungsmaßnahmen in der Wohnung, Beratungsbesuche nach SGB XI, MDK-Qualitätsprüfer, Besuche auch von Nachbarn/Nachbarskindern, Freunden, Bekannten und für ehrenamtliche Besuchs- und sonstige Hilfsdienste. Bei Bedarf auch für Fahr- und Begleitdienste, ambulante Alltagsbegleiter/innen, Haushaltshilfen, Hausarzt, Pflegehilfen, Seelsorger, Hospizdienste, ...
15. Ein hervorragendes Beispiel zur bereichsübergreifenden koordinierten Förderung der personenzentrierten Betreuung und Pflege im Wohnquartier ist der Verbund von

[85] Vgl. hierzu die KDA-Broschüre: Hilfen zur Kommunikation bei Demenz.

Casemanagement, Quartiersmanagement und Netzwerkförderung in Duisburg,[86] ein langjährig gefördertes Projekt der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW.

4.2 Koordination von Hilfen

4.2.1 Aktuelle Möglichkeiten der Medizin

Beschreibung der aktuellen Situation der Versorgung von Menschen mit Demenz
Die Kenntnis der aktuellen Behandlungsaussichten hat ein umfassendes Netzwerk zur Versorgung demenzkranker Menschen entstehen lassen. Die Qualität der Versorgung ist jedoch noch äußerst heterogen. Neben Gebieten mit beispielhafter Versorgung bestehen auch Gebiete mit Unterversorgung. Für die Heterogenität ist mitverantwortlich, dass in den Regionen Bedarfe unterschiedlich schnell und auf unterschiedliche Art deutlich wurden. Regionen mit Angehörigenaktivitäten wie Alzheimerselbsthilfegruppen und Alzheimergesellschaften entwickelten sich meist schneller, da durch deren Aktivitäten Handlungsdruck auf die Politik ausgeübt wurde.

Der 4. Altenbericht hat auf Seiten der politisch Verantwortlichen dazu beigetragen, die Problematik der Demenzerkrankungen mit ihren Auswirkungen auf die Gesellschaft besser wahrzunehmen, Handlungsnotwendigkeiten zu erkennen, Maßnahmen einzuleiten, die eine nicht unerhebliche Entlastung der Pflegenden mit sich brachten. Viele andere sinnvolle Maßnahmen hingegen wurden bisher nicht umgesetzt.

Mit der Entwicklung neuer Strukturen zeigen sich auch Handlungsnotwendigkeiten im Bereich der Koordinierung und der Kommunikation. Durch die Vielzahl möglicher Anbieter von Versorgungsangeboten kam und kommt es weiter häufig zu Parallel- und Konkurrenzangeboten. Dadurch entstehen intransparente Strukturen und Fehlanreize, die Kosten treibend wirken.

Will die Politik hier steuernd eingreifen, ist eine grundlegende Analyse notwendig, die die Versorgungsnotwendigkeiten auf der Basis bestehender Strukturen mit den notwendigen Funktionen verknüpft.

Versorgungsnotwendigkeiten
Aufgabe von staatlichen Einrichtungen einer humanen Gesellschaft sollte sein, Menschen dann zu unterstützen, wenn ihre eigenen Möglichkeiten erschöpft sind.

Als erste Hilfe stehen hier Maßnahmen zur *Vorbeugung* kritischer Situationen an. Es gilt, Menschen kompetent zu machen, damit kritische Situationen erst gar nicht entstehen. Anreize, die der Staat hier schaffen könnte, bestünden in einem „Belohnungssystem“. Aus psychologischer Sicht, ist mit Belohnungssystemen eine große Nachhaltigkeit und Mitwirkungsbereitschaft der Menschen zu erreichen*. Belohnungssysteme sollten daher bevorzugt entwickelt werden.*

---

[86] Die Vorgehensweise, Ergebnisse und Erkenntnisse sind nachlesbar in einem sehr informativen Bericht des Forum Demenz (www.forum-demenz.net) – Gesundheitsnetzwerk Duisburg (2010): Demenz kommt vor. Duisburg, Februar 2010.
Die Kooperationsvereinbarung zur Vernetzung von stationärer und ambulanter medizinischer Versorgung einerseits und ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflege sowie Beratungsangeboten für demenziell erkrankte Menschen im Rahmen eines Casemanagements andererseits steht im Netz zum Download. www.forum-demenz.net/material.

Bei Demenzerkrankungen lässt sich zwar das Erkrankungsrisiko durch eine Vielzahl vorbeugender Maßnahmen senken, sie lassen sich aber letztendlich nicht verhindern. Menschen geraten so in kritische Lebenssituationen, die aus eigener Kraft kaum zu bewältigen sind. Ein künftiges Präventionsgesetz sollte diese Aspekte besonders berücksichtigen.

Solange Erkrankte ihre eigene Erkrankung selbst wahrnehmen, ist die Versorgung meist ohne größere Probleme zu bewältigen. Ein wesentliches Kennzeichen der Demenzerkrankungen ist neben Vergesslichkeit und Orientierungsstörungen aber auch die Unfähigkeit, die eigenen Einschränkungen wahrzunehmen. Diese Einschränkungen führen zwangsläufig dazu, dass Angehörige und andere Menschen helfend und unterstützend tätig werden müssen. Hier muss die eigentliche *Versorgung beginnen*. Sie darf wesentliche Rahmenbedingungen aber nicht außer Acht lassen.

Immer dann, wenn Menschen für andere Menschen tätig werden, besteht das Risiko, dass grundlegende *Persönlichkeitsrechte* gefährdet werden. Es muss daher besonders darauf geachtet werden, dass folgende Persönlichkeitsrechte nicht verloren gehen. Das Recht auf

- Achtung der Menschenwürde,
- Selbstbestimmung,
- Selbstständigkeit und
- Teilhabe.

Frühzeitige Hilfe
Vorbeugung ist ein umfassendes Konzept, das erste Maßnahmen mit Informationen zum Altern und zu Krankheiten im Alter schon in die schulische Ausbildung einbeziehen muss.

Eine weitere frühzeitige Maßnahme ist das Erkennen der eigenen Versorgungsbedürftigkeit, d.h. insbesondere des Erkennens der Krankheit. Neben Betroffenen und Angehörigen, die erste Zeichen meist auch zuerst wahrnehmen, muss ein direkter Zugang zu Möglichkeiten der Früherkennung der Krankheit geschaffen werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass fatale Irrtümer, wie das Nicht-Erkennen von gut behandelbaren Störungen, die dadurch eventuell unumkehrbare Folgen haben, vermieden werden. Frühzeitig eingesetzt, können hilfreiche Maßnahmen ihre volle Wirkung entfalten. Weiter müssen Risikogruppen frühzeitig identifiziert werden.

Folgende Menschen bzw. Institutionen kommen hierbei besonders in Betracht:

- Angehörige, Pflegende und Betreuende
- niedergelassener Arzt (Hausarzt und Fachärzte)
- Krankenhaus
- Aufsuchender Dienst
- Beratungsdienst
- Wohnformen im Alter

Folgende Maßnahmen sind erforderlich:

Angehörige, Pflegende und Betreuende benötigen ein Umgangstraining, um hilfreiche Verhaltensweisen im Umgang mit Menschen mit Demenz zu erlernen.

Für Ärzte in Praxis und Klinik sind unabhängige Aus-, Fort- und Weiterbildung entsprechend sicherzustellen. Die Fachgesellschaften haben hierzu bereits einen Zertifizierungsprozess entwickelt, der Stufen verschiedenen Umfangs der Qualifizierung vorsieht.

Für die Versorgung im Krankenhaus ist zu gewährleisten, dass Demenzen erkannt, Strukturen ausgebaut und Maßnahmen eingeleitet werden, die eine Einbindung in das Versorgungsnetzwerk ermöglichen. Eine sofortige Heimeinweisung ist zu vermeiden.

Die im Gesetz vorgesehenen Pflegestützpunkte sollten aufsuchend arbeiten. In ihnen sollten Case- und Caremanager angesiedelt sein. Ihre Aufgabe ist es, die Angebote vor Ort zu vernetzen z. B. ambulante Pflegedienste und Selbsthilfeorganisationen einzubinden.

Zusätzlich beraten Pflegestützpunkte.

Das breite Spektrum der Wohnformen im Alter muss auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz zugeschnitten sein. Die aufsuchende haus- und fachärztliche Versorgung gegebenenfalls unter Einbezug anderer Berufsgruppen muss gewährleistet sein.

Die benannten Maßnahmen müssen in einer Region organisiert und vernetzt werden. In NRW übernehmen diese Aufgaben die Demenz Servicezentren (DSZ). In anderen Bundesländern sind noch Strukturen zu definieren, die diese Funktion erfüllen.

Voraussetzung für die Erfüllung der Funktionen von Einrichtungen wie einem DSZ ist eine Ansprechstelle in jeder Stadt und jedem Kreis.

Bei Auftreten der ersten Krankheitsanzeichen muss ein direkter, personenbezogener Zugang zum Hilfesystem mit seiner gesamten Breite möglich sein. Voraussetzung dafür ist zuallererst die Sicherung der Diagnose. Wird sie nicht gesichert, werden eventuell gut behandelbare Störungen durch Nichterkennen unbehandelbar. Es empfiehlt sich daher folgender Weg:

1. Erstkontakt
2. Gedächtnissprechstunde
3. Hilfestrukturen

Mit dem Erkennen der Auswirkungen der Krankheit muss untrennbar das Beschreiben *vorhandener Ressourcen* verbunden sein. Auf vorhandenen Ressourcen kann eine Vielzahl weiterer Maßnahmen ansetzen.

Um zu verdeutlichen wie die benannten Maßnahmen Menschen mit Demenz unterstützten sollten, sind nachfolgende Ausführungen gedacht.

Krankheitsverlauf und Schweregrad
Im Verlauf nimmt die Krankheit an Schwere zu. Es ist daher besonders wichtig, den Schweregrad über den Gesamtverlauf im Auge zu behalten. Der Schweregrad bestimmt maßgeblich die Art der notwendigen Versorgung. Versorgungsangebote sind letztendlich auf bestimmte Schweregrade zugeschnitten und jeweils nur für eine bestimmte Phase der Krankheit hilfreich. Das sei an zwei Fallbeispielen veranschaulicht:

Fallbeispiel 1: Beginnende Demenz
Eine 73-jährige erscheint in Begleitung ihres jüngeren Ehemannes beim Arzt. Beim Hereinkommen nimmt der Arzt wahr, dass der Ehemann seine Frau darüber aufklärt, dass beide nun ein Arztzimmer beträten. Der Ehemann berichtet, seine Frau vergesse in letzter Zeit immer mehr. Gelegentlich habe Sie beim Essen wichtige Zutaten vergessen oder falsche hinzugefügt. Im Gespräch zeigt sie sich aufmerksam und kooperativ. Sie glaubt, es sei Montag statt Freitag und Vormittag statt Nachmittag. Weiß aber noch, wo sie ist, was sie gerade tut und wer sie ist. Ihre Stimmung ist leicht gehoben. Das Denken ist geordnet aber leicht verlangsamt. Gelegentlich geht der „rote Faden" im Gespräch verloren.

In dieser Situation ist nach Sicherung der Diagnose und Beginn einer Behandlung ggf. auch unter Einbezug des Partners in einer Rehabilitationsbehandlung primär eine Beratung angezeigt. Häusliche Hilfen werden meist noch nicht benötigt.

Fallbeispiel 2: Mittelschwere Demenz
Eine 57-jährige Frau kommt mit ihrem 63-jährigen Ehemann zum Arzt und berichtet, die Pfle-ge zu Hause habe sich sehr erschwert. Der seit 3 Jahren demenzkranke Ehemann beschuldige sie ständig, sie zu bestehlen. Bei einfachen Pflegemaßnahmen wehre er sich gegen sie.
Da er inkontinent sei, wisse sie nicht mehr, wie sie die Pflege bewältigen könne. Im Gespräch wirkt der Ehemann freundlich und kooperativ, redet aber am Thema vorbei und erzählt unwichtige und unrichtige Dinge. Er kennt seinen Namen und sein Geburtsdatum, weiß aber nicht mehr, wo er wohnt, dass er beim Arzt ist oder welches Jahr wir haben. Er berichtet, ihm seien in letzter Zeit viele Dinge gestohlen worden. Die Ehefrau betont, nichts sei verschwunden, es seien lediglich Dinge verlegt und nicht wiedergefunden worden.

Hier steht die häusliche Versorgung auf dem Prüfstand. Neben einer umfassenden Beratung muss herausgefunden werden, welche Bestandteile des Hilfemix eingesetzt werden können, um eine Heimeinweisung zu vermeiden. Lässt sich die Versorgung zuhause nicht mehr sicherstellen, muss eine Hilfeplanung auch die Optionen eines Wohnortwechsels in eine Hausgemeinschaft, ein Altenheim oder Altenpflegeheim mit einbeziehen.

Fallbeispiel 3: Schwere Demenz
Ein 87-jähriger Mann lebt in einer Hausgemeinschaft. Er ist nicht mehr in der Lage zu gehen und hat die Kontrolle über Stuhl und Wasser verloren. Auf Ansprache wendet er den Kopf zu und spricht sich wiederholende Silben wie „eiwei…eiwei…eiwei". Gelegentlich lächelt er auch. Nachts kann er oft nicht schlafen und ruft laut und immer wiederkehrend „Hallo! " auch wenn sich jemand durchgängig bei ihm befindet. Manchmal schlägt er ohne direkt erkennbaren Grund nach Menschen, die ihm nahe kommen. Bei dem Versuch aufzustehen, ist er schon einmal gestürzt.

Behandlung und Pflege sind hier mit Herausforderungen wie Unruhe, Aggressivität, Schlaflosigkeit und eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit auf sehr spezifische Art belastet. Konzepte zum Umgang mit schwierigem Verhalten sind hier gefragt, wie auch eine differenzierte Analyse auf noch vorhandene Ressourcen, die zum Nutzen des Menschen eingesetzt werden können.

4.2.2 Herleitung der Zielvorstellungen

4.2.2.1 Ausgangspunkt Betroffene im Wohnumfeld

Versorgung beginnt bei den Menschen, für die sich ein Versorgungsbedarf ergibt. Aus Sicht von Betroffenen und privat Pflegenden lässt sich der Hilfebedarf über Fragen darstellen, die es zu klären gilt. Aus den Fragen resultieren Aufgaben für versorgende Institutionen und Politik, die als Ergebnis die Frage beantworten und das Versorgungsproblem lösen. Nachfolgend wird auf diese Weise von den betroffenen Menschen ausgegangen.

Demenz ja oder nein?

Aufgabe: Diagnose sicherstellen, Schweregrad ermitteln (z. B. Gedächtnissprechstunde, Hausarzt etc.)
Ergebnis: Demenzdiagnose steht. Schweregrad ist bekannt

4.2.2.1.1Unmittelbar Betroffene

Wer berät mich?
Wer hilft mir bei der Organisation der Hilfen?

Aufgabe: Beratung, Betreuung und Versorgung sicherstellen (z. B. Pflegestützpunkt über Casemanager, z. B. Sozialarbeiter/-in, Krankenschwester, Krankenpfleger)

Dazu erforderlich:

- Situationsbeschreibung (häusliches Umfeld)
- Beschreibung des Hilfebedarfs
- Aufklärung und Beratung zu möglichen Hilfen
- Zusammenstellung der Hilfen (Hilfeplan)
- Organisation der Hilfen
- Umsetzung der Hilfen
- Anpassen der Hilfen an den Bedarf

Ergebnis: Beraten, Hilfeangebote bekannt, Versorgung gesichert

4.2.2.1.1Mittelbar Betroffene

Wie halte ich durch und bleibe gesund?

Aufgabe: Beratung (z. B. durch GPZ, Fachberatung, Angehörigengruppen etc., Selbsthilfegruppen)
Ergebnis: Gesundheit Pflegender erhalten.

4.2.3 Verantwortung der Politik auf allen politischen Ebenen

Für die Politik ergibt sich aus den Fragen der Gesellschaft Handlungsbedarf. Hierzu ist die Ausgangssituation zu klären, die daraus resultierenden Fragen zu ermitteln und ein Aktionsplan Demenz zu erarbeiten.

4.2.3.1 Ausgangssituation

Versorgungseinrichtungen haben die Aufgabe, in Struktur und Inhalt Hilfen zur Verfügung zu stellen, die Aufgaben lösen und sicherstellen, dass Ziele erreicht werden. Die aktuelle Situation in Deutschland ist durch ein sehr heterogenes und unvollständig geknüpftes Netz

gekennzeichnet, dass auf sehr unterschiedliche Weise und mit sehr unterschiedlichem Durchdringungsgrad die Aufgaben zu lösen versucht. In mehreren Regionen finden sich sehr gute Lösungsansätze, die aber alles andere als deckungsgleich sind. Zusätzlich kompliziert wird das Überblicken der Versorgungssituation durch unterschiedliche sowie durch unterschiedlich verwendete Begriffe (fehlende Transparenz) Da die Bezeichnungen von Einrichtungen und Angebotsformen regionale unterschiedlich sind, ist eine Vereinheitlichung sinnvoll. Ein im Rahmen des Projekts erstelltes Glossar soll eine erste Übersicht ermöglichen. [87].

4.2.3.2 Planungsrelevante Fragen auf kommunaler Ebene

Die bestehenden wie zu entwickelnden Arten und Umfänge des Angebots müssen einem Abgleich unterzogen werden, ob sie in der Lage sind, die Beantwortung der nachfolgenden Fragen zu ermöglichen.

- Welche Strukturen werden benötigt, um Diagnose und Schweregrad zu ermitteln?
- Welche Strukturen werden für die Beratung benötigt?
- Welche Strukturen stellen die Versorgung im häuslichen Umfeld sicher?
- Welche Strukturen werden für die Vernetzung benötigt?
- Welche Aus-, Fort- und Weiterbildungsstrukturen werden benötigt?
- Welche Strukturen werden zur Qualitätssicherung benötigt?
- Wie lässt sich der Ist-Zustand in den Soll-Zustand wandeln?

4.2.4 Einrichtungen zur Lösung der Fragen

Versorgungseinrichtungen haben die Aufgabe, in Struktur und Inhalt Hilfen zur Verfügung zu stellen, die die Aufgaben lösen und sicherstellen, dass die Ziele erreicht werden.[88]

Einrichtungen zur Feststellung von Diagnose und Schweregrad
Gedächtnissprechstunde etc.

Einrichtungen zur Versorgung der Betroffenen
Pflegestützpunkte

Notwendige Fragen:

- Wer ist der Träger? (Gesetzlich festgelegt)
- Wie sichere ich die Aufgaben der Demenzversorgung im Pflegestützpunkt?
- Wie wird die Kooperation von Pflegekassen/ Kommunen und Leistungserbringern sichergestellt?
- Wie groß ist der Versorgungsbereich? (regional unterschiedlich)
- Welche personelle und finanzielle Ausstattung steht mir zur Verfügung (Kostenträgerschaft)?
- Wie sichere ich meine Qualität? (Vorgabe benötigt)
- Wie sieht ein Betriebskonzept aus ?
- Welche Institutionen müssen in einer Region mitarbeiten, um die Fragen zu beantworten?
- Welche Strukturen werden dafür benötigt?
- Wie muss die Öffentlichkeitsarbeit aufgebaut werden?

[87] Siehe Anhang
[88] Eine Übersicht findet sich in 6.7 (Ergänzungen / Leistungsangebote)

Einrichtungen zur Unterstützung der Pflegenden
Caregiving und Caremanagement

Einrichtungen zur Organisation
Kommunales Organisationszentrum
Demenz-Service-Zentren (DSZ)
Gerontopsychiatrische Zentren (GPZ)

Einrichtungen zur Qualitätssicherung
Kommunales Organisationszentrum
Alle übrigen Strukturen in unterschiedlichem Umfang

Zielvorstellungen	Verantwortlichkeiten und erforderliche Leistungen von	Maßnahmen
	Der Politik	
	Prävention ermöglichen	☼ Aufklärungskampagnen, ☼ Einbezug in schulische Bildung
	Strukturentwicklung	Definition von Strukturen zur ☼ Prävention, ☼ Versorgung, ☼ Aus- und Weiterbildung, ☼ Qualitätssicherung sowie von ☼ Aufgaben und ☼ Interaktion der Strukturen sowie ☼ Kommunikationswegen
Erhalt der	Qualitätssicherung	☼ Festlegen notwendiger beruflicher Qualifikationen sowie von ☼ Inhalten der Aus- und Weiterbildung
Selbstständigkeit **Teilhabe** **Selbstbestimmung** **Achtung der Menschenwürde**	Finanzierungssicherung	von ☼ Ehrenamtlichen, ☼ Aus- und Weiterbildung, ☼ Qualitätssicherung, ☼ Prävention, ☼ Strukturen ☼ Integration der Wirtschaft zur Entlastung der Hauptpflegendengruppe der 40-50-jährigen
	Professioneller Hilfen	
	Entlastung durch körperliche und psychische Pflege	☼ Erlernen der Ausbildungsinhalte ☼ Umsetzen des Erlernten
	Beratung und Begleitung	☼ Erlernen der Ausbildungsinhalte ☼ Umsetzen des Erlernten ☼ Qualitätssicherung ☼ Beratung von Kooperationspartnern
Wege zum Erreichen der Ziele	Kommunikation der Institutionen untereinander sowie mit Politik und Organisationen	☼ Aufbau interner Kommunikationsstrukturen ☼ Mitarbeit in regionalen Kommunikationsstrukturen (Arbeitsgemeinschaften, Trägergemeinschaften, kommunal politischen Zirkeln etc.)
Umfassende Nutzung präventiver Möglichkeiten	Interne Qualitätssicherung	☼ Nutzerbefragung ☼ internes Vorschlagswesen ☼ Kooperationspartnerbefragung etc.
Frühestmögliche Bedarfserkennung	**Der Versorgenden**	
Frühestmögliche Versorgung	körperliche Pflege	☼ Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen
Hinreichende Versorgungsstrukturen	psychische Pflege	☼ Beratung der Institutionen, ☼ Supervision der Angebote
Qualitativ hochwertige Versorgungsstrukturen	Qualitätssicherung	☼ ggf. Mitwirkung in Angehörigenselbsthilfestrukturen
Risikoprofile erkennen	**Der Bevölkerung**	
soziale Situation (z. B. alleinlebend) berücksichtigen	Lernen vorzubeugen und zu erkennen	☼ Wahrnehmen von Informationen
Wohnungsanpassung	Mitverantwortliche Supervision	☼ Wahrnehmen und Kommentieren des Ist-Zustands ☼ Einfordern des Soll-Zustands

Kategorie	Institution	Aufgabe
Organisation	Politik	Koordination, Planung, Supervision
	Krankenkassen	Ausführung der politischen Vorgaben
	Demenz-Service-Zentren	Strukturierung und Vernetzung
	Gerontopsychiatrische Zentren	Bündelung gerontopsychiatrischer Hilfen
	Fehlende Struktur zur Funktion Qualitätssicherung	Qualitätssicherung über Nutzer- und Anbieterbefragung, Erfolgsermittlung, Entwicklung von Optimierungsvorschlägen
Aus- und Weiterbildung	Berufsausbildung	Qualifizierung
	Fehlende Struktur zu Fort- und Weiterbildung	Aufrechterhalten und Weiterentwicklung des Kenntnisstandes
	Fehlende Struktur zur Ehrenamtlichenschulung und Angehörigenschulung	Qualifizierung zur Mithilfe
Beratung	*Fehlende Struktur zur Funktion* Lebens- und Altersplanung sowie Prävention	Optimierung von Vorbeugung und Lebens- und Altersplanung
	Fachberater (auch Casemanager, persönlicher Begleiter)	Koordinierung der Hilfen vor Ort, Qualitätssicherung, Kommunikationskoordination
	Pflegestützpunkte	perspektivisch
	Selbsthilfe	z. B. Alzheimergesellschaften
	Telefonnummer 115	Informationsvermittlung
Betreuung	Gesetzlicher Betreuer oder Bevollmächtigter	Unterstützung bei Bedarf
Wohnen	Institutionen der Altenhilfe	Sichern einer bedarfsgerechten Wohnmöglichkeit
Entlastung	Zeitlich (z. B. Cafes)	Stundenweise Entlastung
	Pflegerisch (z. B. Pflegedienste)	Mithilfe bei der körperlichen Pflege
	Psychosozial (z. B. Pflegebegleiter, Alltagsbegleiter)	Stabilisierung der Pflegedyade
Behandlung	Prävention (z. B. Sportverein)	Vorbeugung
	Niedergelassen Ärzte (Hausärzte und Fachärzte)	Begleitende Behandlung
	Gedächtnissprechstunde	Erkennen durch Diagnostik und Behandeln durch Therapievorschläge
	Tagesklinik	Diagnostik und Therapie
	Klinik	Behandlung in Krisensituationen
	Rehabilitation ambulant	Stabilisierung der Dyade
	Rehabilitation stationär	Stabilisierung der Dyade

Tabelle 2: Strukturierung der Versorgung nach Aufgabenbereich

4.2.5 Kommunikation

4.2.5.1 Nutzerbezogene Kommunikation

Die räumliche Nähe der Hilfeangebote in Stadt oder Kreis erlaubt eine enge Kommunikation zwischen allen Berufsgruppen. Um die Schwelle für Kommunikation nicht zu erhöhen, wird von einer strengen Formalisierung mit regelmäßigen Großgruppentreffen abgeraten. Der Vorzug ist hier der auf den jeweiligen Einzelfall bezogenen direkten Absprache zu geben. Ergeben sich übergreifende Aspekte ist die übergreifende Entwicklung von Optimierungsvorschlägen hilfreich. Enge Absprachen mit Angehörigenverbänden wie Alzheimergesellschaften sollten dabei helfen, dass übergreifende Probleme vorher bereinigt werden und das Spektrum der Individualarbeit auf die tatsächliche Problematik des Einzelnen reduziert werden kann.

4.2.5.2 Kommunikation mit professionellen Helfern und Anbietern

In vielen Gemeinden finden sich bereits regelmäßige Treffen der Anbieter im Altersbereich wie z. B. Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften, Demenznetzwerke. Diese Plattform eröffnet auch die Möglichkeit Qualitätssicherung zu betreiben und z. B. die Ergebnisse von Nutzerbefragungen auszuwerten etc. Hier sollte auch über den Bedarf an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen gesprochen werden, um entsprechende organisatorische Umsetzungen anzuregen. Eine weitgehend unabhängige Auswertung wäre zu garantieren, wenn die Auswertung der Qualitätssicherungsunterlagen durch regionale Angehörigengruppen wie z. B. Alzheimergesellschaften erfolgen würde.

4.2.5.3 Kommunikation mit professionellen Fort- und Weiterbildern

Für viele Berufsgruppen ist die Fort- und Weiterbildung geregelt. Ein Kontakt zu den Verantwortlichen ist anzustreben, um Fort- und Weiterbildungsinhalte sich verändernden Bedarf anzupassen.

In der Praxis der Angebote (z. B. Tagespflege, Altenheim, Cafeangebote etc.) wird ein besonderer Bedarf an Fort- und Weiterbildung sichtbar. Das regionale Demenz-Service-Zentrum sollte hierfür ein Fort- und Weiterbildungscurriculum entwickeln, das jährlich dem Bedarf angepasst wird. Dabei sollten einbezogen werden:

- Experten aus Universitäten und Fachhochschulen
- Anbieter von Fort- und Weiterbildung
- Selbsthilfegruppen
- Kranken- und Pflegekassen.

4.2.6 Einschub: Geschlechterperspektive

Einige Anmerkungen zum Konzept einer quartiersorientierten, integrierten Versorgung pflegebedürftiger Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, insbesondere Demenz unter der Geschlechterperspektive

Dr. Barbara Stiegler

Das bestehende Pflegesystem zeichnet sich durch eine starke „Vergeschlechtlichung“ aus, Männer und Frauen haben in diesem Feld nicht die gleichen Positionen, die Arbeiten sind geschlechtsbezogen zugewiesen und die Lebenslage der Pflegenden sowie der Pflegebedürftigen sind durch die Geschlechtszugehörigkeit geprägt. Das Ziel der Gestaltung der Versorgung sollte deshalb immer auch ein Mehr an Geschlechtergerechtigkeit sein.

Pflegearbeit unter der Geschlechterperspektive zu betrachten, wirft eine Reihe von neuen Fragen auf, bietet aber auch Lösungsansätze. Der Arbeitsbereich Frauen und Geschlechterforschung in der Friedrich Ebert Stiftung bearbeitet seit 2008 ein Projekt „Gender in der Pflege“.
Fasst man die bisherigen Diskussionen im FES Care Projekt zusammen, so lassen sich fünf Handlungsorientierungen benennen, die weiter zu bearbeiten sind. Ihre Umsetzung wird in verschiedenen Politik- und Praxisfeldern und zusammen mit den dort laufenden Diskursen erfolgen müssen. Auch für die Gestaltung der quartiersorientierten, integrierten Versorgung Pflegebedürftiger können diese Handlungsorientierungen von Nutzen sein.

1. Wissen und Daten generieren
2. Die Feminisierung der Pflegearbeit aufheben
3. Pflegearbeit aus der Privatheit herausholen
4. Pflegearbeit weiter professionalisieren
5. Umfang der Pflegearbeit durch Prophylaxe verringern

zu 1: Wissen und Daten generieren
Die Geschlechterperspektive fehlt nicht nur in den Diskursen über die Pflege, auch in der Forschung und der Erhebung von Daten lässt sich noch zu wünschen übrig.

Um mehr Klarheit zu erreichen, ist es nötig:

- Die amtlichen Pflegestatistik zu erweitern.
- die Datenlage über pflegende Angehörige zu verbessern,
- sozialwissenschaftliche Studien zu Lebenslage und Lebenslauf pflegender Angehöriger und
- sozialwissenschaftliche Studien zu den Erfahrungen mit kleinräumigen und vernetzten Versorgungsstrukturen durchzuführen.

Was heißt das für die Gestaltung der quartiersorientierten, integrierten Versorgung Pflegebedürftiger mit psychischen Beeinträchtigungen, insbesondere Demenz?

Auch in der Begleitforschung von Modellprojekten zur quartiersorientierten, integrierten Versorgung Pflegebedürftiger sollten die Daten geschlechtsbezogen erhoben werden und die je spezifische Lebenssituation von Männern und Frau berücksichtigt werden.

Zu 2: Die Feminisierung der Pflegearbeit aufheben
Am Anfang jeder geschlechterpolitischen Innovation im Pflegesystem steht die Erkenntnis, dass private Care-Arbeit für Pflegebedürftige nicht länger überwiegend Frauenarbeit sein darf, sondern als Aufgabe für beide Geschlechter zu sehen ist. Ähnlich wie wir es zurzeit bei der Neukonzeptionierung der Kinderbetreuungsarbeit erleben, sollte auch die private Pflegearbeit als Aufgabe für beide Geschlechter definiert werden. Anstelle der stereotypen Zuordnung von Pflegearbeit zu Frauen wäre das Leitbild für beide Geschlechter: es gehört zu jedem erwachsenen Menschen, Mann wie Frau, Sorgearbeit sowohl für Kinder als auch für alte Menschen zu leisten, und in den biographischen Phasen, wo dies möglich ist, wird diese Arbeit mit der Erwerbsarbeit verbunden.

Was heißt das für die Gestaltung der quartiersorientierten, integrierten Versorgung Pflegebedürftiger mit psychischen Beeinträchtigungen, insbesondere Demenz?
In diesem Punkt geht es insbesondere um die Männer: sie müssen gefördert und für die Pflegearbeit gewonnen werden:

- Weder Männer noch Frauen stereotypisieren, wenn es um Pflege geht: Gestaltung von Broschüren, Ansprache auch gezielt an männliche Angehörige
- Praktika von Jungen und Männern im Pflegebereich gezielt fördern
- Private Pflege Arbeit als Qualifizierung beschreiben
- Männlichen Angehörigengruppen eine Modellförderung zu billigen
- Männliche Mentoren für Männer in Pflege schaffen

zu 3: Pflegearbeit aus der Privatheit herausholen
Die meisten Pflegebedürftigen wünschen, dass sie in der eigenen Häuslichkeit gepflegt werden. Dieser Wunsch ist ernst zu nehmen. Das heißt aber nicht automatisch, dass die Pflege von Familienmitgliedern geleistet werden muss. Kommunale Aufgabe ist es, eine sozialräumlich orientierte Altenpolitik zu betreiben, bei der die Steuerung der Pflege von den Bedürfnissen und den Interessen der Pflegebedürftigen und der Pflegenden ausgeht. Hier geht es um einen Prozess des Umdenkens, in dem auch das Erfahrungswissen und Engagement von Selbsthilfegruppen stärker einzubeziehen ist. Es ist eine gute Infrastruktur zu schaffen. Diese wird in Zukunft als Standortfaktor für die Kommunen und Regionen an Bedeutung gewinnen.

Was heißt das für die Gestaltung der quartiersorientierten, integrierten Versorgung Pflegebedürftiger mit psychischen Beeinträchtigungen, insbesondere Demenz?
Das Konzept der quartiersorientierten, integrierten Versorgung Pflegebedürftiger ist ein Schritt dahin, die private Pflegearbeit zu reduzieren und dient damit dem Ziel, mehr Geschlechtergerechtigkeit zu schaffen. Die Verlagerung von Teilen der privaten Pflegearbeit ist ein öffentliches Angebot entlastet die meist weiblichen privat Pflegenden.

Es basiert aber auch auf der ehrenamtlichen Arbeit, der Nachbarschaftshilfe und der Bürger/innen/hilfe. Hier besteht die Gefahr, dass es vornehmlich Frauen sind, die sich durch diese Gestaltung angesprochen fühlen und die ehrenamtliche Arbeit leisten, ohne dass dies als Problem angesehen wird. Ehrenamtliche Arbeit darf keine grundlegende Stütze des gesamten Pflegesystems sein und sie darf die professionelle Arbeit nicht ersetzen. Ehrenamtliche Arbeit muss stärker anerkannt werden, um das bürgerschaftliche Engagement auch für Männer attraktiver zu machen. Dazu können Anreize gesetzt werden, z. B. durch Punktsysteme. Darüber hinaus bedarf es einer speziellen Ansprache und Motivierung, damit Männer sich für die ehrenamtliche Arbeit interessieren.

Zu 4: Pflegearbeit weiter professionalisieren
Im Gegensatz zum europäischen Ausland ist der Pflegeberuf in Deutschland ein Beruf, der die Merkmale des typischen Frauenberufes trägt: ein Hilfsberuf, der eine relativ niedrige Qualifikation fordert, wenig Aufstiegschancen bietet und gering entlohnt wird. Das Berufsfeld aufzuwerten und neu zu ordnen, ist die politische Aufgabe.

a) Verbesserung der Pflegeausbildung

- Eigenständigkeit und Wert der Pflege gegenüber der Medizin betonen und die Geschlechtskonnotationen abbauen (Pflege weiblich, Medizin männlich
- Ausbildungsgänge bis hin zu universitärem Abschluss schaffen

- Die Ausbildung für Gesundheitsberufe modularisieren und Pflegeausbildung integrieren
- Image der Pflegeberufe verbessern
- Geschlechtersensibilität in der Pflegearbeit vermitteln

b) Verbesserung der Berufsarbeit
- Die professionelle Pflegearbeit diskriminierungsfrei, belastungsgerecht und leistungsgerecht, damit höher bezahlen, nicht nur im Mindestlohn
- Bessere Aufstiegschancen und Spezialisierungen sowie die Durchlässigkeit in den Berufen schaffen
- Leistungen der Pflegeversicherung an die Qualität der Arbeit binden
- Obligatorische Supervision einführen

Was heißt das für die Gestaltung der quartiersorientierten, integrierten Versorgung Pflegebedürftiger mit psychischen Beeinträchtigungen, insbesondere Demenz?
Bei der Beschäftigung der professionellen Kräfte könnte in Zukunft der Anspruch bestehen, eine gendersensible neben der kultursensiblen Pflege, leisten zu können. Dazu gehört die Fähigkeit, die Bedeutung von Geschlechterrollen, geschlechtsbezogenen Biographien, von Männlichkeitsmustern und Weiblichkeitsmustern zu erkennen, ihre Wirkungen in dem Verhalten, in den Orientierungen und in den Lebenslagen der Pflegebedürftigen zu begreifen und die Pflegehandlungen darauf sensibel abzustimmen.

zu 5. Umfang der Pflegearbeit durch Prophylaxe verringern
Je weniger Menschen pflegebedürftig sind, und je länger dieser Zustand bei den Einzelnen nicht eintritt, desto weniger die (privaten) Pflegearbeiten notwendig. Prophylaxe hat unter dem Geschlechteraspekt verschiedene Facetten:

a. Armutsbekämpfung
   Die geschlechtsbezogenen Armutsrisiken verhindern, denn Armut im Alter führt zu chronischen Erkrankungen und erhöhter Pflegebedürftigkeit: Besonders nicht/gering erwerbstätige Mütter, allein erziehende Mütter, Mütter mit 3 und mehr Kindern, und von männlicher Gewalt betroffene Frauen sind armutsgefährdet.
b. Gesundheitsförderung
   Die Vorsorgeorientierung vor allem bei Männern stärken, dem betrieblichen Gesundheitswesen eine gewichtigere Bedeutung zukommen lassen.
c. Qualifizierung
   Jungen und Männern die hauswirtschaftliche Eigenversorgung beibringen

Was heißt das für die Gestaltung der quartiersorientierten, integrierten Versorgung Pflegebedürftiger mit psychischen Beeinträchtigungen, insbesondere Demenz?
Das Konzept setzt auf eine zugehende ambulante Beratung. Dabei ist zu berücksichtigen, dass unter den armen alten Menschen überwiegend Frauen sind, die isoliert und einsam wohnen. Der Zusammenhang von materieller Armut und Erkrankungen ist bekannt, bei vielen Frauen hat dieser Zusammenhang einen speziellen Hintergrund. Ihre materielle Armut hat nämlich viel damit zu tun, das sie in ihrem Leben sehr viel unbezahlte Arbeit geleistet haben, aus der ihnen kaum ein Versorgungsanspruch im Alter erwachsen ist. Die Beratungsprozesse sind auf diesen Hintergrund abzustimmen.

Langfristig könnte den Pflegestützpunkten auch die Aufgabe einer Prophylaxe zukommen: Die durch Pflegestützpunkte organisierte Aufklärung ist geschlechtersensibel zu gestalten: Wenn in Schulen und Betrieben über notwendige Vorsorge gesprochen wird, sollten auch

die besonderen Barrieren von Jungen und Männern gegenüber Krankheitsfragen und der Hausarbeit berücksichtigt und überwunden werden.

4.3 Selbsthilfe, Nachbarschaftshilfe, Bürgerhilfe, Hospizarbeit in der Unterstützung der Betreuung und Begleitung demenzkranker Menschen

Der Selbsthilfe, Nachbarschaftshilfe und der organisierten Bürgerhilfe wird zu Recht in allen Publikationen, Altenberichten, Stellungnahmen, Forderungen usw. ein hoher Stellenwert zugeordnet. Konzepte und Praxisbeispiele sind in ausreichendem Maße vorhanden. Auf sie kann im Kontext dieses Papiers nur hingewiesen werden; sie auszuführen, das würde den Rahmen sprengen.

Teilhabe und Zugehörigkeit, Erhalt weitgehender Selbständigkeit und Lebensqualität in gewohnter Umgebung, Vorbeugung von Vereinsamung und Isolation usw. sind ohne aktive Gestaltung der Selbsthilfe und ohne einen lebendigen Sozialraum im Gemeinwesen undenkbar. Dabei ist die Einbettung jedes einzelnen Menschen in seinen eigenen Sozialraum mit Familie, Nachbarn, Freunden, Leben in „ Wahlverwandtschaften“, mit Vereinen, Kirchengemeinden etc sehr unterschiedlich.

In der Demenzkrankenversorgung sind der Erhalt von Lebensqualität und das Gefühl der Zugehörigkeit unverzichtbar, wenn die Versorgung sich nicht auf die abgesicherte lebenserhaltende Grundversorgung reduzieren soll. Darin sind sich alle einig. Und das wiederum ist ohne aktive Gestaltung eines möglichst selbstbestimmten Lebens und ohne die vielfachen Entwicklungen des bürgerschaftlichen Helfens nicht realisierbar.

4.3.1 Hilfe annehmen

„Selbstbestimmt leben im Alter, möglichst bis zum Lebensende, zumindest *fast* bis zum Lebensende“ – das gehört zum Selbstbild und Zukunftsentwurf nahezu jedes älter werdenden Menschen. Und was jeder einzelne Mensch tun kann im Rahmen der *Selbsthilfe*, wird weiter unten dargestellt. Der nachvollziehbare Wunsch, möglichst lange selbständig und selbstbestimmt zu leben, verleitet viele Menschen leider allzu oft dazu, den erforderlichen eigenen Hilfebedarf nicht wahrzunehmen und rechtzeitig erforderliche Hilfen zu suchen oder, wenn diese angeboten werden, sie auch anzunehmen.

Der Mensch ist für sich allein nicht lebensfähig. Er ist auf Gemeinschaft, Hilfe und Unterstützung (gebend und nehmend) angewiesen. Dieses Selbstverständnis im Alltagshandeln umzusetzen, fällt vielen im Alter schwer. Das KDA hat im Rahmen einer Studie ermittelt, dass Menschen dann am ehesten lange selbstbestimmt leben, wenn sie in der Lage sind, eigenen Hilfebedarf zu erkennen und Hilfe, welcher Art auch immer, anzunehmen. Diejenigen, die möglichst lange Unterstützung und Hilfe ablehnen, weil sie dies als Ausdruck eigener Schwäche erleben, werden später häufiger in Pflegeheimen aufgenommen als diejenigen, die es gelernt haben, rechtzeitig Hilfe anzunehmen. (Rückert). Hilfe annehmen können ist ein Ausdruck eigener Stärke.

In einem Stadtteil einer mittleren Großstadt wurden im Rahmen einer Ausschreibung eines vom Bundesministerium für Senioren ältere Menschen gesucht, die sich entweder als ehrenamtliche Helfer oder als potentiell Hilfsbedürftige melden. Von jedem ehrenamtlich Tätigen werden verbindlich 8 Stunden in der Woche erwartet. Trotz der Hürde der verbindli-

chen Zusage von 8 Wochenstunden haben sich nur ehrenamtliche Helfer zur Verfügung gestellt; sogar mehr als benötigt wurden. Kein einziger potentiell Hilfsbedürftiger hat sich gemeldet. Und dies, obwohl die Initiative von dem Stadtteil-Verein einer Kirchengemeinde und der Stadt ausging, also keineswegs von einer anonymen Organisation.

Gleiche Zurückhaltung gilt auch für Familien. So ist in der Untersuchung der Versorgungssituation demenzkranker Menschen in der Gemeinde Namborn (Maßnahmevorschläge, 2006) u. a. zu lesen: „Wenn Symptome von Demenz im Verlauf der Erkrankung manifester werden, zeigt sich, dass das Thema in Familien und der Bevölkerung nach wie vor tabuisiert ist. Man redet nicht gern darüber, schämt sich, empfindet so etwas wie ein Niederlagenerlebnis („dass das unserem Vater, unserer Mutter passiert"). Befürchtungen beziehen sich darauf, dass andere mich oder uns (als Familie) für überfordert halten. Nach wie vor gilt (unausgesprochen) für viele die moralische Norm: Eltern können für mehrere Kinder sorgen, aber mehrere Kinder nicht für ihre Eltern. Bei solchen Konstellationen reduzieren sich Lebensqualität und Versorgungssicherheit nicht nur der Alten, Hochbetagten oder demenzkranken Familienmitglieder sondern ganzer Familien und Teile jüngerer Generationen schleichend. Alle leiden an den Ansprüchen und drohen an ihnen zu zerbrechen. Solche Wirkungsketten müssen in Zukunft vermieden werden." (Soweit das Zitat)

Die allgemeine und wohnortnahe Altenhilfe muss sich darauf konzentrieren, im Einzelfall und bei Familien die Bereitschaft zu fördern und zu wecken, die negativen Auswirkungen so gewachsener Selbstverständnisse zu überwinden. Die Bereitschaft, eigenen Hilfebedarf zu erkennen und rechtzeitig Hilfe zu suchen und anzunehmen, ob als Betroffener, Angehöriger, Freund, Nachbar etc, muss in der Kultur des Hilfesystems Selbstverständnis werden. Die Erfahrung, dass Hilfe in konkreten Situationen eher angenommen werden kann, wenn Hilfsbedürftiger und Helfer nicht in einer zwischenmenschlichen Beziehung verstrickt sind – wie dies in Familien häufig der Fall ist – ist nicht immer leicht zu akzeptieren. Man schämt sich z. B., wenn dem Nachbarn etwas gelingt, was man selbst als Angehöriger nicht schafft. Im Pflegestützpunkt St. Wendel wird die Nachbarschaftshilfe aus diesem Grund häufig von den hauptamtlichen Mitarbeiterinnen bei der konkreten Hilfeplanung organisiert, weil sich die betroffenen Familien scheuen, um Hilfe aus der Nachbarschaft nachzufragen.

Hilfe annehmen lernen ist nicht so einfach zu organisieren, wie Gedächtnistraining oder Altensport im Quartier. Es bedarf eines sozialen Handlungsansatzes und der Bereitschaft der Menschen, einen Teil der eigenen gewohnten Autonomie aufzugeben. Bisher gibt es keine Erfahrungen darin, ob es gelingen kann, Hilfe annehmen zu erlernen. Denkbar wären Verhaltenstrainings mit Methoden etwa des Rollenspiels oder anderer sozialer Übungsansätze. Einen Versuch wäre es wert.

4.3.2 Selbsthilfe

Selbsthilfe mit dem Ziel, möglichst lange selbständig zu leben, gehört zur Teilhabe-Philosophie und zum gesellschaftlichen, sozialen und präventiven Selbstverständnis. Details dazu müssen an dieser Stelle nicht ausführlich dargestellt werden; dazu gibt es reichlich Literatur und Programme zur Prävention, zur Bildung, zum Gedächtnistraining, zum Breitensport und zur sozialen und kulturellen Teilhabe. (Seniorenarbeit in Kommunen, in Kirchengemeinden, Altenberichte, KDA, Forum Seniorenarbeit NRW…)

Die zahlreichen Angebote der organisierten Selbsthilfe erreichen bisher vor allem die „rüstigen Alten", die aktiv sind, von sich aus die Angebote der Volkshochschulen, Universitäten,

Kirchengemeinden, der Kommunen und Wohlfahrtsverbände etc in Anspruch zu nehmen. Die Seniorenbeiräte haben viel bewegt, damit die besonderen Bedürfnisse alter Menschen in den Kommunen berücksichtigt werden.

Bei der Entwicklung eines Konzeptes zur quartiersorientierten integrierten Versorgung für demenzkranke Personen sind vor allem die Selbsthilfe-Initiativen in den Wohngebieten (den Quartieren) bedeutsam. Vom Konzept der Seniorennetzwerke in den Wohngebieten erhofft man sich in Zukunft eine starke soziale Bewegung in den Wohnquartieren, die auch dann tragfähig sein könnten, wenn einzelne Senioren nach und nach auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind. Das Forum Seniorenarbeit, die Kommunen und die Wohlfahrtsverbände unterstützen deshalb die Entwicklung von Seniorennetzwerken in den Wohngebieten.

4.3.3 Netzwerke

Die Seniorennetzwerke sind bisher vor allem ausgerichtet auf die Aktivierung nachbarschaftlichen sozialen Lebens. Dazu gehören Spielnachmittage, Frühstücks- und nachmittags – Kaffeetreffen, Wanderungen, Auffrischung von Sprach- und Computerfähigkeiten etc. Aber auch die konkrete Vorbereitung auf die Begleiterscheinungen des Alters gehört zur Arbeit der Netzwerke, die zumindest in der Aufbauphase von Hauptamtlichen unterstützt werden. Dazu gehören etwa Gedächtnistraining, Netzwerktreffen zu Fragen der altengerechten Umgestaltung eigener Wohnungen, zu Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten, zu Fragen der individuellen Bestattungswünsche, zur nachbarschaftlichen Nahversorgung und des Nahverkehrs etc.

Noch gibt es zu wenig Bewusstsein und zu wenig Strategien, die Menschen weiter einzubinden, die sich den zahlreichen Angeboten nicht mehr recht gewachsen fühlen. Sie ziehen sich oft unmerklich von den einzelnen Sozialkontakten – auch in den Netzwerken – zurück, entschuldigen sich mit momentaner Unpässlichkeit, wenn sie angesprochen werden. Allmählich wird eine Aktivität nach der anderen eingestellt und die Menschen fallen nach und nach aus allen Sozialkontakten heraus und geraten in Vergessenheit.

Aktuelles Fallbeispiel:
Eine 84 jährige Frau lebt in einer idyllischen Wohnstraße am Rande einer mittleren Großstadt. Sie erhält von dem Bringdienst eines Wohlfahrtsverbandes einmal in der Woche ein kleines Nahrungs-Paket, das ihr auf ihren Wunsch hin an den Wohnungseingang gestellt wird. Als der Überbringer entdeckt, dass ein Paket der vergangenen Woche noch vor der Tür steht, stellt man fest, dass die Frau seit 10 Tagen tot in der Wohnung liegt. Diese Frau war bis vor wenigen Jahren eine sozial engagierte und aktive Bürgerin, Vorsitzende eines örtlichen Wohlfahrtsverbandes, Mitglied in der Bezirksvertretung, nachbarschaftlich aktiv. Nach und nach war sie aus allen Funktionen ausgeschieden und hatte offensichtlich nicht gelernt, anders als durch eigenes soziales Engagement Sozialkontakte zu pflegen. So war sie aus dem Blickfeld ihres Stadtteils geraten; und zum Entsetzen vieler, die sie gut kannten, hatte niemand gemerkt, wie sie vereinsamte und ihr eigenes Leben nicht mehr gestalten konnte. – Soweit dies Fallbeispiel.

Selbsthilfe zur Förderung der eigenen Fähigkeiten, Sozialkontakte zu pflegen und zu halten, rechtzeitig erforderliche Unterstützung zur Aufrechterhaltung einzufordern und zu organisieren – das gilt es im Auge zu haben und zu fördern. Vor allem die Seniorennetzwerke in den Wohnquartieren wären in der Lage, mit dafür zu sorgen, dass Fahrdienste in An-

spruch genommen werden, Mitnahmedienste zu den vielfältigen wohnortnahen Veranstaltungen organisiert und genutzt werden, Nachbarschaft gepflegt wird, Aktivitäten aufrecht erhalten werden, auch wenn die Kräfte nachlassen. Vor allem aber auch mit dem Ziel, die eigene Selbständigkeit durch Mithilfe und Unterstützung durch Nachbarn, Freunde oder Besuchsdienste etc möglichst lange aufrecht zu erhalten. Denn Selbstbestimmtheit erhält sich am ehesten durch die Bereitschaft, sich unterstützen und helfen zu lassen.

Die vorhandenen Seniorennetzwerke in Dörfern und Städten, Stadtteilen (Quartieren) sind dazu angetreten, soziale Netzwerke so zu gestalten, dass sie auch in Zeiten nachlassender Fähigkeiten tragfähig bleiben. Viele dieser Netzwerke konzentrieren sich aber nach wie vor auf die Förderung sozialer Aktivitäten im Wohngebiet und auf die aktiven Senioren.

Altenhilfezentren im Wohngebiet oder integrierte Pflegestützpunkte mit einem wohngebietsbezogenen, gemeinwesenorientierten Ansatz könnten sich dieses Aspektes der ansonsten positiven Entwicklung kommunaler Altenhilfestrukturen annehmen. Auf die vorhandene Literatur, auf die Altenberichte der Bundesregierung, die kommunalen Altenhilfepläne, die unendlichen Initiativen und Projekte zur Förderung der Selbsthilfe und zum Erhalt der Selbstbestimmtheit kann hier nur verwiesen werden.

4.3.4 Nachbarschaftshilfe

Nachbarschaftshilfe ist nach einer Phase der Abgrenzung und Abschottung der Menschen untereinander mit der Wiederentdeckung des Gemeinwesens als lebendigem Sozialraum erneut in den Blickpunkt gesellschaftlichen Interesses geraten. Dabei war die Nachbarschaftshilfe nie gestorben; sie lebt in unterschiedlicher Form in gewachsenen Dörfern und Kleinstädten, in Großstadtgemeinden in vielen Straßenzügen, in Miethäusern, in neu gebauten Wohngebieten.

Es gibt nichts, was im Rahmen der Nachbarschaftshilfe nicht möglich und denkbar ist. Das geht von der Blumenpflege bei Urlaub oder Krankenhausaufenthalt, bis zur Übernahme vielfältiger Hilfen für gebrechliche Nachbarn, gegenseitiger Hilfe in Haus und Garten, Tierpflege, Schularbeitenhilfe, Baby- oder Oma-Sitting, gemeinsame Spaziergänge, Einkaufshilfen etc.

Bei der Entwicklung konkreter Hilfsmöglichkeiten für demenzkranke Personen im Landkreis St Wendel im Rahmen der vom Pflegestützpunkt durchgeführten Hilfeplanverfahren spielen Nachbarschaftshilfe und Hilfen von Freunden und Bekannten eine überragende Rolle. Familien und Fachdienste allein würden oft nicht ausreichen, eine nicht gewollte institutionelle Lösung zu verhindern. Nur das konkrete und vielfältige ergänzende Hilfspotential von Nachbarn, Bekannten und Freunden schafft es, das erforderliche Spektrum der Hilfen abzudecken. Die Fachleute im Pflegestützpunkt legen jeweils großen Wert darauf, das Potential der möglichen Nachbarschaftshilfe zu ermitteln und dann auch im konkreten Planungsprozess behilflich zu sein, die Umsetzung zu realisieren.

Das bedeutet aber auch: Familien allein schaffen es oft nicht, die Nachbarschaftshilfe zu organisieren, oder überhaupt ins Kalkül zu nehmen. Mit Hilfe der konkreten Hilfeplanung vor Ort bei Hausbesuchen durch Mitarbeiter des Pflegestützpunktes entsteht eher die Bereitschaft, Nachbarn, Freunde und Bekannte in die Planungen einzubeziehen und mit ihnen und den Profis gemeinsam, angemessene Lösungen zu finden, die zunächst so nicht erwartet wurden.

Beispiele gibt es zur Genüge. Nachbarschaftshilfe entsteht oft aus aktuellen Anlässen. Sie nutzen lernen muss in die vielfältigen Strukturen der Altenhilfe integriert werden, um im Bedarfsfall sofort handeln zu können.

Fallbeispiele:
1. Herr Meier, ein 88jähriger Mann, lebt mit seiner Frau seit Jahrzehnten in einem Dorf. Er geht mühsam am Stock, verlässt nur selten das Haus. Er lehnt Hilfe ab, weil er meint, notwendige Schritte zum Lebensmittelladen, zur Post etc. allein bewältigen zu können. Angebote der Nachbarn lehnt er ab.

Eines Tages fällt er auf der Straße wenige Schritte von seinem Wohnhaus entfernt. Er allein ist nicht in der Lage aufzustehen. Seine Frau entdeckt ihn; auch sie schafft es nicht, ihm beim Aufstehen zu helfen. In ihrer Not bitten sie den Nachbarn, der bisher mehrfach vergeblich seine Hilfe angeboten hatte. Dem Nachbarn gelingt es mühelos, den gebrechlichen Herrn Meier auf die Beine zu stellen und ins Haus zu begleiten. Diese Begebenheit führte dazu, dass sich seit diesem Ereignis das distanzierte Nachbarschaftsverhältnis entspannte, Herr Meier Hilfe annahm, Begleitung zu Einkäufen, zu Veranstaltungen etc annehmen konnte. Sogar seine Zurückgezogenheit konnte er aufgeben und wieder vermehrt am Leben im Ort Anteil nehmen.

2. Benedikt Hansen (Name geändert) ist ein 80 jähriger ehemaliger Journalist; ein witziger kommunikativer Zeitgenosse, der tagsüber für Stunden seine Großstadtwohnung verlässt und zwischen Universitätsgelände und Bahnhofszene mit Studenten, Professoren, Kaffee-Budenbetreibern und Wohnungslosen plaudert, Kaffee trinkt, raucht und in mehreren Sprachen seinen sprühenden Humor und sein profundes Wissen ausbreitet. Man hört ihm gern zu, sucht seinen Kontakt.

Er erleidet einen ersten Herzinfarkt bei einem dieser Gänge, wird erfolgreich behandelt, macht aber anschließend deutlich: „ Beim nächsten Mal bitte keine Wiederbelebung; ich möchte niemals weiterleben, wenn ich meinen Verstand nicht mehr gebrauchen kann, im Rollstuhl sitze und demenzkrank bin“. Wenige Monate später kommt er von einem seiner Spaziergänge heim und bricht vor der Haustür zusammen; niemand ist in der Nähe, der seinen Wunsch kennt und entsprechend handelt. Der Notarzt wird gerufen, im Krankenhaus wird sein Leben gerettet und während der anschließenden geriatrischen Behandlung wird unmissverständlich klar, dass er schwer dement ist, nur seine Frau und engste Freunde erkennt, verstummt, apathisch in seinem Rollstuhl sitzt und vor sich hin dämmert.

Seine Frau wehrt sich gegen die übereinstimmenden Empfehlungen aller Fachleute, ihn, der Pflegestufe III erhält, ins Pflegeheim zu überweisen. Die Geriatrie drängt auf Entlassung. In ihrer Not, die Zusage unbedingt einzuhalten, d.h. ihn niemals in ein Heim einzuweisen, erinnert sie sich an seine täglichen Streifzüge und an den einen Wohnungslosen, der die Obdachlosenzeitung verkauft und mit dem er fast täglich geplaudert, geraucht und Kaffee getrunken hat. Sie geht tagelang durch die Szene, kennt nur seinen Spitznamen, fragt immer wieder nach „ Olle Janne“, findet ihn schließlich. Sie überrumpelt und überredet ihn „Du musst mir helfen, Du musst meinen Benedikt –meinen Benni – pflegen, begleiten, betreuen.

Fünf Jahre lang hat dieser „ Olle Janne“ von da an täglich seinen Freund Benni morgens gewaschen, angezogen, ihn gefüttert, ist mit ihm durch die Szene gezogen. Er hat gekocht,

gewaschen, Benni und seine Frau aufgemuntert. Aus dem apathischen und vor sich hin sabbernden verfallenen Mann wurde wieder ein zwar immer noch demenzkranker, aber fröhlicher Mensch, dessen blitzende Äuglein fröhlich in die Gegend schauten, der es genoss, gemeinsam mit seinem Begleiter ausgefahren zu werden, zu rauchen, Kaffee zu trinken, ihm beim Kochen zuzusehen… Die Begleitung und Unterstützung in allen Alltagsfragen – Körperpflege, Toilettengänge, Ernährung, und vor allem ständige Ansprache und lebendige Kommunikation – dauerte mehr als fünf Jahre. Sie zogen um in eine behindertengerechte Wohnung, hatten einen Blick weit über die Stadt, auf die Kirchen und Hochhäuser. „ Olle Janne" hielt durch bis zum Ende; bis Benni verfiel und starb.

Die Geschichte klingt erfunden; sie ist wahr. Benni, war ein guter Freund; ich habe ihn regelmäßig besucht und so miterleben können, wie alle 3 Menschen ein fröhliches Leben miteinander führten. – Benni fand wieder Freude am Leben im Rahmen seiner Möglichkeiten, Olle Janne fand einen täglichen Job, der ihn zwar anstrengte aber sehr befriedigte. Er war zuverlässig, fehlte nie, betrank sich nie – und er fand so viel Gefallen an einer regelmäßigen Beschäftigung, dass er nun ein Jahr nach Bennis Tod einen festen Job mit Hilfe der Arbeitsagentur gefunden hat. Und Bennis Frau ist glücklich, dem geliebten Ehemann Wort gehalten und eine so kreative Lösung gefunden zu haben. Eine Lösung, die außerdem bei der niedrigen Rente von Benni ein auskömmliches Leben ermöglicht hatte.

Für alle Beteiligten wurde so aus einer extremen Notlage, in der allen eine unerfreuliche, fast ausweglose Perspektive drohte, eine schöne Lebenszeit. Da gibt es nichts zu idealisieren. Die Jahre waren nicht einfach und unbeschwert. Aber hier hat sich gezeigt, wie wichtig es ist, den Wünschen der Betroffenen möglichst zu entsprechen, kreative Lösungen zu suchen, nicht aufzugeben; dass hier zusätzlich der „ Lahme dem Blinden" half und an der Pflege sozial gesund wurde, macht aus dieser Geschichte ein berichtenswertes Erfolgserlebnis.

4.3.5 Bürgerhilfe

Unter Bürgerhilfe verstehen wir das ehrenamtliche Engagement von Bürgern, die sich für konkrete und definierte ehrenamtliche Aufgaben zur Verfügung stellen. Die Vielfalt der organisierten Bürgerhilfe ist unübersehbar. Mehr als 20 Millionen Menschen sind in unserm Land ehrenamtlich tätig. Das gesamte soziale, kulturelle und sportliche Leben im Lande wäre ohne das bürgerschaftliche Engagement nicht denkbar.

In diesem Zusammenhang interessiert uns das bürgerschaftliche Engagement bei der Unterstützung in der Versorgung, Betreuung und sozialen Teilhabe von Personen mit einer Demenzerkrankung. Die Zukunft der Pflege, die sich auf ein Nachlassen der familienabhängigen Pflege zu Hause einstellen muss, ist ohne bürgerschaftliches Engagement im Rahmen eines angemessenen Pflege – Mixes undenkbar, um das Ziel eines möglichst lang dauernden Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit zu gewährleisten. Ehrenamtliches Engagement ist milieutypisch verschieden; „ ferne Solidarität" (organisiert in unterschiedlicher Form) ist eher mittelstandsorientiert. Klie, Blinkert in „ Zukunft der Pflege".

Bei der Unterstützung professioneller Hilfen für Menschen mit Demenzerkrankungen gibt es ein breites Spektrum unterschiedlicher Organisationsformen. Fast immer werden die Ehrenamtlichen in Kursen oder Seminaren, verbunden mit Praktikumseinsätzen, auf die ehrenamtliche Tätigkeit vorbereitet. Bei der Bereitschaft zu ehrenamtlicher Tätigkeit in diesem

Bereich spielt oft die eigene Erfahrung im Vorfeld eine bedeutsame Rolle. Das Potential der eigenen Erfahrung ist z. B. in der Hospizarbeit unschätzbar.

4.3.6 Ehrenamtliche in der Hospizarbeit

Vorbildlich ist dies in der ambulanten Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen zu Hause in der *Hospiz*arbeit oder der Unterstützung der professionellen Tätigkeit in stationären Hospizen geregelt. *Halbjährliche Kurse*, zumeist in 14 tägigen Abendsitzungen und ausführliche Praktika bereiten auf die ehrenamtliche Sterbebegleitung vor und während der konkreten ehrenamtlichen Tätigkeit unterstützen *regelmäßige Begleitgruppen* die Arbeit (Supervision). Die oft belastende ehrenamtliche Arbeit wird durch den Zusammenhalt in den Begleitgruppen und die enge Kooperation mit den hauptamtlichen Koordinatoren der Hospizarbeit für alle Beteiligten erheblich erleichtert und für alle befriedigend. Die Arbeit selbst wird von hauptamtlichen Mitarbeitern organisiert und koordiniert, die inzwischen – mit Ausnahme der privaten Krankenkassen – von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert wird. (Nebenbemerkung: In der Hospizarbeit und bei Pflegestützpunkten (z. B. St Wendel) profitieren privat versicherte Personen überdurchschnittlich von den Angeboten; deren finanzstarke Pflegekassen aber verweigern ihre Mitarbeit.)

Hospizarbeit hat sich vor allem entwickelt in der ambulanten Begleitung sterbender Menschen, die bis zum Tod zu Hause bleiben und in der ehrenamtlichen Unterstützung der stationären Hospize. *Hospizarbeit in Pflegeheimen* entwickelt sich erst allmählich, in dem Pflegeheime oder Demenz-Wohngemeinschaften ehrenamtlich tätige Hospizmitarbeiter in ihre Arbeit auf den Stationen, in den Wohngruppen und im Lebensfeld der Bewohner integrieren. Sie tragen durch ihre Mithilfe dazu bei, dass es zumindest in den Pflegeheimen und in den Wohngemeinschaften „ üblich“ wird, bis zum Tod in der eigenen Wohnung oder im eigenen Zimmer zu bleiben. Verlegungen in Krankenhäuser in den Tagen vor dem Tod sind leider in zahlreichen Heimen immer noch Alltagspraxis.

Nicht in allen Bereichen ehrenamtlicher Unterstützung für demenzkranke Personen ist die Organisation so weit entwickelt wie bei der Hospiztätigkeit. Aber auch für Besuchsdienste in Kirchengemeinden, in Pflegeheimen, in Krankenhäusern oder für andere Formen ehrenamtlicher Tätigkeit für demenzkranke Menschen werden die ehrenamtlich tätigen Mitarbeiter *geschult.* Die Finanzierung der Schulungen und die professionelle Begleitung oder Supervision müssen angemessen finanziert sein. Das ist in der Hospizarbeit gut geregelt, nicht aber in allen anderen Bereichen ehrenamtlicher Tätigkeit.

In der ehrenamtlichen Begleitung demenzkranker Menschen gibt es darüber hinaus ein *breites Spektrum organisierter Bürgerhilfe.* Dazu gehören unterschiedliche Betreuungsgruppen, verbunden mit Sport und Bewegung, mit Frühstücks- oder Nachmittags-Kaffeetrinken. Kirchengemeinden und Wohlfahrtsverbände organisieren die meisten dieser Gruppen und stellen auch die Fahrdienste. Unterschiedliche Formen der Betreuung durch ehrenamtliche Mitarbeiter gibt es in zahlreichen Pflegeheimen, auch in den Demenz-Wohngemeinschaften. Ob Spaziergänge oder Gesangsgruppen, die Vielfalt ist unübersehbar.

„Demenzbetreuung zu Hause“ erfolgt z. B. im Landkreis St Wendel durch geschulte ehrenamtliche Mitarbeiter, organisiert von der Caritas. Die Unterstützung pflegender Angehöriger nimmt einen breiten Raum organisierter ehrenamtlicher Bürgerhilfe ein. Die Unterstützungsformen sind unterschiedlich; praktisch immer bieten die Organisationen – ob Kirchenge-

meinden oder Wohlfahrtsverbände – Entlastungszeiten für die pflegenden Angehörigen an, damit diese Zeit zur Erholung oder zur Erledigung eigener Vorhaben erhalten.

Gesprächskreise und Schulungen für pflegende Angehörige erfolgen zumeist in Kombination von haupt- und ehrenamtlich Tätigen, z. B. den Alzheimer-Gesellschaften.

Telefonkontakte durch organisierte Telefondienste gibt es in unterschiedlicher Form. Entweder als Telefonkette organisiert oder auch von speziellen ehrenamtlichen Telefondiensten, in denen es ehrenamtlich Tätige übernommen haben, zusätzlich zu den übrigen Angeboten einzelne, oft allein lebende Menschen täglich oder mehrfach wöchentlich anzurufen, Kontakt zu halten, zu plaudern oder um auch mal zu erkennen, ob ein weitergehender Unterstützungsbedarf erforderlich ist.

Bei allen organisierten bürgerschaftlichen Unterstützungsformen ist die enge Kooperation mit professionellen Organisationen die Regel. Die Organisation selbst wird fast immer von den Wohlfahrtsverbänden, der Kommunen (z. B. organisierte Nachbarschaftshilfe) oder den Kirchengemeinden übernommen. Die Aufrechterhaltung der unverzichtbaren Unterstützung durch ehrenamtliche Mitarbeit erfordert einen Spagat zwischen Planbarkeit für die Sicherstellung des Bedarfs und die Erhaltung der Freiwilligkeit aus der Perspektive des Ehrenamtlichen. Das verlangt jeweils ein hohes Maß an Geschick und Sensibilität für diejenigen, denen diese Aufgaben übertragen sind; in der Regel sind dies erfahrene Koordinatoren, die enge Vertrauensbeziehungen zu den Ehrenamtlichen pflegen.

Dem „bürgerschaftlichen Engagement, der Bürger- und Sozialgesellschaft die primäre Verantwortung für das möglichst barrierefreie Zusammenleben der Sorgebedürftigen aufzubürden und den Staat (vor allem die Kommune), den Markt oder die Sozialprofis eher nachrangig anzusiedeln“, (so K Dörner, zitiert nach Beta-Bela Projekte Juli 09) das halten wir für eine Überforderung dieses Sektors.

Ein gesunder Hilfe- oder Welfare-Mix entsteht allerdings nur dann, wenn die kommunale Struktur- und Versorgungsverantwortung „rund ums Alter“ bis ins Detail nicht dem freiwilligen Engagement aufgebürdet wird. „Wenn wir das machen, dann laufen uns die vielen Ehrenamtlichen davon“, so Sozialdezernent Schäfer in St. Wendel, einem Landkreis, der sich besonders für die Versorgung der demenzkranken Menschen stark macht.

Selbsthilfe, Nachbarschaftshilfe und organisiertes bürgerschaftliches Engagement lebt von der freiwilligen Bereitschaft, vom „ Zeit schenken“ für sinnvolles Engagement, von der dadurch gewonnenen sozialen Anerkennung und Zugehörigkeit in einem lebendigen Gemeinwesen, einer gemeinnützigen Organisation etc.

Selbstverständlich ist bürgerschaftliches Engagement nicht ohne Verbindlichkeit denkbar. Kein Mitglied einer Freiwilligen Feuerwehr kann sagen „ ich habe gerade keine Lust zum Löschen“, wenn er zum Einsatz gerufen wird. Er braucht aber als freiwilliger Mitarbeiter die Versicherung, dass die Grundstrukturen der Versorgung und die zentrale Verantwortung nicht bei ihm und in seinem freiwilligen Engagement stecken. Ähnliches gilt für den ehrenamtlichen Einsatz im stationären Hospiz, der in den Dienstplan eingeteilt ist. Freiwilligkeit des Ehrenamtes zu wahren und Verbindlichkeit in der Einhaltung von Absprachen und Terminen zu garantieren – das erfordert Geschick und Verantwortung von denen, die für die Organisation des jeweiligen Hilfemixes von ehrenamtlicher und hauptamtlicher Tätigkeit zuständig sind. Gleiches gilt für die Art der ehrenamtlichen Tätigkeit. Probleme tauchen auf, wenn beide – Ehrenamtliche oder Hauptamtliche – das Gefühl haben, bei der Ausübung ei-

gener Tätigkeit vom jeweils anderen ausgenutzt oder nicht angemessen gewürdigt zu werden.

Die Hospizvereine erleben es bereits als sehr heikel, dass ein Palliativpflegedienst nur dann anerkannt werden darf, wenn mindestens 15 namentlich benannte Ehrenamtliche eines Hospizvereins diesem Dienst zugeordnet sind. Der Hospizverein oder die Ehrenamtlichen profitieren selbst nicht von dieser verbindlichen Regelung. In der Praxis kann dieses Verfahren dann schwierig werden, wenn vor Ort z. T. mehr Pflegedienste anerkannt werden wollen als Ehrenamtliche zur Verfügung stehen oder wenn Ehrenamtliche das Gefühl bekommen, zur Kostendämpfung der hauptamtlichen Pflege benutzt zu werden. Die Sensibilität im Umgang mit ehrenamtlichen Mitarbeitern muss gewahrt bleiben; ansonsten wirken an sich sinnvolle Verknüpfungen zwischen Haupt- und Ehrenamt demotivierend auf Ehrenamtliche und die Vereine oder Initiativen, die deren Einsatz koordinieren werden.

Im Landkreis St. Wendel gibt es darüber hinaus einen kostenlosen Besuchs- und Begleitdienst, einen so genannten „Pflegedienst für die Seele“, der von der AWO organisiert wird und von der EU, dem Land und dem Landkreis finanziert wird. Geschulte und besonders ausgesuchte Langzeitarbeitslose führen die Besuche und Begleitungen durch als „Arbeitsgelegenheit“ der Optionskommune. Trotz anfänglicher Bedenken wird dieser Dienst von allen – den Verbänden, den Besuchten (und deren Angehörigen) und den Besuchern seit 10 Jahren erfolgreich durchgeführt. Die Tätigkeiten reichen von gemeinsamen Spaziergängen, über Zeit zur Unterhaltung, zum Vorlesen und Spielen oder nur zum Dasein und Zuhören. Hauswirtschaftliche Dienste sind mit diesem Besuchs- und Begleitdienst nicht verbunden.

Es handelt sich bei diesem Pflegedienst für die Seele nicht um einen rein ehrenamtlichen Dienst aber das Prinzip der Investition von Zeit für Menschen, die das nötig haben, zu günstigen Bedingungen Verantwortung für das möglichst barrierefreie Zusammenleben der Sorgebedürftigen.

4.3.7 Schlussbemerkung

Bürgerschaftliches Engagement ist ein integraler Bestandteil gesellschaftlichen Lebens und aus allen Lebensbereichen nicht wegzudenken. Die ehrenamtliche Arbeit mit an Demenz erkrankten Menschen gewinnt in den vergangenen Jahren zunehmend an Bedeutung; dies hängt auch damit zusammen, dass immer mehr Menschen bis zum Tod in ihrem häuslichen Umfeld und ihrer Nachbarschaft bleiben und ehrenamtliche Tätigkeit – in unterschiedlichster Form – die Möglichkeiten des Lebens bis zum Tode in der eigenen Wohnung erheblich verbessern. Durch integrierte Hilfeplanung und Organisation der Hilfen in der Nachbarschaft (durch ein (virtuelles) Altenhilfezentrum eines Quartiers, den Pflegestützpunkt etc.) ließe sich in Zukunft ein integrierter ehrenamtlich und professionell geschaffener Hilfemix als Komplexleistung noch effektiver gestalten.

4.4 Altenhilfe-Netzwerk im Wohngebiet – auch im Alter für psychisch und an Demenz erkrankte Menschen mit Pflegebedarf

Ausgehend von der Perspektive der betroffenen Personen betrifft der Fokus dieses Kapitels die dritte Ebene:

1. Ebene:
Die *Person* mit Fähigkeiten hat in Folge einer psychischen Erkrankung Beeinträchtigungen ihrer Fähigkeiten, die zu Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im persönlichen Bereich mit Pflegebedarf und zu Beeinträchtigungen der Partizipation/Teilhabe führen können (ICF-Konzept).

2. Ebene
Der mögliche Hilfebedarf der Person erfordert die Verfügbarkeit von Hilfefunktionen, die im *Hilfemix* beschrieben werden.

3. Ebene
Die *organisatorische Realisierung* von Hilfen wird von Angehörigen, Nachbarn, ehrenamtlichen Helfern, sowie professionellen Dienstleistern bis zu Pflegediensten erbracht.

4. Ebene
Für diese Realisierungen gibt es *rechtliche Grundlagen*: Leistungs- und Leistungserbringerrecht z. B. SGB V, XI XII, Heimrecht auf Landes- und Bundes-Ebene, Zivilrecht (siehe Kapitel 3.6 und 4.6.4).

4.4.1 Realisierung personenbezogener Hilfen als individueller Hilfemix – Voraussetzungen[89]

Personenbezogene Hilfen als individueller Hilfemix[90] erfordert die Realisierung verschiedener Voraussetzungen. Um Selbsthilfe, Nachbarschaftshilfe, Bürgerhilfe und Hospizarbeit ging es im Kapitel 4.3. Der Schwerpunkt in diesem Kapitel befasst sich mit der Integration von ambulanten und stationären „Pflegeeinrichtungen“ zum – virtuellen – Altenhilfe-Zentrum oder Altenhilfe-Netzwerk im Wohngebiet als Teil eines Konzeptes für unterstütztes Wohnen und Leben im Wohngebiet für Jung bis Alt. Außerdem ist die Vernetzung mit weiteren professionellen Dienstleistern notwendig, die zwar wohnortnah erreichbar, aber oft nicht im Wohngebiet angesiedelt sind, insbesondere die ambulante und stationäre – somatischen Medizin, Geriatrie und Gerontopsychiatrie sowie weitere „normalen“ Dienstleister.

Altenhilfe-Zentrum – virtuell oder als Netzwerk - im Wohngebiet
Nach der Einführung der *Pflegeberatung* und der *Pflegestützpunkte* im PflWG kann die Integration von stationärer und ambulanter Altenhilfe zum – virtuellen – Altenhilfe-Zentrum oder -Netzwerk im Wohngebiet ein weiterer wichtiger Schritt zur Verbesserung der Versorgung werden. Die Leistungserbringung aus einer Hand – einschließlich der Integration der Altenhilfe ins Wohngebiet – mindert die Tabuisierung, fördert bei den Betroffenen die frühe Akzeptanz von Beeinträchtigungen und ermöglicht in Verbindung mit langfristiger Kontinui-

[89] **Querverweise:** siehe kasuistische Berichte zu Remscheidt-Lenneppe (Kapitel 5.9) und Kassel, Kapitel 5.10 und 5.11; Reformbedarf SGB XI, Kapitel 4.6.2

tät des komplexer werdenden Hilfeprozesses vorausschauende konstruktive Lösungen, statt späte Notfallversorgung ohne informierte Wahlmöglichkeiten.

Das praktische Ziel ist, das virtuelle Altenhilfe-Zentrum/-Netzwerk zu befähigen, für die Personen mit Pflegebedarf, insbesondere *bei psychischen inkl. Demenz-Erkrankungen* alle notwendigen Hilfen aus dem Hilfemix – wie aus einer Hand – zu realisieren, auch für die Personen mit dem schwierigen Hilfebedarf : *Prinzip der regionalen Versorgungsverpflichtung.*

Wenn ein Dienstleistungs-Zentrum oder -Netzwerk in einem Wohngebiet praktisch integriert ist, *wenn* Besucher und Besuchsdienste willkommen sind, *wenn* Kultur- und Aktivitäts-Angebote des Zentrums/Netzwerks auch von anderen (alten) Menschen, die im Wohngebiet leben, in Anspruch genommen werden und Heimbewohner an Aktivitäten außerhalb des Heims teilnehmen (z. B. kirchliche Veranstaltungen) – kurz *wenn* die Grenzen der Institutionen in beiden Richtungen durchlässig sind und die Bewohner des Wohngebietes an dem Leben der Bewohner „unseres“ Zentrums/Netzwerks Anteil nehmen, *dann* trägt das für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen und daraus folgendem Pflegebedarf zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bei, und hat außerdem eine wichtige präventive Wirkung gegen die Gefahr von Versorgungsmissständen.

Auch die Attraktivität der Institutionen, die Entstigmatisierung und die Normalisierung, also Tabu-Abbau werden gefördert. Und dazu würde außerdem beitragen, wenn die gebündelten Dienstleistungen für die Zielgruppe der alten Menschen unter einem – räumlichen oder organisatorischen – Dach als Teil eines Dienstleistungszentrums auch für andere Zielgruppen angesiedelt werden.

Vorteile für die Nutzer:
Bessere Qualität kann erreicht werden durch individuell dosierte integrierte Komplexleistungen, die dem individuellen Bedarf und dem entsprechend konfigurierter Hilfe-Mix – aus einer Hand – angepasst werden, möglichst mit Kontinuität des vertrauten Umfeldes und den verschiedenen Komponenten des Hilfemixes über längere Zeitstrecken – in Bezug auf Wohnen in eigener Häuslichkeit (ggf. im „Heim“) und zentrale professionelle und private Bezugspersonen.

