

AKTION PSYCHISCH KRANKE E. V.,

**Psychisch kranke alte und demente Menschen (PAD):
Organisation und Finanzierung von
personenzentrierten Hilfen**



AKTION PSYCHISCH KRANKE E.V.,

Psychisch kranke alte und demente Menschen (PAD): Organisation und Finanzierung von personenzentrierten Hilfen

Autoren

Teil 1

**Ulla Schmidt
Regina Schmidt-Zadel
Heinrich Kunze
Ulrich Krüger
Hans Gutzmann**

Teil 2

**Regina Schmidt-Zadel
Heinrich Kunze
Ulrich Krüger
Thomas Kunczik
Niels Pörksen
Birgit Weißleder**

Mit Beiträgen von

**Ulla Schmidt
Hans Gutzmann
Ulf Fink
Klaus Dörner
Jürgen Gohde
Rolf D. Hirsch
Klaus Nißle
Wilhelm Stuhlmann
Anna Cabis
Tobias Luck
Steffi G. Riedel-Heller**

Psychiatrie-Verlag

Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hg.). Psychisch kranke alte und demente Menschen (PAD): Organisation und Finanzierung von personenzentrierten Hilfen
Psychiatrie-Verlag, Bonn
ISBN 3-88414-490-9

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.

Gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit

1. Auflage 2009

© Aktion Psychisch Kranke e.V., Bonn

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung der Herausgeberin vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.

Herstellung: Psychiatrie-Verlag, Bonn

Umschlaggestaltung: p.o.l. kommunikation design

Satz: Psychiatrie-Verlag, Bonn

Druck: Kessler Druck + Medien, Bobingen

Psychiatrie-Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

Teil 1

Präsentation des Projektberichts am 26. Mai 2009 in Berlin

Die Politik stellt sich der Herausforderung Ulla Schmidt	10
Leben im vertrauten Wohngebiet: Kernforderungen Regina Schmidt-Zadel	13
Das Versorgungssystem: Integration der fragmentierten Verantwortungsbereiche Heinrich Kunze	17
Die Person in ihrem Lebensfeld: Koordination und Integration der Hilfen Ulrich Krüger	26
Verständnis als Voraussetzung für Handeln – Die aktuelle Versorgungssituation der Demenzkranken in Deutschland Hans Gutzmann	35

Teil 2

Handlungsempfehlungen zur Organisation und Finanzierung von personenzentrierten Hilfen für psychisch kranke alte und demente Menschen (PAD) – Projektbericht

1 Vorwort	46
2 Zusammenfassung	49
3 Bericht	73
3.1 Herausforderungen für Gesellschaft und Politik	73
3.1.1 Der demografische Wandel	76
3.1.2 Die gesellschaftliche Herausforderung	77
3.1.3 Zielgruppe	78
3.1.4 Bedürfnisse und Wünsche der Nutzer	82
3.1.5 Leitprinzip: Teilhabe am Leben der Gesellschaft	85
3.2 Personenzentrierte Hilfen im Einzelfall	90
3.3 Grundsätze zur Gestaltung von Hilfen	98
3.4 Steuerung: politische Handlungsempfehlungen	108
3.5 Rechtliche Aspekte	119

3.6	Gute Praxisbeispiele	125
3.6.1	Nutzer: Erkrankte Personen und ihre Angehörigen	127
	Steuerung der Hilfen – Erfahrungsbericht einer Angehörigen	127
	Selbsthilfeorganisationen: Deutsche Alzheimergesellschaft e.V.	128
	Künstlertagebuch eines langen Abschieds	130
3.6.2	Wohnen und Wohnumfeld	131
	Mehrgenerationenhaus in Salzgitter/Niedersachsen	131
	Leben in der Hausgemeinschaft in Münster	133
	Leben in Gastfamilien in Ravensburg	134
3.6.3	Bürgerschaftlicher Bereich, Nachbarschaftshilfe	136
	Freiwillige unterstützen gerontopsychiatrisch Erkrankte im Landkreis Esslingen	136
	Gerontopsychiatrisches Verbundnetz in Würzburg	137
	Niedrigschwellige Hilfen im Landkreis Kassel	139
3.6.4	Kommunalpolitik – Versorgungssicherheit: Wohnen, Geschäfte, Kultur, Verkehr	141
	Eine Dorfgemeinschaft engagiert sich in Eichstetten	141
	Hilfesystem für pflegebedürftige alte Menschen im Landkreis Schwandorf	142
	Kleinräumiges Netzwerk in Rendsburg	143
	Nachbarschaftszentrum in Bielefeld	145
	Hilfen in der Dorfgemeinschaft in Tiedoli	146
	Wohnortnahe Grundversorgung – CAP-Märkte	148
	Wirkungsorientierte Steuerung der Altenhilfe in Leverkusen	149
	Verbundstrukturen in Marzahn-Hellersdorf/Berlin	151
	Altenhilfeplanung in Kassel	153
3.6.5	Professioneller Bereich	155
	Integrierte Versorgung für psychisch kranke alte Menschen in Kaufbeuren	155
	Netzwerk für geriatrische Rehabilitation und Forum Demenz in Wiesbaden	156
	Integrierte Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Mainz	157
	Senioren- und Nachbarschaftszentrum in Kassel-Unterneustadt	159
	Alltagshilfen gegen die Einsamkeit in Berlin-Lichtenberg	161
	Individuelle Wohnraumanpassung mit technischen Hilfen in Hamburg	162
	Haushaltsassistenz für die Pflege in Rheinland-Pfalz	164
	Weiterbildung zum Alltagsmanager in Bad Fredeburg	165
	Pflegebegleiter – Freiwillige begleiten pflegende Angehörige	166
	Pflegestützpunkte – Hilfen aus einer Hand in Ingelheim	168
3.6.6	Leistungsträger	169
	Case-Management im Pflegebudget (§ 35a SGB XI)	169
	Trägerübergreifendes Persönliches Budget (§ 17 SGB IX)	171
	Präventive Hausbesuche in Hannover	172
	Demenz-Servicezentren in NRW	174
	Menschen in Pflegeheimen Krankenhausaufenthalte ersparen in Berlin	177

3.7	Projektverlauf	179
3.7.1	Vorgehen	179
3.7.2	Projektverlauf in den Jahren 2004–2006	189
3.8	Perspektiven	193
4	Zur Diskussion	195
4.1	Politische und ethische Aspekte	195
4.1.1	Herausforderungen einer älter werdenden Gesellschaft Ulla Schmidt	195
4.1.2	Sozialpolitische Herausforderungen Ulf Fink	202
4.1.3	Die Zivilgesellschaft und ihre Alten Klaus Dörner	208
4.1.4	Hilfen zum Erhalt der Würde Jürgen Gohde	213
4.2	Fachliche Beiträge	219
4.2.1	Gewalt gegen Menschen mit einer demenziellen Erkrankung Rolf D. Hirsch	219
4.2.2	Aufenthalt psychisch kranker alter Menschen im Allgemeinkrankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance? Klaus Nißle	233
4.2.3	Gerontopsychiatrische Kompetenz im Krankenhaus Wilhelm Stuhlmann	238
4.2.4	Das Bündnis gegen Depression – Ein Beispiel guter Praxis zur Suizidprävention bei älteren Menschen Anna Cibis	241
4.2.5	Präventive Hausbesuche Tobias Luck, Steffi G. Riedel-Heller	243
	Autorinnen und Autoren	246

Teil 1

Präsentation des Projektberichts

am 26. Mai 2009 in Berlin

Die Politik stellt sich der Herausforderung

Ulla Schmidt

Liebe Regina Schmidt-Zadel, sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst danke ich der AKTION PSYCHISCH KRANKE, den vielen externen Fachleuten und natürlich den beteiligten Vertretern der Selbsthilfe für ihr Engagement für das Projekt. Ohne Ihren persönlichen Einsatz wäre dieser umfangreiche und wichtige Bericht nicht zustande gekommen.

Der Bericht bestätigt unser Handeln: Wir haben den Pflegebedürftigkeitsbegriff neu definiert und verabschieden uns damit von der Minutenpflege. Wir stellen den Menschen in den Mittelpunkt und wollen, dass eine gute Pflege zu Hause, im gewohnten Umfeld und in Würde möglich wird. Dazu haben wir die ambulante Pflege gestärkt.

In der speziellen Situation psychisch kranker alter Menschen gibt es aber auch noch einiges zu verbessern. Der Bericht zeigt hier Wege und Möglichkeiten.

Ich bin sehr froh, dass wir in der Gleichstellung von psychischen und somatischen Krankheiten in den letzten Jahren und Jahrzehnten große Fortschritte gemacht haben.

So hat beispielsweise in Deutschland die Psychiatrie-Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages vor über 30 Jahren eine tief greifende Reform der Versorgung von psychisch Kranken in Gang gesetzt. Früher wurden psychisch kranke Menschen in isolierten Großkliniken behandelt. Heute steht ihnen – weitgehend – ein bedarfsgerechtes und wohnortnahes Angebot ambulanter und stationärer Leistungen zur Verfügung. Hier hat sich unheimlich viel getan, und daran hatten die AKTION PSYCHISCH KRANKE und Regina Schmidt-Zadel einen großen Anteil.

Gerade diese Erfolge zeigen uns aber auch, was noch zu tun ist. Bei den psychischen Erkrankungen stehen wir im Grunde genommen vor den gleichen Herausforderungen wie bei der Pflege. Wir werden immer älter – was zunächst einmal eine sehr positive Nachricht ist. Parallel mit der stetig ansteigenden Lebenserwartung werden aber auch die neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen – allen voran die Demenzerkrankungen – immer häufiger werden.

Die Weltgesundheitsorganisation prognostiziert, dass im Jahr 2020 Depressionen den zweiten Platz auf der Liste der Volksleiden einnehmen werden. Bei den Demenzerkrankungen haben wir – wenn ein Durchbruch in Prävention oder Therapie in den nächsten Jahren nicht gelingt – mit einem Anstieg der Zahl der Betroffenen auf knapp zwei Millionen im Jahre 2030 zu rechnen.

Gleichzeitig werden weniger Kinder geboren. Und selbst in den Familien, die Kinder haben, wohnen diese nicht mehr selbstverständlich in derselben Stadt oder demselben Landkreis wie ihre Eltern. Das heißt, die Angehörigen – meist Töchter und Schwiegertöchter – die oftmals die Betreuung älterer psychisch kranker Menschen übernommen haben, stehen dafür nicht mehr in dem Maße wie heute zur Verfügung.

Aus diesem Grund hat das Bundesministeriums für Gesundheit die AKTION PSYCHISCH KRANKE beauftragt, Vorschläge und Lösungswege für eine bessere Lebenssituation von psychisch kranken alten Menschen im Dialog mit Experten, Wissenschaftlern sowie Betroffenen- und Angehörigenverbänden zu erarbeiten. Ausgangspunkt war die Frage: Wie können die Hilfen aus den unterschiedlichsten Bereichen und Sektoren des Gesundheitssystems besser koordiniert werden, damit älteren psychisch kranken Menschen ein Leben in Würde innerhalb der Gesellschaft – möglichst in der angestammten Umgebung – ermöglicht werden kann?

Sie benötigen haus- und gegebenenfalls fachärztliche Betreuung, sie brauchen Pflegeleistungen, Hilfen zum Wohnen, zur Ernährung und vieles mehr. Wenn aber die vielen Dienstleister nicht mit Blick auf den einzelnen Menschen koordiniert zusammenarbeiten, wird sich der oder die Betroffene in einem Labyrinth von Hilfsangeboten nicht aus eigener Kraft zurechtfinden können.

Meine Damen und Herren,

die AKTION PSYCHISCH KRANKE und die einbezogenen Experten haben wirklich gute Arbeit geleistet. Die vorliegenden Handlungsempfehlungen weisen in die richtige Richtung.

Es geht darum, einen auf den Einzelfall abgestimmten Hilfemix im Stadtviertel vor Ort realisieren zu können. Mit der vergangenen Reform der Pflegeversicherung haben wir bereits wichtige Schritte getan:

Der neue Begriff der Pflegebedürftigkeit erfasst nun alle körperlichen und geistigen Verfassungen der Menschen und orientiert sich an ihren Lebenslagen. Er stellt auf den Grad der Selbstständigkeit ab. Damit kommen wir weg von der Minutenpflege.

Die Vorschläge zur Umsetzung liegen seit gestern vor. Ich würde mir wünschen, dass sich jetzt das Bundeskabinett und der Bundestag mit den Vorschlägen befassen.

Zum Beispiel haben wir den Anspruch der Versicherten auf Pflegeberatung geschaffen und Pflegestützpunkte mit einer Anschubfinanzierung durch die Pflegekassen ermöglicht. Es freut uns sehr, dass auch in den Ländern, die anfänglich skeptisch waren, nun Pflegestützpunkte entstehen.

Wir haben mit der Pflegereform insofern rechtlich den Weg geebnet, dass zentrale Empfehlungen der AKTION PSYCHISCH KRANKE aufgegriffen und umgesetzt werden: die übergreifende Beratung der Pflegebedürftigen, die Koordination verschiedener Leistungen, die Einbeziehung und Förderung der Selbsthilfe.

Zudem haben wir zusätzliche finanzielle Leistungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zusätzliche Betreuungskräfte in Pflegeheimen beschlossen.

Im Übrigen planen wir – ähnlich wie bei den Betreuungsassistenzen für demenzkranke Menschen – eine Gesetzesänderung, damit behinderte Menschen in Zukunft während eines Krankenhausaufenthalts ihre Pflegekraft mitnehmen können.

Zudem ist die Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten angehoben worden. Zusammen mit der Ko-Finanzierung durch die Länder und Kommunen stehen insgesamt 50 Mio. Euro pro Jahr zur Verfügung. In die Förderung werden auch ehrenamtliches Engagement und die Selbsthilfe im ambulanten Bereich einbezogen.

Ein großer Teil der Empfehlungen des Projektberichts richtet sich an die Länder und Kommunen. Sie tragen eine besondere Verantwortung für die Strukturen und Steuerung der Versorgung in der Region und sind daher wichtige Adressaten der Erkenntnisse aus dem Projekt. Daher freue ich mich, dass heute auch zahlreiche Repräsentanten der Länder und Kommunen erschienen sind. Ich hoffe, dass Sie die heutige Veranstaltung und insbesondere die Diskussion mit den Experten nutzen, um in einen – sicherlich längerfristig notwendigen – Dialog einzutreten.

Es geht dabei darum, sowohl die politischen Rahmenbedingungen als auch die Umsetzungspraxis in den nächsten Jahren genauer zu beobachten und den Erfolg der bereits umgesetzten Maßnahmen zu prüfen. Das erfordert einen konstruktiven Dialog aller Beteiligten. Und da wo es nötig ist, werden wir auch mit bundesgesetzlichen Instrumenten nachsteuern. Das sind wir unseren älteren psychisch kranken und demenzkranken Mitbürgerinnen und Mitbürgern schuldig.

Leben im vertrauten Wohngebiet: Kernforderungen

Regina Schmidt-Zadel

Zunächst möchte ich Ihnen, sehr geehrte Frau Ministerin Schmidt, für die Möglichkeit danken, dass wir die ›Handlungsempfehlungen zur Organisation und Finanzierung von personenzentrierten Hilfen für psychisch kranke alte Menschen und Menschen mit Demenz‹ erstellen konnten. Die Handlungsempfehlungen sind das Ergebnis eines vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekts. Vor allem bedanken wir uns dafür, dass wir den Bericht heute in dieser Form im Ministerium der interessierten Öffentlichkeit übergeben können.

Ich weiß, dass dieses Thema bei Ihnen, Frau Ministerin, einen hohen Stellenwert hat. Während Ihrer Amtszeit als Gesundheitsministerin – einige Jahre konnte ich sie in meiner Funktion als gesundheitspolitische Sprecherin der SPD Bundestagsfraktion begleiten – haben sie weitgehende Veränderungen und vor allem Verbesserungen für psychisch kranke alte Menschen geschaffen.

In der laufenden Legislaturperiode sind deutliche Verbesserungen beschlossen worden und ich denke hier besonders an die verbesserten Leistungen zur Betreuung von demenzkranken Menschen in der Pflegeversicherung und die anstehende Veränderung des Pflegebegriffs, der besonders für diesen Personenkreis Verbesserungen bringt. Man kann hier von einem Paradigmenwechsel sprechen, von der verrichtungsbezogenen Minutenpflege zu personenbezogenen Hilfen bei eingeschränkter Selbstständigkeit.

Hinweisen möchte ich auch auf den individuellen Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation sowie auch die Möglichkeiten komplexer Hilfeleistungen in der integrierten Versorgung. In der Pflegeversicherung sind zusätzliche Leistungen geschaffen worden für Menschen mit Demenz in Heimen.

Vor allem ist der Anspruch auf übergreifende Pflegeberatung ins Gesetz gekommen mit der Möglichkeit, Pflegestützpunkte zu bilden, von denen aus ortsnah, ggf. in der eigenen Wohnung Beratung und Begleitung geleistet werden kann.

Wir konnten uns vor Kurzem in St. Wendel überzeugen, wie dort in vorbildlicher Weise durch kompetente zugehende Beratung auch für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zum Beispiel bei Demenz wirksame Hilfe erfahren, die in einigen Fällen ansonsten erforderliche Heimaufnahmen entbehrlich gemacht hat.

Dafür herzlichen Dank und ich darf sagen, ich hoffe natürlich, dass sie auch in Zukunft diesen Bereich weiter in entscheidender Position mitgestalten können. Doch der Weg zu einem bedarfsgerechten Hilfesystem ist noch nicht abgeschlossen, denn Alter und Armut sind besondere Risikofaktoren und wenn noch eine

stigmatisierende psychische Erkrankung dazukommt, wie zum Beispiel Demenz, dann ist das Risiko immer noch hoch, dass Menschen in unwürdigen Verhältnissen leben müssen.

Unwürdig heißt: in Grundbedürfnissen nicht ausreichend versorgt, in der Selbstbestimmung missachtet, Gewalt und Zwang ausgesetzt und von der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ausgeschlossen.

Vor wenigen Tagen haben wir das 60-jährige Jubiläum unseres Grundgesetzes gewürdigt. Dass dies Anlass zum Feiern ist, ist vor allem dem Begriff geschuldet, der am Anfang und im Mittelpunkt unserer Verfassung steht: die Würde des Menschen.

Die Würde des Menschen ist unantastbar ohne Wenn und Aber und – das führt auch zu unserem heutigen Thema – auch ohne Altersbegrenzung.

Die Menschen werden älter, das ist sehr schön. Aber es gibt auch häufiger besondere Hilfebedarfe bei älteren Menschen. Oft fehlen Möglichkeiten, dass Menschen mit Hilfebedarf in ihrer vertrauten Umgebung versorgt werden können.

Töchter und oft auch Ehefrauen, die diese Aufgaben in der Vergangenheit übernommen haben, sind berufstätig, oder selbst so alt, dass sie Versorgung und Pflege nicht mehr leisten können. Immer mehr Menschen müssen ihr vertrautes Lebensumfeld gegen ihren primären Willen verlassen, um die erforderlichen Hilfen erhalten zu können.

Wir haben dies bei der Jahrestagung der APK vor zwei Jahren, bei der Sie, Frau Ministerin, anwesend waren, schon sehr deutlich herausgestellt. Es ist seitdem sehr viel geschehen und viele unserer Vorschläge sind in Gesetze mit eingeflossen, doch der Weg zu einem bedarfsgerechten Hilfesystem ist noch nicht abgeschlossen.

›Gesetzlich beschlossen‹ heißt aber noch nicht ›in die Praxis umgesetzt‹.

Psychisch kranke alte Menschen sind mit zwei grundlegenden Problemen konfrontiert:

- sie sind aufgrund ihrer Erkrankung nicht in der Lage, für ihre Rechte selbst zu kämpfen, das gilt insbesondere für Demenzkranke und
- sie benötigen zunehmend komplexe personenzentrierte Hilfsleistungen und sie sind damit teure Patienten.

Was ist personenzentriert? Diese Frage wird mir oft gestellt.

Wir verstehen darunter Hilfen, die

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

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

Kernforderungen und Handlungsempfehlungen

Diese Überlegungen haben in unserem Projekt zu Empfehlungen geführt, die wir in Kernforderungen zusammengefasst haben. Diese werden in den Handlungsempfehlungen und in den folgenden Beiträgen erläutert. Ich möchte an dieser Stelle nur einzelne Kernforderungen hervorheben.

Im Vordergrund steht die integrierte Organisation von Hilfen im Wohngebiet:

- Die Hilfen werden – wenn immer möglich – *wohnortnah* in den Wohngebieten, Stadtteilen, Gemeinden, in den »Quartieren« organisiert: Integration der ambulanten und stationären Altenhilfe zu *Dienstleistungszentren für alte Menschen* – und möglichst auch andere Nutzer – im Wohngebiet, die komplexe Hilfen – finanziert durch verschiedene Sozialleistungsträger – zur Deckung eines individuellen Hilfebedarfs bündeln und multiprofessionell erbringen »aus einer Hand«, vernetzt mit bürgerschaftlichem Engagement.

Heimbewohnerinnen haben Versorgungsansprüche gegenüber dem Heimträger. Diese Sicherheit muss auch für Menschen in ambulanter Hilfe bestehen:

- *Versorgungssicherheit* für alte Menschen in eigener Häuslichkeit gewährleisten oder wiederherstellen – Einkauf von Alltagsbedarf, Post, ÖPNV, Kultur/Freizeit, ambulante medizinische Versorgung.

Alle Forderungen schließen Menschen mit Migrationshintergrund ein:

- *Alte Menschen mit Migrationshintergrund*: Bei dieser Zielgruppe ist es vorrangig, auf die spezifischen kulturellen und religiösen Bedürfnisse und sozialen Ressourcen einzugehen.

Individuelle Hilfen müssen individuell geplant und im Verlauf einzelfallbezogen abgestimmt werden. Bei dieser Aufgabe benötigen viele psychisch kranke alte Menschen Unterstützung:

- *Stärkung der Nutzer* durch unabhängiges professionelles Assessment und langfristiges Case-Management, Transparenz der verfügbaren Angebote und der Ergebnisse der MDK-Prüfungen, Erweiterung der Möglichkeiten zwischen Angeboten zu wählen und Verträge zu kündigen.

An die Kernforderungen schließen sich Handlungsempfehlungen an.

Dabei geht es zunächst um:

- Die Schaffung finanzieller Anreize zur Realisierung von komplexen ambulanten und offenen Hilfen.

- Die Steuerung des Hilfeangebots durch die Kommunen und die Leistungsträger entsprechend dem örtlichen Bedarf.
- Die Steuerung der Ergebnisqualität und Wirtschaftlichkeit der Hilfen auf verschiedenen Ebenen.

Dabei sind folgende *Grundsätze für die Gestaltung von Hilfen* zu beachten:

- Komplexe und auf die Person zielgerichtet abgestimmte integrierte Hilfen sind erreichbar für hilfebedürftige Personen und ggf. ihre Angehörigen unabhängig von der Wohnform.
- Die Wohnung subjektiv als eigene Häuslichkeit erleben gilt als Maßstab auch für Menschen, die in anderen Wohnformen leben: Betreutes Wohnen, Hausgemeinschaft im Heim, eigenes Zimmer/Apartment im Heim.
- Die verschiedenen Hilfsfunktionen von Heimen werden auch separat und in individuell abgestimmter Kombination als ambulante Komplexleistung verfügbar gemacht: Auflösung des Unterschieds zwischen ambulanter und stationärer Altenhilfe.
- Die Finanzierung der Hilfen erfolgt unabhängig von der Wohnsituation, dem Ort und der Art der Hilfe (vgl. Reformbedarf SGB XI).
- Prävention gilt auch für alte Menschen. Unabhängig von der Beeinflussbarkeit von (psychischer) Krankheit und Behinderung kann durch Gestaltung des Lebenskontextes die Lebensqualität gefördert und die Würde des Menschen bis zum Lebensende erhalten bleiben.
- Behandlung und medizinische Rehabilitation (hier gerontopsychiatrische) haben grundsätzlich Vorrang vor Pflege. Aber je weniger sie ausrichten können, umso mehr rückt in den Vordergrund auch die Gestaltung des sozialen Umfelds (Einstellungen, Erwartungen, Unterstützung), damit die beeinträchtigte Person »in einem so weit als möglich normalen sozialen Kontext den bestmöglichen Gebrauch von ihren verbliebenen Fähigkeiten machen« kann: Behandlung, Rehabilitation und Pflege fördern die Möglichkeiten zur Teilhabe.

Es ist klar, dass der anstehende Umbau des Systems nicht sofort in allen Bereichen geschehen kann und wird. Nach Auffassung der Experten, die bei der Entstehung dieses Berichts einbezogen waren, geht es um das zentrale Ziel, alten Menschen – auch demenzkranken und anderen psychisch kranken alten Menschen, zu ermöglichen, mit den notwendigen abgestimmten Hilfen in ihrem vertrauten Wohngebiet bis zum Lebensende bleiben zu können.

Das Versorgungssystem – Integration der fragmentierten Verantwortungsbereiche

Heinrich Kunze

Gestern ging es an diesem Ort um den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI. Vom Vorsitzenden des Beirats des BMG wurde der Gesundheitsministerin der »Umsetzungsbericht« überreicht. – Das Projekt, um das es heute geht, hat mehr damit zu tun als nur die Nachbarschaft der beiden Termine. Die von uns präsentierten Handlungsempfehlungen sollten auch bei der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der nächsten Legislaturperiode berücksichtigt werden, damit der neue Wein nicht in alte SGB XI-Schläuche gefüllt wird.

Der »rote Faden« des zweiten Teils der heutigen Präsentation hat drei Knoten.

Da dies eine Veranstaltung im politischen Raum ist, haben wir die Reihenfolge so gewählt:

- *Die strukturell-organisatorische Ebene – Kunze:* Das Versorgungssystem – Integration der fragmentierten Verantwortungsbereiche
- *Die individuelle Ebene – Krüger:* Die Person in ihrem Lebensfeld – Koordination und Integration der Hilfen
- *Erkrankung und ihre Folgen für Fähigkeiten und Beeinträchtigungen – Gutzmann:* Verständnis als Voraussetzung für Handeln

Am Anfang steht ein Perspektivwechsel

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) stellt die betroffene Person und ihre Angehörigen in den Mittelpunkt. Aus diesem Blickwinkel beschreibt unser Konzept die notwendigen Hilfen und ihr Zusammenwirken.

Daraus werden Lösungsansätze und Handlungsempfehlungen entwickelt, deren Umsetzung aus Sicht der AKTION PSYCHISCH KRANKE einen Gewinn für alle bringen kann.

Unser Thesenpapier geht eben nicht von den gewachsenen Finanzierungszuständigkeiten, und Einrichtungskonzepten, von Verwaltungs- und Berufsgruppenzuständigkeiten aus, um diesen die Bedürfnisse und den Bedarf der Menschen anzupassen, sondern umgekehrt: das Ziel ist, das Versorgungssystem und seine Finanzierung an den Bedürfnissen und dem Bedarf der Menschen auszurichten.

Es geht um den Perspektivwechsel von der *Angebotsorientierung* – entsprechend Finanzierung, Konzepten, Trägern – zur *Orientierung am Bedarf der Menschen in Wohngebieten und Regionen*.

Das Versorgungsziel: Selbstbestimmtes Leben bis zum Lebensende

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

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

Viele Menschen verlässt der Lebensmut, wenn sie fremdbestimmt in einer Institution leben müssen, oft entfernt von ihrem bisherigen sozialen Umfeld (Wohngebiet, Quartier).

Entsprechend dem Versorgungsziel gibt aber schon viele Beispiele gelebter Praxis an verschiedenen Orten, siehe:

- Projektbericht Kapitel 3.6: Gute Praxisbeispiele
- APK-Tagungsband 33 (2007) »Unsere Zukunft gestalten – Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz«
- K. Dörner: »Leben und sterben wo ich hingehöre – Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem«. – Das Buch berichtet über viele Beispiele. Es geht um die Bürger-Wiederbelebung des dritten Sozialraums Nachbarschaft, um den Perspektivwechsel von der profi- zur bürgerzentrierten Sicht.

Die Rahmenbedingungen insbesondere die Anreize durch die Finanzierung müssen so verändert werden, dass die weitere Verbreitung der guten Praxis nicht nur von Persönlichkeiten abhängt, die stark genug sind, auch »gegen den Strom zu schwimmen«.

Der Hilfemix – das individuelle integrierte Hilfesystem

Auf die Anwendung für die einzelne Person wird Herr Krüger eingehen. In meinem Beitrag geht es um die *Entwicklung und Gewährleistung* der geeigneten Versorgung bei komplexem Hilfebedarf entsprechend dem zuvor formulierten Ziel.

Besondere Bedeutung haben in der Abbildung 1:

- Ehrenamtliche/Bürgerschaftliche Helfer

Hilfemix – Im Einzelfall ggf. folgende Bausteine:

- Beratung, Diagnostik und Behandlung der Erkrankung, Rehabilitation und Pflege der Krankheitsfolgen (ärztl. Behandlung, Behandlungspflege, Ergotherapie, Physiotherapie, Pflege nach SGB XI bzw. Hilfe zur Pflege nach SGB XII, Eingliederungshilfe)
- **Selbsthilfegruppe, Nachbarn, ehrenamtliche/bürgerschaftliche Helfer**
- Bezahlte Hilfskräfte, sozialversicherungspflichtige Tätigkeiten
- Neue Berufsbilder, z.B. »Alltagsmanager«, »Haushaltsassistent für die Pflege«
- **Professionelles Assessment/Case-Management, professionelle Anleitung und Koordination der Beteiligten am Hilfemix**
- Ergänzende technische Hilfen, z.B. Funkruf an zentrale Servicestelle/mobiler Dienst

Abb. 1: Das individuelle Hilfesystem

Sie können psychisch beeinträchtigte Menschen mit Pflegebedarf bei ihren Alltagsaktivitäten zu Hause oder in einer Tagespflege oder einem Heim begleiten. Sie werden angeleitet, die Bedürfnisse der beeinträchtigten Menschen mit psychischen Erkrankungen einschließlich Demenz zu verstehen und die verbliebenen Fähigkeiten zu fördern und zu unterstützen.

Sie sind jedoch nicht dazu da, Aufgaben zu übernehmen, die professionelle Qualifikation erfordern. Und sie sind nicht umsonst zu haben: Aufwandsentschädigung für die Helfer und die Finanzierung der systematischen Organisation sind notwendig. Zum Beispiel Einführung, Beratung, Schulung und Anleitung, Helfer und Betroffene zusammenbringen, die Helfer ggf. auch in den Dienstplan einbeziehen. Wer übernimmt die Verantwortung für die Organisation? Pflegekassen/Kommunen in Verbindung mit Trägern der Dienstleistungen, gemeinsam im Rahmen der Pflegestützpunkte (§ 92 c SGB XI)? – Bisher gleicht die Förderung der ehrenamtlich/bürgerschaftlich Engagierten eher einem »Flickenteppich« von Projektinitiativen.

- **Assessment/Casemangement zur Stärkung der Nutzer**

Im Gesetz steht »Pflegerberatung« § 7 a SGB XI: »... individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen ...«, also eine Leistungsträger- und Leistungserbringer übergreifende Aufgabe, einschließlich ehrenamtliche/bürgerschaftliche Helfer. – Das Gesetz zeigt die Spuren der politischen Kompromissbildung, aber es verbietet ja nicht eine Praxis, die positiv darüber hinausgeht.

Das Spektrum der praktischen Umsetzungen reicht von der Zugangsberatung nach Kassenarten segmentiert, bis zur nutzerorientierten längerfristigen *Pflegebegleitung* bei Veränderungen der Hilfebedarfe.

Für die organisatorische Realisierung des Hilfemixes sind weitere wichtige Voraussetzungen:

- Die Integration von ambulanten und stationären Hilfen zu einem Altenhilfe-Netzwerk oder -Zentrum im Wohngebiet.
Die Zentren oder Netzwerke können wie aus einer Hand flexibel und durchlässig die im Einzelfall ggf. notwendigen Hilfen realisieren, und sie orientieren ihre Angebote am Bedarf im städtischen Quartier oder in überschaubarer ländlicher Region. Sie beziehen Selbsthilfe, ehrenamtliche Helfer, bezahlte Hilfskräfte und neue Berufsgruppen ein. – SGB XI kennt aber nur ambulante *oder* stationäre Einrichtungen.
- Vernetzung mit dem regionalen Medizinischen und sozialen Versorgungssystem, insbesondere Gerontopsychiatrie und Geriatrie.

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

Zur Attraktivität, Entstigmatisierung und Normalisierung trägt außerdem bei, wenn die gebündelten Dienstleistungen für die Zielgruppe der alten Menschen unter einem Dach/in Nachbarschaft mit Dienstleistungen für andere Zielgruppen angesiedelt werden.

Diese Organisation und Finanzierung der Hilfen ist bedarfsgemäßer und insgesamt kostengünstiger (effizienter) als die bisher segregierten ambulanten und stationären Einrichtungen.

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

Eine wichtige Rolle kommt dem *Wächteramt einer kritischen Bürgerschaft* zu, gelebt in verschiedenen gesellschaftlichen Organisationen – von Angehörigenverbänden über Kirchengemeinden bis zu Nicht-Regierungsorganisationen (NGO). Dienstleistungsbetriebe sind auch aus ökonomischen Gründen auf ihren guten Ruf in der Öffentlichkeit und insbesondere bei ihren »Kunden« bedacht: »Die Marke als Versprechen«. – Für Dienstleister der Altenhilfe muss der gute Ruf bei gut informierten Nutzern eine entscheidende Grundlage für den wirtschaftlichen Erfolg sein.

Aber Achtung – Gefahr des Missbrauchs: Die Patienten-Orientierung pervertiert, wenn sie primär betriebswirtschaftlich als »Wertschöpfungskette« und zur »Kundenbindung« im institutionellen Eigeninteresse missbraucht wird.

Die aktuelle Versorgungsproblematik – Fragmentierung der Verantwortung

Wenn komplexe Hilfeleistungen notwendig werden, dann sind sie in der Regel – Ausnahmen siehe die guten Praxisbeispiele – nur stationär erreichbar, während Hilfesuchende im ambulanten Bereich sich einem Labyrinth von zahlreichen unterschiedlichen Diensten konfrontiert sehen: Nach Maßnahmen spezialisierte Einrichtungen und Träger. Die ambulant erreichbaren Hilfen sind unzureichend,

- weil wichtige Komponenten fehlen
- weil die separaten Hilfen nicht auf den individuellen Bedarf hin abgestimmt und koordiniert sind.

Die vorhandenen Rahmenbedingungen verbinden mit der Versorgung in Heimen Vorteile gegenüber ambulanten Hilfen z. B. in der Bewertung der Pflegestufen (siehe 3.4 in Teil 2). Die Versorgung im Heim ist in der Regel die kostenintensivste Hilfsmöglichkeit.

Die Förderung und Weiterentwicklung von individuellen Hilfeangeboten für Menschen, die in ihrer eigenen Wohnung leben, stellt eine gute Chance dar, den Betroffenen und ihren Angehörigen ein selbstbestimmtes Leben im gewohnten sozialen Umfeld zu ermöglichen und die zu erwartende Entwicklung auch unter Kostenaspekten besser in den Griff zu bekommen.

Damit ist die patientenbezogene Organisation der Versorgungsprozesse im Interesse der Patienten und sie ist außerdem eine ökonomische Notwendigkeit.

Aber die konstruktiven ökonomischen Anreize für personenorientiertes Handeln fehlen im bisherigen Finanzierungssystem.

Denn diese Perspektive kommt bei Leistungsträgern noch kaum in den Blick, solange sie sich nach Maßnahmearten organisieren. Für die Wirkung von verschiedenen Maßnahmen (im Querschnitt und im Längsschnitt) und deren Kosten – *effizienzbezogen auf Personen* – sind die Kostenträger bisher blind, denn dafür gibt es keine organisierte Verantwortung, keine Daten und keine Forschung.

Nur die *Berufsgenossenschaften* blicken auf eine lange und erfolgreiche Praxis in der Arbeitswelt zurück: einer patientenbezogenen Verantwortung unterstehen Behandlung, Rehabilitation und Pflege, sodass die Behandlung, die Bedarf an Rehabilitation und Pflege mindert, sowie die Rehabilitation, die Behandlungsbedarf und Pflege mindert, und sogar die Prävention von berufsbedingten Krankheiten (z. B. Asbest) und Unfällen auch ökonomisch sinnvoll sind, *statt in jedem Maßnahmebereich zu sparen, koste es was es wolle anders wo*.

Abbildung 2 zeigt die maßnahmebezogene Differenzierung von Verantwortung auf den Ebenen (horizontal) von den Tätigkeitsfeldern der Therapeuten bis zur hohen Politik. Auf jeder Ebene gibt es sehr differenzierte Zuständigkeiten nach Maßnahmen. Aber die maßnahmeübergreifende Zuständigkeit für Personen (vertikal) fehlt oder ist nur in Ansätzen erkennbar. In unserem

Abb. 2: Fragmentierung

Die Spiegelstriche geben nur Beispiele wieder, um das Prinzip zu verdeutlichen. Die Beispiele bezeichnen Bereiche, die noch weiter maßnahmebezogen differenziert sind.

Hellgrau unterlegt: maßnahmebezogene Differenzierung von Verantwortung auf den Ebenen von den Tätigkeitsfeldern der Therapeuten bis zur hohen Politik (horizontal).

Dunkelgrau unterlegt: maßnahmeübergreifende Zuständigkeit für Personen (vertikal).

Leistung/Maßnahme für			
	Person 1	Person 2	Person 3
Ausschüsse des Bundestages/Ministerien			
- Gesundheit			
- Arbeit und Soziales			
- Familien, Senioren, Jugend und Frauen			
Bundesministerium für Gesundheit (Abteilungen, Referate für:)			
- stationäre Behandlung			
- ambulante Behandlung			
- Pflege			
Sozialgesetze			
- SGB V Gesetzliche Krankenversicherung			
- SGB XII Sozialhilfe			
- SGB XI Pflege			

Abb. 2.1: Fragmentierung nach Leistungen/Maßnahmen durch Politik und Gesetz

Leistung/Maßnahme für			
	Person 1	Person 2	Person 3
Leistungsträger			
- Krankenkassen			
- Pflegekassen			
- Sozialhilfeträger			
- Rentenversicherung			
Einrichtungen und Dienste			
- Krankenhäuser			
- Pflegestationen			
- Betreutes Wohnen			
Berufsgruppen			
- Ärzte			
- Krankenpflege			
- Sozialarbeit			

Abb. 2.2: Fragmentierung nach Maßnahmen durch Leistungsträger, Leistungserbringer und Berufsgruppen

gegliederten System gibt es fast nur Zuständigkeiten nach Leistungsträgern und Institutionstypen, die ihre Hilfeangebote und ihr betriebswirtschaftliches Interesse von daher ableiten – *sofern die professionelle Haltung nicht entgegen den betriebswirtschaftlichen Anreizen zum Handeln vom Patienten her führt*, vgl. Hinweis auf Praxisbeispiele oben. Ambulante Hilfen zum Weiterleben in der eigenen Häuslichkeit oder ähnlichen Wohnformen bieten nur separate Dienste. *Für die Integration der separaten Leistungen und ihre Ausrichtung auf die individuelle Bedarfslage des einzelnen Menschen gibt es keine professionelle Zuständigkeit und keine Finanzierung.* Das kann jetzt besser werden mit den Pflegestützpunkten und der Pflegeberatung. Komplexe Hilfen – »aus einer Hand« – sind bisher allenfalls in Institutionen – Heim oder Krankenhaus – möglich. Diese werden allein schon deshalb in Anspruch genommen, weil die Auswahl und Organisation von bis zu acht separaten und nicht koordinierten ambulanten Diensten die erkrankte Person und ihre Angehörigen in der Regel überfordert.

Zurzeit findet zielgerichtete ökonomische Steuerung nicht statt. Leistung folgt dem Geld, aber folgt das Geld der richtigen Leistung?

Verantwortung ist institutionalisiert für Maßnahmebereiche, entsprechend:

- sparen Leistungsträger maßnahmebezogen
- expandieren Leistungserbringer maßnahmebezogen.

Das Versorgungssystem wird angetrieben von den nach Maßnahmen strukturierten Partikularinteressen der konkurrierenden Leistungsträger und Leistungserbringer. Wir sind mit zum Teil chaotischen Entwicklungen konfrontiert wegen der Egoismen unterschiedlicher Akteure, die ihr Handeln überwiegend an ihren betriebswirtschaftlichen Partikularinteressen orientieren, die sich nach Maßnahmen ausrichten. – Und personenorientiertes professionelles Handeln muss dagegen anarbeiten. Patientenorientierte Normen und Ziele in Gesetzen (siehe z. B. SGB XI, Allgemeine Vorschriften, §§ 1 f.) wirken nicht, wenn die starke betriebswirtschaftliche Steuerung des Handelns auf allen Ebenen im System der sozialen Sicherung auf Verantwortungsbereiche nach der Maßnahmelogik gerichtet bleibt.

Nutzerorientierung muss betriebswirtschaftlich lohnend werden!

Wenn betriebswirtschaftlich orientiertes Handeln zu nicht gewollten Ergebnissen führt, so ist der Vorwurf nicht an die zu richten, die sich an den vorgegebenen Rahmenbedingungen orientieren.

Notwendig ist, Verantwortung für Personengruppen zu schaffen.

Die Verantwortung für Personen/Personengruppen integriert die Maßnahmen-Verantwortung, auch leistungsträgerübergreifend (Matrixstruktur). Controlling muss auch personen- und nicht nur maßnahmebezogen ansetzen.

Institutionalisiert werden muss die Verantwortung für die *gleichzeitig und nacheinander* in Anspruch genommenen Maßnahmen durch die Person/die Personengruppen in Bezug auf

- die *Wirkung*
- die *Kosten*
- die *Effizienz* = Kosten/Nutzen Verhältnis für die einzelne Person/die Personengruppe

Bei den *Berufsgenossenschaften* ist die Zuständigkeit für Behandlung, Rehabilitation, Pflege und sogar für Prävention in einer Hand!

Beispiele zum Matrix-Konzept

- *Person:*
 - Stärkung der Nutzer durch Assessment/Case-Management (integrierte, kontinuierliche Hilfeplanung)
 - »Pflegeberatung« § 7 a SGB XI
- *Wohngebiet/Quartier:*
 - »Pflegestützpunkt« § 92 c (XI)
 - leistungsträgerübergreifende Beratung
 - Hilfs- /Unterstützungsangebote koordinieren und vernetzen: Hilfemix
- *Einrichtungskonzept:*
 - Altenhilfe-Zentrum/-Netzwerk *im Wohngebiet*
 - ambulante und stationäre Pflege aus einer Hand,
 - vernetzt mit Ehrenamt-/Bürgerhilfe
 - Kooperation mit Haus- und Fachärzten, somatischen Kliniken/Geriatrie & Gerontopsychiatrie
- *Stadt/Kreis/Region:*
 - Gemeinsame Zielplanung Kommune/Sozialhilfe, Pflege- und Krankenkasse,
 - Gemeinsame Verantwortung für die Verfügbarkeit des Hilfemixes in den Wohngebieten
- *Gesetzgebung:*
 - Gesetzliche Änderungen in einem Zuständigkeitsbereich haben die Folgewirkungen in anderen Bereichen zu berücksichtigen.
 - Im Leistungs- und Leistungserbringerrecht die Grundidee der »Integrierten Versorgung« regelhaft einzuführen: Verantwortung für Personen/Personengruppen *integriert* die Maßnahmenverantwortung, auch leistungsträgerübergreifend.

Steuerung als politische Herausforderung

Wettbewerbs- und Berufsfreiheit haben die Angebotsplanung durch die Kommunen und Länder abgelöst.

Die Politik hat entschieden, dass 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 Betroffenen zu einem gerechten Ausgleich bringt.

Aber dann darf sie das Versorgungssystem nicht den Partikularinteressen von konkurrierenden Leistungsträgern und Leistungserbringern überlassen.

Die Politik – von der Bundespolitik bis zur kommunalen Ebene – muss die konkreten Versorgungsziele entscheiden und die Rahmenbedingungen inkl. Finanzierung so gestalten, dass die unterschiedlichen Akteure die politisch gesetzten Ziele verfolgen, auch wenn sie sich an diesen Rahmenbedingungen und den ökonomischen Anreizen orientieren. (Siehe die Sensibilität der Deutsche Bank Research für die Rahmenbedingungen ökonomisch motivierter Entscheidungen: www.dbresearch.de > enter search term: Immobilien > Dokument Type: Document > Date 04.10.2005 und 30.03.2009)

Deutsche Bank Research (30.03.2009) fasst ihre Analyse zur Pflegeversicherung zusammen: »Eine Reform der Pflegeversicherung ist daher dringend geboten. ... Institutionelle und gesellschaftliche Veränderungen könnten allerdings dazu beitragen, dass die Kostensteigerungen gedämpfter ausfallen und die Qualität der Pflege aufrechterhalten werden kann. Hier wären ein Wandel in der Struktur von Pflegeheimen, ein flexiblerer Pflegemix, eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, die Einführung eines Pflegebudgets und ein verstärktes bürgerschaftliches Engagement in der Pflege, quasi als dritte Säule neben Staat und Markt, zu nennen.«

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 ...

Und wer steuert die Politik? Politiker können Ziele, die sie persönlich für richtig halten, nur dann 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.

Die Person in ihrem Lebensfeld: Koordination und Integration der Hilfen

Ulrich Krüger

Ich werde ausgehen von einer einzelfallbezogenen Situationsbeschreibung, Ziele von Hilfeleistungen benennen und untersuchen, welche Probleme bei psychischer Beeinträchtigung dieser Zielerreichung entgegenstehen und dann dazu übergehen, was sinnvolle Vorgehensweisen im Einzelfall sein können, um das zu erreichen, was Herr Kunze auf der strukturellen Ebene schon beschrieben hat: eine Wiederholung, diesmal nicht mit dem Blick auf Hilfestrukturen sondern orientiert am Einzelfall.

Ein Fallbeispiel: Frau H./Ausgangssituation

Zur Situationsbeschreibung

Frau H., 69 Jahre alt, lebt mit ihrem drei Jahre älteren Mann im eigenen Einfamilienhaus in einer ländlichen Kleinstadt im Rheinland. Ihre beiden Söhne, 43 und 47 Jahre alt, leben in unterschiedlichen Großstädten in ca. 200 km Entfernung und kommen etwa einmal im Monat zu Besuch. Frau H. war bis zum Auszug ihrer Kinder Hausfrau, danach hat sie eine Zeit lang engagiert als geringfügig Beschäftigte im Büro der örtlichen Pfarrgemeinde gearbeitet und sich in verschiedener Weise ehrenamtlich betätigt, z. B. in der Hausaufgabenhilfe. In dieser Gemeinde hat sie auch langjährig im Chor gesungen. Herr H. hat bis zu seinem 63. Lebensjahr als Ingenieur im Braunkohlentagebau gearbeitet. Nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben hat er sich mit wachsendem Zeitaufwand der Taubenzucht gewidmet. In zahlreichen Turnieren hat er mit seinen Brieftauben Preise gewonnen.

Mit Beendigung ihrer Berufstätigkeit im Jahr 2000 begann Frau H. sich zunehmend zurückzuziehen. Sie litt unter temporären Sehstörungen, Übergewicht und Gelenkschmerzen, weswegen sie alle außerhäusigen Aktivitäten weitgehend einstellte. Wegen zunehmender Schlaflosigkeit und ständiger Müdigkeit suchte sie einen Arzt auf. Es wurde ein Diabetes festgestellt. Durch dessen Behandlung besserte sich das körperliche Befinden, die diätetischen Regeln wurden allerdings nicht konsequent eingehalten. Das Aktivitätsniveau blieb niedrig. Eine Diagnostik und Behandlung der Gelenkbeschwerden lehnte Frau H. ab, das lohne sich nicht mehr. Frau H., die früher sehr gerne gekocht hat, beschränkte

sich jetzt weitgehend darauf, belieferte Tiefkühlkost zu erwärmen. Dabei vergaß sie mehrmals, die Herdplatte rechtzeitig auszustellen. Daran entzündeten sich Konflikte mit dem Ehepartner.

Im November 2008 entdeckte Frau H., dass ein Eintopfgericht, das sie aufgesetzt hatte, nunmehr vollständig verkocht war. Aus dem Topf drang Rauch. Um den Topf zu retten, aber auch um das Missgeschick zu verdecken, griff sie nach dem Topf. Dessen Handgriffe waren allerdings so heiß, dass sie plötzlich zurückwich, dabei über einen Küchenstuhl stolperte, auf den Küchentisch fiel, diesen umriss, zu Boden stürzte und dabei eine Glasschüssel mitzog. Dabei zog sie sich diverse Prellungen, Schnittwunden, einen Schock und fragliche Kopfverletzungen zu. Das führte zu einer Krankenhauseinweisung. Im Krankenhaus lehnte Frau H. jede Behandlung ab, sah es als Missverständnis an, dass sie dort war. Sie geisterte auch nachts durch die Gänge und wollte nach Hause. Sie konnte allerdings weder ihre Adresse angeben noch ihr Zimmer finden. Nachdem sich der Zustand binnen zwei Wochen nicht änderte, wurde eine gesetzliche Betreuung angeregt und eine Heimeinweisung empfohlen.

Was ist da passiert?

Häufige Fehler

Stichworte:

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

Ich möchte mich jetzt zunächst von der Beispielsituation lösen und thematisch generalisieren. Ich komme später auf Frau H. noch einmal zurück.

Ganz offensichtlich sind hier Hinweise auf eine psychische Erkrankung sehr lange Zeit nicht zur Kenntnis genommen worden. Damit sind viele Chancen vertan worden. Es hat sich eine Situation zugespitzt, eine Familiendynamik entwickelt, die unter Umständen zusätzlich krankheitsverstärkend gewirkt hat.

Aber selbst als die psychische Erkrankung offensichtlich wurde, war der erste Gedanke nicht, eine psychiatrische Behandlung einzuleiten. Vielmehr sollte ohne vorherige qualifizierte Behandlung die häusliche Situation oder die Lebenssituation auf die deutlich gewordenen Einschränkungen umgestellt werden, konkret: Sie sollte in ein Heim gehen. Eine solche Situation kommt häufig vor: Der Hilfe-

bedarf wird erst zu einem Zeitpunkt erkannt, zu dem er schon so erheblich ist, dass die üblichen ambulanten Hilfen kaum noch ausreichen.

Bei der Situationsdiagnostik wird oft nicht berücksichtigt, dass psychische Beeinträchtigungen stark vom Kontext abhängen. Manche Symptome können in vertrauter Umgebung stark zurückgehen (auch das Umgekehrte kommt vor), während sie sich in einem fremden (oder unerwünschten, oder als bedrohlich erlebten) Kontext manifestieren.

Ziele mit besonderer Bedeutung bei psychischer Erkrankung

Stichworte:

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

Wenn wir analysieren, welche Zielsetzungen in ähnlichen Situationen vordringlich sind, kann man als Erstes die Verlässlichkeit und Kontinuität der Hilfen nennen. Wenn man einen Menschen aufgrund seines ständigen oder unplanbaren Hilfebedarfs nicht oder zumindest nicht über längere Zeit alleine lassen kann, greifen unsere gewöhnlichen professionellen ambulanten Hilfsmöglichkeiten nicht mehr. Ein Thema ist zum Beispiel die nächtliche Präsenz von Hilfspersonen. Viele Angehörige können das auf die Dauer nicht leisten. Eine professionelle Nachtwache ist durch das Pflegegeld nicht zu finanzieren, zumindest nicht legal durch ein ordentliches Beschäftigungsverhältnis. Ein Ort, an dem eine Rund-um-die-Uhr-Präsenz gewährleistet ist, ist dagegen das Pflegeheim und dieses ist dementsprechend auch häufig eine naheliegende Idee, nicht, weil der hilfebedürftige Mensch die Gemeinschaft sucht, sondern weil dort Hilfen angeboten werden, die ambulant in dieser Form nicht zur Verfügung stehen. In diesen Fällen entspricht das Heim nicht dem primären Wunsch des pflegebedürftigen Menschen, es wird nur in Kauf genommen, um das Ziel der kontinuierlichen Helferpräsenz bei ausreichender Finanzierung durch die Pflegekassen zu erreichen.

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

sondern in einer Notsituation stationäre Hilfen gewählt werden, weil ambulante Alternativen fehlen.

Damit tritt ein anderes Ziel in den Blickpunkt, nämlich das der Selbstbestimmung. Selbstbestimmung ist in Gruppen generell eingeschränkt, in institutionellen Zusammenhängen noch einmal besonders. Dort ist sehr viel mehr ›geregelt‹. Aus diesem Grund scheuen viele Menschen davor zurück, in eine Gemeinschaft zu ziehen. Dass auch in stationären Einrichtungen Selbstbestimmung ein Ziel ist und dass man auch dort auf individuelle Wünsche schaut, ist unbestritten. Wenn sich unsere beispielgebende Frau H. zum Beispiel Bratkartoffeln mit Senf wünschen würde, dann würde sie wahrscheinlich in allen Einrichtungen diesen Wunsch erfüllt bekommen, mit ein bisschen Engagement vielleicht auch nachts um 1 Uhr. Aber sie will nun mal keine Bratkartoffeln mit Senf, sondern sie möchte nach Hause. Dieser wesentliche und zentrale Wunsch von vielen Menschen wird häufig ignoriert. Dann hilft es nur noch bedingt, ihnen am unerwünschten Ort individuelle Sonderwünsche zu erfüllen. – Das noch mal als kleine Erläuterung dessen, was wir unter personenzentriert verstehen. Denn viele Professionelle in stationären Einrichtungen bemühen sich sehr um den Einzelfall. Aber mit dem Begriff ›personenzentriert‹ geht es vor allem darum, die generellen, vor allem die auf die Lebenswelt bezogenen Wünsche zu respektieren und dafür Lösungen zu finden.

Das führt zu den nächsten Zielen: Der Selbstständigkeit und der Möglichkeit eigene Fähigkeiten einzusetzen. Für das Wohlbefinden und den Selbstwert vieler Menschen ist es existenziell, eigene Fähigkeiten zu erkennen und diese für sich und andere Menschen einsetzen zu können. Man darf nicht nur darauf schauen, dass psychisch kranke alte Menschen ›gut versorgt‹ sind. Man muss ihnen helfen, sich selbst versorgen zu können – fördern statt versorgen, auch wenn Fördern zeitaufwendiger ist als kompensatorische Hilfen. Es geht auch darum, eigene Interessen zu erkennen und ggf. zu wecken, die mit den Fähigkeiten im Einklang stehen.

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

Besondere Probleme bei psychischer Erkrankung

Stichworte:

- Unruhe, Angst, Depression, Zwangshandlungen, Desorientiertheit usw.
- Mangelnde Fähigkeit zu Einsicht, Urteil, Planung, Selbsteinschätzung
- Unzureichende oder falsche Ernährung, vor allem Flüssigkeitszufuhr
- Unfälle
- Sozialer Rückzug
- Verwahrlosung
- Verweigerung von Hilfe, Vorwürfe
- Selbst- und Fremdgefährdung

Viele der im vorigen Abschnitt genannten Ziele lassen sich am aussichtsreichsten in der eigenen vertrauten Häuslichkeit verfolgen. Wir müssen aber auch zur Kenntnis nehmen, dass damit einige Probleme verbunden sind. Wir haben zunächst einmal die jeweils krankheitsspezifischen Ausdrucksformen der psychischen Erkrankung, die sich stark auf die Beziehungen auswirken. Ob es um Ängste, Zwänge, Depressionen oder andere Folgen oder Ausdrucksweisen psychischer Erkrankung geht, immer können wir sagen: Das wirkt sich erschwerend aus auf viele Beziehungen, nicht zuletzt auch auf die helfenden Beziehungen. Es wird oft nicht möglich sein, eine Leistung einfach so zu erbringen, wie bei einem Menschen, der von diesen Beschwerden frei ist.

Nehmen wir als Beispiel die Ernährung.

Wenn ein Mensch nicht in der Lage ist, selbstständig einzukaufen und zu kochen, kann ihm geholfen werden. Man stellt zum Beispiel das Getränk griffbereit hin. Das reicht oft bei einem Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen nicht aus. Er vergisst das Trinken, lehnt es ab oder kann sich zu keiner Entscheidung durchringen. Mangelernährung und vor allem unzureichende Flüssigkeitszufuhr können zu einer Verstärkung der psychischen Beeinträchtigungen führen: Desorientiertheit, Depressionen, Antriebsschwäche usw.

Ein gefürchtetes Risiko sind Unfälle. Im Fallbeispiel war es der Sturz, aber auch die Brandgefahren. Die Gefährdung von den Personen, manchmal aber auch allein das Gefühl der Bedrohung im Umfeld lässt oft Zweifel entstehen, ob ein Weiterleben in der eigenen Wohnung zu verantworten ist.

Sozialer Rückzug, Verwahrlosung, sind weitere Aspekte. Ich möchte hier vor allem eingehen auf den Aspekt der Verweigerung von Hilfen. Bei vielen Leistungen, die an sich zeitlich gut eingeübt und auch realisierbar sind, haben wir bei Menschen mit psychischer Beeinträchtigung das Problem, dass man erst einmal die Bereitschaft herstellen muss. Manchmal muss man erst geduldig motivieren, manchmal muss man sich erst einmal ein Bild von der Situation schaffen. Da sagt zum Beispiel eine pflegebedürftige Person: »Ich habe heute schon gegessen, das Essen ist von meiner Tochter gebracht worden«, es stimmt aber vielleicht

gar nicht. Stattdessen stapeln sich seit einigen Tagen die Mahlzeiten, die geliefert worden sind, verdorben im Kühlschrank, während die psychisch beeinträchtigte Mensch gefastet hat.

All dies sind bekannte Beispiel auf Besonderheiten bei psychischer Erkrankung.

Besondere Anforderungen im Umgang mit psychisch kranken alten Menschen

Stichworte:

- Selbstwert steigern – Respekt zollen
- Ermutigen statt kritisieren
- Ermunterung und Anleitung zu eigener Aktivität statt kompensatorischer Hilfe
- Ruhig bleiben auch bei Vorwürfen und unangemessenen Anforderungen
- Wünsche erkennen (oft: erschließen)
- Personelle Kontinuität
- Ggf. Entscheidungen *für* den kranken Menschen treffen
- Gefahren einschätzen und abwehren

Daraus erwachsen besondere Anforderungen an den Umgang mit psychisch kranke alte Menschen, die auch bei allen Hilfeleistungen zu berücksichtigen sind. Natürlich gibt es hier viele Besonderheiten, die man nicht alle erwähnen kann. Man muss auf den Einzelfall schauen. Aber es gibt doch Aspekte, die relativ häufig Bedeutung haben.

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

Der nächste Aspekt ist der der personellen Kontinuität. Ich habe eben schon angemerkt, dass oft erst eine (Arbeits-)Beziehung aufgebaut werden muss, damit Hilfeleistung zugelassen wird. Die dann erreichte Zustimmung ist jedoch personenbezogen und nicht generell! Wenn Vertrauen zu einer bestimmten Person entstanden ist, heißt das nicht, dass jede andere helfende Person auch willkom-

men ist. Die Versorgungsrealität steht dem entgegen: Personelle Kontinuität ist in fast keinem Hilfebereich üblich, selbst innerhalb einzelner Leistungsbereiche gibt es sehr häufig personelle Wechsel, erst recht, wenn es um unterschiedliche Leistungen geht.

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

Damit sind wir bei einem nächsten Aspekt: Inwieweit gelingt es den hilfebedürftigen Menschen, eigene Bedarfe, auch eigene Wünsche zu formulieren? Das ist nicht immer der Fall, bei (fortgeschrittener) Demenz eindeutig nicht, ab einer bestimmten Phase, aber auch bei vielen anderen Erkrankungen nicht. Das heißt nicht, dass eigene Wünsche nicht mehr bestehen. Es ist also eine zusätzliche Aufgabe, die unter Umständen sehr aufwendig sein kann, diese Wünsche erst einmal herauszufinden, z. B. durch Beobachtung, wie die Reaktionen sind auf die ein oder andere Vorgehensweise. Manchmal werden wechselnde oder widersprüchliche Wünsche geäußert. Das erschwert es, geäußerte Wünsche ernst zu nehmen. Nach Möglichkeit sollten aber auch die Wünsche respektiert werden, die einem aus eigener Sicht nicht als sinnvoll erscheinen – sofern sie nicht zu Gefährdungen führen. Bei all diesen Besonderheiten, bei all diesen Aufgaben, möchte ich erwähnen, dass das, was ich hier fordere, Zeit kostet. Das ist in den üblichen verrichtungsbezogenen Hilfeleistungen so nicht vorgesehen, d. h., dafür müssen wir neue Möglichkeiten schaffen.

Anforderungen an Hilfen für psychisch kranke alte Menschen

Stichworte:

- Psychische Krankheit kennen und erkennen
- Hilfe zugehend leisten

- Personelle Kontinuität sichern – Hilfe auf einer Hand
- Genügend Zeit einsetzen
- Gesamtverantwortung übernehmen oder sicherstellen
- Angehörige unterstützen und ermutigen
- Sonstige Helfer anleiten
- Alle Hilfeleistungen koordinieren
- Technische Hilfen einsetzen
- Mit dem sozialen Umfeld arbeiten (Nachbarschaft, Geschäfte, Polizei)

Das war schon der Übergang zu dem Thema: Was ist erforderlich?

Zunächst einmal: die psychische Krankheit kennen. Daran hapert es. Psychische Erkrankungen sind noch nicht bekannt genug, vor allem die psychischen Erkrankungen im Alter. Manche Krankheitserscheinungen werden als Alterserscheinungen verharmlost. Allerdings habe ich den Eindruck, dass in letzter Zeit öffentliche Aufklärung verstärkt betrieben wird. Betroffene, Angehörige, Nachbarn, Ärzte, Pfleger usw. sollten Anzeichen auf psychische Erkrankungen möglichst früh erkennen, damit alle Chancen der Behandlung genutzt werden können.

Wenn ich die Krankheit grundsätzlich kenne, heißt das noch nicht automatisch, dass ich sie auch bei meiner Angehörigen oder bei meiner Nachbarin erkenne. Demenzen, Depressionen und andere psychische Erkrankungen entstehen oft sehr langsam und prozesshaft. Daher kann eine Gewöhnung an krankheitsbedingte Veränderungen entstehen. Ich muss also die Krankheit kennen und im Einzelfall erkennen.

