Unsere Zukunft gestalten

Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz

Tagungsbericht
Berlin, 14./15. November 2006

Herausgegeben von
Aktion Psychisch Kranke
Regina Schmidt-Zadel
Heinrich Kunze



Unsere Zukunft gestalten

Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz

Tagungsbericht
Berlin, 14./15. November 2006

Herausgegeben von
Aktion Psychisch Kranke
Regina Schmidt-Zadel
Heinrich Kunze

Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit

Aktion Psychisch Kranke, Regina Schmidt-Zadel, Heinrich Kunze (Hg.).
Unsere Zukunft gestalten. Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz
1. Auflage
ISBN 3-88414-441-1

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Aktion Psychisch Kranke im Internet: www.psychiatrie.de/apk und www.apk-ev.de
Psychiatrie-Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

© Aktion Psychich Kranke, Bonn 2007
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt oder verbreitet werden.
Umschlaggestaltung: Renate Triltsch, Köln
Redaktion: Jessica Odenwald, Birgit Weißleder
Satz: Psychiatrie-Verlag, Bonn
Druck: Kessler Druck + Medien, Bobingen

Inhalt

Begrüßung – politisches Handeln ist notwendig
Regina Schmidt-Zadel 11

Herausforderungen einer älter werdenden Gesellschaft
Ulla Schmidt 15

A Unsere Zukunft gestalten – Konzepte und Rahmenbedingungen

Personenzentrierte Hilfen im Einzelfall
Ulrich Krüger 23

Organisation der Hilfen auf Quartiersebene
Niels Pörksen 32

Steuerung der Hilfen
Heinrich Kunze 45

Individuelle Hilfen zur Teilhabe und Pflege
Thomas Klie 58

Aufgaben der Ehrenamtlichen und Professionellen im Hilfemix
Barbara Schmid, Hartwig von Kutzschenbach 72

Zur Bedeutung interdisziplinärer Kooperation im Entwicklungsprozess des HILDE-Instruments
Stefanie Becker, Andreas Kruse 84

Health and social care provision for elderly patients with mental health illness, with especial focus on dementia in Norway
Knut Engedal 99

B Erfahrungen und Perspektiven der Nutzer

Wenn das Spiegelbild zum Feind wird
Hedwig Braun 106

Mehr Transparenz und Qualität: Psychisch Kranke als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess
Helga Kühn-Mengel 114

Stärkung und Unterstützung der Nutzer
Heike von Lützau-Hohlbein 123

Kulturbeiträge zur Tagung 127

C Handlungsfelder und Praxisbeispiele

I Steuerung auf kommunaler Ebene

Einleitung
Reinhard Peukert, Gisela Krutwage 129

Leverkusener Altenhilfe in Bewegung: Neue Wege mit wirkungsorientierter Steuerung
Frank Stein 132

Netzwerk im Alter
Uwe Klein 136

Das Wiesbadener Netzwerk für Geriatrische Rehabilitation – GeReNet.Wi
Johannes Weber 144

Kommunale Altenpolitik in Münster
Michael Willamovski 155

II Steuerung von Qualität über Gesetze und Richtlinien

Einleitung
Ulrich Krüger, Peter Kruckenberg 165

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung und Qualitätssicherung
Peter Pick 166

Qualität in der Pflege
Christian Berringer 170

III Steuerung von Hilfen über Finanzierung

Einleitung
Heinrich Kunze, Dyrk Zedlick 173

Gesundheitspolitische Aspekte der Steuerung von Hilfen
Armin Lang 174

Medizinische Behandlung und medizinische Rehabilitation – Trägerübergreifende Nachhaltigkeit
Detlef Chrusz, Karl-Dieter Voß 182

Pflegereform – erste Konturen zeichnen sich ab
Harald Kesselheim 187

Integrierte Wege für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen
Klaus Nißle 195

IV Best Practice im Quartier

Einleitung
Birgit Weißleder, Petra Weritz-Hanf 202

Aufbau quartiersbezogener Netze
Willi Rückert 205

Alltagshilfen in Berlin-Lichtenberg
Gudrun Hirche 215

Leben in Gastfamilien für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen
Richard Gerster 219

Ambulante Hausgemeinschaften
Norbert Schmelter 227

V Hilfemix im Quartier: Neue Konzepte

Einleitung
Ludger Jutkeit, Regina Schmidt-Zadel 230

Förderung von bürgerschaftlichem Engagement
Peter Motsch 232

Vom Heim zum Altenhilfezentrum im Quartier
Ernst Georg Eberhardt 237

Dorfgemeinschaft Eichstetten
Gerhard Kiechle 243

Hausgemeinschaft »Villa Hittorfstraße«
Ludger Jutkeit 247

VI Medizinische Hilfen bei gerontopsychiatrischen Erkrankungen

Einleitung
Hans Gutzmann, Heinrich Kunze 253

Gerontopsychotherapeutische Versorgung: »Eine Selbstverständlichkeit«?!
Rolf Dieter Hirsch 255

Gerontopsychiatrische Kompetenz in der sektoralen Versorgung
Ralf Ihl 275

Die gerontopsychiatrische Versorgung von Heimbewohnern
Hans Gutzmann 281

Gerontopsychiatrische Kompetenz im Krankenhaus
Wilhelm Stuhlmann 294

D Gesellschaftliche und ethische Aspekte

Alt werdende psychisch kranke und geistig behinderte Menschen
Andreas Crome 298

Tabu Alzheimer oder warum es 100 Jahre nach der Entdeckung endlich gebrochen werden muss
Michael Jürgs 306

Die Zivilgesellschaft und ihre Alten
Klaus Dörner 314

Hilfen zum Erhalt der Würde
Jürgen Gohde 320

Diskurs: Stiftungen als Motor 327

E Fazit und politische Erfordernisse

Sozialpolitische Herausforderungen
Ulf Fink 342

Aktionsprogramm zur politischen Umsetzung Einführung
Martina Bunge 350

Podiumsdiskussion mit Bundestagsabgeordneten 354

Perspektiven für die Zukunft
Regina Schmidt-Zadel 375

F Verzeichnis der Autorinnen und Autoren 377

G Veröffentlichungen und Informationstagungen 381

Begrüßung – politisches Handeln ist notwendig

Regina Schmidt-Zadel

Meine sehr geehrten Damen und Herren, sehr geehrte Frau Ministerin,

seien Sie alle sehr herzlich begrüßt zu unserer schon zur Tradition gewordenen Tagung im November. Die große Zahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zeigt uns auch in diesem Jahr, dass wir mit unserem Tagungsthema »Unsere Zukunft gestalten – Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz«, ein ganz aktuelles Thema, aber auch einen Bereich aufgegriffen haben, wo es um dringende Veränderungen und Verbesserungen geht.

Wir freuen und sehr, dass Sie, Frau Ministerin Ulla Schmidt, zur Eröffnung unserer Tagung gekommen sind und begrüßen Sie sehr herzlich. Für uns, die Aktion Psychisch Kranke, und den Vorstand dieser Aktion, den ich hier auch herzlich begrüße, ist es eine große Anerkennung unserer Arbeit, dass Sie Frau Ministerin, liebe Ulla, diese Tagung eröffnen. Ich weiß, dass das Thema der heutigen Tagung bei Ihnen einen hohen Stellenwert hat und dass Sie dies auch mit Ihrer heutigen Anwesenheit unterstreichen. Sie sind im Augenblick mit der Diskussion um die Gesundheitsreform sehr beschäftigt – man kann es jeden Tag in den Medien verfolgen – deshalb freut es uns umso mehr, dass Sie heute hier sind.

Ebenfalls ganz herzlich begrüßen möchte ich Helga Kühn-Mengel, Patientenbeauftragte der Bundesregierung und Mitglied unseres Vorstands.

Die Situation psychisch kranker alter Menschen wird immer wieder als dringend verbesserungswürdig beklagt, es sind deutliche Maßnahmen zur Verbesserung erforderlich.

Die Veränderung der Bevölkerungsstruktur zeigt, dass schon in wenigen Jahren immer mehr chronisch kranke alte Menschen versorgt werden müssen. Die Gesellschaft muss entscheiden, wie jetzt und in Zukunft die finanziellen Ressourcen eingesetzt werden sollen. Grundvoraussetzung dafür ist eine ehrliche Analyse der bestehenden Situation, die wir unter anderem auch mit dieser Tagung vornehmen wollen.

Gefordert ist natürlich die Politik. Wir werden morgen in der Podiumsdiskussion die anwesenden Politikerinnen und Politiker dazu hören. Bereits der Sachverständigenbericht der Psychiatrie-Enquete von 1975 wie auch die Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung von 1988

formulierten das Konzept des Gerontopsychiatrischen Zentrums als Motor der gemeindepsychiatrischen Versorgung für ältere Menschen.

Die Aktion Psychisch Kranke entstand Anfang der 70er-Jahre als Vereinigung von Psychiatern und Bundestagsabgeordneten, die gleichermaßen unzufrieden waren mit dem damaligen Hilfsangebot für psychisch kranke Menschen und den menschenunwürdigen Zuständen, die in der Vorsorgung dieser Menschen bestanden. Seitdem hat sich in der Betreuung und Versorgung dieser Menschen vieles positiv verändert und die damaligen Erkenntnisse waren auch der Motor für einen Reformprozess, der zu einer völligen Umgestaltung der klinischen und außerklinischen Hilfsangebote führte. Viele erinnern sich sicher noch an die entlegenen Verwahranstalten, die glücklicherweise überwunden wurden, und viele psychisch kranke Menschen leben heute mit entsprechender Hilfe in ihrer Gemeinde. Aber wenn wir auf die immer größer werdende Zahl psychisch kranker alter Menschen schauen, müssen wir feststellen, dass es einen großen Anteil Menschen mit psychischer Erkrankung gibt, die noch keine adäquate Hilfe insbesondere bei Demenz erhalten, deren Erkrankung nicht erkannt wird, oder die lebenserhaltenden Pflegemaßnahmen, nicht aber notwendige Behandlung und Rehabilitation erhalten.

Wir müssen erkennen, dass immer mehr Menschen gegen ihren deutlich gemachten Willen ihr vertrautes Lebensumfeld verlassen müssen, um erforderliche Hilfen zu erhalten. Die Statistiken zeigen, dass der größte Anteil älterer Menschen in der gewohnten Umgebung leben möchte. Trotzdem müssen psychisch kranke alte Menschen häufig ihr Umfeld verlassen, weil bislang komplexe Hilfeleistungen kaum ambulant, sondern fast ausschließlich stationär angeboten werden.

Deshalb geht es um die Realisierung des übergreifenden Ziels Teilhabe am Leben in der Gesellschaft auch für psychisch kranke alte Menschen, insbesondere mit Demenz. Voraussetzung dafür ist, dass Behandlung, Leistungen zur Teilhabe und Pflege personenzentriert erfolgen. Leitgedanke des personenzentrierten Ansatzes ist die konsequente Orientierung am Hilfebedarf des psychisch kranken alten Menschen und die Realisierung personenzentrierter integrierter Hilfen anstatt der bisher vorherrschenden institutionszentrierten und angebotsgesteuerten Organisation der Hilfen. Das heißt nicht der Hilfebedürftige soll sich an das Hilfesystem anpassen, sondern das Hilfesystem soll seine Arrangements nach dem Bedarf des psychisch kranken alten Menschen ausrichten. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit des Umbaues des Versorgungssystems.

Es ist klar, dass eine Veränderung der derzeitigen Situation des Systems nicht sofort in allen Bereichen geschehen kann und wird. Aber das Motto der Tagung »Unsere Zukunft gestalten« – deutet schon an, dass es allerhöchste Zeit ist, sich jetzt auf den Weg zu machen. Denn die demografische Entwicklung und die gesellschaftlichen Veränderungen lassen schon jetzt eine Verstärkung der Problematik erkennen, die sich noch erheblich zuspitzen wird. Die Zahl der alten psychisch kranken Menschen und jener Menschen, die im Alter psychisch erkranken, nimmt zu und das Unterstützungspotenzial der Familien nimmt ab. In den nächsten Jahren und Jahrzehnten ist mit einem erheblichen Anstieg von chronischen Krankheiten, Multimorbidität und psychischen Störungen zu rechnen, insbesondere ist das Alter der Hauptrisikofaktor für eine Alzheimer Demenz.

»Neue große Nöte bedürfen neuer, mutiger Gedanken ...« (Pastor Friedrich von Bodelschwingh, 1904). Diese Aussage kann man auf die heutige Situation übertragen. Daher ist es auch nicht übertrieben festzustellen, dass wir bei unveränderten Rahmenbedingungen auf eine gesellschaftliche Katastrophe hinsteuern. Vor diesem Hintergrund hat die Aktion Psychisch Kranke sich zusammen mit anderen Fachverbänden und Experten aus dem Bereich Gerontopsychiatrie und Altenhilfe dafür eingesetzt, Handlungsempfehlungen zur Organisation und Finanzierung von Hilfen für psychisch kranke alte Menschen zu erarbeiten und hat dafür 2004 einen Projektauftrag vom Bundesministerium für Gesundheit erhalten. Dank an das Ministerium für den Auftrag! Die zentralen Ergebnisse dieses Projekts und deren Konsequenzen für die zukünftige psychiatrische Versorgung werden in den kommenden zwei Tagen hier vorgestellt, insbesondere am heutigen Vormittag. Gelegenheit zur Diskussion besteht sowohl in den am Nachmittag stattfindenden vertiefenden Symposien als auch mit Bundestagsabgeordneten aller Fraktionen am morgigen Tag.

Die meisten von Ihnen sind beruflich mit der Thematik befasst. Wir hoffen sehr, dass Sie unsere kritische Bilanz nicht als Vorwurf gegen sich erleben. Die Kompetenz und das persönliche Engagement der Verantwortlichen und der Beschäftigten im Bereich der Altenhilfe und der Hilfen für psychisch Kranke stehen für uns außer jedem Zweifel.

Wir wollen uns daher weniger mit den Einzelleistungen beschäftigen, sondern mit dem Gesamtsystem der Hilfen und vor allem mit den sogenannten Schnittstellenproblemen: den Übergängen von Selbsthilfe zu professioneller Hilfe, von Pflege und psychiatrischer Hilfe, von Hilfen im häuslichen Umfeld und Hilfen in Einrichtungen. Es geht uns vor allem darum, die

Gesamtheit der Hilfen zusammenzuführen, sie gemeinsam zu planen, im Verlauf zu koordinieren und dabei nicht nur an die professionellen Hilfen zu denken, sondern primär an die Selbsthilfestärkung und die Unterstützung der tragenden sozialen Netze, die von Angehörigen, Freunden, Nachbarn oder anderen Helfern gebildet werden:

- Stärkung der Eigenkompetenz
- Förderung der Selbsthilfe in der Familie, Nachbarschaft, Gemeinde usw.
- Koordination der Hilfen

stehen im Vordergrund. Wir wollen darlegen, wie ein solches Hilfesystem aussehen könnte und mit welchen Mitteln der Steuerung man es erreichen kann.

Herausforderungen einer älter werdenden Gesellschaft

Ulla Schmidt

Ich freue mich, hier sein zu können und sehr gerne spreche ich auch einige Worte zu einem der aus meiner Sicht wichtigsten Zukunftsthemen unserer Gesellschaft.

Ich möchte Ihnen einleitend nicht nur zu Ihrer Veranstaltung gratulieren, sondern auch zur Auswahl des Spruches von Simone de Beauvoir »Wie müsste eine Gesellschaft beschaffen sein, damit ein Mensch auch im Alter ein Mensch bleiben kann? Die Antwort ist einfach. Er muss immer schon als Mensch behandelt worden sein.«

Ich habe gestern mit Alice Schwarzer darüber diskutiert, dass das Buch von Simone de Beauvoir »Das Alter« mindestens so bahnbrechende Aussagen zum Alter enthält wie ihre Ausführungen zur Stellung der Frau in der Gesellschaft. Leider ist dieses Buch nicht so bekannt, obwohl – die Frauen werden es wissen – die Würde, die im Alter in einer Gesellschaft gewährt wird, sehr eng mit der Stellung und der Rolle der Frau in einer Gesellschaft zusammenhängt.

Gesellschaftspolitische Dimension eines veränderten Altersaufbaus

Ich hoffe, dass die Diskussion über die Chancen und Herausforderungen des veränderten Altersaufbaus in unserer Gesellschaft eine Grundlage für eine große gesellschaftspolitische Debatte bietet. Diese Frage sollte nicht nur unter dem Aspekt der Beitragssätze in den sozialen Sicherungssystemen diskutiert, sondern tatsächlich als eine Debatte genutzt werden, die dazu führt, die Gesellschaft in all ihren Facetten auf den sich ändernden Altersaufbau einzustellen.

Wir alle reden über demografische Entwicklung:

Aber was bedeutet dies zum Beispiel für die Wirtschaftspolitik? Und wie schaffen wir es, dass Menschen so lange wie möglich selbstständig bleiben? Welche Konsequenzen hat eine älter werdende Gesellschaft für die Kommunalpolitik? Welche Hilfe bieten wir alten Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie älteren Partnerinnen oder Partnern auf kommunaler Ebene? Und wo finden sie diese Hilfe? Die Suche nach Beratung darf nicht zu einem Irrlauf werden, der den Menschen die Kraft nimmt, die sie für die Unterstützung ihrer Familie oder der Nachbarn dringend brauchen.

Wir müssen auch solche Menschen, die sich außerhalb der Politik in Organisationen und im Bereich von Kultur und Wissenschaft aktiv mit diesen Fragen beschäftigen, zu einer großen Debatte zusammenbringen. Gemeinsam werden wir Antworten finden hinsichtlich des richtigen Umgangs mit älteren Menschen, der benötigten Infrastruktur und der Organisation des zivilbürgerschaftlichen Engagements. Dieses Engagement ist auf eine finanzierte Infrastruktur angewiesen, um denen, die mehr Hilfe benötigen, diese gewährleisten zu können. Andererseits, um denen, die auch im hohen Alter noch selbst viel an Hilfe geben können, zu ermöglichen, ihre Kraft auch einzusetzen.

Dies ist kein Thema der Gesundheits- oder Pflegepolitik allein – auch andere Bereiche wie Familienpolitik, Seniorenpolitik, Bildungspolitik und Arbeitsmarktpolitik – müssen in die Debatte einbezogen werden.

Ich bin der Auffassung: Es ist schon kurz nach zwölf. Wir haben in den vergangenen Jahren unter Experten zwar immer wieder über demografischen Wandel und notwendige Konsequenzen geredet, aber was dieser Wandel wirklich bedeutet, erschließt sich erst jetzt langsam einem breiterem Publikum.

Solche Kongresse wie der Ihre tragen dazu bei, dass wir mit den neuen Realitäten umzugehen lernen und uns darauf einstellen, dass im Jahre 2050 jeder Dritte voraussichtlich älter als 60 Jahre ist. Zumal bekannt ist, dass die Hälfte der Bevölkerung bereits jetzt fast 50 Jahre alt ist.

Das hat viele Auswirkungen: Wir machen uns nicht genug Gedanken darüber, dass auch mit einer aktiven Präventionspolitik diejenigen, die gepflegt werden, aber auch diejenigen, die pflegen, immer älter werden. Je älter die Menschen sind, desto mehr verändern sich ihre Bedürfnisse und desto mehr werden begleitende Hilfen oder Unterstützung benötigt. Eine der zentralen Fragen wird sein, wie diese organisiert werden, damit der Grundsatz »ambulant vor stationär« wirklich umgesetzt werden kann.

Weiterentwicklung des Pflegebegriffs

Ich komme zum ersten Punkt, der in den kommenden Jahren sehr intensiv diskutiert werden muss und zu dem wir im Bundesgesundheitsministerium einen Beirat einberufen haben: die Weiterentwicklung des Pflegebegriffs.

Die Einrichtung und der Aufbau der Pflegeversicherung waren ein wesentlicher Schritt, um Rechtsansprüche klarzustellen und um dafür zu sorgen, dass eine notwendige Infrastruktur aufgebaut wurde. Nach den

nunmehr gewonnenen Erfahrungen wird deutlich, dass der ursprüngliche Pflegebegriff, welcher der Pflegeversicherung zugrunde liegt, den künftigen Herausforderungen nicht standhält.

Wenn wir gute Hilfen organisieren wollen, dann gehört zur klassischen Pflege die Erweiterung beispielsweise um den Betreuungsaspekt dazu. Das ist mehr, als wir vielleicht im nächsten Schritt der Pflegeversicherung umsetzen können. Des Weiteren gehört die Debatte dazu, wie ausgehend vom Patienten als auch vom Pflegenden die Hilfe organisiert werden kann.

Dazu werden im nächsten Jahren intensive Debatten zu führen sein. Deren Ergebnisse werden konkrete Auswirkungen auf das entsprechende Angebot der Pflegeversicherung haben.

Dies ist einer der Gründe, warum wir der Aktion Psychisch Kranke für ihre Aktivitäten danken und weswegen wir das Forschungsprojekt »Handlungsempfehlungen zur Organisation und Finanzierung von personenzentrierten Hilfen für alte Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen« gefördert haben. Besondere Bedeutung bekommt das Projekt – insbesondere im Hinblick auf die anstehenden Reformen der Pflegeversicherung – dadurch, dass es den Fragen nachgeht, welche Hilfen Menschen mit Demenz brauchen, wie ihre Bedürfnisse sind, wie diese sich im Krankheitsverlauf verändern und wie adäquate Hilfe organisiert werden kann.

Ich bin überzeugt, dass wir aufgrund dessen, was heute bereits bekannt ist, sehr gute Ansätze haben, die wir in die Debatte einbringen.

Stabilisierung der finanziellen Grundlage

Ich sage hier ganz deutlich: Oft wird über die Frage der Reform der Pflegeversicherung so gesprochen, als ginge es nur um die Stabilisierung der finanziellen Grundlagen. Für mich ist jedoch wichtig, dass die Frage nach den Inhalten – nach den Veränderungen, die wir in der Gestaltung der Versorgung brauchen – mindestens einen gleichwertigen Stellenwert haben muss. Nur dann werden wir den veränderten gesellschaftlichen Bedingungen gerecht.

Im Anschluss daran muss die Diskussion kommen: Was ist uns das wert?

Diese Diskussion gibt es auch in der Gesundheitspolitik: Der Anspruch der Menschen, Hilfe auf der Höhe des medizinischen Fortschritts unabhängig von ihren individuellen finanziellen Möglichkeiten und ihrem Wohnort zu erhalten, gehört zu unserem humanitären Bild im Sozialstaat. Er war für

meine Generation ganz selbstverständlich und soll es auch im 21. Jahrhundert bleiben.

Das ist ein großer Anspruch! Aber bei diesem Anspruch muss man auch wissen: Wenn man ihn wirklich umsetzen will, kann die Debatte sich nicht immer darauf reduzieren, ob die Beitragssätze 0,1 % oder 0,2 % niedriger oder höher sind. Das, was wir als Sozialstaat verwirklichen wollen, muss finanziert werden und dann braucht man eine weitere Debatte darüber, wie denn eigentlich die solidarischen Grundlagen in einer Gesellschaft erweitert werden können. Dies wird auch für die Pflegeversicherung wichtig sein.

Schnittstellen zwischen Pflege- und Gesundheitsreform

Ich bin sehr froh, dass wir schon mit der Gesundheitsreform, genau gesagt mit dem »Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung«, entscheidende Schritte zur Durchsetzung dieses Anspruchs getan haben.

Die Koalitionsfraktionen und die Verhandlungspartner haben mehr als vier Wochen darüber diskutiert, welche Anforderungen an die Organisation des Gesundheitswesens sich aus einer älter werdenden Gesellschaft ergeben. Diese haben Eingang in den Gesetzentwurf gefunden.

Oft wird behauptet, die große Koalition sei nur die Politik des kleinsten Nenners. Ich mache jetzt jahrelang Gesundheitspolitik und war auch an mehreren Reformen beteiligt. Viele Dinge, die wir jetzt umsetzen konnten, sind immer an den unterschiedlichen Mehrheitsverhältnissen zwischen Bundestag und Bundesrat gescheitert. Vieles, was im Bereich der Strukturen verändert werden sollte, fand keine Mehrheit. Vieles haben wir lange gefordert.

Es ist in vielen Fällen kein Neuland, das wir jetzt betreten, aber viele unserer Forderungen fanden in der Vergangenheit keine Mehrheiten. Neu ist, dass wir nun einen starken Partner in bundespolitischer Verantwortung haben und diese gemeinsame Verantwortung auch im Bundesrat sichtbar wird und somit nicht gegeneinander Politik betrieben werden kann.

Rechtsanspruch auf Rehabilitation

Ich nenne hier an dieser Stelle den Grundsatz »Rehabilitation vor Pflege«. Wir möchten, dass die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen darin bestärkt werden, mehr für ihre eigene Gesundheit und ihre Fähigkeit zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben tun zu können.

Es soll klar werden, dass Prävention keine Altersgrenze hat. Wir möchten einen Rechtsanspruch auf Rehabilitation für ältere Menschen. Viele sagen: »Das ist doch selbstverständlich.« Bisher war es das nicht, weil die geriatrische Rehabilitation bis zur Gesundheitsreform eine Ermessensleistung der Krankenkassen ist.

Dies hat sehr viel damit zu tun, dass im letzten Jahrhundert das Hauptaugenmerk darauf gerichtet war, Menschen wieder erwerbsfähig zu machen. Es herrschte die Auffassung vor, dass für Nicht-Erwerbstätige nicht mehr unbedingt viel getan werden müsse.

Das haben insbesondere Frauen gemerkt: Viele ältere Frauen um die 70 haben gekämpft, um einen Leistungs- oder Rehabilitationsanspruch durchzusetzen, z. B. eine Brustkrebsoperation. Ich bin immer wieder in unserem Land diesen Fällen begegnet. Zu unserer Auffassung von einem Leben in Würde gehört aber, dass alles getan wird, damit jeder Einzelne solange wie möglich seine Selbstständigkeit erhalten und in seiner gewohnten Umgebung bleiben kann. Deshalb ist ein gesetzlich verankerter Rechtsanspruch auf Rehabilitation notwendig.

Dies hat auch etwas mit einer vorausschauenden Finanzierbarkeit der sozialen Sicherungssysteme zu tun. Denn alles, was hier investiert wird, kann Folgekosten vermeiden. Und was die Selbstständigkeit einschränkt, ist vielfach mit einem »Mehr« an Hilfe oder der Notwendigkeit einer stationären Behandlung verbunden. Der von uns verfolgte Grundsatz »ambulant vor stationär« hat keinen Selbstzweck, sondern orientiert sich an den Wünschen der Menschen: 95 % der Menschen wollen lieber zu Hause selbstständig leben.

Besseres Entlassmanagement

Darüber hinaus verpflichten wir die Beteiligten, ein Entlassmanagement im Krankenhaus auf den Weg zu bringen. Es soll keine Lücke zwischen stationärer und ambulanter Behandlung geben. Schon bei der Einlieferung und dem Aufenthalt im Krankenhaus soll die Anschlussbehandlung mit bedacht werden. Es geht nicht von heute auf morgen, ein solches Entlassmanagement als selbstverständliche Leistung bei Krankenhausaufenthalten zu etablieren. Aber Schritt für Schritt werden wir es schaffen. Auch hier ist Ziel, den Patienten, Angehörigen oder denen, die aus dem Freundes- und Nachbarschaftskreis die Betreuung übernehmen, möglichst die Hilfe anzubieten, die sie brauchen.

Neue Definition des Wohnungsbegriffs

Zudem werden wir etwas umsetzen, was seit Jahren in der Diskussion ist: die Neugestaltung des klassischen Wohnungsbegriffs. Denn immer mehr Menschen leben in betreuten, neuen Wohnformen. Nehmen Sie beispielsweise die behinderten Menschen in den Wohngemeinschaften der Lebenshilfe, wo es Probleme bei der Gewährung der häuslichen Krankenpflege gibt, weil zur »klassischen« Wohnungsdefinition eine eigene Toilette und eine eigene Küche gehören.

Wir sagen stattdessen: Wohnen ist dort, wo Menschen ihren Lebensmittelpunkt haben. Deshalb müssen die Hilfen, die in einer klassischen Wohnung gewährt werden, auch in besonderen Wohnformen, im betreuten Wohnen oder in Wohngemeinschaften geleistet werden können.

Denn die klassischen Familienstrukturen haben sich verändert – darauf müssen wir reagieren.

Ein weiterer Punkt ist, dass wir Voraussetzungen schaffen, dass Menschen im Heim mit einem sehr hohen Pflegebedarf – etwa Wachkomapatienten und andere – ihren Anspruch auf häusliche Krankenpflege nicht verlieren. Auch das ist enorm wichtig, um die betreffenden Angehörigen zu unterstützen.

Das sind nur einige Punkte, wie die Gesundheitsreform helfen wird, die Situation von Pflegebedürftigen und Pflegenden zu verbessern. Wir haben vor allem versucht, die vielen offenen Fragen an den Schnittstellen zwischen Krankenversicherung und Pflegeversicherung zu präzisieren und zu entbürokratisieren, beispielsweise auch hinsichtlich des Anspruchs auf Hilfsmittel für geistig schwerstbehinderte Menschen.

Ziele der Reform der Pflegeversicherung

Dieser Gedanke wird sich bei der Reform der Pflegeversicherung fortsetzen:

- Es wird uns darum gehen, die Leistungen zu verbessern.
- Wir werden die Pflegeversicherung als eigenständigen Zweig der Sozialversicherung erhalten.
- Wir werden keine Leistungsausgrenzungen vornehmen.
- Wir werden den Grundsatz ambulant vor stationär stärker betonen und haben uns zum Ziel gesetzt, die Pflegeversicherung auf ein stabiles finanzielles Fundament zu stellen.

Dazu gehört eine gerechtere Verteilung der Lasten innerhalb der Gesellschaft und zwischen den Generationen. Ich sage hier ganz deutlich: Richtig wäre, wenn alle den gleichen prozentualen Beitrag einzahlen würden, da auch alle den gleichen Anspruch auf Leistung haben, egal ob privat oder gesetzlich versichert. Das wäre der richtige Weg und wir könnten vieles finanzieren.

Ich sehe im Moment noch keine Mehrheit dafür. Aber man kann und sollte öffentlich diskutieren, um dafür zu kämpfen, entsprechende Mehrheiten zu finden. Auch wenn ich – als Demokratin – auch für sinnvolle Kompromisse stehe. Im Koalitionsvertrag steht, dass die private Krankenversicherung sich an der Finanzierung beteiligen und dass es einen Ausgleich geben muss aufgrund der unterschiedlichen »Alterslast« – im Gegenzug ist die SPD bereit, in der Pflegeversicherung einen Kapitalstock zu etablieren. »Alterslast« ist zwar grundsätzlich ein schlechter Begriff, aber er beschreibt die finanzielle Belastung aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur in den Krankenkassen. Sie wissen, dass bis Mitte der 90er-Jahre alle Privatversicherten in die gesetzliche Krankenversicherung zurückgegangen sind, wenn sie älter waren und dies realisieren konnten – insbesondere deswegen haben wir eine ungleiche Verteilung.

Ansonsten planen wir viele Veränderungen auch bei den Angeboten:

- Wir wollen die Betreuung von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, z. B. von psychisch kranken Menschen, insbesondere Demenzkranken und geistig behinderten Menschen leistungsseitig verbessern.
- Wir wollen niedrigschwellige Angebote für die Betroffenen stärken.
- Wir wollen auch in der Pflege den Grundsatz Prävention und Rehabilitation vor Pflege stärken und das durch das Präventionsgesetz begleiten.
- Wir wollen die Leistungsangebote verzahnen.
- Wir wollen den Prozess, den wir mit dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz begonnen haben, weiter fortsetzen.
- Wir wollen durch einen finanziellen Beitrag die ambulante Pflege stärken und die Familien unterstützen, die eine Entlastung brauchen.
- Wir wollen einen Rechtsanspruch auf Pflegeurlaub für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer schaffen.
- Wir wollen die Leistungen dynamisieren, damit wir auch die Menschen bezahlen können, die die Pflege leisten.

Verbesserungen für Demenzkranke

Das sind alles Stichworte dazu, was wir brauchen, aber ich glaube, dass der wesentliche Qualitätssprung ist, dass wir adäquate Leistungen für die bislang unzureichend berücksichtigten Menschen mit psychischen und kognitiven Einschränkungen wie Demenzkranke in der Pflegeversicherung einführen. Wenn wir die Weiterentwicklung des Pflegebegriffes damit verbinden, werden wir zu besseren Angeboten kommen.

Zusammenfassung

Meine Damen und Herren, lassen Sie mich zum Abschluss eines sagen:

Wir werden das Forschungsprojekt der Aktion Psychisch Kranke weiterhin positiv begleiten und die Ergebnisse bei uns im Haus genau untersuchen. In vielem was ich gelesen habe, sehe ich Dinge, wo wir einer Meinung sind, was getan werden muss.

Ich möchte hier noch mal sagen: Wenn wir wirklich einen Schritt nach vorne machen und diesen erfolgreich beschließen wollen, dann müssen wir in die öffentliche Debatte drei Dinge einbeziehen:

Das Erste ist die Erweiterung des Pflegebegriffs. Diese brauchen wir dringend, wenn wir wirklich adäquate Angebote schaffen wollen. Sie so zu organisieren, dass sie auch umgesetzt werden kann – darum sollten wir uns sehr intensiv bemühen.

Das Zweite ist, wenn wir wirklich eine humane Pflege wollen und wenn wir Bedingungen auch für kranke Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz gewährleisten wollen, dann muss diese Gesellschaft darüber diskutieren, was ihr eine gute Pflege wert ist. Dann müssen wir für eine gerechte solidarische Finanzierung streiten und die bereits genannte Diskussion überwinden, als hinge alles von 0,1 % Beitragssatzpunkten ab.

Das Dritte ist, dass wir alles dafür tun sollten, dass sich diese Diskussionen nicht mehr alleine im Rahmen der Gesundheits- und Pflegepolitik bewegen, sondern dass wir sagen: Dies ist eine breite gesamtgesellschaftliche Debatte. Sie wird die gesellschaftlichen Grundlagen des 21. Jahrhunderts bestimmen. Heute stellen wir die Weichen dafür, wie wir 2020/2030 leben wollen.

Vielen Dank und nochmals Danke für Ihr Projekt und Ihre Arbeit.

Auf weiterhin gute Zusammenarbeit.

Personenzentrierte Hilfen im Einzelfall

Ulrich Krüger

Es gibt zwei Anlässe für die Aktion Psychisch Kranke, sich mit dem Thema zu befassen:

1. die öffentliche Diskussion zur demografischen Entwicklung – darauf hat Regina Schmidt-Zadel in ihrem Vortrag bereits hingewiesen. Sie hat als Mitglied der Enquete-Kommission ›Demografischer Wandel‹ aktiv an diesem zentralen Zukunftsthema gearbeitet und
2. die Entwicklung und Erprobung des Konzepts der personenzentrierten Hilfen für psychisch kranke Menschen.

Den zweiten Punkt möchte ich zu Beginn näher erläutern, zunächst den Begriff »Personenzentrierte Hilfen«. »Personenzentrierte Hilfe« ist gemeint als Gegensatz zu »Institutionszentrierte Hilfe«, man kann auch sagen »bedarfsorientierte Hilfe« statt »angebotsorientierte Hilfe«.

Institutionszentrierter Ansatz

»Institutionszentriert« oder »angebotsorientiert« heißt, dass der hilfebedürftige Mensch sich an vorgegebenen Hilfeformen (Einrichtungskonzeptionen) orientieren muss. 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. Weiterhin muss er umziehen, wenn sich sein Hilfebedarf ändert, z. B. von der Wohngemeinschaft ins Heim, wenn sein Hilfebedarf größer wird und ambulant Betreutes Wohnen nicht mehr ausreicht oder von der Eingliederungseinrichtung oder von der Seniorenwohnanlage ins Pflegeheim, wenn der Pflegebedarf wächst.

Personenzentrierte Hilfen

Dagegen fragt »Personenzentrierte Hilfe« welche Hilfen der Klient benötigt und nicht welches verfügbare Angebot für ihn das Geeignetste ist.

Beim Zugang zu erforderlichen Hilfen gilt: Kein Umzug, um Hilfen zu erhalten, sondern bedarfsgerechte Hilfen werden am gewünschten Lebensort organisiert. Und während Hilfe geleistet werden gilt: Kein Betreuerwechsel

bei verändertem Hilfebedarf, sondern flexible Anpassung der Hilfen an den Bedarf des Klienten (quantitativ und qualitativ).

Bei der Personenzentrierten Hilfe steht der individuelle Hilfebedarf im Mittelpunkt. Eine entsprechend hohe Bedeutung kommt der individuellen Hilfeplanung zu. Diese Hilfeplanung 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 der Mensch benötigt. Diese Hilfeplanung stellt die Ziele der Hilfeleistung in den Vordergrund. Es ist eine Gesamthilfeplanung, die unabhängig von »Zuständigkeiten« alle Aspekte des Hilfebedarfs berücksichtigt. Die Hilfeplanung ist zielorientiert und integriert.

Zielorientierte Hilfeplanung

»Zielorientierte Hilfeplanung« bedeutet, dass die Zielbestimmung im Vordergrund steht. Erst wenn die Ziele mit der hilfebedürftigen Person und ihren Angehörigen bestimmt wurden, kann man die Hilfen planen, die der Zielerreichung dienen.

Die zentrale Ausgangsfrage lautet daher:

- Welche Lebensform strebt der psychisch kranke alte Mensch an?

Wohnformen

Das bezieht sich zunächst auf die angestrebte Wohnform. Geht es darum, die bestehende Wohnform zu erhalten oder geht es darum, eine andere Wohnform zu erreichen? Sofern ein alter Mensch an seiner eigenen Wohnung oder seinem vertrauten Wohnumfeld hängt, sollte dies berücksichtigt werden. Wenn er Gemeinschaft im Sinne gemeinsamen Wohnens sucht, ebenso. Dann ist die Frage, welcher Art das Zusammenleben sein soll: mit Verwandten, Gleichaltrigen, hilfsbereiten Nachbarn?

Nicht »Wo sind die Hilfen – da geht der Klient hin«, sondern »Wo wird Hilfe gebraucht – da gehen die Helfer hin« ist das Prinzip. Wir sind fest davon überzeugt, dass eine personenzentrierte Hilfe nicht nur aus humanitären Gründen die optimale ist, sondern auch aus fachlichen und wirtschaftlichen. Aber das wird an anderer Stelle erörtert.

Zur zielorientierten Hilfeplanung gehört aber auch die erwünschte 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. Nur weil es für ›kommunikative Hilfen‹ keine sozialrechtlich abgesicherte Hilfeleistung gibt, wird dieser entscheidende Bereich oft vernachlässigt.

Lebensform

Deshalb steht zunächst der Wohnwunsch mit den damit verbundenen sozialen Kontakten im Vordergrund: 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?

Die zentralen Aspekte der Hilfeplanung

Die zentralen Ziel-Aspekte der Hilfeplanung sind:

- Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
- Selbstversorgung im Wohnbereich
- Gesundheit

Zu betonen ist vor allem die Teilhabe, weil dieser Aspekt im SGB XI fehlt 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!

§ 4 SGB IX

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 selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern«.

Wenn die Realität nur so wäre, wie es das Gesetz vorgibt! Aber leider wird in der Praxis viel zu selten an medizinische Rehabilitation oder Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gedacht. Wir sind sehr froh, dass die Regierungskoalition mit der aktuellen Gesundheitsreform die geriatrische Rehabilitation stärken will. Wir gehen davon aus, dass sich dies auch auf gerontopsychiatrische Rehabilitation und Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft auswirkt.

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, 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.

Integrierte Hilfeplanung

Personenzentrierte Hilfeplanung ist *integrierte* Hilfeplanung. Sie umfasst *alle* relevanten Hilfebereiche, unter Einschluss von Pflege, psychiatrischen Hilfen, somatischer Behandlung, nicht professioneller Hilfen, Hauswirtschaft, Kommunikation usw. Eine solche Hilfeplanung unterscheidet sich deutlich von herkömmlichen Aufnahme- oder Antragsverfahren, die sich nur auf eine einzelne Hilfeform 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 (Diagnose, Behandlung, Krankenpflege)
- spezielle Therapieverfahren (Ergotherapie, Bewegungstherapie, Psychotherapie usw.)
- Hilfen in sozialen Angelegenheiten (Geld, Behörden, Vertragsangelegenheiten usw.)
- Koordination, Hilfeplanung und Abstimmung

Soweit das Konzept der personenzentrierten Hilfeplanung. Natürlich sollen aus einer *integrierten* Hilfeplanung aufeinander abgestimmte Leistungen folgen. Deshalb muss der Bedarf an Hilfeleistungen unter allen beteiligten Leistungsträgern und Leistungserbringern abgestimmt werden. Dazu sind Hilfeplankonferenzen erforderlich. Im Rahmen von Projekten der Aktion Psychisch Kranke wurden solche Hilfeplankonferenzen gebildet und tagen nun regelmäßig. Der Pflegebereich ist dabei bisher noch nicht einbezogen.

Ein Fallbeispiel

Frau G., 88 Jahre, verwitwet seit zwölf Jahren, seither alleinlebend in der Wohnung, die sie seit 1946 bewohnt.

Nach dem Tod ihres Mannes erhielt Frau G. beidseitig neue Hüftgelenke. Kurz nach der Reha-Phase stürzte sie und zog sich einen Beckenbruch zu, der sie für lange Zeit ans Bett fesselte. In der Folge entwickelte sich eine zunehmende Angst, erneut zu stürzen. Frau G. verließ das Haus zunächst nur in Begleitung, seit etwa drei Jahren gar nicht mehr, da zu diesem Zeitpunkt nach leichten Hautverletzungen an beiden Füßen offene Geschwüre entstanden. Frau G. kann sich schlecht bücken und ihre Finger nur eingeschränkt bewegen. Aus diesen Gründen war ihr eine selbstständige Wundversorgung nicht möglich. Nach längerem Drängen des Hausarztes, der zu regelmäßigen Hausbesuchen kommt, begab sich Frau G. zur Behandlung in ein Krankenhaus. Im dortigen Zweibettzimmer konnte sie mehrere Tage nicht schlafen und geriet in eine Zustand extremer Unruhe mit Wahnvorstellungen: Sie bezichtigte Ärzte, ihr den Bauch aufschneiden zu wollen. Nachts alarmierte sie wiederholt die Nachtpflege, weil sich angeblich fremde Personen im Schrank versteckt hielten. Sie verweigerte das Essen, das ihr nicht schmeckte bzw. von dem sie vermutete, dass Medikamente beigefügt seien, die sie ablehnte. Ein hinzugezogener Psychiater stellte eine weitgehende räumliche und zeitliche Desorientierung fest.

Frau G. versuchte mehrfach, eigenständig das Bett zu verlassen. Dabei sank sie aufgrund ihrer Schwäche zu Boden und wurde vom Personal hilflos aufgefunden. Den Angehörigen wurde eine Verlegung in ein Pflegeheim angeraten.

Zunächst wurde jedoch eine Entlassung nach Hause organisiert. Die Angehörigen sicherten eine Rund-um-die-Uhr-Begleitung ab. Innerhalb einiger Tage stabilisierte sich hier der Zustand auf das Niveau vor der stationären Behandlung. Nun wurden folgende Hilfen organisiert:

- Der Hausarzt kommt alle zwei Wochen und zusätzlich bei Bedarf zum Hausbesuch,
- ein Krankenpflegedienst versorgt dreimal pro Woche die Wunden,
- ein Pflegedienst gibt täglich morgens und abends Hilfestellung beim Be- und Entkleiden, bei der Körperhygiene und bei der Zubereitung des Essens,
- eine Physiotherapeutin kommt ein- bis zweimal pro Woche zu Geh- und Bewegungsübungen,
- eine Haushalthilfe übernimmt werktäglich in ca. zwei Stunden Einkaufen, Zubereitung des Mittagessens und Reinigung der Wohnung,
- ein Mittagsmenü wird geliefert,
- Angehörige übernehmen die Unterstützung an Wochenenden, Nachbarn kommen zu gelegentlichen Besuchen,
- ein Notruf steht für Kontakte in Situationen zur Verfügung, in denen Frau G. das Telefon nicht mehr erreichen kann.

So konnte die Situation zunächst stabilisiert werden. Einen wesentlichen Teil der ›Einarbeitung‹ des häufig wechselnden Personals übernahm Frau G. Sie weiß von jedem Gegenstand in ihrer Wohnung genau, wo er liegt, und kann Fremde insofern anleiten.

Zu den Ängsten vor einem Sturz war allerdings noch die Angst vor einem erneuten Krankenhausaufenthalt oder gar einem Heim gekommen. Dies lehnt Frau G. entschieden ab. Lieber wolle sie zu Hause sterben. Seither versucht sie, Beschwerden zu verheimlichen. Das kam auch bei der Begutachtung hinsichtlich Pflegebedürftigkeit zum Tragen. Frau G. schilderte ihre Haushalts- und Selbstversorgung als völlig selbstständig.

Zudem entwickelt sich noch ein anderes Problem: Schon seit Beginn war Frau G. nicht in der Lage, ein solches Hilfeprogramm selbstständig zu organisieren. Aber sie hat es gerne angenommen. Inzwischen verwechselt sie Personen und ihre Zuständigkeiten, »kündigt« erschienenen Helfern, weil

das Geld für die Bezahlung fehle, lässt Essen zurückgehen, weil bereits Essen da sei usw. Ein großer Teil des Tages wird mit Suchen nach vermissten Gegenständen verbracht, die sich oft an abwegigen Stellen wiederfinden. Besucher, insbesondere unbekannte Helfer werden verdächtigt und oft auch beschuldigt, die Dinge verlegt oder versehentlich, wenn nicht gar absichtlich mitgenommen zu haben.

Der Bewegungstherapeutin wird abgesagt, weil der Arzt sich angekündigt habe – in Wirklichkeit eine Verwechselung der Wochentage – die Haushalthilfe wird nachts mit der Frage angerufen, wo sie denn bleibe. Insgesamt sind ihr die zahlreichen Besuche oft zu viel. Sie hat ständig das Gefühl, auf jemanden zu warten. Falls mehrere Personen gleichzeitig kommen, erlebt sie dies als äußerst belastend. Entsprechend verhält sie sich eher abwehrend.

Unter den Helfern verstärken sich Druck, Unmut, aber auch Sorge. Aber keiner der angegeben Dienste oder Helfer stand mit den anderen in Kontakt. Selbst die Pflegekräfte der Pflegedienste (Krankenpflege und Grundpflege) kommunizieren im Wesentlichen nur über die Pflegedokumentation. Darin gab es keine Hinweise auf die demenzielle Problematik.

Ein Angehöriger ergriff die Initiative zu einer Helferkonferenz. Arzt, Pflegedienst, Physiotherapeutin, Haushaltshilfe und Angehörige nahmen teil. Der Hausarzt und die leitende Pflegekraft hatten unabhängig voneinander festgestellt, dass Frau G. entschieden zu wenig Flüssigkeit zu sich nimmt. Dadurch werden Verwirrtheit, Unruhe und Aggressivität verstärkt. Frau G. räumte ein, wenig zu trinken, weil sie ja nie wisse, wann sie jemand zur Toilette begleite.

Allein das Gespräch über die gemeinsame Sorge und die jeweils einzeln erlebten Probleme im Umgang mit Frau G. wirkten entlastend. Aber es gab auch Verabredungen zu weiteren Vorgehen:

Die Trinkmotivation und eine Mobilisierung, um ein eigenständiges Aufsuchen der Toilette zu ermöglichen, wurden in den Vordergrund gestellt. Die Bewegungstherapeutin trainiert seither in Doppeleinsätzen das Gehen mit Gehhilfe. Der Pflegedienst schiebt Frau G. nun nicht mehr ins Bad, sondern begleitet ihr eigenes Gehen. Termine werden schriftlich vereinbart und können nicht mehr telefonisch abgesagt werden. Wieder trat schnell eine Verbesserung der Situation ein.

Fragen, die sich aus dem Fallbeispiel ergeben:

Der Aspekt der Hilfeplanung

Wer ist für die Planung der erforderlichen Hilfen zuständig? Wer hat die Kompetenz? Wer hat die Zeit, diese Planung gemeinsam mit der hilfebedürftigen Person durchzuführen? Was ist nötig um

- unter maximaler Nutzung von Selbsthilfemöglichkeiten,
- bei weitestmöglicher Berücksichtigung der Wünsche des Hilfebedürftigen,
- ein Optimum an Lebensqualität zu erreichen?

Diese Funktion ist von der Bedeutung zentral, im aktuellen Hilfesystem jedoch marginal!

Der Aspekt der Koordination

Wer ist für die Planung eines bedarfsgerechten Hilfemixes zuständig und verfügt über die entsprechende Kompetenz?

Wer ist für die Organisation und Koordination eines solchen Hilfemixes zuständig und verfügt über die entsprechende Kompetenz?

Wer wird von allen Beteiligten informiert und kann im Zusammenwirken mit der hilfebedürftigen Person erforderliche Entscheidungen treffen?

Koordinierende Bezugsperson

Da die Antwort überwiegend ›niemand‹ ist, lautet unsere Empfehlung:

Wir benötigen koordinierende Bezugspersonen mit Informations- und Planungsrechten. Diese müssen kontinuierlich mit der hilfebedürftigen Person in Kontakt stehen. Es reichen keine sporadischen Beratungen durch entfernte ›Casemanager‹. Diese Hilfeform ist sozialrechtlich nicht verankert. Es fehlen Vorgaben zu einer leistungsbereichsübergreifenden Koordination von Hilfen. Die Verordnungskompetenz und Behandlungsgesamtverantwortung des Arztes ist hierzu oft nicht ausreichend.

Der Aspekt der Komplexleistung

Wie kann sichergestellt werden, dass bei multiprofessionellen und interdisziplinären Hilfen eine gemeinsame Zielausrichtung gilt und eine therapeutische Gesamtverantwortung besteht?

Wie kann gewährleistet werden, dass multiple Hilfen von einem überschaubaren Personenkreis geleistet werden?

Wie kann erreicht werden, dass spezifische Kompetenz auch an andere Helfer weitergegeben wird?

Die 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, die bisher vernachlässigt werden:

- Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
- medizinische Rehabilitation
- Psychotherapie
- Hilfeplanung und Koordination der Hilfen

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 »Soziotherapie« als neue 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 ist inakzeptabel

Aspekte der Qualitätssicherung

Ich habe versucht, die entscheidenden Aspekte der Qualitätsverbesserungen auf der Ebene des Einzelfalls darzulegen:

- konsequente Orientierung am individuellen Hilfebedarf:
  individuelle (Gesamt-)Hilfeplanung
- einzelfallbezogene Zusammenarbeit der Therapeuten und Helfer:
  Koordination und Abstimmung
- Bündelung aller im Einzelfall erforderlichen Hilfen:
  integrierte Hilfeleistung wie ›aus einer Hand‹ (Komplexleistung)

Organisation der Hilfen auf Quartiersebene

Niels Pörksen

Vorbemerkung

Diese Tagung hat für uns eine besondere Bedeutung, weil wir sie als Start für eine neue Schwerpunktsetzung in den kommenden Jahren verstehen.

Mit der Tagung reihen wir uns ein in die vielfältigen Überlegungen zur zukünftigen Gestaltung der Altenhilfe in unserem Land und zu den Fragen: Wollen wir mit dem bisherigen System der Überbetonung stationärer Hilfen und der versäulten Spezialisierung weitermachen und dabei die nachfolgende Überlastung der Sozialsysteme in Kauf nehmen? Oder kann es gelingen, die erforderlichen Hilfen für die große Zahl der psychisch alten Menschen, vor allem der Demenzkranken innerhalb gemeindlicher, gesellschaftlicher und sozialer Strukturen angemessen zu unterstützen und zu pflegen?

Die Beiträge des Schwerpunktes »Unsere Zukunft gestalten – Konzepte und Rahmenbedingungen« bilden ein Gerüst unserer Vorstellungen. Dabei stützen wir uns im Wesentlichen auf Erkenntnisse und Erfahrungen, die in den vergangenen Jahrzehnten innerhalb und außerhalb unseres Landes gemacht wurden. Die Konzepte sind keineswegs neu.

Wie immer bei der Aktion Psychisch Kranke (APK) – angefangen von der Psychiatrieenquete bis heute – geht es uns aber darum, ein einheitliches Gesamtkonzept zur zukünftigen Versorgung alter psychisch kranker und demenzkranker Menschen vorzutragen, dass – eben wie bei der Umsetzung der Psychiatrieenquete – langfristig allen zugute kommt, die die erforderlichen Hilfen benötigen. Wir sind also keineswegs originell in der Erfindung der Konzepte, sondern werden uns im Verlauf und am Ende der Tagung darum bemühen, langfristige Implementations- und Umsetzungsstrategien zu formulieren, um uns auf den langen Weg der Realisierung zu begeben.

Die gesellschaftliche Herausforderung lässt sich mit der Psychiatriereform der 70er-Jahre vergleichen. Frau Schmidt-Zadel ist in ihrem Beitrag auf Grundsätzliches eingegangen. Dass wir dazu all das benötigen, was auf unserer Veranstaltung zur Sprache kommt, versteht sich von selbst. Aber mit der Personenzentrierung als Basis für Hilfen im Einzelfall (siehe Vortrag Herr Krüger), der Sozialraum- und gemeindeorientierten Organisation der Hilfen im sogenannten Quartier und der Steuerung der Hilfen (siehe Vortrag Herr

Kunze) wollen wir hier als Vertreter der APK ein Rahmengerüst vorstellen, das uns für unsere zukünftige Arbeit Richtschnur sein soll.

In meinem Referat *»Organisation der Hilfen im Quartier«* kann ich auf hervorragende Konzepte und Erfahrungen im In- und Ausland zurückgreifen.

Die Rahmenbedingungen sind klar. Die Zahl der Hochaltrigen und damit der Demenzerkrankungen steigt und das Risiko der Pflegebedürftigkeit nimmt erheblich zu, während die tragenden Familienstrukturen abnehmen.

Dennoch bleibt das übergeordnete Ziel »Teilhabe am Leben in der Gesellschaft« – denn auch psychisch kranke alte Menschen wünschen ein möglichst selbstbestimmtes Leben bis zum Lebensende in ihrer vertrauten Umgebung.

In ihrer »vertrauten Umgebung« heißt mit Angehörigen und Nachbarn, mit den täglichen Gewohnheiten, in ihrem unmittelbaren Wohnbezirk, in den Wohngebieten, den Stadtteilen oder kleineren Orten. Dafür hat sich der Begriff »Quartier« etabliert.

Gemeindeorientierung aller Hilfen – das kommt unserem Denken und Handeln in gemeindepsychiatrischen Strukturen entgegen – ist aber, wenn man in die Details geht, eine unglaubliche Herausforderung. Gemeinwesenorientierung und »Gemeinwesenarbeit« der 1960er- und 1970er-Jahre sind in der Professionalisierungsphase psychosozialer Arbeit der letzten Jahrzehnte in den Hintergrund, meist sogar in Vergessenheit geraten, bedürfen aber dazu einer konkreten Wiederbelebung.

Das Quartierskonzept

Dem Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) und der Bertelsmann-Stiftung mit ihren Programmen zu »Leben und Wohnen im Alter« ist es zu verdanken, dass Quartierskonzepte in der gesamten Altenhilfe diskutiert und teilweise erprobt sind.

Im Kern geht es darum, möglichst allen Menschen, die dies wollen, ein Leben bis zum Ende im gewohnten Stadtviertel zu ermöglichen und alle erforderlichen Hilfen dort vorzuhalten. Es geht also um alle Lebensbereiche. Um angemessenen Wohnraum und um bauliche Maßnahmen, die den jeweiligen Erfordernissen entsprechen, um eine Infrastruktur – vom Lebensmittelladen über den Nahverkehr bis zum Arzt oder Apotheker – um soziale Integration und gegenseitige Hilfen durch Nachbarschaft und Ehrenamt, um soziale Hilfsangebote wie Beratung und vielfältige Hilfen im Alltag sowie

um Angebote der Altenhilfe wie Betreuung und Pflege zu Hause, spezielle Wohnformen für Pflegebedürftige im Quartier und um spezifische und integrierte gerontopsychiatrische Hilfen. Unverzichtbar ist eine Vernetzung all dieser Bausteine vor Ort.

Wenn Menschen ihren vertrauten Lebensmittelpunkt beibehalten wollen, um möglichst bis zum Lebensende am Leben teilzuhaben, dann kann das nur mit der Realisierung des Quartiersprinzips ermöglicht werden.

Damit der Überblick nicht verloren geht, kurz einige Stichworte zu den einzelnen Bausteinen, insbesondere zu den eher spezifischen für demenziell erkrankte Menschen.

1. Quartiersbezogene Wohnkonzepte

Diese erfordern ein Bündel von Maßnahmen wie Beratung zur individuellen Wohnungsanpassung oder zu angemessenen Wohnalternativen in der Nachbarschaft. Der Wohnungsbestand muss strukturell angepasst werden, barrierefrei gestaltet werden. Neubauten oder Modernisierungen sind vielfach unverzichtbar. Gemeinschaftsfördernde Wohnraumgestaltung gehört dazu. Ebenso die Schaffung oder Bereitstellung von Wohnraum, in dem demenzkranke Personen leben und bis zum Lebensende Alltagshilfen, Betreuung und Pflege erhalten.

2. Beratung und Alltagshilfen im Quartier

Hierzu zählen aufsuchende Beratung, Koordination und die Vermittlung von Hilfen, sozialen Diensten und Dienstleistungen.

Dazu gehört aber auch, Hilfen im Alltag, innerhalb der Wohnung oder bei erforderlichen Außenkontakten wie Arztkontakten, Einkaufen, Besuchen in Nachbarschaftszentren etc. zu organisieren. Damit verbunden ist die Schaffung von bezahlbaren, niedrigschwelligen Alltagshilfen.

3. Gegenseitige Hilfe und soziale Integration im Quartier

Hierzu zählen vielfältige Aktivitäten, auch als Bestandteil einer neuen Gemeinwesenarbeit – wie die Förderung von Selbsthilfe, Hilfen für Familien, die bisher immer noch den Löwenanteil an Hilfen im Alltag und in der Pflege leisten – Nachbarschaftshilfe, quartiersbezogene ehrenamtliche Hilfen für Gemeinschafts- und Freizeitangebote, Besuchsdienste usw. Die

Bereitstellung von Treffpunkten und Gemeinschaftsräumen erfordert enge Kooperation mit den baulichen Maßnahmen.

Die Mehrgenerationenhäuser werden sich möglicherweise in manchen Kommunen zu Zentren und Treffpunkten auch für Menschen aus dem unmittelbaren Umfeld entwickeln und ein breites Spektrum von Angeboten – von der Freizeitbetreuung, Schulaufgabenhilfe, von der mithelfenden zur betreuten Oma etc. – vorhalten (Beispiel: Mehrgenerationenhaus »Nachbarschatz e. V.« Hamburg-Eimsbüttel). Ob diese Häuser eine Funktion einnehmen können in der Begleitung und Betreuung von Demenzerkrankten, das lässt sich derzeit nicht absehen; wäre aber denkbar.

4. Quartiersbezogene Pflege- und Betreuungsleistungen zu Hause und in selbstständigen Wohnformen

Hierzu gehören die vielen ambulanten Dienste, teilstationäre Einrichtungen wie Tagespflege oder spezifische aufsuchende geriatrisch-gerontopsychiatrische ambulante Dienste, geriatrische Versorgungsnetze wie das GERINET in Brandenburg oder der gerontopsychiatrische Versorgungsverbund Kaufbeuren.

5. Spezielle Wohnformen für Pflegebedürftige im Quartier

Zu diesem Baustein gehören ambulant betreute Wohngruppen, die heute bereits unabhängig von Quartiersbindung in großer Zahl vorhanden sind; Hausgemeinschaften für Demenzkranke, die es vielerorts gibt oder auch quartiersintegrierte Pflegeheime.

Soweit zu den eher spezifischen Aspekten eines altengerechten Wohnquartiers. Wenn daraus kein Senioren-Getto entstehen soll (Gettos wären die Alternative; sie gibt es in Sun City in Florida, in Arizona und wahrscheinlich demnächst sogar in Holland), dann sind lebendige Stadtteilelemente erforderlich, wie sie z. B. in den verschiedenen Bund-Länder-Programmen »*soziale Stadt*« 2030, *gesunde Stadt* – healthy cities – Programmen der EU und WHO formuliert sind. Zu einem gesunden Quartier gehört eine lebendige Infrastruktur – die Mischung von Alt und Jung, möglichst Programme zur Förderung der Integration der zahlreichen Migranten, generationenübergreifende Wohn- und Lebensprojekte etc.

In ein Quartier gehören die Regelung von Nahverkehr, Lebensmittelversorgung, Arzt und Apotheker und alles was sonst in ein gesundes Stadtviertel

hineingehört. Die Altenhilfe ist zwar heute unser Thema, aber sie ist bei einem Quartierskonzept nur ein Teil im Ganzen.

Beispiel

Nun zu der Frage der *Organisation der Hilfen* auf Quartiersebene anhand eines konkreten Beispiels.

Einzelne Bausteine sind in vielen Regionen sehr gut realisiert. Will man sich Versorgungsnetze, Baumaßnahmen, Hausgemeinschaften, betreutes Wohnen, ambulante Netzwerke mit bürgerschaftlichem Engagement ansehen, dann findet man viel und Gutes. Alles ist bisher allerdings überwiegend angebotsorientiert.

Noch fehlt es in vielen Regionen am notwendigen Bewusstsein, Quartierskonzepte im Rahmen der Altenhilfe und Gerontopsychiatrie zu entwickeln mit dem Ziel der integrativen Gesamtversorgung.

Im Rahmen ihrer Gesamtstrategie zum »Leben und Wohnen im Alter« hatte die Bertelsmannstiftung gemeinsam mit dem KDA einen »Werkstatt-Wettbewerb-Quartier« ausgeschrieben mit dem Ziel, kleinräumige Quartiere zu finden, in denen wesentliche Bausteine realisiert sind – wie Erfüllung von allgemeinen Anforderungen des zukünftigen Bedarfs, Wirksamkeit der einzelnen Bausteine im Quartier, Wirksamkeit der Umsetzungsverfahren, längerfristige Wirkung (kein Strohfeuer), tragfähige Finanzierung sowie die weitere Planung und Perspektiven zur Weiterentwicklung. Es lohnt sich, die Dokumentation der ausgezeichneten Beiträge zu studieren (s. Werkstatt-Wettbewerb-Quartier, KDA, Köln 2005). Kommunen, Vereine, Wohlfahrtsverbände und Wohnungsunternehmen beteiligten sich am Wettbewerb, überwiegend aus Stadtbezirken größerer Städte.

Um das Ganze plastisch zu machen, ein paar Stichworte zu dem Projekt, das den ersten Preis erhielt. Im Symposium »Best Practice im Quartier« wird übrigens das Projekt »Miteinander Wohnen« vorgestellt, das den zweiten Preis erhielt.

Das Projekt »Nachbarschaftszentrum Meinolfstraße« in Bielefeld ist Teil eines umfassenden Quartierskonzepts der Wohnungsbaugenossenschaft *Freie Scholle*, innerstädtisch mit ca. 11 000 Einwohnern. Anstoß gab der Wunsch der Mitglieder der Genossenschaft Anfang der 1990er-Jahre (45 % waren damals über 60 Jahre alt), unter dem Stichwort »Sicher Wohnen ein Leben lang« verschiedene Initiativen zu starten, unter anderem aber auch, ein Altenpflegeheim zu errichten.

Die Mitwirkung der Bewohner fand und findet sowohl in Gremien der Quartiersnachbarschaften als auch in der Genossenschaft statt.

Inzwischen entstand ein Nachbarschaftszentrum mit 90 barrierefreien Wohnungen, zwei Wohnungen für betreute Wohngruppen mit jeweils vier Bewohnern, ein Quartierszentrum mit Cafeteria, Treffpunkten offener Altenarbeit, Kursangeboten, multifunktionalem Therapiezentrum, ein Stützpunkt eines mobilen sozialen Dienstes (Hauswirtschaft), Sozialstation mit häuslicher Kranken- und Altenpflege rund um die Uhr, Altenberatungsstelle, Stadtteilbüro des Dienstleistungszentrums Soziales, Jugend und Wohnen der Stadt, Gesundheitsversorgung mit Arztpraxen etc., Bäcker, Apotheke, Wochenmarkt und öffentlicher Nahverkehr sind vorhanden. Auf das Pflegeheim wurde verzichtet.

Initiator und Koordinator ist die Baugenossenschaft Freie Scholle mit eigener Altenberatung, Informations- und Wissensbörse sowie der Projektkoordination.

Beteiligt sind vor Ort die Wohlfahrtsverbände Arbeiterwohlfahrt und Diakonie (evangelischer Gemeindedienst) sowie das Dienstleistungszentrum Jugend, Soziales und Wohnen der Stadt und die vielfältigen ehrenamtlichen Initiativen innerhalb der seit Jahrzehnten gewachsenen Genossenschaft.

In dem erwähnten Projekt ging die Initiative von der Wohnungsbau-Genossenschaft aus, also von den seit Jahren und Jahrzehnten im Quartier lebenden Menschen, die aus eigener Betroffenheit und potenzieller Nötigung zum Wegzug – in Pflegeheime etc. – handelten.

Soweit zu dem konkreten Beispiel, ich konnte mich persönlich vor Ort von der aktuellen Situation überzeugen. Für die Weiterentwicklung ergeben sich klare Anforderungen an die Organisation der Hilfen auf Quartiersebene, auf die ich im Folgenden eingehen werde.

Anforderungen an die Organisation der Hilfen auf Quartiersebene

1. Verantwortung der Kommunen

Zur Entwicklung realisierbarer Quartierskonzepte bedarf es in Zukunft nach meiner Einschätzung vor allem der *Kommunen*, die ein unmittelbares Interesse daran haben (zumindest haben müssen), dass ihre Wohnbezirke und Stadtteile lebensfähig und attraktiv sind. Schlagworte wie »altenfreundliche«, »familienfreundliche« oder »ausländerfreundliche« Stadt können hilfreich sein, nur den Worten müssen Taten folgen. Die *Kommune* ist aufgrund ihrer Verpflichtung zur Daseinsvorsorge und ihrer Gesamtzuständigkeit für das

Leben und Wohnen aller in ihr lebenden Menschen der wichtigste Ansprechpartner in der Ausweisung der Quartiere. Von den Kommunen müssen wir in Zukunft erwarten, dass sie entweder selbst initiativ werden – über ihre Parlamente und Verwaltungen, ihre Altenhilfestrukturen, ihre Altenhilfekoordinatoren etc. – oder dafür Sorge tragen, dass andere – Wohnungsbaugesellschaften, Vereine, Verbände oder freie Initiativen – die Initiative ergreifen. An manchen Orten entstehen dazu Nachbarschaftsvereine.

2. Integration kommunalen Wohnraums in die Quartierskonzepte

In der Stadt Bielefeld hat die Bielefelder *Wohnungsgesellschaft* die Funktion des Initiators übernommen. Im Verbund mit einer kommunalen Expertengruppe aus Vertretern von Organisationen und Verbänden entsteht das »Bielefelder Modell« mit dem Anspruch zur Schaffung der *Quartiere mit Versorgungssicherheit* möglichst bis zum Jahr 2010.

In den Stadtteilen sollen Stützpunkte für Gemeinwesenarbeit entstehen, um alle Menschen einzubeziehen, die im Umkreis wohnen (siehe Artikel Pflege und Betreuung, Neue Westfälische Zeitung, 10.05.2006).

Kommunen, die ihren Wohnungsbestand veräußern, haben in diesem Prozess keine guten Karten. Denn die neuen Eigentümer sind in der Regel nicht ortsansässig und haben keinerlei Interesse an Quartiersentwicklungen in der Altenhilfe oder an Initiativen zur sozialen Stadtentwicklung. Wenn es nicht gelingt, kommunalen Wohnraum in die Quartierskonzepte zu integrieren, dann hat man wenig Handhabe zur Steuerung der Prozesse in Quartieren.

3. Freie Träger, Vereine, Genossenschaften etc.

Die Mehrzahl der prämierten Quartiersprojekte entstand aus Netzwerken von Vereinen und freien Trägern im Verbund mit Diensten der Altenhilfe, anderen Trägern, Kommunen, Wohlfahrtsverbänden etc. Das Bild ist bunt. Aus allem ergibt sich aber klar: es muss *Verantwortliche* geben – eine Kommune, eine Baugesellschaft, einen Verein oder ein Netzwerk –, die die Initiative ergreifen, Netzwerke bilden und Verbundstrukturen schaffen.

4. Altenhilfeverbund, Quartiersmanagement und Quartiersmanager

In dem erwähnten Projekt Meinolfstraße ist es gelungen, die Entwicklung der erforderlichen Bausteine im Quartier über die genossenschaftliche Struktur und einen von ihr gestellten Projektmanager zu ermöglichen. Derartige Strukturen wachsen nicht von selbst. Sie bedürfen der Planung, Koordination und Steuerung. Dies hat mir der zuständige Koordinator in einem ausführlichen Gespräch noch einmal ausdrücklich bestätigt.

Bisher führt es jedoch zu erheblichen Schwierigkeiten, die allgemeine Altenhilfe und die spezifischen Hilfen für psychisch kranke alte Menschen, insbesondere für die Demenzkranken, gemeinsam zu planen und zu organisieren.

Wir als die Interessenvertreter der alten Menschen mit psychischen Erkrankungen sollten in Zukunft alle Initiativen unterstützen, die darauf hinauslaufen, die spezifischen Hilfen für diesen Personenkreis in das übergeordnete System der Altenhilfe zu integrieren.

In dem Stadtteil, in dem ich wohne, entsteht gerade auf Initiative eines stationären Pflegeheims, das sich auf den Stadtteil konzentriert und dem Verein »Alt und Jung«, der seit Jahrzehnten individuelle Hilfen auch für Demenzkranke anbietet, ein *Netzwerk* unter Beteiligung Ehrenamtlicher mit dem Ziel, in diesem Stadtteil auf lange Sicht einen *Altenhilfeverbund mit Versorgungssicherheit* für alle alten Menschen aufzubauen.

Die Europäische Kommission hat gemeinsam mit Bund, Ländern und Gemeinden 70 Städte, bzw. Stadtviertel in Europa zur Förderung aus einer Gemeinschaftsinitiative ausgewählt; sie nennt sich URBAN II. Von 2002 bis 2006 werden innovative Strategien und Projekte gefördert, die zu einer nachhaltigen wirtschaftlichen und sozialen Stadtteilentwicklung beitragen. In diesem Zusammenhang gilt das Schlagwort »Soziale Stadt«, zu der Quartierskonzepte gehören. Eine dieser Gemeinschaftsinitiativen ist in der Dortmunder Nordstadt. Dabei geht es um die Verbesserung der Lebenssituation und des Wohnumfeldes im Stadtteil, also nicht primär um Altenhilfe. Aber das Instrument – die Bündelung unterschiedlicher Initiativen und Projekte – sowie deren nachhaltige Vernetzung ist Aufgabe der Quartierszentren. Das *Quartiersmanagement* dient dem Aufbau von Vernetzungsstrukturen und der Einrichtung von Quartiersbüros zur Förderung von solidarischen Nachbarschaften. Die Entwicklung der Dortmunder Nordstadt erfordert integrative Vorgehensweisen, die *alle Lebenslagen* der im Stadtteil lebenden Menschen berücksichtigen und die verschiedenen Interessenlagen einbeziehen.

Das Quartiersmanagement in Dortmund – insgesamt sind in einzelnen Quartieren fünf Quartiersmanager im Projektzeitraum hauptberuflich tätig – ist anspruchsvoll und setzt sehr stark auf den Aufbau von bewohnergetragenen Einrichtungen und Strukturen über die Förderung solidarischer Nachbarschaften.

In der Altenhilfe gehen wir eher davon aus, dass im Quartiersmanagement die Bündelung der unterschiedlichen Dienste und Projekte stattfindet; von der Familien- und Nachbarschaftshilfe bis zur Vernetzung der unterschiedlichen Bausteine zur Gesamtversorgung der alten Menschen im Quartier. Ohne Quartiersmanagement wird es allerdings nicht gehen.

Nach meiner Einschätzung sind Planung, Koordination und Steuerung in den Quartieren vorwiegend kommunale Aufgaben, die von den Netzwerken bürgerschaftlicher Initiativen ergänzt und gestützt werden können. In Dortmund ist die Stadt über das Planungsamt und ihre Abteilung zur Stadterneuerung zuständig.

Überlässt man die Koordination den bürgerschaftlichen Netzwerken, dann sind die extrem schwierigen Versorgungsanteile – wie die Versorgung der demenzkranken Bürger im Quartier – weniger im Blick als die Initiativen, die vorwiegend den gesunden und aktiven Mitgliedern dienen. Die Integration aller Aspekte ist aber erforderlich, wenn man das gesamte Spektrum abdecken will, d. h. von sozialen Aktivitäten im Stadtteil bis hin zur Familienentlastung und Aufbau von Besuchsdiensten bei Sterbenden sowie die Versorgung der Demenzkranken.

5. Bürgerschaftliches Engagement und Nachbarschaftshilfe etc.

Ein kurzer Exkurs in die Richtung des bürgerschaftlichen Engagements. Ich stimme Klaus Dörner zu: Wir Alten waren nie so fit, so aktiv, haben Geld und vor allem freie Zeit, unter der viele leiden, weil sie nicht sinnerfüllt genutzt wird. Wir sollten alles daran setzten, dieses Kapital zu nutzen – in Besuchsdiensten; in der Nachbarschaftshilfe; in der Hospizbewegung; in den Quartiersinitiativen, die Alte und Junge zusammenbringen; in Tauschbörsen – Nachhilfe gegen Rasenschneiden; in Zeitsparkassen, in denen man Zeit für ehrenamtliches Tun spenden und Zeit für eigene Bedürfnisse einkaufen kann.

Womit ich meine Probleme habe, das ist die Forderung, die Bewohner im Quartier sollen auch in der Betreuung und Pflege der demenzkranken Menschen alle Handlungsfelder verantwortlich abdecken.

Im Kölner Stadtanzeiger wurde Klaus Dörner so zitiert: »Die Leidtragenden einer solchen Entwicklung sind die Altenpfleger und die Sozialverbände – da könne man aber gut abschmelzen.«

Die Bürgergesellschaft ist ein lebenserhaltender Faktor unseres sozialen Lebens. Junge Menschen und alte Menschen unter 80 sind zu mehr als einem Drittel ehrenamtlich tätig, selbst Arbeitslose zu 25 %.

Hauptmotiv allen bürgerschaftlichen Handelns ist aber die *Mitgestaltung* von Prozessen im sozialen Leben. Wo das nicht gewährleistet ist, da versandet ehrenamtliches Handeln. Aber auch da, wo der Eindruck entsteht, durch ehrenamtliches Handeln hauptberufliches Personal einsparen zu wollen.

Diese Kontroversen – Ehrenamtliche ersetzen Hauptamtliche – nützen nicht. Sie demotivieren Hauptamtliche, bürgerschaftliche Initiativen, die unverzichtbar sind, zu entwickeln und sie demotivieren Ehrenamtliche, die sich nicht entsprechend ihrer Motivation gefördert und eingesetzt empfinden. Ehrenamtliche im Quartier sind weder Trostpflaster einer Gesellschaft, die ihre Aufgaben nicht mehr wahrnehmen kann – so ein Haupttenor einer Tagung vor Kurzem in Berlin – noch sind sie verzichtbar in der Gestaltung einer lebendigen Gesellschaft, weil sie eben nicht auf die Erfüllung von Leistungsmodulen oder auf Minutenwerte in ihrem Handeln angewiesen sind. Sie sind eher die Garanten einer Lebensqualität, die nicht mit Maß und Zahl zu messen ist. Besonders deutlich wird dies bei den Sterbebegleitungen der ehrenamtlichen Hospizmitarbeiter. Vielerorts sind aktive Kirchengemeinden ein integrativer Faktor in diesen Prozessen.

Bisher sind die klassischen Felder ehrenamtlichen Handelns eher im Sport, in Kirchengemeinden und in der Kultur zu finden. Ich hoffe aber, dass es möglich ist, bei gutem Quartiersmanagement professionelles und ehrenamtliches Handeln so zu verbinden, dass es der Lebensqualität im Stadtviertel dient. Nur da muss investiert werden: in die Gewinnung, Anleitung und Begleitung der Ehrenamtlichen sowie in der Schaffung notwendiger Freiräume in der Gestaltung, damit keine Konkurrenz zu den Profis entsteht.

6. Die Demenzkranken im Quartier

Noch scheint es sehr schwer zu sein, die Quartiersprojekte so zu gestalten, dass auch Demenzkranke bis zum Lebensende in ihnen Platz haben. Dies bestätigen die Gesprächspartner, mit denen ich zu dieser Frage Kontakt aufgenommen habe. Demenz-Hausgemeinschaften sind sicher ein Erfolg

versprechendes Bindeglied. Wir werden darüber heute noch einiges hören (siehe Beiträge von Herrn Schmelter und Herrn Jutkeit).

Im aktuellen Modellvorhaben der Bertelsmann-Stiftung im Rahmen ihres Langzeitprogramms *Leben und Wohnen im Alter* ist es nicht einfach, die Zuständigkeit in den Quartieren auch für psychisch kranke alte Menschen zu etablieren. Das Programm heißt NAIS »Neues Altern in der Stadt« und ist in sechs Städten der Bundesrepublik gestartet. Die konkrete Projektarbeit findet im kommenden Jahr in ausgewählten Städten statt. Aber bereits in der Vorphase zeigt sich, wie schwierig es ist, auch die Gruppen der Demenzkranken dabei im Blick zu haben.

Bei uns sind Netzwerke für psychisch kranke alte Menschen eher noch professionell organisiert. Sie sind sicherlich effektiv. Gute Beispiele dafür sind das Geriatrische Netzwerk Brandenburg – das sogenannte GERINET –, das alle Elemente einer integrierten Behandlung, Betreuung und Pflege enthält und die erfolgreiche *integrierte gerontopsychiatrische Versorgung* im Versorgungsverbund *Kaufbeuren*. Dreh- und Angelpunkt der niederschwelligen gerontopsychiatrischen Versorgung ist dort ein *Zentrum für seelische Gesundheit im Alter* mitten in Kaufbeuren. Es handelt sich um ein integriertes, niedrigschwelliges Angebot der Beratung, Begegnung, der Vermittlung von Hilfen und der interdisziplinären Behandlung und Pflege.

Klassische Quartierskonzepte mit Einbindung der Demenzkrankenversorgung gibt es bisher vorwiegend in den *Niederlanden* in sogenannten betreuten Wohnzonen. In deren Quartiersmodell sind neben dem normalen Wohnen mit Nachbarschaftstreffs und Aktivitäten auch betreutes Wohnen in Wohnungen, in Wohngemeinschaften mit der Koordination der Pflege und ein Pflegestützpunkt enthalten. Zielgruppen für die betreuten Wohngemeinschaften sind vor allem Demenzkranke und geistig Behinderte. In den Niederlanden gibt es bereits 40 solcher betreuten Wohnzonen, sie sollen weiter ausgebaut werden.

7. Im Hilfemix des Quartiers fehlt noch der geförderte Arbeitsmarkt

In den Bausteinen der Angebote im Quartier fehlt bisher die Förderung und Entwicklung haushaltsnaher Dienstleitungen und die Forderung nach angemessener Infrastruktur.

Ich gehe davon aus, dass es in Zukunft Sinn macht, dort, wo sich ein Lebensmittelmarkt nicht rechnet, den Lebensmittelladen mit Hol- und Bringdienst, einfache Dienstleistungen in den Nachbarschaftstreffs, Rei-

nigungsdienste, Blumenpflege, »Oma-Sitting« und vieles andere mehr über den zukünftigen dritten Arbeitsmarkt zu realisieren. Integrationsfirmen oder konkrete Regelungen im Kombilohn-Sektor können diesen Markt abdecken. Ehrenamtliche und im Arbeitsmarkt geförderte Menschen können sich sehr gut ergänzen. Es muss nicht alles von einer Werkstatt für behinderte Menschen organisiert werden, aber auch das ist möglich. Wenn es gelingt, Arbeitsplätze in Integrationsbetrieben, normale Arbeitsplätze für Menschen, die minderleistungsfähig sind, zu organisieren, dann wäre das ein gutes Bindeglied zwischen den ehrenamtlich und den professionell Handelnden. Der Projektkoordinator des Bielefelder Nachbarschaftszentrums kann sich eine solche Entwicklung sehr gut vorstellen. Wir werden in unserer Stadt versuchen, so etwas in die Quartiersplanung zu integrieren.

Soweit zu dem Thema Organisation der Hilfen im Quartier.

Noch steckt alles in den Anfängen. Aber die Gemeindeorientierung spielt in den Kommunen und bei den Menschen endlich wieder eine Rolle. Das gilt es nutzen.

Und bei dem Zeitfaktor erinnere ich an die Psychiatrie-Enquete. In manchen Regionen haben wir mehr als 20 Jahre benötigt, um die Grundsätze und Leitlinien gemeindepsychiatrischen Handelns umzusetzen. Das wird bei Steuerung, Personen- und Gemeindeorientierung im Quartier hoffentlich schneller gehen.

In diesem Prozess kommt es darauf an,

- *die Quartiere mit Versorgungssicherheit auszuweisen*
- *alle mitzunehmen und zu begeistern*
- *Altenhilfeverbund und Quartiersmanagement zu installieren*
- *die Kommunen in die Pflicht zu nehmen*
- *die Wohnungsgesellschaften in die Pflicht zu nehmen*
- *alle Bausteine aufzubauen und einzubeziehen*
- *die Gerontopsychiatrische Versorgung sicherzustellen*

damit die psychisch kranken und demenzkranken Menschen bis zum Lebensende in ihren Quartieren leben können.

Wir wollen mit dieser Tagung einen Impuls setzen, der nachhaltig wirkt. Unterstützen Sie uns, damit aus den vielen guten Ideen und Papieren, die es zu dieser Thematik gibt, eine Erfolg versprechende Handlungsperspektive erwächst.

Literatur

Bertelsmann Stiftung, Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.): Werkstatt-Wettbewerk-Quartier – Dokumentation der ausgezeichneten Beiträge. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 2005

Bertelsmann Stiftung, Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.): Ergebnisanalyse des Werkstatt-Wettbewerbs Quartier und Handlungsempfehlungen. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 2007

Steuerung der Hilfen

Heinrich Kunze

Der Sinn von Steuern ist es, Ziele zu erreichen.

Herr Krüger hat in seinem Beitrag die Ziele aus der Sicht der betroffenen Personen beschrieben. Welche Möglichkeiten haben diese betroffenen Personen, die beschriebenen Ziele anzusteuern?

Der Text von Herrn Dr. Pörksen hat dargestellt, welche Voraussetzungen dafür in der Stadt, im Kreis, im Wohngebiet der Betroffenen vorhanden sein müssen. Welche Möglichkeiten hat wer, diese Voraussetzungen als Ziele anzusteuern?

Normative oder ökonomische Steuerung?

Wettbewerbs- und Berufsfreiheit haben die Angebotsplanung durch die Kommunen und Länder abgelöst. Durch die Einführung ökonomischer Prinzipien auch im Dienstleistungsbereich soll die Effizienz (Verhältnis von Wirkung und Kosten) verbessert werden. Doch bei den heutigen Finanzierungs- und Rahmenbedingungen, die unter anderen Voraussetzungen früher entstanden sind, wird das Angebot primär von den betriebswirtschaftlichen Interessen der Einrichtungsträger bestimmt und nicht primär von den Bedürfnissen der Nutzer. Der Grundgedanke meiner Empfehlung ist: Die Politik muss die Rahmenbedingungen und ökonomischen Anreize so gestalten, dass die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Nutzer sich für die betriebswirtschaftlich handelnden Leistungsanbieter lohnt, und die Sozialversicherung finanzierbar bleibt.

Ich will das Spannungsfeld zwischen normativen und ökonomischen Steuer-Zielen und Steuer-Kräften exemplarisch verdeutlichen. In der Sozialen Pflegeversicherung sind in den Eingangsparagrafen die Normen »Selbstbestimmung« (§ 2) und »Vorrang der häuslichen Pflege« (§ 3) verankert (s. Abbildungen 1 und 2), aber inwieweit prägen diese Normvorgaben die Realität?

Als Beispiel für ökonomische Steuerziele und -methoden verweise ich auf die Homepage der Deutschen Bank: Dort finden Sie die Empfehlung, in Pflege-Immobilien zu investieren (www.dbresearch.de – Deutsche Bank Research – Immobilien – Sonderstudien – Gesamtliste – 04.10.2005; für den Tipp danke ich Herrn Alfred T. Hoffmann, Bad Arolsen). Die Deutsche Bank Research Analyse erörtert differenziert die Chancen und Risiken

§ 2 SGB XI
Selbstbestimmung
- Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst *selbständiges und selbstbestimmtes Leben* zu führen, das der *Würde* des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die *körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte* der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen und zu erhalten.
- Die Pflegebedürftigen können zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger *wählen*. (...) Ihren *Wünschen* zur Gestaltung der Hilfe soll ... entsprochen werden.
- ...

Abb. 1: Selbstbestimmung

§ 3 SGB XI
Vorrang der häuslichen Pflege
Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen *vorrangig die häusliche Pflege* und Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit Pflegebedürftigen möglichst *lange in ihrer häuslichen Umgebung* bleiben können ...

Abb. 2: Vorrang der häuslichen Pflege

der Investition in Pflege*heim*-Immobilien (s. Abbildung 3). Sie empfiehlt Pflege*heim*-Immobilien mit Hinweis auf den demografischen Wandel usw., aber auch – und darauf kommt es mir hier an – mit Hinweis auf die gegenwärtigen Finanzierungsbedingungen. Man beachte das *wenn*, mit dem der Nebensatz beginnt! Die Nachfrage nach Pflegeheimplätzen hängt auch von den real verfügbaren ambulanten und anderen Alternativen ab. Das wird noch differenzierter deutlich in der Abbildung 4. Die Empfehlung der DB-Research ist also nicht auf Pflegeheime fixiert, sondern bewertet auch den Bedarf in Abhängigkeit vom Versorgungskontext.

Nachfragewachstum
In den letzten Jahren verzeichnete die Form der intensivsten Betreuung – jene in *Heimen – das stärkste Nachfragewachstum*. Während die
Betreuung durch *Angehörige seit 1999 um* ***4 %*** *zurückging*
und *ambulante Pflegedienste um* ***8 %*** *zulegten*,
nahm die Zahl der betreuten
Pflegefälle in Heimen um fast ***12 %*** *zu*.
...
Die Nachfrage nach stationären Pflegeheimen wird dann stark zunehmen, <u>*wenn*</u> häusliche Lösungen seltener zur Verfügung stehen.
(Deutsche Bank Research 2005)

Abb. 3: Nachfragewachstum (Hervorhebungen HK)

Hoher Bedarf bei Pflege-Immobilien	
Altengerecht gestaltete Wohnungen mit Dienstleistungen über Vor-Ort-Büros	Kein Bedarf
Altengerecht gestaltete Wohnungen (Schwellenfreiheit und besondere Ausstattung)	Geringer Bedarf
Altengerecht gestaltete Wohnungen *in Verbindung* mit integrierter Sozialstation	Geringer Bedarf
Altengerecht gestaltete Wohnungen *in Kooperation* mit einer integrierten Sozialstation	Hoher Bedarf
Altengerecht gestaltete Wohnungen in Kooperation mit räumlich benachbartem Pflegeheim	Hoher Bedarf
Wohngruppen für Demenzerkrankte	Hoher Bedarf

Abb. 4: Hoher Bedarf bei Pflege-Immobilien

Die DB-Research Analyse verweist auf ein weiteres Rendite-Risiko bei Pflege*heim*-Immobilien und bezieht sich auf den Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Lage (Gutachten 2004/2005). Es geht um die – vom Gesetzgeber sicher nicht beabsichtigte – Anreizwirkung der finanziellen Bewertung der Pflegestufen (s. Abbildung 5). Hintergrund dieser »Gewinn-Warnung« der DB Research: Bei den Pflegestufen I und II ist der Geldwert der Pauschalen entscheidend vom Kontext abhängig: Die Abstände zwischen stationärer Pflege, ambulanter Sachleistung eines Pflegedienstes und Pflegegeld für Angehörige erstrecken sich über 800 Euro – bei gleicher Pflegestufe (s. Abbildung 6)!

Rendite-Risiko
Ein weiterer Vorschlag des Sachverständigenrates könnte zu gravierenden Struktureinbrüchen in der Pflegelandschaft führen: So *bemängelt der Sachverständigenrat die unterschiedlichen Leistungspauschalen für Pflege im Heim und ambulante Pflege.*
Dieser Unterschied führt systematisch zu einer Stärkung der Heimlösung. Da die häusliche, ambulante Pflege kostengünstiger ist, *liegt es nahe, dass der Gesetzgeber diese Leistungspauschalen in Kürze angleicht.* Das könnte den Trend von der häuslichen hin zu stationären Pflege dämpfen.
Dieses Risiko sollte ebenfalls in Form höherer Renditeziele im Vorfeld berücksichtigt werden. (Deutsche Bank Research 2005)

Abb. 5: Rendite-Risiko (Hervorhebung HK)

Pflegestufen – Geldwert der Leistungen

Bisher gibt es große **Kontext-abhängige Unterschiede** z. B.:

für ***Pflegestufe I***		
• im stationären Bereich	Pflegesachgeld	***1023 Euro***
• im ambulante Bereich	Pflegesachgeld	***384 Euro***
	Pflegegeld	***205 Euro***
für ***Pflegestufe II***		
• bei *vollstationärer* Pflege	Zuschuss von bis zu	***1279 Euro***
• bei *häuslicher* Pflege:		
• durch einen *Pflegedienst*	Sachleistung (Wert bis)	***921 Euro***
• und bei *häuslicher Pflege*	Pflegegeld von	***410 Euro***

(SGB XI §§ 36 ff. Stand: Januar 2006)

Abb. 6: Pflegestufen – Geldwert der Leistungen

Einen Hinweis, warum diese Unterschiede im Pflegegesetz gemacht wurden, finden Sie in § 4 SGB XI: man beachte die beiden Worte »ergänzen« und »entlasten« (s. Abbildung 7). Als Norm wird hier vorausgesetzt: wenn Angehörige mit persönlichem Einsatz die Notwendigkeit der Versorgung im Heim vermeiden, so werden »die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung« (nur!) *ergänzt*. Aber bei Versorgung im Heim werden die Betroffenen von den »pflegebedingten Aufwendungen ... *entlastet*«. Die Anreizwirkungen wurden bei der Konzipierung dieser Differenzierung nicht berücksichtigt. (Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung werden von der Pflegeversicherung grundsätzlich nicht berücksichtigt.)

§ 4 SGB XI
Art und Umfang der Leistungen

- ...
- Bei häuslicher und teilstationärer Pflege *ergänzen* die Leistungen der Pflegeversicherung die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung. Bei teil- und vollstationärer Pflege werden die Pflegebedürftigen *von Aufwendungen entlastet*, die für ihre Versorgung nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind (pflegebedingte Aufwendungen), die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung tragen die Pflegebedürftigen selbst.
- ...

Abb. 7: Art und Umfang der Leistungen

Ich bin auf das Pflegegesetz und die Investitionsberatung der Deutschen Bank so ausführlich eingegangen, um folgendes grundsätzliches Problem deutlich zu machen: Heute ist ökonomisches Handeln auch im Dienstleistungsbereich politisch gewollt, weil damit besser als mit anderen Strategien Effizienz (günstiges Verhältnis von Nutzen und Kosten) erreicht wird. Aber all die Regelungen, die die Versorgung alter Menschen betreffen, sind früher entstanden, als das Handeln der Akteure noch nicht so von ökonomischen Prinzipien geleitet wurde. Deshalb müssen nicht nur die Pflegeversicherung, sondern auch die anderen Rahmenbedingungen dieses Versorgungsbereiches daraufhin untersucht werden, welche *Steuerungswirkung* die alten Regelungen jetzt in dem *heute ökonomisierten Dienstleistungsbereich* entfalten.

Die Analyse der Deutschen Bank zeigt aber auch die Sensibilität der Ökonomen für die Rahmenbedingungen ihres Handelns, also muss die Politik diese Rahmenbedingungen entsprechend den von ihr beschlossenen Versorgungszielen verändern.

Erforderlich ist, die Leistungen der Pflegekasse zu verändern mit dem Ziel:

- ambulante Leistungen werden finanziell erheblich attraktiver
- finanzielle Anreize für stationäre Leistungen zugunsten der ambulanten Leistungen werden neutralisiert
- finanzielle Anreize fördern die Einbeziehung auch von Angehörigen, ehrenamtlichen Helfern u. a., egal in welchem Kontext die Nutzer leben
- finanzielle Anreize regen Netzwerke an von Angehörigen, ehrenamtlichen Helfern und Professionellen, die sich wechselseitig ergänzen

Zur Klarstellung: Ehrenamtliche Helfer sind nicht kostenlos und können Fachkräfte *nicht* ersetzten bei Aufgaben, die Fachkompetenz erfordern.

Kreative Lösungen werden stärker gefördert, wenn die Pflegekassen (unter Berücksichtigung von Eigenleistungen) pauschale Zuschüsse geben, deren Geldwert *un*abhängig ist von der Art der Leistungserbringung und dem Ort der Leistungserbringung. Erforderlich ist, dass diese pauschalen Zuschüsse auch ins persönliche Budget eingehen können – zu verweisen ist auf die nicht kostendeckende Zuschussfinanzierung der Hospizarbeit nach § 39 a SGB V, die ein starkes bürgerschaftliches Engagement angeregt hat.

Die Umsteuerung vom Wachstum des Heimsektors zum Wachstum der Hilfen für in eigener Wohnung lebende Personen erfordert als entscheidende Rahmenbedingung eine Umkehr der finanziellen und administrati-

ven Anreize, für die Auswahl von Hilfen und für betriebswirtschaftliches Handeln:

Steuerung durch gestärkte Nutzer statt durch Einrichtungsträger.

Aufgaben der Politik

Politisch ist zu entscheiden, dass Ziele und Anreize richtig gesetzt werden, dass intelligente Lösungen erarbeitet werden und dass mehr Geld ins System kommt. Wenn der Staat und die Kommunen bestimmte Versorgungsziele erreichen wollen, dann ist es die *Aufgabe der Politik, nicht nur Ziele und ethische Handlungsnormen aufzustellen, sondern auch die für ökonomisches Handeln relevanten Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass die politisch beschlossenen Ziele durch ökonomisch erfolgreiches Handeln erreicht werden.* Versorgungsziele und ökonomische Ziele sind zur Konvergenz zu bringen: Die Betroffenen erhalten wirksame Hilfe; die Effizienz der Hilfe-Erbringung mindert die Kosten für die Nutzer und ggf. die Sozialhilfe (Kommune); die Effizienz stärkt die Konkurrenzfähigkeit des Leistungserbringers.

Wichtig im Rahmen des politischen Steuerungsprozesses ist die permanente Überprüfung, ob die beschlossenen Ziele erreicht wurden, und gegebenenfalls die Nachjustierung bei den Zielen entgegenlaufenden Entwicklungen: »Lernende Gesetzgebung«. Zur Überprüfung der Zielerreichung sind empirische Untersuchungen von unabhängigen Experten unverzichtbar.

Aber zurzeit findet zielgerichtete Steuerung nicht statt. Leistung folgt dem Geld, aber folgt das Geld der richtigen Leistung? Wir sind mit zum Teil chaotischen Entwicklungen konfrontiert wegen der Egoismen unterschiedlicher Akteure, die ihr Handeln überwiegend an ihren betriebswirtschaftlichen Partikularinteressen orientieren. Wenn ökonomisch orientiertes Handeln zu nicht gewollten Ergebnissen führt, so ist der Vorwurf primär an die Politik zu richten, die die falschen Rahmenbedingungen geschaffen hat und nicht an die, die sich an diesen Rahmenbedingungen orientieren.

Die Politik hat zu entscheiden, ob sie ein Versorgungssystem will, das die Wünsche und Bedürfnisse der betroffenen Menschen in den Mittelpunkt stellt, das die Hilfen effizient erbringt im Interesse der Betroffenen, der Beitrags- und Steuerzahler, und das die Belastungen und Kosten der von Krankheit und der nicht davon Betroffen zu einem gerechten Ausgleich bringt – oder ob sie das Versorgungssystem den Partikularinteressen von konkurrierenden Leistungsträgern und Leistungserbringern unter historisch entstandenen Rahmenbedingungen überlassen will.

Zur Vorbereitung der politischen Entscheidungen über die Versorgungsziele sind identifikationsfähige Leit- und Zukunftsvorstellungen zu entwickeln, mit denen sich die verschiedenen Akteure identifizieren können. Einzubeziehen sind Betroffenen-/Angehörigenverbände, Parteien, Kirchen, Wohlfahrtsverbände, wissenschaftliche Fachgesellschaften, Berufsgruppen, Gewerkschaften, Kostenträger, Heimaufsicht, Kommunen, Länder, Bund, Medien ...

Haben die beiden vorigen Vorträge die identifikationsfähigen Leit- und Zukunftsvorstellungen zutreffend zusammengefasst? Wer organisiert den notwendigen gesellschaftlichen Prozess zur Meinungsbildung?

Marktwirtschaftliche Methoden zur Steuerung

Ökonomisch handelnde Akteure reagieren besonders auf marktwirtschaftliche Methoden und nicht mehr auf obrigkeitliche Planungsvorgaben. Die folgenden Beispiele werden hier unter dem Gesichtspunkt der Steuerungswirkung betrachtet, unabhängig von ihrer sonstigen Relevanz.

1. Stärkung der Nutzer

Autonomie und Selbstbestimmung von Betroffenen und Angehörigen – hier geht es um den Aspekt, der in der Wirtschaft mit dem Begriff des Kunden, der z. B. ein Auto kauft oder Dienstleistungen nachfragt, bezeichnet wird. Den meisten Menschen fehlen wichtige Voraussetzungen, um als Erkrankte und Angehörige wie Kunden auftreten zu können, insbesondere wenn sie schwer psychisch erkrankt sind, z. B. Kenntnis des komplizierten Versorgungsbereichs und Besonnenheit bei existenzieller Bedrohung. Öffentlichkeitsarbeit durch die Alzheimer-Gesellschaft und regionale Demenz-Zentren sowie kommunale Beratungsstellen geben erste Orientierung.

Ganz zentral, aber nicht existent, ist die langfristige *individuelle professionelle Begleitung mit der Aufgabe, im Auftrag des betroffenen Menschen (meist im Auftrag von dessen rechtlicher Vertretung) die individuell geeigneten Hilfen (individueller Hilfe-Mix) auszuwählen und zu koordinieren und dies über die Veränderungen des Hilfebedarfs und die beteiligten Leistungserbringer und Leistungsträger hinweg: Assessment und Case-Management.* Ziel dabei ist, ambulante Komplexleistungen für die Betroffenen zu realisieren, damit diese in ihrem vertrauten Lebensfeld integriert leben können.

In unserem gegliederten System gibt es nur Zuständigkeiten nach Leistungsträgern und Institutionstypen, die ihre Hilfeangebote und ihr betriebs-

wirtschaftliches Interesse von daher ableiten – sofern die professionelle Haltung nicht auch zum Denken vom Patienten her führt. Ambulante Hilfen zum Weiterleben in der eigenen Häuslichkeit oder ähnlichen Wohnformen bieten nur separate Dienste, Berufgruppen, Leistungsträger – ohne Koordination oder gar Integration, die nur während des Aufenthaltes im Heim oder Krankenhaus praktiziert werden. Deshalb wird ein Heim auch dann häufig in Anspruch genommen, wenn eine Problemlösung in der eigenen Häuslichkeit oder ähnlichen Wohnformen erwünscht und kostengünstiger wäre.

Wie kann das wirtschaftliche Interesse an einer nutzerorientierten Ausrichtung des Versorgungssystems Schub gewinnen? Da die Leistungen der Pflegekassen nicht kostendeckend sind, entstehen für die Betroffenen und ihre Angehörigen zum Teil erhebliche finanzielle Belastungen, die ggf. von der Sozialhilfe d. h. von den Kommunen zu tragen sind. Deshalb müssten die Betroffen zusammen mit den Kommunen und den Pflegekassen ihr originäres Interesse an effizienten Hilfen (wirksam und kostengünstig) bündeln und dazu die *Finanzierung der professionellen Begleitung* einfordern, die über die Schnittstellen zwischen den Leistungsträgern und Leistungsarten hinweg zuständig bleibt und so für die Integration von Hilfen sorgt, die gleichzeitig oder nacheinander notwendig sind.

Die Änderung der finanziellen Rahmenbedingungen muss bewirken, dass für die Nutzer und die Dienstleister integrierte ambulante Hilfen für in eigener Häuslichkeit und ähnlichen Wohnformen lebende Betroffene wirtschaftlich interessanter sind als die Problemlösung Heim – nach einer Übergangsphase zum Umsteuern kann dann die Anreizwirkung angeglichen werden.

2. Effiziente integrierte Leistungen

Das Ziel: Integration von ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen zum Altenhilfenetzwerk oder -verbund wird sich durchsetzen. Der Altenhilfeverbund oder entsprechende Altenhilfe-Dienstleister werden bei zukünftigen Finanzierungsbedingungen von Nutzern, die auf Effizienz achten, stärker nachgefragt als Leistungserbringer, die sich nur auf ambulante oder nur stationäre Pflege beschränken.

Dienstleister mit einem entsprechenden integrierten Leistungsspektrum können aus einer Hand flexibel und durchlässig die im Einzelfall notwendigen Hilfen realisieren, und orientieren ihre Angebote am Bedarf im städtischen Quartier oder in überschaubarer ländlicher Region. Sie beziehen Selbsthilfe,

ehrenamtliche Helfer, bezahlte Hilfskräfte und neue Berufsgruppen ein. Diese Organisation und Finanzierung der Hilfen ist bedarfgemäßer und insgesamt kostengünstiger (effizienter) als die bisher segregierten ambulanten und stationären Bereiche. Gestärkte Nutzer wählen unter verschiedenen Angeboten und erzeugen so den Schub für die Umorientierung der Leistungserbringer und der Leistungsträger.

Förderliche Voraussetzungen sind:

- Überangebot, das Wettbewerb um Nutzer unter den Leistungsanbietern anregt
- Wahlmöglichkeiten zwischen wohnortnahen Angeboten für die Nutzer, damit sie nicht aus Mangel an Alternativen auf die Heim-Lösung angewiesen sind
- Professionelle Beratung (Assessment und Case-Management) des Nutzers, auch unabhängig von Einrichtungs- und Kostenträgern
- Transparenz für die Hilfeangebote in der Region: Leistungen, Qualität und Preise; Berichte der Einrichtungsträger und des MDK, Befragungen von Nutzern z. B. zur Zufriedenheit, kommunaler Altenhilfebericht
- Nutzerfreundliche Regelung der Kündigung mit dem Ziel des Wechsels zu einem anderen Anbieter
- Das persönliche Budget erhöht die Flexibilität für den Nutzer zur Finanzierung des individuellen Hilfe-Mixes
- Angehörige (z. B. Alzheimer-Gesellschaft) und ehrenamtliche Helfer werden einbezogen: Bürgerschaftliche Wächter-Funktion vor Ort
- Erarbeitung und Implementierung wissenschaftlich geprüfter Instrumente zur Qualitätssicherung und Kostenanalyse
- Verbraucherschutz stärken: Analog zur Stiftung Warentest auch Dienstleistungen für alte Menschen unabhängig prüfen

Schutz für beeinträchtigte alte Menschen

Wenn Nutzer informiert wählen und wechseln können zwischen verschiedenen Angeboten (s. o.), dann ermöglicht dies auch eine Umorientierung der bisherigen Schutzstrategie für die hier betroffene Zielgruppe. Der Schutz für beeinträchtigte alte Menschen sollte primär über allgemeines Vertragsrecht und Verbraucherschutz geregelt werden. Verbleibende Lücken könnten dann in einem Schutzgesetz für diesen Personenkreis geschlossen werden, aber losgelöst von einem bestimmten Institutionstyp wie im Heimgesetz, wodurch Weiterentwicklungen blockiert werden.

So gestärkte Nutzer sind einem Monopol bei integrierten Hilfen aus einer Hand *nicht* ausgeliefert. Aber die Heimaufsicht fordert seine Kontrollen ein, wenn eine Institution die verschiedenen Verträge für Wohnen, Hauswirtschaft und Pflegeleistungen aus einer Hand bietet, was Organisationsvorteile für das Heim bringt und einfacher für den Vertragsnehmer ist. Die Heimaufsicht prüft besonders sorgfältig, damit die Vertragsnehmer einem »Monopolisten« nicht ausgeliefert seien.

Auf (dezentrale) Wohngemeinschaften wendet die Heimaufsicht ihre Heim-Bestimmungen *dann nicht* an, wenn die Verträge für Wohnen, Hauswirtschaft und Pflege mit unabhängigen Dienstleistern abgeschlossen werden, was jedoch erhebliche Erschwernisse für die Integration und die Kosten der Hilfen bedeutet. Diese Schutz-Strategie trägt maßgeblich zur Fragmentierung der Hilfen nach Maßnahme-Arten bei und behindert auf der Einrichtungs-Ebene die Integration von ambulanter und stationärer Altenhilfe und auf der Einzelfall-Ebene die Integration der Komponenten des individuellen Hilfe-Mixes.

Das Heimgesetz ist eher ein Teil des Problems als der Lösung: Die Schutzfunktion durch das Heimrecht ist institutionsspezifisch, struktur- und prozess-, aber wenig ergebnisorientiert, nur für im Heim lebende Menschen zuständig und für diese nur beschränkt wirksam. Das Heimrecht ist eine Bürokratie fördernde, ambulante integrierte Hilfen behindernde und Kosten treibende Schutzstrategie.

Sie ist nicht übertragbar für in besonderen Wohnformen lebende Menschen, für zu Hause lebende beeinträchtigte alte Menschen. Diese Menschen sind unzureichend geschützt.

Steuerung durch die Kommunen

Kommunen, die ihre Verantwortung für den immer größer werdenden Anteil der alten Bürgerinnen und Bürger und die Kosten in gestaltendes Handeln umsetzen wollen, schaffen dafür die notwendige übergreifende politische Verantwortlichkeit. Denn traditionell sind die relevanten Aufgaben auf verschiedene »Ämter« und politische Zuständigkeiten verteilt mit dem Ergebnis, dass zielorientiertes Zusammenwirken auf den verschiedenen Ebenen und in den verschiedenen Bereichen nur sehr schwer zu erreichen ist. Ziele und Aufgaben der Altenhilfe sind zuständigkeitsübergreifend neu zu definieren, kommunale Steuerung erfordert Managementfähigkeiten und Geld. Dieser Einsatz lohnt für die betroffenen Bürger und Kassen, denn Chaossteue-

rung ist teurer und wenig wirksam. Am Beispiel der alten- und behindertenfreundlichen Gestaltung der Lebensverhältnisse soll diese ganzheitliche Sichtweise dargestellt werden. Viele Kommunen betrachten entsprechende Veränderungen einseitig nur als Kostenbelastung insbesondere durch die Sozialhilfe. Dabei wird übersehen, dass der Zuwachs an Lebensqualität für die betroffenen Menschen, ihre Angehörigen und das Gemeinwesen wirtschaftliche Aktivitäten auslöst. Personen über 60 sind ein zunehmend relevanter Anteil der Konsumenten mit Kaufkraft.

Das Versorgungssystem für alte Menschen – nicht nur für psychisch erkrankte – ist ein bisher kaum beachteter, wichtiger Wirtschaftssektor einer Region. Die Gestaltung der Hilfen und die Entwicklung der regionalen Wirtschaft bieten Chancen für:

- Nutzergemäße Dienstleistungen für die Zielgruppe alte Menschen, auch psychisch kranke inklusive demenzkranke Menschen
- Wohnungen, Infrastruktur, Konsum, Kultur – preiswert, altengerecht. Was alten Menschen nutzt ist meistens auch für junge Menschen angenehmer
- Medizinische und soziale Hilfen, hauswirtschaftliche/alltagspraktische Hilfen und Pflege
- Wirkung auf Einwohnerzahl, Gewerbe, Einzelhandel, Arbeitsplätze, Steuern ...

Altenfreundliche Kommunen und Pflegekassen sorgen dafür, dass niemand deshalb in ein Heim muss, weil ein individueller Hilfe-Mix nicht realisiert werden kann. Und wenn doch Versorgung im Heimbereich eines Altenhilfe-Dienstleisters notwendig wird, dann ist auch das Heim Teil des Gemeinwesens – und die Arbeitsplätze werden vor Ort gesichert, statt in einer wohnortfernen Großeinrichtung. Kommune und Pflegekasse sollten eine enge Kooperation vereinbaren in Bezug auf Infrastruktur und Leistungserbringung gemäß der Prämisse: Wir gewinnen beide, wenn wir unsere Aufgaben abgestimmt erledigen. Kommune und Pflegekassen sorgen für die kompetente Organisation und finanzieren Trägern die Durchführung von Beratung und Befähigung für Angehörige, ehrenamtliche Hilfen, bezahlte Kräfte für Begleitung und Hilfen im Alltag, damit Betroffene diese nutzen können. Die Kommune sorgt für die Installation der Hilfeplankonferenz für Personen mit komplexem, längerfristigem Hilfebedarf (einbezogen werden Vertreter der Leistungserbringer, der Leistungsträger mit Entscheidungskompetenz, Prokura und Handlungsfähigkeit).

Steuerung durch das Land

Das SGB XI sieht in § 9 die Strukturverantwortung der Länder vor. Das *Land* moderiert aktiv das dem Gemeinwohl verantwortliche Zusammenwirken der Leistungsträger, der Leistungserbringer und der Kommunen – weitere Einwirkungsmöglichkeiten sind nicht in Sicht.

Zum Verhältnis von Ethik und Ökonomie

Kann man von der Ökonomie fordern, ethisch zu handeln?

Wenn die ökonomischen Anreize in die eine Richtung gehen und die normativen Vorgaben in die andere, dann kommen die handelnden Personen in schwere Konflikte. Je enger die finanziellen Spielräume werden, umso wahrscheinlicher setzen sich die finanziellen Kräfte durch.

Die Wertenscheidungen sind oberhalb der ökonomischen Ebene zu treffen: Was sind die Versorgungsziele? Wie viel Geld soll dafür eingesetzt werden? Welche intelligenten und effizienten Lösungen lassen sich zur Zielereichung finden? Wie kann man die Rahmenbedingungen so ansetzen, dass die ökonomische Orientierung zur Erreichung der beschlossenen Ziele führt?

Eine wichtige Rolle spielt dabei das *Wächteramt einer kritschen Bürgerschaft,* gelebt in verschiedensten gesellschaflichen Organisationen – von den Kirchen über Angehörigenverbände bis zu Non-Governmental Organizations (NGOs). Dienstleistungsbetriebe sind auch aus ökonomischen Gründen auf ihren guten Ruf in der Öffentlichkeit und insbesondere bei ihren »Kunden« bedacht: »die Marke als Versprechen«. Ich erinnere daran, dass der Weltkonzern Shell auf die formal rechtlich genehmigte Versenkung einer ausgedienten Bohrinsel im Meer verzichtete, als eine weltweite Kampagne von Greenpeace einen erheblichen Umsatzeinbruch zur Folge hatte.

Und wer steuert die Politik? Politiker als Personen können Ziele, die sie persönlich für richtig halten, auch nur umsetzen, wenn sie entsprechende Unterstützung aus der Bürgerschaft und den Verbänden, insbesondere von den Wählern erhalten. Deshalb ist die entscheidende Zukunftsfrage, ob die Betroffenen und ihre Angehörigen sowie die Bürgerschaft, die Kirchen, die freie Wohlfahrtspflege, Fachgesellschaften und andere mehr, die große gesellschaftliche und politische Herausforderung erkennen und die Politik an der Berücksichtigung dieser Sorgen und Bedürfnisse messen.

Zusammenfassung

Zwei alte Besonderheiten zeichnen unser Gesundheits- und Sozialsystem aus: die Segmentierung der Zuständigkeiten der Leistungsträger und die Angebotsmacht der Leistungserbringer. Unter diesen Bedingungen führt die zunehmende betriebswirtschaftliche Orientierung zu Dienstleistungen, die nicht primär dem Bedürfnis und Bedarf der betroffenen Personen entsprechen, die das soziale Sicherungssystem belasten und die volkswirtschaftlich nachteilig sind.