Die Durchlässigkeit von bisher als „Drinnen“ und „Draußen“ abgegrenzt erlebten Bereichen mindert Tabus, fördert Akzeptanz von Hilfen und die Integration/Teilhabe: Zu den Menschen mit Pflegebedarf, die zu Hause leben, kommen in ihre häusliche Lebenssituation unterstützende Dienstleistungen vom Altenhilfezentrum. Und andere Dienstleistungen nehmen die Menschen von zu Hause aus im Zentrum in Anspruch z. B. Beratung, ambulante Pflege, Gymnastik, Kultur- und Freizeitangebote, Mittagstisch, unterstützte Arbeit/Beschäftigung (z. B. Hauswirtschaft in der Einrichtung), Wenn der Hilfebedarf „vollstationäre“ Versorgung erforderlich macht, wird das Wohnen ggf. in Räume des Altenhilfezentrums „verlegt“, aber die Kontakte können erhalten bleiben: zum Pflegedienst und anderen Diensten, zu den ehrenamtlichen Freunden, zur Kirchengemeinde usw. sowie die Vertrautheit mit der räumlichen und sozialen Umgebung (Geschäfte, Apotheke, Hausarzt).

Wenn also der Hilfebedarf in einem Bereich sich verändert, kann in anderen Hilfebereichen die Kontinuität gewahrt bleiben, statt komplette Settingwechsel und Unterbrechungen der Beziehungen zu privaten und professionellen Kontaktpersonen insbesondere an der „Schnittstelle“ zwischen ambulanter und stationärer Altenhilfe. Mit zunehmender Komplexität des Hilfebedarfs kann in einem Bereich die Hilfe verändert und in anderen kann die Ver-

trautheit erhalten bleiben. Das ist für Personen mit Pflegebedarf in Folge psychischer Erkrankungen, insbesondere Demenz, von besonderer Bedeutung.

Vorteile für die Dienstleister:
Betriebsgröße als eine Voraussetzung für wirtschaftlichen Erfolg kann durch unterschiedliche Leistungen statt durch den Umfang weniger gleichartiger Maßnahmen (z. B. stationäre Plätze) erreicht werden. Die konstruktive Alternative ist die Spezialisierung auf den diversen *Bedarf von Personen* in ihrer Lebenssituation im Wohngebiet, statt *Maßnahmebezogene Spezialisierung* mit großräumigem Einzugsgebiet, insbesondere für stationäre Pflege.

Tabu und Vorurteile regional abbauen:
Wenn Betroffene, oder Freunde von ihnen, keine eigenen konkreten Erfahrungen mit der Altenhilfe sammeln konnten, wird ihr Bild oft bestimmt von den in den Medien publizierten Extrembeispielen der „schwarzen Schafe", die als veröffentlichte Meinungen vorschnell verallgemeinert werden. Vorurteilen von Nutzern gegenüber stationärer Altenhilfe („Endstation Pflegeheim") kann in der Region der Boden entzogen werden, wenn der überschaubare Heimbereich eines Altenzentrums ein akzeptierter Teil des sozialen Lebens in einem Wohngebiet ist, in dem Angehörige und Freunde, Bürger und Bürgerinnen sowie die ehrenamtlichen Helfer und professionelle Dienstleister, insbesondere jedoch die Personen, die möglicherweise in einigen Jahren selber hilfe- und pflegebedürftig werden, ein- und ausgehen. (Siehe Pörksen-Text: Tabu blockiert frühe noch selbstbestimmte Bewältigung).

Ein Einrichtungsträger mit gutem Ruf im Wohngebiet/in der Region findet auch leichter qualifiziertes Personal: z. B. CBT in Remscheidt-Lenneppe[91]. Die (stationären) Hausgemeinschaften werden als familienähnliche sich weitgehend selbstversorgende Haushalte mit individueller Prägung von hauswirtschaftlich kompetenten Frauen aus dem Stadtgebiet geführt, die als Teilzeitbeschäftigte entsprechend dem Arbeitsanfall im Tagesverlauf kommen. Die Attraktivität der Arbeit erübrigt Ausschreibungen, denn die Frauen kennen sich untereinander und die Einrichtung im Stadtgebiet, in dem sie wohnen (kurze Wege zur Arbeit) und aus dem 70 % der betreuten Personen kommen.

Die professionell geleitete Pflege ist eine Dienstleistung, die zu den Bewohnern in ihre Hausgemeinschaft kommt. Die Leitung des sozialpädagogischen Funktionsbereichs kümmert sich um die Einbeziehung von Angehörigen, ehrenamtlichen Helfern, von kulturellen kirchlichen Angeboten zur Gestaltung des Alltags.

30 % der Angehörigen, die ein Familienmitglied in der Einrichtung bis zum Tod begleitet haben, sind anschließend bereit, sich als ehrenamtliche Helfer weiter zu engagieren.

Gestärkte Nutzer wählen nach Qualität und Preis unter verschiedenen Angeboten und erzeugen so den Schub für die Umorientierung der Leistungserbringer und der Leistungsträger.

Die Organisation und Finanzierung der Hilfen als Altenhilfe-Zentrum oder –Netzwerk im Quartier ist bedarfsgemäßer und insgesamt kostengünstiger (effizienter) als die bisher segregierten ambulanten und stationären Einrichtungen.

---

[91] siehe Kapitel 5.9

Für die Patienten gilt die *Wahlfreiheit*, für die die kleinräumige Organisation der Altenhilfe eine gute Voraussetzung ist, weil für Nutzer in der Regel mehrere Altenhilfezentren noch wohnortnah erreichbar und konkret vergleichbar sind. Vorraussetzung dafür ist, dass bei früher Akzeptanz der Beeinträchtigungen die Versorgungserfordernisse nicht zur Notlage zugespitzt sind, die keine vorausschauende, informierte Wahl mehr zulässt.

Eine weitere wichtige Vorraussetzung für die Wahlfähigkeit der Betroffenen ist die primär den Nutzern verpflichtete „Pflegeberatung“, möglichst im Sinne von Assessment und langfristiger Begleitung. Sie hat auch die Funktion als Gegengewicht gegen die Gefahr, dass *die Patienten-Orientierung eines umfassenden integrierten Hilfesystems pervertiert, indem dieses primär betriebswirtschaftlich als „Wertschöpfungskette“ und zur „Kundenbindung“ im institutionellen Eigeninteresse missbraucht wird.*

Dienstleistungsbetriebe sind auch aus ökonomischen Gründen auf ihren guten Ruf in der Öffentlichkeit und insbesondere bei ihren "Kunden" bedacht: "Die Marke als Versprechen". – Für Dienstleister der Altenhilfe muss der gute Ruf bei gut informierten Nutzern eine entscheidende Grundlage für den wirtschaftlichen Erfolg sein. Auf dieser Grundlage kann Pflegeberatung/-begleitung, die formal Teil eines Trägers mit unterschiedlichen Dienstleistungen ist, Nutzer-orientiert arbeiten, wenn der Träger die Nutzerorientierung zum Markenzeichen macht, das in der Region transparent und erlebbar umgesetzt wird.

Der jetzige, z. T bürokratisch ausgestaltete Aufwand für Qualitätssicherung könnte gezielt reduziert werden, wenn dem *Wächteramt einer kritischen Bürgerschaft* eine größere Bedeutung zukäme**,** praktiziert von verschiedenen gesellschaftlichen Organisationen – von Angehörigenverbänden über Kirchengemeinden bis zu Nicht-Regierungsorganisationen (NGOs), und akzeptiert von den Dienstleistern der Altenhilfe.

Zusammenfassung der Pluspunkte:

- Bessere Qualität: individuell dosierte integrierte Komplexleistungen mit langfristiger Kontinuität – statt behindernde Schnittstellen: zwischen den verschiedenen Maßnahmen wie stationär, ambulant, zwischen verschiedenen Finanzierungsformen von SGB XI-Leistungen selbst bei gleicher Pflegestufe sowie zwischen zahlreichen Diensten für separate Einzelleistungen
- Realisierung von Wunsch- und Wahlrecht, insbesondere nicht notgedrungen ins Heim aus Mangel an Alternativen, z. B. nach kurzer Krankenhausbehandlung (vgl. folgendes Kapitel
- Vorrang der häuslichen Pflege und Alltagsbegleitung
- Bessere Effizienz (Verhältnis von Nutzen und Kosten)
- Die wirtschaftlichere Leistungserbringung kann zur Bewältigung des demografischen Wandels (Zunahme der Pflegebedürftigen bei Abnahme der pflegenden Angehörigen) beitragen.

4.4.2 Kurzschluss-Versorgungspfade ins Heim – eine Problemskizze

Ausgangssituation:
Eine Kommune investiert in ambulante Unterstützung zum Weiterleben in eigener Häuslichkeit bei Pflegebedarf: Beratungsstelle der Kommune, ambulante häusliche Pflege, Anregung von Nachbarschaftshilfe, Unterstützung von ehrenamtlichem Engagement, Kooperation mit der Geriatrie und Gerontopsychiatrie.

Diese Anstrengungen führen dazu, dass viele Menschen – auch mit psychischen und demenziellen Erkrankungen und bei körperlicher Komorbidität und Hinfälligkeit – lange in der eigenen Häuslichkeit bleiben können, aber plötzliche Ereignisse können diese Stabilisierung unterbrechen, was zu Versorgungskurzschlüssen ins Heim führt.

Problem:
Wenn sich jemand von den im ambulanten Netz betreuten Personen mit Demenz z. B. die Hüfte bricht und als Notfall ins Allgemeinkrankenhaus kommt, dann wird meist (nur) die Hüfte operiert. Die somatische stationäre Krankenhausbehandlung ist möglichst kurz (Anreiz der DRG-Finanzierung). Bei Entlassung bestehen aber oft noch erhebliche körperliche und ggf. auch kognitive und andere psychische Beeinträchtigungen, oft wird dann erst das Problem der Anschlussversorgung aufgegriffen. Das Krankenhaus ist (Sozialdienst) zum 'Versorgungsmanagement' (SGB V) verpflichtet. Dieser Sozialdienst ist aber nur zuständig bis zum Tag der Entlassung, solange finanziert die DRG. Aus einem guten Assessment (oder nur einem kurzen orientierten Beratungsgespräch) mit oder ohne Angehörigen entsteht eine Empfehlung für Weiterversorgung.

a. *Nach Hause* mit Flyer über mögliche Unterstützung, Pflege, Haushaltshilfe usw., aber ohne Follow-up-Möglichkeit, ob dies auch umgesetzt wurde, ob die Angehörigen oder der betroffene Patient in der Lage sind, das umzusetzen usw. Das Krankenhaus merkt nur, dass die Beratung nicht gewirkt hat, wenn der Patient ggf. im selben Krankenhaus wieder aufgenommen wird.

b. Wenn von vorneherein Zweifel an der Möglichkeit der ambulanten Weiterversorgung bei dem aktuellen Post-OP-Zustand bestehen, wird eine Verlegung ins *Heim* eingeleitet: dem aktuellen Zustand angemessene umfassende Hilfe, die auch am einfachsten zu realisieren ist ohne differenzierte Planung, insbesondere wenn Heime mit Krankenhäusern Kontakt halten und (orientiert am Kunden Krankenhaus) jederzeit und sofort einen Platz/ein Bett zur Verfügung stellen.

Negativ-Variante: die somatischen Abteilungen/die gerontopsychiatrische Abteilung haben Verlegungsabsprachen mit bestimmten Heimen, die rasch aufnehmen und die ärztlich, ggf. auch durch Psychiater in Praxis und der Institutsambulanz betreut werden. Deshalb besteht kein ausgeprägtes institutionelles Interesse, Patienten in die eigene Häuslichkeit mit aufwendigem individualisiertem Unterstützungsnetz einzugliedern, insbesondere wenn diese Leistungen so mühsam zu koordinieren und zu finanzieren sind. Die Kurzzeitpflege hat eine zu kritisierende Funktion, wenn sie *nur als Warteschleife für einen frei werdenden Heimplatz genutzt wird*: also primär im betriebswirtschaftlichen Interesse zur "Kundenbindung" für die "Wertschöpfungskette".

c. *Kurzzeitpflege:* Sie hat eine positive Funktion, wenn sie genutzt wird für die Fortsetzung/Einleitung kurativer und /oder rehabilitativer Behandlung, die den Pflege- und Unterstützungsbedarf durch rehabilitative Anstrengungen mindern kann: Abklärung des häuslichen Umfeldes, der vorhandenen Ressourcen und des ergänzenden Unterstützungsbedarfes: ambulante Pflege, hauswirtschaftliche Hilfe, Aktivierung nachbarschaftlicher und ehrenamtlicher Unterstützung die verschiedenen Bausteine des individuellen Hilfemixes auf die Bedürfnisse der Person koordinieren.

Das Krankenhaus hat “normalerweise“ keine ausreichende Möglichkeit und auch kein institutionalisiertes Interesse, einen Versorgungsplan einzufädeln, der die individuellen Wün-

sche, die körperlichen und psychischen Entwicklungspotentiale und die aktivierbaren Ressourcen im Umfeld einer Person berücksichtigt. Deshalb müssen Pflegestützpunkte und Krankenhäuser vereinbaren, schon im Aufnahmeprozess eines Patienten, bei dem nach der Entlassung möglicherweise Pflegebedarf zu erwarten ist, unverzüglich zu klären:

Erhält dieser Patient schon pflegerische Hilfe? Für Fortsetzung sorgen!
Oder mit der Pflegeberatung des Pflegestützpunktes sofort Kontakt aufnehmen. *Die Entlassungsvorbereitung beginnt mit der Aufnahme!* Die nächsten Schritte nach der Entlassung dürfen nicht automatisch zu „Endlösungen“ werden.

Pflegeberatung und Pflegestützpunkte nach SGB XI, die hier offensiv zur Verfügung stehen sollten, sind erst in Entwicklung. Die Kommune, als Sozialhilfeträger für Hilfe zur Pflege nach SGB XII zuständig, wenn die Eigenmittel der betroffenen Person nicht oder nicht mehr ausreichen, erfährt viel zu spät von der Problemlage. Die Altenberatungsstelle der Kommune könnte von dem Abbruch eines ambulanten Unterstützungsprozesses – aber zu spät – erfahren, wenn nämlich der Antrag auf Hilfe zur stationären Pflege nach SGB XI einläuft. Das erfolgt mit der Aufnahme ins Heim, oder meist erst nach Wochen oder Monaten, wenn das eigene Vermögen aufgezehrt ist mit der Zuzahlung zu dem, was die Pflegekasse an Zuschuss entsprechend der Pflegestufe leistet.

Eine Problemlösungs-orientierte Kommunikation müsste entwickelt, „gepflegt“ und finanziert werden: zwischen Krankenhaus, Krankenkasse (aus Behandlungsverantwortung heraus absehbarer Reha und Pflegebedarf), Pflegekasse (Pflegestufen-Begutachtung und Finanzierung) und Kommune: Beratungsstelle für Altenhilfe und Sozialhilfe (ambulante und stationäre Hilfe zur Pflege) – unter Einbeziehung der Leistungserbringer der ambulanten und stationären Altenhilfe im Wohngebiet des Krankenhauspatienten, dessen Entlassung geplant wird.

Empfehlungen

- *Zur Realisierung eines konstruktiven „Entlassmanagements“ in der Region sollte die Zuständigkeit für vorausschauende, komplexe, individuelle Hilfeplanung und die Verpflichtung der Inanspruchnahme (z. B. für Krankenhäuser) zwischen den relevanten Akteuren geklärt sein (Kranken- und Pflegekassen, Sozialhilfe, Pflegestützpunkte/Pflegeberatung, Praxen und Kliniken, Altenhilfe).*

- *Die Pflegestützpunkte mit Unterstützung ihrer Träger sollten ein Monitoring aufbauen, das die Versorgungspfade in die Pflege und im Pflegesystem transparent macht: Welche Personen aus einem Wohngebiet (Kreis/Stadt) kommen auf welchen Versorgungspfaden von woher über welche Kliniken (oder andere Institutionen) in welche Versorgungsform von Pflege? Besondere Aufmerksamkeit erfordern Personen mit Pflegebedarf infolge von Demenz (und anderen psychischen Erkrankungen), weil sie in stationären Pflegeeinrichtungen konzentriert werden.*

Daraus ergeben sich konkrete Aufgaben bezogen auf die Personen mit komplexem Hilfebedarf in Bezug auf die Verbesserung der Kommunikation zwischen

- den Angehörigen/rechtliche Vertretung oder Betreuung,
- den Krankenhäusern sowie den Praxisärzten (somatisch und psychiatrisch)

- den beteiligten kommunalen Abteilungen (Altenberatung, allgemeiner Sozialdienst, Sozialpsychiatrischer Dienst, Sozialamt: Hilfen zur Pflege und zur Teilhabe nach SGB XII),
- Kranken- und Pflegekassen
- vermittelt über die Pflegestützpunkte/Pflegeberatung

Positive Variante (in diesem Wohngebiet gibt es noch keinen Pflegestützpunkt)
Bei Personen mit einer erheblichen psychischen Störung besteht z. B. die Möglichkeit, dass sie aus dem somatischen Krankenhaus, ggf. vermittelt über einen psychiatrischen Konsildienst, in eine Gerontopsychiatrie überwiesen werden, die das Ziel der Eingliederung in die eigene Häuslichkeit verfolgt mit Unterstützung aus dem stationären Bereich heraus: Familien-Visite, Entlassungsvorbereitung, Probebeurlaubungen; Aktivierung von (vorhandenen) Hilfemöglichkeiten durch Institutsambulanz mit „Übergangspflege“, Vermittlung von ambulantem Pflegedienst und Hauswirtschafthilfe, Demenz-Unterstützungsinitiativen, ehrenamtlich organisierte Nachbarschaftshilfe, ggf. „Betreutes Wohnen in Gastfamilien“, Kooperation mit dem Hausarzt usw.

Kasuistisches Beispiel:
Die Gerontopsychiatrische Abteilung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen in Bad Emstal hat seit 1983 eine Außenstelle für Erwachsenen-Psychiatrie und -Psychotherapie (mit Station, Tagesklinik und Institutsambulanz) an der Orthopädischen Klinik (beide Vitos gGmbH Kliniken) im Ortsteil Bad Wilhelmshöhe in Kassel – mit einer Zweigstelle der gerontopsychiatrischen Institutsambulanz. Im Frühjahr 2009 zog eine gerontopsychiatrische Station (mit integrierter Institutsambulanz) vom Standort Bad Emstal (in ein konfessionelles Allgemeinkrankenhaus mit großer Geriatrischer Abteilung im Stadtteil Bad Wilhelmshöhe (als Außenstelle des „Mutterkrankenhauses“ in Bad Emstal).

4.5 Technische Hilfen

Was kann technische Unterstützung leisten, um Menschen im Alter und besonders Menschen mit Demenz ihr selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung, im vertrauten Wohnumfeld lange zu erhalten und dabei ihre Sicherheit zu erhöhen und ihre Angehörigen zu unterstützen?

Vieles ist inzwischen möglich an technischer Unterstützung. Forschung, Industrie, Gebäudemanagement befassen sich damit.

Dieses Kapitel bezieht sich auf die Erfahrungen in West Lothian[92], einem Landkreis in Schottland, der seit 2002 mit seiner technischen Unterstützung herausragende Fortschritte hinsichtlich Lebensqualität und Versorgung alter und behinderter Menschen erreicht und zugleich Sozial- und Gesundheitskosten spürbar gesenkt hat. Die dortige Unterstützung basiert auf gezielter Entwicklung von Hilfemix-Netzwerken in der Gemeinde und individuellem Zuschnitt einer unkomplizierten Technik auf den Bedarf und die Lebensgewohnheiten des einzelnen Menschen. Eine Begleitforschung² erfolgte über den Zeitraum 2002 – 2005 durch die Universität Sterling (Bowes & McColgan 2006).

[92] Kelly, David F, West Lothian Council, Vortrag „Touching Peoples Lives through Technologie“ im Forum 1 Selbstbestimmte Lebensführung I / Indipendent Living I beim Kongress Seniorenwirtschaft in Europa 2005 / Silver Economy in Europe 2005

Wesentliche Ergebnisse[93]:

Assistenztechnologie in der eigenen Häuslichkeit:

- Eine große Gruppe der zu Hause lebenden befragten Personen sowie ihrer pflegenden Angehörigen berichteten einen positiven Einfluss der Technik auf die Lebenssituation. Hierbei wurden insbesondere die verbesserte Sicherheit und Gefahrenabwehr angeführt.
- Viele der Befragten gaben nur ungern zu, auf Hilfe angewiesen zu sein. Durch die Betonung der Unabhängigkeit durch assistive Technik wirkt Technik der Stigmatisierung entgegen.
- Durch assistive Technologie werden nicht nur die assistenzbedürftigen älteren und behinderten Menschen unterstützt, sondern auch informelle Hilfspersonen wie Familienangehörige, Nachbarn und professionelle Dienste. Darüber hinaus befördern assistive Technologien insbesondere auch das soziale Netzwerk dadurch, dass sich die Aufenthaltdauer in bestehenden sozialen Bezügen verlängert.
- (...)

Der Aufbau der neuen technisch unterstützten Wohnangebote in West Lothian führte zur deutlichen Entlastung der Wartelisten stationärer Pflegeeinrichtungen. In West Lothian konnte mittels Sensortechnologie (automatischer Sturzmelder) beispielsweise sichergestellt werden, dass durchschnittlich maximal nur 20 Minuten bis zum Eintreffen des Unfallwagens vergeht, während der Wert schottlandweit bei vier Stunden liegt.

Durch die technisch unterstützte Verlängerung der Verweildauer hilfebedürftiger Personen in ihrer eigenen Häuslichkeit konnten die stationären Pflegeeinrichtungen ebenfalls deutlich entlastet werden, was gleichzeitig zu einer Verkürzung der Wartezeit von in Krankenhäusern auf die Verlegung in ein Pflegheim wartenden Personen von durchschnittlich 68 Tagen im April 2004 auf 9 Tage im April 2007 führte. Im Zuge der durch die Technik gewährleisteten schnellen Krisenintervention konnten zudem jährlich ca. 3.200 Krankenhaustage eingespart werden (pers. Mitteil. David Kelly, West Lothian Council)".

Technische Unterstützung ersetzt keine menschliche Zuwendung. Sie kann sie aber ergänzen und die persönliche Sicherheit erhöhen, besonders auch für allein lebende Menschen mit Demenz, wenn sie häufige Risiken erfasst und gezielt eine geeignete Antwort einleitet. Für den Einsatz unterstützender Technik sind Situationen geeignet, die im Alltag häufiger vorkommen, rasche menschliche Hilfe erfordern und bei denen das Ausbleiben früher Hilfe die Gefährdung des betroffenen Menschen erheblich verschärft.

Notwendig sind einfache Meldesysteme, die sich an die individuellen Lebensgewohnheiten anpassen lassen und deren Meldung an einer Stelle auflaufen, die rund um die Uhr verlässlich für schnelle sachgerechte Hilfe sorgt. Dafür muss diese Stelle wie ein Callcenter ausgestattet sein, mit den vorhandenen Netzwerkstrukturen zusammenarbeiten und für eine genügend große Einheit (einen Kreis oder eine kreisfreie Stadt) zuständig sein. Idealer-

---

Gaden, Udo S. 48 – 52 in: Elke Driller, Ute Karbach, Petra Stemmer, Udo Gaden, Holger Pfaff, Frank Schulz-Nieswandt „Ambient Assisted Living – Technische Assistenz für Menschen mit Behinderung", Lambertus-Verlag 2009 ISBN 978-3-7841-1948-9

weise ist sie ein Teil der kommunalen Daseinsvorsorge, die grundsätzlich allen Bürgern ab einem bestimmten Lebensalter angeboten wird.

Geeignete Risiken und erzielbarer Nutzen sind z. B.:

- Sturz – erfasst über Sturzdetektoren oder Bewegungsmelder mit dem Ziel schneller Diagnose und Therapie → weniger Komplikationen → weniger und kürzere Krankenhausliegezeiten → Erhalt der Mobilität und Selbständigkeit (Sturzhäufigkeit s. Telemedizin[94])
- Herd wird nicht ausgeschaltet – erfasst über Hitzedetektor mit dem Ziel ans Ausschalten zu erinnern oder rasche Hilfe von außen zu schicken bei Brandgefahr
- Feuer, z. B. durch brennende Zigarette ausgelöst – erfasst über Rauchmelder mit dem Ziel die Gefahrensituation rasch einzuschätzen → schneller Feuerwehreinsatz
- Wasserhahn wird nicht zugedreht oder Abfluss ist verstopft – erfasst über Wasserdetektoren in Küche und Bad/Toilette mit dem Ziel rascher Hilfe, um Sturzgefahr auf nassem Boden zu minimieren und Gebäudeschaden abzuwenden
- Verbleiben im Bett bei akuter Erkrankung oder Verschlechterung – erfasst über Bewegungsmelder mit dem Ziel schneller Diagnose und Therapie, um Krankenhausliegezeiten zu mindern und vorzeitige Pflegebedürftigkeit zu verhindern
- Zu geringe Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme – erfasst über Gewichtsdetektor in der Toilettenbrille mit dem Ziel, frühzeitig personelle Zuwendung zu intensivieren → vermindert Exsikkosegefahr, beugt Verwirrtheit und Depression vor
- Vergessen von Schlüssel/Mantel beim Verlassen der Wohnung – Unterstützung durch Bewegungsmelder an der Tür, der automatisch auslöst, dass eine freundliche, vertraute Stimme (z. B. der Tochter) dazu auffordert, den Schlüssel/Mantel mitzunehmen.

Beispiel[1] einer individuellen Lösung aus West Lothian, Schottland:
Situation: Ein altes Ehepaar, über 80jährig, kann sich noch selbst versorgen mit Unterstützung durch Tochter und Schwiegersohn, über 60jährig, die in der Nähe wohnen. Nachts allerdings gibt es das gravierendste Problem: Die alte Dame mit Demenz geht häufig zur Toilette und kehrt manchmal nicht in ihr Bett zurück, sondern verlässt das Haus. Ihr Mann ist sehr schwerhörig und bemerkt das nicht. Tochter und Schwiegersohn sind massiv in Sorge und inzwischen erschöpft.

Telemedizin – Modellprojekte des Ostalbkreises, Gesundheitsversorgung im Ländlichen Raum, Tagung 6. April 2009:

- ein Drittel aller über 65-Jährigen stürzt mindestens einmal im Jahr, bei über 80-Jährigen liegt dieser Anteil bei über 50%
- 5% aller Stürze im Alter führen zu Knochenbrüchen
- 25% der Alterspatienten nach sturzbedingter Fraktur verstirbt im ersten postoperativen Jahr

Lösung: Ein Detektor im Bett meldet nach 10 Minuten, wenn die alte Dame nicht zurückkehrt. Die Meldung läuft dann direkt auf dem Mobiltelefon der Tochter auf. Diese ruft umgehend in der Wohnung der Eltern an. Die alte Dame geht ans Telefon und nach dem Gespräch mit der Tochter wieder ins Bett. Ginge die alte Dame nicht ans Telefon, würde die Tochter umgehend kommen, um die Mutter noch in der Nähe des Hauses anzutreffen.

Ergebnis: Die Lebensqualität von vier Menschen wurde erheblich verbessert! Die vom Hausarzt vorgeschlagene Heimaufnahme des Ehepaares wurde abgewendet.

Was ist wichtig für die Akzeptanz und den Nutzen technischer Unterstützung?

- Die Auswahl der Melder und ihre Reaktionsschwelle sind individuell auf die Bedarfslage des einzelnen Nutzers auszuwählen und unkompliziert einzustellen
- Alarme werden ohne gezielte Handlung des Nutzers ausgelöst, da alte Menschen in einer Notsituation selten in der Lage sind, einen Alarmknopf zu nutzen
- Das Callcenter meldet sich innerhalb definierter Zeit, z. B. zwei Minuten, und über einen Zugang, der kein Zutun des Nutzers erfordert, z. B. über die Lautsprechanlage des Telefons oder den Fernseher
- Der Nutzer kann von jedem Ort in seiner Wohnung antworten und berichten, wie seine Situation ist, ohne selbst Technik zu aktivieren (muss dafür z. B. nicht an sein Telefon kommen)
- Fehlalarme werden als willkommene Gelegenheit für Kommunikation genutzt. Das stärkt das Vertrauen zwischen Nutzer und Callcenter und vermittelt ein Grundgefühl von Sicherheit in der eigenen Wohnung
- Callcenter-Mitarbeitende sind geschult für die kommunikativen Anforderungen ebenso wie für die Einschätzung der Lage und die Auswahl der erforderlichen Aktion
- Die Zusammenarbeit im gesamten Hilfenetz mit allen professionellen, familiären, nachbarschaftlichen und ehrenamtlichen Helfern einschließlich des Callcenters ist entwickelt und wird gepflegt, um in der konkreten Situation rasch, kompetent und effizient zu helfen.

Fünf gute Gründe, Technik-Unterstützung in die Versorgungsstruktur für Menschen mit Demenz aufzunehmen:

1. Die Phase selbstbestimmten Lebens in der eigenen Wohnung wird verlängert, insbesondere bei alleinstehenden Personen
2. Personelle Hilfe wird gezielt, in den erforderlichen Intervallen, sach- und fachgerecht und wirtschaftlich erbracht
3. Keine Stigmatisierung, wenn grundsätzlich allen Bürgern im Alter (z. B. wie in West Lothian ab 60 Jahren freiwillig und kostenlos – pers. Mitteilung März 2008 im Rahmen einer Exkursion)
4. Entschärft die demografische Schere zwischen wachsenden Zahlen pflegebedürftiger und sinkenden Zahlen pflegender Personen
5. Verbessert die Versorgungs- und Lebensqualität und senkt zugleich die Sozial- und Gesundheitskosten (s. West Lothian)

Im Kapitel ‚Ergänzungen' finden Sie:

- Lützau-Holbein: Technik und Demenz – ein Widerspruch?[95]
- Lützau-Holbein: Technik für Senioren = Technik für Demenzkranke?[96]

4.6 Finanzierung, Sozial- und bürgerliches Recht

4.6.1 Finanzierung von ambulanten und stationären Pflegeleistungen nach SGB XI

In der sozialen Pflegeversicherung sind derzeit rund 70 Millionen Deutsche pflichtversichert (Stand: 01.01.2008), weitere rund 9 Millionen (31.12.2006) sind Mitglied der privaten Pflegeversicherung (Bundesministerium für Gesundheit 2008: 1). Derzeit gibt es in der sozialen und privaten Pflegeversicherung rund 1,4 Millionen Empfänger von ambulanten Geld- bzw. Sachleistungen und rund 0,7 Millionen Empfänger von stationären Leistungen (Deutscher Bundestag 2008: 15). Damit ist die Zahl der Leistungsbezieher um mehr als ein Viertel des Ausgangswertes von 1.546.746 in 1996 auf aktuell 1.968.505 deutlich gestiegen (a.a.O.: 60). Trotz des vom Gesetzgeber formulierten Anspruchs „ambulant vor stationär“ ist der prozentuale Anstieg an Pflegebedürftigen, die stationäre Leistungen in Anspruch nehmen, höher als im ambulanten Bereich. Von Ende 2003 bis Ende 2006 betrug der Zuwachs im ambulanten Bereich lediglich 2,2 %, während der Anteil im stationären Bereich um 7,3% anstieg. (a.a.O.: 15).

Die hohe Bedeutung der stationären Pflege spiegelt sich auch in der Ausgabenstruktur der Pflegeversicherung wider. Bei Gesamteinnahmen von 18,49 Mrd. Euro im Jahr 2006 und Gesamtausgaben von 18,03 Mrd. Euro entfielen 50,6 % der Leistungsausgaben auf die vollstationäre Pflege, gefolgt von Pflegegeld (23,5 %) und Pflegesachleistung (14,1%). Dabei ist festzustellen, dass der Anteil der Heimkosten an den Leistungsausgaben kontinuierlich im Steigen begriffen ist (a.a.O.: 17). Gleichzeitig sank seit Einführung der Pflegeversicherung die Zahl der Bezieher/innen von „Hilfe zur Pflege“ innerhalb und außerhalb von Einrichtungen um 181.000 Personen bzw. um rund 40 % (a.a.O.: 28). Insbesondere im Falle von Heimunterbringungen von Pflegebedürftigen der Pflegestufe III sind jedoch weiter hohe Zuzahlungen erforderlich, die nach wie vor häufig in die Sozialhilfeabhängigkeit führen.

Über die Leistungshöhe, die ein Versicherter erhält, entscheidet die Pflegestufe, die vom MDK nach Prüfung des Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit anhand festgelegter Kriterien vergeben wird. Wie die Erfahrung zeigt, wird die häusliche Pflege insbesondere bei noch geringer ausgeprägter Pflegebedürftigkeit übernommen (58,6 % in Pflegestufe I, 32,0 % in Stufe II und 9,4 % in Stufe III), doch mit zunehmendem Ausmaß an Einschränkungen übersiedelt ein Großteil der Versicherten in die stationäre Pflege (40,3 % in Pflegestufe I, 40,2 % in Stufe II und 19,6 % in Stufe III) (nach Angaben a.a.O.: 15).

Dabei scheinen für die Versicherten auch Kostenargumente bei der Entscheidung für eine ambulante oder stationäre Versorgung mit ausschlaggebend zu sein. So ist der Eindruck entstanden, dass die Präferenz des Gesetzgebers für eine ambulante Versorgung durch die Strukturlogik der Pflegeversicherung latent unterwandert wird und sich im Grunde nur eine ausgewählte Gruppe von Besserverdienenden eine angemessene ambulante Versor-

[95] siehe Kap. 6.3.
[96] siehe Kapitel 6.4.

gung bei steigendem Hilfebedarf leisten kann. In der folgenden Darstellung soll diese Hypothese am Beispiel saarländischer Pflegeanbieter[97] geprüft werden.

4.6.1.1 Kosten und Finanzierung stationärer Altenhilfeeinrichtungen

4.6.1.1.1 Kosten eines stationären Aufenthaltes

Die Kosten eines Aufenthaltes in einer vollstationären Pflegeeinrichtung sind gemäß § 84 Abs. 2 SGB XI nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, in drei Pflegeklassen einzuteilen; bei der Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegeklassen sind im Regelfall die Pflegestufen gemäß § 15 SGB XI zugrunde zu legen. Die Höhe der Pflegesätze wird gemäß § 85 Abs. 1 SGB XI zwischen dem Träger des Pflegeheims und den Kostenträgern vereinbart; dabei ist die Pflegesatzvereinbarung im Voraus, vor Beginn des Pflegesatzzeitraums zu treffen.

Grundlage der Pflegesatzverhandlungen bilden die auf der Ebene der Bundesländer zwischen den Verbänden der Leistungsanbieter sowie den Kostenträgern abgeschlossenen Rahmenverträge gemäß § 75 SGB XI bzw. Rahmenvereinbarungen gemäß § 86 Abs. 3 SGB XI über das Verfahren von Vergütungsverhandlungen. Wesentlicher Inhalt dieser Rahmenverträge bzw. Rahmenvereinbarungen bilden die auf Landesebene zu vereinbarenden Personalanhaltszahlen, welche die Zahl der in der Pflege und Betreuung einzusetzenden Mitarbeiter/innen in Abhängigkeit von der Bewohnerstruktur determiniert.

Die Gesamtkosten stationärer Pflegeeinrichtungen teilen sich in ca. 70 % Personalkosten und ca. 30 % Sachkosten auf. Durch die auf der Grundlage der Personalanhaltszahlen ermittelte personelle Besetzung sind somit ca. 70 % der Kosten einer stationären Altenhilfeeinrichtung festgelegt.

Die beispielhafte Konkretisierung der Heimvergütungen erfolgt auf der Basis einer Vollerhebung in den saarländischen Pflegeheimen. Es handelt sich um eine Grundgesamtheit von 130 Einrichtungen. Der gewichtete Durchschnitt der Pflegeentgelte ergab folgende Struktur:

Tabelle 1: durchschnittliche Pflegeentgelte (Stand: 31.12.2009 – Saarland) pro Tag

Pflegestufe	pflegebedingter Aufwand	Unterkunft und Verpflegung	Investitions-kostenanteil	Summe
Stufe 0	25,79 €	21,62 €	13,23 €	60,64 €
Stufe I	41,70 €	21,62 €	13,23 €	76,55 €
Stufe II	57,21 €	21,62 €	13,23 €	92,06 €
Stufe III	76,14 €	21,62 €	13,23 €	110,99 €

[97] Die beispielhafte Kostendarstellung kann als repräsentativ bewertet werden, da die saarländischen Pflegesätze und Gebühren im Bundesdurchschnitt liegen.

Die durchschnittlich dem Bewohner pro Tag zur Verfügung stehende Zeit für Pflege und Betreuung ergibt sich durch die auf Landesebene vereinbarten Personalanhaltszahlen. Bei diesen Personalanhaltszahlen handelt es sich jedoch um *Brutto-Werte*; sie legen die Anzahl der Mitarbeiter/innen (in Vollzeitkräften) fest, welche eine stationäre Pflegeeinrichtung in Abhängigkeit von ihrer Bewohnerstruktur mindestens zu beschäftigen hat. Die für die Bewohner/innen tatsächlich zur Verfügung stehende Zeit ergibt sich, wenn von diesen Bruttowerten die Zeiten für Urlaub, Krankheit sowie Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter/innen abgezogen werden (= Nettoarbeitszeit).

Eine von der Saarländischen Pflegegesellschaft bei 1.800 Bewohnern in 55 Wohnbereichen durchgeführte Erhebung (ca. 20 % der stationären Plätze im Saarland) hat ergeben, dass faktisch eine durchschnittliche Betreuungszeit von 83 Minuten pro 24 Stunden und Bewohner/in zur Verfügung steht, wenn die Nettoarbeitszeiten zugrunde gelegt werden. Eine im Rahmen eines Projektes durchgeführte Zeiterfassung in vier repräsentativen stationären Einrichtungen kam zu dem Ergebnis, dass von diesem Zeitbudget lediglich 45 % auf die Bereiche Grund- und Behandlungspflege sowie soziale Betreuung entfallen; 25 % der Zeit wird für bewohnernahe hauswirtschaftliche Leistungen verbraucht. Bei den restlichen Zeiten handelt es sich um administrative Tätigkeiten; darunter entfiel allein auf Dokumentationsleistungen ein Zeitanteil in Höhe von 15 %.

Stellt man die in Tabelle 1 dargestellten Pflegesätze in eine konkrete Relation zu der Mitarbeiterpräsenz stehen demnach pro Bewohner/in im Durchschnitt nur 83 Minuten zur Verfügung. Dabei handelt es sich nicht um reine Interaktionszeiten zwischen Pflegekräften und Bewohner/innen, sondern hier inbegriffen sind auch indirekte Pflegeleistungen, wie Dokumentation und Besprechungen.

Hinzu kommen Anteile an Betreuungsleistungen im Rahmen des neu geschaffenen § 87 b SGB XI, durch den sich insbesondere die Versorgung demenzkranker Bewohner/innen verbessern soll. Dabei werden – vor dem Hintergrund des vergleichsweise geringen Etats – häufig nicht examinierte Fachkräfte eingesetzt. Die Einrichtungen erhalten nach den Bestimmungen des § 87 b Vergütungszuschläge, wenn sie zusätzliche Betreuungen und Aktivierungen einrichten, die über das bisherige und notwendige Maß hinausgehen und dafür zusätzliches versicherungspflichtiges Personal bereitstellen, welches nicht bei der Bemessung der Pflegesatzverhandlungen, noch bei den Zusatzleistungen berücksichtigt wurde. Der Aufwand für eine Vollzeitstelle orientiert sich an einer Meßlatte von 25 Bewohner/innen. Auf der Grundlage des § 45 c Abs. 3 SGB XI wurden Richtlinien zur Qualifikation, zu den Anforderungen und zu den Aufgabenbereichen der zusätzlichen Betreuungskräfte erlassen. Es geht im Wesentlichen darum, die Bewohner/innen bei Alltagsaktivitäten zu begleiten und sie vor Isolation zu schützen. Neben einer positiven Grundhaltung zu Alter und Pflegebedürftigkeit werden soziale Kompetenz und kommunikative Fähigkeiten vorausgesetzt. Zudem müssen die Kräfte ein einwöchiges Orientierungspraktikum in einem Pflegeheim, eine Qualifizierungsmaßnahme von mindestens 160 Stunden mit einem zweiwöchigen Betreuungspraktikum sowie regelmäßig einmal im Jahr eine Fortbildung nachweisen (DBfK 2008: 12).

Die Einführung dieser Neuregelung wurde kontrovers diskutiert. Obgleich niemand ernsthaft bezweifelt, dass die soziale Betreuung insbesondere der demenzkranken Bewohner/innen in Pflegeheimen defizitär ist, warfen die Wohlfahrts- und Interessenverbände die Frage auf, ob die als schwierig eingestufte Tätigkeit von dieser vergleichsweise gering qualifizierten Beschäftigtengruppe verantwortungsvoll übernommen werden kann oder ob hier nicht die Gefahr einer Überlastung der Betreuungskräfte ebenso besteht wie die Gefahr ei-

nes nicht adäquaten Umgangs mit den betreuten Bewohner/innen. Weiterhin wurde auf der berufspolitischen Ebene eine negative Auswirkung auf das Image sowie die gesellschaftliche Annerkennung und Wertschätzung der Fachpflege befürchtet, zumal die Berichterstattung teilweise nahe legte, dass jeder bzw. jede, unabhängig von der persönlichen oder fachlichen Eignung, zur Altenpflege herangezogen werden könne („Langzeitarbeitslose sollen Demenzkranke pflegen!“).

Nicht alle Pflegeheime machen von der Möglichkeit Gebrauch, zusätzliche Betreuungskräfte einzustellen. Nach ersten Erfahrungen scheinen sich jedoch durchaus positive Effekte auf die Häufigkeit und das Spektrum sozialer Betreuungsangebote ergeben zu haben. Wenn ein Heim solche Leistungen anbietet, sind diese für die Pflegebedürftigen kostenneutral, weil die Einrichtungen dafür zusätzliche Vergütungen von den Pflegekassen erhalten. Die Leistungen erhöhen die Interaktionszeiten, die im Rahmen der Pflegesätze zur Verfügung stehen, können jedoch bislang nicht genauer beziffert werden.

Das Leistungsangebot der Heime ist insgesamt unterschiedlich, was sich in einer teils erheblichen Schwankung der Heimentgelte widerspiegelt, die weit über die Schwankungsbreite im ambulanten Bereich hinausgeht.

Tabelle 2: Schwankungsbreite der Heimentgelte

Pflegestufe	Pflegebedingter Aufwand		Unterkunft u. Verpflegung		Investitionskostenanteil	
	niedrigster Satz	höchster Satz	niedrigster Satz	höchster Satz	niedrigster Satz	höchster Satz
Stufe 0	18,24 €	35,79 €	18,20 €	23,64 €	2,38 €	28,76 €
Stufe I	31,63 €	54,60 €	18,20 €	23,64 €	2,38 €	28,76 €
Stufe II	44,44 €	73,35 €	18,20 €	23,64 €	2,38 €	28,76 €
Stufe III	58,68 €	94,48 €	18,20 €	23,64 €	2,38 €	28,76 €

Die in der Tabelle verdeutlichten Schwankungen führen in der Konsequenz zu unterschiedlich hohen Eigenbeteiligungen und erschweren allgemeine Aussagen in Richtung eines Kostenvergleichs zwischen ambulanter und stationärer Pflege.

4.6.1.1.2 Übernahme der Kosten des Heimaufenthaltes

Gemäß § 43 SGB XI übernimmt die Pflegekasse Pauschalen zur Abgeltung der Aufwendungen für Pflege und Betreuung; in Abhängigkeit von der tatsächlichen Höhe der pflegebedingten Aufwendungen decken die Pauschalen gegebenenfalls auch einen Teil der Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung ab. Die Investitionskosten werden nicht mit den Pflegekassen verhandelt, sondern sind gemäß § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI auf der Grundlage der nachgewiesenen IST-Kosten gesondert zu berechnen; vor diesem Hintergrund werden die Investitionskosten nicht von der Pflegekasse finanziert. Unter Zugrundelegung der unter Ziffer 1.1 dargestellten durchschnittlichen Kosten ergibt sich somit folgende Eigenbelastung für die Heimbewohner/innen:

Tabelle 3: Eigenanteil in der stationären Pflege

	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Kosten pro Monat - Pauschale der Pflegekasse	2.327 € 1.023 €	2.799 € 1.279 €	3.374 € 1.510 €
= Eigenanteil der Bewohner/innen	**1.304 €**	**1.520 €**	**1.864 €**

Dabei schwanken die Eigenanteile der Bewohner/innen gemäß der Schwankungsbreite der Entgelte.

4.6.1.2 Finanzierung ambulanter Dienst

4.6.1.2.1 Leistungsspektrum

Die von der gesetzlichen Pflegeversicherung gemäß § 36 SGB XI finanzierten Leistungen der „Häuslichen Pflege“ leiten sich aus dem verrichtungsorientierten Pflegebedürftigkeitsbegriff des § 14 SGB XI ab. Im Sinne des Gesetzes ist pflegebedürftig, wer wegen einer körperlichen, geistigen, seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße Hilfe benötigt (§ 14 Abs.1 SGB XI). Dies betrifft nach § 14 Abs. 2 die Körperpflege (Waschen, Baden, Duschen, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung), die Ernährung (mundgerechtes Zubereiten oder die Aufnahme von Nahrung), die Mobilität (selbständiges Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung) und die hauswirtschaftliche Versorgung (Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen). Es ist nicht relevant, ob die Hilfe in der eigenen Häuslichkeit oder in einer Pflegeeinrichtung in Anspruch genommen wird.

Als Pflegebedürftigkeit auslösende Krankheiten oder Behinderungen zählen nach dem Pflegeversicherungsgesetz

- Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat
- Funktionsstörungen der inneren Organe oder Sinnesorgane sowie
- Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen (vgl. § 14 Abs. 4).

Wenngleich psychische Erkrankungen im Katalog der auslösenden Krankheiten enthalten sind, gab es bereits früh nach der Gesetzeseinführung erhebliche Zweifel, ob insbesondere Demenzkranke mit ihrem speziellen Bedarf nach Beaufsichtigung und Betreuung entlang der bestehenden Kriterien bedarfsgerecht eingestuft werden können. Es wurde diskutiert, ob hier nicht ein Problem in der Versicherungsgerechtigkeit vorliegt, wenn etwa Angehörige De-

menzkranker, die durch die übernommenen Aufgaben stark belastet sind, aus der Pflegeversicherung erheblich weniger bzw. keine Leistungen erhalten. Nachdem von den politisch Verantwortlichen zunächst der Ausschluss betreuerischer Aufgaben als Element des Teilkasko-Prinzips dargestellt wurde, lenkte man schließlich ein, um dem immer offensichtlicheren und öffentlich breit kritisierten Missstand zu begegnen, und man versuchte zunächst mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz gegenzusteuern, das Leistungsverbesserungen für Demenzkranke vorsah. Dennoch betonte der Gesetzgeber immer noch den Teilkasko-Gedanken mit Hinweis auf die notwendige Beitragsatzstabilität. *„Aufgrund dieser bestehenden finanziellen Rahmenbedingungen ist es nicht möglich, mit diesem Gesetz die Demenzproblematik durchgreifend zu lösen, der Teilsicherungscharakter der Pflegeversicherung wird grundsätzlich auch in diesem Bereich nicht verändert werden können"* (Deutscher Bundesrat 2001: 13).

Erst mit der Pflegereform 2008 und einer parallel dazu eingesetzten Expertengruppe, die mit einer Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs[98] beauftragt wurde, rückte man hinsichtlich der Demenz von diesem Grundsatz ab. Ziel der aktuell in der Testphase befindlichen neuen Richtlinien ist es, durch eine Orientierung an modernen Definitionen und Kriterien der Pflegebedürftigkeit eine gerechtere Ausrichtung der Leistungen am individuellen Bedarf der Versicherten zu erreichen. Die zu erwartenden Mehrkosten dieser Reform in Verbindung mit den Kosten für die zusätzlichen Leistungen aus der Pflegereform werden durch eine Erhöhung des Beitragsatzes finanziert[99]. In den aktuellen Vorschlägen der Expertengruppe werden weitergehende Überlegungen angestellt, etwa ob die Erweiterung der bislang bestehenden drei auf fünf Pflegestufen eine bessere Verteilung der zur Verfügung stehenden Leistungen ermöglicht. Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Reformen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich zu einer adäquateren Abbildung des Hilfebedarfs Demenzkranker und damit zu Leistungsverbesserungen führen werden. In der Konsequenz ist zu hoffen, dass sich dies auch in einer Entlastung von Angehörigen und professionell Pflegenden niederschlägt, weil letztendlich mehr Zeit und Geld für pflegerische und betreuerische Aufgaben zur Verfügung stehen wird.

Die Erbringung von Leistungen der Häuslichen Pflege gemäß § 36 SGB XI wird ebenfalls auf der Ebene der Bundesländer geregelt. Die Mehrzahl der Bundesländer hat sich mit den Pflegekassen auf ein System der Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach *Leistungskomplexen (Leistungsmodulen)* verständigt. Als Leistungskomplex versteht man dabei ein Bündel von Einzelleistungen, die im Durchschnitt eines Pflegebedürftigen erbracht werden; in Abhängigkeit vom individuellen Bedarf muss jedoch nicht jede Einzelleistung vom Pflegedienst im Rahmen des Leistungskomplexes erbracht werden.

Im Saarland wurden folgende Leistungskomplexe vereinbart:

Leistungskomplex		Leistungs-Inhalt
Nr.	Bezeichnung	
1.	Kleine Morgen-/Abendtoilette	• Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes • An-/Auskleiden • Teilwaschen (z.B. Gesicht, Hände, Intim-

[98] Der reformierte Pflegebedürftigkeitsbegriff soll perspektivisch die neuen Leistungen nach § 87b SGB XI ersetzen.

[99] Der Beitragssatz wurde zum 1.7.08 um 0,25 Prozentpunkte auf 1,95% des Bruttolohns für Arbeitnehmer/innen mit Kindern und 2,2% für kinderlose Arbeitnehmer/innen angehoben.

		bereich, Haarwäsche/oder Rasur, ggf. Hautpflege • Mundpflege und Zahnpflege • Kämmen einschließlich Herrichten der Tagesfrisur • Betten machen/richten
2.	Große Morgen-/Abendtoilette	• Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes • An-/Auskleiden • Waschen/Duschen/Baden mit Haut- und/ oder Nagelpflege/Haare waschen • Rasieren • Mundpflege und Zahnpflege Kämmen einschließlich Herrichten der Tagesfrisur • Betten machen/richten
3.	Lagern	• Lagern umfasst alle Maßnahmen, die den Pflegebedürftigen das körper- und situationsgerechte Liegen und Sitzen ermöglichen, Sekundärerkrankungen vorbeugen und die Therapie unterstützen. • Betten machen/richten
4.	Lagern (Nr. 3) als alleinige Leistung	• Alleinige Leistung bedeutet in diesem Zusammenhang auch nicht in Verbindung mit einem Einsatz im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V.
5.	Mobilisation	---- in Verbindung mit anderen Leistungen
6.	Mobilisation (Nr. 5) als alleinige Leistung	• Alleinige Leistung bedeutet in diesem Zusammenhang auch nicht in Verbindung mit einem Einsatz im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V.
7.	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	• Mundgerechte Zubereitung der Nahrung • Hilfen beim Essen und Trinken • Hygiene im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme
8.	Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG)	• Aufbereitung der Sondennahrung • Verabreichung der Sondenkost
9.	Darm- und Blasenentleerung im Zu-sammenhang mit anderen Leistungen	• Hilfen/Unterstützung bei der Blasen- und/oder Darmentleerung einschließlich Entsorgung von Ausscheidungen, ggf. den Transfer zur Toilette
10.	Darm- und Blasenentleerung	• An-/Auskleiden • Hilfen/Unterstützung bei der Blasen- und/oder Darmentleerung, z.B. Inkontinenzversorgung, zur Toilette bringen, Entsorgung von Ausscheidungen • Intimhygiene • Betten machen/richten
11.	Hilfestellung zum Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung	• An-/Auskleiden im Zusammenhang mit dem Verlassen oder Wiederaufsuchen der

		Wohnung • Treppensteigen
12.	Begleitung bei Aktivitäten außerhalb der Wohnung	• Begleitung bei Aktivitäten, bei denen das persönliche Erscheinen erforderlich und ein Hausbesuch nicht möglich ist (keine Spaziergänge, kulturelle Veranstaltungen)
13.	Hauswirtschaftliche Verrichtungen	• Beheizen der Wohnung • Reinigung der Wohnung • Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung • Einkauf • Zubereitung einer Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen
14.	Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI	• Beratung • Hilfestellung • Kurzmitteilung
15.	Erstbesuch/Folgebesuch	• Anamnese • Einleitung der Pflegeplanung

Die von den Pflegebedürftigen am häufigsten in Anspruch genommene Leistung ist der Leistungskomplex 2 in der Konkretisierung „Große Morgentoilette“, gefolgt vom Leistungskomplex 1 („Kleine Morgen-/Abendtoilette“).

4.6.1.2.2 Kosten der Leistungserbringung

Die Gebühren für die Leistungen der Häuslichen Pflege ermitteln sich durch Multiplikation der Punktzahlen je Leistungskomplex mit dem Punktwert je Leistungspunkt. Während die Punktzahlen für alle ambulanten Dienste auf Landesebene zwischen den Verbänden der Leistungsanbieter und den Kostenträgern einheitlich vereinbart werden, sind die Vereinbarungen über den Punktwert individuell zwischen dem jeweiligen ambulanten Dienst und den Kostenträgern zu vereinbaren. Im Saarland liegt der Punktwert in einer Schwankungsbreite von 3,068 Cent je Punkt minimal und 3,528 Cent je Punkt maximal. Hinzu kommt der Investitionsbetrag, der ebenfalls gesondert berechnet wird.

In Abhängigkeit vom jeweils individuell vereinbarten Punktwert ergeben sich somit folgende Gebühren für die Erbringung von Leistungen der Häuslichen Pflege:

Tabelle 4: Kosten der Häuslichen Pflege in Abhängigkeit vom Punktwert des Pflegedienstes

Leistungskomplex			Gebühr bei Punktwert von		Investitionsbetrag
Nr.	Beschreibung	Punktzahl	3,528 ct	3,068 ct	bei 0,2 ct/Punkt
1.	Kleine Morgen-/Abendtoilette	360	12,70 €	11,04 €	0,72 €
2.	Große Morgen-/Abendtoilette	570	20,11 €	17,49 €	1,14 €
3.	Lagern	100	3,53 €	3,07 €	0,20 €
4.	Lagern als alleinige Leistung	200	7,06 €	6,14 €	0,40 €
5.	Mobilisation	150	5,29 €	4,60 €	0,30 €
6.	Mobilisation als alleinige Leistung	200	7,06 €	6,14 €	0,40 €
7.	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	250	8,82 €	7,67 €	0,50 €
8.	Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG)	100	3,53 €	3,07 €	0,20 €
9.	Darm- und Blasenentleerung	100	3,53 €	3,07 €	0,20 €
10.	Darm- und Blasenentleerung als alleinige Leistung	200	7,06 €	6,14 €	0,40 €
11.	Hilfestellung zum Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung	70	2,47 €	2,15 €	0,14 €
12.	Begleitung bei Aktivitäten außerhalb der Wohnung	600	21,17 €	18,41 €	1,20 €
13.	Hauswirtschaftliche Verrichtungen	540/Stunde	19,05 €/Std.	16,57 €/Std.	1,08 €/Std.

4.6.1.2.3 Übernahme der Kosten

Die Erbringung von Leistungen der Häuslichen Pflege ist nach dem „Einkaufsmodell“ geregelt; das heißt, die Pflegekasse stellt ein begrenztes Budget in Abhängigkeit von der Pflegestufe zur Verfügung, welches vom Pflegebedürftigen entsprechend seinen individuellen Bedürfnissen für die Erbringung von Leistungskomplexen seiner Wahl verwendet werden kann. Die Sachleistungshöchstgrenzen haben seit dem 01. Januar 2010 folgende Höhe:

Tabelle 5: Sachleistungshöchstgrenze gemäß § 36 SGB XI

Pflegestufe	Sachleistungshöchstgrenze
Stufe I	440,00 €/Monat
Stufe II	1.040,00 €/Monat
Stufe III	1.510,00 €/Monat

Die konkrete Belastung des Pflegebedürftigen kann insofern nicht allgemeingültig beantwortet werden, sondern ist abhängig von

- der Höhe des individuell vereinbarten Punktwertes und
- der konkreten Inanspruchnahme von Leistungskomplexen.

Beispielrechnung:

Ein ambulant versorgter Pflegebedürftiger, der in Pflegestufe I eingestuft ist, nimmt einmal täglich einen ambulanten Pflegedienst für den Leistungskomplex „Große Morgentoilette“ in Anspruch. In Abhängigkeit vom vereinbarten Punktwert des Pflegedienstes ergibt sich für ihn ein Eigenanteil von:

Kosten bei Punktwert von		Eigenanteil im Monat		Eigenanteil im Jahr	
3,528 ct	3,068 ct	bei 3,528 ct	bei 3,068 ct.	bei 3,528 ct	bei 3,068 ct
611,34 €	531,70 €	171,34 €	91,70 €	2.056,08 €	1.100,40 €

Gemäß § 82 Abs. 2 SGB XI dürfen in der Pflegevergütung keine Bestandteile für Investitionskosten enthalten sein; diese sind gegenüber dem Pflegebedürftigen gesondert zu berechnen. Ebenso wie im Bereich der stationären Altenhilfe übernehmen die Pflegekassen auch im Bereich der häuslichen Pflege keine Investitionskosten.

Im Saarland sind die Investitionskosten im ambulanten Bereich mit 0,2 Cent je Punkt pauschaliert; in Abhängigkeit von den Punktzahlen des jeweiligen Leistungskomplexes erhöht sich der vom Pflegebedürftigen zu tragende Eigenanteil um diesen Betrag. Beim Leistungskomplex „Große Morgentoilette“ ergibt sich somit ein Investitionsbetrag in Höhe von 416,10 €; dieser ist ebenfalls vom Pflegebedürftigen zu tragen.

Wird darüber hinaus noch die Leistung „Kleine Abendtoilette“ in Anspruch genommen, erhöht sich der Anteil wie folgt:

LK	Kosten bei Punktwert von		Eigenanteil im Monat		Eigenanteil im Jahr	
	3,528 ct	3,068 ct	bei 3,528 ct	bei 3,068 ct.	bei 3,528 ct	bei 3,068 ct
1	611,34 €	531,70 €				
2	386,08 €	335,62 €				
∑	997,42 €	867,32 €	557,42 €	427,32 €	6.689,04 €	5.127,84 €

Hinzu kommen noch die Investitionskosten in Höhe von 678,90 € im Jahr, um welche sich der Eigenanteil der Pflegebedürftigen erhöht.

Diese Beispielrechnung zeigt jedoch auch, dass die Sachleistungshöchstgrenzen in Pflegestufe II gerade ausreichen, um die Inanspruchnahme des Pflegedienstes morgens (große Morgentoilette) und abends (kleine Abendtoilette) zu finanzieren; darüber hinausgehend in Anspruch genommene Leistungen sind vom Pflegebedürftigen zu finanzieren.

4.6.1.2.4 Durchschnittlich zu Verfügung stehende Pflegezeit

Die Pflegeversicherung sieht keine verbindlichen Einsatzzeiten vor; auch für die Umrechnung der Punktzahlen in Pflegeminuten gibt es keinen verbindlichen Schlüssel. Die Frage, wie viele Minuten dem Pflegedienst für die Pflege eines ambulant betreuten Pflegebedürftigen zur Verfügung stehen, kann somit nur im Rahmen der *erlösorientierten Einsatzplanung* beantwortet werden: Die Kosten einer Pflegefachkraft werden mit durchschnittlich 42,00 € pro Stunde kalkuliert. Bei einem vereinbarten Punktwert von 3,528 Cent je Punkt und den daraus resultierenden Gebühren lässt sich die pro Einsatz dem Pflegedienst zur Verfügung stehende Zeit für die Erbringung des jeweiligen Leistungs-komplexes wie folgt herleiten:

Leistungskomplex		Gebühr bei 3,528 ct.	Einsatzzeit in Minuten
Nr.	Bezeichnung		
1.	Kleine Morgen-/Abendtoilette	12,70 €	18 Min.
2.	Große Morgen-/Abendtoilette	20,11 €	29 Min.
3.	Lagern	3,53 €	5 Min.
4.	Lagern als alleinige Leistung	7,06 €	10 Min.
5.	Mobilisation	5,29 €	8 Min.
6.	Mobilisation als alleinige Leistung	7,06 €	10 Min.
7.	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	8,82 €	13 Min.
8.	Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG)	3,53 €	5 Min.
9.	Darm- und Blasenentleerung	3,53 €	5 Min.
10.	Darm- und Blasenentleerung als alleinige Leistung	7,06 €	10 Min.
11.	Hilfestellung zum Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung	2,47 €	4 Min.
12.	Begleitung bei Aktivitäten außerhalb der Wohnung	21,17 €	30 Min.

Im Rahmen der Großen bzw. Kleinen Morgentoilette stünden dem Pflegebedürftigen demnach 29 bzw. 18 Minuten Präsenzzeit zur Verfügung.

4.6.1.2.5 Niedrigschwellige Leistungen gemäß § 68 Abs. 1 SGB XI

Ergänzend zu den pflegerischen Leistungskomplexen steht hilfebedürftigen Menschen in ihrer Häuslichkeit ein Anspruch auf Hilfen zur Weiterführung des Haushaltes gemäß § 68 Abs. 1 SGB XI zu. Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um hauswirtschaftliche Leistungen; Betreuung und Beaufsichtigung sind nicht Bestandteil des Leistungsspektrums.

Die Kosten der Erbringung von Leistungen durch ambulante Dienste („Mobile Soziale Dienste“) werden pro Einsatzstunde berechnet und liegen je nach Vereinbarung mit dem örtlichen Sozialhilfeträger zwischen 12,00 € und 20,00 € die Stunde.

4.6.1.2.6 Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf gemäß den §§ 45 a, 45 b SGB XI

Die unter Punkt 2.1 dargestellte Problematik der einseitigen Orientierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs an den gewöhnlichen und wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens hatte zur Folge, dass Personen mit einem spezifischen Bedarf an allgemeinen Betreuungsleistungen insbesondere als Folge demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen oftmals in keine der drei Pflegestufen eingruppiert wurden und somit keine Leistungen der Pflegeversicherung erhielten. Um diese Versorgungslücke zu reduzieren, schuf der Gesetzgeber mit Wirkung zum 01. Januar 2002 durch einen neuen § 45 a SGB XI einen zusätzlichen Leistungsanspruch für Personen, bei welchen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Begutachtung nach § 18 SGB XI als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben. Bei der Entscheidung über eine Einschränkung der Alltagskompetenz werden die folgenden Schädigungen oder Funktionsstörungen herangezogen:

1. Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauf-Tendenz)
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situation
3. Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potentiell gefährdenden Substanzen
4. Tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation
5. Im Zusammenhang mit speziellen Situationen unangebrachtes Verhalten
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Altersleistungen geführt haben
9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren
11. Verkennen von Alltagssituationen und unangemessenes Reagieren in Alltagssituationen
12. Ausgeprägt labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten
13. Zeitlich überwiegende Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der MDK bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1-9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Funktionsstörungen feststellt.

Während durch das Pflegeleistungsergänzungsgesetz mit Wirkung zum 01. Januar 2002 zunächst ein Leistungsanspruch in Höhe von 460 € jährlich geschaffen wurde, hat der Gesetzgeber diesen Anspruch im Rahmen des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes mit Wirkung zum 01. Juli 2008 auf

- 100 € monatlich (Grundbetrag) bzw.
- 200 € monatlich (erhöhter Betrag) angehoben.

Mit der Einführung dieses Anspruchs verbunden war ein Systembruch in der Weise, dass der Leistungsanspruch nunmehr auch Personen zusteht, welche nicht pflegebedürftig im Sinne des § 14 SBG XI sind und somit in keine der drei Pflegestufen eingruppiert sind.

Für die Beurteilung der Wirksamkeit dieser Regelung ist zu berücksichtigen, dass der Betrag gemäß § 45 b Abs. 1 SGB XI zweckgebunden ausschließlich für qualitätsgesicherte Leistungen eingesetzt werden darf; konkret dient der Betrag der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

- der Tages- oder Nachtpflege
- der Kurzzeitpflege
- der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung handelt und/oder
- der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote
- entstanden sind.

Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass ein Aufenthalt in einer Tagespflegeeinrichtung den Gast (in Abhängigkeit von der Pflegestufe) durchschnittlich zwischen 50 € und 65 € pro Tag kostet, sind durch den Grundbetrag somit maximal 2 Tage pro Monat bzw. durch den erhöhten Betrag maximal 4 Tage pro Monat finanziert. Die durchschnittlichen Kosten eines Aufenthaltes in einer solitären Kurzzeitpflegeeinrichtung liegen zwischen 80 € und 110 € pro Tag; somit ermöglicht der Leistungsanspruch lediglich 1,25 – 2,5 Tage Aufenthalt in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung pro Monat. Die Fachöffentlichkeit hat die Einführung des neuen Leistungsanspruchs als einen ersten Schritt in die richtige Richtung grundsätzlich begrüßt; faktisch ist eine Finanzierung zusätzlicher Betreuungsangebote dadurch jedoch nur in geringem Umfang möglich.

4.6.1.2.7 Beschäftigung ausländischer Haushaltshilfen in Haushalten mit Pflegebedürftigen

Als „Alternative“ zur institutionellen Pflege werden in den vergangenen Jahren zunehmend ausländische (insbesondere: osteuropäische) Hilfskräfte in den Haushalten pflegebedürftiger Menschen eingesetzt. Die Möglichkeiten und Grenzen eines Einsatzes osteuropäischer Haushaltshilfen werden kontrovers diskutiert. Neben Bedenken hinsichtlich einer mangelnden Qualifizierung dieser Kräfte, die oftmals noch nicht einmal über hinreichende Sprachkenntnisse verfügen, werden auch juristische Einwände geltend gemacht: So ist die Zulassung als Haushaltshilfe zur Beschäftigung in Haushalten mit Pflegebedürftigen nur dann möglich, wenn sich die Tätigkeit auf „hauswirtschaftliche Arbeit“ beschränkt und keine „Pflege“ geleistet wird. Darüber hinaus kann eine Arbeitserlaubnis nur dann erteilt werden, wenn die Haushaltshilfe aufgrund einer Absprache der Bundesagentur für Arbeit mit der Arbeitsverwaltung des Herkunftslandes über das Verfahren und die Auswahl vermittelt worden ist.

Die Beschäftigung kann in solchen Fällen bis zu einer Dauer von längstens drei Jahren ausgeübt werden.

Die Kosten, die für die Beschäftigung osteuropäischer Haushaltshilfen entstehen, werden in vielen Fällen unterschätzt: So dürfen ausländische Haushaltshilfen nicht zu ungünstigeren Arbeitsbedingungen als vergleichbare deutsche Arbeitnehmer/innen beschäftigt werden. Dies bedeutet, dass die Arbeits- und Lohnbedingungen dem einschlägigen Tarifvertrag entsprechen und ortsüblich sein müssen. Nach einer Erhebung des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) liegt die ortsübliche tarifliche Bezahlung je nach Region zwischen ca. 1.100 und ca. 1.300 € pro Monat. Darüber hinaus sind die ausländischen Haushaltshilfen während ihrer Tätigkeit im Haushalt der Versicherungspflicht in der Kranken-, Pflege-, Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung unterworfen. Die Beiträge für die Sozialversicherung werden als Gesamtsozialversicherungsbetrag vom „Arbeitgeber“ an die zuständige Einzugstelle (zuständige Krankenkassen) entrichtet. Der „Arbeitgeber“ hat der Einzugstelle für jeden pflichtversicherten Beschäftigten eine Meldung zu erstatten. Insgesamt fallen für den „Arbeitgeber“ somit Kosten in Höhe von *1.350 €/Monat – 1.600 €/Monat* an.

Beschäftigt ein pflegebedürftiger Mensch ausländische Haushaltshilfen, so hat er einen Anspruch auf Geldleistungen gemäß § 37 SGB XI; die Höhe der Geldleistungen beträgt monatlich:

Pflegestufe	Geldleistungsanspruch
Pflegestufe I	225,00 €
Pflegestufe II	430,00 €
Pflegestufe III	685,00 €

Hieraus wird ersichtlich, dass selbst der Geldleistungsanspruch in Pflegestufe III nicht ausreicht, um die gesamten Kosten für die Beschäftigung einer Haushaltshilfe zu finanzieren. Wird die Geldleistung in voller Höhe in Anspruch genommen, besteht kein weiterer Anspruch auf Sachleistungen mehr. Zusätzlich notwendige pflegerische Leistungen müssen dann selbst finanziert werden. Nimmt der Pflegebedürftige den Betrag der Sachleistung nur teilweise in Anspruch, vermindert sich sein Anspruch auf Pflegegeld um den Vomhundertsatz, in dem der Pflegebedürftige Sachleistungen in Anspruch genommen hat.

Die Verpflichtung zur Einhaltung der gesetzlichen tariflichen Bestimmungen bedeutet jedoch auch, dass eine 24-Stunden-Betreuung an sieben Tagen in der Woche durch die Beschäftigung osteuropäischer Haushaltshilfen nicht möglich ist: Neben der Begrenzung der Wochenarbeitszeit entsprechend der tariflichen Regelung ist auch die Einhaltung der arbeitsschutzrechtlichen Regelungen zu beachten; insbesondere ist sicherzustellen, dass die werktägliche Arbeitszeit die gesetzlich vorgeschriebene Maximalgrenze von zehn Stunden nicht übersteigt.

Die Tatsache, dass die legale Beschäftigung osteuropäischer Haushaltshilfen für die pflegebedürftigen Menschen mit hohen finanziellen Belastungen sowie engen gesetzlichen Rahmenbedingungen verbunden ist, hat in den vergangenen Jahren dazu geführt, dass in nicht unerheblichem Ausmaß illegale Beschäftigungsverhältnisse mit osteuropäischen Haushaltshilfen begründet wurden. Vielen Pflegebedürftigen bzw. Angehörigen ist nicht bewusst, dass es sich dabei um einen Straftatbestand handelt, welcher mit hohen Geldbußen geahndet wird. Die Verbände der Leistungsanbieter haben daher in umfangreichen Informationskam-

pagnen vor einem unbewussten Abgleiten pflegebedürftiger Menschen in die „Alterskriminalität“ gewarnt.

4.6.1.3 Fazit

Obgleich der Gesetzgeber einen Vorrang der ambulanten Versorgung vorgesehen hat, wechseln Pflegebedürftige bei steigendem Hilfebedarf häufig dennoch in eine stationäre Pflegeeinrichtung. Dies betrifft insbesondere Demenzkranke mit hohem Betreuungsbedarf. Im Rahmen dieses Beitrages wurde geprüft, ob die Tendenz zur stationären Versorgung nicht auch durch finanzielle Weichenstellungen im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes selbst befördert wird.

Im Ergebnis kann festgestellt werden, dass vor allem die Höhe der Eigenbeteiligungen die Versicherten dazu veranlassen kann, statt einer ambulanten Versorgung eine stationäre Unterbringung in Erwägung zu ziehen. Im Rahmen der ambulanten Versorgung fallen nicht nur die Kosten für den Eigenanteil an, sondern es bleiben zusätzlich sämtliche Kosten der privaten Lebensführung bestehen, wie Miete, Nebenkosten und Ernährung. Dies betrifft vor allem allein lebende Pflegebedürftige. Diese Schieflage beginnt je nach Konstellation bereits in der Pflegestufe I. Wenn ein ambulant versorgter Pflegebedürftiger in der Pflegestufe I die „Minimalleistung“ „Große Morgentoilette“ einkauft, mit der 29 Minuten Pflegezeit verbunden sind, ist ein Eigenanteil von rund 2.000 € im Jahr zu leisten. Dieser erhöht sich bei einer Pflegezeit von 47 Minuten am Tag („Große Morgentoilette und Kleine Abendtoilette“) auf mehr als 4.600 € im Jahr. Diesen Eigenanteilen in erheblicher Höhe stehen also in der ambulanten Versorgung nur geringe Pflege- und Ansprechzeiten des Pflegedienstes gegenüber.

Neben den hohen Kosten spielt jedoch für viele Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Pflege auch die Versorgungssicherheit eine entscheidende Rolle, die insbesondere bei allein lebenden Demenzkranken zum Problem wird. Denn wenn auch abzüglich der indirekten Pflege in stationären Einrichtungen als reine Interaktionszeit zwischen Pflegekraft und Bewohner/in nur rund 60 Minuten verbleiben, gibt es für die Pflegebedürftigen eine Reihe zusätzlicher Kontaktmöglichkeiten z. B. im Rahmen der Betreuungsangebote nach § 87 b oder in Kontakt mit Hauswirtschaftskräften, Hausmeistern oder auch in Geselligkeit mit anderen Bewohner/innen. Vor allem aber sind in stationären Einrichtungen Fachkräfte stets präsent und können bei akutem Hilfebedarf unabhängig von der jeweiligen Tageszeit unmittelbar reagieren. Im Gegensatz zur ambulanten Pflege wissen die Angehörigen ihre Pflegebedürftigen damit in einer stabilen Eingebundenheit und Versorgungssicherheit, ohne dass sie sich selbst mit hohen Zeitanteilen einbringen müssen.

Durch den Einsatz ambulanter Dienste ist bei vertretbaren Eigenbeteiligungen jedoch nur eine sehr geringe Interaktionszeit zu finanzieren, die auch durch die zusätzlichen Leistungen nach den § 68 Abs. 1 oder nach § 45 a, b SGB XI nicht wesentlich erhöht werden kann. Da viele pflegende Angehörige wegen eigener Berufstätigkeit und/oder weiteren familiären Verpflichtungen nur sehr bedingt in der Lage sind, dies mit eigenem Zeiteinsatz zu kompensieren, hat sich faktisch einer neuer Markt für semiprofessionelle Hilfskräfte herausgebildet, der unter dem Stichwort „osteuropäische Hilfskräfte“ in der Öffentlichkeit kontrovers diskutiert wird. Wenn diese legal als Haushaltshilfe beschäftigt werden, fallen jedoch hohe Eigenbeteilungen an, die wiederum zusätzlich zur Pflege durch ambulante Dienste zu finanzieren wären.

Vor dem Hintergrund dieser Situation ist die Frage zu stellen, durch welche Steuerungsinstrumente die politischen Entscheidungsträger neue Anreize für Versicherte und Anbieter

schaffen könnten, um den Vorrang ambulanter Hilfen – jenseits von Schwarzarbeit oder prekarisierten Beschäftigungsverhältnissen – auf solidere Beine zu stellen.

4.6.2 Reform des SGB XI und anderer Gesetzbücher[100]

Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Realisierung von personenzentrierten Hilfen:
Nach der Einführung der Pflegeberatung und der Pflegestützpunkte im PflWG kann diese Umsetzung gerade für Menschen mit Pflegebedarf in Folge von psychischen Erkrankungen einschließlich Demenz die individuelle Realisierung des Hilfe-Mixes wirksamer und kostengünstiger erreicht werden, *wenn* der „neue Wein (Pflegebedürftigkeitsbegriff) nicht in die alten Schläuche (SGB XI) gefüllt wird". Es geht darum, die rechtlichen Rahmenbedingungen (Leistungs- und Leistungserbringerrecht) zu ändern mit dem Ziel, insbesondere die organisatorische Integration der ambulanten und stationären Altenhilfe mit alltagsbegleitenden Hilfen sowie ihre Verknüpfung mit Behandlung, Rehabilitation, Teilhabe und Hilfe zur Pflege (SGB XII) zu fördern. (Ebene 4)
Querverweise auf die Kapitel Milfe-Mix (Ebene 2), Leben im Alter im Wohngebiet (4.5) und kasuistische Beispiele (Ebene 3); zur Aufgabe, Leistungen nach SGB XI und XII (Eingliederungshilfe/Hilfe zur Pflege) zu verzahnen, sei auf den Umsetzungsbericht des Beirates Mai 2009 verwiesen[101]

Vorschläge für zukünftige Regelungen, um strukturelle Veränderungen zu bewirken:

- Anreize für Pflege in eigener Häuslichkeit mit stationärer Versorgung gleichstellen.
- Versorgung nach dem Hilfe-Mix-Konzept fördern, insb. Einbeziehung der bürgerschaftlich/ehrenamtlichen Helfer (Aufwandsentschädigung) und von (bezahlten) alltagsbegleitenden Helfern auf eine klare finanzielle Grundlage stellen.

- Integration von ambulanter und stationärer Altenhilfe zum – virtuellen – Altenhilfe-Netz/-Zentrum im Wohngebiet (möglichst als Teil eines allgemeinen Dienstleistungs-Netzes/-Zentrums, z. B. wie Einkaufspassage, Trägerschaft nach Funktionen: Raum-Finanzierung und Management, verschiedene Dienstleitungen).

- Qualitätssicherung - Schlüsselrolle für die „Pflegeberatung" (im Sinne von Assessment und längerfristigem Casemanagement) neben dem MDK mit dem Ziel, für und mit der betroffenen Person die Wirkung der gleichzeitig und im Zeitablauf erhaltenen Hilfen zu beurteilen und davon ausgehend den nächsten Zyklus des integrierten Hilfe-Mixes zu planen, also primär Personen- und nur sekundär Maßnahme- bzw. Institutions-spezifisch vorzugehen.

Grundidee:
Sachleistungsbudget **-** Pflege-Mix pauschaliert nach Bedarfsgraden *als gleiche Sachleistung für Personen in eigener Häuslichkeit oder in zur Verfügung gestellter Häuslichkeit eines Trägers wohnend:* Komponenten (a) professionelle Pflege, (b) bezahlte Alltagsmanager (vgl. bisherige Regelung für Grundpflege: 50% Pflegekräfte plus Hilfskräfte), - (c) Einbeziehung bürgerschaftliche/ehrenamtliche Helfer in ambulanter und stationärer Altenhilfe gleichermaßen, teilweise einschließlich regelhafte Aufgabenausführung. Anreiz: z. B. die Sachleistung nach dem Konzept Pflege-Mix wird um XY % aufgestockt, wenn auch (c) realisiert wird.

---

[100] Siehe auch Kap. 3.6
[101] Siehe www.bmg.bund.de

Auch bei Finanzierung aus unterschiedlichen Zuständigkeiten, sollten die Dienstleistung integriert aus einer Hand als individuelle Komplexleistung realisiert werden, dies verbessert Qualität und Effizienz; den Grundgedanken des „Persönlichen Budgets“ auch als Sachleistung regelhaft realisierbar machen.

Praktisches Ziel:
Der Dienstleister für integrierte Altenhilfe, das Altenhilfe-Zentrum/-Netzwerk befähigen, für die Personen mit Pflegebedarf, insbesondere bei psychischen inkl. Demenz-Erkrankungen alle notwendigen Hilfen aus dem Hilfemix – wie aus einer Hand – zu realisieren, auch für die Personen mit dem schwierigen Hilfebedarf (Prinzip der Versorgungsverpflichtung).Wichtig ist dazu die Kooperation auch mit der somatischen Medizin, der Geriatrie und Gerontopsychiatrie sowie weiteren „normalen“ Dienstleistern und den sozialen Netzwerken der Menschen im Quartier.[102]

Die Umsetzung des neuen Pflegebegriffs im SGB XI
Als guter Ansatzpunkt ist nutzbar, dass die neuen Bedarfsgrade personenbezogen definiert sind und sie deshalb zu Leistungen („Teilkaskozuschüssen“) führen können, die unabhängig vom Ort und der Art (ambulant oder stationär) der Hilferealisierung bemessen werden.

Um dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs größere Wirkung zu verschaffen, sollten die rechtlichen Rahmenbedingungen im SGB XI verbessert werden, damit ambulante und stationäre „Pflegeeinrichtungen“ (§ 71) zu *Dienstleistern für integrierte Altenhilfe im Wohngebiet* zusammenwachsen können. Die die getrennte Definition von ambulanter und stationärer Altenhilfe im SGB XI strukturiert auch andere Rechtgebiete wie das bisherige Heimrecht und das am 1. September 2009 in Kraft tretende „Gesetz zur Neuregelung der zivilrechtlichen Vorschriften des Heimgesetzes nach der Föderalismusreform“. Weitere Bereiche sind z. B. Finanzierung, Qualifizierung von Personal.