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

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

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

Fortsetzung des Fallbeispiels

Noch kurz einen Rückblick auf Frau H.: Frau H. ist nach einer Beratung in einem gerontopsychiatrischen Zentrum doch noch einmal nach Hause gegangen, um zu prüfen, ob sich dort die Situationen stabilisiert. Das ist tatsächlich eingetreten. Frau H. war sehr viel orientierter, auch wieder aktiver, allerdings keineswegs in einem Ausmaß wie vorher. Es hat also durch den Krankheitsverlauf, vielleicht auch durch den Vorfall eine Verschlechterung gegeben. Es wurde eine Demenz und eine Depression diagnostiziert. Es blieb offen, ob die Depression im Zusammenhang mit der Demenz steht oder bereits vorher bestand. Beide Krankheiten werden medikamentös behandelt. Es wurde Pflegestufe I anerkannt und eine wesentliche Einschränkung der Fähigkeit zur Alltagsbewältigung. Das dafür ausgezahlte Geld reichte aus, täglich eine Haushaltshilfe zu beschäftigen, die in der Häuslichkeit unterstützend wirkt. Die nächtliche Bereitschaft übernimmt der Ehemann, am Wochenende kommen die Söhne, um dem Vater zu ermöglichen, seinem alten Hobby wieder nachzugehen. Insofern ist eine relativ stabile Situation eingetreten.

Was fehlt, sind rehabilitative Hilfen. Es gibt noch keine Ergotherapie, die Frau H. wieder anleitet, die Aufgaben zu erledigen, die sie früher gut verrichten konnte. Es gibt keine Physiotherapie, die Bewegungsübungen anleitet und mobilisiert. Es gibt keine Psychotherapie, die Hilfestellung leistet, mit der neuen Situation umzugehen, und es gibt vor allem keine Koordination der Leistungen. Das wird im Moment in Form einer ziemlichen Überforderung vom Ehemann übernommen.

Insofern zeichnen sich die Aufgaben, die vor uns stehen, deutlich ab: Es gilt, koordinierte *Gesamthilfe*programme für psychisch kranke alte Menschen zu schaffen, die an allen erforderlichen Orten, vor allem auch in der eigenen Wohnung der hilfebedürftigen Menschen durchgeführt werden können.

Verständnis als Voraussetzung von Handeln – Die aktuelle Versorgungssituation der Demenzkranken in Deutschland

Hans Gutzmann

Der demografische Wandel und das Demenzproblem

Die Weltgesundheitsorganisation und die Weltpsychiatrievereinigung (WHO 1997) haben gemeinsam die Forderung erhoben, die psychische Gesundheit älterer Menschen zu einem öffentlichen Thema zu machen, um ein größeres Verständnis und mehr Akzeptanz für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erzielen. Als wesentliche Etappe einer Strategie zur Verminderung von Stigma und Diskriminierung wird dort die Notwendigkeit betont, ein unterstützendes Umfeld für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen zu schaffen und sicherzustellen, dass adäquate Versorgungsangebote im Gesundheits- und Sozialbereich für die Betroffenen und ihre Angehörigen verfügbar sind. In besonderem Maße gilt dies für die Demenzerkrankungen. Der Grund, weshalb sie für die Gesellschaft zum Thema geworden sind, liegt in erster Linie in den Erfolgen der modernen Medizin: Immer mehr Menschen wollen immer älter werden und werden dank ärztlicher Kunst auch immer älter. Die durchschnittliche Lebenserwartung von im Jahre 2005 Geborenen liegt für Mädchen bei 81,3 und für Jungen bei 75,6 Jahren. Eine heute 60-jährige Frau wird im Durchschnitt noch 23,8 Jahre, ein gleichaltriger Mann noch 19,7 Jahre leben. 2005 lebten in Deutschland 3,7 Millionen 80-Jährige und Ältere. 2020 werden es fast 6 Millionen sein, 2050 bereits 10 Millionen! Der Preis für diese Entwicklung ist aber ein erhöhtes Demenzrisiko. Dieses Risiko trifft die Geschlechter unterschiedlich. Frauen im Alter vom 65 Jahren haben heute ein Risiko von 34,5 %, in ihrer restlichen Lebenszeit eine Demenz zu entwickeln, Männer von 16 %. Das höhere Demenzrisiko ist wesentlich der unterschiedlichen Lebenserwartung geschuldet! Aktuell ist, bei einer Schwankungsbreite zwischen 900 000 und 1,2 Millionen, in Deutschland mit etwa einer Million Demenzkranker im Alter von über 65 Jahren zu rechnen. Das sind zwischen 6,5 und 7,3 % der älteren Bevölkerung, dabei stehen die leichten, mittelschweren und schweren Erkrankungsstadien in einem Verhältnis von ca. 3:4:3 zueinander (WEYERER & BICKEL 2007). Die Erkrankungshäufigkeit steigt mit dem Alter steil an und verdoppelt sich im Abstand von jeweils etwa fünf Altersjahren. In Deutschland muss man von etwa 200 000 Neuerkrankungen pro Jahr ausgehen.

Wo findet Versorgung statt?

Ein Blick auf die Versorgungssituation macht die Dimension des Problems für unsere Versorgungssysteme deutlich. 2002 entfielen 5,6 Milliarden Euro der gesamten Gesundheitsausgaben der Kassen auf die Demenzen. Demenzerkrankungen treffen in aller Regel nicht nur die Patienten selbst, sie haben einschneidende Konsequenzen auch für ihre Familien. Infolge der Pflegebelastung erkrankt rund ein Drittel der pflegenden Angehörigen an Depressionen, Burnout-Syndromen und anderen belastungskorrelierten Störungen. Dies stellt einen zusätzlichen, wenn auch mittelbaren, Kostenfaktor dar, der selten in die Kostenrechnungen eingeht. In diesem Zusammenhang ist von besonderer Bedeutung, dass die Zahl der potenziell Pflegenden dramatisch abnimmt. Zwei Drittel der Demenzpatienten leben zu Hause oder in der Familie, allerdings wohnt nur ein Viertel bis zum Tod zu Hause. Die Zahl der allein lebenden Demenzpatienten ist – besonders in städtischen Ballungsräumen – hoch. In einer Studie der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) zur Frage der Demenzversorgung durch ambulante Pflegedienste zeigte sich, dass bei 20 % der Kunden eine ärztliche Demenzdiagnose vorlag. Weitere 10 % wurden durch die betreuenden Fachpflege als dement eingeschätzt, ohne dass dieser Verdacht ärztlich gesichert gewesen wäre (GRASS-KAPANKE et al. 2008). In Tagespflegereinrichtungen fanden sich bei 44,8 % der Gäste eine mittlere bis schwere Demenz (WEYERER et al. 2000).

Bis zu 80 % aller Demenzkranken treten im Verlauf der Demenz in ein Pflegeheim ein (BICKEL 2001). Ein Drittel der Demenzpatienten lebt aktuell im Heim, mehr als zwei Drittel der Pflegeheimbewohner leiden an einer Demenz. Dabei handelt es sich um eine Entwicklung, deren Dynamik selbst innerhalb kurzer Beobachtungsfristen deutlich wird: in sechs Jahren erhöhte sich die Prävalenz von Demenzerkrankungen in denselben Heimen von 55 auf 65 % (WEYERER et al. 2005).

Mindestens 50 000, unter Einbezug der Diagnose »Delir bei Demenz« knapp 70 000 Demenzkranke werden pro Jahr stationär in der Psychiatrie behandelt (persönliche Mitteilung Bickel in Abweichung der Angaben im zweiten Heft zum demografischen Wandel des Statistischen Bundesamts: DESTATIS 2008), wobei die jährliche Wiederaufnahmerate hoch ist: Demenzkranke hatten in einer Berliner Studie eine Wiederaufnahmerate von 6,9 %, ältere Patienten anderer Diagnosegruppen dagegen von nur von 0,39 % (WETTERLING et al. 2008). Bei Demenzkranken liegt also eine erhebliche »Drehtürgefahr« vor, was der Kompetenz und Belastbarkeit der komplementären Versorgungssysteme eine besondere Verantwortung zuordnet. Wie intensiv der ambulante Betreuungsbedarf ist, macht der Befund deutlich, dass nur 12 % der schwer, knapp 30 % der mittelschwer und etwa 60 % der leicht Demenzkranken ohne Schwierigkeiten mehrere Stunden alleine gelassen werden können (SCHÄUFELE et al. 2006).

Wer versorgt die Demenzkranken ärztlich?

Wie sieht es mit der ärztlichen Versorgung der Demenzkranken aus? Hausärzte sind völlig unbestritten die Primärversorger, nicht nur in Deutschland, sondern weltweit, nicht nur zu Hause, sondern auch im Heim. Das Problem ist allerdings, dass die Erkennungsraten von 12–33 % bei leichten und 34–73 % bei fortgeschrittenen Demenzerkrankungen (VAN DEN BUSSCHE et al. 2009) unbefriedigend sind. Das liegt an der sehr unterschiedlichen demenzspezifischen Expertise, wobei aktuelle Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung von Demenzen häufig nicht bekannt sind (MELCHINGER & MACHLEIDT 2005). Dies ist umso problematischer, als gut belegt ist, dass bei Anwendung von Einstufungshinweisen 79 % der leichten und 99 % der mittelschweren oder schweren Demenz erkannt werden können (COOPER et al. 1992). Mut macht die Beobachtung, dass die Mehrheit der Hausärzte das Erfordernis sieht, sich entsprechende Kompetenzen anzueignen (MELCHINGER & MACHLEIDT 2005). Wie sehen die Anlässe und Fragen aus, die Demenzkranke mit ihren Angehörigen zum Hausarzt führen, und was macht den Hausarzt seinerseits darauf aufmerksam, dass ein spezifisches Problem vorliegt? Im Wesentlichen stellt nicht die kognitive Einbuße selbst den primären Anlass zur Kontaktaufnahme dar, vielmehr sind folgende Konstellationen charakteristisch: Probleme, die im Zusammenhang mit akuten oder chronischen Komorbiditäten auftreten, Zeichen der Verwahrlosung, die bei Hausbesuchen auffallen, Schwierigkeiten bei der Änderung der Medikation, Demaskierung von Kompensationsinsuffizienzen bei Verlust des Partners oder Versorgers; schließlich ist auch die Dekompensation bei somatischen Akuterkrankungen im Vorfeld von Krankenhausaufnahmen ein Zeitpunkt, an dem Demenzerkrankte dem Arzt auffallen (nach: DE LEPELEIRE et al. 1998, VAN DEN BUSSCHE et al. 2009). Es sind also oft Notfälle und Krisen, die den Arztkontakt konstellieren, und nicht die Bedürfnisse des Alltags von Patient und Angehörigen.

Van den Bussche nennt als ein wesentliches Hindernis bei der korrekten Diagnosestellung das Problem der Tabuisierung der Erkrankung durch den Hausarzt (VAN DEN BUSSCHE et al. 2009). Sie erscheint etwa als Diagnosevermeidung wegen angeblicher Nutzlosigkeit einer Hilfe (»doch keine Therapie möglich«) und als Vermeidung der einschlägigen Terminologie (»Demenz«, »Alzheimer«). Aber auch in den Aufzeichnungen wird die Scheu einer Präzisierung deutlich, etwa als Minimierung des Problems (»normaler Alterungsprozess«) oder als vermeintliche Ursachenverlagerung (»Durchblutungsprobleme«). Selbst wenn das Problem korrekt identifiziert wurde, bestehen Widerstände bei der Aufklärung des Angehörigen, die oft auf die Vermeidung von prognostischen Szenarien und die Angst vor falsch positiven Diagnosen (»einige wenige erholen sich ja«) zurückzuführen sind. Ein Hausarzt versorgt im Durchschnitt fünfzehn demenzkranke Patienten in der Praxis und zehn in Pflegeheimen. In einer Untersuchung identifizierte van

den Bussche eine Gruppe von informierten und motivierten Hausärzten, die sich durch eine Reihe von Qualitätsmerkmalen von den anderen abhoben. Diese Hausärzte mit positiver Grundeinstellung sahen sich selbst als kompetenter an, versorgten mehr Demenzpatienten, sahen einen Nutzen in der Frühdiagnose der Demenz, praktizierten ein aktives case finding, setzten bei Demenzverdacht Tests ein, sorgten für regelmäßige Kontakten zu ihren Patienten, betonten die Bedeutung der Unterstützung der Angehörigen und empfahlen ihnen die Mitarbeit in Selbsthilfegruppen.

Eine Fachärztliche Versorgung von Demenzpatienten ist nicht die Regel. Sie machen nur etwa 3,5 % der Behandlungsanlässe in nervenärztlichen Praxen aus (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2007). Außerhalb der Metropolen ist ein nervenärztliches Angebot praktisch nicht vorhanden. Als weiteres Problem gilt, dass alte Patienten sich oft der Überweisung zum Nervenarzt widersetzen, was zu nicht geringen Teilen einem weit verbreiteten negativen Stereotyp zu schulden sein dürfte. Aus diesen Gründen wird nur etwa jeder vierte Demenzkranke (28 %) psychiatrisch/neurologisch untersucht und behandelt. Bei den über 90-Jährigen sind es nur etwa 10 % (WEYERER et al. 2006). Bemerkenswert erscheint, dass 83 % der Haus- und 78 % der Gebietsärzte in einer aktuellen Studie angaben, dass ihre wichtigste Aufgabe bei der Versorgung von Demenzkranken sei, »Patienten und Angehörigen in der Bewältigung des Alltags zu helfen«. In derselben Studie gaben 65 % der Ärzte an, Angehörigen von Demenzpatienten wiederholt anzubieten, »ihnen in der Organisation der Versorgung zu helfen«. Das Problem, das diese gute Absicht birgt, liegt nur darin, dass Hausärzte die unterstützenden Angebote kaum kennen, und die notwendigen Informationen oft nicht verfügbar haben (VAN DEN BUSSCHE et al. 2009). Für die pflegenden Angehörigen, die infolge der Pflegebelastung oft selbst erkranken, ist eine substanzielle Entlastung von nicht zu überschätzender Bedeutung als ein Weg, Pflegemotivation und -willen zu stärken. Dazu zählen neben »Urlaub von der Pflege« auch Möglichkeiten temporärer Entlastungen wie Tagespflegen, für die gut belegt ist, dass sie positiver Effekte auf Demenzkranke ebenso haben wie auf ihre Angehörigen (SCHACKE 2002). Sie werden aber wegen der oft damit verbundenen nicht unerheblichen finanziellen Belastungen zu wenig in Anspruch genommen.

Eine besondere Problematik stellt die ärztliche Versorgung im Heim dar, wobei die Dekompensation der Angehörigen häufigster Grund für eine Heimeinweisung darstellt (GRASS-KAPANKE et al. 2008). Auch dort sind die Hausärzte die Primärversorger. Weniger als 20 % der Bewohner suchen den Arzt in seiner Praxis auf (HALLAUER et al. 2005). Die überwiegende Mehrheit muss also im Heim besucht werden. Eigene Heimärzte sind selten (< 5 %), Mitversorgung durch Krankenhausärzte (Psychiatrische Institutsambulanzen) kaum häufiger (< 10 %) (HALLAUER et al. 2005). Eine Versorgung durch Psychiater findet bei 11,4 % (STELZNER 1999) bis 18,4 % (MOLTER-BOCK 2004) der Bewohner statt.

Die Visitedauer im Heim liegt in München bei Hausärzten im Schnitt bei 7,6 Minuten, bei Psychiatern und Neurologen bei 6,6 Minuten (MOLTER-BOCK 2004), in Mannheim dauern die Kontakte im Durchschnitt sogar weniger als 5 Minuten (WEYERER et al. 2000). Ein besonderes Problem ergibt sich bei der Betreuung verhaltensauffälliger Demenzkranker. Bei ihnen werden häufig Neuroleptika eingesetzt, die bei diesen Patienten ihren Verordnungsschwerpunkt haben und nicht etwa bei der Indikation Schizophrenie. So erhielten in Berliner Pflegeheimen die demenzkranken Bewohner in mehr als der Hälfte der Fälle Neuroleptika, auch Benzodiazepine wurden mehr als einem Drittel verordnet, Antidementiva und Antidepressiva wurden dagegen deutlich seltener eingesetzt (12 %) (MAJIC et al. 2009). Ruhe, so muss man daraus schließen, war das primäre Therapieziel, und nicht Aktivierung und Unterstützung zur Teilhabe.

Um welche therapeutischen und präventiven Optionen geht es?

Wenn eine Erkrankung nicht erkannt wird, kann auch keine gezielte Therapie eingeleitet werden. Dabei sind die therapeutischen Möglichkeiten vielfältig und die Chancen einer symptomatischen Linderung und insgesamt für eine deutliche Erhöhung der Lebensqualität für Patienten und Betreuende vielversprechend. Das Spektrum der aktuellen Therapieoptionen ist weit gespannt. Neben pharmakologischen Interventionen, die sich auf die Besserung von Leistung und Funktion ebenso richten können, wie auf die Behandlung nichtkognitiver Symptome wie Unruhe, Depressivität und Angst, stehen vielfältige nichtmedikamentöse Möglichkeiten zur Verfügung. Das individuelle Vorgehen kann sich dabei auf die Patienten unmittelbar richten, indem es auf die Stützung ihres Wohlbefindens trotz chronischer Krankheit zielt. Mittelbar zeigen sich nachhaltige Effekte für die Demenzkranken durch Stützung der Angehörigen, ihre Ermutigung und Stabilisierung. So kann eine Verhinderung frühzeitiger Heimunterbringung erreicht werden und damit eine erhebliche Entlastung der Solidargemeinschaft der Versicherten. Auch eine durch aufmerksame ärztliche Begleitung der Patienten erreichbare Minderung von Komplikationen und Zusatzerkrankungen, die die kognitive Leistungsfähigkeit ihrerseits drastisch verschlechtern können, ist ein wichtiger Teil der Therapie von Demenzerkrankungen. Im weitesten Sinne birgt auch Öffentlichkeitsarbeit mit dem Ziel der Enttabuisierung der Erkrankung therapeutische Effekte, zumindest durch eine auf diese Weise wahrscheinlicher werdende verstärkte Ressourcenallokation.

Hinsichtlich der Behandlung mit Antidementiva ist anzumerken, dass Hausärzte ebenso wie Nervenärzte Budgetrestriktionen als wichtigste Ursache für eine Nichtweiterführung einer etwa im Krankenhaus eingeleiteten Antidementivabehandlung angeben (GAUDIG 2008). Dies führt dazu, dass weniger als 20 % der

GKV-Versicherten indikationsgerecht Antidementiva erhalten (MELCHINGER 2007), PKV-Versicherte hingegen fast doppelt so häufig (HALLAUER & KURZ 2002). Gleichzeitig ist festzuhalten, dass der durch Vermeidung einer Heimunterbringung um nur einen Monat eingesparte Betrag rechnerisch ausreichen würde, um bei drei Patienten über sechs Monate einen Behandlungsversuch mit Antidementiva zu finanzieren (MELCHINGER 2007). Schließlich ist durch verschiedene Studien gesichert, dass in unserem Land die Regel zu gelten scheint, dass je älter Patienten sind, desto seltener Demenzerkrankungen diagnostiziert oder therapiert werden. Das aktuelle Hauptproblem bei der Therapie besteht also zum einen darin, dass nur maximal zwanzig Prozent der Patienten, für die eine Indikation zur Behandlung mit diesen Substanzen besteht, sie überhaupt erhalten. Zum anderen muss konstatiert werden, dass generell viel zu spät mit der Behandlung begonnen wird. Spät nicht nur im Sinne der Nichtbehandlung von klinisch noch nicht auffälligen Trägern der hirnpathologischen Veränderungen, spät leider auch im Sinne des Vorenthaltens einer therapeutischen Chance bei Patienten mit einem eindeutig diagnostizierbaren, wenn auch noch leichten, Demenzsyndrom. Bei der Diskussion unterschiedlicher Therapieansätze für Demenzkranke auf nichtmedikamentöse Strategien nicht einzugehen hieße, Interventionen zu übergehen, die nicht nur in allen Leitlinien empfohlen werden, sondern sich auch in der Pflege- und Betreuungspraxis bewährt haben (GUTZMANN 2009). Allerdings ist ihre Wirksamkeit in Studien oft nur bedingt abgesichert. Angesichts eines komplexen Krankheitsgeschehens, wie es Demenzerkrankungen darstellen, wundert es nicht, dass sich Therapieprogramme als besonders wirksam erwiesen haben, die eine medikamentöse Behandlung mit psychologisch fundierten Ansätzen für Patienten und betreuende Angehörige integrieren. Auch in absehbarer Zukunft dürfte sich an der Notwendigkeit, für jeden Patienten einen individuell abgestimmten Therapiemix zu realisieren, nichts ändern. Das Problem ist nur, dass dieser Forderung noch zu selten entsprochen wird.

Eine ebenso wichtige wie zu selten genutzte Chance liegt in Strategien der Prävention von Demenzerkrankungen. Eine gute Möglichkeit zur Primärprävention stellen nach aktuellen Befunden ein hohes Bildungsniveau und ein aktives Leben in mittleren Lebensabschnitten dar. Aber auch im Alter wirkt regelmäßige körperliche Aktivität und das Annehmen geistiger Herausforderungen noch demenzpräventiv, ebenso wie die gezielte Pflege sozialer Kontakte. Ärztlicherseits wirken eine gute Blutdruckkontrolle und Diabeteseinstellung und eine motivierende Diätberatung mit dem Ziel der Reduktion von Übergewicht in dieselbe Richtung. Zur Sekundärprävention zählen Früherkennung und Frühbehandlung, insbesondere schon von leichten kognitiven Einbußen. Genauso wichtig ist es in diesem Zusammenhang aber auch, sogenannte Verwirrheitszustände zu erkennen und zu behandeln, aus denen sich über eine Chronifizierung ein Demenzrisiko eigener Prägung entwickeln kann. Es geht also darum, frühe Anzeichen (z. B.

Gedächtnisstörungen) nicht zu negieren, sondern fachliche Hilfe zu suchen. Diese sollte dann angemessen und zügig diagnostisch und therapeutisch reagieren. Zur sekundären Prävention zählt auch die Aufklärung über mögliche weitere qualitative Veränderungen. Bei der Tertiärprävention muss dafür gesorgt werden, dass eine zusätzliche Störung (Depression, Wahn, Unruhe, Aggression etc.) ernst genommen und behandelt wird. Auch das frühzeitige Wahrnehmen und Behandeln einer körperlichen oder psychiatrischen Begleiterkrankung, die die Progredienz der Demenzerkrankung beschleunigen kann, zählt zum Aufgabenbereich. Schließlich müssen auch bei Demenzpatienten sensorische Defizite ausgeglichen (Hörgerät, Brille) und psychosoziale Interventionsspielräume (Tagesrhythmus, Orientierungshilfen, etc.) ausgeschöpft werden. Der systematische Einbezug der Angehörigen in diese Aktivitäten sollte als selbstverständlich gelten.

Schlussgedanken

Es ist deutlich geworden, dass es sich bei Demenzen nicht um seltene und somit aufs Ganze gesehen um vernachlässigbare Erkrankungen handelt. Im Gegenteil sind sie schon heute häufig und werden im Rahmen des demografischen Wandels nur umso häufiger. Beide, Gesundheitssystem und Gesellschaft, sind aber noch nicht hinreichend auf diese Entwicklung vorbereitet. Die Ehrlichkeit gebietet es, die aktuelle Allokation von Ressourcen im Gesundheitswesen daraufhin zu überprüfen, ob sie für diese ebenso absehbare wie unausweichliche Dynamik angemessen gerüstet sind. Besonders hilfreich wäre dabei die Finanzierung aus einem Topf, das heißt die Aufhebung der Interessengegensätze zwischen Kranken- und Pflegekassen, wodurch die notwendige Vernetzung zwischen den unterschiedlichen Leistungsbereichen erheblich gefördert werden könnte. Demenzerkrankungen können bei Einsatz bereits heute zur Verfügung stehender Instrumente schon relativ früh erkannt werden. Diese Möglichkeiten werden aber nicht einmal ansatzweise genutzt. Vielmehr gibt es ein substanzielles Erkennensdefizit auf der Ebene der Primärversorger. Deshalb ist die Qualifizierung der Hausärzte ebenso notwendig, wie die Etablierung spezialisierter gerontopsychiatrischer Pflegekräfte in der ambulanten Versorgung. Damit einhergehen muss eine Verbesserung der Kooperation zwischen Pflegenden und Hausärzten. Mit der Ausschöpfung professioneller Ressourcen wird es aber nicht getan sein können. Vielmehr wird es darum gehen müssen, Ehrenamtlichkeit und Kommunitarismus zu stärken. Dies wird besonders deutlich, wenn man sich Problemgruppen unter den Demenzkranken vor Augen hält wie die in städtischen Ballungsräumen immer häufiger zu beobachtenden Alleinlebenden oder auch Menschen mit Migrationshintergrund. Demenzen stellen eine Herausforderung für unsere Sozialsysteme dar, die Hauptlast tragen aber immer noch die Familien. Ihnen gebührt unsere Anerkennung und

Aufmerksamkeit. Was an dieser Stelle an nachhaltigen Erleichterungen geschaffen werden kann, ist für die Patienten oft eine größere Hilfe als eng fokussierte Modellprogramme, die sich in kurzen Interventionen erschöpfen. Demenzen zwingen nicht zu therapeutischem Nihilismus, vielmehr ist eine Behandlung, wenn auch keine Heilung, in aller Regel möglich. Ihr Ziel ist unabhängig davon, ob es sich dabei um eine pharmakologische oder nichtpharmakologische Intervention handelt, die Erleichterung von Leiden und der Gewinn an Lebensqualität bei einer schweren chronisch-progredienten Erkrankung. Die Optionen sind aber noch zu wenig bekannt und werden deshalb zu wenig genutzt. Schließlich bergen auch präventive Strategien bei Demenzerkrankungen viele Chancen. Wir alle sollten sie wahrnehmen

Literatur

- BICKEL H (2000) Demenzsyndrom und Alzheimer Krankheit: Eine Schätzung des Krankenbestandes und der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland. *Das Gesundheitswesen* 62: 211–218.
- BICKEL H (2001) Lebenserwartung und Pflegebedürftigkeit in Deutschland. *Das Gesundheitswesen* 63: 9–14.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2002) Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung dementieller Erkrankungen. Berlin. BMFSFJ.
- COOPER B, BICKEL H, SCHÄUFELE M (1992) Demenzerkrankungen und leichtere kognitive Einbußen bei älteren Patienten in der hausärztlichen Praxis. Ergebnisse einer Querschnittsstudie. *Nervenarzt*. 1992 Sep; 63 (9): 551–60.
- DE LEPELEIRE J, HEYMAN J, BUNTINX F (1998) The early diagnosis of dementia: triggers, early signs and luxating events. *Fam Pract*. 1998 Oct; 15 (5): 431–6.
- DESTATIS (2008) Demographischer Wandel in Deutschland. Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2008. <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,Warenkorb.csp&action=basketadd&id=1021808>.
- GAUDIG, M. (2008) Budgetrestriktionen als eine Ursache für die Unterversorgung von Alzheimer-Patienten in Deutschland: ein Vergleich zwischen Neurologen und Hausärzten. *Nervenarzt*, 79 (Supplement 4): 275.
- GRASS-KAPANKE B, KUNCZIK T, GUTZMANN, H. (2008) Studie zur Demenzversorgung im ambulanten Sektor (DIAS). Schriftenreihe der DGGPP, Band 7. Nümbrecht.
- GUTZMANN H (2009) Therapie nichtkognitiver Störungen. In: MAHLBERG R, GUTZMANN H (Hrsg.): Demenzerkrankungen erkennen, behandeln und versorgen (S. 203–215). Deutscher Ärzteverlag, Köln.
- HALLAUER J, KURZ A (2002) Weißbuch Demenz: Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland. Thieme Verlag, Stuttgart.
- HALLAUER J, BIENSTEIN Ch, LEHR U, RÖNSCH H (2005) SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Vincentz Network, Hannover.

- MAJIC T, MELL Th, PLUTA J-P, AICHBERGER M, TREUSCH Y, GUTZMANN H, HEINZ A, RAPP M (2009) Pharmakotherapie der Verhaltenssymptome bei Demenz in 18 Berliner Seniorenwohnheimen. Deutsches Ärzteblatt 106 (in press)
- MELCHINGER, H (2007) Demenzerkrankungen: Chronische Versorgungsdefizite Deutsches Ärzteblatt 104 (2007): 3236–3237.
- MELCHINGER H, MACHLEIDT W (2005) Hausärztliche Versorgung von Demenzkranken. Nervenheilkunde 24: 493–498
- MOLTER-BOCK E (2004) Psychopharmakologische Behandlungspraxis in Münchner Altenpflegeheimen. Med. Dissertation LMU München
- SCHACKE C (2002) Gerontopsychiatrische Tagespflege als Entlastungsmöglichkeit für die pflegenden Angehörigen der demenzkranken Patienten: eine Evaluationsstudie. *Zeitschrift für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 23, 227–43.
- SCHÄUFELE M, HENDLMEIER I, TEUFEL S, WEYERER S (2006) Qualitätsniveau I: Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen. Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen
- STELZNER G (1999) Psychopharmakagebrauch bei Bewohnern von Alten- und Altenpflegeheimen in der Stadt Leipzig. Universität Leipzig (Dissertation)
- VAN DEN BUSSCHE H, WEYERER S, SCHÄUFELE M, LÜBKE N, SCHRÖFEL SC, DIETSCHKE S (2009) Die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland. Eine Zusammenschau und kritische Würdigung der vorliegenden Studien. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* (in press)
- WETTERLING T, GUTZMANN H, HAUPT K (2008) Gründe für die Einweisung in eine gerontopsychiatrische Klinik . *Nervenarzt* 79: 340–347.
- WEYERER S, HÖNIG T, SCHÄUFELE M, ZIMMER A (2000) Demenzkranke in Einrichtungen der voll- und teilstationären Altenhilfe. Empirische Forschungsergebnisse. In: Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.): Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte für Demenzerkrankte in (teil-)stationären Altenhilfeeinrichtungen (S. 1–58). Stuttgart.
- WEYERER S (2005) Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28. Robert-Koch-Institut.
- WEYERER S, SCHÄUFELE M, HENDLMEIER I, KOFAHL C, SATTEL H (2006) Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen: Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich. Kohlhammer: Stuttgart.
- WEYERER S, BICKEL H (2007) Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Kohlhammer: Stuttgart.
- WHO (1997) Organization of care in psychiatry of the elderly – a technical consensus statement . https://www.who.int/mental_health/media/en/19.pdf
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2007): ADT-Panel Nordrhein. Ambulante Morbidität: Die häufigsten Diagnosen in der nervenärztlichen Praxis, NRW, 2006. <http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/odata/03/html/0302300052006.html>

Teil 2

Handlungsempfehlungen zur Organisation und Finanzierung von personenzentrierten Hilfen für psychisch kranke alte und demente Menschen (PAD)

1 Vorwort

Dieses Thesenpapier will eine gesamtgesellschaftliche Debatte anstoßen und wendet sich an alle gesellschaftlichen Gruppen.

Natürlich ist primär die Politik gefordert, da diese die Rahmenbedingungen schafft, die durch die zuständigen Sozialleistungsträger und die Leistungserbringer ausgestaltet werden. Angesprochen sind aber auch die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen sowie die Bürgerschaft, Kirchen, freie Wohlfahrtspflege, Gewerkschaften, wissenschaftliche Fachgesellschaften und Berufsgruppen.

Dieses Thesenpapier und seine Entwicklung ist Teil und Ausdruck eines Prozesses, der mit dem Abschluss der Projekts und der Tagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE im November 2006 nur einen vorläufigen Endpunkt erreicht hat. Durch die Förderung des Projekts »Entwicklung eines Konzepts quartiersorientierter integrierter Versorgung für pflegebedürftige Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (1.12.07 bis 30.11.09)« durch das Bundesministeriums für Gesundheit wird der Prozess mit anderer Schwerpunktsetzung fortgesetzt.

Auf die unbefriedigende Situation vieler Menschen mit Demenz wurde im Projekt und seiner Präsentation von vielen Stellen hingewiesen. Gleichzeitig wurden Forderungen erhoben, von denen inzwischen einige – mit ausgelöst durch dieses Projekt – *im Rahmen der Gesetzgebung nach Projektabschluss bereits umgesetzt* wurden. Insbesondere durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz¹ sind deutliche sozialrechtliche Verbesserungen beschlossen worden, die sich auch oder explizit positiv auf die Versorgungsstrukturen für psychisch kranke und demente alte Menschen auswirken. Als *bahnbrechend* im Sinne der im Projekt erarbeiteten Empfehlungen sind vor allem zu nennen:

- der Rechtsanspruch auf individuelle und umfassende *Pflegeberatung* und
- die *Pflegestützpunkte* als kleinräumig organisierte Beratungsstellen für pflegebedürftige Menschen mit weiteren Serviceleistungen, die auch der *Vernetzung* der medizinisch-pflegerischen Leistungen dienen sollen (Voraussetzung: Zustimmung der jeweiligen Landesregierungen)

Aber auch weitere Neuregelungen im SGB XI verbessern die Situation der Zielgruppe des Projekts:

- erhöhter Betreuungsbetrag für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, z. B. demenziell oder psychisch erkrankte Menschen,

1 Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung vom 28.5.2008

- Anspruch auf den Betreuungsbetrag auch für Personen, die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe 1 erfüllen (»Pflegestufe 0«),
- Selbsthilfeförderung: Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen, Selbsthilfekontaktstellen werden in den Kreis der förderungsfähigen Versorgungsstrukturen aufgenommen,
- Niedrigschwellige Angebote (z. B. Betreuungsgruppen, Tagesbetreuung, Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung von pflegenden Angehörigen) werden zusätzlich gefördert,
- Betreuungsassistenten in Heimen
- Einzelpflegerkräfte als Vertragspartner der Pflegekassen
- Freistellung von der Arbeit für pflegende Angehörige (ohne Bezahlung, aber mit Erhalt des Arbeitsplatzes) – Pflegezeit
- Intensivierte Qualitätssicherung in Heimen

Bereits durch das Wettbewerbsstärkungsgesetz² wurde der individuelle Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation begründet. Der ambulanten Rehabilitation wird dabei ein Vorrang eingeräumt. Auch mobile (aufsuchende) Rehabilitation in der eigenen Häuslichkeit wird dadurch ermöglicht.

Damit wurde das zentrale Anliegen dieses Projekts deutlich erleichtert: alten Menschen, auch wenn sie psychisch erkrankt sind, *durch bedarfsgerechte Hilfen ein Leben dort zu ermöglichen, wo sie leben möchten*: in eigener Wohnung, in selbst gewählter Wohn- oder Hausgemeinschaft oder in jeder anderen Wohnform.

Wir wissen seit Langem, dass die Zahl der psychisch kranken alten Menschen, insbesondere mit Demenz, in den nächsten Jahren und Jahrzehnten erheblich zunehmen wird.

Auch alte, psychisch kranke Menschen wünschen ein selbstbestimmtes Leben bis zum Lebensende in einer ihnen vertrauten Umgebung.

Deshalb ist das übergreifende Ziel: Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, auch für alte Menschen mit zunehmenden Beeinträchtigungen.

Ihre Versorgung wird zur großen gesellschaftlichen und politischen Herausforderung, bietet aber auch große Chancen zur positiven Veränderung unseres Landes.

Grundvoraussetzung für eine Änderung ist eine ehrliche Situationsanalyse.

Zurzeit findet zielgerichtete Steuerung nicht statt. Leistung folgt dem Geld, aber folgt das Geld der richtigen Leistung?

Politisch ist zu entscheiden, dass Ziele und Anreize richtig gesetzt werden, dass intelligente Lösungen erarbeitet werden und dass mehr Geld ins System kommt.

Dieses Thesenpapier geht nicht von den gewachsenen Finanzierungszuständigkeiten und Einrichtungskonzepten aus, um diesen die Bedürfnisse und den

2 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 26.3.2007

Bedarf der Menschen anzupassen, sondern umgekehrt: *Hier stehen der Betroffene und seine Angehörigen im Mittelpunkt. Aus diesem Blickwinkel beschreibt das Konzept die notwendigen Hilfen und ihr Zusammenwirken.*

Daraus werden Lösungsansätze und Handlungsempfehlungen entwickelt, deren Umsetzung aus Sicht der AKTION PSYCHISCH KRANKE einen Gewinn für alle bringen kann.

Es ist klar, dass eine Änderung der derzeitigen Situation nicht sofort und in allen Bereichen stattfinden kann, dennoch ist es aus unserer Sicht höchste Zeit für unsere Gesellschaft, sich auf den Weg zu machen.

Pastor Friedrich Bodelschwingh hat 1904 das Motto vorgegeben, das heute wichtiger denn je ist:

Neue große Nöte bedürfen neuer mutiger Gedanken.

Viele neue mutige Gedanken sollen mit diesen Handlungsempfehlungen angestoßen werden.

Frauen sind in verschiedener Hinsicht in besonderem Maße von der im Bericht angesprochenen Thematik betroffen.

Weil die Lebenserwartung von Frauen höher liegt als die der Männer, tragen sie ein höheres Risiko an Demenz zu erkranken. Über zwei Drittel der Demenzkranken sind Frauen.

Auch bei Angststörungen und Depressionen steigt das Risiko bei Hochaltrigen (z. B.), insofern sind in der Zielgruppe des Projekts auch bei diesen Erkrankungen gehäuft Frauen betroffen.

Frauen sind im Alter häufiger allein lebend. Deshalb ergeben sich bei der Erkennung von Hilfebedarfen und bei der Hilfeleistung besondere Schwierigkeiten.

Gleichzeitig sind die Helfenden – Professionelle, Angehörige, Nachbarn, ehrenamtlich Tätige – überwiegend weiblich. Diese Frauen sind in besonderen Maße psychischen und physischen Belastungen, oft Überlastungen, ausgesetzt.

Zur besseren Lesbarkeit wurde im Bericht auf geschlechtsdifferenzierte Bezeichnungen verzichtet. Unter den von psychischer Krankheit betroffenen alten Menschen, aber auch unter den Helfenden sind immer sowohl Frauen wie Männer zu verstehen. Dabei überwiegen in beiden Gruppen die Frauen.

2 Zusammenfassung

»Der demographische Wandel wird also jeden einzelnen von uns betreffen. Genau so wichtig ist aber auch die Feststellung: Wir sind den Ursachen und den Folgen des demografischen Wandels nicht hilflos ausgeliefert. Wir haben durchaus Möglichkeiten zu handeln, die Zukunft zum Guten zu beeinflussen.«

Bundespräsident Prof. Dr. Horst Köhler, 6.12.05, Berlin

Selbstbestimmtes Leben bis zum Lebensende

Die meisten Menschen wünschen ein selbstbestimmtes Leben bis zum Lebensende in ihrer vertrauten Umgebung. Auch wenn Alter nicht gleichzusetzen mit Krankheit ist, so nehmen im Alter bestimmte körperliche und psychische Defizite und Erkrankungen zu.

Die Veränderung der Bevölkerungsstruktur in Deutschland wird dazu führen, dass schon in wenigen Jahrzehnten immer mehr chronisch kranke alte Menschen von immer weniger Jüngeren zu versorgen sind. Die Gesellschaft muss entscheiden, nach welchen Konzepten jetzt und in Zukunft die finanziellen Ressourcen eingesetzt werden sollen. Grundvoraussetzung dafür ist eine ehrliche Analyse der bestehenden Situation – gerade hier ist die Politik gefordert. Denn nur wenn die realen Zahlen vorliegen, ist die Entwicklung intelligenter Lösungen möglich.

Die Situation psychisch kranker alter Menschen wird immer wieder als verbesserungswürdig beklagt. Doch fehlt bisher eine breit abgestimmte Perspektive, die das Zusammenwirken von bisher partikularen Problemlösungen bündelt.

Psychisch kranke alte Menschen sind mit zwei grundlegenden Problemen konfrontiert:

- Sie sind aufgrund ihrer Erkrankungen nicht in der Lage, für ihre Rechte selbst zu kämpfen; das gilt insbesondere für Demenzkranke,
- sie benötigen zunehmend komplexe personalintensive Hilfeleistungen und
- sie sind damit teure Patienten.

Die meisten alten Menschen wollen so lange es geht in ihrem eigenen Wohnumfeld bleiben. Vielen bleibt aber keine andere Wahl als in ein Heim zu gehen, weil andere Problemlösungen nicht erreichbar sind oder nur mit außergewöhnlichem persönlichem Einsatz z.B. der Angehörigen organisiert werden können. Viele Menschen verlässt der Lebensmut, wenn sie fremdbestimmt in einer Institution leben müssen.

Die aktuelle Situation zeigt, dass die benötigten komplexen Hilfeleistungen zurzeit fast ausschließlich in der stationären Versorgung angeboten werden, während Hilfesuchende im ambulanten Bereich sich einem Labyrinth von unterschiedlichen Diensten konfrontiert sehen. Die vorhandenen Rahmenbedingungen verbinden mit der Versorgung in Heimen Vorteile gegenüber ambulanten Hilfen z. B. in der Bewertung der Pflegestufen. Die Versorgung im Heim ist in der Regel die kostenintensivste Hilfemöglichkeit.

Die Förderung und Weiterentwicklung von individuellen Hilfeangeboten für Menschen, die in ihrer eigener Wohnung leben, stellt eine gute Chance dar, den Betroffenen und ihren Angehörigen ein selbstbestimmtes Leben im gewohnten sozialen Umfeld zu ermöglichen und die zu erwartende Entwicklung auch unter Kostenaspekten besser in den Griff zu bekommen.

Politische Steuerung

Die Politik hat immer wieder neu zu entscheiden, ob sie ein Versorgungssystem will,

- das die Wünsche und Bedürfnisse der betroffenen Menschen³ 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 kranken und der gesunden Versicherten zu einem gerechten Ausgleich bringt,

oder ob sie das Versorgungssystem den Partikularinteressen von konkurrierenden Leistungsträgern und Leistungserbringern überlassen will.

Es ist Konsens in der Politik, dass unsere sozialen Sicherungssysteme reformiert werden müssen. Eine langfristige Perspektive – über Legislatur- und Wahlbeamtenperioden hinaus – ist erforderlich.

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, Leistungsträger, Heimaufsicht, Kommunen, Länder, Bund, Medien.

Entscheidend ist, dass die Politik nicht nur die *Versorgungsziele* definiert, sondern auch die *Rahmenbedingungen inkl. Finanzierung* so gestaltet, dass die verschiedenen Akteure die politisch gesetzten Ziele verfolgen, auch wenn sie sich an ihrem betriebswirtschaftlichen Eigeninteresse orientieren.

3 Zu den betroffenen Menschen werden auch die Angehörigen der Erkrankten gezählt.

Dreh- und Angelpunkt einer auf die Betroffenen ausgerichteten Reform ist die Bereitstellung ausreichender Mittel für die richtigen Aufgaben, denn: »*Leistung folgt dem Geld*«. Die Umsetzung dieses Ziels wird vor dem Hintergrund der existierenden Strukturen und des weiterhin wachsenden Finanzbedarfs im Gesundheits- und Sozialwesen die Hauptaufgabe politischen Handelns werden.

Wegen der Komplexität der Probleme und der Interdependenz von Teillösungen kommt der Strategie einer Gesetzgebung zentrale Bedeutung zu, die ein »lernendes System« mit den unterschiedlichen Akteuren auf den Weg bringt.

Wichtig im Rahmen des politischen Steuerungsprozesses ist die permanente Überprüfung, ob die beschlossenen (Zwischen-)Ziele auch erreicht wurden, und gegebenenfalls die Nachjustierung bei den Zielen entgegenlaufenden Entwicklungen (z. B. SGB IX; Einführung der G-DRG zur Krankenhausfinanzierung). Zur Überprüfung der Zielerreichung sind empirische Untersuchungen von unabhängigen Experten unverzichtbar.

Gesetzliche Änderungen in einem Zuständigkeitsbereich haben die Folgewirkungen in anderen Bereichen zu berücksichtigen.

Es ist klar, dass der anstehende Umbau des Systems nicht sofort in allen Bereichen geschehen kann und wird. Nach Auffassung der Experten, die in der Entstehung dieses Berichts einbezogen waren, geht es um *das zentrale Ziel, alten Menschen – auch demenzkranken und anderen psychisch kranken alten Menschen – zu ermöglichen, mit den notwendigen abgestimmten Hilfen in ihrem vertrauten Wohngebiet bis zum Lebensende bleiben zu können.*

Dafür gibt es schon viele positive Beispiele, von denen eine Auswahl im Kapitel 2.6 zusammenfassend beschrieben wird. Andere wurden im Tagungsbericht 33 der AKTION PSYCHISCH KRANKE (2007) »Unsere Zukunft gestalten – Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz« publiziert.

Wegen der Größe der Aufgabe werden folgende Einzelvorschläge als vorrangig betrachtet:

Kernforderungen

- Assessment und Case-Management für psychisch kranke alte Menschen mit komplexem Hilfebedarf soll – im Auftrag der erkrankten Person bzw. ihrer rechtlichen Vertretung – die Hilfen so steuern, dass sie entsprechend dem individuellen Bedarf zeitnah, ergänzend zu den Versorgungsmöglichkeiten in der eigenen Wohnung und Nachbarschaft integriert erbracht werden.
- Wegen der Segmentierung des Hilfesystems muss Assessment und Case-Management leistungserbringer- und leistungsträgerübergreifend realisiert und finanziert werden.

- Die Hilfen werden – wenn immer möglich – wohnortnah in den Wohngebieten, Stadtteilen, Gemeinden, in den »Quartieren« organisiert: Integration der ambulanten und stationären Altenhilfe zu Dienstleistungszentren für alte Menschen – und möglichst auch andere Nutzer – im Wohngebiet, die komplexe Hilfen – finanziert durch verschiedene Sozialleistungsträger – zur Deckung eines individuellen Hilfebedarfs bündeln und multiprofessionell erbringen »aus einer Hand«, vernetzt mit bürgerschaftlichem Engagement.
- Stärkung der Nutzer durch unabhängiges professionelles Assessment und langfristiges Case-Management, Transparenz der verfügbaren Angebote und der Ergebnisse der MDK-Prüfungen, Erweiterung der Möglichkeiten, zwischen Angeboten zu wählen und Verträge zu kündigen.
- Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements und der Kultur des Ehrenamtes: Kommune und Pflegekassen – möglichst gemeinschaftlich – fördern die Infrastruktur zur Gewinnung, Unterstützung und Vermittlung von Nachbarschaftshilfe sowie freiwilligen Helferinnen und Helfern. Sie unterstützen die ehrenamtliche Tätigkeit beispielsweise durch Honorierung und/oder öffentliche Anerkennung.
- Qualifizierung und Finanzierung von bezahlten Alltagshelfern (z. B. »Alltagsmanager« (NRW), »Alltagsbegleiter«, »Haushaltsassistent« (Rheinland-Pfalz), »Tagesmutter« für Demenzkranke.
- Regionale Vernetzung von ambulanter und stationärer medizinischer Behandlung und Rehabilitation mit den Dienstleistungszentren für alte Menschen und bürgerschaftlichem Engagement – auf der Einzelfallebene und zwischen den Organisationen.
- Versorgungssicherheit für alte Menschen in eigener Häuslichkeit gewährleisten oder wiederherstellen – Einkauf von Alltagsbedarf, Post, ÖPNV, Kultur/Freizeit, ambulante medizinische Versorgung.
- Stärkung der finanziellen Anreize für ambulante gegenüber stationärer Leistungserbringung und Inanspruchnahme: Ambulante Komplexleistungen in der Finanzierung und Erbringung unabhängig davon machen, ob der Hilfeempfänger in eigener Wohnung oder in einer Heimwohnung lebt.
- Stärkung neuer Formen der Finanzierung für flexible ambulante Komplexleistungen z. B. das trägerübergreifende Persönliche Budget und ambulant unterstütztes Wohnen.
- Im SGB XI sind der Begriff der Pflegebedürftigkeit, die Kriterien für die Pflegestufen und die Leistungsbemessung zu reformieren mit dem Ziel, die bisher unzureichende Berücksichtigung des spezifischen Hilfebedarfs von psychisch kranken Menschen, insbesondere mit einer Demenz, endlich auszugleichen und die finanzielle Bewertung von Hilfen, die das Weiterleben in der eigenen Wohnung oder im Wohngebiet unterstützen, denen für stationäre Altenhilfe anzugleichen.

- Der Schutz der Zielgruppe ist zu verbessern. Vorrang hat die Erweiterung des Verbraucherschutzes gemäß BGB sowie der gesetzlichen Regelungen zur Sicherung der Qualität ambulanter und stationärer Leistungen der Teilhabe und Pflege. – Ergänzend ein Hilfe-Empfänger-Schutzgesetz statt eines institutionsbezogenen Heimgesetzes.
- Zum Schutz gegen Fehlversorgung und Vernachlässigung tragen maßgeblich bei: *Stärkung der Nutzer* durch unabhängiges professionelles Assessment und Case-Management, reale Wahlmöglichkeiten ohne umziehen zu müssen, regionale Transparenz über die verfügbaren Angebote (Leistungen, Kosten) und die Prüfergebnisse des MDK, Erleichterung des Wechsels der Angebote für die Nutzer, selbstbewusste Nachbarschaftshilfe und bürgerschaftliches Engagement, aktives kirchliches Gemeindeleben das alte Menschen einbezieht.
- Es gilt das bürgerschaftliche Wächteramt in die Schutzstrategie einzubeziehen.
- Dies ermöglicht, die bisherigen bürokratischen Kontrollen und Anforderungen des bisherigen Heimgesetzes zur Abwehr von Gefahren bei »Vertragsmonopolen« (verschiedene Hilfen aus einer Hand) erheblich zu reduzieren.
- *Würdiges Sterben* zu Hause und in Einrichtungen, Vernetzung mit der Hospizbewegung.
- *Alte Menschen mit Migrationshintergrund*: Bei dieser Zielgruppe ist es vorrangig auf die spezifischen kulturellen und religiösen Bedürfnisse und sozialen Ressourcen einzugehen.

Daraus erwachsen die folgenden Handlungsempfehlungen:

Handlungsempfehlungen

Demografie und psychisch kranke alte Menschen

Die Auseinandersetzung mit dem Altern und den sich oft daraus ergebenden Problemen macht vielen Menschen Angst. So haben rund zwei Drittel der Deutschen Angst, an der Alzheimer-Krankheit zu erkranken.

Die Angst führt bei den meisten zu Verdrängung und Wegschauen, sodass eine an wissenschaftlichen Fakten orientierte Auseinandersetzung, insbesondere mit den psychischen Krankheiten des Alters, bislang kaum stattfindet. Dadurch werden zum einen die Chancen, die schon heute eine umfassende Diagnostik, Therapie und Pflege bieten, in unserem Land nur unzureichend genutzt. Zum anderen wird die Entwicklung und Umsetzung dringend notwendiger Veränderungen in unseren sozialen Sicherungssystemen verzögert.

Will man diese Situation nachhaltig ändern, gilt es zu akzeptieren, dass im Jahr 2050

- jeder Dritte Deutsche älter als 60 sein wird,
- die Hälfte der Bevölkerung älter als 48 Jahre sein wird,
- es rund 7 Millionen weniger Menschen in Deutschland geben wird.

Das heißt: Insgesamt müssen immer weniger Menschen mehr chronisch kranke alte Menschen versorgen.

Das Beispiel der Alzheimer-Demenz soll dies verdeutlichen.

Die Häufigkeit von Demenzen nimmt mit steigendem Lebensalter zu:

- 60-Jährige ca. 1 %
- 70-Jährige ca. 5 %
- 80-Jährige ca. 20 %
- 90-Jährige ca. 30 %

Heute leiden in Deutschland etwa 1,4 Millionen Menschen an einer Demenz – und mit ihnen ihre Familien. 2050 wird sich die Zahl der Alzheimer-Kranken verdoppelt, wenn nicht verdreifacht haben.

Demenzen sind, neben den Erkrankungen des Bewegungsapparates, die teuerste Krankheit im Gesundheitssystem. Zum individuellen Krankheitsrisiko kommt eine gesellschaftliches Risiko: Wegen des hohen und langen Pflegeaufwands sind unsere solidarisch finanzierten sozialen Sicherungssysteme stark belastet.

Das ist die schlechte Nachricht, die gute ist:

Wir können die Entwicklung erkennen und mit diesem Wissen heute intelligente Lösungen für morgen entwickeln.

Der gesellschaftliche Prozess

Die Entwicklung intelligenter Lösungen muss, wenn diese nachhaltig wirken sollen, Teil eines gesellschaftlichen Prozesses sein. Politik agiert nicht im luftleeren Raum, sondern reagiert – wenn auch nicht immer direkt – auf gesellschaftliche Strömungen.

Die Gesellschaft und damit jeder Einzelne muss sich Fragen stellen wie:

- »Was ist mir meine Gesundheit wert?« (Eigenverantwortung)
- »Wie weit will ich dem anderen helfen?« (Solidarität/Ehrenamt)
- »Was soll der Staat, die Solidargemeinschaft, finanzieren?« (Wertfrage)

Es gilt die Diskussion dieser Fragen und damit eine breite öffentliche Diskussion offensiv zu fördern, denn nur so lassen sich die nötigen Veränderungen bewirken, die zur Bereitstellung von Ressourcen führen.

Ein Grundproblem unseres Landes – nicht nur des Gesundheits- und Sozialwesens – ist die Segmentierung von Angeboten und Leistungen bei gleichzeitiger

(Quer-)Subventionierung. So können zwar die Kosten für Maßnahmearten summiert werden, aber nicht, welche realen Kosten etwa im Rahmen der Versorgung von Demenzkranken (für die einzelne Person und die Zielgruppe) anfallen.

Viel Zeit verbringen Betroffene, Angehörige, Leistungserbringer und Leistungsträger damit zu überlegen, aus welchem Finanztopf (Krankenkasse, Rehabilitationsträger, Pflegekasse, Sozialhilfe, Eigenleistung) welche Leistung bezahlt werden kann und soll – und vor allem, was muss von den Betroffenen selbst bezahlt werden?

Nicht das Individuum und seine Unterstützung, sondern Finanzierungsfragen stehen im Vordergrund. In Folge der angespannten Finanzlage der öffentlichen Haushalte und der Versicherungsträger will jeder nur so wenig wie möglich zahlen. Die Betroffenen müssen um die ihnen gesetzlich zustehenden Leistungen kämpfen. Für Demenzkranke und die sie versorgenden Angehörigen ist dies besonders schwierig.

Die Effizienz des Systems bleibt unklar

Der Nutzen und die Kosten der verschiedenen separaten Maßnahmen, die eine Person im Querschnitt und im Längsschnitt in Anspruch nimmt, bleiben für die Person und die Angehörigen ebenso im Unklaren wie für die Leistungsträger. Ohne eine Betrachtung der realen Kosten, etwa auch die im Rahmen einer Entscheidungsfindung entstehenden Verwaltungskosten, wird die Entwicklung einer ganzheitlichen Sicht und eines intelligenten Lösungsweges nicht möglich sein.

Es gibt keine verantwortliche Zuständigkeit für Effizienz der von einer Person/ Personengruppe gleichzeitig und nacheinander in Anspruch genommen verschiedenen Leistungen.

In der Regel (Ausnahme z. B. die Unfallversicherung) spart jeder Leistungsträger – ja, sogar Maßnahme-Verantwortliche innerhalb eines Leistungsträgers (z. B. für ambulante oder stationäre Maßnahmen) – koste es was es wolle zulasten anderer. Und die Leistungserbringer sind betriebswirtschaftlich darauf aus, den Umsatz in ihren Maßnahmebereichen zu steigern.

Nach der Logik dieses System steht der erkrankte Mensch nicht im Mittelpunkt, das ist zu ändern!

Diese Verhältnisse müssen gesundheitsökonomisch evaluiert werden mit dem Ziel, Controlling-Verfahren zu entwickeln, die den Maßnahmebezug dem Bezug auf die Person bzw. Zielgruppe unterordnen.

Ganzheitliche Sichtweise

Zum Beispiel die alten- und behindertenfreundliche Gestaltung der Lebensverhältnisse: Viele Kommunen betrachten die Zunahme alter Menschen einseitig nur unter dem Gesichtspunkt der Kostenbelastung, insbesondere im Bereich Sozialhilfe. Dabei wird übersehen, dass der Zuwachs an Lebensqualität für die betroffenen Menschen, ihre Angehörigen, Kinder und Enkel sowie das Gemeinwesen wirtschaftliche Aktivitäten auslöst. Personen über 60 sind ein zunehmend aktiver Teil im gesellschaftlichen Leben (5. Altenbericht 2006) und 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 demenzkranker 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 haben Auswirkung auf Einwohnerzahl, Gewerbe, Einzelhandel, Arbeitsplätze, Steuern.

Lösungsansätze

Komplexe Hilfeleistungen für die Versorgung psychisch kranker alter Menschen werden zurzeit fast ausschließlich in der stationären Versorgung angeboten.

Die Förderung und Weiterentwicklung von individuellen Hilfeangeboten für Menschen, die in ihrer eigenen Wohnung oder in anderen selbstbestimmten Wohnformen leben wollen, stellt die Kernforderung des Konzeptes dar. Wenn z. B. eine Person mit komplexem Hilfebedarf diesen in der eigenen Häuslichkeit realisieren will, dann können bis zu acht verschiedene Personen von verschiedenen Leistungserbringern für verschieden finanzierte Maßnahmen tätig werden. Niemand koordiniert/integriert die Tätigkeiten in Bezug auf Ziele, Wechselwirkungen, zeitliche Verträglichkeit für die betroffene Person und ihre Angehörigen.

Hilfen für in eigener Wohnung lebende Personen müssen für die Leistungserbringer – und für die Leistungsträger – in Bezug auf das Strukturmerkmal personenbezogene Gesamtverantwortung sowie in finanzieller Hinsicht einer Betreuung in Institutionen mit Gesamtleitung gleichgestellt werden. (Vgl. Fallbeispiel in KRÜGER, APK-Bd. 33 S. 23 f.)

Es geht zunächst um:

- Die Schaffung finanzieller Anreize zur Realisierung von komplexen ambulanten und offenen Hilfen.
- Die Steuerung des Hilfeangebots durch die Kommunen und die Leistungsträger entsprechend dem örtlichen Bedarf.
- Die Steuerung der Ergebnisqualität und Wirtschaftlichkeit der Hilfen auf verschiedenen Ebenen.

Dabei sind folgende *Grundsätze für die Gestaltung von Hilfen* zu beachten:

- Komplexe und auf die Person zielgerichtet abgestimmte integrierte Hilfen sind erreichbar für hilfebedürftige Personen und ggf. ihre Angehörigen unabhängig von der Wohnform.
- Die Wohnung subjektiv als eigene Häuslichkeit erleben gilt als Maßstab auch für Menschen die in anderen Wohnformen leben: Betreutes Wohnen, Hausgemeinschaft im Heim, eigenes Zimmer/Apartment im Heim.
- Die verschiedenen Hilfe-Funktionen von Heimen werden auch separat und in individuell abgestimmter Kombination als ambulante Komplexleistung verfügbar gemacht: Auflösung des Unterschieds zwischen ambulanter und stationärer Altenhilfe.
- Die Finanzierung der Hilfen erfolgt unabhängig von der Wohnsituation, dem Ort und der Art der Hilfe (vgl. Reformbedarf SGB XI).
- Prävention gilt auch für alte Menschen. Unabhängig von der Beeinflussbarkeit von (psychischer) Krankheit und Behinderung kann durch Gestaltung des Lebenskontextes die Lebensqualität gefördert und die Würde des Menschen bis zum Lebensende erhalten bleiben.
- Behandlung und medizinische Rehabilitation (hier gerontopsychiatrische) haben grundsätzlich Vorrang vor Pflege. Aber je weniger sie ausrichten können, umso mehr rückt in den Vordergrund auch die Gestaltung des sozialen Umfelds (Einstellungen, Erwartungen, Unterstützung), damit die beeinträchtigte Person »in einem so weit als möglich normalen sozialen Kontext den bestmöglichen Gebrauch von ihren verbliebenen Fähigkeiten machen« kann: Behandlung, Rehabilitation und Pflege fördern die Möglichkeiten zur Teilhabe.

Das individuelle Hilfesystem

Viele alte psychisch kranke Menschen wünschen ein selbstbestimmtes Leben bis zum Lebensende in ihrer vertrauten Umgebung. Sie wollen – ebenso wie ein alter Baum – nicht verpflanzt werden und viele wollen sich nicht einem fremdbestimmten Leben in einer Institution unterordnen.

Eine große Bedeutung kommt dabei dem Wohnen zu. Demenzkranke Menschen suchen oft »ihr Zuhause«. Die Schaffung eines entsprechend gestalteten

Lebensraums führt für sie und die sie betreuenden Menschen dann zu einem anderen Umgang mit der Krankheit.

Für alte Menschen ist die Wohnung ein besonderer Lebensort, für sie haben Wohnquartier und Nachbarschaft besondere Bedeutung. Alte Menschen (eingeschränkte Mobilität und Orientierung) verbringen deutlich mehr Zeit in ihrer Wohnung oder in deren näherer vertrauter Umgebung als jüngere Menschen.

Die Wohnung subjektiv als eigene Häuslichkeit erleben ist Maßstab auch für Menschen, die in anderen Wohnformen leben: so z. B. in Selbstständigen Wohngruppen, Betreuten Wohnen, Hausgemeinschaft im Heim oder ausgelagert, Zimmer/Apartment im Heim.

Notwendig ist deshalb, dass Institutionen die Realisierung von individuellen Wünschen und Lebensstilen unterstützen und dies ihren Nutzern auch vermitteln.

Die Teilhabe für alte psychisch kranke Menschen insbesondere mit Demenz erfordert die Realisierung von:

- Normalität
- Selbstbestimmung und Empowerment/Befähigung
- Vertrauten Lebensmittelpunkt erhalten
- Lebensqualität in jeder Lebensphase, auch ein Sterben in Würde.

Die Vielgestaltigkeit der Symptome und Beeinträchtigungen sowie die entsprechenden Veränderungen im Laufe der Krankheit erfordern flexible Anpassungen möglichst ohne Nebenwirkungen durch Ortswechsel und Beziehungsabbrüche.

Psychische, meist kognitive, depressive und paranoide Störungen führen zur Beeinträchtigung der Alltagsaktivitäten und der Teilhabe je nach Risiko- und Schutz-Faktoren (vgl. ICF: Kontextfaktoren). Daraus folgt ein individueller Hilfebedarf (funktional) für:

Behandlung, Begleitung, Anleitung, Orientierung und Beaufsichtigung, Pflege, für den Alltag wichtige Fähigkeiten üben und Fähigkeitsbeeinträchtigungen kompensieren, Übernahme von Aufgaben, unterstützende und schützende Gestaltung des Lebensraums. (s. Anhang)

Die Grundvoraussetzung dafür sind die *genaue Analyse* der gesundheitlichen Beeinträchtigungen, der Lebensumstände (Ressourcen) und die Beschreibung des Hilfebedarfs (Assessment) sowie ggf. die langfristige Begleitung zur Koordinierung der Hilfen, die Bewertung der Wirkung und die Fortentwicklung der Hilfeplanung (Case-Management).