Auch alte psychisch kranke Menschen wünschen ein selbstbestimmtes Leben bis zu Ende in einer ihnen vertrauten Umgebung, die am leichtesten zu realisierende Problemlösung ist jedoch die Aufnahme im Heim. Die alten Steuerungsmechanismen sind außer Kraft gesetzt oder unwirksam geworden durch Wettbewerb und Freiheit der Berufsausübung. Die Dienstleistungsrichtlinie der Europäischen Kommission konnte für den Gesundheits- und Sozialbereich einigermaßen entschärft werden.

Der Ökonomisierung des Dienstleitungsbereiches ist insbesondere mit ökonomischer Steuerung beizukommen: Von zentraler Bedeutung ist die Stärkung der Nutzer, damit die Dienstleistungen primär am Bedarf und Bedürfnis der Nutzer mit hoher Eigenleistung ausgerichtet werden und nicht an dem betriebswirtschaftlichen Interesse der Dienstleister. Dazu sind erforderlich:

- Individuelle professionelle Beratung im Auftrag des Nutzers und unabhängig vom Kostenträger und vom Dienstleister – über die wechselnden Zuständigkeiten hinweg
- Transparenz über Leistungen, Qualität und Kosten, damit der Wettbewerb nicht nur über den Preis geht

Die Kommune muss verschiedene Interessen zusammenbringen: Als Sozialhilfeträger muss sie für effiziente Hilfen sorgen. Die Realisierung geeigneter und preiswerter Hilfen für alte Menschen fördert auch die Lebensqualität für andere Bürgerinnen und Bürger und wird zur Entwicklungschance für die regionale Wirtschaft.

Die Politik – von der Bundespolitik bis zur kommunalen Ebene – muss die Versorgungsziele entscheiden und die Rahmenbedingungen inkl. Finanzierung so gestalten, dass die unterschiedlichen Akteure die politisch gesetzten Ziele verfolgen, indem sie sich an diesen Rahmenbedingungen und ökonomischen Anreizen orientieren.

Individuelle Hilfen zur Teilhabe und Pflege

Thomas Klie

Vorbemerkung

Die Pflegeversicherung, so wichtig ihre sozialpolitische Bedeutung auch sein mag, hat das Verständnis von Pflege eingeengt und es auf ein verrichtungsbezogenes Pflegeverständnis reduziert. Das ist maßgeblich im Konzept des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI. Dies ist aber weder maßgeblich für eine pflegewissenschaftlich begründete Pflege noch ein entsprechend hergeleitetes Pflegeverständnis. Es ist ebenso wenig maßgeblich für Menschen mit Behinderungen, für die Pflege einen dienenden Charakter zur Sicherung ihrer Teilhabe am Leben der Gemeinschaft hat. Die Konstellation ist günstig, den Pflegebegriff auf die fach- und sozialpolitische Agenda zu setzen: Die anstehende Reform der Pflegeversicherung soll, muss und will den Pflegebedürftigkeitsbegriff auf den Prüfstand stellen und das Bundesgesundheitsministerium sowie die Spitzenverbände der Pflegekassen haben sich auf den Weg gemacht, den Pflegebedürftigkeitsbegriff einer Revision zu unterziehen und ihn weiterzuentwickeln. Die Bundesbeauftragte für die Belange behinderter Menschen hat einen Arbeitskreis Teilhabeorientierte Pflege eingerichtet, der Ende 2006 seine Ergebnisse vorgelegt hat. Im Feld sind Experimente, die sich um aussagefähige Assessmentinstrumente zu all dem beschäftigen, das mit Rehabilitation, Prävention, Teilhabe und Pflege assoziiert ist. Damit sind die Vorzeichen günstig, sich dem Pflegebedürftigkeitsbegriff, dem programmatischen Motto Ihrer Tagung zu widmen: »Unsere Zukunft gestalten« – Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für ein weites Pflegeverständnis schaffen.

1 Zur Lage

Teilhabe und Pflege, zwei zentrale Begriffe, die aber in unterschiedlichen Feldern des Sozial- und Gesundheitswesens angesiedelt sind. Sie gehören zusammen und sind doch in sehr unterschiedlichen Feldern und Traditionen verortet. Zu Recht hat die Pflegeversicherung einen Unterschied gemacht zwischen verschiedenen Gruppen von Pflegebedürftigen und so auch Menschen mit Behinderung ohne den alterstypischen Pflegebedarf

mit aufgenommen. Kinder mit Pflegebedarf gehören mit zu dem Kreis der Pflegebedürftigen im Sinne der §§ 14 ff. SGB XI. Eine andere Konzeption, wie etwa in Japan verfolgt, hätte den Weg für problematische Altersdiskriminierung eröffnet. Gleichwohl ist die Pflegeversicherung mit ihrem Ansatz, ihrem Pflegeverständnis und Regelungsmechanismus der Welt der Teilhabe fremd geblieben. So spricht der § 43 SGB XI nicht von Teilhabe, sondern von einem völlig unklaren Begriff der sozialen Betreuung. In der Sache geht es aber um die soziale Teilhabe, in dem Fall von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen. Die Grenzen zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung, zwischen Teilhabe und Pflege sind im Sinne der Zuständigkeitsbereiche streng gezogen, ihre Schnittstellen keineswegs systematisch bearbeitet. Es wirken problematische Segmentierungen und Fragmentierungen aus der Logik des Sozialleistungsrechtes, die in der Lebenswelt von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung keinerlei Entsprechungen finden.

Verstärkt wird die sozialleistungsrechtliche Trennung zwischen Teilhabe und Pflege durch die faktische Anbieterdominanz von Einrichtungen und Diensten im Feld der Eingliederungshilfe und Pflege. Pflegedienste etwa erbringen in aller Regel lediglich Leistungen der häuslichen Pflege, im Sinne des § 36 SGB XI, ohne Aspekte einer teilhabeorientierten Pflege zu berücksichtigen bzw. berücksichtigen zu können. In vollstationären Pflegeeinrichtungen soll die pauschalierte Finanzierung alles abdecken: Sowohl die Pflege als auch die bereits von der Bezeichnung her kritisierte soziale Betreuung, die eigentlich soziale Teilhabe heißen müsste. Ähnliches gilt für die Behinderteneinrichtungen in umgekehrter Richtung: Hier werden lediglich die Pflegeleistungen pauschaliert durch die Pflegeversicherung abgegolten, ohne jeden Bezug zu dem tatsächlichen Aufwand. Die unschlüssigen Leistungsbeziehungen zwischen Einrichtungen und Diensten auf der einen Seite zu den pflegebedürftigen Menschen und mit Behinderung auf der anderen Seite, lassen den »Nachfragern« kaum Raum für individuelle Bedarfsanmeldungen. In den Leistungsverträgen zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern werden die Leistungen inhaltlich weitgehend determiniert. Das entlastet auf der einen Seite den Leistungsberechtigten vor schwierigen Aushandlungen und schützt ihn vor hohen Transaktionsaufwänden, auf denen er de facto nur ein Empfänger vorher ausgehandelter Dienstleistungskonzepte ist. Tatsächlich führen diese zu Diskriminierungen, je nach dem welche Leistungen im jeweiligen Regime als faktisch nachrangig oder komplementär angesehen werden.

Pflegebedürftige im Sinne der typischen pflegebedürftigen Hochbetagten müssen weiterhin ohne Teilhabeleistung auskommen. Diese werden

nicht systematisch in den Blick genommen oder mangels realistischen Teilhabeerfolgs abgesprochen. Menschen mit Behinderungen in stationären Behinderteneinrichtungen erhalten Teilhabeleistungen allerdings ohne den vollumfänglichen Anspruch auf Pflege: Dieser wird dramatisch reduziert und dies aus fiskalischen – und nicht aus Bedarfsgesichtspunkten. Sozialleistungs- und heimrechtliche Reglementierungen verschärfen die Lage: Das Sachleistungsregime der Pflegeversicherung behindert flexible Formen der Leistungserbringung sowohl hinsichtlich der Inhalte als auch der an Pflegeaufgaben zu beteiligenden Personen: Assistenzkräfte werden in aller Regel nicht zur Leistung zugelassen sowie selbst und eigen organisierte Personen haben kaum eine Chance.

Auch Menschen mit Behinderung, die ihr Leben lang auf Pflegeleistung angewiesen sind, müssen sich in das Modulgefängnis der Pflegeversicherung begeben. Dies hat mit einem selbstbestimmten Leben wenig zu tun und nimmt den Kundenstatus von Menschen mit Behinderung nicht ernst. Das Heimrecht seinerseits kennt, zumindest in der Auslegung, Reglementierungen auch hinsichtlich des Personaleinsatzes und erzwingt »eine zunehmend medizinisch pflegerische Dominanz« in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe, in denen auch pflegebedürftige Menschen leben. Das Heimgesetz trägt diesbezüglich insbesondere in der Anwendung noch erhebliche Keime der Institutionalisierung in sich, die im Kontrast stehen zu den vielfältigen Bemühungen um Deinstitutionalisierung insbesondere im Bereich der Psychiatrie. Diese verkürzte Lagebeschreibung kennt auch eine verfassungsrechtliche Dimension: § 14 SGB XI benachteiligt durch einen selektiven Pflegebedürftigkeitsbegriff insbesondere demenzkranke und seelisch behinderte Menschen mit Pflegebedarf. Das Bundesverfassungsgericht hat wiederholt ausgestellt, dass eine Ungleichbehandlung umso strenger zu prüfen ist, je weniger die betroffenen Gruppen den der Ungleichbehandlung zugrunde liegenden Kriterien ausweichen können.

Gerade das ist bei Menschen mit Demenz und bei seelisch behinderten Menschen der Fall: Sie sind existenziell auf Hilfen der Pflege zur Sicherung ihrer Teilhabe angewiesen und sie anders oder schlechter zu behandeln als andere Gruppen von Pflegebedürftigen, etwa die mit einem rein somatischen Pflegebedarf, wirft, worauf Welti zu Recht hinweist, verfassungsrechtliche Probleme auf (Welti 2004). Die Lagebeschreibung hat neben der verfassungsrechtlichen Dimension auch eine ökonomische. Die derzeit durch die Gesetze wirkenden Restriktionen lassen den Einsatz von Leistungserbringern außerhalb zugelassener Dienste für Menschen mit Pflegebedarf kaum zu,

auch wenn diese bedarfs- und bedürfnisgerechter und wirtschaftlicher wären. Die bisherigen Erfahrungen in den Projekten Integriertes- und Pflegebudget machen deutlich, dass der Einsatz selbst beschaffter Pflege- und Assistenzkräfte bei dem gleichen Mitteleinsatz pro Kopf wesentlich günstigere Effekte zeitigt als der Einsatz von zugelassenen Leistungserbringern im Rahmen des SGB XI (Abbildung 1).



Abb. 1: Effekte des Pflegebudgets, Veränderung Erst-/Folgebefragung: Zeitvolumen insgesamt und Zeitbetrag der Sektoren und Netzwerktyp

Beide Problemanzeiger, die verfassungsrechtlichen und die ökonomischen, unterstreichen die Berechtigung und Dringlichkeit den Pflegebedürftigkeitsbegriff auf den Prüfstand zu stellen.

2 Zur Sicherung

Das Sozialleistungsrecht, nicht zuletzt das SGB IX, hält für Menschen mit Behinderung mit oder ohne Pflegebedarf eine Reihe von wichtigen sozialstaatlichen Zusicherungen parat. Das SGB IX unterstreicht den Teilhabeanspruch eines jeden behinderten Menschen im Sinne der Zusicherung gesellschaftlicher Teilhabe.

Gesellschaftliche Teilhabe heißt: Das Einbezogensein in elementare Lebensbereiche. Eine ICF-basierte Anwendung der §§ 2, 9 SGB IX nimmt alle Funktions-, Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen ebenso wahr wie die Entwicklungs- und Erhaltungspotenziale bei behinderten und pflegebedürftigen Menschen. Damit muss systematisch in den Blick genommen werden, welche Möglichkeiten der Teilhabesicherung im Einzelfall bestehen (Arbeitskreis »Teilhabeorientierte Pflege« 2006). Hier sind entsprechende Assessments gefragt, Verfahren aushandlungsorientierter Hilfeplanung und integrierter Umsetzung derselben.

Auch für den Bereich der Pflege lassen sich ähnlich umfassende Zusicherungen aus dem Sozialleistungsrecht ableiten. Da ist zunächst zu unterscheiden zwischen Cure und Care. Die deutsche Sprache hält für die im Englischen üblichen Differenzierungen zwischen Cure und Care keine entsprechende Differenzierung parat. Cure ließe sich am ehesten mit klinischer und fachpflegerischer Verantwortung umschreiben, während es bei dem Care-Begriff mehr um die altmodische Sorge oder Fürsorge geht, nicht primär differenziert zwischen Pflege, Hauswirtschaft und Alltagsgestaltung sowie sozialer Teilhabe, sondern die Sorge um den ganzen Menschen meint. Die Differenzierung zwischen Cure und Care vollzieht das Leistungsrecht in einer problematischen Segmentierung zwischen den medizinisch pflegerischen (Behandlungspflege) und dem allgemein pflegerischen (Grundpflege). Das ist pflegewissenschaftlich so nicht haltbar: Differenziert Pflege an einer Stelle, wo sie sich gerade nicht auseinanderdividieren darf (Klie 2003). Das was gängigerweise als Grundpflege bezeichnet wird, umfasst nur einen Teil der Care-Bedarfe und -Bedürfnisse.

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff im §§ 14 ff. SGB XI beschränkt sich allerdings nicht auf Grundpflege, sondern nimmt auch Teile des hauswirtschaftlichen Bedarfs mit auf, allerdings unter Vernachlässigung der sozialen Teilhabedimension. In seiner Selektivität bildet der Pflegebedürftigkeitsbegriff der Pflegeversicherung keinesfalls alles auch im pflegewissenschaftlichen (und damit schon reduzierten) Care-Verständnisses ab, auch wenn

das Begutachtungsverfahren gemäß § 18 SGB XI sich weitgehend auf diesen konzentriert und nur ergänzend bzw. vorrangige Präventions- und Rehabilitationsbedarfe mit erheben soll. Dabei sind Begriff und Verfahren der Feststellung von Pflegebedarf am vollständigen Pflegebedarf zu orientieren und nicht an einem »selektiven« (Welti 2004). Dies gilt nicht nur in vollstationären Pflegeeinrichtungen, in denen die Vertragspartner der Pflegekassen alle erforderlichen Pflegeleistungen und allgemeiner Pflegeleistung im Rahmen ihres Versorgungsauftrages mitzuerfüllen haben. Dies gilt auch für häusliche Versorgungssituationen.

State of the art wird von Pflegekräften verlangt, dass sie den Gesamtbedarf erheben. Für die sozialhilfeberechtigten Personen ergibt sich die Notwendigkeit der vollständigen Erfassung des Pflegebedarfes aus den §§ 61 ff. SGB XII, die über den engen Verrichtungsbegriff auch sogenannte »andere« Verrichtungen als erheblich erklären und auch »andere« Leistungen vorsehen (Klie 2004). Bei einer Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, insbesondere bei der Entwicklung von Assessments zur Feststellung eines umfassenden Pflegebedarfs, sind diese Aspekte verbindlich zu berücksichtigen. Es geht nicht nur um die Feststellung sozialleistungsrechtlicher Konstrukte von Pflegebedürftigkeit, sondern einer fachlich systematischen Abbildung des gesamten Pflegebedarfes im Sinne von Care und Cure.

Zur Lagebeschreibung gehört der Befund, dass Teilhabe und Pflege getrennt wahrgenommen, getrennt administriert und getrennt ausgehandelt werden. Dabei schließen sich Teilhabe und Pflege nicht aus: »Jeder behinderte Mensch, auch derjenige mit sehr hohen Pflegebedarf, hat die Fähigkeit zur Teilhabe und das Recht auf Teilhabe am Leben der Gemeinschaft.« (Arbeitskreis »Teilhabeorientierte Pflege« 2006) Das Entweder-oder von Pflege und Teilhabe ist sozialleistungsrechtlich nicht haltbar und fachlich völlig unangemessen. Ebenso bei dem Verhältnis Rehabilitation vor Pflege ist zu differenzieren: Selbstverständlich gibt es Situationen, in denen durch Rehabilitation und Prävention Pflegebedürftigkeit vermieden werden kann. Dies zu befördern ist eine wichtige sozial- und gesundheitspolititische Aufgabe. Aber ebenso wie Pflege auch der Rehabilitation dienen kann, kann sie auch der Teilhabesicherung dienen, und so ist Rehabilitation und Pflege und soziale Teilhabe und Pflege immer auch sich ergänzend und als gleichzeitig mögliche Hilfeleistungen und Unterstützungen in den Blick zu nehmen. Jeder pflegebedürftige Mensch ist auch ein Mensch mit Behinderung im Sinne der §§ 2, 9 SGB IX. Eine altersspezifische Gebrechlichkeit ohne Behinderungsqualität kennt das deutsche Sozialrecht nicht. Aus dem SGB IX

ist daher die Verpflichtung abzuleiten, bei pflegebedürftigen Menschen den Teilhabeaspekt systematisch zu thematisieren, auch wenn sich die Teilhabe nicht mehr auf die Integration in Schule und Arbeitsfeld bezieht.

3 Wege

Der Handlungsbedarf ist diagnostiziert und weithin auch konsentiert. Es stellt sich die Frage, welche Richtungsmarkierung und -weiser auf dem Weg zu einer Reform unserer sozialrechtlichen Rahmung von Teilhabe und Pflegeleistungen aufzustellen, respektive zu beachten sind. Fünf Wegweiser lassen sich identifizieren bzw. aufstellen:

I Individuelle Bedarfsfeststellung

Jeder Mensch mit Behinderung und jeder Pflegebedürftige hat einen Anspruch auf eine individuelle Bedarfsfeststellung, die über das hinausgeht, was in den »protonormistischen« Pflegebedürfigkeitskonzepten erhoben wird.

Dazu gehören über den Pflegebedürftigkeitsbegriff der §§ 14 ff. SGB XI hinausgehende Pflegebedarfe ebenso wie die Dimension der Teilhabesicherung und entsprechende Unterstützungsmaßnahmen auf ICF-Basis. Hierzu bedarf es eines Assessments, das in der Lage ist, all diese angesprochenen Gesichtspunkte sensibel und dies in wissenschaftlich tragfähiger Hinsicht, das heißt mit validen und reliablen Instrumenten zu messen. Es gibt Bausteine für solch ein umfassendes Assessment. Zu denken ist etwa an RAI-HC (Garms-Homolová & Gilgen 2000). Die Instrumente bedürfen der entsprechenden Ergänzung, zum Teil sicherlich auch der Verschlankung und der Verknüpfung mit sozialrechtlich leistungsauslösenden Merkmal der Pflegebedürftigkeit auf dem Niveau der Sozialversicherung. Bei der anstehenden Revision des Pflegebedürftigkeitsbegriffes sollte gerade darauf streng geachtet werden, dass allen Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung mit geeigneten Assessmentinstrumenten eine individuelle Bedarfsfeststellung zukommt, die, wie wir etwa im Integrierten Budget im Projekt Pflegebudget feststellen können, die Wahrnehmung relevanter Hilfebedarfe erweitert und die Selbstzuschreibung von Pflegebedürftigkeit auf der Grundlage der in § 14 SGB XI genannten 21 Verrichtungen zu korrigieren hilft, sowohl bei den Pflegebedürftigen als auch ihren Angehörigen.

II Individuelle Aushandlung

Gerade aus der Behindertenhilfe können wir lernen, wie bedeutsam individuelle Aushandlungsprozesse und ihre Qualität sind. Das was fachlich als notwendig erkannt wird, muss für den Menschen selbst nicht das primäre und existenziell Bedeutsame sein. Das Sozialleistungsrecht kann nicht alle Bedarfe und Bedürfnisse mit Sozialleistungen befriedigen, zumindest nicht regelmäßig. Gerade vor diesem Hintergrund ist die Aushandlung und die gemeinsame Hilfeplanung von großer Bedeutung, um individuelle Präferenzen ebenso zu berücksichtigen wie lebensweltlich vorhandene Ressourcen. Dabei wird man davon ausgehen können und müssen, dass jeder Mensch zunächst einmal für sich selbst Verantwortung trägt. Das Misstrauen in die individuell in die Aushandlung gebrachten Präferenzen ist unangebracht, wenngleich auch nicht zu verkennen ist, dass zu einer Aushandlung, über das, was bedarfsnotwendig ist, auch die Bereitschaft zu Konflikten und Auseinandersetzungen gehört. Um die individuelle Aushandlung in verschiedenen Spielarten professionell zu gestalten, bietet sich die Einbeziehung von Case-Management Methoden und Rollenkonzepten an. Case-Management ist am ehesten in der Lage, professionelle Deutungsmacht zurückzunehmen, zugunsten einer professionellen und sensiblen Aushandlungskompetenz. Eine entsprechende Infrastruktur wäre nicht nur wünschenswert, sondern auch als notwendig anzusehen, wenn man den Ansprüchen der Umsetzung teilhabeorientierter Pflege gerecht werden möchte. Dabei bedürfen längst nicht alle eines umfassenden Case-Management-Prozesses, aber doch einer Case-Management-Kompetenz, auf die sich zurückgreifen lässt.

III Individuelle Leistungsgestaltung

Wie Hilfen gestaltet werden, sowohl der Pflege als auch der Teilhabesicherung, hängt von lebensweltlichen Ressourcen ab, von Präferenzen, Prioritäten der Leistungsberechtigten – der Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigen.

Gelingt es, das, was der Sozialstaat zur Verfügung stellen kann, in Verbindung zu bringen mit dem, was Familien leisten, was der Markt hergibt und was Freiwillige mit beitragen können? Wie lässt sich das, was fachlich notwendig ist, mit den individuellen Präferenzen und Wünschen in Einklang bringen? Dies gelingt in Schritten der Zielvereinbarung und gemeinsamer Hilfeplanung. Sie sollte stets Grundlage für Hilfe und Teilhabe sein, die

sozialstaatlich mitverantwortet wird. Dabei steckt schon in der Hilfeplanung ein wesentlicher Teilaspekt der Sicherung von Fachlichkeit und der Zugänglichmachung von professionellen Wissensbeständen für Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftige sowie ihrer Netzwerke: Hilfeplanung thematisiert im Aushandlungsprozess mit den Betroffenen, was nach dem Stand des Wissens erforderlich oder sinnvoll ist, um eine gute Pflege zu gestalten und Teilhabe zu fördern. Auch die Hilfeplanung gehört zum professionellen Handlungsstil sowohl von Pflegekräften als auch von Sozialarbeitern und ist selbstverständlich auch Bestandteil des Case-Managements. Es erscheint sinnvoll, die verschiedenen Arten der Hilfegestaltung und die individuelle Leistungsgestaltung mit den Beteiligten zu erörtern und zu vereinbaren.

IV Individuelle Leistungsgewährung

Der protonormistischen Pflegebedürftigkeitsfeststellung im SGB XI folgt auch der inhaltlich determinierte Leistungsbezug: Leistungen der häuslichen Pflege sind und bleiben verrichtungsbezogen, wenn es sich um sogenannte »Sachleistungen« der Pflegeversicherung handelt.

Ganz anders beim Pflegegeld, das frei verwendbar ist, aber an sich als Gratifikationsleistung für Angehörige und andere soziale Netzwerke gedacht ist. Das Pflegegeld zur Flexibilisierung von Leistungen zu nutzen ohne jegliche Begleitung und Kontrolle, scheint nicht als der richtige Weg. Es bedarf insbesondere in der Pflegeversicherung einer Flexibilisierung der Leistungen in zwei möglichen Richtungen. Einerseits in gegebenenfalls supervidierte Leistungspakete von Leistungserbringern, die aber befreit sind vom Leistungsbezug: Hier wählt der seelisch behinderte oder pflegebedürftige Mensch eine vom Case-Management begleitete All-Inclusive Antwort auf seinen Hilfebedarf.

Die Alternative stellen persönliche Budgets dar, die dem Mensch mit Behinderung und Pflegebedürftigen größte Autonomie sichern, allerdings auch mit Transaktionskosten verbunden sind: Er kann sich die Leistungen selbst einkaufen, selbst kontrollieren und tritt selbstbewusst als Kunde gegebenenfalls mit Stellvertreter auf. Die individuelle, flexible Leistungsgewährung löst sich von der Sachleistungskonzeption und damit auch von der Grammatik der Pflegeversicherung. Der paradigmatische nicht mehr zurückzurufende Grundgedanke trägerübergreifender Budgets unterstreicht sowohl die Individualität als auch die Selbstbestimmung. Die Budgetierung

mag nicht für alle Leistungen in Betracht kommen, so etwa auch nicht für die medizinische Behandlung durch Ärzte. Gleiches gilt gegebenenfalls für die Cure-Leistung und auch für das Case-Management. Hier sind infrastrukturelle Voraussetzungen zu schaffen und partielle Territorien des Sachleistungsprinzips zu verteidigen, die aber nicht auf den gesamten Care-Teilhabesektor ausgedehnt, respektive verteidigt werden dürfen.

V Verfahrensrechtliche und fachliche Integration

Qualitätskiller-Effizienzproblematiken finden sich in einer bislang nicht eingelösten verfahrensrechtlichen und fachlichen Integration für Teilhabe und Pflege maßgeblichen Disziplinen und Leistungen. Das SGB IX enthält hier wichtige Vorgaben, die allerdings mitnichten eingelöst sind und werden. Durch ein integriertes Assessment, das verbindlich wird, ließen sich auf dem Weg zur Integration wesentliche Schritte gehen.

4 Voraussetzung

Die bisherigen Ausführungen kannten einen eindeutigen Adressaten bzw. es ließ sich ein solcher vermuten: Der Sozialstaat, der die Voraussetzung dafür schaffen möge, dass alle erforderlichen Pflege- und Teilhabeleistungen den Berechtigten zukommen. Diese Aufgabe hat der Sozialstaat aber nicht unbedingt als Leistender, sondern zunächst als Gestaltender und Gewährleistender. Teilhabe und Pflege bleiben zentral gesamtgesellschaftliche Aufgaben.

Pflege, insbesondere hochbetagter Menschen, aber auch die Pflege von Kindern und Jugendlichen bleibt eine Aufgabe der Familien und ihrer Solidaritätsfähigkeit. Sie darf aber nicht allein dahin delegiert werden, sondern darf das, was wir in Freiburg »Geteilte Verantwortung« nennen, geteilt werden zwischen Angehörigen, Professionellen, beruflich Tätigen, aber auch engagierten Bürgern. Die Delegation von Teilhabe und Pflege an eine Instanz »wohlfahrtspluralistischer Hilfeproduktion« geht fehl. Und dies aus verschiedenen Gründen und nicht nur aus fiskalischen, weil der Sozialstaat nicht für alle Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftige alle notwendigen Leistungen finanzieren könnte.

Teilhabe und Pflege ist auf Koproduktion angewiesen und auch affektiv mit Zuneigung und Zugehörigkeit zu gestalten. Familienangehörige und Mitglieder der sozialen Netzwerke, in denen pflegebedürftige Menschen mit

Behinderung zu Hause sind, bilden die affektive Grundlage für Zugehörigkeit, vermitteln kulturelle und generative »Heimat«. Professionelle vermitteln die notwendigen Fachkenntnisse und dieses in dienender Funktion: Zur Sicherung der Integrität, der Gesundheit und der Lebensqualität. Beruflich tätige Kräfte ohne den Status von Fachkräften bringen mit ihren persönlichen Begabungen, aber auch mit ihrer Einbindung in den Haushalt oder in eine Einrichtung das Dienstleistungselement in die Beziehung ein: Hier ist gegebenenfalls der Pflegebedürftige oder die Kommune der Arbeitgeber. Bürgerschaftlich Engagierte bringen die Qualität der solidarischen Begleitung unter jeweils persönlicher Begabung mit in die Aufgabe der Pflege und Teilhabe ein. Keine ganzheitliche Pflege nur durch eine Person oder einer Berufsgruppe, keine Teilhabe allein durch Mitarbeiter einer Institution: Das ist nicht die Qualität, die Koproduktion meint (vgl. Robert-Bosch-Stiftung 2007).

Die Teilhabe setzt auf den Welfare-Mix, dass sich ergänzende Miteinander von unterschiedlichen Hilfen in unterschiedlichen Handlungslogiken (Abbildung 2). Der Welfare-Mix kann an die Stelle von All-Inclusive-Mentalitäten treten, kennt allerdings auch verschiedene Voraussetzungen in den Haltungen, in den Strukturen und in den Kompetenzen der beteiligten Akteure. Dabei besteht stets die Gefahr, das an sich Notwendige an Fremdhilfe unter Hinweis auf die Leistungsfähigkeit von Familien und bürgerschaftlich Engagierten infrage zu stellen, und gegebenenfalls Kürzungen auf diese Weise zu legitimieren. Es wäre vordergründig gedacht und würde eine Funktionalisierung des Welfare-Mixes darstellen. Allerdings den Hintergrund knapper Ressourcen zu leugnen ist ebenso problematisch wie die kühle fiskalische Funktionalisierung. Teilhabe und Pflege sind eingebunden in eine Subsidiaritätskonzeption unseres Sozialstaats, die vielfältig durchbrochen wurde, auch und gerade im Übrigen durch das Konzept des SGB XI. In Deutschland ist eine Subsidiaritätskonzeption dem Sozialstaat zugrunde gelegt, die nicht nur das Verhältnis zwischen staatlichen Akteuren und der freien Wohlfahrtspflege kennt: Das ist eine korporatistisch unzulässig verkürzte Lesart von Subsidiarität. Subsidiarität geht tiefer, fragt nach der Leistungsfähigkeit der verschiedenen Teile der Gesellschaft und setzt auf sie: Sowie die Pflegeversicherung finanziell nur dadurch stabil ist, dass wesentlich mehr, als vom Gesetzgeber seinerzeits erwartet, bereit sind, Pflegeaufgaben als Familienaufgabe zu interpretieren und einzulösen. Unter Vorzeichen einer modernen Gesellschaft, die auf Fairness in Geschlechter und Generationsverhältnissen gepolt ist, wird man eine Neuausbalancierung im Rahmen einer

Solidaritätskonzeption zwischen den verschiedenen Akteuren zu entwickeln haben und dies nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch. Das Bild der geteilten Verantwortung, von uns in Freiburg geprägt, mag hier bis in die Bevölkerung hinein leitbildprägend und orientierungsstiftend sein. So verstanden ist die Sicherung von Teilhabe und Pflege eben nicht nur eine Aufgabe, die die Sozialleistungsträger einzulösen haben, sondern zentraler Teil einer gestaltenden und nachhaltigkeitsorientierten Gesellschafts- und Familienpolitik.

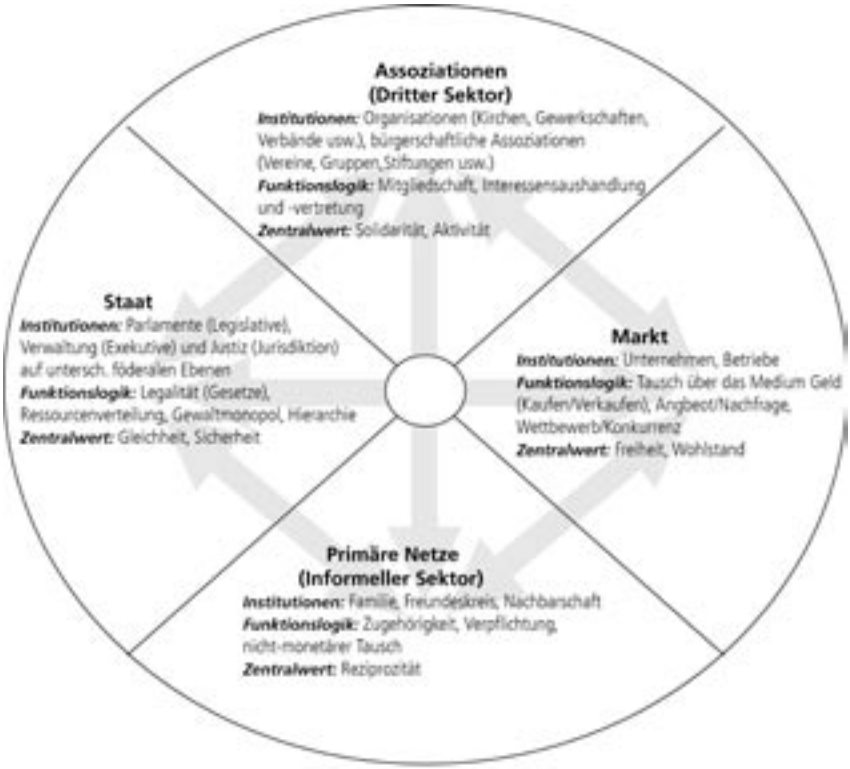


Abb. 2: Welfare-Mix Sektorenübersicht

5 Perspektiven

Reduziert man die Sicherung von Pflege und die Förderung der Teilhabe nicht auf Sozialleistungen, verlangt dies nach einem teilhabeorientierten und pflegefreundlichen Gesamtkonzept, das alle staatlichen Ebenen durchwebt: Von der Bundes- über die Landes- bis zur kommunalen Ebene. Der Bundesgesetzgeber kann die sozialleistungs- und zivilrechtlichen Rahmenbedingungen, der Landesgesetzgeber die ordnungs-berufsrechtlichen und infrastrukturellen Voraussetzungen schaffen und auf der kommunalen Ebene gilt es im Wesentlichen das einzulösen, was eine lebendige und leistungsfähige Kommune ausmacht:

Die Integrationsfähigkeit vor Ort unter Beweis zu stellen und Teilhabe und Pflege im Mix zu gestalten. Es geschieht nicht nur mit hehren Idealen und an ihnen orientiert auch unter fiskalischen Gesichtspunkten: Gelingt der Kommune dies, muss sie als Ausfallbürgen weniger als Sozialhilfeträger eintreten. Dadurch wird etwa die Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbsarbeit attraktiv, gelingt es besser als anderswo, legt der Standort auf diese Weise an Attraktivität zu. Auf der Ebene der sozialleistungsrechtlichen Steuerung, die im Wesentlichen auch eine prozedurale ist, gilt es sowohl das normative als auch tatsächliche Verhältnis vom SGB IX zum SGB XI zu verändern. Hier liegt eine Kernaufgabe der Pflegeversicherungsreform. Die Bausteine sind als Wegweiser bereits aufgestellt, ein umfassendes Assessment zur Grundlage auch der Pflegebedürftigkeitsfeststellung zu machen, die integrierte Case-Management-Struktur und eine von der Logik der klassischen Leistungsträger-Leistungserbringerbeziehung befreiten Hilfeplanung. Das, was der Sozialstaat leisten kann, als eingelöste Rechtsansprüche auf Teilhabeförderung und Pflegesicherung bedarfsorientiert und effizient zu bewähren, bedarf auch neuer Leistungsformen. Dazu gehört gerade im Care-Sektor die Abkehr vom Sachleistungsprinzip zugunsten von flexiblen Leistungspaketen und Budgets, begleitet durch eine Infrastruktur, wie der des Case-Managements. Große Alternativen hierzu gibt es kaum, auch wenn ein solcher Ansatz vergleichsweise radikal bricht mit der bisherigen Grammatik der Pflegesicherung. Dazu sind wir aber auch unter anderen Vorzeichen aufgefordert: Die der demografische Wandel setzt, die Grenzen der klassischen Finanzierung der Pflegesicherung und den inzwischen systematisch vorliegenden Wissensbeständen, die auf Insuffizienzen des bisherigen Systems in aller Deutlichkeit verweisen. Gerade für psychisch Kranke, seelisch Behinderte und Menschen mit Demenz gilt überdies der spezielle Auftrag, den fakti-

schen und rechtlichen Diskriminierungen etwas entgegenzusetzen und wir wissen: Die Wirklichkeit von psychisch Kranken, die innere Welt und die Bedeutungs- und Relevanzstruktur von Menschen mit Demenz lässt sich nicht in 21 Verrichtungen abbilden und schon gar nicht ist eine angemessene Begleitung mit diesen begrenzten Leistungen möglich.

6 Literatur

Arbeitskreis »Teilhabeorientierte Pflege« bei der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (Hg): Empfehlung für eine teilhabeorientierte Pflege. Berlin 2006.

Garms-Homolová V, Gilgen R (Hg): RAI 2.0, Resident Assessment Instrument. Beurteilung, Dokumentation und Pflegeplanung in der Langzeitpflege und geriatrischen Rehabilitation. Verlag Hans Huber, Bern 2000. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

Klie T: Anspruch auf medizinische Hilfsmittel in Pflegeheimen. Zeitschrift PflegeRecht, 2003, 7. Jg. 2: 47–55.

Klie T: Kommentierung zu §§ 61 ff. SGB XII. In: Hauck K, Noftz W: Sozialgesetzbuch SGB XII. Sozialhilfe Kommentar. Erich Schmidt Verlag, 2004

Robert-Bosch-Stiftung (Hg): Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz. Verlag Hans Huber, Bern 2007

Welti F: Drei Jahre SGB XI – Anspruch und Wirklichkeit – Weiterentwicklungsbedarf. In: Sozialrecht und Praxis (SuP) 2004. 615–629

Aufgaben der Ehrenamtlichen und Professionellen im Hilfemix

Barbara Schmid, Hartwig von Kutzschenbach

In diesem Beitrag stehen die Zuständigkeiten der ehrenamtlich und hauptamtlich Engagierten im Hilfemix am Beispiel des Kooperationsprojektes »Freiwillige unterstützen gerontopsychiatrisch Erkrankte« (FUGE) der Esslinger Krankenpflegevereine und des Sozialpsychiatrischen Dienstes für alte Menschen (SOFA) des Landkreises Esslingen im Mittelpunkt.

Die Situation, wie sie sich darstellte bevor FUGE in Esslingen die Arbeit begann, möchten wir mit einem Fallbeispiel illustrieren, auf das wir im Verlauf nochmals zurückkommen werden.

Fallbeispiel Frau W, Teil I

- Frau W, 83 Jahre, verwitwet, alleinlebend
- Demenzerkrankung, keine Pflegestufe
- Diakoniestation: Medikamentengabe
- SOFA: Beratung der Angehörigen und Begleitung der Betroffenen

Die Angehörigen von Frau W riefen sehr verunsichert beim Esslinger Krankenpflegeverein an, denn bei den Unterlagen, die der überraschend verstorbene Ehemann von Frau W hinterlassen hatte, fand sich ein »merkwürdiger« Hinweis auf einen Herrn Schaude von einem Sozialen Dienst, die Frage war nun, wer das denn sei und was das wohl bedeute.

Das kaum überschaubare Hilfesystem in Esslingen ist dem Krankenpflegeverein inzwischen vertraut, so konnte sofort auf den Kollegen Hansjörg Schaude vom Sozialpsychiatrischen Dienst für alte Menschen – SOFA – verwiesen werden. Er hatte Herrn W damals beraten, wie er seine zunehmend an Demenz erkrankte Frau besser verstehen und begleiten kann. Herr W hatte zu seinen Lebzeiten alles daran gesetzt, die Defizite seiner Frau auszugleichen, um so Kränkungen zu vermeiden. Das Ehepaar hatte sich zunehmend aus der Nachbarschaft zurückgezogen, um Frau W vor Konfrontationen mit ihren Defiziten zu schützen. Eine fachärztliche Diagnose liegt nicht vor, ebenso wenig eine Einstufung in die Pflegeversicherung. Erst nach dem Tod des Großvaters wurde der Enkelin im vollen Umfang bewusst, wie weit fortgeschritten die Erkrankung der Großmutter ist. Frau W wohnte vorübergehend bei ihrer Enkelin, will aber nun unbedingt in die eigene Wohnung

zurück, da ihr Mann diese für sie mit »den eigenen Händen« gebaut hat. Das ist ihr ganz wichtig. Die Verwandtschaft, unsere Diakonie- und Sozialstation und SOFA setzen alles daran, ihr die Rückkehr zu ermöglichen: Die Diakoniestation kommt jetzt täglich vorbei zur Medikamentengabe, SOFA berät die Angehörigen und begleitet Frau W z. B. bei der Rückkehr in ihre Wohnung, die Enkelin übernimmt die Einkaufsdienste.

Soweit ein Beispiel aus Esslingen noch ohne FUGE.

Krankenpflegevereine in Esslingen: Solidarprinzip aus Tradition

Im Folgenden werden die beiden Kooperationspartner des Projektes vorgestellt, zunächst die Krankenpflegevereine: Krankenpflegevereine haben eine gut hundertjährige Tradition in Esslingen. Damals wurde zum Beispiel der Krankenpflegeverein im Norden der Stadt gegründet von Pfarrer Waiblinger (als geistliches Oberhaupt im Stadtteil) und Baron Palm (als weltliches Oberhaupt im Stadtteil). Zweck der Vereinsgründung war die Anstellung einer Diakonisse. Durch einen Stellungsvertrag mit dem Schwäbisch Haller Diakoniewerk kam eine Gemeindeschwester in den Stadtteil. Der Verein besorgte ihr eine Wohnung, kam für die Verpflegung auf und spendete ihr auch mal ein Dienstfahrrad. Die Gemeindeschwester genoss bald das uneingeschränkte Vertrauen der Bürger. Sie verkörperte quasi einen niederschwelligen Hilfsdienst, der ins Haus kam, wenn Not in der Familie war.

Im Zuge der Gesundheitsreform und dem Eintritt der Pflegeversicherung schlossen sich sieben der Krankenpflegevereine in Esslingen zur Förderpartnerschaft der gemeinsamen Diakonie- und Sozialstation zusammen. Sie ist inzwischen der größte Pflegedienstanbieter im Stadtgebiet. Die Krankenpflegevereine behielten jedoch ihr stadtteilnahes Profil: Ab 1999 entstanden Besuchsdienste, die – ebenfalls wie damals die Gemeindeschwester – stadtteilnah niederschwellig ansprechbar sind und ohne bürokratische Hürden und ohne Rechnung kranke, ältere, einsame oder von ihren Angehörigen gepflegte Menschen zu Hause besuchen. Alles unter dem Motto, das bis heute für Krankenpflegevereine Gültigkeit hat: »Ich bin krank gewesen und ihr habt mich besucht.« (Matthäus-Evangelium 25,36) Es ging und geht heute noch um dieses gelebte Solidarprinzip. Inzwischen sind allein in diesen Besuchsdiensten insgesamt weit über 100 ehrenamtlich Engagierte im Auftrag der Krankenpflegevereine in Esslingen unterwegs.

Das Gerontopsychiatrische Zentrum Nürtingen und der Sozialpsychiatrische Dienst für alte Menschen (SOFA)

Nun zu dem anderen Kooperationspartner, dem Sozialpsychiatrischen Dienst für alte Menschen (SOFA). Das Gerontopsychiatrische Zentrum Nürtingen besteht aus folgenden Bausteinen:

1. SOFA, der im Oktober 1985 seine Arbeit aufnahm
2. Gerontopsychiatrische Institutsambulanz (PIA), arbeitet seit April 2004, zunächst mit einem Facharzt für Psychiatrie
3. Tagesklinik für ältere Menschen, seit September 2004 in der Versorgung tätig
4. sowie ein spezielles Behandlungsangebot für ältere Menschen in der ansonsten durchmischten und sektorisierten Psychiatrischen Klinik

Zielgruppe von SOFA sind Menschen ab 60 Jahren mit Verdacht auf eine oder mit einer psychiatrische(n) Erkrankung oder die sich in einer psychischen Krise befinden. Eine Zuständigkeit besteht ebenfalls für Menschen unter 60 Jahren, wenn sie eine demenzielle Erkrankung haben.

Weiterhin gehören die Angehörigen der genannten Personengruppen zur Klientel von SOFA.

Eine Zuweisung erfolgt meist telefonisch oder per Fax bzw. E-Mail. Ein Einverständnis für einen SOFA-Kontakt wird grundsätzlich vorausgesetzt, bei außergewöhnlichen Situationen wird ein Kontaktversuch auch ohne vorheriges Einverständnis versucht.

Die Abbildung 1 zeigt den Ablauf einer SOFA-Beratung/Betreuung:

Nach erfolgtem Erstkontakt, in aller Regel in der häuslichen Umgebung der Patienten, wird ggf. ein weiterer Hilfebedarf festgestellt. SOFA übernimmt, sofern kein anderer zentraler Unterstützer zur Verfügung steht, das Hilfe-Management in Bezug auf Versorgungslücken, das soziale Netz, die »technischen« Hilfen und die persönliche Begleitung.

Bei besonders schwierigen oder anspruchsvollen Betreuungen übernimmt SOFA auch die längerfristige, teils mehrjährige Begleitung.

Zu den Aufgaben von SOFA gehören:

1. die Abklärung der Versorgungssituation. SOFA übernimmt die medizinische, pflegerische und soziale Intervention entweder selbst oder vermittelt diese
2. die Beratung der Angehörigen, einzeln oder in Gruppen (die sich monatlich treffen)



Abb. 1: Ablauf einer SOFA-Beratung/Betreuung

3. die Zusammenarbeit mit und die Fort- und Weiterbildung von (professionellen) Helfern
4. die Mitarbeit in Gremien, die sich mit der gerontopsychiatrischen Versorgung befassen
5. die treibende Kraft für die Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung zu sein (Motorfunktion)

Die Klientel von SOFA setzt sich aus ca. 40 % Menschen mit einer Demenzerkrankung und 60 % Menschen mit Depressionen, Psychosen, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und anderen schweren psychischen Erkrankungen im Alter zusammen. Festzustellen ist eine Zunahme alleinlebender, vor allem auch nicht dementer Patienten, hauptsächlich in städtischer Umgebung. Ferner nimmt die Zahl derer zu, die einen besonders hohen bzw. umfangreichen Hilfebedarf haben. Diese werden in der landkreisweiten Terminologie »Hardcore«-Patienten genannt. Hier handelt es sich um Menschen, bei denen in aller Regel keine medizinische und pflegerische Versorgung vorhanden ist, die meist über keine oder sehr eingeschränkte sozialen Kontakte verfügen und zudem noch finanziell schlecht gestellt sind (kleine Renten, keine Grundsicherung beantragt, zusätzlicher Hilfebedarf nach SGB XII) und die in erheblichem Umfang erkrankt sind.

Die Zuordnung von SOFA ist von Anfang an zu den Bereichen Psychiatrie und Altenhilfe erfolgt. Daraus ergeben sich folgende Weiterentwicklungen:
Bereich Psychiatrie:

- Zuständigkeit für die ambulante gerontopsychiatrische Abklärung und Einschätzung (ggf. zusammen mit der Psychiatrischen Institutsambulanz)
- Betreuung der »Hardcore«-Patienten
- Case-Management bei den mittel- und langfristigen Betreuungen der oben genannten Personen
- Angehörigenberatung
- Ausbau von Gruppenangeboten für spezielle Patientengruppen (depressiv erkrankte Frauen, psychisch kranke ältere Männer ...)

Bereich Altenhilfe:

- Unterstützung und fachliche Begleitung örtlicher Angebote, z. B. im Rahmen von lokalen Altenhilfe-Planungen auf gemeindlicher/städtischer Ebene
- Regionenbezogener Aufbau von Besuchsdiensten für Demenzkranke und andere Patientengruppen (siehe FUGE). Hier übernimmt SOFA, wie bei FUGE, die fachliche Begleitung, Fortbildung und Supervision der Helferinnen und Helfer, Schulungsreihen für Angehörige
- Landkreisweite Fortbildungsveranstaltungen für Nachbarschaftshelferinnen und Hauswirtschaftskräfte

SOFA ist schon seit längerer Zeit auf der Suche nach Kooperationspartnern gewesen, die notwendige, weil stabilisierende Weiterbetreuung derjenigen

Patienten übernimmt, die die hohe Professionalität von hauptamtlichen Fachkräften nicht (mehr) brauchen. Gleichzeitig ist es SOFA ein wichtiges Anliegen, die Helferinnen und Helfer adäquat zu begleiten, damit diese nicht in eine Überforderungssituation geraten. Das multiprofessionelle SOFA-Team besteht aus elf Personen, die acht Stellen besetzen:

- Zwei Altenpflegerinnen
- Zwei Altenpfleger
- Eine Krankenschwester
- Drei Sozialarbeiterinnen
- Ein Arzt (Psychiater)
- Ein Pädagoge (Leiter)
- Ein Verwaltungsangestellte als zentrale Anlaufstelle, diese hat die äußerst wichtig Aufgabe, bereits am Telefon einen guten Kontakt zu Patienten, Angehörigen und Kooperationspartnern herzustellen.

Das Kooperationsprojekt FUGE

Wie sind wir gestartet und wie gelang es uns, so schnell Mitarbeiter zu gewinnen? Zur Kooperation zwischen SOFA und der Arbeitsgemeinschaft der Krankenpflegevereine kam es erstaunlich schnell. Die Krankenpflegevereine stellten gemeinsam eine Einsatzleitung in Teilzeit ein. Ihr Part ist das Know-how in der Begleitung Ehrenamtlicher, SOFA bringt die nötige Fachkenntnis zum Umgang mit gerontopsychiatrisch Erkrankten ein. Interessierte gewannen wir durch Fachinformationen in öffentlichen Vorträgen, so z. B. über Validation, Erinnerungspflege oder allgemein über die Demenz-Erkrankung. Mit unseren Plakaten und Faltblättern regten wir Diskussionen an, mit denen wir nicht gerechnet hatten: Es war ein abgeschaffter Besen darauf zu sehen, ein Bild, das in einer schwäbischen Stadt wohl ganz besondere Assoziationen weckt. Wir vermittelten aber auch durch unser Auftreten Mut und Sicherheit, sodass es sich letztendlich doch einige zutrauten, auch zu »schwierigen« Menschen Kontakt aufzunehmen.

Zurück zur Praxis und die Entwicklung in Esslingen mit FUGE.

Fallbeispiel Frau W, Teil II

- Frau W, 83 Jahre, verwitwet, alleinlebend
- Demenzerkrankung, keine Pflegestufe
- Diakoniestation: Medikamentengabe

- SOFA: Beratung der Angehörigen und Begleitung der Betroffenen
- FUGE: Zweimal wöchentlich Besuche: Alltagsstrukturierung, Reintegration in die Hausgemeinschaft

Nachdem Frau W wieder zu Hause war, hat sich ihr Zustand erstaunlich stabilisiert. Doch die Einsamkeit macht Frau W zu schaffen, die Kollegen von SOFA kann sie fast nicht aus der Türe gehen lassen, sie hängt sich ihm an den Hals und weint aus Angst vor dem Alleinsein.

FUGE ist vor allem eine Initiative gegen die Einsamkeit. FUGE möchte aktiv werden, damit Krankheit nicht isoliert und Isolation nicht (noch mehr) krank macht. Die Einsatzleitung hatte das Glück, bald eine junge Frau vermitteln zu können, die sich durchaus zutraute, mit Frau W zurechtzukommen. Und sie kam auf die Idee – wie Engagierte eben so sind, weil sie ganz unbefangen Situationen wahrnehmen und ihrer Intuition folgen können –, aus der Stadt einen großen Teddybären mitzubringen. Den schloss Frau W sofort in die Arme und er sitzt seitdem bei ihr auf dem Sofa, er vermittelt ihr Wärme und Geborgenheit. Es ist daraus ein »Teddybesuchsdienst« entstanden: Die Mitarbeiterin nutzt bei ihren Besuchen einen eigenen Teddy, gemeinsam trinken die zwei oder vier ihren Tee. Frau W geht dann ganz auf in ihrer Rolle als Gastgeberin. Derzeit bereiten sie sich auf den Winter vor und häkeln und stricken dem Teddy die rechte Kleidung für die kalte Jahreszeit. Durch die regelmäßigen Besuche trauen sich übrigens jetzt auch wieder die Nachbarn hervor. Sie hatten eher Kontakt zum Ehemann von Frau W. An unserer Mitarbeiterin können sie nun beobachten und lernen, wie man Frau W begegnen kann, auch wenn sie sich zeitweise sehr anders verhält als früher.

Konzeption FUGE: Zuständigkeiten und Aufgaben

I. Zeitaufwand

- Besuchsdiensteinsatz: 2–4 x im Monat, individuelle Vereinbarungen
- FUGE-Treffen: 1 x im Monat
- Ziel: Austausch, Einzelfallbesprechungen, Fachinformationen
- Seminartag: 2 x im Jahr

Das Geheimnis für das Gelingen unseres Projektes scheint darin zu liegen, dass wir von Anfang an klar die Zuständigkeiten, Aufgaben und auch Grenzen benannt haben. Das genaue Beachten der Chancen und Grenzen im Ehren-

amt dient dabei der Qualitätssicherung und der Nachhaltigkeit. Besonders der Faktor Zeit ist den Engagierten in Esslingen wichtig. In Esslingen sind übrigens unterschiedliche Begriffe in Gebrauch: Im Landkreis wird von Volunteers gesprochen, von bürgerschaftlich Engagierten und von Freiwilligen. Wir in Diakonie und Kirche reden schlicht von ehrenamtlich Tätigen.

Die Engagierten von heute wollen – anders als früher – genau wissen, was an zeitlichem Umfang auf sie zukommt. Die Mitarbeit bringt einen Zeitaufwand von durchschnittlich drei Stunden pro Woche mit sich.

Das A und O für die Zusammenarbeit ist die gegenseitige Wertschätzung. Die gilt im Besuchsdiensteinsatz selbst und dies gilt für die Zusammenarbeit zwischen ehrenamtlich und hauptamtlich Engagierten. Jede und jeder bringt sich ein mit den ihr oder ihm eigenen Fähigkeiten. Das ergibt zusammen ein sehr bunt gemischtes Team mit Menschen in unterschiedlichen Lebenssituationen mit unterschiedlichem beruflichem Hintergrund. Das ist gut so, denn die Menschen, die wir besuchen, sind ebenfalls sehr bunt gemischt und unterschiedlich.

II. Zuständigkeiten der Hauptamtlichen

Einsatzleitung in Esslingen: Barbara Schmid

- Zuständigkeit: Vorabklärung Handlungsbedarf und/oder gesundheitliche Situation der besuchten Person

Fachliche Begleitung durch SOFA: Margit Fischer, Hansjörg Schaude

- Begleitung der monatlichen Treffen und Seminartage

Es sind also drei hauptamtlich Engagierte im Einsatz, um elf ehrenamtlich Engagierte zu begleiten. Wir möchten die Gelegenheit nutzen, um Sie zu warnen: Sie können mit solch einem Ehrenamtlichenprojekt keine Stellen sparen. Sie sparen auch keine Zeit. Aber Sie können nachhaltig den Wirkungskreis ihrer Institution vergrößern oder besser: bereichern.

III. Aufgaben der Ehrenamtlichen

Hausbesuche:

- in Kontakt sein
- den Alltag gemeinsam gestalten, z. B. spazieren gehen, Fotoalbum anlegen, Kuchen backen, ins Eiscafé gehen, Erinnerungskiste anlegen ...

- keine hauswirtschaftliche Tätigkeit (Begründung: keine Versorgung > bezahlte Dienstleistung)

Auch die Aufgaben der ehrenamtlich Engagierten sind klar benannt. Qualitätssicherung im Ehrenamt bedeutet zuerst, darauf zu achten, dass die Motivation erhalten bleibt. Das Engagement auszunutzen (etwa nach dem Motto »kleiner Finger – ganze Hand«), würde die Grundlage der Freiwilligkeit aufheben und der Motivation schnell ein Ende setzen.

Regelmäßige hauswirtschaftliche Tätigkeiten werden im Besuchsdienst-einsatz nicht erwartet, zum einen soll nicht das Gefälle einer Versorgungssituation entstehen, zum anderen greifen hier bezahlte Dienstleistungsangebote. So kocht unsere Mitarbeiterin auch nicht den Tee für Frau W, sondern diese macht ihn selbst. Es macht sie stolz, als Gastgeberin Tee anzubieten, und gleichzeitig werden dadurch Alltagskompetenzen trainiert, damit diese möglichst lange erhalten bleiben.

IV. Rechtliche Regelungen

- Schweigepflicht
- Haftpflicht- und Unfallversicherung
- Auslagenersatz, keine Aufwandsentschädigung

Nicht übernommen werden dürfen:
- Eingriffe ins Wohnumfeld
- größere finanzielle Angelegenheiten
- Versorgung im Sinne von Dienstleistung
- Gesundheitsfürsorge, Medikamente

Zum Erhalt der Motivation gehört auch das Gefühl, sich im Einsatz selbst sicher bewegen zu können. Wir bitten daher um offene Rückmeldungen, sollte beim Einsatz das Gefühl von Unsicherheit entstehen.

Für verlässliche Rahmenbedingungen sorgen Absprachen und rechtliche Regelungen. Versicherungsschutz und Auslagenersatz gehören bei den Krankenpflegevereinen zum Standard, die Schweigepflicht spielt in der Begleitung gerontopsychiatrisch Erkrankter eine besondere Rolle. Eine besondere Rolle spielt auch die Beachtung der Grenze zur rechtlichen Betreuung. Besuchsdienste können von Außenstehenden schnell in diese Rolle gedrängt werden (da sie ansprechbar sind, regelmäßig vorbeischauen, die besuchte Person gut

kennen, Veränderungen der gesundheitlichen Situation eher wahrnehmen und mit der familiären und auch wirtschaftlichen Situation vertraut sind), sie sind aber keine Betreuer im rechtlichen Sinne. Sollte Handlungsbedarf bestehen, wäre die Anregung einer gesetzlichen Betreuung angebracht.

Zu unseren Vereinbarungen gehören übrigens auch ganz praktische Hinweise: Im Besuchsdiensteinsatz wird kein Alkohol getrunken und vom Annehmen von Geldgeschenken wird abgeraten. Gerade bei der Demenzerkrankung kann die eigene Verunsicherung in Misstrauen gegen andere umschlagen und dann wird dem »fremden« Besucher vorgeworfen, die unauffindbare Geldsumme gestohlen zu haben.

Die Offenheit zwischen ehrenamtlich und hauptamtlich Engagierten ist eine wichtige Basis für eine gute Zusammenarbeit.

Fallbeispiel Frau W, Teil III

- Frau W, 83 Jahre, verwitwet, alleinlebend
- Demenzerkrankung, keine Pflegestufe
- Diakoniestation: Medikamentengabe
- SOFA: Beratung der Angehörigen und Begleitung der Betroffenen
- FUGE: 2 x wöchentlich Besuche: Alltagsstrukturierung, Reintegration in die Hausgemeinschaft
- Beständigkeit der Kontakte auch bei Verhaltensauffälligkeiten (Affektinkontinenz)

Zurück zu Frau W, um deutlich zu machen, welche Bedeutung die Offenheit untereinander für die Qualität des Einsatzes von FUGE hat.

Neulich hatte unsere Mitarbeiterin Lebensmittelmotten im Tee von Frau W festgestellt, sie warf den Tee in den Mülleimer. Das empörte Frau W, sie fischte den Tee wieder aus dem Müll, kochte Wasser, brühte den Tee auf und bot das Ganze unserer Mitarbeiterin an. Die jedoch weigerte sich, diesen Tee zu trinken. Daraufhin warf Frau W sie wutentbrannt aus der Wohnung.

Zum Glück ging unsere Mitarbeiterin und versuchte nicht länger, sich zu verteidigen und es wieder gutzumachen. Von zu Hause aus rief sie uns an, sehr erschüttert und verunsichert. Sie gab sich die Schuld für die Eskalation und war ratlos, wie sie sich hätte anders verhalten sollen. Wir versuchten, ihr Mut zu machen und sie zu bestärken, aber auch SOFA war gefragt: Hansjörg Schaude rief sie zurück und erklärte ihr die Persönlichkeitsveränderungen

bei Frau W, die zu solch heftigen Wutausbrüchen führt. Das machte ihr Mut, die Besuche doch wieder aufzunehmen. Und tatsächlich, nachdem das Wochenende verstrichen war und unsere Mitarbeiterin am Montag wieder vor der Haustüre von Frau W stand, hatte diese den ganzen Zwischenfall vergessen, freute sich riesig über den Besuch und schloss die Besucherin sofort in die Arme.

Noch ein weiteres Beispiel für die Arbeit von FUGE aus dem Bereich der Demenzerkrankung, da es zu dem Themenschwerpunkt der Tagung passt, besucht werden aber auch Menschen mit anderen Erkrankungen.

Fallbeispiel Frau U

- Frau U, 78 Jahre, lebt zurückgezogen am Stadtrand mit Hund und Papagei
- Nachbarn haben den Eindruck, dass Frau U in ihrem Dreck verkommt und rufen das Ordnungsamt an
- Angehörige befürchten, dass die Tante in der Folge ins Heim muss und wenden sich an SOFA

Frau U ist eine sehr eigenwillige Frau, die es sich auf ihre Weise zu Hause gemütlich gemacht hat. Sie teilt ihre Wohnung mit einem verspielten Riesenschnauzer und einem Gelbhaubenkakadu. Zwei prachtvolle Tiere. Es ist ein recht origineller Haushalt. Allerdings vergisst Frau U immer häufiger, mit dem Hund rauszugehen. An den Hundehaufen im Haus und rund um das Haus nahmen die Nachbarn Anstoß. Auch der Kakadu sorgt für seinen Teil, um seinen meist offen stehenden Käfig liegt alles verstreut, was so verstreut werden kann, die Möbel zeigen Spuren der Bearbeitung und die Kante des Sofas ist komplett abgeknabbert. Doch den Angehörigen ist klar: Würde die Tante in ein Pflegeheim ziehen, müsste sie die Tiere abgeben und das würde ihr das Herz brechen. Zum Glück wenden sie sich an SOFA. Dort wird der Arbeiter-Samariter-Bund empfohlen, der in Esslingen die Reinigung verwahrloster Wohnungen übernimmt. Es wird mit Frau U genau abgesprochen, was wann gereinigt oder weggeworfen werden darf. FUGE wird hinzugezogen, weil ein besonderer Hundeausführdienst zu organisieren ist. Und weil Frau U eine ganz individuelle Begleitung braucht, wenn sie einmal wöchentlich zum Betreuungsnachmittag für Demenzerkrankte geht.

So sind nun insgesamt rund um Frau U neben allen Hauptamtlichen fünf ehrenamtlich Engagierte im Einsatz. Abwechselnd wird der Hund ausgeführt, auch wenn Frau U täglich und wirklich überzeugend versichert, selbst schon dreimal mit dem Hund draußen gewesen zu sein. Und sie wird ganz sorgsam an den »Kaffeenachmittag« in der Stadt erinnert, gemeinsam wird die zu den Außentemperaturen passende Kleidung ausgesucht und das Taxi bestellt.

Sie sehen: Mit FUGE erreichen wir Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung in soziale Isolation geraten sind, aber mehr Kontakt brauchen. Mit FUGE haben wir für so liebenswerte Menschen wie Frau W und Frau U mehr Lebensqualität geschaffen, damit sie zu Hause in der vertrauten Umgebung alt werden können.

Zur Bedeutung interdisziplinäre Kooperation im Entwicklungsprozess des HILDE-Instruments

Stefanie Becker, Andreas Kruse

Im vorliegenden Beitrag sollen die folgenden Aspekte des Projekts »HILDE« dargestellt werden:

1) Das Projekt HILDE und Projektziele
2) Zum Verständnis von Lebensqualität im HILDE-Projekt
3) Mehrdimensionalität des HILDE-Instruments
4) Der Bewohner im Mittelpunkt: emotionales Erleben
5) Handhabbarkeit und Praxisrelevanz von HILDE
6) Ausblick auf die aktuelle Förderphase

1 Das Projekt HILDE und Projektziele

Ziele des Projekts

Das Projekt »*Identifizierung bzw. Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung von Lebensqualität gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe*« (kurz HILDE) wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) für den Zeitraum Juni 2003 bis Mai 2006 in einer ersten Phase gefördert. Aktuell befindet sich das Projekt in seiner zweiten Förderphase von Juni 2006 bis Februar 2009. Die Durchführung der aktuellen Projektphase liegt in der Verantwortung des Instituts für Gerontologie.

Im vereinbarten Zeitraum soll ein Instrumentarium entwickelt werden, das die Erfassung der Lebensqualität psychisch veränderter Heimbewohner, speziell Demenzkranker, ermöglicht. Dieses Instrumentarium soll sowohl wissenschaftlich fundiert sein als auch größtmögliche Akzeptanz in der Praxis der Pflege und Betreuung demenzkranker Heimbewohner in den Einrichtungen vor Ort finden. Dies kann jedoch nur dadurch geschehen, dass die Endanwender des Instruments, nämlich die Pflegenden, bereits in den Entwicklungsprozess einbezogen werden, damit das Endinstrument sowohl in seiner Form als auch in seinen Inhalten nicht an den eigentlichen Bedarfen der in der Praxis Tätigen vorbeigeht.

Projektteam und Kontakt

Zum dreiköpfigen Projektteam gehören Frau Dr. Stefanie Becker (Dipl.-Psychologin, Dipl.-Gerontologin), Herr Roman Kaspar (Dipl.-Psychologe) und Frau Sophie Völker.

Das Projekt kann unter der folgenden E-Mail-Adresse kontaktiert werden: hilde-kontakt@gero.uni-heidelberg.de.

Projektbeirat

Für HILDE wurde ein Projektbeirat gebildet, der während der Gesamtlaufzeit der ersten Projektphase insgesamt drei Mal tagte. Aufgabe des Projektbeirats ist es, das Projekt beratend zu begleiten und durch regelmäßige Zusammenkünfte die Projektarbeit zu unterstützen. Um die Beratung aus möglichst vielfältiger Perspektive zu gewährleisten, wurde der bisherige Projektbeirat aus Vertretern von Wissenschaft, Praxis sowie Verbänden gebildet.

Für die zweite Förderphase wird ein neuer Projektbeirat einberufen, um die Projektarbeit auch weiterhin konstruktiv zu begleiten. Anfragen an verschiedene Vertreter aus Wissenschaft, der Praxis sowie den Verbänden werden zurzeit gestellt. Ein erstes Treffen dieses Beirats ist im Frühjahr 2007 geplant.

Kooperation mit Einrichtungen der stationären Altenhilfe

Die bisherigen Datenerhebungen des Projekts wurden in enger Kooperation mit insgesamt 21 Einrichtungen der stationären Altenhilfe durchgeführt. Im Kontext von Pilotstudien waren im Vorfeld sieben weitere Einrichtungen beteiligt. In die aktuelle Piloterhebung der zweiten Förderphase sind zwei Einrichtungen sowie ein kooperierendes Forschungsprojekt der Fachhochschule Frankfurt eingebunden.

Für die erste Phase fanden in den Häusern Informationsveranstaltungen, Datenerhebungen und Schulungen zu verschiedenen Themen im Kontext der Demenzerkrankung sowie für die Anwendung des Instruments statt. Die Datenerhebungen gestalteten sich in den verschiedenen Phasen der Projektarbeit unterschiedlich aufwendig: Sie umfassten aufgrund umfangreicher Interviews mit Pflegenden, Leitungspersonen und Bewohnern sowie Beobachtungen und medizinischer bzw. diagnostischer Untersuchungen zu Beginn des Projekts etwa zwei Tage je Bewohner, gegen Ende der Lauf-

zeit aufgrund der Weiterentwicklung des Instrumentariums als Fragebogen durchschnittlich zwei Stunden je Bewohner. Für jede der im Rahmen des Entwicklungsprozesses angewendeten Methoden war es besonders wichtig, die Pflegenden, die Angehörigen und auch die Hausärzte mit in die Erhebungen einzubeziehen. Leider ist jedoch die Kooperation nicht mit allen Zielgruppen in gewünschter Weise verlaufen. Insbesondere die mit den Hausärzten angestrebten Gespräche gestalteten sich sehr kompliziert, sodass von 60 angefragten Hausärzten lediglich 17 in der Lage waren, Informationen zur Verfügung zu stellen. Davon wiederum war weniger als die Hälfte bezogen auf die aktuelle Lebenssituation der Bewohnerinnen und Bewohner. Im Gegensatz hierzu muss die Kooperation mit den Pflegenden und in der ersten Phase auch mit den einbezogenen Angehörigen als äußerst konstruktiv bezeichnet werden. Neben den bewohnerbezogenen Interviews wurden vor allem auch in der zweiten Projektphase ausführliche Rückmeldungen aus den Einrichtungen eingeholt, sodass die letztendlich vorliegende Form und der Inhalt von HILDE sehr stark durch die Meinung und Bewertung aus der Praxis mitgestaltet wurde.

Projektverlauf

Die Abbildung 1 gibt den Projektverlauf der bisherigen Entwicklungsschritte sowie die aktuellen Arbeiten und die weiteren Planungen der zweiten Förderphase wieder.

2 Zum Verständnis von Lebensqualität im HILDE-Projekt

Die Alzheimer Erkrankung bzw. Demenz ganz allgemein gilt heute als eine der meistgefürchteten Erkrankungen im Alter. Daher ist es nicht weiter erstaunlich, dass auf die Frage nach der Lebensqualität demenzkranker Menschen häufig die Gegenfrage »wie passt das denn zusammen?« gestellt wird. Insbesondere wenn man ausschließlich die mit Fortschreiten der Erkrankung wachsenden Kompetenzeinbußen im Blick hat, ist die Wahrscheinlichkeit zur Unterschätzung vorhandener Kompetenzen und Ressourcen der Betroffenen sehr groß. Verbunden mit einer solchen defizitorientierten Sichtweise werden Chancen und Möglichkeiten zur Erhaltung und Förderung von Lebensqualität nicht wahrgenommen und bleiben zum Nachteil der Betroffenen ungenutzt. Lebensqualität stellt dabei gerade in der Betreuung und Pflege demenzkranker Menschen eine zentrale ethische Kategorie dar,

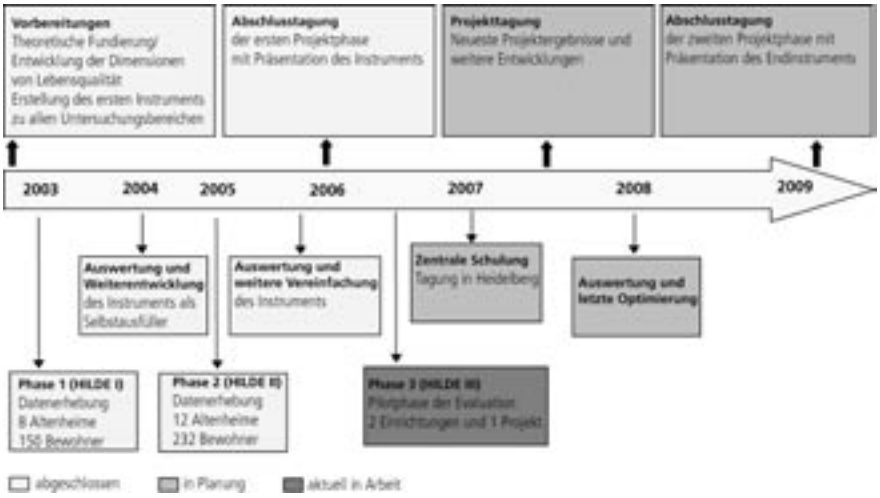


Abb. 1: Projektverlauf und -phasen des HILDE-Projekts

die mit Fortschreiten der Erkrankung zunehmend an Bedeutung gewinnt, da die Betroffenen immer weniger in der Lage sind, ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse auszudrücken und zu befriedigen. Eine hohe Pflegequalität, die auch auf Dauer gesichert werden kann, kann nur dann entstehen, wenn ein geeignetes Konzept von Lebensqualität zur Grundlage der Pflege und ihrer Leitbilder gemacht wird. Entsprechend wurde es bei der Entwicklung des HILDE-Instruments als essenziell angesehen, ein stark kompetenz- und ressourcenorientiertes sowie theoretisch fundiertes Konzept von Lebensqualität zur Basis der Forschungsarbeiten zu machen.

Hierbei war die Definition von Zapf für HILDE richtungsweisend:

»*Unter Lebensqualität verstehen wir gute Lebensbedingungen, die mit einem positiven subjektiven Wohlbefinden zusammengehen. Lebensqualität ist folglich bestimmt durch die Konstellation einzelner Lebensbedingungen und den Komponenten des subjektiven Wohlbefindens.*« (Zapf 1994)

Als wesentliche Komponenten von Lebensqualität werden hier zwei Aspekte besonders betont: einmal ist es das positive subjektive Wohlbefinden eines Menschen und zum anderen die objektiv gegebenen Lebensbedingungen, die beide zusammengenommen die Lebenswelt eines Menschen beschreiben.

Ausgehend von einem ganzheitlichen Verständnis von Lebensqualität wurde für die spezifische Fragestellung des Projekts

1) ein *mehrdimensionales Konzept der Lebensqualität* entwickelt, das
2) den *Bewohner selbst in den Mittelpunkt* stellt. Es umfasst sowohl *Verhaltenskompetenzen* der Person, wie z. B. der Demenzgrad, die Fähigkeiten in den Aktivitäten des täglichen Lebens der Bewohner als auch *objektive und subjektive Umweltmerkmale*. Diese Modellentwicklung fand unter intensiver Theorie-/Praxisrückkopplung mit den in der Anfangsphase des Projekts beteiligten Einrichtungen statt, da
3) die *Handhabbarkeit des Instruments* als ein wesentliches Entwicklungsziel der Projektarbeit gilt.

Interdisziplinäre Kooperation hat somit bereits in den Grundlagen der Projektarbeit eine zentrale und die Form und Inhalte bildende Rolle in der Entwicklung von HILDE gespielt. Nur durch den Einbezug der Pflegenden in den Einrichtungen vor Ort konnte gewährleistet werden, dass die Forschungsarbeit am HILDE-Instrument nicht milieufremd verlief und an den Bedarfen und Bedürfnissen der Einrichtungen und ihrer Bewohnerinnen und Bewohner vorbeiging.

Interdisziplinäre Kooperation bedeutete aber für HILDE auch, dass die höhere Administration als ständiger Berater und Gesprächspartner zur Verfügung stand, sodass wesentliche Fragen auch hier auf kurzen Wegen geklärt und Abläufe optimiert werden konnten. Mit dieser direkten Art der Kommunikation und Kooperation war es möglich, auch kurzfristige Trends in der politischen Entwicklung zu erkennen und andererseits klare Bedarfe aus der Praxis rückzumelden. Wir halten gerade auch diese kurzen Wege zwischen Wissenschaft und Administration für das Gelingen anwendungsorientierter und praxisnaher Forschungsarbeiten für ganz entscheidend.

3 Mehrdimensionalität des HILDE-Instruments

Der ganzheitliche Ansatz der Forschungsarbeiten in HILDE wurde durch die Berücksichtigung sehr unterschiedlicher Perspektiven auf die Lebenssituation demenzkranker Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen operationalisiert. So wurden neben infrastrukturellen Merkmalen auch Merkmale der sozialen und räumlichen Umwelt, der Verhaltenskompetenzen der Bewohner, ihrer emotionalen Befindlichkeit und maßgeblich auch ihrer psychischen und physischen Verfassung aus Sicht der Gerontopsychiatrie erfasst. Im Folgen-

den soll beispielhaft die Entwicklung der gerontopsychiatrischen Untersuchungen, die durch die medizinischen Projektpartner durchgeführt wurde, dargestellt werden. Diese spiegeln zum einen einen wesentlichen Aspekt der interdisziplinären Kooperation im Projekt wider und zum anderen haben sie zur Erarbeitung eines für die Endversion des Instruments wesentlichen Charakteristikums von HILDE geführt.

Das psychiatrische und medizinische Assessment umfasste:

- Demenzdiagnostik
- Erfassung der nicht-kognitiven Symptome (wie Depression, Unruhe, Aggression etc.)
- ein allgemein-medizinisches Screening
- Sammlung weiterer Informationen über den Gesundheitszustand und bisherige Erkrankungen in Zusammenarbeit mit den jeweils zuständigen Hausärzten.

In der *ersten Erhebungsphase* des HILDE-Projekts konnten Daten von 150 Bewohnerinnen und Bewohner gesammelt werden. Hier wurde eine ausführliche psychiatrische Diagnostik zu kongitiven und nicht-kognitiven Symptomen durchgeführt, die neben dem Mini-Mental-State-Test (kurz MMST von Folstein et al. 1990) auch das Neuropsychiatrische Inventar (Cummings et al. 1994) umfasste. Hierzu wurden Gespräche sowohl mit den Bewohnern, aber auch mit den Pflegenden in den Einrichtungen geführt, die sich sehr engagiert einbrachten.

Zusätzlich sollten Interviews mit den Hausärzten geführt werden, um noch weitere, für die Bestimmung der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner wesentliche Informationen über deren Gesundheitszustand zusammenzutragen. Dieses Vorhaben erwies sich jedoch leider als sehr undankbar, denn von den 60 angeschriebenen bzw. per Telefon angesprochenen Hausärzten waren nur 17 überhaupt bereit oder in der Lage, entsprechende Informationen zu liefern. Von diesen 17 wiederum war das vorliegende Material sehr heterogen, zum Teil über fünf Jahre alt oder so umfangreich, dass es kaum sinnvoll auszuwerten war. Aus diesen Erfahrungen heraus ergab sich für das HILDE-Instrument die Dringlichkeit, sowohl einen aktuellen hausärztlichen als auch einen fachärztlichen Befund eines Neurologen, Psychiaters oder zumindest gerontopsychiatrisch weitergebildeten Mediziners einzufordern, um so die bestmögliche medizinische Versorgung der Betroffenen gewährleisten zu können. Gleichzeitig ist an der aktuellen Forschungsphase eine Allgemeinmedizinerin beteiligt, die sich ganz gezielt

mit der Frage der Verbesserung der Schnittstelle zwischen Hausärzten und Einrichtungen befasst.

Die Datenanalyse erbrachte eine Komprimierung und Fokussierung des medizinischen Assessments, mit dem in der *zweiten Erhebungsphase* erneut Daten von 232 Bewohnerinnen und Bewohnern zusammengetragen wurden. Ein wesentliches inhaltliches Merkmal von HILDE wurde auf dieser Basis entwickelt: die Bestimmung der Zugehörigkeit zu einer Kompetenzgruppe des jeweiligen Bewohners.

Kompetenzgruppenbestimmung

Häufig werden demenzkranke Menschen im Hinblick auf ihre Kompetenzen ausschließlich durch ihren Demenzgrad beurteilt. Dieser wird meist mit dem Mini-Mental-State-Test erfasst. Aber gerade im Pflegealltag fällt auf, dass sich zwei Bewohner mit dem gleichen Messergebnis im MMST in ihren Verhaltensweisen oder auch ihrem Gesamteindruck, den selbst ein außenstehender Beobachter von ihnen gewinnen könnte, sehr wenig ähnlich sein können. Für eine adäquate Beurteilung der Lebenssituation und des Erscheinungsbilds demenzkranker Menschen reicht demnach eine alleinige Beurteilung nach ihrem Demenzgrad nicht aus. In HILDE wurde daher versucht, neben dem durchaus bedeutsamen Grad kognitiver Beeinträchtigung weitere verhaltensrelevante Merkmale in der Beschreibung der Bewohnerinnen und Bewohner zu berücksichtigen. Als Merkmale, die den Gesamteindruck demenzkranker Menschen stark prägen können, werden danach berücksichtigt:

- *Gedächtnis und Denken* (kognitive Fähigkeiten, d. h. Demenzgrad)
- *Körperlichen Fähigkeiten* und Selbstständigkeit in Alltagsaktivitäten (alltagspraktische, funktionale Kompetenzen, wie z. B. essen, waschen, gehen)
- Belastetheit durch *spezifische Verhaltensauffälligkeiten* (Psychopathologische Symptome, nicht-kognitive Auffälligkeiten wie z. B. Depression, Unruhe)

Entsprechend wurde auf der Basis der Daten von 362 Bewohnerinnen und Bewohnern in unserer Gesamtstichprobe versucht, verschiedene Bewohnergruppen zu identifizieren, die ein jeweils spezifisches Muster dieser drei Merkmale aufweisen. Mithilfe verschiedener statistischer Auswertungsverfahren (Clusteranalyse mit Doppelkreuzvalidierung) konnten auf diese Weise

vier verschiedene Bewohnergruppen identifiziert und bestätigt werden, die sich *innerhalb* der Gruppe jeweils in den drei beschriebenen Merkmalen sehr ähnlich sind, jedoch *zwischen* den Gruppen in der Gesamtheit der Merkmale deutliche Unterschiede aufweisen.

Diese vier Gruppen werden in HILDE als *Kompetenzgruppen* beschrieben, da sie die Fähigkeiten der Bewohner in den einzelnen Merkmalsbereichen wiedergeben. Hintergrund dieses Vorgehens ist es, nicht alle demenzkranken Menschen bzw. ihre Kompetenzen lediglich nach ihrem Demenzgrad zu beurteilen, sondern für jeden einzelnen Bewohner und jede Bewohnerin eine seinem bzw. ihrem individuellen Kompetenzprofil angemessene Beurteilungsgrundlage zu schaffen. Für einen Bewohner mit einer beginnenden Demenz und nur wenigen Verhaltensauffälligkeiten sind gänzlich andere Pflegeplanungs- und Interventionsmaßnahmen möglich, als für Bewohner mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten. Verschiedene Kompetenzgruppen auf der Basis dieser wesentlichen Kompetenzmerkmale ermöglichen somit Vergleiche mit angemessenen Referenzen und tragen so ganz entscheidend zu einer realistischen und vor allem auch effektiven Planung von Pflege bei. Auch die Erwartungshorizonte für mögliche Interventionen bleiben dadurch eher in einem an den tatsächlichen Möglichkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner orientierten Rahmen, wodurch Pflege- und Interventionserfolge überhaupt erst möglich werden.

Der Sinn der Kompetenzgruppenbestimmung für jeden mit HILDE beurteilten Bewohner liegt daher explizit *nicht* darin, eine Art neuen Schubladendenkens zu fördern. Es ist vielmehr das Anliegen einer solchen Zuordnung, den Fähigkeiten jedes Einzelnen und damit auch den Möglichkeiten zur Förderung von Lebensqualität auf realistische Weise gerecht zu werden.

Die Entwicklung hin zu einer »Diagnostik«, die nun in der aktuell vorliegenden Version von HILDE *selbstständig von den Pflegenden* durchgeführt werden kann, war nur aufgrund der engen Kooperation mit den ärztlichen Projektmitgliedern sowie dem Pflegepersonal der Einrichtungen möglich. Gleichzeitig ist es mit der Entwicklung der Kompetenzgruppen gelungen, einen ersten Teil des Ziels der Handhabbarkeit – hier verstanden im Sinne der Unabhängigkeit von externen Experten – zu realisieren.

4 Der Bewohner im Mittelpunkt: emotionales Erleben

Besonderes Anliegen des HILDE-Projekts war es, die Bedürfnisse der demenzkranken Menschen ernst zu nehmen und ihnen die Möglichkeit zu eigenen Äußerungen im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu geben. Da die sprachliche Kompetenz der Betroffenen mit Fortschreiten der Erkrankung immer mehr eingeschränkt wird (siehe Beispiel in Abbildung 2), kann als wichtigster Zugangsweg zu Personen mit einer Demenzerkrankung deren Emotionalität bzw. emotionales Erleben gelten.

Gespräch zwischen einem Arzt (A) und einem demenzkranken Patienten (P). Deutlich werden die Wortfindungsstörungen und die Schwierigkeiten im Sprachverständnis:
A: Seit wann sind Sie denn schon bei uns hier?
P: ... wa ... pa
A: Sind Sie heute erst gekommen?
P: ... Ja ... ja ... ja
A: Haben Sie eine Familie?
P: Familie ... ja
A: Wie viele Kinder haben Sie?
P: zwei ... zwei ... zw
A: Und wie alt sind Ihre Kinder?
P: zwei Mädchen und ein ... ein Männchen.

Abb. 2: Beispiel für nachlassende Sprachkompetenz bei Demenz

Der zentrale und auch umfänglichste Inhaltsbereich in HILDE stellt daher die Erfassung der Emotionalität dar, da diese als einer der direktesten Marker für die erlebte Lebensqualität der Bewohner verstanden werden kann.

Dabei war die folgende Definition von »Emotion« für die weiteren Entwicklungsschritte in HILDE entscheidend:

»*Emotion ist ein qualitativ näher beschreibbarer Zustand, der mit Veränderungen auf einer oder mehreren der folgenden Ebenen einhergeht: Gefühl, körperlicher Zustand und Ausdruck*«. (Schmidt-Azert 1996)

Für demenzkranke Menschen kann die zuletzt genannte Ebene des Ausdrucks besonders gut zur Analyse des subjektiven Erlebens genutzt werden, weswegen vor allem in der ersten HILDE-Entwicklungsphase die Analyse des mimischen Ausdrucksverhaltens im Mittelpunkt der Projektarbeit stand.

Hierzu wurden in der ersten Erhebungsphase mit den Bewohnern videogestützte Interviews geführt, die durch Experten für Ausdrucksanalyse der Universität Saarbrücken hinsichtlich ihres emotionalen Gehalts ausgewertet wurden. Sowohl die Expertise der Arbeitsgruppe als auch die durch diese

Kooperation gewährleistete Objektivität der Datenauswertung hat wesentlich zum Gelingen dieses Entwicklungsschritts beigetragen.

Da das Verfahren der Videoanalyse einen wichtigen wissenschaftlichen Arbeitsschritt darstellte, aber natürlich für den Pflegealltag inadäquat bezogen auf den Aufwand und die hierfür notwendige Expertise ist, wurde gleichzeitig mit diesen Erhebungen eine einfachere Beobachtungsskala eingesetzt, mit der die Ergebnisse der Videoanalyse verglichen wurden. Aufgrund der hohen Übereinstimmung beider Verfahren konnte für die zweite Erhebungsphase die einfachere und in Teilen noch modifizierte Beobachtungsskala übernommen werden. Aufgrund dieser Optimierung und Vereinfachung der Erhebung konnte dieser wichtige Teil der HILDE-Erhebungen ebenfalls durch die Pflegenden durchgeführt werden. An diesem Punkt der Entwicklung des HILDE-Instruments war die enge Zusammenarbeit mit den Pflegenden besonders bedeutsam, da neben den Erhebungen mit der Beobachtungsskala auch Angaben zum Gesamteindruck des subjektiven Befindens der Bewohner erfragt wurden. Die Bildung eines Gesamteindrucks von der Stimmungslage eines Menschen kann als die im Pflegealltag »genuine« Art und Weise der Beurteilung der Befindlichkeit der Bewohner verstanden werden. Dennoch ist häufig zu erfahren, dass Pflegende hinsichtlich ihres Eindrucks große Unsicherheit empfinden, die in der Folge auch den Umgang mit dem Bewohner beeinträchtigen kann.

Das parallele Erhebungsverfahren der zweiten Forschungsphase mit der vereinfachten Beobachtungsskala und der Erfassung des Gesamteindrucks ermöglichte wiederum einen Vergleich beider Strategien. Auch hier konnte gezeigt werden, dass der Gesamteindruck, den sich die Pflegenden in verschiedenen relevanten Alltagssituationen von der emotionalen Befindlichkeit der Bewohner gemacht hatten, zu 84 % (positive Emotionen) bzw. (71 % Emotion »Ärger«) mit den Ergebnissen der Beobachtungsskala übereinstimmte. Somit war der wissenschaftlich fundierte Nachweis für die hohe Zuverlässigkeit des »Alltagswissen« der Pflegenden erbracht. Mit diesem Ergebnis ist die positive Botschaft an die Pflegenden verbunden, dass sie durchaus in ihr erfahrenes Urteil bezogen auf die emotionale Befindlichkeit der von ihnen betreuten Bewohnerinnen und Bewohner vertrauen können und sollen. Sicherheit im Umgang mit schwer demenzkranken Menschen sowie Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten der Erkennung und individuellen Interpretation emotionalen Ausdrucksverhalten stellt eine wesentliche Voraussetzung für erfolgreiche und als befriedigend empfundene Pflege und Betreuung dar.

5 Handhabbarkeit und Praxisrelevanz von HILDE

Der Prozess der Instrumentenentwicklung allgemein im HILDE-Projekt kann in zwei wesentliche Phasen eingeteilt werden, die sich durch zunehmende Fokussierung auf besonders relevante Aspekte der Lebensqualität demenzkranker Menschen und die Vereinfachung der Erhebungsform auszeichnen. Entwicklungsleitend waren dabei, sowohl der Anspruch theoretisch abgeleiteter wie auch empirisch gefundener Aspekte der Lebensqualität demenzkranker Heimbewohner mit besonderer Relevanz herauszuarbeiten. Im Mittelpunkt stand dabei der Blick auf die Praktikabilität und die Berücksichtigung arbeitsorganisatorischer Rahmenbedingungen, um somit die Handhabbarkeit des Instruments in den Einrichtungen vor Ort durch die Pflegenden optimal zu gestalten. Um diese Ziele zu erreichen, kam denjenigen Personen, welche unmittelbar und am engsten sowie häufigsten mit den demenzkranken Bewohnern in Kontakt stehen, nämlich den Pflegenden, eine zentrale Rolle zu.

Als kennzeichnende Merkmale der Instrumentenentwicklung von Phase I zu Phase II sollen zum Aspekt der Handhabbarkeit und Praxisrelevanz von HILDE im Folgenden wesentliche methodische Aspekte herausgestellt werden.

Erhebungsform und Antwortformat

Die Datenerfassung des Gesamtinstruments der ersten Phase beruhte maßgeblich auf dem Dialog mit den Pflegenden und den Angehörigen sowie deren Beobachtung in der Interaktion mit den teilnehmenden Bewohnern. Die Fragen zu den einzelnen Dimensionen wurden durch die Projektmitarbeiter in Interviewform an die Pflegenden gestellt. Hierzu wurden, sofern möglich, mehrere Pflegende gleichzeitig befragt, um so eine möglichst objektive Antwort zu erhalten. Die einzelnen Fragen wurden in offenem Antwortformat gestellt, sodass die jeweiligen Antworten der Pflegenden und Angehörigen durch die Projektmitarbeiter wörtlich notiert wurden. Diese offenen Antworten der Pflegenden dienten dann als wesentliche Grundlage zur Weiterentwicklung des Instrumentenformats. Sie wurden inhaltsanalytisch bezogen auf jede einzelne Frage analysiert und zu Kategorien zusammengefasst, die dann als Antwortkategorien zum Ankreuzen in der weiterentwickelten Fassung des Instruments vorgegeben wurden. Somit konnte eine wesentliche Vereinfachung erreicht werden, die die Handhabung des Instruments im Pflegealltag

deutlich praktikabler macht. Dies zeigte sich auch in der durchschnittlich deutlich geringeren Bearbeitungszeit pro Bewohner.

Die neu gebildeten kategorialen Antwortmöglichkeiten des Instruments beruhten somit hauptsächlich auf Aussagen, die von den 97 teilnehmenden Pflegenden zu den verschiedenen Fragenkomplexen genannt wurden. Sie können daher als sehr umfassende, zuverlässige und valide Grundlage zur Beschreibung der für die Lebensqualität der Bewohner wesentlichen Aspekte in den jeweiligen Dimensionen gelten.

Bereits hier wird deutlich, dass die Instrumentenentwicklung in HILDE ein sowohl theoretisch deduktives, vonseiten des eingebrachten theoretischen gerontologischen Wissens, aber auch ganz besonders ein praxisorientiertes induktives Vorgehen im Sinne der vielgestaltigen engen Kooperation mit den in der Praxis Tätigen darstellt. Die Erfahrung der in der alltäglichen Pflegepraxis arbeitenden Fachkräfte war somit für die Entwicklung des HILDE-Instruments wichtigste Grundlage und von zentraler Bedeutung.

Die zweite Erhebungsphase mit der Neufassung des Gesamtinstruments wurde dann als schriftliche Befragung des Pflegepersonals (Selbstausfüller für die Pflegenden) angelegt, sodass die Pflegenden nach entsprechender Schulung selbstständig die Beurteilung jedes Bewohners mit HILDE vornehmen konnten. Die anschließende Auswertung diente der weiteren Überarbeitung und Straffung des Instruments auf Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse, wodurch eine weitere Fokussierung auf wesentliche Inhalte sowie eine z. T. noch verbesserte Frageformulierung erzielt wurden.

Aufgrund des gewählten methodischen Vorgehens sowie der Berücksichtigung der Pflegenden bereits in den ersten Schritten der Instrumentenentwicklung, war die Erarbeitung einer alltagstauglichen Version des HILDE-Instruments möglich. Diese muss als wesentliche Voraussetzung für die Akzeptanz und zukünftige Nutzung des Instruments durch die Pflegenden in den Einrichtungen der stationären Pflege gelten.

6 Ausblick auf die aktuelle Förderphase

Im Rahmen der gegenwärtigen zweiten Förderphase (Juni 2006 – Februar 2009) des HILDE-Projekts durch das BMFSJF soll nun weniger die Prüfung und gegebenenfalls die Verbesserung inhaltlicher als vielmehr formaler Aspekte im Mittelpunkt stehen. Die Frage nach der *Handhabbarkeit und der praktischen Anwendung von HILDE im Pflegealltag* stellen somit die zentralen Fragestellungen der aktuellen Projektphase dar. Um diese Qualitäten des

neuen Instruments prüfen zu können, ist die wiederum enge Kooperation mit einer möglichst großen Anzahl an Einrichtungen zwingend erforderlich. Nur über die Rückmeldung der in der Pflege demenzkranker Menschen Tätigen kann das HILDE-Instrument im Bezug auf seine praktische Einsatzfähigkeit verbessert werden.

Geplant ist, dass, nach einer umfangreichen, zentral organisierten Schulung, die Mitarbeiter interessierter Einrichtungen mit dem Instrument arbeiten und vor bzw. nach dem Einsatz des Instruments einen Evaluationsbogen ausfüllen (siehe auch Abbildung 1). Damit sollen erfahrene Vorzüge, aber auch Verbesserungsbedarfe des Instrumentariums direkt aus der Praxis an das Projektteam zurückgemeldet und in die Endfassung des HILDE-Instruments eingearbeitet werden.

Aktuell werden im Rahmen einer Pilotstudie sowohl der Evaluationsbogen als auch noch einmal die Gütekriterien des Instruments getestet. Das hierfür realisierte Design ist für die teilnehmenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Pflege relativ aufwendig, weil z. T. Beobachtungen am Bewohner von zwei Mitarbeitern gleichzeitig und zusätzlich zu einem zweiten Zeitpunkt wiederholt erfolgen müssen. Dieses Vorgehen macht es aber möglich, Aussagen über die Zuverlässigkeit und die Stabilität der bewohnerbezogenen HILDE-Daten zu machen. Entsprechend der Ergebnisse werden letzte Änderungen am Instrument vorgenommen, bevor – voraussichtlich ab Ende Februar 2007 – mit der zentralen Gesamtdatenerhebung begonnen wird.

Stationäre Pflegeeinrichtungen, die Interesse am eigenverantwortlichen Einsatz des entwickelten Instruments zur Einschätzung der Lebensqualität ihrer demenziell erkrankten Bewohner haben und bereit sind, dem Projektteam Rückmeldung über ihre Erfahrungen mit dem Einsatz des HILDE-Instrumentariums zu geben, können sich unter hilde-kontakt@gero.uni-heidelberg.de mit ihrer E-Mail-Adresse in den Verteiler aufnehmen lassen. Über den neuesten Stand des Projektverlaufs werden sie dann im Weiteren kontinuierlich auf dem Laufenden gehalten.

Literatur

Bär M: Demenzkranke Menschen im Pflegeheim besser begleiten. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover 2004

Bär M, Kruse A, Re S: Emotional bedeutsame Situationen im Alltag demenzkranker Menschen. Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie 2003. 36: 454–462

Becker S, Kruse A, Schröder J, Seidl U: Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei demenzkranken Menschen. Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie 2005. 38: 108–121

Becker S, Kaspar R, Kruse A: Die Bedeutung unterschiedlicher Referenzgruppen für die Beurteilung der Lebensqualität demenzkranker Menschen – Kompetenzgruppenbestimmung mit HILDE. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2006. 39: 350–357

Cummings JL, Mega MS, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J: The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology 1994. 44: 2308–2314

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: MMST. Mini-Mental-Status-Test. Beltz, Weinheim 1990

Kane RA: Long-term care and a good quality of life: Bringing them closer together. The Gerontologist 2001. 41: 293–304

Kitwood T: Demenz: Der personenzentrierte Umgang mit verwirrten Menschen. Huber, Bern 2000

Kruse A: Ethik. In: Wahl H-W, Tesch-Römer C (Hg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Kohlhammer, Stuttgart 2000. 33–38

Kruse A: Störungen im Alter: Intervention. In: Perez M, Baumann U (Hg.): Klinische Psychologie. Huber, Bern 2005. 1087–1103

Kruse A: Lebensqualität demenzkranker Menschen. Zeitschrift für Medizinische Ethik 2005. 51: 41–58

Kruse A: Biografische Aspekte des Alter(n)s: Lebensgeschichte und Diachronizität. In: Filipp S-H, Staudinger U (Hg.): Enzyklopädie der Psychologie – Entwicklungspsychologie. Hogrefe, Götttingen 2005. 1–38

Kruse A: Selbstständigkeit, Selbstverantwortung, bewusst angenommene Abhängigkeit und Mitverantwortung als Kategorien einer Ethik des Alters. Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie 2005. 38: 223–237

Kruse A: Ethische und sozialpsychologische Implikationen von Altersdemenz und Alzheimer-Erkrankung. In: Nationaler Ethikrat (Hg.): Altersdemenz und Morbus Alzheimer. ad litteras, Berlin 2006. 38–51

Kruse A: Das letzte Lebensjahr. Kohlhammer, Stuttgart 2006

Kruse A: Alterspolitik und Gesundheit. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Springer, Berlin 2006. 54–76

Kruse A, Ding-Greiner Ch: Ergebnisse einer Interventionsstudie zur Förderung und Erhaltung von Selbstständigkeit bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie 2003. 36: 463–474

Kruse A, Schmitt E: Psychology of education in old age. In: Smelser NJ, Baltes PB (Eds.): International Encyclopaedia of the Social and Behavioural Sciences. Pergamon, Oxford 2001. 4223–4227

Kruse A, Schmitt E: A multidimensional scale for the measurement of agreement with age stereotypes and the salience of age in social interaction. Ageing & Society 2006, 26: 393–411

Lawton, MP: A multidimensional view of quality of life in frail elders. In: Birren JE, Lubben J, Rowe JC, Deutchman DE (Eds.): The concept and measurement of quality of life. Academic, New York 1991. 3–27

Lawton MP: Quality of Life in Alzheimer Disease. Alzheimer Disease and Associated Disorders 1994. 8: 138–150

Schacke C, Zank S: Interventionskonzepte. In: Kruse A, Martin M (Hg.): Enzyklopädie der Gerontologie. Huber, Bern 2004. 419–4936

Schmidt-Atzert L (Hg.): Lehrbuch der Emotionspsychologie. Kohlhammer, Stuttgart 1996

Schröder J, Pantel J, Förstl H: Dementielle Erkrankungen – ein Überblick. In: Kruse A, Martin M (Hg.): Enzyklopädie der Gerontologie. Huber, Bern 2004. 224–239

Schuler M., Becker S, Kaspar R, Nikolaus T, Kruse A, Basler H.D (in Druck): Psychometric properties of a scale for the behavioral assessment of pain in nursing home residents with advanced dementia (PAINAD-G), Pain

Schwerdt R (Hg.): Gute Pflege. Pflege in der Beurteilung von Menschen mit Pflegebedarf. Kohlhammer, Stuttgart 2002

Schwerdt R: Lernen der Pflege von Menschen mit Demenz bei Alzheimer-Krankheit. Zeitschrift für Medizinische Ethik 2005, 51: 59–76

Schwerdt R, Tschainer S: Spezifische Anforderungen an die Pflege dementiell erkrankter Menschen. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.): Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung. Vincentz, Hannover 2003. Band III: 181–287

Seidl U, Schallies E, Schröder J: Das Autobiographische Gedächtnis bei Demenz: Änderungen im Verlauf. Nervenarzt 2004, 75: (Suppl. 2) 153

Seidl U, Völker L, Becker S, Lueken U, Re S, Kruse A, Schröder J (unter Begutachtung): Nicht-kognitive Symptome und psychopharmakologische Behandlung bei demenzkranken Altenheimbewohnern.

Stoppe G: Demenz. Reinhardt, München 2006

Weyerer S: Demenz. Schriftenreihe des Robert Koch Instituts, Berlin 2005

Weyerer S, Schäufele M, Hendlmeier I, Kofahl Ch, Sattel H: Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen. Kohlhammer, Stuttgart 2006

Wetzstein V: Alzheimer-Demenz. Perspektiven einer integrativen Demenz-Ethik. Zeitschrift für Medizinische Ethik 2005. 51: 27–40

Zapf W: Individuelle Wohlfahrt: Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität. In: Glatzer W & Zapf W (Hg): Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Campus, Frankfurt/Main 1984

Health and social care provision for elderly patients with mental health illnesses, with especial focus on dementia in Norway

Knut Engedal

The elderly population

Norway is a large country with a small population of 4,6 Million inhabitants. Except for the major cities the population tends to be sparse. The retirement age is 67 years. In year 2006 about 800 000 were aged 65 and above, and 200 000 were 80 years and above. Mean life expectancy is 75,5 year for men and 81,1 years for women.

The health and social care system

The public sector plays the major role in providing health and social care to the inhabitants of Norway, and has its foundations in the social-democratic welfare state. Until recently, the public health care system has been the only option offering health care services in Norway, ideally according to the need and independent of economic status and place of residence. The private market for health and social care services is growing, but play still a modest role.

In 2006 about 44 000 persons live in institutions for the elderly provided by the municipalities. About 190 000 persons receive some kind of home care provided by the local authorities.

Norway has a three-tier system for the provision of public health and social care, based on 1) The Municipal Health Care Act, The Social care Act, 2) The Hospital Act, and 3) National Insurance Act.

The responsibility for the Norwegian health and social care service is devoted to five regions. In all, 433 municipalities are responsible for the primary health care services that include the care for the elderly at home (home help and home nursing), in *service homes for the elderly*, in *group-living arrangements*, in *home for the aged*, and in *nursing homes*. The state is responsible for the special health care service that is provided in somatic and psychiatric hospitals.

The National Insurance covers most of the primary health care expenses. For services provided by the health and social care service in the municipa-

lities the customers had to pay a rather little part (out of the pocket money) of the costs connected to medical examination and treatment. The same principle is used for provision of social services. The home nursing is entirely covered by the municipality. The cost of long-term care in nursing homes and other residential homes is on a sliding scale depending of the patients' annual income, and will in no case exceed the income.

In all Norwegian hospitals the accommodation, treatment, including medicines are free.

Dementia

Dementia is a chronic condition that leads to impaired cognition, impaired ability to carry out activity of daily living, behavioural changes and dependency. It is estimated that about 15 % of people aged 75 and above suffer from brain diseases causing dementia, and that the prevalence rises to more than 30 % in those aged 90 years and above. The annually incidence rate in people 65 years and above is reported to be approximately 15/1000 per year, and is about 100/1000 per year in people aged 85 years. The majority of sufferers are thus very old. In Norway it is calculated that about 65 000 to 70 000 persons suffer from dementia, and that the incidence rate/year is 10 000.

Alzheimer's disease is the most frequent dementia disease, followed by vascular dementia caused by cerebrovascular disorders, and a combination of both. It follows fronto-temporal lobe dementia and dementia with Lewy bodies. These four disorders are of progressive nature, and account for approximately 95 % of all cases.

Care for persons with dementia

The care for persons suffering from dementia includes diagnostic assessment, support and advice to the patients and their family caregivers, day care programmes, respite care and residential care.

Diagnostic assessment

The diagnosis and treatment of dementia should ideally be done in primary health care service. It is the general view that the family physician and a primary care district nurse should co-operate in the assessment of patients

with *moderate or severe degree* of dementia, corresponding to a Mini Mental State Examination (MMSE) score of 24 or below. A substantial number of family doctors have the expertise to carry out a dementia assessment. However, there is still a long way to go before all GPs are experienced in this field. In many municipalities nurses have special competence in the field of dementia running an assessment team together with a nurse's aid or an occupational therapist.

Specialist health care team should assess patients with suspected dementia or dementia of *mild degree*, corresponding to a MMSE score above 24. This is done in Memory Clinics or specialist clinics of geriatric medicine or old age psychiatry. Specialist of old age psychiatry should assess patients with severe behavioural disturbances or severe psychiatric symptoms. In 17 of the 19 Norwegian counties there are departments of old age psychiatry that accomplish this task.

Support and advice to patients and caregivers

Some Memory Clinics run support groups for patients and family care givers. However, support and advice to caregivers is a matter of the Norwegian Alzheimer Society, called »Demensforeningen«. The Norwegian Health Organisation, a charitable organisation, organise the Alzheimer Society of the country and more than 250 senior-citizen centres. The organisation disseminates information about dementia to family carers through more than 120 local dementia clubs, and a nationwide information telephone service. They also publish a journal »Agenda« with 4–6 issues a year, and runs in some major cities educational programmes for family caregivers (caregiver school) with support from professional health care personnel.

Day care and respite care

Day care programmes for demented patients exist in the major cities, but not on the countryside. Normally a day care programme is affiliated to a nursing home, and there exist two kinds of programmes. One programme is dedicated for elderly in general, including persons with mild degree of dementia. Nursing homes running this programme are often open, and have more than 20 attendees daily. The other programme is dedicated for demented persons only, and in these day-care centres the number of attendees is small, about six to eight a day. The day care centres offer social activities,

transportation and three meals (breakfast, warm lunch and a coffee break in the afternoon). The elderly patient normally attend the centre twice a week, but some, especially severely demented patients may visit the centre on daily basis. The normal opening hours are from 9 a.m. to 4 p.m. from Monday to Friday.

Respite care service is provided by the nursing homes. Every municipality in the country has one or more nursing homes. That means that every demented patient and their family caregivers have access to respite care.

Institutional care

The institutional care for persons with dementia is provided in regular or special care units in nursing homes, in group-living accommodations or in service houses dedicated for demented patients. About 40 % of all patients with dementia are cared for in institutions. Normally demented patients are admitted to institutional care in a severe stage of the condition, and the length of stay is normally two to three years (the time from admittance to death). The prevalence of dementia in nursing homes is about 75 % to 80 %. On average 18 % of the beds are organised as special care units for demented persons only. Most demented patients thus live in a regular unit, where the prevalence of dementia still is above 65 %.

Special care units (SCU) for demented patients are dedicated for patients with disturbed behaviour, severe communication problems and patients with psychiatric symptoms or delirium. A SCU is a small unit for about six to ten patients, ideally eight. Every patient has their own room with a toilet, sharing a sitting room and a combined kitchen/dining room. Normally the sitting room and kitchen are located in the middle of the ward. The patients are offered social activities, and can take part in kitchen activities. The SCUs are staffed a bit better than regular units in the nursing home, and normally staffs are educated in the field of dementia care.

Many municipalities have organised group-living accommodation for persons with dementia. These are located outside the nursing home, often in a rebuild villa. The group-living accommodations are in most cases organised as a special care unit and offer the same services as a special care unit in nursing home.

The last five years a new kind of »institution« for the elderly and elderly demented persons are established, called *service houses for the elderly*. Actually, it is not an institution, but an organised way to give home care to frail elderly

persons. When an elderly person moves to a service house he/she has to pay a normal rent. The municipality offer all kind of health and social service in the house. Some service houses are dedicated to persons with dementia. The services provided are tailored for the disabled demented patients.

Old age psychiatry – a special branch of clinical psychiatry

Until recently there has been no consensus of the definition and content of old age psychiatry or of psychogeriatric medicine. The term psychogeriatric medicine has often been used when dealing with demented elderly patients. Old age psychiatry or geriatric psychiatry has been used when dealing with patients suffering from functional psychiatric disorders. To day we stress to use the term old age psychiatry when dealing with elderly mentally ill patients regardless the aetiology of the disorder.

During the last fifteen years services to elderly, mentally ill people have developed in response to changing needs in society. Special units and departments of old age psychiatry are established within psychiatry in 17 of 19 counties. Departments of geriatric medicine, which exist in about half of all counties, also deliver services to mentally ill elderly people, especially to those suffering from dementia. According to a questionnaire among the departments of psychiatry in Norway carried out in 1990 the beds in the departments of old age psychiatry were at that time occupied with long-term care psychiatric patients, and there hardly existed any out-reach program. Time has changed very rapidly. Nowadays, according to a questionnaire carried out recently, departments of old age psychiatry define themselves as diagnostic and short-term multidisciplinary units. Outpatients' clinics and home-visiting teams have been established. There is a consensus as to what type of patients the beds in the special units of old age psychiatry should primarily serve. About a third of the in-patients suffer from dementia, a third suffer from depression and a third from various other psychiatric disorders.

Old age psychiatry is whether a speciality of its own, nor a subspecialty in psychiatry in Norway. It is however, accepted as a special branch of psychiatry, and in 1989 a working group of old age psychiatry was established. Old age psychiatry is a branch of psychiatry that should be concerned with the assessment and treatment of mental disorders that frequently occur in the elderly, regardless aetiology. There is a consensus among the psychiatrists working in the field that efforts should be made to establish »standard«

departments of old age psychiatry in every county in Norway. Each unit should serve approximately 150–200 000 inhabitants, and should consist of both an in-patients' and an out-patients' clinic. It is recommended that there should be 1–1,5 beds per 1000 elderly aged 65 years and over. A plan is made for the organisation and content of the branch old age psychiatry for the years 2001 to 2010, the plan is approved by the Norwegian association of psychiatry.

Approximately 60 physicians, two thirds of them seniors and 40 psychologists work in the field of old age psychiatry. While old age psychiatry is not accepted as a speciality, mandatory training is required for all psychiatry residents during their speciality training. In psychology however, there is a training program for the speciality of geropsychology. There is three professorships (chairs) in old age psychiatry, two at the university of Oslo, and one in Bergen.

The Norwegian Centre for Dementia Research, Service Development and Education

In order to support and educate social and health care personnel the Norwegian government gave funding to a centre of excellence in the field of dementia. It all started about fifteen years ago. In 1990 the Ministry of Social and Health Affairs gave funding to a five years development programme for dementia, and in 1992 the Ministry supported a three years development programme for old age psychiatry. Both development programmes were successful. Therefore, the Government in 1997 gave funding to establish the Norwegian Centre for Dementia Research and Service Development. In agreement with the Ministry the Centre should develop new services to persons suffering from dementia and their caregivers through research and experimental activities. This should be attained by an interaction between the development of new expertise and instruction, advice and guidance to the health sector. The Centre has four priority areas:

- Research and experimental activities towards a better health and social care service, including treatment for persons suffering from dementia and their caregivers.
- Advice and guidance to primary and specialist health care authorities regarding the development and evaluation of new care programmes.
- Development and distribution of teaching materials.
- Offering educational programmes in the field of dementia.

In 2006 the Centre is responsible for, and run 13 research projects and developmental activities. Some projects are financed through the Centre's budget, but extern authorities like the Norwegian Research Council or the European Commission fund some.

Advice and guidance are offered to local health care administrators in the municipalities, for instance by building new institutions for demented patients or rebuilding of institutions, or by running educational programmes for health and social care personnel in the municipality.

The Centre offers library services to health and social care personnel and caregivers from all over Norway. The home page: *www. nordemens.no (or www.aldringoghelse.no)* is frequently used by the public, and at the time being the centre is developing distance learning programme about dementia on internet.

The Centre publishes the periodical »DEMENTIA« with four issues a year, and six to eight new publications such as textbooks, reports and brochures. Some of the textbooks are dedicated for medical students and doctors, some for nursing students, and others for nurse's aids and social and health personnel with no formal education.

In 2006 the Centre will organise 25 conferences and courses about dementia for doctors, nurses, therapists, social workers and personnel without formal education. Besides, about 500 lectures will be given to students at universities and colleges at graduate and postgraduate level.

In the years to come more courses will be offered as videoconferences and as internet-courses. Two internet-based courses have already been developed.

Conclusions

Norway, as a welfare state has established a variety of social and health care services to elderly persons with mental health disorders, including dementia and their caregivers. Departments of old age psychiatry are establishes in 17 of 19 counties. A research – service development – and education centre offer guidance and educational programmes to social and health personnel throughout the country. A charitable organisation has organised the Alzheimer Society and runs more than 120 local clubs and a nationwide information telephone service. Health care professionals co-operate with the charitable organisation in the education of family caregivers.

Wenn das Spiegelbild zum Feind wird

Hedwig Braun

Wenn ein Mensch vor dem Spiegel steht und erkennt: »Ich kenne dich nicht, aber ich wasche dich trotzdem«, dann befindet er sich in einer Lebensphase bzw. Krankheitsphase, die von der Selbstabdankung des Geistes, von Depressionen und Aggressionen begleitet wird (siehe Abbildung 1).



