

## Gesamtkonzept

### Zentrale Verbundstelle zur Vernetzung ambulanter, teilstationärer und stationärer Einrichtungen

#### 1. Bisherige Situation

Die Pflege kranker und pflegebedürftiger Menschen durch ambulante und teilstationäre Einrichtungen wird immer wichtiger. Dies gilt besonders für innovative Konzepte und Angebote, die reaktivierende und rehabilitative Pflege als wesentlichen Bestandteil beinhalten.

Das Gesundheits- Modernisierungsgesetz mit seinen Abstufungen wird die Zahl der kranken und behandlungsbedürftigen Patienten ambulant und stationär, also auch in den Krankenhäusern, nicht verringern. Immer mehr Patienten müssen und werden in immer kürzerer Zeit durch den Gesundheitsapparat geschleust. Die demographische Entwicklung der deutschen Bevölkerung hat sich in den letzten Jahrzehnten von der Form der Pyramide hin zur Pilzform verändert. Es findet ein dramatischer Wandel statt.

Deutliche Hinweise auf eine Versorgungslücke alter Menschen sind:

- in Großstädten und Ballungsräumen werden 40% aller über 65-jährigen, die aus Akutkrankenhäusern entlassen wurden, binnen 4 Wochen erneut in ein Krankenhaus eingewiesen. Im ländlichen Bereich liegt diese Quote immerhin noch bei knapp 30 %.
- die Fehlplatzierung vieler älterer Menschen in Pflegeheimen und damit
- die überproportionale Steigerung der Inanspruchnahme von klassischen stationären Pflegeeinrichtungen

*Erhält der kranke und pflegebedürftige Mensch nicht das, was er sucht und braucht?*

*Sind nicht genügend adäquate ambulante und teilstationäre Angebote vorhanden, um die häusliche Versorgung zu sichern?*

*Lassen die gesetzlichen Rahmenbedingungen eine Vernetzung von innovativen Angeboten, z.B. im Bereich der Kurzzeitpflege, Tagesbetreuung und integriertes Wohnen, scheitern?*

Wir wissen nicht erst seit heute, dass der Mensch neben der bio- und akutmedizinischen Sichtweise der Krankheiten auch immer mehr die soziale-seelische-gesamtfunktionale Sichtweise braucht. Diese ist unter dem Begriff integrierter Therapie zu verstehen.

Für diese Menschen besteht besonderer Handlungsbedarf in reaktivierender, rehabilitativer, seelischer und sozialer Sicht. Das Hauptbehandlungsziel ist nicht die Organtherapie, sondern hier rückt der integrierte Therapieansatz des ganzen Menschen zwingend in den Vordergrund, wie ihn die Akutkrankenhäuser heutiger Prägung nicht erbringen können.

Durch die Einführung der DRGs (Diagnosis Related Groups) werden künftig auch zunehmend ältere, hilfs- und pflegebedürftige Menschen frühzeitig aus den Krankenhäusern entlassen.

In der stationären Versorgung in Pflegeheimen sieht es nicht besser aus. Leider sind nach wie vor in Deutschland herkömmliche Pflegeheime mit dominanten Anteilen von krankenhausesähnlichen Anstaltsstrukturen in der Überzahl.

Pflegebedürftige und insbesondere verwirrte Bewohner mit Demenzerkrankungen fühlen sich in der von räumlicher Anonymität beherrschten Einrichtung allein gelassen und finden sich nicht zurecht. Mitarbeiter fühlen sich dementsprechend überfordert und werden unzufrieden. Dies wird durch den bereits bestehenden Fachkräftemangel unterstrichen.

Dabei liegt der Anteil der Menschen mit gerontopsychiatrischer Beeinträchtigung heute in Pflegeheimen bereits bei 70% mit steigender Tendenz.

Konfrontiert mit dieser Situation stellt sich sehr schnell heraus, dass das Pflegeheim mit institutionalen, konzeptionellen und räumlichen Barrieren einer angemessenen Pflege und Betreuung von demenzkranken, älteren Menschen entgegensteht und das Angebot kleinräumiger Wohnstrukturen bundesweit zu gering ist.