Die Betroffenen und ihre Angehörigen (ggf. gemeinsam mit beauftragtem bzw. gesetzlichem Vertreter) nutzen die regional verfügbaren Angebote und steuern den individuellen Hilfe-Mix, unterstützt von einer unabhängigen professionellen Beraterin.

Diese Funktionen müssen sowohl vom Leistungserbringer als auch Leistungsträger unabhängig verfügbar sein, wenn die betroffenen Personen die vorhandenen Beratungsangebote subjektiv nicht als primär dem Nutzer und seinem individuellen Bedarf verpflichtet wahrnehmen.

Das individuelle Hilfesystem umfasst folgende Bereiche:

- medizinische Hilfen,
- Alltagsbegleitung und Betreuung,
- Hauswirtschaft und Pflege.

Im Einzelnen können folgende Bausteine – *Hilfe-Mix* – von Bedeutung sein – siehe auch Beispiele in Kapitel 3.6:

- Beratung, Diagnostik und Behandlung der zugrunde liegenden Erkrankung [Beratungsstelle, auch beim Angehörigen-Verband; Hausarzt; Facharzt; Klinik; Medizinisches Versorgungs-Zentrum (MVZ); 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; z. B. www.cap-markt.de
- Neue Berufsgruppen: in Nordrhein-Westfalen wird das Konzept des »Alltags-Managers« von der Arbeitsagentur finanziell gefördert und die »Haushalts-assistenz für die Pflege«, gefördert vom Land Rheinland-Pfalz, erprobt.
- Professionelle Pflege, Ergotherapie, Physiotherapie (SGB V, IX, XI, XII)
- Professionelles Assessment/Case-Management, professionelle Anleitung und Koordination der Beteiligten am Hilfe-Mix
- 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.

Besondere Bedeutung kommt dabei der organisatorischen Ebene zu:

Die Integration von ambulanten und stationären Hilfen zu einem Altenhilfe-Netzwerk oder -Verbund: Dieser – oder Dienstleister mit einem entsprechenden Leistungsspektrum – können aus einer Hand flexibel und durchlässig die im Einzelfall ggf. notwendigen Hilfen anbieten, 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. Sie platzieren sich möglichst mit Dienstleistungen auch für andere Zielgruppen unter einem Dach oder in Nachbarschaft.

Hilfen für »pflegebedürftige« psychisch kranke Menschen – wer ist zuständig?

Das Konfliktpotenzial wird deutlich mit dem Abstand der beiden Extrempositionen:

- Für alles ist die professionell qualifizierte Pflege zuständig, keine Deprofessionalisierung aus Sparzwängen!
- Ehrenamtliche und bürgerschaftlich Engagierte mit bezahlten Helfern können fast alles und viel preiswerter!

Es gibt an vielen Stellen gelebte Praxis (vgl. Kapitel 3.6 sowie Hinweis S. 18) der einander ergänzenden verschiedenen Profis, bezahlten Hilfskräfte und ehrenamtlich/bürgerschaftlich Engagierten, die die Betroffenen und ihre Angehörigen unterstützen.

Aber es fehlt eine von den verschiedenen beteiligten Seiten, berufs- und sonstigen Verbänden wechselseitig und allgemein anerkannte Beantwortung der Fragen:

- Welche speziellen Leistungen können im Rahmen des Hilfe-Mixes im Einzelfall in unterschiedlicher Kombination notwendig sein?
- Wer mit welcher Qualifikation, persönlichen Kompetenz, bei welcher Anleitung zu welchen Kosten, kann welche Aufgaben übernehmen?
- Wer mit welcher Qualifikation und Erfahrung kann (wie ggf. kompetente Angehörige) den individuell bedarfsgerechten Hilfe-Mix konzipieren und die Durchführung organisieren und anleiten?

Finanzierung des individuellen Hilfe-Mixes

Damit geht es nicht nur um Geld und geldwerte Dienstleistungen, sondern auch um Selbsthilfe, ehrenamtliche Hilfen und Fremdleistungen, die zusammengefasst werden.

So wie jeder gesunde Mensch ein Individuum mit bestimmten Stärken und Schwächen ist, gilt dies auch für erkrankte Menschen. Entsprechend unterscheiden sich die Hilfebedarfe. Bei Alzheimerkranken sind diese auch stark vom Krankheitsgrad und den Folgen abhängig, siehe oben. Es gibt Erkrankte, die mit relativ wenig Aufwand lange zu Hause bleiben können. Für andere erweist es sich als notwendig, sehr früh einen Platz in einer Einrichtung zu finden.

Persönliches Budget

Die erforderliche Flexibilität lässt sich nicht vollständig administrativ planen und verordnen. Deshalb ist für kreative individuelle Lösungen das »trägerübergreifende Persönliche Budget« (§ 35 a SGB XI) eine besonders geeignete Finan-

zierungsform. Wenn eine Person Ansprüche auf ein Persönliches Budget nach SGB XI und nach SGB IX (§ 17) hat, müssen beide auch kombinierbar sein.

Das Persönliche Budget muss – wie bei anderen Finanzierungsformen – an die Bedingungen: Assessment und Case-Management, zielorientierter Hilfeplanung (im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel) sowie ergebnisorientierte Qualitätssicherung geknüpft werden. Denn eine Barleistung allein ist mit der Gefahr der unqualifizierten Hilfeleistung verbunden.

Das Persönliche Budget ermöglicht die Finanzierung von Leistungsbündeln und die Erbringung von verschiedenen Leistungen integriert, ggf. durch eine Person – vgl. die frühere Gemeindeschwester –, statt dass mehrere Spezialisten unkoordiniert kommen (siehe oben). Allerdings ist das Erfordernis der »Budgetfähigkeit« der meisten möglichen Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern rechtlich und praktisch noch nicht realisiert. Außerdem sind die etablierten Leistungserbringer sehr zögerlich, ihre bisherigen Leistungsangebote auch für Persönliche Budgetnehmer zugänglich zu machen.

Traditionelle Finanzierung

Diese geht von den maßnahmebezogenen Einzelfinanzierungen aus. Der Dienstleistungsträger oder der Verbund von Dienstleistern organisiert zielorientiert und aus personenbezogener Gesamtverantwortung die Tätigkeiten für eine betroffene Person – »aus einer Hand«. Die Zeitaufwände werden aber verursachungsgerecht den Kostenstellen entsprechend den Erlösquellen zugeordnet.

Das ist erkennbar nur mit ungewöhnlicher administrativer Energie zu schaffen.

Für die zentrale Leistung personenbezogener Gesamtverantwortung gibt es bisher im ambulanten Bereich keine Finanzierungszuständigkeit.

Betroffene und ggf. Angehörige können entsprechend den von ihnen zu tragenden Kosten nach Effizienz (wirksam und preiswert) unter konkurrierenden Problemlösungen wählen. Voraussetzungen dafür sind:

- Transparenz über Hilfeangebote in der Region: Leistungen, Qualität und Preise; Berichte der Einrichtungsträger und des MDK, Befragungen von Nutzern z. B. zur Zufriedenheit, kommunaler Altenhilfe-Bericht.
- Wohnungsnahe Wahlmöglichkeiten
- Erarbeitung und Implementierung wissenschaftlich geprüfter Instrumente zur Qualitätssicherung und Kosten-Analyse.
- Verbraucherschutz: analog zu »Stiftung Warentest« Dienstleistungen für alte Menschen.
- Professionelles Assessment und längerfristige Begleitung im Auftrag der Nutzer

Case-Manager/Familienkrankenschwester (WHO) ähnlich wie die frühere Gemeindeschwester, kann bei entsprechender Befugnis Missbrauch verhindern, etwa wenn z. B. sorgeverpflichtete Kinder die hilflosen Eltern vernachlässigen, um das erwartete Erbe nicht ausgeben zu müssen.

Steuerung durch Bund, Länder und Kommunen

Um eine an den persönlichen Bedürfnissen und dem Krankheitsverlauf ausgerichtete individuelle Versorgung zu erreichen, schlägt die AKTION PSYCHISCH KRAKE Handlungsempfehlungen vor. Diese richten sich spezifisch an *Bund, Länder und Kommunen*.

Dabei sind die verschiedenen Adressaten und die Akteure in den nachgeordneten Zuständigkeiten aufgefordert, die in ihrer jeweiligen Verantwortung stehenden Entscheidungen und Handlungen auch daraufhin zu prüfen, welche Wirkung über die eigene Zuständigkeit hinaus von ihren Entscheidungen ausgeht für

- die betroffenen Personen und ihre Angehörigen,
- die Lebensqualität in den Wohnquartieren,
- das Versorgungssystem und die sozialen Sicherungssysteme vgl. Folgeabschätzungen in anderen Bereichen z. B. bei großen Bauvorhaben: Lärmschutz, Umweltschutz.

Ökonomische Fragestellungen

Allgemein gelten stationäre Problemlösungen als teuer im Vergleich zu ambulanten. Diese Hypothese muss aber differenziert empirisch geprüft werden. Dabei sind zu berücksichtigen:

- Aufwand/Kosten und Nutzen/Ergebnisse
- Wechsel von vertrauter in fremde Umgebung
- Einbeziehung von Angehörigen, Nachbarn, ehrenamtlichen Helfern
- Hausärzte/Fachärzte/Ergotherapie/Physiotherapie/Case-Management: freie Wahl auch im Heim (einziehender Heimbewohner bringt Hausarzt ... mit) – oder z. B. fest angestellter Heimarzt, oder Kombination?
- Welchen Aufwand erfordern Koordination und Wege im Vergleich bei stationären und ambulanten Hilfeformen und wenn die Hilfen intelligent organisiert werden (z. B. Einsatzplanung: Hausbesuche im Quartier mit kurzen Wegen von einem Haus zum nächsten; eine Person übernimmt verschiedene Funktionen statt für jede Hilfsfunktion eine andere Person?)
- Unterschiede in der Ergebnisqualität?
- *Auf die Person bzw. Personengruppen und nicht nur auf den Maßnahmebe-*

reiche bezogene Bilanzierung von Wirkung und Kosten, im Querschnitt und im Längsschnitt.

Steuerung in Bundeszuständigkeit

Die Gliederung unseres Systems der sozialen Sicherung führt an den Zuständigkeitsgrenzen zu erheblichen Schnittstellenproblemen: Die Folgen des eigenen Handelns außerhalb des eigenen Zuständigkeitsbereichs interessieren nicht.

Gespart wird mit betriebswirtschaftlicher Perspektive im Interesse der eigenen maßnahmebezogenen Zuständigkeit, aber ohne Rücksicht auf die Folgen für die betroffene Person und die Folgekosten in anderen Zuständigkeiten – also auch ohne volkswirtschaftliche Perspektive.

Empfehlung

Fusion der unterschiedlichen Versicherungsträger zur Beseitigung der Schnittstellenprobleme. Diese – unrealistische – Empfehlung soll die Bedeutung der Thematik unterstreichen.

1. Pflegeversicherungsgesetz/SGB XI

1.1 Pflegebegriff

Der Pflegebegriff (§ 14) benachteiligt Personen mit psychischen Störungen insbesondere mit Demenz, weil die »Verrichtungen« bei diesem Personenkreis Beeinträchtigungen unzureichend erfassen, die aber für den Pflegebedarf von großer Bedeutung sind (vgl. Hilfe-Mix S. 59 f.). Unzureichend berücksichtigt sind:

- Fähigkeiten und Beeinträchtigungen von Kognition, Erleben und Verhalten
- Anleitung und Begleitung (statt »Beaufsichtigung«) in Bezug auf Alltagsaktivitäten (und nicht nur die definierten »Verrichtungen«)

Das SGB XI hat für seine Zielgruppe Hilfen bei Pflegebedarf auch in ihrer Funktion für *Teilhabe* gemäß SGB IX zu realisieren und die besonderen Bedürfnisse psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen zu berücksichtigen (vgl. § 10 SGB IX und § 27 SGB V). Dazu muss der Pflegebegriff stärker die Unterstützung von den Ressourcen berücksichtigen und nicht nur von den Defiziten der betroffenen Personen ausgehen.

Im SGB XI wurde der Pflegebegriff zu eng gefasst, um die Kosten zu begrenzen. Das Problem der Kostenbegrenzung ist vom Pflegebegriff abzukoppeln und über die Bemessung der Leistungen zu lösen.

Die bisherigen Versuche, die Gerechtigkeitslücke des Pflegebegriffs zu beseitigen, scheiterten an den Folgekosten, weil eine entsprechende Änderung des § 14

zur finanziellen Ausweitung geführt hätte. – Allerdings ist das Problem durch §§ 45 a–c abgemildert worden.

Empfehlung

Die Blockade muss aufgelöst werden durch Trennung der Finanzierung von einer fortentwickelten Begriffsdefinition Pflegebedürftigkeit, die Gerechtigkeit für die unterschiedlichen Zielgruppen mit qualitativ verschiedenem Bedarf ermöglicht.

Bemessung der Pflegestufen und ihre Steuerungswirkung (vgl. Kapitel 3.4.)

Die geltenden Differenzierungen der Leistungen nach Pflegestufen gehen von einem hohen Einsatz der Angehörigen aus: nach SGB XI § 4 (2) wird familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung »ergänzt«; von pflegebedingten Aufwendungen werden die Pflegebedürftigen »entlastet« bei teil- und vollstationärer Pflege. Dies erzeugt Anreize, die kreative individuelle Lösungen benachteiligen. Damit werden schon von Gesetzes wegen zumindest in den Pflegestufen I und II erhebliche Anreize für die Inanspruchnahme stationärer Versorgung gesetzt.

Bisher gibt es große kontextabhängige Unterschiede z. B. (vgl. oben):
für Pflegestufe I

- im stationären Bereich: Pflegesachgeld 1.023 Euro
 - im ambulanten Bereich: Pflegesachgeld 384 Euro, Pflegegeld 205 Euro
- für Pflegestufe II
- bei vollstationärer Pflege einen Zuschuss von bis zu 1.279 Euro
 - bei häuslicher Pflege durch einen Pflegedienst eine Sachleistung im Wert bis zu 921 Euro und
 - bei häuslicher Pflege ein Pflegegeld von 410 Euro
(SGB XI §§ 36–43, Stand: Januar 2006).

Die Konsequenzen sind, dass:

- die Leistungen nach Pflegestufen unzureichende Anreize für individuelle Lösungen setzen, die vom Weiterleben in eigener Häuslichkeit ausgehen und die Selbsthilfe und ehrenamtliches Engagement einbeziehen.
- bisher eine Besserung der Pflegebedürftigkeit mit einer Absenkung der Leistung der Pflegekasse »bestraft« wird.
- Angehörige sich benachteiligt fühlen, wenn sie durch finanziellen und persönlichen Einsatz (ggf. mit beruflichen Einschränkungen) die Voraussetzung schaffen, dass eine niedrigere Bewertung der Pflegestufe ausreichend ist.

Deshalb ist zu prüfen, ob und wie kreative individuelle Lösungen stärker gefördert werden, wenn die Pflegekassen (unter Berücksichtigung von Eigenleistungen) *pauschale Zuschüsse geben, deren Geldwert unabhängig 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 fördert.

Empfehlung

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

- Ambulante Leistungen attraktiver zu machen
- Anreize für stationäre Leistungen zugunsten der ambulanten Leistungen zu neutralisieren
- Anreize zur Einbeziehung von Angehörigen und ehrenamtlichen Helfern zu setzen. Dabei muss klargestellt werden, dass ehrenamtliche Helfer nicht kostenlos sind und dass sie Fachkräfte bei Aufgaben, die Fachkompetenz erfordern, nicht ersetzen können (sofern sie nicht über diese Kompetenz verfügen)
- gering qualifizierte Helfer zu schulen und anzuleiten
- erwerbstätigen Angehörigen Pflegezeiten zu ermöglichen

1.3 Qualität

In SGB XI – aber auch in anderen Leistungsgesetzen – ist zu verankern, dass die Zulassung von Leistungsträgern und ggf. die Kostenübernahme im Einzelfall die Struktur- und Qualitätsanforderung der vertraglich vereinbarten Zusammenarbeit der Leistungserbringer auf der organisatorischen und der Patienten-Ebene zur Voraussetzung hat.

1.4 Prävention

Maßnahmeübergreifende Verantwortung ist normativ besser zu verankern und insbesondere mit finanziellen Anreizen zu unterstützen, dabei gilt:

Prävention vor Behandlung vor Rehabilitation und vor Pflege

Jeder dieser Einzelschritte muss zur Verhinderung des Folgenden ausgebaut und genutzt werden.

Empfehlung

Das Prinzip »Kostenträger-Verantwortung in Abhängigkeit vom erreichten Ergebnis« ermöglicht der Pflegeversicherung, auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zur Minderung von Pflegebedürftigkeit zu übernehmen und nachher den zuständigen Leistungsträger heranzuziehen.

Retrospektive Bestimmung des zuständigen Leistungsträgers beschleunigt den Zugang zu Leistungen und verschont den Patienten von dem Zuständigkeitsstreit unter den Leistungsträgern.

1.5 Pflegekassen/Krankenkassen

Empfehlung

Kranken- und Pflegekassen können Transparenz und Qualität u. a. dadurch verbessern, das über den MDK öffentliche Qualitätsberichte, Preis-Leistungs-Vergleiche – zur Orientierung der Nutzer (das heißt: allgemein verständlich) und Kostenträger erstellt werden.

Dabei gilt es die Ergebnisqualität in den Vordergrund zu stellen und darauf Prozess- und Strukturqualität auszurichten.

2. Pflegezeit-Gesetz: eingelöst

3. SGB XII

Soweit die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen, sind Leistungen zur Pflege und/oder Teilhabe (SGB XII) notwendig – ab dem Alter von 65 unabhängig vom Einkommen. Dies muss insbesondere gelten für die Personen, die eine Behinderung nach § 2 (1) SGB IX haben.

4. Steuergesetzgebung

4.1 Steuerentlastung bei Betroffenen und ggf. zuständigen Angehörigen für Betreuungs- und Pflegekosten: Bestehende steuerliche Abzugsmöglichkeiten für pflegende Angehörige stärker in die Öffentlichkeit transportieren.

4.2 Ehrenamtliche Helfer: Für Aufwandsentschädigung analog zu (steuerfreier) Übungsleiter-Pauschale bei Sportvereinen sind die rechtlichen Voraussetzungen gegeben. Deutlicher auf diese Möglichkeiten hinweisen. Dies muss auch für ehrenamtliche Tätigkeit in der Altenhilfe gelten.

4.3 Zuverdienst-Regelungen, auch für Behinderte und Hartz-IV-Empfänger, die alten Menschen im Alltag geplant helfen.

5. Schutzrecht

Die rechtlichen Grundlagen für das Schutzbedürfnis von psychisch kranken alten Menschen, insbesondere mit Demenz ergeben sich aus allgemeingültigen Schutz-Gesetzen wie Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), hier Schuldrecht/Vertragsrecht und Verbraucherschutz, sowie dem Heimrecht, für das ab 2007 die Länder zuständig sind.

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 bisherige Heimrecht ist eine Bürokratie fördernde, personenbezogene Hilfen behindernde und kostentreibende Schutzstrategie. Sie ist nicht übertragbar für in besonderen Wohnformen lebende Menschen, für zu Hause lebende beeinträchtigte alte Menschen. Diese Menschen sind unzureichend geschützt.

Empfehlungen

Rechte für alte Menschen primär von den allgemeinen Rechten herleiten: BGB: Schuldrecht, Verbraucherschutz, dabei ist von den allgemeinen Lebensrisiken alter Menschen auszugehen.

Gesetzliche Regelungen zur Qualitätssicherung: ambulante und stationäre Leistungen der Pflege und der Teilhabe.

Davon nicht abgedeckte Problembereiche in einem Hilfeempfängerschutzgesetz – wie z. B. Schutz bei Haustürgeschäften – regeln statt mit institutionsbezogenem Sonderrechtsbereich Heimgesetz.

Außerdem sind bestimmte Versorgungsformen weniger anfällig für Übergriffe und Vernachlässigung von schutzbedürftigen Menschen. Nutzer sind einem »Monopol« bei integrierten Hilfen aus einer Hand nicht ausgeliefert:

- wenn sie als Nutzer gestärkt sind und Transparenz praktiziert wird,
- wenn die Nutzer zwischen mehreren wohnortnahen (besser: wohnungsnahen) Angeboten wählen können,
- wenn sie bei dieser Wahl durch einen unabhängigen Case-Manager unterstützt werden,
- wenn die Kündigung mit dem Ziel des Wechsels zu einem anderen Anbieter nutzerfreundlich geregelt ist,
- wenn im Heim – gemäß den gesetzlichen Regelungen – auch unabhängige Ärzte und andere Fachkräfte ein und aus gehen,
- wenn Angehörige (z. B. Alzheimer-Gesellschaft) und ehrenamtliche Helfer einbezogen werden: *bürgerschaftliche Wächter-Funktion vor Ort* und
- wenn die Bürgerschaft in der akzeptierten Mitverantwortung ist, z. B. durch Bürger-Beirat für die Institutionen im Quartier.

Steuerung durch die Länder

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. (Vgl. Initiative »Menschen pflegen« des Sozial- und Gesundheitsministeriums in Rheinland-Pfalz.) Insbesondere das Zusammenwirken von kommunaler Verantwortung für die Infrastruktur des Hilfe-Mixes; Förderung des bürgerschaftlichen Engagements; neue Berufsbilder; Transparenz über Hilfeangebote und Qualität; Strukturverantwortung der Pflegekassen und der Sozialhilfe; Schutz von hilfbedürftigen Personen durch Verbraucherschutz, landesgesetzliche Regelung (Zuständigkeit für Heimaufsicht seit der letzten Föderalismus-Reform) und MDK-Prüfungen.

1. Heimaufsicht:

Ein Heim bietet die verschiedenen Verträge aus einer Hand, 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 Heimbestimmungen dann nicht an, wenn die Verträge für Wohnen, Hauswirtschaft und Pflege mit unabhängigen Dienstleistern abgeschlossen werden, was erhebliche Erschwernisse für die organisatorische Realisierung und die Kosten bedeutet (siehe ökonomische Fragen).

Diese Schutz-Strategie trägt maßgeblich zur Fragmentierung der Hilfen nach Maßnahmenteilen bei und verhindert die Integration der Hilfen im Längsschnitt, wenn bei Änderungen des Bedarfs die Komponenten des Hilfe-Mixes teilweise geändert werden. Zum Beispiel: Wer zunächst mit ambulanter Pflege zu Hause auskommt, muss diese aufgeben, wenn sie oder er Wohnen und Pflegen aus einer Hand (Heim) haben will.

Siehe auch Abschnitt »Schutz für beeinträchtigte alte Menschen« in Kapitel 3.4.

Empfehlungen

Unabhängigkeit der Dienststelle zur Umsetzung des Heimgesetzes bzw. des Hilfe-Empfängerschutz-Gesetzes vom Kostenträger.

Heim-Begehungen sind zwischen den verschiedenen Zuständigkeiten abzustimmen und gemeinsam durchzuführen.

2. Landespflegegesetze

Empfehlung

In den Landespflegegesetzen den Kommunen Steuerungsmöglichkeiten zur Pflegeheimplanung einräumen.

Fort- und Weiterbildung (Qualifizierung) zum Erwerb gerontopsychiatrischer Fachkompetenz: z. B. Krankenpflege, Sozialarbeit und Entwicklung neuer Berufsbilder: z. B. Alltagsmanager, Haushalts-Assistenz.

3. Demenz-Servicezentren

Empfehlung

Für ca. 1–2 Mio. Einwohner, um u. a. zur Verbreitung von Kenntnissen und Informationen zur Begleitung von Menschen mit Demenz bei professionellen, freiwilligen und familiären Helferinnen und Helfern beizutragen. Das Modellprojekt NRW ist in die Regelversorgung zu übernehmen.

4. Prävention

Empfehlung

Erprobung und Evaluation von Modellen zur präventiven Beratung bei alten Menschen: rechtzeitige Zukunftsplanung, niedrig schwellig ggf. aufsuchend, alltagspraktisch, auf Assistenzbedarf orientiert, um frühzeitig Risikofaktoren von Pflege- und Hilfebedürftigkeit zu identifizieren.

Zielgruppen frühzeitig ansprechen, was Alter für Veränderungen bedeuten kann.

5. Selbsthilfe

Empfehlung

Förderung der Landesverbände zur Selbsthilfe; Informations-, Koordinations- und Kooperationsaufgaben – in den Ländern sehr unterschiedlich (in NRW z. B. keine Förderung des Landesverbands der Alzheimer-Gesellschaft).

6. Landesärztekammern

Empfehlung

Fortbildung und Qualifizierung z. B. von Allgemeinärzten in gerontopsychiatrischer Kompetenz (bisher nur Schwerpunkt Geriatrie).

Ärzte und Pflegepersonal in Allgemeinkrankenhäusern im Umgang mit psychisch kranken alten Menschen beraten und schulen.

Steuerung durch Kommunen

Die Pflegeversicherung hat die kommunale Steuerung abgeschafft und die Markt-orientierung eingeführt. Bei der Teilkasko-Finanzierung durch die Pflegekassen sind für die darüber hinausgehenden Kosten primär die Nutzer und wenn diese arm im Sinne der Sozialhilfe sind, die Kommune zuständig. Damit haben die Nutzer und die Kommune an wirksamen und kostengünstigen Hilfen ein originäres Interesse – wenn die personelle Überschneidung zwischen Kommunalpolitik und Trägern der Altenhilfe nicht zu stark ist.

Empfehlungen

- Kommunen (unter Einbeziehung der Pflegekassen) sorgen für die kompetente Organisation und finanzieren Trägern die Durchführung von Beratung und Befähigung für Angehörige, ehrenamtliche Helfer, bezahlte Kräfte für Begleitung und Hilfen im Alltag, damit Betroffene diese nutzen können.
- Hilfeplankonferenz (im Auftrag der Kommune, vgl. die konstruktiven Erfahrungen im Teilhabe-Bereich) für Menschen mit komplexem längerfristigem

Hilfebedarf: einbezogen sind Vertreter der Leistungserbringer und Leistungsträger mit Entscheidungskompetenz, Prokura und Handlungsfähigkeit einer Person/Dienststelle vor Ort für die Vertretung der unterschiedlichen Leistungsträger.

- Die Kommune sorgt für die Zusammenarbeit zwischen der medizinischen ambulanten und stationären Behandlung und Rehabilitation sowie der Altenhilfe, damit niemand deshalb als Notfall gegen seinen Willen ins Heim muss, weil keine Zeit und keine professionelle Unterstützung verfügbar ist, um Alternativen rechtzeitig zu organisieren.
- Aufgabe der Kommunen ist es, die Pflegekassen und die Krankenkassen zu veranlassen (Strukturverantwortung), offensiv Beratung und Qualifizierung von Angehörigen und bürgerschaftlichen Helfern zu finanzieren (§ 45 SGB XI in Verbindung mit § 20 (2) SGB V), damit geeignete Personen zur Verfügung stehen für den individuellen Hilfe-Mix von Menschen, die in eigener Häuslichkeit oder in Institutionen leben.
- Entsprechend der guten Grundidee der Servicestellen nach SGB IX soll die Beratung leistungsträgerübergreifend die verschiedenen Hilfen, die bei einer Person infrage kommen, berücksichtigen und bündeln.
- Die Kommune sorgt für unabhängige professionelle Beratung für Nutzer (§ 71 SGB XII verankern).
- Die Kommune intensiviert die Wohnberatung, fördert Wohnungsanpassungen und Versorgungssicherheit im Quartier.
- Die Kommune als Sozialhilfeträger nutzt zu ihrer Beratung den MDK, unabhängige Dienste für Assessment und Case-Management und ggf. den eigenen Sozialmedizinischen Dienst.
- Die Kommunen – mit Leistungsträgern und Leistungserbringern –
 - erarbeiten und vereinbaren Ziele und Anforderungen funktional an das regionale Hilfenetz
 - stellen Transparenz her über Leistungen, Qualität und Preise
- Förderung von Verbundstrukturen: regionale Verbünde (z. B. Altenhilfe Verbünde, Gerontopsychiatrische Verbünde, Gemeindepsychiatrische Verbünde), Sozialpsychiatrische Zentren zuständig auch für alte Menschen, Nachbarschaftszentren, vernetzt mit anderen Dienstleistungen.

Kommunen, die ihre Verantwortung für den immer größer werdenden Anteil der älteren 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 realisieren ist. Deshalb sind Ziele

und Aufgaben der Altenhilfe zuständigkeitsübergreifend zu definieren, kommunale Steuerung erfordert Managementfähigkeiten und Geld. Dieser Einsatz lohnt für die betroffenen Bürger und Kassen, denn Chaossteuerung ist teurer und wenig wirksam.

Die Sozialhilfe setzt sich bisher dafür ein, dass die finanzielle Bewertung der Pflegestufen bei Versorgung im Heim am höchsten angesetzt wird, damit der Sozialhilfe eine möglichst niedrige Restzuständigkeit bleibt. Dies ist kurzfristig betriebswirtschaftlich rational. Diese finanzielle Bewertung setzt aber Anreize zur Inanspruchnahme vom Heimplätzen. Wenn aber die Höhe des »Teilkasko«-Zuschusses für die Pflegestufen einheitlich und unabhängig von der Art der Leistungserbringung und dem Ort bemessen würde, so kann erwartet werden, dass längerfristig die Sozialhilfe damit günstiger fährt, weil damit individuellere und flexiblere Problemlösungen angeregt werden, die insgesamt auch effizienter sind und den Bedürfnissen der Nutzer eher entsprechen. Dies setzt allerdings voraus, dass die Kommune die Verantwortung dafür übernimmt, dass die unterschiedlichen Komponenten des Hilfe-Mix-Angebots für die Nutzer im Wohngebiet auch erreichbar sind (siehe Praxisbeispiele Kapitel 3.6).

Wir empfehlen, diese plausible Hypothese durch unabhängige empirische Untersuchungen zu überprüfen.

Dienstleistungen und Wirtschaft in der Region

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 bisher ein 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

Es hat Auswirkungen 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 (Beispiele in Kapitel 3.6).

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).

3 Bericht

3.1 Herausforderungen für Gesellschaft und Politik

Die meisten Menschen wünschen bis zum Lebensende ein möglichst selbstbestimmtes Leben in ihrer vertrauten Umgebung. Dies trifft auch auf Menschen zu, die im Alter an akuten oder chronischen psychischen Störungen einschließlich der Demenzen leiden. Dies belegen u. a. Daten aus dem Alterssurvey 1996.

Schon die Psychiatrie-Enquete (1975) forderte für – insbesondere chronisch – psychisch kranke Menschen auch im höheren Lebensalter die Voraussetzungen zu schaffen, damit sie die Hilfen und Lebensbedingungen erhalten, die sie benötigen, um in ihrem vertrauten Lebensumfeld auf Dauer integriert leben zu können.

Im Rahmen des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesrepublik (1980–1985) wurden die gerontopsychiatrischen Vorschläge teilweise erprobt. So z. B. entstanden die ersten Tageskliniken (Hamburg und Berlin 1976, Düsseldorf 1977, Mannheim und Köln 1979). Nach Auswertung der Erkenntnisse aus den Modelleinrichtungen und Einbeziehung der Ist-Situation der gerontopsychiatrischen Versorgung folgten 1988 die Empfehlungen der Expertenkommission der BMJFFG.

25 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete wurden auf der Tagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE im November 2000 weiterhin große Defizite im Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung beschrieben. Hierzu nur einige Stichworte: Verzahnung ärztlicher und pflegerischer Versorgung, Altenberatung, unterschiedliche Qualitätsstandards.⁴

Für die meisten psychisch kranken alten Menschen, vor allem für chronisch psychisch Kranke, ist dieses Reformziel zur gesellschaftlichen Teilhabe bis heute nicht eingelöst wurde. Es wird vor allem durch folgende Faktoren erschwert:

1. Psychisch kranke alte Menschen, die in eigener Häuslichkeit leben wollen, benötigen häufig zeitgleich und/oder nacheinander unterschiedliche Hilfen, die in die Zuständigkeit verschiedener Leistungsträger fallen. Die Nutzer sind häufig überfordert, den individuell notwendigen Mix an geeigneten Hilfen inkl. ihrer Finanzierung selbst zu organisieren, weil Hilfen unterschiedlicher Leistungsträger ambulant nur separat und unzureichend koordiniert verfügbar sind. Meist wird dann auf stationäre Hilfen (Paket aus einer Hand) zurückgegriffen.

4 NIßLE K: in APK Tagungsband

2. Angehörige und Bezugspersonen der Betroffenen sind häufig – zumindest bei zunehmenden Hilfebedarf – überfordert mit der Begleitung, Unterstützung sowie Pflege.
3. Professionelle Dienste sind häufig nicht in der Lage, verschiedene Hilfsangebote – sofern vorhanden – auf die individuelle Problemlage zielgerichtet und abgestimmt anzuwenden. Jeder Dienst sieht den Hilfebedarf vorrangig aus seiner jeweiligen Perspektive (angebotsorientierte Hilfeplanung) und keiner geht vom gesamten Bedarf der Person aus. Dadurch bleiben Koordination, Integration und wechselseitige Substitutionsmöglichkeiten der Hilfen untereinander unberücksichtigt.
4. Bei den gegebenen Rahmenbedingungen weisen stationäre Einrichtungen größere Zuwachsraten auf als ambulante Hilfen.
5. Durch den gesellschaftlichen und demografischen Wandel, der sich in den nächsten Jahren und Jahrzehnten noch erheblich zuspitzt, wird der Heimbereich – bei unveränderten Rahmenbedingungen – weiter überproportional anwachsen.

Vor diesem Hintergrund müssen viele alte Menschen nach wie vor *gegen ihren Wunsch* ihr vertrautes Lebensfeld verlassen, wenn herkömmliche ambulante Hilfen nicht ausreichen. Dadurch werden nicht selten eigene Fähigkeiten untergraben und zusätzliche Desorientierung, Hilfebedürftigkeit und Einschränkung von Selbstbestimmungsfähigkeit herbeigeführt.

Aus diesem Gründen hat die AKTION PSYCHISCH KRANKE sich für die Bildung einer Expertenkommission im Rahmen der Projektförderung eingesetzt, die eine Situationsanalyse vornehmen und Empfehlungen erarbeiten soll. Das Projekt hat das zentrale Anliegen, durch Entwicklung von politischen Handlungsempfehlungen die strukturellen und rechtlichen Voraussetzungen nachhaltig zu verbessern, damit alte Menschen mit psychischen Erkrankungen und komplexem Hilfebedarf, die nicht ins Heim wollen, zukünftig weiterhin in ihrem vertrauten Lebensumfeld bleiben können, und diejenigen, die im Heim leben, dort die Rahmenbedingungen und notwendigen Hilfen für ein möglichst selbstbestimmtes Leben erhalten.

Leitgedanke ist dabei der personenzentrierte Ansatz der Kommission zur Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung. Diese ging bei ihrem vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Forschungsprojekt 1992–1996 vom Hilfebedarf von Personen aus und nicht von vorhandenen Einrichtungen und Finanzierungsformen. Die Kommission wollte nicht den Bedarf psychisch kranker Menschen dem entwickelten System von Einrichtungen und Finanzierungsformen anpassen, sondern umgekehrt.

Insbesondere für psychisch kranke alte Menschen zeigt sich die Notwendigkeit personenzentrierter Hilfen im Lebensfeld besonders deutlich: Fast immer bestehen komplexe Hilfebedarfe und der Wunsch, im vertrauten häuslichen Umfeld zu bleiben, ist bei psychisch kranken alten Menschen besonders ausgeprägt. Eigene

Fähigkeiten, aber auch Familien- und Nachbarschaftshilfe können am ehesten in der eigenen Wohnung erhalten, gefördert und ergänzt werden.

Es geht um eine *Richtungsumkehr von einem trägerdominierten zu einem nutzerorientierten Unterstützungskonzept*. Hier steuern die Betroffenen und ihre Angehörigen (oder beauftragte bzw. gesetzliche Vertreter) die Hilfen. Neben der Einbringung ihrer eigenen und familiären Ressourcen holen sie sich die darüber hinaus notwendigen Hilfen, z. B. von Nachbarn, Bekannten, freiwilligen Helfern und professionellen Diensten hinzu. Doch viele Nutzer sind insbesondere anfangs von dem komplizierten Hilfesystem und seiner Finanzierung überfordert und benötigen Unterstützung durch professionelles Assessment und längerfristige Begleitung einschließlich Beratung bei der Beantragung der Finanzierungen.

Vor diesem Hintergrund hat die Kommission in Anknüpfung an die Psychiatrie-Enquete, den Empfehlungen der Expertenkommission auf der Grundlage des Bundesmodellprogramms Psychiatrie und dem Forschungsprojekt »Personalbemessung im komplementären Bereich« den Ansatz gewählt, die strukturellen und rechtlichen Erfordernisse für eine personenzentrierte, bedarfsorientierte Hilfeerbringung für psychisch kranke alte Menschen auf den verschiedenen Ebenen darzustellen:

1. auf der Ebene der Betroffenen und deren Angehörigen,
2. auf der Ebene der funktionalen Organisation der Hilfen in der Kommune,
3. auf der sozialrechtlichen Ebene,
4. auf der Ebene der kommunalen und überregionalen Steuerung von Leistungen und Ressourcen.

Die nachfolgenden Handlungsempfehlungen sollen auf den genannten Ebenen die notwendigen Veränderungen für ein gerontopsychiatrisches Hilfesystem aufzeigen, das am individuellen Bedarf des hilfebedürftigen Menschen und deren Angehörigen orientiert ist. Aufgrund der demografischen und gesellschaftlichen Veränderungen und der sich noch zuspitzenden Entwicklung besteht dringender Handlungsbedarf.

Die Umsetzung der Empfehlungen liegt in der Zuständigkeit der verschiedenen in diesem Bereich Verantwortung tragenden Instanzen: Bund, Länder, Kommunen, Leistungsträger und Leistungsbringer. Deshalb wurde folgender Arbeitsansatz für die Projektarbeit gewählt:

Die multiprofessionelle Arbeitsgruppe wurde begleitet von der erweiterten Expertengruppe, bestehend aus Fachkräften und Experten aus dem Bereich der Altenhilfe, Rehabilitation, Pflege und Gerontopsychiatrie sowie Vertreter der Leistungsträger, der Leistungserbringer und Betroffenenverbände. Daneben wurden zu spezifischen Themenstellungen mit einzelnen Experten Gespräche geführt. Mit dieser Vorgehensweise solle einerseits eine möglichst differenzierte Berücksichtigung der zu lösenden Probleme und von vorhandenen Lösungsansätzen erreicht werden. Zum anderen geht es darum, den Projektprozess umsetzungsorientiert

zu steuern, d.h. mit Fachleuten aus der Praxis aus Einrichtungen und von Kostenträgern gemeinsam Lösungsperspektiven zu entwickeln.

3.1.1 Der demografische Wandel

Schon die Enquete-Kommission der Bundesregierung zum demografischen Wandel stellt 2002 in ihrem Schlussbericht fest:

»Immer mehr Menschen erreichen ein immer höheres Lebensalter. So sehr diese Tatsache zu begrüßen ist, bedeutet dieser demografische Wandel eine große Herausforderung: eine Herausforderung für jeden Einzelnen, für die Familien, für die Gesellschaft, für die Wirtschaft und den Arbeitsmarkt, für die sozialen Sicherungssysteme wie für die Politik insgesamt.« (Deutscher Bundestag 2002, S. 12)

Die Lebensphase Alter wächst kontinuierlich an, wie die Daten zur Entwicklung der Altersstruktur zeigen. Veränderungen im Bevölkerungsaufbau werden sehr deutlich, wenn die sogenannte »Alterspyramide« der Jahrhundertwende (1910) mit der aktuellen (2001) und der für das Jahr 2050 prognostizierten verglichen wird. Aus der Pyramidenform zu Beginn des Jahrhundert, bei der noch (fast) jede jüngere Altersgruppe stärker besetzt war als die nächst ältere, wird bis zum Jahr 2025 und 2050 eine »Pilzform« als grafische Darstellung des Altersaufbaus entstehen.

Es wird erwartet, dass die Gesamtbevölkerung von heute ca. 82 Millionen Menschen auf 80 Millionen im Jahre 2020 und 71 Millionen im Jahr 2050 zurückgeht.⁵ Zugleich wächst die Gruppe der 60-Jährigen und Älteren von heute 23,4 Prozent auf knapp 30 Prozent im Jahre 2020 und auf knapp 36,5 Prozent im Jahre 2050.⁶ Ferner ergeben die Vorausberechnung, dass die Lebenserwartung sowohl bei Männern als Frauen weiterhin ansteigen wird. Bei den Männern bis 2050 von heute 75 auf dann 78 bis 81 und bei den Frauen von heute 81 auf dann 85 bis 87. Innerhalb der nächsten 25 Jahre wird die Zahl der über 100-Jährigen in Deutschland von jetzt 10 000 auf dann 45 000 steigen.⁷

Die Datenlage verdeutlicht, dass zukünftig der Anteil der potenziell pflegenden Angehörigen abnimmt, wohingegen der Anteil der Menschen, insbesondere der Hochaltrigen, die auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sein werden, zunimmt. Damit verbunden ist, dass auch der Anteil mit psychischen Beeinträchtigungen oder Erkrankungen, vor allem der Demenz, zunehmen wird. Im Bereich der

5 Bertelsmann Stiftung (Hg.): Demographischer Wandel, Präventions- und Rehabilitationspotenziale. Hintergrundinformationen zu den Empfehlungen der Expertenkommission »Ziele in der Altenpolitik«, Februar 2005

6 Bertelsmann Stiftung 2005: 1

7 10. Koordinierende Bevölkerungsvorausberechnung

Demenz z. B. ist primäre Prävention, die über eine gesunde Lebensführung mit den Schwerpunkten geistige Regsamkeit, körperliche Aktivitäten, Teilnahme am sozialen Leben und ausgewogene Ernährung hinausgeht, bislang nicht nachgewiesen.

Dieser bereits fortgeschrittene eingesetzte umfassende Strukturwandel in der Bevölkerung wird sich in den nächsten Jahren und Jahrzehnten weiter verstärken und die Versorgungsprobleme stetig verschärfen.

3.1.2 Die gesellschaftliche Herausforderung

In den letzten Jahrzehnten hat bereits kontinuierlich die Zahl der Einpersonenhaushalte und darunter der Anteil der 65-Jährigen und Älteren zugenommen. Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der in der höheren Altersgruppen alleine Lebenden – vor allem der Frauen – in den nächsten Jahrzehnten aufgrund zunehmender Hochaltrigkeit und Singularisierung noch deutlich zunehmen wird. Die häufig daraus resultierende soziale Isolation im Alter ist einer der bedeutendsten Faktoren für den Verlauf psychischer Erkrankungen im Alter.

Hinzu kommt noch, dass der Trend der Verringerung der Chance, durch eine(n) Partnerin/Partner oder durch eigene Kinder bei zunehmenden Hilfebedarf unterstützt zu werden, sich noch deutlich fortsetzen wird durch

- die stärkere Erwerbsbeteiligung von Frauen,
- die ansteigenden Erwerbsquoten der Männer und Frauen in den Altersgruppen der 50- bis 60-Jährigen und der 60- bis 65-Jährigen durch die Verlängerung der Lebensarbeitszeit,
- die heute geforderte berufliche Mobilität vielen Familien,
- die demografischen Veränderungen (siehe Kapitel 1.1),
- die Abnahme der Milieus mit großer Bereitschaft zur häuslichen Pflege, die Zunahme des Anteils der Milieus mit einer deutlichen Präferenz für die Versorgung durch ein Pflegeheim.

Blinkert und Klie gehen davon aus, dass das informelle Pflegepotenzial (2001 = 100 %) bis 2010/2015 um 10 % und bis 2050 um ca. 35 % abnehmen wird.⁸

Ohne die Überwindung der Tabus, mit denen psychische Erkrankungen in unserer Gesellschaft immer noch belastet sind, wird es sehr schwer sein, die notwendige Bereitschaft zur Pflege und Unterstützung, sei es familiär, bürgerschaftlich engagiert oder professionell, zu fördern. Die Aufklärungskampagnen sollten zielgerichtet entworfen werden. Für den Bereich der Demenz muss vermittelt werden, dass nach heutigem Kenntnisstand die Ursachen nicht bekannt sind, es kann jeden von uns treffen.

8 BLINKERT B, KLIE T.: Kasseler Studie, S. 128–131

Es darf nicht sein, dass »alt und psychisch krank« in unserer Gesellschaft zu einer Ausgrenzung führt.

3.1.3 Zielgruppe

Zielgruppe sind Personen, die im Alter an akuten oder chronischen psychischen Störungen, insbesondere Demenzen und Depressionen, leiden. Die Kommission ist der Auffassung, dass für andere Gruppen chronisch Kranker und Behinderter, vor allem der geistig behinderten alten Menschen, strukturelle Veränderungen ebenfalls erforderlich sind. Allerdings wird eine Eingrenzung des Personenkreises aus fachlicher Sicht und aufgrund des besonders dringlichen Handlungsbedarfs auf psychisch kranke alte Menschen für notwendig erachtet.

Bei mehr als 25 % der über 65-jährigen Menschen liegt eine behandlungsbedürftige psychische Störung vor. Dieser Befund wird übereinstimmend von in- und ausländischen epidemiologischen Untersuchungen bestätigt.⁹

Zu den wichtigsten psychischen Störungen im Alter zählen laut Sachverständigenkommission zum Vierten Altenbericht (2002)

- Demenzerkrankungen
- Depressive Störungen
- Angst- und Anpassungsstörungen
- Wahnhaftige Störungen
- Abhängigkeitserkrankungen hier sind von besonderer Bedeutung:
 - Alkoholabhängigkeit
 - Medikamentenabhängigkeit

Eine besondere Problematik mit zunehmenden Alter ist die Zunahme von

- Multimorbidität, d.h. das Risiko an mehreren Erkrankungen aus verschiedenen Organsystemen gleichzeitig zu leiden, ist mit dem höheren Lebensalter ansteigend. Das psychiatrische Erkrankungsrisiko bei gleichzeitigen chronischen körperlichen Beschwerden und damit verbundener Einschränkung in den Alltagsaktivitäten ist ebenfalls deutlich erhöht. Chronische körperliche Erkrankungen sind ein bedeutsamer Risikofaktor für Depressionen und Demenzen. Darüber hinaus ist ein Anstieg der psychiatrisch-neurologischen Komorbidität festzustellen.
- Das Risiko älterer Menschen durch Suizid zu sterben, ist insbesondere für ältere Männer, gegenüber jüngeren Menschen deutlich höher. Wichtiger Einflussfaktoren für Suizidalität sind psychische Erkrankungen, insbesondere Depressionen, gravierende Veränderungen im sozialen Netzwerk und körperliche Erkrankungen (z. B. chronische Schmerzen).

⁹ BICKEL H.: Epidemiologie psychischer Störungen im Alter. In: FÖRSTL H. (Hg.): Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Thieme: Stuttgart, 2. Auflage, 2003: 11–26

Die bei weitem häufigsten psychischen Störungen sind die Demenzerkrankungen und die depressiven Störungen und werden im Folgenden näher erläutert.

3.1.3.1 Krankheitsbild Demenzen

Demenzerkrankungen gehören mit durchschnittlich 10 % aller über 65-Jährigen zu den häufigsten und folgenreichsten psychischen Erkrankungen im höheren Alter.

Nach der Sachverständigenkommission für den Vierten Altenbericht (2002) ist Demenz entsprechend der Definition nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten ein Syndrom als Folge einer meist progredienten Erkrankung des Gehirns. Danach ist Demenz definiert als eine erworbene umfassende Beeinträchtigung von Intelligenzleistungen, die besonders das Gedächtnis, das logische und kritische Denken, das vorausschauende und planende Handeln, die Steuerung von Handlungsabläufen, die Steuerung der Emotionen und die Sprache betreffen. Diese Störungen müssen so stark ausgeprägt sein, dass sie die Bewältigung des alltäglichen Lebens, d. h. eine selbstständige Lebensführung deutlich einschränken. Diese Symptome müssen mindestens seit sechs Monaten vorhanden sein.¹⁰

Die Betroffenen weisen bereits in den frühen Erkrankungsstadien infolge der kognitiven Einbußen Einschränkungen in der selbstständigen Lebensführung auf, sind aber noch nicht vollständig von der Hilfe Dritter abhängig. Bei fortgeschrittener Erkrankung sind generalisierte kognitive Funktionseinbußen feststellbar, die mit umfassender Pflegebedürftigkeit und Betreuung verbunden sind.¹¹

Neben den kognitiven Störungen treten bei Demenzkranken häufig auch nicht-kognitive Auffälligkeiten wie Depressionen, Schlafstörungen, Unruhe, Angst, Halluzinationen, wahnhaftige Störungen und Störungen der Impulskontrolle auf. Diese Symptome der Demenz führen neben einer Verschlechterung der Lebensqualität des Kranken auch zu erheblichen psychischen Belastungen für die Betreuenden. Sie sind nicht nur Folge von Abbauprozessen im Gehirn, sondern auch Ausdruck ihres engen Wechselspiels mit psychosozialen Einflüssen, der Persönlichkeit und den jetzt wirksam werdenden Konfliktbewältigungsstrategien.¹²

Laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes zur Altersdemenz (2005) wird sich nach Vorausberechnungen die Zahl der Demenzkranken in Deutschland – bezogen auf die 65-Jährigen und Älteren – von gegenwärtig nahezu einer Million bis zum Jahr 2050 auf nahezu zwei Millionen verdoppeln. Demenzen treten vor allem im höheren Lebensalter auf. Die Prävalenz steigt von weniger als 2 % bei

¹⁰ BMFSFJ (2002): Vierter Altenbericht, S. 158

¹¹ Robert Koch-Institut (2005): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Altersdemenz, S. 7

¹² Hock (2000) In: BMFSFJ (2002): Vierter Altenbericht, S. 159

den 65 bis 69-Jährigen auf über 30 % bei den 90-Jährigen und Älteren an. Über zwei Drittel aller Demenzkranken sind Frauen: Dies ist hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass Frauen im Vergleich zu Männern eine längere Lebenserwartung und damit auch ein höheres Erkrankungsrisiko haben.

Fast die Hälfte der Pflegebedürftigen in Privathaushalten hat eine Demenz, wobei mit zunehmender Pflegestufe der Anteil stark ansteigt. Gleichzeitig ist Pflegebedürftigkeit bei Demenz der häufigste Grund für die Aufnahme in einem Heim. Derzeit sind über 60 % der Heimbewohner von dieser Krankheit betroffen. Man kann davon ausgehen, dass in Deutschland etwa 400 000 demenziell erkrankte Menschen in Alten- und Pflegeheimen versorgt werden.¹³

Die häufigste Form einer Demenz ist die Demenz vom Alzheimerotyp. Etwa zwei Drittel der Demenzformen sind der Alzheimerschen Krankheit zuzuordnen, etwa 15 % sind durch Durchblutungsstörungen des Gehirnes bedingt und werden als vaskuläre Demenz bezeichnet.¹⁴ Häufig finden sich Mischformen verschiedener Ursachen.

Die Prävention von Risikofaktoren gewinnt sowohl bei der Demenz vom Alzheimerotyp als auch bei den vaskulären Demenzursachen zunehmend an Bedeutung. Risikofaktoren sind körperliche und geistige Inaktivität sowie Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen.

Besonders der Bluthochdruck im mittleren Lebensalter ist ein bedeutsamer Risikofaktor für die spätere Entwicklung kognitiver Defizite. Bei der vaskulären Demenz reduziert der Gebrauch von blutdrucksenkenden Medikamenten die Inzidenz und Verlaufsgeschwindigkeit einer Demenz.¹⁵

3.1.3.2 Krankheitsbild Depression im Alter

Depressive Störungen reichen von leichteren Verstimmungen bis zu schwersten Erkrankungen. Zu ihrem Verlauf findet sich im Gutachten »Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit« des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen von 2000/2001 folgende Aussage:

»Im Vergleich zu depressiven Erkrankungen im mittleren Alter verlaufen Depressionen jenseits des 65. Lebensjahres häufig atypisch, d. h. die »klassische« depressive Symptomatik ist schwächer ausgeprägt.«

Und weiter:

»Aufgrund des atypischen Erscheinungsbildes der Depression im höheren Lebensalter mit schwacher emotionaler Symptomatik, aber gehäuften somatischen Beschwerden ist die Untersuchung ihrer Prävalenz erschwert. Die Höhe der ermit-

¹³ BICKEL (2002) In: Robert Koch-Institut (2005). Gesundheitsberichterstattung des Bundes, S. 7

¹⁴ Robert Koch Institut: Gesundheitsberichterstattung des Bundes S. 8 f.

¹⁵ GAO et. al (1998) In: Robert Koch-Institut (2005) Gesundheitsberichterstattung des Bundes, S. 11

telten Prävalenz ist abhängig von den verwendeten Untersuchungsinstrumenten und Klassifikationssystemen.«¹⁶

Angaben über Prävalenzen von älteren Menschen sind daher je nach verwendeten Fallkriterien unterschiedlich. Wenn man die verschiedenen Schweregrade der Depression berücksichtigt, ergibt sich eine Häufigkeit von 10–25 % an Depressionen leidenden bei den über 65-Jährigen. In den Institutionen der Altenhilfe (Alten- und Pflegeheime) wurden sogar Häufigkeiten von Depressionen bei bis zu 50 % der Bewohner/innen gefunden. Frauen sind doppelt so häufig betroffen im Vergleich zu den Männern. Eine Analyse, bei der 34 Studien¹⁷ berücksichtigt wurden, fand dass durchschnittlich

- 1,8 % an schwerer Depressionen
- 9,8 % an leichteren und
- 13,5 % an krankheitswertigen depressiven Störungen leiden.

Werden geringer ausgeprägte subdiagnostische Störungen, wie sie bei weiteren 9–20 % der Altenbevölkerung gefunden werden, einbezogen, reichen die Schätzungen bis zu 27 %.

Eine Häufung depressiv Erkrankter findet sich laut dem erwähnten Gutachten des Sachverständigenrates vor allem unter

- Frauen
- Verwitweten
- Altenheimbewohnern
- Multimorbiden Menschen
- Krankenhauspatienten.

In einem ganzheitlichen Behandlungskonzept kann man eine depressive Störung heute gut behandeln, deutlich bessern und sogar vollständig beseitigen.¹⁸

3.1.3.3 Alt werdende psychisch erkrankte Personen

Lange Zeit hatte sich die Frage nach der Gestaltung des Lebens im Alter von Menschen mit psychischer Erkrankung nur in Einzelfällen gestellt. So gab es weniger alt werdende und erstmals im Alter psychisch erkrankte Menschen.

Das ist u. a. darauf zurückzuführen, dass in der NS-Zeit mehr als 150 000 nicht arbeitsfähige psychisch kranke und geistig behinderte Menschen ermordet wurden und das früher die Lebenserwartung geringer war. Mittlerweile hat sich aufgrund der Verbesserung der Lebensbedingungen und der medizinischen Hilfen auch die Lebenserwartung der geistig behinderten Menschen derjenigen der Gesamtbevölkerung nahezu angeglichen.

¹⁶ Gutachten des Sachverständigenrates 2000/2001: 225–226

¹⁷ MANN et al. 2003

¹⁸ Gutachten des Sachverständigenrates 2000/2001: 226–227

Die Zahl der altwerdenden psychisch kranken Personen steigt noch bis die Generation wieder den normalen Umfang erreicht hat.

Wenn psychisch kranke Menschen, die bereits seit Langem psychiatrische ambulante, teilstationäre oder stationäre Hilfen erhalten, ins Alter kommen, sind vielfach die bis dahin in Anspruch genommen Hilfen nicht mehr greifbar:

- Altwerdende psychisch kranke Menschen müssen häufig allein aufgrund ihres Alters ihren bisherigen Wohnplatz wechseln. Faktisch sieht die Eingliederungshilfe nach SGB XII allerdings keine Altersgrenze vor.
- Sie müssen beschützte Beschäftigungen aufgeben, wenn sie das Rentenalter erreichen. Altwerdende psychisch kranke Menschen können sich häufig nicht – wie andere Menschen, die mit Eintritt ins Rentenalter aus dem Erwerbsleben ausscheiden – eine neue, ihrem Alter angepasste tagesstrukturierende Betätigung suchen.

Wenn aufgrund verändertem Hilfebedarf mehrere Hilfen notwendig sind, z. B. neben den Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach SGB XII noch Grundpflege nach SGB XI müssen altwerdende psychisch kranke Menschen häufig in ein anderes Hilfesystem wechseln und ihr bisheriges vertrautes Wohnumfeld aufgeben.

3.1.4 Bedürfnisse und Wünsche der Nutzer

Die meisten Menschen wollen im Alter auch bei zunehmender Hilfebedürftigkeit in ihrer eigenen Wohnung leben. Dem Alters-Survey (1996) zufolge ist dieser Wunsch bei 81,7 % aller Befragten 40- bis 85-Jährigen bekundet worden. In der Altersklasse der 70- bis 85-Jährigen waren es 79,9 %. Andere Möglichkeiten (z. B. mit Freunden in einer Wohn- und Hausgemeinschaft zu leben) können sich nur Minderheiten vorstellen. Am ehesten kommt noch das Wohnen in der Nähe der Angehörigen (18,0 % bei den 70- bis 85-Jährigen) oder zusammen mit den Kindern in Betracht (21,1 % bei den 70- bis 85-Jährigen). 18,5 % der 55- bis 69-Jährigen können sich auch vorstellen, in einem Seniorenwohnheim bzw. einer Seniorenwohnung unterzukommen, allerdings bei mit dem Alter abnehmender Tendenz (14,1 % bei den 70- bis 85-Jährigen). Umgekehrt können sich die 70- bis 85-jährigen Menschen etwas häufiger vorstellen (9,8 bei den 55- bis 69-Jährigen, 13,1 % bei den 70- bis 85-Jährigen), in ein Seniorenheim bzw. Pflegeheim zu ziehen.¹⁹

Trotz dieser Bedürfnisse und Wünsche der Bevölkerung gestaltet sich die Situation psychisch kranker alter Menschen vor Ort bislang vielfach so, dass sie notwendige Hilfen nicht oder nicht ausreichend erhalten. Dies führt oft zu

¹⁹ MOTEL et al. 2000. Basisdaten: Alters-Survey 1996

einer krisenhaften Zuspitzung und dann z. B. zu einer Aufnahme als Notfall im Allgemeinkrankenhaus und zur Verlegung in ein Heim.

In den Allgemeinkrankenhäusern entfallen bereits 50 % der Pflegetage auf über 65-Jährige.²⁰ Insbesondere Abteilungen, deren Klientel im Schwerpunkt aus alten Menschen besteht, z. B. Innere oder Chirurgische Abteilungen, haben mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen zu tun. Bei psychischen Alterskrankheiten bestehen häufig enge Wechselwirkungen zwischen Beeinträchtigungen der körperlichen und der psychischen Gesundheit. Die psychischen Erkrankungen treten dann bei der Behandlung der somatischen Erkrankung im Allgemeinkrankenhaus als »Störfaktor« auf und wird für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen und anderen Patienten zum Problem.

Jan Wojnar beschreibt wesentliche Parameter, die das Krankenhaus für demenziell erkrankte Menschen zu einer besonders ungünstigen Einrichtung werden lässt:

- »eine unbekannte, unüberschaubare Umgebung,
- eingeschränkte Bewegungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten,
- veränderte Tagesabläufe,
- veränderte Umgangsformen,
- eine andere Form der Betreuung,
- beängstigende Handlungen,
- das Fehlen vertrauter Personen,
- allgemeine Hektik, chaotische Geräuschkulisse, schlechte Beleuchtung.«²¹

Durch diese Rahmenbedingungen in Kombination mit fehlendem gerontopsychiatrischen Hintergrundwissen bei ärztlichem und pflegerischem Personal entwickelt sich der Krankenhausaufenthalt für psychisch kranke alte Menschen, insbesondere mit einer Demenz häufig erneut zu einer Krisensituation, die zu einer gravierenden Verschlimmerung der Symptomatik führt. Nicht selten ist nach einer »misslungenen« Akutbehandlung die häusliche Versorgung nicht weiter aufrechtzuerhalten.

Erschwerend kommt hinzu, dass in den Allgemeinkrankenhäusern bisher in der Regel kein Assessment der häuslichen Versorgung erfolgt und der Versuch, die häusliche Versorgung des Patienten zu stärken, ausbleibt. Das Letzte hängt vor allem damit zusammen, dass ambulante Komplexleistungen, die von dem Weiterleben in der eigenen Häuslichkeit ausgehen und diese stützen, nur unzureichend finanziert und verfügbar sind.

Von Traumatisierungen berichtet auch das Kuratorium Deutsche Altershilfe. Zu rasch und zu häufig würden Katheter appliziert oder grundpflegerische Maßnahmen nur unzureichend durchgeführt. Zwangsmaßnahmen würden – zum Teil

20 BERGENER, Manfred (1998): 97

21 WOJNAR, Jan (2003): 2–4

auch ohne rechtliche Grundlage und gegen den Willen des Patienten – unsachgemäß angewandt. »Das Pflegepersonal befindet sich in der Klemme zwischen den Bedürfnissen der demenzkranken Patienten, den Beschwerden der Ruhe wünschenden Mitpatienten und ihren täglichen Routineaufgaben bei engem Personalschlüssel.«²² Die Verweildauer sei deutlich erhöht, weil die Demenzkranken den Behandlungsprozess nicht verstehen und deshalb nicht an ihm mitarbeiten. Durch die »DRGs« ist eine gravierende Verschärfung der Situation eingetreten. Die Verweildauer in den Krankenhäusern wird verkürzt, die Kurzzeitpflege ist häufig die nächste Station. Der Weg in die stationäre Versorgung ist damit beschritten. Ein Weg, den der Betroffene selbst, wie aufgezeigt, in den meisten Fällen nicht wünscht. Aber auch der politische Wille – ambulant vor stationär – steht dem entgegen.

Auch außerhalb von Deutschland sind die Probleme mit der Krankenhausbehandlung alter psychisch kranker Menschen bekannt. So zitiert z.B. David Kenny eine Reihe von Studien in Schottland, in denen belegt wurde, dass bei den meisten Menschen im Akutkrankenhaus eine Demenz übersehen oder nicht beachtet wird. Neben daraus resultierenden Versorgungsdefiziten kritisiert er, dass durch den Entlassungsdruck, der auf den Krankenhäusern lastet, zu schnell in Pflegeheime verlegt werde.

Der Umzug ins Heim ist aber aus der Sicht des Betroffenen und ggf. seiner Angehörigen oft eine Notlösung. Angehörige sind oftmals allein für die Pflege verantwortlich. Dabei machen sie immer wieder die Erfahrung, an ihre eigenen Grenzen zu kommen, überfordert zu sein und ungeduldig und unsicher im Umgang mit dem pflegebedürftigen Menschen zu sein.²³ Gar nicht selten ist daher auch die häusliche Pflege durch Gewalthandlungen gegenüber den Pflegebedürftigen, aber auch zwischen Gepflegten und Pflegenden geprägt. Derartig belastende Konstellationen für die Angehörigen und deren Pflegebedürftigen oder der Wegfall der pflegenden Angehörigen führen oftmals zur Unterbringung des Hilfebedürftigen in ein Heim.