Abb. 1: Spiegelbild

Es gibt Tausende, die an Alzheimer erkrankte Menschen pflegen, oder gepflegt haben, ob das Frau Wehner, Nancy Reagan oder andere Prominente sind. Vielleicht ist es ein Beispiel für positive Öffentlichkeitsarbeit, dass ich als relativ unbekannte Rheinländerin nach Berlin auf diese Tagung als Referentin eingeladen wurde und über meine persönlichen Erfahrungen in der Pflege meines Mannes berichte, und zwar in dem Zeitraum von 1995 bis Juni 1999.

Heute ist Alzheimer in unserer Gesellschaft angekommen. Das war 1995 anders.

In der Literatur gibt es zahlreiche Veröffentlichungen – oft aus der Sicht von Nachfahren; im Fernsehen sieht man Filme, Dokumentationen, aufklärende Berichte etc.; die Printmedien berichten z. B. von prominenten Betroffenen, wie von William Utermohlen, einem bekannten amerikanischen Maler, der seinen geistigen Verfall in Selbstporträts festhielt.

Wenn Träume zerplatzen – Erfahrungen einer Ehefrau: Demenz und Lebensplanung

Das Bild der zerplatzten Träume ist nur bedingt stimmig, denn die Träume zerplatzen nicht, sie verlieren bei der Pflege eines an Alzheimer erkrankten über einen langen Zeitraum an Farbe und Luft – ähnlich einem Luftballon, der langsam erschlafft – eine leere Hülle bleibt zurück.

Wenn man überleben will, muss man nach neuen Inhalten suchen. Leer und kraftlos ist der Kranke nach einem langen schmerzlichen Weg durch die Krankheit, der Pflegende tappt in die Pflegefalle, wenn er sich keine Hilfe sucht.

Ich persönlich habe Demenz wie ein Herausschleichen aus dem Leben erfahren. Trauer, Wut und Hilflosigkeit nahmen mir oft die Luft. Ich habe aber auch erfahren, dass die Krankheit nicht trostlos sein muss. Trost gab es im Mitfühlen, in guten Beziehungen zu Kindern und Freunden, in nonverbaler Kommunikation. Wir haben oft gelacht über unorthodoxe Denk- und Handlungsweisen, wenn wir die »Ver-rücktheiten« (Schützendorf 2006) verstanden haben.

Es gab Tage voller Aggressionen und Ängste, Depressionen auf beiden Seiten und der immerwährenden Frage: »Was wird als Nächstes passieren?«. In dieser Zeit konnte von Lebensplanung im herkömmlichen Sinne keine Rede sein.

Beginn der Krankheit

Mein Mann verlor mit 57 Jahren seine Arbeitsstelle. Das war 1994. Keiner ahnte, dass er den beruflichen Anforderungen nicht mehr gewachsen war. Unserer Tochter, die damals in Freiburg studierte, fielen Veränderungen im Sprachfluss auf. Er las nicht mehr, bestellte seine abonnierte politische Zeitschrift, seine geliebte Montagabendsbeschäftigung, ab.

Ich legte diese Anzeichen unter der Rubrik: »Wir werden alle älter« ab. Alarmiert hätte ich sein müssen, als er einen Fragebogen des Arbeitsamtes nicht ausfüllen konnte und in Tränen ausbrach. Ich habe diese Unfähigkeit auf seine Erregung zurückgeführt, später wusste ich es besser. In einem Streitgespräch mit dem Arbeitgeber meines Mannes über dessen Abfindung fragte mich dieser, was mit meinem Mann los wäre, ob ich seinen Zustand erklären könne. Ich reagierte damals empört, heute könnte ich es erklären. So kam eines zum anderen:

- der Verlust der Arbeitsstelle
- den Umgang mit seinem geliebten Segelschiff überließ er mehr und mehr seinen Söhnen
- er machte beim Segeln und Autofahren gravierende Fehler
- die Lust zu Unternehmungen fehlte ihm, bei denen er sonst eine treibende Kraft war
- finanzielle Dinge überließ er immer mehr mir

Dabei rutschte ich, ohne dass ich es eigentlich wahrnahm, immer mehr in die Rolle der Hauptverantwortlichen.

Zum ersten Mal tauchte der Begriff Alzheimer auf

Der eigentliche Einschnitt kam an seinem 58. Geburtstag im Januar 1995. Die Party schleppte sich dahin. Mein Mann war ungewöhnlich blass. Er hatte heftigen Streit mit einer langjährigen Bekannten, was sehr ungewöhnlich war, da er sonst sehr liebenswürdig und umgänglich war. Das Fest war bereits um 22.00 Uhr zu Ende, weil er sich krank fühlte und sich hinlegen wollte.

Mit einem aufgebrochenem Magengeschwür wurde er am nächsten Morgen ins Krankenhaus eingeliefert. Nach anfänglicher Besserung fand ein Pfleger meinen Mann in der Nacht durch den Gang taumeln. Grund war ein hoher Blutverlust, das Magengeschwür blutete wieder. Er verblieb eine Woche auf der Intensivstation.

Ärzte und Pfleger konnten sich sein ungewöhnliches Verhalten nicht erklären. Allen Behandlungen zum Trotz blieben seine Reaktionen unerklärbar. Er zeigte Weglauftendenzen, riss sich die Schläuche heraus und musste fixiert werden. Außerdem machte er unerklärliche, fahrige Bewegungen mit seinen Händen.

Damals fiel von einer Ärztin zum ersten Mal das Wort »Alzheimer«, das uns alarmierte und mir nicht mehr aus dem Kopf ging.

Es kam die Reha, Logopädie, Ergotherapie – er gab sich Mühe, aber die Ausfälle wurden immer schlimmer. Keiner äußerte sich konkret, selbst auf gezielte Fragen hin nicht. Es war die Rede von »Hirnleistungsstörungen« (siehe Abbildung 2).



Abb. 2: Schriftprobe

Verhaltensveränderungen

Mein Mann war sich seines Versagens voll bewusst und litt enorm darunter. Er saß auf seiner Segeljacht, ein Tau in den Händen und stellte eher sachlich fest: »Ich kann keine Knoten mehr!« Er übergab daraufhin das Boot an seine Söhne und ist nie mehr gesegelt. Einer unserer Träume zuvor war es, im Rentenalter ausgedehnte Segeltouren zu unternehmen.

So reihte sich in dieser Zeit ein Verlust an Lebensqualität an den anderen: kein Segeln, kein Autofahren, eingeschränktes Reisen, kein Skilaufen, kaum Geselligkeit – dafür Zukunftsängste, allgemeine Ängste, Schlaflosigkeit, depressive Phasen, Fehleinschätzungen, Aggressionen.

In dieser Zeit hatte mein Mann einen Unfall. Er wurde angefahren – die Ursache wurde nie geklärt – und er musste an der Schulter operiert werden. Zwei Vollnarkosen und problematische Aufenthalte im Krankenhaus, das nicht auf Demenzkranke eingestellt war, verschlimmerten die Situation. Bei späteren Krankenhausaufenthalten bin ich bei ihm geblieben.

Mein Mann litt unter starken Stimmungsschwankungen (s. Abb. 3).

Das Spiegelbild wird zum Feind

Im gleichen Zeitraum fingen die Probleme mit dem Spiegel an. Er sah im Spiegel nicht sich selbst, sondern einen Eindringling oder Rivalen, der seinen Platz einnehmen wollte. Davor musste er sich und mich schützen.




Ausgeglichen Depressiv

Abb. 3: Stimmungsschwankungen

Als wir auf seinen Wunsch hin in unser Haus nach Holland fuhren – wer war bereits dort: »Der Kerl« im Spiegel. Er erkannte sich selbst nicht mehr, er hatte sein Eigenbild verloren.

Die Folge war, dass alle Spiegel im Haus verhängt wurden, Gardinen vor alle Fenster kamen usw. Man ahnt nicht, wie viele Möglichkeiten des Sich-Spiegelns es in unserer Umgebung gibt. Fortan mussten wir verglaste Bilder, Schaufenster etc. meiden, wenn wir Schimpfkanonaden, Ängsten oder Aggressionen aus dem Wege gehen wollten. Die Situation belastete alle.

Das Verhalten meines Mannes hatte sich in auffälliger Form verändert. Er reagierte für uns grundlos aggressiv. Seine sprachlichen Fähigkeiten wurden trotz Logopädie immer geringer. Er fand nachts die Toilette nicht alleine und setzte sich irgendwo hin, um seine Notdurft zu verrichten. Diese Ausfälle traten nach und nach auf, verschwanden wieder, um dann noch intensiver aufzutreten. Aus einem ausgeglichenen, lebensbejahenden Mann, war ein hilfsbedürftiger, unsicherer Mensch geworden.

Ganz wichtig für ihn und für uns alle war der Zusammenhalt und die Geborgenheit in der Familie und die Zuwendung von guten Freunden und verlässlichen Nachbarn.

Die vermutete Diagnose verhärtet sich

In diese Zeit fiel ein einwöchiger Klinikaufenthalt, um Klarheit über die Erkrankung zu bekommen und um die weitere Lebensplanung zu überdenken. Wir fassten diesen Entschluss im Juli 1996 gemeinsam. Beim Abschlussgespräch wollte mein Mann dabei sein. Die Diagnose war niederschmetternd: Demenz vom Typ Alzheimer.

Neben all seinen Ausfällen und Verhaltensveränderungen war mein Mann zu dem Zeitpunkt zu Ort, Person, Zeit und Situation orientiert. Er wurde medikamentös eingestellt, was sich über anderthalb Jahre positiv auf seinen Zustand auswirkte.

In dieser Zeit lernte ich die positiven Wirkungen von Angehörigen- und Selbsthilfegruppen kennen. Wir fanden vertrauenswürdige Pflegerinnen und ich übte weiterhin meine Beruf aus, war aber häufig am Rande meiner Kräfte.

Die Krankheit schreitet fort

1. Neurologische Veränderungen
2. Koordinationsstörungen
3. Inkontinenz
4. Störungen des Tag-Nachtrhythmus
5. Einweisung in die Landesklinik
6. erneute medikamentöse Einstellung
7. Probleme durch ständiges Fluchtverhalten, als Folge davon
8. Fixierung, Heimunterbringung und Tod

Abb. 4: Fortschreiten der Krankheit

Mein Mann wurde zu Hause nach einem ausgeklügelten System mithilfe von Pflegerinnen, Familie und Freunden betreut. Er konnte nicht mehr alleine bleiben, die Schwierigkeiten nahmen zu. Vor allem nachts zeigte er extreme Unruhe, sodass ich immer schlechter schlief.

Er hatte Probleme beim Toilettengang, sprach kaum mehr, wurde aufbrausend bei Nichtigkeiten. Die Reaktionen auf sein Spiegelbild wurden immer extremer, er drohte, schimpfte und schlug. Er konnte immer schlechter gehen, brauchte Hilfe bei der Nahrungsaufnahme.

Die Krankheit nahm einen rasanten Verlauf: Im Januar 1999 feierten wir – auf seinen Wunsch hin – seinen Geburtstag mit ausgesuchten Gästen. Im März konnte er nicht mehr alleine laufen. Der nächtliche Toilettengang wurde zur Qual. Er fiel hin und ich konnte ihn nicht alleine heben.

Die Situation verschärfte sich in einer Nacht so, dass ich den Notarzt rufen musste. Mein Mann wurde in die geschlossene Abteilung der Landesklinik eingewiesen. Er hatte immer noch starke Weglauftendenzen und musste fixiert werden. Er wurde inkontinent und brauchte beim Essen immer Hilfe. Wir besuchten ihn täglich, manchmal schien er uns zu erkennen. Im Rollstuhl fuhren wir ihn im Klinikpark spazieren, wobei er ruhiger wurde.

Im Mai 1999 kam er in ein Pflegeheim und wurde dort liebevoll versorgt. Er war voll bettlägerig und brauchte in allen Bereichen Hilfe. Trotz hochgestellter Gitter fand er noch die Kraft, sich in einem unbewachten Augenblick aus dem Bett zu wühlen. Danach wurde er – bis auf die Tage des Sterbens – mit einem Bauchgurt fixiert. Zur Beruhigung und um ihm Schmerzen zu nehmen bekam er Morphium.

Er starb am 24. Juni 1999.

Meine besonderen Erfahrungen

Mein Leben hat sich beträchtlich während der Krankheit und durch den Tod meines Mannes verändert.

Zu den erlebten Schwierigkeiten zählten:

- das Annehmen der Krankheit, des geistigen und körperlichen Verfalls, die Veränderung der Persönlichkeit bis zum totalen Verlöschen zu akzeptieren,
- der Umgang mit dem Kranken, sich auf seine Ebene zu begeben,
- die Klärung rechtlicher Fragen,
- die Furcht, dass das soziale Umfeld mit Unverständnis reagiert,
- die ständige Suche nach Hilfe,
- der Umgang mit Ärzten und »Fachleuten«, die inkompetent waren oder in ihrer Diagnostik keine eindeutigen Aussagen machten,
- die Furcht, den Tagesablauf meines Mannes nicht mit meinem Beruf vereinbaren zu können,
- das absolute Eingespanntsein in einen nicht zu beeinflussenden Prozess, das heißt immer bereit zu sein, Hilfen zu geben tagsüber und besonders schwierig in der Nacht sowie
- nicht schlafen zu können

Positive Erfahrungen waren:

- der Zusammenhalt in der Familie,
- das Glück, kompetente Ärzte zu finden,
- Freunde zu haben, die sich als verlässlich erwiesen,
- Nachbarn, die ihre Augen offen hielten,
- Frauen, die mir einfühlsam bei der Pflege halfen,
- meine eigenen Grenzen kennenzulernen und zu akzeptieren und
- meinen Mann als Menschen zu erleben, der anlehnungs- und hilfsbedürftig war, der über Berührungen, über ein Lächeln Kontakt zu mir aufnahm als das Sprachvermögen erloschen war

Vorstellungen – Hoffnungen – Wünsche

Meine Wünsche sind:

- Ein Gesundheitssystem, in dem alle Kranken gut aufgehoben sind
- Weitere Verbesserung des Informationsstandes in der Bevölkerung
- Gut ausgebildetes Pflegepersonal in Heimen, bei der ambulanten Pflege und in Krankenhäusern
- Die Entwicklung eines Impfstoffes
- Kompetente Hausärzte
- Urlaubsmöglichkeiten für Kranke und Angehörige
- Und, und, und ...

Ich denke, dass man sich noch vieles wünschen kann.

Für mich ist insbesondere wichtig, dass die Würde des Menschen erhalten bleibt!

Literatur

Schützendorf, E: Wer pflegt, muss sich pflegen. Belastungen in der Altenpflege meistern. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 2006

Mehr Transparenz und Qualität: Psychisch Kranke als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess

Helga Kühn-Mengel

Zu Beginn möchte ich auf die Ergebnisse einer Sechs-Länder-Studie des Commenwealth aufmerksam machen: Ziel war es, die Erfahrungen schwer erkrankter Erwachsener mit den jeweiligen Gesundheitssystemen festzustellen.

Commenwealth-Studie

Tab. 1: Commenwealth-Studie (Ergebnisse Deutschland)

61 %	*Aufklärung über Behandlungsalternativen* fehlt – auch nach Meinung der Patienten wird nicht gefragt
46 %	*Behandlungsziele* werden selten oder nie erklärt
23 %	Patienten erhalten *widersprüchliche Informationen* – von verschiedenen Ärzten oder von anderen Beschäftigten im Gesundheitssystem
38 %	Aufklärung über *Nebenwirkungen von Medikamenten* erfolgt selten oder nie
20 %	Anordnung von *überflüssigen diagnostischen Tests* – da woanders schon durchgeführt
40 %	*Koordinationsprobleme* zwischen verschiedenen medizinischen Leistungsebenen
60 %	Schlechte Koordination nach *Entlassung aus dem Krankenhaus*

Hier werden zwei Schwächen unseres Gesundheitssystems offensichtlich:

Die Schnittstellenproblematik zwischen den Sektoren und die mangelnde Kommunikation zwischen Arzt und Patient.

Das Projekt »Patient als Partner«

Eine kleine, aber sehr beeindruckende Studie zur partizipativen Entscheidungsfindung zeigt, wie wichtig Augenhöhe und Mitentscheidung der Patienten für die Compliance, für die Krankheitsbewältigung sind. Die Studie wurde im Rahmen des Förderschwerpunkts des Bundesministeriums für Gesundheit: »Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess« durchgeführt.

Ziel war es, partnerschaftliches Verhalten von Arzt und Patient zu erproben und Auswirkungen auf Behandlung zu erforschen.

Elf Projekte wurden von 2001 bis 2004 mit 3,3 Mio. Euro gefördert, seit 2005 werden weitere drei Projekte mit 300 000 Euro gefördert.

Ergebnisse

- Zwischen 80 und 90 Prozent der Patientinnen und Patienten möchten ausführlich über ihre Behandlung informiert werden, und zwar auch über Risiken und Nebenwirkungen oder schlechte Prognosen.
- Über 70 Prozent der Patientinnen und Patienten möchten alleine oder mit dem Arzt gemeinsam entscheiden.
- Partnerschaftliche Entscheidungen von Arzt und Patient führen zu einer aktiveren Krankheitsbewältigung und zu nachweislich besseren Behandlungsergebnissen.
- Eine solche Beteiligung von Patientinnen und Patienten bedeutet keine unverhältnismäßig hohe Belastung für Arzt oder Ärztin, sondern kann gut in den Praxisalltag integriert werden.

Im Bereich psychischer Erkrankungen gibt es drei Projekte:
- *Alkoholabusus* in der Humboldt Universität Berlin
- *Depression* Universität Freiburg
- *Schizophrenie* Technische Universität München

Festzuhalten ist: Trotz aller Bekenntnisse zum *»mündigen Patienten«* werden Kranke in medizinische Entscheidungen kaum einbezogen. Sie werden zwar meist über Nutzen und Risiken einer geplanten Therapie aufgeklärt. An der Planung selbst und am eigentlichen Entscheidungsprozess sind sie aber nur selten ausreichend beteiligt. Dafür fehlt es den Ärzten an Zeit und den Patienten an Informationen über die für ihren Fall verfügbaren Behandlungen. Besonders benachteiligt sind dabei Patienten mit der Diagnose »psychisch krank«. Denn psychisch Kranke werden – meistens zu Unrecht – als entscheidungsunfähig angesehen.

Die Ergebnisse der Studie zeigen jedoch: Entgegen weit verbreiteten Vorurteilen haben Patienten mit psychischen Krankheiten weder den Wunsch, alle medizinischen Entscheidungen allein zu treffen (z. B. gegen ärztlichen Rat) noch sind sie desinteressiert, den Entscheidungsprozess mitzugestalten. Es zeigte sich vielmehr, dass ihr Wunsch beteiligt zu werden etwa genauso ausgeprägt ist wie bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen.

Patienten, die am Entscheidungshilfe-Programm teilnahmen und die Behandlung gemeinsam mit ihrem Arzt festlegten, wurden von Medizinern und Pflegepersonal als überwiegend sehr motiviert und entscheidungskompetent eingeschätzt.

Schon im Rahmen des stationären Aufenthaltes konnte nachgewiesen werden, dass sich durch die vermehrte Mitbestimmung der Patienten ihr Wissen über die Erkrankung, aber auch ihre Einstellung gegenüber der Behandlung deutlich verbesserte. In Nacherhebungen wird derzeit untersucht, welchen Einfluss diese Mitbestimmung auf den langfristigen Verlauf der verschiedenen Erkrankungen hat.

Ich möchte jeden ermutigen, sich die Projekte auf der Internetseite www.patient-als-partner.de anzuschauen.

Qualität und Transparenz durch integrierte Versorgung

Die Ergebnisse zeigen aber auch, dass eine vernünftige Verzahnung zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich notwendig ist. Die gemeindenahe Psychiatrie der Zukunft muss beides umfassen. Nur dann lässt sich verhindern, dass die Zahl der stationären Aufnahmen weiter zunimmt. Erste vielversprechende Ansätze einer echten integrierten Versorgung im psychiatrischen Bereich gibt es bereits.

Obwohl in der psychiatrischen Versorgung Aspekte der Vernetzung und Kooperation von jeher eine entscheidende Rolle für den Behandlungserfolg gespielt haben, ist im Vergleich zu anderen medizinischen Bereichen die Anzahl der bisher abgeschlossenen Verträge in der Psychiatrie sehr gering.

So stammen von den bisher genehmigten *2000 Verträgen bisher nur ca. 30 aus der Psychiatrie*. Es besteht somit nicht nur die Gefahr, dass für diesen Bereich vorgesehene Gelder nicht abgerufen werden und in andere Bereiche fließen, sondern auch, dass nur wenige psychisch Kranke die Chance erhalten, von neuen Versorgungskonzepten zu profitieren.

Und hier sei darauf verwiesen, dass es bei der integrierten Versorgung nicht nur darum geht, traditioneller Einzelleistungen zu bündeln, sondern, ganz wichtig, zusätzliche Leistungen wie z. B. Koordination und Kooperation der Leistungen zu installieren.

Aus diesem Grund habe ich auch bei dem gegenwärtigen parlamentarischen Beratungen zur *Gesundheitsreform 2006 die Umsetzung der flächendeckenden integrierten Versorgung für psychisch Kranke angemahnt* – zusammen mit der Forderung *Patientenvertreter an diesen Verträgen zu beteiligen.*

Persönlich und als Patientenbeauftragte der Bundesregierung sehe ich in der Überwindung der scharfen Trennung zwischen ambulantem und stationärem Bereich – nicht nur in der Psychiatrie – die größte gesundheitspolitische Aufgabe der nächsten Jahre.

Psychische Erkrankungen bei Disease-Management-Programmen (DMPs) berücksichtigen

Mit Beschluss vom 16. Mai 2006 empfiehlt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) dem Bundesministerium für Gesundheit, die chronische Herzinsuffizienz und die Adipositas in die bestehenden DMP in Form einer modularen Erweiterung zu berücksichtigen.

In der wissenschaftlichen Literatur ist gut belegt, dass Diabetes, koronare Herzerkrankungen und Brustkrebs häufig mit *depressiven Erkrankungen* assoziiert sind.

Depressive und psychische Erkrankungen überhaupt finden jedoch im Rahmen der DMP bei der Behandlung chronisch Kranker noch zu wenig Beachtung. Depressionen finden zwar bereits jetzt als Komorbidität in den Anforderungen zu den DMP Erwähnung – aber das reicht nicht.

Es ist mir ein wichtiges Anliegen, depressive Erkrankungen in die strukturierten Behandlungsprogramme stärker einzubeziehen, um so den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker weiter zu verbessern.

In dem genannten Beschluss empfiehlt der Gemeinsame Bundesausschuss weiterhin, versorgungsrelevante Komorbiditäts-Kombinationen zu identifizieren und die Möglichkeiten der Berücksichtigung innerhalb von DMP zu prüfen. Ich rege daher an, den depressiven Erkrankungen verstärkte Aufmerksamkeit zu widmen und diese bei dem modularen Ausbau der eingeführten DMP zu berücksichtigen.

Ich habe diesen Punkt bereits mit der Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit besprochen.

Höhere Compliance mit Soziotherapie

Aber es gibt einen weiteren guten Ansatz für Menschen mit psychischen Erkrankungen, der bei der Umsetzung leider bisher nicht die volle Wirkungskraft entfaltet.

Hier ist die Soziotherapie zu nennen. Leider höre ich immer wieder, neben den grundsätzlichen Umsetzungsschwierigkeiten, dass in den Soziotherapie-Richtlinien gerontopsychiatrische Diagnosen ausgeschlossen werden – und dass damit auch für alte Menschen mit anderen psychiatrischen Diagnosen Soziotherapie kaum zur Verfügung stehe und das Angebot nicht bedarfsdeckend sei.

Die Eignungsanforderungen der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) an die Leistungserbringer seien so hoch, dass vielerorts keine, ansonsten ausschließlich überregionale Angebote an Soziotherapie entstehen könnten; die Soziotherapie als »Krankenhausbehandlung vermeidende Leistung« stehe daher psychisch kranken alten Menschen nicht zur Verfügung, obwohl gerade sie dieser Leistung dringend bedürften. Hier finde ich besteht Handlungsbedarf, das werde ich in die anstehenden Diskussionen auch zur Reform der Pflege hineintragen.

Reform der Pflegeversicherung

Die Pflegereform muss angesichts der demografischen Entwicklung und unter Berücksichtigung der von den meisten Pflegebedürftigen bevorzugten Form der Versorgung auf die Stützung und *Förderung häuslicher Versorgungsstrukturen* nach dem Grundsatz *ambulanter vor stationärer Pflege* ausgerichtet werden.

Die Reform sollte auch die Finanzgrundlagen nachhaltig sichern. Dabei soll für eine gerechte Verteilung der Lasten innerhalb der Gesellschaft und zwischen den Generationen gesorgt werden. Zur künftigen Finanzierung sieht der Koalitionsvertrag einen *Ausgleichsbetrag zwischen der privaten und der sozialen Pflegeversicherung* und die Schaffung einer Demografiereserve vor.

In der Sache muss die Reform leistungsrechtlich und strukturell vor allem folgende Veränderungen zum Gegenstand haben, die auch demenzkranken Menschen zugute kommen:

- *Leistungsdynamisierung,*
- schrittweise *Annäherung der Sachleistungsbeträge in der ambulanten und stationären Pflege,*
- bessere Berücksichtigung von Menschen mit *eingeschränkter Alltagskompetenz*,
- bessere Förderung *niedrigschwelliger Angebote*,
- Stärkung des Grundsatzes *»Prävention und Rehabilitation vor Pflege«*,
- verbesserte *Vernetzung und Verzahnung von Leistungsangeboten*,
- Neustrukturierung der Regelungen zur *Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung*,
- weitere Stärkung des *ehrenamtlichen Engagements* sowie
- Regelungen zur *Entbürokratisierung und Verwaltungsvereinfachung* wie z. B. Verringerung von Doppelprüfungen oder die Pflicht zur Vereinbarung *praxisgerechter Pflegedokumentationen*.

Weiter wird zu beachten sein, dass in Fortsetzung des mit dem *Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes* eingeschlagenen Weges für die Pflegebedürftigen der Stufen I bis III im *häuslichen Bereich* mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf der Betreuungsbetrag angehoben werden könnte.

Für diejenigen Versicherten, die noch nicht die Voraussetzungen für die Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen, könnte nach der Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung ebenfalls ein monatlicher Leistungsbetrag zur Verfügung gestellt werden, wenn sie in der *Alltagskompetenz* dauerhaft erheblich eingeschränkt sind.

Weiter wird daran zu denken sein, die Möglichkeit, Beratungseinsätze in der eigenen Häuslichkeit zur Unterstützung der häuslichen Pflege durch einen Pflegedienst in Anspruch zu nehmen, auf Hilfebedürftige der so genannten *»Pflegestufe 0«*, die künftig den Betreuungsbetrag erhalten, zu erstrecken.

Ferner stellt sich die Frage, ob Fördermittel der Spitzenverbände der Pflegeversicherung für *niedrigschwellige Betreuungsangebote* in den Ländern erhöht werden können.

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff und das Begutachtungsverfahren müssen wir mittelfristig und schrittweise überarbeiten. Im Bundesministerium für Gesundheit wurde deshalb von der Ministerin ein Beirat für diese Aufgabe eingerichtet. Ich bin dort Mitglied und werde Ihre Belange einbringen. Die konstituierende Sitzung war vorgestern.

Kritik an der Gesundheitsreform 2006

Und wenn wir schon beim Thema Reform der Pflegeversicherung sind, lassen Sie mich noch ein paar Worte zur Gesundheitsreform sagen.

Mit der Gesundheitsreform 2006 wird das deutsche Gesundheitswesen zukunftsweisend umgestaltet: in den Strukturen, in der Organisation, in den Finanzen und auch im Bereich der privaten Krankenversicherung. Alle Maßnahmen haben das Ziel, die Qualität der Versorgung zu verbessern, Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten zu erhöhen und insgesamt durch mehr Wirtschaftlichkeit, höhere Transparenz, stärkeren Wettbewerb und systematischen Bürokratieabbau die finanzielle Stabilität der gesundheitlichen Versorgung der Bürgerinnen und Bürgern zu sichern.

Für die Versicherten zählt allein ihre Gesundheit und die hierfür notwendige medizinische Versorgung – heute und für die Zukunft. Die Frage lautet daher: Was bringt mir die Gesundheitsreform?

Ich bin bereits auf wichtige Strukturmaßnahmen der Reform eingegangen, die die Versorgung auch für die psychisch Kranken verbessern wird.

Aber ich muss hier auch meine Bedenken schildern, die ich der Ministerin bereits mitgeteilt habe:

Chronikerregelung, § 62 SGB V-E

Die Bindung der Chronikerregelung an therapiegerechtes Verhalten lehne ich ab.

Die Regelung läuft der bisherigen Absicht der Politik zuwider, *Patienten und Ärzte auf Augenhöhe* zu bringen.

Selbstverständlich tragen auch die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung Verantwortung für ihre Gesundheit und sollten diese nach Kräften erhalten und wiederherstellen.

Eine Malus-Regelung ist in diesem Punkt nicht zielführend.

Das Gleiche gilt für die Bindung der Chronikerregelung an die *Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen. Auch diese lehne ich ab.*

Leider ist es richtig, dass nur etwa jeder fünfte Mann und jede zweite Frau in Deutschland die Angebote der gesetzlichen *Krebsfrüherkennungsmaßnahmen* nutzen. Dies belegt die Auswertung des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung Deutschlands.

Im Jahr 2003 nahmen demnach 19,7 % der Männer und 48,8 % der Frauen die gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen in Anspruch.

Ich bin der Meinung, dass sich aus diesen Zahlen ein Handlungsbedarf ergibt. Bisher ist es nicht gelungen, die Versicherten zur stärkeren Teilnahme an Früherkennungsprogrammen zu motivieren. Ich unterstütze deshalb die Zielsetzung der Regelung, die Teilnahmerate zu erhöhen.

Die im Gesetzentwurf vorgelegte Regelung, nach der nur jene von der reduzierten Belastungsgrenze profitieren, »die vor ihrer Erkrankung regelmäßig die für sie relevanten, vom Gemeinsamen Bundesausschuss näher zu bestimmenden Vorsorguntersuchungen in Anspruch genommen haben« halte ich aber für den falschen Weg. Zielführender wären:

Information, gezielte Ansprache von Risikogruppen, Kampagnen, Einladesysteme, aufsuchende Prävention und eine Lösung, die die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen belohnt. Dies würde den seit 1998 begonnenen Weg der Stärkung der Prävention und der Gesundheitsförderung, der Setting-Ansätze und der Stärkung der Patientenbeteiligung fortsetzen.

Solange das System der gesetzlichen Krankenversicherung seine Bringschuld in den Bereichen Prävention und Information noch nicht erfüllt hat, dürfen die Patientinnen und Patienten nicht einseitig belastet werden.

Psychische Erkrankungen sind Volkskrankheiten!

Die Gesundheit der Menschen zu erhalten und wiederherzustellen ist und bleibt ein wichtiges Ziel. Diabetiker, Bluthochdruckpatienten und Krebspatienten und andere sogenannte »Volkskrankheiten« stehen hier bei den Bemühungen im Vordergrund.

Zweifelsohne auch zu Recht.

Aber es gibt eine Gruppe von Patientinnen und Patienten, die gegenwärtig niemals vom Mann, von der Frau auf der Straße unter *»Volkskrankheit«* subsumiert würden und deren Belange häufig vernachlässigt werden: Psychisch Kranke.

Dabei spricht die *Epidemiologie* eine andere Sprache:

Der *DAK-Gesundheitsreport 2005*, der die Entwicklung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens ihrer berufstätigen Mitglieder analysiert, beschreibt und kommentiert erneut nach 2002 als Schwerpunktthema den Anstieg psychischer Erkrankungen.

Demnach ist seit 1997 die Zahl der Krankschreibungen wegen psychischer Probleme um 70 % gestiegen!

Ihr Krankenstand beträgt nun 9,8 % (2003: 8,8 %).

Mit *direkten Behandlungskosten von 22,4 Milliarden Euro* gehören, laut Ärzte Zeitung, psychische Erkrankungen zu den bedeutenden Kostenfaktoren im Gesundheitswesen.

Noch höher sind nach Angaben des Gesundheitsökonomen Professor Axel Olaf Kern (FH Ravensburg) die *indirekten Kosten* durch *Frühberentung, Arbeitsausfall, Suizid und Delinquenz.*

Und auch bei den *Verrentungen* wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit nehmen die psychischen und psychosomatischen Erkrankungen eine zunehmende Bedeutung ein, was auch ein Signal zum Handeln ist.

Persönliche Verantwortung des Einzelnen

Lassen Sie mich zum Schluss auf die Frage eingehen, weshalb das Gesundheitssystem sich gerade mit dem Bereich der psychischen Erkrankungen so schwertut. An der Größe der Patientengruppe kann es nicht liegen, denn wie bereits erläutert, ist *die Zahl der Krankschreibungen wegen psychischer Pro-*

*bleme um 70 % gestiegen, d*er *Krankenstand aufgrund psychischer Erkrankungen beträgt nun 9,8 %.* Mit *direkten Behandlungskosten von 22,4 Milliarden Euro* gehören, laut Ärzte Zeitung, psychische Erkrankungen zu den bedeutenden Kostenfaktoren im Gesundheitswesen.

Ich glaube der Hauptgrund für die Vernachlässigung der psychisch Kranken liegt darin, dass wir uns hier mit Menschen auseinandersetzen müssen, deren Verhalten uns bisweilen so undurchschaubar erscheint. Das Fremde zu verstehen ist schwer. Es ist nicht nur schwer, weil uns oft Wissen und Information fehlt, sondern, wie Sigmund Freud feststellte, weil das »Ich nicht Herr im eigenen Haus« ist.

Erst wenn wir versuchen zu erkennen, welche Einflüsse – soziale, politische, gesellschaftliche und natürlich persönliche Erfahrungen – unsere Regungen und Gefühle bestimmen, wird es uns auch gelingen zu verstehen, warum wir uns dem Fremden gegenüber so ablehnend verhalten. Nur dadurch wird es möglich werden, die Verschiedenheit anderer Menschen und Kulturen zu verstehen. Erst wenn wir sie verstehen, werden wir sie auch akzeptieren und achten können.

Ein Verständnis, welches Andersartigkeit als eine andere Art von Normalität sieht, gibt also jedem von uns ein Stück Freiheit zurück.

Der Umgang der Gesellschaft mit psychisch Kranken ist nicht nur ein Spiegelbild ihrer Gesinnung, sondern war und ist als solches auch immer ein Seismograf, der Gesinnungsänderungen früh anzeigt.

Literatur

DAK-Versorgungsmanagement (Hg): DAK Gesundheitsreport 2005 o. A.

Frogner BK, Anderson GF: Multinational Comparisons of Health Systems Data, 2005. Commonwealth Fund (CWF), April 2006, Online-Resource: www.cmwf.org/usr_doc/825_Frogner_multinational_comphltsysdata.pdf

Kern AO: FH Ravensburg o. A.

Hamann J et al.: Partizipative Entscheidungsfindung – Implikationen des Modells des »Shared Decision Making« für Psychiatrie und Neurologie. Der Nervenarzt Volume 77, Number 9/September, 2006

Stärkung und Unterstützung der Nutzer

Heike von Lützau-Hohlbein

Der Begriff des Nutzers

Wer ist der »Nutzer« unter dem Blickwinkel des Tagungsthemas »Unsere Zukunft gestalten – Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz«? Ganz allgemein gesagt ist das der alte oder alt werdende psychisch Kranke, insbesondere der Demenzkranke. Ihn gilt es zu stärken und zu unterstützen. Der Kranke ist in meisten Fällen aber nicht mehr in der Lage, sich selbst um seine Angelegenheiten zu kümmern. Eine mangelnde Realitätseinsicht ist eines der Symptome dieser Krankheit. Deshalb ist parallel zum Kranken auch der Angehörige des psychisch Kranken zu betrachten. Das bedeutet für die Rat- und Hilfeleistenden, immer beide Seiten im Blick zu haben, die des Kranken wie die des Angehörigen. Unter »Angehörigem« wird hier ein weiter gefasster Begriff verstanden, nicht nur ein Familienangehöriger, das kann auch ein sich kümmernder Nachbar oder Freund und Vertrauter sein.

Jeder kann schnell zu einer Person werden, die Rat und Hilfe sucht und braucht, deshalb ist im weitesten Sinn der »Bürger wie du und ich« der Nutzer.

Der Nutzer im Mittelpunkt

Eine Stärkung und Unterstützung der Nutzer ist in vielen Bereichen notwendig, sei es beim Arztbesuch, oder auch schon in Vorbereitung auf einen solchen Besuch, sei es in einer Pflegesituation im häuslichen Bereich, bei der Vertretung gegenüber einem ambulanten Dienst wahrzunehmen ist.

Gemeinsam muss versucht werden, die Wünsche des alten psychisch kranken Menschen herauszufinden und deren Erfüllung umzusetzen. Diese Wünsche werden nicht immer klar geäußert, sie sind manchmal nur zu erahnen. Die Nichtbeachtung zeigt sich häufig in Unmut, manchmal in nicht erklärbarer Aggression. In vielen Fällen ist in der ambulanten Umgebung der Kranke mit dem Pfleger allein, und damit ergibt sich ein Ungleichgewicht zuungunsten des Kranken. Hier gilt es zu vermitteln und den Nutzer zu stärken.

Dasselbe gilt in verstärktem Maße in der stationären Alten-/Pflegeeinrichtung, da der Kranke immer weniger seine eigenen Belange wahrnehmen kann.

Der Nutzer braucht Unterstützung im Umgang mit der Kranken- und Pflegekasse, Anträge sind zu stellen, auf Schreiben und Beschlüsse der Kasse muss reagiert werden. Als Beispiel sei die Problematik der Einstufung in die Pflegebedürftigkeit genannt, die besonders im Bereich der Demenzkranken immer wieder beklagt werden muss. Das »Zuständigkeitsgerangel« zwischen Kranken- und Pflegekassen ist für einen gesunden Menschen schon schwer verständlich, ein psychisch Kranker braucht unbedingt Unterstützung.

Zuzahlungsregelungen sind nicht leicht verständlich, der Kranke ist überfordert, zieht sich zurück und unterlässt es, ihm zustehende Leistungen einzufordern.

Wird ein Krankenhausaufenthalt notwendig, verschärft sich die Situation. Demenzkranke leiden meist auch an anderen zum Teil altersbedingten Krankheiten, sei es Diabetes oder Herz-/Kreislauferkrankungen. Bei einem geplanten Krankenhausaufenthalt kann man im Vorfeld etliches abklären und damit die Situation entschärfen. Bei einem Unfall, wie zum Beispiel einem Sturz und einem Oberschenkelhalsbruch als Folge, ergibt sich meistens eine alle Beteiligten überfordernde Situation. Alle brauchen Stärkung und Unterstützung.

Psychische Erkrankungen wie auch die Demenz sind immer noch von einem großen Tabu umgeben. Der Kranke wie auch die Angehörigen sind in diesem allgemein gesellschaftlichen Umfeld zu stärken. Demenz ist eine Krankheit wie jede andere auch. Diese Tatsache muss immer wieder betont werden.

Unterstützungs- und Hilfeangebote

In unserem Land gibt es die verschiedensten Hilfs- und Beratungsangebote. Sie haben alle ihren Stellenwert und dabei natürlich auch ihre Zugangshürden. Nicht für jedes Problem sind sie gleich gut geeignet und nicht für alle Bürger sind sie gleich gut erreichbar. Sie haben ihren besonderen Fokus und vertreten auch Eigeninteressen. Es bleibt in den meisten Fällen dem Nutzer überlassen, das geeignetste Angebot für sein zu lösendes Problem zu finden. Hier zeigt sich ein großes Dilemma, denn der alte psychisch kranke Mensch ist damit hilflos überfordert. Er braucht schon Hilfe beim Hilfe suchen.

Für den befähigten Bürger reicht das Beratungs- und Hilfeangebot von der Patientenbeauftragten der Bundesregierung, über die Beratungsstellen der verschiedensten Ministerien, die Beratungsstellen der Kommunen wie auch der Träger und Kranken- und Pflegekassen. Die Selbsthilfeorganisationen bieten Unterstützung, auch die Nachbarschaftshilfen vor Ort können sehr hilfreich sein. In speziellen Fällen, wie in der stationären Einrichtung, kann der Heimbeirat die Anlaufstelle sein.

Die Beratungsstellen der unabhängigen Selbsthilfeorganisationen haben ein besonderes Gewicht, da Hilfestellung und Unterstützung leichter angenommen wird von Mitmenschen, die ein ähnliches Leid durchlebt haben.

Die Stärkung und Unterstützung ist von sehr unterschiedlicher Art. Primär gilt es, den Nutzer mit Information zu versorgen. Das kann kurz am Telefon erfolgen, für den kundigen Nutzer bietet heute das Internet eine Fülle von Informationen. Aber häufig erfolgt die Vermittlung des Wissens in Form von Broschüren, die für spezielle Themen entwickelt wurden. Allein die Deutsche Alzheimer Gesellschaft hat im Jahr 2005 fast 200 000 Informationsbroschüren versendet. Darüber hinaus braucht der Nutzer Beratung für sein ureigenstes Problem. Diese kann telefonisch über diverse »help-lines« erfolgen, zum Beispiel das Alzheimer-Telefon (01803-171017). Hier werden auch konkrete Hilfen im Umgang mit der Bürokratie vermittelt, z. B. wie bereitet man sich auf den Besuch des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse (MDK) vor oder wie muss ein Widerspruch einer Einstufung in die Pflegeversicherung aussehen. Häufig stellen sich aber auch Fragen nach Hilfe im täglichen Leben: Wer hilft weiter bei der Vermittlung von Adressen? Welche Hilfe ist dringend notwendig? Und wer zahlt möglicherweise für was?

Lobby-Arbeit

Ein ganz wichtiger Bereich in der Stärkung der Nutzer ist die Lobby-Arbeit im wahrsten Sinne des Wortes. Die Politiker auf allen Ebenen müssen informiert und beraten werden. Die Nutzer müssen gegenüber der Politik eine starke Interessenvertretung aufbauen und verfolgen. Die psychisch Kranken und ihre Angehörigen brauchen Stellvertreter, die aus eigenem Erleben die Sache vertreten und immer wieder die Wichtigkeit betonen. Die Solidarität der Gesellschaft ist einzufordern. Dazu ist nur eine aufgeklärte Gesellschaft in der Lage, die über Öffentlichkeitsarbeit in allen zur Verfügung stehenden Medien erreicht werden muss.

Vernetzung der Angebote und Hilfen

Um den Nutzer in einen besseren Zustand zu versetzen, braucht er einen leichteren Zugang zu gebündelter, auf sein Problem zugeschnittener Information, »einen« Ansprechpartner, damit er sich die Hilfe und Beratung nicht selbst zusammensuchen muss. Die Hilfen müssen vernetzt miteinander sein, Transparenz für den Nutzer ist ganz wichtig: Woher bekommt er was? Wer ist wofür zuständig?

Es wäre wünschenswert, wenn der Verbraucherschutz auch im Bereich der ambulanten und stationären Hilfen ausgebaut würde, eine unabhängige Bewertung der Hilfsangebote würde den Nutzer stärken.

Insgesamt ist leider anzumerken, dass der Bedarf des »Nutzers« im Allgemeinen nicht im Mittelpunkt steht. Er wird zu selten gefragt, welche Hilfeleistung er braucht und wie sie für ihn am besten aussehen soll. Die schon angesprochene Schnittstellenproblematik zwischen den einzelnen Blöcken des Unterstützersystems geht zulasten der »Nutzer«, und er als schwächstes Glied ist der Leidtragende. Es ist zu beklagen, dass das theoretische Wissen in der Altenhilfe, das sich auch in vielen Modellprojekten schon als praxistauglich erwiesen hat, nicht in die Breite transferiert wird und damit dem einzelnen Nutzer nicht zugute kommt.

Es bleibt zu hoffen, dass der politische Wille, die Versorgung der psychisch Kranken, insbesondere der Demenzkranken, als gesellschaftliche Aufgabe verankert wird. Damit könnte dann eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für die Demenzkranken und ein nutzerorientiertes Unterstützungskonzept Wirklichkeit werden.

Buchpräsentation: Karl Oskar Blase Wollten wir nicht Bilder machen? – Künstlertagebuch eines langen Abschieds

im Foyer vorgestellt mit einführender Lesung von Angelika Trilling (Kassel)

Als seine an Alzheimer erkrankte Frau ihn nicht mehr als den Menschen erkennt, mit dem sie seit Jahrzehnten verheiratet ist, findet er doch einen Zugang zu ihr, indem er mit ihr künstlerisch tätig wird: als immer noch gut aussehende Frau bezieht er sie ein als Modell und als Partnerin bei der künstlerischen Bearbeitung der Bilder von ihr – wie in früheren Jahrzehnten. Das Buch gibt die bewegenden Tagebuchaufzeichnungen und Bilder dieses langen Abschieds wieder.

Aus der Einleitung:

»Eine Gewohnheit in unserem gemeinsamen Leben war es, wenn ich aus der Kunsthochschule nach Hause gekommen war und wir unseren Tee getrunken hatten, einen Spaziergang in die nahegelegene Dönche, ein Naturschutzgebiet in Kassel, zu machen. Wir besprachen dann alles, was tagsüber so angefallen war. Einmal kamen wir auch an einer für uns historischen Bank vorbei. Dort hatten wir einst nach einer durchfeierten Sommernacht einen unvergesslichen Sonnenaufgang erlebt. Genau auf diesem Weg, auf dem wir immer alles besprochen haben, sagte mir Marga, dass wir auch unser Verhältnis endlich mal klären müssten. Wer sind Sie denn eigentlich, sind Sie meine Mutter oder mein Vater und überhaupt, wer sind Sie eigentlich? Ich versuchte ihr mit all meiner mir zur Verfügung stehenden Überredungskunst klar zu machen, dass ich der Karl Oskar, ihr Mann sei, und das schon seit über 50 Jahren. Sie blieb unbeeindruckt und war nicht daran interessiert, die Sache aufzuklären. Ich fühlte mich total hilflos, außen vor und sehr traurig. Dieser Spaziergang war zu einem Wendepunkt geworden. Auf dem Rückweg, zu unserem nahegelegenen Haus, wurden wir uns immer fremder. Sie redete mich nur mit Sie an und wollte Auskunft darüber, wo wir jetzt hingingen und ob wir angemeldet seien. Sie begrüßte mich wiederum wie einen guten Freund und fragte, welches Zimmer man ihr zugewiesen hätte und ob sie es bezahlen müsse.

Von diesem Tag an war alles anders und ich hatte keine Vorstellung davon, wie es weitergehen sollte.«

Das Buch »Wollten wir nicht Bilder machen?« mit einem Vorwort von Prof. Dr. Andreas Kruse ist erschienen im Euroregioverlag, Kassel 2006.

Fotoausstellung: Alzheimer – Eine andere Welt?

In der Galerie wurde während der Veranstaltung die Fotoausstellung von Claudia Thoelen »Alzheimer – Eine andere Welt?« gezeigt.

Die Fotografin setzt sich in ihren Arbeiten seit 1996 kontinuierlich mit der Alzheimer-Krankheit auseinander. In engem Kontakt mit den Erkrankten sowie im Dialog mit Angehörigen und professionell Pflegenden wurden ihr Charakter und Verlauf der Alzheimer-Krankheit verständlich. Sie hat Alzheimer-Patienten hautnah fotografiert, ihre Lebensfreude festgehalten, aber auch ihre Verwirrung und ihre Verzweiflung.

Die Fotografin über sich:

»Eingetaucht bin ich in diese Welt zu einem Zeitpunkt, als die Krankheit bei den Betroffenen schon weit fortgeschritten war. Ein Stadium, welches extrem hohe Anforderungen an die Betreuung der Betroffenen stellt, sodass eine professionelle Pflege in einer stationären Einrichtung unumgänglich ist. Die Persönlichkeit der verschiedenen Menschen, die ich in den Einrichtungen kennenlerne und fotografiere, erschließt sich mir nahezu ausschließlich aus dem, was ich gegenwärtig mit ihnen erlebe. Angehörige vermitteln mir zwar in Gesprächen biografische Details über das jeweilige Leben der Betroffenen, aber es verbinden mich keine emotionalen Beziehungen mit der Zeit vor Beginn der Krankheit. Den schmerzvollen und kräftezehrenden Prozess, den Angehörige erleben, habe ich nicht erfahren müssen. Deshalb bin ich mir bewusst, dass es das Privileg meiner Rolle als Beobachterin ist, das Eintauchen in diese Welt weitgehend als interessante und spannende Erfahrung zu erleben.«

Kontakt: Claudia Thoelen, Faberstr. 23, 20257 Hamburg, Tel: 040-85374728, Mobil: 0172-4524641, ClaudiaThoelen@t-online.de

I Steuerung auf kommunaler Ebene

Einleitung

Reinhard Peukert, Gisela Krutwage

In diesem Symposium wurden vier sehr unterschiedliche Herangehensweisen vorgestellt, um den Herausforderungen der Steuerungsthematik auf kommunaler Ebene zu begegnen.

Bei aller Verschiedenheit der Zugänge haben sie folgende Aspekte gemeinsam:

- Es bedarf des kommunalen Willens, mehr als nur die Not, verwaltend tätig zu sein.
- Dieser kommunale Wille ist unter Einbezug möglichst aller Akteure in Form von Leitzielen, Qualitätsstandards, erwarteten Wirkungen etc. explizit zum Ausdruck zu bringen.
- Es bedarf einer vernetzten und vielschichtigen Struktur, in die die vielen mit psychisch kranken alten Menschen, insbesondere mit demenziellen Erkrankungen, befassten Akteure verbindlich eingebunden sind und in dessen Rahmen sie verbindlich kooperieren können.
- Es bedarf abgestimmter Verfahren mit Handlungsregeln und vereinbarter Dokumentation, um die vereinbarten Ziele etc. erreichen zu können.
- Bei aller Professionalität darf die wichtige Rolle der Selbsthilfe und des ehrenamtlichen, bürgerschaftlichen Engagements nicht übersehen werden.

Die Realisierung dieser fünf offensichtlich unabdingbaren Merkmale kommunaler Steuerung erfolgt in den vier beschriebenen Regionen sehr verschieden. Insbesondere die Kommune – wie die Diskussion zeigte – scheint ihren Part unterschiedlich zu spielen, wodurch die Rollen der »Mitspieler« (die vielen professionellen Akteure sowie die Selbsthilfe und die ehrenamtlich Tätigen) komplementär beeinflusst werden. Das Spektrum bei den Kommunen geht von »wirkungsorientierter Steuerung« in kommunaler Hand bis hin zu den dem unbedingten Konsensprinzip verpflichteten Verbünden.

Frank Stein stellt das Modell der *Leverkusener Altenhilfe* vor, bei dem die kommunale Steuerung über konkret anzustrebende Wirkungen und Ziele erfolgt – und die Verausgabung »des vielen Geldes«, wie er es ausdrückt, daran gemessen und orientiert wird. Dies impliziert gravierendes Umden-

ken und »Umhandeln«. Der Beitrag zeigt, mit welchen Schritten eine solche Veränderung angegangen werden kann.

Eine zentrale Bedeutung kommt dabei den »Wirkungspaketen« zu, in denen die mit einer bestimmten Aktivität angestrebten Wirkungen und ihre »berichts- und controllingfähigen Messparameter« dargestellt werden. In der Diskussion ergänzte Herr Stein, dass die Orientierung an den qualitätsbewerteten Wirkungspakten bereits zu einer Umschichtung von Mitteln führte.

Uwe Klein informiert über den *Gerontopsychiatrischen Verbund in Berlin-Marzahn-Hellersdorf* und beschreibt die strukturellen Entwicklungen hin zu einem Netzwerk im Alter.

Die hier gewählte Verbundlösung hebt sich deutlich von dem Modell der wirkungsorientierten Steuerung in Leverkusen ab. Stand in Leverkusen das Konsensprinzip nur am Anfang des Prozesses (bei der Definition der Wirkungsparameter, danach geht die Steuerung – auf der Basis der vereinbarten Wirkungsparameter – an die Kommune zurück), ist die Steuerung im Gerontopsychiatrischen Verbund auf der Basis von Kooperationsvereinbarungen durchgängig konsensorientiert und bezieht alle relevanten Akteure ein. Im Kern geht es darum, unter dem Motto »guter Wohnort für ein ganzes Leben« ein »Netzwerk im Alter« als Planungs- und Realisierungsinstrument zu etablieren, das die unterschiedlichen Interessen und Bedarfe der älteren Menschen berücksichtigt. So entstand in Berlin-Marzahn-Hellersdorf ein wohlstrukturiertes Gefüge unterschiedlicher, untereinander verknüpfter Verbünde und Entscheidungsgremien, mithilfe derer die bei der Kommune verbliebene Aufgabe der Steuerung mit einem Höchstmaß an Transparenz erfolgt.

Johannes Weber berichtet über das Wiesbadener Netzwerk für Geriatrische Rehabilitation, kurz: *GeReNet.Wi,* das auf den Erfahrungen der seit vielen Jahren eingeführten »Beratungsstellen für ein selbstständiges Leben im Alter« aufbaut. Um das Ziel dieser Beratungsstellen zu realisieren, wurden im GeReNet.Wi folgende bedeutsame Kompetenzen und Versorgungsaspekte ergänzt:

- möglichst ambulante geriatrische Rehabilitation,
- angemessene Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln,
- die Verbesserung der Nachsorge nach stationärer Behandlung und/oder geriatrischer Rehabilitation und
- flankierende Unterstützungen für pflegende Angehörige.

Es wurde mit allen erforderlichen Kooperationspartnern eine geeignete komplexe Projektstruktur mit vereinbarten Verfahren und Dokumenten

gefunden, über die berichtet wird. Dabei werden auch die bislang nicht erreichten Ziele berücksichtigt.

Im GeReNet.Wiesbaden steht die Einbeziehung der demenziell erkrankten Menschen noch ganz am Anfang.

Michael Willamowski geht im abschließenden Beitrag auf die kommunale *Altenpolitik in Münster* ein und beschreibt, mit welchen Strukturen auf ein differenziertes Angebot für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen hingewirkt wird.

In NRW werden kommunale Gesundheitskonferenzen und Pflegekonferenzen per Landesgesetz verpflichtend vorgeschrieben, in deren Rahmen viele Hilfen entwickelt wurden. Beide Gremien haben sich im Jahr 2004 für einen gemeinsamen Arbeitskreis Demenz ausgesprochen mit dem ausdrücklichen Ziel die differenzierten Angebote für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz, fortzuentwickeln.

Besondere Bedeutung kommt in Münster

- den Hausgemeinschaften als Alternative zu stationären Wohnformen,
- der persönlichen Beratung der pflegenden Angehörigen
- und der systematischen Unterstützung und Einbeziehung der Selbsthilfe sowie ehrenamtlich erbrachter Hilfen auf der Ebene der einzelnen Stadtteile zu.
- Es erfolgen in Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Helfern z. B. einerseits Besuchsdienste für ältere, hilfe- und pflegebedürftige sowie von demenzkranken Menschen unter dem Titel »von Mensch zu Mensch« und andererseits eine stundenweise Entlastung für pflegende Angehörige.

Leverkusener Altenhilfe in Bewegung: Neue Wege mit wirkungsorientierter Steuerung

Frank Stein

Unter dem Titel »Leverkusener Altenhilfe in Bewegung« hat die Stadt Leverkusen gemeinsam mit den örtlichen Wohlfahrtsverbänden ein ehrgeiziges Modellprojekt auf den Weg gebracht. Möglich wurde dieses bundesweit einzigartige Vorhaben durch die Unterstützung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend als Zuschussgeber.

Schon die lineare Fortschreibung der Kosten der Altenhilfe verdeutlicht den Handlungsbedarf. Der städtische Aufwand für die Altenhilfe in Leverkusen (aktuell ca. 4,5 Mio. Euro) würde sich danach bis zum Jahr 2030 auf mindestens 9,2 Mio. Euro verdoppeln. Sicher: Angesichts der demografischen Entwicklung ist ein Kostenanstieg unvermeidbar. Aber diese absehbare Kostensteigerung darf sich nicht zur Kostenexplosion auswachsen.

Es geht aber nicht allein um schlichte Finanzierungsfragen. Was bisher vor allem fehlte, war ein Konsens über die konkret anzustrebenden Wirkungen und Ziele der Altenhilfe: Was wollen wir mit unseren Aktivitäten erreichen? Warum und mit welcher Zielsetzung machen wir all dies? Ist daran gemessen, das viele Geld an der richtigen Stelle investiert?

Für die Leistungen der Altenhilfe, nämlich komplementäre Dienste (Hilfen zur Hauswirtschaft, Mahlzeitendienste, psychosoziale Betreuung, sozialpsychiatrische Ambulanz, zeitintensive Pflege, Hausnotrufservice, Begleitung von Sterbenden und ihren Angehörigen sowie ehrenamtliche Altenhilfe) und die Altentagesstätten wurde daher als gemeinsames Ziel von Trägern, Politik und Verwaltung vereinbart, dass zukünftig die hiermit erzielten Wirkungen im Mittelpunkt stehen müssen.

Erster Projektschritt war die Schaffung von Projekt- und Finanzierungssicherheit. In einem Vertrag der Stadt mit den Trägern wurde für die Leistungen der Altenhilfe das Finanzvolumen des Haushaltsjahres 2000 für die Projektdauer (also die Jahre 2001 bis 2003) zugesichert. Dies beinhaltete keine Finanzmittelgarantie für die einzelnen Träger, wohl aber für den »Gesamttopf« der Altenhilfe. Als Gegenleistung zu dieser städtischen Zusage verpflichteten sich die Träger zur Mitarbeit im Projekt, was dort mit nicht unerheblichem Einsatz von Personalressourcen verbunden war.

Darauf basierte der konkrete Einstieg in die Wirkungsorientierung. In dieser besonders wichtigen Projektphase wurden aus Leistungen Wirkungspakete entwickelt. Ein Wirkungspaket ist dadurch gekennzeichnet, dass es

nicht aus der Beschreibung einzelner Leistungen und Standards besteht, sondern den Versuch unternimmt, die mit einer bestimmten Aktivität verfolgten Wirkungen und ihre berichts- und controllingfähigen Messparameter darzustellen. Dies wird schon in den Bezeichnungen der Wirkungspakete deutlich, die im Haushaltsjahr 2002 beispielsweise hießen:

- »Pflegebedürftige Senioren bleiben in ihrer häuslichen Umgebung«
- »Vorhandene Möglichkeiten nutzen, um weiter die Eigenständigkeit in Leben und Haushalt zu erhalten«
- »Erhalt und Förderung eigenständiger Lebens- und Haushaltsführung«
- »Lernen, mit dem Alter zu leben«
- »Gesundheitliche und soziale Vorsorge und freiwilliges Engagement«

Diese Wirkungspakete wurden durch die aus allen Projektbeteiligten gebildete Projektleitungsgruppe bewertet. Kriterien für diese wirkungsorientierte Bewertung waren:

- Notwendigkeit aus Sicht der Zielgruppe
- Netzwerk-/Stadtteilorientierung
- Nachhaltigkeit der Wirkung
- Risiko des Wirkungswegfalls bei Nichtrealisierung
- Preiswirkungsverhältnis
- Chance der Realisierung

Allerdings machte schon diese erste Bewertungsrunde deutlich, dass das Leitbild und die Grundausrichtung der kommunalen Altenhilfe in der Stadt Leverkusen noch nicht hinreichend präzise formuliert waren. Deshalb wurde innerhalb des Projekts ein Fachtag, zu dem alle an der Altenhilfe Interessierten eingeladen wurden, durchgeführt. Dieser hatte das Ziel, eine strategische Richtungsentscheidung für die Politik vorzubereiten. Das Ergebnis dieses Fachtages lässt sich grafisch wie in Abbildung 1 darstellen.

Konkret heißt das:

- Sicherung der Zukunftsfähigkeit der Altenhilfe, indem möglichst viel Betreuungsbedarf durch Aktivierung vermieden wird
- Der Schwerpunkt: »Pflegende Angehörige« ist ausdrücklich erwünscht
- Die Stadt ist nicht Ausfallbürge für SGB V und XI
- Eigenfinanzierung geht vor Fremdfinanzierung
- Einzelfallfinanzierung erfolgt immer nach SGB XII, soweit Ansprüche bestehen

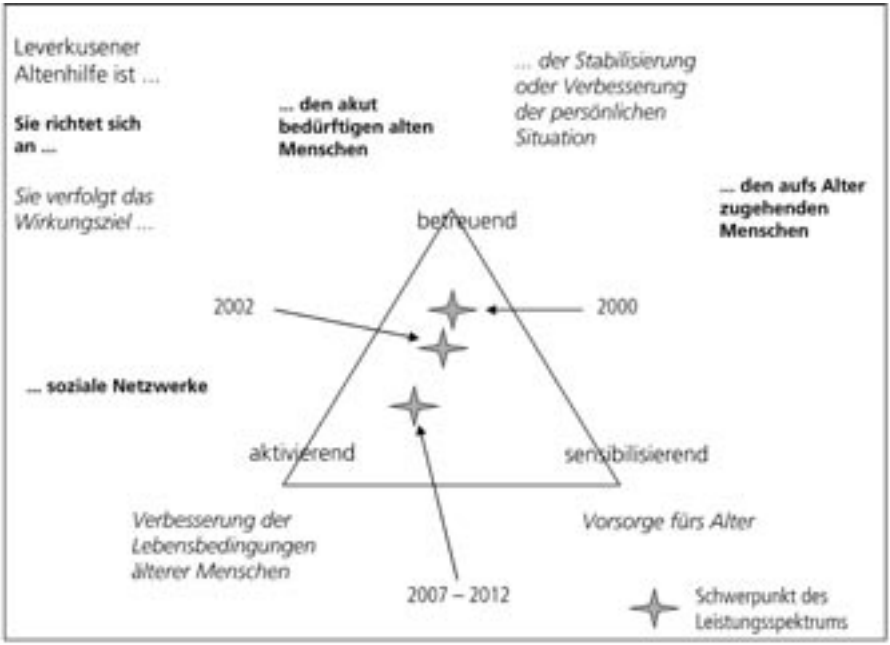


Abb. 1: Schema Leverkusener Altenhilfe

Der Ausschuss für Gesundheit und Soziales des Rates der Stadt Leverkusen hat diese strategische Grundentscheidung für die kommunale Altenhilfe einstimmig bestätigt, sodass das Ergebnis des Fachtages nicht nur die Meinung der Fachöffentlichkeit darstellt, sondern zur politischen Beschlusslage erhoben wurde. Folge war: Die Träger der Altenhilfe haben ihre Konzepte grundlegend neu ausgerichtet und auf der Basis des Leitbilds zur kommunalen Altenhilfe insgesamt 18 Wirkungspakete zur Bewertung vorgelegt. Diese führte zu dem Ergebnis, dass alle Angebote – mit nach dem Bewertungsergebnis abgestufter Finanzierungskulisse – die Zustimmung der Politik fanden und sich schon in der konkreten Realisierung befinden. Jetzt wird es für die Träger darauf ankommen, die vertraglich zugesagten Wirkungen auch tatsächlich zu erreichen.

Damit konnte bundesweit zum ersten Mal ein System wirkungsorientierter Ausrichtung und Finanzierung sozialer Dienstleistungen realisiert werden. Dies ist über den Bereich der kommunalen Altenhilfe hinaus von

großer Bedeutung für die zukünftigen Strukturen kommunaler Sozialpolitik in der Stadt Leverkusen. Das neue Modell soll als generelles Modell für die inhaltliche Ausrichtung und finanzielle Ausstattung sozialer Dienstleistungen dienen. Dies ist kein Selbstzweck, sondern wird eine erhebliche inhaltliche Qualitätsverbesserung bei der Beurteilung kommunaler Finanzierungskulissen ermöglichen. Gleichzeitig bringt die wirkungsorientierte Steuerung Bewegung in die Landschaft, die Träger überdenken und verbessern ihre Angebote, um bei der wirkungsorientierten Mittelvergabe zum Zuge zu kommen. Im Mai 2006 beschloss der Sozialausschuss schon die zweite Phase der Realisierung, nämlich den Zeitraum vom 01.07.2006 bis zum 31.12.2008.

Derzeit stellt sich das Spektrum in Leverkusen wie folgt dar:

Tab. 1: Wirkungsorientierte Mittelvergabe

Nr.	Träger	Wirkung/Ziel	Art der Aktivität	Preis in €
1	Caritasverband	Gesundheitliche und soziale Vorsorge	Aktivitäten der Begegnungsstätten Lützenkirchen und Altes Bürgermeisteramt	56.300,00
2	Caritasverband	Erhalt und Förderung eigenständiger Lebensführung	Beratung und Unterstützung von Senioren und Seniorinnen	22.224,90
3	Caritasverband	Förderung und Stärkung Pflegender Angehöriger	Angebote für pflegende Angehörige	11.943,42
4	Caritasverband	Seniorenforen	Treffen von Senioren und Multiplikatoren im Stadtteil, Bearbeitung seniorenrelevanter Themen	20.000,00
5	Diakonisches Werk	Förderung sozialer Beziehungen inklusive Seniorenforum	Begegnungsstätte Robert Blum Straße	62.700,00
6	Diakonisches Werk	Projekt »Drehscheibe«	Koordinierung von Hilfen für Senioren, Ehrenamtl. Management in Küppersteg und Bürrig	39.129,42
7	Deutsches Rotes Kreuz	Seniorenforum Bergisch Neukirchen	Treffen von Senioren und Multiplikatoren im Stadtteil, Bearbeitung seniorenrelevanter Themen	5.000,00
8	Deutsches Rotes Kreuz	Begegnungsstätte für Alt und Jung	Begegnungsstätte Burscheider Straße	25.000,00
9	Deutsches Rotes Kreuz/ Wurzelwerk	Pflegende Angehörige	Angebote für pflegende Angehörige	46.292,73

Damit ist der Reformprozess aber nicht beendet. Es bleiben vielmehr noch einige »Baustellen«, insbesondere die notwendige Optimierung des Controllings und ein verbessertes Bewertungs- und Mittelverteilungsverfahren. Die Erfahrungen der zurückliegenden Bewertungs- und Controllingrunden werden derzeit ausgewertet, damit die notwendigen Verfahrensmodifikationen definiert werden können.

Netzwerk im Alter

Uwe Klein

Die Implementation des Gerontopsychiatrischen Verbundes in Berlin-Köpenick im Jahr 1995 im Rahmen des Modellprogramms Psychiatrie beeinflusste die Diskussion um verbesserte Versorgungsstrukturen für ältere Menschen in allen Berliner Bezirken und durch enge professionelle Kontakte auch in Leipzig.

Die Verbundstrukturen waren und sind bezirksspezifisch unterschiedlich ausgeprägt. Ich möchte Ihnen Aspekte der Entwicklung in Berlin-Marzahn-Hellersdorf vorstellen, weil die Strukturentwicklung in diesem Bezirk Besonderheiten aufweist, die es sich hervorzuheben lohnt. Ich selbst war von 1997 bis Ende 2002 zusammen mit zwei weiteren Trägervertretern in der Leitung des Verbundes, im sogenannten Koordinierungsgremium, tätig. Aktuell nehme ich ähnliche Aufgaben im Nachbarbezirk, Treptow-Köpenick, wahr, mein Bericht ist also gewissermaßen ein Blick von innen und von der Seite.

Im Vordergrund meiner Darstellung stehen die *strukturellen Entwicklungen*, also keine Kasuistiken, die den Vorteil von Verbundstrukturen für den einzelnen älteren Menschen herausstellen könnten. Mein Beitrag gliedert sich in drei Teile.

In Teil 1 skizziere ich kurz die strukturellen Essentials des Gerontopsychiatrisch-geriatrischen Verbundes (GGV), in Teil 2 erfolgt die Darstellung der Entwicklung von Versorgungsstrukturen in Berlin-Marzahn-Hellersdorf über den GGV hinaus und Teil 3 nimmt entlang des Jahresberichts 2005 des »Netzwerks im Alter« die aktuellen Strukturen und Entwicklungen auf.

Strukturelle Essentials des gerontopsychiatrisch-geriatrischen Verbundes

Die Verbundarbeit wird über eine Kooperationsvereinbarung geregelt, über unterschiedliche Gremien (Trägerkonferenz; Arbeitskreise) gesteuert und durch die Verbundmitglieder in ihrem Alltag umgesetzt.

Die Kooperationsvereinbarung weist auf die notwendige Einbindung in die Psychiatrie-, Alten- und Pflegepolitikplanung des Landes und der Bezirke hin, sieht Pflichtversorgung als handlungsleitendes Ziel an und bestimmt die Rahmenstrukturen der Verbundarbeit.

Auszug aus der Kooperationsvereinbarung zu Beginn der Verbundarbeit 1999

1. Zielstellung und Aufgaben

Ziel des Kooperationsvertrages soll es sein, die im Verbundsystem bereits regional vorhandenen und noch zu schaffenden Angebote verschiedener Träger der Gerontopsychiatrie und Altenhilfe so zu vernetzen, dass Patienten mit gerontopsychiatrischem oder geriatrischem Krankheitsbild entsprechend ihrer jeweiligen Betreuungsbedürftigkeit versorgt werden. In den Betreuungsprozess sind alle an der Versorgung Beteiligten einschließlich der Angehörigen einzubeziehen.
1.1 Der jeweilige Kooperationspartner ist verpflichtet, an der gemeinsamen Planung für den Auf- und Ausbau des Verbundsystems teilzunehmen. Die Kooperationspartner sind verpflichtet, eine gemeinsame inhaltliche Konzeption zu erarbeiten und stimmen bausteinbezogene Veränderungen im Verbund ab.
Die Kooperationspartner erklären ihre Bereitschaft, sich gegenseitig über ihre jeweiligen Planungen zu informieren, soweit sie den Auf- und Ausbau des Verbundsystems betreffen. Ziel ist, sich gegenseitig bei dem Aufbau neuer und der Veränderung bestehender Projekte kollegial zu beraten und die Inhalte abzustimmen.
Vertragsveränderungen, ergänzende Verträge und neue Verträge erfordern die Zustimmung aller Vertragspartner.
1.2 Die Vertragspartner sind bestrebt, ihre Zusammenarbeit und ihre Planungen so zu gestalten, dass eine Versorgung aller alten Menschen, die im gerontopsychiatrischen oder geriatrischen Sinn erkranken, in einer lückenlosen Behandlungskette und im Sinne einer Versorgungsverpflichtung möglich ist. Hierbei ist eine Problematik so lange zu bearbeiten, bis eine im Sinne des Klienten adäquate Lösung gefunden ist. Im Vordergrund stehen dabei die adäquate Behandlung und Versorgung des einzelnen Klienten und nicht die ökonomischen Interessen der jeweiligen Vertragspartner.

Das beschlussfassende Gremium des Verbundes ist die aus den Trägerdelegierten bestehende, sich viermal im Jahr treffende Trägerkonferenz. Sie wird vom sogenannten Koordinierungsgremium geleitet, das sich aus drei, zu unterschiedlichen Versorgungssektoren gehörenden Vertretern zusammensetzt. Die wesentliche Verbundarbeit findet in Arbeitsgruppen statt, die von der Trägerkonferenz nach Bedarf eingesetzt werden und ihre Aufgabenstellungen zwar als Auftrag erhalten, aber in weitestgehend autonomer Ausgestaltung verfolgen, wobei sie über die Protokolle und die Berichterstattung in den Trägerkonferenzen die anderen Mitglieder kontinuierlich informieren.

Die derzeitige Mitgliederstruktur umfasst alle Einrichtungstypen: Sozialpsychiatrischer Dienst, Koordinierungsstelle für ambulante Rehabilitation, Selbsthilfekontaktstelle, Suchtberatungsstellen, Sozialstationen und private Hauskrankenpflegen, Betreutes Wohnen für psychisch Kranke, Tagespflegen, Pflegeheime, Krankenhaus.

Die niedergelassenen Ärzte hingegen sind nur selten über eine Mitgliedschaft, sondern, wenn überhaupt, über fallbezogene Kooperationen in den Verbund integriert. Im Verbund Treptow-Köpenick beteiligt sich ein niedergelassener Geriater.

Versorgungsstrukturelle Entwicklungen in Berlin-Marzahn-Hellersdorf

Im Aufbau des gerontopsychiatrisch-geriatrischen Verbundes spiegelt sich auch die Bereitschaft der Träger und der politischen Ebenen, wie Stadträte für Gesundheit und Soziales und der Plan- und Leitstellen für Gesundheit, über innovative und vor allen Dingen vernetzte Strukturen nachzudenken und entsprechende Konsequenzen für die Planung zu ziehen.

So entstanden auf der einen Seite nach demselben Strukturprinzip Verbundsysteme für die Allgemeinpsychiatrie und den Suchtbereich und es erfolgte eine inhaltlich-thematische Integration unter dem Dach der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft. Dabei wurden auch die Schnittstellen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie wie auch zur Jugendhilfe mit bedacht.

Auf der anderen Seite war uns eine enge Verbindung zur Altenplanung wichtig. Dafür wurde vom Koordinierungsgremium des GGV in Abstimmung mit den Psychiatriekoordinatoren und dem Sozialplaner im April 1999 eine Beschlussvorlage für eine integrierte Altenplanung unter dem Titel »Netzwerk im Alter« erstellt.

Auszug aus der Beschlussvorlage von 1999

(3) Begründung

(a) Vorrang nicht-psychiatrischer vor psychiatrischen Hilfen

Prinzipiell gilt in der Versorgung psychisch kranker Menschen die Maxime des Vorrangs nicht-psychiatrischer vor psychiatrischen Hilfen. Das heißt Angebote der offenen Altenhilfe wie z.B. Begegnungszentren und altengerechte Wohnungen sind auch für die Betreuungs- und Versorgungsplanung im Verbund relevant.

(b) Ausgrenzung und Integration

Zwar dient das Verbundsystem zur Qualifizierung der Versorgung kranker älterer Menschen. Gleichzeitig sollte aber der kranke ältere Mensch auch in der Altenplanung berücksichtigt werden und weder für Planungsverantwortliche noch beispielsweise für Seniorenvertretungen aus dem Blick geraten.

(c) Trägerressourcen

Solange Verbundplanung und Altenplanung parallel laufen, wird es zu Mehrfacheinbindungen von Trägern in die unterschiedlichen Gremien kommen. Hier sollte überlegt werden, ob ein Gesamtdach nicht zu einer besseren Ressourcennutzung führen kann, ohne die Lobbyarbeit für Gerontopsychiatrie und Geriatrie aufzugeben.

(4) Vorschlag für ein gemeinsames Dach: »Netzwerk im Alter«

Statt von Altenplanung oder Altenhilfeplanung oder Altenhilfeverbund zu sprechen, wird hier die Begrifflichkeit »Netzwerk im Alter« vorgeschlagen.

Eine konzeptionelle Ausarbeitung steht noch aus, hier nur Stichpunkte.

Netzwerk im Alter

(1) Ebenen der Regionalisierung

- *a) Großbezirk (nach Zusammenlegung der Bezirke)*
- *b) Bezirk (alte Bezirksgrenzen)*
- *c) Stadtteil- und Quartiersbezüge*

(2) Bereiche der Zentrierung (Netzwerkbereiche oder Verbünde)

- *a) Netzwerkbereich »Wohnen im Alter«*
- *b) Netzwerkbereich »Bildung, Kultur und Tätigkeitsfelder im Alter«*
- *c) Netzwerkbereich »Gesundheit im Alter«*

(3) Freie Netzwerkbereiche

- *a) Bürgerschaftliches Engagement*

(4) Medien des Zusammenhalts

- *a) Netzwerkkoordinatoren und Fachvertreter*
- *b) Netzwerkkonferenzen*
- *c) Netzwerkzeitung*
- *d) Netzwerkführer*
- *e) Gesundheits- und Sozialberichterstattung*

Diese Vorschläge haben in den Folgejahren zu einer Bündelung der Interessen sehr unterschiedlicher Akteure in einer umfassenden Altenplanung geführt.

Aktuelle Strukturen und Entwicklungen

Zu Beginn ein Zitat der in der Legislaturperiode 2002 – 2006 amtierenden Bezirkstadträtin für Wirtschaft, Soziales und Gesundheit des Bezirks Marzahn-Hellersdorf, Dagmar Pohle. Sie schreibt im Vorwort zum Bericht »Netzwerk im Alter« 2005:

»In unserem Bezirk leben 248 561 Bürgerinnen und Bürger, davon sind 31 728 über 65 Jahre alt. Das entspricht ca. 13 % der Bevölkerung. Die Tendenz ist, wie in den letzten Jahren schon, steigend. Das Netzwerk im Alter hat sich als Planungs- und Realisierungsinstrument der Altenplanung im Bezirk Marzahn-Hellersdorf bewährt. Marzahn-Hellersdorf muss, entsprechend dem Motto einer Fachtagung des Interessenverbundes Wohnen im Alter am 20.10.2005, ein »guter Wohnort für ein ganzes Leben« bleiben, mit seinen Vorzügen, wie kurzen Wegen zu einer entwickelten Infrastruktur, mit Restaurants und Kneipen, Alltagskultur in Wohnnähe, viel Grün und dem Hausarzt/der Hausärztin um die Ecke, um nur einige Aspekte für Wohnentscheidungen zu nennen.
[…]
Ich möchte Sie einladen, mit praktischen Vorschlägen und Anregungen an diesem Prozess der Fortschreibung der Altenplanung des Bezirks mitzuwirken und mit dafür zu sorgen, dass Marzahn-Hellersdorf über eine lebendige, sich an den Interessen der älteren Menschen orientierende Altenplanung verfügt.«

Dies zeigt etwas von der Grundhaltung, die in dieser Planung zum Zuge kommt.

Das Netzwerk im Alter entspricht von der Grundstruktur der damaligen Beschlussvorlage und gliedert sich in drei sogenannte »Interessenverbünde« (IV) auf: IV Wohnen im Alter, IV Aktiv im Alter und IV Gesundheit im Alter. Der letztgenannte IV ist identisch mit dem gerontopsychiatrisch-geriatrischen Verbund, wir wollten jedoch aus Gründen der Akzeptanz in der Bevölkerung und im Mitdenken von »Gesundheitsförderung« einen positiv konnotierten Begriff wählen. Marzahn-Hellersdorf engagiert sich weiterhin generationenübergreifend überaus erfolgreich und weitgehend im Bereich der Gesundheitsförderung – Stichwort Gesunde-Städte-Netzwerk.

Unter Leitung der Bezirksstadträtin für Wirtschaft, Soziales und Gesundheit wurde ein *Beirat zur Umsetzung der Altenplanung* gegründet, der als Mitglieder sowohl die genannten Interessenverbünde als auch den Bürgermeister, die anderen Bezirksstadträte, Bezirksverordneten-Versammlungs-Ausschüsse, Wohlfahrtsverbände, Seniorenvertretung, Planungsbeauftragte

einzelner Bezirksämter sowie Gleichstellungs-, Migranten- und Behindertenbeauftragte umfasst. Mit diesem Konstrukt können zunächst einmal grundsätzlich alle ressortbedingten Hürden leichter überwunden werden.

Der Beirat hat die Aufgabe, die von den Interessenverbünden erarbeiteten Beschlussentwürfe zur Umsetzung von Maßnahmen der Altenplanung zu prüfen, zu beraten und zu beschließen und somit die fachliche Umsetzung sowie die Koordinierung einer abgestimmten bezirklichen Kooperation zu gewährleisten. Die Altenplanung findet also nicht »top down«, d. h. von oben nach unten, sondern »bottom up«, d. h. von unten nach oben statt. Dabei wird sie angemessen von außen, durch wissenschaftliche Studien und eine hervorragende bezirkliche Gesundheits- und Sozialberichterstattung unterstützt.

Als Beispiele: Im Jahr 2005 fand im Rahmen der Bezirksverordneten-Versammlung (BVV) eine seniorenpolitische Konferenz statt geleitet durch die Vorsitzenden von BVV und Seniorenvertretung. An dieser haben Bezirksverordnete, Abgeordnete, Verbände, Verbünde, Vereine, Stadtteilzentren teilgenommen. Die Diskussion um Wohnen, Gesundheit, Freizeit und Teilhabe mündete in BVV-Anträge, z. B. zum Stadtumbau, zum Erhalt von Stadtteilzentren, zur Absicherung einer Seniorenzeitschrift etc.

Zum Abschluss möchte ich gerne noch Aufgabenstellungen und exemplarische Inhalte des IV Wohnen im Alter, des IV Aktiv im Alter und des IV Gesundheit im Alter vorstellen.

Der *IV Wohnen im Alter* ist von seinem Selbstverständnis her von strategischer Bedeutung für die Entwicklung des Wohnens im Alter im Bezirk. Er sieht es als seine Aufgabe an, die Vermieter für die Belange des Wohnens im Alter zu sensibilisieren und Empfehlungen an die Vermieter und die Kommunalpolitik auszusprechen.

Zu den inhaltlichen Schwerpunkten des Jahres 2005 zählen:

- Eine Fachtagung »Marzahn-Hellersdorf, ein guter Wohnort für ein ganzes Leben«. Hier wurde über Möglichkeiten eines selbstbestimmten Wohnens bis ins Alter hinein, über Wohnraumanpassungen, über neue Wohnmöglichkeiten bei Pflegebedürftigkeit informiert.
- Die Marzahn-Hellersdorfer Wohnungsunternehmen sollen befragt werden, welche Wohnungen in ihrem Bestand altenfreundlich und behindertenfreundlich sind. Die Ergebnisse sollen elektronisch zur Verfügung gestellt werden.
- Der Arbeitskreis (AK) Öffentlichkeitsarbeit erstellt eine Broschüre »Tipps zum Wohnen bis ins Alter«

- Der AK Technik schreibt einen Katalog zu baulichen Einzel- und Komplexmaßnahmen für ein barrierefreies und familiengerechtes Wohnen fort.

Der *IV Aktiv im Alter* hat die Aufgabe, sich vorrangig um kleinräumige Angebotsstrukturen und um bürgerschaftliches Engagement zu bemühen. Bildung, Freizeit, Bewegung und Sport sowie nachberufliche Tätigkeitsfelder sind die zentralen Themen.

Zu den Beispielen:

- Im Jahr 2005 fand ein sogenannter Aktivtag statt, mit dem Schwerpunkt auf Seniorensport und gesundheitsfördernder Bewegung.
- Eine Recherche, zunächst angedacht als Vorarbeit für eine Seniorenakademie, führte zur Formulierung des Ziels regionale und überregionale Bildungsangebote zu erheben.

Der *IV Gesundheit im Alter* hat das Ziel, die Behandlungs-, Betreuungs- und Pflegesituation und damit die Lebensqualität psychisch und somatisch kranker älterer Menschen in der Region zu verbessern.

Beispielhaft auch hier einige Arbeitsschwerpunkte:

- Von Beginn des Verbundes an existiert das sogenannte Gerontoplenum. Dabei handelt es sich um eine sechsmal jährlich stattfindende Fortbildungsveranstaltung, die sich thematisch an den Interessen der Verbundmitglieder ausrichtet. Das Gerontoplenum ist mehr als ein Fortbildungsinstrument: es bildet auch eine (informelle) Kontaktmöglichkeit zwischen den MitarbeiterInnen der im Verbund organisierten Einrichtungen und befördert auch auf dieser Ebene die Identifikation mit dem Verbund.
- Kontinuierlich wird an einer Verbesserung von Schnittstellen, z. B. zwischen Krankenhaus und ambulant-komplementärem Bereich gearbeitet. Dabei weisen psychiatrische und somatische Bereiche des Krankenhauses unterschiedliche Schwierigkeitsgrade hinsichtlich des Entlassungsmanagements auf. In der klinisch stationären Gerontopsychiatrie praktizierte Verfahren wie Helferkonferenzen zur besseren Abstimmung von Behandlungs-, Entlassungs- und Nachsorgeplanung sind in der Somatik mit ihren extrem kurzen Verweildauern und dem hohen Handlungsdruck so nicht durchführbar.
- Weitere Themen, die auf der Agenda des IV Gesundheit im Alter stehen sind die Entwicklung neuer Wohnformen für Demenzkranke, Angebote

für bestimmte Zielgruppen wie Spätaussiedler, Kooperationsprojekte mit der Technischen Universität Berlin in der Angehörigenbetreuung und mit der Alice Salomon Fachhochschule in den Studiengängen Sozialarbeit und Pflege.

Zur Vertiefung verweise ich auf die Homepage des Berliner Bezirks Marzahn-Hellersdorf. Dort ist von der Gesundheits- und Sozialberichterstattung über Berichte zum Netzwerk im Alter bis hin zu Tagungsdokumentationen alles zu finden. Die Internetadresse lautet: www.berlin.de/marzahn-hellersdorf/verwaltung/gesundheit/index.html

Herzlich Dank an dieser Stelle an die Kolleginnen und Kollegen der Träger und des Bezirks Marzahn-Hellersdorf, die die hier dargestellte Entwicklung ermöglicht und mit viel Engagement vorangetrieben haben – und beständig weiter daran arbeiten.

Das Wiesbadener Netzwerk für Geriatrische Rehabilitation – GeReNet.Wi

Johannes Weber

Hintergrund – die Jahre 1983 bis 2000

Vor dem Hintergrund der sich schon in den 80er-Jahren abzeichnenden demografischen Entwicklung wurde in Wiesbaden bereits 1983 die erste Beratungsstelle für selbstständiges Leben im Alter als sozialer Dienst der städtischen Altenarbeit für alte Menschen zunächst als Modellversuch eingerichtet. Dieser Entscheidung lag die Erkenntnis zugrunde, dass sich mit dem wachsenden Anteil alter Menschen die quantitativen Ausprägungen bereitzustellender Hilfen verändern werden, aber auch die qualitativen Anforderungen an das gesamte Unterstützungssystem. Die älter werdenden Generationen waren und sind es gewohnt, ihr Leben selbstbestimmt und selbstständig zu gestalten und wollen dies auch im Falle der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit. Entsprechend bezieht sich die Aufgabenstellung der Beratungsstellen nicht auf Hilfethemen, sondern auf Zielsetzungen: Die SozialarbeiterInnen haben dafür Sorge zu tragen, dass die alten Menschen möglichst lange in ihrer Häuslichkeit selbstständig leben können. Alle dazu notwendigen Unterstützungsformen sind im Rahmen der Fallarbeit mit den jeweils betroffenen alten Menschen, ihren Angehörigen und Nachbarn aufzubauen. Es versteht sich von selbst, dass es hierfür vielfältiger Kooperationen bedarf.

Bereits die ersten Erfahrungen mit der Beratungsstelle für selbstständiges Leben im Alter 1983 belegten, wie sinnvoll ihre Arbeit wirkt (vgl. Weber 2002 und Haas & Weber 2003). Mittlerweile sind in allen Wiesbadener Stadtteilen insgesamt acht Beratungsstellen für selbstständiges Leben im Alter eingerichtet. Der Ausbau- und Konsolidierungsprozess der Beratungsstellen reichte in dieses Jahrtausend hinein und konnte 2001 mit Einrichtung der achten Beratungsstelle für die östlichen Stadtteile abgeschlossen werden. Damit entstand Raum und Zeit für Neues.

Die Erfahrung mit den Beratungsstellen über die Jahre zeigt Folgendes: Wer sich um alte Menschen kümmert ist immer gleichzeitig mit sozialen und gesundheitlichen Fragestellungen konfrontiert. Diese Aussage klingt banal, ist aber deshalb bedeutsam, weil zwar für die Beratungsstellen im System der Altenhilfe gute und funktionierende Kooperationen aufgebaut

sind, aber dies nur sehr eingeschränkt für die Dienste und Einrichtungen des Gesundheitswesens gilt. Vor diesem Hintergrund entstand das Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation, kurz: GeReNet.Wi.

Geburt und erste Schritte des GeReNet.Wi – die Jahre 2000 bis 2004

Wiesbaden ist mit Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe und des Gesundheitswesens gut ausgestattet. Insbesondere die hausärztliche Versorgung kann als gut bezeichnet werden. Im Hinblick auf die gesetzlichen Aufträge Prävention vor Rehabilitation und diese wiederum vor Pflege, die vom Bundessozialhilfegesetz in das SGB XII übernommen wurden, sind die Wiesbadener geriatrischen Fachkliniken (Asklepios Paulinen Klinik; Geriatrische Klinik Katharinenstift) wichtige Bausteine im Feld der Dienste und Einrichtungen. In den 1990er-Jahren als Modell aufgebaut sind sie mittlerweile als Einrichtungen nach § 108 SGB V fester Bestandteil der Wiesbadener Krankenhauslandschaft.

Bis zu Beginn des Projektes GeReNet.Wi erfolgte der Zugang überwiegend auf der Grundlage geriatrischer Konsile aus den Akutkliniken in Wiesbaden (vgl. Knauf 1999). Aus Sicht der Beratungsstellen erschien es dringend geboten, die spezifischen Leistungen der geriatrischen Rehabilitation und Behandlung auch Menschen zugänglich zu machen, die zu Hause leben. Hierzu bedurfte es des Aufbaus von geeigneten Koordinations- und Kooperationsstrukturen. Damit war die Grundidee für das Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation (GeReNet.Wi) geboren. Da sich dieser Beitrag als Praxisbericht versteht, wird weniger auf die in der Projektarbeit erzielten Ergebnisse eingegangen. Vielmehr stehen im Folgenden die zum Aufbau vernetzter Arbeitsweisen gewählten kommunalen Strategien der Sozialverwaltung Wiesbaden im Mittelpunkt.

Ziel der Projektarbeit war es, alten Menschen, die zu Hause leben, Maßnahmen der geriatrischen Rehabilitation und Behandlung zu erschließen und die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln zu verbessern. So sollte sichergestellt werden, dass die Menschen so lange wie möglich selbstständig zu Hause leben können. Insgesamt wurden vier Teilprojekte konzipiert (siehe Abbildung 1), in denen jeweils auch Ergebnisse erzielt werden konnten. Im Folgenden wird auf die Vorgehensweisen und Ergebnisse der Teilprojekte eingegangen, deren Gegenstand die geriatrische Rehabilitation und Behandlung und die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln bildete. Die Ergebnisse des gesamten Projektes sind veröffentlicht in: Landeshauptstadt Wiesbaden:

Das Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation. Beiträge zur Sozialplanung Nr. 26 (2005).

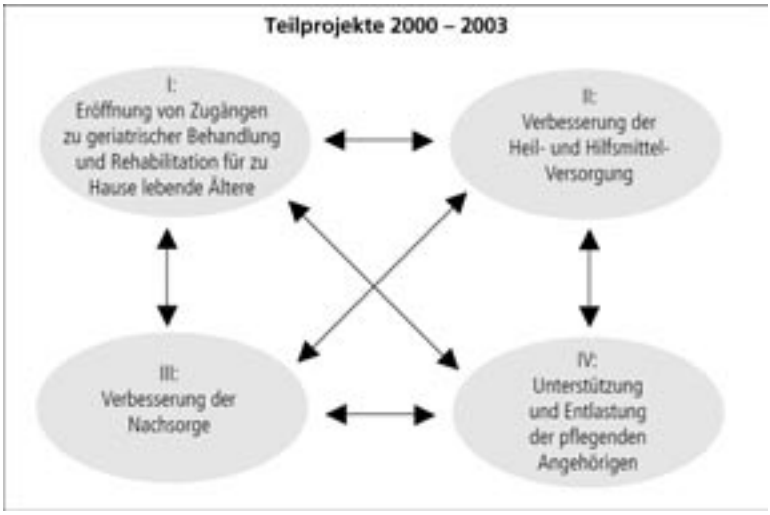


Abb. 1: Teilprojekte 2000–2003

Um diese Ziele zu erreichen bedurfte es abgestimmter Kooperationen zwischen Hausärzten, Beratungsstellen für selbstständiges Leben im Alter, geriatrischen Fachkliniken, mobilen Pflegediensten und niedergelassenen Therapeuten. Die aufzubauenden Kooperationen waren gleichzeitig an den leistungsgesetzlichen Regelungen (SGB V; SGB XI; SGB XII) zu orientieren. Dies erforderte eine geeignete *Projektstruktur*. Als im Rahmen des Bundesmodellprogramms »Altenhilfestrukturen der Zukunft« die Finanzierung des Projektes aus Bundes-, Landes- und kommunalen Mitteln gesichert war, erfolgte der Aufbau des Projektbüros in der Abteilung Altenarbeit des Amtes für Soziale Arbeit. Als erste strukturbildende Maßnahme wurde der *Projektbeirat* gebildet. Ihm gehörten (und gehören immer noch) die fördernden Ministerien, die Verbände der Kranken- und Pflegekassen in Hessen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Hessen und Vertreterinnen und Vertreter der Pflegedienste, Krankenhaussozialdienste, der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hessen-Bezirksstelle Wiesbaden, des Hausärzteausschusses der KV Hessen, der niedergelassenen medizinischen Therapeuten, der Beratungsstellen für selbstständiges Leben im Alter sowie

des Seniorenbeirates in der Landeshauptstadt Wiesbaden an. Diesem Beirat kommt die Aufgabe zu, dem *Projektträger* (Abteilung Altenarbeit im Amt für Soziale Arbeit) im Hinblick auf die Projektarbeit beratend zur Seite zu stehen.

Für die *wissenschaftliche Begleitforschung* konnte das Deutsche Zentrum für Alternsforschung (später das Institut für Gerontologie) in Heidelberg gewonnen werden. Der spezifische Auftrag bestand in der kritischen Bewertung entwickelter Maßnahmen unter dem Aspekt der Zielsetzung des Projektes. Gleichzeitig sollten die erzielten Ergebnisse differenziert bewertet, beschrieben und kommuniziert werden. Dadurch konnte gesichert werden, dass wir uns in der Projektarbeit nicht »verlaufen« und die Zielorientierung gewahrt bleibt.

Zur Eröffnung der Zugänge zur geriatrischen Behandlung und Rehabilitation wurde nach intensiven und zum Teil sehr kontroversen Verhandlungen im Beirat und insbesondere mit der KV das in Abbildung 2 dargestellte *Verfahren entwickelt*: Beratungsstellen für selbstständiges Leben im Alter und Pflegedienste identifizieren mit einem eigens hierfür entwickelten Instrument – dem »Infobrief geriatrische Prävention« – Menschen, die zu Hause leben und für die entsprechende Maßnahmen der Rehabilitation und Behandlung von Nutzen sein könnten. Die Angaben im Infobrief beziehen sich neben den Personendaten auch auf das bestehende Hilfearrangement inklusive der formellen und informellen Helferinnen und Helfer. Erfasst werden auch Daten zur Lage und Ausstattung der Wohnung. Diese erhält der Hausarzt/die Hausärztin, wenn die Betroffenen dieser Weitergabe zugestimmt haben (Abbildung 2).

Von der hausärztlichen Praxis kann zusätzlich zu dem »Infobrief geriatrische Prävention« ein geriatrisches Konsil in Anspruch genommen werden, das von den Klinikgeriatern bislang ohne entsprechende Vergütung angeboten wird. Auf der Grundlage dieses Konsils, den Daten aus dem »Infobrief geriatrische Prävention« sowie eigener Diagnosen leitet der Hausarzt dann die für den Patienten geeigneten Maßnahmen ein. Dabei kann es sich um *Heil- oder Hilfsmittel, geriatrische Behandlung und Rehabilitation* (tagesklinisch oder vollstationär), aber auch um andere medizinische Interventionen handeln.

Dieses zwischen Projektträger und Beirat, insbesondere mit der KV Hessen ausgehandelte Verfahren wurde Ende 2001 beim *ersten Wiesbadener Hausärztetreffen* vom Projektträger den auf Einladung der KV anwesenden mehr als 60 Wiesbadener Hausärzten vorgestellt. Die Präsentation und ganz besonders die anschließende Diskussion bildeten zusammen einen *zentralen*

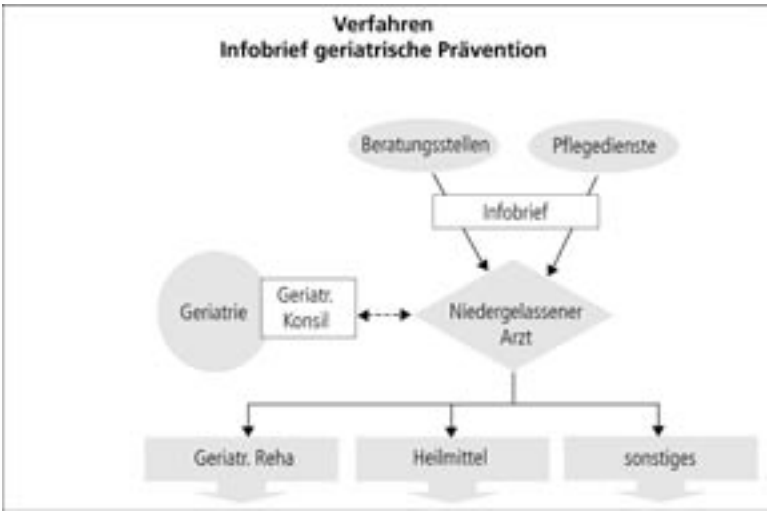


Abb. 2: Verfahren Infobrief geriatrische Prävention

Meilenstein für GeReNet.Wi, weil damit der Grundstein für die oben beschriebene Kooperation zwischen sozialen Diensten der Altenhilfe (Beratungsstellen) und Hausärzten sowie geriatrischen Fachkliniken, also Akteuren des Gesundheitswesens gelegt war. Blieb nur noch die Herausforderung, dem ausgehandelten Verfahren Praxis folgen zu lassen.

Das wichtigste *Ergebnis* gleich zu Anfang: Die Kooperation zwischen den Beratungsstellen für selbstständiges Leben im Alter, den Hausärzten und den geriatrischen Fachkliniken funktioniert. Dies gilt allerdings nicht für die Pflegedienste. Trotz intensiver Fortbildungen und Anpassungen des Verfahrens an die Abläufe mobiler Pflegedienste ist es nur vereinzelt gelungen, Pflege in die Abläufe einzubinden. Von den Beratungsstellen für selbstständiges Leben im Alter wurden alleine während der Projektlaufzeit mehr als 100 Personen identifiziert und für den überwiegenden Teil wurden von den Hausärzten Maßnahmen im Sinne des Projektes eingeleitet (vgl. Abbildung 3). Davon erhielten zwei Drittel stationäre oder teilstationäre geriatrische Rehabilitation. Mittlerweile konnte in Wiesbaden *der hundertste Hausarzt* in diese Formen der Kooperation eingebunden werden.

Zu fragen ist aber, welchen *Nutzen* diese Vorgehensweisen den alten Menschen bringen und ob sie von der geriatrischen Rehabilitation tatsächlich profitieren. Die Ergebnisse der *wissenschaftlichen Begleitforschung* belegen

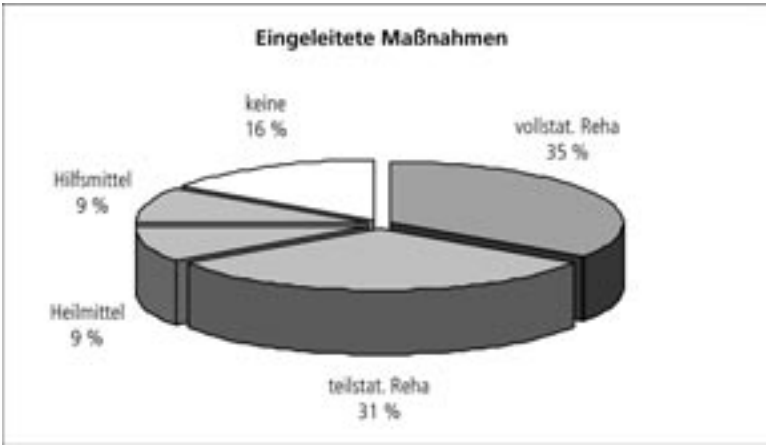


Abb. 3: Eingeleitete Maßnahmen

den Nutzen für die von den Beratungsstellen identifizierten Personen eindrucksvoll: Der Zustand der alten Menschen hat sich nach den einschlägigen Messverfahren (Barthel Index) signifikant verbessert. Gleichzeitig deuten die Ergebnisse aber auch darauf hin, dass *die Nachhaltigkeit* der erzielten Ergebnisse sehr stark von sozialen Faktoren, nämlich dem Vorhanden sein von sozialen Netzwerken für den Einzelnen abhängig ist.

Die hier entwickelten Verfahren sind mittlerweile *Alltag in der Wiesbadener Altenarbeit.* Beratungsstellen, Hausärzte, geriatrische Fachkliniken arbeiten zusammen und stimmen untereinander nächste Arbeitsschritte mit Pflegediensten, medizinischen Therapeuten und Diensten für häusliche Hilfen ab. Dadurch gelingt es, alten Menschen Häuslichkeit und *Selbstbestimmung auch im Falle des Hilfe- und Pflegebedarfes* zu erhalten. Darauf verweisen jedenfalls die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung.

Nicht erreicht haben wir unsere Ziele im Teilprojekt »*Verbesserung der Nachsorge nach Krankenhausaufenthalt*«. Ausschlaggebend hierfür ist zweierlei: Zum einen hat sich dieses Handlungsfeld als weit komplexer erwiesen, als bei der Planung des Projektes angenommen. Zum anderen hat es weit mehr Zeit und Raum in Anspruch genommen, die oben beschriebenen Verfahren zu entwickeln und zu erproben.

In der Folge ist die Nachsorge unser *Stiefkind geblieben,* obwohl eine Arbeitsgruppe des Projektbeirates sehr engagiert und kompetent an dem

Thema gearbeitet hat. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Ergebnisse dieser Arbeitsgruppe bestand zum Ende der Modellphase *Konsens im Beirat zum Handlungsbedarf an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und nachsorgenden Diensten und Einrichtungen.* Diese Übereinstimmung wurde durch die ersten Erfahrungen mit den ab 2004 geltenden Fallpauschalen im Krankenhaus noch verstärkt und bildete die Grundlage für die weitere Entwicklung des GeReNet.Wi.

Kindheit und frühe Jugend des GeReNet.Wi – die Jahre 2004 – 2007

Anknüpfend an die Erfahrungen und vorhandenen Netzwerkstrukturen wurde in 2004 das Modellprojekt *»Nachsorge, Überleitungs- und Zugangsmanagement an der Schnittstelle von Akutversorgung und geriatrischer Rehabilitation«* aufgelegt. Das noch laufende Projekt wird gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds und der Stadt Wiesbaden. Träger ist die Abteilung Altenarbeit im Amt für Soziale Arbeit der Stadt Wiesbaden. Für die wissenschaftliche Begleitung konnte das Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg gewonnen werden.

Hauptanliegen des Projekts ist die *Optimierung des Entlassungsprozesses* älterer, multimorbider Patienten aus dem Akutkrankenhaus. Durch die Einführung der Fallpauschalen im Abrechnungswesen der Kliniken verkürzt sich, so die Ausgangsthese für das Projekt, die stationäre Verweildauer immer mehr. Aus diesem Grund müssen die Entlassung und Nachsorge der Patienten unter erhöhtem Zeitdruck vorbereitet und abgestimmt werden. Dies erfordert eine gute Kooperation zwischen Krankenhaus und nachsorgendem System. Zudem wird die Gefahr gesehen, dass alte, multimorbide Patienten *zu früh und ohne ausreichende Nachsorge* aus dem Krankenhaus entlassen werden (vgl. Bundestagsdrucksache 16/2190 2006). Den *rechtlichen Hintergrund* bildet, wie schon in der ersten Projektphase das *SGB XII (Sozialhilfe)* mit den Vorschriften »Prävention und Rehabilitation vor Pflege« (§14 SGB XII) und »Nachrang der Sozialhilfe« (§ 2 SGB XII).

Zur Zielereichung ist der Beirat mittlerweile um die *Pflegedirektionen der Akutkrankenhäuser* erweitert. Intensive *Fokusgespräche* zu Beginn der Projektphase mit den verschiedenen am Projekt zu beteiligenden Berufgruppen und Einrichtungen legten die Grundlage für die Entwicklung von Maßnahmen, die zum Ziel führen sollen (siehe Abbildung 4).



Abb. 4: Maßnahmen

Offen blieb aber die Frage, welche konkreten Verfahren und Abläufe in der Kooperation dazu beitragen können, *Brüche in den Behandlungs- und Betreuungspfaden* auch dann zu *vermeiden*, wenn die Behandlung eines alten Menschen im Krankenhaus erforderlich wird: Im Krankenhaus sind häufig vorhandene medizinische Diagnosen und Arrangements zur Betreuung nicht bekannt und können so in die Behandlungs- und Entlassungsplanung nicht einfließen – so jedenfalls die Ergebnisse vieler Fokusgespräche.

Klarheit schaffen die mittlerweile vorliegenden Studienergebnisse »*Untersuchung zur Versorgung älterer Menschen nach Klinikaufenthalt in Wiesbaden*«, erarbeitet vom Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg eigens zur Fundierung unserer Wiesbadener Netzwerkarbeit (vgl. Schönemann Gieck, 2006). Die in der Studie ausgesprochenen *Handlungsempfehlungen* basieren auf einer standardisierten Befragung der verschiedenen Berufsgruppen und Professionen aus den Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe und des Gesundheitswesens. Die breite Beteiligung an der Befragung (Rücklaufquote

54 %) belegt die Bedeutung, die dem Thema Nachsorge nach Krankenhausaufenthalt zukommt.

Die *Handlungsempfehlungen aus der Untersuchung* lassen sich in vier Komplexen zusammenfassen:

- *Bessere Kommunikation* an den Schnittstellen zwischen den am Behandlungs- und Betreuungsprozess beteiligten Professionen.
- *Beschleunigung der Verfahren,* die für eine an den Bedarfen der alten Menschen orientierte Versorgung und Betreuung vorauszusetzen sind.
- *Vorhandene Potenziale* der älteren Menschen für Maßnahmen der geriatrischen Rehabilitation und Behandlung sollen *systematisch ausgeschöpft werden.*
- Die *Kenntnisse über geriatrische Behandlungs- und Versorgungsformen* müssen auch in Akutkrankenhäusern und in ärztlichen Praxen mehr Verbreitung finden.

Bisher im GeReNet.Wi aufgegriffen werden konnte die Empfehlung, die besseren Kommunikationsbezügen an der Schnittstelle dient. Seit dem 01.03.2007 ist ein standardisiertes Informationsinstrument zum *Austausch relevanter Informationen und Herstellung von Arbeitsabsprachen zwischen Krankenhaussozialdiensten und Beratungsstellen für selbstständiges Leben im Alter* im Einsatz. Damit soll der Einstieg in standardisierte Formen der Kooperation zwischen Krankenhaus und nachsorgenden Diensten und Einrichtungen gefunden werden. Insbesondere wird von Interesse sein müssen, wie diese vor dem Hintergrund vereinbarter Evaluationen fortzuentwickeln sind.

Forum Demenz Wiesbaden – GeReNet.Wi wird erwachsen

Insbesondere die speziellen Bedarfe und Bedürfnisse demenziell erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen konnten bislang im GeReNet.Wi nur unzureichend aufgegriffen werden. Die erkrankten Menschen und ihre Angehörigen sind aber in gleicher Weise auf abgestimmte Betreuungs- und Behandlungskonzepte angewiesen, in die medizinische und soziale Erkenntnisse, Behandlungs- und Unterstützungsformen einfließen. Es liegt nahe, die im GeReNet.Wi aufgebauten Kooperationsbezüge hierfür zu nutzen.

Auf Einladung des Amtes für Soziale Arbeit und des Evangelischen Vereins für Innere Mission wurde in einem ersten Workshop im Oktober 2006 festgelegt, für Wiesbaden das »Forum Demenz« aufzubauen. Die grundlegenden Zielsetzungen sind in vier Punkten zusammenzufassen.

- *Alle Angebote in Wiesbaden sind bekannt:* Derzeit besteht ein vielfältiges Angebot für Menschen mit demenziellen Erkrankungen und ihre Angehörigen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Unklar ist aber, welche konkreten Leistungen den beschriebenen Angeboten gegenüberstehen. Durch die Bildung des Forums Demenz sollte es gelingen, Klarheit über die Breite und Tiefe des tatsächlichen Angebots in Wiesbaden zu erhalten und damit verbunden auch genauere Informationen zu der Reichweite.
- *Reichweite erhöhen:* Der aktuelle Pflegebericht der Stadt Wiesbaden weist aus, wie viele Menschen mit demenziellen Erkrankungen in ihrer Häuslichkeit betreut werden. Andere Studien liefern Hinweise darauf (Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung – MuG III), dass ein großer Teil der demenziell erkrankten Menschen ohne jede externe Unterstützung zu Hause betreut werden (vgl. Knaup 2004). Hier gilt es, einerseits Aufklärungsarbeit zu betreiben und gesellschaftliche Akzeptanz für die Krankheit und ihre Folgen herzustellen, andererseits muss es aber Ziel sein, in den Haushalten mit demenziell erkrankten Menschen die Bereitschaft zu erhöhen, externe Hilfe anzunehmen.
- *Alle relevanten Kooperationspartner arbeiten zusammen:* Hier geht es darum, die freigemeinnützigen und privaten Leistungserbringer im Bereich demenziell erkrankter Menschen sowohl aus der Altenhilfe als auch aus dem Gesundheitswesen zusammenzuführen. Anknüpfungspunkt könnten gegenseitige Unterstützungen bilden (z. B. für Hausärzte, die einerseits mit den Krankheitsbildern konfrontiert sind, andererseits aber nicht unbedingt adäquate Strategien zur Behandlung oder zur Weitervermittlung der Patienten haben), mindestens sollte es aber gelingen, die in Wiesbaden vorhandenen Angebote und Programme besser aufeinander abzustimmen (nicht immer nur mehr vom Gleichen) und komplementäre Unterstützungsformen zu entwickeln.
- *Neue Angebote sind entwickelt:* Die bundesweit realisierten Programme zur Betreuung und Unterstützung demenziell erkrankter Menschen sind bekannt. Im Verbund der Akteure in Wiesbaden kann es gelingen, hier neue Formen der Unterstützung zu entwickeln.

In der Folge des Workshops bildete sich eine Arbeitsgruppe, die anknüpfend an diese Zielsetzungen ein Arbeitsprogramm aufgestellt hat, in dessen Mittelpunkt neben dem Aufbau vernetzter Strukturen Maßnahmen stehen, die zur Erhöhung des Wissens um die Krankheit in den Fachdiensten, aber

auch in der Öffentlichkeit stehen. In seiner Sitzung im März 2007 hat das *Stadtparlament Wiesbaden entschieden, die Arbeit im GeReNet.Wi über die im April 2007 auslaufende Projektphase fortzusetzen* und Personal- und Sachmittel zur Verfügung zu stellen, damit zusätzlich das *»Forum Demenz Wiesbaden«* aufgebaut werden kann. Damit kann das Forum planmäßig zum 01.05.2007 in Wiesbaden an den Start gehen und GeReNet.Wi erwachsen werden.

Literatur

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft – Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Berlin 2005

Haas B; Weber J: Strukturwandel in der Altenarbeit – von der Angebots- zur Nutzerorientierung. Informationsdienst Altersfragen, Heft 3, Mai / Juni 2003

Knauf W: Erfahrungen mit den externen geriatrischen Konsilen an einem Krankenhaus der Regelversorgung. Geriatrie Forschung Bd. 9, 1999

Knaup K: Pflegebericht. Beiträge zur Sozialplanung Nr. 24. Landeshauptstadt Wiesbaden, Mai 2004

Schönemann Gieck P: Untersuchung zur Versorgung älterer Menschen nach Klinikaufenthalt in Wiesbaden, 2006, zu beziehen bei Landeshauptstadt Wiesbaden, Amt für Soziale Arbeit, Postfach 3920, 65029 Wiesbaden oder sozialplanung@wiesbaden.de

Weber, J: Case Management im Wiesbadener Netzwerk für Geriatrische Rehabilitation. Forum Altenhilfe, Sonderheft 2002, 2. Jahrgang

Kommunale Altenpolitik in Münster

Michael Willamowski

Ich möchte mich bei den Veranstaltern für die Gelegenheit, über unsere Arbeit in Münster berichten zu können, bedanken. Für diejenigen, die Münster nicht kennen, erfolgen einleitend einige Hinweise, Daten und Fakten.

Die Stadt Münster ist inzwischen über 1200 Jahre alt (Jubiläum 1993). Sie liegt in der Mitte Westfalens und ist Sitz des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) sowie der Bezirksregierung. Wichtigstes historisches Ereignis war der Westfälische Friede von Münster 1648, der den Dreißigjährigen Krieg beendete, den Niederlanden und der Schweiz die Souveränität brachte und Europa eine neue Ordnung gab. 2004 wurde Münster mit dem LivCom Award zur lebenswertesten Stadt der Welt ausgezeichnet. Der Prinzipalmarkt wurde vor wenigen Wochen in der ZDF-Fernsehreihe »Unsere Besten« zum viertschönsten Platz Deutschlands gewählt.