Der Grundgedanke – Bedarfsgrade führen zu personenbezogen Leistungen unabhängig von Art und Ort der Leistungserbringung - spielt auch eine zentrale Rolle bei den aktuellen Überlegungen zur Reform der Eingliederungshilfe (Bund-Länder AG). Die leistungsrechtliche Unterscheidung zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Hilfen ist einrichtungsbezogen und sollte aufgegeben werden.

Damit könnte auch die personenbezogene Verknüpfung von Leistungen unterschiedlicher Bereiche von Sozialleistungen rechtlich einfacher werden.

Eine solche grundlegende Reform des SGB XI ist eine große Chance, aber ein kompliziertes Vorhaben. Deshalb sollte zwischen der Einigung über das grundsätzliche Ziel einerseits und den Realisierungsstrategien andererseits unterschieden werden.

In Betracht kommen:
Die Entwicklung von Referenzregionen, in denen alle für die Versorgung einer Zielgruppe notwendigen Funktionen in ihrem Zusammenwirken erprobt werden, einschließlich ökonomischer Folgewirkungen.

Finanzierung:

---

[102] Siehe kasuistische Praxisbeispiele Ebene 3, Kapitel 5

Konvergenzphase zur Abfederung von finanziellen Risiken und Zeit zur organisatorischen Anpassung an die neuen Anforderungen (auch Netzwerke knüpfen, Personalqualifikation, personenbezogene Versorgungsprozesse unterstützende Kommunikation und Dokumentation).

Qualitätssicherung
Individuelle Pflege-Mix-Planung und die individuelle Begleitung durch die Pflegeberatung (§ 7a) haben zugleich eine zentrale die Qualität sichernde Funktion (s. u.), neben der MDK-Begutachtung)

Zu klären ist:
Wer übernimmt die *Strukturverantwortung* (Finanzierung, Organisation, Schulung und Beratung, Zahlungen, Vereinbarungen mit den Leistungserbringern) für die Bereitstellung von Alltagsmanagern und Bürgerschaftlich/Ehrenamtlich Engagierten? Bürgerschaftlich/Ehrenamtliche selber (e.V.)? Kommune? Pflegekasse? Leistungsträger gemeinsam? Verbund der regionalen Leistungserbringer?

Verfahren der *Qualitätssicherung* des Sachleistungsbudgets personenbezogen ausrichten, also auch Versorgung in eigener Häuslichkeit einbeziehen. (Merkposten: Pflegegeld?) Vereinbarung: Pflegekassen und Kommunen, möglichst Leistungserbringer einbeziehen.

Gestuftes Verfahren entwickeln ausgehend von den Informationen (aus der Aufgabenerfüllung) der Pflegestützpunkte/Leistungsträger/Caremanagement, der Pflegebegleitung und des MDK. Internes Qualitätsmanagement einbeziehen, Beschwerde-Management.

Außerdem berücksichtigen:
Die Gefahr, dass Versorgung schlecht wird, ist größer im Verborgenen. Deshalb sollte eine Abstufung von Kontrollmaßnahmen erprobt werden, die Transparenz/Intransparenz von Dienstleistern berücksichtigen, aus der Sicht von Angehörigen sowie an der Versorgung beteiligten, externen Dienstleistern wie Ärzte, Bürgerschaftlich/Ehrenamtlich Engagierte („Wächteramt“), ergänzt um Kriterien für Integration ins Wohngebiet.

Gesundheitsökonomische Fragestellungen: Die Folgekosten-Abschätzung hat zu berücksichtigen[103]:

1. Veränderung der Folgekosten bei den bisherigen Zielgruppen des SGB XI und ihrer Erwei- terung – der Anzahl und den Ansprüchen nach – durch den neuen Pflegebegriff. Personen mit „erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf“ infolge der „Einschränkung der Alltagskompetenz“ (insbesondere Demenzkranke) erhalten seit einigen Jahren „zusätzliche Betreuungsleistungen“ im ambulanten Bereich nach § 45 a-d, im stationären nach „ 87 b“. Im Auftrag des Beirats zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wurden Modellrechnungen durchgeführt angestellt, die diese Frage berücksichtigten.

2. Die „ambulanten“ Kosten (Hilfen zum Bleiben in der eigenen Häuslichkeit) steigen, die stationären Kosten bleiben gleich oder steigen auch?

   ODER:

[103] **vgl. Kap. 4.6.3**

3. Effekt kommunizierender Röhren: Mix aus Anstieg der Ausgaben im häuslichen Bereich mit Anteil aus Kosten-neutraler Umwandlung von bisher stationär verbrauchten Ressourcen, oder stationärer Bereich mit sinkenden Kosten oder gebremstem Anstieg?

4. *Anreizwirkung des Finanzierungssystem und der übrigen Rahmenbedingungen im Vergleich: bisheriger Zuschnitt versus Ziel-orientierte Veränderung der Steuerungsanreize.*

Teil-Ziele

- Qualität: individuell dosierte integrierte Komplexleistungen statt Schnittstellen zwischen den verschiedenen Maßnahmen wie stationär, ambulant, verschiedenen Finanzierungsformen von SGB XI-Leistungen selbst bei gleicher Pflegestufe, zahlreichen Diensten für separate Einzelleistungen, personenbezogene Integration von Assessment- und Koordinationsfunktionen nach SGB XI, XII und IX, insbesondere bei Personen, die schon Jahre oder Jahrzehnte Eingliederungshilfe erhielten
- Realisierung von Wunsch- und Wahlrecht, insbesondere nicht notgedrungen ins Heim aus Mangel an Alternativen
- Vorrang der häuslichen Pflege (XI § 3)
- Effizienz (Verhältnis von Nutzen und Kosten)
- Dies kann auch durch wirtschaftlichere Leistungserbringung zur Bewältigung des demografischen Wandels (Zunahme der Pflegebedürftigen bei Abnahme der pflegenden Angehörigen) beitragen.

Die Prüffragen i. B. a. SGB XI im Einzelnen (vgl. 3.6):
Welche Regelungen im SGB XI behindern die Integration von ambulanter und (teil-) stationärer Altenhilfe? Welche Änderungen könnten sie fördern?
Was behindert oder fördert die Umorientierung von der institutions- zur personenbezogenen Definition der Leistungen, die aus den Bedarfsgraden folgen?

Eine Durchsicht des gültigen Sozialgesetzbuches XI ergibt: Das SGB XI kennt (fast) nur die beiden separaten getrennten Stränge ambulant <u>oder</u> stationär für die verschiedenen Regelungsgebiete des Gesetzes (§ 71 Pflegeeinrichtungen).

Die rechtlichen Regelungen – IST-SOLL-Vergleich - sind auf ihre *Anreiz-/Steuerungswirkung zu prüfen*:

- Leistungen für pflegebedürftige Personen nach Pflegestufen/Bedarfsgraden, bemessen unabhängig von Ort und Art der Leistungserbringung – im Vergleich zur IST-Situation
- Leistungsgewährung für Versorgung in der eigenen Häuslichkeit oder in Einrichtungen
- Leistungsarten: Sachleistung, Pflegehilfen, Alltagshilfen, Hauswirtschaft, technischen Hilfen, Geldleistungen
- Geldwerte Höhe der Leistungen innerhalb und zwischen Pflegestufen/Bedarfsgraden.

Frage: Werden die *allgemeinen* Normen des SGB XI von den *konkreten* Regelungen im SGB XI und anderen relevanten gesetzlichen Regelungen unterstützt oder behindert?

Die *allgemeinen* Normen:

- § 2: Selbstbestimmung „möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben“ – „die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte wiedergewinnen oder erhalten“ – „zwischen Einrichtungen und Diensten Wählen“
- § 3: Vorrang der häuslichen Pflege

- § 5: Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

Konkrete Regelungen – Hypothese:
Verschiedene Finanzierungsquellen nach institutions-orientierten Definitionen der Leistungen und daraus folgende getrennte administrative Zuständigkeiten behindern die personenbezogene individuelle Integration der Komponenten des Hilfemixes.

- § 71 Pflegeeinrichtungen: Dort wird die Unterscheidung zwischen "ambulanten Pflegeeinrichtungen" und "stationären Pflegeeinrichtungen" vorangestellt und dies prägt die folgenden Regelungen unterschiedlich, formt separate Stränge, Altenhilfezentrum kommt auf der SGB XI rechtlichen Ebene nicht vor:
- § 75 Rahmenverträge werden geschlossen getrennt für "Vereinigungen der Träger der ambulanten …" oder "… stationären Pflegeeinrichtungen"
- Heil- und Hilfsmittel nach § 75 Abs. 2, Satz 2
- Pflegevergütung getrennte Stränge: stationär § 84-88, ambulant § 39, 90
- Daten/Statistik: § 109
- Merkposten: Ist in der Pflegekasse die Verantwortung für ambulante und (teil-) stationäre Leistungen integriert?

- § 4: Zuschüsse gibt es für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sowie Kostenerstattung (wofür?) – damit sind sie nicht verwendbar für Kosten im Zusammenhang mit ehrenamtlichen/bürgerschaftlichen Hilfen, für bezahlte Alltagshilfen.
- Die SGB XI-Zuschüsse werden dem Geldwert nach unterschieden nach der institutionellen Form der Leistungserbringung:
- Bei „häuslicher und teilstationärer Pflege“ werden Eigenleistungen (= inkl. nachbarschaftliche und sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung) „ergänzt“ (= Geldwert niedriger).
- Bei teil- und voll stationärer Pflege werden die Pflegebedürftigen „entlastet“, die „Pflege(!!)aufwendungen“ betreffend (Geldwert höher).
- Merkposten: „teilstationär“ wird in beiden verschiedenen Bereichen aufgeführt, was bedeutet das?
- § 28 Leistungsarten, Grundsätze
- §§ 36-40 Leistungen bei häuslicher Pflege
- §§ 41-42 Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege
- § 43 Vollstationäre Pflege
- § 43a Kombinierbarkeit mit: medizinischer Behandlungspflege, medizinischer Rehabilitation, ambulanter Ergotherapie/Physiotherapie SGB V; Eingliederungshilfe
- 45 a-c insbesondere (b) Abs. 1, 4. „niedrigschwellige Betreuungsangebote“ mit (c) Abs. 3 und 4
- Qualitätssicherung: § 37 (3); § 7 a neu; Qualitätssicherung auch unter Einbeziehung der Pflegeberatung, §§ 112 f. - Vgl. § 92 a Pflegeheimvergleich – auch für ambulante Pflegedienste?

Finanzielle Bewertung der Pflegestufen – zukünftig der Bedarfsgrade
Relevanz: Steuerungswirkung der unterschiedlichen Geldwerte der Leistungen bei der(m) selben Pflegestufe/Bedarfsgrad

Bisheriger Situation (Pflegestufen)
Finanzieller Wert nimmt ab von Vollstationär >> Pflegesachleistung = Tages- und Nachtpflege >> Pflegegeld

Tabelle: Wert der Leistungen (in €, Stand 2010) von Pflegestufen nach Art der Leistungserbringung (Auswahl)

		Stufe I	Stufe II	Stufe III
Pflegegeld	**§ 37**	**215**	**420**	**675**
Pflegesachleistung	**§ 36**	**440**	**1.040**	**1.510**
Tages-/Nachtpflege	**§ 41**			
Vollstationäre Pflege	**§ 43**	**1.023**	**1.279**	**1.510**

<u>*Leistungsinhalte:*</u>

Pflegegeld § 37: Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung wird selbst sichergestellt, geringe materielle Anerkennung an Angehörige, Freunde, Nachbarn usw. – in Verbindung mit „Pflegeberatung“ nach § 7 a oder § 37 Abs. 3 & 8 (Qualitätssicherung)

Pflegesachleistung § 36: Bezug zu neuen §§ 14 und 15 herstellen, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in eigener Häuslichkeit**)** durch „geeignete Pflegekräfte“, mit denen die Pflegekassen die Vergütung vereinbaren.
Kann verknüpft werden mit „Zusätzlichen Betreuungsleistungen“ (§ 45 b), „zweckgebunden ... für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen“, auch „niedrigschwellige Betreuungsangebote“ nach § 45 b (1) 4., „nach Landesrecht anerkannt“ (45 b (3)), nach § 45 c gefördert oder förderfähig.

Vollstationäre Pflege § 43: Pflegebedingte Aufwendungen, soziale Betreuung, medizinische Behandlungspflege. Die Maßnahme ist also eine Komplexleistung, die keine Kostenanteile für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionsfinanzierung enthält (die in der Rechnung des Heimes getrennt auszuweisen sind).

Finanzierungsquellen (disparate) anderer Komponenten des *Hilfemixes**:***

- § 45 b: Der Versicherte mit „allgemeinem Betreuungsbedarf“ (45 a) erhalten einen Pauschalbetrag („monatlich“) „zweckgebunden ... einzusetzen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen“, Aufzählung 1. - 4.
- § 45 c: Darauf verweist 4. „niedrigschwellige Betreuungsangebote“; separate Projektförderung, längstens 5 Jahre.
- § 45 d: „Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe“

Für die Programme nach § 45 c + d stehen Mittel des Ausgleichsfonds. (Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen).insbesondere, für demenziell Erkrankte zur Verfügung.

Verbesserung des *individuellen* Wohnumfeldes Zuschuss je Maßnahme bis zu € 2.557.
„Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“ § 40 gehören zu den Leistungen bei häuslicher Pflege.

Diese Finanzierungsstrukturen mit streng separierter Mittelverwendung sind weit entfernt von dem Konzept des Persönlichen Budgets, das die Finanzierung aus verschiedenen Quellen für die Person zusammenfasst zur individuellen integrierten Komplexleistung.

Die besondere Berücksichtigung von Demenz- und anderen psychisch Kranken mit Pflegebedarf wurde im SGB XI erst in den letzten Jahren geschaffen durch sog. *„Balkon"-Lösungen.* Die ursprünglichen §§ wie 14 & 15 sowie die Paragrafen, die die Leistungen regeln, blieben unverändert, aber es wurden zusätzliche Rechtstatbestände geschaffen „ bei erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf" (§§ 45 a & § 87 b) in Folge von „Einschränkung der Alltagskompetenz", aber unterschieden nach Art der Leistungserbringung im Kern für

- den *ambulanten* Bereich § 45 b-d Pauschalen für Aufwendungen der Versicherten (von € 100 oder € 200) für „qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen" (was überwiegt, die Qualitätsverbesserung oder die bürokratischen Hindernisse?). Anerkannt werden 3 Arten von professionellen Diensten und 4. nicht professionelle Helfer. Deren Zulassung und Finanzierung ist sehr kompliziert: „nach Landesrecht anerkannt" (§ 45 c sowie d: „Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe") „Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds", „Projektförderung". Das ergibt einen Flickenteppich unsicherer Finanzierung (vgl. Strukturverantwortung oben)
- den *stationären* Bereich „Vergütungszuschläge" § 87 b (1) für „zusätzlich sozialversicherungspflichtig beschäftigtes Betreuungspersonal", ehrenamtliche Helfer und Selbsthilfe sind nicht vorgesehen wie im ambulanten Bereich.

Die Hospiz-Versorgung kann in mancher Hinsicht als Vorbild dienen (siehe Kap 4.3).
Die Kooperation und wechselseitige Wertschätzung von professionellen Dienstleistern und Ehrenamtlichen/Bürgerschaftlichen Helfern ist gut entwickelt, die Diskussion um die Gefahr der „Deprofessionalisierung" spielt keine Rolle mehr. Die Zuschussfinanzierung der Hospizarbeit hat eine starke Beteiligung von Ehrenamtlichen stimuliert, die sogar teilweise verbindlich nach Dienstplan Aufgaben übernehmen. Der (ambulanten) Hospizdienst (Absatz 2) „stellt die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen ... sicher" – also Profis und Ehrenamtliche unter einer organisatorischen Leitung.

Die Entwicklung der rechtlichen Voraussetzungen zur Integration von ambulant und stationär ist bemerkenswert: Der Anspruch auf in „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung" in § 37 b SGB V gilt auch für Versicherte in Pflegeeinrichtungen (Absatz 2); der B-GA (d. h. eine Instanz) bestimmt Richtlinien zur Zusammenarbeit der ambulanten Hospizdienste und der stationären Hospize „(integrativer Ansatz)" in Absatz 3. In (einem !) § 39 a werden "Stationäre und ambulante Hospizleistungen" geregelt, bemerkenswert ist auch, dass es um Leistungen und nicht primär um Einrichtungen geht.

4.6.3 Rechtsfürsorge als Schnittstelle im Pflege- und Gesundheitswesen

Wer nicht mehr selbst bestimmen kann
Zum gesellschaftlichen Altenbild gehört auch die Tatsache, dass für eine wachsende Gruppe von Bürgern zur Sicherung ihrer Autonomie ein gesetzlicher Betreuer[1] bestellt werden muss. Seit Inkrafttreten des Betreuungsrechts im Jahre 1992 ist ein kontinuierlicher Anstieg der Anzahl von Betreuungsfällen festzustellen. So stieg die Zahl der hilfebedürftigen Menschen, die einen rechtlichen Betreuer erhielten zwischen den Jahren 1995 von damals 605.000 auf etwa 1,2 Millionen Menschen am Ende des Jahres 2007[2] Die rasante Zunahme der jährlichen Erstbestellungen von bis zu 9,6 % pro Jahr hatte sich nunmehr im Jahr

2007 gegenüber dem Vorjahr deutlich auf 1,3 % verlangsamt[3].Etwa 43% dieser Betreuten ist älter als 65 Jahre[4].

Die auch im internationalen Vergleich hohe Quote rechtlicher Betreuungen in Deutschland[5] belegt die Akzeptanz dieses Rechtsinstituts in der Bevölkerung, in der Praxis der Rechtsanwendung und bei den Akteuren des Sozial-, Pflege- und Gesundheitswesens. Der Zuwachs bei den Betreutenzahlen innerhalb eines relativ kurzen Zeitraums ist im Wesentlichen nicht den demographischen Folgen einer alternden Bevölkerung geschuldet. Es gibt eine Reihe anderer Gründe, weshalb sich das Betreuungsrecht so erfolgreich etablieren konnte:

- Mit den neuen Begrifflichkeiten des Betreuungsrechts verschwand das diskriminierende und negative Image, das sich in der Psychiatrie früher mit den Begriffen Vormund, Mündel und Pflegling verbunden war;

- Forschungsergebnisse und Diskussionen in der Fachöffentlichkeit dokumentieren, dass ganz offensichtlich auch die professionellen Hilfe- und Versorgungssysteme (Heime, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Kranken- und Pflegekassen, Beratungsstellen etc.) ein administratives Interesse zur Nutzung des Betreuungsrechts entwickelt haben;

- Gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und die regional allerdings sehr unterschiedliche Rechtspraxis spielen eine wichtige Rolle bei der Entscheidung, wie ein Fall zum Betreuungsfall wird. Ausgangspunkt ist die personenbezogene Lebenslage eines psychisch kranken und/oder geistig behinderten Menschen und der Grad der Hilflosigkeit bei der Erledigung persönlicher Angelegenheiten.

Der steigende Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung hat, bezogen auf den kurzen Zeitraum seit Einführung des neuen Rechts, am deutlichen Zuwachs der Betreuungszahlen nur einen geringen Anteil. Modellrechnungen belegen allerdings, dass langfristig gesehen die demografische Faktoren einen größeren Einfluss auf die Betreuungszahlen bekommen werden[6].

4.6.3.1 Förderung der Selbstbestimmung des Betreuten und die Rolle des Betreuers

Anlass für die familiengerichtliche Entscheidung einem Menschen einen gesetzlichen Betreuer zur Seite zu stellen sind die eher technisch angelegten und im Grunde sehr einfachen aber überaus deutbaren Formulierungen im Familienrecht des BGB. Das Betreuungsgericht bestellt auf Antrag oder von Amtswegen einen Betreuer „…wer auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen kann. Gegen den freien Willen darf ein Betreuer nicht bestellt werden. Entscheidend ist, dass die Krankheit oder Behinderung eine erhebliche Verminderung der Fähigkeit zur freien Willensbildung bewirkt (§ 1896 Abs.1, 1 a BGB). Hat der Betroffene rechtzeitig durch eine Vollmacht selbstbestimmt Regelungen für seine rechtliche Vertretung getroffen, ist die Bestellung eines Betreuers nicht erforderlich (§1896 Abs. 2 BGB).

Einwilligungs- und Steuerungsfähigkeit und die Entscheidungsbeteiligung Betreuter

Der viel strapazierte Begriff des Selbstbestimmungsrechts oder der Autonomie kommt in den Bestimmungen, zumindest ausdrücklich, nicht vor. Bei so viel Zurückhaltung verwundert es deshalb auch nicht, dass z. B. die Frage der Geschäftsfähigkeit des Betreuten direkt

überhaupt nicht geregelt wird. Durch die Betreuung wird für den Bereich der Vermögenssorge die rechtsgeschäftliche Handlungsfähigkeit zunächst nicht eingeschränkt. Für den Bereich der Gesundheitsfürsorge kommt es vor allem auf die Einwilligungs- und Steuerungsfähigkeit des kranken oder behinderten Menschen an[7].

In bestimmten Fällen kann das Betreuungsgericht zwar anordnen, dass der Betreute zu einer Willenserklärung der Einwilligung durch den Betreuer bedarf (Einwilligungsvorbehalt: § 1903 BGB). Das bedeutet dann faktisch eine Beschränkung der Geschäftsfähigkeit. Dies muss aber gerichtlich ausdrücklich beschlossen werden. Von dieser Möglichkeit wird eher wenig Gebrauch gemacht: In den Jahren zwischen 2005 und 2007 wurde bei den neu eingerichteten Betreuungen jährlich nur etwa in 5 % aller Fälle ein Einwilligungsvorbehalt angeordnet[8]

Mit anderen Worten: auch dem Betreuten ist in der Regel der Tatbestand der Geschäftsunfähigkeit oder auch die mangelnde Einwilligungs- und Steuerungsfähigkeit nicht „ auf die Stirn geschrieben“. Auch der Betreute soll und kann selbst bestimmte Entscheidungen treffen soweit er imstande ist, Tragweite und Folge seiner Handlungen oder auch Unterlassungen in einer konkreten Situation zu erkennen. Wir wissen, dass gerade bei demenziell erkrankten Menschen die jeweilige gute „Tagesform“ es oft gestattet, den Betreuten selbst entscheiden zu lassen. Es ist also keine Haarspalterei, die häufig zu beobachtende Praxis zu kritisieren, im Wesentlichen alle Fragen zur Versorgung und zur Unterstützung des Betreuten „ohne lange Umwege“ der Einfachheit halber und aus Gründen von Zeitersparnis nur mit dem rechtlichen Betreuer zu verhandeln. Gerade in Bereichen der unmittelbaren persönlichen Lebensgestaltung gibt es eine Vielzahl von Entscheidungen, die sich im Rahmen wohngebietsnaher Versorgungsangebote ergeben könnten. Die Aufgabe des Betreuers ist es dann, die Angebote zu sondieren und darüber aufzuklären. Art und Umfang der Hilfe durch den Betreuer wird sich natürlich am Grad der Hilflosigkeit seines Betreuten zu orientieren haben und es bleibt das Ziel der Rechtsfürsorge, Menschen vor einer Selbstschädigung, die auf einer fehlenden Fähigkeit zur Selbstbestimmung beruht, zu bewahren.

Zur vom Betreuungsrecht vorgeschriebenen persönlichen Betreuung gehört die Entscheidungsbeteiligung und eine Besprechungspflicht (§ 1901 Abs.1, 2, 3 BGB) – auch oder gerade bei bestehenden Defiziten im Bereich der Handlungsfähigkeit des hilfebedürftigen Menschen. Dieser Grundsatz verpflichtet Betreuer aber auch Dienstleister in gleicher Weise.

Auftrag des Betreuers

Ein weiteres Missverständnis zur Funktion und Rolle des Betreuers muss angesprochen werden. Die Bestellung eines Betreuers ersetzt nicht die Unterstützungsleistungen durch psychosoziale/psychiatrische Dienste. Ganz im Gegenteil: der Betreuer hat im Rahmen seiner ihm übertragenen Aufgaben dafür Sorge zu tragen, dass der Hilfebedürftige nicht benachteiligt wird. Insoweit wirkt er als Anwalt der Interessen seines hilfebedürftigen Betreuten. Er fungiert nicht – wie gelegentlich erwartet wird - in der Rolle eines Ausfallbürgen für fehlende oder mangelhafte Unterstützung anderer, eigentlich zuständiger Dienstleister.

Persönliches Budget (PB) für rechtlich betreute Menschen

Seit Januar 2008 wird behinderten und pflegebedürftigen Menschen ein Rechtsanspruch auf die Inanspruchnahme von Rehabilitations- und Pflegeleistungen in der Form eines persönlichen Budgets eingeräumt (§§ 17 Abs. 6 SGB IX, 35 a SGB XI). Es stellt sich die Frage, ob eine Leistungsgewährung in Form eines PB auch für einen behinderten Menschen für den ein Betreuer bestellt wurde, möglich ist. Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge knüpft die Gewährung in seinen Empfehlungen und Hinweisen an eine um-

fassende Beratungspflicht über die Möglichkeiten der Verwendung des persönlichen Budgets sowie dessen Vor- und Nachteile. Der Betroffene müsste also zumindest eine konkrete Vorstellung über das gewünschte Leistungsgeschehen (Selbstbestimmung) entwickeln können[9].Dies schränkt natürlich den in Frage kommenden Personenkreis ein. Werden aber diese Voraussetzungen erfüllt und kann der behinderte Mensch eine solche Vorstellung entwickeln, gibt es keine gesetzliche Begründung für einen Ausschluss dieses Personenkreises für die PG - Gewährung. Sollte sich der behinderte Mensch dann wegen Art und Schwere seiner Behinderung nicht in der Lage sehen, die Anforderungen an die Realisierung (praktische Umsetzung) eines Budgets zu erfüllen, so muss der Leistungsträger für entsprechende Beratung und Unterstützung Sorge tragen (Budgetassistenz). Die Verfügbarkeit einer solchen Assistenz ist oft wesentliche Voraussetzung für die Inanspruchnahme eines Budgets. In der Fachliteratur wird die Auffassung vertreten, dass diese Budgetassistenz nicht zu den gesetzlichen Aufgaben eines Betreuers gehört und deshalb über andere Kostenträger abzurechnen ist.

Erste Daten zur Frage, wie oft die Teilnahme von rechtlich betreuten Personen am persönlichen Budget in den letzten Jahren realisiert werden konnten, liegen vor. Nach den Angaben aus der Evaluationsforschung zum Betreuungsrechtsänderungsgesetzes nahmen in den Jahren 2004 bis 2006 nur oder erst 1%[10] der berufsmäßig Betreuten am PB teil.

4.6.3.2 Zur Lebenslage betreuter alter Menschen

Bei den rechtlich betreuten alten Menschen handelt es sich um eine besonders verletzliche Gruppe mit eingeschränkten Ressourcen in mehreren Lebensbereichen. Die häufigsten Diagnosen sind Demenz und Schlaganfall. Um die Situation und den Grad der Hilfebedürftigkeit gesetzlich betreuter Menschen besser einschätzen zu können, liefern soziodemografischen Daten zur Lebenslage der Betreuten wichtige Hinweise. Zur Beschreibung dieser Lebenslage gehört auch die Tatsache, dass für die meisten dieser Betreuten – mit regionalen Unterschieden – in 68 % aller Fälle ein Angehöriger als gesetzlicher Betreuer gerichtlich bestellt wird, der manchmal dann auch noch die persönliche häusliche Pflege übernommen hat. Ist der gesetzliche Betreuer auch gleichzeitig Pflegeperson sind es überwiegend Frauen (Töchter), die diese Doppelaufgaben zu bewerkstelligen haben.

Eine im Auftrag des BMFSFJ in den Jahren 2001 und 2002 erstellte Studie gibt wichtige Hinweise über die Lebenslage älterer Menschen mit rechtlicher Betreuung.[11] Im Durchschnitt ist die Lage der Betreuten im Vergleich zu gleichaltrigen, nicht betreuten Personen geprägt von Einschränkungen ihrer Handlungsspielräume in mehreren zentralen Lebensbereichen:

- Alter und Geschlecht: Die Altersverteilung der 65jährigen und älteren Betreuten zeigt, dass 39 % dieser Gruppe bereits 85 Jahre und älter ist, 35 % sind 75 bis 84 Jahre alt und nur 26 % sind jüngere Ältere zwischen 65 und 74 Jahren. Unter den älteren Betreuten (ab 75 Jahre) sind Frauen mit einem Anteil von 75 % vertreten. Die Betreutenquote verdeutlicht, dass die Wahrscheinlichkeit eine/n rechtlichen Betreuer/ Betreuerin zu benötigen mit dem Alter zunimmt. Der Anteil steigt – bezogen auf die Normalbevölkerung – bei den 85- bis 89-Jährigen auf 10 %.

- Die Wohnsituation: Der Heimbewohner/innen-Anteil liegt bei den Betreuten ab 65 Jahren bei 75 %, bei der Durchschnittsbevölkerung in derselben Altersgruppe bei etwa 5 %. Mit steigendem Alter nimmt der Anteil der in Heimen lebenden Betreuten stetig zu.

- Die wirtschaftliche Lage: 20,3 % der Betreuten ab 80 Jahre beziehen Sozialhilfe – im Durchschnitt der Bevölkerung nur 1,4 %.

- Das soziale Netz: 75 % der Betreuten im Alter von 70-85 Jahren haben keinen Lebenspartner – im Bevölkerungsdurchschnitt sind es 41 %.

- Wohn- und Haushaltsform: 56 % aller rechtlich betreuten Personen leben in stationären Einrichtungen. Mit steigendem Alter nimmt der Anteil der in Heimen lebenden Betreuten stetig zu.

- Gesundheitszustand: Unter den älteren, rechtlich Betreuten in Heimen waren nur 5 % nicht pflegebedürftig und 45 % bezogen Leistungen nach Pflegestufe II. Mit steigender Pflegebedürftigkeit nimmt der Anteil der Betreuungen zu: von 17 % in der Pflegestufe I bis zu 69 % in der Pflegestufe III.

- Verteilung der Diagnosegruppen: Bei den über 65jährigen überwiegt – wie zu erwarten – die Gruppe der Demenzkranken mit 63 % Anteilen. Von besonderem Interesse ist die Diagnosegruppe „neurologische Erkrankungen“ mit 31 %. Die größte Untergruppe dieser neurologischen Erkrankungen bilden die Schlaganfallpatienten. Mit einem Durchschnittsalter von 81 Jahren gleicht die Diagnosegruppe den Demenzkranken. In der Fachliteratur hat man sich mit dieser Gruppe zu wenig beschäftigt. Sie verdient aber eine differenzierte Betrachtungsweise. Diese Betreuten sind häufiger verheiratet und leben im Privathaushalt. Sie werden oft durch Angehörige betreut (72 %) – deutlich mehr als im Durchschnitt der Gruppe betroffener älterer betreuter Personen.

Gründe für die Bestellung eines Betreuers in der stationären und häuslichen Pflege

Anlässe der Betreuungen: Auslöser für die Anregung beim Vormundschaftsgericht die Bestellung eines Betreuers zu veranlassen ist sehr oft das Absicherungsbedürfnis von Institutionen wie Krankenhaus, Heim und Behörden[12]. Es gibt also in diesem Kontext ein administratives Interesse von Heimen und Einrichtungen. Dabei kann man bei der konkreten Umsetzung bundesweit eine sehr uneinheitliche Praxis beobachten. Nach der vom BMG in Auftrag gegebenen Expertise des Kuratoriums Deutsche Altershilfe „ Heimbewohner mit psychischen Störungen“ [13] wurde bei etwa 60 % der Bewohnerinnen eine rechtliche Betreuung für alle Bereiche (Gesundheitssorge, Aufenthaltsbestimmung, Vermögenssorge, Öffnen der Post etc.) eingerichtet. Daneben gibt es Einrichtungen, die nur selten und dann für nur wenige Aufgabenkreise die Bestellung eines Betreuers befürworten. Es gibt auch Heime die quasi als präventive Maßnahme die vorsorgliche Bestellung eines Betreuers bei Heimeintritt befürworten. In der Praxis zeigt sich, dass das Pflegepersonal durch die Notwendigkeit stetiger Abwägung zwischen den Anforderungen des Pflegealltags einerseits und persönlichen ethischen Vorstellungen und Wünsche andererseits häufig überfordert ist. Knappe Ressourcen, die fehlende Zeit für sorgfältig und professionell abgewogene Handlungsentscheidungen bei unplanbaren, plötzlich auftretenden Ereignissen erschweren die Situation der Pflegekräfte.

In der Situation häuslicher Versorgung sind es insbesondere folgende Gründe, die ein Verfahren zur Bestellung eines Betreuers auslösen:

- Sicherheitsbedenken bei allein lebenden älteren Menschen ohne familiäre Anbindung,
- kontinuierliche Verschlimmerung demenzieller Erkrankungen bei Älteren mit familiärer Anbindung,
- Heimeintritt (oft nach Zusammenbruch der familiären Unterstützung oder nach einem Krankenhausaufenthalt),
- im Anschluss an Schlaganfall,
- pflegerische Entscheidungen,
- Suchterkrankung, Aggressivität, Wahnvorstellungen und anderes.

4.6.3.3 Die Betreuer

Aufbau und Systematik des Betreuungsrechts präferieren ein differenziertes System unentgeltlich tätiger Einzelbetreuer, entgeltlich tätiger Berufsbetreuer und als Ausfallsystem die Vereins- und Behördenbetreuung. Bei den unentgeltlich tätigen Einzelbetreuern handelt es sich mit 61,98 % Anteilen bei den neuen Betreuungen im Jahre 2007 um Familienangehörige und mit einem vergleichsweise kleinen Anteil von 5,45 % um sonstige ehrenamtlich tätige Betreuer. Der Anteil, der von freiberuflich tätigen Betreuern geführten Betreuungen betrug 2007 26,54 %. Die in Vereinen tätigen Berufsbetreuer hatten einen vergleichsweise kleinen Anteil von 5,49 %. Die von Behörden direkt geführten Betreuungen lagen deutlich unter einem Prozent.[14]

Familienangehörige Betreuer

Vergleicht man die Anteile nach Betreuungsarten über einen längeren Zeitraum von 1992 bis 2007 so ist eigentlich die erstaunlichste Tatsache, dass trotz der Singularisierung unserer Lebenswelten und dem Vorhandensein oft nur sehr kleiner sozialer Netze der Anteil familienangehöriger Betreuer relativ konstant zwischen 61 und 64 % geblieben ist. Das familiale System ist bisher dauerhaft Hauptträger des Betreuungswesens geblieben. Rechnet man die ehrenamtlich tätigen nicht verwandten Betreuer mit, werden ca. 70 % aller Betreuten von nicht professionell tätigen Personen ehrenamtlich betreut.

Die Grunderkrankung spielt beim richterlichen Beschluss wer als Betreuer bestellt wird, eine Rolle. Die größte Gruppe der demenziell erkrankten Menschen über 65 Jahren wird zu 62 % durch Angehörige rechtlich betreut. Bei neurologischen Erkrankungen sind es sogar 71 %.[15]

Aus familienbezogener Sicht ist die Betreuungsführung durch nahe Angehörige eine sehr persönliche und normativ unterstützte Form von Selbsthilfe innerhalb primärer sozialer Netze. Auch der Gesetzgeber präferiert – sicher nicht nur aus ethischer Grundorientierung – dieses System der Ehrenamtlichkeit und familialer Solidarität.

Einige sozialwissenschaftliche Studien beschreiben Konfliktfelder im Kontext mit der Führung einer Betreuung durch Familienangehörige:

- Das Zusammenwirken zwischen Profis und Laien gestaltet sich in der Praxis aufgrund unterschiedlicher Denk- und Herangehensweisen gelegentlich konflikthaft. Dabei sind Kommunikationsformen der professionellen Helfer an fachlichen Mustern orientiert die familienangehörigen Betreuer nicht erreichen oder unverständlich sind und daher ratlos machen. Es besteht großer Handlungsbedarf, die Möglichkeiten einer quartiersbezogenen integrierten Versorgung mit einem nachvollziehbaren und

praxisnahen Kommunikationsdesign familienangehörigen Betreuern bekannt zu machen.

- Die Mitwirkung ehrenamtlich tätiger Betreuer ergänzt die professionelle Arbeit – ersetzt sie aber nicht. Erschwert wird die Lage der professionellen Dienste, weil Angehörige oft erst in krisenhaften Zuspitzungen professionelle Helfer akzeptieren. Ohne zwingenden Grund oder große Not gibt es eine gewisse Abneigung, sowohl seitens der Betreuten als auch der Betreuer, Schwierigkeiten, Unkenntnisse, Defizite und Probleme rechtzeitig zu offenbaren. Es ist wichtig, dass Betreuungsvereine, Pflegedienste und andere wohnortnahe Versorgungseinrichtungen nicht nur beraten sondern auch ihre Hilfen koordinieren und bereit sind, kooperative Arbeitsformen zu praktizieren.

- Die relativ günstige Situation enger kommunikativer Kontakte im familiären Umfeld bietet Chancen für den Hilfebedürftigen. Werden die hilfebedürftigen Menschen von dem Betreuer allerdings auch pflegerisch versorgt, können (emotionale) Überforderungen auftreten, die auch die Grenzen der Belastbarkeit in Bezug auf das Pflegearrangement tangieren. Es gibt genügend Hinweise, dass gerade in familialen Kontexten, oft ungewollt und nicht intentional, durch Vernachlässigung oder in anderer Art, Gewalt ausgeübt wird. Es besteht zwar kein Anlass „Altenwohlgefährdungen„[16] im häuslichen Versorgungssetting zu generalisieren. Gleichwohl sind Schutzlücken aufzudecken.

- Familienangehörige Betreuer haben gelegentlich auch persönliche Konflikte innerhalb der Familie auszutragen, bei denen der Betreute oder der Betreuer Ursache oder Anlass sein kann: Geschwisterstreitigkeiten, latente Familienkonflikte, „ alte Rechnungen“ und Interessenskonflikte im Bereich der Vermögenssorge. Bei der Auswahl der Betreuer – Ehrenamt oder Berufsbetreuer – sind die guten Möglichkeiten der Hilfe durch verwandtschaftliche Beziehungen vorteilhaft zu nutzen. Es ist aber auch auf die Gefahren möglicher Interessenskonflikte Rücksicht zu nehmen.

Berufsbetreuer
In unserem sehr differenzierten und gegliederten System des Betreuungswesens hat die berufliche professionelle Übernahme einer rechtlichen Betreuung eine für das System zentrale Funktion. Bestimmter Problemlagen, die eine besonders aufwändige und schwierige Hilfe- und Unterstützungsleistung erforderlich machen, kann über die familiale Selbsthilfe oder das ehrenamtliche Engagement nicht ausreichend entsprochen werden. Berufsbetreuer sollen sicherstellen, dass auch in schwierigen Fällen Menschen Hilfe erwarten dürfen.

Die 2009 vorgelegten Ergebnisse einer Evaluationsstudie zum Zweiten Betreuungsrechtsänderungsgesetz machen deutlich, dass die Anzahl der berufsmäßig geführten Betreuungen mit ca. 33 % zwar gegenüber der ehrenamtlich geführten Betreuungen nur leicht gestiegen ist. Es überrascht aber einigermaßen, dass freiberuflich tätige Berufsbetreuer nach dieser Studie immer mehr Betreute zu versorgen haben – durchschnittlich bis zu 44 Betreuungen pro Berufsbetreuer. Dies hat – wie die Ergebnisse der Studie eindrucksvoll belegen – nicht nur Auswirkungen auf die Kosten für die Justizverwaltungen sondern auch auf die Qualität der Unterstützungsleistungen für die Betreuten.[17]

Seit Einführung der pauschalierten Stundenvergütung im Betreuungsrecht zeigt sich zeitgleich eine deutliche Abnahme bei der Häufigkeit des persönlichen Kontakts zwischen den berufsmäßig tätigen Betreuern und ihren Betreuten. Dies betrifft vor allem die Kontakte zwischen den selbständigen Berufsbetreuern – sie führen die Mehrzahl der beruflichen Betreuungen – und ihren Betreuten. Die Vereinsbetreuer – eingebunden in eine Vereinsstruktur mit Bezug eines Festgehaltes – haben den Kontakt zu ihren Betreuten kaum verändert.

Ersetzt werden persönliche Kontakte der Berufsbetreuer offensichtlich durch zunehmende telefonische Kontaktnahmen. Ein wesentlicher Reformansatz des Betreuungsrechts war die Stärkung der persönlichen Betreuung – im Gegensatz zur anonymen Verwaltung der Betreuten.[18] Die Gründe für diese Entwicklung stehen im Zusammenhang mit der neuen pauschalierten Stundenvergütung. Wie die Studie ausführte, erhöhten die freiberuflich tätigen Betreuer die Anzahl ihrer Betreuung vor allem um eine auskömmlichere Vergütung zu erwirtschaften – zu Lasten des persönlichen Kontaktes zu ihren Betreuten.

4.6.3.4 Bund-Länder-Arbeitsgruppen des Bundesjustizministeriums

Das BMJ hat in einer Stellungnahme[19] zu diesen Aspekten der jüngsten Evaluationsstudie erklärt, dass die mit der Kostenpauschalierung angestrebte Eindämmung der Ausgaben im Rahmen des Betreuungsrechts nicht zu Lasten der Betreuungsqualität gehen darf. Man will prüfen, ob im Hinblick auf den Rückgang der Kontakthäufigkeit, Anlass zum Tätigwerden des Gesetzgebers gegeben ist. Im Dezember 2009 hat deshalb unter Federführung des BMJ eine neue Bund-Länder-Arbeitsgruppe ihre Arbeit aufgenommen. Sie soll unter anderem mit ausgesuchten Vertretern aus den Bereichen der obersten Bundes- und Landesbehörden, kommunaler Behörden u. a. – allerdings ohne Berufsverbände der Betreuer –, Vorschläge erarbeiten, welche strukturellen Reformen für das Betreuungsrecht anzuraten sind, um Fehlentwicklungen zu korrigieren. Erste Ergebnisse erwartet man bereits Ende 2010.

Eine frühere Arbeitsgruppe aus Vertretern der Landesjustizministerien und des BMJ, die seit 2007 vor allem die Ursachen der Kostenentwicklung im Betreuungswesen untersuchte, hat im Juni 2009 der Justizministerkonferenz der Länder einen Abschlussbericht[20] vorgelegt und eine Reihe von Vorschlägen gemacht, die, würde man sie umsetzen können, durchaus geeignet wären einige notwendige Korrekturen auf den Weg zu bringen. Im Fazit stellt der

Bericht zunächst klar, dass 85% an den Gesamtausgaben der Justizhaushalte in Betreuungssachen den Betreuervergütungen geschuldet sind, die mit dem tätig werden von Berufsbetreuern veranlasst werden müssen. Viele Vorschläge haben deshalb den Kostenfaktor im Blickfeld. Dabei steht Betreuungsvermeidung und damit die Werbung zur Nutzung des Instruments der Vorsorgevollmacht an erster Stelle. In zweiter Linie soll die Ehrenamtlichkeit im Betreuungswesen mehr gefördert werden. Mit beiden Vorschlägen verbindet sich aber die Hoffnung, dass sowohl Bevollmächtigte – meist Angehörige – als auch ehrenamtlich tätige Personen Rat und Hilfe zur Durchführung ihrer nicht leichten Aufgaben erhalten. Hier verweist man auf Betreuungsvereine und -behörden deren Finanz- und Personalressourcen, wie auch den Berichterstattern klar ist, meist nicht einmal dazu reichen, den bestehenden Anforderungen fachgerecht zu entsprechen.

Der Bericht listet auch einige justizinterne Probleme auf:

- Auf die Lebenssituation von psychisch Kranken kann ein Richterentscheid einen ganz erheblichen Einfluss haben. Es hängt von einer qualifizierten Richterarbeit ab, ob bestimmte z. B. freiheitsentziehende Maßnahmen genehmigt oder ob überflüssige Betreuungen vermieden werden und in welchen Bereichen eine Betreuertätigkeit für erforderlich gehalten wird. Die Arbeitsgruppe sieht hier die Notwendigkeit einer Verfahrensoptimierung. Neben betreuungsrechtlichen Einführungsveranstaltungen für junge Richterinnen und Richter wird auch die Unterstützung durch erfahrene und engagierte Betreuungsrichter vorgeschlagen um entsprechendes Umfeldwissen zu vermitteln. Diese Vorschläge, die eine Verbesserung der Handlungskompetenz durch gezielte Fortbildung der Richter unterstützen, treffen sich mit der Auffassung vieler Fachleute[21] das bezüglich der Fortbildung für Betreuungsrichter – aber auch der Rechtspfleger – in Sachen Betreuungswesen ein hoher Handlungsbedarf besteht.

- Die Zuständigkeiten für die unterschiedlichen Arbeitsabläufe auf den verschiedensten Ebenen des Betreuungswesens sind auf unterschiedliche Träger und Ressorts verteilt. Nicht nur auf kommunaler Ebene ist eine gute Zusammenarbeit zur Kompensation bestehender Strukturdefizite von großer Bedeutung. Die Arbeitsgruppe regte deshalb an, die vorhandenen Strukturen im Betreuungswesen einer erneuten Überprüfung zu unterziehen. Der Bericht verweist zu Recht darauf, dass die Zusammenarbeit der einzelnen Akteure im Betreuungswesen verbesserungsbedürftig ist. Gemeint ist die Kommunikation zwischen Betreuern und Betreuungsbehörde, Betreuern und Gerichte, Gericht und Behörde und zwischen Richtern und Rechtspflegern. Eine Vernetzung in gemeinsamen Arbeitsgemeinschaften wird für erforderlich gehalten.

- Die Initiierung von Arbeitsgruppen auf ministerieller Ebene ist sinnvoll. Diese nur bei Justizressorts zu verankern erscheint allerdings mit Blick auf die Komplexität der hier zu diskutierenden Sachlagen nicht gerechtfertigt. Es ist nachvollziehbar, dass Arbeitsgruppen, damit sie arbeitsfähig bleiben, nicht zu viele Mitglieder haben sollten. Vieles spricht dafür auch andere Fachministerien (z. B. BMFSFJ, BMG) oder auch Fachgesellschaften, die sich mit Problemen psychisch kranker und behinderte Menschen beschäftigen, mit der Bildung von Arbeitsgruppen zu beauftragen um zu speziellen Fachfragen Stellungnahmen zu erarbeiten. Die Einbeziehung anderer Gruppen könnte auch dem oft beklagten Eindruck eines ein dimensionierten justizgeprägten Betreuungswesens entgegenwirken. Die Ergebnisse dieser Beratungsprozesse könnten dazu beitragen, das System Betreuungswesen transparenter und

offener mit anderen Akteuren des Gesundheits-, Pflege- und Sozialrechtssystem zu diskutieren vielleicht auch zu gestalten.

4.6.3.5 Schnittstellen und Resümee

Die rechtlichen Grundlagen für das Schutzbedürfnis von psychisch kranken, alten Menschen ergeben sich auf Grund einiger Schutzgesetze (Verbraucherschutz, Heimgesetze etc.). Zum Schutz vor möglicher Benachteiligung oder Schädigung auf Grund reduzierter psychischer /geistiger Fähigkeiten persönliche Angelegenheiten in zentralen Lebensbereichen selbst bestimmt zu organisieren, gehört auch die Hilfe der Rechtsfürsorge nach dem Betreuungsgesetz (§ 1896 BGB). Mit Blick auf die demographischen Entwicklungen wird die Rechtsfürsorge auch künftig eine bedeutsame Rolle spielen.

Hilfe für pflege- und betreuungsbedürftige Menschen – wer ist zuständig?
Die Frage der Zuständigkeit ist zunächst für rechtlich Betreute geklärt. Wir wissen, in fast 70 % aller Fälle sind dies Angehörige und andere ehrenamtlich tätige Personen. 30 % der Betreuten werden von einem Berufsbetreuer betreut.

Die Schwierigkeiten beginnen bei der Beantwortung der Frage, wer hilft den Angehörigen einen individuelle bedarfsgerechten Hilfe-Mix zu konzipieren, wer führt ihn durch und leitet in ein. Die eigentlich für die Unterstützung der familienangehörigen und ehrenamtlich tätigen Betreuer zuständigen Betreuungsbehörden (§ 4 BtBG) sind aufgrund knapper personeller Ressourcen nur in der Lage, Sozialberichte im Rahmen der Amtshilfe für Gerichte anzufertigen. Auch die Betreuungsvereine (Gewinnung, Beratung und Unterstützung ehrenamtlich tätiger Betreuer) verfügen nicht über die notwendigen finanziellen und personalen Ressourcen, diese Hilfen bereit zu halten. Mit der Begründung leerer Kassen wird den Vereinen finanzielle Unterstützung versagt. Im Jahre 2007[22] erhielten die 634 von den Ländern geförderten Betreuungsvereine pro Verein im Durchschnitt 15.035,67 Euro Landeszuschüsse (die genannten Daten sind Landeszahlen. In einigen Kommunen gibt es zusätzliche kommunale oder direkte vereinsinterne Förderungsmöglichkeiten). Dabei gibt es auch Länder wie Bayern und Brandenburg – die überhaupt keine Zuschüsse gewähren. Zur Weiterentwicklung der bisherigen Systems wäre es dringlich, diesen Förderbereich des Betreuungswesens wissenschaftlich zu evaluieren.

Unterstützung von familienangehörigen Betreuer
Ein zentraler Problembereich familialer Selbsthilfe betrifft zweifellos die Situation der familienangehörigen Betreuer, die als gesetzliche Betreuer und als häusliche Pfleger tätig sind. Hier kommt es gelegentlich zu persönlichen Überforderungen zum Schaden sowohl des Betreuten als auch des Betreuers. Von den sehr überlasteten Rechtspflegern bei den Betreuungsgerichten – die die ordnungsgemäße Führung der Betreuung kontrollieren – werden Fehlentwicklungen nur selten rechtzeitig erkannt. Es ist deshalb wichtig darauf hinzuweisen, dass einerseits dieser Helferkreis verstärkt Hilfe und Unterstützung benötigt. Andererseits sind Betreute in einigen Fällen einem Monopol familialer Hilfen ausgeliefert, die gelegentlich auch vor Übergriffen und Vernachlässigung nicht schützen. Es wird also darauf ankommen, insbesondere die ehrenamtlichen Helfer und familienangehörige Betreuer in ein System mit einzubinden, dass Transparenz und Dialog ermöglicht.

Personenbezogene Gesamtverantwortung auch bei der Versorgung gesetzlich betreuter Menschen

- Transparenz über Hilfeangebote und Aktivitäten in der Region zur Unterstützung ehrenamtlich tätiger Betreuer – insbesondere für die Gruppe familienangehöriger Betreuer – durch regelmäßige Berücksichtigung bei der Berichterstattung im Rahmen von Psychiatrieberichten, Altenhilfeberichte u. a.

- Die Förderung der Verbundstrukturen im Rahmen des Quartierkonzepts muss auch beinhalten, rechtlich betreute Menschen bei der Gestaltung der Hilfen als wichtige Zielgruppe anzusprechen. Die Beteiligung und Mitwirkung von Vertretern der Betreuungsvereine, Gerichte, Behörden und Berufsverbänden der Berufsbetreuern und Selbsthilfegruppen in bestehende Steuerungs- und Organisationsgremien ist sinnvoll, um das Betreuungswesen nicht als ein Sondersystem zu fragmentieren.

- Die Bestellung eine Betreuers soll nicht Türöffner sein für ein anderes Zuständigkeits- und Hilfesystem. Der aktive Betreuer soll Schnittstellen aufzeigen, zwischen dem rechtlichen Schutz besonders beeinträchtigter Menschen vor möglichen Benachteiligungen und der Notwendigkeit, die erforderlichen Hilfe- und Unterstützungsleistungen personenbezogen und bedarfsorientiert anzuregen oder auch einzufordern und die Umsetzung zu koordinieren und zu kontrollieren.

- Zum Schutz für beeinträchtigte Menschen sind aus der Perspektive des Familienrechts (nicht des Verbraucherschutzes) im Großen und Ganzen geeignete Instrumentarien durch das bestehende Betreuungsrecht geschaffen worden. Gefahren bestehen mit Blick auf eine zunehmende Verrechtlichung und Verbürokratisierung unserer sozialen Hilfesysteme (Sozialrecht), die Barrieren aufbauen und damit den Zugang zu den Leistungen erschweren. Dies fördert die Bereitschaft, Handlungs- und Steuerfähigkeit alter Menschen immer früher und öfter in Zweifel zu ziehen. Es kann und darf auch im Vertragsrecht nicht der Normalfall werden, bei Heimeintritt die Bestellung eines Betreuers anzuregen, da die komplizierte Vertragsgestaltung dies nahe legt.

- Die Möglichkeit, bei der Betreuerbestellung einen Berufsbetreuer mit der Führung der Betreuung zu beauftragen ist für die Rechtspflege ein wichtiges Instrument das sicherstellt, auch in sehr komplexen Notlagen Menschen Hilfe und Unterstützung zu gewähren. Da hier aber auch privatwirtschaftliche Interessen der Betreuer eine Rolle spielen, ist der Gesetzgeber verpflichtet, den Rechtsrahmen so vorzugeben bzw. neu zu gestalten, dass die Zielsetzung des Betreuungsrechts, nämlich die Stärkung der Rechte psychisch Kranker und behinderter Menschen, nicht anderen Zielen untergeordnet wird. Die Tatsache, dass der direkte persönliche Kontakt der freiberuflich tätigen Betreuer zum Betreuten, aufgrund der Anhäufung zu vieler Einzelbetreuungen pro Betreuer, deutlich reduziert wird, ist zumindest alarmierender Hinweis auf einen Überprüfungsbedarf.

Quellenangaben:

[1)] Die Bezeichnung „Betreuer“ ist vieldeutig. Zur Eindeutigkeit wird die Bezeichnung gesetzlicher Betreuer benutzt der im Rahmen einer rechtlichen Betreuung tätig ist.

[2)] Daten sind entnommen aus der „Sondererhebung über die Verfahren nach dem Betreuungsgesetz von 1995 – 2007. Bundesjustizministerium

[3)] Köller, Regine und Engels, Dietrich(2009): Rechtliche Betreuung in Deutschland. Evaluation des Zweiten Betreuungsrechtsänderungsgesetzes im Auftrag des Bundesjustizministeriums. Otto- Blume-Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e.V., Köln, S. 69.

[4)] Hoffmann, Peter Michael und Tamayo Korte Miguel (2005): Rechtliche Betreuung im Alter. Ergebnisse eines Forschungsprojektes im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft m. b. H., Köln, S.59-60.

[5)] Hoffmann, Peter Michael und Tamayo Korte Miguel (2005) s.o., S. 178.

[6)] Hoffmann, Peter Michael und Tamayo Korte Miguel (2005) s.o., S. 39 – 40.

[7)] Knittel, Bernhard und Seitz, Walter (2007). Der freie Wille als Ansatzpunkt zum Schutz der Autonomie, in: BtPrax 1/2007, S. 19.

[8)] Sondererhebung über die Verfahren nach dem Betreuungsgesetz von 1995 – 2007. Bundesjustizministerium (2009): Angeordnete Einwilligungsvorbehalte 2005 – 2007 (ohne Hamburg).

[9)] Tänzer, Jörg: Budgetassistenz und rechtliche Betreuung (2008), in: BtPrax 1/2008, S. 16-20.

[10)] Köller, Regine und Engels, Dietrich (2009): Rechtliche Betreuung in Deutschland, S. 83.

[11)]Hoffmann, Peter Michael und Tamayo Korte Miguel (2002):Betreuungsrechtliche Praxis in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 223.

[12)] Hoffmann, Peter Michael und Tamayo Korte Miguel (2002) s.o., S. XV.

[13)] Hirsch, Rolf und Kastner, Ulrich (2004): Heimbewohner mit psychischen Störungen. Reihe Forum, Band 38, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln.

[14)] Köller, Regine und Engels, Dietrich (2009): Rechtliche Betreuung in Deutschland. Evaluation des Zweiten Betreuungsrechtsänderungsgesetzes im Auftrag des Bundesjustizministeriums. Otto- Blume-Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e.V., Köln, S. 19- 20

[15)] Hoffmann, Peter Michael, Hütter, Ulrike und Tamayo Korte ,Miguel (2004): Die Lebenslage älterer Menschen mit rechtlicher Betreuung in Deutschland, in: Hoffmann, Peter Mi-

chael und Pilgram, Arno(Hrsg.): Autonomie im Alter, Tagungsband des internationalen Workshops in Wien, Neuer wissenschaftlicher Verlag, Graz.

[16)] Riedel, Anette und Stolz, Konrad (2008):"Altenwohlgefährdung" . Pflegewissenschaftliche und betreuungsrechtliche Gefährdungen in der häuslichen Pflege, in: BtPrax 6/2008, S. 233 – 239.

[17)]Köller, Regine und Engels, Dietrich (2009): Rechtliche Betreuung in Deutschland.

[18)] Köller, Regine und Engels, Dietrich (2009): Rechtliche Betreuung in Deutschland.

[19)] Bundesministerium der Justiz. Juli 2009, Pressemitteilung im Internet zu den Ergebnissen der Evaluation des Zweiten Betreuungsrechtsänderungsgesetzes.

[20)] Bundesjustizministerium (2009), Internetportal : Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Beobachtung der Kostenentwicklung im Betreuungsrecht und Handlungsempfehlungen zur Optimierung des Betreuungsrechts.

[21)] Klie, Thomas (2007): Qualität in der Betreuung: Perspektiven und Strategien. Vortrag beim 10. Vormundschaftsgerichtstag, in: Berichte vom Vormundschaftsgerichtstag, Bundesanzeiger Verlagsges.m.b.H., Köln.

[22)] Sondererhebung über die Verfahren nach dem Betreuungsgesetz von 2006 u. 2007. Bundesjustizministerium (2009): Gesamtzahlen Betreuungsvereine im Bundesgebiet 2007.

4.7 Öffentlichkeitsarbeit („personenzentriert“) zum Thema Demenz

4.7.1 Hauptziel und einige Schwerpunktthemen

- Hauptziel einer personenzentrierten Öffentlichkeitsarbeit sollte sein
- wichtigen Schlüsselpersonen[104],
- der Bevölkerung ganz allgemein, im besonderen aber von Demenz bedrohten und betroffenen Menschen
- und ihren Angehörigen und Freunden
- aufzuzeigen, dass Demenz nicht unausweichlich zu dem Desaster führen muss, das zunehmend häufiger in unseren Medien thematisiert wird. Desaster droht zwar, kann aber gemildert oder gar abgewendet werden, durch die Veränderung von Altersbildern und die Vermittlung von Wissen, Haltungen, die Fähigkeit zur besseren Kommunikation und die Erschließung und Inanspruchnahme der situationsbezogen angemessenen Hilfen im Quartier und im erreichbaren Umfeld. Es sollen nicht nur Schreckensnachrichten verbreitet, sondern Erfolg versprechende Bewältigungsstrategien aufgezeigt werden, durch die auch bei Demenz ein wenn auch nur relatives „Wohlbefinden“ für die Kranken und die privat Pflegenden möglich ist.

- Schwerpunktthemen können/sollten sein:
- Erste-Hilfe-Kurs Demenz
- auch bei Demenz ist (relatives) Wohlbefinden möglich
- richtige „Wohlfühl-Mischung“ von Selbsthilfe[105], Alltagshilfen, Beiträgen des psychosozialen Umfeldes, medizinischer Behandlung und Pflege
- allgemeine Informationen zu demenziellen Erkrankungen
- was die Medizin leisten kann und sollte
- was das psycho-soziale Umfeld leisten kann – d. h. was jeder Einzelne von uns beitragen kann zu relativem „Wohlbefinden“ auch bei Demenz als Freunde, Vereinsmitglieder, Bekannte, Nachbarn, Polizisten, Bankangestellte, Einzelhändler, Verkäufer/innen, Taxifahrer, Schaffner, Mitbürger im öffentlichen Raum
- Thematisierung dessen, was berühmte Menschen mit Demenz selbst beigetragen haben[106] und (können)
- wohnen bei körperlichen und kognitiven Handicaps
- Möglichkeiten der Prävention
- Abwehr/Tabus/Vorurteile/Ängste/Gerüchte
- Beratungsmöglichkeiten im Wohnquartier und/oder in der Region
- empfehlenswerte Literatur zum Leben mit Demenz, Filme, Veranstaltungen, …
- Möglichkeiten der medizinische Behandlung: im Wohnquartier – und darüber hinaus
- Diagnose ja oder nein und Hilfen nach der Diagnose?
- Hilfe finden in Frühbetroffenengruppe
- Selbsthilfe/Alzheimergesellschaft
- Informationen darüber, was nach bisherigen Erfahrungen Menschen mit Demenz brauchen, was ihnen gut tut und Wohlbefinden fördert, aber auch, was sie kränkt, depressiv macht und zurückwirft

---

[104] Z. B. wissen viele Ärzte zu wenig, welche nicht-medizinischen Hilfsformen bestehen, auf die sie die Kranken und ihre Angehörigen hinweisen könnten. Gerade in der Situation nach einer Diagnose wäre das sehr wichtig.

[105] Dazu gehört auch die Nutzung hilfreicher Technik.

[106] Unschätzbar wertvoll für die Enttabuisierung der Demenz war z. B. der offene Umgang von Präsident Ronald Reagan mit seiner Erkrankung. Sehr hilfreich wäre auch, wenn wir alle mehr auf die Stimme von Menschen mit Demenz hören würden, was ihnen gut tut und was sie kränkt.

- Relatives Wohlbefinden bei Demenz und persönlich bedeutsame Situationen
- welch entscheidende Bedeutung die verbale und nonverbale Kommunikation hat
- wie wichtig die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte ist
- Teilhabe-Möglichkeiten im Wohnquartier – Kulturveranstaltungen für Menschen mit und ohne Demenz
- Wohnungsanpassung und hilfreiche Technik
- wie offen man mit der Erkrankung umgehen kann
- Psychoedukative Angebote in der Region für die Angehörigen
- Angebote zur zeitlichen Entlastung der Pflegenden im Wohnquartier
- Ehrenamtliche finden, befähigen, begleiten
- Umzug in ambulant betreute Wohngemeinschaft/Heim
- Besondere Bedürfnisse bei einem notwendigen Krankenhausaufenthalt
- Informationen über die Pflegeversicherung
- Sonstige finanzielle Fragen
- Betreuungsrecht
- Schmerzen bei Demenz – oft unerkanntes Leiden
- Künstliche Ernährung – wenn ja: wie?
- Möglichkeiten der Sterbebegleitung – Hospiz – Palliativ-Pflege
- Ethik und Recht
- Dilemmata bei Patientenverfügungen (z. B. die Situation bei Walter Jens)
- …

4.7.2 Akteure der Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Demenz

Demenz geht früher oder später (fast) alle an. Daher müssen möglichst bald (fast) alle mehr wissen über Demenz und wie man nach neueren Erkenntnissen am besten den von Demenz betroffenen Menschen und ihren Hauptpflegepersonen zu relativem Wohlbefinden verhelfen kann.

Wichtigste Akteure einer personenzentrierten Öffentlichkeitsarbeit sind daher die Menschen mit Demenz, die der Öffentlichkeit mitteilen, wie sie sich fühlen, was ihnen gut tut, was sie kränkt, wie wir uns anders verhalten sollten, welche Veränderungen sie vorschlagen.

Auf die verbalen und nonverbalen Qualitätsurteile der Menschen mit Demenz sollten nicht nur die Qualitätsprüfer des Medizinischen Dienstes hören, sondern auch Ärzte, die Pflegenden, die Versorgungsforscher z. B. bei der Evaluation von (Modell)Projekten.

Selbstverständlich müssen auch die Ergebnisse der Grundlagenforschung und insbesondere auch der Versorgungsforschung – z. B. die Befunde aus den Leuchtturmprojekten und Modellprojekten der Bundesregierung – von den jeweiligen Forschern der Öffentlichkeit in verständlicher Form mitgeteilt werden.

Eine wichtige Rolle in der Öffentlichkeitsarbeit fällt den Universitäten, Hochschulen und Fachgesellschaften der mit Demenz befassten Berufe zu.

4.7.3 Vorarbeiten der Robert Bosch Stiftung zur Öffentlichkeitsarbeit bei Demenz

Medien prägen – auch unsere Vorstellungen vom Alter, vom Älterwerden und auch vom Leben mit Demenz. Die Medien beeinflussen aber nicht nur die Vorstellungen, die junge und alte Menschen selbst vom Alter haben, die erzeugten Vorstellungen beeinflussen auch in hohem Maß unser Verhalten. Daher sind wirklichkeitsnahe Altersbilder so wichtig. Der Robert Bosch Stiftung ist zu danken, dass sie wichtige Beiträge leistet für die Etablierung differenzierter und realistischer Bilder sowohl vom aktiven Alter als auch von den Herausforderungen alter Menschen, die in Teilbereichen Unterstützung benötigen, aber selbst im Falle von fortgeschrittener Demenz noch über viele Potenziale und Chancen verfügen für das Erleben relativen Wohlbefindens – vorausgesetzt, das psychosoziale Umfeld ermöglicht dies. Die Bosch Stiftung fördert aber auch ganz konkrete Projekte, um die Verhältnisse in unseren Städten und Gemeinden altenfreundlicher zu gestalten. So hat sie vor einigen Jahren die Initiative „Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz" gestartet, bei der mit Hilfe ausgewiesener Experten der aktuelle Stand der Künste[107] zu besonders wichtigen Kernfragestellungen im Krankheitsverlauf bei Demenz erfasst wurden:

- Wie können Demenzkranke frühzeitig aufgefangen werden?
- Wie werden die Fähigkeiten der Betroffenen so lange wie möglich erhalten?
- Wie kann die Unterstützung gemeinsam mit Angehörigen und Fachleuten gelingen?
- Wie begegnet man Demenzkranken?
- Wie können eine gute Wohngestaltung und Selbständigkeit mit Technologie unterstützt werden?
- Wie wird für die richtige und ausreichende Ernährung gesorgt?
- Welche ethischen und rechtlichen Zusammenhänge stellen sich im Zusammenhang mit Demenz?

Dies sind wichtige Themen, die im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit nicht nur auf Bundes- und Landesebene, sondern und vor allem auch auf kommunaler Ebene den Lokaljournalisten und über diese den Bürgern und besonders natürlich den (zukünftigen) von Demenz betroffenen Menschen und ihren Angehörigen auf geeignete Weise vermittelt werden sollten. Sehr geeignet für eine breite Öffentlichkeitsarbeit sind auch die Informations-Broschüren der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft, die Demenz-Ratgeberreihe des Kuratoriums Deutsche Altershilfe und der Ratgeber der Stiftung Warentest.[108]

Aktion Demenz e.V. und deren Arbeitsschwerpunkt „demenzfreundliche Kommune"
Die Bosch-Initiative „Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz" mündete dann in die Gründung der „Aktion Demenz"[109] mit dem derzeitigen Arbeitsschwerpunkt „wie können wir die Wirklichkeit in unseren Kommunen demenzfreundlicher gestalten?" Instrumente dafür sind u. a. Informationsvermittlung an interessierte Kommunen über Beispiele bester Praxis und Fördermittel der Bosch Stiftung zur Unterstützung von „Graswurzelprojekten" in den Kommunen.

---

[107] Die Ergebnisse dieser Bosch-Initiative wurden 2007 in sieben Bänden im Verlag Hans Huber veröffentlicht:
Die Krankheit frühzeitig auffangen. Ressourcen erhalten. Gemeinsam betreuen. Demenzkranken begegnen. Technische Unterstützung bei Demenz. Ernährung bei Demenz. Ethik und Recht.
[108] Stiftung Warentest, Verbraucherzentrale NRW (2006): Demenz. Hilfe für Angehörige und Betroffene.
[109] Siehe www.aktion-demenz.de

Da den Medienschaffenden bei der Vermittlung neuer Vorstellungen vom Alter und Älterwerden und dem Leben mit Demenz eine Schlüsselrolle zukommt, lädt die Robert Bosch Stiftung zu Informationsreisen für Journalisten ein, um sie z. B. mit aktuellen Best Practice-Beispielen kommunaler Initiativen bekannt zu machen.

Zur Optimierung ihrer künftigen Aktivitäten im Altersbereich beauftragte die Robert Bosch Stiftung das *Institut für Demoskopie Allensbach* Journalisten bei Tages-, Wochenzeitungen und Zeitschriften, bei Hörfunk und Fernsehen sowie bei Onlinemedien zu befragen, die sich im Rahmen ihrer journalistischen Tätigkeit überwiegend oder zumindest gelegentlich mit den Themen Alter und Älterwerden zu befragen. Im September 2008 wurden insgesamt 232 Interviews mit Journalisten geführt. Geklärt werden sollte

- Wie nehmen Journalisten das Alter und Älterwerden persönlich wahr und wie in unserer Gesellschaft?
- Halten sie das in der Bevölkerung heute dominierende Altersbild für angemessen oder korrekturbedürftig, und was müsste aus ihrer Sicht gegebenenfalls getan werden, um die Vorstellungen der Bevölkerung vom Alter und Älterwerden in der von ihnen gewünschten Richtung zu verändern?

Auskunftsbereitschaft war ungewöhnlich groß, woraus auf starkes Interesse an den Themen der Befragung: *Alter, Älterwerden, Berichterstattung über Demenzerkrankungen, Rolle der Politik, mehr ehrenamtliches Engagement* geschlossen werden kann.

Um zumindest einige Kernbefunde der Journalistenmeinungen mit den Ansichten und Erwartungen der Bevölkerung vergleichen zu können, wurde auch eine Bevölkerungsumfrage durchgeführt, bei der ein repräsentativer Bevölkerungsquerschnitt von insgesamt 1.772 Personen ab 16 Jahre befragt wurde.

Wichtigstes zusammenfassendes Ergebnis:
„83 Prozent der befragten Journalisten halten eine Änderung des bisher dominanten Altersbildes für notwendig, und sie schreiben den Medien bei der Vermittlung dieses neuen Altersbildes eine sehr wichtige Rolle zu.

Aus ihrer Sicht sollte das neue Altersbild differenzierter sein, die ganze Bandbreite von Lebenssituationen älterer Menschen umfassen, nicht nur die Welt der körperlich und geistig Fitten aus der Werbung, aber auch nicht nur der in Heimen dahinsiechenden Greise. Vor allem wird gefordert, das Leben im Alter chancenorientierter darzustellen, die Potenziale der Älteren stärker zu betonen und Wege aufzuzeigen für ein aktiveres, sinnerfüllteres Alter. Viele Journalisten denken dabei weniger an hedonistischen persönlichen Lebensgenuss, vielmehr auch an Engagement für andere… Viele sind überzeugt, dass sich immer mehr ältere Menschen für andere einsetzen, sich ehrenamtlich betätigen werden (73 Prozent), und fast alle erwarten, dass die Menschen in Zukunft offener mit Krankheiten wie Demenz oder Alzheimer umgehen (87 Prozent).“[110]

Junge Menschen frühzeitig an das Thema „Demenz“ heranführen
Angeregt durch einen niederländischen „Demenz-Film“ zum Einsatz in Schulen hat die Robert Bosch Stiftung Fördermittel bereitgestellt und das Kuratorium Deutsche Altershilfe ge-

[110] Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): 2009. Alter und Älterwerden aus Sicht von Journalisten und Bevölkerung. Studie des Allensbacher Instituts für Demoskopie im Auftrag der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart. S. 14 f.

beten in Zusammenarbeit mit der Deutschen Alzheimergesellschaft einen didaktischen Film nach niederländischem Vorbild zu produzieren, der im Gemeinschaftskundeunterricht, im Religionsunterricht oder auch im Biologieunterricht eingesetzt werden kann, um mit Schülerinnen und Schülern das Thema Demenz behandeln zu können.

In dem in einem Dreigenerationenhaushalt mit einer tatsächlich an Demenz leidenden Großmutter gedrehten Film „Apfelsinen in Omas Kleiderschrank“[111] erzählt der 16jährige Daniel erstaunlich einfühlsam vom Zusammenleben mit seiner kranken Großmutter. Gezeigt wird auch wie unkompliziert die kleinere Schwester mit ihrer Oma spielt, wie schwer es Daniels Mutter mit ihrer kranken Mutter hat, wie sich Daniels Vater einbringt, was seiner Oma gut tut. Der Film zeigt auch wie interessiert Daniels Mitschülerinnen und Mitschüler auf seinen Bericht hin im Unterricht über Demenz diskutieren und dabei auch eigene Erfahrungen einbringen.

Einsatz des Films für weitere Zielgruppen
Dieser didaktische Film hat sich inzwischen vielfach bewährt in der Öffentlichkeitsarbeit allgemein – nicht nur an Schulen. Die Demenz-Servicezentren in NRW setzen ihn regelmäßig ein bei Informationsveranstaltungen in den Kommunen ihrer Region. Bei der Schulung von Ehrenamtlichen leistet er gute Dienste, in Altenpflegeschulen, in Fort- und Weiterbildungskursen und auch bei groß angelegten Aktionskampagnen (Ostfildern, Mannheim,…?).

Hilfen zur Kommunikation bei Demenz
Außer dem Schulfilm „Apfelsinen im Kleiderschrank“ hat die Bosch Stiftung eine Reihe von Ratgebern gefördert, die neben anderen Filmen und Informationsschriften z. B. der Deutschen Alzheimergesellschaft, der Bundesregierung, der Bundesländer und Kommunen, Fachverlagen usw. bei der Öffentlichkeitsarbeit im Quartier eingesetzt werden können. Besonders wichtig im tagtäglichen Umgang mit Menschen mit Demenz ist die Fähigkeit, mit ihnen in besonderer Weise verbal und nonverbal zu kommunizieren, um Konflikte und Kränkungen zu vermeiden. Daher sind gute Ratgeber zur Kommunikation und – noch besser – Demonstration und Anleitung zum validierenden Umgang auch in der Öffentlichkeitsarbeit angezeigt.

4.7.4 Formen und Schwerpunkte der Öffentlichkeitsarbeit in Dörfern und Städten

a) Beispiel Kreis Warendorf im ländlichen Raum (Münsterland)
b) Beispiel Demenzkampagne Ostfildern mit 35000 Einwohnern
c) Kampagne für ein demenzfreundliches Mannheim mit einem Schwerpunkt Kultur und Demenz
d) Öffentlichkeitsarbeit von Menschen mit Demenz

Zu a) Öffentlichkeitsarbeit im ländlichen Raum (DSZ Münsterland)
Die aktivsten Träger der Öffentlichkeitsarbeit zum Thema „Hilfe bei Demenz“ sind vermutlich (auch?) in ländlichen Regionen vor allem die Leistungsanbieter aus den Bereichen Gesundheit, Pflege und Wohnen. Ihre Öffentlichkeitsarbeit richtet sich dabei vor allem darauf, ihre Leistungsangebote bekannt zu machen, für deren Inanspruchnahme zu werben. Darüber muss es den Leistungsanbietern darum gehen, ehrenamtliche Mitarbeiter und Sponsoren für ihre Arbeit zu gewinnen.

[111] Der Film ist käuflich zu erwerben vom Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln

Wenn die Informationen über die Leistungsangebote gesammelt und in einem „Wegweiser“ schriftlich und möglichst auch im Internet aktuell verfügbar sind – ergänzt durch Informationen der Pflegekassen und des Sozialhilfeträgers, dann sind dadurch bereits wichtige Punkte aus der obigen Themenliste behandelt. Die Erstellung eines Wegweisers ist allerdings in Regionen und Quartieren mit vielen konkurrierenden Anbietern gar nicht so einfach. Bewährt hat sich, nur solche Angebote in einen Demenz-Wegweise aufzunehmen, deren Träger ihr Konzept und ihre Leistungen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen hinreichend detailliert beschreiben.

In Regionen aber, in denen es bislang z. B. keine Tagespflegeeinrichtungen, keine Treffpunkte für Menschen mit Demenz, keine niedrigschwelligen Betreuungsangebote im Sinne des § 45 SGB XI gibt und keine Alzheimergesellschaften, da fehlen auch die entsprechenden Akteure der Öffentlichkeitsarbeit. Da müssen die Kreisverwaltungen aktiv werden und die Bürgermeister und Stadt- und Gemeinderäte – evtl. auch fortschrittliche Heimträger, die ihr Leistungsangebot ausweiten wollen in den vorstationären Bereich.

In dem Leuchtturmprojekt „Evident“ der Bundesregierung wurde deutlich, wie die Einstellung eines Koordinators im Rhein-Sieg-Kreis zur Gründung von gemeindeübergreifenden Netzwerken geführt hat. Man kann eben nicht erwarten, dass eine bedarfsgerechte regionale Infrastruktur sich von allein durch das freie Spiel von Angebot und Nachfrage und die Investitionsentscheidungen der Leistungsanbieter entwickelt.

Ein möglicherweise anregendes Beispiel findet sich in den münsterländischen Kreisen Soest, Warendorf, Stadt Hamm und nördlicher Kreis Recklinghausen. In diesem ländlichen Raum ist das Demenz-Servicezentrum Münsterland mit minimaler Personalausstattung zuständig für die Öffentlichkeitsarbeit zur Entwicklung der niedrigschwelligen Demenz-Infrastruktur. Als förderlich erweist sich die Anbindung an die Wohnberatungsstelle und die Alzheimergesellschaft mit ihren Anlaufstellen in fast allen Gemeinden des Kreises. Entwickelt wurde ein 7-Stufen-Plan zur erfolgreichen Implementierung niedrigschwelliger Angebote gem. § 45 SGB XI.

Zu Beginn steht eine Initiatorenschulung in Kooperation mit interessierten Trägern in den Regionen. Es folgt eine Recherche der bestehenden Angebotsstruktur in der jeweiligen Region, die evtl. zu einem Wegweiser zu vorhandenen Angeboten führt. Dabei werden Vernetzungen und Kooperationen geschaffen und die Aufgaben der Kooperationspartner bis hin zur Öffentlichkeitsarbeit vereinbart.

- Die allgemeine Öffentlichkeitsarbeit in den Kreisen beginnt mit
- Informationsveranstaltungen[112] zu Themen wie „“Demenz – da kann man nichts machen – oder?“
- gefolgt von zugehender Informationsarbeit – insbesondere über Kirchengemeinden (deren Besuchs- und Betreuungsdienste, Altentagesstätten, Frauengemeinschaften, Nachbarschaftshilfen, Krankenhaushilfe, Leitern von Seniorennachmittagen, Handarbeitskreisen und anderen Multiplikatoren im Gemeinwesen.
- Pressearbeit. Da viele Angehörige selbst im höheren Alter sind, verfügen diese nur in geringer Zahl über einen Internetzugang und entnehmen Vieles aus der örtlichen Presse. Dazu zählen nicht nur die Tageszeitung, sondern auch zunehmend kosten-

[112] In den Landkreisen über 50 Veranstaltungen im Projektzeitraum 2004-2007 mit bis zu 80 Teilnehmer(inne)n.

lose Printmedien. Dies wurde deutlich durch eine Befragung, die das DSZ in Kooperation mit der Uni Münster 2008 durchgeführt hat. 27 % hatten durch die Zeitung von dem neuen Betreuungsangebot erfahren, durch einen Pflegedienst 24 %, durch ein Infoblatt oder Flyer 15 % und durch einen Haus- oder Facharzt nur 8 %.

Als besonders erfolgreiche Informationsträger haben sich in den genannten münsterländischen Kreisen Zeitungen wie „Kirche und Leben“ und das „Landwirtschaftliche Wochenblatt“ erwiesen. In der „Arbeitshilfe für Initiatoren niedrigschwelliger Angebote“[113] wird empfohlen, unbedingt den persönlichen Kontakt zum zuständigen Redakteur zu suchen. Er muss zunächst von der Wichtigkeit des Themas und der wichtigen Rolle als Multiplikation überzeugt werden. Eine Vorlage mit wenigen konkreten Infos (kurz-prägnant-präzise) sollte als Vorbereitung auf das Gespräch erstellt werden.