Wie erwähnt, würden die meisten Menschen bei Beachtung ihres »Wunsch- und Wahlrechts« in ihrer vertrauten häuslichen und nachbarschaftlichen Umgebung bleiben. Sie wollen – ebenso wie ein alter Baum – nicht verpflanzt werden und sie wollen sich nicht einem fremdbestimmten Leben in einer Institution unterordnen. – Es gibt aber auch andere, die den Einzug ins Heim als Entlastung von den Sorgen des Alltags erleben und gerne am Leben im Heim teilnehmen.

Der Familie, nicht nur im engen Sinn verstanden, kommt bei psychischen Erkrankungen eines Familienmitglieds besondere Bedeutung zu. Zusätzlich zur medizinischen Beratung und Behandlung des Erkrankten selbst braucht sie eine

22 KDA (2002): 66–70

23 BAG Hospiz 2004: 39

Beratung und Betreuung über mögliche nicht medikamentöse Therapien, über versicherungsrelevante, rechtliche und finanzielle Fragen. Auch über die Entlastungsmöglichkeiten für pflegenden Angehörigen muss informiert werden.

Besonders im Bereich der Demenz ist ein besonderer Hilfebedarf in einer Form der Alltagsbegleitung notwendig. In den frühen Phasen der Krankheit treten pflegerische somatische Maßnahmen in den Hintergrund. Im Allgemeinen handelt es sich aber um multimorbide Menschen – Alter ist der größte Risikofaktor, an einer Demenz zu erkranken –, sodass die Alltagsbegleitung zusätzlich zum Pflegebedarf zu leisten ist.

Auch wenn die familiäre Unterstützung gegeben ist, ist in Studien nachgewiesen, dass durch die psychische Belastung die Erkrankungs- wie auch die Mortalitätsrate der pflegenden Angehörigen erhöht ist. Deshalb muss hier der Unterstützungs- und Entlastungsbedarf für die Angehörigen besonders berücksichtigt werden.

3.1.5 Leitprinzip: Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Der deutsche Begriff Teilhabe steht für »participation«, dem Zentralbegriff der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Mai 2001 beschlossenen »Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit« (ICF). Die ICF orientiert sich nicht mehr an wirklichen oder vermeintlichen Defiziten, sondern rückt das Ziel der Teilhabe an den verschiedenen Lebensbereichen in den Vordergrund.

Durch die Einführung des SGB IX (2001) hat der Begriff Teilhabe eine politische Bedeutung für Menschen mit Behinderungen bekommen. In diesem Zusammenhang bezeichnet Teilhabe den Paradigmenwechsel für behinderte Menschen vom Objekt der Fürsorge zum Subjekt der Selbstbestimmung, ohne dabei den Aspekt der Sonderstellung behinderter Menschen im gesamtgesellschaftlichen Kontext zu vernachlässigen. Gesellschaftliche Teilhabe in einem Sozialstaat steht demnach nicht nur jungen und gesunden Menschen zu, sondern auch den Menschen, die zeitweise oder dauerhaft erkrankt sind, die aus Gründen des Alters oder wegen einer Behinderung Hilfe und Pflege benötigen. Und zwar in allen Lebensphasen – von der Geburt bis zum Tod.

Mit diesem Leitprinzip und den daraus resultierenden nachgenannten Leitlinien kommt das Verständnis der Expertenkommission von Qualität in der Begleitung von psychisch kranken alten und dementen Menschen zum Ausdruck.

3.1.5.1 Normalisierungsprinzip

Dieses Prinzip, dessen Ursprung in der Behindertenhilfe liegt, besagt: Menschen mit geistigen oder körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen sollen ein Leben führen können, das dem ihrer nicht behinderten Mitmenschen möglichst

entspricht. Das heißt ein Leben so normal wie möglich! Erstmalig dokumentiert findet sich der Ansatz 1959 in dem dänischen »Gesetz über die Fürsorge für geistig Behinderte«. Das Normalisierungsprinzip war gedacht »als Korrektiv gegen dehumanisierende und isolierende Zustände in Heimen, d.h. als Strategie zur Überwindung der totalen Institution« (GEBERT & KNEUBÜHLER 2003).

Das Normalisierungsprinzip gilt für alte Menschen gleichermaßen!

Für psychisch kranke alte Menschen insbesondere mit einer Demenz bedeutet Normalisierung nicht, Forderungen an den psychisch kranken alten Menschen zu stellen, sich den gesellschaftlichen Erwartungen, unseren Strukturen anzupassen, sondern Normalisierung hat sich sowohl auf die angewandten Mittel der Betreuung als auch auf die Kompetenzen des Betreuten auszurichten. Die Reizüberflutung unseres »normalen Lebensalltags« würde beispielsweise für dementiell erkrankte Menschen in fortschreitenden Stadien der Erkrankung zu konfrontierenden Situationen führen, die sie in ihrer (Handlungs-)Kompetenz überfordern. Damit wäre genau das Gegenteil, was mit dem Normalisierungsansatz erreicht werden soll, eingetreten.

Normalisierung

- hat die Selbstbestimmung, ein mehr an Autonomie, das Person-Sein zum Ziel,
- bedeutet die Abkehr von der Betrachtung des pflegebedürftigen psychisch kranken alten Menschen als Objekt unserer Fürsorge, unserer Versorgung,
- versteht sich als Beziehungsangebot und -prozess von Pflegenden zum Bewohner,
- fördert die Stärkung des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten, eröffnet Wahlmöglichkeiten und die Mitsprache bei Entscheidungsprozessen,
- setzt als Basis die partnerschaftliche Kommunikationsform voraus,
- erkennt das gesellschaftliche Umfeld zur Verhinderung der sozialen Institution als Referenzgröße für die Institution an.

Bei der Umsetzung des Normalisierungsprinzips gilt als Leitsatz für alle Menschen, die mit den Hilfebedürftigen zu tun haben: Normalität ist in erster Linie die Erlebniswelt des Betreuten, nicht die des Betreuers. Es geht nicht um die subjektive Normalität des Betreuers, kurz um dessen eigene Wertorientierung und Vorstellungen von dem, was Normalität ist, sondern um die Erlebniswelt und Sichtweise des Hilfebedürftigen.

3.1.5.2 Selbstbestimmung und Empowerment

Selbstbestimmt Leben bedeutet für behinderte Menschen, ihr Leben trotz Hilfebedürftigkeit selbst zu gestalten. Hieraus erwächst ethisch, moralisch die Selbstverpflichtung, psychisch kranke Menschen als gleichberechtigte Menschen mit eigener Geschichte, als Persönlichkeit, zu sehen, unabhängig von ihren kognitiven Beeinträchtigungen.

Der Ursprung der deutschen Selbstbestimmt-Leben-Bewegung für behinderte Menschen hat ihre Wurzeln in der politischen Selbsthilfe der 70er-Jahre. Entscheidend geprägt wurde diese Bewegung, die vorwiegend von körper-, sinn- und sprachbehinderten Menschen angestoßen wurde, durch die Ideen des »Independent Living« und des »Peer Counselling« aus den USA. Neben vielen kleinen Selbsthilfegruppen wurde im Jahr 1990 die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben Deutschland e. V. (ISL) gegründet.

Zur Umsetzung der Ideen wurde das im Folgenden beschriebene Konzept »Selbstbestimmt Leben« erarbeitet:

- a. Gleichstellung von Menschen mit und ohne Behinderung
Behinderte Menschen sollen sich nicht immer ihrer Umwelt anpassen müssen.
- b. Abkehr von medizinischen Krankheitsbildern
Es soll eine interdisziplinäre Zusammenarbeit angestrebt werden, die verhindert, dass behinderte Menschen ausschließlich im Raster medizinischer Kategorien gesehen werden.
- c. Integration
Jeder Form von Aussonderung behinderter Menschen soll entgegengewirkt werden. Es werden Alternativen gefordert, die behinderten Menschen entsprechen. Dabei soll eine individuelle Wahlmöglichkeit gewährleistet werden.
- d. Kontrolle über die eigenen Organisationen
Der innerverbandliche Aufbau soll aus basisdemokratischen Strukturen bestehen, die ein Teilhabe von behinderten Menschen ermöglichen und fördern. Einerseits sollen behinderte Menschen selbst Verantwortung übernehmen und andererseits werden nichtbehinderte Menschen aufgefordert, ihre Macht abzugeben.
- e. Kontrolle über die Dienstleistungen
Die Betroffenen sollen über Form und Inhalt der erbrachten Dienstleistungen bestimmen. Bislang müssen sich Betroffene bei der Hinzuziehung von Diensten häufig formalen Strukturen und Sachzwängen unterwerfen, zum Beispiel, wenn der Pflegedienst bestimmt, wann der Betroffene morgen aufstehen soll.
- f. Peer Counselling – Beratung von behinderten Menschen für behinderte Menschen
Behinderte Menschen sollen als »Experten in eigener Sache« selbst in Aktion treten und sich gegenseitig unterstützen, um Veränderungen zu bewirken. Mit diesen Grundsätzen soll ein verändertes Selbstverständnis von sozialkompetenten Menschen mit Behinderung zum Ausdruck gebracht werden. Zudem sind diese Prinzipien als politisches Programm gegen Diskriminierung, Fremdbestimmung und Aussonderung von behinderten Menschen zu verstehen. Die bestehenden Machtverhältnisse zwischen Helfenden und Hilfeempfängern sollen aufgebrochen werden, um ihnen ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

Für alte Menschen mit einer psychischen Erkrankung und Pflegebedürftigkeit, insbesondere einer Demenz können diese Prinzipien in der bestehenden Form nicht 1 : 1 übernommen werden, da sie mit den Fähigkeiten dieses Personenkreises z. T. nicht kompatibel sind.

In diesem Zusammenhang ist die Empowerment-Perspektive, die wichtige Lernprozesse psychosozialen Handelns bündelt, bedeutsam. Sie knüpft ein Netz von Ideen zu einer neuen Orientierung der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung. Empowerment hat das Ziel, für alle Menschen die Möglichkeiten zu erweitern, ihr Leben zu bestimmen. Die Betroffenen sind nicht länger Objekt von Fürsorge und defizitäre Wesen, oder nur ausschließlich Bürger mit Rechten, sondern vollwertige menschliche Wesen, die sowohl Rechte als auch Bedürfnisse und den Anspruch auf Nachteilsausgleiche haben.

Nachfolgend werden daher die wesentlichen Bestandteile der Idee vorgestellt und beispielhaft an Menschen mit Demenz verdeutlicht, was diese allgemeinen Prinzipien konkret im Umgang mit diesem Personenkreis bedeuten:

1. Von der Defizit- oder Krankheitsperspektive zur Ressourcen- oder Kompetenzperspektive. Es geht um das Wissen um die Stärken der Menschen und den Glauben an die Fähigkeit, in eigener Regie eine lebenswerte Lebenswelt und einen gelingenden Alltag herzustellen.
2. Nur die Art von professionellem Angebot kann letztlich wirksam werden, die in das Selbst- und Weltverständnis der Betroffenen integrierbar ist, und persönlich glaubwürdig vermittelt werden kann. Diese Einsicht führt notwendig zur Überwindung einer einseitigen Betonung professioneller Lösungskompetenzen und von der Orientierung an der Allmacht der Experten zu einer partnerschaftlichen Kooperation von Betroffenen und Fachleuten.
3. Soziale Unterstützung im eigenen sozialen Beziehungsgefüge ist von großer Bedeutung bei der Bewältigung von Krisen, Krankheiten und Behinderungen sowie bei der Formulierung und Verwirklichung selbstbestimmter Lebensentwürfe.

Konkretisierung für den Umgang mit demenziell erkrankten Menschen:

Demenz beinhaltet den allmählichen Verlust definierter Fähigkeiten der höheren Hirnleistungen. Die Fähigkeit zu Empfindungen (Sinneswahrnehmungen und Emotionen) ist nicht beeinträchtigt. Deshalb erleben Demenzkranke ihr Scheitern und sie reagieren auf ihre Wahrnehmung der Umwelt. Die Deutung dieser Empfindungen weicht aufgrund der geistigen Beeinträchtigungen von der Realität ab und nährt sich aus den biographisch geprägten Erinnerungen.

Demenz kranke erleiden den Verlust geistiger Fähigkeiten in der Regel nach Jahrzehnten eines Lebens mit geistigen Fähigkeiten. Die Erinnerungen daran können zwar unpräziser werden. Jedoch wird das bis dahin erworbene Selbstbild erhalten. Das Scheitern im Alltag widerspricht dem erinnerten Selbstbild, denn sie scheitern in Dingen, die bis dato (bis zur Demenz) gelungen sind.

Demenzkranke sind mit zunehmender Krankheit nicht mehr in der Lage, aus ihrem Erleben des Scheiterns an Alltagsanforderungen zu lernen. Indirekt müssen sie angebotene Hilfen im Alltag, den sie aus ihrer Sicht selbst bewältigen, als Konfrontation mit ihrem Versagen empfinden. Demenzkranke können somit aus eigener Kraft ihr Selbstbild nicht mehr einlösen. Das bedeutet, sie können für die Aufrechterhaltung ihrer Würde nicht mehr selbst sorgen, sondern sind auf ein respektvolles Umfeld angewiesen.

Daher brauchen Menschen mit Demenz:

- Ein »Zuhause«
- Eine akzeptierende Haltung der Umgebung
- Mitmenschen, die sich auf ihre Fähigkeiten einrichten und nicht umgekehrt. Dies bedeutet, dass die Mitmenschen die Welt des Betroffenen als für ihn real anerkennen.
- Unaufdringlichen, stressfreien Ausgleich ihrer Alters- und Krankheitsbedingten Defizite
- Menschen die ihnen dabei helfen, ihre Persönlichkeit gestützt zu sehen.

3.1.5.3 Beibehaltung des vertrauten Lebensmittelpunktes

Ziel von Gemeindepsychiatrie ist es, chronisch psychisch kranke und behinderte Personen zu befähigen, in einem soweit als möglich normalen sozialen Kontext den bestmöglichen Gebrauch von ihren verbliebenen Fähigkeiten zu machen (Bennett). Das heißt, ein wesentlicher Aspekt der Lebensqualität ist die Teilhabe in die Gemeinde (räumlich, familiär, sozial, kulturell etc.) und die Befähigung der Gemeinde, psychische Krankheit so zu bewältigen, dass psychisch kranke Menschen als Mitbürger in allen Lebensbereichen angenommen werden. Mit dieser gemeindepsychiatrischen Orientierung – psychiatrische Hilfen sollen Menschen befähigen und dabei unterstützen, in ihrer selbst gewählten gewohnten Umgebung zurechtzukommen – ist verbunden, dass die eigene Wohnung den Fix- und Angelpunkt des Hilfekonzepts bildet, dem alle anderen Gesichtspunkte nachzuordnen sind.

Eine eigene Wohnung zu haben (ggf. auch als Teil einer Einrichtung) ist ein menschliches Grundbedürfnis, das ist eine entscheidende Voraussetzung für soziale Verwurzelung, psychische Stabilität und personale Identität. Dies gilt gleichermaßen für alle Menschen, einschließlich psychisch kranke alte Personen. Auch alte psychisch kranke Menschen wünschen ein möglichst selbstbestimmtes Leben bis zum Lebensende in ihrer vertrauten Umgebung. Sie wollen – ebenso wie ein alter Baum – nicht verpflanzt werden. Regelmäßige persönliche Beziehungen sind an den Lebensort gebunden und ergeben sich oft aus den Alltagsaktivitäten am Lebensort. Daraus ergibt sich:

- Grundsätzlich soll niemand aufgrund seiner Erkrankung oder seines Alters seinen Wohnplatz wechseln müssen, wenn er das nicht selbst wünscht, d.h. im bisherigen Rahmen weiter betreut werden. Prävention, Behandlung, Re-

habilitation, Pflege und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft muss dort stattfinden, wo ihre Ergebnisse langfristig genutzt werden sollen.

- Die Hilfeleistungen für psychisch kranke alte Menschen insbesondere Menschen mit einer Demenz müssen *lebensfeldzentriert – Hilfen integriert im Quartier* – erbracht werden, damit psychisch kranke Menschen in ihrem selbst gewählten gewohnten Umfeld bleiben können. Denn ein Ortswechsel verstärkt Desorientierung, Hilfebedürftigkeit und Einschränkung von Selbstbestimmung und Selbsthilfe.
- Die professionelle Hilfe bisheriger Einrichtungen muss vom Raum der Einrichtungen entkoppelt werden, damit der psychisch kranke alte Mensch von seinem vertrauten Lebensfeld aus die Hilfe erreichen kann.
- Die Organisation der Hilfe muss so flexibel sein, dass Art und Umfang entsprechend dem wechselnden Bedarf ohne Abbruch der bestehenden Beziehungen verändert, d.h. die personale Kontinuität gewahrt und die hilfebedürftige Person in ihrem vertrauten Lebensfeld bleiben kann: *personenzentrierte Hilfe statt einrichtungszentrierter und angebotsorientierter Hilfe*.

3.1.5.4 Lebensqualität in jeder Lebensphase, auch bis zum Ende und würdiges Sterben

Basis aller therapeutischen Ansätze muss ein ganzheitliches und dem Hilfebedürftigen individuell sowie das Stadium seiner Erkrankung berücksichtigendes Paket von Maßnahmen sein. Dabei stehen nicht die Negativaspekte von Altersgebrechlichkeit, Krankheit Behinderung und Pflegebedürftigkeit im Vordergrund – vielmehr die noch vorhandenen Kompetenzen und Potenziale des Menschen insbesondere im sozialen, emotionalen und kulturellen Bereich – auch bei insgesamt fortschreitenden Beeinträchtigungen. Biografearbeit nimmt dabei einen wichtigen Stellenwert ein.

Ziel ist es, die Lebensqualität des hilfebedürftigen Menschen in jeder Lebensphase so lange wie möglich auf einem möglichst hohen Niveau zu halten. Ein wesentliches Kriterium für alle Entscheidungen sollte dabei die Minimierung des subjektiven Leids von Hilfsbedürftigen und Angehörigen und eine Maximierung der Lebensqualität sein. Dies gilt auch für die Phase des Sterbens. Es ist wichtig, Sterbenden ihre Würde zu bewahren.

3.2 Personenzentrierte Hilfen im Einzelfall

Es gibt zwei Anlässe für die AKTION PSYCHISCH KRANKE, sich mit dem Thema zu befassen:

1. Die öffentliche Diskussion zur demografischen Entwicklung (Regina Schmidt-Zadel hat als Mitglied der Enquete-Kommission ›Demografischer Wandel‹ aktiv an diesem zentralen Zukunftsthema gearbeitet.)

2. Die Entwicklung und Erprobung des Konzepts der personenzentrierten Hilfen für psychisch kranke Menschen

Zum 2. Punkt einige Erläuterungen, zunächst zum Begriff »Personenzentrierte Hilfen«: »Personenzentrierte Hilfe« ist gemeint als Gegensatz zu »Institutionszentrierte Hilfe«, man kann auch sagen »bedarfsorientierte Hilfe« statt »angebotsorientierte Hilfe«. »Institutionszentriert« oder »angebotsorientiert« heißt,

- der hilfebedürftige Mensch muss sich an vorgegeben Hilfeformen (Einrichtungskonzeptionen) orientieren;
- er muss dort hingehen, wo die für ihn geeigneten Hilfen angeboten werden; da intensive Hilfen oft nur stationär angeboten werden, heißt das nicht selten: er muss dort hinziehen, wo die für ihn geeigneten Hilfen angeboten werden;
- er muss 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.

Dagegen fragt »Personenzentrierte Hilfe«:

- *Welche Hilfen benötigt der Klient?*
nicht:
- Welches verfügbare Angebot ist für ihn das Geeignetste?

Beim Zugang zu erforderlichen Hilfen gilt:

- Bedarfsgerechte Hilfen werden am gewünschten Lebensort organisiert
anstatt:
- Umzug, um Hilfen zu erhalten

Und während Hilfen geleistet werden gilt:

- Flexible Anpassung der Hilfen an den Bedarf des Klienten – quantitativ und qualitativ
anstatt:
- Wechsel der betreuenden Personen bei verändertem Hilfebedarf

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« möglichst alle Aspekte des Hilfebedarfs berücksichtigt. Die Hilfeplanung ist zielorientiert und integriert.

»Zielorientierter 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, denn die Relevanz der Beeinträchtigungen, der vorhandenen

Ressourcen und der zu planenden Hilfen hängt von den individuellen Zielen ab. Die zentrale Ausgangsfrage ist daher:

Welche Lebensform strebt der psychisch kranke alte Mensch an?

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 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.

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?

Personenzentrierte Hilfeplanung ist *integrierte* Hilfeplanung. Sie umfasst alle relevanten Hilfebereiche, unter Einschluss von Pflege, psychiatrischen Hilfen, somatischer Behandlung, nicht professionellen Hilfen, Hauswirtschaft, Kommunikation usw. Als Leistungsbereiche sind zu nennen:

- 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.)
- Grundpflege
- Koordination, Hilfeplanung und Abstimmung

Die zentralen Aspekte der Hilfeplanung sind:

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

Vor allem die Teilhabe soll hier betont werden, 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 muss auch für psychisch kranke alte Menschen gelten. Wir sind sehr froh, dass die Regierungskoalition mit der Gesundheitsreform (2006) die geriatrische Rehabilitation gestärkt hat. Wir gehen davon aus, dass dies die gerontopsychiatrische Rehabilitation einschließt und sich auch auf die 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 selbst *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.

Ein Fallbeispiel: Frau G., 88 Jahre, verwitwet seit zwölf Jahren, seither allein lebend in der Wohnung, die sie seit 1946 bewohnt.

Frau G. hat ihren Mann bis zu seinem Tod gepflegt und wegen dieser Verpflichtung auf die Behandlung ihres Hüftleidens verzichtet. Die Operation mit Implantation von zwei künstlichen Hüftgelenken erfolgte entsprechend sehr spät und führte nicht zu voller Gehfähigkeit. Kurz nach der Reha-Phase stürzte Frau G. 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. Vor etwa drei Jahren entstanden nach leichten Hautverletzungen an beiden

Füßen offene Geschwüre. 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 einen 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 schmecke bzw. von dem sie vermutete, dass Medikamente beigelegt seien, die sie ablehnte. Ein konsiliari-scher 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. Frau G. äußerte sich zu diesem Zeitpunkt nur in einer Form zu ihren Perspektiven: Sie wollte raus aus dem Krankenhaus.

Zunächst wurde 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. Es 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. selbst. 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 wieder finden. 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 Verwechslung 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 angegebenen Dienste oder Helfer stand mit den anderen in Kontakt. Selbst die Pflegekräfte der Pflegedienste (Krankenpflege und Grundpflege) kommunizierten im Wesentlichen nur über die Pflegedokumentation, die über die demenzielle Problematik keine Aufschlüsse bot.

Im konkreten Fall konnte eine sogenannte Helferkonferenz Klarheit schaffen. In diesem Fall hat ein Angehöriger dazu die Initiative ergriffen. 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 zum 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 weitest möglicher 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?

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

Wir benötigen eine koordinierende Bezugsperson mit Informations- und Planungsrechten. Diese müssen kontinuierlich mit der hilfebedürftigen Person in Kontakt stehen. Es reichen keine sporadischen Beratungen durch entfernte ›Case-Manager‹. 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, diese aber auf gemeinsame Ziele hinarbeiten.

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 und hat auch keine Grundlage im § 37 a.

Erforderlich ist eine *integrierte Gesamthilfeplanung* mit dem psychisch kranken Menschen einschließlich seiner Unterstützung beim Zugang zu erforderlichen Hilfen (Erschließung der Hilfen, ggf. Motivation und Begleitung des Klienten) sowie eine *leistungsübergreifende Koordination* der Hilfen, soweit diese nicht vom Klienten oder seinen Angehörigen selbst geleistet werden kann.

Insofern wird der Rahmen, den das SGB V regelt, und der Aufgabenbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung überschritten. Erforderlich wäre eine Regelung, die auch andere Sozialleistungsträger einbezieht.²⁴

Die entscheidenden Voraussetzungen für Qualitätsverbesserungen auf der Ebene des Einzelfalls sind:

- 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)

Wie dies in der Gemeinde und durch intelligente Steuerung gefördert werden kann, sollen die nächsten Beiträge verdeutlichen.

²⁴ Vergleichbar dem trägerübergreifenden persönlichen Budget gemäß § 17 SGB IX oder der umfassenden Beratung für Pflegebedürftige gemäß § 7 a SGB XI.

3.3 Grundsätze zur Gestaltung von Hilfen

Vorbemerkung

Dieses Projekt hat für die AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) eine besondere Bedeutung, weil wir dies als Start für eine neue Schwerpunktsetzung in den kommenden Jahren verstehen.

Damit 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 weiter machen 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.

Wir stützen uns im Wesentlichen auf Erkenntnisse und Erfahrungen, die in den vergangenen Jahrzehnten innerhalb und außerhalb unseres Landes gemacht wurden. Die Konzepte sind keineswegs neu. (Siehe auch die eindrucksvollen Beispiele in Kapitel 3.6.)

Wie immer bei der APK – angefangen von der Psychiatrieenquete bis heute – geht es uns aber darum, ein einheitliches Gesamtkonzept zur zukünftigen Versorgung alter psychisch kranker und demenzkranker Menschen zu entwickeln, dass – eben wie bei der Umsetzung der Psychiatrieenquete – langfristig allen zugutekommt, die die erforderlichen Hilfen benötigen. Wir sind also keineswegs originell in der Erfindung der Konzepte, sondern werden uns 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. Mit der Personenzentrierung als Basis für Hilfen im Einzelfall (siehe Kapitel 3.2), der sozialraum- und gemeindeorientierten Organisation der Hilfen im sogenannten Quartier und der Steuerung der Hilfen (siehe Kapitel 3.3) wollen wir ein Rahmengerüst vorstellen, das uns für unsere zukünftige Arbeit Richtschnur sein soll. Dabei können wir auf hervorragende Konzepte und Erfahrungen im In- und Ausland zurückgreifen, siehe insbesondere Kapitel 3.6: Vorbildliche Beispiele aus der Praxis.

Die Ausgangssituation ist 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 Gemeinschaft« – 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. Weill das etwas militärisch klingt, verwenden wir eher die Begriffe Wohngebiet und Sozialraum.

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

Empfehlungen

Das Quartierskonzept

Dem Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) und der Bertelsmann-Stiftung mit ihren Programmen zu »Leben und Wohnen im Alter« sind 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/Ort/dörflichen Raum 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 gehören 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.

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.

Beispiele

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 und der Vernetzung.

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 (siehe Kapitel 3.6, S. 145). 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 Wohnungsbaugenossenschaft 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, aus dem sich klare Anforderungen an die Organisation der Hilfen auf Quartiersebene ableiten lassen.

Anforderungen an die Organisation der Hilfen auf Quartiersebene

1. Verantwortung der Kommunen

Zur Entwicklung realisierbarer Quartierskonzepte bedarf es in Zukunft nach unserer 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 und Qualifizierung 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. (Siehe auch Kapitel 2.6, Abschnitt 2)

2. Integration kommunalen Wohnraums in die Quartierskonzepte

So hat z. B. in der Stadt Bielefeld 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 (s. NW Pflege und Betreuung 10.05.06).

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 entstanden 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 einem Bielefelder Stadtteil 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 wurden 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 Wohnumfelds 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.

Ein weiteres Quartiersmanagement befindet sich in Dortmund – insgesamt sind in einzelnen Quartieren fünf Quartiersmanager im Projektzeitraum hauptberuflich tätig –, es 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 unserer 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. Klaus Dörner ist zuzustimmen: Die Alten waren nie so fit, so aktiv, haben Geld und vor allem freie Zeit, unter der viele leiden, weil sie nicht sinnerfüllt genutzt wird. Man sollte alles daran setzen, dieses Kapital zu nutzen – in Besuchsdiensten; in der Nachbarschaftshilfe; in der Hospizbewegung; in den Quartiersinitiativen, die Alte und Junge zusammenbringen; in Tauschbörsen – Nachhilfe gegen Rasen schneiden; in Zeitsparkassen, in denen man Zeit für ehrenamtliches Tun spenden und Zeit für eigene Bedürfnisse einkaufen kann.

Problematisch ist die Forderung, die Bewohner im Quartier sollen auch in der Betreuung und Pflege der demenzkranken Menschen alle Handlungsfelder verantwortlich abdecken.

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 (siehe Kapitel 3.6, Abschnitt 2; auch z. B. SCHMID/V. KUTSCHENBACH: Aufgaben der Ehrenamtlichen und Professionellen im Hilfemix. In APK Tagungsband 33, S. 72 f.)

Bisher sind die klassischen Felder ehrenamtlichen Handelns eher im Sport, in Kirchengemeinden und in der Kultur zu finden. Zu hoffen ist, 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. 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 (Stand 2006). Aber bereits in der Vorphase zeigt sich, wie schwierig es ist, auch die Gruppen der Demenzkranken dabei im Blick zu haben.

Oft sind Netzwerke für psychisch kranke alte Menschen eher noch professionell organisiert. Sie sind sicherlich effektiv. Gute Beispiele dafür sind das Geriatriische Netzwerk Brandenburg – das sogenannte Gerinet – das alle Elemente einer integrierten Behandlung, Betreuung und Pflege enthält und die erfolgreiche integrierte Versorgung im Versorgungsverbund Kaufbeuren »Blaue Blume«. Dreh- und Angelpunkt der niederschweligen 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. (siehe APK Tagungsband 33, S. 195 f.)

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.

Wir gehen 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, Reinigungsdienste, Blu-

menpflege, »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, er will in seiner 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 sei erinnert 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,

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

Wir wollen mit diesem Projekt 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-Wettbewerb-Quartier – Dokumentation der ausgezeichneten Beiträge. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 2005

AKTION PSYCHISCH KRANKE, SCHMIDT-ZADEL R, KUNZE H (Hrsg.) Unsere Zukunft gestalten – Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz. Tagungsbericht Band 33, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2007

3.4 Steuerung: politische Handlungsempfehlungen

Der Sinn von Steuerung ist es, Ziele zu erreichen. Die AKTION PSYCHISCH KRA-NKE geht primär von den Zielen der betroffenen Menschen einschließlich ihrer Angehörigen aus und berücksichtigt sekundär auch die Ziele anderer Akteure: insbesondere die Politik auf der kommunalen, Landes- und Bundesebene, die Leistungsträger und Leistungserbringer sowie das bürgerschaftlichen Engagement. In Kapitel 3 sind die Anforderungen an die Voraussetzungen beschrieben, die es ermöglichen, dass alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz, und ihre Angehörigen die Hilfen erreichen können (Kapitel 2), damit sie mit ihrer Erkrankung zurechtkommen und möglichst selbstbestimmt und am Leben in der Gemeinschaft teilhaben können.

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 unserer 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.

Das Spannungsfeld zwischen normativen und ökonomischen Steuerzielen und Steuerkräften soll exemplarisch verdeutlicht werden. In der Sozialen Pflegeversicherung sind in den Eingangsparagraphen die *Normen* »Selbstbestimmung« (§ 2) und »Vorrang der häuslichen Pflege« (§ 3) verankert (s. Abbildungen 1 und 2), aber inwieweit prägen diese Normvorgaben die Realität?

§ 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: § 2 SGB XI

§ 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: § 3 SGB XI

Ein Beispiel für *ökonomische Steuerziele* und -methoden ist auf der Homepage der Deutschen Bank zu finden: Dort findet man die Empfehlung, in Pflege-Immobilien zu investieren (www.dbresearch.de – Deutsche Bank Research – Immobilien – Sonderstudien – Gesamtliste – 04.10.2005).

Die Deutsche Bank Research Analyse erörtert differenziert die Chancen und Risiken der Investition in *Pflegeheim-Immobilien* (s. Abbildung 3). Sie empfiehlt *Pflegeheim-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.

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, *wenn* häusliche Lösungen seltener zur Verfügung stehen.

Abb. 3: Nachfragewachstum (Deutsche Bank Research 2005)

Die DB-Research Analyse verweist auf ein weiteres Renditerisiko bei *Pflegeheim-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 Bewer-

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

tung 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)!

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 Heimplösung. 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.

Abb. 5: Rendite Risiko (Deutsche Bank Research 2005)

Bisher gibt es große <i>kontextabhängige Unterschiede</i> z. B.:		
<i>für Pflegestufe I</i>		
• im stationären Bereich	Pflegesachgeld	1023 €
• im ambulante Bereich	Pflegesachgeld	384 €
	Pflegegeld	205 €
<i>für Pflegestufe II</i>		
• bei <i>vollstationärer</i> Pflege	Zuschuss von bis zu	1279 €
• bei <i>häuslicher</i> Pflege:		
◦ durch einen <i>Pflegedienst</i>	Sachleistung (Wert bis)	921 €
◦ und bei <i>häuslicher</i> Pflege	Pflegegeld von	410 €

Abb. 6: Pflegestufen – Geldwert der Leistungen

Ein Hinweis, warum diese Unterschiede im Pflegegesetz gemacht wurden, finden sich 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.)

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: 7 § 4 SGB XI

Das Pflegegesetz und die Investitionsberatung der Deutschen Bank wurde hier im Zusammenhang diskutiert, 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 wie heute. 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 und ob diese implizite Steuerungswirkung zukünftig so gewollt ist – und von wem?

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 zu Gunsten 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* ersetzen bei Aufgaben, die Fachkompetenz erfordern.

Kreative Lösungen werden stärker gefördert, wenn die Pflegekassen (unter Berücksichtigung von Eigenleistungen) pauschale Zuschüsse geben, deren Geldwert *unabhängig* ist von der Art der Leistungserbringung und dem Ort der Leistungserbringung. Erforderlich ist, dass die Leistungen der Pflegeversicherung auch ins persönliche Budget eingehen können.

Zu verweisen ist auf die nicht kostendeckende Zuschussfinanzierung der Hospizarbeit nach § 39a 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 administrativen Anreize, für die Auswahl von Hilfen durch die Nutzer und für betriebswirtschaftliches Handeln der Leistungserbringer:

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. – Außerdem sollte eine Folgeabschätzung für andere Bereiche Pflicht sein, wie z. B. bei großen Bauprojekten in Bezug auf Natur und Lärm.

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 Betroffenen zu einem gerechten Ausgleich bringt – oder ob sie das Versorgungssystem den Partikularinteressen von konkurrierenden Leistungsträgern und Leistungserbringern 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 ...

In Kapitel 2 und 3 sind die identifikationsfähigen Leit- und Zukunftsvorstellungen zusammengefasst. Wer organisiert den notwendigen Prozess zur gesellschaftlichen Meinungsbildung und zu den politischen Entscheidungen zur Änderung der Rahmenbedingungen?

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 Demenzzentren sowie kommunale Beratungsstellen geben wichtige Orientierungen.

Ganz zentral, aber nicht existent, ist die langfristige *individuelle professionelle Begleitung mit der Aufgabe, im Auftrag des betroffenen Menschen (ggf. 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 Komplexeleistungen 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 betriebswirtschaftliches 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. Für die Integration der separaten Leistungen und ihre Ausrichtung auf die individuelle Bedarfslage des einzelnen Menschen gibt es keine professionelle Zuständigkeit und keine Finanzierung*. Komplexe Hilfen – »aus einer Hand« – sind bisher nur in Institutionen – Heim oder Krankenhaus – möglich. Diese werden allein schon deshalb in Anspruch genommen, weil die Auswahl und Organisation von bis zu acht separaten ambulanten Diensten die erkrankte Person und ihre Angehörigen in der Regel überfordert.

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 Betroffenen zusammen mit den Kommunen und den Pflegekassen ihr originäres Interesse an effizienten Hilfen (wirksame und kostengünstige Hilfe) 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 Altenhilfe-Netzwerk oder -Verbund wird sich durchsetzen. Der Altenhilfeverbund oder entsprechende Altenhilfe-Dienstleister, die mit Angehörigen und Bürgerengagement kooperieren, 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 bedarfsgemäßer und insgesamt kostengünstiger (effizienter) als die bisher segregierten ambulanten und stationären Einrichtungen.

Zur Attraktivität, Entstigmatisierung und Normalisierung trägt außerdem bei, wenn die gebündelten Dienstleistungen für die Zielgruppe der alten Menschen unter einem Dach oder in Nachbarschaft mit Dienstleistungen für andere Zielgruppen angesiedelt werden.

Gestärkte Nutzer wählen unter verschiedenen Angeboten und erzeugen so den Schub für die Umorientierung der Leistungserbringer und der Leistungsträger. Dafür förderliche Voraussetzungen sind:

- Überangebot, das Wettbewerb um Nutzer unter den Leistungsanbietern anregt.
- Wohnortnahe Wahlmöglichkeiten zwischen ambulanten individuellen Komplexangeboten 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. Traditionelle Anbieter von Altenhilfe bieten auch durch persönliches Budget finanzierte Leistungen an.
- 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 zwischen mehreren Anbietern real wählen und wechseln können, dann ermöglicht dies auch eine Umgewichtung 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.

Gestärkte Nutzer mit realen Wahlmöglichkeiten sind bei integrierten Hilfen aus einer Hand *nicht* einem Monopol ausgeliefert, wenn zwischen mehreren wohnortnahen integrierten Angeboten wählen können. Aber die Heimaufsicht fordert seine Kontrollen ein, wenn eine Institution die verschiedenen Verträge für Wohnen, Hauswirtschaft und Pflegeleistungen aus einer Hand bietet, was ja Organisationsvorteile für die Institution bringt und einfacher für den Vertragsnehmer ist. Die Heimaufsicht prüft aber 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 Maßnahmearten bei und behindert auf der Einrichtungsebene die Integration von ambulanter und stationärer Altenhilfe und auf der Einzelfallebene die Integration der Komponenten des individuellen Hilfe-Mixes.

Das bisherige Heimgesetz ist eher ein Teil des Problems als der Lösung: Die an sich wichtige Schutzfunktion durch das Heimrecht ist aber 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, die zukunftsweisende Entwicklungen in der Versorgung alter Menschen mit schweren Beeinträchtigungen behindert. Der Schutz ist nicht übertragbar für in besonderen Wohnformen lebende Menschen, für zu Hause lebende beeinträchtigte alte Menschen. Diese Menschen sind unzureichend geschützt.

Alte Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen, die nicht für sich selbst sorgen können, sind nicht nur in Heimen, sondern ebenso zu Hause lebend von Vernachlässigung und Verelendung bedroht, wenn sich niemand um sie als Person kümmert. Deshalb ist bürgerschaftliches Engagement besonders wichtig für Menschen, die keine Beziehung zu Angehörige (mehr) haben. Wenn ein Heim in ein Wohngebiet praktisch integriert ist, Besucher und Besuchsdienste willkommen sind, Kultur- und Aktivitätsangebote für alte Menschen, möglichst sogar generationenübergreifend dort stattfinden auch für Zielgruppen, die nicht im Heim leben, und Heimbewohner an Aktivitäten außerhalb des Heims teilnehmen (z. B. kirchliche Veranstaltungen) – kurz wenn die Grenzen der Institutionen in beiden Richtungen durchlässig sind und die Bewohner des Wohngebiets an dem Leben Bewohner »unseres Heimes« Anteil nehmen, dann hat dies alles eine wichtige präventive Wirkung gegen die Gefahr von Versorgungsmissständen und trägt zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft auch der alten Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen bei.

Zur Steuerungswirkung durch unterschiedliche Maßnahmen des Bundes, der Länder und der Kommunen siehe auch Kapitel 1.3. – Dabei geht es auch um Maßnahmen, deren primärer Zweck nicht Steuerung ist, die aber eine nicht intendierte Steuerungswirkung ausüben. Das Maßnahmen/gesetzliche Regelungen neben ihrer intendierten Wirkung auch nicht intendierte »Nebenwirkungen« haben können, wird noch unzureichend berücksichtigt und erforscht.

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 Zielerreichung 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 kritischen Bürgerschaft*, gelebt in verschiedensten gesellschaftlichen Organisationen – von den Kirchen über Angehörigenverbände bis zu Non-Governmental Organizations (NGO). Dienstleistungsbetriebe sind auch aus ökonomischen Gründen auf ihren guten Ruf in der Öffentlichkeit und insbesondere bei ihren »Kunden« bedacht: »die Marke als Versprechen«. – Zur Erinnerung: der Weltkonzern Shell verzichtete auf die formal rechtlich genehmigte Versenkung einer ausgedienten Bohrinsel im Meer, als eine weltweite Kampagne von Greenpeace einen erheblichen Umsatzeinbruch zur Folge hatte. Für Dienstleister der Altenhilfe muss der gute Ruf bei gut informierten Nutzern eine entscheidende Grundlage für den wirtschaftliche Erfolg sein.

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 zum 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 Dienstleistungsbereiches 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 – langfristig begleitend und 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.

3.5 Rechtliche Aspekte

Im November 2006 hat die Arbeitsgruppe des Projekts »Eckpunkte zur Realisierung personenzentrierter Hilfen für psychisch kranke alte und demente Menschen« vorgelegt. Mit diesem Zwischenbericht zum Projekt sollte rechtzeitig ein Beitrag zur Diskussion der geplanten Reform des SGB XI geleistet werden.

Bezug nehmend auf die Projektbeschreibung wurde dabei in den Vordergrund gestellt:

1. Das Hauptproblem besteht in der fehlenden Vernetzung der Leistungen. Sowohl beim Zugang zu Hilfeleistungen (Beratung, Antragstellung, Hilfeplanung, Begutachtung) als auch im Verlauf der Hilfeleistungen fehlt eine leistungsübergreifende Kooperation und Koordination. Es wird empfohlen, eine entsprechende Leistung sozialrechtlich zu verankern.
2. Die Besonderheiten psychisch kranker Menschen werden im SGB XI nicht ausreichend berücksichtigt. Der Pflegebegriff und die Leistungsbeschreibung von Pflege nach SGB XI wird dem spezifischen Pflegebedarf von psychisch kranken Menschen, insbesondere Menschen mit Demenz nicht gerecht.
3. Es wurde empfohlen die Teilhabeorientierung des SGB IX zur Leitlinie aller Hilfeleistungen einschließlich der Pflegeleistungen zu erklären.
4. Die Maßnahme- bzw. Einrichtungsorientierung bei der Leistungsbeschreibung und der Qualitätssicherung behindert die flexible Gestaltung individueller Hilfen.
5. Es wurde empfohlen, das Instrument des Persönlichen Budgets stärker zur Finanzierung individueller Hilfenmixe zu nutzen. Des Weiteren wurde empfohlen,

die Heimgesetze zu allgemeinen Hilfeempfänger-Schutzgesetzen zu entwickeln und den Einrichtungsbezug aufzugeben.

6. Ausschlüsse von psychisch kranken alten Menschen führen zu einer Benachteiligung dieser Gruppe und zu vermeidbaren Pflegebedarfen. Hier wurde insbesondere die medizinische Rehabilitation, die häusliche psychiatrische Krankenpflege, die ambulante Soziotherapie und die Psychotherapie benannt.

Inzwischen hat es erhebliche sozialrechtliche Fortschritte gegeben.

Das in diesem Jahr in Kraft getretene *Pflege-Weiterentwicklungsgesetz* hat deutliche strukturelle und finanzielle Fortschritte in Hinblick auf die Zielgruppe des Projekts gebracht. Der Anspruch auf Pflegeberatung als übergreifender ortsnaher und niedrigschwelliger Beratung und die Ermöglichung von Pflegestützpunkten unter Einbeziehung Pflegekassen, der Kommunen, der Krankenkassen und weiterer Leistungsträger kann als bahnbrechend bezeichnet werden im Sinne der Schaffung personenbezogener Beratung statt jeweils singulärer spezifischer Beratung an den jeweils partikular ›zuständigen‹ Stellen. Auch die verstärkte Förderung von Selbsthilfe ist als zukunftsweisende Weichenstellung anzusehen.

Die Neubestimmung des *Pflegebegriffs* wurde beschlossen und in Angriff genommen. Das Bielefelder Institut für Pflegewissenschaften hat einen Vorschlag formuliert, der – orientiert an der Konzeption des ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) – die Teilhabeorientierung und die Selbstständigkeit in den Vordergrund stellt und sich vollends von den Leistungsbeschreibungen und Verrichtungsbereichen löst, die zum de facto-Ausschluss von psychisch kranken und dementen Pflegebedürftigen von Leistungen nach SGB XI geführt haben.

Nach Abschluss der Evaluation im Rahmen eines bundesweiten Projekts wurde das *Persönliche Budget* als auch leistungsträgerübergreifend mögliche Hilfeform verstetigt und gestärkt.

Im SGB V wurde ein individueller *Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation* aufgenommen. Dieser gilt auch für Menschen mit Demenz. Der Vorrang der ambulanten Rehabilitation wurde auch im SGB V festgelegt.

Ebenfalls erwähnt werden sollte, dass auf vielfache Initiative des BMG hin im Gemeinsamen Bundesausschuss gesonderte Richtlinien für *psychiatrische häusliche Krankenpflege* nach § 37 SGB V verabschiedet wurden.

So positiv die sozialrechtliche Entwicklung aus Sicht der Arbeitsgruppe eingeschätzt wird, bleiben doch *noch viele Aufgaben offen*:

- In den genannten Bereichen steht die *Umsetzung* noch weitgehend aus. Es muss darauf geachtet werden, dass die *Pflegeberatung* auch zur Beratung von Menschen mit Demenz und anderen psychischen Erkrankungen sowie ihrer Angehörigen und Bezugspersonen befähigt wird.
- Es gibt eine Tendenz, die *Pflegestützpunkte* zunächst mit größeren regionalen Zuständigkeitsbereichen zu starten. Der enge Wohngebietsbezug mit den

Möglichkeiten der Förderung von Selbst- und Nachbarschaftshilfe sowie der Einflussnahme auf die Entwicklung einer Infrastruktur, die ein möglichst selbstständiges Leben in der vertrauten Wohnumgebung ermöglicht, wird jedoch erst bei kleinräumiger wohngebietsbezogener Organisation der Pflegeberatung möglich.

- In der Diskussion zur Neubestimmung des *Pflegebegriffs* sind aufgrund der Teilhabeorientierung der Pflege Abgrenzungen zur *Hilfe zur Teilhabe* am Leben in der Gemeinschaft/Eingliederungshilfe erforderlich. Eine Neubestimmung der Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft mit sehr viel stärkerer Betonung der Vernetzung mit anderen Hilfen wird ebenfalls empfohlen.
- Im Zuge der Föderalismusreform ist die Zuständigkeit für die Heimgesetze an die Länder gefallen. Die bisher verabschiedeten *Heimgesetze auf Länderebene* und weitgehend auch die vorliegenden Heimgesetzentwürfe lassen eine Lösung von der Einrichtungsorientierung weitgehend vermissen.
- Häusliche psychiatrische Krankenpflege, ambulante psychiatrische Rehabilitation und ambulante Soziotherapie werden nur punktuell angeboten. Der Aufbau eines flächendeckend bedarfsgerechten Angebots steht noch aus.

Im Folgenden sollen einige sozialrechtliche Bereiche einzeln angesprochen werden:

Kooperationsverpflichtung der Leistungsträger

Mit dem SGB IX wurde ein Sozialgesetzbuch geschaffen, dass in vorbildlicher Weise die gemeinsame Teilhabeorientierung und Zusammenarbeit der Leistungsträger im Bereich der Hilfen zur Teilhabe regelt: medizinische Rehabilitation, Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben. Dabei wird auch die Zusammenarbeit bei der Beratung/Hilfeplanung/Begutachtung und Qualitätssicherung geregelt.

Die Bereiche Behandlung nach SGB V und Pflege nach SGB XI sind dabei nicht einbezogen (Ausnahme: persönliches Budget).

Die Arbeitsgruppe empfiehlt, das SGB IX dahingehend zu ergänzen, dass die Pflegekassen auch über das Persönliche Budget hinaus in die Kooperationsnormen des SGB IX einbezogen werden und auch im SGB XI die teilhabeorientierte Pflege rechtlich an das SGB IX zu binden. Das SGB IX sollte zu einem Gesetz für ›Rehabilitation, Pflege und Teilhabe‹ erweitert werden.

Persönliches Budget

Das Persönliche Budget ermöglicht individuelle Ausgestaltung von Hilfen unter besonderer Berücksichtigung der Wünsche des Hilfeempfangenden und die Zusammenführung von Hilfen aus unterschiedlichen Hilfebereichen (z. B. SGB XII, SGB V, SGB XI).

Bei Menschen mit Demenz oder anderen psychischen Erkrankungen ist oft die Fähigkeit, sich auf neue, unbekannte Personen einzustellen, krankheitsbedingt eingeschränkt. Der Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung setzt zunächst einen Vertrauensaufbau voraus. Oft muss erst die Motivation zur Akzeptanz erforderlicher Hilfen geschaffen werden.

Das Instrument ›Persönliches Budget‹ ist in diesen Fällen als Möglichkeit bedeutsam, verschiedene erforderliche Hilfen aus einer Hand zu finanzieren und auf diese Weise zu einem individuell angepassten Hilfemix zu koppeln, ohne für jede Leistung einen gesonderten Dienst oder eine spezialisierte Hilfsperson einzusetzen.

Das gelingt allerdings nur, wenn nicht nur die Finanzierung zu einem gemeinsamen Persönlichen Budget vereinigt wird, sondern auch das Wunsch- und Wahlrecht der Hilfeempfangenden über das ansonsten geltende Leistungserbringerrecht gestellt wird. Wenn Krankenpflege nur durch einen Krankenpflagedienst, Grundpflege nach SGB XI nur durch einen anerkannten Pflagedienst, die Bewegungs- und Ergotherapie nur von niedergelassenen Therapeuten usw. erbracht werden kann, nützt die Finanzierung aus einer Hand wenig. Es bleibt bei spezialisierter Leistungserbringung durch viele Therapeuten nach ihren jeweils geltenden Regeln.

Grundsätzlich sind alle Leistungen nach SGB XI budgetfähig, allerdings sind Persönliche Budgets in Höhe der Sachleistungen aufgrund gesetzlicher Regelung nur als Gutschein möglich.

Daraus ergibt sich die Frage: Wer kommt als Gutscheinempfänger infrage? Wenn das nur anerkannte Pflegedienste sind, wird durch das Persönliche Budget kaum zusätzliche Flexibilität und Wahlfreiheit erreicht.

Außer der medizinischen Rehabilitation sind auch andere Leistungen nach SGB V budgetfähig, sofern sie alltäglich sind. Hier ergibt sich die gleiche Frage: Kann die regelmäßige häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege), Bewegungstherapie, Ergotherapie usw. in der eigenen Wohnung des Patienten jeweils nur von zugelassenen Diensten unter ihren spezifischen Regeln erbracht werden, oder sind Erweiterungen in Richtung einer Komplexleistung möglich?

Die Arbeitsgruppe empfiehlt, beim Persönlichen Budget die Entscheidungskompetenz uneingeschränkt beim Hilfeempfänger zu belassen und damit auch neue Leistungserbringer und neuartige Hilfeformen zu ermöglichen. Dabei gilt natürlich die jeweils abgeschlossene Zielvereinbarung. Die Zielerreichung sollte mit geeigneten Mitteln überprüft werden.

Im SGB XI könnte man das Persönliche Budget auf dem Niveau der Sachleistung auf trägerübergreifende Persönliche Budgets beschränken, weil für reine Pflegeleistungen das Pflegegeld als Geldleistung zu Verfügung steht.

Hilfeempfänger-Schutzrecht (statt Heimgesetze)

Die rechtlichen Grundlagen für das Schutzbedürfnis von psychisch kranken alten Menschen, insbesondere mit Demenz ergeben sich bisher aus allgemeingültigen Schutzgesetzen wie dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB), hier Schuldrecht/Vertragsrecht und Verbraucherschutz, sowie dem Heimrecht, für das seit 2007 die Länder zuständig sind.

Der Schutz der Zielgruppe ist zu verbessern. Vorrang hat die Erweiterung des Verbraucherschutzes gemäß BGB sowie der gesetzlichen Regelungen zur Sicherungen der Qualität ambulanter und stationärer Leistungen der Pflege und Teilhabe. Dazu ist ein ›Hilfe-Empfänger-Schutzgesetz‹ besser geeignet als ein institutionsbezogenes Heimgesetz.

Zwar wird zu Recht von einem besonderen Abhängigkeitsverhältnis im Heim gesprochen. Aber eine existenzielle Abhängigkeit von (teilweise lebenserhaltenden) Hilfen kann auch im häuslichen Umfeld bestehen. Im Übrigen ist bei psychisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen oft die Fähigkeit zur Durchsetzung eigener Interessen und Bedürfnisse eingeschränkt.

Die Qualitätsvorgaben des Heimrechts sind aus Sicht der Arbeitsgruppe bei ambulanten Hilfen ebenso sinnvoll und notwendig wie bei stationären.

Leistungsausschlüsse

Die ambulante Soziotherapie nach § 37 a SGB V ist eine Leistung zur Krankenhausvermeidung für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung, die nicht in der Lage sind ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen. Sie sichert den Zugang zu erforderlichen Leistungen und die Koordination derselben.

Diese Leistung ist auch für Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen sinnvoll und erforderlich. In den Richtlinien nach § 37 a Abs. 2 des Gemeinsamen Bundesausschusses werden diese Diagnosen jedoch vom Anspruch ausgeschlossen. Das sollte dringend geändert werden.

Der Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation ist noch nicht umgesetzt, insbesondere der Anspruch auf ambulante Rehabilitation. Die ambulante medizinische Rehabilitation ist bei Weitem noch nicht so ausgebaut wie die stationäre. Auch die ambulante Rehabilitation hat überwiegend eine Komm-Struktur und ist

für manche psychisch kranke alte Menschen daher hochschwierig. Zudem wird in vielen Fällen die »Reha-Fähigkeit« von psychisch beeinträchtigten Menschen angezweifelt, weil der Aufwand, Compliance zu erreichen, erhöht ist. Erforderlich ist ein Ausbau mobiler medizinischer Rehabilitation einschließlich geriatrischer und gerontopsychiatrischer Rehabilitation. Das Persönliche Budget als Finanzierungsform für flexible (insbesondere häusliche) medizinische Rehabilitation ist noch nicht eingeführt.

Pflegebegriff

Der Pflegebegriff (§ 14 SGB XI) benachteiligt Personen mit psychischen Störungen insbesondere mit Demenz, weil die »Verrichtungen« bei diesem Personenkreis Tatbestände unzureichend erfassen, die aber für den Pflegebedarf von großer Bedeutung sind. Unzureichend berücksichtigt sind:

- Fähigkeiten und Beeinträchtigungen von Kognition, Erleben und Verhalten
- Anleitung und Begleitung (statt »Beaufsichtigung«) in Bezug auf Alltagsaktivitäten (und nicht nur die definierten »Verrichtungen«)
- Erhalt von und Unterstützung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Kommunikation, soziale Integration)

Das SGB XI hat für seine Zielgruppe auch die *Teilhabe* gemäß SGB IX zu fördern und dabei die besonderen Bedürfnisse psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen zu berücksichtigen (Beispiele für Gesetzesformulierungen zu den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker sind in § 10 SGB IX und § 27 SGB V). Dazu muss der Pflegebegriff stärker von den Ressourcen und nicht nur den Defiziten der betroffenen Personen ausgehen.

Im SGB XI wurde der Pflegebegriff zu eng gefasst, um die Kosten zu begrenzen. Das Problem der Kostenbegrenzung ist vom Pflegebegriff abzukoppeln und über die Bemessung der Leistungen zu lösen.

SGB XII

Soweit Pflegeleistungen nach SGB XI nicht ausreichen, sind Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (SGB XII) notwendig. Solche Hilfen sind auch präventiv und sekundärpräventiv wirksam im Hinblick auf den Pflege- und Behandlungsbedarf.

Hilfen zur Teilhabe sollten ab dem Alter von 65 Jahren unabhängig vom Einkommen gewährt werden, wenn sie eine Behinderung nach § 2 (1) SGB IX haben.

Es sollten gering qualifizierte Helfer geschult und angeleitet werden. Menschen mit Demenz benötigen oft Begleitung im Alltag, ohne die sie die eigenen Fähigkeiten nicht nutzen können und ohne die sie in risikoträchtige Situationen geraten können.

Neben den bekannten therapeutischen Maßnahmen einschließlich der qualifizierten Krankenpflege sind dazu manchmal personelle Hilfen mit hohen Präsenzzeiten erforderlich. Es ist nicht möglich und nicht erforderlich, diese Hilfen ausschließlich durch examinierte Kranken- oder Altenpflegekräfte zu erbringen.

Allerdings sollten die entsprechenden Hilfskräfte in geringem Maße theoretisch vorbereitet, fachlich eingearbeitet und supervidiert werden.

Steuergesetzgebung

Steuerentlastung bei Betroffenen und ggf. zuständigen Angehörigen für Betreuungs- und Pflegekosten: Bestehende steuerliche Abzugsmöglichkeiten für pflegende Angehörige sollten stärker in die Öffentlichkeit transportiert werden.

Ehrenamtliche Helfer

Für ehrenamtliche Helfer sind steuerfreie Aufwandsentschädigung gegeben aber weitgehend unbekannt. Analog zu (steuerfreier) Übungsleiter-Pauschale bei Sportvereinen sind die rechtlichen Voraussetzungen für ehrenamtliche Tätigkeit zu klären und bekannt zu machen.

3.6 Gute Praxisbeispiele

Vorbemerkung

Dieses Kapitel des Projektberichts bringt zur Veranschaulichung gute Praxisbeispiele, die zeigen, dass bereits vorbildliche Ansätze und Lösungen zur Versorgung alter Menschen mit psychischen Erkrankungen insbesondere Demenz an vielen Orten entwickelt und umgesetzt werden, an denen man sich orientieren kann, statt »das Rad immer neu zu erfinden«. Allerdings kann hier nur eine exemplarische Auswahl aus der großen Fülle von guten Beispielen berücksichtigt werden. Es geht uns nicht um Vollständigkeit, sondern um die Veranschaulichung der Konzepte und Empfehlungen. Uns ist bewusst, dass zahlreiche vorbildliche Initiativen und Hilfeleistungen unerwähnt bleiben. Die getroffene Auswahl darf keinesfalls als Abwertung nicht beschriebener Projekte missverstanden werden.

Bei der Zusammenstellung und Gliederung sind wir von dem nutzerorientierten Ansatz ausgegangen, also von den erkrankten Personen und ihren Angehörigen (3.6.1) sowie deren unmittelbarem Wohnumfeld (3.6.2). Der je individuell notwendige Hilfe-Mix speist sich aus bürgerschaftlichem Engagement und professioneller Hilfe. *Bürgerschaftliches Engagement* beginnt bei der Nachbarschafts- und der ehrenamtlichen Hilfe (3.6.3) und wirkt bis in die kommunale Altenpolitik (3.6.4), die dafür sorgt, dass eine geeignete Infrastruktur für Wohnen, Versorgung, Kultur und Verkehr, sowie von *professionellen* medizinischen (3.6.5), pflegerischen und anderen Dienstleistungen verfügbar ist.

Von besonderer Bedeutung ist die Beratung und ggf. die längerfristige Begleitung der Betroffenen, der erkrankten Person und ihrer Angehörigen. Diese sind anfangs oft ratlos und stehen einer unübersichtlichen Vielfalt von Hilfemöglichkeiten und Problemen ihrer Finanzierung hilflos gegenüber. Deshalb – insbesondere wenn eine schnelle Problemlösung her muss, z. B. Entlassung aus dem Krankenhaus – kommt es doch zur Aufnahme in ein Heim (umfassendes Hilfepaket aus einer Hand), auch wenn die Nutzer eigentlich eine individuelle Problemlösung wünschen, die weiteres Wohnen in eigener Häuslichkeit ermöglichen würde. Deshalb besteht ein besonderer Nachholbedarf für die nutzerorientierte Beratung und Begleitung zur Einschätzung des individuellen Hilfebedarfs und der Finanzierungsmöglichkeiten. Dieser Anforderung genügt nicht die Beratung und Begleitung, die aus dem Blickwinkel und dem betriebswirtschaftlichem Interesse – eines bestimmten Leistungserbringers oder eines bestimmten Leistungsträgers – erfolgt. Daraus ergibt sich die Frage, wie leistungserbringer- und leistungsträgerneutrale übergreifende Beratung und Begleitung verwirklicht werden kann.

Selbsthilfe und bürgerschaftliches Engagement sowie professionelle Hilfen haben grundsätzlich gleichwertige Bedeutung für den individuellen Hilfebedarf, wenn auch in wechselnder praktischer Gewichtung. Im wohlverstandenen Verhältnis geht es nicht um die Dominanz von Profis gegenüber Laien oder Deprofessionalisierung zur Kostensenkung, sondern: Wer ist für welche Hilfeart besonders geeignet? Aber wegen des sonst vorherrschenden Gewichts der professionellen Sichtweise sei aus Perspektive der Betroffenen betont: *Die Nutzer beauftragen die bürgerschaftlichen und die professionellen Experten.*

Die Beispiele wurden nur zum Teil auf Grundlage uns zugänglicher Quellen und Informationen überprüft und ihre Wirkung »bewertet«, d. h. wir wollen und können damit keinen umfassenden, objektiven Anspruch der Beurteilung verbinden. Trotz dieser Einschränkungen besteht der Nutzen der Beispiele darin, die Vielgestaltigkeit von Lösungsansätzen zu veranschaulichen, von denen man lernen kann. Gleiche Ziele kann man durchaus auf unterschiedlichen Wegen erreichen.

Soweit sich ein Beispiel auf eine einzelne Einrichtung bezieht, ist damit keine Beurteilung dieser Einrichtung insgesamt verbunden. Es geht ausschließlich um

die konkrete Verfahrens- oder Umgangsweise mit einer bestimmten Problemlage oder einem bestimmten Teilaspekt der Versorgung.

Die Beispiele werden kurz und knapp vorgestellt, unter anderem unter den Gesichtspunkten *was von wem* in welcher Form für die Verbesserung der Hilfen für psychisch kranke alte Menschen getan wurde. Am Ende der Berichte werden jeweils Erfahrungen und Besonderheiten der Projekte dargestellt und sind Quellenangaben sowie Kontaktdaten zu finden. Der Anhang enthält ein Stichwortregister, das den gezielten Zugriff auf einzelne Beispiele erleichtert.