Mit 280 000 Einwohner, davon 55 000 Studentinnen und Studenten, ist Münster eine der größten deutschen Hochschulstädte und hat daher eine verhältnismäßig junge Einwohnerstruktur. Die Einwohnerzahl entspricht der des Berliner Bezirks Steglitz Zehlendorf. Die Flächengröße mit 30 289 Hektar überschreitet jedoch die der Bezirke Steglitz Zehlendorf, Spandau, Tempelhof Schöneberg sowie Neukölln. Bevor ich auf die Versorgungsstrukturen für psychisch kranke alte Menschen, insbesondere Demenzkranke in Münster eingehe, vorab einige Zahlen, Daten und Fakten:

- 47 000 Menschen älter als 65 Jahre
- 5500 pflegebedürftige Menschen
- davon 40 % in stationären Einrichtungen
- 27 stationäre Altenpflegeeinrichtungen
- elf Kurzzeitpflegen
- sieben Tagespflegen
- sechs Hausgemeinschaften
- 37 ambulante Pflegedienste
- ca. 3500 Menschen mit Demenz, wovon drei Viertel in der eigenen Häuslichkeit leben
- 2120 Plätze in stationären Einrichtungen; 110 Plätze Kurzzeitpflege
- städtisches Informationsbüro Pflege mit einer trägerunabhängigen Pflege- und Wohnberatung sowie eine Kapazitätenkoordinierung für ambulante und stationäre Einrichtungen

Versorgungsstrukturen

Ich gebe Ihnen zunächst einen Überblick über die vom Landesgesetzgeber NRW geschaffenen Strukturen in der Gesundheits- und Pflegeplanung.

Gesundheitskonferenz

Die Städte und Kreise in NRW sind durch das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) zur Bildung kommunaler Gesundheitskonferenzen verpflichtet. Mitglieder sind unter anderem Vertreter/-innen von Apotheker- und Ärzteverbänden, Krankenkassen, Krankenhäusern, Selbsthilfe-Organisationen, Wohlfahrtsverbänden und Weiterbildungseinrichtungen, städtischer Ämter sowie die im Rat vertretenen Fraktionen.

Vorrangiges Ziel der Gesundheitskonferenz ist der Erfahrungs- und Informationsaustausch sowie die Kooperation der im Gesundheitswesen tätigen Organisationen und Gruppen. Damit soll die Gesundheitsförderung gestärkt, Gesundheitsleistungen besser aufeinander abgestimmt und Versorgungsdefizite aufgezeigt werden.

Die Gesundheitskonferenz Münster, die sich 1995 konstituierte, tagt zwei Mal im Jahr und wählt bei jeder Sitzung ein Jahresthema aus. Für jedes Thema wird ein Facharbeitskreis gebildet, der Handlungsempfehlungen erarbeitet, die von der Gesundheitskonferenz verabschiedet werden. In der nächsten Sitzung wird der Arbeitskreis Brustkrebs seinen Abschlussbericht vorlegen und die Konferenz wird ein neues Jahresthema beschließen. Themen in der Vergangenheit waren zum Beispiel Reduzierung des Nikotinkonsums bei Jugendlichen, Aufbau eines Netzwerkes gegen Gewalt an Frauen und natürlich Demenzerkrankungen.

Pflegekonferenz

Die Pflegekonferenz Münster hatte örtliche Vorgänger, die sich aus Zusammenhängen der Sozial- und Altenhilfeplanung sowie Kooperations- und Vernetzungsmodellen, z. B. aus Beiräten zu Modellprojekten entwickelt hatten. So nahm die Stadt Münster an den folgenden drei Bundesmodellen teil:

- »Häusliche Pflegehilfen für Schwerpflegebedürftige« (1989 – 1991),
- »Entwicklung eines kommunalen Verbundsystems pflegerischer Einrichtungen und Dienste« (1992 – 1995) und
- »Modellprojekt Pflegerversicherung/Pflegemarkt« (1995 – 1998).

In der Pflegekonferenz (siehe Abbildung 1) wurde in den vergangenen Jahren die Pflegeinfrastruktur konzeptionell abgestimmt und weiterentwickelt.

- Rechtsgrundlage: § 5 Landespflegegesetz NRW vom 19.03.1996
- Kommunale Pflichtaufgabe
- Ziele: Transparenz schaffen, Information austauschen, Netzwerke bilden, Angebot und Qualität sichern

Abb. 1: Pflegekonferenz Münster

In der Gründungsphase stand die damalige Pflegebedarfsplanung im Vordergrund. Beginnend mit dem 1. Pflegebedarfsplan aus 1997 und den Fortschreibungen für die Jahre 2000 und 2002 hat die Pflegekonferenz ihren Auftrag auf diesem Gebiet wahrgenommen.

Weitere Arbeitsschwerpunkte lagen unter anderem in den Bereichen:

Aus- und Aufbau der Kurzzeit- und Tagespflege, Weiterentwicklung der ambulanten Angebote, Versorgungssituation für Menschen mit demenziellen Erkrankungen, Qualitätssicherung, komplementäre Hilfen und in der Altenpflegeausbildung. Darüber hinaus wurden wiederkehrende Berichte zum Beispiel der Heimaufsicht und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen beraten.

Aktuelles Schwerpunktthema ist die Qualitätssicherung für Hausgemeinschaften.

Vorhandene Hilfen für Demenzkranke

Ende 2000 hat das Sozialamt seinen Bericht zu demenziellen Erkrankungen im Alter vorgelegt. Dieser beinhaltete die Epidemiologie, er zeigte die familiäre Lebenssituation der Erkrankten auf und stellte die aktuellen Versorgungsangebote dar.

- Die Pflegelandschaft in Münster nimmt die Aufgaben, die die Gruppe der Demenzkranken an sie stellt, an. So bieten ein Viertel der ambulanten Dienste gerontopsychiatrische Fachpflegeleistungen an.
- Die Tages- und Kurzzeitpflegen haben ihr Angebots- und Leistungsspektrum am zunehmenden Bedarf Demenzkranker durch tagesstrukturierende und milieutherapeutische Angebote orientiert.
- Die stationären Pflegeeinrichtungen weisen unterschiedliche Profile der Angebotsdifferenzierung und Spezialisierung auf.

In Münster gibt es zwei Anbieter gerontopsychiatrischer Verbundsysteme:
- die Alexianer Krankenhaus GmbH und
- die Westfälische Klinik Münster.

Ihre Angebote umfassen die Felder Beratung, Tagesklinik, gerontopsychiatrische Abteilungen, Wohnmodelle für Demenzkranke, stationäre Pflege, Institutsambulanz, Memory-Klinik, Ehrenamtlicher Besuchsdienst und Praxisbegleitung.

Von dieser Auflistung möchte ich am Beispiel Münster drei Bereiche besonders hervorheben:

1. Die persönliche Beratung richtet sich in erster Linie an Angehörige insbesondere pflegende Angehörige sowie das weitere soziale Umfeld. Es ist hinlänglich bekannt, welche besonderen Belastungen Angehörige von Demenzkranken unterliegen. Sie zu entlasten hat einen hohen Stellenwert, um die häusliche und familiäre Betreuung aufrechtzuerhalten. Informationen über psychische Erkrankungen im Alter, regionale Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie und entlastende Maßnahmen erhalten Münsteraner Bürgerinnen und Bürger bei den beiden genannten Trägern, wobei die Stadtverwaltung das Gerontopsychiatrische Zentrum der Alexianer mit einem jährlichen Zuschuss mitfinanziert.
2. Besondere Formen des Wohnens für Demenzkranke entstehen seit einigen Jahren allerorten. Bereits 1996 hat die Alexianer Krankenhaus GmbH im Rahmen eines Bundesmodells eine erste Hausgemeinschaft für demenziell erkrankte Menschen in Münster eröffnet. Die Prämisse, die Selbstständigkeit und die Selbstbestimmung weitestgehend aufrechtzuerhalten und dabei auch ambulant gepflegt zu werden, steht im Mittelpunkt dieser Wohnform. Mittlerweile betreibt der Träger drei Hausgemeinschaften. Drei weitere sind in anderer Trägerschaft in Betrieb, sodass wir zurzeit über 59 Plätze in diesem Segment verfügen.
3. Der unschätzbare Wert der Selbsthilfe und der ehrenamtlichen Unterstützung liegt in den Entlastungsmöglichkeiten und dem Austausch der Alltagserfahrungen. Natürlich ist in diesem Zusammenhang die Alzheimer Gesellschaft zu nennen, die auch in Münster engagierte Beratung leistet sowie Entlastungsmöglichkeiten und Gesprächskreise anbietet. Im Jahr 2003 haben wir zusammen mit unseren städtisch verwalteten Stiftungen einen stadtteilorientierten Besuchsdienst für ältere, hilfebedürftige und pflegebedürftige sowie demenzkranke Menschen initiiert. Er trägt den Titel »Von Mensch zu Mensch«. Unser Anliegen ist hier,

in jedem Stadtteil Initiativen zu gründen bzw. die bereits bestehenden zu unterstützen. Sie sollen in die Lage versetzt werden, Menschen in ihrem Wohnumfeld zueinander zu bringen und bei Bedarf zu begleiten. Das Programm fördert Initiativen mit Zuschüssen, z. B. für fachliche Begleitung durch ein Kompetenzteam, Fahrtkosten und Versicherung. 22 Initiativen in 20 von 26 Stadtteilen haben sich seitdem neu gegründet oder bereits bestehende Angebotsformen haben sich dem Verbund angeschlossen. Fachkräfte und Ehrenamtliche arbeiten in den Stadtteilinitiativen zusammen. Die Ehrenamtlichen helfen, allgemeine Lebensfragen im Alter (Freizeit, Kulturangebote, etc.) sowie Fragen zur hauswirtschaftlichen und pflegerischen Versorgung, Fragen zu altengerechten Wohnangeboten, zur Wohnraumanpassung oder auch zur Alterssicherung (Grundsicherung, Pflegewohngeld, Sozialhilfe, Rente) zu beantworten. Dabei vermitteln die Ehrenamtlichen Hilfesuchende an vorhandene Angebots- und Beratungsnetzwerke in Münster. Das Angebot der Betreuung zielt auf hilfebedürftige Menschen. Eine stundenweise Hilfe, insbesondere zur Entlastung pflegender Angehöriger, wird in Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Helfern entwickelt.

Betreuungsteams für psychisch kranke ältere Menschen werden durch gerontopsychiatrische Fachkräfte geschult, unterstützt und begleitet. In zwei Stadtteilen sind durch das Angebot von regelmäßigen Betreuungsnachmittagen bereits die Voraussetzungen für die Abrechnung im Rahmen des § 45 b SGB XI (zusätzliche Betreuungsleistungen, 460 Euro pro Jahr) erfüllt. Ehrenamtliche haben in umfangreichen Schulungen durch die gerontopsychiatrische Beratungsstelle in 30 Unterrichtsstunden die Anerkennung eines niedrigschwelligen Betreuungsangebotes im Stadtteil erhalten. Dieser Baustein soll in den übrigen Stadtteilen Münsters zur Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger weiter ausgebaut werden. Hauswirtschaftliche und grundpflegerische Leistungen sind nicht Bestandteil des ehrenamtlichen Stadtteilangebotes.

Arbeitskreis Demenz

In einer gemeinsamen Sitzung beschlossen Pflegekonferenz und Gesundheitskonferenz Münster im Frühjahr 2004, aus beiden Konferenzen und weiteren Münsteraner Experten den Arbeitskreis (AK) Demenz zu bilden, der im Laufe eines Jahres *Handlungsempfehlungen zur »Verbesserung der Si-*

tuation Demenzkranker und ihrer Angehörigen« erarbeiten sollte. Dieser AK Demenz hat auf einer als Fachtag für die beiden Konferenzen gestalteten Sitzung Handlungsempfehlungen im April 2005 vorgestellt.

In den Handlungsempfehlungen sind *fünf Ziele* für die *Zielgruppen der Erkrankten, Angehörigen, Professionellen und die Allgemeinheit* formuliert worden. Dem schließen sich spezifische Empfehlungen sowie die Benennung der an der Umsetzung Beteiligten an. Der AK Demenz besteht fort und betreibt die Umsetzung der Handlungsempfehlungen. Im Folgenden stelle ich Ihnen die Ziele vor.

Ziel 1: Prävention und Gesundheitsförderung sind wichtige Querschnittsaufgaben

Der Arbeitskreis konstatiert, dass neben einer rechtzeitigen, ausreichenden und sinnvollen Behandlung einer Demenz ebenso wichtig ist, ihre Entstehung möglichst zu verhindern bzw. zu verzögern. Durch gesundheitsförderliches Verhalten kann jeder Mensch seinen eigenen Beitrag leisten. Die Informationen über Präventionsmöglichkeiten stehen allerdings nicht jedem zur Verfügung. Der Arbeitskreis empfiehlt hier eine *verstärkte Öffentlichkeitsarbeit,* die das Ziel verfolgt, das Thema Demenz zu enttabuisieren und Informationen zu gesunden Lebensweisen, Risikofaktoren, Diagnose-, Beratungs- und Versorgungsmöglichkeiten zu geben. Möglichst oft soll das Thema in den verschiedenen Medien präsent sein. Um die Zugangsweise sicherzustellen, soll das *Infomaterial breit gestreut werden*, zu den Adressaten gehören die Hausärzteschaft, Krankenhaussozialdienste, Amts- bzw. Vormundschaftsgerichte und ausländische Vereine und Initiativen, die hier beispielhaft genannt werden. Eine weitere Empfehlung besteht in einem breiten Angebot von *Fortbildungen und Vortragsveranstaltungen für Ärzte, Apothekenpersonal und Pflegekräfte*.

Ziel 2: Die optimale Beratung und Begleitung Betroffener abhängig von der Lebenssituation ist gewährleistet

Erkrankte brauchen eine kontinuierliche Begleitung, die primär von den Angehörigen und Bezugspersonen geleistet wird. Sie sollte aber auch von den verschiedenen Beteiligten in den Bereichen Medizin und Altenhilfe gewährleistet werden. Zur Befähigung dieser Unterstützungsleistung benötigen alle Genannten umfassende Kenntnisse.

Die Empfehlung richtet sich von daher an die Zielgruppen der Demenzkranken und ihre Angehörigen als Empfänger der Intervention und professionelle Kräfte als Erbringer der Intervention. Zur Umsetzung dieses Ziels empfiehlt der AK, dass zur möglichst *frühzeitigen Diagnosestellung*

an entsprechende Fachstellen verwiesen wird. Die Schlüsselstellung der Hausärzte wird immer wieder heraus gestellt, sie müssen eine *Lotsenfunktion* einnehmen. Hierfür benötigen sie fundierte Informationen zur Infrastruktur in Münster und aktuelle Weiterbildungsangebote.

Das Spektrum der Angebote soll *bedarfsorientiert* erweitert werden, so lautet eine weitere Empfehlung. Zum Beispiel wird gerade bei alleinlebenden früh diagnostizierten Menschen eine aufsuchende Beratung und Begleitung im Sinne von sog. präventiven Hausbesuchen als sinnvoll erachtet. Hier wird die Gerontopsychiatrische Beratungsstelle entsprechende Workshops für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Kommunalen Sozialdienstes und des Sozialpsychiatrischen Dienstes anbieten.

Ziel 3: Körperliche Erkrankungen von Demenzkranken werden erkannt und gut behandelt

Somatische Erkrankungen werden bei Demenzkranken gelegentlich nicht wahrgenommen bzw. die Demenz wird bei der Behandlung nicht ausreichend berücksichtigt.

Beispiel: Ein Demenzkranker wird mit einem Oberschenkelhalsbruch in ein Krankenhaus eingeliefert und der operierende Chirurg weiß nicht, dass dieser Mensch dement ist und einer speziellen Behandlung bedarf.

Die hier angesprochenen Zielgruppen sind die Demenzkranken als Empfänger der Maßnamen und Angehörige, Ärzte und Pflegekräfte als Erbringer. Der AK empfiehlt hier, Krankenhausaufnahmen möglichst zu vermeiden. Vor jedem Krankenhausaufenthalt sollte eine fundierte *prästationäre Diagnostik* erfolgen. Wesentlich bei der Aufnahme ist die Weitergabe wichtiger Informationen über die Patienten z. B. anhand eines Patientenpasses.

Eine weitere Empfehlung sieht die *Stärkung der Beratungs- und Behandlungskompetenzen* durch Weiterbildung von Therapeuten sowie Pflegekräften im Sinne einer geriatrischen Basisdiagnostik vor.

Ziel 4: Umfassende Information und Fortbildung für Betroffene und Professionelle

Die Basis der Unterstützung Erkrankter und pflegender Angehöriger bzw. Bezugspersonen bilden Informationen für Betroffene und Professionelle. So hat z. B. die frühzeitige Auseinandersetzung mit den zu erwartenden Krankheitsverläufen und möglichen Krisen- und Problemsituationen einen zentralen Stellenwert für Professionelle und Multiplikatoren.

Die abgegebenen Empfehlungen beziehen sich auf *Ärztefortbildungen und Schulungsmaßnahmen insbesondere für Krisenhelfer und Multiplikatoren*. Gerade die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Polizei und bei der Feuerwehr

haben in Krisensituationen Kontakt zu Demenzkranken und ihren Angehörigen. Hier ist es unerlässlich, Basiswissen zu vermitteln, damit eine auf das Krankheitsbild der Menschen richtige Ansprache und auch passender Umgang erfolgen kann.

Die Erstellung einer *Kurzinformation mit den wichtigsten Angeboten und Adressen* quasi als Arbeitshilfe für niedergelassene Allgemeinmediziner, Internisten, Neurologen und Psychiater ist eine weitere Empfehlung. Sie soll dazu beitragen, betroffenen Patienten und deren Familien den Zugang zu pflegerischen und psychosozialen Hilfen zu erschließen.

Um für das Thema Demenz so früh wie möglich zu sensibilisieren wird empfohlen, dass dies schon *innerhalb des Studiums bei Allgemeinmedizinern ein wesentlicher Baustein wird.*

Ziel 5: Versorgung und Trägervernetzung optimieren und Krisensituationen vermeiden

Die Betroffenen brauchen adäquate Hilfen für eine stadiengerechte Versorgung, von der Vorsorgevollmacht bis hin zur Sterbebegleitung. Die Pflegenden und Betreuenden bedürfen einer besonderen Aufmerksamkeit, da der Ausfall der Hauptpflegeperson in der Regel eine Krise bei der Versorgung demenziell erkrankter Menschen zur Folge hat. Auch die Zahl der alleinlebenden Hochbetagten muss als potenzielle Risikogruppe verstärkt beachtet werden.

Die Zielgruppe bei diesem Anliegen sind natürlich die Hauptpflegepersonen als Empfänger der Maßnahmen und die Sozial-, Pflege- und Gesundheitsplaner als Erbringer der Maßnahmen. So ist gleich die 1. Empfehlung der Vernetzung eine Aufgabe der Sozialplanung, die eine Kette von abgestuften Versorgungskonzepten »aufreiht« und die Anbieter vernetzt.

Dem schließen sich planerisch die Weiterentwicklung und der Ausbau demenzgerechter Wohnformen an. Auch in dieser Zielformulierung wird die Hilfeplanung und Krisenvorbeugung durch die generelle umfangreiche Informationsvermittlung, auch gesteuert durch planerische Instanzen in den Kommunen, festgeschrieben. Die abschließende Empfehlung bei diesem Ziel ist die Implementierung eines Notfallmanagements für alleinlebende Erkrankte oder für den Fall des plötzlichen Wegfall der Hauptpflegeperson. Hier sollen Angehörige und Bezugspersonen ermutigt werden, sich frühzeitig mit der Entwicklung bzw. Erstellung eines »Notfallplanes« zu beschäftigen. Standards hierfür vorzubereiten und zu veröffentlichen soll Auftrag für die entsprechenden Planer sein.

Ausblick und Zusammenfassung

Eine Arbeitsgruppe der Pflegekonferenz entwickelt zur Zeit Qualitätsstandards für ambulant betreute Wohnformen. Diskutiert werden Selbstbestimmungsrechte der Bewohner/-innen, Mitwirkungsrechte der Bewohner/-innen und ihrer Angehörigen, bauliche Mindeststandards, Personalschlüssel sowie Finanzierungsfragen.

Die Standards werden anschließend verpflichtender Bestandteil der Leistungsvereinbarungen nach § 75 SGB XII. Zur Sicherung der Bewohnerrechte ist seit jeher eine enge Zusammenarbeit zwischen der Heimaufsicht und den Leistungsanbietern vereinbart.

Durch die Rund-um-die-Uhr Betreuung entstehen in den Hausgemeinschaften nennenswerte Kosten; auch die Unterkunftskosten (§ 29 SGB XII) sind in Einzelfällen nicht angemessen. Gleichwohl zeigen unsere Kostenvergleiche, dass Hausgemeinschaften zurzeit nur geringfügig höhere – aber gleichwohl nicht unverhältnismäßige – Kosten verursachen als stationäre Einrichtungen. Sollte die ambulante Pflege durch eine Reform des SGB XI gestärkt werden, würde der Kostenvergleich regelmäßig zugunsten der Hausgemeinschaften ausfallen.

Meine Ausführungen sollten deutlich machen, über welche Strukturen wir in Münster verfügen und wie wir sie nutzen, um zu einem differenzierten Angebot für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz, zu kommen. Ich habe darauf verzichtet, einzelne Angebote dezidiert vorzustellen, da Ihnen vergleichbare Konzepte sicherlich bekannt sind.

Zusammenfassend stelle ich fest:

- Pflegekonferenz und Gesundheitskonferenz sind geeignete Instrumente, Entscheidungsträger vor Ort zusammenzubringen und zu vernetzen. Natürlich verursacht jedes Gremium Verwaltungsaufwand, allerdings vermeiden unsere Konferenzen auch Kosten, da sie bilaterale Kontakte reduzieren.
- Eine enge Vernetzung von Stadt- und Sozialplanung ist unerlässlich, um Fehlentwicklungen zu vermeiden. Angesichts der demografischen Entwicklung sollte diese Zusammenarbeit obligatorisch sein, um eine nachhaltige Stadtentwicklung zu erzielen. Investoren sind im Ergebnis dankbar, wenn sie in der Stadt mit »einer Stimme« beraten werden.
- Die Arbeit Ehrenamtlicher in unserem Projekt »Von Mensch zu Mensch« unterstützen wir mit Informations- und Weiterbildungsangeboten. Die Ehrenamtlichen profitieren auch in anderen Lebensbereichen von diesen

Angeboten. Sie lernen im Kontakt mit den Erkrankten, insbesondere auch in Krisensituationen, angemessen zu reagieren. Wir geben ihnen so ein Rüstzeug und lassen sie in ihrer schwierigen Arbeit nicht allein. Auslagen der Ehrenamtlichen können in Münster von kommunal verwalteten Stiftungen erstattet werden.

II Steuerung von Qualität über Gesetze und Richtlinien

Einleitung

Ulrich Krüger, Peter Kruckenberg

In anderen Symposien wird die Frage behandelt, wie man durch unabhängige Beratung, individuelle Hilfeplanung, gute Koordination, konsequente Nutzerorientierung und intelligent gesteuerten Einsatz von Finanzmitteln gute Qualität fördern kann. In diesem Symposium geht es um die Frage, wie der Staat über Gesetze, Verordnungen und Richtlinien auf Qualität einwirkt, wie Nutzer und Leistungserbringer dies bewerten bzw. wie diese Einwirkung verbessert werden kann.

»Staatliche Vorgaben und Kontrollen hindern nur an der eigentlichen Arbeit!«, lautet der Stoßseufzer mancher ›dokumentationsmüder‹ Pflegekräfte. Gleichzeitig wird viel Geld und Zeit in privatwirtschaftliche Qualitätssicherung investiert, um eins der begehrten Zertifikate zu erwerben und vom Staat erwartet, dass er vermeintlich oder tatsächlich schlechter qualifizierte Hilfe durch Pflegende aus Billiglohnländern beschränkt.

Schnell wird deutlich, dass die ausschließliche Qualitätssicherung durch den Wettbewerb eine Illusion ist. Die Idee, dass ein mündigen Nutzer bei schlechter Qualität schnell zum besseren Anbieter wechselt und so auf diese Weise der Markt die Qualität sichert, stößt auf die Realität psychisch kranker alter Menschen, die sich bisweilen gar nicht für hilfebedürftig halten, die krankheitsbedingt in der Entscheidungsfähigkeit geschwächt sind oder die sich aufgrund der Hilfsbedürftigkeit abhängig und rechtlos fühlen.

Bund, Länder und Kommunen haben jeweils unterschiedliche Regelungs- und Aufsichtskompetenzen. Darüber hinaus werden durch rechtliche Vorgaben die Leistungsträger, Medizinische Dienste und – zwar noch zaghaft, aber verstärkt – Nutzer in die Qualitätssicherung einbezogen.

Im Vordergrund bisheriger Qualitätssicherung steht die Strukturqualität, wie Personalausstattung, formale Qualifikation der Leitung und der Mitarbeiter, Präsenzzeiten usw., vielleicht weil diese am leichtesten messbar ist. Hier soll es auch um die Ergebnisqualität gehen: Zielerreichung, Nutzerzufriedenheit, Effizienz und die Einhaltung von Mindeststandards.

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung und Qualitätssicherung

Peter Pick

Einleitung

Die Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI ist eine der Hauptaufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) im Kontext der Pflegeversicherung. Diese Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen werden vom MDK seit Ende 1996 in zunehmendem Umfang durchgeführt. Dabei hat die MDK-Gemeinschaft von Anfang an auf einen beratungsorientierten Prüfansatz gesetzt. Um ein zutreffendes Bild über die Qualität einer Einrichtung gewinnen zu können, ist es erforderlich, die Struktur-, die Prozess- und die Ergebnisqualität zu betrachten. Im Laufe der Prüfkonzeptentwicklung ist allerdings eine deutliche Schwerpunktverlagerung der Prüfinhalte in Richtung Prozess- und Ergebnisqualität zu verzeichnen.

Bei den Qualitätsprüfungen werden immer wieder Defizite in der Qualität der Pflege festgestellt. In der Ergebnisqualität hat sich die Versorgung von Menschen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen als ein Problembereich herauskristallisiert, dem besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden muss.

Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen

Insgesamt haben die MDK bis Ende 2005 von den ca. 12 200 zugelassenen ambulanten Pflegediensten 7614 Dienste (62,3 %) mindestens einmal geprüft. Der Schwerpunkt der Qualitätsprüfungen lag allerdings von Anfang an in der stationären Pflege. Daher liegt hier der Anteil der von einer Qualitätsprüfung des MDK erreichten Einrichtungen höher; von den etwa 9500 zugelassenen Pflegeheimen wurden vom MDK im Rahmen einer Qualitätsprüfung 7333 Heime (77,2 %) besucht.

In der Fachöffentlichkeit wurde schon häufiger über die zum Teil bedenklichen Ergebnisse der Qualitätsprüfungen berichtet. Bei den festgestellten Qualitätsdefiziten stehen Schwierigkeiten in der Umsetzung des Pflegeprozesses an erster Stelle. Darüber hinaus sind Qualitätsdefizite an der Schnittstelle zwischen Prozess- und Ergebnisqualität feststellbar, die sich direkt auf den

Gesundheitszustand und die Lebensqualität der Pflegebedürftigen auswirken oder auswirken können. Dabei stehen u. a. Probleme in der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, aber auch in der Dekubitusprophylaxe und -therapie im Vordergrund, die auch bei Menschen mit Demenz relevant sind. Mit einem Optimierungspotenzial von 30 Prozent ist der eigentlichen Versorgung gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Bewohner ebenfalls besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

Neues Prüfinstrumentarium

Ziel der Überarbeitung der seit dem Januar 2006 gültigen neuen Prüfgrundlagen war es, die Prüfinhalte des MDK an die neuen gesetzlichen Anforderungen und die Entwicklung des pflegewissenschaftlichen Wissens anzupassen. Darüber hinaus soll mit den neuen Prüfgrundlagen eine stärkere Standardisierung der Prüfungsdurchführung und der Qualitätsbewertung durch den MDK gewährleistet werden. Auch eine bessere Abgrenzung der Prüfinhalte, insbesondere zur Heimaufsicht, ist mit den neuen Prüfgrundlagen erreicht worden.

Die neuen Prüfgrundlagen setzen sich zusammen aus den Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR), den Anlagen 1 und 2 zu den QPR (Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität in der ambulanten und stationären Pflege) sowie den unmittelbar damit verbundenen MDK-Anleitungen zur Qualitätsprüfung in der Pflege.

Während die QPR die allgemeinen Rahmenbedingungen für die Qualitätsprüfungen und ihre Durchführung definieren, enthalten die Erhebungsbogen die konkreten Prüfinhalte. Die MDK-Anleitungen definieren Mindestanforderungen, die erfüllt sein müssen und geben den Prüfern und der Fachöffentlichkeit Ausfüllhilfen zur Bearbeitung der Erhebungsbogen. Die QPR und die dazugehörigen Anlagen sind für den MDK und die Pflegekassen verbindlich.

Neue Prüfinhalte zur Demenz

An verschiedenen Stellen gehen die Prüfgrundlagen des MDK verstärkt auf die Bedürfnisse und Belange von Menschen mit Demenz ein. Diese werden im Folgenden kurz erläutert:

Hausgestaltung

Während der MDK aufgrund der Zuständigkeit der Heimaufsicht keine systematische Prüfung der baulichen Bedingungen des Pflegeheimes mehr vornimmt, wird bezüglich der Hausgestaltung u. a. darauf geachtet, ob mobile demenzkranke Bewohner ausreichende Bewegungs- und Aufenthaltsmöglichkeiten auch während der Nacht haben und ob die Möglichkeiten einer identifikationserleichternden Milieugestaltung in Zimmern und Aufenthaltsbereichen durch die Pflegeeinrichtung genutzt werden.

Speisenangebot

Das Speisenangebot soll so aufgebaut sein, dass es die Selbstständigkeit der Bewohner fördert und erhält und auch demenzkranken Menschen kreative Möglichkeiten gegeben werden, ihren Energiebedarf zu decken (z. B. Fingerfood, Eat by walking).

Soziale Betreuung

Das Angebot der sozialen Betreuung muss auf die Bedürfnisse der Bewohner mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen ausgerichtet sein. Das bedeutet, dass gerade auch für Bewohner, die aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen an Gruppenaktivitäten nicht teilnehmen können, angemessene Einzelangebote zur Verfügung stehen müssen.

Auch wird überprüft, ob der für die Organisation der sozialen Betreuung für Menschen mit Demenz verantwortliche Mitarbeiter über spezifische Kenntnisse verfügt.

Versorgung von Menschen mit Demenz

Wenn bei einem Bewohner gerontopsychiatrische Beeinträchtigungen vorliegen, wird bei diesen Bewohnern gezielt untersucht, ob die für eine gute Versorgung und Betreuung relevanten Kriterien erfüllt werden. Hierzu zählen:

- Biografiearbeit
- Einbeziehung von Angehörigen
- Individuelle Tagesgestaltung
- Beachtung der Selbstbestimmung

- Bewegungsförderung
- angepasste optische und akustische Reize
- angepasste Kommunikation

Geeignete Methoden beim Umgang mit Menschen mit Demenz

Besonderes Augenmerk wird bei Bewohnern mit Demenz darauf gelegt, ob die in Konzepten der Pflegeeinrichtungen angesprochenen Methoden in der täglichen Versorgung zur Anwendung kommen. Hierzu zählen z. B. Validation, basale Stimulation, Tierbesuchsdienste.

Weiterentwicklung der Betreuung von Menschen mit Demenz

Neben den Kriterien, die bei den Qualitätsprüfung des MDK erfasst werden und die die Pflegeeinrichtungen darin unterstützen sollen, ihr Leistungsangebot stärker an die speziellen Bedürfnisse zur Versorgung demenziell erkrankter Menschen zu orientieren, sind zur Verbesserung der Versorgungssituation weitere Maßnahmen erforderlich. Exemplarisch zu nennen ist hier die ärztliche Betreuung. Es ist dringend notwendig, die fachärztliche Versorgung auszubauen und an den Empfehlungen der wissenschaftlichen Fachgesellschaften auszurichten.

Qualität in der Pflege

Christian Berringer

Qualität in der Pflege hat vielfältige Dimensionen – dennoch und gerade deswegen ist es eine schwierige Aufgabe, ihre Inhalte abschließend zu definieren und tragfähige Strukturen für eine dauerhafte Sicherung und eine nachhaltige Weiterentwicklung von Qualität zu schaffen.

Klassisch ist die Unterscheidung nach Donabedian in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Mit diesem wissenschaftlich unterlegten Modell umzugehen, beherrschen Einrichtungen ebenso wie Prüfinstanzen, d. h. diese Differenzierung hilft im Wesentlichen den professionell für Qualität Zuständigen dabei, ihre Aufgaben zu strukturieren. Wie werden die genannten Dimensionen in der sogenannten »Nutzerperspektive« aufgegriffen? Der Gehalt einer Pflegeleistung, die in einem strukturqualitativ beschreibbaren Umfeld nach pflegeprozessorientierten Abläufen qualitätsgestützte Ergebnisse erbringen soll, verdichtet sich in der subjektiven Wahrnehmung zur individuellen Perspektive der persönlichen Lebensqualität, die kognitiv, emotional und mental bestimmt und erfahren wird. Subjektive Erwartungshaltungen, zumal an eine so unmittelbar persönliche soziale Dienstleistung führen also immer auch zu der Frage, inwieweit die Definition von Qualität Indikatoren wie Privatheit, Wohlbefinden, Selbstbestimmung, Sicherheit usw. einbeziehen kann.

Wenn von Qualität gesprochen wird, meinen die Beteiligten also nicht immer und unbedingt das Gleiche. Professionelle Pflege will und soll nicht nur das »Richtige« tun, d. h. Qualität liefern, wie sie im internen Management, in Expertenstandards und in Prüfkatalogen durchaus oft umfassend, obzwar nicht immer deckungsgleich beschrieben ist, sondern sie will und soll Qualität für und mit der pflegebedürftigen Person entwickeln. Die Voraussetzungen, in diesem Prozess unterschiedliche, gar widerstreitende Perspektiven einzunehmen, sind gut. Dies gilt auch hinsichtlich der Beurteilung der Möglichkeit, Qualitätsvoraussetzungen, -prozesse und -ergebnisse transparent zu machen. Für Struktur- und Prozessqualität sind Ziele und Indikatoren offenbar besser zu bestimmen, sie haben mehr Tradition in Anwendung und Überprüfung. Die Entwicklung von Indikatoren für eine nutzerorientierte Ergebnisqualität steht erst am Anfang, es fehlen hier noch belastbare Kenntnisse und Erfahrungen. Die Bedeutung von Ansätzen wie einer menschenrechtlich definierten Qualitätsdiskussion muss noch geklärt werden.

Gesetzliche Regelungen stoßen in dieser Gemengelage folglich nicht nur auf konkurrierende Erwartungen der handelnden Personen, ihrer Vertreter, Verbände und Institutionen, sondern müssen unterschiedlich begründete Herangehensweisen an Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung bündeln. Mitunter entsteht aus Wortmeldungen und Zuschriften der Eindruck, dass vom Gesetz – hier dem SGB XI: Soziale Pflegeversicherung – allein erwartet wird, Qualität abschließend zu definieren und im Einzelfall sicherzustellen. Qualität entsteht zwar auch, aber nicht allein durch Gesetzgebung, sondern im verantwortlichen Handeln aller Beteiligten. Das sind die Pflegekassen, die Kommunen und die Träger der Sozialhilfe als Kostenträger ebenso wie die Pflegeeinrichtungen, die Pflegedienste und die darin beschäftigten professionellen Pflegekräfte als Erbringer von Pflegeleistungen.

Was Gesetzgebung und Regierungshandeln leisten können, ist in drei Bereiche zu bündeln:

- Der gesetzliche Sicherstellungsauftrag an Kassen und Leistungserbringer fordert die Erfüllung eines im Interesse der pflegebedürftigen Menschen gesamtgesellschaftlich legitimierten Auftrags ein.
- In konkreten Regelungen wird der Rahmen für die Ausformung von Pflegeleistung als Qualitätsleistung gesetzt und die Konkretisierung als Auftrag der Selbstverwaltung und als Aufgabe unmittelbar verantwortlicher Gruppen und Institutionen festgeschrieben (gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe; Verpflichtung zu internem Qualitätsmanagement; Qualität als Bestandteil von Versorgungsverträgen; Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung – MDK)
- Schließlich übernimmt die staatliche Ebene eine wichtige Verantwortung in der Entwicklung von Qualität durch die Förderung der Erstellung notwendiger inhaltlicher Voraussetzungen, die wissenschaftlich und praxisfundiert erarbeitet werden. Beispiele sind die Expertenstandards des Deutschen Netzwerks Qualität in der Pflege oder auch die 2007 erschienenen Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe.

Auch in der anstehenden Reform der Pflegeversicherung werden die genannten Handlungsziele und Handlungsebenen eine hohe Präsenz haben. Es gelten die Prinzipien der

1. *Fachlichkeit:* Die Entwicklung und Fortschreibung von Qualitätsinhalten (Expertenstandards) ist in der Pflegeversicherung zu verankern;
2. *Verantwortung:* Die Bedeutung eines einrichtungsinternen Qualitäts-

managements, von Zertifizierungsprozessen ist in einen konstruktiven Zusammenhang mit der Prüftätigkeit externer Stellen (MDK, Heimaufsicht) zu setzen;

3. *Transparenz:* Die öffentliche Darlegung von Qualität ist als gemeinsame Bringschuld von Kostenträgern und Leistungserbringern gegenüber den pflegebedürftigen Menschen festzulegen.

III Steuerung von Hilfen über Finanzierung

Einleitung

Heinrich Kunze, Dyrk Zedlick

Zunächst ist die Finanzierung von professionellen Hilfen deren materielle Basis. In diesem Symposium geht es vor allem darum, dass Finanzierung (auch) steuert – mit beabsichtigten und nicht beabsichtigten Folgen. Die Ziele werden verändert, die unbeabsichtigten Folgen – »Fehlanreize« der bestehenden Finanzierungsregelungen – werden thematisiert, die finanziellen Rahmenbedingungen sind enger geworden. Daraus folgt, sehr viel genauer als bisher die Anreizwirkungen von Finanzierung in den Blick zu nehmen und gezielt zu verändern.

Armin Lang, ausgehend von der Analyse »falsche Anreize, die zu Verschiebebahnhöfen einladen: unser Hilfesystem – gut gemeint – falsch programmiert«, gibt eine »Anleitung zum politischen Denken und Handeln« und fordert politische Perspektiven. Er ist als Gesundheitspolitiker im Landtag und in führender Position im Landesverband einer Krankenkasse im Saarland tätig.

Als Vertreter der Seite der Krankenkassen und der Pflegekassen gehen *Detlef Chruscz*/*Karl-Dieter Voß* bzw. *Harald Kesselheim* Fragen nach wie:

Nachhaltigkeit der Leistungen – wie kann erreicht werden, dass Krankenbehandlung und Rehabilitation auch die Vermeidung oder Besserung von Pflegebedürftigkeit als Ziel verfolgt?

Die meisten alten Menschen möchten so lange wie möglich zu Hause leben – wie können die dazu notwendigen ambulanten Hilfen gestärkt werden, insbesondere durch die Pflegeversicherung?

Klaus Nißle beschreibt die im Raum Kaufbeuren entwickelten »Integrierten Wege« für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen: die patientenbezogene Zusammenarbeit von Selbsthilfe, die unterschiedlichen Institutionen mit unterschiedlichen Finanzierern bis zu den Fortbildungsprogrammen z. B. für Ärzte.

Gesundheitspolitische Aspekte der Steuerung von Hilfen

Armin Lang

Bedarfsgerechte politische Steuerung gelingt nicht von selbst!

Dass »Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz«, nicht der »Steuerung über den Markt«, über das »freie Spiel der Kräfte«, über Angebot und Nachfrage, oder auch nur über den Preis gestaltet werden können, dürfte sicher unstrittig sein. Es gibt Grenzen freier Nachfrage-Entscheidungen nicht nur bezogen auf den Sektor sozialer und gesundheitlicher Hilfen.

Deshalb brauchen wir in diesem Feld auch keine »Marktordnung«, sondern besser ineinandergreifende, integrierende, sich gegenseitig ergänzende und unterstützende, auch entlastende »Finanzierungsordnungen«.

Wenn »die Politik«, – besser – Parlamente, Ministerien, Verwaltungen, diese »Ordnungen« im Interesse der »Nachfrage« gestalten soll, ist professionelle Kommunikation gefragt:

1. *»Politik« braucht Einblick*, Problembewusstsein und Betroffenheit; die Fach-Profis im Feld haben hier eine Bringschuld. Sachgerechte Entscheidungen, insbesondere in Finanzierungsfragen, kommen nicht von selbst. Der politische Entscheider ist zu weit weg vom konkreten Hilfebedarf, von den Implikationen und möglicherweise auch Komplikationen des zielgruppenspezifischen Bedarfs.

2. Deshalb – *»Politik« braucht Beratung* und Hilfe, d. h. analysierte und begründete Reformoptionen.

Der Leistungsbedarf muss beschrieben und begründet, Alternativen müssen aufgezeigt und Widerständen vorgebeugt werden.

3. *»Politik« braucht »Orientierung«*. Zu groß ist ihre Desorientierung, herbeiprovoziert von all jenen, denen der Sozialstaat zu dicht erscheint, denen soziale Leistungen zu üppig sind und denen das Hilfesystem sich zu »gefräßig« darstellt. Hier ist »Gegensteuern« erforderlich, mit sachlichen, verständlichen, überprüfbaren Informationen, mit persönlicher Begegnung und Wahrnehmung; eben mit – Einblick, Problembewusstsein und persönlicher Betroffenheit.

4. *»Politik« braucht aber auch Öffentlichkeit*; mit öffentlichem Druck und öffentlicher Anerkennung.

Zu vielfältig und auch widersprüchlich sind die Interessen, Ansprüche und Anforderungen, denen »die Politik« ausgesetzt ist. Jeder Euro kann nur einmal ausgegeben werden. Wann und wofür muss immer wieder neu austariert und durchgesetzt werden. Nur öffentlich dargestellte und wahrgenommene Probleme sind politisch relevant. Deshalb muss der politische Handlungsbedarf immer wieder öffentlich dargestellt und auch seine Gewichtung durch öffentliche Unterstützung befördert werden.

Ich erlaube mir diese »Anleitungen zum politischen Denken und Handeln« gerade für Berufspraktiker, ganz gleich auf welchen Entscheidungsebenen. Zu sehr sind sie in der Regel fachlich dominiert, überzeugt von der Richtigkeit und Alternativlosigkeit ihres Handelns, dass ihnen das mögliche Nichtwissen, das Fehl- und Falschwissen, die wenig ausgeprägte Betroffenheit bei »Politikern« erst gar nicht in den Sinn kommt.

Hier liegt aber der Schlüssel zur politischen Gestaltung, sachgerechter »Steuerung von Hilfen über Finanzierung«.

Unser Hilfesystem: gut gemeint – falsch programmiert

An konkreten Beispielen will ich aufzeigen, dass unser Hilfesystem in den Bereichen Pflege, Gesundheit, Rehabilitation und Sozialhilfe erhebliche strukturelle Mängel aufweist und deshalb adäquate Hilfen falschen Steuerungen und Weichenstellungen ausgesetzt sind.

Diese Systeme werden von Sektor- und Budgetgrenzen dominiert, sie sind eher maßnahmen- als patientenorientiert, die Hilfeangebote stehen unverbunden nebeneinander und leiden unter falschen Anreizen bzw. laden zu Verschiebebahnhöfen ein. Diese Hilfesysteme sind in der Regel gut gemeint, aber oft falsch programmiert.

Wunsch und Wirklichkeit von Steuerungszielen und Steuerungswirklichkeit will ich beispielhaft aufzeigen:

1. Das *Pflegeversicherungsrecht* postuliert den Vorrang der häuslichen Pflege, der Pflegegeldleistung vor der ambulanten Pflegesachleistung. Nur – wer steuert im gut gemeinten gesetzlichen Sinne?

Die Pflegekasse ist in der Regel nur Zahlstelle bei individuell begründeter Hilfebedürftigkeit. Die tatsächliche Bedarfsermittlung bei einzelnen Pflegebedürftigen erfolgt zwar individuell durch den Medizinischen Dienst, ein persönliches Fallmanagement ist damit aber nicht verbunden. Das individuelle bedarfsgerechte Pflegearrangement; die Begleitung des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen; ihre Entlastung; die Organisation der

Überleitung, beispielsweise vom Krankenhaus in pflegerische Einrichtungen, auch mit der sachgerechten Prüfung von Alternativen; die persönliche Hilfe und Beratung – all dies findet in der Regel nicht statt.

Für die Pflegekasse fehlt der echte Anreiz, sich hier einzuschalten oder einzumischen. Ihre Interessenvertretung ist zunächst auf den Hilfebedürftigen gerichtet. Dieser soll beispielsweise vor Überforderung durch die Preise der Pflegeeinrichtungen geschützt werden. Deshalb verhandeln die Pflegekassen auch diese Preise und versuchen dadurch die Interessen der Pflegebedürftigen zu vertreten. Die gesetzliche Struktur der Pflegeversicherung als sogenannte »Einheitskasse«, d. h. alle Pflegeaufwendungen werden letztendlich aus einer gemeinsamen Kasse finanziert, bremst das kassenindividuelle Steuerungsinteresse.

2. Wenn überhaupt, kann und hat der *Sozialhilfeträger Steuerungsanliegen*. Allerdings nur dann, wenn der Pflegebedürftige mit dem eigenen Einkommen und Vermögen sowie mit den geleisteten Pflegegeldern oder Sachleistungen durch die Pflegekassen nicht auskommt, muss er ergänzend leisten. Deshalb liegt es im Interesse der Sozialhilfeträger, wenn ambulant vor stationär, Geldleistung vor Sachleistung gewährt bzw. organisiert wird. Doch auch dieser Kostenträger verhält sich in der Regel zurückhaltend. Selten schreiten die Beratungs- und Koordinierungsstellen (BeKo-Stellen) ein. Sie sind und wären auch hoffnungslos unterbesetzt, sollte von ihnen das individuelle Fallmanagement erwartet werden. Ab und an klagen die Sozialhilfeträger über erneut angestiegene Pflegeaufwendungen – dass sie Instrumente hätten, diese mit zu steuern, bleibt stets unerwähnt.

3. Das größte *Steuerungsinteresse* haben, wenn überhaupt, die *Pflegebedürftigen* bzw. ihre Angehörigen selbst. Es ist unstreitig der größte Wunsch jedes Betroffenen auch bei schwerstem Handicap, möglichst viel und lange in der gewohnten häuslichen Umgebung sein zu können. Deshalb dominieren bei ihnen auch Ängste, Belastungen und der dringende Wunsch nach Beratung und Entlastung.

Doch ihre Wirklichkeit wird von anderen Interessen dominiert.

Die Überleitung aus der Akutmedizin in die Kurzzeitpflege ist in der Regel lediglich die Vorstufe bzw. der Parkplatz für die stationäre Heim-Pflege. Hier dominieren Trägerinteressen. Da sie ein Belegungs- und Renditeinteresse haben, ist in den letzten Jahren auch die Heimunterbringung überdimensional angestiegen.

Die beschriebenen Steuerungshindernisse machen die Steuerungslücken deutlich. Derjenige, der ein Steuerungsinteresse im Sinne der Ge-

setzesabsicht, eben ambulant vor stationär, hat, dem fehlen in der Regel die Instrumente diese durch- bzw. umzusetzen. Deshalb muss das neue Pflegeversicherungsrecht auch Anreize schaffen, die Fehlsteuerungen und die mangelnden Steuerungsinstrumente zu korrigieren.

Der Handlungsbedarf – was ist zu tun?

Wir müssen die Steuerungselemente zielgerichteter schärfen und die Steuerungskompetenz steigern.

Die Handlungsfelder reichen von der individuellen und kollektiven Bewusstseinsbildung, über den Aufbau und die Pflege einer »steuerungsfreundlichen« personellen und sachlichen Infrastruktur bis hin zur »Neuprogrammierung« von Kosten- und Leistungsanbietern.

1. Das *Kunden- und Angehörigenbewusstsein* muss »wunschgemäß« entwickelt und geprägt werden. Dazu gehört ein gesellschaftliches Bewusstsein, welches alle befähigt, uns rechtzeitig auf das Alter vorzubereiten. Früh muss geplant und entschieden werden, wie Wohnen, Versorgen und Pflegen geregelt werden, wenn Hilfebedürftigkeit einzutreten droht. Es geht um barrierefreies Wohnen, um die wohnungsnahe Pflege- und Versorgungs-Infrastruktur, um die Pflege von Familien- und Nachbarschaftshilfen, um kommunales und zivilgesellschaftliches Engagement usw. Hier brauchen wir gesellschaftliches Engagement, aber auch ein entsprechendes Gestaltungsbewusstsein im politischen und sozialversicherungsrechtlichen Umfeld.

2. *Infrastrukturelle Bedingungen* sind die zentralen Voraussetzungen für eine sachgerechte Hilfeorganisation. Auch dann, wenn Wollen und Bewusstsein bzgl. des Vorrangs ambulanter vor stationärer Hilfe gegeben sind, bedeutet dies nicht, dass dieser Grundsatz immer realisiert werden kann. Nicht immer passt der Wohnraum, häufig fehlt die kommunale Infrastruktur von der vernetzten Pflege- und Versorgungshilfe über Nachbarschaftszentren bis zu niedrigschwelligen Angeboten, Mehrgenerationenhäusern, ambulant sich gegenseitig selbst versorgende Hausgemeinschaften usw.

Deshalb ist es wichtig darauf hinzuwirken, dass die *Pflegereform*, soll sie denn zukunftsfest werden, *mehr* sein muss *als eine Pflegeversicherungsreform*. Wir brauchen nochmals ein Mehr an kommunalem Engagement für ältere pflegebedürftige Menschen. Aus *Wohngemeinden* müssen *Sozialgemeinden* werden.

3. Die *Sozialversicherungsträger* brauchen einen Bewusstseins- und Anreizwandel; sie müssen vom »Payer zum Player« werden. Die Sozialversi-

cherungsträger, insbesondere die Kranken-, Pflege- und Rehakostenträger, brauchen einen tief greifenden Bewusstseinswandel. Im Alltag wird zwar sehr viel von der Mitgestaltungspflicht geredet, in der Praxis sind diese Träger, was die tatsächliche Mitgestaltung angeht, aber eher zurückhaltend und defensiv. Deshalb brauchen sie den gesetzlichen Auftrag und auch das Bewusstsein, gestalten zu wollen, zu müssen und zu können, Versorgungswege zu organisieren, gesetzeszielkonforme Versorgungsstrukturen und Versorgungsangebote zu initiieren. Sie müssen der indikationsadäquaten Versorgung verpflichtet sein. Sie müssen auch verpflichtet werden, in jedem Einzelfall gesetzeszielkonforme Entscheidungen herbeizuführen.

Daraus wird deutlich, Anreizwandel ist möglich. Wir müssen ihn gesetzlich präzise vorgeben.

An Beispielen aus der anstehenden Pflegeversicherungsreform will ich dies kurz erläutern:

3.1 Wir brauchen eine *Kosten- und Ressourcensteuerung* durch intelligentes, fachlich kompetentes Fallmanagement. Das zur Pflegebedürftigkeitsfeststellung notwendige *MDK-Gutachten* muss eine umfassende Hilfebedarfsfeststellung mit konkreten Reha-, Therapie-, Versorgungs- und Pflegevorschlägen vorgeben.

3.2 Das *individuelle Fallmanagement* muss sich frühzeitig, integrierend, steuernd und organisierend einmischen. Bei der Sicherstellung der Versorgung muss die Qualität im Zentrum stehen und die nachhaltige Förderung der »Selbst-Hilfe« Vorrang haben.

3.3 Wir müssen *gesetzliche Fehlanreize korrigieren*. Ein pflegebedürftiger Mensch braucht in der Regel Grundpflege, Behandlungspflege und Versorgung. In der stationären Pflege ist dies alles im Rahmen der Komplettversorgung gewährt und finanziert. In der ambulanten Pflege gibt es unterschiedliche Kostenträger. Für die Grundpflege sorgt die Pflegeversicherung, für die Behandlungspflege die Krankenversicherung und diese Leistungen sind dort zukünftig möglicherweise zusatzbeitragsrelevant.

Bleibt dies so, liegt hier die Ursache für falsche Steuerungsanreize.

4. Wir müssen wegkommen vom »eindimensionalen« *Pflege- und Gesundheitsdienstleister hin zum Multifunktionsanbieter*.

Auch die Pflege- und Gesundheitsdienstleister müssen sich zukünftig verstärkt »steuerungsfreundlich« aufstellen. Zunächst brauchen sie verlässliche und auskömmliche Finanzierung auch bei ambulanten Hilfen. Ihr Mittel-, Maßnahmen- und Leistungseinsatz muss flexibler werden. Sie müssen Selbsthilfe, Nachbarschaftshilfe, professionelle Pflege, Versorgungsleistungen,

Kurzzeit- und Tagespflege, Nachtpflege, niedrigschwellige Hilfen, häusliche Entlastungshilfen, Beratung, Anleitung usw. bedarfsgerecht im Sinne eines Hilfemixes dem Pflegebedürftigen und den Angehörigen anbieten. Meines Erachtens ist die einzige Chance, dies zukünftig vernünftig zu organisieren und zu finanzieren, das *persönlich-integrierte Budget*. Um dies zu etablieren, brauchen wir nutzerfreundliche gesetzliche Vorgaben, professionelles Fallmanagement und Sozialleistungsträger, die vom »Kunden« her denken und handeln.

5. Wir brauchen auch neues Denken und neues Handeln auf vielen anderen Ebenen:

5.1 Die vernünftige *Steuerung* von Hilfen beginnt bereits bei der *Vermeidung von Pflegebedürftigkeit*. Was tun, wenn aber flächendeckend das Bewusstsein, aber auch die Präventionsangebote fehlen, wie wir möglichst lange gesund und ohne Pflegebedürftigkeit alt werden können?

5.2 *Rehabilitation vor Pflege* ist ein wichtiger Programmsatz in der Pflegedienstleistung. Nur die Wirklichkeit sieht anders aus. Erst jetzt, da in der Gesundheitsreform die geriatrische Reha zur Pflichtleistung wird und auch Formen der mobilen und ambulanten geriatrischen Rehabilitation flächendeckend möglich werden, gibt es mehr Chancen zur Steuerung in diese Richtung. Wir brauchen auch Anreize zur Rehabilitation bei bereits eingetretener Pflegebedürftigkeit. Solange Pflegebedürftige und auch Pflegeleistungsanbieter in der Gefahr sind, nach einer erfolgreichen Reha und wieder neu aktivierter Eigenkompetenz in den »Pflegeleistungen« zurückgestuft zu werden, d. h. finanzielle Zuwendungen zu verlieren, gibt es zumindest für das Umfeld wenig Anreiz, dies aktiv zu fördern.

5.3 *Pflegesteuerung setzt Pflegekompetenz voraus*. Auch diese fehlt an allen Ecken und Enden. Das fängt bei den Ärzten, die Pflegebedürftige medizinisch betreuen, an und hört bei den Angehörigen im näheren Umfeld auf. Deshalb brauchen wir eine breite flächendeckende Initiative zur Pflegekompetenzvermittlung, damit ideenreich individuell angepasste Pflegearrangements entwickelt und praktiziert werden können.

5.4 Zur Steuerung gehört für pflegende Angehörige auch die Voraussetzung, *existenzielle Sicherheit* zu haben und zu behalten. Deshalb ist das Ziel, *Pflegeurlaub* wie auch immer gestaltet, gesetzlich abzusichern und die betroffenen Menschen von Nachteilen möglichst freizuhalten, ein wichtiges Anliegen. Auch die *soziale Absicherung* der Pflegepersonen bedarf weiterer Ergänzung. Sie reicht nicht aus, um im Einzelfall die Entscheidung zwischen Pflege und Berufstätigkeit wirklich sachgerecht und pflegefreundlich treffen zu können.

5.5 Vielleicht brauchen wir auch zukünftig weniger »kassenbezogene Jahresrechnungen« als *»Gesamtsozialbilanzen«* aller Sozialleistungsträger. Nur dann kann die Steuerung von Hilfen bei Pflegebedürftigkeit im Sinne wesentlicher Gesetzeszielsetzungen und im Interesse der betroffenen Menschen auch wirklich optimiert werden.

Weichen richtig stellen – politische Perspektiven

Im beruflichen Alltag gefangen, von dessen Lasten und Belastungen getrieben, fehlen uns oft Ideen, Mut und Kraft, Weichen richtig und frühzeitig, gegebenenfalls auch korrigierend und offensiv zu stellen. Manchmal nehmen wir auch bereits auf den Weg gebrachte Veränderungen nicht oder zu spät wahr, wodurch Chancen zur sachgerechten und frühzeitigen Ausgestaltung nicht genutzt werden. Deshalb gilt:

1. Wir müssen der älter werdenden Gesellschaft die Bedrohung und Lähmung nehmen. *Die »Altersdebatte« darf nicht weiter »Angstdebatte« sein* und wir müssen sie befreien vom Missbrauch für egoistische Interessen. Die älter werdende Gesellschaft zieht einen offensiven Gestaltungsauftrag nach sich. Nur dann, wenn wir diese Herausforderungen offensiv annehmen, schaffen wir auch die Voraussetzungen für die sachgerechte Bereitstellung, Organisation und Steuerung von Hilfen, so wie die Menschen diese tatsächlich wollen und brauchen und wie sie auch für unsere Gesellschaft ökonomisch vertretbar sind.

2. *Die anstehende Pflegereform muss mehr sein als die Reform der Pflegeversicherung.* Die Kommunen müssen wieder eine aktive Rolle in der Versorgung hilfebedürftiger Bürgerinnen und Bürger übernehmen. Sie müssen sich von der Wohngemeinde zur Sozialgemeinde entwickeln. Aber auch die Pflegekassen brauchen Gestaltungsaufträge und Anreize für ökonomisch und human vernünftiges Steuern. Rehabilitation vor Pflege, ambulant vor stationär, müssen mehr sein als Programmsätze; sie müssen gesetzliche Pflicht werden.

3. *Auch die Pflegeanbieter brauchen Anreize und Erleichterungen, ihre Leistungen sektorenüberschreitend anzubieten.* Sie müssen Anreize bekommen sich zu vernetzen, zu integrieren und auch ihre Dienstleistungen mit ihrer Qualität transparent zu machen. Vom Einzelanbieter müssen sie zum komplexen Hilfedienstleister werden.

4. *Die gegenwärtige Gesundheitsreform setzt in diesem Bereich die richtigen Akzente.* Geriatrische Rehabilitation soll Pflichtleistung und flexibler angeboten werden können. Es soll Überleitungsmanagement vom Akutbereich

in die Nachsorge geben. Die Palliativmedizin soll ausgebaut und die Pflegeversicherung in die integrierte Versorgung einbezogen werden können. Jetzt ist es notwendig, dass sich die Pflegeprofis in die konkrete Entwicklung und Ausgestaltung der gesetzlichen Vorgaben einschalten und damit darauf hinwirken, dass sie auch tatsächlich anwendbar werden und die gesetzlich gewünschte Steuerung dann auch Wirklichkeit wird.

5. Auch die derzeit in den großen *politischen Parteien laufenden Programmdebatten brauchen Impulse aus dem Feld der Pflege und des Gesundheitswesens.* Wir müssen die Frage stellen, in welcher Gesellschaft wir zukünftig leben wollen. Vielleicht müssen wir eine Gegenöffentlichkeit dazu aufbauen, dass es Wachstum nur bei Depression und Angst geben kann und dass die Politik der sozialen Verunsicherung beendet werden muss. Vielleicht erreichen wir sogar das Ziel, dass auch eine humane und soziale Gesellschaftsentwicklung Voraussetzungen schaffen kann für ökonomische Produktivität, Wachstum und Beschäftigung.

Der *vorsorgende Sozialstaat* ist sicher ein großes Anliegen von uns allen. Nur, wenn wir *mehr Vorsorge* betreiben wollen, dürfen wir diese *nicht aus* den derzeitigen Töpfen *der Versorgung* nehmen. Auch die heute Kranken und die Pflegebedürftigen brauchen weiterhin Hilfe. Für mehr Vorsorge müssen *zusätzliche Ressourcen* investiert werden, damit längerfristig der nachsorgende Aufwand geringer werden kann. Vielleicht müssen wir auch die gesellschaftspolitische Debatte wieder vom Kopf auf die Füße stellen: Soziale Sicherheit und soziale Teilhabe sind nicht Bremsklötze der ökonomischen Entwicklung, sondern sehr viel eher die idealen Schmiermittel derselben. Sie sind Produktivfaktor und »ganz nebenbei« auch Grundgesetzauftrag. Immerhin gebietet unsere Verfassung den Sozialstaat und damit den sozialen Ausgleich und fordert alles politische und gesellschaftspolitische Handeln auf, der Menschenwürde zu dienen.

Medizinische Behandlung und Rehabilitation – Trägerübergreifende Nachhaltigkeit

Detlef Chruscz, K.-Dieter Voß

Die Versorgungslandschaft psychiatrischer Leistungen in der Zuständigkeit der Krankenkassen ist von unterschiedlichen Finanzierungsformen mit verschiedenartigen Steuerungsmöglichkeiten sowie Fehlanreizen geprägt. Darüber hinaus spielen aber gerade in der Versorgung psychisch kranker Menschen Leistungen anderer Träger, wie beispielsweise der Sozialhilfe und der Rentenversicherung, eine wichtige Rolle. Hier kann es aufgrund der Sektorisierung der Leistungen und ihrer Träger zu Problemen kommen, die sowohl für den Patienten als auch für alle Träger gemeinsam, d. h. letztendlich volkswirtschaftlich, zu einem suboptimalen Ergebnis führen. Im Folgenden werden die Finanzierungsformen in der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) unter dem Blickwinkel ihrer Steuerung bzw. Fehlsteuerung kurz vorgestellt und die Einbeziehung der weiterer Sozialleistungsträger in die Integrierte Versorgung als Weg zu einer nachhaltigen Versorgung diskutiert.

Leistungen der Krankenkassen bei der Versorgung psychisch kranker Menschen

Die psychiatrische Versorgung kennt eine Vielzahl von Leistungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Als die Wichtigsten seien hier genannt:

- Ambulante (fach-)ärztliche Behandlung
- Ambulante Psychotherapie
- Krankengeld
- Häusliche psychiatrische Krankenpflege
- Ergotherapie u. ä. Heilmittel
- Soziotherapie
- Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)
- Stationäre Behandlung im Krankenhaus
- Rehabilitation (psychosomatische)
- Rehabilitation (RPK-Empfehlungsvereinbarung)
- Sozialmedizinische Nachsorge/Reha-Sport

Für diese Leistungen existieren unterschiedliche Finanzierungsformen in der GKV. Die »klassische« Finanzierung medizinischer (psychiatrischer)

Leistungen erfolgt über Budgets/Kopfpauschalen (z. B. ambulante ärztliche Versorgung) und über tagesgleiche Pflegesätze (z. B. Rehabilitation, Krankenhausbehandlung in der Psychiatrie).

Fallpauschalen (z. B. Behandlung in Psychiatrischen Institutsambulanzen [PIA], teilweise in der Rehabilitation) und diagnosebezogenen Fallpauschalen (somatische Behandlung im Krankenhaus) sowie Honorare (z. B. Vergütung soziotherapeutischer Leistungserbringer) sind als Vergütungsformen in den letzten Jahren hinzugekommen.

Bei der »klassischen« Finanzierung der Sachleistungen erfolgt eine autonome Steuerung über Verträge. Hier werden in erster Linie Strukturen finanziert. Auf diese autonome Steuerung kann hinsichtlich der Leistungssteuerung kaum Einfluss genommen werden.

Neue Versorgungsformen

Neue Versorgungsformen, die seit dem Ende des vergangenen Jahrhunderts langsam an Bedeutung gewinnen, bieten ein höheres Steuerungspotenzial. Hier steht die Koordination und Abfolge von Prozessen im Vordergrund. Unter neuen Versorgungsformen versteht man:

- Fall- oder Case-Management-Programme (§ 137 f–g SGB V)
- Disease-Management-Programm (§137 f. SGB V)
- Integrierte Versorgung (§ 140 a–d SGB V)

Beim *Fall- oder Case-Management* übernehmen sogenannte Case-Manager, die in der oder für die Krankenkasse arbeiten, die Steuerung der Leistungen für Versicherte, deren Krankheit eine individuell angepasste Versorgung erfordert. Sie fungieren dabei als Lotsen durch die Versorgungslandschaft. Mit ihrer Hilfe sollen durch die nahtlose Steuerung der Prozesse Über-, Unter- und Fehlversorgung vermieden und eine bedarfsgerechte Versorgung erreicht werden. Eine ähnliche Funktion erfüllt die Soziotherapie, die chronisch psychisch kranken Menschen helfen soll, ärztliche Behandlung und weitere Therapien in Anspruch zu nehmen, um eine Krankenhausbehandlung weitestgehend zu vermeiden. Leider wird Soziotherapie weit weniger verordnet, als ursprünglich angenommen wurde.

Für Menschen mit ähnlichen Krankheitsverläufen sind *Disease-Management-Programme* (DMP) eingeführt worden. Dabei handelt es sich um strukturierte, i. d. R. evidenzbasierte Behandlungsprogramme, bei denen immer eine bestimmte chronische Krankheit im Vordergrund steht, die auch unter

wirtschaftlichen Gesichtspunkten bedeutend ist. Derzeit bestehen DMP für Diabetes Typ 1 und 2, Brustkrebs, Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und Herzinsuffzienz. Durch konsequentes Monitoring der Patienten können diesen, gemäß ihrem Krankheitsverlauf, gezielt strukturierte Behandlungsmaßnahmen angeboten werden. Für psychiatrische Krankheitsbilder wird diese Versorgungsform derzeit nicht angewandt. Für Depressionen und Demenzen wurde allerdings schon daran gedacht, solche Programme zu entwickeln und zu etablieren.

Der Begriff *»Integrierte Versorgung«* (IV) steht für eine Vernetzung zwischen den einzelnen medizinischen Versorgungssektoren. Das bedeutet: Niedergelassene Haus- oder Fachärzte bieten gemeinsam mit stationären Einrichtungen eine medizinische Versorgung »aus einer Hand« an. Sie kooperieren bei der Behandlung ihrer Patienten und teilen sich ein gemeinsames Budget. Bei der Integrierten Versorgung spielen übrigens nicht nur niedergelassene Ärzte oder Krankenhäuser eine Rolle. Ambulante oder stationäre Rehabilitationsleistungen, Heil- oder Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege etc. können auch zum Versorgungsumfang gehören. Ziel ist die verpflichtende Zusammenarbeit verschiedener Akteure, um eine qualitätsgesicherte und möglichst nahtlose und wirtschaftliche Versorgung zu realisieren. Im Bereich der psychiatrischen Erkrankungen bestehen für einige Regionen und Kassen (-Arten) IV-Verträge in den Indikationen Depression und Schizophrenie.

Fehlsteuerung durch Finanzierung

»Alte« wie »neue« Finanzierungsformen bergen auch das Risiko einer Fehlsteuerung in sich. Nach wie vor besteht ein Zuviel an »stationär« in der Versorgung psychisch kranker Menschen, weil deren komplexe Versorgung im »Kliniksetting« einfacher zu organisieren und zu finanzieren ist. Gleiches gilt auch für einen Teil psychisch kranker Menschen, die durch psychiatrische Institutsambulanzen statt durch niedergelassene Fachärzte behandelt werden. Ebenfalls sind die Finanzierungsanreize der Pflegeversicherung auf eine Bevorzugung der stationären (kostenintensiveren) Versorgung ausgerichtet.

Ferner sind als Fehlanreize der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) zu kurze Krankenhaus-Verweildauern zu nennen. Auch den Disease-Management-Programmen (DMP) kann ein gewisses Missbrauchspotenzial durch das Einschreiben von nahezu »gesunden« Versicherten in diese risikostrukturausgleichsfähigen Programme innewohnen. Ebenfalls muss man Zweifel an der Wirkung einer »Steuerung« durch individuelle »persönliche

Budgets« haben, da von dem Betroffenen kaum Markttransparenz hergestellt werden kann.

Erweiterte Integrierte Versorgung

Durch Integrierte Versorgung lassen sich im somatischen Bereich Prozesse optimal abstimmen und steuern. Für den Bereich der psychischen Krankheiten gilt dies nur bedingt, da einige Leistungen (z. B. Leistungen zur beruflichen und sozialen Teilhabe), die den Krankheitsverlauf gerade bei schweren chronischen Erkrankungen günstig beeinflussen, außerhalb der Leistungszuständigkeit der Krankenkassen liegen. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) sieht künftig zumindest eine Einbeziehung von Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) in die Integrierte Versorgung vor. Weitere Leistungen anderer Träger können derzeit aber nicht im Rahmen der Integrierten Versorgung (§ 140 a – d SGB V) angeboten werden. Der Grundgedanke der erweiterten Integrierten Versorgung ist bei den seit Mitte der 1980er-Jahren existierenden Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) bereits aufgriffen worden. Hier finanzieren Kranken- und Rentenversicherung sowie die Agentur für Arbeit gemeinsam die Leistungen, wobei die Zuständigkeit während der Maßnahme wechseln kann.

Notwendig für die Umsetzung einer erweiterten Integrierten Versorgung für psychisch kranke Menschen ist die Definition von Schnittstellen zu den Trägern der Leistungen aus den Bereichen Arbeit, Freizeit und Hilfen zur Selbstversorgung (Rentenversicherung, Agentur für Arbeit etc.), um das gesamte Spektrums nutzbar zu machen. Besser noch wäre die Definition von trägerübergreifenden Leistungskomplexen, die dann bedarfsgerecht gesteuert und gemeinsam finanziert werden müssen. Die gemeinsame Steuerung könnte von Kompetenzzentren an Institutsambulanzen und von großen Facharztpraxen wahrgenommen werden oder durch Case-Manager beim Leistungsträger sowie durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen erfolgen. Dies alles kann derzeit durch Absprachen geregelt werden.

Der Vorteil dieser Form der Versorgung liegt darin, dass nicht nur die medizinisch-psychiatrische Versorgung verbessert wird, sondern auch die Einbindung des psychisch kranken Menschen in die Bereiche Arbeit, Wohnen und Freizeit erfolgen kann. Damit lässt sich der Erfolg der medizinisch-psychiatrischen Behandlung langfristig sichern. Darüber hinaus würden kurzfristige wirtschaftliche Erwägungen der einzelnen Träger einer nachhaltigen Versorgung untergeordnet. Das Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung der

Patienten würde bei wirtschaftlichem Mitteleinsatz und optimaler Steuerung realisiert. Nicht die Teilsysteme der einzelnen Träger werden bei einer erweiterten integrierten Versorgung wirtschaftlich optimiert, sondern das Gesamtsystem. Eine wirtschaftliche Optimierung von Teilbereichen der Versorgung (Pflege versus GKV etc.) zulasten der Gesamtversorgung unterbleibt. Eine erweiterte Integrierte Versorgung hätte eine trägerübergreifende Nachhaltigkeit zur Folge, die bezogen auf die gesamtgesellschaftlichen Kosten psychischer Erkrankungen das beste Resultat liefern würde.

Pflegereform – erste Konturen zeichnen sich ab[1]

Harald Kesselheim

Zwölf Jahre ist die Pflegeversicherung inzwischen alt. Monat für Monat erhalten mehr als 1 Mio. Menschen von den Pflegekassen Leistungen. Deren Gesamtvolumen beläuft sich auf fast 18 Mrd. Euro jährlich. Damit sind die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit im Gesundheitssektor trotz ihres Teilkasko-Charakters eines der großen Leistungssegmente. In die Schlagzeilen kommen aber nicht die wichtigen Hilfen, die mit diesen Ausgaben geleistet werden, sondern immer wieder publik werdend Pflegemängel, Forderungen nach höheren Leistungen und die Kassandrarufe zu den demografischen Herausforderungen, die sich aus der zunehmenden Zahl alter und hochaltriger Menschen ergeben – eine Folge unserer hochindustrialisierten Gesellschaft und des raschen medizinischen Fortschritts.

Die Bundesregierung hatte bereits zu Beginn der Beratungen über das Pflegeversicherungsgesetz zu Anfang der 90er-Jahre auf diese Herausforderungen und die damit einhergehenden finanziellen Anforderungen hingewiesen. Sie hat damals für das Jahr 2010 einen erforderlichen Umlage-Beitragssatz von 1,9 % bei gleichbleibenden Leistungen vorausgesagt. Inzwischen ist die Diskussion über die Finanzierung der zukünftigen Leistungen wieder heftig entbrannt. So wie zu Beginn der 90er-Jahre stehen sich wieder die Befürworter einer umlagefinanzierten Sozialversicherung und des eigenverantwortlichen Aufbaus eines Kapitalstocks gegenüber. Einvernehmen besteht lediglich, dass die seit Einführung der Pflegeversicherung geltenden Leistungsbeträge dauerhaft die Kosten der Pflege nicht abdecken und zur Verlangsamung der Kostenentwicklung Prophylaxe und Rehabilitation höhere Bedeutung bekommen müssen.

Vergleicht man die inzwischen vorliegenden Äußerungen aus Expertengremien, dem Gesundheitsministerium, den Koalitions- und Oppositionsfraktionen sowie aus den Bundesländern, zeichnen sich insgesamt Konturen von Lösungen für eine reformierte Pflegeversicherung ab.

---

1 Dieser Beitrag ist in der Zeitschrift »Gesundheit und Gesellschaft« 3/07 erschienen.

Pflegeversicherung als eigenständiger Sozialversicherungszweig

Alle Konzepte wollen die soziale Pflegeversicherung als eigenständigen Zweig der Sozialversicherung – zumindest zunächst – beibehalten. Sie soll auch weiterhin die bei Pflegebedürftigkeit erforderliche Leistungen nur zum Teil abdecken und somit Eigenvorsorge und Selbstbeteiligung im Einzelfall erfordern. Zugleich sollen allerdings die Wünsche und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen besser berücksichtigt werden.

Nach den Vorstellungen der CDU/CSU-regierten Länder (»B-Länder«) soll die soziale Pflegeversicherung durch eine private kapitalgedeckte Pflegepflichtversicherung ergänzt werden, von der die Dynamisierung der Leistungen und die Kompensation der demografischen Entwicklung finanziert werden soll.

Stärkung von Prophylaxe und Rehabilitation

Prävention und Rehabilitation sind nach allgemeiner Auffassung wichtige Voraussetzungen, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Sie leisten nicht nur einen wesentlichen Beitrag zum Erhalt der Lebensqualität für alte Menschen. Auch die vermeidbaren Folgekosten sprechen für Prävention und Rehabilitation. Daher sollen bereits als Ergebnis der Gesundheitsreform Leistungen der geriatrischen Rehabilitation von den Krankenkassen als Pflichtleistung erbracht werden. Diese Finanzierungszuständigkeit präferieren auch die B-Länder, die allerdings die Präventionsleistungen von der Pflegeversicherung erbringen lassen wollen.

Es bleibt abzuwarten, ob der von der Bundesregierung erwartete Ausbau vorhandener und zu erweiternder (stationärer, ambulanter, mobiler) Rehabilitation den individuellen Vorstellungen der geriatrischen Patienten tatsächlich entspricht. Skepsis dürfte selbst dann angebracht sein, wenn – wie anscheinend im Gesundheitsministerium als Teil der Pflegereform beabsichtigt – der Medizinische Dienst in jedem Pflege-Gutachten eine Aussage dazu zu trifft, ob und welche geeigneten und zumutbaren Leistungen der Rehabilitation im Einzelfall geboten sind.

Mehr Hoffnung auf wirksame Rehabilitation wird von finanziellen Anreizen zu erwarten sein, welche die Anstrengungen der Heime im Bereich Rehabilitation fördern. So könnten Einrichtungen, denen es durch verstärkte Rehabilitationsbemühungen gelingt, Heimbewohner in eine niedrigere Pflegestufe einzustufen und damit einer niedrigeren Vergütungsklasse zuzuord-

nen, z. B. für ein halbes Jahr von der Pflegekasse weiterhin die Vergütung der bisherigen höheren Pflegestufe erhalten. Im Widerspruch dazu stehen allerdings Vorstellungen aus dem Gesundheitsministerium, das dem Heimbewohner zu berechnende Gesamtheimentgelt solle sich bereits vom Zeitpunkt der Neueinstufung an nach der niedrigeren Vergütungsklasse richten. Auch die SPD-regierten Länder (»A-Länder«) fordern eine Bonusregelung für Rehabilitationserfolge.

Annäherung der Sachleistungen ambulant und stationär

Den Wunsch der meisten Pflegebedürftigen, solange wie möglich zu Hause versorgt zu werden, konterkariert das heutige Leistungssystem der Pflegeversicherung. Es sieht nämlich für die stationäre Pflege höhere Leistungen als für die ambulante vor. Zudem führt die derzeitige Staffelung der Pflegeleistungsbeträge innerhalb der Gruppe der stationär Pflegebedürftigen zu einer erheblich besseren Leistungsausstattung der Pflegebedürftigen in den unteren Pflegestufen. Es ist davon auszugehen, dass großer Konsens darüber besteht, diese Effekte zu vermeiden und die Höhe der Leistungen von dem Leistungsort zu entkoppeln. Bestandsschutzregelungen für diejenigen, die beim Inkrafttreten der Reform Leistungen beziehen, könnten den Übergang sozialverträglich und verfassungsfest machen. Zudem soll die Annäherung anscheinend stufenweise geschehen. In der vollstationären Versorgung könnte ferner die Härtefallregelung durch einen Vergütungszuschlag für das Pflegeheim in Höhe des zusätzlichen Härtefallbetrages ergänzt werden.

Für die neuen Leistungsbeträge in den einzelnen Pflegestufen gibt es konkrete Vorschläge, die sich in der Höhe nur wenig unterscheiden (s. Tabelle 1). Ihre Realisierung wird wesentlich davon abhängen, dass für die Pflege im häuslichen Bereich ein attraktives Versorgungsnetz geschaffen wird. Dazu enthalten alle Konzepte Vorschläge zum Ausbau der ambulanten Strukturen und zur Stärkung des bürgerschaftlichen Engagement in der Pflege (s. Kasten 2). Die Bundestagsfraktion »Bündnis 90/Die Grünen« will dafür eine über die Grenzen der Pflegeversicherung hinausgehende Lösung; sie fordert zudem eine wirksame Entlastung der pflegenden Angehörigen, bessere Vernetzungen und Case-Management. Die A-Länder fordern außerdem die Überprüfung der Geldbetrags-Höhe, Leistungsverbesserungen bei der Tages- und Nachtpflege, bei der Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie die Stärkung der Beratungsstrukturen. Beide Ländergruppen sprechen sich für die Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege aus.

Dynamisierung der Leistungen

Seit Einführung der Pflegeversicherung hat keine Anpassung der Leistungsbeträge an die Lohn- und Preisentwicklung stattgefunden. Dies führte zu einer schleichenden Entwertung der Leistungen und damit zu einer Akzeptanzminderung bei den betroffenen Pflegebedürftigen. Auch besteht die Gefahr, dass die Sozialhilfeabhängigkeit wieder ansteigt.
Daher sehen alle Konzepte eine Leistungsdynamisierung vor. Nach Vorstellungen aus dem Gesundheitsministerium würde sich der Dynamisierungsfaktor am Anstieg des Verbraucherpreisindexes in den jeweils letzten drei Kalenderjahren orientieren und nicht höher ausfallen als der Anstieg der Löhne und Gehälter im vorhergehenden Jahr. Zudem kann man sich im Gesundheitsministerium für die unterschiedlichen Leistungen unterschiedliche Zeitpunkte für den Start der Dynamisierung vorstellen, erst für die Sachleistungen, dann für die Geldleistungen und in einem dritten Schritt auch für die Pflegehilfsmittel und sonstige ergänzende Leistungen. Im stationären Bereich würde die mit dem ersten Schritt einsetzende Dynamisierung eine Absenkung der Leistungsbeträge mildern. Die B-Länder haben sich ebenfalls für die Dynamisierung der Leistungen ausgesprochen. Alle anderen Leistungsverbesserungen stellen sie unter den Vorbehalt, dass die erforderlichen Mittel durch Umschichtungen innerhalb des Systems bereitgestellt werden.

Verbesserung der Situation dementer Menschen

Einigkeit besteht grundsätzlich darin, dass die Versorgung psychisch kranken Menschen, insbesondere der an Altersdemenz leidenden, verbessert werden muss. Der 2002 für diese Personengruppe geschaffene Anspruch auf Betreuungsleistungen wurde schon damals lediglich als Einstieg deklariert.

Aus dem Gesundheitsministerium ist zu hören, dass der Betreuungsbetrag von bisher 460 Euro jährlich auf 100 Euro monatlich angehoben und auch für die Versicherten gezahlt werden soll, die noch nicht die Voraussetzungen für die Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen. Zudem sollen auch diese Versicherten künftig das Recht haben, Beratungseinsätze zur Unterstützung der häuslichen Pflege in Anspruch zu nehmen. Darüber hinaus denkt das Gesundheitsministerium an eine Erhöhung der Fördermittel, die die Spitzenverbände der Pflegekassen für niedrigschwellige Betreuungsangebote in den Ländern zur Verfügung stellen. Das würde einen weiteren Auf- und Ausbau solcher Angebote ermöglichen.

In der öffentlichen Diskussion wird die wesentlichste Verbesserung der Situation psychisch kranker Menschen in der Erweiterung des Pflegebegriffs um die Defizite bei der Beaufsichtigung, Anleitung und sozialen Betreuung gesehen. Es ist allerdings erklärte Absicht der Bundesregierung, dies nicht in der jetzt anstehenden Pflegereform anzugehen. Vielmehr hat sie einen von den Spitzenverbänden der Pflegekassen finanzierten Modellversuch initiiert, mit dem internationale Erfahrungen mit der Bewertung und Begutachtung pflegebedürftiger Menschen erhoben und ausgewertet werden sollen. Dieser bis November 2008 befristete Modellversuch soll es ermöglichen, auf der Grundlage der neuesten Erkenntnisse und Ergebnisse der Pflegewissenschaften sowie eines intensiven Dialogs mit der Fachwelt, den Betroffenen und den Vertretern der Pflegepraxis den derzeitigen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das Begutachtungsverfahren zu überarbeiten und in einem weiteren Gesetzgebungsverfahren 2009 zu legalisieren.

Pflegezeit

Die ehemalige saarländische Ministerin Dr. Regina Görner hat eine bessere rechtliche Absicherung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege vorgeschlagen. Wer pflegt, soll – wie im Falle der Elternzeit – sein Arbeitsverhältnis ohne rechtliche Nachteile unterbrechen dürfen. Dieser Vorschlag findet sich auch in den Vorstellungen aus dem Gesundheitsministerium wieder.

Qualitätssicherung

Die Vorstellungen aus dem Gesundheitsministerium enthalten ebenso wie die Beschlüsse der Bundestagsfraktion »Bündnis 90/Die Grünen« auch Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung. So sollen nach BMG-Vorstellungen die Vertragspartner nach § 80 SGB XI mithilfe einer eigenständigen, unabhängigen Arbeitsgemeinschaft den Prozess der Entwicklung und Aktualisierung fachlicher Standards vorantreiben. Damit soll der bereits im Gesetz verankerte »allgemein anerkannte Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse« definiert werden und den Pflegeeinrichtungen als verlässliche Orientierungshilfe und Vergütungsmaßstab zur Verfügung stehen.

Zudem soll die Qualitätssicherung in der Verantwortung der Einrichtungen und Träger durch internes Qualitätsmanagement und Qualitätsberichterstattung gestärkt werden. Der MDK soll alle drei Jahre die Qualität in den Pflegeeinrichtungen prüfen und sich intensiver als bislang mit der

Heimaufsicht hinsichtlich der Prüfziele und des Prüfturnus abstimmen. Bei den MDK-Prüfungen können andere unabhängige Prüfverfahren berücksichtigt werden.

Transparenz

Ob die aus dem Gesundheitsministerium bekannt gewordenen Vorstellungen tatsächlich Transparenz schaffen, ist noch nicht eindeutig zu bewerten. So sollen z. B. für mehrere Einrichtungen Gesamtversorgungsverträge geschlossen werden können. Das bringt ebenso wenig ein Mehr an Transparenz wie die Idee, bei der Festlegung der Vergütungshöhe die Pflegesätze anderer gleichartiger Einrichtungen mit in den Blick zu nehmen. Das Selbstkostendeckungsprinzip lässt grüßen!

Auch soll das Instrument der Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfung geschwächt werden. Das trifft eines der wenigen heute vorhandenen Mittel zur Überprüfung des wirtschaftlichen Handelns der Einrichtungen. Unklar ist zudem, wie durch die Vereinbarung von Buchführungs- und Bilanzierungsregelungen durch die Vertragspartner mehr Transparenz als durch die Pflege-Buchführungsverordnung geschaffen würde.

Eine größere Zersplitterung der Regelungen dürfte auch zu befürchten sein, wenn die Länder weitere Rechtsetzungskompetenzen im Bereich der Investitionskostenförderung erhalten. Es ist nicht ersichtlich, wie durch Verträge auf Landesebene eine weitere Vereinheitlichung der Abwesenheitsregelungen erreicht werden soll. Dies ist bereits heute in den Rahmenverträgen auf Landesebene geregelt.

Die Bundestagsfraktion »Bündnis 90/Die Grünen« spricht sich für den Abbau bürokratischer Hemmnisse und die Förderung von Transparenz aus.

Finanzierung

Die Koalitionspartner haben sich in der Koalitionsvereinbarung darauf verständigt, die Pflegeversicherung durch kapitalgedeckte Elemente als Demografiereservere zu ergänzen. Neben dieser Lösung sprechen sich die B-Länder dafür aus, den Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung festzuschreiben und deren Leistungen ohne Einsatz von Steuermitteln zu finanzieren. Daher wollen die B-Länder jeden Versicherten der sozialen Pflegeversicherung zu einer Zusatzversicherung verpflichten, die es nach 30-jähriger »Ansparzeit«

ermöglicht, den Pflegebedarf je zur Hälfte aus der Pflegeversicherung und der Zusatzversicherung zu finanzieren. Für die Bundestagsfraktion »Bündnis 90/Die Grünen« ist eine Beitragssatzerhöhung kein Tabu, allerdings müssten in einer Gesamtschau aller sozialen Sicherungssysteme weitere Belastungen der Lohnnebenkosten vermieden werden.

Der Aufbau eines Kapitalstocks wird von den meisten seiner Befürworter allerdings nicht als Ergänzung der Pflegeversicherung gesehen, sondern als Alternative. Sie vermuten, dass der einzelne Bürger in seinem Kapitalstock ab etwa 2030 so viel Geld angesammelt hat, dass er daraus die laufenden Pflegekosten selbst voll finanzieren kann. Diese Rechnung geht nur auf, wenn der Kapitalstock dem Wirtschaftskreislauf ganz erhebliche Mittel entzieht. Alternativ müssten in dreißig Jahren die Pflegekosten erheblich geringer sein als heute (s. Kasten 1).

Zukünftige Leistungen der Pflegeversicherung

Tab. 1: Zukünftige Leistungen der Pflegeversicherung

Vorschläge der Rürup-Kommission 2003

	Pflegegeld	Häusliche Pflege	stationäre Pflege
Stufe I	205 €	400 €	400 €
Stufe II	410 €	1000 €	1000 €
Stufe III	665 €	1500 €	1500 €

Vorstellungen aus dem Gesundheitsministerium

ambulant	**bisher €**	**2007**	**2009**	**2011**
Stufe I	384	450	525	600
Stufe II	921	950	975	1000
Stufe III	1432	1450	1475	1500
stationär	**bisher €**	**2007**	**2009**	**2011**
Stufe I	1023	900	800	700
Stufe II	1279	1 200	1100	1000
Stufe III	1432	1 450	1475	1500

Die B-Länder sprechen sich ebenso wie die Bundestagsfraktion »Bündnis 90/Die Grünen« in den Pflegestufen II und III für die gleichen Sachleistungsbeträge aus wie sie den Vorstellungen der Bundesregierung ab 2011 entnommen werden können; in der Pflegestufe I soll der Betrag ambulant und stationär 600 Euro betragen. An Stelle der über mehrere Jahre gestaffelten Angleichung sollen die neuen Beträge nach den Vorstellungen der B-Länder für alle Neuzugänge gelten, die sogenannten »Altfälle« sollen Bestandsschutz haben. Eine solche Stichtagsregelung streben auch die A-Länder an.

Eine einfache Rechnung:
Wenn 2,0 Mio. Pflegebedürftige insgesamt 18 Mrd. Euro zur Abdeckung ihres jährlichen Leistungsbedarfs benötigen, entfallen durchschnittlich auf jeden Pflegebedürftigen jährlich 9000 Euro. Ein Kapitalstock, der diese jährliche Rendite abwirft und keinen Abmangel erfährt, müsste bei 5 % Zinsen 180 000 Euro enthalten.
Nachrichtlich: ein Pflegetag im Pflegeheim kostete je nach Pflegestufe und Bundesland 2006 täglich zwischen 49,25 und 98,26 Euro!

Kasten 1

So könnten nach Vorstellungen aus dem Gesundheitsministerium Anreize für ambulante Pflege aussehen:
Die Fördermittel für niedrigschwellige Pflege- und Betreuungsangebote werden um 5 Mio. Euro ausgeweitet (vgl. Ziffer 3).

⇒ In kommunalen Netzwerken sollen über die üblichen Versorgungseinrichtungen hinaus auch bürgerschaftliche Engagierte mitwirken, zum Beispiel für soziale Betreuung wie Besuchs- und Begleitdienste. Die Pflegekassen werden daher verpflichtet, gemeinsam mit den Ländern darauf hinzuwirken, dass auch bürgerschaftlich Engagierte in vernetzte Versorgungsangebote auf kommunaler Ebene eingebunden werden (vgl. Ziffer 7).

⇒ Die Vertragspartner auf Landesebene erhalten den Auftrag, Empfehlungen zu erarbeiten, um Mitgliedern von Selbsthilfegruppen, ehrenamtlichen Pflegekräften und sonstigen zum bürgerschaftlichen Engagement bereiten Personen die Beteiligung an der Versorgung pflegebedürftiger Personen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie in der häuslichen Pflege zu vereinfachen.

⇒ Es wird klargestellt, dass Fördermöglichkeiten zur Einrichtung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten (wie etwa Helferinnenkreise, Agenturen zur Vermittlung von freiwilligen Betreuern oder familienentlastende Dienste, Qualifizierungsmaßnahmen für ehrenamtliche Helfer) nicht nur zugunsten von Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz bestehen, sondern allen Pflegebedürftigen zugute kommen sollen.

Den Pflegekassen wird die Möglichkeit erleichtert, Verträge mit Einzelpflegekräften zu schließen und so die Möglichkeiten zur individuellen und bedarfsgerechten Versorgung einzelner Pflegebedürftiger z. B. in dünn besiedelten Regionen zu verbessern.

Kasten 2

Auf dem Weg zu einem neuen Pflegebegriff und einem dazu passenden Begutachtungsverfahren sind in einem Zeitraum von drei Jahren folgende Bearbeitungsschritte vorgesehen:
a) Sachstandanalyse und internationale Einordnung: Die bisherige heterogene und kontroverse Diskussion in Deutschland sowie die entsprechenden internationalen Erfahrungen zum Pflegebedürftigkeitsbegriff und zum Begutachtungsverfahren werden aufgearbeitet (Forschungsauftrag).
b) Konventionsphase: Unter Berücksichtigung der strukturellen Anforderungen und finanziellen Möglichkeiten der Pflegeversicherung werden modifizierte begriffliche Grundlagen und ein operationalisierbares Assessment entwickelt.
c) Erprobungsphase: Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und Assessment werden in einer breit angelegten Feldstudie auf tatsächliche Bedarfsorientierung, operativ-administrative Praxistauglichkeit und finanzielle Folgewirkungen überprüft.
Auf dieser Grundlage soll der Gesetzgeber ob und ggf. welcher überarbeitete Pflegebegriff im Recht der Pflegeversicherung und/oder in anderen Rechtsbereichen verankert wird.

Kasten 3

Integrierte Wege für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen

Klaus Nißle

Gerontopsychiatrisches Zentrum am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren

Im Rahmen der Psychiatriereform wurde unter den Paradigmen Regionalisierung, Ambulantisierung und Enthospitalisierung auch am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren ein sozialpsychiatrischer Reformprozess eingeleitet, der eng mit dem Namen von Dr. Michael von Cranach verknüpft ist.

Waren zu Beginn der 1980er-Jahre noch über 1000 Patienten, davon 124 gerontopsychiatrisch Erkrankte, in explizit vollstationär geschlossenen Stationen untergebracht und umfasste das Einzugsgebiet noch 1,05 Millionen Einwohner, so stellt sich die Situation heute anders dar:

Das Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren verfügt aktuell über 170 vollstationäre und 25 tagesklinische Betten, davon 36 gerontopsychiatrisch (vier tagklinisch integriert auf Station). Die Stationen sind alle fakultativ offen, das Einzugsgebiet umfasst nunmehr 310 000 Einwohner im ambulanten Bereich. Die Gerontopsychiatrie hat sich gemäß den Anregungen der Psychiatrie-Enquete und der Expertenkommission aus dem Jahre 1988 in den 90er-Jahren konsequent zu einem gerontopsychiatrischen Zentrum entwickelt. Neben der stationären Behandlung, der tagklinischen Behandlung und der aufsuchend multiprofessionell arbeitenden gerontopsychiatrischen Ambulanz haben sich aber weitere Aspekte ergeben, die den Ausbau gerontopsychiatrischer Zentren nahelegen, will man die Herausforderungen der Zukunft bewältigen.

In den Allgemeinkrankenhäusern der Bundesrepublik Deutschland sind circa 50 Prozent aller Patienten 65 Jahre und älter. Etwa 15 Prozent dieser Patienten leiden an einer psychischen Komorbidität, die aber nur im Ausnahmefall (bis zu 2 %) fachpsychiatrisch diagnostiziert und therapiert wird.

Folgerichtig wurde am Allgemeinkrankenhaus Kaufbeuren ein Liaisondienst eingerichtet, der nicht nur den Zweck der Diagnostik und Therapie der Betroffenen psychisch kranken älteren Menschen hatte, sondern auch das pflegerische und ärztliche Personal der somatischen Medizin beriet und fortbildete, Angehörigenberatung im Allgemeinkrankenhaus initiierte und zum integrierten Versorgungsprojekt der Blauen Blume Patienten nachstationär weitervermittelte.

Als Ergebnis des Dienstes (vgl. Kirchen-Peters 2005) bleibt Folgendes festzuhalten:

1. Durch eine kontinuierliche multiprofessionelle Behandlung im Team (ein Facharzt, eine Fachpflege Vollzeit, eine halbe Stelle Ergotherapie) verändert sich die Haltung und das Menschenbild der somatisch arbeitenden Kolleginnen und Kollegen im Umgang mit psychisch kranken älteren Menschen im Allgemeinkrankenhaus.
2. Die freiheitsentziehenden Maßnahmen waren während des Untersuchungszeitraumes um 32 % rückläufig.
3. Die Betreuungsfälle nach § 1896 BGB nahmen deutlich an Häufigkeit zu. Es kam zu einem deutlichen Rückgang der Verlegungen in die Gerontopsychiatrie.
4. Die Heimeinweisungen ins Pflegeheim waren ebenfalls deutlich rückläufig.

Aufgrund der auch ökonomischen Ergebnisse der Evaluation ist das Projekt mittlerweile in eine Regelfinanzierung übernommen worden und es erscheint sinnvoll und notwendig, gerontopsychiatrische Liaisontätigkeit bundesweit im Sinne des SGB V zu verankern.

Neben der ambulanten Tätigkeit und den Angeboten im Allgemeinkrankenhaus wurde offensichtlich, dass auch die sogenannten Profis in pflegerischen und medizinischem Bereich der Fort- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Gerontopsychiatrie benötigen. Durch eine Arbeitsgruppe konnte Ende der 90er-Jahre in Irsee ein Curriculum in Gerontopsychiatrie entwickelt werden, das der Landespflegeausschuss für Bayern befürwortet und eingerichtet hat. Zum einen umfasst dieses Fort- und Weiterbildungsangebot eine Fortbildungsmaßnahme von sechs Wochen für alle in der Pflege tätigen Menschen. Zum anderen die durch den MDK Bayern geprüfte Vorgabe, dass mindestens zehn Prozent aller in Institutionen tätigen Pflegenden eine zweijährige berufsbegleitende Ausbildung zur gerontopsychiatrischen Fachpflege durchlaufen haben müssen, die ebenfalls in einem Curriculum festgeschrieben ist.

Auch für die Allgemein- und Fachärzte wurde in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer eine Fortbildung geschaffen, die den Schwerpunkt Diagnostik und Pharmakotherapie, speziell der Interaktionspharmakologie umfasst. Aktuell sind in der Bundesrepublik weit über die Hälfte aller Menschen in Heimen lediglich von Hausarzt psychopharmakologisch behandelt, wobei wiederum beinahe die Hälfte dieser Menschen

Psychopharmakotherapie erhält, ohne dass hierfür eine Indikation bzw. sogar Kontraindikationen für die jeweiligen psychopharmakologischen Interventionen bestehen.

Integrierte Versorgung für gerontopsychiatrisch Erkrankte

Um die Angebote des gerontopsychiatrischen Zentrums mit weiteren Leistungserbringern aus dem Behandlungsbereich zu vernetzen, wurde in der Innenstadt von Kaufbeuren ein Haus mithilfe der Bayerischen Landesbank und des Sozialministeriums sowie des Bundesgesundheitsministeriums gefunden, indem eine Integrierte Versorgung (IV) initiiert wurde.

Struktur der Blauen Blume:

1. Einen großen Teil der Einrichtung nimmt der Selbsthilfebereich ein. Dieses niedrigschwellige Angebot kann von jedem älteren Bürger der Stadt besucht werden, es wird vom Freundeskreis der Blauen Blume getragen und umfasst
   a. Beratung, z. B. durch den Verband der Angestellten-Krankenkassen, Angehörigengruppe, Betreuungsstelle, etc.,
   b. Veranstaltungen, wie z. B. gemeinsames Einkaufen, Kochen, Entspannungsgruppen, Qi Gong, Kunst etc. und
   c. Kursangebote. Dazu gehören Englisch und EDV-Anfängerkurse für ältere Menschen.

   Daneben besteht eine Wohngemeinschaft für vier psychisch kranke ältere Menschen im obersten Stockwerk, die vom Sozialdienst mitbetreut wird.
2. Der Behandlungsbereich wird über § 140 a SGB V finanziert. Eine Teilnahme ist nur mit Überweisung von eingeschriebenen Vertragspartnern (Hausärzteverband etc.) und nach persönlicher Einschreibung des Klienten möglich. Der Behandlungsbereich stellt das Behandlungszentrum der Integrierten Versorgung dar. Die Kooperationspartner der Integrierten Versorgung nach § 140 a sind die Krankenkassen (AOK-Bayern, DAK, Landwirtschaftliche Krankenkasse und Barmer), das Bezirkskrankenhaus mit dem gerontopsychiatrischen Zentrum (Ambulanz, Liaisondienst, Blaue Blume) sowie acht ambulante Sozialdienste (Behandlungspflege) und der Ärzteverband Geniall (32 Hausärzte, sechs Nervenärzte). Das Projekt wurde vom Institut für Sozialwissenschaftliche Politikberatung (YSOP) wissenschaftlich begleitet und evaluiert.

Als Indikation in der IV-Behandlung sind die in der ICD-10 beschriebenen gerontopsychiatrischen Erkrankungen festgelegt. Betreut werden Versicherte ab 55 Jahren mit folgenden Diagnosegruppen:

1. F.0 (zeitlich unbegrenzt),
2. F.3 (vor allem Depression) für ein Jahr (evtl. Verlängerungsantrag möglich),
3. F.1 und F.2 sowie F.4 und F.5 für ein Jahr (evtl. Verlängerung möglich).

Aktuell umfasst das Projekt 130 Besucher pro Jahr. Es wird genutzt von den Versicherten der oben genannten gesetzlichen Krankenkassen und zusätzlich in gesonderten Fällen auf Antrag auch von privat Versicherten.

Die Zuweisungswege erfolgen einerseits über den Hausärzte- und Nervenärzteverband Geniall oder über das Gerontopsychiatrische Zentrum andererseits über den MDK der Krankenkasse. Ziele des Versorgungsverbundes sind: Patientenbezogene Kooperation, Optimierung der Schnittstellen ambulant/stationär zwischen Hausärzten, Nervenärzten und Gerontopsychiatrischen Zentrum, einrichtungs- und kostenübergreifende Integration der Behandlungsabschnitte, Clearingstelle als zentrale örtliche Anlaufstelle, flexiblere Nutzung der vorhandenen Ressourcen und einzel- und gruppentherapeutische Prävention, Therapie und Rehabilitation.

Die Prävention beinhaltet die umfassende Beratung des Patienten sowie seiner Angehörigen und die Früherkennung von demenziellen Prozessen im Rahmen einer Gedächtnissprechstunde. Die Zugangsschwelle ist wesentlich niedriger. Menschen können auch lediglich zum Zeitunglesen oder zu sonstigen Angeboten des Selbsthilfebereiches kommen, sodass eine Stigmatisierung von potenziellen Patienten mit Gedächtnisstörungen nicht stattfindet. Dadurch konnten Menschen mit beginnenden demenziellen Erkrankungen wesentlich früher erreicht werden als dies bisher durch das Bezirkskrankenhaus oder durch den Nervenarzt der Fall war.

Das Clearing umfasst die individuelle Behandlungsplanung im Sinne von Assessment und Case-Management, die Bereitstellung von Hilfen und die Korrektur des Clearings durch mindestens einmal im Quartal stattfindende Fallkonferenzen, an denen sowohl die behandelnden Hausärzte, der Nervenarzt oder Arzt des gerontopsychiatrischen Zentrums sowie die pflegenden Profis mit den Mitarbeitern der Blauen Blume zusammenkommen. Die Therapie umfasst die sozialpsychiatrische Grundversorgung sowie spezifische Behandlung in Gruppen- und Einzeltherapie inklusive Ergotherapie.

Das Verbundmanagement beinhaltet die Dokumentation, die Vernetzung und Koordination im gerontopsychiatrischen Verbund der Region sowie die Abrechnung der einzelnen Leistungen.

Angebote zur Prävention und der Therapie sind im Hinblick auf Vereinsamung und Isolation der älteren Menschen vor allen Dingen die Aktivitäten der Aktions- und Begegnungsstätte, die Angebote zur Früherkennung kognitiver Leistungsdefizite (Gedächtnissprechstunde), eine wohnortnahe, ambulante Behandlung im Lebens- und Wohnumfeld unter Einbeziehung der Angehörigen, spezifische Gruppen- und Einzeltherapie auch bei depressiven Störungen (Psychoedukation etc.), Angehörigenberatung sowie das gesamte gerontopsychiatrische Assessment.

Bezüglich der Behandlungsinhalte wurden Mindeststandards durch die Krankenkassen für die jeweiligen Berufsgruppen in Frequenz und Dauer geregelt.

Die Kommunikations- und Berichtswege an die Zuweisenden, den Projektbeirat sowie die Krankenkassen sind festgelegt und werden durch die wissenschaftliche Begleitung YSOP und die Mitarbeiter der Blauen Blume regelmäßig erfasst.

Die Vergütung der IV-spezifischen Leistungen erfolgt in Form einer Vergütungspauschale von 777,50 Euro pro Quartal und Behandlungsfall, wenn die Mindeststandards erfüllt sind. Die Pauschale wird zum einen für die Personal- und Sachkosten der Mitarbeiter der Blauen Blume verwandt, zum anderen zur Vergütung für die Aufwendungen der Fallkonferenzen (circa 52 Euro pro Fall für die teilnehmenden Haus- oder Nervenärzte). Bei Behandlungsunterbrechung bzw. vorzeitiger Beendigung erfolgt eine lediglich anteilige Vergütung. Von der Vergütungspauschale ausgenommen sind sämtliche ambulanten ärztlichen Leistungen sowie alle stationären und teilstationären Leistungen, die zusätzlich vergütet werden.

Ergebnisse der Integrierten Versorgung

Im Jahr 2005 waren 144 Besucher eingeschrieben, durchschnittlich 109 Besucher pro Quartal. 19 Besucher brachen auf eigenen Wunsch ab, 16 Besucher schlossen die Integrierte Versorgungsmaßnahme nach einem Jahr erfolgreich ab.

Das Durchschnittsalter der Besucher liegt bei 74 Jahren, der Frauenanteil überwiegt mit 77 % gegenüber 23 % Männern. 40 % der Besucher sind alleinlebend, 37 % leben mit dem Partner, 12 % bei Angehörigen und

immerhin 11 % im Betreuten Wohnen oder in Heimen. 48 % weisen hierbei gesundheitliche Risiken auf oder sind von Pflegebedürftigkeit bedroht. In 44 % der Fälle fand vor Beginn der Integrierten Versorgung mindestens ein stationärer Aufenthalt statt, häufig aber auch zwei und mehr Aufenthalte.

Die weit überwiegende Mehrheit der Besucher der Integrierten Versorgung leidet unter depressiven Störungen (48,2 %), gefolgt von Menschen mit Demenzerkrankungen oder kognitiven Störungen (MCI) (31 %), Patienten mit Suchterkrankungen (13,8 %) sowie wahnhaften Störungen (7 %).

In der Kosten-Wirksamkeitsanalyse wurde eine Stichprobe durch YSOP durchgeführt, die den Krankenkassen mittlerweile auch für alle Besucher vorliegt. Hiernach ergibt sich, wägt man die Kosten vor Beginn der Integrierten Versorgung für die jeweiligen Patienten gegen die während des Projektes entstandenen Aufwendungen ab, ein deutlicher Nutzen der IV-Behandlung. Lediglich circa zwei Drittel der psychiatrischen Behandlungskosten (ambulant und stationär) sind während des Untersuchungszeitraums zu verzeichnen gewesen, gegenüber den häufig kostenintensiven stationären Behandlungsaufwendungen vor der Maßnahme.

Die verhandelte Pauschale in Höhe von 2850 Euro pro Jahr ist also sowohl für den Leistungserbringer als auch den Leistungsträger kostendeckend. Daher wurde seitens der AOK beim letzten Projektbeiratstreffen eine Ausweitung der Integrierten Versorgungsmaßnahme für ganz Bayern angeregt und weitere Standorte sollen nun in Neu-Ulm, Augsburg und Kempten im Jahr 2007 entstehen.

Der an einer psychischen Erkrankung leidende ältere Mensch erhält durch die Integrierte Versorgung in Kaufbeuren ein qualitativ hochwertiges Angebot, welches niedrigschwellig angelegt ist und was ihm ermöglicht, ein Leben in vertrauter Umgebung so lange wie denkbar zu führen. Die stationären Aufenthalte konnten im Untersuchungszeitraum besonders für die Diagnosegruppen Demenz und Depression nennenswert reduziert werden. Die Kooperation im Versorgungsverbund ist vertrauensvoll und hat inzwischen die Kommunikation zwischen Krankenhaus, niedergelassenen Ärzten und Gerontopsychiatrischem Zentrum nachhaltig verbessert. So kam es zu regelmäßigen Qualitätszirkeln, Medikations-Interaktionsbesprechungen, der Gründung des Gerontopsychiatrischen Verbundes im Landkreis mit dem Ergebnis eines gemeinsam entwickelten Patientenbogens für gerontopsychiatrische Patienten.

Dem Verbund gehört die Öffentlichkeit (die Angehörigen- und Alzheimer-Selbsthilfegruppe, VITA e. V., der Seniorenbeauftragte der Stadt, der

Vorsitzende des Seniorenbeirats), die Fort- und Weiterbildungseinrichtungen (Gerontopsychiatrisches Zentrum, AWO), die Altenhilfe (28 Alten- und Pflegeheime, zwei Tagespflegen, acht Sozialstationen) sowie die Medizin (Gerontopsychiatrisches Zentrum, Geniall, MDK) an.

Literatur

Kirchen-Peters S: Aufenthalt im Allgemeinkrankenhaus. Krisenerlebnis oder Chance für psychisch kranke alte Menschen. ISO Saarbrücken, 2005

IV Best Practice im Quartier

Einleitung

Birgit Weißleder, Petra Weritz-Hanf

Der Wunsch alter Menschen, in ihrem gewohnten Lebensumfeld bleiben zu können, auch wenn sie hilfe- oder pflegebedürftig werden, wird in unserem Hilfesystem noch nicht hinreichend berücksichtigt. Das gilt in besonderem Maße für psychisch kranke alte Menschen.

In den Vorträgen von Herrn Krüger, Herrn Dr. Pörksen und Herrn Prof. Dr. Kunze stellten wir Ihnen unsere konzeptionellen Überlegungen für die Organisation und Finanzierung von Hilfen für psychisch kranke alte Menschen vor. Es wird ein Paradigmenwechsel von einer trägerdominierten zu einer nutzerorientierten Unterstützung psychisch kranker alter Menschen gefordert. Kernpunkte dieses Ansatzes sind:

- Die Betroffenen und ihre Angehörigen oder beauftragte bzw. gesetzliche Vertreter steuern die Hilfen. Da nicht alle in unserem gegliederten System der sozialen Sicherung als kompetente Nutzer auftreten können, hat die unabhängige Beratung unterstützt durch Case-Management mit Assessment zentrale Bedeutung.
- Orientierung am individuellen Hilfebedarf statt an Einrichtungskonzepten (bedarfsorientierte statt angebotsorientierte Versorgung).
- Lebensfeldbezogene Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege (kein erzwungener Umzug, um bedarfsgerechte Hilfen zu erhalten; kein erzwungener Umzug bei verändertem Hilfebedarf; Leistungen dort, wo ihr Erfolg genutzt werden kann; Leistungen vorwiegend ambulant).
- Einbeziehung von Selbsthilfepotenzialen in den Hilfemix, d. h. die eigenen und familiären Ressourcen, aber auch Hilfen von Nachbarn, Bekannten und freiwilligen Helfern.
- Vernetzung der regionalen Hilfen durch individuelle Gesamthilfeplanung und Koordination der Hilfen. Dabei sind alle Hilfen einzubeziehen, z. B. Grundpflege nach SGB XI, Behandlung und medizinische Rehabilitation nach SGB V und Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach SGB XII sowie weitere verfügbare oder aktivierbare Ressourcen. In diesem Zusammenhang kommt der Stärkung der Selbsthilfe und des freiwilligen Ehrenamts durch professionelle Dienste eine besondere Bedeutung zu, insbesondere der Unterstützung pflegender Angehöriger.

- Kleinräumige Planung und Organisation der regionalen Hilfen. Es ist dabei sicherzustellen, dass die Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen im Versorgungsgebiet, d. h. in deren Lebensraum bereitgestellt und geleistet werden.

Diese substanziellen Empfehlungen sind im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekts »Handlungsempfehlungen zur Organisation und Finanzierung von Hilfen für psychisch kranke alte Menschen« entstanden. Ein Ziel des Projekts ist es, die sozialrechtlichen und administrativen Rahmenbedingungen zu formulieren, damit vorbildliche Konzepte zur besseren Versorgung des wachsenden Personenkreises von alten Menschen mit psychischen Erkrankungen einschließlich Demenz unterstützt statt wie bisher behindert werden. Vor diesem Hintergrund geht es in diesem Symposium um vorbildliche Beispiele personenzentrierter Leistungserbringung im Quartier, d. h. im Stadtteil, in der Gemeinde. Die vorgestellten Maßnahmen sind teilweise aus Modellvorhaben entstanden und bereits ausgezeichnet worden. Wir wissen: Die Aufgabe von Best-Practice-Beispielen besteht immer auch darin, die Diskussion um die Weiterentwicklung der Hilfen in Gang zu bringen.

