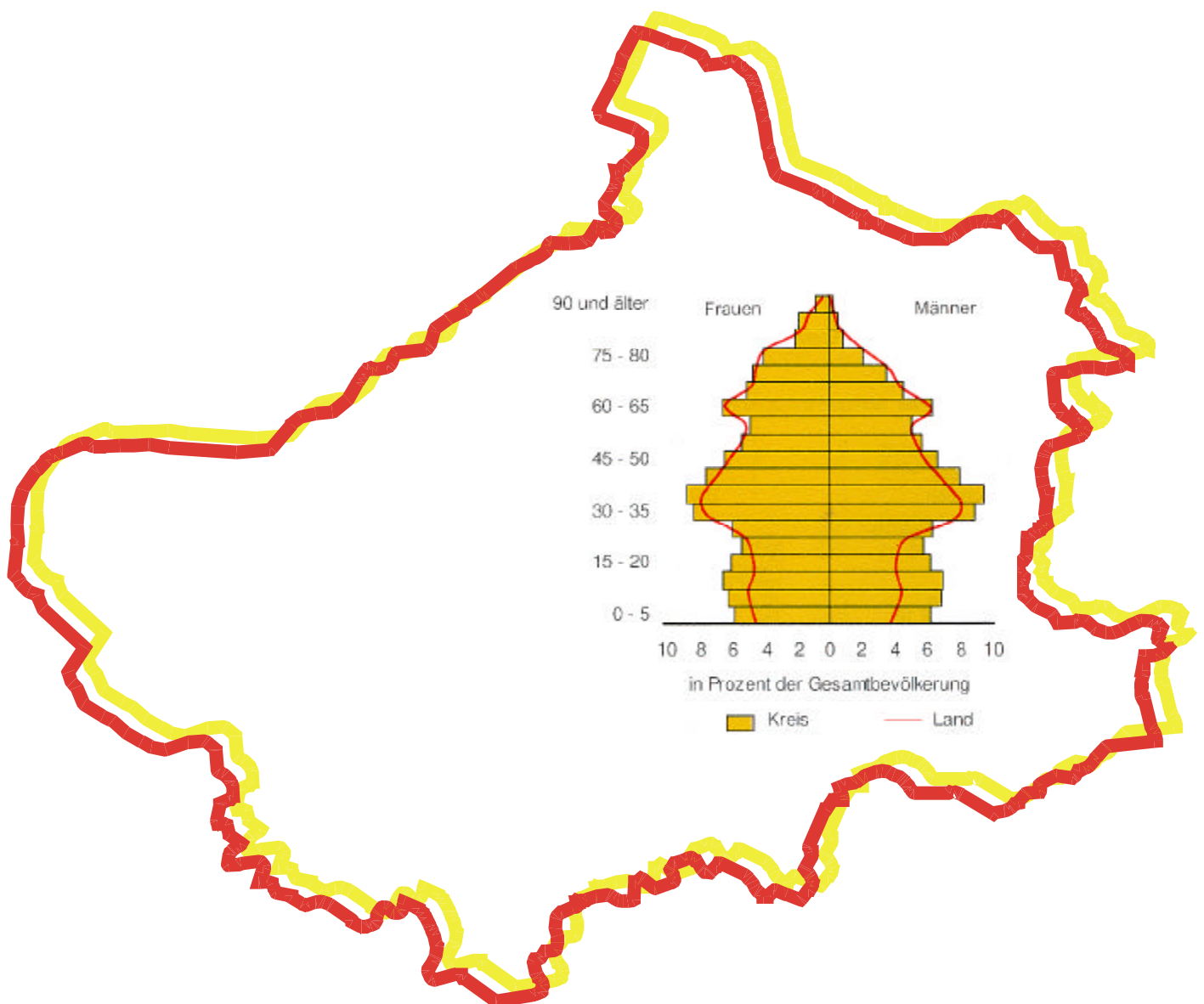


Die gerontopsychiatrische Versorgung im Kreis Steinfurt



**Bericht der Arbeitsgruppe
der Kommunalen Gesundheitskonferenz
des Kreises Steinfurt**

Dezember 2002

Impressum:

Herausgeber: Kreis Steinfurt - Der Landrat
Gesundheitsamt

Redaktion: Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrische Versorgung
der Kommunalen Gesundheitskonferenz
des Kreises Steinfurt

Steinfurt, Tecklenburger Str. 10, Stand: Dez. 2002

V o r w o r t

Die Kommunale Gesundheitskonferenz des Kreises Steinfurt legt mit dem Gesundheitsbericht „Die gerontopsychiatrische Versorgung im Kreis Steinfurt“ eine umfassende Bestandsaufnahme, Analyse und Bewertung der gerontopsychiatrischen Versorgungslandschaft in unserem Kreis vor.

Die demographische Bevölkerungsentwicklung in Deutschland ist für die nächsten Jahre hinlänglich bekannt und bedarf keiner besonderen Kommentierung. Durch die Zunahme des prozentualen Anteils der über 65-jährigen in der Gesamtbevölkerung werden auch gerontopsychiatrische Erkrankungen in wachsendem Maße Gegenstand der Diskussion in unserem Gesundheits- und Sozialwesen. Es ist perspektivisch von einem zunehmenden Bedarf an gerontopsychiatrisch ausgerichteter Behandlung, Beratung und Pflege auszugehen.

Der vorliegende Gesundheitsbericht ist ein Ergebnis der Zusammenarbeit vieler Fachkräfte unterschiedlicher Fachdisziplinen, die in den verschiedenen Einrichtungen und Institutionen des Kreises Steinfurt arbeiten. Hierfür gilt allen Beteiligten unser herzlicher Dank.

Thomas Kubendorff
Landrat

Dr. Werner Lammers
Ltd. Kreismedizinaldirektor
Vorsitzender der
Kommunalen Gesundheitskonferenz

Folgende Personen haben an diesem Bericht mitgearbeitet:

Herr Achterkamp	Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Kreises Steinfurt – CDU-KT-Fraktion
Frau Dr. Biermann	Abt.-Ltd. Ärztin der Gerontopsychiatrischen Abteilung der WKPPN Lengerich
Herr Bögge	Amt für Soziale Dienste Kreis Steinfurt – Altenhilfeplaner –
Herr Dr. Gravinghoff	niedergel. Facharzt für Psychiatrie und Neurologie Psychotherapie – Vertreter der Kassenärztl. Vereinigung –
Frau Hackmann	Gesundheits- u. Sozialberatungsdienst am Jakobi-Krankenhaus Rheine
Herr Hartmann	Ärztekammer Westfalen-Lippe
Herr Hörst	Vorsitzender des Sozialausschusses des Kreises Steinfurt - CDU-KT-Fraktion
Herr Kreimer	Leiter Marienstift Rheine
Frau Lütke-Brinkhaus	Gleichstellungsbeauftragte des Kreises Steinfurt
Frau Rowedda	Geschäftsführerin Mobile e. V., Steinfurt
Herr Dr. Schwab	Chefarzt der Geriatrischen Abteilung am Jakobi-Krankenhaus Rheine
Frau Veldhues	SPD-KT-Fraktion
Frau von Kemphen-Folkerts	Gesundheitsamt Kreis Steinfurt Geschäftsstelle Kommunale Gesundheitskonferenz
Herr Rott	Gesundheitsamt Kreis Steinfurt Geschäftsstelle Kommunale Gesundheitskonferenz

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Auftrag und Arbeitsweise der Arbeitsgruppe	7
2. Leitlinien der Versorgungsplanung	7
3. Soziodemographische Daten	8
4. Psychische Störungen bei älteren Menschen	9
4.1 Allgemeines	9
4.2 Psychische Störungen im Alter	11
4.3 Depressionen	11
4.3.1 Reaktiv ausgelöste Depressionen	12
4.3.2 Neurotische oder psychodynamische Auslösung	12
4.3.3 Biochemische Faktoren	13
4.3.4 Symptomatische Depressionen	13
4.3.4.1 Depressionen bei körperlichen Erkrankungen	13
4.3.4.2 Durch Medikamente ausgelöste Depressionen	13
4.3.5 Organische Ursachen	13
4.4 Demenzerkrankungen	13
4.5 Suchterkrankungen	15
4.6 Schizophrenie und Wahnerkrankungen	15
4.7 Akute Verwirrheitszustände	16
5 Konzepte der gerontopsychiatrischen Versorgung	16
5.1 Allgemeines	16
5.2 Darstellung der gerontopsychiatrischen Versorgung	17
5.2.1 Beschreibung der Versorgungssituation	17
5.2.2 Ambulante nervenärztliche Versorgung	18
5.2.3 Problembereiche und Defizite	18
5.3 Ehrenamt	19
5.4 Pflege durch Angehörige	19
5.5 Ambulante Dienste	21
5.6 Teilstationäre Einrichtungen	21
5.6.1 Akutgeriatrische Tageskliniken	21
5.6.2 Geriatrisch-Rehabilitative Tageskliniken	22
5.6.3 Tagespflegeeinrichtungen	23
5.6.4 Gerontopsychiatrische Tagesklinik	24
5.7 Stationäre Versorgung	24
5.7.1 Stationäre Krankenhausversorgung	24
5.7.2 Stationäre Versorgung in Heimeinrichtungen	25
5.7.2.1 Stationäre Altenhilfeeinrichtungen	25
5.7.2.2 Kurzzeitpflege	25
5.7.2.3 Anteil der psychisch erkrankten und verwirrten Heimbewohner/Innen	26
5.7.2.4 Bauliches Milieu und Gestaltungsaspekte	26
5.7.2.5 Kernaussagen zum Umweltkonzept und „Normalisierungsprinzip“	27

	Seite
5.7.2.6 Leitlinien für das Betreuungs-/Pflegekonzzept	28
5.7.2.7 Zusammenfassung der konzeptionellen Überlegungen	30
5.7.2.8 Therapeutische Konzepte und Interventionen	31
5.7.2.9 Arbeitsbelastungen der Mitarbeiter/innen in der stationären Altenhilfe	32
5.7.2.10 Bewohnerstruktur – Hilfsmöglichkeiten der stationären Einrichtungen sowie Perspektiven	34
5.7.2.11 Perspektiven	34
6 Finanzielle Rahmenbedingungen	35
6.1 SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung	35
6.2 SGB XI – Soziale Pflegeversicherung	35
6.3 BSHG – Bundessozialhilfegesetz	36
6.4 PflEG – Pflegeleistungsergänzungsgesetz	36
6.5 GSiG – Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	37
6.6 WoGG – Wohngeldgesetz	37
6.7 Leistungskonkurrenz	37
7. BtG – Betreuungsgesetz	38
8. Stand der gerontopsychiatrischen Versorgung im Kreis Steinfurt	39
8.1 Ambulante Angebote	39
8.1.1 Niedergelassene Psychiater/Innen, Neurologen/Innen	39
8.1.2 Beratungsstellen	40
8.1.3 Ambulante Pflegedienste	41
8.2 Teilstationäre Angebote	45
8.2.1 Psychiatrische Tageskliniken	45
8.2.2 Tagespflegeeinrichtungen	46
8.3 Stationäre Einrichtungen	47
8.3.1 Stationäre Pflege	47
8.3.2 Stationäre Krankenhausbehandlung	52
8.4 Koordinierung, Steuerung, Vernetzung	52
9. Bewertung der Versorgungssituation im Kreis Steinfurt	53
10. Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung im Kreis Steinfurt	53
11. Literatur	57

1. Auftrag und Arbeitsweise der Arbeitsgruppe

Die Kommunale Gesundheitskonferenz des Kreises Steinfurt hat in der Sitzung am 19. Dezember 2001 beschlossen, das Themenfeld

„Die gerontopsychiatrische Versorgung im Kreis Steinfurt“

zu bearbeiten.

Ziel dieses Themenfeldes ist es, einen Überblick über die vorhandenen gerontopsychiatrischen Versorgungsstrukturen zu geben, Versorgungsdefizite aufzuzeigen und daraus Handlungsempfehlungen zu erarbeiten, die die Versorgungsstrukturen optimieren.

Dieses Themenfeld wurde im Rahmen einer Arbeitsgruppe von Fachkräften erarbeitet.

Insbesondere die Zielgruppe der psychisch veränderten älteren Menschen ist noch immer trotz vielfältiger Bemühungen unterversorgt. Angesichts der demographischen Entwicklung der Bevölkerung ist perspektivisch von einem noch erheblich zunehmendem Bedarf gerontopsychiatrisch notwendiger Hilfen auszugehen. Das Gesundheits- und Sozialwesen ist deshalb aufgefordert, diesem Personenkreis die notwendigen Hilfen und den ihm angemessenen Lebensraum zu gewähren. Dabei stehen zwei Ziele im Vordergrund:

- Die Bereitstellung der erforderlichen qualifizierten medizinisch-therapeutischen, rehabilitativen und pflegerischen Hilfen.
- Die Gestaltung eines sozialen Umfeldes, das die größtmögliche Selbständigkeit in der Lebensführung auch bei schweren Beeinträchtigungen und Handikaps zulässt.

2. Leitlinien der Versorgungsplanung

Ziel der Versorgungsplanung ist es, eine leistungsfähige, bedarfsgerechte und wirtschaftliche Angebotsstruktur zu schaffen, welche sowohl ambulante, teilstationäre als auch stationäre Hilfen, flankiert durch komplementäre Dienste, umfasst. Eine solche Versorgungsstruktur hat sich in erster Linie an den Bedürfnissen der Betroffenen zu orientieren. Es ist sinnvoll, kleine, überschaubare und stattdienstbezogene bzw. ortsbezogene Formen zu entwickeln. Wo dies aufgrund der Bevölkerungsdaten nicht möglich ist, bietet es sich an, Mittelbereiche zu schaffen, in denen die Versorgung sichergestellt werden kann. Selbstverständlich ist es hierbei, die Grundsätze der Qualitätssicherung und der Wirtschaftlichkeit weiter zu entwickeln. Wie im Landespflegegesetz, welches letztendlich nicht nur für den Personenkreis der Pflegebedürftigen nach dem SGB XI (Pflegeversicherungsgesetz), sondern auch für dementiell erkrankte Mitbürger/Innen ohne Pflegestufe angewandt werden kann, ausgeführt wird, haben

- die zuständigen Landesbehörden
- die Kreise und kreisfreien Städte
- die überörtlichen Sozialhilfeträger (Landschaftsverbände)
- die Träger von Pflegeeinrichtungen

- die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege
- die Pflegekassen in Verbindung mit dem Medizinischen Dienst
- die Seniorenvertretungen
- die Vertretungen der Pflegebedürftigen
- die Angehörigen von Hilfebedürftigen

eng und vertrauensvoll im Sinne der Betroffenen zusammenzuarbeiten.

Die Sicherstellung einer entsprechenden Versorgungsstruktur, unter Berücksichtigung der örtlichen Anforderungen, ist Aufgabe des Kreises. Trägerpluralität ist hierbei zu gewährleisten.

Die Schaffung einer entsprechenden sozialen Infrastruktur ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, denn nur ein Zusammenwirken aller im Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung tätigen Institutionen, Organisationen und Gruppen kann eine leistungsfähige und ortsnahe, aufeinander abgestimmte ambulante, teilstationäre und vollstationäre Versorgung sicherstellen.

Dieses Zusammenwirken aller beteiligten Kräfte ist aber nur möglich, wenn eine Abstimmung der Hilfen und eine Kooperation der Anbieter erfolgt.

Eine zentrale Koordination der Tätigkeit auf der Ebene des für die Sicherstellung einer adäquaten Versorgung zuständigen Kreises kann Garant für eine gelungene Versorgungsplanung sein.

Selbstverständlich ist, bei einer entsprechenden Planung, dem Leitgedanken Rechnung zu tragen, dass einer ambulanten Versorgung im häuslichen Bereich, da wo sie möglich ist und von der betroffenen Person gewünscht wird, Vorrang zu geben ist vor einer stationären Versorgung.

3. Soziodemographische Daten

- Am 31.12.2001 lebten im Kreis Steinfurt ca. 64.000 Menschen, die 65 Jahre oder älter sind. Das sind 14,7% der Gesamtbevölkerung. In dieser Altersgruppe beträgt der Anteil der Frauen 61,8 %. Weitere 100.500 Menschen, also 23,2 % der Bevölkerung sind zwischen 45 und 65 Jahre alt.
- Von den ambulanten Pflegediensten wurden im Kreis Steinfurt am 15.12.2001 (ausschließlich nach dem Pflegeversicherungsgesetz SGB XI) 2.126 Personen versorgt. 1998 waren es 1.945 und 1997 1.283 Personen. Der Anteil der Frauen betrug dabei durchschnittlich ca. 70 %.
- Ca. 3.150 Menschen lebten am 15.12.2001 in stationären Pflegeeinrichtungen. Das Durchschnittsalter lag bei 82 Jahren, der Frauenanteil der Pflegeheimbewohner lag bei rund 80 %.
- Nach den Prävalenzdaten sind in der Bundesrepublik Deutschland ca. 7,2 % der Bevölkerung 65 Jahre und älter dementiell erkrankt (Deutsche-Alzheimer-Gesellschaft), bezogen auf den Kreis Steinfurt sind dies ca. 5.000 Personen.

- Wenn Schätzungen zugrunde gelegt werden, dass ca. 50 - 60% der Bewohner/Innen von stationären Pflegeeinrichtungen dementiell erkrankt sind, also bis zu 1.800 im Kreis Steinfurt, dann kann davon ausgegangen werden, dass etwa 3.000 dementiell erkrankte Mitbürger/Innen weiter in ihrer häuslichen Umgebung wohnen und in der Regel zumindest überwiegend von nahen Angehörigen gepflegt werden. Allerdings gibt es in der Bundesrepublik derzeit keine geeigneten Assessmentverfahren, die angewandt werden, um genauere Angaben zur Zahl der Betroffenen geben zu können. Auch muss darauf hingewiesen werden, dass es Schwierigkeiten gibt, den Begriff der „dementiellen Erkrankungen“ exakt zu definieren.

4. Psychische Störungen bei älteren Menschen

4.1 Allgemeines

Altersbedingte Veränderungen stellen jeden Menschen unausweichlich vor neue Entwicklungsaufgaben.

„Altwerden“ im heutigen Umfang ist dabei ein relativ neues gesellschaftliches Phänomen, im Laufe des letzten Jahrhunderts (1900 – 2000) hat sich die Lebenserwartung für Männer von 37 auf 74 Jahre, für Frauen von 40 auf 80 Jahre verdoppelt. Die Zahl der hochbetagten Menschen wird sich erhöhen.

Das Alter kann nach unterschiedlichen Kriterien bewertet werden. Nach dem kalendarischen Alter unterteilt die WHO die Lebensabschnitte von 50 – 60 Jahren als alternden, 61 – 75 Jahre älteren, 76 – 90 Jahre alten, 91 – 100 sehr alten Menschen, danach langlebiger. Das biologische Alter steht dabei in durch zahlreiche Faktoren mitbedingtem Verhältnis zum kalendarischen Alter. So kann ein älterer Mensch noch sehr rüstig oder aber bereits vorgealtert wirken. Das psychologische Alter ist wesentlich eine Sache der Persönlichkeit: Es lassen sich Verbindungen ziehen, wie ein Mensch früh in seinem Leben mit Anforderungen der Um- und Neuorientierung sowie mit Verlusten umzugehen gelernt hat, um seinem individuellen Altersprozess zu begegnen.