3.6.1 Nutzer: Erkrankte Personen und ihre Angehörigen

Steuerung der Hilfen – Erfahrungsbericht einer Angehörigen

Der Mann von Frau Braun ist 1999 im Alter von 62 Jahren an Demenz vom Alzheimer Typ verstorben. Frau Braun schildert auf der Tagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE »Unsere Zukunft gestalten – Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz« ihre persönlichen Erfahrungen bei der Unterstützung ihres Mannes während der fortschreitenden Erkrankung. Ihre emotionale Betroffenheit und psychische Belastung waren hoch. Sie hat Gefühle wie Trauer, Wut, Angst und Hilflosigkeit erlebt, aber auch erfahren, dass die Krankheit nicht trostlos sein muss. Trost gab es im Mitfühlen, in nonverbaler Kommunikation, in guten Beziehungen zu Kindern und Freunden.

Der Beginn der Krankheit war unter anderem dadurch gekennzeichnet, dass ihr Mann gravierende Fehler beispielsweise beim Autofahren machte und sich zunehmend zurückzog. Frau Braun nahm deswegen immer mehr die Rolle der Hauptverantwortlichen in der Familie wahr.

Von Alzheimer sprachen Ärzte erstmalig 1995 bei einem Krankenhausaufenthalt. Eine Rehabilitationsmaßnahme, Logopädie und Ergotherapie folgten. Ein Unfall mit zwei stationären somatischen Behandlungen verschlimmerte die Situation, da die Krankenhäuser nicht auf Demenzkranke eingestellt waren. Deswegen begleitete Frau Braun ihren Mann stets bei späteren Krankenhausaufenthalten.

Im weiteren Verlauf veränderte sich das Verhalten ihres Mannes auffällig, z. B. wurde er grundlos aggressiv und trotz Logopädie verringerten sich seine sprachlichen Fähigkeiten. Er entwickelte sich von einem ausgeglichenen, lebensbejahenden Menschen zu einem hilfebedürftigen und unsicheren Kranken. Als hilfreich wurde in dieser Phase von ihm und seiner Familie der Zusammenhalt und die Geborgenheit in der Familie, die Zuwendung von guten Freunden und verlässlichen Nachbarn erlebt.

Die vermutete Krankheit wurde schließlich 1996 bei einem Klinikaufenthalt diagnostiziert. Dies hatte zur Folge, dass er medikamentös eingestellt wurde, was

sich über anderthalb Jahre positiv auswirkte. Frau Braun lernte in dieser Zeit die positiven Wirkungen von Angehörigen- und Selbsthilfegruppen kennen.

Als die ständige Präsenz einer Bezugsperson notwendig wurde, reichten die familiären und nachbarschaftlichen Hilfen alleine nicht mehr aus. Es wurden vertrauenswürdige Pflegerinnen engagiert, mit deren Hilfe es aus einem abgestimmten Mix aus Pflegerinnen, Familie und Freunden gelang, Herrn Braun weiterhin zu Hause zu betreuen.

Die Krankheit schritt schließlich in der letzten Phase rasant voran. Einige Monate vor seinem Tod wurde eine Unterbringung auf einer geschlossenen psychiatrischen Station notwendig. Er erhielt weiterhin täglich Besuch von seiner Familie. Von dort aus wurde er in ein Pflegeheim verlegt. Er war zu diesem Zeitpunkt bereits bettlägerig und brauchte in allen Bereichen Hilfe. Im Pflegeheim verstarb er schließlich.

Erfahrungen und Besonderheiten

Der Erfahrungsbericht von Frau Braun ist ein gutes Beispiel dafür, wie sie sich mit der Erkrankung ihres Mannes auseinandersetzt, sich Beratungen und Hilfen holt und die notwendigen Hilfen organisiert.

Quellen

BRAUN H: Wenn das Spiegelbild zum Feind wird. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE, SCHMIDT-ZADEL R, KUNZE H: Unsere Zukunft gestalten – Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen insbesondere Demenz. Tagungsband 33, Psychiatrie-Verlag: Bonn, S. 106–113

Kontakt

Landesverband der Alzheimer-Gesellschaften Nordrhein-Westfalen e. V.
Hedwig Braun
Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf
Telefon: 0211/24 08 69 10; Telefax: 0211/24 08 69 11
Internet: www.alzheimer-nrw.de; E-Mail: info@alzheimer-nrw.de

Selbsthilfeorganisationen: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft und ihre Mitgliedsgesellschaften sind Selbsthilfeorganisationen. Sie setzen sich *bundesweit* für die Verbesserung der Situation der Demenzkranken und ihrer Familien ein.

In den 80er-Jahren schlossen sich an einzelnen Orten in Deutschland Angehörige von Demenzkranken und professionelle Helfer zu Selbsthilfegruppen

zusammen, um die Interessen der Betroffenen, ihren Angehörigen und professionellen Fachkräfte zu bündeln. 1989 gründete sich als gemeinnütziger Verein die Deutsche Alzheimer Gesellschaft, der Bundesverband von Landesverbänden sowie von regionalen und örtlichen Gruppen. Die Arbeit wird auf allen Ebenen überwiegend ehrenamtlich geleistet. Es engagieren sich Angehörige der Erkrankten und nach Möglichkeit die Betroffenen selbst sowie Ehren- und Hauptamtliche verschiedener Berufsgruppen. Die Mitglieder arbeiten gleichberechtigt und vertrauensvoll zusammen.

Neben der politischen Vertretung der Interessen von Demenzkranken und ihren Angehörigen ist die Beratung und Unterstützung von Demenzkranken, ihren Angehörigen, Fachleuten und anderen Interessenten ein wichtiger Bestandteil der Arbeit. Dies geschieht vor allem durch regionale Alzheimer Gesellschaften und lokale Selbsthilfegruppen vor Ort, Informationsbroschüren und die Information und Beratung am Alzheimer-Telefon. Weitere Besonderheiten sind die Foren zum Austausch im Internet, die E-Mail-Beratung sowie ein Newsletter.

In der Telefonsprechstunde werden unter anderem Hilfen im Umgang mit der Bürokratie vermittelt, z. B. wie man sich auf den Besuch des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen vorbereitet oder wie ein Widerspruch zu einer Einstufung in die Pflegeversicherung aussehen muss. Häufig werden aber auch Fragen nach konkreten Hilfen im täglichen Leben gestellt: Wer hilft bei der Vermittlung von Diensten? Welche Hilfe ist dringend notwendig? Wer bezahlt für welche Leistungen?

Erfahrungen und Besonderheiten

Die vielfältigen Beratungsmöglichkeiten der Deutschen Alzheimer Gesellschaft und ihrer Gruppen sind ein gutes Beispiel dafür, wie kompetent Hilfe von Selbsthilfeorganisationen im Hilfemix von Betroffenen und Fachleuten für Betroffene geleistet werden kann. Durch die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit der Mitglieder gelingt es, das Erfahrungswissen der Angehörigen und die Fachkompetenz verschiedener Berufsgruppen zu verbinden.

Quellen

Internetseite der Deutschen Alzheimer Gesellschaft: www.deutsche-alzheimer.de
 VON LÜTZAU-HOHLBEIN H: Stärkung und Unterstützung der Nutzer. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE, SCHMIDT-ZADEL R, KUNZE H (Hg.): Unsere Zukunft gestalten – Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz. Psychiatrie-Verlag: Bonn, 2007: 123–126
 Eine Übersicht über die Mitgliedsgesellschaften auf Landes- und regionaler Ebene finden Sie auf der Internetseite http://www.deutsche-alzheimer.de/index.php?id=20&no_cache=1

Kontakt

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.

Selbsthilfe Demenz

Friedrichstr. 236, 10969 Berlin

Rufnummer des Alzheimer-Telefons: 0180 317 10 17

Ansprechpartnerin: Sabine Jansen

Tel.: 030/259 37 95-0; Fax: 030/259 37 95-29

E-Mail: info@deutsche-alzheimer.de; Internet: www.deutsche-alzheimer.de

Künstlertagebuch eines langen Abschieds – Erfahrungsbericht eines Angehörigen

Über lange Jahre begleitete der Kasseler Künstler Karl Oskar Blase seine Frau Marga auf dem langen und schwierigen Weg ihrer Alzheimer-Erkrankung. In dieser Zeit entstand das nach ihrem Tod veröffentlichte künstlerisch gestaltete Tagebuch mit Bildern.

Zitat 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 nahe gelegene 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 klarzumachen, 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 nahe gelegenen Haus, wurden wir uns immer fremder. Sie redete mich nur mit Sie an und wollte Auskunft darüber, wo wir jetzt hingehen 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.«

Im Folgenden beschreibt er sehr eindrücklich, wie es ihm gelingt, einen Zugang zu ihr zu finden, als seine Frau ihn nicht mehr als den Menschen erkennt, mit dem sie seit Jahrzehnten verheiratet ist. Er bezieht seine immer noch gut aussehende Frau als Modell und als Partnerin bei der künstlerischen Bearbeitung der Bilder von ihr ein – wie in früheren Jahrzehnten.

Erfahrungen und Besonderheiten

Der Ehemann beschreibt sehr genau die psychischen Veränderungen und die Verhaltensänderungen seiner an Demenz vom Alzheimer-Typ erkrankten Frau und seine Interaktionen und Gefühle. Das Buch fördert für eine breite Öffentlichkeit den Zugang zu einem sonst verschlossenen Bereich und gibt Anregungen zum einfühlsamen Umgang mit Alzheimer-Kranken.

Quelle

BLASE Karl Oskar: Wollten wir nicht Bilder machen? Künstlertagebuch eines langen Abschieds, Euregioverlag: Kassel, 2006
Internet: www.euregioverlag.de

3.6.2 Wohnen und Wohnumfeld

Mehrgenerationenhaus in Salzgitter/Niedersachsen

Das »SOS-Mütterzentrum« in Salzgitter (ca. 109 000 Einwohner) wurde 1980 gegründet. Träger ist der »SOS-Kinderdorf e. V.«. Ab 1990 wurde das Programm unter dem Motto »Generationsübergreifend Leben & Arbeiten« ergänzt. 2000 konnte ein Neubau bezogen werden, der »alles unter einem Dach« vereint und Raum für die Begegnung von Jung und Alt bietet. Das Mehrgenerationenhaus ist ohne Altersbegrenzung für alle offen.

Grundgedanke ist es, die Generationen wieder zusammenzubringen, die Verantwortung für das Für- und Miteinander zu fördern. Altenpflege und Kinderbetreuung funktionieren Seite an Seite. Das Leben von Jung und Alt unter einem Dach spielt sich wie in der traditionellen Großfamilie ab. Kinder erleben alte Menschen in ihrem alltäglichen Umfeld und die Alten genießen den Kontakt zu den Jüngeren. Sie sind nicht mehr allein, freuen sich, dass sie etwas tun können – auch für Pflegebedürftige im Mehrgenerationenhaus. In der Altentagespflege erhalten pflegebedürftige und demenzkranke Menschen fach- und sozialkompetente Betreuung und verleben gemeinsam mit Jüngeren ihren Tag. Im November 2006 wurde das Mehrgenerationenhaus Salzgitter zum Modellstandort für das Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Neben spezifischen Dienstleistungen für alte Menschen mit Hilfebedarf bieten sie zahlreiche generationenübergreifende Angebote an. Dazu gehören u. a.

- drei Mahlzeiten täglich als Gelegenheiten für Begegnung;
- gemütliche Ecken für Gespräche;
- Spielen – Lernen – Werken;
- Räume für ruhige Tätigkeiten und für Bewegung;

- Küchen;
- Internetcafé;
- Erzählcafé;
- »Garten der Sinne« mit Flächen zum Toben und Nischen zum Ausruhen;
- Feste und Veranstaltungen bieten viele Möglichkeiten für Gemeinsames.

Zudem befinden sich am Mehrgenerationenhaus Mietwohnungen für erwachsene Menschen aller Altersgruppen. Das Wohnen in diesem Haus ist als »Wohnen im Ensemble« in das Konzept des Mütterzentrums mit eingebunden. Besonders genutzt wird diese Kombination von jungen Familien, Alleinerziehenden mit Kind oder Kindern und Senioren, die gerne auch die generationenübergreifenden Angebote und die speziellen Leistungen des Mütterzentrums in Anspruch nehmen.

Erfahrungen und Besonderheiten

Das Mehrgenerationenhaus macht exemplarisch und eindrücklich den Gedanken der Selbsthilfe nach dem Motto: »Nicht jede/r kann alles, aber gemeinsam können wir das, was wir brauchen« deutlich.

Dies geschieht durch und führt zu:

- Rückgriff auf Ressourcen, die aktiviert, eingesetzt und geschätzt werden. Jeder Mensch wird mit seinen Fähigkeiten als Experte verstanden.
- Gezielte Förderung von Austausch und Kommunikation zwischen den Generationen, indem Raum für generationenübergreifende Begegnung angeboten wird und generationenübergreifende Angebote initiiert werden.
- Segregationstendenzen zwischen Alt und Jung werden entgegengewirkt.
- Neue soziale Netze können geknüpft werden.
- Es entstehen breit gefächerte Bildungsangebote für Kinder und Erwachsene jeden Alters.

Quelle

Weitere Informationen zum Mehrgenerationenhaus in Salzgitter finden Sie auf den Internetseiten des BMFSFJ unter www.mehrgenerationenhäuser.de >>Häuser in ihrer Nähe>>Salzgitter.

Kontakt

Mehrgenerationenhaus Salzgitter

SOS-Mütterzentrum

Braunschweiger Straße 137, 38259 Salzgitter

Telefon: 05341/81 67-0; Telefax: 05341/81 67-20

E-Mail: mz-salzgitter@sos-kinderdorf.de; Internet: www.sos-mz-salzgitter.de

Leben in der Hausgemeinschaft in Münster/Nordrhein-Westfalen

1995 haben die Alexianer Krankenhaus GmbH die großbürgerliche Villa Hittorfstraße in Münster (280 000 Einwohner) gekauft und mit Fördermitteln des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (später Bundesministerium für Gesundheit) umgebaut. 1996/97 konnten die ersten Bewohner mit einer demenziellen Erkrankung einziehen. Ausgangspunkt des Wohnprojekts war die Überlegung, dass diese Menschen so lange wie möglich ihre Eigenständigkeit und Selbstbestimmung bewahren können.

In der Villa Hittorfstraße leben zehn Menschen mit einer demenziellen Erkrankung. Als Mieter und nicht als Heimbewohner haben sie hier ein unmöbliertes Zimmer oder ein Apartment gemietet, jedes mit eigenem Telefonanschluss, eigenem Briefkasten und eigener Türklingel. Alle Einrichtungsgegenstände in den privaten und gemeinschaftlichen Räumen stammen von ihnen und geben jedem Raum einen individuellen Charakter.

Insgesamt 600 Quadratmeter Nutzfläche verteilen sich auf fünf Etagen, von denen vier mit einem Fahrstuhl zugänglich sind. Die sieben Apartments haben eigene Bäder, im Erdgeschoss teilen sich drei Bewohner ein Bad. Darüber hinaus gibt es eine frei vermietbare Wohnung, die als einzige nicht barrierefrei ist. Im Souterrain befindet sich ein Pflegebad, der Hauswirtschaftsraum und Lagerräume sowie das Büro des Hausverwalters.

Für die Grundidee, eines normalen Alltags in familiärer Atmosphäre, spielen die Gemeinschaftsräume eine zentrale Rolle: Küche, Wohnzimmer und im Sommer der große Garten sind die zentralen Treffpunkte des Hauses. Hier werden gemeinsam Mahlzeiten zubereitet, hier wird gegessen, hier können die Mieter ihren Interessen nachgehen oder einfach nur zusammensitzen. Sie beteiligen sich nach ihren Fähigkeiten und Vorlieben an den Hausarbeiten. Weil das Prinzip gilt, dass der Alltag mit seinen Anforderungen und Aktivitäten die beste Therapie ist, gibt es keine gesonderten therapeutischen oder rehabilitativen Angebote.

Im Haus wird eine 24-Stunden-Betreuung angeboten. Die Bewohner können individuell abgestufte Leistungen in den Bereichen Pflege, Hauswirtschaft und Behandlung, z. B. von einem ambulanten Pflegedienst, einkaufen. Haus- und Fachärzte, Physiotherapeut, Maniküre und Friseur kommen auf Anfrage zu immobilen Bewohnern ins Haus. Das bedeutet eine konsequente Einbindung des Projekts in das Verbundsystem externer Hilfen anstelle von zentraler Versorgung.

Die alltägliche Betreuung wird unabhängig vom Mietvertrag in einem separaten Vertrag geregelt. Jeder Mieter bezahlt neben der Miete und dem Haushaltsgeld dafür einen bestimmten Betrag. Da diese Kosten weder durch die Krankenkasse noch durch die Pflegeversicherung übernommen werden, gilt für Sozialhilfeberechtigte eine Vereinbarung mit der Stadt Münster, diese im Rahmen der »Hilfen zum Lebensunterhalt« bzw. »Hilfe zur Pflege« zu übernehmen.

Sind individuell weitere Hilfen, wie beispielsweise Pflegeleistungen, erforderlich, organisiert die Alltagsbegleiterin gemeinsam mit den Bewohnern und ihren Angehörigen zusätzliche ambulante Dienste. Die Kosten dafür werden der Pflegestufe entsprechend von der Pflegeversicherung übernommen.

Erfahrungen und Besonderheiten

Im Unterschied zu einem Pflegeheim entscheiden die Mitglieder der Hausgemeinschaft und ihre Angehörigen selbst, welche Leistungen sie benötigen und welche die Angehörigen übernehmen möchten. Sie sind Auftraggeber und »Qualitätsmanager« der erbrachten Dienste. Auch bei der Neubelegung der Wohnungen haben die Wünsche der Hausbewohner Gewicht.

Quellen

Internet: www.alexianer.de/muenster/heidhorn/hausg_hittorf.php

JUTKEIT L: Hausgemeinschaft Villa Hittorfstraße. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE, SCHMIDT-ZADEL R, KUNZE H (Hg.): Unsere Zukunft gestalten – Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz. Psychiatrie-Verlag: Bonn, 2007, S. 247–252

Kontakt

Villa Hittorfstraße
Hittorfstraße 10, 48149 Münster
Telefon/Fax: 0251/89 58-0

Alexianer Krankenhaus
Alexianerweg 9, 48163 Münster
Telefon: 02501/966 20-000; Fax: 02501/966 20-752
E-Mail: info@alexianer.de; Internet: www.alexianer.de

Leben in Gastfamilien in Ravensburg/Baden-Württemberg

Vom Verein »Arkade e. V.« und dem Zentrum für Psychiatrie »Die Weissenau« (beide Ravensburg, 48 500 Einwohner) wurde von September 2001 bis Dezember 2003 modellhaft erprobt, ob gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen zur Vermeidung eines Heimaufenthalts in Gastfamilien betreut werden können. Bis Juli 2008 wurden 17 Menschen in Gastfamilien vermittelt und betreut.

Das Modellprojekt wurde von der Robert Bosch Stiftung gefördert. Kooperationspartner waren der Landkreis Ravensburg und der Bodenseekreis, das Sozialministerium Baden-Württemberg, der »Verein für soziale Psychiatrie Bad Schussenried« sowie die Universität Ulm für die Begleitforschung.

Für die Betreuung in Gastfamilien kommen Menschen im Alter über 65 Jahre in Betracht, die nicht mehr im eigenen häuslichen Umfeld leben können, vor allem demenziell erkrankte Menschen, Menschen, die im Alter an einer Depression, Psychose oder Sucht erkrankt sind sowie alt gewordene chronisch psychisch Kranke, die pflegebedürftig geworden sind. Nach dem Modell sorgt eine Gastfamilie, die nicht in auf- oder absteigender Linie mit dem Erkrankten verwandt ist, für dessen Integration in ihrem Haushalt und übernimmt die notwendige Pflege, Beaufsichtigung und Betreuung. Die Gastfamilien müssen über keine pflegerische oder soziale Ausbildung verfügen, allerdings die Bereitschaft zur Schulung mitbringen.

Die Zuordnung der erkrankten Menschen erfolgt in Hilfeplankonferenzen der beteiligten Landkreise. Die Betreuung wird von den Landkreisen Ravensburg und Bodenseekreis als zuständige Sozialhilfeträger finanziert. Während der Modellphase erfolgte die Finanzierung des begleitenden Fachdienstes zusätzlich durch das Sozialministerium.

Die Gastfamilien werden von einem multiprofessionellen Fachdienst ausgesucht, geschult, beraten und betreut. Die Mitarbeiter des Fachdienstes kommen aus den Bereichen Pflege und Sozialarbeit und verfügen über Erfahrungen in der Arbeit mit Gast- und Pflegefamilien. Sie haben die Aufgabe, die Gastfamilie zu supervidieren, ihr den Rücken freizuhalten und sie zu stärken. Sie übernehmen auch alle administrativen, verwaltungs- und finanztechnischen Aufgaben. Zu den Aufgaben des Fachdienstes gehören auch Angehörigenarbeit, Organisation von Entlastungsmöglichkeiten, Akquise neuer Gastfamilien sowie Kontakte zu niedergelassenen Ärzten oder der Institutsambulanz.

Erfahrungen und Besonderheiten

Die Betreuungsleistung der Gastfamilie umfasst Hilfen bei der individuellen Basisversorgung, der alltäglichen Lebensführung, der Gestaltung persönlicher Beziehungen, der Freizeitgestaltung, der Tagesstrukturierung, der Kommunikation und der Bewältigung psychischer Probleme und deckt den gesamten Betreuungsbedarf integrativ ab. Leben in einer Gastfamilie verbindet die Vorteile der Laienhilfe mit denen der professionellen Hilfe.

Bei den Kosten ergibt sich ein beträchtlicher Spareffekt gegenüber der Heimversorgung für die Betroffenen, den Sozialhilfeträger und die Pflegekassen.

Quellen

Internetseite: www.arkade-bwf.de

GERSTER R: Leben in Gastfamilien für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE, SCHMIDT-ZADEL R, KUNZE H (Hg.): Unsere Zukunft gestalten – Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz. Psychiatrie-Verlag: Bonn, 2007, S. 219–226

Abschlussbericht als PDF-Datei: www.boschstiftung.de/content/language1/downloads/02020301_22_abschlussbericht.pdf

Kontakt

Arkade e. V. – Betreutes Wohnen in Familien

Eisenbahnstraße 30/1, 88212 Ravensburg

Ansprechpartner: Richard Gerster

Telefon: 0751/366 55-80; Fax: 0751/366 55-99

E-Mail: info@arkade-bwf.de; Internet: www.arkade-bwf.de

3.6.3 Bürgerschaftlicher Bereich, Nachbarschaftshilfe

Freiwillige unterstützen gerontopsychiatrisch Erkrankte im Landkreis Esslingen/Baden-Württemberg

In Esslingen haben Krankenpflegevereine eine über 100-jährige kirchlich geprägte Tradition. Mit der Pflegeversicherung schlossen sich sieben Krankenpflegevereine zu einer gemeinsamen Diakonie- und Sozialstation zusammen, die ab 1999 Besuchsdienste ins Leben riefen (mit inzwischen über 100 Ehrenamtlichen). Diese sind – wie früher die Gemeindeschwester – stadtteilnah niederschwellig ansprechbar und besuchen ohne bürokratische Hürden und ohne Rechnung kranke, alte einsame oder von ihren Angehörigen gepflegte Menschen zu Hause und bemühen sich auch um die, die verwirrt oder wunderlich sind. Deshalb wurde von der Arbeitsgemeinschaft der Krankenpflegevereine das Kooperationsprojekt »Freiwillige unterstützen gerontopsychiatrisch Erkrankte« (FUGE) ins Leben gerufen. Der Besuchsdienst arbeitet eng mit dem »Sozialpsychiatrischen Dienst für Alte Menschen im Landkreis Esslingen« (SOFA) zusammen: Die Krankenpflegevereine stellen ihr Wissen und ihre Erfahrungen bei der Begleitung Ehrenamtlicher zur Verfügung und SOFA bringt Fachkenntnis im Umgang mit gerontopsychiatrisch Erkrankten ein.

Die Aufgaben, aber auch die Grenzen der ehrenamtlich und hauptamtlich Engagierten im Hilfemix werden von Anfang an eindeutig benannt und abgegrenzt: Aufgabe der Ehrenamtlichen ist es, bei den regelmäßigen Hausbesuchen in Kontakt mit den erkrankten Menschen zu treten und den Alltag gemeinsam mit ihnen zu gestalten. Veränderungen im Wohnumfeld, größere finanzielle Angelegenheiten, regelmäßige Versorgung im Sinne von Gesundheitsfürsorge und Medikamentenabgabe gehören nicht zu ihren Aufgaben. Wird ein Bedarf in diesen Bereichen festgestellt, soll eine Mitteilung an die hauptamtliche Einsatzleitung erfolgen. Die Begleitung zu Arztterminen soll ebenfalls nicht ohne Rücksprache mit dem hauptamtlichen Dienst wahrgenommen werden.

Während ihres Einsatzes sind die Freiwilligen über den Krankenpflegeverein haftpflicht- und unfallversichert. Sie erhalten eine Erstattung ihrer Auslagen, z. B. für Fahrt- und Portokosten, Telefongebühren und kleine Mitbringsel.

Erfahrungen und Besonderheiten

FUGE ist ein gutes Beispiel dafür, wie es

- gelingen kann, durch klare Absprachen den Hilfemix zwischen ehrenamtlich und hauptamtlich Engagierten herzustellen;
- durch Kooperation von zwei professionellen Leistungserbringern mit unterschiedlichen Kompetenzen in Zusammenarbeit mit bürgerschaftlich Engagierten gelingen kann, dass psychisch kranke alte Menschen in ihrer vertrauten Umgebung weiterleben können.

Quellen

SCHMID B, VON KUTZSCHENBACH H: Aufgaben der Ehrenamtlichen und Professionellen im Hilfemix. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE, SCHMIDT-ZADEL R, KUNZE H: Unsere Zukunft gestalten – Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz. Psychiatrie-Verlag: Bonn, 2007, S. 72–83

Weitere Informationen: www.krankenpflegevereine-esslingen.de/leistungen/fuge.html

Kontakt

Evangelischer Krankenpflegeverein Esslingen-Nord

Wäldenbronnerstraße 39, 73732 Esslingen

Ansprechpartnerin: Barbara Schmid

Telefon: 0711/365 55 65; Telefax: 0711/365 74 20

E-Mail: fuge@krankenpflegevereine-esslingen.de

Internet: www.krankenpflegevereine-esslingen.de

Gerontopsychiatrisches Verbundnetz in Würzburg/Bayern

Der 1996 gegründete Verein »HALMA e. V.« (*Hilfen für alte Menschen im Alltag*) ist Ergebnis des Modellprojekts »Das Gerontopsychiatrische Verbundnetz der Altenhilfe in Würzburg« (134 000 Einwohner) des Bundesministeriums für Gesundheit, das 1992 begann. Es war der Versuch einer Kommune, aus bisherigen Strukturen der Altenhilfe durch die Vernetzung der vorhandenen Dienste und Einrichtungen und deren Qualifizierung eine angemessene Versorgung psychisch erkrankter älterer Menschen zu ermöglichen.

Mitglieder des Trägerverss »HALMA e. V.« sind die Stadt Würzburg, die Wohlfahrtsverbände Arbeiterwohlfahrt, Bayerisches Rotes Kreuz, Caritasverband, Diakonisches Werk und Paritätischer Wohlfahrtsverband, die Alzheimer Gesellschaft Würzburg/Unterfranken, die Stiftung Juliusspital, das Kommunalunternehmen des Landkreises Würzburg sowie die Stiftung Bürgerspital zum HL. Geist Würzburg.

Ein wesentlicher Konzeptbestandteil des Trägerverss ist der Aufbau und Einsatz eines bürgerschaftlich getragenen Helferkreises. Es gelang eine Kultur

der Zusammenarbeit zu entwickeln, in der freiwillig Engagierte und professionelle Fachkräfte sich dabei unterstützen und ergänzen, psychisch kranken alten Menschen so lange wie möglich ihr vertrautes Umfeld zu erhalten.

Aufgabe der freiwilligen Helfer ist es, die Menschen zu fördern und zu fordern, die Woche mit ihnen zu strukturieren und Abwechslung in den häufig isolierten Alltag zu bringen. Sie setzen mit den anderen Diensten, die an der Hilfeerbringung beteiligt sind, den durch die Fachkräfte erarbeiteten und in der Helferkonferenz vereinbarten Hilfeplan um. Sie ersetzen keine ambulanten Dienste, sondern sind hierzu eine Ergänzung. Die ehrenamtlichen Helfer erhalten eine Aufwandsentschädigung von 5,00 bis 8,00 Euro pro Stunde gestaffelt nach ihrem Aufgaben- und Verantwortungsbereich, außerdem eine Fahrtkostenpauschale. Darüber hinaus sind sie während ihrer Einsätze haftpflicht- und unfallversichert. Voraussetzung für die Helfertätigkeit sind die Teilnahmen an einem Schulungskurs, der die Ehrenamtlichen auf ihre Einsätze vorbereitet, und an der fachlichen Begleitung während der Einsatztätigkeit.

Bei einem Umzug des Hilfebedürftigen in ein Heim findet in der Regel für die Anfangszeit eine Weiterbetreuung statt: Der Helfer setzt den Kontakt durch wöchentliche Besuche fort und erleichtert damit die Eingewöhnung im Heim. Eine finanzielle Unterstützung für eine Weiterbetreuung über die Anfangszeit im Heim gibt es nicht. Einige Helfer verzichten auf die Aufwandsentschädigung oder Angehörige bzw. die Betroffene übernehmen diese.

Erfahrungen und Besonderheiten

»HALMA e. V.« ist ein gutes Beispiel, dafür wie es gelingen kann, dass Freiwillige in einem schwierigen Tätigkeitsfeld kompetent und verlässlich arbeiten. Wichtig dafür ist

- fachliche Unterstützung,
- Zuerkennung der Partnerrolle im Hilfesgeschehen,
- Pflege der Gemeinschaft des Helferkreises und nicht zuletzt
- finanzielle Aufwandsentschädigung.

Quelle

MOTSCH P: Förderung von bürgerschaftlichem Engagement. In: AKTION PSYCHISCH K Ranke, Schmidt-Zadel R, Kunze H (Hg.): Unsere Zukunft gestalten – Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz. Psychiatrie-Verlag: Bonn, 2007, S. 232–236

IHL R: Gerontopsychiatrische Kompetenz in der sektoralen Versorgung. In: AKTION PSYCHISCH K Ranke, Schmidt-Zadel R, Kunze H (Hg.): Unsere Zukunft gestalten – Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz. Psychiatrie-Verlag: Bonn, 2007, S. 275–280

Kontakt

HALMA e.V. – Hilfen für alte Menschen im Alltag
 Fachstelle für pflegende Angehörige
 Berliner Platz 8, 97080 Würzburg
 Ansprechpartnerin: Sabine Seipp
 Telefon: 0931/28 43 57; Telefax: 0931/217 97
 E-Mail: info@halmawuerzburg.de; Internet: www.halmawuerzburg.de

Niedrigschwellige Hilfen im Landkreis Kassel/Hessen

Auf Initiative des Landkreises Kassel wurden in der Zeit von September 2004 bis August 2007 in einer Projektphase niedrigschwellige Hilfen für Demenzzranke und ihre Angehörigen aufgebaut. Unter den Namen »*BARKE*«: Unterstützende Betreuung und andere Angebote für DemenzzranKE, »*ZEDA*«: Zentrum für Menschen mit Demenz und Angehörige und »*Zeitlos*«: Zentrum für Demenz, wird die Betreuung seit 1. Januar 2008 als Regelversorgung in 28 der 29 Kommunen des Landkreises Kassel angeboten.

Im Vorfeld wurde die Projektidee in politischen Gremien und bei potenziellen Kooperationspartnern, die Erfahrungen in der Pflege demenziell Erkrankter haben, vorgestellt.

Durch Unterstützungshilfen sollen Demenzzranke so lange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung leben können und pflegende Angehörige entlastet bzw. ihnen Raum für die Pflege ihrer eigenen Gesundheit gegeben werden. Mit diesem Angebot sollte eine Versorgungslücke geschlossen werden.

Dazu wurde ein Kooperationsbündnis gegründet, in dem sich die Partner bereit erklärten, das Projekt mit unterschiedlichen Anteilen zu unterstützen. Die Mitglieder setzten sich aus Landkreis, Gemeinden, stationären und ambulanten Pflegeanbietern und Beratungsstellen zusammen und variieren je nach Kommune. Das Projekt wird finanziert vom Landkreis Kassel, den Pflegekassen nach § 45 c SGB XI und dem Europäischen Sozialfond. Die Kooperationspartner leisten mit Sachleistungen und Personal ihren Beitrag. So übernimmt z. B. das Zentrum für Soziale Psychiatrie Kurhessen in Bad Emstal-Merxhausen die Qualifizierung von Ehrenamtlichen und die Kommunen sorgen für den Transport zum Ort der Qualifizierung oder stellen Büro- und Gruppenräume zur Verfügung.

Nach der Projektphase werden die Projekte durch die Pflegekassen, den Landkreis Kassel und den Trägern (Kommunen und Wohlfahrtsverbänden) finanziert.

Derzeit gibt es folgende niedrigschwellige Hilfen:

- Helferinnen und Helfer gehen in das häusliche Umfeld und betreuen die demenzzranke Menschen nach deren individuellen Bedürfnissen für ein bis drei

Stunden pro Woche. Sie übernehmen keine pflegerische oder hauswirtschaftliche Aufgaben. Dadurch verschaffen sie auch den Angehörigen freie Zeit zur Entspannung oder für Erledigungen.

- Außerhalb des häuslichen Umfelds wird eine Betreuungsgruppe für Demenzkranke angeboten, in der speziell auf ihre individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten eingegangen wird. Die Betroffenen sollen soziale Kontakte, Gemeinschaft und neue Anregungen erfahren. Auch hier kommen ehrenamtliche Helfer zum Einsatz.
- Ein Angehörigencafé ist Treffpunkt für pflegende Angehörige, wo sie sich mit anderen austauschen können.

Die ehrenamtlichen Helfer erhalten für ihre Tätigkeit eine Aufwandsentschädigung von 4 Euro pro Stunde. Außerdem werden sie in zwei Modulen kostenlos für die Betreuung qualifiziert. Die Qualifizierung besteht aus einem 30-stündigen theoretischen Teil durch die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen und einen 40-stündigen praktischen Teil, der bei ambulanten und stationären Leistungserbringern der Pflege durchgeführt wird. Die Projektkoordination erfolgt durch eine sozialpädagogische Fachkraft, die auch für die Begleitung der Ehrenamtlichen zuständig ist. Monatlich findet ein Gruppentreffen zur Supervision und zum Austausch statt. Die Qualität der Betreuungen selbst wird durch weitere Fortbildungen gesichert.

Erfahrungen und Besonderheiten

Durch ein regionales Kooperationsbündnis konnte der Aufbau eines neuen niedrigschwelligen Angebots in den Kommunen im Landkreis Kassel eingerichtet werden. Dies führte u. a. dazu, dass

- die Kooperationspartner das Angebot durch Bereitstellung von Sachmitteln und Personaleinsatz unterstützen;
- niedrigschwellige Angebote als Ergänzung der bestehenden Versorgungsstrukturen und nicht als Verdrängung der professionellen Pflege angenommen werden;
- ein Vernetzungsprozess zwischen den Versorgungsbereichen möglich wurde.

Quellen

Konzept BARKE »Unterstützende Betreuung und andere Angebote für Demenzkranke«
Modellprojekt BARKE, Tätigkeitsbericht für das Jahr 2005

Kontakt

Landkreis Kassel
– Der Kreisausschuss –
Altenhilfeplanung

Projekt BARKE
Begegnungsstätte Kaufungen
Theodor-Heuss-Sr. 15

Bahnhofplatz 1
34117 Kassel

Ansprechpartnerin: Karin Tietz
Telefon: 0561/1003-1363

34260 Kaufungen

Ansprechpartnerin: Martina Buntins
Telefon: 05605/92 30 98

3.6.4 Kommunal-Politik – Infrastruktur für Versorgungssicherheit: Wohnen, Geschäfte, Kultur

Eine Dorfgemeinschaft engagiert sich in Eichstetten/Baden-Württemberg

Nach einer intensiven Diskussion auf Initiative der Kommune, insbesondere des Bürgermeisters, haben sich die Bewohner von Eichstetten (ca. 3200 Einwohner) entschlossen, soziale Aufgaben im Dorf in solidarischer bürgerschaftlicher Verantwortung gemeinsam zu übernehmen. Ausgangspunkte dafür waren fehlende Pflege- und Betreuungseinrichtungen sowie der zunehmende Wunsch von Bürgern, in der gewohnten Umgebung alt und gepflegt werden zu können. Gespräche mit Bau- und Betriebsträgern von Pflegeeinrichtungen hatten ergeben, dass sich entsprechende Einrichtungen in kleineren Gemeinden aus betriebswirtschaftlichen Gründen nicht tragen. Damit wollten sich die Bürger nicht zufriedengeben.

1996 wurde deswegen mit dem Bau der seniorengerechten Wohnanlage »Schwanenhof« (Betreutes Wohnen) begonnen. Konzeption, Planung und Ausstattung erfolgte unter starker Beteiligung von engagierten Bürgerinnen und Bürgern. Finanziert wurde der Schwanenhof in einer Art Bauherrngemeinschaft mit der Gemeinde, Eichstettener Bürgerinnen und Bürgern, der Winzergenossenschaft und einem Architekten als Planer und Investor. Eröffnet wurde die Einrichtung im August 1998. Träger des Schwanenhofs ist die »Bürgergemeinschaft Eichstetten e. V.« mit 272 Gründungsmitgliedern; mittlerweile ist der Verein auf 460 Mitgliedern (Stand: November 2006) angewachsen.

Es entstanden 16 Wohneinheiten, die vorzugsweise an Menschen aus dem Dorf oder deren pflegebedürftige Angehörige vermietet werden. Außerdem gibt es im Haus ein Bürgerbüro als Anlauf- und Beratungsstelle für hilfebedürftige Menschen aus Eichstetten. Im Untergeschoss sind ein Café und Ladengeschäfte zu finden. Aufgrund der zunehmenden Zahl von Demenzkranken in der Wohnanlage und im Dorf wurde der Schwanenhof im April 2008 um eine ambulante Pflegewohngruppe für elf demenzkranke oder pflegebedürftige Menschen erweitert. Ihre Betreuung erfolgt durch bürgerschaftlich Engagierte, Angehörige und medizinische Pflegeleistungen durch Kooperation mit dem Pflegedienst der Sozialstation. Die Gemeinde übernimmt die Vermietung der betreuten Wohnanlage und der ambulanten Wohngruppe und trägt damit das finanzielle Risiko.

Erfahrungen und Besonderheiten

Die Wohnanlage »Schwanenhof« macht in exemplarischer Weise deutlich, was ein zivilgesellschaftlicher Hilfemix leisten kann und welche Voraussetzungen dafür erfüllt sein müssen:

- sozialräumliche Verankerung, die Solidarität mobilisiert;
- Bürgerinnen und Bürger, die bereit sind, die Unterstützung alter Menschen in der Gemeinde als gemeinsame Aufgabe zu verstehen und sich dafür zu engagieren;
- eine Kommune, die bereit ist, Beteiligungsprozesse zu initiieren, zu moderieren und zu unterstützen, auf den Sachverstand ihrer Bürgerinnen und Bürger zu setzen und Risiken abzusichern;
- Einrichtungen und Dienste, die sich mit ihrer Infrastruktur und ihren Dienstleistungen einbringen, ohne eine alleinige Trägerschaft zu beanspruchen;
- Fachkräfte, die die Unterstützung engagierter Bürgerinnen und Bürger als Bestandteil bzw. Erweiterung ihrer Professionalität verstehen;
- Unternehmen, die bereit sind, sich mit ihrem Know-how und ihren Ressourcen in gemeinsame zivilgesellschaftliche Projekte einzubringen.

Quellen

KIECHLE G.: Dorfgemeinschaft Eichstetten. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE, SCHMIDT-ZADEL R, KUNZE H (Hg.). Unsere Zukunft gestalten – Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz. Psychiatrie-Verlag: Bonn, 2007, S. 243–246

KLIE T, ROß P-S. Wieviel Bürger darf's denn sein!? Bürgerschaftliches Engagement im Wohlfahrtsmix – Eine Standortbestimmung in acht Thesen. Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 4/2005

Internetseite: www.buergergemeinschaft-eichstetten.de

Kontakt

Bürgergemeinschaft Eichstetten e. V.

Hauptstr. 32, 79356 Eichstetten a. K.

Telefon: 07663/94 86 86; Telefax: 07663/91 21 13

Internet: www.buergergemeinschaft-eichstetten.de

E-Mail: info@buergergemeinschaft-eichstetten.de

Hilfesystem für pflegebedürftige alte Menschen im Landkreis Schwandorf/Bayern

Im bayerischen Landkreis Schwandorf (144 448 Einwohner) haben die Bürger ihr Hilfesystem für pflegebedürftige alte Menschen auf drei Ebenen gestaltet. Auf der ersten Ebene sind ein Fünftel der Bevölkerung in den 40 Krankenhilfe- und Nachbarschaftsvereinen, angelehnt an die Kirchengemeinden, auch über Mit-

gliedsbeiträge organisiert. Sie kümmern sich ohne Bezahlung um hilfebedürftige Menschen in der Nachbarschaft.

Auf der zweiten Ebene gibt es vier weitere Vereine (für Betreutes Wohnen Daheim) für diejenigen, die nicht ausschließlich ehrenamtlich tätig sind, sondern sich z. B. in der Grundpflege fortbilden lassen und für ihr Helfen nicht mehr nur Zeit geben, sondern wenigstens teilweise auch Geld bekommen.

Die dritte Ebene wird von professionellen Einrichtungen gebildet, die teilweise durch diese Entwicklung Arbeitsplätze verloren haben, es aber begrüßen, dass sie sich nun auf die Tätigkeiten konzentrieren können, für die sie die erforderliche Kernkompetenz besitzen.

Erfahrungen und Besonderheiten

Der Landkreis Schwandorf (Bayern) verfügt über ein kleinräumig organisiertes und gutes Integrationssystem für pflegebedürftige alte Menschen. Bemerkenswert ist, dass er systematisch und erfolgreich die nicht mehr ganz ehrenamtlichen Bürger in das Hilfesystem integriert hat.

Quelle

DÖRNER K: Leben und sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Paranus Verlag: Neumünster, 2007: 57

Kontakt

Caritas-Sozialstation Neunburg vorm Wald e. V.
Geschäftsstelle für die Caritas-Sozialstationen
Werthstraße 44, 92421 Schwandorf
Ansprechpartner: Wilhelm Nees
Telefon: 09431/74 49-12; Telefax: 09431/74 49-18
E-Mail: geschaeftsfuehrung@caritas-sad.de; Internet: www.caritas-sad.de

Kleinräumiges Netzwerk in Rendsburg/Schleswig Holstein

In der Stadt Rendsburg (28 450 Einwohner) entstand durch die Zusammenarbeit von ambulanten Pflegediensten, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, ambulantem Hospizdienst, stationärem Hospiz, dem Betreutem Wohnen in Zusammenarbeit mit Wohnungsunternehmen, den Hausgemeinschaften für Menschen mit Demenz, den niedrigschwelligen Hilfen nach SGB XI, der Pflege- und Alzheimerberatungsstelle, der Wohngemeinschaft für körperlich Erkrankte und ehrenamtlichen Mitarbeitern ein kleinräumiges Netzwerk, das hilfe- und pflegebedürftige Menschen auffängt. Durch zwei Koordinatoren werden die Ehrenamtlichen zur Mitarbeit in allen Bereichen gewonnen und angeleitet sowie

bei der Tätigkeit begleitet. Die Bürger erhalten für Wohnen und Leben im Alter, Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Behinderung individuelle Hilfestellung.

Zustande kommt dieses dichte Versorgungsnetz durch den Verein »Pflege LebensNah«, der in der Vergangenheit vielfältige Hilfen für psychisch kranke alte Menschen geschaffen hat. Die Vision des Leistungserbringers ist es, die Stadt »pflegeheimlos« zu gestalten. Ziel soll sein, das Menschen mit Demenz in ihrer vertrauten Umgebung – ihrem Stadtteil – wohnen bleiben können.

Seit dem Jahr 2002 sind drei ambulante, nachbarschaftsorientierte Hausgemeinschaften für Demenzkranke entstanden, die Vierte wird zum 01.10.2008 in Betrieb genommen. Die Ausrichtung an dem Grundbedürfnis nach Bedeutung für Andere kommt darin zum Ausdruck, dass alle gemeinsam und jeder so viel er kann, an der Haushaltsführung beteiligt ist.

Die starke Nachbarschaftsorientierung trägt dazu bei, dass die Bürger sich mit »ihrer« Haugemeinschaft im Stadtteil identifizieren und sich neben den Fachkräften bei der Betreuung engagieren. In dem Maße, wie sich der Stadtteil damit identifiziert, verstärkt das die Aufmerksamkeit auch für die Wiederbelebung von Nachbarschaft insgesamt.

Erfahrungen und Besonderheiten

Getragen von einer Vision wird in Rendsburg schrittweise ein dichtes nachbarschaftsorientiertes Netz von Hilfen für psychisch kranke Menschen aufgebaut. Der Grundsatz »Ambulant vor Stationär« wird konsequent in die Praxis umgesetzt.

Quellen

SCHMELTER N: Ambulante Hausgemeinschaften. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE, SCHMIDT-ZADEL R, KUNZE H: Unsere Zukunft gestalten – Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz. Psychiatrie-Verlag: Bonn, 2007: 227–229

DÖRNER K: Leben und sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Paranus-Verlag: Neumünster, 2007: 138–148

Kontakt

Pflege LebensNah

Prinzenstraße 8, 24768 Rendsburg

Ansprechpartner: Norbert Schmelter

Telefon: 04331/3 38 94-11; Telefax: 04331/338 94-13

E-Mail: into@pln-netz.de

Internet: www.pflege-lebensnah.de

Nachbarschaftszentrum in Bielefeld/Nordrhein-Westfalen

In Bielefeld (328 000 Einwohner) entstand 1992 das Projekt »Nachbarschaftszentrum Meinolfstraße« für ein Wohnquartier mit ca. 11 000 Einwohnern. Zu diesem Zweck bildete sich eine Arbeitsgemeinschaft bestehend aus: AWO Kreisverband Bielefeld e. V., Freie Scholle Nachbarschaftshilfe e. V., Diakoniestation Ost des Evangelischen Gemeindedienst e. V. und dem Dienstleistungszentrum Jugend, Soziales und Wohnen der Stadt Bielefeld. Anstoß für die Planung eines Nachbarschaftszentrums war der ursprüngliche Plan eines Trägers der Wohlfahrtspflege auf dem städtischen Grundstück ein Altenpflegeheim zu errichten, zu dem die Arbeitsgemeinschaft eine Alternative entwickelte. Im Unterschied zu einem stationären Angebot für Pflegebedürftige sollten aus ihrer Sicht für dieses Wohngebiet generationenübergreifend Menschen alle notwendigen Hilfen im vertrauten Wohnumfeld zur Verfügung stehen.

Ziel war es insbesondere, für hilfe- und pflegebedürftige Menschen Versorgungssicherheit zu schaffen sowie soziale Teilhabe und Hilfe zur Selbsthilfe im Quartier zu ermöglichen. Dafür wurden Wohnangebote mit sozialen Angeboten verknüpft.

Bis 1999 entstand das Nachbarschaftszentrum mit 90 barrierefreien Wohnungen und zwei Wohnungen für betreute Wohngruppen. Den Bedarf an Hilfeleistungen im Zentrum und im Stadtteil decken die sozialen Dienste ab, die im Nachbarschaftszentrum angesiedelt sind. Die Diakoniestation des Evangelischen Gemeindedienstes sichert die ambulante pflegerische Versorgung und bietet in Zusammenarbeit mit dem Johanneswerk eine 24-stündige Rufbereitschaft an, der mobile Soziale Dienst der Arbeiterwohlfahrt ergänzt dieses Angebot durch hauswirtschaftliche Hilfen. Die Koordination der Dienste sowie die Beratung über die Dienstleistungen und ihre Finanzierung übernimmt der Verein »Freie Scholle Nachbarschaftshilfe«. Dieser betreibt auch eine Informations- und Wissensbörse sowie einen Demonstrationsraum für Pflegehilfsmittel. Zusätzliche Beratungsmöglichkeiten finden Bürger aller Altersgruppen im Stadtteilbüro des Dienstleistungszentrums Soziales, Jugend und Wohnen der Stadt Bielefeld.

Darüber hinaus konnte die »Freie Scholle« mit dem Nachbarschaftszentrum die gesundheitliche Infrastruktur für den Stadtteil verbessern. So wurden für eine bessere medizinische Versorgung mehrere Arztpraxen sowie eine Praxis für Ergotherapie und eine für Krankengymnastik angesiedelt.

Über diese Dienstleistungen hinaus betreibt die Arbeiterwohlfahrt ein Aktivitätszentrum mit einem umfangreichen Kursangebot für alle Altersgruppen, von Sprachkursen bis zum Mutter-Kind-Turnen. Darüber hinaus gibt es Begegnungsangebote für die Senioren. Außerdem bewirtschaftet die AWO eine Stadtteilkantine mit einer großen Auswahl an Mittagsgerichten.

Die Akteure im Nachbarschaftszentrum wirken in einer Arbeitsgemeinschaft zusammen. Weitere Angebote zur Versorgungsinfrastruktur wie Apotheke, Bäcker, Wochenmarkt, Haltestelle ÖPNV befinden sich in der Nähe. Hauptnutzer des Nachbarschaftszentrums sind vor allem alte Menschen, aber auch Familien mit Kindern. Gefördert wurde der Bau des Nachbarschaftszentrums durch den Bund (1,5 Mio. DM) und die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW (0,5 Mio. DM).

Erfahrungen und Besonderheiten

Kernstück des Projekts sind die sozialen Aktivitäten. Sie fördern die soziale Integration im Quartier. Beratung wird durch die aufsuchende Hilfe des Nachbarschaftshilfvereins und durch das Stadtteilbüro geleistet. Alltagshilfen erbringt ein mobiler sozialer Dienst, der einen Stützpunkt im Nachbarschaftszentrum unterhält.

Die Weiterentwicklung der Hilfen des Nachbarschaftszentrums erfolgen in enger Abstimmung mit dem Siedlungsrat der Freien Scholle, in dem gewählte Genossenschaftsmitglieder des Wohngebiets vertreten sind.

Quelle

KREMER-PREIß U, STOLARZ H: Werkstatt-Wettbewerb Quartier. Dokumentation der ausgezeichneten Beiträge. Bertelsmann Stiftung 2005

Kontakt

Nachbarschaftszentrum Meinolfstraße

Baugenossenschaft Freie Scholle eG

Meinolfstraße 2–4, 33607 Bielefeld

Ansprechpartner: Erich Bell

Telefon: 0521/89 25 25

E-Mail: erich.bell@freie-scholle.de

Martin Kaufmann

Telefon: 0521/9888 – 116

E-Mail: martin.kaufmann@freie-scholle.de; Internet: www.freie-scholle.de

Hilfen in der Dorfgemeinschaft in Tiedoli/Provinz Emilia Romagna/Italien

Das Bergdorf Tiedoli war, wie weite Teile des Landstrichs, vom Aussterben bedroht. Genau dreißig, meist alte Leute, lebten dort noch, und es fehlte jede Anbindung und Infrastruktur. Allerdings hatte der Ort gute architektonische Voraussetzungen: Eine Reihe halb verfallener Häuser um die Kirche, die in altengerechte Appartements umgewandelt werden konnten.

Auf Initiative des 2006 verstorbenen Sozialpolitikers Mario Tommasini entstand das Seniorenwohnprojekt »Le Case di Tiedoli«. Die Gebäude wurden, vor allem finanziert von der Provinz und der Sparkassenstiftung, altengerecht renoviert und zu einem Komplex mit mehreren Wohneinheiten (sechs Appartements für je ein bis zwei Personen) ausgebaut. Die Sanierung war kostengünstiger als der Bau eines Altenheims: Etwa 500 Euro wurden pro Quadratmeter in die Sanierung investiert.

Dort finden nun alte Menschen, die alleine sind oder sich nicht mehr selbst versorgen können, eine Alternative zum Pflege- oder Seniorenheim. Jeder entscheidet individuell über die Hilfe, die er in Anspruch nehmen will. Rund um die Uhr steht eine Pflegekraft zur Verfügung, nachts übernimmt dies ein Dorfbewohner ehrenamtlich, der das obere Stockwerk der Pflegestation bewohnt. Durch das Projekt wurde das Zusammenleben der Generationen im Dorf wieder attraktiv, neue Arbeitsplätze entstanden und wirtschaftlicher Aufschwung setzte ein. Durch das Altenprojekt angezogen, haben viele ehemalige Bewohner und junge Familien die Rückkehr gewagt.

Aus den 30 Einwohnern sind mittlerweile 78 geworden, mit steigender Tendenz. Zudem gibt es inzwischen ein ausgebautes Bussystem, das den Ort aus der Isolation geholt hat. Der erfolgreiche Modellversuch wird nun, in verschiedenen Phasen der Umsetzung, in zwei Kommunen der Region umgesetzt, auch wenn das »Laboratorio Anziani« – eine Art Versuchsstation für innovative Altenpolitik – nach dem Tod von Tommasini nicht neu besetzt wurde.

Erfahrungen und Besonderheiten

Das Besondere an diesem Projekt ist, dass man die Alten in den Mittelpunkt gerückt und gleichzeitig einen wirtschaftlichen Aufschwung für die Jungen geschaffen hat. Gelungen ist dies vor allem deshalb, weil der politische Wille vorhanden war und Mario Tommasini engagierter Motor dieser Idee war. Vor allem er hat es geschafft, alle Akteure, vom Ehrenamt bis zur Pflegekooperative, an einen Tisch zu bringen.

Quelle

DEUTSCH D: Schöne Aussichten fürs Alter. Wie ein italienisches Dorf unser Leben verändern kann, Piper Verlag, 2007

Kontakt

Le Case di Tiedoli

Loc. Tiedoli 43043 Borgo Val di Taro PR

Telefon: +39 (0)525/901 22

E-Mail: dorette-deutsch@t-online.de; Internet: www.lecaseditiedoli.it

Wohnortnahe Grundversorgung – CAP-Märkte

In Zeiten des Rückzugs des Einzelhandels aus dörflichen und kleinstädtischen Lebensräumen bzw. durch das Abwandern der Lebensmittelmärkte auf die »grüne Wiese« entstehen Versorgungslücken für Menschen, die auf ein zu Fuß erreichbares Angebot zur Deckung ihres täglichen Bedarfs angewiesen sind. Davon betroffen sind insbesondere alte Menschen. Um diese Lücke zu schließen und die Versorgungssicherheit zu verbessern, entstanden und entstehen CAP-Märkte als Franchise-Modell (Stand: 01.07.2008 – 61 Märkte bundesweit), die eine wohnortnahe Grundversorgung mit Lebensmitteln zu erschwinglichen Preisen gewährleisten. Sie tragen damit dazu bei, dass die innerörtliche Infrastruktur aufrechterhalten wird. Zu ihren Angeboten gehört auch ein Lieferservice.

Zudem finden dort auch geistig, körperlich oder psychisch behinderte Menschen einen Arbeitsplatz. In CAP-Märkten arbeiten behinderte und nichtbehinderte Menschen zusammen (Stand: 01.07.2008 – 739 Beschäftigte davon 452 behinderte Menschen). Die Bezahlung erfolgt entsprechend dem Einzelhandelsstarif bzw. ortsüblich.

Das Konzept der CAP-Märkte basiert auf betriebswirtschaftlichen Überlegungen:

- Bevor ein Kooperationsvertrag zwischen der Genossenschaft der Werkstätten für Behinderte eG als Franchise-Geber und einem Betreiber (z. B. regionale WfbM-Abteilungen, Integrationsbetrieb) zustande kommt, wird eine umfangreiche Standortanalyse von erfahrenen Beratern durchgeführt. Daraus ergibt sich z. B. auch die Sortimentauswahl des Marktes und deren Öffnungszeiten.
- Durch Zuschüsse, vor allem aus der Schwerbehindertenförderung, (Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabe) können die Märkte Nachteile durch die Beschäftigung behinderter Menschen ausgleichen.
- Die Basis der Öffentlichkeitsarbeit der CAP-Märkte ist der gemeinsame Marktauftritt mit dem eingetragenen Markenzeichen »CAP ... der Lebensmittelpunkt«. Für die Kunden und Kundinnen soll damit ein Wiedererkennungseffekt für Leistungsfähigkeit und soziale Ausrichtung erkennbar sein.
- Der Franchise-Geber behandelt alle CAP-Märkte, unabhängig von der Trägerschaft, als Filialen, d. h. durch die Kumulierung ergibt sich ein Einkaufsvorteil für alle Kooperationspartner.
- Das nichtbehinderte Fachpersonal wird auf die Aufgaben eines CAP-Marktes mit starker Kundenorientierung und insbesondere für den Umgang mit behinderten Menschen vorbereitet.
- Die behinderten Beschäftigten bekommen eine intensive Grundschulung und eine regelmäßige Fort- und Weiterbildung. Das Training erfolgt in einem bestehenden CAP-Markt und wird durch den Geschäftsbereich »CAP – Kooperation

zum Betreiben von Lebensmittelgeschäften« der »GDW Süd – Genossenschaft der Werkstätten für behinderte Menschen Süd eG« vermittelt.

Erfahrungen und Besonderheiten

CAP-Märkte leisten einen Beitrag dazu, dass regionale Infrastrukturen aufrechterhalten werden und nicht mobile Menschen ihre vertraute Umgebung nicht verlassen müssen. Zudem schaffen sie Arbeitsplätze für Menschen mit psychischen Behinderungen.

Quellen

AKTION PSYCHISCH KRANKE, SCHMIDT-ZADEL R, PÖRKSEN N: Personenzentrierte Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung. Beispielhafte Projekte und Initiativen – CAP ... der Lebensmittelpunkt. Psychiatrie-Verlag: Bonn, 2008, S. 346–348
Internet: www.cap-markt.de und www.gdw-sued.de/angebote/cap.htm

Kontakt

GDW SÜD/Genossenschaft der Werkstätten für behinderte Menschen Süd eG
Waldenbacher Straße 30, 71065 Sindelfingen
Ansprechpartner: Thomas Heckmann
Telefon: 07031/95 21 50; Telefax: 07031/95 21 11
E-Mail: thomas.heckmann@gdw-sued.de; Internet: www.gdw-sued.de

Wirkungsorientierte Steuerung der Altenhilfe in Leverkusen/Nordrhein-Westfalen

Von der Stadt Leverkusen (161 000 Einwohner) und den örtlichen Wohlfahrtsverbänden wurde Mitte 2001 mit Unterstützung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen eines Modellprojekts damit begonnen, die Wirkungen der Leistungen für die bislang nach § 71 SGB XII in sechs Pauschalzuschüssen finanzierte Altenhilfe zu bilanzieren und die wirkungsorientierte Steuerung für die zukünftige Arbeit in den Mittelpunkt zu stellen. Von Leistungserbringern, Verwaltung und Politik wurde ein Konsens über die anzustrebenden Wirkungen und Ziele der Altenhilfe hergestellt.

Grundlage für die strategische Richtungsentscheidung zur wirkungsvollen Steuerung der Altenhilfe ist ein Leitbild, das u. a. folgende Aussagen enthält:

- Jedem Hilfesuchenden muss ein unmittelbares und wohnortnahes Angebot vermittelt/bekannt gemacht werden.
- Die Angebote sollen Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen individuelle Hilfestellung geben und ihnen ein eigenständiges Leben ermöglichen.
- Um Menschen mit ihren Selbsthilfepotenzialen zu unterstützen, ist eine Förderung der Netzwerkarbeit und Ressourcenorientierung notwendig.

Der Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Senioren der Stadt Leverkusen hat das Leitbild zur politischen Beschlusslage gemacht. Gleichzeitig wurde ein Finanzvolumen für die dreijährige Projektdauer zugesichert. Die Gelder werden jedoch nicht mehr pauschal an die Leistungserbringer verteilt, sondern für einzelne *Wirkungspakete*.

18 entwickelte, realisierte und bezuschusste Wirkungspakete beschreiben einen Zustand, der durch die wirkungsorientierte Steuerung erreicht werden soll. Dazu gehören zum Beispiel:

- Pflege- und hilfsbedürftige Senioren verbleiben in ihrer häuslichen Umgebung.
- Netzwerke zur Unterstützung pflegebedürftiger Senioren ermöglichen Hilfe zur Selbsthilfe in der pflegerischen Notsituation.
- Integration von Migranten in einer isolierten Altenwohnsiedlung.

Kriterien für die Festlegung der Wirkungspakete waren unter anderem Notwendigkeit aus Sicht der Zielgruppe, Netzwerk- bzw. Stadtteilorientierung, Nachhaltigkeit und Chancen der Realisierung.

Erfahrungen und Besonderheiten

Die wirkungsorientierte Steuerung hat eine erhebliche Qualitätsverbesserung der Angebote zur Folge, weil die Träger ihre Konzepte grundlegend neu ausgerichtet und auf Basis des Leitbildes Wirkungspakete entwickelt haben. Sie ermöglichen eine gezielte finanzielle Steuerung der Altenhilfe. Nach Abschluss der Modellprojekts beschloss der Sozialausschuss die zweite Phase der wirkungsorientierten Mittelvergabe.

Quellen

Internetseite www.leverkusener-altenhilfe-in-bewegung.de

STEIN F: Leverkusener Altenhilfe in Bewegung: Neue Wege der wirkungsorientierten Steuerung. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE, SCHMIDT-ZADEL R, KUNZE H (Hg.): Unsere Zukunft gestalten – Hilfen für alte Menschen mit Psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz. Psychiatrie-Verlag: Bonn, 2007, S. 132–135

Kontakt

Stadtverwaltung Leverkusen

Miselohestraße 4, 51379 Leverkusen

Ansprechpartner: Fachbereich Gesundheit und Soziales, Frau Helga Vogt

Tel.: 0214/406 50 00; Fax: 0214/406 50 02

E-Mail: Helga.Vogt@stadt.leverkusen.de

Dezernat für Bürger, Umwelt und Soziales, Herr Dirk Terlinden

Tel.: 0214/406 88 33; Fax: 0214/406 88 32

E-Mail: Dirk.Terlinden@stadt.leverkusen.de

Verbundstrukturen in Marzahn-Hellersdorf/Berlin

Im Berliner Bezirk Marzahn-Hellersdorf werden seit dem Jahr 1997 Verbundstrukturen für ältere Bürger aufgebaut. Das »Netzwerk im Alter« hat zum Ziel, die Lebensqualität älterer Menschen auf einem möglichst hohen Niveau abzusichern. Dieses Ziel soll auf der Ebene der unmittelbar personenbezogenen Beratung, Betreuung, Behandlung und Pflege, auf der Ebene der infrastrukturellen Ausstattung und der Ebene der Gesundheits- und Sozialberichterstattung erreicht werden. Die Verbundsysteme »Gesundheit im Alter«, »Wohnen im Alter« und »Aktiv im Alter« sowie der »Beirat zur Umsetzung der Altenplanung« stellen die Strukturmittel zur Verknüpfung der Ebenen und den Rahmen zur handlungspraktischen Umsetzung.