Willi Rückert vom Kuratorium Deutscher Altershilfe (KDA) führt in das Thema ein. Das KDA und die Bertelsmannstiftung haben mit ihrem Projekt »Leben und Wohnen im Alter« angestoßen, dass hierzulande das Quartiers-Konzept in der Altenhilfe intensiv diskutiert und erprobt wird. Er beschreibt konkret anhand verschiedener Beispiele die Rolle der Kommune – etwa als Mediator – zur Entwicklung realisierbarer Quartierskonzepte. Um von einzelnen Netzwerken zu einer demenzfreundlichen Kommune zu gelangen, hält er es vor allem für erforderlich, die Bürger und alle Akteure vor Ort bei der Planung und Realisierung einer quartiersintegrierten Versorgung zu beteiligen.

In den darauf folgenden Impulsreferaten werden einige Bausteine im Quartier vorgestellt: *Gudrun Hirche* von Miteinander Wohnen e. V. in Berlin macht deutlich, welchen Beitrag nicht-psychiatrische und nicht-professionelle Hilfen im individuell bemessenen »Hilfemix« leisten können und wie wichtig es ist, diese einzubinden. Sie können alleine oder in Kombination mit anderen Hilfen dazu beitragen, dass Menschen bis ans Lebensende in ihrer vertrauten Umgebung leben können. Der Aufbau eines Netzes von mehreren Vertrauensbeziehungen, insbesondere für alleinlebende Menschen, erweist sich als sinnvoller Ansatz, um Krisensituationen aufzufangen und Kontinuität in der Begleitung zu erhalten.

Über Alternativen zur Versorgung im Pflegeheim berichten *Richard Gerster* vom Betreutem Wohnen in Familien der Arkade in Ravensburg und *Norbert Schmelter* von Pflege LebensNah in Rendsburg. Der Erstgenannte stellt vor, dass für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, die nicht mehr in ihren eigenen häuslichen Umfeld oder bei Angehörigen leben können, ein Umzug in eine Gastfamilie eine Alternative zur Heimunterbringung darstellen kann. Voraussetzung ist, dass das »Matching« zwischen Gastfamilie, begleitendem Fachdienst und psychisch erkrankter Person stimmt. Dann kann die Familie für ihren Mitbewohner den Vorteil bieten, Zuwendung und Geborgenheit mit konstanten Bezugspersonen zu erleben. Im zweiten Beitrag werden Erfahrungen mit ambulanten Hausgemeinschaften in Rendsburg geschildert. Vision ist, ihre Stadt »pflegeheimlos« zu gestalten. Es werden über Unterkunft, Verpflegung, Alltagsbegleitung und Pflege usw. mit den Betroffenen oder gemeinsam mit ihren gesetzlichen Vertretern gesonderte Verträge abgeschlossen. Dadurch werden die Nutzer gestärkt, weil sie je nach Bedarf individuell abgestufte Hilfen einkaufen können.

In der sich anschließenden Diskussion mit den Teilnehmern des Symposiums werden vor allem folgende Aspekte zur Verbesserung der Hilfen für psychisch kranke alte Menschen deutlich:

- Hilfen sind – wenn immer möglich – wohnortnah in Gemeinden, Quartieren und Stadtteilen zu organisieren und vorzuhalten. Dafür sorgen die Kommunen (Daseinsfürsorge!) unter Beteiligung der Bürger und aller örtlichen Akteure.
- Bürgerschaftliche Initiativen und/oder der Aufbau von Nachbarschaftshilfen bzw. Nachbarschaftszentren sind stärker zu unterstützen.
- Alternativen zu stationären Hilfen, also ambulante Versorgungsmöglichkeiten nach persönlichem Bedarf sind vermehrt und vordringlich zu fördern.
- Alle zu erbringenden Leistungen für psychisch kranke Menschen sind stärker an die Person zu binden statt an eine Institution, insbesondere ist die feste vertragliche Koppelung von Wohnsituation (Heim) und finanzielle Honorierung von Hilfen aufzuheben. Für die meisten alten Menschen mit Hilfebedarf lassen sich (fast) alle Hilfen als ambulante Leistungen finanzieren und erbringen.

Insgesamt wird betont, dass es einer integrierten Gesamtstrategie bedarf, damit sämtliche Hilfen nach Möglichkeit im Quartier vorgehalten und individuell flexibel erbracht werden.

Aufbau quartiersbezogener Netze

Willi Rückert

Stadtplanerisches Quartierskonzept als Anregung für systematisches Vorgehen

Welche Infrastruktur und Netze in einem Wohnquartier aufgebaut werden müssen oder sollten, damit auch Menschen mit schwerem und höchstem Pflegebedarf auf ihren Wunsch hin in ihrer angestammten Wohnung oder zumindest in ihrem angestammten Wohnquartier bis zu ihrem Tod menschenwürdig leben können, hängt ab von den verfügbaren finanziellen und anderen Ressourcen der Betroffenen und dem, was an Infrastruktur und Netzwerken bereits vorhanden ist und was noch fehlt.

Hilfreich für einen planmäßigen Umbau bestehender Netze und den Aufbau fehlender Infrastruktur und fehlender Netzwerke wäre idealerweise ein städtebauliches Quartierskonzept für die Gestaltung eines vitalen Wohnquartiers für Jung und Alt mit und ohne Pflegebedarf und mit und ohne Demenz. Zunächst wäre eine Art Porträt des Quartiers zu erstellen und dabei das Netz der sozialen Einrichtungen zu kartieren, um dann Veränderungsstrategien zu entwickeln und schrittweise umzusetzen in den Handlungsfeldern

- Wohnen/Wohnumfeld/Wohnungsmarkt
- Gewerbe, Handel, Dienstleistungen, Gesundheitswirtschaft, Verkehr, Kultur,
- Freizeit, Sport
- Sozialraum (vgl. Stiftung Bauhaus Dessau 2005)

Bei der Betrachtung der Porträts verschiedener Wohnquartiere würde man sicher erhebliche Unterschiede feststellen. So hat z. B. die Bürgerumfrage 2003 in Stuttgart ergeben, dass in den Außenbezirken von den über 55-Jährigen die nachbarschaftlichen Beziehungen mehrheitlich voll und ganz als gut eingeschätzt wurden – in den Innenstadtbezirken dagegen nur von etwas mehr als einem Drittel (vgl. Hanke-Crane 2004).

Nach meinem Wissen liegt allerdings kaum einem der bisher realisierten Quartierskonzepte in der Altenhilfe ein dem Stand der Künste entsprechendes städtebauliches Quartierskonzept zugrunde – es wäre zwar wünschens-

wert, insbesondere für problematische Wohnquartiere – ist aber nicht in allen Fällen unbedingt nötig.

Im »Runden Tisch Pflege« fordert Professor Dörner »neue Nachbarschaften«

In der Arbeitsgruppe I des Runden Tisches Pflege sind Quartierskonzepte zumindest implizit diskutiert worden. Dabei hat Professor Dörner für die Bewältigung des demografischen Wandels im Bereich der Altenhilfe die Bildung neuer Nachbarschaften gefordert. Dafür seien charismatische Persönlichkeiten erforderlich, die ihre Mitbürger mitreißen zu mehr bürgerschaftlichem Engagement. Das könnte z. B. ein sehr engagierter Bürgermeister sein, ein Pfarrer, eine Institution oder Verband, einzelne besonders bürgerschaftlich engagierte Professionelle oder Ehrenamtliche.

Eine Person aus dem Selbsthilfebereich fällt mir dabei ein – und das ist Frau Heyde, die – nachdem ihr an Alzheimer erkrankter Mann gestorben war – ihre Betreuungserfahrungen in die Entwicklung des sehr erfolgreichen Konzeptes der niedrigschwelligen Betreuungsstellen eingebracht hat.

Die Kunst besteht m. E. darin, Rahmenbedingungen, Anerkennungskultur und Spielräume zu schaffen für die Gewinnung und das Tätigwerden charismatischer Persönlichkeiten. Ganz entscheidend für das Scheitern oder das Gelingen von Quartiersprojekten ist, wer als Initiator tätig wird, wer »sich den Hut aufsetzt«.

Konkurrenzängste als Stolperstein für Quartierskonzepte

Der Experte für quartiersbezogene Wohnkonzepte Holger Stolarz vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) beschreibt anschaulich die Koordinationsprobleme bei Quartierskonzepten, die insbesondere aus dem Konkurrenzdenken vieler beteiligter Akteure entstehen (vgl. Stolarz 2004). Vor allem Ärzte und etablierte Träger neigen zum Boykott. Manchmal hilft sanfter Druck von Zuschussgebern.

So ist es z. B. der Stiftung Wohlfahrtspflege von NRW gelungen, mehrere unabhängig voneinander Alzheimer-Cafés planende Wohlfahrtsverbände zu einem gemeinsamen Antrag zu bewegen für ein inzwischen sehr gut gelungenes Quartierskonzept.

In Eching bei München ist der Versuch gescheitert, das geplante Service-Zentrum in die Trägerschaft der ortsansässigen Wohlfahrtsverbände zu übergeben, weil diese sich nicht auf ein gemeinsames Vorgehen ver-

ständigen konnten. Erst die Gründung des Bürgerschaftsvereins konnte die Trägerschaft für das Zentrum und die Koordination der unterschiedlichen Interessen sicherstellen. In diesem Fall gelang es sogar, auch die Träger stationärer Einrichtungen in das Quartierskonzept zu integrieren.

Fazit: Die Rolle der Kommune – etwa als Mediator – erscheint in nicht wenigen Fällen für die Weiterentwicklung von Quartierskonzepten von entscheidender Bedeutung. Auch bei dem preisgekrönten Quartierskonzept in Bielefeld ist ein Bürgerverein mit in der Koordination. In Germering wurde eine Organisation geschaffen, in der alle örtlichen sozialen Dienste zusammengeschlossen sind und die ebenfalls von der Kommune unterstützt wird.

Die Frage nach besonders geeigneten Initiatoren und Koordinationsformen lässt sich noch nicht generell beantworten, zumal hierfür zu wenige Erfahrungen vorliegen. Mein Vorschlag ist, durch Evaluation der bisher ohne namhafte Modellförderung gelungenen Quartierskonzepte die fördernden und die hemmenden Faktoren für Gründung und Wirken von Quartierskonzepten herauszuarbeiten.

Ansätze zur gezielten Initiierung und Förderung von Quartierskonzepten

Im Folgenden möchte ich drei mir sehr anregend erscheinende Ansätze zur Initiierung von Quartierskonzepten benennen und darunter auf zwei näher eingehen. Beim ersten handelt es sich um den sozialplanerischen Ansatz in der Großstadt Aachen. Dabei greife ich auf Informationen und Materialien von Dr. Gerrit Köster zurück. Im zweiten Fall zeige ich auf, wie Frau Wernke vom Demenz-Service-Zentrum Münsterland mithilft, auf dem »platten Land« bedarfsgerechte Quartierskonzepte in vielen kleinen Gemeinden zu etablieren.

Der sozialplanerische Ansatz in Aachen

In Aachen sieht man die Notwendigkeit einer kleinräumigen Planung aus der Tatsache heraus, dass unterschiedliche Bevölkerungsgruppen die Tendenz zeigen, sich in jeweils eigenen Stadtvierteln zu konzentrieren. Daher hat der Sozialplaner ein Konzept zur Abgrenzung von Sozialräumen und für die Altenhilfeplanung im Sozialraum entwickelt.

Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Planung im Lebens-/Sozialraum ist eine angemessene Abgrenzung der Sozialräume. Sie sollen so definiert sein, dass die dort lebende Bevölkerung bezüglich ihrer Bedürfnisse, Vorstellungen und Wünsche an die Altenplanung in etwa gleichartig ist. Die

Abgrenzung gelingt mit der Hilfe von Daten des Einwohnermeldeamtes und anderer kommunaler Ämter und gezielten (Wohnwunsch-)Befragungen zur Wohninfrastruktur manchmal bis hin zur Stimmbezirksebene.

Ganz entscheidend sind die »Örtlichen Arbeitsgemeinschaften zur Altenarbeit« in den Stadtvierteln mit jeweils etwa 10 000 Einwohnern. *Zurzeit bestehen in Aachen in vier (von insgesamt 14) Planungszonen derartige Arbeitsgemeinschaften, in weiteren drei »Stadtteilkonferenzen«, in denen die Altenarbeit einen Teil bildet. Darüber hinaus hat es in drei Vierteln vorübergehend solche AGs gegeben im Zusammenhang mit einem spezifischen Problem. Sie haben sich wieder aufgelöst, als das Problem gelöst war. Bei einem konkreten Anlass können sie wieder reaktiviert werden.*

Die »Örtlichen AGs Altenarbeit« in Aachen sind ein Zusammenschluss aller in einem Sozialraum im Bereich Altenarbeit tätigen professionellen und ehrenamtlichen Personen. Sie umfassen damit sowohl Mitarbeiter von Einrichtungen als auch im Viertel engagierte Einzelpersonen – unabhängig von ihrer Verbandszugehörigkeit und dem Institutionstyp (Besuchsdienst, Seniorenvertreter, Begegnungsstätte, Mobiler Sozialer Dienst, Sozialstation, Tagespflege, Heim usw.). *Im Sinne eines basisorientierten, partizipativen Ansatzes werden sie als die Hauptakteure angesehen, die besser als jeder Externe – auch besser als die Planer in der Verwaltung – die Ressourcen und Probleme/Defizite vor Ort kennen und Bedarfe formulieren können. Die städtische Sozialplanung tritt lediglich als »Lieferant« der Analysedaten und ggf. als Moderator in der AG auf, bringt aber auch immer wieder eigene Ideen ein.*

Zur Gründung einer örtlichen AG kommt es, sobald aus dem Viertel der Wunsch nach Hilfestellung geäußert wird oder aber Planungen vonseiten der Stadt vorgesehen sind, die von der Basis mit Inhalt zu füllen sind, d. h. die örtlichen AGs in Aachen sind demnach Koordinations-Organe für Initiativen von unten und von oben – »bottom up – top down«. Natürlich gibt es auch in Aachen mannigfache Konkurrenzbeziehungen zwischen den Akteuren in den Wohnquartieren. Der Sozialplaner, Dr. Köster, hat jedoch die Erfahrung gemacht, dass es vor allem auf den Einstieg ankommt. *Ein Mittel, Konkurrenzängste zu vermindern, ist die gemeinsame Erarbeitung eines Heftes »Angebote im Viertel«, in dem die quartiersbezogenen Angebote aufgelistet sind. Die Erarbeitung eines Heftes mit Informationen über alle einschlägigen Initiativen und Leistungsangebote im Viertel ist darüber hinaus ein ausgezeichnetes Mittel zur Vernetzung. Die dadurch geschaffene Transparenz hilft nicht nur den potenziellen Nutzern bei der Suche und Auswahl eines für sie geeigneten Leistungsangebotes, sondern auch den Anbietern bei der Planung und Entwicklung ihrer Leistungsangebote.*

Vertreter der örtlichen AGs Altenarbeit wirken auch mit in der jeweiligen zielgruppenübergreifenden »Stadtteilkonferenz«. Dies verbessert die Chancen für eine Vernetzung mit Aktivitäten z. B. mit den Bereichen Stadtplanung, Gesundheit, Jugend, Kultur, Sport, Freizeit, usw.

Eine so stark ausgeprägte wohnquartiersbezogene Ausrichtung der kommunalen Sozialplanung dürfte m. E. die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung und Entwicklung von Quartierskonzepten und tragfähigen Netzwerken im Wohnquartier sehr begünstigen. (Weitere Informationen zum quartiersbezogenen Sozialplanungsansatz der Stadt Aachen erhalten Sie bei Herrn Dr. Gerrit Köster, Stadtverwaltung Aachen, Dezernat 5, Fachbereich Soziales und Ausländerwesen, Tel. 0241-4320.)

Zusammenwirken von Kreis- und Stadt-Altenberatung im Kreis Esslingen

Ähnliche Strukturen gibt es sicherlich in vielen anderen Kreisen und Kommunen. Vielleicht wäre es ein sinnvolles Projekt, Beispiele bester Praxis wohnquartierbezogener kommunaler Sozialplanung zu evaluieren und bekannt zu machen. Die diesjährige Tagung der Aktion Psychisch Kranke ist immerhin ein Anfang. Erwähnenswürdig und -wert näher betrachtet zu werden, ist m. E. auch das Konzept der Altenfachberatung im Kreis Esslingen. Dort arbeiten Kreisaltenfachberatung und Stadtaltenfachberatung hervorragend zusammen und bereiten den Boden auf für kreative wohnquartiersbezogene Initiativen, insbesondere auch im Bereich des bürgerschaftlichen Engagements. Besonderer Wert wird auf die Praxis einer Anerkennungskultur gelegt.

Demenz-Service-Entwicklungszentren als kreisübergreifende Struktur

Eine kreisübergreifende Struktur zur Entwicklung von Quartierskonzepten und quartiersbezogenen Netzwerken in Städten und auf dem »platten Land« wurde von der Landesregierung in NRW zusammen mit den Pflegekassen durch die Schaffung von Demenz-Service-Entwicklungszentren aufgebaut.

Jedes der bisher acht Demenz-Service-Entwicklungszentren ist im Durchschnitt für fünf Kreise und kreisfreie Städte zuständig. Ihre erste Aufgabe, die einschlägigen Angebote für Menschen mit Demenz und die sie Pflegenden zu erfassen und mündlich, schriftlich und im Internet bekannt zu machen. Eine wesentliche Aufgabe besteht natürlich darin, das in gemeinschaftlicher Arbeit erstellte Angebotsverzeichnis als Informationsbasis und Vernetzungsinstrument aktuell zu halten. Ein großer Vorteil der Demenz-Service-Entwicklungszentren

(DSZ) ist, dass sie mit ihrer Aufgabenstellung nicht oder allenfalls minimal in Konkurrenz stehen mit anderen Leistungsanbietern. Es ist vielmehr so, dass sie selbst gewöhnlich gut unterrichteten Akteuren im Bereich Demenz wertvolle Informationen, Know-how und hochwertige Informations-Materialien[1] kostenlos anbieten oder vermitteln können. Der regelmäßige Austausch untereinander, mit dem Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) als Koordinator, mit dem Transferzentrum an der Universität Witten-Herdecke, der wissenschaftlichen Begleitung, der Stiftung Wohlfahrtspflege und den Vertretern des Ministeriums und der Pflegekassen macht es möglich. Dies macht sie selbst für sonst nur schwer erreichbare Leistungsanbieter z. B. Ärzte zu durchaus interessanten Partnern, was ihnen wiederum die Möglichkeit bietet, auch diese Akteure zumindest in gelegentliche Aktivitäten einzubinden.

Die DSZ erstellen aber nicht nur Anbieterverzeichnisse, sie versuchen auch, die Anbieter für eine Leistungsschau zusammenzubringen und ihre Leistungsangebote z. B. am Welt-Alzheimer-Tag öffentlichkeitswirksam im Rahmen von Informationsveranstaltungen zu präsentieren. Auch solche Aktivitäten tragen zur Vernetzung bei.

Eine besondere Herausforderung stellt die Organisation der Altenhilfe auf dem Lande dar – schon mein Doktorvater Prof. Otto Blume hat vor Jahren erkannt, dass die Altenhilfe auf dem Lande sehr viel schwerer zu organisieren ist als in den verdichteten Stadtregionen. Daher möchte ich etwas ausführlicher eingehen auf die Entwicklungs-Arbeit, die das DSZ Münsterland in den nur dünn besiedelten Landkreisen seines Zuständigkeitsbereiches leistet. Das DSZ Münsterland ist angebunden an die Alzheimergesellschaft im Kreis Warendorf die inzwischen 21 Info-Stellen in dem Kreis mit 285 000 Einwohnern geschaffen hat. Zum DSZ Münsterland gehören ferner die Kreise Soest, Coesfeld, Steinfurt und die kreisfreien Städte Hamm und Münster. Darunter ist die Stadt Münster im Hinblick auf die gerontopsychiatrische Versorgung so gut aufgestellt wie sonst kaum eine deutsche Stadt. Ganz anders dagegen sieht es in den Landkreisen aus.

Besonderheiten in den münsterländischen Landkreisen sind:

- geringe Bevölkerungsdichte
- erhebliche Infrastrukturdefizite durch weite Entfernungen zu größeren Städten und deren einschlägige Angebote

1 Z. B. die vom KDA mit Förderung der Robert Bosch Stiftung aus dem Englischen übersetzten Broschüren »Hilfen zur Kommunikation bei Demenz« und »Essen und Trinken bei Demenz«; siehe auch www.demenz-service-nrw.de/content/avz/

- schlechte Anbindung an das öffentliche Verkehrsnetz
- Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Betreuungsleistungen nicht selbstverständlich und noch immer mit vielen Vorurteilen behaftet.

Positiv sind die noch vorhandenen familiären Hilfestrukturen und die vor allem in den Kirchengemeinden ansprechbaren Multiplikatoren, die durchaus bereit sind, eine zentrale Rolle in der Informationsvermittlung im Gemeinwesen zu übernehmen.

Der Aufbau sozialräumlicher Netzwerke wird sorgfältig vorbereitet. Angebote werden schon vor der Implementierungsphase mit bereits vorhandenen Anbietern auf unterschiedlichen Versorgungsebenen in der Region thematisiert und ggf. eine Zusammenarbeit mit ihnen angestrebt. Alle im Bereich Demenz tätigen Institutionen aus den Bereichen Beratung, Pflege, medizinische Versorgung, Bildung, Seelsorge etc. werden aktiv oder aber informativ in das Konzept einbezogen. Dadurch wird das neue Betreuungsangebot immer Teil eines tragfähigen Hilfenetzes vor Ort.

In kleinen Orten sind oft keine Träger ansässig, hier gilt es zu ermitteln, welche Institutionen diese Regionen »mitversorgen». Bisher waren Angebote eher in den größeren Städten angesiedelt. Um die Erreichbarkeit zu gewährleisten, wurden auch in kleinen Orten mit sehr geringer Einwohnerzahl Angebote aufgebaut. Man hat die Erfahrung gemacht, dass die Hemmschwelle für die Inanspruchnahme eines Angebotes deutlich gesenkt werden kann, wenn örtliche und personelle Bezüge hergestellt werden können. Begleitet werden müssen die Angebote durch eine kontinuierliche und sozialraumbezogene Öffentlichkeitsarbeit. Als besonders fruchtbar erwiesen sich dekanatsbezogene Informationsveranstaltungen zum Thema Demenz für pflegende Angehörige, Mitarbeiterinnen in Besuchsdiensten, Altentages- und Begegnungsstätten, Frauengemeinschaften, Nachbarschaftshilfen und Krankenhaushilfe. Daraus entstanden vielfältige Kontakte zu Angehörigen.

Sehr bewährt haben sich eine kontinuierliche Berichterstattung über die Presse – 142 Presse-Artikel zum Thema Demenz in zwei Jahren – und die zugehende Informationsvermittlung an Multiplikatoren. Ein sehr gutes Echo fanden auch zwei Telefonaktionen in Zusammenarbeit mit dem im Münsterland viel gelesenen »Landwirtschaftlichen Wochenblatt«, über das vor allem viele Landfrauen erreicht wurden.

Die erste Auflage des niedrigschwellig und ortsbezogen gestalteten »Demenzwegweiser« war innerhalb von acht Wochen vergriffen. Durch die intensiv durchgeführte Öffentlichkeits- und Informationsarbeit steigt die

Nachfrage nach Betreuungsangeboten. Auch die durchgeführten Pflegekurse gem. § 45 SGB XI tragen zum Abbau von Schwellenängsten bei.

Bei den etablierten Trägern konnte ein hohes Interesse am Aufbau niedrigschwelliger Angebote geweckt werden. Das Demenz-Service-Zentrum Münsterland hat durch seine intensive Entwicklungsarbeit seit seiner Gründung 2004 eine hohe Akzeptanz bei vielen Trägern der ambulanten und stationären Altenhilfe gefunden. Seit 2004 konnten mit Unterstützung des Demenz-Service-Zentrums Münsterland acht niedrigschwellige Betreuungsangebote, eine Gruppe für Menschen im frühen Stadium einer Demenzerkrankung und zwei Gesprächskreise aufgebaut und vier Pflegekurse gem. § 45 SGB XI durchgeführt werden. Es wird erwartet, dass bis Mitte 2007 ein flächendeckendes Angebot niedrigschwelliger Betreuungsgruppen im Kreis Warendorf bestehen wird.

Speziell für die Besonderheiten des dünn besiedelten ländlichen Raumes wurde das Projekt »5 für Sie« in Zusammenarbeit der CEMM Caritas Sozialstation Beckum mit dem Demenz-Service-Zentrum, der Alzheimer Gesellschaft im Kreis Warendorf und vier stationären Altenhilfeeinrichtungen in zwei Kreisen der Region. Die stationären Einrichtungen stellen jeweils an einem Samstag im Monat ihre Einrichtung für ein Tagesbetreuungsangebot zur Verfügung. Die Entfernung zwischen den jeweiligen Einrichtung beträgt zwischen 5 und 15 Kilometern. An jedem Samstag findet ein Betreuungsangebot an einem jeweils anderen Standort statt. Jeder Standort verfügt über ein Betreuungsteam, das in dem entsprechenden Ort ansässig ist und vom ambulanten Pflegedienst koordiniert wird. Dieses Betreuungsangebot wird sehr gut angenommen, da es kein anderes niedrigschwelliges Betreuungsangebot und keine ortsnahe Tagespflege gibt (vgl. Forum Sozialstation 2005).

Zu weiteren Einzelheiten über die Vernetzungsarbeit des Demenz-Service-Zentrums Münsterland und der weiteren Demenz-Service-Zentren in NRW, siehe die Berichtssammlung »Demenz-Service-Zentren in Aktion« Stand Oktober 2006, deren Veröffentlichung zurzeit vom Kuratorium Deutsche Altershilfe vorbereitet wird.

Von einzelnen Netzwerken im Quartier zur demenzfreundlichen Kommune

Ich denke, um den demografischen Wandel angemessen gestalten zu können, benötigen wir mehr als nur einzelne Quartierskonzepte. Alle Wohnquartiere müssen demenzfreundlich ausgerichtet sein, d. h. unsere Städte und Dörfer müssen demenzfreundlicher werden.

Daher plant die von der Robert Bosch Stiftung initiierte Aktion Demenz im Herbst 2007 einen Kongress »Demenzfreundliche Kommune«. Dafür brauchen wir m. E. eine Leitidee, d. h. eine möglichst konkrete Vorstellung, wie wir uns ein demenzfreundliches Gemeinwesen vorstellen. Und dazu hat die emeritierte Leiterin des schottischen DSZ, Frau Prof. Mary Marshall mit ihren drei Akteurs-Modellen eine interessante Anregung gegeben.

Nach Mary Marshall brauchen wir

1. Das Medizinmodell mit den Medizinern als Experten für alles, was mit Krankheiten und mit dem Gehirn zu tun hat, für medizinische Diagnostik und Therapie.
2. Zugleich brauchen wir aber auch das psychosoziale Modell, in dem Demenz vorwiegend als Handicap angesehen wird, dessen Auswirkungen soweit als möglich kompensiert werden müssen, damit auch Menschen mit Demenz ein möglichst hohes relatives Wohlbefinden erreichen. Dazu müssen wir alle beitragen – natürlich auch die Mediziner – und in diesem Sinne sind wir alle Experten oder sollten es mehr und mehr werden.
3. Im dritten Modell sieht Mary Marshall die Menschen mit Demenz als Experten, auf deren Stimme und Qualitätsurteile wir hören sollten – deren Beiträge für die Gesellschaft wir wertschätzen sollten.

Entscheidend ist, dass wir alle drei Modelle benötigen – das Medizinmodell, das psychosoziale Modell und das bürgerschaftliche Modell mit den Betroffenen als den eigentlichen Experten. *Fazit: Durch Weiterentwicklung des Medizinmodells, des psychosozialen Modells und die Etablierung eines neu zu schaffenden Bürgerschaftsmodells – in dem die Menschen mit Demenz als Person ernst genommen, gehört und wertgeschätzt werden – gelangen wir von einzelnen Netzwerken im Quartier zur demenzfreundlichen Kommune.*

Schlussbemerkung

Die Veranstalter haben mir dankenswerterweise die Teilnehmerliste dieses Workshops geschickt. Bitte korrigieren Sie mich, wenn ich etwas Falsches sage, ich habe den Eindruck, dass hier fast ausschließlich Experten des psychosozialen Modells anwesend sind, Menschen mit Demenz und Experten des Medizinmodells scheinen mir sehr in der Minderzahl. Unser ehemaliger Bundeskanzler würde sagen: »Das ist suboptimal.« Ich hoffe dennoch, dass wir hier in diesem Workshop neue Erkenntnisse gewinnen, auch im Hinblick

auf die künftig bessere Einbindung der Experten aus dem Medizinmodell und dem Bürgerschaftsmodell.

Literatur

Forum Sozialstation. Heft 134. Mai/Juni 2005.

Hanke-Crane C: Wohnen im Alter. Ausgewählte Ergebnisse der Bürgerumfrage 2003. Referat beim Stuttgarter Hearing »Selbstbestimmtes Wohnen im Alter«. 6. Juli 2004

Stiftung Bauhaus Dessau (Hg): Quartierskonzept »Am Leipziger Tor«, Powerpointpräsentation Dezember 2005, Online-Ressource: www.dessau.de/DownLoads/qkonzept_leipztor_200512_kurzf.pdf

Stolarz H: Wohnen (bleiben) im Quartier: Quartiersbezogene Wohnkonzepte – Potenziale und Probleme. Vortrag beim Stuttgarter Hearing »Selbstbestimmt Wohnen im Alter«. 6. Juli 2004

Alltagshilfen in Berlin-Lichtenberg

Gudrun Hirche

In unserer Plattenbausiedlung im Ostteil Berlins mit 1018 winzigen Einraumwohnungen (unter 25 m²) leben insbesondere alleinwohnende, überwiegend hochbetagte Frauen. Ein Punkthochhaus hat 240 Einraumwohnungen. Die Gefahr der Vereinsamung ist sehr groß. Durch die Wende wurde diese Situation noch verschärft. Trotz aller Freude über die Vereinigung der beiden deutschen Staaten gab es besonders für ältere Menschen auch Probleme und Schwierigkeiten. Es veränderten sich nicht nur Straßennamen, Busnummern und Haltestellen, es veränderten sich bei uns auch die Nachbarschaften. Bisherige Beziehungen und Kontakte brachen weg, weil z. B. eine Nachbarin in ihre Heimat Thüringen zurückzog, die andere bei ihren Kindern wohnen wollte und die dritte ein Heim aufsuchte. Ich selbst lebe in so einem Punkthochhaus mit einem wunderbaren Ausblick von der 14. Etage bis auf die Müggelberge.

Um der Gefahr der Vereinsamung zu begegnen, gründeten wir im September 1991 den Verein Miteinander Wohnen e. V. und nutzten die Chance, 15 Arbeitslose über den 2. Arbeitsmarkt anzufordern. In einem Einzugsgebiet mit 4000 Einwohnern – das wir inzwischen auf rund 6000 Einwohner erweiterten – bieten wir in offener Altenarbeit unsere Hilfe an. Rund 600 ältere Menschen im Quartier nutzen diese Angebote. Wir stützen uns auf

- Erfahrungen von Seniorenvereinen in Westberlin und den alten Bundesländern,
- auf Bedarfsermittlungen im Wohngebiet und
- auf den Geriatrie-Rahmenplan der Stadt Berlin.

Dementsprechend bieten wir seit 1994 die gesamte geriatrische Versorgungskette an: Kommunikation, gemeinsame Aktivitäten und Erlebnisse, Hilfe durch die Koordinierungsstelle »Rund ums Alter« und stationäre Angebote in einem Pflege-Wohnheim.

Wir orientieren uns vor allem auf das möglichst lebenslange Verbleiben in den gewohnten vier Wänden. Wir können nachweisen, dass über 90 % der seit 1992 verstorbenen Mitglieder bis ans Lebensende in ihrer vertrauten Wohnung bleiben konnten. Das heißt, nicht einmal 10 % mussten ein Heim aufsuchen. Dazu werden natürlich unsere zahlreichen niedrigschwelligen Hilfsangebote benötigt.

Präventive Angebote und Hilfen zur Selbsthilfe

Neben der besonders gefragten Beratung organisieren wir Maßnahmen zur Aktivierung von Körper und Geist sowie zur Kommunikation. In diesem Rahmen entstand bereits 1997 der »Club der aktiven 90-Jährigen«. Derzeit haben 38 Mitglieder dieses Alter erreicht. Das älteste Mitglied der Gymnastikgruppe war bisher eine 98-Jährige, im Tanzzirkel ist es eine 92-Jährige.

In aktivierenden Veranstaltungen entwickeln sich vielfältige Kontakte und Beziehungen, die sowohl der Selbsthilfe dienen als auch dem Aufbau des ehrenamtlichen Besuchsdienstes. Von unseren 426 Mitgliedern – von denen übrigens 300 allein wohnen – sind 89 ehrenamtlich tätig.

Durch Dienstleistungen helfen wir, den Alltag zu bewältigen.

Auffällige psychische Erkrankungen haben nur wenige unserer Mitglieder, und es sind nicht die ältesten. Dazu gehört zum Beispiel eine Frau, die eine schizophrene Psychose hat, seit ihrem 42. Lebensjahr Erwerbsunfähigkeitsrente bezieht und bis 2003 regelmäßig stationär behandelt werden musste. Im Jahr 2004 zog sie zu uns, seitdem war kein Klinikaufenthalt mehr nötig. Sie selbst sagt dazu: »Wenn die Stimmen kommen, gehe ich hinunter ins Café, dann sind sie weg. Wenn ich Sorgen habe, kann ich mich mit jemandem unterhalten.« Mittlerweile ist sie eingebunden in die ehrenamtliche Arbeit. Sie sucht regelmäßig eine Blinde auf, liest ihr vor und geht mit ihr spazieren. Dadurch lebt sie sichtlich auf, weil sie ihre eigene Krankheit weniger spürt.

Häufiger stellen wir bei unseren Mitgliedern kurzzeitige Gedächtnislücken fest. Da wissen wir, dass wir an gewünschte Termine erinnern müssen, um ihnen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.

Gute Kontakte bewähren sich vor allem in Krisensituationen z. B. bei Krankheit, Tod des Partners, Sorgen um Angehörige. Deshalb organisieren wir vielfältige Kommunikationsmöglichkeiten, wo bei gemeinsamen Aktivitäten intensivere Kontakte entstehen und sich sogar Freundschaften entwickeln.

Wir bemühen uns, für Betroffene mehrere Vertrauensbeziehungen herzustellen, damit Kontinuität in der Begleitung Hilfebedürftiger erreicht wird, falls die »beste Freundin« selbst ausfällt. Kleine Gruppen der gegenseitigen Hilfe bieten familiäre Geborgenheit.

Wir nennen dieses Herangehen »Begleitetes Wohnen«, weil wir damit beginnen, bevor jemand auf Betreuung angewiesen ist. Wir bieten unsere Dienste in einem natürlich gewachsenen Wohngebiet an und brauchen nicht

eine zu diesem Zweck gebaute Immobilie. So kann »Begleitetes Wohnen« überall eingerichtet werden. Es muss sich nur jemand engagieren und freiwillige Mitstreiter dafür gewinnen.

Finanzierung

Aufgrund des hohen ehrenamtlichen Engagements sind die Kosten im Vergleich zur stationären Versorgung gering. Der Treffpunkt, in dem zahlreiche Veranstaltungen stattfinden, wurde durch Unterstützung des Senats von Berlin (700 000 DM) und der Wohnungsbaugesellschaft (300 000 DM) an ein Punkthochhaus angebaut.

Daneben entstanden im Erdgeschoss Funktionsräume: eine Waschküche, eine Nähstube, ein Badezimmer (in den Einraumwohnungen sind nur Duschen), ein Keramikraum sowie Arbeitsräume für unsere Mitarbeiter.

Wir haben auch einen Minibus gekauft, um Ausflüge in die wunderschöne Umgebung von Berlin anbieten zu können.

2005 wurde unsere Arbeit im bundesweiten »Werkstatt-Wettbewerb Quartier« des Kuratoriums für Deutsche Altershilfe mit dem zweiten Preis ausgezeichnet, der mit 5000 Euro dotiert war. An diesem Wettbewerb nahmen vor allem Wohnungsunternehmen teil. Den ersten Preis erhielt die Baugenossenschaft »Freie Scholle« eG in Bielefeld. Sie finanziert vollständig einen eigenen Verein und acht Treffpunkte.

Unsere Vereinsmitglieder wohnen bei fünf Wohnungsunternehmen, die durch unsere Arbeit wenig Leerstand haben, weil die meisten unserer Mitglieder bis zu ihrem Lebensende in ihren vertrauten Wohnungen verbleiben.

Unter diesem Aspekt sprachen wir unsere vier Wohnungsbaugenossenschaften an und erhielten 2005 eine Spende von 7000 Euro. Damit war für das eine Jahr unsere Miete bis auf die Betriebskosten reduziert. Davor und auch ab 2006 beträgt die Miete für unsere Räume pro Tag 73 Euro. Diese Summe nehmen wir mit den Veranstaltungen, die wir durchführen, nicht ein. Das ist unser großes Problem!

Bisher haben wir den ständigen Kampf um unsere Existenz bestanden und Haushaltslücken durch Spenden, die jährliche Haussammlung im Wohngebiet, durch Preisgelder und die Zuschüsse unseres Dachverbandes Der PARITÄTISCHE Wohlfahrtsverband (DPW) schließen können. Um die künftige Finanzierung zu sichern, kommen wir ohne *regelmäßige* Unterstützung aller fünf Wohnungsunternehmen nicht aus.

Ausblick

Im Wohngebiet und im Bezirk haben wir gute Unterstützung. Lichtenberg orientiert ohnehin auf kleinräumige Stadtteilarbeit. So haben wir gemeinsam mit dem Lichtenberger Kulturverein e. V. ein *Stadtteilzentrum* gegründet und initiieren nun die Vernetzung der Arbeit im Kiez mit der Volkssolidarität, dem SC Borussia 1920 Friedrichsfelde, mit zwei Jugendeinrichtungen und den Kindergärten, die regelmäßig an unseren Festen teilnehmen.

Wir bleiben bei der Orientierung auf Förderung der Aktivität. Unsere acht Gymnastikgruppen mit jeweils zehn Mitgliedern treffen sich wöchentlich. Eine Sportpädagogin, deren Dissertationsthema »Bewegung statt Ruhestand« hieß, ist bei uns dafür zuständig. Mit dem gleichen Thema wurde unsere Arbeit im bezirklichen Handlungskonzept fixiert.

Seit 1992 gibt es eine Wandergruppe und einen Tanzzirkel.

Die geistige Aktivierung erfolgt durch Gedächtnistraining, Quiz-Einlagen bei vielen Veranstaltungen, Vorträge und Gesprächsrunden.

Glücklicherweise gehört unser Projekt »Prävention bis ins höchste Alter« zu dem vom Berliner Senat organisierten Modell eines öffentlich geförderten Beschäftigungssektors. Die Gehälter sind nicht groß, aber es ist eigenverdientes Geld für die Mitarbeiter und auf drei Jahre angelegt. Das bietet uns für die Altenarbeit mehr personelle Kontinuität als der derzeitige 2. Arbeitsmarkt.

Leben in Gastfamilien für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen

Richard Gerster

Im Jahr 2001 wurde vom Verein Arkade e. V. in Ravensburg zusammen mit dem Wohn- und Pflegebereich des Zentrums für Psychiatrie »Die Weissenau« das Modell »Leben in Gastfamilien für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen« ins Leben gerufen.

Die Kooperationspartner waren

- Landkreis Ravensburg
- Bodenseekreis
- Sozialministerium Baden-Württemberg
- Robert Bosch Stiftung, Stuttgart
- Universität Ulm
- VSP – Verein für eine soziale Psychiatrie Bad Schussenried

Beschreibung und Konzeption

Gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen haben einen hohen und umfassenden Hilfebedarf. Sie benötigen Leistungen der Grundpflege, der hauswirtschaftlichen Versorgung, der Tagesstrukturierung, der aktiven Integration und der allgemeinen Beaufsichtigung. Die Zahl der Betroffenen nimmt aufgrund der Altersentwicklung ständig zu. Ungefähr zwei Drittel der Betroffenen werden von Angehörigen betreut, ungefähr ein Drittel lebt allein. Für die Alleinlebenden ist die Absicherung einer adäquaten Betreuung sehr schwierig; sie erfolgt meist durch ein Netz von Unterstützung der Nachbarn, organisierter Nachbarschaftshilfe und ambulante Pflegedienste. Pflegende Angehörige sind aufgrund der dramatischen Veränderungen im Verhalten des Erkrankten häufig überfordert. Die Konsequenz ist meist die Aufnahme in ein Altenpflegeheim.

Alternativen zu einem Platz im Altenpflegeheim sind selten. Das Konzept der Hausgemeinschaften, in dem sechs bis zehn erkrankte Menschen familienähnlich und unter möglichst hoher Beibehaltung der Eigenverantwortung zusammenleben, ist noch wenig verbreitet. Neben den Hausgemeinschaften stellt das Leben in Gastfamilien für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen eine Alternative zu der Versorgung im Pflegeheim dar.

Entsprechend den Erfahrungen mit der Psychiatrischen Familienpflege und der Familienpflege für Jugendliche (JuMeGa©) können gerontopsychi-

atrisch erkrankte Menschen zur Vermeidung eines Heimaufenthaltes in einer Gastfamilie betreut werden. Das haben Erfahrungen in den USA, Frankreich und anderen Ländern gezeigt.

In unserem Konzept sorgt eine Gastfamilie, die verwandtschaftlich nicht in auf- oder absteigender Linie mit dem Erkrankten verwandt ist, für dessen Integration in ihren Haushalt und übernimmt die notwendige Pflege, Beaufsichtigung und Betreuung. Die Gastfamilien werden von einem professionellen Team ausgesucht, geschult, beraten und betreut.

Im Hinblick auf fachliche Standards vereint Leben in Gastfamilien zwei sozialpsychiatrische Grundprinzipien:

- die *Gemeindeintegration,* die durch die Aufnahme und ganzheitliche Betreuung in die Gastfamilie und damit in die Gemeinde gegeben ist und
- die *personenzentrierte Betreuung* entsprechend dem individuellen Hilfebedarf, die von der Gastfamilie erbracht wird.

In der Regel wird in einer Gastfamilie nur ein gerontopsychiatrisch erkrankter Mensch untergebracht. Dadurch wird der individuelle Zugang zur Problematik des Bewohners gewährleistet. Die Form der Hilfeerbringung folgt den Prinzipien der Milieutherapie.

Personenkreis

Für das Leben in Gastfamilien kommen Patienten im Alter über 65 Jahren in Betracht, die nicht mehr im eigenen häuslichen Umfeld leben können. Speziell sind dies:

- demenziell erkrankte Menschen
- Menschen, die im Alter an einer Depression, Psychose oder Sucht erkrankt sind und sowohl verhaltensauffällig als auch pflegebedürftig sind
- alt gewordene chronisch psychisch Kranke, die körperlich pflegebedürftig sind.

Gastfamilien

Gastfamilien bzw. Singles müssen über keine Ausbildung im sozialen oder pflegerischen Bereich verfügen, Pflegeerfahrung ist aber von Vorteil. Vor allem ist die Bereitschaft an immanenter Schulung wichtig. Es sollte das

Interesse vorhanden sein, einen pflegebedürftigen Menschen in den eigenen Haushalt zu integrieren und mit dem begleitenden Dienst eng und vertrauensvoll zusammenzuarbeiten.

Eine weitere Voraussetzung ist, dass ein Einzelzimmer für den Patienten vorhanden ist.

Die Gastfamilien werden im Vorfeld nicht geschult. Wir haben in den vergangenen 20 Jahren außerordentlich gute Erfahrungen mit Gastfamilien gemacht, in denen keine der an der Betreuung unserer Klienten beteiligten Personen eine einschlägig soziale oder pflegerische Ausbildung hatte. Die Familie mit ihren Ressourcen und hoher Integrationsfähigkeit war und ist der Schlüssel zum Erfolg der Familienpflege.

Fachdienst

Der begleitende Fachdienst setzt sich multiprofessionell aus den Bereichen Pflege und Sozialarbeit zusammen. Die Mitarbeiter verfügen über lange Erfahrungen in der Arbeit mit Gast- und Pflegefamilien. Regelmäßige Supervision und Intervision sind Standard.

Das enge Zusammenwirken von Gastfamilie und Fachdienst ist eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Arbeit. Sind die Gastgeber die Spezialisten in der Pflege genau des Menschen, den sie bei sich aufgenommen haben, so hat der begleitende Dienst die Aufgabe, der Familie supervidierend zur Seite zu stehen, ihr den Rücken freizuhalten und zu stärken. Nicht zuletzt obliegt dem zuständigen Mitarbeiter die Erledigung sämtlicher administrativer verwaltungs- und finanztechnischer Aufgaben.

Weitere wichtige Arbeitsschwerpunkte sind unter anderem:

- Angehörigenarbeit
- Organisation von Entlastungsmöglichkeiten (z. B. Verhinderungspflege)
- Akquise neuer Familien
- Kontakte zu niedergelassenen Ärzten oder der Institutsambulanz

Rahmenbedingungen

Leben in Gastfamilien für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen hat als Grundlage die *Richtlinien des Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern für Leistungen im Rahmen der ambulanten Hilfe für erwachsene behinderte Menschen in Familienpflegestellen (*ab 2007 ersetzt durch Richtlinien der Landkreise). Diese Richtlinien regeln die Bezahlung der Familien oder Ein-

zelpersonen, die Familienpflege erbringen und die Kosten der begleitenden Betreuung durch einen Fachdienst. Weitere wichtige Bestimmungen, die für den Erfolg der Familienpflege von großer Bedeutung sind, sind vor allem:

- Entlastungsmöglichkeit für die Gastfamilie von bis zu 28 Tagen im Jahr bei Beibehaltung der monatlichen Zahlungen
- Urlaubs- bzw. Ersatzpflegemöglichkeit für den Erkrankten
- Weiterbezahlung des Betreuungsgeldes an die Gastfamilie bis zum Ende des auf den Abwesenheitsbeginn folgenden Monats. Anschließend wird nur noch Taschen- und Kleidergeld sowie die Kosten der Unterkunft weiterbezahlt, sofern eine Rückkehr in die Gastfamilie geplant und wahrscheinlich ist.
- Pauschale Bezahlung des begleitenden Fachdienstes. Jeder angefangene Monat wird voll vergütet.

Praktische Umsetzung

Es werden über die regionale Presse, Gemeindeblätter, Plakate und Vorträge Familien und Alleinstehende gesucht, die bereit sind, einen gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen bei sich aufzunehmen.

Interessenten werden zu einem Gespräch eingeladen, in dem Möglichkeiten und Grenzen, Motivation, familiäre und häusliche Verhältnisse erörtert werden. Außerdem werden die finanziellen Rahmenbedingungen und der Inhalt des Angebotes des begleitenden Fachdienstes dargelegt. Daneben bleibt genügend Raum für Fragen der Interessenten. Außerdem unterzeichnen die Bewerber einen Schriftsatz, in dem sie erklären, dass keinerlei strafrechtliche Verfahren gegen sie anhängig sind.

Diesem Gespräch folgt ein Hausbesuch, in dem offene Fragen geklärt und die häuslichen Verhältnisse besichtigt werden. Stellen sich die Bewerber als geeignet heraus und besteht noch immer das Interesse an Familienpflege, macht sich der Fachdienst auf die Suche nach einem geeigneten Bewohner oder einer Bewohnerin. Im Team wird anhand des Pools von Patienten, die für Familienpflege infrage kommen, eine Zuordnung diskutiert. Dieser Pool füllt sich zum einen über die in unserer Region stattfindenden sogenannten Hilfeplankonferenzen, in denen akute Fälle eingebracht und diskutiert werden und zum anderen über die enge Kooperation mit dem Wohn- und Pflegebereich des Zentrums für Psychiatrie »Die Weissenau«. Hier besteht eine jahrzehntelange Zusammenarbeit, die geprägt ist vom gemeinsamen Bemühen, Menschen in die Gemeinde zu integrieren.

Wenn eine Zuordnung getroffen ist, werden die Kosten beantragt und ein Probewohnen anvisiert. Dieses Probewohnen dauert bis zu vier Wochen und geht, wenn es erfolgreich verläuft, in ein festes Familienpflegeverhältnis über. Ein schriftlicher Vertrag, in dem Rechte und Pflichten, Kündigungsfristen (zwei Wochen) und Haftpflichtversicherung geregelt sind, dokumentiert und regelt formal diesen Beginn.

Begleitet wird das Familienpflegeverhältnis von einem Mitarbeiter des Fachdienstes, der umfassend für dieses Betreuungsverhältnis zuständig ist (Casemanagement). Regelmäßig, auch ohne Anforderung und nach Bedarf, kommt der Mitarbeiter der Familienpflege angemeldet zu Hausbesuchen. Sämtliche Fragen, die das Pflegeverhältnis betreffen, können besprochen werden. Ein weiterer, nicht zu unterschätzender Aspekt dieser Besuche ist, dass die an der Pflege beteiligten Familienmitglieder einen verständnisvollen Zuhörer haben, der sie unterstützt und motiviert. Hieraus entsteht ein besonderes Verhältnis zwischen Mitarbeitern des Fachdienstes und den pflegenden Mitgliedern der Gastfamilien, das auf Vertrauen und enger Zusammenarbeit beruht.

Alle Gastfamilien haben die privaten Telefonnummern ihrer Bezugsperson. Dies gibt Sicherheit und im Notfall die Gewähr, dass Hilfe geleistet wird.

Implementation

Seit 1984 ist der Verein Arkade e. V. Träger der Psychiatrischen Familienpflege.

Mit 82 Betreuungen im Bereich Familienpflege für Erwachsene und 110 Familienpflegeverhältnissen im Bereich Junge Menschen in Gastfamilien – JuMeGa© (Stand 12/2006), ist Arkade ein großer Anbieter in diesem nichtinstitutionellen Segment.

Das Wohn- und Pflegeheim des Zentrums für Psychiatrie »Die Weissenau« bietet mit 120 genehmigten Wohnheimplätzen neben den zentralen Wohnheimen auch dezentrale kleine betreute Wohneinheiten in verschiedenen Gemeinden des Kreises Ravensburg und des Bodenseekreises an. Ein psychiatrischer Pflegedienst gehört ebenfalls zum Leistungsspektrum.

Traditionell besteht eine starke Nähe von Wohnheim und Familienpflege.

Die Kooperation beider Träger und die Konzeption waren offensichtlich für das Sozialministerium und die Landkreise ein wichtiges Argument,

dieses Projekt zu unterstützen. Dies hat sich vor allem in Verfahrensregelungen gezeigt, in denen die Mitarbeiter der Landkreise praxisorientierten Lösungsansätzen sehr aufgeschlossen gegenüberstanden. Das gemeinsame Bemühen, dieses Projekt erfolgreich zu implementieren, war und ist deutlich spürbar.

In unserem Modellgebiet haben wir seit März 2002 insgesamt zwölf BewohnerInnen in Gastfamilien betreut. Die längste Aufenthaltsdauer betrug 53 Monate, die kürzeste zwei Monate. Derzeit befinden sich fünf BewohnerInnen in Familienpflege (Stand 12/2006).

Übertragbarkeit des Vorhabens

Die Übertragbarkeit dieses Modells ist durchaus möglich und wünschenswert. Die Konzeption wurde u. a. auf dem internationalen Familienpflegekongress 2000 in Rust, dem deutschen Alzheimerkongress in Friedrichshafen 2002 und auf dem Bundestreffen Familiepflege 2003 in Kaufbeuren vorgestellt. Außerdem erfolgten Einladungen von Sozialstationen, Gemeinden und Alzheimer-Gruppen.

Die Resonanz war durchgehend positiv.

Eher kritisch bis ungläubig waren die Fragen zur tatsächlichen Umsetzung dieses Modells. Angefangen damit, ob überhaupt Familien gefunden werden, die diese Aufgabe übernehmen, über Fragen um das Thema, ob sich Menschen mit diesen Erkrankungen überhaupt in familiare Systeme integrieren und betreuen lassen bis dahingehend, ob der finanzielle Rahmen dieser großen Aufgabenstellung angemessen sei. Hier konnten wir die ermutigenden Erfahrungen der vergangenen Jahre einbringen.

Im benachbarten Landkreis Biberach betreut das Team des BWF – Betreuten Wohnen in Familien des Vereines für eine soziale Psychiatrie Bad Schussenried inzwischen einige gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen in Gastfamilien. Dieses Team hat sich seinerzeit aus Gründen des fachlichen Austausches und der Konzeptentwicklung an der Modellphase beteiligt.

Es wird abzuwarten sein, ob auch andere Träger dieses Modell übernehmen werden. Ob diese Betreuungsform auch langfristig und erfolgreich implementiert werden kann, hängt unserer Meinung nach davon ab, dass die finanziellen Leistungen an die Gastfamilien verbessert werden. Blickt man in die Vergangenheit, so ist der Erfolg der Psychiatrischen Familienpflege im starken Maße darauf zurückzuführen, dass die Vergütung für die Gastfamilien an einem Punkt der Stagnation spürbar heraufgesetzt wurde.

Kosten und Finanzierungsplan

Ab 2004 finanzieren die Landkreise diese Betreuungsform auf der Basis eines Betreuungsschlüssels von 1 : 9. Der Bodenseekreis ist darüber hinaus bereit, den Gastfamilien für ihre Pflege- und Betreuungsleistung 111 Euro im Monat mehr zu bezahlen.

Beträge pro Monat (gerundet):		
BewohnerIn:	Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)	556 Euro
Gastfamilie:	Pflegegeld Ravensburg	538 Euro
	Pflegegeld Bodenseekreis	649 Euro
Fachdienst:	Monatspauschale	633 Euro
Summen:	Landkreis Ravensburg	1727 Euro
	Bodenseekreis	1838 Euro

Leistungen nach dem Pflegegesetz SGB XI werden entsprechend der Pflegebedürftigkeit des Bewohners zusätzlich durch die Pflegekasse bezahlt:

- Pflegestufe I: 205 Euro
- Pflegestufe II: 410 Euro
- Pflegestufe III: 665 Euro

(Stand 12/2006)

Fazit

Das Leben in einer Gastfamilie stellt besonders für verhaltensauffällige gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen eine Alternative zur Heimunterbringung dar.

Leben in Gastfamilien für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen ist ein Rund-um-die-Uhr-Angebot im häuslichen Milieu. Besonders für demenziell Erkrankte bietet die Gastfamilie ein Milieu ohne künstliche Freiheitseinschränkungen und mit einem hohen Maß an persönlicher Förderung. Da die Gastfamilie den neuen Mitbewohner erst nach dem Beginn der Erkrankung kennengelernt hat, fällt es ihr weniger schwer als den Angehörigen, mit problematischen Verhaltensweisen umzugehen. Sie hat den Vorteil, dass die Pflege eines an Demenz erkrankten Menschen kein Schicksalsschlag ist. Die pflegende Person hat sich vielmehr selbst entschieden, diese Aufgabe zu übernehmen.

Die Betreuungsleistung der Gastfamilie deckt den gesamten Betreuungsbedarf gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen integrativ ab und umfasst somit Hilfen bei der individuellen Basisversorgung, der alltäglichen

Lebensführung, der Gestaltung persönlicher Beziehungen, der Freizeitgestaltung, der Tagesstrukturierung, der Kommunikation und der Bewältigung psychischer Probleme. Die Leistungserbringung ist in den natürlichen Tagesablauf der Gastfamilie integriert. Leben in Gastfamilien gewährt ein milieutherapeutisch relevantes Angebot für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen, die auf ein stationäres Angebot angewiesen wären.

Leben in Gastfamilien verbindet die Vorteile der Laienhilfe mit den Vorteilen der professionellen Hilfe. Die Gastfamilien übernehmen die Hilfe für einen Patienten auf der mitmenschlichen Ebene der Laien. Für den gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen bieten sie den Vorteil einer hohen Konstanz; die Bezugsperson bleibt immer die gleiche, es gibt keinen Schichtdienst. Die Gastfamilie kann für die demenziell erkrankte Person ein soziales Gefüge darstellen, in dem sie Zuwendung und Geborgenheit mit konstanten Bezugspersonen erleben kann.

Leben in Gastfamilien für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen ist ein zukunftsorientiertes Modell, das dem immer stärker werdenden Trend hin zur Laienhilfe nachkommt. Entscheidend ist das Tandem Familie (Single) und Fachdienst. Beide profitieren sehr stark voneinander zum Wohle des Erkrankten.

Das professionelle Element wird mit der Beratung der Gastfamilien durch den begleitenden Fachdienst gewährleistet. Die Gastfamilie kann sich stets an den Fachdienst wenden, wenn sie sich überfordert fühlt, sodass zumindest einige Burn-out-Effekte in der Regel vermieden werden können.

Das laienhafte Element wird durch die Normalität des Umgangs in häuslicher Umgebung eingebracht.

Gastfamilien sind milieutheoretisch betrachtet anti-institutionelle Gebilde. Sie sind nicht wie Institutionen defizit-, sondern ressourcenorientiert. Der Klient wird nicht als Patient, sondern als Mitbewohner, als Teil der Familie gesehen. Allein dies ist eine entscheidende Qualität dieses Modells.

Ambulante Hausgemeinschaften

Norbert Schmelter

Wohnen im Stadtteil

Die Pflege LebensNah ist ein kirchlicher Träger ambulanter Einrichtungen. Sie ging aus der Gemeindekrankenpflege dreier Rendsburger Kirchengemeinden hervor. Erste wesentliche Entwicklungsschritte waren im Jahre 1990 die Übernahme von »Hauspflege« (Schwerpunkt hauswirtschaftliche Leistungen und Körperpflege) und die Gewinnung, Befähigung und Begleitung von ehrenamtlichen Mitarbeitern.

Darauf aufbauend wurden im Jahre 1993 eine Betreute Wohnanlage, eine Einrichtung für Kurzzeitpflege und eine für Tagespflege in Kooperation mit einem Wohnungsbauunternehmen eröffnet.

1996 entstand in Zusammenarbeit mit einer Stiftung eine weitere Betreute Wohnanlage mit einer ambulanten Station und einer zweiten Tagespflege in einem unmittelbaren Nachbarort von Rendsburg. Ebenfalls Anfang 1996 wurde in Rendsburg selbst eine dritte Betreute Wohnanlage mit einem stationären Hospiz und einer an die wachsenden Erfordernisse angepassten Koordinierungsstelle für ehrenamtliche Mitarbeiter eröffnet.

Die Suche der Pflege LebensNah nach dem besten Weg im Umgang mit Menschen, die an Demenz erkrankt sind, begann ca. 1998 mit Reisen in die Niederlande (Haarlem), nach Frankreich (Paris), in die Schweiz (Wetzikon) und nach Münster/Westfalen.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung und der festen Etablierung im ambulanten Bereich wurden Überlegungen und schließlich konkrete Planungen im Jahre 2002 in Form einer ambulant geführten Hausgemeinschaft (Rendsburg, Holsteiner Str. 24) realisiert. Diese Hausgemeinschaft umfasst zwölf Wohneinheiten. Sie ist nicht durchgehend mit Personal besetzt, sondern wird nachts von der für die Stadt Rendsburg zuständigen ambulanten Nachtwache betreut. Diese beginnt ihren Dienst um 20:00 Uhr mit planmäßigen häuslichen Einsätzen; der Dienst endet um 7:00 Uhr am folgenden Morgen. Zeiten, in denen sie nicht fest verplant ist, verbringt die Nachtwache in der Hausgemeinschaft oder erledigt Notrufe – in der Zentrale von Pflege LebensNah auflaufende telefonische Notrufe werden während der o. g. Dienstzeit zunächst an die ambulante Nachtwache weitergeleitet.

Parallel zur Hausgemeinschaft wurden eine Alzheimer-Beratungsstelle und ein niedrigschwelliges Angebot (nach dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz) aufgebaut.

Seit Mai 2005 besteht, in Kooperation mit einem anderen Partner aus der Wohnungsbauwirtschaft, eine zweite Hausgemeinschaft für an Demenz erkrankte Menschen in einem anderen, jedoch ebenfalls zentral gelegenen Stadtteil von Rendsburg.

Im Bau befindet sich derzeit eine Wohngemeinschaft für körperlich erkrankte Menschen mit acht Wohneinheiten (Eröffnung im Januar 2007).

Wir befinden uns derzeit mitten in der Bauphase einer Maßnahme »Bauen im Bestand«. Ziel ist die Einrichtung einer weiteren Betreuten Wohnanlage, einer dritten Hausgemeinschaft für an Demenz erkrankte Menschen und einer zweiten Wohngemeinschaft für körperlich Erkrankte.

All diese »Meilensteine« sind aus unserer Sicht wichtige Knotenpunkte beim Aufbau eines ambulanten Netzwerkes mit dem Ziel eines »Wohnens im Stadtteil« (siehe Abbildung 1).



Abb. 1: Ambulantes Netzwerk

Nachdem ich Ihnen in Grundzügen das Netz der Pflege LebensNah in seiner Entwicklung und seiner aktuellen Bedeutung geschildert habe, gehe ich nun näher auf unsere Erfahrungen mit ambulanten Hausgemeinschaften ein.

Hausgemeinschaften – Unterstützung durch Alltagsbegleiter

Bei den bestehenden zwei Hausgemeinschaften handelt es sich um Häuser mit zwölf bzw. 14 Mietwohnungen zuzüglich einer Gemeinschaftsfläche, bestehend aus Küche, Wohnzimmer und Garten. Die Wohnungen sind zwischen 26 und 61 qm groß, verfügen jeweils über ein barrierefreies Duschbad und werden von den Bewohnern und ihren Angehörigen selbst eingerichtet. Eigenes Mobiliar, Bilder, Bücher und Andenken schafft eine familiäre und vertraute Atmosphäre. Durch die eingangs bereits erwähnte zentrale Lage der beiden Hausgemeinschaften wird es Familienangehörigen, ehemaligen Nachbarn und Freunden erleichtert, mal eben hereinzuschauen.

Die Organisation unserer Hausgemeinschafen ist so konzipiert, dass sogenannte Alltagsbegleiter vor Ort sind und zwar in der Zeit von 7.00 bis 22.00 Uhr. Alltagsbegleiter sind sowohl Menschen mit verschiedenen Ausbildungen, die zum Thema Demenz speziell ausgebildet sind als auch Angehörige und Ehrenamtliche.

In einer vertrauten Atmosphäre können die Bewohner ihren Alltag weitgehend eigenständig gestalten. Jeder bringt seine Fähigkeiten bei der gemeinsamen Haushaltsführung mit ein. Das heißt die eine ist eben die Büglerin, die Abwäscherin, die Staubwischerin, oder was auch immer so anliegt. Es wird gemeinsam gekocht, gespielt, gesungen ... oder einfach mal in geselliger Runde ein Glas Wein getrunken.

Die Alltagsbegleitung ist ein ambulantes Angebot und umfasst keine pflegerischen oder krankheitsbezogenen Dienstleistungen im Sinne des SGB V und XI. Hierüber werden gesonderte Regelungen getroffen. Diese Dienstleistungen können von externen Dienstleistern eingekauft werden.

Vision »Pflegeheimlose Stadt Rendsburg«

Wir haben in Rendsburg die Vision, unsere Stadt »pflegeheimlos« zu gestalten. Ziel soll sein, dass Menschen mit Demenz in ihrer vertrauten Umgebung – ihrem Stadtteil – wohnen bleiben können. Dazu notwendig ist:

- frühzeitige Beratung und Information zu niedrigschwelligen Angeboten der Nutzer
- Zusammenspiel zwischen Kommunen, Wohnungsbauunternehmen und Sozialen Trägern
- Aufbau von Netzwerken mit ambulanten und teilstationären Strukturen.

V Hilfemix im Quartier: Neue Konzepte

Einleitung

Ludger Jutkeit, Regina Schmidt-Zadel

Damit psychisch kranke alte Menschen in ihrem vertrauten Lebensumfeld integriert leben können, ist es erforderlich, kleinräumig einen individuellen Hilfemix zu organisieren.

Dafür können im Einzelnen folgende Bausteine von Bedeutung sein:

- Beratung, Diagnostik und Behandlung der zugrunde liegenden Erkrankung, z. B. durch Beratungsstellen, Hausarzt, Facharzt, Klinik, Medizinisches Versorgungs-Zentrum und Integrierte Versorgung;
- Selbsthilfegruppe, Nachbarn, ehrenamtliche Helfer, z. B. Hausfrauen, deren Kinder aus dem Haus sind; rüstige Rentner; behinderte Menschen, die gebraucht werden wollen;
- bezahlte Hilfskräfte (sozialversicherungspflichtige Tätigkeiten nach SGB II, Zuverdienst für Behinderte und Frührentner);
- neue Berufsgruppen, z. B. in Nordrhein-Westfalen wird das Konzept des »Alltags-Managers« von der Arbeitsagentur finanziell gefördert und in Rheinland-Pfalz wird die »Haushaltsassistenz für die Pflege« gefördert vom Land Rheinland-Pfalz erprobt;
- ambulante Pflege, Ergotherapie, Physiotherapie (SGB V, IX, XI, XII);
- professionelles Assessment/Case-Managment, professionelle Anleitung und Koordination der Beteiligten am Hilfemix;
- ergänzend technische Hilfen, die Selbstbestimmung und Unabhängigkeit unterstützen und die Sicherheit in privaten Wohnformen erhöhen; z. B. Funkruf aufgeschaltet zu einer zentralen Servicestelle, die mobilen Dienst herbeirufen kann.

Im Symposium wurden nun innovative und neue Konzepte aus der Praxis, die für einen individuellen Hilfemix erforderlich sein können, vorgestellt. Anhand der nachfolgend genannten und dokumentierten Beiträge entstand im Symposium eine intensive Diskussion über die Bedeutsamkeit eines personenzentrierten Unterstützungsnetzes für die Nutzer.

Peter Motsch berichtete in seinem Beitrag »Förderung von bürgerschaftlichem Engagement« von der Beratungs-, Unterstützungs- und Vernetzungsstelle HALMA in Würzburg. Dieses Angebot stützt sich im Wesentlichen

auf die Arbeit bürgerschaftlich Engagierter, die sogenannten Alltagshelfer, die für demenziell erkrankte Menschen verschiedene Hilfestellungen leisten. Fachliche Schulungen, professionelle Begleitung und Beratung ermöglichen den sachgerechten Einsatz der Alltagshelfer. Sie sind selbstständige Partner im Hilfenetz und arbeiten auf der Grundlage des individuellen Hilfeplans zusammen mit den anderen zuständigen Helfern.

Der Aufbau eines quartiersbezogenen Unterstützungsnetzes für ältere Menschen in Kassel wird von *Ernst Georg Eberhardt* geschildert, an dessen Beginn die Eröffnung einer Hausgemeinschaft stand. Es entsteht nun ein Senioren- und Nachbarschaftszentrum im Quartier mit folgenden konzeptionellen Schwerpunktsetzungen: Quartiersbezug/Kooperation mit der Kirchengemeinde; Mehrgenerationen-Nutzung; Vernetzung von Angeboten; Gewinnung von ehrenamtlichem Engagement.

Es zeigt sich bereits jetzt, dass für die gelingende Umsetzung eines Altenhilfezentrums die Kooperation mit allen relevanten Akteuren vor Ort und die Vernetzung sowie Koordination der unterschiedlichen Hilfen wichtig ist.

In Eichstetten hat man sich, bezogen auf den wachsenden Personenkreis alter Menschen mit Hilfebedarf, der Vision verpflichtet »Das Dorf übernimmt den Generationenvertrag« und gründete im Jahr 1998 zu diesem Zweck die Bürgergemeinschaft Eichstetten e. V. *Gerhard Kiechle*, der ehemalige Bürgermeister der Gemeinde, stellt in seinem Beitrag die Grundlagen dieser Idee anschaulich dar. Der Bau der Wohnanlage »Schwanenhof«, deren Bewohner vorrangig durch ehrenamtliche Mitarbeiter betreut werden, legte den Grundstein für die Entwicklung und Ausdifferenzierung des Angebots, das nun um eine ambulante Pflegewohngruppe ergänzt wird. Ziele sind dabei, eine hohe Lebensqualität in einer »familiären« Umgebung zu bieten und durch den Hilfemix in der Betreuung und Pflege kostengünstiger als ein Pflegeheim zu sein. *Ludger Jutkeit* bezieht sich in seinem Referat auf die Ambulante Hausgemeinschaft »Villa Hittorfstraße« für demenzkranke Menschen, mit der die vielfältigen Hilfen der Alexianer-Brüdergemeinschaft in Münster erweitert wurden. Die Konzeption basiert auf dem Grundgedanken, den Bewohnern ein weitgehend normales Leben in einem familiären Umfeld zu ermöglichen. Die personelle und finanzielle Ausstattung sowie die inhaltliche Schilderung des täglichen Lebens in der Hausgemeinschaft, insbesondere der konsequente Einbezug der Ressourcen der Nutzer machen deutlich, dass ambulant betreute Wohngemeinschaften ein wichtiger Baustein in der regionalen psychiatrischen Versorgung sind.

Förderung von bürgerschaftlichem Engagement

Peter Motsch

Grundlagen des Impulsreferats sind die Erfahrungen der Beratungs-, Unterstützungs- und Vernetzungsstelle HALMA in Würzburg. HALMA geht zurück auf ein Bundesmodellprojekt »Gerontopsychiatrisches Verbundnetz der Altenhilfe in Würzburg« (1992 – 1995). Ziel war es, psychisch veränderten oder schon erkrankten älteren Menschen so lange wie möglich ihr vertrautes Umfeld zu erhalten.

Nach Abschluss des Projekts übernahm ein Trägerverein, bestehend aus der Stadt, der Alzheimergesellschaft und den Wohlfahrtsverbänden die Verantwortung für die Fortführung der Arbeit. Von Anfang an war der Aufbau und der Einsatz eines bürgerschaftlich getragenen Helferkreises wesentlicher Teil des Konzepts und der daraus entwickelten Praxis.

Ich bin Begründer von HALMA und Vorsitzender des Trägervereins. Außerdem bin ich Vorsitzender der Alzheimer Gesellschaft Würzburg/Unterfranken, die Mitglied des Trägervereins ist. Schließlich bin ich noch ehrenamtlicher gesetzlicher Betreuer einer an schwerer Demenz erkrankten älteren Dame ohne nahe Angehörige.

1 Bürgerschaftliches Engagement und professionelles Handeln

Bürgerschaftliches Engagement ist als freiwilliger Einsatz für andere Bürger unentgeltlich (allenfalls Auslagenersatz) oder wird unter bestimmten Voraussetzungen »belohnt« (Aufwandsentschädigung). Begrifflich dazu abzugrenzen ist das *Selbsthilfeengagement*, worunter bürgerschaftlicher Einsatz aus Betroffenheit, unter erschwerten Bedingungen und mit klarer Motivation zu verstehen ist.

Bürgerschaftliches Engagement ist nicht weniger als bezahlte Arbeit von Fachkräften, sondern etwas grundsätzlich anderes. Ihre andere Qualität kommt aus der anderen Motivation, aus der starken Selbstbestimmung und nicht zuletzt aus der individuellen Kompetenz.

Freiwilliges Engagement und bezahlte (pflichtige) Arbeit von Fachkräften sollen sich gegenseitig unterstützen und ergänzen, nicht ersetzen.

2 Aufgabenfelder und Rahmenbedingungen für den Einsatz von Freiwilligen

Es geht um Hilfen im Alltag für demenziell erkrankte ältere Menschen

- zur Erhaltung der Selbstständigkeit für alleinlebende Menschen in der frühen Phase der Erkrankung,
- zur Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger durch Tätigwerden im Hause oder/und durch Engagement in Rahmen einer Betreuungsgruppe,
- zur Verbesserung der Alltagssituation im Heim,
- in der Selbsthilfe durch Beratung und Ermutigung in der und durch die Gruppe oder von Person zu Person.

Alltagshelfer werden fachlich geschult, eingeführt und begleitet. Fachlich heißt hochprofessionell. Schulung erfolgt in Kursform. Professionelle Beratung im Einzelfall und/oder in regelmäßigen Helferkonferenzen sind unverzichtbar.

Alltagshelfer arbeiten vernetzt auf der Grundlage eines professionell erarbeiteten Hilfeplans, der entsprechend den zwischenzeitlich eintretenden Veränderungen fortgeschrieben wird. Die Alltagshelfer sind selbstständige Partner im Hilfenetz, zusammen mit dem Arzt, den sozialpflegerischen Diensten, mit Nachbarn und anderen helfenden Institutionen. Soweit Angehörige einbezogen sind, erfolgen Absprachen mit ihnen, bei Heimbewohnern zusätzlich solche mit der Leitung des Pflegedienstes.

Alltagshelfer erhalten finanzielle Anerkennung durch Aufwandsentschädigungen. Für eine Stunde erhält die Alltagshelferin 8 Euro im Einsatz für alleinlebende ältere Menschen und 5 Euro im Einsatz zur Unterstützung von Familienangehörigen, zuzüglich einer kleinen Fahrtkostenpauschale. Diese finanzielle Entschädigung ist keine Entlohnung, sondern eine »Belohnung«. Sie ist als Einnahme aus selbstständiger Tätigkeit zu versteuern. Darüber hinaus werden alle Alltagshelfer haftpflichtversichert (Gruppenhaftpflichtversicherung). Die Aufwandsentschädigung wird im Blick auf die Praxis der Würzburger Freiwilligenarbeit damit gerechtfertigt, dass die Alltagshelfer in einem schwierigen Tätigkeitsfeld kompetent und verlässlich arbeiten.

Alltagshelfer erfahren auch Anerkennung durch die fachliche Unterstützung, durch die Zuerkennung der Partnerrolle im Hilfegeschehen und nicht zuletzt durch die Pflege der Gemeinschaft des Helferkreises.

3 Professionelle Unterstützungsstrukturen am Beispiel der Beratungs-, Unterstützungs- und Vernetzungsstelle HALMA

Die Aufgaben einer solchen Stelle sind:
- Patientenarbeit (Behandlungspflege)
- Angehörigenarbeit, insbesondere Einzelberatung, Pflegekurse sowie Organisation und Begleitung von Angehörigengruppen
- Aufbau und fachliche Begleitung eines Helferkreises
- Fortbildung
- Gremien-, Infrastruktur- und Öffentlichkeitsarbeit
- verschiedene Einzelprojekte, z. B. Tanzcafé

Die Aufgaben werden durch ein multiprofessionelles Team wahrgenommen.

Das Personal setzte sich 2005 aus zwei Vollzeitfachstellen zusammen, im Einzelnen insgesamt:
- Dipl. SozialarbeiterIn, 50 %
- Dipl. PädagogIn, 75 %
- Gerontopsychiatrische Fachpflegekraft, 75 %
- Verwaltung 50 %
- Arzt konsiliarisch

Der Helferkreis mit inzwischen über 70 Alltagshelfern machte 2006 eine personelle Verstärkung um ein Dipl. SozialpädagogIn mit 50 % erforderlich.

3.1 Finanzierung der Unterstützungsstruktur

Zur Finanzierung der oben beschriebenen Aufgaben bedarf es einer Mischfinanzierung.

Für die Finanzierung von HALMA werden herangezogen (unter sehr unterschiedlichen Gesichtpunkten):
- Bezirk Unterfranken für Gerontopsychiatrie (Sozialpsychiatrischer Dienst, »Laienhelfer«)
- Freistaat Bayern, Programm Netzwerk Pflege (professionelle Unterstützung von Angehörigen und ehrenamtlichen Helfern)
- Pflegekassen (vor allem Kurse und Angehörigenberatung)
- Pflegeleistungergänzungsgesetz (Betreuungsgruppen, Koordinierungsaufwand)

- Krankenkassen (gerontopsychiatrische Behandlungspflege, nur AOK, Selbsthilfe)
- Stadt Würzburg (ergänzende Förderung von Angehörigenberatung, Freiwilligenarbeit und ambulanter Pflege)
- Mitgliedsbeiträge, Spender und Sponsoren

Die Aufwandsentschädigungen für Alltagshelfer werden in der Regel privat geleistet.

Hierzu können jährlich bis zu 460 Euro aus dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz refinanziert werden, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen. Auf mögliche Leistungen zur Verhinderungspflege bis zu 1432 Euro jährlich ist vollständigkeitshalber hinzuweisen.

3.2 Leistungsbilanz von HALMA

In 2005 waren 66 Alltagshelfer

- davon 62 Frauen und vier Männer
- überwiegend im Alter von 40 bis 60 Jahre
- in der Regel mindestens zwei- bis dreimal wöchentlich im Einsatz

Es erfolgten insgesamt 91 Einsätze bei 72 Patienten

- davon 73 Einsätze ambulant, zu Hause; hier: 48 bei alleinlebenden Patienten und 25 zur Entlastung der Angehörigen
- und 18 Einsätze stationär; hier: Helferinnen begleiten ihre Patienten in Einzelfällen zur Bewältigung des Heimaufenthalts im Heim

HALMA verfügt über eine offene Angehörigengruppe, ca. 15 Personen treffen sich mindestens einmal monatlich und eine geschlossene Angehörigengruppe, die sich auf dem Weg zu einer Selbsthilfegruppe befindet. Es wurden zwei Betreuungsgruppen bei Mitgliedern des Trägervereins gegründet, seit September 2006 gibt es eine eigene Betreuungsgruppe. Weiterhin besteht eine Alzheimer Selbsthilfegruppe beim Mitglied des Trägervereins Alzheimer Gesellschaft.

Fazit

Im Hinblick auf den steigenden Betreuungsbedarf Demenzkranker in Zukunft ist für mich die Pflege dieser Menschen mit gesicherter Lebensqualität ohne Einsatz von freiwillig tätigen Alltagshelfern nicht vorstellbar. Dabei spielt die Bezahlbarkeit dieser Betreuungsleistungen eher eine untergeordnete Rolle. HALMA und sein Helferkreis sind noch immer eine große Ausnahme in der Pflege- und Betreuungslandschaft demenziell erkrankter älterer Menschen. Es ist längst an der Zeit, dass sich unsere Gesellschaft dieser dramatischen Entwicklung bewusst wird und sich anschickt, auch persönlich zur Minderung dieser zunehmenden Not im Alter beizutragen. Ich wünschte mir von dieser Tagung entsprechende Signale und Impulse.

Vom Heim zum Altenhilfezentrum im Quartier

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«, 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. 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!

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.

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.

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.

Es gibt in diesem Bereich beachtliche Unterschiede in den einzelnen Bundesländern, was kaum nachzuvollziehen oder gar inhaltlich zu rechtfertigen ist. Unklar ist, warum SeniorInnen 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 BewohnerInnen angeht, nicht gegeben. Rechtlich und finanziell gibt es jedoch gravierende Unterschiede, z. B. was die Kontrollen der Betreiber bzw. den Schutz der Betreuten angeht.

Die bestehende strikte Unterscheidung zwischen stationär und ambulant ist für innovative Entwicklungen äußerst hinderlich!

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 Nachbarschaftszentrums, das zurzeit errichtet und im Sommer 2007 in Betrieb gehen wird. Bedauerlicherweise gibt es Investitionshilfen, ohne die solche (ehrgeizigen) Projekte im Prinzip nicht realisierbar sind, nur einma-

lig bzw. für einen sehr kurzen Zeitraum und für wenige Baumaßnahmen. 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 einen 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 SeniorInnen 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.

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. 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.

Für den Antrag auf Modellförderung wurde die bisherige Konzeption ausdifferenziert und erweitert, nämlich:

Neben den direkten Kooperationspartnern

- »Zentrum für Menschen mit Demenz und Angehörige« (ZEDA),
- die Familienhilfe des Diakonischen Werkes und
- die Diakonie-Stationen mit ihrem Standort Kassel Ost (ins Nachbargebäude der Kirchengemeinde)

wollen wir kooperieren mit

- Ortsbeirat des Stadtteils,

- Kirchengemeinden,
- Jugendamt der Stadt Kassel,
- Gesundheitsamt der Stadt Kassel,
- Sozialamt der Stadt Kassel,
- Alzheimergesellschaft,
- Schulen, Kindertagesstätten etc.
- Initiativen im Stadtteil/Vereine,
- Wohnungsbaugenossenschaften,
- Geschäfte, Händler, Betriebe im Quartier.

Als eher SeniorenInnen-spezifische Angebote sind vorgesehen:

- Computerkurse für SeniorInnen,
- Handykurse für SeniorInnen,
- niedrigschwellige Betreuungsangebote für Menschen mit Demenz,
- Bewegungs- und Gedächtnisübungen,
- helfende Hände (haushaltsnahe Hilfen),
- Nachbarschaftswerkstatt,
- Gruppenangebote für Angehörige für Demenzkranke,
- offene Sprechstunde.

Familien- und generationsübergreifende Angebote wären:

- Mittagstisch für Jung und Alt,
- Stadtteilfrühstück,
- Helferagentur zur häuslichen Betreuung,
- Elternkurse für bildungsferne Eltern/Risikofamilien,
- Familienhebammen,
- Sprachkurse für zugewanderte Frauen,
- Hausaufgabenhilfe.

Erstes Fazit

Das Quartier, die SeniorInnen 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 Selbstständigkeit 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 davon abhängen, ob es gelingt, möglichst viele und unterschiedliche Angebote und Dienste miteinander zu verknüpfen.

Dorfgemeinschaft Eichstetten

Gerhard Kiechle

Eichstetten ist eine Gemeinde (Dorf) mit ca. 3200 Einwohnern und liegt 18 km westlich von Freiburg i. Br. am Kaiserstuhl im Bundesland Baden-Württemberg.

Die Dorfgemeinschaft Eichstetten (bestehend aus den Bürgerinnen und Bürgern und der politischen Gemeinde) hat sich nach intensiven Diskussionen und Überlegungen der Aufgabe gestellt, die vielfältigen sozialen Aufgaben im Dorf in solidarischer bürgerschaftlicher Verantwortung gemeinsam zu übernehmen.

Ausgangspunkte für diesen neuen bürgerschaftlichen Weg waren einerseits die in Dörfern unserer Größe in der Regel fehlenden Pflege- und Betreuungseinrichtungen und andererseits die immer stärker gewordene Nachfrage von Bürgern, in der gewohnten Umgebung alt und gepflegt werden zu können. Gespräche mit Bau- bzw. auch Betriebsträgern von Pflegeeinrichtungen hatten ergeben, dass sich entsprechende Einrichtungen in kleineren Gemeinden aus betriebswirtschaftlichen Gründen nicht rechnen. Mit diesen damaligen Aussagen konnten und wollten wir uns nicht zufriedengeben.

Der Zustand der Gesellschaft – gerade auch einer Dorfgemeinschaft – lässt sich auch daran bemessen, wie sie mit denen umgeht, die nicht für sich selbst sorgen können. Dies sind neben Kindern vor allem pflegebedürftige und alte Menschen.

Dies war für uns der Leitgedanke für eine gesamtgesellschaftliche gemeinsame Aufgabe der Kommunalpolitik und der in unserem Dorf lebenden Bürgerinnen und Bürgern. Mit interessierten Bürgern, dem Bürgermeister und Gemeinderäten sowie unter Einbeziehung sozialer Organisationen, den Kirchen und sachkundigen Fachleuten wurde ein Arbeitskreis gegründet. Die Grundidee und Ziele wurden eingehend diskutiert und es entstand die Vision: *»Das Dorf übernimmt den Generationenvertrag«.*

Nicht eine übergeordnete Organisation oder gar der Staat sollte die sozialen Aufgaben im Dorf erledigen. Nein, die Bürgerinnen und Bürger wollten als Solidargemeinschaft die sozialen Aufgaben übernehmen und in eigener Verantwortung entsprechende Einrichtungen schaffen sowie Hilfe und Unterstützungsleistungen im Dorf initiieren. Es war eine sehr positive Aufbruchstimmung im Dorf, die dieses große Projekt begleitete.

Bürgergemeinschaft Eichstetten e.V.

Als Rechtsform wurde nach Abwägung anderer Alternativen der eingetragene Verein mit dem Namen »Bürgergemeinschaft Eichstetten e. V.« ausgewählt. Gemeinsam mit allen Beteiligten wurde die Vereinssatzung erarbeitet.

Ich möchte zwei Auszüge aus der Satzung zitieren:

»Präambel
Die Bürgergemeinschaft Eichstetten möchte sich gemäß ihren Möglichkeiten den vielfältigen sozialen Aufgaben und Herausforderungen annehmen und Strukturen zur Unterstützung hilfebedürftiger Bürgerinnen und Bürger aufbauen.
Ziel soll es sein, im Dorf bestehende und entstehende gesellschaftliche Aufgaben und Notlagen durch das gemeinsame Handeln der Bürgerinnen und Bürger unseres Dorfes zu bewältigen. Die Bürgergemeinschaft strebt die Mitwirkung der Bürgerinnen und Bürger, Kirchen, Verbänden und Vereinen in Eichstetten an, sie ermöglicht ein solidarisches, generationenübergreifendes bürgerschaftliches Engagement.«
»§ 2 Absatz 1 Zweck des Vereins
Zweck des Vereins ist die Förderung der Alten-, Behinderten- und Jugendhilfe, Verständigung der Generationen untereinander sowie die Förderung der Verantwortung der Dorfgemeinschaft für soziale Fragen.«

Mit 272 Gründungsmitgliedern wurde die Bürgergemeinschaft am 9. März 1998 gegründet, zurzeit sind es 460 Mitglieder.

Die Satzungsziele sollten verwirklicht werden durch

1. den Bau einer behindertengerechten Wohnanlage (16 Wohnungen) mit einem Bürgerbüro als Anlaufstelle für die sozialen Anliegen der Bürger und Bürgertreffräumen und auch als Zentrum für Hilfe und Begegnung
2. Aufbau von Hilfestrukturen auch generationenübergreifend für alle hilfebedürftigen Menschen im gesamten Dorf durch ehrenamtlich engagierte Bürgerinnen und Bürger.

Im Jahr 1996 wurde mit dem Bau der Wohnanlage »Schwanenhof« (Betreutes Wohnen) begonnen. Konzeption, Planung und Ausstattung erfolgte unter sehr intensiver Beteiligung und Mitsprache von in verschiedenen Arbeitskreisen engagierten Bürgerinnen und Bürger. Finanziert wurde der Schwanenhof in einer Art Bauherrengemeinschaft mit der Gemeinde, Eichstetter Bürgerinnen und Bürgern, der Winzergenossenschaft und einem Investor. Die Eröffnung erfolgte im August 1998.

Neben dem Bau und der Finanzierung des Schwanenhofes war insbesondere der Aufbau und die Organisation der Betreuungs- und Hilfedienste die entscheidende Herausforderung.

Aus der Vision der Übernahme des Generationenvertrages in bürgerschaftlicher Verantwortung ergab sich die klare Zielrichtung, *keine* hauptamtlichen Strukturen zu schaffen, die ergänzend durch Ehrenamtliche unterstützt werden. Die Gesamtverantwortung einerseits, aber auch die Erledigung der Aufgaben andererseits, sollte in ehrenamtlichen Händen sein.

Hierzu bekamen wir eine wichtige Unterstützung durch eine Fachbegleitung im Rahmen eines Modellvorhabens des Sozialministeriums Baden-Württemberg mit wissenschaftlicher Begleitung durch die evangelische Fachhochschule in Freiburg.

In mehreren Schulungs- und Fortbildungskursen wurden und werden interessierte Bürgerinnen auf die Aufgaben in der Betreuung, der Pflege und in der Einsatzleitung vorbereitet. Die regelmäßige Fortbildung und auch Supervision der Helferinnen ist der Bürgergemeinschaft sehr wichtig.

Geleitet und koordiniert wird der gesamte Einsatz- und Tätigkeitsbereich durch drei engagierte Frauen im Büroteam, die auch Ansprechpartner für die Bürger sind. Darüber steht der von den Mitgliedern gewählte Verwaltungsrat mit dem Vorstand.

Aktuelle Aufgabenbereiche der Bürgergemeinschaft:

- Beratung, Betreuung und Versorgung der Bewohner der Wohnanlage
- Angebote von qualifizierter Hilfe im gesamten Dorf zu sozialverträglichen Preisen
- Ansprechpartnerin für alle sozialen Belange des Dorfes mit Koordination der Angebote für ältere, kranke und behinderte BürgerInnen
- Tagesgruppe für an Demenz erkrankte und hilfebedürftige Menschen (an zwei Tagen in der Woche)
- Kernzeitenbetreuung für Grundschulkinder
- Krabbelgruppe (Kinder unter drei Jahren)
- Ferienbetreuung für Schulkinder
- vielfältiges Angebot an Veranstaltungen in den Bürgertreffräumen
- Schulung und Begleitung engagierter BürgerInnen

Das Engagement in der Bürgergemeinschaft erfolgt grundsätzlich ehrenamtlich. Für einzelne Tätigkeiten mit einer besonderen Verpflichtung z. B. Pflege, Einsatzleitung usw. wird eine Aufwandsentschädigung gezahlt.

Weiterentwicklung des Schwanenhofes

Die zunehmende Zahl von an Demenz erkrankten Menschen in der Wohnanlage, aber auch im Dorf macht die Erweiterung des Schwanenhofes um eine entsprechende »Pflegeeinrichtung« dringend notwendig. Nach vielen Gesprächen und Besichtigungen haben wir uns entschieden:

- für den Bau einer ambulanten Pflegewohngruppe für an Demenz erkrankte und stark hilfebedürftige Menschen – Fertigstellung voraussichtlich Ende 2007
- mit zehn bis zwölf Bewohnerinnen und Bewohnern
- in der Trägerschaft durch die Bürgergemeinschaft e. V.
- die Vermietung erfolgt durch die Gemeinde
- Betreuung erfolgt durch Mitarbeiter der Bürgergemeinschaft, bürgerschaftlich Engagierte und Angehörige (Hilfemix)
- qualifizierte (medizinische) Pflegeleistungen durch Kooperation mit der Sozialstation bei Bedarf

Unser *Ziel*: Durch den Hilfemix in der Betreuung und Pflege, durch die Einbeziehung von Angehörigen und ehrenamtlich Engagierten kostengünstiger zu sein, als ein Pflegeheim und trotzdem eine hohe Lebensqualität in einer »familiären« Umgebung zu bieten.

Resümee aus acht Jahren praktischen Erfahrungen

- Es entstand eine dörfliche Sozialkultur
- Es besteht eine starke Verantwortungsbereitschaft im Dorf für soziales und bürgerschaftliches Engagement
- Der Schwanenhof (Bürgergemeinschaft) war ein erstes positives Beispiel (Signalwirkung) für vielfältige weitere bürgerschaftliche Projekte im ökologischen, sozialen und kulturellen Bereich
- Nachhaltigkeit der Prozesse auf dem Weg zur Bürgerkommune (Eichstetten wurde 2003 Bundessieger als zukunftsfähige Kommune)
- Gute Zusammenarbeit zwischen ehrenamtlich Engagierten und Hauptberuflichen in kooperierenden Pflegediensten und Verbänden auf gleicher Augenhöhe

Hausgemeinschaft »Villa Hittorfstraße«

Ludger Jutkeit

Einleitend ein paar Worte zu der *Alexianer-Brüdergemeinschaft GmbH*, der Trägergesellschaft der Alexianerbrüder (St. Alexius-Provinz, Aachen) und ihren Aktivitäten.

Die Alexianer-Brüdergemeinschaft GmbH betreibt an fünf Hauptstandorten (Aachen, Köln, Krefeld, Münster und Landkreis Diepholz) vielfältige Angebote im Bereich der Gesundheitshilfe. Zu den Angeboten gehören insbesondere Allgemeinkrankenhäuser, Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, umfangreiche Wohn- und Arbeitsangebote für Menschen mit psychischer oder geistiger Behinderung, differenzierte Behandlungs-, Pflege- und Wohnangebote für Senioren mit dem Schwerpunkt Gerontopsychiatrie sowie mehrere modellhafte Einrichtungen für ältere Mitbürger(innen).

Ich möchte mich nun näher mit unserem Standort Münster und im Speziellen mit unseren Angeboten der Altenhilfe befassen. Münster, alte Provinzhauptstadt im Münsterland, mit ca. 280 000 Einwohnern hat insbesondere für ältere Menschen eine große Anziehungskraft. Dies spiegelt sich in der demografischen Entwicklung wider. So wird erwartet, dass sich die Einwohnerzahl der über 65-Jährigen von 40 000 im Jahr 1997 auf 59 000 im Jahr 2010 erhöht. Bei den über 75-jährigen Einwohnern wird sich die Anzahl von 17 000 im Jahr 1997 auf 21 000 im Jahr 2010 erhöhen. Diese Zunahme zeigt den großen Stellenwert der Altenhilfe, gerade auch in die Zukunft gerichtet, auf. Politik und Verwaltung der Stadt Münster sind seit vielen Jahren sehr aktiv im Aufbau einer guten Altenhilfe-Infrastruktur für ihre Bürger. Die Alexianer-Krankenhaus Münster GmbH ist mit ihren innovativen Konzepten daher immer auf offene Ohren gestoßen.

Angebote der Alexianer für ältere Mitbürger in Münster

Grundlegend für unsere Arbeit sind die Grundsätze:

- Klinisch und außerklinisch tätig werden
- Dezentral das gesamte Kompetenzspektrum der Alexianer nutzen

Bis Anfang der 90er-Jahre lag der Schwerpunkt unserer Arbeit im stationären klinischen Bereich. In den folgenden Jahren wurde eine umfassende außerklinische Versorgungsstruktur aufgebaut.

Die Keimzelle des gerontopsychiatrischen Angebots ist die im Jahre 1992 gegründete *Gerontopsychiatrische Beratungsstelle*. Als trägerübergreifende Institution werden neben den Einzelberatungen auch immer mehr Institutionsberatungen und Fortbildungen durchgeführt. Zur gleichen Zeit war auch das im Bericht der Expertenkommission der Bundesregierung (1988) konzipierte Gerontopsychiatrische Zentrum in konkreter Planung.

Das *Gerontopsychiatrische Zentrum* (»Clemens-Wallrath-Haus«) konnte im Jahr 1996 eröffnet werden. Es vereint eine Vielzahl an Angeboten unter einem Dach. Insbesondere für Angehörige von an Demenz erkrankten Menschen ist dies von großem Vorteil.

- Unsere Tagesklinik verbindet zwei Vorteile für bis zu 15 Patienten: Sorgfältige Diagnostik und die intensive Therapie des Krankenhauses mit der Möglichkeit, weiterhin im vertrauten Umfeld zu wohnen.
- Die Tagepflege mit 20 Plätzen entlastet pflegende Angehörige und verzögert eine Heimaufnahme oft erheblich.
- Der Schwerpunkt der Institutsambulanz liegt in ambulanter Diagnostik und Behandlung zu Hause und im Altenheim. Die Inanspruchnahme der Ambulanz wächst stetig.
- Zur gleichen Zeit wurde unser ambulanten Pflegedienst »pia-causa Krankenpflege GmbH« gegründet. Sein Schwerpunkt liegt in der Pflege gerontopsychiatrischer Patienten im gesamten Stadtgebiet.
- »Lichtblick«, der häusliche Besuchsdienst für psychisch kranke ältere Menschen und ihre Angehörigen arbeitet mit freiwilligen Helfern. Fachlich fortgebildet und begleitet von hauptamtlichen Mitarbeiterinnen bieten die Helfer, insbesondere pflegenden Angehörigen, Entlastung für einige Stunden in der Woche.
- Als Angebot für Mitarbeiter, welche in der Versorgung gerontopsychiatrischer Patienten tätig sind, versteht sich die staatlich anerkannte »Akademie für gerontopsychiatrische Fachpflege«.

Das »Haus Dominic« konnte im Jahr 2000 die Tätigkeit aufnehmen und beherbergt unsere *Kurzzeitpflege* für demenziell erkrankte Menschen. Das neu erbaute Atrium-Haus mit schönem Garten bietet 20 pflegebedürftigen Gästen schon allein durch seine Architektur eine attraktive Bleibe mit Urlaubscharakter.

Unsere »Damian-Klinik« wurde im Jahr 2005 neu errichtet. Sie bietet 42 gerontopsychiatrisch erkrankten Patienten *klinische Behandlungsmöglichkeiten*. »Psychotherapie der zweiten Lebenshälfte« sowie die Behandlungsschwer-

punkte »schwere und leichte Demenz« vereint die Klinik unter einem Dach. Die Architektur und Ausstattung im Hotelstandard ermöglichen Therapie und Pflege in familiärer Atmosphäre.

Angebote im Bereich Wohnen für ältere Mitbürger

Die Alexianer betreiben in Münster zwei *Altenheime* inklusive Service-Wohnen, Tagespflege und einem Pflegeangebot für jüngere Pflegebedürftige.

Neben dieser klassischen Versorgung wurden in den letzten zehn Jahren drei *Hausgemeinschaften* für demenziell erkrankte Menschen aufgebaut. Das Hausgemeinschaftskonzept setzt sich mehr und mehr als eine zukunftsweisende Versorgungsform, gerade für demenziell erkrankte Menschen, durch.

Die Hausgemeinschaften zeichnen sich durch das inhaltliche Konzept aus, welches geprägt wird von den Bewohnern, Angehörigen und den Mitarbeitern, die als Pflegecoach tätig sind. Die Hausgemeinschaften sind keine Institution, verwalten sich selbst und sind dezentral organisiert. Ein Grundgedanke unserer Hausgemeinschaften ist, den demenziell erkrankten Bewohnern ein weitgehend normales Leben in einer familiären Atmosphäre zu ermöglichen.

Hausgemeinschaft »Villa Hittorfstraße«

Die Geschichte unserer Hausgemeinschaften beginnt mit der »Villa Hittorfstraße«. Das Konzept wurde in den folgenden Jahren in unseren Häusern »Villa Mauritz« und »Haus Taubenstraße« erneut umgesetzt.

Die Alexianer-Brüdergemeinschaft bekam 1995 die Möglichkeit, die Villa Hittorfstraße vom Bundesvermögensamt zu erstehen. Wir hatten uns damals eingehend mit der Problematik in der Versorgung insbesondere demenziell erkrankter Menschen beschäftigt und waren der Überzeugung, dass kleine, ambulant betreute Hausgemeinschaften, weitab von stationärem Denken geprägt, eine Alternative zu den bestehenden Alten- und Pflegeheimen darstellen könnten.

Unser Konzept wurde formuliert, mit dem Kuratorium Deutsche Altershilfe abgestimmt und dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) vorgestellt. Das BMA, später das Bundesministerium für Gesundheit, bewilligte im Rahmen des »Modellprogramms zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger« finanzielle Mittel für den Umbau der »Villa Hittorfstraße«

und für eine befristete Personalkostenmitfinanzierung. Im Jahr 1998 wurde die »Villa Mauritz« in gleicher Weise gefördert.

Die Villa Hittorfstraße verfügt über fünf Etagen, einschließlich Souterrain und Spitzboden, mit ca. 600 qm Nutzfläche. Darüber hinaus verfügt das Grundstück über einen großen Garten. Die Größe des Hauses erlaubt es, den zehn Bewohnern ausreichenden und variablen Raum zur eigenen und gemeinsamen Verfügung bereit zu stellen. Die Villa wurde behindertengerecht umgebaut. Unter anderem wurde ein Aufzug eingebaut, der von außen zugänglich ist und jede Etage anfährt.

Ein wesentlicher Aspekt ist die Wertschätzung der Hausbewohner und ihrer Angehörigen als Mieter und nicht als Heimbewohner. Zurzeit leben sieben Frauen und drei Männer in der Villa.

Die Bewohner mieten ein eigenes Appartement. Die Räumlichkeiten sind unmöbliert und werden von den Bewohnern nach eigenem Geschmack gestaltet. Jedes Appartement hat einen eigenen Telefon- und Fernsehanschluss, einen eigenen Briefkasten und eine eigene Türklingel. Die eigenen Räumlichkeiten bieten den Bewohnern die notwendigen Rückzugsmöglichkeiten in die unentbehrliche private Sphäre.

Die Gemeinschaftsräume sind zum größten Teil ebenfalls von den Bewohnern gestaltet worden, sodass sich ein äußerst buntes, lebendiges und gemütliches Ambiente verbreitet. In den Gemeinschaftsräumen besteht die rege genutzte Gelegenheit, den Alltag gemeinsam zu gestalten, gemeinsam zu kochen und seinen Hobbys nachzugehen. Insbesondere die Küchen sind der Lebensmittelpunkt der Bewohner. Gerüche und Geräusche sind vertraut und regen die Sinne an.

In den Wohngemeinschaften selbst werden keine therapeutischen Angebote im althergebrachten Sinne vorgehalten. Vielmehr geht es um die Verwirklichung eines freundlichen, anregungsreichen, aber auch ruhigen Wohnmilieus. Die Häuser sind keine Therapieeinrichtungen oder Rehabilitationsstätten.

Die Hausbewohner sollen nach ihren Fähigkeiten und Vorlieben mithelfen, den Haushalt zu führen. Von der Zubereitung der Mahlzeiten, bis hin zur Wäschepflege, wird alles in den Häusern durchgeführt. Gerade die Einbindung der Hausbewohner in die sinnvollen alltagspraktischen Dinge erhält und weckt Kompetenzen. Der Alltag ist die beste Therapie. Auch bei erheblicher Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit ist ein Umzug in eine Spezialeinrichtung *nicht* notwendig. Die gewohnte, normale Umgebung bleibt der Lebensmittelpunkt.

Den Bewohnern steht tagsüber jeweils eine gerontopsychiatrisch erfahrene Altenpflegekraft als Pflegecoach zur Verfügung. Nachts ist eine Bereitschaft im Hause. Eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung ist somit gewährleistet.

Der Pflegecoach, oder besser noch die »Hausmutter« ist der Manager des Alltags für die Verwirrten. Sie hilft beim Aufstehen, bei der Zubereitung der Mahlzeiten, organisiert falls notwendig gemeinsam mit den Verwirrten bzw. deren Angehörigen externe Hilfen wie z. B. ambulante Dienste zur Pflege oder Wohnungsreinigung, berät die Angehörigen und ist Ansprechpartner für den Hausarzt. Sie arbeitet ganzheitlich und übernimmt somit die Funktion der engagierten Hausfrau eines großen Haushaltes.

Die Bewohner können mit ihrer Hilfe im Rahmen ihrer Möglichkeiten ein weitgehend selbstbestimmtes Leben führen.

Neben der unverzichtbaren fachlichen Qualifikation und Erfahrung im gerontopsychiatrischen Bereich, wurde bei der Auswahl der Mitarbeiterinnen insbesondere darauf geachtet, dass sie über die menschliche Wärme und das Einfühlungsvermögen verfügen, welches ältere verwirrte Menschen benötigen, um sich wohlzufühlen. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Lebenserfahrung und die Kompetenz, einen Haushalt mit zehn Personen zu führen.

Je nach Bedarf können die Bewohner des Hauses individuell abgestufte Leistungen in den Bereichen Pflege, Hauswirtschaft und Behandlung von außerhalb, z. B. von einem ambulanten Pflegedienst, einkaufen. Haus- sowie Fachärzte, Physiotherapeut, Maniküre und Friseure kommen auf Anfrage bei immobilen Bewohnern in die Häuser. Das bedeutet eine konsequente Einbindung des Projekts in das Verbundsystem externer Hilfen anstelle einer zentralen Versorgung.

Finanzierung

Angehörige und Hausbewohner entscheiden sich in der Regel für die Versorgung durch einen gemeinsamen Pflegedienst. Neben dem Vorteil der kontinuierlichen Begleitung durch immer gleiche Personen, ist auch die Koordinierung einfacher. Die Wahlmöglichkeit für die Bewohner bleibt jedoch erhalten. Die für die tägliche Grundpflege entstehenden Kosten können, falls der Bewohner gemäß der Pflegeversicherung eingestuft ist, über die Pflegekasse als ambulante Leistung abgerechnet werden.

Für die Finanzierung bedeutet dies, dass es Bewohner gibt, die neben der anfallenden Miete und den Lebenshaltungskosten, nur für die Rund-um-

die-Uhr-Betreuung aufkommen müssen. Wenn die finanziellen Eigenmittel für diese Betreuung nicht ausreichen, tritt die Stadt Münster im Einzelfall als Kostenträger ein.

Andere Bewohner, die weitere Hilfen z. B. im Bereich der Pflege oder bei der Reinigung ihrer privaten Räumlichkeit benötigen, haben einen entsprechend höheren finanziellen Aufwand. Angehörige haben natürlich die Möglichkeit, die Kosten zu minimieren, indem sie selbst diese Aufgaben übernehmen.

Exemplarisch möchte ich den Monat August 2006 anführen. Zu diesem Zeitpunkt waren in der Villa Hittorfstraße zwei Mieter nicht eingestuft, drei in Pflegestufe 1, ein Mieter in Pflegestufe 2 und vier Mieter in Pflegestufe 3. Neben dem normalen Mietvertrag mit einer monatlichen Warmmiete von 425 Euro bis zu 740 Euro entrichtet jeder Mieter der Hausgemeinschaft 200 Euro in die Haushaltskasse. Ein fixer Kostenpunkt in Höhe von 1028 Euro ist die Rund-um-die-Uhr-Betreuung, die unabhängig von der jeweiligen Pflegestufe notwendig ist. Alle weiteren Leistungen werden individuell ermittelt und berechnet. Am Beispiel des Monats August 2006 liegen die durchschnittlichen Gesamtkosten bei 3142 Euro, der durchschnittliche Eigenanteil nach Abzug der Kranken- und Pflegekassenbeträge liegt bei 1936 Euro. Mit diesem Betrag ist die monatliche Belastung im Rahmen der münsteranischen stationären Altenhilfeeinrichtungen anzusiedeln.

Als Resümee der vergangenen zehn Jahre lässt sich konstatieren, dass insbesondere das konsequente Leben eines »normalen Alltags« in einer angenehmen Atmosphäre sowohl Hausbewohner, Angehörige und Mitarbeiter in den Hausgemeinschaften sehr zufrieden stimmt. Ambulant betreute Hausgemeinschaften haben daher zu Recht ihren festen Platz in der Altenhilfe.

VI Medizinische Hilfen bei gerontopsychiatrischen Erkrankungen

Einleitung

Hans Gutzmann, Heinrich Kunze

Nach den »Handlungsfeldern und Praxisbeispielen« I bis V geht es nun um medizinische Hilfen.

Die Gliederung lässt diese »Handlungsfelder ...« als eine Abfolge von separaten Bereichen erscheinen. Dieser Eindruck wäre zu einfach. In diesem Symposium geht es um den medizinischen Fokus, doch machen die vier Beiträge deutlich: Wenn der Bezugspunkt die Person in ihrem sozialen Kontext und in dem von ihr erreichbaren professionellen Hilfenetz ist, dann kommt der Zusammenarbeit über institutionelle Sektoren, Fachbereiche und Berufsgruppen hinweg entscheidende Bedeutung zu.

Diagnostik und Therapie bei psychischen Erkrankungen alter Menschen haben große Fortschritte gemacht. Das wird in den folgenden Beiträgen deutlich. Das gilt nicht nur für die Pharmakotherapie von psychischen und somatischen Symptomen, sondern auch für die differenzierte Alterspsychotherapie und Milieutherapie. Der diagnostische und therapeutische Blick ist nicht mehr nur auf Defizite gerichtet, sondern berücksichtigt ebenso Fähigkeiten und Unterstützungspotentiale im Umfeld. Besondere Aufmerksamkeit erfordert die medizinische (inkl. gerontopsychiatrisch-psychotherapeutische) Behandlung in Heimen. Qualitätssicherung überschreitet die Grenzen von Berufsgruppen, Institutionen, Fachgebieten, Finanzierungsbereichen und thematisiert ihr Zusammenwirken für die betroffenen Menschen – »Schale der Geborgenheit« – in einem Sektor, einer Region.

In krassem Gegensatz dazu steht die völlig unzureichende Anwendung dieser Fortschritte in der Versorgung alter Menschen: Ein hoher Anteil von alten Personen wird wegen körperlicher Erkrankungen ins Allgemeinkrankenhaus aufgenommen. Wenn bei ihnen eine gleichzeitig vorliegende Demenz oder Depression nicht angemessen berücksichtigt wird, dann ist die nur somatische Behandlung nicht die Lösung des Problems, sondern sie wird zum Teil des Problems – mit negativen Folgen für die betroffene Person und den Aufwand sowie die Kosten der weiteren Versorgung. Die differenzierten Ziele und Interventionen der Alterspsychotherapie haben wegen zahlreicher Schwierigkeiten und Vorurteile kaum oder gar nicht Eingang in die medizinische Versorgung alter Menschen gefunden. Die qualitative Optimierung

und Qualitätssicherung regionaler Versorgungssysteme ist noch in weiter Ferne, weil eine geordnete Weiterbildung (nicht nur für Mediziner) im Bereich Gerontopsychiatrie fehlt, und die Gerontopsychiatrie in Forschung und Lehre an den Universitäten kaum Eingang gefunden hat. Besonders problematisch ist die medizinische (inkl. psychiatrisch-psychotherapeutische) Versorgung in Heimen. Das betrifft die fachliche, die organisatorische und die Finanzierungs-Ebene.

Gerontopsychotherapeutische Versorgung: Eine »Selbstverständlichkeit«?!

Rolf Dieter Hirsch

In jedem Lehrbuch der Psychiatrie steht, dass die Behandlungssäulen für Menschen mit einer psychischen Störung medikamentöse, soziale und psychotherapeutische Interventionen sind. Allerdings zeigt die Realität, dass die psychotherapeutische Versorgung noch lange nicht »selbstverständlich« ist. Überwiegend versteht man in der Psychiatrie unter Behandlung immer noch eine primär medikamentöse. Psycho- und soziotherapeutische Interventionen werden eher als flankierende Maßnahmen gesehen, die je nach Zeit, Kenntnisstand und Interesse des Psychiaters und weniger je nach Krankheitsbild mehr oder weniger systematisch eingesetzt werden. Demgegenüber behandelt ein Psychotherapeut meist nichtmedikamentös und entsprechend seiner Weiterbildungsorientierung. Die Spaltung zwischen »psychotherapeutischen« und »psychiatrischen« Patienten ist daher nur zu verständlich. Im teilstationären oder stationären Bereich sind diese Unterschiede z. T. nicht gegeben. Zumindest wird häufig versucht, nach einem mehrdimensionalen Behandlungskonzept zu arbeiten.

Die Diskussion, wer die »richtige« Behandlung durchführt, ist leider immer noch nicht beendet. Durch die zunehmende Zahl der ambulant tätigen Psychotherapeuten und der psychotherapeutisch/psychosomatischen Kliniken wird diese Kluft eher verstärkt. Gibt es auch seit Jahren die Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit dementsprechenden Weiterbildungsinhalten, so wird diesen Fachärzten vonseiten der Psychotherapeuten eine eher rudimentäre psychotherapeutische Kompetenz zugesprochen. Anzumerken ist, dass die ärztliche psychiatrisch/psychotherapeutische Weiterbildung immer noch zu institutionslastig ist und ambulante Versorgungsaspekte zu kurz kommen.

Fokussiert man die psychotherapeutische Versorgung auf Menschen im höheren Lebensalter (in der Regel ab dem 60. bis 65. Lebensjahr), die unter einer psychischen Störung leiden, so zeigt sich hier verstärkt die eher medikamentös ausgerichtete Behandlung. Allerdings hat sich das psychotherapeutische Angebot, insbesondere im ambulanten Bereich, in den letzten Jahren punktuell verbessert, keinesfalls ist es »selbstverständlich« geworden. Zu sehr klaffen Bedarf und Angebot auseinander. In einer Zeit, die gesundheitspolitisch von »Euro-Ökonomismus« und technokratisch-bürokratischen Leitlinien geprägt ist, wäre es schon fast eine Wunschvorstellung, wenn das

derzeitig schon niedere Niveau wenigstens gehalten werden könnte. Wissenschaftliche Untersuchungen, die belegen, dass eine erfolgreiche Behandlung nicht vom Lebensalter eines Patienten abhängt, haben bisher noch wenig bewirkt.

Trotz dieser realistisch-pessimistischen Grundeinschätzung ist ein Beklagen dieser Situation wenig hilfreich, verhindert aber eine Bagatellisierung, fördert eine kritische Auseinandersetzung und führt zu möglichen Verbesserungen der Situation. Minimalstforderung ist, dass jedem Menschen gleich welchen Alters, für den eine Psychotherapie indiziert und Erfolg versprechend ist, diese auch ermöglicht wird.