Mit der „Zentralen Verbundstelle zur Vernetzung ambulanter, teilstationärer und stationärer Einrichtungen“ berücksichtigen wir diese o.g. Punkte und erreichen durch Bündelung der bereits bestehenden Angebote eine Transparenz für die Bevölkerung und eine Anlaufstelle, von der alle vorhandenen Leistungen koordiniert werden.

## **2. Der „Verbund-Service“ als Planungsziel**

Durch den organisatorischen Verbund der einzelnen Bereiche der Zentralen Diakoniestation im Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen gGmbH wird ein einmaliger und modellartiger „Verbund-Service“ für unsere ländliche Region geschaffen. Die bisherigen Angebote des Evang. Krankenvereins Gunzenhausen e.V., des Diakonievereins Heidenheim und des Diakonischen Werkes Weißenburg-Gunzenhausen e.V. werden gebündelt, verknüpft, ergänzt und entsprechend erweitert. So wird in unserer ländlichen Region die größtmögliche Effektivität der Hilfen erreicht und die Lücke in der pflegerischen Versorgung geschlossen.

Die Errichtung von Kompetenzzentren für Verwaltung und Pflege ermöglichen die vorhandenen Personalressourcen effektiv einzusetzen, Synergieeffekte zu nutzen und bei Krankheit od. Urlaub eine lückenlose Vertretungsregelung sicherzustellen.

### **Die Bausteine des Verbund-Service gliedern sich in folgende Bereiche:**

#### **2.1 Betreuungsstützpunkt**

#### **2.2 Qualitätsmanagement**

#### **2.3 Kurzzeitpflege mit reaktivierender und rehabilitativer Pflege**

#### **2.4 Betreutes Wohnen**

#### **2.5 Ambulante Hausgemeinschaften**

#### **2.6 Gerontopsychiatrische Versorgungsstruktur**

#### **2.7 Personelle Besetzung**

### **2.1 Betreuungsstützpunkt**

Wie in der Diakoniestation Gunzenhausen, wird in der Diakoniestation Weißenburg ein Betreuungsstützpunkt integriert. Die Betreuungsstützpunkte organisieren die pflegerischen, hauswirtschaftlichen und therapeutischen Hilfen für die Bewohner des Betreuten Wohnens sowie für alle versorgungsbedürftigen Menschen in ihren Wohnungen der Region. Diese Stützpunkte arbeiten gleichzeitig als Dienstleistungs- und Beratungsstelle. So gehören die Beratung und die Information in den einzelnen Gemeinden zu deren Hauptaufgaben. Durch die Betreuungsstützpunkte werden alle vorhandenen Leistungen aufeinander abgestimmt, es entsteht ein auf die individuelle Situation abgestimmtes Angebot.

Durch die Koordination der unterschiedlichen Hilfen für ältere Menschen ist auch bei Pflegebedürftigkeit ein möglichst langes Verbleiben in der eigenen Wohnung möglich und führt zu einer Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen und ihrer Angehörigen. Pflegenden Angehörigen werden durch gezielte Entlastungs- und Unterstützungsangebote weiterhin zur Pflege motiviert.

## Zu den Aufgaben des Betreuungsstützpunktes gehören:

- Informationen über Leistungen der Pflegekassen und Krankenkassen
- tägliche telefonische und persönliche Erreichbarkeit
- Anlaufstelle bei Krankheit und Notsituationen
- Transparenz der Dienstleistungen für Pflegebedürftige und deren Angehörigen herstellen
- Hausbesuche zur Beratung und Information
- Beratung und Unterstützung der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen im Umgang mit den Pflegekassen oder dem Sozialhilfeträger
- Kooperationsstelle für die an der Versorgung älterer Menschen beteiligten Helfer
- Sicherheit in der Kontinuität der Versorgung gewährleisten
- Beratung über Entlastungs- und Unterstützungsangebote
- Hilfe zur Selbsthilfe anbieten
- Netzwerk-Pflege