Das »Netzwerk im Alter« ist integraler Bestandteil einer umfassenden bezirklichen Kooperationsstruktur, wie sie im nachfolgenden Schaubild verdeutlicht wird.



Der Interessenverbund (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. Er umfasst den gerontopsychiatrisch-geriatrischen Verbund und weitere Mitglieder, die eine Arbeitsvereinbarung mit dem Verbund haben. Er realisiert seine Aufgaben über die Arbeitskreise »Klientenorientierte Zusammenarbeit«, »Gerontoplenum«,

»Planung und Öffentlichkeitsarbeit«, »Mobilitätshilfe« und »Ambulant betreute Wohngemeinschaften«.

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. Er realisiert seine Aufgaben über die Arbeitskreise »Vermieterkontakte, Bedarf und Wohnumfeld«, »Öffentlichkeitsarbeit« und »Technik«.

Der IV Aktiv im Alter setzt sich für Kommunikation, Kultur, Bildung, Sport und Touristik im Alter sowie für nachberufliche Tätigkeitsfelder ein. Er realisiert seine Aufgaben über die Arbeitskreise »Seniorenaktivtag« und »Öffentlichkeitsarbeit«.

Im Rahmen der Altenplanung für den Bezirk Marzahn-Hellersdorf 2007–2011 wurde die bisherige traditionelle Altenplanung (Bereiche Wohnen, Freizeit, Gesundheit) erweitert um den Bereich »Arbeit für 50–67-Jährige« als vierte Säule der bezirklichen Altenplanung. Es wurde die Interessengemeinschaft »Arbeit bis ins Alter« gebildet. Zielsetzung ist, sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse für 50–67-Jährige zu schaffen. Dieses fachpolitische Anliegen ergab sich für das Bezirksamt aus der Bewertung der Sozialstudie »50 und älter in Marzahn-Hellersdorf 2005«.

Aufgabe des Beirates ist, die von den Interessenverbänden 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:

- Entwicklung/Fortschreibung einer bedarfsgerechten sozialen Infrastruktur;
- Einbeziehung des bürgerschaftlichen Engagements;
- Erhalt/Entwicklung der Anbieter-/Trägervielfalt.

Die Altenplanung des Bezirks Berlin-Marzahn-Hellersdorf umfasst die Berichterstattung, die Leitlinien und Zielstellung zur Altenplanung für definierte Zeiträume. Das Netzwerk im Alter stellt hierfür die wesentlichen fachlichen und fachpolitischen Bausteine bereit. Die Altenplanung ist Bestandteil der bezirklichen »Integrierten Gesundheits- und Sozialberichterstattung«.

Erfahrungen und Besonderheiten

Das Netzwerk im Alter für den Bezirk Marzahn-Hellersdorf wurde schrittweise und systematisch entwickelt. Jeder Interessensverbund verfügt über eine spezifische Fachlichkeit, die eine Abgrenzung von den anderen Verbänden erfordert und aufgrund der Komplexität vieler Problem bzw. Fragestellungen eine verbundübergreifende Zusammenarbeit notwendig macht. Im Netzwerk bestehen Arbeitsbeziehungen in horizontaler Richtung zwischen den Interessensverbänden und in vertikaler Richtung zwischen den Interessensverbänden und dem Beirat.

Im Beirat zur Umsetzung der Altenhilfeplanung wird die Verbindung zwischen der fachlichen Ebenen und der kommunalpolitischen Ebene hergestellt.

Quellen

Internetseite: www.berlin.de/ba-marzahn-hellersdorf/verwaltung/gesundheits/index.html

KLEIN U: Netzwerk im Alter. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE, SCHMIDT-ZADEL R, KUNZE H: Unsere Zukunft gestalten – Hilfen für alten Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz. Psychiatrie-Verlag: Bonn, 2007, S. 136–143

Kontakt

Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf von Berlin

Abt. Gesundheit, Soziales und Personal

Plan- und Leitstelle Gesundheit und Soziales

12591 Berlin

Ansprechpartner: Gerard Jurascheck (Leiter der Plan- und Leitstelle)

E-Mail: Gerard.Jurascheck@ba-mh.verwalt.berlin.de

Hannah Karmann (Altenhilfekordinatorin)

E-Mail: Hannah.Karmann@ba-mh.verwalt-berlin.de

Brigitte Meyer (Psychiatriekoordinatorin)

E-Mail: Brigitte.Meyer@ba-mh.verwalt-berlin.de

Altenhilfeplanung in Kassel/Hessen

Die Stadt Kassel stellt sich den demografischen Herausforderungen und setzt ressortübergreifend Strategien einer demografiebewussten Stadtteilentwicklung ein. In diesem Kontext entwickelt die kommunale Altenhilfeplanung Maßnahmen, die sich spezifisch an die ältere Bevölkerung richten.

Die Stadt Kassel unterstützt die Teilhabe alter Menschen am Leben in der Gemeinschaft in vielfältiger Form, wie sich aus dem Berichten 2005 und 2006 zur kommunalen Altenhilfeplanung entnehmen lässt. Zu den städtischen Angeboten gehört unter anderem die Beratungsstelle ÄLTER WERDEN, die

- Informationsmaterial erarbeitet und verteilt, insbesondere zu den Hilfsangeboten in Kassel;
- alte Menschen und ihre Angehörigen informiert und berät, bei Bedarf auch aufsuchend;
- den Hilfebedarf bei alten Menschen, die einen Antrag auf Leistungen der Hilfe zur Pflege nach SGB XII stellen, ermittelt (falls erforderlich, koordiniert die Beratungsstelle die erforderlichen Hilfen zu Sicherstellung der Versorgung);
- über 60-jährige Bezieher von Grundsicherungsleistungen, die in der Antrag-

stellung durch einen erhöhten Hilfebedarf auffallen, berät und bei Bedarf Maßnahmen zur Sicherung der selbstständigen Lebensführung einleitet. Die Fallzahlen für intensive Fallberatung sind seit 2004 um 70 Prozent gestiegen. Diese Entwicklung wird, neben der wachsenden Nachfrage nach SGB XII-Leistungen und der Zunahme der Zahl alter Menschen mit externem Unterstützungsbedarf, zurückgeführt auf die effizientere Zusammenarbeit innerhalb des Sozialamtes, verstärkte Anfragen des Sachgebietes Grundsicherung und die schnellere Weiterleitung von Fällen durch den allgemeinen Sozialdienst des Jugendamtes sowie die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle des Gesundheitsamtes.

Zudem arbeitet die Beratungsstelle mit externen Diensten und Einrichtungen zusammen, z. B. gibt es einen regelmäßigen Austausch mit den Anbietern von ambulanten Pflegeleistungen, hier vor allem mit dem Trägerverbund Pflege, dem mittlerweile 14 Einrichtungen angehören.

Erfahrungen und Besonderheiten

Die jährliche Fortschreibung der Altenhilfeplanung der Stadt Kassel macht exemplarisch deutlich, dass die Kommune aktiv die Rolle als Gestalter des demografischen Wandels wahrnehmen kann. Demografiebewusste Stadtteil- und Quartiersentwicklung wird als ressortübergreifende Aufgabe verstanden. Altenhilfeplanung ist Bestandteil von gemeinwesenorientierten und damit zielgruppenübergreifenden Handlungskonzepten.

Die zeitnahe und umfassende Beratung ist ein wichtiges Instrument der Kommune zur Sicherung der häuslichen Versorgung, zur Förderung der Unterstützungsbereitschaft von Familie und informellem Umfeld, zum angemessenen Einsatz kommunaler Haushaltsmittel und zur Vermeidung von stationärer Dauerpflege.

Quellen

Magistrat der Stadt Kassel (Hg.): Kommunale Altenhilfeplanung Kassel. Bericht.

Kassel 2005. Download im Internet unter www.uni-kassel.de/fb4/issl/mitg/karl/pdf/SoSe07/Altenhilfeplanung+Kassel.pdf

Magistrat der Stadt Kassel (Hg.): Kommunale Altenhilfeplanung Kassel. Bericht.

Kassel 2006. Download im Internet unter [www.uni-kassel.de/fb4/issl/mitg/karl/pdf/kommunaleAltenhilfeplanung Bericht2006 Druckversion.pdf](http://www.uni-kassel.de/fb4/issl/mitg/karl/pdf/kommunaleAltenhilfeplanung%20Bericht2006%20Druckversion.pdf)

Kontakt

Magistrat der Stadt Kassel

Sozialamt, Referat für Altenarbeit

Obere Königstraße 8, 34117 Kassel

Ansprechpartnerin: Angelika Trilling

Telefon: 0561/787-50 88; Fax: 0561/787-52 99

E-Mail: angelika.trilling@stadt-kassel.de; Internet: www.stadt-kassel.de

3.6.5 Professioneller Bereich

Integrierte Versorgung für psychisch kranke alte Menschen in Kaufbeuren/Bayern

In Kaufbeuren (44 000 Einwohner) hat der Bezirk Schwaben (Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren) Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140 a ff. SGB V mit vier verschiedenen Krankenkassen (AOK, DAK, BEK und LKK) abgeschlossen. In der Rechtsform einer gGmbH wurde ein Versorgungsverbund für psychisch kranke Menschen ab 55 Jahren geschaffen, in dem die Krankenkassen, das Bezirkskrankenhaus mit dem gerontopsychiatrischen Zentrum (Ambulanz, Liaisondienst, Blaue Blume) sowie ambulante sozialpflegerische Dienste und der Ärztesverband Geniall (niedergelassene Haus- und Fachärzte) kooperieren. Pro eingeschriebenen Versicherten gewährt die Krankenkasse eine Pauschale, die sämtliche Kosten im Rahmen der »Integrierten Versorgung« vergütet.

Integrierte Versorgung im Versorgungsverbund Kaufbeuren bedeutet, allen in das Programm aufgenommenen gerontopsychiatrischen Menschen ihrem jeweiligen Hilfebedarf entsprechend sämtliche notwendige Behandlungselemente verfügbar zu halten und den Patienten ein Clearing, ein Assessment und ein Case-Management Management zur Seite zu stellen, was ihnen eine bedarfsgerechte Behandlung während des Behandlungszeitraums zusichert. Ziele des Versorgungsvertrags sind,

- die Lebenssituation des Kranken und Angehörigen so weit zu verbessern, dass der psychisch kranke alte Mensch so lange wie möglich in seinem häuslichen Umfeld verbleibt;
- durch eine optimal abgestimmte Behandlung stationäre Aufenthalte in Kliniken zu vermeiden bzw. zu verkürzen.

In dem Versorgungsverbund werden durch gemeinsame Fallkonferenzen, regelmäßige Qualitätszirkel und Fortbildungsveranstaltungen, standardisiertes Berichtswesen sowie eine gemeinsame Datenerfassung eine verbesserte und differenzierte Diagnostik und Therapie gerontopsychiatrischer Erkrankungen erreicht. Durch die gemeinsame Koordination werden unnötige Mehrfachdiagnostik und -therapie vermieden und Empfehlungen an den behandelnden Haus- oder Facharzt weitergeleitet.

Erfahrungen und Besonderheiten

Das indikationsbezogene, regional ausgerichtete Modell zur Integrierten Versorgung in Kaufbeuren dokumentiert wie durch eine sektorübergreifende Zusammenarbeit die Qualität der medizinischen Leistungen für psychisch kranke alte Menschen verbessert werden kann. Ein IV-Vertrag in Kaufbeuren für gerontopsychiatrische Patienten enthält folgende Vorteile:

- patientenbezogene Koordination,

- einrichtungs- und kostenträgerübergreifende Integration der Behandlungsabschnitte, Clearingstelle zur Früherkennung und Prävention.

Quelle

NIßLE K: Integrierte Wege für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen.
In: AKTION PSYCHISCH KRANKE, SCHMIDT-ZADEL R, KUNZE H (Hg.): Unsere Zukunft gestalten – Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz. Psychiatrie-Verlag: Bonn, 2007, S. 195–201

Kontakt

Blaue Blume Schwaben gGmbH, Zentrum für seelische Gesundheit im Altern
Prinzregentenstr. 9, 87600 Kaufbeuren
Ansprechpartner: Wolfgang Vater
Telefon: 08341/96 61 24-0; Fax: 08341/96 61 24-9
E-Mail: info@blaue-blume-schwaben.de
Internet: www.blaue-blume-schwaben.de

Netzwerk für geriatrische Rehabilitation und Forum Demenz in Wiesbaden/Hessen

Das Wiesbadener (275 000 Einwohner) Netzwerk für geriatrische Rehabilitation (GeReNet.Wi) ist eine Kooperationsplattform für Wiesbadener Dienste, Einrichtungen, Institutionen und Praxen, die sich für ältere Bürger engagieren. Mit dem Ziel, die Selbstständigkeit älterer Menschen so lange wie möglich aufrechtzuerhalten, werden neue Kooperationsformen in der Altenhilfe und im Gesundheitswesen erprobt.

Ein Schwerpunkt besteht darin, den Entlassungsprozess aus dem Krankenhaus und die Nachsorge nach einem stationären Klinikaufenthalt so zu gestalten, dass Brüche an den verschiedenen Schnittstellen vermieden werden und alle beteiligten Personen Hand in Hand arbeiten. Hierbei spielt das Erkennen von Behandlungs- und Rehabilitationsbedarfen eine große Rolle.

Das Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation wurde aufgebaut im Rahmen des Modellprogramms »Altenhilfestrukturen der Zukunft« des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Laufzeit: 1. Mai 2000 bis 30. April 2003). 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. Nach Abschluss der beiden Projektphasen haben Magistrat und Stadtverordnetenversammlung beschlossen GeReNet.Wi als Regelangebot weiterzuführen.

Da insbesondere der spezielle Bedarf und die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen bislang im Netzwerk nicht ausreichend aufge-

griffen werden konnten, wurde als neues Wiesbadener Projekt 2007 das »Forum Demenz« gegründet. Ziel ist es, die Kooperationen des GeReNet.Wi auch für die Versorgung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen zu nutzen. Vorhandene und neu zu schaffende Angebote werden aufeinander abgestimmt, um im Einzelfall Menschen mit demenziellen Erkrankungen und ihren Angehörigen zu helfen.

Erfahrungen und Besonderheiten

Durch Netzwerkbildung gelang es in Wiesbaden, vorbildliche regionale Versorgungsstrukturen für alte Menschen zu schaffen, damit diese entsprechend ihrem individuellen Bedarf Hilfen erhalten können. Mit dem Aufbau der dafür notwendigen Vernetzungsstrukturen zwischen allen Diensten und Einrichtungen des Gesundheitssystems und der Altenhilfe können nun alte Menschen in Wiesbaden medizinische, therapeutische, pflegerische und soziale Leistungen gleichzeitig oder nahtlos ineinandergreifend erhalten. Die sektorübergreifenden Kooperationen werden nun dafür genutzt, damit auch Menschen mit Demenz abgestimmte Hilfen erhalten können.

Quelle

WEBER J: Das Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation – GeReNet.Wi. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE, SCHMIDT-ZADEL R, KUNZE H (Hg.): Unsere Zukunft gestalten – Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz. Psychiatrie-Verlag: Bonn, 2007, S. 144–154

Kontakt

Landeshauptstadt Wiesbaden
 Amt für Soziale Arbeit
 Kurt-Schumacher-Ring 2, 65195 Wiesbaden
 Ansprechpartner: Johannes Weber
 Telefon: 0611/31 30 71; Fax: 0611/31 59 73
 E-Mail: johannes.weber@wiesbaden.de
 Internet: www.wiesbaden.de

Integrierte Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Mainz/Rheinland-Pfalz

Im März 2006 haben die Techniker Krankenkassen und die Gemeinnützige Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit als Rechtsträger der Paritätischen Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit der Psychiatrischen Institutsambulanz in Mainz (198 000 Einwohner) sowie die beigetretenen Vertragsärzten/Psycho-

therapeuten (Mitglieder des »Netz für seelische Gesundheit Mainz e.V.«) einen Vertrag zur integrierten Versorgung nach § 140 b SGB V geschlossen.

Die integrierte Behandlung erfolgt auf der Grundlage eines Komplexprogramms, das ärztliche Behandlung, psychiatrische Pflege, Psychotherapie, klinische Sozialarbeit und Trainingsmaßnahmen umfasst. Die Hilfen werden erbracht durch die Tagesklinik, die niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten und die Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen. Bei Bedarf erfolgen personenbezogene Kooperationen mit weiteren Leistungserbringern und Leistungsträgern, z. B. von Eingliederungshilfe-Leistungen nach dem SGB XII.

Zielgruppe sind Menschen aus den Diagnosegruppen F20-F48 der ICD 10 (z. B. Depression, Schizophrenie, wahnhafte Störungen und neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen). Die Altersspannweite umfasst junge Erwachsene bis zu Senioren von 18–81 Jahren. Zentrale Anlaufstelle in diesem Modell ist die Tagesklinik sowie deren Psychiatrische Institutsambulanz (PIA). Die niedergelassenen Netzärzte (Psychiater und Psychotherapeuten) bieten für die Patienten die psychiatrisch fachärztliche Versorgung und die Möglichkeit der sofortigen Psychotherapie an. Hierdurch werden die bedeutsame und immer wieder geforderte Behandlungs- und Personenkontinuität gewährleistet und Abstimmungsverluste zwischen Zuweisern und Aufnehmern vermieden, was zu einer Optimierung der Behandlung führen soll. Die gemeinsame Arbeit zeichnet sich durch regelmäßige Treffen aller Beteiligten, gemeinsame Visiten und Fallkonferenzen mit verbindlichen Absprachen sowie durch eine gemeinsame Dokumentation aus. Zu Beginn der Integrierten Versorgung erfolgt mit dem Betroffenen ein Clearinggespräch nach den Prinzipien der psychiatrischen, psychodiagnostischen und psychotherapeutischen Prinzipien unter Einbeziehung einiger Bausteine aus dem Integrierten Hilfeplan (IHP mit IBRP).

Die Ergebnisse bezüglich Diagnose und Krankheitsverlauf sowie zur Patientenzufriedenheit sind sehr gut. Die Teilnehmer äußerten sich ausgesprochen zufrieden über das Projekt und gaben positive Veränderungen in ihrem Erleben an.

Erfahrungen und Besonderheiten

Das Interessante an diesem Modellprojekt der integrierten Versorgung besteht darin, dass beim Aufbau des gemeindepsychiatrischen Verbundsystems die bislang abgekoppelten medizinischen Versorgungssektoren einbezogen werden. Dies geschieht unter anderem dadurch, dass Teile der Prinzipien des Individuellen Behandlungs- und Rehabilitationsplans – IBRP (analog IHP) nicht nur für die Eingliederungshilfen angewandt, sondern auch für die Verbindung des klinischen mit dem außerklinischen Setting genutzt werden. Das heißt, Teile eines Instruments, das im Kontext des personenbezogenen Ansatzes in der Eingliederungshilfe entwickelt wurde, um dort ausgehend vom individuellen Hilfebedarf komplexe

psychiatrische Hilfen in der Gemeinde zu organisieren, werden auf den Bereich des SGB V ausgedehnt.

Quelle

Vertrag zur integrierten Versorgung nach § 140 b SGB V psychisch erkrankter Patienten im Raum Mainz, 7. März 2006

STEPHAN S.: Begünstigende und hemmende Faktoren bei der adäquaten Behandlung von depressiven Patienten aus der Sicht eines niedergelassenen Psychiaters oder Psychotherapeuten. Ansätze für eine Verbesserung und damit Verhinderung der Chronifizierung. Veröffentlichung geplant.

Kontakt

Gemeinnützige Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit mbH

Drechslerweg 25, 55128 Mainz

Ansprechpartnerin: Dr. Gerlind Palmer

Tel.: 06131/936 80-22; Fax: 06131/936 80-50

E-Mail: gerlind.palmer@paritaet.org

Netz für seelische Gesundheit Mainz e. V.

Vogelsbergstr. 63, 55129 Mainz

Ansprechpartner: Dr. Siegfried Stephan

Tel.: 06131/58 28 14; Fax: 06131/58 25 13

E-Mail: info@nsg-mainz.de; Internet: www.nsg-mainz.de

Senioren- und Nachbarschaftszentrum in Kassel-Unterneustadt/Hessen

Das im September 2007 eröffnete Senioren- und Nachbarschaftszentrum, gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in der Modellreihe »Mehr Gemeindeintegration – zukunftsweisendes Wohnen – bessere gesellschaftliche Teilhabe«, stellt eine Vielzahl von Hilfen für Alt und Jung bereit. Diese sind darauf gerichtet, das Stadtleben, die Stadteilkultur und somit das Zusammenleben zu fördern und alternative Wohnformen für alte Menschen zu bieten. Damit wird dem wachsenden Bedarf nach Dienstleistungsangeboten Rechnung getragen. Zugleich ist gewährleistet, dass alte und pflegebedürftige Menschen inmitten der Stadtteilgemeinschaft leben und wohnen können und in ihrem vertrauten Umfeld bleiben können. Aber auch junge und alte Menschen aus der Umgebung können sich hier Hilfe und Unterstützung holen, sich mit anderen austauschen oder ihren Hobbys nachgehen.

Dieses Nutzungskonzept spiegelt sich auch im Raumangebot wider. Im Erdgeschoss laden Begegnungsstätte und Nachbarschaftstreff ein. Zum Beispiel wird hier im Sinne des Integrationsgedanken täglich ein Mittagstisch angeboten, der vor allem bei Kindern und Jugendlichen der benachbarten Schule beliebt

ist. Nachmittags findet in den gleichen Räumen Cafébetrieb statt. Ebenfalls im Erdgeschoss befinden sich die Räume von den Ambulanten Erziehungshilfen und dem »Zentrum für Menschen mit Demenz und deren Angehörigen« (ZEDA) des Diakonischen Werks.

Durch ZEDA erhalten von Demenz betroffene Familien ein breites Spektrum an Unterstützungsformen. Hierzu zählen z. B. regelmäßige Sprechstunden und Beratungsangebote, Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Angehörigengesprächskreise, Vermittlung von freiwilligen Helfern für die häusliche Entlastung, Organisation eines gemeinsamen Urlaubs von Angehörigen und Erkrankten mit individueller Betreuung durch Freiwillige und Schüler der Krankenpflegeschule des Klinikums, bedarfsbezogenen Gruppenangeboten wie »Töchtergruppe« und »verlassene Angehörige« und Trainingsgruppe für Menschen in der Frühphase der Demenz. Zudem stehen im Untergeschoss zwei größere Räume für Freizeitaktivitäten zur Verfügung, die von Initiativen des Stadtteils für ihre Zwecke genutzt werden können.

Die oberen Etagen des Zentrums sind dem Wohnen vorbehalten, dazu gehören auch zwei stationäre Hausgemeinschaften für Demenzkranke. Im Dachgeschoss befinden sich außerdem vier Mietwohnungen, in denen z. B. Ehepartner einzelner demenzkranker Bewohner der Hausgemeinschaften leben.

Erfahrungen und Besonderheiten

Das Senioren- und Nachbarschaftszentrum vereint kleinteilig und quartiersbezogen Begegnungs- und Beratungsangebote sowie gemeinschaftliches Wohnen. Damit wird ein wichtiger Beitrag zum Ausbau der sozialen Infrastruktur im Stadtteil für Jung und Alt geleistet, insbesondere für Demenzkranke. Zudem trägt die starke Einbindung von Freiwilligen durch ZEDA dazu bei, dass das Krankheitsbild Demenz gesellschaftlich mehr in den Blickpunkt rückt und die Betroffenen Akzeptanz und Unterstützung finden.

Quellen

EBERHARDT G: Vom Heim zum Altenhilfzentrum im Quartier. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE, KUNZE H, SCHMIDT-ZADEL R: Unsere Zukunft gestalten – Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz. Psychiatrie-Verlag: Bonn, 2007, S. 237–242

Weitere Informationen zum Senioren- und Nachbarschaftszentrum Kassel-Unternewstadt finden Sie auf den Internetseiten des BMFSFJ unter www.baumodelle-bmfsfj.de/KleineEinrichtungen.html und zu ZEDA unter www.dw-kassel.de/hilfeimalter/zeda/index.html.

Kontakt

Diakonie-Wohnstätten gGmbH/Diakonische Hausgemeinschaften Kassel gGmbH (DiHaKa)
Kirchbaunaer Straße 19, 34225 Kassel

Ansprechpartner: Ernst Georg Eberhardt
Tel. 0561/9 49 51-113; Fax. 0561/9 49 51-110
E-Mail: ernst-georg.eberhardt@baunataler-diakonie-kassel.de
Internet: www.diakonie-wohnstätten.de und www.dihaka.de
ZEDA – Zentrum für Menschen mit Demenz und Angehörige
Hafenstr. 15–17, 34125 Kassel
Ansprechpartnerinnen: Dorothea Bathe/Elke Just-Lindemann
Tel: 0561/214 14; Fax: 05 61/9 20 04 96
E-Mail: zeda@dw-kassel.de

Alltagshilfen gegen die Einsamkeit in Berlin-Lichtenberg/Berlin

Der Verein »Miteinander wohnen« ist 1991 in Berlin-Lichtenberg (249 000 Einwohner) entstanden. Der dicht besiedelte Wirkungsbereich des Vereins (Quartiersgröße 6000 Einwohner) ist durch Plattenbauweise mit Punkthochhäusern geprägt, in dem viele ältere Menschen wohnen, besonders hoch ist der Anteil hochbetagter Frauen. Der Verein »Miteinander wohnen« entwickelt mit etwa 400 Mitgliedern vor allem ehrenamtliche Hilfeangebote, die dazu beitragen sollen, dass sie möglichst lange in der vertrauten Wohnung bleiben können.

Das selbstständige Wohnen wird vor allem durch präventive Angebote und Hilfe zur Selbsthilfe unterstützt. Darüber hinaus wird durch Beratung, Alltagshilfen sowie die Koordination und Vernetzung von Diensten Dritter eine möglichst lückenlose Betreuungskette aufgebaut. Besondere Merkmale des Projekts sind die Vielfalt der Angebote und das hohe Maß an ehrenamtlichem Engagement.

Zur sozialen Integration und gegenseitigen Hilfe tragen Angebote zur Kommunikation, zur körperlichen und geistigen Aktivierung, Gesprächsrunden und Vorträge sowie kulturelle und gesellige Veranstaltungen bei. Zu den Alltagshilfen gehören insbesondere individuelle Beratung und Vermittlung von Diensten, Begleitung bei Behandlung und Rehabilitation, ehrenamtliche Besuchs- und Mobilitätsdienste sowie häusliche Hilfen.

Bauliche Maßnahmen und quartiersbezogene Pflegeleistungen werden nicht vom Verein selbst angeboten, sind aber Bestandteil der Vernetzungsarbeit: örtliche Wohnungsbauunternehmen modernisieren die Hochhäuser und die hauswirtschaftliche Hilfe und häusliche Pflege wird durch eine Sozialstation und private Anbieter geleistet.

Eine wichtige Rolle spielt dafür das Soziokulturelle Zentrum Friedrichsfelde-Süd, das der Verein gemeinsam mit dem Lichtenberger Kulturverein leitet. Von dem Stützpunkt aus erfolgt auch die Koordination und die Organisation des ehrenamtlichen Besuchsdienstes.

Durch den Einsatz von etwa 100 Ehrenamtlichen und Mitarbeitern des 2. Arbeitsmarktes sind die Projektkosten sehr niedrig. Hauptamtlich sind drei geringfügig Beschäftigte angestellt. Die Kosten werden mit öffentlichen Zuschüssen, aus Zuwendungen eines Wohlfahrtsverbandes, durch geringe Servicepauschalen sowie Beiträgen und Spenden getragen.

Erfahrungen und Besonderheiten

Das Projekt ist aus dem bürgerschaftlichen Engagement entstanden und hat in Selbsthilfe eine in diesem Wohngebiet bestehende Versorgungslücke geschlossen. Die Vielfalt der Aktivitäten und das hohe Maß an ehrenamtlichem Engagement sind ein besonderes Merkmal dieses Quartiersprojekts. Die Angebote werden im Wesentlichen von Mitarbeitern des 2. Arbeitsmarktes und ca. 100 ehrenamtlichen Vereinsmitgliedern erbracht und koordiniert. Der Verein wird von der Kommune unterstützt und ist in ein Netzwerk vielfältiger Kooperationspartner eingebunden. So ist er u. a. Gesellschafter des lokalen Pflegeheims »Abendsonne« im Altenzentrum »Erfülltes Leben gGmbH«.

Quellen

Informationen über Geschichte und Aktivitäten im Internet unter www.miteinander-wohnen.de.

Gudrun HIRCHE: Alltagshilfen in Berlin-Lichtenberg. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE, SCHMIDT-ZADEL R, KUNZE H (Hg.): Unsere Zukunft gestalten – Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz. Psychiatrie-Verlag: Bonn, 2007, S. 215–218

KREMER-PREIß U, STOLARZ H: Werkstatt-Wettbewerb Quartier. Dokumentation der ausgezeichneten Beiträge. Bertelsmann Stiftung 2005

Kontakt

Miteinander wohnen e. V.

Volkradstraße 8, 10319 Berlin

Telefon und Fax: 030/512 40 68

E-Mail: kontakt@miteinanderwohnen.de

Internet: www.miteinanderwohnen.de

Individuelle Wohnraumanpassung mit technischen Hilfen in Hamburg

Im Beratungszentrum für Technische Hilfen & Wohnraumanpassung in Hamburg (ca. 1,8 Mio. Einwohner) erhalten alte und behinderte Bürgerinnen und Bürger sowie deren Angehörige und Beschäftigte aus sozialen Einrichtungen und Behörden neutrale und umfassende Beratung und Informationen über den Einsatz- und Nutzungsmöglichkeiten von Hilfsmitteln. Ein weiteres Angebot ist

die individuelle Beratung zum Umbau von Wohnungen, falls eine alters- oder behinderungsbedingte Anpassung erforderlich ist. Zusammen mit dem Betroffenen und seinen Angehörigen wird die beste Lösung erarbeitet. Die Beratung findet falls erforderlich auch aufsuchend statt.

In einer Dauerausstellung auf 200 qm werden technische Hilfen und Produkte von verschiedenen Herstellern zu den Themenfeldern Alltagshilfen, Bad-Ausstellung, Treppenüberwindung, Technische Hilfen in der Pflege und Mobilitätshilfen gezeigt. Die technischen Hilfen können kennengelernt, verglichen und – wenn möglich – zu Hause ausprobiert werden.

Es werden Schulungen zum Kennenlernen und zum Einsatz von technischen Hilfsmitteln für das Fachpersonal aus dem Pflege- und Betreuungsbereich sowie für Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen durchgeführt. Die Beratungsstelle besteht aus einem multiprofessionellen Team mit pädagogischem, ergotherapeutischen, medizinischem, juristischem und bautechnischem Fachwissen.

Das Beratungszentrum für Technische Hilfen & Wohnraumanpassung wird gefördert von der Hamburger Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz. Der Träger des Beratungszentrums ist der Verein Barrierefrei Leben e. V. Die Beratung ist für alle Hamburger Bürgerinnen und Bürger kostenlos.

Darüber hinaus bietet der Verein eine Beratung im Internet zu Hilfsmitteln für die Wohnung, Wohnungsumbau und -anpassung sowie zum barrierefreien Bauen an. Dieses Angebot richtet sich auch an Menschen, die nicht in Hamburg leben.

Erfahrungen und Besonderheiten

Durch das Beratungszentrum für Technische Hilfen & Wohnraumanpassung können alte Menschen länger in ihrem häuslichen Umfeld selbstbestimmt und unabhängig leben. Mit dem Einsatz von technischen Hilfen wird Sicherheit in privaten Wohnformen erhöht.

Quellen

Weitere Informationen finden Sie auf folgender Internetseite <http://www.barrierefrei-leben.de/6.0.html>

Kontakt

Beratungszentrum für Technische Hilfen & Wohnraumanpassung
Richardstr. 45 (Richardhof), 22081 Hamburg
Ansprechpartnerin: Karin Dieckmann
Telefon: 040/2999 56-56, Telefax: 040/29 36 01
E-Mail: beratung@barrierefrei-leben.de
Online-Beratung: www.online-wohn-beratung.de

Haushaltsassistentenz für die Pflege in Rheinland-Pfalz

Seit dem 1. Januar 2006 fördert das Sozialministerium in Rheinland-Pfalz den flächendeckenden Aufbau von finanzierbaren personen- und haushaltsnahen Unterstützungsleistungen, einschließlich sozialer Betreuung für hilfe- und pflegebedürftige Menschen. Diese Hilfen können nicht nur Menschen in Anspruch nehmen, die pflegebedürftig nach SGB XI sind, sondern auch hilfebedürftige Personen ohne Pflegestufe, z. B. Demenzkranke im Anfangsstadium. Der Haushaltsassistent unterstützt diese Menschen durch Hilfen bei der Alltagsgestaltung und -bewältigung, insbesondere durch Beschäftigungsangebote sowie beim Führen des Haushalts. Zudem werden ihre pflegenden Angehörigen entlastet durch eine zeitlich begrenzte Beaufsichtigung bzw. Betreuung des Hilfebedürftigen bei Abwesenheit der Angehörigen.

Der Haushaltsassistent ist beim örtlichen ambulanten Pflegedienst beschäftigt und erweitert deren vorhandene Angebote. Er kann stundenweise bei den ambulanten Diensten und anderen Trägern angefordert werden. Der konkrete Leistungsinhalt und -umfang wird individuell zwischen dem hilfe- und pflegebedürftigen Menschen und seiner Familie und dem ambulanten Dienst bzw. anderen Trägern vereinbart. Die Einsatzzeit liegt in der Regel zwischen 6 und 22 Uhr an Werk-, Sonn- und Feiertagen, kann bei Bedarf aber auch darüber hinausgehen.

Der Preis für den Einsatz von Haushaltsassistenten wird von den jeweiligen ambulanten Diensten festgelegt. Sie liegen zwischen 8,50 und 14,00 Euro pro Stunde. Allerdings wird die Bezahlung der Haushaltsassistenten durch Landeszuschüsse aufgebessert.

Die nach SGB XI zugelassenen ambulanten Pflegedienste erhalten 200 Euro pro Monat zum Brutto-Arbeitsentgelt pro in Vollzeit beschäftigter Haushaltsassistentenkraft. Insgesamt stellt das Land für das Projekt 1 Mio. Euro zur Verfügung.

Bei den Haushaltsassistenten handelt es sich in der Regel um Menschen, die vorher arbeitslos gemeldet waren bzw. sich in einer Förderung nach SGB II oder SGB III befanden. Voraussetzung ist, dass der Haushaltsassistent eine pflegerische Ausbildung besitzt oder eine Qualifikation nach einem landesweiten einheitlichen Curriculum erworben bzw. eine vergleichbare Maßnahme absolviert hat. Die Qualifizierung umfasst 140 Unterrichtsstunden sowie 180 Stunden fachpraktischer Einsätze in ambulanten Pflegeeinrichtungen. Dies entspricht einer Dauer der Qualifizierungsmaßnahme von maximal 2,5 Monate.

Erfahrungen und Besonderheiten

Dass preisgünstige und niedrigschwellige Hilfen unterhalb der SGB XI-Leistungen zur Unterstützung von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen in ihren Haushalten und zur Entlastung ihrer Familien möglich sind, veranschaulicht exemplarisch das Beispiel aus Rheinland-Pfalz. Dadurch wird zudem ein Beitrag zur Flexibi-

lisierung der Hilfen (ambulante Pflegedienste oder andere Träger beschäftigen Haushaltsassistenten) geleistet.

Quellen

Faltblatt »Haushaltsassistent für die Pflege« als PDF-Datei unter: www.menschen-pflegen.de/files/7c75fceed3bac15f44b0aacdf8dca360/651/Haushaltsassistent.pdf

Rahmenvereinbarung über die gemeinsame Einführung des Leistungsangebotes ambulanter Dienste »Haushaltsassistent für die Pflege in Rheinland Pfalz« als PDF-Datei unter www.menschenpflegen.de/files/7c75fceed3bac15f44b0aacdf8dca360/661/Rahmenvereinbarung.pdf

Umsetzungshinweise zur Landesförderung zur Haushaltsassistent für die Pflege (Stand: 15.02.2006) als PDF-Datei unter www.menschen-pflegen.de/files/7c75fceed3bac15f44b0aacdf8dca360/562/Haushaltsassistent.pdf

Curriculum zur Qualifizierung der Haushaltsassistenten für die Pflege (Stand: 11.05.2006) als PDF-Datei unter www.menschen-pflegen.de/files/7c75fceed3bac15f44b0aacdf8dca360/567/HH_Curriculum.pdf

Internetseite: www.menschen-pflegen.de

Kontakt

Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit
des Landes Rheinland-Pfalz

Bauhofstr. 9, 55116 Mainz

Telefon: 06131/16-20 53; Telefax: 06131/16-20 19

E-Mail: pflegeinfo@masfg.rlp.de

Weiterbildung zum Alltagsmanager in Bad Fredeburg/Nordrhein-Westfalen

Seit Anfang Mai 2005 werden im Seniorenheim Haus Monika in Bad Fredeburg (26 000 Einwohner) in Zusammenarbeit mit der Agentur für Arbeit innerhalb von sechs Monaten »Alltagsmanager« ausgebildet. Diese übernehmen nach abgeschlossener Weiterbildungsmaßnahme die fachlich fundierte Betreuung von demenzkranken Menschen in den benachbarten Hausgemeinschaften. Dabei werden sie von gerontopsychiatrischen Fachkräften unterstützt.

Ihre Aufgabenschwerpunkte liegen in den Bereichen Hauswirtschaft, Betreuung und Teilen der Grundpflege. Sie helfen dem Demenzkranken ihre Alltagskompetenzen zu stärken, damit sie ein selbstbestimmtes Leben unter Nutzung der noch vorhandenen Fähigkeiten führen können. Dazu üben sie mit ihnen vertraute Tätigkeiten aus, wie z. B. Spülen, Abtrocknen, Fegen, Unkraut zupfen, mit ihnen die Mahlzeiten einnehmen, spazieren gehen oder singen. Dadurch »lebt« der Alltagsmanager zusammen mit dem ihm anvertrauten Demenzkranken seinen Alltag und damit wird das »Einfühlen« erleichtert. Aufgrund dieses Aufgabenspektrums stehen sie nicht in Konkurrenz zu den professionellen Fachkräften.

Teilnehmen können an der Weiterbildung Bewerber, die einen Bildungsgutschein vorweisen können. Grundvoraussetzung ist zudem mindestens eine dreijährige Berufserfahrung und/oder Kenntnisse und Erfahrungen aus dem sozialtherapeutischen, dem hauswirtschaftlichen oder dem Pflegebereich. Kindererziehungszeiten werden ebenfalls anerkannt. Damit wird Frauen nach der Kindererziehungsphase und Langzeitarbeitslosen wieder ein Einstieg ins Berufsleben ermöglicht. Außerdem ist ein vierwöchiges Praktikum in dem Seniorenheim zu absolvieren. Im theoretischen Teil vermitteln Lehrer und Trainer den zukünftigen Alltagsmanagern z. B. Kenntnisse über Krankheitsbilder (Ursachen, Symptomatik und Krankheitsverlauf) und therapeutische Maßnahmen, als Anleitung zum konkreten Vorgehen. Die Maßnahme schließt mit einer Prüfung ab.

Erfahrungen und Besonderheiten

Die Weiterbildungsmaßnahme zum Alltagsmanager macht exemplarisch deutlich, wie durch die Kooperation von Seniorenheim und Agentur für Arbeit niedrigschwellige Hilfen für Demenzkranke implementiert werden können. Zudem leistet dieser Ansatz einen Beitrag zur Reduzierung der Schnittstellenproblematik zwischen professionellen Fachkräften und Laienhelfern bzw. der Selbsthilfe.

Quelle

Der Monikaner. Die Aktuelle Hauszeitschrift für Seniorenwohnen im Park und Haus Monika, 2005/2006

Kontakt

Seniorenwohnen im Park
An der Lied 1, 57392 Bad Fredeburg
Telefon: 02974/96 85-0; Telefax: 02974/17 68
Internet: www.seniorenwohnen-im-park.de

Pflegebegleiter – Freiwillige begleiten pflegende Angehörige

Das Forschungsinstitut Geragogik (Witten) hat gemeinsam mit vier regionalen Partnern von 2004 bis 2008 das Modell der Pflegebegleiter entwickelt. Es wird mit Förderung der Spitzenverbände der Pflegekassen aus den Mitteln des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung § 8 Abs. 3 SGB XI finanziert.

Gemeinsam mit dem Seniorenbüro Hamburg, der Sozialakademie Potsdam, dem Diakonischen Werk Dortmund und dem Paritätischen Bildungswerk Stuttgart soll ein bundesweites Netz zur Unterstützung von Personen und Familien aufgebaut werden, die im häuslichen Bereiche Pflege- und Sorgearbeit leisten. Das Projekt zielt auf die Stärkung pflegender Angehöriger, qualifiziert für frei-

williges Engagement und gibt Anstoß zur Entwicklung nachhaltiger Strukturen nachbarschaftlicher Solidarität, damit Pflege zu Hause für alle Beteiligten zufriedenstellend gelingen kann.

Die Leistung der Pflegebegleiter besteht dabei nicht in der pflegerischen Tätigkeit und nicht in der Betreuung Pflegebedürftiger, sondern wesentlich im psychischen und mentalen Bereich. Sie zielt auf die Stärkung der Kompetenzen pflegender Angehöriger und freiwilliger Helfer und unterscheidet sich damit von herkömmlichen »Besuchsdiensten« und klassischen Freiwilligeninitiativen. Pflegebegleiter ergänzen diese um eine weitere wichtige Facette.

Zunächst werden zentral in den Regionen in vier dreitägigen Veranstaltungen Projektinitiatoren qualifiziert. Sie absolvieren außerdem selbst den Vorbereitungskurs »Pflegebegleiter werden«. Anschließend sollen sie zu zweit (Professionelle und Laien im »Tandem«) Vorbereitungskurse »Pflegebegleiter werden« für Freiwillige vor Ort anbieten und im Anschluss daran die daraus entstehenden Initiativen begleiten. Die Kurse dafür bestehen aus sechs Modulen, die jeweils an zwei Tagen angeboten werden. Sie beinhalten eine kontinuierliche Fortbildung und Praxisbegleitung sowie fachliche Begleitung beim Praktikum in Familien und Einrichtungen der Pflege. Die Vorbereitungskurse, für die ein Budget zur Verfügung steht, werden in enger Kooperation mit Institutionen und bürgerschaftlichen Initiativen vor Ort durchgeführt.

Erfahrungen und Besonderheiten

Pflegebegleiter sollen einen Beitrag zur notwendigen Erweiterung der Vorsorgungsstrukturen und -konzepte im Rahmen der Pflegeversicherung leisten. Neben ihrer unmittelbaren Begleitungstätigkeit in den Familien besteht ihre Aufgabe darin, die Pflegenden dabei zu unterstützen, die vorhandenen Hilfeangebote vor Ort sinnvoll zu nutzen. Sie tragen damit zur Entwicklung von Unterstützungsnetzwerken in der Nachbarschaft, der Kommune und der Region bei.

Zum Ende des Projekts soll ein Curriculum für die Vorbereitungskurse »Pflegebegleiter werden« vorgelegt werden sowie eine Broschüre mit praktischen Tipps für die Arbeit der Pflegebegleiter vor Ort.

Quellen

Auf der Internetseite www.pflegebegleiter.de sind ausführliche Informationen zum Projektverlauf und Materialien zu finden.

Kontakt

Forschungsinstitut Geragogik
 Alfred-Herrnhausen-Straße 44, 58455 Witten
 Telefon: 02302/91 52 71
 E-Mail: sekretariat@fogera.de; Internet: www.fogera.de

Pflegestützpunkte – Hilfen aus einer Hand in Ingelheim/Rheinland-Pfalz

Nach dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz, das zum 01.07.2008 in Kraft getreten ist, sollen Pflegestützpunkte für alle Fragen rund um die Pflege (inklusive weiterer Hilfen) im Wohnquartier erste Anlauf- und Informationsstellen sein. Sie sollen Menschen mit Pflegebedarf Beratung und Unterstützung bei der Suche, der Auswahl und der Inanspruchnahme von pflegerischen Versorgungsangeboten bieten. Darüber hinaus sollen – falls erforderlich, und gewünscht – die Planung, Organisation und Sicherung bedarfsgerechter Versorgung zu ihren Aufgaben gehören. Ziel ist es, das Wissen und die Erfahrungen aller, die in der Pflege Hilfe und Unterstützung leisten, zentral an einem Ort zu bündeln. »Hilfen aus einer Hand« sollen »unter einem Dach« erreichbar angeboten werden. Die Bundesländer können frei entscheiden, ob und ggf. wie sie – unter Berücksichtigung der im Gesetz formulierten Mindestanforderungen Pflegestützpunkte einrichten. Es wird eine Anschubfinanzierung von bis zu 45 000 Euro (zusätzlich bis zu 5000 Euro bei Einbindung der Ehrenamts) unter der Voraussetzung einer Mitwirkung der Kommunen und Sozialhilfeträger gewährt. Für die Anschubfinanzierung werden bis Ende Juni 2011 Fördermittel in einer Gesamthöhe von bundesweit 60 Millionen Euro zur Verfügung gestellt.

Mit dem am 18. Januar 2008 gestarteten Schwerpunkt »Pflegestützpunkte« des Bundesgesundheitsministeriums im Rahmen des Modellprogramms zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger werden bundesweit Pflegestützpunkte und Pflegeberatung erprobt. Insgesamt stehen aus dem Modellprogramm für die Pilot-Pflegestützpunkte und deren Begleitung und Koordinierung durch das Kuratorium Deutsche Altenhilfe über eine Million Euro zur Verfügung. An den 16 Modell-Pflegestützpunkten sollen möglichst alle Kosten- und Leistungsträger, zumindest aber eine Kommune sowie eine Kranken- und Pflegekasse mitwirken. Dabei sollen sie praxisbedingte Problemstellungen aufdecken, richtungsweisende Lösungswege modellhaft erproben sowie gewonnene Erkenntnisse zusammentragen und bündeln. Der Aufbau der Pilot-Pflegestützpunkte wird mit einer Projektförderung von 30 000 Euro je Stützpunkt unterstützt.

Die Beratungs- und Koordinierungsstelle (BeKo) Ingelheim mit einem Einzugsbereich von rund 260 000 Einwohnern wird im Rahmen des Modellvorhabens zu einem solchem Pilot-Pflegestützpunkt ausgebaut.

Mit Förderung des Landes wurden seit 1995 in Rheinland-Pfalz bereits 135 solcher Beratungs- und Koordinierungsstellen aufgebaut. Sie helfen bei allen Fragen im Bereich Pflege und rund um das Alter und tragen durch das »Informations- und Beschwerdetelefon Pflege« in Kooperation mit der Verbraucherzentrale zu einer Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege bei.

Zugehende Beratung, Bündelung der Angebote, Optimierung der Zusammenarbeit, Verbesserung des Fallmanagements und eine Optimierung der Versor-

gungsstrukturen durch aufeinander abgestimmte Hilfen sind neue Elemente, die Pflegestützpunkte von den bisherigen Beratungs- und Koordinierungsstellen in Rheinland-Pfalz unterscheiden sollen.

Erfahrungen und Besonderheiten

Die Pflegestützpunkte sind wohnortnah und quartiersintegriert konzipiert. Das ist für alte Menschen von besonderer Bedeutung. Die Pflegestützpunkte sind für die Vernetzung der verschiedenen Hilfen entsprechend dem gesamten individuellen Hilfebedarf von alten Menschen zuständig.

Quellen

Modellprogramm »Werkstatt Pflegestützpunkt« des Bundesgesundheitsministeriums:
www.bmg.bund.de >> Themenschwerpunkte >> Pflege >> Modellprogramm
 Beratungs- und Koordinierungsstellen in Rheinland-Pfalz: www.masfg.rlp.de/Soziales/Pflege/Beko.asp

Kontakt

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
 11055 Berlin
 Telefon: 030/184 41-0; Fax: 030/18 441-1921
 E-Mail: info@bmg.bund.de; Internet: www.bmg-bund.de
 Beratungs- und Koordinierungsstelle der Arbeitsgemeinschaft
 Ambulanter Pflegedienste Ingelheim
 Binger Str. 63 (Marktzentrum), 55218 Ingelheim am Rhein
 Ansprechpartnerin: Christine Jacobi-Becker
 Telefon: 06132/71 67 00; Fax: 06132/71 98 82
 E-Mail: beko-ingelheim@web.de

3.6.6 Leistungsträger

Case-Management im Pflegebudget (§ 35a SGB XI)

Im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen wird von der Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e. V. (Freiburg) mit dem Pflegebudget ein neues Angebot der Pflegeversicherung erprobt und wissenschaftlich begleitet. Das Modellprojekt wird im Rahmen der Experimentierklausel des § 8 Abs. 3 SGB XI seit Oktober 2004 in sieben Modellregionen bis zum Jahr 2008 durchgeführt. Projektpartner in den Regionen sind: Kreis Anaberg-Buchholz (Sachsen), Stadt Erfurt (Thüringen), Stadt Kassel und Kreis Marburg-Biedenkopf (Hessen), Kreis Neuwied (Rheinland Pfalz), Kreis Unna (NRW) und Stadt München (Bayern).

Als Pflegebudget steht den pflegebedürftigen Menschen selbst im Rahmen des Modellprojekts der Betrag zur Verfügung, der normalerweise für Sachleistungen an die Pflegedienste bezahlt wird. Sie bekommen gemäß den Pflegestufen I bis III das Pflegebudget zu 100 Prozent ausbezahlt. Damit können sie selbst alle Leistungen der Pflegeversicherung »einkaufen«.

Zusätzlich können aber auch Angebote wie betreuungs- oder hauswirtschaftliche Dienste genutzt werden. Hauswirtschaftsleistungen müssen im Rahmen des Projekts nicht durch einen Pflegedienst erbracht werden, sondern können auch von günstigeren Dienstleistern übernommen werden. Damit kann der Budgetnehmer mehr Leistungen für sein Geld erhalten.

Das Pflegebudget darf nicht an nahe Angehörige (Ehe- oder Lebenspartner, Kinder, Eltern und Geschwister) ausgezahlt werden, auch wenn sie die Pflege übernehmen.

Den Budgetnehmern steht im Rahmen des Modellprojekts ein persönlicher Case-Manager als erste Anlaufstelle und kontinuierliche Begleitung zur Seite. Er sorgt für eine neutrale Beratung und ist primär dem pflegebedürftigen Menschen verpflichtet. Er unterstützt den Budgetnehmer dabei, die häusliche Pflege so zu organisieren, dass sie bedarfsgerecht ist, selbstbestimmt leben lässt und fachlichen Qualitätsstandards entspricht. Die Case-Manager helfen dabei, die richtigen Dienstleister für die individuellen Versorgungswünsche zu finden, unterstützen bei Gesprächen und Verhandlungen und beim Aufbau eines Hilfenetzwerks. Sie erarbeiten gemeinsam mit den Pflegebedürftigen einen Hilfeplan, in dem der individuelle Hilfebedarf formuliert wird. Case-Manager haben eine Grundqualifikation im Bereich Sozialarbeit oder Pflege.

Erfahrungen und Besonderheiten

Eine Expertenbefragung in den sieben Modellregionen hat ergeben, dass das Pflegebudget durchaus strukturfördernde Impulse setzen kann. Vor allem in kleineren Städten ist eine Zunahme an pflege- und hauswirtschaftlichen Diensten zu beobachten.

Die Projektergebnisse belegen außerdem: Das Pflegebudget stärkt die Position pflegebedürftiger Menschen. Sie sind mit ihrer Versorgung deutlich zufriedener als Menschen, die herkömmliche Pflegeleistungen in Anspruch nehmen. Es führt zu mehr Kundenorientierung der Leistungsanbieter und fördert vernetztes Denken und kooperatives Handeln auf kommunaler Ebene.

Quelle

Auf der Internetseite www.pflegebudget.de sind ausführliche Informationen und Materialien zum Projekt zu finden.

Kontakt

Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e. V.
 Arbeitsschwerpunkt Gerontologie und Pflege (AGP)
 Bugginger Straße 38, 79114 Freiburg
 Telefon: 0761/47 81 26 38; Fax: 0761/47 81 26 99
 Internet: www.pflegebudget.de und www.integriertesbudget.de

Trägerübergreifendes Persönliches Budget (§ 17 SGB IX)

Das Persönliche Budget ist ein Geldbetrag, den Menschen mit Behinderung entsprechend ihres individuellen Hilfebedarfs erhalten, um damit erforderliche Unterstützungsleistungen zur Teilnahme am Leben der Gesellschaft in eigener Verantwortung »einzukaufen« bzw. zu organisieren. Seit dem 1. Januar 2008 gilt nach § 159 SGB IX ein individueller Rechtsanspruch auf Persönliche Budgets.

Sind im Einzelfall mehrere Leistungsträger beteiligt, kann ein Persönliches Budget trägerübergreifend erbracht werden, sodass der Budgetteilnehmer die Geldleistung »wie aus einer Hand« erhält. Daran können die gesetzliche Krankenversicherung, Bundesagentur für Arbeit, gesetzliche Unfallversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, Kriegsopferversorgung/-fürsorge, Jugendhilfe, Sozialhilfe, Pflegeversicherung und Integrationsämter beteiligt sein. Trägerübergreifende Persönliche Budgets wurden bis Ende 2007 in acht Modellregionen in Deutschland erprobt und wissenschaftlich begleitet.

Das Trägerübergreifende Persönliche Budget wird als Geldleistung und im Ausnahmefall als Gutschein gewährt. Die Gutscheinoption kommt zum Tragen, wenn der Betroffene dies wünscht oder wenn es Bedenken gegenüber der direkten Auszahlung gibt. Solche Bedenken müssen begründet und in der Budgetvereinbarung aufgenommen werden.

In Rheinland-Pfalz erfolgt eine Antragstellung des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets für psychisch kranke Menschen mittels Individuellem Hilfeplan. Die Anträge werden in Hilfeplankonferenzen (HPK) mit allen Beteiligten erörtert und es wird festgelegt, ob, in welcher Höhe und in welcher Art ein Persönliches Budget ausbezahlt werden kann. Hier wird die Empfehlung der HPK als Zielvereinbarung zum Persönlichen Budget genutzt.

Erfahrungen und Besonderheiten

Mit der Einführung eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets hat der Gesetzgeber weitreichende Zukunftschancen für ein selbstbestimmtes Leben – auch im Alter – eröffnet. Damit ist es möglich, auf die Person bezogen zu denken, leistungsträgerübergreifend zu planen und gemäß einem individuellen Gesamtplan

Hilfen zu leisten. Die Hilfen sind flexibel, passgenau, individuell vereinbart und beziehen nichtpsychiatrische Hilfen ein. Eine Verknüpfung mit den Instrumenten der personenzentrierten Hilfeplanung erweist sich als sinnvoll.

Quellen

Modellprojekt Trägerübergreifendes Budget: www.projekt-persoennes-budget.de
Abschlussbericht als PDF-Datei: http://www.bmas.de/coremedia/generator/23072/property=pdf/f366_forschungsbericht.pdf
Umsetzung des Modellprojekts »Trägerübergreifendes Persönliches Budget«: www.bmas.de/coremedia/generator/9266/persoennes__budget.html

Kontakt (wissenschaftliche Begleitung)

Universität Tübingen

Z.I.E.L.

Nauklerstr. 37 a, 72074 Tübingen

Tel.: 07071/297 53 13; Fax: 07071/92 28 67

E-Mail: forschungsstelle@uni-tuebingen.de; heidrun.metzler@uni-tuebingen.de

Technische Universität Dortmund

Rehabilitationssoziologie

Emil-Figge-Str. 50, 44221 Dortmund

Tel.: 0231/755-52 06; Fax.: 0231/755-58 93

E-Mail: markus.schaefers@uni-dortmund.de

gudrun.wansing@uni-dortmund.de

Präventive Hausbesuche in Hannover/Niedersachsen

Seit April 2004 werden Senioren im Alter von 68 bis 79 Jahren, die nicht pflegebedürftig sind und in ausgewählten Stadtteilen von Hannover (516 000 Einwohner) leben, von speziell geschulten Präventionsfachkräften wiederholt zu Hause aufgesucht und rund um das Thema Gesundheit beraten. Die Teilnahme an dem Projekt ist für die Versicherten freiwillig, sie werden über Umfang und Zweck der gespeicherten Daten informiert und um eine schriftliche Dateneinwilligung gebeten. Für die Hausbesuche wurde ein interdisziplinäres Team bestehend aus Krankenschwestern, Sozialpädagogen, Psychologen, Sozialwissenschaftler, Ernährungsberater und Familientherapeuten zusammengestellt.

Ziel der Beratung ist es, alten Menschen zu einer gesunden, aktiven Lebensweise zu bewegen; ihnen einen Zugewinn an Handlungsressourcen zu verschaffen und ihnen zu mehr Lebenszufriedenheit zu verhelfen. Durch den Erhalt der Selbstständigkeit sollen kritische gesundheitliche Ereignisse wie Pflegebedürftigkeit oder Krankenhauseinweisungen reduziert werden.

Im Mittelpunkt der persönlichen Beratung stehen neben medizinischen Themen Fragen der Wohnsituation, der Ernährung sowie Aktivitäten und soziale Kontakte. Gemeinsam wird ein Präventionsprogramm erarbeitet und in einer Zielvereinbarung schriftlich festgehalten, um der beabsichtigten Verhaltensänderung Nachdruck zu verleihen.

Weil Krankheiten im Alter häufig verborgen bleiben, kommt bei den Hausbesuchen ein standardisiertes geriatrisches Assessment zum Einsatz. Das Ergebnis erhält der Hausarzt mit dem Ziel, dass dieser gemeinsam mit dem Betroffenen die bedarfsgerechte Versorgung plant.

Die Hausbesuche werden mithilfe von standardisierten Instrumenten umfangreich dokumentiert. Das Projekt wurde als kontrolliert randomisierte Studie aufgelegt und wird von der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) wissenschaftlich begleitet. Die Auswertungsergebnisse werden voraussichtlich im Mai 2008 vorgelegt.

Da die Fachkräfte bei den Einzelfallberatungen ein enormes Kontaktbedürfnis bei den alten Menschen feststellten, wurden niedrigschwellige stadtteilbezogene Treffs eingerichtet. Vielen der Klienten gelingt es, in diesen Kontext neue Kontakte zu knüpfen, alte Hobbys wieder aufzunehmen und neue einzugehen. Zudem wurden stadtteilübergreifende Informationsveranstaltungen durchgeführt, z. B. zum Thema »Fit in den Herbst – Stärkung der Immunabwehr«. Darüber hinaus wirken Mitarbeiter des AOK-Projekts in den bestehenden Stadtbezirksnetzwerken mit. Ziel dieser Runden Tische ist es, die Hilfen im Stadtteil für alte Menschen bedarfsbezogen und abgestimmt bzw. koordiniert anzubieten.

Erfahrungen und Besonderheiten

Präventive Hausbesuche, durchgeführt von geschultem Personal, sind eine vielversprechende Maßnahme, um insbesondere die autonome Lebensführung im Alter sowie den Erhalt von Kompetenzen und Ressourcen im Sinne von Selbstpflege vor Fremdpflege zu fördern. Zudem unterstützt das AOK-Projekt aktiv die regionale Vernetzung von Seniorenangeboten. Das Projekt wurde zwischenzeitlich auf vier weitere niedersächsische Standorte (Braunschweig, Delmenhorst, Verden, Region Osterholz-Scharmbeck) ausgeweitet und läuft nach Ablauf der Pilotstudie unbefristet weiter.

Quelle

AOK Niedersachsen (Hg.): Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung von »Gesund älter werden«, Präventionsprojekt der AOK Niedersachsen. Stand: 5. Juli 2006

Internet: www.aok-business.de/index2.php?page_id=service/ges_betrieb/nie/forschung-gesund-aelter0.html&menu_id=27103&buland=9

Kontakt

AOK Niedersachsen

AOK-Institut für Gesundheitsconsulting

Hildesheimer Str. 273, 30519 Hannover

Ansprechpartnerin: Dr. Christiane Perschke-Hartmann

Tel.: 0511/87 01-161 41; Fax: 0511/87 01-161 09

E-Mail: christiane.perschke@nds.aok.de

Demenz-Servicezentren in NRW

Die Landesinitiative Demenz-Service Nordrhein-Westfalen ist im Jahre 2004 als gemeinsame Plattform entstanden, in deren Zentrum die Verbesserung der häuslichen Versorgung demenziell Erkrankter und die Unterstützung der sie pflegenden Angehörigen steht. Mit der »Landesinitiative Demenz-Service NRW« soll der Erfahrungsaustausch und die Vernetzung von Initiativen, Modellprojekten und Angeboten für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen in Nordrhein-Westfalen gefördert werden und ein Beitrag zur Enttabuisierung von Demenz in der Bevölkerung geleistet werden.

Die Landesinitiative wird finanziell getragen vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, der Stiftung Wohlfahrtspflege und den Pflegekassen. Die Koordinierung der Landesinitiative, deren Öffentlichkeitsarbeit und die Unterstützung der Modellprojekte und anderer Akteure in den Regionen erfolgt durch das Kuratorium Deutsche Altershilfe e. V. (KDA). Darüber hinaus unterstützt das Dialogzentrum Demenz an der Universität Witten-Herdecke den gegenseitigen Austausch und Dialog zwischen Praxis und Forschung. Die wissenschaftliche Begleitung der zur Landesinitiative gehörenden Projekte wird vom Institut für Sozial- und Kulturforschung e. V. (isk) wahrgenommen.

Ein zentraler Baustein der Initiative ist der Aufbau von Demenz-Servicezentren. Derzeit bestehen zehn regionale Zentren und ein Überregionales für an Demenz erkrankte Migranten und deren Angehörige in NRW (Stand: 10.03.2008).

Demenz-Servicezentren in Nordrhein-Westfalen sind ein Instrument zur Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen in einer bestimmten Region. Sie sind eigenständig, agieren aber immer in Kooperation mit vorhandenen Diensten, Einrichtungen und Initiativen im Rahmen von regionalen Netzwerken. Trotz vieler Gemeinsamkeiten verfügen die Demenz-Servicezentren über kein einheitliches Arbeitsprofil. Ihre Arbeitsschwerpunkte orientieren sich vielmehr an dem in den Zuständigkeitsbereichen vorgefundenen Stand der demenzspezifischen Infrastruktur, die sehr unterschiedlich sein kann. Alle Demenz-Servicezentren decken jedoch mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen folgende Arbeitsbereiche ab:

- a. Aufbau einer unterstützenden Infrastruktur
 - Anregungen von Angeboten
 - Beratung und Unterstützung von Initiatoren
 - eigene Angebote
- b. Information und Qualifizierung
 - Information
 - kollegiale Beratung/Erfahrungsaustausch
 - Schulungsangebote
- c. Netzwerkarbeit, Gremienarbeit
- d. Öffentlichkeitsarbeit
 - Informationsveranstaltungen
 - Pressearbeit
 - Kulturarbeit
 - Filmprojekte
 - Fotoausstellungen
 - etc.