Demografischer Wandel

Das Altern unserer Gesellschaft, eine Errungenschaft, auf welche wir stolz sein sollten, auch als »stille Revolution« (Winter 2006) bezeichnet, wird immer noch eher als eine Belastung gesehen, die unsere Gesellschaft nicht finanzieren kann. So wird unter dem demografischen Wandel häufig nur der Aspekt »Überalterung« (nicht »Unterjüngerung«) verstanden. Vernachlässigt wird, dass der demografische Wandel mehrere Aspekte beinhaltet, wie:

- Geburtenrückgang
- Lebenserwartung
- Zuwanderung
- Bevölkerungszahl
- Zahl der Erwerbsfähigen
- Regional große Unterschiede

Die gesellschaftliche Alterung wird zudem von Veränderungen der Familien- und Haushaltsstrukturen begleitet. Festgestellt wird eine sinkende Heiratsneigung und eine wachsende Zahl von Ehescheidungen, die Zunahme nichtehelicher Lebensgemeinschaften und Alleinerziehender. Eine wachsende Vielfalt der Lebensformen, zu der auch das Alleinleben (»Single«) gehört ist zu beobachten (BMFSJ 1998). Die Veränderungen dieser Lebensformen haben dazu geführt, dass 1995 bereits ein Drittel der Haushalte Einpersonenhaushalte waren. Diese Tendenz setzt sich fort. So lebt mit zunehmendem Alter – vor allem aufgrund von Verwitwung – ein wachsender Anteil an Frauen allein.

Diese Entwicklung hat Auswirkungen auf die Generationsbeziehungen und die Netzwerke älterer Menschen. Es vermindert sich nicht nur die Chance, im Alter noch mit einem Ehegatten zusammenzuleben, sondern auch

die Möglichkeit, im Bedarfsfall Hilfe von den Kindern zu erhalten. Hinzu kommt, dass mit zunehmendem Alter das soziale Netzwerk qualitative und quantitative Veränderungen in Form von Einbußen erfährt. So erstaunt nicht, dass viele alte Menschen unter Einsamkeit und sozialer Isolation leiden.

Prognosen über Zeitspannen bis 2030 oder 2050, die von Politikern gerne gemacht werden, sind eher »Kaffeesatzleserei« (vgl. Bosbach 2004). Zu ungewiss sind die Einflussfaktoren, die derzeit noch unbekannt sind. So hätte z. B. eine Voraussicht um 1900 auf das Jahr 1950 zu völlig unsinnigen Statistiken geführt. Zudem werden von Fachleuten die Eckdaten, die für die Berechnungen gewählt wurden, als zu einseitig gesehen. Man hat den Eindruck, dass es eher um eine Panikmacherei und weniger um eine ernsthafte Auseinandersetzung mit der veränderten Gesellschaft geht.

Altern

Altern ist ein lebenslanger, funktioneller, komplexer, individueller und mehrdimensionaler (somatische, psychische und soziale Ebene) Prozess. Er ist gekennzeichnet durch Verlust und Trennung bei verringerten Abwehr- und Adaptationskräften und erhöhter Verletzbarkeit des Organismus mit vermehrter Anfälligkeit für Erkrankungen. Allerdings ist Altern auch mit potenziellen Gewinnen und einem vielfach hohen Veränderungspotenzial verbunden. Diese Aspekte werden derzeit noch viel zu wenig gesehen und gefördert.

Im Alter treten Konfliktbereiche auf, die für diesen Lebensabschnitt typisch sind (nach Radebold 1992), die zu bewältigen sind, wie z. B.

- Reagieren auf den sich verändernden eigenen Körper (u. a. subjektives Empfinden, »objektive« Situation)
- Reagieren auf kognitive Veränderungen
- Umgehen mit den eigenen libidinösen, aggressiven und narzisstischen Strebungen
- Reagieren auf die sich ändernde Partnerbeziehung
- Pflege und Gestalten von noch bestehenden inter-/intragenerativen Beziehungen
- Suche nach neuen inter-/intragenerativen Beziehungen
- Erhalten der eigenen Identität
- Sich stabilisieren durch Aufgaben und Interessen
- Erhalten der sozialen Sicherheit/Versorgung
- Einstellen auf die sich verändernde Zeitperspektive (u. a.: Sterben und Tod).

Heutige Modelle des Alterns richten den Blick danach, was ein alter Mensch kann, über welche Kompetenzen er verfügt, und nicht – einseitig – wie frühere Modelle, welche und wie viele Defekte er hat. Kompetenz beschreibt die Interaktion zwischen einer Person und die sie beeinflussenden Umgebungsfaktoren zu einer bestimmten Zeit. Es gibt nicht die Kompetenz im Alter, sondern Formen von kompetentem Verhalten, welches abhängig ist von der Umwelt und den spezifischen Anforderungen, in der jemand lebt. Kompetenz hat immer etwas mit Selbstbestimmung, Selbstverantwortlichkeit oder Selbstständigkeit zu tun. Zusammenfassend ausgedrückt, versteht man unter Kompetenz die Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person, die zur Aufrechterhaltung eines selbstständigen, aufgabenbezogenen und sinnerfüllten Lebens erforderlich sind. Hierzu gehört auch eine selbstverantwortliche Auseinandersetzung mit Aufgaben und Belastungen.

Nicht unerheblich ist, ob man ressourcenorientiert (Kompetenz-Modelle) einen älteren Menschen beurteilt oder defizitorientiert (medizinisch-diagnostisches Modell). Oft entscheidet die Zugangsweise, welche Unterstützung, Behandlung oder Pflege ein kranker alter Mensch erhält oder nicht bekommt.

Baltes und Baltes (1990) haben ein psychologisches Modell des »erfolgreichen Alterns« vorgestellt (siehe Abbildung 1). In diesem wird verdeutlicht, dass die mit dem Altern eingehenden Veränderungen durch Prozesse der Selektion und Kompensation aufgefangen und transformiert werden können und dadurch weiterhin eine Optimierung in bestimmten Lebensbereichen auch bei Auftreten von Einbußen möglich ist. Dieses Modell verdeutlicht auch die grundlegenden Ansatzpunkte der Gerontopsychotherapie.

Altersdiskriminierung

Auf dem Boden von Vorurteilen und Mythen gegen alte Menschen als Gruppe bestehen eine Reihe von Ansichten, die Ausgangspunkt von Diskriminierungen sind und – bei der derzeitigen Diskussion um Kostensenkung im Gesundheitswesen – eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen. Begriffe wie »Altersheim Deutschland«, »Altenplage«, »Seniorenlawine«, »die demografische Zeitbombe tickt« und »die demografische Katastrophe« sollen als Beispiele genügen. Diese Vorurteile entstehen durch

- die Schwierigkeit, die Perspektive der Betroffenen einzunehmen
- geschichtlich gewachsene, nur schwach kaschierte, aber immer noch tabuisierte Aversion oder sogar Aggression gegen alte Menschen

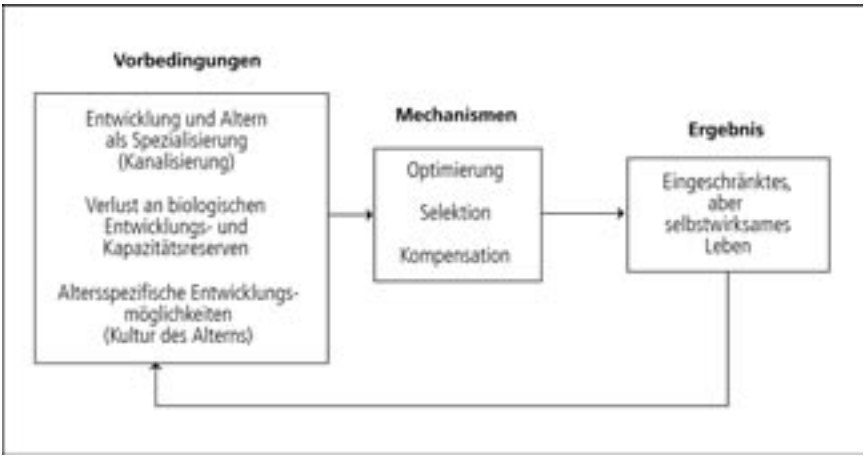


Abb. 1: Psychologisches Modell erfolgreichen Alterns (Baltes & Baltes 1990)

- unrealistische Wahrnehmung der Lebenswelt alter Menschen
- abwertende sprachliche Beurteilung des Alters und der Alten (Illhardt 1995, Kramer 2003).

Man hat den Eindruck, um mit Dieter Hildebrand (Scheibenwischer 2004) zu sprechen, dass Altwerden im Prinzip bei uns erlaubt ist, »aber es wird nicht gern gesehen«, insbesondere wenn es mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit verbunden ist. Vielfältige Vorurteile sind hiermit verbunden (siehe oben genannte Aufzählung). Um es überspitzt auszudrücken: Wer alt, psychisch krank und pflegebedürftig ist, hat es schwer, in unserer Gesellschaft als der Mensch wahrgenommen zu werden, der er ist.

So bleibt es nicht aus, dass das Selbstbild alter Menschen ebenfalls nicht positiv ist. »Der alte Mensch ist das, was an ihm – auch von Helfern – wahrgenommen und ihm als Würde und Wert von Jüngeren zugesprochen wird.« Eine Fixierung der Perspektive auf »alt« (bedeutet gleich Abbau, Belastung und nicht Bereicherung) mit dementsprechender Einstellung führt sowohl bei der Diagnostik als auch bei der Behandlung, Rehabilitation und Pflege zu Unterlassungen, die dem Patienten schaden und zu hohen Folgekosten führen (Pflegeversicherung!). Nicht der alte Mensch bestimmt, was er benötigt und was er erwarten darf, sondern der Jüngere, für den es allerdings schwer ist, die Perspektive eines alten Menschen erfassen zu können.

Unterschwellig und manchmal direkt wird den Alten unterstellt, dass sie Schuld an der Misere des Gesundheitswesens sind. Gibt es hierzu auch fundierte und seriöse gegenteilige und differenziertere Aussagen, die belegen, dass das Alter nur eine Variable von mehreren ist, so werden diese in den Gesundheitsdiskussionen kaum beachtet.

Hilfen für alte Menschen: Alles Psychotherapie?

Unter »Psychotherapie« werden häufig unreflektiert alle beratenden, psychosozialen, soziotherapeutischen und kognitiven Hilfestellungen verstanden. Soziotherapeutische Interventionen wie z. B. Milieu-, Arbeits-, Beschäftigungs-, Bewegungstherapie und therapeutische Gemeinschaft, die ein fester Baustein eines multimodalen gerontologischen Behandlungskonzeptes insbesondere in Institutionen sind, beinhalten psychotherapeutische Aspekte. Musik-, Kunst-, Gestaltungs- und Tanztherapie beziehen spezifische Medien in ihr psychotherapeutisch geprägtes und auf psychotherapeutischen Theorien aufgebautes Setting ein. Unbestreitbar sind die genannten Interventionen wichtig, notwendig und hilfreich. Sie ermöglichen z. T. erst eine Psychotherapie oder fördern den Gesundungsprozess. Allerdings dürfen sie nicht – wie dies häufig fälschlicherweise geschieht – als *psychotherapeutische* Verfahren bezeichnet werden, d. h. allerdings nicht dass sie »weniger gut« oder »nicht so wichtig« wären. Entscheidend ist, dass alle Bausteine einer Behandlung ineinandergreifen und einen individuell ausgerichteten therapeutischen Prozess ermöglichen. Weniger ist oft mehr!

Die Bezeichnung »Psychotherapie« ist ein Oberbegriff für eine Vielzahl von psychologischen Maßnahmen, »die auf eine Überwindung krankhaften Geschehens abzielen« (Baumann & Wedel 1981). Die Definition von Strotzka (1979) dürfte derzeit die »treffendste und umfassendste und zugleich von den meister Psychotherapeuten akzeptierte sein« (Meyer, Richter, Grawe, von der Schulenburg & Schulte 1991):

»Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken, auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen

Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Beziehung notwendig.«

Gibt es auch manche Besonderheiten (z. B. Schwierigkeiten des Umgangs jüngerer Therapeuten mit älteren Patienten) in der Psychotherapie Älterer so erstreckt sich die Definition von Strotzka natürlich auch auf die Alterspsychotherapie.

Psychotherapie zielt auf die Ebene der Person und/oder des mikrosozialen Systems (Familie, Partner) ab. Gerontologische Interventionen, die die Ebene psychischer Grundfunktionen (z. B. Gedächtnistraining, Realitäts-Orientierungstraining) beeinflussen sollen, sind wichtig und notwendig, können aber nicht als psychotherapeutische Maßnahmen bezeichnet werden.

Die Durchführung einer Psychotherapie Älterer kann – ebenso wie bei Jüngeren – in der Praxis eines niedergelassenen Psychotherapeuten, Arztes, Psychologen, in einer psychotherapeutischen Ambulanz, in einer psychiatrischen bzw. gerontopsychiatrischen Institutsambulanz mit psychotherapeutischer Kompetenz, in einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik oder im stationären Bereich (psychotherapeutisch/psychosomatische Klinik, Abteilung für Psychotherapie in psychiatrischen Kliniken, gerontopsychiatrischen Abteilung) stattfinden. Leider wird eine »aufsuchende Psychotherapie« in Deutschland noch kaum durchgeführt. Diese Möglichkeit sollte aber mehr als bisher in der Diskussion über eine gerontopsychotherapeutische Versorgung berücksichtigt werden, um nicht z. B. gehbehinderte alte Menschen von vorneherein auszuschließen. Psychotherapeutische Interventionen können als einzelne Maßnahme durchgeführt werden oder als Baustein eines Gesamtbehandlungskonzepts.

Versorgungssituation

Ausgegangen wird davon, dass zwischen 20–25 % der über 65-Jährigen an einer oder mehreren behandlungsbedürftigen psychischen Störungen leiden. Als Bedarf an psycho- und soziotherapeutischer Behandlung wird immer noch mangels anderer Angaben auf die von Dilling (1981) geschätzte Prozentzahl von ca. 9 % der über 65-Jähigen zurückgegriffen. Wie hoch der tatsächliche Bedarf heute ist (Psychotherapie als einzige Maßnahme oder als Baustein in einem Gesamtbehandlungskonzept), ist unbekannt. Mehrere Umfragestudien in der ersten Hälfte der 90er-Jahre ergaben für die ambulante Psychotherapie, dass der Anteil der über 60-Jährigen in niedergelassenen Praxen nur 0,2–2 % beträgt (Hirsch 1997 b, Zank 2002). Aus einer neue-

ren Untersuchung von Maercker et al. (2004), die in Zürich durchgeführt wurde, geht hervor, dass ca. 5 % eine Psychotherapie allein (2,1 %) oder in Kombination mit anderen Therapieformen (2,8 %) erhalten. Aus dem teilstationären Bereich ist bekannt, dass der größte Teil der gerontopsychiatrischen Tageskliniken die Psychotherapie als einen festen Baustein in die Gesamtbehandlung integriert haben.

Psychosomatisch/psychotherapeutische Kliniken haben in den letzten Jahren vermehrt Stationen für ältere Menschen eingerichtet oder führen ein spezifisches Angebot für sie durch. Gerontopsychiatrische Abteilungen oder Kliniken sind zwar bemüht, psychotherapeutische Angebote zu machen (spezifische Stationen oder Einzel- und Gruppenangebote stationsübergreifend), doch reichen deren personelle Ausstattung hierfür kaum aus. Hinzu kommt, dass der Anteil der schwer körperlich und psychisch Erkrankten erheblich zugenommen hat. Aufgrund von kontinuierlichem Personalabbau dürften die bisherigen Bemühungen kaum noch aufrechterhalten werden können. Zu berücksichtigen ist auch, dass die Personal-Verordnung für Ärzte und Psychologen in der Gerontopsychiatrie immer schon deutlich ungünstiger war als die für die Allgemeinpsychiatrie (ein Beispiel für Altersdiskriminierung durch die Psychiatrie?).

Eine psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit einer Demenz und ihren Angehörigen dürfte – trotz positiver Einzelangaben – in der Regel nicht stattfinden. Zu verhaftet sind die meisten Ärzte in der somatisch orientierten Genese dieses Syndroms und verstehen unter Behandlung – wenn überhaupt – leider nur eine medikamentöse.

Zusammenfassend kann man davon ausgehen, dass die gerontopsychotherapeutische Versorgung im ambulanten Bereich erheblich vom Bedarf (1 : 10) abweicht, in Tageskliniken scheinbar zufriedenstellend ist. Im stationären Bereich dürfte er völlig unzureichend sein. Nicht zuletzt dürfte dies auch der immer mehr biologisch ausgerichteten Psychiatrie zu verdanken sein. Die psychosomatisch/psychotherapeutischen Kliniken konnten diesen Mangel bisher nicht deutlich verringern.

Schwierigkeiten und Vorurteile

Trotz zunehmender Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen sowie Publikationen zur Alterspsychotherapie gibt es immer noch Barrieren, die einer gerontopsychotherapeutischen Versorgung hinderlich sind (siehe Tabelle 1).

Tab. 1: Einschränkung der Psychotherapie Älterer durch Vorurteile und Barrieren

- negativ gefärbte gesellschaftliche Einstellung zum älteren Menschen
- immer noch überwiegend defizitorientiertes Verständnis vom Alter in der Medizin (»Alter« = »Abbau«)
- eher oberflächliche Diagnostik psychischer Störungen im Alter (meist wird nur grob zwischen »Demenz« und »Depression« unterschieden)
- sehr schwierige und oft kränkende Zugangsweise zu einem Behandlungsplatz
- mangelhafte Kenntnisse vieler Psychotherapeuten und Ärzte über den derzeitigen Wissensstand der Gerontologie einschließlich der Alterspsychotherapie
- »Gerontophobie« der Ärzte und der Psychotherapeuten
- oft unbekannter gesellschaftlicher (auch ökonomischer) Nutzen einer Psychotherapie
- negatives Selbstbild des älteren Menschen
- Scheu älterer Menschen, die unter einer psychischen Störung/Erkrankung leiden, Hilfe für sich zu suchen oder diese zu beanspruchen

Wird auch als Grund einer Nichtbehandlung oft angeführt, dass die Krankenkassen die Kosten nicht übernehmen würden, so stimmt dieses Argument nicht. Die schon angeführten Aspekte zur einseitigen Interpretation des demografischen Wandels und der Altersdiskriminierung sind ursächliche Faktoren, die in der Praxis immer wieder dazu führen, dass eine psychotherapeutische Behandlung nicht durchgeführt wird.

Für einen Therapeuten ist es erheblich leichter, sich in einen Patienten, der jünger ist als er selbst, einzufühlen. Ist der Patient älter als der Therapeut bedarf es einer besonders sensiblen Umgangsweise, um die Wünsche, Erwartungen, Bedürfnisse und Gesundungspotenziale eines älteren Menschen wahrzunehmen und zu empfinden. Der Stellenwert von Schwierigkeiten und Gegenübertragungsaspekte des jüngeren Therapeuten kann nicht hoch genug eingeschätzt werden. Zu nennen sind (Hirsch 1997 a):

- Ältere als schwache hilfsbedürftige Eltern erleben (Symptome, Verhalten als Altersvariable)
- Ältere als asexuelle Wesen erwünscht (Vorstellungen über eigene Sexualität im Alter)
- Rache- und Revanchegelüste sowie Schuldgefühle ausagieren
- eigene Ängste vor Altern, Alter, Abhängigkeit, Pflegebedürftigkeit, Krankheit, Isolation, Sterben und Tod (»Gerontophobie«)
- projektive Identifikation und starker regressiver Sog
- Aktivierung von unbewussten Wünschen und Fantasien nach »idealen, verwöhnenden Eltern«
- Teilidentifizierung mit Kindern und Enkelkindern von Patienten (vorübergehende Angst, Distanz, Wut und Versteinerung)
- Erleben von intensiven Hass- und Verliebtheitsgefühlen von alten Pa-

tienten (»Wer will schon von den Eltern gehasst werden? Wer will sich von einer alten Frau/einem alten Mann lieben lassen?«)
- gewünschtes Bild der »weisen« alten Frau/des »weisen« alten Mannes
- Norm- und Gesetzgeber (hinsichtlich der Zielvorstellungen und des Behandlungsrahmens der Psychotherapie; in Bezug auf Verhaltensweisen in der Öffentlichkeit, Aktivitäten und Interessen, sexuelle Bedürfnisse, Umgang mit Geld, Kindern und Enkelkindern)
- Beeinflussung der Gegenübertragung durch Multimorbidität und Chronizität des Patienten.

Krankheitsbilder und Ziele

Für die Diagnose, die allgemeine und differenzielle Therapie-Indikation und somit auch für die Prognose erweisen sich die aktuellen Klassifikationsschemata psychischer Störungen (ICD 10 und DSM-IV) als ungeeignet (Radebold & Hirsch 2003). Ihre Selbstdefinition als ätiologisch neutral vermeidet notwendige Überlegungen zur Entstehung psychischer Störungen. Der zwar eingeführte (allgemein und insbesondere für den Altersbereich noch nicht ausreichend durchstrukturierte) multiaxiale diagnostische Prozess könnte allerdings zukünftig die gerade für den Altersbereich zu Anfang notwendige Erfassung der bio-psycho-sozialen Gesamtsituation ermöglichen.

Berücksichtigt man dagegen psychisch bedeutsame Ursachen, Entstehungszeitpunkt und Manifestationsform im Lebensablauf, so lassen sich folgende behandlungsrelevante und mögliche Gruppen psychischer Störungen unterscheiden (Radebold & Hirsch 2003):
- Persönlichkeitsstörungen (von Kindheit/Jugend an bestehend, sich häufig während des Alterns verstärkend bzw. sich akzentuierend)
- neurotische Störungen aufgrund unbewusster (ungelöster und in der Ausprägung pathologischer) innerpsychischer wie auch intra- und intergenerationeller Konflikte (von Kindheit/Jugendzeit/jüngerem Erwachsenenalter chronifizierend bis in das Alter anhaltend)
- neurotische Störungen aufgrund unbewusster abgegrenzter Konflikte (sich mehrfach im Lebensablauf und auch in der Alternssituation zeigend)
- neurotische Störungen aufgrund unbewusster neurotischer Kernkonflikte (sich während des Alterns erneut oder sogar erstmalig manifestierend)
- bewusste, aber aufgrund von subjektiver und/oder objektiver Überforderung nicht lösbare Aktualkonflikte

- Traumatisierungsfolgen (sowohl als Trauma-Reaktivierungen, insbesondere nach umfassenden traumatischen Einwirkungen in Kindheit/Jugendzeit und jüngerem Erwachsenenalter als auch als Re-Traumatisierungen in und durch die Alternssituation) (Heuft 1999).

Weitere überzeugende Behandlungserfahrungen liegen für Suchterkrankungen (insbesondere late onset-Formen von Alkohol- und Tablettenabusus) und für paranoide Entwicklungen nach dem 50. Lebensjahr vor. Ebenso hat sich die psychotherapeutische Hilfestellung im Frühstadium bei Patienten mit einer Alzheimer-Demenz (Bauer 1997, Hirsch 2001, Hirsch et al. 1994) wie nach einem eingetretenen apoplektischen Insult (aufgrund einer Multi-Infarkt-Demenz) zur Bewältigung dieser Krankheitssituation bewährt (Heuft et al. 2006). Allgemeine Ziele der psychotherapeutischen Behandlung alter Menschen sind (Hirsch 1997 a):

- Beschwerde-/Symptomfreiheit
- Akzeptanz des alternden Körpers
- Fähigkeit zur Liebe, Trauer und Freude
- Fähigkeit zum Genuss und Humor
- verbessertes Kontaktvermögen
- Wiederherstellung der (nicht beruflichen) Arbeitsfähigkeit
- Akzeptanz des Alterns und Aussöhnung mit dem gelebten Leben.

Interventionen

Je nach Konflikt und dessen Zeitdauer, Symptomatik, Umwelt-Bezugs-Personen-Situation und Beziehungsebene lassen sich die Interventionen unterteilen in:

- psychotherapeutische Beratung bzw. Beratungsgespräche)
- stützende Psychotherapie (z. B. Entspannungstraining)
- problemorientierte Psychotherapie (z. B. kognitive Verhaltenstherapie)
- klärungsorientierte Psychotherapie (z. B. tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie, Psychoanalyse).

Folgende Verfahren kommen zur Anwendung:

- psychoanalytische und tiefenpsychologisch orientierte Verfahren: Voraussetzung sind Introspektionsfähigkeit, Flexibilität, Entwicklungsmöglichkeiten, ausreichende Ich-Stärke und -Funktionen, Frustrationstoleranz und zumindest eine stabile Objektbeziehung. Je nach Beschwerdebild

werden eingesetzt: Psychoanalyse, analytische Therapie, Fokal- und Kurzzeittherapie, psychodynamisch orientierte Therapie.

- Systemische Therapie: Vorteil dieser Therapieform ist, von vorneherein den Patienten mit seinem Beziehungsgefüge betrachten und behandeln zu können. Der Kranke als »Symptomträger« wird als Teil eines übergeordneten Systems, dem er angehört, betrachtet.
- Verhaltenstherapeutische und kognitiv-behavioristische Psychotherapie: eine Vielzahl unterschiedlicher Verhaltensmodifikationen, Konditionierungs- sowie kognitiver Strategien werden eingesetzt, die zur Veränderung von Verhaltensweisen führen, z. B. operante Konditionierung, Desensibilisierung, Selbstsicherheits-Training, Sozial-Training, kognitive Umstrukturierung und (Wieder-)Erlernen von spezifischen Bewältigungsstrategien und Alltagsaktivitäten.
- Entspannungsverfahren: Als »Basistherapeutikum« gilt das Autogene Training. Daneben wird progressive Muskelentspannung eingesetzt. Zudem kommen heute auch Yoga und Qi Gong zur Anwendung. Meist werden diese Verfahren mit anderen psychotherapeutischen Verfahren kombiniert.
- Weitere Verfahren (werden seltener durchgeführt): Gesprächspsychotherapie, Katathymes Bilderleben (affekt- und komplexabhängiges bildhaftes Erleben im Tagtraum).

Die Grundprinzipien zum Umgang mit alten Menschen in der Psychotherapie sind in der Tabelle 2 dargestellt.

Tab. 2: Grundprinzipien des psychotherapeutischen Handelns bei alten Menschen

Bedenke:	multiple Problematik
Kenne:	Phänomene und Besonderheiten des Alterns und des Alters
Beachte:	Prinzip der minimalen adäquaten Intervention
Plane:	zusätzlich nicht-psychotherapeutische (externe) Hilfen
Arbeite:	auch mit Bezugspersonen und Einbeziehung des sozialen Umfelds
Beginne:	bei vorhandenen Kompetenzen
Fördere:	soziale, psychische und somatische Kompetenzen
Informiere:	adäquat über alle geplanten Interventionsschritte und deren Sinn
Erlebe:	Übertragung und Gegenübertragung
Erkenne:	eigene Gerontophobie und -philie
Nütze:	Lebenserfahrung des älteren Patienten
Erfahre:	Lernen ist immer und für jeden möglich
Beachte:	Ältere können meist mehr »aushalten« als Therapeuten glauben
Verringere:	Vorurteile in der Öffentlichkeit

Psychotherapie bei Menschen mit Demenz

Aufgrund der Bevölkerungsentwicklung hat auch die Anzahl der Menschen, die unter einer Demenz (Begriff für verschiedene Krankheitsbilder) leiden, zugenommen. In vielfältigster Weise wird nach Ursachen, verbesserter Diagnostik und medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten geforscht. Von der Pflege wurden wichtige Umgangsformen für Demenzkranken entwickelt. Leider wurde bisher die Möglichkeit des Einsatzes von psychotherapeutischen Methoden nur selten problematisiert, obwohl es genügend Hinweise auf deren Effizienz gibt. Besonders bedauerlich ist es, dass das Kompetenznetz Demenz, eine Initiative des Bundesministeriums für Bildung und Forschung zur Verbesserung von Diagnostik und Therapie (Frölich & Henn 2004) welches von Bundesministerium für Bildung und Forschung getragen wird, keinerlei Forschung hierzu durchführt.

Mögen auch manche der veröffentlichten Untersuchungen über die Wirkung einer Psychotherapie bei einem Menschen mit einer Demenz nicht den wissenschaftlichen Standards genügen, so gibt es dennoch einige gut strukturierte, validierte und z. T. spezifische psychotherapeutische Strategien (Gutzmann & Zank 2005, Haupt 2004, Cohen-Mansfield 2001). Sie können je nach Schwere der Erkrankung wesentlich zu einer kognitiven und affektiven Stabilisierung sowie Minderung von Verhaltensauffälligkeiten beitragen (Hirsch 1994, 2001, Wächtler et al. 2005). Eine Psychotherapie ist auch dann schon sinnvoll, wenn sie zu symptomatischen Verbesserungen in Teilbereichen oder zu einer Konsolidierung des bestehenden Funktionsniveaus beiträgt. Vorübergehende Verbesserungen von Alltagseinbußen, affektiven und Verhaltensauffälligkeiten sind in allen Stadien möglich.

Neben dem Demenzkranken leiden auch seine Angehörigen (z. B. Partner oder primärversorgende Angehörige) unter den Auswirkungen dieses schweren Leidens. Vielfältig sind die Anforderungen an sie, denen sie oft nicht gewachsen sind. Reicht eine informelle, soziale, beratende oder medizinische Unterstützung nicht aus, ist eine psychotherapeutische Behandlung erforderlich. Im Vordergrund der psychotherapeutischen Bemühungen steht weniger die Beeinflussung der kognitiven Störungen (diese können sich aber sekundär bessern) als die Behandlung von

- affektiven Störungen (z. B. Angst, Panik, emotionale Labilität, depressive Symptome, Aggressivität, Selbstunsicherheit, Hilflosigkeit)
- narzistische Kränkung über wahrgenommene Defizite und Veränderungen

- Verhaltensstörungen (auch »störende« wie z. B. aggressives Verhalten)
- Antriebsstörungen (z. B. Unruhe, Aspontanität, Desinteresse, Initiativlosigkeit)
- Persönlichkeitsveränderungen (z. B. Vergröberung des Affektes, Enthemmung)
- funktionellen Störungen (z. B. Harninkontinenz)
- sozialem Rückzug und Regression.

Die Therapieziele bei einem Demenzkranken sind abhängig von dessen bestehenden Defiziten, Kompetenzen, Leidensschwerpunkten sowie dem Milieu, in welchem er lebt. Zu berücksichtigen ist die Schwere und Progredienz der Störung. Die Therapieziele sollen am Anfang der Behandlung möglichst klar formuliert werden. Unrealistische Erwartungen des Kranken und seiner Angehörigen sollten ebenso wenig genährt werden wie ein therapeutischer Nihilismus.

Kranke, die unter einem leichten demenziellen Prozess leiden, haben meist eine noch intakte Persönlichkeit. Sie leiden oft unter ihren von ihnen nicht mehr kontrollierbaren Einbußen. Sie erleben z. B., dass »im Kopf irgendetwas vorgeht«, was sie ängstigt und verunsichert. Sie können ihre Arbeit nicht mehr so rasch, so intensiv und effektiv bewältigen wie bisher. Sie fühlen sich hilflos, innerlich leer und sind irritiert.

Je weiter der demenzielle Prozess fortgeschritten ist, desto mehr ist der Kranke auf Außenreize angewiesen, die auf ihn krankheitsvermindernd und stabilisierend einwirken. Dennoch hat er noch immer ein bestimmtes Maß an Autarkie. Bei schwer Demenzkranken ist quasi das soziale Umfeld der Patient, welches behandelt werden muss, um dem Kranken eine Linderung seines Leidens zu ermöglichen oder den Krankheitsprozess verzögert.

- *Entspannungsverfahren*: Die Förderung von Entspannung hat einen positiven Effekt auf Demenzkranke. Über Erfahrungen mit dem Autogenen Training (Hirsch & Hespos 2000, Stetter & Stuhlmann 1987) und der Progressiven Relaxation (Suhr et al. 1999, Welden & Yesavage 1982) wird berichtet. Demenzkranke im leicht- bis mittelschweren Stadium, die zumindest ein einfaches und geordnetes Gespräch führen können, können von diesen Verfahren profitieren. Dies kann einzeln oder in Gruppe geschehen. Vorzuziehen ist das Lernen in der Gruppe, da in dieser gleichzeitig auch Sozialverhalten und Selbstsicherheit geübt wird. Wichtig ist die Aufforderung zum häuslichen Üben.
- Die *Tiefenpsychologie* leistet einen erheblichen Beitrag zum Verstehen der

scheinbar unverständlichen Innenwelt des Demenzkranken und dessen Gefühlsausbrüchen, Äußerungen sowie Handlungen. Tiefenpsychologisch kann der demenzielle Prozess mit dem Konzept der Regression beschrieben werden (Radebold 1994). Für Interventionen bei Angehörigen lassen sich regressionsfördernde und -hemmende Maßnahmen beschreiben, die Bestandteil von Beratung und Psychotherapie sein können. Eine tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie kann einzeln oder in der Gruppe durchgeführt werden. Insbesondere am Anfang der Behandlung sollte eine Bezugsperson bei den Sitzungen teilnehmen, um Ängste, Projektionen u. a. zu verringern. Die zeitliche Begrenzung der Behandlung sollte immer wieder thematisiert werden, um Autarkiebestrebungen zu fördern und realistische Zukunftsperspektiven zu bearbeiten. Themenschwerpunkte können sein:

- Bearbeitung der Trauer über zunehmende kognitive Verluste
- Bearbeitung von realen und unbewussten Ängsten (aktiviert in der Beziehung Therapeut-Patient)
- Bezug der depressiven Symptome zur Lebensgeschichte und deren Bewältigung
- Bearbeitung der Scham und Hilflosigkeit
- Bearbeitung von bestehenden Konflikten, die eine Wiederholung früherer Traumata sind

- Die *Verhaltenstherapie* verfügt über bewältigungsorientierte Verfahren, die Demenzkranken eine Anpassung an verlorengegangene Fähigkeiten sowie eine Verringerung von nicht-kognitiven Begleitsymptomen und Verhaltensproblemen ermöglichen soll. Um Verhaltensweisen zu verändern, werden im Frühstadium der Erkrankung eher kognitive Techniken (z. B. Selbstinstruktion, Selbstkontrolle, kognitive Depressionsbehandlung, Rollenspiel, kognitive Umstrukturierung) und Selbstsicherheitstrainings, in späteren Stadien hauptsächlich operante Methoden und Modellernen eingesetzt. Zur Modifikation einzelner Verhaltensweisen, wie z. B. selbstständiges Essen, Ankleiden, Waschen, Toilettengang u. Ä. können Methoden wie positive verbale oder materielle Verstärkung u. a. eingesetzt werden. Haupteinsatzpunkte der Verhaltenstherapie bei Demenzen sind (Ehrhardt & Plattner 1999, Haupt 1993, Hirsch 1999, Junkers 1994):

- Modifikation von dysfunktionalen Kognitionen und Förderung von kognitiven Fähigkeiten (insbesondere bei beginnender Demenz)
- Orientierungstraining

- Aufbau und Stabilisierung von Alltagsaktivitäten
- Kontinenztraining
- Förderung von Interessen und sozialen Fähigkeiten
- Förderung vorhandener Kompetenzen und Fähigkeiten
- Verringerung von depressiven Symptomen
- Umstrukturierung von suizidalem Verhalten und Wertlosigkeitsgefühlen
- Modifikation von »störenden« Verhaltensauffälligkeiten (bei mittleren bis schwereren Demenzen)
- gezielte Umweltstrukturierung.

Gibt es auch viele Stützen für Angehörige, so reichen diese oft nicht aus. Hinzu kommt, dass einige von ihnen neben körperlichen Erkrankungen selbst auch unter psychischen Störungen (Psychosomatosen, Neurosen u. a.) leiden, deren Symptome sich durch ihre Situation verstärken und/oder vermehren. Eine Psychotherapie ist daher bei manchen Angehörigen indiziert. In dieser Behandlung geht es dann primär nicht um den Demenzkranken, sondern um den Angehörigen selbst. Treten hierbei Fragen nach besseren Umgangsmöglichkeiten mit dem Demenzkranken auf, so können sie zwar kurzzeitig Inhalt einer Behandlungsstunde sein, sollten aber nicht zu sehr thematisiert werden. Oft sind sie Verdrängung eigener Bedürfnisse. Ziel dieser Behandlung ist neben einer Verringerung der Symptomatik eine Förderung der Selbstsicherheit, der Ich-Funktionen, der Genussfähigkeit, der Trauerfähigkeit, des Kontaktvermögens, der Arbeitsfähigkeit und der Ausbalancierung von Nähe und Distanz zum Demenzkranken.

Fort- und Weiterbildung

Die Psychotherapie alter Menschen bedarf einer spezifischen Fort- und Weiterbildung, die auf den Kenntnissen in Theorie und Praxis der Psychotherapie aufbauen. Allerdings sollte ein Psychotherapeut auch Einstellungen gegenüber alten Menschen haben, die den therapeutischen Prozess ermöglichen bzw. erleichtern wie:

- körperliche Störungen und Erkrankungen ertragen und aushalten,
- Sterben als natürliche menschliche Notwendigkeit akzeptieren,
- alten Menschen mehr zuzutrauen und eigene Ängste und Befürchtungen reduzieren
- krankheits- und nicht reduktionistisch orientiert zu sein.

Damit in Zukunft es selbstverständlich wird, dass ein alter Menschen bei entsprechender Indikation auch eine Psychotherapie erhält, bedarf es neben dem Abbau von Vorurteilen spezifischer Weiterbildungsinhalte (Hirsch 2000):

- Grundlagenkenntnisse in der Sozialen Gerontologie, der Gerontopsychologie – insbesondere der Entwicklungspsychologie vom mittleren bis zum hohen Lebensalter, Gerontosoziologie und -pädagogik
- Basiswissen in der Geriatrie und Gerontopsychiatrie
- Kenntnisse über mögliche inter- und intraindividuell sehr unterschiedliche spezifische Problemfelder und Besonderheiten Älterer, die aufgrund ihrer Auswirkungen in der psychotherapeutischen Behandlung zu berücksichtigen sind
- Psychotherapeutische Methoden und deren Anwendung, »gerontologisiert«, d. h. nicht defekt- oder reduktionistisch orientiert und Problematisierung der Umwelt-Objekte
- Kenntnisse über unterschiedliche Behandlungs-, Beratungs-, Rehabilitations- und Versorgungsangebote für ältere Menschen insbesondere in der eigenen Region
- Kenntnis in der gerontologischen Evaluation und Überprüfbarkeit des therapeutischen Handelns
- Reflexion der eigenen Situation als Behandler unter Berücksichtigung der Beziehungs-Asymmetrie
- Erste Behandlungen unter qualifizierter Supervision
- Kenntnisse der Tätigkeit der verschiedenen in der Altenarbeit tätigen Berufsgruppen

Diese Weiterbildungsinhalte werden heute in vielen psychotherapeutischen Instituten, in gerontopsychiatrischen Abteilungen, bei Fachkongressen und durch Einzelveranstaltungen vermittelt. Um eine qualifizierte Fort- und Weiterbildung allen Psychotherapeuten und Psychiatern zu ermöglichen, wurde die Deutsche Akademie für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie im Februar 2007 gegründet.

Ausblick

Der Stand der Psychotherapie in unserer Gesellschaft ist gegenüber der biologisch ausgerichteten Medizin immer noch mit Vorurteilen belastet und verhindert eine fachlich ausgerichtete Sichtweise. Die Auswirkungen der

Altersdiskriminierung im Gesundheitswesen führt – unter Einbeziehung der allgemeinen Übertechnokratisierung, -bürokratisierung und Euroökonomisierung – dazu, dass der Stellenwert einer Psychotherapie im Alter weiter sinkt, auch wenn sich einzelne Kreise und Fachgesellschaften bemühen, diesem Trend entgegenzuwirken. Gibt es auch Untersuchungen, die belegen, dass eine Psychotherapie im Alter notwendig, sinnvoll und Erfolg versprechend ist, so scheinen diese in der Praxis auf wenig Zustimmung zu stoßen.

Das Lebensalter allein ist keine Variable, die einen Behandlungserfolg per se verringert. Leider klafft die Schere zwischen Bedarf und Angebot deutlich auseinander (Schätzung 1 : 10), auch wenn in den letzten Jahren die Anzahl der Psychotherapeuten, die ältere Menschen behandeln, zugenommen hat. Die Trennung von Psychiatrie/Psychotherapie und Psychosomatik/Psychotherapie, den Facharztbereichen entsprechend, hat dazu geführt, dass zwischen »rudimentärer Psychotherapie« und »Edelpsychotherapie« die Gräben eher größer werden im Verteilungskampf der Ressourcen. Besonders im stationären Bereich ist die Behandlung in der Psychiatrie primär nach medikamentöser Behandlung von oft akut organischen und psychischen Störungen ausgerichtet und sekundär – mangels Qualifikation und Personal – kann erst dann die Psychotherapie einbezogen werden. Menschen mit einer Demenz und ihre Angehörigen haben in der Regel keine Chance, psychotherapeutisch behandelt zu werden. Zu starr ist die Vorstellung und das Vorurteil, dass die Demenzen rein organische Ursachen haben. Dennoch gibt es eine Reihe von Hinweisen und Fallbeschreibungen sowie Untersuchungen, die belegen, dass Menschen mit einer Demenz von einer Psychotherapie profitieren können. Wie bei jedem Patienten gilt es, die Methode oder Methoden stadiengerecht und gezielt einzusetzen, die am ehesten Erfolg versprechend sind. Dies sollte auch für einem Menschen mit einer Demenz gelten!

Die gerontopsychotherapeutische Versorgung ist trotz mancher punktueller Verbesserungen defizitär. Das Interesse an ihr hat sich zwar vermehrt, auch in der Politik, dennoch dürfte das Ziel, eine adäquate, dem »state of the art« entsprechende Psychotherapie eines alten Menschen, die ökonomische Interessen keineswegs missachtet, kaum erreicht werden. Bei entsprechender Indikation ist es nicht selbstverständlich, dass ein Arzt oder Therapeut daran denkt, dass psychotherapeutische Methoden einzeln oder als Baustein eines Gesamtbehandlungskonzepts gesundheitsfördernd sein können. Es bedarf daher noch vieler Überzeugungsarbeit. Notwendig ist aber auch, dass sich alle am Gesundheitswesen Beteiligten mehr vergegenwärtigen, dass die »sprechende« Medizin nicht weiter vernachlässigt werden darf.

Literatur

Baltes PB, Baltes MM: Psychological perspectives on successful aging: The model of selsctive optimization with compensation. In: Baltes PB, Baltes MM (ed.) Successful aging: Persectives from the behavioral sciences. Cambridge University Press, New York 1990. 1–33

Bauer J: Möglichkeiten einer psychotherapeutischen Behandlung bei Alzheimer-Patienten im Frühstadium der Erkrankung. Nervenarzt 1997. 68, 421–424

Baumann U, v. Wedel B: Stellenwert der Indikationsfrage im Psychotherapiebereich. In Baumann U (Hg): Indikation zur Psychotherapie, Fortschritte der Klinischen Psychologie, Band 25. Urban & Schwarzenberg, München 1981. 15

Bosbach G: Moderne Kaffeesatzleserei. Online-Ressource 2004, www.woz.ch/artikel/inhalt/2004/nr13/Wirtschaft/5136.html (aufgesucht: November 2006)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg): Zweiter Altenbericht, Bonn 1998

Cohen-Mansfield J: Nonpharmacologic interventions for inappepropriate behaviors in dementia. British Journal of Med. Psychology 2001. 9, 361–381

Dilling H: Zur Notwendigkeit psychotherapeutischer Interventionen zwischen dem 50. und 80. Lebensjahr. Vortrag, Weltkongress für Gerontologie. Hamburg 1981

Ehrhardt Th, Plattner A: Verhaltenstherapie bei Morbus Alzheimer. Hogrefe, Göttingen 1999

Frölich L, Henn F: Das Kompetenznetz Demenz – Eine Initiative des BMBF zur Verbesserung von Diagnostik und Therapie der Demenzen. In Möller H-J et al. (Hg): Gerontopsychiatrie als interdisziplinäre Aufgabe. Schriftenr. d. Dtsch. Gesell. f. Gerontopsychiatrie u. -psychotherapie, Bd. 5. Kohlhammer, Stuttgart 2004

Gutzmann H, Zank S: Dementielle Erkrankungen. Kohlhammer, Stuttgart 2205

Haupt M: Therapeutische Strategien gegen Angst und Aggression bei Demenz. Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin 1993.14, 325–339

Haupt M et al: Verbesserung von Unruhezuständen und Angst bei Demenzkranken nach psychoedukativer Gruppenarbeit mit pflegenden Angehörigen. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 2000. 68, 216–223

Heuft G: Die Bedeutung der Trauma-Reaktivierung im Alter. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 1999. 32, 225–230

Heuft G, Kruse A, Radebold H: Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alternspsychotherapie. Reinhardt, München 2006 (2. Aufl.)

Hirsch RD (Hg): Psychotherapie bei Demenzen. Steinkopff, Darmstadt 1999

Hirsch RD: Übertragung und Gegenübertragung in der Psychotherapie mit alten Menschen. In Wenglein E (Hg): Das Dritte Lebensalter. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1997 a. 68–94

Hirsch RD: Beratung und Psychotherapie alter Menschen in der Bundesrepublik Deutschland. In Buijssen HPJ, Hirsch RD (Hg): Probleme im Alter. Beltz, Weinheim 1997b, S. 1–10

Hirsch RD: Lernen ist immer möglich – Verhaltenstherapie mit Älteren. Reinhardt, München 1999 (2. Aufl.)

Hirsch RD: Anforderungen an eine Weiterbildung für Psychotherapie mit alten Menschen. In Bäurle Pet al (Hg): Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen. Huber, Bern 2000. 282–289

Hirsch RD: Sozio- und Psychotherapie bei Alzheimerkranken. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2001. 34, 92–100

Hirsch RD, Hespos M: Autogenes Training bis ins hohe Alter. Reinhardt, München, 2000

Illhardt FJ: Ageism im Umgang mit alten Menschen und seine Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung. Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 1995. 8, 9–16

Junkers G: Psychotherapie bei Demenz? In: Hirsch RD: Psychotherapie bei Demenzen. Steinkopff, Darmstadt1994. 93–106

Kramer U: Ageismus – Zur sprachlichen Diskriminierung des Alters. In Fiehler R, Thimm C (Hg) Sprache und Kommunikation im Alter. Verlag für Gesprächsforschung, Radolfszell, 2003. 257–277

Maercker A et al.: Inanspruchnahme und Psychotherapiemotivation in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe über 65-Jähriger – Ergebnisse der Zürcher Altersstudie. Zeitschr. f. Psychother. u. Psychosom. Med. 2005. 55, 177–182

Meyer A-E et al.: Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf 1991

Radebold H: Das Konzept der Regression: Ein Zugang zu spezifischen, bei dementiellen Prozessen zu beobachtenden Phänomenen. In: Hirsch RD (Hg): Psychotherapie bei Demenzen. Steinkopff, Darmstadt 1994. 63–70

Radebold H, Hirsch RD: Tiefenpsychologische/psychoanalytische Behandlungsverfahren. In: Förstl H (Hg): Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Thieme, Stuttgart-New-York, 2003. 179–187

Radebold H: Psychodynamik und Psychotherapie Älterer. Springer, Heidelberg 1999.

Stetter F, Stuhlmann W: Autogenes Training bei gerontopsychiatrischen Patienten. Zeitschrift für Gerontologie 1987. 20 236–241

Strotzka H: Was ist Psychotherapie? In Strotzka H (Hg): Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. Urban & Schwarzenberg, München 1978 (2. Aufl.). 3–6

Suhr J et al.: Porgressive muscle relaxation in the management of behavioral disturbance in Alzheimer's disease. Neuropsychologic Rehabilitation 1999. 9, 31–44

Wächtler C et al.: Psychotherapeutische Konzepte bei Demenz. Psychotherapie im Dialog 2005. 6 (3), 295–303

Welden S, Yesavage JA: Behavioral improvement with relaxation training in senile dementia. Clin. Gerontology 1982. 1, 45–49

Winter M H-J: Demographischer Wandel und pflegerische Versorgung im Alter: Zentrale Ressourcen und Herausforderungen. 10. 03. 2006. Online Ressource www.aerzteblatt.de/aufsaetze/0602 (aufgesucht: Oktober 2006)

Zank S: Einstellungen alter Menschen zur Psychotherapie und Prädiktoren der Behandlungsbereitschaft bei Psychotherapeuten. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin 2002. 23, 181–194

Gerontopsychiatrische Kompetenz in der sektoralen Versorgung

Ralf Ihl

Die Qualität der Versorgung Demenzkranker in Deutschland ist von einer Reihe von Faktoren abhängig. Auch heute noch spielt der *Wohnort* dabei eine maßgebliche Rolle. Das Spektrum reicht von Regionen mit der gesamten möglichen Angebotsbreite bis zu Regionen mit nahezu keiner Angebotsstruktur. In den Einrichtungen selbst ist die *Qualität der Versorgung* ein weiteres Kriterium mit breitem Spektrum. Die Selbstwahrnehmung der Regionen zu Angebotsstruktur und -qualität entspricht dabei häufig nicht einem Urteil, das sich auf objektivierbare Kriterien stützt.

Während sich die Optimierung der Struktur von Angeboten durch das Schaffen neuer Angebote noch als denkbar erweist, ist eine qualitative Optimierung und in der Folge eine Qualitätssicherung noch in weiter Ferne. Eine zentrale Ursache dafür ist das *Fehlen einer geordneten Weiterbildung im Bereich der Gerontopsychiatrie*. So nimmt das Thema Gerontopsychiatrie in den Strukturen der ärztlichen Selbstverwaltung keinen eigenen Platz ein, im Vergleich mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat die Gerontopsychiatrie an den Universitäten so gut wie keinen Eingang gefunden. Viele der im Wesentlichen durch Eigeninitiative zu Experten herangewachsenen Gerontopsychiater haben mittlerweile Deutschland verlassen. Nichtsdestotrotz wird versucht, unter diesen Rahmenbedingungen eine geordnete Versorgung ohne Ausgrenzung durch Wohnorte oder Qualitätsmängel zu erreichen.

Mit der Grafik »Schale der Geborgenheit« (siehe Abbildung 1) wird beispielhaft dargestellt, welche *Institutionen in Abhängigkeit von der Schwere der Krankheit* (hier mit der von Reisberg entwickelten Global Deterioration Scale dargestellt) im pflegerischen und ärztlichen Bereich hilfreich sind. Das angestrebte Ziel, die häusliche Versorgung, findet sich am Boden der Schale, je nach Ausmaß der Beeinträchtigung steigt in den Wänden der Schale der notwendige Aufwand, um das Grundziel der häuslichen Versorgung wieder zu erreichen.

Beispielhafte Projekte in der sektoralen Versorgung

Bei der sektoralen Versorgung lassen sich grob zwei Bereiche unterscheiden, nämlich der der *häuslichen Versorgung* und der der *außerhäuslichen Versorgung*. Eine Kombination aus beiden Bestandteilen kann zurzeit als optimale Versorgungsform angesehen werden.



Abb. 1: Beispielhafte Angebote der sektoralen Versorgung in den Bereichen Therapie und Pflege und Betreuung schweregradabhängig zugeordnet. Links ist der Schweregrad nach der Reisberg Skala »Global Deterioration Scale« angegeben. 1 = unauffällig, 2 = nur subjektive Beschwerden, 3 = erste objektivierbare Beschwerden, danach gestaffelt bis 7 = schwerste Ausprägung der Krankheit.

Bei der *häuslichen Versorgung* spielen Pflegedienste, Angestellte, Haushaltshilfen und ehrenamtliche Hilfen eine Rolle, außerhäuslich finden sich nach Dauer gestufte Angebote, Angebote zur Förderung der Betroffenen, auch zur Förderung von Pflegenden und eine Fachberatung, um nur einige zu nennen.

Für die *außerhäusliche Versorgung* seien hier zwei Projekte vorgestellt.

Das Projekt *BEATE* (Betreuungsgruppen für Demenzkranke zur Entlastung pflegender Angehöriger als trägerübergreifende Einrichtung) in *Düsseldorf,* wird aus einem Trägerverbund von Caritas, Rotes Kreuz und Diakonie getragen. Sein Ziel ist es, Pflegende durch stundenweise Übernahme der Pflegepflichten zu entlasten.

Das Angebot wird einmal pro Woche zur Verfügung gestellt und findet in Gruppen zu vier bis neun Personen statt. Über die Stadt Düsseldorf werden aktuell sechs Gruppen betreut. Die Durchführung des Projekts hat einen geregelten Ablauf über Begrüßung, Besinnungsphase, Bewegungsphase und Konzentrationsphase zum Ausklang.

Personell wird das Konzept durch ehrenamtliche Helfer gestützt sowie sechs halbe Fachkräfte aus den Bereichen Krankenpflege, Altenpflege und Sozialpädagogik. Das Projekt begann am 01.01.2004 und ist für drei Jahre geplant.

Ein zweites Projekt im außerhäuslichen Bereich stellt das *Café Offerte* dar, das als Beispiel für viele Café-Angebote angesehen werden kann. Es hat die Aufgabe, Angehörige in ihrem Alltag zu unterstützen und ihnen Zeit zur Verfügung zu stellen. Gestützt durch ehrenamtliche Helfer wird für einen Zeitraum von drei bis vier Stunden eine Versorgung für die Erkrankten sichergestellt. Auch dieses Angebot findet einmal pro Woche statt. Im Rahmen der Landesinitiative Demenz hat das Demenz-Service-Zentrum für *Köln* und das südliche Rheinland die Aufgabe übernommen, solche Café-Angebote zu initiieren und dabei theoretische und praktische Unterstützung, wie z. B. bei der Ausbildung der ehrenamtlichen Helfer zur Verfügung zu stellen. Mittlerweile ist dieses Konzept von mehreren Trägern übernommen worden und wird in mehreren Stadteilen Kölns durchgeführt. Der Ablauf findet in einer geselligen Runde statt, in der auch Kaffee und Kuchen zur Verfügung gestellt werden. Inhaltlich sind gemeinsame Spiele, Bewegung, Singen, Musik hören, Anregung der Sinne, Erinnerungsarbeit, leichte Gedächtnis- und Orientierungsförderung sowie kleine Ausflüge vorgesehen. Die weitere Finanzierung ist durch die jeweiligen Träger im Rahmen ehrenamtlicher Hilfe sichergestellt. Es handelt sich damit nicht nur um ein vorübergehend gefördertes Projekt.

Weitreichender sind Konzepte zur *kombinierten Versorgung* im Sektor. Auch hier seien einige Beispiele aufgeführt.

Als Erstes das Projekt *HALMA* aus *Würzburg* (Hilfe für altersverwirrte Menschen im Alter). Dieses Projekt wurde Ende der 80er-Jahre in Würzburg anfangs als Projekt der Europäischen Gemeinschaft initiiert. Aus dem Projekt ist nunmehr eine Dauereinrichtung mit einer Mischfinanzierung geworden. Die Grundidee bestand darin, Expertisen aus Psychiatrie, Pflege, Sozialarbeit und Sozialpädagogik zu bündeln, um eine Institutionalisierung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen zu verhindern. Nachdem ein Mensch durch öffentliche Notfalldienste, Nachbarn oder Angehörige als hilfebedürftig definiert worden ist und dem Projekt zur Kenntnis gebracht wurde, erfolgt als Erstes eine Kontaktaufnahme, die Problemdefinition, der Versuch, eine Ursache zu finden und schließlich die Definition eines Behandlungsplanes. Hierbei wird sehr genau darauf geachtet, alle sozialen Ressourcen zu nutzen, rechtliche Fragen zu klären, um dem Ziel einer schnellen

Institutionalisierung entgegenzuwirken. Der Dienst ist auch aufsuchend, in der Initialphase besuchte ein Team mit ärztlicher, pflegerischer und sozialarbeiterischer Kompetenz die Menschen zu Hause. Zu dem Projekt liegen eine Menge von Daten vor. Zwei Drittel der aufzusuchenden Menschen litten an einer Demenz, 18 % an einer Schizophrenie, 8 % an einer Depression, 8 % an anderen Erkrankungen. Das Geschlecht war mit 85 % weiblich. Mit 82,5 % lebte der größte Teil der besuchten Menschen allein. Das mittlere Alter betrug 83 Jahre.

Auch zu den Ergebnissen zu HALMA liegen mittlerweile Daten vor. Bei 74,6 % der Patientin konnte eine Institutionalisierung vermieden werden. 17,5 % wurden in ein Pflegeheim weiter vermittelt, 7,9 % wurden nach einer Klinikeinweisung in einem Heim institutionalisiert. Für den Großteil der Menschen konnte durch ambulante Pflegedienste eine Institutionalisierung somit verhindert werden.

Ihre Versorgung erfolgte zu 22,8 % durch HALMA selbst, zu 9,6 % durch Wohlfahrtsinstitutionen, zu 7,9 % durch Verwandte, zu 6,1 % durch Sozialstationen, zu 2,6 % durch Betreuer, bei 5,3 % erwies sich eine weitere Versorgung in der Ambulanz nicht notwendig. Einige Grundvoraussetzungen für dieses Ergebnis sind allerdings zu berücksichtigen: Gut ausgebildete Spezialisten sind erforderlich. Hilfreich ist eine Anbindung an Institutionen. Dann ist sichergestellt, dass Menschen länger zu Hause leben können, ihre Lebensqualität erhöht wird und die Kosten reduziert werden.

Ein zweites Projekt kombinierter Versorgung ist die *Rehabilitation für Demenzkranke in Spezialkliniken*, die Kranke zusammen mit ihrem Versorger aufnehmen. Beispiele dafür sind Kliniken in *Bad Aibling, Bad Staffelstein und Olsberg*. Die Paare werden im Regelfall vier Wochen stationär rehabilitiert. Das Trainingsprogramm sieht für Kranke ein kognitives Training sowie ein Training der Alltagsfähigkeiten vor, gleichzeitig können durch Verhaltensbeobachtung Schwierigkeiten im Umgang definiert werden. Für die Angehörigen findet zeitgleich ein Umgangstraining statt, das auch die aktuell auftretenden Probleme direkt einbeziehen kann und damit einer ambulanten Behandlung deutlich überlegen ist.

Ein dritter Weg der kombinierten ambulanten sektoralen Versorgung findet sich in der Einrichtung eines *Gerontopsychiatrischen Zentrums*. Hierfür sind minimal folgende Einrichtungen in Kombination zu fordern: Eine Fachberatung, ein ambulanter Pflegedienst, eine Tagespflege, eine Tagesklinik und eine Gedächtnissprechstunde. Im Zusammenspiel dieser Einrichtungen lässt sich eine ambulante Versorgung optimal sicherstellen.

Qualitätssicherung

Zur Qualitätssicherung der Demenzversorgung im Sektor sind übergreifende Maßnahmen ebenso von herausragender Bedeutung. Zwei Beispiele seien hierfür angeführt, als Erstes das *Kompetenznetz Demenzen*, das mit dem Auftrag der vertikalen Vernetzung die Versorgung Demenzkranker optimieren soll. Zielvorstellung ist, dass die erste Anfrage eines Betroffenen oder Angehörigen bereits den Zugang zum gesamten Netz sicherstellt und damit auch eine optimale Diagnose, Therapie und Versorgung gewährleistet. Diese Kriterien sollen unabhängig vom Wohnort erfüllt werden. Vernetzt werden sollen Betroffene und Angehörige, Institutionen, Träger und Unternehmen, Medien und Politik sowie Krankenkassen. Es bedarf dazu eines strukturierten Vorgehens, das in Tabelle 1 dargestellt ist.

Tab. 1: Aufbau einer formalen Infrastruktur

Aufbau einer formalen Infrastruktur
»Homepage« mit allen Beteiligten
Aufbau einer informellen Infrastruktur
Homepage mit regelmäßige Wissensstandaktualisierung
Expertenforum (Fragen und Antworten)
Weiterbildungsangebote
Referentenvermittlung
Weiterentwicklung
Maßnahmen der Qualitätssicherung
Nutzen und Wirkung prüfen
Entwicklung neuer Versorgungs-, Diagnostik- und Therapiekonzepte mit wissenschaftlichen Untersuchungen

Das Kompetenznetz Demenzen hat einen Entscheidungsbaum für Ärzte entwickelt, der wesentliche Erkenntnisse der Wissenschaft und der Leitlinien zusammenfassend im Internet zur Verfügung stellt.

Das zweite vorzustellende Projekt ist die Initiative *Demenz-Service-Zentren in NRW,* deren Aufgaben in Tabelle 2 zusammengefasst sind. Die bisher vorliegenden Erkenntnisse der Demenz-Service-Zentren-Arbeit unterstreichen, wie wichtig es ist, hier gezielt weiterzuentwickeln. Selbst der Strukturentwicklung fehlt bisher noch ein vernünftiger Aufbau. Es ist festzustellen, dass die Berufsgruppen weiter wenig zusammenarbeiten, auch die Kooperation der Träger lässt viel zu wünschen übrig. Eine inhaltliche Abstimmung steht allenfalls am Anfang. Häufig sind die Akteure schlecht informiert, ein erhebliches Problem ist darüber hinaus eine Ablehnung von

Expertise von außen. Häufig sind die Akteure vor Ort davon überzeugt, das Beste zu tun, stellen sich dabei aber keiner Qualitätssicherung. Überhaupt ist insgesamt festzustellen, dass der Qualitätssicherungsgedanke noch in den Kinderschuhen steckt.

Tab. 2: Aufgaben des Demenz-Servicezentrums für die Region Köln und das südliche Rheinland

- Trägerübergreifende Kooperation und zentrale Koordination (erst- und weiterführende Kontakte) im Hilfeverbund der Stadt Köln und von dort ausstrahlend in die Region
- Erfassung der in der Region vorhandenen Hilfsangebote für Menschen mit Demenz
- Vernetzung von bestehenden Angeboten, Konzepten und Erfahrungen in der Region und Weiterentwicklung von Hilfsangeboten gemeinsam mit allen Anbietern, die Menschen mit Demenz betreuen
- Aufbau einer vernetzten Informations- und Beratungsstruktur und Mittler für Betroffene, Angehörige, der Selbsthilfe und dem professionellen Hilfesystem
- Öffentlichkeitsarbeit zur Enttabuisierung von Demenzkranken
- Initiierung, Unterstützung und Vernetzung niedrigschwelliger Angebote
- Schulungs- und Qualifizierungsangebote für freiwillige Helferinnen und Helfer, Angehörige, Laien und Profis
- Entlastungsangebot: Café Offerte

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es bei der Entwicklung der sektoralen Versorgung schlaglichtartig beispielgebende Projekte in vielen Bereichen der Republik gibt. Nur wenige Projekte arbeiten mit Daten zu den Ergebnissen ihrer Arbeit. Was wem wie viel nützt, bleibt so der Spekulation überlassen. Insbesondere eine Aussage zu besser oder schlechter kann überhaupt nicht getroffen werden. Es wundert daher überhaupt nicht, wenn Ergebnisse von »Leuchtturm-Projekten« schon im Nachbarkreis keinen Widerhall finden. Abhilfe könnten hier nur eine koordinierte Aktion mit den in diesem Bereich bundesweit tätigen Verbänden schaffen. Hilfreich könnten hierbei u. a. die Deutsche Alzheimergesellschaft, die Hirnliga und die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie sein. Würde ein strukturierter Ausbildungsgang Gerontopsychiatrie an Universitäten angeboten, wäre mittelfristig mit einer auch flächendeckenden Qualitätssteigerung zu rechnen. Die Versorgung der Kranken würde hierdurch erheblich optimiert, was zuallererst eine Steigerung der Lebensqualität zur Folge haben würde und zu guter Letzt auch den Ökonomen durch niedrigere Kosten erfreuen würde.

Die gerontopsychiatrische Versorgung von Heimbewohnern

Hans Gutzmann

Einleitung

Alte Menschen kennzeichnet eine spezifische Vulnerabilität in medizinischer, psychologischer und sozialer Hinsicht, die von den Betreuenden eine besondere Kompetenz zur Differenzierung zwischen »alt« und »krank« fordert. Die den alten Patienten häufig kennzeichnende Multimorbidität kann beim Arzt reflexhaft eine Multimedikation auslösen, wobei gerade die Pharmakotherapie im Alter höchste fachliche Standards verlangt. Schließlich sind Verluste im Alter ein ubiquitäres Phänomen, das nicht durch schiere »Ballung« von Betroffenen, etwa im Heim, kompensiert werden kann. Kaum irgendwo kann man so einsam sein wie gerade im Heim, ein Umstand, den die griffige Formel »Gemeinsam einsam« verdeutlicht (Hanisch-Berndt & Göritz 2004). In den letzten 20 Jahren hat sich die Heimversorgung in Deutschland stark verändert. Während ursprünglich Altenheimplätze quantitativ die größte Rolle spielten, stehen inzwischen Pflegeheimplätze im Vordergrund.

Fünf Prozent der 65-Jährigen und Älteren leben in Heimen. Der Anteil der Heimbewohner liegt bei den 65- bis 69-Jährigen bei etwa 1 % und steigt bei den über 90-Jährigen auf über 30 % an (BMFSFJ 1998). Bickel untersuchte (1995) die Frage, ob Demenzerkrankungen ursächlich für den Heimeintritt sind oder ob sie sich erst nach der Heimaufnahme entwickeln. Es fand sich, dass Demenzen nicht nur sehr häufig bei Heimbewohnern auftreten, sondern dass sie auch mit großem Abstand der wichtigste Grund für den Eintritt in ein Heim sind. In mehr als der Hälfte aller Fälle sind sie für die Aufnahme in ein Pflegeheim ausschlaggebend. Wenn auch die Angehörigen in Deutschland die überwiegende Last der Betreuung Demenzkranker tragen, ist davon auszugehen, dass bis zu 80 % aller Demenzkranken im Laufe ihrer Erkrankung in ein Pflegeheim übersiedeln. Demenzerkrankungen und Heim bilden also ein sehr enges gegenseitiges Bedingungsgefüge.

Gibt es Argumente für eine spezielle gerontopsychiatrische Versorgung?

Vier Überlegungen sprechen für spezialisierte gerontopsychiatrische Versorgungsangebote. Zum Ersten ist die Zahl psychisch kranker Älterer hoch und steigt weiter. Sie wird auch ohne den Einbezug der Demenzkranken in den nächsten 30 Jahren um 275 % zunehmen, weil die Lebenserwartung älterer psychisch Kranker steigen und die Mortalität jüngerer psychisch Kranker sinken wird. Als zusätzliches Problem ist zu erwarten, dass die Zahlen der Leichtkranken durch Prophylaxe und intensiviertes Case-finding steigen und den Druck auf ambulante Strukturen erhöhen wird, während die Zahl der Schwerkranken mit ihrem stationären Behandlungsbedarf wegen der steigenden Lebenserwartung auch dieser Gruppe überproportional zunehmen dürfte (Jeste et al. 1999). Es findet sich also zum Zweiten auch eine Veränderung im Spektrum und Erscheinungsbild psychischer Störungen, zumal die »baby-boomer« auch höhere Risiken für Depression und Angst tragen, als sie die bisherige gerontopsychiatrische Klientel aufgewiesen hat. Weiterhin ist eine Erschwerung des Zugangs zu etablierten psychiatrischen Versorgungsangeboten für alte Menschen offensichtlich (Gutzmann 2001) und schließlich zeichnen sich alte Menschen entwicklungspsychologisch und sozial durch charakteristische Besonderheiten aus (Mayer & Baltes 1996).

Die neurologischen und psychiatrischen Fachärzte hatten bis vor Kurzem keine zwingende Weiterbildung im Bereich der Altersmedizin respektive Gerontopsychiatrie, und der Anteil an altersmedizinischer bzw. psychiatrischer Weiterbildung im Curriculum der Ärzte für Allgemeinmedizin ist ebenfalls bis jetzt marginal. In wenigen Bundesländern, so etwa in Brandenburg, stellen Geriatrie und Gerontopsychiatrie immerhin einen kleinen Teil des currikulären Pflichtprogramms. Auch bei nichtärztlichen Berufsgruppen im Bereich der medizinischen Versorgung sieht es nicht viel besser aus. Gleichwohl ist es sinnvoll, die Ressourcen im ärztlichen Bereich jetzt schon optimal zu verbinden. Bisherige Leitlinien haben sich entweder darauf beschränkt, Empfehlungen zur Behandlung des Krankheitsbildes an sich und/oder aber für bestimmte Berufsgruppen zu geben. So sind in Deutschland vor allen Dingen die Behandlungsleitlinie Demenz der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN 2000) und das Manual zur Demenz des Berufsverbandes der Allgemeinmediziner (BDA 1999) zu nennen sowie die Therapieempfehlung Demenz der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AKDÄ 2001) und ein vom Bun-

desministerium für Gesundheit herausgegebener Leitfaden zur ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung (Hirsch et al. 1999). In einer Übersicht über die international verfügbaren Leitlinien wird deutlich, dass zur Schnittstellenproblematik zwischen den Fächern und Versorgungsinstanzen nahezu nicht Stellung genommen wird (Müller et al. 2003).

Generelle Forderungen wie die, dass sämtliche Demenzkranke ausschließlich fachärztlich betreut werden sollten, oder dass jeder Demenzkranke mindestens einmal fachärztlich abgeklärt werden sollte, rühren nicht nur an die Frage der allgemeinärztlichen Kompetenz, sie müssen sich darüber hinaus zusätzlich an der vorhandenen fachärztlichen Kapazität sowie der Akzeptanz psychiatrischer Interventionen generell messen lassen. Es gilt auch heute noch, dass der Gang zum »Nervenarzt« mit großen Schwellenängsten verbunden ist, wobei insbesondere in der älteren Bevölkerung erhebliche Vorbehalte gegenüber diesem Fachgebiet bestehen. Ohnehin vorhandene Ängste, die Kontrolle über die Dinge – und in weiterem Sinne die Autonomie – zu verlieren, werden durch eine Überweisung zum Psychiater noch gefördert. Nach den Ergebnissen der Berliner Altersstudie besuchen zwar 84 % der Älteren regelmäßig den Hausarzt, jedoch nur 4 % den Nervenarzt (Mayer & Baltes 1996). Bezüglich der ärztlichen Kapazität muss berücksichtigt werden, dass wir großstädtische Bereiche mit in der Regel guter fachärztlicher Versorgung nicht mit ländlichen Regionen gleichsetzen dürfen. Gerade in den schwächer besiedelten Regionen gewinnen Netzwerke an Bedeutung. Die FachärztInnen wie auch die HausärztInnen sind zudem nicht nur unterschiedlich im gerontopsychiatrischen Bereich qualifiziert, sondern auch unterschiedlich motiviert, psychisch kranke Ältere bzw. Demente zu betreuen. In einer Studie des Kompetenznetzes Demenz wird eine Angehörigen-Gruppe mit der Äußerung zitiert: »Nervenärzte mögen uns nicht.« (Melchinger & Machleidt 2005) Dieses Problem zeigt sich aber nicht nur im Bereich der Demenzen, sondern auch eine angemessene psychotherapeutische Versorgung wird alten Menschen noch zu oft vorenthalten. Aber allein schon die geringe Facharztzahl setzt offensichtlich Grenzen. Rechnet man die derzeitige Anzahl Demenzkranker auf die Anzahl niedergelassener Fachärzte um, so müsste jeder Facharzt mehr als 200 Demenzkranke und ihre Angehörigen betreuen (Bohlken 2001). Zweifel an der Umsetzbarkeit von Leitlinien sind auch in diesem Kapazitätsproblem begründet (Stoppe 2003). Andererseits muss man aber auch festhalten, dass die hausärztliche Versorgung Hochaltriger bis heute ein von zahlreichen Problemen und Konflikten geprägtes Versorgungsfeld ist (Melchinger & Machleidt 2005).

Psychisch kranke Alte im Heim

Im Vierten Altenbericht (BMFSFJ 2002) wird verdeutlicht, dass in Deutschland im Wesentlichen zwei Modelle für die ärztliche Versorgung von alten Heimbewohnern vorherrschen. Einerseits erfolgt, wie bei anderen ambulanten Patienten auch, die ärztliche Versorgung durch niedergelassene Hausärzte in Form von regelmäßigen »Hausbesuchen«. Die Mehrzahl der Heime arbeitet mit mehreren Hausärzten zusammen. Andererseits existieren in einigen Bundesländern Heimarztsysteme, also die Möglichkeit, sich von angestellten Ärztinnen und Ärzten des Heimes medizinisch versorgen zu lassen. Dies wird etwa im Rahmen des »Berliner Modells« praktiziert (Müller & Richter-Reichhelm 2004). Dieses Modell beruht auf einer Vereinbarung, die für »ärztliche, pflegerische und therapeutische Betreuung Schwerstkranker in stationären Pflegeeinrichtungen« zwischen der AOK sowie der IKK und Krankenheimen geschlossen worden ist (Benesch 2006). Es sieht sowohl die Möglichkeit fest angestellter Ärzte als auch die vertragliche Einbeziehung niedergelassener Ärzte vor, wobei regelmäßige Visiten und Rufbereitschaften außerhalb der üblichen Praxiszeiten ebenso ein unverzichtbares Strukturelement darstellen, wie Teambesprechungen und Fortbildungen. Obwohl das ärztliche Honorar um mehr als das Doppelte über den üblichen GKV-Sätzen liegt, wird von den Kostenträgern ein erheblicher Spareffekt berichtet (Kotek 2005). Es überrascht dann allerdings, dass dieses Modell nicht bereits flächendeckend eingesetzt wird.

Pflegeheimbewohner unterscheiden sich erheblich von der durchschnittlichen Wohnbevölkerung. Es handelt sich bei ihnen in der Regel um hilfs- und pflegebedürftige, multipel chronisch kranke, alte bis hochaltrige Menschen, die intensive ärztliche Betreuung benötigen. Für das Pflegeheim verbinden sich damit allerdings erhebliche Probleme. Zum einen liegen sie in der zum Teil großen Anzahl der Hausärzte, die Patienten im Heim betreuen. Je mehr Ärzte in einem Heim ein und aus gehen, umso unübersichtlicher ist die Handhabung der oft komplexen medikamentösen Behandlungsschemata des überwiegenden Teils der Bewohner. Dies erschwert dem Personal die notwendige Übersicht außerordentlich. Auch fällt es sehr schwer, systematische Erfahrungen mit einzelnen Medikamenten zu gewinnen, da selbst bei gleichen Beschwerden unterschiedliche Substanzen angewandt werden. Schließlich kann die Versorgung in der Nacht und an Wochenenden bzw. Feiertagen in der Regel nur durch den notärztlichen Dienst erfolgen, der keinen dauerhaften Kontakt zu den Patienten hat. Die unglückliche Folge

sind zum Teil unnötige Krankenhauseinweisungen. Auch tagsüber ist es für das Personal im Pflegeheim schwierig, die behandelnden Ärzte während der Sprechstunden zumindest telefonisch zu erreichen, um Fragen und Probleme klären zu können. Die ausschließliche Nutzung der sprechstundenfreien Zeit führt zu kurzen Anwesenheitszeiten (BMFSJ 2002). Es ist davon auszugehen, dass unter den gegenwärtigen Arbeitsbedingungen für Ärzte in Heimen ein Teil der behandelbaren Erkrankungen, besonders psychiatrische Störungen, nicht erkannt werden (Riedel-Heller et al. 1999).

In einer aktuellen Studie, die knapp 65 000 Heimplätze einbezog, wurde festgestellt, dass 93,5 % der Heimbewohner Leistungen aus der Pflegeversicherung bezogen, während mehr als 80 % der 80–85-jährigen der Gesamtbevölkerung als in diesem Sinne nicht pflegebedürftig erschienen. Auch bei der über 90-jährigen Wohnbevölkerung konnten noch mehr als 40 % selbstständig den Alltag bewältigen (Hallauer et al. 2005). Hochaltrige Heimbewohner können in der Regel die Praxis eines niedergelassen Hausarztes, der als der Primärversorger der Heimbewohner angesehen werden kann, nicht mehr aufsuchen, sodass der Hausbesuch bei diesen Patientinnen und Patienten von der Ausnahme zur Regel wird. Eigene Heimärzte sind selten (weniger als 5 %), Mit-Versorgung durch Krankenhausärzte kaum häufiger (weniger als 10 %) (Hallauer et al. 2005), auch wenn diese Betreuungsform bei Vorhandensein einer gerontopsychiatrischen Institutsambulanz sicher qualitativ deutliche Vorteile böte. Eine fachärztliche Versorgung durch Psychiater ist stark abhängig von der Versorgungsregion und findet bei 11,4 % (Stelzner 1999) bis 18,4 % (Molter-Bock 2004) der Bewohner statt. Ärzte haben oft wenig Zeit. Dies gilt auch und gerade für Heimbewohner als Patienten. Die Visitendauer liegt in München bei Hausärzten im Schnitt bei 7,6 Minuten, bei Psychiatern/Neurologen bei 6,6 Minuten (Molter-Bock 2004) – in Mannheim bei unter 5 Minuten (Weyerer et al. 2000). Aus der Sicht niedergelassener Ärzte ergeben sich weitere Probleme. Chronisch kranke, multimorbide Pflegeheimpatienten bedürfen (kosten-)intensiver Behandlung und Medikation. Sie belasten damit das diagnostische Budget sowie das Arzneimittel- und sonstige Therapiebudget erheblich, sodass Arztpraxen nur die Betreuung einer begrenzten Anzahl von Pflegeheimpatienten gewährleisten können, ohne sich in ernsthafte ökonomische Probleme zu manövrieren (Benesch 2006).

Ein zentrales Problem der Heimversorgung durch niedergelassene Ärzte liegt in den Schwierigkeiten bei der Kommunikation und Kooperation der im Heim arbeitenden Berufsgruppen. Die gelingende Kommunikation zwischen

Pflegepersonal und den betreuenden Ärztinnen und Ärzten ist aber der zentrale Faktor für eine gute medizinische Versorgung im Heim. Befragungen des Pflegepersonals hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit haben erhebliche Defizite in der Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegepersonal ergeben. Von den Ärzten wünschte man häufigere Hausbesuche, eine bessere Medikamenteneinstellung, eine stärkere Einbeziehung ihrer Beobachtungen und eine bessere Kommunikation mit den Angehörigen. Allerdings wünschten mehr als 25 % fachärztliche Hausbesuche und wünschten vor allem von den Fachärzten Fallbesprechungen, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen und konkrete Anweisungen zum Umgang (BMG 2004). Aufgrund nur sporadischer Kontakte kann eine Teamsituation kaum entstehen. Kommunikationsdefizite bestehen auch mit den Angehörigen, die bei demenzkranken Patienten häufig als gesetzliche Betreuer eingesetzt sind. Ein besonderes Problem ist der mangelnde Informationsfluss zwischen allen an der Pflege beteiligten Akteuren hinsichtlich des Verhaltens bei Zustandsverschlechterungen. Systematische Regelungen, die Absprachen zwischen Hausarzt und Angehörigen ermöglichen, stellen heute die Ausnahme dar (BMFSFJ 2002). Es ist davon auszugehen, dass unter den gegenwärtigen Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte ein nicht geringer Teil der behandelbaren Erkrankungen nicht erkannt wird. Dies trifft insbesondere für psychiatrische Krankheitsbilder zu (Riedel-Heller et al. 1999). Ein zusätzlich dieses Problem verschärfender Umstand liegt in der oft mangelnden Qualifikation der Mitarbeiter im Heim, bei denen immer noch zu oft eine beklagenswert geringe Kenntnis über Demenzerkrankungen und deren Behandlung vorliegt (Wingenfeld & Schnabel 2003, Pantel et al. 2005).

Diese Situation wird aus gerontopsychiatrischer Sicht besonders prekär, weil bei der Mehrzahl der Bewohner von Altenheimen pflege- und behandlungsrelevante psychische Störungen vorliegen. Bei etwa zwei Drittel der Klientel sind Demenzerkrankungen zu diagnostizieren. Dieser Anteil ist allerdings nicht statisch, vielmehr unterliegt er einem dynamischen Prozess, der so rasch abläuft, dass er auch für relativ kurze Beobachtungsintervalle belegt werden kann. So kam es etwa in einer zweizeitigen Erhebung in Mannheim innerhalb von zwei Jahren zu einer bedeutsamen Steigerung der Prävalenz von Demenzerkrankungen in den untersuchten Heimen (Weyerer et al. 2000). Die Studie belegt aber noch eine andere, ebenso problematische Dynamik: Die Personalsituation verschlechterte sich im gleichen Zeitraum, in dem der Anteil pflegebedürftiger und demenzkranker Bewohner zunahm. Die Anzahl der Personalstellen in der Pflege ging um 13,5 % zurück. Gleichzeitig

stieg der Anteil der reinen Pflegetätigkeit an der Arbeitszeit von 57 % auf 66 % an. Der Anteil der Betreuungszeit, d. h. der Zeit, die für Kommunikation und Aktivierung aufgewendet werden konnte, nahm parallel dazu von 12 % auf weniger als 7 % ab. Einem Mehr an Demenzkranken steht also ein Weniger an pflegerischem und therapeutischem Angebot gegenüber.

Demenzerkrankungen sind aber nicht das einzige gerontopsychiatrische Problem in der stationären Altenhilfe. Mindestens ein Drittel der Heimbewohner dürfte unter gravierenden depressiven Symptomen leiden (Weyerer et al. 1995). Bei ihnen kumulieren die Faktoren, die zu sozialer Isolierung und Einsamkeit beitragen (Wenger et al. 1996) und bedingen nicht unerheblich das depressive Erkrankungsrisiko. Allerdings erhalten lediglich 5 % bis 20 % der älteren Menschen mit einer eindeutigen depressiven Erkrankung überhaupt eine spezifische antidepressive Therapie, im Heim dürfte dieser Anteil noch deutlich niedriger liegen (Schulze-Mönking & Hornung 1998). In einer Leipziger Studie erhielten 3,6 % der Pflegeheim- und 2,6 % der Seniorenheimbewohner Antidepressiva, wobei neuere Substanzen, die bei Älteren wegen des geringeren anticholinergen Risikos bevorzugt werden sollten, seltener zum Einsatz kamen als bei der Wohnbevölkerung (Riedel-Heller et al. 1999). Da ein schlechter Gesundheitszustand und erlebte Einsamkeit hoch korrelieren (Elbing 1991, Tesch-Römer 2000) wundert es nicht, wenn nicht nur die seelische, sondern auch die körperliche Gesundheit unter diesen Bedingungen Schaden nimmt. Es ist gut belegt, dass depressive Störungen bei Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen die somatische Genesung nicht nur verzögern, sondern auch einen wesentlichen Risikofaktor für den letalen Ausgang von Myokardinfarkten darstellen (Musselman et al. 1998). Auch ist das Faktum, dass psychisch kranke Ältere innerhalb und außerhalb von Heimen medizinisch schlechter versorgt werden als Jüngere, gut belegt und auch für einzelne somatische Erkrankungen bedrückend deutlich (Brockmann 2003). So findet sich eine um 20 % gesteigerte Mortalität nach Herzinfarkten gegenüber psychisch Gesunden. Eine interventionelle Kardiologie findet bei älteren psychisch Kranken in einem nennenswert geringeren Umfang (-5 %) statt und generell ist eine abnehmende ärztliche und besonders fachärztliche Konsultationsfrequenz zu verzeichnen (BMFSFJ 2002).

Der Einsatz von Psychopharmaka im Heimbereich

Ein häufig beklagter Missstand bei der Versorgung psychisch kranker Älterer im Heim ist die inadäquate Verwendung von Psychopharmaka. In diesem Zusammenhang wird immer wieder diskutiert, dass sie vorwiegend zur Erleichterung der Arbeit der Pflegenden und nicht zum Wohl der Pflegebedürftigen eingesetzt werden. Sicher stellt die Verordnung von Psychopharmaka im Altenpflegeheim primär eine medizinische Behandlungsmaßnahme dar, für deren sachgerechte Durchführung und Überwachung Ärzte und Pflegende Sorge zu tragen haben. Das ärztliche und pflegerische Handeln muss dabei durch empirisch fundierte und evidenzbasierte wissenschaftliche Erkenntnisse ebenso legitimiert werden, wie durch die Berücksichtigung rechtlicher und ethischer Grundlagen (Pantel et al. 2005). Ein besonderes Problem ergibt sich bei der Betreuung verhaltensauffälliger Demenzkranker. Als Mittel der Wahl gelten hierbei heute die Neuroleptika, die auch hier – und nicht etwa für die Indikation Schizophrenie – hauptsächlich angeordnet werden (Linden 1999). Dies steht in auffälligem Kontrast zu einer mangelhaften wissenschaftlichen Beweislage. Dass hier auch nicht geeignete bzw. unsinnige Medikationen erfolgen, wird durch entsprechende Erfahrungen mit der US-amerikanischen OBRA (Omnibus Budget Reconciliation Act) -Verordnung gestützt, die eine strikt indikationsbezogene Psychopharmakamedikation in Altenheimen initiierte. Vor der Verschreibung von Psychopharmaka müssen nach den OBRA-Kriterien medikamentöse, umgebungsbedingte oder psychosoziale Gründe für Verhaltensstörungen ausgeschlossen und nichtpharmakologische Behandlungsmöglichkeiten versucht werden. Diagnosen und spezifische Zielsymptome oder -verhaltensstörungen müssen dokumentiert, die Wirksamkeit der Arzneimitteltherapie muss überwacht werden, wobei periodische Dosierungsreduktionen und Auslassversuche zwingend vorgeschrieben sind, es sei denn, spezifische Ausnahmebedingungen liegen vor. Neuroleptika dürfen im Allgemeinen nur bei Psychosen oder psychotischen Symptomen eingesetzt werden, es sei denn, bei Demenzkranken liegen eine Fremd- oder Selbstgefährdung vor. Neuroleptika gelten als ungeeignet zur Behandlung von Schlafstörungen, Unruhe, unkooperativem Verhalten oder als Bedarfsmedikation. Langfristig konnten nach Einführung dieser Verordnung bei bis zu 75 % der Patienten die Neuroleptika abgesetzt bzw. reduziert werden, worunter sich bei einem Großteil von ihnen der klinische Befund verbesserte und Nebenwirkungen abnahmen (Semla et al. 1994). Auch die evidenzbasierte Medizin trägt zu diesem Problem Argumente bei.

Eine Meta-Analyse von Studien, in denen konventionelle Neuroleptika bei Demenzkranken zum Einsatz kamen, zeigte lediglich bei 18 % der Patienten klare Verbesserungen der Verhaltensmuster (Schneider et al. 1990). Bei atypischen Neuroleptika ergab sich allerdings auch keine deutlich bessere Bilanz (Schneider et al. 2006). Eine klare Indikationsstellung und regelmäßige Kontrollen der angestrebten Effekte stellen Kernforderungen der OBRA-Verordnung dar. Eine Studie in Münchner Altenheimen ermittelte dagegen, dass bei etwa einem Viertel der Psychopharmakakonsumenten in der Pflegedokumentation keinerlei psychiatrischen Diagnosen dokumentiert waren (Molter-Bock 2004). Es fanden sich aber neben – an indikationsnahe Medikationsbegründungen erinnernde – Formulierungen wie »extrovertierte Verhaltensstörungen« auch enge positive Zusammenhänge der Neuroleptikamedikation mit Merkmalen wie »zugebrachte Zeit außerhalb des Zimmers« und mit der Unterbringung in einem Doppelzimmer. Zu vernachlässigende Zusammenhänge fanden sich mit Geschlecht, Alter, Heimaufenthaltsdauer, Pflegestufe und Grad der kognitiven Beeinträchtigungen.

Die Verschreibung von besonders nebenwirkungsreichen Psychopharmaka bei 14 % der Konsumenten wurden in dieser Studie ebenso gefunden, wie zu lange Überprüfungsintervalle für die Verschreibung, zu seltene und zu kurze persönliche ärztliche Visiten, zu unspezifische Diagnosestellungen und eine nicht sorgfältig fortgeführte Diagnosedokumentation und schließlich zu seltene Fallbesprechungen. Schon früher hatten Studien in deutschen Pflegeheimen statistisch enge Beziehungen zwischen Psychopharmakaverschreibungen und Charakteristika der Institutionen wie Heimgröße, Pflegepersonalschlüssel und Qualifikation der Pflegenden festgestellt (z. B. Damitz 1997). Ein weiterer Aspekt macht die Interdependenz von stationärer psychiatrischer Behandlung und Betreuung im Altenheim deutlich. Während bei den fest verordneten Psychopharmaka im Wesentlichen die bei der Entlassung aus stationärer Behandlung empfohlenen Dosierungen beibehalten wurden, fand sich bei der Bedarfsmedikation eine drastische Zunahme. Zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus war eine Therapie bei Bedarf mit Psychopharmaka bei 15,0 % bzw. mit Neuroleptika bei 7,5 % der Patienten empfohlen worden. Drei Monate später wurde eine Bedarfsmedikation von Psychopharmaka generell bei 39,3 % bzw. eine Neuroleptikamedikation bei 19,6 % der betreffenden Gruppe verzeichnet. Im Heim, so kann man daraus schließen, hat sich nach kurzer Zeit der Bedarf an Psychopharmaka mehr als verdoppelt. Eine Studie aus Hannover hatte im Gegensatz zu diesen Ergebnissen bereits bei der fest angesetzten Medi-

kation kurz nach der Krankenhausentlassung eine deutliche Dosissteigerung verzeichnet (Wilhelm-Gössling 1998). Möglicherweise fiel es den Betreuenden in den Münchner Heimen aber auch leichter, sich an die stationären Empfehlungen zu halten, weil diese von vorneherein wesentlich großzügiger ausgefallen waren, als die in Hannover.

Ausblick

Auch wenn mehr als drei Viertel aller Demenzkranken im Laufe ihrer Erkrankung in ein Pflegeheim übersiedeln, lebt die Mehrzahl in Deutschland derzeit in Privathaushalten und wird überwiegend von Familienmitgliedern betreut, ein Umstand, der bisher in keiner Kosten- und Leistungsrechnung erfasst wird (Weyerer 2005). Wenn in der Zukunft wegen des Rückgangs der potenziell Pflegenden ehrenamtliche Hilfe durch professionelle Hilfe ersetzt werden muss, werden wir mit finanziellen Herausforderungen konfrontiert sein, die sich derzeit nur ahnen lassen. Wenn bis dahin nicht einige der hier nur angerissenen Entwicklungen von der Gesellschaft ernst genommen worden sind, zu denken ist hier etwa an die Personalausstattung im Pflegebereich und die Form und Qualität der ärztlichen Versorgung in Heimen, kann man der zukünftigen Entwicklung nur mit Skepsis entgegensehen. Wenn im Vierten Altenbericht der Bundesregierung allerdings unterstrichen wird, dass alle Lebensphasen ethisch gleichrangig sind, schließt dies eine Abwertung des Alters und der Hochaltrigkeit aus und lässt doch hoffen. Eine aktuelle Untersuchung fügt der Debatte einen weiteren tröstlichen Aspekt hinzu (Schomerus et al. 2006). Bemerkenswert war in dieser Studie der Leipziger Epidemiologen, dass die Alzheimer-Krankheit in der Öffentlichkeit bei der Frage, welche Krankheiten bei einer möglicherweise notwendig werdenden Rationierung ausgenommen werden sollten, als einzige psychiatrische Erkrankung besser abschnitt als Rheumatismus und Diabetes und nur wenig schlechter als AIDS. Die hier deutlich gewordene zunehmende Akzeptanz der Altersdemenz könnte also auch die Zukunft der Versorgung der immer zahlreicher werdenden Demenzkranken etwas optimistischer aussehen lassen. An guten Ideen mangelt es dabei auch für die stationäre Langzeitpflege sicher nicht (Schäufele 2005).

Literatur

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (Hg): Demenz. Arzneiverordnung in der Praxis. Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft. O A. 2001, 2. Auflage

Benesch G: Versorgung von Heimbewohnern – lohnt sich das noch? Neurotransmitter 2006, 17: 27–30

Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands – Hausärzteverband (Hg): Demenz-Manual. Kybermed Verlag, Emsdetten 1999

Bickel H: Demenzkranke in Alten- und Pflegeheimen: Gegenwärtige Situation und Entwicklungstendenzen. In: Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg): Medizinische und gesellschaftspolitische Herausforderung: Alzheimer Krankheit. Der langsame Zerfall der Persönlichkeit. Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn 1995. 49–68

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg): Möglichkeiten und Grenzen einer selbstständigen Lebensführung in Einrichtungen. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 1998

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Alter und Gesellschaft. Berlin 2001.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg): Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger unter besonderer Berücksichtigung dementieller Erkrankungen. Berlin, 2002

Bundesministerium für Gesundheit (Hg): Entwicklung und Erprobung einer gerontopsychiatrischen Handreichung für den Hausarzt/Allgemeinmediziner zur Früherkennung und Behandlung von Demenzprozessen. Berlin 2004

Bohlken J: Demenz. 2010: 1,5 Millionen Patienten erwartet. NeuroTransmitter 2001. Sonderheft 1: 32–36

Brockmann, H: Why is less money spent on health care for the elderly than for the rest of the population? Health care rationing in German hospitals. Soc Sci Med 2002. 55: 593–608

Damitz BM: Arzneimittelverbrauch älterer Menschen in Bremer Alten- und Pflegeheimen unter besonderer Berücksichtigung von Psychopharmaka. Gesundheitswesen 1997. 59: 83–86.

DGPPN: Leitlinie Demenz. Steinkopff Verlag, Darmstadt 2000

Elbing E: Einsamkeit. Psychologische Konzepte, Forschungsbefunde und Treatmentansätze. Hogrefe, Göttingen 1991

Füsgen I, Hallauer J: Demenzbehandlung in Pflegeheimen – Wirklichkeit, Chancen und Grenzen. Medical Tribune Verlagsgesellschaft, Wiesbaden 2005

Gutzmann H: Psychisch kranke alte Menschen – Wo sind sie geblieben? Spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2001. 30: 31–33

Hallauer J et al: SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Vincentz Network, Hannover 2005

Hanisch-Berndt J, Göritz M: Gemeinschaft und Vereinsamung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. 2004. Online-Ressource. www.diplomarbeit-altenhilfe.de/index.html

Hirsch RD et al: Leitfaden für die ambulante und teilstationäre gerontopsychiatrische Versorgung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 114. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 1999

Jeste DV et al.: Consensus statement on the upcoming crisis in geriatric mental health: research agenda for the next 2 decades. Arch Gen Psychiatry 1999. 56: 848–53

Kotek H: Acht Jahre »Berliner Projekt« in der stationären Pflege: Hohe Qualität, weniger Kosten. In: Füsgen I, Hallauer J: Demenzbehandlung in Pflegeheimen – Wirklichkeit, Chancen und Grenzen. Medical Tribune Verlagsgesellschaft, Wiesbaden 2005. S. 51–57

Kruse A, Wahl H-W: Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort? Verlag Hans Huber, Bern 1994

Linden M: Pharmakoepidemiologie der Neuroleptika-Verordnung bei nicht-schizophrenen Störungen. In: Gaebel W (Hg): Stellenwert der Neuroleptika bei der Behandlung nicht schizophrener Krankheitsbilder. Springer, Berlin 1999

Melchinger H: Regionale Versorgung von Demenzkranken – Analysen zur Versorgungssituation und Implikationen für Qualitätsziele und Qualifizierungsmaßnahmen. Medizinische Hochschule Hannover 2004.

Melchinger H, Machleidt W: Hausärztliche Versorgung von Demenzkranken. Nervenheilkunde 2005. 24: 493–8

Mayer KU, Baltes PB (Hg): Die Berliner Altersstudie. Akademie-Verlag, Berlin 1996

Molter-Bock E: Psychopharmakologische Behandlungspraxis in Münchner Altenpflegeheimen. Med. Dissertation LMU. München 2004

Müller RD, Richter-Reichhelm M: Der Arzt am Pflegebett. Deutsches Ärzteblatt 2004. 101: 1482–1484

Müller U et al: Nationale und Internationale Demenzleitlinien im Vergleich. Fortschr Neurol Psychiat 2003. 71: 285–295

Musselman DL, Evans DL, Nemeroff CB: The relationship of depression to cardiovascular disease: epidemiology, biology, and treatment. Arch Gen Psychiatry 1998. 55(7): 580–92

Pantel J et al.: Abschlussbericht »Psychopharmaka im Altenpflegeheim« Eine interdisziplinäre Untersuchung unter Berücksichtigung gerontopsychiatrischer, ethischer und juristischer Aspekte. BHF-BANK-Stiftung, Frankfurt/M 2005.

Riedel-Heller SG et al.: Gerontopsychiatrische Kompetenz ist gefordert. Die aktuelle psychopharmakologische Behandlungspraxis in Alten- und Pflegeheimen. Psychiatr Prax. 1999. 26(6): 273–6

Schäufele M: Der Stand der Pflegeforschung: Besondere Formen stationärer Langzeit- Versorgung für demenzkranke Menschen. In: Dürrmann P (Hg): Besondere stationäre Dementenversorgung II: Konzepte, Kosten, Konsequenzen. Vincentz Network, Hannover 200. S. 264–274

Schneider LS, Pollock VE, Lyness SA: A metaanalysis of controlled trials of neuroleptic treatment in dementia. J Am Geriatr Soc 1990. 38: 553–563

Schneider LS et al.: CATIE-AD Study Group. Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease. N Engl J Med. 2006. 355: 1525–1538

Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC: Preferences of the public regarding cutbacks in expenditure for patient care. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2006. 40: 1–9

Schulze-Mönking H, Hornung WP: Prävalenz und Behandlung von depressiven Syndromen in Altenheimen. Erhebung in einem ländlichen Versorgungssektor. Psychiat. Prax. 1998. 25: 183–185

Semla TP et al.: Effect of the Omnibus Reconciliation Act 1987 on antipsychotic prescribing in nursing home residents. J Am Geriatr Soc 1994. 42: 648–652

Stelzner G et al.: Determinanten des Psychopharmakagebrauchs in Alten- und Altenpflegeheimen. Z Gerontol Geriat 2001. 34: 306–312

Stoppe G: Diagnose und Differentialdiagnose der Demenzerkrankungen. In: Wächtler C (Hg): Demenzen. Thieme Verlag, Stuttgart 2003. 24–50

Tesch-Römer C: Einsamkeit. In: Wahl H-W, Tesch-Römer C (Hg): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Kohlhammer, Stuttgart 2000. 163–167

Wenger GC et al.: Social Isolation and loneliness in old age: Review and model refinement. Ageing and Society 1996. 16: 333–358

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

Weyerer S et al.: Demenzkranke in Einrichtungen der voll- und teilstationären Altenhilfe. Empirische Forschungsergebnisse. In: Sozialministerium Baden-Württemberg (Hg): Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte für Demenzerkrankte in (teil-)stationären Altenhilfeeinrichtungen. Stuttgart 2000. 1–58

Weyerer S et al.: Epidemiologie des Gebrauchs von Psychopharmaka in Altenheimen. Gesundheitswesen 1996. 58: 201–206

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

Wilhelm-Gössling C: Neuroleptikaverordnungen bei dementen Alterspatienten. Zum Verlauf in Altenheimen nach stationär psychiatrischer Behandlung. Nervenarzt 1998. 69: 999–1006

Wingenfeld K, Schnabel E: Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Landespflegeausschuss Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 2002

Gerontopsychiatrische Kompetenz im Krankenhaus

Wilhelm Stuhlmann

Die Zahl der älteren Patienten/-innen, die im Allgemeinkrankenhaus oder in der Chirurgie behandelt werden, nimmt ständig zu. Die Risiken der Doppelt- und Mehrfacherkrankungen steigen dabei auch für Patienten, die an einer Demenz erkrankt sind. Ein Krankenhausaufenthalt bedeutet für diese Kranken oft eine krisenhafte Zuspitzung im Demenzverlauf oder führt zur Verschlimmerung einer bisher eher leichten kognitiven Störung. Eine größere Zahl dieser Kranken erholt sich gar nicht mehr. Personen mit Demenz reagieren auf einen, meist akut notwendig werdenden Krankenhausaufenthalt, oft mit Angst, Unruhe und abweisendem Verhalten. Oft ist der psychische Zustand nach einem Krankenhausaufenthalt deutlich schlechter als davor. Aber auch das Krankenhaus ist auf eine Behandlung von Patienten/-innen mit Demenz nicht eingerichtet, das Pflegepersonal meist nicht entsprechend ausgebildet und überfordert.

- 60 % aller Pflegetage im Krankenhaus entfallen schon heute auf über 65-jährige Patienten/-innen
- Ein Drittel aller Krankenhauspatient/-innen leidet neben den körperlichen Erkrankungen an behandlungsbedürftigen psychischen Störungen. Psychische Störungen sind oft bei Aufnahme nicht bekannt oder die Krankenhauseinweisung führt zur psychischen Dekompensation vorher unauffälliger Personen – z. B. wird bei älteren Patienten mit einer Oberschenkelhals-Fraktur in über 30 % der Fälle eine Demenz erstmals diagnostiziert.
- Aufnahmen ins Krankenhaus erfolgen zumeist unvorhergesehen und unvorbereitet als Notfall (häufig nachts oder am Wochenende).
- Negativ-Symptome der Demenz (Rückzug, Apathie, Ratlosigkeit) werden oft nicht zugeordnet.
- Depressionen bei Älteren werden häufig nicht erkannt.

Insgesamt leiden ältere Krankenhauspatienten und patientinnen drei- bis viermal so häufig an psychischen Störungen im Vergleich zur Wohnbevölkerung. Da psychische Erkrankungen älterer Menschen häufig nicht erkannt oder adäquat behandelt werden, führen sie zu zahlreichen Problemen. Ältere (verwirrte) Patienten/-innen gelten im Krankenhaus als besonders schwierig, sie stören durch Unruhe, häufiges Rufen und bringen die Routine durcheinander.

Patienten/-innen mit Demenz werden schlechter behandelt

Inzwischen steht auch fest, dass die zusätzliche Diagnose einer Demenz zu einer Verschlechterung der Qualität der somatischen Behandlung führt:

- Schmerzen werden bei Patienten/-innen mit Demenz oft nicht erkannt oder nicht ausreichend behandelt.
- Patienten mit Demenz reagieren auf »normale« Maßnahmen oft mit Verwirrtheit, Unruhe oder Abwehr.
- Im Krankenhaus wird eine Ernährung mit ausreichender (Trink)Menge und der notwendigen Nährstoffdichte oft nicht gewährleistet.
- Besonderheiten der Pharmakodynamik im Alter und die damit verbundene Potenzierung von Neben- und Wechselwirkungen aller verordneten Medikamente wird zu wenig berücksichtigt.
- Sedierung oder Einschränkungen der Mobilität bis zur Fixierung erhöhen das Risiko von Stürzen, von akuten Verwirrtheitszuständen und weiterem Kompetenzverlust.
- Durch eingeschränkte Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit ergeben sich ethische Fragestellung und Probleme bei der Kooperation (Diagnostik, Therapie und Pflege) und der Planung der weiteren Versorgung.

Mehr Komplikationen und eine längere Liegedauer

Daraus ergeben sich Bedingungen und Komplikationen, die zu einer durchschnittlichen Verlängerung der stationären Behandlung Demenzkranker beitragen, wie z. B.:

- durch erstmals im Krankenhaus auftretender akuter Verwirrtheitszustand (Delir), der differenzialdiagnostisch von einer Demenz abgegrenzt werden muss
- durch erhöhtes Sturzrisiko – häufige Stürze und Aus-dem-Bett-Fallen (Folgen: Schmerzen durch Prellungen, Hämatome, Platzwunden, Frakturen)
- durch nicht sachgerechte Behandlung mit Psychopharmaka entstehende schwerwiegende Folgen wie Sedierung, Potenzierung des Sturzrisikos, Schluckstörungen, Inkontinenz oder weitere kognitive Verschlechterung.

Aus diesen Gründen ergibt sich dann ein längerer stationärer Aufenthalt, mit weiteren negativen Folgen eines längeren Verlustes der vertrauten Um-

gebung. Einer Entlassung oder sachgerechten anschließenden Versorgung stehen weitere Hindernisse im Wege:

- Demenz ist oft noch eine Kontraindikation für die geriatrische Rehabilitation (Fähigkeit zur Mitarbeit wird obligat erwartet!)
- Fehlende Übergangspflege an den Schnittstellen der Versorgung
- Bei Alleinstehenden ist kein tragfähiges soziales Netzwerk vorhanden
- Fehlende Versorgungsalternativen zum Zeitpunkt der Entlassung
- Mittelfristiger Versorgungsbedarf ist im Krankenhaus noch nicht einschätzbar
- Einstufung in der Akutphase unterschätzt mittelfristige Potenziale
- Es erfolgt eine vorschnelle Pflegeheimanmeldung (der Weg ins Heim ist heute immer noch eine Einbahnstraße)
- Reha-Angebote mit Ziel der Rückkehr in die alte Umgebung sind kaum vorhanden

Zur Verbesserung der Situation von Patienten/-innen mit Demenz im Krankenhaus ist dringend eine Verbesserung der gerontopsychiatrischen und geriatrischen Kompetenz aller beteiligten Berufsgruppen und Kooperationspartner erforderlich.

Die notwendigen Schritte sind im Folgenden genannt:

- Jede Aufnahme erfordert Information, Assessment der körperlichen und kognitiven Situation verbunden mit einer durchgehenden Begleitung
- Anpassung der Aufnahmeprozeduren: z. B. kurze Wartezeiten, den Kranken zu keiner Zeit allein lassen, Vermeidung unnötig belastender Maßnahmen
- Spezielle perioperative Begleitung (Beispiel: Projekt St. Franziskus-Hospital, Münster) senkt die Delir-Rate und spart Kosten
- Fortbildung und Beratung des Pflegepersonals
- Anpassung des Stationsmilieus (u. a. Raumgestaltung, Betreuungsangebote, Orientierungshilfen)
- Entwicklung von speziellen Standards für die Bereiche:

– Fortbildung der Ärzte/-innen – z. B. Erkennung akuter Verwirrtheitszustände (Delir) und Differenzialdiagnose zur Demenz, Schmerztherapie, Ernährung bei Demenz
– berufsgruppenübergreifende Fall- und Themenbesprechungen
– systematische Erhebung von Informationen bei Aufnahme und Überleitung
– Entlassungsmanagement

- Rooming-in und weiterer Einbeziehung von Bezugspersonen
- Kooperation mit Hausärzten, Fachärzten und den regionalen Anbietern von Versorgungsleistungen

Nach wie vor ist jede Krankenhausaufnahme, die durch eine gute Prophylaxe und Versorgung im Vorfeld (z. B. Stürze, Austrocknung, Schmerztherapie) und eine gerontopsychiatrische ambulante Behandlung zu Hause oder im Heim vermieden werden kann

- ein Gewinn an Lebensqualität für den Patienten/-in,
- eine Risikominderung von Krisen im Demenzverlauf und
- führt zur Entlastung der überforderten Krankenhäuser.

Das Ziel einer regionalen Kooperation, Vernetzung und Integration ist längst noch nicht erreicht. Dies kann nur gelingen, wenn die Angehörigen, die Pflegedienste, die Einrichtungen der Kurzzeit-, Tages-, Nacht- und Vollzeitpflege, die Haus- und Fachärzte, die Selbsthilfegruppen und Ehrenamtlichen sowie die Kommunen (z. B. Stadtplanung, Wohnberatung) sich in direkter Kommunikation, in Arbeitskreisen oder Qualitätszirkeln oder integrierten Versorgungsstrukturen zusammenfinden.

Literatur

Angerhausen S: Verbesserung der Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Kooperationsprojekt. Projektbericht der GSP – Gesellschaft für soziale Projekte GmbH. Wuppertal 2006. Online-Ressource: www.sozialeprojekte.de

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (Hg): Empfehlungen zum Umgang mit medizinischer Behandlung bei Demenz. Berlin 2006

Gurlit S: Der alte Mensch im OP. Projektbericht St. Franziskus-Hospital Münster. Vortrag, Jahrestagung der Alzheimer Gesellschaften NRW e. V. Düsseldorf 2006. Online-Ressource: www.alzheimer-nrw.de

Hofmann W, Mertens L, Wächtler K: Körperlich und seelisch krank: Der ältere Mensch im Krankenhaus. Geriatrie Journal 2006, 8 (Heft1/06): 16–20

Kirchen-Peters S: Aufenthalt im Allgemeinkrankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance für psychisch kranke alte Menschen? Ergebnisse des Modellprojektes »Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst«. iso-Institut, Saarbrücken 2005

Krietenstein U: Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Pro Alter. KDA-Köln 2002, 34, (Heft 4/2003): 66–70

Wojnar J: Demenzpatienten im Krankenhaus, Alzheimer Info 2003, Heft 13: 2–4

Alt werdende psychisch kranke und geistig behinderte Menschen

Andreas Crome

Einleitung

Die Ausführungen beruhen auf dem Hintergrund meiner folgenden beruflichen Erfahrungen:

Ich war in der Zeit von 1982 – 2006 ärztlicher Direktor der Westfälischen Klinik in Lengerich, eines psychiatrischen Landeskrankenhauses zwischen Münster und Osnabrück gelegen mit einem sogenannten Vollversorgungsauftrag. Dieser umfasste im Jahre 1982 eine Versorgungsverpflichtung für eine Region mit einer Einwohnerzahl von 1,6 Millionen Einwohnern mit einer tagesdurchschnittlichen Bettenbelegung, die bis zu 1700 pro Tag betragen hatte. Im Zuge der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung betrug die Bettenbelegung im Jahre 2006 260 Patienten tagesdurchschnittlich und das Einzugsgebiet der Klinik umfasste nur noch den die Klinik umgebenden Landkreis Steinfurt mit ca. 440 000 Einwohnern.

Für das Thema bedeutsam sind zwei neuere Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung:

Ein sogenanntes Enthospitalisierungsprogramm für ca. 100 geistig Behinderte, welches in den 1980er- und 1990er-Jahren in Westfalen–Lippe durchgeführt wurde. Diese geistig behinderten Menschen wiesen in der Regel besonders starke Verhaltensauffälligkeiten auf und/oder waren gleichzeitig schwerst mehrfach behindert. Sie waren, wenn man es pointiert ausdrückt, die am schwierigsten zu betreuende Gruppe aus diesem Personenkreis und waren in der Regel von anderen Institutionen (durchaus auch in kirchlicher Trägerschaft) bis zu der letzten Instanz des Landeskrankenhauses »durchgereicht« worden. Für diesen Personenkreis wurde im Kreis Steinfurt ein differenziertes Versorgungssystem entwickelt mit beschützten Betreuungsmöglichkeiten in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Tagesstruktur. Die wesentlichen katamnestischen Ergebnisse dieses Versorgungsprogramms in Bezug auf die einzelnen Behinderten waren: Ein Zuwachs an Alltagskompetenz, eine Minderung von Verhaltensauffälligkeiten und (bei vorsichtigem Vorgehen) eine geringere Verordnungsintensität von Psychopharmaka.

Im Bereich der psychisch Kranken wurde im Kreis Steinfurt in den letzten Jahren ein vertraglich abgesicherter Gemeindepsychiatrischer Verbund

installiert mit der Bereitstellung individueller Hilfen insbesondere für schwerer und chronisch psychisch Kranke in Bezug auf ambulante Behandlung, Wohnen, Arbeit, Freizeit bzw. sozialer Teilhabe.

Dieses inzwischen vielerorts sowohl in Bezug auf geistig Behinderte als auch psychisch Kranke installierte Versorgungssystem unterscheidet sich von dem alten System, welches man als Duales bezeichnen könnte, in erheblichem Ausmaß. Das duale System kannte bekanntlich nur einerseits die ambulante Behandlung und sah für diejenigen Menschen, denen mit dieser Betreuungsform nicht ausreichend geholfen werden konnte, einen stationären Aufenthalt in den sogenannten alten psychiatrischen Anstalten vor, nicht selten in Form einer lebenslangen gemeindefernen und individuell oft wenig förderlichen Betreuung.

Auf dem Hintergrund der von mir skizzierten modernen Versorgungsformen will ich das Thema der alt werdenden psychisch kranken und geistig behinderten Menschen betrachten, unter besonderer Berücksichtigung der schwer und/oder chronisch Kranken.

Wenn man sich fragt, um welchen Personenkreis es sich hierbei im Einzelnen handelt, ist es einem Arzt gestattet, zunächst eine Differenzierung nach Diagnosen vorzunehmen:

- Chronisch Alkoholkranke, in der Regel mit erheblichen psychischen, sozialen und somatischen Folgeschäden,
- Menschen, die im Laufe des Lebens von einer Hirnschädigung betroffen wurden, z. B. durch Unfälle oder plötzlichen Sauerstoffmangel des Gehirns mit erheblichen Folgestörungen in Bezug auf die Hirnleistung und vor allen Dingen der Affektivität bzw. der affektiven Steuerung,
- Patienten, die an schwerwiegend und chronisch verlaufenden schizophrenen Psychosen leiden, in Einzelfällen auch an ungünstig verlaufenden manisch-depressiven Erkrankungen,
- in Einzelfällen Personen mit Persönlichkeitsstörungen und Neurosen, vor allem mit erheblichen Beeinträchtigungen im sozialen Bereich,
- schließlich geistig behinderte Menschen aller Ausprägungsgrade.

