



**Tagungsdokumentation
zum
3. Fachtag Gerontopsychiatrie**

**„Einstellungen ändern – Strukturen anpassen“
Modelle einer angemessenen gerontopsychiatrischen Versorgung**

31.März 2004

**Caritas-Pirckheimer-Haus
Königstr. 64
90402 Nürnberg**

Veranstalterin:

**Gerontopsychiatrische Fachkoordination (GeFa) Mittelfranken bei der
Angehörigenberatung e.V. Adam-Klein-Str. 6 90429 Nürnberg**

Uhrzeit	Programmpunkt	Seite
9.30	<i>Stehkaffee</i>	
10.00	Begrüßung Hans-Dieter Mückschel Angehörigenberatung e.V. Nürnberg	1
	Grußwort Richard Bartsch Bezirkstagspräsident	2
	Einführung Elfi Ziebell Gerontopsychiatrische Fachkoordination Mittelfranken	3
10.15	Psychisch kranke alte Menschen - abgeschoben oder aufgehoben? Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner, Sozialpsychiater, Hamburg	4
11.15	<i>Pause</i>	
11.30	Umstrukturierung der stationären Versorgung Peter Dürrmann Leiter des Seniorenzentrums Holle	10
12.30	<i>Mittagspause</i>	
13.30	Pflege und Begleitung in der Lebenswelt gerontopsychiatrisch veränderter Menschen – Herausforderung an die ambulante Pflege Anja Ludwig, Institut für Pflegewissenschaft Bielefeld	16
14.30	<i>Kaffeepause</i>	
15.00	Berücksichtigung demenzbedingter Fähigkeitsstörungen bei der Begutachtung im Rahmen des SGB XI Dr. med. Randzio, Ärztliche Leiterin des Ressort Pflege, MDK Bayern, München	28
15.45	„Qualifizierungskonzept Gerontopsychiatrie“ – ein Angebot der Angehörigenberatung e.V. für die ambulanten Pflegedienste in Mittelfranken Hans-Dieter Mückschel, Geschäftsführer der Angehörigenberatung e.V. Nürnberg	34
16.15	Abschluss und Zusammenfassung	36

Hans-Dieter Mückschel
Geschäftsführung Angehörigenberatung e.V. Nürnberg

**Eröffnungsrede zum 3. Fachtag Gerontopsychiatrie:
Einstellungen ändern - Strukturen anpassen am 31.3.2004**

Sehr geehrter Herr Bezirkstagspräsident, sehr geehrte Damen und Herren aus den Fraktionen des Bezirkstags und des Nürnberger Stadtrates. Liebe Kolleginnen und Kollegen, als Geschäftsführer der Angehörigenberatung e.V. heiße ich Sie herzlich zum nun schon 3. Fachtag Gerontopsychiatrie der Gerontopsychiatrischen Fachkoordination Mittelfranken herzlich willkommen. Ihr zahlreiches Erscheinen zeigt, dass es der GeFa offensichtlich gelungen ist, Ihr fachliches Interesse zu treffen. Ich freue mich hier besonders, unsere Referenten zu begrüßen auf deren Vorträge wir alle gespannt sein dürfen.

„Einstellungen ändern - Strukturen anpassen“ heißt das Motto des heutigen Fachtages und wir hoffen, dass wir heute einige Anregungen hören können, die dem Tagungsmotto gerecht werden.

Ich wünsche Ihnen einen interessanten und informativen Verlauf des Fachtages und bitte nun Herrn Bezirkstagspräsident Bartsch um sein Grußwort.

Vielen Dank

Grußwort

Wir leben derzeit in einer schwierigen Umbruchphase. Die Steuereinnahmen in den Gemeinden und Städten gehen seit Jahren zurück. Gleichzeitig steigen aber die Aufwendungen für SOZIALES in den Gemeinden, Städten, Landkreisen und Bezirken.

Leider ist Mittelfranken dabei keine Ausnahme, sondern eher im oberen Drittel der Diskrepanz zwischen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung zu finden.

Aus diesem Grund können wichtige Projekte derzeit nicht verwirklicht werden. Auch müssen dringend nötige Verbesserungen bei der Versorgung psychisch kranker Mitmenschen in die Zukunft verschoben werden.

Mit größten Mühen ist der Status Quo zu halten. Während fast überall Kürzungen nötig sind, hilft man sich für das Jahr 2004 mit einem „Einfrieren der Leistungsgrößen“ und „Nullrunden“.

Für das Jahr 2005 sind dem Bezirk schon wieder 5 Millionen Euro weniger Steuereinnahmen vorausgesagt.

Diese schwierige Zeit muss zusammen bewältigt werden. Gegenseitige Schuldzuweisungen führen nicht weiter, sondern vergiften das Beratungsklima und erhöhen die vorhandenen „Mauern“ zwischen den verschiedenen Bereichen. Ich bitte deshalb alle darum, aus den alten Ritualen auszusteigen und neue gemeinsame Wege zu finden für eine Zeit, in der das bisherige nicht mehr vollständig über öffentliche Kassen finanziert werden kann.

Alle Sozialen Sicherungssysteme haben ihre Probleme: Die „Einzahler“ gehen zurück, während die „Leistungsempfänger“ stetig steigen, ohne dass dies politisch kurzfristig verändert werden kann.

Ich appelliere deshalb an die Vernünftigen, sich zusammenzuschließen, um auch in diesen finanziell schwierigen Zeiten das nötige für unsere Hilfebedürftigen zu organisieren und für ein breites Verständnis für die öffentliche Finanzierung zu werben.

„Königswege“ hat bisher noch niemand gefunden, es wird sie auch nicht geben. Es sind Eigeninitiative, Mut und Risikobereitschaft von Nöten.

Ich bitte um Ihre Mitarbeit.

Richard B a r t s c h
Bezirkstagspräsident

Sehr geehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer!

Als Veranstalterin möchte ich Sie ganz herzlich zu dem heutigen Fachtag begrüßen.

Ich freue mich sehr, dass Sie so zahlreich erscheinen sind. Dies zeigt zum einen, dass das Thema der Veranstaltung bereits viele von Ihnen beschäftigt und zum anderen liegt es natürlich an den hochkarätigen Fachleuten, die heute zu Ihnen sprechen werden und die ich an dieser Stelle ebenfalls alle ganz herzlich begrüßen möchte.

Die Altenhilfe ist in Bewegung geraten, hatte ich im Faltblatt geschrieben. Dies hat natürlich mit den drängenden Problemen zu tun, vor die die Einrichtungen und auch die ambulanten Dienste gestellt sind.

Zur Zeit werden in 9200 Altenheimen ca. 604.000 Menschen versorgt, was rund 30% aller älteren betreuten Menschen entspricht. Das Personal gerät unter enormen Druck durch die Zunahme altersverwirrter Bewohner und den Anstieg medizinisch-pflegerischer Arbeiten nach frühzeitiger Krankenhausentlassung. Einer Frankfurter Altenheim-Studie ist zu entnehmen, dass die Personal-Bewohner-Relation sich mit der Größe des Hauses zunehmend verschlechtert.

Dass Menschen wegen Krankheit, Behinderung oder wegen ihrer Pflegebedürftigkeit in Heimen versorgt werden, wird in unserer Gesellschaft - noch- als selbstverständlich angesehen. Ob das für die Zukunft weiter so gilt, muss auf Grund der demografischen Entwicklung und der zunehmenden Finanzierungsprobleme allerdings in Frage gestellt werden.

Die ambulante Versorgung gewinnt an Bedeutung auch auf Grund der zunehmenden Singularisierung im Alter, stößt aber z.B. bei alleinlebenden Demenzkranken auch an Grenzen. Neue Wohnformen gewinnen, oder anders gesprochen: sollten an Bedeutung gewinnen, wofür sich z. B. die GeFa mittelfrankenweit einsetzt.

Von der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie wurde in einer Stellungnahme im letzten Jahr u.a. gefordert: „...Bereitschaft zur Übernahme für ethische und soziale Verantwortung durch unsere Gesellschaft für die, die heute nicht mehr selbst in der Lage dazu sind, die aber für Jahrzehnte bereit waren, Verantwortung für ihre Eltern und Großeltern zu übernehmen. Jeder Mensch hat ein Anrecht auf ein würdiges Leben, welches auch im fortgeschrittenen Stadium dem Betroffenen deutlich mehr als „satt, sauber, ruhig“ bieten kann.“ Ich bin gespannt auf die Ausführungen der Referenten und Referentinnen, die Ihnen sicher etliche Impulse und Anregungen für Ihren herausfordernden Arbeitsalltag und Anregungen für eine dringend nötige Weiterentwicklung geben können.

Für Sie noch der Hinweis auf den Büchertisch der Fach- und Universitätsbuchhandlung Büttner mit einer umfangreichen Auslage.

Bei der Fa. Janssen-Cilag bedanke ich mich für das Sponsoring der Getränke und Pausenverpflegung und bei meinen Kolleginnen von der Angehörigenberatung und bei den Helferinnen bedanke ich mich sehr für ihre tatkräftige Unterstützung bei der Durchführung des heutigen Tages.

Vortrag von Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner

„Psychisch kranke alte Menschen – abgeschoben oder aufgehoben?“

Beim Nachdenken über die mir gestellte Frage fiel mir als erstes ein, dass man noch bis vor 3-4 Jahrzehnten gesagt hätte „abgeschoben und aufgehoben“; denn so lange galt das Heimsystem nicht nur als die einzige Alternative zu den eigenen vier Wänden, sondern auch als eine ziemlich gelungene Problemlösung der sich modernisierenden Gesellschaft und als einigermaßen liebenswürdig, da die damals heim-typische „gesunde Mischung“ zwischen den fitten und den weniger fitten Bewohnern viele Synergien ermöglichte, so dass man auch mit wenig Personal auskam: man war also zwar vielleicht abgeschoben, aber doch auch aufgehoben.

Heute ist das alles irgendwie anders: die sich individualisierenden Bürger wollen immer weniger (oder später) ins Heim, wodurch an die Stelle der „gesunden Mischung“ zunehmend – für alle Beteiligten – die „Konzentration der Unerträglichkeit“ tritt, ein offensichtlich unumkehrbarer Prozess zum Heim als Auslaufmodell, den die Heimbetreiber durch das Angebot von ambulanten Wohnmöglichkeiten noch beschleunigen. Und da wir Alten – ich gehöre mit meinen 70 Jahren ja auch dazu – uns inzwischen „epidemisch“, „inflationär“ vermehren, zeigt sich, dass das Heimsystem für einen solchen Massenansturm nicht gedacht war, dadurch auch unbezahlbar wird.

Wir Alten wollen also, auch wenn wir psychisch krank oder dement sind, nicht mehr abgeschoben, wohl aber aufgehoben sein, sowohl in unseren eigenen vier Wänden als auch in der Gesellschaft. Da wir nun aber dabei sind, zur größten Bevölkerungsgruppe dieser Gesellschaft zu werden, spüren wir schmerzlich, dass die Gesellschaft mit uns nichts anzufangen weiß, nichts mit dem Potenzial unserer Aktivitäten, auch nichts mit unserem passiven Potenzial, durch das wir Gelegenheiten für Aktivitäten anderer sind. Wenn wir am Tag nach unserer Berentung aufwachen, will niemand mehr was von uns, hat niemand Erwartungen an uns, haben wir keine Rolle mehr in dieser Gesellschaft, die so tut, als könne sie mit ihrer Modernisierung so weitermachen wie bisher, als gebe es uns als Potenzial gar nicht, als wären wir vielleicht zwar schlechte Luft, aber eben nur Luft. Macht sie aber so weiter, baut sie sich nicht als ganze um, steuern wir in eine Katastrophe – und zwar für alle. Dazu ein paar Beispiele:

Wenn die Europäische Union das Gesundheitssystem noch weiter zur Dienstleistungsbranche vermarklicht, also die Ärzte sich nicht mehr am Wohl der Patienten orientieren dürfen, sondern am Wunsch, Willen oder verlangen der Kunden, werden wir in Deutschland bald den ärztlich assistierten Suizid, das Töten auf Verlangen, die aktive Euthanasie haben – als Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts um jeden Preis, dann werden zwar nicht alle, doch genügend Ärzte es für rational halten zu sagen: „Wenn Sie es denn wollen, dann machen wir das – das ist doch auch

human!“ Dies würde die ohnehin vorhandene Tendenz fördern, sich die Fragen nach dem Potenzial der Alten, das ja doch ein Störpotenzial sein kann, gar nicht erst stellen.

Ich habe dieses Beispiel an den Anfang gestellt um zu zeigen: wer eine solche Liquidierung der frage nach dem Alterspotenzial nicht will, müsste – nur zum Beispiel – heute in die Europapolitik eingreifen, sich sogar – überraschend – für ärztliche Selbstverwaltung einsetzen.

Wenn wir – ein anderes Beispiel – die Rationalisierung unserer gesellschaftlichen Lebenswelten weiter an den Potenzialen der Leistungsfitten zeitsparend orientieren, was wir ja tun, stören die langsameren Potenziale der Alten, so dass es am rationalsten ist, wenn wir ihnen, den Alten, präventiv möglichst alle eigenen Aktivitäten, die für sie doch ohnehin nur Risiken sind, wegnehmen und in Hilfebedarf umwandeln – ein durchaus reales Dilemma unseres Sozialsystems.

Denn dann ist es für das Hilfesystem am rationalsten und mit Hilfe des Wettbewerbs auch am billigsten, wenn (wie es in einem Referat von G. Holler und B. Harnau auf dem Deutschen Seniorentag 2003 heißt) die hilfebedürftigen Alten möglichst unbewegt „sich entweder zuhause oder in einem Heim aufhalten und dort auch bleiben. Dies bedeutet, dass die viel beklagte Hospitalisierung (in Wirklichkeit) eine notwendige Rahmenbedingung für die Optimierung des Hilfesystems ist. Um rationell helfen zu können, muss sich die betreffende Person dem Hilfevorgehen unterwerfen“; sie muss möglichst „hilfeaufnahmefähig“ sein, und das kann auch als „Liegepflicht im Bett“ am rentabelsten sein.