Alter ist dabei als entwicklungspsychologischer Prozess aufzufassen. Die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten ergeben sich häufig aus verschiedensten Aspekten des gesamten Lebensverlaufes, psychische Erkrankung im Alter ist immer auch biographisch zu betrachten.

Altersbedingte Veränderungen erschweren dabei häufig die Fülle der zu bewältigenden Aufgaben. So sind nahezu alle Organe altersbedingten Veränderungen unterworfen:

- das Sehen
- das Hören
- das Riechen und Schmecken
- die Oberflächen- und Tiefensensibilität
- die Hör- und Wahrnehmungsleistungen
- die Aufmerksamkeit und Konzentration

Dabei wurde festgestellt, dass je höher die Anzahl nicht zu beachtender Reize bei einer Aufmerksamkeitsleistung ist, desto schlechter ist das Ergebnis in der Abhängigkeit vom Alter.

- sensorische und motorische Geschwindigkeit: Streicht man z. B. bei Intelligenz den Zeitfaktor, ergeben sich gleich gute oder teilweise bessere Ergebnisse als bei jungen Probanden.
- die Motorik
- Gedächtnis und Wissen

Ältere sind Jüngeren beim Erlernen von sinnlosem Material unterlegen, aber gleich gut oder sogar überlegen, wenn es um das Aneignen von sinnvollem Material geht.

- Denken und Problemlösen
- Sprache und Sprachleistung

Hierbei ist beachtenswert, dass Kontaktfähigkeit und Kontaktverhalten wesentlich durch sprachliche Leistungsfähigkeit mitgeprägt werden.

- Gefühl und Motivation.

Mit dem Alter können sich eine Fülle von Verlusterlebnissen ergeben:

- Verlust von Mobilität
- Verlust von (gesellschaftlich definierter) Schönheit
- Verlust von Gesundheit
- Verlust von körperlicher Funktionstüchtigkeit
- Verlust einer langen Zukunft
- Verlust der Möglichkeit die Vielfalt und -zahl dessen, was man alles schaffen könnte, in die Zukunft zu projizieren
- Verlust von Wahlmöglichkeiten für Ziele, Handlungen, Lebensformen
- Verlust der Lebenssicherheit,
- Partnerverlust, Verlust von Freunden und Verwandten
- Abwertung im politischen Raum
- Verlust der Kinder und Enkel durch zunehmende gesellschaftlich geforderte Mobilität.

Über die Bewältigung von Alterserlebnissen entscheiden Fähigkeiten, die dem Bereich der Persönlichkeitsentwicklung zuzuordnen sind: Die Fähigkeit Verluste und psychischen Schmerz zu ertragen, d. h. trauern zu können und die Fähigkeit, mit Frustrationen umzugehen.

Die individuelle psychische Bewältigungsstruktur spielt eine wesentliche Rolle dabei, wie gut ein Mensch mit den unausweichlichen körperlichen Funktionseinbußen umgehen kann. So kann ein alter Mensch sich durchaus trotz einer Anzahl verschiedener Erkrankungen zufrieden fühlen (Polypathie versus Multimorbidität).

Letztlich bedeutet altern immer, sich mit veränderten Lebenssituationen auseinander zu setzen. Bei positivem Gelingen dieses Entwicklungsschrittes ist psychische Gesundheit auch in sehr hohem Lebensalter möglich.

4.2 Psychische Störungen im Alter

Die Häufigkeit psychischer Störungen steigt mit zunehmendem Alter an. Zu unterscheiden ist zwischen alt gewordenen psychisch Kranken und Menschen, die bei (relativer) psychischer Gesundheit im Alter erstmals erkranken. Die psychische Krankheit ist dabei, wie beschrieben, auf dem Hintergrund des gesamten Lebenslaufes zu sehen. Die Individualität und damit die mögliche Vielfalt der Krankheitsausgestaltung ist dabei groß. Es bestehen häufig Kombinationen mit verschiedenen körperlichen Erkrankungen. Die Symptome treten oft unspezifisch auf. Es ist dabei häufig nicht eine klare Zuordnung zu einer Krankheit gegeben, sondern die sogenannte „multifaktorielle“ Auslösung der Erkrankung noch stärker zu beachten, als im jüngeren Lebensalter. Psychische Störungen manifestieren sich dabei im Kontakt zu wichtigen Bezugspersonen, die immer bei der Diagnose und Behandlung mit einbezogen werden müssen.

4.3 Depressionen

Zur Häufigkeit von Altersdepressionen liegen widersprüchliche Daten vor, die vermutlich durch methodische Probleme mitbedingt sind. Die verwendete Definition der depressiven Störung schließt dabei gerade die im Alter häufigen „atypischen“ Erscheinungsformen, die sich z. B. auch in anhaltenden körperlichen Beschwerden ohne somatischen Befund ausdrücken, nicht ein. In der Berliner Altersstudie mit weiter gefassten Kriterien wurde bei über 70-jährigen eine Prävalenz für depressive Störungen von 9,1 % gefunden. Die Häufigkeit depressiver Störungen nahm bei den über 85-jährigen kaum ab. Depressive Störungen sind neben der Demenz die häufigste gerontopsychiatrische Erkrankung.

Typische Symptome für eine Depression sind:

- Traurigkeit und Niedergeschlagenheit
- Unfähigkeit Freude empfinden zu können
- Antriebsverlust („Schwunglosigkeit“)
- Lustlosigkeit und Mutlosigkeit
- Ständiges Grübeln
- Negative Kognitionen („alles schwarz sehen“) und Perspektivlosigkeit
- Ängste
- Erhöhte Ermüdbarkeit
- Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafstörungen, Früherwachen)
- Selbstmordgedanken.

Daneben können, vor allem bei älteren Patienten/Innen, noch eine Reihe weiterer Symptome auftreten, z. B. psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit, wahnhafte Überzeugung, Konzentrationsstörungen und Merkfähigkeitsstörungen (manchmal schwer von einer beginnenden Demenz abzugrenzen) sowie vegetative Beschwerden. Ältere depressive Menschen klagen häufig über eine Fülle körperlicher Beschwerden. Die Abgrenzung von „somatischen Sympto-

men“ im Rahmen der Depression von Beschwerden bei Organerkrankungen fällt dabei häufig schwer.

Häufig geklagt werden über:

- Rasche Erschöpfbarkeit
- Verminderte körperliche Leistungsfähigkeit
- Diffuse (schlecht lokalisierte) Schmerzen im Abdomen, Thorax und Hals
- Verdauungsbeschwerden, vor allem Obstipation (Verstopfung)
- Appetitmangel
- Diffuse, oft wechselnde Gelenkbeschwerden und Rückenschmerzen
- Kopfschmerzen (meist nicht näher zu lokalisieren) und Schwindel.

Häufig kommt es zu einer Beeinträchtigung der sozialen Beziehungen und zu Verhaltensauffälligkeiten:

- Sozialer Rückzug (Isolation)
- Rückzug ins Bett für den überwiegenden Teil des Tages
- Verminderte Aktivitäten
- Motorische Unruhe (Agitiertheit)
- Vernachlässigung von alltäglichen Aktivitäten (Essenszubereitung, Körperhygiene etc.).

Die Ursache der Depressionen sind ebenso vielschichtig wie das Erscheinungsbild, häufig liegt eine Kombination verschiedener Ursachen vor („multifaktorielle Genese“).

4.3.1 Reaktiv ausgelöste Depressionen

Die Fülle der im Alter zu bewältigenden Verlusterlebnisse ist häufig (Mit-) Auslöser der depressiven Erkrankung, insbesondere der Verlust des Partners. Die depressive Erkrankung geht dabei über die als normal anzusehende Trauerreaktion deutlich hinaus. Weitere wichtige Lebensereignisse, die häufig mit einer depressiven Reaktion einhergehen, sind die Berentung, Entwurzelung durch Umzug, insbesondere auch Umzug in ein Altenheim, schwerwiegende Erkrankungen mit körperlichen und/oder intellektuellen Beeinträchtigungen (und daraus resultierende Hilfsbedürftigkeit).

4.3.2 Neurotische oder psychodynamische Auslösung

Menschen mit bestimmten Persönlichkeitsanteilen sind auf Grund der zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben im Alter besonders gefährdet an einer Depression zu erkranken. Bei labilem Selbstwertgefühl, für das im Erwachsenenalter durch Beruf, Familie oder Hobbies Stützungs- und Kompensationsmöglichkeiten bestanden, ergibt sich ein depressiver Einbruch wenn diese Kompensationsmöglichkeiten wegfallen. Alte psychische Verletzungen (z. B. auch während der Kriegszeit) werden unter Umständen durch die im Alter erlebte Hilfs- und Hoffnungslosigkeit reaktiviert. Die Zeit, sich unter Umständen lebenslang verdrängten Inhalten zu widmen, läuft ab („Last-Chance-Syndrom“). So können z. B. während der Kriegszeit erlebte Traumata nach im Erwachsenenalter jahrzehntelang asymptomatischem Verlauf jetzt zu ausgeprägten Angstreaktionen führen.

4.3.3 Biochemische Faktoren

Die Veränderung verschiedener Botenstoffe im Gehirn geht mit einer Depression einher. Es besteht diesbezüglich bei einer Reihe von Patienten eine anlagebedingte Erkrankungsanfälligkeit. Die Veränderung der Zusammensetzung der Botenstoffe im Gehirn kann dabei ohne äußeren Anlass auftreten, hier kann häufig mit Medikamenten rasch eine Veränderung erzielt werden.

4.3.4 Symptomatische Depressionen

4.3.4.1 Depressionen bei körperlichen Erkrankungen

Eine Reihe von körperlichen Erkrankungen geht mit einer depressiven Verstimmung einher, insbesondere:

- Hormonelle Störungen (z. B. Schilddrüsenerkrankungen, Nebennieren Über- oder Unterfunktion)
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Herzinsuffizienz, Z. n. Herzoperation)
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Rheumatische Erkrankungen
- Stoffwechselerkrankungen (z. B. Anämie, Diabetes mellitus, Elektrolytstörungen)
- Infektionskrankheiten.

4.3.4.2 Durch Medikamente ausgelöste Depressionen

Eine Fülle von Medikamenten wird mit depressiven Zustandsbildern in Zusammenhang gebracht, z. B. blutdrucksenkende Mittel, Antirheumatika, klassische Neuroleptika.

4.3.5 Organische Ursachen

Depressive Störungen treten häufig als Frühsymptom bei verschiedenen Erkrankungen auf:

- Demenz vom Alzheimer-Typ
- vaskuläre Hirnerkrankungen
- Parkinson-Syndrom
- Hirntumoren

Auf Grund der unterschiedlichen Ursachenfaktoren müssen bei Depressionen im höheren Lebensalter immer eine sorgfältige körperliche und neurologische Untersuchung, Laboruntersuchungen sowie ggf. apparative Zusatzuntersuchungen (EKG, EEG, CCT) erfolgen.

4.4 Demenzerkrankungen

Als Demenz bezeichnet man den dauerhaften Verlust (bei Diagnosestellung 6 Monate) erworbener intellektueller Fähigkeiten durch organische Hirnkrankheiten. Entscheidend ist eine Beeinträchtigung des Patienten in den Aktivitäten des

täglichen Lebens mit Einschränkung seiner Alltagskompetenz. Der Verlauf ist in der Regel chronisch fortschreitend, weshalb auch von einer „dementiellen Entwicklung“ gesprochen wird.

Die Demenz ist eine alltagsabhängige Erkrankung. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen liegt bei 60 – 65 Jahren bei etwa 2 %, zwischen 65 – 69 Jahren bei ca. 5 % und verdoppelt sich danach ungefähr je Lebensdekade: 70 – 80 Jahre ca. 10 %, 80 – 90 Jahre ca. 20 %, über 90 Jahre ca. 40 %. Bei Berücksichtigung auch leichterer Demenzformen sind zur Zeit ca. 1,5 Millionen Menschen in der BRD erkrankt, auf Grund der demographischen Entwicklung wird bis zum Jahre 2030 mit einem Anstieg um 60 % auf ca. 2,5 Millionen Demenzerkrankungen gerechnet.

Es werden unterschiedliche Demenzformen unterschieden:

- primäre Demenz (ca. 90 %)
 - degenerativ, vor allem Demenz vom Alzheimer-Typ (ca. 50 %)
 - Lewy-Körper-Demenz 17 %
 - bestimmte Formen von M. Parkinson 25 %
 - sonstige 5 %
- vaskulär (ca. 15 – 30 %)
- gemischt (ca. 15 – 20 %)
- sekundäre Demenzformen (ca. 10 %)
 - Demenz bei kardiovaskulären Erkrankungen
 - Alkoholabusus
 - metabolische Erkrankungen und Avitaminosen
 - Hydrocephalus
 - chronisches subdurales Hämatom
 - Encephalitis
 - medikamentös ausgelöste Demenzen

Da bei den sekundären Demenzen unter Umständen eine Behandlung der Ursache möglich ist, ist eine genaue körperliche und neurologische Untersuchung und Zusatzdiagnostik erforderlich.

Während bei der vaskulären Demenz, die durch Durchblutungsstörungen im Gehirn entsteht, ein Fortschreiten durch Behandlung der Risikofaktoren (insbesondere Bluthochdruck, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen) eingeschränkt werden kann, haben die degenerativen Demenzen einen chronisch fortschreitenden Verlauf. Man unterscheidet zwischen einer leichten Form, bei der bereits Arbeit und soziale Aktivitäten deutlich eingeschränkt sind, aber die Fähigkeit unabhängig zu leben noch ausreichend erhalten ist, von einem mittleren Schweregrad, bei dem selbständige Lebensführung nur mit Schwierigkeiten möglich und ein gewisses Maß an Betreuung erforderlich ist, von der schweren Form, bei der die Aktivitäten des täglichen Lebens beeinträchtigt, ständige Betreuung und Pflege nötig sind. Im Endstadium besteht eine Unfähigkeit die basalen Aktivitäten des täglichen Lebens (Essen, Trinken, persönliche Hygiene) aufrecht zu erhalten und die motorischen Fähigkeiten gehen verloren.

Eine frühzeitige Diagnosestellung ist wichtig, um durch verschiedene Maßnahmen den Verlauf der (nach wie vor unheilbaren) Erkrankung günstig zu beeinflussen.

Typische Symptome einer beginnenden Demenz sind Konzentrationsstörungen, Überforderungsgefühl, rasche Erschöpfbarkeit, Depressivität, Antriebsarmut, Interesselosigkeit und diffuse Ängste. Die Differentialdiagnose zu depressiven Erkrankungen ist dabei bisweilen schwierig. Wichtig ist die Abgrenzung von sogenannten „leichten kognitiven Beeinträchtigungen“ im Alter, bei denen trotz nachweisbarer Gedächtnisstörungen keine Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit im Alltag auftreten. Da auch diese Störungen im Vorfeld von Demenzerkrankungen auftreten, ist eine regelmäßige Untersuchung erforderlich.

Die Behandlungsplanung muss dem jeweiligen Erkrankungsstadium angepasst werden. Mit fortschreitendem Verlauf tritt eine zunehmende Belastung der Angehörigen auf, die von Beginn an in die Therapie mit einbezogen werden müssen. Schwierigkeiten in der Betreuung ergeben sich im Verlauf häufig weniger durch die zunehmenden Gedächtnisstörungen, als vielmehr durch die zum Teil auch damit in Verbindung stehenden Verhaltensstörungen: so z. B. wahnhaft Befürchtungen, bestohlen zu werden (bei Vergessen wo Dinge abgelegt wurden), Verwirrtheitszustände mit Weglaufen, Schlafstörungen, nächtliche Unruhe, aggressive Verhaltensauffälligkeiten. Das im Krankheitsverlauf sich ändernde Auftreten entsprechender Verhaltensauffälligkeiten macht jeweils eine neue Anpassung der Therapie erforderlich.

4.5 Suchterkrankungen

Im Alter ist die Diagnose einer Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit ohne Abgrenzung zum schädlichen Gebrauch häufig schwierig zu stellen. Es gibt nur wenige epidemiologische Daten über die Häufigkeit von Suchterkrankungen im Alter. Epidemiologische Studien in Deutschland zeigen einen Rückgang der Zahl der Alkoholabhängigen von 6% bei den 18 – 60 jährigen auf etwa 1% bei den über 60 jährigen. Der Rückgang ist vor allem auf die verminderte Lebenserwartung von Alkoholabhängigen zurückzuführen. Auch im Alter sind Männer häufiger alkoholabhängig als Frauen. Ein Medikamentenmissbrauch, insbesondere auch durch ärztliche Verordnung veranlasst, ist unter alten Menschen hoch. Besonders in Altenheimen werden häufig sedierende Medikamente (vor allem Benzodiazepine) zu lange ohne ausreichende Indikation verschrieben. Frauen sind häufiger als Männer medikamentenabhängig. Alkohol- und Medikamentenentzüge bei alten Menschen weisen insbesondere bei gleichzeitig vorliegenden körperlichen Erkrankungen häufiger Komplikationen als bei jüngeren auf und müssen daher besonders sorgfältig therapeutisch begleitet werden. Suchterkrankungen führen in höherem Lebensalter häufig zu einer dementiellen Entwicklung (ca. 8% der sekundären Demenzen ist durch Alkoholabusus bedingt).

4.6 Schizophrenie und Wahnerkrankungen

Schizophrene Störungen treten meist erstmals zwischen 20 und 40 Jahren auf. Spätmanifestationen nach dem 45. Lebensjahr sind selten. Da die Schizophre-

nie zum Teil chronisch verläuft, kommen schizophrene Störungen auch bei älteren Menschen vor. Jedoch ist die Symptomatik im Alter oft weniger stark ausgeprägt. Bestimmte Symptome, wie Wahn oder Halluzinationen kommen bei älteren Menschen oft isoliert vor. Meist sind in diesen Fällen keine anderen typischen Symptome in der Vorgeschichte bekannt. Das Auftreten schizophrener Störungen wird bei 20 – 60-jährigen mit 0,5%, das Auftreten von wahnhaften Störungen mit 0,14% der allgemeinen Bevölkerung angegeben. Bei über 65-jährigen sind schizophrene Störungen seltener. In gerontopsychiatrischen ambulanten Diensten oder Tageskliniken tritt eine wahnhafte Symptomatik aber wesentlich häufiger auf (bei bis zu 15% der dort behandelten Patienten).