## 2.2 Qualitätsmanagement

Das interne Qualitätsmanagement der Zentralen Diakoniestation richtet sich nach dem „Diakoniesiegel Pflege“ der DQF in Berlin. Die Inhaltsangabe mit den spezifischen Inhalten der Einrichtung und deren Anforderungen betrifft die Bereiche:

1. Verantwortung der Leitung
2. Leistungsbeschreibung
3. Verwaltung/Betriebswirtschaft
4. Qualitätsmanagement
5. Mitarbeiter
6. Fort- und Weiterbildung
7. Pflege
8. Psychosoziale Beratung und Betreuung
9. Angehörigenarbeit
10. Diakonisch-Kirchliche Angebote
11. Hauswirtschaft
12. Technik
13. Marketing / Öffentlichkeitsarbeit
14. Anhang

Durch die einheitliche Prozessform sind die im Bereich zuständigen Qualitätsbeauftragten befähigt, die vorhandenen Prozesse zu durchleuchten, neu zu strukturieren und für jeden Mitarbeiter nachvollziehbar zu gestalten.

Die Überprüfung der Prozesse erfolgt durch das interne Auditsystem und durch die in den Prozessen festgelegten Kennzahlen.

Die Zusammenarbeit in einem Netzwerk mit anderen diakonischen Anbietern in der Region wird über das Diakonische Werk Bayern aufeinander abgestimmt.

## 2.3 Kurzzeitpflege mit reaktivierender und rehabilitativer Pflege

Die reaktivierende, rehabilitative Pflege mit ihrem integrierten Therapieansatz, z.B. während des Kurzzeitpflegeaufenthalts, schließt die Lücke zwischen Pflegeheim und Krankenhaus. Damit kann eine Fehlplatzierung vieler älterer Menschen vermieden werden. Deshalb ist in der Kurzzeitpflege die Rehabilitation ein eigener, integrierter Arbeitsbereich. Der modellhafte Leistungsanspruch geht über die pflegerische Versorgung und Unterkunft hinaus und erhält

einen rehabilitativen Schwerpunkt durch die therapeutische Betonung der Funktionalität des Menschen. Eine ganzheitliche Pflege und Therapie wird angestrebt, die sich auch auf die Gefühle des pflegebedürftigen Menschen bezieht.

Ziele sind:

- ältere Menschen durch gezielte Rehabilitationsmaßnahmen in ihrer Unabhängigkeit von Pflege bereits vorbeugend zu unterstützen
- kranke ältere Menschen nach einer stationären Behandlung durch Pflege und Therapie zur Wiederherstellung ihrer Selbständigkeit und Mobilität zu fördern.
- nicht vermeidbare Pflegebedürftigkeit möglichst gering halten

Durch die räumliche Gliederung ist es möglich, neben allgemeiner Kurzzeitpflege neue Versorgungsstrukturen und rehabilitative Konzepte zu erproben.

**Tagesbetreuung und „integriertes Wohnen“** sind solche Pflegeangebote für die Zukunft. Für die Kurzzeitpflege mit ihrem reaktivierenden und rehabilitativen Konzept stehen 13 Plätze zur Verfügung.

Der Einzugsbereich umfasst den ganzen Landkreis Weißenburg – Gunzenhausen. Nach der Bedarfsermittlung des Landratsamtes Weißenburg-Gunzenhausen ist ein Bedarf von 32-39 Betten für die Kurzzeitpflege berechnet worden.

Gründe, die ein Zunahme der Nachfrage an Kurzzeitpflege erwarten lassen sind:

- geringe Familiengröße
- zeitlich begrenzter Ausfall der Hauptpflegeperson durch Urlaub, Krankheit, Berufstätigkeit
- Vermeidung und Verkürzung von Krankenhausaufenthalten

Die demographische Entwicklung der Bevölkerung lässt bis zum Jahr 2030 eine ständige Zunahme des Anteils an alten Menschen erwarten.

Deshalb werden zu den unterschiedlichen Angeboten in der Kurzzeitpflege auch ambulant betreute, pflegebedürftige Personen aufgenommen. Die Raumplanung (unter Berücksichtigung der DIN 18025 Teil 1 und Teil 2) lässt dies ebenso zu wie unsere Konzeption. Die speziellen Angebote werden durch die Fachkräfte, z.B. der Physio- und Ergotherapie ergänzt.