Und genau in diese durchaus zweckrationale Richtung bauen wir doch in der Gegenwart unsere postindustrielle Dienstleistungs- und Informationsgesellschaft – globalisierungsgehetzt – nach wie vor ebenso um wie unser Sozialsystem, ohne dass die paar altenfreundlichen Alibi- Maßnahmen, von denen wir uns gegenseitig voller Stolz berichten, mit diesem Umbautempo auch nur Schritt halten können.

Woran liegt es, dass wir immer noch so tun, als kämen wir mit der Problemlösungsmethode des 19. Jh. – Pflege in den eigenen vier Wänden oder Heim – aus? Das liegt wohl vor allem daran, dass selbst von uns Experten noch niemand vollständig wahr- und ernstnehmen kann, was es gesamtgesellschaftlich bedeutet, dass es bis Ende des 19. Jh. sowohl chronische Kranke als auch Alterspflegebedürftige vergleichsweise nur vereinzelt gab (weshalb es früher auch so leicht war, das Alter zu ehren), während diese beiden Gruppen der chronisch Kranken und der Alterskranken erstmals im Laufe des 20. Jh. als massenhaft gelebte, insofern menscheits- geschichtlich völlig neue menschliche Seinsweisen quantitativ gesellschaftsprägend geworden sind – dies als unvermeidliche Beigabe und Folge des medizinischen Fortschritts. Heute schon besteht die Hälfte der Klientel der Hausärzte aus diesen beiden Bevölkerungsgruppen der Alten und der chronisch Kranken.

Weil nun menschheitsgeschichtliches und damit anthropologisches Lernen naturgemäß nur langsam möglich ist, müssten wir uns unseres Wahrnehmungsrückstandes nur dann schämen, wenn wir dächten, wir hätten mit Freizeitprogrammen für die Fitten und mit der Professionalisierung des Pflegens nun auch im ambulanten Bereich schon genug gelernt. Denn schließlich liegt es auf der Hand, dass das Wahrnehmen und vor allem das Neu-Verknüpfen des Potenzials etwa eines Drittels der Bevölkerung (in diesen beiden neuen menschlichen Seinsweisen) mit unserem gesamtgesellschaftlichen Tätigkeitspotenzial einen vor allem altersbezogenen Umbau sämtlicher gesellschaftlicher Tätigkeiten, Prozesse und Institutionen geradezu erzwingt. Billiger ist die ehrliche Frage nach dem Alterspotenzial nicht zu beantworten. Im Folgenden will ich mit freilich nur groben Andeutungen in 8 Stufen diesen altersbezogenen gesamtgesellschaftlichen Umbau schildern, wobei wir mit unserem Lernen vorerst von den Skandinaviern, insbesondere den Dänen, profitieren können, weil man dort etwa 20 Jahre früher mit diesem Lernen begonnen hat.

1. Das fängt schon mit dem besonders schweren, aber entscheidenden anthropologischen Lernen an, wobei hier die biblische Hälfte unserer europäischen Denktradition endlich mal wieder – postsäkular – innovativ hilfreich sein kann, dass nämlich grundsätzlich alle Menschen, auch die Alterspflegebedürftigen, auch die Dementen nicht nur das vitale Grundbedürfnis nach gesundegoistischer Selbsterhaltung und Selbstbestimmung haben, sondern auch das zwar verborgene, jedoch genauso vitale Grundbedürfnis haben, durch Tätigsein soziale Bedeutung für Andere zu haben, sich Andere widerfahren zu lassen, sich von ihnen finden zu lassen, von Anderen gebraucht zu werden, für Andere empfänglich und notwendig zu sein – und zwar solange sie leben, bis zur Stunde ihres Todes. Dies gilt – wie gesagt – menschheitsgeschichtlich und insofern anthropologisch, schien nur für die ungemein kurze Zeit von etwa 100 Jahren unter dem Eindruck der Unterscheidung der Moderne zwischen Erwerbstätigkeit und Ruhestand überholt zu sein; um so dringlicher haben wir uns dessen wieder zu erinnern, wenn es soziale Rollen für die Alten künftig wieder geben soll.

2. Wenn wir uns, darauf aufbauend, der dänischen Idee der „Hausgemeinschaft“ bedienen, lernen wir einmal, dass auch für Alterspflegebedürftige ihr primärer Wunsch nicht ist, gepflegt zu werden (so groß der Pflegebedarf im Einzelfall auch sein mag), sondern vielmehr in einer Wohnung, in den eigenen vier Wänden zu wohnen, zu leben und zu sterben. Aber auch dies wäre anthropologisch noch zu kurz, zu bürokratisch gedacht, hätte nicht genug bedacht, dass menschheitsgeschichtlich Wohnen und Arbeiten stets eine raumzeitliche Einheit bedeutet hat, noch erkennbar am Begriff des Oikos, des Haushaltes, nicht schlecht getroffen in dem Ikea-Werbespruch „Wohnst du noch oder lebst du schon?“. Insofern haben wir von der skandinavischen Hausgemeinschaft zum anderen zu lernen, dass wie für alle Menschen gerade

auch für die Alten ihre Wohnung ein Tätigkeitspotenzial ist, ein zu pflegender, ein kulturschaffend künstlerisch zu gestaltender Tätigkeitsraum ist, um über die Tätigkeit des Haushaltsführens (oder der Mithilfe dabei) Bedeutung wahrlich nicht nur für sich selbst, sondern auch für Andere zu haben; denn eine Wohnung ist immer auch ein Gasthaus. Dies bedeutungsvoll zu betreiben und damit gelingendes Leben zu ermöglichen, bedarf der Last, so schwer zu tragen, dass ich damit ausgelastet und insofern gesund bin. Ich habe das näher ausgeführt in „Die Gesundheitsfalle“ (München: Econ 2003).

3. Darüber lernen wir, dass dies im vitalsten Sinne des Wortes nur möglich ist, wenn – ganz im Gegensatz zum herrschenden Rationalisierungstrend – insbesondere für das weniger mobile Drittel der Gesellschaft um die eine Ecke das Einzelhandelslebensmittelgeschäft und der Sparkassenberater zum Anfassen fußläufig zu erreichen ist, um die andere Ecke der Hausarzt, der Apotheker und die kirchliche Begegnungsstätte – verbunden durch eine Reihe von Sitzbänken. All dies nicht nur für das gelingende Leben der Alten, sondern auch schon dafür, dass das Fehlen solcher lebensweltlichen Einbettung des Haushaltes nicht Konsumpassivität und „Essen auf Rädern“ erzwingt und die professionelle ambulante Pflege – durchaus künstlich – an die Stelle treten muss, statt auf die notwendigen Fälle beschränkt und damit gesellschaftlich bezahlbar bleiben zu können.

Wenigstens hierfür ein paar plastische Beispiele: In Minden haben sich vor 15 Jahren 80 Bürger zu Beginn des dritten Lebensabschnittes die Aufgabe gestellt, für ihren Stadtteil den Wunsch der Bürger im vierten Lebensabschnitt nach Möglichkeit zu erfüllen, in ihren eigenen vier Wänden sterben zu können, was ihnen nicht ganz, aber überwiegend gelungen ist.

In Westerwald gibt es auf dem platten Lande ein Heim für psychisch Kranke, das in einem nahe gelegenen Dorf den nicht mehr rentablen einzigen Lebensmittelladen übernommen hat; das war so erfolgreich, dass inzwischen schon in 5 Dörfern die Lebensmittelläden als Selbsthilfefirmen für psychisch Kranke betrieben werden, wovon insbesondere die immobilen Alten profitieren.

In München gibt es einen ambulanten Pflegedienst, die „Weiße Feder“, die zugleich als Zuverdienstfirma für junge psychisch Kranke betrieben wird. Dies funktioniert seit 15 Jahren mit Erfolg. Diese beiden letzteren Geschichten sind Beispiele dafür, wie zwei unterprivilegierte Gruppen, Alterspflegebedürftige und jüngere psychisch Kranke, sich gegenseitig Bedeutung geben, sich valorisieren und damit unser aller Phantasiepotenzial für ungeahnte weitere Möglichkeiten wiederbeleben.

Zeitungsleser konnten unlängst darüber staunen, dass die Post ihr durchaus zweckrationales Vorhaben einer weiteren Ausdünnung ihres Briefkasten-Netzes aufgrund heftiger Proteste wenigstens teilweise wieder zurückgenommen hat – meines Wissens eines der ersten Beispiele dafür, dass unser vielleicht allmählich doch wach werdendes Problembewusstsein sich in gesellschaftlichen Druck umwandeln lässt und damit erfolgreich sein kann.

4. Dieses an der Lebenswichtigkeit sozialer Nahräume orientierte Haushalts- und Lebensführungspotenzial eines Bevölkerungsdrittels zwingt uns, wenn wir denn an deren bloßem Überleben interessiert sind, wieder in den durch die Moderne überholt geglaubten territorialen Größenordnungen eines Stadtviertels, eines Quartiers, eines Häuserblocks oder einer Dorfgemeinschaft und der Rekultivierung ihrer eigenständigen Lebensdienlichkeit zu denken, selbst wenn uns nur die Bezahlbarkeit der professionellen Pflege wichtig wäre. Das im Kinder- und Jugendhilfegesetz festgeschriebene „Sozialraumbudget“ wäre unter der Perspektive eines gelingenden Lebens der Alten von mindestens ebenso großer Bedeutung. Zugleich dient dieser durch das Alterspotenzial erzwungene gesellschaftliche Umbau – zunächst vielleicht unerwartet – aber auch den Bedürfnissen des entgegengesetzten Drittels der Bevölkerung, nämlich der globalisierungsgehetzten Leistungsfitten, damit sie sich emotional nicht vollends entwurzeln und in der unerträglichen Leichtigkeit des weltumspannenden Seins sich verloren gehen. Es sieht so aus, als ob es die einen geben müsse, damit die anderen sein können.

5. Dies sind auch die Voraussetzungen für die Wiederbelebung der drei ebenfalls überholt geglaubten sozialen Institutionen für Subsidiarität und Solidarität, Haltungen, die ohne diese ihre Institutionen nur hohles Pathos und sonst nichts sind: ich meine die Institutionen der Familie, der Kommune und vor allem der beides notwendig verbindenden Institution der Nachbarschaft, die alltagstaugliche, sozial tragfähige Basis für all das, was wir – immer noch eher von oben als von unten denkend, daher noch etwas künstlich – bürgerschaftliches Engagement nennen.

6. Gleiches gilt für die als notwendig anstehende Wiedervereinigung von professionell-diakonischem Menschendienst und kirchengemeindlichem Gottesdienst, wenn das Unternehmen Kirche noch länger Existenzberechtigung beanspruchen will: Das Altenpotenzial macht's möglich, ist vielleicht die einzige Überlebenschance.

7. Haben wir all dies gelernt, ist die Infrastruktur geschaffen für die Überwindung der nicht mehr tragfähigen Problemlösungen des 19. Jh., nämlich der Polarität der Betreuung in der eigenen Wohnung, die heute die Angehörigen isoliert, und des Altenpflegeheims, das heute mit dem irreversiblen Verlust der „gesunden Mischung“ aus fitten und weniger fitten Alten zumindest nicht mehr lebenswürdig sein kann. Der dritte Weg dazwischen ist die „stadtviertelbezogene, ambulante Wohnpfleggruppe oder – wie ich sie lieber nenne – Haushaltsgemeinschaft“. Denn nun könne wir den Alten sagen: „Wenn Ihr Euren eigenen Haushalt nicht mehr allein führen könnt, dann könnt Ihr ihn doch – nun gemeinschaftlich mit anderen – in der Haushaltsgemeinschaft um die Ecke weiterführen – weiterhin in der Vertrautheit zwar nicht Eurer Wohnung, jedoch Eures Viertels.“ Und da rein rechnerisch acht nicht zu Hause, rund um die Uhr pflegebedürftige Alte auf 1600 Bürger kommen, können diese Bürger, wenn sie denn wollen, sich sagen: „Das sind ja gar nicht so viele, wie ich gedacht habe. Da bin ich schon bereit, mich im

Sorgemix an den Präsenzzeiten dieser Haushaltsgemeinschaft zu beteiligen – aber natürlich nur für unsere Dementen“ was dem Funktionsprinzip von Nachbarschaft entspricht; „denn einmal könnte ja auch ich später mal davon profitieren und zum anderen brauche ich auch heute mein tägliches – nicht zu großes, aber auch nicht zu kleines – Quantum an ‚Bedeutung für Andere‘, schon um gesund zu sein.“ Auf diese Weise könnte das heute zum Zweck der Motivierung der Bürger, Gesundheitsleistungen selbst zu bezahlen, beschämend missbrauchte Wort von der „Eigenverantwortung“ sich doch noch mit Wahrheit anreichern; denn Verantwortung kommt von „antworten“, kann also primär nur Fremd-Verantwortung und erst über diesen Umweg sekundär auch Selbstverantwortung sein.

8. Schließlich führt der durch das Altenpotenzial erzwungene gesellschaftliche Umbau überraschenderweise auch zu einem Umbau in der produktiven Wirtschaft und wird dadurch gesamtgesellschaftlich. Hierzu heißt es in der Bundestags-Enquete zum demografischen Wandel and die Adresse der Unternehmer sinngemäß: „Stellt Euch heute schon darauf ein, dass gerade diejenigen Menschen, die Ihr in den letzten 20 Jahren wegen Handicaps aufgrund von Alter oder Behinderung rausgeschmissen habt, die einzigen sein werden, die Ihr in Zukunft noch bekommen könnt, weil es nicht mehr genug junge Fitte geben wird; also fangt heute schon damit an, Eure technischen Produktionsprozesse so umzustellen, dass auch bei Beschäftigung von Alten, chronisch Kranken und Behinderten ein Produktivitätszuwachs möglich sein wird. Wie man das macht, könnt Ihr inzwischen von den zahlreichen Selbsthilfe- und Integrationsfirmen für Behinderte lernen, denn die haben das vorgemacht.“

Fazit: An den Potenzialen des Alters geht also nicht nur kein Weg vorbei; vielmehr brauchen wir offenbar das Potenzial all dieser Alten, auch so vieler Alten, um die Gesellschaft so umzubauen, dass wir alle gern darin leben, wenn wir dies denn – gegen den heutigen immer noch dominanten Rationalisierungstrend – durchsetzen wollen; dies, da müssen wir uns nichts vormachen, geht nicht ohne Kampf.