Eines der zehn Zentren ist das Demenz-Servicezentrum für die Region Köln und das südliche Rheinland in Trägerschaft der Alexianer Krankenhaus Köln GmbH mit den Regionen Stadt Bonn, Stadt Köln, Stadt Leverkusen, Rhein-Erft-Kreis, Rhein-Sieg-Kreis (Gesamteinwohnerzahl 2 495 000). Zu seinen Aufgaben gehören:

- die trägerübergreifende Kooperation und zentrale Koordination (erst- und weiterführende Kontakte) im Hilfeverbund der Stadt Köln und von dort ausstrahlend in die Region
- die Erfassung der in der Region vorhandenen Hilfsangebote für Menschen mit Demenz
- die Vernetzung von bestehenden Angeboten, Konzepten und Erfahrungen in der Region und Weiterentwicklung von Hilfsangeboten gemeinsam mit allen Anbietern, die Menschen mit Demenz betreuen
- die Unterstützung beim Aufbau einer vernetzten Informations- und Beratungsstruktur und Mittler sein für Betroffene, Angehörige, der Selbsthilfe und dem professionellen Hilfesystem
- die Öffentlichkeitsarbeit zur Enttabuisierung von Demenzkranken
- die Initiierung, Unterstützung und Vernetzung niedrigschwelliger Hilfe- und Betreuungsangebote nach SGB XI
- die Schulungs- und Qualifizierungsangebote für freiwillige Helferinnen und Helfer, Angehörige, Laien und Profis
- das Café Offerte als Modell eines offenen niedrigschwelligen Angebots für Menschen mit Demenz zur Entlastung ihrer Angehörigen
- die Stärkung der Verbindungsstellen zwischen medizinischer Versorgung und psychosozialen System.

Die Evaluationsergebnisse aus dem Jahr 2007 zum Demenz-Servicezentrum in Köln zeigen, dass es für die Nutzergruppen objektive und subjektive Verbesserungen gegeben hat. Beispielsweise gehören dazu bessere Erreichbarkeit bzw. niedrigschwelliger Zugang zu Hilfen, relativ hohe Zufriedenheit bei den Nutzern und den Leistungsträgern, Zunahme der Nutzer und Hilfen, verbesserte Kooperationen und verstärkte Netzwerkaktivitäten. Die Modellförderung endet zum 31. März 2009. Es bestehen Überlegungen Demenz-Servicezentren in eine dauer- und regelhafte Finanzierung einzubinden.

Erfahrungen und Besonderheiten

Das Demenz-Servicezentrum in Köln leistet vor allem einen wichtigen Beitrag zur Kooperation und Kooperationsbereitschaft der unterschiedlichen Akteure und Institutionen. Sie verstehen sich nicht als Konkurrenzangebot zu Beratungs- und Hilfeangeboten anderer Träger. Es sollen vielmehr die vorhandenen Erfahrungen und die Sachkompetenz der unterschiedlichsten Akteure und Institutionen gebündelt, erweitert und über den lokalen Wirkungskreis hinaus für die ganze Region und deren verschiedenen Akteure – z. B. Mediziner, professionell Pflegende und betreuende Angehörige – erreichbar und verfügbar gemacht werden.

Das Demenz-Servicezentrum hat darüber hinaus innovative Projekte initiiert oder ist an deren Konzeptionierung und Durchführung beteiligt:

1. »Wir tanzen wieder« – regelmäßiger Tanznachmittag in einer Kölner ADTV-Tanzschule
2. »Café Offerte trifft Fit für 100« – Entlassung – Begegnung – Sport, ambulantes Kooperationsprojekt für Betroffene und deren Angehörige
3. »4 Pfoten für Sie« – Tiergeschützter Besuchsdienst für Menschen mit Demenz in Köln-Porz

Ein neues Angebot des Demenz-Servicezentrum ist ein Gruppenangebot ab Oktober 2008 für Menschen in einem frühen Stadium der Demenz.

Das Zentrum hat auch vielfältige Kontakte in das europäische Ausland geknüpft und an Internationalen Kongressen in Stirling (Schottland), Santiago de Compostela (Spanien) und Dublin (Irland) teilgenommen.

Quelle

IHL R: Gerontopsychiatrische Kompetenz in der sektoralen Versorgung. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE, SCHMIDT-ZADEL R, KUNZE H (Hg.): Unsere Zukunft gestalten – Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz. Psychiatrie-Verlag: Bonn, 2007, S. 275–280

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.): Demenz-Servicezentren in Aktion – Konzept, Arbeitsweise und Beispiele aus der Praxis. Demenz-Service Heft 9, Köln, 2008

Mehr Informationen zur »Landesinitiative Demenz-Service NRW« finden Sie unter: www.demenz-service-nrw.de

Genauere Daten zu den Evaluationsergebnissen sind über das Institut für Sozial- und Kulturforschung e. V. erhältlich (Internet: <http://www.isk-duisburg.de>).

Kontakt

Koordinierungsstelle der Landesinitiative Demenz-Service NRW
 im Kuratorium Deutsche Altershilfe
 An der Pauluskirche 3, 50677 Köln
 Ansprechpartner: Klaus Besselmann, Christine Sowinski
 Tel.: 0221/931847-27; Fax: 0221/931847-6
 E-Mail: koordinierungsstelle@demenz-service-nrw.de

Demenz-Servicezentrum für die Region Köln und das südliche Rheinland
 Alexianer Krankenhaus Köln GmbH
 Kölner Str. 64, 51149 Köln
 Ansprechpartner: Stefan Kleinstück, Änne Türke
 Tel.: 01803/8800-11170; Fax: 01803/8800-11172

Menschen in Pflegeheimen Krankenhausaufenthalte ersparen in Berlin

In Berlin arbeiten 38 Pflegeheime im Rahmen des Projekts »Die Pflege mit dem Plus« an der Verzahnung stationärer pflegerischer und ambulanter medizinischer Betreuung. Das Projekt wurde 1998 von der AOK Berlin, der Innungskrankenkasse Brandenburg und Berlin, der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, der Berliner Krankenhausgesellschaft sowie dem Verband der privaten Kliniken und Pflegeeinrichtungen Berlin-Brandenburg gestartet und von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz unterstützt. In den vergangenen Jahren sind zudem die Bahn- und Siemens-Betriebskrankenkassen als Projektpartner beigetreten. Zur Steuerung und Weiterentwicklung haben die Beteiligten einen Lenkungsausschuss eingerichtet, in dem alle Projektpartner vertreten sind. Für das externe Controlling und insbesondere das Netzmanagement wurde die ARBUMA Consulting GmbH Berlin eingesetzt. Der Vertrag wurde bis 2010 verlängert.

Das Projekt ist gedacht für Menschen, die einer intensiven medizinischen und pflegerischen Betreuung, aber keiner Krankenhausbehandlung bedürfen. Die Pflegeeinrichtungen übernehmen eine umfassende Verantwortung für ihre medizinische Versorgung, indem die Heimbewohner an 365 Tagen rund um die Uhr von Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten betreut werden. Die Ärzte sind im Pflegeheim angestellt, oder sie sind als niedergelassene Mediziner vertraglich mit ihm verbunden. Mindestens einmal pro Woche findet eine Regelvisite statt und multiprofessionelle Teams von Ärzten, Therapeuten und Pflegepersonal besprechen die Krankheitsfälle ausführlich.

Für die Pflegeeinrichtungen wird eine Soll-Pauschale pro Jahr und Heimbewohner vereinbart, die folgende Leistungen beinhaltet:

- ärztliche Behandlung (medizinische Grundversorgung);
- therapeutische Betreuung;
- Arzneimittelversorgung;
- Versorgung mit ausgewählten Hilfsmitteln;
- Krankenhausbehandlung;
- Fahrtkosten.

Die Pflegeeinrichtungen bekommen ein Bonus, wenn sich der Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen verbessert und sie Kosten für die Krankenkassen reduzieren.

Erfahrungen und Besonderheiten

Das Projekt belegt, dass mit der Verzahnung stationärer, pflegerischer und ambulanter medizinischer Betreuung Krankenhausaufenthalte und Kosten reduziert werden können sowie die Pflegequalität verbessert werden kann. Die Heimbewohner profitieren von einer höheren Lebensqualität, denn Krankenseinweisungen erfolgen nur dann, wenn sie unausweichlich sind. Die Zahl der Einweisungen lag bei den Einrichtungen um mehr als die Hälfte niedriger als bei anderen Berliner Pflegeheimen, die Krankenhauskosten sind um mehr als 50 Prozent gesunken, die Transportkosten um ca. 61 Prozent und für Arzneimittel um ca. 23 Prozent. Die Gesamtkosten sind pro Tag und Bewohner um rund ein Drittel geringer als bei anderen Pflegeeinrichtungen. Die Krankenkassen sparten in 2005 rund 2,7 Mio. Euro ein.

Einschränkend muss gesagt werden, dass das Modell nicht ohne Weiteres auf andere Bundesländer übertragen werden konnte. Die beteiligten Pflegeeinrichtungen in Berlin hatten bei der Einführung der Pflegeversicherung den Status eines Krankenhauses und wurden von SGB V- zu SGB XI-Einrichtungen. Im Zuge des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes wurde nun im SGB V die Möglichkeit der ärztlichen Versorgung durch einen in der Pflegeeinrichtung tätigen angestellten Arzt (Heimarzt) geschaffen.

Quellen

GAEDE K: Glücksfall für Heime und Kassen, in: kma 11/2005, als PDF-Datei: www.arbuma-consulting.de/fileadmin/images/ARBUMA_Consulting-kma_Artikel_11_05.pdf

MÜLLER RD, RICHTER-REICHHELM M: Gute Pflege zahlt sich aus, in: Gesundheit und Gesellschaft, 3/2004, als PDF-Datei: www.aok-gesundheitspartner.de/inc_ges/download/dl.php/bln/pflege/imperia/md/content/gesundheitspartner/berlin/pflege/berliner_projekt_03_04.pdf

Weitere Informationen zum Berliner Modellprojekt sind im KV Blatt 10/2007 erschienen.

Kontakt

ARBUMA Consulting GmbH (Projektleitung und Controlling)

Eiffestraße 596, 20537 Hamburg

Ansprechpartnerin: Cristina Thole

Telefon: 040/21 04 50; Fax: 040/21 04 51 06

E-Mail: cthole@arbuma.de und info@arbuma.de

Internet: www.arbuma-consulting.de/branchen/gesundheitswirtschaft/referenzen-gw/iv-pflege.html

BERLINER KRANKENHAUSGESELLSCHAFT E. V.

Hallerstraße 6, 10587 Berlin

Ansprechpartner: Pastor Elimar Brandt (Lenkungsausschussvorsitzender)

Telefon: 030/330 996 0; Telefax: 030/330 996 66

E-Mail: mail@bkgev.de; Internet: www.bkgev.de

3.7 Projektverlauf

3.7.1 Vorgehen

Das Projekt wurde vom Bundesministerium für Gesundheit in der Zeit vom 01.05.2004 bis 31.10.2006 gefördert und kostenneutral bis 31.12.2006 verlängert.

Zur Durchführung des Projekts wurde unter Leitung von Regina Schmidt-Zadel und Professor Heinrich Kunze eine Arbeitsgruppe gebildet, die den Empfehlungskatalog erstellt und die inhaltliche Verantwortung übernimmt. Zu spezifischen Themenbereichen, wie z. B. vorbildliche Konzepte und Lösungen, sozialrechtliche Hindernisse bzw. Erfordernisse, wurden mit einzelnen Experten Gespräche geführt. Daneben wurde eine Expertengruppe gebildet, mit dem Auftrag die Arbeitsgruppe zu beraten und zur Erstellung sinnvoller Handlungsempfehlungen beizutragen. Mit der wissenschaftlichen Mitarbeit wurde Frau Birgit Weißleder beauftragt.

3.7.1.1 Vorklärungen

3.7.1.1.1 Bundesinteresse

In der Entschließung des Deutschen Bundestags vom 26.06.2002 ›25 Jahre Psychiatrie-Reform – Verstetigung und Fortentwicklung‹ wurden folgende vier Mängel in der psychiatrischen Behandlung und Rehabilitation konstatiert:

- Das Fehlen eines flächendeckend gleich guten Aufbaus gemeindeintegrierter ambulanter und komplementärer Versorgungsstrukturen,
- Die fehlende Vernetzung, Kooperation und Koordination zwischen den Versorgungsdiensten,

- Das Fehlen von leistungsträger- und einrichtungsträgerübergreifenden Gesamtkonzepten,
- Mängel in speziellen Versorgungsbereichen wie der Gerontopsychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie

In der Folge heißt es: »Auch nach mehr als 25 Jahren des Reformprozesses darf die Bundespolitik sich nicht aus der Unterstützung der Belange schwer und chronisch psychisch kranker Menschen zurückziehen. Der Deutsche Bundestag fordert von der Bundesregierung, auch weiterhin finanzielle Mittel insbesondere für die Evaluations- und Versorgungsforschung bereitzustellen. Aufgaben der Versorgungsforschung sind von großer Bedeutung in einem Versorgungssystem, das sich in den letzten 25 Jahren erheblich verändert hat und wesentlich komplexer geworden ist. ...«

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE hat zu den Themen des zweiten und dritten Spiegelstrichs im Rahmen eines vom BMG geförderten Forschungsprojekts eine Gesamtkonzeption erarbeitet (»personenzentrierte psychiatrische Hilfen« siehe Band 116 der BMG-Schriftenreihe, 1998), die in der psychiatrischen Fachwelt und in den Diskussionen zur Sozialgesetzgebung eine starke Rolle gespielt hat.

Im vorliegenden Projektvorhaben ging es darum, diesen Ansatz auf die speziellen Aspekte der Hilfen für psychisch kranke alte Menschen zu übertragen und zu konkretisieren.

Als Projektziel wurde die Vorlage von Handlungsempfehlungen an die Politik festgelegt.

3.7.1.1.2 Ausschluss von Doppelforschung – Nutzung vorliegender Forschungsergebnisse

Im Rahmen des Projekts wurde auf vorliegende Erfahrungen, bestehende Erkenntnisse und abgeschlossene und laufende Forschungsprojekte Bezug genommen. Eigene Erhebungen waren nicht vorgesehen. Bei der Sichtung der vorliegenden und zu erwartenden Forschungsergebnisse wurde deutlich, dass in keinem anderen Projekt der spezifische Fokus der AKTION PSYCHISCH KRANKE vorkommt.

Berücksichtigt wurden z. B. folgende Projekte:

Bezeichnung	Benchmarking in der Patientenversorgung
Projekt	<i>Benchmarking in der psychiatrischen Akutbehandlung – Ein Modellprojekt im Klinikverbund.</i> 10 Projekte werden gefördert. Darunter unter anderem • Benchmarking in der psychiatrischen Akutbehandlung (Rheinische Kliniken Düsseldorf) • GEMIDAS-QM: Benchmarking in der geriatrischen Patientenversorgung (Charite, Berlin) • Erfassung und Reduzierung von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken (ERZ) (Universitätsklinikum Ulm)
Modellförderung	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
Zielsetzung	Ziel des Modellvorhabens ist es, innovative Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität modellhaft zu entwickeln und zu erproben. Hierzu haben sich Einrichtungen aus dem ambulanten und stationären Bereich zusammengeschlossen. Der so ermöglichte kollegiale Erfahrungsaustausch zu medizinischen oder pflegerischen Themen soll einen systematischen Verbesserungsprozess durch Lernen von anderen (Benchmarking) einleiten. Die so gewonnenen Erkenntnisse sollen zu einer nachhaltigen Verbesserung der Patientenversorgung führen.
Projekt	<i>Benchmarking in der psychiatrischen Akutbehandlung</i>
Träger	Rheinische Kliniken Düsseldorf
Dauer	10/2003 – 09/2006
Zielsetzung	Qualitätsverbesserung von Behandlungsstrategien und -ergebnissen auf der Grundlage eines Benchmarking gestützten systematischen Prozesses nach dem Best-Practice-Modell; Einsatz optimierter Behandlungsleitlinien und Behandlungspfade für 3 ausgewählte Diagnosegruppen (Depressionen im höheren Alter, Schizophrenie, Alkoholabhängigkeit), unter besonderer Berücksichtigung von Personen mit schwierigen, chronifizierten bzw. von Chronifizierung bedrohten Verlaufsbildern.
Projekt	<i>GEMIDAS-QM Benchmarking in der geriatrischen Patientenversorgung</i>
Träger	Charite Universitätsmedizin Berlin
Dauer	10/2003 bis 09/2006
Zielsetzung	Das Ziel dieses Projektes ist die Verbesserung der stationären Versorgung von alten und hochaltrigen Patienten in einem Verbund von 22 geriatrischen Kliniken im Rahmen eines einrichtungsübergreifenden Benchmarkings.
Bezeichnung	Wirkungsorientierte Steuerung in der Altenhilfe
Titel des Projekts	Unter anderem wird gefördert das Projekt • <i>Wirkungsorientierte Steuerung in der kommunalen Altenhilfe der Stadt Leverkusen</i>
Modellförderung	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Begleitung	JSB, Dr. Jan Schröder, Beratungsgesellschaft mbH
Dauer	2001 – 2003 (Abschlussstagung am 30.03.2004)
Zielsetzung	Die Steuerung der kommunal geförderten Altenhilfe wird vollständig im Sinne des wirkungsorientierten Steuerungskreislaufes umgestaltet. Forschungs- und Entwicklungsgegenstand sind der Veränderungsprozess selbst sowie die erarbeiteten Instrumente und Verfahren Wirkungsorientierter Steuerung. Hieraus sollen Anregungen für die Gestaltung von Veränderungsprozessen in andere Kommunen entwickelt werden.
(Teil) Ergebnisse	Die Stadt Leverkusen und die Träger der Altenhilfe einigten sich auf eine neue Leistungsvereinbarung. Gegenstand der Vereinbarungen sind nicht mehr die Leistungsarten der Träger mit den dazugehörigen Prozess- und Strukturqualitäten. Im Blickpunkt stehen jetzt die Zielgruppen, um die sich die Träger kümmern und die Wirkungen, die sie für ihre Klientel erzielen wollen. Die Vereinbarung enthält darüber hinaus Aussagen zur Vergütung, zu einer gemeinsamen kooperativen Qualitätsentwicklung und zu einem wirkungsorientierten Berichtswesen, das dem neuen Ansatz entsprechend auf die Kontrolle von Prozess- und Strukturqualitäten verzichtet. Diese

neuartige Form der Leistungsvereinbarung erfordert auch eine neue Form des Miteinanders, ein kooperatives Zusammenwirken von Politik, Verwaltung und Trägern.

Bezeichnung	Persönliche Pflegebudgets
Titel des Projekts	Das Konzept der personenbezogenen Pflegebudgets wird in sieben Regionen der Bundesrepublik erprobt werden
Modellförderung	Pflegekassen
Träger	Forschungsverbund der Evangelischen Fachhochschule Freiburg, des Instituts für Soziologie der Universität Freiburg und des Zentrums für Wirtschaftsforschung, Mannheim (Leitung: Prof. Dr. Thomas Klie, PD Dr. Baldo Blinkert)
Dauer	Befindet sich in der Vorbereitungsphase
Zielsetzung	Effizientere und effektivere Nutzung der Leistungen der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen Stärkung der Nachfragemacht der Pflegebedürftigen und Angehörigen. Das soll die Flexibilisierung der Dienstleister anstoßen, die bislang, auch nach Einführung des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes, nur wenig ausgeprägt ist. Case Manager erproben Assessment-Verfahren und die Steuerung des Pflegeprozesses sowie die sinnvolle und effektive Verbindung beider Verfahren. Zu klären sind Kompetenz, Rolle und Anbindung des Case Managers. Flexiblere Abstimmung von informeller Hilfe (Angehörige, Freunde), professionelle Dienstleistungen und Begleitungsfunktionen sowie beruflich erbrachten Dienstleistungen mit Unterstützung von Freiwilligen. Bessere Verknüpfung von Leistungen nach anderen Sozialleistungsgesetzen (SGB V, SGB XII, integrierte Budgets) und eine integrierte Leistungserbringung unterschiedlicher Berufsgruppen Sicherung von Pflegequalität sowie bessere Lebensqualität der Pflegebedürftigen und der Pflegenden. Dazu gilt es, passende Messverfahren anzuwenden. Flexiblere Anfassung der Leistungen der Pflegeversicherung an die Bedarfs- und Ressourcenkonstellation im Pflegehaushalt. Die Leistungsinhalte sollen dazu vom Pflegebedürftigkeitsbegriff des § 14 befreit werden. Autonomiesicherung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung. Sie ist bislang bedroht: Zunächst durch die Pflegebedürftigkeit selbst, aber auch durch die Definitionsmacht von Professionellen, die Abhängigkeit von Leistungserbringern und einem Anbietermarkt, auf dem die Kundenmacht von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung wenig gilt. Autonomie zu sichern entspricht den verfassungsrechtlichen Vorgaben für den Sozialstaat, die etwa im § 2 SGB XI (in §§ 1 ff. BSHG) ihren verbindlichen Niederschlag finden.
Bezeichnung	Altenhilfestrukturen der Zukunft
Titel des Projekts	Im Modellprogramm sind bundesweit 20 Projekte vertreten. Darunter unter anderen: <i>Netzwerk im Alter (Albatros e. V.)</i> <i>Aufbau gerontopsychiatrischer Verbundstrukturen im Landkreis Oberspreewald-Lausitz und in Cottbus (Alzheimer Gesellschaft Brandenburg e. V.)</i> <i>Alten- und Pflegeheim am See gGmbH, Salzgitter</i>
Modellförderung	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Träger	Prognos AG, Köln; PariDienst GmbH, Wuppertal
Dauer	Im Modellprogramm sind bundesweit 20 Projekte vertreten. Sie haben Mitte 2000 mit der Arbeit begonnen. Die Projektlaufzeit erstreckt sich in der Regel auf rund drei Jahre und reicht bis zum Frühjahr 2003. (Abschlussstagung 06./07.05.2004)

Zielsetzung	Ziel des Modellprogramms ist es, älteren Menschen soweit wie möglich ein selbstbestimmtes Leben zu erhalten. Es geht darum, ihnen und ihren Angehörigen bei Hilfebedürftigkeit die Unterstützung anzubieten, die sie in der jeweiligen Situation benötigen. Modellhaft werden erprobt: • der Aufbau eines engmaschigen und bedarfsgerechten Netzes von ambulanten, teilstationären und stationären Diensten und Einrichtungen, • ein differenziertes und qualifiziertes Angebot an Hilfe und Unterstützung, das die Nutzer mit ihren Bedürfnissen in den Mittelpunkt rückt, • die zuverlässige Erreichbarkeit von Hilfe und Unterstützung in Krisensituationen • das vernetzte und abgestimmte Handeln von Helfern und Kostenträgern des Gesundheits- und Sozialwesens, das die Hilfen voll zur Wirkung bringt.
-------------	---

Projekt	<i>Netzwerk im Alter</i>
Träger	Albatros e.V.
Dauer	05/2000 – 04/2003
Zielsetzung	Verbund mit dem Ziel, die Situation von älteren Menschen und denjenigen, die mit ihnen leben, die sie betreuen und versorgen, zu verbessern. Realisierung einer Zusammenarbeit zwischen den Versorgungsbereichen über institutionelle und trägerbezogenen Grenzen hinweg.
Projekt	<i>Aufbau gerontopsychiatrischer Verbundstrukturen im Landkreis Oberspreewald-Lausitz und in Cottbus</i>
Träger	Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e.V.
Dauer	05/2000 bis 04/2003
Zielsetzung	Aufbau gerontopsychiatrischer Verbundstrukturen: Verbundmanager, Verbundkonferenzen, Case Management, Qualitätsgemeinschaft

Bezeichnung	Verbesserung der Situation von Pflegebedürftigen
Titel des Projekts	Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger. Bundesweit wurden bisher ca. 400 Modellvorhaben unterstützt. Dazu gehörte auch das Projekt der <i>Hausgemeinschaften (KDA)</i>
Modellförderung	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
Träger	Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (iso), Saarbrücken (wissenschaftliche Begleitung)
Dauer	Seit 1991 – laufend
Zielsetzung	Standen zunächst der Aufbau einer teilstationären Infrastruktur, die Förderung von modernen, wohnortnah gelegenen und i.d.R. mehrgliedrigen Pflegeeinrichtungen sowie die Verbesserung der regionalen Zusammenarbeit im Vordergrund, so wurden in den letzten Jahren zunehmend Angebote für besondere Gruppen von Pflegebedürftigen berücksichtigt. Dabei handelt es sich unter anderem um Pflegebedürftige, die aus anderen als aus Altersgründen pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind (Apalliker, MS- und Alzheimerkranke, Tetraplegiker usw.)
Projekt	<i>Hausgemeinschaften</i>
Modellförderung	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
Träger	Kuratorium Deutsche Altershilfe
Definition	Eine Hausgemeinschaft ist eine räumliche und organisatorische Einheit, in der sechs bis acht ältere und pflegebedürftige Menschen leben. Alle Pflege- und Betreuungsleistungen, die nicht von den Bewohnern selbst, den Angehörigen und/oder Freunden geleistet werden können, werden über die Präsenzkkräfte im Zusammenhang mit den Tagesaktivitäten oder/und über den hauseigenen pflegerischen Dienst erbracht. Hausgemeinschaften werden, anders als die Wohngemeinschaft, als zugelassene und pflegesatzfinanzierte vollstationäre Einrichtungen betrieben. Als Heime unterliegen sie unter anderem dem Heimgesetz

Bezeichnung	Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen
Titel des Projekts	– Für den privaten Haushalten (MuG III) – in Einrichtungen (MuG IV)
Modellförderung	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Für die privaten Haushalte (MuG III)
Träger	Infratest Sozialforschung, München (Federführung) in Kooperation mit Heinemann und PartnerInnen c/o IGF, Berlin, dem Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG), Köln, dem Zentralinstitut für seelische Gesundheit (ZI), Mannheim sowie der Dr. Jan Schröder Beratungsgesellschaft (JSB), Bonn
Dauer	7/2002 bis 12/2004
Zielsetzung	Das Forschungsprojekt (MuG III) schließt an an die Vorläuferstudien von 1991 (MuG 1: Privathaushalte) und 1994 (MuG 2: stationäre Einrichtungen) und will einen aktuellen Überblick zur Situation von Hilfe- und Pflegebedürftigen in privaten Haushalten vor dem Hintergrund der Effekte des demografischen Wandels geben. In Einrichtungen (MuG IV)
Dauer	Voraussichtlich März 2004 bis Februar 2007 (Ausschreibung des BMFSFJ vom 16.12.2003)
Titel des Projekts	<i>Leben und Wohnen im Alter</i>
Modellförderung	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
Träger	Bertelsmann Stiftung (Projektträger), Kuratorium Deutsche Altenhilfe (wissenschaftliche Leitung)
Dauer	Mai 2002 bis Ende Mai 2005
jetziger Stand des Projekts	Erste Berichte liegen bereits vor. Themenbezogenen Workshops fanden statt.
Zielsetzung	• Es soll ein Überblick über das Gesamtangebot neuer Wohnformen im Alter gegeben werden. • Es sollen Interessierte über die Möglichkeiten und Grenzen dieser Wohnformen informiert und aufgeklärt werden. • Es sollen besonders tragfähige und bedarfsgerechte Wohnformen für die Zukunft herausgefunden werden. • Es sollen ausgewählte Wohnmodelle modifiziert und weiterentwickelt werden. • Es sollen Best-Practice-Modelle in der Öffentlichkeit bekannt gemacht werden.
Konzeption	1. Bestanderhebung 2. Bewertung und Auswahl zukunftsfähiger Wohnmodelle 3. Information, Verbreitung und Weiterentwicklung
Ergebnisbewertung	Für die bedarfsgerechte Versorgung mit altersgerechten Wohnangeboten werden in Zukunft quartiersbezogene Wohnkonzepte besonders wichtig, die auf eine kleinräumige Vernetzung und Integration unterschiedlicher Wohn- und Betreuungsangebote ausgerichtet sind. (Ergebnis eines Expertenworkshops im Juni 2003)
Empfehlung/Missstände	
Bezeichnung	Cantou/Frankreich
	(auch im Vierten Altenbericht der Bundesregierung als positives Beispiel erwähnt)
Erläuterung	»Cantou« nennen sich in Frankreich inzwischen zahlreiche Einrichtungen mit wohngruppenähnlichem Charakter. Es handelt sich um wohngruppenähnliche Strukturen mit einer kleinen Zahl von BewohnerInnen und Bewohner (in der Regel ca. 12 Personen). Dabei handelt es sich um ein gemeinschaftsorientiertes Konzept, in dem alle Aktivitäten in der Gruppe stattfinden. Innerhalb größerer Einrichtungen werden dementsprechend kleine Gruppen gebildet, die nach zwei Grundprinzipien arbeiten, die sich auch im Betreuungskonzept und im baulichen Konzept wiederfinden: • Subsidiarität – Jeder Bewohner und jede Bewohnerin bekommt nur so viel Hilfe durch die Institution, wie er/sie tatsächlich benötigt. Ziel ist es die weit gehende Autonomie der Bewohnerschaft.

- Gemeinschaftlichkeit – Das Cantou wird durch die Gemeinschaft von Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörigen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern getragen. Probleme werden daher soweit wie möglich gemeinschaftlich gelöst, und Entscheidungen werden gemeinschaftlich gefällt.

Es wird davon ausgegangen, dass die Bewohnerinnen und Bewohner Personen mit Behinderungen sind, keine Kranken. Anders als in den meisten anderen Wohngruppen werden die Kranken bei Verschlechterung des physischen oder psychischen Zustands nicht in andere Einrichtungen verlegt und verbleiben im Cantou bis zu ihrem Tode.

Bezeichnung	Betreute Wohnzonen/Niederlande
Projekt	In den Niederlanden gibt es inzwischen ca. 40 derartige Projekte. Unter anderem beispielsweise in Leeuwarden.
Definition	Betreute Wohnzonen sind normale Wohnquartiere, in denen eine gemischte Bevölkerung wohnt. Ausgangspunkt ist die Verlagerung der Altenversorgung von den Einrichtungen auf die Quartiere. In einem Quartier existieren neben dem normalen Wohnen, • Betreutes Wohnen • Wohngemeinschaft • Nachbarschaftstreffs/Aktivitäten • Koordination Pflege und Dienstleistung • Pflegestützpunkt

Bezeichnung	Pflegewohnungen/Schweiz
Zielsetzung	In normalen Wohnungen findet eine Betreuung für Schwerstpflegebedürftige statt.
Besonderheiten	Die Pflegewohnungen werden dort betrieben, wo der Bedarf nach Pflegewohnungen besteht. Falls sich der Bedarf nach Pflegewohnungen verringert, kann die Wohnung mit wenigen Instandstellungskosten wieder ihrem vorherigen Zweck zugeführt werden. Pflegewohnungen werden in der Umgebung der Hilfesuchenden eingerichtet. Somit bleiben die wichtigen sozialen Kontakte aus der Nachbarschaft, Pfarrgemeinde, etc. erhalten.

Bezeichnung	Wohnen mit Betreuung/Deutschland
Projekt	<i>Simba – Sicherheit im Alter – betreut zu Hause: Betreutes Wohnen zu Hause in der Gemeinde Germering</i>
Zielsetzung	Ziel des Projekts ist es, Senioren und Behinderten ein höchstmöglichstes Maß an eigenständiger Lebensführung in ihrer Wohnung zu sichern.
Besonderheiten und Finanzierung	Dieses Projekt ist ein erster Ansatz für quartiersbezogene Lebenskonzepte in Deutschland. Dieses Konzept ist angelehnt an das Betreute Wohnen, wie es in Wohnanlagen praktiziert wird. Ein Betreuungsangebot wird für einen begrenzten Kreis älterer Menschen gemacht, die dieses Angebot wünschen, dafür auch bezahlen und über dieses Angebot von Grund- und Wahlleistungen einen Vertrag mit dem Anbieter schließen. Im Unterschied zu Betreuten Wohnanlagen werden diese Leistungen aber in den eigenen vier Wänden erbracht.

3.7.1.2 Arbeitsgremien und Expertenkontakte

Im Projekt wurde eine Arbeitsgruppe und eine Expertengruppe gebildet. Darüber hinaus wurden Expertengespräche geführt. Damit wurden in hohem Maße die relevanten Beteiligten auf Verwaltungs-, Leistungsträger- und Leistungserbringerseite sowie Fachverbände, Berufsgruppenverbände und Verbände der Nutzer von Hilfeleistungen einbezogen, sodass eine Empfehlung abgegeben wurde,

die die unterschiedlichen Interessenlagen berücksichtigt. Dabei wurde auch die Zuständigkeit für empfohlene Handlungsschritte geprüft und mit den Akteuren erörtert.

Dadurch wurde eine Vorklärung erreicht, was im Rahmen der Selbstverwaltung geklärt werden kann und in welchen Bereichen gesetzgeberischer Handlungsbedarf gesehen wird.

3.7.1.2.1 Arbeitsgruppe

Die *Arbeitsgruppe* tagte ganztägig an zwölf Tagen.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe waren:

- Regina SCHMIDT-ZADEL (Ratingen, Vorsitzende und Projektleiterin, AKTION PSYCHISCH KRANKE)
- Prof. Dr. Heinrich KUNZE (Kassel, stellv. Vorstandsvorsitzender und Projektleiter, AKTION PSYCHISCH KRANKE)
- Roland BOROSCH (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, Düsseldorf)
- Prof. Dr. Hans GUTZMANN (St. Hedwig Kliniken Berlin – Krankenhaus Hedwigshöhe, Berlin)
- Ludger JUTKEIT (Alexianer Brüder-Gemeinschaft, Münster)
- Harald KESSELHEIM (AOK-Bundesverband, Bonn)
- Ulrich KRÜGER (Geschäftsführer, AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn)
- Dr. Niels PÖRKSEN (Bielefeld, Vorstandsmitglied, AKTION PSYCHISCH KRANKE)
- Dr. Wilhelm STUHLMANN (Praxis für Psychiatrie und Neurologie, Erkrath)
- Birgit WEIßLEDER (als wissenschaftliche Mitarbeiterin, AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn)

Kontinuierliche Themen der Arbeitsgruppe waren:

- Auswertung von Berichten zur Bündelung der Bestandsaufnahme
- Sozialrechtliche Entwicklung (z. B. ambulante psychiatrische Krankenpflege) und Eruiierung von Hindernissen
- Sichtung und Bewertung vorbildlicher Konzepte im In- und Ausland

Schwerpunktthemen der Arbeitsgruppe waren

- Kooperation, Koordination und Steuerung
- Abbau von Bürokratisierung und überflüssigen Regelungen
- Vorbereitung der 1. Sitzung der Expertengruppe
- Bildung einer Expertengruppe unter Einbeziehung von Leistungserbringern, Leistungsträgern, Gesundheitsverwaltung und Wissenschaft

Neben den oben genannten Schwerpunkten waren weitere Themen:

- Regionale Steuerung auf den verschiedenen Ebenen
- Auswirkungen der vorzeitigen Bundestags-Neuwahlen auf das Projekt
- Auswertung Gespräch mit Herrn Staatssekretär Dr. Schröder

- Vorbereitung der zwei Sitzungen der Expertengruppe
- Auswertung der Sitzungen der Expertengruppe und der Expertengespräche

3.7.1.2.2 Expertengruppe

Die Expertengruppe tagte sechsmal ganztags. Mitglieder der Expertengruppe waren:

- Jeanette ARENZ (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Berlin)
- Dr. Fritz BAUR (Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster)
- Dr. Ingrid BRÄUNLICH (Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker, Bonn)
- Dr. Hartmut DIETRICH (Münster, Kuratorium Deutsche Altershilfe)
- Dr. Regina ERNST (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt am Main)
- Ilsa DILLER-MURSCHALL (AWO Bundesverband, Bonn)
- Ulf FINK (Büro für Gesundheit und Prävention, Berlin)
- Prof. Dr. Jürgen FRITZE (Verband der privaten Krankenversicherung, Köln)
- Pfarrer Dr. Jürgen GOHDE (Kassel)
- Prof. Dr. Dr. R. D. HIRSCH (Rheinische Klinik Bonn)
- Dr. Peter Michael HOFFMANN (Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf)
- Prof. Dr. Ralf IHL (Alexianer-Krankenhaus, Köln)
- Dr. Elisabeth KLUDAS (Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie, Gelsenkirchen)
- Helga KÜHN-MENGEL, MdB (Büro der Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Berlin)
- Dr. Axel MEEßEN (Verband der Angestellten-Krankenkasse, Siegburg)
- Dr. Klaus NIßLE (Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren)
- Prof. Dr. Reinhard PEUKERT (Fachhochschule Wiesbaden)
- Dr. Peter PICK (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, Essen)
- Prof. Dr. Steffi G. RIEDEL-HELLER (Universitätsklinikum Leipzig)
- Dr. Willi RÜCKERT (Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln)
- Monika SCHULT (Deutscher Berufsverband für Altenpflege, Duisburg)
- Dr. Thomas STRACKE (Bundesministerium für Gesundheit, Bonn)
- Heike von LÜTZAU-HOHLBEIN (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Berlin)
- Karl-Dieter VOß (Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen)
- Petra WERITZ-HANF (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin)
- Dr. Dyrk ZEDLICK (Kreiskrankenhaus «Rudolf Virchow» Glauchau)

Folgende Themen standen im Vordergrund:

Berichte zum Stand des Projekts

- Diskussion der Zwischenergebnisse der Projektarbeitsgruppe
- Erörterung erster Handlungsempfehlungen zu den Funktionsbereichen Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege

Die Zusammensetzung der Expertengruppe wies ein hinreichendes Spektrum der gerontopsychiatrischen Versorgung auf. Es arbeiteten sowohl Vertreter der Leistungsträger, der Leistungserbringer, der Angehörigen von psychisch Kranken sowie Fachkräfte und Experten aus dem Bereich der Altenhilfe, Rehabilitation, Pflege und Gerontopsychiatrie mit.

3.7.1.2.3 Expertengespräche

Darüber hinaus wurde im Berichtszeitraum Gespräche zu spezifischen Themenbereichen, wie z. B. vorbildliche Konzepte und Lösungen, sozialrechtliche Hindernisse bzw. Erfordernisse, mit folgenden einzelnen Experten geführt:

2004

- Frau Ursula WETZEL (Deutscher Caritasverband, Freiburg)
- Herr Dr. Fritz BAUR (Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster)
- Herr Prof. Dr. Andreas KRUSE (Institut für Gerontologie, Heidelberg)
- Herr Prof. Dr. Ralf IHL (Rheinische Kliniken Düsseldorf)
- Herr Dr. Peter PICK (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, Essen)

2005

- Herr Prof. Dr. Ralf IHL (Rheinische Kliniken, Düsseldorf)
- Herr Dr. Peter PICK (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, Essen)
- Herr Uwe KLEIN (Krankenhaus Hedwigshöhe, Berlin)
- Herr Prof. Dr. Thomas KLIE (Evangelische Fachhochschule, Freiburg)
- Herr Prof. Dr. Burkhard WERNER (Katholische Fachhochschule, Freiburg)
- Herr Frank STEIN (Stadtverwaltung, Leverkusen)
- Herr Dr. Willi RÜCKERT (Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln)

2006

- Frau Dr. Agnes KLEIN (Stadtverwaltung, Münster)
- Frau Dr. SATRAPA-SCHILL (Robert Bosch Stiftung, Stuttgart)
- Prof. Dr. Clemens TESCH-RÖMER (Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin)
- Herr Pfarrer Dr. Jürgen GOHDE (Diakonisches Werk der EKD, Berlin)
- Herr Heinz TIETJEN (Euregio Projekt »Hand in Hand«, Gennep, Niederlande)
- Frau Barbara STOLTERFOHT (DPWV, Berlin)

3.7.1.3 Bundesweite Fachtagung

Auf der Tagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE am 14. und 15. November 2006 in Berlin wurden die zentralen Erkenntnisse des Projekts vorgestellt und mit politischen Vertretern, einer breiten Fachöffentlichkeit und Interessierten diskutiert. Frau Ministerin Ulla Schmidt (BMG) hielt die Eröffnungsrede. Die Tagung fand in der Fachöffentlichkeit starke Beachtung und sehr positive Resonanz. Sie wurde von mehr als 500 Personen besucht, in zahlreichen einschlägigen Fachzeitschriften wurde über die Tagung berichtet, die Rückmeldungen von Teilnehmern während der Tagung sowie im Rahmen der Teilnehmerbefragung sind überaus positiv ausgefallen. Als besonders gelungen anzusehen ist, dass mit der Tagung nicht nur Fachleute aus der (Geronto-)Psychiatrie; sondern auch aus der Altenhilfe und Pflege angesprochen werden konnten.

3.7.2 Projektverlauf in den Jahren 2004–2006

3.7.2.1 Projektverlauf im Jahr 2004

Inhaltliche Schwerpunkte

Bei der Entwicklung von politischen Handlungsempfehlungen lag der Fokus auf:

- a. Allgemeine Bestandsaufnahme und Bündelung der vorliegenden Analysen und Empfehlungen
- b. Bewertung von vorbildlichen Lösungen
- c. Konzeptionelle Empfehlungen
- d. Politische Erfordernisse

Bestandsaufnahme und Bewertung von vorbildlichen Lösungen

Im Berichtszeitraum stand zunächst im Vordergrund, den aktuellen Erkenntnisstand zusammenzutragen. Bei der Bestandsaufnahme ging es nicht darum, neue Erhebungen den bereits vorliegenden Erkenntnissen zur Situation von psychisch kranken alten und dementen Menschen hinzuzufügen, sondern vielmehr darum, diesen Erkenntnisstand zu komprimieren und die vorbildlichen Konzepte hinsichtlich ihrer Nutzerorientierung zu bewerten. Diese beiden Bestandteile bildeten letztendlich die Basis für die Entwicklung von konzeptionellen, administrativen und sozialrechtlichen Handlungsempfehlungen.

Aus der Auswertung der vorliegenden Berichte zeichnet sich ab, dass hoher Handlungsbedarf vor allem im Bereich »Strukturentwicklung, Vernetzung und Case Management« besteht.

Zum einen gibt es keine personenbezogene Gesamtverantwortung auf der Ebene des Einzelfalls mit dem Ziel der Schaffung von passgenauen Hilfen für

den Hilfesuchenden außerhalb der Gesamtverantwortung der Person für sich selber oder einer bevollmächtigten Person (z. B. gesetzlicher Betreuer). Zu den Besonderheiten psychisch kranker alter Menschen gehört, dass sie teilweise zeitgleich, teilweise nacheinander Hilfen benötigen, die in die Zuständigkeit unterschiedlicher Leistungsträger fallen. In den einzelnen Sozialgesetzen gab es keine Leistung, die vorsieht, verschiedene Leistungsbereiche ausgehend vom gesamten Bedarf einer psychisch erkrankten alten Person zu koordinieren und zu steuern. Mit der Psychotherapie hat der Gesetzgeber zwar im SGB V eine derartige Leistung eingeführt, von der aber Menschen mit einer demenziellen Erkrankung ausgenommen sind.

Zum anderen ist keine leistungsträgerübergreifende Strukturverantwortung für das regionale Angebot vorhanden. Beispielsweise ist in § 7 SGB XI zwar ein bislang kaum beachtetes und qualitativ völlig unzureichendes Beratungsangebot verankert, das in den jeweiligen Landespflegegesetzen eine konkretere Ausformung gefunden hat. Dabei geht es jedoch lediglich um eine Beratung von Leistungen nach SGB XI.

Entwicklung konzeptioneller Empfehlungen und politischer Erfordernisse

Parallel dazu wurden die bislang vorliegenden Erkenntnisse geprüft bzw. erörtert hinsichtlich ihrer sozialrechtlichen und administrativen Hindernisse für personenzentrierte Hilfen und der sich daraus ergebende Veränderungsbedarf.

Im besonderen Fokus standen dabei die Sozialgesetze V, XI, XII und das Heimgesetz. Weiterhin spielten auch Fragen der finanziellen Steuerung (Case-Management, Persönliche Budgets) eine große Rolle. Des Weiteren wurden die Themen Rechte der Nutzer, Unterstützungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige und Qualitätssicherung im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich bearbeitet.

3.7.2.2 Projektverlauf im Jahr 2005

Im Berichtszeitraum wurde die Ausgangssituation durch aktuelle Daten ergänzt und in Teilbereichen – aufgrund der sich durch den Prozess des Projektverlaufs ergebenden weitergehenden Fragestellungen – überarbeitet. Ferner wurde der Erkenntnisstand zu vorbildlichen Konzepten komprimiert, teilweise durch Gespräche mit Experten vor Ort. Aufgrund dieser beiden Bestandteile wurden erste konzeptionelle, administrative und sozialrechtliche Handlungsempfehlungen erarbeitet. Diese Erkenntnisse wurden in einem Gespräch mit Staatssekretär Dr. Schröder (BMG) im Sommer 2005 erörtert.

Das übergreifende Ziel ist Teilhabe am Leben in der Gesellschaft auch für psychisch kranke alte Menschen zu realisieren. Denn auch alte psychisch kranke Menschen wünschen ein selbstbestimmtes Leben bis zum Lebensende in ihrer vertrauten Umgebung. Durch konzertierte Steuerung muss die Politik (Bund, Land

Kommune) nutzerorientierte Ziele vorgeben und die dafür notwendigen Rahmenbedingungen schaffen. Es geht um den Wechsel von träger- zu nutzerorientierten Hilfen. Hier steuern die Betroffenen und ihre Angehörigen (oder gemeinsam mit beauftragte bzw. gesetzliche Vertreter) die Hilfen. Neben der Einbringung ihrer eigenen und familiären Ressourcen holen sie sich erforderlichenfalls die darüber hinaus notwendigen Hilfen, z. B. von Nachbarn, Bekannten, freiwilligen Helfern und professionellen Diensten hinzu.

Da nicht alle Nutzer in unserem gegliederten System der sozialen Sicherung als kompetente Nutzer auftreten können, hat ein leistungserbringer- und leistungsträgerunabhängiges Assessment und Case-Management – zur Nutzerberatung – zentrale Bedeutung. Dazu muss eine Finanzierungsregelung geschaffen werden.

Vor dem Hintergrund des oben skizzierten Konzepts ergaben sich eine Reihe von Handlungsfeldern, die einer intensiveren Betrachtung bedurften. Schwerpunkte bildeten dabei insbesondere die Themenbereiche:

- lebensfeldzentrierte Prävention,
 - Pflegebedürftigkeit resultierend aus psychischer Erkrankung,
 - altersgerechte Weiterentwicklung der Rehabilitation,
 - Etablierung und Finanzierung von integrierten Hilfen,
 - Wohnen im Quartier,
 - Unterstützungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige,
 - Förderung von Bürgerschaftlichem Engagement,
 - professionelles Aufgabenspektrum im individuellen Hilfe-Mix,
 - Qualitätssicherung im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich.
- Im besonderen Fokus standen dabei die erforderlichen sozialrechtlichen Weiterentwicklungen in den Sozialgesetzen V, IX, XI, XII und das Heimgesetz.

Die Expertengruppe tagte 2005 zweimal in Berlin. Ausgeschieden aus der Expertengruppe sind in diesem Jahr Frau Dr. Kretschmar (Eintritt in den Ruhestand) und Frau Wetzel (Aufgabe des Arbeitsplatzes). Neu aufgenommen in die Expertengruppe wurden Herr Dr. Dietrich (Kuratorium Deutsche Altershilfe) und Frau Dr. Kludas (Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V.).

3.7.2.3 Projektverlauf im Jahr 2006

Vor dem Hintergrund des bereits 2005 erarbeiteten Grundkonzepts ergaben sich eine Reihe von Handlungsfeldern, die einer intensiveren Betrachtung bedurften. Schwerpunkte bildeten dabei insbesondere die Themenbereiche:

- lebensfeldbezogene Prävention,
- altersgerechte Weiterentwicklung der Rehabilitation,
- Pflegebedarf resultierend aus psychischer Erkrankung,
- Etablierung und Finanzierung von integrierten Hilfen im Quartier,
- Unterstützungsmöglichkeiten für Bezugspersonen, vor allem pflegende Angehörige,

- Stärkung der Kultur des Ehrenamtes,
 - Professionelles Aufgabenspektrum im individuellen Hilfe-Mix,
 - Qualitätssicherung im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich.
- Im besonderen Fokus standen dabei die erforderlichen sozialrechtlichen Weiterentwicklungen in den Sozialgesetzen V, IX, XI, XII unter besonderer Berücksichtigung des Persönlichen Budgets sowie das Heimgesetz.

Aufgrund der sich durch den Prozess des Projektverlaufs ergebenden weitergehenden Fragestellungen wurde im Berichtszeitraum die Beschreibung der Ausgangssituation durch aktuelle Daten ergänzt und in Teilbereichen überarbeitet. Ferner wurden fortlaufend vorbildliche Konzepte hinsichtlich ihrer Nutzerorientierung bewertet, teilweise durch Gespräche mit Experten vor Ort. Aufgrund dieser beiden Bestandteile wurden konzeptionelle, administrative und sozialrechtliche Empfehlungen erarbeitet, die in den Zwischenbericht einfließen.

Der Diskussionszwischenstand zum Projekt wurde in Gesprächen am 24.03.2006 mit Staatssekretär Dr. Schröder (BMG) und am 22.06.2006 mit Abteilungsleiterin Frau Karin Knufmann-Happe (BMG) erörtert.

Die Erstellung des Ende Oktober dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegten Zwischenberichts bildete der Schwerpunkt der Projektarbeit in 2006. Er wurde arbeitsteilig erstellt und mehrmals im schriftlichen Umlauf innerhalb der Arbeitsgruppe und der Expertengruppe abgestimmt.

Neben den oben genannten Schwerpunkten (Kapitel 2) waren Themen:

- Steuerung der Hilfen auf den verschiedenen Ebenen
- Auswertung Gespräch mit Herrn Staatssekretär Dr. Schröder und Frau Abteilungsleiterin Karin Knufmann-Happe
- Zusammentragen der Überlegungen für die inhaltliche Planung der Tagung
- Vorbereitung der zwei Sitzungen der Expertengruppe
- Auswertung der Sitzung der Expertengruppe und der Expertengespräche

Die Expertengruppe tagte 2006 zweimal in Berlin. Ausgeschieden aus der Expertengruppe sind im Berichtsjahr Frau Selg (ausgeschieden im Bundestag als Abgeordnete für Bündnis 90/Die Grünen), Herr Dr. Bruns (ausgeschieden beim Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.), Herr Scholten (Arbeitsplatzwechsel im MASFG Rheinland-Pfalz), Herr Steinke (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Im Rahmen der Altersteilzeit in die Freistellungsphase gewechselt). Neu aufgenommen in die Expertengruppe wurden Herr Dr. Meeßen (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.) und Herr Petri (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation). Die aktualisierte Liste der Mitglieder der Expertengruppe ist dem Bericht beigelegt.

Im Beirat standen folgende Themen im Vordergrund:

- Berichte zum Stand des Projekts
- Informationen zum Planungsstand der APK-Jahrestagung
- Erörterung erster Handlungsempfehlungen zur Etablierung und Finanzierung

von integrierten Hilfen, Wohnen im Quartier, Unterstützungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige, Förderung von Bürgerschaftlichen Engagement und Qualitätssicherung im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich

- Vorstellung der Überlegungen zum APK-Zwischenbericht mit intensivem Austausch
- Diskussion der ersten Überlegungen zur Gliederung des Projektabschlussberichts

3.8 Perspektiven

Eine gute und ausreichende Versorgung psychisch kranker alter Menschen, insbesondere mit Demenz wird in den nächsten Jahrzehnten zu einer der größten gesellschaftlichen Herausforderungen.

Dieser Herausforderung muss sich die Gesellschaft stellen.

Trotz aller in den letzten Jahren verbesserter gesetzlicher Vorschriften findet eine Abstimmung der unterschiedlichen Leistungsträger häufig nicht statt.

Erste Ansätze zur Verbesserung dieser Situation sind die neu in das Pflegeversicherungsgesetz aufgenommenen Pflegestützpunkte, die jetzt im Rahmen von Modellprogrammen ihre Arbeit aufnehmen.

Nur mit einem großen Engagement aller Akteure und Betroffenen kann es gelingen, Anspruch und gelebte Wirklichkeit miteinander zu verbinden.

Es bedarf einer überparteilichen Gesamtstrategie, um die gesellschaftlichen und demographischen 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 Arbeitsplatzersatz 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!

4 Zur Diskussion

Die folgenden Vorträge wurden auf der Tagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE zum Projekt am 14. und 15.11.2006 gehalten. Sie sind auch im Tagungsband veröffentlicht: AKTION PSYCHISCH KRANKE, Regina SCHMIDT-ZADEL, Heinrich KUNZE (Hg.), Unsere Zukunft gestalten – Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz, Psychiatrie-Verlag, Bonn 2007.

4.1 Politische und ethische Aspekte

4.1.1 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 Demokrat – auch für sinnvolle Kompromisse stehe. Im Koalitionsvertrag steht, dass die private Krankenversicherung sich an der Finanzierung beteiligt 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 Pflegebegriffs 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.

4.1.2 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 Hilfbereitschaft« 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 mussten damals eine 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 Tarifierhöhungen gibt es das nicht. Dies geschah trotz der Tatsache, dass die Belastung der Arbeitgeber 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 Demenzzranke 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 Demenzzranke 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 etwa 75 % der Menschen im Pflegeheim sozialhilfefrei. Dieser Prozentsatz ist aber heute auf vielleicht 60 % gesunken, d. h., 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 Bundesländer, 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 Länder 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 demografische 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 schwierig 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 dahinter stehen, 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 waren. 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 rund

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 sich derjenige, der über dieses Vermögen verfügt, sich ständig überlegen, welches Deutsche Unternehmen er aufkauft. Bald würde die gesamte Deutsche Wirtschaft am Aktienmarkt 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 Kapitalstockes 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 lesenswerten 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 Herzkreislaufergebnis 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 heraus kommen.

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 war und beide andere Ziele verfolgten. Wir wissen, wie schwierig es ist, zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu unterscheiden. Es liegt oft nur ein Zeitablauf dazwischen.

Es ist sicher nicht der allein seligmachende 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, Michael: Rationierung und zukünftige Reallokationen im Gesundheitswesen. Berlin 2005. Berliner Medizinethische Schriften, Heft 56

4.1.3 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 menscheitsgeschichtlich 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 menscheitsgeschichtlich 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. Gemes-

sen am heute gewachsenen und ja weiterhin wachsenden Gesamthilfebedarfs lautet daher die Diagnose: Überprofessionalität und Überinstitutionalisierung des Helfens versus krankmachende 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 träger- zu 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 Betriebswirtschaftsberater 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 Nachbar-

schaftsvereine; 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 Sterbegleitung 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 generationenübergreifenden 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 mit Hilfe 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 legitimations-selbstmörderisch ihren wettbewerb-begeisterten Unternehmerflügel, sondern ihren noch reaktivierbaren 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 Nach-

barschafts-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.

Literatur

Klaus DÖRNER (2007) Leben und sterben, wo ich hingehöre – Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Edition Jakob van Hodis. PARANUS-Verlag, Neumünster

4.1.4 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 Menschenwürde verbunden (Teilhabe an der Weltvernunft und Fähigkeit zu sittlicher Entscheidung). In der Bibel ist der Ausdruck nicht belegt, wohl aber die in der Gottesebenenbildlichkeit 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, dass 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 Menschenwürde verpflichtenden Pflege, die körperliche Unversehrtheit 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, das 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 Willens.

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 Mitteleuropa 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

4.2 Fachliche Beiträge

4.2.1 Gewalt gegen Menschen mit einer demenziellen Erkrankung

Rolf D. Hirsch

Einführung

Menschen mit einer demenziellen Erkrankung sind je nach Stadium der Erkrankung mehr oder weniger intensiv auf die Hilfe und Unterstützung anderer Menschen und unseres Staates angewiesen. Ihre Lebenswelt zu verstehen bedarf einer besonders hohen Sensibilität, Geduld und Ausdauer. Oft führen Missverständnisse, Verzweiflung, Hilflosigkeit und mangelnde soziale Unterstützung zu Zuspitzungen von Situationen, die von ein- oder beidseitiger Gewalt geprägt sind. Häufig sind diese Situationen nicht ohne Vorgeschichte und führen zu weiteren Eskalationen. Da der größte Teil der Kranken im häuslichen Bereich

lebt, ist »häusliche Gewalt« ein mindestens ebenso wichtiger Themenbereich wie Gewalt in Institutionen (Kliniken und Pflegeheimen). Gewalt gegen Menschen mit einer demenziellen Erkrankung kann verhindert und verringert werden. Gesellschaftliche Stigmatisierung, Verdrängung und Altersdiskriminierung sind häufig die Grundlage von Gewalt gegen diesen Personenkreis. Entscheidend ist, dass ethische Werte einen höheren haben sollten als pekuniäre. Überspitzt ausgedrückt sollte die Monetik nicht bestimmen, wie viel Humanität sich eine Gesellschaft leisten kann. Allerdings sind derzeit die Möglichkeiten, die ohne finanzielle Belastungen bestehen, in keinster Weise ausgeschöpft.

Definition

Mag der Begriff »Gewalt« auch selten ohne Auslösung von Emotionalität benutzt werden können, so beschreibt er die hierzu zu rechnenden Phänomene erheblich eindeutiger als die häufig synonym verwendeten Bezeichnungen wie »Aggression«, »Misshandlung«, »Zwang« und »Vernachlässigung«. Eine Gewalthandlung bedeutet auch meist eine Missachtung geltenden Rechts.

Gewalt wird

- von der Gerontologin DIECK (1987) definiert *»als eine systematische, nicht einmalige Handlung oder Unterlassung mit dem Ergebnis einer ausgeprägten negativen Einwirkung auf den Adressaten. Eine einmalige Handlung/Unterlassung muss sehr gravierende Negativformen für den Adressaten haben, so sie unter den Begriff der Gewalt subsumiert werden können«*. Die sich hieraus ergebenden Gewaltformen sind: aktive und passive Vernachlässigung (neglect) sowie Misshandlung (abuse): körperliche und psychische, finanzielle Ausbeutung sowie Einschränkung des freien Willens;
- von der WHO (2002) etwas umfassender beschrieben als *»der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem Zwang oder physische Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, physischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt«*;
- vom Friedensforscher GALTUNG (1993) als eine *»vermeidbare Beeinträchtigung grundlegender menschlicher Bedürfnisse«* (Wohlbefinden, Überleben, persönliche Identität und Freiheit) verstanden die beeinträchtigt, eingeschränkt oder deren Befriedigung verhindert wird. Gewalt entsteht auf drei Ebenen, die sich gegenseitig beeinflussen (GALTUNG 1993; HIRSCH 2002):
Direkte Gewalt lässt sich eher objektivieren und bezieht sich auf körperliche und psychische Gewalt, finanzielle Ausnutzung, Einschränkung des freien Willens sowie der passiven und aktiven Vernachlässigung.
Strukturelle Gewalt (»Schreibtisch-Täter«) ist eher verdeckt und weniger fassbar als direkte. Vorschriften und Gesetze, um deren Einhaltung sich niemand kümmert, fördern die strukturelle Gewalt. Notwendige Maßnahmen, die durch

monetäre Vorgabe und Einschränkung nicht erfolgen, stützen Gewalt und missachten ethische Pflichten.

Kulturelle Gewalt bezieht sich auf immanente Wertvorstellungen und kollektive Vorurteile, die eine Verringerung von Gewalt erheblich erschweren und strukturelle wie personelle stützen.

In diesem »Gewaltdreieck« wird die Vielschichtigkeit, Komplexität von direkter und indirekter Gewalt mit ihren multiplen Einflussfaktoren beschrieben, die bei Ausgangspunkten für Prävention und Intervention sind. Diese gilt es in jeder Einzelsituation in Form eines Assessments zu eruieren und personenorientierte Maßnahmen zu ergreifen. Allerdings reichen diese nur für Situationen in Beziehungen aus. Weitere Maßnahmen, die schwerer zu beeinflussen sind wie strukturelle und kulturelle Gewaltformen, bedürfen umfassendere Maßnahmen wie z. B. Gesetzesveränderungen, Abbau von Altersdiskriminierung, intergenerative Aktivitäten, Verhinderung von Ausgrenzung sowie externer und interner Kontrollmechanismen.

Altersdiskriminierung

Auf dem Boden von Vorurteilen und Mythen gegen alte Menschen als Gruppe bestehen eine Reihe von Ansichten, die Ausgangspunkt von Diskriminierungen sind, eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen und ein Nährboden für Gewalt gegen alte Menschen bilden können. Begriffe, eine Form von symbolischer Gewalt, wie »Altenplage«, »Seniorenlawine«, aber auch Einstellungen wie z. B. »Bilanzsuizid«, »Altersstarrsinn« oder »Abbau« sowie ein immer wieder beklagter »Fach-Jargon« von Professionellen. Wie z. B. »fertigmachen«, »ruhig stellen« oder »gut führbar« sind hierunter zu zählen. 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,
- unrealistische Wahrnehmung der Lebenswelt alter Menschen,
- abwertende sprachliche Beurteilung des Alters und der Alten.

Eine Fokussierung der Perspektive auf »alt« mit dementsprechender Einstellung (»Abbau«, Belastung und nicht Bereicherung) führt sowohl bei der Diagnostik wie auch bei der Behandlung, Rehabilitation und Pflege zu Unterlassungen und Vernachlässigungen, die dem alten Menschen schaden.

Negative stereotype Annahmen über das hohe Alter sind die Grundlage für Einstellungen zum Alter, die häufig in erniedrigender Sprache ausgedrückt werden und welche ein negatives Bild der körperlichen und geistigen Wesensmerkmale des hohen Alters und der ökonomischen Belastung und gesellschaftlichen Last alter Menschen als Gruppe zeichnet. Solche Ansichten stellen eine Form »symbolischer Gewalt« (BOURDIEU & PASSERON 1977) dar und zielen darauf ab, für die sozialen und wirtschaftlichen Nachteile in der Gesellschaft und die

missbräuchliche Behandlung, wie sie von alten Menschen täglich erlebt wird, eine Rechtfertigung zu schaffen (WHO 2002). Diese Haltungen rühren von einem defizitären Altersmodell oder von einer voreingenommenen Wahrnehmung des Lebens alter Menschen her oder können ein Ausdruck unzugestandener Aversion oder sogar Aggression gegen das hohe Alter selbst sein. Selbst Gespräche unter Fachleuten sind nicht frei von altersbezogener Voreingenommenheit und bei Konzentration auf das Alter tritt häufig die Vernachlässigung der professionellen Pflege eines alten Menschen ein.