Faltblätter (Flyer) sind teuer, daher sollten sie gezielt über einen Verteiler an Arztpraxen, Beratungsstellen und Apotheken gegeben werden – Plakate sind billiger.

Auch das Internet sollte genutzt werden, wobei eine Verlinkung der eigenen Homepage z. B. mit der Pflege- und Wohnberatungsstelle der Städte und Gemeinden anzustreben ist.

Nicht zuletzt gibt die Arbeitshilfe Anregungen und konkrete Tipps für die Öffentlichkeitsarbeit der niedrigschwelligen Betreuungsangebote zur Einwerbung von Zeit-, Sach- und Geldspenden und die Gewinnung Ehrenamtlicher. [114]

Aufgabe der Öffentlichkeitsarbeit des neu gegründeten niedrigschwelligen Angebotes ist nicht nur, das Angebot im Umfeld bekannt zu machen, sondern auch einen Beitrag zur Enttabuisierung der Demenz zu leisten, Dazu werden die (ehrenamtlichen) Mitarbeiter geschult.

Zu b) Öffentlichkeitskampagne „Demenzfreundlich Kommune“ einer Stadt mit 35.000 Einwohnern – darunter ca. 600 Menschen mit Demenz - Ostfildern[115]

Der Stadt Ostfildern bei Stuttgart im Landkreis Esslingen ist im Zeitraum Oktober 2007 bis Juni 2008 eine breit angelegte – den Bereich der Medizin und der klassischen Altenhilfe überschreitende – Demenzkampagne gelungen.

Strukturelle Gegebenheiten

Langjährige Erfahrungen der Landkreisverwaltung in *„Kreisaltenplanung“* im Kontakt mit der „Altenhilfe-Community“ auf Landes-[116] und Bundesebene [117] – gebündelt in der „Altenhilfe-Fachberatung Landkreis Esslingen“ und ihrem Pendant, der „Leitstelle für ältere Menschen“ der Stadt Ostfildern. Weiterhin: ideelle und finanzielle Förderung durch bürgerschaftliches Engagement, die Gradmann-Stiftung.

---

[113] Vgl. Wernke, Annette; Kamps, Martin (2008): Arbeitshilfe für Initiatoren niedrigschwelliger Angebote. Beratung – Planung – Aufbau. Hrsg. Demenz-Servicezentrum Münsterland. Gefördert vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW und den gesetzlichen Pflegekassen. Ahlen. Seite 14.

[114] A.a.O. S. 17 f.

[115] Download der Projektbeschreibung und des Evaluationsberichtes unter http://www.demenz-ostfildern.de/

Z. B. Alzheimergesellschaft Baden-Württemberg, Demenz-Support, Stuttgart; Projektgruppe Demenz der Hochschule Esslingen.

[117] Z. B. Deutscher Verein, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Aktion Demenz e.V., Robert Bosch Stiftung.

Ziel war erklärtermaßen, der Bevölkerung die Einsicht zu vermitteln: "Demenz geht uns alle an! Im Umgang sind wir alle gefordert – als Politiker, als Fachkräfte in der Altenpflege, als Vereinsmitglieder, als Freunde, als Nachbarn und als Angehörige."

Unter dem Motto *„Wir sind Nachbarn"* war die Kampagne nicht nur angelegt auf Information und Aufklärung über die Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten durch Medizin und Pflege, sondern vor allem wurden Wege und Möglichkeiten aufgezeigt, was jeder Einzelne von uns tun kann – als Betroffener, als Freund, Bekannter, Nachbar, Mitbürger. Es sollten also auch Bürger erreicht werden, die bislang noch nicht unmittelbar mit dem Thema Demenz zu tun hatten.

Akteure der kommunalen Ebene – koordiniert durch die „Leitstelle für ältere Menschen" – waren:

- Selbsthilfe (Alzheimergesellschaft Baden-Württemberg)
- Bürgerengagement (Gradmann-Stiftung, Koordinationsstelle Bürgerengagement)
- Fachbereich Bildung, Kultur, Sport und soziale Lebenswelten (Musikschule,
- Städtische Galerie, Stadtbücherei, Volkshochschule, Zentrum Zinsholz, Treffpunkte Nellingen und Ruit
- Beratungsstelle für ältere Menschen und Angehörige
- Sozialpsychiatrischer Dienst für alte Menschen (SOFA)
- Tagespflege Ostfildern
- stationäre Pflege (Samariterstift, …?)
- Akutgeriatrie und Geriatrische Rehabilitation Aerpah-Klinik Esslingen-Kennenburg
- Altenhilfefachberatung Landkreis Esslingen
- Oberbürgermeister

Evaluation der Demenzkampagne Ostfildern
Eine im Internet eingestellte Evaluation[118] zeigt die vielfältigen positiven Wirkungen. Insbesondere durch die Mitwirkung von Kultureinrichtungen konnten Zielgruppen erreicht werden, die bislang mit dem Thema Demenz nichts oder nur wenig zu tun hatte. Besonders positive praktische Ergebnisse zeitigten die Erste-Hilfe-Kurse bei Demenz für Polizisten, Selbständige und Gewerbetreibende und Mitglieder lokaler Vereine, die persönlich angesprochen wurden.

Eine Erkenntnis für die zukünftige Öffentlichkeitsarbeit ist, nach Möglichkeit räumlich noch kleinteiliger vorzugehen, „die Angebote stärker auf die einzelnen Ortsteile herunter zu brechen. Im *überschaubaren räumlichen Bereich* eines Ortsteils kann auch eine bessere „Personalisierung" des Themas erreicht werden, beispielsweise durch die aktive Beteiligung ortsbekannter Personen (der Apotheker vom Marktplatz). Auf große Bezugsräume ausgerichtete Aktivitäten bergen die Gefahr, abstrakter, anonymer und oberflächlich-informativ zu bleiben."[119]

Zu c) Beispiel Öffentlichkeitsarbeit in einer Großstadt: Aktionskampagne für ein demenzfreundliches Mannheim vom 14. bis 25. September 2009

In Mannheim gibt es derzeit etwa 8000 Menschen mit Demenz – Tendenz steigend wie überall in Deutschland. Zur Aktionskampagne für ein demenzfreundliches Mannheim, die

[118] Vgl. Evaluation der Demenzkampagne Ostfildern (2009) Erstellt durch Demenz Support, Stuttgart und Hochschule Esslingen. *www.demenz-ostfildern.de/dateien/1239778146-evaluationsbericht.pdf*
[119] A.a.O. S. 29.

vom 14. bis 25. September 2009 stattfand, erschien frühzeitig ein 112 Seiten starkes Programmheft.

Ausgangspunkt für die „Vergiss-mein-nicht-Aktionskampagne für ein demenzfreundliches Mannheim“ war folgende Überlegung. Die medizinische Forschung hat sich schon früh des Phänomens Demenz angenommen und erfährt zu Recht große mediale Aufmerksamkeit, doch gerät dabei die ganzheitliche Betrachtung und besonders die soziale Einbindung der unmittelbar Betroffenen in den Hintergrund. Hier will die die Aktionskampagne ansetzen und mit ganz unterschiedlichen Medien und vielfältigen Aktionen aufzeigen, wie das Thema Demenz aus der Tabuzone kaum gesellschaftsfähiger Themen befreit und das soziale Miteinander mit Erkrankten am besten gestaltet werden kann.

Rund 100 Aktionen im Stadtzentrum und in verschiedenen Stadtteilen setzen Mittel der Kunst und Kultur ein, um Einblicke in die Lebenswelt von Menschen mit Demenz zu geben. Dazu zählen neben Filmen und Theaterszenen zum Thema auch Aktionselemente zum Mitmachen aus verschiedenen Bereichen der bildenden und darstellenden Künste[120]. Erfreulicherweise wird auch die Mannheimer Aktionskampagne wissenschaftlich evaluiert. Die Ergebnisse werden hoffentlich in den nächsten Monaten vorliegen, damit andere interessierte Kommunen und Akteure von den Mannheimer Erfahrungen lernen können.

Zu d) Öffentlichkeitsarbeit durch und mit Menschen mit Demenz

Bisher wird die Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Demenz ganz überwiegend von „Stellvertretern“ von Menschen mit Demenz geleistet: von engagierten Ärzten, Gerontologen, Pflegenden, Sozialarbeitern, sozial engagierten Politikern, Journalisten, von gemeinnützigen Institutionen und auch von vorwiegend gewinnorientierten Leistungserbringern, Pharmaunternehmen und so weiter d. h. von Experten aus dem medizinischen und dem psychosozialen Bereich. Das ist auch gut und richtig – aber nicht ausreichend.

Die eigentlichen Experten sind die Menschen mit Demenz selbst – nur sie wissen, wie man sich bei Beginn und beim Fortschreiten der Erkrankung fühlt, was einem gut tut und was einen kränkt. Daher ist es wichtig, dass auch ihre Stimmen in der Öffentlichkeitsarbeit im Chor der anderen Experten Gehör finden können. In Großbritannien und anderen Ländern ist das bereits ansatzweise der Fall. Erfreulicherweise hat die Deutsche Alzheimergesellschaft aufgrund ausländischer Erfahrungen schon Menschen mit Demenz ein Podium geboten. Ein wichtiger Anfang, der unbedingt fortgesetzt werden muss, auch wenn viele noch glauben, Menschen mit Demenz könnten ihre Interessen nicht selbst vertreten und wer das könnte, der würde doch nicht an Alzheimer leiden und könnte daher nicht für Menschen mit Demenz sprechen. Dieses Vorurteil, das dem bisher in Deutschland noch verbreiteten Bild von einem an Alzheimer erkrankten Menschen geschuldet ist, sollte möglichst bald korrigiert werden.

Dem könnte eine von Demenzsupport Stuttgart am 28./29. Januar 2010 angebotene Veranstaltungen dienen, bei der Menschen mit Demenz darlegen, was sie in Großbritannien und in den USA schon erreicht haben. Diese Veranstaltung wird hoffentlich Mut machen allen in Deutschland, die ihre Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Demenz mehr ausrichten wollen auf die Befindlichkeiten und die Qualitätsurteile der Menschen. Wieso eigentlich soll es nicht möglich sein, dass Menschen mit Demenz im Rat der Stadt als sachverständige Bürger gehört werden und dies nicht nur im Bereich „Soziales“?

---

[120] Weitere Informationen zu den verschiedenen Veranstaltungen der Aktionskampagne siehe www.demenzkampagne-**mannheim**.info/

5. Praxisbeispiele

5.1. Aktivitäten im Rahmen des Norwegischen Demenzplans[121]

Am 22.02.2010 fand in Frankfurt eine Sitzung der Arbeitgruppe des Projekts mit Professor Engedal aus Oslo statt, der Initiator und Organisator des Demenzplans von Norwegen und der Nordseekonferenz ist.

Zusammenfassung der aus deutscher Sicht besonders interessanten Punkte:

- die Fokussierung auf die Verbesserung der Lebensqualität im Alltag der Demenzerkrankten und ihrer Familien,
- die Fokussierung auf die Kompetenz der mitbetroffenen Familien, der nicht professionellen Helfer und der professionellen der sozialen und Gesundheitsdienste
- und die übergreifende Verantwortung der Kommunen für die ganzheitliche Versorgung durch die unterschiedlichen Beteiligten.
- Die primär steuerfinanzierte Finanzierung unterscheidet sich vom System der sozialen Sicherung in Deutschland.

Grundlegende Prinzipien für die Verbesserung der Versorgung Demenzkranker:
Die meisten Demenzkranken leben in ihren Familien, aber 80% der Pflegeheimbewohner leiden an einer Form dieser Erkrankung. Die Qualität der Versorgung ist überwiegend unzureichend und dies belastet die Angehörigen und das Zusammenleben in den Kommunen.

- Ziel der Maßnahmen des Demenzplans ist, für die betroffenen Menschen zu ermöglichen:
- individuell definierte gute Lebensqualität
- das Gefühl der Sicherheit
- sinnvoll erlebte Alltagsaktivitäten
- trotz zunehmender Schwere der Erkrankung und der Beeinträchtigungen.

Die Regierung will der verbreiteten Stigmatisierung und Diskriminierung der von Demenz betroffenen Personen und ihrer Familien durch Offenheit und Inklusion begegnen und Unwissen, Schuldgefühle und Tabus abbauen. Dazu sollen bessere Kenntnisse und Fähigkeiten bei Familien unterstützenden Diensten, Arbeitnehmern und der Öffentlichkeit beitragen, ebenso wie bessere Kooperation zwischen dem öffentlichen Sektor, Familien-Diensten, freiwilligen Bürgerhilfen und Kommunen. Die Demenz-Versorgung als spezialisierter Dienst soll integrierter Teil der kommunalen Versorgung werden, weil gute Versorgung Demenzkranker gute Versorgung für fast Jedermann bedeuten kann.

Die Dienstleistungen sollen von einer ganzheitlichen Sicht der Person ausgehen und gekennzeichnet sein von Kontinuität und Kooperation der verschiedenen Dienstleister. Die Dienstleistungen sollen den mit der Zeit verändernden Ausprägungen der Erkrankung sowie Fähigkeiten und Beeinträchtigungen angepasst werden. Deshalb sollte wenn immer möglich die Veränderung der vertrauten alltägliche Lebenssituation und Behandlungsangebote vermieden werden, um Kontinuität und das Gefühl der Zugehörigkeit zu erhalten.

[121] Norwegian Ministry of Health And Care Services, Oslo 10/2008: Dementia Plan 2015, Subplan of Care Plan 2015

Für den Demenzplan sind 4 Strategien und Aktionsbereiche von zentraler Bedeutung. Für jeden der Bereiche wurden jahresbezogene Ziele definiert:

1. Investition in Kompetenz und Personalaufstockung:
   Die Kompetenzinitiative wendet sich an die betroffenen Familien, ehrenamtliche / Bürgerhelfer, Professionelle der sozialen und Gesundheitsdienste. Dazu werden Schulen für Familien unterstützende Dienste und unterstützende Gruppen in allen Kommunen geschaffen.
   Die Personalaufstockung wird auf „10.000 new man-years“ beziffert, mit entsprechenden Finanzmitteln der Regierung an die Kommunen.

2. Entwicklung von Tagesprogrammen in jeder Kommune, weil dieses Glied in der Versorgungskette zwischen Familie und Institutionalisierung fehlt.

3. Forschung – mit dem Schwerpunkt Versorgung: Themen z. B. Zielgruppen; Nutzen von Milieutherapie und individueller Planung; Wirkung von angepassten Lebensarrangement in der Kommune und Pflegeheimen, Entwicklung von Personenbezogener Pflege- und Versorgungs-Dokumentation, auch zur Steuerung der Angebote – auch für Versorgungs-ökonomischen Fragestellungen und zur Stärkung der kommunalen Planungskompetenz.

4. Investitionsprogramm für Neubauten und Modernisierung von Pflegeheimen sowie von Einrichtungen zum Leben mit Assistenz (für Personen mit Demenz und anderen psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen) durch die Norwegian State Housing Bank. Die Raumgestaltung soll überschaubare, langfristig konstante Gruppen ermöglichen, bei dem die Bewohner ihre verbliebenen Fähigkeiten mit Anleitung und Unterstützung in die gewöhnlichen Aktivitäten des Alltaglebens einbringen können und über einen geschützten, leicht zugänglichen Außenbereich der Wohnung verfügen (statt Zimmer am langen Flur im X-ten Stockwerk eines großen Gebäudes).

Praxis:
Die Kommune ist die Basis. Jede Kommune hat ein Demenzteam. Von 430 Kommunen haben 128 bereits ein Demenzteam (Pflege plus Arbeitstherapie). Beispiel Gemeinde Ploss mit 15.000 Einwohnern hat ein Demenzteam mit fünf Pflegern, die jeweils einen Tag dort arbeiten, eine Ergotherapeut arbeitet mit einem Stellenanteil von 20 % dort. In anderen Städten sind auch Arztanteile beteiligt.

Ist nur eine Person im „Team“ ist er der „Pflegekoordinator“. Hausbesuche helfen bei der Diagnostik. Pflege und Ergotherapeut machen ein Screening. Alle 6 Monate sollen Hausbesuche durchgeführt werden, mit Ratgeberfunktion.

Gute Teams übernehmen eine Patenfunktion für noch zu entwickelnde Teams. Bis 2015 sollen alle Kommunen ein Team oder einen Koordinator haben.

Die Angehörigenschulung ist Ausgangspunkt und Kern des Aktionsplans. Jede Kommune soll eine Angehörigenschulung einrichten. Angehörige, freiwillige Helfer, örtliche Alzheimergesellschaft und Träger kooperieren dabei.

Zusätzlich gibt es eine Mediatoren-Schulung (6-7 x 3 h = 18-21 h). Amtsärzte sind aktiv bei der Initiierung der Mediatoren-Schulung und leisten die zentrale Unterstützung beim Aufbau der Kurse.

Es gibt ca. 150-200 örtliche Alzheimergesellschaften, die kommunal finanziert werden (z. B. die Räume).

Am Ausbildungszentrum für professionell Pflegende sind 9000 Schüler in der Ausbildung ‚ABC-Demenz'. Sie erhalten 50 Hefte à 30 Seiten mit allen erforderlichen Inhalten. Die Gruppengrößen liegt bei 8-10 Pflegern gemischter Kompetenz: - mit und ohne Ausbildung - aus Pflegeheim und Home-Help. Die Ausbildungszeit gilt nur zur Hälfte als Arbeitszeit, der Rest ist in der Freizeit zu leisten.

Alle drei Wochen wird der Inhalt eines Heftes besprochen. Die Textversion ist auch als Hörbuch (DVD) verfügbar. Die ersten beiden Hefte beschäftigen sich nur mit der Art der Zusammenarbeit in der Gruppe. Sechs videogestützte Situationen beschäftigen sich mit Gewalt in der Pflege. Einmal im Halbjahr gibt's eine gemeinsame Tagung von 20-25 Zentren. Die Tagung wird über den Amtsarzt bezahlt. Das Demenzzentrum bietet die Inhalte.

Minoritäten:
Für 40000 Lappen ist ein eigenes Zentrum errichtet worden. Migrantenzentrum für die größte Bevölkerungsgruppe der Pakistani.

5.2 Das Konzept ‚Silviahemmet'

Im Malteser Krankenhaus St. Hildegardis in Köln existiert eine Spezialstation für Menschen mit Demenz. Es handelt sich nicht um eine psychiatrische Station sondern eine geriatrische Station im Rahmen der Akutversorgung. Die Patientinnen und Patienten werden in der Regel nicht wegen der Demenz, sondern wegen anderer Diagnosen stationär aufgenommen. Ihre Behandlung erfordert jedoch wegen der Demenz Besonderheiten, denen man in den anderen Stationen nicht in gleicher Weise gerecht werden kann.

Die Arbeitsgruppe des Projekts hat sich bei Besuchen und Gesprächen in der Klinik davon überzeugt, dass hier den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit Demenz in vorbildlicher Weise Rechnung getragen wird. Die Atmosphäre unterscheidet sich erkennbar von üblichen Krankenhausstationen. Die Alltagsbegleitung ist für jeden Patienten sichergestellt. Alle Mitarbeiter/innen der Station sind auf die spezielle Zielgruppe eingestellt und im Umgang mit Demenzkranken geschult.

Seitens der Malteser und der Klinik werden auch Fortbildungen für externe Interessierte angeboten (Angehörige, ehrenamtliche Helfer, Professionelle aller Berufsgruppen usw.) Es folgt die Selbstdarstellung[122]:

„Die Betreuung und Behandlung von Patienten mit Demenz gehört zu unseren altersmedizinischen Schwerpunkten. Diese Patienten haben besondere Bedürfnisse, denen wir gerecht werden möchten. Mit dem schwedischen Silviahemmet-Konzept führen wir eine Pflegephilosophie ein, die kompetente und patientenorientierte Versorgung von dementiell erkrankten Patienten ermöglicht.

Silviahemmet ist eine Pflegephilosophie mit den vier Säulen Symptomkontrolle, Teamwork, Unterstützung der Familien und Angehörigen sowie Kommunikation und Beziehungsarbeit. Dabei stehen die Patienten mit Demenz im Mittelpunkt der Bemühungen: Steigerung der Lebensqualität im Alttag ist ein zentrales Ziel der Philosophie. Dazu gehören beispielsweise die Förderung von Ressourcen, eine spezielle Farbgestaltung der Stationen und viele weitere Aspekte.

Wir im Malteser Krankenhaus St. Hildegardis gehören zu den ersten Häusern in Deutschland, die das aus Schweden stammende Konzept in die Arbeit mit dementiell Erkrankten integrieren.

Dazu haben der Chefarzt unseres Zentrums für Altersmedizin Dr. med. Jochen Hoffmann, unsere leitende Ergotherapeutin Marianne Granderrath und Stationsleiterin Rebekka Kleinpass eine Trainerausbildung in Schweden und Deutschland absolviert. Sie schulen nun alle Mitarbeiter unseres Hauses, die mit an Demenz erkrankten Patienten arbeiten. Dabei ist es besonders wichtig, Demenz nicht als „Defekt" zu sehen, sondern den betroffenen Patienten zu helfen, vorhandene Fähigkeiten und Potentiale zu fördern und zu erhalten.

---

[122] Siehe:
http://195.227.11.236/Malteser_Krankenhaus_St_Hildegardis/01.Patienten/01.02.Kliniken_Zentren/Altersmedizin/Station_Silvia.htm und
http://195.227.11.236/Malteser_Krankenhaus_St_Hildegardis/01.Patienten/01.02.Kliniken_Zentren/Altersmedizin/Silviahemmet.htm

Die Stiftung Silviahemmet wurde 1996 durch die schwedische Königin ins Leben gerufen, um die Versorgung von Menschen mit Demenz zu optimieren, die Angehörigen zu unterstützen und zu schulen sowie das behandelnde und pflegende Personal auszubilden. Zusätzlich unterstützt die Stiftung die klinische Forschung im Bereich Demenz.

Welche Patienten wir betreuen

Unsere Station Silvia ist für die optimale Betreuung von dementiell erkrankten Patienten ausgerichtet. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Demenzerkrankung der Grund für den stationären Aufenthalt bei uns sein muss. Vielmehr kommt es häufig vor, dass die Patienten unseres Zentrums für Altersmedizin neben einer akuten Erkrankung oder Verletzung auch an einer Demenz erkrankt sind. Vorraussetzungen für die Aufnahme auf die Station sind:

- *Es liegt eine leichte bis mittelschwere Demenz vor.*
- *Der Patient oder die Patientin ist gehfähig oder rollstuhlmobil.*

Was die Station Silvia besonders macht

Die Station Silvia unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von „normalen“ Krankenhausstationen: Neben unseren Erfahrungen haben wir die Ansätze des schwedischen Silviahemmet-Konzeptes umgesetzt, um eine Umgebung zu schaffen, in der Sie optimal betreut werden können:

- *Die Station verfügt ausschließlich über 2-Bett-Zimmer.*
- *Ein gemütlich eingerichteter Wohn-Ess-Raum ist wohnlich gestaltet und der Mittelpunkt des Stationsgeschehens.*
- *Farbkennzeichnungen erleichtern die Orientierung.*
- *Nostalgische Gegenstände in den Räumen aktivieren die Erinnerung.*
- *Alltagsbegleiterinnen unterstützen das therapeutische Team auf der Station.*
- *Der Tagesablauf richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen, beispielsweise mit flexiblen Mahlzeiten und einem Nachtcafé.*
- *Angehörige werden aktiv in die Betreuung eingebunden.*

Therapeutische Angebote

Neben der ärztlichen und pflegerischen Betreuung ist auch die Anpassung therapeutischer Angebote an die speziellen Bedürfnisse von dementiell erkrankten Patienten wichtig. Diese Aufgaben übernehmen bei uns qualifizierte Ergo-, Physio- und Sprachtherapeuten. Für die Patienten der Station Silvia finden regelmäßig folgende Therapieangebote statt:

- *Sprach,- Ergo- und Physiotherapie in Einzel- und Gruppenaktivitäten*
- *Bewegungsangebote/Gruppengymnastik*
- *Musik Gedächtnistraining*
- *Freiluftaktivitäten im Therapiegarten*
- *Interessenorientierte Angebote: Kochen, Backen, Handarbeiten*
- *Sprachliche Aktivierung*
- *Spielrunden*
- *Essensbegleitung*

Bei all diesen Angeboten legen wir hohen Wert darauf, dass die Patientinnen und Patienten Freude an den Aktivitäten haben. Unser qualifiziertes therapeutisches Personal ist, wie die anderen Teammitglieder, nach dem schwedischen Silviahemmet-Konzept geschult. Die individuellen Therapiepläne richten wir so aus, dass Fähigkeiten, Ressourcen und Vorlieben unserer Patienten berücksichtigt und aktiviert werden.“

5.3 Quartiersorientierte integrierte Versorgung für pflegebedürftige Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, insbesondere Demenz, durch das Gerontopsychiatrische Zentrum

Frank Allisat[123]

GPZ - Gerontopsychiatrische Zentren

Gerontopsychiatrische Zentren sind Knotenpunkte der Vernetzung und Integration medizinisch-psychiatrischer und sozialer Dienste. In ihnen erfolgt eine Bündelung und Organisation ambulanter und teilstationärer gerontopsychiatrischer Diagnostik, Behandlung und Pflege durch soziale Beratung und unterstützende Angebote für Betroffene und Familien, die in wohnortnahen Einheiten niederschwellig erreichbar sind.

Die Grundidee der GPZ besteht darin, das traditionell gewachsene professionelle Hilfesystem aus hausärztlicher Betreuung, Altenhilfe und Pflege bei psychischen Problemen der Betroffenen durch eine bereits im Vorfeld einer sonst notwendigen stationären Aufnahme wirksame spezifische Diagnostik (Gerontopsychiatrisches Assessment) und Behandlung sowie sonstige geeignete Interventionen zu unterstützen („supportiver" Ansatz). Institutionell handelt es sich bei einem Gerontopsychiatrischen Zentrum um eine – aus- oder vorgelagerte – Einrichtung einer psychiatrischen Fachabteilung am Allgemeinkrankenhaus oder eines psychiatrischen Fachkrankenhauses, die spezifisch den Bedürfnissen der Menschen im höheren Lebensalter angepasst ist und aufgabengerecht Elemente oder Bausteine aus dem Bereich des SGB V – Institutsambulanz (gem. § 118 SGB V) und Tagesklinik – sowie eine Fachberatungsstelle gem. SGB II – unter einem Dach bzw. in einem aufsuchend agierenden Team vereinigt. Es arbeitet in einem Netzwerk aus allgemeinmedizinischen – auch geriatrischen – und sozialen Versorgern, allen voran die Altenhilfe mit ihren differenzierten Angeboten und versteht sich als „Motor der gemeindepsychiatrischen Versorgung" (Kanowski. 1988) für ältere Menschen.

Mit Änderung des SGB XI sind zum Beginn des Jahres 2009 die rechtlichen Voraussetzungen für zwei wichtige Komponenten des Hilfesystems für Menschen mit Pflegebedarf geschaffen worden, deren Realisierung regional sehr unterschiedlich voran kommt infolge der Zuständigkeit der Länder und der Pflegekassen: Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) und Pflegestützpunkte (§ 92c SGB XI). Mit ihrer Realisierung ergibt sich die Aufgabe der Abstimmung des bisherigen Hilfesystems, hier speziell der GPZ, mit den beiden neuen Komponenten: Wie kann das SPZ die neuen Angebote für die Menschen mit Pflegebedarf infolge psychischer Erkrankungen nutzen? Wie können die neuen Angebote das GPZ nutzen, ihre Aufgabe bei Menschen mit Pflegebedarf bei psychischer Komorbidität besser zu bewältigen?

Die Konzeption der Gerontopsychiatrischen Zentren geht zurück auf den 1975 veröffentlichten Bericht der Sachverständigenkommission der Bundesregierung, die sogenannte Psychiatrie-Enquête, die 1988 publizierten Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung und den Abschlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel" von 1994. Seitdem erfolgt eine bundesweit eher schleppende Umsetzung der Empfehlungen. Vor allem die von den Autoren vor fast vier Jahrzehnten gewünschte Verbindung von allgemeinen Beratungsangebot und medizinischen Leistungen unter einem Dach erwies sich in der praktischen Umsetzung als ein kaum lösbares Problem.

[123] Pflegedirektor LVR Klinik Köln

GPZ - Gerontopsychiatrische Zentren im Rheinland
1998 beschloss der Landschaftsverband Rheinland LVR den Aufbau von Gerontopsychiatrischen Zentren in den LVR-Kliniken. Seitdem wurden diese schrittweise in allen LVR-Kliniken etabliert, allerdings sind deren Strukturen unterschiedlich ausgereift.

Im Jahr 2003 wurde mit dem GPZ Köln-Mülheim erstmalig im Rheinland ein Gerontopsychiatrisches Zentrum mit den drei Elementen gerontopsychiatrische Tagesklinik, gerontopsychiatrische Fachambulanz und gerontopsychiatrische Beratungsstelle, die durch den Landschaftsverband Rheinland zusammen mit der Stadt Köln finanziert wird, eröffnet.

Mit diesen Bausteinen wird die Versorgung für psychisch kranke und behinderte ältere Menschen und ihrer Angehörigen wohnortnah im Stadtteil gewährleistet. Es soll auch die Zusammenarbeit zwischen allen Einrichtungen und Dienstleistungsbetrieben, die für psychisch kranke alte Menschen in der Versorgungsregion engagiert sind, durch Kooperation, Information und Beratung fördern und optimieren. In seiner Konzeption orientiert sich das Gerontopsychiatrische Zentrum an den Sichtweisen der Gerontologie und Sozialpsychiatrie. Die Arbeit wird durch ein multiprofessionelles gerontopsychiatrisches Team geleistet, in welchem jede Berufsgruppe ihren Ressourcen- und lösungsorientierten Beitrag einbringt. Die Leitlinie ist, den vertrauten Wohnraum und das soziale Netz solange wie möglich zu erhalten.

Psychosoziale Beratungsstelle
Die Beratung von psychisch kranken alten Menschen und deren Angehörige soll gewährleisten, dass

- alte Menschen mit psychischen Krankheiten und Behinderungen sowie deren Angehörige bei ihrer Suche nach Hilfe und Behandlung unterstützt und geleitet werden;
- ambulanten und teilstationären Hilfesettings Vorrang vor stationären Hilfen gegeben wird;
- der Hilfebedarf des psychisch kranken alten Menschen unter Berücksichtigung vorhandener persönlicher und familiärer Ressourcen integriert erfasst wird;
- die Dringlichkeit der Inanspruchnahme professioneller Hilfe abgeklärt und diese ggf. eingeleitet wird;
- verschiedene Hilfe- und Behandlungsbereiche im Sinne eines Case- und Care-Managements fallbezogen koordiniert werden;
- Probleme in der Bewältigung von Alltagsaufgaben nicht fälschlich als medizinische Angelegenheit definiert werden, was zu einer Fehlallokation führen würde;
- eine Über- und Unterversorgung sowie eine Fehlversorgung verhindert wird.

Insbesondere die Pflege und Betreuung von Demenzkranken ist eine belastende Aufgabe, etwa 50% der pflegenden Angehörigen leiden selbst unter psychischen Symptomen wie depressiven Verstimmungen und Überforderungsgefühlen [1]. Jedoch empfinden viele pflegende Angehörige auch eine Befriedigung, wenn die Kranken weiter zuhause leben können und nicht in einem Pflegeheim untergebracht werden müssen.
Der psychosozialen Beratung von Demenzkranken und deren Angehörigen kommt daher eine große Bedeutung zu, wobei ein individuelles Case-Management unabdingbar ist [2]. Beratung und Case-Management werden durch die Psychosoziale Beratungsstelle des GPZ geleistet.
Abhängig vom Schweregrad der Erkrankung werden sowohl die Demenzkranken und insbesondere die Angehörige informiert und beratend unterstützt. In verschiedenen Studien

konnte nachgewiesen werden, dass die Beratung mit Informationen über Erkrankung, Therapiemöglichkeiten und Hilfsangeboten die Lebensqualität der Angehörigen und somit auch die der Demenzpatienten erhöht und die Gesamtsituation der Demenzkranken verbessert wird. [1,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16].

Rechtliche und materielle Grundlage

Die Finanzierung der Gerontopsychiatrischen Beratungsstelle der LVR-Klinik Köln erfolgt durch die Stadt Köln als örtlicher Träger der Sozialhilfe. Gegenstand der Vereinbarung ist die Erbringung von Dienstleistungen nach §10 SGB XII für psychisch kranke und behinderte alte Menschen durch Fachkräfte. Es handelt sich um Maßnahmen im Rahmen der Eingliederungshilfe nach den §§ 53,54,71SGB XII i.V. mit § 55 SGB IX.

Beratungsstelle im GPZ Köln-Mülheim

In der Gerontopsychiatrische Beratung der LVR-Klinik Köln (Mülheim) ist eine Vollzeitkraft tätig, die vollständig von der Stadt Köln finanziert wird. Zielgruppe der gerontopsychiatrischen Beratung sind Menschen im höheren Lebensalter mit einer psychischen Erkrankung und ihre Angehörigen. Entsprechend der Verbreitung psychischer Störungen im Alter bilden Personen mit dementiellen Erkrankungen sowie mit affektiven Störungen im höheren Lebensalter wesentliche Zielgruppen.

Neben den genannten Gruppen soll sich das Angebot grundsätzlich auf alle Formen psychischer Störungen im Alter richten. Die Indikation für eine Hilfeleistung darf sich nicht vorrangig an der Diagnose, sondern soll sich immer am konkreten Hilfebedarf der Betroffenen orientieren.

Die Gerontopsychiatrische Beratung erfüllt folgende Leistungsmerkmale:

- *Komm- und Gehstruktur:* Beratung wird bei Bedarf auch aufsuchend im Rahmen von Hausbesuchen tätig.
- *Gemeinde- und Sozialraumorientierung:* Die Gerontopsychiatrische Beratung wird wohnortnah und sozialraumorientiert vorgehalten.
- *Vernetzung im regionalen Hilfesystem:* Die Gerontopsychiatrische Beratung arbeitet eng mit den zuständigen psychiatrischen Krankenhäusern und Fachabteilungen, den niedergelassenen Fachärzten und Fachärztinnen, den Sozialpsychiatrischen Diensten und den übrigen, an der regionalen psychiatrischen Versorgung sowie der Altenhilfe beteiligten Einrichtungen und Diensten (insbesondere Sozialpsychiatrische Zentren, Pflegeeinrichtungen, Sozialstationen) zusammen.
- *Vermeidung von Zugangsschwellen:* Durch geeignete Maßnahmen (klientengerechte Sprechzeiten, Telefonsprechstunde, Öffentlichkeitsarbeit, offene Sprechstunden ohne Termin etc.) wird ein niedrigschwelliger, zielgruppengerechter Zugang sichergestellt.
- *Beratungsformen und zielgruppenspezifische Angebote:* Neben der Einzelberatung und der Beratung unter Beteiligung von Angehörigen oder anderer Vertrauenspersonen werden auch Gruppenangebote (wie z. B. Angehörigengruppen, Pflegekurse, Gedächtnistraining, Betreuungscafé für Demenzkranke) bereitgehalten.
- *Erstellung von integrierten Hilfeplänen:* Im Rahmen der Beratung erfolgt eine Erfassung des Hilfebedarfs und die Erstellung eines individuellen Hilfeplans unter Einbeziehung verschiedener Leistungs- und Hilfearten nach SGB V, SGB XII, SGB XI.
- *Vermittlung und Casemanagement:* Die Beratung leistet bei Bedarf die Vermittlung zur Diagnostik, psychiatrischen oder spezifischen psychotherapeutischen Behandlung sowie zur ambulanten Pflege, zu tagesstrukturierenden Maßnahmen etc. Sie begleitet die Nutzerinnen und Nutzer durch das Netz der Hilfen. Die verschiedenen Hilfs- und Behandlungsbereiche werden im Rahmen der Gerontopsychiatrischen Beratung koordiniert (Case- und Care-Management).

- *Integrierte Beratung:* Die Aufgabenstellung und Arbeitsweise der gerontopsychiatrischen Beratung erfolgt in einem personellen, konzeptionellen und räumlichen Zusammenhang mit ambulanten und teilstationären Behandlungsleistungen.
- *Unterstützung von Selbsthilfe- und Angehörigenkreisen, Aktivierung ehrenamtlicher Hilfen:* Die Selbsthilfe gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen soll angeregt und unterstützt werden. Selbsthilfe- und Angehörigengruppen sowie ehrenamtliche Hilfen werden bei Bedarf initiiert und gefördert.
- *Beratung von Angehörigen:* Das Gerontopsychiatrische Beratungsangebot richtet sich gleichermaßen an die betroffenen alten Menschen wie an ihre Angehörigen. Ziel ist die Stärkung und der Erhalt der wichtigen privaten Unterstützungssysteme sowie die Prävention belastungsbedingter Störungen bei den pflegenden Angehörigen.

Um die Handlungskompetenz der Erkrankten und der Angehörigen nachhaltig zu verbessern, werden im persönlichen Gespräch medizinische Informationen über dementielle Erkrankungen, deren Diagnostik, Verlauf und medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapiemöglichkeiten vermittelt. Regionale und überregionale Hilfsangebote mit Hinweis auf Selbsthilfegruppen, häusliche Pflege durch ambulante Pflegedienste oder freie Pflegekräfte, Tagespflegeinrichtungen, Wohngemeinschaften für Demenzkranke oder Pflegeheime werden dargestellt. Zu finanziellen Fragestellungen wie Antrag auf Leistungen der Pflegekasse, des Versorgungsamts oder der Sozialhilfeträger werden Informationen und Hilfestellungen gegeben. Die juristischen Belange, die in Form einer Vorsorgevollmacht, einer Betreuung nach dem Betreuungsgesetz oder einer Patientenverfügung in Frage kommen, werden angesprochen.

Die Beratung beinhaltet die basispsychotherapeutische Begleitung der Angehörigen. Es besteht die Möglichkeit zur Aussprache über eigene Belastungen (Überforderung, Ängste, Hilflosigkeit, Wut) oder eigene Erkrankungen (Depressionen, eigene kognitive Defizite). Bei Schwierigkeiten und Konflikten in der Pflegebeziehung werden Hilfestellungen zur Krisenintervention gegeben. Dadurch soll auch die Bereitschaft, Hilfe in Anspruch zu nehmen verbessert werden. Durch Verdeutlichung der Pflegeeffekte und Möglichkeit des Ausdrucks des Belastungserlebens können die Angehörigen Anerkennung und Bestätigung erfahren. Viele Angehörige benötigen eine Begleitung und Unterstützung bei inneren Umstellungsprozessen (Rollenwechsel), dabei kann das Betreuungsverhalten reflektiert werden. In diesem Zusammenhang bekommt die Förderung der sozialen Kontakte der Angehörigen untereinander eine wichtige Rolle wie zum Beispiel durch einen Gesprächskreis für pflegende Angehörige.

Ein monatlicher Gesprächskreis und eine regelmäßig stattfindende Schulungsreihe für pflegende Angehörige von Demenzkranken dient der Gesunderhaltung und emotionalen Entlastung der Pflegenden durch den Austausch von emotionalen Erfahrungen, Aufhebung der sozialen Isolation und Erleben emotionaler Unterstützung. Das Verstehen und Akzeptieren der Krankheit wird durch Informationen über das Krankheitsbild auch durch Erlernen von angemessenem Umgangsweisen die Problemlösekompetenz erhöht. Die Angehörigen können durch gemeinsame Entwicklung umsetzbarer Lösungen mehr Vertrauen in die Bewältigung der Pflegesituation schöpfen. Zudem soll über die Wahrnehmung der eigenen Belastung mehr auf eigene Bedürfnisse und eigene Belastungsgrenzen geachtet werden. Durch Anerkennung der Pflegeleistungen und partielle Trauerarbeit findet eine Förderung des Selbstwertes statt.

Die beratende Person hat eine Grundausbildung in einem sozialarbeiterischen, sozialwissenschaftlichen, psychologischen, pflegerischen oder medizinischen Beruf. Besonders be-

deutsam ist ein Fachwissen aus dem Bereich Pflege, Geriatrie/Gerontopsychiatrie, Sozialwissenschaften und Altenhilfeinfrastruktur. Zusätzlich sollte neben der psychosozialen Kompetenz im beraterischen-psychotherapeutischen Bereich die persönliche Fähigkeit und Erfahrung im Umgang mit seelischen Belastungssituationen Älterer und deren Angehöriger bestehen. Ein multidisziplinäres Team, regelmäßige Fortbildungen und Supervision stellen die Qualität der Beratung sicher.

Gerontopsychiatrische Fachambulanz

In der gerontopsychiatrischen Ambulanz erfolgt durch ein multiprofessionelles Team aus Fachärzten, Psychologen und Pflegekräften die leitliniengerechte Diagnostik und Therapie einer psychischen Erkrankung älterer Menschen. Die diagnostischen Untersuchungen aus umfassender Eigen- und Fremdanamnese, körperlicher Untersuchung, neuropsychologischer Testung, Laboruntersuchungen und radiologischer Bildgebung wird durch Einbeziehung von ambulanten Haus- und Fachärzten ergänzt. Die Therapie umfasst regelmäßige Gespräche mit Betroffenen und Angehörigen, medikamentöse Behandlung, psychotherapeutische Angebote sowie Beratung und Psychoedukation.

Gerontopsychiatrische Tagesklinik

In der Gerontopsychiatrischen Tagesklinik stehen wohnortnah 20 Behandlungsplätze zur Verfügung. In der Tagesklinik werden Patienten ab einem Lebensalter von mindestens 60 Jahren behandelt, die an Depressionen unterschiedlicher Ätiologie, Belastungs- und Konfliktreaktionen, neurotischen Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenien und schizoaffektiven Psychosen, paranoiden Psychosen, körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs, Suchterkrankungen, organischen Psychosen sowie Demenzen leichteren Grades erkrankt sind. Allgemeine Behandlungsziele sind nach dem Subsidiaritätsprinzip (Hilfe zur Selbsthilfe) die physische und psychische Stabilität, die Förderung der Alltags- und sozialen Kompetenzen und die Verbesserung der Integration. Die Einbeziehung der Bezugspersonen ist obligatorisch. Das therapeutische Wochenprogramm umfasst ärztliche Visiten und Gespräche, psychologisch-psychotherapeutische Einzel- und Gruppengespräche, Entspannung, Ergo-, Bewegungs- und Musiktherapie sowie kognitives Training.

Resümee

Die Zusammenarbeit von Ambulanz, Tagesklinik und Beratungsstelle gewinnt zunehmend an Bedeutung. Diese Versorgungsstruktur verbindet Kostenersparnis, Marktorientierung, Effizienz u.a. mit hohen medizinischen Standards auf der Grundlage von Patientenorientierung. Ein guter Beleg für den Erfolg des GPZ ist die Tatsache, dass sich in seinem unmittelbaren Umfeld - teilweise in seinen Räumen - eine Vielzahl weiterer Angebote der Selbsthilfe wie der professionellen Unterstützung etablieren. Dazu gehören z.B. die von der AOK unterstützten Pflegekurse für Angehörige, der Gesprächskreis für pflegende Angehörige und das Café für Menschen mit Demenz oder ein türkischsprachiges Beratungsangebot für türkische Senioren und ihre Familien in Kooperation mit einer Moscheegemeinde. Vor allem aber wird das gerontopsychiatrische Hilfsangebot als selbstverständlicher Bestandteil im psychosozialen und kulturellen Netzwerk des Stadtteils wahrgenommen. Damit fördert und stützt das GPZ die informellen Hilfesysteme, die gerade für die besonders schwer erkrankten älteren Menschen von existenzieller Bedeutung sind.

Auch in Zukunft ist es unverzichtbar, dass die überwiegende Zahl von psychisch kranken, alten Menschen von ihren Angehörigen gepflegt und unterstützt werden. Die erlebten Belastungen führen schnell zu physischen und psychischen Beeinträchtigungen. Vor diesem Hintergrund muss die gezielte Beratung und Unterstützung von Angehörigen psychisch kranker alter Menschen zu den Kernaufgaben des GPZs gehören. Ziel ist die Stärkung und

der Erhalt der wichtigen privaten Unterstützungssysteme sowie Prävention belastungsbedingter Störungen bei den pflegenden Angehörigen.

Literaturangaben

[1] Schulz R, O'Brien AT, Bookwala J, Fleissner K. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. Gerontologist 1995. 35: 771-91.
[2] Smith, G. B., Case management guideline: Alzheimer disease and other dementias. Lippincotts Case Management, 2002. 7(2): p. 77-84.
[3] Schulz, R., O'Brien, A., Czaja, S., Ory, M., Norris, R., Martire, L. M., Belle, S. H., Burgio, L., Gitlin, L., Coon, D., Burns, R., Gallagher-Thompson, D.Stevens, A., Dementia caregiver intervention research: in search of clinical significance. Gerontologist, 2002. 42(5): p. 589-602.
[4] Mittelman, M. S., Ferris, S. H., Shulman, E., Steinberg, G.Levin, B., A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease. A randomized controlled trial. Jama, 1996. 276(21): p. 1725-31.
[5] Brodaty, H., Green, A.Koschera, A., Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. J Am Geriatr Soc, 2003. 51(5): p. 657-64.
[6] Marriott, A., Donaldson, C., Tarrier, N.Burns, A., Effectiveness of cognitive-behavioural family intervention in reducing the burden of care in carers of patients with Alzheimer's disease. Br J Psychiatry, 2000. 176: p. 557-62.
[7] Haupt, M., Karger, A., Baumgartner, D., Kuminoti, D., Janner, M.Schneider, F., [Improvement of agitation and anxiety in dementia patients after psychoeducative training of their caregivers]. Fortschr Neurol Psychiatr, 2000. 68(5): p. 216-23.
[8] Haupt, M., Siebel, U., Palm, B., Kretschmar, J. H.Janner, M., [Effects of family-centered group therapy with demented patients and their caregivers]. Fortschr Neurol Psychiatr, 2000. 68(11): p. 503-15.
[9] Smith, G. B., Case management guideline: Alzheimer disease and other dementias. Lippincotts Case Manag, 2002. 7(2): p. 77-84.
[10] Alzheimer Europe. Handbuch der Betreuung und Pflege von Alzheimer-Patienten, ed. A. Kurz. Vol. 1. 1999, Stuttgart: Thieme Verlag. 128.
[11] Schulz, R. and S.R. Beach, Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. Jama, 1999. 282(23): p. 2215-9.
[12] Schulz, R. and L.M. Martire, Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. Am J Geriatr Psychiatry, 2004. 12(3): p. 240-9.
[13] Yaffe, K., et al., Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. Jama, 2002. 287(16): p. 2090-7.
[14] Brodaty, H., Griffin, D.Hadzi-Pavlovic, D., A survey of dementia carers: doctors' communications, problem behaviours and institutional care. Aust N Z J Psychiatry, 1990. 24(3): p. 362-70.
[15] Cuijpers, P., Hosman, C. M.Munnichs, J. M., Change mechanisms of support groups for caregivers of dementia patients. Int Psychogeriatr, 1996. 8(4): p. 575-87.
[16] Norberg, A., Caring for demented patients. Acta Neurol Scand Suppl, 1996. 165: p. 105-8.

5.4 Individuelles Lebensprofils – CLIPPER-Arbeitsbogen zur Verbesserung der Lebensqualität

Es folgt als Beispiel eine der fünf Seiten des Original - Fragebogens zur Erfassung spezifischer Situationen und zur Planung von Interventionen.

4

Schaut er sich eigene Fotos oder Fotos von Freunden und der Familie an?

JA, er mag es.	JA, aber es gefällt ihm nicht.	JA, aber ich kann nicht sagen, ob es ihm gefällt oder nicht.	NEIN, das passiert nie.

Sieht sich der Klient ausgewählte Bücher an (je nach Interessen, z. B. über Katzen, Heimatstadt)?

JA, er mag es.	JA, aber es gefällt ihm nicht.	JA, aber ich kann nicht sagen, ob es ihm gefällt oder nicht.	NEIN, das passiert nie.

Liest oder blättert er in Büchern, Zeitschriften und Zeitungen?

JA, er mag es.	JA, aber es gefällt ihm nicht.	JA, aber ich kann nicht sagen, ob es ihm gefällt oder nicht.	NEIN, das passiert nie.

Legt er Puzzles?

JA, er mag es.	JA, aber es gefällt ihm nicht.	JA, aber ich kann nicht sagen, ob es ihm gefällt oder nicht.	NEIN, das passiert nie.

Beschäftigt sich der Klient mit einfachen handwerklichen Tätigkeiten (Sticken, Schnitzen etc.)?

JA, er mag es.	JA, aber es gefällt ihm nicht.	JA, aber ich kann nicht sagen, ob es ihm gefällt oder nicht.	NEIN, das passiert nie.

Hilft er bei einfachen Haushaltstätigkeiten wie Staubwischen, Bettenmachen etc. mit?

JA, er mag es.	JA, aber es gefällt ihm nicht.	JA, aber ich kann nicht sagen, ob es ihm gefällt oder nicht.	NEIN, das passiert nie.

Besucht der Klient eine Gymnastikgruppe (mit Musik)?

JA, er mag es.	JA, aber es gefällt ihm nicht.	JA, aber ich kann nicht sagen, ob es ihm gefällt oder nicht.	NEIN, das passiert nie.

Nimmt er an einer geselligen Runde (z. B. Diskussionsrunden, Reminiszenzrunden, Gartenarbeit, Kochgruppen) teil?

JA, er mag es.	JA, aber es gefällt ihm nicht.	JA, aber ich kann nicht sagen, ob es ihm gefällt oder nicht.	NEIN, das passiert nie.

Spielt er gerade Gruppenspiele oder macht Sport (Kegeln, Billard spielen etc.)?

JA, er mag es.	JA, aber es gefällt ihm nicht.	JA, aber ich kann nicht sagen, ob es ihm gefällt oder nicht.	NEIN, das passiert nie.

Beispiel für einen Arbeitsbogen zur Auswertung und weiteren Planung von Interventionen

CLIPPER Cardiff Lebensstilverbesserungsprofil für Bewohner stationärer Einrichtungen

© Powell JA 2000, Kopieren nur erlaubt für Käufer dieses Ratgebers.

Stufe 2: CLIPPER ARBEITSBOGEN

Name:

Nummer des Arbeitsbogens:

Datum des Arbeitsbogens:

Bezugspflegeperson:

Heimleitung/Pflegedienstleitung:

Anleitung

- Übertragen Sie die Informationen vom CLIPPER FRAGEBOGEN auf den CLIPPER-ARBEITSBOGEN, um das Profil des Bewohners zu veranschaulichen.
- Arbeiten Sie dann mit dem Arbeitsbogen, um mögliche Veränderungen zu identifizieren, die Sie ausprobieren könnten, um die Lebensqualität des Bewohners zu verbessern. Schreiben Sie Ihre Vorschläge auf den Arbeitsbogen.*

Bzgl. der Aktivitäten, die der Klient nicht mag:
Versuchen Sie herauszufinden, aus welchen Gründen dem Klienten die Aktivität nicht gefällt. Versuchen Sie dann, die Aktivität dementsprechend zu verändern: Kann man sie irgendwie anders gestalten? Muss man sie überhaupt durchführen?

Bzgl. der Aktivitäten, die der Klient mag:
Kann die Aktivität dahingehend verändert werden, dass sie dem Klienten noch mehr Freude bereitet? Kann man sie öfter anbieten? Seien Sie sehr genau mit Ihren Notizen, zum Beispiel „mindestens dreimal wöchentlich einen kurzen Spaziergang machen" und nicht: „mehr spazieren gehen".

Bzgl. der Aktivitäten, die nie vorkommen:
Könnte man einige dieser Aktivitäten einmal ausprobieren? Seien Sie auch hier sehr genau dahin gehend, wie man eine bestimmte Aktivität umsetzen kann. Fragen Sie sich zum Beispiel, wer darin involviert sein könnte, wann man die Aktivität am besten anbieten oder wen man dazu noch befragen oder dazu kontaktieren könnte etc.

Bzgl. der Aktivitäten, von denen Sie nicht sagen können, ob der Klient sie mag oder nicht.
Kann man die entsprechenden Aktivitäten so verändern, dass sie für den Klienten schön werden? Seien Sie sehr genau mit Ihren Notizen.

*Bitte beachten Sie: Nicht jede Aktivität ist für jeden Menschen angemessen. Wenn Sie Zweifel haben, ob eine oder mehrere der Aktivitäten für einen bestimmten Klienten nicht gut sind, besprechen Sie dieses mit den Bezugspersonen bzw. den anderen Mitarbeitern. Bei jeder geplanten Veränderung muss immer der individuelle mentale und physische Zustand eines Klienten (seine Gesamtsituation) in Betracht gezogen werden.

5.5 „Alleine lebende Demenzkranke – Schulung in der Kommune“ ein Projekt der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Berlin

Bislang gibt es in Deutschland nur vereinzelt spezialisierte Unterstützungsmodelle für allein lebende Demenzkranke, das Interesse an Konzepten ist jedoch groß. Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft hat daher die Unterstützung für die Zielgruppe der allein lebenden Demenzkranken zu einem ihrer Schwerpunkte gemacht. Das Projekt „Allein lebende Demenzkranke – Schulung in der Kommune“ wird seit Januar 2007 aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend finanziert. Im April 2010 wird das Projekt abgeschlossen sein.
Hintergrund des Projekts: Demografie, Definition.

In Deutschland werden in Zukunft immer mehr Demenzkranke allein leben. „Allein lebende Demenzkranke“ meint in diesem Zusammenhang Menschen mit Demenz, die allein im Haushalt leben und entweder keine Angehörigen haben oder Angehörige, die nicht im selben Haushalt wohnen und sich aus unterschiedlichen Gründen nicht oder nur eingeschränkt um die Erkrankten kümmern können. Ursache für diese Entwicklung sind demografische und soziokulturelle Veränderungen in unserer Gesellschaft. Bedingt durch die sich verändernde Altersstruktur in Deutschland wird die Zahl der Demenzkranken bis zum Jahr 2050 von heute 1,1 Millionen auf ca. 2,6 Millionen steigen, sofern kein Durchbruch in Prävention und Therapie gelingt. Jahr für Jahr treten mehr als 250.000 Neuerkrankungen auf (Bickel 2008).

Alte und hochaltrige Menschen leben mit zunehmendem Alter allein: von den 70- bis unter 75-Jährigen sind es 31,8 %, von den 75- bis unter 80-Jährigen 46,0 % und von den über 80-Jährigen 60,1 % (BMFSFJ 2002, S. 121). Schon heute leben 40 % der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in einem Ein-Personenhaushalt (Statistisches Bundesamt 2004) und man geht davon aus, dass diese Zahl künftig noch deutlich zunehmen wird. Hinzu kommt, dass das Unterstützungspotenzial in den Familien erheblich eingeschränkt sein wird, einerseits durch die zunehmende Berufstätigkeit der Töchter und andererseits werden immer mehr Kinder und Enkelkinder für mehr als zwei Eltern oder mehr als vier Großeltern als mögliche Helferinnen und Helfer verantwortlich sein (BMFSFJ 2002). 10% der alten und hochaltrigen Menschen haben keine Angehörigen, Freunde oder Bekannten (Schneekloth, Wahl 2006). Viele hochaltrige Menschen klagen darüber, dass sie "übrig geblieben" sind. Aufgrund ihres hohen Alters sind Freunde und Bekannte verstorben, ihr Bezugssystem existiert nicht mehr und sich ein neues aufzubauen ist kaum noch möglich.

Allein lebende Demenzkranke sind besonders schwer zu erreichen. Durch fehlende Wahrnehmung krankheitsbedingter Defizite suchen sie nicht die Hilfe von Freunden, Nachbarn oder sozialen Einrichtungen, sondern versuchen, selbstständig den Alltag zu meistern (Cotrell 1997 in BMFSFJ 2002). Im frühen Stadium der Demenz wird die Krankheit von den Betroffenen häufig verdrängt und versteckt und die zu diesem Zeitpunkt eventuell noch vorhandene Krankheitseinsicht geht allmählich verloren. Informationen und Unterstützungsangebote können Demenzkranke jedoch nur im frühen Stadium direkt erreichen. Häufig wird das soziale Umfeld erst dann aufmerksam, wenn die Krankheit bereits vorangeschritten ist und die Betroffenen sich und andere gefährden, indem sie zum Beispiel die Wohnung verlassen, ohne wieder zurückzufinden, oder beim Kochen den Topf mit den Kartoffeln auf dem Herd stehen lassen und ihn dann vergessen. Daher ist eine aufmerksame, zugewandte und informierte Nachbarschaft von entscheidender Bedeutung. Ehrenamtlich engagierte Bürger sind der Schlüssel für eine wohnortnahe, niedrigschwellige und aufsu-

chende Unterstützung allein lebender Demenzkranker und damit für die möglichst lange Aufrechterhaltung des selbständigen Wohnens in den eigenen vier Wänden.
Viele Menschen wären bereit, sich zu engagieren, sie sind jedoch unsicher und wollen auch nicht zu viel Verantwortung übernehmen. Wissen um das Krankheitsbild ist deshalb ein wichtiger Schritt, um konkrete Handlungsmöglichkeiten deutlich zu machen und damit das notwendige bürgerschaftliche Engagement zu befördern und zu unterstützen.

Wünsche der Betroffenen
Mehr als 80 Prozent der älteren Menschen in Deutschland möchten auch im Fall von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit am liebsten so lange wie möglich im eigenen Haushalt, d. h. in ihrer vertrauten Umgebung, wohnen bleiben (Schneekloth, Wahl 2006). Das Alleinsein und die damit häufig verbundene Einsamkeit werden hierfür in Kauf genommen. Auch Frau F. *(70J., Demenz)* hat sich ganz bewusst dafür entschieden, nach dem Tod ihres Mannes weiterhin im gemeinsamen Haus allein zu leben, obwohl ihr das Alleinsein teilweise sehr schwer fällt: *„Ich hab viel Schönes erlebt, aber auch viel Schweres, das muss ich schon sagen, und´s Alleinsein ist nicht schön… Es gibt schon Tage, da frage ich mich: warum steh ich jetzt überhaupt auf?“.*

Und doch bleibt der Wunsch, möglichst selbstbestimmt und selbstständig in einer stabilen und sicheren Umgebung zu leben, auch dann, wenn alters- und krankheitsbedingte Einschränkungen auftreten (BMFSFJ 2002, S. 109). Vor allem allein lebende Senioren und Seniorinnen haben jedoch bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit ein höheres Risiko, in eine stationäre Pflegeeinrichtung umziehen zu müssen. 60 % der Bewohner/innen lebten vor dem Heimeinzug allein in einem Privathaushalt. Als Gründe für diesen Umzug werden u.a. der schlechte Gesundheitszustand, das Fehlen von Hilfspersonen oder die Überlastung der Angehörigen sowie eine nicht alters- bzw. pflegegerechte Wohnform angegeben (Schneekloth, Wahl 2007, S. 97 ff.).

Viele werden sich fragen: „An einer Demenz erkranken und allein leben – geht das überhaupt?“ Die Erfahrungen, die wir im Rahmen des Projektes gemacht haben, legen den Schluss nahe: Ja, es geht – unter bestimmten Voraussetzungen und meist zeitlich begrenzt. Die gewohnte Umgebung wirkt beruhigend und gibt Sicherheit und Geborgenheit: *„Na, mir geht’s ja gut. Hier kommt kein Regen rein in die Wohnung, ich sitz’ hier drin schön warm. Ich hab alles, was ich brauche.“ (Frau V., 81J.)*. Sie sind sehr motiviert und dies weckt Ressourcen. Aus der gewohnten Umgebung gerissen zu werden, wird als Verlust der eigenen Unabhängigkeit gesehen. Demenzkranke wollen selbst die Wahl haben, wie sie leben. Dies kann dann unter Umständen bedeuten, dass allein lebende Demenzkranke ein Leben führen, das nicht immer unserer Vorstellung einer „normalen und sicheren“ Lebensführung entspricht. Häufig ist jedoch das Alleinleben für viele Demenzkranke ohne intensive Unterstützung von außen, z.B. durch informelle und professionelle Hilfen, Betreuungsdienste oder quartiersbezogene Einrichtungen, kaum denkbar (Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2001 in BMFSFJ 2002).

Ziele des Projekts „Allein lebende Demenzkranke - Schulung in der Kommune“
„Ich hätte gerne, dass die Leute den begriff kennen und die Bevölkerung über die Krankheit Bescheid weiß, über Alzheimer!" (Herr W., 58J., Alzheimer-Demenz).
Ziel des Projekts ist es, für die schwierige Lebenssituation allein lebender Demenzkranker zu sensibilisieren. Zugleich sollen Bedingungen aufgezeigt werden, unter denen Menschen mit Demenz, möglichst lange die Wohnform wählen können, in der sie sich wohl fühlen: *„Hier habe ich keine Angst. Wenn ich länger in meinem (großen) Haus geblieben wäre,*

dann wäre ich untergegangen. Jeder kann ja nicht allein leben. … ich (kann) nur froh sein: hier bin ich mein eigener Herr.“ (Frau R., 80J., Alzheimer-Demenz).

Umsetzung
Hier stellt sich die Frage: Welche Unterstützung brauchen bzw. wünschen sich allein lebende Demenzkranke? Zum besseren Verständnis ihrer Situation und um gezielter auf deren Bedürfnisse eingehen zu können, haben wir die Betroffenen selbst in Interviews nach ihrem Alltag, ihren Sorgen, Ängsten und Wünschen befragt. Besonders interessiert hat uns, wie die Kranken mit ihrer Situation umgehen bzw. was ihnen dabei hilft, allein zurechtzukommen. Zeitgleich haben wir intensiv im deutsch- und englischsprachigen Bereich nach bestehenden Unterstützungsformen und Konzepten für allein lebende Demenzkranke recherchiert.

Als weiteren Schritt entwickelten wir Schulungsmaterialien für verschiedene Berufs- und Bevölkerungsgruppen, um dem Wunsch nach Aufklärung und Sensibilisierung der Öffentlichkeit zu entsprechen. Nachdem es bereits Schulungen für Fachkräfte und Angehörige gibt, legten wir dabei das Augenmerk verstärkt auf Personen, die in ihrem (Arbeits-) Alltag mit Menschen mit Demenz in Kontakt kommen können, wie z.B. Polizistinnen und Polizisten, Bankangestellte, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Feuerwehr oder des Einzelhandels sowie Nachbarn, Vereins- und Gemeindemitglieder.

Denn Menschen mit Demenz, die allein leben, haben Nachbarn, sie gehen einkaufen, holen Geld bei der Bank oder rufen die Polizei, weil sie ihren Geldbeutel nicht finden und sicher sind, dass ihnen dieser gestohlen wurde. Gerade das alltägliche Umfeld, die Kassiererin im Supermarkt, der Mitarbeiter in der Bankfiliale und der Streifenpolizist sind daher wichtige Adressaten, denen auffallen kann, dass jemand sich über die Zeit verändert, verwirrt ist und Hilfe braucht. Auf diesem Weg kann ein Unterstützungsbedarf erkannt und damit versucht werden, dem Erkrankten bestimmte Angebote der Betreuung und Versorgung zu Gute kommen zu lassen. Die Schulungen sprechen damit die Vertreter der einzelnen (Berufs-) Gruppen nicht nur als Polizisten, Feuerwehrmänner oder Vereinskollegen an, sondern auch als Bürger einer Kommune, als Nachbarn, und können so zur Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements beitragen.

Bisherige Ergebnisse
Die Auswertung der zehn bundesweit durchgeführten Interviews mit allein lebenden Menschen mit Demenz ist abgeschlossen. Einzelne Zitate finden sich bereits in diesem Einführungstext wieder. Die Interviews werden ausführlich im Handbuch dargestellt werden. Die erarbeiteten Schulungsmaterialien bestehen aus einem Basisteil, der Wissen zum Krankheitsbild vermittelt und vielseitig verwendbar ist, sowie einem zielgruppenspezifischen Teil. Dabei erwerben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer durch die praktische Bearbeitung von Fallbeispielen Wissen zum Umgang und zur Kommunikation mit Demenzkranken.

Diese Schulungen wurden innerhalb eines halben Jahres von sieben Kooperationspartnern bundesweit erprobt und evaluiert. An insgesamt 27 Schulungen nahmen mehr als 430 Personen teil. Die Evaluation ergab, dass sowohl die Teilnehmer/innen als auch die Referent/innen die Schulungen und Schulungsmaterialien zumeist als gut bis sehr gut und vor allem als hilfreich für den Arbeitsalltag bewerteten.

Außerdem haben wir eine Literaturliste zum Thema „Allein lebende Demenzkranke“ und eine Liste von Kampagnen und deren Trägern zum Thema „Demenz“ in einzelnen Kommu-

nen und Landstrichen seit 1998 zusammengestellt, die sich sowohl an die breite Öffentlichkeit als auch an einzelne Personengruppen richten bzw. gerichtet haben.

Ausblick

Mit Abschluss des Projektes wird Kommunen, Alzheimer Gesellschaften und anderen Interessierten das Handbuch zur Verfügung gestellt werden. Dieses wird neben den Schulungsmaterialien Anregungen und Tipps enthalten, was eine Kommune zur Unterstützung von allein lebenden Demenzkranken tun kann, z.B. wie Hilfen beschaffen sein sollten und welche Erfahrungen bereits in anderen Gemeinden vorliegen. Dieses Handbuch wird im Rahmen einer Abschlusstagung im Frühjahr 2010 in Berlin veröffentlicht.

Kontakt

Wir freuen uns auch weiterhin über Hinweise, Anregungen und Ideen zum Thema „Allein lebende Demenzkranke – Schulung in der Kommune“.

Sie erreichen uns unter den Rufnummern 030/2 59 37 95-17 bzw. -15 in der Geschäftsstelle der Deutschen Alzheimer Gesellschaft oder per E-Mail unter saskia.weiss@deutsche-alzheimer.de, helga.schneider-schelte@deutsche-alzheimer.de und ute.hauser@deutsche-alzheimer.de.

Die Mitarbeiterinnen des Projekts Ute Hauser, Saskia Weiß und Helga Schneider-Schelte

Quellenangaben:

- Bickel, Horst (2008): Die Epidemiologie der Demenz. Informationsblatt „Das Wichtigste 1“ der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz. Internet: www.deutsche-alzheimer.de.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation, Bonn.
- Schneekloth, U., Wahl, H.-W. (Hrsg.) (2006): Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten, Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneekloth, U., Wahl, H.-W. (Hrsg.) (2007): Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV), Berlin: o.V.
- Statistisches Bundesamt (2004): Sonderbericht: Lebenslagen der Pflegebedürftigen – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Bonn. Internet: www.destatis.de.

5.6 Landesgesundheitskonferenz Berlin Gesundheit und Alter - gesund alt werden in Berlin Donnerstag, 19. November 2009 - Rathaus Schöneberg

Fachgruppe 2: Versorgung von an Demenz erkranken Patienten in Akutkrankenhäusern

Die Mitglieder und Teilnehmerinnen der Fachgruppe 2 im Rahmen der Landesgesundheitskonferenz Berlin sehen vor dem Hintergrund der

- zunehmenden Zahl von Patienten, die mit einer Nebendiagnose Demenz in Akutkrankenhäusern versorgt werden und
- Problemen, die sich aus einer unzureichenden Berücksichtigung der besonderen Betreuungsbedingungen ergeben,
- einen dringenden Handlungsbedarf.

Sie bitten die Verantwortlichen

- der Leistungserbringer: insbesondere der Krankenhausträger,
- der Pflegeeinrichtungen,
- Pflege- und Sozialdienste,
- in der Ärztekammer Berlin,
- in Bereichen der ärztlichen und pflegerischen Fortbildung,
- Kostenträger: insbesondere Kranken- und Pflegekassen,

Anstrengungen zu unternehmen, die besonders geeignet sind, die Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz in Krankenhäusern der Akutversorgung zu verbessern. Eine landesweite Initiative „Demenzfreundliches Krankenhaus“ sollte folgende Punkte aufgreifen:

1. Sorgfältige Überprüfung und Abwägung im Einzelfall, inwieweit eine *Aufnahme* des Demenzerkrankten Akutkrankenhaus *notwendig* und sinnvoll ist.

2. Maßnahmen zur *Sensibilisierung* und Wahrnehmung für die Probleme an Demenz erkrankter Patienten.

3. Die *frühzeitige Erkennung von Demenz* schon bei Aufnahme des Patienten, z.B. durch die Entwicklung und Anwendungsempfehlungen für ein einheitliches Screening-Instrument für Akutkrankenhäuser.

4. Informationen über den Patienten (Ressourcen und Defizite) durch einen landesweit *einheitlichen Überleitungsbogen.*

5. Einführung *spezieller Weiterbehandlungswege* (Clinical Pathways) für Patienten mit Demenz im Akutkrankenhaus

6. Anstöße zur Weiterentwicklung von Pflegekonzepten, die eine *geregelte Verantwortungskette* für einen Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung schaffen sowie für eine bessere Vernetzung krankenhausinterner und externer Dienste

7. Erhöhte Aufmerksamkeit und Entwicklung von Maßnahmen hinsichtlich der *Vermeidung eines Delirs*, da gerade Demenzkranke ein hohes Risiko haben, während eines Aufenthalts im Krankenhaus ein Delir zu entwickeln.

8. Maßnahmen zur *Qualifizierung*, Unterstützung und Entlastung des Pflegepersonals.

9. Maßnahmen zur Qualifizierung, Unterstützung und *Entlastung* von Ärzten.

10. Konsequente Einbindung des Themas „Versorgung von Demenzpatienten“ in das Qualitätsmanagement. Entwicklung von Qualitätsindikatoren zur Sicherstellung einer verbindlichen *Dokumentation* und Vergleichbarkeit von Ergebnisqualität.

11. *Schaffung von Anreizsystemen*, z.B. durch die Überarbeitung des DRG Kataloges für eine bessere und angemessene Behandlung von Patienten mit Demenz im Krankenhaus.

12. Berücksichtigung der Erfordernisse der Akutversorgung von Demenzpatienten bei der Krankenhausplanung und von gerontopsychiatrischen Stationen/ Funktionsbereichen im Rahmen der *psychiatrischen Regelversorgung*.

13. Erhaltung bewährter Modelle im Rahmen der Versorgung Demenzkranker, insbesondere des *Berliner Modells*.

14. Maßnahmen zur breiteren Einbindung von *gerontopsychiatrischen Fachkräften* und Teams in jedem Akutkrankenhaus.

15. Konzepte für eine systematische *Kooperation mit Angehörigen.*

16. Unterstützung und Förderung von Betreuungs- und Begleitdiensten von Angehörigen und *Ehrenamtlichen*.

17. Initiierung und Unterstützung von Modellprojekten in ausgewählten Akutkrankenhäusern zur *Zusammenarbeit* von medizinischen Fachkräften, Pflegepersonal und Angehörigen. Notwendig sind Unterstützungskonzepte, die die Einbindung von Besuchsdiensten und Selbsthilfeorganisationen von Angehörigen voranbringen.

18. *Vernetzung* der Berliner Initiativen z.B. demenzfreundlichen Kommune in den Bezirken mit Aktivitäten für eine demenzfreundliche Versorgung in Krankenhäuser.

19. *Wo immer Demenzkranke versorgt werden sind Mut, Kreativität und die Bereitschaft, tätige Verantwortung* zu übernehmen unverzichtbar.

Begründung:
Der Anteil älterer und hochaltriger Patienten im Krankenhaus wächst stetig. Mit dieser Entwicklung geht auch eine Zunahme der Zahl demenziell erkrankter Patienten einher, die zumeist nicht aufgrund ihrer Demenz, sondern wegen anderer Erkrankungen stationär behandelt werden. Demenzkranke sind in der Regel in geriatrischen Krankenhäusern gut versorgt. Aber wie sieht die Situation aus, wenn demenzkranke Menschen in einem Akutkrankenhaus behandelt werden müssen, z.B. wegen eines Knochenbruchs oder einer Organoperation? Angehörige und Mitarbeiter/innen von Pflegeeinrichtungen berichten, dass es in diesen Fällen zu massiven Problemen kommen kann.

Die Krankenhausversorgung ist in der Diskussion um Demenz und den damit verbundenen gesellschaftlichen Herausforderungen bislang wenig thematisiert worden. Es fehlt an Ansätzen einer systematischen Qualitätsentwicklung, die auf demenziell erkrankte Patienten zugeschnittenen ist. Die Umgebungsbedingungen und Abläufe in den Krankenhäusern sind unzureichend auf die Problemlagen und Bedürfnisse demenziell Erkrankter eingestellt.

Als ein großes Problem bei der Betreuung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus wird der Mangel an Pflegepersonal gesehen. Gerade deshalb ist eine verstärkte Kooperation mit Angehörigen, Selbsthilfeorganisationen von Angehörigen und Ehrenamtlichen wichtig.

Berlin hat schon eine Fülle an Initiativen zur demenzfreundlichen Versorgung. Eine zielgerichtete Vernetzung der Akteure und Ansätze kann zu zusätzlichem Nutzen für die Betroffenen beitragen.

5.7 Beispiel für eine bewährte personenzentrierte Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (LQV)

Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a SGB XI

zwischen

der Alzheimer Gesellschaft Main-Kinzig e.V., Gartenstr. 5 – 7, 36381 Schlüchtern
als Trägerin des

Tageszentrum „Burg Wonnecken“
Schlossbergstr. 7
61130 Nidderau-Windecken

und

<u>den Landesverbänden der Pflegekassen:</u>

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
BKK – Landesverband Hessen
IKK Hessen
Landwirtschaftliche Krankenkasse Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland
handelnd als Landesverband zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau
Bundesknappschaft, Geschäftsstelle Kassel
Verband der Angestellten – Krankenkassen (VdAK) e.V., Landesvertretung Hessen
AEV – Arbeiter – Ersatzkassen – Verband e.V. Landesvertretung Hessen

und

dem Kreisausschuss des Main-Kinzig-Kreises
als zuständigem Träger der Sozialhilfe

Inhalt

1. Allgemeine Angaben
2. Darstellung des Trägers
3. Beschreibung der Einrichtung
4. Beschreibung des zu betreuenden Personenkreises
5. Konzeptionelle Grundlagen
5.1 Ziele
5.2 Inhaltliche Gestaltung
5.2.1 Betreuung der Kranken
5.2.2 Betreuung der Angehörigen
5.2.3 Öffnung nach außen
5.3 Versorgungskonzeption
6. Organisation der Einrichtung
6.1 Aufbauorganisation
6.2 Ablauforganisation
7. Leistungsspektrum
8. Qualitätsmanagement
9. Beschwerdemanagement
10. Risikomanagement
10.1 Weglaufgefahr
10.2 Sturzprophylaxe
10.3 Exikoseprophylaxe
11. Personelle Ausstattung, Qualifikation der Mitarbeiter/innen
12. Laufzeit

1. Allgemeine Angaben

Name:	Tageszentrum „Burg Wonnecken“ – spezialisierte Tagespflege für Menschen mit Demenz –
Anschrift:	Schlossbergstr. 7, 61130 Nidderau-Windecken
Telefon:	06187/907 800
Fax:	06187/907 800
Institutionskennzeichen:	510645873

2. Darstellung des Trägers

Die Alzheimer Gesellschaft Main-Kinzig wurde am 21. September 1999 als gemeinnütziger, eingetragener Verein gegründet. Sie ist ein Zusammenschluss von Personen, die als Familienangehörige von der Alzheimer-Krankheit oder einem vergleichbaren Leiden betroffen sind, und von Personen, die sich beruflich mit der Situation der Demenzerkrankten beschäftigen.

Die Alzheimer Gesellschaft verfolgt ausschließlich gemeinnützige Ziele, in deren Mittelpunkt die Förderung des Wohlergehens der von der Alzheimer-Krankheit oder ähnlichen Leiden betroffenen Menschen steht. Insbesondere verfolgt sie das Ziel, die erkrankten Menschen in ihrer gewohnten Umgebung zu belassen und das Selbsthilfepotential in Familie und Gemeinde zu stärken. Sie hat zurzeit (Januar 2003) 103 Mitglieder.

Neben dem Tageszentrum betreibt die Gesellschaft wohnortnahe Betreuungsgruppen, schult regelmäßig ehrenamtliche Helfer/innen und baut eine Vermittlungsagentur für niedrigschwellige Betreuungsangebote auf, sobald das Pflegeleistungsergänzungsgesetz in Hessen umgesetzt wird.

3. Beschreibung der Einrichtung

Es handelt sich um eine Wohnung im Erdgeschoss der Burg Wonnecken in Nidderau-Windecken, die angemietet ist. Ausschlaggebend für die Wahl des Objektes waren die ansprechende Atmosphäre der Räumlichkeiten und der große, durch eine alte Burgmauer natürlich geschützte Garten mit altem Baumbestand. Dafür werden die Nachteile des Standortes, den wir uns zentraler innerhalb des Main-Kinzig-Kreises gewünscht hätten, in Kauf genommen.

Die Wohnung
Durch einen kleinen Vorplatz (5,75 m²) gelangt man in eine großzügige Diele (21,2 m²). Von hier werden Wohnküche, Wohnzimmer, Wohnstube und ein barrierefreies Duschbad erschlossen. Die Wohnküche wurde auf 34 m² vergrößert. Neben Küchenzeile und frei in den Raum stehenden Küchenobjekten (Herd und Spüle) findet dort noch ein großer Tisch Platz, an dem Kranke und Mitarbeiterinnen gemeinsam sitzen können. Die Wohnküche ist der Mittelpunkt des Tageszentrums, hier wird gearbeitet, gegessen, gesungen und gespielt. Das Wohnzimmer (42,39 m²) und die angrenzende Wohnstube (23,22 m ²) werden für Gruppenaktivitäten ohne Tisch sowie für die Mittagsruhe benutzt, die kleinere Wohnstube speziell für Kleingruppen und Einzeltherapie. Alle Räume sind miteinander verbunden und

bieten von daher die Möglichkeit des Rundlaufs. Eine weitere Toilette befindet sich im Eingangsbereich.

Die Möblierung des Tageszentrums orientiert sich am Leitbild einer alltagsnahen Wohnumgebung. Die von den Gästen zu nutzenden Räume im Erdgeschoss sind barrierefrei und können bei Bedarf behindertengerecht umgerüstet werden. So sind z.B. Haltegriffe nur in der Toilette im Eingangsbereich angebracht, in der Toilette des barrierefreien Duschbades besteht die Möglichkeit, nachträglich Haltegriffe zu montieren.

Die Kranken benötigen neben ausreichend großen Laufflächen viel Licht und Luft. Sie reagieren in dunklen Räumen leicht ängstlich und aggressiv. Die wichtigsten Räume des Tageszentrums sind groß, hell und übersichtlich. Die Anordnung ist so angelegt, dass die Sonne morgens in die Wohnküche scheint und im Laufe des Tages weiter um das Wohnzimmer zur Wohnstube wandert. Die natürliche Beleuchtung wird ergänzt um gut geplante Leuchtkörper, die durch indirektes Licht eine Helligkeit von ca. 500 LUX in Augenhöhe erreichen.

Büro und Mitarbeiterpausenraum befinden sich im Obergeschoss, Lagerraum und Waschküche im Keller.

Der Zugang zum Tageszentrum ist vom Garten aus fast barrierefrei zu erreichen. Der Zugangsweg wurde neu gepflastert und dabei soweit angehoben, dass die ursprünglich vorhandenen Stufen bis auf eine weggefallen sind. Die einzig verbliebene Stufe wird bei Bedarf durch eine mobile Rampe überbrückt.

Der Garten
Der vor dem Gebäude liegende Burggarten mit altem Baumbestand ist ein durch seine Umfriedung geschützter Bereich, der in jeder Jahreszeit Anregungen für die Sinne bietet. Hier wurden der Zugangsbereich neu gepflastert und Gefahrenzonen (steile Treppe zur Burgmauer und steinerne Elemente des benachbarten Bildhauers) gesichert. Weiter wurden eine Terrasse vor dem Haus befestigt und mit Sandsteinplatten versehen sowie zwei Rundwege angelegt, die vom Tor ablenken und in den Garten führen. Der Garten wurde mit Gartenmöbeln ausgestattet, damit bei schönem Wetter Mahlzeiten und andere Aktivitäten ins Freie verlagert werden können. Der Garten kann und soll zu jeder Jahreszeit genutzt werden.