Als Ursachen für einen Wahn im Alter werden zahlreiche Faktoren diskutiert, z. B.:

- psychosoziale Faktoren (Kontaktmangel)
- sensorische Einschränkungen (vor allem mit zunehmendem Hörverlust)
- zunehmender Verlust der intellektuellen Leistungsfähigkeit (beginnende Demenz)
- Induktion durch Medikamente

Häufig entwickelt sich ein Wahn im Alter schleichend mit Fortschreiten der Grunderkrankung (z. B. degenerative ZNS-Erkrankung, Suchterkrankung, Depression). Wahnhafte Symptome sind auch häufig Nebenwirkung der Behandlung mit Parkinson-Medikamenten.

4.7 Akute Verwirrheitszustände

Kurzzeitig auftretende Verwirrheitszustände, die im Verlauf stark schwanken können und mit Bewusstseinsstrübung, Störung der Kognition, psychomotorischen Störungen und z. T. schweren Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus einhergehen, treten bei älteren Menschen gehäuft auf, genaue Häufigkeitsangaben sind stark abhängig von der in der jeweiligen Untersuchung verwendeten Definition. Das Vorliegen einer Demenz begünstigt das Auftreten akuter Verwirrheitszustände, Auslöser können insbesondere mangelnde Flüssigkeitsaufnahme, Infekte, Operationen, Medikamente oder Entzug von Medikamenten sein. Der Verlauf ist sehr unterschiedlich, bei günstigem Verlauf ist ein völliges Abklingen innerhalb von 1 – 2 Wochen möglich. Abhängig von der zugrundeliegenden Störung sind jedoch auch längerfristige und ungünstige Verläufe (potenziell lebensbedrohlich) möglich.

5. Konzepte der gerontopsychiatrischen Versorgung

5.1 Allgemeines

Gerontopsychiatrie befasst sich mit den Ursachen, Diagnostik, Therapie und Prävention von psychischen Erkrankungen, die das Alter begleiten oder durch Vorgänge des Alterns ausgelöst werden, und zwar mit ihren körperlichen, psychischen und sozialen Ursachen, Entwicklungsbedingungen und Auswirkungen. Noch im Jahre 1975 sprach die Psychiatrie-Enquete von einem „Notstand der Versorgung psychisch Alterskranker“.

Während die Ergebnisse und Vorschläge der Enquete im Bereich der Allgemeinpsychiatrie Verbesserungen der Versorgungsstruktur bewirkten, muss nun festgestellt werden, dass die Versorgungssituation für psychisch kranke ältere Menschen nicht so in dem Maße beeinflusst worden ist. Es besteht eine Diskrepanz zwischen den Kenntnissen zur Entstehung und Behandlung psychischer Störung im Alter und der herrschenden Versorgungspraxis. Die derzeitige Versorgungsstruktur wird fachlich als unzureichend bezeichnet. Neuere Bewertungen der gerontopsychiatrischen Versorgung sehen Weiterentwicklungen im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich vor, ebenso bei der Qualifikation des Personals. In einem weiteren Schritt muss es darum gehen, bereits vorhandene Versorgungsstrukturen miteinander zu vernetzen, um so eine Optimierung aufeinander abgestimmter Versorgungsstrukturen zu erreichen. Ausgangspunkt aller Bemühungen und Überlegungen muss immer der psychisch veränderte ältere Mensch mit seinen Bedürfnissen, Handikaps, aber auch seinen Fähigkeiten sein.

5.2 Darstellung der gerontopsychiatrischen Versorgung

Anmerkung:

Verschiedene Institutionen sind an der gerontopsychiatrischen Versorgung beteiligt. Im Folgenden werden Kernbereiche beschrieben. Die Darstellung erfolgt dabei institutionsbezogen und nicht aus dem Blickwinkel der potentiellen Nutzer. Da die institutionellen Träger mit verschiedenen Kostenträgern und aufgrund unterschiedlicher Versorgungsaufträge tätig sind, ist hier kein Gesamtkonzept zu erwarten.

5.2.1 Beschreibung der Versorgungssituation

Den weit überwiegenden Anteil der gerontopsychiatrischen ärztlichen Versorgung im Kreis Steinfurt bestreiten die niedergelassenen Praktischen Ärzte/Innen, Ärzte/Innen für Allgemeinmedizin, die hausärztlich tätigen Ärzte/Innen für Innere Medizin (alle zusammengefasst unter der Bezeichnung Hausärzte/Innen).

Bei medizinischer Notwendigkeit überweisen diese Arztgruppen zur weiteren ambulanten Untersuchung und Behandlung an die im Kreis Steinfurt tätigen Ärzte/Innen für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie und an die Ärzte/Innen für Psychiatrie und Psychotherapie. Auch der unmittelbare Weg vom Hausarzt/ärztin zur teilstationären geriatrischen oder vollstationären gerontopsychiatrischen Behandlung wird häufig genutzt. Viele Patienten/Innen werden zunächst in internistische und neurologische stationäre Behandlung überwiesen.

Der zunehmende Bedarf an Untersuchungs- und Behandlungsleistungen ist für die niedergelassenen Hausärzte/Innen und Fachärzte/Innen wegen der besonderen Struktur der Leistungsanforderung ein wachsendes Problem.

Neben den Hausärzten/Innen sind 17 Nervenärzte/Innen beziehungsweise Psychiater/Innen und die Institutsambulanz der WKPPN Lengerich im Kreis Steinfurt tätig. In den Randbereichen des Kreises versorgen diese auch Patienten/Innen der Nachbarkreise, zum Beispiel Borken und Emsland.

5.2.2 Ambulante nervenärztliche Versorgung

In der nervenärztlichen oder psychiatrischen Praxis gliedern sich die Aufgaben für gerontopsychiatrisch Erkrankte, speziell Demenzkranke, wie folgt:

- untersuchendes Gespräch mit Patient/In und Angehörigen
- körperliche Untersuchung (neurologischer Befund, EEG, Ultraschalluntersuchung der hirnversorgenden Arterien, craniales CT)
- psychiatrische Untersuchung
- Test-psychologische Untersuchung
- aufklärendes und beratendes Gespräch mit Patient/in und Angehörigen über Diagnose und weiteres Vorgehen
- Behandlungsempfehlung
- regelmäßige Verlaufskontrollen

Außerordentlich hoch ist der Beratungsbedarf der Angehörigen für Fragen der Umgangsweisen mit gerontopsychiatrisch Erkrankten, für Fragen des Versorgungsangebotes anderer Institutionen und für Fragen der gesetzlichen und institutionellen Hilfen.

In ähnlicher Weise erfolgt die Versorgung gerontopsychiatrisch Erkrankter im Altenheim und in kleinerer Zahl auch bei Hausbesuchen.

Formal ist der Versorgungsbedarf mit den zur Zeit im Kreis Steinfurt tätigen Nervenärzten/Innen und Psychiatern/Innen gedeckt.

Häufige Kontakte zu allen im Versorgungssystem notwendigen Einrichtungen werden umfangreich genutzt. Dabei gehören fortlaufende Kontaktgespräche im Einzelfall oder auch turnusmäßig mit den Mitarbeitern/Innen des Amtes für Soziale Dienste, den Beratungsstellen der freien Träger, der psychiatrischen Pflegedienste und den Mitarbeitern/Innen der Altenheime, den Beratungsstellen der freien Träger sowie der ambulanten Pflegedienste zur Aufgabenstellung. Ebenso wird Kontakt zu den Tagespflegeeinrichtungen gehalten.

Die organisatorisch schwierige Versorgung der nicht in städtischen Bereichen angesiedelten Altenheime mit nervenärztlich/psychiatrischer Kompetenz ist weitgehend sichergestellt und wird im Rahmen zum Teil umfangreicher Hausbesuchstätigkeit gewährleistet.

5.2.3 Problembereiche und Defizite

- Mangel an Versorgungs- und Informations- sowie Stützungsangeboten für Angehörige (Gesprächskreise für pflegende Angehörige). Bedarf an Tagespflegeeinrichtungen und Klärung der Finanzierung für den Nutzer.
- Demenzkrankheit in ihren funktionellen Einbußen und interaktiven Auswirkungen wird nicht genügend gewürdigt (MDK etc.)

- Anpassung der finanziellen, personellen und materiellen Gegebenheiten an den zahlenmäßig und inhaltlich wachsenden Versorgungsbedarf.
- Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen zwischen ambulanten, teilstationären, vollstationären Einrichtungen, sowie den beteiligten ambulant tätigen Berufsgruppen.

5.3 Ehrenamt

Das Ehrenamt als konstruktives Element einer verantwortlichen Gesellschaft ist positiv zu werten.

Das Ehrenamt kann weder für Frauen noch für Männer als eine Alternative zur bezahlten Arbeit angesehen werden. Es setzt eine eigenständige materielle Absicherung voraus.

Ehrenamtliche Arbeit kann erleichtert und gefördert werden, wenn in ihrem ureigenen Bereich belastende bürokratische Verfahren abgebaut, wenn Fortbildungsangebote und Informationsmöglichkeiten ausgebaut und wenn die Kooperation zwischen Hauptamtlichen, Angehörigen und Ehrenamtlichen gezielt verbessert werden.

Im Kreis Steinfurt sind erste Ansätze von ehrenamtlicher Betreuung für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen, schwerpunktmäßig im Besucherdienst, vorhanden. Doch sind sie zur Zeit nicht zentral organisiert.

5.4 Pflege durch Angehörige

„Pflege im Rahmen von Ehen oder zwischen Eltern und Kindern gehört zu den vielschichtigsten Beziehungsformen, die zwischen Menschen denkbar sind. Sie finden statt im Spannungsverhältnis von Liebe und Verpflichtung, Anhänglichkeit und Verselbständigkeitswünschen, zwischen Gelassenheit und Verbitterung, Dankbarkeit und Enttäuschung, Hoffnung und Erschöpfung. In den Anstrengungen der Pflege können sich Gefühle verdichten und zuspitzen, sie kann zu Entwicklungs- und Reifungsschritten führen oder Versöhnungsbereitschaft auslösen. Pflege kann aber auch Verhärtungen und den Verlust positiver Beziehungsanteile zur Folge haben, Depression und Resignation auslösen und den Mut zum Leben nehmen. Nie darf aus dem Auge verloren werden, dass die Anstrengungen pflegender Angehöriger einem selbstverständlichen und uralten menschlichen Impuls entspringen: Dem Nächsten - Ehepartner, Kind oder Elternperson - zu helfen, wenn er in Not ist“ (BRUDER 1996; Vorwort in: BUIJSSEN 1996).

Pflegende Angehörige sind Hauptbetreuer/Innen von hilfe- und pflegebedürftigen alten Menschen, 90 % der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen in privaten Haushalten werden von den Angehörigen betreut. Vorwiegend sind dies Frauen: Ehefrauen, Töchter, Schwiegertöchter.

„Die Tochter, die am nächsten wohnt und/oder keinen Partner bzw. zu Hause wohnende Kinder oder keinen Arbeitsplatz hat, kommt als erste in Frage. Der moralische Druck, der auf sie ausgeübt wird oder den sie selbst verspürt, ist größer, als wenn sie weit entfernt wohnt oder eine Familie hat, die all ihre

Aufmerksamkeit und Zeit in Anspruch nimmt. Deswegen findet man unter Hauptpflegepersonen relativ viele alleinstehende Frauen.“ (BUIJSSEN, 1996; 15,16)

50 % der Hauptpflegepersonen sind zwischen fünfundvierzig und fünfundsechzig Jahre alt. Das Durchschnittsalter beträgt siebenundfünfzig Jahre. (vgl. BUIJSSEN, 1996; 16)

Die helfenden und pflegenden Angehörigen sind für die Mehrzahl der Betroffenen die Garantie, dass sie zu Hause bleiben können. Sie sind der Schlüssel zur Ermöglichung der häuslichen Pflege. Von daher ist deren Lebenszufriedenheit eine wichtige Voraussetzung für Stabilität und Langfristigkeit des häuslichen Verbleibens des/der Pflegebedürftigen.

Angehörige dürfen sich nicht nur als Pflegenden definieren, sondern sollten auch eine eigene Lebensqualität einfordern, die losgelöst vom zu pflegenden Menschen sein muss.

Lebenszufriedenheit ist für die pflegende Person ein Grundbedürfnis. Lebenszufriedenheit wird bestimmt durch Selbständigkeit, eigene private Lebensräume, wie der Kontakt mit Freunden/Innen, der Sportabend, der Urlaub oder das Recht auch einmal allein zu sein. Diese Grundbedürfnisse müssen als Lebensrecht jeder Person Maßstab sein.

Die Anforderungen an Qualität und Umfang der Pflege sind gestiegen. Sie erfordern fachliches Wissen, Organisationsvermögen, den Einsatz von Pflegetechniken und eine gereifte Form der Beziehung zwischen Pflegenden und den Gepflegten.

Sichtbarste Aufgaben sind die hauswirtschaftlichen und pflegerischen Tätigkeiten. Hinzu kommen häufig krankenpflegerische Maßnahmen wie Blutdruck messen, Insulin spritzen etc. Die Übernahme von Verwaltungsaufgaben kann eine weitere Verantwortung sein. Die soziale Betreuung ist weniger sichtbar, aber einer der kräftezehrenden Bereiche der Pflege, besonders bei gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen. Die Koordination der unterschiedlichen Kontakte zwischen Ärzten/Innen, Krankenhäusern, Krankenkassen, Pflegediensten, Familienmitgliedern sowie Nachbarn und Freunden und dem Pflegebedürftigen übernehmen viele pflegende Angehörige.

Festzustellen ist, dass primär bei Töchtern und Schwiegertöchtern im Alter zwischen 35 und 60 Jahren eine Mehrfachbelastung durch den eigenen Haushalt, die Kinder und die Berufstätigkeit besteht. Die Pflege alter Familienangehöriger kann ein aufwendiger Faktor in einem bereits engen Zeitbudget sein. Weiterhin besteht die Möglichkeit, dass mittelfristig mehrere Familienangehörige parallel oder hintereinander gepflegt werden müssen, da die Wahrscheinlichkeit, dass Eltern und Schwiegereltern hochbetagt und damit möglicherweise hilfe- und pflegebedürftig werden, groß ist.

Die pflegenden Ehepartner sind zumeist etwa gleichaltrig wie ihre zu pflegenden Ehemänner und -frauen. Eigene Erkrankungen und physische und psychische Einschränkungen können durch die Pflege zu hohen zusätzlichen Anforderungen führen.

Die Pflege ist mit hohen psychischen und physischen Belastungen verbunden. Sie erfordert von den Pflegenden die Einbindung neuer Aufgaben in den Lebensalltag, der damit verändert wird.

5.5 Ambulante Dienste

Für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen kann die eigene Wohnung ein Lebensraum sein, der die vorhandenen Alltagskompetenzen unterstützt, Wohlbefinden und Sicherheit erzeugt und damit die Verbesserung bzw. Stabilisierung des Krankheitsverlaufes ermöglicht.

Die größte Gruppe der gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen wird durch die pflegenden Angehörigen und den/die Hausarzt/ärztin versorgt.

Durch Erstberatungen, Gesprächskreise pflegender Angehöriger, Pflegekurse für Angehörige von psychisch erkrankten älteren Menschen und die Beratungseinsätze nach SGB XI § 37 Abs. 3 können Erstkontakte entstehen, in denen Angehörige Informationen über das Krankheitsbild ihres/ihrer Angehörigen, den Umgang damit und Methoden der Unterstützung des/der Erkrankten zum Erhalt seiner/ihrer Kompetenzen erhalten können.

Werden psychisch erkrankte Menschen durch Angehörige und/oder professionelle Dienste in ihrer Häuslichkeit unterstützt, sollten nach der Erstdiagnose und der Erstellung des psychiatrischen Behandlungsplanes im folgenden Schritt die Alltagskompetenzen der betroffenen Person erfasst werden. Für die Tätigkeiten, die der Unterstützung oder Übernahme bedürfen, wird ein individueller Hilfeplan erstellt. Dabei arbeiten unterschiedliche Professionen zusammen: die Angehörigen, die Freunde und Nachbarn, der/die Hausarzt/ärztin, der/die Psychiater/In, andere Fachärzte/Innen, der/die Sozialarbeiter/In des Amtes für Soziale Dienst, Betreuer/Innen, die gerontopsychiatrische Pflegefachkraft, der ambulante Pflegedienst und Institutionen mit ergänzenden Angeboten wie der Notruf, das Essen auf Rädern, die Tagespflege, die Tagesklinik, die Fahrdienste etc. Wichtige Voraussetzung für einen individuellen Hilfeplan ist, dass die Leistungen, die notwendig sind, als Angebot von Dienstleistern vorgehalten werden.

Gerade psychisch erkrankte Menschen benötigen einen Bezugsrahmen durch Privatpersonen und Dienstleister, der Stabilität bietet. Voraussetzung hierfür ist die verbindliche Absprache in der Gruppe, welche Pflege- und Behandlungsziele angestrebt werden, wer welche Aufgaben übernimmt, wie Informationsketten aufgebaut und diese dokumentiert werden. Wenige Bezugspersonen sind hier ein „Mehr“.

5.6 Teilstationäre Einrichtungen

5.6.1 Akutgeriatrische Tageskliniken

Alte Menschen zeichnen sich durch verminderte Funktionsreserven einiger Organsysteme aus. So greifen Krankheiten, aber auch die Nebenwirkungen von Behandlungen, immer wieder gleich mehrere Organe an. Typische „Krankheits-

ketten“ gilt es zu verhindern. Zudem leiden ältere Menschen sehr oft nicht nur unter einer Krankheit, sondern haben bis zu zwanzig Diagnosen. Dem trägt die sehr organbezogene Medizin (etwa: Kardiologie, Endokrinologie u. ä.) nicht Rechnung. Akut-Geriater/Innen sollten die verschiedenen Erkrankungen im Hinterkopf haben und gleichzeitig relativ rasch beurteilen können, in welchem Bereich dem/der Patienten/In mit medizinischen Mitteln geholfen werden kann und in welchen Bereichen eine Hilfe nicht möglich ist. Zudem verfügt der/die Geriater/In über Kenntnisse aus dem internistischen Fachgebiet, ebenso aber auch aus den Bereichen Psychiatrie, Neurologie, konservative Orthopädie und Urologie.

Die stationäre akutgeriatrische Abteilung behandelt gerontopsychiatrisch veränderte Menschen, die wegen einer somatischen Erkrankung einer Krankenhausbehandlung bedürfen. Dabei wird auch Wert auf eine Symptomkontrolle im gerontopsychiatrischen Bereich gelegt. In dieser Abteilung sind keine Neurologen/Innen oder Psychiater/Innen angestellt.

In der akutgeriatrischen Tagesklinik werden überwiegend ältere Menschen mit somatischen Erkrankungen behandelt, allerdings hat die Anzahl der Begleiterkrankungen im Bereich der Parkinson-Erkrankung, neurotischen Störungen und der Melancholie zugenommen. Die Einweisung in die Tagesklinik erfolgt über den/die Hausarzt/ärztin oder als Verlegung aus der stationären Krankenhausbehandlung. Die Behandlung ist medizinisch notwendig und zeitlich begrenzt.

Im Vordergrund stehen die ärztliche Behandlung und Diagnostik, physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie und Hirnleistungstraining.

5.6.2 Geriatrisch-rehabilitative Tageskliniken

Die Behandlung in einer geriatrischen Rehabilitationsklinik ist immer dann indiziert, wenn die Alltagskompetenz eines älteren Menschen so beeinträchtigt ist, dass entweder Folgeerkrankungen oder gravierende Veränderungen der Lebensführung drohen. Klassische Beispiele sind die Immobilität nach Sturz mit Fraktur, die osteoporotische „Spontanfraktur“ eines Wirbelkörpers oder ein Schlaganfall. Auch die Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit im Rahmen einer cerebrovaskulären Erkrankung oder die durch ein äußeres Ereignis verschlechterte primär-degenerative Demenz sind hierunter zu rechnen. Vor der Behandlung muss in jedem Fall ein Kostenübernahmeantrag an die zuständige Krankenkasse (nicht Pflegekasse!) gerichtet werden, in dem ein konkretes Rehabilitationsziel definiert wird.

Die Behandlung erfolgt im rehabilitativen Team aus Ärzten/Innen, Pflegern/Innen, Therapeuten/Innen, Sozialarbeitern/Innen und Angehörigen. In regelmäßigen Gesprächen wird der Therapieverlauf möglichst anhand normierter Skalen kontrolliert und über weitere Ziele entschieden. Die am besten validierte Skala ist der Barthel-Index, der die individuelle Kompetenz in den Aktivitäten des täglichen Lebens angibt.

Prinzipiell existieren in Zielsetzung und Arbeitsweise keine wesentlichen Unterschiede in der voll- oder teilstationären Rehabilitation. Vorteil der Tagesklinik ist die bessere Anbindung an die eigene häusliche Umgebung und Familie, die das

Störungsbewusstsein fördert und dadurch ein gezielteres Arbeiten ermöglicht, während durch die weitergehende pflegerische Versorgung im vollstationären Bereich ein geschütztes Klima entsteht. Allerdings verlangt die teilstationäre Behandlung eine wesentlich bessere Mobilität; so sollte der Gang zur Toilette selbständig oder nur mit geringer Hilfe möglich sein.

Geriatrische Rehabilitationskliniken sind in aller Regel nicht optimal zur Behandlung psychischer Erkrankungen vorgesehen und eingerichtet. So müssen Patienten/Innen mit Weglauftendenzen häufig in ihrem Zimmer fixiert werden, was außer den bürokratischen Problemen mit dem notwendigen richterlichen Beschluss auch medizinisch und menschlich fragwürdig ist.

5.6.3 Tagespflegeeinrichtungen

Ziel der Tagespflegeeinrichtungen ist die Betreuung und Pflege von gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen, die in ihrer Wohnung leben. Die Tagespflege ermöglicht Pflege, Krankenpflege und psychosoziale Betreuung acht Stunden täglich, an bis zu fünf Tagen in der Woche. Es besteht ein Hol- und Bringendienst.

Durch die begrenzte Gruppengröße, einen Betreuungsschlüssel von 6 Tagespflegegästen zu einer examinierten Fachkraft und die tagesstrukturierten Maßnahmen, die von der Alltagskompetenz der zu Betreuenden ausgehen, besteht die Möglichkeit, kontinuierlich die erkrankte Person zu betreuen und zu fördern.

Eine enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen und Freunden, sowie Hausärzten/Innen, Fachärzten/Innen, ambulanten Pflegediensten, Krankengymnasten/Innen, Ergotherapeuten/Innen, Fußpfleger/Innen und Friseur/Innen, die im Tagespflegehaus zum Teil ihre Hausbesuche nach Verordnung bzw. nach Abruf tätigen, ist Voraussetzung für eine Hilfeplanung, die gemeinsame Behandlungs- und Pflegeziele verfolgt. Wünschenswert wäre die Tätigkeit einer gerontopsychiatrischen Fachkraft im Tagespflegehaus.

Tagespflege strukturiert den Tag für den psychisch erkrankten Menschen, ergänzt ambulante Pflege, wo diese alleine nicht ausreicht, und entlastet pflegende Angehörige.

Gesprächskreise und Fortbildungsangebote der Einrichtungen unterstützen die pflegenden Angehörigen und üben durch die Öffnung für interessierte Bürger/Innen Multiplikationsfunktionen aus.

In Tagespflegeeinrichtungen, die für eine eher längerfristige Tagesbetreuung von chronisch kranken älteren Menschen geschaffen wurden, wird die medizinische Behandlung vom Hausarzt/ärztin durchgeführt. Aufgabe des Gerontopsychiaters/In ist es, beratend tätig zu sein und das Personal zu unterstützen, wie z. B. durch Unterweisung in Verhaltensmodifikationen und durch ambulante psychiatrische Behandlung.

5.6.4 Gerontopsychiatrische Tagesklinik

Gerontopsychiatrische Tageskliniken und Tagespflegeheime bilden den teilstationären Bereich der Gerontopsychiatrie. Wie auch im vollstationären Bereich bestehen Überschneidungen zur geriatrischen Versorgung bei im Vordergrund stehenden somatischen Erkrankungen. Tageskliniken sind ein wichtiges Glied zwischen der ambulanten und stationären Behandlung. Die besondere Bedeutung dieser Einrichtungen liegt darin, dass das soziale Umfeld erhalten bleibt (die Patienten verbringen die Nacht im häuslichen Bereich und befinden sich von ca. 9:00 – 16:00 Uhr in der Institution) und ein enger Kontakt zwischen den Behandlern/Innen/Betreuern/Innen und den Angehörigen bzw. dem sozialen Umfeld des/der Patienten/In/Klienten/In besteht.

Im Unterschied zu geriatrischen werden in gerontopsychiatrischen Tageskliniken Patienten/Innen – ähnlich wie im stationären Bereich – mit psychischen Erkrankungen aufgenommen. Das Behandlungskonzept ist mehrdimensional (Sozio- und Psychotherapie, medikamentöse Behandlung, allgemeinmedizinische Basistherapie sowie rehabilitative Intervention) aufgebaut, dient besonders der Förderung der Kompetenzen des Älteren und setzt an vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten an. Es handelt sich um eine zeitlich begrenzte Behandlung, die durchschnittliche, teilstationäre Behandlungsdauer liegt etwa doppelt so hoch wie die vollstationäre.

Es ist von einem Bedarf von 0,05 tagesklinischen Plätzen pro tausend Einwohnern auszugehen. In ländlichen Regionen sollten möglichst kleine Einrichtungen (12 – 15 Plätze) für die teilstationäre Versorgung entstehen, um die Anfahrtswege kurz zu halten.

Wichtig ist, über Ambulanzen und möglichst auch Beratungseinrichtungen, Einbindung in die regionale Versorgungsstruktur herzustellen. Tagesklinische Behandlung kann zur Vermeidung eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes stattfinden oder im Anschluss daran zur Förderung der Wiedereingliederung in das häusliche Umfeld.

5.7 Stationäre Versorgung

5.7.1 Stationäre Krankenhausversorgung

Die Notwendigkeit stationärer Krankenhausversorgung ist jeweils im Einzelfall zu prüfen. Nach Möglichkeit sollten zuvor ambulante und teilstationäre Behandlungsangebote ausgeschöpft bzw. kritisch überprüft worden sein. Dennoch lässt sich bei akuten Krisensituationen, schweren Depressionen, ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen einer dementiellen Entwicklung die stationäre Krankenhauseinweisung häufig nicht umgehen. Als Orientierungsgröße ist ein Richtwert von 0,2 Betten/Plätzen pro 1.000 Einwohnern für die klinische gerontopsychiatrische Behandlung anzunehmen. (Ein Anteil von 20 – 25 % sollte für die tagesklinische Behandlung vorgesehen werden, wobei dies im ländlichen Raum teilweise schwierig zu organisieren ist.)

Ob eine stationär geriatrische oder gerontopsychiatrische Behandlung erfolgt, sollte von der im Vordergrund stehenden Erkrankung abhängig gemacht werden: Stehen internistische Erkrankungen (mit psychischen Begleiterkrankungen) im Vordergrund, ist eine geriatrische Versorgung vorzuziehen. Bei im Vordergrund stehender psychiatrischer Erkrankung (insbesondere Krisensituationen, Depressionen, Verhaltensstörungen bei Demenz) ist die gerontopsychiatrische Behandlung angezeigt.

Die stationäre Versorgung umfasst:

- dem wissenschaftlichen Stand entsprechende Diagnostik und Therapie
- sinnvolle Tagesstruktur in dafür gesondert hergerichteten Räumen
- Aktivitäten des täglichen Lebens und aktivierende Pflege
- kognitive Trainingsverfahren
- psychotherapeutische Angebote, einzeln und in Gruppen
- Ergotherapie
- sozio- und milieutherapeutische Angebote und Freizeitaktivitäten
- Einbeziehung der Angehörigen, intensive Beratung
- Einleitung der weiter erforderlichen ambulanten/teilstationären Hilfsmöglichkeiten.

Die erforderliche stationäre klinische Behandlung muss in einem überschaubaren Versorgungsgebiet und leicht erreichbar angeboten werden. Für die Vielfalt gerontopsychiatrischer Erkrankungen müssen jeweils differenzierte Behandlungsangebote vorgehalten werden. Unter der Voraussetzung einer besonderen fachlichen Qualifikation ist sowohl die Möglichkeit einer organisatorischen Abtrennung in einer speziellen Abteilung innerhalb der Psychiatrie, wie auch eine Integration gerontopsychiatrischer Betten in allgemein-psychiatrische Stationen sinnvoll. Die stationäre Behandlung soll fließende Übergänge zur teilstationären und ambulanten Behandlung und Betreuung ermöglichen.

5.7.2 Stationäre Versorgung in Heimeinrichtungen

Der nachfolgende Teil dieses Berichtes wird exemplarisch ausführlich beschrieben, viele darin enthaltene Teilaspekte haben auch eine Bedeutung für die anderen genannten Versorgungsbereiche.

5.7.2.1 Stationäre Altenhilfeeinrichtungen

Durch dieses spezielle Angebot können pflege- und betreuungsbedürftige Menschen ihren Wohnsitz in eine spezielle Altenhilfeeinrichtung verlegen. Sie werden dort versorgt, gepflegt und betreut. Dabei haben sie die Möglichkeit, an fördernden und/oder rehabilitierenden Maßnahmen teilzunehmen. Verwirrte Bewohner/Innen werden oft im Rahmen der von den Pflegekassen vorgegebenen personellen Möglichkeiten geronto-psychiatrisch betreut. Die Möglichkeiten des Wohnens im Pflegeheim haben sich in den letzten Jahren deutlich verbessert (weniger Doppelzimmer), die Anzahl der Einzelzimmer konnte erhöht werden.

5.7.2.2 Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege ist die zeitlich begrenzte Ganzheitsbetreuung pflegebedürftiger Menschen,

- die ansonsten in der eigenen Häuslichkeit gepflegt werden,
- die normalerweise keine spezielle Pflege und Betreuung brauchen, diese jedoch z. B. während einer Krankheit oder nach einem Krankenhausaufenthalt in Anspruch nehmen möchten und eine familiäre, nachbarschaftliche oder ambulante Betreuung nicht in Frage kommt (Vermeidung, Aufschub oder Verkürzung von Krankenhausaufenthalten)
- die pflegebedürftig sind und vorübergehend mehr Pflege benötigen als sie zu Hause von Angehörigen und/oder ambulanten Diensten bekommen können,
- die normalerweise von Angehörigen betreut werden, aber für einen bestimmten Zeitraum (Pflegepersonal erkrankt, im Urlaub, überlastet oder anderweitig verhindert) auf professionell erbrachte Hilfe und Pflege angewiesen sind, die ambulant nicht zu leisten ist,
- die ihre Wohn- und Betreuungssituation unverhofft neu abklären müssen, z. B. wenn die Pflegeperson plötzlich verstirbt oder sich im Laufe eines Krankenhausaufenthaltes herausstellt, dass eine Rückkehr in den eigenen Haushalt nicht möglich sein wird,
- die ausgelagerte häusliche Krankenpflege über das Maß eines ambulanten Dienstes hinaus benötigen.

Im Kreisgebiet werden den pflegebedürftigen Menschen eingestreute und separierte Plätze von verschiedenen Trägern (auch Solitäreinrichtungen) angeboten.

5.7.2.3 Anteil der psychisch erkrankten und verwirrten Heimbewohner/Innen

Der Anteil der dementiell veränderten Personen und psychisch Kranken in stationären Einrichtungen betrug 1995/96 nach einer Mannheimer Untersuchung 53,8 % und stieg in den Jahren 1997/98 auf 58,6 % an. Die praktischen Erfahrungen zeigen, dass die Tendenz steigend ist. Zudem wurden in den genannten Untersuchungen die leichter dementiell Erkrankten nicht mit erfasst. Nach den Ergebnissen der 4. bundesdeutschen Heimstudie wurden bei 38 % der Altenheimbewohner/Innen funktionelle psychische Erkrankungen festgestellt. Die Gruppe der dementen Heimbewohner/Innen unterscheidet sich bei einer Reihe von Merkmalen deutlich von den restlichen Heimbewohnern/Innen. Der Personenkreis weist nicht nur einen höheren Pflegebedarf auf, sondern auch der Anteil derer, die Verhaltensauffälligkeiten zeigen, ist höher. Nach einer weiteren Untersuchung ist auch, bedingt durch die deutlich veränderten Hilflosigkeitsstufen, der hauswirtschaftliche Aufwand um 30 % in den Pflegeheimen angestiegen.

5.7.2.4 Bauliches Milieu

Für die Analyse der baulichen Situation werden folgende altersrelevanten Umweltdimensionen herangezogen:

- Privatheitsregulation, Gemeinschaft, Sicherheit, Orientierung, Anregung, Stimulation und Kontinuität, nicht-institutionelles Milieu.

Bei den ökologischen Interventionen im Pflegeheim können drei Ansatzpunkte verfolgt werden. Die bauliche Umgebung kann dazu beitragen:

- krankheitstypische Einschränkungen zu kompensieren,
- Sekundärsymptome (z. B. Angst, Unruhe, Depressivität, Aggressivität) therapeutisch beeinflussen,
- die Nachteile eines institutionellen Settings (Heimcharakter) zu vermeiden.

Als wichtigster Gestaltungsaspekt wird die Verminderung überwältigender und widersprüchlicher Umgebungsreize benannt. Eine Umgebungsgestaltung nach dem Prinzip der kontrollierten Stimulation bedeutet dabei, eine Balance zwischen Reizüberflutung und sensorischer Deprivation (Folgeerscheinung Langleweiligkeit) zu suchen. Zur Stimulation und Aktivierung werden dabei mehrere Sinneskanäle genutzt, u. a. auch musikalische Reize.

5.7.2.5 Kernaussagen zum Umweltkonzept und „Normalisierungsprinzip“

Altersbedingte Veränderungen können zu einer Abnahme der Umweltkompetenz älterer Menschen führen und das Verhalten und Wohlbefinden beeinflussen. In über- und unterfordernd erlebten Umwelten tritt fehlangepasstes Verhalten auf und die Lebenszufriedenheit reduziert sich. Im Falle der Übereinstimmung (Passung) zwischen Umwelтанforderungen und Kompetenz erlebt der betroffene alte Mensch individuell bewertete Kompetenzerlebnisse. Als Konsequenz stellt sich eine positive Stimmungslage ein. Eine fordernde Umwelt ist für ältere Menschen wichtig. Zu niedrig angesetzte Forderungen führen zu fehlangepasstem Verhalten, wie z. B. Lethargie und Interesselosigkeit. Ansonsten verkümmern die vorhandenen Fähigkeiten und die Umweltkompetenz nimmt ab. Bei zu hohen Umwelтанforderungen können Rückzugsverhalten, Ängste, Verwirrheitszustände und andere fehlangepasste Verhaltensweisen sich einstellen. Die Gesamtstimmung des älteren Menschen reduziert sich, und wegen der situationsbezogenen starken Belastungen können Stresssymptome vorkommen. Beispiele für die verringerte Umweltkompetenz bei gleichbleibenden Umwelтанforderungen sind die altersbedingten funktionellen Veränderungen und die Veränderungen der Sinnesleistungen, der geistigen und der motorischen Fähigkeiten. Interventionsgerontologisch ist also die Verringerung der Umwelтанforderungen durch verschiedene Hilfsangebote notwendig oder die Schaffung einer stimulierenden Umwelt durch aktive Maßnahmen und prothetische Hilfen zur Ermöglichung von Eigeninitiative und unabhängigem Verhalten. Interventionen müssen das Ziel verfolgen, adaptives umweltbezogenes Verhalten zu ermöglichen und damit die Lebenszufriedenheit und das Wohlbefinden der Bewohner/Innen zu optimieren.

Das Normalitätsprinzip stammt aus den skandinavischen Ländern und hat zuerst in der Behindertenhilfe wie kein anderes Reformkonzept das System der Hilfen und die Lebensbedingungen der betroffenen Menschen verändert. Verschiedene Forscher versuchten durch Imagewerbung die positive Fremdeinschätzung der betroffenen Menschen zu verbessern, andere forderten wiederum eine Umweltgestaltung, so dass ein Leben so „normal wie möglich“ sein soll-

te. Die vierte Generation des Altenheimbaus schafft durch das normale Leben in stadtteilintegrierten Wohngemeinschaften auch für Demente ein Höchstmaß an Normalität. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe setzt hiermit ein richtungweisendes Signal für den fortschreitenden Normalisierungsprozess in der stationären Altenhilfe. Die Umsetzung des Normalisierungskonzeptes in der Altenhilfe/-pflege setzt voraus, dass alte Menschen endlich die Möglichkeiten bekommen und/oder entwickeln können, Normalität zu behalten oder sogar neu zu entdecken. Maßstäbe für die Normalität sind die persönlichen Vorstellungen über die Lebensgestaltung und Angehörige, Besucher und Mitarbeiter/Innen können diesen komplizierten Veränderungsprozess vorantreiben. Normalisierung sollte heißen, Anpassung der Umwelt an die Bedürfnisse der Menschen und nicht umgekehrt. Die betroffenen Menschen müssen nach dem Lebenskonzept räumlich und sozial in den Mittelpunkt der Umwelt gestellt werden und von dort aus muss Normalität betrachtet werden. Normalisierung heißt Wegfall von Besuchszeiten, Erweiterung der demokratischen Strukturen im „Gemeinwesen Altenheim“ unter Einbeziehung der Angehörigen (Angehörigenbeirat), Besucher/Innen und Menschen des Umfeldes.

Bezogen auf die teilstationäre und stationäre Altenpflege muss das Ziel verfolgt werden, dass im Tagesablauf alles versucht wird, dass die Menschen ein Leben so normal wie möglich führen können. Dieses gilt für den Tagesrhythmus, für genügend Raum für selbstorganisiertes Verhalten, für die Verfolgung von Interessen und Hobbies, für das Verrichten bewältigbarer Arbeiten, für Kommunikation mit Mitgliedern des sozialen Netzwerkes, für die Beschaffung von Informationen, für die selbstbestimmte Gestaltung von Ruhephasen, für die Mithilfe bei der Tagesgestaltung, für die Beteiligung bei zu treffenden Entscheidungen, für die Durchführung tagesstrukturierender Angebote und ggf. Altenbildungskurse auf niedrigem Level, für Altenerholungsmaßnahmen usw.

5.7.2.6 Leitlinien für das Betreuungs-/Pflegekonzept

Grundlegend für die angemessene Betreuung hirndefizienter alter Menschen ist das differenzierte Wissen um die Symptomatik, den Verlauf und die möglichen Interventionsmöglichkeiten bei dementen Erkrankungen. Basierend auf der Kenntnis beispielweise des noch relativ gut funktionierenden Langzeitgedächtnisses oder der hohen emotionalen Kompetenz kann gezielt auf die/den einzelne/n Bewohner/In eingegangen werden.

Das Betreuungs- und Pflegekonzept umfasst die aktivierende Pflege und größtmögliche Erhaltung von Selbständigkeit und Mobilität sowie die ganzheitliche, auf den einzelnen Menschen individuell ausgerichtete Behandlung und bezieht das vorliegende Wohnkonzept mit ein. Außerdem werden Personal und Organisation auf dieses Konzept abgestimmt.

Das bewohnerorientierte biographiegeleitete Pflegekonzept stellt den/die einzelne/n Bewohner/In „hier und jetzt“ mit seinen körperlichen, psychischen und sozialen Bedürfnissen in den Mittelpunkt. Ziel der Pflege ist die Gestaltung einer Wohn- und Lebenssituation mit größtmöglichem Wohlbefinden. Elementar ist die Unterstützung und Wahrung weitestgehender Selbständigkeit und Selbstbestimmung, die Förderung verbliebener Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie die Suche nach Kompensationsmöglichkeiten für fortbestehende Fähigkeiten. Die

Biographie bietet sich als ergiebige Quelle für sinnvolle Beschäftigungsmöglichkeiten an. Entscheidend ist jedoch die Tatsache, dass die Kenntnis von der Lebensgeschichte des alten Menschen der Betreuungsperson hilft, den Respekt vor diesem Menschen zu behalten und ihn mit Achtung zu betreuen. Der „normale Alltagsablauf“ ist unerlässlich für das Konzept des „Lebens“ in einer Altenhilfeeinrichtung. Dies erfordert jedoch eine höhere Flexibilität des Betreuungspersonals und wahrnehmbare personelle Anpassungen durch den Gesetzgeber.

- **Das teilintegrative Betreuungskonzept**

Grundsatz: Die dementiell erkrankten Bewohner/Innen leben gemeinsam mit nicht erkrankten Bewohner/Innen auf einem Wohn-/Pflegebereich.

Eine Expertenkommission der Bundesregierung setzte sich 1988 dafür ein, „dass spezielle Stationen für Demenzkranke die Ausnahme bleiben sollten“. Eine umfangreiche Übersicht aus Baden-Württemberg beschrieb 1991 verschiedene integrative Konzepte, ohne jedoch hierfür eine Empfehlung auszusprechen. Auf internationaler Ebene werden hingegen vielfach Spezialprogramme im Rahmen segregativer Modelle favorisiert. Segregative Betreuungskonzepte führen jedoch zu Stigmatisierung und geringen Erwartungshaltungen von Personal und Angehörigen im Hinblick auf den Funktionszustand und die Entwicklungsmöglichkeiten („sich selbst erfüllende Prophezeiung“) des/der Bewohners/In. Dementiell erkrankte Personen ziehen sich häufig zurück und gehen Bindungen mit ebenfalls kognitiv eingeschränkten Personen ein. Die Anwesenheit und Betreuung durch geistig gesunde Personen ist für demenzkranke Bewohner/Innen wichtig und das professionelle und menschliche Verhalten des Personals sind von großer Bedeutung. Für den integrativen Ansatz sprechen auch die nun folgenden Argumente. Die Desintegration verschlimmert die Verwirrheitszustände, denn stützende Maßnahmen für Verwirrte (Orientierungshilfen) können eine vorbeugende Wirkung auf nicht verwirrte Personen haben. Ein komplikationsreicher Umzug innerhalb des Pflegeheimes auf eine Spezialstation für Verwirrte entfällt. Um besser auf die Bedürfnisse der Demenzen eingehen zu können, bietet sich zusätzlich die teilintegrative Lösung an. Zur Überforderung aller Beteiligten erhalten Demente ein separates Betreuungsangebot durch ein fachlich abgestimmtes tagesstrukturiertes Programm. Eine umfassende Milieuarbeit ist durch das Konzept nur begrenzt möglich. Die fachlichen Ansprüche an das Pflegepersonal sind bei diesem konzeptionellen Vorgehen höher einzustufen, jedoch wird die Arbeitsmotivation durch die relativ rüstigen Mitbewohner/Innen für die Befriedigung eigener Kontakt- und Sicherheitsbedürfnisse eher befriedigt. Das hausinterne Fortbildungskonzept und die Unterstützung durch den übergreifenden Dienst müssen auf diese Problemlage abgestimmt sein. Probleme können auch für rüstige Bewohner/Innen bei der Essenseinnahme entstehen, wenn störendes und unsauberes Verhalten vorkommt. Manche Träger führen „Entschärfungsstrategien“ für typische Konfliktsituationen ein. Sie ermöglichen den Bewohner/Innen eine getrennte Essenseinnahme, individuelle Rückzugsmöglichkeiten durch ein verbessertes Raumangebot (halb-öffentliche Bereiche/öffentliche Bereiche) und tagesstrukturierte Angebote für Demente.

- **Das segregative Betreuungskonzept**

Grundsatz: Für die dementiell erkrankten Bewohner/Innen wird ein besonderer Wohn-/Pflegebereich geschaffen.

Die Freiheit von Zwangsmitteln wurde als Hauptargument für die Spezialeinrichtungen der Demenzkranken angeführt. Umfangreiche amerikanische Untersu-

chungen belegen, dass die Verwendung von Psychopharmaka sich nicht erheblich veränderte. Nach dem Hamburger Modell hingegen wurde eine Tendenz zur verminderten Gabe von Psychopharmaka festgestellt. Mit der Verbesserung des Aktivitätsniveaus und Mobilität der demenzkranken Bewohner/Innen steigerte sich auch die Zunahme der aggressiven Verhaltensweisen.

Sehr unruhige Bewohner/Innen beeinflussten sich gegenseitig und die Gefahren der Abschiebung und der Ausgrenzung in Verbindung mit der dann programmierten Wahrnehmung des Demenzkranken sind zu beachten. Es kam zu einem Rückzug in das Dementenmilieu. Das Zulassen vermehrter körperlicher Freiheiten erhöhte die Sturzrate und war mit zusätzlichen personellen Ressourcen verbunden. Es kam durch Außenstehende zu einer Entwertung der Stationsarbeit, die sorgfältige Bewohnerauswahl war zeitintensiv und nicht immer praktikabel. Pflegemitarbeiter/Innen mit einem ausgeprägten Helfersyndrom brannten („Burnout“) aus Überlastungsgründen schneller aus. Das gesamte Milieu konnte nach diesem Konzept therapeutisch besser angepasst werden und die praktische Umsetzung spezieller Therapie- und Förderprogramme im Wohnbereich für die ähnlichen Krankheitsbilder war eher möglich.

- **Segregation und Integration**

Grundsatz: Dementiell erkrankte Bewohner/Innen werden über einen längeren Zeitraum des Tages aus den einzelnen Wohnbereichen herausgezogen und im Rahmen spezieller Angebote gesondert betreut.

Segregation und Integration erfordern jeweils eine gewisse Flexibilität und gezielte Maßnahmen, um die Nachteile der jeweiligen Betreuungsform aufzufangen. Bezogen auf das integrative Konzept wird darunter verstanden, „dass Demenzkranke nicht einfach im normalen Heimalltag mitlaufen“ sollen, sondern Begegnungen und Kommunikation durch spezielle materielle und soziale Maßnahmen gefördert und (Bedürfnis-) Konflikte zwischen beiden Bewohnergruppen verhindert bzw. entschärft werden. Bezogen auf die integrierte segregative Betreuungsform bedeutet dies, dass auch tatsächlich auf die Bedürfnisse der einzelnen Bewohner/Innen zugeschnittene Kommunikations- und Aktivitätsangebote gemacht werden. Integrative Konzepte erfordern ein größeres und differenzierteres Raumangebot.

5.7.2.7 Zusammenfassung der konzeptionellen Überlegungen

Das integrative und auch das segregative Konzept sind unter bestimmten Voraussetzungen Erfolg versprechend, soweit beide mit dem Konzept der Lebensqualität der Bewohner/Innen verknüpft werden. Die Wahl des jeweiligen Konzeptes muss sinnvoller Weise von der Übereinstimmung mit der gesamten Betreuungs- und Pflegephilosophie der jeweiligen Einrichtung mit den vorhandenen baulichen und organisatorischen Möglichkeiten und Rahmenbedingungen abhängig gemacht werden. Durch die bewusste Milieugestaltung soll der Lebensraum dementer Personen stimulierend und aktivierend gestaltet werden. Ein entscheidendes Grundprinzip der geronto-psychiatrischen Pflege und Betreuung ist das Stetigkeitsprinzip im Sinne von Kontinuität, Beständigkeit und Regelmäßigkeit im täglichen Leben.

5.7.2.8 Therapeutische Konzepte und Interventionen

In den letzten Jahren wurden eine Reihe therapeutischer Konzepte und Interventionen für Demente entwickelt. Sie beziehen sich auf die gesamte Konzeption der Einrichtung (Milieuthherapie), z. B. auf das Gedächtnistraining, Bewegungstherapie, Beschäftigung und basale Stimulation. Zu den wichtigsten Handlungsgrundsätzen zählen die Milieugestaltung, das biographische Arbeiten, der verstehende Umgang und das Normalitätsprinzip mit seiner Alltagsorientierung. Zentrale Variablen sind hierbei die Bewohnerstruktur, die Mitarbeiter-, die räumlichen und baulichen Rahmenbedingungen.

- **Bewegungstherapie und basale Stimulation**

Für Demente haben Bewegungen, Berührungen und Hautempfindungen eine große Bedeutung. Für motorisch unruhige Demenzkranke werden z. B. bei der baulichen Planung spezielle Bewegungs- und „Wanderwege“- Programme angeboten.

- **Beschäftigungs- und Ergotherapie**

Vorhandene Fähigkeiten sollen durch gezielte Beschäftigungsmöglichkeiten und Ergotherapie erhalten, wiederbelebt und gefördert werden. Das Einüben alltagspraktischer Fertigkeiten zur Förderung und Erhaltung von Selbständigkeit steht im Vordergrund. Der Umgang mit Tieren, Blumen im Hausgarten, Gesellschaftsspielen und Freizeitunternehmungen wird nach dem Prinzip „Erhalten und Nutzen“ ermöglicht.

- **Gedächtnistraining**

Auf dem Hintergrund neuropsychologischer und verhaltenstherapeutischer Erkenntnisse wird das Gedächtnistraining zur Stärkung der intellektuellen Fähigkeiten und Selbständigkeit (Teilnahme am Alltagsleben/Erhaltung des Selbstwertgefühls) angeboten.

- **Milieuthherapie**

Der milieutheraeutische Ansatz ist inzwischen in vielen Heimen Grundlage zur Betreuung dementer Bewohner/innen. Er beinhaltet ein Bündel von Maßnahmen und Modellen. „Mit Milieuthherapie Demenzkranke wird ein bewusstes, pflegerisch-therapeutisches Handeln beschrieben, das sich auf ein Konzept (...) zur Anpassung der materiellen und sozialen Umwelt an die krankheitsbedingten Veränderungen der Wahrnehmung, des Empfindens, des Erlebens, des Verhaltens und der Kompetenzen des/der Demenzkranken stützt. Solch ein Konzept ist eine unerlässliche Voraussetzung, die Qualität der Milieuthherapie zu sichern (...).“

- **Snoezelen**

Die aus den Niederlanden stammende therapeutische Hilfe zur Betreuung Demenzkranker wird in Deutschland zunehmend eingesetzt. Der Begriff „Snoezelen“ versteht sich als eine Wortzusammensetzung von „snuffeln“ (schnüffeln) und „doezelen“ (dösen). Ziel dieser Methode ist die Beruhigung, Entspannung, aber auch die Aktivierung der alten Menschen. In angenehmer Umgebung werden Licht und Farbe, Geräusche (auch im Garten!), Gerüche (Gartenpflanzen), Geschmäcke, Tastempfindungen gezielt und auf den/die Bewohner/In abgestimmt, angeboten.

- **Validation**

Nach den Zielvorstellungen von S. Feil geht es in der Kommunikation um den Ausdruck von Wertschätzung gegenüber dem dementiell veränderten Menschen. Aktuell gezeigte Gefühle des alten Menschen werden vom Personal aufgenommen und anhand der individuellen Lebensgeschichte zu verstehen gesucht. Das Rückmelden von Verständnis unterstützt die noch verbliebenen Fähigkeiten und das Selbstwertgefühl und fördert die Begegnungen und Kommunikation. Validieren heißt, für gültig zu erklären, was der verwirrte alte Mensch mit den ihm zu Verfügung stehenden Mitteln ausdrücken will, ihn wertzuschätzen, ihn zu verstehen, ein Stück „in seinen Schuhen gehen“. Der Einsatz der Vertrautheit, allgemeiner Redewendungen, Sprichwörtern, Zeitgeistwörtern und Methaphern (alte Sprichwörter und Volksweisheiten) ist wichtig.

- **Erinnerungsarbeit, Biographiearbeit**

Durch diesen therapeutischen Ansatz werden lebensgeschichtliche Erinnerungen aktiviert. Fotos, Musikstücke, Gerüche, Speisen usw. ermöglichen das „Schwelgen in Erinnerungen“, tragen zur Stabilisierung der Identität und des Selbstbewusstseins bei und verbessern häufig die Stimmung und das Sozialverhalten.

Biographiearbeit erfordert von den Mitarbeiter/Innen eine grundsätzliche biographische Grundhaltung, geprägt durch Offenheit, Interesse, Aufmerksamkeit und Wertschätzung dem Leben der dementiell veränderten und psychisch kranken Menschen gegenüber. Die Sammlung lebensgeschichtlicher Daten kann nur im Laufe der Zeit erstellt werden, ist niemals fertig, sondern muss nach und nach ergänzt und geschrieben werden. Den Angehörigen kommt bei der Sammlung lebensgeschichtlicher Daten eine besondere Bedeutung zu.

- **Realitäts- Orientierungs-Training (ROT)**

Durch das Angebot bildlicher und akustischer Orientierungshilfen sowie durch Orientierungshinweise des Personals sind nach den Langzeituntersuchungen positive Ergebnisse nur von begrenztem Ausmaß und Dauer. Untersuchungen zum Ende der 80-er Jahre berichten von einer Verschlechterung der Stimmungslage und des allgemeinen Wohlbefindens. In den letzten Jahren wird bei fortschreitenden Krankheitsprozessen wegen der negativen Ergebnisse die Trainingsart weniger eingesetzt.

- **Kompetenztraining, Gedächtnistraining und psychomotorisches Training**

Die kombinierte Form eignet sich nachweisbar gut für die Erhaltung der Selbstständigkeit und wird in vielen Einrichtungen für Demente und psychisch Kranke angeboten. Tanz und auch Bewegungsübungen im Sitzen fördern die allgemeine Beweglichkeit und die Körperwahrnehmung, das Gemeinschaftserleben und die sozialen Kontakte. Körperliches Ausdauertraining verbessert die kognitiven Leistungen, senkt die Sturzrate, reduziert die Schmerzempfindlichkeit und steigert das allgemeine Wohlbefinden.

5.7.2.9 Arbeitsbelastungen der Mitarbeiter/innen in der stationären Altenhilfe

Die nachfolgend aufgezeigten Problemfelder beziehen sich auf alle Arbeitsbereiche der Altenhilfe. Die geronto-psychiatrische Pflege ist höchst zeitaufwendig,

emotional anspruchsvoll und belastend, wenn sie fachgerecht ausgeführt wird. Personalmangel durch zu niedrig bemessene Stellenschlüssel oder personelle Engpässe, Urlaub, Erkrankungen der Mitarbeiter/Innen stellen eine extreme Belastung für alle beteiligten Personen dar. Das Pflegepersonal wird konfrontiert mit Ängsten und Unsicherheiten und erlebt fortlaufend Grenzsituationen des menschlichen Daseins. Es muss sich mit Fragen nach dem Sinn und Zielen menschlicher Existenz und Entwicklung sowie geistigem und körperlichem Verfall auseinandersetzen. Mitarbeiter/Innen fühlen sich durch das Verhalten bestimmter Bewohner/Innen verletzt und angegriffen und die „Endlospflege“ belastet stark. Sie müssen Kränkungen, Trauer, Schmerz und Wut unterdrücken. Bundesweit verlassen 25 % der examinierten Altenpfleger/Innen im ersten Berufsjahr die Altenpflegeheime und nach 5 Jahren wechseln 84 % ihren Beruf. Seit Jahren schaut der Gesetzgeber mit seinen beauftragten Verantwortlichen (Leistungsträger) untätig zu, Inhalte von Gutachten (Motivationsanalyse NRW) werden ignoriert, nachweisbare berufliche Belastungen und Überbelastungen des Pflegepersonals werden übersehen. Gleichzeitig nehmen die gesetzlichen und tatsächlichen Forderungen an die Heimträger und das Personal noch weiterhin zu. Die berufliche Nachwuchssicherung wird blockiert durch Ausbildungsverunsicherungen und deutlich reduzierte Ausbildungsplätze im Kreis Steinfurt. Die abwartende Haltung der Verantwortlichen ist nach den vorliegenden Untersuchungen falsch und vergrößert die personellen Probleme in der stationären Altenhilfe. So fordert z. B. die Landesärztin B. Höft mindestens 70 % examinierte Altenpfleger/Innen mit gerontopsychiatrischer Zusatzausbildung und 30 % Krankenpflegekräfte mit möglichst langjährigen beruflichen Erfahrungen (hausinterne Fortbildungsmaßnahmen). Verschiedene Untersuchungen in Deutschland und im Ausland unterstützen die hohen Forderungen (Psychiatriepersonalverordnung) an den Gesetzgeber. Es ist deshalb methodisch gesehen zweifelhaft, eine Fülle von Gesetzen zu schaffen, ohne parallel dafür zu sorgen, endlich angemessene personelle Bedingungen und eine qualitative Ausbildung plus Zusatzausbildung für die potenziellen Mitarbeiter/Innen zu schaffen. Die Mitglieder der Kreisarbeitsgemeinschaft rechnen in kürzester Zeit mit erheblichen personellen Engpässen (kein geeignetes Fachpersonal, kein Leitungspersonal für die Pflegebereiche) und zunehmenden personellen Belastungen in der stationären Altenhilfe. Die vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen festgelegten Einstufungsergebnisse der Bewohner/Innen im nördlichen Münsterland fallen seit Jahren deutlich niedriger aus als die Beurteilungsergebnisse im Rheinland, wodurch sich auch ein reduzierter Stellenplan (ca. 2 Stellen pro 100 Bewohner/Innen) ergibt.

Der Anteil der psychosozialen Beeinträchtigungen der Pflegeheimbewohner/Innen ist in Deutschland höher als der Anteil der Krankenhauspatienten/Innen. Es ist inzwischen wissenschaftlich bewiesen, dass die hilflosen und pflegeaufwendigen Menschen mit dem höchsten psychosozialen Bedarf in den Pflegeheimen leben.

Der Umgang mit schwer kranken, aber nicht mehr behandlungsbedürftigen Menschen in gerontopsychiatrischen Pflegeheimen erfordert ein spezielles psychiatrisches Pflegeverständnis sowie entsprechende Fachkenntnisse, die im Grunde nur von psychiatrieeerfahrenem Pflegepersonal erbracht werden können.

5.7.2.10 Bewohnerstruktur – Hilfsmöglichkeiten der stationären Einrichtungen

Im Rahmen dieses Gesundheitsberichtes wurde im Kreis Steinfurt im Jahr 2002 eine Befragung zu dem Anteil der dementiell veränderten Bewohner/Innen in den stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt.

Der durchschnittliche Anteil dementiell veränderter Bewohner/Innen in den stationären Einrichtungen des Kreises Steinfurt liegt nach den Befragungsergebnissen (Rücklauf 55 %) bei ca. 60 % (Bundesdurchschnitt). Davon sind ca. 20 - 40 % der Bewohner/Innen relativ sozialfähig und benötigen möglichst täglich unterschiedliche Hilfen durch Einzel- und Gruppenangebote. Nahezu alle Träger wünschen sich 75 % bis 80 % Fachkräfte für die geronto-psychiatrische Arbeit. Ca. 50 % der Träger verfügen inzwischen über ein Betreuungskonzept und 50 % befinden sich im konzeptionellen Planungsprozess mit dem Ziel, das Betreuungsangebot diesem Personenkreis fachlich anzupassen. Fast 75 % arbeiten nach dem integrativen Modell und 2 Träger bieten inzwischen bestimmten Personen Hilfen nach dem segregativen Modell (teilintegratives Modell?) an. Bezogen auf erweiterte konzeptionelle Veränderungen verweisen zwei Träger auf neue Planungsschritte. Der Fachkräfteanteil in den Pflegeeinrichtungen liegt immer über 50 %. Die meisten Einrichtungen verfügen seit Jahren über einen übergreifenden sozialen Dienst und zunehmend werden ergotherapeutische Hilfen den Bewohner/Innen angeboten. Um ein tagesstrukturiertes Angebot täglich anbieten zu können, reicht jedoch die geringe Personaldecke nicht aus. Die Mitarbeiter/Innen und Bewohner/Innen werden in 30 % der stationären Einrichtungen aktiv durch ehrenamtliche Kräfte unterstützt.

5.7.2.11 Perspektiven

Altenpflege ist mehr als es die Leistungen nach dem SGB XI ermöglichen. Es muss schnellstens der Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst werden, denn die Dementen und psychisch Kranken benötigen täglich ein hohes Maß an psychosozialer Begleitung und eine fachlich durchdachte Tagesstruktur. Die Träger verfügen inzwischen über eine Leitbild, ein Pflegeleitbild, ein Pflegekonzept und streben in der Personaleinsatzplanung danach, das Konzept der Bezugspflege umsetzen zu können. Jede Einrichtung benötigt einen übergreifenden sozialen Dienst.

Die demographische Entwicklung fordert eine veränderte Altenplanung mit den Schwerpunkten der „Spezialisierung“, der „Ambulantisierung“ und der „Kommunalisierung“. Gleichzeitig werden Forderungen nach einer „kontextualisierten Rehabilitation“ zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit geäußert. Die vielen Hindernisse zur Umsetzung der Möglichkeiten, die so genannte „Pflege nach Maß“ schaffen und umsetzen zu können, müssen beseitigt werden. Das „Kuratorium Deutsche Altershilfe“ plädiert bei der Betreuung dementiell veränderter Menschen für das Konzept der „Hausgemeinschaften“. Die 4. Generation im Altenheimbau bietet eine Erweiterung der Normalität für die betroffenen Menschen an. Das Betreuungskonzept entwickelt sich aus dem Trägerleitbild und Trägerkonzept. Hinzu kommen die drei Säulen, Leitbild und Konzept des sozialen Dienstes, das Pflegeleitbild/Pflegekonzept und das Leitbild und Konzept der Hauswirtschaft.

6. Finanzielle Rahmenbedingungen

Die Betrachtung der finanziellen Rahmenbedingungen bei gerontopsychiatrischem Versorgungsbedarf macht es notwendig, nochmals die Platzierung der Gerontopsychiatrie im aufgabenteiligen und damit auch finanzierungsteiligen Sozial- und Gesundheitssystem zu betrachten.

Gerontopsychiatrische Versorgung findet an der Schnittstelle zwischen Medizin, Pflege und Altenhilfe statt. Demzufolge können Leistungen aufgrund unterschiedlicher gesetzlicher Systematiken und unterschiedlicher Zuständigkeit zum Tragen kommen. Die notwendige Verankerung angemessener gerontopsychiatrischer Versorgung im Leistungsrecht betrifft insbesondere zentral die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung sowie ergänzend das Bundessozialhilfegesetz (BSHG). Hier sind alle benötigten Leistungsanlässe und Leistungsarten geregelt, um die gerontopsychiatrische Versorgung umfassend als Pflichtleistung in der Sozialversicherung verankern zu können. Hier werden allerdings Probleme der deutschen Sozialversicherung deutlich: Einerseits klafft häufig zwischen allgemeinem Programm und Grundsätzen der Systeme und konkret ausgeprägten Leistungen eine erhebliche Lücke, zum anderen kommt bei der Frage leistungsrechtlicher Optionen für gerontopsychiatrische Pflege und Demenztbetreuung die traditionelle Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter hinzu, der der Gesetzgeber bis heute noch nicht mit hinreichenden Klarstellungen entgegengetreten ist.

6.1 SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung

Die gesetzlichen Krankenversicherungen sehen Leistungen bei Krankheit gem. §§ 27 – 43 b SGB V vor. Hierzu zählt neben der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung von erkrankten Versicherten auch die Gewährung von Leistungen für häusliche Krankenpflege gem. der Indikation des § 37 SGB V. Eine wesentliche Leistungsvoraussetzung ist die Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausbehandlungen.

Bezogen auf gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen erfolgt die Verordnung häuslicher psychiatrischer Krankenpflege regelmäßig durch die niedergelassenen Nervenärzte und unterliegt im Bewilligungsverfahren im Grunde nach der Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Außerdem werden nach entsprechender Verordnung durch den Hausarzt auch allgemeine häusliche Krankenpflegedienste bzw. Sozialstationen mit der Versorgung befasst.

Nach § 11 SGB V dienen Rehabilitationsmaßnahmen dazu, drohender Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten und auch Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern (Abs. 2).

6.2 SGB XI – Soziale Pflegeversicherung

Die Soziale Pflegeversicherung als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung dient der sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (§ 1 SGB XI).

Die Pflegeversicherung folgt dem Grundsatz der ambulanten Pflege vor stationärer Pflege. Dabei wirkt die häusliche und teilstationäre Pflege nach der Intention des Gesetzgebers als Teil der pflegerischen Versorgung, welche durch familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung ergänzt wird (§ 4 Abs. 2 SGB XI). Diese Regelung begründet den Ausschluss des Anspruchs eines Pflegebedürftigen auf einen umfassenden Versicherungsschutz. Das SGB XI deckt nicht alle pflegerischen Bedarfe ab. Ausgenommen sind insbesondere kommunikative Bedürfnisse oder Aufsicht.

Nach § 5 SGB XI haben die Sozialleistungsträger im Rahmen ihres Leistungsrechts bei Pflegebedürftigen ihre medizinischen und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern, sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.

Nach § 14 SGB XI sind diejenigen Personen pflegebedürftig, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in mindestens erheblichem Maße der Hilfe bedürfen. Als grundlegende Krankheiten oder Behinderungen werden explizit auch Störungen des zentralen Nervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderung genannt.

Nach § 28 SGB XI soll die Pflege auch die Aktivierung des Pflegebedürftigen zum Ziel haben, um vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und soweit dies möglich ist, verlorene Fähigkeiten zurückzugewinnen.

6.3 BSHG – Bundessozialhilfegesetz

Das BSHG sieht im Rahmen der Hilfen in besonderen Lebenslagen die Hilfe zur Pflege vor. Die Definition der Pflegebedürftigkeit deckt sich mit derjenigen der sozialen Pflegeversicherung SGB XI. Allerdings gehen die Leistungen der Hilfe zur Pflege darüber hinaus.

Weiter sieht das BSHG unter bestimmten Indikationen Eingliederungshilfe vor, um eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und den Behinderten in die Gesellschaft einzugliedern (§§ 39, 40 BSHG).

Für die genannten Leistungsarten nach dem BSHG gilt der Grundsatz der Bedürftigkeit des/der Hilfesuchenden, d. h. die Leistungen sind einkommens-, vermögensabhängig und nachrangig.

6.4 PfLEG – Pflegeleistungsergänzungsgesetz

Das Pflegeleistungsergänzungsgesetz wurde entwickelt, um Pflegebedürftigen, die einen besonderen Bedarf an allgemeiner Betreuung und Beaufsichtigung haben, mehr Unterstützung zu ermöglichen. Es richtet sich damit ausdrücklich auch an Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen. Das Gesetz soll eine Ergänzung zum Pflegeversicherungsgesetz sein und trat am 01.01.2002 in

Kraft. Pflegebedürftige erhalten maximal 460 € im Jahr zu ihren bisherigen Leistungen aus der Pflegeversicherung hinzu. Um Leistungen zu erhalten, muss zuvor ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt werden.

6.5 GSiG – Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Im Rahmen der Rentenreform 2001 wurde das neue Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GsiG) verabschiedet. Bei der Grundsicherung handelt es sich um eine eigenständige, bedarfsabhängige Leistung, die älteren bzw. dauerhaft voll erwerbsbeminderten Personen zur Sicherung ihres Lebensunterhaltes dient. Das GsiG tritt zum 01.01.2003 in Kraft.

6.6 WoGG – Wohngeldgesetz

Die soziale Absicherung des Wohnens wird durch das Wohngeld unterstützt. Es hilft allen Haushalten, deren Einkommen nicht ausreicht, um sich selber eine angemessene Wohnung zu beschaffen. Dabei wird es in jedem Einzelfall auf die individuelle Situation der Haushalte zugeschnitten.

6.7 Leistungskonkurrenz

Die Leistungen nach dem SGB V, dem SGB XI und dem BSHG stehen untereinander in einer Leistungskonkurrenz.

Die Leistungen nach dem SGB V zur Krankenbehandlung, bei Maßnahmen der Prävention und der Rehabilitation, gehen Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI vor.

Die Leistungen des SGB XI gehen denen des BSHG in Bezug auf § 69 BSHG – Hilfe zur Pflege – vor. Allerdings sieht das BSHG Leistungen vor, die über das SGB XI hinausgehen:

- Leistungen sind auch zu erbringen, wenn die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich weniger als 6 Monate andauert
- ein geringerer Hilfebedarf als in Pflegestufe 1 nach dem SGB XI vorliegt
- andere als die im SGB XI genannten Verrichtungen der Hilfe bedürfen.

Die Leistungen §§ 39 ff. BSHG regeln die Gewährung von Eingliederungshilfe. Die Leistungen bei Eingliederungshilfe nach dem BSHG bleiben von den Vorschriften des SGB XI unberührt. Aufgrund der Zielsetzung der Handlungshilfe, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und den Behinderten in die Gesellschaft einzugliedern, ist die Eingliederungshilfe nur in einem Teil der gerontopsychiatrischen Erkrankungsfälle die geeignete Hilfe.

Hinsichtlich der ärztlichen und therapeutischen Versorgung stellt sich die rechtliche Situation psychisch kranker, auch dementer alter Menschen nicht anders dar, als im Bezug auf sonstige Erkrankungen. Bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen besteht Anspruch auf ambulante, teilstationäre oder stationäre

re Behandlung und ärztlich verordnete Therapie. Tatsächlich erreichbar sind diese Leistungen aber nur, soweit im Umfeld der betroffenen Menschen entsprechende fachqualifizierte Angebote auch tatsächlich vorhanden sind.

Das Sozialrecht unterliegt einem steten Wandel, es dient auch ganz wesentlich der ökonomischen Steuerung und der Umverteilung von Geldern, die für die umfangreiche Versorgung immer knapper werden. Die Schnelllebigkeit des Sozialrechtes und die daraus resultierende Unübersichtlichkeit wird noch dadurch erhöht, dass im Krankenversicherungs-, im Pflegeversicherungs- oder im Sozialhilferecht zwar Rechtsansprüche eingeräumt werden, deren Umsetzungen aber wiederum stark abhängen von Formulierungen in Richtlinien, Empfehlungen und Vereinbarungen, die zwischen den Kostenträgern und den Einrichtungsträgern geschlossen werden. Auch wenn juristisch betrachtet Richtlinien nur eine begrenzte Verbindlichkeit nach außen besitzen, kommt ihnen tatsächlich eine große Bedeutung zu, wenn es darum geht, wer als pflegebedürftig gilt oder welche Leistungen im Bereich der Behandlungspflege, im Bereich der Heilmittel und Hilfsmittel erbracht werden.

Für die Zielgruppe von Demenzkranken kommt es insgesamt darauf an, dass deren besonderer Bedarf eine leistungsbeschreibende Konkretisierung erfährt.

7. BtG Betreuungsgesetz

Das Betreuungsgesetz ist am 01.01.1992 in Kraft getreten. Es brachte die Reform des Rechts der Vormundschaften und Pflegschaften für Erwachsene. Durch die Abschaffung der Entmündigung und die Einführung des neuen Rechtsinstituts der Betreuung wurde die Lebenssituation der betroffenen Menschen entscheidend verbessert.

Der Begriff Betreuung bedeutet, dass die betroffenen Menschen durch eine natürliche Person in den Angelegenheiten unterstützt und begleitet werden, die sie krankheitsbedingt (psychische, geistige oder körperliche Erkrankung oder Behinderung) nicht eigenständig wahrnehmen können.

Schon bald nach der Einführung des neuen Betreuungsrechtes war zu erkennen, dass die gerichtlich bestellten Betreuungen rasch anstiegen. Als vorrangige Gründe sind zu nennen die zunehmende Hochaltrigkeit mit Multimorbidität einschließlich einem Anstieg der Demenzerkrankungen. Hinzu kommt sicherlich ein Absinken der Hemmschwelle zur Einrichtung einer Betreuung im Vergleich zum alten Entmündigungsverfahren. Ferner kann festgestellt werden, dass sowohl professionelle Helfer als auch die Bevölkerung eine zunehmende Sensibilität gegenüber schützenswerten Interessen von Menschen entwickelt haben, die nicht mehr voll inhaltlich die Sorge für ihre eigene Person übernehmen können. Beispielhaft sei hier angeführt die drastisch gestiegene Zahl von gerichtlich genehmigten Fixierungsmaßnahmen, einschließlich medikamentöser Sedierung, in Alten- und Pflegeeinrichtungen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Intention des Gesetzgebers bei der Neufassung des Betreuungsrechtes

- Aufbau eines Vertrauensverhältnisses
- die Stützung und Unterstützung des Betreuten
- die Vermittlung und Konfliktlösung im Verhältnis zu Dritten
- die Anleitung und Führung des Betreuten in persönlichsten Angelegenheiten

mit der neuen Gesetzessystematik einen entsprechenden Rahmen gefunden hat.

8. Stand der gerontopsychiatrischen Versorgung im Kreis Steinfurt

Im Folgenden wird die Ist-Versorgung der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsstrukturen beschrieben.

Bei der Auflistung der Praxen, Dienste und Institutionen der Versorgungseinrichtungen können nicht alle Einrichtungen genannt werden, die für die Zielgruppe der gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen arbeiten, das würden den Rahmen des Berichtes sprengen. Insofern erhebt diese Auflistung keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

8.1 Ambulante Angebote

8.1.1 Niedergelassene Psychiater/Innen, Neurologen/Innen

Name	Anschrift	Facharzt für
Dr. Werner Agne	Gem.-Praxis Dr. Schneider/Dr. Agne Marktstr. 7 48268 Greven Tel. 02571/3808	Neurologie
Incarnata Humpert-Glosemeyer	Gem.-Praxis Dr. Tümmers/I.Humpert-G. Poststr. 15 49477 Ibbenbüren Tel. 05451/7168	Neurologie
Dr. Gregor Brutzer	Bahnhofstr. 86 49525 Lengerich Tel. 05481/38688	Nervenheilkunde
Dr. Michael Engel	Emsstr. 25 48282 Emsdetten Tel. 02572/5091	Nervenheilkunde
Dr. Christian Grävingshoff	Mathiasstr. 22 48431 Rheine Tel. 05971/50121	Nervenheilkunde
Dr. Gitta Grävingshoff	Mathiasstr. 22 48431 Rheine Tel. 05971/50121	Nervenheilkunde
Dr. Joachim Kamprad	Poststr. 20 48431 Rheine Tel. 05971/3577	Nervenheilkunde
Dr. Anne Logemann-Farwick	Poststr. 17 49477 Ibbenbüren Tel. 05451/16888	Nervenheilkunde

Name	Anschrift	Facharzt für
Dr. Joachim Pößnecker	Bahnhofstr. 12 48565 Steinfurt Tel. 02551/80777	Nervenheilkunde
Dr. Andreas Reimers	Marktplatz 1 48341 Altenberge Tel. 02505/3670	Nervenheilkunde
Dr. Bernhard Schneider	Gem.-Praxis Dr. Schneider/Dr. Agne Marktstr. 7, 48268 Greven Tel. 02571/3808	Nervenheilkunde
Dr. Christof Tümmers	Gem.-Praxis Dr. Tümmers/I.Humpert-G. Poststr. 15 49477 Ibbenbüren Tel. 05451/7168	Nervenheilkunde
Dr. Günter Wagner	Teutoburger Str. 3 49525 Lengerich Tel. 05481/37068	Nervenheilkunde
Dr. Klaus Weischer	Poststr. 20 48431 Rheine Tel. 05971/3577	Nervenheilkunde
Dr. Susanne Finke	An der Hohen Schule 9 48565 Steinfurt Tel. 02551/5009	Psychiatrie und Psychotherapie
Dolf Hage	An der Hohen Schule 9 48565 Steinfurt Tel. 02551/5009	Psychiatrie
Dr. Rita Hamsen-Thyes	Poststr. 9 49477 Ibbenbüren Tel. 05451/3078	Psychiatrie
Brigitte Pajak-Diehl	Osnabrücker Str. 231 48429 Rheine Tel. 05971/66281	Psychiatrie
Institutsambulanz der Westf. Klinik f. Psychiatrie, Psycho- therapie u. Neurologie	Parkallee 10 49525 Lengerich Tel. 05481/12301	

8.1.2 Beratungsstellen

Name der Einrichtung	Anschrift
Amt f. Soziale Dienste d. Kreises Steinfurt - Region Steinfurt -	Tecklenburger Str. 10 48565 Steinfurt Tel. 02551/69-2855
Amt f. Soziale Dienste d. Kreises Steinfurt - Region Emsdetten -	Elberstr. 33 48282 Emsdetten Tel. 02572/96067-0
Amt f. Soziale Dienste d. Kreises Steinfurt - Region Ibbenbüren -	Zum Welleken 2 49477 Ibbenbüren Tel. 05451/59370

Name der Einrichtung	Anschrift
Amt f. Soziale Dienste d. Kreises Steinfurt - Region Lengerich -	Stettiner Str. 25 49525 Lengerich Tel. 05481/9413100
Amt f. Soziale Dienste d. Kreises Steinfurt - Region Rheine -	Münsterstr. 55 48431 Rheine Tel. 05971/16131190
Modellprojekt Kompass Caritasverband Tecklenburger Land e. V.	Zum Welleken 2 49477 Ibbenbüren Tel. 05451/897097
Seniorenberatung Caritasverband Tecklenburger Land e. V.	Klosterstr. 19 49477 Ibbenbüren Tel. 05451/5002-0
Beratungsstelle für ältere Menschen und deren Angehörige Caritasverband Rheine e. V.	Lingener Str. 11 48429 Rheine Tel. 05971/862-0
Beratungsstelle für ältere Menschen und deren Angehörige Caritasverband Emsdetten-Greven e. V.	Bachstr. 15 48282 Emsdetten Tel. 02572/1570

8.1.3 Ambulante Pflegedienste

Name der Einrichtung:	Anschrift	Name und Sitz des Trägers:
Acuras, Ambulante Krankenpflege Stein- furt - Christine Meiers	Emsdettener Str. 6 48565 Steinfurt	Christine Meiers Industriestr. 1 48565 Steinfurt Tel: 02552/93920
Nexus Ambulante Krankenpflege	Laugemannstiege 18 48565 Steinfurt	Nexus Ambulante Krankenpflege, Laugemannstiege 18 48565 Steinfurt Tel: 02551/2131
Cathamed-Pflege GmbH	Alaunstr. 18 48565 Steinfurt	Cathamed-Pflege GmbH Alaunstr. 18 48565 Steinfurt-Borghorst Tel: 02552/93593
Ambulanter Pflege- dienst Mobile e.V.	Johanniterstr. 48 48565 Steinfurt	Mobile e.V. Johanniterstr. 48 48565 Steinfurt Tel: 02552/63193
Ambulante häusliche Krankenpflege - Marienhospital Borg- horst	Mauritusstr. 6 48565 Steinfurt	Marienhospital Borghorst Mauritusstr. 6 48565 Steinfurt Tel: 02552/791210
Malteser-Hilfsdienst e.V.	Viefhoek 6 48565 Steinfurt	Malteser-Hilfsdienst Viefhoek 6 48565 Steinfurt Tel: 02551/2233

Name der Einrichtung:	Anschrift	Name und Sitz des Trägers:
Sozialstation Süd	Kirchplatz 8 48565 Steinfurt	Domus Caritas gGmbH Kirchplatz 8 48565 Steinfurt Tel: 02552/70612
Sozialstation Mitte	Kirchplatz 8 48565 Steinfurt	Domus Caritas gGmbH Kirchplatz 8 48565 Steinfurt Tel: 02552/70612
M. & A. Hentschel - Ambulanter Alten- und Krankenpflegedienst	Altenberger Str. 11 48536 Nordwalde	M. & A. Hentschel - Ambulanter und Krankenpflegedienst Altenberger Str. 11 48536 Nordwalde Tel: 02573/4287
Pro Sanitate – Angelika Gesenhues	Horststr. 1 48607 Ochtrup	Pro Sanitate - Angelika Gesen- hues Horststr.1 48607 Ochtrup Tel: 02553/98333
Sozialstation Nord	Parkstr. 10 48607 Ochtrup	Domus Caritas gGmbH Kirchplatz 8 48565 Steinfurt Tel: 02552/70612
Christine Leusbrock, Ambulante Alten- und Krankenpflege	Marienweg 28 48629 Metelen	Christine Leusbrock - Ambulante Alten- und Krankenpflege Marienweg 28 48629 Metelen Tel: 02556/98595
Pflege- und Betreu- ungsdienst Rheine	Südeschstr.3 48429 Rheine	A. Rudolphi Südeschstr. 39 48429 Rheine Tel:05971/65522
Pflegedienst Th. Krause Rheine	Osnabrücker Str.47 48429 Rheine	Thomas Krause Osnabrücker Str.47 48429 Rheine Tel: 05971/72770
Diakoniestation Rhei- ne	Münsterstr. 48 48431 Rheine	Diakonisches Werk im Kirchen- kreis Tecklenburg Sonnenwinkel 1 49545 Tecklenburg Tel: 05482/68105
Caritas-Sozialstation "Nord"	Lingener Str. 11 48429 Rheine	Caritasverband Rheine e.V. Lingener Str. 11 48429 Rheine Tel: 05971/862321
Caritas-Sozialstation "Mobiler Sozialer Dienst"	Lingener Str.11 48429 Rheine	Caritasverband Rheine e.V. Lingener Str. 11 48429 Rheine Tel: 05971/862320

Name der Einrichtung:	Anschrift	Name und Sitz des Trägers:
Caritasverband Emsdetten Sozialstation	Bachstr. 15 48282 Emsdetten	Caritasverband für das Dekanat Emsdetten-Greven Bachstr. 15 48282 Emsdetten Tel: 02572/1570
Goldener Ring	Kolpingstr. 11 48282 Emsdetten	Gesundheits-sozial-pflegerisches Zentrum gGmbH Bahnhofstr. 41 48095 Hagen Tel:02572/98370
Impulse - Pflegedienst	Am Markt 2- 4 48282 Emsdetten	Impulse - Pflegedienst Am Markt 2 - 4 48282 Emsdetten Tel: 02572/952752
Häuslicher Kranken- u. Altenpflegedienst - Mathilde Anhäuser	Sträter Str. 4 48282 Emsdetten	Häuslicher Kranken- und Altenpflegedienst Mathilde Anhäuser Sträterstr. 4 48282 Emsdetten Tel: 02572/952024
Ambulante Alten- und Krankenpflege Michael Hartmann	Pfarrer-Heidbreder-Str. 12 48268 Greven	Michael Hartmann Pfarrer-Heidbrecher-Str. 12 48268 Greven Tel: 02575/1818
Stocki's Pflegedienst	Alte Münsterstr. 12 48268 Greven	Andrea Stock Alte Münsterstr. 12 48268 Greven Tel: 02571/93530
Ambulanter Pflegedienst am Maria-Josef-Hospital GmbH	Lindenstr. 29 48268 Greven	CKT Christlicher Krankenhaus-Träger GmbH Marienstr. 45 48282 Emsdetten Tel: 02571/502314
Amb. Krankenpflegedienst F. und G. Abendhöfer	Wiesenstr. 19 49525 Lengerich	Amb. Krankenpflegedienst F. und G. Abendhöfer Wiesenstr. 19 48529 Lengerich Tel: 05481/3422
Hauskranken- und Altenpflege – Bernd Szekular	Poolweg 31 49525 Lengerich	Hauskranken- und Altenpflege - Bernd Szekular Poolweg 31 49525 Lengerich Tel: 05481/37231
Zentrum Mobiler Dienst	Osterkamps Kamp 13 49525 Lengerich	Zentrum Mobiler Dienst, Osterkamps Kamp 13 49525 Lengerich Tel: 05481/93330

Name der Einrichtung:	Anschrift	Name und Sitz des Trägers:
Diakoniestation Lengerich-West	Im Hook 17 49525 Lengerich	Diakonisches Werk im Kirchen- kreis Tecklenburg Sonnenwinkel 1 49525 Lengerich Tel: 05482/68105
AWO Lengerich – Sozialstation	Am Kirchplatz 6 49525 Lengerich	Arbeiterwohlfahrt - KV Steinfurt Am Brandteich 3 - 5 49525 Lengerich Tel: 05481/98333
Sozialstation Lengerich	Bahnhofstr. 93 49525 Lengerich	Weisbarth, Oelrich GbR Burwiesen 8 49525 Lengerich Tel: 05481/94060
Diakoniestation Lengerich-Ost	Börgerstr.8 49536 Lienen	Diakonisches Werk im Kirchen- kreis Tecklenburg Sonnenwinkel 1 49525 Lengerich Tel: 05482/68105
Diakoniestation Westerkappeln	Kirchstr. 5 49492 Westerkappeln	Diakonisches Werk im Kirchen- kreis Tecklenburg Sonnenwinkel 1 49525 Lengerich Tel: 05482/68105
Diakonie- /Sozialstation des ev. Diaspora-Werkes e.V.	Tecklenburger Str. 10 48565 Steinfurt	Evgl. Perthes-Werk e.V. Wienburgstr. 62 48147 Münster
Hauskrankenpflege "Helfende Hände" Schulte-Laggenbeck	Kettlerstr. 54 49509 Recke- Obersteinbeck	Hauskrankenpflege - "Helfende Hände" Schulte-Laggenbeck 49509 Recke Tel: 05453/8642
Hauskrankenpflege A. Uhlenberg	Kuhstr. 14 49509 Recke	Hauskrankenpflege - A. Uhlen- berg, Kuhstr. 14 49509 Recke Tel: 05453/7463
Caritas-Sozialstation	Kirchstr. 15 49509 Recke-Steinbeck	Caritasverband Tecklenburger Land e.V., Klosterstr. 19 49477 Ibbenbüren Tel: 05451/500236
Mobile Hauskranken- pflege "Hand in Hand"	Am Sportzentrum 7 49479 Ibbenbüren	Mobile Hauskrankenpflege "Hand in Hand" Am Sportzentrum 7 49479 Ibbenbüren Tel: 05451/49031

Name der Einrichtung:	Anschrift	Name und Sitz des Trägers:
Gemeinnützige ökumenische Krankenhausgesellschaft Ibbenbüren mbH	Große Str. 41 49477 Ibbenbüren	Gemeinnützige ökumenische Krankenhausgesellschaft Ibbenbüren mbH Große Str.41 49477 Ibbenbüren Tel: 05451/525045
Diakoniestation Ibbenbüren	Poststr. 8 49477 Ibbenbüren	Diakonisches Werk im Kirchenkreis Tecklenburg Sonnenwinkel 1 49545 Tecklenburg Tel.: 05482/68105
Caritas-Sozialstation	Klosterstr. 19 49477 Ibbenbüren	Caritasverband Tecklenburger Land e.V. Klosterstr. 19 49477 Ibbenbüren Tel: 05451/500236
Caritas-Sozialstation	Ostenwalderstr. 4 48477 Hörstel	Caritasverband Tecklenburger Land e.V., Klosterstr. 19 49477 Ibbenbüren Tel: 05451/500236
Sozialstation Süd	Gnoiner Platz 4-8 48493 Wettringen	Caritasverband Rheine e.V. Lingener Str. 11 48429 Rheine Tel: 05971/862385
"Pflege und Hilfe zu Hause" Altenzentrum St. Augustinus	Emsdettener Str.35 48356 Nordwalde	Kath. Kirchengemeinde St.Dionysius "Pflege und Hilfe zu Hause" Emsdettener Str.35 48356 Nordwalde Tel:02573-89444
Westfälische Klinik	Parkallee 10 49525 Lengerich	Westfälische Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie Lengerich Parkallee 10 49525 Lengerich

8.2 Teilstationäre Angebote

8.2.1 Psychiatrische Tageskliniken

Name der Einrichtung	Anschrift
Psychiatrische Tagesklinik Jakobi-Krankenhaus Rheine	Münsterstr. 48 48431 Rheine Tel. 05971/46-773
Tagesklinik für Psychiatrie u. Psychotherapie Steinfurt - WKPPN Lengerich	Arnold-Kock-Str. 10 48565 Steinfurt Tel. 02552/63880

Name der Einrichtung	Anschrift
Psychiatrische Tagesklinik WKPPN Lengerich	Griesinger Str. 13 49525 Lengerich Tel. 05481/12-571

8.2.2 Tagespflegeeinrichtungen

Name der Einrichtung	Anschrift	Tagespflegeplätze	Kurzzeitpflegeplätze	vollstationäre Plätze	Name und Sitz des Trägers
Mobile e.V. Tagespflegehaus	Johanniterstr. 48 48565 Steinfurt Tel. 02551/ 21 47	12			Mobile e.V. Johanniterstr. 48 48565 Steinfurt Tel: 02551/2147
Tagespflege Ibbenbüren e.V.	Poststr. 8 49477 Ibbenbüren Tel:05451/9491-0	12			Diakonisches Werk im Kirchen- kreis Tecklen- burg Sonnenwinkel 1 49545 Tecklen- burg Tel: 05482/68105
Tagespflege Lengerich	An den Burwie- sen 8 49525 Lengerich Tel:05481/9403-0	24			Weis- barth/Oelrich GbR Burwiesen 8 49525 Lengerich Tel: 05481/94030
Seniorenzentrum Metten	Lange Str. 14 49492 Wester- kappeln Tel.05404/9622-0	20			Volker Oelrich GbH Lange Str. 14 49492 Wester- kappeln Tel.05405/9662-0
St. Elisabeth-Stift Wettringen	Gnoiner Platz 4-8 48493 Wettringen Tel:02557/9363-0	12	1	58	Caritasverband Rheine Lingener Str.11 48429 Rheine Tel: 02557/9363- 0
Senioren- Zentrum Am See	Zum Badesee 50 48369 Saerbeck Tel: 02574/926-0	12	8	57	Senioren- Zentrum Am See Zum Badesee 50 48369 Saerbeck Tel: 02574/926-0
Altenwohnanlage Marienstift	Aloysiusstr.81-83 48429 Rheine Tel: 05971/86 60	15	5	95	Caritasverband Rheine Lingener Str.11 48429 Rheine Tel: 05971/862-0

Name der Einrichtung	Anschrift	Tagespflegeplätze	Kurzzeitpflegeplätze	vollstationäre Plätze	Name und Sitz des Trägers
Tagespflege Heinrich-Roleff-Haus	Rubensstr.10 48565 Steinfurt Tel: 02552/93690	12		100	Domus Caritas gGmbH Kirchplatz 8 48565 Steinfurt 02552/70612

8.3 Stationäre Einrichtungen

8.3.1 Stationäre Pflege

Name der Einrichtung	Anschrift	Tagespflegeplätze	Kurzzeitpflegeplätze	Vollstationäre Plätze	Name und Sitz des Trägers
Pius-Hospital	Piusstr.5 48607 Ochtrup Tel: 02553/ 77-0		15		Pius-Hospital Piusstr.5 48607 Ochtrup 02553/77-0
St. Gertrudis-Haus	Bischofsweg 6 48612 Horstmar Tel: 02558/ 92 20			83	Kath.Kirchengemeinde St. Gertrudis Schloßstr. 14 48612 Horstmar Tel: 02558/9220
Altenzentrum St. Augustinus	Emsdettener Str. 35 48356 Nordwalde Tel: 02573/ 89 - 0		3	119	Kath. Kirchengemeinde St. Dionysius Nordwalde Schulgasse 10 48356 Nordwalde Tel: 02573/2220
Evgl.Stift Dietrich-Bonhoeffer-Haus Cläre-Fund-Haus	Tecklenburger Str. 34 48565 Steinfurt Tel:02551/ 937301		3	125	Ev. Perthes-Werk Wienburgstr.62 48147 Münster Tel: 0251/2021-0
Heinrich-Roleff-Haus	Rubensstr. 10 48565 Steinfurt Tel: 02552/9 36 90	12		100	Domus Caritas gGmbH Kirchplatz 8 48565 Steinfurt Tel: 02552/706-0
Carl-Sonnenschein-Haus	Parkstr. 22 48607 Ochtrup Tel: 02553/9 72 90			80 (+ 40)	Domus Caritas gGmbH Kirchplatz 8 48565 Steinfurt Tel: 02552/706-0

Name der Einrichtung	Anschrift	Tagespflegeplätze	Kurzzeitpflegeplätze	Vollstationäre Plätze	Name und Sitz des Trägers
St. Ida – Haus	Pfarrer-Böckmann Str. 7 48629 Metelen Tel: 02556/9 85 90			40	Domus Caritas gGmbH Kirchplatz 8 48565 Steinfurt Tel: 02552/706-0
Altenheim St. Antoniusstift	Rheiner Str. 4 48485 Neuenkirchen Tel: 05973/ 65 -0		6	43	Stiftung Mathias-Spital Frankenburgstr.31 48431 Rheine Tel: 05971/42-0
Betreuungszentrum St. Arnold	Wagenfeldstr. 5 48485 Neuenkirchen Tel: 05973/ 948 30			64	Betreuungszentrum St. Arnold Wagenfeldstr. 5 48485 Neuenkirchen Tel: 05973/94830
Caritas Altenwohn- anlage Marienstift	Aloysiusstr. 81 - 83 48429 Rheine Tel: 05971/ 86 60	15	5	95	Caritasverband Rheine e.V. Lingener Str. 11 48429 Rheine Tel: 05971/862-0
St. Josefshaus	Eckenerstr. 46 - 50 48431 Rheine Tel: 05971/160270		6	93	Deutsch-Ordens- Hospitalwerk Fischerfeldstr. 4 60311 Frankfurt/Main
Jakobi-Alten- Zentrum	Münsterstr. 58 48431 Rheine Tel: 05971/ 46-0		4	140	Jakobi-Kranenhaus u. Altenzentrum Rheine GmbH Münsterstr.58 48431 Rheine Tel: 05971/46-0
Coldinne-Stift	Hörstkamp 34 48431Rheine Tel:05971/ 9 15 00			149	Gesellschaft für Pflege- gedienste und Betreuung mb Langewannweg 116 59063 Hamm Tel: 05971/91500
Mathias-Stift	Nasiger Str. 29 48432 Rheine Tel: 05971/ 921 - 0		12	68	Stiftung Mathias-Spital Frankenburgstr. 31 48431 Rheine Tel: 05975/921-0
Altenwohnheim St. Josef-Stift	Am Markt 2 - 4 48282 Emsdetten Tel: 02572/ 14 - 0			114	Stiftung St. Josef Am Markt 2 - 4 48282 Emsdetten Tel: 02572/14-0

Name der Einrichtung	Anschrift	Tagespflegeplätze	Kurzzeitpflegeplätze	Vollstationäre Plätze	Name und Sitz des Trägers
Pflegeheim Haus Lindengrund	Lindenstr. 29 48282 Emsdetten Tel:02572/96058-0		2	61	Stampa, Hildegard Lindenstr. 7 48282 Emsdetten Tel: 02572/96058-0
Altenwohnheim Kastanienhof	Pankratiusgasse 6 48282 Emsdetten Tel: 02572 9 49 - 0		6	66	Stiftung St. Josef Am Markt 2 - 4 48282 Emsdetten Tel: 02572/14-0
Altenheim St. Gertrudenstift	Fredenstiege 4 48268 Greven Tel:02571/57700-0	12	1	79	Kath. Kirchengemeinde St. Martinus Marktplatz 5 48268 Greven Tel: 02571/2270
Matthias-Claudius- Haus ev. Seniorenzentrum	Moorweg 18 48268 Greven- Reckenfeld Tel: 02575/ 32 - 0		2	94	Diakonisches Werk Münster e.V. ev. Gemeindedienst Kardinal von-Galen Str. 11 48268 Greven Tel: (02571) 55140
Haus Marienfried	Steinfurter Str. 151 48268 Greven- Reckenfeld Tel:02575/95588-0			39	Kath. Kirchengemeinde St. Franziskus Re- ckenfeld Kirchplatz 6 48268 Greven Tel: 02575/2270
Alten- und Pflege- heim Haus auf dem Hü- gel	Friedrich-Ebert-Str. 48 48268 Greven Tel: 02571/9323-0			36	Brunnengraber GmbH Tel: 02832/95600
St. Elisabeth-Haus Riesenbeck	Hospitalstr. 5 48477 Hörstel Tel: 05454/9309-0		2	70	Caritasverband Teck- lenburger Land e. V. Klosterstr. 19 49477 Ibbenbüren Tel: 05451/50 02-0
Haus St. Hedwig	Am Hedwigsheim 9 49479 Ibbenbüren- Püsselbüren Tel: 05451/5030			127	Kath. Kirchengemein- de Herz Jesu Zum Esch 9 49479 Ibbenbüren- Püsselbüren Tel: 05451/2917

Name der Einrichtung	Anschrift	Tagespflegeplätze	Kurzzeitpflegeplätze	Vollstationäre Plätze	Name und Sitz des Trägers
Seniorenzentrum der Arbeiterwohlfahrt	Weberstr. 35 49477 Ibbenbüren Tel: 05451/1 40 84		4	57	Arbeiterwohlfahrt, Bezirk Westfalen e.V. Dortmund Kronenstr. 63 44139 Dortmund
Caritas-Altenwohnhaus	Synagogenstr. 10 49477 Ibbenbüren Tel: 05451/ 92 70		4	71	Caritasverband Tecklenburger Land e. V. Klosterstr. 19 49477 Ibbenbüren Tel: 05451/50 02-0
St. Josefshaus	St. Josefstr. 2 48496 Hopsten-Halverde Tel: 05457/911 - 0			24	Kath. Kirchengemeinde St. Dionysius Vogteistr.10 49509 Recke Tel: 05453/8078-0
Altenheim "Maria-Frieden"	Bahnhofstr. 21 49479 Mettingen Tel: 05452/ 55 - 0		8	72	Stiftung Mathias-Spital Frankenburg-str.31 48431 Rheine Tel: 05975/921-0
Haus St. Benedikt	Am Wall 3 49509 Recke Tel. 05453/ 22 - 0		3	89	Kath. Kirchengemeinde St. Dionysius Vogteistr.10 49509 Recke Tel: 05453/8078-0
Altenzentrum Haus Widum gGmbH	Im Hook 17 49525 Lengerich Tel: 05481/8007- 0 e-mail: verwaltung@widum.de internet: www.widum.de		3	162	Altenzentrum Haus Widum gGmbH Im Hook 17 49525 Lengerich Tel: 05481/8007-0
Pflegezentrum "Daheim"	Bahnhofstr. 86-88a 49525 Lengerich Tel: 05481/9429-0		1	28	Abendhöfer Wiesenstraße 19 49536 Lengerich Tel: 05481/3422
Matthias-Claudius-Haus	Bodelschwingweg 25 49545 Tecklenburg Tel: 05482/9292-0		3	43	Evang. Perthes-Werk e.V. Wienburgstr. 62 48147 Münster Tel: 0251/2021-0

Name der Einrichtung	Anschrift	Tagespflegeplätze	Kurzzeitpflegeplätze	Vollstationäre Plätze	Name und Sitz des Trägers
Alten-/ Pflege-Wohnheim Lienen gGmbH	Iburger Str. 24 49536 Lienen Tel: 05483/7 39 30		1	62	Alten-/Pflegeheim GmbH Iburger Str. 24 49536 Lienen Tel: 05483/73930
Seniorenheim Ladbergen - Haus Widum - gGmbH	Mühlenstr. 8 49549 Ladbergen Tel: 05485/9372-0 e-mail: verwaltung@widum.de internet: www.widum.de		3	77	Altenzentrum Haus Widum gGmbH Im Hook 17 49525 Lengerich Tel: 05481/8007-0
Edith-Stein-Haus	Billerbecker Str. 30 48341 Altenberge Tel: 02555/9322-0			65	Domus Caritas gGmbH, Kirchplatz 8 48565 Steinfurt Tel: 02552/7060
Caritas-Elisabethstift	Gnoiner Platz 4-8 48493 Wettringen Tel: 02557/9363-0	12	3	56	Caritasverband Rheine e.V. Lingener Str. 11 48429 Rheine Tel: 05971/862-0
Senioren Zentrum am See	Zum Badensee 50 48369 Saerbeck Tel: 02574/926 - 0	12	8	56	Frank Plaumann Brandskamp 15 48282 Emsdetten
Haus der Diakonie	Steinkampstr. 16 49492 Westerkappeln Tel: 05404/9634-0		12	78	Evang. Perthes-Werk e.V. Wienburgstr. 62 48147 Münster Tel: 0251/2021-0
Haus der Pflege	Parkallee 10 49525 Lengerich Tel:05481/12-4060			20	Westf. Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie Parkallee 10 49525 Lengerich Tel: 05481/12-0
St. Johannes - Heim	Billerbecker Str. 28 48341 Altenberge Tel: 02505/809-0			19	St. Johannes-Hospital Billerbecker Str. 28 48341 Altenberge Tel: 02505/809-0

8.3.2 Stationäre Krankenhausbehandlung

Name der Einrichtungen	Anschrift
WKPPN Lengerich Abt. Gerontopsychiatrie	Parkallee 10 49525 Lengerich Tel. 05481/12-230
Jakobi-Krankenhaus Rheine Geriatrische Abteilung	Hörstkamp 12 48431 Rheine – Tel. 05971/46-470
Marienhospital Steinfurt Abt. für Psychosomatik u. psychotherapeutische Medizin	Pohlstr. 21 48366 Laer Tel. 02554/180

8.4 Koordinierung, Steuerung, Vernetzung

Ein differenziertes Angebot der gerontopsychiatrischen Versorgung bietet viele Chancen und Möglichkeiten, birgt jedoch die Gefahren der Unübersichtlichkeit, Überversorgung und allgemein der fehlenden Abstimmung. Für die anzustrebende effiziente Versorgungsplanung gemeindenaher gerontopsychiatrischer Angebote ist die enge Kooperation der unterschiedlichen Leistungserbringer und Leistungsträger eine wesentliche Voraussetzung. Diese Vernetzung muss sich sowohl auf die strukturelle Ebene (z. B. Bedarfsermittlung, Planung und Weiterentwicklung) als auch auf die Regelung der Kooperation von Einzelfällen im Interesse der betroffenen Nutzer/Innen beziehen.

Die kommende Koordinationsaufgabe beinhaltet einerseits die an Prioritäten ausgerichtete Einbindung der bestehenden Dienste und Einrichtungen in öffentlicher und freier Trägerschaft in Form verbindlicher Verträge. Andererseits gehört dazu der Auftrag, für die finanzielle Absicherung der gemeindepsychiatrischen Versorgung unter Beteiligung der vorrangig zuständigen Leistungsträger Sorge zu tragen. Ziel ist es, die fachlich gewünschte koordinierte und komplexe Leistung für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen über eine entsprechende gemeinsame Finanzierung verschiedener Leistungsträger abzusichern.

Im Kreis Steinfurt bestehen mehrere, eher regionale Arbeitskreise und Institutionen – bestehend aus Fachkräften – die kooperativ, einzelfallbezogen und strukturell für die Zielgruppen der alten und gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen tätig sind. Darüber hinaus erfolgt die Koordination in den kreisweiten Gremien – unter Beteiligung der Leistungserbringer und Leistungsträger und politisch Tätigen – Kommunale Gesundheitskonferenz, Psychiatriebeirat und Kreispflegekonferenz.

Ziel muss es perspektivisch sein, die in den Gremien wahrgenommenen Aufgaben organisatorisch zu bündeln und zu optimieren.

9. Bewertung der Versorgungssituation im Kreis Steinfurt

Der vorliegende Bericht mit den aufgelisteten Versorgungsstrukturen für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen macht deutlich, dass im Kreis Steinfurt differenzierte, gemeindenahere Versorgungsstrukturen vorhanden sind, die jedoch noch optimiert werden können. Aus diesem Grunde erfolgen konkrete Handlungsempfehlungen, die bei entsprechender Umsetzung zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen beitragen würden.

10. Handlungsempfehlungen

Die gesundheitspolitische Zielsetzung dieses vorliegenden Gesundheitsberichtes zielt darauf ab, allgemein die Bevölkerung im Kreis Steinfurt über die vorhandenen Versorgungsstrukturen für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen zu informieren und für deren Probleme zu sensibilisieren. Des Weiteren werden konkrete Anregungen zur Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgungsstrukturen für die verantwortlichen Leistungsträger gemacht.

Das Verfahren für die Umsetzung unter Berücksichtigung der Kategorisierung der Empfehlungen wird in den Handlungsempfehlungen konkretisiert. Die mit der Geschäftsführung beauftragte Stelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz übernimmt das Controlling. Adressaten dieses Gesundheitsberichtes sind die Kostenträger, Leistungserbringer, die politisch Verantwortlichen sowie die gesamte Öffentlichkeit. Wichtige Passagen und Aussagen dieses Berichtes werden in der örtlichen Presse veröffentlicht, außerdem wird der Bericht ins Internet gestellt und ist in gebundener Form zu erhalten.

Im Folgenden werden nun die einzelnen Handlungsempfehlungen aufgelistet, die alle ihre Bedeutung haben. Insofern wurde bewusst auf eine Prioritätenliste verzichtet.

a) Anpassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes,

denn die Demenzen und psychisch Kranken benötigen täglich ein hohes Maß an psychosozialer Begleitung und eine fachlich durchdachte Tagesstruktur. Die Demenzerkrankung wird in ihren funktionellen Einbußen und interaktiven Auswirkungen nicht genügend gewürdigt (durch MDK etc.). Allein das Vorliegen einer diagnostizierten Demenzerkrankung bedingt in der Regel einen erhöhten Betreuungsaufwand, dieser müsste bei der Einstufung durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen konkret berücksichtigt werden.

– Land, Bund – Kategorie 2 und 3

b) Förderung weiterer Versorgungsstrukturen alternativ zur Heimunterbringung,

d. h. Ausbau der Finanzierung von Tagespflege und ambulanter Pflege, um den Heimaufenthalt so lange wie möglich hinauszuzögern, sowie ein möglichst breit gestreutes Angebot über verschiedene alternative Wohnformen bis zur Heimun-

terbringung, um für die höchst unterschiedlichen Bedürfnisse entsprechende Angebote vorhalten zu können.

Es ist sinnvoll, kleine, überschaubare und stadtteilbezogene bzw. ortsbezogene Formen zu entwickeln. Wo dies aufgrund der Bevölkerungsdaten nicht möglich ist, bietet es sich an, Mittelbereiche zu schaffen, in denen die Versorgung sichergestellt werden kann.

– Kreis, Land, Bund – Kategorie 1 – 3

c) Entlastung (der Angehörigen) durch weitere verlässlich verfügbare, wohnortnahe, eingestreute und kleine solitäre Kurzzeitpflegeplätze

– Land – Kategorie 2

d) Unterstützung der Arbeit der Angehörigen und Ehrenamtlichen durch

- die Anerkennung der Aufwände und damit der Kosten für die Betreuung von psychisch erkrankten älteren Menschen, die neben der Pflege erheblich sind. Das Pflegeergänzungsgesetz erkennt diese Leistungen durch neue Unterstützungsangebote an. Eine Befragung der Betroffenen nach der Ergebnisqualität wäre durch den Kreis Steinfurt im Jahre 2005 sinnvoll.
- Ausbau und Finanzierung von Fortbildungs-, Informations- und Kooperationsangeboten

– Kreis, Land, Bund – Kategorie 1 – 3

e) Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen

zwischen ambulanten, teilstationären, vollstationären Einrichtungen sowie den beteiligten ambulant tätigen Berufsgruppen.

Insbesondere auch eine stärkere Vernetzung gerontopsychiatrischer Angebote mit der übrigen medizinischen Versorgung, z. B. durch Ausbau der Konsiliartätigkeit in den Allgemeinkrankenhäusern.

– Kreis, Land – Kategorie 1 und 2

f) Einrichtung einer zentralen Koordinationsstelle für dringend notwendige Heimaufenthalte

Die beteiligten Leistungserbringer melden zentral frei werdende Plätze.

– Kreis – Kategorie 1

g) Ausbau von Altenheimplätzen für Demente und gerontopsychiatrisch Erkrankte

(Anmerkung: Diese Forderung ist in engem Zusammenhang mit der unter „2. Förderung von Versorgungsstrukturen alternativ zur Heimunterbringung“ zu sehen. Je mehr alternative Versorgungsstrukturen vorhanden sind, desto geringer ist der Bedarf an zusätzlichen Altenheimplätzen für den beschriebenen Personenkreis.)

Betreuung dementiell veränderter Menschen durch das Konzept der „Hausgemeinschaften“ (so eine Forderung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe), dadurch Erweiterung der Normalität für die betroffenen Menschen.

– **Land – Kategorie 2**

h) Verbesserung der Frühdiagnostik

durch Einrichtung eines niedrighwelligen Angebotes, zum einen durch verstärkte Sensibilisierung der Hausärzte/Innen für diese Thematik, zum anderen durch sog. ärztlich geleitete „Gedächtnissprechstunden“, die in Erweiterung des Betreuungs- und Hilfsangebotes bei den bereits vorhandenen Beratungsstellen installiert werden könnten.

– **Kreis – Land und Bund - Kategorie 1 - 3**

i) Förderung einer bedarfsorientierten Personalausstattung in den Heimen, die den erhöhten Pflegeaufwand auch für gerontopsychiatrisch bzw. dementiell erkrankte Heimbewohner/Innen berücksichtigt.

Dabei Reduzierung des Verwaltungsaufwandes auf ein notwendiges, überschaubares Maß und Verankerung der Behandlungspflege in den Pflegesätzen.

– **Land, Bund – Kategorie 2 und 3**

j) Bedarfsorientierte (quantitative und qualitative) Altenpflegeausbildung, sowie Förderung von Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen mit dem Schwerpunkt Gerontopsychiatrie

– **Kreis, Land, Bund – Kategorie 1 – 3**

k) Ausbau und Fortentwicklung der teilstationären Versorgung

Schaffung von tagesklinischen gerontopsychiatrischen Versorgungsstrukturen in dezentraler Struktur.

– **Kreis, Land – Kategorie 1 und 2**

l) Aufhebung der Trennung zwischen den Leistungen der Kranken- und Pflegekassen

– **Land, Bund – Kategorie 2 und 3**

m) Bekannt machen der verschiedenen Hilfsangebote

durch einen „Altenhilfeführer“, der zentral beim Kreis Steinfurt abgerufen werden kann.

– **Kreis – Kategorie 1**

n) Die demographische Entwicklung fordert eine veränderte Altenplanung mit den Schwerpunkten der „Spezialisierung“, der „Ambulantisierung“ und der „Kommunalisierung“

– Kreis, Land, Bund – Kategorie 1 – 2

o) Optimierung der Planungs- und Kooperationsstrukturen bezüglich der Gremienarbeit und der damit einhergehenden Bündelung der personellen Ressourcen

– Kreis – Kategorie 1

Literatur

Baden-Württemberg. (2000). Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte für Demenzkranke in (teil-) stationären Altenhilfeeinrichtungen, Stuttgart: Sozialministerium Baden-Württemberg.

Berufsgenossenschaft (2001). Jahresbericht 2000. Hamburg: Berufsgenossenschaft (BGW).

Buhmann, R. (2000). Vollkommen fix und fertig. Zeitschrift Altenpflege 1, S. 42-46.

DiCV Münster (2002). Die Entwicklung eines Betreuungskonzeptes für demenziell erkrankte Bewohner. Münster: DiCV

Graber-Dünow, M. (1999). Milieuthherapie in der stationären Altenhilfe. Hagen: Kunz Verlag.

G. Heuft/A. Kruse/H. Radebold, Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie, Ernst Reinhard Verlag München 2000

Höft, B. (1999). Psychosoziale Arbeitshilfen, 13. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Gabriele Junkers, Klinische Psychologie und Psychosomatik des Alterns, Schatthauer 1995

Kreimer, R. (2002) Altenpflege im Bedingungskomplex paradoxer Anforderungen. Teil A: Personalfluktuatation versus Arbeitsmotivation (S. 3-83), Teil C: Zwangsgemeinschaft versus Wohnen trotz Pflegebedürftigkeit (S. 120-160). Unveröffentlichtes Manuskript.

Lepthin, T. (1996). Guter Wille reicht nicht. Leitfaden für ein gerontopsychiatrisches Pflegekonzept. Bonn: Psychiatrie Verlag

Lind, S. (2000). Umgang mit Demenz. Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Methoden. Stuttgart: Paul Lemp Stiftung.

Richter, D., Lowens, S., Liekenbrock, A. (2000). Psychosozialer Pflegebedarf in einem gerontopsychiatrischen Pflegeheim. Gerontologie und Geriatrie 33, S. 17-23.

Saup, W. (1993). Alter und Umwelt. Einführung in die Ökologische Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Schlüter, W. (2001). Heimleitertag: Schattenvorwürfe der Gesetzesnovellen ab 2002. Zeitschrift CAREkonkret, 48, S. 1.

Tilmann Wetterling, Gerontopsychiatrie: Ein Leitfaden zur Diagnostik und Therapie, Springer 2001

Werner B. (1997). Demenz. Epidemiologie, Ursachen und Folgen einer psychischen Erkrankung im Alter (S. 276). Weinheim: Juventa Verlag.

Weyerer, S., Zimber, A. (1997). Viel Stress und wenig Anerkennung. Zeitschrift Altenheim 3, S. 14-21.

Zimber, A. (1997). Abgespannt und ausgebrannt. Arbeitsbelastungen des Altenpflegepersonals und die Einführung der Pflegeversicherung. Altenpflege Forum 5, S. 115-126.

Zimber, A., Schäufele, M., Weyerer, S. (1998). Alten- und Pflegeheime im Wandel: Alltagseinschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten der Bewohner nehmen zu. Gesundheitswesen 60, S. 239-246.

Kleinere Schriften des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge
Heft 70 – Aspekte der Versorgung psychisch veränderter älterer Menschen
2. Auflage, Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 2001