Alt werdende psychisch kranke Menschen

Die nachfolgenden Betrachtungen unterteile ich wegen der unterschiedlichen Versorgungssysteme in die für die geistig Behinderten und die für die psychisch Kranken und beginne mit der letzten Gruppe. In Bezug auf die Versorgungsnotwendigkeiten für diese Gruppe ist von Folgendem auszugehen:

- (Chronisch) Psychisch Kranke werden zunehmend älter, wie die übrige Bevölkerung auch,
- die Lebenserwartung hat sich aufgrund einer besseren Gesundheitsversorgung auch für diese Personengruppe verbessert, wobei bekannt ist, dass u. a. aufgrund von Mängeln in der somatischen Behandlung in den sogenannten alten psychiatrischen Anstalten die Mortalität der psychisch Kranken deutlich erhöht war,
- die geburtenstarken Jahrgänge ab 1946 treten in den letzten Lebensabschnitt ein,
- die durch die »Euthanasie« während der Herrschaft des Nationalsozialismus beeinflusste Altersverteilung psychisch Kranker hat sich im Laufe der Zeit ausgeglichen,
- die Aktivität des Krankheitsprozesses ist in der Regel im Alter gemildert und es findet sich in einer ähnlichen, gemeinsamen Endstrecke bei verschiedenen Diagnosen verstärkt eine Residualsymptomatik, die u. a. eher durch eine Tendenz zur Inaktivität, sozialem Rückzug und vielleicht auch Resignation gekennzeichnet ist,
- körperliche Beeinträchtigungen treten mehr in den Vordergrund und
- auch für diese Personengruppe fällt die Tagesstruktur durch (beschützte) Arbeit fort.

Wie werden diese Personen derzeit versorgt?

- Sie wohnen alleine oder bei ihren Familien und können mit ambulanten Hilfen, die sie selbst wählen, ihre Krankheit befriedigend bewältigen,
- ab einem gewissen Schweregrad bzw. Chronizität der Erkrankung leben sie in Wohnstätten. Sie halten sich dabei zum Teil in bestehenden Wohnheimen auf, die in letzten Jahren zunehmend versucht haben, diese Patienten mehr zu fördern und zu fordern, nachdem sie zuvor nach einem Prozess, den man eher Umhospitalisierung als Enthospitalisierung nennen konnte, in anstaltsähnlichen Strukturen dort versorgt wurden,
- in Langzeitbereichen oder moderner ausgedrückt Wohn- und Förderbereichen auf dem Gelände der psychiatrischen Landeskrankenhäuser, wo sie inzwischen ebenso wie die vorgenannte Gruppe mehr oder minder beheimatet sind,
- oder langsam zunehmend in Einrichtungen der mehr oder minder formal abgesicherten Gemeindepsychiatrischen Verbünde, wo sie ambulante Behandlung sowie Unterstützung in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Freizeit bzw. zur sozialen Teilhabe erhalten. Gemeindepsychiatrische

Verbünde halten wir zurzeit in Bezug auf die schwer und chronisch psychisch Kranken für das adäquate Versorgungssystem. Dort wird man in den nächsten Jahren auch die Bedürfnisse der älter werdenden psychisch Kranken zu berücksichtigen haben.

Was benötigen diese Menschen an Unterstützungen in der psychiatrischen und alltäglichen Versorgung?

Zunächst muss in diesem Zusammenhang nicht unbedingt auf einen Paradigmenwechsel, aber auf eine Erweiterung bzw. eine Schwerpunktveränderung in der Betreuung hingewiesen werden. Diese Änderung löst gleichzeitig ein Dilemma aus, welches von den Autoren Konrad, Jaeger und Schock (Konrad et al. 2006) in einem Artikel über die dezentrale Heimversorgung für alt gewordene psychisch kranke Menschen in der Region Bodensee-Oberschwaben vielleicht ein wenig überspitzt, aber nicht unzutreffend beschrieben wurde:

»Die fachliche Herausforderung besteht darin, die zunehmende Komplexität der Hilfeleistungen in einem Konglomerat aus psychischer Abweichung, somatischer Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit und sozialer Isolation zu bewältigen. In unserem System der Arbeitsteilung existieren getrennte Zuständigkeiten für die unterschiedlichen Probleme. Wohneinrichtungen und Tagesstätten für psychisch kranke Menschen können mit dem Problem der psychischen Abweichung umgehen, mit der pflegerischen Unterstützung sind sie meist überfordert. Pflegeheime und ambulante Pflegedienste sind kompetent bei der Erbringung von Pflegeleistungen – vorausgesetzt der Pflegebedürftige ist kooperativ. Hat er Angst vor der Pflege oder sieht er nicht ein, dass regelmäßige Körperpflege unabdingbar ist, kommt die Altenpflege an ihre Grenze und bricht nach kurzer Zeit die Bemühungen ab. Außerdem fehlt dem alt gewordenen psychisch kranken Menschen das soziale Stützsystem, das moderierend in die Interaktion zwischen ihm und dem professionellen Hilfesystem eingreifen kann. Die Reintegration alt gewordener psychisch kranker Menschen kann daher nur in ganzheitlicher Perspektive gelingen. Psychosoziale Maßnahmen müssen auf pflegerische Maßnahmen abgestimmt sein und diese unterstützen. Die zunehmenden somatischen Erkrankungen müssen ebenso in der Betreuung berücksichtigt werden wie die Integration in altersangemessene soziale Strukturen, wie z.B. in Form des Besuchs eines Seniorentreffs. Nach unserer Auffassung ist dies am ehesten im Rahmen eines dezentralen personenzentrierten Versorgungskonzeptes realisierbar …«

Gleichzeitig müssen wir berücksichtigen, dass es uns vielerorts bei der Entwicklung zur Gemeindepsychiatrie lediglich gelungen ist, eine Psychiatriegemeinde von psychisch Kranken in der Gemeinde zu gründen, wo

sich psychisch Kranke weitgehend unter sich im Wohnbereich, bei der Arbeit, der professionell gestalteten Tagesstruktur und in der Freizeit täglich miteinander treffen. Die Frage ist, ob man bei alt werdenden psychisch Kranken durch Änderung der Versorgung eine vermehrte soziale Teilhabe nachholen bzw. erreichen kann. Ein ermutigendes Beispiel dafür findet sich in der bereits erwähnten Publikation von Konrad et al. Beschrieben wird darin ein Bewohner, der von der dezentralen Heimversorgung als Standardangebot der vollstationären Versorgung profitierte, welches die Autoren in ihrer Versorgungsregion mitinitiiert haben:

»… Das Programm der dezentralen Heimversorgung ist nicht mehr und nicht weniger als die Verlagerung eines Heims oder von Teilen eines Heims in die Gemeinde, also die Auflösung einiger großer Wohneinheiten in eine Vielzahl von kleinen Wohngruppen. Das Heim wird nicht aufgelöst, sondern die Betreuung der Heimbewohner wird an einem Ort erbracht, der nicht künstlich geschaffen ist. Es geht also um die Verlagerung der Hilfen an Orte, die auch genützt würden, wenn die Person keine besonderen Unterstützungsbedarfe hat. Die dezentralen Wohneinheiten sind Mietwohnungen für maximal fünf Personen in unterschiedlichen Nachbarschaften. Die dezentrale Heimversorgung funktioniert nach dem Prinzip: Alltag als Therapie.«

In dem Fallbeispiel geht es um einen u. a. an Leber, Herz und Gehirn erheblich geschädigten chronisch Alkoholkranken:

»… Eine Betreuung im dezentralen Rahmen schien den meisten Mitarbeitern viel zu riskant. Das Team der dezentralen Wohngruppe konnte seiner Aufnahme erst zustimmen, nachdem die Teammitglieder Erfahrungen im Management von verschiedenen problematischen Situationen gemacht hatten, Sicherheit und Selbstvertrauen gefestigt waren, die Bereitschaft und Fähigkeit, Verantwortung zu tragen, weit entwickelt war …

Damit war ein Stück praktische Integration realisiert, (der Patient) konnte ein ›normales Leben‹ führen. Er ging gerne einkaufen und machte dabei ein Schwätzchen mit der Bäckersfrau oder der Metzgereinverkäuferin. Da er beim Einkaufen seine Kontakt- und Kommunikationsbedürfnisse ideal realisieren konnte, übernahm er auch Einkäufe für andere, immobile Bewohnerinnen und Bewohner der Seniorenwohnanlage, in der er zuvor gewohnt hatte. Seine Freundin, die ebenfalls in der Seniorenwohnanlage lebte, war häufig bei ihm zu Besuch. Mit ihr zusammen ging er jeden Tag zum Mittagessen in das Casino des Zentrums für Psychiatrie und zelebrierte mit ihr die gemeinsame Mahlzeit. Gelegentlichen Besuchern, wie der Heimleitung, präsentierte er die Wohngemeinschaft als seine Wohnung, ohne dabei die anderen Bewohner zu verletzen. Mitarbeitern und Besuchern erzählte er gerne

über seine Heimatstadt, deren Entwicklung er immer noch in der Presse verfolgte, sowie über seine beruflichen Aktivitäten in der Vergangenheit …«

Als der Gesundheitszustand des Patienten sich verschlechterte, kamen der Patient, sein gesetzlicher Betreuer, der zuständige Familienrichter und die behandelnde Ärztin gemeinsam zu dem Schluss, dass der Patient trotz großer Risiken bei einer weiteren Verschlechterung seines Gesundheitszustandes in seiner Wohnung verbleiben sollte. Der Patient hatte verfügt, dass keine lebensverlängernden Maßnahmen angewandt werden sollten und er bei Versagen der Vitalfunktionen nicht reanimiert werden wolle. Zwei Monate später verstarb er. Nicht nur das Fallbeispiel begründet, dass es auch dem alternden psychisch Kranken in der Regel ermöglicht werden sollte, möglichst lange in seiner gewünschten herkömmlichen Umgebung verbleiben zu können, wie anderen alten Menschen auch. Dementsprechend muss der Unterstützungsbedarf in der vertrauten Umgebung organisiert werden unter Beachtung des oben genannten Schwerpunktwechsels bzw. der Integration von sozialpsychiatrischen und pflegerischen Unterstützungsmaßnahmen. Schon zuvor muss eine Umorientierung auf ein Leben ohne beschützte Arbeit erfolgt sein. Was dabei zu beachten ist, gilt in gleicher Weise bei der Betreuung alter geistig Behinderter und wird dort erläutert werden.

Alt werdende geistig behinderte Menschen

In Bezug auf die Versorgung alternder geistig behinderter Personen kann man von folgenden Grundannahmen ausgehen:
Der Pflegebedarf dieses Personenkreises steigt nicht so stark, wie man vermuten könnte, sondern in einem ähnlichen Umfang wie bei nicht geistig behinderten Menschen. Eine Ausnahme bilden davon Personen, die an einem Morbus Down (Synonyma: Trisomie 21, Mongolismus) leiden. Bei diesen Menschen soll, wenn man der wissenschaftlichen Literatur glauben darf, eine vorzeitige Demenzentwicklung gehäuft ab dem Lebensalter von 45 Jahren einsetzen mit einer entsprechenden allgemeinen körperlichen und kognitiven Leistungsminderung und einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 55 Jahren. Da die Prävalenz der Trisomie 21 1,25 auf Tausend Einwohner beträgt, machen sie ungefähr 20 % der geistig Behinderten aus und sind daher rein zahlenmäßig in einem nicht geringen Umfang in den Besuchern der Werkstatt für behinderte Menschen vertreten.

Von den 22 264 Besuchern der Werkstätten für behinderte Menschen im Landesteil Westfalen (ca. 7 Millionen Einwohner) des Bundeslandes

NRW waren im Jahre 2000 2498, d. h. 11,2 % 50 bis 60 Jahre alt und 718, d. h. 3,2 % über 60 Jahre alt. Von diesen Besuchern hielten sich 10 354, d. h. 46,5 % in Einrichtungen des betreuten Wohnens auf, wobei mit zunehmendem Alter der Anteil der Personen, die sich in betreuten Wohnformen befinden, ansteigt.

Im Kreis Steinfurt (ca. 440 000 Einwohner) waren nach einer Erhebung aus dem Jahre 2006 636 Besucher von Werkstätten für behinderte Menschen über 45 Jahre alt, wovon 332 in betreuten Wohnverhältnissen lebten und eine nicht geringe Anzahl von Personen, nämlich 255 bei Angehörigen und 50 alleine. Für diese 636 Personen werden sich folgende Versorgungsnotwendigkeiten im Verlaufe der nächsten Jahre ergeben:

- Die Arbeitsverhältnisse in der Werkstatt für Behinderte müssen das ggf. nachlassende Leistungsvermögen mit dem Älterwerden (schon vor dem 65. Lebensjahr) berücksichtigen,
- es ergeben sich Änderungsnotwendigkeiten in Bezug auf die Versorgung im betreuten Wohnen ab 65 Jahre und
- es müssen die Betreuungsformen bei den geistig Behinderten, die noch bei ihrer Familie oder alleine wohnen in erheblichem Umfang umorganisiert oder neu strukturiert werden, weil die Herkunftsfamilien zunehmend weniger zur Unterstützung zur Verfügung stehen werden.

Das bedeutet insgesamt, dass für die Besucher der Werkstatt, die noch nicht 65 Jahre alt sind, aber sich kurz vor dem Erreichen der Altersgrenze befinden und in ihrer Leistungsfähigkeit nachlassen, mehr Ruhezeiten eingeräumt werden müssen, einschließlich der Ermöglichung von Teilzeitarbeit mit einem späteren Arbeitsbeginn am Morgen oder einem früheren Arbeitsende am Nachmittag. In Westfalen-Lippe bietet der Leistungsträger ein Entgelt von 70 % den Werkstätten an, wenn Mitarbeiter nur noch 25 – 34 Stunden arbeiten können und ist in Einzelfällen bereit, finanzielle Entgeltregelungen besonderer Art zu treffen, wenn das Arbeitsvermögen unter 25 Stunden beträgt. Wenn für geistig Behinderte die Tätigkeit in der Werkstatt für Behinderte altersbedingt beendet ist, bedeutet dies:

- Wie für nicht behinderte Personen auch, entfällt die Arbeit als sinnstiftend erlebte Tätigkeit, für die teilweise ein Ersatz geschafft werden muss,
- der vertraute Alltagsablauf verändert sich fundamental,
- die wichtigen Beziehungen mit den Arbeitskollegen können nicht ohne Weiteres aufrechterhalten werden,

- das finanzielle Einkommen mindert sich und
- das Gefühl der Zugehörigkeit zur Arbeitswelt, das auch geistig behinderte Personen durchaus empfinden können, fällt ebenfalls fort.

Daraus ergibt sich eine strukturelle Änderung des Unterstützungsbedarfes, worauf entsprechend reagiert werden muss, z. B. durch frühzeitige Förderung von Hobbys und Interessen, sozialen Außenkontakten zu Familienmitgliedern und Freunden bzw. der Erhaltung vorhandener Sozialkontakte und Förderung neuer entsprechender Kontakte, Regelungen zur Kontakterhaltung mit ehemaligen Arbeitskollegen sowie die rechtzeitige Förderung von Alltagsfertigkeiten im privaten Umfeld.

Selbstverständlich muss es psychisch Kranken und geistig Behinderten ermöglicht werden, in ihrer bisherigen Wohnumgebung zu verbleiben, wenn sich der Unterstützungsbedarf ändert, d. h., dass sie nicht in neue Wohnumgebungen umziehen müssen. Natürlich benötigt auch der alt gewordene geistig Behinderte oder psychisch Kranke wie jeder ältere Mensch evtl. mehr Ruhe, und die Erlaubnis zu weniger Aktivität, d. h. fordern und fördern müssen mehr als bisher begrenzt werden.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Bezüglich der rechtlichen Rahmenbedingungen des vorangehend erörterten Themas hat u. a. die leistungsrechtliche Unterscheidung zwischen Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege durch das 1994 eingeführte Gesetz zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit an Bedeutung zugenommen. Die Erläuterung dieser rechtlichen Rahmenbedingungen zur finanziellen Absicherung der Versorgung alt werdender psychisch Kranker und geistig behinderter Menschen gehört nicht zu meinem Kompetenzbereich. In diesem Zusammenhang verweise ich auf eine Broschüre des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL 2004), die auch wichtige inhaltliche Ausführungen zum Thema enthält.

Literatur

Konrad M, Jaeger J, Schock S: Chronifiziert, vergessen, integriert Dezentrale Heimversorgung für alt gewordene psychisch kranke Menschen. Soziale Psychiatrie 2006. 30,04: 14–17

Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Abteilung Sozialhilfe (Hg): Menschen mit Behinderungen im Alter. Münster 2004

Tabu Alzheimer oder warum es 100 Jahre nach der Entdeckung endlich gebrochen werden muss

Michael Jürgs

Die Todesboten im Gehirn, über die Alois Alzheimer vor hundert Jahren zum ersten Mal berichtet hat, sind zur Fahndung ausgeschrieben, sind namentlich bekannt, aber noch immer weiß keiner genau, woher sie kommen, wo sie sich verstecken, wann sie die Nervenzellen überfallen, wen sie verschonen und wen nicht. Im Gegensatz zu anderen Geißeln der Menschheit wie Krebs, Schlaganfall, Herzinfarkt und AIDS, für die sich zwecks Aufklärung und Vorsorge bei Galas und Glamour-Events Prominente engagieren, ist die Alzheimer Erkrankung nicht fernsehtauglich, »AIDS im Gehirn« ist ein Tabuthema. Man spricht nicht darüber. Wer mag schon öffentlich zugeben, mehr und mehr zu verblöden, unaufhaltsam abzusinken in eine irre Realität, den Verstand zu verlieren.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts waren weltweit nur fünf Prozent der Bevölkerung über fünfundsechzig Jahre alt und wenn Menschen am Ende ihres Lebens begannen, ein wenig seltsam zu werden, galt das als normale Alterserscheinung. Der fränkische Arzt und Wissenschaftler Alois Alzheimer, basierend auf vielen Jahren seiner praktischen Erfahrung in einer Frankfurter Irrenanstalt, dagegen hielt nicht das Alter an sich, sondern Plaques für die eigentlichen Ursachen des allmählichen Verlöschen des Geistes und den Verfall der Persönlichkeit – ohne allerdings zu wissen, wie diese Krankheit entsteht, was sie auslöst und wer sie wann und warum bekommt. Im Gehirn seiner ehemaligen Patientin Auguste Deter hat er in seinem Münchner Labor unter dem Mikroskop Plaques entdeckt. Sie kamen ihm merkwürdig vor, aber mehr wusste er nicht, als er protokollierte, was er gefunden hatte.

Viel mehr weiß man hundert Jahre nach seiner Entdeckung auch heute nicht. Bei der Untersuchung der Hirnrinde von Auguste Deter war Alzheimer eine Mondlandschaft mit Erhebungen, Verkrustungen, Tälern aufgefallen. Er hatte zahlreiche kleine Ablagerungen von der Größe eines Reiskorns und verklumpte Bündel von Nervenfasern vorgefunden. Deshalb bezeichnete er seine Entdeckung als »eigenartig«, also aus dem Rahmen der üblichen Demenz-Befunde fallend. Tatsächlich hatte Alzheimer eine neue Krankheit aufgespürt, die später nach ihm benannt wurde.

Der fränkische Darwinist war ein atypischer Deutscher seiner Zeit, ein Freigeist, ein Genießer, was auch auf den Einfluss seiner liberalen Frau Cäcilie zurückgeht, geprägt von ihrer weltbürgerlichen jüdischen Familie in

Frankfurt. Er war ein kräftiger Trinker und starker Raucher, engagiert im Corps Franconia, hatte Sinn für »practical jokes« und überhaupt keinen Sinn für die sogenannten schönen Künste, also Literatur und Musik.

Die seinem Referat »Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde« zuhörenden Geheimräte nahmen die Beschreibung der Eigenarten im toten Gehirn von Auguste Deter eher gelangweilt hin. Kein Diskussionsbedarf, verzeichnete das Protokoll bei der 37. Jahrestagung der Südwestdeutschen Irrenärzte am 2. November 1906 in Tübingen. Die beschriebenen Symptome deuteten seine Kollegen eher als einen zufälligen Fall von früher Demenz. Hundert Jahre danach, bei dramatisch gestiegener Lebenserwartung, leiden an der Alzheimerschen Demenz in Deutschland etwa eine Million Menschen über 65 und in den USA schon mehr als vier Millionen, weltweite Schätzungen schwanken zwischen zehn und zwölf Millionen.

Nur am Anfang ihres freien Falls merken die von »Alzheimers Disease« Getroffenen noch, wie sie die eigene Biografie verlässt und damit das, was ihr Leben ausgemacht hat, wie ihnen auf einem unaufhaltsamen Absturz ins Nichts ihre Identität entgleitet, also ihr Selbst. Sie verstehen die Welt nicht mehr.

Darum sind die ersten Phasen der Krankheit, so befremdend dies klingen mag, für die Betroffenen viel schlimmer als kurz vor dem Tod das Endstadium. Diese dann totale Umnachtung kann für die Erkrankten die einzige Gnade ihrer letzten Jahre sein. Am Ende mag sogar gelten: Glücklich ist, wer vergisst.

Ein schrecklicher Satz, doch während ich ihn hinschreibe, sehe ich die sechsundachtzigjährige Frau vor mir, die in ihrer Vorstellung zwölf Jahre alt ist und morgens zur Schule gehen will und die geradezu glücklich ist, wenn der Stationsarzt sie untersucht, denn sie hält ihn für ihren Klassenlehrer. Das kann sie nicht mehr klar ausdrücken, aber noch so zum Ausdruck bringen, dass der Sinn klar wird. Bald wird selbst dieser Wahn verlöschen. Sie hat in der echten Welt höchstens noch ein Jahr vor sich, und in dieser Zeit wird ihr nichts Schlimmes mehr widerfahren, nur der Tod. Die traumatische Erfahrung, dass der Körper den Geist überlebt, hat sie bereits hinter sich.

Geht es ihr, die alles bereits vergessen hat, nicht viel besser als dem Professor, der erst am Anfang seiner Irrfahrt steht und den Namen der Krankheit, die von ihm Besitz ergreift, gar nicht wahrhaben will? Der sich weigert, so lange das noch geht, sie zur Kenntnis zu nehmen? Der versucht, die sich verlangsamenden Fertigkeiten seines Verstandes auszugleichen durch Vorausplanungen, basierend auf lebenslanger Erfahrung, was von seiner

Umgebung wiederum als Weisheit des Alters bewundert wird? Der aber ahnt, dass er keine Chance hat, weil hinter der nächsten Ecke schon die ersten jener gesichtslosen Gespenster lauern, die ihn von nun an begleiten werden – bis er sich in ihnen auflöst.

Die Alzheimer-Krankheit beginnt undramatisch mit scheinbar zufälliger Vergesslichkeit, mit der Suche nach Begriffen, die gestern noch vertraute Begleiter waren, mit Fremdsein in einer gewohnten Umgebung. Der Schlüssel ist verlegt. Die Brille unauffindbar. Wie heißt bloß der Nachbar, der immer so freundlich grüßt? Mit dem Auto an der falschen Ecke abgebogen. Den Herd nicht ausgemacht. Zum dritten Mal dieselbe Wäsche in den Trockner gepackt. Ein Buch lesen, und beim zweiten Absatz schon den Anfang wieder vergessen haben. Aus dem Fahrstuhl zum eigenen Büro im Keller ausgestiegen. Das sind erste Zeichen – und Menetekel zugleich.

Die so Getroffenen wehren sich mit großer Kraft und kleinen Tricks gegen die ihnen dämmernde Erkenntnis, auf schwankendem Grund zu gehen. Das Gedicht aus der Jugendzeit noch auswendig aufsagen zu können, aber nicht mehr zu wissen, was sie zum Frühstück aßen. Sie verdrängen ihre aufsteigende Ratlosigkeit und ihre Panik anfangs erfolgreich und errichten sich Geländer, an denen sie sich unauffällig festklammern können: große Zettel in der Brusttasche, am Telefon, im Badezimmer, am Kleiderschrank, in der Küche. Hinweise, auf denen Banalitäten stehen, über die bisher nicht nachgedacht worden waren, weil sie automatisch abliefen: Zahnbürste blau, Socken vom Fuß nach oben streifen, erst Hörer abnehmen, dann die Nummer wählen etc.

Gleichzeitig ziehen sich die Erkrankten, weil sie sich anfangs nicht für krank halten, sondern eher verwirrt sind über ihre Ausfälle und diese mit einer vorübergehenden Schwäche wie einer Erkältung verwechseln, Stück für Stück in ihre Welt zurück. In der wähnen sie sich sicher, weil sie da nur mit sich sind. Sie bauen für ihren Rückzug scheinbar nachvollziehbare, sinnvolle Erklärungen wie eine Schutzmauer um sich herum auf, geben vor, müde zu sein oder keine Lust zu haben, Freunde zu treffen, einen Film anzuschauen, Urlaub zu machen.

In der Tat sind sie erschöpft und ausgelaugt, denn das Festklammern im Jemandsland vor dem Abgang ins Niemandsland kostet sie Kraft. Bis sie nicht mehr verbergen können, dass sie anders geworden sind. Weder vor der Familie noch vor ihren Kollegen. Bis die Hilfskonstruktionen sie nicht mehr tragen. Bis sie abstürzen ins Nichts. Gefangen in einem Labyrinth, das nicht einmal einen Ausgang hat, wächst unaufhörlich und schleichend

die Angst vor totaler Isolation. Eine Angst, die sie anfangs vor Entsetzen geradezu lähmt, von der sie irgendwann nicht einmal mehr erzählen, sich mitteilen – und damit die Last mit anderen teilen – können, weil am Ende ihre zu Leerformeln degenerierte Sprache kaum mehr einer versteht. Sie werden sich auf der Abreise in die Nacht selbst fremd, und ihre Verzweiflung lässt gleichzeitig die verzweifeln, die sie doch als ganz andere Menschen kannten.

Der nach auffälligen Symptomen, nach Messungen der Gehirnströme, mentalen Tests und klinischer Beobachtung erstellte Krankheitsbefund – Treffsicherheit inzwischen achtzig Prozent, endgültige Diagnose aber nur post mortem möglich – ist die Ankündigung des langen Abschieds vom normalen Leben. Keine ärztliche Kunst vermag den beginnenden Verfall jenes Gehirnteils zu stoppen, das für Emotionen zuständig ist, für die Bilder aus dem Album einer unverwechselbaren Biografie, für die eigene Persönlichkeit.

Trotz aller Fortschritte der Medizin ist bisher kein Mittel gegen diesen Altersschwachsinn entdeckt worden, denn tote Nerven und Nervenzellen können nicht – oder noch nicht? –repariert werden. Theorien für die Ursachen dagegen gibt es viele: Stoffwechselstörungen, genetische Mutationen, Vererbung, chronische Vergiftungen etc. Aber nur durch einen Beweis ließen sich die Ursachen bekämpfen und nicht nur die Wirkungen umschreiben. Hundert Jahre nach der Entdeckung durch Alois Alzheimer weiß man zwar mehr darüber, was da oben im Kopf bei den Kranken passiert und wie sich das in verschiedenen Stadien äußert. Doch immer noch weiß keiner, warum es passiert.

Der Zerfall in jenem Areal unseres Zentralorgans, das Erfahrungen speichert und Emotionen und Erlebtes, ist nicht zu stoppen. Die Patienten verlieren im wahrsten Sinn des Wortes ihre Orientierung, weil wegfällt, woran sie sich festhalten könnten. Erst verdämmert ihre Erinnerung, dann verödet ihr Verstand, dann versinkt ihre Rede in sinnlosem Gebrabbel.

Weil die Medizin in den letzten Jahrzehnten so große Fortschritte gemacht hat, gibt es so viele Alzheimer-Kranke. Was wahnsinnig klingt und doch logisch ist: Früher starben die Alten früher, manche sagen sogar: rechtzeitig, so lange sie noch geistig gesund waren. Heute leben sie dank modernster Therapien und Medikamente länger – und entsprechend lange dauert das Sterben. Im Diesseits zwar noch vorhanden, aber bereits im Jenseits angekommen. »Wie fühlen Sie sich denn?«, wurde in einem Fernsehfilm eine alte Frau gefragt, und mühsam sagte sie, ganz gut, doch: ganz gut. Was könnte denn besser sein? Das Leben.

Es sind mehr Frauen als Männer an Alzheimer erkrankt, aber das zu erklären ist einfach, denn Frauen haben eine viel größere Lebenserwartung und erkranken deshalb absolut gesehen häufiger.

In Entwicklungsländern ist das Siechtum fast unbekannt, da wird früh genug an anderen Krankheiten gestorben. Da die Lebenserwartung in den reichen Staaten des Westens wächst, ist bis zum Jahre 2040 mit einer Steigerung der Erkrankungen um fünfzig Prozent zu rechnen. Dann wird, sagen kühle Statistiker, jeder sechzehnte über fünfundsiebzig, aber schon jeder vierte über fünfundachtzig an dem von Alzheimer erkannten Hirnschwund verkümmern. Dies ist nicht nur ein unvorstellbares Schicksal. Dies kann vor allem unvorstellbar teuer werden. Mehr als 400 Milliarden Dollar pro Jahr würde allein in den USA dann die Pflege der Alzheimer-Kranken kosten. Derzeit sind es 125 Milliarden. Medizinnobelpreisträger Eric Kandel glaubt zwar fest daran, dass es in wenigen Jahren eine Pille geben wird, ein Viagra fürs Gehirn, die das Vergessen stoppt. Aber zu oft schon ist ein Durchbruch in der Forschung verkündet worden und bisher hat sich nie eine Hoffnung realisieren lassen. Solange es keine Mittel gibt, muss es wenigstens mehr Mittel geben, um die Folgen der Krankheit erträglicher zu machen.

Weil Alzheimer noch immer eine Tabukrankheit ist, verdrängen Politiker das Problem und weigern sich, die nötigen Konsequenzen aus den Prognosen zu ziehen. Vergessen dabei, dass es alle treffen kann, auch sie, denn das einzige feststehende Risiko, an Alzheimer zu erkranken, ist nun mal das Alter. Sie überlassen die Pflege den Angehörigen und lassen damit das Thema im Schattenreich derer, die als verrückt gelten.

Wenn der Patient sich nicht mehr der Umwelt anpassen kann, dann bleibt aber nur eine Lösung: Dass sich die Umwelt dem Patienten anpassen muss. Logisch also, warum es in vielen deutschen Pflegeheimen nicht funktionieren kann, selbst wenn sich alle bemühen würden. Die meisten dieser Häuser sind gebaut für Alte mit körperlichen Gebrechen, nicht für die Schwachen im Geiste. Wenigstens dagegen könnten Staat, Gesellschaft und Behörden etwas unternehmen: durch Förderung und Neubau demenzgerechter Heime, Flachbauten, viel Glas, lichte Räume, Wohneinheiten für Gruppen und Einbeziehung der Angehörigen.

Die Verwüstung der Innenwelt, die mit einer von der Außenwelt nachsichtig belächelten Vergesslichkeit beginnt, ist nach Schlaganfall, Herzinfarkt und Krebs die häufigste Todesursache bei allen Menschen. Im Unterschied zu denen aber dauert bei Alzheimer das Sterben oft viele Jahre und genau darauf ist die Gesellschaft nicht vorbereitet. Denn gestorben wird erst einmal

psychisch, nicht physisch, und das bedeutet: die Krankheit an sich ist zwar unheilbar, führt aber nicht unmittelbar zum Exitus wie die anderen drei.

Bei Gott kein Trost. Wer an Krebs erkrankt, weiß zwar in den meisten Fällen, dass er kein Morgen mehr haben wird und fortan den Tod als treuen täglichen Begleiter, doch bleibt bis zum Schluss die Erinnerung an ein ganz persönliches Gestern. Selbst die hat ein Alzheimer-Kranker verloren, denn die ist nach und nach erloschen. Die Probleme der Forscher, die im Niemandsland nach Ansätzen suchen, die Todesboten zu töten, bevor sie andocken an den Nervenzellen, lassen sich reduzieren auf drei Fragen, die alle Menschen beschäftigen, auf welchem Niveau auch immer sie sich ihnen stellen: Woher kommen wir, wohin gehen wir, und wie schaffen wir es am besten von A nach B? Die früher akzeptierte so wunderbar einfache Antwort, Gott werde das schon richten und es uns im gegebenen Moment wissen lassen, spätestens aber dann, wenn er uns in seinem Namen zu sich holt, reicht den meisten nicht mehr. Für Alzheimer-Patienten sind die Wege von A nach B verstopft, irgendwann sogar für immer versperrt. Fragen können sie nicht stellen, und Antworten nicht verstehen. Genau diese Blockade gilt es zu überwinden oder besser noch: zu verhindern. Fortschritt ist nicht mehr das Bekämpfen von Symptomen einer Krankheit, Fortschritt in der Medizin ist die Entwicklung einer Therapie durch genaue Kenntnis der genetischen Ursache einer Erkrankung. Bei Alzheimer gibt es diesen Fortschritt noch nicht, denn die Ursachenforschung hat außer möglicherweise interessanten Ansätzen, die in eine nicht ganz falsche Richtung führen könnten, eigentlich keine Erkenntnisse zu bieten. So vorsichtig geschwollen muss man sich ausdrücken, um keine falschen Hoffnungen zu wecken.

Bis es die richtigen Mittel gibt, nach denen weltweit geforscht wird, werden sogar von seriösen Wissenschaftlern Hausmittel wie Ginkgo Extrakt und Vitamin E empfohlen. Auch eineinhalb Gläser Wein pro Tag könnten hilfreich sein, »to stave off«, hinauszuschieben, was Alzheimer oder Parkinson mit Nervenzellen anrichten. Wein ist zwar nüchtern betrachtet kein Medikament. Doch das ist Ginkgo-Extrakt auch nicht. Guter Wein aber schmeckt besser als Ginkgo. Warum Wein gegen Alzheimer? Weil die Traube ein Enzym aktiviert und dieses Enzym wiederum gehört zu den Zellschützern. Selbst Nikotin kann durchblutungsfördernde Wirkung haben. Jeder Raucher weiß vom stimulierenden Hochgefühl nach der ersten Zigarette am Morgen. Dass statistisch gesehen weniger Raucher als Nichtraucher an Alzheimer erkranken, liegt aber nun nicht am Erfolg des Qualmens, sondern daran, dass Raucher früher sterben als Nichtraucher.

Ernst Jünger übrigens, geistig frisch, starb im gesegneten Alter von 102. Als ich ihn das letzte Mal sah, in der Bar eines Hotels während der Frankfurter Buchmesse, nachmittags so gegen siebzehn Uhr, schmeckte ihm der Champagner und er rauchte mit Genuss eine Zigarette.

Kliniker wissen ein wenig mehr als damals Alzheimer, weil seine Entdeckung inzwischen als Krankheit bewusst geworden ist. Sie können Symptome erkennen und Schlüsse daraus ziehen, obwohl es ja nach wie vor keine Therapie gibt für die Patienten, deren Absturz aus ihrer Welt kein Arzt aufhalten kann. Forscher wissen sogar eine Menge mehr. Sie wissen, welche Gene das Risiko erhöhen, an Alzheimer zu erkranken, sie kennen durch die Molekulargenetik in familiären Fällen sogenannte Ob-Gene und Wann-Gene, ob man die Krankheit vererbt bekommen kann und wann sie ausbrechen könnte. Manche der Risikogene haben sie identifiziert.

Die Begegnung mit Dementen lässt Gesunde hilflos verstummen. Der englische Literat John Bayley beschreibt in »Elegy for Iris« den Zustand seiner an Alzheimer erkrankten Frau als den einer »sehr netten Dreijährigen«, die von ihm gefüttert, gebadet und gewindelt werden muss, deren Lieblingssendung im Fernsehen die TV-Show Teletubbies für Kleinkinder ist. Iris Murdoch, die im Februar 1999 sterben durfte, war eine der erfolgreichsten Schriftstellerinnen Großbritanniens und am Ende gezeichnet von der Zerstörung ihres Verstandes, dem Verlust ihres Bewusstseins. Da hatte sie längst vergessen, was sie einst geschrieben hatte, mehr noch: dass sie überhaupt je geschrieben hatte.

Alzheimer ist eine klassenlose Krankheit. Alzheimer macht sie alle gleich, Kluge und Dumme, Mächtige und Ohnmächtige, Reiche und Arme. Alzheimer kennt keine Rassen und keine Religionen und kein Geschlecht. Das immerhin hat die Krankheit mit ihren Genossen Krebs, Herzinfarkt und AIDS gemein.

Körpersprache kann die einzige Sprache sein, die den Dementen bleibt. Die ist einfach zu begreifen, denn eine Umarmung, eine Berührung, drücken Zuneigung aus, und das spüren die Kranken. Je schwächer die erlernten verbalen und kognitiven Eigenschaften werden, desto wichtiger die angeborenen Gesten. Intuition statt Intellekt. Gefühle statt Gedanken. Bei manchen machen es ein paar Töne, die auf dem Klavier angeschlagen werden und die Melodie ihrer Kindheit wachrufen. Dann singen sie mit der rührenden Verlorenheit des Alters das Lied von der Jugend, die nie wiederkehrt.

Wichtigstes Medikament gegen Alzheimer ist menschliche Nähe. Bei der kranken Frau der Mann. Beim kranken Mann die Frau. Bei den Eltern manch-

mal der Sohn, aber in den meisten Fällen die Tochter. Irgendwann brauchen auch sie psychologische Betreuung. Sie haben zwar in manchen verzweifelten Situationen den Eltern gedroht, sie ins Heim zu geben, aber diese Drohung war in den Wind gesprochen, weil sie eh nicht verstanden wurde. Wenn sie dann doch aufgeben, ist ihr körperliche Belastung nur ersetzt durch die seelische Bedrückung. Das Gewicht blieb gleich. Hätte ich länger durchhalten sollen? Ist es das falsche Heim? Logik hilft nicht gegen Selbstvorwürfe. Logik sagt, dass im letzten Stadium der Krankheit nichts mehr verstanden wird. Der Mann nicht mehr erkannt wird. Die Frau nicht mehr. Die Tochter nicht mehr. Dass es im fremden Heim besser geht als im eigenen.

In den bisherigen normalen Endlagern, Pflegeheime genannt, sitzen Demenzkranke, oft festgezurrt in Rollstühlen, wie auf einer Schnur aufgereiht und warten. Worauf sie warten, wissen wir nicht und wissen sie selbst nicht. Vielleicht hoffen sie auf Besuch, aber ihnen zu erklären, dass keiner mehr kommen wird, ist sinnlos. Das können sie nicht mehr begreifen. Neunzigjährige freuen sich kindisch auf ihre Eltern, und es ist nicht hilfreich, ihnen mit der normativen Kraft des Faktischen zu widersprechen. Vernünftige Argumentation verwirrt sie und macht sie aggressiv. Herablassende Sätze wie: »Erinnern Sie sich denn nicht?«, sind deshalb blödsinnig.

Ohne lebendes Gehirn, schrieb vor hundert Jahren Alois Alzheimer, gibt es keine Seele, nur eine körperliche Hülle. Ein Albtraum. Diese Demenz aber ist eigentlich ein gelebter Traum, denn viele Beobachtungen an Alzheimer-Kranken entsprechen dem Traumerlebnis von Gesunden. Keine Schmerzen, zum Beispiel. Falls wir im Traum Schmerzen hätten, würden wir nicht weiterträumen können, sondern vor Schmerzen aufwachen. Spiegelbilder gibt es im Traum ebenfalls nicht. Patienten im fortgeschrittenen Stadium der Verwirrung erkennen sich nicht im Spiegel, denn sie halten sich für jung. Man weiß im Traum nie, wie alt man ist, man ist zeitlos jung. Im Traum sieht man nur die anderen deutlich, sich selbst nie, und vor allem: Zeit spielt keine Rolle mehr. Sie hat sich aufgelöst. Sie ist einfach weg. Wahnsinn.

Warum aber sollten wir Gesunde uns hundert Jahre nach der Entdeckung mit Alzheimer beschäftigen und alles tun, um das Tabu zu brechen, um den Verlust des Bewusstseins ins öffentliche Bewusstsein zu schreiben, wo doch noch lange Zeit keine Hilfe in Aussicht ist? Weil es uns alle treffen kann.

Literatur

Jürgs M: Alzheimer – Spurensuche im Niemandsland. C. Bertelsmann, 2006

Die Zivilgesellschaft und ihre Alten

Klaus Dörner

Heinrich Kunze hat mir vorgeschlagen, ich solle mein Thema der Zivilgesellschaft vom Standpunkt der Bürger her darstellen – und zwar nicht nur der hilfsbedürftigen, sondern auch der helfensbedürftigen Bürger; denn – wie ich noch zeigen werde – sind alle Bürger, sogar die hilfsbedürftigen, auch helfensbedürftig; und diese Tatsache ist der Rechtfertigungskern, überhaupt von Zivilgesellschaft zu sprechen und davon, dass die Zivilgesellschaft von »ihren« Alten spricht; denn nur mit ihnen ist sie vollständig.

Ich übernehme also gern die Rolle des durchschnittlichen Bürgers – aus mehreren Gründen:

1. Es macht dies auf dieser Tagung sonst niemand, obwohl es hier um die Hilfen für psychisch kranke und demente Alte gehen soll. Die Bürger in der ganzen Menschheitsgeschichte bis zum Beginn der Moderne waren mehr oder weniger allein fürs Helfen verantwortlich und hatten selbst dann den größeren Teil des gesamtgesellschaftlichen Hilfebedarfs abzudecken, als während der 100-jährigen Ära der Industrialisierung (1880 bis 1980) – der nur für diese kurze Zeit möglichen Vollbeschäftigung – die Bürger durch Professionalisierung und Institutionalisierung des Helfens partiell entlastet wurden.
2. Die Steuerung des gesamtgesellschaftlichen Hilfebedarfs erfolgt also nie nur durch Staat und Markt, sondern immer auch durch die Bürger als Zivilgesellschaft. Wer daher für die Frage der Allokation nur das Profi-Hilfesystem und nicht auch das Bürger-Hilfesystem berücksichtigt, ist wissenschaftlich wie politisch eine Witzfigur oder ein Selbstbetrüger.
3. Die gewählten Volksvertreter haben den Willen aller Bürger (der hilfsbedürftigen wie der helfensbedürftigen) zu repräsentieren, was heute schon mal leicht in Vergessenheit gerät.
4. Schließlich bin ich für die Rolle des Bürger-Sprechers schon deshalb ganz brauchbar, weil ich mit meinen 73 Jahren nahe am Vierten Lebensalter bin, wo die Hilfsbedürftigkeit wahrscheinlich wird, aber heute noch dem Dritten Lebensalter angehöre, zu dem inzwischen Millionen Menschen gehören, die – mangels verbindlicher Rollenerwartungen – etwa 15 Jahre lang bei meist gnadenloser Gesundheit dumm herumsitzen, weil sie nicht wissen, wofür es sie gibt, die also ganz besonders helfensbedürftig sind. Deshalb haben sich z. B. in Minden 60 Bürger zu Beginn ihres

Rentenalters verabredet, ihren Mitbürgern im Vierten Lebensalter, wenn gewünscht, das Sterben in den eigenen vier Wänden zu ermöglichen, was ihnen überwiegend auch gelungen ist; und bei guten Hausärzten ist es schon Routine geworden, ihre hilfs- und ihre helfensbedürftigen Patienten miteinander zu verkuppeln. Im Übrigen habe ich mich in meinen ersten zehn Rentnerjahren vor allem bei den unendlich vielen zivilgesellschaftlichen Basisinitiativen aufgehalten und dort von ihnen gelernt, was mich zusätzlich zum Vertreter des Bürger-Standpunktes qualifizieren mag.

Nun ist etwa seit 1980 der gesamtgesellschaftliche Hilfebedarf dramatisch gestiegen, weil wir auf der Einnahmeseite kein nennenswertes ökonomisches Wachstum mehr haben und auf der Ausgabenseite gleich drei menschheitsgeschichtlich in ihrer Größe neuartige, hilfsbedürftige und kostenträchtige Bevölkerungsgruppen hinzugekommen sind, nämlich nicht nur die Alterskranken, sondern auch die körperlich chronisch Kranken und die heute marktbedingt als psychisch krank etikettierten Befindlichkeitsgestörten, die Neo-psychisch-Kranken, die überwiegend in Wirklichkeit am Mangel an Bedeutung für Andere leiden, also besonders helfensbedürftig sind, wie noch zu begründen ist.

Dieser Zuwachs des gesellschaftlichen Hilfebedarfs ist menschheitsgeschichtlich so unbekannt groß, dass er mit den im bisherigen, alten Hilfesystem bewährten Instrumenten der Professionalisierung und Institutionalisierung des Helfens beim besten Willen nicht mehr kompensiert werden kann.

Auch die Umstellung von der Staats- auf die Marktsteuerung – ebenfalls seit 1980 – musste, über rationalisierende Anfangserfolge hinaus, scheitern, weil sie – im Unterschied zur Autoproduktion – fürs Helfen eher ungeeignet ist und etwa über ihr Expansionsgebot eher auch noch kostentreibend gewirkt hat. Bleibt also – schon nach Adam Riese – nur noch der Rückgriff auf den dritten Sektor, auf die Wiederbelebung der zivilgesellschaftlichen Bürger-Steuerung des Helfens, zumal mit dem Fortfall der Vollbeschäftigung auch die wichtigste Voraussetzung für eine diesbezügliche Entlastung der Bürger und eine forcierte Professionalisierung und Institutionalisierung des Helfens entfallen ist. Gemessen am heute gewachsenen und ja weiterhin wachsenden Gesamthilfebedarfs lautet daher die Diagnose: Überprofessionalität und Überinstitutionalisierung des Helfens versus krank machende Unterlastung des Bürgersystems der Zivilgesellschaft.

Es gibt daher keine anderen brachliegenden Ressourcen und insofern keine Alternative zu dem überfälligen Lastenausgleich: Wir Bürger müssen uns – auch wenn wir das nur widerwillig wollen können; denn es handelt sich um einen Rückbau des vermeintlich befreienden Fortschritts- und Modernisierungsgewinns – einen Teil des Helfens vom Profisystem zurückholen, schon um die segensreichen Kernbestände an Professionalität für *alle* dauerhaft bezahlbar zu halten. Vor allem die Explosion der Alterskranken und Dementen zwingt uns dazu.

Gleichsinnig – das ist mir wichtig – wirkt freilich, auch bei Fortfall sämtlicher Finanzierungsprobleme, schon das Integrationsgebot der Zivilgesellschaft: Wenn nämlich die Alten, auch die Dementen, »unsere« Alten und Dementen sein oder wieder werden sollen, hat ihr Leben und Sterben im Wesentlichen in der Beziehung mit uns anderen Bürgern stattzufinden, was nur bei Rückzug der Profis und bei Verzicht auf Institutionalisierung möglich ist. Nebenbei hat insofern jeder alte Mensch in einem Heim zunächst einen Wiedereingliederungs- und damit einen Sozialhilfeanspruch, auf das sich sein Pflegeanspruch nur daraufsattelt.

Aus all diesen Gründen ist die »Richtungsumkehr« die zentrale und wichtigste Forderung der »Handlungsempfehlungen der Aktion Psychisch Kranke«. Jedoch ist diese dort geforderte »Richtungsumkehr von den trägerzu den nutzerorientierten Hilfen« zwar richtig, aber gegen die chaotisch-egoistische »Wettbewerbs- und Berufsfreiheit« der professionellen Träger real nur durchzusetzen, wenn zivilgesellschaftlich eingebettet in die *vollständige* Richtungsumkehr von den *profi- zu den bürgerorientierten* Hilfen.

Erst das wäre der Sprung aus dem nun nicht mehr ausreichenden alten in ein neues Hilfesystem, wo nicht mehr wir Bürger die Profis, sondern die Profis uns Bürger ergänzen, wenn wir Bürger an unsere Grenzen stoßen. Damit stellen wir Bürger das Gesamthilfesystem wieder vom Kopf auf die Füße; denn Helfen beginnt immer als Selbsthilfe, wird dann zur Angehörigen-, Freundes- und Nachbarschaftshilfe, die nun im neuen Hilfesystem nach 100-jähriger Einengung wieder auszuweiten ist, bevor das Profisystem ergänzend zu seinem Recht kommt.

Und nun kommt das zunächst Erstaunliche: Während die politisch Verantwortlichen, fest im Griff der Betriebswirtschafts-Berater und der Profi-Lobbyisten, sich noch auf Kosmetik am alten System von oben beschränken, haben wir Bürger von unten schon längst, nämlich ebenfalls seit 1980, mit dem Sprung in das neue Hilfesystem begonnen, wie sich nach allen statistischen Parametern empirisch beweisen lässt. Hier eine Auswahl:

Seit 1980 (nie vorher) melden sich immer mehr von uns zu freiwilligem sozialen und bürgerschaftlichen Engagement; gründen wir immer mehr Nachbarschaftsvereine; haben wir die Selbsthilfegruppenkultur systematisiert; haben wir die Hospizbewegung fast flächendeckend organisiert; haben die AIDS-Kranken unter uns vorgemacht, wie man auch noch die schwierigste Pflege- und Sterbebegleitung mit einem klugen Bürger-Profi-Mix in den eigenen vier Wänden organisieren kann, wenn man es nur unbedingt will; haben wir die seit 1980 zunehmend deinstitutionalisierten psychisch Kranken und geistig Behinderten integriert; haben die pflegenden Angehörigen unter uns – trotz objektiv verschlechterter Bedingungen – ihr Engagement so verstärkt, dass immer noch 70 % der Alterspflegebedürftigen familiär betreut werden; stellen immer mehr von uns ihre Haushalte für die Familienpflege – jetzt auch für Alterspflegebedürftige – zur Verfügung; schließen sich immer mehr von uns zu den neuen Siedlungsformen generationsübergreifenden Wohnens mit wechselseitigem Hilfeversprechen zusammen; und beteiligen sich immer mehr von uns an den 24-stündigen Präsenzdiensten der seither boomenden ambulanten Nachbarschafts-Wohnpflegegruppen für Demente und andere Pflegebedürftige. Und irgendwie haben wir es auch mit ermöglicht, dass die Suizidzahlen erstmals seit Beginn der Moderne nicht weiter steigen, sondern sich seit 1980 fast halbiert haben. Schließlich gibt es auch zunehmend Synergien, wo psychisch Kranke oder geistig Behinderte sich in den Dienst der Alterspflegebedürftigen stellen und sich so beide Gruppen wechselseitig mit Bedeutung für Andere versorgen (wie z. B. die 40 CAP-Läden oder der ambulante Pflegedienst »Weiße Feder« in München).

Es muss also schon ein tief greifender kultureller Umbruch in uns Bürgern in der Breite seit 1980 stattgefunden haben, der Millionen von uns dazu bewegt hat, nicht mehr – wie bisher – immer mehr gesund-egoistische Selbstbestimmung marktkonform zu wollen, sondern uns mutwillig mit Bedeutung für Andere zu belasten und auf diese Weise zu so etwas wie einer neuen solidaritätsorientierten Bürgerbewegung zu werden, zu einer zivilgesellschaftlichen Basisbewegung, zur Infrastruktur des neuen Hilfesystems, an das das dadurch verkleinerte Profi-Hilfesystem jetzt seinerseits anschlussfähig werden muss – dabei durchaus kompatibel mit Plessners anthropologischer Exzentrizität (Bestimmung von außen her) mit Habermas' postsäkularer Gesellschaft und mit Lévinas' Anspruch von der Autorität des hilfsbedürftigen Anderen also auch vom Letzten, vom Dementen her.

Nicht auszudenken, die Profis würden unsere zivilgesellschaftliche Bürgerbewegung nicht als Bedrohung, sondern als unvermeidlichen Neuanfang,

als Umprofessionalisierungs-Chance begreifen und uns Bürger nicht nur als schulungsbedürftige »Wilde« auffassen und mithilfe technokratischer Kunstworte wie Quartier (damit verbinden Ältere nur militärische Erinnerungen), Assessment, Care- und Case-Management uns Bürger misstrauisch machen, dass damit nur – wie bisher üblich – neue flächendeckende Profi-Stellenforderungen gemeint sind.

Nicht auszudenken, die Wohlfahrtsverbände würden uns heutige Bürgerhelfer nicht mehr verwechseln mit den früheren Ehrenamtlichen und Laienhelfern, mit deren handzahmer Anerkennungsempfänglichkeit wir nichts mehr zu tun haben; sie würden dann wohl nicht mehr legitimationsselbstmörderisch ihren wettbewerb-begeisterten Unternehmerflügel, sondern ihren noch rekultivierbaren Zivilgesellschafts-Flügel stark machen.

Und nicht auszudenken, die von uns gewählten Volksvertreter würden ihre notorische Blindheit gegenüber den Gemeinsamkeiten der unendlich vielen bürgerschaftlichen Basisinitiativen verlieren (denn menschen-gemäßes Helfen lässt sich nur kleinräumig im Nahbereich realisieren); sie würden uns Bürger dann statt mit Behinderungen mit förderlichen Rahmenbedingungen ausstatten.

Dabei sind Existenz und Wirksamkeit unserer Bürgerbewegung in den ganz realen Alltagsnöten von uns Bürgern begründet erkennbar:

1. Immer mehr Haushalte lassen sich allein durch Erwerbsarbeit heute nicht mehr finanzieren. Also sind wir Bürger auf zusätzliche Einnahmen angewiesen. Wir geben daher für das Helfen nicht mehr nur Zeit, sondern nehmen auch Geld dafür. Es gibt längst den neuen Bürgertyp des sozialen Zuverdieners oder des Semi-Profis.
2. Immer mehr von uns Bürgern leiden – schon technikbedingt – an zu viel freier Zeit, manche Bevölkerungsgruppen (drittes Lebensalter, Langzeitarbeitslose) an totaler Freizeit. Denn zwar kann von der Überlastung her jede erkämpfte Stunde Freizeit genossen werden. Das lässt sich aber nur bis zu einem Optimum steigern, jenseits dessen das Genießen in Leiden umschlägt, was sich in dem neuen Heer der Befindlichkeitsgestörten ausdrückt. Hier haben wir Bürger die Wahl: Entweder wir lassen uns psychisch krankschreiben und machen uns zu potenziell lebenslänglichen Kunden des Psycho-Profi-Marktes. Oder wir erden die erste Hälfte der zu vielen sinnfreien Zeit sozial, machen uns helfensbedürftig, sorgen für unsere Tagesdosis an Bedeutung für Andere, um danach die zweite Zeithälfte auch wieder genießen zu können, denn nur so sind wir ausgelastet und damit gesund.

3. Da Helfen nur im Nahbereich menschengemäß ist, haben wir Bürger damit begonnen, den dritten Sozialraum der Nachbarschaft (zwischen privatem und öffentlichem Sozialraum) als »Wir-Raum« wiederzubeleben, den alle Kulturen der Menschheitsgeschichte bis zum Beginn der Moderne gebraucht haben: für den überdurchschnittlichen Hilfebedarf, für Singles, für die fußläufige Erreichbarkeit all dessen, was man zum Leben braucht, und für die Integration alles Fremden. Ein Beispiel ist Bielefeld, wo alle – einschließlich des größten Heimträgers, des Evangelischen Johannes-Werks – beschlossen haben, alle Stadtviertel vollständig mit ambulanten Nachbarschafts-Wohnpflegegruppen zu besiedeln, was die Zugehörigkeit auch aller Dementen zur eigenen Nachbarschaft so glaubhaft macht, dass wir Bürger eine solche Nachbarschafts-Wohngruppe als »unser Pflegeherz« bezeichnen und uns an den 24-Stunden-Präsenzdiensten kostensenkend zu beteiligen bereit sind.
4. Wir Bürger helfen nicht etwa deshalb mehr, weil wir moralisch besser geworden sind; kein normaler Mensch hilft gern. Eher folgen wir Hegels' »Einsicht in die Notwendigkeit«, in die der Gesellschaft wie in die unserer Person, weil Gesundheit nur als Auslastung zu haben ist. Eben dies ist unsere – widerwillige – Helfensbedürftigkeit. Daher ist bei allen Umfragen dasjenige Drittel so interessant, wo die Befragten sinngemäß antworten: »Ich könnte mir schon vorstellen, mich sozial zu engagieren; aber mich hat doch noch niemand gefragt.« Gerade diese Bürger werden sich als die besten, weil realistischsten Bürgerhelfer erweisen. Zudem kann man seither wissen, dass man etwa durch Klinkenputzen so viele Bürger, wie man braucht, auch mobilisieren kann.

Abschließend noch einmal konkret zu den alterspflegebedürftigen und dementen Bürgern unter uns: Nur Profis können denken, diese wollten vor allem mehr Teilhabe und mehr Selbstbestimmung. In Wirklichkeit brauchen sie, gerade weil sie mehr Hilfe *nehmen* müssen, vor allem mehr Gelegenheiten, als Ausgleich für ihre Selbstachtung, auch mehr *geben* zu können. *Teilgabe* wäre daher treffender als *Teilhabe*. Sie brauchen daher vor allem mehr Bedeutung für Andere; denn dies ist die Voraussetzung für den Genuss von mehr Selbstbestimmung, wie jeder sich selbst überzeugen kann, der in den erwähnten ambulanten Nachbarschafts-Wohnpflegegruppen sieht, wie auch Demente dort, nach Möglichkeit bis in die Stunde ihres Todes, in die Haushaltsführung integriert bleiben.

Hilfen zum Erhalt der Würde

Jürgen Gohde

Wer Menschen helfen will, ihre Würde zu bewahren, muss sie als Person achten und darauf verzichten, ihnen ihre Freiheit zu nehmen.

Keine Gleichgültigkeit gegenüber dem, was sie nicht Mensch, was sie nicht Person sein lässt. Keine Toleranz für Strukturen und Menschen, die sie ihnen rauben wollen.

Janusz Korczak hat 1928 in »Das Recht des Kindes auf Achtung« diesen Ausdruck gebraucht: »Nehmt euch in Acht: der starke, brutale homo rapax bestimmt das moderne Leben; er diktiert die Verhaltensweisen: Seine Zugeständnisse an die Schwachen sind eine Lüge, unehrlich die Ehrerbietung für den Greis, die Gleichberechtigung für die Frau und das Wohlwollen für das Kind.« (Korczak 1972)

Fürwahr ein hoher Anspruch: Anerkennung des Rechts auf Achtung – besser eines Prüfkriteriums – das erheben will, wie Solidarität und Lebensqualität gegenüber Schwachen lebbar ist, wie Ehrlichkeit und Gleichheit möglich wird und Wohlwollen.

Es sagt sich so leicht: im Mittelpunkt steht der Mensch. Dabei geht es um den Einzelnen und seine Geschichte. Damit geht es um eine Zielbestimmung, die querschnittartig, überall verfolgt werden muss.

Beispielsweise bei dem früheren Lokführer Fritz Müller, 86 Jahre, verheiratet, zwei Kinder. Er hat einen Schlaganfall bekommen und kann ein Bein und seine Hand nicht mehr so gut bewegen. Es geht nicht mehr so schnell beim Finden der Worte, beim Bewegen, aber auch beim Essen. Allein sein ist auch kein Vergnügen mehr. Kein Tag ist wie der andere! Was er nicht ertragen kann, ist Warten. Wenn Menschen, die pflegen, keine Zeit haben, findet er das respektlos. Er ist still geworden und vergesslich. Er lebt in seiner eigenen Welt. Heraus kommt er nur, wenn es um seine Lok geht: 35 Jahre Fulda–Kassel und zurück.

Es braucht Zeit, Türen zu öffnen und Räume zu betreten. Es braucht Menschen, die Zeit haben, zuzuhören und zu sprechen. Er freut sich, wenn seine Tochter kommt, manchmal erkennt er sie nicht. Sie bleibt lang.

Ich habe bisher das Wort Würde nicht gebraucht, aber über alltägliche Erfahrungen gesprochen: vom Zeit haben, von Respekt und Rücksichtnahme – und ihrem Mangel – vor allem von Beziehungen, in denen Freiräume entstehen. Würde ist ein Beziehungsgeschehen.

Würde in der Pflege wahren – das ist vor allem Zeit haben, hat meine Tochter gesagt. Sie arbeitet mit brandverletzten Kindern. Sie haben es leichter, sagt sie, die sehen den Fortschritt schneller.

Ich möchte ein zweites Beispiel entfalten:

1994 habe ich die beiden siebenbürgischen Bauernhöfe mitten im Dorf in der Nähe von Mediasch zum ersten Mal gesehen. Wenn die Dörfer leer werden, weil die Jungen in den Westen gehen, freut man sich am Abend über jedes helle Fenster.

Eine Familie ist geblieben. Aus zwei Höfen wurde ein Raum zum Leben für zwölf allein gebliebene Alte. Ein alter Mann kommt mit drei Ziegen, einer Schar Gänse. Das hat er früher auch gemacht. Als er noch konnte, hütete er die Kühe. Er hat sein Leben hier gelebt. Am Abend sitzt er mit der Pfeife auf der Bank und jagt, wenn nötig, das Schwein aus der Blumenrabatte. »Er ist nicht ganz richtig«, haben die Nachbarn gesagt. »Ich bin zufrieden«, sagt er. »Ich habe meine Arbeit.« Ist das nun wirklich würdevoll, so zu leben, anerkannt und zufrieden, zu arbeiten – bis zuletzt, für ein Pflegeheim wird es nicht reichen? Was ist nun würdevolles Leben? Schutz, Geachtetsein, Geborgenheit, Geliebtwerden, Gebrauchtwerden?

Die Diakonie hat das Modell in Siebenbürgen gefördert aus Spenden. Heute frage ich mich: Ist so etwas auch hier möglich – und wenn ja, unter welchen Bedingungen?

Welche Vision haben wir für ein würdevolles Leben?

Ein drittes, ganz kurzes Beispiel:

Einige werden die Geschichte vom Dienstbotenheim auf Oeschberg bei Bern kennen. Ganz ähnlich wie eben, ganz positiv: Jeder wird gebraucht. Wenn da nicht die Angst wäre, pflegebedürftig zu sein. Wer pflegebedürftig wird, muss ausziehen. Das macht Angst und beweglich zugleich. Ist das wirklich so? Stimmt die Gleichung: Pflege = Abhängigkeit = Gefährdung der Würde? *Was fehlt am Leben, wenn die Würde aus dem Blick gerät?*

- Distanz, Achtung vor der Person
- Mangel an Zeit: warum werden Pflegekräfte so gejagt? Warum vermitteln sie häufig den Eindruck, dass sie keine Zeit haben?
- Übersehen werden, abgehängt sein, keinem mehr etwas bedeuten: Verlust des Lebenssinns

Die Wünsche sind stark

- »Ich will doch keine Nummer sein«: ein Mensch mit Namen und Geschichte.

- »Ich will meinen eigenen Bereich«: meine Wohnung, meine Möbel, meine Nachbarn, meinen Schlüssel, mein Geld.
- »Ich brauche meinen Rhythmus«: Essen und Schlafen, Aufstehen und Rückzug.
- »Ich mag es nicht, keine Wahl mehr zu haben«: ich will als Frau oder als Mann geachtet sein und erwarte Respekt vor meinem Glauben.

Ich breche hier ab. Jede kann eigene Beobachtungen anfügen. Am ehesten diejenigen, die Menschen zur Pflege ausbilden und das gut machen. Auch diejenigen, die selbst in der Pflege arbeiten, aber an den Strukturen leiden. Auffällig ist bei der Betrachtung der Liste der Mix an persönlichen, strukturellen, rechtlichen, wirtschaftlichen und ethisch relevanten Aspekten. Sie müssen sowohl unterschieden, aber auch in einem Zielprozess zusammengebracht werden.

Managementstrategien, z. B. von Johannes Rüegg-Stürm aus St. Gallen, raten dazu, nicht zu personalisieren und zu moralisieren, aber sich radikal lösungsorientiert zu verhalten, die Grenzen des Machbaren anzuerkennen und sich macht- und institutionenkritisch zu verhalten, aber vor allem: zu beachten, dass tragfähige Beziehungen, achtsame wertschätzende Kommunikation mit hoher Sensibilität für Erwartungsenttäuschungen nötig ist. Gelingen ist Geschenk. Und Würde auch in dieser Sicht ein Geschehen.

Wissen, worum es geht

An der Menschenwürdediskussion ist auffällig, dass es keine allgemeingültige Definition gibt. Das Wort »Würde« kann in ein und demselben Diskurs völlig entgegengesetzt gebraucht werden, so z. B. in der Diskussion um die Euthanasie oder den Schwangerschaftsabbruch. Alexander Dietz hat in seiner Heidelberger Dissertation über den »homo oeconomicus« (Dietz 2005) deshalb drei Weisen unterschieden, das Wort zu verwenden:

- Einen »differenzierenden Gebrauch« (Würde als kontingentes Attribut bestimmter Menschen, das deren besonderen Rang oder Haltung kennzeichnet),
- einen »egalisierende bzw. die Unverfügbarkeit des Menschen betonenden Verwendung«, die Menschenwürde in Personalität und Wesen begründet sieht und in ihr die Gleichwertigkeit und das Besondere des Menschen erkennt und

- eine »liberalistische Verwendung», die Menschenwürde als Recht auf Schutz vor Eingriffen in seine Freiheit begreift.

Aus den jeweiligen Konzepten entstehen unterschiedliche Entwürfe. Der Blick in die Geschichte ist aufschlussreich:

Erst mit der Stoa wird die anthropologische Frage mit der Menschwürde verbunden (Teilhabe an der Weltvernunft und Fähigkeit zu sittlicher Entscheidung). In der Bibel ist der Ausdruck nicht belegt, wohl aber die in der Gottesebenbildlichkeit des Menschen intendierte Achtung seiner herausgehobenen Stellung, die beziehungsorientiert gedacht ist.

Erst der Humanismus verbindet diese beiden Fäden (Pico della Mirandola) in einem Konzept. Nicht zuletzt unser heutiges Verständnis ist durch die Aufklärung und Kant bestimmt. Würde ist das, »was über allen Preis erhaben« ist und keinesfalls verzweckt werden darf. Die Rede vom menschenwürdigen Dasein der Sozialisten hat den Blick auf die Strukturen gelenkt, die einem Menschenwürdekonzept entsprechen müssen.

Aus der Geschichtsbetrachtung sind mir noch zwei Aspekte wesentlich. Zunächst die Vermutung von Dietz, dass die schon erwähnte Verknüpfung von Anthropologie und Menschenwürde zur Zeit der Stoa deshalb notwendig wurde, weil die Ausdehnung des Reichs Alexanders des Großen eine verbindende Vision brauchte. Es handelt sich also um eine Reaktionsbildung in einer Zeit der Horizonterweiterung, einer globalisierenden Entgrenzung. Das Ziel ist darin zu sehen, ein Instrumentarium zu entwickeln, das helfen sollte, in einer offenen Situation handlungsleitende Kriterien zu gewinnen. Das macht das Konzept auch heute wieder wegen des Zurücktretens allgemeinverbindlicher Werte so interessant und leistungsfähig – z. B. bei der Formulierung von Charten für Pflegebedürftige, unter der Voraussetzung, das das Konzept selbst das Besondere eines Lebens – und das kann durchaus das Fragmentarische eines Lebens sein, und nicht wie in der Antike zuvor das Vollkommene oder den Menschen als »Abstraktum« in den Blick nimmt.

Jeder Mensch besitzt Würde unabhängig von seinen körperlichen und geistigen Merkmalen, unabhängig von seiner Leistung. Sie ruht auf einer allem Handeln vorausgehenden schlechthinnigen Anerkennung des Menschen – ich würde sie mit der biblischen Tradition die Liebe Gottes nennen. Sie zählt zu den verfassungsmäßigen Voraussetzungen, die, wie Ernst Wolfgang Böckenförde ausgeführt, sich kein Staat selbst geben kann. Sie bleibt umstritten und ich stimme Böckenförde zu, wenn er 2003 in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung feststellt: »Die Würde des Menschen war unantastbar.«

Weil das so ist, besteht die Aufgabe, mit dem Prüfkriterium der Menschenwürde an die Lebensdienlichkeit und Qualität z. B. von Pflegekonzepten oder Modellen des Zusammenlebens heranzugehen.

Ganz praktische Fragen

Es geht um Perspektiven: In was für einer Gesellschaft will ich leben? Die Antwort muss in einem öffentlichen Diskurs über Ziele und Werte aller Beteiligten gefunden werden.

Es geht um Strukturen: Wie und wo will ich leben?

Es geht um ethische Freiräume: Welches Maß an Freiheit und Verantwortung brauche ich? Auf welche »solidaritätsstiftenden Arrangements« (Franz-Xaver Kaufmann) muss ich mich verlassen können, welche Risiken muss ein Mensch selbst übernehmen? Wie gehen wir mit Konflikten um, wie mit der oft unerträglichen Differenz von Anspruch und Wirklichkeit, wie mit Grenzen?

Es geht um persönliche Haltungen.

Es entspricht der Perspektive einer sich der Menschenwürde verpflichtenden Altenpolitik und Pflege, Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit über Hilfeleistungen zu achten. Dazu zählt nicht nur die Entscheidung, wo und wie ich leben will, sondern auch welche Pflegeleistungen ich in Anspruch nehmen will und in welchem Umfang überhaupt vorgenommen werden.

Aus einem Menschenwürdekonzept leitet sich die Achtung vor der Person, ihrer Lebenssituation, ihrer Geschichte, ihren Verletzungen und Abneigungen, aber auch ihren Vorlieben ab. Menschen können erwarten, gefragt zu werden und erklärt zu bekommen, was an ihnen geschieht. Das neutestamentliche »Was willst du, das ich dir tue?« gibt eine Richtung an, schließt aber auch die Möglichkeit nicht aus, abgelehnt zu werden, nicht nur als Mann oder Frau.

Es entspricht der Perspektive einer sich der Menschwürde verpflichtenden Pflege, die körperliche Unversehrheit von Pflegebedürftigen zu achten, anders gesagt, den Zeit-Raum einzuräumen, der vor der Aufnahme von Pflegehandlungen zur Gestaltung eines Vertrauens und Überwindung von Fremdheit nötig ist. Dazu muss Zeit vorhanden sein, die in verrichtungsdefinierten Konzepten oft nicht gegeben ist. Sie ist aber für den Erfolg wesentlich und kann gegebenenfalls Folgekosten sparen helfen.

Es entspricht der Perspektive einer sich der Menschenwürde verpflichtenden Pflege einen Menschen als Person wahrzunehmen: mit seinen kulturellen,

emotionalen, kommunikativen, spirituellen, intellektuellen Bedürfnissen. Er darf nicht auf seine körperliche oder wirtschaftliche Lage reduziert werden. Die für das Gespräch und den Kontakt erforderliche Zeit ist Teil des heilenden und pflegenden Geschehens.

Gerade die europäische und hier besonders die christliche Deutung der Menschenwürde macht in ihrer Angewiesenheit auf die voraussetzungslose Geltung (christlich: der Liebe Gottes) deutlich, dass innerhalb des Menschenwürdekonzepts ein Beziehungsgeschehen beobachtet werden kann, dass sich auch vernunftgemäß erschließt. Dabei ist dieses Würdeverständnis auf Freiheit angelegt. Es braucht daher erhebliche Anstrengungen, den Konsens zu sichern, dass die Zielperspektive des biologischen Überlebens, eine ist, die zwar dem homo oeconomicus entspricht, aber nicht dem Erbe europäischer Kultur und Bildung. Der homo oeconomicus ist ungebildet, sogar bildungsunfähig, weil er nicht beziehungsfähig ist, er ist ein homunculus.

Es entspricht vielmehr der Perspektive einer sich der Menschenwürde verpflichtenden Pflege die eigene Sphäre – auch die Intimsphäre eines Menschen zu achten, die Klingel zu benutzen und nicht mit der Tür ins Haus zu fallen. Es ist ein großes Projekt, diese Landkarte einer der Menschenwürde verpflichteten Pflege zu zeichnen. Würdevoll pflegen heißt Zeit haben und dem Recht der Pflegebedürftigen auf Achtung standhalten.

Das wird Zeit kosten, viel Zeit, Kraft und Fantasie. Aber auch: die Bereitschaft neue Wege zu gehen. Unsere Ressourcen sind begrenzt. Wenn Zeit knapp ist, braucht es neue Professionalität.

Weil Geld und Menschen knapp sind, ist es Zeit, sich von Konzepten zu verabschieden, die mit untauglichen Mitteln auf steigenden Bedarf reagieren. Effizienzsteigerungen machen Sinn in Zeiten der Stabilität, in instabilen Zeiten sind neue revisionsfreudige Konzepte nötig. Ganzheitliche Pflege braucht mehr Zeit. Dieser Zeitbedarf ist mittels einer auf Geschwindigkeit getrimmten Pflege und vielen zerhackten Prozessen nicht zu erwirtschaften. Solche Pflege ist schlicht zu kostspielig, weil sie die Person übersieht. Ohne den Abbau struktureller Verkrustungen und die Einbeziehung der Ressourcen der Zivilgesellschaft, der Familien und Nachbarschaften, neuen Wohngemeinschaften o. Ä. wird es nicht gelingen, unter veränderten demografischen Bedingungen würdevoll – und das heißt auf Augenhöhe – sich zu begegnen oder zu pflegen. Das ist aber nur zum Teil ein Problem der Ethik, sondern zuerst eine Frage des politischen Wollens.

Es geht darum, den Menschen nicht nur als Teil zu sehen, als Frage von Körperlichkeit, Zeitlichkeit, Geschichtlichkeit eines Lebens, Sozialität,

Handlungstheorie und Relevanz, sondern in seiner Gesamtheit, die gar nichts Vollkommenes haben muss: im Respekt vor seiner Gebrochenheit, seiner sich nicht unmittelbar erschließenden Innenwelt, den Menschen in Demenz mit Respekt vor seiner Aufgabe, »Last zu sein« (Klaus Dörner) in einer Gesellschaft, die leid- und lastenfrei leben will und dabei sich selbst entlastet auf Kosten der Pflegenden, der Pflegebedürftigen und der nächsten Generation. Leo Baeck hat, wie Michael Schibilsky erinnert hat, »die Gottebenbildlichkeit des Menschen (gesehen) als das, was den Menschen zum Menschen macht« (Schibilsky 2000). Keine noch so ausdifferenzierte Teillogik bekommt das Ganze in den Blick. Aber darum geht es gerade.

Würdevoll pflegen heißt deshalb, den Streit um die Werte führen und den Konflikt annehmen, der in Strukturen liegt, die es verhindern, dieses Ziel zu erreichen. Wir können uns auch nicht länger darauf verlassen, dass die Pflegenden dafür aus Mittelosteuropa kommen. Dort werden sie selbst gebraucht. Wir müssen unsere Probleme selbst lösen und die Ressourcen, die wir einsetzen, selbst in einem Paradigmenwechsel gewinnen und aufbauen. Professionelle, bezahlte Dienste sind dabei längst nicht alles. Die Kompetenzen der Zivilgesellschaft sind mindestens ebenso wichtig.

Leben besteht aus gelingenden, aber riskanten Beziehungsprozessen.

Literatur

Böckenförde E-W: Die Würde des Menschen war unantastbar. Abschied von den Verfassungsvätern: Die Neukommentierung von Artikel 1 des Grundgesetzes markiert einen Epochenbruch. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 204, 03.09.2003

Dietz A: Der homo oeconomicus, LLG 18, Gütersloh 2005

Korczak J: Das Recht des Kindes auf Achtung, Göttingen 1972, 37

Schibilsky M: Pflegeethik und Pflegemythos, Stuttgart 2000, 36

Diskurs: Stiftungen als Motor

TeilnehmerInnen: Dr. Bernadette Klapper (Robert-Bosch-Stiftung), Wolfgang Heiliger (Landesstiftung Wohlfahrtspflege), Mirjam Stierle (Bertelsmann Stiftung)
Moderation: Reinhard Peukert

Peukert: Durch den Vortrag von Herrn Pfarrer Dr. Gohde steht seit gestern die Frage von Ethik im Raum. Mit der Frage der Stiftungen kommen wir in den Überschneidungsbereich von Ethik und Geld.

Ich darf Ihnen unsere Gesprächspartner vorstellen: Zunächst Frau Stierle von der Bertelsmann Stiftung, Projektmanagerin im Systemfeld Gesundheit, dann Frau Dr. Klapper von der Bosch-Stiftung, Projektleiterin im Bereich Gesundheit und humanitär Hilfe, sowie Herrn Ministerialrat Wolfgang Heiliger von der Stiftung Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen, geschäftsführender Vorstand und Leiter der Geschäftsstelle. Herzlich Willkommen.

Wir werden unser Thema »Stiftungen als Motor« in vier Gesprächsrunden angehen.

Der erste Komplex beinhaltet folgende Fragen: Was haben Sie bisher im Bereich Gerontopsychiatrie insbesondere im Bereich Demenz gemacht? Warum haben Sie das gemacht? Was hat Sie dazu bewegt, auch im Hinblick auf ethische Aspekte, die bei Stiftungen eine Rolle spielen? Was haben Sie in welchem Umfang gefördert?

In der zweiten Runde wird es uns interessieren, wie Sie auswählen oder »aussieben«. Wir gehen davon aus, dass der ein oder andere Zuhörer mit dem Gedanken spielt, einen Antrag an eine Stiftung zu stellen. Daher erscheint es sinnvoll, dass Sie uns über die Auswahlbedingungen und -kriterien informieren. Zur ersten Frage: Was haben Sie bisher gemacht? Wer möchte beginnen?

Klapper: Guten Tag meine sehr geehrte Damen und Herren, ich freue mich sehr, hier sein zu dürfen, um Sie zur Förderung der Robert-Bosch-Stiftung zu informieren.

Ich möchte in Bezug auf die Frage gleich auf Robert Bosch zurückgehen, der bereits zu Lebzeiten, er ist 1942 hochaltrig verstorben, fördernd tätig war.

Ihm lag die Gesundheitspflege neben der Völkerverständigung, der allgemeinen Wohlfahrtspflege, vor allen Dingen im Hinblick auf die Linderung von Not sehr am Herzen. Das ist das Zitat, das wir stets in der Förderung vor Augen haben.

Im Bereich Demenz fördern wir seit den 1990er-Jahren Einzelprojekte, wie die Einrichtung von Tagespflege oder auch von Angehörigengruppen. Seit 2003 haben wir die Förderung im Schwerpunkt »Leben im Alter« sehr verstärkt. Demenz ist in diesem Zusammenhang eines der Hauptthemen. Wir müssen unsere Förderungen an Strategien ausrichten, im Demenzbereich sind es drei große Strategierichtungen: Förderung von Modellvorhaben, Qualifizierung der Helfer und die Bündelung von Kräften.

Die Förderung von Modellvorhaben setzt an Problemen in der Versorgungspraxis an. Zum Beispiel die Akutversorgung für Demenzkranke. Es läuft ein Projekt in Heidelberg zur Fragestellung, wie der Klinikaufenthalt für Demenzkranke schonend gestaltet werden kann. Dies ist ein Thema, das uns in Zukunft sicher noch verstärkt beschäftigen wird. Ein weiteres Thema ist die »Rehabilitation nach Schenkelhalsfraktur für demenzkranke Menschen«, die ja im Grunde genauso gute Rehabilitationschancen haben wie andere, wenn sie sich nur an die Übungen erinnern könnten.

Ein weiterer Punkt ist die Erhöhung der Kompetenz der Helfer durch Qualifizierung in jeder Hinsicht, gerade im Demenzbereich. Wir haben dazu ein Programm, für das ich gerne werben möchte: Das Internationale Studien- und Fortbildungsprogramm Demenz. Hierbei können sich Menschen, die sich in der Praxis mit Demenz beschäftigen, um verschiedene Bildungsmaßnahmen sei es im In- oder im Ausland bewerben. Auch in unserem Qualifizierungsprogramm zur palliativen Praxis steht die Gruppe der alten Menschen im Vordergrund. Wenn wir von alten Menschen sprechen und die stationäre Altenhilfe betrachten, dann haben wir es in weiten Teilen mit Demenzkranken zu tun und da braucht es besondere Umgangsformen, um ihnen eine würdige letzte Lebensphase zu verschaffen.

Die dritte Strategie ist die »Bündelung der Kräfte». Man kann es vielleicht auch »Vernetzung« nennen, die wir in 2004 mit unserer Initiative »Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz« angestoßen haben. Es haben rund 70 Personen aus den verschiedensten Gesellschaftsbereichen – diverse Berufsgruppen aus Theorie und Praxis, von der Alzheimer-Gesellschaft und anderen Angehörigen-Organisationen, von Ministerien – mitgewirkt, um an unterschiedlichen Themen zu Demenz mitzuarbeiten. Wir freuen uns sehr, dass im Frühjahr 2006 aus dieser Initiative der Verein »Aktion

Demenz« hervorgegangen ist. Der Verein will die Zusammenarbeit und die Vernetzung fortsetzen und vor allen Dingen den zivilgesellschaftlichen Dialog in unserer Gesellschaft in Bezug auf Demenzkranke verstärken. Ich möchte dafür werben, dass die Betreuung und Begleitung von Menschen mit Demenz ein Thema ist, das uns alle in der Gesellschaft angeht und nicht nur Professionelle, die speziell dafür ausgebildet sind. Der Beitrag von Frau Braun hat dies wunderbar deutlich gemacht: Es sollte eine Unterstützung gefunden werden, bei der wir alle gemeinsam an einem Strang ziehen.

Peukert: Vielen Dank. Wir haben gesehen, wie breit die Aufgaben in Ihrer Stiftung gestreut sind und Sie haben bereits teilweise Ihre Pläne angedeutet. Gibt es sehr weit in die Zukunft gerichtete Pläne, von denen Sie sagen würden, das wären Programme die sich auf die Nachhaltigkeit beziehen?

Klapper: Ja. Dabei steht die Unterstützung des neuen Vereins »Aktion Demenz« vorrangig im Blickfeld. Er soll sich etablieren und in den ersten Jahren finanziell abgesichert tätig werden. Das ist sozusagen das Nahziel.

Dann haben wir uns überlegt, es braucht mehr Menschen, die sich ausschließlich dem Thema Demenz widmen. Es gibt im Gegensatz zum Ausland in unserem Land noch relativ wenige Menschen, die sich auf der konzeptionellen Ebene mit diesem Thema beschäftigen. Wir würden gerne in diesen Bereich investieren, damit es zukünftig mehr Menschen gibt, die ihren Berufsweg dem Thema Demenz widmen wollen. Wir wollen besondere Qualifizierungsmöglichkeiten für Menschen schaffen, die sich ganz intensiv mit Demenz beschäftigen möchten und dieses Themenfeld auf der gesellschaftlichen Ebene wirklich vorantreiben können.

Peukert: Das war sehr interessant für viele Mitglieder der Berufsgruppen, die hier anwesend sind, insbesondere für die Jüngeren.

Frau Stierle darf ich Ihnen im Grunde die gleichen Fragen zur Bertelsmann-Stiftung stellen?

Stierle: Ich würde gerne auf die Frage der Visionen zuerst antworten. Für die Bertelsmann-Stiftung ist der demografischen Wandel in seiner gesamten Band- und Spannbreite, also von Nicht-geboren-werdenden-Kindern bis hin zu immer älter werdenden Menschen und den daraus resultierenden Versorgungsproblemen, ein zentraler Punkt. Wir werden Regionen in Deutschland haben, die medizinisch und pflegerisch nicht versorgt sind: In den ostdeutschen Bundesländern gibt es bereits Regionen, in denen die jüngeren Menschen fast grundsätzlich weggezogen sind. In manchen Dörfern lebt überspitzt ausgedrückt lediglich noch die »Oma mit der Kittelschürze«. Schulen und Kindergärten bestehen nicht mehr.

Damit verbunden sind Versorgungsprobleme, auf die wir noch keine Antworten haben. Deshalb betreiben wir im Moment sehr intensiv Agendasetting und Politikberatung. Damit wollen wir die verantwortlichen Politiker in den Kommunen motivieren, sich Strategien gegen die Abwanderung der Jungen zu überlegen. Zudem wollen wir ihnen zeigen, dass wir, um dem zukünftigen Versorgungsbedarf gerecht zu werden, neue Versorgungsformen benötigen, die ehrenamtliches Engagement, aber auch innovative Formen von ambulanten Hilfen berücksichtigen. Dies liegt uns sehr am Herzen.

Verwirklicht werden soll das durch Öffentlichkeitsarbeit. Dazu hat die Bertelsmann Stiftung ein Großprojekt »Aktion Demografischer Wandel« gestartet. In diesem Zusammenhang gibt es im Internet einen zu betrachtenden kommunalen Demografiemonitor, auf dem jeder sehen kann, wie die Altersstruktur sich in seiner Kommune in zehn Jahren verteilt. Ganz deutlich festgehalten ist der politische Handlungsbedarf, d. h. was Entscheider vor Ort unternehmen müssen, um beispielsweise den Bevölkerungsschwund abzubremsen.

Wir haben Programme aufgesetzt. Geplant ist, das Thema »Gesundheit im Hinblick auf die demografische Entwicklung« in einem Kommunalkongress 2008 intensiv zu bearbeiten, um den Verantwortlichen in den Kommunen Gestaltungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Ein weiteres Projekt ist »Neues Altern in der Stadt«, in dem wir ganz konkret in Flächengemeinden und Großstädten erproben, wie Kommunen sich auf den demografischen Wandel und ihre älter werdende Gesellschaft einstellen.

Ob wir wollen oder nicht – wir sind alle betroffen von den Facetten des Älterwerdens.

Peukert: Diese Perspektive der Selbstbetroffenheit ist möglicherweise immer die Interessanteste. Bitte sagen Sie noch etwas zu dem, was Sie in der Vergangenheit bereits gemacht haben.

Stierle: Sehr wichtig ist mir der Deutsche Präventionspreis 2005. Wir haben ihn gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zum Thema »Gesund in der zweiten Lebenshälfte« ausgelobt. Dieser Präventionspreis wurde initiiert, um zu zeigen, dass es bereits viele gute Formen der Prävention in unterschiedlichsten Kontexten gibt und dass diese nun endlich flächendeckend implementiert werden sollen. Die Juroren haben zwei Projekte ausgewählt die sich ganz expliziert mit Demenzkranken befassen.

Das eine ist »Teamwork«, in dem Zahnärzte in München die Problematik erkannt haben, dass jedes Jahr in der Klinik immer wieder die gleichen

demenzkranken Patienten operiert werden müssen, ohne dass sich der Gesundheitsstatus bzw. der Zahnstatus verbessert. Es sollte prophylaktisch etwas getan werden. Es werden nun in den Kliniken die Pflegekräfte in der Zahn- und Gebisspflege von Demenzkranken geschult, um diesen genauso hohe Lebensqualität zu ermöglichen wie nicht dementen Menschen. Es wurde zum Beispiel festgestellt, dass häufig eine Entzündung oder die mangelnde Zahnpflege im Mundraum bewirkt, dass ein dementer Mensch nicht mehr den Mund öffnet, um zu essen. Wir freuen uns, dass nicht nur die AOK Bayern in die Finanzierung des Modellprojektes eingestiegen ist, sondern diese nun aus GKV-Mitteln erfolgt. Das Projekt »Teamwork« kann daher jetzt auch in anderen Bundesländern umgesetzt werden und somit Lebensqualität erhalten.

Ein zweites Projekt, das wir ebenfalls ausgezeichnet haben ist, »PATRAS – Die Paderborner Ernährungsstudie«, die sich an Menschen mit erhöhtem Pflegebedarf in Heimen richtet. Auch hierbei ist gut zu beobachten, dass Lebensfreude und Lebensqualität gewonnen werden kann, wenn man den Menschen in den Fokus stellt. Es geht um Menschen, denen man nachsagt, dass nichts daran zu ändern sei, wenn sie im Heim nicht richtig essen oder trinken. Auch ihnen kann geholfen werden, einen besseren Ernährungs- und Bewegungsstatus zu bekommen. Mehr Informationen sind zu finden unter www.deutscher-praeventionspreis.de.

Unser Anliegen ist es, diese guten Projekte flächendeckend bekannt zumachen. Dazu war ich beispielsweise gerade in Dresden und nächste Woche bin ich in Stuttgart. Das Interesse der Akteure vor Ort freut uns sehr. Ich möchte an dieser Stelle hervorheben: Es gibt ganz viel gute Arbeit, und wir haben viel Respekt davor, was dort geleistet wird.

Peukert: Die bisherigen Beiträge zeigen eindrücklich, dass Stiftungen die Entwicklung vorantreiben können.

Herr Heiliger, Sie sind nun an der Reihe. Wir sind gespannt darauf zu hören, ob Sie das aus der Sicht der Stiftung Wohlfahrtspflege untermauern können.

Heiliger: Zunächst zur eingangs geäußerten Ausgangsüberlegung, ob Ethik und Stiftung oder Geld und Ethik zusammenpassen. Die Stiftung Wohlfahrtspflege entstand 1974 aus der ethischen Frage, ob sich der Staat am Glücksspiel der Bürger bereichern darf. Die Antwort war »Ja – aber«: Er darf dies tun, wenn mit dem Geld etwas Gutes bewirkt wird. Man hat daraufhin in einem Gesetzesteil die Zulassung der Spielbanken in Nordrhein-Westfalen geregelt und in dem anderen Teil die Entstehung der Stiftung Wohlfahrts-

pflege. Die Stiftung fördert Projekte zur Verbesserung der Lebenssituation von alten und behinderten Menschen sowie von benachteiligten Kindern in Nordrhein-Westfalen.

Das Thema benachteiligte Kinder ist erst vor zwei Jahren als Stiftungsbereich hinzugekommen und bisher noch in der Entwicklung.

Das Thema Demenz ist etwa im Jahr 2000/2001verstärkt in den Blickpunkt unserer Stiftung gerückt. Rückblickend erscheint es folgerichtig, dass es genau zu diesem Zeitpunkt aufgekommen ist: Auf der einen Seite hatte sich der professionelle Bereich an der Einführung der Pflegeversicherung ein wenig abgearbeitet, auf der anderen Seite ist durch die demografische Entwicklung der Anteil der hochaltrigen Menschen weiter angestiegen und damit der Anteil derjenigen, die immer stärker in den Bannkreis dieser Erkrankung geraten. Dadurch hat dieses Thema im häuslichen und im ambulanten Bereich aber auch in den stationären Einrichtungen sehr stark an Bedeutung gewonnen. Wir haben uns innerhalb der Stiftung zu dieser Zeit mit dem Aufruf der damaligen Bundesregierung befasst, in dem darum gebeten worden ist, die Problematik stärker in den Fokus zu stellen. Innerhalb der Stiftung wurde daraufhin entschieden, ein umfassendes Modellprogramm aufzulegen. Unser Stiftungsrat hatte beschlossen, dass wir dafür auf vier Jahre jährlich etwa 2,5 Millionen Euro zur Verfügung stellen, es wurden demnach in den vergangenen vier Jahren etwa 10 Millionen Euro für diesen Bereich eingesetzt. Wir haben 40 Projekte in der Förderung gehabt, derzeit sind es noch etwa 20 Projekte. Die Umsetzung des Modellprogramms ist nun abgeschlossen, dennoch haben wir derzeit immer noch das ein oder andere innovative Konzept im Blickpunkt. Die Projekte sind so entstanden, dass wir zunächst Gespräche mit den Vertretern der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege und mit Vertretern großer Trägerorganisationen in Nordrhein-Westfalen geführt haben. Auf dieser Ebene wurden gemeinsame Vorstellungen entwickelt und ein Modellprogramm ausgearbeitet. Es wurde festgelegt, dass gute Ideen zur Verbesserung der Betreuung und Begleitung von Demenzkranken unabhängig von ihrem Lebensort gefördert werden sollen. Insbesondere die Beschreibungen zu den Fördermöglichkeiten im stationären Bereich waren sehr offen gehalten, aufgrund der bestehenden vielfältigen Einrichtungskonzepten und den damit verbundenen unterschiedlichen Vorstellungen zur Betreuung und auch zur Begleitung Demenzkranker. Deshalb wurde dieser Bereich dem Ideenreichtum der professionellen Mitarbeiter überlassen ohne dass wir systematisch beurteilt haben, was möglicherweise für eine Einrichtung oder eine Station das Sinnvolle und Richtige

sein könnte. Es wurden plausible gute Ideen für eine sich aus der Praxis heraus entwickelte Betreuung gefördert. Derzeit werten wir die Erfahrungen aus den von uns geförderten Projekten aus.

Was unsere zukünftigen Pläne angeht, scheint sich vor allem eines abzuzeichnen: Wir wissen, dass Prävention in einem viel früheren Lebensjahrzehnt beginnt. Für uns gewinnt daher der Bereich der sogenannten offenen Altenarbeit, z. B. Sozialarbeit in Seniorencafés, zunehmend in NRW an Bedeutung, vor allem vor dem Hintergrund der besonderen demografischen Herausforderung des Ruhrgebiets. Es bestehen Überlegungen, die offenen Angebote durch Qualifizierung zu einem Frühwarnsystem auszubauen. Es geht darum, Nachbarschaften zu sozialen Netzwerken auszubauen bzw. zusammenzubinden. Damit soll z. B. Aufmerksamkeit und Intervention herbeigeführt werden für den Fall, dass jemand der sonst regelmäßig eine Einrichtung aufgesucht hat, nicht mehr erscheint. Dies ist ein Gedanke, den wir auch deshalb spannend finden, weil wir aktuell in diesem Bereich ein Projekt fördern, in dem es insbesondere um diesen Selbsthilfeansatz geht. Die Generation der älteren Menschen wird immer größer und sie hat Kompetenzen und Potenziale, sich auch umeinander zu kümmern. Wir glauben, dass es ganz wichtig ist – auch vor dem Hintergrund eines zunehmenden Anteils alleinlebender Menschen – größere Nähe in den Gemeinden und Stadtvierteln herbeizuführen, auch um den fehlenden familiären Rahmen zu ersetzen.

Peukert: Vielen Dank. Wir sehen, dass es ein breites Spektrum an möglichen präventiven Maßnahmen zur Bewältigung der demografischen Herausforderung gibt.

Die zweite Fragerunde beschäftigt sich damit, wie man die notwendigen finanziellen Mittel erschließt. Wie sehen die konkreten Schritte aus, wenn man eine gute Idee hat – nicht unbedingt direkt ein Programm – in Kontakt mit Ihnen zu kommen und nach welchen Kriterien wählen Sie aus?

Klapper: Die Robert-Bosch-Stiftung hat glücklicherweise neben operativer Förderung eigener Programme einen bestimmten Rahmen zur Verfügung, der die Möglichkeit gibt, Projekte Dritter zu fördern, d. h. Projekte, die aus der Praxis an uns herangetragen werden. Dazu richtet man eine Anfrage mit der Projektidee an die Stiftung. Wir sind an die Kriterien »Innovation und Modellhaftigkeit« gebunden. Dabei wird besonders darauf geachtet, dass die Projekte auch nach Ablauf der Förderung in der Praxis weitergeführt werden könnten. Das ist uns ganz wichtig, zum einen für die gute Idee, die dahintersteckt, zum anderen aber auch für die Menschen, die in einem begrenzten Zeitraum in den Projekten arbeiten.

Wie wählen wir aus? Zum Teil wachsen die Themen aus unserer langen Tradition in der Gesundheitspflege. Wir beschäftigen uns mit unseren Themen in der Regel sehr lange und haben dadurch einen recht engen Dialog zur Praxis. Auf diesem Weg lassen wir uns in vielerlei Hinsicht beraten, um herauszufinden, welche Themen relevant sind. Für einzelne Fragen gibt es darüber hinaus die Möglichkeit der Einbeziehung von Experten. Neue Ideen ergeben sich auch immer durch den Blick ins Ausland. Gerade für Demenz gilt das insbesondere – das »Dementia-Care-Mapping« oder auch die britischen »Demenz-Service-Center« sind uns beispielsweise auf diese Weise zugewachsen.

Stierle: Die Bertelsmann Stiftung hat diesen fördernden Bereich leider nicht. Wir würden gerne gute Projekte finanzieren und unterstützen. Es ist schade, wenn ein Projekt, das sich z. B. um sozial benachteiligte Kinder kümmert, an ein paar Tausend Euro Projektgeldern im Jahr scheitert.

Aufgrund dieser Problematik haben wir unseren Handlungsrahmen erkannt, denn es gibt genug Geld in unserem Lande. Das es die Robert-Bosch-Stiftung oder die Bertelsmann Stiftung gibt hängt damit zusammen, dass visionäre Unternehmensgründer mit ihrem erwirtschafteten Geld etwas dem Staat und seinen Bürgern zurückgeben wollten. Deshalb haben wir in diesem Jahr intensiv angefangen, Marktplätze aufzubauen, in denen Projekte, die Geld benötigen und Menschen, die Geld besitzen zusammengebracht werden. Wir haben das in unterschiedlichen Kontexten getan. Einmal zusammen mit der Cleven-Becker-Stiftung zum Thema »Kinder. Stiften. Zukunft«, bei der wir Stifter und modellhafte Projekte, die vorher von einer Jury ausgewählt wurden, zusammengeführt haben. Wir machen das jetzt auch im Rahmen unserer Projekte zum sogenannten »corporate social responsibility« (CSR). Es geht dabei um die gesellschaftliche Verantwortung von Unternehmen. Beachten Sie dazu bitte die Website der Bertelsmann Stiftung unter dem Stichwort CSR, dort finden Sie Ort und Termin solcher Marktplätze.

Heiliger: Zu dem erwähnten Modellprogramm hat sich die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW Empfehlungen von einem Gutachterausschuss geben lassen. Dieser bestand aus Mitgliedern von Forschungsinstitutionen, also Kuratorium Deutsche Altershilfe in Köln, Forschungsgesellschaft für Gerontologie in Dortmund, Institut für Pflegewissenschaft in Bielefeld und der Universität Witten/Herdecke sowie aus Vertretern der Pflegekassen, des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen und der Wohlfahrtsverbände. Das war ein erfolgreiches Gremium, auch aus dem Grunde, dass die Gutacher ungefähr 20 Mal ohne jegliche Kostenerstattung getagt und dabei ganz

hervorragend gearbeitet haben. Es wurden etwa 100 Anträge auf Förderung gestellt, davon lagen mehr als 70 Anträge dem Gutachterausschuss vor und es kam in 40 Fällen zu Empfehlungen zur Förderung durch die Stiftung. Dieses Verfahren innerhalb des Programms hat den fachlichen Blick sehr stark auf die Projekte und auf die notwendigen Inhalte gelenkt. Aufgrund des damit verbundenen Aufwands werden wir das in Zukunft bei einzelnen Projektförderungen allerdings nicht mehr machen. Der Stiftungsrat möchte zukünftig für sich allein zu einer Entscheidung kommen und greift dafür in der Regel auf die Empfehlung der Geschäftsstelle zurück, die vorbereitend dafür zuständig ist. In Zukunft werden die Anträge daher wieder direkt an die Geschäftsstelle der Stiftung gestellt und für potenzielle Antragsteller sind in der Regel die Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle Ansprechpartner. Wir binden bei den Modellprojekten auch die Verbandsebene der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege immer noch in die Beratung mit ein, um zu berücksichtigen, was von der Fachentwicklung innerhalb des Verbandes in einem Modellprojekt übertragbar ist. Es gehört auch zur Nachhaltigkeit guter Projekte zu beachten, wie weit Ergebnisse und Inhalte an Mitstreiter innerhalb des Verbandes weitergegeben werden können.

Peukert: Damit haben Sie schon das Stichwort für die dritte Gesprächsrunde zu unserem Thema »Stiftungen als Motor« angesprochen: Nachhaltigkeit. Motor wird in Pferdestärke gemessen. Aber letztlich ist entscheidend, ob der Motor vorankommt oder ob sein Getriebe im Sand stecken bleibt, z. B. von Bürokratie oder kommunalen Begrenzungen oder strukturkonservativen Trägerkonstellationen. Die konkrete Frage, die Sie an der einen oder anderen Stelle bereits angedeutet haben: Wo haben Projekte oder ganze Förderprogramme ihrer Einschätzung nach in diesem Feld zu Veränderungen geführt, die sich eventuell in Richtlinien, vielleicht sogar in Gesetzesinitiativen oder nachhaltigen Verbesserungen in der Praxis ausgewirkt haben?

Klapper: Die Robert-Bosch-Stiftung betreibt keine Politikberatung und hat nicht die primäre Intention, auf Gesetzesänderungen Einfluss zu nehmen. Vorrangig gilt unser besonderes Anliegen der Veränderung der Praxis. Gleichzeitig sind diese Projekte aber auch Rezepturen, deren Ergebnisse man bei den Verantwortlichen abliefern kann, damit sie zur Kenntnis genommen werden können und so möglicherweise in Veränderungen münden. Ich denke, dass Menschen, die Veränderungen vornehmen, Informationen über neue Ideen und erprobte Praxisansätze benötigen, um entsprechend wirksam arbeiten zu können. Dort würde ich unsere Einflussnahme durchaus als mittelbar bezeichnen, aber nicht als direkt.

Stierle: Die Politikberatung haben wir uns bei der Bertelsmann Stiftung auf die Agenda geschrieben. In diesem Sinne geben wir die Erfahrung, die wir aus dem In- und Ausland von Wissenschaftlern und von Fachleuten übermittelt bekommen, an die Politik weiter und verbreiten dieses Wissen in unterschiedlichsten Gremien und Tagungen. Transfer liegt uns am Herzen. Daher unserer Bitte an das Plenum: Sollten Sie gute Ideen haben, wie wir als Stiftung zügiger in diesen Transferweg hineinkommen, melden Sie sich bitte, insbesondere zum Thema Demenz und Alter. Wir möchten gerne aufgrund des großen Handlungsbedarfs schneller werden und als Stiftung haben wir die Chance, Felder länger zu besetzen und immer wieder darauf aufmerksam zu machen. Wir sind dabei, Themen immer wieder auch zu platzieren.

Heiliger: Nachhaltigkeit ist für die Stiftung Wohlfahrtspflege ein ganz gravierendes Thema gewesen, auch wenn wir teilweise Projekte mit dem Risiko gefördert haben, dass diese nach Ablauf von wenigen Jahren nicht weiter fortgesetzt werden.

Gleichwohl haben wir überwiegend zielführend mit den Antragstellern über die Nachhaltigkeit gesprochen. Dazu haben wir bestehende einschlägige Fachpublikationen hinzugezogen. In diesem Zusammenhang waren für uns sehr hilfreich und wichtig, die Erkenntnisse aus der Beratung der Enquete-Kommission zur Situation und Zukunft der Pflege in NRW, die parallel zu unserem Modellprogramm gelaufen ist. Hier stand gerade bei Demenz ein Aspekt im Vordergrund: Netzwerke zu bilden mit dem Ziel, dass zugehende Hilfen tatsächlich funktionieren, damit Demenzkranke und Angehörige passgenaue Angebote vermittelt bekommen. Vor diesem Hintergrund ist von uns darauf geachtet worden, dass wir einen Impuls zur Netzwerkbildung geben.

Wir unterstützen darüber hinaus auch Projekte, deren Nachhaltigkeit darin besteht, dass andere Arbeitsweisen erprobt werden. Insbesondere in dem hochprofessionellen Bereich der Pflege haben wir oftmals wahrnehmen müssen, dass unsinnige Abläufe zu einem irrsinnigen Verschleiß von Engagement und Arbeitskraft führen. In den Projekten haben wir stets versucht herauszustreichen, dass diese veränderte Arbeitsweise notwendig ist und haben das mit Bewusstseinsarbeit kombiniert. Es wurden letztendlich dadurch Ressourcen freigesetzt, die für die Betreuung und Begleitung genutzt werden konnten und es gab somit einen guten nachhaltigen Effekt für die demenziell Erkrankten und deren Angehörigen.

Wir haben weiterhin eine Aktion gemacht, in der herausgearbeitet werden sollte, wie sich Humor auf verwirrte alte Menschen – einzeln und in

Gruppen – auswirkt. Wir können heute mit Bestimmtheit sagen, dass Humor unangenehme und verfestigte Situationen deutlich entspannen kann und das war es uns wert, Geld zur Verfügung zu stellen.

Peukert: Danke. Frau Stierle hat in ihrem Beitrag an das Publikum einen Wunsch gerichtet – vielleicht hat das Publikum auch einen Wunsch an die Stiftungsvertreter?

Wrobel: Mein Name ist Derja Wrobel. Ich bin Sozialarbeiterin und Projektleiterin türkischer Herkunft und leite ein Informationszentrum. Demenziell erkrankte, geistig behinderte und psychisch erkrankte Immigranten gehören auch zu unserer Klientel. Wir beraten in vier Sprachen und bei Bedarf nehmen wir auch Dolmetscher für andere Sprachen hinzu. Ich habe mehrere Artikel über den Zustand demenziell erkrankter Immigranten in Deutschland geschrieben, im Fokus stand dabei, was aus der sogenannten Gastarbeitergeneration geworden ist. Ich arbeite auch in der »Kampagne für eine kultursensible Altenhilfe« mit.

Die Tagung ist sehr schön, sehr ausführlich und vielfältig, aber es hat gefehlt, dass wir von dem Immigrantenanteil in dieser Gesellschaft nicht viel geredet haben. Kulturelle Hintergründe der demenziell Erkrankten wurden nicht erwähnt. Also kommen wir zu den Wünschen: Mein Wunsch ist, wir sollten die demenziell erkrankten Immigranten berücksichtigen, womit wir nicht lange warten sollten. Auch wenn die sogenannte Gastarbeitergeneration erst 65–70 Jahre alt ist, gibt es bereits viele demenziell Erkrankte z. B. durch Immigrationserfahrung, vaskuläre Demenz, Diabetes. Wie wollen wir diese Personen versorgen?

Wir haben schon Schwierigkeiten mit der Diagnoseerstellung bei deutschen Staatsbürgern. Bei demenziell erkrankten Immigranten geht als Erstes die Zweitsprache verloren, die schon an sich nicht optimal ausgeprägt war, weil sie immer dachten, dass sie irgendwann in ihr Herkunftsland zurückkehren. Es existiert dann nicht einmal mehr gebrochenes Deutsch. Ich erlebe bei den MDK-Besuchen, dass Ärzte ohne dieses Hintergrundwissen sich deutlich wundern, wenn jemand nach vierzig Jahren Aufenthalt in Deutschland kein Wort Deutsch könne.

Darüber hinaus brauchen wir auch für die demenziell erkrankten Immigranten Beschäftigungstherapien, wenn wir Tagespflege in Anspruch nehmen.

Ich schlage vor, dass wir mit den Herkunftsländern – insbesondere mit den dort existierenden Alzheimergesellschaften – kooperieren sollten, wenn es um demenzielle Erkrankung geht, zum Beispiel bei ehemaligen türkischen

Gastarbeitern. Wenn das Kurzzeitgedächtnis verloren geht, dann verlieren die Leute auch die Immigrationserfahrung. Danke.

Peukert: Wir gehen gleich auf Ihre Frage ein, hier ist noch eine weitere Wortmeldung.

Braun: Mein Wunsch wäre, eine Riesenprojekt »Öffentlichkeitsarbeit zu psychischen Erkrankungen im Alter« zu machen, bei dem nicht gekleckert, sondern geklotzt wird. Dies würde z. B. Anzeigenkampagnen beinhalten, die Anlaufstellen und Ansprechpartner aufzeigen. Die Versorgungsproblematik der demenziell erkrankten Migranten in Deutschland könnte man damit auch gut verbinden. Man müsste jemanden finden, der die Information wirklich an den Bürger heranbringt. Es gibt Modelle, Modelle, Modelle – aber der Bürger weiß es nicht und da ist das Problem.

Peukert: Ja, vielen Dank. Das sind Fragen, auf die die Stiftungsvertreter gerne antworten wollen. Bereits benannt wurden zum Aspekt Öffentlichkeitsarbeit die Kooperationsstrukturen der Bertelsmann Stiftung mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Stierle: Ich möchte zu dem erfreulicherweise angesprochen Thema der Immigranten anmerken, dass dieser Personenkreis in nächster Zeit in der Tat wachsender Aufmerksamkeit bedarf. Wir beschäftigen uns in der Bertelsmann Stiftung bereits mit diesem Thema, haben allerdings noch nicht den Hebel gefunden, an dem man ansetzen kann. Wir verfolgen auch die Idee, die Herkunftsländer einzubeziehen. Wir hatten beispielsweise eine Stipendiatin, die in der Türkei war und dort Assessmentinstrumente untersucht hat. Es bestand zunächst die Hoffnung, diese übernehmen zu können. Leider stellte sich heraus, dass die Instrumente in hohem Maße bildungsabhängig sind. Aber wir werden in Zukunft weiter daran arbeiten. Ich möchte noch auf eines hinweisen. Sie haben am Rande die geistig behinderten Menschen mit Demenz erwähnt. Diese Personengruppe beschäftigt uns sehr, da bei Menschen mit Down-Syndrom die Prävalenzrate, an einer Demenz zu erkranken, sehr hoch ist und auch hier die Problemlage eine ganz besondere ist. Zum Thema Öffentlichkeitsarbeit: Es wird häufig beklagt, dass es zu wenig Aktivitäten in dieser Hinsicht gibt. Wir fragen uns jedoch, was eine riesige, sehr teuere Kampagne bewirken kann, die auf eine Woche begrenzt ist. Wir wissen, wie schnelllebig zum Teil unsere Medienlandschaft ist. Nach Ende dieser Kampagnen entstehen Probleme, wenn nichts vorhanden ist, um das Angestoßene aufzufangen. Man muss wechselseitig arbeiten, dass die Informationen sich zunehmend mehr ergänzen. Das heißt wenn Betroffene über regionalen Anlaufstellen informiert werden, müssen diese auch vor Ort auch vorhanden sind.

Heiliger: Öffentlichkeitsarbeit ist uns ein großes Anliegen, aber unter dem Dach unserer Stiftung Wohlfahrtspflege NRW auch umstritten. Wir suchen immer nach Partnern, die für uns die Öffentlichkeitsarbeit übernehmen, da Aufgabe der Stiftung die Förderung besonderer Anliegen von Zielgruppen ist. Vordergründig sehen wir den notwendigen Einsatz von Geldmitteln zugunsten der Zielgruppe und vergessen dabei, dass Öffentlichkeitsarbeit auch einen positiven Effekt erzeugen kann.

Ich nenne zwei gute Beispiele. Wir haben in Nordrhein-Westfalen das Projekt »Erinnern vergessen« gefördert, angesiedelt an den städtischen Bühnen Moers, wo Demenzkranke Theater spielen. Es hat mit Mitteln der Kunst eine riesige Öffentlichkeit geschaffen und wirkt wie ein Aufklärungsprojekt zum Thema. Weiterhin haben wir ein Projekt unterstützt, damit dieses sich um die Zusammenarbeit mit anderen Projekten bemüht und gute Ideen sammelt. Diese Beispiele werden zu gut lesbaren Texten verarbeitet und über diesen Weg werden zumindest in der Fachöffentlichkeit die Projekte bekannt.

Ansonsten haben wir eigentlich im Bereich Öffentlichkeitsarbeit aus den bereits erwähnten Gründen wenig gemacht, was auch zu einem gewissen negativen Effekt führt: Wird über die Aktionen nicht gesprochen, dann kann es passieren, dass gleichzeitig an unterschiedlichen Stellen das gleiche Thema behandelt wird. Aus Sicht einer Stiftung kann es dadurch sogar teuerer werden, weil man plötzlich zwei Projekte fördern müsste.

Zum Thema Demenz und Immigration: Wir haben in diesem Bereich ein sehr gutes Projekt der Arbeiterwohlfahrt in Bottrop und Gelsenkirchen unterstützt, das leider Ende 2006 ausläuft. Das Projekt nennt sich Fachstelle »Immigration und Demenz«. Es geht dabei darum, an die Erkrankten und ihre Familien heranzukommen, da zum einen in diesem Kreis Demenz sehr stark tabuisiert ist und zum anderen gewisse Sprachgrenzen hinzukommen. Eine Erkenntnis des zweieinhalbjährigen Projekts ist die, dass die erste Veranstaltung meist vonseiten des Publikums eine Schweigestunde ist – die Referentin erzählt frontal etwas zum Thema Demenz und den damit zusammenhängenden Problemen. Die zweite Veranstaltung ist meist wesentlich besser besucht und es werden viele Frage gestellt. Der Informationsbedarf ist sehr hoch, weil Demenz hier besonders stark im Verborgenen liegt. Leider scheint die deutsche Bevölkerung das Vorurteil zu pflegen, dass die Immigranten aufgrund von Einbindung in Großfamilien mit den demenziell Erkrankten selbst zurechtkommen. Das kann man aus den Erfahrungen der Fachstelle leider nicht bestätigen. Wir suchen derzeit nach Wegen, um dieses Projekt

weiter voranzutreiben, auch deshalb, weil hier Materialien verwendet werden, die auch in der Türkei genutzt werden. Es soll auch eine Auswertung über die Wirkung dieser Materialien geschehen. Nach meinem Dafürhalten sind diese Materialien auch sehr gut zur Aufklärung über das Thema Immigration und Demenz geeignet.