Auftreten und Ursachen von Gewalt

Derzeit gibt es nur wenig wirklich belastbare Daten zur Verbreitung von Gewalthandlungen im häuslichen Umfeld und in Einrichtungen (Kliniken und Pflegeheime). Allerdings besteht der Eindruck, dass diesbezügliche Untersuchungen kaum erwünscht sind und sich die Forschung mit diesem Thema immer noch nicht befassen will. Die verwendeten Methoden und zugrunde liegenden Konzeptionen der Untersuchungen sind sehr unterschiedlich. Die Befragung von Opfern ist nur eingeschränkt möglich, sodass verlässliche Befunde zur Prävalenz und Inzidenz von Gewalt kaum zu erhalten sind. Allerdings gibt es ausreichende Untersuchungen, Einzelfallbeschreibungen und Erhebungen von »Gewaltaspekten« (z. B. Fesselung, Nötigung, Einschränkung des freien Willens, Missbrauch des Heim- und Betreuungsrechts), die verdeutlichen, dass Gewalthandlungen gegen Menschen mit einer demenziellen Erkrankung kein »Einzelfall«, sondern ein »Massenphänomen« sind (Übersichten s. GÖRGEN et al. 2002, HIRSCH 2007, HIRSCH & FUSSEK 2001).

Aus den wissenschaftlichen Untersuchungen ergibt sich eine Vielzahl von Hinweisen auf regelmäßig auftretenden Beziehungen zwischen einem Gewaltereignis und vielfältigen Faktoren im Umfeld dieses Ereignisses, die mit den beteiligten Personen in der Situation und den situativen Gegebenheiten zu tun haben. Das komplexe Bedingungsgefüge der unterschiedlichen Faktoren aus verschiedenen Bereichen ist in einer Übersichtsdarstellung auf der Homepage der NACEA (2003) auf die vier Kategorien zusammengefasst worden:

- *Gewaltzyklus*: Das älteste Ursachenmodell wurde aus den Erkenntnissen über Kindermisshandlung übernommen und besagt, dass Misshandlungsverhalten erlernt und von der einen auf die nächste Generation tradiert wird. Die entsprechende Familiendynamik wurde insbesondere für Paarbeziehungen beschrieben, in denen ein Partner pflegeabhängig und dement geworden war.
- *Pflegeabhängigkeit*: Ein eigenständiges Erklärungsmodell war an der Beobachtung orientiert, dass Altenmisshandlung überwiegend in Pflegebeziehungen auftritt. Beeinträchtigung alltagspraktischer und kognitiver Fähigkeiten, psychiatrische Symptome wie Verwirrtheit und Depression sowie die kürzlich

eingetretene Verschlechterung einer kognitiven Beeinträchtigung werden genannt.

- *Pflegebelastung*: Dauerbelastung durch die Pflege und die Notwendigkeit eigene Bedürfnisse und Verpflichtungen gegenüber Familie, Freunden und Beruf zurückzustellen können in Erschöpfung, sozialer Isolation und zu psychischen Belastungssymptomen führen. Dennoch ist trotz dieser Belastungsfaktoren häufig nicht die Pflegesituation per se, sondern das Hinzutreten anderer Faktoren die ein bestehendes Risiko kritisch erhöhen können, wie z. B. das spezielle Lebensarrangement, fehlende Unterstützung in der Versorgung, finanzielle oder emotionale Abhängigkeiten. Auch situative Auslöser, externe Stressoren oder Krankheit der Pflegenden können wirksam sein. Ein besonders häufiger Befund in der stationären Pflege ist das Burnout der Pflegenden. Dabei spielen auch die Stressoren aus dem persönlichen Leben der Pflegenden und die institutionellen sowie situativen Faktoren eine Rolle.
- *Persönliche Probleme der gewalttätigen Person*: In vielen Studien wurden neben den schon erwähnten Belastungssymptomen auch Alkoholismus und andere psychiatrische Störungen, soziale Isolation, emotionale und materielle Abhängigkeit vom Gepflegten beschrieben. Deutlich ist, dass diese Faktoren Personen kennzeichnen, die psychisch labil sind. Gezeigt werden konnte, dass viele der »Täter« selbst schwach und hilflos sind.

Die aktuelle Situation der ambulanten (3736 Pflegedienste) und stationären (3945 Einrichtungen) Pflege wird im 2. *Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen* (2007) beschrieben. Folgende Angaben werden u. a. gemacht:

- Mängel bei der Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr: 29,6 % (ambulant) und 34,4 % (stationär)
- Qualitätsdefizite bei der Inkontinenzversorgung: 21,5 % (ambulant) und 15,5 % (stationär)
- Versorgungsdefizite bei der Dekubitusprophylaxe: 42,4 % (ambulant) und 35,5 % (stationär)
- Qualitätsmängel bei der Versorgung von gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Versicherten: 26,1 % (ambulant) und 30,3 % (stationär).

Im häuslichen Bereich

Eine Gewalthandlung innerhalb der Familie geschieht nicht einfach so. Jede hat ihre – meist jahrelang sich zuspitzende – Vorgeschichte und wird beeinflusst von einer Vielzahl von individuellen, inner – und außerfamiliären Faktoren. Wenn Vorzeichen von Gewalt – und sind sie auch noch so unterschwellig- nicht bewusst, erkannt oder vertuscht werden, kommt es oft zur Gewalthandlung. Selten bleibt diese dann ein Einzelfall. Herrscht Gewalt erst nur in einer speziellen Situation (z. B. beim Essenreichen) so kommen bald weitere hinzu (z. B. beim Waschen, bei

der Medikamentenverabreichung). Häufigkeit und Intensität von Gewalthandlungen nehmen zu und werden dann als »alltägliche Notwendigkeit« interpretiert und aufrechterhalten, da der alte Mensch sich dagegen mit den ihm noch verbleibenden Möglichkeiten wehrt (z. B. vermehrtes Einnässen, Schreien, Schlagen). Der »Gewaltkreis« ist geschlossen. Alternativen sind nicht mehr möglich. Häufig sind Gewalthandlungen Endpunkte von sehr belastenden Beziehungen und Zeichen eines Erschöpfungszustandes von pflegenden Angehörigen. Sie sind auch Hinweise für Kontrollverlust, Ausweglosigkeit und Zukunftsangst.

Gewalthandlungen von Pflegenden gegen Pflegebedürftige werden überwiegend in der Größenordnung zwischen 5 und 25 % angegeben, in Einzeluntersuchungen bis zu 55 %. In der Literatur werden als wesentliche Faktoren diskutiert, die sich wechselseitig beeinflussen können:

- Belastungen in der häuslichen Pflege (kritische Situationen, »36-Stunden-Tag«, Überforderung, Scham vor Inanspruchnahme von Hilfen, unzureichende Hilfsangebote)
- belastende Beziehungsdynamik zwischen Täter und Opfer (Schwierigkeiten bereits vor der Erkrankung, Abhängigkeit, filiale Unreife, pathobiotische Beziehungsstruktur)
- Merkmale des Täters (psychische Störung, finanzielle Abhängigkeit, minimale Belastungsfähigkeit, »Helfersyndrom«)
- Merkmale des Opfers (Unfähigkeit, sich verständlich zu machen, Verhaltensauffälligkeiten, Verringerung von sozialen Schwellen)
- unzureichende soziale Unterstützung (mangelhaftes Hilfenetz, finanziell unzureichendes Stützwerk, wenig Unterstützung durch andere Familienangehörige)

Keiner der genannten Faktoren kann allein die Entstehung von Gewalt in der Pflegebeziehung erklären und vorhersagen. Ihr Zusammenwirken erhöht jedoch das Risiko von Gewalt in der Pflegebeziehung und macht präventive Maßnahmen notwendig, um einem Eskalieren vorhandener Probleme in der Betreuung vorzubeugen.

Gewalt in Institutionen

Systematische Untersuchungen über Gewalthandlungen in deutschen Institutionen (Kliniken und Altenpflegeheimen) gibt es kaum. Überwiegend wurden nur einzelne Gewaltphänomene wie Einschränkung der Bewegungsfreiheit (Einsperren und Fesseln, »Zwangsumsiedlung« in ein Pflegeheim), Psychopharmakamissbrauch (Über-, Unter- und Fehlmedikation) und Auftreten von Druckgeschwüren untersucht. Weitere Problemfelder, die auf Misshandlungen hinweisen sind Fehl-, Mangel und Unterernährung sowie Missbrauch mit der rechtlichen Betreuung. Die Häufigkeitsangaben aus den vorliegenden Untersuchungen sind sehr heterogen und können ebenfalls nur als Annäherungswert gedeutet wer-

den. Diesbezügliche Angaben liegen bei bis zu 80 %. Ein in den letzten Jahren nach MAISCH (1997) neu aufgetretenes Phänomen sind Serientötungen älterer schwerstkranker Menschen in Kliniken und Pflegeheimen.

In Pflegeheimen können *sozialpsychologische Faktoren* gewaltfördernde Auswirkungen haben, die nicht zu unterschätzen sind. Folgende Untersuchungsergebnisse tragen zur Erklärung mancher Handlungsweisen von Mitarbeitern in diesen Einrichtungen bei. Sie sollten mehr als bisher in Überlegungen zur Prävention und Intervention einbezogen werden:

- die Ausführungen von GOFFMAN (1961) zur »totalen Institution« mit den Aspekten: abgeschlossenes, formell geregeltes Leben, Kontrolle der Außenkontakte, alle Lebensläufe innerhalb einer Institution, Aufhebung der Privatsphäre, Einbuße der Eigeninitiativen durch Tagesstrukturierung, Asymmetrie der Macht (Bewohner/Patienten-Pflegepersonal), Führungsstil, Verlust persönlichen Besitzes.
- das Konzept der »erlernten Hilflosigkeit« (SELIGMANN 1975), welches besagt, dass Menschen Hilflosigkeit und depressives Verhalten erlernen können, wenn sie Ereignisse ihrer Umwelt als zufällig, unkontrollierbar und damit unabhängig vom eigenen Verhalten erleben.
- die Ergebnisse des »Milgram-Experiments« (MILGRAM 1982, 2002; NEUBACHER 2002). Kernaussagen sind, dass Grausamkeit abhängig ist von Autoritätsstrukturen, Unmenschlichkeit von sozialen Beziehungen und diese mit zunehmender Distanz zum Opfer steigt.
- die Erkenntnisse aus dem »Stanford-Experiment« (ZIMBARDO et al. 2001, 2002; WALTER 2002), welches über Auswirkungen von einer künstlich hergestellten Gefängnissituation handeln. Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass jeder Mensch unter gewissen Rahmenbedingungen zunehmend grausamer und gewalttätiger werden kann. Eine einseitige und uneingeschränkte Machtverteilung, die Ausrichtung nach stereotypen Vorstellungen, keine Ausbildung, Tragen von Uniformen und Selbstabwertung können dazu führen.

Trotz dieser sozialpsychologischen Kenntnisse, die besonders die Auswirkungen von destruktiven Einflüssen auf Personen untersuchten, werden bisher strukturelle Gegebenheiten und kulturelle bzw. symbolische Einflussgrößen kaum berücksichtigt, auch wenn immer wieder über die Wichtigkeit der Milieugestaltung gesprochen wird. Selten tritt eine Gewaltform allein auf. So ist z. B. körperliche Gewalt oft verbunden mit psychischer, Vernachlässigung mit struktureller, Isolation mit kultureller. Die Beziehungsmuster sind oft geprägt von gegenseitiger Abhängigkeit (emotional, materiell) und einer Beziehungsasymmetrie (alter Mensch – jüngerer Mensch, Stärkerer – Schwächerer).

Übereinstimmend geht aus den meisten Untersuchungen hervor, dass institutionelle Gewalt mit Bewohnereigenschaften, konflikthaften Interaktionen, Arbeitsunzufriedenheit und Personal-Burn-out einhergehen. Von Bedeutung ist

auch eine reziproke Aggressionsdynamik zwischen den Altenheimbewohnern und nachfolgender Misshandlung durch das Personal. Eine Gewaltsituation der Pflegenden muss von dem situativen Kontext her verstanden werden, der durch extreme Arbeitsbedingungen und Rolleninkompatibilität gekennzeichnet ist. Obwohl Pflegekräfte überwiegend die zentrale Rolle für die Pflege der Bewohner übernommen haben, erfahren sie nur wenig Wertschätzung, werden unterbezahlt, als beliebig austauschbar angesehen und sind regelmäßig in Konflikte mit Bewohnern, ohne für diese schwierige Situation ausgebildet zu sein oder Praxisanleitung zu erhalten. Insofern muss die Misshandlung in Institutionen in Zusammenhang mit einer »systemischen Misshandlung« verstanden werden. Health Canada (1994, zitiert nach GOODRIDGE et al. 1996) definiert diese als: *Schädliche Situationen die geschaffen, angebahnt oder auch nur erlaubt werden durch Abläufe in Institutionen in denen nicht genügend Hilfsmittel vorhanden sind, um die anerkannten Pflegestandards zu erreichen.*

Zu berücksichtigen gilt, dass die medizinische, insbesondere die gerontopsychiatrische Versorgung in Pflegeheimen unzureichend ist (HIRSCH & KASTNER 2004). Ist auch die Versorgung durch Ärzte für Allgemeinmedizin in Pflegeheimen quantitativ ausreichend und wird als befriedigend erlebt, so trifft dies auf die von Fachärzten nicht zu (HALLAUER et al. 2005). Von Neurologen und Psychiatern werden nur ein Drittel der Bewohner erreicht. Die Versorgung mit Frauenärzten, Augenärzten und HNO-Ärzten fehlt fast völlig, die Betreuung durch Urologen, Orthopäden und Zahnärzten ist unzureichend.

Jede Form der institutionellen Misshandlung und des Zwangs, mögen sie auch medizinisch oder organisatorisch begründbar scheinen, haben ein destruktives Potenzial für den Klienten, seinen Angehörigen, den professionellen Helfer und der Institution. Notwendig ist, das Misshandlungspotenzial von Institutionen zu erkennen. Während psychiatrische Einrichtungen dazu tendieren, dieser Erkenntnis Rechnung zu tragen, herrscht in anderen nichtpsychiatrischen medizinischen Einrichtungen eher die Einstellung vor, alle Zwangsmaßnahmen als medizinisch notwendige Maßnahmen anzusehen. Ein entscheidendes Kriterium für die Zulässigkeit und Qualität bei der Behandlung und Betreuung älterer Menschen ist, in welchem Umfang eine erfolgte Einschränkung von Freiheit und Würde vermeidbar gewesen wäre.

Präventionsansätze

Unter Prävention versteht man jede Handlung, die vorausschauend einen drohenden Schaden verhindern soll. Voraussetzung hierfür ist, dass ein unerwünschtes Ereignis mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit voraussehbar ist und dass Maßnahmen, dieses zu verhindern oder zu verringern, hierfür zur Verfügung stehen. Ansatzpunkte sind die Beeinflussung von Individuen und von Umständen sowie Bedingungen, die zu Gewalt führen. Grundsätzlich ist daher Einfluss auf

mehreren Ebenen zu nehmen, um wirkungsvolle Gewaltprävention durchführen zu können.

Voraussetzung aller Prävention ist die gesellschaftliche Ächtung von Misshandlung und der Schutz der Gemeinschaft für schwächere Gruppen. Die derzeitigen Gesetze zum Schutz für den familiären und institutionellen Bereich reichen nicht aus. Die Diskussion über Gesetze gegen die Altersdiskriminierung ist immer noch nicht abgeschlossen. Mögen auch Melde- und Anzeigepflichten diskutierbar sein, so können diese Bemühungen auch als Signal verstanden werden, dass die Ahndung von Altenmisshandlung nicht nachrangig der Kindes- oder Frauenmisshandlung ist.

Vielfältige Ansätze wurden zur Gewaltprävention gegen alte Menschen beschrieben. Einzelne Beispiele mögen in diesem Zusammenhang genügen, um die Vielfalt der Anstrengungen zu verdeutlichen (GÖRGEN et al. 2002, HIRSCH 2006):

- In den USA und Kanada werden seit Langem sogenannte Gatekeeper-Programme erprobt. Da viele hilfebedürftige alte Menschen von Hilfsangeboten nicht erreicht werden, werden Personengruppen (z. B. Postboten, Bankangestellte, Behördenmitarbeiter), die mit diesen Kontakt haben, geschult, Indikatoren von Misshandlung, Vernachlässigung und Bedürftigkeit zu erkennen und Hilfen einzuschalten.
 - Eine kalifornische non-profit-Organisation fokussiert ihre Bemühungen auf einer Verringerung von finanzieller Ausbeute und hat ein diesbezügliches öffentliches den privaten Sektor integrierendes Netzwerk aufgebaut. Neben Öffentlichkeitsarbeit werden Trainings für Mitarbeiter von Institutionen im Finanzbereich durchgeführt.
 - Im National Center on Elder Abuse (NCEA) werden alle Erkenntnisse über die Gewalt gegen alte Menschen gesammelt, Materialien erarbeitet und der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Es organisiert Fortbildungen und Trainings, betreibt Öffentlichkeitsarbeit und kümmert sich um den Austausch von Informationen über praktische Handlungsansätze zur Gewaltprävention und -intervention.
 - In Österreich wurde eine »Plattform gegen die Gewalt in der Familie« gegründet worden, die ein Netzwerk von derzeit 26 etablierten Beratungseinrichtungen betreibt, in welche auch alte Menschen einbezogen sind.
 - Frankreich setzt auf ein koordiniertes Netzwerk anonymer telefonischer Beratungsangebote.
 - In Norwegen wurden Schutzdienste für alte Menschen aufgebaut und das »Norwegian Centre for Information and Studies on Violence« eingerichtet.
- In Deutschland gibt es verschiedene regional tätige Notruftelefone, Krisenberatungs- und Beschwerdestellen, die überwiegend für Pflegemängel zuständig sind (HIRSCH & ERKENS 1999, HIRSCH 2006). Beschrieben wird ein Bündel

von Maßnahmen sowie Interventionen, die zur Verringerung von Gewalthandlungen führen. Die präventiven Angebote beziehen sich auf Schulungen und Fachvorträge für in der Altenarbeit Tätige sowie Tätigkeiten in kommunalen Gremien und Öffentlichkeitsarbeit. Aus einigen Regionen wird noch über die Arbeit von Ombudsmännern und anderen niederschwelligen Anlaufstellen berichtet. Besonders segensreich wirken die lokalen Selbsthilfegruppen, insbes. die Alzheimer-Gesellschaften.

Einige grundsätzliche Handlungsfelder im Bereich der Prävention, die z. T. auch für die Intervention gelten, lassen sich beschreiben (GÖRGEN et al. 2002, HIRSCH & VOLLHARDT 2002):

- Information, Aufklärung, Sensibilisierung und Schulung: Dies sollte schon in der Schule beginnen, um Vorurteile gegen das Alter frühzeitig entgegenzutreten. Notwendig ist eine aufgeschlossene Öffentlichkeitsarbeit und eine gezielte Information und Schulung der Professionellen und auch von Laienhelfern bzw. Selbsthilfegruppen. Derzeit gibt es neben spezifischer Fachliteratur Trainingsmanuale, strukturierte Curricula und anspruchsvolle Weiterbildungsmöglichkeiten.
- Regionale Vernetzung der für alte Menschen zuständigen Einrichtungen, Hilfen, niederschwelligen Angeboten und ehrenamtlichen Einrichtungen, um in diesen eine gemeinsame Sensibilisierung zu erreichen und eine verbindliche Kooperation zu fördern. Gerade präventive Angebote (Komm- und Hingeh-Strukturen) bedürfen der Unterstützung aller regionaler Einrichtungen, um alte Menschen vor Gewalt bewahren zu können. Von großem Wert sind »Telefonketten«, organisierte kontinuierliche Besuchsdienste und Seniorentreffs.
- Ordnungsrechtliche und strafrechtliche Tätigkeiten: Heimaufsicht und Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen können sehr wohl durch ihre regelmäßigen, grundsätzlich unangekündigten Kontrollen, gewaltpräventiv tätig sein. Sie können zur Verringerung von Missständen einen wichtigen Beitrag leisten. Anzeigen bei der Polizei und das Tätigwerden von Gerichten bei Gewalthandlungen wirken abschreckend und können gewaltverringend wirken.
- Gibt es auch eine Reihe von Gesetzen, die alte Menschen vor Gewalt schützen sollen (z. B. Pflegeversicherungsgesetz, Heimgesetz, Betreuungsrecht), so tragen diese nur beschränkt zur Verringerung von Gewalt bei. Schutzgesetze wie z. B. in den USA gibt es nicht, ebenso keine gesetzlich vorgegebenen aufsuchenden Dienste in kritischen Situationen, wie sie z. B. das Kinderschutzgesetz kennt. Der häusliche Bereich wird vom Gesetzgeber bisher nicht berücksichtigt. Wird das Heimgesetz – wie diskutiert – Ländergesetz, so wird die bisherige Gleichgestaltung in Deutschland aufgegeben. Zu befürchten ist, dass auf Kosten alter Menschen erhebliche Ungleichheiten auftreten und eine Verschiebung von Pflegebedürftigen in das Bundesland mit dem »weichsten« Heimgesetz in Gang kommt.

Interventionsansätze

Die Klärung, ob eine Gewalthandlung und wie diese beeinflusst werden kann, bedarf eines mehrschichtigen Prozesses (Assessment). Bei vorliegendem Verdacht muss dieser erst objektiviert werden. Grundsätzlich ist eine eingehende körperliche Untersuchung (Verletzungen? Dekubitus? Mangelernährung?) erforderlich und die Medikation (Unter-, Fehl- oder Überdosierung?) zu überprüfen. Einzubeziehen sind Angaben von Dritten. Bisher eher vernachlässigt wurde, körperliche Veränderungen als Hinweise für eine Gewalthandlung zu sehen. Leider fehlen bisher noch diesbezügliche objektive Kriterien, wie sie aus der Kindes- und Frauenmisshandlung bekannt sind. Ein weiterer Schritt ist die Einbeziehung des/der »Täter«, die Klärung der oft pathogenen Beziehungsmuster sowie der situativen Faktoren. Erforscht werden muss weiterhin, wie motiviert die betroffene Person ist, ob sie sich eine Veränderung vorstellen kann und inwieweit sie sich aktiv an den notwendigen Veränderungen beteiligen kann. In manchen Beziehungskonstellationen wird eine Hilfe von außen abgelehnt, da die Befürchtung besteht, dass dadurch die betroffene Person noch mehr Gewalt ausgeliefert ist. Ist ein weiterer Klärungsprozess möglich, müssen differenzierte Untersuchungen zur Person, Situation und den entsprechenden Umweltfaktoren folgen. Zu eruieren ist auch, welche Hilfen zur Veränderung real möglich sind. Darauf stützen sich dann die Interventionen, die manchmal auch eine Strafanzeige beinhalten können.

Oft ist professionelle Hilfe erforderlich, um einen Weg aus der Gewalt zu finden und diesen zu stabilisieren. Unterschiedliche Berufsgruppen tragen zum Gelingen bei. Ärzten kommt hierbei wegen ihres Ansehens und Vertrauens, welches sie genießen, eine besondere Verpflichtung zu. Obwohl in der ICD-10 »Misshandlungssyndrome« (T74) klassifiziert sind (z. B. Vernachlässigung oder Imstichlassen, körperlicher, sexueller, psychischer Missbrauch), werden diese von Ärzten kaum benutzt. Zur Unterstützung der Ärzte wurde der Leitfaden »Diagnose: Häusliche Gewalt« von der Ärztekammer Nordrhein u. a. erarbeitet (MAGS-NRW 2005).

Einige Beispiele über Interventionen aus dem In- und Ausland sollen die Vielfalt der Möglichkeiten von Interventionen verdeutlichen (GÖRGEN et al. 2002, HIRSCH 2006, MAGS-SH 2000):

- Notruf- und Krisentelefone leisten nicht nur präventive Arbeit, sondern intervenieren auch bei Gewalthandlungen. Zahlreiche Fallbeispiele verdeutlichen die Vielfalt von möglichen Verflechtungen von Personen, die an der Gewalt beteiligt sind. Notwendig sind meist mehrere Hausbesuche und eine gemeinsame Erarbeitung von Interventionsschritten.
- Der Einsatz von Mediationstechniken durch Ombudsleute und ehrenamtliche Helfer soll Beziehungskonflikte zwischen alten Menschen und ihren Pflegepersonen in einer frühen Phase und mit wenig Eingriffstiefe entschärfen. Gesucht wird durch eine neutrale Vermittlung die Konflikte zu lösen.

- Die in Frankreich eingerichteten anonymen telefonischen Beratungsangebote (ALMA) werden von Ehrenamtlern durchgeführt. In 46 Regionen sind diese eingerichtet und sind für alle alten Menschen zuständig. Von großem Wert ist, dass die geschulten Berater ihrerseits Beschwerden und Schilderungen über Gewalthandlungen an Fachleute aus gerontologischen Professionen weiterleiten und diese das weitere Vorgehen dann entscheiden.
- Eine Hilfe für ältere Opfer von Gewalt bietet die »Elder Abuse response Helpline mit Sitz in London. Das Angebot der (anonymen) Helpline bietet die Möglichkeit, sich auszusprechen, Informationen über weitere Hilfen zu erhalten sowie über rechtliche Fragen.
- Aus den USA, Kanada und Großbritannien wird über positive Erfahrungen mit angeleiteten Selbsthilfegruppen für ältere Frauen, die Gewalt im häuslichen Bereich wurden, berichtet. Diese Gruppen fördern Gesundheit und Wohlbefinden, insbesondere aber auch eine Isolationsverringern und Stärkung von individuellen Veränderungswünschen.

Damit Hilfsangebote von Professionellen sinnvoll genutzt werden können, bedarf es folgender Ausrichtungsaspekte (GÖRGEN et al. 2002, WALENTICH et al. 2005):

- Achtung auf die Autonomie alter Menschen
- adäquate und »minimale« Maßnahmen
- Orientierung an einer positiven realistischen Zielsetzung
- »Gewalt-Assessment« (HIRSCH 2006) zur Erfassung aller Faktoren und Hilfsmöglichkeiten
- Multiprofessionelles und geduldiges Vorgehen
- Einbindung vorhandener regionaler Einrichtungen
- Überprüfung der Maßnahmen auf ihre Wirkung.

Handlungskonzepte setzen zwar meist im persönlichen direkten Bereich an, sollten aber auch strukturelle und zumindest im Hintergrund auch kulturelle Aspekte einbeziehen. Die Handlungsansätze richten sich nach dem Ergebnis des durchgeführten Assessments (HIRSCH 2006, HIRSCH & VOLLHARDT 2002). Grundsatz ist:

- Sofortiger Schutz der betroffenen Person
- Behandlung von körperlichen Verletzungen oder Mangelzuständen
- Beeinflussung der »Täter« bzw. der pathobiotischen »Täter-Opfer-Symbiose« durch Vermittlung von Hilfen
- Beeinflussung von morbiden strukturellen Gegebenheiten
- Überprüfung des Ergebnisses.

Maßnahmen in Institutionen beziehen sich in erster Linie auf die Mitarbeiter, deren soziale Unterstützung untereinander und die von Vorgesetzten, Team-Supervision, sowie auf die Organisationsform, die Umgangsweisen der Vorgesetzten (»Modell«) mit den Mitarbeitern, die Eindeutigkeit der Arbeitsfelder, das Betriebsklima, die Art der Dienstvorschriften, die Institutionsphilosophie und

das dahinterstehende »Menschenbild«. Hinzuweisen ist noch auf die Vielzahl der im Internet zur Verfügung stehenden Fach-Informationen.

Ausblick

Möglichkeiten zur Verringerung von Gewalt ist im familiären Umfeld meist im persönlichen Bereich möglich, in Institutionen überwiegend im strukturellen.

Die vielfältigen Bilder der Gewalt wie körperliche, psychische, soziale, strukturelle und kulturelle verdeutlichen, wie vielschichtig eine Gewaltsituation gesehen werden muss. In der Familie ist es oft nicht möglich, exakt zwischen »Täter« und »Opfer« zu unterscheiden. In Institutionen darf nicht vergessen werden, dass auch alte Menschen aggressiv werden können und durch Dritte auch massive meist strukturelle Gewalt auf Mitarbeiter ausgeübt wird. Entscheidend ist, dass keine Gewalthandlung bagatellisiert oder entschuldigt werden kann, sondern Alternativen gefunden werden müssen. Immer noch gibt es viel zu wenige Möglichkeiten für Betroffene, Hilfe zu erhalten z. B. durch Notruftelefone oder Krisenberatungsstellen und Selbsthilfegruppen. Noch zu wenig beachtet wird die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen.

Literatur

- Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter – Handeln statt Misshandeln e. V. (2001): Curriculum gegen Gewalt in der Pflege. Bonn 2001.
- BOURDIEU, P. & Jean-Claude PASSERON, J.-C. (1973): Grundlagen einer Theorie der symbolischen Gewalt, Frankfurt am Main.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit (2006): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Berlin.
- DIECK, M. (1987): Gewalt gegen ältere Menschen im familialen Kontext –Ein Thema der Forschung, Praxis und der öffentlichen Information. Zeitschrift für Gerontologie 20, 305–313.
- GALTUNG, J. (1993): Kulturelle Gewalt. in: Landeszentrale für politische Bildung BW (Hrsg.), Aggression und Gewalt. Stuttgart, Kohlhammer, S. 52–73.
- GOFFMAN, E. (1961): Asyle. Suhrkamp, Frankfurt.
- GOODRIDGE, D.M., JOHNSTON, P., THOMPSON, M. (1006): Conflict and aggression as stressors in the work environment of nursing assistants: implications for institutional elder abuse. Journal of Elder Abuse and neglect 8, 49–67.
- GÖRGEN, Th., KREUZER, A., NÄGELE, B., KRAUSE, S. (2002): Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Band 217. Kohlhammer, Stuttgart.
- HALLAUER, J., BIENSTEIN, Chr., LEHR, U. & RÖNSCH, H. (2005): SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Vincentz, Hannover.
- HIRSCH, R.D. (2002): Das »Gewalt-Assessment. In GUTZMANN, H., HIRSCH, R.D., TEILING, M., KORTUS, R. (Hrsg.): Die Gerontopsychiatrie und ihre Nachbardisziplinen. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Band 3. Kohlhammer, Stuttgart, S. 643–662.

- HIRSCH, R.D. (2006): Zur Notwendigkeit von Beratungsstellen für gewaltbetroffene alte Menschen. In HEITMEYER W., SCHRÖTTLE, M. (Hrsg.): Gewalt. Bundeszentrale für politische Bildung, o. O., S. 171–188.
- HIRSCH, R.D. (2007): Gewalt und Misshandlungen in Pflegeeinrichtungen und deren Prävention. In: Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg.): Prävention von Folter und Misshandlung in Deutschland. Nomos, Baden-Baden, S. 285–322.
- HIRSCH, R.D. & ERKENS, F. (Hrsg.) (1999): Wege aus der Gewalt. Bonner Schriftenreihe »Gewalt im Alter«, Band 5, Mabuse, Frankfurt a. M.
- HIRSCH, R.D., FUSSEK, C. (2001): Gewalt gegen pflegebedürftige alte Menschen: Gegen das Schweigen. Berichte von Betroffenen. Bonner Schriftenreihe »Gewalt im Alter«, Band 4 (3. Aufl.), Mabuse, Frankfurt.
- HIRSCH, R.D. & KASTNER, U. (2004): Heimbewohner mit psychischen Störungen. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- HIRSCH, R.D. & VOLLHARDT, B.R. (2002): elder maltreatment, in: JACOBY, R. & OPPENHEIMER, C. (2002): (Ed.), psychiatry in the elderly, Oxford/New York, pp. 896–918.
- Landespräventionsrat NRW (2006): Gefahren für alte Menschen in der Pflege-Leitfaden. Düsseldorf.
- MAISCH, H. (1997): Patiententötungen. Kindler, München.
- MILGRAM, St. (1982): Das Milgram-Experiment. Zur Gehorsambereitschaft gegenüber Autoritäten. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg.
- MILGRAM, St. (2002): Einige Bedingungen von Gehorsam und Ungehorsam gegenüber Autoritäten. In: NEUBACHER, M. & WALTER, M. (Hrsg.): Sozialpsychologische Experimente in der Kriminologie. Milgram, Zimbardo und Rosenhain kriminologisch gedeutet, mit einem Seitenblick auf Dürrenmann. Lit-Verlag, Münster, S. 15–42.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (2007): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 2. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach § 118 Abs. 4 SGB XI, Essen.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Landes NRW & Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes NRW (Hrsg.), Diagnose. Häusliche Gewalt – Leitfaden.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein (Hrsg.) (2000): »Gleich nehme ich ihr die Klingel weg«. Eine Arbeitshilfe für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Kiel 2000.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein (Hrsg.) (2002): »Da kann man doch nur noch durchgreifen, oder ...?«. Eine Arbeitshilfe für die Aus-, Fort- und Weiterbildung.
- National Center on Elder Abuse (NACEA), The Basics, 2003, Download unter www.elderabusecenter.org/default.cfm?p=BASICS:CFM:
- SELIGMANN, M.E.P. (1975): Erlernte Hilflosigkeit. Urban & Schwarzenberg, München.
- SOWARKA, D., SCHWICHTENBERG-HILMERT, B. & THÜRKOW, K. (2002): Gewalt gegen ältere Menschen: Ergebnisse aus Literaturrecherchen. Berlin 2002
- WALENTICH G., WILMS, Y. & WALTER, M. (2005): Gewalt gegen ältere Menschen in der häuslichen und institutionellen Pflege. Bewährungshilfe 52, S. 166–182.
- World Health Organisation (2002): World report on violence and health. WHO, Genf.

- ZIMBARDO, P., CRAIG, H. & BANKS, C. (2001): Das Stanford-Gefängnis-Experiment. Eine Simulationsstudie über die Sozialpsychologie der Haft. Santiago, Goch (2. Aufl.).
- ZIMBARDO, P., CRAIG, H., BANKS, C. & JAFFE, D. (2002): Psychologie der Gefangenschaft – deprivation, macht und pathologie. In: NEUBACHER, M. & WALTER, M. (Hrsg.): Sozialpsychologische Experimente in der Kriminologie. Milgram, Zimbardo und Rosenhain kriminologisch gedeutet, mit einem Seitenblick auf Dürrenmann. Lit-Verlag, Münster, S. 69–91.

4.2.2 Aufenthalt psychisch kranker alter Menschen im Allgemeinkrankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance?

Klaus Nißle

Problemstellung

Altersbedingte psychische Erkrankungen erhalten durch die demografische Entwicklung eine sich zuspitzende sozial- und gesundheitspolitische Relevanz. In den Allgemeinkrankenhäusern entfallen bereits 50 % der Pflegetage auf über 65-Jährige.²⁵ Insbesondere Abteilungen, deren Klientel im Schwerpunkt aus älteren Patient/innen besteht, haben mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen zu tun. Eine besondere Herausforderung liegt dabei in der Versorgung Demenzkranker, die in der Regel aufgrund somatischer Erkrankungen in die Kliniken eingewiesen werden. Die Demenz tritt dann bei der Behandlung dieser Erkrankungen als »Störfaktor« auf und wird für die Mitarbeiter/innen und andere Patient/innen zum Problem. Nicht selten wird der Krankenhausaufenthalt für die älteren Patienten zu einer Krisensituation mit negativen Auswirkungen auf die weiteren Lebensperspektiven. Den Problemen bei der Behandlung Demenzkranker kann teilweise nur mit Sedierungen und Fixierungen begegnet werden, um die Abläufe aufrecht zu erhalten. Bei eher »unauffälliger« psychischer Komorbidität bleiben die psychischen Beeinträchtigungen in aller Regel unbeachtet, wodurch sich die Genesung der Patient/innen häufig verzögert oder verkompliziert. Neben den negativen Auswirkungen auf die Lebensqualität der Patient/innen hat dies auch finanzielle Konsequenzen durch überproportional häufige und lange Krankenhausaufenthalte sowie vermeidbare Heimeinweisungen oder Verlegungen in Psychiatrische Krankenhäuser.

Bei der Bestandsaufnahme der Probleme und Defizite im Akutkrankenhaus hinsichtlich der Versorgung dieser Menschen zeigte sich, dass die eingeschränkte

²⁵ Vgl. BERGENER, Manfred 1998: Epidemiologie psychischer Störungen im höheren Lebensalter. In: KRUSE, Andreas 1998. Psychosoziale Gerontologie. Bd. 1: Grundlagen. Jahrbuch der medizinischen Psychologie 15. S. 97

Versorgungsqualität einerseits auf fehlendes gerontopsychiatrisches Hintergrundwissen zurückzuführen war, andererseits aber auch bedingt durch strukturelle Rahmenbedingungen.

Um Eskalationen und Negativspiralen zu vermeiden, bedarf es professioneller Unterstützung, die insbesondere von speziellen (geronto-)psychiatrischen Fachdiensten geleistet werden kann. In der Fachliteratur werden verschiedene Organisationsformen dieser Dienste diskutiert. Während im *Konsiliarmodell* der meist ärztliche Berater lediglich bedarfsweise für einzelne Patient/Innen hinzugezogen wird, ist dies im *Kontraktmodell* regelmäßig bei bestimmten Patienten-, Diagnose- oder Problemgruppen der Fall. Die weitestreichende Form wird als *Liaisonmodell* bezeichnet. Es umfasst die anfrageunabhängige, regelmäßige Präsenz des Konsiliars in einer Behandlungseinheit.

Das Modellprojekt

Im Oktober 2000 wurde erstmals ein Projekt zur Verbesserung der Versorgung gerontopsychiatrisch Erkrankter im Allgemeinkrankenhaus in das Modellprogramm des Bundesgesundheitsministeriums aufgenommen. Träger der Maßnahme ist das Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren. Kooperationspartner ist das Klinikum Kaufbeuren-Ostallgäu, ein Allgemeinkrankenhaus der zweithöchsten Versorgungsstufe, das alle medizinischen Fachdisziplinen abdeckt.

Im Rahmen des Projekts wurde ein gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst gebildet, welcher aus einem multidisziplinären Team mit einem Facharzt (1,0), zwei Krankenschwestern für Psychiatrie/Gerontopsychiatrie (1,0), einer Ergotherapeutin (0,5) und einer Sekretärin (0,5) besteht.

Wissenschaftlich begleitet wurde das Projekt durch das Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (*iso*) Saarbrücken.

Aufgaben des Konsiliar- und Liaisondienstes

Zielgruppe des gerontopsychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienstes sind Patient/innen über 65 Jahre, bei denen neben einer körperlichen Erkrankung auch eine psychische Beeinträchtigung besteht. Dabei können die Krankheiten unabhängig voneinander bestehen oder sich gegenseitig beeinflussen. Weitere Zielgruppen sind das Krankenhauspersonal, dessen psychosoziale Kompetenz im Umgang mit gerontopsychiatrisch Erkrankten gestärkt werden soll sowie Kooperationspartner im Außenfeld. Im Modellverlauf haben sich folgende Aufgabenschwerpunkte im Bereich der Patientenversorgung herausgebildet:

- Diagnostik, Behandlungsempfehlung, Verlaufsmontoring
Bei direkten Konsilanfragen geht es in der Regel zunächst um eine schnelle Unterstützung bei der Diagnostik und der Behandlung. Diese Anfrage bezieht sich meist auf die fachärztliche Kompetenz und wird vom Modellarzt wahrgenommen. Die Behandlungsempfehlung umfasst einen Medikamentenvorschlag

und die Planung weiterer Unterstützung durch den Fachdienst. Wichtig ist zudem, den eingeschlagenen Therapieweg in festgelegten Abständen zu überprüfen und die Maßnahmen ggf. anzupassen.

- **Krisenintervention**

Die patientenbezogene Krisenintervention wird in aller Regel bei schweren Verhaltensauffälligkeiten notwendig. Dazu zählen aggressives Verhalten gegenüber dem Klinikpersonal oder gegenüber Mitpatient/innen, Verweigerung notwendiger Maßnahmen im Bereich der Pflege oder Behandlung sowie Wahnzustände, die den Eindruck einer Unberechenbarkeit der Person vermitteln und zu Ängsten führen. Um Hilfe nachgesucht wird auch bei Patient/innen mit plötzlichen Verwirrheitszuständen z. B. nach Operationen (Delire), bei Personen mit suizidalen Absichten oder bei Erkrankten mit massiven emotionalen Überforderungen.

- **Identifizierung gerontopsychiatrisch erkrankter Patient/innen**

Die Verantwortung für das Identifizieren gerontopsychiatrischer Patient/innen liegt zwar in aller Regel beim ärztlichen Primärbehandler und dem Pflegepersonal, die den Impuls für die Einbeziehung des Fachdienstes setzen. Der Konsiliar- und Liaisondienst kann aber auch seinerseits Patient/innen in die Behandlung einbeziehen, wenn sie der jeweiligen Fachkraft auffallen, z. B. anlässlich eines Besuchs bei einem Zimmernachbarn oder bei Gruppenangeboten.

- **Problem- und ressourcenorientierte Patientengespräche**

Supportive Gespräche sind die Hauptleistung der Fachpflegekräfte, werden jedoch auch von der Ergotherapeutin eingesetzt. Dabei bezieht man sich auf grundlegende Eckpfeiler personenorientierter Pflege, wie z. B. Beziehungspflege und Biografiearbeit.

- **Begleitung während des Krankenhausaufenthalts**

Für das psychische Gleichgewicht vieler Patient/innen ist eine kontinuierliche Begleitung während des belastenden Krankenhausaufenthalts unerlässlich. Gerade wenn schwerwiegende oder letale Diagnosen gestellt werden, ist eine ausführliche und verständliche Aufklärung über die Krankheit und ihre Folgen notwendig, und die Patient/innen benötigen Unterstützung bei der Belastungsverarbeitung. Für beides bleibt dem Krankenhauspersonal häufig zu wenig Zeit und auch die dazu nötigen kommunikativen Kompetenzen kann man nicht immer voraussetzen.

- **Aktivierende Einzeltherapien**

Aktivierende Einzeltherapien sind oft der Schlüssel zu denjenigen Patient/innen, die die Einsicht in die vorhandene Erkrankung und in ihren Hilfebedarf vermissen lassen und die ansonsten die Einbeziehung eines psychiatrischen Fachdienstes ablehnen würden. Dabei geht es in der Regel um gestalttherapeutische Interventionen oder um Gedächtnistraining. Die Maßnahmen sind zudem dazu geeignet, das Selbstwertgefühl und das seelische Gleichgewicht

der Kranken positiv zu beeinflussen und eignen sich z. B. gut bei depressiven Patient/innen mit Zukunftsängsten. Diese Einzeltherapien sind ein Schwerpunkt der ergotherapeutischen Fachkraft.

- Gruppenangebote

Die Gruppenangebote dienen grundsätzlich der Aktivierung erkrankter älterer Menschen. Sie werden zudem als Tagesstrukturierung genutzt und bei vereinsamen Menschen als Möglichkeit gesehen, soziale Kontakte anzubahnen. Die Gruppen werden zweimal in der Woche jeweils vormittags angeboten. Die Gruppenangebote werden von jeweils zwei Teammitgliedern durchgeführt. Die Teilnehmer der Gruppen sind über 65 Jahre; die Mehrheit leidet an einer psychischen Erkrankung, z. B. einer Depression oder einem demenziellen Syndrom, es können aber auch Menschen ohne psychiatrische Komorbidität sein.

- Beratung der Angehörigen

Die Angehörigen sind in zweierlei Hinsicht eine wichtige Bezugsgruppe. Zum einen sind sie Informationslieferant über die Patient/innen, was gerade bei Demenzkranken hilfreich ist, die sich oft nicht adäquat zu ihrer Situation äußern können. Zum anderen müssen sie intensiv beraten werden, wie die häusliche Pflege zu meistern wäre, z. B. durch das Aufzeigen von Unterstützungsangeboten. Durch die ausführliche Information und Begleitung werden die Angehörigen oft erst ermutigt, die Pflegeverantwortung anzunehmen. Von zentraler Bedeutung ist neben der Aufklärung über das Krankheitsbild und spezifischen Ratschlägen zum Umgang mit dem Kranken auch die emotionale Entlastung der pflegenden Angehörigen.

- Entlassungsplanung mit Patient/innen und Angehörigen

Ein wesentliches Ziel der fachlichen Intervention ist, dem Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt trotz der bestehenden Einschränkungen ein Leben in größtmöglicher Lebensqualität zu sichern. Das bedeutet für die meisten, dass sie – wenn möglich – in ihre gewohnte Umgebung zurückkehren können. Um Unterversorgungen zu vermeiden, ist dazu in aller Regel der Aufbau eines umfassenden Hilfenetzes erforderlich, das in Kooperation mit dem Patienten, seinem persönlichen Umfeld und der Krankenhaussozialberatung erfolgt.

Weitere Aufgabenschwerpunkte, die sich teilweise mit den patientenbezogenen Tätigkeiten überschneiden, sind: Lobbying für gerontopsychiatrische Patienten, entlastende und klärende Gespräche mit dem Krankenhauspersonal in Krisensituationen, Beratung des Pflegepersonals über den Umgang mit den Kranken, berufsgruppenbezogene Fortbildungen, Kooperation mit der Krankenhaussozialberatung und der Seelsorge sowie Gewährleistung einer Schnittstellen übergreifenden Behandlungskontinuität.

Insgesamt entstand in der Implementationsphase der Eindruck, dass zwischen somatischer Akutversorgung und Psychiatrie sehr große Unterschiede in den Sichtweisen und in der Handlungslogik bestehen, dass hier quasi zwei Welten

aufeinanderprallen. Dies zeigte sich zu Modellbeginn an den unterschiedlichen Erwartungen an das Modellteam. Während es dem Konsiliar- und Liaisondienst vor allem um eine Sensibilisierung für die Belange psychisch erkrankter älterer Menschen ging, erwartete man vonseiten des Krankenhauses in erster Linie eine Entlastung hinsichtlich der »Störenfriede« auf den Stationen. Es bedurfte eines Prozesses der Annäherung, in dem zum einen das Krankenhauspersonal gelernt hat, die Bedürfnisse der Patienten stärker in den Fokus des ärztlichen und pflegerischen Handelns zu rücken und zum anderen die Modellbeteiligten akzeptierten, dass sich die Interventionen auch an den funktionellen Abläufen der Institution orientieren müssen.

Ergebnisse

- Vor allem durch die frühzeitige Diagnostik, die gezielte Behandlung, qualifizierte Begleitung und sorgfältige Angehörigenbetreuung konnte die *Lebensqualität der gerontopsychiatrischen Patient/innen* gesteigert werden.
- Beim Krankenhauspersonal ist *gerontopsychiatrische Kompetenz* aufgebaut worden. Das hat zum einen zu einer Erhöhung der Versorgungsqualität geführt, zum anderen die Arbeitsbelastung der Mitarbeiter/innen gesenkt.
- Es findet eine *stärkere Vernetzung* innerhalb der Klinik, aber auch zwischen krankenhausinternen und -externen Instanzen statt.
- Insbesondere durch die Vermeidung unnötiger Verlegungen in die Psychiatrische Klinik oder in Pflegeheime konnten *finanzielle Einsparungen* erzielt werden.

Relevanz

Entscheidend für die Relevanz des Modells ist die Nachhaltigkeit. Um diese zu sichern, begann nach etwa einem Modelljahr die Vorbereitung der Anschlussfinanzierung. In einem Modellbeirat wurden die Kostenträger über die laufenden Projektergebnisse informiert und deren Anregungen hinsichtlich einer Kostenübernahme in die weiteren Planungen aufgenommen. Dabei war die Entscheidung über eine mögliche Dauerfinanzierung auch von den beschriebenen Effekten der Modellarbeit abhängig. Es konnte nachgewiesen werden, dass sich die Arbeit des Konsiliar- und Liaisondienstes auf die Lebensqualität der gerontopsychiatrisch Erkrankten und deren Angehörige äußerst positiv auswirkt. Es ist aber auch gelungen nachzuweisen, dass sich der Dienst durchaus »rechnet« durch Einsparungen in den Bereichen von Kranken- und Pflegekassen.

Die im modellbegleitenden Beirat vertretenen Kostenträger waren dementsprechend schnell vom Nutzen des Modells überzeugt. Etwas länger dauerte es, ein angemessenes Finanzierungsmodell zu finden, das für andere Regionen beispielhaft sein kann. Die Leistungen des Teams werden seit Modellende im Oktober 2004 über Mehrerlöse der DRG abgegolten, die durch die vom Facharzt gestellten psychiatrischen Neben- und Hauptdiagnosen entstehen. Gegenwärtig

wird jedoch sowohl von den Kostenträgern wie auch von der Politik nach neuen Finanzierungsmöglichkeiten gesucht.

Resümee

Durch die interdisziplinäre und Berufsgruppen übergreifende Zusammenarbeit des Liaisondienstes mit dem Klinikpersonal konnten Wege aufgezeigt werden, wie die Situation von psychisch erkrankten älteren Menschen während eines Klinikaufenthalts verbessert und poststationäre Behandlungsbrüche verringert werden können. Somit kann der sowohl in der Fachwelt als auch in der Praxis als Krisenereignis bekannte und gefürchtete Krankenhausaufenthalt für diese Menschen sogar zur Chance werden, wenn er als erste Station für Diagnostik, Behandlung und weiterführende Unterstützung genutzt wird. Durch die gleichzeitige, abgestimmte, somatische und psychiatrische Behandlung wird der Leitgedanke der ganzheitlichen Versorgung weiter verwirklicht.

Über das Modellprojekt ist im Jahr 2005 ein detaillierter Abschlussbericht erschienen.

4.2.3 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 steigt 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 Pflorgetage 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 Oberschenkelhalsfraktur 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 Krankenhaupatienten/innen 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 Routinen 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 Verwirrheitszuständen 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 Verwirrheitszustand (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 Umgebung. 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 Verwirrheitszustände (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 (Heft 1/06): 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

4.2.4 Das Bündnis gegen Depression – Ein Beispiel guter Praxis zur Suizidprävention bei älteren Menschen

Anna Cibis

Depressionen gehören neben dementiellen Erkrankungen zu den häufigsten psychischen Störungen im höheren Lebensalter. Ein ausgeprägtes depressives Syndrom entwickeln bis zu 10 % der über 65-Jährigen. Ein Phänomen, das eng mit

Depression assoziiert wird, ist Suizid, bei 40 bis 70 % der vollendeten Suizide ist eine depressive Erkrankung im Vorfeld nachzuweisen. Es ist davon auszugehen, dass besonders im Alter ein enger Zusammenhang zwischen Depression und Suizidgefährdung besteht. Vegetative Störungen, somatische Leiden, kognitive Einbußen, paranoide Krankheitsängste, soziale Verluste und Vereinsamung sind häufige begleitende Faktoren, die das Suizidrisiko erhöhen können. Die offizielle Todesursachenstatistik (Statistisches Bundesamt 2006) zeigt, dass die Suizidrate, d. h. die Anzahl der Suizide bezogen auf 100 000 Personen der jeweiligen Altersgruppe, mit steigendem Alter zunimmt.

Im Rahmen des Kompetenznetzes »Depression, Suizidalität« wurden durch das »Nürnberger Bündnis gegen Depression« mit einem prospektiven, kontrollierten und konfirmatorischen Design erstmals Belege für die Wirksamkeit einer gemeindebasierten 4-Ebenen-Intervention bezüglich der Prävention suizidaler Handlungen (Suizide und Suizidversuche) vorgelegt. Der 4-Ebenen-Ansatz verfolgt das Ziel, Suizidalität über eine Optimierung der Versorgung depressiv Erkrankter zu reduzieren. Die Interventionen finden auf Ebene 1 statt, der »Kooperation mit Hausärzten«, auf Ebene 2, »Aufklärung der Öffentlichkeit«, auf Ebene 3 »Zusammenarbeit mit Multiplikatoren« und auf Ebene 4, welche spezielle »Angebote für Betroffene und Angehörige« beinhaltet.

Eine wichtige Multiplikatorengruppe der Ebene 3 stellen die Altenpflegekräfte dar. In Schulungen des »Deutschen Bündnisses gegen Depression« werden die Pflegekräfte darin ausgebildet, Depression und Anzeichen von Suizidalität frühzeitig zu erkennen sowie über Pflegemaßnahmen bei Depression unterrichtet. Auf diese Weise sowie durch die Sensibilisierung der Öffentlichkeit, wird es möglich, Suizidprävention durch Früherkennung von Depression bei älteren Menschen zu leisten.

Auch über die Versorgung älterer Menschen hinaus zeigt das Modell Erfolg und führt zu einer Ausweitung auf bald 40 Regionen in Deutschland. Außerdem wurde der 4-Ebenen-Ansatz im Rahmen der »European Alliance Against Depression« von 16 europäischen Ländern übernommen. Diese breite Kooperation von immer mehr Regionen schafft sehr gute Voraussetzungen für ein bundes- und europaweites präventives Wirken auf verschiedenen Ebenen.

Kontakt: www.buendnis-depression.de

Ansprechpartnerin: Anna.Cibis@medizin.uni-leipzig.de

Literatur

- HEGERL, U., ALTHAUS, D., SCHMIDTKE, A. & NIKLEWSKI, G. (2006). The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychological Medicine*, 1–9.
- SCHÄFER, R., ALTHAUS, D., BROSIUS, H.-B. & HEGERL, U. (2006). Suizidberichte in Nürnberger Printmedien – Häufigkeit und Form der Berichterstattung vor und nach der Implementierung eines Medienguides. *Psychiatrische Praxis*, 33: 132–137.

ALTHAUS, D., NIKLEWSKI, G., SCHMIDTKE, A. & HEGERL, U. (2006). Veränderung der Häufigkeit suizidaler Handlungen nach zwei Jahren »Bündnis gegen Depression«. *Der Nervenarzt*, 78: 272–282.

4.2.5 Präventive Hausbesuche

Tobias Luck, Steffi G. Riedel-Heller

Im Zuge der demografischen Entwicklung wird die Zahl alter und hochaltriger Menschen mit Hilfs- und Pflegebedarf ansteigen. Demografische (abnehmendes familiales Pflegepotenzial) wie auch sozialstrukturelle (zunehmende Frauenerwerbstätigkeit, zunehmender Anteil an Einpersonenhaushalten) und kulturelle Entwicklungen (abnehmende Verpflichtung zu pflegen) lassen hierbei einen Anstieg des Anteils der in Heimen gepflegten Personen mit erheblichen finanziellen Folgen für die Solidargemeinschaft erwarten (ROTHGANG 2005, Rürup-Kommission 2003).

Wenngleich der Übergang in Heime oder Formen des betreuten Wohnens insbesondere bei stärkerem Hilfs- und Pflegebedarf notwendig bleibt, werden Heimübergänge von den Betroffenen mehrheitlich als einschneidendes Lebensereignis erlebt, zumal das Altern in gewohnter Umgebung vielen Menschen ein großes Bedürfnis ist. Neben der Betreuung und Pflege durch Angehörige zu Hause gewinnt in einer von Singularisierung gekennzeichneten Gesellschaft daher auch der langfristige Erhalt der Selbstversorgungs- und Selbstpflegekompetenz sowie die Unterstützung durch ambulante Dienste außerhalb des familiären Netzwerkes an Bedeutung. Als eine Reaktion auf diese Entwicklung rücken präventive Hausbesuche zunehmend in das Interesse der gerontologischen Pflegeforschung. Präventive Hausbesuche, durchgeführt von Ärzten, Pflegekräften, Sozialarbeitern o. a. geschultem Personal, werden hierbei als vielversprechende Maßnahme angesehen, insbesondere die autonome Lebensführung im Alter sowie den Erhalt von Kompetenzen und Ressourcen im Sinne von Selbstpflege vor Fremdpflege zu fördern.

Erste Modelle präventiver Hausbesuche wurden in Dänemark und Großbritannien entwickelt (HENDRIKSEN et al. 1984). Im Laufe der letzten Jahre haben sich Hausbesuche mit integriertem multidimensionalem Assessment etabliert. Mithilfe der komplexen Assessments können individuelle Belange und Risikofaktoren des älteren Menschen auf medizinischer, funktioneller, sozialer und umgebungsbezogener Ebene identifiziert werden. Basierend auf den Ergebnissen der Assessments wird versucht, mittels gezielter Beratung oder Vermittlung von Diensten des ambulanten Sektors die Selbstständigkeit der Menschen zu bewahren und eine Institutionalisierung aufzuschieben oder, wenn möglich, zu vermeiden. Hausbesuche in der privaten Wohnung des älteren Menschen haben hierbei den

Vorteil, die funktionelle Kompetenz im individuellen Lebensumfeld zu erfassen und zu stärken (VON RENTELN-KRUSE et al. 2003).

Meta-Analysen zu internationalen Studien konnten die Effektivität präventiver Hausbesuche im Zusammenhang mit reduzierter Mortalität und Heimeinweisung sowie mit anderen ausgewählten Erfolgsdeterminanten zeigen (ELKAN et al. 2001; STUCK et al. 2002).

In Deutschland erfahren präventive Hausbesuche erst seit einiger Zeit verstärkte Beachtung. Eine Schlüsselposition kommt hierbei dem Albertinen-Haus, einem Zentrum für Geriatrie und Gerontologie der Universität Hamburg, zu (MEIER-BAUMGARTNER et al. 2005). Mit Unterstützung der Robert Bosch Stiftung konnte hier die erste Pflegekraft für Gesundheitsförderung für den Einsatz in präventiven Hausbesuchen fortgebildet werden. Die insgesamt sechsmonatige Fortbildung der Pflegekraft erfolgte dabei durch ein interdisziplinäres Gesundheitsberater-Team, bestehend aus Ärztin, Physiotherapeut, Ökotrophologin und Sozialpädagogin. Erfahrungen am Albertinen-Haus zeigen, dass bei noch selbstständig lebenden Personen mittels präventiven Hausbesuchen kombinierte Risiken für die Entwicklung von Hilfs- und Pflegebedarf aufgedeckt werden können, die hausärztlich zuvor noch nicht bekannt waren (VON RENTELN-KRUSE et al. 2003).

Bei der Beurteilung präventiver Hausbesuche muss berücksichtigt werden, dass diese eine komplexe Intervention in häufig kommunikativ schwierigen Situationen darstellen, deren evidente Wirkung schwieriger zu prüfen ist als die von pflegerischen Einzelverrichtungen. Speziell in Deutschland herrscht ein Mangel an Wirksamkeits- und Kosteneffektivitätsnachweisen präventiver Hausbesuche mit adäquater Forschungsmethodik unter den speziellen Kontextbedingungen des hiesigen Gesundheitssystems, welche für eine Etablierung dieser Intervention erforderlich sind. Gute Ansatzpunkte könnten hier Ergebnisse einer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten und von den Universitäten Leipzig und Halle-Wittenberg im Rahmen des Pflegeforschungsverbundes Mitte-Süd aktuell durchgeführten, kontrollierten, randomisierten Interventionsstudie zur Wirksamkeit und Kosteneffektivität präventiver Hausbesuche liefern.

Literatur

- ELKAN, R., KENDRICK, D., DEWEY, M., HEWITT, M., ROBINSON, J., BLAIR, M., WILLIAMS, D. & BRUMEL, K. (2001). Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 323: 719–725.
- HENDRIKSEN, C., LUND, E. & STROMGARD, E. (1984). Consequences of assessment and intervention among elderly people: A three-year randomized controlled trial. *BMJ* 289: 1522–1524.
- MEIER-BAUMGARTNER, H.-P., ANDERS, J. & DAPP, U. (2005): Präventive Hausbesuche. Vincentz Network: Hannover.
- ROTHGANG, H. (2005). Demographischer Wandel und Pflege(ver)sicherung, in: KERSCHBAUMER, J./SCHRÖDER, W. (Hrsg.): Sozialstaat und demographischer Wan-

- del. Herausforderungen für Arbeitsmarkt und Sozialversicherung, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 119–146.
- Rürup Kommission (= Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme) (2003). Bericht der Kommission. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.
- STUCK, A.E., EGGER, M., HAMMER, A., MINDER, C.E. & BECK, J.C. (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people. Systematic review and Meta-regression Analysis. JAMA 27: 1022–1028.
- VON RENTELN-KRUSE, W., ANDERS, J. & DAPP, U. MEIER-BAUMGARTNER, H.P. (2003). Präventive Hausbesuche durch eine speziell fortgebildete Pflegefachkraft bei 60-jährigen und älteren Personen in Hamburg. Z Gerontol Geriatr 36: 378–391.

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Anna CIBIS, wissenschaftl. Mitarbeiterin, Leipzig, Deutsches Bündnis gegen Depression e. V.

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus DÖRNER, Hamburg

Ulf FINK, Senator a. D., MdB a. D., Berlin, Vorsitzender des Büros für Gesundheit und Prävention, Mitglied der Expertengruppe des Projekts

Dr. h.c. Jürgen GOHDE, Kassel, Vorsitzender des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA), Mitglied der Expertengruppe des Projekts

Prof. Dr. med. Hans GUTZMANN, Ärztlicher Direktor, Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie, St. Hedwig Kliniken Berlin – Krankenhaus Hedwigshöhe, Mitglied der Arbeitsgruppe des Projekts

Prof. Dr. med. Dr. phil. Rolf Dieter HIRSCH, Bonn, Chefarzt der Abteilung für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Rheinische Kliniken, Mitglied der Expertengruppe des Projekts

Ulrich KRÜGER, Geschäftsführer der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V., Bonn, Mitglied der Arbeitsgruppe des Projekts

Dr. med. Thomas KUNCZIK, Wiehl, Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP)

Prof. Dr. med. Heinrich KUNZE, Kassel, stellv. Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V., Mitglied der Arbeitsgruppe des Projekts, stellv. Projektleiter

Tobias LUCK, Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Projekt »Altern zu Hause – Unterstützung durch präventive Hausbesuche« des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), Berlin

Dr. med. Klaus NIßLE, stellv. Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren, Mitglied der Expertengruppe des Projekts

Dr. med. Niels PÖRKSEN, Bielefeld, Vorstand der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V., Mitglied der Arbeitsgruppe des Projekts

Prof. Dr. med. Steffi G. RIEDEL-HELLER, MPH. Professur für Public Health, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Universität Leipzig

Bundesministerin Ulla SCHMIDT, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Regina SCHMIDT-ZADEL, Ratingen, Vorsitzende der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V., Mitglied der Arbeitsgruppe des Projekts, Projektleiterin

Dr. med. Wilhelm STUHLMANN, Erkrath, Vorsitzender der Alzheimer Gesellschaft NRW, Mitglied der Arbeitsgruppe des Projekts

Bigit WEIßLEDER, Bonn, wissenschaftl. Mitarbeiterin im Projekt bis 31.12.2006