Die Hilfsmittel
Die Einrichtung verpflichtet sich, sowohl die vorgeschriebenen Pflegehilfsmittel und techn. Hilfen gemäß des Rahmenvertrages nach § 75 SGBXI für das Land Hessen, als auch die für den üblichen Pflegebetrieb notwendigen Hilfsmittel gemäß der aktuellen Rechtssprechung bedarfsgerecht vorzuhalten. Beides richtet sich in Art und Menge nach der Anlage zum Rahmenvertrag, so bald diese vereinbart ist. Der individuelle Anspruch auf Hilfsmittel gem. § 33 SGB V bleibt davon unberührt.

4. Beschreibung des zu betreuenden Personenkreises

Im Tageszentrum „Burg Wonnecken“ können pro Tag zwölf Menschen mit Demenz betreut werden. Die Nutzungsfrequenz orientiert sich ausschließlich an den Wünschen der Angehörigen, die Spanne liegt zwischen einem und fünf Tagen pro Woche. Aufnahmekriterien sind das Vorliegen einer Demenzerkrankung und Transportfähigkeit. Das Stadium und die

Schwere der Erkrankung spielen keine Rolle. Es werden Menschen mit Demenz in den Pflegestufen 0 bis III aufgenommen.

Daraus ergeben sich als Ausschlusskriterien: keine Demenzerkrankung, keine Transportfähigkeit.

Aufgrund der Aufnahmekriterien gilt auch nicht die sonst in Einrichtungen der Altenhilfe übliche Altersbegrenzung von 60 oder 65 Jahren, da bereits Menschen ab Ende 40/Anfang 50 Jahren an Demenz erkranken können.

5. Konzeptionelle Grundlagen

5.1 Ziele

Mit dem Tageszentrum soll eine Einrichtung geschaffen werden, in der Menschen mit Demenz willkommen sind und auf Grundlage der personenzentrierten Demenzpflege so optimal wie möglich betreut werden. Ziele unserer Arbeit sind

- pflegende Angehörige durch eine gute Betreuung ihrer Kranken zu entlasten und
- die persönliche Identität der Kranken, das Personsein der Menschen mit Demenz, durch eine gute Pflege bis an ihr Lebensende zu erhalten und
- Raum für Gefühle und Wertschätzung zu schaffen.

5.1.1 Entlastung der pflegenden Angehörigen

Da die Angehörigen durch die Pflege in hohem Maße physisch und psychisch belastet sind, bleibt es eine vordringliche Aufgabe, sie zu stützen und zu stärken auf jede nur mögliche Weise. Dies geschieht in dem geplanten Tageszentrum gleich mehrfach:

1. Durch die Tatsache, dass ihre „Sorgenkinder“ aus dem Haus kommen. D.h. für die Pflegenden, sie haben tagsüber Zeit und Ruhe für ihre sonstigen Aufgaben und übrigens auch für ihr berechtigtes Erholungsbedürfnis.
2. Durch die Tatsache, dass die Patienten am Spätnachmittag gesund ermüdet nach Hause kommen, sodass der Nachtrhythmus leichter durchzusetzen ist o h n e Medikamente; das ist auch für die Angehörigen die gesündeste und leichteste Form der Nachtpflege.
3. Durch Austausch von Informationen mit professionellem Rat der Fachkräfte in dem Tageszentrum.

Das Konzept dieses Tageszentrums wird also sowohl die sinnvolle Beschäftigung, Pflege und Versorgung der Patienten beinhalten als auch ein Treffpunkt für die Pflegenden, Professionelle ebenso wie Angehörige, sein und die Beratung gewährleisten. Wie es selbstverständlich geworden ist, den Eltern kleiner Kinder einen Kindergartenplatz zu garantieren, muss es in Zukunft selbstverständlich sein, pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz einen Tagespflegeplatz zu sichern. Der Vergleich ist problematisch, wenn man ihn missversteht, als wären Menschen mit Demenz kleine Kinder. Aber er ist erhellend, wenn man die Belastung bedenkt für die Angehörigen und ihre Entlastung, die es bedeutet, wenn außerhalb des Zuhause für das Kind ebenso wie für den Menschen mit Demenz noch ein geschützter, aber anregender und Geselligkeit vermittelnder Ort existiert.

5.1.2 Die persönliche Identität, das Personsein erhalten

Wir wollen durch personenzentrierte Pflege sowie durch milieu- und gestaltungstherapeutische Maßnahmen die aktive Anteilnahme der Kranken am Leben in jeder Krankheitsphase maximal fördern und immer wieder neu herstellen. Die mit diesem Betreuungsansatz bisher gemachten Erfahrungen deuten darauf hin, dass dadurch ihre Kompetenz länger erhalten bleibt und das letzte Krankheitsstadium erheblich verkürzt oder sogar vermieden werden kann.

5.2 Inhaltliche Gestaltung

Voraussetzung für die Arbeit in unserem Tageszentrum ist die tiefe Achtung der Menschenwürde jedes einzelnen Kranken sowie Interesse und Sympathie für Menschen mit Demenz. Darüber hinaus muss die Bereitschaft vorhanden sein, das eigene Handeln an den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz zu orientieren und eine angstvermeidende, akzeptierende Atmosphäre zu schaffen. Nach Tom Kitwood[124] lassen sich die wichtigsten Bedürfnisse von Menschen mit Demenz wie folgt beschreiben:

Trost	körperliche Zuwendung, Beruhigung, jemandem Wärme und Stärke geben.
Bindung	das Wohlbefinden verbindet sich mit einer Person, die Sicherheit gibt. Menschen mit Demenz brauchen die Präsenz des Bindeobjekts, um sich sicher zu fühlen.
Einbeziehung	der Wunsch, Teil einer Gruppe zu sein. Das Gefühl, die Verbindung zur Gemeinschaft zu verlieren, löst Angst aus und stellt eine vitale Bedrohung dar (Wojnar).
Beschäftigung	auf eine persönlich bedeutsame Weise und entsprechend den Fähigkeiten und Kräften in den Lebensprozess einbezogen zu sein. Das Gegenteil ist ein Zustand von Langeweile, Apathie und Nichtigkeit.
Identität	zu wissen, wer man ist, eine Geschichte zu haben. Eine Person bekommt Identität, wenn man ihr mit Empathie begegnet.

Diese fünf, einander überschneidenden Bedürfnisse vereinen sich in dem zentralen Bedürfnis nach Liebe.

5.2.1 Die Betreuung der Kranken

Leitidee der Betreuung ist eine gemeinsame Tagesgestaltung mit den Kranken. Jeder soll entsprechend seinen Fähigkeiten und Wünschen einbezogen werden, dabei aber weder unter- noch überfordert, sondern adäquat gefordert und gefördert werden. Die Angebote orientieren sich an der Lebensgeschichte und den Lebensgewohnheiten jedes Einzelnen. Dabei wird berücksichtigt, in welchem Lebensalter sich der Kranke subjektiv befindet und wie *seine* augenblickliche Definition der Situation aussieht. Es wird vermieden, den Kranken mit seinen Defiziten zu konfrontieren. Es werden Situationen geschaffen, in denen er sich mit seinen noch vorhandenen Stärken und Fähigkeiten erlebt. Dazu kann und soll die Gruppe optimal genutzt werden. Sie stellt ein Gesamt an Fähigkeiten dar, wobei jeder Einzelne mit zu dem Gruppenprozess und dem Gruppenergebnis beitragen kann.

---

[124] Tom Kitwood: Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, Verlag Hans Huber, 2000, S. 122 ff

Um dies zu ermöglichen, darf die Gruppe nicht mehr als zehn, maximal zwölf Personen umfassen. Diese Obergrenze ist auch Voraussetzung für eine gegenseitige Kontaktaufnahme. Die Gruppe wird zum partiellen Familienersatz. Hier kann dann auch gegenseitige Hilfestellung gefördert werden, die wiederum das Selbstbewusstsein der Kranken erhöht.

Die Tagesgestaltung enthält vier Schwerpunkte: Arbeit, Essen, Pflege und Freizeit.

Arbeit beinhaltet u.a.

- gemeinsame Vor- und Nachbereitung der Mahlzeiten, d.h. gemeinsam überlegen, was gegessen werden soll, einkaufen, kochen, Tisch decken, spülen, auch backen, Marmelade kochen, Dörrobst herstellen etc.
- waschen und bügeln
- Versorgung der Pflanzen, Gartenarbeiten
- Reparaturen, kleine handwerkliche Arbeiten.

Bei allen Tätigkeiten wird der Kranke entsprechend seinen Fähigkeiten einbezogen, immer auf freiwilliger Basis. Das bedeutet, dass Tätigkeitsabläufe genau geplant und unter Umständen in kleinste Einzelschritte zerlegt werden müssen, damit die Kranken nicht überfordert werden.

Essen

„Gemeinsames Essen stiftet ein Freundesband und ist Bestandteil vieler verbindender Riten“[125]. Aus diesem Grund kommt den gemeinsamen Mahlzeiten im Tageszentrum eine besondere Bedeutung zu. Um sie herum strukturiert sich der Tagesablauf, und sie sollen, eingebettet in Rituale, zu einer entspannten Atmosphäre beitragen. Ein gemeinsames Essen in schöner Umgebung tut gut und hilft Demenzkranken, die apraktischen Störungen zu überwinden, indem die Gesunden als Modell zur Nachahmung dienen. Unauffällig und behutsam erhalten die Kranken die Hilfen, die sie benötigen, um die im Körpergedächtnis gespeicherte Handlungsroutine „Essen“ in Gang zu setzen. Die Mitarbeiterinnen essen mit den Kranken und tragen so zur Normalität der Situation bei.

Pflege beinhaltet u.a.:

- Kontinenztraining/Intimhygiene
- Wahrung der Intimsphäre
- Medikamentenüberwachung, Einreibungen, Verbände, Kontrolle der Vitalfunktionen
- Überwachung der Nahrungsaufnahme und Ausscheidungen
- Bewegungsübungen, Tänze
- Anwendung alternativer Heilmethoden, wie Fußreflexzonenmassage, Fußbäder, Heilkräutertees, Kinästhetische Übungen, etc.
- Körperpflege, Frisieren, Handpflege, Make-up, Parfüm, After Shave etc.
- Basale Stimulation als Kommunikationsmittel
- An- und Ausziehen bei der Ankunft / Heimfahrt.

Der Bereich Pflege ist nicht nur wichtig auf Grundlage der gesundheitlichen Betreuung. Menschen mit Demenz reagieren stark und positiv auf taktile Reize. Oft sind sie über Berührungen besser zu erreichen als über die Sprache. Pflegerisches Handeln bietet die Mög-

[125] Dr. Jan Wojnar in: Neue Gerontopsychiatrische Konzepte und Projekte, Dokumentation einer Veranstaltung vom 3.11.1999, S. 28

lichkeit des Körperkontaktes, ohne die Schamgrenze oder die Würde zu verletzen. Das gekränkte Selbstwertgefühl lässt sich u.a. durch auf den Körper bezogene Tätigkeiten erhöhen, bei Frauen z.B. durch Make-up.

Freizeit beinhaltet u.a.:

- singen, musizieren, Musik hören;
- malen, arbeiten mit Ton, basteln, werken, Wolle zupfen, Blumen stecken, etc.;
- Spiele, die einfach, aber doch erwachsenengerecht sind;
- Spaziergänge, Ausflüge, Café-Besuche, Museums-Besuche;
- lesen, vorlesen, gemeinsam Bücher oder Fotoalben anschauen;
- Aktivierung des Langzeitgedächtnisses;
- tanzen.

Abgesehen von dem Spaß und der notwendigen Strukturierung des Tages dienen diese Aktivitäten auch der Abfuhr überschießender motorischer Energie sowie der Aktivierung aller Sinne.
Unser Tageszentrum soll ein für Geist, Körper und Sinne anregendes Milieu bieten. Da Menschen mit Demenz stark auf Außenreize und atmosphärische Anteile einer Situation reagieren, ist es auch wichtig, das Zentrum zu verlassen und an „normalen“ Freizeitaktivitäten der Bevölkerung teilzunehmen.

5.2.2 Betreuung der Angehörigen

Leitidee bei der Betreuung der Angehörigen ist, dass diese im Hinblick auf die Bewältigung der Krankheit genauso wichtig sind wie die Kranken selbst. Das Wohlbefinden und der Krankheitsverlauf sind unmittelbar abhängig von der Fähigkeit der pflegenden Angehörigen, diese unendlich schwierige, körperlich wie psychisch extrem belastende Situation zu bewältigen. Es wird Aufgabe der Leitung sein, den Angehörigen mit entsprechender Zeit und Kompetenz als Ansprechpartnerin zur Verfügung zu stehen und die Aktivitäten des Tageszentrums mit den Wünschen und Nöten der pflegenden Angehörigen zu verbinden.

Die Betreuung der Angehörigen beinhaltet:

- Regelmäßige Treffen der Angehörigen (einmal monatlich);
- Informeller Angehörigen-Treff beim Kaffeetrinken (einmal wöchentlich nachmittags);
- Einbeziehung der Angehörigen in die Aktivitäten, je nach Wunsch und Möglichkeit, z.B. bei Ausflügen; Geburtstagsfeiern, Festveranstaltungen;
- Flexible Öffnungszeiten und Inanspruchnahme des Tageszentrums nach Bedarf der Angehörigen, z.B. Öffnung en einem Samstag im Monat;
- Weiterentwicklung der Konzeption zusammen mit den Angehörigen und dem Vorstand;
- Erste Kontaktaufnahme durch das Aufnahmegespräch in der häuslichen Umgebung;
- Für Anliegen und Probleme ein offenes Ohr haben;
- Einrichtung eines Fahrdienstes.

Ähnlich wie im Tageszentrum Wetzlar soll ein Übergabeheft, das täglich über die Busfahrer hin- und hergereicht wird und in das alle wichtigen Ereignisse eingetragen werden, den Kontakt zwischen Angehörigen und Mitarbeiterinnen pflegen.

5.2.3 Öffnung nach außen

Das Tageszentrum soll Anlaufstelle für Fragen und Probleme im Zusammenhang mit Demenzerkrankungen sein. Zugleich soll es sich sinnvoll in die vorhandene Versorgungsstruktur einbetten. Diese Ziele sollen erreicht werden durch:

- eine Demenz-Sprechstunde, die 14-täglich von einem ortsansässigen Facharzt (Psychiater und Psychotherapeut) angeboten wird;
- Kooperation mit den Hausärzten, Krankenhäusern, dem psychiatrischen Krankenhaus, dem sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes und den ambulanten Pflegediensten;
- Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit.

5.3 Versorgungskonzeption

Die hauswirtschaftliche Versorgung beschränkt sich in dieser kleinen teilstationären Pflegeeinrichtung auf die Bereiche

- Mahlzeitenversorgung einschließlich Vorratshaltung
- Wäscheversorgung und
- Reinigung.

Sie ist ein zentraler Bestandteil der Betreuungskonzeption (vgl. Punkt 5.2), orientiert sich an der gewohnten Alltagsnormalität und soll gemeinsam mit den Kranken geschehen. Planung und Organisation der Hauswirtschaft ist Aufgabe des Pflege- und Betreuungspersonals. Die im Keller stehende Waschmaschine wird ausschließlich vom Personal bedient. Das Aufhängen, Bügeln bzw. Zusammenlegen der Wäsche erfolgt gemeinsam mit den Kranken. Es wird jedoch darauf geachtet, dass die Hauswirtschaft, insbesondere das Zubereiten der kompletten Mittagsmahlzeit, von den Mitarbeiterinnen nicht als Rückzug von den Kranken genutzt wird. Nach den Wetzlarer Erfahrungen ist es für viele Mitarbeiterinnen nämlich leichter und auch wesentlich angenehmer, *für* eine Gruppe Demenzkranker zu kochen anstatt *mit* der Gruppe. Um dieser Gefahr nicht noch Vorschub zu leisten, besteht auch die Möglichkeit, die Mittagsmahlzeit komplett oder in einzelnen Bestandteilen von einer Zentralküche im Ort zu beziehen. Im Tageszentrum werden dann nur noch einzelne Komponenten, z.B. eine Gemüsesuppe oder ein Nachtisch mit den Kranken zubereitet.

Die Reinigung des Tageszentrums erfolgt täglich abends durch eine Reinigungskraft. Es wird großen Wert auf Sauberkeit und guten Geruch gelegt. In unserem Tageszentrum soll es weder nach Urin, noch nach Desinfektionsmitteln riechen!

Der Transport zwischen Wohnung und Tageszentrum erfolgt durch zwei behinderten gerecht umgerüstete Kleinbusse, die von vier angestellten Fahrern (Rentner auf 325-€-Basis) gefahren werden. Die Auswahl der Fahrer erfolgt nach den Kriterien „soziale Kompetenz“, „Zuverlässigkeit“ und „unfallfreie, sichere Fahrweise“. Sie werden vor ihrem ersten Einsatz geschult und einige Male vom Betreuungspersonal oder von Angehörigen begleitet, um sicherzustellen, dass sie mit den Kranken adäquat umgehen.

Der große Garten wird von einem Gärtner betreut, der stundenweise nach Bedarf eingesetzt wird. Hauptaufgabe des Gärtners wird es sein, für Sicherheit im Gartenbereich zu sorgen, die entsprechende Pflege zu erledigen und die Weiterentwicklung zu unterstützen. So gibt es jetzt schon Hühner im Park, auf die unsere Kranken positiv reagieren. Weiter sol-

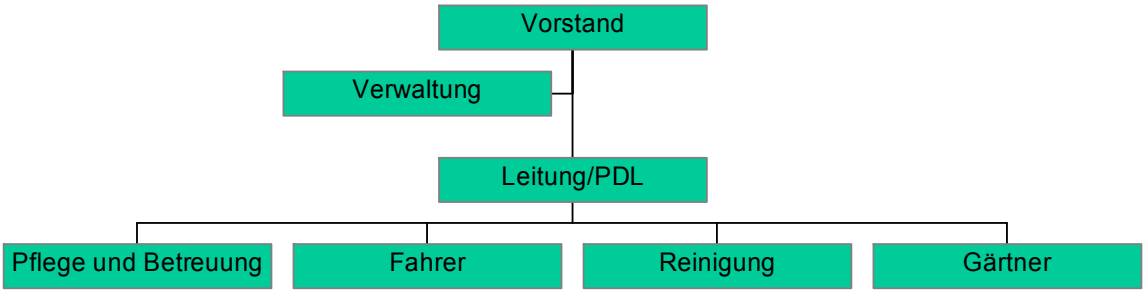
len Blumen gepflanzt und ein Kräuterbeet sowie ein Hochbeet angelegt werden. Der Garten bietet natürlich auch ein breites Betätigungsfeld für die Kranken.

Genauere Details der Versorgungskonzeption werden, da die Arbeit noch nicht begonnen hat und erst Erfahrungen gesammelt werden müssen, im Laufe des Jahres erarbeitet und zur nächsten Verhandlungsrunde vorgelegt.

6. Organisation der Einrichtung

6.1 Aufbauorganisation

Das folgende Organigramm zeigt die Organisationsstruktur der Einrichtung:



Die Verwaltungsarbeiten werden so knapp wie möglich gehalten und dezentral vom Tageszentrum Wetzlar mit erbracht (Buchhaltung, Lohnabrechnung, Rechnungswesen).

6.2 Ablauforganisation

Das Tageszentrum ist von 8.00 bis 16.30 Uhr geöffnet. Die Kranken werden in zwei Bussen von zu Hause abgeholt, wobei die Zeiten nicht zu früh sein dürfen, um Stress für die Kranken zu vermeiden. Jeder Busfahrer ist mit einem Handy ausgestattet und ruft an vereinbarten Punkten bei den Angehörigen an. Diese können dann die Zeit bis zur Ankunft ungefähr einschätzen und beginnen, den Kranken in Ruhe anzuziehen. Dadurch wird Hektik vermieden, die entsteht, wenn der Bus plötzlich da ist und Unruhe und Ungeduld, wenn der Kranke angezogen zu lange warten muss. Die Busse erreichen gegen 10.00 Uhr das Tageszentrum. Die Kranken können ab 8.00 Uhr selbst ins Tageszentrum gebracht werden.

Rahmenablaufplan

Zeitplan	
8.00 bis 9.30	Büro, Pflegeplanung, Angehörigensprechstunde
9.30 bis 9.45	Vorbereitung Morgenimbiss
9.45 bis 9.55	Kleine Besprechung, 1 x pro Woche 45-Minuten-Besprechung ab 8.45 Uhr
10.00 bis 10.45	Morgenimbiss, 1 x pro Woche großes Frühstück bis 11 Uhr
10.45 bis 11.15	Singen
11.15 bis 11.30	Vorbereitung Kreativ I
11.30 bis 12.00	Kreativ I
12.00 bis 12.15	Toilettengänge, Getränke
12.15 bis 12.45	Kreativ II
12.45 bis 13.00	Vorbereitung Essen

13.00 bis 13.45	Mittagessen
13.45 bis 15.15	Mittagsruhe, Bücher-Schreiben, Dokumentation, Einzelbeschäftigung, Spülmaschine
15.15 bis 15.45	Kaffee, Toilettengänge
15.45 bis 16.15	Singen, Abschluss-Runde
16.15 bis 16.30	Anziehen, Begleitung zum Bus

Dienstplan

Soll-Std.	Name	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
38,5	He	8.00-16.30 8	8.00-16.30 8	8.00-15.00 6,5	8.00-16.30 8	8.00-16.30 8
30	Mu	9.00-16.00 6,5	9.00-16.00 6,5	8.45-12.45 4 (o.P.)	9.00-16.00 6,5	9.00-16.00 6,5
17	Ka		10-16.30 6	8.45-16.30 7,25		10-13,45 3,45
19,25	Ho	10.00-16.30 6		8.45-16.30 7,25	10-16.30 6	
10[126]	Vo	10.00-15.30 5	10-15.30 5			
12³	Bo				10-16.30 6	10-16.30 6
Pausen zwischen 10.30 und 15.00 Uhr (einzeln)						

7. Leistungsspektrum

Das Tageszentrum erbringt eine umfassende und individuelle Betreuung durch ein qualifiziertes Mitarbeiterteam entsprechend des Rahmenvertrages über die teilstationäre pflegerische Versorgung gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Hessen. In Hinblick auf das Vorhandensein einer Demenz bei allen Tagesgästen wird in der Hauptsache ein strukturierter Tagesablauf mit aktivierenden Gruppen- und Einzelangeboten angeboten. Die Einrichtung zeichnet sich durch ein dementenspezifisches räumliches Milieu, das durch ein adäquates zwischenmenschliches Milieu ergänzt wird, aus. Merkmale sind z.B. eine akzeptierende Atmosphäre, anregende Aktivitäten, Rituale sowie die Bereitschaft, mit schwierigen Situationen und herausforderndem Verhalten offen und nach Lösungswegen suchend, umzugehen.

Der Transport zwischen eigener Häuslichkeit und der Einrichtung erfolgt in eigenen, behindertengerecht umgerüsteten Bussen, die ein Einsteigen ohne gleichzeitiges Kopf-Einziehen und Füße-Heben ermöglichen, durch geschulte Fahrer.

Die Verwaltungsarbeiten (Buchhaltung, Gehälter, Abrechnung) werden vom Tageszentrum Wetzlar aus miterledigt und nach tatsächlichem Aufwand bezahlt. So werden Synergieeffekte genutzt, die Programme für Abrechnung, Buchführung und Gehaltsabrechnung müssen nicht angeschafft werden.

[126] Für die beiden Aushilfen und die ehrenamtlichern Helfer steht der Dienstplan noch nicht fest, sie sollen in normalen Zeiten mit 5 oder 6 Std./Tag eingesetzt werden, während krankheits-/urlaubsbedingter Dienstausfälle entsprechend länger.

8. Qualitätsmanagement

Die Qualitätssicherung orientiert sich an den Zielen der Einrichtung

- pflegende Angehörige durch gute Betreuung ihrer Kranken zu entlasten und
- die persönliche Identität der Kranken, das Personsein der Menschen mit Demenz, durch eine gute Pflege zu erhalten.
- Alle Mitarbeiter/innen werden auf diese Zielsetzung verpflichtet. Zur Vorbereitung auf die Arbeit hospitieren die Mitarbeiterinnen im Tageszentrum Wetzlar. Zusätzlich findet zu Beginn eine Intensivschulung mit Frau Jutta Becker, eine der besten Fortbildnerinnen auf dem Gebiet der Pflege von Menschen mit Demenz, statt, die arbeitsbegleitend während des ersten Jahres weitergeführt werden soll.

Die laufende Arbeit wird zweimonatlich durch eine qualifizierte Supervision reflektiert und verbessert.

Die Qualität der Arbeit wird regelmäßig durch Rückkoppelung mit den Angehörigen ermittelt. Zum einen findet einmal monatlich ein Angehörigentreffen statt, das unter anderem auch dazu genutzt werden soll, die Arbeit kontinuierlich zu verbessern und an den Wünschen und Bedürfnissen der Angehörigen, die ja ihre Kranken optimal betreut wissen wollen, zu orientieren. Zum anderen wird die Zufriedenheit der Angehörigen mindestens einmal jährlich durch einen noch zu erstellender Fragebogen ermittelt, der ausgewertet wird und dessen Ergebnisse der Qualitätsverbesserung dienen.

Das Wohlbefinden der Kranken wird regelmäßig durch „Dementia-Care-Mappings“ gemessen. Der nach dem Feedback zu entwickelnde Handlungs- und Maßnahmenplan wird verbindlich umgesetzt.

Ein dezidiertes Qualitätsmanagementkonzept wird im Verlauf des ersten Betriebsjahres gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erstellt und zur nächsten Verhandlungsrunde vorgelegt.

9. Beschwerdemanagement

Beschwerden werden grundsätzlich als Möglichkeit gesehen, die Arbeit qualitativ zu verbessern und die Kundenzufriedenheit zu erhalten bzw. wieder herzustellen. Gerade als Selbsthilfeorganisation von Angehörigen ist es uns ein besonderes Anliegen, eine Unzufriedenheit mit unserer Einrichtung zu vermeiden und den Blick unserer Mitarbeiterinnen verstärkt auf die individuellen Bedürfnisse unserer Kunden und deren Zufriedenheit zu lenken.

Ein Flussdiagramm einschließlich Verfahrensbeschreibung, Vorgabedokument, Unterroutinen, Korrekturmaßnahmen und Nachweisdokument zum Beschwerde-management werden gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen erstellt und zur nächsten Verhandlungsrunde vorgelegt.

10. Risikomanagement

10.1 Weglaufgefahr

Menschen mit Demenz haben in der Regel eine starke motorische Unruhe und einen großen Bewegungsdrang. Dies ist gleichzeitig aber eine wichtige Kompetenz der Kranken, die es zudem ermöglicht, die oft vorhandenen Angstzustände etwas abzumildern. Deshalb ist es äußerst wichtig, Ihnen genügend Bewegungsmöglichkeiten in sicherer Umgebung zu bieten. Dies ermöglicht das spezielle räumliche Milieu des Tageszentrums.

So bietet die Wohnung durch die Anordnung der Räume, die alle miteinander verbunden sind und zusätzlich jeweils in eine große Diele münden, genügend Bewegungsfreiheit und die Möglichkeit des Rundlaufs – Sackgassen gibt es nicht. Ergänzt wird diese Bewegungsfläche durch einen etwa 2000 m² großen Park, der direkt vor dem Haus liegt, und der durch eine Burgmauer und ein großes, schwer gängiges Burgtor eine natürliche Begrenzung hat. Eine geschickte Wegführung führt zudem vom Eingang des Tageszentrums direkt in den Park hinein. Dort gibt es verschiedene Sitzgruppen, Skulpturen, viele Bäume, Pflanzen und frei laufende Hühner. Im hinteren Bereich des Hauses wohnt eine junge Familie mit einem Baby.

Durch unser geschultes Team wird sichergestellt, dass sich die Kranken nicht alleine im Garten aufhalten. Wenn die Kranken den Wunsch äußern, den Park verlassen zu wollen, werden sie begleitet.

10.2 Sturzprophylaxe

Das Sturzrisiko und seine Ursachen werden für jeden Tagesgast systematisch ermittelt. Um Sturzgefährdungen zu vermeiden, werden unsere Tagesgäste immer unter sorgender Beobachtung durch die Pflegekräfte stehen. Kranke, die beim Gehen unsicher sind, werden immer durch Pflegepersonal begleitet. Fixierungen werden nicht durchgeführt.

10.3 Exikose

Das Exikoserisiko wird bei allen Tagesgästen systematisch ermittelt. Bei Exikosegefährdeten Gästen erfolgt eine Bilanzierung der Flüssigkeitszufuhr. Unsere Tagesgäste erhalten ein ausreichendes Getränkeangebot. Über den Tag verteilt werden sowohl zu den Mahlzeiten als auch zu festgelegten Zwischenzeiten Getränke angeboten, wobei Vorlieben und besondere Wünsche berücksichtigt werden. Angeboten werden koffeinfreier Kaffee, Früchte- und Kräutertees, Saft und Wasser. Auf Wunsch gibt es auch richtigen Kaffe und schwarzen Tee. Als Vorspeise zum Mittagessen wird täglich eine Suppe angeboten (zusätzliche Flüssigkeitszufuhr).

11. Personelle Ausstattung, Qualifikation der Mitarbeiter/innen

Für die Arbeit in einer spezialisierten Tagespflege für Menschen mit Demenz wird folgende personelle Ausstattung benötigt:

- 1 Leitungskraft (Leitende Pflegefachkraft) mit 38,5 Std./W.
- 1 Pflegefachkraft mit 32 Std./W. (stellvertretende Pflegefachkraft)
- Betreuungskräfte mit je 19,25 Std./Wo.
- Aushilfen mit je 10 Std./W.

12. Laufzeit

Diese Vereinbarung wird für die Zeit vom

XX.XX.2002 bis XX.XX.2003

geschlossen. Nach Ablauf dieses Zeitraums gilt diese Leistungs- und Qualitätsvereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung weiter. Vereinbarungen, die gegen geltendes Recht verstoßen sind unwirksam. Ebenso unwirksam sind Vereinbarungen, die nicht dem allgemeinen Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechen. Unwirksam sind auch die Vereinbarungen, die eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde nicht gewährleisten.

Die Gültigkeit und der Fortbestand der übrigen Vereinbarungen bleiben hiervon unberührt.

Träger der Pflegeeinrichtung	Datum
Sozialhilfeträger	Datum
AOK- Die Gesundheitskasse in Hessen IKK Hessen Landwirtschaftliche Krankenkasse Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland handelnd als Landesverband zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau Bundesknappschaft, Geschäftsstelle Kassel	Datum
BKK- Landesverband Hessen*	Datum
Verband der Angestellten- Krankenkassen (VdAK) – Landesvertretung Hessen -	Datum
AEV- Arbeiter- Ersatzkassen- Verband e.V. Landesvertretung Hessen	Datum

*BKK lässt die Vereinbarung gegen sich gelten

5.8 Fallmanagement Krefeld

Abschlussbericht

Aktueller Berichtszeitraum 1.1.2009 bis 30.6.2009
Der Vorzeitraum wurde in den Zwischenberichten dokumentiert,

1 Zusammenfassung und Abgleich der Perspektiven für das Jahr 2009 und der Entwicklungen im Jahre 2009

Die Vernetzungsstruktur wurde im Antragszeitraum weiter stabilisiert:

- Die positive Entwicklung der Fallzahlen und Beratungsgesprächen setzte sich fort. Insgesamt wurden 732 Personen in 2662 Beratungsgesprächen, wovon 1343 aufsuchend stattfanden, beraten.
- Die Kooperation mit dem GPZ gestaltete sich vorteilhaft (die Anzahl von Untersuchungen in der Gedächtnissprechstunde nahm auf mittlerweile mehr als 120 pro Quartal weiter zu, Behandlungspfade wurden eingeführt, ein Qualitätsmanagement wurde initiiert).
- Die Einbindung des Case Managers in die Weiterbildung von
- Ehrenamtlichen und
- Professionellen Mitarbeiter wurde ausgeweitet.
- Überregionale Kooperationen wurden weiter ausgebaut.

- Über die Planungen hinaus konnten weitere Netzwerkbausteine integriert werden:

- Mit dem Projekt „Fit für 100“ wurde ein weiterer Netzwerkbaustein etabliert.
- Neuester Teil des Netzwerkes ist ein Vertrag zur integrierten Versorgung von Menschen mit Demenz, der in Kooperation mit der Pflegeleitstelle Demenz NRW und der AOK abgeschlossen wurde.

Wie beabsichtigt, wurde ein Handlungsleitfaden erstellt.

Nachfolgend werden die wesentlichen Weiterentwicklungen gegenüber den Vorberichten dargestellt.

2 Fallzahlen und Beratungsgespräche über den Antragszeitraum

In den ersten 6 Monaten des Jahres 2009 war ein weiterer Anstieg der Inanspruchnahme zu verzeichnen (Abb. 1).

Die dargestellte erhöhte Anzahl beratener Menschen könnte für eine immer breitere Bekanntheit des Angebots sprechen. Im Vergleich zu der Anzahl der Menschen nahm die reine Beratung relativ gesehen ab, die Anzahl aufsuchender Leistungen aber zu. Dies könnte als Zeichen dafür gesehen werden, dass die Beratung vor Ort von besonderer Wichtigkeit für die Ratsuchenden ist.

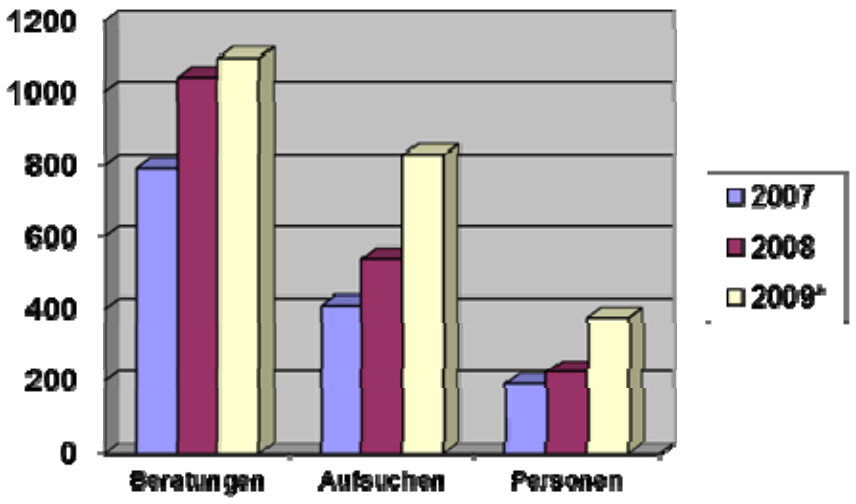


Abb.1: Tätigkeitsentwicklung mit überproportionaler Zunahme der Gesamtzahl und der aufsuchend beratenen Personen (* Schätzung für 2009 auf Grundlage der Halbjahreszahlen).

3 Kooperationen

3.1 Gerontopsychiatrisches Zentrum für Krefeld

Die Kooperation mit dem GPZ konnte weiterentwickelt werden. Die begonnene Kultur von gemeinsamen Fort- und Weiterbildungen wird fortgesetzt.

3.2 Gedächtnissprechstunde

Die Zahl der Ratsuchenden nahm weiter zu:

Ratsuchende
Quartale

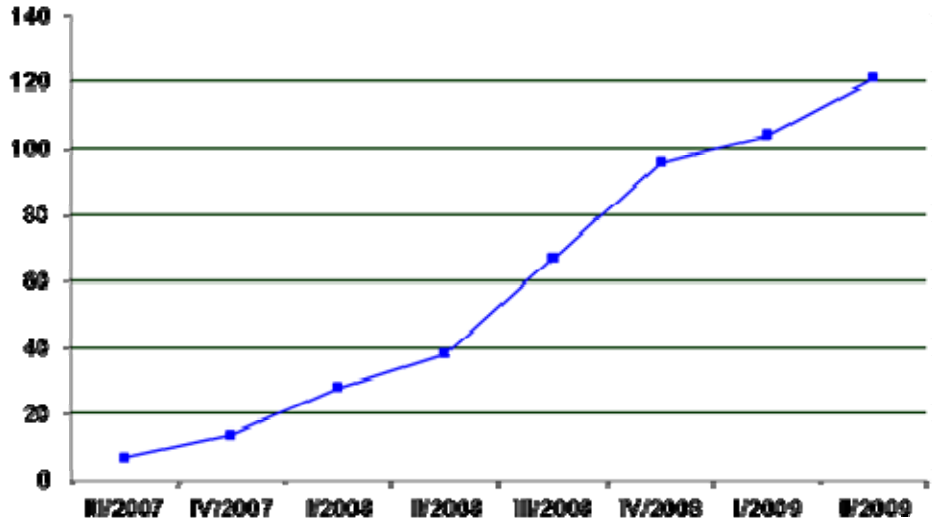


Abb. 2: Anzahl der Menschen, die die Gedächtnissprechstunde in dem jeweiligen Quartal aufsuchten. Es ist ein stetiger Anstieg über die Quartale sichtbar. Insgesamt nahmen 228 Menschen das Angebot wahr.

Gemeinsam mit der Gedächtnissprechstunde wurde ein Behandlungspfad eingerichtet, der den Casemanager in die weitere Versorgung regelhaft einbindet.

Abschnitte des Behandlungspfades	Inhalte
Kontaktaufnahme	z. B. direkt bzw. über Hausarzt, Angehörige oder Casemanager. Der Casemanager unterstützt bei der Terminierung.
Terminierung	Durch Gedächtnissprechstunde
1. Termin	Umfassendes Gespräch mit Betroffenen und Pflegenden, körperliche, neurologische Untersuchung, Testpsychologie
2. Termin	Zusatzuntersuchungen
„Familienrat“	Zusammenfassen aller Untersuchungsergebnisse in Anwesenheit aller Beteiligten (Betroffene, Angehörige, Pflegende, Untersucher, Casemanager ggf. u.a.).

Tab. 1: Behandlungspfad Gedächtnissprechstunde

3.3 Zusammenarbeit mit der Tagesklinik

Auch für den tagesklinischen Bereich wurde ein Behandlungspfad erarbeitet, der die Einbindung des Case Managers vorsieht.

Abschnitte des Behandlungspfades	Inhalte
Kontaktaufnahme	z. B. direkt bzw. über Hausarzt, Angehörige oder Casemanager. Der Casemanager unterstützt bei der Terminierung.
Terminierung	Durch Tagesklinik
Diagnosephase	Durchführen aller erforderlichen Gespräche und Untersuchungen
Behandlungsphase	Verhaltensbeobachtung, psychosoziale und medikamentöse Behandlung
„Familienrat	Zusammenfassen aller Untersuchungsergebnisse in Anwesenheit aller Beteiligten (Betroffene, Angehörige, Pflegende, Untersucher, Casemanager ggf. u.a.).
Entlassmanagement	Information aller zusätzlich an den Hilfemaßnahmen Beteiligten (z. B. Hausarzt, Pflegedienst etc.)

Tab. 2: Behandlungspfad Tagesklinik

3.4 Tagespflege und ambulanten Pflegedienste

Die Zusammenarbeit wurde im bewährten Umfang fortgesetzt. Aus einer Kooperation entwickelte sich der „Niederrheinische Pflegekongress“, der mit über 600 Teilnehmern erfolgreich die Einbindung professionell Pflegender in das Netzwerk vorantreiben half.

Zusätzlich werden Tagespflege und ambulante Pflegedienste auch in die „Integrierte Versorgung“ eingebunden und eine wesentliche Stütze für das initiierte ENTLAST-Projekt sein.

3.5 Anbieter stationärer Angebote

Informell wurde die Zusammenarbeit über direkte Besuche der Einrichtungen fortgeführt. Individuell wurden im Rahmen des Casemanagement Menschen in Einrichtungen begleitet, zu Einrichtungen beraten und die Möglichkeit eines krankheitsbezogenen individuellen Begleiters und Beraters geschaffen.

4 Schulungsprogramme

Für die Schulung ehrenamtlicher Mitarbeiter wurde ein differenziertes Programm entwickelt, das 10 Termine a 4 Stunden umfasst. Das Programm kann auf Wunsch zur Verfügung gestellt werden.

5 Wissensstrukturierung

Das im Zwischenbericht 2008 vorgestellte Projekt fließt in einen Antrag zur Förderung beim Wissenschaftsministerium NRW ein.

Eine Kooperation mit der Universität Witten/Herdecke sowie dem Zentrum für neurodegenartive Erkrankungen (DZNE) ist vorgesehen.

6 Die Funktion des Case Managers

Die Funktion des Case Managers konnte, wie im Zwischenbericht 2008 dargestellt, verfestigt werden.

In Kooperation mit der Aktion Psychisch Kranke e.V. flossen die Erfahrungen in die Ausgestaltung des „PAD – Berichtes“ ein. Die dort gemachten Erfahrungen legen nahe, die sich ergebende umfassende Versorgungsstruktur einer praktischen Erprobung zuzuführen.

7 Neue Aufgabenstellungen

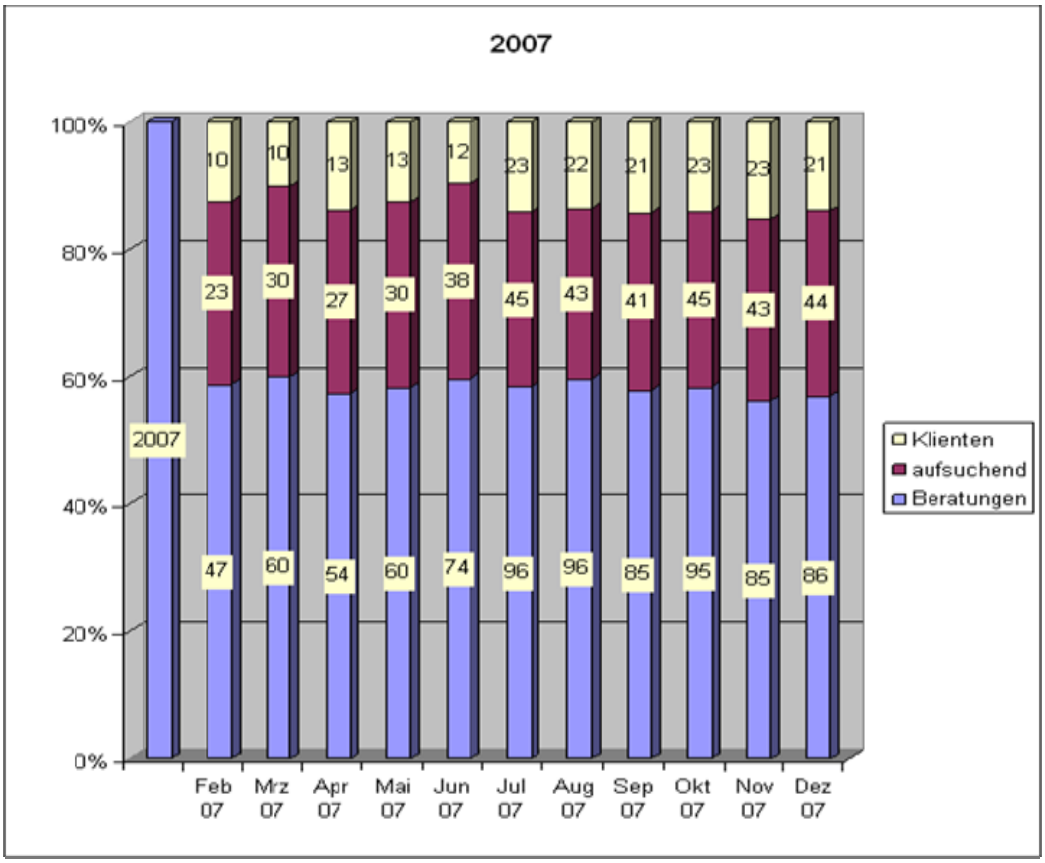
Der zügige und erfolgreiche Ausbau der Versorgungsstruktur konnte Defizite in der Versorgung beseitigen. Die gewonnenen Erfahrungen wurden regional und überregional diskutiert. Diese Evaluation erwies sich als äußerst nutzbringend. In der In-

teraktion mit den regionalen und überregionalen Kooperationspartnern wurde deutlich, wie eine weitere Optimierung zu erreichen sein könnte. Es wurde ein über das Casemanagement hinausgehendes Modell für eine Integration bestehender Versorgungseinrichtungen und –träger in Kooperation mit DSZ, GPZ und Pflegestützpunkten und dem Care Management entwickelt, das nach Ansicht aller Beteiligten einer praktischen Erprobung unterzogen werden sollte.

CM Gesamt:

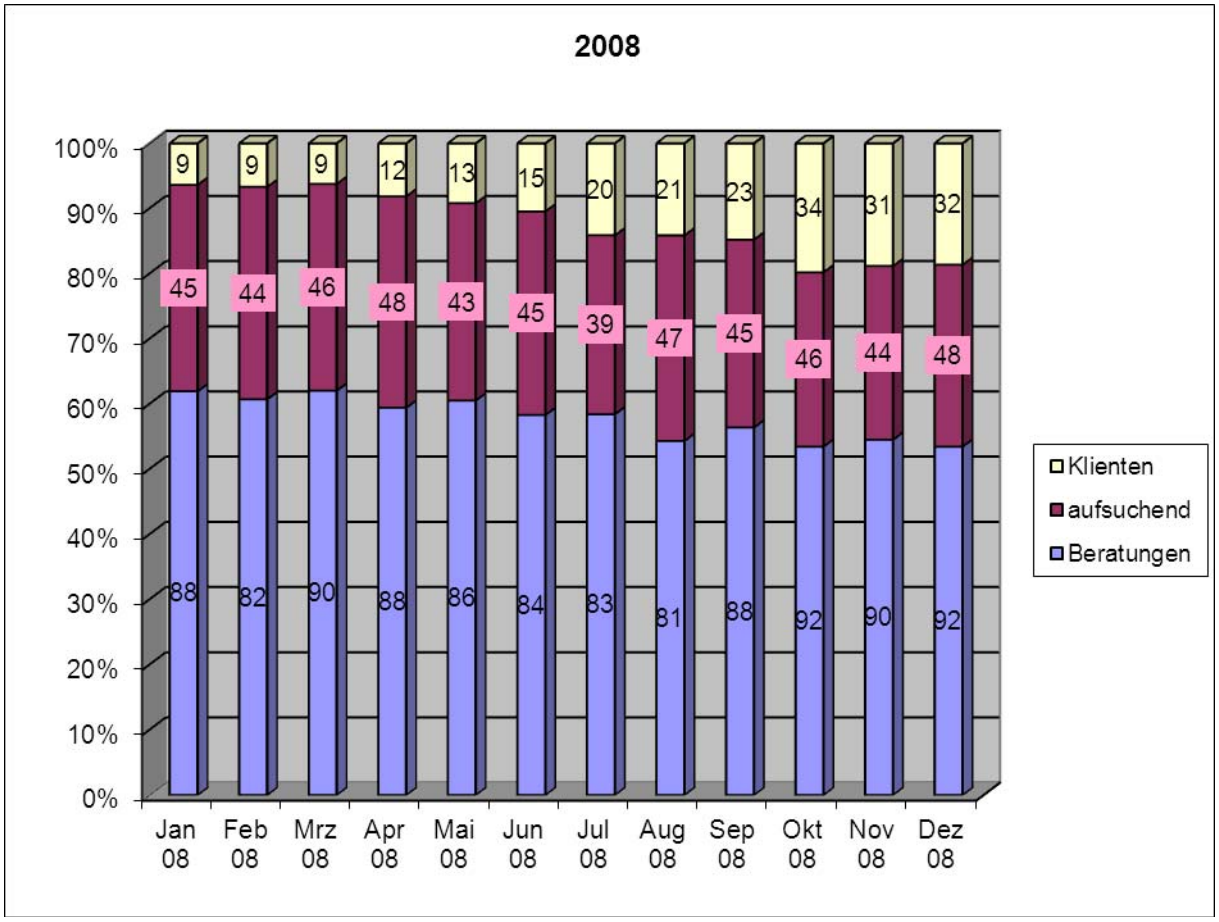
2007

Monat/Jahr	Beratungen	aufsuchend	Klienten
Feb 07	47	23	10
Mrz 07	60	30	10
Apr 07	54	27	13
Mai 07	60	30	13
Jun 07	74	38	12
Jul 07	96	45	23
Aug 07	96	43	22
Sep 07	85	41	21
Okt 07	95	45	23
Nov 07	85	43	23
Dez 07	86	44	21
Gesamt	791	409	191



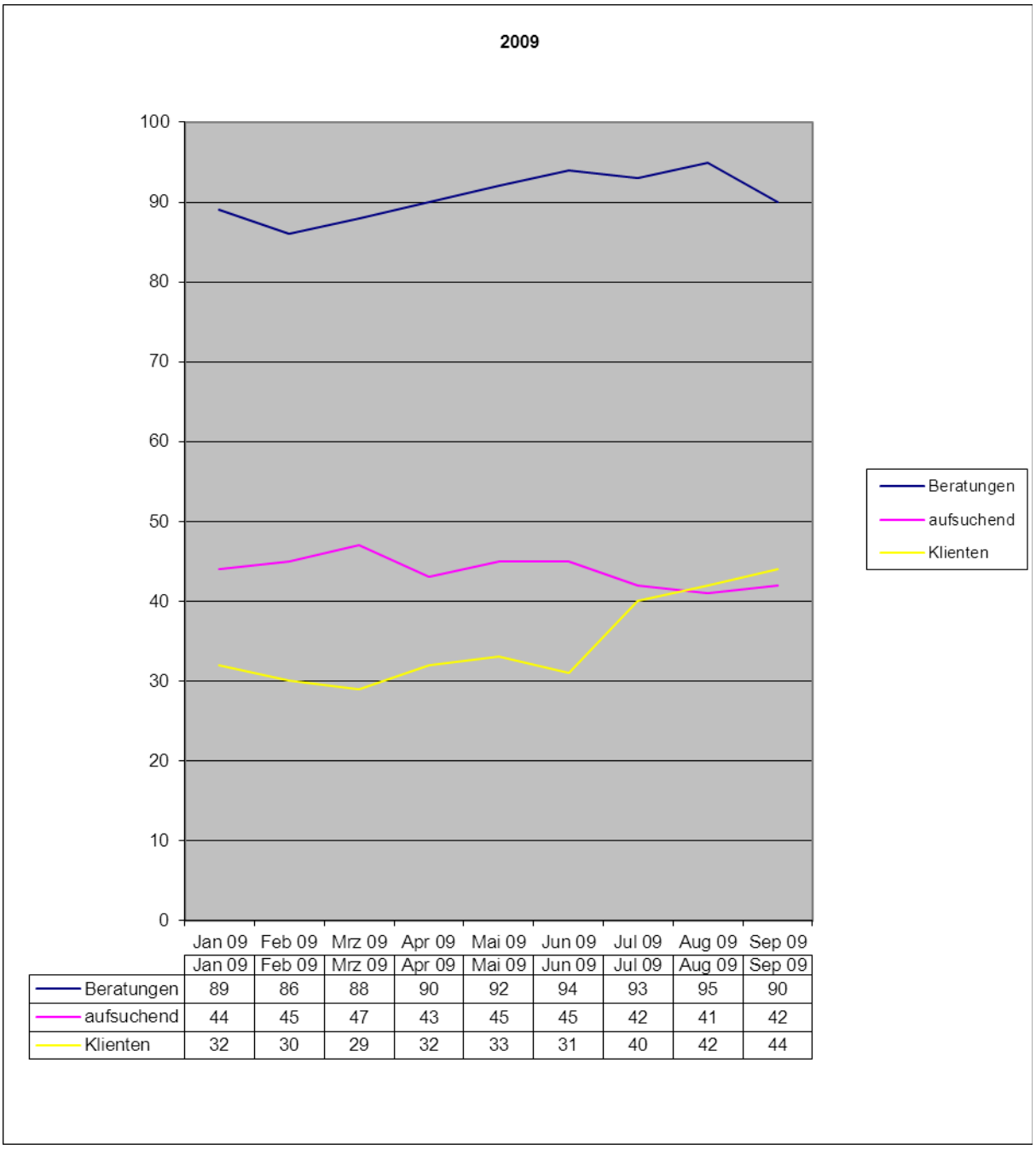
2008

Monat/Jahr	Beratungen	aufsuchend	Klienten
Jan 08	88	45	9
Feb 08	82	44	9
Mrz 08	90	46	9
Apr 08	88	48	12
Mai 08	86	43	13
Jun 08	84	45	15
Jul 08	83	39	20
Aug 08	81	47	21
Sep 08	88	45	23
Okt 08	92	46	34
Nov 08	90	44	31
Dez 08	92	48	32
Gesamt	1044	540	228



2009

Monat/Jahr	Beratungen	aufsuchend	Klienten
Jan 09	89	44	32
Feb 09	86	45	30
Mrz 09	88	47	29
Apr 09	90	43	32
Mai 09	92	45	33
Jun 09	94	45	31
Jul 09	93	42	40
Aug 09	95	41	42
Sep 09	90	42	44
Gesamt	817	394	313



	Jan 09	Feb 09	Mrz 09	Apr 09	Mai 09	Jun 09	Jul 09	Aug 09	Sep 09
Beratungen	89	86	88	90	92	94	93	95	90
aufsuchend	44	45	47	43	45	45	42	41	42
Klienten	32	30	29	32	33	31	40	42	44

Themen der Beratungsgespräche insgesamt	
Entlastungsgespräche	740
allgemeine Erklärungen zum Krankheitsbild	731
allgemeine Erklärungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten	430
Hilfestellungen zur Pflegeeinstufung	331
Informationen zum Versorgungsnetz in Krefeld	730
Informationen über niedrigschwellige Betreuungsleistungen	390
Weitervermittlungen an niedrigschwellige Betreuungsleistungen	99
Informationen über Tagespflegen, ambulante Angebote, stationäre Angebote etc.	697
Weitervermittlungen an andere Versorgungsanbieter	231
Beratung sozialrechtliche Themen	343
Allgemeine Alten- und Lebensberatung	143
Beschwerdemanagement	82
Beratung zu Sterbebegleitung	67
Beratung zu Vorsorgevollmacht und Betreuung	367
Beratungen über Demenz-Depression	201

Beratungen Gesamt:

2007-2009	**2662**	**1343**	**732**

5.9 CBT-Hausgemeinschaften: Besuch im CBT-Wohnhaus Kathrinenstift in Remscheid-Lennep am 07.12.2009

Für diese schon lange bestehende Einrichtung konnte ein Ersatz-Neubau konzipiert werden. CBT nutzte diese Gelegenheit, die Erfahrungen seit 1992 mit dem KDA-Konzept der Hausgemeinschaften konsequent umzusetzen: Die architektonische Gestaltung des Gebäudes und die Betreuung der Bewohner realisiert die programmatische Überschrift der Broschüre:

Wohnen und Leben heute – in einem Haus von morgen
Normalität des Lebens in autarken Hausgemeinschaften

Nach SGB XI und dem Heimgesetz ist das Wohnhaus Katharinenstift formal eine „stationäre“ Einrichtung, ohne einen entsprechenden Eindruck zu machen.

Die Einrichtung mit 66 Plätzen liegt zentral im Stadtteil Lennep (ca. 50.000 Einwohner), in Nähe zur Hauptstraße und zu Kirchen. Die Bewohnerinnen und Bewohner haben einen Mietvertrag, und im Eingangsbereich wie zu Hause eine eigene Klingel sowie einen Briefkasten (statt: Post wird zentral angeliefert und hausintern verteilt).

Das Alltagsleben wird geprägt vom Grundprinzip der sechs sich weitgehend selbst versorgenden *Haushaltsgemeinschaften* zu je 10-12 Bewohnern. Das Zentrum ist eine große Wohnküche mit ihrer Hauswirtschafterin, hier wird gekocht, abgewaschen, gebügelt, Wäsche gefaltet ... gegessen, Kaffee und Kuchen mit Besuch genossen, gespielt, zugeschaut was sich tut ... Die Bewohner werden entsprechend ihren Interessen und Fähigkeiten in die Aktivitäten einbezogen, oder auch „nur“ um die Koch-Düfte und –Geräusche wahrzunehmen. – Die Anlieferung des Haushaltseinkaufs erfolgt direkt in die Haushalte, und nicht an ein zentrales Lager der Einrichtung.

Die (stationären) Hausgemeinschaften werden als familienähnliche sich weitgehend selbstversorgende Haushalte mit individueller Prägung von hauswirtschaftlich kompetenten Frauen aus dem Stadtgebiet geführt, die als Teilzeitbeschäftigte entsprechend dem Arbeitsanfall im Tagesverlauf kommen.

Die Hauswirtschafterinnen sind erfahrene Frauen, die *ihrer* Haushaltsgemeinschaft selbstbewusst ihre persönliche Note geben. Z. B. wird zwar für alle Haushaltsgemeinschaften ein gemeinsamer Speiseplan vereinbart, die Zubereitung aber nach eigenen Vorlieben variiert. Die Frauen arbeiten auf Teilzeitbasis dann, wenn es der Tagesablauf erfordert, abgestimmt mit ihren familiären/persönlichen Bedürfnissen. Der Status der Hauswirtschafterinnen und die Arbeitsbedingungen bewirken eine hohe Arbeitszufriedenheit und wenig Fluktuation. Für eine freiwerdende Stelle melden sich Interessierte ohne Ausschreibung. Die Attraktivität der Arbeit erübrigt Ausschreibungen, denn die Frauen kennen sich untereinander und die Einrichtung im Stadtgebiet, in dem sie wohnen (kurze Wege zur Arbeit) und aus dem 70% der betreuten Personen kommen.

Neben dem zentralen Wohnküchenbereich gibt es ein Wohnzimmer mit entsprechendem Mobiliar und Fernseher, außerdem einen Balkon (je Hausgemeinschaft) sowie den geschützten Garten der Einrichtung, um draußen sein zu können. Ihre Zimmer (mit möglichst eigenen Möbeln und Gegenständen persönlich eingerichtet) erreichen die Bewohner von dem Flur um den Wohnküchenbereich herum (für orientierungsgestörte Bewohner auch als

Rundlauf geeignet). Die Zimmer werden einzeln oder auf Wunsch zu zweit bewohnt (mit Dusche und Toilette).

Die Bewohner der Hausgemeinschaften sind Personen mit Bedarf für Pflege und häufig auch für medizinische Versorgung. Ihre z. T. erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, oft in Folge schwerer psychischer Erkrankungen, z. B. Demenz, erfordert spezifische Pflege, Betreuung und Begleitung. Dafür gibt es zwei eigenverantwortlich geleitet Funktionsbereiche für *Pflege* und *Sozialpädagogik je für die ganze Einrichtung, die – unter dem Dach der „stationären Einrichtung"- funktional „mobil zugehend" zu den Bewohnern in die Hausgemeinschaften kommen.*
In den Alltag der Hausgemeinschaften werden Angehörige, Freunde, Ehrenamtliche einbezogen. Wenn Angehörige Versorgungs- und Betreuungsaufgaben (Wäsche, Füttern ...) regelhaft übernehmen, wird dies ggf. durch Minderung des Eigenanteils der Kosten berücksichtigt (aber wenn dann die Sozialhilfe darauf zugreift, kann dies demotivierend wirken).

Pflege-Funktion: Diese kommt – wie ambulant – zu den Bewohnern in ihren Haushalt. In jeder Hausgemeinschaft ist ein relativ kleiner Raum als Arbeitsplatz für die pflegerisch-medizinische Versorgung der Bewohner eingerichtet. Damit tritt diese Funktion nicht so in Erscheinung wie sonst üblich bei einer medizinisch-pflegerisch geprägten Stationsleitungs-Zentrale, die Dreh- und Angelpunkt nicht nur für pflegerisch-medizinische Versorgung einer Abteilung leistet, sondern außerdem noch verschiedene nicht-pflegerische Aufgaben wahrnimmt wie Besucherempfang, Spiele und andere Aktivitäten organisieren, Telefon-, Post-, Zeitungs-Dienst, administrative Aufgaben für die Bewohner usw.

Funktion sozialpädagogische Unterstützung: Die Fachkräfte kümmern sich um die sozialen Belange der Bewohner und um begleitete Aktivitäten, halten Kontakt zu den Angehörigen, organisieren und unterstützen die ehrenamtlichen Helfer, Schul- und Kindergarten-Aktivitäten kommen ins Haus (z.B. Präsentation der Ausstellung einer Schulklasse im Kirchenraum des Stifts, Bewohner lesen Kindern Märchen im Märchenzimmer vor.) Zu Gottesdiensten in der Kirche das Stifts kommen auch Besucher aus den Stadtteil, Bewohner der Hausgemeinschaften gehen unterstützt von Angehörigen oder Ehrenamtlichen in die Gottesdienste in der nahen Kirche. Von den besuchenden Angehörigen lassen sich ca. 30% dafür gewinnen, als Ehrenamtliche weiter im Katharinenstift aktiv zu bleiben, wenn ihr Familienmitglied gestorben ist.

Leben mit Unterstützung integriert im vertrauten Quartier/Wohngebiet: ca 70% der Bewohner der Hausgemeinschaften kommen aus Lennep. Wenn jemand aus Lennep ins Heim zieht, bleiben die Bewohner oft weiter bei ihrem Hausarzt, der dann auch Hausbesuche in der Hausgemeinschaft macht. Die Verbundenheit mit einer Kirchengemeinde (mit dem Pfarrer, Besuchsdienst, Freunden aus kirchlichen Aktivitäten) bleibt erhalten. Das Kathrinenstift hält Kontakt mit den Geschäften im Umfeld für den Fall, dass dort Bewohner in hilfebedürftige Problemlagen kommen oder auffällig werden. – Das Quartier ist vertraut mit dem Kathrinenstift und seinen Bewohnern.

Fazit
Mit dieser Perspektive soll auch die Nähe zum möglichen ambulantisierten Finanzierungs-Ansatz hervorgehoben werden mit dem Ziel, "ambulant" in den Finanzierungsfolgen durch die Pflegeversicherung mit „stationär" gleich zu stellen:

Wohnen und Leben, in einer Hausgemeinschaft oder zu Hause, mit Unterstützung nach Funktionen

- in der Hauswirtschaft,
- bei den Alltagsaktivitäten
- und mobil aufsuchende Pflege.

Bei Menschen mit Pflegebedarf in Folge einer psychischen (einschließlich einer demenziellen Erkrankung) sind von zentraler Bedeutung die Alltagsaktivitäten. Entsprechend den individuellen Einschränkungen der Alltagskompetenz (vgl. §45a SGB V) werden Personen mit Pflege-bedarf begleitet und unterstützt durch Hauswirtschaft, Angehörige, zusätzlich ehrenamtliche Helfer und bezahlte Alltagsbegleiter – nach Bedarf angeleitet, unterstützt, geschult ... durch die Profis für Pflege und Sozialpädagogik. Hier geht es nicht um „Deprofessionalisierung“, sondern darum, wer was gut kann ggf. mit Anleitung, die zum Kern der professionellen Kompetenz wird.

Auf die gravierenden Unterschiede der finanziellen Rahmenbedingungen nach SGB XI (mit Folgewirkungen für Leistungen nach SGB V) zwischen ambulantem oder stationärem Ansatz und den Steuerungswirkungen weist die Expertise der Saarländischen Pflegegesellschaft eindrücklich hin.

Diese sollten wegen ihrer Steuerungswirkung überprüft werden.

Für eine Zusammenfassung der verschiedenen Finanzierungsquellen nach SGB XI als *integrierte Sachleistung* im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ins SGB XI spricht auch die Wechselwirkung der verschiedenen Funktionsbereiche, wenn diese wie aus „einer Hand“ personenbezogen organisiert und beurteilt (integrierte Hilfeplanung und –Organisation) werden können.

Dies zeigt die Auswertung im Katharinenstift (wie auch bei anderen Diensten und Einrichtungen): Strukturierung nach Hausgemeinschaften (stationär bei diesem Bespiel, könnte auch ambulant erfolgen) >> Bewohner und Angehörige sowie Ehrenamtliche (und ggf. bezahlte Alltagsbegleiter) werden in Alltagsaktivitäten der Hausgemeinschaft einbezogen >> das schafft Kontakte >> Aktivierung am Tag fördert den Schlaf zur Nacht >> als sinnvoll erlebte Aktivitäten mindern aggressives Verhalten und Weglaufen >> weniger Psychopharmaka >> weniger „Ruhigstellung“ >> geringere Sturzgefahr >> weniger Verletzungen >> weniger Inaktivierung, die mit höherem Pflegebedarf verbunden wäre usw.

5.10 „Vom Heim zum Altenhilfezentrum im Quartier“, Kassel – Erfahrungsbericht von 2006 bis 2009

Ernst Georg Eberhardt

Vorstellung

Die Diakonie-Wohnstätten e. V. Kassel ist eine Einrichtung der Behindertenhilfe mit 350 Wohn- und Betreuungsplätzen sowohl für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung als auch für Menschen mit (chronischen) psychischen Erkrankungen. Ich bin Einrichtungsleiter der Diakonie-Wohnstätten e.V. und Geschäftsführer der daraus hervorgegangenen Tochter "Diakonische Hausgemeinschaften Kassel (DiHaKa)", eine noch (sehr) kleine Einrichtung der Altenhilfe mit 17 Plätzen hauptsächlich für pflegebedürftige Menschen mit Demenzerkrankung. In der gebotenen Kürze möchte ich etwas zu unserem Projekt berichten, mit dem wir versucht haben, ein möglichst quartiersbezogenes Unterstützungskonzept für ältere Menschen umzusetzen. Im Vordergrund des Beitrags stehen unsere Planungen und die derzeitigen Schritte zur Realisierung.

Ausgangslage

Die Ausgangssituation in Kassel stellte sich so dar, dass es erstaunlicherweise für Menschen mit Demenzerkrankung weder eine ambulant betreute Wohngemeinschaft noch eine stationäre Hausgemeinschaft außerhalb eines Altenpflegeheimes gab. Inzwischen gibt es (neben den ursprünglichen 17, s.o. 2006, weitere 22 stationäre Plätze) eine erste ambulant betreute Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenzerkrankung, Betreiber: Diakoniestationen/ZEDA. Zum Entwicklungsstand der Kooperationsnetzwerke 2009 siehe Abb. 1 – 3 am Ende dieses Beitrags.

Anbieter von stationärer Pflege werben inzwischen verstärkt mit Wohngruppenangeboten, nachdem sie ihre Häuser umgebaut oder neue errichtet haben. Den vom Arbeitskreis hessischer Hausgemeinschaften aufgestellten Standards und Kriterien entsprechen diese Angebote in der Regel aber nicht[127].

In diesem Zusammenhang lag die Intention der Diakonie-Wohnstätten darin, langjährige Erfahrungen in der Behindertenhilfe und Kompetenzen in der Betreuung von Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung und von Menschen mit geistiger Behinderung zu nutzen. Das ist schwieriger als wir zu Beginn dachten – Bemühungen von verschiedenen Seiten zeigten, wie wenig Alten- und Behindertenhilfe voneinander wissen, gegenseitig profitieren oder gar kooperieren!

Nach wie vor gibt es – auch zwischen unseren eigenen Geschäftsbereichen – kaum wirkliche Berührungspunkte und wenig Erfahrungsaustausch zwischen Altenhilfe und Behindertenhilfe, was mit den unterschiedlichen gesetzlichen Bestimmung und Finanzierungsstrukturen zu tun haben dürfte.

Der Anstoß von außen kam durch einen Träger, der selbst ein Pflegeheim betreibt. Dieser hatte in einem Neubauprojekt eine Hausgemeinschaft für Demenzkranke gebaut und nachdem der bisherige Partner abgesprungen war, suchte er einen Betreiber.

---

[127] Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit: Handlungsempfehlungen des Landespflegeausschusses zur **Betreuung von Menschen mit Demenz** in der ambulanten und offenen Altenhilfe sowie in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen. Wiesbaden 03/2009. *www.kvhessen.de/kvhmedia/-p-5323-p-5323.pdf?rewrite_engine=id; www.nikodemuswerk.de/index.php?id=907; siehe dort Haus Anja Textor-Goethe, Integration des Ehrenamts)*

Diese Hausgemeinschaft liegt in einem zentrumsnahen alten, aber viele Jahrzehnte etwas vernachlässigten Stadtteil mit breiter Mischung was Einwohnerschaft und Struktur angeht. Es ist ein eher "wenig privilegiertes Viertel", aber durch ein viel beachtetes "Wiederaufbauprojekt" im Umbruch und offen für Veränderungen.

Das Quartier hat mittlerweile an Ansehen gewonnen, inwieweit auch unser ambitioniertes Neubauprojekt und unsere Angebote dazu beigetragen haben, lässt sich kaum nachweisen.

Von der Idee einer ambulant betreuten Wohngruppe zu einem dezentralen Heim für Menschen mit Demenzerkrankung

Unsere ersten Planungen in 2004 bezogen sich darauf, eine ambulante Wohngemeinschaft zu eröffnen, das war in Hessen aber leider zum damaligen Zeitpunkt nicht möglich. Aus diesem Grund haben wir eine Hausgemeinschaft konzipiert, das heißt in diesem Fall eine stationäre Einrichtung mit den damit verbundenen gesetzlichen Konsequenzen. Diese ist aber als Kleinsteinrichtung wirtschaftlich nicht langfristig zu betreiben, daher müssen in der Nachbarschaft desselben Quartiers in drei verschiedenen Gebäuden weitere "Heim-Plätze" in Form von vier weiteren Hausgemeinschaften geschaffen werden.

Mittlerweise hat sich hier jedoch ein Umdenken der zuständigen Behörden und Fachaufsichten eingestellt (s.o.). Auch in Hessen haben sich Heimaufsicht, Sozialministerium, Pflegekassen etc. inzwischen auf ambulante Wohnmodelle eingelassen, die zuvor strikt abgelehnt worden waren.

Es gibt in diesem Bereich beachtliche Unterschiede in den einzelnen Bundesländern, was kaum nachzuvollziehen oder gar inhaltlich zu rechtfertigen ist. Unklar ist, warum Senior/innen in einem Bundesland ganz andere Möglichkeiten und Bedingungen als in einem anderen haben. Ein Unterschied zwischen den beiden Wohn- und Betreuungsformen – ambulante Wohngemeinschaft und stationäre Hausgemeinschaft – ist, zumindest was die Unterstützungsbedarfe der Bewohner/innen angeht, nicht gegeben. Rechtlich und finanziell gibt es jedoch gravierende Unterschiede, z. B. was die Kontrollen der Betreiber bzw. den Schutz der Betreuten angeht.

Während eine Hausgemeinschaft vollständig den Regelungen des Heimgesetzes unterliegt und als stationäre Einrichtung von Pflegekassen, Brandschutz, Veterinäramt, Heimaufsicht, ... geprüft wird, muss in ambulanten Wohngruppen nur vom Pflegedienst die Qualität der Leistungen nachgewiesen werden.

Die bestehende strikte Unterscheidung zwischen stationär und ambulant ist für innovative Entwicklungen äußerst hinderlich! *Nach den jetzigen Erfahrungen kann dieser Satz nur unterstrichen werden.*

Aufbau eines generationenübergreifenden Nachbarschaftszentrums

Initiiert durch das vom Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderte Modellprojekt "Bessere Lebensverhältnisse für Senioren – Innovative Baumodelle für mehr Gemeindeintegration, zukunftsweisende Wohn- und Betreuungsformen und eine verbesserte gesellschaftliche Teilhabe", entstand das Konzept für ein Senioren- und Nachbarschaftszentrum, das z. Zt. errichtet und im Sommer 2007 in Betrieb gehen wird.

Bedauerlicherweise gibt es Investitionshilfen, ohne die solche (ehrgeizigen) Projekte im Prinzip nicht realisierbar sind, nur einmalig bzw. für einen sehr kurzen Zeitraum und für wenige Baumaßnahmen.

Wünschenswert und notwendig wären Zuschüsse für Projektentwicklung!

Die Schwerpunkte des Bundesmodellprojektes deckten sich mit eigenen Vorstellungen, als da wären:

- Quartiersbezug / Kooperation mit Kirchengemeinde
  Unser Grundgedanke, quartiersbezogene Hilfen anzubieten, konnte gut angegangen werden, denn die Kirchengemeinde des Stadtteils hatte ein großes Grundstück zur Verfügung und wollte ein Pfarrhaus bauen. Das passte gut und wir konnten uns zusammentun. Es gab weiterhin kein Stadtteil-Zentrum o. ä. im Quartier, was uns zu willkommenen Investoren machte. Bei solchen Projekten kommt dem Quartier / dem Stadtteil eine herausragende Bedeutung zu, weil die politischen – vor allem kommunalen – Steuerungsmöglichkeiten deutlich eingeschränkt sind und der Markt, der in der Altenhilfe das Geschehen weitgehend steuert bzw. steuern soll, hier nicht unbedingt die gewünschten Ergebnisse hervorbringt. In diesem Zusammenhang sind die Stadtteilgremien wie Ortsbeiräte und deren Unterstützung enorm wichtig.
- Mehrgenerationen-Nutzung
  Nicht zuletzt aufgrund unserer Erfahrungen in der Behindertenhilfe bevorzugen wir "Durchmischungen", d. h. in diesem Fall, dass das Haus nicht ausschließlich von Senior/innen genutzt werden soll, auch wenn diese Nutzung ein Schwerpunkt sein wird.
- Vernetzung von Angeboten
  Wir wollten eine Vernetzung mit Angeboten anderer Träger – nicht weil es eines der "Zauberwörter" unserer Zeit ist, sondern weil es sich anbot und sich als Notwendigkeit darstellte. So sollen in das Haus die Familienhilfe des Diakonischen Werkes und das "Zentrum für Menschen mit Demenz und Angehörige" (ZEDA) mit einziehen, welches nicht nur stadtteilbezogene Angebote macht. In das Nachbargebäude der Kirchengemeinde ziehen in Kürze die Diakonie-Stationen mit ihrem Standort Kassel Ost ein.
  Vernetzung gibt es jedoch nicht zum "Nulltarif", sie wird nur gelingen bei Anreizen bzw. wenn es zu einer sog. "Win-Win-Situation" kommt, von der alle Beteiligten profitieren.
- Gewinnung von ehrenamtlichem Engagement
  Wir begrüßen den Einsatz von bürgerschaftlich engagierten Menschen und werben für Unterstützung unserer Arbeit. Wir hoffen, dass uns hierbei sowohl die Verankerung im Quartier als auch die Kooperation mit der Kirchengemeinde hilfreich sein werden. Jedoch haben wir oft den Eindruck, dass dieser Punkt in der öffentlichen Diskussion über- bzw. falsch bewertet wird. Wir sind grundsätzlich skeptisch, wenn das Ehrenamt unter dem Primat der Kostenreduzierung diskutiert und protegiert wird. Ehrenamtliches oder bürgerschaftliches Engagement ist sehr wichtig und hilfreich, ist aber nicht mit angestrebten Kosteneinsparungen gleichzusetzen.

Trotz Kooperation mit der Ehrenamtsbörse des Diakonischen Werkes ist es nicht einfach, Menschen zu finden, die sich in der Betreuung von demenzkranken Senior/innen engagieren wollen. Es ist gelungen, einige wenige Mitbürger dafür zu gewinnen, erfreulicherweise aus dem Quartier selbst.

Die Ausschreibung zum Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser des BMFSFJ erweckte bei uns den Eindruck, dass wir genau solche eine Modellförderung brauchen. Diese würde uns in die Lage versetzen, unser innovatives Projekt planmäßig in die Tat umzusetzen. Unser Senioren- und Nachbarschaftszentrum muss schließlich mit Leben gefüllt werden und das geschieht nicht von allein. Um unsere konzeptionellen Schwerpunkte tatsächlich realisieren zu können, bedarf es der Planung, der Koordination und der Organisation. Diese zumindest für die ersten Jahren anzuschieben, dafür wäre für uns eine Förderung durch das Aktionsprogramm sehr hilfreich und enorm wichtig, daher haben wir uns natürlich auch beworben. Inzwischen liegt ein leider vorläufig abschlägiger Bescheid vor.

Den Zuschlag hat ein anderes Projekt erhalten!

Grundsätzlich begrüßen wir den Ansatz des Aktionsprogramms, obwohl wir gegenüber dem riesigen Spektrum an erwarteten Wirkungen und gesellschaftliche Problemfeldern, die damit angegangen werden sollen, sehr skeptisch sind. Hier wäre weniger mehr gewesen.

Sehr richtig ist die dahinter liegende Erkenntnis, dass es für die Realisierung des Mehrgenerationen-Ansatzes Anschubfinanzierungen geben muss.

Eine solche fehlte eindeutig und wäre dringend notwendig gewesen!

Für den Antrag auf Modellförderung wurde die bisherige Konzeption ausdifferenziert und erweitert, nämlich:

Direkte und weitere *Kooperationspartner:*

a) Diese sind im selben Haus bzw. in direkter Nachbarschaft ansässig.

- "Zentrum für Menschen mit Demenz und Angehörige" (ZEDA),
  Es gibt enge Kooperationsbeziehungen. Da sich ZEDA allerdings als Anbieter für die ganze Stadt versteht, ist der Quartiersbezug für die Mitarbeiter weniger wichtig.

- die Familienhilfe des Diakonischen Werkes
  Diese bezieht sich direkt auf den Stadtteil und die angrenzenden. Sie bringen durch den Mittagstisch (s.u.) vor allem die junge Generation ins Haus. Zu den Hausgemeinschaften und ZEDA bestehen enge Beziehungen. Es gibt gemeinsame Veranstaltungen, z. B. Modeschauen von Kindern und Senior/innen.

- die Diakonie-Stationen mit ihrem Standort Kassel Ost (ins Nachbargebäude der Kirchengemeinde)
  Auch hier gibt es eine gute und konstruktive Zusammenarbeit. Allerdings gibt es Befürchtungen der Mitarbeiter des ambulanten Dienstes, bei den Kunden in den Ruf zu kommen „Zulieferer“ für den Heimbereich zu werden, wo doch der Anspruch besteht, möglichst lange eine ambulante Versorgung sicherzustellen.

b) Außerdem wollen wir kooperieren mit

- Ortsbeirat des Stadtteils,
  Der Ortsbeirat hat ein grundsätzliches großes Wohlwollen für das Projekt, die Kooperation ist aber eher themenspezifisch und punktuell.

- Kirchengemeinden,
  Ein enger Kontakt besteht zur evangelischen Kirchengemeinde vor Ort, die sich inzwischen als Gemeinde mit diakonischen Schwerpunkten versteht. Gemeinsam mit den anderen diakonischen Trägern vor Ort werden z.B. Diakoniegottesdienste oder spezielle Gottesdienste mit Demenzkranken und ihren Angehörigen gefeiert. Gemeindemitglieder holen z. B. Bewohner der Hausgemeinschaften ab und besuchen diese auch. Durch das Engagement der Pfarrerin wird das Miteinander zwischen den diakonischen Trägern im Stadtteil und der Kirchengemeinde aber auch zu anderen Einrichtungen und Institutionen belebt.

- Jugendamt der Stadt Kassel,

- Gesundheitsamt der Stadt Kassel,

- Sozialamt der Stadt Kassel,

- Alzheimergesellschaft,

Themenspezifisch bzw. im Rahmen von Gremienarbeit

- Schulen, Kindertagesstätten etc.
  siehe Mittagstisch

- Initiativen im Stadtteil/Vereine
  Bisher kaum nachhaltige Kontakte.

- Wohnungsbaugenossenschaften,
  Bisher keine Kooperationen

- Geschäfte, Händler, Betriebe im Quartier.
  Es wird versucht, Betriebe im Wohnviertel geschäftlich zu unterstützen.

Als eher Senioren/innen-spezifische Angebote sind vorgesehen:

- Computerkurse für Senior/innen,

- Handykurse für Senior/innen,

- niedrigschwellige Betreuungsangebote für Menschen mit Demenz,

- Bewegungs- und Gedächtnisübungen,

- helfende Hände (haushaltsnahe Hilfen),

- Nachbarschaftswerkstatt,

- Gruppenangebote für Angehörige von Demenzkranken,

- offene Sprechstunde.