Stierle: Zum Aspekt »Migrantinnen und Migranten in der Vorsorgung« eine kurze Ergänzung: Sie haben völlig Recht, auch wir von der Bertelsmann Stiftung haben dieses Thema viel zu lange vernachlässigt. Unsere Expertenkommission »Ziele in der Altenpolitik« hat gerade in diesen Tagen ihre Empfehlung zur gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen veröffentlicht, in denen dieser Punkt sehr deutlich hervorgehoben wird. Wir müssen diesen Personenkreis stärker in unsere Arbeit mit einbeziehen, das haben wir inzwischen erkannt. Zum zweiten Punkt »Öffentlichkeitsarbeit«: Ich bemühe mich seit vier Jahren leidenschaftlich darum, den unterschiedlichsten Medien begreiflich zu machen, wie gut es wäre, Berichte über z. B. gelungene Programme, Projekte und Maßnahmen zu dokumentieren und zu verbreiten. Kurzlebige Kampagnen bringen nichts. Es gelingt uns in den persönlichen Gesprächen bislang nicht, die leitenden entscheidenden Redakteure – und auf die kommt es an – dafür zu gewinnen. Wir als Bertelsmann Stiftung haben leider überhaupt keinen Zugriff auf Medien, die zum Bertelsmann Konzern gehören. Wenn Sie den Redakteuren keine Betroffenheit vermitteln können, schaffen auch wir es leider nicht, diese Berichterstattung zu initiieren. Es bleiben lediglich Programme wie »37 Grad« oder Ähnliche, in denen ab und zu etwas berichtet wird. Diesen Punkt müsste man gemeinsam angehen und überlegen, wie man in einer gemeinsamen Aktion zeigen könnte, wie es geht. Eine Themenwoche wäre ein Idee. Wobei auch da in der ARD schon wieder diskutiert wird, ob es die passende Themenwoche zu der zum Thema »Kinder kriegen« ist, die in 2007 stattfindet. Leider hilft es oft nur, wenn einer dann selbst betroffen ist und dann plötzlich merkt, wie es ist.

Peukert: Wir sind gespannt, ob heute nicht ein kleines Projekt im Bereich Öffentlichkeitsarbeit zustande kommt.

Der Beitrag von Frau Braun könnte sehr gut als Basis für einen Spielfilm dienen. Ich weiß nicht, ob es Ihnen auch so gegangen ist, aber das war eine Darstellung dieser Erkrankung auf eine Art und Weise, bei der ich den Eindruck hatte, dass man sie dem Publikum nahebringen kann. Bei mir ist es angekommen.

Theilig: Andreas Theilig vom Alexianer-Krankenhaus in Aachen. Wir sind seit vielen Jahren in der gerontopsychiatrischen Versorgung tätig und

ganz angetan von den vielen Projekten, die hier auf der Tagung vorgestellt worden sind. Ich bin auf der anderen Seite entsetzt, wie wenige uns bekannt waren. Daher meine Anregung: Ein Projekt aufzulegen, das die Ergebnisse der zahlreichen sehr guten Modellprojekte der letzten Jahre einer breiten Öffentlichkeit, insbesondere den Institutionen systematisch zugänglich macht. Vielleicht ist das eine Idee, die uns allen ein bisschen weiterhilft, vor allem in der Frage, wie können wir die Ergebnisse dieser Tagung in die Praxis hineintragen.

Peukert: Vielen Dank. Die Botschaft war klar und es ist beabsichtigt, dass der Abschlussberichts der Aktion Psychisch Kranke zu den auf dieser Tagung vorgestellten Ergebnissen eine Zusammenstellung von good-practice Beispielen enthält, was Ihrem Vorschlag sehr nahekommt.

Abschließend habe ich noch eine Frage an die Stiftungsvertreter mit der Bitte um eine kurze Antwort: Wenn Sie jetzt im Bereich Gerontopsychiatrie besonders viel im Gebiet der Psychiatrie machen möchten, würden Sie dann eine Stiftung gründen oder würden Sie uns vorschlagen, dass wir auf Ihre Stiftung zugehen?

Heiliger: Möglicherweise habe ich es einfach. Die Stiftung, die ich vertrete, ist eine parlamentarische Stiftung, die rechtlich selbstständig ist. Man darf aber nicht verkennen: Stiftungsgründungen sind meistens ein individueller eigenständiger Akt. Aber was uns angeht, würde ich sagen: Wir sind ja da.

Klapper: Das kommt ganz deutlich auf Ihr Ziel an, das Sie verfolgen und was Sie umsetzen wollen. Für Zusammenarbeit sind wir immer gerne offen. Wir wollen das Rad nicht alleine erfinden, auch wir sind auf Netzwerkarbeit angewiesen.

Stierle: Ich kann mich da nur anschließen, es kommt tatsächlich auf die Sache an, die Sie vorhaben.

Peukert: Wir werden weiter im Gespräch bleiben. Ich danke Ihnen herzlich für die Diskussion und danke insbesondere aber auch den Teilnehmern aus dem Publikum.

Sozialpolitische Herausforderungen

Ulf Fink

In der Vorbereitung auf diesen Beitrag habe ich mich gefragt, wie ich mich diesem Thema »Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz – ein sozialpolitisches Konzept« nähern sollte.

Es gibt drei Ansatzpunkte:

In meiner Zeit als Berliner Senator habe ich mich sehr viel mit dem Thema »Alternative Lebensformen, Selbsthilfegruppen« beschäftigt. Wir haben damals in Berlin den »Treffpunkt Hilfebereitschaft« der ersten Freiwilligen-Agentur aufgebaut. Die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) und Selbsthilfekontakt- und Beratungsstellen (SEKSIS) sind in dieser Zeit entstanden, auch das Albrecht-Achilles-Krankenhaus mit seinen verschiedenen dezentralen Einrichtungen. Ich habe damals ein Buch geschrieben über die »Neue Kultur des Helfens«.

Dann kam mir der gemeinsame Aufenthalt in Kanada 2001 in den Sinn: Frau Schmidt-Zadel hat damals die Bundestagsgruppe geleitet und wir sind nach Kanada gereist, um uns insbesondere mit dem Plaisirs-Projekt zu beschäftigen.

Schließlich habe ich mich für den letzten Aspekt entschieden, den ich aufgreifen werde: Die Beschäftigung mit dem Zentralproblem, von dem jedes sozialpolitische Konzept abhängt, nämlich die Finanzierungsfrage.

Ich glaube, das ist gerechtfertigt und auch notwendig, denn im Jahr 2007 steht im Anschluss an die Gesundheitsreform die Reform der Pflegeversicherung an. Auch unsere Diskussionen im Bundestag haben sich immer wieder um die Frage gedreht, wie erreichen wir es, dass die notwendigen Finanzmittel aufgebracht werden können. Deshalb, um kein Wolkenkuckucksheim aufzubauen, führe ich uns zunächst kurz vor Augen, wie es zu dem heutigen System der Pflegeversicherung gekommen ist. Welche Kompromisse haben wir eingehen müssen? Wo bestehen Veränderungsmöglichkeiten?

Entstehung der Pflegeversicherung

Die Einführung der Pflegeversicherung Mitte der 90er-Jahre hat Jahrzehnte gebraucht. Vorab gab es jahrelange Diskussionen über die verschiedensten sozialen Konzepte. Es war ein ungewöhnlicher politischer Kraftakt. Immerhin

musste ein Volumen von über 20 Milliarden Euro bewegt werden. Jeder, der sich die heutigen Diskussionen über die Reform des Gesundheitswesens vor Augen führt, weiß, um welche gigantische Summe es sich dabei handelt. Zu diesem Zeitpunkt waren die regierungspolitischen Möglichkeiten nicht so günstig und vor allem war es insofern schwierig, weil wir die Lasten der Wiedervereinigung zu schultern hatten. Mitte der 90er-Jahre war die Einführung der Pflegeversicherung eine außerordentlich schwierige Angelegenheit. Ich denke, dass der leider viel zu früh verstorbene Karl Jung – mit seiner manchmal etwas rigorosen Art und Weise sich ein- und durchzusetzen – wesentlichen Anteil an der Einführung der Pflegeversicherung hatte. Es wäre ohne Leute wie ihn oder auch Norbert Blüm nicht gelungen. Allerdings musste damals ein ganze Reihe von Kompromissen geschlossen werden.

Der wichtigste Kompromiss ist vielleicht derjenige, dass im Gesetz aufgenommen wurde, dass der Beitragssatz bei 1,7 % gesetzlich festgelegt wird und nicht erhöht werden darf, sondern vielmehr Leistungen gekürzt werden müssen, wenn der Beitragssatz überschritten wird. Diese ausdrückliche Formulierung, dass der Beitragssatz sakrosankt ist, ist einzigartig. Ich kenne keinen anderen Bereich der einem absoluten Dynamisierungsverbot unterliegt. In Diskussionen über die Anpassung der Renten oder die Tariferhöhungen gibt es das nicht. Dies geschah trotz der Tatsache, dass die Belastung der Arbeitsgeber indirekt durch die Abschaffung eines Feiertages aufgehoben wurde. Lediglich der Versicherte musste zusätzlich zur Kasse gebeten werden.

Darüber hinaus war bereits damals bekannt, dass keine auch nur im Entferntesten ausreichende Leistung für Demenzkranke im Leistungskatalog enthalten war. Eine Aufnahme hätte jedoch bedeutet, dass der festgelegte Beitragssatz von 1,7 % nicht hätte eingehalten werden können. Daher konnten keine Leistungen für Demenzkranke eingeführt werden. Karl Jung, mit dem ich häufig darüber gesprochen habe, sagte dazu, dass man sich überlegen müsse, ob nicht im Laufe der Jahre der Problemdruck groß genug werden würde, damit daraus automatisch eine Änderung resultieren würde. Das ist bis heute aber noch nicht der Fall.

Weiterhin wurde wie bereits erwähnt keine Dynamisierung der Pflegeleistungen vorgesehen und das gilt seit über zehn Jahren, obwohl die 1996 festgelegte Leistung auf Leistungsangaben des Jahres 1992 beruhten. Das bedeutet, dass seit rund 14 Jahren keine Anpassungen der Leistungen der Pflegeversicherung vorgenommen wurden. Dies wiederum hat zur Konsequenz, dass das Zentralziel mit dem damals die Pflegeversicherung eingeführt

wurde, die Mehrheit der Menschen, die in Pflegeheimen wohnen, sozialhilfefrei zu stellen, heute immer weniger eingehalten werden kann.

Damals waren 80 % der Menschen, die in Pflegeheimen wohnten, auf ergänzende Sozialhilfe angewiesen und durch Einführung der Pflegeversicherung sollte erreicht werden, dass nur noch 20 % auf ergänzende Sozialhilfe angewiesen und 80 % sozialhilfefrei sind. Das konnte schon zu Beginn nicht vollständig erreicht werden. Es waren dann etwas 75 % der Menschen im Pflegeheim sozialhilfefrei. Dieser Prozentsatz ist aber heute auf vielleicht 60 % gesunken, dass heißt 40 % aller Pflegeheimbewohner sind bereits wieder auf ergänzende Sozialhilfe angewiesen.

Das Ganze hat einen weiteren Aspekt. Wir hatten damals die größten Ersparnisse im Bereich von Ländern und Gemeinden, weil durch Einführung der Pflegeversicherung insbesondere die Sozialhilfe entlastet worden ist. Im Gegenzug war im Bundesrat verhandelt worden, dass die Länder sich nach Möglichkeit an den Investitionskosten der Pflegeheime beteiligen. Allerdings ist es zu keiner gesetzlichen Fixierung gekommen. Die Bundsländer, ich glaube, es handelte sich um ein zustimmungspflichtiges Gesetz, waren nicht bereit, eine Gesetzesformulierung aufzunehmen, die ähnlich wie im Krankenhauswesen beinhaltete, dass die öffentliche Hand die Investitionskosten und der Sozialversicherungsträger die laufenden Kosten übernimmt. So wurde zwar das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 auch nicht so eingehalten wie gedacht, aber eine solche Formulierung konnte für die Pflegeversicherung nicht erreicht werden. Stattdessen hat es eine Absichtserklärung der Bundesländer gegeben, dass sie bereit wären, sich an den Investitionskosten zu beteiligen und dies ist ein erheblicher Kostenanteil, wenn man es auf die Höhe der Pflegesätze umschlägt. Dazu ist es nur in Ausnahmefällen gekommen. Üblicherweise haben die Ländern nicht die Investitionskosten der Pflegeheime übernommen.

Das ist die Ausgangslage, die darüber hinaus von der Diskussion überwölbt war, ob die finanzielle Absicherung im Umlageverfahren oder im Kapitaldeckungsverfahren erfolgen sollte. Es wurde sich für das Umlageverfahren entschieden. Es war die einzige gangbare Möglichkeit, um alle Pflegebedürftigen in den Genuss von Pflegeleistungen kommen zu lassen. Wären nur diejenigen, die einen Kapitalstock aufbauen, in den Genuss der Pflegeleistung gekommen, dann wären alle zu diesem Zeitpunkt bereits Pflegebedürftigen ausgeschlossen und weiterhin auf Sozialhilfe angewiesen gewesen.

Probleme der Pflegeversicherung und deren Lösungsmöglichkeiten

Der Erfolg der Pflegeversicherung ist beeindruckend. Es gibt über zwei Millionen Empfänger von Pflegeleistungen aus der Pflegeversicherung und ein erheblicher Teil der Menschen ist sozialhilfefrei geworden, insbesondere wenn sie ambulant versorgt werden. In der Heimversorgung ist dies weniger der Fall.

Es gibt dennoch drei große ungelöste Probleme der Pflegeversicherung:

1. Die fehlende notwendige Dynamisierung.
2. Der demografischen Aufbau. Wie soll die wachsende Zahl pflegebedürftiger Menschen, die sich in den nächsten 20 – 30 Jahren verdoppelt, mit einem Beitragssatz von 1,7 % versorgt werden?
3. Die unzureichenden Leistungen für Demenzkranke.

Die erste auf der Hand liegende Lösung läge darin, einen höheren Beitragssatz als 1,7 % zuzulassen und damit die notwendige Dynamisierung. Damit könnten Leistungen für Demente eingeführt und der demografischen Veränderung Rechnung getragen werden.

Es ist bekannt, wie außerordentlich schwer es ist, Beitragssätze zu erhöhen. Dies ist eigentlich ein Tabuthema. Ausgeschlossen ist es jedoch nicht, denn ich habe gerade zur Kenntnis genommen, dass die Gesundheitsreform mit einer Beitragssatzerhöhung von 0,5 % beginnen soll, obwohl das bei der Krankenversicherung zuerst gänzlich undenkbar war. Hätte ich vorher erfahren, die große Koalition macht eine Gesundheitsreform, um die Lohnnebenkosten zu entlasten und lässt es zu, dass als Erstes die Beitragssätze bei der Krankenversicherung erhöht werden, dann hätte ich dies nicht für möglich gehalten. Aber manches geht doch, allerdings muss ein unerhörter Druck dahinterstehen, damit solche Tabus aufgelöst werden können. Im Bereich der Pflege ist dieser Druck nach wie vor bei Weitem nicht so stark wie etwa im Bereich der Krankenversicherung. Dort sind die Lobbys viel stärker, viel ausgeprägter als im Pflegebereich. Deshalb: Ja, es wäre ein Weg, die 1,7 % aufzugeben, aber dafür müsste eine Menge, Menge geschehen, damit das erfolgt.

Ein zweiter Lösungsweg wäre, die Pflegeversicherung in der bestehenden Form zu erhalten. Wir versuchen stattdessen durch Kürzungen und Streichung von Leistungen, die heute bezahlt werden, der Pflegeversicherung Spielraum für Dynamisierung und Leistung für Demente zu verschaffen.

Jeder der sich mit dem System der Pflegeversicherung auskennt weiß, dass die Milliarden Summen, die nötig wären, um dies zu finanzieren, durch Kürzungen der Leistungen an anderen Stellen nicht erreicht werden könnten.

Vielfach wird diskutiert, ob es sinnvoll war, die Pflegestufe 1 einzuführen. Eine Änderung in diesem Bereich führte jedoch dazu, dass wieder viele Menschen auf ergänzende Sozialhilfe angewiesen wären. Isoliert kann an dieses Thema nicht herangegangen werden.

In diesem Zusammenhang gibt es einen besonders interessanten Vorschlag: Die Pflegeversicherung um kapitalgedeckte Elemente zu ergänzen. Die Frage stellt sich, ob damit ein Beitrag zur Lösung unserer drei großen Probleme geleistet werden kann. In Wahrheit würden dadurch aber unsere Probleme nur verschärft.

Die Herzog-Kommission hat – ähnlich wie die Rürup-Kommission – Vorschläge für die Reformen der Pflege gemacht. Die Herzog-Kommission hat zu Recht darauf hingewiesen, dass der Beitragssatz von 1,7 % auf 3,2 % angehoben werden müsste, wenn sich nichts verändert, außer dass basierend auf den jetzigen Leistungen der Pflegeversicherung ein Kapitalstock zusätzlich aufgebaut würde.

Das erscheint logisch: Ein Kapitalstock fällt nicht vom Himmel, sondern ein Kapitalstock bei der Pflegeversicherung, also ein Parafiskus, kann nur dadurch aufgebaut werden, dass den Versicherten, den Bürgern, den Steuerzahlern das Geld weggenommen wird. Das heißt, die Verfügbarkeit über Teile des Einkommens müssten den Bürgern entzogen und müsste beim Parafiskus, also bei der Pflegeversicherung oder einer anderen staatlichen oder quasi staatlichen Institution angesammelt werden. Wie viel Kapital müsste aufgebaut werden?

Die Herzog-Kommission hat dazu keine Werte angegeben, aber es ist schnell nachzurechnen: In den nächsten 30 Jahren müsste ein Kapitalstock von und 600 Milliarden Euro angesammelt werden. Das gesamte Vermögen aller am Aktienmarkt notierten deutschen Unternehmen beträgt 700 Milliarden Euro. Das heißt also, um 600 Milliarden Euro anzulegen, müsste derjenige, der über dieses Vermögen verfügt, sich ständig überlegen, welches deutsche Unternehmen er aufkauft. Bald würde die gesamte deutsche Wirtschaft am Aktienmark der Pflegeversicherung gehören.

Dann käme das weitere Problem. Dieses Kapital sollte eingesetzt werden, sobald wir auf dem Höhepunkt des demografischen Problems sind. Zu diesem Zeitpunkt, wo es sehr viel weniger aktive und sehr viel mehr inaktive Menschen gibt, ist es ganz und gar nicht einfach, 600 Milliarden

Euro flüssig zu machen. Da müssen Werte in Höhe von 600 Milliarden Euro gekauft werden. Dies würde bedeuten, dass die Aktienkurse in den Keller gehen würden. Dann wären bald keine 600 Milliarden Euro mehr vorhanden, sondern vielleicht nur noch 100 oder 50 Milliarden Euro oder sogar noch weniger.

Zumal es eine sehr merkwürdige Vorstellung ist, ernsthaft zu erwarten, dass der Staat 30 Jahre lang darauf verzichten würde, sich dieses Kapitals zu bedienen. Es gibt immer Zeiten, wo der Staat Finanzknappheit hat und wenn er dann 100, 200, 300 Milliarden Euro in einem solchen Topf hat – Franz-Josef Strauss, der frühere Bundesfinanzminister hat einmal gesagt, eher legt ein Hund sich ein Wurstvorrat an, als dass der Staat sich der Versuchung entziehen könnte, sich an diesem Geld zu beteiligen.

Es ist wohl deutlich geworden, was ich von den Vorschlägen zum Aufbau einer Kapitalreserve bei der Pflegeversicherung halte.

Weiterhin kann über das Thema diskutiert werden, ob es private Zusatzversicherungen geben sollte. Das ist ein anderes Thema, das nicht beim Staat liegt und somit keine zentrale Bedeutung für unser Problem hat.

Aber zurück zur Lösung unseres Problems: Wie können wir die drei großen ungelösten Probleme lösen? Hier bringt der Vorschlag des Aufbaus eines Kapitalstocke überhaupt nichts, ganz im Gegenteil, er bringt nur zusätzliche Probleme, obwohl die bestehenden Probleme für sich genommen schon schwierig zu lösen sind.

Ich kann keine leichte Lösung bieten. Meiner Auffassung nach wird das Problem nicht bewältigt, wenn es bei der Diskussion über die institutionelle Trennung der Sozialbereiche belassen wird und die einzelnen Sozialversicherungsbereiche jeweils auf sich gestellt lassen. Das Problem kann nur richtig angegangen und gelöst werden, wenn *sektorübergreifend gedacht* und die Diskussion entsprechend geführt wird.

In diesem Sinne bestärkt haben mich die Ausführungen die Professor Arnold, früherer Vorsitzender des Sachverständigenrats für das Gesundheitswesen und emeritierter Tübinger Gesundheitsprofessor, in seinem sehr lesenwerten Aufsatz über das Thema Rationierung und Rationalisierung im Gesundheitswesen geschrieben hat (vgl. Arnold 2005).

Er schreibt dabei u. a. er kümmere sich um das Gesundheitswesen, aber er sehe das nicht eingegrenzt, sondern beachte gleichzeitig das Pflegeproblem usw. mit. Seiner Meinung nach, ist eine globale Mehrzuweisung von Mitteln unter Berücksichtigung der veränderten Rahmenbedingungen ausgeschlossen. Bei der Verfolgung der genannten Ziele müssen für bestmögliche

Versorgung Mittelumschichtungen vorgenommen werden. »Mittelumschichtung« heißt, dass an einer Stelle bzw. für einen bestimmten Zweck Mittel abgezogen und diese an einer anderen Stelle und für einen anderen Zweck ausgewiesen werden. Dieser andere Zweck ist im Gesundheitswesen nach Lage der Dinge die rehabilitative und pflegerische Versorgung Älterer. Das heißt, die geriatrische Versorgung im weitesten Sinne.

Arnold sagt an einer anderen Stelle, dass er das auch für möglich hält. Er erwähnt zum Beispiel – und diese Diskussion führen wir in Deutschland höchstens sehr am Rande – die Sinnhaftigkeit von Möglichkeiten, die wir in dem einen Bereich anwenden, und weshalb uns aus diesem Grund an anderer Stelle etwas fehlt. Allein zur Abschätzung des Nutzens im Bereich eines Cholesterinsenkers müssen allein 111 Patienten mit erhöhtem Cholesterinspiegel fünf Jahre behandelt werden, damit bei einem Patienten der frühzeitige Tod durch eine Herzkreislaufereignis vermieden wird. Er macht weiter Aussagen beispielsweise über Screening: das sind zum Teil Milliarden Kosten, die wir aufwenden, ohne sie zu hinterfragen. Wir wenden in der Krankenversicherung allein für die Vergabe von Statinen Milliarden auf.

Die Frage ist wirklich gerechtfertigt: Lässt es sich vertreten, das wir es an dieser Stelle tun, während wir auf der anderen Seite sagen, dass wir keine Mittel für die Versorgung von Dementen haben?

Ich könnte weitere solche Gesichtspunkte nennen, auch für die Bereiche der Rentenversicherung, der Arbeitslosenversicherung und für viele weitere Bereiche. Deshalb ist es meiner Ansicht nach notwendig, dass die Diskussion nicht nur auf dem beengten Hintergrund der Pflegeversicherung geführt wird. Das ist ein tödlicher Fehler wie ich finde.

Auch mit Blick auf den Ablauf der jetzigen Diskussionen, in denen die Gesundheitsreform, die Pflegereform und das Präventionsgesetz getrennt voneinander aufeinander folgend behandelt werden, weiß ich als großer Befürworter eines Präventionsgesetzes schon genau, dass da zumindest an Mittelzuwendungen nicht mehr viel übrig bleibt.

Dieser Ablauf der Dinge ist nicht gut. Diese Legislaturperiode wird einmal enden und neue Legislaturperioden werden kommen, aber an der Lösung dieser Probleme sollten wir interessiert sein. Wir müssen jeden Wert darauf legen, dass wir aus dieser isolierten Diskussion zur Pflegeversicherung herauskommen.

Eine Möglichkeit schien es mir zu sein, auch wenn es Gegeneinwendungen gibt, immerhin schon einmal einen Beitrag in diese Richtung zu leisten. Es ist kein Naturgesetz gewesen, dass wir damals die Pflegeversicherung

gesondert von der Krankenversicherung gegründet haben. Ein wesentlicher Grund für die Trennung der beiden Bereiche war, dass Norbert Blüm Arbeitsminister und Horst Seehofer Gesundheitsminister waren und beide andere Ziele verfolgen. Wir wissen, wie schwer es ist zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu unterscheiden. Es liegt oft nur ein Zeitablauf dazwischen.

Es ist sicher nicht der allein selig machende Vorschlag, aber es wäre jedenfalls ein Schritt in die richtige Richtung. Wir müssen aus der isolierten Diskussion der Pflegeversicherung herauskommen, weil sie nie zu Ergebnissen führen kann!

Literatur

Arnold, M: Rationierung und zukünftige Reallokationen im Gesundheitwesen. Berlin 2005. Berliner Medizinethische Schriften; 56

Aktionsprogramm zur politischen Umsetzung
Einführung

Martina Bunge

Dieser Tage begehen wir das 20-jährige Jubiläum der Ottawa-Charta. Die Verabschiedung dieser Charta bedeutete die Hinwendung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Gesundheitsförderung. In der Erklärung wurde das Ziel »Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000« fixiert. Leider sind wir heute von der Erfüllung dieses Ziels noch weit entfernt.

Nach aktuellen WHO-Schätzungen werden im Jahr 2020 psychische Erkrankungen, insbesondere Depressionen, die häufigsten Krankheiten sein. Das Engagement für seelische Gesundheit steht somit vor einer riesigen Herausforderung. Dabei geht es nicht primär um Sicherungsmaßnahmen an Autobahnbrücken, um Suizide zu verhindern, sondern darum, die gesellschaftlichen Bedingungen zu verändern.

Dazu zählen folgende:

- Perspektivlosigkeit aufheben
  - auf dem Arbeitsmarkt,
  - im sozialen Zusammenleben, gerade für Ältere;
- ökonomische Zwangssituation vermeiden helfen, wie bei der Hartz IV-Gesetzgebung,
- die Auffang- und Unterstützungslandschaft stärken.

Seelische Gesundheit ist generell schon eine riesige Aufgabe. Die Intention der Tagung, Teilhabe und selbstbestimmtes Leben auch für ältere psychisch kranke und behinderte Menschen zu realisieren, ist eine besondere Herausforderung.

Die Herausforderungen aus der demografischen Entwicklung, insbesondere aus der Alterung der Gesellschaft sind analysiert und beschrieben; nur mit Schlussfolgerungen tun wir uns schwer. Die Politik voran! Wie gehen wir beispielsweise an die Gesundheitsreform heran? Wir diskutieren über eine nachhaltige Finanzierung, diskutieren Änderungen für die ambulante und stationäre Behandlung, für die Apotheken und die Pharmaindustrie.

Nicht bzw. zu wenig im Blick haben wir konkrete Zielgruppen. Das Wohl der Patienten und Patientinnen schlechthin reicht nicht aus.

Nehmen wir die Reform der Pflegeversicherung. 1993 wurde sie verabschiedet und nach fünf Jahren also 1998/99 war die erste Überprüfung anvisiert. Diese ist seit Jahren überfällig.

Es ist gut, dass in der Aktion Psychisch Kranke gemeinsam Abgeordnete und Fachleute aus der Psychiatrie agieren, um Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete (1975) Stück für Stück mit Leben zu erfüllen.

Trotz der nicht zu leugnenden Fortschritte durch die Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestages stellte der Bundestag in seiner in 2002 verabschiedeten Entschließung »25 Jahre Psychiatrie-Reform – Verstetigung und Fortentwicklung« fest, dass nach wie vor Benachteiligungen psychisch kranker Menschen bestehen und die Versorgungssituation weiter verbessert werden muss. Als konkreter Problembereich wurden die Mängel in der gerontopsychiatrischen Versorgung benannt.

Eine zentrale Forderung der Entschließung ist, den Anteil ambulanter Hilfen als ambulante Komplexleistungen zu erhöhen. Ich sehe – angesichts der auf dieser Tagung bisher vorgestellten Analysen, komplexen Problembeschreibungen und Anregungen für die Ausgestaltung zukunftsfähiger Hilfen für alte Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen – hohe Übereinstimmung bei den Zielen der Aktion Psychisch Kranke mit der gesundheits- und sozialpolitischen Ausrichtung des Bundestages.

Die Zeit, allein Modellprogramme ins Leben zu rufen, ist vorbei; notwendig ist es, die Erkenntnisse daraus dauerhaft und flächendeckend umzusetzen. Es sollte für die nächsten Jahre ein »politisches Aktionsprogramm« auf allen Ebenen, also in den Quartieren im Lebensumfeld, in den Kommunen und Bundesländern und natürlich auf der Bundesebene entstehen.

Was notwendig erscheint, ist nicht ein »Operieren an Symptomen«, vielmehr muss von der gesellschaftlichen Grundorientierung und der » Einstellung« zu psychisch kranken alten Menschen ebenso wie von der Finanzierungssystematik ein grundlegendes Umdenken, ja ein Paradigmenwechsel eingeleitet werden.

Aber: Gegenwärtig ist nicht unbedingt Gestaltung angesagt, sondern es ist eher Abwehr nötig.

Im parlamentarischen Prozess befindet sich der sogenannte Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung; kurz: GKV-WSG.

Die Stellungnahme der Aktion Psychisch Kranke hat es klar benannt: Kürzungen für die psychiatrischen Kliniken bringen Defizite, die mit der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) überwunden geglaubt waren; klar war, für psychische Erkrankungen im stationären Bereich gibt es keine Diagnose Related Groups (DRG). Jetzt muss für den ambulanten Bereich gekämpft werden, dass die Pauschalierung von Leistungen für Fachärzte

aus fachlichen Gründen nicht für Psychotherapie möglich sind. Regelleistungsvolumina sind untauglich, die Vergütung muss arztgruppenspezifisch erfolgen.

Wir als Mitglieder des Bundestags sind alle aufgerufen, die Forderungen des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten ernst zu nehmen, dass Therapiekontingente – individuell gutachterlich genehmigt – unerlässlich sind und eine angemessene Honorierung je Zeiteinheit erforderlich ist.

Aber auch indirekt haben die Regelungen der kommenden Reform Wirkungen auf psychisch Kranke. Wenn viele Apotheken um ihre Existenz bangen, die flächendeckende Versorgung in Gefahr ist, bringt das Einschränkungen für psychisch Kranke. Die Insolvenz von großen Versorgerkassen ist für uns alle noch unvorstellbar; was muss es erst für einen psychisch Kranken bedeuten, wenn plötzlich seine Krankenkasse pleite ist!?!

Ich bleibe dabei: Die Hilfen für psychisch kranke Menschen müssen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe einen neuen Stellenwert erhalten. Es kann nicht dem einfachen Spiel der Kräfte von standardfinanzierten Angeboten von der Stange (zumeist Hilfen im Heim) und der Nachfrage überlassen werden, wo und wie, alte, psychisch Kranke einen »Ort zum Leben« finden. Neben der Frage der zukünftigen Finanzierbarkeit müssen wir zu ethischen bzw. zutiefst gesellschaftspolitischen Fragen Position beziehen.

Insgesamt ist, bezogen auf Deutschland eine einfache Antwort kaum möglich, sondern wir müssen ein komplexes Räderwerk schaffen, das am Ende wieder dem Einzelfall eine individuelle Hilfe ermöglicht.

Beginnen könnten wir damit, uns ein anderes »Image« der alten Bevölkerung, insbesondere der alten Menschen mit psychischen Behinderungen zu bemühen. Dazu gehört vor allem, die Nutzer zu stärken, aber auch entsprechende bundesweite Kampagnen – eingebettet in spezifische Präventionsprogramme – könnten hier einen wesentlichen Beitrag leisten.

Wenn wir das Ziel »Teilhabe für alle, auch für ältere Menschen« erreichen wollen, dann müssen wir als Bundestagsabgeordnete an den »gesetzlichen Schrauben drehen«, um die bestehenden Schnittstellenprobleme aufgrund unseres gegliederten Systems der sozialen Sicherung endlich zu lösen.

Die Aufgaben für die Politik sind groß.

Im Ausschuss für Gesundheit ist nach geltender Geschäftsordnung – in Absprache mit den Obleuten – eine Selbstbefassung möglich. In diesem Rahmen kann zu den Empfehlungen der Aktion Psychisch Kranke eine nichtöffentliche Anhörung mit Experten, die sich mit dem Gegenstand befassen, durchgeführt werden. Dafür will ich mich engagieren.

Es ist allerdings nicht einfach, dies bei der Gesetzgebungsvielfalt einzuordnen. Wir sollten eine Entschließung aller Fraktionen anstreben, um den Handlungsbedarf in ein Aktionsprogramm münden zu lassen, damit den Belangen psychisch Erkrankter insbesondere älterer, der gebührende Stellenwert eingeräumt wird.

Podiumsdiskussion mit Bundestagsabgeordneten

TeilnehmerInnen: Martina Bunge (Die Linke), Hilde Mattheis (SPD), Markus Kurth (Bündnis 90/Die Grünen), Konrad Schily (FDP)
Moderation: Reinhard Münchenhagen, Regina Schmidt-Zadel

Münchenhagen: Meine Damen und Herren, bei der Zustandsbeschreibung von Frau Dr. Bunge wird mir etwas flau im Magen. Wenn ich aber höre, mit wie viel Engagement die Probleme angegangen werden, dann keimt ein Hoffnungsschimmer.

Ich begrüße ganz herzlich die auf dem Podium sitzenden Vertreter der Parteien und steige direkt mit einer persönlichen Frage ein:

Wie stellen Sie sich im Fall des Falles, wenn Sie im Alter Unterstützung benötigten, Ihre Betreuung vor?

Bunge: Ich habe in meiner Zeit als Ministerin für Gesundheit und Soziales in Mecklenburg-Vorpommern die Zuständigkeit des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe auf den Örtlichen übertragen, damit die Kommune frei und zielgerecht entscheiden kann. Welche Form der Betreuung in der Region gefunden wird, hängt nämlich von den Finanzmitteln der Kommune ab. Ich wünsche mir, dass ich persönlich sehr lange keine Hilfe benötige und sie bei Bedarf zu Hause organisieren kann.

Mattheis: Ich bin ASB-Regionalvorsitzende in meinem Wahlkreis in Ulm. Wir haben verschiedene Pflegeeinrichtungen. Dieses Jahr konnten wir eine Wohngruppe für Menschen mit Demenz eröffnen, in der diese Menschen möglichst eigenbestimmt und selbstständig mit entsprechender Begleitung und Betreuung leben können. Ich wünsche mir, möglichst lange selbstbestimmt leben zu können. Dies am liebsten in einer Kommune, wie der schönen Stadt Ulm, um dann viele ambulante Hilfen zur Seite zu bekommen, damit mein Hilfebedarf gedeckt werden kann. Ein Punkt, der für mich erstrebenswert ist, wäre, nicht nur ambulante und stationäre Hilfen vor Ort vorzuhalten, sondern eine große Bandbreite von allen möglichen Pflegeangeboten. Ich glaube, das ist eine Rahmenbedingung, die wir von der Politik auch bieten können.

Kurth: Ich würde mir zuallererst etwas ganz Selbstverständliches wünschen, was aber leider im Bereich der Pflege nicht selbstverständlich ist: Nämlich, dass ich als Person respektiert, dass ich nicht geschlagen, dass ich

nicht mit Medikamenten ruhig gestellt und auch nicht misshandelt oder festgebunden werde. Ich möchte in meiner Würde als Mensch behandelt werden und insofern auch in dem Umfeld, in dem ich zu leben wünsche, respektiert werden. Das wäre mein Idealvorstellung und das Umfeld wäre nur im äußersten Fall das Heim, ansonsten so lange wie möglich eine andere selbst gewählte Wohnform. Nach Möglichkeit mit Jüngeren zusammen, ansonsten mit Menschen, die sich vielleicht in einer ähnlichen Lage befinden. In einer Art Wohngemeinschaft, in der ich die Hilfen im benötigten Umfang erhalte. Darüber hinaus möchte ich aussuchen können, was das für Hilfen sind – soweit ich das selbst entscheiden kann. Ich möchte nicht von einem Leistungsträger gesagt bekommen: »Du hast das und das Standardprogramm XY« oder vom Kostenträger »Da ist jetzt Schluss«, sondern wirklich ein selbstbestimmtes Leben in Würde führen.

Schily: Ich bin Arzt – Neurologe und Psychiater. Wenn ich in Heime früher gerufen wurde, habe ich immer gesagt, dass ich später lieber außerhalb eines Heims sterben möchte. Ich muss dazu sagen, dass sich in den vergangenen Jahren die Zustände in Heimen geändert haben. Als Arzt gehe ich mit großem Misstrauen in die kollegiale Behandlung und tue wahrscheinlich auch recht daran. Aber auf der anderen Seite bleibt mir nichts anderes übrig, als dieses Vertrauen aufzubauen, das jeder Patient letzten Endes haben muss, weil er keine Alternative hat. Ich kann nur hoffen, nicht enttäuscht zu werden.

Münchenhagen: Ich will Ihnen ein paar Zahlen vortragen, um deutlich zu machen, wo wir im Augenblick stehen. Die statistische Lebenserwartung steigt in Deutschland pro Jahr um drei Monate. Wir haben im Jahre 1990 in der Gesellschaft einen Anteil von 15 % an über 65-Jährigen gehabt. Im Jahr 2030 werden es 26 % sein. Im Jahre 2060 wird in etwa die Zahl der Neugeborenen der Zahl der über 60-Jährigen gleichkommen. 1950 gab es in der alten Bundesrepublik 19 000 Menschen im Alter von über 90 Jahren. Im Jahre 2000 waren es 42 000, das ist genau das 18-fache und die Tendenz ist steigend. Hinzu kommt, dass nach statistischen Erhebungen der Anteil der über 90-Jährigen mit Demenz zwischen 30 % und 35 % liegt. Die Frage, die wir konkret angehen müssen, ist: Wo soll es langgehen? 70 % aller künftig Betroffenen wollen nicht in Heime, sondern möchten privat gepflegt werden. Auf der anderen Seite entsteht der Eindruck, dass Initiativen aus dem politischen Raum sich bisher zu wenig um die Unterstützung derjenigen kümmern, die in den privaten Bereich Pflege und Hilfe bringen sollen. Wir bauen weiterhin Heime, die sicherlich auch gebraucht werden, die Frage

ist nur, ob die Relation der Mittelverteilung richtig ist. In welcher Weise, Frau Dr. Bunge, werden Familien, die bereit sind Pflege zu übernehmen, finanziell unterstützt?

Bunge: Die dargelegten Zahlen belegen, dass wir bei der Reform der Pflegeversicherung nicht das Kind mit dem Bade ausschütten dürfen. Ich bin für die Stärkung des ambulanten Bereiches. Ich bin aber auch der Meinung, dass wir künftig mehr Heime benötigen, weil es mehr über 80-jährige Menschen geben wird, womit das Risiko, auf Hilfen im Heim angewiesen zu sein, zunimmt. Es wird nicht organisierbar sein, dass immer genügend Heimplätze verfügbar sind, wie wir aktuell brauchen. Wir bedürfen hier wirklich eines Paradigmenwechsels, in dem nicht das Sprichwort gilt »Zeit ist Geld«, sondern umgekehrt gilt »Geld ist Zeit«. Wir brauchen Geld in der Pflegeversicherung wie auch in der gesundheitlichen Betreuung. Zeit für Betreuung bedeutet zugleich, Arbeitsplätze zu schaffen. Diese sind attraktiv, wenn dort nicht alles im Minutentakt geschieht, wie im stationären und ambulanten Bereich, sondern man für Zuwendung zu dem zu Betreuenden Zeit findet. Insofern ist mir kein Euro, der in diesen Bereich geht, zu viel Geld.

Mattheis: Ich möchte zwei von Frau Dr. Bunge angesprochen Punkte aufgreifen.

Zum ersten Punkt: Heute werden ungefähr ein Drittel der betroffenen Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen gepflegt und zwei Drittel zu Hause. Ich glaube nicht, dass eine weitere Verschiebung in den stationären Bereich angepeilt werden sollte. Ich sage nicht, dass wir keine stationären Einrichtungen brauchen, aber wir dürfen keine Anreizsysteme aufrechterhalten, wie das bei uns in Baden-Württemberg passiert ist. Dort will jede Gemeinde und jeder Bürgermeister unbedingt seine stationäre Einrichtung. Auf diesem Wege zieht man sich im Prinzip aus den ambulanten Hilfsdiensten zurück. Stattdessen müssen wir die Kommunen auffordern und sie dabei unterstützen, sehr breite Netzwerke im ambulanten Bereich anzulegen. Die Schaffung solcher Netzwerke ist eine große Herausforderung und sollte mit dem Aufbau eines unabhängigen Beratungssystems verbunden sein, in dem niedrigschwellige kommunale Anlaufstellen an die Trägerlandschaft vor Ort weitervermitteln. Unabhängig deshalb, weil ansonsten die Gefahr besteht, im Sinne der jeweiligen Einrichtung zu beraten.

Zum zweiten Punkt: Bei den anstehenden Pflegereformen kann es nicht ausschließlich darum gehen, wie wir mehr Geld in die Pflegeversicherung hineinbekommen, sondern es muss auch darum gehen, wie wir Strukturen gestalten, die den Menschen helfen. Zum Beispiel sind es Fragen, wie der

Pflegebegriff neu definiert werden kann, der andere Aspekte mit aufgreift oder wie ein Perspektivenwechsel weg von der Mangelerhebung hin zur Teilhabe möglich wird.

Ich denke dabei an die aktuelle Diskussion im Bereich der Gesundheitsreform, die sich für mich als sehr unbefriedigend darstellt und ich möchte für die Pflegeversicherung nicht haben, dass es nur darum geht, wie die Versicherten »mehr Verantwortung« – sprich mehr Geld – ins System geben sollen. Ich erhoffe mir dabei von vielen Verbänden Unterstützung, weil es um eine zentrale Säule unseres Sozialversicherungssystems geht, wobei ich für die Krankenversicherung dasselbe sagen würde: Es geht an die Substanz einer Gesellschaft.

Bei der Gesundheitsreform haben wir einiges, was auch das SGB XI betrifft, in Angriff genommen. Bei den Anhörungen haben wir aber auch erfahren, dass viele Punkte nicht so ausgestaltet sind, dass die Versicherten davon profitieren könnten. Es geht darum, wie wir für den Bereich der Pflege eine Vernetzung, zum Beispiel über die Integrierte Versorgung, hinbekommen können. Im Bereich Psychiatrie hoffe ich, dass wir einige Änderungsanträge durchbringen. Der Krankenhaussanierungsbeitrag für psychiatrische Krankenhäuser darf nicht sein. Angedacht ist zudem, die Fahrtkosten um 3 % zu reduzieren, das trifft hauptsächlich Menschen, die tageweise Einrichtungen aufsuchen müssen. Das sind Aspekte, die man noch einmal stark überdenken muss.

Wir dürfen gerade beim Thema Pflege nicht immer nur von gesellschaftlicher Verantwortung reden, sondern müssen Rahmenbedingungen schaffen, damit pflegebedürftige Menschen weiterhin am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Von daher kann die Pflegereform nicht übers Knie gebrochen werden. Wir, Politikerinnen und Politiker, müssen uns unserer Verantwortung nicht nur bewusst sein bzw. sie zum Ausdruck bringen, sondern auch entsprechend handeln, da bin ich durchaus sehr selbstkritisch.

Münchenhagen: Herr Dr. Schily, Herr Professor Hans Förstl, Neurologe und Psychiater in München, sagte in einem Interview in der Süddeutschen Zeitung, es sei ein großes Manko in Deutschland, dass für pflegende Angehörige zu wenig getan wird. Es müssten mehr Ressourcen bereitgestellt werden, um sie zu entlasten und zu schulen. Es ist mit Sicherheit keine ausschließliche Aufgabe für die Politik, aber die Politik könnte in diese Richtung Akzente setzen, damit nicht im Extremfall die Pflegenden selbst erkranken, weil sie zumindest in intensiven Fällen jeglicher sozialer Kontakte verlustig gehen und rund um die Uhr mit der Betreuung beschäftigt sind.

Schily: Ich möchte die Frage ein bisschen anders beantworten. Als ich 1996 die Pflegewissenschaften an der Universität Witten-Herdecke begründen wollte, habe ich die massivsten Widerstände in meiner eigenen medizinischen Fakultät und vom Wissenschaftsministerium bekommen. Schließlich waren alle sehr überrascht, dass plötzlich dieser pflegewissenschaftliche Zweig der Medizin innerhalb eines Jahres nach Gründung inhaltlich und in der Summe mehr Forschungsaufträge als die naturwissenschaftliche Abteilung hatte.

Der Forschungsbedarf ist hoch. Interesse besteht z. B. bei Heimen, zu erfahren, wie Alzheimer-Gruppen gebildet werden können. Bürgermeister aus Gemeinden in Stadtnähe fragen, wie ungenutzte Höfe in der Gemeinde altersgerecht umgestaltet werden können, damit dort ältere Menschen aus der Stadt hinziehen und am Leben des Dorfes teilnehmen können oder sie wollen wissen, wie Gemeindeangehörige in der Pflege geschult werden können.

Weitere sechs Jahre musste ich jedes Jahr einen Nachweis führen, dass das Geld, was wir vom Ministerium bekamen, die Pflegewissenschaften nicht erreicht. Ich möchte damit nicht nur auf dem Ministerium herumhacken, aber es zeigt ein gesamtgesellschaftliches Bewusstsein. Wir sagen, die Not ist groß – wobei ich nicht an die Voraussagen glaube, dass wir 2060 in Deutschland ein paar Millionen verwirrte Menschen haben werden. Die Entwicklungen laufen immer anders als diese linearen Hochrechnungen, die haben in der Geschichte noch nie funktioniert. In der Tendenz ist es aber richtig, wenn man sich mit dem Problem als solches beschäftigt. Die Lösung, Frau Mattheis hat es gesagt, ist entweder starr und funktioniert nicht oder sie ist flexibel und kann dann funktionieren. Es kommt auf die Fähigkeit an, mit dem Problem umzugehen und dazu ist die Politik da. Es soll Befähigung entstehen und diejenigen, die befähigt sind, sollen auch Verantwortung vor Ort übernehmen können und dann gestalten können. Da gehört natürlich Geld dazu.

Bunge: Ich denke der Bund kann die Bedarfsmenge von ambulanten und stationären Hilfen nicht festlegen, aber es darf auch keiner der beiden Bereiche diskriminiert werden. Weshalb besteht denn die Tendenz, dass viele Kommunen sich dafür entscheiden, ein Heim in ihrer Region haben zu wollen? Weil das, was die Pflegeversicherung nicht bezahlt, der überörtliche Träger der Sozialhilfe zugibt, also sind sie fein heraus.

Gerade das ist das Charmante – auch wenn es nur sehr schwierig funktioniert – wenn man pro Person einen bestimmten Betrag vom Land an die

Kommune gibt. Die Kommune entscheidet dann, wie sie die Mittel verwendet, aber letztlich ist es von der Menge her das Geld, was die stationäre Pflege benötigt.

Ich habe bereits Modellrechnungen für die Pflegegesetznovelle gesehen, die ambulante und stationäre Hilfen versuchen finanziell anzugleichen, in dem man Betrag X von einem Heim herunterrechnet und im Gegenzug dazu dem ambulanten Bereich hochrechnet. Ich denke, dass es in diese Richtung nicht gehen kann. Denn dann ist die Entscheidung für das Heim vor Ort nicht möglich, weil es nicht finanzierbar ist. Ich bleibe bei meiner Aussage, dass es angesichts der Multimorbidität ohne Heime nicht geht. Viele erhoffen sich Einsparungen im Heimbereich, wenn ambulante Hilfen ausgebaut werden. Wir sollten hier wirklich sehr vorsichtig sein. Ich wäre aber dafür, eine einheitliche Regelung des Konstrukts überörtlicher Träger – örtlicher Träger zu finden.

Kurth: Ich finde, solange wir eine solche Dominanz im Heimbereich haben, sollte man sich nicht allzu große Gedanken um die nötigen Platzzahlen und Ausbaumöglichkeiten machen. Es sollte vielmehr ein Schwerpunkt darauf gelegt werden, die ambulanten Hilfen und das Umfeld, in dem die vielfach privat geleistete Pflege stattfindet, zu stärken und dort die Strukturen zu verändern. So lange wir das nicht schaffen, kann man als Gesundheits- und Sozialpolitiker, der ich bin, die Forderung nach mehr Geld gegenüber den Haushalts-, Finanzpolitikern und vielen anderen nicht plausibel vortragen. Richtig ist es, dass man diese falschen Anreizstrukturen durch die Trennung von örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträgern aufheben muss. Allerdings stehe ich dem Weg, das Ganze an die Kommunen zu geben, skeptisch gegenüber. Frau Dr. Bunge, ich weiß nicht genau, was in Mecklenburg-Vorpommern nach der von Ihnen angeführten Maßnahme passiert ist, aber man sieht zumindest im Bereich Baden-Württemberg den Effekt der Auflösung der überörtlichen Sozialhilfeträger: Die Ergebnisse sind aus meiner Sicht verheerend. Einen guten Überblick habe ich für den Bereich der Behindertenhilfe, weil ich auch behindertenpolitischer Sprecher meiner Fraktion Bündnis 90/Die Grünen bin. Es ist dramatisch, wie da Bürgermeister durch unverantwortliche Sparmaßnahmen Verpflichtungen nicht erfüllen und Leistungen nicht erbringen, zu denen sie gesetzlich verpflichtet sind. Deswegen bin ich der Auffassung, dass wir in der Tat hören müssen, was es für gute Einzelvorschläge gibt.

Ich meine, die Verantwortung sollte in der Hand der überörtlichen Sozialhilfeträger liegen, so können eher einheitliche Strukturen der Leistungserbrin-

gung und vielleicht auch eine stärkere Leistungskontrolle gesichert werden. In Nordrhein-Westfalen, wo ich herkomme, ist man im Bereich des Landschaftsverbandes Rheinland genau diesen Weg gegangen und betreibt sehr erfolgreich auch eine Strategie der Ambulantisierung. Ein entscheidender Punkt ist dabei die Beratung. Wir benötigen insbesondere für Menschen mit psychischen Erkrankungen zum einen ein sogenanntes Case-Management, das wirklich objektiv und qualifiziert beurteilt, wo die einzelnen Bedarfe sind und aus welchen verschiedenen Leistungen sie sich zusammensetzen. Zum anderen brauchen wir ein Care-Management bzw. Umsetzungsmanagement, das von unabhängiger Seite darauf achtet, wie diese verschiedenen Bereiche zusammengebracht werden. Im Moment haben wir das Problem, dass wir ein stark segmentiertes Sozialsystem haben, das sogenannte gegliederte System, in dem der eine Leistungs- oder Kostenträger dem anderen nicht das Schwarze unter dem Fingernagel gönnt. Solange wir das institutionell nicht überwinden, muss es Fachkräfte geben, die diese Zusammensetzung der Leistung und ihrer Finanzierung, die sogenannte Komplexleistung, im Blick haben. Erst wenn diese Hausaufgabe gemacht ist und wir dort gute Konzepte anbieten können, kann man überzeugend nach außen vertreten: »Jeder Euro mehr, den wir fordern, der wird auch sinnvoll ausgegeben.« Dabei geht es nicht nur um das Geld, sondern vor allen Dingen um das Wohlergehen der Menschen, die es benötigen.

Münchenhagen: Wir haben eine Reihe von bedenkenswerten Überlegungen gehört, jetzt möchte ich von Ihnen, Frau Schmidt-Zadel, gerne Klartext hören: Was ist die Forderung an die Politik?

Schmidt-Zadel: Eine der Hauptbotschaften an die Politik – wir haben es heute morgen gehört – ist das Motto der Alzheimer-Gesellschaften in diesem Jahr: »Es gilt, keine Zeit zu verlieren!«: Geeignete Maßnahmen sind schnellstens erforderlich. Dazu gehört die Reform der Pflegeversicherung, die Verbesserung der Lebenssituation für Menschen in Heimen und die Realisierung von personenzentrierten Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen im Quartier.

Münchenhagen: Einigkeit besteht darüber, dass es hierzulande eine große Anzahl von Faktoren gibt, die bisher unbefriedigt gelöst sind. Es stellt sich die Frage: Gibt es beim Blick ins europäische Ausland ein Land, von dem man sagen kann, dass wir uns in diese Richtung entwickeln müssten, auch wenn dort nicht alles optimal ist?

Schmidt-Zadel: Wir hatten gestern Prof. Engedal, einen Vertreter der norwegischen Gerontopsychiatrie hier. Er berichtete z. B. darüber, wie es

in Norwegen gelingt, Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten und Pflegepersonal im Bereich Demenz systematisch zu verbessern. Auch wenn die Situation in Norwegen mit der unserigen nicht direkt vergleichbar ist, denn Norwegen hat weniger Einwohner und mehr Geld, können wir dennoch aus der Erfahrungen unseres europäischen Nachbarn lernen.

Es gibt weitere vorbildliche Beispiele für eine bedarfs- und nutzerorientierte Erbringung der Hilfen in anderen Ländern. Schottland und die Niederlanden können in diesem Zusammenhang benannt werden. Man muss das Rad nicht neu erfinden, es kann vieles übernommen oder übertragen werden.

Bunge: Ich habe Schwierigkeiten damit, im sozialen Bereich Länderkonzepte zu kopieren. Sie sind historisch gewachsen und die Entwicklungen sind aus unterschiedlichen Mentalitäten heraus entstanden. Man kann sich Einzelheiten der Herangehensweise anschauen und gute Erfahrungen übernehmen.

Wir haben in Deutschland z. B. nicht diese Dimension der geografischen Ausdehnung wie in Norwegen. Es ist ungefähr die Strecke von der Ostsee bis an die Südspitze von Italien, die in diesem wenig besiedelten Land überwunden werden muss. Aus diesem Erfordernis wurde eine hervorragende Telemedizin entwickelt. In unserer Entwicklung in diesem Bereich können wir ein Stück lernen.

Ich meine, wir sollten eher versuchen, die Sozialsysteme in Europa zu harmonisieren bzw. anzupassen, aber kopieren geht nicht.

Mattheis: Von anderen Ländern lernen ist nie schlecht. Man muss sich allerdings immer die Vergleichbarkeit oder die Möglichkeit einer Kopie genau anschauen. Dazu ein Beispiel: In Schweden gibt es sogenannte »Service- oder Fokus-Häuser«, da können schwerst körperbehinderte Menschen eigenbestimmt in Wohneinheiten leben und erhalten entsprechend ihres individuellen Bedarfs Assistenz. Der ASB Ulm hat dieses Modell kopiert und wir haben hervorragende Erfahrungen damit gemacht. Wir können 30 oder 32 Wohneinheiten anbieten und durch eine enge Verpflechtung mit dem ASB Pflege- und Gesundheitszentrum können wir einerseits den Kostenträger, die Stadt Ulm, entlasten, andererseits können behinderte Menschen ihr Leben selbstbestimmt gestalten. Ich glaube, dass es viele solcher Beispiele gibt. Eine Eins-zu-eins-Übertragung ist nicht überall möglich, aber die Idee – eine Vernetzung der Angebote der unteren niedrigschwelligen Struktur wie in Schweden – das ist etwas, was wir uns alle vorstellen können. Darauf aufbauend können immer stärkere Hilfemaßnahmen wie Mosaiksteine zusammen-

gelegt werden. Ich glaube, das muss unsere Vision von einem zukünftigen Hilfesystem sein. Das ist eine Herausforderung für alle politischen Ebenen. Der Bund bietet den Rahmen durch die Finanzierbarkeit und durch die Sozialversicherungssysteme, aber auch da ist keine direkte Vergleichbarkeit mit anderen europäischen Ländern möglich. Ich bin zum Beispiel nicht der Auffassung, dass ein rein steuerfinanziertes Sozialversicherungssystem geeignet ist. Eine Umlagefinanzierung ist etwas, was wir festigen sollten und was den Generationenvertrag untermauert. Dies sollte bis auf die Kommunen heruntergebrochen werden und als Auftrag an diese gehen, damit sie eine ordentliche sozialräumliche Planung entwickeln.

Münchenhagen: Nun besteht die Möglichkeit, Fragen aus dem Publikum entgegenzunehmen.

N.N.: Es ging eben eine ganze Zeit lang um die Frage, ob bei Pflegeeinrichtungen stationär oder ambulant vorzuziehen wäre. Meine persönliche Meinung ist, dass ambulant immer besser als stationär ist.

Ich bin der Meinung, wir haben mit dem trägerübergreifenden persönlichen Budget bereits ein gutes Instrument zur Flexibilisierung der Hilfen in unserem Land, auch wenn es bislang noch nicht vollständig umgesetzt ist. Die Familie, die gesetzlichen Betreuer oder die Betroffenen selbst können entscheiden, für welche Hilfen sie von wem Unterstützung einkaufen. Warum werden eigentlich in der Pflegeversicherung stationäre Leistungen im Moment höher bewertet als ambulante? Das kommt den Menschen nicht zugute.

Mattheis: Trägerübergreifendes persönliches Budget sieht auf den ersten Blick gut aus. Ich empfehle aber, einen zweiten oder dritten Blick darauf zu werfen. Ich bin der Meinung, man sollte das persönliche Budget öffnen. Die Frage ist allerdings, wie viele Möglichkeiten des Schutzes man bieten muss, damit ein trägerübergreifendes Budget für den zu Pflegenden oder für den Versicherten entsprechend auch angewandt werden kann. Deshalb würde ich erst Schritt für Schritt ein ordentliches Case-Management, eine Begleitstruktur installieren und dann kann mit Sicherheit auch ein Budget ins Auge gefasst werden. Die Erfahrungen haben gezeigt, dass dieses Angebot bislang erstaunlicherweise relativ wenig angenommen wird. Die Sicherheit der Sachleistung wird vorgezogen. Von daher denke ich, muss man es öffnen, aber nicht bevor ordentliche Strukturen für eine vernünftige Begleitung zur Verfügung stehen.

Schmidt-Zadel: Ich kann das ergänzen was Frau Mattheis gesagt hat. Aus Düsseldorf, einer großen, dicht bevölkerten Region in NRW, die auch eine

der Modellregionen für das Persönliches Budget ist, habe ich gehört ist, dass es dort derzeit nur sieben Anträge gibt. Es wird dort darüber nachgedacht, zusätzliche Anreize für Trägerübergreifende Persönliche Budgets zu schaffen. Die Gründe für die geringe Inanspruchnahme kenne ich nicht, ggf. wird es nicht genug publiziert. Aber eins ist sicher, man muss klar festlegen, welche Bedingungen das Persönliche Budget benötigt, damit ein erfolgreicher Aufbau möglich ist.

Kurth: Das ist ja ein Rückschritt. Man muss sich schon anschauen, warum es in den Modellprojekten zum Persönlichen Budget nicht funktioniert: Weil die Kostenträger sich verweigern und nicht richtig zusammenarbeiten. Das ist der Grund, meist beteiligen sich nur die Sozialhilfeträger. Und warum ist das Problem da? Weil wir es in der rot/grünen Legislaturperiode nicht geschafft haben – und jetzt wird es schon mal überhaupt nicht angegangen –, Strukturen im Gesetz dahingehend zu verändern, die Kostenträger haftbar machen, wenn sie nicht mitmachen, z. B. mit Entschädigungszahlungen, wenn man Rechtsansprüche verweigert. Wir haben durch dieses gegliederte System die Situation, dass gerade im Bereich der Sozialversicherung die Leistungsträger stillschweigend Rechtsbruch begehen können. Das ist das Problem, aber das kann man nicht dem Persönlichen Budget anlasten. Was wir damals in der letzten Legislatur leider nicht geschafft haben, ich habe sehr dafür gekämpft, ist eine Budgetberatung. Sie betonen die Wichtigkeit, Frau Mattheis, der Beratung. Diese sollte wie ich meine unabhängig erfolgen und zusätzlich zum Budget gezahlt werden, d. h. nicht aus dem Leistungsbudget genommen werden. Das ist der entscheidende Hebel, um das voranzubringen.

N. N.: Ich bin einigermaßen entsetzt, wie hier wieder dieser alter Gegensatz von stationär/ambulant von den Experten und Politikern auf dem Podium als Sache vorgetragen wird, die unumstößlich da ist. Mit dem Tenor »böse, schlechte Heime gilt es zu vermeiden – gute, ambulante Betreuung muss bevorzugt werden«. Frau Mattheis, Sie haben in Ihrem Beitrag nicht einmal die Vernetzung von Heimen angesprochen. Sie haben von »guter ambulanter Vernetzung« gesprochen. Ich bin der Meinung, es geht nicht nur um ambulante Vernetzung, sondern um Vernetzung von allen, und da gehören die Heime dazu. Ich habe eine gewisse Horrorvorstellung davor, pflegebedürftig zu werden. Ich habe keine Kinder und niemand von der nächsten Generation kümmert sich um mich, da gibt es keine Nichten und Neffen oder sonst jemand. Ich bin auf einen amtlichen Betreuer angewiesen, der keine Zeit für mich hat. Es kommt ein Pflegedienst, bei dem jeden drit-

ten Tag jemand anderes kommt, und dann kommt noch eine Frau aus der Kirchengemeinde, die irgendwas Gutes für mich tun will – und denen bin ich ausgeliefert. Da muss ich sagen, ich glaube, dass ich vielleicht dann lieber in ein gut geführtes Heim oder in eine schöne Hausgemeinschaft ziehen will, wo ich weiß, die werden auch zur Verantwortung gezogen und die haben auch eine Regelung und eine Steuerung. Noch was zu Ihnen, Herr Kurth: Ich möchte gerne wissen, wer denn den ambulanten Bereich kontrolliert. Im Moment ist der ambulante Bereich relativ schlecht kontrolliert und ich behaupte mal, es gibt eine riesige Grauzone von Misshandlungen und von schlechter Pflege in Familien usw. Das ist hier nicht Thema gewesen, sondern es wird auf eine einfache und meiner Meinung nach billige Art und Weise der Gegensatz ambulant und stationär hier perpetuiert. Das muss ich einfach mal als Kritik sagen.

Münchenhagen: Ich möchte eines sagen, um die Diskussion etwas zu entschärfen: Soweit ich das verstanden habe, hat keiner der Podiumsteilnehmer sich dafür ausgesprochen, dass die Heime zugunsten der privaten Pflege sozusagen eliminiert werden sollten. Es geht eher darum, dass die häusliche Pflege in Relation zur Stationären etwas angeglichen und gestärkt wird, das heißt nicht, dass die Heime ihrer Grundlage beraubt werden.

Schily: Es geht darum, genau wie Herr Kurth und Sie angemerkt haben, nicht zu entscheiden, ob ambulant oder stationär, sondern es geht um das gesellschaftliche Problem. Bislang gliedern wir das Problem auf und werden dann in den Forderungen spezialistisch und das gilt es zu überwinden. Wir müssen ein Problembewusstsein schaffen und den Lösungsmöglichkeiten Freiheit geben.

Die Sozialgesetzbücher spiegeln die Spezialisierung in unserer Gesellschaft wider und das Case-Management, das beim Gesamtbudget notwendig ist, verdeutlicht, dass wir versuchen müssen, diese Spezialisierung, diese Auseinander-Dividierung zu überwinden.

N.N.: Ich bin seit 30 Jahren in Berlin als Sozialarbeiterin tätig und blicke auf eine lange Geschichte von stationärer ambulanter Altenhilfeentwicklung zurück. Ich erinnere mich, dass psychisch Kranke in die stationären Altenhilfe, egal wie jung oder alt sie waren, hineingequetscht wurden. Das ist Vergangenheit. Inzwischen haben wir in Berlin und anderswo ein sehr gut ausgebautes ambulantes Versorgungsnetz und wir haben auch eine fachlich immer weiter steigende Entwicklung in der stationären Pflege. Man muss jetzt mit der Gesundheitsreform und der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung dafür sorgen, dass dieser Prozess weiter voranschreitet und darauf

aufgebaut wird. Es gibt ganz vieles, was gut funktionierend aufgebaut ist und an dem man sich orientieren kann. Insofern möchte ich meinen Vorredner aus dem Publikum unterstützen: Es darf kein Gegeneinander dieser beiden Bereiche geben, sondern es kann im Interesse einer personenzentrierten oder menschenwürdigen Weiterentwicklung der Pflegeversorgung für psychisch kranke alte Menschen nur ein Miteinander geben!

Kunze: Ich gehe davon aus, dass die Damen und Herren auf dem Podium, wenn sie in die Situation kommen für sich oder Familienangehörige in unserem komplizierten System die geeigneten Hilfen herauszusuchen, in der Lage dazu sind. Aber das sind Ausnahmen. Deswegen spielt in dem Konzept der Aktion Psychisch Kranke die langfristige kontinuierliche Begleitung eine große Rolle.

Es ist Professionalität erforderlich, um unter den verschiedenen Möglichkeiten im Interesse der Nutzer – der Patienten und der Angehörigen – die geeigneten Lösungen zu finden. Bei unseren segmentierten System haben wir die Schwierigkeit, dass wir bisher die Zuständigkeit für Beratung immer nur innerhalb eines Segments von SGB V, SGB XI, SGB XII usw. haben. Die Hilfen, die psychisch kranke alte Menschen brauchen und andere auch, berühren gleichzeitig oder nacheinander immer unterschiedliche Kostenträgerschaften. Die Stärkung der Nutzer erfordert Wahlmöglichkeiten und daher ist es notwendig, dass diese Menschen eine professionelle Beratung und Begleitung erhalten. Deshalb meine Frage: Gibt es in der Politik Vorstellungen darüber, wie man eine leistungsträgerübergreifende professionelle Begleitung und Beratung finanzieren kann?

Mattheis: Das hängt von der Ausstattung der Kommunen ab. Beratung kann nur auf dieser untersten politischen Ebene stattfinden, da die sozialräumliche Planung im Prinzip nur dort organisiert werden kann. Das bedeutet, dass die Kommunen schlicht und ergreifend dazu in die Lage versetzt werden müssen. Manche Kommunen verstehen, dass z. B. Sozialhilfe reduziert werden kann, wenn man ambulante Strukturen vorhält. Denn als Sozialhilfeträger bei der Mitfinanzierung in stationären Einrichtungen in Anspruch genommen zu werden, ist wesentlich teurer. Ich denke, hier sind Kommunen und Länder gefordert.

Wir hatten in den letzten Monaten einige Diskussionen um die Föderalismusreform und da ging es z. B. auch um das Heimgesetz. An diesem Punkt haben die Länder vehement gesagt, dass sie da die alleinige Verantwortung für die Ausgestaltung haben möchten. Als Bundespolitiker werden wir das Problem haben, bundesweit die Qualitätsstandards zu halten.

Wir haben das Problem, dass in den Sozialgesetzbüchern bei den Leistungsansprüchen zwischen ambulant und stationär deutlich getrennt wird. Ich glaube, auf dem Podium hat niemand gefordert, dass wir die stationären Einrichtungen abschaffen. Darum geht es nicht, sondern es geht um eine breite Vernetzung, in der jeder Mensch auf der Basis seines Hilfebedarfs ein Angebot wählen kann. Was die Rahmenbedingungen der drei Pflegestufen des SGB XI betrifft, müssen wir uns überlegen, wie wir die starre Handhabung schematisch aufbrechen können. Es geht aber auch um den Pflegebedürftigkeitsbegriff. Es werden intensive Diskussionen, auch mit vielen Fachverbänden, auf uns zukommen, in denen es darum geht, trotz der Einteilung in Pflegestufen und den damit gekoppelten Leistungen Wahlmöglichkeiten für die Menschen zu schaffen. Der Bund gibt den Rahmen dazu vor, aber das was an Planung und Ausgestaltung passiert ist in der Tat Sache der Länder und Kommunen.

Motsch: Ich bin ein langgedienter Kommunaler, der immer noch eine Reihe von kommunalen Mandaten hat. Wir sollten selbstkritisch sein, denn es ist ein Prinzip der Politik, dass man nicht ausreichend ehrlich miteinander umgeht. Wir kennen sowohl die Bedürfnisse als auch den Geldbeutel der Menschen, um die es geht. Hierzu zwei Beispiele:

Erstens: Wir diskutieren über die nicht durchsetzbare Pflegesatzerhöhung im Heim und wir schöpfen Personalschlüssel nicht aus, weil die Selbstzahler nicht mitspielen. Zweitens: Im ambulanten Bereich sind die Sätze nicht kostendeckend, aber die Selbstzahler sind nicht bereit zuzuzahlen, weil sie glauben, dass die Pflegeversicherungssachleistungen kostendeckend sind.

Das ist die Praxis. Wenn wir diese verändern wollen, müssen wir überlegen, wie wir mit den öffentlichen Leistungen umgehen. Klar ist, dass die ambulanten Hilfen anders behandelt werden müssen, als bisher. Sie müssen mindestens so behandelt werden wie die stationären Hilfen. Sie müssen zukünftig aus den Pflegekassen besser bedient werden.

Der zweite Aspekt bezieht sich auf die Frage ambulant oder stationär. In Bayern läuft die Diskussion, wo das hinführen soll, es gibt bereits Erfahrungen aus Baden-Württemberg oder auch in anderen Regionen. Ich bin sowohl in überörtlicher wie auf der örtlichen Ebene tätig und bin hin und her gerissen. Grundsätzlich bin ich der Meinung, dass es besser ist, das Problem auf der überörtlichen Ebene zu lösen, und somit sicherzustellen, dass die Hilfen aus einer Hand kommen. Aber selbst wenn wir es auf die überörtliche Ebene geben oder auf die örtliche Ebene, wie die Bayern es möglicherweise jetzt vorhaben – Kreisebene heißt das – dann bleibt das

Problem immer noch eine Ebene unter der Kreisebene: Ein Bürgermeister will investieren, er will, dass gebaut wird, er will Arbeitsplätze in seiner Gemeinde – dass er das Ganze am Ende über die Umlage finanziert, ist ihm zunächst gleichgültig.

Wir müssen Mentalitäten verändern. Es beginnt in erster Linie bei unseren Nachfragen bei den Angehörigen. Es beginnt bei den Kommunen, es muss klar sein, dass sie letzten Endes alles bezahlen, was sie in den Strukturen falsch anlegen. Wir brauchen mehr Geld in dem System.

Die Diskussion um die Krankenversicherung zeigt, wir kommen mit dem Sozialversicherungsprinzip nicht weiter. Wir können nicht immer die Arbeitnehmer oder die Arbeitgeber belasten, da müssen Steuergelder in den Topf. Wir müssen ein mit Steuergeldern mitfinanziertes System erreichen.

Im Kopf ist es den Abgeordneten klar, dass sie in die Krankenversicherung und Pflegeversicherung Steuergelder hineingeben müssen, sie können nicht den Versicherungsbeitrag erhöhen. Vor allem die jungen Leute, die das zahlen müssen, spielen nicht mit. Sie müssen festlegen, wie viel sie in die Krankenversicherung hineingeben wollen, wenn sie die Leistungen aufrechterhalten wollen. Ich bin seit 40 Jahren CSU-Mitglied, aber keiner aus dem Bundestag oder von der großen Koalition äußert sich dazu. Für die Pflegeversicherung müsste das Gleiche gesagt werden.

Was ich damit sagen will: Wir müssen alle die Strukturen verändern, wir müssen die Anreize verändern und wir brauchen mehr Geld im System. Auch privates Geld, selbst Zahlung des Geldwertsystems und wer nicht selbst zahlt soll sich wenigstens persönlich engagieren. Sie kennen da meine Philosophie. Ab 60 Jahren aufwärts sollen sich alle persönlich engagieren oder zahlen. Wir können das nicht alleine der jüngeren Generation überlassen.

Also meine drei Punkte: Bessere Anreize für die ambulanten Hilfen, damit auch die Kommunen mitmachen. Sie machen mit, wenn eine gewisse Grundfinanzierung – auch für Case-Management und Beratung – aus Steuermitteln oder aus dem Sozialversicherungstopf vorhanden ist. Aber alleine schultern Sie es nicht, sage ich Ihnen ganz offen aus langer Erfahrung.

Zweiter Punkt: Den Selbstzahlern und den Angehörigen sagen, dass sie in Zukunft mehr zahlen müssen. Pflege und Demenz müssen mehr Geld wert sein als bisher. Sie müssen mehr dafür bezahlen oder sich zu Hause stärker persönlich engagieren.

Dritter Punkt: Dem Steuerzahler muss man sagen: »Lieber Steuerzahler, aus den Steuermehreinnahmen muss mehr Geld in die Pflege- und in die Krankenversicherung.«

Diese Dinge müssen mit klaren deutlichen Signalen gesagt werden. Das ist mein Wunsch.

Kruckenberg: Sie haben es schwer in der Ordnung eines gegliederten Systems. Dann sind da noch die Angehörigen und das Umfeld der Beteiligten. Und was die Klienten brauchen, das ist ja auch auf die einzelne Person und ihre Lebenssituation bezogene individuelle Pflege und Teilhabe, die mit einer guten Assistenz begleitet werden sollte und für die man bedarfsgerecht ein integriertes Hilfeangebot organisieren muss. Wenn wir uns wirklich in diesem Punkt einig sind, dann kann man in die richtige Richtung gehen. Damit dies gelingen kann heißt das, dass man a) die Kompetenzen und b) ausreichende Ressourcen hat. Im Augenblick kann man mit den Ressourcen, die wir haben, vieles noch besser machen. Also integrierte personenzentrierte Hilfen kontinuierlich begleiten, weil der Hilfebedarf sich im Verlauf ändert. So viel wie möglich Selbsthilfe und Umfeldhilfe dabei organisieren. Dafür werden geeignete Strukturen benötigt. Man muss Vorgaben haben, wie man einen solchen Hilfeverbund organisiert. Darüber müssen Sie sich Gedanken machen.

Wir von der Aktion Psychisch Kranke haben das im Bereich der Psychiatrie über den Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) auf den Weg gebracht und erprobt. Ähnliche Instrumente werden in der Gerontopsychiatrie und Altenhilfe gebraucht, sonst arbeitet jeder nach seinen individuellen Interessen und Meinungen und schiebt die Probleme vor allen Dingen zwischen den Leistungsträgern hin und her. Das heißt es werden personenzentrierte integrierte Planungsinstrumente für Behandlung, Rehabilitation, Teilhabe und Pflege benötigt

Zudem brauchen sie in einer Region eine verbindliche Abstimmung der Leistungserbringer. Das heißt, Sie brauchen auch ein halbwegs vernünftiges, nicht zu aufwendiges und in dieser Region prozesshaft funktionierendes Qualitätssicherungssystem. Man weiß heute, wie man Qualitätsmanagement auch regional auf den Weg bringen kann. Dafür braucht man aber eine Struktur und hierfür braucht man gesetzliche Rahmenbedingungen. Daher ist meine Frage: Kann man in den nächsten zehn Jahren erwarten, dass im Bundestag schrittweise für ein solches System die Rahmenbedingungen erarbeitet werden?

Kurth: Ich möchte anknüpfen an die Frage zur Finanzierung der umfassenden Beratung. Da war ich mit der Antwort von Frau Mattheis nicht ganz zufrieden. Ich sehe nicht die Kommune in alleiniger Pflicht, vielleicht noch nicht einmal in vorrangiger Pflicht, weil es ja darum geht, verschiedene

Kostenträger zusammen zu führen, z. B. die Pflegeversicherung, die Kommune als Sozialhilfeträger und die Krankenversicherung. Das bedeutet, dass wir die Finanzierung übergreifend organisieren und eine Verbindlichkeit herstellen müssen. So würde das Finanzierungsinteresse derjenigen, die daran beteiligt sind, größer.

Wir haben das Beispiel der gemeinsamen Servicestellen im SGB IX, mit der diese trägerübergreifende Zusammenarbeit organisiert werden soll. Das funktioniert leider nicht gut. Der Punkt ist, dass diese Servicestellen keine verbindlichen Entscheidungen treffen dürfen. Wenn wir das bereits in diesem Rechtskreis erkannt haben, sollte man diesen Fehler nicht wiederholen, bei dem Versuch, komplexe Leistungen im Bereich Demenz zu erbringen, sondern die Entscheidungskompetenzen präzise festlegen. Dadurch wird das Finanzierungsinteresse übergreifend sehr viel größer und auch das Interesse an Qualitätskontrollen im ambulanten Bereich.

Dann möchte ich noch auf den Beitrag von eben eingehen, dass der Gegensatz ambulant/stationär hier schlicht behandelt worden wäre: Es mag sein, dass das manchmal ein bisschen holzschnittartig diskutiert wird, aber natürlich sind mir teilstationäre Einrichtungen und fließende Übergänge auch bekannt. Ich bin sehr dafür, Übergänge zwischen den Versorgungsbereichen nicht mehr so starr zu halten, aber ich bin auch dafür, dass es Qualitätskontrollen und Qualitätsmanagement im ambulanten Bereich gibt. Es wäre vermessen zu sagen, Missbrauch und Misshandlung findet nur im stationären Bereich statt. Dazu wissen wir alle zu viel, zum Beispiel auch wie viele Hilfskräfte aus dem Ausland monatsweise herbeigeholt werden und vieles andere mehr.

Schmidt-Zadel: Ich möchte zum Beitrag von Herrn Kurth etwas richtig stellen: Servicestellen dürfen Entscheidungen treffen – sie tun es aber nicht. Wir haben im Gesetz festgelegt, dass sie Entscheidungen treffen dürfen. Sie tun es nicht, weil die Kostenträger es nicht wollen. Das ist der Punkt.

Bunge: Es war klar, dass wir über den Personenkreis der alten Menschen mit psychischen Erkrankungen zur Generaldebatte »Zukunft der sozialen Sicherungssysteme« kommen, weil letztlich diese Menschen wirklich über alle Schnittstellen hinweg Leistungen benötigen, sodass man in jeden Zweig des Sozialsystems kommt.

Ich denke, dann sollte man aber nicht einfach sagen, dafür sind die Kommunen, die Länder zuständig. Wir alle wissen, dass die Föderalismusreform ohne eine Finanzreform gemacht worden ist und die Kommunen meist nur noch Finanzmittel für Pflichtleistungen haben. Das gehört zur Ehrlichkeit

dazu. Zu sagen »Ihr seid zuständig« ist zu einfach, man muss sagen, wie es finanziert werden soll.

Um an meinen Beitrag von vorhin anzuknüpfen: Wir haben zugleich mit der Übertragung der Zuständigkeit vom überörtlichen auf den örtlichen Sozialhilfeträger einen kommunalen Sozialverband gegründet, der auf Qualitätsstandards achtet. Zur Finanzierung musste das Land einspringen, damit gewisse Vereinbarungen getroffen werden konnten, um Landesstandards weiterhin zu sichern. Die örtlichen Träger hätten einen Teufel getan für dieses Gesetz zu sein, wenn das Geld aus der Kommune gekommen wäre.

Ich bin froh, dass wir überein sind, mehr Geld ins System zu geben. Denn wenn man die ganzen steigenden Beiträge nicht auf die Löhne und Gehälter bezieht, sondern auf die Leistungsfähigkeit der Gesellschaft, also das Bruttoinlandsprodukt (BIP), dann geben wir für die Gesundheitsreform seit zwei Jahrzehnten 10 % vom BIP aus – und das bei steigenden Anforderungen.

In unserer Gesellschaft ist Lohn und Gehalt nicht mehr signifikant für Einkommen, da müssen wir auch ehrlich sein. Deshalb gehört zukünftig das gesamte Einkommen, von dem jemand lebt, in die Sozialversicherung einbezogen. Es darf nicht sein, dass jemand für 150 Euro Basistarif in der Krankenversicherung versichert ist und sein eigentliches Einkommen weitaus höher ist, was aber bislang nicht berücksichtigt wird. Dann würden wir mit ganzen 10 % von Beitragssatz auskommen und wir bräuchten die Leistungen nicht kürzen und Beitragssätze prozentual nicht erhöhen. Dies würde Arbeitskosten entlasten und wir könnten viel besser künftige Aufgaben finanzieren.

In diese Richtung hat auch Herr Blüm gedacht, als er die Pflegeversicherung gegründet hat. Sein Vorschlag 1989 war, zu schauen, wie sich die Pflegeversicherung entwickelt und wenn dann die Arbeitslosigkeit nicht mehr so hoch ist, dann ungefähr die Hälfte der freigewordenen Beiträge aus der Arbeitslosenversicherung für die Pflegeversicherung zu nehmen. Er hat damals gesehen, der Pflegeversicherungsbeitragssatz von 1,7 % wird schon bald – die Hälfte von Arbeitslosenversicherung sind mindestens 3 % – mit 3 % aufgestockt werden müssen. Das ist seine Voraussehung gewesen, was den Bedarf betrifft. Und wo stecken wir: bei 1,7 % und darin liegt das Problem! Ein weiteres Problem ist – ohne ein Heim zu verteufeln –, dass die dort tätigen Fachkräfte maximal zehn Jahre bleiben, weil sie durch die Art der Pflegesatzgestaltung physisch und psychisch am Ende sind. Wir müssen hier etwas tun, um den Beschäftigten zu helfen.

Steinhart: Ich frage mich am Ende dieser Tagung, was ich meinen Kindern erzähle, was die Bundespolitik macht. Ich meine, ich kann nichts sagen. Die CDU ist nicht gekommen, die SPD schon gegangen. Das ist ein bisschen wenig. Wir haben uns jetzt zwei Tage sehr intensiv mit verschiedenen Fachthemen beschäftigt. Meine große Sorge ist, das unsere Bemühungen im Sand verlaufen. Meine Frage an Sie ist jetzt, was Sie eigentlich in dieser Legislaturperiode für die anstehenden Probleme machen werden. Wir haben auf dieser Veranstaltung gelernt, dass dieser Themenkomplex nicht isoliert gelöst werden kann. Die Pflegeversicherung allein, das haben wir von Herrn Fink gehört, bringt uns nicht weiter. In das Gesundheitsprogramm müsste etwas für alte Menschen aufgenommen werden. Wir brauchen einen gesellschaftlichen Aufbruch, der sich dafür einsetzt, dass alte Menschen nicht einfach ins Profisystem abgeschoben werden. Meine Frage an Sie ist: Wie wird der Bundestag die nächsten Jahre mit diesem schwierigen Problem umgehen? Ich möchte verhindern, dass es auf eine Diskussion hinausläuft, die sich nur mit Beitragshöhen beschäftigt und somit die Problematik nur auf das Finanzielle reduziert. Deswegen meine Frage: Was kann dafür getan werden? Sie als aktive Politiker sind da stark in der Verantwortung und ich möchte ungern zurückfahren und meiner Tochter erzählen, dass das Problem wieder vor uns hergeschoben wird. Was wird jetzt passieren?

Mein Vorschlag ist ein Aktionsprogramm aufzulegen, so wie wir das damals vor 30 Jahren für die Erwachsenenpsychiatrie gemacht haben. Das war nicht nur eine Diskussion im Gesundheitsausschuss oder im Bundestag, sondern das war ein mehrjähriges Programm, bei dem dafür geworben wurde, dass die Psychiatrie auch gesellschaftlich einen anderen Stellenwert bekommt. Ich denke, das ist für die alten Menschen jetzt auch dran. Danke.

Münchenhagen: Ich gebe die Frage an die drei auf dem Podium verbliebenen Politiker weiter. Herr Schily wollen Sie anfangen? Frau Mattheis ist entschuldigt, sie musste zu einem weiteren Termin.

Schily: Bei aller Sympathie für Frau Bunge glaube ich nicht, dass wir die Zukunft in umfassenden staatlichen Lösungen finden. Ich glaube, dass das einer der großen Irrtümer ist: Wir haben diese riesigen staatlichen Systeme aufgebaut, die in sich sehr viel Geld verbrauchen, die versäulen, die verspezialisieren etc.

Wir schleppen bestimmte unbewältigte soziale Grundfragen mit uns herum und an denen gilt es zu arbeiten! Die Gefahr für die Politik daran ist, dass sofortige Lösungen eingefordert werden, ohne dass darüber richtig nachgedacht wird.

Die Forderung nach schnellen Lösungen bringt die Frage mit sich, wie diese an die bestehenden Gesetze angepasst werden können. Ich glaube nicht, wenn wir zu den zahlreichen Paragrafen in den Sozialgesetzbüchern noch mal so viel hinzufügen, dass es besser wird. Es wird nur unübersichtlicher. Wir brauchen darüber hinaus dann noch mehr Spezialisten für eine intensivere Beratung.

Wir müssen stattdessen die Komplexität reduzieren und wir müssen das Vertrauen vor Ort entwickeln, dass die Sozialarbeiterin, der Sozialarbeiter, die Krankenschwester, der Krankenpfleger in der Kommune eigene Entscheidungen treffen kann. Diese Verantwortungsgruppen müssen dann auch verlangen, dass das Managementsystem bzw. die Managementkontrolle transparenter wird. Wir können das nicht einer überbordenen Bürokratie überlassen.

Wir wollen von der Politik Lösungen, das ist auch richtig, aber wir müssen darüber gesamtgesellschaftlich ins Gespräch kommen und da sind die Parteimeinungen sehr verschieden. Ich glaube, die Lösung – das deckt sich mit der Idee der FDP – liegt in der negativen Einkommenssteuer, der Vereinfachung des gesamten Rentenwesens: Wenn einer gar nichts hat, bekommt er etwas vom Finanzamt.

Auch der Vorschlag von Goetz Werner mit dem voraussetzungslosen Bürgereinkommen ist in meinen Augen richtig.

Kurth: Was Sie Ihren Kindern sagen können? – Ich finde, Sie sollten ihnen zunächst sagen, dass man sich Politik nicht so vorstellen kann, dass wir auf dem Feldherrenhügel stehen, ein Problem sehen, es analysieren und sagen: »Da lang!«. Das haben Sie wahrscheinlich nicht erwartet, aber häufig treten Leute mit solchen Steuerungsillusionen an uns heran. Es ist in erster Linie ein diskursiver Prozess, der in diesem Bereich dadurch unendlich kompliziert ist, weil es eben so viele verschiedene Ebenen übereinander und quer nebeneinander gibt. Da sehe ich auch den Hauptansatzpunkt: Wir brauchen im Bereich der sozialen Sicherung eine institutionelle Reform mit dem Ziel, diese Sektorengrenzen zu überwinden. Das ist eine Herkulesaufgabe, weil mit jedem Versuch, eine Grenze zu einem System zu überwinden, natürlich Bestandsinteressen von Organisationen gefährdet sind. Wer wie ich schon mal im Ausschuss verfolgen durfte, was allein das Zusammenlegen zweier gleichartiger Träger auf ähnlicher Ebene auslöst – ich spreche von der Fusion der Rentenversicherer Berlin und Brandenburg – wie hier der Selbsterhaltungstrieb und die Kampfbereitschaft geweckt wurden, weiß wovon ich rede. Aber dennoch können wir uns nicht erst langfristig, sondern schon mittel-

fristig nicht mehr vor dieser Aufgabe drücken. Ich bin fest davon überzeugt, denn ansonsten kommen die großen »Vereinfacher« zum Zuge. Das sind solche, die negative Einkommenssteuer, Bürgergeld oder bedingungslose Grundeinkommenskonzepte propagieren und die dann sagen: »Ach, diese ganzen verschiedenen Sozialleistungen, die Sozialbürokratie – lasst uns die beiseite räumen, wir machen einen einheitlichen Betrag, das ist gerecht«, so bleiben jedoch die Besonderheiten der individuellen Hilfebedarfe auf der Strecke. Deswegen plädiere ich sehr dafür, dass wir zu einer institutionellen Reform kommen. Ich halte den Bereich der Gerontopsychiatrie für einen sehr gut geeigneten Pilotbereich, weil der demografische Wandel und die damit verbundene Zunahme psychischer Erkrankungen es verlangt, weil ohnehin in der Pflegeversicherung ein aktueller Reformbedarf besteht und weil wir auf bestimmte Erfahrungen mit dem SGB IX zurückgreifen können. Insofern würde ich das geradezu für modellhaft halten, wenn hier aus dieser Tagung heraus auch in der weiteren Entwicklung versucht werden würde, ein Stück weit institutionelle Reformen sozialer Sicherungssysteme anzugehen und Sektorengrenzen zu überschreiten.

Bunge: Es gefällt mir, Herr Kurth, dass Sie das aufgreifen. Ich habe im Gesundheitsausschuss vorgeschlagen, dass wir uns in einer Selbstbefassung mit diesem Thema »Versorgung von alten Menschen mit psychischen Erkrankungen« intensiv auseinandersetzen und das auf Grundlage des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekts der Aktion Psychisch Kranke »Entwicklung von Handlungsempfehlungen zur Organisation und Finanzierung von personenzentrierten Hilfen für psychisch kranke alte und demente Menschen«. Die Empfehlungen liegen zum heutigen Zeitpunkt noch nicht vor. Ich denke, wenn diese da sind, haben die Mitglieder des Ausschusses ein Handlungskonzept in der Hand und sollten dies mit ausgewählten Fachleuten, auch von der Aktion Psychisch Kranke, in Ruhe intern debattieren, um so einen Reformprozess anzustoßen. Die Obleute müssen allerdings diese Selbstbefassung noch befürworten.

Herr Kurth, ich bitte Sie als stellvertretendes Mitglied des Ausschusses unbedingt zu dieser Beratung hinzuzukommen.

Ich weiß aber, dass diese Selbstbefassung nicht einfach durchzusetzen ist, weil wir bei dieser Gesetzgebungsvielfalt viel zu tun haben. Beispielsweise habe ich als Ausschussvorsitzende nach geltender Geschäftsordnung vor fast einem Jahr angesprochen, uns mit den Themen Mutter-Kind-Kuren und Ärztemangel in den neuen Bundesländern zu befassen. Es hat ein Jahr gedauert, bis wir die erste Beratung in dieser Sache hatten. In den Rückmeldungen

»das haben wir noch nie gemacht«, drückte sich die Weigerungshaltung aus. Ich hoffe, dass die Obleute zustimmen, damit wir dieses Thema auf dieser Grundlage dann in einer Selbstbefassung intensiv diskutieren können.

Schmidt-Zadel: Ich möchte aufgreifen, worauf Frau Dr. Bunge hingewiesen hat. Es geht um die Handlungsempfehlungen, die wir erarbeiten werden. Der Zwischenbericht liegt als Grundlage vor und wir gehen davon aus, dass wir Anfang 2008 die Empfehlungen den im Bundestag vertretenen Parteien vorlegen können. Wir wären sehr dankbar, Frau Dr. Bunge, wenn es dann im Ausschuss eine Anhörung dazu geben würde. Ich denke, eine der Empfehlungen wird sein ein Aktionsprogramm zu fordern. Die Empfehlungen werden nicht nur viele Aspekte beinhalten, über die es sich zu diskutieren lohnt, sondern die auch umgesetzt werden können.

Herr Schily, ich stimme Ihnen grundsätzlich zu, dass alles seine Zeit haben muss. Natürlich muss es Diskussionen geben, aber es gibt auch Dinge, die keine Zeit mehr haben und sofortige Lösungen erfordern. Deswegen würde ich Sie gerne auch um Ihre Unterstützung – auch als Mitglied unseres Vorstandes bitten – dass die Handlungsempfehlungen, wenn sie denn vorliegen, im Bundestag oder im Ausschuss diskutiert werden und daraus ein Aktionsprogramm entsteht.

Abschließend möchte ich mich für die Diskussion bedanken. Ich danke zunächst Ihnen, Herr Münchenhagen. Es ist immer schwierig, eine solche Diskussion mit Politikerinnen und Politikern zu führen und das ist Ihnen gut gelungen. Als es im Tagungsverlauf um die Stiftungen ging, haben wir gehört, dass von Betroffenen und von Anwesenden sehr intensiv dafür geworben wird, mehr Öffentlichkeitsarbeit in diesem Bereich zu machen. Es ist daher immer sehr gut, wenn wir kundige Journalisten haben, die mit uns gemeinsam diese Themen bearbeiten. Herzlichen Dank dafür.

Ich darf mich bei den Politikerinnen und Politikern bedanken. Bei Frau Dr. Bunge, Herrn Dr. Schily und Herrn Kurth sowie bei Frau Mattheis, die leider vorzeitig gehen musste. Herzlichen Dank, dass Sie uns auf dem Podium Rede und Antwort gestanden haben und unser Vorhaben doch so tatkräftig unterstützen und angehen wollen.

Perspektiven für die Zukunft

Regina Schmidt-Zadel

Wir haben keine Zeit! Wir müssen jetzt handeln!

Ministerin Ulla Schmidt und Ulf Fink, ehemaliger CDU-Bundestagsabgeordneter, haben beide darauf hingewiesen, dass es einer überparteilichen Gesamtstrategie bedarf, um die gesellschaftlichen und demografischen Herausforderungen zu bewältigen.

Vordringlich sind dabei folgende Aspekte:

- Die Nutzer, d. h. die von psychischer Erkrankung betroffenen alten Menschen und ihre Angehörigen, müssen gestärkt werden. Ihre Wünsche in Bezug auf den Lebensmittelpunkt, die Kontakte und die Hilfen müssen vordringlich berücksichtigt werden.
- Teilhabe und Pflege müssen verknüpft werden, d. h. ohne Pflege keine Teilhabe, ohne Teilhabe keine Pflege. Durch das SGB IX wurde die Teilhabe in den Vordergrund gestellt. Das ist für Menschen mit Pflegebedarf noch nicht verwirklicht.
- Auch andere Prinzipien des SGB IX müssen auf das SGB XI übertragen werden, z. B. die einheitliche Beratung durch Servicestellen und der vereinfachte Zugang zu Hilfen.
- Der Schutz der Menschen muss verbessert werden, aber nicht durch Schaffung eines noch umfassenderen Heimgesetzes, sondern Vorrang hat die Erweiterung des Verbraucherschutzes sowie die gesetzlichen Regelungen zur Qualitätssicherung ambulanter und stationärer Leistungen.
- Es gilt einen Arbeitsplatzerhalt für pflegende Angehörige analog zur Elternzeit bei Kindern zu realisieren. Dazu muss ein Pflegezeitgesetz verabschiedet werden.
- Familienselbsthilfe, Nachbarschaftshilfe und das Ehrenamt müssen gestärkt werden. Bürgerschaftliches Engagement ist nicht zum Nulltarif erhältlich. Deshalb ist eine Honorierung, zumindest eine Kostenerstattung der freiwilligen Tätigkeit und öffentliche Anerkennung notwendig.
- Die Hilfen müssen statt angebotsorientiert nutzerorientiert und personenzentriert erfolgen, damit auch psychisch kranke alte Menschen mit komplexem Hilfebedarf in ihrer vertrauten Umgebung leben können. Dazu bedarf es einer koordinierenden Beratung bzw. eines leistungserbringer- und leistungsträgerübergreifenden Assessments und Case-Managements.

- Die Hilfen werden – wenn immer möglich – wohnortnah in den Gemeinden, Quartieren, Stadtteilen organisiert. Dabei ist Aufgabe der Kommune sich als Mediator für die Entwicklung altersgerechter Stadtteile und Gemeinden zu verstehen. Hier ist es erforderlich, dass quartiersintegrierte Gesamtkonzepte erprobt werden.
- Dienstleistungszentren und/oder Altenhilfeverbund mit Versorgungsverpflichtung im Quartier sind zu realisieren, um komplexe Hilfen zur Deckung eines individuellen Hilfebedarfs zu bündeln und multiprofessionell zu erbringen.
- Es ist die Finanzierung von Wohnen und Hilfen auch im Heim konsequent zu entkoppeln. Über Unterkunft, Verpflegung, Pflege usw. werden gesonderte Verträge abgeschlossen, z. B. wie bei ambulanten Hausgemeinschaften.
- Finanzielle Anreize für ambulante gegenüber stationären Leistungen sind zu stärken.
- Neue Formen der Finanzierung für flexible ambulante Komplexleistungen, z. B. das trägerübergreifende Persönliche Budget, sind zu stärken.
- Auf gesetzgeberischer Ebene sind vor allem Änderungen im SGB XI notwendig. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit und die Vorgaben der Pflegestufen sind zu verändern, um den spezifischen Hilfebedarf von psychisch kranken Menschen, insbesondere Demenz zu berücksichtigen.
- Würdiges Sterben zu Hause und in Einrichtungen ist für alle Menschen zu realisieren.
- Bei Menschen mit Migrationshintergrund müssen stärker die spezifischen kulturellen und religiösen Bedürfnisse berücksichtigt werden.

Diese Kernforderungen sind ähnlich wie die Wittenberger Thesen an den Bundestag zu nageln, um sie damit zum Gegenstand einer öffentlichen Diskussion vor allem bei den politisch Verantwortlichen zu machen.

Wir haben keine Zeit! Wir müssen jetzt handeln!

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Dr. Stefanie Becker, Universität Heidelberg, Institut für Gerontologie, Bergheimer Str. 20, 69115 Heidelberg

Dr. Christian Berringer, Referatsleiter, Referat für medizinische und pflegerische Fragen in der Pflegeversicherung, Bundesministerium für Gesundheit, Friedrichstraße 108, 10117 Berlin

Hedwig Braun, Angehörige; Vorstand, Landesverband der Alzheimer-Gesellschaften Nordrhein-Westfalen e. V., Pungshausstr. 83, 40724 Hilden

Dr. Martina Bunge, MdB, Vorsitzende des Bundestagsausschusses Gesundheit, Fraktion DIE LINKE im Bundestag, Platz der Republik 1, 11011 Berlin, Vorstand, Aktion Psychisch Kranke

Detlef Chruscz, Referatsleiter Rehabilitation, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Kronprinzenstr. 6, 45128 Essen

Prof. Dr. Andreas Crome, ehem. Ärztlicher Direktor, Westfälische Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie, Lengerich, Hegerskamp 96, 48155 Münster

Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner, Nissenstraße 3, 20251 Hamburg

Ernst Georg Eberhardt, Pädagogischer Vorstand, Baunataler Diakonie Kassel, Kirchbauaner Strasse 19, 34225 Baunatal

Prof. Dr. Knut Engedal, The Norwegian Centre for Dementia Research, Division of Internal Medicine, Ullevaal University Hospital, N-0407 Oslo, Norway

Ulf Fink, Senator a. D., Büro für Gesundheit und Prävention, Französische Str. 23, 10117 Berlin

Richard Gerster, Leiter des Bereichs BWF – Betreutes Wohnen in Familien, Arkade e. V., Betreutes Wohnen in Familien, Eisenbahnstr. 30/1, 88212 Ravensburg

Pfarrer Dr. h. c. Jürgen Gohde, Vorsitzender, Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), An der Pauluskirche 3, 50677 Köln

Prof. Dr. Hans Gutzmann, Ärztlicher Direktor, Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie, St. Hedwig Kliniken Berlin – Krankenhaus Hedwigshöhe, Höhensteig 1, 12526 Berlin

Ministerialrat Wolfgang Heiliger, Geschäftsführender Vorstand; Leiter der Geschäftsstelle, Stiftung des Landes Nordrhein-Westfalen für Wohlfahrtspflege, 40190 Düsseldorf

Gudrun Hirche, Vorsitzende, Miteinander Wohnen e. V., Volkradstr. 8, 10319 Berlin

Prof. Dr. Dr. Rolf Dieter Hirsch, Chefarzt, Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Rheinische Kliniken Bonn, r.Hirsch@lvr.de

Prof. Dr. Ralf Ihl, Chefarzt Gerontopsychiatrie, Alexianer Krankenhaus Krefeld, Oberdießemer Str. 136, 47805 Krefeld

Ludger Jutkeit, Geschäftsführer, Alexianer-Krankenhaus GmbH, Alexianerweg 9, 48163 Münster

Harald Kesselheim, Abteilungsleiter, Abteilung Pflege, AOK-Bundesverband, Kortrijker Straße 1, 53177 Bonn

Gerhard Kiechle, ehem. Bürgermeister Eichstetten, Endinger Str. 4, 79356 Eichstetten am Kaiserstuhl

Dr. Bernadette Klapper, Bereichsleiterin Gesundheit, Humanitäre Hilfe, Robert Bosch Stiftung GmbH, Postfach 10 06 28, 70005 Stuttgart

Uwe Klein, Psychosozialer Koordinator, Abt. Psychiatrie und Psychotherapie, Krankenhaus Hedwigshöhe, Buntzelstr. 36, 12526 Berlin

Prof. Dr. Thomas Klie, Leiter des Arbeitsschwerpunktes Soziale Gerontologie und Pflege, Ev. FH Freiburg, Bugginger Straße 38, 79114 Freiburg

Prof. Dr. Peter Kruckenberg, Vorstand, Aktion Psychisch Kranke, Eystruperstr. 6, 28325 Bremen

Ulrich Krüger, Geschäftsführer, Aktion Psychisch Kranke, Oppelner Str. 130, 53119 Bonn

Prof. Dr. Andreas Kruse, Direktor, Institut für Gerontologie, Universität Heidelberg, Bergheimer Str. 20,69115 Heidelberg

Gisela Krutwage, Altenhilfeplanerin, Stadt Bielefeld, Amt für Planung und Finanzen, Jugend, Soziales, Wohnen, 33597 Bielefeld

Helga Kühn-Mengel, Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, Bundesministerium für Gesundheit, Friedrichstraße 108, 10117 Berlin, Vorstand, Aktion Psychisch Kranke

Prof. Dr. Heinrich Kunze, ehem. Ärztlicher Direktor, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen, Bad Emstal/Kassel, Neckarweg 4, 32131 Kassel, stellv. Projektleiter, stellv. Vorsitzender, Aktion Psychisch Kranke

Markus Kurth, MdB, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Deutscher Bundestag, Platz der Republik 1, 11011 Berlin

Hartwig von Kutzschenbach, Leiter, Sozialpsychiatrischer Dienst für alte Menschen (SOFA), Gerontopsychiatrisches Zentrum Nürtingen, Stuttgarter Straße 2, 72622 Nürtingen

Armin Lang, MdL, Mitglied Landtag des Saarlandes, SPD-Fraktion, Ausschuss für Gesundheit und Soziales, Franz-Josef-Röder-Straße 7, 66119 Saarbrücken

Heike von Lützau-Hohlbein, 1. Vorsitzende, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V., Friedrichstr. 236, 10969 Berlin

Hilde Mattheis, MdB, stellv. Sprecherin der Arbeitsgruppe Gesundheit, SPD-Bundestagsfraktion, Deutscher Bundestag, Platz der Republik 1, 11011 Berlin

Dr. Peter Motsch, ehem. Jugend- und Sozialreferent der Stadt Würzburg, Anne-Frank-Str. 11, 97082 Würzburg

Reinhard Münchenhagen, Journalist, Altenhohenau 17 a, 83556 Griesstätt

Dr. Klaus Nißle, stellv. Ärztlicher Direktor, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren, Kemnater Str. 16, 87600 Kaufbeuren

Prof. Dr. Reinhard Peukert, Fachhochschule Wiesbaden, Fachbereich Sozialwesen, Kurt-Schumacher-Ring 18, 65197 Wiesbaden, Vorstand, Aktion Psychisch Kranke

Dr. Peter Pick, Geschäftsführer, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, Lützowstraße 53, 45141 Essen

Dr. Niels Pörksen, Vorstand, Aktion Psychisch Kranke, Schmargendorfer Str. 11, 33619 Bielefeld

Dr. Willi Rückert, Kuratorium Deutsche Altershilfe, An der Pauluskirche 3, 50677 Köln

Dr. Konrad Schily, MdB, FDP-Bundestagsfraktion, Deutscher Bundestag, Platz der Republik 1, 11011 Berlin, Vorstand, Aktion Psychisch Kranke, Bonn

Norbert Schmelter, Geschäftsführer, Pflege LebensNah gGmbH, Prinzenstr. 8, 24768 Rendsburg

Barbara Schmid, Einsatzleiterin, FUGE (Freiwillige unterstützen gerontopsychiatrisch Erkrankte), Ev. Krankenpflegeverein Esslingen-Nord e. V., Wäldenbronner Str. 39, 73732 Esslingen

Bundesministerin Ulla Schmidt, Bundesministerium für Gesundheit, Friedrichstraße 108, 10117 Berlin

Regina Schmidt-Zadel, Hegelstr. 1, 40882 Ratingen, Projektleiterin, Vorsitzende, Aktion Psychisch Kranke

Frank Stein, Beigeordneter, Stadt Leverkusen, Stadtverwaltung, Dezernat III, Postfach 10 11 40, 51311 Leverkusen

Mirjam Stierle, Projektmanagerin, Bertelsmann Stiftung, Systemfeld Gesundheit, Carl-Bertelsmann-Str. 256, 33311 Gütersloh

Dr. Wilhelm Stuhlmann, Arzt f. Psychiatrie u. Neurologie, Psychotherapie – Klinische Geriatrie, Rathelbecker Weg 3 D, 40699 Erkrath

K.-Dieter Voß, Vorstand, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Kronprinzenstr. 6, 45128 Essen

Johannes Weber, Abteilungsleiter Altenarbeit, Landeshauptstadt Wiesbaden, Amt für Soziale Arbeit, Postfach 39 20, 65029 Wiesbaden

Birgit Weißleder, Projektkoordinatorin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Aktion Psychisch Kranke, Oppelner Str. 130, 53119 Bonn

Petra Weritz-Hanf, Leiterin, Referat Gesundheit im Alter, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Hilfen bei Demenz, Alexanderplatz 6, 10178 Berlin

Michael Willamowski, Leiter Sozialamt, Stadt Münster, Stadthaus 2, 48127 Münster

Dr. Dyrk Zedlick, Chefarzt, Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie, Kreiskrankenhaus Rudolf Virchow, Glauchau gGmbH, Virchowstr. 18, 08371 Glauchau, Vorstand, Aktion Psychisch Kranke

Veröffentlichungen und Informationstagungen

Band 1 *vergriffen*	**»Gemeindenahe Psychiatrie«** Tagungen am 27.10.1975 in Stuttgart, am 08. und 09.11.1975 in Mannheim, am 27.11.1975 in Köln-Mehrheim, am 05. und 06.03.1976 in Berlin
nicht dokumentiert	**»Was nun nach der Psychiatrie-Enquete«** Gemeindenahe Psychiatrie am Beispiel Frankfurt Tagung am 18. und 19.11.1976 in Frankfurt
nicht dokumentiert	**»Die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete unter dem Aspekt der Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter«** Tagung am 02. und 03.12.1976 in München
nicht dokumentiert	**»Probleme der Rehabilitation seelisch Behinderter im komplementären Bereich«** Tagung am 24. und 25.6.1977 in Loccum
Band 2 *vergriffen*	**»Rechtsprobleme in der Psychiatrie«** Tagung 07.10.1977 in Hamburg
Band 3 *vergriffen*	**»Die Psychiatrie-Enquete in internationaler Sicht«** Tagung am 01. und 02.06.1978 in Bonn
nicht dokumentiert	**»Gemeindenahe Psychiatrie im Raum Hannover: Ausnahme oder Regel?«** Tagung am 14. und 15.11.1978 in Hannover/Wunstorf
Band 4 *vergriffen*	**»Probleme der Versorgung erwachsener geistig Behinderter«** Tagung am 27. und 28.09.1979 in Bonn
Band 5 *vergriffen*	**»Bestand und Wandel in der psychiatrischen Versorgung in der BRD – fünf Jahre nach der Enquete«** Tagung am 23.11.1979 in Mannheim
nicht dokumentiert	Informationsveranstaltung zum **»Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung«** am 31.01.1980
Band 6 *vergriffen*	**»Ambulante Dienste in der Psychiatrie«** Tagung am 13. und 14.06.1980 in Hannover
Band 7 *vergriffen*	**»Drogenabhängigkeit und Alkoholismus«** Tagung am 06. und 07.11.1980 in Mannheim
Sonderdruck *vergriffen*	**»Modellprogramme des Bundes und der Länder in der Psychiatrie«** Tagung am 25. und 26.06.1981 in Bonn
Band 8 *vergriffen*	**»Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter«** Tagung am 19.11.1982 in Bonn

Band 9 *vergriffen*	**»Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung«** Tagung am 02. und 03.12.1982 in Bonn
Band 10	**»Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern«** Tagung am 10. und 11.11.1983 in Offenbach
Band 11 *vergriffen*	**»Komplementäre Dienste – Wohnen und Arbeiten«** Tagung am 06. und 07.07.1984 in Bonn
Band 12 vergriffen	**»Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine Bestandsaufnahme«** Tagung am 18. und 19.10.1984 in Bonn
Band 13 *vergriffen*	**»Psychiatrie in der Gemeinde – die administrative Umsetzung des gemeindepsychiatrischen Konzepts«** Tagung am 05. und 06.12.1984 in Bonn
Band 14 *vergriffen*	**»Notfallpsychiatrie und Krisenintervention«** Tagung am 15. und 16.05.1986 in Bonn
Band 15	**»Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker – Ein internationaler Vergleich«** Tagung am 27. und 28.11.1986 in Bonn
Band 16 *vergriffen*	**»Der Gemeindepsychiatrische Verbund als ein Kernstück der Empfehlungen der Expertenkommission«** Tagung am 22. und 23.06.1989 in Bonn
Band 17 *vergriffen*	**»Die therapeutische Arbeit Psychiatrischer Abteilungen«** Tagung am 23./24. und 25.10.1986 in Kassel
Band 18 *vergriffen*	**»Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung – von antitherapeutischen zu therapeutischen Strukturen«** Tagung am 20. und 21.06.1990 in Bad Emstal
Band 19 *vergriffen*	**»Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem Gebiet der ehemaligen DDR«** Tagung am 29./30. und 01.12.1990 in Berlin
nicht dokumentiert	**Regionalkonferenzen über den Bericht »Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR«** im Land Mecklenburg-Vorpommern am 17. und 18.10.1991 in Neubrandenburg im Land Sachsen-Anhalt am 13. und 14.11.1991 in Hettstedt im Land Sachsen am 21. und 22. 11.1991 in Arnsdorf im Land Brandenburg am 28. und 29.11.1991 in Brandenburg im Land Thüringen am 16. und 17.12.1991 in Hildburghausen
Band 20 *vergriffen*	**»Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen«** Tagung am 03. und 04.06.1992 in Bonn

Band 21
vergriffen
»Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung – Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen«
Tagung am 04. und 05.05.1993 in Bonn

Sonderdruck
Selbstverlag
»Enthospitalisieren statt Umhospitalisieren«
Tagung am 12. und 13.10.1993 in Ueckermünde

Sonderdruck
vergriffen
»Personalbemessung im komplementären Bereich – vor der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation«
Tagung am 27. und 28.04.1994 in Bonn

Band 22
vergriffen
»Das Betreuungswesen und seine Bedeutung für die gemeindepsychiatrische Versorgung«
Tagung am 17. und 18.05.1995 in Bonn

Band 23
vergriffen
»Qualität in Psychiatrischen Kliniken«
Tagung vom 8. bis 10.05.1996 in Bonn

»Neue Entwicklungen in der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen«
Tagung vom 21. bis 23.10.1996 in Bonn
Tagungsbeiträge dokumentiert in: Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen. Lambertus, Freiburg i. Br. 1997

Band 24
vergriffen
»Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung«
Tagung am 23. und 24.04.1997 in Bonn

Band 25
»Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie«
Tagung am 24. und 25.09.1997 in Bonn

Band 26
»Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung«
Tagung am 11. und 12.11.1998 in Bonn

Band 27
1 + 2
»25 Jahre Psychiatrie-Enquete«
Tagung am 22. und 23.11.2000 in Bonn

Band 28
»Mit und ohne Bett – Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund«
Tagung am 30. und 01.12.2001 in Bonn

Band 29
»Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen«
Tagung am 13. und 14.05.2002 in Berlin

Band 30
»Die Zukunft hat begonnen – Personenzentrierte Hilfen, Erfahrungen und Perspektiven«
Tagung am 03. und 04.06.2003 in Kassel

Band 31 **»Prävention bei psychischen Erkrankungen – Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung«**
Tagung am 12. und 13.05.2004 in Berlin

Band 32 **»Worauf Du Dich verlassen kannst! Gute Praxis und Ökonomie verbinden«**
Tagung am 19. und 20.09.2005 in Kassel

Bezug lieferbarer Titel durch:
Aktion Psychisch Kranke e. V.
Oppelner Str. 130
53119 Bonn
Download unter:
www.apk-ev.de