Prolog...

zum Vortrag von Herrn Dürrmann

...und ich möchte Sie, so gut ich kann, bitten Geduld zu haben gegen alles Ungelöste in Ihrem Herzen und zu versuchen, die Fragen selbst lieb zu haben wie verschlossene Stuben und wie Bücher, die in einer fremden Sprache geschrieben sind. Forschen Sie jetzt nicht nach den Antworten, die Ihnen nicht gegeben werden können, weil Sie sie nicht leben könnten. Und es handelt sich darum, alles zu leben.

Leben Sie jetzt die Fragen. Vielleicht leben Sie dann allmählich, ohne es zu merken, eines fernen Tages in die Antwort hinein.

Rainer Maria Rilke

Umstrukturierung der Heime: Selbstbestimmung statt Fremdbestimmung für Demenzkranke

Peter Dürrmann, Seniorenzentrum Holle GmbH

Der Altenpflege obliegt eine Vielzahl an Gesetzen, Verordnungen und betrieblichen Regelungen, die in der Mehrzahl geschaffen wurden, um die Qualität der Versorgung von Menschen in Heimen zu verbessern. Und trotz berechtigter Kritik an der Zunahme des bürokratischen Aufwandes, hat gerade die Einführung der Pflegeversicherung zu einem positiven Aufmerksamkeitsschub für die Qualitätssicherung und -weiterentwicklung geführt.

Gleichwohl müssen wir heute feststellen, dass es nicht immer gelungen ist, eine deutliche Verbesserung der Situation pflegebedürftiger Menschen zu realisieren. Pflege verliert sich zunehmend in dem Gestrüpp von Anforderungen und Arbeitsablaufvorschriften. Sie erklärt Leitbilder und Prinzipien der Institution ungeprüft zur Autorität.

Diese Entwicklung hat vielfach dazu geführt, dass das Nachdenken, das Hinterfragen von Strukturen sowie das eigenverantwortliche Handeln rückläufig erscheint.

So verwundert es nicht, dass der überwiegende Teil der Pflegenden es sich nicht vorstellen kann, in der eigenen Einrichtung als Bewohner gepflegt zu werden. Das heißt, wir tragen in uns die Ahnung, möglicherweise die Erkenntnis, dass wir uns mit unserem eigenen Tun nicht identifizieren können. In Ansätzen wissen wir, wie es besser gehen könnte, trotzdem richten wir uns unbewusst in dieser unbefriedigenden Situation hinter Schutzmauern von Forderungen und Abhängigkeiten ein.

Die Folge ist eine Pflegesituation, in der nicht mehr das Geben und Empfangen, die wechselseitige Beziehung gelebt und erfahren wird. Vielmehr besteht die Illusion, dass wir die allein Handelnden sind. Der Bewohner ist Objekt, reduziert auf Pflegestufen und Zeitkontingente und sollte nach Möglichkeit unserer Erwartungshaltung gemäß dem standardisierten Pflegeprozess entsprechen. Intuitiv erkennen wir aber, nicht auf dem richtigen Weg zu sein. Jedoch, wo ist der Mut, die Bereitschaft mündig und selbstverantwortlich in kleinen Schritten für Veränderungen zu sorgen? Was ist mit unserer Kreativität und Phantasie, Arbeitsprozesse und unsere Beziehungen zu Bewohnern sowie deren Umwelt zu gestalten?

Haben wir in uns keine Visionen, keine eigenen Vorstellungen und Wünsche, wie eine uns selbst entsprechende Pflege und Betreuung im zwischenmenschlichen Kontakt aussehen soll! Messen wir unseren Handlungen keine Bedeutung, keinen Sinn bei? Was ist z.B. die Idee bei einer Ganzkörperwäsche? Geht es nur um Hygiene und das Waschprozedere oder in der gleichen Zeit um Begegnung und Dialog bei einem Berührungsangebot unter Einbindung von ätherischen Ölen, der individuellen Waschlotion und entspannender Musik?

Nein! Es geht eben nicht zuerst um mehr Zeit, Personal und höhere Pflegesätze. Es geht auch nicht um ungelebte Leitbilder und Konzepte. Wir benötigen in erster Linie die Belebung des Selbstanspruches. Es geht um die Bereitschaft, den eigenen Intuitionen zu trauen, sich zu entwickeln und um die professionelle Verpflichtung, zu handeln.

Geben wir uns indes einer Haltung der Gleichgültigkeit und Passivität hin, weil sie uns vor den allgemeinen Problemen zu schützen scheint. obliegen wir einem Irrtum. Im Gegenteil, nicht zu handeln macht uns anfällig, lässt uns nur noch die Möglichkeit zu reagieren, anstatt zu gestalten.

Insofern ist die Aufgabe eigenverantwortlichen Handelns zugunsten des Verharrens bzw. der Kultivierung der eigenen Ängste ein Autonomieverlust, der die starren Strukturen der entlastenden, weil Verantwortung tragenden Institution Heim, weiter stärkt.

Visionen oder eben auch nur kleine Veränderungen werden nicht von allein Wirklichkeit. Wir selbst, jeder von uns an seinem Platz, ist gefordert, seine eigenen Vorstellungen und sein fachliches Wissen einzubringen und zu leben. Nur wenn wir bereit sind, uns zu verändern, für eine Idee wider der eigenen Angst zu streiten, werden wir Glaubwürdigkeit gewinnen und auch andere für unsere Ansätze begeistern können. Hier entstehen die Chancen für neue, vielfach einfache Wege.

Der Normalitätsbegriff und die totale Institution

Inzwischen - so hat es den Anschein, ist es schon fast zu einem inflationären Gebrauch des Normalitätsbegriffes in Fachbeiträgen und Konzepten gekommen, wobei eine Reduktion auf den Ansatz der Alltagsorientierung erfolgt.

Das Normalisierungsprinzip, welches seinen Ursprung in der Behindertenhilfe hat, ist von seinem Selbstverständnis her aber viel umfassender und in sich differenzierter. In seiner logischen Konsequenz stellt es die Heime grundsätzlich in Frage, weil es in einer ersten Zielorientierung um die (Wieder-) Herstellung von Alltagsnormalität unter Aufhebung tradierter Heimstrukturen und Haltungen geht. Darüber hinaus erfordert die Umsetzung des Normalisierungsansatz in einem zweiten Schritt die Fachlichkeit, abstrahieren zu können. Es geht nicht um unsere subjektive (die eine, normierte) Normalität, kurz um unsere eigenen Wertorientierungen und Vorstellungen von dem was Normalität ist, sondern um die Erlebenswelt und Sichtweise eines jeden demenzkranken Bewohners. Hier liegen die Kompetenzen und Vorgaben zur Gestaltung des Alltages, hier sind die Antworten für eine biographiegeleitete Partizipation, also einer wirklichen Einbindung des Menschen zu finden.

Die Gefährdung in dem Herangehen an das Normalisierungsprinzip liegt in dessen scheinbarer, unspektakulärer Schlichtheit begründet. Wenn es aber allein nur darum geht, für Demenzkranke eine eigenständige Lebenswelt zu schaffen, in der sie Person sein können, dann wird deutlich, dass ein Paradigmenwechsel in den Einrichtungen ansteht. Weg von der zentralistischen klassischen (Heim-) Versorgung (sauber-ordentlich-satt) hin zur Begleitung und wechselseitigen Beziehungsgestaltung. Aber welche Betreuungsform ist die richtige? Integrative, segregative, Hausgemeinschaften des voll stationären Typs?

Deutlich wird, dass die Veränderungen im Sozial- und Gesundheitswesen, verbunden mit dem Kostendruck und den gesteigerten Qualitätsanforderungen mehr Bewegung im Bereich der Konzeptentwicklung der voll stationären Pflege entstehen ließen, als es die fachliche Notwendigkeit in den Jahren 1990 bis 2000 bereits erfordert hätte.

Nun steht aber die unausweichliche Neuausrichtung der Heime für die Zukunft an und diese Entwicklung scheint mit erheblichen Ängsten aber auch Überforderungen der Verantwortlichen einher zu gehen. Anstatt grundlegend mit einer Organisationsanalyse und -entwicklung zu beginnen, verharren viele in dem Versuch, "altbewährtes" zu bewahren oder kopieren anscheinend erfolgreiche Konzepte. Aus Stationen werden über Nacht Wohnbereiche und kleine Teeküchen mutieren zu Wohnküchen. Selbst Neubauten, die Arbeit in Kleingruppen ermöglichen oder tatsächlich geschaffene Hausgemeinschaften, garantieren aber noch längst nicht das, worum es geht: als Bewohner mehr Autonomie erlangen zu können und als Individuum umfassend wahrgenommen zu werden.

Es geht um eine umfassende Deinstitutionalisierung und Enthospitalisierung an dessen Ende die bestmögliche Realisierung des Normalisierungsprinzips steht. Und, wir alle wissen schließlich, dass die Qualität der Versorgung wesentlich von der Haltung der Mitarbeiter abhängt. Hausgemeinschaften sind zudem Institutionen wie jede andere geschaffene Wohnform auch, die, ob es ihre Befürworter wollen oder nicht, gleichfalls als Totale Institution enden können, in denen Bewohner die Abhängigkeit als das geeignete Verhalten erachten, um Zuwendung zu erhalten.

Zu recht ist deshalb die Frage zu stellen, warum und inwieweit wir durch unser Handeln Abhängigkeiten, Hilflosigkeit erzeugen, fordern und schließlich erhalten.

Eindrucksvoll spiegeln dies Koch-Straubes Beobachtungen von Bewohnern in einem Pflegeheim wieder, das exemplarisch für die überwiegende Mehrheit der bundesdeutschen Pflegeheime sein dürfte. Ausgehend von der unstrittigen Definitions- und Entscheidungsmacht der Institution Heim, vertreten durch die Mitarbeiter, "wächst die Ohnmacht der BewohnerInnen, das Gefühl keine Kontrolle mehr über die eigenen Belange zu haben" (Koch-Straube, 2003, 300). In der Folge schwinden, verbunden mit dem Versuch die durch Krankheit und körperlichen Beeinträchtigungen verursachten Veränderungen, der eigenen Lebenssituation zu meistern, die Kräfte sich gegen den Strudel von geschaffener Abhängigkeit und damit dem Verlust von eigenen Lebens- und Handlungsmöglichkeiten zur Wehr zu setzen. "Sich schwach, abhängig und schutzbedürftig zu empfinden, wird unwiderruflich und selbstverständlich (a.a.O., 301).

Im Klartext: Wir fördern keine Selbstständigkeit, sondern wir nehmen sie mit dem Einzug in das Heim, dem verordneten Gruppenleben zuerst einmal ab. Denn, je größer die Gruppe von Menschen, die an einem Ort dauerhaft zusammenlebt, desto zwingender scheinen uns, einer inneren Ökonomie folgend, ordnungsgebende Strukturen, einheitliche Regeln des Zusammenlebens sowie gewohnheitsmäßige, zeit- und energiesparende Handlungsmuster zu sein. Der Ursprung ist in der Ausbildung der Institution zu suchen.

Was sind aber Institutionen? Was haben wir in der voll stationären Pflege damit zu tun? Was sollte uns bewusst sein?

Anthropologisch betrachtet, sind Institutionen die menschlichen Ersatzfunktionen für unsere reduzierten Instinkte. Zerfallen die Institutionen, die in Traditionen begründet sind, dann zerfallen damit die unsere Kultur sichernden und stabilisierenden Stützen. Die Folge ist eine Entformung des menschlichen Verhaltens. Der Mensch wird ohne Erziehung, Sozialisation (Formierung) wieder affektbestimmt, triebhaft, unberechenbar und unzuverlässig (Gehlen, 1986a, 59). Vereinfacht ausgedrückt lässt sich sagen, dass Institutionen zweckrational aufgebaut Werte und Normen, Einstellungen sozialen Verhaltens vermitteln. Sie sind ein "stützendes Skelett" auf die Menschen in einem Zusammenleben in Gemeinschaft, einer Kultur, angewiesen sind.

Positiv lässt sich daher formulieren, dass Institutionen für den Menschen eine Entlastungsfunktion besitzen, weil sie uns Verhaltenssicherheit geben und von "ständigen Entscheidungszumutungen" befreien. Aus Sicht der Anthropologie ist hier der Ursprung der sogenannten "habitualisierten" Handlung anzusiedeln (Gehlen, 1964, 42 f.). Hierunter ist die Entstehung einer gewohnheitsmäßigen, routinierten und auf Dauer gestellten Handlung zu verstehen, die gewöhnlich nicht mehr hinterfragt, reflektiert, sondern nur vollzogen wird. Niemand denkt z.B. beim Autofahren mehr über das Schalten in die unterschiedlichen Gänge nach. Es handelt sich hierbei um eine habitualisierte Handlung genauso wie beim Blinken, bremsen, lenken usw. Wer sich seine ersten Fahrstunden vergegenwärtigt, wird sich vermutlich noch an die Anspannung hinsichtlich der Bewältigung der Aufgabe erinnern. Alles war neu, musste koordiniert werden. Heute ist für jeden von uns das Bewegen eines Autos die pure Routine. Manchmal wundem wir uns nach dem Starten des Wagens, warum wir schon angekommen sind. Unsere Aufmerksamkeit gehört zusätzlich auch anderen Dingen.

Grundsätzlich ist immer zu bedenken, dass Institutionen ihre Existenz und ihren Bestand aus der Befriedigung menschlicher Grundbedürfnisse ableiten. Institutionen und damit auch Pflegeheime sind, angelehnt an den Soziologen Malinowski, "soziale Einheiten", in denen soziale Bedürfnisse gruppenhaft organisiert werden. Kennzeichen der Institution ist die Einbeziehung aller Beteiligten und die Regulierung von Verhaltensweisen eines jeden bis hin zur Vorgabe der Arbeitsabläufe für Mitarbeiter sowie der Nachtruhe für die Bewohner. Institutionen und damit Heime beherrschen in ihrer Wirklichkeit - denn alles findet statt, weil es stattgefunden hat -, obwohl sie von uns selbst geschaffen und täglich neu gestützt werden. Die Institution Heim ist also nicht vom Himmel gefallen sondern durch uns gebaut, strukturiert und gelebt. Wir tragen die Verantwortung für dieses System, jeder an seinem Platz.

Welchen Kontrast bieten hierzu nun Menschen mit einer mittelschweren bis schweren Demenz, die bei ausgeprägter Mobilität die vorgenannten Attribute für sich nicht gelten lassen? Setzen wir doch einmal die Brille eines solchen Bewohners auf. Wir wissen, er ist in seiner eigenen Wirklichkeit zuhause, hat seine individuelle Sichtweise und Deutung der ihn umgebenden Umwelt. Er fühlt sich jung, kompetent, nicht alt und gebrechlich. Er will eigenverantwortlich seinen Aufgaben nachgehen und reagiert zurecht empfindsam (von Rückzug bis hin zu aggressivem Verhalten als Reaktion auf die soziale Umwelt) auf eine konfrontierende Umgehensweise, auf betonierte Institutionsabläufe - Heimstrukturen repräsentiert durch gewohnheitsmäßiges, unflexibles Handeln.

Wie mögen ihm diese Heimstrukturen aber erscheinen, wo wir doch wissen, dass es diesem Bewohner nicht mehr möglich ist, sich ihnen anzupassen bzw. sie zu verstehen oder gar noch einmal zu erlernen.

Seine Empfindung wird sein, dass er sich in dieser fremden Welt bar jeglicher ihm bekannten Normalität nicht zurechtfinden, geschweige denn anpassen kann. Für ihn muss die funktionale Pflegeablauforganisation als abnormal, als eine Verrücktheit erscheinen. So ist es nachvollziehbar, dass Demenzkranke versuchen, dieser Lebenssituation auszuweichen, sich überfordert, gestresst fühlen, und auf der Suche nach einer vertrauten Umgebung und Personen sind.

Nur über die Homogenität der Bewohnergruppe und der ihnen eigenen positiven Effekte sowie ein hohes Maß an gelebter Toleranz und Akzeptanz der Vorstellungswelt von Schwerstdemenzkranken ist der Platz frei für tiefere, ältere Bilder, Erinnerungen. Hier kann sich eine soziale Sinnlichkeit entwickeln, die Raum lässt für das eigene Sein, für beständig neue Erfahrungen und gleichzeitig den Menschen vertraute, gemeinsame Lebensbezüge bietet. Wir sprechen von einer eigenen Lebenswelt, einer eigenen Kultur.

Für Mitarbeiter und Angehörige gilt es zu lernen, dass sich diese Welt nicht an den vorherrschenden Normen orientiert. Es geht nicht mehr um ein einfaches "Falsch" oder "Richtig", sondern um die Möglichkeit der Demenzkranken "anders" zu sein, anders zu denken und zu leben. Ihrer subjektiven Sichtweise Raum und Zeit zu geben, sie zu akzeptieren. Dies erfordert aber zusätzlich eine flexible Betreuung (Versorgung), weil letztlich nur so Freiräume entstehen und sich damit die Möglichkeit bietet, weniger strukturiert und damit oftmals auch konfrontierend arbeiten zu müssen. In diesem Milieu kann vielleicht ein gutes Stück "Selbstbestimmung" und somit das Empfinden eigenständig zu entscheiden (Rollenkompetenz), Wirklichkeit sein.

Ich glaube, traditionelle Heime, auch wenn wir uns scheinbar zu Neuentwicklungen auf den Weg gemacht haben, sind nach wie vor totale Institutionen. Polle zu meiner Zeit oder Holle sind hier nicht ausgenommen. Wir haben uns auch die Frage zu stellen, ob Kritiker Recht mit der Behauptung haben, dass es in einer Institution keine wirkliche Wunschautonomie, und somit auch keine Selbstbestimmung der Bewohner gebe. Hierzu ein Beispiel aus einem Pflegeheim, das aufzeigt wie profan Entwicklungen mit der Betrachtung von außen erscheinen, während sie

andere - im inneren - bereits als Revolution erleben:

"In den letzten Wochen wurde die Essenssituation grundlegend verändert, indem nun zwei Tischgruppen gebildet wurden, an denen auf der einen Seite die ‚Fitteren‘ und auf der anderen Seite die ‚Schwächeren‘ miteinander essen. Es wird zunächst das Essen der Schwächeren vorbereitet, und dann bekommen die Stärkeren zum Selbstnehmen das Essen in Schüsseln. Auch die Mitarbeiter setzen sich dazu, und so entsteht eine ruhigere Atmosphäre".

Banal oder Revolution?

Bleibt an dieser Stelle die Frage, warum wir so schwerfällig sind Selbstverständlichkeiten sicherzustellen oder zugespitzt: braucht es für diese - z.B. die Sicherstellung der Essenssituation - wirklich die Umsetzung von Zertifizierung, Einrichtungsberatung usf. Wo ist die Fachlichkeit?

Auszug aus: Peter Dürrmann: Besondere stationäre Dementenbetreuung II, Pflege und Kosten (Vincentz-Verlag 2004)

Kontakt: Peter Dürrmann, Seniorenzentrum Holle GmbH, Tel.: 05062/9648-0, Fax: 9648-155,
E-Mail: info@sz-holle.de

Buchveröffentlichung: "Besondere stationäre Dementenbetreuung", Vincentz-Verlag 2001 (Enthält die LQV für Polle)

Literatur: "Differenzierung statt Pauschalierung", Altenheim 2/99; "Die Bedeutung der Pflegeklassen", Altenheim 5/99; "Gut, daß wir verglichen haben ...", Altenpflege 8/99; "45 Minuten Mehraufwand", Altenheim 4/2000; "Vereinbarung mit Modellcharakter", Altenheim 5/2001, "Vom Konzept zur LQV und Finanzierung", In: Reihe Thema 183, KDA 2003.

„Pflege und Begleitung in der Lebenswelt gerontopsychiatrisch veränderter Menschen – Herausforderungen an die ambulante Pflege“

Anja Ludwig, Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld

Anmerkung:

Während meiner Überlegungen zu diesem Vortrag wurde mir deutlich, dass ohne eine Beschäftigung mit der grundsätzlichen Situation der ambulanten Pflege, eine Auseinandersetzung mit inhaltlichen Konzepten der gerontopsychiatrischen Versorgung wenig Sinn macht. Wir brauchen in Deutschland eine veränderte ambulante Versorgungsstruktur, ohne die alle innovativen Ansätze bezüglich der speziellen Versorgung einzelner Personengruppen ihren Modellcharakter nicht verlieren werden. Erst durch eine veränderte Versorgungsstruktur kann eben auch die Pflege und Begleitung in der Lebenswelt gerontopsychiatrischer Menschen unter Berücksichtigung innovativer pflegerischer Ansätze zur Regelversorgung werden.

Begriffserläuterung

Ein zentraler Begriff meines Vortrages wird der Begriff der Lebenswelt sein und ich möchte ihnen hierzu eine kurze Erläuterung geben. Der Begriff der Lebenswelt ist für mich das Symbol einer vertrauten Umgebung, dem zu Hause. Eine Untersuchung der holländischen Pflegewissenschaftlerin Corry Bosch zum Phänomen der Vertrautheit von dementiell veränderten alten Männern und Frauen in stationären Pflegeeinrichtungen hat verdeutlicht, dass das Vertraute und Bekannte, mit dem sich ein Mensch identifiziert, in der Regel von dieser Personengruppe dort nicht gefunden wird und dadurch die Sehnsucht nach dem zu Hause verstärkt wird. Auch wenn sich das Gefühl der Vertrautheit gerade bei an Demenz erkrankten Menschen nicht nur auf den Verlust eines Ortes, sondern auch auf den Verlust der eigenen inneren Identität bezieht, bieten die gewohnte Umgebung und vertraute Menschen doch gerade für sie ein hohes Maß an Schutz und Sicherheit. Dies bezieht sich nicht nur auf dementiell veränderte Menschen. Pflegewissenschaftliche Untersuchungen in Österreich haben ergeben, dass die eigene Wohnung so selbstverständlich mit hoher Lebensqualität verbunden wird, dass die befragten alten Menschen nicht sagen konnten, was das spezifisch Positive daran ist.

Unsere heutige ambulante pflegerische Versorgungsstruktur bietet vielen Personengruppen diese Möglichkeit des Verbleibs in den eigenen vier Wänden jedoch nicht. Auf die Mängel der Versorgungsstruktur, auf notwendige Handlungsbedarfe und Chancen zur Veränderung der ambulanten Pflege möchte ich im nachfolgenden Vortrag eingehen. Dabei wird es nicht nur um Versorgungsstrukturen für gerontopsychiatrisch Erkrankte gehen, sondern um grundsätzliche Themen der ambulanten Pflege in Deutschland.

Heutige Situation der ambulanten Pflegedienste

Zunächst möchte ich die derzeitige Situation der ambulanten Pflegedienste kurz skizzieren. Betrachtet man die demographische Entwicklung in all ihren Auswirkungen und den Wandel des Krankheitspanoramas, ist weder dem Laien noch dem Experten begreiflich wie man den zukunftsweisenden Versorgungsbereich der ambulanten Pflege in den vergangenen Jahren in so

hartnäckiger Art und Weise ausbluten lassen konnte. Der restriktive Einsparungswillen der Kassen - in keinem anderen Bereich haben die Kassen in den letzten Jahren derart die Ausgaben gesenkt -, hat eine Flut von Insolvenzen nach sich gezogen.

In Verbindung mit einer Vielzahl von Gesetzesänderungen und den daraus resultierenden zunehmenden Anforderungen z.B. im Bereich des Qualitätsmanagements, haben die Dienste heute ihre Rationalisierungsreserven weitestgehend aufgebraucht. Diese von einem Bürokratiewahn begleitete Fremdbestimmung, hat in ihrer Folge Unmengen von Energie der Leistungserbringer verschlungen und dazu geführt, dass die Zunahme von Administration zu Lasten der direkten Pflege vor Ort ging, u.a. hierdurch die Berufszufriedenheit der Pflegekräfte deutlich abgenommen hat und wesentliche Innovationen in diesem Sektor auf der Strecke geblieben sind.

Falsche Anreizstrukturen

Innovationen wurden auf der Grundlage der bisherigen Finanzierungsstrukturen auch vom Gesetzgeber und den Kassen durch falsche Anreizsysteme zusätzlich behindert. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ muss hinsichtlich seiner bisherigen Umsetzung als Makulatur bezeichnet werden. Die höheren Entgelte für die stationäre Pflege haben in den letzten Jahren den sogenannten Heimsogeeffekt und die Ausweitung des stationären Pflegebereichs begünstigt. Viele Träger ambulanter und stationärer Einrichtungen betrachten den ambulanten Pflegesektor lediglich noch als Akquisemöglichkeit für die Anwerbung potentieller Heimbewohner oder stoßen die Dienste ab, da diese inzwischen zum reinen Subventionsgeschäft geworden sind.

Die extrem hohen Ausgaben der letzten Jahre für die Heimversorgung und das Finanzdefizit der Pflegeversicherung drängen den Gesetzgeber zur Lösungssuche. Offensichtlich scheint er sich bei dieser Suche auf den schon oft totgesagten Grundsatz „ambulant vor stationär“ zu besinnen.

Der im letzten Jahr von der Rürup-Kommission vorgelegte Entwurf zur Reform der Pflegeversicherung sieht u.a. eine Aufwertung der ambulanten Pflege vor, indem die Pflegesätze im stationären Bereich abgesenkt werden sollen und im ambulanten Bereich eine geringfügige Steigerung erfahren. Diese Systematik mag vielleicht dazu führen, dass Familien dazu ermutigt werden, Angehörige auch bei aufwendiger Pflegebedürftigkeit in ihrer vertrauten Umgebung zu versorgen, (was nach Untersuchungsergebnisse inzwischen mehr vom Haushaltseinkommen abhängt als vielmehr von moralischen Aspekten), doch wird diese Veränderung ohne Wirkung für die immer größer werdende Zahl von Menschen ohne verlässliche informelle Netzwerke bleiben. Diese Regelung, würde sie umgesetzt, benachteiligt all jene, deren Bedarfe durch die heutigen ambulanten Leistungsangebote nicht ansatzweise abgedeckt werden können und denen vielfach die stationäre Pflege als einzige Alternative zur Verfügung steht. Hier sei in besonderem auf gerontopsychiatrische Patienten und ihre Angehörigen verwiesen.

Demenzen im mittel- bis schweren Stadium kann mit den vorhandenen ambulanten Versorgungsangeboten, die oft starr und unflexibel sind, derzeit kaum entsprochen werden, was dazu führt dass Angehörige die Dienste gar nicht erst in Anspruch nehmen oder sie wieder abbestellen. Darüber hinaus verfügt die Pflege noch nicht über ausreichende gerontopsychiatrische Fachkenntnisse, und über die Funktion und Strukturen von Familiensystemen, (entgegen dem Ansatz der familienumweltorientierten Pflege) und über Kenntnisse die zum Aufbau professioneller Beziehungen notwendig sind. Die Pflege dementiell Erkrankter im häuslichen Umfeld findet dann ihre Grenzen, wenn die Hauptpflegeperson ausgebrannt ist und die Last der Pflege nicht mehr bewältigen kann.

Auch wenn erste Ansätze einer weiteren Aufwertung der ambulanten Pflege vorerst nur durch eine geringe monetäre Steigerung vorgenommen wird, setzt der Gesetzgeber damit ein Zeichen in Richtung Ambulantisierung der Pflege, von der wir nur hoffen können, dass sie in diesem Stadium nicht stecken bleibt.

Nutzerorientierung versus Fehlversorgung

Immer häufiger hört man heute die These, dass ambulante Pflege mitunter kostenintensiver ist als die stationäre. Betrachtet man z.B. die Versorgung von alleinlebenden Pflegebedürftigen oder dementiell veränderten Menschen, so mag diese These in der ersten Wahrnehmung stimmen. Doch liegt das Problem nicht auf Seiten der Betroffenen sondern in den Defiziten unseres Versorgungssystems begründet, das noch immer mehr von Anbieter- bzw. Lobbyinteressen dominiert wird, als von dem eigentlichen Bedürfnissen und Bedarfen der Klienten. Die Kommission für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen hat in ihren Gutachten darauf verwiesen, dass die fehlende Ausrichtung der Versorgung im Sinne einer konsequenten Nutzerorientierung als Fehlversorgung zu bezeichnen ist, die in erheblichem Maße dafür verantwortlich gemacht werden muss, dass unser Versorgungssystem ineffektiv ist und zu hohe Kosten verursacht. Im Klartext heißt das, dass in Deutschland täglich massenhaft Leistungen erbracht werden, an die sich die Nutzer anpassen müssen, die sie aber vielfach nicht wirklich benötigen.

Wie oft wäre z.B. ein Gespräch oder ein Spaziergang, gerade bei alleinlebenden Pflegebedürftigen, wo die Pflegekraft der einzige soziale Kontakt ist, wichtiger als eine große Körperpflege. Doch wird die, im Gegensatz zu einem Gespräch, bezahlt. Das Ergebnis, die Bedürfnisse des Patienten bleiben vielfach unerfüllt und die Pflegekraft geht mit einem schlechten Gewissen aus dem Pflegehaushalt.

Ich möchte an dieser Stelle an Hand einiger Beispiele aufzeigen, wo solche Fehlversorgungsstrukturen in den nächsten Jahren und Jahrzehnten zu gravierenden Versorgungsengpässen führen könnten, wenn der Gesetzgeber nicht rechtzeitig ein- und umlenkt:

1. Unser gesundheitliches Versorgungssystem ist primär an der Diagnostik und Behandlung von akut Kranken ausgerichtet, entgegen der quantitativen Zunahme chronisch Kranker (wie beispielsweise dementiell veränderte Menschen) und Multimorbider, für die vielfach nicht mehr Behandlung und Heilung der Erkrankung im Vordergrund stehen, sondern vielmehr die Alltags- und Lebensgestaltung mit der Krankheit. Primäre Bedeutung erfahren dann Begleitung und Beratung, Hilfestellung und Ressourcenerhalt und -förderung und damit Autonomieerhalt und -förderung. Aufgrund der Zunahme von chronischen Erkrankungen, von Pflegebedürftigkeit und Multimorbidität und den damit verbundenen Bedarfen, wird es nach Expertenmeinungen voraussichtlich in den nächsten Jahrzehnten zu einem Paradigmawechsel von der Medizin hin zur Pflege kommen.

2. Das Pflegeversicherungssystem ist als Teilkaskosystem zur Ergänzung familialer Pflege gedacht, entgegen der Zunahme alleinlebender Menschen ohne verlässliche informelle Netzwerke (heute leben 22% der Pflegebedürftigen in Einpersonenhaushalten, bis zum Jahre 2030 sind es 33%). Diese Klientel ist überwiegend gezwungen Sachleistungen in Anspruch zu nehmen (keine Wahlmöglichkeit) und ist primär auf die Pflege durch professionelle Helfer angewiesen. Da die Unterstützung durch informelle Helfer fehlt

oder nicht ausreicht und ambulante Dienste diesen Mangel unter der derzeitigen Finanzierungsstruktur nicht kompensieren können, sind sie vielfach von Unterversorgung, psychischen und körperlichen Erkrankungsrisiken wie Oberschenkelhalsfrakturen durch Stürze, Depressionen durch Isolation und einem erhöhten Heimeinweisungsrisiko betroffen. Von daher verwundert es auch nicht, dass sie diejenigen sind, die nach Umfragen am unzufriedensten mit den Leistungen der Pflegeversicherung sind.

Hier werden auch ambulante Pflegedienste künftig Kompensation der fehlenden informellen Netzwerkstrukturen leisten müssen, wenn für diese Kunden die ambulante Pflegesituation aufrecht erhalten werden soll. Ebenfalls wird sich durch dieses Klientel das Aufgabenspektrum der Dienste verändern und erweitern. Integrative Netzwerkarbeit, Beratung und Begleitung im Sinne eines Case-Managements, die verstärkte und enge Zusammenarbeit in Verbundsystemen (Stichwort integrierte Versorgung) und die Entwicklung professioneller Beziehungsarbeit sind nur einige Bereiche, die dabei an Bedeutung gewinnen werden.

3. Das SGB XI fokussiert somatische Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen und refinanziert dementsprechende überwiegend Grund- und Behandlungsverrichtungen, obwohl gerontopsychiatrische Erkrankungen in den nächsten Jahrzehnten drastisch ansteigen (Werden in den kommenden Jahren und Jahrzehnten keine nachhaltigen Fortschritte in der Prävention und Behandlung der Demenz erzielt, wird die Zahl der Erkrankten im Jahre 2050 bei zwei Millionen liegen, was eine Verdoppelung der heutigen Erkrankungsrate bedeuten würde. Dies entspräche einem jährlichen Zuwachs von 20.000 Neuerkrankungsfällen).

Auch bei ihnen wird der Bedarf an psychosozialen sowie alltagsnahen Hilfen, Begleitung und Beratung steigen. Es gilt als bewiesen, dass alle schweren körperlichen chronischen Erkrankungen wie z.B. Diabetes mellitus, rheumabedingte Arthritis oder Morbus Parkinson in ihrem Verlauf psychische Erkrankungen wie Depressionen nach sich ziehen und alte Menschen besonders oft davon betroffenen sind. Um auch Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen die Chance einzuräumen, solange wie möglich in der vertrauten häuslichen Umgebung zu bleiben, brauchen wir zum einen Unterstützungsangebote für Angehörige, die über Anleitung und Beratung hinaus gehen, so z.B. auch im Bereich der Prävention, den Ausbau von Angeboten im Bereich der Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege und deren Finanzierbarkeit für die Betroffenen. Hierbei sollte eine stärkere Konzentration auf die häusliche Kurzzeitpflege stattfinden, da Untersuchungen in England ergaben, dass sich das dementielle Krankheitsbild der Patienten bereits nach einem vierwöchigen Aufenthalt in einer externen Kurzzeitpflegeeinrichtung nachweisbar verschlechterte. Des weiteren benötigen wir integrierte Versorgungssysteme zur Vermeidung von Schnittstellenproblemen und auch hier wieder Case-Management-Strukturen. Ambulante Pflegedienste müssen sich gleichfalls verstärkt auf die Gewinnung von Ehrenamtlichen konzentrieren, um die Leistungen erbringen zu können, die außerhalb des Refinanzierungsrahmens liegen, aber für die Kunden genauso wichtig sind (z.B. Spaziergänge, Vorlesen usw.).

Anhand der Darstellung der drei Beispiele von Fehlversorgungsstrukturen ist deutlich geworden, dass unser heutiges Gesundheits- und Pflegesystem weder für chronisch Kranke und Multimorbide, alleinlebende und/oder gerontopsychiatrisch kranke Personen als adäquat zu bezeichnen ist. Der Gesetzgeber aber auch Kassen und Anbieter von Pflegeleistungen müssen sich jedoch zukünftig an diesen

Entwicklungen orientieren, wenn der demographische Wandel und das veränderte Krankheitspanorama unser Versorgungssystem nicht zum kollabieren bringen soll.

Zukünftige Notwendigkeiten verlangen ein neues Pflegeverständnis

Da die Pflegeentgelte heute an klar definierte Leistungskomplexe oder Leistungsmodule gebunden sind, bleibt den Diensten kein Spielraum mehr Pflege so zu gestalten, wie es für den einzelnen Betroffenen und/oder seine Bezugspersonen sinnvoll und notwendig wäre. Die derzeitigen Rahmenbedingungen unter denen Pflege heute stattfindet sind äußerst einseitig an Finanzierbarkeit und wirtschaftlichen Interessen orientiert und ermöglichen den Pflegediensten nicht, sich auf die oben genannten Herausforderungen einzustellen.

Diese Entwicklung hat u.a. auch dazu geführt, dass sich das heutige Berufsverständnis von Pflegekräften fast nur noch über Grund- und Behandlungspflege, also refinanzierbare Leistungen, definieren lässt. Diese Reduktion, entspricht weder dem tatsächlichen Potential der Pflege noch den vielfältigen Aufgaben, die in den nächsten Jahren und Jahrzehnten von diesem Berufszweig erwartet werden. Da deutlich wird, wie eng die Entwicklung eines Versorgungssegments mit dessen Finanzierung verbunden ist, benötigen wir eine veränderte Finanzierungsgrundlage, die sich an den individuellen Bedarfen und Bedürfnissen der Nutzer orientiert und die Berufsangehörigen zwingt Pflege, über die Grenzen von Grund- und Behandlungsrichtungen hinaus, neu zu denken.

Finanzierungsfragen sind ein Thema, das andernorts zu klären ist und den Rahmen des Vortrags sprengen würde. Dafür haben wir in Deutschland die allseits bekannten Kommissionen, die sich mit diesen Fragen umfassend beschäftigen, dabei jedoch die inhaltliche Konzeption von Pflege viel zu stark vernachlässigen. Bei allen Überlegungen zur Finanzierbarkeit der Pflege müssen wir uns darüber klar werden, dass nicht mehr Geld in das System fließen wird. Aus diesem Grunde müssen wir also darüber nachdenken, wie das Geld, das zur Verfügung steht, gezielter und effektiver als bisher eingesetzt wird und den Bereichen zugute kommt, welche die Hauptlast zukünftiger Entwicklungen zu tragen haben. Hierbei bedarf es auch eines mutigeren Vorgehens des Gesetzgebers, bestehende Lobbybastionen aufzubrechen.

Ein Finanzierungsmodell, das nutzerorientiert ist und den Pflegebegriff erweitert, sind personengebundene bzw. personenbezogene Budgets. Schon im dritten und vierten Altenbericht und im Bericht der Enquete-Kommission demographischer Wandel wurden sie als eine mögliche Finanzierungsform der Zukunft empfohlen, die der Komplexität häuslicher Pflegesituationen Rechnung trägt.

Modell-Projekt personengebundene Budgets: (personengebundene Budgets: § 17 SGB IX sowie die Ausführungsbestimmungen zum § 8, Abs.3 SGB XI)

Die Stadt München führt derzeit in Kooperation mit der Universität Witten/Herdecke ein Projekt durch, in dem personengebundene Budgets als mögliche neue Finanzierungsform getestet werden. Das Budget ergibt sich aus einer Zusammenlegung von Ansprüchen der bisher strikt getrennten Finanzierungsebenen SGB V, SGB XI und BSHG und ist für den Einkauf von Sachleistungen vorgesehen (Im Münchner Projekt wurden Leistungen des SGB V bisher nicht in das Budget integriert). Damit soll den Betroffenen und ihren Angehörigen im Rahmen des Budgets ermöglicht werden bedürfnisorientierte, individuelle

Pflegearrangements zusammenzustellen. In Bezug auf die Versorgung gerontopsychiatrischer Patienten in der Häuslichkeit, können dabei auch Leistungen entwickelt und umgesetzt werden, die in der regulären Versorgung bisher kaum Platz finden. Bei der Zusammenstellung dieses Pflegearrangements soll den Betroffenen die Möglichkeit von Beratung und Begleitung geboten werden um Schwellenängste zu vermeiden, mangelnde Informationen zu beheben und die lokalen Angebote gezielt nutzen zu können. In dem Münchner Projekt liegt die Verwaltung des Budgets bei den Pflegediensten. Die Pflegekräfte wurden, um dieser neuen Aufgabe gerecht zu werden, speziell geschult. Für die Kassen liegt der Anreiz dieses Finanzierungsmodells darin, dass es sich bei dem Budget um einen fest zu kalkulierenden Betrag handelt.

Um jedoch die mit einer so ausgerichteten finanzierten Pflege verbundenen Kompetenzen zu entwickeln, benötigen wir dringend ein neues Pflegeverständnis, in welchem die Nutzerorientierung oberstes Gebot ist. Wir brauchen ein neues Pflegeverständnis in dem sich nicht die Betroffenen und Angehörigen den Strukturen des Dienstes und der Arbeit der Pflegekräfte unterordnen und anpassen. Pflege muss als Aushandlungsprozess, in dem beide Seiten sich als Ressource und Ergänzung erleben, (entgegen der oft bestehenden Konkurrenz) ausgestaltet werden und sich an den Notwendigkeiten und Bedürfnissen der Lebenswelt der Kunden orientieren.

Das Ziel der pflegerischen Handlungen sollte der Erhalt und die Stärkung der Autonomie der Betroffenen und ihrer Angehörigen sein, damit sie in größtmöglicher Unabhängigkeit auch von professioneller Pflege ihren Alltag gestalten können. Ein solches Verständnis von Pflege könnte wesentliche Entlastungen durch Verantwortungsteilung zwischen lebensweltlichen und beruflichen Helfern mit sich bringen und würde die häufig als Sisyphusarbeit erlebte Pflege für beide Seiten mit mehr Erfolgserlebnissen füllen. Diese Ressourcenausrichtung und die dazu notwendigen Kompetenzen sind in der Pflege noch herzustellen. Pflege orientiert sich bis heute zumeist an Defiziten und fördert eher Abhängigkeiten als Selbstständigkeiten. Dies ist auch ein Grund dafür, warum die präventive und rehabilitative Ausrichtung pflegerischer Arbeit innerhalb der Berufsgruppe bisher vernachlässigt wurde. Aber auch in diesem Zusammenhang müssen wieder falsche Anreizsysteme des SGB XI mit verantwortlich gemacht werden, da die Förderung von Ressourcen nicht selten mit einer Aberkennung der Pflegestufe verknüpft ist und die Kassen Prävention und Rehabilitation, vor allem bei gerontopsychiatrischen Patienten bisher kaum unterstützen.

Modell-Projekt Präventive Hausbesuche:

Es lassen sich aber auch in diesem Bereich positive Entwicklungen für ambulante Pflegedienste erkennen, die aber wie bereits erwähnt, noch mit den notwendigen Kompetenzen angereichert werden müssen. Das BMGS leitet derzeit eine Arbeitsgruppe zur Erprobung präventiver Hausbesuche (Klientel: ab 70Jahre, nicht pflegebedürftig) die nach Auswertung der Ergebnisse bundesweit etabliert werden sollen und das Ziel verfolgen Pflegebedürftigkeit nach Möglichkeit hinauszuzögern, zu verhindern oder abzuschwächen. Im Zusammenhang mit den Überlegungen, von welcher Berufsgruppe diese Aufgabe zukünftig übernommen werden soll, setzt sich das BMGS derzeit verstärkt für Pflegekräfte ein. Ergebnisse aus bereits abgeschlossenen Modellprojekten zu präventiven Hausbesuchen haben die besondere Eignung von Pflegekräften für diese Aufgabe belegt. Besonders im Hinblick auf die Lebenssituation gerontopsychiatrisch Erkrankter und/ oder Alleinlebender, können Krisen, wie z.B. deren Isolierung und Vereinsamung aber

auch frühzeitige gesundheitliche Auffälligkeiten wie bei Depression oder Demenz, erkannt werden. Gerade bei Demenzerkrankungen ist diese frühzeitige Diagnose und Behandlung von großer Wichtigkeit für den Erkrankungsverlauf.

Prävention wird demzufolge in den kommenden Jahren, nicht zuletzt durch das in naher Zukunft in Kraft tretende Präventionsgesetz, auch für den Bereich der Pflege immer wichtiger werden.

Neue Möglichkeiten und Chancen für ambulante Pflegedienste

1. DRGs als Ausgangspunkt für eine neue ambulante Versorgungslogik

Auch wenn viele von ihnen diese Abkürzung nicht mehr hören können und sie eher mit Angst besetzt ist, lohnt sich eine genauere Betrachtung der Chancen und Möglichkeiten, die sich aus deren Einführung im Kliniksektor für ambulante Pflegedienste ergeben.

Die vom Gesetzgeber mit den DRGs beabsichtigte Absenkung der Liegezeiten, der Abbau der Bettenkapazitäten im gesamten Bundesgebiet, die Erreichung einer erhöhten Transparenz und Qualitätssteigerung in der Versorgung sowie die Verschiebung des Versorgungsschwerpunktes vom „Krankenhaus“ zum ambulanten Bereich, haben schon jetzt die Versorgungslogik in Deutschland in erheblichen Maße verändert.

Kritisch muss zu Beginn angemerkt werden, dass der Gesetzgeber einen gravierenden Fehler begangen hat, indem er mit der Einführung der DRGs im Kliniksektor keine parallele Ausweitung und Stabilisierung der ambulanten Pflegestrukturen vorgenommen hat. Die wenigsten Dienste und stationären Pflegeeinrichtungen sind heute weder personaltechnisch, finanziell und inhaltlich auf die Versorgung der zukünftig zunehmenden aufwendigen Pflegebedarfe vorbereitet. Und trotz allem sind die DRGs der Ausgangspunkt für eine zunehmende Verlagerung der Versorgung in den ambulanten Bereich. Auch wenn sich diese Ambulantisierung vorerst noch primär auf die medizinische Versorgung bezieht, könnte diese Entwicklung mittel- bis langfristig Ausstrahlungswirkung auch auf die ambulante Pflege haben.

Da die DRGs auch auf den geriatrischen Stationen im Krankenhaus Anwendung finden, wird sich die Liegezeit von alten kranken und pflegebedürftigen Menschen auch dort verkürzen. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen, da wie anfänglich deutlich gemacht, die vertraute Umgebung für die hier im Zentrum stehende Klientel von besonderer Bedeutung ist. Doch auch hier wirken sich die unzureichenden ambulanten Versorgungsangebote kontraproduktiv aus. Die frühzeitige Entlassung kann nur dann positiv bewertet werden, wenn keine Rund-um-die-Uhr-Betreuung geboten ist, der Betroffene sich überwiegend selbstständig versorgen kann oder ein informelles Netzwerk zu Verfügung steht.

2. Geriatrische Rehabilitation

Viele Behandlungsschritte die bisher im Krankenhaus erbracht wurden, werden sich zukünftig außerhalb dieser Einrichtungen abspielen. Die Verkürzung der Liegezeit wird sich so z.B. auch auf die frührehabilitativen Maßnahmen auswirken. Ihnen wird eine besondere Bedeutung bei der Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit beigemessen. Findet Frührehabilitation im vertrauten Milieu also zu Hause statt, werden die Fähigkeiten gezielt dort wiedererlernt, wo sie zur Bewältigung des individuellen Alltags notwendig sind. Diese Form der gesundheitlichen Versorgung gewährt maximale

Effektivität für die Betroffenen und spart zusätzlich Kosten durch die Vermeidung teurer stationärer Rehabilitationsmaßnahmen.

Denkbar wäre zukünftig das ambulante Pflegeteam durch unterschiedliche Berufsgruppen wie Logopäden, Ergo- oder Physiotherapeuten zu ergänzen. Es gibt heute schon Modellprojekte im Bereich der mobilen geriatrischen Rehabilitation, welche die Effektivität dieser multiprofessionellen Teams belegen und verdeutlichen, dass gerade bei dieser Klientel die gesundheitliche Situation in den seltensten Fällen von der sozialen und psychischen Lebenssituation getrennt werden kann (was im besonderen auch für gerontopsychiatrisch Erkrankte gilt).

Aber auch die enge Kooperation mit geriatrischen Rehabilitationskliniken könnte ein neues Feld der Spezialisierung für ambulante Pflegedienste bieten. Hieraus könnten sich geriatrische Rehabilitationsverbände entwickeln, in denen ambulanten Pflegediensten eine besondere Rolle zukommen würde. Nicht nur die Weiterversorgung der Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt könnte durch sie gewährleistet werden, sondern auch ihre Rückmeldung an Kassen und Rehabilitationskliniken über den Rehabilitationsbedarf und die Rehabilitationsressourcen ihrer Kunden könnte ihre Attraktivität als Kooperationspartner erhöhen. Hierzu kann es sich anbieten das Leistungsangebot über die Pflege hinaus zu erweitern.

3. Integrierte Versorgung

Durch die DRGs erhält die Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungsanbieter, aber auch die Zusammenarbeit mit Anbietern niedrigschwelliger Angebote (wie Betreuungsgruppen für demente Personen) eine neue Bedeutung. Hierin liegt eine große Chance für die Verbesserung der Versorgung und Begleitung gerontopsychiatrischer Patienten und/oder deren Bezugspersonen. Integrierte Versorgung soll die Konkurrenz unter den Anbietern steigern und die Qualität der Versorgung erhöhen. Der §140 SGB V im neuen Gesundheitsreformgesetz ermöglicht die Schließung von Verträgen zwischen unterschiedlichen Akteuren. Kritisch muss bemerkt werden, dass die Pflege auch hierbei im Gesetzestext nicht explizit erwähnt wird.

Die integrierte Versorgung bietet neue Möglichkeiten für den Zusammenschluss zu Versorgungsverbänden. Solche Verbände haben neben der Sicherung und Gewährleistung der Regelversorgung u.a. die Funktion, die regionale Versorgungsstruktur unter primärer Beachtung der Nutzerbedarfe weiter zu entwickeln, regionale Über-, Unter und Fehlversorgung aufzudecken, die Kommunikation und effektive Zusammenarbeit der verschiedenen Anbieter zu fördern und die unterschiedlichen Versorgungssegmente durchlässiger und transparenter zu gestalten. Ambulante Pflegedienste sind eines der wichtigsten Bindeglieder zwischen den unterschiedlichen Gesundheits- und Pflegesektoren. Durch die Pflege ihrer Kunden sind sie wie kaum ein anderer Akteur im Gesundheitswesen in ständiger Verbindung mit den regional ansässigen Anbietern. Gerade bei Klinikeinweisungen oder Entlassungen werden sie für Krankenhäuser zu wichtigen Informationsvermittlern und Kooperationspartnern, durch die eine gezielte und effiziente Behandlung, Überleitung und Entlassung möglich ist, was unter DRG-Bedingungen für die Kliniken immer zentraler sein wird. Dieses Wissen und diese Fähigkeiten sollten sie nutzen, um ihre Position im Rahmen der integrierten Versorgung selbstbewusst und kompetent nach außen darzustellen und zu festigen.

Im Rahmen der integrierten Versorgung sollen zukünftig Gesundheitszentren entstehen. Auch hier liegen speziell im Bereich der kommunalen gesundheitlichen und pflegerischen Beratung, Schulung und Aufklärung bzw. Prävention neue Aufgabenfelder für ambulante Pflegedienste.

4. Case - Management

Um die einzelnen Angebote im Versorgungsverbund nutzerorientiert und sinnvoll zum Einsatz kommen zu lassen, brauchen wir gerade für Klienten, bei denen viele unterschiedliche Akteure an der Versorgung beteiligt sind, wie im Falle gerontopsychiatrisch Erkrankter, Case-Management-Strukturen. Case-ManagerInnen sollen die Versorgungskontinuität und den Aufbau von Unterstützungsnetzwerken über Organisations- und Professionsgrenzen hinweg garantieren. Der oder die Case-ManagerIn konzentriert sich nicht nur auf die Bedarfe des Patienten, sondern sucht gezielt nach individuell passenden Entlastungsmöglichkeiten für die pflegenden Angehörigen um die Pflegesituation zu stabilisieren. Er oder sie nimmt eine anwaltschaftliche Position für den Betroffenen und/oder seine Bezugspersonen ein. Sein Handeln unterliegt den Interessen, Erfordernissen und Notwendigkeiten seiner Klienten. Er klärt den notwendigen Hilfebedarf mit den Betroffenen ab, berät sie und unterstützt sie bei der Beschaffung der erforderlichen und ihnen zustehenden Hilfen im System. Er leitet die erforderlichen Hilfen ein und koordiniert diese, solange es nötig ist. Parallel dazu wird jeder Handlungsschritt gegenüber den Klienten transparent dargestellt und erläutert. Der oder die Case-ManagerIn zieht sich dann zurück, wenn die Klienten die häusliche Situation als stabil erleben.

Das Case-Management soll durch optimalen Mitteleinsatz unangemessene Kosten, die durch Über-, Unter- oder Fehlversorgung entstehen, verhindern und gleichzeitig die Klienten davor schützen. Viele Projekte (Wohn- und Pflegeberatung Ahlen in Westfalen) konnten inzwischen eindeutig nachweisen, dass durch den Einsatz von Case-Management bei viel geringerem Kostenaufwand die teurere Heimpflege durch eine Absicherung der häuslichen Situation hinausgezögert oder verhindert werden konnte. Während wir noch in Deutschland darüber streiten, wer zukünftig diese Aufgabe übernehmen sollte, haben andere Länder das Modell der Family-Health-Nurse, zu deutsch Familiengesundheitsschwester eingeführt, was einem Case-Management-Ansatz entspricht und von speziell ausgebildeten Pflegefachkräften ausgeübt wird. Familie ist hier allerdings als weitergefasster Begriff zu verstehen und bezieht sich auch auf andere Bezugspersonen oder beispielsweise auf Alleinlebende.

Experten in Deutschland vertreten derzeit die Ansicht, dass der Eintritt in das Versorgungssystem darüber bestimmen soll, wer die Case-Management-Funktion übernimmt.

Auch an dieser Stelle sollten sich Pflegedienste vergegenwärtigen, dass kaum eine andere Berufsgruppe über soviel Erfahrung im Umgang mit hilfe- und pflegebedürftigen Menschen in der Häuslichkeit verfügt wie sie. Sie erkennen die individuellen Problemlagen und verfügen meist über genaue Kenntnisse regionaler Angebote. Trotz allem besteht bei ihnen hinsichtlich einer Case-Management-Funktion noch ein erheblicher Schulungsbedarf. Es ist allerdings noch zu klären, von welcher Seite das Case-Management zukünftig finanziert werden soll. So wäre eine Übernahme der Kosten durch die Kassen denkbar, da sie durch den gezielten Mitteleinsatz in der Versorgung erhebliche Einsparungen verzeichnen könnten. Auch eine Kostenübernahme durch die Kommune wäre denkbar, da durch Case-Management auch die Sozialhilfeträger ein Einsparungspotential durch gezielten Mitteleinsatz erreichen würden, darüber hinaus

aber auch die kommunale Sorgfaltspflicht als Begründung für diese Kostenübernahme herangezogen werden könnte.

Die dritte Variante bezieht sich auf die Zahlung durch die Betroffenen und/ oder ihre Angehörigen, da durch den Einsatz von Case-Management eine Heimeinweisung vermieden werden kann und Zuzahlungen zur Heimversorgung entfallen.

5. Pflegeleistungsergänzungsgesetz: Neue Chancen zur Vernetzung zwischen beruflicher Pflege und Ehrenamtlichen Helfern

Elemente des Case-Managements finden sich nicht mehr nur im SGB V wieder. Auch durch die Beratungsbesuche nach § 37 SGB XI und die Ausgestaltung Pflegeleistungsergänzungsgesetz soll die häusliche Pflegesituation durch Beratung und Begleitung in Form von Case-Management solange wie möglich aufrecht erhalten werden.

Durch die Einführung des PflEG (§45 SGB XI) sollen die Betreuungsangebote für gerontopsychiatrisch Erkrankte weiterentwickelt werden. Damit versucht der Gesetzgeber den im SGB XI vernachlässigten spezifischen Bedarfen gerontopsychiatrisch Erkrankter im Nachhinein Rechnung zu tragen. Gleichzeitig sollen hierdurch Entlastungen für pflegende Angehörige geschaffen werden. Durch die Modellförderung auf der Grundlage des PflEG bieten sich aktive Mitgestaltungsmöglichkeiten für ambulante Pflegedienste bezüglich der Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur für diesen Personenkreis.

Kritisch zu bewerten ist hierbei, dass auch bei diesem Gesetz wieder die zunehmende Zahl alleinlebender Pflegebedürftiger vergessen wurde, und die Demenz zuungunsten anderer gerontopsychiatrischer Erkrankungen fokussiert wurde. So entsteht inzwischen zunehmend der Eindruck, das Gerontopsychiatrie nur ein Synonym für Demenz ist.

Auch wenn der Gesetzgeber den dringenden Handlungsbedarf in diesem Bereich erkannt hat, ließe sich über den tatsächlichen Effekt des Betrages von 460,- Euro pro Kalenderjahr, den die Betroffenen nun zusätzlich Anspruch nehmen können, trefflich streiten.

Ich werde absichtlich nicht darauf eingehen, ihnen darzulegen, ob sich eine zusätzliche Angebotserweiterung auf der Grundlage des §45 SGB XI für ihren Dienst lohnt oder nicht oder ob diese zusätzlichen Beträge dazu führen, dass Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflegeangebote nun tatsächlich häufiger abgerufen werden. Da das Gesetz nicht mehr ganz so jung ist, gehe ich davon aus, dass jeder ambulante Dienst seine Kapazitäten und Möglichkeiten diesbezüglich bereits geprüft hat.

Ich möchte explizit auf die Möglichkeiten, die mit dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz für die Zusammenarbeit von professionellen und ehrenamtlichen Helfern eröffnet wurden, eingehen. Die Förderung niedrigschwelliger Angebote zur Absenkung von bürokratischen Hürden und der Vermeidung von Schwellenängsten muss mit Blick auf die Situation der Angehörigen und Betroffenen positiv bewertet werden. Sie bietet aber auch ambulanten Pflegediensten neue Möglichkeiten der Vernetzung. Es wurde im Vortrag schon mehrfach darauf verwiesen, dass die psychosoziale Betreuung kaum noch von ambulanten Pflegediensten aus wirtschaftlichen Gründen geleistet werden kann. Um aber die Zufriedenheit der Klienten zu erhalten und sie als solche nicht zu verlieren aber auch den Pflegehaushalt mit einem „reinen Gewissen“ verlassen zu können, erbringen Pflegekräfte heute vor Ort weit mehr Leistungen als vertraglich

geregelt ist. Diese ständige Mehrarbeit führt mittel- bis langfristig zu schnellerem Ausbrennen, zu einem erhöhten Risiko von körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen und zur Unzufriedenheit mit dem Job, da ihre Mehrarbeit als Privatvergnügen aber nicht als erbrachte Arbeit anerkannt wird. Die Kosten, die sich daraus ergeben, werden noch immer vielfach von den Einrichtungsverantwortlichen und –Trägern unterschätzt.

Ambulante Pflegedienste werden also immer dringender die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen suchen müssen, wenn die häusliche Versorgung ihrer Klienten erhalten werden soll.

Angelehnt an die Förderrichtlinien der ambulanten Sterbebegleitung in Hospizgruppen, besteht über das PflEG nun auch die Förderung von ehrenamtlichen Helfern im Bereich der Betreuung von gerontopsychiatrisch Erkrankten zur Entlastung der Angehörigen. Der Einsatz der Ehrenamtlichen (z.B. in Betreuungsgruppen), soll durch eine Pflegefachkraft koordiniert werden. Sie soll die Gewinnung, Schulung, Anleitung und Begleitung der Helfer übernehmen und genau für diese Aufgaben wird der Förderbetrag gezahlt. Auf den ersten Blick mag es sich um wenig Geld im Verhältnis zum Einsatz der Fachkraft handeln. Doch kann durch diese Tätigkeit eine enge Zusammenarbeit zwischen unabhängigen Betreuungsgruppen und ambulanten Pflegediensten hergestellt werden, die für alle Seiten gewinnbringend sein kann.

Die Angehörigen finden Entlastung, der Erkrankte bekommt die notwendige psychosoziale Betreuung, der Dienst erfährt hierdurch nicht nur Entlastung, sondern auch eine Aufwertung der eigenen Arbeit.

Gleichzeitig kann er hierdurch die Zufriedenheit seiner Klienten erhalten, indem auch sogenannte weiche Leistungen oder nicht vergütete Leistungen erbracht werden können. Durch die Entlastung können sich die Mitarbeiter auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren und diese ausbauen, was ihr Professionalitätsprofil stärkt. Die Ehrenamtlichen erhalten eine qualifizierte Weiterbildung und Begleitung und finden die gesuchte Erfüllung über die von ihnen gewählte Aufgabe. Hier müsste man jedoch über weitere Anreizsysteme zur Gewinnung und zum Erhalt Ehrenamtlicher nachdenken.

Pflegekräfte müssen begreifen, dass Ehrenamtliche eine wichtige Ressource darstellen, die auch sie in der Regel entlastet. Konkurrenzerleben kann dadurch vermieden werden, indem Aufgabenbereiche im Vorfeld ganz klar abgegrenzt werden.

Einladungen zu Fachtagungen, Vorträgen oder Schulungen könnten gegenseitig unterbreitet werden und wichtige Synergieeffekte mit sich bringen. Regelmäßige Treffen zwischen den Mitgliedern der Betreuungsgruppe und den Beschäftigten des Pflegedienstes können zur Qualitätsverbesserung der Arbeit beitragen und die Kooperationsbeziehung festigen. Unabhängige Betreuungsgruppen könnten für kooperierende Pflegedienste auch insofern interessant sein, dass durch deren Weitervermittlung neue Kunden erreicht werden. Diese Betreuungsgruppen sollten in die angesprochenen Versorgungsverbände dringend integriert werden.

Schlusswort

Bei allem Verständnis für den oft berechtigten Pessimismus in der Pflege, der aufgrund vieler behinderender Rahmenbedingungen ausgelöst und gestärkt wurde, sollten wir nicht den Blick für die Chancen, die im System liegen verlieren. Die ambulante Pflege hat ein großes Entwicklungspotential, das sie in den letzten Jahren nicht ausschöpfen konnte. Es zeigen sich erste Ansätze für einen Wandel der pflegerischen Versorgung, die den ambulanten Sektor stärken. Bleiben diese Chancen ungenutzt und die notwendige

Kompetenzentwicklung, die an die neuen Versorgungsansätze gekoppelt sind unerfüllt, werden auch zukünftig die im System befindlichen Gelder anderen Berufsgruppen zufallen. Die ambulante Pflege muss aktiv auf die Versorgungsnotwendigkeiten der Zukunft aufmerksam machen und hervorheben, was sie heute schon zur Lösung gegenwärtiger und zukünftiger gesellschaftlicher Probleme leisten kann und welches Potential darüber hinaus gegeben ist. Nur dann kann sie berechtigterweise Forderungen formulieren und mit deren Einlösung rechnen. Die inhaltliche und strukturelle Aufwertung der ambulanten Pflege wird nicht ohne eigenes Zutun der Pflegedienste stattfinden.

Berücksichtigung demenzbedingter Fähigkeitsstörungen bei der Begutachtung im Rahmen des SGB XI

Die Pflegeversicherung als fünfte Säule unseres Sozialversicherungssystems hat sich grundsätzlich bewährt, wenn man akzeptiert, dass es sich um eine Teilkaskoversicherung handelt. Seit ihrer Einführung 1995 wurden auf der Grundlage der Vorgaben des SGB XI und der Begutachtungsrichtlinien mehrere Millionen Begutachtungen durchgeführt mit dem Ergebnis, dass derzeit ca. 2 Millionen Menschen Leistungen der sozialen Pflegeversicherung erhalten.

Die Leistungen aus der Pflegeversicherung – seit 01.04.1995 im ambulanten und seit 01.07.1996 im stationären Bereich – waren primär orientiert an Fähigkeitsstörungen, die sich aus somatischen Erkrankungen ergaben. Die besonderen Belange von psychisch Erkrankten, wie Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf, wurden nicht in den Leistungskatalog mit einbezogen.

Mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vom 01.01.2002 wurden zusätzliche Leistungen für Personen mit erheblicher Einschränkung der Alltagskompetenz ab 01.04.2002 eingeführt.

Seither können Pflegebedürftige der Pflegestufe I, II oder III mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen und psychischen Erkrankungen zusätzlich Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI für maximal 460 Euro im Jahr in Anspruch nehmen. Voraussetzung ist, dass eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI festgestellt wird.

Keine Berücksichtigung finden hier Menschen mit gleichfalls erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die auch allgemeine Beaufsichtigung und Betreuung benötigen, die aber nicht mindestens die Voraussetzungen der Pflegestufe I gemäß § 15 Abs. 3 SGB XI erfüllen.

Berücksichtigung demenzbedingter Fähigkeitsstörungen bei der Begutachtung/Einstufung

Bei geistig behinderten, psychischen Kranken und geronto-psychiatrisch veränderten Menschen kommen neben der Unterstützung, teilweisen und vollständigen Übernahme, insbesondere die Hilfsformen der Anleitung und Beaufsichtigung in Betracht. Es ist nur der Hilfsbedarf in Form der Anleitung und Beaufsichtigung zu berücksichtigen, der bei dem unter § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen des täglichen Lebens erforderlich ist. Ein unabhängig von den im § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen erforderlicher allgemeiner Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf zur Vermeidung einer möglichen Selbst- oder Fremdgefährdung ist bei der Feststellung des Hilfebedarfs nicht zu berücksichtigen.

Anleitung bedeutet, dass die Pflegeperson bei der konkreten Verrichtung den Ablauf der einzelnen Handlungsschritte oder den ganzen Handlungsablauf anregen, lenken oder demonstrieren muss. Dies kann insbesondere dann erforderlich sein, wenn der Pflegebedürftige trotz vorhandener motorischer Fähigkeiten eine konkrete Verrichtung nicht in einem sinnvollen Ablauf durchführen kann. Zur Anleitung gehört auch die Motivation des Pflegebedürftigen zur selbständigen Übernahme der regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens.

Bei der **Beaufsichtigung** steht zum einen die Sicherheit beim konkreten Handlungsablauf der Verrichtung im Vordergrund. Z. B. ist Beaufsichtigung beim Rasieren erforderlich, wenn durch unsachgemäße Benutzung der Klinge oder des Elektrogerätes eine Selbstgefährdung gegeben ist.

Zum anderen kann es um die Kontrolle darüber gehen, ob die betreffenden Verrichtungen in der erforderlichen Art und Weise durchgeführt werden. Eine Aufsicht, die darin besteht zu überwachen, ob die erforderlichen Verrichtungen des täglichen Lebens überhaupt ausgeführt werden und lediglich dazu führt, dass gelegentlich zu bestimmten Handlungen aufgefordert werden muss, reicht nicht aus. Nur konkrete Anleitung, Überwachung und/oder Erledigungskontrollen sind zu berücksichtigen, die die Pflegeperson in zeitlicher und örtlicher Hinsicht in gleicher Weise binden wie bei unmittelbarer personeller Hilfe.

Verfahren zur Feststellung „erheblicher Einschränkung der Alltagskompetenz“ (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vom 01.01.2002)

Im Rahmen der Einzelfallbegutachtung muss der Gutachter des MDK zunächst einmal feststellen, ob eine demenzbedingte Fähigkeitsstörung, geistige Behinderung oder psychische Erkrankung vorliegt. Dies erfolgt nach Erhebung der Anamnese und des Befundes, insbesondere des psycho-pathologischen Befundes.

Im Gegensatz zu den geistigen Behinderungen und den progredient verlaufenden Demenzerkrankungen treten viele psychische Erkrankungen nur vorübergehend oder schubweise auf. Diese lassen sich durch eine adäquate psychiatrische Behandlung in der Regel bessern oder sogar heilen. Nur bei chronischen und therapieresistenten Verläufen ist von einer dauerhaften Einschränkung der Alltagskompetenz auszugehen.

Unsere Gutachter werden angeregt, besonders auf Depressionen im Alter zu achten, die häufig weder diagnostiziert noch behandelt werden.

Wurde eine demenzbedingte Fähigkeitsstörung, geistige Behinderung oder psychische Erkrankung festgestellt aufgrund der Anamnese und des Befundes, schließt sich dann ein Screening an.

Im **Screening** erfolgt eine Bewertung nach auffällig bzw. unauffällig in den Bereichen

- Orientierung
- Antrieb/Beschäftigung
- Stimmung
- Gedächtnis
- Tag-/Nachtrhythmus
- Wahrnehmung und Denken
- Kommunikation/Sprache
- Situatives Anpassen
- Soziale Bereiche des Lebens wahrnehmen

Wenn im Screening mindestens ein Bereich auffällig ist, der ursächlich auf demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen zurückzuführen ist, erfolgt als nächster Schritt das Assessment-Verfahren.

Das **Assessment** wird derzeit nur durchgeführt, wenn ein Antrag auf ambulante Pflegeleistungen gestellt wurde und nicht von vornherein ausgeschlossen ist, dass eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt.

Folgende Items werden zur Feststellung der „eingeschränkten Alltagskompetenz“ im Assessment geprüft:

1. Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereichs (Weglauftendenz).
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen.
3. Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen.
4. Tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation.
5. Im situativen Kontext inadäquates Verhalten.
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle und Bedürfnisse wahrzunehmen.
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung.
8. Störung der höheren Hirnfunktion (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von

sozialen Alltagsleistungen geführt hat.

9. Störung des Tag-/Nachtrhythmus.
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren.
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen.
12. Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten.
13. Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Mit Hilfe des Assessments werden krankheits- und behinderungsbedingte kognitive Störungen (Wahrnehmen und Denken) sowie Störungen des Affekts und Verhaltens erfasst. Für jedes einzelne Item des Assessments ist zu prüfen, ob es auf Dauer (voraussichtlich mindestens 6 Monate) und regelmäßig einen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf begründet.

Regelmäßig bedeutet, dass grundsätzlich ein täglicher Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf besteht.

Der Gutachter ist bei der Beurteilung der einzelnen Items überwiegend auf die Angaben der Pflegenden angewiesen. Diese fremdanamnestic Angaben lassen sich nur begrenzt durch gutachterliche Erhebungen untermauern.

Bei der gutachterlichen Würdigung ist abzugrenzen zwischen vereinzelt Fehlhandlungen, wie sie z. B. bei beginnender Demenz vorkommen und fortbestehendem Gefährdungspotenzial, welches eine tägliche Beaufsichtigung und Betreuung bis hin zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen erforderlich macht. Manche Gefahren können durch Sicherungsmaßnahmen beseitigt werden, so dass (noch) keine personelle Beaufsichtigung erforderlich ist.

Der Gutachter befindet sich hier auf einer Gratwanderung zwischen dem Recht des Pflegebedürftigen, ein selbstbestimmtes, menschenwürdiges Leben zu führen, und der Pflicht des Pflegenden, Gefahren für den Pflegebedürftigen durch personelle Beaufsichtigung zu vermeiden.

Die Alltagskompetenz ist dann als erheblich eingeschränkt zu bewerten, wenn in mindestens zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus dem Bereich 1 bis 9 dauerhaft und regelmäßige Schädigungen und Fähigkeitsstörungen festgestellt werden.

Interessant ist, dass bei den bundesweiten Assessments im Jahr 2001 und 2002 ca. 90 % aller Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz Störungen der „höheren Hirnfunktionen“ (Item 8) und eine „Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren“ (Item 10) aufwiesen.

Leistungsumfang bei „erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“

Pflegebedürftige, denen mindestens die Pflegestufe I zuerkannt wird und bei denen eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz bestätigt wird, erhalten zur Finanzierung zusätzlicher Betreuungsleistungen einen zusätzlichen Betreuungsbetrag von bis zu 460 € je Kalenderjahr. Dieser Betrag dient der Erstattung von Aufwendungen, die dem Pflegebedürftigen entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen.

Zu diesen Leistungen gehören:

- Tages- oder Nachtpflege
- Kurzzeitpflege
- Angebotene zugelassene Pflegedienste, sofern es sich um allgemeine Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt
- Niedrigschwellige Betreuungsangebote

Die Leistungen dienen insbesondere zur Entlastung der Pflegepersonen und sollen für die Pflegebedürftigen aktivierende und qualitätsgesicherte Betreuungsangebote zur Verfügung stellen.

Eine Erstattung durch die Pflegekasse erfolgt nur im Erstattungsverfahren.

Werden in einem Jahr die Leistungen nicht in Anspruch genommen, werden sie im nächsten Jahr hinzugeschlagen.

Statistische Auswertungen des MDK in Bayern

Eine Auswertung des MDK in Bayern für das Jahr 2003 hat ergeben, dass im Vergleich zum Bundesgebiet in Bayern deutlich mehr Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in der Stufe I, II und auch III identifiziert wurden.

Für das Jahr 2002 hat der MDK in Bayern die Pflegestufenverteilung zum einen für alle Antragsteller festgestellt, zum anderen spezifisch für Personen, deren Haupt- oder Nebendiagnose eine Demenz oder ein Morbus Alzheimer war.

Auffallend ist, dass sowohl in der Pflegestufe II als auch in der Pflegestufe III Personen mit der ICD 10-Nummer F 00 bis 03 und G 30 häufiger eine Pflegestufe erreichten im Vergleich zur Gesamtzahl aller Antragsteller. Entsprechend wurde bei deutlich weniger Personen mit Demenz oder Alzheimer-Erkrankung keine Pflegestufe vergeben.

Ausblick

Nach wie vor sind nach Meinung der Politik, des MDK in Bayern und der Betroffenen Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz unzureichend im Pflegeversicherungsgesetz berücksichtigt. Trotz der zusätzlichen Leistungen von 460 € jährlich bildet sich der erhöhte Pflege- und Betreuungsaufwand von psychisch Erkrankten nicht adäquat im Leistungsspektrum der Pflegeversicherung ab.

Derzeit werden auf Bundesebene 2 Lösungsmodelle diskutiert.

- Zeitzuschlagsmodell des BMGS
- Modell eines erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffes der Spitzenverbände der Pflegekassen.

Diskutiert wird ein pauschaler Zeitzuschlag von 30 Minuten für alle Antragsteller, die aufgrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind. Nach Schätzung des BMGS würden bis zu 60.000 Menschen zusätzlich erstmals Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben und darüber hinaus eine noch größere Zahl in eine höhere Pflegestufe als bisher eingestuft werden.

Nachteilig wäre bei diesem Zeitmodell, dass Menschen, die gleichfalls in der Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind, jedoch nicht die Voraussetzungen für eine Pflegestufe erfüllen, nicht vom Zeitzuschlag profitieren.

Darüber hinaus würden somatisch erkrankte Menschen, die ebenfalls eine allgemeine Beaufsichtigung und soziale Betreuung benötigen, wegen eines negativen Assessments nicht profitieren.

Ein zweiter Ansatz zur Reform der Pflegeversicherung stellt das Modell eines erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffes vor:

- Neben den bisherigen Kriterien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird auch der Förderungs-, Beaufsichtigungs- und Betreuungsaufwand (sowohl bezogen auf die Verrichtungen des täglichen Lebens als auch außerhalb der Verrichtungen), der Bedarf an behandlungspflegerischen Maßnahmen und an sozialer Betreuung sowie die Einschränkung der Kommunikationsfähigkeit berücksichtigt. Hierzu sind alternative Begutachtungs- und Assessmentverfahren oder Kombinationen davon erforderlich.

Instrumente wie FIM und RAI wären hier beispielhaft zu diskutieren.

Da erfahrungsgemäß die Einführung eines erweiterten Assessment-Instrumentes Jahre bis zur Umsetzung bedarf, sollte überlegt werden, ob zunächst für einen festgelegten Zeitraum ein Zeitzuschlagsmodell eingeführt wird. Parallel dazu könnte dann ein valides und reliables erweitertes Assessment auf der Basis anerkannter Assessment-Verfahren (FIM, RAI etc.) unter Berücksichtigung der Ausgaben-Neutralität entwickelt werden.

Qualifizierungskonzept Gerontopsychiatrie

ein Fortbildungsangebot der Angehörigenberatung e.V. für die ambulanten Pflegedienste in
Mittelfranken in Zusammenarbeit mit dem Bezirk Mittelfranken

Ausgangslage für das Konzept

Rahmenbedingungen:

Auf Grund der Arbeitsstruktur bestehen häufig wenig Möglichkeiten Fortbildungsangebote wahrzunehmen. Die Ausbildung zur gerontopsychiatrischen Fachkraft würde z.B. bei der 720 Stunden-Weiterbildung einen Ausfall von rund 19 Arbeitstagen für den Träger bedeuten.

Bis zum Jahr 2000 war das Fach Gerontopsychiatrie kein Prüfungsfach im bayerischen Lehrplan für Altenpflege.

Bedarf und Nachfrage:

- Der Fortbildungsbedarf im ambulanten Bereich für gerontopsychiatrische Themen (Depression und Demenz) lag bei rund 90 % aller Fortbildungswünsche.
(Bedarfserhebung der GeFa Mfr. von 2001/2002)
- Häufig sind auch Hilfskräfte im ambulanten Bereich eingesetzt und benötigen Hintergrundwissen und Umgangskompetenz.

Zielgruppe:

Folgende Tätigkeitsgruppen können teilnehmen:

- ✓ Hauswirtschaftliche Mitarbeiterinnen
- ✓ Pflegefachkräfte (z.B. Krankenpfleger, Altenpfleger, usw.)
- ✓ Pflegehilfskräfte
- ✓ Stationsleitungen
- ✓ Sonstige Fachkräfte, die überwiegend im ambulanten Bereich tätig sind

⇒ Mitarbeiterinnen der ambulanten Dienste in Mittelfranken, die vertraglich Leistungen nach SGB V und SGB XI anbieten.

Zielsetzung der Fortbildung

Durch ein flächendeckendes niederschwelliges Fortbildungsangebot in Form eines Basiskurses soll die pflegerische Fachkompetenz (im Bereich der Gerontopsychiatrie) für die Dienste der ambulanten Versorgung in Mittelfranken verbessert werden.

Inhalte der Fortbildung

- **Gerontopsychiatrische Erkrankungen**
Demenzen, Depressionen, Wahn-, Angst-, und Suchterkrankungen im Alter
- **Umgangsmöglichkeiten mit Betroffenen**
Kommunikation und Wahrnehmung, Konfliktmanagement, Beratung und Angehörigenberatung
- **Grundlagen zur gerontopsychiatrischen Pflege**
sozialrechtliche Kenntnisse z.B. Pflegeversicherung und Betreuungsrecht
- **Kenntnisse psychiatrischer Versorgungsstrukturen und Fähigkeit zur Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team**
regionale Versorgung, Casemanagement, Fallkonferenzen, Erstellung von Hilfeplänen

Referentinnen

- Praktizierende Ärzte aus Kliniken, Tageskliniken
- Pflegefachkräfte aus der Altenhilfe und Psychiatrie
- Gerontopsychiatrische Pflegekräfte
- Altenpfleger
- Diplom-Psychologen/ Diplom-Psychogerontologen
- Diplom-Sozialpädagogen ➤Diplom-Pädagogen

Alle Referenten haben praktische Erfahrungen im Bereich der Altenhilfe bzw. in der psychiatrischen Arbeit.

Organisation und Ablauf

- Die Fortbildung ist für die Teilnehmer kostenlos.
- Der Arbeitgeber sollte seine Mitarbeiterinnen für die Fortbildung möglichst freistellen.
- Fortbildungsreihe mit insgesamt 32 Fortbildungseinheiten.
(Planbar in 4 Ganztagesseminaren oder auch in Teilangeboten mit mindestens 4 FE pro Veranstaltung.)
- Fortbildungen werden möglichst wohnortnah mit den ambulanten Diensten vor Ort organisiert (keine weiten Anreisen!).
- Lehr- und Lernmaterialien (Skripten) werden gestellt.
- Qualitätssicherung durch Lernzielkontrolle (Fragebogen mit 30 Fragen) und Teilnehmer-Feedback-Bogen.
- Teilnahmebestätigung, die individuell als Fortbildungsnachweis und auch als innerbetrieblicher Qualifizierungsnachweis gelten kann.

Erfahrungen und Ergebnisse

- Seit Ende 2002 wurden bisher 15 Kurse mit rund 300 Teilnehmerinnen an verschiedenen Orten in Mittelfranken durchgeführt.
- Einige Dienste schulten alle ihre Mitarbeiterinnen.
- Die Auswertung der Lernzielkontrolle ergab bei 8 ausgewerteten Kursen eine Durchschnittsnote von 2,8 bei den Prüfungsergebnissen.
- Die durchschnittliche Teilnehmerbewertung der Referenten lag zwischen 1,3 und 2,6 (analog einer Notenskala von 1- 5).
- Die Teilnehmerbewertung der Arbeitsmethoden (Vortrag, Folien, Beamer, Diskussion, Video, Rollenspiele, Arbeitsgruppen) wurden zwischen 1,6 bis 2,5 benotet.
- repräsentative schriftliche und mündliche Rückmeldungen:
negativ: *fehlende Zeit, mehr Praxisbezug, zuwenig Umgangsübungen*
positiv: *gute Struktur, sehr interessant, hohe Fachkompetenz, gutes Skript, auf den Bedarf zugeschnitten, es konnte gefragt werden*

Ausblick

- Die Kursangebote werden bis auf Weiteres aufrechterhalten
(ggf. über das Jahr 2005 hinaus)
- Ergebniskontrolle zur Kursreihe (Evaluation)
„**Was hat der Kurs für die Handlungskompetenz der Mitarbeiterinnen gebracht ?**“
schriftliche Befragung der Sozialstationen (geplant ab 2005)
- Ein Kurskonzept „Geronto-Quali“ für **stationäre Einrichtungen** wird ab Oktober 2004 angeboten.
(ohne finanzielle Beteiligung des Bezirks).

Zum Schluss des heutigen Tages möchte ich eine kurze Zusammenfassung versuchen:

So wie es ist, kann es nicht bleiben. Denken wir an Herrn Prof. Dörners und Herrn Dürrmanns Ausführungen am Vormittag, bleibt als Wesentliches, dass die Angebotslandschaft sich verändern muss hin zu mehr Kleinräumigkeit, die mehr Individualität zulässt und spezifisch auf die jeweils erforderlichen Bedürfnisse eingeht. Starkes persönliches Engagement, Mut und Kreativität, möglicherweise sogar Vorausleistungen und eine starke Erweiterung der nachbarschaftlichen Hilfen werden zunehmend wichtig neben einer Einbindung in Verbände und Aktivitäten auf Bundesebene zur Durchsetzung berechtigter Forderungen. Hierzu nur ein kurzer Hinweis auf den Runden Tisch Pflege der beiden Ministerinnen Renate und Ulla Schmidt, der offen ist für Anregungen. Frau Ludwigs umfangreicher Vortrag war fast als ein Appell an die ambulanten Dienste zu verstehen, die Chancen, die im System liegen auch wirklich zu nutzen. Frau Dr. Randzio zeigte die gesetzlichen Grundlagen der Einstufung von Demenzkranken auf und bot sich auch als Ansprechpartnerin bei Problemen an.

Der Vortrag von Herrn Mückschel hat gezeigt, was es an sog. kleinen Schritten in Mittelfranken gibt und an dieser Stelle möchte ich auch noch einmal auf das Angebot der GeFa hinweisen, die kostenlose Fachberatung für Einrichtungen der Alten- und Gesundheitshilfe anbietet und besonders die Einrichtung von Wohngemeinschaften für Demenzkranke unterstützt.

Ich hoffe, Sie als TeilnehmerInnen werden mit Anregungen und Impulsen nach dem heutigen Tag in Ihre Einrichtungen und Dienste gehen und so Ihren Teil dazu beitragen, dass gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen am Ende Ihres Lebens in Würde gepflegt und begleitet werden.

Ich bedanke mich für Ihre ausdauernde Aufmerksamkeit und wünsche Ihnen einen guten Heimweg.

Elfi Ziebell