Viele dieser Angebote werden von ZEDA realisiert, allerdings nicht nur für Bürger des Quartiers (s.o.) und eindeutig mit dem Schwerpunkt Demenz -
d. h. für Senior/innen ohne kognitive Einschränkungen aus dem Stadtteil fehlen z.T. Angebote, da keiner der vernetzten Partner hierfür personelle und finanzielle Ressourcen hat.

Familien- und generationsübergreifende Angebote wären:

- Mittagstisch für Jung und Alt,
- Die Familienhilfen des Diakonischen Werkes bieten einen Mittagstisch für Kinder und Jugendliche der nahegelegenen Schule an, der inzwischen sehr beliebt ist (da fast kostenfrei). Allerdings gibt es bisher noch keinen Ansatz, den Mittagstisch auch für andere Generationen zu „öffnen“ oder ein Nachmittagscafé zu betreiben für Bewohner des Stadtteils.

- Stadtteilfrühstück,
  Kein Angebot.

- Helferagentur zur häuslichen Betreuung,
  Hier gibt es Bemühungen der Diakoniestationen, verstärkt nicht-pflegerische Angebote zu machen.

- Elternkurse für bildungsferne Eltern/Risikofamilien,
  Im Ansatz von der Familienhilfe realisiert.
- Familienhebammen,
  Wird derzeit vom Diakonischen Werk (ZEDA) angeboten

- Sprachkurse für zugewanderte Frauen,
  Zurzeit kein Angebot

Hausaufgabenhilfe
Wird von der Familienhilfe des Diakonischen Werks angeboten

Fazit 2006
Das Quartier, die Senior/innen und zukünftig Betroffene haben großes Interesse an unserem Projekt gezeigt. Es gibt bereits viele Anfragen, z. B. zu Serviceleistungen, aber auch zu Wohnmöglichkeiten im Haus, wobei hier der Sicherheitsaspekt neben der Barrierefreiheit bei gleichzeitiger Selbständigkeit im Vordergrund zu stehen scheint.

Sinnvoll wäre es, im Stadtteil alle relevanten Gruppen, Einrichtungen und vor allem Schlüsselpersonen für das Projekt zu gewinnen. Diese müssen überzeugt werden davon, dass der ganze Stadtteil gewinnt – nicht nur an Image – wenn er seniorenfreundlich/-gerecht ist und ein solches vernetztes Projekt entsteht.

Vernetzte Quartierskonzepte entstehen nicht von selbst. Man braucht Quartiermanager, die für ihre koordinierenden Aufgaben natürlich auch bezahlt werden. Der Erfolg wird auch da-

von abhängen, ob es gelingt, möglichst viele und unterschiedliche Angebote und Dienste miteinander zu verknüpfen.

Fazit 2009

Bzgl. der „frei“ vermieteten Wohnungen im Dachgeschoss hat sich eine andere interessante Entwicklung ergeben: Angehörige von demenzkranken Bewohnern der Hausgemeinschaften haben sich hier eingemietet, um in einem guten Nähe-Distanz-Verhältnis ihre Angehörigen zu begleiten. Sie nehmen aktiv am Leben einer Hausgemeinschaft teil und engagieren sich (ehrenamtlich) zum Teil auch für andere Bewohner.

Es sind verschiedene Kooperationsnetze entstanden, im Haus selbst, in direkter Nachbarschaft, stadtteilbezogen und darüber hinausgehend. Wichtig erscheint uns: Wenn diese nachhaltig und gemeinwesenorientiert funktionieren sollen, müssen sie

untereinander verknüpft werden,
immer wieder intern und extern kommuniziert werden,
nicht nur Anliegen der „obersten Leitung“ sein, sondern Teil der Konzeption und des Selbstverständnisses einer Einrichtung.

Wenn Kooperationen nur als etwas Zusätzliches erlebt werden, das auf Kosten des „eigentlichen“ Arbeitsschwerpunktes geht, werden sie nicht wirklich und langfristig gelingen. Ein zentrales Anliegen und dringende Notwendigkeit muss deshalb die finanzielle Absicherung dieses Engagements sein.

Literatur

Eberhardt E G (2007) Vom Heim zum Altenhilfezentrum im Quartier. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE et al. Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz. Psychiatrie Verlag, Bonn, S. 237-242

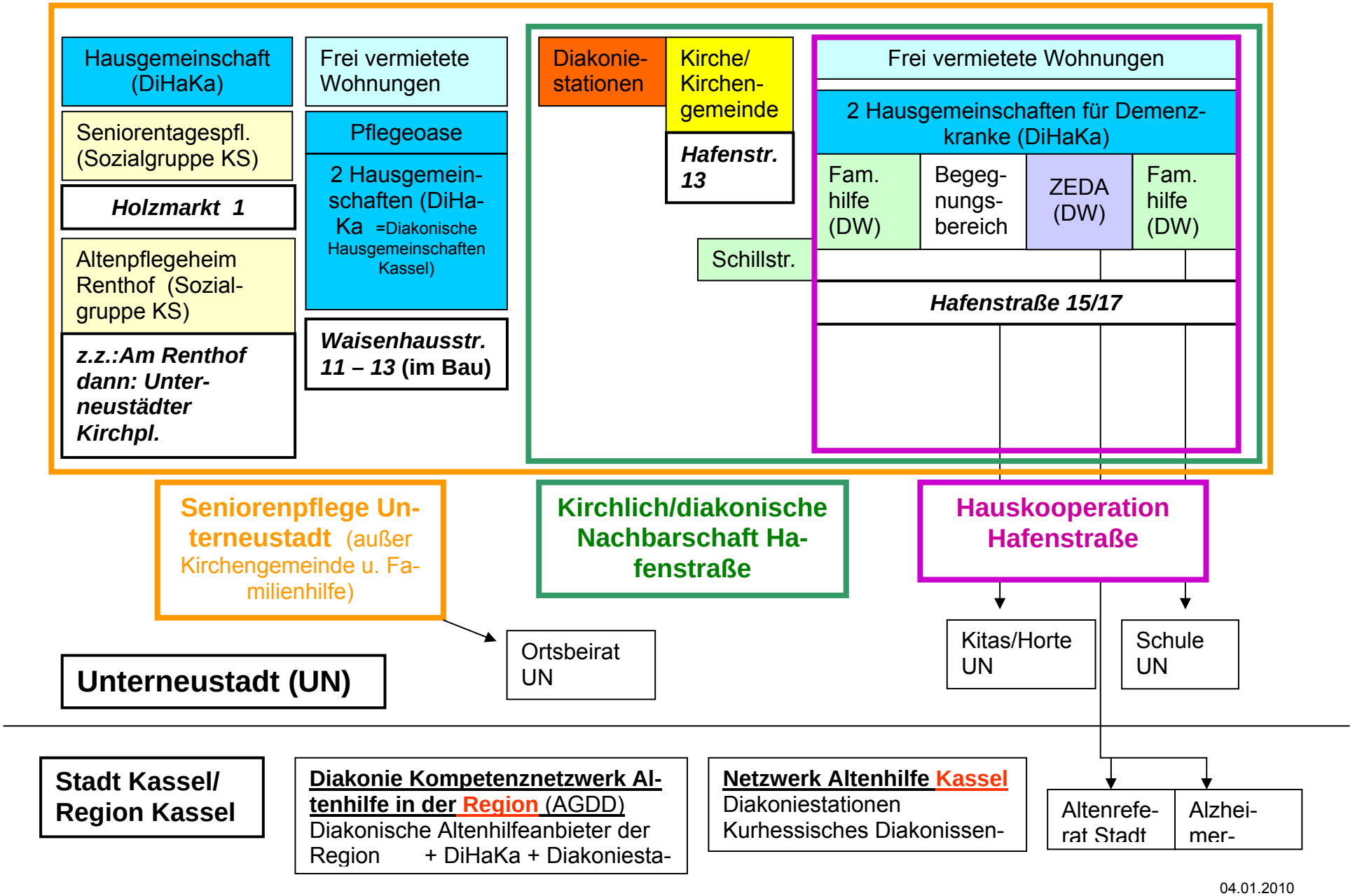


Abb. 1: Kooperationsnetzwerke der DiHaKa (standortbezogen)

Abb. 2: Kooperationen der DiHaKa

Unterneustadt

Stadt Kassel / Region Kassel

Kirchlich-Diakonische Nachbarschaft Hafenstraße
Diakoniestationen ZEDA Familienhilfe Pfarrerin Gemeinde

Hauskooperation Hafenstraße
ZEDA Familienhilfe

Seniorenpflege Unterneustadt
ZEDA Diakoniestationen Sozialgruppe Kassel (Tagespflege + Renthof)

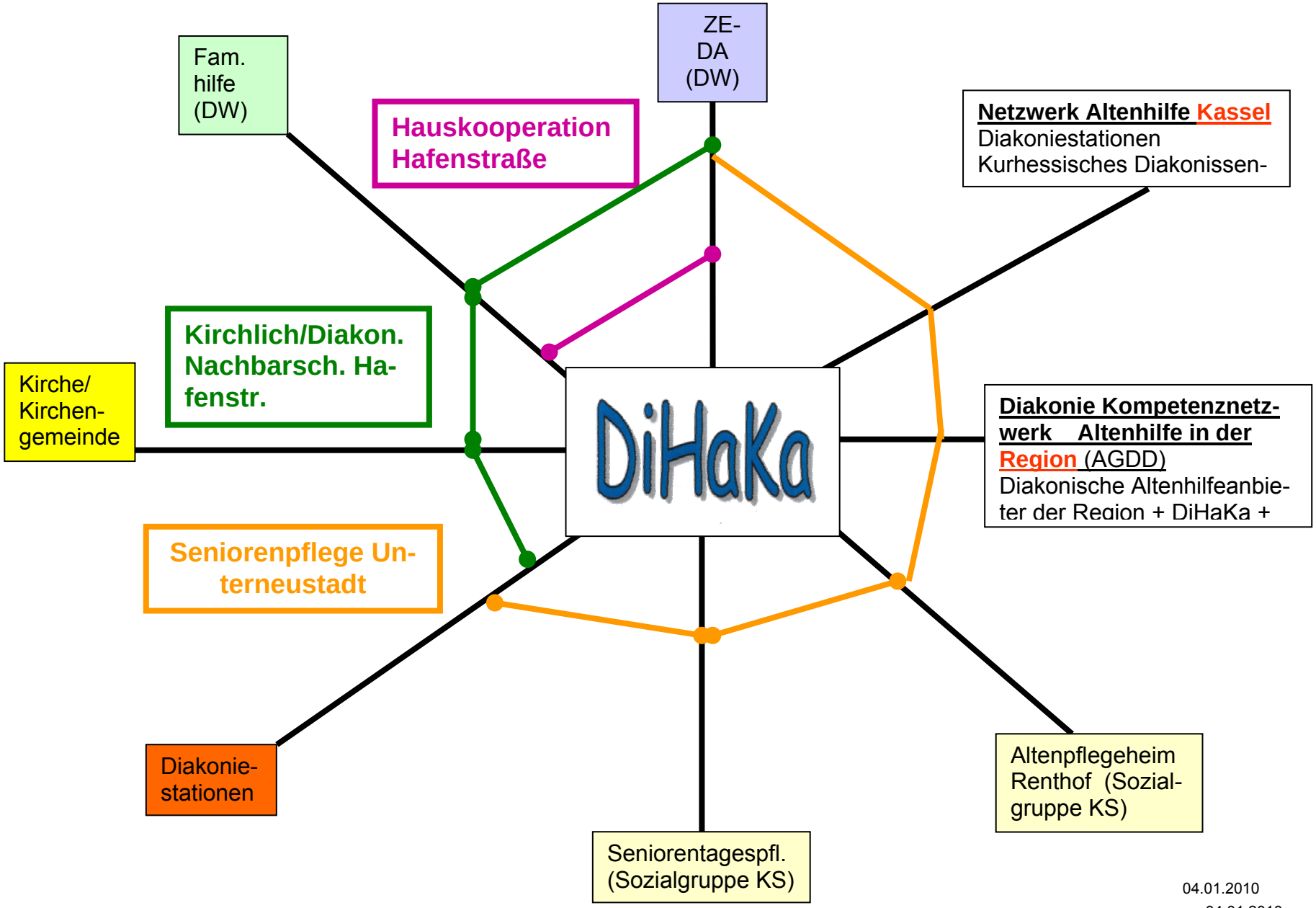
DiHaKa
(e-
rmeinschaften Kassel)

Diakonie Kompetenznetzwerk Altenhilfe in der Region (AGDD)
Diakonische Altenhilfeanbieter der Region + DiHaKa
+ Diakoniestationen
+ ZEDA

Netzwerk Altenhilfe Kassel
Diakoniestationen Kurhessisches Diakonissenhaus

04.01.2010

Abb. 3: Vernetzung der DiHaKa mit Kooperationspartnern



04.01.2010

04.01.2010

5.11 Marktsteuerung, Kassel

DiHaKa

Baunatal, 08. Dezember 2009

Marktsteuerung: Maßnahme- und nicht Personen-bezogen

Problemskizze - aus Sicht eines stationären Anbieters

Wettbewerb
Im Bereich der Altenhilfe hat die Politik einseitig und kompromisslos auf Wettbewerb der Anbieter gesetzt und forciert diesen Aspekt weiterhin. Damit steht für alle Beteiligten der wirtschaftliche Aspekt absolut im Vordergrund und dominiert alle anderen Faktoren.

Neben dem Wettbewerb der stationären Anbieter untereinander forciert die Politik durch gezielte Maßnahmen (z.B. das Pflegeversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz) die Konkurrenz ambulanter und teilstationärer Versorgungsformen zu vollstationären Angeboten („Ambulantisierung der Altenhilfe“).

Trennung von stationärer und ambulanter Versorgung
Ein Anbieter ist in der Regel auf einen der beiden Bereiche festgelegt und muss a.w.G.[128] auf eine bestmögliche Auslastung achten. Das heißt, die Versuchung ist sehr groß, im Zweifelsfall nicht im Sinne des „Kunden“ zu agieren, sondern im Sinne des „größtmöglichen Ertrages“. Selbst bei Anbietern mit ambulantem und stationärem Bereich sind die einzelnen Abteilungen (für Budget verantwortlich) auf die eigene Konsolidierung bedacht. Hier gibt es allerdings die Chance einer „Gegensteuerung“ von oben, was jedoch im Ergebnis eine „Quersubventionierung“ bedeuten kann. Zudem ist die „Durchlässigkeit“ der Systeme bzw. Betreuungsformen gering, selbst wenn sie in einer Hand liegen. Der Wechsel wird beeinflusst vom Willen des Kunden (Betroffener und/oder Angehöriger) aber auch von vertraglicher Bindungswirkung, Kapazitätsfragen und bürokratischen Hürden.

Starre Trennung von Kurzzeit- und Dauerpflegeplätzen
Da ein Träger a.w.G. mit möglichst vielen dauerhaft belegten Plätzen kalkulieren will, stehen meist nur wenige Kurzzeitplätze zur Verfügung. Ein freier Dauerpflegeplatz darf aber nicht für eine Kurzzeitpflege genutzt werden, abgesehen davon, dass sich damit die zur Verfügung stehenden Plätze für Kurzzeitpflege nicht am tatsächlichen Bedarf, sondern am Auslastungsgrad der Dauerpflegeplätze orientieren.
.

[128] aus wirtschaftlichen Gründen

Kurzzeitpflege/Kundenbindung
Da „Voll-Auslastung“ a.w.G. oberste Priorität hat, sind Kurzzeitpflegen selbstverständlich für Anbieter ein gutes Mittel, Kunden zu akquirieren. Im Erleben der Beteiligten ist ein befristeter Aufenthalt daher oft nur die Vorbereitung auf eine endgültige Aufnahme. Gleichwohl können natürlich für die Betroffenen befristete Aufenthalte den Schrecken und die Angst vor dem Heim mildern.

Bauliche Anforderungen
Eine sich immer rasanter entwickelnde Forschung im Bereich der Demographie bringt auch immer neue Konzepte und Anforderungen an die Pflege und Betreuung von Senioren hervor. Stationäre Altenhilfeeinrichtungen müssen darauf auch baulich antworten. Somit verringert sich die Lebensdauer einer stationären Wohneinrichtung rapide. Gebäuderefinanzierungen über 50 Jahre gehören lang der Vergangenheit an. Die geringe Halbwertszeit von Wohnraum in diesem Bereich bindet aber massiv Finanzmittel.

Befristete stationäre Aufenthalte
Es gibt kaum ein Zurück aus den Heimen, denn diese verstehen sich nicht als Anbieter für Rehabilitationsleistungen mit dem Ziel der Entlassung. Dafür gibt es keinerlei Anreize im gegenwärtigen System.

Heim als all-inclusive-Angebot
Da der Träger verpflichtet ist, alle Leistungen als Gesamtpaket anzubieten, fördert dies eine all-inclusive-Kundenmentalität. Grundsätzlich wäre es wünschenswert, wenn Angehörige für einzelne Bereiche, - die sie nicht „buchen“ - selbst zuständig sein könnten. Eine Abrechnung nach Leistungsmodulen könnte allerdings aufwendig werden. Vor allem müsste die Frage der Verantwortlichkeit und der Pflichten sehr genau geregelt sein (damit nicht jeder Träger noch einen Hausjuristen anstellen muss).

Heim im Spagat zwischen Qualität und Finanzierung
Stationäre Einrichtungen müssen alle fachlichen Standards vollumfänglich erbringen und werden darin im Detail geprüft. Zugleich können sie steigende Kosten nicht selbstverständlich weiterberechnen. Die Heimentgelte sind genehmigungspflichtig und müssen mit den Aufsichtsbehörden verhandelt werden. Darüber hinaus entscheiden die Kunden wegen eines nicht unerheblichen Eigenanteils oft auf Grund der Entgelthöhe über eine Belegung. Somit stehen die Einrichtungen bei zusätzlichen Leistungsanforderungen oft vor der Frage, zusätzlichen Aufwand an anderer Stelle zu kompensieren.

Qualitätssicherung/ -kontrolle
Leider entsteht der Eindruck, dass eine verstärkte Qualitätskontrolle ebenfalls unter dem Gesichtspunkt der Wettbewerbsverstärkung geführt wird. Die Qualitätsstandards werden aufgehoben, Prüfungen verschärft, ohne dass im gleichen Maße für mehr Fachkräfte gesorgt wird. Dies führt zu erhöhtem Leistungsdruck und Arbeitsverdichtung bei allen Mitarbeitern, was zu Demotivation und Rückzug aus dem Beruf führt.

Nach wie vor prüfen die verschiedenen Instanzen unabhängig voneinander und nach unterschiedlichen, zum Teil widersprüchlichen Kriterien eine stationäre Einrichtung der Altenhilfe. Zusätzliche Prüfmethoden und –kriterien führen zu einer

Scheinobjektivität, die statt zu mehr Lebensqualität für die Betreuten vielmehr zu erhöhtem Verwaltungsaufwand führt.

Arbeitsmarktsituation
Altenheime stehen im Fadenkreuz öffentlicher Kritik. Jeder Pflegefehler, jede festgestellte Verfehlung in einem Heim wird medial ausgeschlachtet. Dies führt dazu, dass die Berufsausübung im Altenhilfe-Bereich immer unpopulärer wird. Hinzu kommt, dass wegen der anhaltenden strukturellen Finanzierungsprobleme in der Altenhilfe Gehälter gezahlt werden, die sich zunehmend von den Verdienstmöglichkeiten in anderen Branchen entfernen. Als drittes Problem ist die bereits benannte Arbeitsverdichtung und Erhöhung des Leistungsdrucks zu nennen, der die Mitarbeiterschaft psychisch schwer belastet. In der Summe wird es immer schwerer, motiviertes und qualifiziertes Personal für die Arbeit in stationären Altenhilfeeinrichtungen zu gewinnen.

Quartiersbezug
Dieser wird derzeit als „übergeordnetes“ Interesse der obersten Leitungsebenen erlebt. Die Einrichtungsleitungen vor Ort sehen für sich keine oder wenig Vorteile. Es gibt kaum Anreize für eine Orientierung in den Stadtteil. Es fehlen Personalkapazitäten für den Bereich Netzwerkbildung. Andere Anbieter werden als „Konkurrenten“ erlebt. Eine „neutrale“ Steuerung fehlt. Die Kommune kann diese Aufgabe kaum wahrnehmen, da sie als Sozialhilfeträger Eigeninteressen verfolgen muss.

Gez.

E. G. Eberhardt
Geschäftsführer

Stefan Schulz
Geschäftsführer

5.12 Gerontopsychiatrische Versorgung im Kreis Herzogtum Lauenburg

Dr. Matthias Heißler[129]

Überblick und derzeitige Versorgungssituation:
Die psychiatrische Abteilung am Johanniter Krankenhaus (Allgemeinkrankenhaus) in Geesthacht hat seit 1997 den Versorgungsauftrag für alle psychisch kranken Bürger im Kreis Herzogtum Lauenburg mit derzeit 186.000 Bürgern in 133 Städten und Gemeinden übernommen. Im stationären und teilstationären Bereich behandeln wir jährlich über 1.800 Patienten. Die Ambulanz begleitet über 3.300 Menschen jährlich und ist die größte in Schleswig-Holstein.

In Kontext einer psychiatrischen Abteilung, die die Pflichtversorgung für alle Bürger des Kreises übernommen hat, sind wir auch für alle Bürger mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen zuständig und damit auch für Menschen mit einer dementiellen Entwicklung.

Seit Januar 2008 haben wir ein Regionales Budget, was integrative Behandlungen für alle psychisch kranken Bürger einschließlich der Patienten mit dementieller Erkrankung im gesamten Kreis ermöglicht: Die Krankenkassen garantieren uns 5 Jahre lang ein festgesetztes Budget für die Behandlung aller psychisch kranken Bürger. Dafür müssen wir alle psychisch kranken Bürger der Region versorgen (1.749=Kopfzahl). Bei der Wahl der Behandlung sind wir allerdings nicht mehr an konventionelle Strukturen psychiatrischer (Kranken-) Behandlung gebunden. Wir dürfen den Behandlungsweg bestimmen, der uns als der effektivste erscheint.

Soziodemographische Entwicklung im Kreis Herzogtum Lauenburg:
Die Zunahme der Zahl Hochaltriger stellt erhebliche Anforderungen an die Altenhilfe, da das Risiko der Pflegebedürftigkeit bei den über 80-Jährigen besonders hoch ist. Während dieses Risiko der 60- bis 80-Jährigen bei 3% liegt, steigt es bei den über 80jährigen auf 25 % an. Die Zahl der über 80jährigen (heute ca. 3 Mill.) wird im Jahre 2020 5 Mill. betragen. Im Jahr 2050 muss mit ca. 8 Mill. Hochaltrigen gerechnet werden.

Nach einer Modellrechnung des Kuratoriums Deutscher Altershilfe (KDA) wird sich die Zahl der älteren Leistungsempfänger der Pflegeversicherung im Alter von 65 und mehr Jahren, die stationär versorgt werden, von heute ca. 470.000 um ca. 220.000 bis 250.000 im Jahr 2020 erhöhen. Es würde also bis dahin etwa um die Hälfte des heutigen Bestands der Pflegeplätze hinzukommen. Bis zum Jahr 2050 müsste der heutige Bestand mehr als verdoppelt werden. Allein für die Leistungsempfänger der Pflegeversicherung würden bis zum Jahr 2050 mindestens 600.000 zusätzliche Pflegeplätze benötigt, wenn nicht andere Möglichkeiten der Versorgung Pflegebedürftiger ausgebaut und keine weiteren präventiven Maßnahmen ergriffen werden. Pro Jahr müssten sonst mehr als 10.000 neue Pflegeplätze bereitgestellt werden.

Nach dem Pflegebedarfsplan des Kreises (abgeglichen mit Daten des Statistischen Bundesamtes: Die Daten des Stat. Bundesamtes für den Kreis hinken hinter der tatsächlichen Entwicklung hinter her) lebten im Kreis Herzogtum Lauenburg.

2005	8.534 Bürger über 80. Diese Zahl wird bis zum Jahre
2020	überproportional auf 14.327 ansteigen.

129 Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Johanniter Krankenhaus, Geesthacht

Im Jahre 2050 muss man mit deutlich über 20.000 rechnen (Berechnung nach bundesweiten Schemata). Nach verschieden Schätzungen (grob: 25% aller Bürger über 80) wird 2020 die Zahl der schwer pflegebedürftigen Menschen mit einer mittel bis schweren dementiellen Erkrankung von derzeit ca. 2.135 auf über 3.660 ansteigen.

	BRD Gesamt	**Kreis > 80**	**Herzog- 85-89**	**tum 90-94**	**Lauen- > 95**	**Burg Insge-Samt**	**25 %**
2005	3,07 Mill.	4.866	2.156	1.157	364	**8.543**	**2.135**
2020	5,27 Mill.	8.324	3.897	1.526	490	**14.327**	**3.660**
Differenz	2,2 Mill.						**1.425**

Also: Zurzeit leben mindestens 2.000 Menschen im Kreis mit einer mittel- bis schweren dementiellen Erkrankung (2.136). Im Jahre 2020 wird diese Zahl auf über 3.500 und im Jahre 2050 auf mindestens 5.000 ansteigen (Anstieg bis 2020 auf das 1,5 fache).

Ab einem mittelschweren Demenzstadium (-->MMSE-Test) nimmt der Pflegeaufwand deutlich zu und verschiebt sich mit weiterer Zunahme der Demenzschwere immer mehr in Richtung stationärer Pflege (Bickel 2001).

Ein Platz im Altenheim kostete 2006 nach den Berechnungen des Statistischen Bundesamtes durchschnittlich 2.675 €. Die Pflegeversicherung als Teilkaskoversicherung zahlt bei Pflegestufe III maximal 1.432.- €. Also mindestens 1.253 € muss der Betroffene selber dazu zahlen, bei jedem 10. die Sozialhilfe einspringen (im Kreis Anteil höher: Mischfinanzierung bei ca. 40,4%!).

Bei zusätzlich 1.400 Menschen mit demenzieller Entwicklung und der Notwendigkeit intensiver Pflege bedeutet das eine Mehrbelastung der hiesigen Kommunen von

175.420 € monatlich und von über: 2.105.040 Euro jährlich.

Die Kosten für vollstationäre Pflege betragen in Schleswig-Holstein zurzeit 82 €/Tag.

Wenn auch die Zahl der jüngeren Bürger nicht im selben Masse abnehmen wird wie überwiegend in Schleswig-Hostein (weil zur Metropolregion Hamburg gehörend), ist damit zu rechnen, dass die Zahl der Bürger, die ihre dement gewordenen Angehörigen zu Hause

pflegen können, weniger wird, allein schon dadurch dass die Zahl der Einzelhaushalte zunimmt.

„Der gravierendste Faktor der demographischen Alterung der Bevölkerung ist die kontinuierliche zahlenmäßige Abnahme der jüngeren Bevölkerungsgruppen unter 40 Jahren. Diese Zahlen sinken (von heute ca. 41 Mio.) bis zum Jahr 2020 auf ca. 33 Mio. und bis zum Jahr 2050 auf knapp 27 Mio. Auch die Gruppe der „älteren Berufsfähigen“ (40 bis 65 Jahre) nimmt in diesem gesamten Zeitraum (nach einem zwischenzeitlichen Ansteigen) zahlenmäßig um ca. 4,6 Mio. Menschen gegenüber heute ab. Das heißt, bis zum Jahr 2050 beträgt der zahlenmäßige Rückgang (um ca. 18,7 Mio.) der „nicht alten“ Bevölkerungsgruppen (0 bis 65 Jahre) das Dreifache der Zunahme der älteren Bevölkerungsgruppen (65 +) um ca. 6,4 Mio. Menschen“.[130]

2003 waren im Kreis 3,1% der Bevölkerung pflegebedürftig. Von den Pflegebedürftigen mussten 35,7% in vollstationären Bereich von Heimen gepflegt werden. Die Heime im Kreis waren zu 90% ausgelastet. Konkret:

Im Kreis waren 2003 5.662 Bürger pflegebedürftig. In vollstationärer Pflege waren 2.064 Bürger. Von Pflegediensten wurden 1266 ambulant gepflegt, 2.332 Bürger erhielten Pflegegeld und wurden in den meisten Fällen von Angehörigen gepflegt.

Im Kreis gibt es 50 Pflegeheime. Von 2.305 Plätzen sind 2.246 als vollstationäre Dauerpflege ausgewiesen. 34 ambulante Pflegedienste sind im Kreis tätig. Die Pflegedienste verfügen über 609 Mitarbeiter. In den 50 Heimen arbeiten 1683 Mitarbeiter.

Die meisten Menschen, auch wenn sie hilfe- und pflegebedürftig werden, wollen selbstbestimmt im eigenen Wohnumfeld gepflegt werden (s. z.B. Motel et.al. Alters-Survey 2000). 81% der Pflegebedürftigen und 87% der Angehörigen schlossen 2002 nach Schneekloth, Leven (2003) einen Umzug in ein Heim grundsätzlich aus.

Abgesehen davon wurden Heime gegründet, um Bürger mit überwiegend körperlich begründeter Pflegebedürftigkeit fachgerecht versorgen zu können. Die Heime kommen aber bei Bürgern mit dementieller Erkrankung an die Grenzen ihrer (strukturell begründeten) Leistungsfähigkeit.

Dies zeigt sich zunehmend bei uns im Kreis dadurch, dass Bewohner aus Heimen auf die psychiatrische Abteilung eingewiesen werden (häufig und wiederholt) und nicht wieder in das Heim, auch in sogenannte gerontopsychiatrisch konzipierte und sogar geschlossene Stationen von Heimen zurückkehren können bzw. dürfen.

Aus diesen und anderen Gründen wurden während der letzten Jahre unter anderem vom Kuratorium Deutscher Altershilfe (KDA) in Zusammenarbeit mit der Bertelsmann Stiftung alternative Konzepte entwickelt.

Ideal wird zur Zeit eine ambulant betreute Wohnpflegegruppe mit 24 Stunden Betreuung im jeweiligen Stadtteil oder in der jeweiligen Kommune (Dorf) gehalten (s.a. Dörner, K..: Leben und Sterben, wo ich hingehöre) unter Aktivierung des 3. Sozialraumes und Entwicklung hin zu einem fürsorgenden Gemeinwesen. Diese ambulant betreuten Wohnpflegegruppen haben außerdem den Vorteil einer großen Flexibilität und können an die unterschiedlichen

[130] s. Leben und Wohnen im Alter verfasst vom KDA und der Bertelsmann Stiftung

Stadtteile und ihrer Bewohner jeweils angepasst werden. Durch Aktivierung der Angehörigen und der Nachbarschaft im Kontext eines fürsorgenden Gemeinwesens entsteht zudem ein alle Seiten befruchtender Bürger-Profi-Mix: Neben professionell Tätigen (Altenpfleger, Krankenschwester, Ärzte, Ergotherapeuten, etc..) sind Angehörige und Nachbarn in und um die Wohngruppe tätig.

Die Aktivitäten in der Wohngruppe strahlen weiterhin in den Stadtteil/Dorf aus: Pflegende Angehörige im Stadtteil können Angebote der Wohnpfleggruppe nutzen (Treffen bei Kaffee und Kuchen, Grillnachmittage (informelle bis formelle Beratung), Nachbarschaftstreffs, Beratung, stundenweise oder tageweise Pflege, …) oder nutzen den Pflegedienst als ambulante oder teilstationäre Unterstützung. Dadurch entsteht zwischen den Mitarbeitern der ambulanten Wohnpflegegruppe und den Dorf- bzw. Stadtteilbewohner allmählich ein vertrauensvolles Verhältnis: Die Bürger wissen, in entsprechenden (Not-) Situationen bekommen sie dort Hilfe, wissen schon vor Eintritt von schwerer Pflegebedürftigkeit um die vielfältigen ambulanten und teilstationären Möglichkeiten, sind vertraut mit den strukturellen Möglichkeiten vor Ort, bauen diese eventuell sogar mit aus und werden vice versa von den Profis und den kommunal Verantwortlichen vor Ort für ihr Engagement geschätzt und anerkannt.
Dadurch entstehen auf verschieden Ebenen Synergieeffekte, die die Assistenz von schwer pflegebedürftigen Bürgern mit einer dementiellen Erkrankung und deren Finanzierung erleichtern. (KDA; Bertelsmann Stiftung; Klie, Th.; Brechmann, T; Dörner, K.; u.a.)

Um diesen Gegebenheiten (demographische Entwicklung; Wünsche der Bürger; kritische Lage der Heime; Finanzierungsengpässe; kommunale Aufgaben der Daseinsvorsorge; vermehrte Aufnahmen und Wiederaufnahmen von Patienten mit schwerer dementieller Erkrankung und Verhaltensstörungen auf der psychiatrischen Abteilung; …), Notwendigkeiten und Herausforderungen gerecht zu werden, hat die psychiatrische Abteilung folgendes Konzept entwickelt und setzt es verstärkt seit 6 Jahren um:

Konzept als Lösungsweg:
Passable Versorgungsstrukturen aus der oben skizzierten Problemlage sind an folgenden Gesichtspunkten ausgerichtet:

A) Mobile Krisen-Interventions-Teams (M-K-I-T)

1. Menschen, die im (hohen) Alter gerontopsychiatrisch (Depression, Angst, paranoide Psychose, Abhängigkeit, Demenz, …) erkranken, wollen nicht unbedingt auf einer psychiatrischen Abteilung behandelt werden (Angst vor Stigmatisierung, Diskriminierung, etc.). Außerdem sind gerontopsychiatrische Erkrankungen in der Regel kombiniert mit somatischen Erkrankungen (Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Herzinfarkt, Diabetes mellitus und andere Stoffwechselerkrankungen, neurologische Erkrankungen wie TIA, cerebrale Insulte, Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis, etc.). Deshalb sind integrative bzw. mehr ganzheitliche Vorgehensweisen angezeigt.
Aus diesem Grund haben wir schon vor Jahren angefangen, ältere Patienten in ihrem Lebensumfeld (Wohnung, Heim, etc.) aufzusuchen und sie vor Ort in Abstimmung mit der Familie, dem sozialen Umfeld, dem Hausarzt, den Pflegediensten, etc. psychiatrisch über die Institutsambulanz zu behandeln statt sie stationär psychiatrisch aufzunehmen. Außerdem schont das die bei den alten Menschen noch vorhanden Ressourcen und fördert die weitere Integration in ihrem Lebensumfeld statt sie durch eine stationäre Aufnahme zu ver-

stören und zu verwirren und damit einer Desintegration Vorschub zu leisten mit der Folge einer dann notwendigen Heimunterbringung. Nach Einführung des Regionalen Budget im Herbst 2008 haben wir diesen Ansatz verstärkt: Wir haben ambulant tätige, aufsuchende Teams, sogenannte Mobile Krisen-Interventions-Teams (M-K-I-T) für Akutes Home-Treatment gebildet, die stationäre Aufnahmen vermeiden sollen oder, wenn unvermeidlich, den stationären Aufenthalt auf das Notwendigste beschränken (--> Früh-Entlassungen). Insgesamt sollen ca. 400 stationäre Aufnahmen im Jahr durch die Behandlung von diesen Teams vermieden werden.

Diese Teams suchen die Patienten bzw. die Familien in ihrem Lebensbereich auf (Wohnung, Heim, etc.) und führen dort unter Einbeziehung der Familie, der Nachbarschaft, des Hausarztes, usw. das notwendige Assessment und die Behandlung durch. Dies erspart älteren und dementen Patienten die stationäre Aufnahme auf einer psychiatrischen Abteilung, was gerade dieser Personenkreis als besonders beschämend empfinden muss („im Alter noch in die Klapse"). Außerdem ist dies das schonendste Vorgehen unter Vermeidung von häufig notwendigen Zwangseinweisungen (Betreuung, Psych-KG), weil dieser Personenkreis auf Grund vorliegender Erkrankungen (Demenz; paranoide Entwicklung) die Behandlungsnotwendigkeit nicht einsehen kann. Diese, die stationäre Aufnahme ersetzenden Mobilen Krisen-Interventions-Teams, kommen natürlich nicht nur Menschen mit dementieller Entwicklung zu gute, sondern allen Patienten, insbesondere jedoch älteren Menschen (Konzept im Anhang: Zukünftige Versorgung durch die psychiatrischen Abteilung am Joh. Krankenhaus Geesthacht). In ihrem Lebensumfeld werden durch dieses Vorgehen passende, auf das Lebensumfeld abgestimmte Versorgungskonzepte um jeden einzelnen Patienten und sein Umfeld entwickelt. Dadurch entwickelt sich ko-evolutiv allmählich der gesamte Stadtteil/ oder das Dorf mit und schafft passende Strukturen und Umgangsformen auf veränderte Lebenssituationen.

2. Natürlich geht neben den Mobilen Krisen-Interventions-Teams die Versorgung der Patienten nach konventionellem Modus weiter (Stationär, teilstationär, ambulant). Die stationäre Verweildauer hat sich jedoch schon in der Vorbereitung zu Mobilen Krisen-Interventions-Teams deutlich verkürzt, weil ambulant bessere haltende Strukturen entstanden sind bzw. die Übergänge fließend ineinander übergehend gestaltet wurden.

Angelehnt an die Cantous[131] in Frankreich haben wir als einzige akutpsychiatrische Abteilung „Küchentherapie" (Kochen) auf den Stationen eingeführt: Die Patienten kaufen ein, was sie zum Frühstück, Mittagessen und Abendessen zubereiten und essen. „Kochen" auf der Station kommt insbesondere älteren und auch Patienten mit dementieller Entwicklung zu Gute.

3. Im Kontext des Regionalen Budgets können jedoch Patienten bei uns von weiteren therapeutischen Kontexten profitieren: Zunehmend setzen wir Krisenfamilien als Substitut für stationäre Behandlung ein. Verschiedene Untersuchungen (Madison, Denver, Zürich, Ravensburg, Tonder/ Kopenhagen, …) haben gezeigt, dass Krisenfamilien genauso effektiv sein können wie ein stationärer Aufenthalt. Die Familie und ihren Alltag als therapeutischen Kontext nutzen wir auch zunehmend für die Behandlung älterer und dementer Menschen. Einige bleiben im Anschluss daran bei diesen Familien wohnen (Übergang von der Krisenfamilie zur Gastfamilie) bzw. halten weiterhin Kontakt zu diesen Familien. Dies ersetzt dann

[131] Cantou - Die alternative Wohnform für Menschen mit Demenz:
s. http://www.ppm-online.org/verlag/artikel-lesen/artikel/wohnform-cantou-bei-demenz/

ebenfalls häufig einen Heimaufenthalt und wird Zug um Zug zur besseren kommunalen Vernetzung beitragen.

B) Stadtteilbezogene (dörfliche) ambulante Wohnpflegegruppen mit 24 Stunden Betreuung

Insbesondere bei der Versorgung von Menschen mit dementieller Entwicklung sind folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen:

1. "Well-Targed Service" (Thornicroft, Tansella) :
Hat eine psychiatrische Abteilung den Anspruch, alle älteren Menschen mit psychiatrischen Diagnosen behandeln zu wollen, würde sie sich total überfordern. Die meisten älteren Menschen werden gut von ihren Angehörigen und ihrem Hausarzt in Verbindung mit ambulanten Pflegediensten versorgt. Dieses (primäre) basale System ist unbedingt zu unterstützen, zu stärken und auszubauen (primäres System).

Die psychiatrische Abteilung mit PIA als spezielles Versorgungssystem hat ihre Vorgehensweise und Ressourcen an den Notwendigkeiten der kränksten und vulnerabelsten Gruppe von Patienten auszurichten. Dies sind – mit jedem Jahr mehr – unter anderem die Menschen mit einer dementiellen Erkrankung (mit Verhaltensstörungen), die die Familien, den Hausarzt oder die Heime – also das primäre versorgende System nachweislich überfordern. Außerdem würde eine andere Ausrichtung die finanziellen Mittel der Kranken- und Pflegekassen bei weitem übersteigen, erst recht in der Zukunft.

Wir als psychiatrische Abteilung müssen also bei all unseren Überlegungen von der kränksten und schwächsten Patientengruppe ausgehen (Pflichtversorgungsgaufgabe).

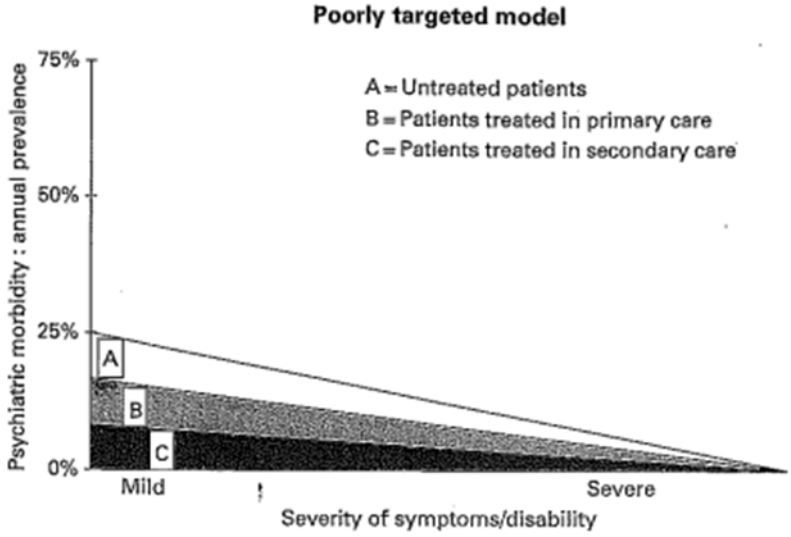


Figure 11.2 Relationship between degree of disability and treatment setting in a poorly targeted service.

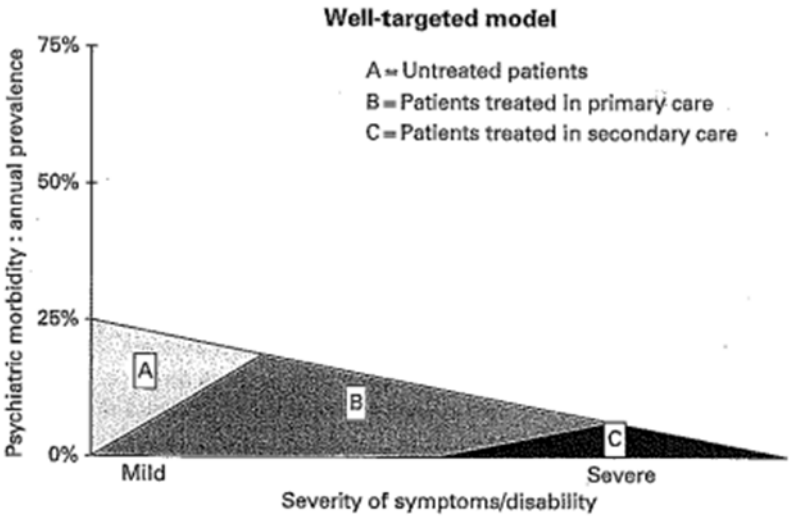


Figure 11.3 Relationship between degree of disability and treatment setting in a well-targeted service.

aus „Better Mental Health Care, S.136

2. Die Akzeptanz von Heimunterbringungen in der Allgemeinbevölkerung und bei Menschen mit hohem Pflegbedarf und erst recht bei Menschen mit dementieller Erkrankung ist nicht sehr hoch. Nach Motel et al. bestehen nur bei 2% der 70- bis 85 jährigen konkrete Pläne in ein Heim umzuziehen. 81 bis 87% wollen auch mit Demenz nicht in ein Heim (Schneekloth, Leven 2003). Dennoch wird ein Großteil der Menschen in Heimen versorgt. Im Grundsatz wollen Menschen dort leben und sterben, wo sie hingehören.

3. Heime sind für die Bedürfnisse von Demenzkranken nicht besonders gut geeignet. Deshalb wurden während des letzten Jahrzehnts verstärkt Alternativen zu einer Heimunterbringung entwickelt. Das Kuratorium Deutscher Altershilfe (KDA), die Bertelsmannstiftung, Thomas Klie in Freiburg, Der Freundskreis alter Menschen in Berlin, Klaus Dörner, Theresia Brechmann (Verein Alt und Jung in Bielefeld), u.a. empfehlen stadtteilbezogene Wohnpflegegruppen mit Aktivierung des 3. Sozialraumes.

4. Die Zahl jüngerer Menschen, die alte Menschen zu Hause pflegen können, nimmt ab. Diese Entwicklung ist besonders besorgniserregend. Konzepte müssen diese Entwicklung berücksichtigen.

5. Zunehmend sind auch Bürger, die aus Ländern mit anderem kulturellem Hintergrund stammen (islamische Länder, türkische, russische, jüdische, asiatische Abstammung, etc.) von einer Demenzerkrankung betroffen. Dies muss beim Umgang, der alltäglichen Pflege und Behandlung berücksichtigt werden. Andere Gruppen sind: Geistig behinderte Menschen, psychisch kranke Menschen und insbesondere Menschen unterschiedlicher sozialer Schichten. Hier im Kreis: Sehr wohlhabende Bürger in und um Wentorf und Aumühle, Gemeinden mit hohem Anteil von „Millionären“ und im Gegensatz dazu Stadtteile und Gemeinden überwiegend Unterschicht geprägt (hohe Zahl von Arbeitslosen z.B.).

6. Demenzkranke müssen routinemäßig und pflichtgemäß neue und alte Versorgungsstrukturen nutzen können. Neue und bessere Versorgungsstrukturen werden dann zunehmend die alten Versorgungsstrukturen ablösen und ersetzen, wenn sie sich bewähren. Nur wenn alle Menschen mit Demenzerkrankungen entsprechend ihren verbliebenen Fähigkeiten und Ressourcen versorgt werden, sind sie alltagtauglich. Ansonsten entstehen nicht zu schließende (Versorgungs-) Lücken und Unterversorgung.

7. *Kosten:* Brauchbare Versorgungsstrukturen müssen bezahlbar und möglich gleich oder sogar kostengünstiger sein als konventionelle Versorgung zurzeit. Entsprechende Modelle müssen für die Kommunen, den Pflege- und Krankenkassen bezahlbar bleiben. Nur dann sind sie zukunftsfähig.

8. *Kommunale Herausforderungen:* Das Engagement der Kommunen für stadtteilbezogene Wohnpflegegruppen u./od. Haushaltsgemeinschaften mit 24-Stunden-Betreuung ist nicht uneigennützig. Die zunehmende Zahl von hochbetagten Bürgern während der nächsten 50 Jahre und die Notwendigkeit von Betreuung lassen sich nicht mit Heimen beantworten. Diese sind zu teuer und außerdem gerade für Demenzkranke ungeeignet. Ein riesiges Problem kommt auf die Kommunen zu. Daher werden von Seiten der Pflegekassen neue Versorgungsformen, wie Wohngruppen mit ambulanter Betreuung sehr begrüßt. Die Politik ist nicht zuletzt durch die hohen Kosten der stationären Betreuung in Zugzwang geraten. Haushaltsgemeinschaften bzw. Wohngruppen sind keineswegs teuerer als stationäre Pflege. Sie sind eher günstiger und dies umso mehr, je mehr Bürger in einem Stadtteil sich nachbarschaftlich engagieren und die Begleitung und Pflege von Menschen mit einer de-

mentiellen Entwicklung mittragen. Nachweislich lebt man in einer Haushaltsgemeinschaft länger und in vielerlei Hinsicht besser: Der Verbrauch an Psychopharmaka nimmt ab, Stürze nehmen ab und Krankenhauseinweisungen. Wohnpfleggruppen als Haushaltsgemeinschaften bieten wegen ihrer Normalität und Individualität die adäquate Antwort auf eine alternde Gesellschaft.

9. Ambulante Wohnpflegegruppen wurden im Bundesgebiet vereinzelt von Angehörigen u./od. Pflegediensten oder anderen Engagierten gegründet.
Um im Kreis Herzogtum Lauenburg ein flächendeckendes Netz zu etablieren, braucht es die Initiative eines „kommunalen" Trägers im kommunalen Netzwerk (z.B.: Psychiatrische Abteilung, die die Pflichtversorgung durchführt) der Versorgung, der die Entwicklung verantwortlich vorantreibt.

10. Das Konzept muss aus folgenden Elementen bestehen:

a. Am Alltag orientiert sein (alles andere ist nicht so prägend. Der Alltag ist jedoch die wichtigste Orientierungshilfe für Menschen mit dementieller Entwicklung.
b. Kontinuität in der Betreuung: Häufige Personalwechsel verstören gerade Demenzkranke wegen ihrer Gedächtnisstörungen, während Verlässlichkeit und vertrauter Umgang sie bei ihrer Vulnerabilität stützt und schützt.
c. Im Stadtteil angesiedelt sein: Wenn die Familie mit der Betreuung überfordert ist, müssen fußläufig, in der Nachbarschaft Möglichkeiten der Betreuung zur Verfügung (Tagesstätte, Tagespflege, ambulante Pflege integriert in eine ambulante Wohnpflegegruppe mit 24 Std. Betreuung) stehen. Die Angehörigen müssen ihr Familienmitglied nicht abgeben, sondern können mit Unterstützung von Profis (Bürger-Profi-Mix) die weitere Versorgung sicherstellen (Kontinuität der zwischenmenschlichen Beziehungen, was Stabilität schafft). Dadurch wird unter anderem der
d. 3. Sozialraum aktiviert im Kontext eines fürsorgenden Gemeinwesen
e. Die ambulante Wohnpflegegruppe als Hausgemeinschaft betreut rund um die Uhr: 24 Std. Betreuung

11. *Dörfliche Strukturen:* Die dörflichen Strukturen im Kreis Herzogtum Lauenburg leiden besonders unter dem soziodemografischen Wandel: Während die „Alten" weiter im Dorf wohnen bleiben, sind die „Jungen" weggezogen. Ohne Unterstützung durch jüngere Familienmitglieder ist man jedoch als alter Mensch verstärkt auf eine gute kommunale Infrastruktur angewiesen. Jedoch schließen in dörflichen Strukturen sowohl die sogenannten „Tante Emma Läden" als auch andere dienstleistende Institutionen wie die Post, etc. Jede schwere Erkrankung im Alter verhindert deshalb die Rückkehr ins häusliche Umfeld sowohl wegen mangelnder Pflege als auch mangelnder Versorgung. Es bleibt vielen älteren Menschen dann nichts anderes übrig, als in ein Heim in der Nähe einer größeren Stadt zu ziehen.

Durch Gründung einer ambulanten Wohnpflegegruppe vor Ort in den Dörfern wird diese verhängnisvolle Entwicklung gestoppt: Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt mit weiterem Reha-Bedarf können in der Wohnpflegegruppe solange auch Rund um die Uhr gepflegt und betreut werden, bis sie wieder in ihre Wohnung zurückkehren können, mit oder ohne Unterstützung. Um die Wohnpflegegruppe herum wird gleichzeitig Wohnraum entwickelt bzw. erhalten, der für die Betreuung und Pflege für ältere Menschen geeignet ist.

Wie sich in verschiedenen Regionen in Deutschland und in anderen Ländern (z. B. Italien: in „Schöne Aussichten für das Alter" von D. Deutsch) gezeigt hat, trägt die Sorge um die Al-

ten mit entsprechenden Strukturveränderungen zur Revitalisierung dörflicher Strukturen bei (Beispiel aus dem Kreis: In Gülzow wurde mit Hilfe des Bürgermeisters und der WfbM ein Lebensmittelladen eröffnet). Diese Entwicklung wird durch verschiedene Fonds aus EU und anderen Mitteln unterstützt.

12. *Aktivierung des 3. Sozialraumes:* Die alten Familienstrukturen, in denen die Jungen die Alten, die Gesunden die Behinderten und Kranken unterstützt haben, sind Vergangenheit. Die Jüngeren ziehen meist zwischen 20 und 30 aus dem Elternhaus, gründen eine eigene Familie und wohnen nur selten im Haus der Eltern oder in deren Nähe. Die Kinder können deshalb ihre alt gewordenen Eltern nur selten pflegen, was Heimeinweisungen begünstigt.

Die Alten sind also auf sich alleine gestellt. Unter anderem aus diesem Grund ist es zu einer Belebung des 3. Sozialraumes - der Nachbarschaft - gekommen, der neben dem privaten und öffentlichen Sozialraum schon immer Bestand hat. Nach Dörner beginnen die Bürger seit 1980 zunehmend und scheinbar gegen ihr eigentliches Interesse sich wieder für das soziale Helfen zu engagieren, sich nicht mehr nur an der Selbstbestimmung, sondern auch an der Solidarität zu orientieren. Er führt an, dass seit 1980 die Zahl der Freiwilligen und der Nachbarschaftsvereine steigt. Seither ist die Kultur der Selbsthilfegruppen teilweise auch für Angehörige entstanden - es hat sich ein fast flächendeckendes System von Hospizen entwickelt. Seitdem haben die Aidskranken uns gezeigt, wie man durch einen klugen Mix aus bürgerschaftlichen und professionellen Ressourcen auch noch die schwierigste Pflege und Sterbebegleitung in den eigenen 4-Wänden organisieren kann. Seither werden immer noch trotz verschlechterter Bedingungen 70 % der Alterspflegebedürftigen von ihren Angehörigen betreut -. Seither ist die Familienpflege auch für Demente wieder entdeckt -. Seither gibt es die Bewegung des generationsübergreifenden gemeinschaftlichen Lebens mit dem wechselnden Versprechen der Hilfe in Krankheit, Alter und Not und seither gibt es die boomende Bewegung der ambulanten nachbarschaftszentrierten Wohnpflegegruppen für Demente und anders Pflegebedürftige.

In diesem Sinne erinnert man sich, folgt man Dörner, dass alle Kulturen der Menschheitsgeschichte Nachbarschaft vorgesehen haben – einmal für den überdurchschnittlichen Hilfebedarf und für Alleinstehende, zum anderen für in ihrer Bewegung eingeschränkte Menschen zur fußläufigen Erreichbarkeit all dessen, was man zum Leben braucht. Auch Dorette Deutsch führt in ihrem Buch „Schöne Aussichten fürs Alter“ zahlreiche Beispiele für Nachbarschaftshilfe in Deutschland und vor allem in Italien auf. In ähnlichem Sinne tut das das Kuratorium Deutsche Altershilfe und die Bertelsmann-Stiftung in ihrer Studie „Leben und Wohnen im Alter“. Reichen die eigenen Kräfte nicht aus, springen in zunehmendem Maße Nachbarn ein. Dies gibt Sicherheit und Halt. Wenn dann noch bei eintretender Pflegebedürftigkeit ein ambulanter Pflegedienst nach Hause kommt, steigen die Aussichten, dass man trotz Handicaps in der eigenen Wohnung bleiben kann und dort auch sterben kann.

Ein weiteres Element ist die Tagespflege, die ebenfalls Gewähr ist, dass man auch bei ausgeprägter Pflegebedürftigkeit oder einem sich entwickelnden dementiellen Prozess in der eigenen Wohnung bleiben kann und trotzdem die notwendige Unterstützung erhalten kann. Je mehr Nachbarschaftshilfe netzwerkartig einen ganzen Stadtteil erfasst, desto tragender die Strukturen. Als Beispiel führt Dorette Deutsch in ihrem Buch „Tiedoli, ein gottverlassenes Nest in Italien“ an, in dem sowohl der Bürgermeister als auch der Dorfpfarrer maßgeblich eine Kultur geschaffen haben, die das Wohnen und Leben alter Menschen bis zum Tod im Dorf erlaubt und gleichermaßen so anziehend wirkt, dass die jungen Leute, die vor Jahren ausgewandert sind, wieder zurückkehren und neuen Gefallen an einer solchen

Art Dorf- und Stadtkultur finden.

Haben alte Menschen den Eindruck sie werden, auch wenn sie allein in einer eigenen Wohnung wohnen von ihren Mitmenschen, ihren Nachbarn bzw. im Stadtteil oder der Dorfgemeinschaft getragen, gewinnen sie Sicherheit und Selbstsicherheit, fühlen sich angenommen und aufgehoben, was sie im selben Zuge insgesamt stabilisiert. Sie wissen, dass sie Hilfe erhalten, zum Beispiel von den Nachbarn, zum Beispiel von einem ambulanten Pflegedienst oder aber auch wenn es gar nicht mehr geht, in der im Stadtteil angesiedelten Hausgemeinschaft, in der auch 24-Stunden-Betreuungen möglich sind. Wenn sie in einer Haushaltsgemeinschaft umziehen müssen, sind sie sicher, dass sie von ihren Familienangehörigen, den Nachbarn oder den anderen Stadtteil- oder Dorfbewohnern nicht allein gelassen werden, unkompliziert besucht werden können und somit die Versicherung haben, nicht allein sterben zu müssen. Dieses Zusammenspiel des Einzelnen getragen innerhalb eines Stadtteils von ihnen nahestehenden Menschen, lässt ein Leben in Würde auch in hohem Alter bis in den Tod hinein zu.

Eine Haushaltsgemeinschaft mit 24-Stunden-Betreuung ist deshalb nur der letzte Mosaikstein eingebettet in eine Kultur, die den Menschen ein würdiges Leben, arbeiten, wohnen und Sterben ermöglicht. Diese Prozesse können umso besser angestoßen werden, sobald sie vom Bürgermeister der Stadt oder des Dorfes mitgetragen werden und erst recht von der Kirchengemeinde. Diakonie im Rahmen einer Kirchengemeinde wird in diesem Sinne nicht als Delegation an den Pflegedienst der Diakonie verstanden, sondern als Engagement und Begleitung des Nächsten im Sinne der Bibel: Die Kirche wird als der Leib Christi aufgefasst, Christus ist das Haupt, jeder Einzelne, die Glieder. „Was ihr dem geringsten meiner Brüder getan habt, habt ihr mir getan“. Es gibt geradezu eine Belebung der Kirchengemeinden, die auf diese Art und Weise tätig sind.

13. Vom Pflegenotstand zum Bürger-Profi-Mix

Schon jetzt können in Pflegediensten und Heimen nicht alle offenen Stellen adäquat besetzt werden. Dies wird sich in Zukunft noch verschärfen. Schon deshalb müssen Konzepte für die Zukunft diesen Umstand berücksichtigen.

Bei der Konzeption ambulanter Wohnpflegegruppen im Stadtteil werden Angehörige und Bürger aus verschieden Gründen mitberücksichtig:

a. die Pflegeversicherung ist als Teilkaskoversicherung ausgelegt. Deshalb ist das Engagement von Familienangehörigen von vornherein – sei es geldlich oder in Form von Mitarbeit - in die Versicherungsleistung mit eingeplant.

b. Der Charakter von ambulanten Wohnpflegegruppen lebt von einer familiär getragenen Atmosphäre. Eine nur von Professionellen geführte Wohnpflegruppe formalisiert die Beziehungen der Bewohner und ihrer Assistenten (Pflegekräfte, Altenpfleger, etc…) und lässt die Wohngruppe institutionell erstarren.

c. Angehörige und Nachbarn müssen sich prägend in den Ablauf und die Gestaltung der Wohngruppe einbringen dürfen, so dass die Wohngruppe zu „ihrer“ Wohngruppe wird und bleibt. Damit werden betrieblich bedingte Abläufe, ohne die eine Wohngruppe natürlich auch nicht auskommen kann, wenn sie finanzierbar bleiben soll, auf das notwendige Mindestmass beschränkt.

d. Die Notwendigkeit, Bürger und Angehörige mit einzubeziehen, ergibt sich noch aus anderen Gründen: Nur mit Hilfe von Bürgern und Angehörigen läst sich

der Mangel an Pflegekräften kompensieren und eine verantwortungsvolle Begleitung der pflegebedürftigen Mitbürger aufrechterhalten.

e. Bürger engagieren sich jedoch nur, wenn sie gebraucht werden. Bei Wohngruppen, die voll ausgestattet nur mit Profis auskommen, halten sich Bürger und Nachbarn zurück, unter anderem weil sie den Eindruck haben, ihre Tätigkeit ist nicht gewünscht und notwendig. Andere Erklärung: Die Profis halten die Bürger und Angehörigen aus Eigeninteresse von diesem Engagement ab. Nur dann, wenn also ein gewisser, zu kompensierender „Mangel" besteht, haben die Bürger eine Chance maßgeblich miteinbezogen zu werden. Durch diesen Umstand verschlechtert sich jedoch nicht die Situation, sondern *der Bürger-Profi-Mix verbessert nachhaltig die Qualität der Pflege: Wir brauchen also notgedrungen eine neue Balance zwischen bürgerlicher und professioneller Arbeit* (Beistand, basale Pflege und Miteinander).

14. *Inklusion und Community-Living:* Psychisch kranke Menschen zeichnen sich durch eine hohe Sensibilität für zwischenmenschliche Beziehungen aus. Dies ist ihre Achillesferse (Vulnerabilität), aber auch eine ihrer Stärken. Der Pflegedienst „Weiße Feder" in München macht sich diese Qualität psychisch kranker Menschen zu Nutze: Mit Erfolg arbeiten psychisch kranke Bürger seit Jahren in der Pflege alter und pflegebedürftiger Menschen mit. In Schweden werden geistig behinderte Menschen bei der Betreuung alter Menschen mit eingesetzt, unter anderem weil sie eine heitere Stimmung verbreiten. Die Erfahrungen aus dem Projekt „Sensible begleiten Sensible" im Kreis Herzogtum Lauenburg bestätigen diese Erfahrungen. Der Verein „Arbeit nach Maß" setzt ebenfalls seit Jahren, psychisch kranke Menschen mit Erfolg in der Begleitung und Pflege alter Menschen im Zuverdienst (in ambulanten Pflegdiensten, in der Tagespflege, im Heim, etc…) ein.

Psychisch kranke Menschen können jedoch nicht nur direkt in der Assistenz (Pflege, Vorlesen, Spazierengehen, Einkaufen, Kochen, Zusammensein, Spielen, Zuhören, …) , sondern auch indirekt bei der Gründung und dem Betrieb ambulanter Wohnpfleggruppen eingesetzt werden: Beim Renovieren, beim Umzug, bei der Gartenarbeit, beim Transport, bei der Verwaltung der Häuser (Immobilientherapie), ... Dadurch entstehen in und um jede Wohnpflegegruppe Zuverdienstarbeitsplätze. Zuverdienstarbeitsplätze sind jedoch gerade für psychisch kranke Menschen unverzichtbar (extrem hohe Arbeitslosigkeit!), weil ja

- „jeder Mensch notwenig sein will",
- „jeder Mensch für andere Bedeutung haben will" (Dörner), bzw.
- „jeder Mensch, in seinem Tun und Sein „beantwortet werden will" (Buber, und Willi, J.)

In Gülzow hat der Bürgermeister mit Unterstützung der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) einen Lebensmittelladen gegründet, so dass für alte Menschen die notwenige Infrastruktur im Dorf erhalten bleibt. Mit Hilfe von psychisch kranken Menschen können in den Dörfern „Lebensmittelläden und mehr" im Zuverdienst oder als Integrationsarbeitsplatz betrieben werden (siehe auch CAP-Märkte) und so die notwendige Infrastruktur im Dorf erhalten oder wiederhergestellt werden. Psychisch kranke Menschen helfen also an der Seite von Bürgern, Angehörigen und Professionellen mit, Antworten zu geben auf die drängenden Herausforderungen der Zukunft: Der soziodemographische Wandel, der alle betrifft, insbesondere aber auch die Kassen und die Kommunen. Im Aufgreifen und Abarbeiten dieser gemeinsamen Aufgabe wird *Inklusion* gelebt (und nicht nur verordnet) als gemeinsa-

mes Vorgehen von Bürgern, psychisch kranken Menschen und der Kommune und es entsteht en passant dies, was wir uns alle wünschen*: Community-Living*.

15. *Rolle des Krankenhauses:* Sowohl die Somatik wie die Psychiatrie haben zunehmend Kontakt mit älteren Menschen, die stürzen, verwirrt sind oder multimorbid erkranken. Oftmals können diese Menschen wegen mangelnder Unterstützung nicht mehr nach Hause entlassen werden. Wegen Mangel an Möglichkeiten werden sie dann in die Kurzzeitpflege oder in ein Heim entlassen, wohlwissend, dass dies im Grunde genommen nicht dem Wunsch und Willen dieser Menschen entspricht. Das DRG System hat diese Entwicklung weiter beschleunigt. Schon aus Untersuchungen aus den 80iger Jahren (Universität Frankfurt) wissen wir, dass über die Hälfte dieser bedingt durch die Umstände in ein Heim verlegten Menschen im Zeitraum von drei Monaten versterben werden. Aus Mangel an Hoffung, wie eine andere Studie herausfand (in Bronfenbrenner, U.: Die Ökologie der menschlichen Entwicklung). Das Krankenhaus und erst Recht die Ärzte können solche Folgen nicht wollen.

Quartierbezogenes Wohnen einschließlich der Möglichkeit intensiver Pflege im Stadtteil bietet für solche Lagen einen passablen Ausweg. Das Krankenhaus bzw. die psychiatrische Abteilung hat deshalb ein hohes Interesse den Ausbau des quartierbezogenen Wohnens einschließlich, die Entstehung von Haushaltsgemeinschaften im Kreis Herzogtum Lauenburg zu fördern.

16. Von der Wohnpflegegruppe zum stadtteilbezogenen Reha-Zentrum
In der Wohngruppe ist pflegerischer Kompetenz rund um die Uhr vorhanden. Außerdem arbeiten Ergotherapeuten, Krankengymnasten und Logopäden mit. Unterschiedliche Hausärzte und Fachärzte machen mindestens 1x die Woche Visite, stellen einen Behandlungsplan auf bzw. passen den an die veränderte Entwicklung an. Und wie gesagt sind die psychiatrisch Tätigen der Institutsambulanz maßgeblich am Aufbau, Erhalt und Ausbau der ambulanten Wohnpfleggruppe beteiligt. Notfalls kommt das Mobile Krisen-Interventions-Team (M-K-I-T) 2-3 Mal täglich, auch nachts vorbei. Mit anderen Worten konzentriert sich in und um ambulante Wohnpflegegruppe im Stadtteil eine erhebliche medizinische und rehabilitative Kompetenz.

Deshalb liegt es Nahe, angegliedert bzw. integriert (abhängig von den Räumlichkeiten) in und an die ambulante Wohnpflegegruppe Diagnostik (in Zusammenarbeit mit Krankenhaus und Fachärzten vor Ort), Behandlung und Rehabilitation für die Menschen aus dem Stadtteil durchzuführen. Bürger können dadurch im Anschluss an eine Diagnostik und Behandlung im Krankenhaus (nach cerebralem Insult, nach einer schweren Operation, nach TEP, …) vor Ort wieder in ihr gewohntes Lebensumfeld eingegliedert werden: Die *in vivo Rehabilitation im Stadtteil* ersetzt die Rehabilitation in lebensfernen Behandlungsorten, der oft, weil gewissermaßen nur unter „Laborbedingungen“ trainiert und therapiert werden kann, Heimaufenthalte folgen.

Umsetzung:
Im Kreis Herzogtum Lauenburg (186.000 Bürger) werden bis zum Jahr 2020 mindestens 100 ambulante Wohnpflegegruppen (in einer Wohngruppe wohnen 7-8 Bewohner. Bedarf für 1.425 Bürger, s.o.) benötigt (ohne Antasten des bisherigen Systems):

Zurzeit (2008) gibt es ca. 2.100 Heimplätze für ca. 2.100 pflegebedürftige demente Bürger. 2020 braucht es für 3.600 Bürger notwendig haltende Strukturen.

Die Lücke/Differenz von ca. 1.500 Bürgern soll über 100 stadtteilbezogen Wohnpflegegruppen geschlossen (-->Synergieeffekte in den Stadtteil bzw. die Kommune/Dorf hinein, s.u.) werden.

Diese sollen:

- dezentral,
- ambulant
- mit 24 Stunden Präsenz
- über den Kreis verteilt, von Geesthacht bis nach Ratzeburg, von Wentorf bis nach Büchen und Lauenburg

gegründet werden.

1. Schritt: Anmietung eines als Wohnpflegegruppe geeigneten Hauses

Es ist nicht davon auszugehen, dass diese hohe Zahl an ambulanten Wohnpfleggruppen von einzelnen Pflegediensten oder Angehörigen gegründet und verantwortlich begleitet werden können. Nichtsdestotrotz ist natürlich jede Initiative in dieser Richtung voll und ganz ohne Vorbehalt zu unterstützen, weil nur durch eine allgemeine Anstrengung die demographische Herausforderung der nächsten Jahrzehnte im Kreis und Land zu schaffen ist.

Für den Kreis Herzogtum Lauenburg hat der Verein „Arbeit nach Maß“ über seine entsprechende Abteilung (Wohnbüro („Immobilientherapie“)) verstärkt seit sechs Jahren begonnen, geeignete Häuser für Wohnpflegegruppen anzumieten. Mittlerweile gibt es zehn Häuser (Wohnpflegegruppen), in denen Wohnpflegegruppen platziert sind, dezentral über den Kreis verteilt in:

Geesthacht: (2)	Pflegedienst Sonnenblume,
Lütau: (1)	Pflegedienst Medical Service
Schwarzenbek: (2)	Pflegedienst Sonnenblume u. Medical Service
Lauenburg: (1)	Pflegdienst Medical Service
Basthorst: (1)	Pflegedienst Harmester
Koberg: (2)	Pflegedienst Harmester
Wentorf: (1)	Pflegedienst Käufer

Weitere Häuser werden angemietet oder auch gekauft (z.Zt. in Büchen).

Mit den Bewohnern werden über die Angehörigen oder Betreuer Untermietverträge abgeschlossen (die meisten Bewohner sind dement und damit nicht geschäftsfähig!). Die Grundmiete soll nach unseren Vorstellungen nicht mehr als 250 € betragen, so dass ein Wohngruppenplatz für alle Bevölkerungsgruppen erschwinglich bleibt, auch für Menschen mit Grundsicherung. Neben der Miete kommen noch die Nebenkosten (Strom, Wasser, Heizung, Abfall, …) dazu und die Kosten des Lebensunterhaltes (Essen, Trinken, …). Die Häuser werden von sechs bis zehn Bewohnern bewohnt (Sicherstellung der 24 Stundenpräsenz über Synergieeffekte).

2. Schritt – Sicherstellung der Betreuung rund um die Uhr

Vor Ort suchen wir einen Pflegedienst, der die tägliche Pflege und Versorgung der Menschen mit Demenz in den Häusern 24 Std. sicherstellen kann. Wie geschildert gibt es mitt-

lerweile zehn Wohnpflegegruppen im Kreis, die von verschiedenen Pflegediensten betreut werden (Pflegedienst Sonnenblume, Pflegedienst Medical Service, Pflegedienst Harmester, Pflegedienst Käufer). Alle Pflegedienste sind am Qualitätszirkel „Wohnpflegegruppe“ des Kreises Herzogtum Lauenburg beteiligt. Der Qualitätszirkel ist der erste seiner Art in Schleswig-Holstein (wenn nicht sogar bundesweit) (Mitglieder: Pflegedienste, psychiatrische Abteilung, Ergotherapiepraxen, Fachdienst Gesundheit des Kreises, Heimaufsicht).
Die Anmietung des Hauses darf der Pflegedienst nicht selbst vornehmen. Vermietung und Service bzw. Betreuung müssen getrennt sein, weil ansonsten die Wohnpflegegruppe unter das Heimgesetz fällt.

3. Schritt: Ärztliche und psychiatrische Betreuung
In Verbindung mit der Institutsambulanz der psychiatrischen Abteilung am Johanniter Krankenhaus (PIA) wird die psychiatrische Begleitung der einzelnen Menschen mit Demenz sichergestellt: Der Psychiater kommt mindestens 1 x wöchentlich zur Visite vorbei. Mit den Mitarbeitern des Pflegedienstes werden dann die aktuellen Probleme besprochen und entsprechende Konzepte erarbeitet und die psychiatrische Behandlung sichergestellt.
Dabei geht es auch bzw. überwiegend um die Gestaltung des Alltages (Einkaufen, Kochen, Aktivierung, Weglauftendenzen, …). Sinnvolle Tätigkeit (soweit noch möglich) erleichtert das Zusammenleben.

Der Psychiater ist über die Institutsambulanz auch für Notfälle abrufbar. Dadurch können in vielen Fällen stationäre Aufnahmen vermieden werden. Selbstverständlich wird bei drohenden Krisen auch das Mobile Krisen-Interventions-Team eingeschaltet. Dadurch lassen sich die meisten stationären Aufnahmen vermeiden. Die hausärztlich Behandlung wird weitergeführt wie vor der Aufnahme in der Wohngruppe. Dies ist dadurch erleichtert, weil die Wohngruppe im Stadtteil angesiedelt ist, aus dem der Bewohner stammt (Kontinuität). Dadurch findet die ärztliche Behandlung und Rehabilitation integriert über die ambulante Wohnpflegegruppe im Stadtteil/ Dorf statt.

4. Schritt
a. Ergotherapie
Durch Kooperationen mit Ergotherapie Praxen (Praxis Mucha, Praxis Sturm vor allem) sind in jeder Wohngruppe mindestens 1-2 Ergotherapeuten jeden Tag für 6-7 Stunden täglich tätig. Ergotherapeuten sind mit ihrer Ressourcenorientierung unersetzliche Mitarbeiter im Gesamtkonzept und ergänzen die tägliche Pflege. In jeder Wohngruppe arbeiten also Pflegekräfte/Altenpfleger und Ergotherapeuten Hand in Hand zusammen und stellen das Rückgrad der Versorgung. Krankengymnasten und andere Berufsgruppen (z.B. Logopäden, Fachärzte) werden bei Bedarf dazu geholt (ergänzend).

Wegen der großen, zunehmenden Bedeutung der Ergotherapie bzw. der Krankengymnastik für Menschen im hohen Lebensalter mit schweren Erkrankungen (Demenz, Z. n. Schlaganfall mit erheblicher Behinderung, …) sollte für diese gerontopsychiatrischen Patienten dieser Bereich parallel zum Regionalen Budget der Klinik wieder refinanziert werden, wie dies auch in anderen Regionen üblich ist. (Nur im Kreis Herzogtum Lauenburg sind Heilmittel im Regionalen Budget mit enthalten. Dies kann aber im Grunde genommen nur für „klassisch“ psychisch kranke Menschen gelten).

b. Akute Behandlung vor Ort und Reha-Kompetenz : Von der ambulanten Wohngruppe zum Behandlungs- und Reha-Zentren im Stadtteil/Dorf: *In vivo Rehabilitation*
Mitarbeiter der Pflegedienste und andere Berufgruppen sind nicht nur in der Wohngruppe tätig, sondern versorgen mehr und mehr auch andere pflegebedürftige Menschen aus dem Stadtteil um die Wohngruppe herum. Dadurch sind sie auch für Menschen zuständig, die zwar Hilfe und Unterstützung brauchen (nach einer OP, nach TEP, nach Schlaganfall bzw. cerebralem Insult, etc…), die jedoch nicht unbedingt dement sind. Angegliedert bzw. in der Wohngruppe arbeiten Mitarbeiter des Pflegedienstes (auch 24 Stunden Betreuung vor Ort möglich!) kooperativ mit Krankengymnasten, Logopäden und Ergotherapeuten in Abstimmung mit Hausärzten, Fachärzten und Psychiatern zusammen. An diesem Ort im Stadtteil oder Dorf können deshalb komplexe Behandlungspläne aufgestellt und umgesetzt werden, wie sie bei akuten Krisen, aber auch bei Erkrankungen, die eine umfassenden Rehabilitation erforderlich machen (z.b. Schlaganfall, cerebrale Insulte, schwere Operationen, TEPs, …), notwendig sind. Dies erleichtert die Einpassung und Anpassung in den konkreten Alltag vor Ort: Es findet keine künstliche Reha in wohnungsfernen Einrichtungen statt, sondern eine *in vivo Rehabilitation* im konkreten Lebensbereich! Die ambulante Wohngruppe mit 24 Stunden Betreuung im Stadtteil, wird so unter anderem zum stadtteilbezogenen Reha-Zentrum.

5. Schritt: Bürger-Profi Mix
Die Atmosphäre einer ambulanten Wohnpflegegruppe hängt, wie oben geschildert nicht unerheblich vom sogenannten Bürger-Profi-Mix ab: Die Angehörigen und Bürger aus der Nachbarschaft verhindern durch Beteiligung an der Begleitung und Pflege ihrer dementen Angehörigen eine formalisierte Atmosphäre, die vor allem durch die Arbeit der Profis und die notwendige Organisation entsteht. Durch die wesentliche Beteiligung der Angehörigen und Bürger (ambulante Wohngruppe im Stadtteil, vergl. auch die Ausführungen von Henning Scherf über seine Wohngruppe in Bremen) kann sich die Wohngruppe einen mehr familiären Charakter erhalten und der mehr formelle institutionalisierte Anteil durch die professionelle Beteiligung wird eingeschränkt, obwohl er natürlich auch notwendig ist. In dem Maße in dem sich Familienangehörige und Nachbarn auch in einer Haushaltsgemeinschaft engagieren, wird die Haushaltsgemeinschaft nicht zu einem Ort der sozialen Isolation, sondern zu einem lebendigen Element innerhalb eines Stadtteils oder einer Dorfgemeinschaft. In diesem Sinne „Schöne Aussichten fürs Alter“ (Dorette Deutsch). Um eine verlässliche Beteiligung des Bürgers zu gewährleisten, sollten die Bürger auch für ihre Dienste mit einem geringen Entgelt anerkannt werden.

6. Schritt: Ständige Supervision, Qualifizierung und Öffentlichkeit
Mit den Mitarbeitern der Wohngruppen werden in regelmäßigen Abständen Seminare veranstaltet, um sich im täglichen Umgang weiter zu qualifizieren. Wie erwähnt findet außerdem durch die gemeinsamen Visiten wöchentlich eine kontinuierliche Supervision statt. Die an den Wohngruppen beteiligten Pflegdienste haben sich kreisweit zu einem Qualitätszirkel zusammengeschlossen. Nach unserem Wissen ist das Schleswig-Holstein weit der erste dieser Art. Neben den Pflegediensten, der Ergotherapie und dem Verein Arbeit nach Maß sind an diesem Qualitätszirkel außerdem der Fachdienst Gesundheit des Kreises

- die Heimaufsicht
- das Pflegeberatungsbüro/bzw. Mitarbeiter des Pflegstützpunktes
- die psychiatrische Abteilung
- beteiligt.

Ein Großteil der „Supervision“ findet jedoch durch „Öffentlichkeit“ statt: Die Angehörigen und beteiligten Bürger garantieren durch ihre Anwesenheit und Anteilnahme, dass die Wohngruppe sich so gestaltet wie sie sich das wünschen. Die Öffentlichkeit ist damit die beste „Supervision“ und gleichzeitig hat Öffentlichkeit Kontrollfunktion, besser als eine formalisierte Heimaufsicht.

7. Schritt: Finanzierung und Kostenträger
Die Wohngruppe wird finanziert über:

- Pflegeversicherung (Stufe III und II, gelegentlich auch I)

- Krankenbehandlung (SGB V):
  - Ärztliche und fachärztliche Leistungen
  - Häusliche Pflege
  - Ergotherapie, u.a. Heilmittel (bei uns aus dem Regionalen Budget)

- Miete plus Nebenkosten (Grundmiete < 250 € plus NK)

- Lebenserhaltungskosten (Essen, Trinken, etc…): ca. 350 €
  Eigener Anteil für Miete und Kosten für Lebensunterhalt (wenn möglich)

- Selten : Kommunale Beteiligung für Pflege (SGB IX)

Die Gesamtkosten (ohne SGB V Leistungen) betragen ca. 2.200 €. (jedenfalls nicht mehr als ein konventioneller Heimplatz in Schleswig-Holstein: (durchschnittlich: 2.600 € im Jahre 2005 lt. Stat. Bundesamt)

8. Schritt: Bürger-Profi Mix: Geteilte Verantwortung von Angehörigen, Nachbarn, Betreuern, professionellen Helfer und Bewohnern

Spätestens einmal vierteljährlich findet ein formelles Treffen der beteiligten professionell Tätigen mit den Angehörigen und Betreuern (juristische Betreuer) und den Bewohner (wenn möglich) statt. Dabei werden der aktuelle Stand, die Probleme und die weiteren Perspektiven besprochen und entsprechende Entwicklungsmöglichkeiten erarbeitet. Außerdem werden die Nachbarn angesprochen und in geeigneter Weise bei der Begleitung der demenzkranken Bürger miteinbezogen. Außerdem wird über diesen Schritt eine weitere (soziale) Kontrolle durch Öffentlichkeit hergestellt.