## 2.4 Betreutes Wohnen

Selbständiges Wohnen in vertrauter Umgebung und der Kontakt mit anderen ist auch im Alter der Wunsch der meisten Menschen. Das Auftreten von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit erschwert jedoch die Lebensbedingungen in der bisherigen Wohnung. Häufig sind die Lage und der Grundriss der Wohnung ungünstig, außerdem wird eine gut funktionierende familiäre und nachbarschaftliche Absicherung immer seltener. Die Konzeption der Betreuung des „Betreuten Seniorenwohnens“ der Zentralen Diakoniestation trägt dieser Problematik Rechnung. So viel Freiheit wie möglich, so viel Hilfe wie nötig, ist das oberste Ziel. Die Hilfe ist nach der individuellen Situation des einzelnen ausgerichtet. Dadurch werden ein selbständiges Leben in der Wohnung und eine eigenständige Haushaltsführung mit der größtmöglichen Sicherheit gefördert und der Eintritt der Pflegebedürftigkeit verhindert oder hinausgezögert.

Der Grund- und Wahl-Service der Zentralen Diakoniestation ermöglicht auch bei hoher Pflegebedürftigkeit den Verbleib in der eigenen Wohnung. Den Eigentümern oder Mietern stehen räumlich abgeschlossene Wohnungen zur Verfügung. Die Wohnanlagen verfügen über einen gemeinsamen Aufenthaltsraum, eine gemeinsame Küche, einen Gymnastikraum, ein Pflegebad sowie über einen Personen- und Lastenaufzug. Außerdem ist über eine Hausnotrufanlage die ständige Erreichbarkeit gesichert.

## Grundleistungen

- Notrufannahme Tag und Nacht
- Schnelle Hilfe in Notfällen
- Feste Sprechzeiten
- Vermittlung von Therapie- und Rehabilitationsangeboten

## Wahlservice

- Pflegerische Dienste
- Krankenpflege
- Hauswirtschaftliche Dienste
- Sonstige ergänzende Leistungen ( z.B.: Mahlzeiten-Dienst etc.)

## 2.5 Ambulante Hausgemeinschaften

### Zielgruppe

Das Angebot der Hausgemeinschaft ist für Menschen mit einer gerontopsychiatrischen Erkrankung konzipiert die einen hohen Betreuungsaufwand benötigen, jedoch nicht vordergründig pflegebedürftig sind.

### Problematik der Zielgruppe

In herkömmlichen Einrichtungen steht die pflegerische Versorgung der Bewohner im Vordergrund. Sie sind deshalb in ihrer Organisation, Struktur und räumlichen Gegebenheiten für diese Personengruppe nicht geeignet.

Des Weiteren befindet sich in der Region keine entsprechende Einrichtung für diese Personengruppe.

### Angebote

#### Wohntyp:

Wohntyp mit festen Bezugspersonen.

#### Betreuung und Pflege:

Feste Bezugsperson in den Hausgemeinschaften. Ihr Aufgabenbereich ist mit dem eines Familienangehörigen in der häuslichen Pflege vergleichbar.

In Krisensituationen, die eine fachpflegerische Unterstützung notwendig machen, kann binnen kürzester Zeit der Bereitschaftsdienst der ambulanten Pflege angefordert werden. Der 24-Stunden-Bereitschaftsdienst kann im Bedarfsfall mit seiner Fachkompetenz auch den Nachtdienst, der von Hilfskräften abgedeckt wird, unterstützen, ergänzen und begleiten.

## Tagesablauf:

In der gerontopsychiatrischen Hausgemeinschaft gestaltet sich der Tagesablauf wie in jedem anderen Privathaushalt und gleicht dem einer Großfamilie. Diese Struktur ist den Erkrankten aus ihrem Leben bekannt und sie können sich daran orientieren.

Im Rahmen der Freizeitgestaltung erfolgt eine aktivierende Beschäftigung ( z.B. Singen, Malen, Gedächtnistraining, Gymnastik o.ä. ).

## Individualität:

Die Gestaltung der Tagesstruktur orientiert sich nicht an den Vorgaben durch das Personal, sondern an den individuellen Fähigkeiten, Möglichkeiten, Bedürfnissen, Gewohnheiten und Vorlieben der Bewohner.

**Mit der Konzeption der Hausgemeinschaft werden so alltägliche Verrichtungen, Vertrautheit und Kleinräumigkeit zur Therapie.**

## Größe / Ausstattung der Einrichtung:

Die zwei ambulanten Hausgemeinschaften im Erdgeschoss des Seniorenzentrums in der Zufuhrstrasse haben eine Gesamtfläche von 1000,97 qm.

Die Mitglieder der ambulanten Hausgemeinschaft wohnen in 19 Einzelapartments und einer 2- Zimmerwohnung ( Größe der Wohnungen 22,86 qm bis 25,32 qm, die 2-Zimmerwohnung hat eine Größe von 52,32 qm. )

Jede Wohnung ist so ausgestattet, dass jede Bewohnerin und jeder Bewohner seinen eigenen Briefkasten, Klingelschild, Telefon, Fernsehanschluss, separate Strom- und Wasserzähler und seinen eigenen Wohnungsschlüssel hat. Des weiteren sind sämtliche Anschlüsse für eine Kochgelegenheit vorhanden.

Von allen Bereichen ist über die Terrasse ein direkter Zugang zum Garten möglich. Dieser gestaltet sich als beschützender Freibereich mit Rundweg.

## 2.6 Gerontopsychiatrische Versorgungsstruktur

### **Bestandsaufnahme der GeFa Mittelfranken Gerontopsychiatrie 2001 (Region I Nürnberg – Versorgungsbereich I Pflege Erste Ergebnisse**

Eine Bestandsaufnahme für den Landkreis Weißenburg – Gunzenhausen wurde durchgeführt, aber eine abschließende Stellungnahme liegt zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht vor.

Unter Punkt 6. „**Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse**“ ist nachzulesen: Lediglich zwei Bereiche sind inzwischen relativ weit entwickelt:

1. Für die stationäre Form der Pflege und Begleitung demenzkranker Menschen rund um die Uhr gibt es konzeptionelle Vorstellungen und richtungsweisende Veröffentlichungen in Form von Hausgemeinschaftskonzepten.
  - Ambulante und konzeptionell sehr interessante Versorgungsstrukturen, wie die durch das Bayerische Sozialministerium veröffentlichte Rothenfußer Studie und die von uns seit Dezember 2001 praktizierten ambulanten Hausgemeinschaften finden leider zu wenig Beachtung.

2. Zum persönlichen Umgang mit demenzerkrankten Menschen existiert inzwischen eine ganze Anzahl an Konzepten und Modellen, die sich auch in der Praxis bewährt haben.

Unter Punkt 6.1 „**Ambulante Altenhilfe**“ ist die gegenwärtige Situation adäquat beschrieben.

Unter Punkt 6.3 „**Stationäre Pflegeheime**“ ist unter anderem berichtet:

In der Mehrzahl der Kurzzeitpflegeeinrichtungen und in den beschützenden Bereichen ist das Angebot geringer ausdifferenziert als in den herkömmlichen Pflegebereichen. Maßnahmen zur Tagesstrukturierung oder zur Einzelbetreuung fehlen ganz.

Unter Punkt 7.1 „**Durchführung einer Bedarfsermittlung**“ wird beschrieben:

- Als zwingend notwendig erscheint im Anschluss an die Bestandsaufnahme die Erstellung einer Bedarfsermittlung für gerontopsychiatrische Angebote in der Altenhilfe, um den sich abzeichnenden Bedarf an Angeboten zu konkretisieren und abstecken zu können.
- Oder anders gesagt: Bedarfsermittlung bedeutet immer den Vergleich des Ist-Zustandes mit dem Soll Zustand. Und dieser Soll-Zustand muss erst einmal definiert werden.

Festzustellen ist, dass bei der Bestandsaufnahme die stationäre Nachsorge nicht berücksichtigt wurde. Es ist auch nicht beschrieben, welche Versorgungsstrukturen in Mittelfranken vorhanden sind, um nach einer stationären Behandlung im Krankenhaus eine vollstationäre Versorgung im Pflegeheim zu vermeiden.

Übertragen auf den Landkreis Weißenburg – Gunzenhausen lässt sich feststellen, dass die ambulante gerontopsychiatrische Versorgungsstruktur einige große Lücken aufweist:

- Niederschwellige Betreuungsleistungen sind nicht vorhanden. Angehörigengruppen gibt es nicht.
- Von einer flächendeckenden gerontopsychiatrischen Versorgungsstruktur kann nicht die Rede sein.

Eine geplante Überleitung nach einer Krankenhausbehandlung in die Kurzzeitpflege oder in die häusliche Versorgung findet zu selten statt. Bei der geplanten gerontopsychiatrischen Nachsorge sieht es noch schlimmer aus, da es derzeit die absolute Ausnahme und außerdem dem Zufall überlassen ist, ob jemand mit einer gerontopsychiatrischen Erkrankung ambulante gerontopsychiatrische Pflegeleistungen in Anspruch nehmen kann. Die Kurzzeitpflegeeinrichtungen als ergänzende und unterstützende nachstationäre Einrichtung anzuerkennen scheitert an nicht abgestimmten Angeboten und der dringend erforderlichen Neudefinition von Kurzzeitpflegeeinrichtungen.

Durch die Zentrale Verbundstelle zur Vernetzung ambulanter, teilstationärer und stationärer Einrichtung wird ein vernetztes Dienstleistungsangebot aufgebaut.

Die Aufgaben der Zentralen Verbundstelle sind folgende:

- Vergleich Ist-Zustand mit Soll-Zustand
- Entwicklung und Erstellung einer unterstützenden und entlastenden Versorgungsstruktur
- Entwicklung und Erstellung eines Anforderungsprofils für ambulante gerontopsychiatrische Dienste
- Entlassungsmanagement
- Organisation regelmäßiger Konferenzen zwischen Anbietern- und Kostenträgervetretern und des Teams der Zentralen Verbundstelle

## **Perspektive Entlassungsmanagement:**

Um die ambulante Versorgung nach einer stationären Krankenhausbehandlung sicherzustellen wird Entlassungsmanagement aufgebaut. Bereits im Krankenhaus wird in Kooperation mit der gerontopsychiatrischen Fachkraft ein Versorgungsplan erstellt um die Nachsorge eines Patienten poststationär konkret zu planen und damit soweit möglich den Verbleib in der häuslichen Umgebung sicher zu stellen oder in der Kurzzeitpflege darauf vorzubereiten.

In Einzelkonferenzen mit den Klinikleitungen/Sozialdiensten der Krankenhäuser Gunzenhausen, Weißenburg, dem Bezirkskrankenhaus Ansbach und dem Personal der Zentralen Verbundstelle, werden die Möglichkeiten einer vorübergehender stationären Versorgungsstruktur od. ambulanten Versorgung erörtert und transparente Lösungen erarbeitet.

Zu den Patientengruppen werden diejenigen gehören, die nicht mehr im Krankenhaus behandlungsbedürftig sind, aber vorübergehend oder dauerhaft Hilfe zu Hause benötigen. Ferner sind es Menschen, die über keine informelle Unterstützung durch Familienangehörige, Freunde od. Nachbarn verfügen und solche die sich in einer Transfersituation befinden und deren weitere pflegerische Versorgung entweder ungeklärt ist oder für deren Weiterversorgung eine entsprechende Versorgungsform nicht verfügbar ist.

Ein Schwerpunkt liegt dabei auf den Ressourcen der Angehörigen. Es geht darum den Pflegebedürftigen wieder unmittelbar in der häuslichen Umgebung zu integrieren oder in der Übergangszeit in einer stationären oder teilstationären Einrichtung auf die häusliche Versorgung vorzubereiten und die einzelnen Dienste aufeinander abzustimmen. Die Angehörigen werden mit der Pflege und den Belastungen nicht alleine gelassen, sondern erfahren durch eingehende Beratung, Unterstützung und Vermittlung von Hilfeangeboten (Angehörigengruppen) eine echte Entlastung für die Pflege zu Hause.

Dieses Angebot hat das Ziel, nicht auf Dauer pflegebedürftige Menschen durch gezielte Rehabilitationsmaßnahmen in ihrer Unabhängigkeit von Pflege bereits vorbeugend zu unterstützen und kranke, ältere Menschen nach einer stationären Behandlung durch Pflege und Therapie zur Wiederherstellung ihrer größtmöglichen Selbständigkeit und Mobilität zu fördern.

## **Perspektive Kurzzeitpflege:**

### **Reaktivierung und Rehabilitation**

Die alltagsrelevanten Verrichtungen müssen wieder erlernt werden. Die Mitarbeiter geben Anleitung und therapeutische Hilfe bei der Körperpflege, beim An- und Ausziehen, beim Sitzen und Laufen und der Nahrungsaufnahme. Zusätzlich werden gezielte Trainingsprogramme durchgeführt (Geh- und Orientierungstraining, Rollstuhltraining, Sensibilitätstraining, Haushaltstraining und Kontinenztraining).

Außerdem regen die Mitarbeiter zu gedächtnisfördernden Tätigkeiten an z.B. Ratespiele und Lesetraining, gymnastische Übungen wie Sitztänze, Gymnastik und Ballspiele. Nach Bedarf können zusätzlich benötigte Therapeuten hinzugezogen werden.

Das gesamte am Prozess beteiligte Personal ( Hausarzt, Konsiliararzt, gerontopsychiatrische Fachkraft, Qualitätssicherungsbeauftragte, Therapeuten) arbeitet als Team, um ganzheitlich wirken zu können.

Die gerontopsychiatrische Fachkraft erstellt den Versorgungsplan in Abstimmung mit dem Arzt. Sie koordiniert die unterschiedlichen Hilfen. Der Arzt überwacht und korrigiert den Therapieverlauf. Die Ergebnisse werden zur Qualitätssicherung dokumentiert.

Da die gerontopsychiatrische Fachkraft auch das soziale Umfeld des Kranken oder Pflegebedürftigen in ihren Planungen berücksichtigt, z.B. durch Angehörigengespräche und Besichtigung vor Ort, können bei der Entlassung alle notwendigen Hilfen der unterschiedlichen Anbieter aufeinander abgestimmt vermittelt werden. Damit steht und fällt der Therapieerfolg.

In der Kurzzeitpflege erhält der kranke und pflegebedürftige ältere Mensch die für ihn notwendige Behandlung, Pflege und Therapie, um größtmögliche Selbständigkeit zu erlangen. Dies geschieht jedoch unter ganz anderen Bedingungen wie in der Häuslichkeit des Betroffenen, und viele Situationen können nur simuliert werden. Um den Rehabilitations- und Therapieerfolg zu festigen, ist eine nahtlose ambulante Betreuung und Begleitung in der persönlichen häuslichen Umgebung notwendig.

In Abstimmung mit allen beteiligten Personen erfolgt die Festlegung, welche Wohnform zukünftig angestrebt wird und realisierbar ist.

Die gerontopsychiatrische Fachkraft und der Qualitätssicherungsbeauftragte erstellen unter Mitwirkung des Betroffenen, dessen Angehörigen und dem zuständigen ambulanten Pflegedienst einen Versorgungsplan und koordinieren und organisieren die unterschiedlichen Hilfsangebote vor Ort.

Unabhängig von diesen Perspektiven ist aber auch die Entwicklung und fachliche Begleitung von Betreuungs- und Angehörigengruppen in Abstimmung mit den verschiedenen Dienstleistern notwendig um die betroffenen Personen in ihrer sozialen Kompetenz zu fördern, Angehörige zu entlasten um die Bereitschaft zur Pflege und Betreuung aufrecht zu erhalten.

## 2.7 Personelle Ausstattung

### Geschäftsführung:

- Herstellen von Kontakten und Gesprächsrunden
  - Krankenhäuser
  - Sozialdienste
  - Ärzte
  - Krankenkassen und Pflegekassen
  - Ambulante Dienste
- Abschluss von Versorgungsverträgen
- Erstellung und Abschluss von Kooperationsverträgen
- Abklärung von Finanzierungen
- Öffentlichkeitsarbeit
- Transparenz für die Öffentlichkeit
- Erstellung der Verwendungsnachweise

- Erstellung eines Programms
- Festlegung von Prozessen
- Erstellung von Anforderungsprofilen zum Entlassungsmanagement
- Erstellung und Entwicklung eines Anforderungsprofil für gerontopsychiatrische ambulante Dienste
- Leistungsbeschreibung ambulanter gerontopsychiatrischer Dienste
- Ergebnissicherung
- Moderation der verschiedenen Gruppen
- Durchführung der internen Audits

## Gerontopsychiatrische Fachkraft:

- Erste Kontaktaufnahme im Krankenhaus
- Erstellung des Versorgungsplans
- Trainingsprogramme
- Planung- Durchführung- Überprüfung –Begleitung -Schulung
- Pflegevisiten
- Individuelle Einzelbetreuung

## Verwaltungskraft

- Unterstützende Arbeiten
- Telefondienst
- Terminabsprachen
- Schriftverkehr
- Ausarbeitung der Vorlagen durch das Personal der Verbundstelle
- Protokolldienst

## Zusammenfassung

Durch die Konzeption „Zentrale Verbundstelle zur Vernetzung ambulanter, teilstationärer und stationärer Einrichtungen“ werden folgende Ziele erreicht:

- Installation von kleinräumigen „Hausgemeinschafts-Satelliten“ und „Pflege-Satelliten“, die sich mit dem Pflegezentrum zu einem flächendeckenden Verbundsystem vernetzen,
- Erprobung von neuen Versorgungsstrukturen und rehabilitativen Konzepten
- Ergänzung von vorhandenen Pflegeangeboten durch Betreuungsgruppen und integriertes Wohnen flächendeckend im Verbund
- Umsetzung der Kurzzeitpflege mit ihrem reaktivierenden und rehabilitativen Konzept
- Schaffung von modellhaften Verbundsystemen zur Erprobung von neuen Strategien und Betreuungskonzepten in der ambulanten und teilstationären Versorgung von psychisch kranken alten Menschen.
- Angliederung von gerontopsychiatrischer Kompetenz und psychiatrischer Pflege an ambulante und teilstationäre Einrichtungen
- Erprobung von innovativen Finanzierungsmöglichkeiten in der ambulanten und teilstationären Pflege.

Die Verbundstelle übernimmt die Koordination und Organisation, sie begleitet die gemeindenahen Satelliten und es entsteht ein Netzwerk mit individuellen Versorgungsangeboten der häuslichen, teilstationären und stationären Versorgung.

Mit dem Vorhaben wird einerseits die Zielvorstellung des Bundesmodells realisiert:

**Rehabilitation geht vor Pflege,  
ambulant geht vor teilstationär,  
teilstationär geht vor stationär,**

andererseits erfolgt eine Weiterentwicklung der notwendigen pflegerischen Infrastruktur. Neue Wohn- und Betreuungskonzepte entstehen und die Erprobung findet vernetzt mit allen zur Verfügung stehenden Versorgungsangeboten statt.

Gegenwärtig werden viele unterschiedliche Modelle für neue Wohnformen in der Praxis erprobt und durchgeführt, aber meistens nur in solitärer Form oder nach stationären Versorgungsmustern. Die hier vorliegende Konzeption berücksichtigt neben der Versorgung von Pflegebedürftigen besonders die Integration von gerontopsychiatrisch Erkrankten, in der ein verwirrtes Verhalten zur Lebensnormalität gehört und somit die Betreuung im Mittelpunkt steht.

Gunzenhausen, den 07.10.2003

Martin Albrecht  
(Geschäftsführer)

Martin Meister  
(Qualitätsbeauftragter)