11. Öffentlichkeitsarbeit: Zeitungen, Veranstaltungen, Tagungen
Wegen der großen Bedeutung, den der soziodemographische Wandel für die Gesellschaft hat, muss das Thema einschließlich den notwendigen Schlussfolgerungen und daraus abzuleitenden Handlungskonzepten Thema in der Öffentlichkeit sein. Dies betrifft die Öffentlichkeit im Kreis Herzogtum Lauenburg, darüber hinaus in Schleswig-Holstein, aber auch bundesweit. Bielefeld verfolgt als Stadt ein ähnliches Konzept wie wir. Für ländliche Regionen sind wir der Kreis mit den meisten ambulanten Wohnpflegegruppen bundesweit. Das Knowhow darüber sollte jedoch wegen seiner Bedeutung nicht hier im Land bleiben. Über die Medien (Tages-Zeitungen, überregionale Berichte, Eppendorfer, …), über Veranstaltungen und Tagungen soll die Herausforderung durch den soziodemographischen Wandel

und die konkreten Reaktionen darauf vorgestellt und diskutiert werden, auch um neue Ideen und Vorgehensweisen zu rekrutieren.

Rekursiv lässt sich Öffentlichkeitsarbeit, zumindest vor Ort im Kreis, für die weitere Etablierung und Ausbreitung des Konzepts nutzen. Konkret soll das Projekt in verschieden politischen Gremien (Kommunal, Sozialausschüsse, Seniorenbeiräte, Parteien, PSAG, Alzheimer Gesellschaften, Mitarbeiter der Pflegestützpunkte, …) vorgestellt und bekannt gemacht werden. Erfahrungsgemäss geht dieses Vorgehen mit einer weiteren Verbreitung und Vertiefung einher, so dass es an Dynamik gewinnt. Dafür sollen auch Key-Persons im Kreis gewonnen werden (auch Mitglieder von Service Clubs wie den Rotariern, den Lions, …). Einmal jährlich werden die Ergebnisse in einer Tagung vorgestellt.

Aktueller Stand:
Zurzeit werden in 10 Wohnpflegegruppen, verteilt über den Kreis Herzogtum Lauenburg, ca. 100 Menschen versorgt.

Nach unserer subjektiven Einschätzung eignen sich ambulante Wohnpflegegruppen bestens als Basisversorgung gerade auch für die schwierigste Gruppe der dementen Mitbürger. Selbstredend natürlich auch für weniger schwierige. Menschen mit dementieller Entwicklung, wenn die häusliche Situation eine 24 Stunden Betreuung notwendig macht.

Es folgen *Beispiele*, wie sich über das Mobiles Krisen-Interventions-Team (M-K-I-T) stationäre Krankenhausbehandlungen bei Menschen mit dementieller Entwicklung vermeiden oder verkürzen lassen:

Frau P., 87 J. sollte von ihrer Hausärztin wegen Demenz eingewiesen werden. Die Behandlung mit Risperdal bzw. Eunerpan hätte nicht den gewünschten Erfolg gebracht. Wir informierten die Hausärztin über unser Home-Treatment-Team und schlugen umgehend zu-

nächst einen Hausbesuch bei Frau P. vor. Danach sollte über eine Intensivbehandlung zu Hause oder eine stationäre Aufnahme entschieden werden.

Frau P. bewohnt mit ihrem 89 jährigen Ehemann eine Wohnung in einer Jugendstilvilla. Sie haben vor 64 Jahren in Berlin geheiratet. Bedingt durch die damaligen politischen Verhältnisse haben sie sich entschlossen, von Berlin in die Nähe von Hamburg und kurze Zeit später in ihre jetzige Wohnung nach Aumühle zu ziehen. Das Ehepaar hat zwei Töchter. Eine ist Krankenschwester und kümmert sich um ihre Eltern, insbesondere um ihre Mutter, die andere hält Distanz zu ihren Eltern. Während Herr P. in Hamburg einer Arbeit nachging, hat Frau P. die Kinder erzogen und im Haushalt gearbeitet. Seit ca. 1 Jahr wird Frau P. zunehmend dement. Vor allem am Nachmittag und Abend packt sie Kleider aus den Schränken, weil sie der Überzeugung ist, sie müssten die Wohnung verlassen. Eventuell kann dies auch mit Äußerungen des früheren Hausarztes zusammenhängen, der bei Frau P. eine Heimunterbringung für unvermeidlich hielt. Die gepackten Koffer hat sie neben der Haustür gestapelt.

Dieses Verhalten war der Grund für die Bitte der Angehörigen, um eine stationäre Behandlung. Zeitweise weiß sie auch, dass das ein Spleen von ihr ist. Am Ende der Tage ist sie allerdings anderer Ansicht. Sie leidet weiterhin unter einer ausgeprägten Merkfähigkeitschwäche. An das, was kurz vorher besprochen wurde, kann sie sich später nicht mehr erinnern. Außerdem kann sie nachts nicht mehr ausreichend schlafen, dafür tagsüber umso mehr. Der Mann macht die Einkäufe und weitgehend den Haushalt.

Wir besprechen, dass ihr Mann mit ihr tagsüber aus dem Haus geht. Außerdem soll er sie vermehrt an Hausarbeiten beteiligen, zum Beispiel bei den Mahlzeiten, damit sie das Gefühl hat, sie trägt was zum Alltag bei. Im Gespräch mit der Tochter verabreden wir den Besuch einer Tagespflege 1-3 Mal/Woche. Dadurch hat der Ehemann ausschließlich auch mal Zeit für sich. Damit sie nachts wieder ausreichend Schlaf findet und gleichzeitig evt. die Angst vor dem Auszug allmählich verliert, nimmt sie abends Eunerpan und Olanzapin. Das Home-Treatment-Team steht dem Ehepaar rund um die Uhr zur Verfügung. In der Klinik wird zusätzlich weitere Diagnostik durchgeführt (z.B.: CCT). Durch diese Maßnahmen konnte der stationäre Aufenthalt vermieden werden. Zusätzlich wurden Schritte eingeleitet, die das Leben zu Hause auch in Zukunft möglich machen sollen.

Frau S., 82 J. sollte vom Facharzt auf die psychiatrische Abteilung eingewiesen werden. Der Hausarzt, der unsere Home-Treatment Aktivitäten kennt, rief an und bat um einen Besuch im Heim in Lauenburg, in dem Frau S. seit ca. 1 Jahr wohnt. Seit einigen Wochen schreit Frau S. häufig, so dass die Mitarbeiter es für alle unerträglich finden.

Zunächst rekonstruierten wir die Lebensgeschichte von Frau S.: Sie wuchs in einer Landwirtschaft im Niedersächsischen auf. Darauf war sie stets besonders stolz. Ihr Mann wurde im Krieg bleibend verletzt und musste seinen Beruf als Ofensetzer aufgeben. Danach war er in einem Betrieb als eine Art Betriebswirt tätig, später machte er sich selbstständig (Getränkehandel). Frau S. hat auch in wirtschaftlich schwierigen Zeiten die Familie über Wasser gehalten und war sich zu keiner Arbeit zu schade. Ihr Mann war der Kopf der Familie, sie war das „Arbeitstier“. Nach dem Tod des Ehemannes verlor sie die Orientierung (demente Entwicklung) und musste schließlich in ein Heim gehen.

Die Kenntnis der Lebensgeschichte von Frau S. führte zum Respekt vor ihrer Lebensleistung. Der Sohn, unter der Woche in Aachen beschäftigt, war bereit die Mutter während der Wochenenden zu begleiten und mit ihr auch nach draußen zu gehen. Die zu hohe Parkinsonmedikation wurde reduziert. Zudem wurde Ergotherapie und Krankengymnastik verordnet. Außerdem wurde Risperdal durch Seroquel ersetzt. Mit diesen Maßnahmen wurde das Schreien von Frau S. erträglich und eine stationäre Behandlung im Krankenhaus konnte vermieden werden.

Frau S., 74 Jahre alt, bewohnt in Geesthacht ein eigenes Haus. Der Sohn wohnt in der Nähe, der Mann ist schon vor längerer Zeit gestorben. Sie wurde zunehmend vergesslicher, desorientierter, also dement. Sohn und Schwiegertochter nahmen wegen dieser Entwicklung wieder Kontakt zu ihr auf, der zwischendurch mehr oder weniger verebbt war. Wegen ihrer Vergesslichkeit und wegen ihrer Desorientiertheit bzw. des damit zusammenhängenden Verhaltens brachte ihr Sohn sie in ein Heim. Von dort aus wollte sie wieder nach Hause. Die Mitarbeiter im Heim wollten sie davon abhalten. Sie selber sah das nicht ein, so dass es zu Auseinandersetzungen zwischen den Mitarbeitern des Heims und Frau S. kam. Ein Doktor wurde hinzugezogen, der Risperidon bzw. Melperon verordnete. Dies machte alles noch schlimmer: Gerade dadurch, dass die Mitarbeiter des Heims Frau S. zwingen wollten, diese Medikamente einzunehmen, musste sie sich verstärkt gegen die Mitarbeiter zur Wehr setzen. Die Situation eskalierte. Der sozialpsychiatrische Dienst wurde hinzugezogen und hat die Frau stationär eingewiesen.

Muss eine solche Frau zwangsweise in hohem Alter auf eine psychiatrische Station eingewiesen werden? Auf der Station haben wir sofort die Lebensgeschichte von Frau S. recherchiert. Dadurch gelang es uns, mit ihr eine gute Beziehung aufzubauen. Sie hatte den Eindruck, dass wir sie kennen und ihre Lebensleistungen schätzen. Dies trug nicht unwesentlich dazu bei, dass sie trotz offener Station nicht weglief. Ein richterlicher Beschluss war nicht mehr notwendig. Die Medikamente setzen wir ab und erlaubten ihr wieder das Rauchen, das sie im Heim eingestellt hatte. Mit einer „Peer export“ ließen sich alle Differenzen besser regeln.

Beispiele wie eine Haushaltsgemeinschaft (ambulante Wohnpflegegruppe) wirkt:

Frau H., geb. 1933 und ihr Mann haben nach der Flucht einen Lebensmittelladen in Geesthacht-Grünhof betrieben. Ihr Mann besorgte die Waren auf dem Markt, sie war das „Herz“ dieses Geschäftes. Nach der Berentung gaben sie den Laden auf und lebten in einer gekauften Wohnung im Zentrum von Geesthacht. Frau H. wurde zunehmend dement, so dass ihre Kinder (Tochter und Sohn) die Eltern zu uns schickten. Sie vergaß viel und verstand nicht, dass sie mit 2 Männern zusammenlebt: Der eine war wie ihr Mann, den anderen kannte sie nicht. Der wäre sehr streng mit ihr. Hintergrund war, dass es zwischen den Eheleuten zunehmend auch zu Handgreiflichkeiten kam, weil Frau H. keinen adäquaten Tag-Nacht-Rhythmus fand und im Haushalt nicht mehr so mithelfen konnte wie früher. Zudem ließ sich der Ehemann die Haushaltsführung nicht mehr aus den Händen nehmen. Um ihr etwas Gutes zu tun, ist Herr H. mit ihr in Urlaub geflogen. Während des Urlaubes war er aber noch belasteter mit seiner Frau als zu Hause. Daheim ging seine Frau mittlerweile zeitweise in eine Tagespflege, so dass er sich etwas „erholen“ konnte. Nach dem Urlaub eskalierte die Situation und die Familie beschloss, dass Frau H. in eine ambulante Wohnpflegegruppe zieht (Roseneck). Während sie vor dem Einzug in die Haushaltsgemeinschaft vor Angst (paranoide Symptomatik bei dementieller Entwicklung) nicht mehr sprach, fand sie in der Wohngruppe wieder ihre Sprache. Dort begrüßte sie aufs Herzlichste die Besucher und sorgte für gute Bewirtung. Sie war so freundlich, dass es manchmal „weh tat“. Dies entsprach in etwa ihrem Verhalten im Lebensmittelladen. Ihr Mann, der sie jeden Tag besuchte, war bis zu ihrem Tod und darüber hinaus im Graten der Wohngruppe tätig.

Frau B. ist als Mutter eines in Brasilien lebenden Reeders in das beste und teuerste Heim in Hamburg-Bergedorf gezogen, das selbstverständlich auch eine Station speziell für Demente hat. Nichtsdestotrotz war sie dort viele Stunden am Tag fixiert, so dass die Angehörigen nach einer Alternative suchten. Frau B. bezog ein Zimmer in einer ambulanten Wohn-

pflegegruppe in Geesthacht. Das Zimmer mit Wintergarten wurde zusammen mit den Angehörigen auf ihre Bedürfnisse hergerichtet und eingerichtet. Obwohl die Mitarbeiter bei der Assistenz von Frau B. „das Geld nicht im Schlaf verdienten", musste Frau B. bis zu ihrem Tod nicht mehr fixiert werden.

Beispiele wie Home-Treatment (Mobiles Krisen-Interventions-Team) eine stationäre Behandlung bei psychisch kranken alten Menschen überflüssig macht:

Herr B., 79 Jahre alt, sollte von seiner Hausärztin wegen einer ausgeprägten Psychose stationär eingewiesen werden. Er wurde während der letzten 40 Jahre 4 Mal stationär behandelt, jedes Mal nicht ohne Zwangseinweisung, zuletzt 2007. Auch dieses Mal verweigerte er die stationäre Behandlung. Er sei gesund, seine Frau müsse behandelt werden. Er war überzeugt der Sohn von der Gottesmutter Maria zu sein. Mit Frau Merkel, dem Scheich von Dubai und ihm sollte eine Weltregierung gebildet werden und er wolle für die gesamte Welt Bibeln drucken, u.ä.. Seine Frau war verzweifelt, weil er die Medikamente nicht mehr einnahm, nicht mehr schlief, aggressiv war und an Prominente und Unternehmer unermüdlich einen Brief nach dem anderen verschickte.

Die Hausärztin forderte die stationäre Aufnahme und schickte Herrn B. mit seiner Frau in die Klinik. Auf Station wollte er nicht bleiben. Psych-KG ? Alternativen ? Statt stationärer Behandlung vereinbarten wir mit Herrn B. und seiner Frau Home-Treatment, 1-2 Hausbesuche täglich. Wir sprachen über seine Lebensgeschichte, stritten über die medikamentöse Behandlung, den Umgang mit seiner Frau und seine unermüdlichen Versuche, Firmen und Politiker für seine hochgestochenen Projekte zu gewinnen.

In die Begleitung wurden auch die Besucher zweier Seniorentreffs miteinbezogen ohne dass sie das wussten (zur besseren Realitätsanpassung und Anerkennung seiner Fähigkeiten in öffentlichen Raum), ein Gasthaus, eine Krankengymnastikpraxis, eine Pastorin und ein Journalist. Die Wende brachte allerdings ein Werbeprospekt einer Lotterie, die Herrn B. einen Verrechnungsscheck über (potentiell reservierte) 200.000 € schickte. Herr B. wollte seine Frau zur Bank schicken, um das Geld abzuholen. Ich verbot seiner Frau diesen Auftrag auszuführen und bot mich an, mit ihm zur Bank zu gehen. Die Bankangestellte reagierte allerdings nicht so, wie ich mir das gewünscht hätte, realitätsangepasst. „Oh" sagte sie, „haben sie ihr Haus verkauft?" und nahm den Verrechnungsscheck an. Dies brachte dann selbst den manischen Herrn B. zum Nachdenken. Eine Woche später verkündete seine Frau überglücklich, jetzt sei ihr Mann wieder der „Alte". Die Bank hatte mittlerweile auch schriftlich geantwortet und die Einlösung abgelehnt. Auf die Frage, warum für ihn die Behandlung zu Hause besser war als auf Station, sagte er, ob ich mir das nicht vorstellen könne: „Der Freiheit wegen".

P.S.: Im Herbst ist das Ehepaar zu einem Urlaub nach Dubai geflogen. Herr B. wurde Im Rollstuhl durch das Hotel und die Stadt geschoben. Sie wurden fürstlich behandelt. Frau B. war mehr als erleichtert, dass ihr Mann auf der Reise nicht manisch wurde.

Frau K., 84 J. wohnt in einem Haus, das ihr verstorbener Mann ihr vererbt hat mit der Bitte, es zu erhalten und zu pflegen. An dieses Versprechen fühlt sie sich gebunden. Nach dem Tod des Ehemannes vereinsamt sie und wird paranoid. Sie wähnt, die Nachbarn würden ihr nach dem Leben trachten, würden heiße Partys feiern, … Sie leidet außerdem unter einem Diabetes mellitus, nimmt jedoch keine Medikamente ein, weil sie befürchtet, vergiftet zu werden. Neuroleptika verweigert sie, selbstredend, ebenfalls. Stationäre Behandlung lehnt sie ab. Einmal war sie zwangsweise auf der psychiatrischen Abteilung, jedoch ohne nachhaltig bleibenden Erfolg. Während des Aufenthaltes hat sie den Assistenz- und Chefarzt kennengelernt und lässt diese in ihre Wohnung, jedoch nicht immer. Manchmal dürfen die

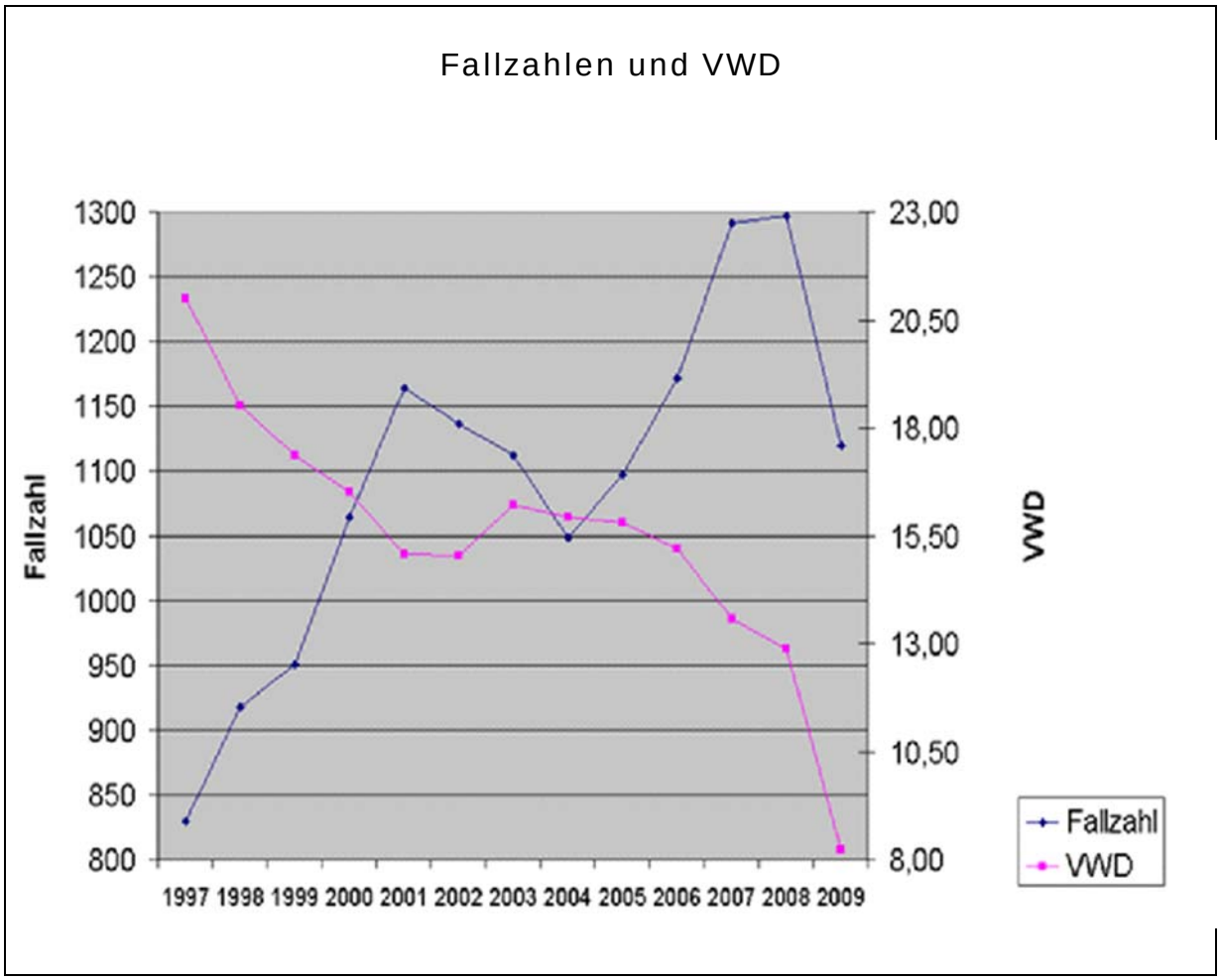
Ärzte nicht die Wohnung betreten, weil sie verdorben und liederlich sind und ihr nach dem Leben trachten.

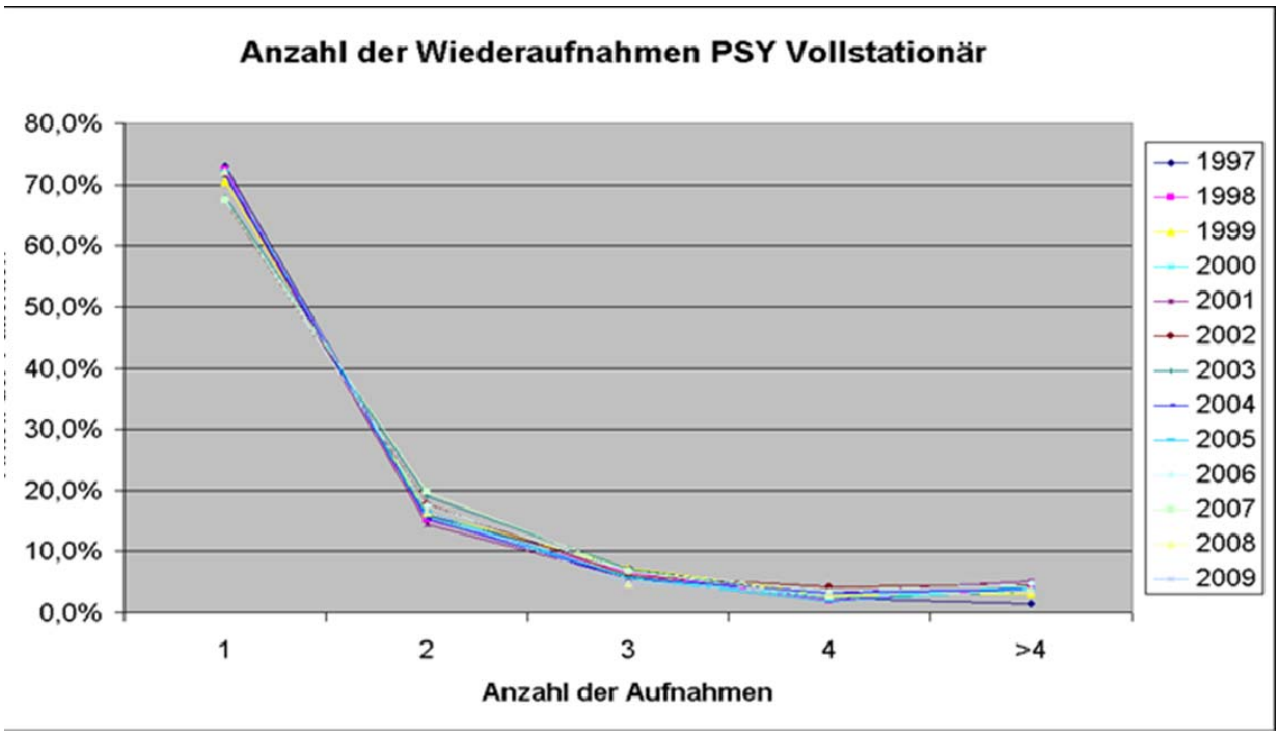
Während des Stationsaufenthaltes haben wir Kontakt zu einer bürgerschaftlich engagierten Frau hergestellt (Frau L.), zu der sie Vertrauen gefasst hat, zumindest überwiegend. Diese Frau lässt sie in die Wohnung und macht mit ihr Einkäufe. Frau L. informiert das Mobile Krisen-Interventions-Team, wenn es „ernst“ wird. Ihr verstorbener Mann hat für das DRK gespendet, deshalb nimmt sie seit einiger Zeit von diesem Dienst „Essen auf Rädern“ an. Insgesamt lässt sich durch das geknüpfte Betreuungsnetz ein labiles Gleichgewicht aufrechterhalten.

Beispiel für das Reha-Potential einer ambulanten Wohnpflegegruppe auch für jüngere Patienten:

Frau R. , 54 Jahre alt, alkoholabhängig, früher Mitarbeiterin einer Krankenkasse, wurde wegen fortgeschrittener Leberzirrhose mit Ascites, Beinödemen, verminderter Blutgerinnung (Quick 25%), stark erhöhten Bilirubinwerten und Ammoniakwerten mit Desorientiertheit, Verwirrtheit und Konfabulieren (amnestisches Syndrom) von der psychiatrischen Station aus in eine ambulante Wohnpflegegruppe zum Sterben verlegt. Einen Platz im Altenheim, der von ihrem Betreuer favorisiert wurde, fand die Familie nicht passend. Auch nicht das Hospiz. In der Haushaltsgemeinschaft hat sie sich innerhalb von 6 Monaten soweit erholt, dass sie sich entschloss, mit ihrem Lebensgefährten wieder die eigene Wohnung zu beziehen. Der körperliche Zustand ist zwar immer noch sehr besorgniserregend, allerdings ist Frau R. mittlerweile wieder orientiert und absprachefähig. Sie kommt ambulant zu Terminen in die Institutsambulanz.

Nach über einem Jahr „Regionales Budget“ liegen mittlerweile auch Zahlen vor, die den Wandel widerspiegeln: Die stationären Fallzahlen gingen leicht zurück (von ca. 1.300 auf ca. 1.100), während Patienten mittlerweile über das Mobile Krisen-Interventions-Team bzw. teilstationär und ambulant vermehrt begleitet werden (> 300 Fälle). Dabei sind auch Frühentlassungen zunehmend möglich. Dadurch sinkt die durchschnittliche Verweildauer auf ca. 8 Tage ohne Anstieg der Wiederaufnahmen. Das ambulante Netzwerk hält die Patienten also.


Fallzahlen und VWD
Fallzahl
VWD
1300
1250
1200
1150
1100
1050
1000
950
900
850
800
23,00
20,50
18,00
15,50
13,00
10,50
8,00
1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009
Fallzahl
VWD


Anzahl der Wiederaufnahmen PSY Vollstationär
80,0%
70,0%
60,0%
50,0%
40,0%
30,0%
20,0%
10,0%
0,0%
1
2
3
4
>4
Anzahl der Aufnahmen
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009

Aufnahmen und Wiederaufnahmen

Anzahl der Aufnahmen (%)	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1	73,1%	72,4%	70,5%	71,8%	71,5%	67,6%	67,9%	71,8%	72,1%	67,6%	67,4%	71,4%	72,1%
2	15,9%	15,2%	16,3%	15,8%	14,4%	17,8%	19,0%	15,5%	16,5%	17,5%	19,8%	15,3%	16,5%
3	7,2%	6,5%	7,3%	5,8%	5,6%	6,0%	7,2%	5,7%	5,7%	6,7%	6,8%	6,3%	4,8%
4	2,4%	2,0%	2,9%	2,4%	3,4%	4,2%	2,4%	3,3%	1,9%	3,6%	2,5%	3,6%	3,0%
>4	1,4%	3,9%	3,0%	4,2%	5,1%	4,6%	3,5%	3,8%	3,9%	4,7%	3,5%	3,4%	3,6%
Summe	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Außerdem entsteht zurzeit in Mölln eine weitere ambulante Wohnpflegegruppe …

Literatur:

Bertelsmann Stiftung und Kuratorium Deutsche Altershilfe (2004-2006): Leben und Wohnen im Alter - Band 1 Neue Wohnkonzepte, Band 2 Betreute Wohngruppen, Band 3 Quartierbezogenen Wohnkonzepte, Band 4 + 5 Betreute Wohngruppen. Köln

Deutsch, D. (2006): Schöne Aussichten fürs Alter, Pieper Verlag

Deutsch, D. (2007): Lebensträume kennen kein Alter, Krüger Verlag

Dörner, K. (2007): Leben und Sterben, wo ich hingehöre. Paranus Verlag

Heißler, M. (2007): Arbeit (Dienstleistung) als Behandlung, in Personenzentrierte Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung, S. 211-219.Hg.: Aktion Psychisch Kranke

Kitwood, T. (2000): Demenz, Verlag Hans Huber,

Klie, Th. (2002): Wohngruppen für Menschen mit Demenz. Vinzenz Verlag

Pflegebedarfspläne (2002 u. 2005…) für den Kreis Herzogtum-Lauenburg

Stiftung Warentest (2005): Leben und Wohnen im Alter

Thornicroft, G.; Tansella, M. (2007): Better Mental Health Care. Cambridge University Press.

5.13 Pflegestützpunkt St. Wendel

Dr. Niels Pörksen

Träger

Der Pflegestützpunkt St Wendel ist eine Trägergemeinschaft aus dem Landkreis und den Pflegekassen mit Ausnahme der privaten Pflegekassen. Er wird finanziert aus Mitteln des Landkreise, den Pflegekassen und Modellmitteln des Landes (und des Bundes). Der Vertrag wurde 2006 geschlossen und 2008 ergänzt und erneuert.

Mitarbeiterinnen

Die zentralen Ansprechpartnerinnen sind Judith Federkeil, Krankenschwester mit Leitungserfahrung und Margarethe Klein, Dipl. Sozialarbeiterin, die seit vielen Jahren im Landkreis St Wendel arbeitet. Zum Team gehören eine weitere Soziapädagogin – Frau Fuchs – und eine Krankenschwester sowie eine Sekretärin.

Zuständigkeit und Verantwortung

Der Landkreis St Wendel hat etwas über 91 000 Einwohner. Der Pflegestützpunkt arbeitet in 2 Teams für jeweils etwa die Hälfte des Landkreises. Die gegenseitige Unterstützung der Teams im Bedarfsfall (hoher Arbeitsanfall, Urlaub …) ist selbstverständlich. Er macht sich zuständig und verantwortlich für alle Fragen der Pflege und Betreuung von Menschen mit entsprechendem Hilfebedarf im Landkreis. Noch werden auch privat versicherte Personen beraten, aber es wird überlegt, dies einzustellen, um die Privaten Kassen zu zwingen, sich zu beteiligen.

Er berät in Fragen der Daseinsvorsorge, der Wohngestaltung (Umbau, Umzug …) und der Sozialgesetze SGB XI, XII; IX, II, V, - in der Praxis geht es vor allem um SGB XI und XII
Die Beratung des Pflegestützpunktes ist in jedem Fall lösungsorientiert. D.h. die Zuständigkeit endet nicht mit der Beratung oder dem Assessment oder der Erstellung eines individuellen Hilfeplans. In jedem Fall wird die eigene Zuständigkeit solange aufrechterhalten, bis eine angemessene und situationsgerechte Lösung gefunden wurde. Beraten werden Betroffene, Angehörige, Nachbarn, aber auch Institutionen, Verbände, Ärzte, Kirchengemeinden...

Vorgehen

Allgemein: Information und Öffentlichkeitsarbeit

Zu Beginn der Tätigkeit wurden alle niedergelassenen Hausärzte, Psychiater und Neurologen, Internisten, Krankenhäuser persönlich aufgesucht und informiert. Alle Kirchengemeinden wurden besucht. Alle Heime, Pflegedienste usw. wurden wiederholt und ausführlich informiert. Nach wie vor ist die Öffentlichkeitsarbeit von besonderer Bedeutung:

- Ein Flyer wurde in jedem Haushalt verteilt.
- Presse, Rundfunk und Fernsehen haben wiederholt berichtet.
- Die Mitarbeiterinnen des Pflegestützpunktes berichten in Seniorenkreisen, Kirchengemeinden, bei vielfältigen Veranstaltungen über ihre Arbeit.
- Die Mitarbeiterinnen des Pflegestützpunktes beteiligen sich aktiv an allen Kursen für Ehrenamtliche zur Vorbereitung auf Besuchsdienste, Besuchsgruppen, Telefondienste, Hospizdienst, Angehörige von Demenzkranken, Pflegedienst für die Seele (s.u.) …

Die kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit ist nach wie vor ein wichtiger Bestandteil der Arbeit. Sie ist im Landkreis erfreulich, weil diese Arbeit als notwendig und unverzichtbar angesehen wird und von Politik und Verwaltung mit Nachdruck unterstützt wird.

Nach wie vor scheuen sich viele Menschen – Betroffene, Angehörige … – den erforderlichen Hilfebedarf rechtzeitig anzumelden. Viele warten zu lange, sodass in der konkreten Situation öfter als notwendig institutionelle Hilfen erforderlich werden. Andererseits hat die mehrjährige Tätigkeit des Pflegestützpunktes in Verbindung mit der Öffentlichkeitsarbeit und der Unterstützung durch Politik und Verwaltung dazu beigetragen, die Situation erheblich zu verbessern.

Vorgehen in der konkreten Situation

Die erste Kontaktaufnahme erfolgt in der Regel telefonisch. Anrufer sind vor allem Angehörige, aber auch Betroffene, Hausärzte, Nachbarn, Kirchengemeinden … Mit wenigen Ausnahmen (z.B. bei Beratungen zusammen mit dem Wohnungsamt im Landratsamt) erfolgt nach der ersten Kontaktaufnahme die konkrete Beratung durch einen Hausbesuch (mehr als 95 % aller Fälle). Während des Hausbesuchs erfolgt als erstes ein Assessment mit der Analyse von Fähigkeiten und Defiziten, Ressourcen werden erfragt, der konkrete Hilfebedarf wird ermittelt und es werden Lösungsmöglichkeiten erwogen, die dann im weiteren Verlauf jeweils ausgehend von der individuellen Situation konkretisiert werden. Der gesamte Hilfebedarf wird ermittelt – oft unter Einbeziehung der Angehörigen, von Nachbarn, Freunden, von Hausärzten, Pflegediensten etc - und der Pflegestützpunkt macht sich zuständig, in allen Fragen – Wohnung, Behandlung, Pflege, Alltagshilfen, ergänzende ehrenamtliche Hilfen, nachbarschaftliche Unterstützung – Wege zur Deckung des Hilfebedarfs zu finden. Es wird Hilfestellung gegeben bei der Beantragung von Leistungen, ggf. auch Hilfe bei Widerspruchverfahren …

Die Zuständigkeit endet nicht mit der Beratung, sondern erst, wenn Lösungen gefunden und Verantwortlichkeiten von anderen übernommen wurden. Aber auch der weitere Verlauf wird begleitet; in Einzelfällen auch durch Case- und Care-Management.

Möglichkeiten der Hilfen im Landkreis

Der Landkreis St Wendel hat sich die Organisation der Hilfen für die Menschen im Alter vorrangig „ auf die Fahnen geschrieben“. Direkt neben dem Landratsamt und dem Gesundheitsamt sind im gleichen Gebäude der Pflegestützpunkt und die „ Seniorenarbeit“ des Landkreises untergebracht. Eine enge Verzahnung aller kommunalen Aufgaben der Seniorenhilfen, der Daseinsvorsorge, der Hilfen in Wohnungsfragen etc ist damit gewährleistet

Besondere Hilfen und Dienste für Senioren und Personen mit Demenzerkrankungen:
Im Landkreis gibt es

- 13 professionelle Pflegedienste. Es gibt Pflegeheime, die sich zunehmend auf die Bedürfnisse und Erfordernisse für Menschen mit Demenz einstellen (Organisation von integrierten Wohngruppen …) Es gibt 6 Tagespflegeeinrichtungen, die an bis zu 7 Tagen in der Woche geöffnet haben. Einzelne Personen kommen täglich, andere nur an wenigen Tagen in der Woche. (Die Öffnung auch an Wochenenden hat in Einzelfällen erreicht, dass geplante Heimunterbringungen vermieden werden konnten. Es gibt eine Nachtpflegestation, in der vor allem Personen mit Demenzerkrankungen nachts untergebracht sind – von wenigen Nächten in der Woche bis zu täglichen.

  In Einzelfällen ist es denkbar, dass Personen bei Bedarf einige Tage in der Tagespflegeeinrichtung und einige Nächte in der Nachtpflegeeinrichtung verbringen. Das kommt allerdings bisher selten vor. Es gibt ausreichend Fahrdienste zu den Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen. Es gibt eine Palliativstation im Krankenhaus und ambulante Palliativpflege.

- einen christlichen Hospizverein, der sich aus dem Zusammenschluss von Diakonie, Caritas und Kirchengemeinden gebildet hat. Ehrenamtliche Mitarbeiter begleiten Schwerkranke und sterbende Menschen zu Hause oder im stationären Hospiz. Es gibt ein stationäres Hospiz.

- einen IV-Vertrag „optimierte Palliativversorgung“ nach § 140 SGB V, an dem Palliativstation, Palliativpflege, Hospiz und Palliativ-Ärzte beteiligt sind (Anlage).

- Demenzkrankenbetreuung zu Hause.
  Dieses Angebot macht bisher eine Altenpflegerin für 20 € pro Stunde.

- eine große Zahl von Anbietern von Betreuungsangeboten nach § 45 b SGB XI. Eine umfangreiche Liste über die Angebote, Leistung und Preise liegt dem Pflegestützpunkt vor. (31 Seiten , Wohlfahrtsverbände, Vereine, Pflegedienste, Einzelpersonen …). Ergänzend zu den institutionellen Hilfen im Landkreis ermittelt der Pflegestützpunkt in Zusammenarbeit mit der Seniorenarbeit aktuell eine Übersicht über alle zusätzlichen Dienstleistungen im Landkreis, um im Einzelfall gezielter beraten und unterstützen zu können.
  Dazu gehören z. B.
  - Hausmeisterdienste
  - Gardinenwaschdienste (im Landkreis bedeutsam, da für viele alten Menschen die regelmäßige Gardinenreinigung unverzichtbar ist und zu viele dabei schon von der Leiter gefallen sind)
  - Einkaufsdienste
  - Hol- und Bringe- Dienste
  - Warme Mahlzeiten- von Mittagstischen bis „ Essen auf Rädern“
  - Hilfsangebote der Pfarreien
  - …

- Unterstützung bei Alltagshilfen durch „ Pflegedienst für die Seele“
  Die AWO bietet einen kostenlosen Besuchs- und Begleitdienst für alte und behinderte Menschen im Landkreis St Wendel an, der vom Land und vom EU Sozialfonds finanziert wird. Geschulte ausgewählte Langzeitarbeitslose besuchen alte und behinderte Menschen. Drei Fahrzeuge stehen dafür zur Verfügung. Sie gehen spazieren, zu Veranstaltungen, in Cafes, helfen beim Einkaufen, im Alltag usw. Sie sind keine Alltagshilfen im engeren Sinne, sondern eher ein erweiterter Besuchsdienst. Dieser Dienst existiert seit 10 Jahren und ist sehr beliebt. Für die ausgewählten Langzeitarbeitlosen der Optionskommune St Wendel ist es praktisch eine Arbeitsgelegenheit (1 € Job). Die Langzeitarbeitslosen werden für die Aufgabe geschult.

.

Ehrenamtliche Hilfen – bürgerschaftliches Engagement in der Unterstützung bei der Gestaltung von Hilfen für Menschen mit Demenzerkrankungen

Die ehrenamtliche Hilfe und das bürgerschaftliche Engagement sind in der Organisation von Hilfen und für die Betreuung demenzkranker Personen unverzichtbar. Sie spielen im Landkreis St Wendel eine herausragende Rolle. Der Pflegestützpunkt macht es sich zur Aufgabe, diesen Teil der Arbeit nachhaltig zu unterstützen durch werbende Veranstaltungen, durch Vorträge und Info-Abende, durch die aktive Beteiligung an Kursen und an der Ausbildung von Ehrenamtlichen in der Hospizarbeit, in den Besuchsdiensten, den Besuchsgruppen, der Ausbildung von Langzeitarbeitslosen für den Pflegedienst für die Seele (s.u.), für die Ausbildung von Ehrenamtlichen für den Telefondienst, für pflegende Angehörige …

1. Die größte Bedeutung im Einzelfall haben die nicht institutionell organisierten Hilfen durch Organisationen wie Kirchengemeinden oder Besuchsdienste. Gemeint sind die konkreten Hilfen im Einzelfall, die von Angehörigen, Freunden und auch von Nachbarn geleistet werden. Viele Einzelbeispiele können das belegen. Individuelle Hilfsmöglichkeiten wie Besuche, konkrete Alltagshilfen, Einkaufshilfen und vieles mehr gehören dazu. Trotz der zahlreichen organisierten Angebote – s.u. – gehören diese individuell organisierten Hilfen zum wichtigsten Bestandteil der Hilfen für Menschen mit Demenzerkrankungen. Leider sind noch immer sehr viele Menschen – vor allem auch Angehörige – zurückhaltend, Hilfen zu suchen und anzunehmen. Sie schämen sich und versuchen solange wie möglich, ihren Bedarf zu verleugnen.

2. Besuchsdienste der Kirchengemeinden. Nahezu alle Gemeinden bieten ausführliche Besuchsdienste an, entweder zu konkreten Anlässen wie Geburtstagen, bei Krankenhausaufenthalten, in Heimen etc oder in konkreten Situationen. Eine detaillierte Übersicht für die Angebote jeder Gemeinde wurde mir mitgegeben. D.h. der Stützpunkt ist bestens informiert.

3. Anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote für Demenzkranke. Die konkreten Angebote werden von ausführlich geschulten Ehrenamtlichen wahrgenommen. Es geht um Aufgaben, wie:

   - Betreuungsgruppen „ Dich kenn ich doch“

In vier Orten des Landkreises von der Caritas organisiert jeweils vierstündige Kleingruppen. Fahrdienste holen die Personen ab. Kaffee und Kuchen sind frei. Gezahlt werden 5 € pro Stunde aus dem Betreuungsgeld.

- Café Vergissmeinnicht der Caritas
  Ebenfalls an vier (anderen) Orten im Landkreis einmal wöchentlich jeweils zwei Stunden. 4 € pro Stunde, Fahrdienst
- Besuchsdienst „ Demenzbetreuung zu Hause“ wird von der Caritas organisiert. Die Besuche werden von geschulten Ehrenamtlichen durchgeführt. Die Kosten betragen 8 € pro Stunde
- Gesprächskreis für Angehörige von Demenzkranken. Hier ist die Alzheimer Gesellschaft der verantwortliche Ansprechpartner
- Pflegebegleitung - auch ehrenamtlich – vom Hospital St Wendel (Altenhilfeeinrichtung) im Einzelfall angeboten.

4. Telefonkontakte durch organisierten Telefondienst
   Von einer Organisation werden regelmäßige Telefonkontakte zu Einzelpersonen angeboten. Oft in Ergänzung zu anderen Hilfen, die nur zeitweilig gewährt werden. Geschulte ehrenamtliche Mitarbeiter des Vereins telefonieren nach Plan jeweils mit konkreten Einzelpersonen. Diese Telefonate dienen in erster Linie der Kontaktaufnahme, aber gelegentlich auch mit dem Ziel, Hilfebedarfe zu erkennen und an die entsprechenden Stellen weiter zu leiten.

Zusammenfassung

Während meines Besuchs im Pflegestützpunkt St Wendel und in dieser nachträglichen Auswertung habe ich den Eindruck gewonnen, dass die Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankungen im Landkreis St Wendel angemessen und vorbildlich geregelt ist.
Zuständigkeit und Verantwortung sind klar. Der Pflegestützpunkt sorgt dafür, dass ein integriertes Hilfesystem entsteht, keine Parallelplanung, keine Parallelorganisation. Die Hilfen werden sozialraum- und wohnortnah angeboten. Hilfeplanung und Organisation der Hilfen sind nutzerorientiert. Es besteht eine gute Mischung von professionellen und ehrenamtlichen Hilfen. Die Vernetzung ist gewährleistet. Der Hilfemix auch. Organisationen, Krankenhäuser, Ärzte etc. sind beteiligt. Die Versorgung am Lebensende ist optimal gewährleistet.

Demenz-Wohngemeinschaften fehlen noch. Die Einbeziehung der privat versicherten Personen ist nicht gewährleistet. Aus der Sicht des Pflegestützpunktes ein Skandal.

6. Ergänzungen zu speziellen Themen

6.1 Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen und die UN-Übereinkunft von 2006 zu den Rechten von Menschen mit Behinderungen[132]

Personenzentrierte Pflege ist nicht nur aus menschenfreundlicher Gesinnung wünschenswert, sondern aus unserem Grundgesetz und vielen weiteren deutschen und auch internationalen Rechtstexten ableitbar. Im Auftrag der Bundesregierung (BMGS und BMFSFJ) hat der „Runde Tisch Pflege“ die an vielen unterschiedlichen Stellen in Gesetzen, Verordnungen und sonstigen Rechtstexten verstreuten Aussagen über die Rechte von pflegebedürftigen Menschen gesichtet und in einer Charta zusammenfassend dargestellt, damit sie in verständlicher Sprache für alle Interessierten nachlesbar sind. Für Blinde und Sehbehinderte gibt es erfreulicherweise inzwischen die Pflege-Charta als DAISY-Hörbuch.[133]

Die in acht Artikeln der Charta beschriebenen Rechte gelten grundsätzlich für Menschen aller Altersgruppen. Jeder Artikel beginnt mit den Worten: „Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht …“. Ersetzt man diese Worte durch „Jeder Mensch mit Demenz hat …“ so lesen sich die acht Artikel (und Auszüge der zugehörigen Erläuterungen) wie folgt:

Artikel 1: Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe

Jeder Mensch mit Demenz hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe sowie an Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen zu können.

In Kommentierungen Regeln für:

- Willens- und Entscheidungsfreiheit, Fürsprache und Fürsorge: „Sie haben das Recht auf Beachtung Ihrer Willens- und Entscheidungsfreiheit sowie auf Fürsprache und Fürsorge. Die an der Betreuung, Pflege und Behandlung beteiligten Per-

[132] Am 26. März 2009 wurde die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und ihr Fakultativprotokoll nun auch für Deutschland verbindlich. Nachdem eine Delegation aus dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Ratifikationsurkunde 30 Tage zuvor bei den Vereinten Nationen in New York hinterlegt hatte, ist Deutschland 50. Vertragspartei der Konvention geworden. Die UN-Behindertenrechtskonvention von 2006 stellt einen Meilenstein in der Behindertenpolitik dar, indem sie den Menschenrechtsansatz einführt und das Recht auf Selbstbestimmung, Partizipation und umfassenden Diskriminierungsschutz für Menschen mit Behinderungen formuliert sowie eine barrierefreie und inklusive Gesellschaft fordert.
Quelle: http://www2.institut-fuermenschenrechte.de/webcom/show_article.php?wc_c=419&wc_id=243&wc_p=1
Zur deutschen Übersetzung der Übereinkunft siehe:
http://files.institut-fuer-menschenrechte.de/437/Behindertenrechtskonvention.pdf

[133] Die Voraussetzungen für die Nutzung eines DAISEY-Hörbuches sind unter www.pflege-charta.de ersichtlich. Von dieser Webseite aus kann man das Hörbuch auch herunterladen oder die Hörbuch-CD bei der Leitstelle Altenpflege im Deutschen Zentrum für Altersfragen, Manfred von Richthofen-Str. 2, 12101 Berlin bestellen.

sonen müssen Ihren Willen beachten und ihr Handeln danach ausrichten. Das gilt auch, wenn Sie sich sprachlich nicht artikulieren können und ihren Willen beispielsweise durch Ihr Verhalten zum Ausdruck bringen. Menschen, deren geistige Fähigkeiten eingeschränkt sind, müssen ihrem Verständnis entsprechend in Entscheidungsprozesse, die ihre Person betreffen, einbezogen werden.

- Wahl des Lebensortes, der Pflege und Behandlung, der Gestaltung des Tagesablaufs: „Sie können erwarten, dass gemeinsam mit Ihnen sowie gegebenenfalls Ihren Vertrauenspersonen und den für Ihre Betreuung, Pflege und Behandlung zuständigen Personen abgewogen wird, wie Ihre individuellen Ziele und Wünsche unter den gegebenen rechtlichen und tatsächlichen Möglichkeiten verwirklicht werden können. Auch wenn Sie selbst nicht in der Lage sind, alleine Entscheidungen zu treffen oder Ihre Wünsche zu artikulieren, sollen die oben genannten Personen dafür Sorge trage, dass in Ihrem Sinne gehandelt wird. Das betrifft beispielsweise die Wahl Ihres Lebensortes, des Pflegedienstes, der stationären Einrichtung und der Ärztin bzw. des Arztes sowie auch die die Durchführung hauswirtschaftlicher, pflegerischer oder therapeutischer Maßnahmen und die Gestaltung Ihres Tagesablaufs. …“
- Regelung finanzieller, behördlicher oder rechtsgeschäftlicher Angelegenheiten: „Das Recht auf Selbstbestimmung betrifft auch Ihre finanziellen, behördlichen oder rechtsgeschäftlicher Angelegenheiten…“

- Berücksichtigung von Vorausverfügungen

- Abwägung zwischen Selbstbestimmungsrechten und Fürsorgepflichten: „Nicht selten kommt es zu Konflikten zwischen dem Anspruch, das Recht auf Selbstbestimmung des hilfe- und pflegebedürftigen Menschen zu beachten, und bestimmten Fürsorgepflichten der Pflegenden und Behandelnden (beispielhaft sind Situationen wie Nahrungsverweigerung oder Sturzgefährdung). Sollte eine solche Situation auftreten, können Sie erwarten, dass mit allen Beteiligten abwägende Gespräche geführt werden.“

- Einschränkungen

- Hilfe zur Selbsthilfe, vorbeugende und gesundheitsfördernde Maßnahmen

Artikel 2: Körperliche und Seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit

Jeder Mensch mit Demenz hat das Recht, vor Gefahren für Leib und Seele geschützt zu werden.

In Kommentierungen Regeln für:

- Schutz vor körperlicher und seelischer Gewalt:„Sie haben das Recht, vor körperlicher Gewalt wie beispielsweise Festhalten und Festbinden, Schlagen … geschützt zu werden. Niemand darf sich Ihnen missachtend, beleidigend, bedro-

hend oder erniedrigend verhalten. Dazu gehört auch, dass man Sie stets mit Ihrem Namen anzureden hat …“

- Schutz vor Vernachlässigungen
- Schutz vor unsachgemäßer medizinischer und pflegerischer Behandlung
- Schutz vor unangezeigten freiheitsbeschränkenden Maßnahmen: „Grundsätzlich haben Sie das Recht, sich in Ihrer Umgebung frei zu bewegen. ...“
- Einschränkungen: „Freiheitsbeschränkende Maßnahmen können in Ausnahmefällen notwendig sein, wenn Sie sich selbst oder andere Menschen gefährden und alle anderen Möglichkeiten des Schutzes ausgeschöpft sind. …
- Hilfe gegen Gewalt: „Wann immer Ihnen Gewalt mit Worten oder Taten begegnet, Sie sich vernachlässigt oder respektlos behandelt fühlen, müssen und sollten Sie dies nicht hinnehmen.

Die in diesem Artikel 2 angesprochenen Rechte sind das rechtliche Fundament dafür, gegen die oben angesprochenen Beeinträchtigungen des Wohlbefindens vorzugehen.

Artikel 3: Privatheit

Jeder Mensch mit Demenz hat das Recht auf Wahrung und Schutz seiner Privatsphäre.

In Kommentierung Regeln für:

- *Beachtung des Privatbereichs*
- Möglichkeit des Rückzugs
- Verwendung privater Gegenstände in stationären Einrichtungen
- Besuche empfangen
- Achtsamer Umgang mit Schamgefühl
- Wahrung des Briefgeheimnisses
- Schutz der persönlichen Daten
- Respektierung von Sexualität, geschlechtlicher Orientierung und Lebensweise
- Einschränkungen

Artikel 4: Pflege, Betreuung und Behandlung

Jeder Mensch mit Demenz hat das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung.

In Kommentierung Regeln für:

- Kompetente und zugewandte Pflege, Betreuung und Behandlung
- Zusammenarbeit der an der pflege, Betreuung und Behandlung Beteiligten
- Zusammenarbeit mit Angehörigen und ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern
- Individuelle und geplante Pflege: „Ihre Pflege muss – sofern möglich – in einem gemeinsam mit Ihnen abgestimmten Prozess zielgerichtet erfolgen“
- Feste Zuständigkeit: Die Pflegedienste und Einrichtungen sollen dafür sorgen, dass Sie feste, mit Ihrer Situation vertraute und für all Ihre Belange zuständige Ansprechpartner haben.“
- Beachtung des Lebenshintergrundes und der Gewohnheiten
- Unterstützung von Bewegungsbedürfnissen
- Fachgerechte Behandlung und Linderung belastender Symptome
- Bedarf- und bedürfnisgerechte Speisen- und Getränkeangebote
- Flexibles Bereitstellen der Speisen und Getränke
- Hilfe beim Essen und Trinken
- Essen und Trinken bei Menschen mit Demenz: „Besondere Aufmerksamkeit ist der Ernährung von Menschen mit Demenz beizumessen, die vielfach individuellen Anregung und Motivierung zum Essen und Trinken benötigen und …“
- Künstliche Ernährung

Artikel 5: Information, Beratung und Aufklärung

Jeder Mensch mit Demenz hat das Recht auf umfassende Informationen über Möglichkeiten und Angebote der Beratung, der Hilfe, der Pflege sowie der Behandlung.

In Kommentierung Regeln für:

- Umfassende Beratung – Voraussetzung für abgewogene Entscheidungen

- Information, Entlastung, Anleitung und Schulung pflegender Angehöriger
- Informationen über Vertragsinhalte, Kosten und Leistungen
- Medizinische und pflegerische Aufklärung
- Sorgfältige Informationen über Mitwirkung an Forschungsvorhaben
- Einsicht in Dokumente
- Hinweise, weitere Informationen

Artikel 6: Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft

Jeder Mensch mit Demenz hat das Recht auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

In Kommentierung Regeln für:

- Beachtung von Bedürfnissen und Erfordernissen zur Verständigung: „Sie können erwarten, dass bestimmte Bedürfnisse und Erfordernisse bei der Kommunikation, wie beispielsweise langsames und deutliches Sprechen oder das Gestikulieren, berücksichtigt werden. …“
- Teilhabe am gesellschaftlichen Leben: „Sie sollen die Möglichkeit haben, sich Ihren Interessen und Fähigkeiten gemäß am gesellschaftlichen Leben zu beteiligen. …“
- Wünsche und Vorstellungen: „Um Ihren persönlichen Bedürfnissen weitgehend gerecht werden zu können, sollten Sie dem Pflege- und Betreuungspersonal Ihre Wünsche mitteilen bzw. mitteilen lassen und .. gemeinsam nach Möglichkeiten suchen, wie Ihr Alltag entsprechend Ihren Vorstellungen gestaltet werden kann.
- Möglichkeiten in der eigenen Wohnung
- Angebote in einer stationären Pflegeeinrichtung
- Mitwirkungs- und Mitgestaltungsmöglichkeiten in stationären Einrichtungen
- Beteiligung an allgemeinen politischen Wahlen

Artikel 7: Religion, Kultur und Weltanschauung

Jeder Mensch mit Demenz hat das Recht, seiner Kultur und Weltanschauung entsprechend zu leben und seine Religion auszuüben.

In Kommentierungen Regeln für:

- Berücksichtigung kultureller und religiöser Werte
- Ausübung religiöser Handlungen
- Hilfe bei elementaren Lebensfragen: „Sie können erwarten, dass Ihre elementaren Lebensfragen und Lebensängste ernst genommen werden. Entsprechend Ihren Wünschen soll eine Geistliche/ein Geistlicher oder eine Person mit seelsorgerlichen Fähigkeiten hinzugezogen werden."
- Respektierung von Weltanschauungen: „Auch wenn Sie eine Weltanschauung vertreten, die von Personen, die Sie unterstützen, nicht geteilt wird, können Sie erwarten, dass Ihnen mit Respekt begegnet wird."

Artikel 8: Palliative Begleitung, Sterben und Tod

Jeder Mensch mit Demenz hat das Recht, in Würde zu sterben.

In Kommentierungen Regeln für:

- Individuelle Sterbebegleitung: „Es soll alles getan werden, um den Sterbeprozess für Sie so würdevoll und erträglich wie möglich zu gestalten. Personen, die Sie in der letzten Phase Ihres Lebens behandeln und begleiten, sollen Ihre Wünsche beachten und soweit wie möglich berücksichtigen. Dazu gehört, dass wirkungsvolle Maßnahmen und Mittel gegen Schmerzen und andere belastende Symptome angewandt werden."
- Zusammenarbeit mit Angehörigen
- Selbstbestimmung am Lebensende: „Solange Sie einwilligungsfähig sind, können Sie selbst darüber bestimmen, ob und in welchem Ausmaß eine Behandlung auch angesichts des möglicherweise nahenden Todes begonnen oder fortgeführt wird bzw. ob lebensverlängernde Maßnahmen durchgeführt oder unterlassen werden sollen. Allerdings ."
- Vorausverfügungen: „In einer Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht können Sie vorab festlegen, wer im Falle Ihrer Einwilligungsunfähigkeit für Sie entscheiden soll und wie Ihr Sterbeprozess gestaltet werden bzw. wer Sie hierbei begleiten soll. Ebenso …"
- Abschiednahme, Bestattung
- Verfügung über den Körper

6.2 Nationaler Plan für Alzheimer und verwandte Krankheiten 2008-2012 Frankreich, Februar 2008

1,6 Milliarden Euro über 5 Jahre (300 Millionen in 2008)

Sektion I	**Die Lebensqualität von Patienten und Pflegenden erhöhen**
Zielvorgabe 1	*Die Unterstützung der Pflegenden erhöhen*
Schritt 1	Versorgungsstrukturen entwickeln und differenzieren (169,5 M[134] €)
Schritt 2	Die Rechte und das Training der Pflegenden stärken (16,5 M €)
Schritt 3	Gesundheit der Pflegenden überwachen (20 M €)
Zielvorgabe 2	*Die Zusammenarbeit aller Beteiligten stärken*
Schritt 4	Qualitätsbezeichnung im ganzen Land für „Einzelkontaktpunkte“, die „Häuser für die Autonomie und Integration Alzheimerkranker“ (Maisons pour l´Autonomie et l´Intégration des malades Alzheimer“ MAIA. (27,9 M €)
Schritt 5	„Koordinatoren Stellen“ im ganzen Land einrichten (113,5 M €)
Zielvorgabe 3	*Kranken und ihren Familien Hilfe zuhause möglich machen*
Schritt 6	Häusliche Hilfen stärken, zugehende Dienste durch entsprechende Ausbildung stützen (169 M €)
Schritt 7	Die häusliche Versorgung durch den Einsatz technischer Hilfen fördern (4 M €)
Zielvorgabe 4	*Den Zugang zu Diagnostik und Pflege verbessern*
Schritt 8	Entwickeln und Einführen eines Systems zur Diagnoseerstellung und zur Beratung (0,1 M €)
Schritt 9	Erproben neuer Bezahlungssystem für Beschäftigte im Gesundheitswesen
Schritt 10	Entwickeln eines „Alzheimerpasses“ für jeden Patienten (0,22 M €)
Schritt 11	Aufbau von Gedächtnissprechstunden in allen Gebieten, in denen sie noch nicht existieren (44,44 M €)

[134] Millionen

Schritt 12	Aufbau von „Forschungszentren zu Gedächtnisressourcen“ überall dort, wo sie noch nicht existieren (5,7 M €)
Schritt 13	Besonders aktive Gedächtnissprechstunden belohnen (55,2 M €)
Schritt 14	Überwachen ärztlich verursachter Medikamentenzwischenfälle (0,2 M€)
Schritt 15	Die richtige Anwendung von Medikamenten fördern
Zielvorgabe 5	*Heimpflege verbessern, um eine bessere Lebensqualität für Alzheimerkranke zu erreichen*
Schritt 16	Spezialeinrichtungen für Alzheimerkranke mit Verhaltensauffälligkeiten in Heimen und anderen Wohnformen schaffen 12.000 Plätze neu schaffen (180 M €) Personal anpassen für 18.000 bestehende Plätze (378 M €) Investitionen für Umstrukturierung für 15.000 Plätze (180 M €)
Schritt 17	Spezialeinrichtungen nach dem Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtungen für Alzheimerkranke schaffen (90 M €)
Schritt 18	Wohnen für junge Erkrankte (0,2 M €)
Schritt 19	Ein nationales Referenzzentrum für junge Alzheimerkranke einrichten (3 M €)
Zielvorgabe 6	*Die Fähigkeiten der Beschäftigten im Gesundheitswesen wahrnehmen und trainieren*
Schritt 20	Ein spezifischer Plan zur Karriere- und Fähigkeitsentwicklung für Alzheimer (70 M€)
Sektion 2	**Wissen zum Handeln**
Zielvorgabe 7	*Beispiellose Fortschritte in der Forschung*
Schritt 21	Gründung einer Stiftung für wissenschaftliche Zusammenarbeit um Wissenschaft zu stimulieren und zu koordinieren (1,54 M €)
Schritt 22	Entwickeln der klinischen Alzheimerforschung und Verbessern der Untersuchung nicht-medikamentöser Therapien (45 M €)
Schritt 23	Stipendien für Doktoranden und Post-Doktoranden (5,5 M €)

Schritt 24	Wissenschaftliche Leitungsstellen schaffen (3,4 M €)
Schritt 25	Forschung in Human- und Sozialwissenschaften (8,24 M €)
Schritt 26	Unterstützung von Forschungsgruppen mit innovativen Ansätzen (5,68 M €)
Schritt 27	Unterstützung von Forschungsgruppen zur Methodik in Human- und Sozialwissenschaften (4,92 M €)
Schritt 28	Schaffen einer Forschungsgruppe zur automatischen Auswertung von bildgebenden Verfahren (23 M €)
Schritt 29	Langzeitkohortenuntersuchungen von Patienten mit Alzheimerkrankheit (12,03 M €)
Schritt 30	Hochgeschwindigkeitsgenfeststellung (5,35 M €)
Schritt 31	Gensequenzen erforschen (5,16 M €)
Schritt 32	Ausbildung in klinischer Epidemiologie (0,4 M €)
Schritt 33	Verbindungsstellen zwischen öffentlicher Forschung und Industrie herstellen (0,64 M €)
Zielvorgabe 8	*Epidemiologische Erfassung und Verlaufsbeobachtung organisieren*
Schritt 34	Aufbau von epidemiologischer Erfassung und Verlaufsbeobachtung (2,3 M €)
Sektion III	**Mobilisierung des sozialen Umfeldes**
Zielvorgabe 9	*Informationen zur Früherkennung der Öffentlichkeit zur Verfügung stellen*
Schritt 35	Aufbau eines Hilfetelefons und einer Internetseite zur Information und zu örtlichen Hilfen (3,6 M €)
Schritt 36	Regionale Konferenzen zur Unterstützung der Umsetzung des Plans abhalten (2,3 M €)
Schritt 37	Den Kenntnisstand zur Krankheit und zu Einstellungen untersuchen (0,1 M €)
Zielvorgabe 10	*Ethische Erwägungen und Ansätze fördern*

Schritt 38	Einen Raum für ethische Erwägungen zur Alzheimerkrankheit schaffen (2,0 M €)
Schritt 39	Eine Diskussion zum Status von Alzheimerkranken in Institutionen starten
Schritt 40	Regelmäßige Treffen zur Autonomie von Alzheimerkranken initiieren (0,2 M €)
Schritt 41	Patienten und ihr Familien über Alzheimerstudien in Frankreich informieren (0,3 M €)

Zielvorgabe 11	*Die Alzheimerkrankheit zu einer Europäischen Priorität machen*
Schritt 42	Während der französischen Präsidentschaft die Alzheimerkrankheit zu einer Europäischen Priorität machen
Schritt 43	Europaweit Forschung zur Alzheimerkrankheit fördern und veröffentlichen Eine Europäische Konferenz im Herbst 2008 abhalten. (0,3 M €)

6.3 Technik und Demenz – ein Widerspruch?

Heike von Lützau-Hohlbein[135]

Kurzfassung
Mit dem Fortschreiten einer Demenzerkrankung entwickeln sich Defizite, die in einigen Bereichen durch assistierende Technik zumindest zum Teil und temporär ausgeglichen oder gemildert werden können. Dabei sind immer die Sichtweisen des Erkrankten wie aber auch die des Pflegenden, sei er professionell ausgebildet oder ein pflegender Familienangehöriger, zu berücksichtigen. Beim Design, der Implementierung und dem Einsatz des Produktes sind das Wissen über die facettenreiche Demenzerkrankung, das Einfühlungsvermögen der Entwickler in diese Problematik und die Berücksichtigung der Belange der Demenzerkrankten wie ihrer Pfleger wichtige Randbedingungen. Es wird die Problematik anhand von auf dem Markt verfügbarer Technik dargestellt. Dabei wird nicht nur „kontrollierende" Technik berücksichtigt, sondern auch die „spaß-machende", denn bei der Betreuung und Beschäftigung der Demenzkranken kann die Nutzung vorhandener Multimedia-Technik - sinnvoll eingesetzt - eine große Hilfe sein. Es werden Wünsche aus Anwendersicht an mögliche Produkte formuliert, außerdem wird auf die Schwierigkeiten der Evaluation solcher Produkte im gegebenen Umfeld eingegangen. Ethischen Fragen beim Einsatz von technischen Produkten im Umfeld der Demenz werden angesprochen.

1 Bild der Demenz

Im Allgemeinen wird die Demenzerkrankung in drei Phasen eingeteilt. Die erste Phase ist geprägt durch Störungen von Gedächtnis, Orientierung, Denkvermögen und Wortfindung. In der zweiten Phase ist die Bewältigung des Alltags zunehmend eingeschränkt, während das dritte Stadium geprägt ist durch hochgradigen geistigen Abbau, zunehmende Pflegebedürftigkeit und körperliche Symptome.

Das Bild der Demenz in der Gesellschaft ist weithin durch die dritte Phase der Erkrankung geprägt. Der Kranke wird in seinen kognitiven Fähigkeiten als sehr reduziert dargestellt, ihm wird fast nichts mehr zugetraut, er wird auf das Entwicklungsstadium eines drei bis fünfjährigen Kindes reduziert. Damit wird der frühen und mittleren Phase der Krankheit zu wenig Augenmerk geschenkt, die Zeitspanne, in der noch vieles möglich ist und in der mit Unterstützung ein weithin selbstbestimmtes Leben mit hoher Qualität geführt werden kann.
Der Einsatz von unterstützender Technik ist im gesamten Verlauf der Krankheit denkbar und je früher desto wirkungsvoller für den Betroffenen selbst, in der späten Phase wird die Entlastung für den Betreuenden wichtig.

2 Verschiedene Sichtweisen

Als oberste Maxime beim Einsatz von Technik als unterstützende Maßnahme in der Betreuung von Demenzkranken sollte immer gelten, dass Technikeinsatz unter keinen Umständen einen Ersatz für die persönliche Betreuung und Zuwendung darstellen darf. Aus vielen Untersuchungen ist bekannt, dass eine zugewandte soziale Einbettung zur Lebensqualität der Demenzkranken am meisten beiträgt. Somit sollten die Überlegungen zum Einsatz vom Gedanken an die Erhaltung der Lebensqualität der Kranken und der Pflegenden geleitet sein. Dazu gehören beim Erkrankten die Erhaltung der Autonomie und Würde, das Wohlbefinden wie auch die Stimulation, die Anregung zu einer sinnvollen Tätigkeit wie die Befähigung zu sozialen Kontakten. Der Demenzkranke, wie jede Person, möchte so lange wie möglich ohne Hilfe

[135] Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Berlin, Deutschland, heike.luetzau@dalzg.de

und Betreuung leben. Dadurch wird trotz der vermehrten Defizite sein Selbstwertgefühl gestärkt und Teilhabe ermöglicht.

Für den Betreuenden stehen Aspekte wie Entlastung in der Pflege und Sicherheit für den Kranken im Vordergrund. Auch spielen die Verpflichtung zur Fürsorge, die Verantwortung, das eigene Sicherheitsgefühl wie aber auch die Selbstgefährdung des Kranken eine Rolle bei der Überlegung zum Einsatz von unterstützender Technik. Die Wohnsituation des Erkrankten spielt eine Rolle, denn die Möglichkeiten sind davon abhängig, ob er allein lebt oder in der Familie oder in einer stationären Einrichtung.

3 Bereiche des Technikeinsatzes

Der Einsatz von Technik ist in vielen Bereichen denkbar. Das heute vorhandene Spektrum reicht von Low-Tech-Gegenständen wie einem Armband mit eingravierter Adresse bis hin zu komplexen Sicherheits- und Monitoring-Systemen und der Integration mehrerer Komponenten in kompletten Smart-Home-Konzepten. Siehe auch [1], [2].

3.1 Aus Sicht des Kranken

Für den Kranken selbst kann man die Anwendungsbereiche einteilen in Systeme für die Sicherheit, die Orientierung, Unterstützung im gesundheitlichen Bereich, Hilfen im Bereich Anregung und Aktivität und Unterstützung für die Aufrechterhaltung von sozialen Kontakten.

Im Bereich der Sicherheit gibt es eine große Überlappung mit Systemen, die nicht spezifisch für Demenzkranke entwickelt worden sind oder werden, sondern als familiengerechte Produkte oder auch für Senioren allgemein. Dazu gehören zum Beispiel Haushaltsgeräte wie Bügeleisen, die sich abschalten, wenn sie für eine gewisse Zeit nicht bewegt worden sind oder eingebaute Herdsicherungen, die bei Überhitzungsgefahr die Energiezufuhr unterbrechen. Leider ist diese Art von „sicheren“ Geräten in den meisten Fällen nicht handelsüblich oder nur gegen einen erheblichen Aufpreis erhältlich. In den Bereich der Sicherheit fallen auch alle Systeme, die sich mit dem Problem der „Weglauftendenz“ befassen. Eigentlich ist es ein „Sich-Verlaufen“. Die Ursache ist ein häufiges Symptom der Demenz, eine hochgradigen Unruhe. Sie äußert sich darin, dass die Kranken ständig die Wohnung verlassen wollen. Mit Hilfe dieser Systeme sollen sie daran gehindert werden, da sie sich draußen nicht mehr orientieren können oder sich gefährden. Diese Systeme gibt es in verschiedensten Ausprägungen, von der akustischen oder optischen Signalgebung an der überwachten Tür bis hin zu komplexen Türschließanlagen.

Der Bereich der räumlichen Orientierung erfährt im Augenblick durch die Entwicklung der Ortungssysteme mit den verschiedenen Möglichkeiten der Kommunikation großen Auftrieb. Mit Hilfe dieser vielleicht anzupassenden Geräte wäre der Spagat zwischen „soviel Freiheit wie möglich und so viel Sicherheit wie nötig“ machbar.

Die Hilfen im gesundheitlichen Bereich reichen über den einfache Tablettenspender bis hin zu den komplexen Systemen des Tele Monitorings.

Im Bereich der Anregung und Aktivität ist über das hinaus, was heute schon auf dem Markt erhältlich ist, eine spezielle Entwicklung zu erwarten, die die Möglichkeiten der Multimedia-Technik aufgreift. Die allgemeinen Entwicklungen von Gehirnjogging-Spielen und persönliche Archivierungssystemen sollten und können an die speziellen Bedürfnisse der Demenzkranken angepasst werden.
Auch der Bereich der sozialen Kontakte ist vielfältig vorstellbar, von einfachen modifizierten Telefonen bis hin zur Video/Webcam-unterstützten Kommunikation.

3.2 Aus Sicht des Pflegenden

Jede Hilfe, die die Lebensqualität des Kranken steigert, hilft auch dem Pflegenden. Besonders der Bereich der Anregung und Kommunikation verschafft dem Betreuenden Entlastung und auch für ihn Anregung und Freude, denn häufig ist die Beschäftigung während des langen Tages ein großes Problem, da die Konzentrationsfähigkeit als Folge der Demenz stark nachlässt. Die computergestützte Beschäftigung schafft eine Vielzahl von Möglichkeiten, wenn sie sinnvoll und angepasst zur Verfügung steht.

Für die pflegenden Angehörigen sind die Informationsvermittlung über das Krankheitsbild und der Austausch mit Gleichbetroffenen in Selbsthilfegruppen wichtig. Dafür steht heute mit dem Internet eine Infrastruktur und Technik zur Verfügung, deren Hilfe man nicht unterschätzen darf, denn die Mobilität eines pflegenden Angehörigen ist sehr eingeschränkt.
In der späten Phase der Krankheit kann Technik dazu beitragen, die Pflege zu erleichtern. Sturzüberwachung, Bewegungsmatten, automatisch gesteuerte Lichtquellen sind nur einige Beispiele.

3.3 Aus professioneller Sicht

Technikeinsatz, der den Kranken sekundär zugute kommt, findet man im Bereich der Unterstützung des Pflegemanagements und der Pflegeverwaltung, wie auch in der Unterstützung der Pflegeausbildung (z.B. e-Learning). Durch den gezielten Einsatz von Technik in diesem Bereich kann Zeit für die Betreuung und Pflege gewonnen werden, die in direktem Kontakt den Demenzkranken zugute kommt

4 Design der Geräte

Die Entwicklung von neuer Technik, von neuen - oder auch die Adaption von vorhandenen - Geräten für einen Einsatz im Bereich der Demenz erfordert ein vertieftes Wissen über die Entstehung und Symptome der Krankheit und ihre psychosozialen Auswirkungen. Das setzt bei den Entwicklern und Ingenieuren ein besonderes Einfühlungsvermögen voraus. Der Entwickler sollte nachvollziehen können, dass zum Beispiel ein schrilles lautes Signal beim Durchqueren einer Tür dem Demenzkranken Angst machen kann, da er dessen Ursache nicht verstehen kann. Lichtsignale können mit Feuer assoziiert werden, Stimmen aus versteckten Lautsprechern können nicht zugeordnet werden.

Auch ist zu berücksichtigen, dass die meisten Kranken neben den Demenzsymptomen aufgrund ihres Alters mit weiteren Defiziten wie vermindertem Geruchssinn, Sehschwäche, Schwerhörigkeit wie aber auch nachlassender taktiler Wahrnehmung zu kämpfen haben. Die Akzeptanz eines Gerätes wird entscheidend durch die ästhetische Gestaltung bestimmt. Form und Farbe sind auf die spezielle Nutzergruppe abzustimmen.

Der heutige Trend, möglichst viele Funktionen in einem Gerät zu implementieren, macht das Gerät für einen Demenzkranken unbrauchbar. Das Gerät sollte für eine klare abgrenzbare Nutzung entworfen sein. Als Beispiel: Mit einem Mobiltelefon muss man nur telefonieren können. Es sollte möglichst so konzipiert sein, dass es mit den sich vermehrenden Defiziten „lernt“, zum Beispiel dass man im Verlauf der Krankheit die Funktionen immer weiter einschränken kann. Das heißt nicht, dass weitere Funktionen wie Ortung im Gerät integriert sind, nur sollten sie für den Benutzer an der Bedienschnittstelle nicht sichtbar sein.

Ein besonderes Problem ist die Mensch-Maschine-Schnittstelle. Beginnend bei den Eingabemedien wie Tastatur, Touchscreen oder Spracheingabe bis hin zu Menü-Führungen sind die Möglichkeiten und Bedürfnisse des Kranken zu berücksichtigen. In vielen Fällen wäre eine Spracherkennung sinnvoll, da die Fähigkeit zu Schreiben im Verlauf der Krankheit nach-

lässt. Probleme der Wartung der Geräte sind schon beim Design zu berücksichtigen. So ist zum Beispiel die Energieversorgung der Geräte zu überwachen.

5 Benutzung von Technik

Die Benutzung erfordert Fähigkeiten und Teilnahme des Kranken wie auch des Pflegenden. Immer muss dabei je nach individueller Situation und Bedarf entschieden werden. Der Einsatz einer bestimmten Technik sollte immer auf den momentanen Krankheitszustand abgestimmt sein. Die Progression der Erkrankung fordert eine ständige Anpassung. Es stellt sich die Frage, wer über den Einsatz entscheidet. Die Kranken selbst sind ab einem bestimmten Krankheitsstadium zu einer Selbstreflexion ihrer Situation, möglicher Schwierigkeiten oder deren Lösungen nicht mehr fähig. Sie sind darauf angewiesen, dass andere für eine bestmögliche Betreuung sorgen. Technische Hilfsmittel sind nicht als Mittel der Therapie oder Rehabilitation anerkannt. So sind es zumeist die Angehörigen, die sich zum Fürsprecher für den Einsatz von Technik machen.

Nur Geräte, die von den Kranken akzeptiert werden, können für ihn hilfreich sein. Geräte, die dem Kranken lächerlich erscheinen, weil sie ihn zum Beispiel zum Kind machen, werden abgelehnt. Was heute noch hilfreich ist, kann morgen schon eine Überforderung für den Kranken sein. So ist es unerlässlich, den Technikeinsatz laufend zu beobachten und zu bewerten. Am besten ist es natürlich, wenn die Nutzung der Geräte nicht neu erlernt werden muss, sondern sie schon lange ins täglichen Leben integriert sind und damit deren Nutzung geübt ist. Bei der Anpassung von vorhandenen Geräten ist darauf zu achten, dass möglichst die äußere Gestalt erhalten bleibt.

Auch für den Angehörigen muss die Bedienung der Geräte einfach und verständlich sein. Häufig ist auch der Pflegende schon betagt, so dass sich die Problematik der Mensch-Maschine-Schnittstelle verstärkt.

6 Probleme und Fragestellungen

Bei jeder Einsatzüberlegung ist man mit der Frage konfrontiert: Was empfindet der Demenzkranke? Immer muss abgewogen werden zwischen der Verantwortung für das Wohlergehen aller Beteiligten auf der einen und Wahrung von Autonomie und Privatheit auf der anderen Seite. Auf jeden Fall sollte Technik in ein Gesamt-Konzept der Pflege integriert sein und Alternativen überprüft werden. Vor allem bei Geräten, die in die persönlichste Sphäre eingreifen wie zum Beispiel Ortungsgeräte sind die Bereiche Datenschutz und Kontrolle und Überwachung gegen Freiheit und Selbstbestimmung abzuwägen.

Es bleibt immer eine Gradwanderung, die besonders von einfühlsamen, aber auch belasteten Angehörigen schwere Entscheidungen fordert. Man muss sich fragen, wie trägt das alles zu einer besseren Versorgung bei? Ist es überfordernd oder hilfreich? Was erfordert es vom sozialen Umfeld? Leider gibt es zu wenige Studien, die aufzeigen, wie Technik bei der Versorgung von Demenzkranken helfen kann, welche Auswirkungen der Einsatz hat. Im Rahmen der Versorgungsforschung muss dieses Gebiet dringend mit berücksichtigt werden.

7 „Technik für Senioren“ = „Technik für Demenzkranke“?

„Technik für Senioren“ bedeutet Technik für älter werdende Menschen. Dazu gehören auf der einen Seite Geräte, die die gesundheitlichen Beschwerden kontrollieren und überwachen wie Störungen der Herz- und Kreislauffunktion, des Flüssigkeitshaushalts und Bewegungsapparates. Auf der anderen Seite schließt das Geräte ein, die älter werdende Personen unterstützt, sich in ihrer täglichen Umgebung sicher zu fühlen. Dazu gehören Geräte wie Notrufsysteme,

Rauchmelder, Herdsicherung, Türschutzeinrichtungen wie auch Navigations- und Ortungssysteme kombiniert mit Mobiltelefonen. Aber auch altersangepasste Werkzeuge und Spiele, die dem Zeitvertreib und der Animation dienen, gehören zur Technik für Senioren.

Die Benutzerschnittstelle muss so gestaltet sein, dass die sich möglicherweise altersbedingt einstellenden Defizite berücksichtigt werden. Dazu gehören Seh- und Hörschwäche, Abnahme der taktilen Empfindlichkeit und Beweglichkeit der Finger. Dabei dürfen die ästhetischen Gesichtspunkte beim Design nicht in den Hintergrund treten.

Alter ist nicht gleich Demenz, aber Alter ist der größte Risikofaktor, an einer Demenz zu erkranken, bei 85-jährigen gibt es statistisch ein fast 30-prozentiges Risiko. So ist der alternde Mensch dieser Bedrohung ausgesetzt. Demenz, im Speziellen Alzheimer, ist nach heutigem medizinischem Wissensstand nicht heilbar. Die zur Verfügung stehende Medikation kann den Verlauf der Krankheit um einige Zeit, maximal um ein Jahr, verzögern. Die typischen Symptome in den frühen Phasen der Krankheit sind Gedächtnisschwäche verbunden mit Orientierungsproblemen, Antriebslosigkeit und dem Verlust, seinen Alltag planen zu können. Sie verschlimmern sich im Verlauf der Krankheit, die im Durchschnitt zwischen sieben und zehn Jahren dauert.

Heute leben Zweidrittel der Demenzkranken im häuslichen Umfeld. Sie werden in ihrer Wohnung betreut und begleitet von Familienangehörigen, Nachbarn, Freunden und ambulanten Diensten. Je weiter fortgeschritten der Krankheitszustand desto häufiger lebt die Person in einer stationären Einrichtung. Technische Unterstützung kann in allen Phasen der Krankheit sehr hilfreich sein, wenn sie sinnvoll eingesetzt wird, in der ambulanten wie in der stationären Umgebung.

„Technik für Demenzkranke“ ist erst mal „Technik für Senioren“. Aber nicht jede dieser Techniken ist für Demenzkranke geeignet. Sie muss an die speziellen Bedürfnisse und Defizite der Kranken angepasst sein. Die Nützlichkeit der Geräte muss sich dem Demenzkranken wie dem Betreuer gleichermaßen erschließen. Ein Warnsystem zum Beispiel, das so gestaltet ist, dass der Demenzkranke seine Nutzung ablehnt, obwohl der Betreuer auf seiner Nutzung besteht, wird nicht Ziel führend eingesetzt werden können.

Die Implementierung der Benutzerschnittstelle muss die Belange des Menschen mit Demenz wie aber auch die des Betreuers berücksichtigen. Es ist zwischen dem Administrator, dem Betreuer, und dem Nutzer, dem Kranken, zu unterscheiden. Für den Nutzer muss die Schnittstelle einsichtig, einfach und fehlertolerant sein, für den Administrator muss sie neben dieser Anforderungen auch die Durchführung von notwendigen komplexeren Funktionen erlauben, wobei bedacht werden sollte, dass auch der Betreuer häufig ein älterer Mensch ist.

Beim Entwurf der Geräte sind die zusätzlichen Funktionen zu beachten, die auf Grund der Defizite des Demenzkranken die „Technik für Senioren“ von der „Technik für Demenzkranke“ unterscheiden.

Dabei sind mehrere Aspekte zu berücksichtigen. Der Produktentwickler muss sich über die sich möglicherweise entwickelnden Veränderungen in der Wahrnehmung bei Demenzkranken im Klaren sein und das bei der Entwicklung von Produkten bedenken. Ein Beispiel dafür ist die Darstellung der Uhrzeit in digitaler Form, die Umsetzung der Ziffernfolge mit Sonderzeichen in eine Tageszeit ist nicht immer leistbar. Auch bei der englischen oder amerikanischen Darstellung von „vor Mittag“ („a.m.“) und „nach Mittag“ („p.m.), jeweils dann 12 Stunden, ist das gelernte Wissen häufig nicht mehr abrufbar. Visualisierte Information ist eindeutig zu prä-

sentieren, ein Sekundenzeiger kann beim Lesen einer analogen Uhr verwirren. Ein anderes Beispiel ist die Wahrnehmung von Licht. Eine Lichtleiste, die hell strahlt und vielleicht beim Einschalten flackert, kann als Feuer interpretiert werden und damit Angst auslösen. Blinkendes rotes Licht, wie zum Beispiel genutzt, um die richtige Funktion eines Rauchmelders anzuzeigen, kann nicht als solches interpretiert werden und kann Unwillen bis hin zu Aggression erzeugen. Streifen auf dem Fußboden können als Barriere interpretiert werden, was auch in diesem Sinne eingesetzt wird. Größere Gegenstände in dunkler Farbe können Assoziationen zu bedrohlichen Tieren hervorrufen und damit Ablehnung bin hin zu Angst erzeugen.

Bei Kontroll- und Überwachungsgeräten ist neben einer Warnfunktion eine Signalweitervermittlung zu implementieren und eine zeitlich gesteuerte Abschaltfunktion einzubauen. Bei jedem Signal, das einen Nutzereingriff erfordert, ist zu bedenken, dass der eigentliche Nutzer – der Demenzkranke – möglicherweise nicht in der Lage ist, das Signal zu deuten und damit der Betreuer in irgendeiner Form informiert werden muss. Zum Beispiel ist ein nachgeschaltetes Call-Center bei einem Ortungssystem im Notfall nur hilfreich, wenn ein Mensch informiert wird, der dem Demenzkranken zu Hilfe eilt und ihn in Sicherheit bringt und ihm Geborgenheit vermittelt. Ein anderes Beispiel ist eine lokale Warnung, dass z. B. der Akku bald leer ist, ist ohne die Benachrichtigung an einen Betreuer für Demenzkranke nicht nutzbar.

Unter keinen Umständen darf Technik für Demenzkranke einen Ersatz für die persönliche Betreuung und Zuwendung darstellen. Führt Technikeinsatz dazu, dass Zeit in der Pflege gewonnen werden kann, sollte sie genutzt werden, um sich dem Kranken zu widmen.

Animationstechniken im fortgeschritteneren Stadium der Krankheit können häufig nur sinnvoll eingesetzt werden, wenn ein „Mitspieler“ dabei ist, der anregt, anleitet und führt. Aber auch das kann in der täglichen Betreuung eine Entlastung sein, da der Tag mit einem Demenzkranken ganz lang sein kann und auch der Betreuenden an der Animation seine Freude haben sollte. Dieser Aspekt sollte auch bei der Entwicklung eines solchen Tools beachtet werden.

Benutzerschnittstellen, die in mehreren Schritten implementiert sind, und in einer bestimmten Reihenfolge durchgeführt werden müssen, sollten vermieden werden. In den meisten Fällen sind die Anweisungen nur für den Eingeweihten selbsterklärend. Besser wäre es, diese Reihenfolge per Makro benutzerspezifisch konfigurierbar zu machen, wobei diese Konfiguration auch so einfach wie möglich gehalten werden sollte.

8 Fazit

Jede Form von Technikeinsatz bei Demenz braucht am Ende der Prozesskette immer die menschliche Intervention. Das Ortungsgerät zum Beispiel hilft den Menschen mit Demenz zu finden, der Betreuer muss den Menschen in seiner Angst und Verlassenheit auffangen und ihn nach Hause begleiten. Die Beschäftigung mit dem demenzgerechten Computerspiel macht Freude, aber der Betreuer ist gefordert anzuregen und zu helfen und bei Überforderung einzugreifen.

Ohne menschliche Zuwendung kann der Einsatz von Technik nicht gelingen. Der Einsatz ist immer krankheits- und lebensphasen-abhängig zu betrachten. Unterstützende Technik ist weder gut noch schlecht, sie ist geeignet oder sinnvoll. Es ist die Nutzung, die entscheidet. Technik setzt Verständnis voraus, eine Eigenschaft, die mit den kognitiven Verlusten mit dem Fortschreiten der Demenz auch immer weniger wird. Wenn sie aber einfach in der Funktion

und Bedienung angeboten wird, ist sinnvolle und unverkrampfte Nutzung eine Hilfe bei der Versorgung von Demenzkranken.

8 Literatur

[1] Heeg et al.: Technische Unterstützung bei Demenz Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz, Verlag Hans Huber, 2007

[2] Technische Hilfen für Demenzkranke, Schriftenreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V., Berlin, 2005

6.4 Rechtsübersicht Pflege

Jörg Holke[136]

Stand 20.7.2010

Bezug Kapitel 3.6 und 4.5

1. Leistungsgesetze und Leistungsträger
2. Pflegebedürftigkeitsbegriff und Pflegestufen
3. Häusliche Pflege
4. Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege
5. Stationäre Pflege
6. Versorgungsverpflichtung, Qualitätssicherung, Strukturen
7. Auswertung bereits geltender Länderheimgesetze bzw. Wohn- und Betreuungsgesetze
8. Auswertung Entwürfe Länderheimgesetze bzw. Wohn- und Betreuungsgesetze

[136] Geschäftsführer Aktion Psychisch Kranke e.V., Bonn

1. *Leistungsgesetze (einschl. Verordnungen) und Leistungsträger in der Übersicht:*

Gesetz		***Leistungsträger bzw. Träger***
Sozialgesetzbuch XI: soziale Pflegeversicherung	SGB V	Pflegekassen
Sozialgesetzbuch V: Gesetzliche Krankenversicherung	SGB V	Krankenkassen
Sozialgesetzbuch XII: Sozialhilfe	SGB XII	Örtlicher oder überörtlicher Sozialhilfeträger
(Sozialgesetzbuch IX: Rehabilitation und Teilhabe Teil 1)	SGB IX	(Krankenkassen, Rentenversicherung)

2. Pflegebedürftigkeitsbegriff und Pflegestufen

Rechtlicher Bezug	*Begriff*	*Definition*
SGB XI § 14	**Pflegebedürftigkeit**	Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen. Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind: 1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, 2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane, 3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen. Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen. Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen sind: 1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung, 2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung, 3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung, 4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
SGB XI $ 15	**Pflegestufe**	*Pflegestufe 1*: Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. *Pflegestufe 2*: Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. *Pflegestufe 3:* Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

3. *Häusliche Pflege (1)*

Rechtl. Bezug	***Leistungsart***	***Zugangsvoraussetzung***	***Voraussetzung für Leistungserbringung***	***Ziel***	***Dauer (nur z.T. gesetzlich festgelegt)/ Vergütung***	***Beispiele für Maßnahmeträger***
SGB XI § 36	Pflegesachleistung/häusliche Pflegehilfe (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung)	Pflegebedürftig und mindestens Pflegestufe 1. letzten 10 Jahren mindestens 5 Jahre - ab 1.7.2008 2 Jahre (pflege)versichert	SGB XI § 71-75	ein möglichst selbständiges und selbst bestimmtes, würdevolles Leben zu führen, die körperliche, geistige und seelische Kräfte wieder-zugewinnen oder zu erhalten. Verbleib in gewohnter Umgebung	Keine Begrenzung, Pflegebedürftigkeit entscheidend Stufe 1: 440 € Stufe 2: 1040 € Stufe 3: 1.510 €	Anerkannte private oder gemeinnütziger Pflegedienst,
SGB XI § 37	Pflegegeld für selbst beschaffte Leistung	Pflegebedürftig und mindestens Pflegestufe 1. letzten 10 Jahren mindestens 5 Jahre - ab 1.7.2008 2 Jahre - (pflege)versichert	Viertel- bzw. halbjährliche Inanspruchnahme einer Beratung durch Pflegedienst	ein möglichst selbständiges und selbst bestimmtes, würdevolles Leben zu führen, die körperliche, geistige und seelische Kräfte wiederzugewinnen oder zu erhalten. Verbleib in gewohnter Umgebung	Keine Begrenzung, Pflegebedürftigkeit entscheidend Stufe 1: 225 € Stufe 2: 430 € Stufe 3: 685 €	Angehörige,
SGB XI § 38	Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)	Pflegebedürftig und mindestens Pflegestufe 1. letzten 10 Jahren mindestens 5 Jahre - ab 1.7.2008 2 Jahre (pflege)versichert	SGB XI § 71-75	ein möglichst selbständiges und selbst bestimmtes, würdevolles Leben zu führen, die körperliche, geistige und seelische Kräfte wiederzugewinnen oder zu erhalten. Verbleib in gewohnter Umgebung	Keine Begrenzung; Pflegegeld wird um den Vomhundert-satz vermindert, in dem der Pflegebedürftige Sachleistungen in Anspruch genommen hat.	Pflegedienst, Angehörige

Rechtl. Bezug	***Leistungsart***	***Zugangsvoraussetzung***	***Voraussetzung für Leistungserbringung***	***Ziel***	***Dauer (nur z.T. gesetzlich fest-gelegt)/ Vergü-tung***	***Beispiele für Maßnahmeträger***
SGB XI § 39	Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pfle-geperson	Pflegebedürftig und min-destens Pflegestufe 1. letzten 10 Jahren mindes-tens 5 Jahre - ab. 1.7.2008 2 Jahre (pflege)versichert	SGB XI § 71-75	ein möglichst selbständiges und selbst bestimmtes, würdevolles Leben zu führen, die körperliche, geistige und seelische Kräfte wie-derzugewinnen oder zu erhalten. Verbleib in gewohnter Umgebung	Maximal 4 Wo-chen Maximal 1.510 €	Pflegedienst
SGB XI § 40	Pflegehilfsmittel und technische Hilfen	Pflegebedürftig und min-destens Pflegestufe 1. letzten 10 Jahren mindes-tens 5 Jahre - ab. 1.7.2008 2 Jahre (pflege)versichert	Beteiligung Pflegfach-kraft oder medizinischer Dienst	ein möglichst selbständiges und selbst bestimmtes, würdevolles Leben zu führen, die körperliche, geistige und seelische Kräfte wie-derzugewinnen oder zu erhalten. Verbleib in gewohnter Umgebung	Max 31 € im Monat (Zuzahlung)	

3. Häusliche Pflege (2)

Rechtl. Bezug	***Leistungsart***	***Zugangsvoraussetzung***	***Voraussetzung für Leistungserbringung***	***Ziel***	***Dauer (nur z.T. gesetzlich festgelegt) und Finanzierung***	***Beispiele für Maßnahmeträger***
SGB V §37 (Verordnung)	Häuslichen Krankenpflege	Verordnung durch Arzt, zum Teil durch Institutsambulanz Zuzahlung	A Richtlinien nach $ 92 SGB V B Rahmenempfehlungen §132a SGB V	Vermeidung von Krankenhausaufenthalt, Sicherstellung der ärztlichen Behandlung	14 Tage Erstverordnung Folgeverordnung bis zu 4 Monaten, begründet darüber hinaus ; Vergütung in Landesrahmenverträgen (nur NRW)	Private oder gemeinnützige Pflegedienste,
SGB V §37 (Verordnung)	Ambulante psychiatrische Pflege im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege	Verordnung durch Arzt, zum Teil durch Institutsambulanz Zuzahlung	A Richtlinien nach $ 92 SGB V B Rahmenempfehlungen §132a SGB V	Vermeidung von Krankenhausaufenthalt, Sicherstellung der ärztlichen Behandlung	14 Tage Erstverordnung Folgeverordnung bis zu 4 Monaten, begründet darüber hinaus ; Vergütung in Landesrahmenverträgen (nur NRW)	Private oder gemeinnützige Pflegedienste, Gemeindepsychiatrischer Träger
SGB XII § 61,2	Pflegesachleistung/häusliche Pflegehilfe (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung)	Nicht pflegeversichert oder Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichend	SGB XII § 75 ,5	ein möglichst selbständiges und selbst bestimmtes, würdevolles Leben zu führen, die körperliche, geistige und seelische Kräfte wiederzugewinnen oder zu erhalten. Verbleib in gewohnter Umgebung	Keine Begrenzung, Pflegebedürftigkeit entscheidend Stufe 1: 440 € Stufe 2: 1040 € Stufe 3: 1.510 €	Privater oder gemeinnütziger Pflegedienst
SGB XII § 64	Pflegegeld für selbst beschaffte Leistung	Nicht pflegeversichert oder Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichend Pflegebedürftig und mindestens Pflegestufe 1	Viertel- bzw. halbjährliche Inanspruchnahme einer Beratung durch Pflegedienst	ein möglichst selbständiges und selbst bestimmtes, würdevolles Leben zu führen, die körperliche, geistige und seelische Kräfte wiederzugewinnen oder zu erhalten. Verbleib in gewohnter Umgebung	Keine Begrenzung, Pflegebedürftigkeit entscheidend Stufe 1: 225 € Stufe 2: 430 € Stufe 3: 685 €	Angehörige,

Rechtl. Bezug	***Leistungsart***	***Zugangsvoraussetzung***	***Voraussetzung für Leistungserbringung***	***Ziel***	***Dauer (nur z.T. gesetzlich festgelegt) und Finanzierung***	***Beispiele für Maßnahmeträger***
SGB XII § 65	Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen	Mindestens 14 Stunden in der Woche Pflege leistend	Nicht mehr als 30 Stunden erwerbstätig	Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen	Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung	Angehörige,
SGB XI § 45b	Zusätzliche Betreuungsleistungen	Erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf, bei Demenz, geistigen Behinderungen und psychischen Erkrankungen	SGB XI § 71-75 und §45c	ein möglichst selbständiges und selbst bestimmtes, würdevolles Leben zu führen, die körperliche, geistige und seelische Kräfte wiederzugewinnen oder zu erhalten. Verbleib in gewohnter Umgebung	100 € mtl (Grundbetrag) 200 € mtl. (erhöhter Betrag) Bei Nichtverbrauch Übertrag ins Folgejahr	Anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote

4. Teilstationäre und Kurzzeitpflege

Rechtl. Bezug	***Leistungsart***	***Zugangsvoraussetzung***	***Voraussetzung für Leistungserbringung***	***Ziel***	***Dauer (nur z.T. gesetzlich festgelegt)***	***Beispiele für Maßnahmeträger***
SGB XI §41 (Rechtsanspruch)	Tagespflege und Nachtpflege (einschließlich medizinischer Behandlungspflege) Kann In Kombination mit Häuslicher Pflege erfolgen	Pflegebedürftig und mindestens Pflegestufe 1. letzten 10 Jahren mindestens 5 Jahre - ab. 1.7.2008 2 Jahre (pflege)versichert wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist	SGB XI § 71-75	ein möglichst selbständiges und selbst bestimmtes, würdevolles Leben zu führen, die körperliche, geistige und seelische Kräfte wiederzugewinnen oder zu erhalten. Überwiegender Verbleib in gewohnter Umgebung	Keine Begrenzung, Pflegebedürftigkeit entscheidend Stufe 1: 440 € Stufe 2: 1040 € Stufe 3: 1.510 €	Privater oder gemeinnütziger Pflegedienst
SGB XII § 61,2	Tagespflege und Nachtpflege (einschließlich medizinischer Behandlungspflege) Kann In Kombination mit Häuslicher Pflege erfolgen	Nicht pflegeversichert oder Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichend; wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist	SGB XII § 75 ,5	ein möglichst selbständiges und selbst bestimmtes, würdevolles Leben zu führen, die körperliche, geistige und seelische Kräfte wiederzugewinnen oder zu erhalten. Überwiegender Verbleib in gewohnter Umgebung	Keine Begrenzung, Pflegebedürftigkeit entscheidend Stufe 1: 440 € Stufe 2: 1040 € Stufe 3: 1.510 €	Privater oder gemeinnütziger Pflegedienst
SGB XI § 42 (Verordnung / Rechtsanspruch)	Kurzzeitpflege	Wenn häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann und auch teilstationäre Pflege nicht ausreicht	SGB XII § 75 ,5	ein möglichst selbständiges und selbst bestimmtes, würdevolles Leben zu führen, die körperliche, geistige und seelische Kräfte wiederzugewinnen oder zu erhalten.	Bis zu 1.510 € im Kalenderjahr	Privater oder gemeinnütziger Pflegedienst
SGB XII § 61,2	Kurzzeitpflege	Nicht pflegeversichert oder Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen; wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist einkommensabhängig	SGB XII § 75 ,5	ein möglichst selbständiges und selbst bestimmtes, würdevolles Leben zu führen, die körperliche, geistige und seelische Kräfte wiederzugewinnen oder zu erhalten. Überwiegender Verbleib in gewohnter Umgebung	Bis zu 1.510 € im Kalenderjahr	Privater oder gemeinnütziger Pflegedienst

5. Stationäre Pflege

Rechtl. Bezug	***Leistungsart***	***Zugangsvoraussetzung***	***Voraussetzung für Leistungserbringung/Finanzierung***	***Ziel***	***Dauer (nur z.T. gesetzlich festgelegt)***	***Beispiele für Maßnahmeträger***
SGB XI §43	Stationäre Pflege (einschließlich medizinische Behandlungspflege)	Pflegebedürftig und mindestens Pflegestufe 1. letzten 10 Jahren mindestens 5 Jahre – ab 1.7.2008 2 Jahre (pflege)versichert Wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt	SGB XI § 71-75 Finanzierung § 82	ein möglichst selbständiges und selbst bestimmtes, würdevolles Leben zu führen, die körperliche, geistige und seelische Kräfte wiederzugewinnen oder zu erhalten.	Keine Begrenzung, Pflegebedürftigkeit entscheidend Max. auch bei Kombination Stufe 1: 1.032 € Stufe 2: 1.279 € Stufe 3: 1.510 € Härtefall: 1.825 € (außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand); Betrag darf 75 vom Hundert des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbaren Investitionskosten nicht übersteigen,	Privater oder gemeinnütziger Pflegedienst
SGB XII § 61,2	Stationäre Pflege	Nicht pflegeversichert oder Leistungen der Pflegeversicherung reichen nicht aus Wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt einkommensabhängig	SGB XII § 75 ,5	ein möglichst selbständiges und selbst bestimmtes, würdevolles Leben zu führen, die körperliche, geistige und seelische Kräfte wiederzugewinnen oder zu erhalten.	Keine Begrenzung, Pflegebedürftigkeit entscheidend Nach Fürsorge Prinzip Kostenübernahme der Gesamtkosten, soweit wirtschaftlich erbracht	Privater oder gemeinnütziger Pflegedienst
SGB XI § 43a	Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen steht im Vordergrund des Heimes	SGB XII § 75 ,5	ein möglichst selbständiges und selbst bestimmtes, würdevolles Leben zu führen, die körperliche, geistige und seelische Kräfte wiederzugewinnen oder zu erhalten.	Keine Begrenzung, Pflegebedürftigkeit entscheidend Bis zu 10 % des Heimentgelts Max 256 € monatlich	Privater oder gemeinnütziger Heimträger

Rechtl. Bezug	***Leistungsart***	***Zugangsvoraussetzung***	***Voraussetzung für Leistungserbringung/Finanzierung***	***Ziel***	***Dauer (nur z.T. gesetzlich festgelegt)***	***Beispiele für Maßnahmeträger***
SGB XII § 61,2	Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen steht im Vordergrund des Heimes (wenn nicht pflegeversichert)	SGB XII § 75 ,5		90 % der Pflegekosten Wenn nicht pflegeversichert 100 %	Privater oder gemeinnütziger Heimträger

6. Versorgungsverpflichtung, Qualitätssicherung, Strukturen

Rechtl. Bezug	***Leistungsart***	***Mitwirkende***	***Inhalt/Ziel***	***(Anmerkung)***
SGB XI § 12	Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Verpflichtung zur Kooperation und Zusammenarbeit	Pflegekasse	Die Pflegekassen sind für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich. Sie arbeiten dabei mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammen und wirken, insbesondere durch Pflegestützpunkte nach § 92c, auf eine Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen hin, um eine Verbesserung der wohnortnahen Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen zu ermöglichen. Die Pflegekassen sollen zur Durchführung der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben örtliche und regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. § 94 Abs. 2 bis 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend. (2) Die Pflegekassen wirken mit den Trägern der ambulanten und der stationären gesundheitlichen und sozialen Versorgung partnerschaftlich zusammen, um die für den Pflegebedürftigen zur Verfügung stehenden Hilfen zu koordinieren. Sie stellen insbesondere über die Pflegeberatung nach § 7a sicher, dass im Einzelfall Grundpflege, Behandlungspflege, ärztliche Behandlung, spezialisierte Palliativversorgung, Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe sowie hauswirtschaftliche Versorgung nahtlos und störungsfrei ineinandergreifen. Die Pflegekassen nutzen darüber hinaus das Instrument der integrierten Versorgung nach § 92b und wirken zur Sicherstellung der haus-, fach- und zahnärztlichen Versorgung der Pflegebedürftigen darauf hin, dass die stationären Pflegeeinrichtungen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten eingehen oder § 119b des Fünften Buches anwenden	
SGB XI § 7a	Pflegeberatung	Pflegekasse	Personen, die Leistungen nach dem SGB Xi beziehen haben Anspruch auf individuelle Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, haben ab dem 1. Januar 2009 Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung). Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere, 1.den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung systematisch zu erfassen und zu analysieren, 2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen, 3.auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken, 4.die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen sowie 5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren.	

Rechtl. Bezug	Leistungsart	Mitwirkende	Inhalt/Ziel
SGB XI § 92c	Pflegestützpunkte	Pflegekassen, Krankenkassen	Zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten richten die Pflegekassen und Krankenkassen Pflegestützpunkte ein, sofern die zuständige oberste Landesbehörde dies bestimmt. Die Einrichtung muss innerhalb von sechs Monaten nach der Bestimmung durch die oberste Landesbehörde erfolgen. Kommen die hierfür erforderlichen Verträge nicht innerhalb von drei Monaten nach der Bestimmung durch die oberste Landesbehörde zustande, haben die Landesverbände der Pflegekassen innerhalb eines weiteren Monats den Inhalt der Verträge festzulegen; hierbei haben sie auch die Interessen der Ersatzkassen und der Landesverbände der Krankenkassen wahrzunehmen. Hinsichtlich der Mehrheitsverhältnisse bei der Beschlussfassung ist § 81 Abs. 1 Satz 2 entsprechend anzuwenden. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörden zur Einrichtung von Pflegestützpunkten haben keine aufschiebende Wirkung. (2) Aufgaben der Pflegestützpunkte sind 1. umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote, 2. Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen, 3. Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote. Auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen ist zurückzugreifen. Die Pflegekassen haben jederzeit darauf hinzuwirken, dass sich insbesondere die 1.nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch, 2.im Land zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtungen, 3.im Land tätigen Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung an den Pflegestützpunkten beteiligen. Die Krankenkassen haben sich an den Pflegestützpunkten zu beteiligen. Träger der Pflegestützpunkte sind die beteiligten Kosten- und Leistungsträger. Die Träger 1.sollen Pflegefachkräfte in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einbinden, 2.haben nach Möglichkeit Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einzubinden, 3.sollen interessierten kirchlichen sowie sonstigen religiösen und gesellschaftlichen Trägern und Organisationen die Beteiligung an den Pflegestützpunkten ermöglichen, 4.können sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben dritter Stellen bedienen, 5.sollen im Hinblick auf die Vermittlung und Qualifizierung von für die Pflege und Betreuung geeigneten Kräften eng mit dem Träger der Arbeitsförderung nach dem Dritten Buch und den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch zusammenarbeiten.

Rechtl. Bezug	*Leistungsart*	*Mitwirkende*	*Inhalt/Ziel*
SGB XI § 92b	Integrierte Versorgung	Pflegekassen, zugelassene Pflegeeinrichtungen, weitere Vertragspartner	1) Die Pflegekassen können mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen und den weiteren Vertragspartnern nach § 140b Abs. 1 des Fünften Buches Verträge zur integrierten Versorgung schließen oder derartigen Verträgen mit Zustimmung der Vertragspartner beitreten. (2) In den Verträgen nach Absatz 1 ist das Nähere über Art, Inhalt und Umfang der zu erbringenden Leistungen der integrierten Versorgung sowie deren Vergütung zu regeln. Diese Verträge können von den Vorschriften der §§ 75, 85 und 89 abweichende Regelungen treffen, wenn sie dem Sinn und der Eigenart der integrierten Versorgung entsprechen, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch die Pflegeeinrichtungen verbessern oder aus sonstigen Gründen zur Durchführung der integrierten Versorgung erforderlich sind. In den Pflegevergütungen dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden, die nicht der Finanzierungszuständigkeit der sozialen Pflegeversicherung unterliegen. Soweit Pflegeeinrichtungen durch die integrierte Versorgung Mehraufwendungen für Pflegeleistungen entstehen, vereinbaren die Beteiligten leistungsgerechte Zuschläge zu den Pflegevergütungen (§§ 85 und 89). § 140b Abs. 3 des Fünften Buches gilt für Leistungsansprüche der Pflegeversicherten gegenüber ihrer Pflegekasse entsprechend.
SGB XI §17 der Pflegekassen	Richtlinien der Pflegekassen	Die Spitzenverbände der Pflegekassen beteiligen die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesverbände der Pflegeberufe und der behinderten Menschen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die BAG der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime sowie die Verbände der privaten ambulanten Dienste.	Richtlinien zu den genannten Merkmale der Pflegebedürftigkeit, der Pflegestufen nach § 15 und zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Rechtl. Bezug	*Leistungsart*	*Mitwirkende*	*Inhalt/Ziel*
SGB XI § 18	Feststellung der Pflegebedürftigkeit	Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Pflege- und Krankenkassen	Die Pflegekassen haben durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen zu lassen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt
SGB XI § 45c	Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige	Pflegekassen	Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige.
SGB XI § 79	Wirtschaftlichkeitsprüfungen	Landesverbände der Pflegekassen, Sachverständige	Die Landesverbände der Pflegekassen können die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der ambulanten, teilstationären und vollstationären Pflegeleistungen durch von ihnen bestellte Sachverständige prüfen lassen; vor Bestellung der Sachverständigen ist der Träger der Pflegeeinrichtung zu hören. Bei Anhaltspunkten für Nichterfüllungen von Pflichtanforderungen (§ 72)müssen Wirtschaftlichkeitsprüfungen durchgeführt werden.
SGB XII § 75,2	Hilfe zur Pflege Subsidiarität – Verpflichtung geeignete Einrichtungen anderer Träger auszubauen oder zu schaffen	Träger der Sozialhilfe und Leistungserbringer	SGB XII § 75,2 Zur Erfüllung der Aufgaben der Sozialhilfe sollen die Träger der Sozialhilfeeigene Einrichtungen nicht neu schaffen, soweit geeignete Einrichtungen anderer Träger vorhanden sind, ausgebaut oder geschaffen werden können.
SGB XII § 75,2 und 76	Vereinbarungen (verpflichtende Grundlage für Vergütung)	Träger der Sozialhilfe, Einrichtungsträger bzw. Träger des jeweiligen Dienstes	Wird die Leistung von einer Einrichtung erbracht, ist der Träger der Sozialhilfe zur Übernahme der Vergütung für die Leistung nur verpflichtet, wenn mit dem Träger der Einrichtung oder seinem Verband eine Vereinbarung über 1. Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen (Leistungsvereinbarung), 2. die Vergütung, die sich aus Pauschalen und Beträgen für einzelne Leistungsbereiche zusammensetzt (Vergütungsvereinbarung) und 3. die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (Prüfungsvereinbarung) besteht. Die Vereinbarungen müssen den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit entsprechen. Der Träger der Sozialhilfe kann die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistung prüfen.

Rechtl. Bezug	*Leistungsart*	*Mitwirkende*	*Inhalt/Ziel*
SGB XI § 80	Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität	Die Spitzenverbände der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene Verband der privaten Krankenversicherung, den Verbänden der Pflegeberufe sowie den Verbänden der Behinderten u. der Pflegebedürftigen	vereinbaren gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie unabhängiger Sachverständiger Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist. .
SGB XII § 79	Rahmenverträge (Landesrahmenvereinbarung)	Die überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene schließen mit den Vereinigungen der Träger der Einrichtungen auf Landesebene	1.die nähere Abgrenzung der den Vergütungspauschalen und -beträgen nach § 75 Abs. 3 zu Grunde zu legenden Kostenarten und -bestandteile sowie die Zusammensetzung der Investitionsbeträge nach § 76 Abs. 2, 2. den Inhalt und die Kriterien für die Ermittlung und Zusammensetzung der Maßnahmepauschalen, die Merkmale für die Bildung von Gruppen mit vergleichbarem Bedarf nach § 76 Abs. 2 sowie die Zahl dieser zu bildenden Gruppen, 3. die Zuordnung der Kostenarten und -bestandteile nach § 41 des Neunten Buches und 4. den Inhalt und das Verfahren zur Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung nach § 75 Abs.
SGB XI § 35a in Verbindung mit SGB IX §17 in Verbindung mit	Persönliches Budget	Teilnahme an einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget	Pflegebedürftige können auf Antrag die Leistungen nach den §§ 36, 37 Abs. 1, §§ 38, 40 Abs. 2 und § 41 auch als Teil eines trägerübergreifenden Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX in Verbindung mit der Budgetverordnung und § 159 SGB IX; bei der Kombinationsleistung nach § 38 ist nur das anteilige und im Voraus bestimmte Pflegegeld als Geldleistung budgetfähig, die Sachleistungen nach den §§ 36, 38 und 41 dürfen nur in Form von Gutscheinen zur Verfügung gestellt werden, die zur Inanspruchnahme von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach diesem Buch berechtigen. Der beauftragte Leistungsträger nach § 17 Abs. 4 SGB IX hat sicherzustellen, dass eine den Vorschriften dieses Buches entsprechende Leistungsbewilligung und Verwendung der Leistungen durch den Pflegebedürftigen gewährleistet ist. Andere als die in Satz 1 genannten Leistungsansprüche bleiben ebenso wie die sonstigen Vorschriften dieses Buches unberührt.

7. Auswertung bereits geltender Länderheimgesetze bzw. Wohn- und Betreuungsgesetze

	Fachkraftquote	***besondere Anforderungen***	***Pflege- bzw. Hilfeplanung***	***Geltungsbereich***	**Kommentar**
Baden-Württemberg - *Landesheim-Gesetz*	mindestens eine Fachkraft, bei mehr als 20 nicht pflegebedürftiger Bewohner oder mehr als vier pflegebedürftiger Bewohner mindestes 50 % der Beschäftigten, bei pflegebedürftigen Bewohnern auch nachts eine Fachkraft	Mindestanforderung an die Leitung und die Beschäftigten kann in einer Rechtsverordnung weitergehend geregelt werden	Aufstellung Pflegeplan und Aufzeichnung Umsetzung, in Behinderteneinrichtung Förder- und Hilfepläne	Koppelung Wohnraumüberlassung, Betreuung und Verpflegung	Weitgehend entsprechend dem alten HeimG-Bund;Zentraler Gesetzesbegriff „Heim“; Regelungen zum „Heimvertrag“/ Überschneidungen mit WBVG-E
NRW - *Wohn- und Teilhabegesetz*	Zahl und Qualifikation dem in einem allgemein anerkannten und wissenschaftlichen Anforderungen entsprechenden Personalbemessungssystem ermittelten Bedarf entsprechen. Bei Nichtvorliegen Verträge nach SGB V, XI und XII ausreichend. In jeden Fall ist sicherzustellen, mindestens die Hälfte Fachkräfte in der Betreuung, mindestens eine Fachkraft im Bereich hauswirtschaftliche Betreuung.	Leitung und Fachkräfte mindest dreijährige förderliche Ausbildung; zuständige Ministerium kann eine Rechtsverordnung erlassen	Gewährleitung der Umsetzung von Pflege- und Hilfeplänen.	rechtliche Koppelung Betreuung und Wohnraumüberlassung; gilt nicht wenn nur allgemeine und soziale Betreuung angeboten werden (Umfang darf nicht 25 % der vereinbarten Nettokaltmiete mindest jedoch Eckregelsatz SGB XII überschreiten)	Geltungsbereich bestimmt sich nach dem Grad der Abhängigkeit, Parallele zum WBVG- Bund. Verpflichtung zur Offenlegung wirtschaftliches Situation des Betreibers einer Einrichtung
Bayern - *Pflege- und Wohnqualität-Gesetz*	Pflege und Betreuungskräfte in ausreichender Zahl und mit der für die von ihnen zu leistende Tätigkeit erforderlichen persönlichen und fachlichen Eignung vorhanden sind	regelmäßige Qualifizierungsangebote bei Bedarf Supervision für die Beschäftigten, interkulturelle Kompetenz; Rechtsverordnung zur Eignung der Leitung und Fachkräfte und Anteil der Fachkräfte am Personal	Aufstellung Pflegeplan und Aufzeichnung Umsetzung, in Behinderteneinrichtung Förder- und Hilfepläne und Aufzeichnung Umsetzung	Koppelung Wohnraumüberlassung und Betreuung; für ambulant betreute Wohngemeinschaften und betreute Wohngruppen bis zu 12 Plätzen gilt nur der Teil 3 mit den Qualitätsanforderungen und Art. 23 und 24 (Ordnungswidrigkeiten und Zuständigkeit)	Ausweitung auch auf ambulante Wohngemeinschaften
Saarland - *Landesheim-Gesetz*	Pflege und Betreuungskräfte in ausreichender Zahl und mit der für die von ihnen zu leistende Tätigkeit erforderlichen persönlichen und fachlichen Eignung vorhanden sind	Rechtsverordnung zur Eignung der Leitung und Fachkräfte und Anteil der Fachkräfte am Personal	Aufstellung Pflegeplan und Aufzeichnung Umsetzung, in Behinderteneinrichtung Förder- und Hilfepläne und Aufzeichnung Umsetzung	Koppelung Wohnraumüberlassung, Betreuung und Verpflegung, Betreute Wohngruppen über acht Plätze	Zentraler Begriff ist hier die "Einrichtung" und damit starke Orientierung am alten Heimrecht

	Fachkraftquote	*besondere Anforderungen*	*Pflege- bzw. Hilfeplanung*	*Geltungsbereich*	*Kommentar*
Schleswig-Holstein - ***Selbst-bestimmungs-Stärkungs-Gesetz***	Pflege und Betreuungskräfte in ausreichender Zahl und mit der für die von ihnen zu leistende Tätigkeit erforderlichen persönlichen und fachlichen Eignung vorhanden sind	Rechtsverordnung zur Eignung der Leitung und Fachkräfte	Aufstellung Pflegeplan und Aufzeichnung Umsetzung, in Behinderteneinrichtung Förder- und Hilfepläne und Aufzeichnung Umsetzung	Im ersten Teil für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf allgemein, in den weiteren Teilen für stationäre Einrichtungen länger als drei Monate mit Koppelung und besondere Betreuungs- Pflege- und Wohnformen.	Grundsätze der Selbstbestimmung bzw. Teilhabe und Schutz formuliert, Unterstützung familiäres und bürgerschaftliches Engagement, Hinweis auf Pflegecharta
Brandenburg - ***Brandenburgisches Pflege- und Betreuungswohn-gesetz (BbgPBWoG*)**	Gewährleistung, dass Pflege- und Betreuungskräfte in ausreichender Zahl und mit der für die von ihnen zu leistende Tätigkeit erforderlichen persönlichen und fachlichen Eignung vorhanden sind	Rechtsverordnung zur Eignung der Leitung und Fachkräfte und Anteil der Fachkräfte am Personal	Aufstellung Pflegeplan und Aufzeichnung Umsetzung,	Koppelung Wohnraumüberlassung, Betreuung und Verpflegung, auch für Betreutes Wohnen bei Koppelung, nicht bei betreuten Wohnen mit weniger als acht Personen, eigene räumliche Einheit, keine tägliche Präsenz der Betreuungskräfte	Begriffsdefinition der Wohnform mit eingeschränkter Selbstverantwortung
Hamburg - ***Hamburgisches Wohn- und Betreungsqualitätsgesetz (HmbWBG)***	Gewährleistung, dass Pflege und Betreuungskräfte in ausreichender Zahl und mit der für die von ihnen zu leistende Tätigkeit erforderlichen persönlichen und fachlichen Eignung vorhanden sind	Rechtsverordnung zur Eignung der Leitung und Fachkräfte und Anteil der Fachkräfte am Personal	Aufstellung Pflegeplan und Aufzeichnung Umsetzung, in Behinderteneinrichtungen Förder- und Hilfepläne und Aufzeichnung Umsetzung	Differenzierung in Servicewohnanlagen, Wohngemeinschaften, Wohneinrichtungen, Gasteinrichtungen, und Ambulante Dienste. Für diese Angebote sind jeweils besondere Anforderungen formuliert. Mit Wohneinrichtungen sind insbesondere vollstationäre Pflegeeinrichtungen gemeint.	Mehr Hilfeempfänger-Schutzgesetz als Heimgesetz!!! Starker Fokus auf Telhabeorientierung. Umfasst auch die ambulanten Pflegedienste und Betreuungsdienste der Behindertenhilfe und formuliert auch für diese Qualitätsanforderungen. Argumentationslinie ist hier die fehlende Regelung auf Bundesebene
Rheinland-Pfalz - ***Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe (LWTG)***	Gewährleistung, dass Pflege und Betreuungskräfte in ausreichender Zahl und mit der für die von ihnen zu leistende Tätigkeit erforderlichen persönlichen und fachlichen Eignung vorhanden sind, bei Vereinbarungen nach SGB XII und XI ist davon auszugehen, vo	Rechtsverordnung zur Eignung der Leitung und Fachkräfte und Anteil der Fachkräfte am Personal	Beachtung der individuellen Pflege- und Teilhabepläne, Umsetzung und Dokumentation	Koppelung Wohnraumüberlassung, Betreuung und Verpflegung, Betreute Wohngruppen bei Koppelung	Im Teil 1 Schutzgesetz allgemein, Ausbau von Beratungsangeboten und Koordination, Einrichtung einer landesweiten Informations- und Beschwerdehotline, landesweites Einrichtungs- und Diensteportal,

	Fachkraftquote	***besondere Anforderungen***	***Pflege- bzw. Hilfeplanung***	***Geltungsbereich***	***Kommentar***
Berlin - ***Gesetz über Selbstbestimmung und Teilhabe in betreuten gemeinschaftlichen Wohnformen***	Gewährleistung, dass Pflege und Betreuungskräfte in ausreichender Zahl und mit der für die von ihnen zu leistende Tätigkeit erforderlichen persönlichen und fachlichen Eignung vorhanden sind	Rechtsverordnung zur Eignung der Leitung und Fachkräfte und Anteil der Fachkräfte am Personal	Bewohner haben Anspruch auf Mitsprache und Einsichtsnahme bei der individuellen Pflege- und Hilfeplanung	Koppelung Wohnraumüberlassung, Betreuung und Verpflegung und auch bei betreuten Wohngemeinschaft ohne Koppelung eingeschränkt gültig.	Anspruch auf Mitwirkung bei Hilfeplanung , Pflicht der Träger zur Förderung der Teilhabe der zu Pflegenden bzw. der zu Betreuenden mit detaillierten Aufgabenbeschreibungen.
Mecklenburg-Vorpommern ***Einrichtungsqualitätsgesetz (EQG)***	Fachkraftquote von mindestens 50 %. Ausnahmeregelung mit Zustimmung der Behörde wenn dies für eine fachgerechte Betreuung ausreichend ist.	Rechtsverordnung zur Eignung der Leitung und Fachkräfte und Anteil der Fachkräfte am Personal	Sicherstellung individueller Pflege- und Hilfepläne und Dokumentation Umsetzung	Koppelung Wohnraumüberlassung, Betreuung und Verpflegung und auch bei betreuten Wohngemeinschaft/Trainingswohngruppen ohne Koppelung eingeschränkt gültig.	Prüfergebnisse werden im Internet veröffentlicht

8. Auswertung Entwürfe Länderheimgesetze bzw. Wohn- und Betreuungsgesetze

Entwürfe	***Fachkraftquote***	***besondere Anforderungen***	***Pflege- bzw. Hilfeplanung***	***Geltungsbereich***	**Kommentar**
Sachsen - Entwurf - *Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz*	Fachkraftquote von mindestens 50 % bei mehr als zwanzig nicht pflegebedürftige oder bei mehr als 4 pflegebedürftige Bewohner. Ausnahmeregelung wenn dies für eine fachgerechte Betreuung ausreichend ist.	Rechtsverordnung zur Eignung der Fachkräfte und für Kriterien für Befreuung von Fachkraftquote	Aufstellung Pflegeplan und Aufzeichnung Umsetzung, in Behinderteneinrichtung Förder- und Hilfepläne und Aufzeichnung Umsetzung	Koppelung Wohnraumüberlassung, Betreuung und Verpflegung, dann auch für betreute Wohngruppe in der Regel mit mehr als sechs Plätzen	Fachkraftquote, Orientierung am alten Heimgesetz
Bremen - *Bremisches Wohn- und Betreuungsvertrags-gesetz*	Gewährleistung, dass Pflege und Betreuungskräfte in ausreichender Zahl und mit der für die von ihnen zu leistende Tätigkeit erforderlichen persönlichen und fachlichen Eignung vorhanden sind, bei Vereinbarungen nach SGB XII und XI ist davon auszugehen.	Rechtsverordnung zur Eignung der Leitung und Fachkräfte und Anteil der Fachkräfte am Personal	Erstellung umfassendes Unterstützungskonzept, Sicherstellung Pflege- und Hilfepläne	Koppelung Wohnraumüberlassung, Betreuung und Verpflegung	Demenzbezug , Pflicht zur Förderung der Teilhabe und des bürgerschaftlichen Engagements
Niedersachsen - Entwurf *Heimbewohnerschutzgesetz*	Gewährleistung, dass Pflege und Betreuungskräfte in ausreichender Zahl und mit der für die von ihnen zu leistende Tätigkeit erforderlichen persönlichen und fachlichen Eignung vorhanden sind	Rechtsverordnung zur Eignung der Leitung und Fachkräfte und Anteil der Fachkräfte am Personal	Aufstellung Pflegeplan und Aufzeichnung Umsetzung, in Behinderteneinrichtung Förder- und Hilfepläne und Aufzeichnung Umsetzung	Koppelung Wohnraumüberlassung, Betreuung und Verpflegung, auch für Betreutes Wohnen bei Koppelung und wenn Entgelt für allgemeine Betreuungsleistung 25 % der Miete übersteigt	Bündelung von Aufsichtfunktionen, Internetplattform zur Bürgerbeteiligung beabsichtigt, Orientierung am alten Heimrecht
Sachsen-Anhalt	Kabinettsentwurf liegt vor, noch nicht veröffentlicht				
(Hessen)	(vorläufig) Fortbestand altes Bundesheimrecht				
(Thüringen)	(vorläufig) Fortbestand altes Bundesheimrecht				

6.5 Rehabilitation bei Demenz

Dr. Rüdiger Buschfort[137]

Die demographische Entwicklung führt zu einer Alterung der Gesellschaft und damit auch zu einer Zunahme alterskorrelierter Erkrankungen. Zu diesen gehören die Demenzerkrankungen, deren Auftretenshäufigkeit in den nächsten Jahrzehnten drastisch ansteigen wird. Demzufolge wird die Behandlung dieser Patienten nicht nur in Diagnostik und medikamentöser Therapie einen zunehmenden Stellenwert erlangen, sondern insbesondere auch auf dem Feld der medizinischen Rehabilitation.

Durch das GKV-Wettbewerbssteigerungsgesetz (GKV-WSG 01.04.2007) ist die Demenz als rehabilitationsbegründende Diagnose zur Pflichtleistung der GKV geworden.

Aber bereits hier tun sich Fragen auf: Wie soll die medizinische Rehabilitation ausgestaltet werden? Für wen ist sie geeignet, für wen nicht? Welche Forderungen werden an das Therapiesetting gestellt und welche Evidenzen gibt es für die Wirksamkeit der Behandlung?

Eines wird deutlich: Rehabilitation bei Demenz rückt zunehmend in das Interesse von (Gesundheits-) Politik und Medizin und stellt ganz besondere Anforderungen an Klinik, Pflege, Therapie und Management.

Unter Fachleuten besteht an der prinzipiellen Wirksamkeit der Rehabilitation bei Menschen mit Demenz, insbesondere als begleitende Rehabilitationsdiagnose, kein Zweifel, unterschiedliche wissenschaftliche Analysen belegen dies. Diese Ergebnisse zeigen eindeutig, dass Menschen mit Demenz in vergleichbarem Maße von Rehabilitation profitieren wie Menschen ohne Demenz und dass die Frage der Rehabilitationsfähigkeit nicht nur allein vom Ausmaß der kognitiven Beeinträchtigungen abhängt, sondern auch von den entsprechenden Zusatzqualifikationen und Erfahrungen des in der Rehabilitation eingesetzten Teams.

Denn: Rehabilitation bei Demenz bedeutet für die Leistungserbringer Individualität statt Routine, Bedürfnisorientiertheit statt Diktion, aufsuchen statt aufgesucht werden, begleiten und motivieren statt Mitarbeit voraussetzen. „Rehabilitation von der Stange“ funktioniert bei diesem Klientel nicht.

Trotz GKV-WSG stellt die Diagnose einer Demenz erfahrungsgemäß bei prinzipieller Rehabilitationsnotwendigkeit eher einen Hinderungsgrund für die Genehmigung eines medizinischen Rehabilitationsantrages dar, ambulante therapeutische Leistungen auf Heilmittelbasis (Rezept) werden oftmals als ausreichend angesehen. Begründet wird dies mit fehlenden Verbesserungsaussichten bei chronisch progredientem Krankheitsverlauf und einer nur mäßigen wissenschaftlichen Evidenz für rehabilitative Verfahren bei dieser Klientel.

Dennoch spricht das Sozialgesetzbuch V § 11 Absatz 2 jedem Versicherten einen Anspruch auf Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu, wenn diese notwendig ist, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, diese zu beseitigen, zu mindern oder auszugleichen oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Hieraus leitet sich ein rechtlicher Anspruch auf Rehabilitationsleistung, in diesem Fall auch bei Demenzerkrankten (als Erst- und als

---

[137] Chefarzt, Klinik am Stein, 59939 Olsberg

Zweitdiagnose), ab. Dieser prinzipielle Anspruch schließt stationäre, ambulante und häusliche Rehabilitation ein. Dieser Anspruch besteht jedoch nicht per se.

Grundsätzlich und richtigerweise steht jeder Rehabilitationsantrag unter Prüfungsvorbehalt durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen. Hier wird die Frage geklärt, ob die Demenz als Diagnose gesichert ist, welche Funktionsstörungen vorliegen und welche Aktivitäten hierdurch in welchem Umfang beeinträchtigt sind und inwieweit die soziale Integration (Teilhabe) bereits eingeschränkt oder bedroht ist (ICF).

Die weitere Prüfung umfasst die Analyse der sogenannten Kontextfaktoren (fördernde oder eher hinderliche, personenbezogenen Faktoren wie z. B. soziales Umfeld, Betreuung durch den Ehepartner etc.), um auch eine Einschätzung bezüglich der gewünschten Nachhaltigkeit einer rehabilitativen Behandlung ermessen zu können. Abschließend muss noch die Frage geklärt werden, ob eine prinzipielle mentale bzw. körperliche Belastbarkeit für ein rehabilitatives Verfahren vorliegt und eine Motivation (bzw. Motivierbarkeit) beim Patienten angenommen werden kann.

Die angestrebten Rehabilitationsziele müssen konkret und nachvollziehbar, in der Regel alltagsbezogen definiert werden. Abschließend erfolgt eine prognostische Einschätzung bezüglich der Stabilisations-, Adaptations- und Kompensationsmechanismen unter besonderer Berücksichtigung des bisherigen Krankheitsverlaufes und der o. g. Kontextfaktoren. (MDS der Krankenkasse, Begutachtungsrichtlinien, Vorsorge und Rehabilitation 2005).

Wir unterscheiden die Demenz als Begleiterkrankung einer anderen, rehabilitationsbegründenden Hauptdiagnose (z.B. Schenkelhalsfraktur, Schlaganfall) und die Demenz als primäre Rehabilitationsdiagnose, worum es nachfolgend gehen soll. Bei der Rehabilitation bei Demenz als Hauptdiagnose ergibt sich die Problemlage, dass die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen, konkrete Anforderungen an eine Rehabilitation bei diesen Patienten jedoch noch relativ unklar sind (s.o.). Eine Durchführung analog zu anderen Rehabilitationsverfahren (z. B. bei Schlaganfall, anderen Herzkreislauferkrankungen, Rheuma) ist nicht möglich. Bislang gibt es, abgesehen von der geriatrischen Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland, bei der es sich überwiegend um Demenz als eine Begleiterkrankung handelt, wenig Erfahrung mit der medizinischen Rehabilitation bei Demenz als rehabilitationsbegründende Diagnose. Eine „Leitlinie“ oder Vorgaben bezüglich der strukturellen und therapeutischen Ausgestaltung gibt es nicht, das Therapiesetting ist variabel, die Studienlage für diesen Therapieansatz nicht eindeutig.

Ziele der Rehabilitation bei Demenzerkrankten

Die Ziele, die im Rahmen eines rehabilitativen Prozesses bei Demenzerkrankten definiert werden, betreffen einerseits die Einschränkungen und Probleme des Demenzkranken selber, aber auch die Faktoren seines Umfeldes, die Einfluss auf den Erkrankten haben. Sie umfassen sinnvollerweise auch präventive Aspekte.

Auf Seiten des Patienten kann eine Stabilisierung des kognitiven, psychopathologischen und physischen Befundes definiert werden, sowie eine Verbesserung der Fertigkeiten im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens (Toilettengang, Anziehen, Essen) mit konkreter Nutzung dieser im Alltag. Die Verbesserung von Handlungskompetenz, Stützen von Eigenständigkeit und Verbesserung der Lebensqualität werden angestrebt.

Im Bereich des Umfeldes kommt der Umfeldanpassung und der Kompetenzschulung von pflegenden Angehörigen größte Bedeutung zu. Erst diese Maßnahmen führen zu einer Nachhaltigkeit der in der Rehabilitation erzielten Therapieeffekte, zu einer Stabilisierung des häuslichen Umfeldes und durch Verbesserung der Kompetenz angehörigenseits (Kompetenz nimmt Angst) auch zu einer wesentlichen Entlastung dieser.

Die Situation für alleinlebende Demenzkranke ist ungleich schwieriger und bedarf in diesem Kontext einer gesonderten Betrachtung. Hier bestehen oftmals nur sehr eingeschränkte Veränderungsmöglichkeiten im häuslichen Umfeld und auch die nachhaltige Sicherung therapeutischer Zugewinne gestaltet sich schwierig, weswegen in diesen Fällen allzu oft nur der Umzug in ein stabiles Betreuungsumfeld Heim/Demenz-WG etc. möglich ist. Damit verändern sich auch die Rehabilitationsziele hin zu fast ausschließlich patientenbezogenen Zielen. Präventiv orientierte Ziele sind die Reduktion der Demenz-assoziierten Risiken wie beispielsweise die Sturzgefährdung mit drohender Immobilisation des Demenzkranken.

Letztendlich kommt es bei allen drei Punkten auf die Verbesserung der Lebensqualität beim Patienten und die Ermöglichung eines möglichst langen Verbleibes im häuslichen Umfeld bzw. auf Erweiterung des Selbstgestaltungsraumes und der Autonomie an.

Obwohl es in erster Linie bei der medizinischen Rehabilitation selbstverständlich um die Behandlung des Demenzkranken geht, kommt aber auch der Erhaltung der Gesundheit des Angehörigen ein hoher Stellenwert zu. Er ist im Alltag das stabilisierende Glied und derjenige, der einen häuslichen Verbleib des an Demenz Erkrankten sichert. Fällt er aus, sei es durch Überlastung oder eigene Erkrankung, versagt das Versorgungssystem und institutionelle Hilfe wird unabdingbar.

Besondere Problematik bei der Rehabilitation Demenzerkrankter

Eine besondere Problemlage bezüglich der Rehabilitation von Demenzerkrankten besteht darin, zu erfassen, welches Therapiesetting (stationär, ambulant, häuslich) für welchen Patienten geeignet ist. Mögliche, einer Rehabilitation entgegenstehende Kriterien (s.u.) müssen demenzspezifisch definiert werden. Darüber hinaus gilt es genau zu betrachten, welche Besonderheiten es gerade in der Rehabilitation Demenzkranker gibt.

Mögliche Ausschlusskriterien

Eine weit fortgeschrittene Demenz mit nicht erkennbaren Ressourcen stellt zur Zeit ein Ausschlusskriterium für die Rehabilitation dar, da dann Lerneffekte im Rahmen der rehabilitativen Behandlung kaum zu erwarten sind. Darüber hinaus stellen sogenannte „nicht kognitive Symptome“ wie Weglauftendenz oder herausforderndes Verhalten (Aggressivität, Selbstgefährdung) eher eine Kontraindikation dar. Auch unüberwindbar fehlende Kommunikation macht einen zielgerichteten Rehabilitationsprozess unmöglich. Durch Demenz verursachte Symptome einhergehend mit Fremd- bzw. Eigengefährdung stellen in dem offenen Konzept einer Rehabilitationsklinik Mitarbeiter und Mitpatienten vor große Probleme.

Etablierte Therapieverfahren in der Demenzbehandlung

In der rehabilitativen Behandlung der Demenzen stehen unterschiedliche therapeutische Ansätze zur Verfügung. Grob eingeteilt werden können diese in die sogenannten *kognitiven Verfahren*, bei denen die kognitive Aktivierung die Zielgröße darstellt. Zu diesem Verfahren gehört das Realitätsorientierungstraining (ROT), das Gedächtnistraining, welches mehr und mehr in Richtung eines Error-Less-Learning (korrekte Gedächtnisinhalte stärken, Einprägen fehlerhafter Inhalte verhindern) geht, sowie die kognitive Aktivierung.

Der *verhaltenstherapeutische Ansatz* dient der Stimuluskontrolle sowie der Verstärkung eines erwünschten Verhaltens. In diese Therapiekategorie fällt die Verhaltenstherapie sowie das Kompetenztraining. Eher emotionsorientiert kann die sog. Validationstherapie nach Naomi-Feil gesehen werden, die insbesondere im Bereich der stationären Altenpflege weit verbreitet ist. Darüber hinaus hat sich im Rahmen der rehabilitativen Behandlung die sog. Self-Maintenance-Therapy (SET), auf Deutsch Selbsterhaltungstherapie, auch durch Frau Dr. Romero in Deutschland etabliert, zudem ist die biographieorientierte Erinnerungstherapie, im Englischsprachigen als Remineszenztherapie bekannt.

Die Wertschätzung dem Patienten gegenüber und die Mobilisierung noch vorhandener Ressourcen steht bei diesen Verfahren ganz im Vordergrund.

Eher *aktivitätsorientiert arbeiten Therapieverfahren*, die ergänzend als „Add ons" zu den vorgenannten Therapien eingesetzt werden. Hierzu gehört beispielsweise die Snoezzelen-Therapie, die Aromatherapie oder die Lichttherapie. Aber auch die Tiertherapie (pet-therapy), Kunst-, Tanz- und Musiktherapie gehören in diese Kategorie. Hier ist die Zielausrichtung die Aktivierung bzw. Beruhigung des an Demenz erkrankten Patienten sowie eine Verbesserung der Interaktion mit der Umwelt sowie den behandelnden Therapeuten/Angehörigen.

Eher umgebungsbezogen arbeitet die sog. *Milieutherapie*, die versucht, dem an Demenz erkrankten Sicherheit und Stabilität zu signalisieren sowie Aufmerksamkeit und Neugier zu wecken. Krankheitsspezifische Einschränkungen werden kompensiert, emotionale Befindlichkeiten positiv beeinflusst sowie sekundäre Auswirkungen der Demenz (z. B. Verhaltensauffälligkeiten) verringert.

Einen wesentlichen Stellenwert nimmt der *sozio-therapeutische Ansatz* ein, der versucht, Verständnis für die Defizite des Erkrankten beim Pflegepersonal oder den pflegenden Angehörigen zu fördern, die Stützung der vorhandenen Ressourcen zu verbessern sowie die Interaktionen zwischen Patient und Umwelt zu optimieren. Hier findet das sog. „Staff-Training" statt, welches eine spezialisierte Ausbildung für professionelle Helfer darstellt. Das „Caregiver-Training" richtet sich insbesondere an pflegende Angehörige in der häuslichen Umgebung. Hier stehen Kompetenzschulung, Konfliktvermeidung bzw. –bewältigung sowie die Stärkung der persönlichen Ressourcen des pflegenden Angehörigen im Vordergrund. Auch die psychoedukative Betreuung von Gruppen und Einzelpersonen gehört in diesen therapeutischen Ansatz.

Medizinische Rehabilitation bei Demenz

Bei der Rehabilitation von demenzerkrankten Patienten handelt es sich immer um einen ganzheitlichen Ansatz. Mal steht mehr die Mobilisation und Aktivierung im Vordergrund, mal mehr die emotional stärkenden und validierenden Aspekte. All die zuvor genannten Therapieverfahren finden somit Eingang in der rehabilitativen Behandlung demenzkranker Patienten, jedoch in unterschiedlicher Gewichtung.

Stationäre Rehabilitation

Einen solchen gemischten Ansatz stellt die Therapie in sogenannten Alzheimer-Therapiezentren z. B. in Bad Aiblingen oder in der Klinik am Stein in Olsberg dar. Beide „Modelleinrichtungen", die seit vielen Jahren stationär Erfahrung mit der Rehabilitation bei Demenz als Erstdiagnose haben, arbeiten mit einem „paartherapeutischen Konzept". Patient und Angehöriger werden gemeinsam aufgenommen aber separat therapiert und geschult.

Ziel dieser Maßnahmen ist eine Stabilisierung des emotionalen, kognitiven und sozialen Status beim Patienten und ein psychoedukativer und sozialrechtlicher Ansatz bei den pflegenden Angehörigen. Die in der Regel 3-4 Wochen dauernde Therapiemaßnahme wird stationär durchgeführt und durch ein speziell geschultes therapeutisches Team begleitet. Das Paar bewohnt ein möglichst alltäglich gestaltetes Wohnumfeld um realistische Lebensbedingungen vorzufinden.

Ziel ist es, weitgehend alltagsnah zu arbeiten, akut auftretende Probleme selbstständig oder mit Therapeutenhilfe zu lösen (Pflegeprobleme, Konflikte, Orientierungsdefizite) und dem Patienten und Angehörigen zunehmend Selbstständigkeit und Selbstvertrauen in ihr eigenes Handeln zu vermitteln.

Hier wird einerseits beim Patienten auf die emotionale und kognitive Stabilisierung und Verbesserung seiner Alltagskompetenz gesetzt, andererseits beim Angehörigen auf eine Zunahme von Kompetenz, Problemlösungsfähigkeiten und Reduktion von Angst und Hilflosigkeit.

Die Nachsorge erfolgt durch eine frühzeitige Anbindung an Selbsthilfegruppen vor Ort unter Nennung von persönlichen Ansprechpartnern, Nachsorgefragebögen, Schaltung eines Beratungstelefons sowie gelegentliche Besuche. All diese Maßnahmen sollen der Stabilisierung und der Auffrischung der gelernten Inhalte dienen. Separat hiervon werden spezielle Schulungsmaßnahmen für pflegende Angehörige im ambulanten Sektor als stützende Maßnahme angeboten.

Ambulante Rehabilitation

Einen ganz neuen Aspekt stellt die sogenannte mobile geriatrische Rehabilitation im häuslichen Lebensumfeld dar, die rehabilitative Maßnahmen vorzugsweise auch bei fortgeschrittener Demenz im häuslichen Ansatz unter ärztlicher Supervision durchführt. Hier steht allerdings die Demenzdiagnose an zweiter Stelle, rehabilitationsbegründend ist i.d.R. eine andere Erkrankung (z. B. Schenkelhalsfraktur). Dieser therapeutische Ansatz hat den Vorteil, dass der Patient in seinem gewohnten häuslichen Umfeld verbleiben kann. Dadurch unterbleiben unnötige Irritationen z. B. durch einen Räumlichkeitswechsel, wodurch ggf. eine Stabilisierung als therapeutischer Effekt früher eintritt. Ein flächendeckendes Angebot und eine allgemeine Akzeptanz dieses therapeutischen Ansatzes bestehen zurzeit jedoch nicht. Dem Vorteil des Verbleibes im häuslichen Umfeld stehen jedoch eine deutlich geringere Therapieintensität und ein fehlendes ganzheitliches Therapiekonzept entgegen, zudem ist ein Schulungsangebot für pflegende Angehörige nicht vorgesehen.

Immer größeren Stellenwert nehmen therapeutische Ansätze in der Rehabilitation Demenzkranker ein, die eine körperliche Aktivierung und ein kognitives Training kombinieren und hierbei insbesondere im ambulanten Sektor, aber auch in Pflegeheimen bemerkenswerte Ergebnisse erzielen. Zu nennen ist hier die Heidelberger Studie „Trainieren bei Demenz“ vom Team um PD Hauer aus dem Jahre 2008. Hier ließen sich in einem ambulanten Setting bemerkenswerte Erfolge nachweisen, sowohl für den Bereich der Befindlichkeit, Stimmung sowie den allgemeinen körperlichen Status. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt das SIMA P Projekt von Prof. W.D. Oswald, Institut für Psychogerontologie Erlangen (2005). Betätigungsrahmen war hier die Altenhilfe. Eine aktuelle Studie wurde kürzlich multizentrisch aufgelegt und zwar „Sport und Cog“, an der neun Zentren im Rahmen eines geförderten „Leuchtturmprojektes“ teilnehmen. Hier wird untersucht, inwieweit körperliches Training Einfluss auf kog-

nitive aber auch andere Faktoren (Selbstständigkeit, Affekt) hat. Die letztgenannte Studie wurde Anfang 2009 aufgelegt; mit ersten Zwischenergebnissen wird Ende 2010 vermutlich zu rechnen sein. Die pflegenden Angehörigen werden hier gleichzeitig untersucht, gerade in Hinsicht auf Depression und Belastung durch die Pflege.

Die letztgenannten Therapieansätze und Studien stellen selbstverständlich keine Rehabilitation im engeren Sinne dar, da sie nicht „ganzheitlich“ im Sinne des § 40 SGB V arbeiten. Dennoch setzt sich die „Ganzheitlichkeit der Rehabilitation“ aus vielen Einzelbausteinen zusammen, deren Wirkungsweise und Evidenz gerade für dieses Klientel erst noch gesichert werden muss, um daraus für die Zukunft ein „großes Ganzes“ zu entwickeln, mit hinreichender Studienlage und Nachweis der Wirksamkeit.

Zusammenfassende Betrachtung

An der prinzipiellen Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation bei Demenzerkrankungen als Erstdiagnose (als auch als Begleiterkrankung), besteht unter klinisch tätigen Fachleuten kein Zweifel. Dennoch weist die Analyse der wissenschaftlichen Untersuchungen, gerade bei der Demenz als rehabilitationsbegründende Diagnose, insbesondere formale Mängel in einer Vielzahl von Studien nach, so dass aus diesem Grund zur Zeit noch keine sichere Evidenz für demenzspezifische, ganzheitliche oder isolierte Therapieverfahren abgeleitet werden kann. Klar scheint zu sein, dass der Mix aus unterschiedlichen therapeutischen Strategien synergistisch wirkt und in aktuellen Studien gerade die körperliche Mobilisation und allgemeine Aktivierung sowohl im stationären wie auch ambulanten Setting gute Ergebnisse zum Teil mit Langzeiteffekt erbringt. Hieraus lassen sich Rückschlüsse für künftige stationäre und ambulante Therapiekonzepte ziehen und auch für den weiteren Weg der wissenschaftlichen Untersuchungen.

Besonderes Augenmerk sollte auf paartherapeutische Strategien gelenkt werden, da sich wesentliche Vorteile im Vergleich zu „klassischen Rehabilitationsverfahren für Einzelpersonen“ ergeben. Hier wirkt der begleitende Angehörige als „emotionaler Anker“, nimmt die Fremdheit in einem neuen, therapeutischen Umfeld, gibt zugleich die Möglichkeit zu einer besonderen Nachhaltigkeit der Maßnahme durch die gleichzeitige Schulung der pflegenden Angehörigen. Diese unter Empowerment bekannte Strategie führt zu einem souveräneren Umgang in der Interaktion mit dem Demenzerkrankten und zu mehr Kompetenz auch auf sozial-rechtlichen Feldern. Der Transfer der in der Rehabilitation erlernten Inhalte in den Alltag und die Stabilisierung der erlangten Fähigkeiten stellt erfahrungsgemäß ein großes Problem dar und gelingt mit Angehörigenhilfe besser und dauerhafter.

In Zukunft werden m. E. insbesondere therapeutische Konzepte auf ambulanter Ebene Bedeutung gewinnen, die bereits in ersten Studien die Verbesserung von Mobilität, Reduktion der Sturzgefährdung, Verbesserung von Kognition und Emotionalität ihre Wirksamkeit nachgewiesen haben.

Diese Konzeptionen lassen sich vielfältig auch in quartiersbezogene Konzepte, Seniorenheimkonzepte, im Bereich der Selbsthilfegruppen aber auch unter einem präventiven Aspekt frühzeitig bei normalen, nicht hirnleistungsgestörten geriatrischen Patienten einsetzen. Dieser Therapieansatz wird auch eher erfolgreich bei der zunehmenden Anzahl alleinlebender Demenzkranker im Vergleich zu einer stationären Rehabilitation sein.

Anforderung an die medizinische Rehabilitation bei Demenzerkrankungen

1. Es besteht eine deutliche Diskrepanz zwischen der Evidenzlage bei pharmakologischen Studien verglichen mit nichtmedikamentösen Studien bei Demenz. Die zur Zeit schlechte Studienlage bezüglich nichtmedikamentöser Therapieverfahren (z.B. zu rehabilitativen Therapieverfahren) beruht vornehmlich auf formalen Mängeln der Studien selbst, letztendlich bedingt auch durch die geringe finanzielle Ausstattung der untersuchenden Institutionen. Hier wäre eine grundlegende Förderung zur Evaluation einzelner Therapieverfahren und auch der medizinischen Rehabilitation als Ganzes bei Demenz zu fordern.

2. Es sind personelle, strukturelle und ergebnisorientierte Qualitätsstandards anzustreben, die bei Rehabilitation bei Demenz Anwendung finden. Auch sollte über ein einheitliches Therapiesetting (Ausgestaltung der Rehabilitation selbst) bei diesen Patienten nachgedacht werden.

3. Die Besonderheiten der Prüfung eines Rehabilitationsantrages, gerade bei Demenz als Erstdiagnose, müssten besondere Berücksichtigung finden und „demenzspezifisch“ betrachtet werden. Hier kommt insbesondere auch der Begleitperson bei stationären Aufenthalten eine große Bedeutung zu, was jedoch zurzeit von Kostenträgerseite erfahrungsgemäß nicht akzeptiert wird.

4. Verbesserung der ambulanten Strukturen, sowohl im therapeutischen wie auch Betreuungsbereich unter Einschluss des persönlichen Umfeldes des Demenzerkrankten sowie Verbesserung von präventiven, wohnortnahen Strukturen, die mit körperlicher und kognitiver Aktivierung arbeiten. Hier sollte eine flächendeckende Verfügbarkeit durch Schulungsprogramme angestrebt werden.

Kontakt:
Dr. med. Rüdiger Buschfort
Klinik am Stein
Zentrum für NeuroGeriatrie und
Rehabilitationsmedizin
Wattmecke 1-7
59939 Olsberg

Phone: 02962-808140
E-Mail: dr.buschfort@klinik-am-stein.de

6.6 Leistungsangebote

Prof. Ralf Ihl

Nachfolgend soll eine Übersicht zu bestehenden Leistungsangeboten gegeben werden.

Ambulante Leistungen

Funktion: Behandlung und Entlastung
Kommentar: Das Spektrum ambulanter Angebote ist sehr reichhaltig. Es umfasst z. B.

- Demenz Cafés,
- Angebote gemeinsamer Unternehmungen im Sport- und Freizeitbereich
- Angehörigengruppen
- Nachtpflege
- Seniorenbegegnungsstätten
- Informationsveranstaltungen etc.

Aufsuchender Pflegedienst

Funktion: Pflegen. Hierzu gehört z. B.

- Unterstützung beim Pflegen (Caregiving)
- Unterstützung bei der Organisation von Hilfen

Caregiving (synonym: Pflegen)

Funktion: Pflegen. Hierzu gehören z. B.

- die körperliche Pflege wie Waschen und Kämmen
- der Schutz vor Gefährdungen wie Verlaufen
- das Sicherstellen der Teilhabe

Caremanagement

Funktion: Pflegeorganisation. Hierzu gehören z. B.

- Feststellen von Versorgungsnotwendigkeiten wie Friseur- oder Arztbesuch
- Organisation der Versorgungsnotwendigkeiten
- Prüfen der Erfüllung der notwendigen Maßnahmen

Casemanagement

Funktion: Pflegeorganisation. Hierzu gehören z. B.

- Beratung zum Einrichten von Caregiving und Caremanagement
- Mithilfe bei der Einrichtung von Caregiving und Caremanagement
- Qualitätssicherung von Caregiving und Caremanagement

Kommentar: Case Management wird häufig Fachberatung (siehe dort) gleichgesetzt und entspricht in ihren wesentlichen Aufgaben dem Pflegestützpunkt (siehe dort).

Demenz Service Zentrum (DSZ – Instrument in Verantwortung des Landes NRW)

Funktion: Kommunen- und kreisübergreifende Vernetzung und Koordination der Demenzversorgung in einer Region. Hierzu gehören z. B.

- Ermitteln aller Beteiligten in der Demenzversorgung
- Herstellen einer Kommunikationsstruktur für die Beteiligten
- Mithilfe beim Aufbau einer Organisationsstruktur aller Beteiligten
- Beratung politischer Entscheidungsträger bei der Strukturentwicklung
- Sicherstellen der Vernetzung der Beteiligten
- Qualitätssicherung des Netzwerkes

Fachberatung

Funktion: Beratung. Hierzu gehören z. B.

- Beratung von Betroffenen und Pflegenden im Bereich psychischer Störungen
- Informationsweitergabe zu möglichen Hilfestrukturen
- Vermitteln von Hilfen
- Qualitätssicherung
- Kommunikation mit beteiligten Institutionen

Kommentar: Fachberatung wird häufig mit Casemanagement gleichgesetzt und entspricht in ihren zentralen Anteilen den Aufgaben eines Pflegestützpunktes (siehe dort). Fachberatung wird derzeit von verschiedenen Anbietern gewährt (z. B. Alzheimergesellschaften, Wohlfahrtsverbände, Krankenkassen, Kommunen).

Gedächtnissprechstunde (auch Memory Clinic oder Memory Ambulance genannt)

Funktion: Behandlung (Diagnostik und ambulante Therapie). Hierzu gehören z. B.

- Feststellen, ob eine Erkrankung vorliegt
- Mitteilen des Ergebnisses der Feststellungen
- Entwickeln eines Behandlungsplans mit allen Beteiligten
- Einbinden von Caregiving, Caremanagement und Casemanagement
- Kooperation mit dem DSZ
- Qualitätssicherung der eigenen Arbeit

Kommentar: Gedächtnissprechstunden werden von Kliniken, niedergelassenen Ärzten angeboten. Qualitätsstandards werden entwickelt.

Geronto Psychiatrisches Zentrum (GPZ)

Funktion: Vernetzung, Koordination und Mithilfe bei der Durchführung von Caregiving, Caremanagement, Casemanagement, Diagnostik und Behandlung
Ein GPZ hat als Kernelemente

- Ambulanz (Gedächtnissprechstunde auch Memory Clinic oder Memory Ambulance genannt)
- Tagesklinik zur Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen im Alter
- Fachberatungsstelle für Menschen mit psychischen Störungen im Alter

Kommentar: In manchen Regionen sind weitere Funktionen dem GPZ zugeordnet wie z.B.:

- Tagespflegeeinrichtung zur Tagesstrukturierung für Betroffene und zur Entlastung für die Pflegenden
- Aufsuchender Pflegedienst
- Casemanager
- Ambulante Angebote etc.

Grundgedanke ist das Vermeiden von Schnittstellen durch raumnahe Verbindungen.

Nachtpflege

Funktion: Mitwirken beim Caregiving durch Entlastung in der Nacht
Kommentar: Derzeit nur in wenigen Regionen verfügbar, wird aber stärker nachgefragt

Pflegestützpunkt

Funktion: Beratung, Hilfe bei Antragsstellungen und Pflegeorganisation
Gesetzlich vorgeschlagene Organisationseinheit mit den Aufgaben:

- Caremanagement
- Casemanagement

Tagesklinik

Funktion: Behandlung (Diagnostik und teilstationäre Therapie)
Kommentar: Separat oder in Anbindung an Träger oder im GPZ zu finden.
Behandlungsdichte bis zu 6 Tagen pro Woche.

Tagespflege

Funktion: Mitwirken beim Caregiving durch Entlastung und Tagesstrukturierung
Kommentar: Separat oder in Anbindung an Träger oder im GPZ zu finden.
Versorgungsdichte bis zu 7 Tagen pro Woche.
Kommentar: Aktuell unzureichend finanziert.

7. Anhang:

7.1. Mitglieder der Arbeitsgruppe

Pfarrer Dr. Jürgen GOHDE**,** Kuratorium Deutsche Altershilfe, Kassel

Prof. Dr. Hans GUTZMANN**,** St. Hedwig Kliniken Berlin GmbH

PROF. DR. RALF IHL**,** Alexianer- Krankenhaus, Krefeld

Harald KESSELHEIM, AOK-Bundesverband, Berlin

Ulrich KRÜGER, AKTION PSYCHISCH KRANKE E.V., Bonn

Dr. Thomas KUNCZIK, Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie, Wiehl

Prof. Dr. Heinrich KUNZE, AKTION PSYCHISCH KRANKE E.V., Kassel

Dr. Peter PICK, medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., Essen

Dr. Niels PÖRKSEN, AKTION PSYCHISCH KRANKE E.V., Bielefeld

Dr. Willi RÜCKERT, ehemals Kuratorium Deutsche Altershilfe, Brühl

Regina SCHMIDT-ZADEL, AKTION PSYCHISCH KRANKE, Ratingen

Dr. Wilhelm STUHLMANN, Facharzt für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie, Erkrath

7.2. Mitglieder der Expertengruppe

Frank ALLISAT, LVR-Klinik Köln

Jeanette ARENZ, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V:, Berlin

Dr. Christian BERRINGER, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Dr. Ingrid BRÄUNLICH, Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V., Jena

Ernst Georg EBERHARD, Diakonische Wohnstätten e.V., Kassel

Ulf FINK, Büro für Gesundheit und Prävention, Berlin

Prof. Dr. Jürgen FRITZE, Verband der privaten Krankenversicherung, Köln

Rudolf HERWECK, Berlin

Prof. Dr. Rudolf HIRSCH, LVR-Klinik Bonn

Dr. Peter Michael HOFFMANNN, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf

Ludger JUTKEIT, Nottuln

Dr. Eberhard JÜTTNER, Kuratorium Deutsche Altershilfe e.V., Artern

Dr. Sabine KIRCHEN-PETERS, iso-Institut, Saarbrücken

Klaus KIRSCHNER, Alexandra-Lang-Stiftung: Hilfe und Beratung bei ärztlichen Behandlungsfehlern, Oberndorf

Dr. Elisabeth KLUDAS, Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie, Bochum

Prof. Dr. Andras KRUSE, Universität Heidelberg

Helga KÜHN-MENGEL, ehemalige SPD Bundestagsabgeordnete und Patientenbeauftragte, Erftkreis

Armin LANG, VdAK e.V. / AEV e. V., Saarbrücken

Dr. Klaus NIßLE, Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren

Prof. Dr. Reinhard PEUKERT, Hochschule Rhein-Main, Wiesbaden

Silvia SCHMIDT, SPD-Bundestagsfraktion, Berlin

Dr. Thomas STRACKE, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn

Angelika TRILLING, Stadt Kassel

Heike von LÜTZAU-HOHLBEIN, Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Berlin

Karl-Dieter VOß, GKV-Spitzenverband, Berlin

Petra WERITZ-HANF, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin