

Unsere Zukunft gestalten - Hilfen für psychisch erkrankte ältere Menschen



Herausgegeben von der
Aktion Psychisch Kranke



Unsere Zukunft gestalten – Hilfen für psychisch erkrankte ältere Menschen

Tagungsdokumentation
04./05. und 06. November 2024
in Berlin

Herausgegeben von
Kirsten Kappert-Gonther
Peter Brieger
Michael Rapp

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Kirsten Kappert-Gonther, Peter Brieger, Michael Rapp (Hg.).
Unsere Zukunft gestalten – Hilfen für psychisch erkrankte ältere Menschen
Aktion Psychisch Kranke
1. Auflage
E-Book (PDF): 978-3-96605-326-6

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

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

© Aktion Psychisch Kranke, Bonn 2025

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.

Redaktion: Ruth Forster

Satz: Psychiatrie Verlag, Köln

Inhalt

A Unsere Zukunft gestalten – Hilfen für psychisch erkrankte ältere Menschen

Begrüßung und Einführung

Kirsten Kappert-Gonther 12

Seelische Gesundheit und Pflege von älteren Menschen – Reformperspektiven

Karl Lauterbach 19

Herausforderungen und Perspektiven in der Versorgung psychisch kranker älterer Menschen im Kontext des demografischen Wandels

Michael Rapp 27

Ambulant vor stationär – Daheim statt Heim?

Impulse:

Ansatzpunkte für eine Neugestaltung der gerontopsychiatrischen Versorgung im Rahmen des Modellvorhabens nach §64b SGB V am Pfalzkrlinikum

Stefan Frisch, Fabian Fußler 31

Koordinierte Versorgung im ambulanten Sektor

Katrin Krahn 45

Koordinierte Versorgung im ambulanten Sektor – Netzwerkqualität als Grundvoraussetzung

Ralf Ihl 49

Ambulant vor stationär

Bernd Meißner und Alexandra Peters 53

Perspektive Teilhabe: ÖGD, Eingliederungs- und Altenhilfe

Monica Schol-Tadic und Dyrk Zedlick 57

Selbsthilfe von Menschen mit Demenz und Angehörigen stärken. Die Entwicklung der Demenz-Selbsthilfe am Beispiel der Alzheimer-Gesellschaften	
<i>Saskia Weiß</i>	61
Wege in der (ambulanten) Demenzbehandlung	
<i>Katharina Geschke</i>	66
Welche neuen Wege brauchen wir in der stationären gerontopsychiatrischen Versorgung?	
<i>Christine Thomas</i>	69
Zusammenwirken von Behandlung, Rehabilitation und Pflege im Kontext des SGB V und SGB XI	
<i>Michael Rapp</i>	80
Personalbemessung, Fachkräftegewinnung und Versorgung Statements:	
Aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)	
<i>Hanns-Diethard Voigt</i>	83
Aus Sicht des Berufsverbandes Deutscher Psychiater (BVDP)	
<i>Michael Krebs</i>	85
Aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)	
<i>Anna Richert</i>	91
Aus Sicht der Geschäftsstelle Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege	
<i>Bernd Kronauer</i>	93
Verantwortung für das Alter(n) – eine Herausforderung an alle! Ein Kommentar aus der Perspektive der Kritischen Gerontologie (KG)	
<i>Hermann Brandenburg</i>	96

Gesprächsrunden

Gesprächsrunde 1

Gesundheits- und Pflegereformen – Unsere Zukunft gestalten im Zeichen der wachsenden Herausforderungen

Kirsten Kappert-Gonther, MdB (Bündnis 90/Die Grünen), Dirk Heidenblut, MdB (SPD), Kathrin Vogler, MdB (Die Linke), Andreas Fellgiebel (DGGPP), Waltraud Rinke (DepressionsLiga), Sandra Postel (Pflegekammer NRW)
Gesprächsleitung: Peter Brieger

112

Gesprächsrunde 2

Perspektive 2030: Unsere Zukunft gestalten in Krisenzeiten und der (demographischen) Zeitenwende

Einführung

Hans Gutzmann

130

Statements:

Perspektive Bundesregierung

Stefan Schwartze

132

Perspektive Betroffene (Deutsche Alzheimergesellschaft)

Saskia Weiss

135

Perspektive Forschung (AGP Sozialforschung)

Thomas Klie

137

Perspektive Politik (Bundesministerium für Gesundheit Abteilung Pflege)

Martin Schölkopf

142

Perspektive Politik auf Landesebene (Ländervertretung)

Thomas Götz

146

Perspektive Versorgung (DGGPP)

Michael Rapp

151

Perspektive Sozialversicherung (GKV-Spitzenverband)

Antje Schwinger

152

Parallelsymposien

I Flexibilisierung von Krankenhausbehandlung

Aufsuchende Behandlung in Leipzig

Katharina Stengler, Thomas Herzog

154

Möglichkeiten der Institutsambulanzen

Volker Dahling

157

II Koordinierte Versorgung im ambulanten Sektor

Integrierte Hilfen im häuslichen Umfeld

Katrin Krah

162

Ambulante Komplexbehandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (KSV-Psych-Richtlinie) – Möglichkeiten und Grenzen

Andrea Benecke

165

Einzelfallbezogene Koordination und Pflegeberatung bei komplexem Hilfebedarf

Sonja Metz

169

III Selbsthilfe von Betroffenen und Angehörigen stärken

Alzheimer Gesellschaft

Saskia Weiß

171

Selbsthilfe bei psychischen Erkrankungen älterer Menschen über die Demenz hinaus

Waltraud Rinke

174

Sicherung der Infrastruktur

Rüdiger Hannig

176

IV Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Altenhilfe – Inklusion mitdenken

Die Gerontopsychiatrischen Dienste in München

Ein erfolgreiches Konzept

Eva Maria Kayser 179

Stationäre Altenhilfe und Sozialraumorientierung: Chancen und Grenzen der Weiterentwicklung in der Langzeitpflege

Hermann Brandenburg¹ 182

Vernetzung (Gerontopsychiatrisches Netzwerk)

Thomas Seyde 188

V Schnittstelle Somatik

Bedeutung der Hausärztinnen und -ärzte

Andreas Fellgiebel 193

Geriatric und Gerontopsychiatrie – Hand in Hand? Ein Beitrag zur interdisziplinären Zusammenarbeit in der Altersmedizin

Bernd Meißnest 199

Menschen mit Demenz in der Notaufnahme

Vjera Holthoff-Detto, Hans Gutzmann 206

Delir-Management und Demenzbehandlung in der Somatik

Christine Thomas 209

VI Ältere Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in der Eingliederungshilfe – Anspruch und Realität

Assistenzleistungen und Tagesstätten – Erfahrungen aus dem Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) Kreis Viersen

Stefan Corda-Zitzen 220

Ältere psychisch kranke Menschen in der Eingliederungshilfe

Marion Locher 224

Schnittstelle Eingliederungshilfe und Pflege	
<i>Tom Kaiser</i>	230
VII Personalbemessung, Fachkräftegewinnung und Versorgung	
PPP-RL und Weiterentwicklung der Psych-PV	
<i>Anna Richert</i>	235
KSVPsych-RL für Demenzen – was ist sinnvoll und warum?	
<i>Michael Krebs</i>	240
Personalbemessung und -entwicklung in der stationären Altenpflege Neue Rollen, Strukturen und Chancen durch Pflegeprozessmanagement 2.0	
<i>Detlef Friedrich</i>	245
VIII Reha vor (bei) Pflege – Sicherstellung von medizinischer Rehabilitation	
Sektorenübergreifende geriatrisch-gerontopsychiatrische Rehabilitation in Pflegeheimen: SGB Reha	
<i>Andreas Häusler</i>	251
Erfahrungen der Mobilien geriatrischen Rehabilitation (MoGeRe) bei der rehabilitativen Versorgung von Menschen mit Demenz	
<i>Martin Warnach</i>	259
Alzheimer Therapiezentrum Bad Aibling – 25 Jahre gemeinsame Rehabilitation für Menschen mit Demenz und betreuender Person	
<i>Friedemann Müller</i>	266
IX Bedeutung von Pflege nach dem SGB XI und bürgerschaftlichem Engagement	
Reformen in der Pflegeversicherung (SGB XI) – ein Überblick	
<i>Christian Berringer</i>	271

Hilfemix – Bedeutung von Pflege-Selbsthilfe und Nachbarschaftsinitiativen am Beispiel der Berliner Kontaktstellen PflegeEngagement	
<i>Tatjana Sticker</i>	278
Perspektiven der Pflege und Teilhabesicherung für Menschen mit Demenz	
<i>Thomas Klie</i>	285
X Netzwerkarbeit und Schnittstellen – Sicherstellung der Hilfen	
Verantwortung für die Gestaltung der Übergänge (Projekt Bridge)	
<i>Alexandra Wuttke</i>	299
Demenznetzwerke in Deutschland: Herausforderungen und Perspektiven	
<i>Hannah Scheibner</i>	301
Gerontopsychiatrie und Gemeindepsychiatrische Verbünde Netzwerkarbeit und Schnittstellen – Sicherstellung der Hilfen an Beispielen aus Viersen und Mönchengladbach	
<i>Dieter Schax</i>	306
XI Vermeidung von Zwang und Gewalt	
Erfahrungen mit dem Werdenfelser Weg«	
<i>Simone Heimkreiter</i>	311
Zwangsvermeidung im ambulanten und stationären Kontext – Spezifika bei älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen	
<i>Petra Rossmanith</i>	314
Gesetzliche Reformbedarfe im Betreuungsrecht	
<i>Dagmar Brosey</i>	320

XII Prävention bei psychischen Erkrankungen älterer Menschen	
Einleitung	
<i>Klaus Obert</i>	327
Prävention bei Angehörigen (Instrument FARBE)	
<i>Katharina Geschke</i>	329
B Selbsthilfetag – »Wege zur Lebensqualität aus der Selbsthilfe«	
Begrüßung	
<i>Franz-Josef Wagner, Ulrich Krüger</i>	334
Gesprächsrunde – Arbeit, Wohnen, Selbstbestimmung und Sinnfindung Teil 1	
AG 1 Arbeit	
Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Arbeitsleben – Herausforderungen und Lösungsansätze	
<i>Rainer Schaff</i>	345
AG 2 Wohnen	
Ambulantes Wohnen (künftig: Wohnen mit Assistenz) für Menschen mit seelischer Behinderung: Perspektiven und Impulse aus Oberbayern	
<i>Selma März</i>	347
AG 3 Selbstbestimmung und Sinnfindung	
Selbstbestimmung und Sinnfindung zur Selbsthilfe	
<i>Nadja Stehlin</i>	355
Gesprächsrunde (Fortsetzung)	359
Wege zur Lebensqualität aus der Selbsthilfe	
<i>Rolf Schmachtenberg</i>	365
Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	371
Veröffentlichungen und Informationstagungen der APK	378

A Unsere Zukunft gestalten – Hilfen für psychisch erkrankte ältere Menschen

Begrüßung und Einführung

Kirsten Kappert-Gonther

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleg*innen, liebe Freund*innen, als Vorsitzende der Aktion Psychisch Kranke (APK) begrüße ich Sie – auch im Namen des gesamten Vorstands – sehr herzlich zu unserer diesjährigen APK-Jahrestagung! Es erfüllt mich mit großer Freude und ja, es ist mir auch eine Ehre, Vorsitzende dieses großartigen, wichtigen Vereins zu sein. Mit dazu beitragen zu dürfen, dass Menschen eine Stimme bekommen, die sonst zu oft ungehört bleiben, die schwer und chronisch psychisch Kranken! Zugleich bin ich die amtierende Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit im Deutschen Bundestag, vertrete das schöne Bundesland Bremen im Bundestag für Bündnis 90/Die Grünen und freue mich sehr, Sie und Euch alle bei unserer diesjährigen APK-Jahrestagung begrüßen zu dürfen. Hier sind viele unterschiedliche Menschen versammelt, viele Menschen mit großer Expertise in vielen, vielen Facetten der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung – ob aus eigener Erfahrung, als Angehörige oder sogenannte Profis. Darunter viele Menschen, die ich teilweise schon seit 30 Jahren aus meiner psychiatrischen sozialpsychiatrischen Arbeit kenne und auch Menschen, mit denen ich seit vielen Jahren im Vorstand verbunden bin. Ihnen und euch allen: ein herzliches Willkommen! Ein besonders herzliches Willkommen auch an alle Menschen, die vielleicht das allererste Mal auf einer Tagung der APK sind. Ich freue mich sehr, wir freuen uns sehr, dass wir unsere unterschiedlichen Blickwinkel, die wir in den nächsten Tagen hier zusammenführen werden, nutzen können, um neue Erkenntnisse zu erlangen, und auch vielleicht noch mal unsere Haltung und unsere Konzepte zu schärfen, um die Hilfen für psychisch erkrankte ältere Menschen zu verbessern.

Wenn wir uns den Titel unserer heutigen Tagung mal so ganz persönlich anschauen, was spüren wir dann? Der Titel heißt »Unsere Zukunft gestalten – Hilfen für psychisch erkrankte, ältere Menschen«. Vielleicht geht es Ihnen wie mir. Vielleicht denken wir an Menschen in unserer direkten Umgebung, an unsere Eltern, für die jüngeren die Großeltern, vielleicht Partner*innen oder Nachbar*innen. Oder wir denken daran, wie es uns vielleicht mal gehen wird, wenn wir hoffentlich älter und alt werden und vermutlich auch zumindest phasenweise in unserem Leben Hilfebedarf entwickeln. Und vielleicht überlegen wir, was heißt es eigentlich für uns, dass wir in einer Zeit leben, in der aktuell in Deutschland jede dritte Person im Laufe eines Jahres psychisch so unter Druck gerät, dass sie hilfebedürftig wird? Kann uns das treffen?

Natürlich. Wenn wir uns umgucken: Links und Rechts – das sind schon drei. Sehr wahrscheinlich, dass auch wir und Menschen, mit denen wir verbunden sind, Krisen erleben oder erleben werden und in unseren Nachbarschaften oder auch professionell Hilfen benötigen werden. So geht es also bei dieser Tagung um unser aller Zukunft. Und es geht gleichzeitig ums Jetzt. Wie sieht die Situation aktuell für ältere Menschen mit psychiatrischem Hilfebedarf aus?

Ich möchte ein paar Gedanken dazu mit Ihnen teilen. Professor Michael Rapp, mein hoch geschätzter Vorstandskollege, der auch den Impuls für den diesjährigen Tagungsschwerpunkt gegeben hat, wird gleich noch mal ausführlicher auf die Themen Hilfebedarf und Hilfesystem eingehen.

Ich möchte nun versuchen einen Bogen zu spannen, was dieses Thema für uns als Gesellschaft, für uns politisch, aber auch für uns im Hilfesystem bedeutet. Ich finde es wichtig zuvörderst anzuerkennen, welche Ressource ältere Menschen für uns als Gesellschaft darstellen. Wir wissen, dass Teams, in denen altersgerechtes Arbeiten möglich ist, besser sind als Teams, in denen lediglich Menschen einer Lebensphase zusammenarbeiten. Durch heterogene Teams kommt es zu einer Mischung aus viel Erfahrung und neuen, frischen Ideen. Erfahrung, Resilienz, Durchhaltevermögen, alles große Ressourcen, die ältere Menschen uns als Gesellschaft anzubieten haben.

Als Gesellschaft zusammenzustehen, mit all unserer Unterschiedlichkeit, mit unterschiedlichen Bedürfnissen und die nicht am Rande zu vergessen, die mehr Hilfe brauchen als andere, das ist nochmals wichtiger geworden!

Vielleicht geht es Ihnen wie mir. Ich habe große Sorgen, was die aktuelle Lage unserer Demokratie angeht. Ich mache mir große Sorgen, was morgen in den USA passieren wird. Die Umfragewerte sind irritierend eng. Man kann es sich kaum vorstellen, dass diese Wahl eine Wahl ist, die wirklich eng ausgeht. Und wir wissen noch nicht, welche Auswirkungen der Ausgang der US-Wahl für uns in Deutschland haben wird. Wovon wir ausgehen müssen ist, dass falls Trump die Wahl gewinnen sollte, dies eine enorme Belastung für unsere Demokratie bedeuten würde, eine Bedrohung unserer freiheitlichen Weltordnung mit der Gefahr weiterer Kriege. Schon jetzt ist unsere demokratische Ordnung stark unter Druck und es ist eine große Aufgabe die erstarkenden rechtsextremen Kräfte wieder zu reduzieren. Viele in unserem Land haben Angst vor einer drohenden Faschisierung. Für manche ist die Angst konkreter als für andere, aber klar ist, eine Faschisierung würde allen schaden! Das ist eine enorme Belastung.

Und da habe ich in Bezug auf die ältere Generation an die »Omas gegen rechts« gedacht. Nicht nur, weil meine eigene Mutter auch eine Oma gegen Rechts

ist – und ich eigentlich auch. Jede Oma gegen rechts leistet einen Beitrag dafür, unsere Demokratie zu schützen.

In der Hospizhilfe arbeiten viele ältere Menschen. Was für eine Ressource! Und das Interessante ist, dass wir alle ja nicht nur hilfebedürftig sind zu bestimmten Zeiten unseres Lebens, sondern eben auch helfensbedürftig. Mein – und für viele andere hier auch – akademischer Lehrer Klaus Dörner hat diesen Begriff der Helfensbedürftigkeit geprägt und damit festgestellt, dass zur menschlichen Existenz auch der notwendige Wunsch dazu gehört für andere da zu sein, anderen von Mensch zu Mensch in der Not zur Seite zu stehen und dass das eben mehr ist als eine moralische Verpflichtung, es ist eine Grundnotwendigkeit für uns selbst hilfreich zu sein.

Da kommt der Minister. Herzlich Willkommen, Herr Minister Karl Lauterbach. Moin lieber Karl, wir freuen uns sehr, dass du hier bist. Das ist ja schon das wiederholte Mal, dass Du als Gesundheitsminister zur Tagung der Aktion psychisch Kranke kommst. Wir freuen uns, dass Du Dir die Zeit nimmst in diesen ja nun wahrlich angespannten Zeiten, nicht nur gesundheitspolitisch. Wir wissen ja kaum noch, wo uns der Kopf steht mit den ganzen Verhandlungen. Es wird aber gut. Auch wenn insgesamt viele, viele Fragen, auch innerhalb der Regierung zu klären sind. Ich denke, ich kann für uns alle sprechen, dass wir Deine Anwesenheit als wirklich ganz große Wertschätzung für das Thema empfinden. Wie geht es mit der psychiatrischen, psychosozialen, psychotherapeutischen Versorgung weiter? Wie geht es mit der seelischen Gesundheit in unserem Land weiter?

Wir waren gerade gedanklich an dem Punkt, wo wir darüber nachgedacht haben, dass wir alle ja etwas zu bieten haben und alle auch Hilfe brauchen, also sowohl Hilfe benötigen als auch des Helfens bedürftig sind. Und wenn wir nun unsere Gesellschaft so einrichten, dass beides zur passenden Zeit möglich ist, dann denke ich, machen wir vieles richtig. Dadurch nutzen wir die gesellschaftlichen Ressourcen, die wir haben.

Und wenn wir jetzt einen Blick auf die Menschen richten, die tatsächlich mit einer psychischen Erkrankung hilfebedürftig und pflegebedürftig werden – wie geht es denen? Leider nicht überall gut. Aus verschiedenen Gründen. Menschen, die älter sind und Menschen, die psychisch krank sind, vereinen zwei Merkmale auf sich, die leicht zu Ausgrenzung führen.

In Zeiten, wo die Demokratie so dermaßen unter Druck ist, wie aktuell, drohen Menschen, die sowieso schon aus dem Blick geraten, weiter an den Rand gedrängt zu werden. Und es ist auch unsere Aufgabe, nicht nur unsere politische und gesellschaftliche, sondern auch unsere Aufgabe als APK, darauf hinzuweisen

und dem entgegenzutreten, mit aller Kraft. Wir müssen das Stigma reduzieren. Wir müssen dafür sorgen, dass alle Menschen individuell die passgenauen Hilfen erhalten, die sie benötigen. Das kann man nicht allein schaffen. Das müssen wir gemeinsam sortieren, organisieren und kommunizieren. Und das ist die zentrale Frage unserer dreitägigen Tagung, die jetzt vor uns liegt, wie geht das?

Aus meiner Sicht wurde das Thema ältere Menschen und alte psychisch erkrankte Menschen lange ignoriert und politisch nicht angemessen aufgegriffen. Es ist Zeit, das zu ändern. Wenn es uns gelingt, das Globalbudget flächendeckend zu ermöglichen, sinnvollerweise außerhalb von Modellprojekten. Wenn es uns gelingt, die psychiatrischen Institutsambulanzen zu stärken, dann wird sich das auch günstig auf alte, psychisch kranke Menschen auswirken. Dadurch wird die Flexibilisierung der Hilfen aus dem psychiatrischen Krankenhaus gefördert und die Verschränkung mit dem regionalen Hilfesystem weiter ermöglicht. Das wird aber nicht alles lösen. Es setzt voraus, dass die Kompetenzen im regionalen Hilfesystem vorhanden sind. Im psychosozialen und psychiatrischen Bereich geht es immer um regionale Versorgungszusammenhänge. Vielleicht bei den alten, psychisch Kranken ganz besonders. Und auch da ist noch viel zu tun. Ich denke wir tun gut daran, die nächsten Tage auch dafür zu nutzen, unsere Konzepte für die Hilfen noch mal neu zu justieren. Keiner von Ihnen hat sich ausschließlich darum auf den Weg hierher gemacht und sich ein, zwei oder drei Tage Zeit für dieses Thema genommen, nur weil es schön ist, sich gegenseitig zu treffen. Das ist es auch, es ist ja immer wie so eine Art Klassentreffen bei den APK-Tagungen. Sondern Sie haben sich die Zeit genommen, weil das Thema so wichtig ist! Danke dafür. Ich kann sagen, dass wir auch in der Politik sehr dankbar sind für die Impulse, die von dieser Tagung ausgehen werden.

Parallel zu einer Verbesserung des Hilfesystems benötigen wir mehr Fokus auf Prävention und Gesundheitsförderung, damit wir alle möglichst lange gesund bleiben oder werden können. Und zwar unabhängig von Geschlecht und Geldbeutel. Sie alle wissen, dass das Risiko, psychisch krank zu werden, auch verknüpft ist mit sozialen Notlagen. Gerade für alte psychisch Kranke droht Armut. Und Armut macht krank. Das ist ein Teufelskreis. Es ist beschämend, gerade in unserem reichen Land, denn psychisch erkrankte Menschen, insbesondere ältere, sterben signifikant früher. Ungefähr zehn Jahre eher als nicht psychisch erkrankte Menschen. Ein erschütternder Befund, ein Befund der uns zur Veränderung mahnt.

Wir wissen, dass Frauen zwar länger leben, dafür aber im Schnitt länger in schlechter Gesundheit leben. Das gilt auch, so legen es die RKI-Daten nahe für

die psychische Gesundheit. Auch ein Thema, über das wir miteinander nachdenken sollten. Es muss also auch um gesundheitsfördernde Lebenswelten gehen – Stichwort »Mental Health in all Policies«. Das heißt nicht weniger als: Wir wollen unsere Welt so bauen, dass es möglich wird, für viele Menschen seelisch gesund zu bleiben und zu werden. Auch hier ist die Klimakrise ein besonders großer Risikofaktor insbesondere für ältere Menschen. Die Klimakrise gefährdet die Gesundheit, körperlich und seelisch.

Was also tun? Wir brauchen einerseits natürlich die Verschränkung von sozialgesetzbuchübergreifenden Hilfen und niedrigschwellige Anlaufstellen. Wir brauchen aber auch ganz konkret Orte der Begegnung in unseren Dörfern, in unseren Städten, in unseren Kommunen: Orte wo auch unwahrscheinliche Begegnungen wahrscheinlicher werden. Kurze Wege, einen Bäcker um die Ecke, sichere Fußwege, damit Menschen, die nicht mehr so sicher auf den Beinen sind, sich überhaupt nach draußen trauen. Einsamkeit erhöht das Risiko einer seelischen Erkrankung. Viele Menschen sind einsam, gerade auch im Alter. Begegnung fördert die seelische Gesundheit. Der Ausbau des dritten Sozialraum ist hier wichtig!

Ja, es braucht mehr professionelle Hilfen, Angehörige dürfen mit der Pflege und Fürsorge nicht alleine gelassen werden. Gleichzeitig werden wir aber die wachsenden Anforderungen nicht im professionellen Sektor allein lösen können. Auch hier stellt sich die Frage, wie sich Professionalität und Hilfen von Bürger*innen untereinander gut miteinander verknüpfen lassen. Wie bauen wir unseren dritten Sozialraum so aus, dass Menschen auch im Alter und auch mit psychischer Beeinträchtigung Begegnungsmöglichkeiten finden und sich gegenseitig unterstützen können? Wie schaffen wir es, unsere Städte so zu bauen, dass sie für Menschen lebenswert sind? Dass man Straßen sicher überqueren kann? Dass sich die Menschen, die noch wackelige kleine Beine haben, weil die nämlich gerade erst laufen gelernt haben und die, die wieder wackelige Beine haben und am Rollator gehen, gleichermaßen sicher im öffentlichen Raum bewegen können? Wie sichern wir die Bäckerei, einen Ort in der Nähe, wo ich einkaufen kann, wo auch unwahrscheinliche Begegnungen wahrscheinlicher werden?

Führen wir uns mal vor Augen, wie viel Erfahrung unsere Gesellschaft mit Pflege hat. 50 % der Menschen haben Pflegekompetenz. Das sind längst nicht alles Profis. Das ist doch enorm. Was für eine Ressource. Aber was machen wir politisch? Wir lassen pflegende Angehörige im Wesentlichen zu oft und zu häufig alleine. Auch etwas, das sich ändern muss. Auch hier sollten wir schauen, wie eine Verschränkung von Professionalität und nachbarschaftlicher, familiärer Hilfe im drittem Sozialraum organisiert werden kann. In Bremen baut die Bremer Heim-

stiftung beispielsweise ihre Seniorenwohnungen und Wohnheime ganz bewusst zusammen mit Kitas. Alte Menschen lesen Kindern vor. Kinder bringen all ihre Freundlichkeit mit in das Leben der alten Menschen.

Wir sprachen ja schon darüber, wie sehr unsere Demokratie unter Druck ist, dass wir das Pflegeproblem der Zukunft noch nicht gelöst haben, insbesondere nicht gelöst haben für psychisch kranke, ältere, hilfebedürftige Menschen. Es ist ein gefährlicher gesellschaftlicher Trend, wenn wir dem tödlichen Mitleid zu viel Raum geben. Wenn gesellschaftliche und individuelle Ohnmachtserfahrungen dazu führen, dass wir Situationen des Leids womöglich nicht mit mehr Hilfen, sondern mit einem leichteren Zugang zum assistierten Suizid begegnen, dann ist das höchst problematisch. Es droht, dass wir in eine gesellschaftliche Schiefelage geraten. Deshalb ist eine gesetzliche Regelung zu einem etablierten Schutzkonzept für solche Menschen, die assistierten Suizid in Anspruch nehmen möchten, notwendig. Derzeit ist der assistierte Suizid in Deutschland nach dem Bundesverfassungsgerichtsurteil einfach zugänglich und ungeregt. Ich meine, wir brauchen dafür eine vernünftige gesetzliche Regelung, die sicherstellt, dass die Menschen auch die Hilfe bekommen, die sie benötigen und nicht etwa aus einer Drucksituation heraus den Weg Richtung assistierten Suizid gehen. Und parallel brauchen wir ein Suizidpräventionsgesetz, nicht nur, aber auch weil gerade alte Menschen häufig Suizid begehen. Herr Minister, wir brauchen schnell ein gutes Suizidpräventionsgesetz!

Eine Gesellschaft, in der es normal wird anzunehmen, dass Hilfebedürftigkeit fast automatisch mit Würdeverlust einhergeht, die besorgt mich. Das Gegenteil muss doch unser Ziel sein: Menschen, die Hilfe anzubieten, die sie brauchen, mal einen Tag, mal eine Woche, vielleicht für den Rest des Lebens, so dass ein Leben in Würde mit oder ohne Hilfen möglich wird.

Ich bin davon überzeugt, dass wir gemeinsam gute Ideen haben und entwickeln, um die Situation für psychisch erkrankte ältere Menschen besser zu machen. Dass wir auf unserer Tagung genau dort hinschauen werden, wo wir hinschauen müssen. Augen zu und durch war noch nie eine gute Idee, sondern Augen auf, hinschauen, wo Verbesserungsbedarf ist. Daraus entwickeln wir unser Handeln weiter. Dann können wir sagen: Wenn eine Person älter wird schaut die Gemeinschaft, was diese Person braucht, um gut versorgt zu sein und das nicht paternalistisch, nicht bevormundend, sondern stärkend und empowernd. Jeder Mensch ist hilfebedürftig und jeder Mensch trägt etwas bei – in jedem Alter.

Ich danke, dass Sie mir zugehört haben, und freue mich jetzt auf drei wichtige gute Tage der Diskussion. Vielen Dank!

Und jetzt freue ich mich sehr, den Gesundheitsminister Professor Karl Lauterbach ankündigen zu dürfen. Wie geht es weiter mit der Pflege, mit der Versorgung älterer Menschen, mit psychisch kranken Menschen? Lieber Herr Minister, lieber Karl, Sie haben das Wort.

Seelische Gesundheit und Pflege von älteren Menschen – Reformperspektiven

Karl Lauterbach

Sehr geehrte Frau Kappert-Gonther, liebe Kirsten,

ich darf mich zunächst einmal für die Möglichkeit ganz herzlich bedanken. Das sind heute schwierige Stunden, in denen wir Regierungsarbeit zu leisten haben. Trotzdem freue ich mich, dass wir die Gelegenheit haben, heute miteinander zu reden. Es ist eine wichtige Tagung, die Sie hier veranstalten. Psychische Erkrankungen in unserer Gesellschaft sind weitverbreitet. Aber dass man den Schwerpunkt legt auch einmal auf ältere und pflegebedürftige Menschen, ist besonders wichtig. Das sind Gruppen, die doppelt ausgegrenzt sind. Derjenige, der alt ist, wird in unserer Gesellschaft oft übersehen, wenn man so will, ist er nicht mehr produktiv, wird abgeschrieben, wird als eine Belastung für die sozialen Sicherungssysteme wahrgenommen und nicht mehr als Mensch, sehr häufig. Er wird somit ausgegrenzt und wenn er dann auch noch eine psychische Erkrankung hat, dann ist er doppelt ausgegrenzt und wird nicht mehr als das gesehen, was er einmal war. Er ist also quasi herausgetreten aus einer Gesellschaft, in der er vormalig ein sogenannter Leistungsträger gewesen ist. Und das ist eine Stigmatisierung, die ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen spüren.

Ich werde gleich darauf zu sprechen kommen, wie weitverbreitet das ist. Wir wissen auch, dass es zu wenig Wissen bei den Fachleuten gibt, zu erkennen, wie diese Mechanismen funktionieren. Ein wichtiger Mechanismus, der oft übersehen wird, der aber von großer Bedeutung ist, ist das ältere Menschen oft depressiv sind und das diese Depression häufig Ausdruck einer Vorstufe einer beginnenden Demenz ist.

Tatsächlich sagen dies Studien sehr deutlich. In der letzten Woche kam eine wichtige Studie im Journal of the American Medical Association heraus, es ist eine von vielen, hat das aber noch mal sehr eindrücklich gezeigt, dass es oft ein Prodromalstadium einer beginnenden Demenz ist und dass die spät beginnende Depression sehr häufig in eine Demenz übergeht und das kognitive Einschränkungen – parallel zur Entwicklung der Demenz – gehen. Man weiß, dass frühe Depressionen auch ein Risikofaktor sind, aber kein sehr bedeutsamer Risikofaktor für spätere Demenz. Aber dass die spät auftretende Depression ein sehr starker Risikofaktor ist und sehr häufig das erste Anzeichen einer beginnenden Demenz ist, und das wird also in der Schulmedizin viel zu wenig beachtet, viel zu wenig gesehen. Es wird auch zu wenig behandelt.

Es gibt auch ganz wenige Studien zu der Frage, ob die Behandlung der Demenz, also als Vorstufe, hier dargestellt durch eine Depression, verlangsamt werden könnte, wenn man die Depression behandelt und wie diese Behandlung stattfinden kann. Es gibt ein paar Studien dazu, aber viel zu wenige. Wir haben hier einfach ein sehr großes Problem, was wir bisher angegangen sind in der Pflegeversicherung. Dort haben wir tatsächlich kognitive Einschränkungen, auch demenzielle Veränderungen, aber auch psychische Veränderungen, die haben wir aufgenommen, um Pflegegrade zu vergeben. Das ist eine deutliche Verbesserung gewesen, das System der Einführung der Pflegegrade, das werden wir jetzt auch noch einmal überarbeiten. Dazu komme ich später. In der schulmedizinischen Versorgung sind diese Themen bisher nach wie vor nicht vermittelt.

Ich bin in Kontakt mit vielen Medizinstudierenden und mit jungen Menschen, die eine Weiterbildung in der Psychotherapie machen, die sich diesen Problemen beruflich widmen, und ich kann daher sagen, dass es in der Ausbildung, sowohl im Medizinstudium wie aber auch im Psychologiestudium, bisher ein unterbelichteter Bereich ist. Das spielt in beiden Ausbildungen nicht die Rolle, die es spielen müsste. Das ist ein Hinweis, den ich gerne anlässlich Ihrer Tagung hier auch hinterlegen möchte, denn diese Aufmerksamkeit schon in der Ausbildung für dieses Problem ist von großer Bedeutung.

Wir haben es hier mit einem Teufelskreis zu tun, wo wir, wenn man so will, leider schlechter sind als viele andere europäische Länder. Das beginnt schon damit, dass wir eine besonders insuffiziente Versorgung von Krankheiten haben, die tatsächlich im Alter dann die Wahrscheinlichkeit entwickelt, dass es zu diesem Teufelskreis kommt, Kognitionsverlust demenziell, die dem Vorlaufen. Es sind tatsächlich häufig Krankheiten, die damit gar nichts zu tun haben. Das ist zum Beispiel der Bluthochdruck oder das Vorhofflimmern oder der Diabetes, Stoffwechsellege, oder der Verlust der Endothelfunktion. Das sind alles wichtige Risikofaktoren für die spätere Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit. Das sind wichtige Risikofaktoren – auch für eine spätere Demenz, auch vom Alzheimer Typ. Aber es sind wichtige Risikofaktoren dafür, dass man erst einmal diesen ersten Schritt geht in Richtung einer Veränderung seiner Stimmungslage Depression. Denn die kognitive Einschränkung, die ist im Prinzip bei Menschen, wo der Bluthochdruck nicht ausreichend behandelt ist, wo es eine erhöhte Stoffwechsellege gibt, wo es also ein Prädiabetes gibt, was also ubiquitär ist in der Altersgruppe der 40 bis 60-Jährigen. Eine kognitive Einschränkung ist im Prinzip vorprogrammiert, wenn diese Risikofaktoren 20 Jahre unterbehandelt oder nicht behandelt vorgelegen haben. Und das ist dann auch der Boden, auf dem

dann eine Depression entstehen kann. Und wenn man erst einmal dann in dieser Kombination unterwegs ist: Depressive Verstimmung, kognitive Einschränkung, dann kommen oft andere Stressfaktoren dazu, die das Ganze befeuern. Dazu zählt zum Beispiel sozioökonomischer Stress. Dazu zählt tatsächlich Einsamkeit. Dazu zählt der Übergang in das Rentenalter, Funktionsverlust. All diese psychischen Stressfaktoren beschleunigen dann noch einmal den Prozess der Entwicklung der depressiven Verstimmungen, aber auch der kognitiven Einschränkungen. Diese Mechanismen hat man mittlerweile sehr gut auch untersucht. Man kann die Risikofaktoren mittlerweile relativ gut beschreiben. Es verändert sich der Cortisol Haushalt, das Zytokin, also das Zytokin Profil verändert sich in Richtung einer chronischen inflammatorischen Stoffwechsellaage im Gehirn, eben selbst der Insulinstoffwechsel im Gehirn verschlechtert sich, in den Zellen sehr deutlich. Das ist auch der Grund, weshalb die GLP₁-Agonisten dort also eine Rolle zu spielen scheinen. Der BDNF-Wert sinkt typischerweise deutlich ab. In der Stoffwechsellaage können wir sehen, wie es einfach sich alles in Richtung Süden dreht für den Patienten und die Patientin. Und in diesem Teufelskreis einmal unterwegs, lassen wir die Patientinnen und Patienten sehr häufig allein. Die entsprechende Diagnostik findet nicht statt, die Hilfe ist nicht da. Wir haben dann eine Situation, wo der Patient oder die Patientin im Prinzip in dieser Schleife immer weiter Runden dreht und die Dinge dann zum Schluss sich so entwickeln, wie gerade von der Kollegin ausgeführt wurde. Diese Menschen sterben dann 10 bis 15 Jahre früher. Das ist die Situation. Es sind sehr häufig ärmere Menschen, muss man sagen. Lebenserwartung in Deutschland ist niedriger als in allen westeuropäischen Ländern. Und der Hintergrund ist, dass bei uns der Unterschied in der Lebenserwartung zwischen Reich und Arm so groß ist. Frauen aus der ärmeren Mittelschicht sterben sechs Jahre früher als die der oberen Mittelschicht. Bei Männern ist der Unterschied acht Jahre. Und daher haben wir eine Lebenserwartung, die niedriger ist als in allen westeuropäischen Ländern, niedriger als in Spanien, Italien, Frankreich, Niederlande, Belgien, Schweden, Finnland, Österreich und in der Schweiz. In all diesen Ländern ist die Lebenserwartung höher als bei uns, weil wir bei den ärmeren Menschen so viele Lebensjahre verlieren. Und es ist oft diese Endstrecke, die ich gerade beschrieben habe, das Zusammenwirken psychischer Beeinträchtigungen, sehr häufig dann auch übrigens von einer Altersdepression begleitet. Man geht davon aus, dass das bei 30 % der Menschen über 70 der Fall ist, dass man quasi in diesen, also in diesen Kreislauf hineingeht. Und da müssen wir ansetzen. Daher ist diese Tagung, die Sie jetzt machen, von großer Bedeutung.

Ich kann Ihnen sagen, dass wir daher Ihre Tagung sehr genau beobachten und wahrnehmen. Das System, was wir derzeit dagegen laufen haben, reicht einfach nicht aus. Ich habe am Wochenende mit einem Kollegen gesprochen, ein Studienfreund, der arbeitet als Psychiater in einer benachteiligten Gegend. Und er kämpft dort, aber die Hände sind gebunden. Dort gibt es eine Unterversorgung. Und die Patientinnen und Patienten, die er dann sieht, oft in der Krise, oft mit Migrationshintergrund, oft mit multiplen Störungsbilder. Drogen haben für den einen oder anderen auch schon eine Rolle gespielt, soziale Probleme. Für diese Patienten und Patientinnen ist also eine psychotherapeutische Versorgung einfach nicht darstellbar. Diese Patienten und Patientinnen bekommt er in das System nicht vermittelt. Dass die Bereitschaft nicht da ist, diese Patienten zu versorgen, muss man in der Klarheit sagen. Und daher werden dann halt sehr viele Patienten und Patientinnen in kurzer Zeit versorgt. Aber das ist dann, wenn man so will, eine tägliche Triage. Das ist auch aus der kollegialen Sicht keine einfache Situation, weil man dann mit wenigen Minuten klarkommen muss und dann bleibt oft nur die Therapie durch Arzneimittel. Dann werden Serotonin Antagonisten oder kombinierte Präparate gegeben. Es wird kurz angesprochen. Man versucht dann vielleicht noch eine Gruppentherapie für Gruppen, die man zusammen bekommt, hinzubekommen, aber es ist eigentlich eine defensive Lage. Die systematische Aufarbeitung dieses Teufelskreises, auch dieses sozialen Teufelskreises, die ich gerade beschrieben habe, die ist einfach nicht möglich. Wenn ich nur wenige Minuten habe. Nehme ich mir aber jetzt für den Einzelnen mehr Zeit, dann bleiben die anderen unterversorgt, denn es gibt ja keine weitere Versorgung. Das ist daher auch aus der Perspektive eines solchen Arztes ist das eine schwierige Lage. Es ist eigentlich eine tägliche Triage-Entscheidung, weil es keine andere Anlaufstelle für solche Patientinnen und Patienten gibt. Und daran arbeiten wir halt mit unseren Gesetzen. Dazu komme ich gleich.

Wir schätzen die Arbeit der Aktion psychisch Kranke e.V. (APK) sehr und daher nehmen auch immer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen meines Hauses teil. Ich lasse mir auch persönlich berichten von den Ergebnissen, die sie hier zeitigen. Und ich weiß das sehr zu schätzen, dass es eine überparteiliche und unabhängige Interessensvertretung der Menschen ist. Und ich bin daher der Kollegin Kappert-Gonther sehr dankbar. Wir sind im regelmäßigen Austausch. Das ist eine Verbesserung der Situation von psychisch kranken Menschen. Und wir haben bei unseren Reformen immer auch ihre Expertise, ihr Wort eingeholt und mitberücksichtigt. Das sage ich hier, dass es auch den Teilnehmenden klar ist, was Sie hier besprechen, kommt bei uns an und hat unmittelbare Bedeutung auch für

unsere Gesetzgebung. Sie sind daher auch beteiligt als wichtiger Akteur bei der Nationalen Demenzstrategie, beim Netzwerk Nationale Demenzstrategie, bei den Integrierten Hilfen, Netzwerkarbeit für psychisch kranke alte Menschen INPAM. Da erwarten wir Ihren Abschlussbericht in Kürze mit Spannung und somit ist das, was Sie hier besprechen, für uns bedeutsam.

Ich möchte in diesem Zusammenhang darauf hinweisen, dass unser geschätzter Referatsleiter Thomas Stracke, der sich ja für die Belange psychisch kranker Menschen immer eingesetzt hat und der auch in Ihren Kreisen eine gewisse Anerkennung genossen hat, leider verstorben ist. Und ich würde Sie bitten, dass wir bei dieser Gelegenheit ihm gedenken, ich kann Ihnen versichern, dass er immer ein Botschafter von Ihnen gewesen ist. Er hat immer mit großem Idealismus und großer Sachkenntnis im schwärmenden Ton von Ihren Arbeiten berichtet, und es würde mich freuen, wenn Sie seiner auch eingedenk blieben. Er war für uns eine wichtige Stütze, er hat Ihre Arbeit geschätzt, und das möchte ich bei dieser Gelegenheit ganz klar artikuliert haben.

Was wir weiter zu leisten haben aus meiner Sicht, um hier weiterzukommen, ist eine Entstigmatisierung der psychischen Erkrankungen. Das Thema Stigmatisierung ist ein Schwerpunkt von Ihnen, ein Schwerpunkt von uns und es ist etwas, wenn man wissenschaftsgeschichtlich darauf blickt, tatsächlich von Foucault gut beschrieben wurde, mit dem man nicht in jeder Hinsicht seinen Thesen zum Stand der Philosophie, zur Erkenntnistheorie usw. übereinstimmen muss, aber Foucault hat relativ klar erkannt, dass eigentlich seit der cartesianischen Zeit etwas begonnen hat, was bis heute anhält: Dass man den Menschen mit einer psychischen Erkrankung aus der Gesellschaft in gewisser Weise aussondert. Und dass er gesehen wird als nicht funktionierend. Also wir haben eine künstliche Trennung, die auch von Freud dann sogar noch einmal verstärkt wurde, wenn man so will, was sicherlich nicht seine Absicht gewesen ist. Aber wir haben im Prinzip eine Trennung der Menschen, die funktionieren, und der Menschen, die nicht funktionieren, die psychisch krank sind und die wir daher also als bedürftig sehen, ausgrenzen und natürlich dann auch in der Angst, selbst in diesen Kreis mit aufgenommen zu werden, von denen wir uns auch ein Stück weit aus Selbstschutz dann abgrenzen. Und diese Stigmatisierung, die hält bis jetzt an, das ist einfach so und das ist aus meiner Sicht ein großes Problem, weil wir nach wie vor somit mit einer Tabuisierung arbeiten, die die Betroffenen natürlich spüren, gerade wenn es ältere Menschen sind. Der ältere Mensch spürt, dass er im besten Fall unsichtbar ist und im schlechtesten Fall ausgegrenzt wird. Und diese Tabuisierung macht es auch so schwer. Ich sage einmal, das nötige gesundheitspolitische

Momentum aufzubauen, sodass wir systematisch diese Probleme angehen, auch die Risikofaktoren. Daher sind die Hürden für die Inanspruchnahme von Hilfe und Unterstützungsangeboten natürlich auch so hoch. Denn wenn diese Gruppe stigmatisiert ist, dann will man vermeiden, dass man selbst dazugehört, dass man selbst so gesehen wird.

Wir machen eine Menge. Ich beschreibe jetzt nur, woran wir derzeit arbeiten. Ich werbe nicht dafür, sondern ich will es einfach nur beschreiben, so dass Sie auf diesem Hintergrund dann Ihre Diskussion führen wollen. Wir machen zum einen das Suizidpräventionsgesetz. 10.000 Suizide – darüber wird kaum gesprochen. Wir machen wenig für die Vorbeugung. Wenn man überlegt, dass es dreimal so viele Menschen sind, die wir hier verlieren aus dem Straßenverkehr. Und was wir alles ausgeben zu Recht aus meiner Sicht, um Todesfälle im Straßenverkehr zu vermeiden. Was wir uns das Kosten lassen und wie wenig wir tun, einen Suizid vorzubeugen, das muss man erst einmal nebeneinanderstellen. Von daher haben wir diesbezüglich ein Präventionsgesetz. Das wird jetzt auch kommen, gar keine Frage. Im Bundeskanzleramt hängt das nicht fest, sondern tatsächlich hat der Bundeskanzler im Moment sehr viele andere Dinge zu bewältigen, und von daher gibt es keine strittige Diskussion darum. Wir werden bei den Hilfsmitteln, bei den Menschen, die so erkrankt sind, die behindert sind, die Vergabe von Hilfsmitteln durch die sozialpädiatrischen Zentren und auch die Zentren für Erwachsene deutlich beschleunigen. Wir werden die Modellprojekte in den psychiatrischen Kliniken entfristen und weiterführen. Sie sind tatsächlich für uns auch die Blaupause einer Reform in der Vergütung psychiatrischer Kliniken. Wir machen derzeit eine große Krankenhausreform, aber wir haben auch eine Reform in der Psychiatrie vor. Und die Reform in der Psychiatrie wird im Prinzip vorbereitet durch die Modellprojekte. Somit kann ich hier schon ankündigen, dass wir tatsächlich eine Reform vorhaben und auch vorbereiten, die auf der Grundlage der Modellprojekte die psychiatrischen Kliniken deutlich liberalisieren wird, die Vergütung mehr auf die medizinischen Bedarfe ausrichten würde. Das ist etwas, woran ich seit Jahren beteiligt bin, und das wollen wir auf der Grundlage der Modellprojekte machen.

Wir wollen die Kliniken, durch die sektorenübergreifend versorgende Krankenhausreform, für die fachärztliche Versorgung dort öffnen, wo die Regionen nicht gesperrt sind, also für die ambulante Versorgung. Dann kann tatsächlich Neurologie, Psychiatrie aus diesen Kliniken heraus ambulant angeboten werden.

Wir haben eine Weiterentwicklung der Bedarfsrichtlinien vor, bei Kindern eine neue Bedarfsrichtlinie, bei Erwachsenen Sonderbedarfe für diese Menschen,

von denen ich eben zuerst gesprochen habe, die der Kollege von mir einfach nicht in die Versorgung bekommt. Wir brauchen Sonderbedarfe für Menschen, die all diese Risikofaktoren haben. Denn wir haben keine Versorgung für diese. Es gibt auch viele junge Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die diese Bedarfe gerne abdecken würden. Und denen wollen wir Sonderbedarfszulassungen ermöglichen.

Wir fordern bei der Pflege durch Angehörige eine neue Pflegeversorgung, eine sogenannte ambulante Versorgung. Da geht es darum, dass man tatsächlich auch psychisch erkrankte ältere Menschen in Wohngruppen zusammenführen kann, wo sie bis zum Schluss versorgt werden können. Bis in den höchsten Pflegegrad hinein. Das ist etwas, was sich von vielen Pflegekräften gewünscht wird, insbesondere für Menschen, die von Angehörigen gut gepflegt werden können, wo die Angehörigen das aber nicht rund um die Uhr leisten können, so dass man ein integriertes System hat. Das ist in den skandinavischen Ländern sehr erfolgreich. Das führen wir in der Pflegereform ein. Wir wollen im Pflegekompetenzgesetz die Community Health Nurse einführen, insbesondere auch mit Psychiatriekenntnissen. Wir brauchen unbedingt gemeindepsychiatrische Pflegekräfte, die wir tatsächlich in den Quartieren in Arbeit bringen können. Und wir arbeiten an einer großen Pflegereform, wo wir auch die Art und Weise, wie Angehörige unterstützt werden, bei der Pflege verbessern wollen.

Ich komme zum Schluss.

Wir werden viel dafür tun, den Beruf, sich zu kümmern, um ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen, sei es in der Pflege, sei es in der Psychiatrie, sei es in der Neurologie, sei es in der Psychotherapie, attraktiver zu machen. Wir wollen diesen Bereich aufwerten, auch wirtschaftlich, aufwerten. Und wir wollen auch somit den Bedarf besser abdecken. Dazu zählt der gesamte Reigen. Ein Gesetz, was ich hier auch erwähnen möchte, ist ein Gesetz, wo wir diese Risikofaktoren, die ich eben beschrieben habe, die sind eigentlich außerhalb dieses Bereiches, sind aber der wichtigste Risikofaktor, also im Alter tatsächlich diese Einschränkungen kommen, dass wir die Stoffwechselstörungen, die Hypertonie, also die Dyslipidämie, diese Risikofaktoren auch in der mittleren Lebensphase gerade bei ärmeren Menschen entdecken und behandeln. Also wichtige Vorbeugemaßnahmen, dafür haben wir auch ein Gesetz im Laufen.

Wir haben also eine Menge zu tun in der Gesundheitspolitik. Es wird der Ampel erstens die Arbeit nicht ausgehen. Zum Zweiten haben wir aber auch schon viel gemacht. Wir werden bis zum Schluss arbeiten. Ich hoffe, dass wir weitermachen können. Ich kann leider an der wichtigen Tagung, die jetzt hier heute begonnen

hat, nicht teilnehmen, weil wir Regierungsgeschäft haben. Aber ich kann Ihnen versichern, ich lasse mir berichten von meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die heute da sind, aber auch von dir in ganz besonderer Art und Weise.

Ich darf Ihnen ganz herzlich für dieses Engagement, für Ihre Arbeit und Ihre Kompetenz danken und wünsche Ihnen eine erkenntnisreiche Zusammenkunft. Das ist eine wichtige Tagung hier. Vielen Dank und bis zur nächsten Gelegenheit.

Herausforderungen und Perspektiven in der Versorgung psychisch kranker älterer Menschen im Kontext des demografischen Wandels

Michael Rapp

Einleitung

Der demografische Wandel in Deutschland bringt eine erhebliche Alterung der Bevölkerung und eine damit einhergehende Zunahme psychischer Erkrankungen bei älteren Menschen mit sich. Diese Entwicklung stellt das Gesundheitssystem vor neue und komplexe Herausforderungen. Während zunehmend mehr Menschen in ein Alter kommen, in dem das Risiko psychischer und insbesondere demenzieller Erkrankungen deutlich steigt, erfordert die Versorgung dieser Personen innovative Ansätze und eine umfassende Strategie der Gesundheitsplanung. Dieses Kapitel widmet sich der Analyse dieser Herausforderungen und zeigt Perspektiven auf, wie die Versorgungssituation verbessert werden kann.

Historische Entwicklungen und aktuelle Herausforderungen

Rückblickend betrachtet hat sich in den vergangenen Jahrzehnten in der Versorgung psychisch kranker älterer Menschen viel getan, gleichzeitig jedoch bleibt ein erheblicher Handlungsbedarf bestehen. Über 18 Jahre ist es her, dass die »Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK)« eine spezifische Tagung zu diesem Thema initiiert hat und seitdem wurden zahlreiche Modellprojekte ins Leben gerufen. Diese Projekte haben wertvolle Erkenntnisse geliefert, insbesondere im Hinblick auf nichtmedikamentöse Therapien und innovative Versorgungskonzepte. Dennoch befinden wir uns in der paradoxen Situation, dass trotz eines breiten Wissens um effektive Maßnahmen diese nicht flächendeckend zur Anwendung kommen. Ein Grund hierfür kann in der gesellschaftlichen Tabuisierung des Themas Alter und psychische Krankheit liegen, die nach wie vor eine offene Auseinandersetzung und eine breite Implementierung wirksamer Maßnahmen erschwert.

Demografische Prognosen und ihre Implikationen

Mit dem Eintritt der geburtenstarken Jahrgänge in das Rentenalter und darüber hinaus, werden die Herausforderungen für das Gesundheitssystem drastisch zunehmen. Die Bevölkerungsstruktur wird sich erheblich verschieben, was eine

massive Zunahme der Pflege- und Betreuungsbedarfe zur Folge hat. Prognosen zeigen, dass besonders hochaltrige Menschen über 75 Jahre von einer Zunahme demenzieller Erkrankungen betroffen sein werden. Diese demografische Entwicklung ist nicht nur linear, sondern weist in ihrer Dynamik regionale Unterschiede auf. Während einige Regionen wie Ostdeutschland bereits heute durch eine Überalterung der Bevölkerung gekennzeichnet sind, wird sich dieser Trend auch auf andere Regionen ausweiten. Vor diesem Hintergrund ist eine regionale Anpassung der Versorgungsstrukturen unerlässlich.

Präventive Ansätze und veränderbare Risikofaktoren

Eine zentrale Rolle in der Bekämpfung der wachsenden Problematik spielt die Prävention. Studien belegen, dass veränderbare Risikofaktoren wie körperliche Inaktivität, unzureichende Behandlung von Depressionen, kardiovaskuläre Erkrankungen, Rauchen, und eine geringe soziale Teilhabe erheblich zur Entstehung von Demenzerkrankungen beitragen. Eine Verringerung dieser Risikofaktoren um nur 10 bis 20 Prozent könnte die Prävalenz demenzieller Erkrankungen bis 2050 in der Größenordnung von 10-20 Prozent signifikant senken. Solche präventiven Ansätze sind nicht nur aus gesundheitlicher, sondern auch aus ökonomischer Sicht von großer Bedeutung, da sie dazu beitragen könnten, die Versorgungskosten nachhaltig zu senken.

Versorgungslücken in der medizinischen Diagnostik und Therapie

Aktuell besteht eine erhebliche Lücke in der medizinischen Diagnostik und Behandlung von Demenzerkrankungen. Viele Betroffene erhalten keine spezifische Diagnose, was die Anwendung zielgerichteter Therapien stark einschränkt. Besonders besorgniserregend ist, dass reversible Demenzursachen aufgrund fehlender Diagnostik oft nicht erkannt und behandelt werden, was zu vermeidbarem Leid führt. Hinzu kommt, dass vorhandene medikamentöse Therapien wie Cholinesterasehemmer nicht adäquat genutzt werden. Dies gilt in gleichem Maße für nichtmedikamentöse Interventionen wie Ergotherapie, Sporttherapie, Musiktherapie, Psychotherapie und Angehörigenberatung. Eine umfassendere Ausbildung und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten, sowie die bessere Einbindung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und anderen therapeutischen Berufen in die ambulante und stationäre Versorgung könnten eine entscheidende Verbesserung bewirken.

Innovative Modelle und integrative Ansätze

Zukunftsweisende Versorgungsmodelle, wie sie beispielsweise im Best Practice Modell Haus Ruhrgarten entwickelt wurden und im Projekt Rahmen des »SGB REHA« derzeit evaluiert werden, zeigen auf, dass durch die Vernetzung von pflegerischer und therapeutischer Versorgung größere Erfolge erzielt werden können. Diese Modelle beinhalten eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, die nicht nur die Gesundheitsversorgung optimiert, sondern auch die Lebensqualität der Bewohner in Pflegeeinrichtungen verbessert. Dazu gehören auch pharmakotherapeutische Konsile und die Umsetzung nichtmedikamentöser Therapieansätze durch alle Berufsgruppen in der stationären Altenhilfe. Der Erfolg solcher integrativer Ansätze verdeutlicht das Potenzial, das in einer systematischen Umsetzung dieser Konzepte liegt.

Bedeutung von Netzwerken und regionaler Anpassung

Eine nachhaltige Verbesserung der Versorgung kann nur durch die Schaffung und Ausweitung lokaler Netzwerke und die regionale Anpassung der Gesundheitsdienste erreicht werden. In diesem Kontext spielen die kommunalen Strukturen eine entscheidende Rolle. Die Anpassung an spezifische regionale Erfordernisse und die Koordination zwischen verschiedenen Akteuren ist essentiell, um eine umfassende Versorgung sicherzustellen. Dabei sind insbesondere der öffentliche Gesundheitsdienst und Community Mental Health Nurses wertvolle Ressourcen, deren Potenzial es zu nutzen gilt. Es gilt, in den jeweiligen Regionen bestehende Angebote zu sichten und zu vernetzen, um so eine gezieltere Versorgung zu gewährleisten. Was hier in Modellprojekten gezeigt wurde, bedarf jetzt endlich auch einer strukturellen Umsetzung, die beispielsweise durch den öffentlichen Gesundheitsdienst denkbar wäre.

Herausforderungen durch den Klimawandel

Zusätzlich zum demografischen Wandel stellt der Klimawandel eine ernstzunehmende Bedrohung für die Gesundheit älterer Menschen dar, insbesondere für solche mit psychischen Erkrankungen wie Demenz. Die WHO und andere gehen von mehreren Tausend Hitzetoten älteren Menschen jeden Sommer allein in Deutschland aus. Der Anstieg der Temperaturen und die Häufung extremer Wetterereignisse erfordern Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit vulnerabler

Gruppen. Hierzu zählt die Anpassung der Infrastruktur von Pflegeeinrichtungen, um einen adäquaten Hitzeschutz sicherzustellen. Der Klimawandel muss daher bei sämtlichen Planungen und Maßnahmen für die Pflege und Gesundheit älterer Menschen berücksichtigt werden.

Fazit und Ausblick

Die Versorgung psychisch kranker älterer Menschen ist durch den demografischen Wandel und den Klimawandel mit großen Herausforderungen konfrontiert. Durch die Förderung präventiver Maßnahmen, die effiziente Gestaltung von diagnostischen und therapeutischen Prozessen sowie die Implementierung integrativer und adaptiver Versorgungskonzepte können wir diesen Herausforderungen begegnen. Langfristig wird es notwendig sein, auf verschiedenen Ebenen Maßnahmen zu ergreifen, um eine gute Versorgung zu gewährleisten und das Gesundheits- und Pflegesystem nachhaltig zu stärken. Solche Ansätze werden nicht nur dazu beitragen, die individuelle Lebensqualität zu steigern, sondern auch den gesellschaftlichen und ökonomischen Druck auf das Gesundheitssystem zu mildern.

Literatur beim Verfasser

Bei der Übersetzung des gehaltenen Vortrages in Schriftsprache wurde eine künstliche Intelligenz (GPT.4, Open AI 2024, Universität Potsdam) verwendet.

Ambulant vor stationär – Daheim statt Heim? Impulse:

Ansatzpunkte für eine Neugestaltung der gerontopsychiatrischen Versorgung im Rahmen des Modellvorhabens nach §64b SGB V am Pfalzkllinikum

Stefan Frisch, Fabian Fußler

Modellvorhaben am Pfalzkllinikum

Modellvorhaben nach §64b SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung) stellen eine seit 2013 gesetzlich geregelte Möglichkeit dar, innovative Alternativen zur psychiatrischen Regelversorgung zu entwickeln. Auf der Grundlage eines klinikbezogenen globalen Behandlungsbudgets zielen Modellvorhaben auf eine stärker individualisierte, gestufte und vor allem settingübergreifende Versorgung, wobei insbesondere ambulant-aufsuchende Behandlungsformen gestärkt werden sollen. Auch in der achten Stellungnahme der Regierungskommission vom September 2023 wird die Umsetzung von Modellvorhaben nach §64b SGB V und die damit verbundene Stärkung sektorübergreifender Versorgungsformen für die Psychiatrie besonders empfohlen (Bschor et al. 2023). Die aktuelle Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) vom 21.06.2024 sieht ambulant-aufsuchende Angebote für eine gestufte und bedarfsgerechte Behandlung als unerlässlich an, um angemessene Interventionen zu ermöglichen und die bestehenden, knapper werdenden insbesondere personellen Ressourcen flexibel einzusetzen. Aktuell gibt es mehr als 20 Modellvorhaben in Deutschland, die sich jedoch in der konkreten Umsetzung stark unterscheiden können (von Peter et al., 2023).

Das 2020 am Pfalzkllinikum für Psychiatrie und Neurologie AdöR (Anstalt des öffentlichen Rechts) gestartete Modellvorhaben ist eines der bundesweit größten, gemessen an Budget, Versorgungsgebiet sowie Anzahl der zu versorgenden Versicherten. Im Folgenden werden die Rahmenbedingungen dieses Modellvorhabens beschrieben, und es wird dargestellt, wie die Vorgaben und Möglichkeiten des Modells konkret in der Klinik für Gerontopsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Pfalzklinikums umgesetzt worden sind, um die Versorgung psy-

chisch erkrankter älterer Menschen zu verbessern. Im Fokus stand auch hier eine Versorgung »ambulant vor stationär«, insbesondere durch Neuimplementierung einer multiprofessionell-aufsuchenden Zuhause-Behandlung nach Flexible Assertive Community Treatment (FACT) sowie von Clearingprozessen zur schnellen und effektiven Setting Zuweisung. Im Folgenden werden wir die Entwicklungen in den ersten fünf Jahren des Modellvorhabens sowie die durch das Modell ermöglichten Veränderungen und Erfolge im Sinne einer Stärkung ambulanter Behandlungsformen vorstellen. Gleichzeitig werden aber auch die Risiken und Herausforderungen diskutiert, die eine solche Umgestaltung der Versorgung mit sich bringen kann.

Das Pfalzkrankenhaus hat einen Versorgungsauftrag für den größten Teil der Pfalz und stellt an 15 Standorten mehr als 700 stationäre und teilstationäre Behandlungsplätze zur Verfügung. Das Modellvorhaben am Pfalzkrankenhaus hat eine Laufzeit von acht Jahren (2020 bis 2027) und umfasst alle voll- und teilstationären Angebote, die über SGB V finanziert sind, ferner die Psychiatrischen Institutsambulanzen, die ambulante psychiatrische Pflege sowie die ambulante Ergotherapie. Hauptziele des Modellvertrags, dem circa 95 % der (gesetzlichen wie privaten) Kostenträger beigetreten sind, sind die Flexibilisierung der Übergänge zwischen den verschiedenen Settings durch settingübergreifende Behandlungen bei möglichst großer Behandlerkontinuität, ferner eine Reduktion stationärer zugunsten ambulanter oder teilstationärer Angebote, wobei eine multiprofessionell-aufsuchende Zuhause-Behandlung, basierend auf Assertive Community Treatment (ACT), ein zentrales Element darstellt. Die Rahmenbedingungen dieser Zuhause-Behandlung wurden so gestaltet, dass sie gegenüber der mittlerweile immer mehr an Verbreitung gewinnenden *Stationsäquivalenten Behandlung* (StäB) eine erhöhte Flexibilität und einen geringeren Ressourceneinsatz möglich machen. Auch wird die eng am stationären Setting orientierte Vorgabe eines täglichen Kontaktes (StäB) in der Häuslichkeit im ACT nicht gefordert, die bei der StäB die praktische Umsetzung oft erschwert und auch aus Sicht der Betroffenen nicht immer als sinnvoll und angemessen angesehen wird (Stellungnahme des Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg e. V. (LVPEBW), 2018).

Das Modellvorhaben wird über ein Globalbudget finanziert, das eine jährlich zu behandelnde Anzahl von Patient*innen (»Köpfe«, nicht Fälle) vorgibt, wobei sich diese Zahl an der Anzahl der 2018 versorgten Patient*innen orientiert. Innerhalb dieser Vorgabe kann die Behandlung individuell gestaltet werden, wobei finanzielle Fehlanreize, wie Sie etwa in der bisherigen Regelversorgung zugunsten vollstationärer Behandlungen bestehen, entfallen. Auch die üblichen Prüfungen

durch den Medizinischen Dienst, die für Kliniken einen hohen Aufwand mit sich bringen und wichtige Ressourcen von Fachkräften binden, sind durch alternative Mechanismen wie z. B. fallbezogene *Peer Reviews* mit Intervisions-Charakter ersetzt. Das Modellvorhaben wird in den psychiatrischen Kliniken des Pfalzkrlinikums an verschiedenen Standorten umgesetzt, wobei die Ausgestaltung innerhalb der vorgegebenen Rahmenbedingungen individuell erfolgen kann. Die Klinik für Gerontopsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Pfalzkrlinikums muss laut Modellvertrag 1737 Patient*innen pro Jahr behandeln (Menschen nicht Fälle), was etwa 11 % des Gesamtvolumens entspricht. Aufgrund des generell erhöhten Patientenaufkommens wurde die Gesamtzahl der zu behandelnden Versicherten am Pfalzkrlinikum für den Restzeitraum des Modells (2025-2027) in Nachverhandlungen erhöht, was für die Klinik für Gerontopsychiatrie ein Plus von 50 auf dann 1787 »Köpfe« bedeutet.

Gerontopsychiatrische Zuhause-Behandlung

Die im Modellvertrag verbriefte neue Behandlungsform einer auf ACT fußenden multiprofessionell-aufsuchenden Zuhause-Behandlung wird auch in der Klinik für Gerontopsychiatrie seit Beginn des Modells 2020 umgesetzt, wobei wir uns an der Weiterentwicklung des FACT orientieren. Bereits die ersten praktischen Erfahrungen zu Beginn des Modells zeigten, dass statt des klassischen ACT die Weiterentwicklungen des FACT (van Veldhuizen & Bähler, 2013) eine bessere Grundlage für die Zuhause-Behandlung in der Gerontopsychiatrie darstellt. Während das schon in den 1970er Jahren entwickelte ACT für die Behandlung der Patientengruppe mit *Severe Mental Illness* (SMI) gedacht war, was etwa 20% der behandelten Patient*innen umfasst, ermöglicht FACT die Fortsetzung der Behandlung nach Krisenintervention und Teilremission der jeweiligen Symptomatik bei den verbleibenden 80% (van Veldhuizen & Bähler, 2013). Hierdurch wird unter Beibehaltung der Behandlerkontinuität ein individualisierterer und flexiblerer Ressourceneinsatz im Vergleich zu ACT – aber auch im Vergleich zu StÄB – ermöglicht.

Die Rahmenbedingungen des Modellvorhabens geben vor, dass in der Zuhause-Behandlung mindestens ein Kontakt pro Woche stattfinden und mindestens die Hälfte der Kontakte aufsuchend erfolgen muss. Dabei sind auch andere Behandlungsformen möglich, wie zum Beispiel telefonische beziehungsweise videotelefonische Kontakte, aber auch ambulante einzel- sowie gruppentherapeutische Sitzungen, was insbesondere im Bereich der affektiven Störungen die

Möglichkeit bietet, die spezifischen Wirkfaktoren von Gruppentherapien zu nutzen (Tschuschke, 2010), die ansonsten auf das stationäre beziehungsweise teilstationäre Setting beschränkt wären. Die jeweilige Anzahl und Art der Kontakte, die therapeutischen Schwerpunkte ebenso wie Intensität und Inhalt der Therapie können in Absprache mit den Patient*innen beziehungsweise deren Angehörigen individuell und adaptiv gestaltet werden. Um eine flexible Organisation und enge Abstimmung im Team zu gewährleisten, wurden wie im FACT üblich, tägliche organisatorische Absprachen zu Dienstbeginn eingeführt, in denen Einsatzplannungen kurzfristig verändert und Ressourcen priorisiert werden können, etwa im Falle von akuten Krisen. Zur längerfristigen Steuerung der Therapie und zur Intervention gibt es darüber hinaus eine wöchentliche Behandlungsplanung im gesamten Team mit Kurvenvisite aller Patient*innen (vgl. van Veldhuizen & Bähler, 2013). Multiprofessionell-aufsuchende Behandlungen psychischer Erkrankungen im häuslichen Umfeld sind nicht nur generell wirksam (Bechdorf et al., 2024; Herzog et al., 2021; Spannhorst et al., 2020; Stobbe et al., 2014), sondern werden auch für gerontopsychiatrische Patient*innen in den Leitlinien empfohlen (Gühne et al., 2014; Gühne et al., 2019; Holthoff-Detto et al., 2021). Denn gerade in der Behandlung älterer Menschen zeigen sich besondere Vorteile: So sind ältere Menschen oft in besonderem Maße an ihre gewohnte Umgebung gebunden und ziehen schon deshalb eine Behandlung in ihrem häuslichen Umfeld vor. Auch kann das individuelle Umfeld (Herausforderungen der physischen Umgebung, Abhängigkeiten von Bezugspersonen bzw. einem Versorgungssystem etc.) mit in die Behandlung einbezogen werden. Im individuellen Alltag ist nicht nur eine validere diagnostische Einschätzung kognitiver, psychischer und körperlicher Beeinträchtigungen möglich, sondern diese können auch gezielter therapiert werden, gerade angesichts des bei Älteren oft erschwerten Transfers therapeutischer Erfolge aufgrund kognitiver Einschränkungen, insbesondere auch der geringeren kognitiven Flexibilität. Last but not least sind stationäre Behandlungen gerade bei älteren Patient*innen mit besonderen Risiken (Delir, Infektionen) verbunden. Einschlusskriterien für eine Zuhause-Behandlung sind neben der Altersgrenze (die bei dementiellen Erkrankungen auch unterschritten werden kann) die Zuständigkeit für das Einzugsgebiet (Südpfalz und Teile der Südwest- und Vorderpfalz), über 2000 km²). Ferner muss eine psychiatrische Erkrankung mit stationärer Behandlungsindikation (Einweisung) vorliegen. Auch kann die Behandlung nur mit Zustimmung der Patient*innen bzw. der Bevollmächtigten erfolgen, akute Eigen- oder Fremdgefährdungsaspekte müssen ausgeschlossen sein. Die Zuhause-Behandlung beruht generell auf Freiwilligkeit, Zwangsmaß-

nahmen werden nicht eingesetzt. Übergeordnetes Ziel ist stets die Verbesserung der Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Betroffenen in der Gestaltung ihres individuellen Lebens.

Das 2020 aufgebaute multiprofessionelle Team war für die Behandlung von ca. 30 Patient*innen folgendermaßen personell ausgestattet: Fachpflege (3,9 Vollzeitäquivalenten/VZÄ), Fachärzt*in (0,5 VZÄ), Psychologische Psychotherapie/ Neuropsychologie (0,3 VZÄ), Ergotherapie (0,4 VZÄ) und Sozialarbeit (0,4 VZÄ), dazu noch ein Backoffice (0,5 VZÄ) für Terminplanung, Fahrzeugzuteilung und Routenplanung etc. sowie eine Leitungsstelle (0,3 VZÄ). Deskriptive Auswertungen der Daten des Klinikcontrollings über die ersten anderthalb Jahre ergaben, dass die Pflege sowohl hinsichtlich der durchschnittlichen Anzahl der Behandlungskontakte (ca. zwei Drittel) als auch hinsichtlich deren Dauer (ca. drei Viertel) den mit Abstand größten Anteil an der Zuhause-Behandlung trug, entsprechend auch den Stellenanteilen (Frisch et al., 2023a; Stasik et al., 2024). Die beiden häufigsten gerontopsychiatrischen Diagnosen, nämlich demenzielle Syndrome bzw. organische psychische Störungen sowie depressive Erkrankungen stellten auch in der Zuhause-Behandlung die mit Abstand häufigsten Behandlungsdiagnosen dar. Durch die weniger strengen Rahmenbedingungen gegenüber der StÄB, bei der ein täglicher Kontakt obligatorisch ist und somit Verweildauer und Behandlungstage sich entsprechen, betrug dieses Verhältnis in der Zuhause-Behandlung ca. 1:3, so dass durchschnittlich nur alle drei Tage ein Kontakt stattfand bei prinzipiell hoher individueller Flexibilität. Nur ca. 13% der Patient*innen mussten nach Abschluss der Zuhause-Behandlung in weniger als sechs Monaten stationär aufgenommen werden. Die ersten Daten haben sich im Wesentlichen auch über einen größeren Zeitraum von drei Jahren bestätigt (Frisch et al. 2023b; Frisch et al., im Druck). Das erste Zuhause-Behandlungsteam (2020-2024) war insofern autonom konzipiert worden, als durch die Bedingungen der Corona-Pandemie eine Verzahnung mit dem Stationsbetrieb inklusive settingübergreifender Behandlerkontinuität nicht realisierbar gewesen war.

Im Jahr 2024 wurde die bestehende Zuhause-Behandlung in der Klinik für Gerontopsychiatrie jedoch weiterentwickelt, insofern als zwei weitere, störungsspezifische Zuhause-Behandlungs-Teams aufgebaut wurden, die an die beiden Stationen mit Störungsschwerpunkt angedockt sind: Das an die geschützte Station angebundene Team (mit ca. 15 Behandlungsplätzen) ist spezialisiert auf die Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen (BPSD) bei dementiellen Syndromen sowie Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Faktisch betrifft dies überwiegend Patient*innen in Pflegeheimen. Die Zuhause-Behandlung

soll hier stationäre Aufnahmen (»Drehtüreffekte«) verhindern oder verkürzen, aber auch den Übergang in ein Pflegeheim erleichtern. Das zweite Team (mit ca. 35 Behandlungsplätzen) ist in die offene Station mit Schwerpunkt affektive Störungen und Angsterkrankungen integriert. Einerseits sollen durch die Spezialisierung die Behandlungsangebote verbessert werden, andererseits aber auch personelle Ressourcen flexibler zwischen stationärer und Zuhause-Behandlung gesteuert werden können, je nach Bedarf. Durch die Integration in die jeweilige Station wird auch eine settingübergreifende Behandler*innenkontinuität angestrebt (zumindest teambezogen), und Patient*innen können gezielter und früher in ein aufsuchendes Setting verlegt werden. Nach erfolgreichem Aufbau der beiden Teams wurde das ursprüngliche, stationsunabhängige Team im Sommer 2024 aufgelöst und auf die beiden neuen Teams verteilt, was einen Kompetenzzuwachs durch erfahrene Behandler*innen mit sich brachte und die organisatorischen Abläufe vereinfachte. Insgesamt können somit seit 2024 ca. 50 Patient*innen gleichzeitig in der Zuhause-Behandlung behandelt werden.

Prästationäres und stationäres Clearing als zentraler Steuerungsmechanismus

Gerade angesichts der deutlichen höheren Flexibilität und der erweiterten Behandlungsmöglichkeiten im Modell ergab sich schnell die Notwendigkeit einer effektiven und effizienten Diagnostik und Indikationsstellung zur raschen Zuweisung in das adäquate Weiterbehandlungssetting. Seit Herbst 2022 wurde aus der damaligen Corona-Quarantänestation eine Aufnahme- und Clearingstation aufgebaut und ein schon bestehender prästationärer Clearingprozess damit erweitert (Holzberger et al., im Druck). In dem nun zweistufigen Clearingprozess werden alle Anfragen für stationäre Behandlungen (Ein- und Zuweisungen) durch eine Fachpflegekraft auf die formale Indikation, Einweisungsdiagnosen, Vorbefunde etc. geprüft und zusammen mit einem/einer Facharzt*in in einer täglichen Fallbesprechung besprochen. Bei fehlender Indikation, etwa bei vorrangig somatischem Behandlungsbedarf, wird der/die Patient*in direkt an eine entsprechend geeignete Weiterbehandlung (z. B. somatische Klinik) verwiesen. Alle anderen Fälle werden mit wenigen Ausnahmen je nach Dringlichkeit (notfällig oder elektiv) prinzipiell auf die Clearingstation aufgenommen. Dort soll innerhalb von max. fünf Werktagen die erforderliche medizinisch-psychologische Diagnostik durchgeführt werden, insbesondere Labordiagnostik (ggfs. inkl. Liquor), zerebrale Bildgebung und Testpsychologie. Ferner werden Assessments zu speziellen

Risiken (z. B. Suizidalität, eingeschränkte Mobilität) bzw. Einschränkungen in der Alltagsbewältigung durchgeführt, und es findet eine ausführliche Beurteilung der Versorgungssituation durch den Sozialdienst statt. Die Untersuchungen sind unter den verschiedenen Berufsgruppen aufgeteilt und in einem standardisierten Anamnese- und Dokumentationsprozess getaktet, um Redundanzen zu vermeiden. Als wesentlicher Baustein findet auf der Station zweimal wöchentlich eine an standardisierten Kriterien (Gallagher et al., 2008) orientierte klinisch-pharmakologische Visite mit der Krankenhausapothekerin statt, um die in der Gerontopsychiatrie häufige Polypharmazie gezielt zu reduzieren, kritische Interaktionen zwischen verschiedenen Medikamenten zu vermeiden sowie Kontraindikationen individuell zu prüfen. In weiteren, über die Woche verteilten Visiten bzw. Behandlungsplanungen werden die Befunde im multiprofessionellen Team unter fachärztlicher Leitung beurteilt, um möglichst früh die Indikation für die Weiterbehandlung zu stellen, mit den Angeboten der Klinik für Gerontopsychiatrie (stationär, teilstationär, aufsuchend oder ambulant) oder auch außerhalb (z. B. Verlegung in eine somatische Klinik). Eine Auswertung der Daten des Klinikcontrollings aus dem ersten Jahr der Clearingstation (Oktober 2022 bis September 2023) ergab, dass von ursprünglich 1076 Fällen mit stationärer Aufnahmeindikation bereits im prästationären Clearing knapp ein Fünftel direkt in andere Settings (Somatische Klinik, G-PIA, etc.) verwiesen werden konnte (Holzberger et al., im Druck). Von den verbleibenden 881 auf die Clearingstation aufgenommenen Fälle konnte fast die Hälfte der Patient*innen nach ca. sechs Kalendertagen direkt in ein ambulantes oder aufsuchendes Setting verlegt werden. Eine Weiterbehandlung auf einer der beiden Stationen der Klinik (offene und geschützte) war nur bei weniger als der Hälfte der ursprünglichen 1076 Patient*innen mit stationärer Einweisung notwendig. Es zeigte sich also, dass ein mehrstufiger Clearingprozess ein wichtiges Steuerungselement darstellt, um den im Rahmen des Modellvorhabens angestrebten Abbau stationärer Behandlungskapazitäten und die Priorisierung ambulanter bzw. aufsuchender Behandlungen zu verwirklichen.

Entwicklungen anhand der Zahlen

In der Zusammenschau der Maßnahmen, insbesondere der Zuhause-Behandlung und des Clearingprozesses, ist seit Beginn des Modellvorhabens eine deutliche Veränderung weg von stationärer hin zu ambulanter Behandlung zu verzeichnen, siehe die Abbildung 1-3.

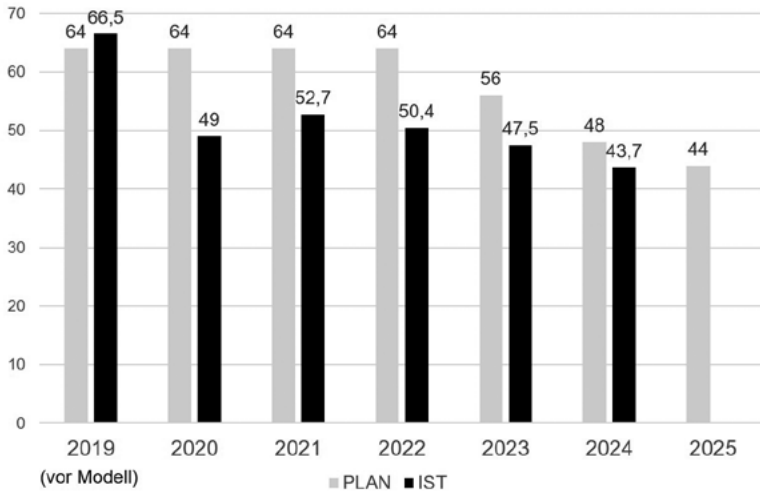


Abb. 1: Entwicklung der stationären Belegung von 2019 bis 2025 (Planbetten und tatsächliche Belegung).

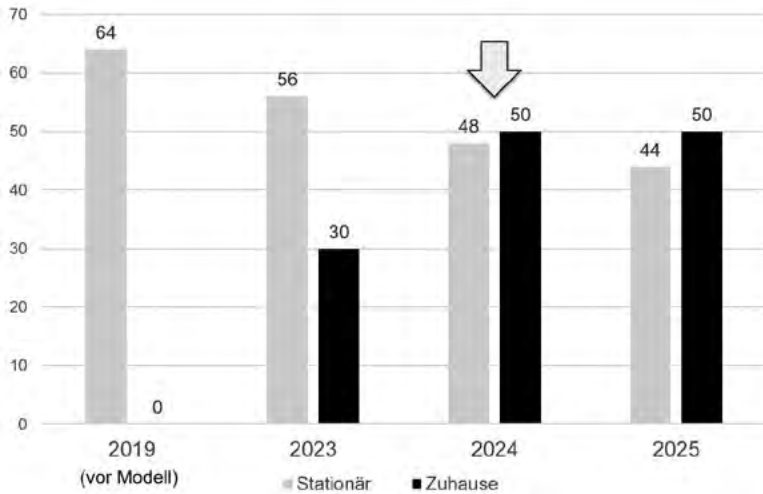


Abb. 2: Vergleich der Behandlungskapazitäten stationär sowie in der Zuhause-Behandlung von 2019 bis 2025.

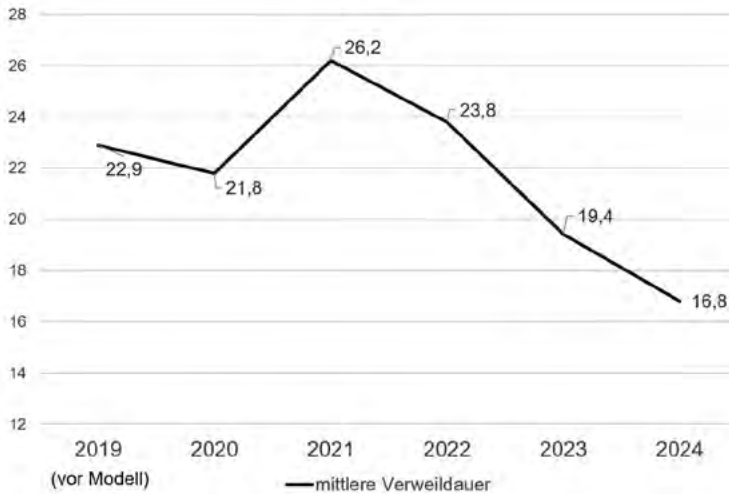


Abb. 3: Entwicklungen der stationären Verweildauern von 2019 bis 2024. Der Vergleichswert für Rheinland-Pfalz liegt bei ca. 25 Tagen.

So zeigt etwa eine Auswertung der Behandlungsdaten seit 2019 (vor Beginn des Modells) eine Abnahme der durchschnittlich belegten stationären Betten um ca. ein Drittel von ursprünglich 66,5 (2019) auf nun 43,7 (2024) (siehe Abbildung 1). Dies führte zu einer entsprechenden Anpassung der Planbetten von ursprünglich 64 auf nunmehr 44 Betten (2025).

Durch den Ausbau der Zuhause-Behandlung im Jahr 2024 bietet die Klinik nun mehr Behandlungsplätze in der Zuhause-Behandlung (50) als stationäre Betten (2024: 48 Planbetten, ab 2025: 44 Planbetten), d. h. seit 2024 können mehr Patient*innen mit stationärer Behandlungsindikation aufsuchend behandelt werden als stationär (siehe Abbildung 2). Auch die stationären Verweildauern haben sich im Zuge des Modells um ca. 30% von 22,9 (2019) auf 16,8 Tage (2024) reduziert (siehe Abbildung 3). Diese Zahl liegt deutlich unter dem Vergleichswert für Rheinland-Pfalz von ca. 25 Tagen.

Zusammenfassend werden nun deutlich mehr Patient*innen ambulant bzw. aufsuchend behandelt, sowie bei stationärer Behandlung deutlich kürzer stationär als vor dem Modell, so dass sich hier ein Paradigmenwechsel abzeichnet, wie er in Modellvertrag intendiert ist. Dennoch handelt es sich auch hier um einen Zwischenstand, bei dem noch organisatorische wie praktische Probleme gelöst werden müssen (siehe unten). Die verbleibenden drei Jahre (2025-2027) werden

zeigen, wie stabil diese Veränderungen sind und inwieweit die in Gang gesetzte Entwicklung fortgeführt werden kann.

Herausforderungen und Probleme

Als größter Vorteil des Modellvorhabens erwies sich bisher die Möglichkeit, neue Formen der Versorgung, ohne das Risiko finanzieller Einbußen ausprobieren zu können, da die Finanzierung an die Anzahl der behandelten Menschen gebunden ist, unabhängig von Setting, Dauer und Behandlungskonzept. Dadurch entfallen insbesondere Fehlanreize für aufwendige, aber oft nicht notwendige vollstationäre Behandlungen und damit Hindernisse für eine bedarfsgerechte, gestufte, individualisierte und alltagsnahe Versorgung. Allerdings brachte das Modellvorhaben auch eine ganze Reihe von Herausforderungen mit sich, die teilweise erst im Verlauf der Umsetzung offensichtlich wurden: So waren neben eher einfach zu beschaffenden materiellen Ressourcen (wie Fahrzeuge, Laptops, Smartphones etc.) auch zusätzliche Qualifikationen der Mitarbeitenden (therapeutische Kompetenzen, Führerschein etc.) notwendig, deren Umsetzung einen längeren Vorlauf hatte. Durch die deutlich kürzere stationäre Verweildauer und dem damit verbundenen erhöhten »Durchsatz« an Patient*innen verdichtet sich der diagnostische, therapeutische und damit auch dokumentarische Aufwand. Auch wenn sich dies anhand der entsprechenden Parameter bisher nicht eindeutig objektivieren ließ, stieg außerdem die Fallschwere der vollstationären Fälle. Allerdings kann diese Mehrbelastung durch die geringere Belegung zumindest teilweise kompensiert werden, allerdings ist die stationäre Fallzahl letztlich gegenüber der Zeit vor dem Modell nahezu gleichgeblieben (bei einer Reduktion der Verweildauer um 26,6% und der der belegten Betten um 34,3%). Auch beschränkt sich die Zuhause-Behandlung nicht auf »leichtere« Fälle, sondern ist grundsätzlich auch für schwere und komplexe Störungsbilder einsetzbar, wie wir am Fall einer Patientin mit schwerer depressiver Episode sowie vaskulär bedingtem paranoid-halluzinatorischem Syndrom zeigen konnten (Frisch & Fußler, 2023). Eine weitere Herausforderung im Modell besteht darin, dass bei häufigerem Settingwechsel, beim Anspruch einer größtmöglichen Behandlerkontinuität (Schnittstellenprobleme) sowie generell bei aufsuchender Tätigkeit der organisatorische Aufwand zur Abstimmung im multiprofessionellen Team deutlich steigt; die häufigeren Teamabsprachen sowie der spontane informelle Austausch setzen ein vertrauensvolles Arbeitsklima mit flachen Hierarchien in der Organisationsstruktur voraus. Insbesondere an die aufsuchenden Mitarbeitenden werden deutlich höhere Anforderungen an Selbst-

ständigkeit und Eigenverantwortlichkeit gestellt. Als sehr entscheidend für Fortschritte in der Ausgestaltung des Modells war das grundsätzlich neue Verständnis der Versorgung bei den Mitarbeitenden, auch bei denen, die nicht in den neuen, aufsuchenden Behandlungen tätig sind. Auch die häufigen Veränderungen und Nachbesserungen in der Klinikorganisation, die das Modell mit sich brachten, stellten eine Herausforderung dar. Trotz wiederholter Teamsitzungen und Workshops führten die Veränderungen zum Weggang zahlreicher Mitarbeitenden, die die Verhältnisse in der Regelversorgung vorzogen, ermöglichte andererseits jedoch auch die Gewinnung neuer, speziell für die aufsuchende Tätigkeit sehr motivierter Bewerber*innen. Last but not least wird der Abbau stationärer Kapazitäten durch Mängel im Gesamtversorgungssystem (inkl. etwa der Heimversorgung) begrenzt, beispielsweise durch Versorgungsfälle.

Fazit und Ausblick: Eine Versorgung der Zukunft?

Zusammenfassend bieten Modellvorhaben nach §64b SGB V große Gestaltungsmöglichkeiten für eine Verbesserung der Versorgungsangebote auch und gerade für ältere psychiatrisch Erkrankte, insbesondere durch einen effektiveren und effizienteren Einsatz von Ressourcen. So sind aufsuchende Behandlungsformen bei Älteren besonders aufgrund der größeren Alltagsnähe und systemischen Perspektive wirksam und nachhaltig. Dabei bieten Formen wie ACT- bzw. FACT-Vorteile gegenüber der StäB, insbesondere aufgrund der höheren Flexibilität, des geringeren Ressourceneinsatzes sowie der Möglichkeit zusätzlicher Behandlungsmodalitäten (Gruppentherapie, Telefonkontakte etc.). Nach den bisherigen Erfahrungen mit dem Modellvorhaben in der Klinik für Gerontopsychiatrie am Pfalzkrlinikum bestehen große Spielräume für eine Ambulantisierung, wobei der Zuhause-Behandlung, effektiven Clearingprozessen sowie settingübergreifender Behandler*innenkontinuität eine Schlüsselrolle zukommt. Daraus ergeben sich Impulse für eine gestufte und bedarfsgerechte Behandlung, die gerade angesichts der zu erwartenden zunehmenden Herausforderungen in der Versorgung psychisch erkrankter älterer Menschen aufgrund der demographischen Entwicklung notwendig werden und in gesundheitspolitischen Konzepten (Bschor et al. 2023) sowie durch die Fachgesellschaften (Stellungnahme der DGPPN vom 21.06.2024) dementsprechend gefordert werden. Allerdings setzen Modellvorhaben ein bestimmtes Verständnis der Behandlung sowie eine bestimmte Organisationsstruktur und Unternehmenskultur voraus, die nicht ohne weiteres auf jede Klinik übertragbar scheint. Auch die beste Versorgungsstruktur findet dort

ihre Begrenzung, wo Betroffene erst in einem fortgeschrittenen bzw. hoch chronifiziertem Erkrankungsstadium erreicht werden. Daher sind weitere Angebote notwendig, um die Versorgung in Richtung Früherkennung und Prävention zu verschieben, insbesondere in Hinblick auf die Demenzerkrankungen. Seit Herbst 2024 wird daher in Kooperation mit der Universitätsmedizin Mainz an unserer Klinik ein vom Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit Rheinland-Pfalz gefördertes Dementia Care Management-Projekt aufgebaut (*DemStepCare Pfalz-klinikum / Prävent+*), das in die im Modell aufgebauten Strukturen verzahnt wird. Ziel ist es, eine frühzeitige leitliniengerechte Diagnostik und Behandlung im Rahmen einer gestuften Versorgung zu etablieren (vgl. Geschke et al., 2024). Nach interdisziplinärem Assessment sollen Bedarfe frühzeitig erfasst und gezielt Versorgungsangebote und wirksame medizinische, pflegerische und therapeutische Maßnahmen implementiert bzw. koordiniert werden. Dadurch sollen Hausärzt*innen und Angehörige entlastet werden und Klinikeinweisungen reduziert sowie die Lebensqualität von Menschen mit Demenz verbessert werden. Übergeordnetes Ziel ist eine gerontopsychiatrische Gesamtversorgung von der Früherkennung bis zur Behandlung schwerer Syndrome im jeweils am besten geeigneten Setting.

Literatur

- Bschor, T. et al. (2023) Achte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie («Psych-Fächer»): Reform und Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Stellungnahme_8_Psych-Faecher.pdf, Zugriff am 06.01.2025
- Bechdorf, A., Nikolaidis, K., von Peter, S., Längle, G., Brieger, P., Timm, J., ... & Weinmann, S. (2024). Utilization of psychiatric hospital services following intensive home treatment: a nonrandomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 7(11), e2445042-e2445042. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.45042
- DGPPN (2024) Versorgung weitergedacht: Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung durch das Krankenhaus.
https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/5e4a4c12fa547441b1be3adbad82b57dac17a9d9/20241107_DGPPN_Versorgungsmodell.pdf, Zugriff am 06.01.2025
- Frisch, S., Stasik, E., Holzberger, M., Heider, B., Wirth, M., Klein, N., Becker-Scharwatz, R. & Fußler, F. (2023a). Zuhause-Behandlung Gerontopsychiatrie – eine Idee mit Zukunft?! *Der Nervenarzt*, 94(5), 428–432.
<https://doi.org/10.1007/s00115-023-01468-6>

- Frisch, S., Holzberger, M.L., Becker-Scharwatz, R. & Fußer, F. (2023b) Zuhause-Behandlung Gerontopsychiatrie im Modellvorhaben Pfalzkrlinikum zur Entwicklung einer settingübergreifenden Behandlung. Vortrag, DGPPN-Kongress, 29.11.-02.12.2023, Berlin.
- Frisch, S. & Fußer, F. (2023). Demons of the past—Signs of childhood trauma reflected in psychosis due to vascular cognitive disorder? *Psychiatry Research Case Reports*, 2(2), 100184. <https://doi.org/10.1016/j.psycr.2023.100184>
- Frisch, S., Ehrhardt, D., Berton, R., Fioranelli, E., Becker-Scharwatz, R., Holzberger, M.-L. & Fußer, F. (im Druck) Modellvorhaben Pfalzkrlinikum in der Gerontopsychiatrie – ein Zwischenstand. *Nervenheilkunde*.
- Gallagher, P., Ryan, C., Byrne, S., Kennedy, J. & O'Mahony, D. (2008). STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *International Journal Of Clinical Pharmacology And Therapeutics*, 46(02), 72–83. <https://doi.org/10.5414/cpp46072>
- Geschke, K., Wangler, J., Klein, F., Wuttke-Linnemann, A., Farin-Glattacker, E., Löhr, M., Jansky, M. & Fellgiebel, A. (2024). DemStepCare: Risikostratifizierte Unterstützung der ambulanten Demenzversorgung – Bewertung aus hausärztlicher Perspektive. *Psychiatrische Praxis*, 51(06), 307–314. <https://doi.org/10.1055/a-2286-1557>
- Gühne, U., Lupp, M., König, H.H. & Riedel-Heller, S.G. (2014) Kollaborative und aufsuchende Ansätze in der Behandlung depressiver alter Menschen. *Nervenarzt* 85(11), 1363-1371. doi:10.1007/s00115-014-4089-4
- Gühne, U., Weinmann, S., Riedel-Heller, S. G. & Becker, T. (2019). Psychosoziale Therapie im höheren Lebensalter. In *Springer eBooks* (S. 411–415). https://doi.org/10.1007/978-3-662-58284-8_21
- Herzog, T., Kähler, B., Fehrensens, J., Pajdics, G., Broocks, A., Höppner-Buchmann, J. & Stengler, K. (2021). StäB – besonders geeignet für die Gerontopsychiatrie? *DNP – der Neurologe und Psychiater*, 22(6), 44–52. <https://doi.org/10.1007/s15202-021-4767-6>
- Holthoff-Detto, V., Nienaber, A., Bötel, N. & Rapp, M. (2021). Komplexbehandlung bei schweren psychischen Erkrankungen im Alter – eine Positionsbestimmung. *Der Nervenarzt*, 92(9), 948–954. <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01150-9>
- Holzberger, M.-L., Fußer, F., Martin, K., Stasik, E., Back, S., Becker-Scharwatz, R., Hesse, D., Frisch, S. (im Druck) Multiprofessionelles Clearing in einem Modellvorhaben nach §64b SGB V am Beispiel der Gerontopsychiatrie. *Psychiatrische Praxis. Stellungnahme zur Stationsäquivalenten Behandlung (StäB)*. Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg (LVPEBW) (2018) <https://www.lvpebw.org/2018/12/01/stellungnahme-zur-stationsaequivalenten-behandlung-staeb/>, Zugriff am 06.01.2025
- Spannhorst, S., Weller, S. & Thomas, C. (2020). Stationsäquivalente Behandlung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 53(8), 713–720. <https://doi.org/10.1007/s00391-020-01823-1>

- Stasik, E., Holzberger, M., Becker-Scharwatz, R., Fußer, F. & Frisch, S. (2024). Zuhause-Behandlung in der Gerontopsychiatrie als verantwortungsvolles Arbeitsfeld für Pflegende. *PPH*, 30(02), 89–93. <https://doi.org/10.1055/a-2225-1838>
- Stobbe, J., Wierdsma, A. I., Kok, R. M., Kroon, H., Roosenschoon, B., Depla, M. & Mulder, C. L. (2014). The effectiveness of assertive community treatment for elderly patients with severe mental illness: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-42>
- Tschuschke, V. (2010) Gruppen- vs. Einzeltherapie – Setting und Wirkfaktoren. In: Tschuschke C. (Hrsg.) *Gruppenpsychotherapie: Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (S. 13 – 17), Georg Thieme Verlag.
- van Veldhuizen, J.R. & Bähler, M. (2013) Manual: Flexible Assertive Community Treatment. Vision, model, practice and organization. Groningen. Deutsche Version durch Niehaus, V., Wüstner, A. & Lambert, M. (o.D.) Flexible aufsuchend-nachgehende gemeindenahе Behandlung Flexible Assertive Community Treatment (FACT)-Manual, Vision, Modell, Praxis und Organisation, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.
https://www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Materialien/FACT_Manual_und_QM-Skala_deutsch.pdf, Zugriff am 06.01.2025
- von Peter, S., Schwarz, J. & Brieger, P. (2023). Psychiatrische Modellvorhaben (nach § 64b) – bereit für die Regelversorgung? *Nervenheilkunde*, 42(11), 751–755. <https://doi.org/10.1055/a-2136-4895>

Koordinierte Versorgung im ambulanten Sektor

Katrin Krah

1. Einleitung

Die Versorgung psychisch erkrankter älterer Menschen steht vor großen Herausforderungen. Die Zielgruppe weist häufig multifaktorielle Symptome auf, lebt isoliert und ist nicht in der Lage, aus eigener Kraft Zugang zu Hilfeangeboten zu finden oder diese dauerhaft aufrechtzuerhalten. Gleichzeitig geraten ambulante und stationäre Pflegeangebote zunehmend an ihre Kapazitätsgrenzen, teilweise auch wirtschaftlich.

Vor diesem Hintergrund stellt die Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK) ein Modellprojekt vor, das durch koordinierte, multidisziplinäre Versorgung im ambulanten Setting Versorgungslücken schließt, Ressourcen bündelt und individuelle Lebenssituationen berücksichtigt.

2. Ausgangslage und bestehende Strukturen

Deutschlandweit bestehen bereits vielversprechende Netzwerkstrukturen, z. B. durch:

- die Netzwerkförderung gemäß § 45 Abs. 9 SGB XI,
- das KSV-Psych-Modell sowie
- die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG).

Trotz dieser Strukturen fehlt häufig die systematische Kombination mit Fallkonferenzen, die eine kontinuierliche Fallsteuerung und bedarfsgerechte Leistungsbündelung ermöglichen könnten.

3. Unterversorgung trotz Hilfebedarf

Ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen, herausforderndem Verhalten oder komplexem Hilfebedarf sind besonders vulnerabel. Sie werden im bestehenden System oft nicht oder zu spät erfasst. Die Symptome sind vielschichtig, oft überlagert von kognitiven oder somatischen Einschränkungen. Infolge dessen:

- wird kein Zugang zum Hilfesystem gefunden,

- erfolgt keine aktive Kontaktaufnahme,
- bleibt der Bedarf unerkannt.

Zugleich sind viele Einrichtungen überlastet oder nicht mehr verfügbar – eine »Fassade der Vereinsamung« entsteht.

4. Das Modellprojekt der APK

In verschiedenen Regionen, zuerst in Krefeld, wurde das Modell der koordinierten Versorgung im ambulanten Bereich pilotiert. Es basiert auf der Bildung eines regionalen multidisziplinären Unterstützungsnetzwerks (»Complete Support Network«, CSN . Prof. Dr. Ralf Ihl), in dem medizinische, sozialpsychiatrische, pflegerische und beratende Fachakteure eng vernetzt zusammenarbeiten.

Zentrales Element ist die Rolle des Beraters und Koordinators (BuK), der als fallverantwortliche Fachkraft über den gesamten Krankheitsverlauf hinweg begleitet.

5. Umsetzung: Fallkonferenzen und koordinierte Hilfe

Im Modellprojekt wurden 32 ältere Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, Pflegegrad und komplexem Hilfebedarf begleitet. Alle strebten explizit den Verbleib im häuslichen Umfeld an während die behandelnden Ärzt:innen und der Sozialdienst eher die Unterbringung im Seniorenheim empfahlen.

Die Umsetzung des innovativen Ansatzes erfolgte über:

- regelmäßige Fallkonferenzen mit allen relevanten Akteuren,
- gemeinsame Festlegung maßgeschneiderter Hilfemixe,
- Integration bislang fehlender Versorgungsbausteine,

Es entsteht so eine unterschiedliche Kombination von Fachwissen, Perspektiven und Herangehensweisen. Jeder Akteur gibt aus seiner Profession einen lösungsorientierten Impuls. Die unterschiedlichen Sichten ermöglichen eine ganzheitliche Analyse der Bedürfnisse.

Die kontinuierliche Fallkoordination erfolgt durch den BuK.

6. Wirkung: Effizienz, Vermeidung von Doppelstrukturen

Die koordinierte Versorgung zeigte signifikante Effizienzsteigerungen:

- Doppel- und Parallelleistungen wurden identifiziert und vermieden,
- »Beratungshopping« entfiel,
- Versorgungsbrüche wurden verhindert,
- institutionelle Einweisungen vermieden (31 von 32 Fällen verblieben in der Häuslichkeit).

Ziel ist dabei die Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

7. Evaluation und Übertragbarkeit

Die Evaluation zeigt eindrucksvoll: Nur in einem Fall kam es zur stationären Unterbringung – dies resultierte aus einer Entscheidung des neu bestellten Betreuers, nicht aus Versorgungsmängeln. Die hohe Verbleibquote im häuslichen Umfeld zeigt die Wirksamkeit des Modells.

8. Projekt INPAM – Ausweitung und Systemintegration

Das Folgeprojekt INPAM (»Integrierte Hilfen und Netzwerkarbeit für psychisch kranke alte Menschen«) überträgt das Modell auf vier Regionen mit jeweils 25 Klient:innen. Es fokussiert sich auf:

- Behandlung,
- Pflege,
- Prävention und
- Rehabilitation.

Zugleich wurden im Rahmen von Fokusgruppen Implementierungsbarrieren identifiziert, um überregionale Übertragbarkeit sicherzustellen.

9. Systemische Empfehlungen

Für eine nachhaltige Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter älterer Menschen sind strukturelle Maßnahmen erforderlich:

- Überwindung der Schnittstellenprobleme zwischen SGB IX (Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Be-

hinderungen) , SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) und SGB XII (Soziale Pflegeversicherung),

- Zusammenführung von Leistungskomplexen,
- Stärkung präventiver und rehabilitativer Strukturen,
- Einbindung und Schulung aller Beteiligten: Medizinischer Dienst, kommunale Verwaltung, Hausärzt:innen, Träger.

10. Fazit

Die beschriebene Vorgehensweise zeigt, dass durch koordinierte Versorgung im ambulanten Setting nicht nur Versorgungslücken geschlossen, sondern auch stationäre Unterbringungen vermieden werden können. Die Rolle eines/r zentralen Fallkoordinator:in (BuK) und die Durchführung regelmäßiger multidisziplinärer Fallkonferenzen sind dabei Schlüsselemente.

Die Ergebnisse sprechen für eine strukturelle Weiterentwicklung bestehender Versorgungssysteme hin zu einem integrativen, personenzentrierten Ansatz – regional verankert, sektorenübergreifend abgestimmt und dauerhaft wirksam.

Koordinierte Versorgung im ambulanten Sektor – Netzwerkqualität als Grundvoraussetzung

Ralf Ihl

Die ambulante Gesundheitsversorgung bildet das Rückgrat unseres Gesundheitssystems – doch sie steht vor erheblichen Herausforderungen. Nahezu flächendeckend finden sich zur Bewältigung der Herausforderungen immer häufiger Versorgungsnetzwerke. Dabei bleibt die Frage offen, wie Netzwerke definiert sind und welche Qualität damit angestrebt wird. Nachfolgende Überlegungen und eine Analyse von Antworten im Rahmen einer Netzwerkbefragung versuchen, darüber Auskunft zu geben.

Was ist ein Versorgungsnetzwerk?

Ein Netzwerk in der Gesundheitsversorgung ist ein Zusammenschluss von Leistungserbringern, der koordinierte, sektorenübergreifende Versorgung ermöglichen soll. Damit ein solches Netzwerk beschrieben und bewertet werden kann, braucht es grundlegende Angaben, darunter:

- Versorgungsauftrag
- Bevölkerungsgröße im Einzugsgebiet
- Zahl potenziell zu Versorgender
- Vollständigkeit des Netzwerks (komplett oder partiell)
- Anzahl und Art der Anbieter
- Angebote (Anzahl und Art)
- Versorgungsdichte (wie viele der potenziellen Nutzer tatsächlich erreicht werden)
- Organisationsstruktur
- Steuerung
- Kooperation mit der Forschung

Diese Angaben helfen nicht nur bei der Einschätzung des Status quo, sondern sind auch Voraussetzung für eine gezielte Weiterentwicklung. Solche grundlegenden Daten finden sich derzeit in der Literatur nicht.

Antworten auf Fragen wie:

- Welche Zugangswege werden abgedeckt?
- Wie hoch ist der Nutzungsgrad (wie viele potenzielle Nutzer werden erreicht? Nutzerzufriedenheit?)

- Bedürfniserfüllungsgrad?
- Welche Frage löst den Erstkontakt aus?
- Mit welchem Schweregrad kommen die Menschen in das System? stehen aus.

Wie entwickelt sind bestehende Netzwerke?

Anhand einer Internetrecherche und Anschreiben von 51 dort erkennbaren Netzwerken wurden vier Kernbereiche von Netzwerken analysiert (Ihl et al. 2017).



Abb. 1

1. Angebote

Viele Netzwerke bieten bereits ein breites Spektrum an Leistungen. Etwa die Hälfte erreicht hier hohe Entwicklungsgrade (Stufen 4–5). Dies ist ein positives Zeichen für die inhaltliche Vielfalt und Ausrichtung an Bedarfen.

2. Organisation

Auffällig ist der Mangel an struktureller Organisation: Fast alle Netzwerke befinden sich auf der untersten Entwicklungsstufe (Stufe 1). Es fehlen standardisierte Abläufe, verlässliche Steuerungsmechanismen und klare Verantwortlichkeiten.

3. **Entwicklung**

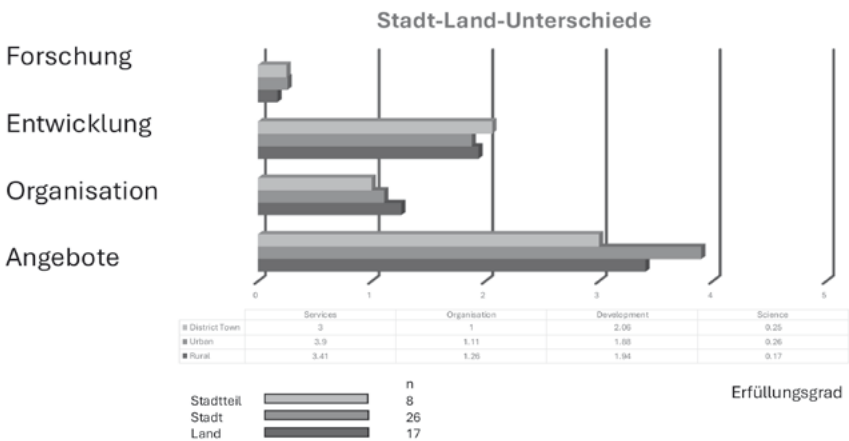
Die meisten Netzwerke verharren auf mittlerem Niveau (Stufen 2–3). Es gibt Fortschritte, doch sie sind punktuell und häufig nicht systematisch abgestimmt.

4. **Forschung**

Am deutlichsten zeigt sich das Defizit bei der wissenschaftlichen Begleitung: Ein Großteil der Netzwerke weist keine Forschungstätigkeit auf (Stufe 0–1). Das verhindert eine Evaluation der Wirksamkeit und die Umsetzung evidenzbasierter Verbesserungen.

Unterschiede Stadt, Stadtteil, Ländliche Region

Bei dem Vergleich ländlicher, städtischer und Stadtteil bezogener Ergebnisse findet sich kein größerer Vorteil für einen der Bereiche. Lediglich im Bereich Angebotsanzahl erscheint auf den ersten Blick in Städten zu bestehen. Werden die Ergebnisse allerdings auf Stadtteilgrößen heruntergebrochen, finden sich weniger Angebote als in ländlichen Regionen. Hier wird deutlich, wie relevant auch der Bezug zur Anzahl zu versorgender Menschen für eine Beurteilung der Versorgungsmöglichkeiten ist. Daten dazu fehlen.



Ihl et al. 2017, IPA, Wellington, NZ

Abb. 2

Konsequenzen und Empfehlungen

Die Ergebnisse zeigen: Die Grundlagen für koordinierte Versorgung sind in vielen Netzwerken gelegt, doch es mangelt an Struktur, Steuerung und wissenschaftlicher Fundierung. Für eine nachhaltige Verbesserung der Netzwerkqualität sind daher vier Punkte zentral:

1. **Systematische Beschreibung und Dokumentation** der Netzwerkprozesse (wie oben dargestellt),
2. **Professionalisierung der Organisation**, z. B. durch Prozessmanagement und klare Steuerung,
3. **Kooperation mit der Forschung**, um Wirksamkeit zu prüfen und Innovationen zu fördern.
4. **Qualitätsmanagement**, indem ein Netzwerk selbstkritisch z. B prüft, welchen Anteil der Gesamtheit der Hilfebedürftigen in einer Region es erreicht und wie Nutzende sie bewerten.

Bis 2025 fehlen Daten, die eine Optimierung der beschriebenen Situation belegen könnten.

Fazit

Koordinierte Versorgung im ambulanten Sektor ist mehr als eine Ansammlung guter Angebote. Sie erfordert belastbare Strukturen, eine lernende Organisation ohne Ausblenden neuerer Erkenntnisse der Forschung aber dafür Integration einer selbstkritischen Qualitätsanalyse. So entstünde eine sinnvolle Ergänzung, die eine Versorgung verlässlicher, wirksamer und zukunftsfähiger gestaltet könnte. Die INPAM Projekte der APK beschreiben einen wichtigen Schritt in die richtige Richtung.

Ambulant vor stationär

Bernd Meißnest und Alexandra Peters

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns, Ihnen heute einen Einblick in die Entwicklung und aktuelle Situation der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung im Kreis Gütersloh geben zu können. Dies aus der Perspektive der Klinik, dem LWL-Klinikum Gütersloh und aus der ambulanten Sicht, dem Daheim e.V., einem Anbieter in der ambulanten Versorgung.

Unser Ziel im Kreis Gütersloh war und ist es, älteren psychisch erkrankten Menschen ein möglichst selbstbestimmtes Leben in ihrem gewohnten Umfeld zu ermöglichen und stationäre Aufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen. Dabei hat sich in Gütersloh über viele Jahrzehnte hinweg ein engmaschiges Netz ambulanter Hilfen und innovativer Wohnformen entwickelt, die verzahnt sind mit der klinischen Versorgung.

Die besondere Gütersloher Geschichte

Unter der Federführung von Klaus Dörner wurden bis Mitte der 1990er Jahre 435 Langzeitpatientinnen und -patienten aus der stationären Langzeitversorgung des damaligen Landeskrankenhauses entlassen. Dies brachte eine Neuausrichtung der Versorgung mit sich. Es entstand parallel ein dichtes Netz an ambulanten Hilfen, Tagespflegen und Tagesstätten, betreuten Wohnformen, sowie Arbeits- und Beschäftigungsangeboten für psychisch erkrankte Menschen. Gleichzeitig wurde die Klinik verkleinert und konzentrierte sich fortan auf die Versorgung psychisch kranker Menschen des Kreises Gütersloh.

Um die ehemaligen Langzeitpatientinnen und -patienten optimal ambulant zu betreuen, wurde die Institutsambulanz ausgebaut und mobilisiert – das heißt, die Behandlung findet seither zunehmend in den Wohnumfeldern der Klientinnen und Klienten statt.

Unterschiedliche Träger haben sich mit ihren Angeboten auf spezifische Zielgruppen fokussiert. So setzt sich beispielsweise der Daheim e.V. insbesondere für ältere psychisch erkrankte Menschen ein. Eine zentrale Leitlinie war und ist: Wenn die Betroffenen nicht zur Behandlung kommen können, dann kommt die Behandlung zu ihnen. Dies gilt insbesondere für an Demenz erkrankte Menschen, die dort aufgesucht werden, wo sie leben.

Gerontopsychiatrische Behandlung heute

In den letzten 20 Jahren war unser Ziel, die Anzahl der Klinikbetten in der Gerontopsychiatrie, trotz steigender Nachfrage aufgrund des demografischen Wandels, nicht auszuweiten, sondern zu reduzieren. Stattdessen wurde das tagesklinische und ambulante Angebot erheblich ausgebaut. Der Grundgedanke ist klar: Ältere Menschen sollen so lange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung leben und dort auch behandelt werden.

Denn die Klinik als künstlicher Kosmos ist gerade für ältere Patientinnen und Patienten nicht immer ein heilsamer Ort – im Gegenteil: Besonders bei Menschen mit Demenz erleben wir, dass sich ihr Zustand während eines stationären Aufenthaltes verschlechtern kann und die Menschen schlechter das Krankenhaus verlassen als bei Aufnahme.

Aus diesem Grund setzen wir in der Ambulanz auf das mobile, multiprofessionelle Behandlungsteam. Die über 1.500 Patientinnen und Patienten pro Quartal werden zu 90% aufsuchend in ihrem Zuhause betreut und behandelt. Auch psychotherapeutische Angebote sind, wenn erforderlich, im häuslichen Rahmen möglich, etwa im Rahmen einer palliativen Begleitung. Das Ambulanzteam ist permanent unterwegs und eng mit den verschiedenen ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen des Kreises vernetzt. Einmal wöchentlich tauschen sich Vertreterinnen und Vertreter der Stationen der Klinik und der ambulanten Dienste aus, um die bestmögliche Versorgung sicherzustellen.

Bevor eine »schwierige« Aufnahme in die Klinik erfolgt, wird stets geprüft, ob ambulante Angebote eine stationäre Behandlung vermeiden oder zumindest hinauszögern können.

Dies gelingt in den meisten Fällen.

Ambulante Hausgemeinschaften als zukunftsfähige Wohnform

Ein innovativer Ansatz, um Menschen mit Demenz oder schweren psychischen Erkrankungen eine Alternative zur klassischen stationären Heimversorgung zu bieten, sind ambulante Hausgemeinschaften.

Der Daheim e.V. – ein zentraler Akteur in diesem Bereich im Kreis Gütersloh – wurde 1989 gegründet und bietet mittlerweile ein breites Spektrum an ambulanten Versorgungsangeboten für ältere, psychisch und körperlich erkrankte Menschen an. Er betreibt mit ca. 900 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern 9 Tagespflegen, eine Kurzzeitpflege, 3 ambulante Pflegedienste, 3 ambulante Wohnbetreuungen

sowie insgesamt 16 Hausgemeinschaften im Kreis Gütersloh und eine weitere im Kreis Paderborn.

Im Kreis Gütersloh gibt es mittlerweile über 80 ambulante Hausgemeinschaften und Pflegewohngruppen. Diese Versorgungsform wurde vor 25 Jahren vom Verein Daheim e.V. initiiert und hat sich in den letzten Jahren als Alternative zum klassischen Alten- und Pflegeheim etabliert. Der Unterschied liegt in der Größe der Einrichtung und der Finanzierungsstruktur. Ambulante Hausgemeinschaften bestehen in der Regel aus bis zu zwei Pflegewohngruppen mit jeweils acht bis neun Bewohnerinnen und Bewohnern. Sie leben gemeinsam in einer großen Wohnung oder einem Haus mit individuellen Apartments und großzügigen Gemeinschaftsräumen. Dort findet das Alltagsleben statt – gemeinsam wird gekocht, gegessen und der Tag gestaltet.

Das Besondere an diesen Wohngruppen ist die enge Verzahnung von Hauswirtschaft, Pflege und psychosozialer Betreuung. Die ambulanten Pflegedienste sind rund um die Uhr vor Ort, um Pflege, soziale Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung sicherzustellen. Auch palliative Versorgung ist in den Hausgemeinschaften möglich, sodass die Bewohnerinnen und Bewohner dort bis zum Lebensende bleiben können unabhängig ihrer Einschränkungen.

Ein innovatives Beispiel ist die neue Hausgemeinschaft »Duhmes Hof« in Rietberg-Mastholte, die speziell für junge Demenzerkrankte konzipiert wurde. Dieses Projekt zeigt, dass flexible, bedarfsgerechte Wohnformen entstehen können, die den Bedürfnissen verschiedener Patientengruppen gerecht werden.

Seit über 30 Jahren besteht eine enge Zusammenarbeit zwischen der Gerontoambulanz und den ambulanten Diensten. Die wöchentlichen Treffen ermöglichen eine präventive Steuerung von psychiatrischen Krisen, sodass viele Krankenhausaufenthalte vermieden werden können. Sollte dennoch eine intensivere psychiatrische Versorgung notwendig sein, können kurzfristig ambulante Kriseninterventionen, psychiatrische Pflege oder tagesklinische Angebote aktiviert werden – und der Klient bleibt dennoch in seinem gewohnten Umfeld.

Perspektiven und Herausforderungen

Trotz des bisher erfolgreichen und bewährten Konzepts muss es nun angepasst werden, da das ambulante Angebot zusehend fragiler wird aufgrund der knapper werdenden personellen und finanziellen Ressourcen.

Mögliche Lösungswege sind und wurden bereits umgesetzt:

- Befristete ambulante Nachbetreuung durch das Stationsteam

- Stationsäquivalente Behandlung (StäB) – Geronto als Akutbehandlung im häuslichen Umfeld
- Ambulante Behandlung mit engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit einem »breiten Kreuz«, um dem Sog der Institutionalisierung zu widerstehen.

Zentrale gesellschaftliche Herausforderungen und Themen werden sein:

- Besonders gefährdete Menschen ohne Fürsprecher, vereinsamte Demenzerkrankte oder »schwierige« Patientinnen und Patienten.
- Selbstbestimmung ist wichtig – aber wo sind die Grenzen?
- Wie kann jede und jeder Einzelne Vorsorge treffen – als Individuum, als Teil einer Familie, als Kommune, als Gesellschaft?
- Wo sind die Orte für Begegnung und Teilhabe?
- Sollte es eine Art »dänische Gemeindegewerkschaft« geben, die sich kümmert und eine Wegbegleiterin im Alter ist?
- Warum ist es immer noch einfacher, jemanden stationär aufzunehmen, als ambulante Hilfen zu organisieren?
- Das zergliederte und unflexible Finanzierungssystem so reformieren, dass es eine integrierte Versorgung ermöglicht. Oder es in SGB o (Sozialgesetzbuch Null) vereinen.

Fazit

Die Zukunft liegt in flexiblen, bedarfsgerechten, ambulanten Versorgungsstrukturen. Damit dies gelingen kann, braucht es eine verlässliche Finanzierung, engagierte Fachkräfte und eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung.

Lassen Sie uns gemeinsam daran arbeiten, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter eine bestmögliche Versorgung erhalten – dort, wo sie leben und sich wohlfühlen. Es ist höchste Zeit; die Babyboomer Generation steht vor der Tür...und irgendwann betrifft es auch uns.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Perspektive Teilhabe: ÖGD, Eingliederungs- und Altenhilfe

Monica Schol-Tadic und Dyrk Zedlick

Es bedarf zunächst einer kurzen Einordnung: Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) stellt die dritte Säule des deutschen Gesundheitssystems dar und rückte während der Corona-Pandemie vermehrt in den Fokus der Bürgerinnen und Bürger, um nun langsam wieder aus diesem zu verschwinden. Häufig denken Menschen beim Begriff »ÖGD« zunächst an Themenfelder wie Infektionsschutz und Hygiene; seltener bringt man den ÖGD mit den Themen der Teilhabe, der Eingliederungshilfe und der Altenhilfe in Zusammenhang. Der ÖGD hat aber auf allen Ebenen, sei es im Bund, auf Länderebene mit den obersten Gesundheitsbehörden in den Ministerien, der nachgeordneten Ebene z.B. in Form von Landesämtern und letztlich vor Ort in den Gesundheitsämtern, eine Vielzahl an Aufgaben: Dazu gehört die Bereitstellung von Beratungs- und Hilfsangeboten für Menschen mit psychischen Störungen, chronisch Erkrankte und Menschen mit Behinderung.

Der ÖGD nimmt im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben auch eine sozial-kompensatorische Funktion, im Bemühen um faire Gesundheitschancen für alle Menschen, ein. Die gesetzlichen Grundlagen für die Arbeit des ÖGD und insbesondere der Sozialpsychiatrischen Dienste bietet in Deutschland ein recht buntes Bild. Geschuldet ist dies zum einen den Gesetzen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und den Gesetzen für Psychisch Kranke in den Ländern, zum anderen der Auslegung dieser gesetzlichen Grundlagen in den einzelnen Gebietskörperschaften und nicht zuletzt den personellen und finanziellen Gegebenheiten sowie der Priorisierung des Themas »psychische Gesundheit« vor Ort. Für ältere psychisch Erkrankte ergeben sich daraus durchaus einige Handlungsfelder: Vor allem im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention zeichnen sich für diesen Personenkreis Möglichkeiten ab. Wenn man etwas tiefer in die gesetzlichen Grundlagen eintaucht, findet man in den Ländergesetzen Ansätze für eine direkte Beteiligung des ÖGD im Bereich der Hilfen für psychisch erkrankte ältere Menschen. Ein Blick in das hessische Gesundheitsdienstgesetz zeigt, die Gesundheitsämter haben nach §7 HGöGD Aufgaben, die eine Grundlage für eine relevante Rolle des ÖGD im Zusammenspiel mit EGH, Altenhilfe und Teilhabe bieten können: Dies gilt auch und insbesondere für ältere Personen mit psychischen Störungen, denn die hessischen Gesundheitsämter vor Ort zum Beispiel:

- informieren und beraten die Bevölkerung über gesunde Lebensweise, Gesundheitsgefährdungen und die Verhütung von Krankheiten,
- wirken als Maßnahme der Daseinsvorsorge auf die Schaffung von Versorgungsstrukturen hin, die insbesondere für sozial benachteiligte oder besonders schutzbedürftige oder gefährdete Personen einen geeigneten Zugang bieten,
- unterstützen (erwachsene) Menschen mit psychischen Krankheiten, Abhängigkeitserkrankungen und seelischen und geistigen Behinderungen, sowie hiervon bedrohte Menschen und deren Angehörige,
- tragen in Zusammenarbeit mit anderen Stellen zur Weiterentwicklung einer vernetzten ambulanten und stationären medizinischen und pflegerischen Versorgungsstruktur insbesondere für ältere Menschen bei.

In den meisten Bundesländern haben die Sozialpsychiatrischen Dienste, als spezifische Struktur des ÖGD, auch beratende und gutachterliche Funktionen im Rahmen der ordnungspolitischen Aufgaben bei z.B. richterlichen Unterbringungen, die auch im gerontopsychiatrischen Bereich nicht selten sind.

Insbesondere das Kennen der relevanten sektorübergreifenden Netzwerkstrukturen und Netzwerkpartner ist im geriatrischen und gerontopsychiatrischen Bereich wichtig. Ein funktionierender Gemeindepsychiatrischer Verbund, in dem die Gebietskörperschaft mit all ihren relevanten Strukturen, also auch mit dem Gesundheitsamt, vertreten ist, kann dazu eine Grundlage bieten, auf der die Vernetzung aufbauen kann. Außerdem empfiehlt es sich, die Strukturen der Altenhilfe zu kennen (Grundlage ist § 71 SGB XII ((Sozialgesetzbuch zwölftes Buch – Sozialgesetzbuch)), Anspruchsnorm) und mit dieser zu kooperieren. Zwar zählt die Altenhilfe im Rahmen der Sozialhilfe zur Hilfe in anderen Lebenslagen, doch besteht eine relevante Abhängigkeit von den Angeboten vor Ort, die man kennen sollte. Neben den Angeboten vor Ort sollte der ÖGD die Ansprechpartner und -partnerinnen gut kennen, um mit diesen auch im Bereich psychisch erkrankter älterer Menschen zusammenarbeiten zu können, um eventuelle Bedarfe erkennen und Bedarfslücken schließen zu können.

In der Stadt Leipzig zum Beispiel wurde im Rahmen des Projektes Integrierte Hilfen und Netzwerkarbeit für psychisch kranke alte Menschen (INPAM) der APK eine monatliche sektorübergreifende Fallkonferenz unter Koordination der kommunalen Psychiatriekoordination bzw. des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) mit Beteiligung des gerontopsychiatrischen Klinikbereiche, des pflegerischen Fachdienstes des Sozialamtes, der Pflegekoordination, und anderer ambulanten Dienste eingeführt, wo ältere pflegebedürftige und chronisch psychisch Kranke mit

komplexeren Hilfebedarf zur Koordination der lokal möglichen Hilfen vorgestellt werden können. So kann im Idealfall ein Hilfemix mit einem spezifischen Bedarf bereichsübergreifend koordiniert werden.

Die Handlungsfelder im Bereich der Altenhilfe sind neben Gesundheit und Pflege auch Wohnen, Mobilität, Beratung, Vernetzung, bürgerschaftliches Engagement und Teilhabe. Diese gilt es gemeinsam im Blick zu behalten und sich gemeinsam an der Entwicklung neuer seniorenpolitischer Leitlinien zu beteiligen. So wurden im Landkreis Groß-Gerau neun Handlungsfelder der seniorenpolitischen Leitlinien entwickelt, die 2017 im Altenhilfebeirat verabschiedet wurden. Inzwischen wurden diese weiterentwickelt und neue Handlungsfelder seniorenpolitische Leitlinien erarbeitet, wobei als Zielgruppe, die eine differenzierte Aufmerksamkeit erfordert, Menschen mit Demenz neu aufgeführt wurden. Für ihre Versorgung sind spezielle Angebote erforderlich. Als übergreifendes Handlungsfeld wurde die digitale Teilhabe formuliert.

Im Landkreis Groß-Gerau unterstützen überdies Gemeindepflegerinnen Betroffene und ihre Angehörigen. Die am SpDi des Kreises Groß-Gerau angegliederten Gemeindepflegerinnen nennen sich bewusst »Gemeindegewestern«; sie unterstützen Personen mit komplexen Hilfebedarfen, selbstverständlich auch beim Bestehen psychischer Erkrankungen in Kombination mit somatischen Störungen und Pflegebedarf. Ziel ist es, eine selbstständige Lebensführung so lange wie möglich zu erhalten und zu unterstützen, zudem einer Vereinsamung vorzubeugen und entgegenzuwirken, psychosoziale Problemlagen aufzudecken, um den Zugang zu bedarfsgerechten und bedürfnisorientierten Hilfen zu ermöglichen. Die Klärung des Hilfebedarfs erfolgt mit den betroffenen Menschen und auf Wunsch mit Angehörigen. Nach Absprache wird ein individueller Plan mit Unterstützungsangeboten erstellt und Kontakt zu den entsprechenden Anbietern hergestellt (das Projekt ist durch das Land Hessen gefördert).

Zusammengefasst lässt sich sagen: Selbst wenn der ÖGD einen eher kleinen Leistungserbringer im gesamten Angebotspektrum darstellt, liegt er aber zentral; er fördert und schützt die Gesundheit der Bevölkerung. Insbesondere psychisch erkrankte ältere Menschen, die eine Personengruppe darstellen, die besonders schutzbedürftig oder gefährdet ist, sollten durch den ÖGD bei einem Zugang zu verschiedenen sozialgesetzbuchübergreifenden Versorgungsstrukturen unterstützt werden. Beim Fehlen solcher Versorgungsstrukturen muss der ÖGD mit den Partnern vor Ort auf die Schaffung ebendieser Strukturen hinweisen und hinwirken. Die Unterstützung psychisch erkrankter älterer Menschen, ihrer An- und Zugehörigen und die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

sind wichtige Aufgaben des ÖGD als solchem und den Sozialpsychiatrischen Diensten im Besonderen, um dieser Personengruppe eine Teilhabe zu ermöglichen und diese zu stärken – das kann nur vor Ort unter Einbeziehung aller Netzwerkpartner gelingen. Dabei wurden in Leipzig durch die Angliederung des SpDi an die Institutsambulanz eines kommunalen Krankenhausträgers positive Erfahrungen mit der Behandlungsmöglichkeit im Rahmen des SGB V (gesetzliche Krankenversicherung) gewonnen, wo Haus- und Fachärzte und -ärztinnen ohne sozialpsychiatrisches »Hinterland« überfordert sein würden.

Auch wenn die Aufgaben vor Ort stets individuell betrachtet und passgenau entwickelt werden müssen, braucht es deshalb trotzdem bundesweite minimale Standards zur Schaffung basaler Strukturen in jeder Gebietskörperschaft, um diese Angebote vor Ort nicht alleine von persönlichen, finanziellen und personellen Voraussetzungen abhängig sein zu lassen. Dazu sollten verbindliche Leitlinien entwickelt werden, an denen sich die Sozialpsychiatrischen Dienste in ihrer Handlungsweise orientieren können. Gerade psychisch kranke ältere Menschen müssen sich auf sichere und leitliniengerechte Angebote und sektorübergreifende Versorgungsstrukturen in ihren Sozialräumen verlassen dürfen, deren Weiterentwicklung muss eine selbstverständliche Konsequenz sein.

Selbsthilfe von Menschen mit Demenz und Angehörigen stärken. Die Entwicklung der Demenz-Selbsthilfe am Beispiel der Alzheimer- Gesellschaften

Saskia Weiß

Einführung

Mit der Diagnose Demenz steht die Welt erst einmal Kopf – sowohl für die erkrankte Person als auch ihre An- und Zugehörigen. Jegliche Planungen und Vorhaben für den weiteren Lebensweg, Alltagsroutinen, das Miteinander und die Wahrnehmung der Umwelt verändern sich. Alles das fordert heraus und verunsichert Betroffene ebenso wie An- und Zugehörige.

In Deutschland leben aktuell rund 1,8 Millionen Menschen mit Demenz.¹ Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (DAzG) ist die Interessenvertretung der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen auf Bundesebene. Sie ist der Bundesverband von 130 Alzheimer-Gesellschaften in Deutschland. Dies sind gemeinnützige, überwiegend vom Ehrenamt getragene Selbsthilfeorganisationen. Das gemeinsame Hauptanliegen ist es, die Lebenssituation und Lebensqualität von Menschen mit Demenz zu verbessern. Alzheimer-Gesellschaften sind weltanschaulich und politisch neutral und vereinen in ihrer Arbeit das Wissen von Menschen mit Demenz, Angehörigen sowie Fachkräften aus Medizin, Therapie, Betreuung und Pflege.

Bedeutung und Belastung der Angehörigen von Menschen mit Demenz

Die Berechnungen des Statistischen Bundesamtes zeigen, dass 84 % aller pflegebedürftigen Personen Zuhause von An- und Zugehörigen, teilweise mit Unterstützung, teilweise komplett allein versorgt, gepflegt, betreut werden.

Nicht anders wird es bei Menschen mit Demenz sein.²

Die An- und Zugehörigen sind für Menschen mit Demenz von großer Bedeutung.

1 https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt_1_haeufigkeit_demenzkrankungen_dalzg.pdf

2 <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html>

Sie sind die wichtigsten Bezugspersonen. Sie bieten ihnen Sicherheit und geben Vertrauen.

Sie sind der vertraute Anker in einer immer unsicherer werdenden Welt.

Die An- und Zugehörigen sind in der Regel auch die Hauptpflegeperson, übernehmen also neben der sozialen und emotionalen Unterstützung und Betreuung auch viele Aufgaben, die sich aus dem bei Fortschreiten der Erkrankung einsetzenden körperlichen Pflegebedarf ergeben. Sie organisieren und koordinieren Unterstützung. Und schlussendlich sind die Angehörigen wichtige Ansprechpersonen für Ärztinnen, Ärzte, therapeutische Fachkräfte und jegliche involvierte Leistungserbringer.

Daneben haben diese Angehörigen eine eigene Familie, unter Umständen sogar noch minderjährige Kinder. Sie sind vielleicht berufstätig. Sind die Angehörigen selbst auch in einem höheren Alter, kommen gegebenenfalls eigene gesundheitliche Einschränkungen hinzu.

Pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz versuchen also einer Vielzahl von Anforderungen gerecht zu werden. Und da die Begleitung, Betreuung, Pflege von Menschen mit Demenz eher ein Marathon denn ein Sprint ist, kann dies mit erheblichen Belastungen einhergehen. Diese sind sowohl körperlicher, als auch psychischer, sozialer, familiärer und finanzieller Natur.

Geschichte der Alzheimer-Gesellschaften

Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen stehen vor großen Herausforderungen.

Das ist heute so, war aber auch in den 1980er Jahren so, als die ersten Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige entstanden.

Zum damaligen Zeitpunkt gab es kaum Wissen über die Erkrankung und kaum jemand wusste mit den Begriffen »Alzheimer« oder »Demenz« etwas anzufangen.

Und so blieb nur die Selbsthilfe. Mutige Angehörige begannen sich gegenseitig zu unterstützen, Erfahrungen auszutauschen und diese weiterzugeben. Die Angehörigengruppen waren für viele Menschen einer der wenigen Orte, an denen sie Informationen bekamen und die Möglichkeit hatten, über ihre Sorgen und Ängste zu reden.

Da es kaum Fachliteratur gab, trugen die Angehörigen ihr Wissen zusammen und lernten gemeinsam, Strategien im Umgang mit den erkrankten Personen zu entwickeln. Ein gegenseitiger Lernprozess kam in Gang, von dem nicht nur die

Angehörigen und erkrankten Personen profitierten, sondern auch diejenigen, die beruflich in Medizin, Therapie und Pflege tätig waren. Durch öffentliche Veranstaltungen, die Entwicklung von Broschüren und mit dem Angebot der Gruppen haben Angehörige zusammen mit engagierten Fachkräften Veränderungen angestoßen, die schlussendlich in der Gründung der ersten Alzheimer-Gesellschaften mündeten, wie z.B. 1986 in München.

Ziel und Leitidee war dabei von Anfang an, sich gegenseitig zu unterstützen, zu informieren, aufzuklären, aber vor allem auch sich Gehör gegenüber der Politik zu verschaffen.

Bis heute entstehen Alzheimer-Gesellschaften auf genau dem gleichen Weg. Sie sind also von der Entstehungsgeschichte her klassische Angehörigen-Selbsthilfeorganisationen.

Neben der Entwicklung von Beratungs- und Gruppenangeboten sowie der Entwicklung von Ratgebern waren und sind Alzheimer-Gesellschaften auch an der Entwicklung von Betreuungsangeboten für die erkrankten Personen kreativ und federführend beteiligt. Sie haben damit in den letzten Jahrzehnten die Versorgungslandschaft und deren Entwicklung entscheidend mitgeprägt. Stundeweise Betreuung, einzeln oder in Gruppen, Tanzcafés für Menschen mit Demenz und Angehörige, betreute Urlaube – alles dies sind Angebote, die von und mit Alzheimer-Gesellschaften in den 90er-Jahren entwickelt wurden.

Die Demenz-Selbsthilfe hat sich außerdem von Beginn an in der Rolle gesehen, politische Veränderungen einzufordern. Deshalb waren sich die ersten Aktiven in Deutschland schnell sicher, dass es eine Vertretung auf Bundesebene braucht und gründeten 1989 mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft einen Bundesverband.

Seitdem begleitet die DALzG politische Vorhaben wie die diversen Reformen der Pflegeversicherung, aber auch die Einführung und Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie und ihrer diversen Vorläufer sehr eng.

Weiterentwicklung der Demenz-Selbsthilfe

Die Demenz-Selbsthilfe entwickelt sich stetig weiter. Zunächst lag der Fokus auf der Information, Aufklärung, Stärkung und Unterstützung von Angehörigen allgemein.

Später differenzierte man hier stärker und entwickelte spezielle Angebote zum Beispiel für Menschen mit Migrationshintergrund, für Kinder und Jugendliche, für Menschen mit selteneren Demenzerkrankungen und deren Angehörige.

Vor inzwischen ungefähr 15 Jahren wurden Alzheimer-Gesellschaften wiederum mit einer neuen Entwicklung konfrontiert:

Immer öfter kamen nicht mehr »nur« die Angehörigen in die Beratung, sondern auch die Erkrankten selbst. Geschuldet war dies den sich verbessernden diagnostischen Möglichkeiten. Menschen mit Demenz kamen aber nicht nur in die Beratung, sie forderten vermehrt und selbstbewusst mehr und passende Angebote für sich ein und entwickelten diese auch selbst mit. Ganz dem Charakter der Selbsthilfe entsprechend. So entstanden im Laufe der Jahre zunächst neue Beratungs-, Begleit- und Unterstützungsangebote. Angebote, die für Menschen mit beginnender Demenz passen, Angebote, die für junge Menschen mit Demenz passen. Zudem wird es zunehmend »normaler«, dass die erkrankten Personen ebenfalls bei öffentlichen Veranstaltungen sprechen und sich in politische Prozesse und Forschungsprojekte einbringen.

Stärkung der Selbsthilfe

Die Erfahrungen der Alzheimer-Gesellschaften zeigen: Selbsthilfe wirkt.

Selbsthilfe-Angebote sind entlastend und wirken so gesundheitsfördernd und präventiv. Sie sind eine Stütze, vermitteln notwendige Informationen und lehren, dass Menschen mit Demenz und ihre Angehörige mit der Situation nicht allein sind. Sie stärken Betroffene und Angehörige in ihren Fähigkeiten und ihrem Selbstwertgefühl. Sie wirken der sozialen Isolation entgegen und entlasten die weitere Versorgungsstruktur.

Damit Menschen mit Demenz und Angehörige entsprechende Angebote in erreichbarer Nähe finden und nutzen können, ist der Ausbau der Selbsthilfestrukturen notwendig. Selbsthilfeorganisationen müssen sich auf ausreichende, langfristig gesicherte Ressourcen, die Möglichkeit zu Fortbildungen und mutige Kooperationspartnerinnen und -partner sowie Fördermittelgebende verlassen können.

Der im Herbst 2024 vorgelegte Referentenentwurf zum Pflegekompetenzgesetz sieht eine Vielzahl von Regelungen zur Stärkung der Selbsthilfe und der alltagsunterstützenden Angebote vor. Dies ist ausdrücklich zu begrüßen. Gleichzeitig enthüllt der Referentenentwurf die prekäre Situation innerhalb des Pflegesystems. Es gibt weder genug ambulante, teilstationäre noch stationäre Versorgungsangebote für die steigende Zahl der Pflegebedürftigen.

Am Beratungstelefon der DALzG, dem Alzheimer-Telefon, melden sich fast täglich verzweifelte Angehörige, die keinerlei Unterstützungsangebote vor Ort

finden. Eine wirksame Antwort auf den Mangel an Pflege(fach)kräften ist immer noch nicht gefunden. Also nimmt man mit dem Gesetzentwurf die Familien und das Ehrenamt mit den geplanten Maßnahmen noch mehr in die Pflicht.

Angehörige sind aber schon heute an der Grenze ihrer Belastbarkeit. Hier schafft ein neuer Umwandlungsanspruch bei einzelnen Leistungsarten keine Abhilfe. Es braucht verlässlich verfügbare bedürfnisgerechte Unterstützungsangebote. Auch eine gute Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ist zudem weiter nicht in Sicht, aber unumgänglich.

Und auch die Ehrenamtlichen, die man so dringend braucht, lassen sich für die Angebote vor Ort leider immer schwerer finden.³

Selbsthilfe stützt und stärkt Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen langfristig und wirksam. ABER: Selbsthilfe allein kann nicht ausreichend sein. Es braucht den Versorgungsmix von Familie, Selbsthilfe, Haupt- und Ehrenamt.

3 Stellungnahme der DAzG zum Pflegekompetenzgesetz: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/Stellungnahmen/2024-09-30_Stellungnahme_PKG_DAlzG.pdf

Wege in der (ambulanten) Demenzbehandlung

Katharina Geschke

Demenzdiagnosen werden häufig nicht gestellt oder erst, wenn die häusliche Versorgung gefährdet ist (1). Die wenigsten Patienten erhalten eine leitliniengerechte Diagnostik und Therapie. Zudem bedürfen Menschen mit Demenz und pflegende Angehörige vor allem Unterstützung und Beratung in pflegerischen, sozialen, psychischen und rechtlichen Aspekten. Besonders defizitär ist dabei die aufgrund der Komplexität des Krankheitsbildes notwendige multiprofessionelle und multimodale Versorgung. Nicht-medikamentöse Therapien werden viel zu selten angewandt, trotz guter Evidenz für Lebensstil- und psychosoziale und -edukative Interventionen, Selbsthilfegruppen, Multikomponenten-Interventionen und gemeinsame positive Aktivitäten. Es fehlen integrierte, sektorenübergreifende Ansätze zur effektiven ambulanten Demenzversorgung. Insbesondere im ländlichen Raum fehlen effiziente (digitale) Kommunikationsstrukturen zur Umsetzung der o.g. Anforderungen.

Es wird empfohlen, ein Dementia Care Management in die Behandlung von Menschen mit Demenz zu etablieren und einzusetzen (S3 Leitlinie Demenzen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)). Dieses hat in verschiedenen Studien zeigen können, dass es die Häufigkeit von Klinikeinweisungen und Arztkontakten sowie neuropsychischen Symptomen, wie behavioralen und psychologischen Symptomen, und den Stress der informell Pflegenden reduzieren kann und gleichzeitig die Zeit bis zur Heimeinweisung und die Zeit, zu Hause zu verbleiben, sowie die Verordnungsrate von Antidementiva und die Zufriedenheit erhöhen kann.

Deshalb wurde DemStepCare (Hausarztbasierte Demenzversorgung mit koordinierter Kooperation und risikostratifiziertem Einsatz spezialisierter Pflegekräfte) entwickelt und im Rahmen eines Innovationsfondsprojektes im ländlichen Raum in Alzey, Worms, Bad Kreuznach und Umgebung bis in den Donnersbergkreis in Rheinland-Pfalz erprobt (2). Im Mittelpunkt von DemStepCare stand die bedarfsgerechte, patientenzentrierte und leitlinienorientierte Optimierung der ambulanten Versorgung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen. Primäre Ziele waren die Reduktion der stationären Behandlungen, eine Verbesserung der Lebensqualität von Patientinnen und Patienten mit Demenz sowie die Reduktion der Belastung der pflegenden Angehörigen. Weitere sekundäre Ziele betrafen die Verbesserung der leitliniengerechten medizinischen Demenzversorgung und der

Arzneimitteltherapiesicherheit, die Optimierung des regionalen Versorgungsnetzes und die effizientere Vernetzung und Kommunikation durch die Nutzung einer digitalen, multiprofessionellen Krankenakte.

Nach Auswahl und Einschreibung der Patientinnen und Patienten durch die Hausärztinnen und Hausärzte führten Case-Managerinnen (zertifizierte Weiterbildung zum Case-Manager im Sozial- und Gesundheitswesen nach den Richtlinien der DGCC) eine strukturierte Beurteilung der häuslichen Versorgungssituation durch. War diese stabil, erhielt die betroffene Familie eine Beratung über regionale Hilfs- und Versorgungsmöglichkeiten und einen Hinweis auf den zuständigen Pflegestützpunkt. Im Fall eines erhöhten Versorgungsrisikos übernahmen die Case-Managerinnen zentrale Aufgaben bei der Organisation und Koordinierung zusätzlicher Versorgungsangebote und boten eine bedarfsgerechte kontinuierliche Begleitung an. Bei (drohenden) Versorgungskrisen wurde kurzfristig und vorübergehend die aufsuchende Krisenambulanz in Anspruch genommen. Diese bestand aus einem multiprofessionellen Team aus Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten für kognitive Störungen und Demenz, einem Facharzt bzw. eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und einem Sozialdienst. Ziel dieser Krisenambulanz war es, durch 1. zeitnahe Diagnostik und konsekutive Abfolge primär nicht-medikamentöser Interventionen – angelehnt an serial trial intervention (3) – sowie 2. die Betreuung der oft sehr belasteten Angehörigen, eine ambulante Stabilisierung der Versorgungssituation zu erreichen und eine stationäre Aufnahme zu vermeiden. Weitere Elemente waren eine quartalsweise Medikationsüberprüfung durch klinische Apothekerinnen sowie eine elektronische Fallakte, auf die alle Behandelnden Zugriff hatten.

Im Rahmen der Erprobung der neuen Versorgungsform »DemStepCare« wurde keine Reduktion von Krankenhausbelegungstagen bzw. Krankenhausaufenthalten erreicht. Die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten nahm mit DemStepCare etwas weniger – aber nicht signifikant – stark ab als ohne und die Belastung der pflegenden Angehörigen war mit DemStepCare tendenziell stabil bleibend im Gegensatz zu einer Belastungszunahme ohne – ebenfalls nicht signifikant. Gleichzeitig konnte eine hohe Zufriedenheit der pflegenden Angehörigen, der Mitarbeitenden im Projekt und der Hausärztinnen und Hausärzte erreicht werden. So nahmen Hausärztinnen und Hausärzte Mehrwerte und Entlastungsfaktoren, eine effektivere und stabilere Demenzversorgung durch die Kooperation mit dem Case Management und eine gestiegene subjektive Kompetenz bei Diagnostik und Krankheitsmanagement wahr (4). Zudem konnte in DemStepCare durch eine einmalige Medikationsanalyse und Empfehlungen durch eine klinische Pharma-

zeitin die Medikationssicherheit verbessert werden (Kockläuner et al, in review). Im Einzelnen konnten eine Verbesserung der Zweckmäßigkeit der Therapie, eine Reduktion von Arzneimittelbezogenen Problemen und Risikoarzneimitteln sowie eine Reduktion der Unterversorgung mit Arzneimitteln bei behandlungsbedürftigen Indikationen erreicht werden.

Als Limitationen sind die kleine Fallzahl zu nennen. Aufgrund der Corona-Pandemie konnten die geplanten Stichprobengrößen nicht erreicht werden. Da die primären Ziele von DemStepCare nicht erreicht wurden, erfolgte keine Empfehlung der Evaluatoren für die Übernahme von DemStepCare in die Regelversorgung.

Im Ausblick kann die weitere Erprobung des Versorgungsmodells DemStepCare in der Gerontopsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Pfalzklिनिकums in Klingenstein mit Förderung des Ministeriums für Wissenschaft und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz genannt werden.

Literatur

1. Connolly A, Gaebl E, Martin H, Morris J, Purandare N. Underdiagnosis of dementia in primary care: variations in the observed prevalence and comparisons to the expected prevalence. *Aging Ment Health*. Nov 2011;15(8):978-84. doi:10.1080/13607863.2011.596805
2. Bablok I, Binder H, Stelzer D, et al. Primary dementia care based on the individual needs of the patient: study protocol of the cluster randomized controlled trial, DemStepCare. *BMC Geriatr*. Apr 1 2021;21(1):222. doi:10.1186/s12877-021-02114-z
3. Kovach CR, Simpson MR, Joosse L, et al. Comparison of the effectiveness of two protocols for treating nursing home residents with advanced dementia. *Res Gerontol Nurs*. Oct 2012;5(4):251-63. doi:10.3928/19404921-20120906-01
4. Geschke K, Wangler J, Klein F, et al. DemStepCare: Risikostratifizierte Unterstützung der ambulanten Demenzversorgung – Bewertung aus hausärztlicher Perspektive. DemStepCare: Risk-stratified support for primary care-based dementia care – evaluation from general practitioner's view. *Psychiatr Prax*. 2024/04/12 2024;(EFirst)doi:10.1055/a-2286-1557

Welche neuen Wege brauchen wir in der stationären gerontopsychiatrischen Versorgung?

Christine Thomas

Vor dem Hintergrund der Darstellung der vielen Projekte und Problemdarstellungen am ersten Tag der APK-Tagung zur gerontopsychiatrischen Versorgung 2025 habe ich mir sehr viele Gedanken zur Weiterentwicklung in der stationären Versorgung gemacht. Ich möchte hier eine ganze Reihe Überlegungen und Ideen, aber auch Problematisierungen benennen, dabei das eine oder andere meiner eigenen Projekte benennen und auch eine Einordnung der verschiedenen Modellprojekte, von denen wir gestern gehört haben, unternehmen. Seit mehr als 20 Jahren leite ich eine gerontopsychiatrische Klinik an einem großen Maximalversorgungs Krankenhaus, zunächst von 2004 – 2014 am evangelischen Klinikum Bethel in Bielefeld und seit 2014 nun am Klinikum Stuttgart, wobei ich meine wissenschaftliche Expertise und meine Facharztausbildungen (an den Universitätskliniken als Neurologin in Tübingen und Psychiaterin sowie Geriaterin in Heidelberg) eingebracht habe. Mit dem Doppelfacharzt und meinem wissenschaftlichen Schwerpunkt »Delir und Demenz – Differenzierung klinisch und neurophysiologisch« bin ich immer sehr nahe an der Somatik, insbesondere an der Geriatrie gewesen. Ich erlebe die Gerontopsychiatrie vielfach in der Konkurrenzsituation – einmal um Ärzte, Psychologen, Pflegekräfte, Sozialarbeiter und Therapeuten – dann um Betten, und um die fitteren, noch veränderungsbereiten Patienten, die von differentieller Psychotherapie profitieren, aber auch um Therapieplätze, sowie um Versorgungsstrukturen in Tagespflegen und Heimen. Und dann geht es darum, sich in Konkurrenz zu den DRG-optimierten somatischen Kliniken zu behaupten, wenn eine holistische Sichtweise für die zu erreichende Lebensqualität notwendig ist und nicht die Einzelorgane im Vordergrund stehen, wenn die Multimorbidität auch die psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit bedingt, wenn die Demenzerkrankung versorgungsrelevant wird, wenn auch somatische Behandlungen notwendig sind, aber eine demenzsensible Patientenführung erforderlich wird, wenn das soziale Netz zusammenbricht, die Verhaltensstörung nur im häuslichen Umfeld wirklich therapierbar ist, und wenn die patientenseitigen Vorplanungen für das Alter keinen Plan B (für ein Leben mit Erkrankung / Behinderung) vorsehen, was leider die Regel ist.

Deshalb ist die **Weiterentwicklung in der stationären Versorgung** aus meiner Sicht als Statement zu einer Verschlankung derjenigen stationären Strukturen in der Gerontopsychiatrie, die einen hohen körperlichen und Grund-Pflegeaufwand

erfordern und zu einer aufsuchenden gerontopsychiatrischen Arbeit mit diesen multimorbiden Menschen in deren Lebensumfeldern und in interdisziplinären Strukturen (1). Der Begriff der einfachen »Ambulantisierung« trifft für die gerontopsychiatrische Klientel aus meiner Sicht nicht zu, denn hierfür müssten soziale und kommunale Strukturen erheblich weiterentwickelt werden und die Sicherungsnetze sowie Kurzzeitpflegen bei Versorgungslücken ausgebaut werden. Doch hierfür sind keine Ressourcen, keine Pflegekräfte, keine Familienstrukturen mehr vorhanden.

Wir haben es mit verschiedensten Herausforderungen des Alterns zu tun. Zunächst ist da **das physiologische Altern**, die abnehmenden Reservekapazitäten der Organe, auch die kognitive Verlangsamung. Wir haben dadurch ein exponentiell ansteigendes Delir-Risiko. Zunehmende Funktionseinschränkungen, ansteigender Pflegebedarf, Kompensationsnotwendigkeiten (2) und Vereinsamung können zur Abnahme der Lebensqualität führen. Wie kann da Autonomie erhalten werden? Wir haben auf der anderen Seite eine stete Verlängerung der Lebensspanne, die aber auch mehr Verluste erleiden lässt. Einsamkeit wird zum Thema, was wiederum langfristig zu Anpassungsstörung, Depression und weiterer kognitiver Verschlechterung führen kann. Mit der Langlebigkeit kommt auch die Multimorbidität, die Einschränkungen in den Alltagsfähigkeiten, die zunehmende Abhängigkeit vom Partner, den Kindern, von Pflegediensten, Hilfsstrukturen und entsteht auch die persönliche Herausforderung, sich auf das für das Individuum Wesentliche zu konzentrieren, besonders intensiv in Körper, Geist und soziales Umfeld zu investieren, aber auch Kompensationen (2) leisten zu müssen, das sind Entwicklungsaufgaben, die zum Altern dazugehören. Und letztlich müssen wir uns mit dem Ende des Menschen auseinandersetzen, dem Sterbeprozess und dem Tod, der niemandem erspart bleibt.

Wir haben **altersassoziierte Erkrankungen**, Demenz, Delir, vaskuläre Ereignisse, die wiederum Depressionen begünstigen aber auch Aktivitäten des täglichen Lebens einschränken und Anpassungen erfordern. Die Multimorbidität, aber auch die Inaktivität führt wiederum zur Gebrechlichkeit (frailty), die besonderer Aufmerksamkeit bedarf und individueller Anstrengung, im Wortsinn eine Gegen-Bewegung erfordert. Die Lebensqualität bei chronischer Erkrankung und Pflegebedarf wird immer wieder in Frage gestellt. Wir brauchen eine palliative Geriatrie, die anders, weit längerfristig angelegt ist als die Palliativmedizin onkologischer Patienten. Wir müssen uns sehr genau orientieren, welche Medikamente wir geben, um Patienten nicht zu schaden. Und wir werden immer mehr mit einem direkt formulierten Sterbewunsch von hochaltrigen Patienten – oder

deren Angehörigen – konfrontiert, gerade wenn die Wünsche /Erwartungen an Lebensqualität nicht mehr erfüllt und Kompensationen nicht geleistet werden können. Auch da haben wir einen gerontopsychiatrischen Auftrag, durch psychotherapeutische Anpassungs- und Trauerprozessbegleitung, Behandlung von Ängsten, Ziel- und Versorgungsklärungen individuelle Lebensqualität zu erreichen – trotz Erkrankung, trotz Behinderung, trotz Vereinsamung. Das ist eine große Herausforderung aus meiner Sicht. Die schaffen wir nicht allein. Arztlastig keinesfalls und auch nicht allein als Fachgruppe – interprofessionell und interdisziplinäre Therapieregimes sind nötig.

Wir haben auch die **demographische Herausforderung**, dass die Babyboomer jetzt in Rente gehen. Inzwischen ist man über jeden Arzt froh, der nach der Elternzeit in das Krankenhaus wiederkehrt. Mein Projekt, ausländische Ärzte direkt zu integrieren, ist krachend gescheitert. Das ist in der Gerontopsychiatrie besonders schwierig, Sprachbarriere in der sprechenden Medizin und hohe Vulnerabilität der Patienten erfordern eine sehr hohe Motivation zum Spracherwerb der ausländischen Kollegen. Hier benötigen wir dringend (auch staatliche) Unterstützungsstruktur für die ausländischen Mitarbeiter, zum Sprach- und Kenntniserwerb, einen Fast-Track für Anerkennungen, eine steuerliche und bürokratische Entlastung zur Ansiedelung in Deutschland. Nur so werden wir attraktiv für hochmotivierte Kolleginnen und Kollegen aus anderen Ländern.

Gleichzeitig müssen wir sehr **viel mehr Hochbetagte** versorgen. Seit 1980 haben sich die Anteile der >65jährigen und der Hochaltrigen (> 80 J.) verdoppelt. Wir haben weniger Lebensarbeitszeiten, einen Rückgang der Arztarbeitszeiten aufgrund der Tarifverträge, insgesamt erheblichen Fachkräftemangel allgemein an den Krankenhäusern, hier hat nämlich auch eine Ambulantisierung eingesetzt – in Medizinischen Versorgungszentren (MVZs), in Großpraxen, Reha- und Pflege-Strukturen etc. Gleichzeitig gibt es eine stete Weiterentwicklung von medizinischen und chirurgischen Techniken. Es ist technisch immer mehr möglich – auch im hohen Alter – sodass vor allem neue OP-Kapazitäten geplant werden, als »Same-Day-Surgery« versteht sich, ohne ein zusätzliches geriatrisches (oder gerontopsychiatrisches) Bett. Hier wird der notwendige individuelle Unterstützungsbedarf grob unterschätzt, vor allem auch, da mehr Einpersonenhaushalte bestehen, in Stuttgart längst mehr als 50%, und so keine (unbezahlte) Familienarbeitskraft zur Versorgung mehr bereitsteht.

Auch haben wir einen großen Anteil älterer **Patienten, die einen Migrationshintergrund haben** und die von daher noch eine besondere Herausforderung bei der Demenzdiagnostik und -versorgung darstellen. Hier sind es kulturelle

Erwartungen, die nicht mehr erfüllbar sind von den jüngeren Generationen, der frühe Verlust der Zweitsprache, diagnostische Abgrenzungen bei geringerer Bildung, fremder Muttersprache etc. Das schaffen wir nur gemeinsam, in der engen interprofessionell–interdisziplinären Zusammenarbeit. Wir brauchen neben der gerontopsychiatrischen Fachkompetenz auch allgemeinmedizinische Fachkompetenz, zudem altersgerechte Spezialdisziplinen. Wir brauchen die Fachpflege, fallführende Aufgaben z.B. auch für Psychologen, aber auch für Pflegende. Advanced Practice Nurses sind auch bei uns mit integriert. Auch Physician Assistants halte ich für eine gute Möglichkeit, geriatrisch-gerontopsychiatrische Klientel zu versorgen. Wir brauchen insbesondere Physiotherapie, Mobilität ist zuweilen die letzte Autonomie, die ein fortgeschritten dementer Patient im Heim noch ausüben kann. Und Ergotherapie, für Tagesstruktur, alltagsrelevante Aktivierung und Erhaltung oder Wiedererlangung der Fähigkeit, alltägliche Aktivitäten selbstständig auszuführen (ADL-Erhalt).

Die **Zusammenarbeit mit Hausärzten** werden wir sehr viel enger gestalten müssen, aber auch die Angehörigen einbeziehen, informieren und schulen. Wir werden diese Herausforderungen nur meistern, indem wir unsere **Vernetzungen** immer weiter optimieren. Nicht, dass wir als Gerontopsychiatrie-Klinik in Stuttgart derzeit schlecht dastünden. Wir sind super vernetzt, aber ich brauche auch die Mitarbeitenden, die diese Vernetzung tragen. Doch die Fachärzte gehen lieber in MVZs, wo keine Nachtdienste mehr anfallen. Hier braucht es ebenfalls differenziertere Regelungen, Anreizsysteme, Nachtarztmodelle.

Eine neue **Vernetzung** haben wir **mit dem Gesundheitsamt** begonnen, bieten präventive Unterstützung für pflegende Angehörige an. Psychiatrische Erkrankungen bei Pflegenden und mittelbar bei den Gepflegten sollen präventiv vermieden werden, durch soziale Vernetzung, kognitive Aktivierung und Bewegungsangebot (3) zusammen mit Informationen zur Unterstützung im Quartier, auch für Migrantinnen in der Pflege hochaltriger oder demenzerkrankter Migranten. Dafür nutzen wir die Struktur der städtischen Gesundheitslotsen für die unterschiedlichen Migrantengruppen (v.a. Griechen, Türken, Italiener, Russen und Ukrainer) und die gerontopsychiatrischen Beratungsstellen in den gemeindepsychiatrischen Zentren im Stadtteil.

Welche **innovativen Behandlungsmodelle** halte ich für zukunftsfähig?

Eine **Clearingstelle** zur besseren Allokation der Ressourcen, die wir vorhalten, z.B. in Form einer Krisenambulanz, die dann die ideale Behandlungsform nach der Diagnostik zuweist. Die Effizienz der Behandlung können wir steigern, indem wir im gewohnten Umfeld behandeln. **Stationsäquivalente Behandlung** haben

wir in Kooperation mit unserer Ambulanz bereits ab Januar 2018 durchgeführt, im Pflegeheim, in der Häuslichkeit mit kürzeren Verweildauern. (4) Und das Modell aus Klingenmünster ist ganz hervorragend hier umzusetzen. Für uns in Baden-Württemberg bietet das hier 2024 eingeführte interprofessionell leistungsgerecht finanzierte Vergütungsmodell für Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs), sog. bayrisches Modell, enorme Chancen, allerdings auch einen enormen Abrechnungsaufwand, den ich mir verschlankt wünschen würde. Wir haben hier nicht nur die Möglichkeit interprofessionell und aufsuchend zu behandeln und interdisziplinäre Aufwände besser abzubilden, wir können auch digitale Medien nutzen, um größere Entfernungen zu überwinden, die Behandlungsfrequenz zu steigern und auch den Aufwand für die Behandelnden aus den verschiedenen Berufsgruppen, aber auch für die Zugehörigen zu verringern. Dies wird durchaus von jüngeren Angehörigen und digital affinen Ehepartnern genutzt. Auch therapeutischer und diagnostischer Einsatz von digitalen Apps wäre durchaus denkbar, ohne dass der Mensch dabei zu kurz kommen darf, da immer als Hilfsstruktur gedacht, nie als einzige Maßnahme. Autonomiesteigerung kann auch gelingen, indem es ambulante Unterstützung zum Beispiel durch Roboter gibt. Ein sehr schönes Projekt bei Schlaganfallpatienten ermöglicht den Verbleib in der Wohnung trotz Hemiparese (5).

Aber wesentlich ist auch die **Adaptation von Behandlungsangeboten an den Patientenwunsch**, deren Motivationsmöglichkeiten sowie unter deren Lebensqualitätsabwägung. Die bislang stationären Behandlungsangebote sollten transsektoral vernetzt werden, sodass stationäre Gruppen z.B. ambulant weiterlaufen und dadurch die vollstationären Verweildauern deutlich gekürzt werden. Wir haben das im §64b SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – gesetzliche Krankenversicherung) – Modellprojekt aus der Klinik Klingenmünster realisiert gesehen. Hier gelingt eine transsektorale Versorgung mit kurzem stationärem Clearing zur Diagnostik und Therapiezielklärung und darauffolgender ambulanter Behandlung ohne einen hohen Dokumentations- und Abrechnungsaufwand.

Mir schweben auch sogenannte Trackingmodelle (6) vor, die wir derzeit umsetzen. Dabei behandelt das Team, das auf der Station diagnose- und manchmal auch funktionsbezogen arbeitet, die Patienten auch im teilstationären und im ambulanten Setting weiter. So können frühzeitig, bereits vor der Notwendigkeit eines stationären Aufenthalts, Krisen abgefangen werden. Wir können Effizienz steigern, indem wir Interprofessionalität nutzen und Fachpflegekräfte in der Fallverantwortung unterstützen. Auch können weniger erfahrene Assistenzärzte in Ausbildung eingesetzt werden, wenn wir im erfahrenen interprofessionellen Team arbeiten und

die supervidierende Oberärztin vor Ort ist (oder per Video zugeschaltet werden kann). **Die stationsäquivalente Behandlung** (7) bleibt eine gute Alternative zur Krankenhausbehandlung, vor allem bei kognitiv Eingeschränkten (4) und wenn das Umfeld Schulungsbedarf hat. Wir brauchen aber auch Psychoedukationsschulung, Frühwarn-Schulungen und eine **Selbstverantwortung** auf Seiten der Patienten und Angehörigen, realistische Vorplanungen für die Alternsphase zu machen.

Vollstationäre Angebote können dagegen intensiviert werden, indem wir vorab im Track-System Therapieplanung, auch Therapiezielklärung machen und Adhärenz zu Medikation, Tagesstruktur und Bewegungsprogrammen («adherence») fördern und erhalten. Auch kann bereits frühzeitig bei entsprechender Indikation mit Patienten diskutiert werden, ob **biologische Behandlungsmethoden** sinnvoll sein können.

Sie wissen, dass die Ergebnisse der Elektrokonvulsionstherapie (EKT) (8) und auch der Magnetstimulation gerade bei gerontopsychiatrischen Patienten bei der schweren, wahnhaften Depression sehr, sehr gut sind mit 80% Remission und Krankheitsphasen sowie stationäre Aufenthalte dadurch verkürzt werden können, wenn die Weiterbehandlung gut geplant ist. Auch eine Erhaltungs-EKT kann kurzfristig begonnen werden im Tracking-System, da die Verschlechterung frühzeitig auffällt und ihr dann auch frühzeitig begegnet werden kann, mit EKT im tagesklinischen Setting.

Parallelbehandlungen bei sich negativ beeinflussenden Erkrankungen, Depression und Diabetes zum Beispiel sind aufenthaltsverkürzend und effizient. Interdisziplinäre Einheiten (1), die wir als multidisziplinäres Alterszentrum am Klinikum Stuttgart eingerichtet haben ermöglichen hier z.B. als geriatrisch-gerontopsychiatrischen Fusionsstation eine enge Abstimmung der Behandlungsziele. Für die Pflorgeteams auf solchen interdisziplinären Stationen (1) ist dies oft eine große Herausforderung, da zwei »Kulturen«, der somatische Zugang und der psychiatrische Zugang parallel vorgehalten werden. Dennoch profitieren alle (9), Patienten werden besser mobilisiert und aktiviert, kognitive Diagnostik erfolgt kompetent, psychosoziale Hilfen und die ambulanten Möglichkeiten der Weiterbehandlung in der PIA sind besser vernetzt.

Clearingstationen sind ein weiteres Beispiel. Eine Kurzliegerstation (9) in Hamburg ermöglichte »High Touch statt High Tech« für die psychosozialen Bedarfe bei multimorbiden und gebrechlichen Notaufnahmepatienten. Die für die Lebensqualität notwendige medizinische Behandlung wird hier ebenso berücksichtigt wie die soziale Versorgung zum Erhalt des Therapieerfolges. **Delir-Prävention** ist ein weiterer wesentlicher Baustein der Versorgung älterer gerontopsychiatrischer

Patienten. Das Delir-Risiko dieser Patienten ist sehr groß und die Folgen oft erheblich, sodass eine Institutionalisierung notwendig ist oder die Progression einer kognitiven Störung zur Demenz rascher verläuft. Unsere PAWEL-Studie hat eine ganz hervorragende Bewertung durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erhalten und die Empfehlung wurde ausgesprochen, diese Erkenntnisse in Ausbildung, Weiterbildung und Lehre zu berücksichtigen. Leider wurde aber nicht mehr Geld fürs System vorgesehen, sodass nun diese Qualitätsverbesserung aus den laufenden Kosten gestemmt werden muss.

Delir-Prävention und Delir-Management gehört zunächst einmal in die Somatik. Delirien sind sekundäre Syndrome und haben somatische Ursachen. Delir-Präventionsteams, die stationsübergreifend – an 7 Tagen der Woche über 12 Stunden täglich – aktiv individualisierte Module umsetzen, haben eine hohe Effizienz und können bis zu 40% der Delirien verhindern. Risikoscreening und Delir-Früherkennung sind dabei wesentliche Qualitätsmarker. Daher halte ich es für zielführend, die geriatrische Klientel in der Somatik optimal zu behandeln, dort die Kollegen breit zu schulen und durch ein ergänzendes Team zu versorgen, das ein individualisiertes Delir-Präventionskonzept durchführt. Wir können unsere Kompetenz so auch schwer somatisch kranken Patienten über ein Konsiliar-Liaison-Team zukommen lassen. Das benötigt aber auch eine Weiterentwicklung der bislang ambulanten Angebote, indem wir Krisenintervention anbieten und intensiv-ambulante Behandlung. Ähnlich wie Frau Dr. Geschke das vorgeschlagen hat: Angebot einer sektorenübergreifenden Gruppentherapie zur Festigung und Stabilisierung dessen, was stationär erreicht wurde.

Tagesklinische Behandlungssettings sollten aus meiner Sicht ergänzt werden durch Angebote mit niedrigerer Frequenz, z.B. 2-3x pro Woche zur Intervalltherapie und auch für Hochaltrige mit einer reduzierten Tagesstundenzahl. Mindestens sechs Stunden in der Tagesklinik verbringen zu müssen stellt eine Überforderung für die meisten hochaltrigen, über 85-jährigen Patienten dar. Hier müssen wir adaptierte Angebote entwickeln und mit den Kassen verhandeln.

Palliative Versorgungsstrukturen speziell für geriatrische Patienten, die ja oft über Jahre in palliativen Situationen leben, sind ganz wichtig. Wir brauchen auch Psychotherapie für Ältere, zum Umgang mit der Angst vor Verschlechterung der chronischen Erkrankung, vor dem Ersticken bei der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD), oder vor der Auslösung des Defibrillators. Eine Weiterentwicklung der Psychotherapie als aufsuchendes Angebot ist hier erforderlich, was eine Herausforderung für Psychotherapeuten darstellt, die üblicherweise die Distanz zum Wohnraum halten möchten.

Wir brauchen **Quartiersbezug** über Krisenteams, über Tages- und Gruppenangebote und zur Angehörigenentlastung. Ich stelle mir auch soziale und Bewegungsangebote vor. Wir haben sogenannte Gerberas, gerontopsychiatrische Beratungsstellen, die quartiersbezogen sind und die wir nutzen wollen, das entlastende Angebot für Angehörige weiter auszubauen. Wir brauchen aber auch Gesprächskreise zur Entwicklung zufriedenerer Haltungen dem Altern gegenüber. Im Unterschied zur Überlegung stetiger Optimierung und dann der erlebten Frustration, dass man trotz aller Optimierung weiter altert, sollten Beratungen zur Vorsorge und eben angemessene Kompensations- und Downsizing-Strategien (2) unterstützt werden. Hilfsstrukturen, Pflegehotels zum Beispiel, finanzierbare Alltagsunterstützungsstrukturen müssen entwickelt werden. Digitale Kontaktaufnahmen, Erinnerungs- und Aktivierungstools sind wichtige, effizienzsteigernde und niederschwellige Hilfsmittel. Soziale Vernetzung zur Tagesstrukturierung und die Akzeptanz von Unterstützungsstruktur ist eine wichtige Persönlichkeitsentwicklung im Alter.

Ich sehe eine **Verantwortungsübernahme als Bürgerpflicht** an. Verantwortung soll getragen werden für die eigene Vorsorge, es ist Verantwortung zu übernehmen, realistisch zu planen, nicht nur den idealen Plan A entwickeln und für den Plan B das Krankenhaus als zuständig zu erklären. Das kann nicht dem Krankenhaus überlassen werden, so entstehen die ungewünschten Heimeinweisungen, weil keinerlei Vorplanungen und schrittweiser Einbezug von Hilfssystemen akzeptiert wurden. Verantwortungsübernahme ist auch für den bedürftigen Nachbarn im Quartier sinnvoll, solange die eigene Mobilität dies ermöglicht. Dies erlaubt, körperliche Aktivierung und soziale Bezüge und Wertschätzung zu erleben. Das wirkt auch der Einsamkeit entgegen.

Die **Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit** ist aber auch ein wesentlicher Punkt, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügungen zu erstellen, diese anzupassen im Verlauf und aktuell zu halten, halte ich für eine ganz wichtige Verantwortungsübernahme.

Dann brauchen wir eine Ehrlichkeit gegenüber den Möglichkeiten der Notfallmedizin. Gerade bei Hochbetagten und Demenzerkrankten sollten Ärzte und auch Pflegende frühzeitig das Gespräch suchen und die realistischen Möglichkeiten sowie Patientenwünsche besprechen, idealerweise bevor der Notfall eingetreten ist.

Die ethischen Prinzipien sind im »Choosing Wisely« oder der »klug entscheiden«- Initiative (10) gut überlegt worden. Auch das kann eine Aufgabe von Gerontopsychiatern sein, und zwar interprofessionell, Patienten hinsichtlich ihrer

weiteren Lebensplanung angesichts von Multimorbidität, Polypharmazie und Gebrechlichkeit zu beraten, in ihren individuellen Werteentscheidungen zu begleiten und Angehörige und Bezugspersonen in den Behandlungsvorausplanungen ebenfalls zu leiten. Ganz wichtig ist es, dass eine obligatorische Dokumentation besteht, die auch verfügbar sein muss und idealerweise in die Krankenhausdokumentation und Pflegeheimakte integriert wird.

Ein Vorschlag hier von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), in dem Fall also enge Zusammenarbeit mit den Hausärzten. Diesen Bogen (11) setzen wir seit der Coronapandemie ein. Der allgemeine Zustand, die Prognose und Indikation einer medizinischen Intervention werden hier reflektiert, dann der Patientenwille erhoben und schließlich eine gemeinsame Entscheidung herbeigeführt. Auch die Wertung der Veränderungen über die Zeit geht hier mit ein und eigene Behandlungswünsche werden berücksichtigt. Hier brauchen wir erneut den gesellschaftlichen Impuls, dass eine gute und realistische Vorplanung auch die Lebensqualität verbessert. Gut leben im Alter mit Krankheit, das ist möglich, wenn die Grenzen des Realisierbaren anerkannt werden und erkannt wird, dass Autonomie dann erhalten werden kann, wenn Vorausplanung erfolgt (11) und Unterstützungsstrukturen akzeptiert werden. Wir brauchen Eigenverantwortung und mein Ziel ist es, diese Eigenverantwortung und die Bereitschaft zur Vorplanung durch Veranstaltungen zu den obigen Themen, verbunden mit einem kulturellen oder Bewegungs-Angebot, zu erreichen. Dafür habe ich jetzt einen Projektantrag gestellt. Eine Quartiersorientierung ist mir dabei wichtig. Gemeindepsychiatrische Zentren (GPZs) können einbezogen werden. Lokale Partner wie die Kirchen, so sie noch vorhanden sind, können ebenso wie Kulturvereine, Sportvereine etc. einbezogen werden und hilfreiche Vermittler sein.

Weiter geht es für mich mit dem Klingenmünster Modell, mit dem Stepped Care-Modell und anderen Ideen. Die primäre Prophylaxe darf aber nicht zu kurz kommen. Auch Demenzprävention kann im höheren Alter noch durch uns geleistet werden (3). Wir brauchen aber eine radikale Vereinfachung unserer Dokumentation, um unsere Ressourcen auf die Begleitung psychisch kranker Älterer und ihrer Zugehörigen konzentrieren zu können. Wir brauchen Schulung, Leadership und Krankenhausstrukturrevisionen sowie eine angemessene, sektorenübergreifende Vergütung dieser Tätigkeiten.

Zusammenfassend sind alters- und an die jeweilige Kognitionsleistung angepassten Konzepte nötig, die die Behandlungsschnittstellen, die sogenannten Sektoren (also -ambulant – (Teil-) stationär/Stationsäquivalent – (intensiv) ambulant) überwinden und die idealerweise durch diagnosenbezogene interprofessionelle

Teamverbünde transsektoral umgesetzt werden. Wir benötigen einen Paradigmenwechsel von der Defizitorientierung zur Ressourcenorientierung und sollten uns für eine zusätzliche Vergütung von »Best-Practice« im DRG-System, zum Beispiel durch ein Sonderentgelt, einsetzen. Dabei ist die Abbildung des Versorgungsaufwands bei Demenz, Delir und gerontopsychiatrischer Komorbidität erforderlich. Gerade im Interesse der Älteren ist es wesentlich, dass die Degradierung der Gesundheitsdienstleister zu Marktakteuren verhindert wird. Bürgerschaftliches Engagement und eine verantwortungsvolle Vorplanung für das Alter, die auch das Fortschreiten chronischer Erkrankungen mit einbezieht, ist erforderlich und muss durch gerontopsychiatrische Expertise angeregt und begleitet werden.

Literatur:

1. Zieschang, T., Bauer, J., Kopf, D. et al. Spezialstationen für Patienten mit kognitiver Einschränkung. *Z Gerontol Geriat* 52, 598–606 (2019). <https://doi.org/10.1007/s00391-018-1439-z>
2. Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1–34). New York: Cambridge University Press
3. Livingston, Gill et al. (2024) Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission, *The Lancet*, Volume 404, Issue 10452, 572 – 628
4. Spannhorst, S., Weller, S. & Thomas, C. (2020) Stationsäquivalente Behandlung. *Z Gerontol Geriat* 53, 713–720 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00391-020-01823-1>
5. Frommeld, D., Haug, S., Currie, E., & Weber, K. (2022). Telepräsenzroboter in der Schlaganfallrehabilitation. *Pflegezeitschrift*, 75(5), 52–55. <https://doi.org/10.1007/s41906-022-1251-7>
6. Leweke FM, Hirjak D, Staudter C, Borgwedel D, Coenen-Daniel M, Hesel M, Erk K, Juckel G, Beivers A, Meyer-Lindenberg A (2020) Das ZI-Track-Konzept in der modernen Psychiatrie: Eine syndromspezifische sektorenübergreifende Behandlung *Fortschr Neurol Psychiatr* 88(1):12–23. <https://doi.org/10.1055/a-0759-1859>. Epub 2019 Feb 14. PMID: 30763961
7. Couturier, S. P., Spielmann-Benson, G., Frölich, L., Hausner, L. (2024) Stationsäquivalente Behandlung (StäB) gerontopsychiatrischer Patienten in einer deutschen Großstadt – Eine Beobachtungsstudie. *Psychiatr Prax* 51(07): 385-391 DOI: 10.1055/a-2328-9263
8. van der Wurff, F.B., Stek, M.L., Hoogendijk, W.J.G. and Beekman, A.T.F. (2003), The efficacy and safety of ECT in depressed older adults: a literature review. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 18: 894–904. <https://doi.org/10.1002/gps.944>

Welche neuen Wege brauchen wir in der stationären gerontopsychiatrischen Versorgung?

9. Groening M, Schwarz T, Lock G Versorgung älterer Notfallpatienten: Hightouch statt Hightech Dtsch Arztebl 2013; 110(7): A 262–5
10. <https://www.klug-entscheiden.com/>
11. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Ambulante_patientenzentrierte_Vorausplanung_DOKU_gesamt_200409_final.pdf; Leitfaden unter https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Ambulante_patientenzentrierte_Vorausplanung_fuer_den_Notfall_LEITFADEN_20200409_final.pdf

Zusammenwirken von Behandlung, Rehabilitation und Pflege im Kontext des SGB V und SGB XI

Michael Rapp

Einleitung

Das Zusammenspiel von medizinischer Behandlung, Rehabilitation und Pflege stellt eine wesentliche Komponente der Gesundheitsversorgung insbesondere älterer Menschen dar. Der demographische Wandel führt zu einer steigenden Zahl älterer Menschen, die vermehrt an chronischen und psychischen Erkrankungen leiden. In diesem Kontext ist eine integrierte Versorgung wesentlich, um die Lebensqualität dieser Menschen zu verbessern und die Gesundheitskosten langfristig zu senken. Dieses Kapitel behandelt die bestehenden Herausforderungen und Chancen bei der Umsetzung integrierter Versorgungsmodelle, insbesondere im Rahmen der Sozialgesetzbücher V (SGB V – Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung) und XI (Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung), die die Kranken- und Pflegeversicherung in Deutschland regeln.

Demographische und Versorgungssituationen

Deutschland steht vor einer demographischen Herausforderung. Der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung steigt kontinuierlich, und damit auch der Bedarf an medizinischen und pflegerischen Leistungen. Trotz dieser demographischen Trends sind geriatrische und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen im Altersbereich erheblich unterrepräsentiert. Laut aktuellen Statistiken machen solche Maßnahmen lediglich vier bis sechs Prozent der gesamten Rehabilitationsmaßnahmen aus. Dies deutet darauf hin, dass vorhandene Ressourcen auf institutioneller und gesetzlicher Ebene nicht vollständig ausgeschöpft werden. Eine vertiefte Analyse der Versorgungslage zeigt, dass oft ein erheblicher zeitlicher Verzug zwischen der ersten Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Einleitung rehabilitativer Maßnahmen besteht.

Evidenz und Herausforderung der Umsetzung

Zahlreiche wissenschaftliche Studien belegen die Wirksamkeit bestimmter rehabilitativer Maßnahmen. Beispielsweise zeigt körperliche Aktivität eine signifikante präventive Wirkung auf kognitive Verluste, mit beachtlichen Effektstärken. Doch trotz dieser evidenzbasierten Erkenntnisse sind solche Interventionen in der Praxis selten vollständig umgesetzt. Die Barrieren hierfür sind vielfältig und reichen von fehlender öffentlicher Sensibilisierung bis hin zu institutionellen Hemmnissen, die die Bereitstellung und Durchführung solcher Maßnahmen erschweren. Es fehlt oft an effektiven Strukturen, die eine systematische Implementierung solcher Programme ermöglichen. Des Weiteren ist die Sensibilisierung sowohl der Öffentlichkeit als auch der politischen Entscheidungsträger essenziell, um die evidenten Vorteile dieser gesundheitsfördernden Maßnahmen zu kommunizieren.

Gesetzliche Rahmenbedingungen und deren Anwendung

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Sozialgesetzbücher V und XI bieten weitreichende Möglichkeiten, um den besonderen Bedürfnissen psychisch kranker älterer Patienten gerecht zu werden. Insbesondere das SGB V verpflichtet dazu, medizinische Rehabilitation so zu gestalten, dass sie den spezifischen Erfordernissen dieser Gruppe entspricht. Dennoch zeigt die Praxis, dass diese gesetzlichen Vorgaben häufig nicht in die Tat umgesetzt werden. Dies liegt zum Teil an mangelnder Kenntnis der gesetzlichen Bestimmungen seitens der Einrichtungen und an Unsicherheiten darüber, wie diese in die tägliche Praxis integriert werden können und sollen. Überdies behindern strukturelle Barrieren die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Gesundheitsdienstleistern, was die umfassende Versorgung der Patienten erschwert. Eine konsequente Umsetzung der im SGB V vorgesehenen Maßnahmen könnte nicht nur die Rehabilitation fördern, sondern auch die Pflegebedürftigkeit hinauszögern oder ihre Folgen abmildern.

Innovative Projekte und Praxisbeispiele

Vor dem Hintergrund der zuvor beschriebenen Herausforderungen gibt es jedoch auch innovative Ansätze, die als Vorbilder dienen können. Ein Beispiel dafür ist ein Best Practice Modell (Haus Ruhrgarten), das in ausgewählten Pflegeheimen

umgesetzt wurde, um rehabilitative Pflegeansätze zu integrieren. Dabei wurden interdisziplinäre Teams aus Pflegekräften, Therapeuten und Ehrenamtlichen gebildet, die eng zusammenarbeiten, um eine ganzheitliche Versorgung zu gewährleisten. Solche Modelle zeigen, dass durch eine intensive Zusammenarbeit und ein integratives Konzept sowohl die Aufenthaltsdauer in Krankenhäusern verkürzt als auch die Gesamtkosten gesenkt werden können. Die positiven Effekte, die in diesen Projekten beobachtet werden, unterstreichen das Potenzial einer intensiveren Nutzung und Integration rehabilitativer Maßnahmen in Pflegeeinrichtungen.

Fazit und Ausblick

Abschließend lässt sich festhalten, dass die Integration von Behandlung, Rehabilitation und Pflege zahlreiche Chancen bietet, die jedoch bislang unzureichend genutzt werden. Die vorhandenen gesetzlichen und evidenzbasierten Grundlagen für eine umfangreiche medizinische Rehabilitation erfordern eine effektivere Nutzung. Es besteht ein erhebliches Potenzial, durch eine bessere Integration dieser Maßnahmen nicht nur die Kosten im Gesundheitswesen zu senken, sondern auch die Lebensqualität psychisch kranker älterer Menschen zu verbessern. Solche integrierten Versorgungsansätze könnten einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, auf die demographischen Herausforderungen unserer Zeit zu reagieren und das Gesundheitssystem zukunftssicher zu gestalten. Es ist daher von entscheidender Bedeutung, sowohl auf politischer als auch auf praktischer Ebene die erforderlichen Strukturen zu schaffen, die eine effektivere Nutzung der vorhandenen Ressourcen ermöglichen.

Literatur beim Verfasser

Bei der Übersetzung des gehaltenen Vortrages in Schriftsprache wurde eine künstliche Intelligenz (GPT.4, Open AI 2024, Universität Potsdam) verwendet.

Personalbemessung, Fachkräftegewinnung und Versorgung

Statements:

Aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)

Hanns-Diethard Voigt

Personalbemessung (mit prospektiver Budgetwirkung) gibt es leider nicht mehr, da die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) nicht mehr gilt.

Anstelle eines Bemessungsinstruments (welches immer noch erstrebenswert wäre) ist eine Personalmindestverordnung getreten, deren für und wider im Symposium später beleuchtet wird.

Die PsychPV hatte nach Einführung einen positiven Einfluss auf die Versorgungssituation. Es gab erstmalig Personalbemessungszahlen, anhand derer die Kliniken Personal aufbauen konnten. Auch stiegen die Klinikkapazitäten und es waren differenzierte Therapieangebote umsetzbar.

Leider wurden in den Folgejahren bei der PsychPV immer nur die festgeschriebenen Bemessungszahlen in den Blick genommen. Eine Weiterentwicklung unter Versorgungsgesichtspunkten, Weiterentwicklung therapeutischer Konzepte und wissenschaftlicher Standards (von der APK immer angemahnt) fand nicht statt. In Folge unzureichender Anerkennung der tatsächlichen Durchschnittspersonalkosten durch die Kostenträger wurde die PsychPV mehr und mehr ausgehöhlt.

Stattdessen wurde das Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP-System) als Abrechnungssystem (ein bürokratisches Monster) um eine differenzierte (bessere?) Darstellung der Leistungen im Krankenhaus zu erhalten. Dieses Ziel wurde nicht erreicht (von einer Verbesserung der Versorgungsgerechtigkeit ganz zu schweigen).

Das Abrechnungssystem wurde aber trotzdem beibehalten (Bürokratieabbau?).

Eine Verbesserung der Versorgung ist auch nach Einführung der Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) nicht eingetreten und kurzfristig auch nicht zu erwarten.

Durch die PPP-RL ist auch die Flexibilisierung des Personaleinsatzes stark eingeschränkt.

1. Unzureichende Anrechnungsmöglichkeiten zwischen den Berufsgruppen und die beschränkte Möglichkeit Hilfskräfte einzusetzen.
2. Durch die rückwärtsgewandte Ermittlung der Personalmindestvorgaben ist keine Steuerung möglich.
(Abweichung vom Vorjahr die Regel, deshalb nur späte Erkenntnisse für die ersten zwei Monate eines Quartals.)
Es bleibt nur in der zweiten Hälfte des dritten Monats noch eine Reaktionsmöglichkeit.

Wahrscheinlicher ist eine restriktive Belegungssteuerung im Monat drei um die Richtlinie nicht zu reißen und Strafzahlungen zu vermeiden. Über die Sinnhaftigkeit von Strafzahlungen unter Versorgungsgesichtspunkten ist wohl an anderer Stelle zu beraten und entscheiden.

Ein eventuell erforderlicher in die Zukunft gerichteter Personalaufbau ist leider nicht möglich – Finanzierung?

Das Hauptproblem ist die Verfügbarkeit von Personal. Trotz regionaler Unterschiede haben alle Krankenhäuser Schwierigkeiten ausreichend viel und ausreichend qualifiziertes Personal zu finden. Hier stehen die Kliniken untereinander im Wettbewerb. Diese Situation wird sich noch weiter verschärfen.

Die Kliniken bemühen sich trotzdem eine gute Arbeit zu leisten. Wichtig in Zukunft wird es sein, Rahmenbedingungen zu schaffen, die das weiterhin ermöglichen. Die DKG wird sich in der Selbstverwaltung und auch politischer Ebene dafür einsetzen, dieses Ziel zu erreichen.

Aus Sicht des Berufsverbandes Deutscher Psychiater (BVDP)

Michael Krebs

Ambulante Komplexbehandlung für Demenzen: Vergessen, ignoriert oder ungeeignet?

Einleitung

Die ambulante Komplexbehandlung gemäß der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL, eine Verordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch (SGB V) soll schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischem oder psychotherapeutischem Behandlungsbedarf durch koordinierte und strukturierte Behandlung besser versorgen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2021; Krebs, 2022), ähnlich wie in anderen integrierten ambulanten Versorgungsmodellen auch (Köhler et al., 2020). Jedoch werden Menschen mit Demenzen explizit von einer Behandlung im Rahmen der KSVPsych-Richtlinie ausgeschlossen, zumindest sofern keine andere psychiatrische Erkrankung im Vordergrund steht. Es stellt sich deshalb die Frage, ob diese Patientengruppe vergessen, bewusst ausgeschlossen oder für eine Behandlung ungeeignet ist.

Laut S3-Leitlinie Demenzen ist eine interdisziplinäre und stadienabhängige Betreuung unter Einbeziehung von (niedergelassenen) Haus- und Fachärztinnen und -ärzten essenziell (DGPPN, 2025; Jessen et al., 2023). Zudem betont die *Nationale Demenzstrategie* die Rolle der Hausärztinnen und -ärzte ihre Koordinatorenfunktion (Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), 2020), da sie oftmals die erste Anlaufstelle für Demenz-Patientinnen und Patienten und deren Angehörige sind (Robinson et al., 2015). Allerdings fehlt beispielsweise jeglicher Hinweis auf Hausärztinnen und Hausärzte in der KSVPsych-Richtlinie, was eine deutliche Lücke im Versorgungsansatz offenbart.

Wurden Demenzen vergessen?

Die KSVPsych-Richtlinie ist eine ambulante Versorgungsform für alle Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen mit komplexen Behandlungsbedarf außer den organisch bedingten psychischen Störungen (ICD-10 Fo) einschließlich der Gruppe der Demenzen. Vor dem Hintergrund einer erheblichen psychiatrischen Komorbidität bei einer Vielzahl von Demenz-Patientinnen und -patienten wie Depressionen und Angststörungen und Verhaltensauffälligkeiten auf der einen (Livingston et al., 2017) sowie somatischen Komorbiditäten auf der anderen Seite (Bunn et al., 2014) ist eine koordinierte und abgestimmte Behandlung und Betreuung dieser Personengruppe dringend erforderlich (Backhouse et al., 2017).

In der *Nationalen Demenzstrategie* wird betont, dass Demenzpatientinnen und -patienten eine störungsspezifische und individualisierte Therapie benötigen. Die Realität sieht jedoch oft anders aus: Der Zugang zu spezialisierten Angeboten ist begrenzt, und die vorhandenen Ressourcen werden nicht effizient genutzt. Eine systematische Koordination der Versorgung könnte die Nutzung vorhandener Strukturen erheblich verbessern.

Ein weiteres zentrales Problem von spezialisierten Fachärzten für Psychiatrie, Neurologie oder Nervenheilkunde mit der primärärztlichen Versorgung (Nelles et al., 2015), die insbesondere für eine frühzeitige Intervention wichtig ist.

Wurden Demenzen bewusst ausgeklammert?

Ein mögliches Argument für das Fehlen von Demenzen in der KSVPsych-Richtlinie sind finanzielle und organisatorische Hürden. Würden Demenzen in die Versorgung gemäß dieser Richtlinie aufgenommen, könnte dies zu einer erheblichen Steigerung der Fallzahlen führen, was eine Kostensteigerung innerhalb der KSVPsych-RL nach sich ziehen würde. Dies beträfe insbesondere:

- **Mehr Leistungsfälle:** Die Zahl der Patientinnen und Patienten, die Anspruch auf Leistungen nach KSVPsych-RL hätten, würde deutlich steigen.
- **Mehrkosten durch therapeutische Maßnahmen:** Demenzpatientinnen und -patienten benötigen oft langfristig spezialisierte Therapien wie Ergotherapie (z.B. Hirnleistungstraining), was Mehrkosten verursachen könnte.
- **Überschneidung mit Pflegeversicherung:** Die oftmals notwendige Einbeziehung von Pflege könnte zu einer unklaren Schnittstelle zwischen Kranken- und Pflegeversicherung führen.

- **Bürokratische Hürden:** Die Ausweitung der Versorgung könnte die Krankenkassen und Pflegekassen administrativ belasten.

Diese Faktoren könnten dazu geführt haben, dass Demenzen bewusst aus der KSVPsych-Richtlinie ausgeklammert wurden.

Ist die KSVPsych-Richtlinie ungeeignet für Demenzen?

Ein weiteres Problem ist die unzureichende Passung zwischen der KSVPsych-Richtlinie und der Demenzversorgung: Ein zentraler Punkt ist der verpflichtende zweite Leistungserbringer (z. B. psychiatrische Hauskrankenpflege oder Soziotherapie) (vgl. (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2021), der für viele Demenzpatientinnen und -patienten schwer umsetzbar ist, da es in vielen Regionen Deutschlands an Kapazitäten für diese Hilfen bereits fehlt.

Darüber hinaus sind Demenzen keine klassische Indikation für Richtlinien-Psychotherapie. Zwar können psychotherapeutische Maßnahmen bei Demenzkranken sinnvoll und wichtig sein – etwa zur Behandlung begleitender Depressionen – (Shoemith et al., 2022; Sukhawathanakul et al., 2021), jedoch ist ihr Einsatz und ihr Effekt in aller Regel begrenzt. Wichtiger ist eine – wie in der S3-Leitlinie Demenzen aufgeführt - umfassende, interdisziplinäre Versorgung auch begleitender Komorbidität. Diese Versorgung umfasst nicht nur medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapien, sondern auch sozialrechtliche Beratung und Angehörigenunterstützung (DGPPN, 2025; Jessen et al., 2023).

Integration in die KSVPsych-RL oder separate Regelung notwendig

Um eine adäquate ambulante Versorgung sicherzustellen, sollten Demenzen entweder in die KSVPsych-Richtlinie aufgenommen und dabei insbesondere auf die Einbeziehung von Hausärztinnen und Hausärzten berücksichtigt werden oder eine separate »KSV-DEM-Richtlinie« geschaffen werden, in der zusätzlich zu psychiatrisch tätigen Fachärztinnen und Fachärzten auch Hausärztinnen und Hausärzten, andere Heilmittelerbringer wie Physiotherapie oder Logopädie sowie Bestandteile der ambulanten Pflege in die Behandlung einbezogen werden. Eine koordinierte und strukturierte Versorgung könnte so dazu beitragen, vorhandene Angebote besser zu nutzen und Versorgungslücken zu schließen.

Prävention

Vor dem Hintergrund unzureichender Behandlungsverfahren kommt der Prävention bei Demenzen eine wichtige Rolle zu: 45 % aller Demenzen könnten durch gezielte Maßnahmen verhindert oder verzögert werden (Livingston et al., 2024). Insbesondere die folgenden Ansätze können zur Demenzprävention beitragen bei:

1) Bildung als Schutzfaktor

Ein höheres Bildungsniveau erhöht die kognitive Reserve und senkt das Demenzrisiko (Stern, 2012).

2) Gesunder Lebensstil und soziale Aktivität

Körperliche Aktivität kann das Risiko für kognitive Beeinträchtigungen erheblich verringern (Blondell et al., 2014).

3) Soziale Interaktion und Hörvermögen:

Soziale Isolation und unbehandelte Hörverluste sind bedeutende Risikofaktoren für Demenzen (Livingston et al., 2024).

4) Ernährung

Eine gesunde Ernährung wie z.B. der Planetary Health Diet (Willett et al., 2019) kann das Demenzrisiko erheblich senken und folgende Bestandteile umfassen:

- Überwiegend pflanzliche Ernährung
- Reduzierter Fleischkonsum
- Wenig Fertigprodukte und Zucker

Zusammenfassung

Demenzen eignen sich aufgrund der Komplexität der psychiatrisch-neurologischen Krankheitsbilder und der psychosozialen Belastungen für die Betroffenen und deren Angehörige, besonders für strukturierte und koordinierte Behandlungsformen. Hierbei spielt eine enge Abstimmung zwischen den beteiligten Haus- und Fachärzten sowie Pflegepersonen eine wichtige Rolle. Hierfür sind spezifische Versorgungsmodelle wie das der KSVPsych-Richtlinie wichtig und nötig. Außerdem sollten präventive Ansätze wie Bildung, Bewegung und Ernährung – nicht zuletzt in Ermangelung wirksamer und auch langfristig finanzierbarer Behandlungsmethoden – viel stärker als bislang im Fokus auch der Demenzprävention stehen.

Literaturverzeichnis

- Backhouse, A., Ukoumunne, O. C., Richards, D. A., McCabe, R., Watkins, R., & Dickens, C. (2017). The effectiveness of community-based coordinating interventions in dementia care: A meta-analysis and subgroup analysis of intervention components. *BMC Health Services Research*, 17(1), 717. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2677-2>
- Blondell, S. J., Hammersley-Mather, R., & Veerman, J. L. (2014). Does physical activity prevent cognitive decline and dementia?: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *BMC public health*, 14, 1–12.
- Bunn, F., Burn, A.-M., Goodman, C., Rait, G., Norton, S., Robinson, L., Schoeman, J., & Brayne, C. (2014). Comorbidity and dementia: A scoping review of the literature. *BMC Medicine*, 12(1), 192. <https://doi.org/10.1186/s12916-014-0192-4>
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA). (2020). *Nationale Demenzstrategie*. <https://www.nationale-demenzstrategie.de/impressum>
- DGPPN. (2025). *S3-Leitlinie Demenzen*. Springer-Verlag. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/f055d400280808cd5fce2cd139dfbe536c3a5a1f/S3-Leitlinie_Demenzen_Langversion_2025-02-28_korr_1741686495495.pdf
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2021). *Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf—Gemeinsamer Bundesausschuss*. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2668/KSVPsych-RL_2021-09-02_iK-2021-12-18.pdf
- Jessen, F., Bohr, L., Kruse, C., & Dodel, R. (2023). Die S3-Leitlinien Demenzen. *Der Nervenarzt*, 94(7), 609–613. <https://doi.org/10.1007/s00115-023-01492-6>
- Köhler, S., Roth-Sackenheim, C., Navarro Ureña, A., & Mönter, N. (2020). Innovative ambulante Modelle. *Der Nervenarzt*, 91(11), 1003–1016. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-01010-y>
- Krebs, M. (2022). KSVPsych-Richtlinie: Vernetzte Versorgung für psychisch erkrankte Menschen. *NeuroTransmitter*, 33(5), 10–11.
- Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbæk, G., Alladi, S., Ames, D., Banerjee, S., Burns, A., Brayne, C., Fox, N. C., Ferri, C. P., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Nakasujja, N., Rockwood, K., ... Mukadam, N. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *The Lancet*, 404(10452), 572–628. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0)
- Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Burns, A., & Cohen-Mansfield, J. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The lancet*, 390(10113), 2673–2734.
- Nelles, G., Bergmann, F., Gold, R., Meier, U., Roth-Sackenheim, C., Fink, G., Grond, M., Albrecht, M., & Bohlken, J. (2015). Neurologische und psychiatrische Versorgung aus sektorenübergreifender Perspektive: Versorgung von Patienten mit Demenz. *Aktuelle Neurologie*, 42(07), 418–425.

- Robinson, L., Tang, E., & Taylor, J.-P. (2015). Dementia: Timely diagnosis and early intervention. *BMJ*, *350*, h3029. <https://doi.org/10.1136/bmj.h3029>
- Shoesmith, E., Griffiths, A. W., Sass, C., & Charura, D. (2022). Effectiveness of counselling and psychotherapeutic interventions for people with dementia and their families: A systematic review. *Ageing & Society*, *42*(4), 962–989. <https://doi.org/10.1017/S0144686X2000135X>
- Stern, Y. (2012). Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *The Lancet Neurology*, *11*(11), 1006–1012.
- Sukhawathanakul, P., Crizzle, A., Tuokko, H., Naglie, G., & Rapoport, M. J. (2021). Psychotherapeutic Interventions for Dementia: A Systematic Review. *Canadian Geriatrics Journal*, *24*(3), 222–236. <https://doi.org/10.5770/cgj.24.447>
- Willett, W., Rockström, J., Loken, B., Springmann, M., Lang, T., Vermeulen, S., Garnett, T., Tilman, D., DeClerck, F., & Wood, A. (2019). Food in the Anthropocene: The EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *The Lancet*, *393*(10170), 447–492.

Aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)

Anna Richert

Thema Personalbemessung

Eine Diskussion über ein Personalbemessungssystem in der Psychiatrie ist nur sinnvoll, wenn auch über einen Systemwechsel in der Versorgung – mindestens der Versorgung durch das Krankenhaus, aber eigentlich über das gesamte Versorgungssystem – nachgedacht wird. Wir brauchen eine regionalisierte, populationsbezogene psychiatrische Versorgung unter Einbeziehung der regionalen Beratungs-, Hilfs- und Pflegeangebote (SGB V + IX + XI (Sozialgesetzbücher Fünftes, Neuntes und Elftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung, Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, Soziale Pflegeversicherung)). Versorgungsverpflichtung muss wieder als Recht der Betroffenen auf Versorgung verstanden werden.

Die Motivation, im psychiatrischen Bereich zu arbeiten, hängt mit Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit zusammen. Fachkräftegewinnung basiert auch auf der erlebten Qualität der Arbeit, die wiederum mit der Qualität der Ausbildung zusammenhängt. Psychiatrische Tätigkeit basiert auf Kommunikation. Dafür ist nicht nur transkulturelles, sondern auch inter- und intrakulturelles kohortenübergreifendes Wissen notwendig. In der Ausbildung zu für die Psychiatrie wichtigen Berufen fehlt es an für die Gerontopsychiatrie wesentlichem Wissen. Dazu gehören neben den medizinischen Inhalten auch kohortenbezogene, wie Sprache, kulturelle Bezüge, und in der Gerontopsychiatrie notwendig auch Zeitgeschichte, mit Bezug zu der betreffenden Region Deutschlands. Nicht nur, aber auch deshalb müssen Angehörige und Laienhelfer*innen als gleichberechtigte Partner*innen akzeptiert werden, da sie (neben dem Wissen zur individuellen Lebensgeschichte) auch über dieses Wissen verfügen.

Die Richtlinie zur Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) ist kein Personalbemessungssystem, sondern eine sanktionsbewehrte Richtlinie zur Festlegung von Personal-Untergrenzen. In der Praxis handelt es sich vor allem um eine Zunahme von Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben zu Lasten der Patientenversorgung.

Ein sinnvolles Personalbemessungssystem geht – wie die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) – vom Bedarf der Patient*innen aus, nicht vom Bedarf

einer Institution. Gleichzeitig sollte der Bürokratieaufwand in Grenzen gehalten werden. Um Ambulantisierung zu erleichtern, sollte das System auch settingübergreifend angewandt werden können. Die »Plattform« der Fachgesellschaften hat ein Modell für ein solches Personalbemessungssystem entwickelt. Es ist so angelegt, dass es grundsätzlich in allen Versorgungssektoren angewendet werden kann. Ausgehend vom Bedarf der Patient*innen werden personelle Aufwände und Aufgaben definiert. Dabei wurden allerdings sowohl die Einstufungskriterien als auch die Aufgaben an die gesellschaftliche, medizinische und therapeutische Entwicklung der letzten Jahrzehnte angepasst. Das Modell ist allerdings noch nicht ausreichend validiert.

Literatur s. Beitrag »PPP-RL und Weiterentwicklung der PsychPV« (Parallelsymposium 7) S. 238 f.

Aus Sicht der Geschäftsstelle Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege

Bernd Kronauer

Sehr geehrte Damen und Herren, liebes APK-Team,
zuerst möchte ich Grüße von Claudia Moll ausrichten, sie ist in einer Sitzung im Bundestag gebunden, in der gerade jetzt die Pflegereform beraten wird.

Dafür bin ich hier:

Mein Name ist Bernd Kronauer,

ich bin der Leiter der Geschäftsstelle der Pflegebevollmächtigten

- seit 20 Jahren bin ich der APK verbunden und danke für den stets guten Austausch.

Die Ziele der APK und unsere passen zusammen:

Weil unsere selbsternannte Richtschnur ist das Selbstbestimmungsrecht der Menschen mit Pflegebedarf zu wahren.

Wir haben dabei alle im Blick:

Und wir unterscheiden dabei nicht zwischen jungen, alten Menschen in der Stadt oder auf dem Land oder eben nach Menschen mit oder ohne psychische Erkrankungen oder seelischen Behinderungen.

Unser Pflegesystem ist gut, auch gerade mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff besser geworden, aber die Pflegeversicherung wurde 1995 geschaffen, als ich in meinen Zwanzigern war. Viele ihrer Leistungen passen nicht mehr in die Zeit.

Sie sind kleinteilig, unflexibel, bürokratisch. Menschen mit Pflegebedarf sind so gezwungen, ihr Leben an das enge Korsett dieser Leistungen anzupassen, und werden zu wenig in ihrer Selbstbestimmung unterstützt.

Und dass das gerade für Menschen mit Pflegebedarf und psychischen Erkrankungen nicht passt, wissen wir alle hier im Raum. Deswegen haben wir es uns zur Aufgabe gemacht,

die Leistungen der Pflegeversicherung zu flexibilisieren,

Pflegebedürftige und Angehörige zu unterstützen, wo immer es geht, Beratung und Pflegestützpunkte zu stärken

Selbsthilfe zu stärken

Digitalisierung zu nutzen

Kommunen zu stärken und auch Nachbarschaftshilfe zu fördern und mehr Interprofessionalität der Gesundheitsberufe, weg von der Ärztenzentriertheit.

Wir haben schon viel erreicht, gerade auch für die Pflegekräfte. Für keine andere Berufsgruppe wurde mehr getan, damit die Versorgung der Menschen bestmöglich gesichert ist:

- Wir haben die Ausbildung neu, generalistisch geregelt.
- Wir haben die Arbeitgeber verpflichtet nach bzw. in Tariffhöhe zu zahlen, das gibt es sonst nirgends.
- Wir führen endlich eine nachvollziehbare Personalbemessung ein.
- Wir haben das Pflegestudium gangbar gemacht, den föderalistischen Flickenteppich der Assistenzausbildung beendet.

Und das Pflegekompetenzgesetz, das endlich den Pflegekräften die rechtliche Grundlage gibt, das zu tun, was sie können, zeigt bestens, wohin die Reise geht – was gerade für Teilhabe und auch insbesondere für Menschen mit psychischen Erkrankungen wichtig ist:

- die Stärkung der Rolle der Kommunen, Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen und Kommunen und Sicherstellung der Versorgung,
- ein Schritt weiter in Richtung Flexibilisierung der Leistungen durch den erhöhten Umwandlungsanspruch des ambulanten Sachleistungsbetrags und – neu- die Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags hin zu Betreuungsgruppen,
- die Ausweitung der niedrighschwelligigen Unterstützung von Pflegebedürftigen und Entlastung von Pflegepersonen, Stichwort Nachbarschaftshilfen, Gruppenangeboten etc.,
- das Anliegen die Präventionsberatung zu stärken und individueller auszurichten,
- Stärkung der Selbsthilfe,
- und die Ansätze bei den Regelungen zu gemeinschaftlichen Wohnformen in Bezug auf sektorübergreifende Leistungen und die eigenständige gesetzliche Verankerung der gemeinschaftlichen Wohnformen.

Das sind die richtigen Schritte:

Flexiblere Leistungen, flexiblere Budgets, flexiblere Wohnformen, Stärkung der Kommunen, des Umfeldes – ob Angehörige oder Nachbarn.

Für alle Menschen, aber gerade für Menschen mit psychischen Erkrankungen, haben pflegerische Settings von der Stange ausgedient.

Jetzt gilt es, das in ein zeitgemäßes Gesamtkonzept weiter auszubauen – weg vom starren Kästchendenken, hin zu mehr Selbstbestimmung und flexibleren

Lösungen mit Digitalisierung, damit sich jeder passgenau sein Pflegesystem zusammensetzen kann.

Die dazu nötigen Entscheidungen brauchen Mut.

Verantwortung für das Alter(n) – eine Herausforderung an alle! Ein Kommentar aus der Perspektive der Kritischen Gerontologie (KG)

Hermann Brandenburg

Vorbemerkung

Der folgende Beitrag versteht sich als ein Kommentar zum Altern – und zwar aus der Perspektive der KG.¹ Bei diesem theoretischen Paradigma handelt sich um verschiedene Ansätze, die den »Finger in die Wunde« legen und substantielle Reformperspektiven in den Blick nehmen. Mein Anliegen ist es vor allem auf politische Konsequenzen zu verweisen und deutlich zu machen, dass ein gutes Altern – auch und gerade für psychisch kranke alte Menschen – letztlich eine gesellschaftspolitische Frage ist. Um die adäquat bearbeiten zu können, müssen Erfahrungsblockaden beseitigt werden, und zwar bei allen Akteuren. Und genau dies ist das zentrale Anliegen der KG.

Der Beitrag ist folgendermaßen strukturiert: In einem ersten Schritt wird auf einige Essentials der KG verwiesen. Auf dieser Grundlage werden – zweitens – Konsequenzen für die politische Diskussion abgeleitet. Dabei wird deutlich, dass die Politik in einer komplexen Gesellschaft zwar in Pfadabhängigkeiten verstrickt, jedoch letztlich als Instanz für eine Änderung unumgänglich ist und in die Verantwortung genommen werden muss.² Um dies zu unterstützen, ist ein Kulturwandel im Hinblick auf Altern, psychische Krankheit und Vulnerabilität in unserer Gesellschaft notwendig.

1. Zentrale Aussagen der Kritischen Gerontologie (KG)³

Wenn man Popper (1977, 1994) folgt, dann ist jede Wissenschaft – wenn sie denn Wissenschaft ist – per se kritisch. Das bezieht sich vor allem auf ihr methodisches

1 Vgl. auch Podcast, Diskussionen und Texte des Fachausschusses »Kritische Gerontologie« der Deutschen Gesellschaft f. Gerontologie und Geriatrie: <https://www.dggg-online.de/fa-kritische-gerontologie.html>, letzter Abruf 30.01.2025

2 Vgl. z.B. die Vorschläge des Neunten Altenberichts der Bundesregierung, der explizit darauf verweist »strukturelle und politische Rahmenbedingungen« zu verbessern (Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend 2025).

3 Zum Begriff der Kritik, zentralen Aussagen der Kritischen Theorie sowie Bezügen zur Pflege und Altenpolitik vgl. Brandenburg (2023).

Procedere, welches sie nachhaltig und immer zur Disposition stellen muss. Wissenschaft in diesem Sinne ist daher immer ein Prozess, der letztlich eine approximative, aber nie vollständige Annäherung an die Wahrheit sein kann. Wenn man jedoch die Kritische Theorie (der Frankfurter Schule) als Maßstab sieht, dann geht es nicht (nur) um die Aufdeckung und Analyse gesellschaftlicher Zusammenhänge, vielmehr ist auch ein gesellschafts- und ideologiekritischer Impetus der Wissenschaft inhärent. Der damit verbundene Veränderungsimpuls ist der Kritischen Theorie sozusagen eingeschrieben. Begründungspflichtig ist allerdings, wohin die Reise eigentlich hingehen soll.

Die KG verfolgt – bei allen Unterschieden (vgl. für die Details Amann & Kolland 2014, Amrhein 2024, Aner & Schroeter 2021, v. Dyk 2015)⁴ – am Ende ein emanzipatorisches Erkenntnisinteresse, denn »Kritische Gerontologie heißt zunächst, dass das ›Problem des Alterns‹ weniger als ein individuell erzeugtes und zu beeinflussendes gesehen wird, sondern als ein ›Problem‹, welches sozialstrukturell bestimmt ist. (...) Es geht um eine Visibilisierung von sozialer Ungleichheit und Exklusion. Kritische Gerontologie sieht sich (...) primär mit dem Problem der Emanzipation älterer Menschen von allen Formen der Herrschaft konfrontiert« (Amann & Kolland 2014, 18-19). Im Unterschied hierzu verfolgt die »traditionelle« Gerontologie eher ein technisch-instrumentelles Erkenntnisinteresse, der Fokus lag auf der »Beschreibung, Erklärung und Modifikation von körperlichen, psychischen, sozialen, historischen und kulturellen Aspekten des Alterns und des Alters, einschließlich der Analyse von alternsrelevanten und alternskonstituierenden Umwelten und sozialen Institutionen« (Baltes & Baltes 1992, 8).

Vor diesem Hintergrund machen Amann & Kolland (2014) Diskursstränge der KG aus, drei sollen genannt werden: Erstens geht es um – häufig nicht reflektierte und implizite – normative Annahmen, welche die Mainstream-Gerontologie und die von ihr mit beeinflussten politischen Entscheidungen im Hinblick auf das Altern kennzeichnen. Beispielsweise stellt sich die Frage, z.B. im Hinblick auf Konzepte des »erfolgreichen Alterns« (vgl. Pfaller & Schweda 2024), wer davon profitiert und wer eher ausgeschlossen wird. Vor allem wird – zweitens – problematisiert, welche Rahmenbedingungen damit vorausgesetzt werden. Denn ein gutes Leben ist nicht ohne finanzielle und soziale Ressourcen möglich. Jedenfalls gibt es hier Gewinner und Verlierer – auch im Alter. Und genau diese Diskrepanzen aufzudecken und zu analysieren, das ist Gegenstand der KG. Der

4 Einen ersten Überblick über die internationale Diskussion geben auch z.B. Baars (1991), Doheny et al. (2021) oder Moody (1988).

Blick auf benachteiligte alte Menschen (vor allem Frauen), pflegebedürftige und psychische Kranke ist daher kein Zufall. Und drittens wird die ambivalente Rolle der (Sozial)-Politik thematisiert. Denn die Wirkungen sozialpolitischer Interventionen sind differenziert zu betrachten; ggfs. können sie (auch im Widerspruch zu ihrem eigenen Programm) Abhängigkeiten und Ungleichheiten verstärken.

Aner (2021; vgl. auch Aner & Schroeter 2023) hat ausgewählte Ansätze der KG auf die Soziale Altenarbeit bezogen; ergänzend soll hier das Gesundheits- und Pflegesystem mitberücksichtigt werden. Folgende Strömungen sind relevant:

- Political Economy of Aging (Estes 2001). Altern wird durch den Kapitalismus bzw. das (neo)-liberale Wohlfahrtsregime gerahmt. Einkommen, Gesundheit, Wohnen etc. sind sozialpolitisch (mit)-bestimmt. Die soziale Lage (auch im Alter) ist letztlich Ausdruck einer bestimmten gesellschaftlichen Situation, d.h. konkret auch bestimmter Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse. Vor diesem Hintergrund ergeben sich wichtige Anknüpfungspunkte Gesundheit, Pflege und Versorgung. Spätestens seit Einführung der Pflegeversicherung geht es um eine zunehmend auf Marktentwicklung und Wettbewerb setzende Versorgungspolitik, die letztlich pflegebedürftige Personen (und ihre Angehörigen) als »Kunden« adressiert. Hinzukommt ein für Deutschland charakteristischer »konservativer Wohlfahrtsstaat« (Esping-Andersen 1990), der die mit der Pflege alter (und psychisch kranker Menschen) verbundenen Herausforderungen und Belastungen vorwiegend an Familien, d.h. konkret an Frauen, delegiert. Damit ist ein Verteilungs- und Gerechtigkeitsproblem verbunden.
- Alter als Stigma (Hohmeier 1978) fokussiert auf die Frage, inwieweit negative gesellschaftliche Stigmatisierungen des Alterns (und damit verbunden auch der psychischen Krankheit) mit der gesellschaftlichen Exklusion anderer »Randgruppen«, z.B. Menschen mit Behinderung, Nichtsesshafte, Wohnungslose, Kriminelle, etc. vergleichbar sind. Einerseits – und darauf weist bereits die Altersbildforschung hin (vgl. folgenden Klassiker: Lehr 1972) – haben (negative) Vorurteile erhebliche Auswirkungen auf das Selbstbild der betroffenen alten Menschen, insbesondere bei Vulnerabilität. Andererseits wird der Blick der staatlichen Regulierungsbehörden, auch Versorgungseinrichtungen (und damit der Leistungsbezug), über diese Zuschreibungen erst getriggert.
- Der Ansatz des Ageism (Butler 1969) war wichtig für die amerikanische Bürgerrechtsbewegung und wird heute im Kontext von Segregation neu diskutiert. Es ging damals um den Bürgerprotest in einem gut situierten Wohnviertel in Washington gegen das Vorhaben der Stadt, in diesem Viertel Wohnraum für alte Menschen – vor allem für Schwarze – zu schaffen. Ähnliche Pro-

teste erleben wir in Deutschland beim Bau von Pflegeeinrichtungen, die den »Wohnwert« entsprechender Quartiere reduzieren (können). Intergenerationelle Konfliktslagen spielen hier auch eine Rolle.

- Der aus der Kritischen Theorie inspirierte Versuch einer Humanistic Gerontology (Moody 1988) betont u.a. die reflexive Rolle der Geistes- und Kulturwissenschaften. Das kann der Pflege- und Versorgungsforschung nur zugutekommen, denn ihr kritisches und reflexives Potential ist sicher noch nicht ausgeschöpft. Auch der Hinweis von Moody, dass in der modernen Gesellschaft, Entwicklung und Innovation häufig unkritisch mit (technischen) Machbarkeitsvorstellungen assoziiert wird, kann die genannten Disziplinen (auch mit Blick auf ältere psychisch erkrankte Menschen) darüber aufklären, warum sozialer Fortschritt in vielen Sektoren nicht nachhaltig etabliert erreicht oder wieder zurückgedreht wurde.
- Die Narrative Gerontology (Gubrium 2001) betonte immer schon die Rolle der Biografie und die subjektive Konstruktion des eigenen Lebenslaufs. Wie mir ein Heimleiter im Hinblick auf das Thema »Advance Care Planning« sagte: »Es geht ums Geschichten erzählen!« Dadurch lassen sich persönliche Sinndeutungen, Interessen und Anliegen rekonstruieren. Auf deren Grundlage können dann – auch bei Menschen mit Pflegebedarf und psychischen Einschränkungen – bedürfnisorientierte Entscheidungen seitens der Professionellen getroffen und verantwortet werden.
- Die Relevanz einer feministischen und intersektional ausgerichteten Altersforschung (Casalanti et al. 2006) steht für den Pflege- und Versorgungssektor außer Frage. Nicht zuletzt die professionelle aber auch die zu betreuende Klientel ist (überwiegend) weiblich. Aber es ist nicht wirklich erkennbar, dass die fachlichen Debatten im Hinblick auf eine adäquate Versorgung alter und psychisch kranker Menschen anschlussfähig an aktuelle Diskurse der Gender Studies (Degele 2008), der feministischen Erkenntnis- und Wissenschaftstheorie (Hoppe & Vogelmann 2024) oder der Intersektionalitätsforschung (Tezcan-Güntekin 2018) sind oder sie ernsthaft zur Kenntnis nehmen. Das mag ein Grund dafür sein, warum ihre politische Stoßkraft und Anschlussfähigkeit an stärker emanzipatorische Strömungen noch nicht wirklich gelungen ist.
- Die Foucauldian Gerontology (Biggs & Powell 2009) hat u.a. die Diskurse im Blick, die über Altern und Pflege auf die Agenda gesetzt werden. Hier gilt es die entsprechenden Narrative – z.B. die von »gebrechlichen« Alten der »aufopferungsbereiten« Pflege – zu analysieren, zu problematisieren und zu dekonstruieren. Es geht vor allem darum zu verstehen, wie kranke alte und

pflegebedürftiges Alter (und die Versorgungsinstitutionen) gesellschaftlich reguliert werden und in welcher Art und Weise Machtverhältnisse immer wieder neu bestätigt werden.

- Ein kulturwissenschaftlicher Blick auf Alter, Pflege und psychische Krankheit ist – zuletzt auch im Hinblick auf die Demenz – nicht nur wegen der interdisziplinären Sichtweise bedeutsam (vgl. Gulette 2000). Es geht auch hier darum Diskurse und Praktiken zu verstehen, etwa im Hinblick auf ihre Relevanz bzgl. des Verhältnisses von Technik und Altern. Statt Akzeptanzstudien und ingenieurwissenschaftliche Logik zu verabsolutieren, erlaubt dieser Zugang eher ein Verständnis der hybriden Interaktion von Menschen und Technik – die Science Technology Studies (vgl. Bauer et al. 2017) sind nur ein Fingerzeig in die richtige Richtung.

Man könnte zusammenfassend sagen (vgl. Doheny & Jones 2020), dass KG von einer Konfliktperspektive ausgeht, die zeigt, dass die soziale Ordnung auf der Dominanz bestimmter Interessen und Gruppen beruht. Sie zeigt die Notwendigkeit von Veränderungen auf und motiviert soziale Akteure, die damit verbundenen Potenziale für ein gutes Altern in den Blick zu nehmen. Man sollte sich aber davor hüten die KG – bei aller berechtigten Kritik – immer nur in einem Gegensatz bzw. einem Affront gegenüber der Mainstream-Gerontologie zu verorten; das wäre eine Engführung und würde nur Gräben aufwerfen. Denn zu Recht hat Schroeter (2021) auf Victor Marschall verwiesen, der schon vor Jahren beklagte, dass die KG sehr viel Zeit darin investiert, andere zu kritisieren. Er – Marschall – schätze aber Arbeiten, die von anderen verurteilt werden, weil sie »positivistisch« seien (Marschall 2009, 652). Das gilt natürlich auch für die Gleichsetzung der KG mit (nur) einem Forschungszugang, etwa der qualitativen Sozialforschung. Denn mit der Zurückweisung quantitativ-repräsentativer Erhebungen werden wichtige Grundlagen für Gegenwartsdiagnosen und sozialpolitische Interventionen ausgeblendet (Amann & Kolland 2014, 25-26). Die KG – so Schroeter (2021) – ist also gut beraten, keine Feindseligkeit oder Polemik zu fördern, sondern mit dem Mainstream in einen konstruktiven Dialog⁵ gehen.

5 Indirekt knüpft auch Andreas Reckwitz (2006) an diesen Aspekt an. Er hatte bereits im Hinblick auf die Kritische Theorie zwei Basisannahmen herausgearbeitet. Die erste hat er als »Struktur der Herrschaft hinter den Erscheinungen« bezeichnet, die zweite als die Suche nach einem »Gegenort von Autonomie und Vernunft«. Die erste Basisannahme fragt danach: »Was steckt dahinter?«. Grundsätzlich wird in der Tradition linkshegelianischer Ideologiekritik den Erzählungen der Moderne misstraut und ver-

2. Konsequenzen für eine Politik des guten Alterns

Die Überschrift legt nahe, dass die aktuell betriebene Politik nicht immer im Sinne eines guten Alterns verstanden werden. Aus der Perspektive der KG ist das so. Denn weder für die Beseitigung struktureller Ungleichheiten noch für die Entwicklung einer ressourcenfördernden ausgerichteten Altenhilfe hat die Politik eine Vision. Ohne jetzt in Grundsatzdebatten einzusteigen, wird man einen Konsens dahingehend voraussetzen können, dass im Hinblick auf eine an den Bedürfnissen von psychisch kranken alten Menschen ausgerichteten Alterspolitik noch »Luft nach oben ist«.

Das Problem sind dabei nicht allein finanzielle Fragen bzw. Probleme der Umverteilung. Es geht vor allen Dingen um ein Gestaltungsproblem. Denn »aus der Hilflosigkeit, Strukturprobleme zu lösen, wird das Heil in der Technik gesucht« – so das Statement von Prof. Windeler, dem scheidenden Chef des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) am 30.3.2023 in der »ZEIT«. Man kann diese Diagnose auf viele Einzelprobleme übertragen. Und das gilt sicher nicht nur für den Fokus auf alte, pflegbedürftige und psychisch kranke Menschen, der hier im Vordergrund steht. Aber Voraussetzung jeder Änderung ist die Bereitschaft hinter die Kulissen zu schauen, ernsthaft die Ursachen und Zusammenhänge von Problemlagen zu analysieren und am Ende Alternativen in den Blick zu nehmen und politisch durchzusetzen. Die Politik (aber natürlich auch die Zivilgesellschaft) muss sich fragen: »Wo liegen eigentlich wirklich die Probleme psychisch kranker älterer Menschen?«

Denken wir z.B. an die stationäre Langzeitpflege, in der auch viele alte und psychisch (vor allem kognitiv) beeinträchtigte Menschen versorgt werden. Folgende Herausforderungen werden immer benannt: Zu wenig Personal, zu wenig Geld, zu wenig ... Stimmt das wirklich? Oder müssen nicht auch Fehlentscheidungen,

sucht, den Schleier hinter den Erscheinungen zu lüften. Denn – so die Position der klassischen Kritischen Theorie (Horkheimer/Adorno) – hinter den liberalen Selbstbeschreibungen der modernen Gesellschaft im Hinblick auf individuelle Freiheit verbirgt sich oft ein subtiler Herrschaftszusammenhang, den wir selbst in der Regel nicht durchschauen. Und die zweite Basisannahme besteht darin, dass der Herrschaftszusammenhang nicht total ist, sondern die Möglichkeiten einer progressiven Änderung bereits beinhaltet. Wie wäre denn sonst überhaupt Kritik in dieser Form möglich? Jürgen Habermas hat auf diesem Punkt insistiert. Und Herbert Marcuse hat in benachteiligten gesellschaftlichen Gruppen ein Potential gesehen. Vor diesem Hintergrund muss m.E. nach auch die KG letztlich als eine konstruktive Alternativposition verstanden werden.

z.B. die Kommerzialisierung des Felds, ihre »Verbetriebswirtschaftlichung« (Dirk Baecker), der damit verbundene Rückzug des Staates aus der Verantwortung, etc. kritisch überprüft werden? Und auch eine gewisse Trägheit und fehlende Innovativität des Felds selbst muss thematisiert werden. Denn man hat sich – auch seitens vieler Wohlfahrtsverbände und Träger – in vieler Hinsicht mit dem Status Quo arrangiert. Grundlegende Fragen, die mit einer Reformperspektive verbunden sind, werden auch hier eher ungerne gestellt.

Ich möchte drei Herausforderungen benennen – und gleichzeitig Perspektiven aufzeigen.⁶ Ich werde einleitend mit (provozierenden) Fragen beginnen:

- a) Warum richten wir die professionelle Pflege alter (und psychisch kranker) Menschen in den Heimen nicht stärker aktivierend-rehabilitativ aus? Stattdessen haben wir diese Institutionen in unserer Gesellschaft als »letzte Station« etabliert.

Seit Jahrzehnten informieren uns die Alterswissenschaften (u.a. Gerontologie, Geriatrie, Gerontopsychiatrie, Gerontologische Pflege) über die noch vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen alter (und psychisch kranker) Menschen. Warum nehmen wir diese Erkenntnisse nicht endlich ernst? Stattdessen sind Pflegeheime – bis auf Ausnahmen – zu einer »letzten Station« geworden. Eine aktivierend-rehabilitative Ausrichtung, die diesen Namen wirklich verdient, ist die Ausnahme. Die Logik »Reha vor Pflege«, die noch aus der Reichsversicherungsordnung stammt, ist aber falsch. Denn auch die Pflege hat im Kern einen ressourcenfördernden Ansatz (Acklau et al. 2015, Garms-Hormolová 2012). Diese akzentuieren die Bedeutung der Wiedererlangung von Selbstpflegefähigkeiten (Orem 1985), betonen eine rehabilitativ fördernde Prozesspflege (Krohwinkel 2013). Nur – man lässt sie nicht! Denn die Allokationsmechanismen – vor allem die Refinanzierung der Pflegegrade – unterstützen eher, dass »in die Betten reingepflegt wird«, statt dass systematisch Kompetenzen identifiziert, multiprofessionelle Trainings in den Alltag integriert und ggf. eine Rückstufung von Pflegegraden (oder sogar der Weg nach Hause) ermöglicht werden. Natürlich – auch im Heim lassen sich über den zuständigen Hausarzt oder Facharzt bestimmte Therapien verschreiben, u.a. Ergotherapie, etc. Auch die sog. »mobile Rehabilitation« (vgl. Roigk 2023) ist grundsätzlich auch in einer Pflegeeinrichtung möglich. Aber diese Ansätze werden viel zu wenig genutzt, eine systematische Perspektive fehlt in aller

6 Für die Langzeitpflege insgesamt vgl. Brandenburg (2024) sowie das gesamte Schwerpunkttheft der Zeitschrift f. Gerontologie und Geriatrie.

Regel. So bleiben wirksame ressourcenfördernde Maßnahmen Einzelaktionen und bilden nicht die »Kultur« der Einrichtung ab.

Dabei wissen wir, dass eine Durchführung von geriatrischer Rehabilitation auch in Einrichtungen der Langzeitpflege sinnvoll und umsetzbar ist. In den USA wurde bereits 1987 im Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA) gesetzlich vorgeschrieben, dass Bewohner in Pflegeheimen das höchstmögliche Funktionsniveau bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs) erreichen und beibehalten sollen. Dementsprechend wurden dort schon seit den 90er Jahren des letzten Millenniums Konzepte für eine rehabilitativen Langzeitpflege entwickelt, implementiert und getestet.⁷ Zu nennen sind hier vor allem die restaurative Pflege (Resnick 2004) und die funktions-fokussierte Pflege (Galik et al. 2014). Beide Konzepte sind monoprofessionell angelegt und werden durch Pflegepersonal mit unterschiedlichen Qualifikationsstufen umgesetzt. Dabei werden die Pflegeassistenten, die für die Durchführung der rehabilitativen Maßnahmen zuständig sind, durch eine externe Pflegefachkraft, die in der Regel über einen Master-Abschluss in der Pflege verfügt, geschult und bei der Umsetzung des Konzepts in der Praxis begleitet. Die restaurative Pflege beinhaltet dabei die Edukation und Motivation der Bewohner zur Teilnahme am Rehabilitationsprogramm, die gemeinsame Zielfindung und Planung der rehabilitativen Maßnahmen, die vor allem in der Einübung einer selbständigen Durchführung der grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens bestehen, sowie die Evaluation des erfolgten Reha-Programms. Die funktions-fokussierte

7 Hintergrund waren u.a. Befunde aus der gerontologischen Forschung, welche explizit auf die defizitäre Versorgungssituation in der (stationären) Langzeitpflege hingewiesen haben. Hier kumulieren die Herausforderungen, dominiert in der pflegerischen Versorgung nach wie vor eine Defizitorientierung, die zu einem fortschreitenden Verlust von Selbstversorgungsfähigkeiten und Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Personen führt (vgl. z.B. Lübke 2020). Ressourcen, Potentiale und Entwicklungsmöglichkeiten der Person werden nicht systematisch aufgegriffen. Bereits Ende der 1980er Jahre haben Untersuchungen aus den USA zu einem nüchternen Ergebnis geführt: Eine Gruppe von älteren Patienten, die im Krankenhaus behandelt wurden (und die alle einen vergleichbaren Gesundheitsstatus aufwiesen), wurde im Hinblick auf die weitere Behandlung wie folgt differenziert: Die erste Gruppe wurde in Rehabilitationskliniken, eine zweite nach Hause und eine dritte in Pflegeheime verlegt. Die zuletzt genannte Gruppe hatte die höchste Mortalitätsrate (vgl. Wolinsky et al. 1992). Als Grund wurde u.a. diskutiert, dass das Abschiednehmen bei nicht wenigen Betroffenen bereits im Krankenhaus beginnt – und zwar bei der Information zur Notwendigkeit eines Pflegeheimaufenthalts.

Pflege besteht aus den gleichen Komponenten, ergänzt diese jedoch um ein Assessment der räumlichen und institutionellen Rahmenbedingungen und deren Umgestaltung zu einer rehabilitationsfördernden Umgebung.

Allerdings ist Bewegung in dieses Feld gekommen – vor allem aus ökonomischen Gründen. Denn mittlerweile wissen wir, dass mit dem Konzept der »rehabilitativen Pflege« (Dierbach 2023) auch im Heim die Einweisungen in die Krankenhäuser reduziert, eine verbesserte gesundheitliche Gesamtsituation der Klientel verbunden sowie eine (teilweise) Verlegung der Betroffenen in andere Versorgungsbereiche (oder sogar in die häusliche Umgebung) erreicht werden kann – und das alles spart am Ende Kosten! Das haben die Pflegekassen und Kostenträger bereits vor Jahren festgestellt. Konsequenterweise wird in dem aktuell laufenden Projekt »SGB-Reha« in Kooperation mit der AOK Rheinland-Hamburg die Implementierung eines multiprofessionell angelegten geriatrisch-rehabilitativen Pflegekonzepts in zwölf Einrichtungen der Langzeitpflege untersucht, das ursprünglich im »Haus Ruhrgarten« in Mühlheim an der Ruhr entwickelt wurde (Desch et al. 2022; siehe: <https://www.aok.de/pk/rh/sgb-reha>, letzter Abruf: 30.01.2025).

- b) Warum schaffen wir keine nachhaltige Struktur für Innovationen in den Versorgungssettings? Stattdessen setzen wir (viel zu häufig) auf Einzelaktionen, deren Wirkung begrenzt ist.

Vielfach wird die Lösung in (einzelnen) organisatorisch-technischen Innovationen gesehen etwa im Hinblick auf Robotik, digitale Pflegedokumentation oder einem anderen Personalmix. Das ist nicht falsch. Aber wenn es nicht gelingt, eine nachhaltige Struktur für Innovationen Veränderungen aufzubauen, dann werden diese Engagements verpuffen. Das Krankenhaus ist ein Innovationsfeld (vor allem für die Medizin). Dort geht es nicht nur um die medizinische Therapie, dieses Setting ist ein Feld der Qualifikation, Professionalisierung, Forschung – und zwar für die gesamte Disziplin. Ganz anders stellt sich die Situation in der Langzeitpflege dar. Grundsätzlich ist dieses Setting für fachlich-professionelle Entwicklungen scheinbar nicht wirklich interessant, denn hier geht es »nur« um Pflege. Ganz anders sieht die Situation z.T. in anderen Ländern aus. Dort hat man bereits vor Jahren sog. »Teaching Nursing Homes«⁸ aufgebaut, z.B. in Großbritannien, USA und Neuseeland.

8 Das Konzept der »Teaching Nursing Homes« (TNH) hatte seinen Ursprung in den 1980er Jahren in den USA, wurde international in verschiedenen Ländern umgesetzt, u.a. in Großbritannien, Skandinavien und Australien (vgl. umfassend hierzu den

Es geht dabei um die systematische Kooperation zwischen Hochschulen, Ausbildungsstätten und der Praxis. Man begnügte sich nicht damit, dass eine Studierende mal ein Praktikum in der ambulanten Pflege oder im Heim durchführt, sondern ein nachhaltiger Theorie-Praxis-Transfer zwischen den Institutionen war das Kernanliegen, das auch durch Kooperationsverträge abgesichert wurde. Grundlegendes Ziel war die Erhöhung des Wissens und der Kompetenz zur Pflege alter Menschen und damit einhergehend eine Verbesserung der medizinisch-pflegerischen Versorgungsqualität. Im Mittelpunkt stand die Vernetzung von Forschung, der Versorgungspraxis und Ausbildung. Ein besonderer Fokus lag auf den handelnden Akteuren vor Ort, vor allem in einem Netzwerk von Auszubildenden, Studierenden sowie Dozentinnen und Dozenten der beteiligten universitären Fakultäten (vor allem der Medizin und der Pflegewissenschaft). Forschungsergebnisse aus den USA zeigen, dass mit dieser Struktur die »Übersetzung« wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Praxis besser gelang (vgl. z.B. Mezey & Botrell 1997; vgl. umfassend Mezey et al. 1989; eine aktuellere Übersicht bietet das Literaturreview von Barnett 2014), die Einweisung in Krankenhäuser verhindert bzw. reduziert wurde (Shaugnessy 1995) und der Funktionsstatus der Bewohnerschaft verbessert wurde (Wieland et al. 1986). Evaluationen zeigten jedoch auch, dass der Erfolg an bestimmte Kriterien geknüpft werden muss (Mezey et al. 2008, 9): Vorhandensein von ausreichend ausgebildetem Personal, Aufbau eines interdisziplinären Teams, dauerhafte Kooperation mit einem Bildungsanbieter sowie ein funktionierendes Qualitätsmanagementsystem, welches den Schwerpunkt auf die interne Qualitätsentwicklung legt (und nicht nur die Abarbeitung der Anforderungen v. externen Regulierungsbehörden). Als bedeutsam wurden ebenfalls die nachhaltige finanzielle Unterstützung, ein reflektiertes pädagogisches Programm sowie die verbindliche Zusammenarbeit der verschiedenen Partner hervorgehoben (zu den hemmenden und fördernden Faktoren siehe

Literaturüberblick von Barnett 2014). Involviert waren führende Repräsentantinnen und Repräsentanten in der Geriatrie (z.B. Rubinstein) und der Gerontologischen Pflege (z.B. Mezey). Grundlegendes Ziel war die Erhöhung des Wissens und der Kompetenz zur Pflege alter Menschen und damit einhergehend eine Verbesserung der medizinisch-pflegerischen Versorgungsqualität. Im Mittelpunkt stand die Vernetzung von Forschung, der Versorgungspraxis und Ausbildung. Ein besonderer Fokus lag auf den handelnden Akteuren vor Ort, vor allem in einem Netzwerk von Auszubildenden, Studierenden sowie Dozentinnen und Dozenten der beteiligten universitären Fakultäten (vor allem der Medizin und der Pflegewissenschaft).

Mezey et al. 1997). Als Konsequenz dieser Entwicklung kann festgehalten werden: Das innovative und erfolgversprechende Potential von akademischen Lehrpflegeheimen, basierend auf dem «Teaching-Nursing-Home» Ansatz, liegt in dem unabdingbaren gemeinsamen »Tun« der handelnden Akteure vor Ort. Die Umsetzung des Konzepts gelingt nur dann, wenn alle Beteiligten auf Augenhöhe vernetzt agieren, jeweils im Rahmen der eigenen Zugänge und Professionen. Und genau dies wird aktuell auch in Deutschland im Bundesland Bremen in drei Einrichtungen ausprobiert; dabei ist eine Vielzahl von Disziplinen und Akteuren mit beteiligt. Das Projekt nennt sich »T!Call«, d.h. »Transfercluster akademischer Lehrpflegeeinrichtungen in der Langzeitpflege« (<https://gesundheitscampusbremen.de/tcall>, letzter Abruf: 30.01.2025).

- c) Warum setzen wir nicht stärker auf staatlich-lokale Verantwortung bei der häuslichen Pflege? Stattdessen halten wir an einem (überwiegend) familialen Pflegesystem fest, welches Gerechtigkeitsfragen provoziert.

Unser Pflegesystem für alte (und auch psychisch kranke) Menschen ist überwiegend durch Familien bzw. (weibliche) Hauptpflegepersonen organisiert. Ergänzend in der Altenpflege ein sog. »live-in-System« hinzu. Nach aktuellen Schätzungen arbeiten in Deutschland derzeit zwischen 300.000 und 700.000 Personen, ganz überwiegend Frauen, die in der Regel aus mittel-, ost- und südost-europäischen Ländern stammen, als Haushaltshilfe, Betreuungs- und Pflegekräfte, die mit den zu pflegenden Personen in einem Haushalt leben (Live-ins).⁹

-
- 9 300.000 bis 700.000: <https://www.tagesschau.de/investigativ/fakt/pflege-polen-ukraine-101.html>; Steiner et al (2019) geben die Zahl von 300.000 bis 600.000 live-ins an. Im Pflegereport aus dem Jahre 2020 haben 88 von 1 011 Befragten angegeben, eine im Haushalt wohnende Betreuungskraft aus dem Ausland zu beschäftigen; das entspricht etwa 210.000 pflegebedürftigen Personen, die eine solche Versorgungsform in Anspruch nehmen. Die Schätzungen unterscheiden nicht immer ganz klar zwischen der Zahl der Live-ins, die zu einem Stichtag in Deutschland arbeiten, und der Zahl der Live-ins, die innerhalb eines Jahres in Deutschland arbeiten. Weil, vor allem im Entsendemodell, oft im Wechsel gearbeitet wird, muss die zweite Zahl deutlich höher sein. Es ist unwahrscheinlich, dass alle Familien, die eine Live-in beschäftigen, das auch angeben, weil nach den o.g. Recherchen eine relevante Zahl von Live-ins aus der Ukraine in Deutschland arbeitet, die aber keine Aufenthaltserlaubnis bekommen und daher in der Regel ohne ein Aufenthaltsrecht und ohne die Erlaubnis, in Deutschland zu arbeiten, tätig sind. Es erscheint daher realistisch, von mindestens 300.000 Pflegebedürftigen, die durch Live-ins versorgt werden, und von 500.000 bis 700.000 Live-ins, die innerhalb eines Jahres in Deutschland arbeiten, auszugehen (Diakonie Deutschland 2022, 6).

Das führt in Gerechtigkeitsfragen (vgl. Diakonie Deutschland 2022, Emunds 2016, Emunds & Kocher 2022, Knobloch et al. 2022). Da geht es zunächst um die Arbeitsbedingungen, denn die Live-in-Kräfte befinden sich in einer besonders abhängigen Situation. Meist besteht die Erwartung, dass diese Person quasi rund um die Uhr nicht nur für die Versorgung und Betreuung, sondern auch für die Aktivitäten, Unterhaltung und Freizeitgestaltung der zu pflegenden älteren Person zur Verfügung stehe. Damit geht ein psychischer Druck (und physische Belastung) einher, ebenfalls werden »die gesetzlich zulässigen Höchstarbeitszeiten, die für ein Arbeitnehmerverhältnis gelten, z.T. erheblich und kontinuierlich überschritten, Ruhezeiten und Ruhepausen werden nicht eingehalten, freie Tage zur Erholung bzw. Urlaubstage oder Lohnfortzahlung im Krankheitsfall nicht gewährt. Darüber hinaus besteht häufig kein Sozialversicherungsschutz, d.h. es werden keine oder nur geringfügige Beiträge zur Sozialversicherung geleistet« (Diakonie Deutschland 2022, 6-7.) Beim Zugang zu medizinischer Versorgung bestehen Hindernisse, die Bezahlung für eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung wird im Regelfall unter dem Mindestlohn liegen, etc. Problematisch ist nicht nur, dass wir hier – mindestens z.T. – neokoloniale Ausbeutungssysteme stillschweigend dulden. Der entscheidende Kritikpunkt – und hier lässt sich wunderbar an Aussagen der KG anschließen – ist die Tatsache, dass (im Unterschied zu den skandinavischen Ländern) Staat und Kommune für die ambulante und regionale Versorgung nur randständig involviert sind (vgl. hierzu auch: Auth 2017). Die Verantwortung wird letztlich Einzelpersonen überantwortet, eine kollektiv abgesicherte Problemlösung ist nicht in Sicht. Natürlich – das Individuum ist verantwortlich für die Gestaltung seines eigenen Lebens. Aber die professionellen Akteure, pflegenden Angehörigen und ehrenamtlich Engagierte müssen einen (öffentlichen) Resonanzraum vorfinden, welcher die Selbstaktualisierung der Potentiale des einzelnen Betroffenen ermöglicht – die »sorgende Gemeinschaft« in geteilter Verantwortung kann eine Perspektive sein. Aber sie ist nur dann eine seitens der KG zu empfehlende Option, wenn die »Verzivilgesellschaftung« (v. Dyk & Haubner 2021) vermieden und die Kommunen stärker in Verantwortung einbezogen werden.

Abschließend: Thinking out of the box« – das ist die Aufgabe der Politik! Und dafür brauchen wir – auch aus Sicht der KG – so etwas wie ein Innehalten, bei dem die zentralen Problembereiche umfassend analysiert und diskutiert werden. Am besten auch unter Einbezug der Zivilgesellschaft, die sog. »Town-Hall-Gespräche«

(Wiloth et al. 2021) sind eine Möglichkeit. Dann sollte – sukzessive – eine »Roadmap«, bei der die Politik, (Kosten)-Träger, Fachverbände und Organisationen der Betroffenen an einem Strang ziehen (vgl. auch Schulz-Nieswandt et al. 2021). Auch die Einschätzungen und Positionen einer (kritischen) Wissenschaft sollten gehört werden. Dann kann es gelingen die Gesellschaft – auch in ihrer Selbstgefälligkeit und Ignoranz – dahingehend zu irritieren, dass sie ihr negatives Altersbild reflektiert und problematisiert. Ein Paradigmenwechsel ist in vieler Hinsicht angesichts der Komplexität politischer Entscheidungen nur begrenzt möglich (vgl. Nassehi 2024). Aber eine Politik jenseits der Sprechblasen, die ernsthaft Politik *für* psychisch kranke alte Menschen sein will (und kann), ist keine Unmöglichkeit und kann in vieler Hinsicht von der KG profitieren.

Literatur:

- Acklau S, Gödecker L, Kaden A, Jahn P. (2016). Aktivierend-Therapeutische Pflege in der Geriatrie: Evaluation eines Praxiskonzepts. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 49(7), 612-618. doi: 10.1007/s00391-015-0950-8
- Amann, A. & Kolland, F. (2014). Kritische Sozialgerontologie – Konzeptionen und Aufgaben. In: Amann, A. & Kolland, F. (Hrsg.). *Das erzwungene Paradies des Alters? Weitere Fragen an eine Kritische Gerontologie*. Wiesbaden: Springer, 1-28.
- Amrhein, L. (2024). Kritik der Kritischen Gerontologie. In: Pfaller, L. & Schweda, M. (Hrsg.). *Successful Aging*. Wiesbaden: VS, 239-257.
- Aner, K. & Schroeter, K.R. (2021). *Kritische Gerontologie. Eine Einführung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Aner, K. & Schroeter, K.R. (2023). Editorial. Aktuelle Perspektiven der Kritischen Gerontologie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 56, (1), 3ff.
- Aner, K. (2021). Zur Kritischen Gerontologie im Kontext Sozialer (Alten-)Arbeit. In: Aner, K. & Schroeter, K.R. (2021). *Kritische Gerontologie. Eine Einführung*. Stuttgart: Kohlhammer, 131-145.
- Auth, D. (2017). *Pflegearbeit in Zeiten der Ökonomisierung. Wandel von Care-Regimen in Großbritannien, Schweden und Deutschland*. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Baars, J. (1991). The Challenge of Critical Gerontology: The Problem of Social Constitution. *Journal of Aging Studies* 5, (3), 219-243.
- Baltes, P., Baltes, M. (1992). *Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte*. In: Baltes, P. & Mittelstraß, J. (Hrsg.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftlichen Entwicklung*, Berlin: de Gruyter, 1-34.
- Barnett, M. (2014). *Exploring the Teaching Nursing Home Model: Literature Review to Inform the National Evaluation of the TRACS Program*, Adelaide: Australian Workplace Innovation and Social Research Centre. The University of Adelaide.

- Bauer, S., Heinemann, T. & Lemke, T. (2017(Hrsg.)). *Science and Technology Studies. Klassische Positionen und aktuelle Perspektiven*. Frankfurt a. Main: Suhrkamp.
- Biggs, S. & Powell, J.L. (2001). A Foucauldian Analysis of Old Age und the Power of the Welfare State, *Journal of Aging & Social Policy* 12 (2), 93-112; dt. Übersetzung in: v. Dyk, S. & Lessenich, S. (2009). *Die jungen Alten. Analysen einer Sozialfigur*. Frankfurt a. Main: Campus, 198-206.
- Brandenburg, H. (2023). Gerontologische Pflege braucht Kritische Theorie: Warum die Pflege Horkheimer und Adorno lesen sollten! *ProAlter*, 54, 1, 14-19.
- Brandenburg, H. (2024). Editorial. Innovative Ansätze in der Langzeitpflege. *Zeitschrift f. Gerontologie und Geriatrie* 57, (1), 3-6.
- Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (2025). *Neunter Altersbericht. Alt werden in Deutschland – Vielfalt der Potenziale und Ungleichheit der Teilhabechancen*. Berlin.
- Butler, R.N. (1969). Age-Ism: Another Form of Bigottery. *The Gerontologist* 9, (4), 243-246.
- Casalanti, T., Slevin, K.F. & King, N. (2006). Ageism and Feminism. From »Et Cetera« to Center. *NWSA Journal* 18, (1), 13-30.
- Degele, N. (2008). *Gender/Queer Studies. Eine Einführung*. Paderborn: UTB.
- Desch A, Förstner B, Artmann J et al. (2022): A theory of change of an innovation for therapeutic care and meaningful living in a German nursing home. *BMC Geriatrics* 22, 849. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03462-0>
- Diakonie Deutschland (2022). *Live-in-Kräfte in Deutschland. Die »24-Stunden-Pflege« – eine Herausforderung, der wir uns stellen müssen! Positionspapier der Diakonie Deutschland zu Live-in Care und Dokumentation des Workshops der Diakonie Deutschland zu Live-in Care in Deutschland am 18. Januar 2022*. Berlin.
- Dierbach, O. (2023). *Rehabilitative Altenpflege. Therapeutisches Pflegemodell: Konzepte, praktische Umsetzung, Kosten und Nutzen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Doheny, S. / Jones, I.R. (2021). What's so critical about it? An analysis of critique within different strands of critical gerontology. *Ageing & Society* 41, (10), 2314 – 2334 (online DOI: <https://doi.org/10.1017/S0144686X20000288>)
- Emunds, B. & Kocher, E. (2022). Modelle von Live-in Care. Rechtswissenschaftliche und sozialetische Vorschläge zur Weiterentwicklung einer personenbezogenen Dienstleistung, in: *WSI-Mitteilungen* 75/5, 407-410.
- Emunds, B. (2016). *Damit es Oma gutgeht: Pflege-Ausbeutung in den eigenen vier Wänden: Pflege-Ausbeutung in den eigenen vier Wänden*. Frankfurt a. Main: Westend.
- Esping-Andersen, G. (1990). *Three worlds of welfare capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
- Estes, C. (2001). Political economy of aging. A theoretical framework. In: Estes, C.L. (Ed). *Social policy & aging. A critical perspective*. Thousand Oaks: Sage, 1-22.
- Galik E, Resnick B, Hammersla M & Brightwater J (2014). Optimizing function and physical activity among nursing home residents with dementia: testing the impact of function-focused care. *The Gerontologist* 54,(6), 930–943.

- Garms-Homolová, V. (2012): Rehabilitationskonzepte für Menschen mit Pflegebedürfnis aus der Sicht der Pflegewissenschaft. DVfR-Tagung; 22.-23. Oktober; Berlin 2012.
- Gubrium, J.F. (2001). Narrative, Experience and Aging. In: Kenyon, G.M., Clark, G. & DeVries, B. (Eds.), *Narrative gerontology: theory, research, and practice*. New York: Springer, 19-30.
- Gulette, M.M. (2000). Age Studies as Cultural Studies. In: Cole, T.R., Kastenbaum, R. & Ray, R.E. (Eds). *Handbook of Humanities and Aging*. New York: Springer, 214-234.
- Hohmeier, J. (1978). Alter als Stigma. In: Hohmeier, J. & Pohl, H.J. (Hrsg.). *Alter als Stigma oder Wie man alt gemacht wird*. Frankfurt a. Main: Suhrkamp, 10-30.
- Hoppe, K. & Vogelmann, F. (2024)(Hrsg.). *Feministische Epistemologien. Ein Reader*: Frankfurt a. Main: Suhrkamp.
- Knobloch, U., Theobald, H, Dengler, C. et al. (Hrsg.) (2022). *Caring Societies – Sorgende Gesellschaften: Neue Abhängigkeiten oder mehr Gerechtigkeit? Reihe Arbeitsgesellschaft im Wandel*. Weinheim/Basel: Beltz-Juventa, 9-35.
<https://www.beltz.de/fachmedien/soziologie/produkte/details/48934-caring-societies-sorgende-gesellschaften.html>
- Krohwinkel, M. (2013). *Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs*. Bern: Hogrefe
- Lehr, U. (1972). *Psychologie des Alterns*. Heidelberg/Wiesbaden: UTB.
- Lübke N. (2020): Geriatriisch-rehabilitative Versorgung in Deutschland, *Rehabilitation*, 59, 376–389
- Marshall, V.W. (2009). What ist New about critical Gerontology? *Ageing and Society* 29, (4), 651-652.
- Mezey, M.D.; Lynaugh, J.E.; Cartier, M.M. (1989)(Eds.). *Nursing Homes & Nursing Care*. New York: Springer.
- Mezey, M.D.; Mitty, E. L.; Burger, S. (2008). Rethinking Teaching Nursing Homes: Potential for Improving Long-Term Care. In: *The Gerontologist*. 48, (1), 9.
- Mezey, M.D.; Mitty, E.L.; Botrell, M. (1997). The Teaching Nursing Home Program: enduring educational outcomes. *Nursing Outlook*, 45, 133-140.
- Moody, H. R. (1988). Toward a critical gerontology: The contribution of the humanities to theories of aging. In: Birren, J.E. & Bengtson, V.L. (Eds.). *Emergent theories of aging*. New York: Springer, 19-40.
- Nassehi, A. (2024). *Kritik der grossen Geste. Anders über gesellschaftliche Transformation nachdenken*. München: C.H.Beck.
- Popper, K.R. (1977). *Die offene Gesellschaft und ihre Feinde* (2 Bd.). München: Francke Verlag.
- Popper, K.R. (1994). *Die Logik der Forschung*. Tübingen: Mohr Siebeck
- Reckwitz, A. (2006). *Kritische Gesellschaftstheorie heute. Zum Verhältnis von Poststrukturalismus und Kritischer Theorie*. https://www.velbrueck.de/out/media_rte/files/MAGAZIN%20Reckwitz%20Juni%202006.pdf, letzter Abruf: 30.01.2025.
- Resnick, B. (2004): *Restorative care nursing for older adults. A guide for all care settings*. New York: Springer.

- Roigk P. (2023). In vertrauter Umgebung wieder »fit« werden. Die Schwester/ Der Pfleger, 12/ 23. 34 – 38
- Schroeter, K.R. & Amling, L. (2023). Kritische Gerontologie. Eine Ortsbestimmung. Zeitschrift. Für Gerontologie und Geriatrie, 56, 1, 5-7.
- Schroeter, K.R. (2021). Zur historischen Entwicklung der Kritischen Gerontologie. In: Aner, K. & Schroeter, K.R. (Hrsg.). Kritische Gerontologie. Eine Einführung, 13-26.
- Schulz-Nieswandt, F., Köster, U. & Mann, K. (2021). Kommunale Pflegepolitik. Eine Vision. Stuttgart: Kohlhammer.
- Shaugnessy, P.W. et al. (1995). Quality of Care in Teaching Nursing Homes: Findings and Implications. Health Care Financing Review 16, 4, 55-83.
- Steiner, Jennifer u.a.: Völlig legal!? Rechtliche Rahmung und Legalitätsnarrative in der 24h-Betreuung in Deutschland, Österreich und der Schweiz, Österreichische Zeitschrift für Soziologie 2019, S. 1-19
- Tezcan-Güntekin, H. (2018). Intersektionalität oder Diversität in der gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Forschung? In: Auth, D., Discher, K., Kaiser, P., Leiber, S., Leitner, S., Varnholt, A. (Hrsg.): Sorgende Angehörige als Adressat_innen einer vorbeugenden Pflegepolitik. Eine intersektionale Analyse. FGW-Studie. Vorbeugende Sozialpolitik. http://www.fgw-nrw.de/fileadmin/images/pdf/FGW-Studie-VSP-15-PflegeIntersek-Leitner_et_al.-2018_11_08-komplett-web.pdf, letzter Abruf: 30.01.2025.
- v. Dyk, S. & Haubner, T. (2021). Community-Kapitalismus. Hamburg: Hamburger Edition.
- v. Dyk, S. (2015). Soziologie des Alterns. Bielefeld: transcript.
- Wieland, D.; Rubenstein, L.Z.; Ouslander, J.G.; Martin, S.E. (1986). Organizing an Academic Nursing Home. Journal of the American Medical Association 16, 2622-2627.
- Wiloth, S., Kramer, B., Kiefer, A. et al. (2021). Die Methode der »Rathausgespräche«: ein Studienprotokoll. Zeitschrift f. Gerontologie und Geriatrie, 54, (8), 775ff.
- Wolinsky, F.D., Callahan, C.M, Fitzgerald, J.F, Johnson, R.J. (1992): The risk of nursing home placement and subsequent death among older adults. J Gerontol 47, (4), S173-82. doi: 10.1093/geronj/ 47.4.s173.

Gesprächsrunden

Gesprächsrunde 1

Gesundheits- und Pflegereformen – Unsere Zukunft gestalten im Zeichen der wachsenden Herausforderungen

*Kirsten Kappert-Gonther, MdB (Bündnis 90/Die Grünen),
Dirk Heidenblut, MdB (SPD), Kathrin Vogler, MdB (Die Linke),
Andreas Fellgiebel (DGGPP), Waltraud Rinke (DepressionsLiga),
Sandra Postel (Pflegekammer NRW)
Gesprächsleitung: Peter Brieger*

Brieger: Wir kommen jetzt zur Gesprächsrunde Gesundheits- und Pflegereformen – Unsere Zukunft gestalten im Zeichen wachsender Herausforderungen. Wir haben uns in der Mittagspause darüber ausgetauscht, was Herr Minister Lauterbach heute Morgen vorgetragen hat. Nicht alle Aussagen sind schon ausbuchstabiert, die er getätigt hat. Aber es sind sehr interessante Aspekte für uns dabei gewesen.

Die Aktion Psychisch Kranke ist »Scharnier« zwischen Politik und Fachlichkeit im Bereich der psychischen Gesundheit; deswegen ist unser Vorstand auch immer hälftig mit Politikern und hälftig mit Fachleuten besetzt. Alle demokratischen Parteien sind im Vorstand vertreten. Es freut mich, dass drei von fünf Vorstandsmitgliedern aus der Politik anwesend sind. Aus der Fraktion CDU/CSU ist es so, dass die von uns sehr geschätzte Diana Stöcker Oberbürgermeisterin wurde, jetzt das Parlament verlassen hat. Alexander Föhr wird ihr wohl nachfolgen. Bei der FDP hat jetzt Christine Lütke ganz kurzfristig abgesagt. Das bedauern wir sehr. Aber es freut mich sehr, dass Dirk Heidenblut von der SPD, Kathrin Vogler von den Linken und Dr. Kirsten Kappert-Gonther von der Fraktion Bündnis 90/GRÜNE anwesend sind. Diese Vorstandsmitglieder sind für uns enorm wichtig

Dazu kommt noch die Fachlichkeit. Sie haben sich vielleicht schon mal gefragt, was die DGGPP ist. Das ist die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie und Prof. Michael Rapp ist Präsident dieser Gesellschaft. Vertreten wird sie aber heute von Professor Andreas Fellgiebel aus Darmstadt. Die Selbsthilfe wird vertreten von Waltraud Rinke von der Deutschen DepressionsLiga und die Pflege ist morgen auch nochmal ein großes Thema, aber heute vertritt Sandra Postel als Präsidentin die Pflegekammer NRW

Wir werden mit zwei Fragerunden hier auf dem Podium beginnen und laden Sie dann später aber auch ein, aus dem Publikum mit uns zu diskutieren.

Nach all dem, was wir heute Morgen gehört haben von den verschiedenen Expertinnen und Experten über demografischen Wandel, Fachkräftemangel, die Zukunft der Versorgung, über die Schnittstelle zwischen Somatik und Pflege und die Bedeutung der Rehabilitation lade ich alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein, ein Anfangsstatement abzugeben:

Wo sehen Sie eigentlich heute die zentralen Herausforderungen, die wir im Bereich der Gerontopsychiatrie, der Altersmedizin haben? Wo müssen wir die Prioritäten setzen, wenn wir an ältere und alte Menschen mit psychischen Erkrankungen denken? Was ist die Situation heute aus Ihrer Sicht?

Postel: Herzlichen Dank. Die Pflegekammer ist vielleicht nicht allen ein Begriff. Es geht dabei um den Aufbau einer berufsständischen Selbstverwaltung. Also dort hinzukommen, so wie andere Heilberufe im deutschen Gesundheitswesen, eine sehr klare Position haben, eine Rolle haben, wo sie selbst auch ihren Beruf weiterentwickeln können. Wo sie auch hingehen können und sowohl Berufsrecht aufbauen, indem Sie ihre eigene Berufsordnung setzen, als auch nachher Berufsrecht durchsetzen. Das heißt selber auch dafür stehen, wenn, zum Beispiel Pflegefehler passieren, wer das eigentlich am besten beurteilen kann. Und ich mache das jetzt in Nordrhein-Westfalen seit 2022. Wir sind eine sehr junge Kammer, die jetzt 70 Jahre Selbstverwaltung nachholt. Und dann ist die Frage, warum muss man das? Ich glaube, kein Gesetzgeber, und natürlich ist die Pflegekammer genauso gesetzlich etabliert wie eben andere Heilberufskammern. Das heißt, es gibt eine Landesebene, das sind die Heilberufsgesetze. Und das macht kein Landtag, vor allen Dingen, wenn man sich vorstellen kann, dass so ein Kammernaufbau, und es handelt sich dabei um die größte Heilberufskammer Deutschlands, sicherlich nicht kostenfrei und nicht reibungsfrei abläuft. Das heißt, das macht man eben genau deshalb, weil man Probleme im Gesundheitswesen sieht, wofür es vielleicht gut ist, einen klaren Ansprechpartner zu bekommen. Und dann bin ich bei Ihrer Frage, nämlich tatsächlich stehen wir vor einer enormen Versorgungsherausforderung und die betrifft alle Bereiche der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf und selbstverständlich; gerade, weil wir ja den Pflegebedürftigkeitsbegriff rund um das Thema Demenz nochmal neu aufgestellt haben, steht hier genau die Frage auch im Raum, wie funktioniert interprofessionelle Zusammenarbeit? Und wie funktioniert dahinter auch das Thema Refinanzierung? Und dafür brauchen wir politische Weichenstellung und, im weiteren Verlauf kommen wir dann wahrscheinlich auch genau nochmal zu diesen Fragestellungen, wo entwickelt sich eine Pflegeversicherung hin? Wie entwickelt sich denn ein Pflegekompetenzgesetz mit allen Fraktionen, die da noch drin sind und wo wir ja auch alle noch warten

was kommt. Aber deswegen haben wir ein Grundproblem und wir brauchen grundsätzliche Mosaikbausteine der Differenzierung genau, um Zusammenarbeit besser organisieren zu können eben auch von professioneller Versorgung und dann eben professioneller Pflege, professioneller ärztlicher Versorgung, professioneller psychotherapeutischer Versorgung und allen Gesundheitsfachberufen, die dazu gehören. Da haben wir in der Pflege noch einiges nachzuholen und das ist sicherlich aus meiner Perspektive jetzt heraus ein wichtiger Grundbaustein.

Rinke: Wir reden hier über ältere psychisch belastete Menschen. Ich bin älter, 70 Jahre, ich bin psychisch belastet, ich leide nicht an einer akuten Depression, aber man muss schauen. Meine Mutter und ihre Schwester waren dement. Also ich bin die ältere Person, um die es eigentlich geht. Ich habe so gedacht, es geht jetzt sehr viel um diesen eher beschützenden Aspekt, aber wir müssen auch wirklich diesen Aspekt sehen, Menschen so wie ich oder Danke, Frau Weiß, dass Sie gesagt haben, diese Angehörigen haben sich gewandelt. Es gibt jetzt die Betroffenen. Also wir müssen auch die Betroffenen mitnehmen und ich wünsche mir ganz viel Partizipation und Dialog. Ich wünsche mir wirklich verstärkt diesen Blick auf Prävention und auf Rehabilitation und ich wünsche mir ein vernetztes Denken. Wirklich raus aus diesem Silodenken, dass wir wirklich gemeinsam die Sache ins Laufen bringen. Und ich wünsche mir, dass wir nicht immer nur reden, Studien machen, und Modellprojekte machen, sondern dass wir endlich mal ins Handeln kommen, denn wir wissen was zu tun ist.

Fellgiebel: Ich habe mir wirklich überlegt, was ich hier sagen soll, denn es ist ja jetzt schon alles gesagt worden, aber noch nicht von jedem. Deswegen würde ich das nicht gerne wiederholen. Mir ist was anderes aufgefallen. Was wir eigentlich brauchen, ist weniger Misstrauen im System. Ich mache seit zwanzig Jahren Modellprojekte, die ich mehr oder weniger erfolglos nicht in die Regelversorgung habe überführen können, trotz guter Ergebnisse. Wenn Sie sich die Kostenträger anschauen und die Leistungserbringer anschauen, dann ist das schon so ein paranoides Klima. Ich weiß nicht, ob das einer nachvollziehen kann von Ihnen oder kennt. Also für die Nicht-Psychiater tragen die unkorrigierbare Überzeugung in sich, dass der Leistungserbringer zu viel Geld ausgibt, den Kostenträger über den Tisch zieht, irgendwas durch die Hintertür reinbringt, was dann gar nicht zu finanzieren ist. Was wir brauchen, ist mehr Vertrauen in der Zusammenarbeit. Ich glaube, das ist ganz zentral dafür, dass es wirklich vorwärts geht. Und mehr Vertrauen bedeutet auch, wir brauchen endlich Regionalbudgets. Wir brauchen Regionalbudgets, damit wir diese Prävention, von der wir immer reden, diese frühe Kontaktaufnahme und Begleitung von alten Menschen, die vulnerabel sind

für psychische Erkrankungen und da gehören auch die pflegenden Angehörigen dazu, auch begleiten können. Nicht, wie das bei uns in Darmstadt in der zentralen Notaufnahme mindestens zwei, drei Mal die Woche passiert. Ein schwerdementer Mensch, wie Moses im Körbchen uns in die Zentrale Notaufnahme gelegt wird und dann mit der Diagnose Delir bei Exsikkose und Harnwegsinfekt sich die Ärzte dann streiten, ob der in der Inneren oder in der Psychiatrie aufgenommen werden muss wegen der Verhaltensauffälligkeiten; aber eigentlich in er unserer Klinik, weil der Angehörige ausgebrannt ist, weil der nicht mehr kann, weil der das seit Jahren macht. Es gibt noch nicht mal eine Demenzdiagnose und der Mensch hat eine schwere oder sieht zumindest so aus, das kann ich in dem Delir gar nicht richtig beurteilen, aber wahrscheinlich doch eine, wie wir so schön sagen im Jargon, «fortgeschrittene Demenz». Und das können wir nur ändern, wenn wir Vertrauen haben im Gesundheitswesen; in die Menschen, die das machen, die in der Versorgung sind, die auch die Modellprojekte gemacht haben, dass das sinnvolle Aktivitäten sind und die Modellprojekte in die Regelversorgung zu bringen nach Paragraf 64 finde ich super und wir müssen den Minister da wirklich beim Wort nehmen, denn das wäre wirklich mal ein Schritt in eine besser Zukunft der Versorgungsmöglichkeiten. Also weniger Paranoidität im Gesundheitswesen.

Wir erleben das auch in den Innovationsfondprojekten, dass Krankenkassen bei neuen Versorgungsformen sehr konstruktive Rollen zum Teil einnehmen. Ich wollte da jetzt auch keinen Graben vertiefen, aber ich wollte sagen, was macht es uns schwer, sozusagen, die Versorgung weiterzuentwickeln.

Vogler: Ja erst mal will ich noch das Lob, was Sie, Herr Brieger, gerade uns gegenüber gemacht haben, gerne noch zurückgeben. Auch die APK mit ihrer ganzen fachlichen Expertise und mit ihrer Beteiligung auch der Selbsthilfe ist für uns als Politikerinnen und Politiker wirklich ein unschätzbarer Schatz, aus dem wir Inspiration, Ideen und Ermutigungen nehmen, um dafür zu kämpfen, dass eben die Versorgungslandschaft so gestaltet wird, dass sie den Bedürfnissen psychisch kranker Menschen auch besser entspricht. Danke, dass es die APK gibt. Was ist die größte Herausforderung? Ich glaube, die größte Herausforderung insgesamt ist, dass wir unser Gesundheitswesen wieder als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge begreifen müssen und nicht als Markt. Und da bin ich nämlich genau an diesem Punkt des Misstrauens. Solange die Krankenkassen miteinander in einem ökonomischen Wettbewerb stehen, werden sie diese Misstrauenshaltung und diese Abwehrhaltung gegenüber neuen Ausgabeposten nicht überwinden können. Da braucht es eine andere Herangehensweise und ich glaube, das ist ein Punkt, der eine große Herausforderung ist, weil was sich in Jahren an Strukturen herausgebildet

hat, oder in Jahrzehnten, überwindet man nicht irgendwie mit einem Federstrich. Aber ich glaube, diese Grundhaltung, dass Gesundheitsversorgung, Prävention und Rehabilitation die Bereiche der öffentlichen Daseinsvorsorge sind und dass da eben auch zum Beispiel der öffentliche Gesundheitsdienst in den Kommunen eine wichtige Rolle spielen muss, eine wichtigere Rolle spielt als er im Augenblick ausüben kann, einfach weil er zu schwach ist. Ich glaube, das ist ein Punkt, der ganz wichtig ist. Natürlich haben wir dieses Problem mit den eingemauerten Sektorengrenzen. Und die zu überwinden und auch, die Grenze zwischen somatischen und psychischen Versorgungsstrukturen nicht weiter zu zementieren, sondern zu schauen, dass auch, wenn jemand mit somatischen Erscheinungen ins Krankenhaus kommt, auf die psychische Situation geschaut wird. Und andersherum, dass auch jemand, der in eine psychiatrische oder psychologische Versorgungssituation kommt, dass auch da der Kontakt zu den somatischen Medizinerinnen und Medizinerinnen, zur Pflege und so weiter funktioniert. Ich glaube, das ist die ganz große Herausforderung, weil ansonsten können wir keine Versorgung aus einem Guss anbieten und viele Menschen und vor allem auch ihre Angehörigen verzweifeln dann in der Jagd nach oder in der Suche nach bestmöglichen Versorgungsstrukturen, weil sie einfach nicht wissen, wo sie hinsollen. Das ist der dritte Punkt, den ich nochmal wichtig finde.

Wir brauchen niedrigschwellige Beratungsunterstützungsangebote für betroffene Familien, die sie auch kennen. Wir haben da im Moment eine sehr vierteilige, kleinteilige Landschaft und viele, die zum ersten Mal in so eine Situation kommen. Da ist ein älterer Familienangehöriger, der beispielsweise Anzeichen von Demenz oder von Depression aufweist. Die wissen gar nicht, an wen soll ich mich wenden? Wo kann ich mir Hilfe organisieren? Wer zeigt mir den Weg durch diesen Dschungel? Ich glaube, da müssen wir noch viel, viel besser werden. Also Kooperation, Gemeinwohlorientierung und bessere Vernetzung. Das sind für mich die großen Herausforderungen.

Heidenblut: Ich kann vieles von dem, was die Vorrednerinnen und Vorredner gesagt haben deutlich unterschreiben. Ich würde persönlich sagen, eine sehr zentrale Herausforderung ist ganz sicher auch nicht nur die Frage, wie wir die Selbsthilfe und viele andere Dinge und die Professionalität verbunden kriegen miteinander, womit ich ausdrücklich nicht sagen will, dass die Selbsthilfe nicht auch professionell wäre. Das ist sie in vielen Teilen. Das ist ein Aspekt, aber der zweite Aspekt ist der massiv auf uns zurollende oder schon existierende Fachkräftemangel, den wir dringend ins Auge fassen müssen und wo wir dringend etwas tun müssen, um dagegenzuhalten. Und da bin ich ein bisschen bei meinem

Lieblingsthema. Ich finde, wir dürfen gerade in dem Bereich, in dem wir sind, nicht auch noch sehenden Auges in weiteren Fachkräftemangel hineinlaufen. Da geht es mir vor allen Dingen um die Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten in Weiterbildung, die wir jetzt im Grunde genommen auf der Straße stehen lassen und die wir nicht ausbilden lassen. Das wird sich in einigen Jahren bitter rächen. Und vor dem Hintergrund, da muss man, das ist da vielleicht ein sehr konkretes Thema, dringend ansetzen. Ich glaube aber auch, wir brauchen ein Umdenken, was Vernetzungsmöglichkeiten angeht und es täte uns gut, einfach vom zu Versorgenden oder von dem Menschen aus zu denken und nicht mehr so in Strukturen zu denken. Die Frage ist ja, was braucht die/der Einzelne? Was muss ankommen? Und das muss dann möglich sein und das muss eben auch Gesetzbuch übergreifend möglich sein. Ich sehe hier die Gemeindepsychiatrie vor mir sitzen. Wir müssen, sozusagen, von den unterschiedlichen Gesetzbüchern ausgehend in der Lage sein, dass wir vom Menschen aus denken und das ganze vernetzt und übergreifend hinbekommen. Sonst wird das nicht funktionieren. Das ist im Übrigen eine Anforderung, die brauchen wir nicht nur für die älteren psychisch Erkrankten oder für den Bereich der Gerontopsychiatrie, das brauchen wir tatsächlich in allen Bereichen, wo wir es mit Menschen zu tun haben, die in das Gesundheitssystem hineinkommen, aber hier ist es ein besonders zentraler Punkt. Mein Anliegen ist immer, dass wir sehr von der Prävention aus auch denken. Das ist ein zentraler Punkt und der ist, aber gerade bezogen auf Ältere ist da noch richtig viel Luft nach oben. Da ist auch eine große Aufgabe für die Zukunft drin.

Kappert-Gonthier: Ja ich hatte ja das Privileg, heute Morgen hier schon eine ganze Zeit ausführen zu dürfen. Ich will ein paar Sachen vielleicht jetzt an dieser Stelle nochmal zuspitzen, aber zuerst beantworten, was ist die größte Herausforderung für das Klientel, über die wir sprechen? Ich glaube, auch für die schwer und chronisch alten psychisch Kranken ist das die Frage, wie sich unsere demokratische Ordnung weiterentwickeln wird. Diese Zeiten, in denen wir sind, mit erstarkendem Rechtsextremismus, mit der Situation, die wir morgen ja hoffentlich dann in den USA beschieden haben werden. Aber wir wissen es halt noch nicht, wie wir gesellschaftlich mit Menschen umgehen werden, die hilfebedürftig sind, die vielleicht dann nicht mehr so produktiv sind, die auch zum Teil, was Geld kostet, Menschen würdevoll zu pflegen. Dafür wird es eine elementare Rolle spielen, ob wir es schaffen, unsere Demokratie zu stützen und zu schützen. Und da finde ich, dass die APK ein Fachforum ist, was sie hier erleben. Dass wir also mit den Kolleg/innen von der Linken, mit der SPD, Bündnis 90/Die Grünen und ich kann das für die FDP und für die CDU auch sagen, plus Fachcommunity. Was wir da

schaffen, an wirklichem sich Unterhaken, Zusammenarbeiten zu Gunsten von den Menschen, um die es zuvorderst geht, die sonst keine Stimme haben, nämlich die schwer und chronisch psychisch Kranken. Für mich ist das auch stilbildend und ich glaube, es ist auch gut, das nochmal zu sagen, dass wir nur deshalb so erfolgreich sind, weil wir uns unterhaken, weil wir aber auch klar abgegrenzt sind gegen die, die da auch von rechtsextremer Seite drücken und abwerten und finden, Menschen mit Behinderung gehören mehr ausgegrenzt und so weiter. Das ist notwendig und dafür bin ich sehr dankbar. Das ist, glaube ich, die wichtigste Aufgabe für uns alle. Wenn wir jetzt konkreter werden, möchte ich zwei Dinge nochmal extrapolieren. Das eine ist die ganze Frage der Prävention. Wenn wir wissen, dass Begegnungsmangel und Bewegungsmangel beides eine Rolle spielt für die Entwicklung von psychischen Erkrankungen und für die Entwicklung von demenziellen Zuständen oder Phasen oder eben weiteren Entwicklungen, dann ist das auch eine Aufgabe für uns alle zu schauen, wie gestalten wir unsere Gesellschaft? Die Frage, wie wir unsere Städte bauen, wie wir unser Miteinander bauen, das spielt nicht nur individuell für uns heute eine Rolle, sondern es spielt auch eine Rolle dafür, ob es wahrscheinlicher wird, dass Menschen seelisch gesund bleiben oder sich seelisch krank oder auch demenziell entwickeln. Das dritte ist die Frage der Würde. Auch das habe ich vorhin kurz angesprochen. In Zeiten, wo wir einen solchen gesellschaftlichen Druck auch ökonomisch haben, da bin ich hundert Prozent auch bei dem, was hier vorher, aber insbesondere von Kathrin Vogler ausgeführt wurde. Wo es darum geht, was können wir uns noch leisten? Da müssen wir mit Haltung definieren, dass eine Pflege, eine Versorgung, die möglicherweise rund um die Uhr ist, die möglicherweise viel Geld kostet, uns als Gesellschaft was wert ist. Dass es richtig ist, diese Versorgung anzubieten. Das heißt aber, wir werden ohne mehr Steuerzuschüsse nicht auskommen. Das ist eine Entscheidung. Die muss man gesellschaftlich treffen. Und da muss man auch eine Entscheidung treffen, wie will man mit der Schuldenbremse umgehen? All diese Dinge werden wir politisch verhandeln müssen. Das gehört dazu. Und der letzte Punkt, den ich aufgreifen möchte, ist, hier bin ich sozusagen »Team Pflegekammer«. Da gibt es hier vielleicht auch Differenzen, aber das ist ja politisch bekannt. Ich glaube, dass wir die Professionalisierung der Pflege, dass das entscheidend wird und dass das Pflegekompetenz-Stärkungsgesetz, was jetzt ja hoffentlich nächsten Mittwoch aus dem Kabinett kommen wird, übermorgen, einen Unterschied machen wird, das hoffe ich. Gar nicht so sehr, weil es die Pflege so verändern wird, sondern weil es die Pflege in den Stand versetzen wird, endlich das zu tun, was sie eigentlich schon können und das ist entscheidend für Augenhöhe. Wir haben, das sage ich sehr

selbstkritisch als Ärztin, immer noch einen sehr medizinisierten Fokus in der Versorgung, ja? Und anzuerkennen, dass andere Fachgruppen nicht nur vielleicht auch was können, sondern viele Dinge auch besser können, ja? Und dass wir da wirklich eine echte Multiprofessionalität brauchen. Ich glaube, dass es gerade für die Personen, über die wir heute zuvorderst sprechen, richtungsweisend ist.

Brieger: Ja, vielen Dank für diese sehr klaren Worte.

Wir haben jetzt in der ersten Runde eine Problembestimmung gemacht und dabei Ziele formuliert.

Ich würde jetzt gerne die »Körnung« anpassen und frage Sie, welche konkreten Schritte könnten wir jetzt gehen, auch angesichts dessen, was wir heute Morgen von Minister Lauterbach gehört haben. Was wären die gesundheitspolitischen Schritte, die jetzt anstehen in einer Zeit, wo ich persönlich gar nicht mal den Optimismus von Michael Rapp habe, dass wir noch zehn bis fünfzehn Jahre Zeit haben, sondern ich glaube, das System ist schon am Kollabieren. Jeder, der mit Patientinnen und Patienten zu tun hat weiß, wie lange das dauert, bis die überhaupt irgendwo einen Termin kriegen und wenn ich in einer so reichen Stadt wie München die Anfrage der privaten Krankenversicherung bekomme, ob wir Privatkrankenversicherte in unsere Institutsambulanzen aufnehmen könnten, weil die keine Termine mehr bei den niedergelassenen Ärzten bekommen, dann zeigt das was, wo sich das Versorgungssystem inzwischen hin entwickelt hat.

Ich glaube, die Situation ist prekär und sie wird nicht einfacher werden die nächsten Jahre.

Was können wir in so einer Situation jetzt tun, damit die Menschen, um die es hier geht, tatsächlich die Versorgung bekommen, die sie brauchen? Welche konkreten gesundheitspolitischen Schritte sind notwendig?

Kappert-Gonthert: Ja, also ich mache das nur sehr kursorisch und dann werden ja Dirk Heidenblut und Kathrin Vogler ergänzen. Also das erste ist, die Modellvorhaben nach 64b Globalbudget sind zumindest mal zu entfristen. Das hat der Minister heute zugesagt. Das ist gut. Das macht aber nur Sinn, wenn man es mit einem Kontrahierungszwang verknüpft, damit die Kassen dann gemeinsam da unterwegs sind. So möchte ich es mal positiv ausdrücken. Ich habe vorhin deutlich gesagt, in der Zwischenmoderation, ich weiß, dass wir hier komplett einer Meinung sind. Das ist ein erster Schritt. Sinnvoll wäre komplett mit den Modellen in die Regelversorgung zu kommen. Das hat auch was mit der Frage, was ist dann wie bundesratszustimmungspflichtig? Und solche Dingen zu tun, die im Moment jetzt an der Stelle nicht durchsetzbar sind, muss aber das Ziel bleiben. Was der Minister auch gesagt hat, und da möchte ich ausdrücklich sa-

gen, dass auch ich da sehr die Ohren gespitzt habe, weil das ist etwas, was wir im Moment noch verhandeln, ist die Frage, wie stärken wir die psychiatrischen Institutsambulanzen. Wir sind der Auffassung, dass man die psychiatrischen Institutsambulanzen deutlich stärken muss, dass man den Rahmen so steckt, dass Kliniken mehr anbieten dürfen, müssen, können, wie das jetzt der Fall ist. Wir müssen den Kliniken ermöglichen, dass die Schwerkranken, die im niedergelassenen Wesen keine Termine bekommen im Vorfeld einer Aufnahme, vielleicht sogar anstelle einer Aufnahme und insbesondere im Anschluss, dass die dann auch wirklich längerfristig in den Ambulanzen betreut werden dürfen. Auch die Finanzierungssystematik sollte umgestellt werden auf das sogenannte bayrische Modell, mit dem ihr ja sehr, sehr gute Erfahrungen habt. Warum macht das Sinn? Weil es die Flexibilität in den psychiatrischen Institutsambulanzen und insbesondere den Professionalitätsmix einfach deutlich verbessert und damit die Behandlung individualisiert. Wir müssen im Rahmen der Notfallversorgung unbedingt adressieren, dass die psychisch Kranken, die etwa ein Drittel der Menschen ausmachen, die jetzt in der somatischen Notfallaufnahmen Hilfe suchen, da nicht richtig sind, da aber dann entweder übertersorgt werden, weil werden doch stationär aufgenommen mal zum Überprüfen oder unterversorgt oder fehlversorgt werden, weil gesagt wird »Sie haben ja nichts. Gehen sie wieder.«, »Haben doch was, aber nee, keinen somatischen Bedarf, sondern psychischen Bedarf.« Dass wir die gut mit in den Blick nehmen, hier auch P-Kompetenz an den gemeinsamen Tresen bringen und das ganze vernetzen mit einer Krisenversorgung, die nicht gut ist in unserem Land, zumindest in vielen Regionen nicht gut ist. Wenn wir dann noch eine Rettungsdienstreform hinbekommen würden, wo auch im Rettungsdienst P-Kompetenz, also psychiatrisch, psychotherapeutisch, psychosozial, besser inkludiert ist, dann hätten wir schonmal sehr viel geschafft und das letzte, was wir aber eben schon gesagt haben, ist das Pflegekompetenz- Stärkungsgesetz mit auch einer verbindlichen Personalbemessung. Das wird hier substantielle Veränderung mit sich bringen. Glaube ich, dass das reicht? Nein. Glaube ich, dass wir mehr jetzt noch in der verbleibenden Zeit schaffen? Auch nein. Also das wäre aber schonmal etwas, was wir schaffen könnten, und ich finde, das sollten wir wenigstens tun.

Heidenblut: Du hast ja jetzt kursorisch schon fast alles angerissen, was in der verbleibenden Zeit noch möglich ist. Ich glaube trotzdem, dass wir ein bisschen mehr noch erreichen können. Hoffe ich zumindest. Wir machen einen guten Schritt im Bereich der Bedarfsplanung, was Kinder und Jugendliche angeht. Ich finde aber, das darf nicht alleinstehen. Da müssen wir auch nochmal schauen, was

für Erwachsene, und wir reden ja hier auch gerade über die Älteren, an der Stelle auch möglich ist, weil wir ja schon wissen, dass hier Zugangsprobleme bestehen. Die betreffen gerade auch den Bereich der Psychotherapie, dass wir da einfach die Leute irre lange warten lassen, und das macht ein Riesenproblem. Also da würde ich mir schon noch wünschen zumindest und hoffen, dass wir vielleicht an der Stelle auch noch einen Schritt tun können. Ich glaube, insgesamt wir müssen uns den ambulanten Bereich nochmal anschauen. Wir machen auch was für bestimmte spezielle Personengruppen. Das halte ich auch für richtig, dass wir an der Stelle nochmal was tun, aber auch da kann man sicherlich nochmal schauen, ob wir die Personengruppen ausreichend scharf definiert haben und ob das alles wirklich so funktioniert und ich würde mir schon wünschen, dass wir mit dem Notfallgesetz, du hast es schon angerissen, wirklich die Frage der Krisendienste nochmal aufgreifen, weil das gehört eigentlich zwingend zusammen, sonst haben wir wieder die Trennung zwischen somatisch und psychisch erkrankten Menschen. Weil im Zweifel Letztere eben dann immer noch nicht das finden, was sie brauchen. Vor dem Hintergrund glaube ich, wir können an all diesen Punkten durchaus noch einen Schritt weiterkommen und vielleicht, wenn ich jetzt an das Pflegekompetenzgesetz denke, ist auch da noch der ein oder andere Schritt dann drin. Wir wissen auch nicht exakt, wie es uns auf den Tisch gelegt wird. Das wird sich dann hoffentlich am Mittwoch entscheiden. Aber da ist vielleicht auch noch das ein oder andere drin, was auf jeden Fall diesen Verzahnungscharakter nochmal etwas besser hervorhebt und auch die Pflege dann nochmal in eine bessere und andere Position bringt.

Vogler: Ja, da ich jetzt hier als einzige Oppositionspolitikerin da bin, will ich vielleicht nochmal ein bisschen genauer auf die Sachen schauen, die hier so mit-schwingen, halb versprochen oder nicht. Dirk Heidenblut hat völlig zurecht gesagt, wir müssen uns um die Weiterbildung der approbierten Psychotherapeut/innen kümmern und ich denke, wenn ihr das jetzt nicht schafft, das im Gesundheitsver-sorgungs- Stärkungsgesetz unterzubringen, dann verlieren wir ganze Jahrgänge. Weil bis eine künftige neue Bundesregierung sich das wieder auf den Tisch gezo-gen hat, sind die dann einfach weg. Die haben dann ihr Leben anders organisiert und ihre berufliche Zukunft und das können wir uns wirklich angesichts der Situation überhaupt nicht leisten. Also da habt ihr eine große Verantwortung und wir werden euch daran auch erinnern. Pflegekompetenz-Stärkungsgesetz schön und gut. Ich finde, wir müssen auch etwas tun für pflegende Angehörige. Und zwar exemplarisch auch für diejenigen, die eben aufgrund eines Pflegesettings in der eigenen Familie ihre berufliche Weiterentwicklung ab- oder unterbrechen müssen. Die nicht mehr arbeiten oder nicht mehr Vollzeit arbeiten gehen können

und die dadurch selbst häufig in Armut leben müssen. Und mit allem, was dazu gehört. Und ich glaube, weil ich das Stichwort jetzt schonmal gebracht habe, wir brauchen endlich eine wirksame Armutsbekämpfung in dieser Gesellschaft und keine Armenbekämpfung. Ich habe das Gefühl, es geht immer stärker in die Richtung wir bekämpfen die Armen. Wir beschämen Menschen dafür, dass sie jetzt gerade nicht als Humankapital zur Verfügung stehen, weil sie beispielsweise eine psychische Erkrankung haben. Es wird nach unten getreten, es wird nach oben gebuckelt und ich finde, da müssen wir dafür sorgen, dass ein anderer Geist einfach in diese Gesellschaft kommt, weil, wenn ich bestimmte Politikerinnen und Politiker über Bürgergeldempfängerinnen und -empfänger reden höre, dann spielt das nie eine Rolle, das vielleicht der eine oder andere von denen selbst psychisch erkrankt ist oder sich um psychisch Erkrankte oder sonst irgendwie pflegebedürftige Angehörige kümmert. Das sind immer Leute, die auf der faulen Haut liegen und der Gesellschaft zu Lasten fallen und ich finde, da müssen wir echt stärker dagegenhalten, weil ansonsten verrottet hier der Sozialstaat vor unser aller Augen und dann können wir das auch nicht wieder aufgefegt kriegen.

Fellgiebel: Ja, alles gut. So machen wir es. Wenn jemand, der nicht akut selbst- oder fremdgefährdet ist, sich in unserer Notaufnahme vorstellt und auch psychiatrisch gesehen wird, dann wird der nicht bei uns stationär aufgenommen. Denn wir haben von hundert aufgestellten Betten immer siebenundneunzig belegt. Wir haben keinen Platz. Es sei denn, er ist akut gefährdet. Dann ist die Frage, in Hessen, wir wissen, dass in den nächsten zehn Jahren fünfzig Prozent der Fachärzte, Nervenärzte, Psychiater und Neurologen berentet werden. Diese Menschen, die sich bei uns vorstellen, auch ältere Menschen mit Depressionen oder Angehörige mit Menschen mit Demenz, die haben oft schon versucht, im ambulanten Bereich einen Termin bei einem Facharzt zu bekommen. Die Wartezeiten in Darmstadt sind größer gleich drei Monate beim Facharzt einen Termin zu bekommen. In zehn Jahren sind fünfzig Prozent dieser Fachärzte berentet. Wir haben keinen Nachwuchs. Keine eins zu eins Ersetzung. Deswegen ist es notwendig, dass die Psychiatrischen Institutsambulanzen aus der Klinik heraus, dass wir die Möglichkeit haben auch sektorenübergreifend zu behandeln. Dass wir Akutambulanzen haben. Die PIAs bei uns sind gedeckelt. Die Kollegen machen 220 Scheine pro VK. Die können nicht die ganze Akutversorgung machen. Die haben ihre Patienten. Wir arbeiten viel. Das heißt, wenn wir das machen wollen, dann brauchen wir Akutambulanzen in der PIA und wir brauchen auch die Möglichkeit, bedarfsgerecht zu behandeln, weil sie wissen, das bayrische Modell ist da anders, aber wir kriegen eine Pauschale. Wenn wir zwei Kontakte im

Quartal haben, ist das gut. Wenn wir mehr als zwei Kontakte haben, wird es eng. Und dann am anderen Spektrum ist die stationsäquivalente Behandlung. Das brauchen die meisten Menschen mit Demenz nicht, dass da jeden Tag einer bei denen zuhause vorbeikommt. Das brauchen wir nicht. Das heißt, wir brauchen eine bedarfsgerechte Flexibilisierung ambulanter Leistungen. Alles ist richtig, was Sie bisher gesagt haben.

Der letzte Punkt ist. Es ist ein bisschen Augenwischerei mit der Psychotherapie, weil wenn Sie als 70-Jähriger, der eine Depression hat, im ambulanten Bereich jemanden suchen, der eine Psychotherapie anbietet, ist es sehr, sehr dünn. Das heißt, wir haben jetzt defacto fast keine fachliche, psychotherapeutische, qualifizierte Behandlung von Menschen, die älter sind, mit psychischen Störungen. Und ich bin wirklich viele Jahre in dem Bereich, auch aktiv. Wir versuchen das auch zu verändern, aber wir haben einen Bedarf bei Älteren für Psychotherapie den wir jetzt, auch wenn die Kolleg/innen, sozusagen einen Ausbildungsgang bekommen, der finanziert wird, wir nicht decken können. Da würde ich gerne nochmal eine Lanze für die Psychotherapie brechen, dass wir einen viel größeren Psychotherapiebedarf bei Älteren haben, als wir im Moment, sozusagen, bewerkstelligen können. Sie finden keine psychotherapeutische Behandlung. Und das ist etwas, was ein riesiger Mangel ist und auch eine Diskriminierung, weil wir wissen, die psychotherapeutische Behandlung ist mindestens so effizient wie bei Jüngeren, wenn sie psychotherapeutisch behandeln und die Menschen haben ja schon eine Hand voll Tabletten und da immer noch eine drauf zu legen als Antidepressivum, weil es keine Psychotherapie gibt, da schäme ich mich oft, wenn ich, in der Versorgung als Organisator der Versorgung sagen muss »Ja, wir haben auch niemanden, der da ambulant was machen kann.« Also das halte ich auch für einen wichtigen Punkt, der auf die Agenda muss.

Rinke: Ja, neben dem, was alles schon gesagt worden ist, was sehr wichtig ist, möchte ich nochmal den Punkt der Prävention einbringen. Aus meiner Sicht müssen wir dafür sorgen, dass eine gute Infrastruktur vorhanden ist. Achtzig Wohngruppen in Gütersloh finde ich fantastisch. Ich komme aus Stuttgart. Also ich weiß gar nicht, gibt es da überhaupt was oder gibt es gar nichts. Denn wir sollten nicht warten, bis das Kind in den Brunnen gefallen ist, sondern da wirklich präventiv tätig werden. Und auch das, was Frau Vogler gesagt hat. Die Unterstützung der Care-Arbeit, der pflegenden Angehörigen, die wirklich ganz, ganz große Leistungen erbringen und letztendlich unser Gesundheitssystem sehr entlasten, die müssen einfach gestärkt werden und es kann nicht sein, dass pflegende Angehörige im Alter dann wirklich in die Armutsfalle rutschen.

Postel: Also in Nordrhein-Westfalen haben wir 230.000 Pflegefachpersonen. Damit haben wir endlich mal eine Zahl, wie das überhaupt organisiert ist und wie viele Pflegefachpersonen wir eigentlich wo haben. Da haben wir aktuell nur in NRW ein wirkliches Register und in Rheinland-Pfalz. Und wenn ich mit den Kolleginnen und Kollegen spreche, und für die bin ich ja quasi gewählt und kann für die sprechen und bin mit denen in ziemlich starkem und tiefem Austausch, stelle ich auch immer wieder fest und deswegen ist es gut hier auch Politiker/innen mit hier dabei sitzen zu haben. Natürlich, hier in Berlin, sind wir immer noch an den großen Themen dran und trotzdem habe ich das Gefühl, dass unsere Kolleg/innen sich bis heute eigentlich fragen, was hat das mit ihnen zu tun. Was hat das mit dem zu tun, was mein pflegerisches Handeln in den jeweiligen Bereichen eigentlich zu tun hat. Und dann stellen wir auch immer wieder fest, dass wir sauber trennen müssen zwischen dem, was können wir auf Landesebene und was können wir auf Bundesebene organisieren. Und ich möchte so an zwei, drei Beispielen einfach das erläutern. Das eine ist: Ist es nicht eigentlich verrückt, dass wir seit 2018 einen sogenannten Pflegevorbehalt benannt haben im Gesetz und es hat seitdem keinen interessiert. Also Entschuldigung! Ja, wir haben tatsächlich nie ausdifferenziert, was überhaupt Pflege leisten kann, wofür sie eigentlich stehen. Und es steht im Gesetz, aber dadurch, dass wir keine Landesstrukturen hatten, die ausführend das ganze organisieren und die das auch in ihre Berufsordnung beispielsweise einfügen, hatten wir tatsächlich in der Pflege keine Weiterentwicklung, obwohl es tatsächlich gute Überlegungen gab. Und ich möchte jetzt nicht frech werden, aber eine wichtige Forderung oder ein Wunsch wäre wirklich auch, da sind jetzt so viele Sachen auf Bundesebene angestoßen worden und das ganze ging schon los mit der Generalistik, wo mit Verlaub damals keine Meinungsbildung wirklich in der Pflege stattfinden konnte, weil Pflege nicht so organisiert war, dass man wirklich sagen konnte, wie stehen die eigentlich zur Generalistik? Wenn wir an solchen Punkten sind. Und genau so sehen wir das eben beim Thema Pflegevorbehalt und deswegen eine wichtige Forderung wäre »Bitte weiter regieren!« Ich finde, es ist so wichtig jetzt nicht in Neuwahlen, wir sind doch – das, was wir doch immer wieder raushören, ist immer wieder diese Thematik, wann kommen wir tatsächlich überhaupt mal von einem Wahlkampfmodus in eine echte politische Arbeit hinein. Also es steht mir vielleicht nicht zu, aber ich muss wirklich sagen, die Sachen, die jetzt angesprochen sind: Pflegekompetenzgesetz, Pflegeassistenzgesetz steht genauso noch auf der Agenda. Das ANP-Gesetz wurde immer wieder angesprochen und gerade die Frage, was bedeutet eigentlich das Weiterführen, das Weiterentwickeln noch

von Pflege? Das sollte uns nicht davon rutschen. Und dann natürlich die große Krankenhausreform, die auch irgendwie noch im Äther ist. Also hier an der Stelle so viele gute Aspekte, die doch jetzt auch wirklich konsequent weiterverfolgt werden sollten. Und das ist erst mal für mich ein wichtiger Punkt und wenn wir dann bei diesen ganzen Themen darauf schauen, dass es immer wieder doch hakt an dem Thema »Wer macht eigentlich was?« Und dann möchte ich, Frau Vogler, das, was Sie gesagt haben, ich würde das komplett unterstützen wollen an einer Stelle, nämlich dass wir, weil wir uns nicht sauber klar definieren und klar sind, wer eigentlich wofür steht auch an vielen Stellen ausspielen lassen können. Also in dem Moment werden die schwachen Gruppen gegeneinander ausgespielt und da gehört meines Erachtens schon Pflege zum Teil eben auch noch mit dazu. Aber da sind die pflegenden Angehörigen ganz vorneweg und es wäre so ungünstig, wenn wir in einer Pflegeversicherung darüber sprechen, wird das Geld jetzt für pflegende Angehörige oder für Pflegenden ausgegeben? Also wir brauchen es an so vielen Stellen, um eben genau präventiv, kurativ, rehabilitativ agieren zu können und da muss Pflege einfach einen starken Fürsprecher haben. Genauso wie eben die pflegenden Angehörigen, damit das nach vorne und gemeinsam geht. Aber dafür braucht es erst mal eine starke Professionalität, eine starke Definition, eine Klarheit, um dann zusammen wieder arbeiten zu können. Um sich nicht auseinander dividieren zu lassen. Das wäre mir wichtig.

Brieger: Ja, vielen Dank für die konkrete Benennung der abzuarbeitenden Aufgaben der nächsten Zeit und wir hoffen, dass wir tatsächlich noch eine funktionierende Bundesregierung haben, die das dann gut auch abarbeitet, weil ansonsten würde natürlich vieles von dem jetzt hängen bleiben, was wir heute diskutieren.

Kappert-Gonther: Ja, hier ist ja Team Stabilität. Wir sind der Auffassung, dass wir das, was wir jetzt drei Jahre vorbereitet haben, jetzt auch nochmal gesetzlich sortieren.

Postel: Ich habe mir jetzt so viel vorbereitet, wo ich dachte, da muss ich aber nochmal drauf eingehen, aber eher auf die Problemlagen., aber ich würde doch zwei Themen nochmal aufgreifen.

Das Thema Vereinsamung ist tatsächlich auch heute im Vorfeld einmal schon von Frau Kappert-Gonther, glaube ich, aufgegriffen worden. Das war auch sehr wichtig. Und ich finde, dass wir überhaupt, oder vielleicht ist das zumindest also immer wieder dieser Blick auf »wir haben kein Erkenntnisproblem«. Das ist jetzt noch nichts sonderlich Positives, wenn man den zweiten Satz, wir haben nämlich ein Umsetzungsproblem mal noch dazu denkt, aber trotzdem sind natürlich schon die Problemlagen sichtbar.

Und ich finde auch das Thema, dass wir zum Beispiel in Nordrhein-Westfalen im letzten Jahr die Einsamkeits-Enquête auch abgeschlossen hatten und hier zumindest in den Berichterstattungen auch gerade das Thema Selbsthilfe einen großen Raum eingenommen hat, wenn ich das auch mal so kritisch sagen darf, einen deutlich größeren als den Bereich Pflege beispielsweise. Zu dem Zeitpunkt war Pflege einfach noch nicht so organisiert. Diese Enquête-Kommissionen laufen ja über ein paar Jahre, dass ich finde, wir haben zu wenig über Pflegebedürftigkeit und Einsamkeit in diesem Enquête-Bericht. Aber zumindest findet man da einige Aussagen zum Thema Selbsthilfe und Einsamkeit. Weil ich finde, das ist ein ultrawichtiges Thema, deswegen wollte ich da auf alle Fälle drauf eingehen.

Und ich finde auch nochmal dieser Hinweis auf was ist denn wirklich das, was unser aller therapeutisch, pflegerisches Handeln, wie auch immer, unser Handeln mit den Menschen, die uns zugewiesen, zugeordnet sind, aber eben auch mit An- und Zugehörigen im Kontakt sind. Dann kommt natürlich immer wieder dieses Fachkräftemangel-Thema sehr, sehr stark durch und ich finde, wir variieren immer zwischen diesen beiden Ebenen. Ist es jetzt schicksalhaft? Der demografische Wandel ist nicht aufhaltbar. Der Kippunkt an ganz, ganz vielen Stellen wurde schon längst erreicht. Also eigentlich ist es jetzt nur noch eine Frage, wie wir da drin in die Umsetzung kommen.

Und ich finde, so an einem Punkt, wir spüren es, glaube ich, noch nicht so, aber wenn es jetzt genau darum zum Beispiel geht, dass wir jetzt eine neue Berichterstattung darüber haben, dass wir die Zahlen der Insolvent gegangenen Pflegediensten, dass die sich in den letzten zwei Jahren verdoppelt haben, ist keine Frage des demografischen Wandels alleine, sondern auch der Strukturen, die zu guter Letzt eben mit den Kostenträgern in den Verhandlungen nicht gut organisiert worden sind. Also wieder ein guter Ansatz der Überlegung eines Tarifeinheitengesetzes, was aber nicht wirklich in der Refinanzierung seine Darstellung bekommen hat, weil das ja im ersten Schritt auch in den Verhandlungen, und wir sprechen hier eben ja auch von Verhandlern, wenn da ambulante Pflegedienste stehen, die eben sehr, sehr überfordert auch teilweise mit Verhandlungssituationen sind, wo wir Situationen haben, wo Pflegedienste eben jetzt pleite gehen. Wo wir ganz, ganz dringend diese Strukturen brauchen. Also eine verrückte Situation. Wir hatten noch nie so viele Leistungsanfragen und so viel Leistungserbringung, aber gleichzeitig ist die Refinanzierung nicht in den Verhandlungen umgesetzt worden. Vielleicht ist das nochmal abschließend dieser Punkt zu sagen, wirklich, Professor Fellgiebel hat es ganz am Anfang gesagt, das hat sehr, sehr viel mit Missbrauchskultur zu tun, was uns die Strukturen kaputt macht und dann kommt der

demografische Wandel obendrauf. Und vielleicht schaffen wir es zumindest zu sehen, bei den strukturellen Stellschrauben haben wir die Möglichkeit was zu tun. Bei anderen vielleicht nicht, aber das wäre ein Aspekt, wo man dran gehen kann.

Rinke: Ja ich nehme das auf, diese Frage, was passiert eigentlich mit Patienten, mit Menschen, die alleinstehend sind? Ich nehme das ganz positiv mit, dieses Beispiel Gütersloh. Also ich bin da immer noch richtig begeistert von 80 Wohngruppen. Das ist für mich zum Beispiel ein Weg, da kann man etwas tun. Das ist Prävention. Das verhindert, dass die Menschen ins Krankenhaus kommen, dass sie wirklich ins letzte Loch fallen. Ich nehme das mit, um zu sagen, okay, das ist ein Beispiel, an dem man weiterarbeiten kann und dass man wirklich in die Kommunen reinbringen kann.

Fellgiebel: Die Frage war glaube ich etwas Positives zu formulieren? Also ich freue mich, dass es eine Pflegekammer in Nordrhein-Westfalen gibt. In Rheinland-Pfalz gibt es auch eine. Ich glaube, dass die vertrauensvolle Zusammenarbeit und das wir auch so ein bisschen über unseren eigenen Tellerrand unserer Fachgesellschaften hinausschauen, wie können wir zusammen Probleme bewältigen, zum Beispiel mit neuen Pflegeformaten, die vieles möglicherweise auch übernehmen können, was Kollegen jetzt als Einzelkämpfer und Ärzte überfordert. Also mehr multiprofessionell. Ich glaube, dass wir da eigentlich auf dem Weg sind, wenn der sich auch noch nicht für alle so richtig zeigt und sehr mühsam ist. Aber ich würde den auch sehr gerne unterstützen.

Vogler: Ja, wo bleibt denn da das Positive? Mir ist nochmal richtig bewusst geworden, wie viel wir schon erreicht haben und welche Rolle auch die Selbsthilfe, sowohl die Patient/innen-Selbsthilfe als auch die Angehörigen- Selbsthilfe, dabei gespielt hat, Bewusstsein zu verändern. Wenn es eine neue Entwicklung ist, dass Menschen über 70 Jahren jetzt auch nach Psychotherapie nachfragen, dann hat das damit zu tun, dass in dieser Generation ein großer Schritt getan wurde, psychische Erkrankungen zu entstigmatisieren. Und das ist was, was total wichtig ist, eigentlich für alles über was wir heute sprechen. Nämlich für Prävention, für Versorgung, für Nachsorge, Reha. Dass wir darüber reden. Und dass wir Worte finden und dass wir nicht weggucken. Ja, das schafft Herausforderungen in anderen Bereichen, weil es fehlen uns einfach die Therapeutinnen und Therapeuten, die wir brauchen würden, aber das ist, glaube ich, ein wichtiges Ergebnis von langen Jahren, nicht nur fachöffentlicher, sondern öffentlicher Diskussion und intensiver Arbeit, Aufklärungsarbeit vor Ort und das ist etwas, wo wir auf jeden Fall weiter dran arbeiten sollten. Ich glaube, das ist eigentlich eine positive Nachricht, dass die Nachfragen, die positive Nachricht, dass wir die Versorgungsstrukturen so

umbauen, dass alle dann auch Zugang bekommen, die kriegen wir dann hoffentlich, wenn die Linke das Gesundheitsministerium stellt.

Heidenblut: So lange müssen wir hoffentlich nicht warten. Das wiederhole ich jetzt nicht. Also was Positives. Es wurde gerade schon angesprochen von jemandem, dass er seit der Psychiatrie-Enquête eigentlich dabei ist. Mir geht das auch so, dass ich, sozusagen, die Entwicklung der Psychiatrie-Enquête noch miterlebt habe, also miterleben durfte und dann die weitere Entwicklung und ich glaube, bei all dem, was wir jetzt an Negativaspekten sehen, wir sollten nicht vergessen, dass seit dem schon auch wirklich durchaus Positives passiert ist, wenn man sich vorstellt, wie der Umgang und wie die Situation nicht nur bezogen auf Stigmatisierung, sondern auch ganz konkret bezogen auf die Einlösung bestimmter Versorgungsansprüche, sich entwickelt hat und ich glaube, das Positivste an dieser Situation ist, dass ich zunehmend feststelle, wir reden immer über sektorübergreifende Versorgung und dass wir Gesetze ändern müssen und so. Aber es ist wirklich das Problem, dass wir gesetzlich da ranmüssen. Es ist nicht mehr, und auch das war viele Jahre das Problem, das Problem, dass sich die einzelnen Gruppen gegeneinander abgegrenzt haben. Ich glaube, es ist jetzt bei allen entstanden, der klare Gedanke, da muss es zu einer Zusammenarbeit kommen, und zwar professionsübergreifend, übergreifend, was die Frage Angehörige, Professionelle, aber eben im Dialog auch diejenigen, die betroffen sind. Das heißt, es ist ein ganz anderes Denken entstanden und ich glaube, dass das eine gute Voraussetzung dafür ist, dass wenn es uns gelingt, die gesetzlichen und die Rahmenbedingungen entsprechend zu schaffen, dass das sehr schnell auch in die Umsetzung kommen kann, was da, sozusagen, an Möglichkeiten ist. Und das ist, wenn man so will, ein positiver Aspekt aus meiner persönlichen Sicht und auf den können wir auch aufbauen letzten Endes.

Kappert-Gonther: Also, ich fange an mit der Situation wie sie ist. Die ist beunruhigend und dann wende ich es ins Positive. Wir haben, habe ich ja eingangs auch gesagt, ein Drittel der Bevölkerung, die psychiatrisch relevant pro Jahr erkrankt und das Versorgungssystem kracht uns aus allen Nähten. Und wir müssen uns nicht einbilden, dass wir allein durch Stellschrauben innerhalb des Versorgungssystems diese Situation werden lösen können. Das muss einem bewusst sein. Wir haben sehr gute Ansätze innerhalb des Versorgungssystems. Wenn wir es schaffen, Globalbudget wirklich flächendeckend zu implementieren, meiner Meinung nach auch darüber hinaus Regionalbudgets, dass wirklich die Regionen Verantwortung für Versorgung übernehmen und das auch sektorübergreifend. Wenn wir das dann noch verzahnen mit dem dritten Sozialraum, worüber Sie ja

auch viel gesprochen haben, dann kommen wir weiter und jetzt kommt es, jetzt wendet es sich langsam ins Positive. Aus meiner Sicht haben wir immerhin die Situation, dass wir in dieser Legislatur so gut wie kein Gesetz haben, wo nicht psychisch Kranke unter das psychiatrische, psychosoziale Versorgungssystem mitadressiert wird. Das ist ein Fortschritt. Das hat auch etwas mit der Arbeit der APK zu tun. Dass dieses Vergessen von psychisch Erkrankten deutlich weniger geworden ist. Und die Frage ist, wie bauen wir unsere Welt? Schaffen wir es, und da komme ich in Richtung Prävention. Wir werden nicht die Versorgungsprobleme lösen können, wenn wir nicht mehr in Richtung Prävention gehen. Es wird entscheidend sein, ob wir die ganzen Fragen von Mobilität, von Wohnen, von Arbeiten so entwickeln, dass Menschen eine bessere Chance haben, dabei psychisch gesund bleiben und werden zu können und auch das ist natürlich eine Aufgabe. Da gehört im Übrigen auch die Eindämmung der Klimakrise zu. Es ist aber eine Aufgabe, die ist definiert und wenn man sich unterhakt, kann man das adressieren. Und die Lage ist so angespannt, wenn wir das nicht ernst nehmen und in diese Richtung weiter gehen, dass wir wirklich unsere Städte, Dörfer, Infrastruktur für Menschen bauen, dass wir auch mehr investieren in die Infrastruktur, auch ein Riesenproblem, massive Investitionsschwierigkeiten oder Mängel in der Infrastruktur, dann wird es nicht gelingen, aber wenn man das tut, wenn man anerkennt, dass wir unsere Lebenswelten positiv weiterentwickeln können, dann kann es auch nochmal richtig gut werden. Und meine Erfahrung ist, und das zeigt sich auch hier mit Opposition und Koalition, wenn man sich unterhakt und sich in der Haltung einig ist und das ist auch was Positives, soweit ich das überblicke, sind hier keine Nazis heute. Das ist gut. Dann können wir eine Menge gemeinsam schaffen und ich bin fest davon überzeugt, und das ist kein Pfeifen im Walde, wir haben immer noch sehr viel Grund zur Zuversicht und dafür ist es toll, dass wir hier heute alle zusammen sind.

Brieger: Ja, vielen Dank, für dieses Schlusswort. Dem ist nichts hinzuzufügen. Ich danke dem Podium für die lebendige Diskussion.

Gesprächsrunde 2

Perspektive 2030: Unsere Zukunft gestalten in Krisenzeiten und der (demographischen) Zeitenwende

Einführung

Hans Gutzmann

In den bisherigen Parallelsymposien und Vorträgen wurden immer wieder Probleme der Personalbemessung und des Fachkräftemangels angesprochen, wobei die Fragmentierung der Regelungen – Stichwort SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung) versus SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) – vielfach eine Rolle spielte. Herr Schwartze hat dazu gesagt «Das sollte übergangslos passieren». Wir sollten dann mal schauen, wie es um die Überganglosigkeit zwischen den verschiedenen Systemen steht. Stets müssen wir dabei im Blick behalten, dass wir es mit besonders vulnerablen Menschen zu tun haben. Psychisch kranke Ältere sind auch hinsichtlich ihres Gesundheitsverhaltens und der Inanspruchnahme von Leistungen im Vergleich zu jüngeren psychisch Kranken etwas Besonderes. In der Zusammenschau dieser Themenkomplexe stellt sich die Frage, wie können gerade für die Älteren die starren Sektorengrenzen der Versorgung überwunden werden? Und wie werden gegebenenfalls rechtskreisübergreifende Ansätze umzusetzen sein? Wie steht es also mit dem »klaren Ziel der übergangslosen Versorgung«?

Planungsverpflichtung und Versorgungsverpflichtung, angehängt an diese Planung, so wie man es aus der Psychiatrieversorgung aus den Regionen kennt, wäre ja für den komplementären Bereich ebenfalls sehr wichtig. Ich denke, wir könnten manches aus dem, was wir in dem einen Bereich bereits seit vielen Jahren erfolgreich und verlässlich nutzen, auch in die komplementäre Versorgung übertragen. Ein zweiter Punkt ist mir aufgefallen bei unserem INPAM-Projekt (Integrierte Hilfen und Netzwerkarbeit für psychisch kranke alte Menschen). Deutschland ist divers, das soll es auch sein. Aber manche Diversität ist, vorsichtig formuliert, irritierend. So findet sich in einer Projektregion das Zusammenwirken von Vertretern von SGB V, XI und IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) relativ gut organisiert und eingespielt während sich in einer anderen Region die Vertreter etwa des SGB IX schlicht weigern, sich überhaupt

zu beteiligen. Solange die Sicht auf das Thema Vernetzung regional noch so unterschiedlich ist, haben wir wirklich ein Problem. Das heißt, es geht auch um den Willen zur Kooperation, es geht um die Köpfe. Während schon jetzt eine ganze Menge Optionen zu Verfügung stehen, werden sie nicht überall genutzt, selbst bei externem Impuls, etwa durch das INPAM-Projekt.

Meine zweite Frage knüpft unmittelbar das an, was wir gerade besprochen haben. Die allermeisten Mitbürgerinnen und Mitbürger, mehr als 90% sind der Meinung, Pflege ist ein dringendes gesellschaftliches Problem. Etwa ebenso viele geben der Politik in dem Bereich ganz schlechte Noten. Die Politik tue zu wenig für die Pflege. Allerdings sagt bei Rückfragen gerade mal ein Drittel, dass sie selbst Vorsorge treiben, zudem von sehr unterschiedlicher Qualität. Das heißt, die da oben sollen es machen, aber ich muss mich ja nicht zwingend daran beteiligen. Die große Gruppe der Baby-Boomer tritt ins Rentenalter ein und erhöht in bisher nicht gekanntem Ausmaß die Zahl der Älteren. Ist das nur ein Grund zur Sorge, oder steckt darin nicht vielleicht auch Lösungsoptionen. Kann eine Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements, das diese Gruppe wohl stärker prägt als frühere Generationen, auch für den Bereich der Pflege nachhaltige Konsequenzen haben? Die meiste Pflege findet zu Hause statt. In den Köpfen derer, die derzeit nicht pflegen, ist das allerdings kaum präsent. Die Frage ist also: wie kriegen wir es dorthin? Die Deutsche Alzheimergesellschaft ist ein gutes Beispiel auch für gelebtes bürgerschaftliches Engagement.

Statements:

Perspektive Bundesregierung

Stefan Schwartz

Sehr geehrte Frau Dr. Kappert-Gonther, sehr geehrte Vorstandsmitglieder, sehr geehrte Damen und Herren,

es freut mich außerordentlich, dass ich zu dieser Fachtagung der Aktion Psychisch Kranke und dem nun folgenden Round Table zum Thema »Zukunftsgestaltung in Krisenzeiten und der demografischen Zeitenwende« mit einem Statement beitragen kann.

Der Begriff der »Krise« stammt aus dem Griechischen und bedeutet laut Politiklexikon der Bundeszentrale für politische Bildung wörtlich übersetzt »schwierige Lage«.

Dass wir uns in einer schwierigen Lage befinden, ist uns wohl allen bewusst. Wir stehen im Gesundheitsbereich vor den Problemen des Fachkräftemangels, vor explodierenden Pflegekosten, vor Versorgungsproblemen sowohl im ländlichen Raum als auch in Ballungsräumen, und insgesamt vor Problemen wie steigenden hohen Mieten, einem sich verändernden Familienbild, und nicht zuletzt dem demografischen Wandel.

Im Jahr 2030 wird voraussichtlich jede vierte Person in Deutschland über 65 Jahre alt sein, gleichzeitig nimmt der Anteil jüngerer Menschen ab. Diese wachsende Gruppe der älteren Menschen steht spezifischen Schwierigkeiten gegenüber, insbesondere, wenn sie an einer psychischen Erkrankung leidet.

Demenz, Altersdepression und Angststörungen sind nur einige dieser Erkrankungen. Hinzu kommen mit fortschreitendem Alter meist noch somatische.

Die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen ist in 2024 leider immer noch ein Thema – gerade bei älteren Menschen und Generationen. Aus Scham, Angst vor Ablehnung oder ähnlichem suchen sie sich häufig keine Hilfe. Dann drohen Vereinsamung, Isolation, bis hin zu Verwahrlosung.

Wir sprechen hier von einer vulnerablen Gruppe, die oft keine eigene Stimme hat und die keinesfalls vergessen werden darf. Daher danke ich Ihnen, dass wir mit dieser Veranstaltung entgegenwirken und Anstöße für einen Wandel geben können.

Der Begriff der »Zeitenwende« wurde in dieser Bundesregierung zuerst mili-

tärisch definiert, aber er steht für den Beginn oder Übergang von einem wesentlichen Zeitabschnitt zum nächsten. Wie auch dem Begriff der »Krise«, liegt ihm das Merkmal der Veränderung inne. Lassen Sie uns nach Möglichkeiten suchen, etwas zu verändern.

Es ist unabdingbar, die psychosoziale Versorgung von älteren Menschen zu verbessern. Das beginnt bei den Rahmenbedingungen für die sozialpsychiatrischen Dienste. Außerdem muss der Zugang zu weiteren Unterstützungs- und Therapieangeboten vereinfacht werden. Nicht zuletzt müssen solche Angebote im direkten sozialen Umfeld älterer Menschen auch gestärkt und ausgebaut werden.

Bereits jetzt finden sich im gemeindepsychiatrischen Bereich viele Beratungsmöglichkeiten und lokale Netzwerke. Diese werden oftmals von ehrenamtlichem Engagement getragen, das nicht hoch genug geschätzt werden kann. Es braucht jedoch eine nachhaltigere und adäquatere Finanzierung.

Auch im Bereich der professionellen psychosozialen und pflegerischen Versorgung ist noch Luft nach oben – wobei dies keine Frage des Interesses und der Motivation der Pflegekräfte ist, sondern eine der Rahmenbedingungen. Letztere umfassen außerdem das Zusammenspiel von Pflege und Behandlung. Klares Ziel muss eine überganglose Versorgung sein. Stabilität verleiht auch personelle Kontinuität. Auf dem Weg dahin sehe ich die Politik ganz klar in der Verantwortung.

Einsamkeit

Einsamkeit ist eine erhebliche Gefahr für die allgemeine und insbesondere die psychische Gesundheit, von der vor allem ältere Menschen stark betroffen sind. Wir sollten uns daher fragen, wie wir Räume des Austauschs und Beisammenseins fördern. Zu Hause besucht werden, sich regelmäßig mit anderen treffen, auf eine Tasse Tee, für eine Runde Kartenspiel, zum Teilen von Sorgen, zum gemeinsamen Lachen, manchmal auch zum Schweigen oder einfach nur, um miteinander zu sein – würden wir uns das nicht für uns selbst auch wünschen?

Hierfür sind eine gesellschaftliche Veränderung und ein Umdenken notwendig. Dahingehend, wie wir ältere Menschen wahrnehmen und unterstützen. Das klassische System der mehrgenerativen Familie, die sich gegenseitig vor Ort zur Seite steht, ist durch gegenwärtige Lebensumstände und Krisen überholt. Angehörige wohnen oftmals nicht mehr in der Nähe. Damit ist gesamtgesellschaftliches Engagement gefragt. Das betrifft uns alle.

Bei alledem steht der Mensch im Vordergrund. Daher liegt es bei uns, bei jeder und jedem Einzelnen, ein Vertrauensverhältnis zu schaffen, in den Dialog zu

gehen, nicht über die Köpfe der Menschen hinweg zu entscheiden und gemeinsam die Zukunft zu gestalten. Der Weg zu einer »Perspektive 2030« erfordert neben politischer Weichenstellung Engagement, Empathie und Weitblick – für und durch eine solidarische Gesellschaft. Zu all diesen Themen wünsche ich Ihnen nun einen hoffentlich guten gemeinsamen Austausch.

Vielen Dank.

Perspektive Betroffene (Deutsche Alzheimergesellschaft)

Saskia Weiss

Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen brauchen Entlastung – auch von Bürokratie

In Deutschland leben rund 1,8 Millionen Menschen mit einer Demenzerkrankung. Im Laufe der Krankheit benötigen sie zunehmend Unterstützung im Alltag und bei der Körperpflege, oft rund um die Uhr. Die Begleitung, Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenzerkrankungen wird in Deutschland zum allergrößten Teil durch ihre Familien und Freunde geleistet. Um diese anspruchsvolle Aufgabe dauerhaft übernehmen zu können, benötigen die Angehörigen Entlastungsmöglichkeiten und Auszeiten von der Pflege. Wichtige Angebote wie Tagespflege oder Kurzzeitpflege sind aber zunehmend schwieriger zu finden. Selbst Pflege- und Betreuungsdienste erteilen aufgrund von Personalmangel immer häufiger Absagen. Angehörige berichten in den Beratungsstellen, dass sie 20, 30 oder mehr Einrichtungen abtelefonieren müssen und teilweise trotzdem erfolglos sind. Die Angehörigen erleben die umfangreiche Bürokratie als belastend, mit der sie konfrontiert sind. Um Unterstützung zu erhalten, heißt es herauszufinden, wo Leistungen der Pflegeversicherung, ein Schwerbehindertenausweis oder eine Reha-Maßnahme zu beantragen sind, wie man die benötigten Hilfsmittel bekommen kann oder welche Unterlagen erforderlich sind, um Zuschüsse für einen behindertengerechten Umbau zu bekommen. Oft ist es mit einem einmaligen Antrag dann nicht getan, es müssen zusätzliche Unterlagen, ärztliche Atteste und Einkommensnachweise beigebracht oder Widerspruch bei einer Ablehnung eingelegt werden. All dies stellt eine zusätzliche Belastung für die Angehörigen dar, die sich damit alleine gelassen fühlen. Viele Leistungen werden nicht in Anspruch genommen, weil entweder die Information über bestimmte Unterstützungsmöglichkeiten fehlt oder die Beantragung eine zu große Hürde darstellt.

Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements

Alzheimer-Gesellschaften sind Selbsthilfeorganisationen. Sie entstehen seit über 30 Jahren aus dem freiwilligen Engagement von Menschen in einer Kommune oder Region. Die Arbeit dieser gemeinnützigen Vereine wird teilweise über viele

Jahre rein ehrenamtlich geleistet. Das betrifft die Vorstandsarbeit genauso wie die Tätigkeiten in den Beratungs-, Gruppen- und Aktivitätsangeboten. Ohne das große, kontinuierliche, langjährige Engagement so vieler Personen könnten unsere Vereine nicht existieren.

Mit der Generation der sogenannten Babyboomer könnte dabei ein großes Potenzial verknüpft sein. Oftmals werden diese Babyboomer als Problem für die Pflege beschrieben, weil es eine große Gruppe von Personen ist, die in den nächsten Jahren ein Alter erreichen, in dem das Risiko pflegebedürftig zu werden, stark ansteigt. Andererseits könnte diese Personengruppe aber auch als Teil der Lösung gesehen werden. Es sind Personen mit einem großen beruflichen Erfahrungsschatz, mit viel Lebenserfahrung und teilweise großen Netzwerken. Wenn diese Personen nun nach und nach in den Ruhestand gehen, sind vermutlich viele darunter, die aktiv sein wollen, die einer sinnvollen und sinnstiftenden Tätigkeit nachgehen wollen. Dieses Potenzial nicht zu sehen und nicht zu aktivieren, wäre fatal. Das bürgerschaftliche Engagement muss gestärkt und gefördert werden. Freiwillig Engagierte leisten einen unschätzbaren Beitrag zur Entlastung pflegender Angehöriger und tragen zur Stabilisierung der Pflege- und Betreuungssituation bei.

Perspektive Forschung (AGP Sozialforschung)

Thomas Klie

Frage 1 (s. Einführung)

Lassen Sie mich die Frage einer rechtskreisübergreifenden Versorgung aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchten. Herr Schöllkopf, Sie stehen für die ständige Weiterentwicklung des Systems der sozialen Pflegeversicherung, die Sie im Wesentlichen aus dem Maschinenraum der Gesetzgebung und der Abstimmung mit den korporatistischen Systemakteuren heraus betreiben. Auch Thomas Görtz steht für die landespolitische Verantwortung, auf eine sektorenübergreifende Versorgung hinzuwirken. Antje Schwinger, die in ihrer Verantwortung für das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) einen ausgesprochen wichtigen Beitrag dazu geleistet hat, die Systeme in der Analytik aufeinander zu beziehen, trägt nun Verantwortung im Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der in der Vergangenheit mit dafür verantwortlich war, dass die Systemgrenzen verteidigt wurden. Bei aller Programmatik einer sektorenübergreifenden Versorgung, die seit langem bekundet wird, haben sich die Systemgrenzen eher vertieft als nivelliert. Das kann man sehr gut nachzeichnen in der Langzeitpflege: Hier wurden die Grenzen zwischen ambulant und stationär immer schärfer gezogen. Dies geschah aus nachvollziehbaren Gründen, etwa um die Finanzierung der vollstationären Pflege pragmatischer zu gestalten. Damit sind aber die Systemgrenzen vertieft und ein sektorenübergreifender Einsatz von Personal erschwert worden. Ob mit dem neuen Personalbemessungssystem PeBeM, ob mit dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil, ob mit dem Heimkostendeckel: Ambulant und stationär haben sich in der stationären Pflege immer weiter auseinanderentwickelt. Das war falsch. Diesen Fehler gilt es dringend zu korrigieren, auch, wenn eine solche Korrektur Stakeholder-Interessen berühren wird. Ich stimme Antje Schwinger sehr zu, dass in dem Pflegekompetenzgesetz eine Chance besteht, sektorenübergreifende Handlungs- und Finanzierungslogiken auf den Weg zu bringen. Die Rolle der professionellen Pflegekammer der Pflegefachpersonen, sie gilt es zu stärken. Das ist in guter Weise im Entwurf des Pflegekompetenzgesetzes vorgesehen, das aus Ihrem Hause, Herr Schöllkopf sehr gut vorbereitet wurde. Wenn man die Finanzierung der professionellen Pflege und auch noch SGB XI (Sozialgesetzbuch Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung/ SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung),

das heißt rechtskreisübergreifend zusammenführt, wäre dies ein wichtiger Schritt im Sinne einer rechtskreisübergreifenden Versorgung. Hier könnte man auch Assessmentfunktion, die Steuerung des Pflegeprozesses sektorenübergreifend bis hin zu Bedarfsprüfungen zusammenführen. Wir sprechen gern von einer pflegefachlichen Begleitung aller auf Pflege angewiesenen Menschen, die es unabhängig von den SGB V und SGB XI-Logiken zu gewährleisten gilt. Wir werden künftig angesichts des sich zuspitzenden Personalproblems deutlich mehr auf Pflege angewiesene Menschen mit deutlich weniger Pflegefachpersonen zu begleiten haben. Dabei geht es nicht um »Versorgung« im engeren Sinne, sondern um eine pflegefachliche Verantwortungsübernahme, insbesondere auch in informellen Pflegearrangements. Unser segmentiertes Versorgungssystem ist nicht effizient. Dies liegt auch und gerade daran, dass wir die Fachpflege Systemlogiken unterwerfen, die ihrem professionellen Handlungsansatz zuwiderlaufen. Das können wir uns in der Zukunft nicht mehr leisten.

Nicht alle Sektorengrenzen werden sich durch eine Weiterentwicklung des Leistungsrechtes überwinden und schleifen lassen. Insofern braucht es zusätzlich ein Care and Case Managements, das aber eben auch sektorenübergreifend angelegt ist. Auch hier haben wir es mit einer überschießenden Programmatik zu tun. Wenn wir in das SGB XI schauen. Die Pflegeberatung und die Pflegestützpunkte sind ambitioniert im Gesetz geregelt worden. Umgesetzt wird das dort angelegte Care und Case Management allerdings so gut wie gar nicht. Das dürfen wir gerade für die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK)-Gesundheit in allen 16 Bundesländern untersuchen. Insofern braucht es auch hier eine Reform, die ein realistisches und wirksames Care und Case Management unabhängig von den einzelnen Steuerungsinteressen der Systemakteure unterstützt und gewährleistet. Schließlich brauchen wir eine gesundheitsökonomische Neuausrichtung, die die Versorgungssicherheit der Bevölkerung in den Regionen belohnt und nicht allein betriebswirtschaftliche Kalküle von Einrichtungen und Diensten in den Vordergrund stellt.

Frage 2 (s. Einführung)

Es freut mich sehr, lieber Herr Gutzmann, dass Sie den DAK-Pflegereport 2024 aufgreifen und seine Zahlen wiedergeben. Auch das, was Du, Saskia Weiß, betonst, ist mir wichtig: Wir sind eine pflegeerfahrene Gesellschaft. Wir wissen aus unseren Studien mit dem Institut für Demoskopie Allensbach, dass die Bevölkerung seit Langem der Auffassung ist, die Politik tue zu wenig für das Thema Pflege. Über

90 Prozent sind dieser Auffassung. Die Verbindungslinien zwischen der eigenen Pflegeerfahrung und der Forderung an die Politik, etwas zu tun, sie sehe ich als Aktivierungspotenzial für das Thema Sorge und Pflege in unserer Gesellschaft und dies auf unterschiedlichen Ebenen: Vor Ort, wo es die Bedingungen guten Lebens für Menschen mit Pflegebedarf und sie Pflegenden zu gestalten gilt, aber auch auf der bundes- und landespolitischen Ebene, an die es entsprechende Forderungen zu adressieren gilt.

Menschen, die bereits Pflegeerfahrung gesammelt haben, sind im Übrigen in deutlich höherem Maße bereit, sich in der Nachbarschaft, im Freundes- und Bekanntenkreis, aber auch ehrenamtlich für auf Pflege angewiesene Menschen zu engagieren. Sie sind es auch, aus denen neue Caring Communities ihre Energie, ihre Ideen und neuen Formen solidarischer Unterstützung gewinnen – im Verbund mit Kommunen und Professionellen.

Es wird darauf ankommen, an die existenziellen Erfahrungen der Bürgerinnen und Bürger mit dem Thema Pflege anzuknüpfen, wenn es darum geht, Sorge und Pflege an die neuen demografischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen anzupassen. Wir wissen allerdings – im Sinne der kritischen Gerontologie –, dass wir unsere wunderbaren Vorschläge für ein gelingendes Alter und die Sorge für auf Pflege angewiesene Menschen nicht nur im Mittelschichtsjargon formulieren. Wie erreichen wir schwer zugängliche, bildungsferne oder in ihrem Familismus abgeschottete Menschen? Wie erreichen wir Alleinlebende und sich einsam Fühlende?

Pflegebedürftigkeit, chronische Krankheiten, aber auch die Zugänglichkeit von Hilfen sind sozial ungleich verteilt. In der schon zitierten Allensbach-Umfrage betont eine Mehrheit der Befragten, dass es in der Zukunft wohl darauf ankomme, sich Pflege auch finanziell leisten zu können. Vor diesem Hintergrund komme es darauf an, das Thema Pflege und Sorge quartiersbezogen und zielgruppenspezifisch aufzugreifen und als Teil von einer sozial ausgerichteten Stadt- und Regionalpolitik zu verstehen. Die meisten auf Pflege angewiesenen Menschen werden zuhause versorgt oder lassen sich dort umsorgen. Den Jahrgängen der Babyboomer werden die traditionellen Familien und Ressourcen aus Partnerschaften nicht mehr in gleicher Weise zur Verfügung stehen. Insofern gilt es vorzusorgen, und zwar sowohl finanziell als auch sozial.

Eine Regierungskommission hat sich im Sommer 2024 mit der desolaten Finanzsituation der Pflegeversicherung beschäftigt. Man konnte sich in der Ampelkoalition nicht auf einen Weg einigen. Nun wird man an einer kurzfristigen Beitragssatzerhöhung nicht vorbeikommen. Die Akzeptanz für eine Beitragssatzerhöhung ist in der Bevölkerung allerdings auch vor dem Hintergrund ausgespro-

chen gering, dass in der Corona-Pandemie der damalige Gesundheitsminister Spahn in verfassungswidriger Weise auf die Rücklagen der Pflegeversicherung, das heißt auf Versichertengelder, zurückgegriffen hat. Wird man diese Mittel aus dem Staatshaushalt an die Pflegekassen zurückzahlen, müsste es eine Beitragssatzerhöhung nicht geben. Für die Zukunft bleibt allerdings das Finanzierungssystem der Pflege-, aber auch der Krankenversicherung eines der ganz großen Probleme, für die es noch keine einfachen Lösungen gibt und vor allen Dingen keine Lösungen ohne eine grundlegende Strukturreform der Pflege- und Krankenversicherung.

Es gilt aber auch individuell vorzusorgen: Das, was der Jugend vorgeschlagen und vielleicht auch verordnet wird, Kapitalstöcke für die eigene Pflegebedürftigkeit aufzubauen – im Übrigen eine zusätzliche finanzielle Belastung für die jüngere Generation – kann sinnvollerweise für die Boomer Generation nicht mehr zur Abmilderung des Finanzierungsproblems der Pflegeversicherung beitragen. Hier wird man auf die individuellen »Fonds«, auf das Privatvermögen der Boomer Generation zurückgreifen müssen – vielleicht mit etwas rücksichtsvolleren Einkommens-, Vermögensgrenzen und partnerschaftlichen Unterstützungsverpflichtungen.

Es gilt aber auch sozial vorzusorgen, individuell, soweit das möglich ist, durch Investitionen in soziale Netzwerke und gute nachbarschaftliche und freundschaftliche Beziehungen. In einer mobilen Altersgesellschaft und einer Gesellschaft, die viel mit Zugewanderten zu tun hat, brauchen wir agile Caring Communities, für deren Unterstützung auch die Kommunen mit Verantwortung übernehmen müssen – etwa durch Quartiersarbeit oder gemeindebezogene Formen der Unterstützung dort, wo die soziale Architektur ein Re-Design benötigt.

Wir sehen aus unseren Erfahrungen in der kommunalen Beratung, wie resonanzfähig das Thema Sorge und Pflege vor Ort ist. Da füllen sich – wenn das Gesamtkonzept stimmt – die Turnhallen auch in kleinen Gemeinden, um sich dem Thema der Sorgefähigkeit der örtlichen Gemeinschaft und Gesellschaft anzunehmen. Die Zukunft liegt in einem intelligenten Welfare Mix aus informeller Unterstützung mit Familien und Nachbarschaften, professioneller Begleitung, passfähigen, beruflichen Hilfen und bürgerschaftlich Engagierten.

Ein soziales Pflichtjahr stellt meines Erachtens aus verschiedenen Gründen keine Lösung dar. Zum einen wird der Organisationsaufwand mit dem Aufbau entsprechender Strukturen völlig unterschätzt. Zum anderen kann man die Kultur gegenseitiger Unterstützung und Sorge nicht auf militärischer Weise lösen. Sicher hat der Zivildienst gerade Männern eine tertiäre Sozialisation verpasst, in der sie die Bedeutung von sozialer Verantwortungsübernahme haben kennenlernen dürfen – häufig mit berufsdemografischen Konsequenzen. Aus den Sozialisati-

onsdefiziten der Männer der 1960er und 1970er Jahre sollte aber nicht der Schluss gezogen werden, man könne und soll nun alle in einen derartigen Pflichtdienst integrieren. Gegenseitige Sorge ist im Wesentlichen eine Kulturfrage und es wird darum gehen, die Kultur gegenseitiger Sorge zu einem zentralen Bestandteil unseres Bildungssystems zu machen.

Perspektive Politik (Bundesministerium für Gesundheit Abteilung Pflege)

Martin Schölkopf

Es fällt zunehmend schwer, Neupunkte ins Spiel zu bringen, wenn schon drei kompetente Podiumspartnerinnen und Partner vorgetragen haben, denen ich eigentlich überhaupt nicht widersprechen kann. Ich fange mal ein bisschen anders an. Die Frage »Überwindung der Sektorengrenzen« stellt sich ja vor allem an den Schnittstellen. Das sind die Fachbegriffe, die man kennt. Was heißt das konkret? Ich würde mal versuchen, es am Beispiel Rehabilitation (Reha) festzumachen. Ist auch hier ein großes Thema. Da fällt es wie immer wieder auf und in den verschiedenen Dimensionen, wo man sich die Frage stellen kann. Man hätte weniger Probleme, womöglich, ist ja Theorie, wenn es ein System gäbe, wie immer es heißt, ob es dann noch Kranken- oder Pflegeversicherung oder was immer es heißen würde, gäbe, dass das alles finanziert. Dann hätte man einen Träger, der hätte ein Interesse daran. Der würde womöglich auch im Einzelfall sogar finanziell profitieren, wenn Rehabilitation funktioniert. Das haben wir nicht. Der Gesetzgeber, die Politik hat sich anders entschieden. Mit der Einführung war die Entscheidung getroffen, damit hat man diese beiden Systeme, damit hat man Schnittstellen, damit hat man die Probleme an den Schnittstellen. In dieser Frage, in anderen auch. Jetzt kann man sich überlegen, in welcher Dimension oder welchen Dimensionen, versucht man sozusagen ausgehend von der Tatsache, dass es zwei Systeme gibt, dann Lösung zu fabrizieren. Finanzierung ist ein Thema, wird ja auch immer wieder debattiert. Wie kann man das eine System belohnen dafür, dass es seine Zuständigkeiten auch lebt? Also muss man die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) auch noch dafür bezahlen, dass sie das tut, was sie eigentlich tun muss. Nämlich Reha organisieren und umsetzen, so dass es den Menschen hilft. Sie hören daraus schon, welche Antwort ich gebe, muss ich glaube ich nicht sagen. Ich bin immer dafür, dass die, die zuständig sind, ihre Leistungen auch anbieten, erfüllen, umsetzen. Und nicht, wenn sie es nicht tun, der Ruf kommt, dass andere die Sache machen sollen.

Erster Ansatz, es ist ein schwieriges Thema, man wird sich damit beschäftigen müssen, auch für die Zukunft. Kann man mit finanziellen Anreizen Schnittstellen überwinden? Gerade bei der Reha gibt es Ideen dafür.

Dann zweite Dimension, Inhalt und Leistungen, sozusagen der Systeme. Auch da muss man immer wieder draufgucken, welche Angebote machen die Systeme jeweils. In der Pflege fällt mir da das Thema Kurzzeitpflege ein. Da gibt es auch

schon seit Jahren eine Diskussion. Wie kann man das Angebot, aufpeppen? Dann wird die Kurzzeitpflege diesen rehabilitativen Charakter erfüllen, sozusagen vom Krankenhaus oder anderen Akutszenarien. Dann ist die Versorgung sicherstellt, damit die Menschen wieder in der eigenen Häuslichkeit versorgt und gepflegt werden können. Das wäre die inhaltliche Dimension, auch damit müssen wir uns beschäftigen, das tun wir ja auch.

Die dritte Dimension ist die Frage der Verfahren. Auch hier müssen wir uns immer wieder dann die Frage stellen, ob wir Verbesserungen erreichen können. Da fällt mir aus der Vergangenheit ein, Christian Berringer ist ja auch da, und erinnert sich genau so gut wie ich an die Frage, was passiert denn mit den Gutachten des Medizinischen Dienstes und der Reha-Empfehlung. Das war vor etlichen Jahren noch so, passiert immer noch viel zu wenig, das wissen wir. Aber vor etlichen Jahren war es so, dass die Gutachten bei den Kassen ankamen. Und dann so versorgt wurden: lesen, lachen, lochen. Ich sage es jetzt mal so. Ja sie dürfen das nicht immer unbedingt zitieren, was ich da jetzt sage. Aber wir wissen, dass es im Grunde so gelaufen ist. So jetzt hat der Gesetzgeber darauf eine Antwort gefunden, dass die Reha-Empfehlung eine gewisse Verbindlichkeit hat und dann auch was passiert. Immer noch völlig unzureichend aus meiner Sicht muss man sagen, da ist noch viel Luft nach oben, wissen wir ja aus Modellprojekten. Aber das ist die Verfahrensfrage. Man kann Verfahren verbessern, um diese Schnittstellen zu überwinden.

Und letzter Punkt: Den haben wir auch schon angesprochen und der ist auch wichtig und auch zentral als Lösungsbeitrag für die Zukunft. Die Qualifikation der Profession, die in diesem Bereich arbeitet. Wir müssen sicherstellen, dass die Menschen, die in diesem Sektor arbeiten das auch können. Dass sie nicht nur, was schon vor 50 Jahren ein Thema war, satt und sauber pflegen, sondern aktivieren pflegen ist ja auch schon überkommen, wenn man den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sieht oder liest. Das Umsetzen, was dort sozusagen dahintersteckt. Und die können das auch. Man muss aber die Systeme so sozusagen stricken, dass sie das leisten können und die Qualifikationen aber auch so in den Köpfen ankommen lassen, dass es funktioniert. Es gibt in Berlin beispielsweise Anbieter, die das leben, ich sage jetzt keine Namen, aber die erreichen in ihren Einrichtungen, dass die Pflege sozusagen mit Begutachtung heruntergestuft werden kann, dass sie niedrigere Pflegegrade kriegen. Und dann fragt man sich, wie rechnet sich das? Und dann sagen sie, sie sind alle zufrieden. Die Pflegebedürftigen, die Bewohnerinnen, die Angehörigen und vor allen Dingen auch die Pflegekräfte, weil die haben eine Reha-Zusatzausbildung und sind zufrieden, haben eine sehr geringe Fluktuation,

eigentlich keine, und haben deswegen auch keine Personalprobleme in der Perspektive, weil alle damit besser leben können als in der klassischen Versorgung. So wie man sie leider immer noch vielfach zu sehen bekommt. Also deswegen bin ich froh, wenn wir im Pflegekompetenzgesetz (PKG) an der Stelle, an einigen Stellen wirklich Verbesserungen erreichen, mit Blick auf Qualifikation und Befugnisse der Pflegekräfte, dass sie das dann in der Versorgung auch anwenden können und dürfen. Das ist das Dürfen. Können tun schon viele das, aber sie müssen das auch umsetzen können. Und ich glaube da können wir ein paar wichtige Schritte gehen hoffen dann und begleiten es dann auch, dass die Versorgung an der Stelle die Schnittstellen-Probleme zumindest in Teilen überwindet.

Wenn man jetzt die Frage stellt, wie kann die Versorgung sichergestellt werden, dann merken die Baby-Boomer, sie sind vielleicht Teil des Problems und Teil der Lösung. In vielen Diskussionen erlebe ich immer so Debatten, die dann aber auch damit enden, dass man Schlagworte produziert. Ein Schlagwort ist, Thomas Klie mag es mir verzeihen, das Stichwort Sorgen der Gemeinschaft. Denn das wird von vielen als Lösung angesehen, aber keiner weiß, was das bedeutet. So ein paar Andeutungen haben Sie gemacht, aber ich glaube nicht, dass wir damit sozusagen schon am Ende der Diskussion sind und auch nicht am Ende der Umsetzung. Was könnte das bedeuten? Also wir wollen die professionelle Versorgung stärken. Wir wissen noch nicht, ob wir nicht doch auch die Zahl der Pflegefachkräfte und Assistenzkräfte noch erhöhen können. Mit Zuwanderung und guter und moderner Ausbildung in allen Qualifikationsstufen, da arbeiten wir dran. Das glaube ich, ist klar und ich will es auch nicht wiederholen. Es geht jetzt um die anderen Aspekte und wie ich sozusagen das bürgerschaftliche Engagement bezeichne oder was auch immer, ist glaube ich erstmal nicht so wichtig. Was wir brauchen, sind im Grunde genommen Strukturen, die da passen auf der kommunalen Ebene. Das kann die Pflegeversicherung auf keinen Fall allein leisten. Die Pflegeversicherung ist entstanden als Leistungssystem insbesondere Gewährung von finanziellen Leistungen zur Absicherung des Pflegefallrisikos. So ist sie entstanden. Die macht schon längst mehr. Die macht auch Strukturen oder fördert sie in verschiedenen sozialen Fördertöpfen und Vorgaben mit Kommunen und Ländern zusammen. Da sind schon verschiedene Elemente drin, die sollen ja auch ausgeweitet werden. Mit dem Pflegekompetenzgesetz, dem zweiten Standbein, soll das auch angeschärft und verbessert werden, aber da braucht es ein Gegenüber, dass die Strukturen mitbetreibt. Das sind die Kommunen, das sind die Länder. Und es gibt auch Länder, Brandenburg oder das Saarland, die diese Schritte gehen. Und wo man dann sozusagen im Zusammenspiel der Beteiligten vielleicht solche Strukturen auf der

örtlichen Ebene schaffen kann. Also die Strukturen müssen da sein, das ist klar. So haben wir ein zweites Thema, wir brauchen Anreize. Und Anreize heißt, für diejenigen, die dann tätig werden wollen. Das fängt bei den Angehörigen an. Wir müssen uns schon – Herrn Schöllkopfs Meinung, nicht die des BMG – die gibt es nicht offiziell jetzt an der Stelle. Aber wir müssen uns für die Zukunft vorbereiten. Das ist eine lange Debatte, eine wichtige Debatte und eine, die wirklich von vielen geführt werden muss. Wir müssen uns die Frage stellen, wie gehen wir in Zukunft mit dem Pflegegeld um, oder gibt es da eine Alternative, die sozusagen sicherer und auch verbindlicher sozusagen dafür sorgt, dass die Person, die diese Pflege brauchen auch versorgt werden. Also die Frage muss man sich stellen. Es gibt da verschiedene Ansätze, es gibt das Pflegegeld »Zwei Null« als Idee. Es gibt die Lohnersatzleistung als Idee. Es gibt das Burgenland-Modell und und ... Also gibt es verschiedene Konzepte, die müssen wir prüfen, gucken, kann man da was übertragen, muss man es modifizieren, braucht man was ganz anderes. Aber das ist ein Anreiz, um das zu schaffen. Und dann, wenn das nicht hilft oder wenn es nicht reicht, ich sage es mal so, dann müssen wir uns auch schon die Frage stellen nach gewissen Verpflichtungen. Das heißt, wir hatten und haben ein Freiwilliges Soziales Jahr, früher hatten wir einen Zivildienst. Da haben manche von uns in der Altenpflege gearbeitet, zum Beispiel ich. Das war obligatorisch, warum für die Jungen, warum nicht für die Älteren. Warum können wir uns diese Gedanken nicht mal zu eigen machen. Sozusagen muss nicht jeder sowas Bestimmtes fürs Gemeinwesen leisten. Kann er nicht unterstützen in der Situation, wo er noch fit ist, sie fit ist. Und hier unterstützen vor Allem. Ich weiß nicht, ob wir mit Freiwilligkeit weiterkommen, um das Problem zu lösen. Das ist eine Debatte, die muss geführt werden, die wird auch nicht in einem Jahr entschieden sein. Und ganz sicher, vorher hat das jemand gesagt, wir müssen alle an einem Strang ziehen. Daran glaube ich nicht, nach den Erfahrungen, die ich in den letzten vielen Jahren gemacht habe. Aber wir müssen politische Debatten führen und dann halt mal entscheiden. Und das sind die Punkte, die uns da beschäftigen werden, bin ich sicher. Also Strukturen-Anreize, Verpflichtungen. So würde ich es mal lassen.

Perspektive Politik auf Landesebene (Ländervertretung)

Thomas Götz

Ich greife den Ball gerne mal auf. Es freut mich sehr, als Vertreter eines Landesministeriums einmal vor dem Bundesministerium reden zu dürfen. Wie ich die Diskussion gerade wahrnehme, gibt es doch vom Grundsatz her auch eine relativ hohe Einigkeit, was die Vorstellungen betrifft. Gerade das Thema sektorübergreifende Versorgung ist ja jetzt nichts grundsätzlich Neues. Das erfordert jetzt auch nicht ein innovatives »Outside the Box«- Denken, sondern das ist ja eher das Ringen um eine Antwort auf die Frage, warum es immer noch nicht funktioniert. Warum wird gefühlt schon seit Jahrzehnten darüber diskutiert und warum geht es immer noch nicht voran? Ich glaube ein Punkt – und viele Themen sind ja schon genannt worden – ist, dass wir uns nochmal fragen müssen, welche Art von sektorübergreifender Versorgung oder welchen Ansatz möchten wir denn genau haben? Bzw. was verstehen wir darunter? Sie haben das Beispiel gebracht SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – gesetzliche Krankenversicherung), SGB XI (Soziale Pflegeversicherung). Da haben wir die zwei Monolithen der Sozialgesetzgebung, wo ja durchaus schon Anknüpfungspunkte gegeben sind, wo man kooperieren kann. Diese Verknüpfungsmöglichkeiten werden nun durch das Pflegekompetenzgesetz nochmal unterstützt. Man kann aber auch viele andere Sektoren definieren, die es zu betrachten und zu verknüpfen lohnt.

Jemand, der aus der klinischen Psychiatrie kommt, denkt natürlich auch an die Sektoren innerhalb eines Sozialgesetzbuches. Die stationären, teilstationären und ambulanten Angebote. Auch das sind Verknüpfungsthemen, über die man sicherlich diskutieren muss. Ferner muss auch das jeweilige Mindset betrachtet werden, das z.T. sehr unterschiedlich ist, wenn es um das Thema Pflege im Alter geht. Wir haben einerseits das Mindset des »Sektors« »Pflege«. Andererseits haben wir das Mindset des »Sektors« »Gesund alt werden«, bzw. den Alterungsprozess überhaupt, jenseits von pflegerischen Versorgungsbedarfen. Das sind oft zwei völlig unterschiedliche Denkmuster, die häufig parallel nebeneinanderher existieren. Herr Brandenburg hat es auch in seinem Vortrag kurz in dieser Richtung angedeutet. Auch hier finde ich es wichtig, »sektorübergreifend« um- und weiterzudenken und »Gesund alt werden« und »Pflege« als etwas Gemeinsames zu verstehen, das sich gegenseitig beeinflusst. Wie kann man das jetzt machen?

Gute Ansätze gibt es viele. Es gibt viele Modellprojekte, völlig klar. Wir alle wissen aber auch, dass Modellprojekte durchaus begrenzt sind, dass Modellpro-

jekte idealerweise dazu dienen sollten, die Politik zu informieren, längerfristigen Entscheidungen treffen zu können. Kleiner Einschub: Das ist im Übrigen eine interessante Frage, über die man noch lange reden könnte: Was ist eigentlich »die Politik«? Wie oft hört man »die Politik muss das und das machen«. Ich verstehe mich jetzt als Vertreter der Politik, aber ich bin ein Vertreter von vielen politischen Akteuren. Sind wir nicht alle in gewissem Sinne politische Akteure, die Politik gestalten? Aber zurück zu den Modellprojekten: Ich bin ein großer Freund von dem Konzept einer evidenz-informierten Politik. Für mich bedeutet das, die verschiedene Evidenz, die aus Modellprojekten und anderen wissenschaftlichen Untersuchungen zusammenkommt mit den vielen verschiedenen Akteuren und Akteurinnen vor Ort – dazu gehören nicht nur professionelle Akteure und Akteurinnen, sondern eben auch Betroffene und Angehörige – zu diskutieren, zu bündeln und zu bewerten. Und daraus dann eben auch tatsächlich ein Konzept für die Zukunft zu entwerfen. Und das ist etwas, was verbindliche und ermöglichende rechtliche Rahmenbedingungen braucht. Die z.T. schon existieren, die aber an der einen oder anderen Stelle noch nachgeschärft bzw. neu geschaffen werden müssen – auf Bundesebene, aber zum Teil auch auf Landesebene.

Ein schönes Beispiel – Herr Klie kennt die Diskussion – findet sich z.B. im Kontext der Altenhilfe. Bereits in meiner Zeit als Staatssekretär in Berlin arbeiteten wir intensiv daran, ein sogenanntes Altenhilfestrukturgesetz auf den Weg zu bringen, das eine Facette des »gesund alt Werdens« regeln soll und daher komplementär zu Bestrebungen einer guten Pflege im Alter zu sehen ist, das idealerweise auch das Ziel verfolgt, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Mir war es dabei wichtig, das Thema, das sowohl die Sozialverwaltung als auch die Pflegeverwaltung betrifft, intersektoral zu denken. Dazu gehört auch, die Verwaltungen dazu zu befähigen, an einem gemeinsamen Mindset zu arbeiten und die notwendigen Ressourcen zur Verfügung zu haben: Finanziell, personell, aber auch intellektuell im Sinne von Offenheit, Neugierde und Freude am sektorübergreifenden Denken und Handeln. Dass das kein Selbstläufer ist, wissen wir alle. Wir sind alle in Bereichen tätig, in denen es unglaubliche Beharrungskräfte gibt und es liegt an uns allen, sich dieser Beharrungskräfte – auch der eigenen – zu vergegenwärtigen und dagegen anzukämpfen.

Die Einladung, politische und damit auch gesellschaftliche Debatten zu führen, nehme ich gerne an. Es ist immer schwierig nach drei Vorrednern und Vorrednerinnen jetzt noch irgendwas Neues dazu zu sagen, weil ich viel von dem, was schon gesagt wurde, auch genau in dieser Weise unterschreiben würde. Ich möchte Sie aber in Ergänzung zu dem bereits Gesagten gerne kurz gedanklich in

das Land Brandenburg mitnehmen. Das Land Brandenburg ist was Vergleiche mit anderen Bundesländern angeht sicherlich ein Sonderfall. Es ist ein Bundesland, welches die Großstadt Berlin im Zentrum hat, und dadurch – je weiter man in die Peripherie blickt, nochmal mit ganz anderen herausfordernden Strukturen und Versorgungsangeboten, die im Spannungsfeld zu den Berliner Angeboten stehen, zu tun hat. Das Land Brandenburg ist – obwohl es ein als Resultat der deutschen Einheit junges Bundesland ist – eines der Bundesländer, in dem der demografische Wandel massiv zu Buche schlägt. Und dieser wird auch in Zukunft noch weiter zunehmen, negativ unterstützt durch die anhaltenden Abwanderungstendenzen jüngerer Menschen in Richtung urbaner Zentren wie Berlin. Das heißt also wir befinden uns hier in einer Negativspirale, die die Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen im ländlichen Raum vor ganz neue Herausforderungen stellt. Der demografische Wandel schlägt hier doppelt zu Buche. Denn Brandenburg benötigt dringend Fachkräfte im sozialen, pflegerischen und Gesundheitsbereich. Brandenburg benötigt dringend Offenheit gegenüber Zuwanderung von Fachkräften mit Migrationsbiografie, muss aber auch neue innovative Wege finden, wie Fachkräfte sinnstiftend und selbstwirksam eingesetzt werden können. Die Pflegefachassistenz ist hier z.B. nur eine Facette. Wir hatten uns als Bundesland auch bereits in die Planungen für Landespflegefachassistenzgesetz begeben. Dann kam es zu einer bundeseinheitlichen Regelung, über die wir uns freuen. Allerdings reicht das allein noch nicht, denn wir brauchen auch einen guten Qualifikationsmix in der Angebotslandschaft. Neben den professionellen Angeboten bedarf es auch dringend unterstützender und ergänzender Angebote aus der Zivilgesellschaft heraus, z.B. durch ehrenamtliches Engagement in der Begleitung und Unterstützung im Alltag die durch eine Identifikation der Gemeinschaft vor Ort und den Kommunen, Pflege und gegenseitiges Kümmern als kommunale Aufgabe zu verstehen, zu planen und Umgebungs-angepasst umzusetzen. Das Land kann (und sollte) dafür nur den Rahmen setzen. Ein Meilenstein und Erfolgsmodell ist hier der Pakt für die Pflege, der in Brandenburg seit 2020 existiert und der haushälterisch (noch) mit 20 Millionen Euro hinterlegt ist. Ich hoffe sehr, dass sich der Pakt auch in der kommenden Legislatur nicht nur etabliert hält, sondern auch skalierend weiterentwickeln kann. Der Pakt hat vier Standbeine. Das Wichtigste ist die sogenannte »Pflege vor Ort«. Brandenburg zeichnet sich dadurch aus, dass 87 Prozent der Pflege in der Häuslichkeit stattfindet. Also deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegt. Das ist grundsätzlich positiv, spiegelt es doch den Wunsch wider, auch in der Pflege Teil der Gemeinschaft zu sein, andererseits stellt es natürlich auch eine große Herausforderung an die professionelle Ange-

botslandschaft und den informellen Pflegebereich dar. Mit »Pflege vor Ort« soll die örtliche Verantwortungsgemeinschaft incentiviert und Pflege als Bestandteil kommunaler Daseinsvorsorge wahrgenommen werden. Bürgerinnen und Bürger machen sich zusammen mit der lokalen Politik Gedanken, was es für eine gute pflegepositive Gemeinschaft (»Caring Community«) braucht. Oft wurden aus den Mitteln sogenannte Kümmerinnen und Kümmerer geschaffen, die vor Ort tätig werden. Ein anderes Beispiel findet sich in Luckau: Hier fand zusammen mit den Bürgerinnen und Bürgern eine Bedarfsanalyse statt. Das Ergebnis war, dass Luckau von einer »Community Health Nurse« profitieren würde, die nun seit geraumer Zeit dort auch segensreich tätig ist. Ich hoffe sehr, dass sich andere Kommunen daran ein Beispiel nehmen werden, dass dadurch Erfahrungen gesammelt und auch derartige Angebote in Zukunft finanziell nachhaltiger etabliert werden können.

Um es noch einmal deutlich zu machen: Das Herzstück von »Pflege vor Ort« ist, dass bei den Kommunen und den Personen, die vor Ort sind, Handlungs- und Gestaltungskompetenz besteht. Diese Akteurinnen und Akteure kennen die Bedarfe vor Ort besser als eine Landesregierung oder eine Bundesregierung. Diese können aber einen Rahmen schaffen, damit diese Kompetenzen erkannt und gelebt werden. Dadurch werden mit einem partizipativen und lokalen Ansatz Versuchsräume bzw. Möglichkeitsräume geschaffen. Diese können, ja sollen, durchaus heterogen sein und sich zwischen Potsdam und einer Kommune in der Brandenburger Peripherie unterscheiden. Wichtig ist dabei aber, das Verantwortungsbewusstsein für das Thema Pflege vor Ort zu haben und auch vor Ort Weichen stellen zu können. Das zweite Standbein des Paktes für Pflege, ist die Schaffung von Kurzzeitpflege- und Tagespflegeangeboten. Insgesamt sehe ich hier noch deutlich Luft nach oben. Da sind die Kommunen und die Akteurinnen und Akteure noch nicht ganz so eifrig unterwegs. Dennoch ist es wichtig hier dranzubleiben. Gerade weil viel Pflege in Brandenburg in der Häuslichkeit stattfindet (und das ist gut so!), bedarf es mehr von solchen Unterstützungsangeboten zur Entlastung der pflegenden Angehörigen. Das dritte Standbein des Paktes ist die Skalierung bzw. Ausdifferenzierung von Pflegestützpunkten. Nicht nur was digitale Beratungsangebote angeht, sondern auch mobile, aufsuchende das Beratungsspektrum auszuweiten. Das vierte Standbein, das noch ganz in den Anfängen ist, beinhaltet Fachkräftestrategien vor Ort. Hier wird man sicherlich jetzt auch sehr interessiert verfolgen, welche Rahmenbedingungen bundesgesetzlich geschaffen werden und die inhaltliche Ausgestaltung darauf abstimmen.

Bundesländer sehen sich oft in einer »Sandwich-Position« zwischen Kommunen und dem Bund. Diese kann aber – wie das Beispiel Pakt für Pflege zeigt –

sinnvoll und »unpaternalistisch« ausgefüllt werden. Dazu gehört auch die Selbst-reflexion, dass nicht alles durch das Bundesland bis ins kleinste Detail geregelt werden kann. Man braucht die lokale Expertise und das Kümern vor Ort, dort wo die Menschen leben. Das gilt für Berlin, aber in einem Flächenland wie Brandenburg ist es noch umso wichtiger, die kommunale Ebene auch letzten Endes in ihrer Verantwortung wahrzunehmen, bzw. dazu zu incentivieren. 85 Prozent der brandenburgischen Kommunen, und wir reden jetzt nicht nur von Landkreisen, sondern auch von Ämtern und Gemeinden, nutzen den Pakt für die Pflege für ihre Angebote und ich glaube das ist ein Ansatz, der sicherlich auch für die Zukunft im Sinne von »Caring Communities« wegweisend sein kann.

Noch ein anderer Aspekt zum Schluss:

Wenn wir über demografischen Wandel reden, müssen wir auch über die sogenannten »Baby-Boomer« reden. Vorher wurde die Frage aufgeworfen, ob diese Entwicklung »gut« oder »schlecht« sei. Zunächst ist einmal eine Tatsache, dass unsere Gesellschaft über gut ausgebildete, motivierte, lebens- und leistungserfahrene Mitglieder dieser Generation verfügt. Die Frage, ob das »gut« oder »schlecht« ist, stellt sich daher nicht, wohl aber die Frage, wie diese Menschen sich bei Wunsch weiter sinnstiftend in unsere gesellschaftlichen Herausforderungen einbringen können. Ich persönlich sehe die »Baby-Boomer« als Ressource, gerade auch um Themen wie Verantwortlichkeit, Partizipation vor Ort zu fördern und zu leben. Und deshalb bedarf es auch immer einer sehr gut strukturierten und ermöglichenden Seniorenpolitik. In Brandenburg sind Seniorenpolitik und Pflegepolitik in einer Abteilung verortet und können sich dementsprechend verwaltungstechnisch befruchten. Wir haben einen Landesseniorenbeauftragten in Brandenburg und wir haben sehr aktive Senioren und Seniorinnen. Das sind ganz wichtige Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und Erfahrungsexpertinnen und -experten, die eben auch durch solche Programme und Institutionen unterstützt werden können und müssen. Um eben nicht nur die Negativvision, dass alle Menschen am Ende pflegebedürftig sind vor Augen zu haben und zu perpetuieren, sondern eben das gesunde Altern und den intergenerationellen Austausch in den Vordergrund zu stellen. Und damit auch Gesundheitsförderung und Prävention.

Perspektive Versorgung (DGGPP)

Michael Rapp

Für die Versorgung psychisch kranker Älterer ist die Integration verschiedener Sektoren des Sozialgesetzbuches und ein klarer, auf den Einzelnen fokussierter Ansatz essenziell, um den komplexen Herausforderungen im deutschen Gesundheitssystem effektiv zu begegnen. Obwohl die vollständige Zusammenführung aller Sozialgesetzbücher administrativ anspruchsvoll und kurzfristig möglicherweise nicht realisierbar ist, besteht bereits jetzt die Notwendigkeit und die Möglichkeit, sektorenübergreifend zu arbeiten. Beispielsweise zeigt sich in Bereichen wie der medizinischen Rehabilitation, dass sich solche Überlappungen positiv auswirken können. Der demografische Wandel und der Fachkräftemangel erfordern eine flexible Anpassung und Verschiebung von Kompetenzen, um die Versorgung trotz schwindender Ressourcen sicherzustellen. Die sogenannten »Baby-Boomer«-Generationen stellen sowohl eine Herausforderung als auch eine Chance dar: Sie bringen eine bislang nicht gekannte Zunahme der älteren Bevölkerung mit sich, die das System belasten könnte. Gleichzeitig prägen sie durch ihr soziales Engagement die Gesellschaft in einer Weise, die Lösungen für die Pflegeproblematik bieten könnte. Die Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements und der Dialog mit dieser Bevölkerungsgruppe sind daher entscheidend. Regionale Unterschiede in der Verfügbarkeit und Organisation der Versorgung verdeutlichen, dass es nicht nur um eine einheitliche Strategie gehen kann, sondern um maßgeschneiderte, regionale, netzwerkbasiertere Lösungen. Kommunen spielen hierbei eine zentrale Rolle, insbesondere wenn Kompetenzen und Verantwortlichkeiten an regionale Gegebenheiten angepasst werden. Ein förderliches Umfeld, das durch Anreizsysteme ehrenamtliches Engagement unterstützt und wertschätzt, ist notwendig, um diese demografische Verschiebung sinnvoll zu managen. Die Zeit drängt: Präventive Maßnahmen müssen verstärkt und die Bevölkerung besser aufgeklärt werden, insbesondere diejenigen der geburtenstarken Jahrgänge, die jetzt die Möglichkeit haben, präventive Maßnahmen zu priorisieren und vorzubereiten. Um langfristig erfolgreich zu sein, sollte das Gesundheitssystem auf Synergien setzen, flexible und innovative Versorgungskonzepte entwickeln und alle relevanten Akteure aktiv in den Veränderungsprozess einbinden

Perspektive Sozialversicherung (GKV-Spitzenverband)

Antje Schwinger

Mit Blick auf die vollstationäre Pflege, in der täglich das Zusammenspiel zwischen pflegerischer Versorgung SGB XI (Sozialgesetzbuch elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung) und medizinischer Versorgung SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) stattfindet, bestehen zahlreiche bekannte Defizite, wie etwa problematische Arzneimittelverordnungen, vermeidbare Krankenhauseinweisungen und eine unzureichende Versorgung am Lebensende. Diese Herausforderungen konzentrieren sich besonders auf die Schnittstelle zwischen ärztlicher und pflegerischer Versorgung – insbesondere auf die mangelnde Kommunikation und der fehlenden Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen den beiden Berufsgruppen. Der Erfolg, die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen durch Kooperationsverträge nach §119b SGB V und entsprechende Vergütungsvereinbarungen zu verbessern, ist eher begrenzt geblieben. Die durch das Pflegekompetenzgesetz (PKG) avisierten Regelungen, eröffnen diesbezüglich Chancen. Die Umsetzung des Gesetzes würde es Pflegekräften ermöglichen, in einem definierten Rahmen und bei Vorliegen der entsprechenden Kompetenzen ausgewählte heilkundliche Aufgaben zu übernehmen- sowohl im Pflegeheim als auch in der ambulanten Pflege. Je nach Ausgestaltung des gesetzlichen Rahmens wäre es denkbar, dass Pflegekräfte künftig eigenständig medizinische Entscheidungen treffen, etwa bei der Diagnose und Behandlung einer Exsikkose, ohne auf eine ärztliche Untersuchung und -verordnung warten zu müssen. Dies könnte nicht nur die Versorgung verbessern, sondern auch unnötige Krankenhauseinweisungen vermeiden – insbesondere dann, wenn ärztliche Hilfe nicht rechtzeitig verfügbar ist. Mit Blick auf die Überwindung der Sektorengrenze – im hiesigen Beispiel sind es sogar sozialgesetzbuchübergreifende Grenzen – bietet ein Umdenken in Richtung berufsübergreifende Zusammenarbeit viel Potential.

Mit Blick auf den Aspekt der Eigenvorsorge ist hervorzuheben, dass die heutigen Regelungen hierzu in der Kritik stehen, und zwar deshalb, da diejenigen, die sich am ehestens absichern müssten, dies aufgrund ihrer wirtschaftlichen Lage in der Regel am seltensten tun. Dies wurde auch in der Expertenanhörung zum Bericht der Bundesregierung »Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung« deutlich, bei der die unterschiedlichen Experten der Einschätzung waren, das Ganze obligatorisch zu denken ist. Zu bedenken ist aber auch, dass die Menschen, wenn sie in die Soziale Pflegeversicherung einzahlen, entsprechend

auch eine Gegenleistung erwarten, die für sie in einem Verhältnis steht. Mit Blick auf steigende Beiträge, bei gleichzeitig immer höheren Eigenanteilen und mit teilweise schwierigem Zugang zu ambulanten als auch stationären Angeboten ist in der Gesamtschau nochmals die Dringlichkeit der Klärung der Finanzierungsfragen zu betonen. Solange diese nicht geklärt sind, können letztlich auch die dringend notwendigen Strukturfragen nicht angegangen werden. Mit dem bereits zitierten Bericht liegt hierzu ein fundiertes Zahlenwerk über die jeweiligen Wirkungen der möglichen Finanzierungshebel vor.

Parallelsymposien

I Flexibilisierung von Krankenhausbehandlung

Aufsuchende Behandlung in Leipzig

Katharina Stengler, Thomas Herzog

Einleitung

Seit 2018 kann in Deutschland äquivalent zur vollstationären psychiatrischen Behandlung von psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen mit Versorgungsauftrag die Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB) erbracht werden. Diese ist im

Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)

§39 u. 115d geregelt. So sind täglich mindestens ein direkter Kontakt überwiegend in der häuslichen Umgebung sowie eine telefonische Rufbereitschaft des Teams im Tagdienst und die 24stündige Therapieverantwortung der Klinik mit ständiger ärztlicher Eingriffsmöglichkeit vorgesehen. Die Klinik muss jederzeit die Möglichkeit zur vollstationären Aufnahme vorhalten. Eine weitere Voraussetzung ist das Vorliegen einer stationären Aufnahmeindikation. In die Behandlung muss neben ärztlichen und pflegerischen Anteilen mindestens eine weitere Berufsgruppe involviert sein. Mindestens alle sieben Tage muss eine fachärztliche Visite und eine multiprofessionelle Teambesprechung erfolgen. Zusammengefasst handelt es sich bei der StäB um eine zeitlich befristete psychiatrische Akutbehandlung im häuslichen Umfeld der Betroffenen durch ein ärztlich geleitetes multiprofessionelles Team. Bisher wird die StäB deutschlandweit von ca. 70 Kliniken angeboten.

Warum aufsuchende Behandlung?

Seit Jahrzehnten haben sich aufsuchende Behandlungsformen international etabliert, und zwar sowohl die langfristige ambulante psychiatrische Behandlung von chronisch psychisch Kranken als auch die akute engmaschige multiprofessionelle Krisenbehandlung (z. B. Assertive community treatment). Beides hat mit höchstem Evidenzgrad in die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren

psychischen Erkrankungen Einzug gehalten. Mit der StäB ist auch in Deutschland die Voraussetzung geschaffen worden, intensiv aufsuchend auch schwer psychisch erkrankte Menschen und ihre Angehörigen zu versorgen. Die StäB wird dabei von vielen Betroffenen der vollstationären Behandlung im Institutionskontext vorgezogen. Auch Angehörige sind mit der Behandlung oft zufriedener als bei der Einrichtungs-gebundenen Behandlung, was in einer jüngst in Deutschland publizierten Studie bestätigt wurde (sog. AKtiV-Studie, Nikolaidis K et al., 2023). StäB ist zudem für Mitarbeitende im psychiatrischen Klinikkontext ein zunehmend beliebter Arbeitsplatz und kann deshalb zu einem gezielteren und effizienteren Personaleinsatz führen. Als Wirkfaktoren gelten dabei Flexibilität, Mobilität, Multidisziplinarität, breites Angebot an Interventionen, Zugang zu Möglichkeiten stationärer Behandlung, ständige Erreichbarkeit und täglich ein Kontakt (Boege I et al, 2020).

Zielgruppe der aufsuchenden Behandlung in StäB sind vor allem jene 1-2 % der Bevölkerung (Gühne 2015) mit schweren psychischen Erkrankungen in akuten Krankheitsphasen, die oft schlecht erreichbar sind für psychiatrische Behandlungsangebote in der Klinik, zum Beispiel aufgrund von Vorbehalten gegenüber der Klinikeinweisung, zu versorgenden Kindern oder Haustieren oder bei Menschen mit Demenz.

Best of aufsuchende Behandlung: StäB und Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) mobil in Leipzig

Am Helios Park-Klinikum Leipzig wird seit 2019 die StäB als reguläres Versorgungsangebot vorgehalten, zunächst organisiert von einer gerontopsychiatrischen Station aus im Altersspektrum ab 65 Jahren. Rasch wurde der große Bedarf deutlich, sodass wir bald in allen Alters- und Diagnosegruppen StäB anbieten konnten. Einen besonderen Schwerpunkt haben wir durch die aufsuchende Versorgung schwer zwangserkrankter Menschen und Ihrer Angehörigen, womit wir ein Alleinstellungsmerkmal im Bundesgebiet vorhalten (Stengler & Jahn, 2025). Bis Oktober 2024 wurden über 800 Betroffene im StäB in Leipzig behandelt. Das multiprofessionelle Team besteht definitionsgemäß aus Fachärzten, einem flexiblen assistenzärztlichen Anteil, psychiatrischer Fachpflege, Ergotherapeutinnen, Sozialarbeiterinnen und einem Psychologen, die mittlerweile bis zu 30 Patient/innen versorgen. Vorteile der StäB sind dabei die Multiprofessionalität der Behandlung mit großer Verbindlichkeit und Intensität sowie großem ärztlich-psychotherapeutischem Anteil. Gerade die täglichen Kontakte erweisen sich bei bestimmten

Patientengruppen als sehr effektiv bei der Symptomreduktion und Initiierung von Veränderungen. Besonderes positiv wirkt sich nach den Erfahrungen in Leipzig auch die direkte und gezielte Einflussmöglichkeit auf Kontextfaktoren der Teilhabe aus, beispielsweise durch Expositionsübungen in der gewohnten Umgebung, Verbesserung der Hilfsmittelversorgung und Implementierung passgenauer nachstationärer ambulanter Hilfsangebote. Gleichzeitig führen die starren Behandlungsvorgaben und noch nicht überwundene Sektorgrenzen zu Nachteilen. So sind tägliche Kontakte teilweise nicht erforderlich oder gewünscht, auch kann die StäB bei parallellaufenden geplanten dringenden ambulanten Behandlungen (z. B. Chemotherapie) nicht erfolgen. Die Anforderungen an die Dokumentation sind sehr hoch bei hoher Prüfquote durch den MDK. Weiterhin kann die StäB nur akut Erkrankten angeboten werden. Damit sind einige Betroffene faktisch vom Behandlungsangebot ausgeschlossen. Wir ergänzten deshalb unser aufsuchendes Behandlungsangebot durch PIAmobil, um diese Versorgungslücke zu schließen (bei Abrechnung der PIA-Leistungen nach bayerischem Modell).

PIAmobil wird dabei unter oberärztlicher Leitung in einem Bereich vorwiegend durch die Berufsgruppen Pflege und Sozialdienst ausgeführt. Vorteil von PIAmobil ist die Möglichkeit zur flexiblen und bedarfsgerechte Personal- und Einsatzplanung und zur parallelen Durchführung ambulanter Therapien ohne Einschränkung. Auch sind längerfristige Behandlungen möglich. PIAmobil kann zum Beispiel auch überbrückend poststationär genutzt werden, wenn noch Restsymptome bestehen oder Unsicherheiten bezüglich der häuslichen Versorgung vorliegen. Auch im Anschluß an eine StäB können sich poststationäre Kontakte durch PIAmobil anschließen.

Fazit: Durch die Kombination von StäB und PIAmobil konnte am Helios Park-Klinikum Leipzig die aufsuchende Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in nahezu allen Krankheitsphasen und Lebenssituationen etabliert und mittlerweile als fester Bestandteil der Behandlungsoptionen vorgehalten werden. StäB weist dabei eine große Verbindlichkeit und Intensität auf, die potentiellen Nachteile können mit der Flexibilität von PIAmobil ausgeglichen werden. Insbesondere Teilhabe-Aspekte, wie Unterstützung beim Wohnen, in der Ausbildung und beim Erhalt des Arbeitsplatzes werden in der mobilen PIA-Arbeit ergänzt. Diese Erweiterung zeigt, dass durch flexible aufsuchende Versorgungsstrukturen, Setting- und Schnittstellen-übergreifende Unterstützung für schwer psychisch erkrankte Menschen in Deutschland zwischen SGB V und anderen Segmenten möglich ist.

Möglichkeiten der Institutsambulanzen

Volker Dahling

Einleitung

Die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) ist eine seit mehr als vier Jahrzehnten etablierte Versorgungsform, die sich aus der Kenntnisnahme einer unzureichenden Versorgung schwer psychisch kranker Menschen entwickelt hat [1, 2].

Der gesetzliche Versorgungsauftrag wird im § 118 SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung) ausgeführt: »Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind.« Dieser Versorgungsauftrag ist in der PIA-Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung weiter spezifiziert. Demnach geht es auch darum, durch Behandlungskontinuität und Optimierung der Behandlungsabläufe Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu verkürzen und soziale Integration zu unterstützen [1, 3].

Wen kann eine PIA behandeln und welche Leistungen muss eine PIA vorhalten?

Wen die PIA behandeln darf und welche Leistungsinhalte von den PIAs vorgehalten werden müssen, wird in Vereinbarungen zwischen Vertretern der Kostenträger und der ambulanten Versorgung geregelt.

Für psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit Versorgungsverpflichtung gilt die PIA-Vereinbarung [3]: Hier werden drei Kriterien definiert und ausgeführt, welche Kombinationen dieser Kriterien vorliegen müssen, um die Voraussetzungen für eine PIA-Behandlung zu erfüllen. Kriterium A benennt Positiv-Diagnosen, wie z.B. eine mindestens schwergradige Depression oder eine spezifizierte Demenz. Das Kriterium B umfasst Ziele der PIA-Behandlung (z.B. Vermeidung stationärer Aufenthalt), krankheitsbezogene Faktoren (z.B. Komorbidität, Krankheitschwere und psychosoziales Funktionsniveau) und Besonderheiten im Verlauf (z.B. unzureichende Wirksamkeit bisheriger ambulanter Behandlungsversuche, wiederholte Behandlungsabbrüche). Das dritte Kriterium

adressiert Chronizität und rezidivierende Krankheitsbilder (Krankheitsdauer über 6 Monate bzw. ein Rezidiv innerhalb von 2 Jahren). Eine Behandlung in der PIA ist dann indiziert, wenn entweder die Kriterien A und B oder A und C erfüllt sind oder wenn eine Diagnose des Kapitel V der ICD-10 GM vorliegt, die nicht Positiv-Diagnose ist, und Kriterium B und C erfüllt sind.

Auch die Leistungsinhalte einer PIA wurden definiert: So muss insbesondere der Facharztstandard erfüllt sein und Behandlungskontinuität gewährleistet werden. Das Leistungsangebot hat das gesamte Spektrum psychiatrisch-psychotherapeutischer Diagnostik und Therapie abzudecken, setzt multiprofessionelle Behandlungsteams voraus und schließt nachgehende Behandlung, Psychoedukation, Angehörigenarbeit und Richtlinien-Psychotherapie mit ein. Darüber hinaus muss 24/7 ein Notdienst vorgehalten werden.

Entwicklung der Psychiatrischen Institutsambulanzen

Seit 1976 erste rechtliche Grundlagen geschaffen worden waren, hat der Gesetzgeber den Handlungsrahmen der PIAs sukzessive verbreitert [1, 2, 4]: Nachdem die Ermächtigung zur Einrichtung von Institutsambulanzen zunächst auf Fachkrankenhäusern beschränkt war, wurde diese 2001 auf psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und zuletzt 2013 auf die Psychosomatik erweitert. Seit 2015 ist darüber hinaus eine Vereinbarung für Geriatrischen Institutsambulanzen (GIA) in Kraft (Gesetzliche Grundlage § 118a SGB V), die es geriatrischen Fachkrankenhäusern und Abteilungen ermöglicht, zur Sicherstellung einer ausreichenden ambulanten geriatrischen Versorgung Geriatrische Institutsambulanzen zu betreiben. Neben anderen Voraussetzungen muss bei den versorgten Personen eine geriatritypische Morbidität vorliegen, dazu gehören auch komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art.

Im Jahr 2016 wurde eine nahezu flächendeckende Versorgung durch etwa 500 PIAs mit über zwei Millionen Quartalsfällen pro Jahr berichtet [2, 5]. Die Leistungssteigerung ging zuvor mit einer entsprechend dynamischen Kostenentwicklung einher: Innerhalb von 15 Jahren (von 1999-2014) hatten sich Ausgaben für PIAs um das 8,5-Fache erhöht [2].

Aktuellere Zahlen sind dem Autor nicht bekannt, nach eigener Einschätzung ist aber von einem weiteren Wachstum und damit zunehmender Bedeutung der PIAs für die Versorgung auszugehen.

Eine orientierende Recherche im Vorfeld der APK-Tagung 2024 ergab, dass die jüngste auf der Homepage des bundesweiten Arbeitskreis PIA ([158](https://bdk-</p></div><div data-bbox=)

deutschland.de) gelistete Publikation bereits 2016 erschienen ist. Eine Suche in PubMed nach »Psychiatrische Institutsambulanz« in den letzten acht Jahren ergab lediglich zehn Treffer, darunter keine Arbeit, die die Bedeutung der PIAs für die alterspsychiatrische Versorgung fokussiert. Es besteht ein entsprechender Forschungsbedarf.

Besondere Stärken der PIA

Als Teil der Krankenhausbehandlung kann auf die Nutzung sämtlicher Strukturen und Ressourcen des Krankenhauses zurückgegriffen werden. Eine Behandlung und Therapiesteuerung über alle Behandlungssettings (ambulant, tagesklinisch, stationär) aus einer Hand ist so möglich. Maximale Behandlungskontinuität kann durch Versorgungsmodelle erreicht werden, die eine Versorgung über Settinggrenzen hinweg durch ein Behandlungsteam vorsehen (sog. Trackmodelle [6]). Ähnlich strategisch ausgerichtet sind Ansätze, wie z.B. eine poststationäre Nachbetreuung über die PIA mit dem Ziel, Reibungsverluste an Schnittstellen der Behandlung zu reduzieren und so Rückfälle und Wiederaufnahmen zu vermeiden.

Durch die multiprofessionelle Ausstattung von PIAs können entsprechend regionaler Bedarfe Therapien (Einzel- und Gruppentherapien, Spezialisierungen, aufsuchende Behandlung, Angehörigenangebote usw.) vorgehalten und individuell multimodale Behandlungspläne erstellt werden. Darüber hinaus sind, z.B. bei Krisen, ein schneller interprofessioneller Austausch im Behandlungsteam und Anpassungen im Behandlungsplan möglich.

Durch eine enge Abstimmung in regionalen Netzwerken kann die regionale Versorgung weiter optimiert werden.

Unterm Strich ist es der flexible Einsatz von Leistungen (Leistungsart, Leistungsdichte und -frequenz), der die wesentliche Stärke der PIA ausmacht und eine bedarfsgerechte und ökonomisch sinnvolle Behandlung ermöglicht. Hier hat die PIA deutliche Vorteile gegenüber stärker reglementierten Versorgungsformen, wie z.B. der stationsäquivalenten Behandlung.

Kann PIA Alterspsychiatrie?

Im höheren Lebensalter nimmt die Komplexität der Gesundheitsversorgung erheblich zu. Ursächlich hierfür ist insbesondere eine im Alter ansteigende psychische und somatische Morbidität inklusive weiterer altersbezogener Veränderungen der Sinne, der kognitiven sowie der körperlichen Leistungsfähigkeit mit ent-

sprechenden Restriktionen und Behinderungen, welche in einen erhöhten und vielfältigen Versorgungs- und Unterstützungsbedarf führen [7, 8]. Gerade in solch komplexen Versorgungssituationen kann die PIA aufgrund ihrer vielseitigen Möglichkeiten einen wertvollen Beitrag leisten. Voraussetzung dafür sind entsprechende Versorgungskapazitäten und eine gerontopsychiatrische Kompetenz in den eingesetzten Berufsgruppen.

PIAs halten dafür besondere Angebote wie alterspsychiatrische Sprechstunden, Sozial- und Pflegeberatung sowie weitere spezialisierte Angebote vor (z.B. Gruppen, die sich mit alterstypischem Verlusterleben auseinandersetzen, kognitives Training, physiotherapeutische oder Kreativangebote).

Eine besondere Spezialisierung der PIAs stellen die Gedächtnissprechstunden dar, die in Deutschland überwiegend psychiatrisch geführt werden [9]. Sie dienen der fachgerechten Diagnosestellung, Beratung und Therapieeinleitung bei kognitiven Beschwerden. Weitere Aufgaben sind die Beurteilung von Einwilligungsfähigkeit, die Beratung zur Fahreignung, das klinische Management sowie die Sozialberatung und die Vermittlung von Unterstützungsangeboten einschließlich Selbsthilfe und Angeboten für Angehörige. Neben einer besonderen ärztlichen Expertise sind für die Bewältigung dieser Aufgaben neuropsychologische und sozialgerontologische Kompetenzen wesentlich.

Daneben ist die Möglichkeit der aufsuchenden Tätigkeit wichtig, da aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen ein Besuch von Ärzten und Therapeuten oft nur eingeschränkt möglich ist. Besonders bei Menschen, die im Pflegeheim leben, kann eine Betreuung durch eine PIA sinnvoll sein und helfen, unnötige und insbesondere bei kognitiven Einschränkungen auch kontraindizierte Vorstellungen in der Rettungsstelle bzw. stationäre Aufnahmen zu vermeiden. Neben der Beratung von Einrichtungen und Mitarbeiterschulungen, haben sich fallbezogene Besprechungen bei herausforderndem Verhalten, aber auch diagnostische (z.B. körperliche Untersuchung, Labor, pharmakologischer Interaktionscheck) und therapeutische Maßnahmen (z.B. Anpassung der Medikation, Initiierung einer Antibiose, Ausgleich von Flüssigkeitsdefiziten) in diesem Zusammenhang bewährt.

Fazit

Die Psychiatrische Institutsambulanz ist ein Erfolgsmodell, auch und gerade in der Alterspsychiatrie. Sie dient der Sicherstellung einer flexiblen und bedarfsgerechten ressourcenschonenden Behandlung und bietet zahlreiche Möglichkeiten zur Verbesserung alterspsychiatrischer Versorgung. Die PIA ist als Baustein der

flächendeckenden Versorgung psychisch erkrankter älterer Menschen nicht mehr wegzudenken. Schon heute übernehmen die über PIAs angebotenen Gedächtnis-sprechstunden einen wesentlichen Teil der Demenzdiagnostik in Deutschland. Die Entwicklung neuer Therapeutika wird die Nachfrage in diesem Bereich zukünftig erhöhen.

Eine ausreichende gerontopsychiatrische Kompetenz ist für die Sicherung des Erreichten, die demografischen Herausforderungen und die Weiterentwicklung der Angebote eine unabdingbare Voraussetzung.

Literatur:

1. Dahling V. Betreuung von Heimbewohnern durch eine Psychiatrische Institutsambulanz. Versorgungsauftrag, Patientencharakteristika, Behandlungsangebot. ZfGPP 2009; 22(2-3): 67-80
2. Neubert O, Richter M. Psychiatrische Institutsambulanzen. Erste Schritte zur Transparenz im Rahmen der Psych-Entgeltreform. In: Klauber J et al. (Hrsg). Krankenhaus-Report 2016. Ambulant im Krankenhaus. Stuttgart: Schattauer; 2016
3. GKV Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Bundesvereinigung. Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V. 2010. Abgerufen unter <https://gkv-spitzenverband.de> am 19.08.2024
4. Spengler A. Psychiatrische Institutsambulanzen. Leistungsfähig, bedarfsgerecht und innovativ. Dtsch Arztebl 2012; 109(40): A 1981-3
5. Koch-Stoecker S et al. Struktur und Tätigkeitsspektrum der Psychiatrischen Institutsambulanzen in Deutschland. Psych Prax 2016; 43: 129-130
6. Leweke FM et al. Das ZI-Track-Konzept in der modernen Psychiatrie: Eine syndromspezifische sektorenübergreifende Behandlung. Fortschr Neurol Psychiatr 2020; 88(01): 24-32
7. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin
8. DEGAM (Hrsg) S3-Leitlinie Multimorbidität. Langfassung Stand 2024. Abgerufen unter <https://register.awmf.org/> am 19.08.2024
9. Masanek L et al. A study of the geographic accessibility of outpatient memory clinics in Germany. Dtsch Arztebl Int 2023; 120: 597-8

II Koordinierte Versorgung im ambulanten Sektor

Integrierte Hilfen im häuslichen Umfeld

Katrin Krah

Abstract

Der zunehmende Anteil älterer Menschen mit psychischen Erkrankungen stellt das Versorgungssystem vor strukturelle und inhaltliche Herausforderungen. Gefragt sind Konzepte, die ambulante, wohnortnahe und sektorenübergreifende Hilfen so miteinander verknüpfen, dass eine langfristige Lebensführung in der eigenen Häuslichkeit möglich bleibt. Der Beitrag stellt Grundprinzipien koordinierter Versorgung im ambulanten Setting vor und illustriert diese exemplarisch anhand regionaler Initiativen, insbesondere aus der Modellregion München im Rahmen des Projekts INPAM. (Integrierte Hilfen und Netzwerkarbeit für psychisch kranke alte Menschen) Fallkonferenzen, präventive Maßnahmen und multiprofessionelle Zusammenarbeit erweisen sich als zentrale Erfolgsfaktoren.

1. Einführung

Psychisch erkrankte ältere Menschen benötigen eine Versorgung, die über Einzelmaßnahmen hinausgeht: Es braucht ein abgestimmtes, kontinuierliches und flexibles Netzwerk ambulanter Hilfen. Die Idee der koordinierten Versorgung ist daher mehr als ein Organisationsprinzip – sie ist ein Paradigmenwechsel hin zu personenzentrierter, interdisziplinärer Unterstützung im Lebensumfeld der Betroffenen. Die Erkenntnisse aus Projekten wie INPAM (Integrierte Hilfen im häuslichen Umfeld) helfen, diese Versorgung neu zu denken und zu strukturieren.

2. Zielbild koordinierter Versorgung

Ziel ist es, älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen möglichst frühzeitig passgenaue Hilfen bereitzustellen, um stationäre Einweisungen zu vermeiden, Angehörige zu entlasten und Lebensqualität zu fördern. Zentrale Prinzipien koordinierter ambulanter Versorgung sind:

- Frühzeitige Bedarfserkennung und niedrigschwellige Angebote
- Multiprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe (präventiv, medizinisch, pflegerisch, psychosozial)
- Gemeinsame Fallbesprechungen mit Hilfeplanung im Konsens
- Verlässliche Ansprechpersonen und Kontinuität durch feste Zuständigkeiten
- Einbindung der Angehörigen und Förderung der Selbsthilfe
- Schnittstellenmanagement zwischen den Leistungssystemen SGB V, IX, XI (Sozialgesetzbücher – Gesetzliche Krankenversicherung, Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung, Soziale Pflegeversicherung)
- Prävention und Gesundheitsförderung, z. B. zur Vermeidung von Isolation oder Krisen

3. Exemplarische Umsetzung: Region München im Projekt INPAM

Das Projekt INPAM bildet eine von mehreren Initiativen zur Umsetzung koordinierter ambulanter Versorgung. In der Region München wurden folgende Strukturen etabliert:

- Regelmäßige, vierwöchentliche Fallkonferenzen mit allen Beteiligten
- Individuelle Hilfeplanung, abgestimmt auf persönliche Bedürfnisse und sich verändernde Lebenslagen.
- Koordination im Tandemprinzip (zwei feste Mitarbeitende je Fall). Dadurch Vermeidung von Versorgungslücken in der Urlaubszeit.
- Frühzeitige Identifikation potenzieller Krisensituationen, etwa durch gezielte Tagesstrukturangebote.
- Integration präventiver Maßnahmen, z. B. eine Männergruppe zur Suizidprävention.
- Zugangstransparenz und Entlastung der Angehörigen durch systematische Information und Begleitung.

Die Erfahrungen zeigen: Wenn Hilfen rechtzeitig und koordiniert angeboten werden, können stationäre Aufenthalte reduziert und Teilhabechancen gestärkt werden.

4. Herausforderungen und Entwicklungsperspektiven

Trotz ermutigender Einzelfälle ist die Umsetzung koordinierter Versorgung in der Fläche noch unzureichend. Es braucht:

- Regelfinanzierung für interdisziplinäre Fallkonferenzen.
- Einbindung von Medizinischen Diensten und Hausärzten in die Koordinationsstrukturen.
- Verschmelzung von Leistungen aus Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung.
- Ausbau von Gedächtnissprechstunden und ambulanter Diagnostik.
- Digital unterstützende Hilfen, Dokumentation und Kommunikation.

5. Fazit

Koordinierte Versorgung im ambulanten Bereich bietet einen zukunftsweisenden Ansatz für die Versorgung psychisch erkrankter älterer Menschen. Die Region München zeigt exemplarisch, dass durch regelmäßige Fallkonferenzen, präventive Maßnahmen und verlässliche Koordinationsstrukturen ein Verbleib in der Häuslichkeit gefördert und die Lebensqualität gesteigert werden kann. Die Überführung solcher Ansätze in die Regelversorgung ist der nächste notwendige Schritt, um Versorgungslücken zu schließen und Versorgungsgerechtigkeit zu fördern.

Literatur

- Projektunterlagen INPAM (2022–2025)
- EQ-5D-5L: <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-5l/>
- Aktionsbündnis Psychisch Kranke e. V. (APK): www.apk.de

Hinweis: Das Projekt INPAM läuft von November 2022 bis April 2025 in den Regionen Leipzig, Gütersloh, Saarbrücken und München und wird wissenschaftlich durch die Universität Potsdam begleitet.

Ambulante Komplexbehandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (KSV-Psych-Richtlinie) – Möglichkeiten und Grenzen

Andrea Benecke

Mit der im Jahr 2021 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossenen Richtlinie zur Versorgung in Netzverbänden soll eine Versorgungslücke in der ambulanten Behandlung schwer psychisch erkrankter Menschen geschlossen werden. Im Zentrum stehen dabei mehrere Ziele: Der schnellere Zugang zu einer qualifizierten Versorgung, eine kontinuierlichere Begleitung im ambulanten Bereich sowie die Erleichterung des Übergangs von stationärer zu ambulanter Behandlung. Krankenhausaufenthalte und Versorgungsabbrüche sollen dadurch möglichst vermieden werden. Die ambulante Komplexversorgung soll Menschen mit wiederkehrenden psychischen Krisen zu einem möglichst stabilen und selbstbestimmten Leben befähigen.

Zur Umsetzung dieser Ziele ist eine engmaschige, kontinuierliche Betreuung durch ein multiprofessionelles Team vorgesehen. Die intensive Koordination und Kooperation aller Beteiligten stehen dabei im Mittelpunkt – Bereiche, für die es in der ambulanten Versorgung vor Einführung der KSV-Psych-Richtlinie keine strukturierten Rahmenbedingungen gab.

Kernelement sind regionale Netzverbände, die in enger Kooperation mit anderen Gesundheitseinrichtungen und Berufsgruppen arbeiten. Jede Patient*in innerhalb eines solchen Verbunds hat eine feste Ansprechperson, entweder eine Fachärzt*in oder eine Psychotherapeut*in. Diese Netzverbände müssen aus mindestens zehn Mitgliedern bestehen, wovon mindestens vier Fachärzt*innen für Psychotherapie und Psychiatrie/Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie sowie mindestens vier Psychotherapeut*innen sein müssen. Bereits hier zeigt sich eine der zentralen Herausforderungen: In strukturschwachen oder ländlichen Regionen ist es oftmals schwierig, ausreichend geeignete Leistungserbringer*innen für einen Netzverbund zu gewinnen. Hinzu kommt, dass die Bezugsärzt*in oder -psychotherapeut*in über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen muss – eine Anforderung, die angesichts der hohen Anzahl von Psychotherapeut*innen mit halben Kassensitzen schwer zu erfüllen ist.

Zusätzlich müssen die Netzverbände Kooperationsverträge mit mindestens einem Krankenhaus mit regionaler Pflichtversorgung sowie mit mindestens einer Ergotherapeut*in, Soziotherapeut*in oder einer Anbieter*in psychiatrischer

häuslicher Krankenpflege abschließen. Ebenfalls vorgeschrieben ist die Einbindung einer nicht-ärztlichen Person, die die Koordination der Behandlung übernimmt. Diese Koordinationsperson – etwa eine medizinische Fachangestellte, eine Ergotherapeut*in oder eine psychiatrische Krankenpfleger*in – hat eine zentrale Rolle: Sie motiviert die Patient*innen, organisiert Termine, besucht sie bei Bedarf zu Hause und koordiniert weitere Unterstützungsmaßnahmen. Gerade für Psychotherapeut*innen, die in Einzelpraxen arbeiten, stellt dies eine große Herausforderung dar, da sie häufig keine Mitarbeiter*innen beschäftigen, die diese Aufgaben übernehmen können.

Die Richtlinie sieht zudem vor, dass diese koordinierende Person der Patient*in vertraut sein sollte – ein grundsätzlich sinnvolles Ziel, das sich in der Praxis jedoch nicht immer zu Beginn der Behandlung realisieren lässt. Hinzu kommt, dass bestimmte Koordinationsaufgaben – etwa aufsuchende Behandlungen – derzeit ausschließlich von der koordinierenden Person durchgeführt werden dürfen, obwohl diese auch von der Bezugspsychotherapeut*in oder der Bezugsärzt*in persönlich erbracht werden können bzw. müssen.

Neben den verpflichtenden Kooperationspartner*innen wird auch die Zusammenarbeit mit Leistungserbringer*innen außerhalb des SGB V empfohlen – etwa mit Einrichtungen der Eingliederungshilfe, dem sozialpsychiatrischen Dienst oder Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen, die selbst nicht Mitglied im Netzverbund sind, aber die Patient*innen ggf. schon länger behandeln. Solche Kooperationen sind für ein gutes Versorgungsangebot zwar nicht verpflichtend, jedoch sehr hilfreich.

Das neue Versorgungsangebot richtet sich an eine breite Zielgruppe: Diagnostisch bestehen praktisch keine relevanten Einschränkungen auf einzelne Diagnosen oder Diagnosegruppen. Ausgenommen sind lediglich organische psychische Störungen (ICD-10 Fo). Weitere Zugangskriterien sind deutliche Einschränkungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen. Als Orientierungswert gilt hier ein GAF-Wert von ≤ 50 – ein Wert, der auch als Kriterium für die Verordnung von Soziotherapie oder psychiatrischer häuslicher Pflege gilt. Zudem muss im Quartal ein komplexer Behandlungsbedarf vorliegen, definiert durch die Notwendigkeit von mindestens zwei unterschiedlichen Maßnahmen der Krankheitsbehandlung aus verschiedenen Disziplinen (z. B. Psychotherapie, Psychiatrie/Psychosomatik/Neurologie, Soziotherapie, Ergotherapie oder psychiatrische häusliche Krankenpflege), wobei ausschließlich Leistungen nach SGB V maßgeblich sind. Teilhabeleistungen – etwa im Wohnumfeld – werden nicht berücksichtigt, obwohl sie häufig ein besserer Indikator für die Behandlungsbedürftigkeit sein könnten.

Der Zugang zur Komplexversorgung erfolgt entweder direkt über ein Mitglied des Netzverbands oder über eine Überweisung bzw. Empfehlung durch eine Vertragsärzt*in. Auch Psychotherapeut*innen, sozialpsychiatrische Dienste, Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen können eine Empfehlung aussprechen. Anschließend besuchen die Patient*innen eine Eingangssprechstunde, die innerhalb von sieben Werktagen erfolgen soll. Nach Prüfung der Voraussetzungen folgt – ebenfalls binnen sieben Werktagen – eine differentialdiagnostische Abklärung, die eine interdisziplinäre psychische, somatische und soziale Diagnostik umfasst. Auf dieser Basis wird ein individueller Gesamtbehandlungsplan einschließlich eines Kriseninterventionsplans erstellt. Der Plan, der psychische, somatische und soziale Aspekte berücksichtigt, ist für alle Beteiligten verbindlich und wird regelmäßig – mindestens zweimal pro Quartal – in Fallbesprechungen überprüft und angepasst. Diese Besprechungen können auch per Video oder Telefon stattfinden.

Ist die Behandlung abgeschlossen oder werden die Einschlusskriterien nicht mehr erfüllt, wird ein Überleitungsplan erstellt, der die wichtigsten Informationen über den Behandlungsverlauf enthält.

Im März 2024 wurde auch die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) beschlossen. Seit dem 1. April 2025 können die Leistungen regulär erbracht und abgerechnet werden. Im Unterschied zur Erwachsenenversorgung sieht die Kinder-Richtlinie ein Kernteam bestehend aus Psychotherapeut*in, Kinder- und Jugendpsychiater*in sowie einer koordinierenden nicht-ärztlichen Fachkraft vor.

Für die Aufnahme in die Versorgung nach der Richtlinie für Kinder und Jugendliche gelten folgende Kriterien: eine psychische Störung nach Achse I des Multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (MAS) (z. B. F1 – F6, F84, F9 oder F7x.1), mindestens ein belastender psychosozialer Umstand aus den neun Kategorien »assozierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände« gemäß der fünften Achse des MAS und eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß den Stufen vier bis acht auf der Achse VI des MAS.

Bisher wurden bundesweit 21 Netzverbände gegründet – eigentlich wären jedoch rund 400 erforderlich, also mindestens einer pro Planungskreis. Aufgrund der komplexen Vorgaben erstrecken sich bestehende Verbände teils über große Regionen (z. B. in Schleswig-Holstein), was zwar der Netzgründung dient, aber nicht zwingend einer optimalen Versorgung entspricht. Viele der bisherigen

Netzgründungen beruhen auf der Weiterentwicklung bestehender Netzwerke, wie beispielsweise die Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB), und umfassen oft mehr als die geforderten zehn Leistungserbringer*innen. So bestehen etwa die Verbünde in Rosenheim, Nürnberg oder Hannover aus einer Vielzahl an Fachärzt*innen, Psychotherapeut*innen, Kliniken und weiteren Fachkräften. Der Ausbau verläuft bislang jedoch schleppend; flächendeckende Versorgungsstrukturen fehlen, ganze KV-Regionen sind ohne ein einziges Netz.

Der G-BA hat nach einer ersten Zwischenevaluation reagiert und Beratungen zur Überarbeitung der KSV-Psych-Richtlinie aufgenommen mit dem Ziel, bestehende Hürden für Netzgründungen abzubauen. Die Kinder-Richtlinie liefert dabei Ansätze für praktikablere Strukturen – etwa in Form von Tandemlösungen zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ohne komplexe Netzwerkkonstruktionen. Auch das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz bietet neue Perspektiven, etwa durch Ermächtigungen zur Versorgung von psychisch Erkrankten mit schweren Funktionsbeeinträchtigungen in Kooperation mit gemeindepsychiatrischen Diensten oder Suchthilfeeinrichtungen.

Einzelfallbezogene Koordination und Pflegeberatung bei komplexem Hilfebedarf

Sonja Metz

Die Beratung älterer Menschen mit komplexen Hilfebedarf erscheint besonders dann herausfordernd, wenn diese Menschen allein sind und ein Netzwerk an Unterstützung zunächst aufgebaut werden muss. Hier stellt sich die Frage, wer zuständig ist und wie die verschiedenen Akteure zusammenarbeiten können.

Die Auseinandersetzung mit komplexen Situationen im Bereich der Pflege und Unterstützung erfordert eine sorgfältige und einzelfallbezogene Koordination. Eine effektive Pflegeberatung ist entscheidend, um alle beteiligten Akteure optimal zu vernetzen und den individuellen Hilfebedarf des Menschen bestmöglich zu decken.

Die Frage der Kostenübernahme ist ebenfalls komplex und hängt von verschiedenen Faktoren ab, darunter die Art der benötigten Unterstützung und die geltenden gesetzlichen Regelungen. In vielen Fällen können sowohl die Pflegekasse als auch die Eingliederungshilfe zur Finanzierung beitragen.

Klare Abgrenzung?

Eine präzise Analyse der spezifischen Bedürfnisse des Menschen ist unerlässlich, um festzustellen, welche Leistungen in Anspruch genommen werden können und welche Kostenträger zuständig sind.

Es gibt keinen gesetzlichen Rahmen, der klare Vorgaben für eine Abgrenzung darstellt. Trotz teilweiser Regelungen zur Abgrenzung gibt es Unklarheiten. Daraus resultieren Empfehlungen und Anhaltspunkte für den Umgang.

Fazit

Die Abgrenzung der Leistungen der Pflegekassen und der Eingliederungshilfe kann oft zu Verwirrung führen. Es ist entscheidend, dass alle Beteiligten gut miteinander kommunizieren und ihre jeweiligen Rollen und Verantwortlichkeiten verstehen.

In vielen Fällen kann es hilfreich sein, eine koordinierende Person zu benennen, die die Übersicht behält und als zentrale Ansprechperson fungiert. Diese sollte die verschiedenen Akteure zusammenbringen und sicherstellen, dass die Bedürfnisse des Menschen im Mittelpunkt stehen.

Letztendlich sollte das Ziel sein, eine ganzheitliche und individuelle Unterstützung zu bieten, die den Menschen in seiner Selbstbestimmung stärkt und ihm hilft, seine Lebensqualität zu verbessern.

Es ist von großer Bedeutung, den Menschen aktiv in den Unterstützungsprozess einzubeziehen und seine Wünsche und Bedürfnisse zu respektieren. Diese personenzentrierte Unterstützung ermöglicht, dass der Mensch nicht nur als Empfänger von Hilfe, sondern als aktiver Mitgestalter seiner eigenen Lebenssituation wahrgenommen wird.

Quellenverzeichnis:

vgl. <https://www.betanet.de/eingliederungshilfe-fuer-menschen-mit-behinderungen.html>

vgl. <https://www.deutscher-verein.de/empfehlungen-stellungnahmen/detail/empfehlungen-zur-schnittstelle-zwischen-eingliederungshilfe-und-pflege-mit-dem-fokus-auf-leistungen-im-haesuslichen-bereich>

III Selbsthilfe von Betroffenen und Angehörigen stärken

Alzheimer Gesellschaft

Saskia Weiß

Vor ungefähr 15 Jahren wurden die Alzheimer-Gesellschaften in Deutschland mit einer neuen Entwicklung konfrontiert:

Immer öfter kamen nicht mehr »nur« die Angehörigen in die Beratung, sondern auch die Erkrankten selbst. Geschuldet war dies den sich verbessernden diagnostischen Möglichkeiten. Diagnosen wurden in einem früheren Stadium gestellt, aber Menschen wurden auch aufmerksamer bei kognitiven Veränderungen, fragten eher nach, trauten sich in die Beratungen.

Für die haupt- und ehrenamtlichen Beraterinnen und Berater war das zunächst eine Herausforderung. Die Beratung von Angehörigen allein war vertraut. Ist aber die erkrankte Person auch oder sogar allein anwesend, entsteht eine andere Dynamik. Auch die Beratungsthemen unterschieden sich. Plötzlich ging es um Fragen zum Arbeitsplatzverlust, der Rentenbeantragung, viel stärker existenzielle Fragen als zuvor, die auch andere Rechtbereiche als »nur« das SGB XI (Sozialgesetzbuch elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung) betrafen.

Innerhalb der Alzheimer-Gesellschaften wurde sich dieser Entwicklung gestellt. Der gegenseitige Austausch untereinander war wichtig und hilfreich. Die Beraterinnen und Berater haben sich fortgebildet und so wurden auch diese Beratungen nach und nach normal und gehören nun selbstverständlich dazu.

Aber allein bei den Beratungen blieb es nicht. In Beratungen geht es in der Regel auch um Fragen nach konkreten Unterstützungs- und Austauschangeboten. Diese gab es für Menschen mit beginnender Demenz zum damaligen Zeitpunkt nicht. Nach und nach entstanden durch den sich zeigenden Bedarf Selbsthilfegruppen direkt für Menschen mit Demenz. Die Spannweite reichte von Gesprächsgruppen, in denen die Auseinandersetzung mit der Diagnose und der Umgang mit dem veränderten Alltag – wie in allen Selbsthilfegruppen – im Mittelpunkt steht, bis hin zu kombinierten Aktivitäts- und Gesprächsgruppen. Hierfür gab es einige mutige Vorreiter, die solche Gruppen ins Leben riefen, aufgrund der steigenden Nachfrage. Andere lernten von diesen Beispielen, weil die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (DAIzG) als Bundesverband deren Verbreitung z.B. im Vereinsmagazin oder dem alle zwei Jahre stattfindenden Kongress unterstützte.

Heute findet man auf der Homepage www.deutsche-alzheimer.de eine große Zahl dieser Gruppen, die aber immer auch mit verschiedenen Schwierigkeiten zu kämpfen haben:

- zu später Zugang der Betroffenen zur Gruppe,
- Fortschreiten der Erkrankung, so dass die Teilnahme nur eine begrenzte Zeit möglich ist,
- damit einhergehend Fluktuation,
- Verabschiedung aus der Gruppe,
- organisatorische Fragen, z.B. zu Fahrdiensten oder anderweitiger Begleitung zu den Gruppenterminen, wenn Nutzung des Autos oder des öffentlichen Personennahverkehrs nicht (mehr) möglich ist.

Auch die Aktivitätsangebote veränderten sich, denn die bis dahin bestehenden klassischen Betreuungsgruppen waren vom Konzept her für noch jüngere Menschen und/oder Menschen am Beginn ihrer Erkrankung oftmals nicht geeignet.

Menschen mit Demenz begannen öffentlich über ihre Demenz-Diagnose zu sprechen. Im Jahr 2006 trat Martina Peters beim Kongress der DALzG auf und forderte: »Ich fordere Sie auf umzudenken, uns Demenzkranke ernst zu nehmen, uns sprechen zu lassen, nicht aus der Gesellschaft auszugrenzen und wie Aussätze zu behandeln.« Im Jahr 2024 brachten sich beim inzwischen 12. Kongress der DALzG sieben Personen mit Demenz vielfältig ein. Als Referentinnen und Referenten in Symposien und Workshops, als Diskutantinnen und Diskutanten auf dem Podium und im Publikum. Sie werben dabei für mehr Verständnis in der Öffentlichkeit. Und sie wollen Mut machen. Das fällt ihnen nicht immer leicht. Die Reaktionen sind in der Regel aber sehr positiv, was den Betroffenen wiederum Mut macht und ihr Selbstwertgefühl stärkt. Diese sieben Personen sind die aktuellen Mitglieder des Beirats Leben mit Demenz, den die DALzG 2016 ins Leben rief.

Nachdem Menschen mit Demenz vermehrt forderten, dass ihre Stimme gehört wird und ihre Anliegen Beachtung finden, sich Gelegenheiten wünschten, um ihre Fähigkeiten zu zeigen und einzubringen, entstand die Idee diesem Anliegen durch einen ständigen Beirat bei der DALzG gerecht zu werden. Denn Menschen mit beginnender Demenz können sich selbst vertreten und für sich selbst und stellvertretend für andere Menschen mit Demenz sprechen.

Die Ziele des Beirates sind:

- die Prioritäten und Anliegen von Menschen mit Demenz mit einbeziehen,
- Menschen mit Demenz ermöglichen, ihre Stimme einzubringen in Forschung und politische Entscheidungsprozesse,

- das Bewusstsein schärfen, wie es ist mit Demenz zu leben,
- die mit Demenz verbundene Angst und Stigmatisierung verringern.

Die Mitglieder des Beirats beraten die DALzG bei Publikationen, die Menschen mit Demenz betreffen, bringen sich bei öffentlichen Veranstaltungen ein und platzieren Themen, die Menschen mit Demenz beschäftigen.

Sie werden alle zwei Jahre nach Vorschlägen der Alzheimer-Gesellschaften berufen. Eine Amtszeit beträgt zwei Jahre. In dieser Zeit trifft sich der Beirat zweimal im Jahr für jeweils zwei Tage in Präsenz. Je nachdem woran gearbeitet wird, gibt es ergänzende Austausche per Telefon oder Videokonferenz.

Die Partizipation von Menschen mit Demenz wird zukünftig immer wichtiger werden, auch z.B. bei Forschungsprojekten, die die Belange von Menschen mit Demenz und Angehörigen thematisieren. Die DALzG hat deshalb die Arbeitsgruppe Demenz und Forschung gegründet. Diese besteht aus fünf bis sechs forschungsinteressierten Personen (Menschen mit beginnender Demenz und Angehörige), die sich regelmäßig mindestens alle zwei Monate per Videokonferenz zu Anfragen von Forschenden austauschen.

Bernd Heise, langjähriges Mitglied des Beirates Leben mit Demenz und ehemaliges Mitglied der European Working Group of People with Dementia beschreibt die Bedeutung der Selbstvertretung wie folgt: *»Ich sehe meine Aufgabe darin, den Menschen mit Demenz eine Stimme zu geben und dafür zu sorgen, dass verschiedene Bereiche der Hilfe und Unterstützung weiterentwickelt werden. Als eine Person, die immer in Kontakt mit anderen Menschen war, und sich für andere einsetzt hat, bin ich überzeugt, dass der Austausch von Ideen, der Austausch untereinander und das Denken über die eigenen Grenzen hinweg, sehr, sehr wichtig sind, um neue Ideen zu entwickeln.«*

Selbsthilfe bei psychischen Erkrankungen älterer Menschen über die Demenz hinaus

Waltraud Rinke

Wie stellt sich die Situation psychisch erkrankter älterer Menschen aktuell dar und was kann die Selbsthilfe zur Verbesserung dieser Situation tun?

Im Jahr 2022/2023 litten in der Alterskohorte > 60 Jahren

- rund 1,8 Millionen Menschen an Demenz
- rund 1,6 Millionen Menschen unter Depressionen und Angststörungen
- rund 2,2 Millionen Menschen dieser Alterskohorte unter Einsamkeit.

Quelle: Statista.de

Es ist erwiesen, dass chronische Erkrankungen und damit einhergehende Multimorbidität Alltagskompetenz und Selbstständigkeit der älteren Menschen gefährden. Dies führt dazu, dass Menschen frühzeitig ihre Eigenständigkeit und damit ihr selbstbestimmtes Leben verlieren und zum Betreuungsfall werden.

Wie reagieren Gesundheitswesen und Gesellschaft darauf?

Die allgemeine Versorgungssituation ist nicht auf diese Patienten ausgerichtet. Hausärzte und Hausärztinnen, die einen Menschen über weite Strecken seines Lebens begleitet haben und ihn und seine Situation kennen, gibt es kaum noch.

Und diese Situation wird sich in den kommenden Jahren dramatisch verschärfen. Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist in mehr als der Hälfte ihrer Planungsbereiche bereits mehr als jeder dritte Hausarzt bzw. jede dritte Hausärztin über 60. Dies betrifft vor allem ländliche und unattraktive Regionen. Der hohe Altersdurchschnitt hat zur Folge, dass in den nächsten Jahren zahlreiche Praxen einen Nachfolger suchen werden. Bereits im Jahr 2023 waren über 4.800 Hausarzt- und Hausärztinnensitze unbesetzt, diese fehlen in der Versorgung.

Erschwerend kommt von Seiten der Patientinnen und Patienten hinzu, dass diese Generation, die Kinder der Kriegskinder sind, häufig nicht gelernt hat, über Gefühle zu sprechen. Scham und damit verbunden das Unvermögen, Gefühle zu äußern, führen so zu sozialem Rückzug und Vereinsamung. Und sind diese Hürden doch überwunden, warten auch diese Menschen durchschnittlich 22 Wochen auf einen Therapieplatz.

Selbsthilfe unterstützt und ist in dieser Situation unverzichtbar ...

... Erfahrungsexpertinnen und -experten vertreten die Interessen akut erkrankter Menschen und stellen die richtigen Fragen gegenüber Politik und Leistungsträgern. Sie unterstützen Betroffene während der langen Wartezeiten auf Therapieplätze, begleiten den Übergang von stationärer in ambulante Behandlung, hören zu und beraten und bieten Verlässlichkeit.

Aber Selbsthilfe ist nicht umsonst zu haben ...

... Selbsthilfe braucht in erster Linie eine zuverlässige Finanzierung. Die Finanzierung ihrer wichtigen gesellschafts- und gesundheitspolitischen Arbeit muss durch institutionelle Förderung für Selbsthilfevereine gesichert sein.

Und darüber hinaus braucht Selbsthilfe niederschwellige Beratungs- und Unterstützungsangebote für Erfahrungsexperten und -expertinnen / Angehörige und von Seiten der professionellen Therapierenden den ernstgemeinten Dialog aller Beteiligten.

Deshalb fordern wir als Selbsthilfe von der Sozialgesetzgebung eine verlässliche Finanzierung! Selbsthilfevereine dürfen nicht jedes Jahr zittern müssen, ob ihre wichtige Arbeit über die Pauschalförderung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gesichert ist!

Sicherung der Infrastruktur

Rüdiger Hannig

In dem Vortrag soll geklärt werden, was eine Infrastruktur ist, warum Angehörige eine Infrastruktur sind, welche Herausforderungen sich an diese stellen und was Lösungsansätze sein könnten.

Was ist eine Infrastruktur?

Beispiele für Infrastrukturen sind z. B. die Bahn sowie Brücken als technische und Schulen als soziale Infrastruktur. Infrastrukturen haben verschiedene Rollen. Sie können Leistungen erbringen, so wie das Gerichtswesen durch Urteile Rechtssicherheit bewirkt, oder befähigen wie z. B. 1866 der Eisenbahnanschluss nach Jelenia Góra (Hirschberg), der ca. 30 Sommer-residenzen des preußischen Hochadels ermöglichte, oder behindern, wie das Schwarz-Schillingsche Kupfernetz den Breitbandausbaus mit Glasfaser bis heute verzögert. Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten, eine Infrastruktur zu definieren. Aus dem Bereich der EDV gibt es diese: »Ein System gehört zur Infrastruktur, wenn Änderungen 1. langsam zu bewerkstelligen und 2. die Kosten hoch sind.« In Wikipedia (2024) steht zur Infrastruktur: »Als Infrastruktur (von lateinisch *inf(e)ra* ‚unterhalb‘ und lateinisch *structura* ‚Zusammenfügung‘) bezeichnet man alle Anlagen, Institutionen, Strukturen, Systeme und nicht-materiellen Gegebenheiten, die der Daseinsvorsorge und der Wirtschaftsstruktur eines Staates oder seiner Regionen dienen.«

Angehörige als Infrastruktur

Angehörige sind nach dem Verständnis des BApK vertraute Personen, die sich aufgrund einer persönlichen Beziehung verantwortlich um psychisch erkrankte Menschen kümmern (Fulda 2020). Als Infrastruktur bieten sie Human Kapital, Sozial-Kapital und einen rechtlichen Rahmen. Ihre Leistungen bezogen auf die Pflege umfasst ca. 84% der Demenzpflege und alleine bei schwer psychisch erkrankten Menschen stellen sie ca. 300.000 ambulant psychiatrisch Pflegende. Sie übernehmen Verantwortung gegenüber ihren Kindern (Elternschaft), als rechtliche Betreuer oder Bevollmächtigte oder in anderen Rahmen (Ehe, eingetragene Partnerschaft, Verwandtschaft, Geschwisterschaft, Kindschaft, ...) sowie in persönlichen Beziehungen (Nachbarschaft, Sportfreunde, Arbeitskollegen, ...).

Welche Herausforderungen gibt es für Infrastrukturen?

Infrastrukturen werden geschwächt durch technische Schulden wie unterbliebene Anpassungen an das Nutzungsverhalten oder fehlende Wartung. Auch Überlastung durch zu viel Belastung oder »zu wenig« Infrastruktur bezogen auf die Nutzung führt zu einer Schwächung ebenso wie Zweckentfremdung, verändertes Nutzungsverhalten oder die Erstellung und Planung ohne Einbezug der Nutzenden.

Die Herausforderungen für die Angehörigen als Infrastruktur sind strukturell die Nutzung als Allmende (Human Kapital) ohne adäquate Regeln, Bohnenstangenfamilien (gesamtgesellschaftlich), der demographische Wandel (gesamtgesellschaftlich und nicht durch Einwanderung zu beheben) und die Migration. Die Überlastungssituation ergibt sich aus der Sandwichposition vieler Angehöriger, sowie die andauernde Erwerbstätigkeit und die psychische Belastung. Die »Benutzung« als Ressource und Konflikte um das Rollenverständnis verstärken den Effekt.

Auch werden Angehörige nicht immer eingebunden, sind »rechtlos« gegenüber Einrichtungen und rechtlichen Betreuern, obwohl die Familie sowohl im Grundgesetz als auch in der UN-Behindertenrechtskonvention eine tragende Rolle spielt. Auf der anderen Seite übernehmen sie vielfach Verantwortung, ohne dazu befähigt zu sein. Die geforderte und gewünschte Partizipationsfähigkeit wird auf Grund der Berufstätigkeit, der mangelnden Flexibilität, des begrenzten Einkommens sowie der fehlenden Zeit eingeschränkt.

Lösungsansätze

Strukturell könnte die Allmende Angehörige durch Selbsthilfegruppen, Einbindung in Planungssysteme und die Forschung zu Angehörigen unterstützt werden. Bei Bohnenstangenfamilien könnten Konzepte helfen, die die Öffnung der Familie oder Verantwortungsgemeinschaften ermöglichen. Auch Quartiermanagement, Community Care oder Modelle wie die Schweizer »Zeitsparbüchsen« könnten hierzu Ansätze sein. Gegen den demographischen Wandel wird es keine mittelfristig wirksamen Lösungskonzepte geben und bei der verstärkten Migration könnten kulturspezifische Selbsthilfegruppen ein Ansatz sein.

Überlastungen für die Angehörigen, die sich aus der Sandwich Position ergeben, kann begegnet werden u. a. durch verlässliche Unterstützungsangebote, verlässliche Krisendienste sowie verlässliche Urlaubsmöglichkeiten z. B. durch

die Verhinderungspflege. Bei solchen aus Erwerbstätigkeit könnten Modelle der Familienpflegezeit vgl. Elternzeit oder die Bezahlung gem. des BKK-Pflegemodells helfen. Entstehen diese aus einer psychischen Belastungssituation wäre z. B. ein Fast Track zu Psychotherapeuten ein Ansatz. Bei Handlungsfragen wie der »Benutzung« als Ressource durch Profis sowie sich daraus ergebenden Rollenkonflikten kann eine angepasste Berufsausbildung, Moderationsangebote, die Ausweisung der Arbeit mit Angehörigen als Arbeitszeit ebenso wie Angehörigenbegleiter wirksame Modelle sein.

Werden Angehörige nicht ausreichend eingebunden, hilft bisweilen ein Blick auf das Gesamtsystem Familie. Auch ist es notwendig, Angehörige zwingend einzubinden, wenn auf ihre Ressourcen zugegriffen wird. Dieses gilt sowohl für Einrichtungen als auch rechtliche Betreuer. Sollen sie Verantwortung übernehmen, müssen sie idealer zuvor durch Psycho-Edukation, Deeskalationstrainings oder andere Schulungsangebote darauf vorbereitet werden; hier helfen auch Angehörigen-Selbsthilfegruppen. Die Partizipation von Angehörigen wird nur gelingen, wenn sie für ihre Berufstätigkeit entschädigt werden, entweder durch einen Pflegegeldlohn oder durch den Einsatz in dem Berufsbild des Angehörigenbegleiters. Gleichwohl lässt sich der Wissensvorsprung gegenüber den professionellen Organisationen nicht wegdiskutieren. Hier helfen Selbsthilfegruppen, Selbstvertretung, Professionalisierung und nicht zuletzt die Institutionalisierung der Strukturen, um gleichwertig auftreten zu können.

IV Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Altenhilfe – Inklusion mitdenken

Die Gerontopsychiatrischen Dienste in München Ein erfolgreiches Konzept

Eva Maria Kayser

Der erste Gerontopsychiatrische Dienst wurde 1990 im Münchner Osten gegründet. Hintergrund war die Auffassung, dass es eine spezifische Versorgung älterer psychisch veränderter Menschen braucht, da diese andere bzw. weitere Problemlagen mitbringen als die betroffenen Personen in den Sozialpsychiatrischen Diensten.

Im Lauf der nächsten Jahre entstanden drei weitere Gerontopsychiatrische Dienste im Stadtgebiet München, sowie Gerontopsychiatrische Fachstellen an den Sozialpsychiatrischen Diensten in Oberbayern.

Finanziert werden die Gerontopsychiatrischen Dienste als Maßnahme der Eingliederungshilfe (SGB IX (Sozialgesetzbuch Neuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen)), sie stehen den anfragenden Personen kostenlos und unbefristet zur Verfügung. Um einen Beratungstermin zu erhalten, bedarf es weder der Krankenversichertenkarte noch anderer Nachweise. Das sehr niedrigschwellige Angebot wird zusätzlich durch die Struktur der bayerischen sozial- und gerontopsychiatrischen Dienste gefördert, da diese nicht an den Gesundheitsämtern angeschlossen sind sondern in Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege geführt werden. Dies bedeutet, dass keine hoheitlichen Aufgaben erfüllt werden (müssen).

Das multiprofessionelle Team setzt sich zusammen aus Psychologinnen und Psychologen, Sozialpädagoginnen, Fachpflegepersonal, Ergotherapeutinnen und anderen Heilberufen.

Leider sind Anfang der 2000er Jahre mit Ausstieg der Krankenkassen aus der Finanzierung der Sozial- und Gerontopsychiatrischen Dienste sukzessiv die ärztlichen Stellen abgebaut worden. Heute gibt es Kooperationen mit den Psychiatrischen Institutsambulanzen, die je nach Besetzung dieser intensiver oder weniger intensiv gepflegt werden können.

Die Gerontopsychiatrischen Dienste in München beraten und unterstützen Menschen ab 60 Jahre mit einer psychischen Beeinträchtigung/Erkrankung, sowie deren Angehörige, das soziale Netz, aber auch Nachbarinnen und Nachbarn, ärztliche und therapeutische Fachkräfte, sowie andere Institutionen im Hilfesystem.

Vorrangiges Ziel ist der Erhalt und gegebenenfalls der Ausbau einer selbstbestimmten Lebensgestaltung im eigenen Lebensumfeld. Form und Dauer der Begleitung planen die Klientinnen und Klienten mit der jeweiligen Fachkraft gemeinsam; diese reicht von einer ein- bis mehrmaligen Beratung bis hin zu längerfristiger Begleitung. Die Beratungsgespräche finden entweder in der Dienststelle oder zuhause bei der Klientin, dem Klienten statt. Begleitung zu Arztbesuchen und Behörden, wie auch Besuche in der Klinik sind ebenfalls möglich.

Inhaltlich unterstützen die Gerontopsychiatrischen Dienste bei allen Fragen rund um die psychische Erkrankung/Beeinträchtigung, bei krisenhaften Situationen, sowie bei der Bewältigung von Lebenskrisen und altersbedingten Herausforderungen und nicht zuletzt bei Schwierigkeiten im persönlichen Lebensumfeld, wie Einsamkeit, Verlust von Partner oder Partnerin oder belastende Konflikte. Auch nach einem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik und bei Antragstellungen und Behördenangelegenheiten sind die Gerontopsychiatrischen Dienste Ansprechpartner.

Menschen mit weitgehend allen psychiatrischen Störungsbildern werden in den Gerontopsychiatrischen Diensten beraten und begleitet. Ausschlusskriterien sind lediglich eine primäre Suchterkrankung, sowie eine (fortgeschrittene) dementielle Veränderung.

Bei den Demenzen haben die Gerontopsychiatrischen Dienste häufig eine Art Clearing-Funktion, so werden die Fachkolleginnen häufig zu einer ersten Einschätzung und anschließenden Weitervermittlung angefragt.

Größte Zielgruppe ist seit vielen Jahren der Personenkreis mit depressiver Symptomatik, gefolgt von Persönlichkeitsstörungen. Die Anfragen zu Menschen mit dementiellen Veränderungen steigen in den letzten Jahren kontinuierlich an.

Die gerontopsychiatrischen Dienste beraten im Schnitt pro Beratungsstelle zwischen 300 und 400 Personen, davon sind über 80 % direkte Klientinnen und Klienten, der andere Anteil setzt sich aus Angehörigen, soziales Netz und Angehörige anderer Fachstellen/Institutionen zusammen.

Neben der Einzelberatung als größerer Säule gibt es in allen Diensten Gruppenangebote, die dem Kontakt, Austausch und der Vernetzung mit anderen Menschen, sowie der Information zu Störungsbildern und Umgang mit der Erkrankung oder Beeinträchtigung dienen.

Die gute Vernetzung und die multiprofessionelle Kompetenz in den Gerontopsychiatrischen Diensten decken viele Bedarfe der Klientinnen und Klienten bereits umfassend ab, dies ist im Zusammenhang mit langen Wartezeiten bezüglich fachärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung ein bedeut-

samer Aspekt. Somit stellen sie häufig eine kurzfristig zur Verfügung stehende Anlaufstelle dar.

Als Erweiterung gibt es seit einigen Jahren an allen Gerontopsychiatrischen Diensten bei aufwendigerem Unterstützungsbedarf und multiplen Problemlagen das Betreute Einzelwohnen zuhause.

Stationäre Altenhilfe und Sozialraumorientierung: Chancen und Grenzen der Weiterentwicklung in der Langzeitpflege

Hermann Brandenburg¹

Die (stationäre) Langzeitpflege steht vor großen Herausforderungen. Insbesondere das Management in den Heimen muss Wege finden, um mit den hiermit verbundenen »Innen- und Außenspannungen« (Rohde 1974) umzugehen. Im Hinblick auf die internen Spannungen wird z.B. der Konflikt zwischen der betriebswirtschaftlichen vs. professionellen Orientierung deutlich, auch auf den Umgang mit der wachsenden Heterogenität des Personals sei verwiesen. Zu den typischen externen Spannungen gehört die Bearbeitung der (weitgehend) formalisierten Qualitätsstandards der Regulierungsbehörden, ein (zunehmendes) Liquiditätsproblem sowie der (wachsende) Fachkräftemangel.

Dennoch wäre es zu kurz gegriffen, diese Entwicklungen ausschließlich als eine einseitige »Ökonomisierung« zu sehen und zu beklagen. Denn trotz der Herausforderungen bieten sich den Pflegeheimen Handlungsspielräume, die sie erkennen können oder nicht. Vor allem die Öffnung zum Quartier (bereits früh: Hummel 1982) muss nicht nur als eine Möglichkeit verstanden werden, um sich mit einem eigenen Profil von der Konkurrenz abzugrenzen und die Attraktivität der Einrichtung sowohl für die Bewohner wie auch für das Personal zu erhöhen. Denn damit verbindet sich vor allem die Chance, eine De-Institutionalisierung² der eigenen Einrichtung voranzutreiben. Und noch viel mehr – im Rahmen einer stärkeren Vernetzung von Heimen und Kommunen wird gesellschaftspolitisch die Forderung nach Teilhabe und Inklusion alter Menschen und ihrer Familien

-
- 1 Mit Hinweisen von Martin Lörsch, Judith Bauer, Bernadette Ohnesorge und Christian Grebe.
 - 2 Bereits Erving Goffmann (1973) hatte in seiner klassischen Studie »Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen« auf folgende zentrale Merkmale einer »totalen Institution« verwiesen (S. 17):
 1. Alle Angelegenheiten des Lebens finden an einem Ort, unter einer Autorität statt;
 2. Die Mitglieder der Institution sind in eine große Gruppe von Schicksalsgenossen eingebunden;
 3. Alle Phasen des Alltags sind exakt geplant, werden durch ein System expliziter Regeln vorgegeben;
 4. Die verschiedenen (erzwungenen) Tätigkeiten werden in einem einzigen rationalen Plan vereinigt, der angeblich dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen.

ernst genommen und vorangetrieben. Voraussetzung ist jedoch ein Kulturwandel, der die Akteure vor neue Anforderungen stellt. Denn eine Öffnung von Heimen muss als Irritation für die soziale Umwelt angesehen werden, die nun stärker gefordert ist.

Vor diesem Ausgangsszenario hat die GALINDA-Studie³ untersucht, a) welche Erfahrungen seitens der Heime mit der Quartiersöffnung bereits vorliegen, b) welche fördernden und hemmenden Bedingungen vorhanden sind und c) welche Möglichkeiten einer Unterstützung seitens der Kommunen und der externen Netzwerke gegeben sind. Darüber hinaus wurde – vor allem in der Zusammenarbeit mit einer Projektgruppe an einem Standort – intensiv analysiert, welche Bedeutung der sozialraumorientierten Pastoral zukommt.

Methodisches Vorgehen: Im Rahmen eines Mixed-Method Designs wurden zwei Teile realisiert – eine standardisierte Befragung und ein sehr umfangreicher qualitativer Teil. Bei der standardisierten Erhebung bildeten Informationen aus 154 Heimen und Einrichtungen aus Rheinland-Pfalz die Grundlage unserer Aussagen. Dabei wurden vor allem strukturelle Daten und unterschiedliche Varianten der Öffnung ins Quartier differenziert erfasst. Unterschieden wurde u.a. eine Öffnung *für* das Quartier, bei dem sozusagen das Quartier ins Haus kam, etwa durch bestimmte Angebote (Kiosk, Friseur, Fußpflege, Filmabende, etc.). Andere Varianten bezogen sich auf eine Öffnung *zum* Quartier, beispielsweise durch die Partizipation von Bewohnern an Kultur- und Bildungsaktivitäten außerhalb des Heims. Bei dem Hauptteil unserer Studie – dem qualitativen Bereich – stand die Organisationskultur der Einrichtungen im Vordergrund. Inhaltlich ging es hier vor allem darum, verschiedene Arten von Organisationskultur zu identifizieren. Außerdem war das Ziel, die Chancen und Grenzen der Quartiersöffnung herauszuarbeiten. Befragt wurden unter anderem die Leitungen wie auch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen. Durchgeführt

3 Die Studie »Gutes Altern in Rheinland-Pfalz« (GALINDA), die vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz (RLP) gefördert und von der (ehemaligen) Pflegewissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar in der Zeit von Juni 2017 bis Juni 2020 durchgeführt wurde, berichtet über den Stand der Dinge zur Quartiersöffnung (vor allem unter Berücksichtigung der Organisationskultur), diskutiert Chancen und Grenzen dieser Entwicklung für Langzeitpflegeeinrichtungen und formuliert konkrete Empfehlungen für die Praxis (für die Details vgl. Brandenburg et al. 2021; siehe auch den vom Ministerium in RLP herausgegebenen Endbericht sowie das »Projekthandbuch für die Praxis« unter www.msagd.rlp.de).

wurden 67 Einzel- und Gruppeninterviews mit den Verantwortlichen und Netzwerkpartnern. Hinzu kamen 13 Beobachtungstage und Quartiersbefragungen an den drei von uns untersuchten Standorten mit unterschiedlicher Trägerstruktur und Versorgungsangeboten.

Zentrale Ergebnisse: Im Hinblick auf den standardisierten Teil der Untersuchung konnte interessanterweise kein Zusammenhang zwischen der Quartiersöffnung und strukturellen Merkmalen der Heime (Trägerschaft, Größe, Case-Mix, Personalmix usw.) nachgewiesen werden. Die große Mehrheit der Einrichtungsleitungen befürwortet eine stärkere Öffnung zum Quartier, jeder fünfte Befragte gibt aber auch an, dass eine solche einen Teil der Heimbewohner zu stark belasten würde. Tendenziell wurden seitens der Einrichtungsleitungen Angebote, die auf die eigene Klientel ausgerichtet sind, d.h. das Quartier zu den Bewohnern holen oder den Bewohnern Angebote im Quartier zu ermöglichen, als wichtiger erachtet als solche, die sich direkt an die Bewohnerschaft des Quartiers richten. Dementsprechend sehen 80% der Befragten einen Fokus vor allem auf den Heimbewohner- und nicht auf den Quartiersbewohner/innen. Spezielle Angebote seitens der Heime für das Quartier finden nur rudimentär statt. Die Einrichtungen unterscheiden sich unabhängig von der versorgten Klientel zum Teil deutlich darin, wie hoch der Anteil der Heimbewohn/innen ist, die an den Angeboten, die in Zusammenhang mit einer Quartiersöffnung stehen, partizipieren. In der Einbindung ehrenamtlicher Mitarbeiter/innen in die Angebote der Quartiersöffnung lassen sich ebenfalls deutliche Differenzen rekonstruieren. Insgesamt werden Ehrenamtliche noch viel zu wenig oder gar nicht eingebunden; diese Ressource wird nicht adäquat ausgeschöpft. Bei der Vernetzung mit anderen Akteuren des Quartiers dominieren Kirchengemeinden, Seelsorge, Kindergärten und Schulen. Mit lokalen Unternehmen, Anbietern von Angeboten der Erwachsenenbildung sowie mit Freizeiteinrichtungen des Quartiers ist der Großteil der Pflegeheime schwach bis gar nicht vernetzt, teilweise aber auch in Ermangelung entsprechender Akteure im Quartier. Zwei Drittel der Einrichtungen sehen sich nicht ausreichend von ihren Kommunen bei Aktivitäten zur Quartiersöffnung unterstützt, 76% geben an, dass eine stärkere Öffnung der Einrichtung an den Ressourcen scheitert. Die Hälfte der Einrichtungsleitungen befürchtet bei einer stärkeren Öffnung eine zu starke Belastung der Mitarbeiterschaft.

Bei den qualitativen Befunden wurde erkennbar, dass zwar (vor allem seitens der Leitungen) durchaus Chancen bei der Quartiersentwicklung gesehen wurden, z.B. in der Vernetzung mit externen Stake Holdern, dem Marketing bzgl. der eigenen Einrichtung oder der Gewinnung von ehrenamtlichem Mitarbeiter/innen. Es

wurde aber auch deutlich, dass z.T. erhebliche Ambivalenzen und Irritationen mit der Quartiersöffnung verbunden sind. In diesem Zusammenhang wurden nicht nur unklare rechtliche und finanzielle Aspekte thematisiert. Insbesondere wurde darauf hingewiesen, dass eine Beteiligung aller Berufsgruppen (vor allem der Pflege) mit erheblichen Belastungen und Herausforderungen verbunden sei und für ein nachhaltiges und dauerhaftes Engagement erhebliche Ressourcen notwendig seien – etwa bezogen auf ein refinanziertes Quartiersmanagement. Zu betonen ist jedoch, dass diese Einschätzungen in den von uns untersuchten Standorten sehr unterschiedlich ausgeprägt waren und sich die Konstellationen der Quartiersöffnung sehr verschieden darstellten. Beispielsweise war an einem Standort die Öffnung der Einrichtung sehr stark auf die Leitungsebene konzentriert, an einem anderen Standort wurde dagegen versucht, verschiedene Bereiche in Maßnahmen der Quartiersöffnung einzubeziehen. Dennoch wurden hier auch »Kulturunterschiede«, etwa zwischen Altenhilfe- und Behindertenbereich, deutlich.

Konsequenz: Die grundlegende Problematik für die Einrichtungen besteht darin, ob sie die Quartiersöffnung eher als »Betriebsaccessoire« oder als Steuerung für die »Organisationsentwicklung« wahrnehmen möchte. In der ersten Form wird das eigentliche Anliegen der Quartiersöffnung »sabotiert«, der Aufwand und das Engagement heruntergefahren und der Inszenierungscharakter eher in den Vordergrund gerückt. In der zweiten Form meint man es »ernster«, läuft aber gegebenenfalls Gefahr, die eigene Organisation zu überfordern. Beide Formen können sinnvoll sein und müssen vor Ort (vor allem angesichts der vorhandenen Möglichkeiten und Grenzen) entschieden werden. In jedem Fall zeigen unsere Ergebnisse, dass eine substantielle und vor allem personell qualifizierte Unterstützung der Einrichtungen im Hinblick auf ein Quartiersmanagement zwingend ist. Idealerweise sollte diese Funktion multiprofessionell ausgerichtet sein und an der Schnittstelle von Pflege und Sozialer Arbeit operieren. Eine zweite wichtige Konsequenz ist dahingehend zu formulieren, dass die externen Unterstützungsressourcen (vor allem durch Kirchen, Kommunen, Zivilgesellschaft und professionelle Akteure) im Sozialraum noch viel Luft »nach oben« bieten. Im Hinblick auf die christlichen Kirchen ist – bezogen auf Seelsorge und Diakonie – die Frage zu stellen: »Wozu und für wen sind wir heute Kirche?« Praktisch-theologisch wird diese Frage im Rahmen der Gemeinde- und Sozialpastoral diskutiert und u.a. unter den Begriffen »Lokale Kirchenentwicklung im Quartier« sowie »sozialraumorientierte Pastoral« bearbeitet. Trotz deutlich erkennbarer Engagements ist aus unserer Sicht die Notwendigkeit einer stärker akzentuierten Prioritätensetzung unverkennbar. Dies gilt im Kern auch für Kommunen und Zivilgesellschaft. Und zwar deswegen, weil

nach wie vor – etwa bezogen auf die Alten- wie auch die Behindertenhilfe – eine Skepsis in der Öffentlichkeit dominiert, sich aktiv in die Gestaltung des Lebens in den entsprechenden Einrichtungen einzubringen. Hierzu bedarf es vor allem der politischen Unterstützung mit der Perspektive einer inklusiven Alternskultur, die nicht nur auf der Agenda der Akteure in den Einrichtungen selbst stehen sollte. Letztlich ist dies eine gesellschaftliche Herausforderung ersten Ranges.

Abschluss: Insgesamt ist mit der Öffnung der Heime und einer damit verbundenen Sozialraumgestaltung eine Chance für die Neuaufstellung von Pflege-landschaften verbunden. Allerdings sollten dem Leitbild der »Caring Communities« (vgl. z.B. Klie 2014; Schuchter et al. 2021) folgend Care-Leistungen am besten und am nachhaltigsten in einer Mischung von professioneller, familiärer und zivilgesellschaftlicher Hilfe erbracht werden. Die Schaffung intergenerati-oneller Netzwerke, bei denen Menschen nicht (nur) Hilfeempfänger, sondern auch Hilfegebende sind, ist dabei ein wichtiges Anliegen. Ebenfalls sollte beachtet werden, dass ehrenamtliches Engagement auch ein präventives Potential in sich birgt, welches durch Pflegeversicherung und kommunale Planung aktiv unterstützt werden sollte (vgl. Kruse & Schmitt 2021). Für diese Innovation ist die Bereitschaft zu Irritation und Wandel zwingend. Denn – bei aller Einsicht in die Notwendigkeit bei den Beteiligten – geht es letztlich um einen Einstellungs- und Haltungswandel; das betrifft sowohl die Engagierten in den Heimen wie auch jene in der Zivilgesellschaft. Dabei sollte das Konzept der »sorgenden Gemeinschaften« nicht unkritisch als Lösung aller Probleme missverstanden werden. Vor allem v. Dyk und Haubner (2021) haben auf das Problem der »Verzivilgesellschaftung« hingewiesen. Das bedeutet, dass sich der Staat immer stärker zurückzieht und letztlich einen Großteil sozialer Probleme der Allgemeinheit überlässt; die sog. »Tafeln« sind nur ein Beispiel (kritisch hierzu: Selke 2011). Dagegen müssen sowohl die Wohlfahrtspflege wie auch die kommunal Verantwortlichen opponieren und politisch für die nachhaltige Organisation von sozialer Daseinsvorsorge und Infrastruktur im öffentlichen Raum eintreten.

Literatur:

- Brandenburg, H., Kiefer-Fischer, D. & Koster, M. (2023). Die Öffnung der Heime, die Hospize und die sorgende Gemeinschaft. *Die Hospiz Zeitschrift palliative care* 25, (99), 17-24
- Brandenburg, H.; Lörsch, L.; Bauer, J.; Ohnesorge, B. & Grebe, C. (2021). Organisationskultur und Quartiersöffnung. Neue Perspektiven für die stationäre Langzeitpflege. Heidelberg: Springer.
- Goffman, E. (1973, zuerst 1961). *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Hummel, K. (1982). *Öffnet die Altersheime! Gemeinwesenorientierte, ganzheitliche Sozialarbeit mit alten Menschen*. München: Weinheim: Beltz.
- Klie T (2014b) Caring Community–leitbildfähiger Begriff für eine generationenübergreifende Sorgeskultur. *ISS (Hrsg.). Sorgende Gemeinschaften–Vom Leitbild zu Handlungsansätzen*. Frankfurt,10-23.
- Kruse, A. & Schmitt, E. (2021). Soziale Teilhabe. In: Pantel, J. et al. (Hrsg.). *Praxishandbuch Altersmedizin*. Stuttgart: Kohlhammer, 159-168.
- Rohde, J. J. (1974). *Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin*. (2. Aufl. ed.). Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Schuchter, P.; Wegleitner, K. & Heller, A (2021) Ethik in der kommunalen Sorge: Lebenskunst und ethische Spannungsfelder. In: Riedel, A. & Lehmeier, S. (Hrsg.). *Ethik im Gesundheitswesen*. Berlin, Heidelberg: Springer, <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58685-3>.
- Selke, S. (2011). *Tafeln in Deutschland. Aspekte einer sozialen Bewegung zwischen Nahrungsmittelumverteilung und Armutsintervention*, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Van Dyk, S. & Haubner, T. (2021). *Community-Kapitalismus*. Hamburg: Hamburger Edition.

Vernetzung (Gerontopsychiatrisches Netzwerk)

Thomas Seyde

Die Vernetzung der psychosozialen Versorgung hat in Leipzig eine längere Tradition, die insbesondere mit der schon Ende der 1960er Jahre einsetzenden Ambulantisierung zusammenhängt. Dabei gab es in Bezug auf die Alterspsychiatrie keine spezialisierte Kooperation, sondern sie war Teil der Allgemeinversorgung und fand innerhalb dieser Kooperation bei Bedarf besondere Beachtung. Erst die mit dem politischen Umbruch der 1990er Jahre verbundene Übernahme der fragmentierten Sozialsysteme in den neuen Bundesländern erforderte eine spezialisierte Vernetzung in der Alterspsychiatrie (und nicht nur dort, wenn man an das Suchthilfesystem denkt), die dann in den kommunalen und Landesplanungen – sowohl im ersten Landespsychiatrieplan (1993) Sachsen und später im ersten Kommunalen Psychiatrieplan der Stadt 1998 – ihren Niederschlag fand.

Dass Vernetzung eines der Grundprinzipien der Psychiatriereformbewegung Deutschlands ist, zeigt sich schon in der Psychiatrie-Enquête von 1975, in der die Vernetzung auf kommunaler Ebene empfohlen wird: »... sämtliche in diesem Gebiet tätigen an der Versorgung psychisch kranker und behinderter beteiligten Betreuungs-, Beratungs- und Behandlungsdienste zu einer psychosozialen Arbeitsgemeinschaft zusammenzuschließen.« In diesem Papier findet sich auch die Empfehlung zur »Einrichtung eines kompletten regionalen Verbundsystems zur Gerontopsychiatrische Versorgung in zunächst zehn Standardversorgungsgebieten.« Eine verbindlichere Vernetzung auf kommunaler Ebene empfiehlt die Expertenkommission 1988, nach der es »zur Sicherstellung einer nahtlosen und aufeinander abgestimmten Gesamtversorgung für psychisch Kranke und Behinderte auf regionaler Ebene der Planung, des Aufbaues und der Kooperation aller Dienste und Einrichtungen im Sinne einer Vernetzung (»Hilfen und Angebote **im Verbund**« Hervorhebung vom Verfasser) bedarf. Auch die Einrichtung einer »Koordinationsstelle« (mit einer Fachkraft besetzte Verwaltungsstelle) bei der Kommune – also das, was wir heute unter Psychiatriekoordinator verstehen – wird empfohlen.

In der DDR lagen die Dinge etwas anders: In den »Rodewischer Thesen« (1963), dem Grundlagenpapier zur Reform der Psychiatrie, heißt es (unter 5.): »... Es ist unerlässlich, dass jeder Kreis neben mindestens einem Psychiater mindestens eine hauptamtliche psychiatrische Fürsorgerin besitzt, die entweder ihre Anleitung vom regional zuständigen Fachkrankenhaus erhält und mit diesem **eng verbunden**

arbeitet oder die sogar unmittelbar zum Kader des Fachkrankenhauses selbst gehören sollte.« Im Klartext: Ambulante und stationär-klinische Versorgung sollten eng verzahnt entwickelt werden. In der Stadt Leipzig, in der es schon Anfang der 1970er Jahre zum Aufbau von psychiatrischen Abteilungen an den Stadtbezirkspolikliniken kam, wurde diese wichtige Verbindung zwischen ambulanter und klinischer Versorgung schon frühzeitig über sog. Sektorkonferenzen realisiert – ein Gremium, das bis heute besteht und die fallbezogene Versorgungsverantwortung übernehmen soll. Die Arbeit der Sektorkonferenzen erfolgte in der Zeit der DDR sehr intensiv (vierzehntägig, z.T. wöchentlich!) und immer auf den einzelnen Fall bezogen. Nach 1990 – auch durch die private Aufsplitterung der Versorgung (z.B. durch die Niederlassung von Psychiatern und später Psychotherapeuten) – ließ die Beteiligung und damit auch der Inhalt deutlich nach, sodass die Treffen in immer größeren Abständen stattgefunden haben und ihre eigentliche Bedeutung zwischenzeitlich verloren. In den letzten Jahren und mit der Zunahme von problematischen – vor allem auf Grund der sich verschärfenden sozialen Lage – zugespitzten Fallverläufen hat sich dies wieder etwas gebessert, erreicht aber die Qualität von vor 1990 nicht mehr.

Im Zuge der ersten kommunalen Psychiatrieplanung in den 1990er Jahren wurde die vorhandene Vernetzung erweitert und insbesondere regionale (also kleinräumigere) Versorgungsnetzwerke etabliert. Das entscheidende »Dachgremium« blieb aber der 1990/91 gegründete städtische Psychiatriebeirat, der im Zeitraum 1996 bis 1998 den kommunalen Psychiatrieplan erarbeitet und auf den Weg gebracht hat, so dass das Papier 1998 vom Stadtrat der Stadt Leipzig beschlossen werden konnte. Neben den zentralen Zielen wie der Weiterführung und der Erhalt der Ergebnisse der Psychiatriereform vor 1990, der Umsetzung der Vorgaben durch Landespsychiatrieplanung und Psychiatriegesetzgebung, der Berücksichtigung der Einschätzungen der Versorgungslage durch die Expertenkommission der Aktion Psychisch Kranke (aber auch der Vorschläge von Betroffenen, Angehörigen und Mitarbeitern) wird in dem Psychiatrieplan in einem Abschnitt »Psychiatrie des höheren Lebensalters« auf die Notwendigkeit der stärkeren Vernetzung hingewiesen und die Gründung einer Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Gerontopsychiatrie empfohlen, die die Verbesserung der Vernetzung und Zusammenarbeit, eine stärkere Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit (z.B. fanden mehrere Fachtage Gerontopsychiatrie statt, die sowohl Fachpublikum wie Bevölkerung ansprechen sollten) umsetzen und Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung einbringen sollte. Dieses Gremium verabschiedete 2001 ein »Strategiepapier Gerontopsychiatrie«, das als eine Maßnahme im Altenhilfeplan der Stadt Leipzig vom Stadtrat

beschlossen wurde. Ziel war die Anregung der regionalen Zusammenarbeit zur Verbesserung der Versorgung altersbedingt seelisch gestörter Menschen auf der Grundlage der sektorisierten psychiatrischen Krankenhausversorgung). Deshalb wurden ab ca. 2002 vier vertraglich abgesicherte gerontopsychiatrisch-geriatrische Verbände gegründet. Diese Versorgungsidee wurde in enger Zusammenarbeit mit Kollegen anderer Regionen erarbeitet und lehnte sich damit stark an ähnliche Entwicklungen in Deutschland an, die in den 1990er Jahren entwickelt wurden (wie z.B. der Gerontopsychiatrisch-Geriatrischer Verbund Charlottenburg-Wilmersdorf e.V, der bis heute besteht). Es gelang in über zehn Jahren erfolgreich, Pflegeeinrichtungen und Dienste enger in die Kooperation mit allen Bereichen der psychosozialen Versorgung zu bringen (systematisch in den letzten drei Jahren in der über Landesförderung eingerichtete Koordinationsstelle Pflege am Gesundheitsamt). 2011 wurde die Förderung des Landes für den Bereich Pflege über ein Landes-Geriatrie-Konzept (ein weniger an kommunaler und regionaler Versorgung orientiertes, eher an der geriatrischen Krankenhausversorgung orientiertes Konzept – der Einfluss der sächsischen Krankenhausgesellschaft war deutlich ablesbar) neu ausgerichtet, so dass die Koordinierungsstelle, die die Gesamtorganisation der Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbände Leipzigs am Gesundheitsamt führte-, aufgegeben und die Verbundstruktur so nicht weitergeführt werden konnte. Das bedeutete für die Kooperation in diesem Bereich einen Rückschlag.

Allerdings ist das Resümee dieser Dekade ambivalent, denn eine fallbezogene Zusammenarbeit hat sich nur in Einzelfällen ergeben, da diese Zusammenarbeit zwar in den Verbundverträgen festgeschrieben war, es aber im System an einer steuernden »Hand« fehlte, die dies konsequent verfolgt und einfordert hätte. Außerdem handelte es sich bei den in den Gremien angesprochenen Problemfällen überwiegend um eher leichtere Problemlagen – keine schweren psychischen Störungen, bei denen das psychiatrische System gefordert worden wäre. Überhaupt blieb der Eindruck, dass zu ca. 80 Prozent »reine Pflegeproblematiken« (Fachkräftemangel, Probleme bei der Pflegebegutachtung, nicht ausreichende soziale Begleitung – alles ohne irgendeine psychiatrische Versorgungsfrage) im Vordergrund standen. Daher war die Sorge um eine »Psychiatisierung« der Pflegeproblematik durch die an das Gesundheitsamt /Bereich Psychiatriekoordination angebundene Netzwerkstelle nicht ganz von der Hand zu weisen. Die Übernahme der Pflegekoordination durch das Sozialamt war deshalb inhaltlich zu begrüßen – auch wegen der weiteren sozialen Hilfen wie Hilfen zur Daseinsvorsorge, Altenhilfe generell, Hilfen zur Vorbereitung einer gesetzlichen Betreuung und

anderes mehr, die ohnehin in diesem Amt umgesetzt werden müssen. Und dieser kommunale Bereich hat zudem die Hauptlast der Leistungen (Hilfe zur Pflege) zu tragen. Es ist hier nicht der Platz, näher darauf einzugehen, aber es soll erwähnt werden, dass Leipzig mit einer engagierten Seniorenpolitik ausgestattet ist und es z.B. einen sehr gut organisierten Sozialen- und Pflegerischen-Fachdienst in zehn Stadtbezirken, es ganz niedrigschwellige Hilfen in sogenannten Seniorenbüros und einen sehr engagierten Fachplan »Älter werden in Leipzig« gibt. (1) All diese Aktivitäten und Angebote haben enge und gute Beziehungen zum psychiatrischen Versorgungsbereich.

Erst mit der Neuplanung der Gemeindepsychiatrische Versorgung – die mit der Verabschiedung des Zweiten Kommunalen Psychiatrieplanes 2020 (2) einen ersten Abschluss fand, konnten die Erfahrungen aus der Gerontopsychiatrischen Vernetzung wieder aufgenommen werden. Schwerpunkt der Kommunalen Psychiatrieplanung war – im Unterschied zur Planung von 1998 – die konsequente inklusive Versorgung schwer psychisch kranker Menschen mit komplexen Problemlagen. In der Planung wurde auf einen separaten Abschnitt »Alterspsychiatrie« (und auch auf andere »Subspezialisierungen«) verzichtet, um die Gesamtgültigkeit dieses Prinzips zu unterstreichen und zugleich eine weitere Aufspaltung des kommunalen Anteils der psychosozialen Versorgung zu vermeiden. Mit der Stärkung und dem Ausbau der Kooperationsbeziehung in der kommunalen psychosozialen Versorgung – auch spezialisiert wie im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie /Gerontopsychiatrie, Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund – wurden die guten Erfahrungen der ersten Planung aufgenommen und erweitert. Allerdings wurde dabei ein stärkerer Fokus auf problematische Einzelfälle und auf die Stärkung der kommunalen Dienste z.B. des Sozialpsychiatrischen Dienst (im ambulanten psychiatrischen Dienst »Verbund Gemeindenahe Psychiatrie«) gelegt. In der Folge sind eine ganze Reihe von fallbezogenen Aktivitäten entwickelt worden (»Institutionsübergreifende Fallkonferenz schwer psychisch kranker, obdachloser Menschen mit komplexen Hilfebedarf« / regelmäßige fallbezogene Treffen der Streetwork und des Sozialpsychiatrischen Dienstes / Einrichtung eines von allen Beteiligten nutzbaren regelhaften Fallbesprechungsfensters am Gesundheitsamt), die in fachlicher Stringenz Anfang 2024 zur Gründung einer »kommunalpsychiatrischen Gemeinschaft Leipzig« geführt haben.

Ein Glücksfall für Leipzig im Hinblick auf die weitere Entwicklung gerontopsychiatrischer Angebote, war die Aufnahme der Stadt in das Bundesmodell-Projekt INPAM (Integrierte Hilfen und Netzwerkarbeit für psychisch kranke alte Menschen) der Aktion Psychisch Kranke e.V. Damit konnte die bisher kaum

bestandene fallbezogene Arbeit im Bereich Gerontopsychiatrie praxisnah und mit einer verlässlichen Struktur eingeführt werden. Über Videofallkonferenzen wurden allen beteiligten Einrichtungen und Trägern komplexe gerontopsychiatrische Fälle vorgestellt, um gemeinsam nach Lösungen zu suchen. Dies war für alle ein Lernfeld in vielfacher Hinsicht. So zeigte sich schnell, dass die Klinik in der Regel selbst Lösungen sucht und findet (einfach, weil das immer so war, und weil es niemanden gab, der andere Möglichkeiten angeboten hat), Vorschläge aus dem ambulanten Bereich waren da eine hilfreiche Ergänzung. Für alle überraschend kamen im ambulanten Bereich auch Akteure hinzu, die vorher nicht bekannt waren. Hier war der Soziale und Pflegerische Fachdienst der Stadt Leipzig ein wichtiger Partner. Mit der aktiven Klinikbeteiligung (durch das Helios-Parkklinikum) ist hier auch langfristig eine gute Zusammenarbeit erwartbar.

Auch ein Gerontopsychiatrisches Netzwerk (als Netzwerkstelle im Sozialpsychiatrischen Dienst) konnte als Pflegenetzwerkförderung (nach § 45c Abs. 9 SGB XI (Sozialgesetzbuch Elftes Buch - Soziale Pflegeversicherung)) für zwei Jahre im Rahmen dieses Modellprogramms eingerichtet werden. Neben der Unterstützung der Fallbesprechungen wurde dort Infomaterial für Fachkräfte und Betroffene/Angehörige sowie eine Versorgungsübersicht als Homepage erarbeitet. Es ist zu hoffen, dass dadurch die Pflege und die Psychiatrie enger zusammenrücken und die Grenzen in der Zuständigkeit der einzelnen Sozialgesetzbücher im Einzelfall überbrückt werden können.

1. https://static.leipzig.de/fileadmin/mediendatenbank/leipzig-de/Stadt/02.5_Dez5_Jugend_Soziales_Gesundheit_Schule/50_Sozialamt/Sozialplanung/D3-2_Fachplan_Aelter_werden.pdf
2. https://static.leipzig.de/fileadmin/mediendatenbank/leipzig-de/Stadt/02.5_Dez5_Jugend_Soziales_Gesundheit_Schule/53_Gesundheitsamt/Psychiatrie/Zweiter-Kommunaler-Psychiatrieplan_2020.pdf

V Schnittstelle Somatik

Bedeutung der Hausärztinnen und -ärzte

Andreas Fellgiebel

Hausärztinnen und -ärzte kommen als Primärversorger bei der zeitigen Erkennung und medizinischen Versorgung von Demenzen große Bedeutung zu. Da Allgemeinmediziner und -innen gerade ihre älteren Patienten und Patientinnen gut kennen, sind sie in der Lage, kognitive Veränderungsprozesse frühzeitig festzustellen. Häufiger wird jedoch moniert, dass die hausärztliche Versorgung von Demenzpatienten nicht immer zufriedenstellend funktioniert und gerade im Frühstadium nur vergleichsweise wenige Demenzen entdeckt werden. Tatsächlich bewegen sich die in empirischen Untersuchungen nachgewiesenen Erkennungsraten für beginnende Demenzerkrankungen in Allgemeinarztpraxen mit 15 bis 25 % auf relativ niedrigem Niveau (1).

Unsere Befragung von Hausärzten und -innen in Rheinland-Pfalz zeigt, dass rund ein Fünftel der befragten Allgemeinmediziner in der eigenen Praxis auf eine Demenzdiagnostik verzichtet (2). In ähnlichem Ausmaß überlässt ein Teil der Hausärzte und – die therapeutische Betreuung von Demenzpatienten ausschließlich den fachärztlichen Kolleginnen und Kollegen. Hier besteht ein deutliches Stadt-Land-Gefälle, da in ländlichen Regionen Facharzttermine deutlich schwerer zu bekommen sind. Weitere Gründe für die hausärztliche Frustration und Überforderung mit einer patientenzentrierten medizinischen und psychosozialen Versorgung ihrer Demenzpatienten und -innen haben wir in einer großen Befragung von Hausärzten und -innen in RLP untersucht (s. Tab. 1, S. 194).

Dabei käme den Hausärzten und -innen im Rahmen ihres Versorgungsauftrages eine zentrale Rolle in der vernetzten Demenzversorgung zu. Die hausärztlichen Zuständigkeiten reichen hierbei von früher Diagnose und Therapie, der hausärztlichen Rolle als wichtige Schnittstelle zur Einbindung der Angehörigen und Vermittlung psychosozialer Unterstützung, über Management von »Komplikationen« im Erkrankungsverlauf bis hin zur patientenzentrierten Beschränkung von Polypharmazie und Organisation palliativer Begleitung der Betroffenen.

Hierzu wäre eine gute Zusammenarbeit der Hausarztpraxen mit den regionalen Beratungsstellen und komplementären Diensten notwendig als auch ein strukturell besseres Management für die im ambulanten Rahmen typischen und häufigen Versorgungskrisen: (drohende) Erschöpfung der pflegenden Angehö-

- **Wahrgenommener Mangel an (therapeutischen) Handlungsoptionen:** Hausärztinnen und -ärzten sehen beim Krankheitsbild Demenz eine mangelnde therapeutische Konsequenz. Dies führt zusammen mit dem hohen Versorgungsdruck durch Patientinnen und Patienten und Angehörige zu geringer Selbstwirksamkeitswahrnehmung sowie Frustration und der Tendenz, den Wert der Demenzdiagnostik infrage zu stellen.
- **Differenzialdiagnostische Abklärung** wird unter den Bedingungen von Zeit- und Kostendruck für herausfordernd gestalten. Unsicherheiten bei der Abgrenzung einer Demenz von anderen Formen kognitiver Beeinträchtigungen werden verstärkt durch Unklarheiten im diagnostischen und therapeutischen Ablauf sowie durch Probleme bei der Zusammenarbeit mit Fachärzten.
- **Die Rollenkonstellation und Kommunikation im Umgang mit Demenzpatienten und ihren Angehörigen** werden tendenziell als spannungsreich erlebt (Motivation zur Diagnostik, Aufklärung über die Diagnose, längerfristige Sicherstellung der Compliance).
- **Zu geringe Honorierung und Anreize:** Eine deutliche Mehrheit der Befragten sieht bislang zu geringe Anreize, die Demenzdiagnostik konsequent einzusetzen. Offenbar empfinden Hausärztinnen und -ärzten die Honorierung in diesem Bereich als unzureichend.
- **Zu geringe aktive Unterstützung durch Praxispersonals:** Nur ein kleiner Teil der Hausarztpraxen verfügt über geschultes Personal zur Durchführung der Demenzdiagnostik. Infolgedessen ist die Rolle des Praxispersonals etwa bei der Früherkennung vergleichsweise schwach ausgeprägt. Dies gilt auch für eine basale Schulung in Kommunikation und Fallmanagement (MFAs, VERAHs).
- **Mangelnde Geriatrische Weiterbildung:** Es fällt auf, dass Hausärzte in RLP ohne geriatrische Weiterbildung in geringerem Ausmaß Demenzscreenings durchführen, seltener über geschultes Praxispersonal verfügen und Hinweise des Praxispersonals weniger stark bei der Demenzerkennung berücksichtigen.
- **Unzureichende Kooperation mit regionalen Versorgungsakteuren:** Weniger als die Hälfte der Befragungsteilnehmer arbeitet mit Versorgungsdiensten aus der Umgebung zusammen. Die Mehrheit der Hausärzte hat den Eindruck, sich nicht gut genug mit regional verfügbaren Versorgungsangeboten auszukennen.

Tab. 1: Herausforderungen hausärztlicher Demenzversorgung aus der Sicht von Hausärzten und -innen (2)

rigen, präventiver Umgang mit Verhaltensstörungen und Reduktion herausfordernden Verhaltens, möglichst unter Vermeidung von oft kontraproduktivem Einsatz von Psychopharmaka oder komplikationsträchtigen stationären Einweisungen.

Verbesserte Demenzkompetenz in der Hausarztpraxis

An dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG)-geförderten Projekt startmodem beteiligten sich 100 Hausärzte, 34 davon nahmen an einer intensivierten Schulung zur leitliniengerechten Demenzdiagnostik und -therapie teil, 66 nahmen als sog. Zuweiser an der Studie teil, d. h., sie wurden für die Demenzdiagnostik sensibilisiert und überwiesen im Untersuchungszeitraum bei Demenzverdacht an ein regionales, kooperierendes Facharztzentrum. Standorte der multizentrischen, kontrollierten Kohortenstudie des rheinland-pfälzischen Projektes waren Mainz und die ländlich geprägten Regionen Andernach und Alzey.

Im ersten Teil des Projektes wurde die hausärztliche Diagnostik nach Schulung über ein Jahr bzgl. der Leitlinienreue mit der Diagnostik in den Facharztzentren sowie mit der Literatur verglichen. Obwohl weiterhin eingeschränkt (v. a. Labor, Bildung), zeigte sich die Leitlinienreue auf einem deutlich besseren Niveau als im hausärztlichen Bereich erwartet (3).

Im zweiten Teil der Studie wurden diagnostizierte Patienten und Angehörige randomisiert zur psychosozialen Beratung an die zugehörigen Pflegestützpunkte verwiesen, welche ebenfalls im Rahmen des Projektes auf präventive Beratung geschult worden waren. Hier zeigte sich in katamnesticen Untersuchungen, dass Angehörige mit initialer Beratung im Pflegestützpunkt nach 18 Monaten signifikant weniger Depressionen entwickelt hatten als Angehörige der Kontrollgruppe, die als Kontrollbedingung nur eine Informationsbroschüre erhalten hatten (4).

Bessere Schulungen und bessere Vernetzung der Hausärzte und -innen mit komplementären Beratungseinrichtungen (v. a. zugehende Beratung in Pflegestützpunkten) führt sowohl zu einer Verbesserung von leitliniengerechter Diagnostik und Therapie als auch zu weniger Depressionen in dieser Gruppe der pflegenden Angehörigen, was als Ausdruck einer Reduktion der chronischen Belastungssituation interpretiert werden kann.

Case Management zur Unterstützung der hausärztlichen Demenzversorgung

Das **Innovationfondsprojekt DemStepCare** basiert auf einem hausarztinduzierten Vorgehen zur Identifikation von Demenzbetroffenen (5).

Die durch Hausärzten und -innen, kooperierende Fachärzte und -innen oder Gedächtnisambulanzen mit Demenz diagnostizierten Patientinnen und Patienten erhielten zeitnah nach Diagnosestellung einen Hausbesuch, bei dem durch ein strukturiertes Interview der aktuelle psychosoziale Versorgungsbedarf bestimmt wurde. Ebenso wurde das Risiko für Versorgungskrisen ermittelt, z. B. drohende Erschöpfung der pflegenden Angehörigen.

Aus dem CM-Assessment leitete sich bzgl. des Versorgungsbedarfs und Versorgungsrisikos wurde im Sinne einer Ampelklassifikation das bedarfsgerechte Versorgungsangebot abgeleitet (s. Abb. 1):

- grün: Versorgung bedarfsgerecht und risikofrei
- gelb: Versorgung nicht bedarfsgerecht oder erhöhtes Risiko für Komplikationen
- rot: Versorgungskrise ist eingetreten oder steht kurz bevor

Betroffene Familien der Grün-Stufe wurden über präventive Maßnahmen beraten (Kommunikation, Stressmanagement, Ressourcen-Orientierung) und an die regionalen Anbieter wie Pflegestützpunkte verwiesen. Es erfolgte ein halbjähriges Reassessment durch die Case Managerin.

Patienten der Gelb-Stufe erhalten ein bedarfsorientiertes Angebot über ein klassisches Case Management.

Patientinnen und Patienten und pflegende Angehörige der Rot-Stufe werden bis zur Entaktualisierung von einem ambulant aufsuchenden, multiprofessionellen Krisendienst (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, spezialisierte Pflegekräfte, Sozialdienst, Psychologin) versorgt analog einer spezialisierten, engmaschig aufsuchenden Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)-Versorgung.

Ein wichtiges primäres Zielkriterium, eine reduzierte Krankenhauseinweisung, konnte aufgrund der geringen Fallzahl der Studie (Untersuchungszeitraum fiel in Zeit der Corona-Pandemie) zwar nicht erreicht werden, es zeigten sich aber deutlich positive Ergebnisse bei der Evaluation aus den Perspektiven der teilnehmenden Hausärzte und -innen, Case Manager und -innen und Angehörigen.

Fazit: Eine zeitige Demenzdiagnose stellt eine wichtige Vorbedingung für frühe Therapie und psychosoziale Versorgung der Betroffenen dar. Hausärzte



- ① Hausarzt stellt Demenzverdacht, motiviert Patienten zur Diagnostik, überweist zum Facharzt, oder:
- ② Hausarzt (unterstützt von geschulter MFA) führt leitliniengerechte Basisdiagnostik Demenz durch
- ③ Diagnoseaufklärung, pharmazeutische Medikationsanalyse, Erwägung Antidementivum, Klärung Ansprechpartner und rechtlicher Status (Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung), evtl. Verordnung Ergotherapie und Physiotherapie, Aktivierung Case Management zur Risikostratifizierung
- ④ Risikostratifizierung der Stabilität der häuslichen Versorgung
- ⑤ Stabile Versorgungssituation: Beratung zu regionalen Unterstützungsangeboten
- ⑥ Erhöhtes Versorgungsrisiko: Begleitung durch Case Management
- ⑦ Versorgungskrise: Herausforderndes Verhalten oder drohende Erschöpfung der pflegenden Angehörigen
- ⑧ Gate keeping: Überprüfung stationärer Anmeldungen auf Möglichkeit einer ambulanten Krisenintervention

Abb. 1: Versorgungsmodell DemStepCare zur Stärkung der Hausarzt-basierten Demenzversorgung

und -innen müssen z.B. durch assistierendes Case Management besser in die Lage versetzt werden, Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen bedarfsgerecht zu unterstützen. Durch frühe Diagnostik und Behandlung / psychosoziale Begleitung ließe sich sekundär- und tertiär-präventiv der Verlauf der Erkrankung positiv beeinflussen, v.a. Stress-bedingte Ko-Morbiditäten wie Depressionen könnten durch Stress-modifizierende Resilienz-stärkende Interventionen reduziert, die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten und Angehörigen und die Versorgungsstabilität verbessert werden – was konsekutiv kontraproduktive Krankenhauseinweisungen und frustrane Psychopharmaka Therapien reduzieren würde.

1. Neumann EM. Alte und demente Patienten in der ambulanten Versorgung. In: Hoefert H-W, Härter M, Hrsg Schwierige Patienten. Bern: Hans Huber; 2013: 283–298
2. Wangler J, Fellgiebel A, Jansky M. Hausärztliche Demenzdiagnostik – Einstellungen, Vorgehensweisen und Herausforderungen von Hausärzten in Rheinland-Pfalz. Dtsch Med Wochenschr. 2018 Sep;143(19): e165-e171.
3. Laux N, Melchinger H, Scheurich A, Schermuly I, Germann I, Hilgert S, Lieb K, Fellgiebel A. Verbesserte ambulante Demenzversorgung. Das hausarztbasierte rheinland-pfälzische Modellprojekt «start-modem». Dtsch Med Wochenschr. 2010 Nov;135(44):2175-80.
4. Geschke K, Scheurich A, Schermuly I, Laux N, Böttcher A, Fellgiebel A. Hausarztbasierte Demenzversorgung: Effektivität früher psychosozialer Beratung der Angehörigen. Dtsch Med Wochenschr. 2012 Oct;137(43):2201-6. German.
5. Bablok I, Binder H, Stelzer D, Kaier K, Graf E, Wangler J, Jansky M, Löhr M, Schulz M, Kockläuner M, Geschke K, Wuttke-Linnemann A, Fellgiebel A, Farin E; study group DemStepCare. Primary dementia care based on the individual needs of the patient: study protocol of the cluster randomized controlled trial, DemStepCare. BMC Geriatr. 2021 Apr 1;21(1):222.
6. Geschke K, Wangler J, Klein F, Wuttke-Linnemann A, Farin-Glattacker E, Löhr M, Jansky M, Fellgiebel A. DemStepCare: Risikostratifizierte Unterstützung der ambulanten Demenzversorgung – Bewertung aus hausärztlicher Perspektive [DemStepCare: Risk-stratified support for primary care-based dementia care – evaluation from general practitioner’s view]. Psychiatr Prax. 2024 Sep;51(6):307-314.
7. Klein F, Möllerherm J, Geschke K, Fellgiebel A, Wangler J, Schulz M, Jansky M, Kronmüller KT, Löhr M. DemStepCare: Risikostratifizierte Unterstützung der ambulanten Demenzversorgung – Bewertung aus Angehörigenperspektive. Psychiatr Prax. 2025 Mar 14.

Geriatric und Gerontopsychiatrie – Hand in Hand? **Ein Beitrag zur interdisziplinären Zusammenarbeit in der** **Altersmedizin**

Bernd Meißnest

Einleitung

Die Versorgung älterer Patientinnen und Patienten stellt das Gesundheitswesen vor besondere Herausforderungen. Diese Patientengruppe weist häufig multiple somatische und psychiatrische Erkrankungen auf, die eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordern. Der vorliegende Beitrag geht auf die Entwicklungen, Herausforderungen und Lösungsansätze an der Schnittstelle zwischen Geriatrie und Gerontopsychiatrie ein, mit einem besonderen Fokus auf die Erfahrungen in dem Zentrum für Altersmedizin am LWL-Klinikum Gütersloh.

Was wir seit langem wissen:

Ältere Patientinnen und Patienten sind oft von einer Vielzahl an Krankheiten aus unterschiedlichen Fachdisziplinen betroffen und finden sich meist nie am »richtigen« Behandlungsort wieder. Ihre Anpassungsfähigkeit an veränderte Bedingungen ist aufgrund von kognitiven und körperlichen Einschränkungen reduziert; sie sind manchmal »zu krank für das Krankenhaus«. Gleichzeitig bestehen zahlreiche Ressourcen, die durch eine abgestimmte Behandlung genutzt werden können. Eine leitliniengerechte Behandlung einzelner Diagnosen gestaltet sich häufig schwierig, da die Komplexität der Multimorbidität eine standardisierte Herangehensweise erschwert.

Eines der zentralen Probleme in der Versorgung älterer Menschen ist die Polypharmazie. Studien zeigen, dass Patientinnen und Patienten über 65 Jahre im Durchschnitt acht verschiedene Medikamente einnehmen, was das Risiko für unerwünschte Arzneimittelinteraktionen signifikant erhöht. (Rieg S. et.al 2020).

Das Problem der Polypharmazie wird immer schlimmer (Jonas W.Wastesson et.al 2018). 80-Jährige haben im Schnitt drei bis vier relevante Diagnosen, die mit acht Arzneimitteln behandelt werden, davon sind ein bis zwei psychotrop wirkende Mittel. (Wehling et. Al, 2016).

Es besteht ein hohes Interaktionsrisiko zwischen somatischen Medikamenten und Psychopharmaka, die zu schweren Nebenwirkungen wie u.a. Hyponatriämie

oder Herzrhythmusstörungen führen können. Die »Garfinkelmethode« hilft nur kurzfristig und beweist die Reversibilität des Cerebrums. Nichtmedikamentöse Therapieansätze werden dabei oft vernachlässigt.

Entwicklung in der Versorgung älterer Patientinnen und Patienten

Die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) führte zu Veränderungen im Patientenkollektiv und in der Behandlungsstrukturen. In der Gerontopsychiatrie verzeichnete man eine Zunahme somatisch erkrankter Patientinnen und Patienten, während in den somatischen Kliniken häufiger psychiatrische Auffälligkeiten auftreten. Gleichzeitig stieg der Bedarf an rehabilitativen Behandlungen bei älteren Menschen und die interdisziplinären Konsilanfragen nahmen zu.

Ein bedeutendes Hindernis bleibt die wechselseitige Wahrnehmung von somatisch und psychiatrisch erkrankten Menschen als »Störfaktor« in der jeweiligen anderen Disziplin. So ist der delirante/demente Patient ein »Störfaktor« in den somatischen Disziplinen und der somatisch erkrankte Patient ein »Störfaktor« in der Psychiatrie. Diese Entwicklung unterstreicht die Notwendigkeit einer strukturierten interdisziplinären Herangehensweise.

Die Ausgangssituation am LWL-Klinikums Gütersloh war zunächst durch eine dezentrale Aufnahme, ein fehlendes Entlassungsmanagement und eine fehlende Vernetzung mit den fünf somatischen Kliniken im Kreis Gütersloh gekennzeichnet. Zudem bestand ein Mangel an interdisziplinärem Denken und Handeln.

Die Abteilungen für Gerontopsychiatrie, Neurologie und Innere Medizin (inklusive Intensivstation) arbeiteten weitestgehend unabhängig voneinander, wodurch es immer wieder zu Verlegungen zwischen den Abteilungen kam. Dies beeinträchtigte auch die Versorgungsqualität.

Auf dem nachfolgenden Lageplan ist die ursprüngliche räumliche Anordnung der Abteilungen erkennbar. Die Abteilungen für Neurologie und Innere Medizin sind mit einem schwarzen Pfeil markiert, während die Abteilung für Gerontopsychiatrie mit einem weißen Pfeil hervorgehoben ist. Trotz scheinbar kurzer räumlicher Distanz war die inhaltliche Distanz zwischen den Disziplinen groß.

Die Problemstellungen im LWL-Klinikum Gütersloh

Für das LWL-Klinikum stellte sich die Frage, was der künftige Versorgungsauftrag der gerontopsychiatrischen und somatischen Disziplinen sein sollte. Möchte man einen gemeinsamen Weg gehen oder getrennt; sich spezialisieren oder interdiszi-

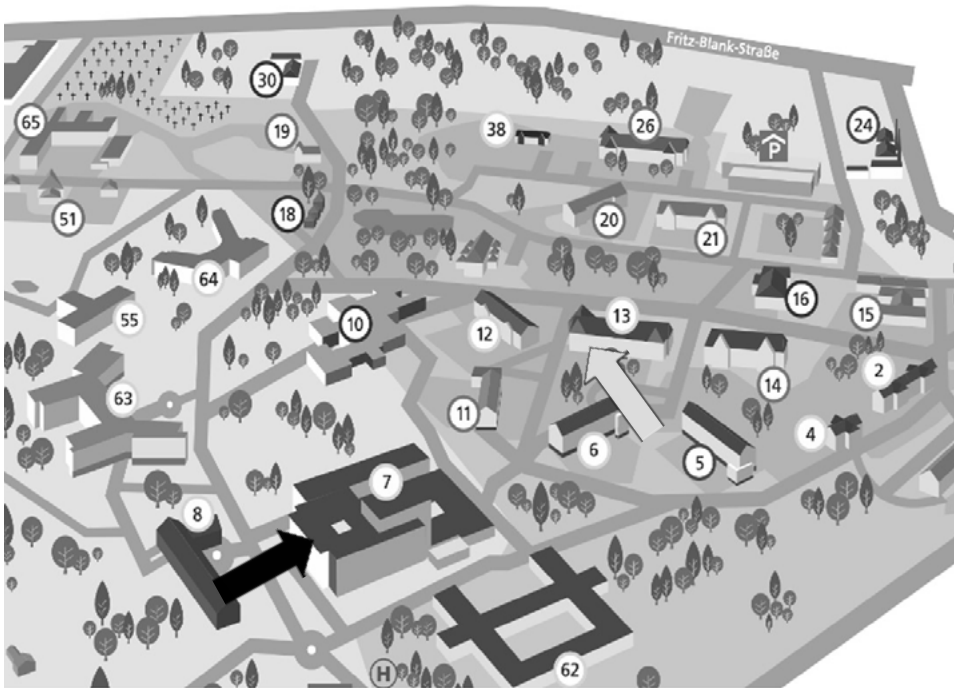


Abb. 1

plinär zusammenarbeiten. Wenn interdisziplinär, wie sieht das ganz konkret aus? Was benötigen die multimorbiden älteren Menschen? Was wünschen sich die Angehörigen, was die Einweiser? Und das auch unter ökonomischen Gesichtspunkten.

Lösungsansätze zur Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit

Um diesen Herausforderungen zu begegnen, wurden im LWL-Klinikum Gütersloh verschiedene Maßnahmen implementiert:

1. Einrichtung einer interdisziplinären Pilotstation

Auf einer Stationsebene sollten die drei Disziplinen erproben, was interdisziplinäre Arbeit konkret bedeutet. Umgesetzt wurde:

- Eine Pilotstation von 2005 bis 2008 mit zehn gerontopsychiatrischen, zehn neurologischen und acht internistischen Betten.

- Ein gemeinsames Pflorgeteam bei drei Disziplinen mit jeweiliger ärztlicher Leitung.
 - *Ergebnis nach drei Jahren:* Reduktion von Verlegungen, verbesserte interdisziplinäre Therapieangebote, zufriedene Angehörige, Einweiser und Kosteneinsparungen. Allerdings bestand eine hohe Belastung für das Pflorgeteam. Sie mussten drei Leitungen zu dienen. Verantwortlichkeiten waren nicht immer klar geregelt und die räumliche Ausstattung nicht hinreichend für ältere Patientinnen und Patienten geeignet.
- 2. Stärkung des interdisziplinären Denkens und Handelns**
- Entwicklung einer gemeinsamen Konzeption und Öffentlichkeitsarbeit.
 - Interdisziplinäre Weiterbildungen (z.B. Geriatrie, Palliativ-Care, Demenz-Coach) über alle Berufsgruppen hinweg.
 - Gemeinsamer Coaching-Prozess der Leitungsebene.
 - *Herausforderung:* Hoher Schulungs- und Kommunikationsbedarf.
- 3. Optimierung der interdisziplinären Zusammenarbeit – konkret**
- Einführung interdisziplinärer Visiten mit festen Zeiten.
 - Reduktion leitliniengestützter Diagnostik zugunsten einer «Prima Vista»-Behandlung.
 - *Ergebnis:* »virtuelle« Verlegungen möglich und verbesserte Diagnostik. Fachliche Kompetenz in den Teams gesteigert
- 4. Implementierung einer zentralen Aufnahme für das gesamte LWL-Klinikum**
- Einheitliche Aufnahmestruktur für alle Patientinnen und Patienten.
 - Hohe Akzeptanz bei Zuweisern und Teams.
 - *Ergebnis:* Verbesserte Zuweisung und schnellere Diagnostik und Therapie.
- 5. Etablierung eines gerontopsychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienstes für die 5 Kliniken im Kreis Gütersloh**
- Gerontopsychiatrische Konsile zur Vermeidung unnötiger Verlegungen somatisch schwer kranker. Keine Verlegung ohne Konsil.
 - Gerontopsychiatrische Schulungen für Fachkräften in den somatischen Kliniken mit Evaluation. Schulungsprogramm »Lern von mir?«
 - *Ergebnis:* Hohe Akzeptanz und Nachfrage nach gerontopsychiatrischer Kompetenz.
- 6. Anpassung der räumlichen Strukturen**
- Umbau und Erweiterung der bisherigen Stationen im somatischen Gebäude in »demenzfreundliche« Struktur.
 - Schaffung von 1- und 2-Bett-Zimmern mit integrierten Bädern.
 - Öffnung der Stationen mit Therapie- und Bewegungsräumen.

- »Carree-Struktur« für Patientinnen und Patienten mit hoher Bewegungsunruhe
- *Ergebnis:* Verbesserte Aufenthaltsqualität und Akzeptanz der interdisziplinären Strukturen. Alle Stationen können offengeführt werden.



Abb. 2: Struktur der Stationen nach dem Umbau:

Das Zentrum für Altersmedizin heute – Erfahrungen und Perspektiven

Heute umfasst das Zentrum für Altersmedizin im LWL-Klinikum Gütersloh vier Stationsebenen mit drei Disziplinen, die Klinik für Neurologie mit 32 Betten, die Klinik für Geriatrie und Innere Medizin mit 32 Betten incl. 4 IMC Betten und 14 tagesklinische Plätze, sowie eine Stationsebene auf der die Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychiatrie 15 Betten hat und die Klinik für Geriatrie 12 Betten. Hinzu kommt noch die gerontopsychiatrische Tagesklinik mit 20 Plätzen.

Die gerontopsychiatrische und geriatrische/neurologische Kompetenz ist in allen Bereichen etabliert. Interdisziplinäre Visiten gehören zum Standard. So auch eine alterstraumatologische Visite zu der unfallchirurgische Ärzte und Ärztinnen aus den anderen Kliniken der Stadt hinzukommen. Besonders hervorzuheben ist die flexible Belegungssteuerung, die eine «virtuelle» Verlegung innerhalb des Hauses ermöglicht.

Ein typischer Behandlungsverlauf sieht wie folgt aus:

- Aufnahme einer Patientin mit leichter Demenz und Zustand nach Oberschenkelhalsfraktur.
- Postoperatives Delir führt zur Aufnahme in die Gerontopsychiatrie per Psych-KG.
- Zunächst beginnt die Delirbehandlung und Nach Stabilisierung erfolgt eine »virtuelle« Verlegung zur geriatrischen Komplexbehandlung. Patient bleibt aber im gleichen Umfeld.
- Am Ende gemeinsame Entlassplanung mit allen Fachbereichen.

Fazit und Ausblick

Die Erfahrungen aus dem LWL-Klinikum Gütersloh mit dem Zentrum für Altersmedizin zeigen, dass eine enge Verzahnung zwischen Geriatrie, Neurologie und Gerontopsychiatrie zu einer deutlichen Verbesserung der Patientenversorgung führt. Interdisziplinäres Denken und Handeln wirkt sich positiv nach Außen in die ambulante Versorgung hinein.

Interdisziplinäres Arbeiten erfordert jedoch kontinuierliche Anpassung der Strukturen, Schulungen und entwickeln von therapeutischen disziplinübergreifenden Angeboten. Strukturvoraussetzungen für die geriatrischen Behandlung werden künftig interdisziplinäre Netzwerke sein von u.a. Unfallchirurgie, Neurologie, Gerontopsychiatrie.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Altersmedizin nicht nur eine Notwendigkeit, sondern eine Bereicherung für alle Beteiligte darstellt.



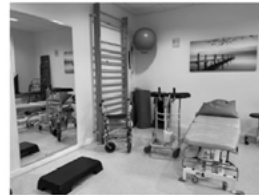
Speise und Therapieraum



Lokomat



Bewegungsbad



Physiotherapieraum



Alpakas



Klinikpark



Handergometer

Abb. 3: Bauliche Struktur und therapeutische Angebote im Zentrum für Altersmedizin

Literatur:

Rieg S, Wehling M: Eur Geriatric Med. 2020 Aug 9.

Jonas W, Wastesson, Lucas Morin, et al. (2018): An update on the clinical consequences of polypharmacy in older adults: a narrative review, Expert Opinion on Drug Safety, 17:12, 1185-1196

Wehling et al VALFORTA Classification Age & Aging 45, 262-7, 2016: Kaufmann et al. JAMA 2002; 287, 337-344

Menschen mit Demenz in der Notaufnahme

Vjera Holthoff-Detto, Hans Gutzmann

Menschen mit Demenz und ihre Betreuungspersonen sind in hohem Maße auf die Versorgung in der Notaufnahme angewiesen. Doch der Aufenthalt in der Notaufnahme ist für diese Patientengruppe häufig außerordentlich belastend und kann eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustands nach sich ziehen. Auch für die Mitarbeitenden des Teams der Notaufnahme stellt die Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz eine besondere Herausforderung dar. Gleichzeitig wären viele Vorstellungen in der Notaufnahme vermeidbar, wenn die ambulante fachärztliche Versorgung die Betroffenen besser erreichen würde. Die Fachgesellschaften Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP) haben in Absprache mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie (Maßnahme 3.3.2) Empfehlungen dazu erarbeitet, wie Notfällen bei Menschen mit Demenz vorgebeugt werden kann und wie eine Notaufnahme und die Notfallversorgung den Besonderheiten für Menschen mit Demenz besser gerecht werden kann.

Die Notaufnahme (NA) ist eine zentrale Organisationseinheit eines Krankenhauses und eine Schnittstelle zwischen ambulantem und klinischem Versorgungsbereich. Die Arbeit in der Notaufnahme ist durch einen raschen und unvorhersehbaren Wechsel der Arbeitsabläufe durch plötzliche Notfallsituationen und die Individualität jeder Notfallsituation charakterisiert. In der NA müssen eine Vielzahl von Menschen gleichzeitig betreut, die Behandlungsdringlichkeit eingeschätzt, Patientinnen und Patienten überwacht und weitere Diagnostik und Therapie fachgerecht eingeleitet werden. Das Behandlungsteam muss sich in kürzester Zeit auf sehr unterschiedliche Ereignisse einstellen und dabei gleichzeitig den Überblick über die zu versorgenden Patientinnen und Patienten behalten. Ressourcen, die zur Verfügung stehen, müssen jeweils neu zugeteilt werden, damit ein schwerverletzter Mensch genauso wie ein ängstlicher Mensch mit Demenz eine bestmögliche Diagnostik und Behandlung erfährt. Die Empfehlungen lassen sich auf hochvulnerable ältere Menschen (seniors at risk) übertragen und sind auch in Anbetracht der demographischen Entwicklung von hoher Relevanz für die zukünftigen Planungen. Für die Behandlung von Menschen mit Demenz, so wie bei anderen Menschen mit erkrankungsbedingten Kommunikationsschwierigkeiten,

ist es von zentraler Bedeutung, auf die Unterstützung und gemeinsame Arbeit mit Begleitpersonen zurückgreifen zu können. Es ist erforderlich, dass Prozesse einer Notaufnahme die kontinuierliche Anwesenheit und den Einbezug, sowie den engen Austausch mit diesen Vertrauenspersonen möglich machen müssen.

Laut einer Studie, in der pflegende Angehörige befragt wurden, hatten 30 % der in der Häuslichkeit lebenden Menschen mit Demenz in den letzten drei Monaten mindestens einen Besuch in der NA, von denen die meisten nach den Schilderungen vermeidbar gewesen wären, darunter beispielsweise Harnwegsinfektionen. In einer anderen Studie wurde festgestellt, dass 47 % der Menschen mit Demenz, die langfristig in Pflegeeinrichtungen leben, im vergangenen Jahr einen oder mehrere Vorstellungen in der NA hatten. Die hohe Inanspruchnahme durch Pflegeheime bei Menschen mit Demenz wird mit einer unzureichenden ambulanten fachärztlichen Versorgung der Pflegeheimbewohnenden in Verbindung gebracht. In der NA wird die Notwendigkeit der nächsten Behandlungsschritte besprochen, auch sie hat die Funktion eines ›Gatekeepers‹ und koordiniert im Versorgungsnetz des Betroffenen beispielsweise, wo die Behandlung fortgeführt werden wird, was für Vorbereitungen dazu getroffen und wer im Versorgungsnetz dazu verständigt werden muss (z.B. an Wochenenden, in der Nacht). Die palliative Situation eines Menschen mit Demenz wird in der NA vielfach am Lebensende nicht erkannt. Besonders ein ungedeckter Bedarf an Schmerztherapie wurde mit häufigeren Besuchen in der Notaufnahme im letzten Lebensmonat in Verbindung gebracht. Neuere, retrospektive Kohortenanalysen weisen eine deutliche Korrelation von Anstieg der Außentemperaturen und Zunahme von Vorstellungen von Menschen mit Demenz in der NA nach, so dass mit einem weiteren Anstieg von Notfallvorstellungen von Menschen mit Demenz aus unterschiedlichen Gründen gerechnet werden muss und spezielles Wissen, sowie ein Gesundheitskonzept (z.B. Zusammenhang zwischen Klima und menschlicher Gesundheit im Alter) dazu vermittelt werden muss.

Es ist aber davon auszugehen, dass die übermäßig stimulierende und damit ungewohnte und irritierende Umgebung für Menschen mit Demenz in der NA, die begrenzten Informationen, die den Mitarbeitenden der NA zur Verfügung stehen, und die daraus resultierenden Kommunikationsschwierigkeiten zwischen ihnen und den Betroffenen sowie den begleitenden Angehörigen dazu beitragen. Insgesamt ist die Vorstellung in einer Notaufnahme mit nicht auf geriatrische Bedürfnisse abgestimmten Strukturen und Prozessen für ältere Patientinnen und Patienten, besonders für solche mit kognitiven Einbußen, als Hochrisikosituation zu sehen. Daher empfehlen wir den Aufbau eines Versorgungsnetzwerkes, welches

die bisherige »Gatekeeper«-Funktion der Notaufnahme übernimmt. Dazu muss es gesundheitliche Verschlechterungen für die Menschen mit Demenz früh identifizieren, gut mit den weiterbehandelnden Strukturen einschließlich Krankenhäuser und Notaufnahmen vernetzt sein, eine frühzeitige, gestufte Behandlung ermöglichen und im Notfall für die Vorstellung in der Notaufnahme sorgen. In diesem Netzwerk nehmen Angehörige und Pflegende eine zentrale Rolle ein. Wir empfehlen die Stärkung der Prävention von Notfällen bei Menschen mit Demenz durch ambulante, aufsuchende Dienste der Krisenintervention, um der Vorstellung von Menschen mit Demenz in der NA eines Krankenhauses vorzubeugen. Wir empfehlen die gemeinsame Arbeit mit den Rettungsdiensten bei der Erarbeitung des Modells eines vorbeugenden Rettungsdienstes. Ferner empfehlen wir eine substanzielle Unterstützung der Notaufnahmen in Deutschland bei der Einrichtung von demenz- und alterssensiblen Behandlungspfaden, um die Notfallbehandlung von Menschen mit Demenz zu verbessern. Eine Begleitforschung zur Notfallbehandlung von Menschen mit Demenz und alten Menschen in der NA ist zur Evaluierung der Maßnahmen unbedingt erforderlich, um Daten zu dem deutschen Notfallsystem zu generieren und der Weiterentwicklungen zugrunde legen zu können.

<https://www.dgppn.de/schwerpunkte/versorgung/nationale-demenzstrategie.html>

Delir-Management und Demenzbehandlung in der Somatik

Christine Thomas

Psychisch erkrankte und verhaltensauffällige ältere Menschen benötigen im Krankenhaus eine besondere Aufmerksamkeit. Das mir vorgegebene Thema »Demenzbehandlung und Delir-Behandlung in der Somatik« habe ich allerdings etwas anders akzentuiert, da mir nach 20 Jahren Delir-Präventionsforschung die Betonung des Delir-Managements als wesentlichen Qualitätsfaktor der Versorgung älterer Menschen im Krankenhaus wichtig ist. Unter Delir-Management verstehe ich dabei die Erfassung von Delir-Risikofaktoren und die tägliche Durchführung individualisierter Delir-Präventionsmaßnahmen, regelmäßige Delir-Screenings, eine Delir-Ursachendiagnostik bei positiver Delir-Diagnose und schließlich die Therapie der Delir-Ursachen sowie eine symptomatische Therapie der den Patienten beeinträchtigenden Delir-Symptome wie Wahn, Schlaflosigkeit etc.

Eine Demenzbehandlung dagegen ist nicht die Aufgabe der Somatik. Die Demenz ist dort eine wesentliche Nebendiagnose, die häufig genug die Diagnostik und Behandlung der eigentlichen Akuterkrankung erschwert oder gar verunmöglicht. Eher handelt es sich ja um eine Versorgung eines demenziell veränderten Menschen. Behandlungsaspekte sind allerdings auch zu bedenken, selbst wenn es nur um die Reduktion potenziell inadäquater, oft anticholinergischer Medikation geht.

Delir-Prävention und Delir-Management werden völlig berechtigt als Qualitätsindikator für die Versorgung des »Seniors at Risk« im Krankenhaus angesehen und ermöglicht gleichzeitig die Umsetzung von Modellen des alters- und demenzsensiblen Krankenhauses, wie sie von der Robert Bosch Stiftung über ein Jahrzehnt gefördert wurden und auf der dortigen Homepage abrufbar sind (1).

Die Ausgangslage in unseren Krankenhäusern ist letztlich für die ältere Klientel eher ungünstig, obwohl diese etwa die Hälfte der Krankenhauspatienten ausmacht. 60 % der Delirien werden nicht erkannt, die kognitive Beeinträchtigung wird zu selten erfasst und dadurch werden Behandlungsrisiken nicht wahrgenommen. Häufig finden sich Defizite in der ambulanten Vorgeschichte und eine Demenzerkrankung ist noch gar nicht diagnostiziert. Dadurch kommt es zur Fehleinschätzung der Patienten. Letztlich erhalten solche fehleingeschätzten Patienten dann nicht die bestmögliche Behandlung, Komplikationen nehmen zu und es droht ein Verlust der Alltagsfähigkeiten und letztlich der Autonomie, da nach Delirien die Aufnahme in ein Pflegeheim doppelt so häufig erfolgen muss als ohne ein Delir.

In interdisziplinären Notaufnahmen sind insbesondere hochaltrige Patienten überrepräsentiert, werden aus Pflegeheimen oft ohne ausreichende fremdanamnestic Angaben eingeliefert und überfordern häufig das Personal mit ihrem großen Grundpflege- und psychosozialen Versorgungsbedarf. Die GHoSt-Studie (2), ebenfalls von der Robert Bosch Stiftung gefördert, hat an knapp 1500 Patienten aufgezeigt, dass die Anzahl kognitiv beeinträchtigter älterer Patienten im Krankenhaus mit 40 % wirklich hoch ist. Davon leidet etwa die Hälfte an einer Demenz, wobei diese bei nur 1/3 in den Akten dokumentiert war. Die andere Hälfte hat eine leichte kognitive Störung oder aber ein Delir. Insbesondere männliche Demenzerkrankte sind im Krankenhaus überrepräsentiert, Hauptindikationen für den stationären Aufenthalt sind Infektionen, Verletzungen und Flüssigkeitsmangel, die während onkologischer Diagnosen unterrepräsentiert sind. Auch konnte nachgewiesen werden, dass kognitiv eingeschränkte Patienten zu 80 % Verhaltensauffälligkeiten zeigen, mehr psychotrope Medikation aber weniger Schmerzmedikation erhalten. Dies zeigt schon die große Herausforderung dieser Klientel, trotz symptomarmer und oft durch Fehlinformationen fehlgeleiteter Krankheitspräsentation, die notwendige und zielführende Therapie einzuleiten. Die GHoSt-Studie zeigt also auf, dass wir eine deutliche Verbesserung der transsektoralen Kommunikation über bekannte kognitive Einschränkungen und Demenzerkrankung brauchen, aber auch eine gezielte Erkennung, Dokumentation und Behandlung kognitiver und Verhaltens-Probleme durchführen müssen.

Ganz wesentlich ist es hierbei auch, die Patientenwünsche hinsichtlich Behandlungsziel im Krankenhaus und Lebensqualität mit zu berücksichtigen. Bei vielen älteren Menschen besteht die große Sorge, dass ein Zuviel an Behandlung und Diagnostik durchgeführt werden könnte, womöglich noch aus ökonomischen Erwägungen heraus. Eine Patientenverfügung ist hier hilfreich, Entscheidungen hinsichtlich Intensivbehandlung, Beatmung, Reanimation sollte aber auch innerhalb der ersten 24 Stunden mit dem Patienten und seinen Zugehörigen besprochen werden, um Fehleinschätzungen hinsichtlich der Erkrankung oder belastende und überflüssige, nicht der Lebensqualität dienliche Behandlungen zu vermeiden. Wenn Behandlungsbegrenzungen vereinbart sind, ist gut zu überlegen, ob eine stationäre Aufnahme wirklich angemessen ist oder ob – nach einer ausführlichen Diagnostik – eine Rückkehr ins häusliche oder Pflegeheim Umfeld möglich ist.

Delirien können bei sehr schweren Akuterkrankungen und Intensivstationsaufenthalten in jedem Lebensalter auftreten, sie sind aber aufgrund der physiologischen und pathologischen Alterungsprozesse, die mit einer Reduktion der Reservekapazität der Organe einhergehen, im Alter sehr viel häufiger und haben auch

eine deutlich schlechtere Prognose als bei jüngeren Patienten. Eine Metaanalyse (3) zeigt auf, dass Delir-Patienten ein mehr als 2,5-faches Risiko haben, nach der Delir-Episode in ein Pflegeheim umzusiedeln. Auch die Mortalität ist deutlich erhöht, und zwar nicht nur direkt im Delir und kurz nach der Delir-Phase, sondern auch innerhalb der darauffolgenden zwei Jahre. Eine niederländische Studie zeigt, dass 85 % der Patienten, die ein Delir erlitten haben im Zusammenhang mit einer Hüftfraktur, die ohnehin mit hoher Delir-Wahrscheinlichkeit von 50% einhergeht, innerhalb von zwei Jahren versterben oder eine Demenz entwickeln. Das Delir ist also ein Game Changer, ein negativer Wendepunkt für ältere Patienten. Wenn der alte Mensch fällt und sich die Hüfte bricht, dann geht es abwärts. Insbesondere bei vorbestehender Demenz ist ein Delir besonders ungünstig, weil das Vorschreiten der Demenz nach einem Delir häufig rascher erfolgt. Auch kann ein Delir eine bislang im Alltag noch nicht auffällig gewordene Demenzerkrankung sozusagen über die Schwelle heben, in dem die kognitiven Beeinträchtigungen nach einem Delir dann einer klinischen Demenz entsprechen. Das heißt, wer eine Demenz schon im Vorfeld hat oder kurz vor dem klinischen Sichtbarwerden einer Alzheimerdemenz steht, der hat eine besonders negative Entwicklung. Zwölfmal erhöht ist das Demenzrisiko, wobei die Delir-Episode selbst die Demenzentwicklung vorantreibt, aber auch eine bislang im Alltag unwesentliche kognitive Beeinträchtigung durch ein Delir über die klinische Diagnose-Schwelle gehoben werden kann. Dabei ist zu beachten, dass die pathophysiologischen Veränderungen im Gehirn zum Beispiel bei der Alzheimerdemenz, der häufigsten Demenzform, über 30 Jahre stumm vorschreiten, bevor klinische Demenzsymptome anhaltend über mindestens sechs Monate nachweisbar sind.

Warum ist es immer noch so schwierig, dass die Delirien erkannt werden? Delirien sind tatsächlich sehr unterschiedlich in der klinischen Ausprägung. Es gibt sie mit ganz ausgeprägtem Wahnerleben, hoher Aggressivität und Dramatik, insbesondere in der Nacht. Das ist die am einfachsten zu erkennende, hyperaktive Form. Aber Patienten, die nur formale Denkstörungen haben und kaum auffallen, wenn man wenig miteinander spricht, sind gerade im Alter und bei der Nebendiagnose Demenz viel häufiger! In den kurzen Arztvisiten fällt dann zumeist nichts auf, eher haben die Pflegekräfte eine Chance, Veränderungen, z.B. optische Halluzinationen, Desorganisation und Aufmerksamkeitsschwankungen zu bemerken. Oft genug muss man aber direkt danach fragen, denn Halluzinationserleben ist schambesetzt, insbesondere bei den Älteren. Aber dann gibt es auch »Feierlaune«-Delirien, mit eher manisch gehobener Stimmung, in denen sich die Patienten z.B. auf einer Party wähnen oder dorthin drängen. Auch andere

affektive Störungen wie Depressionen bis hin zur Suizidalität können auftreten und werden dann oft als Depression verkannt. Häufig gibt es Fluchthandlungen bei Beeinträchtigungswahn und mangelnder Gefährdungseinschätzung aufgrund des Delirs, die als Suizidalität fehlinterpretiert werden. Das Hauptsymptom des Delirs, die Aufmerksamkeitsstörung, ist mit etwas Übung gut zu erkennen, leicht zu prüfen (Monate rückwärts aufzählen lassen – sieben Monate in Reihe sollen erreicht werden) und führt zur Diagnose.

Ebenfalls typisch für das Delir sind Tag-Nacht-Rhythmusstörungen und Fluktuationen in der Wachheit. Dazu kommen weitere Störungen der Kognition und der Logik, Desorganisation und möglicherweise (v.a. optische) Halluzinationen sowie psychomotorische Verhaltensauffälligkeiten wie Verlangsamung in Bewegungen und Sprache, beschleunigter Rededrang oder ziellose Hyperaktivität.

Für die Entstehung eines Delirs wird von einem multifaktoriellen Schwellenkonzept ausgegangen. Die individuelle Disposition einer Person durch ihr Alter, zerebrale Vorschädigungen wie Schlaganfall oder Demenz, mehrere Erkrankungen oder sensorischer Beeinträchtigungen sowie eine reduzierte Mobilität erhöhen das Delir-Risiko. Wenn dann noch Delir auslösende Faktoren hinzukommen, wie eine Infektion oder neue Medikamente, Nierenfunktionsstörungen etc. oder aber eine längere Operation durchgeführt werden muss, entsteht ein Delir.

Ein Teil der individuellen Prädisposition lässt sich nicht ändern, jedoch kann z. B. die Medikation an die Vulnerabilität angepasst werden, Stresssituationen und Schmerzen reduziert und so die Belastung verringert werden. Sensorische Defizite können ausgeglichen werden, Hörgeräte oder Kopfhörer mit Knochenleitung helfen den Patienten, besser zu kommunizieren. Das fördert die Kognition deutlich, auch Mobilisation und der Erhalt einer Tagesstruktur wirken einem Delir entgegen. Depressionen zu behandeln sowie Einsamkeit und Angst zu begegnen ist ebenso delirpräventiv. Da können wir, genauso wie die Patienten selbst und deren Angehörige, einiges tun, um ein Delir mit seinen negativen Folgen zu verhindern.

Zurückkehrend zum Schwellenkonzept muss nun betont werden, dass insbesondere Demenzerkrankte ein sehr hohes Delir-Risiko aufweisen, d. h. sie benötigen nur geringgradige Auslöser, um in einen deliranten Zustand zu geraten. Das kann eine Obstipation sein oder Zahnschmerzen, eine Blasenentzündung, belastende oder auch freudige Ereignisse. Zu bedenken ist auch, dass das Krankenhaus selbst delirogen wirkt, da die Umgebung ungewohnt, laut, in der Nacht ungewöhnlich hell beleuchtet und mit vielfachen Störungen verknüpft ist.

Solche strukturellen Delir-Auslöser sind sehr schwer zu verändern. Daher brauchen wir alle Mitarbeiter im Krankenhaus, um die Delir-Prävention letztlich

umzusetzen. Und es geht auch nicht innerhalb der vorhandenen, bereits jetzt schon voll ausgelasteten Strukturen und Stationsteams, sondern wir brauchen tatsächlich ein zusätzliches Team. Ein Delir-Präventionsteam braucht eine hohe Kompetenz, muss interprofessionelle und interdisziplinäre Expertise aufweisen. Geriatriische, pharmakologische, gerontopsychiatrische Kompetenz, aber auch Physio- und ergotherapeutische Mitarbeit und Bewegungselemente im Alltag werden benötigt, Patientenbegleitung zur Diagnostik, Medikamentenreviews und Fast-Track-Abläufe müssen ermöglicht werden. Und wir müssen die Angehörigen einbeziehen. Zum einen benötigen wir diese Aufklärung über das Delir und seinen Verlauf, über Delir-Ursachen und die notwendigen Behandlungen, zum anderen ist die beruhigende Information über das veränderte Verhalten und die mögliche Besserung erforderlich.

Es gibt unterschiedliche Delir-Präventionsprogramme, Multikomponenten-Programme mit überwiegend nicht-medikamentösem Schwerpunkt haben die beste Evidenz (4) und können bis zu 40 % der Delirien verhindern. Aus mehreren Best-Practice-Modellen aus den USA (Hospital Elder Life Program – HELP, in 200 Krankenhäusern und 11 Ländern mit Schwerpunkt USA und Kanada umgesetzt), Australien (das Care of Confused Hospitalized Older Patients – CHOPS-Programm), der Schweiz (das Basler Demenz Delir Programm) und aus Nordrhein-Westfalen (der alte Mensch im OP) haben wir das bislang breiteste Multikomponenten-Delir-Präventionsprogramm AKTIVER entwickelt (5). Dieses konnten wir in der Multicenterstudie PAWEL (Patientensicherheit, Wirtschaftlichkeit und Lebensqualität: Reduktion von Delir-Risiko und postoperativer kognitiver Dysfunktion (POCD) nach Elektivoperationen im Alter) (6) ausführlich evaluieren. Hierzu wurden an fünf Standorten in Baden-Württemberg knapp 1500 Patienten über 65 Jahren untersucht, die sich einer längeren elektiven Operation von Herz und Gefäßen, großen Gelenken oder der Wirbelsäule, in der Abdominal Chirurgie oder der Urologie unterziehen mussten.

Unser AKTIVER-Programm sieht vor, dass möglichst viele Bausteine gleichzeitig individualisiert umgesetzt werden. Es sind kleine Dinge, die eigentlich zur Good Clinical Practice gehören, die wir hier vielfach am Tag umsetzen. Risikofaktorenerkennung, Mitarbeiterschulungen z.B. und eine Umgebungsgestaltung, die die Lebenssituation des älteren Menschen berücksichtigt und Toiletten und Wege noch auffinden lässt, auch wenn man vornübergebeugt geht. Eine frühe und tägliche Mobilisation, idealerweise in Tageskleidung ist hilfreich und die Begleitung bei der Nahrung und Flüssigkeitsaufnahme. Ebenso sind kognitive und körperliche Aktivierung wesentlich, eine Tagesstrukturierung hilfreich und

Schlafförderung/
Entspannung

- Ziel:** Ceregelter Tag-Nacht-Rhythmus, Förderung der Erholung
- Angenehme Musik
 - Unterstützen zur Ruhe zu kommen, z.B. durch ein Gespräch
 - Einsatz von Aromölen (z.B. Lavendel, Zeder)
 - Geräuschkquellen mindern
 - Zusätzliche Decken und Kissen

Diagnostikbegleitung

- Ziel:** Sicherheit bei Untersuchungen geben
- Begleitung zu Untersuchungen oder OPs
 - Ansprechperson während z.B. Wartezeit
 - Angst nehmen »vergessen« zu werden
 - Orientierung während des Transportes und während der Wartezeit
 - »Delirbox«: Orientierungshilfen zu Untersuchungen

Mahlzeitenbegleitung

- Ziel:** Mangelernährung vorbeugen
- Vorbereitung auf Mahlzeit (Tablett ordnen, Sitzposition, anrichten und öffnen)
 - Begleitung während der Mahlzeit
 - Auf entsprechende Trinkzufuhr achten
 - Vorlieben und Abneigungen beachten
 - Kauen und Schlucken beobachten

Orientierung

- Ziel:** Förderung der Orientierung
- Kalender und Uhr im Zimmer anbringen
 - Tagesstruktur geben (z.B. Benennen von Untersuchungen, wichtigen Tagespunkten)
 - Seh- und Hörhilfen
 - Informationsmaterialien
 - Gewohnte Gegenstände (z.B. Familienfotos)

Aktivierung

- Ziel:** Förderung / Beibehaltung der kognitiven Fähigkeiten
- Individuelle Aktivierung in Anlehnung an Biographie
 - Vorlesen von Zeitungen / Geschichten
 - Gesellschaftsspiele (Schach, Mensch-ärgere-dich-nicht, Legespiele, Puzzle)
 - Zeichnen, Mandalas
 - Sprichwörter ergänzen
 - »Mitmachen«: Sudoku, Kreuzworträtsel

Mobilisierung

- Ziel:** Erhalt der körperlichen Fitness
- Gezielte Bewegungsübungen (in Rücksprache mit Physiotherapeuten), »range of motion«
 - Bewegungskarten zur genauen Anleitung
 - Motivation zur Bewegung (Gang über Stationsflur, Spaziergang), begleitet
 - Bereitstellen von Hilfsmaterialien nach Anleitung (Gummiband, Igelball, Übungskarten)



Abb. 1

die Orientierung an den Bedürfnissen und Bedarfen des Patienten erforderlich. Ein Schmerzmonitoring und der Einbezug von Angehörigen, das Angebot eines Rooming-in, sind ebenfalls ratsam.

In das AKTIVER-Delir-Präventionsprogramm sind 30 Jahre interdisziplinäre und interprofessionelle Erfahrung, viele Projekt-Ergebnisse, engagierte Implementierungen und Optimierungen eingeflossen. Ein abgestuftes Schulungskonzept für alle Berufsgruppen wurde entwickelt, das bald über die Akademie der Dt. Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie angeboten werden wird, und Kommunikationshilfen für den Umgang mit Demenzerkrankten («Lern von mir» (7)). Das AKTIVER-Team wird von einer Pflegefachexpertin geleitet, die Delir-Konsile, tägliche Delir-Visiten, Medikamentenmanagement, Angehörigenberatung und Schulungen durchführt, entsprechend dem Risikoprofil dann individuell Präventionsmodule anordnet, die von einem Team angelernter Pflegehelfer, Seniorenassistenten, FSJler umgesetzt werden. Bei Bedarf wird eine gerontopsychiatrische Konsiliarärztin involviert.

Entscheidend ist, dass das AKTIVER-Team von außen kommt, also nicht zur Station gehört und dass die individualisierten Module täglich mehrfach, von 8 bis 20 Uhr umgesetzt werden. Über das Pflegestärkungsgesetz konnten wir das Modellprojekt in die Regelversorgung übernehmen und leisten nun auf über 20 Stationen AKTIVER-Delir-Prävention mit aktuell sechs Delir-Expertinnen, die nichtmedikamentöse Maßnahmen festlegen: Reorientierung bei kognitiver Einschränkung, Schmerzmedikation, Medikation, die eher abgesetzt werden soll. Wie viele Kontakte? Was können Angehörige übernehmen? Täglich kommt dieser Delir-Experte wieder vorbei, überprüft die Umsetzung der individuellen Module. Wenn der Patient ein Delir entwickelt, wird weiter intensiviert und bei belastenden Symptomen auch medikamentös (z.B. mit Haloperidol, 4 x 0,3 mg/d) behandelt, ggf. nach Delir-Ursachen gesucht.

Unser Programm ist von vornherein transsektoral angelegt. Idealerweise erfolgt eine Entlassung, ohne dass ein Delir aufgetreten war mit dem Hinweis auf das Delir-Risiko oder kognitive Defizite im Arztbrief. Wenn ein Delir entstanden ist, der Patient immer noch delirant ist, die stationäre Behandlung aber beendet werden kann, wird geprüft, ob eine (stationsäquivalente (8)) Behandlung zu Hause das Delir rascher abklingen lässt, was häufig der Fall ist, oder ob eine Behandlung notwendig sein könnte, z.B. über die psychiatrische Institutsambulanz, wenn Patienten in stationäre Pflege oder Kurzzeitpflege gehen.

Letztlich wollen wir die Reise des Patienten begleiten. Entweder indem wir frühzeitig ein Delir-Risiko feststellen, wenn ein stationärer Aufenthalt unver-

Vom Modellprojekt zur Regelversorgung – Ausblick interdisziplinäres Schulungskonzept –

	Zielgruppe	Schulungsformat & Zeitumfang	Lehrende	Inhalte	Bildungsziele
Basic: Grundausbildung	Pflegerkräfte, Therapeuten, Ärzte, Hilfskräfte, OP-Personal, Seelsorge, Reinigungs- & Transportpersonal	1,5h online asynchron <i>(auch als Inhouse-Schulung oder Kick-off vor Ort durch Aktiver-Leitung)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Erstellung von online Tutorials-Klinikum Stuttgart Materialsets für Aktiver-Leitung durch Klinikum Stuttgart 	<ul style="list-style-type: none"> Delirgrundlagen Symptome Folgen Präventionsmöglichkeiten Management 	<ul style="list-style-type: none"> Erkennung von Delirsymptomen Bewusstsein für ein Delir Erleben von Bedürfnissen von Menschen mit Delir Grundlagen einer verstehen-den Kommunikation
Scout: Delirprävention	Pflegerkräfte, Therapeuten, Ärzte	10h online <i>asynchron + synchron</i> <i>(auch regelmäßig vor Ort durch Aktiver-Leitung)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Erstellung von online Tutorials-Klinikum Stuttgart Schulungstermine (online) – Klinikum Stuttgart 	<ul style="list-style-type: none"> Delirrisiko angemessene Kommunikation mit kognitiv eingeschränkten Patienten Abfrage am Ende zum Wissenserwerb 	<ul style="list-style-type: none"> Delirrisiko und -prävention Kommunikation bei kognitiver Beeinträchtigung Testat nach Lernstandsabfrage (online)

Champions: Delirantwatschaft	Pflegekräfte, Therapeuten, (ggf. Geriater oder Gerontopsychiater)	Aufbauend auf Scout + 30h Asynchron + synchron, bzw. vor Ort Hospitationstag Testat	Erstellung von online Tutorials – Klinikum Stuttgart • Schulungstermine (online) – Klinikum Stuttgart • Hospitation am Klinikum Stuttgart	Delirscreening • Risikofaktoren, Möglichkeiten der Modifikation • Erkennung von Depressionen und Demenzerkrankungen • Schmerzbeurteilung, insbesondere bei CI • Erkennung und Behandlung psychotischer Symptome, Schlaf-Wach-Rhythmus, hyperaktive Zustände und Apathie	Delirmanagement • Differentialdiagnosen • Evaluation des Delirrisikos, Präventionsmöglichkeiten • multimodale Delirpräventionsprogramme • Testat nach Lernstandsabfrage (online) → Aufnahme in Aktiver-Netzwerk
Kurz-Schulung für Ärzte	Ärzte (v.A. Geriater, Gerontopsychiater, Orthopäden, Internisten)	3x 0,5h online synchron Oder 1x 1,5h (auch als Inhouse-Schulung möglich)	Schulungstermine (online) – Klinikum Stuttgart	Delirrisikoreduktion für Ärzte (Kurzschulungen 20 min.) • medikamentöse Möglichkeiten	Delirrisiko und -prävention • Kommunikation bei kognitiver Beeinträchtigung

Abb. 2 Schulung des Personals der Stationen und Funktionsbereiche

Das AKTIVER-Programm am Klinikum Stuttgart

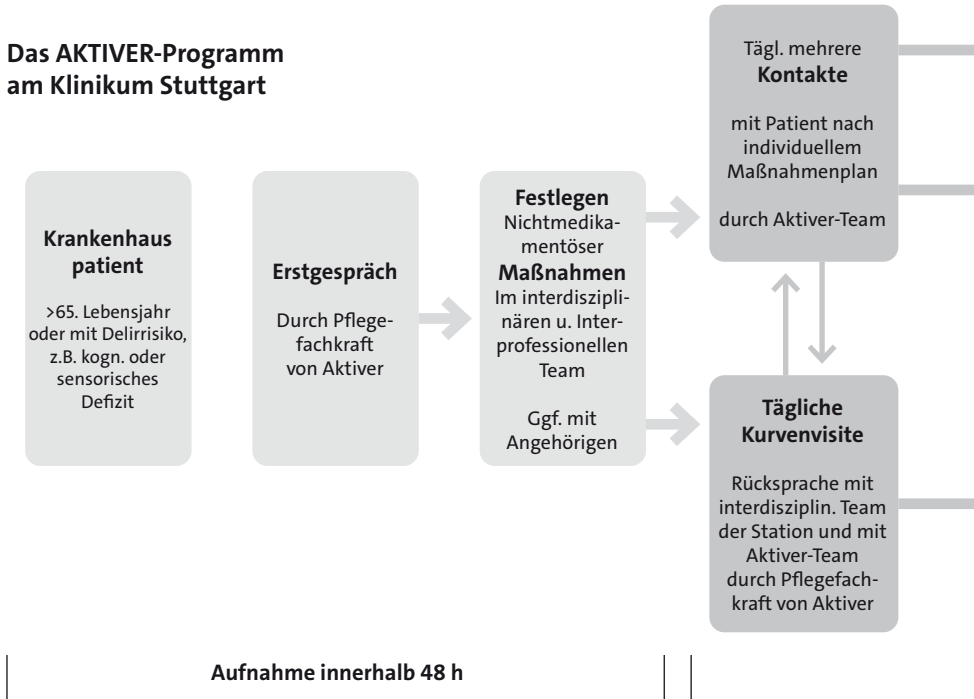
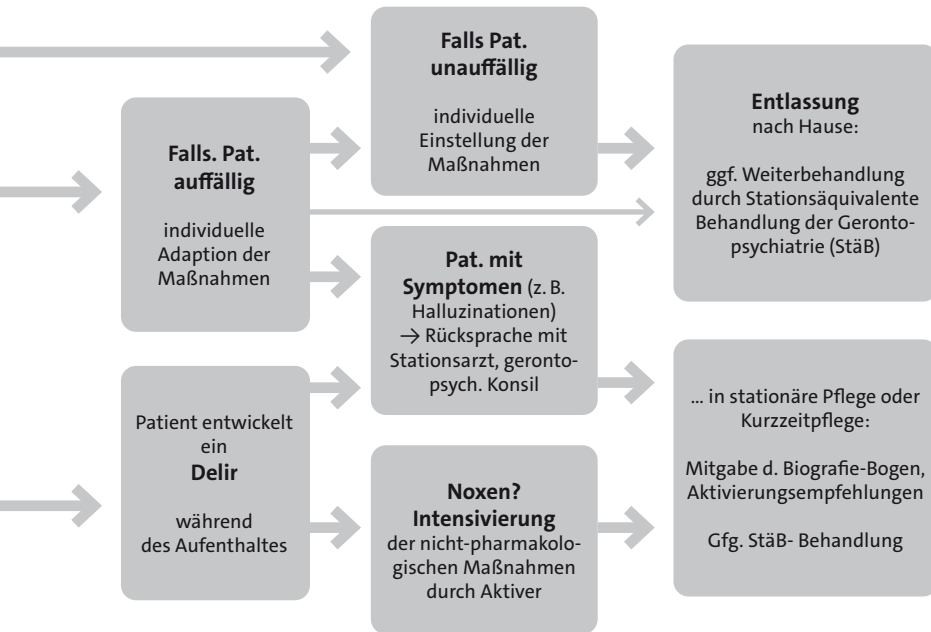


Abb. 3

meidlich ansteht, mit AKTIVER den Patienten durch das Krankenhaus leiten und dabei parallel die Weichen stellen. Wichtig ist auch, auf eine Primärprävention hinzuweisen und die Verantwortung jedes Einzelnen, sich aktiv genug zu halten, um möglichst wenig Delir-Risiko zu haben, zu stärken.

Literatur:

1. <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/praxisleitfaden-zum-aufbau-de-menzsensibler-krankenhaeuser>, alle Links abgerufen am 9.3.2025.
2. <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/general-hospital-study-ghost>
3. Witlox J, Eurelings LS, de Jonghe JF, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, van Gool WA. Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. *JAMA*. 2010 Jul 28;304(4):443-51. doi: 10.1001/jama.2010.1013.
4. Burton JK, Craig LE, Yong SQ, Siddiqi N, Teale EA, Woodhouse R, Barugh AJ, Shepherd AM, Brunton A, Freeman SC, Sutton AJ, Quinn TJ. Non-pharmacological



Stationärer Aufenthalt

Entlassung aus Krankenhaus

- interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. Cochrane Database Syst Rev. 2021 Jul 19;7(7):CD013307. doi: 10.1002/14651858.CD013307.pub2.
5. Thomas C, Spank J, Weller S, Eschweiler GW. Nichtmedikamentöse Konzepte zu Prävention und Behandlung eines Delirs. Z Gerontol Geriatr. 2021 Dec;54(8):759-767. doi: 10.1007/s00391-021-01988-3.
 6. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/pawel.16>
Deeken F, Sánchez A, Rapp MA, Denkinger M, Brefka S, Spank J, Bruns C, von Arnim CAF, Küster OC, Conzelmann LO, Metz BR, Maurer C, Skrobik Y, Forka-vets O, Eschweiler GW, Thomas C; PAWEL Study Group. Outcomes of a Delirium Prevention Program in Older Persons After Elective Surgery: A Stepped-Wedge Cluster Randomized Clinical Trial. JAMA Surg. 2022 Feb 1;157(2):e216370. doi: 10.1001/jamasurg.2021.6370.
 7. https://www.fh-diakonie.de/obj/Bilder_und_Dokumente/Lern_von_mir/Lern_von_mir_Handbuch_fuer_Trainer.pdf und [Begleitheft_fuer_Mitarbeiter.pdf](#)
 8. Spannhorst S, Weller S, Thomas C. Stationsäquivalente Behandlung: Eine neue Versorgungsform auch in der Gerontopsychiatrie Z Gerontol Geriatr. 2020 Dec;53(8):713-720. doi: 10.1007/s00391-020-01823-1.

VI Ältere Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in der Eingliederungshilfe – Anspruch und Realität

Assistenzleistungen und Tagesstätten – Erfahrungen aus dem Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) Kreis Viersen

Stefan Corda-Zitzen

Der GPV Kreis Viersen besteht seit 2013. Zunächst eine kurze Vorstellung des GPV Kreis Viersen. Nachfolgend die aktuellen Mitglieder

- Landschaftsverband Rheinland (LVR)-Klinik Viersen
- Katharina Kasper ViaNobis gGmbH / Team 39
- Wegweiser Betreuungsdienst
- Rheinische Gesellschaft für Innere Mission/Haus an der Dorenburg
- Betreutes Wohnen Konwiarz (BWK)
- Median Haus Willich / Haus Grefrath
- Arbeiterwohlfahrt (AWO) Kreisverband Viersen e. V.
- Psychiatrische Hilfgemeinschaft Viersen gGmbH
- Psychosoziale Praxis für Familien Monika Erkens
- Suchtberatung Kontakt-Rat-Hilfe e. V.
- Kreis Viersen – Kreissozialamt
- IDA GmbH
- Gesundheitsamt Kreis Viersen
- Haus Dülken
- Integra e. V.
- BIS e.V. (Beratung-Information-Selbsthilfe) Heilpädagogisches Zentrum Krefeld-Kreis Viersen
- Haus Kamperlings (ViaNobis)
- Rheinischer Verein kath. Arbeiterkolonien
- KCM BeWo GmbH
- Gäste: Landschaftsverband Rheinland (LVR) / SKM-Betreuungsstelle

Es folgt eine nicht abschließende Aufzählung von bisher Erreichtem:

- Unabhängige trägerübergreifende Beschwerdestelle
- Projektmitarbeit zur Vermeidung von Zwang und Gewalt
- Selbstverpflichtung zum Wechsel des Leistungserbringers innerhalb der Eingliederungshilfe
- Kooperationsvereinbarung zur gemeinsamen Betreuung von Patienten und

Patientinnen des Maßregelvollzugs (nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) oder § 64 StGB) im Rahmen einer Dauerbeurlaubung bzw. der Forensischen Nachsorge

- Jährliche Fachtage (Oktober / November) mit über 200 Teilnehmenden
- Mindestens jährlich ein Basisfachtag
- Neue Fallkonferenz ist angelaufen, aber noch nicht perfekt
- Aktuell AG 24/7 Krisendienst und Psychiatriebericht
- Demenzcafé

Zukünftige Herausforderungen, z. B.

- Individualisierungstendenz als gesellschaftliches Phänomen
- Entwicklung der letzten Jahre: UN-Behindertenrechtskonvention / Betreuungsrechtsreform
- Fachkräftemangel (geringere »Aufnahmekapazitäten« und Fachkräfte gehen dahin, wo es am »angenehmsten« ist)
- Klimakrise
- Wohnungsprobleme
- Streichung der Gelder im öffentlichen Gesundheitsdienst um 30 %
- Neue Leistungsformen (Umstellung Bundesteilhabegesetz, Komplexleistungen, Diversifizierung aufgrund steigender Zahl von Leistungsanbietern)

Aktuelle und zukünftige Herausforderungen lassen aus fachlicher Sicht nur ein Fazit zu: Ohne Verantwortung für und im Sozialraum bzw. einer festgelegten Region und ohne Kooperation kann bedarfsgerechte Behandlung, Gesamt-, Teilhabe- und Behandlungsplanung und Hilfe für Menschen mit einer schweren akuten und langandauernden psychischen Erkrankung bei knapper werdenden Ressourcen nicht funktionieren!

Zukünftige Herausforderungen im Hinblick auf psychisch Kranke ältere Menschen im Kreis Viersen:

- Alten- und Seniorenheime nehmen unser Klientel oftmals nicht auf
- Bei notwendiger geschlossener Unterbringung müssen ältere Menschen in umliegenden Kreisen und Städten aufgenommen werden (ca. 30 pro Jahr!!!)
- Fokus somit: Möglichst viele vernetzte ambulante Angebote, um ein Leben außerhalb stationärer Hilfen so lange zu ermöglichen, wie es geht.

Leistungen für psychisch kranke ältere Menschen:

- Demenzcafé (wöchentlich – üblich monatlich)

- Gerontopsychiatrische Tagespflege (in Kooperation Arbeiter Samariter Bund (ASB)- und LVR-Klinik Viersen in Planung/ Eröffnung 2026 / 2027)
- PIA mobil seit Anfang 2024 / gerontopsychiatrische Stationsäquivalente Behandlung (StäB) ist geplant.
- Eingliederungshilfe (EGH) und Niederschwellige Tagesstruktur (LT24) auch für ältere Menschen
- Assistenzleistungen auf Einzelantrag auch im Einzelfall vorübergehend im Seniorenheim für eine kurze Zeit möglich
- Leistungen natürlich auch kombinierbar

Eine zentrale Bedeutung hat aus Sicht des GPV die neu aufgestellte Fallkonferenz. Fallanmeldungen sind über einen der drei Sprechenden möglich, d.h. der GPV lädt ein, hat ein breiteres Spektrum an Adressaten zur Verfügung als z.B. der Eingliederungshilfeträger im Rahmen der Gesamt- oder Teilhabeplanung. Der LVR ist durch das Fallmanagement beteiligt. Ziele sind: Lösungen finden, Ergebnisse gemeinsam tragen, z. B. sind mehrere Träger in einem Fall im Sinne der gemeinsamen Versorgungsverpflichtung sowohl in einer Leistung als auch mit verschiedenen Leistungen möglich.

Beispiele verschiedener gleichzeitiger Möglichkeiten / leistungsträgerübergreifende Fallkonstellationen: Pflege SGB XI (Sozialgesetzbuch Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung) / Jobcenter SGB II (Bürgergeld, Grundsicherung für Arbeitssuchende) / Stationsäquivalente Behandlung (StäB) oder Soziotherapie SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) / Eingliederungshilfe SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen), (Betreutes Wohnen (BeWo), Tagesstruktur, besondere Wohnform, Werkstatt für behinderte Menschen).

Soziotherapie ist oftmals eine nicht zu unterschätzende Möglichkeit, um z.B. nach einer Klinikentlassung weitere Hilfen oder Behandlungen zu installieren. Beispielsweise Unterstützung bei der Suche nach einem Pflegedienst, Tagesstruktur, Ambulant Betreutes Wohnen, etc.

Mögliche Adressaten für eine Fallanmeldung als auch einzuladende Gäste: LVR-Fallmanagement / Kommune (Kreis Viersen) / Jobcenter / Leistungsanbieter Soziale Teilhabe (Wohnen, Arbeit) / Polizei / Ordnungsämter / Feuerwehr / gesetzliche Betreuende / »PeRisiko« (Personen mit Risikopotential – Polizeibehörden NRW) / etc. Stellt sich noch die Frage, wer koordiniert im Einzelfall? Hier sind selbstverständlich je nach Möglichkeit (und möglicher Hilfen) und Wünschen des / der Betroffenen verschiedene Lösungen möglich:

- Einzelfallabhängig
- Soziotherapie (Behandelnde)
- Kelp: Fallmanagement Jobcenter
- gesetzliche Betreuung
- Bezugsperson Eingliederungshilfe
- StäB: in der Regel Peers

Tagesstruktur für ältere psychisch kranke Menschen

- EGH und LT 24 (Tagesstruktur) auch für ältere Menschen
- 2023 ca. 1492 Menschen mit psych. Erkrankung im Kreis Viersen in der EGH, davon ca. 18 % mindestens 61 Jahre alt
- Davon ca. 178 Menschen LT 24 aus dem ambulanten Bereich und ca. 79 aus dem stationären Bereich (bes. Wohnform), davon jeweils ca. 10% mindestens 61 Jahre alt
- Trägerübergreifend
- Beantragung kein Problem, da Soziale Teilhabe! SGB IX

Vorteile von Kooperationen in einer festgelegten Region

- Bessere Verständigung untereinander
- Die gemeinsame Umsetzung von Aufgaben führt zu einem großen Kompetenzzuwachs
- Erfahrung gemeinsam getragener Verantwortung entlastet den einzelnen Träger und unterstützt die Mitarbeitenden bei ihrer oft schweren Arbeit
- Notwendige gemeinsame Fortbildung und gemeinsame Haltungen führen zu höherer Effizienz
- Ganz wichtig: Höhere Glaubwürdigkeit beim zuständigen Leistungsträger!!!

Aus einer gelungenen Kooperation entstehen auch immer neue Kooperationen

- Wir arbeiten mit Peers in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Elterngruppe), in der Arbeitstherapie (Stabilisierungsgruppe), in der Tagesklinik (IWS/ in Würde zu sich stehen); alle Gruppen gem. mit Personal der Klinik
- Wir betreiben seit 2020 in einem Neubau der LVR-Klinik eine große Cafeteria für Psychiatrie/ Orthopädie/ Forensik und Fortbildungsbereich (gemischtes Team/ 10 Angestellte der PHG, davon 6 Klienten, z.T. mit 30 Std.)
- Vertreten im Ethikrat und im forensischen Beirat der Klinik

Ältere psychisch kranke Menschen in der Eingliederungshilfe

Marion Locher

Durch die Enthospitalisierung in Berlin in den 1990er Jahren kamen viele älter gewordene psychisch kranke Menschen aus unterschiedlichen stationären Settings in die neu aufgebauten ambulanten Angebote der Sozialpsychiatrie. Auch Menschen aus gerontopsychiatrischen Stationen fanden Aufnahme in neu gegründeten Wohngemeinschaften oder in Einzelfällen auch in eigenem Wohnraum.

Daher ist die Unterstützung im Rahmen der Eingliederungshilfe von Menschen in einem höheren Lebensalter etwas Normales in unserem Alltag. Derzeit bieten wir als Träger gGmbH im Bezirk Berlin-Reinickendorf ambulant ca. 40 Personen zwischen 60 und 65 Jahren und ca. 25 Menschen über 65 Jahren Assistenzleistungen an. In unseren zwei besonderen Wohnformen mit insgesamt 46 Zimmern sind es derzeit fünf Menschen zwischen 60 und 65 Jahren und acht über 65 Jahren, die Assistenzleistungen erhalten.

In Berlin haben die Organisationen ihre Angebote unterschiedlich aufgebaut, die größte Anzahl der Menschen erhält die Unterstützung in der eigenen Häuslichkeit. In Therapeutischen Wohngemeinschaften (TWGs) gibt es Konzepte mit homogenen Altersgruppen, aber auch altersgemischte Angebote. In den Wohngemeinschaften der Träger gGmbH entstehen durch die gemeinsame Versorgungsverpflichtung im Gemeindepsychiatrischen Verbund oft altersgemischte Konstellationen. Dies ist, ähnlich wie in Familien, nicht immer unproblematisch, insbesondere, wenn Menschen intensiv pflegebedürftig werden und dies zu Belastungen im häuslichen Umfeld führt. Hin und wieder müssen dann andere Orte gefunden werden, wo das Zusammenleben, trotz der weiteren Einschränkungen, besser möglich ist.

In den tagesstrukturierenden Angeboten unseres Bezirks können Menschen so lange teilhaben, wie es sinnvoll ist, vor allem, wenn sie dort schon vor dem 65. Lebensjahr Leistungen erhalten haben. Seltener gibt es die Variante, dass die Menschen Assistenzleistungen erhalten und einen Platz in Tagesstätten der Pflege nach SGB XI (Sozialgesetzbuch Elftes Buch - Soziale Pflegeversicherung) nutzen.

In Einzelfällen erhalten auch heute noch Menschen, die über 65 Jahre alt sind, erstmals Assistenzleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe. Dies kam in der Vergangenheit, auch für deutlich ältere Menschen, allerdings häufiger vor.

In unseren besonderen Wohnformen gibt es keine spezifischen altersbezogenen Angebote. Die Menschen können dort unabhängig vom Alter verbleiben,

solange sie die Assistenzleistung benötigen. Es wird eine individuelle Planung erstellt, so dass die Wünsche und Bedarfe erfasst werden und die notwendige Unterstützung erfolgen kann. Selten haben ältere psychisch kranke oder abhängigkeitskranke Menschen in diesen Wohnformen noch ein familiäres Netzwerk. Der Betreuungskontext stellt damit auch immer eine Art Familienersatz dar – und dennoch bleibt das Ziel bestehen, Angebote im Sozialraum zu erschließen, soweit dies möglich ist. Sollte im Einzelfall externe Unterstützung z.B. bei der Pflege benötigt werden, weil die vorhandenen Kompetenzen nicht ausreichen, so wird dies bisher in Absprache mit dem Teilhabefachdienst (THFD) geregelt, indem nicht alle bewilligten Leistungen selbst erbracht werden und dafür die extern eingekaufte Leistung finanziert wird. Schwierig wird es, wenn ältere psychisch erkrankte Menschen eine Pflegeeinrichtung benötigen. Zum einen liegt dies am Mangel an Plätzen in geeigneten Heimen, zum anderen aber auch an den bestehenden Problemlagen. Sobald bei den Menschen aggressives oder anderweitiges herausforderndes Verhalten bekannt ist, führt dies oftmals zur Absage der Pflegeeinrichtungen, da die Sorge besteht, dass das dort tätige Personal kündigt. Es verbleiben also hin und wieder Menschen länger in der besonderen Wohnform, da keine Weitervermittlung möglich ist. Ähnliches passiert, wenn es um die Suche nach einem eigenen Wohnraum geht. In den Seniorenwohnhäusern sind in der Regel alle Wohnungen vermietet und beim Freiwerden einer Wohnung wird genau geprüft, wer einziehen kann, damit der Hausfriede nicht gestört wird. So haben auch hier Menschen mit auffälligerem Verhalten kaum Chancen.

Eine neue Entwicklung in Berlin besteht derzeit darin, in den besonderen Wohnformen die Teilhabeleistungen von den Pflegeleistungen trennen zu wollen. Ungeachtet der Regelung des § 43a SGB XI wird derzeit vom Land Berlin versucht, die Zeiten für den Pflegebedarf von den Zeiten des Gesamtbedarfes der Menschen abzuziehen und so die Zeiten der Assistenz zu ermitteln. Dabei kursieren Aussagen, dass die Eingliederungshilfe (EGH) nachrangig zur Pflege sei. Konsequenzen hat es derzeit für die bereits Assistenzleistungen erhaltenden Menschen in den besonderen Wohnformen noch nicht, es ist nur ein aufwändiges und fragliches Geschehen, das in den Bezirksämtern zusätzliche Kosten verursacht und ohnehin schon knappes Personal auf allen Seiten unnütz bindet.

Dem Argument, es würden Leistungsberechtigten Pflegeleistungen vorenthalten, ist schwer zu folgen. Derzeit erhalten die Menschen die Unterstützung nach ihrem tatsächlichen Bedarf und nicht wie in der häuslichen Pflege nach dem Teilkasko Prinzip, also ein Pauschalwert je nach Pflegegrad. In den neuen Überlegungen des Landes Berlin soll es keine zusätzlichen Leistungen geben,

sondern die Pflegeleistungen werden von den Assistenzleistungen nach einem sehr pauschalierten Verfahren abgezogen, daher verringern sich die individuellen Leistungen für die Teilhabe.

Im ambulanten Setting gibt es im Bezirk seit langem eine (mehr oder minder gelungene) Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitenden der Leistungserbringer der Eingliederungshilfe und der Pflegedienste, insbesondere für ältere Menschen. Einige dieser Dienste hatten sich ursprünglich auf den Personenkreis der psychisch erkrankten Menschen spezialisiert (dies gibt es inzwischen kaum noch). In gemeinsamen Fallkonferenzen wurden die individuellen Problemlagen und weiteren Planungen diskutiert und die Erstellung des Berliner Behandlungs- und Rehabilitationsplans besprochen. Dabei wurde auch miteinander gerungen, etwa über unterschiedliche Vorstellungen von notwendiger Hygiene oder über die grundsätzliche Frage, wie lange ein Mensch mit starken Beeinträchtigungen in seiner Wohnung bleiben kann. Das Spannungsfeld zwischen Zumutbarkeit und Fahrlässigkeit wurde gemeinsam ausgelotet. Meist sind Mitarbeitende aus der EGH länger bereit, Menschen in ihrer Häuslichkeit zu begleiten, insbesondere wenn dies der ausdrückliche Wunsch der Klienten oder Klientinnen ist. Häufig kam in diesem Zusammenhang die Frage der Verantwortlichkeit auf: Was ist, wenn etwas mit dem Menschen passiert, sind wir dann schuld, vielleicht sogar regresspflichtig oder landen mit einer Negativschlagzeile in den Medien?

Durch die Zusammenarbeit und den Austausch konnten hier aber meist Wege gefunden werden, dem Wunsch der Klienten und Klientinnen zu folgen. Wichtig dafür war die wechselseitige Teilnahme an Dienstbesprechungen, um die jeweiligen Sichtweisen und Rahmenbedingungen besser zu verstehen und zu einem gemeinsamen Verständnis zu gelangen.

Dieses bewährte Vorgehen ist in den letzten Jahren erheblich zurückgegangen, insbesondere durch den Kosten- und damit Zeitdruck in der Pflege.

Auch für die Leistungserbringer der EGH in Berlin verändern sich gerade die Bedingungen. Im neuen, vom Land favorisierten, Vergütungssystem sollen das Zeitbudget für die koordinierende Bezugsperson wegfallen und die Absprachen und der fachliche Austausch nur erfolgen, wenn dies vorher in der Ziel- und Leistungsplanung für die Leistungsberechtigten berücksichtigt wurde. Das ist bei spontanen Bedarfen, die durch die psychischen Krisen oft entstehen, schwierig. Ansonsten müssen die Teilhabeplanerinnen und -planer die Koordination der unterschiedlichen Dienste vor Ort für die Klienten und Klientinnen übernehmen. Dabei besteht derzeit schon ein großer Stau an Bearbeitung von Neuanträgen und Überprüfungen, u.a. weil viele Stellen nicht besetzt und die Mitarbeitenden in den Teilhabeämtern überfordert sind. Daher besteht die Sorge, dass die Teilha-

bepflegter und -pflegerinnen diese Aufgabe auch in Einzelfällen nicht übernehmen können und die Mitarbeitenden der Leistungserbringer sie nicht mehr finanziert bekommen.

Ein weiteres Problem war und ist die Finanzierung der Einsätze der Pflegedienste, wenn die aufzusuchenden Menschen nicht zu Hause sind oder nicht öffnen, bzw. die Pflegekräfte wieder wegschicken. Da dies nicht finanziert wird, muss ein Mindestmaß an Verlässlichkeit für die Einsätze gegeben sein, was bei dem Personenkreis der älteren Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen nicht immer vorauszusetzen ist. Daher erhält diese Personengruppe oft eine Absage für die Erbringung der Leistungen nach SGB XI. Auch hier passiert in Berlin gerade Ähnliches in der Eingliederungshilfe durch die Veränderung des Finanzierungssystems von Tagessätzen zur Fachleistungsstunde. Die Flexibilität in der Arbeit vor Ort wird damit stark eingeschränkt, denn es stellt sich z.B. die Frage, wie oft kann versucht werden, Kontakt zu einem Menschen aufzubauen, der diesen im Moment schwer zulassen kann. Zusätzlich wird inzwischen auch öfter von der »Nichtteilhabefähigkeit« gesprochen. Diese wird wahlweise gebraucht, wenn die Menschen nicht die Unterlagen für den Antrag einreichen (meist nicht einreichen können) oder aber keine Ziele angeben wollen oder können. Auch führt bei den Teilhabepflegern und -pflegerinnen die Aussage der Menschen, dass sie keine Unterstützung benötigen, dazu, dass es keine Assistenzleistungen gibt.

Durch den Fachkräftemangel bei den ambulanten Pflegediensten hat sich die Lage noch zugespitzt, und es bestehen inzwischen große Probleme, noch Pflegedienste zu finden, die diesen Personenkreis versorgen. Die besonderen Reaktionsweisen, Verhaltensmuster und Krisen älterer psychisch kranker Menschen stellen oft eine Überforderung für Mitarbeitende dar - insbesondere, wenn die angebotene Hilfe direkt oder indirekt abgelehnt wird. Die Forderung aus den Teilhabefachdiensten, dass ein Teil der notwendigen Unterstützung durch Pflegeleistungen zu erbringen ist, läuft dann ins Leere. Entweder werden die Hilfen nicht erbracht und der (meistens hygienische) Zustand der Menschen und oder ihres Wohnumfelds verschlechtert sich – oder die Mitarbeitenden der Eingliederungshilfe erbringen diese Leistung, ohne dafür einen Auftrag zu haben.

Wie bereits erwähnt, war die Zusammenarbeit zwischen den Anbietern der Eingliederungshilfe und den Pflegediensten durch gemeinsame Besprechungen und Fallkonferenzen strukturiert. Es konnten notwendige konkrete Absprachen und Planungen miteinander abgestimmt werden.

Die im Gesamtplan vorgesehene gemeinsame Planung bei Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit soll nun nach SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Men-

schen mit Behinderungen) und XI auf einer anderen Ebene stattfinden. Daran teilnehmen sollen die Teilhabeplaner und -planerinnen aus der EGH, die die Menschen persönlich kennen und die Bedarfsermittlung vornehmen und die zuständigen Sachbearbeiterinnen und -bearbeiter der Pflegekasse, die allerdings im Regelfall die Menschen nicht kennen, sondern zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit externe Gutachten beauftragen.

Dies führt dazu, so schildern Mitarbeitende aus der EGH, dass der Nutzen einer gemeinsamen Gesamtplanung für die Praxis nicht gesehen wird. Wenn diese (in wenigen Fällen) dennoch angedacht war, haben sich letztlich die Klientinnen und Klienten (bzw. ihre rechtlichen Betreuer und Betreuerinnen) gegen die »Leistungen aus einer Hand« ausgesprochen und wollten selbst mit den Pflegekassen die Leistungen verhandeln.

In Berlin gibt es keine regelhaften gemeinsamen Gesamtplanungen der Eingliederungshilfe mit der Pflege und sehr selten mit anderen Leistungsträgern. Das berichten Mitarbeitende aus dem Teilhabeamt, aber auch Kollegen und Kolleginnen aus anderen Organisationen in verschiedenen Berliner Bezirken. Der organisatorische Aufwand in Zeiten des Personalmangels bei den Leistungsträgern wird als viel zu hoch angesehen, daher läuft es weiterhin so, dass alle Leistungsträger die Planung eigenständig übernehmen. Absprachen erfolgen lediglich durch die verschiedenen Leistungserbringenden mit den Klienten und Klientinnen vor Ort.

Als Resümee lässt sich festhalten, dass in der Praxis kein Vorteil für das Prozedere der gemeinsamen Gesamtplanung gesehen wird. Da die jeweiligen Sozialgesetzbücher die Verfahren und damit auch die Planungen der Leistungen regeln, wird die Gesamtplanung als zusätzliche Aufgabe erlebt – ohne spürbaren Mehrwert für die Klientinnen und Klienten oder die Bearbeiter und Bearbeiterinnen. Die Probleme, zu einer gemeinsamen personenzentrierten Hilfebedarfsermittlung und dann auch Deckung des Hilfebedarfs der unterschiedlich beteiligten Kostenträger zu kommen, lassen sich aufgrund der Versäulung der unterschiedlichen Sozialgesetzbücher nicht durch das Gesamtplanungsverfahren lösen. Dies trifft alle Leistungsberechtigten und nicht nur die Gruppe der älteren psychisch kranken Menschen.

Ein weiteres Resümee ist, dass bestehende Bedarfe auf Leistungen zur Teilhabe unabhängig vom Alter bewilligt werden müssen, um Menschen ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Dabei ist es besonders wichtig, die individuellen Wünsche und den Teilhabebedarf zu ermitteln, um die geeignete Unterstützung zu finden, sei es im Zusammenleben mit anderen oder auch in der eigenen Häuslichkeit. Hierzu muss die notwendige Unterstützung, wenn sie

denn von unterschiedlichen Leistungserbringern kommt, weiterhin Vorort von den jeweiligen Mitarbeitenden in Absprache mit den Leistungsberechtigten direkt koordiniert und abgesprochen werden.

Schnittstelle Eingliederungshilfe und Pflege

Tom Kaiser

Die Zusammenfassung der Präsentation (https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Jahrestagung_2024/Kaiser_Symposium_6_04.11.2024.pdf) bietet einen Einblick in die Situation älterer Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Schnittstelle Eingliederungshilfe und Altenpflege und beleuchtet dabei Anspruch und Realität am Beispiel des **Daheim e.V.** im **Kreis Gütersloh**. Ziel ist es, die Lücke zwischen rechtlichen Vorgaben, tatsächlicher Versorgungslage und zukunftsgerichteten Lösungsansätzen darzustellen.

Der Träger: Daheim e.V.

Daheim e.V. wurde 1989 von pflegenden Angehörigen und in der Pflege tätigen Personen gegründet. Im Zentrum der Arbeit steht seit jeher das Bestreben, eine **ambulante Versorgung in der eigenen Häuslichkeit** zu ermöglichen – insbesondere für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Demenz. Dabei reicht das Spektrum der Leistungen von alltagspraktischer Unterstützung bis hin zu komplexen Pflege-, Betreuungs- und Eingliederungshilfen.

Aktuell beschäftigt Daheim e.V. rund **900 Mitarbeitende** und **30 Auszubildende**. Das Leistungsspektrum umfasst unter anderem:

- **17 ambulant betriebene Hausgemeinschaften** für Menschen mit dementiellen und/oder psychischen Erkrankungen,
- **1 Hausgemeinschaft für junge Menschen mit Demenz,**
- **9 Tagespflegen,**
- **1 Kurzzeitpflegeeinrichtung,**
- **3 ambulante Pflegedienste,** die etwa **600 Menschen** versorgen,
- **3 Teams der ambulanten Wohnbetreuung** für etwa **450 betreute Personen,**
- **3 Begegnungszentren,**
- **150 eigene Wohnungen** für Menschen mit Unterstützungsbedarf,
- sowie eine **Tochtergesellschaft »gepflegt leben gGmbH«**, die auf die Versorgung von Menschen mit Eingliederungs- und Pflegebedarf spezialisiert ist.

Zielsetzung und Grundhaltung

Die Grundhaltung von Daheim e.V. lautet: »**Mit den Schwächsten beginnen.**« Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere im Alter oder in psychosozialen Krisen, sollen Alternativen zur Heim- oder Klinikunterbringung erhalten. Dabei verfolgt der Träger konsequent das Prinzip »**ambulant vor stationär**«. Ziel ist es, Selbstständigkeit und Teilhabe auch im hohen Alter zu ermöglichen – unabhängig vom Pflegebedarf.

Einblicke in die Versorgungsangebote

Die Präsentation zeigt exemplarisch zwei ambulante Hausgemeinschaften:

- Die Hausgemeinschaft im Klosterdorf mit 16 Plätzen,
- sowie der Duhmes Hof mit 12 Plätzen.

Diese Einrichtungen bieten ein Zuhause auf Zeit oder Dauer, das auf den Bedarf psychisch erkrankter und pflegebedürftiger Menschen abgestimmt ist. Die Wohnformen sind in das soziale Umfeld eingebettet, individuell gestaltbar und orientieren sich an Alltagsstrukturen.

Besonderheit – Der Duhmes Hof: Versorgung junger Menschen mit Demenz

Ein Beispiel für spezialisierte Versorgungsangebote im Rahmen der Eingliederungshilfe ist der **Duhmes Hof** in Rietberg-Mastholte. Diese Einrichtung wurde gezielt für **Menschen mit einer früh einsetzenden Demenzerkrankung** konzipiert – eine Zielgruppe, die sowohl in der Eingliederungshilfe als auch in der Pflegeversorgung bislang nur unzureichend berücksichtigt wird.

Junge Menschen mit Demenz – häufig unter 65 Jahren erkrankt – stellen in mehrfacher Hinsicht eine besondere Herausforderung dar. Einerseits sind sie körperlich häufig noch relativ mobil und aktiv, andererseits benötigen sie aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen intensive Unterstützung im Alltag. Die klassische Altenpflege ist auf diesen Personenkreis nicht ausgerichtet. Gleichzeitig greift die Eingliederungshilfe oft zu kurz, da dort altersuntypische Krankheitsverläufe nicht immer adäquat abgebildet sind.

Der Duhmes Hof schließt hier eine wichtige Versorgungslücke an der **Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Pflege**. Das Konzept sieht eine barri-

erefreie, gemeinschaftliche Wohnform mit zwölf Plätzen vor, die sich speziell an jüngere demenziell veränderte Menschen richtet.

Die Einrichtung kombiniert dabei Elemente aus beiden Hilfesystemen: Die pflegerische Grundversorgung erfolgt eng verzahnt mit psychosozialer Betreuung, Förderung von Alltagsfähigkeiten und der Integration in das soziale Umfeld.

Besonderheiten des Duhmes Hof sind:

- die **altersgerechte und bedarfsorientierte Ausstattung**, z. B. Einzelzimmer mit eigenem Bad, Bewegungs- und Sinnesangebote im großzügigen Außenbereich sowie gemeinschaftlich genutzte Räume mit Alltagsstruktur gebenden Funktionen,
- ein **personenzentrierter Betreuungsansatz**, der sowohl auf Pflegebedürftigkeit als auch auf die Teilhabeziele gemäß SGB IX eingeht,
- die **Integration in das Gemeinwesen**: Regelmäßige Begegnungen mit Bürger:innen aus dem Ort und Teilhabe am kulturellen und sozialen Leben vor Ort.

Im bundesweiten Vergleich stellt diese Einrichtung eine **Ausnahme dar**. Die Versorgungslandschaft für Menschen mit Demenz unter 65 Jahren ist in Deutschland bislang sehr lückenhaft. Viele Betroffene müssen sich mit Angeboten in Altenpflegeheimen arrangieren, obwohl deren Strukturen und Angebote nicht auf ihre Lebensrealität zugeschnitten sind. Der Duhmes Hof kann daher ein Beispiel für ein innovatives, spezialisiertes Versorgungsmodell, das bundesweit als Vorbild dienen kann – sowohl in der praktischen Umsetzung als auch in der trägerübergreifenden Finanzierung und Organisation.

Status quo – zwischen Anspruch und Realität

Im Kreis Gütersloh gibt es **umfangreiche ambulante Angebote** im Rahmen der Wohnbetreuung, quartiersbezogene Rund-um-die-Uhr-Versorgung sowie bezahlbaren Wohnraum. Pflegedienste und Wohnbetreuung erfolgen unter einer Trägerschaft – was eine koordinierte und ganzheitliche Versorgung ermöglicht.

Trotzdem zeigt sich eine deutliche Diskrepanz zwischen dem rechtlichen **Anspruch der Eingliederungshilfe** und der tatsächlichen **Versorgungssituation**:

- Die Eingliederungshilfe zielt auf gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderung, einschließlich psychischer Erkrankungen.
- Leistungen der Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung sind grundsätzlich **gleichrangig** und dürfen **parallel** gewährt werden.

- Das **Lebenslagenmodell** ermöglicht die Fortführung der Eingliederungshilfe auch im Alter, insbesondere bei bestehendem Hilfebedarf.

Die Realität im Kreis Gütersloh

Obwohl der Kreis Gütersloh eine **langjährige Tradition gemeindenaher psychiatrischer Versorgung** besitzt – zurückgehend auf die Enthospitalisierung der 1980er Jahre –, bestehen strukturelle Herausforderungen:

- Der Aufbau von Angeboten erfolgte **teilweise ungesteuert**, ohne koordinierte kommunale Planung.
- In Regionen ohne **gemeindepsychiatrischen Verbund** wurden Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen häufig in Pflegeheime eingewiesen, zum Teil in geschlossene Gruppen.
- Es gibt Hinweise auf eine **Verlagerung** der Langzeitversorgung psychisch schwer Erkrankter von Einrichtungen der Eingliederungshilfe in klassische Pflegeeinrichtungen – entgegen dem gesetzlichen Auftrag.
- Die **Verweildauer in psychiatrischen Kliniken** wurde verkürzt, wodurch es häufig an geeigneten Anschlussangeboten mangelt – ambulante Hilfen sind nicht immer verfügbar.

Lösungsansätze und Entwicklungen

Um die bestehenden Versorgungslücken zu schließen, verfolgt der Kreis Gütersloh mehrere Lösungsansätze:

- Eine **aktive Koordination der psychiatrischen Versorgungsangebote** auf kommunaler Ebene.
- Eine **lebensweltorientierte Rehabilitation**, die den Alltag und das Umfeld der Betroffenen stärker einbezieht.
- Eine **verbesserte Kooperation** zwischen Leistungsträgern und -erbringern.
- Der **Ausbau ambulanter und aufsuchender Versorgungsmodelle**, insbesondere im Kontext der alternden Bevölkerung mit psychischen Erkrankungen.

Zukunftsperspektive

Die Präsentation schließt mit einem Appell, den **demographischen und gesellschaftlichen Wandel** als zentrale Herausforderung anzuerkennen. Um Menschen mit Unterstützungsbedarf wirksam zu helfen, müssen bestehende Angebote wei-

terentwickelt, neue Konzepte implementiert und gesetzliche Ansprüche realisiert werden.

Im Fokus stehen dabei:

- Der Ausbau der Angebotsvielfalt,
- eine stärkere **Fokussierung auf ambulante Hilfen**,
- ein **personenzentrierter Ansatz** in der Versorgung,
- sowie die Unterstützung bei der Inanspruchnahme von Leistungen.

Ziel bleibt die Ermöglichung echter Teilhabe – unabhängig von Alter, Diagnose oder Pflegegrad.

VII Personalbemessung, Fachkräftegewinnung und Versorgung

PPP-RL und Weiterentwicklung der Psych-PV

Anna Richert

Eine Diskussion über ein Personalbemessungssystem in der Psychiatrie ist in Anbetracht der demografischen Entwicklung in Deutschland und Westeuropa bis 2050 nur sinnvoll, wenn gleichzeitig über einen Systemwechsel in der Versorgung gesprochen wird. Wir brauchen einen Systemwechsel mindestens in der Versorgung durch das Krankenhaus¹, aber eigentlich des gesamten psychiatrischen Versorgungssystems im Sinn einer regionalisierten, populationsbezogenen psychiatrischen Versorgung unter Einbeziehung der regionalen Beratungs-, Rehabilitations-, Hilfs- und Pflegeangebote (SGB V Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung + SGB IX Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen + SGB XI Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung)². Versorgungsverpflichtung muss wieder als Recht der Betroffenen, insbesondere der schwer Kranken und in Alltagsfunktionen Eingeschränkten auf Versorgung verstanden werden.

Die Motivation von Mitarbeiter*innen aller Berufsgruppen, im psychiatrischen Bereich zu arbeiten, hängt auch von Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit ab. Fachkräftegewinnung basiert auch auf der erlebten Qualität der Arbeit³, die wiederum u.a. von der Qualität der Ausbildung geprägt wird. In der Ausbildung für die Psychiatrie wichtiger Berufe fehlt es an für die Gerontopsychiatrie wesentlichem Wissen, dazu gehören medizinische Inhalte, aber auch kohortenbezogene, wie Sprache sowohl im Hinblick auf Etikettierung⁴ als auch auf kulturelle Bezüge⁵, Zeitgeschichte, sowohl transkulturell wie der betreffenden Region Deutschlands⁶. Nicht nur, aber auch deshalb ist es notwendig, gerade in der Gerontopsychiatrie Angehörige und Laienhelfer*innen, die neben dem biografischen Wissen über dieses kulturelle Wissen verfügen, als gleichberechtigte Partner*innen zu akzeptieren, aber auch als Genesungsbegleiter*innen einsetzen zu können.

Die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)⁷ ist kein Personalbemessungssystem, sondern eine sanktionsbewehrte Richtlinie zur Festlegung von Personal-Untergrenzen, die Qualität in der stationären psychiatrischen Versorgung gewährleisten sollen. Es soll ein Beitrag zu einer

leitliniengerechten Behandlung geleistet werden, aber »Über die Vorgaben in § 107 Absatz 1 SGB V hinaus haben die Krankenhäuser im Sinne von § 1 Absatz 2 jederzeit das für die Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung der Patientinnen und Patienten erforderliche Personal vorzuhalten.«⁸ Wie das ohne ein Personalbemessungssystem geschehen soll, bleibt unklar. In der Praxis handelt es sich vor allem um einen enormen Aufwuchs an Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben, das bedeutet Kosten und Zeit, die von der Patientenversorgung abgezogen werden müssen. Die vorgesehenen Sanktionen gefährden darüber hinaus die psychiatrische Versorgung in Deutschland⁹.

Dabei hat die PPP-RL die (historisch bedingten!) Nachteile der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV)¹⁰ fortgeschrieben und verschärft, und gleichzeitig den positiven Ansatz dieses Personalbemessungssystems über Bord geworfen. Der revolutionäre Ansatz der PsychPV – ausgehend von der Psychiatrie-Enquête¹¹ – war für die Personalausstattung einer Station vom Patientenbedarf auszugehen. Sie war den zur Zeit ihrer Entstehung fortschrittlichsten psychiatrischen Behandlungskonzepten verpflichtet, und sie hat wesentlich zur Veränderung der Psychiatrie-Landschaft in Deutschland Ende des 20. Jahrhunderts beigetragen.¹² Dagegen schreibt die PPP-RL implizit psychiatrische Klinikmodelle der 1980er Jahre fort, mit dem Stationsbezug wie damit, dass hinter dem Begriff »Wechsel des Behandlungsbereichs« die Vorstellung vom Wechsel der Station steht. Stations- und Monatsbezug stehen dabei quer zur überfälligen Flexibilisierung und zur dringend notwendigen Beziehungskontinuität in der psychiatrischen Behandlung. Für Bereiche mit zeitgemäßen Behandlungsmethoden, bei denen Mitarbeiter*innen ihre Patient*innen sektorübergreifend betreuen, ist es fast unmöglich, einen PPP-RL-Nachweis zu erbringen. Das als Lösung bei Personalengpässen in Kliniken mit Versorgungsverpflichtung immer wieder vorgeschlagene Hin- und Herschieben von Personal oder ein temporäres Schließen von kleinen Klinikstandorten wie Tageskliniken trägt weder zur Qualität psychiatrischer Versorgung noch zur Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter*innen bei. Beibehalten hat die PPP-RL die Einstufung der PsychPV in Allgemein-, Sucht- und Gerontopsychiatrie und dazu, nur teilweise korrigiert, die Personalanhaltszahlen. Die den Personalzahlen der PsychPV zugrunde gelegten durchschnittlichen Verweildauern in den drei Einstufungsbereichen gingen aber schon dort nicht in den Stellen-Berechnungsalgorithmus ein. Damit wurde die steigende Arbeitsintensität bei gesunkenen Verweildauern der letzten Jahrzehnte nicht kompensiert. Insbesondere die Gerontopsychiatrie wurde dadurch benachteiligt – gerontopsychiatrische, oft multimorbide Patient*innen bekommen bei halbierten Verweildauern weniger Arztzeit zugesprochen als jüngere. Was auch

geändert wurde, waren die Einstufungskriterien: War es nach der PsychPV noch möglich, Direktaufnahmen in teilstationäre Behandlung für die erste, besonders intensive Zeit der Behandlung in »Regelbehandlung« (A1, S1, G1) einzustufen, wurde dies für Tageskliniken unmöglich gemacht. Zudem richtet sich die Einstufung in G mittlerweile nicht mehr nach Diagnose, Lebenszeitanamnese und Alter, sondern nur noch nach dem Alter. Dies alles sind Anpassungen, die in erster Linie der Vereinfachung von Rechenvorgängen geschuldet sind, und nichts mit Behandlungsqualität zu tun haben.

Ein sinnvolles Personalbemessungssystem geht – wie die PsychPV – vom Bedarf der Patient*innen aus, nicht vom Bedarf einer Institution oder von Kontrollalgorithmen. Es muss auf unterschiedliche Behandlungskonzepte anwendbar sein, d.h. auf Behandlungseinheiten mit Diagnosebezug wie eine Depressionsstation oder einen Bereich zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, und ebenso auf ein Bezugsstationssystem, bei dem Patient*innen bei jeder Aufnahme vom selben Team betreut werden. Es sollte Flexibilisierung ermöglichen, also nicht an einen bestimmten SGB V-Sektor gebunden sein, sondern sowohl voll- wie teilstationär und ambulant angewendet werden können, dabei sollte weniger der Sektor und vor allem der in einer bestimmten Krankheitsperiode eintretende Bedarf und damit Aufwand abgebildet werden können, weitgehend unabhängig davon, wo diese Behandlung stattfindet. Der durch das Bemessungssystem ausgelöste zusätzliche Dokumentationsaufwand sollte möglichst geringgehalten werden.

Die »Plattform Entgelt« der Fachgesellschaften hat ein Modell für ein solches Personalbemessungssystem entwickelt¹³. Es ist so angelegt, dass es grundsätzlich in allen Versorgungssektoren angewendet werden kann. Ausgehend vom Bedarf der Patient*innen werden personelle Aufwände und Aufgaben definiert. Dabei wurden allerdings sowohl die Einstufungskriterien als auch die Aufgabenbeschreibungen an die gesellschaftliche, medizinische und therapeutische Entwicklung der letzten Jahrzehnte angepasst. Dabei wurde versucht, in den Aufgabenbeschreibungen sowohl die Besonderheiten als auch die Überschneidungen in den Tätigkeitsfeldern der verschiedenen Berufsgruppen zu berücksichtigen. Aus einer Einstufung in die drei Behandlungsdimensionen psychiatrisch-psychotherapeutischer Bedarf, somatischer Bedarf und psychosozialer Bedarf mit zwei Stufen für Regel- und Intensivbehandlung ergeben sich acht Bedarfscluster, die Aufwände in verschiedenen Bereichen und von verschiedenen Berufsgruppen auslösen. Die Einstufung erfolgt im Vergleich zu Fallbeispielen.

Bisher gab es zwei Studien zu diesem Modell: Die »Machbarkeitsstudie«¹⁴, bei der in mehreren Kliniken das Verhältnis zwischen PsychPV-Einstufung und

Einstufung in das Plattform-Modell überprüft wurde, und »EPIK«, ein vom Innovationsfonds gefördertes Projekt zur »Überprüfung der Eignung des »Plattformmodells« für die Personalbemessung in der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie & Psychotherapie sowie in der Psychosomatischen Medizin & Psychotherapie«¹⁵. Vor allem EPIK wurde bereits in der Abschlussphase kritisiert: Die Studie war beschränkt auf den vollstationären Bereich, durch die fehlenden teilstationären und ambulanten Bereiche kam es möglicherweise zu Verzerrungen in Bezug auf die Einstufungen. Die Minutenwerte zu den Tätigkeiten wurden nicht empirisch ermittelt, sondern von Expert*innen aller Berufsgruppen geschätzt, hier könnte es zu überhöhten Minutenwerten gekommen sein, da vermutlich Überschneidungen bei Tätigkeiten, die mehreren Berufsgruppen zugeordnet werden können, nicht ausreichend berücksichtigt wurden. Zu einer abschließenden Bewertung muss allerdings der Abschlussbericht dieses Projekts abgewartet werden.

Trotz der Kritik an »EPIK« erscheint das Plattform-Modell aktuell als das beste der vorliegenden Konzepte. Die Plattform der Fachgesellschaften hat deshalb im Oktober 2024 beschlossen, die Weiterentwicklung des Modells voranzutreiben.

Literaturverzeichnis:

- 1 Achte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie (»Psych-Fächer«): Reform und Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung 29. September 2023
- 2 Versorgung weitergedacht – Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung durch das Krankenhaus. DGPPN Juni 2024
- 3 Momberger M.: Wie lässt sich die Arbeitszufriedenheit steigern? PPH 2023; 29(02): 77-81
- 4 Keller, T. H. Psychiatrie und Sprache. Themenzentrierte Interaktion. Nachdenken über Sprache 25. Jahrgang, 1/2011, Seite 14–22
- 5 Behrens Y., Langer P. Steigerung des sozialen Kapitals durch kultur- & sprachensible Versorgungsansätze im Gesundheitswesen. Gesundheitswesen 2020; 82(05): 465-466.
- 6 Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie e.V.(DGPPP) und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) vom 27.11.2015
https://dggpp.de/wp-content/uploads/2024/02/DGPPP_DGG_Stellungnahme_Reform_Pflegeberufe_112015.pdf
- 7 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behand-

- lung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie/PPP-RL) in der Fassung vom 19. September 2019, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 31.12.2019 B6), in Kraft getreten am 1. Januar 2020, zuletzt geändert am 21. März 2024, Veröffentlichung im Bundesanzeiger (BAnz AT 03.07.2024 B2), in Kraft getreten am 1. Juli 2024
- 8 PPP-RL §2 (1).
- 9 Positionspapier der Plattform Entgelt: »Klinik-Sanktionen: Psychiatrische Versorgung in Gefahr« vom 7.6.2024 <https://www.dgppn.de/aktuelles/stellungnahmen-und-positionen/klinik-sanktionen-psychiatrische-versorgung-in-gefahr-1.html>
- 10 Kunze H., Kaltenbach L. (Hrsgb.): Psychiatrie-Personalverordnung 5. Auflage Stuttgart 2005
- 11 Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung –Drucksache 7/4200 Deutscher Bundestag 7. Wahlperiode (Psychiatrie-Enquête, Bonn 1975)
- 12 Siehe: APK (Hrsgb.): 25 Jahre Psychiatrie-Enquête. Bonn 2001
- 13 <https://forum-fuer-gesundheitswirtschaft.org/projekte/plattform-modell/>
- 14 Deister A, Brückner-Bozetti P, Heuft G et al. Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychotherapie: Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie zum Plattform-Modell. Der Nervenarzt 92(5): 457-467 (2020)
- 15 <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/eppik-ueberpruefung-der-eignung-des-plattformmodells-als-instrument-zur-personalbemessung-in-psychiatrischen-und-psychosomatischen-kliniken.410> (Abschlussbericht ist in Vorbereitung).

KSVPsych-RL für Demenzen – was ist sinnvoll und warum?

Michael Krebs

Einleitung

Demenzen betreffen aufgrund der gesteigerten Lebenserwartung eine zunehmend größere Zahl von Menschen: Bis zu 30-40% der Menschen jenseits der 90 Jahre erkranken an einer Demenz (Nichols et al., 2019). Die Versorgungssituation von Demenzpatienten in Deutschland droht sich in Zukunft zu verschlechtern, da aufgrund der zunehmenden Fachkräfteproblematik im medizinischen Bereich in Deutschland (Johna, 2024) aufgrund des Renteneintritts der Babyboomer in Kombination mit einem Geburtenrückgang zunehmend mehr Demenzpatienten von weniger medizinischem Personal zu versorgen sind. Hinzukommen zudem Veränderungen der Arbeitseinstellung im Sinne von »New Work«: Während bei den Babyboomern und der Generation X noch eine große Identifikation (»Workaholic«) mit der Arbeit bestand, trifft dies auf die Generation Z und Alpha nicht mehr in dem gleichen Umfang zu, da die Freizeitgestaltung und Lebensqualität außerhalb der Arbeit wichtiger wird (»Work-Life Balance« bzw. »Work-Life Separation«) (Unicum Media, o. J.).

Medizinische Behandlungsansätze von Demenzen

In Ermangelung einer adäquaten kausalen Therapie steht weiterhin bei Demenzen die Erkennung (und ggf. Behandlung) potenziell behandelbarer (sekundärer) Demenzursachen sowie begleitender psychiatrischer Komorbiditäten an erster Stelle (Robinson et al., 2015). Außerdem steht – sowohl durch Antidementiva als auch nicht-pharmakologische Therapien – die Verlangsamung der Krankheitsprogression sowie der Verzögerung von stationärer Pflegebedürftigkeit im Vordergrund (Reuben et al., 2024).

Die aktuell viel diskutierten Antikörpertherapien wie z.B. mit Lecanemab bei Alzheimerdemenz scheinen viel versprechende Wirkungen, insbesondere in Frühphasen zu haben; ihr breiter Einsatz bei geschätzten EU-weiten Behandlungskosten von bis zu 133 Mrd. Euro jährlich scheint jedoch ungewiss (Jönsson et al., 2023).

Bedeutung der KSVPsych-Richtlinie für die Versorgung von schweren psychischen Erkrankungen

Die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für schwer psychisch erkrankte Versicherte mit komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2021) ist eine neue, vernetzte Behandlungsform für schwer psychisch Erkrankte. Zentral bei dieser Versorgungsform ist neben der Kooperation in einem Netzverbund der persönliche Austausch zwischen den beteiligten Leistungserbringern einschließlich digitaler Vernetzung (Krebs, 2022). Auf Patientenebene wird dabei das Ziel verfolgt, eine höhere Behandlungseffizienz durch verbesserte Kooperation und Abstimmung im Rahmen ambulanter Komplexbehandlung (Köhler et al., 2020) unter Zuhilfenahme einer koordinierenden Person zu erreichen.

Erste Daten aus dem Netzverbund der Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB) zur KSVPsych-RL deuten auf eine hohe Motivation der beteiligten Berufsgruppen zur Zusammenarbeit hin und auf eine überdurchschnittlich hohe Arbeitszufriedenheit bei dieser Art der vernetzten Arbeit. Dies bildet die Grundlage für eine verbesserte Qualität der Versorgung. Jedoch stehen dem allerdings hohe administrative Hürden entgegen wie z.B. großer Dokumentationsaufwand bei nur geringfügig verbesserter Vergütung im Vergleich zu anderen komplexen Versorgungsstrukturen wie im Rahmen von Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) oder Stationsäquivalenter Behandlung (StäB). Folge der schlechteren wirtschaftlichen Rahmenbedingungen ist, dass sich diese Versorgungsstruktur nur schwer – insbesondere bei hochkomplexen Krankheitssituationen aufrechterhalten lässt.

Ambulante Komplexbehandlung für Demenzen

Bei der Behandlung von Demenzen existiert ein hoher Abstimmungsbedarf unter den beteiligten Personen wie Haus- und Fachärzten, Pflege und Angehörigen, der durch die Koordination von Fachkräften oder Casemanagern mit entsprechender gerontopsychiatrischer Expertise erleichtert werden kann.

Im Unterschied zu Ausgestaltung der KSVPsych-Richtlinie in der aktuellen Form spielen Hausärzte neben Psychiatern und Neurologen als primäre Ansprechpartner, besonders bei Demenzverdacht, eine zentrale Rolle. Auf der anderen Seite ist Psychotherapie gegenüber der medizinisch-ärztlichen Versorgung bei

Demenzen deutlich weniger bedeutsam. Ein weiterer wichtiger Punkt ist – nicht zuletzt in fortgeschritteneren Demenzstadien – die Etablierung und Sicherstellung adäquater pflegerischer Versorgung.

Auf der Seite der Kostenstruktur bestehen ebenfalls deutliche Unterschiede: Bei Demenzen entfällt der überwiegende Kostenanteil auf Pflege und weniger auf stationäre Behandlung aufgrund der Demenz. Aus diesem Grunde ist für diese Patientengruppe die Einbeziehung von Leistungen der Pflegeversicherung obligat, um die gewünschten Behandlungseffizienzen zu erreichen.

Nötige Anpassungen der KSVPsych-RL für Demenzen

Die KSVPsych-RL bietet gute Ansätze für eine Verbesserung der ambulanten Versorgung von Demenzpatienten durch Fachärzte für Psychiatrie/Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde. Jedoch sind folgende Maßnahmen sinnvoll, um die KSVPsych-RL an die Versorgungsbedarfe von Demenzpatienten anzupassen:

- Einbeziehung von Hausärzten und anderen Fachärzten wie z.B. Neurologie
- Einbeziehung von Einrichtungen der Pflege wie z.B. Tagesstätten
- Verbesserte Einbeziehung von gerontopsychiatrischen Versorgungsstrukturen
- Stärkere Einbindung von Angehörigen in die Therapie
- Bürokratische Entlastung der Fachkräfte zur Fokussierung auf die Patientenbetreuung
- Erhöhung des Finanzierungsvolumens einschließlich Einbeziehung der Pflegeversicherung

Fazit

Die Versorgung von Demenzpatienten erfordert eine koordinierte und multiprofessionelle Herangehensweise mit Haus- und Fachärzten mit gerontopsychiatrischer Expertise. Die KSVPsych-Richtlinie mit ihrer koordinierten und strukturierten ambulanten Komplexbehandlung kann einen strukturellen Rahmen bieten, welcher jedoch an die spezifischen Bedürfnisse von Demenzpatienten und die dafür erforderlichen Versorgungsstrukturen angepasst werden muss. Hierfür ist insbesondere eine Einbeziehung von weiteren Leistungserbringer einschließlich der Pflegeversicherung und eine adäquate finanzielle Ausstattung zwingend erforderlich.

Zukünftig kommt – neben einer Verbesserung der Behandlung von Demenzen – mehr als bisher der Etablierung von Ansätzen zur (Demenz-)Präven-

tion (Livingston et al., 2017, 2024; Reuben et al., 2024; Robinson et al., 2015) wie z.B. Ernährung (Willett et al., 2019), Bewegung (Blondell et al., 2014) und Bildung (Stern, 2012) eine zentrale Bedeutung zu, um die gesellschaftlichen Herausforderungen von Demenzen zu meistern.

Literaturverzeichnis:

- Blondell, S. J., Hammersley-Mather, R., & Veerman, J. L. (2014). Does physical activity prevent cognitive decline and dementia?: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *BMC public health*, 14, 1–12.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2021). Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf—Gemeinsamer Bundesausschuss. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2668/KSVPsych-RL_2021-09-02_iK-2021-12-18.pdf
- Johna, S. (2024). Medizinischer Fachkräftemangel als strukturelles Problem. *Die Innere Medizin*, 65(9), 857–864. <https://doi.org/10.1007/s00108-024-01759-3>
- Jönsson, L., Wimo, A., Handels, R., Johansson, G., Boada, M., Engelborghs, S., Frölich, L., Jessen, F., Kehoe, P. G., & Kramberger, M. (2023). The affordability of lecanemab, an amyloid-targeting therapy for Alzheimer’s disease: An EADC-EC viewpoint. *The Lancet Regional Health–Europe*, 29. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100657>
- Köhler, S., Roth-Sackenheim, C., Navarro Ureña, A., & Mönter, N. (2020). Innovative ambulante Modelle. *Der Nervenarzt*, 91(11), 1003–1016. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-01010-y>
- Krebs, M. (2022). KSVPsych-Richtlinie: Vernetzte Versorgung für psychisch erkrankte Menschen. *NeuroTransmitter*, 33(5), 10–11.
- Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbæk, G., Alladi, S., Ames, D., Banerjee, S., Burns, A., Brayne, C., Fox, N. C., Ferri, C. P., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Nakasujja, N., Rockwood, K., ... Mukadam, N. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *The Lancet*, 404(10452), 572–628. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0)
- Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Burns, A., & Cohen-Mansfield, J. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The lancet*, 390(10113), 2673–2734.
- Nichols, E., Szoek, C. E., Vollset, S. E., Abbasi, N., Abd-Allah, F., Abdela, J., Aichour, M. T. E., Akinyemi, R. O., Alahdab, F., & Asgedom, S. W. (2019). Global, regional, and national burden of Alzheimer’s disease and other dementias, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*, 18(1), 88–106.

- Reuben, D. B., Kremen, S., & Maust, D. T. (2024). Dementia Prevention and Treatment: A Narrative Review. *JAMA Internal Medicine*, 184(5), 563–572. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.8522>
- Robinson, L., Tang, E., & Taylor, J.-P. (2015). Dementia: Timely diagnosis and early intervention. *BMJ*, 350, h3029. <https://doi.org/10.1136/bmj.h3029>
- Stern, Y. (2012). Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *The Lancet Neurology*, 11(11), 1006–1012.
- Unicum Media. (o. J.). Die Generation XYZ und die Babyboomer im Überblick. UNICUM Media. Abgerufen 29. Januar 2023, von <https://unicum-media.com/marketing-wiki/generation-x-y-z/>
- Willett, W., Rockström, J., Loken, B., Springmann, M., Lang, T., Vermeulen, S., Garnett, T., Tilman, D., DeClerck, F., & Wood, A. (2019). Food in the Anthropocene: The EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *The Lancet*, 393(10170), 447–492.

Personalbemessung und -entwicklung in der stationären Altenpflege

Neue Rollen, Strukturen und Chancen durch Pflegeprozessmanagement 2.0

Detlef Friedrich

1. Die Ausgangslage: Fachkräftemangel und Pflegerealität

Die Pflegebranche steht vor einer entscheidenden Weichenstellung: Der demografische Wandel trifft auf einen akuten Fachkräftemangel. Schon heute können viele stationäre Einrichtungen nicht mehr ausreichend Fachpersonal finden. Das Problem liegt jedoch nicht nur in der Zahl der Pflegekräfte, sondern in den Arbeitsbedingungen – viele wären bereit zu pflegen, wenn sich die Bedingungen verbessern würden. Eine bundesweite Studie zeigt ein ungenutztes Potenzial von bis zu 600.000 Vollzeitkräften.

Die Arbeitsbedingungen in der Pflege müssen sich ändern



Bundesweite Pflegepotenzialstudie: „Ich pflege wieder, wenn ...“ (Arbeitnehmerkammer Bremen, Institut Arbeit und Technik Gelsenkirchen und Arbeitskammer des Saarlandes)



Ausgang:
Fachkräftemangel in der Pflege... ist vielmehr ein **Mangel an Pflegekräften, die bereit sind, unter den derzeitigen Arbeitsbedingungen in der Pflege zu arbeiten**

Ergebnis: rechnerisches **Potenzial** von 300.000- 600.000 Pflegefachkräften in Vollzeit, **wenn sich die Arbeitsbedingungen ändern**

Tabelle 4: Die zehn wichtigsten Arbeitsbedingungen für Rückkehr bzw. Stundenerhöhung

Arbeitsbedingungen	Themenbereiche	wichtig/ ganz wichtig	n
1 Fairer Umgang unter Kolleg/innen	Organisation und Führung	97,4 %	6.654
2 Vorgesetzte, die wertschätzend und respektvoll sind	Organisation und Führung	96,5 %	6.655
3 Bedarfsgerechte Personalbemessung	Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung	95,1 %	7.707
4 Vorgesetzte, die sensibel für meine Arbeitsbelastung sind	Organisation und Führung	94,4 %	6.644
5 Nicht unterbesetzt arbeiten müssen	Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung	92,8 %	7.741
6 Mehr Zeit für menschliche Zuwendung	Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung	92,7 %	7.730
7 Vereinfachte Dokumentation	Organisation und Führung	91,0 %	6.642
8 Verbindliche Dienstpläne	Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	89,1 %	7.392
9 Augenhöhe gegenüber der Ärzteschaft	Organisation und Führung	89,1 %	6.612
10 Fort-/Weiterbildung = höheres Gehalt	Weiterbildung und Karriere	88,9%	6.344

Top-Themen Bereiche:
Berufliches Selbstverständnis & Anerkennung
und Organisation & Führung

Abb. 1

Die Pflege wird häufig als »Bermudadreieck« beschrieben, in dem Ressourcen, Motivation und Qualität zu verschwinden drohen. Ziel der aktuellen Reformen ist es, dieses Dreieck zu überwinden.

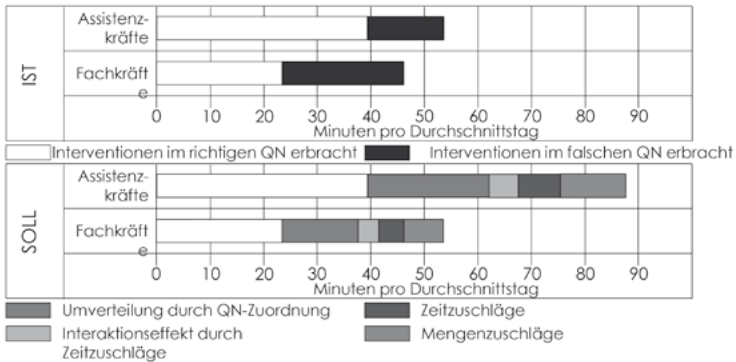
2. Das neue Personalbemessungsverfahren (§ 113c SGB XI (Sozialgesetzbuch Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung))

Mit dem Personalbemessungsverfahren PeBeM wird ein wissenschaftlich fundiertes Instrument eingeführt, das beschreibt, wie viel Pflegepersonal – differenziert nach Qualifikationen – tatsächlich erforderlich ist, um die heutigen Anforderungen an Pflege zu erfüllen.



Ausgangspunkt: Ergebnisse von PeBeM

Quantitative und qualitative Ergebnisse als Ausgangspunkt

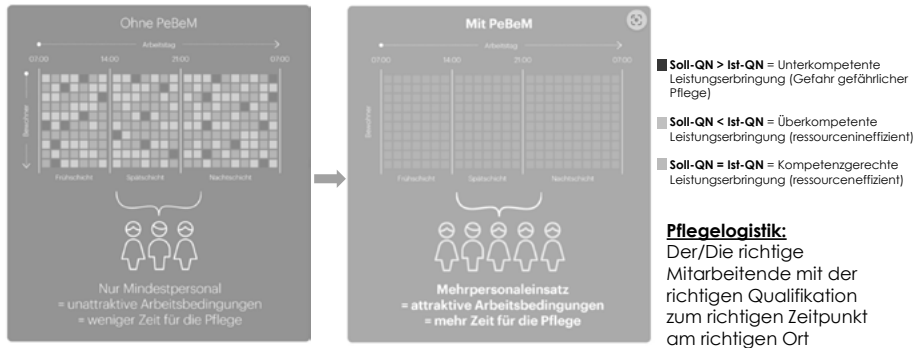


24.06.2025 © contec GmbH

Abb 2.

Im Durchschnitt ergibt sich ein Mehrbedarf von rund 36 %, insbesondere bei Assistenzkräften (QN 3). Dies erfordert nicht nur mehr Personal, sondern auch neue Wege in der Organisation, um die unterschiedlichen Kompetenzen sinnvoll einzusetzen.

§113c SGB XI Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen



Contec/PeBeM – Contec GmbH

24.06.2025 © contec GmbH

Abb. 3

3. Pflege neu denken: Pflegeprozessmanagement 2.0

Die Pflegepraxis muss sich ändern – nicht nur durch mehr Personal, sondern durch eine neue Struktur: Pflegeprozessmanagement 2.0 trennt erstmals die Aufgaben der Leitung entlang fachlicher Schwerpunkte:

- **Pflegeprozessmanager:in (PPM)** fokussiert auf Qualität für die Bewohner:innen (Pflegequalität).
- **Pflegeteamcoach:in (PTC)** kümmert sich um Qualität in der Arbeit (Teamentwicklung, Anleitung, Coaching).
- **Pflegedienstleitung (PDL)** bleibt strategische Gesamtverantwortung und disziplinarische Führung.

Diese Dreiteilung schafft eine deutliche Entlastung klassischer Leitungspersonen wie der WBL. Fachlichkeit und Mitarbeitendenentwicklung erhalten je eine eigene Rolle.

Die Rollenzuschneide und Verantwortlichkeiten werden an die Organisation und Kompetenzprofile kontinuierlich angepasst

Unterüberschrift (optional)



5 24.06.2025 contec GmbH

Abb. 4

4. Kompetenz statt Chaos: Qualifikationsorientierte Pflegeorganisation

Die Zunahme an Assistenzkräften verändert die Teamstruktur. Um die Qualität zu sichern, muss Pflege kompetenzorientiert organisiert werden: Wer was tut, hängt vom Qualifikationsniveau (QN) und von der Pflegesituation ab – nicht mehr vom Zufall oder von Zeitdruck.

Dazu werden neue Pflegeformen eingeführt: Tandems aus Pflegefach- und Assistenzkraft (Bezugspflege), abgestufte Zuständigkeiten nach QN und digitale Pflegeplanung mit SOLL-QN-Zuordnung.

5. Personalentwicklung als Motor der Transformation

Ein zentraler Baustein ist die kontinuierliche Personalentwicklung:

- Kompetenzerhebung und Zuordnung zu QN
- Qualifizierungsangebote (z. B. QN 2 → QN 3)
- Regelmäßige Entwicklungsgespräche (geführt durch PTC)

02 Change –das richtige Setting

Ziel

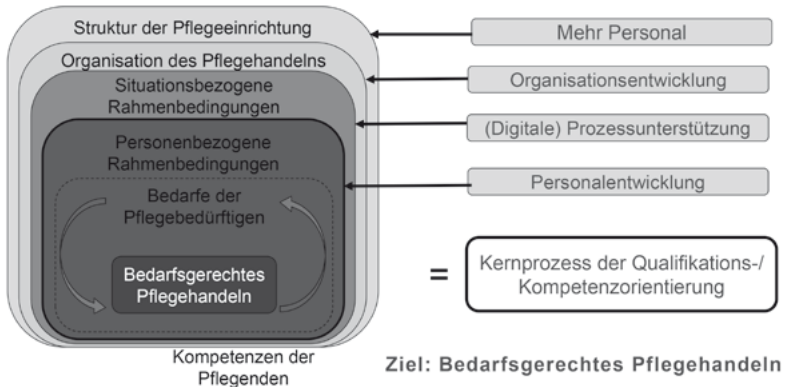


Abb. 5

Training-on-the-Job, Supervision und kollegiale Beratung werden zur Normalität. Pflegekräfte sollen wieder lernen, »Zeit für Pflege« zu haben – und die »richtigen« Dinge zu tun.

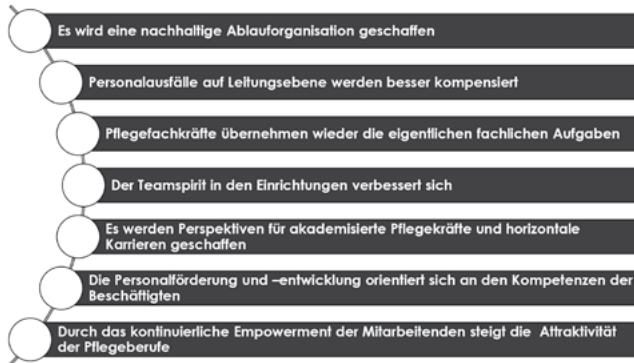
Fazit: Wandel gestalten – Pflege stärken

Der Wandel zur qualifikationsorientierten, entlastenden Struktur ist kein kurzfristiges Projekt, sondern ein kultureller Umbau. Einrichtungen, die frühzeitig starten, profitieren gleich doppelt:

1. Sie verbessern die Pflegequalität für die Bewohner:innen.
2. Sie schaffen attraktivere Arbeitsbedingungen – und gewinnen neues Personal.

Die Trennung von strategischer, fachlicher und entwicklungsorientierter Führung erlaubt es, Pflege nachhaltig neu zu denken – kompetenzorientiert, teamgestützt und bewohnerzentriert.

Durch Pflegeprozessmanagement 2.0 werden die Einrichtungen resilienter und flexibler.



7 24.06.2023 contec GmbH

Abb. 6

VIII Reha vor (bei) Pflege – Sicherstellung von medizinischer Rehabilitation

Sektorenübergreifende geriatrisch-gerontopsychiatrische Rehabilitation in Pflegeheimen: SGB Reha

Andreas Häusler

Das deutsche Gesundheitssystem steht vor großen Herausforderungen, um den steigenden Pflegebedarf für ältere Menschen zu bewältigen, der in den kommenden Jahren zunehmend erwartet wird. Im Jahr 2019 erhielten 4,1 Millionen Menschen Pflegeleistungen, wobei die Mehrheit zuhause betreut wurde und etwa 800.000 Menschen in der stationären Altenpflege lebten. Dabei ist die Zahl von Pflegebedürftigen zwischen 2019 und 2021 um 20,2% angestiegen. Auch die Zahl der Pflegebedürftigen in der vollstationären Pflege hat sich zwischen 2007 und 2021 um 15,7% erhöht (Destatis, 2022). Diese Entwicklungen sind einerseits dem erweiterten Pflegebegriff geschuldet, andererseits aber vor allem der demografischen Entwicklung mit einer höheren Lebenserwartung und der damit einhergehenden zunehmenden Multimorbidität (Rothegeang et al., 2012).

Hinzu kommt, dass das Risiko einer dauerhaften stationären Pflegeversorgung nach einem Krankenhausaufenthalt deutlich erhöht ist (van den Bussche et al., 2014). So bleiben 40% der Personen in der Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt dauerhaft in einer Pflegeeinrichtung (Kolip & Güse, 2004).

Dabei muss neben der Bewältigung des steigenden Pflegebedarfs, das Gesundheitssystem auch die Qualität der Pflege sicherstellen und dabei die umfassenden physiologischen, psychologischen und sozialen Bedürfnisse der Pflegeheimbewohner*innen berücksichtigen (Kalánková et al., 2020). Oftmals sind in Pflegeheimen organisatorische Mängel zu beobachten, die zu einer unzureichenden medizinischen oder psychosozialen Versorgung führen (Hyde et al., 2014). Viele ältere Menschen erleben einen Verlust von Autonomie und Lebenszufriedenheit (Brijoux et al., 2021) und leiden häufig unter Depressionen und Demenzen (Seitz et al., 2010). Depressive Erkrankungen werden dabei nicht nur durch körperliche Erkrankungen, sondern auch durch biopsychosoziale Faktoren wie den Verlust von Lebenssinn und sozialer Unterstützung beeinflusst.

Dem gegenüber werden jedoch viele Bewohner*innen in der stationären Altenpflege nicht adäquat therapeutisch versorgt: Unruhezustände, Apathie und depressive Symptome werden nur in wenigen Fällen therapeutisch adressiert (Majic et al., 2010).

Gleichzeitig hat sich in den letzten Jahren die Verantwortung und Aufgabenvielfalt im Pflegeberuf ausgeweitet, von grundlegenden Pflegeaktivitäten hin zu einer anerkannten Rolle in der medizinischen, psychologischen und therapeutischen Betreuung. Verschiedene Pflegekonzepte wie rehabilitative, therapeutische, aktivierende und bewegungsorientierte Ansätze existieren, jedoch fehlen oft klare Definitionen (Lautenschläger et al., 2014).

Rehabilitative Pflege zielt darauf ab, die Kompetenzen der Patient*innen in spezifischen Bereichen durch ein multiprofessionelles Team zu fördern und berücksichtigt auch die sozialen Auswirkungen von körperlichen und geistigen Einschränkungen (Roes, 2009). Insbesondere die geriatrische Rehabilitationspflege fokussiert auf die Verbesserung der körperlichen Funktionalität und Mobilität sowie der Selbstbestimmung und Sicherheit der älteren Patient*innen (Routasalo et al., 2004).

Therapeutische Pflege, die in multidisziplinären Teams praktiziert wird, konzentriert sich auf die Wiederherstellung von Selbstständigkeit und sozialen Fähigkeiten (Bartels & Eckardt, 2017) und betont die Bedeutung von Beziehungen zwischen Pflegenden, Patient*innen und Angehörigen. Positive Beziehungen und Empathie tragen wesentlich zum körperlichen und emotionalen Wohlbefinden der Patienten und zum Behandlungserfolg bei (Ludemann, 1968).

Kieslich (2011) konnte zeigen, dass ein sektorenübergreifendes multiprofessionelles Rehabilitationskonzept in der stationären Altenpflege die Alltagsfertigkeiten bei 50% der Bewohner*innen verbessert und auch das Risiko einer dauerhaften Heimeinweisung um 30% reduzieren kann.

Das Haus Ruhrgarten als Best Practice Modell

Ein solches therapeutisches-rehabilitatives Pflegekonzept verfolgt das Haus Ruhrgarten der evangelischen Altenhilfe in Mühlheim an der Ruhr. Durch einen verbesserten Personalschlüssel sowie durch Einbezug kommunaler Akteure gelingt es in vielen Fällen Pflegebedürftigen wieder zu mehr Selbstständigkeit zu verhelfen und auch wieder in die eigene Häuslichkeit zu entlassen.

Die Kernelemente dieses Best Practice Modells sind:

1. »Konsile« (Multiprofessionelle Fallbesprechungen)

In wiederkehrenden Fallbesprechungen aller Berufsgruppen der Einrichtung sowie unter Beteiligung von externen Therapeut*innen, Apotheker*innen und gerontopsychiatrischen Fachärzt*innen wird kontinuierlich die Medikation überprüft. Darüber hinaus entsteht hier eine individualisierte Pflegeplanung

basierend aus einer gemeinsamen Zielsetzung für die Bewohner*innen. Zugleich wird ein konkreter Aktionsplan für die nächsten therapeutischen Ziele erstellt.

2. Aufwertung der Pflege

Die therapeutischen Dienste leiten die Pflegekräfte zur Aktivierung der Bewohner*innen an. Diese aktivierende Pflege erfolgt somit nicht nur in festgelegten therapeutischen Einheiten, sondern vor allem auch im Pflegealltag. Die in dem Zusammenhang erfolgten Leistungen werden dokumentiert und stehen dabei allen Mitarbeitenden zur Verfügung. Der Pflege kommt hierbei eine besondere Rolle zu, da diese die in den Fallbesprechungen entwickelten Aktionspläne für die Bewohner*innen koordinieren.

3. Aufwertung der sozialen Betreuung

Eine große Rolle spielen im Haus Ruhrgarten auch die sozialen Betreuungskräfte, die ebenfalls bei der Aktivierung der Bewohner*innen durch Tagesaktivitäten (z.B. musische und künstlerische Angebote, Bewegungsübungen sowie Spiele) mitwirken. Soziale Betreuungskräfte unterstützen zudem eine gemeinschaftliche Tagesstrukturierung (z.B. Tischgemeinschaften beim Essen) (Desch et al., 2022).

Den höheren Personalkosten im Best Practice Modell stehen dabei Einsparungen durch seltenere und kürzere Krankenhausaufenthalte im Vergleich mit anderen regionalen Pflegeheimen gegenüber. Gleichmaßen sind die Kosten für Arzneimittel, Hilfsmittel und Fahrkosten geringer als in anderen Einrichtungen.

Hierdurch liegen die durchschnittlichen Gesamtkosten je Bewohner*in 37% unterhalb aller Pflegeheime in Nordrhein-Westfalen, 32,1% unterhalb aller Pflegeheime in Mühlheim an der Ruhr sowie 28,6% unterhalb der Gesamtkosten von stukturähnlichen Pflegeheimen.

Das SGB-Reha Projekt

Das oben kurz skizzierte Best Practice Modell wird gegenwärtig als innovationsfondsgeförderte Implementierungsstudie (SGB Reha) in zwölf Studieneinrichtungen in Nordrhein-Westfalen und in Hamburg umgesetzt.

Analog zum Best Practice Modell und auf Grundlage von quantitativen und qualitativen Voruntersuchungen erfolgt mit dem SGB Reha Projekt eine multidisziplinäre therapeutisch-rehabilitative Intervention, die neben den bereits dargestellten multiprofessionellen Fallbesprechungen sowie den therapeutischen

Impulsen durch die Pflege und die sozialen Dienste folgende Komponenten enthält (s. hierzu Abb. 1):

- Erweitertes Therapieangebot aus zwei von drei therapeutischen Clustern (Physiotherapie, Ergotherapie, Musik-/Kunstgeragogik),
- Schulungen der Mitarbeiter*innen der Einrichtungen inklusive externer Therapeut*innen zu therapeutisch-rehabilitativer, bewohner*innenorientierter und vergemeinschaftender Pflege und Tagesstrukturierung,
- Medizinisch-fachliche Beratung von gerontopsychiatrische Expert*innen zu herausfordernden Erkrankungskonstellationen,
- Schulung zur kollegialen Beratung und regelmäßige Sitzungen.

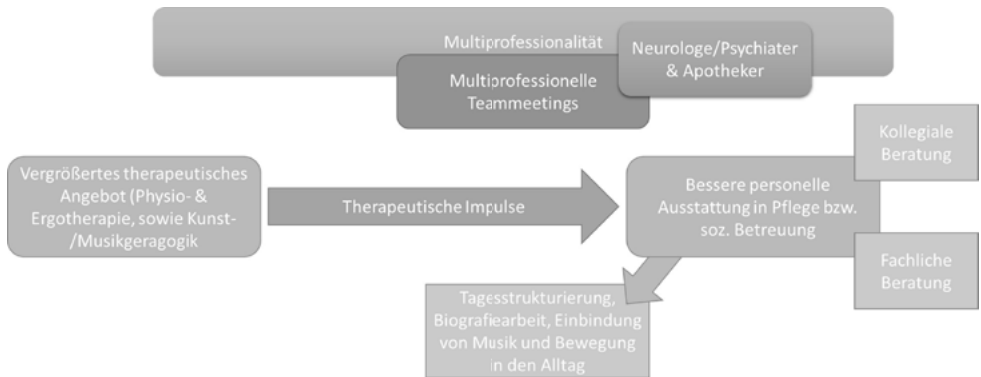


Abb.1 : SGB Reha Interventionselemente – eigene Abbildung

Die Fallbesprechungen erfolgen dabei in einem zweiwöchigen Rhythmus und wechseln zwischen »kleiner« und »großer« Fallbesprechung (wobei letztere neben dem hausinternen Behandler*innenteam zusätzlich auch eine*n Apotheker*in und eine*n Gerontopsychiater*in umfasst; vgl. Abb. 2) und verfolgen dabei mehrere Ziele: Klärung der medizinischen Diagnostik, Medikamentenmanagement mit Ziel der Reduktion von Polypharmazie und Psychopharmakagabe, sowie Erstellung eines multiprofessionellen Rehabilitationsplans.

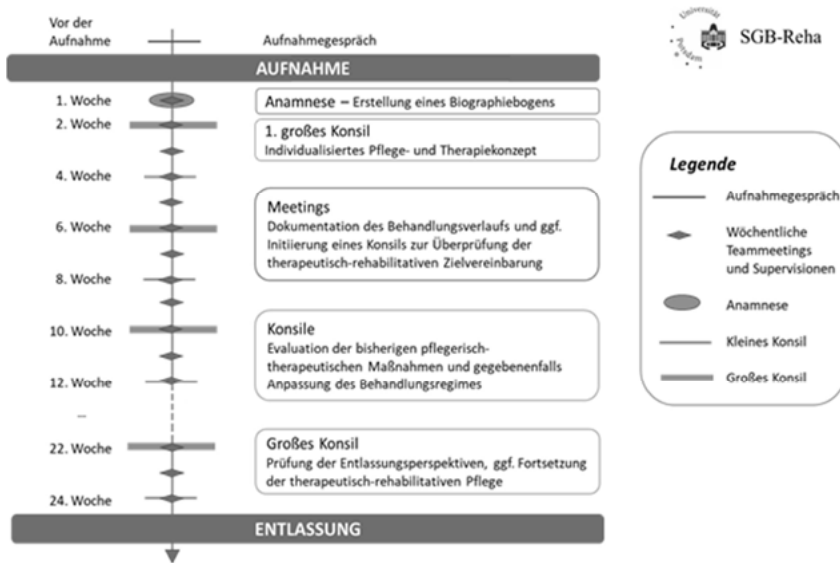


Abb. 2: Ablaufplan von großen und kleinen Fallbesprechungen (Konsilien) – eigene Abbildung

Studiendesign

In die Studie aufgenommen werden Bewohner*innen über 65 Jahre, deren Krankenhausaufenthalt nicht länger als zwölf Monate zurückliegt, die einwilligungsfähig sind und keine schweren Demenzen aufweisen. Insgesamt sollen 720 Bewohner*innen in einem Stepped Wedge Cluster-randomisierten Design in die Studie eingeschlossen werden (s. Abb. 3). Dem Design folgend erfolgt zunächst eine sechsmonatige Kontrollphase in allen zwölf Heimen. Im Abstand von sechs Monaten werden randomisiert vier Studieneinrichtungen der Intervention zugeführt. Pro Cluster und Studienperiode werden 15 Bewohner*innen in die Studie eingeschlossen. Die primären und sekundären Endpunkte werden zu drei Messzeitpunkten (T₀: Baseline, T₁: 3 Monate, T₂: 6 Monate) von verblindeten Assessor*innen erhoben.

Durch die SGB Reha Intervention wird beabsichtigt, die Selbstständigkeit (primäres Zielkriterium, SINGER-Index) der teilnehmenden Bewohner*innen zu verbessern. Daneben sollen als sekundäre Ziel eine Verbesserung der Mobilität, der Feinmotorik, der kognitive Leistungsfähigkeit, der Alltagsfertigkeiten sowie

		Assessmentphase												
		Kontrollphase			Interventionsphasen									
		Periode 1		Periode 2		Periode 3		Periode 4						
Messzeitpunkte:		T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2	
Quartal	Ort	N	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12
Heim 1	ländl.	60	Vorb.	Pilot-Phase	15	15	15	15	15	15	15	15	15	letzte Erh.
Heim 2	ländl.	60	Vorb.	Pilot-Phase	15	15	15	15	15	15	15	15	15	letzte Erh.
Heim 3	städt.	60	Vorb.	Pilot-Phase	15	15	15	15	15	15	15	15	15	letzte Erh.
Heim 4	städt.	60	Vorb.	Pilot-Phase	15	15	15	15	15	15	15	15	15	letzte Erh.
Heim 5	ländl.	60	Vorb.	Pilot-Phase	15	15	15	15	15	15	15	15	15	letzte Erh.
Heim 6	ländl.	60	Vorb.	Pilot-Phase	15	15	15	15	15	15	15	15	15	letzte Erh.
Heim 7	städt.	60	Vorb.	Pilot-Phase	15	15	15	15	15	15	15	15	15	letzte Erh.
Heim 8	städt.	60	Vorb.	Pilot-Phase	15	15	15	15	15	15	15	15	15	letzte Erh.
Heim 9	ländl.	60	Vorb.	Pilot-Phase	15	15	15	15	15	15	15	15	15	letzte Erh.
Heim 10	ländl.	60	Vorb.	Pilot-Phase	15	15	15	15	15	15	15	15	15	letzte Erh.
Heim 11	städt.	60	Vorb.	Pilot-Phase	15	15	15	15	15	15	15	15	15	letzte Erh.
Heim 12	städt.	60	Vorb.	Pilot-Phase	15	15	15	15	15	15	15	15	15	letzte Erh.
N		720			180	180	180	180	180	180	180	180	180	

Abb. 3: SGB Reha Stepped Wedge Design – eigene Abbildung

der Lebensqualität angestrebt werden. Die angestrebten Verbesserungen von Alltagsfertigkeiten, Mobilität und kognitiven Leistungsfähigkeit soll dazu beitragen, dass sich Krankenhausaufenthalte und damit einhergehend die Transportkosten reduzieren. Kostenreduzierend wirkt sich ebenfalls die angestrebte Reduktion von Multimedikation und Psychopharmagabe aus. Neben diesen gesundheitsökonomischen Kenngrößen soll sich durch die Verbesserung der Selbstständigkeit der Bewohner*innen in der Folge ebenfalls die Lebensqualität der pflegenden Angehörigen verbessern. Die durch die Intervention angestoßenen Veränderungen im Arbeitsprozess (verbesserte interprofessionelle Zusammenarbeit, personenzentrierter therapeutisch- rehabilitativer Pflegeansatz, Kollegiale Beratung) sollen ebenfalls auch die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden verbessert werden.

Zusammenfassung und Ausblick

Die SGB Reha Intervention ist ein innovativer, multidisziplinärer Ansatz für die Frührehabilitation in der stationären Altenpflege mit einem besonderen Fokus auf die therapeutisch-rehabilitative Pflege. Der Ansatz basiert auf der aktivierend-therapeutischen Pflege, geht aber an viele Stellen deutlich über diesen Ansatz hinaus (Acklau et al., 2016). Vor allem besteht bei SGB Reha eine enge Kooperation von Fachpflege und therapeutischen Diensten. Hierdurch finden therapeutische Inter-

ventionen nicht nur in festumrissenen Settings statt, sondern werden durch zuvor geschulte Pflege- und Betreuungskräfte in den Pflegealltag umfassend integriert.

Gegenwärtig ist die Interventions- und Evaluationsphase beendet und die gesammelten Daten werden für die Analysen aufbereitet, sodass mit den Ergebnissen im Verlauf des kommenden Jahres zu rechnen ist.

Literatur

- Acklau S, Gödecker L, Kaden A et al. Aktivierend-Therapeutische Pflege in der Geriatrie. Evaluation eines Praxiskonzepts. *Z Gerontol Geriatr* 49:612–618. 2014
- Bartels F, Eckardt C. Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie. *GGP – Fachzeitschrift für Geriatrie und Gerontologische Pflege*. 2017;01(01):12-17.
- van den Bussche H, Heinen I, Koller D, Wiese B, Hansen H, Schäfer I, Scherer M, Glaeske G, Schön G. Die Epidemiologie von chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit : Eine Untersuchung auf der Basis von Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung [The epidemiology of chronic diseases and long-term care: results of a claims data-based study]. *Z Gerontol Geriatr*. 2014 Jul;47(5):403-9. German. doi: 10.1007/s00391-013-0519-3. PMID: 23912127.
- Brijoux T, Woopen C, Zank S. Multimorbidity in old age and its impact on life results. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 2021;54(Suppl 2):108-113.
- Desch, A., Förstner, B., Artmann, J. et al. A theory of change of an innovation for therapeutic care and meaningful living in a German nursing home. *BMC Geriatr* 22, 849 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03462-0>
- Destatis. Pflegestatistik 2021. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. In: Statistisches Bundesamt (Destatis); 2022.
- Hyde P, Burns D, Killett A, Kenkmann A, Poland F, Gray R. Organisational aspects of elder mistreatment in long term care. *Quality in Ageing and Older Adults*. 2014;15:197-209.
- Kalánková D, Stolt M, Scott PA, Papastavrou E, Suhonen R. Unmet care needs of older people: A scoping review. *Nursing Ethics*. 2020;28(2):149-178.
- Kolip, P., Güse, HG. Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt: Einflussfaktoren auf die Entlassung in die eigene Häuslichkeit. *Z Gerontol Geriatr* 37, 231–239 (2004). <https://doi.org/10.1007/s00391-004-0188-3>
- Lautenschläger S, Müller C, Immenschuh U, Muser J, Behrens J. [Therapeutic nursing: a systematic review]. *Die Rehabilitation*. 2014;53(4):237-244.
- Ludemann RS. Empathy--a component of therapeutic nursing. *Nursing forum*. 1968;7(3):275-288.
- Roes M. Aktivierende und/oder rehabilitative Pflege? Versuch einer Begriffsklärung. *Heilberufe*. 2009;8:17-18.
- Rothgang H, Müller R, Unger R. Themenreport »Pflege 2030«. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? In. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2012.

- Routasalo P, Arve S, Lauri S. Geriatric rehabilitation nursing: developing a model. *International journal of nursing practice*. 2004;10(5):207-215.
- Seitz D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *International psychogeriatrics*. 2010;22(7):1025-1039.

Erfahrungen der Mobilen geriatrischen Rehabilitation (MoGeRe) bei der rehabilitativen Versorgung von Menschen mit Demenz

Martin Warnach

Die mobile Rehabilitation ist ein aufsuchendes, komplexrehabilitatives Angebot für Menschen mit ausgeprägten Schädigungen und Funktionseinbußen. Die Rehabilitation wird von einem multiprofessionellen, interdisziplinär arbeitenden Team in der Häuslichkeit der Patientinnen und Patienten durchgeführt. Etabliert hat sich die mobile Rehabilitation vor allem in der geriatrischen Versorgung mit derzeit 24 Einrichtungen mit insgesamt 30 Behandlungsteams. Ferner existiert eine mobile neurologische Rehabilitation; eine Mobile psychiatrische Rehabilitation steht in Stuttgart unmittelbar vor einem Abschluss eines Versorgungsvertrages mit den Krankenkassenverbänden.

Grundlage für die mobile Rehabilitation sind die **Gemeinsamen Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation** der Krankenkassenverbände von 2021. Dort sind in einem allgemeinen Teil die Grundlagen für die mobile Rehabilitation definiert; in einem speziellen Teil sind detaillierte Vorgaben für die Mobile geriatrische Rehabilitation (MoGeRe) festgelegt, so in Hinblick auf die Indikationskriterien, die Personalbesetzung und -qualifikation und den Reha-Prozess. Ferner sind in ihnen die Grundlagen für eine Mobile indikationsspezifische Rehabilitation (z.B. eine neurologische oder muskuloskeletale MoRe) niedergelegt, die auch die Grundlage für das Stuttgarter Konzept der mobilen psychiatrischen Rehabilitation darstellt.

In der mobilen geriatrischen Rehabilitation (MoGeRe) verfügen wir mittlerweile über langjährige Erfahrung in der Behandlung älterer, multimorbider Menschen. Bei über 75 % der Fälle handelt es sich um Anschlussrehabilitationen nach einer meist gravierenden, komplikationsreichen Krankenhausbehandlung. Mehr als 20 % der Patientinnen und Patienten werden durch Haus- und Fachärzte zugewiesen. In circa 70% der Fälle findet die Behandlung in den Privatwohnungen der Rehabilitanden statt, davon beginnt die MoGeRe bei ca. 8% in einer Kurzzeitpflege, um schließlich in der eigenen Häuslichkeit abgeschlossen zu werden. In ca. 30% der Fälle wird die MoGeRe in stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt.

Zwei für unsere Betrachtung wichtige Aspekte der «Gemeinsamen Empfehlungen» in Hinblick auf die besondere Indikationsstellung für die mobile Form der Rehabilitation sollen hier herausgestellt werden: Mobile Rehabilitation ist vor allem dann indiziert, »wenn für das Erreichen relevanter Rehabilitationsziele der größtmögliche Erfolg im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld anzunehmen

ist.« Ferner ist die mobile Form der Rehabilitation besonders dann indiziert, wenn nicht Restitution, also »Wiederherstellung«, d.h. die Beseitigung, Verminderung oder Verhütung einer Verschlechterung von geschädigten Körperstrukturen und Funktionseinbußen, sondern wenn Adaptation im Vordergrund steht. Adaptation, Anpassung ist als eine Rehabilitationsstrategie zur Teilhabesicherung zu sehen, die im Sinne der ICF auf die Betroffenen selbst und auf deren An- und Zugehörige in ihrem jeweiligen Kontext fokussiert. Es geht zum einen um die Anpassung der individuellen, praktischen Lebensvollzüge an die individuellen Einschränkungen und damit verbunden um Strategien der subjektiven Bewältigung u.a. auch im Sinne des Coping. Zum anderen geht es um die Reduktion hemmender und die Stärkung fördernder Umweltfaktoren, sei es durch Wohnraumanpassungen, Etablierung von Hilfsmitteln, Hilfen zur Versorgung und dergleichen, sei es durch Stärkung, Unterstützung und Förderung von An- und Zugehörigen, die die Patientinnen und Patienten betreuen, begleiten, versorgen und gegebenenfalls pflegen.

Diese hier nur kurz skizzierten Aspekte machen deutlich, warum gerade Menschen, die an erheblichen kognitiven Einbußen oder an Demenz leiden, eine Mobile Geriatrische Rehabilitation eine erstrebenswerte, ja oft die einzig zielführende Form der Rehabilitation ist. Diese Menschen sind in der Regel auf ihr vertrautes Umfeld angewiesen, während sie in stationären oder ambulanten Reha-Einrichtungen schlecht oder nicht zurechtkommen, oft mit Desorientiertheit und Verwirrtheit reagieren und so letztlich von den Therapien wenig oder gar nicht profitieren können.

Über 70 % der Rehabilitanden der MoGeRe haben nach den bundesweiten Daten des Kompetenzzentrums Geriatrie Hamburg (KCG) »erhebliche mentale Schädigungen«, wobei uns keine genauen Daten über den Anteil der Behandelten mit einer Demenz-Diagnose vorliegen. Hinzu kommen weitere psychiatrische Diagnosen wie Depression, Angstkrankheit und psychotische Erkrankungen. Demenz und die anderen psychiatrischen Erkrankungen sind Begleitdiagnosen bei der MoGeRe, rehabilitationsbegründend sind vielmehr geriatrische Erkrankungen wie Zustand nach Frakturen oder chirurgischen Eingriffen oder nach schweren internistischen und neurologischen Erkrankungen.

Akuterkrankungen bedeuten für Menschen mit Demenz eine Situation erhöhter Vulnerabilität mit erheblichem Schädigungspotential. Krankenhausaufenthalte und Verlassen ihrer Häuslichkeit überfordert sie mental und physisch. Oft treten Unruhe, Desorientierung und Delire auf, die wiederum vielfältige körperliche Schädigungen wie Kräfteverlust durch Nahrungsverweigerung, Infekte,

Verletzungen mit sich bringen. Es entsteht ein komplexes Krankheitsbild mit den Folgen der rehabilitationsbegründenden Akuterkrankung, der Multimorbidität und der Dekompensation der mentalen Schädigung, die meist in eine andauernde Verschlechterung mündet.

Es ist eine zentrale Erfahrung der MoGeRe, dass eine rehabilitative Intervention sowohl auf die Folgen der Akuterkrankung als auch auf die Folgen der Demenz abzielen muss. Demenzbedingte Beeinträchtigungen werden oft nur als »Störfaktoren« für die Durchführung einer Rehabilitation angesehen – was sie zweifelsohne (auch) sind. Um solche »Störfaktoren« möglichst gering zu halten, ist eine Anpassung der jeweiligen Therapie, der Therapieverfahren, des Umgangs und der Kommunikation an die dementielle Problematik sehr wichtig. Doch wir können es nicht bei Anpassungen belassen. Für den Erfolg der Rehabilitation ist es vielmehr wesentlich, die demenzbedingten Beeinträchtigungen ebenfalls als Zielaspekte der Rehabilitation anzusehen und sie soweit möglich zu behandeln, denn sie haben erhebliche negative Auswirkungen auf Aktivitäten und Teilhabe der Betroffenen und auch auf die Situation der An- und Zugehörigen in ihrer jeweiligen Lebenswirklichkeit.

Die demenzbedingten Beeinträchtigungen müssen daher im Reha-Prozess, d.h. in der Reha-Bedarfsermittlung, im Assessment, im Reha-Plan und bei der Reha-Zielsetzung so weit wie möglich berücksichtigt werden. So ermöglichen wir zum einen eine bessere Durchführung der Rehabilitation und verbessern die Fähigkeit der Patientinnen und Patienten, an ihr effektiv zu partizipieren. Zum anderen fokussieren wir damit auf alle Probleme, die in besonderem Maße ihren Möglichkeiten zu Aktivitäten und Teilhabe am familiären und gesellschaftlichen Leben entgegenstehen. Dabei haben wir zugleich die Situation ihrer An- und Zugehörigen als der wesentlichen Stütze der Betroffenen im Blick, unterstützen, fördern und entlasten sie.

Doch was heißt es, demenzbedingte Beeinträchtigungen im Reha-Prozess zu berücksichtigen und möglichst zu bessern? Angesichts eines fortschreitenden neurodegenerativen Krankheitsprozesses ist eine Restitution, also die Wiederherstellung und Verbesserung von kognitiven Funktionen nicht, vor allem nicht nachhaltig zu erwarten. Dies zeigen m. E. die sehr widersprüchlichen Ergebnisse der Versuche, durch gezieltes Training kognitive Funktionen wieder zurückzugewinnen bzw. zu verbessern. Dennoch sind Verbesserungen möglich, wie gerade die Erfahrungen der Teams der MoGeRe zeigen. Sehr unterschätzt wird bei dementiellen Erkrankungen, dass Funktionsverluste nicht zuletzt durch Antriebslosigkeit, Apathie, Resignation oder eine depressive Symptomatik entstehen. Diese

sind nur mittelbar auf den neurodegenerativen Abbau selbst zurückzuführen; vielmehr sind sie als sekundäre Folgen der Demenz zu sehen. Sie führen durch Vernachlässigen und Aufgeben von Aktivitäten, durch tatsächliches Nichtnutzen von Fähigkeiten zu wesentlichen Funktionsverlusten mit gravierenden Folgen für Aktivitäten und Teilhabe. Besonders deutlich manifestiert sich dies z.B. als weitgehender Verlust sowohl der Geh-, als auch der Kommunikationsfähigkeit. Durch fehlende Förderung und Anregung von außen ebenso wie durch soziale Vernachlässigung wird der Abbau oftmals verstärkt.

Gerade Patientinnen und Patienten mit einer dementiellen Problematik sind besonders auf ein anregendes, ein förderndes Umfeld und individualisierte Angebote angewiesen. In einem solchen Umfeld zeigen sich nicht vermutete Ressourcen; Aktivitäten werden möglich, die vorher nicht möglich schienen. Diese Ressourcen müssen erkannt und vor allem durch ein »adaptives« Herangehen entwickelt werden. Das heißt, über ein (funktionelles) Training hinaus gilt es alle fördernden Faktoren im Alltag der Betroffenen zu stärken und zu entwickeln, und dabei hemmende abzubauen, ja: möglichst zu beseitigen. Dabei setzt die MoGeRe in der Häuslichkeit als »geschütztem Raum« an. Folgende der schon oben skizzierten, adaptiven Maßnahmen, die die Teams der MoGeRe unmittelbar in der Häuslichkeit der Patienten umsetzen, sind für Menschen mit einer dementiellen Erkrankung von besonderer Bedeutung:

- Wohnraumanpassung, z.B. Beseitigung von Stolperfallen, Sicherungen zur Mobilität in der Wohnung; der besonders großen Sturzgefahr von MmD angemessen begegnen;
- Gezielte Hilfsmittelversorgung z.B. zum sicheren Transfer und zur Mobilität, zur Nutzung des Bades und dgl. – die oft schwierig zu erreichende Akzeptanz von Gebrauch der Hilfsmittel verbessern.
- Optimierung des Versorgungsmanagements, Organisieren notwendiger Hilfen, gerade auch zur Entlastung von Angehörigen;
- Beratung, Schulung, Anleitung von An- und Zugehörigen zur Betreuung, Versorgung und Pflege und zugleich zu ihrer Entlastung, um Überforderung zu vermeiden. Kontraproduktives Handeln und Verhalten der An- und Zugehörigen möglichst abzubauen.

Was heißt es aber konkret, demenzbedingte Beeinträchtigungen durch mobile Rehabilitation zu verbessern? Betont werden muss, dass sich die Interventionen der MoGeRe-Teams auf die vielfältigen Erfahrungen und anerkannten Vorgehensweisen stützen, die sich bei der Betreuung, Versorgung und Pflege von Menschen

mit fortgeschrittenen kognitiven Beeinträchtigungen und Demenz bewährt haben. Dazu einige Beispiele:

- **Kommunikation:** Oft ist die Kommunikation mit den Betroffenen von Seiten der Partner und Partnerinnen und weiteren Angehörigen durch einen korrigierenden, häufig auch konfrontativen Umgang oder auch den Ausschuss von Kommunikation geprägt. Für Menschen mit Demenz bedeutet jede nicht verständliche Kommunikation, die über ihn hinweggeht, und jede, die korrigierend, zurechtweisend, gar konfrontativ ist, eine erhebliche Belastung. Folgen sind oft (depressiver) Rückzug, Desorientierung und/oder Unruhe, Aggressionen. Das »Fehlverhalten« verunsichert wiederum die Partner, die Familie, das soziale Umfeld – ein sich verstärkender Kreislauf. Durch Beobachtung und therapeutische Interaktion kann das Reha-Team eruieren, ob bei einem Rehabilitanden die Ermöglichung einer angemessenen Kommunikation ein wichtiges, teilhaberelevantes Reha-Ziel ist. Wenn ja, geht es um Fragen wie: Welche Formen der Kommunikation, welche Themen sind individuell für diesen Patienten oder diese Patientin geeignet, worauf reagiert er positiv, welche Vorlieben oder auch Abneigung bestehen. – Für das Reha-Team stellt sich damit die Aufgabe, möglichst einen angemessenen sozialen und kommunikativen Zusammenhalt und eine möglichst empathische Kommunikation zwischen Betroffenen und Partnern bzw. Partnerinnen zu fördern.
- **Tagesstrukturierung:** Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus sind für die Betroffenen und Angehörigen eine schwere Belastung. Sie führen zu Angstzuständen, Unruhe, Getriebensein, Wandering (?), zugleich erschweren sie, tagsüber überhaupt aktiv zu sein. Für betreuende Angehörige ist schnell eine Überforderung erreicht. Eine solche Symptomatik ist ein häufiger Grund für Heimeinweisungen. Medikamentöse Interventionen sind meist wenig zielführend, oft wegen der Nebenwirkungen kontraproduktiv. – Eine angemessene Tagesstruktur mit klarer Gestaltung von »Freizeit«, Beschäftigung und Begleitung tragen zum Wohlbefinden und zum Vermeiden von Stresssituationen wesentlich bei. Die Betroffenen sollten sich möglichst lange selbst »beschäftigen«, d.h. keine direkte Begleitung benötigen. Die Bahnung einer angemessenen Tagesstruktur ist ein wichtiges, teilhaberelevantes Reha-Ziel. Das Reha-Team sollte durch Patientenbeobachtung eruieren, was für die Betroffenen und zugleich ihre Angehörigen eine angemessene Tagesstruktur ist. Wo liegen Vorlieben, wo Abneigungen für eine Beschäftigung? Was bewährt sich im Alltag? Es ist gerade eine Stärke der MoGeRe, vor

Ort Erfahrungen zusammenzutragen und gemeinsam mit allen Beteiligten Lösungen zu etablieren.

- Beschäftigung: Tagesstrukturierung ist eng mit einer angemessenen Beschäftigung der Betroffenen verknüpft. Was sind Vorlieben, was interessiert, was wird weniger gut angenommen? Gibt es biografisch relevante Aktivitäten? Bewegung und körperliche Aktivität sollten immer wichtige Konstanten sein. Nach den Erfahrungen der MoGeRe ist daher die Beschäftigung im Alltag entscheidend, nur untergeordnet geht es um die Teilnahme der Betroffenen an besonderen Events. Wesentlich ist die enge Einbeziehung der Angehörigen, ihre Information und Beratung entlang der Beobachtungen und erarbeiteten Vorschläge.
- Neuropsychiatrische Symptomatik: Leere, nicht gestaltete Zeit stellt für viele Menschen mit Demenz schnell eine hohe Belastung dar und induziert gravierende neuropsychiatrische Symptome. Sie können gerade durch Tagesstrukturierung und eine angemessene Beschäftigung vermieden oder deutlich abgemildert werden. Im Rahmen einer MoGeRe können Angehörige lernen, mit ihnen umzugehen.

Die Zielsetzung der MoGeRe bei »demenzbedingten Beeinträchtigungen« kann so zusammengefasst werden:

- Entwicklung von Handlungskompetenzen in Hinblick auf das Alltagsleben – Ermöglichung von Tätigkeiten und Aktivitäten, die für die Betroffenen von Bedeutung sind, sie in soziale Kontexte einbinden und Teilhabe ermöglichen;
- Beispiele sind Fördern einer von Betroffenen akzeptierten Tagesstruktur und sinnvollen Beschäftigung oder Ermöglichung/Aufrechterhaltung einer angemessenen Kommunikation, eines Miteinanders im familiären/sozialen Kontext;
- Stärkung von pflegenden/betreuenden Angehörigen; Unterstützung der Betroffenen ermöglichen, Überforderung möglichst verhindern;
- Es geht immer auch um funktionelle Verbesserungen in den ADL-Kompetenzen – so weit wie möglich; (in den MoGeRes wird durchschnittlich ein Plus von ca. 15 Barthel-Punkten erreicht)
- Möglichst langer Verbleib in der eigenen Häuslichkeit, so gewünscht – Vermeidung von Krankenhausaufenthalten.

Dabei zeichnen folgende Aspekte die Mobile Rehabilitation besonders aus:

- Der Alltag ist das Übungs- und Trainingsfeld, die Therapien sind in den üblichen Tagesablauf integriert, die Übungen werden auch in den therapiefreien Zeiten fortgeführt – ein wesentlicher Aspekt für die Nachhaltigkeit der Rehabilitation.
- An- und Zugehörige können unmittelbar in die Zielformulierung und Zielerarbeitung eingebunden werden – ihre Vorstellungen und Bedürfnisse fließen mit ein.
- Durch Gestaltung des »Kontextes« können auch bei nur geringen funktionellen Verbesserungen (im Sinne der Restitution) deutliche Verbesserung von Aktivitäten und Teilhabe erreicht werden.
- Möglichst Nutzung und Einbeziehung aller Ressourcen (Familie, Nachbarn, soziales Netz, Sozialraum).

Alzheimer Therapiezentrum Bad Aibling – 25 Jahre gemeinsame Rehabilitation für Menschen mit Demenz und betreuender Person

Friedemann Müller

»Wir haben Alzheimer« ist eine häufige Antwort vom begleitenden Partner oder der Partnerin des erkrankten Menschen auf die Frage nach dem Grund der Aufnahme im Alzheimer Therapiezentrum Bad Aibling (ATZ). Damit wollen diese Menschen nicht ausdrücken, dass beide erkrankt sind, sondern dass die Folgen der Erkrankung den Betroffenen und die betreuende Person gemeinsam treffen. So lange wie möglich wollen die Paare zusammenbleiben. Die meisten Menschen mit Demenz werden zuhause betreut und versorgt. Die Angehörigen (Ehepartner, seltener Töchter oder Schwiegertöchter) müssen dazu viel Engagement aufbringen und auf manche eigenen Interessen verzichten und ihre Freizeit investieren. Im fortgeschrittenen Stadium kann sich daraus eine Belastung ergeben, die die eigene Gesundheit gefährdet auch manchmal die Belastungsgrenze übersteigt. Wenn die Belastung durch herausforderndes Verhalten, Aggressivität, Verkennungen oder häufige Wiederholungen von Fragen oder Vorwürfen weiter zunimmt, kann auch manchmal die Belastungsgrenze erreicht oder überschritten werden. Während manche Betreuende durch Informationen und Gesprächen in Angehörigen-Gruppen sich gut in die Situation einfinden können, benötigen doch viele eine intensivere Unterstützung. Das ATZ Bad Aibling bietet in einer dreiwöchigen Rehabilitation für den Betroffenen und den/die betreuenden Familienangehörigen Anleitung, Austausch mit anderen Angehörigen von Betroffenen und intensive therapeutische Betreuung des Erkrankten.

Konzept des ATZ

Das Alzheimer Therapiezentrum (ATZ) Bad Aibling ist diesem Jahr 25 Jahre alt geworden. Es bietet bis zu 20 Zweizimmer-Apartments für das den betroffenen Menschen und seinen nächsten Angehörigen. Nicht aufgenommen können Betroffene werden, die Weglaufgefährdung, erhöhte Aggressivität zeigen oder pflegebedürftig sind.

Aufbauend auf dem Konzept der Neuropsychologin Barbara Romero bietet es eine 3-4-wöchige stationäre Behandlung für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen an. Das Konzept beruht auf den drei Säulen Förderung der Ressourcen für die Betroffenen, engem Einbezug der Angehörigen durch ein intensives Schulungs- und Unterstützungsprogramm sowie der medizinischen Behandlung.

Das Programm richtet sich in erster Linie an Betroffene, die noch zu Hause leben mit dem/der betreuenden Familienangehörigen und hat zum Ziel, mit edukativen, rehabilitativen und auch pharmakologischen Mitteln der Familie das gemeinsame Zusammenleben weiter zu ermöglichen und zu verbessern.

Der Kern des Behandlungsansatzes für Menschen mit Demenz im ATZ besteht darin, nach erhaltenen Fähigkeiten und aktuell bedeutsamen Aktivitäten zu suchen und dem Betroffenen auf dieser Basis ein entsprechendes Angebot zu machen. Umgangssprachlich könnte man sagen, dass es darum geht, was der Erkrankte noch kann und was ihm auch tatsächlich Freude macht. Passende Aktivitäten werden dann zu Erfolgserlebnissen führen, was wiederum das Selbstvertrauen und die Motivation für die Teilhabe im Alltag stärkt sowie die Stimmung aufhellen und stabilisieren kann.

In Kleingruppen versuchen wir, Erinnerungen und erhaltenes Wissen zu wecken und die Kommunikation zu fördern. Im Rahmen der Kunsttherapie unterstützen wir die Betroffenen dabei, ihr kreatives Potential ohne Leistungsanspruch zu entdecken, z.B. beim freien Malen, beim Arbeiten mit Ton oder beim Gestalten mit Naturmaterialien. Auch die Förderung durch Musik spielt eine wichtige Rolle. Beim Singen, Musizieren mit Trommeln, Rhythmusinstrumenten oder der Zauberharfe werden kleine Erfolgserlebnisse möglich, die im Alltag kaum noch möglich sind. Besonders beliebt ist der Paartanz, bei dem die Paare wieder Zusammengehörigkeit in der Gemeinschaft mit anderen erleben können. Ein weiterer wichtiger Bereich ist das Bewegungsprogramm. Tägliche Gymnastik- oder Ballspielgruppen, Kegeln, Nordic Walking und computergestützte Bewegungsspiele werden hier angeboten. Auch einfache alltagsrelevante Fähigkeiten im Rahmen der Gartentherapie oder von Koch- und Backgruppe ermöglichen meist in gelöster Runde soziale Interaktion und gemeinsame Erfolgserlebnisse.

Die Betroffenen werden im ATZ immer von einem nahen Angehörigen, meistens dem Ehepartner, begleitet. Auch für den Angehörigen oder die Angehörige gibt es ein Therapieprogramm, in dem es darum geht, ein besseres Verständnis der Erkrankung zu bekommen, sich in der Kommunikation mit dem Erkrankten zu verbessern und sich notwendige Hilfen und Entlastung zu Hause zu organisieren. Zu diesen Themen werden Schulungs- und Gesprächsgruppen angeboten und jeder Angehörige bekommt eine individuelle Beratung zu rechtlichen und finanziellen Aspekten und Unterstützungsmöglichkeiten.

Eine Bezugstherapeutin oder ein Bezugstherapeut führt wöchentlich ein Gespräch mit dem oder der Angehörigen und bei Bedarf und Möglichkeit auch mit dem Betroffenen. Die Bezugstherapeuten reflektieren die in der Therapie

gemachten Erfahrungen sowie die Situation zu Hause mit dem Angehörigen und erstellen schriftliche therapeutische Empfehlungen, die sich an Angehörige und das weitere Umfeld richten. Damit soll der Transfer in den Alltag zu Hause und die Fortführung der ressourcenorientierten Grundhaltung sichergestellt werden.

Im Vordergrund steht zwar die therapeutische Arbeit mit dem Betroffenen und die edukativ-psychosoziale Betreuung des Angehörigen. Im Rahmen der mehrwöchentlichen stationären Rehabilitation können aber auch Anpassungen der Medikation durch den Stationsarzt vorgenommen werden. So kann oft eine stark sedierende Medikation, die initial wohl notwendig, war aber lange Zeit nicht verändert wurde unter der täglichen professionellen Beobachtung angepasst werden. Auch gegen das Sundowning in Form von Unruhe oder Verwirrung am Nachmittag bis in die Abendstunden kann oft mit niedrig dosierter Medikation eine Entlastung der Paarsituation erreicht werden.

Behandlungsergebnisse

Wir haben in 25 Jahren therapeutischer Arbeit mit unserem Ansatz sehr gute Erfahrungen gemacht und in einigen wissenschaftlichen Studien die Wirksamkeit in Teilbereichen nachweisen können. Durch die Erfassung mittels visueller Analogskalen bei Aufnahme und bei Entlassung konnten wir zeigen, dass bei den Patienten besonders das Aktivitätsniveau, Stimmung und Kontaktfreude zunehmen. Bei den Angehörigen bessert sich ebenfalls die Stimmung, die Ruhe im Umgang mit den Betroffenen, sowie die Ermüdung durch die Belastung lässt nach. Diese Veränderungen sind besonders deutlich bei Betroffenen im mittleren Stadium, während die Informationen über die sozialrechtlichen Aspekte im frühen Stadium besonders hilfreich sind. Anleitungen für die pflegerische Versorgung sind bei fortgeschrittener Demenz wesentlich.

Natürlich können wir die Erkrankung weder heilen noch stoppen, aber wir haben sehr oft erlebt, dass Betroffene wieder »aufblühen«, weil sich ihr Selbstvertrauen verbessert und sie wieder selbst aktiver werden. Oft haben uns Betroffene und Angehörige auch berichtet, dass diese positiven Veränderungen über den Aufenthalt bei uns hinaus anhalten. Dies wurde auch immer wieder durch Berichte weiterbetreuender Ärzte und Gedächtnisambulanzen mitgeteilt. Das ATZ bietet für Angehörige ein intensives Lernumfeld, in dem sie sich im Austausch mit dem therapeutischen Team und anderen Angehörigen ohne zusätzliche alltägliche Belastungen mit der Erkrankung und ihrer Situation auseinandersetzen können. Bei vielen Angehörigen bessert sich im Laufe des Aufenthaltes die Stimmung

und es gelingt ihnen, verständnisvoller mit der erkrankten Person umzugehen, unnötige Konflikte zu vermeiden und notwendige Unterstützung zu Hause im Sinne der Selbstfürsorge anzunehmen.

In einer pseudorandomisierten kontrollierten Studie (Schiffczyk et al. 2013) konnten wir zeigen, dass bei einer Gruppe der stationär Behandelten im Vergleich mit einer Wartekontrollgruppe Verbesserungen auch drei Monate nach der Entlassung noch nachweisbar waren. Interessanterweise wurden dabei deutliche Geschlechterunterschiede festgestellt. Obwohl wir kein gezieltes kognitives Training einsetzen, zeigte sich mittelfristig eine Verbesserung der kognitiven Leistungen bei den betroffenen Männern, während bei betroffenen Frauen die Depressivität gebessert blieb. Die Angehörigenbelastung blieb ebenfalls reduziert, allerdings wurde dieser Aspekt nur bei den betreuenden Männern signifikant. Leider waren weitere drei Monate später die Effekte nicht mehr signifikant, da die Warte-Kontrollgruppe durch Aufnahme in die Intervention deutlich kleiner geworden war.

Pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz zeigen eine gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich stärker ausgeprägte Depressivität. Dieser Effekt wird noch verstärkt bei mittlerer oder schwerer Demenz. Eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme für die Pflegenden alleine wird oft nicht wahrgenommen, da sie ihre betroffenen Familienangehörigen nicht alleine in einer Pflegeeinrichtung lassen wollen. Meist sind Angehörige erst dazu bereit, stationäre rehabilitative Angebote anzunehmen, wenn Pflegebedürftige in räumlicher Nähe ebenfalls versorgt werden. Die gemeinsame Rehabilitation von Betroffenen und Betreuenden versucht hier, eine Lücke zu schließen und ein gleichzeitiges Angebot für beide zu schaffen.

Sozialmedizinische Aspekte

Finanziert wird der Aufenthalt im ATZ über die Krankenkasse des von der Demenz Betroffenen. Dazu ist ein Antrag auf stationäre Rehabilitation notwendig, der mit Hilfe des Hausarztes oder eines Facharztes gestellt werden sollte. Auch das ATZ-Sekretariat unterstützt bei Fragen zum Antrag. Lange Zeit fiel es Krankenkassen und den Gutachtern des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) schwer, das Konzept der Rehabilitation bei Demenzen zu akzeptieren. Dabei wurde davon ausgegangen, dass die Gedächtnisschwäche nicht therapierbar sei. Rehabilitation sieht aber als ganzheitliches Konzept vor, die betroffenen Paare wieder zu einem Leben in der Gesellschaft zu befähigen. Leistungen zur Teilhabe

am Leben in der Gemeinschaft sind ausdrücklich Aufgabe der Rehabilitation, bei der Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren mitberücksichtigt werden müssen. Seit einem Urteil des Landessozialgerichts Stuttgart 2018 ist der Anspruch auf stationäre Rehabilitation bei Demenz bestätigt, wenn die Leistungen notwendig sind, um Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, auszugleichen oder ihre Folgen zu mildern. Die Rehabilitationsziele sind dabei an das Stadium der Erkrankung anzupassen. Sicherlich ist hierzu nicht bei jedem Betroffenen eine stationäre Rehabilitation notwendig, allerdings sind die ambulanten Angebote oft schwer erreichbar oder nicht intensiv genug.

Literatur und weitere Informationen

- Müller F, Romero B. & Wenz M. Alzheimer und andere Demenzformen – Ratgeber für Angehörige. Heel Verlag 2010 (vergriffen)
- Romero, B. & Wenz, M. Therapeutische Empfehlungen für Menschen mit Demenz – Selbsterhaltungstherapie (SET) im Krankenhaus Kohlhammer Verlag 2018
- Schiffczyk C, Romero B, Jonas C, Lahmeyer C, Müller F, Riepe MW. Efficacy of short-term inpatient rehabilitation for dementia patients and caregivers. *Dementia and geriatric cognitive disorders* 2013; 35: 300–312
- S3 Leitlinie Pflegende Angehörige von Erwachsenen. DEGAM-Leitlinie Nr. 6. https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-006l_S3_Pflegende-Angehorige-von-Erwachsenen_2019-03-abgelaufen.pdf. Zugriff am 17.12.2024
- Tagebuchberichte eines Angehörigen über den Aufenthalt im ATZ: Alzheimer Therapie Erfahrungen. <https://perifair.de/alzheimer-reha-erfahrungen>. Zugriff am 17.12.2024

IX Bedeutung von Pflege nach dem SGB XI und bürgerschaftlichem Engagement

Reformen in der Pflegeversicherung (SGB XI) – ein Überblick

Christian Berringer

I. Hintergrund: Daten und Herausforderungen

Die soziale Pflegeversicherung ist ein soziales Sicherungssystem in stetem Wandel und steht unter großen Herausforderungen. Das zeigen schon die Rahmendaten. Betrug die Zahl der Leistungsbeziehenden in der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) am Jahresende 2017 3,34 Millionen Menschen, so waren es am Jahresende 2023 bereits 5,24 Millionen Menschen. Auch die Leistungsausgaben der SPV erfuhren einen erheblichen Anstieg: Von 35,5 Milliarden Euro in 2017 wuchsen sie auf 56,9 Milliarden Euro in 2023 an.

Diese Zahlen zeigen: Seit der letzten »großen« Reform durch die Pflegestärkungsgesetze I-III bzw. seit 2017 (dem Jahr der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des dazugehörenden Begutachtungsinstrumentes) ist die Bedeutung der Pflegeversicherung immer weiter gestiegen, sowohl im Sinne ihres sozial- und pflegepolitischen Auftrags als auch als sozialökonomischer und finanzieller Faktor.

Zu diesem Zeitraum gehören als Hintergrund für Reformüberlegungen in der Pflegeversicherung aber auch die Herausforderungen und Erfahrungen der Covid-19 Pandemie. Die Aufrechterhaltung des Umfangs und der Qualität der pflegerischen Versorgung stellte die Pflegeeinrichtungen materiell und konzeptionell vor große Herausforderungen. Zugelassene Pflegeeinrichtungen konnten sich mithilfe einer Kostenerstattungsregelung pandemiebedingte Mehrausgaben und Mindereinnahmen aus Mitteln schnell erstatten lassen; gleiches galt für die Kosten der wichtigen Testungen. Auch im Bereich der häuslichen Pflege wurden Maßnahmen ergriffen, um pandemiebedingten Versorgungsengpässen entgegenzuwirken und die Pflegebedürftigen und ihre pflegenden An- und Zugehörigen zu entlasten.

Trotz und während der Pandemie wurden in der Legislaturperiode 2021-2024 in vielen Handlungsfeldern Reformen vorangetrieben, wichtige Entwicklungen angestoßen und Verbesserungen erzielt. Ein wesentlicher gesetzlicher Reformschritt war dabei das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) vom

19. Juni 2023. Im Folgenden werden einige wichtige der darin sowie in weiteren Gesetzesregelungen vorgenommenen Änderungen in Stichpunkten genannt.¹

II. Wichtige Reformentwicklungen in Stichpunkten

Ausbau von Leistungen

- Seit dem 1. Januar 2022 übernimmt die Pflegeversicherung nach § 43c SGB XI (Sozialgesetzbuch Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung) mit einem Leistungszuschlag einen prozentualen Anteil des – nach Berücksichtigung des pflegegradabhängigen Leistungsbetrags noch verbleibenden – pflegebedingten Eigenanteils in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Je nach Verweildauer der pflegebedürftigen Person in der vollstationären Versorgung gibt es gestaffelte Zuschüsse, wodurch die Eigenanteile an den pflegebedingten Aufwendungen spürbar gemindert und die Leistungsbeziehenden finanziell entlastet werden. Auch in der ambulanten pflegerischen Versorgung und der Kurzzeitpflege konnten mit Wirkung zum 1. Januar 2022 Leistungsverbesserungen umgesetzt werden. Die Zuschläge gemäß § 43c SGB XI wurden zum 1. Januar 2024 nochmals erhöht, außerdem wurden die Beträge für die ambulante Geld- und Sachleistung angehoben, um die häusliche Pflege zu stärken. Eine weitere Anhebung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung um 4,5 Prozent erfolgte zum 1. Januar 2025.
- Um die häusliche Pflege weiter zu verbessern, wurde mit dem PUEG die Einführung eines gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege auf den Weg gebracht, die in zwei Stufen erfolgt. Bereits seit dem 1. Januar 2024 gilt diese wesentliche Verbesserung für junge Schwerstpflegebedürftige der Pflegegrade vier und fünf, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ab dem 1. Juli 2025 wird für alle häuslich versorgten Pflegebedürftigen ab dem Pflegegrad zwei der Gemeinsame Jahresbetrag eingeführt, der flexibel für beide Leistungsarten eingesetzt werden kann und eine Reihe von Vereinfachungen und Verbesserungen mit sich bringt.
- Pflegenden An- und Zugehörigen wird es erleichtert, eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch zu nehmen. Der neue, eigen-

1 Vgl. ausführlich dazu: *Achter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland*, Bundestags-Drs. 20/13900 vom 22.11.2024.

ständige Anspruch auf Versorgung Pflegebedürftiger während der Zeit, in der ihre Pflegeperson eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt, besteht seit dem 1. Juli 2024 bereits ab Pflegegrad 1.

Krisenresilienz

- Die Pandemie hat gezeigt, wie wichtig die Resilienz für die pflegerische Versorgung ist, um eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgung pflegebedürftiger Menschen nachhaltig sicherzustellen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat hierzu eine strukturierte Aufarbeitung angestoßen, dieser Prozess wird kontinuierlich weitergeführt.²
- Der Qualitätsausschuss Pflege hat in Umsetzung einer gesetzlichen Vorgabe die Maßstäbe und Grundsätze (MuG) für die Pflegequalität in der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege sowie in der Kurzzeitpflege um flexible Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krisensituationen ergänzt.
- Neben Extremwetterereignissen wie Hochwasser und Starkniederschlägen stellt insbesondere die Hitze eine Gefahr für die Versorgung Pflegebedürftiger dar. Das BMG hat das Thema mit dem »Hitzeschutzplan für Gesundheit« aktiv aufgegriffen und gemeinsam mit zahlreichen Akteurinnen und Akteuren unterschiedliche unterstützende Schritte, wie Aufklärungs- und Informationsmaßnahmen zum Schutz vulnerabler Risikogruppen in der Pflege, eingeleitet. Darüber hinaus hat der Qualitätsausschuss Pflege auf Aufforderung des BMG »Bundeseinheitliche Empfehlungen zum Einsatz von Hitzeschutzplänen in der Pflege« entwickelt. Diese wurden im Mai 2024 veröffentlicht.
- Vom 1. Oktober 2022 bis zum 30. April 2024 wurden den Pflegeeinrichtungen Bundesmittel im Umfang von bis zu zwei Milliarden Euro (davon bis zu 1,5 Milliarden Euro bis Ende 2023) als Ergänzungshilfen zum Ausgleich steigender Preise für leitungsgebundenes Erdgas, leitungsgebundene Wärme und leitungsgebundenen Strom zur Verfügung gestellt. Hiermit wurde sichergestellt, dass die Versorgungssicherheit nicht durch steigende Energiepreise beeinträchtigt wurde und die Pflegebedürftigen nicht mit den energiepreisbedingten Mehrkosten belastet wurden.

2 Vgl. <https://pflegenetzwerk-deutschland.de/coronalehren-krisenresilienz>

Digitalisierung

- Der Pflegebereich hat als erste Gruppe der nicht approbierten Gesundheitsberufe die Möglichkeit erhalten, die Telematikinfrastruktur umfassend zu nutzen. Dabei wurde der Pflegebereich bei der Finanzierung weitgehend der Ärzteschaft gleichgestellt. Zudem wurden Maßnahmen mit dem Ziel umgesetzt, pflegebedürftigen Menschen in der häuslichen Versorgung digitale Techniken u. a. mit digitalen Pflegehilfsmitteln aus Mitteln der Pflegeversicherung zugänglich zu machen. Ferner wurde die Möglichkeit eröffnet, Beratungen auch per Videokonferenz durchzuführen.

Personalgewinnung

- Eine ausreichende Personalausstattung ist ein wesentlicher Baustein für eine gute Qualität der Pflege. Mit dieser Zielsetzung wurde für vollstationäre Pflegeeinrichtungen ab dem 1. Juli 2023 ein bundesweit einheitliches Personalbemessungsverfahren gesetzlich eingeführt sowie Anreize für Weiterqualifizierungen und zur Reduzierung von Leiharbeit geschaffen.
- Zudem wurden Maßnahmen ergriffen, um die Attraktivität des Pflegeberufs umfassend zu stärken. Die Initiativen reichen von der Aus- und Weiterbildung über eine bessere Bezahlung und die Verbesserung der Personalausstattung bis hin zu weiteren attraktiveren Arbeitsbedingungen im Pflegebereich.
- Mit der Verpflichtung zur Entlohnung mindestens in Höhe eines Tarifvertrags durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) werden seit dem 1. September 2022 die Tarifabschlüsse in der Pflege zum Maßstab für die Entlohnung aller Pflegeeinrichtungen. Bereits zum Jahresende 2023 stiegen die Löhne in der Pflege deutlich: in der stationären Pflege bei vollzeitbeschäftigten Fachkräften um rund acht Prozent, bei vollzeitbeschäftigten Hilfskräften sogar um rund elf Prozent.
- Die faire und ethische Anwerbung von Pflegefachkräften nach Deutschland wird gefördert durch das vom BMG eingeführte Gütesiegel »Faire Anwerbung Pflege Deutschland« und die mit dem PUEG geschaffene Möglichkeit, den Aufwand für die Anwerbung von Pflegefachkräften aus dem Ausland in den Vergütungsverhandlungen zu berücksichtigen. Die Rahmenbedingungen für die Gewinnung von Pflegefachkräften aus dem Ausland wurden durch diese und weitere Maßnahmen verbessert.

Finanzierung

- Die Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung wurde insbesondere durch eine über dem demografisch erwartbaren Niveau stärkere Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen, aber auch durch die COVID-19 Pandemie belastet. Während der Corona-Pandemie wurden im Rahmen des sogenannten Pflegeschutzschirms 7,3 Milliarden Euro aus Mitteln der Pflegeversicherung aufgewendet, um pandemiebedingte Mehraufwendungen und Mindereinnahmen der Pflegeeinrichtungen auszugleichen. Auch die Kosten für die Testungen nach Coronavirus-Testverordnung wurden von der Pflegeversicherung getragen, sie beliefen sich bis Ende 2023 auf insgesamt rund 4,4 Milliarden Euro.
- Maßnahmen wie die Erhöhung des Beitragsatzes, den Bundeszuschuss in den Jahren 2022 und 2023 in Höhe von jeweils einer Milliarde Euro, ein vom Bund gewährtes Darlehen in Höhe von einer Milliarde Euro und zeitliche Verschiebungen der Mittelzuführung an den Pflegevorsorgefonds stabilisierten die Finanzsituation.³

III. Perspektiven

Grundsätzlich gilt, dass der demografische Wandel und der Fachkräftemangel die pflegerische Versorgung in den kommenden Jahren vor große Herausforderungen stellen werden. Ziel ist, eine qualitativ gute Versorgung in der Langzeitpflege auch künftig sicherzustellen. Zahlreiche Maßnahmen wurden bereits umgesetzt oder angestoßen. Gleichzeitig steht die soziale Pflegeversicherung vor großen Herausforderungen. Für zukünftige Maßnahmen gelten die Vorgaben von Haushalts- und Finanzplanung – soweit sie sich finanziell auf den Bundeshaushalt und die Sozialversicherungssysteme auswirken. Drei wichtige Perspektiven sollen noch kurz erwähnt werden:

Pflegekompetenzgesetz

Das im Dezember 2024 vom Bundeskabinett verabschiedete Pflegekompetenzgesetz sieht u.a. erweiternde Befugnisse für Pflegefachkräfte, den gezielte Einsatz

3 Vgl. dazu auch: Bericht der Bundesregierung *Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen*, BT-Drs. Nr. 20/12600 vom 19.08.2024.

ihrer vielfältigen Fachkompetenzen in der Versorgung und die Stärkung niedrigschwelliger pflegerischer Angebote vor Ort vor. Die Rahmenbedingungen für die professionell Pflegenden sollen dahingehend verbessert werden, dass die an der Pflege beteiligten Akteure ihren gesetzlichen Auftrag einer leistungsfähigen, regional gegliederten, ortsnahen und aufeinander abgestimmten pflegerischen Versorgung noch besser erfüllen können. Zudem wird das Ziel verfolgt, die Pflegestrukturen und niedrigschwelligen Angebote vor Ort zu stärken und mehr Anreize für innovative Versorgungsformen im Quartier zu setzen und es werden weitere Verbesserungen und Vereinfachungen im Pflegeversicherungsrecht und wichtige Schritte in Richtung einer Stärkung der präventiven Ausrichtung des Versorgungssystems unternommen.

Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und neues Pflegeverständnis

Zum 1. Januar 2017 wurden ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit auf Grundlage eines pflegewissenschaftlich fundierten Verständnisses von Pflegebedürftigkeit eingeführt. Dieses Pflegeverständnis geht mit einem Perspektivwechsel einher, der eine ressourcenorientierte Sichtweise betont. Dieses Verständnis von Pflege prägt alle Bereiche der Pflege. Es strahlt auf weitere Handlungsfelder in der Pflege aus, beispielsweise das Strukturmodell der Pflegedokumentation, die Neuausrichtung der Qualitätssicherung, und auch auf die Entwicklung und Einführung des Personalbemessungsverfahrens für Pflegeeinrichtungen. Aufgabe ist es nun, konkrete Impulse zu geben und notwendige Schritte zur weiteren Verankerung eines ressourcenorientierten Pflegeverständnisses und einer personenzentrierten Pflege in der Praxis zu gehen.

Prävention und Rehabilitation vor und in der Pflege

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und des zunehmenden Anteils älterer und sehr alter Menschen in der Bevölkerung werden Gesundheitsförderung und Prävention im Alter immer wichtiger. Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation sollten mit dem Ziel erfolgen, den Gesundheitszustand zu verbessern, aber auch darauf hinwirken den Eintritt von Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern bzw. ganz zu vermeiden. Rehabilitation und Prävention können ebenfalls bei bereits vorliegender Pflegebedürftigkeit empfehlenswert sein, um vorhandene Beeinträchtigungen zu verringern oder eine Verschlimmerung zu vermeiden.

Daher erhalten die Antragstellenden neben dem Gutachten zu der Einstufung in einen Pflegegrad eine gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung. Der Zugang zu und die Durchführung von Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation verdienen zukünftig besondere Aufmerksamkeit.

Hilfemix – Bedeutung von Pflege-Selbsthilfe und Nachbarschaftsinitiativen am Beispiel der Berliner Kontaktstellen PflegeEngagement

Tatjana Stichel

Pflegende Angehörige sind eine unverzichtbare Säule in der pflegerischen Versorgungslandschaft. Ihre Bedeutung wird oft unterschätzt, obwohl die Mehrheit pflegebedürftiger Menschen in Deutschland von An- und Zugehörigen gepflegt wird. Diese informellen Pflege-Settings werden in Berlin durch verschiedene Akteure und Netzwerke gestärkt. Dabei machen die heterogenen Lebensformen und die unterschiedlichsten Unterstützungsbedarfe der pflegenden Angehörigen, individuelle und flexible Lösungen notwendig.

In den letzten Jahren hat ein gesellschaftlicher Wandel stattgefunden, der die Struktur der Pflege maßgeblich beeinflusst. Die meisten pflegebedürftigen Menschen wünschen sich ein selbstbestimmtes Leben in den eigenen Wänden bis zum Tod. Gleichzeitig stehen aufgrund des Pflegenotstands immer weniger Fachkräfte zur Verfügung. Diese Entwicklungen führen zu einer Verlagerung der Pflegeverantwortung zunehmend in den häuslichen Bereich. Außerdem entstehen neue Beziehungsstrukturen, die durch eine erweiterte Familie geprägt sind. Hierbei übernehmen nicht nur familiäre Mitglieder Verantwortung, sondern auch Nachbar*innen, Freund*innen oder ehrenamtlich Engagierte. Hinzu kommen die zunehmenden finanziellen Belastungen, die die Pflegearbeit zusätzlich erschweren. All diese Faktoren erfordern den Aufbau von sorgenden Netzwerken in der informellen Pflege.

Die Angebote der Berliner Kontaktstellen PflegeEngagement zielen darauf ab, pflegende Angehörige zu unterstützen und zu stärken, soziale Isolation zu vermeiden und die Lebensqualität aller Beteiligten im häuslichen Pflegekontext zu erhöhen. Durch die Förderung von Pflege-Selbsthilfe und Engagement schaffen sie eine nachhaltige Unterstützung im Pflegealltag. Es gibt in jedem Berliner Bezirk eine Kontaktstelle PflegeEngagement, sodass die Angebote wohnortnah aufgesucht werden können. Die Kontaktstellen PflegeEngagement sind gefördert durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, die Landesverbände der Pflegekassen in Berlin und den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V und ihre Angebote daher kostenfrei. Zentrale Aufgaben der Kontaktstellen PflegeEngagement sind die Initiierung von Pflege-Selbsthilfe-Gruppen, ehrenamtlichen Besuchsdiensten und die Unterstützung nachbarschaftlicher Initiativen.

In Selbsthilfe-Gruppen unterstützen sich Menschen wechselseitig, die ein gemeinsames Anliegen, eine Krankheit oder ein Problem miteinander verbindet. In den **Pflege-Selbsthilfe-Gruppen** ist das gemeinsame Thema die Pflege oder Betreuung eines An- oder Zugehörigen. Die pflegenden Angehörigen stehen im Mittelpunkt.

In Gesprächsgruppen werden Erfahrungen ausgetauscht und Aktivgruppen bieten die Möglichkeit, mit anderen Pflegenden an Bewegungs-, Entspannungs-, und Freizeitangeboten teilzunehmen. Hier können sie im Kreis gleichermaßen Betroffener ihre Probleme und Gefühle besprechen, Wissen und Erfahrungen austauschen. Die Möglichkeit, sich in einer Selbsthilfegruppe auszutauschen, fördert die psychosoziale Gesundheit von pflegenden Angehörigen. So bietet die Zugehörigkeit zu einer Selbsthilfegruppe Geborgenheit und Abstand zum Alltag.

Die Kontaktstellen PflegeEngagement helfen bei der Gruppengründung und -organisation, stellen Räume zur Verfügung, übernehmen die Öffentlichkeitsarbeit und stehen als fachliche Ansprechpersonen zur Verfügung. Die Gruppentreffen werden von Mitarbeitenden, von Honorarkräften oder von ehrenamtlich Engagierten moderierend begleitet.

Die Gruppen sind getragen von dem Selbstverständnis, dass Betroffene Expert*innen in eigener Sache sind.

Pflegende Angehörige stehen oft am Rand der Erschöpfung. Der über Jahre andauernde und sich stets vergrößernde Pflegeaufwand bringt sie an die Grenzen ihrer eigenen Belastbarkeit. Die Wahrnehmung eigener Interessen und der Freund*innenkreis reduzieren sich, man fühlt sich allein und fragt sich, wie man das alles noch schaffen soll. Dies ist oft der Anlass für pflegende Angehörige in eine Selbsthilfegruppe zu kommen. Sie können endlich mit Menschen sprechen, die sie sehr gut verstehen, weil sie selbst in einer Pflegesituation sind.

Dieses authentische Verstehen ist ein wesentliches Merkmal der Arbeit in Selbsthilfegruppen. Die Mitglieder entlasten sich so gegenseitig und stärken sich in ihrer Selbstwahrnehmung. Gerade pflegende Angehörige haben oft mit Schuldgefühlen zu kämpfen und ein schlechtes Gewissen, immer noch nicht genug für ihre pflegebedürftige Mutter oder den pflegebedürftigen Ehemann getan zu haben. Der Fokus in der Gruppenarbeit liegt darauf, die Grenzen der eigenen Belastbarkeit wahrzunehmen. Außerdem erfahren sie eine Ermutigung sowie Wertschätzung und Verständnis ohne Wertung durch andere Betroffene. In der Gruppe helfen die Mitglieder sich gegenseitig dabei, die eigenen Interessen, Werte und Rollenvorstellungen wahrzunehmen. Es ist ein Prozess der Bewusstmachung der eigenen Haltung der/dem pflegebedürftigen Menschen gegenüber. Hiervon

ausgehend können Angehörige entscheiden, welche Aufgaben sie für pflegebedürftige Menschen übernehmen können, welche professionelle Unterstützung organisiert werden muss und welche Freiräume pflegende Angehörige für sich brauchen. Hierbei hilft die Gruppe. Es geht um Klarheit und Transparenz und um bewusste Entscheidungen. Pflegende Angehörige erkennen: »Das will ich nicht mehr«, »Das schaffe ich nicht«, »Ich hole mir Unterstützung« oder »Ich will meine eigenen Interessen stärker wahrnehmen«.

Durch den Erfahrungsaustausch mit anderen pflegenden Angehörigen wird es einfacher, die eigenen Bedürfnisse zu legitimieren. Anders als oft im Freundeskreis oder in der Familie, kann und darf in der Selbsthilfegruppe immer wieder bzw. immer noch über das Thema Betreuung/Pflege gesprochen werden. Darüber hinaus stellt sie einen geschützten Raum für die eigenen Gefühle dar. Auch »Tabuthemen« können angesprochen werden.

Der Austausch mit Gleichbetroffenen und die gegenseitige Unterstützung können so bei der Verbesserung der konkreten Lebensqualität helfen. Der Besuch einer Selbsthilfegruppe vermittelt außerdem das Gefühl: *»In der Gruppe habe ich Ansprechpartner, die mich verstehen. Hier stehe ich im Fokus. Das tut mir gut«*. Selbsthilfe kann auch dazu beitragen, die Erfahrung von Selbstwirksamkeit zu machen und die Selbstwirksamkeitserwartung zu steigern. Sie bietet darüber hinaus die Möglichkeit neue Kontakte zu knüpfen und gemeinsame Aktivitäten zu gestalten.

Eine Angehörige zog einmal einen treffenden Vergleich: Bei den Sicherheitseinweisungen auf einem Flug wird immer darauf hingewiesen, dass man sich zuerst selbst mit der Sauerstoffmaske versorgen soll und dann die Kinder. Ähnlich ist es in der Pflegesituation: Wenn ich als Angehörige mit meinen Kräften am Ende bin, kann ich auch nicht mehr gut für meinen pflegebedürftigen Angehörigen sorgen.

Außerdem unterstützen und fördern die Kontaktstellen PflegeEngagement **nachbarschaftliche Kontakte und Hilfenetze**, denn Menschen sind im Alter und in einer Pflegesituation vermehrt auf ihre Mitmenschen im Wohnumfeld angewiesen. Eine lebendige Nachbarschaft kann ein unterstützendes Netzwerk sein.

In einer gelebten, aktiven Nachbarschaft, in der sich Nachbar*innen kennen und eine Form von »Miteinander« gelebt wird, ist es leichter, unkompliziert kleine Hilfen zu organisieren. Bis zu einem gewissen Grad können Nachbar*innen Hilfen direkt übernehmen, darüber hinaus können bestehende Angebote und Initiativen involviert werden. Schon vorhandene Aktivitäten Einzelner oder Gruppen können aufgegriffen und unterstützt werden. Der Blick von Nachbar*innen kann



Abb. 1

auf ältere Menschen gelenkt werden und in ein informelles oder auch gebündeltes organisiertes Engagement münden.

Die Kontaktstellen PflegeEngagement sind an Selbsthilfekontaktstellen und Stadtteilzentren angebunden. Die Nachbarschaftsarbeit der Kontaktstellen PflegeEngagement ergänzt und vertieft die Stadtteilarbeit im Hinblick auf die Situation von pflegenden Angehörigen und pflegebedürftigen Menschen. Synergieeffekte zur Mobilisierung von Engagement und nachbarschaftlichen Netzen können genutzt werden. Die Nachbarschaftsarbeit zielt auch darauf ab, das Thema Häusliche Pflege in der Nachbarschaft und in der Gesellschaft nachhaltig sichtbar zu machen.

Auf diesen Aspekten aufbauend hat sich in der Praxis eine Bandbreite von nachbarschaftlichen Projekten ausdifferenziert, die sich an den spezifischen Bedarfen und Situationen in den Bezirken orientiert. Das Spektrum reicht von der Sensibilisierung für das Thema Nachbarschaft über die Unterstützung von nachbarschaftlichen Initiativen und Begegnungsmöglichkeiten bis hin zum Aufbau nachbarschaftlicher Hilfenetze.

- Sensibilisieren, informieren, mobilisieren: Die Kontaktstellen PflegeEngagement sensibilisieren für und informieren über verschiedene Formen des nach-

barschaftlichen Zusammenlebens und nachbarschaftlicher Aktivitäten. Sie richten sich dabei sowohl an Bürger*innen wie auch an Fachleute. Kontaktstellen PflegeEngagement tragen das Thema nachbarschaftlicher Vernetzung in Gremien und Quartiere und geben Impulse für eine kleinteilige wohnortnahe und bedarfsgerechte nachbarschaftliche Unterstützung im Kontext von häuslicher Pflege. (z.B. Infoveranstaltungen, Workshops, Befragungen u.a.)

- Nachbarschaftsinitiativen anregen, unterstützen und stärken: Die Kontaktstellen PflegeEngagement unterstützen Bürger*innen und Gruppen bei der Gestaltung und Umsetzung nachbarschaftlicher Initiativen (z.B. Hausgemeinschaften, Engagierte im Quartier).
- Räume und Anlässe für Begegnung schaffen: Die Kontaktstellen PflegeEngagement stellen Räume zur Verfügung, damit sich Menschen treffen können. Sie schaffen Orte und Anlässe zum Kennenlernen und Vertrauen fassen und sorgen damit für eine Rahmenbedingung zum Entstehen sozialer Netze, die auch in Notsituationen hilfreich sein können (z.B. Café-Treffpunkte, Feste, Veranstaltungen, aber auch Begegnungsbänke u.a.).
- Initiierung und Unterstützung von Nachbarschaftshilfen: Die Kontaktstellen PflegeEngagement initiieren und unterstützen Nachbarschaftshilfen. Dazu können informelle Netze (von Bürger*innen getragen, z.B. in einem Wohnhaus), formelle Netze (z.B. durch ein Stadtteilzentrum organisiert) sowie Mischformen gehören (initiiert durch eine KPE gemeinsam mit Bürger*innen).

Außerdem koordinieren die Kontaktstellen PflegeEngagement einen **ehrenamtlichen Besuchs- und Begleitdienst**. Ehrenamtlich Engagierte der Besuchsdienste verbringen Zeit mit Menschen, die gepflegt werden oder im Alter allein zu Hause leben. Sie schenken Zeit und sozialen Kontakt; lesen vor, unterhalten sich oder machen Spaziergänge. Auch pflegende Angehörige können besucht werden.

Durch PflegeSelbsthilfe, Nachbarschaftsinitiativen und Besuchsdienste entstehen wichtige unterstützende Strukturen im Hilfemix. Es entwickeln sich wertvolle Beziehungen, sowohl zwischen den Angehörigen als auch zwischen Ehrenamtlichen und pflegenden Angehörigen. Diese Verbindungen bilden gemeinsam mit anderen Institutionen im Bereich der Pflegeunterstützung ein starkes und tragfähiges Netzwerk.

Innerhalb des Bezirks sind die Kontaktstellen PflegeEngagement gut vernetzt und fungieren als Knotenpunkt, um Bedarfe zu erkennen, aufzunehmen und an andere Partner*innen im Netzwerk der Pflegeunterstützung zu verweisen.

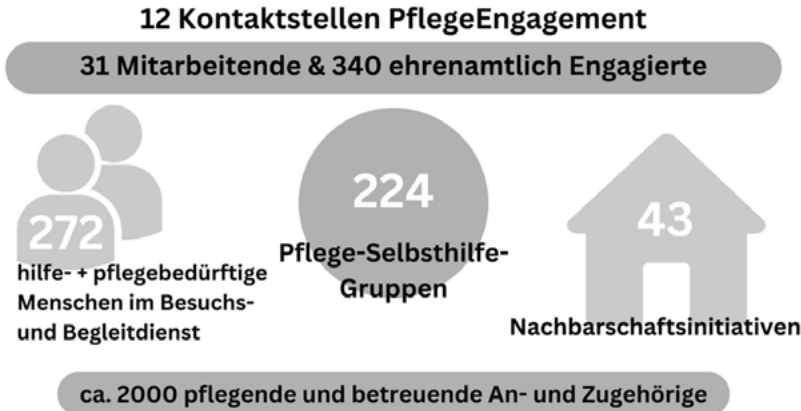


Abb. 2

Die Erfüllung dieser Aufgaben erfordert qualifiziertes, hauptamtliches Personal, das die Schnittstelle zwischen Ehrenamt und Hauptamt koordiniert und für die langfristige Stabilität der Netzwerke sorgt.

Ehrenamtliches Engagement im Bereich der Pflegeunterstützung steht vor verschiedenen Herausforderungen. Eine der größten Schwierigkeiten liegt in der defizitären Sichtweise auf das Alter und die Pflege, die das Image der Pflegearbeit negativ beeinflusst. Zudem konkurrieren neue Engagementfelder mit der Pflege, was die Verfügbarkeit von Ehrenamtlichen reduziert. Auch die zunehmende Prekarität vieler Lebenssituationen führt dazu, dass Ehrenamtliche selbst bedürftig werden und das Engagement dadurch erschwert wird. Das neue Ehrenamt ist geprägt von einem hohen Bedürfnis nach Flexibilität und Selbstentfaltung, was nicht zu dem mit hoher Verantwortung assoziierten Feld der Pflegeunterstützung passt.

Ehrenamtliches Engagement und sorgende Strukturen entstehen nicht von selbst. Pflegeunterstützung ist Beziehungsarbeit, die Zeit und kontinuierliche Pflege braucht. Eine sichere Finanzierung ist die Grundlage für den Aufbau dieser Strukturen.

Zudem ist Kreativität gefragt: Die Bedarfe pflegender Angehöriger sind vielfältig und heterogen, daher sollten Lösungen nicht nach Schema F umgesetzt werden. Vielmehr bedarf es eines offenen Ansatzes, der den Mut hat, neue Wege zu gehen und individuelle Bedürfnisse aufzunehmen. Mediale Öffentlichkeit, gezieltes Wording und Framing spielen eine Rolle, um die Bedeutung des Ehrenamts und der sorgenden Netzwerke in der Gesellschaft sichtbar zu machen.

Angesichts des Pflegenotstands und der gesellschaftlichen Veränderungen sind stabile und verlässliche Unterstützungsnetzwerke wichtiger denn je. Die Kontaktstellen PflegeEngagement tragen dazu bei, diese Strukturen aufzubauen und zu stärken.

Unterstützungsstrukturen wie Nachbarschaftsinitiativen, ehrenamtliche Besuchsdienste oder Pflege-Selbsthilfegruppen bieten direkte Entlastung, sei es durch praktische Hilfe im Alltag oder durch soziale Kontakte. Netzwerke und Gruppenaktivitäten fördern die soziale Teilhabe von pflegebedürftigen Menschen und pflegenden Angehörigen, wodurch Einsamkeit und Isolation reduziert werden. Der Austausch mit anderen Betroffenen und Unterstützenden bietet emotionale Entlastung und kann die Resilienz der Beteiligten stärken. Durch flexible, bedarfsgerechte Hilfe können pflegebedürftige Menschen länger selbstbestimmt in ihrem gewohnten Umfeld leben. Pflegenden Angehörigen werden dazu befähigt, sich besser zu organisieren und professionelle Hilfe gezielt einzubeziehen. Frühzeitige und kontinuierliche Unterstützung durch sorgende Netzwerke kann Überforderungen vorbeugen und präventiv zum Erhalt der psychischen Gesundheit beitragen. Darüber hinaus fördern nachbarschaftliche Netzwerke ein solidarisches Miteinander und schaffen Bewusstsein für die gesellschaftliche Verantwortung in der Pflege.

Perspektiven der Pflege und Teilhabesicherung für Menschen mit Demenz

Thomas Klie

Menschen mit Demenz bilden die größte und am schnellsten wachsende Gruppe von Menschen mit Behinderung in Deutschland. Sie werden zumeist durch die Brille der Pflegeversicherung und als Pflegebedürftige wahrgenommen. Das ist sicherlich auch zutreffend: Menschen mit Demenz bilden insbesondere in der stationären Langzeitversorgung den größten Anteil der Bewohner*innen – vor allen derjenigen, die länger in einem Pflegeheim oder in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft leben. Demenz ist einer der zentralen, pflegebegründenden Diagnosen. Durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, der 2017 mit dem Pflegegestärkungsgesetz II in Kraft getreten ist, wurden auch die typischen zur Einschränkung der Selbstständigkeit führenden »Merkmale« von Menschen mit hirnorganischen Beeinträchtigungen bei den Kriterien der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt. So kommen sie »in den Genuss« der Leistungen der Pflegeversicherung – das bei dem nach Einführung der Pflegeversicherung zunächst geltenden, stark verrichtungsbezogenen Pflegebedürftigkeitsbegriff zunächst nicht oder nicht hinreichend der Fall war. Das Bundesverfassungsgericht hatte seinerzeit den Gesetzgeber verpflichtet, den Pflegebedürftigkeitsbegriff insofern »nachzubessern«.¹ Mit den zusätzlich eingeführten Merkmalen »eingeschränkter Alltagskompetenz« wurde der verfassungsrechtlichen Beanstandung des alten, eher somatisch ausgelegten Pflegebedürftigkeitsbegriffes vorübergehend Rechnung getragen.

Die Pflegeversicherung sieht aber auch nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes nur Teilleistung für Teilbedarfe vor und nimmt in dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff nur in eingeschränkter Weise Teilhabebedarfe als für die Pflegebedürftigkeit maßgebliche auf. Insbesondere die Dimension der sozialen Teilhabe wird zwar im Gutachten des Medizinischen Dienstes gemäß § 18 SGB XI (Sozialgesetzbuch Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung) mit erhoben, bei der Bemessung des Pflegegrades allerdings nicht berücksichtigt. Auch entspricht das Leistungserbringungsrecht der sozialen Pflegeversicherung mitnichten dem inzwischen pflegewissenschaftlich fundierten Pflegebedürftigkeitskonzept. Insbesondere in der ambulanten Versorgung sind es verrichtungsbezogene Denkweisen, die die Refinanzierung von ambulanten Diensten prägen. In der vollstationären

1 Bundesverfassungsgerichtsbeschluss v. 22.05.2003, Az. 1 BvR 52/99, vgl. im Einzelnen: Klie/LPK SGB IX (4. Aufl.), § 14, Rz. 8.

Pflege sind die Rahmen- und Versorgungsverträge ihrerseits im klassischen Sinne »pflegelastig«, so sie sogenannte grund- und behandlungspflegerische Bedarfe in den Vordergrund rücken und Teilhabeleistungen eher als Betreuungsleistung qualifizieren und damit deutlich geringere Aufmerksamkeit schenken, als der somatischen Pflege.

Alle Personen, die die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit gemäß § 14 SGB XI erfüllen, sind auch Menschen mit Behinderung im Sinne des § 2 SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen). Umgekehrt gilt dies nicht. Nicht alle Menschen mit Behinderung sind auch pflegebedürftig. Das ICF-basierte Konzept der Behinderung knüpft an die für die einzelnen Personen elementaren Teilhabebedürfnisse. Der ICF-basierte Behinderungsbegriff rückt in den Vordergrund seiner Betrachtung und Assessments, die der Person bedeutsamen Aspekten der Teilhabe in den für sie essenziell relevanten Dimensionen. Die Brille des neuen Begutachtungsinstruments (NBI), ist deutlich weiter als die des alten Pflegebedürftigkeitsbegriffes, der stark defizitorientiert ausgerichtet war. Die ist aber lange nicht so weit angelegt wie die Brille, die die ICF dem Betrachter aufsetzt.

Geht es um Teilhabe von Menschen mit Demenz und ihre Sicherung, wie dies in diesem Beitrag erwünscht wurde, wird man sich nicht mit dem Konzept der Pflegebedürftigkeit und den klassischerweise durch die Pflegeversicherung zur Verfügung gestellten Leistungen begnügen dürfen. Demenz ist die Behinderung einer Gesellschaft des langen Lebens. Die Pille gegen Demenz gibt es nicht. Selbstverständlich haben die hirnorganischen Beeinträchtigungen, von denen wissenschaftlich gesprochen wird, um Diskriminierung durch den Begriff der Demenz zu vermeiden, Krankheitswert. Nur die Medizin kann Demenzen nicht heilen, vielleicht lindern und die Symptomatik einer der vielen Demenzformen gegebenenfalls verzögern. Mehr aber nicht. Insofern müssen wir in unserer Gesellschaft des langen Lebens mit Demenz leben lernen. Das gilt für die Betroffenen, das gilt für die An- und Zugehörigen, das gilt aber auch für Freundeskreise, für Nachbarschaften, aber letztlich für das gesamte gesellschaftliche und öffentliche Leben. Das Teilhabeversprechen hört nicht an der Haustür der Menschen mit Demenz auf.

Rainer Marten leitet aus der Eigenschaft der Behinderung von Menschen mit Demenz ein »Recht auf Demenz« ab. Wie für andere Menschen mit Behinderung auch, sei Demenz als Lebensform zu sehen und die Gesellschaft habe die Aufgabe, Menschen die Möglichkeit zu geben, ihr Menschsein auch unter der Bedingung der Demenz leben und entfalten zu können. Hierfür die Voraussetzungen zu schaffen,

ist aber Aufgabe einer Gesellschaft, die Menschen mit ihren Institutionen nicht demütigen darf, wenn sie das Prinzip der Menschenwürde verteidigen will (vgl. Margalit 2012). So ergibt sich aus dem von Rainer Marten hergeleiteten Recht auf Demenz (vgl. Marten 2016) ein Teilhabesicherungsauftrag der Gesellschaft gegenüber und für Menschen mit Demenz (vgl. Klie 2021).

Auch wenn der Begriff der Menschenwürde normativ ist, leitet sich aus dem Konzept der Menschenwürde keine Normativität in dem Sinne ab, dass überindividuell gesagt werden dürfte und könnte, was Menschenwürde und damit Teilhabe für die jeweilige Person bedeutet. In Anknüpfung an die Behindertenrechtskonvention, die auch für Menschen für Demenz als Mensch mit Behinderung gilt, geht es darum, für den jeweiligen Menschen mit ihm herauszufinden und herauszuarbeiten, was für ihn in seiner Lebensführung, in seiner Entfaltung seines Menschseins unter Bedingungen einer Demenz, elementar bedeutsam ist – neben der Beantwortung seiner grundlegenden Bedürfnisse körperlicher Art. Die deutsche Bevölkerung, die demenz- und pflegeerfahren ist (vgl. Haumann 2017), weiß recht gut, worauf es für Menschen mit Demenz ankommt, wenn es um Bedingungen guten Lebens für sie geht (Abb. 1, S. 288).

Es sind nicht primär körperliche und pflegerische Bedarfe, die in den Mittelpunkt gerückt werden, es sind Teilhabedimensionen. Die Bevölkerung ist insofern in ihrem anthropologischen Blick auf Menschen mit Demenz tendenziell weiter als das Leistungserbringungsrecht der deutschen Pflegeversicherung.

Selbstverständlich gibt es auch deutliche Diskriminierungstendenzen gegenüber Menschen mit Demenz: So werden sie als fremd und bedrohlich erlebt (vgl. etwa Schulz-Nieswandt 2020). Doch ganz überwiegend werden Menschen mit Demenz als Personen mit ihren jeweiligen individuellen Präferenzen, ihrem Wunsch nach Gemeinschaft und Zugehörigkeit sowie Bedeutsamkeit für andere gesehen. Das entspricht ganz dem Verständnis von den Bedingungen guten Lebens von Martha Nussbaum (vgl. Nussbaum 1999), die die Wesensmerkmale des Menschen in zehn Dimensionen ausdifferenziert hat (Abb. 2, S. 289).

Diese Dimensionen guten Lebens und dem Gefühl der Sicherheit, der Möglichkeit, sein Leben zu Ende zu leben, über die Erfahrung der Bedeutsamkeit für andere, den Zugang zur Natur und die Möglichkeit, Gefühle auszuleben und zu erleben, entsprechen dem, was in der Bevölkerung als maßgeblich angesehen wird, wenn es um Bedingungen guten Lebens für Menschen mit Demenz geht. Dazu gehört dann auch die Dimension des Humors (Abb. 3, S. 289).

Der Slogan der Behindertenbewegung »Behindert ist man nicht, behindert wird man« und der Satz »Behinderung ist heilbar« verweist auf die Bedeutung



Abb. 1

einstellungs- und haltungsrelevanter Bilder in der Gesellschaft von Behinderung – in diesem Fall von Demenz. Insofern kommt es darauf an, möglichst in der Breite der Bevölkerung Wissensbestände, angemessene Verhaltens- und Kommunikationsweisen und Erfahrung im Umgang mit Menschen mit Demenz zu verankern und zu verbreiten. Eine Inklusionsgesellschaft ist eine Gesellschaft, die die Teilhabe von Menschen mit Behinderung in Interaktion erlebbar macht – sei es auf der Straße, im Supermarkt, in der Kirche, in der U-Bahn oder im Verein. Vielfältige, teilhabeorientierte Ansätze zielen auf die Inklusion von Menschen mit Demenz.



Abb. 2: Dimensionen guten Lebens nach Martha Nussbaum | eigene Darstellung



Abb. 3 © Gaymann

Seien es die Aktivitäten demenzfreundlicher Kommunen², die vielfältigen Maßnahmen der Aktion Demenz oder Aktivitäten auf städtischer Ebene wie »Vergessen in der Stadt« (vgl. Rehle 2020).

Es geht um die Zivilität im Umgang mit Demenz, die eine anständige Gesellschaft auszeichnet, die Menschen mit Behinderung nicht demütig, respektive nicht die Erfahrung der Demütigung in ihrer Krankheit zumutet.



Abb. 4 © Gaymann

Maßgeblich für eine inklusive Gesellschaft ist die Haltung gegenüber Menschen mit Behinderung und im Besonderen Menschen mit Demenz, die teilnehmende Aufmerksamkeit, die Kommunikation und Interaktion, das Wissen um die verschiedenen Ausprägungen von Demenz und die Interpretationsmöglichkeit und -notwendigkeit der Symptome und Verhaltensweisen. Zeit, Kreativität, Humor und Offenheit (vgl. Klie 2021, S. 139ff.).

Dabei geht es auch über die Heterogenität der unterschiedlichen – bis zu 70 Varianten reichenden – Formen der Demenz. Menschen mit Demenz sind schon von ihrer Diagnose her verschieden, sie sind als Person verschieden und je nach Ausprägung und Stadium sind die Anforderungen an die Umwelt und die Bedarfsgerechtigkeit von Unterstützungsleistungen unterschiedlich. Dabei

2 <https://www.demenzfreundliche-kommunen.de/> [Abruf vom 02.02.2025].

sind in besonderer Weise von Demenz früh Betroffene von den typischen SDAT (senile Demenz vom Typ Alzheimer) zu unterscheiden (vgl. FTD-Gutachten im Rahmen der »Studie zur Versorgungssituation von Menschen mit Frontotemporaler Demenz und Empfehlungen zu Weiterentwicklungen bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen (FTD-Bayern) des DZNE und der HWA im Auftrag des StMGP Bayern, 2025; im Erscheinen).³ Für sie und ihre An- und Zugehörigen sowie Familien und Arbeitskolleg*innen stellen sich die Herausforderungen für eine angemessene, teilhabeorientierte und förderliche Begleitung zum Teil grundlegend anders dar als bei den Hochbetagten. Für sie bedarf es auch anderer Formen der Unterstützung, des Wohnens und der Teilhabesicherung. In jedem Fall ist das Thema Demenz oder hirnorganische Beeinträchtigung ein Thema für den öffentlichen Raum. Auch und gerade hier eignet sich Teilhabe.



Abb. 5 Quelle: Aktion Demenz Vorarlberg

Hoffmann-Axthelm (2014) sieht die Altersdemenz als den härtesten Testfall für die Inklusionsfähigkeit eines Stadtquartiers an. Schulz-Nieswandt (2012) formuliert »Der demente Mensch wird durch Haltung sozial ausgegrenzt, die in den tiefen, seelischen Dispositionen der Urangst vor dem Fremden als dem Nicht-Verstehbaren wurzeln.« Auch für die Pflege und die Pflegewissenschaft ist das

3 <https://www.hwa-online.de/forschung/#c2547>; <https://www.dzne.de/forschung/studien/projekte-der-versorgungsforschung/ftd-bayern/> [Abruf vom 02.02.2025].

Thema Teilhabe und Inklusion im Mutmaße maßgeblich, wenn es um die Arbeit, um die Gestaltung von Pflegekontexten von Menschen mit Demenz geht.

Den Abschied von der Fixierung auf somatische Bedarfe auf Pflege angewiesener Menschen hat die Pflegewissenschaft schon lange vollzogen, die Praxis aber mitnichten. Nahe an dem anthropologischen Modell von Martha Nussbaum ist das Pflegemodell von Mike Nolan (2006), das er mit seinen Kolleg*innen entwickelt hat und »Six Senses« nennt.

- **Sicherheit** hinsichtlich der essenziellen, physiologischen und psychologischen Bedürfnisse sowie vor Bedrohung, Schaden oder Schmerz (hier gibt es Parallelen zum Verständnis von Körperlichkeit und körperlicher Integrität bei Nussbaum)
- **Kontinuität** in der persönlichen Biografie und eine konsistente und reibungslose Versorgung innerhalb etablierter Pflegebeziehungen durch bekannte Pflegepersonen (bei diesem Kriterium finden sich Überschneidungen mit Nussbaums Verbundenheit mit anderen Menschen und der Sozialität)
- **Zugehörigkeit** durch die Bildung und/oder Aufrechterhaltung bedeutsamer und gegenseitiger Beziehungen (dieses Kriterium verweist ebenfalls auf die Verbundenheit mit anderen Menschen und die Sozialität)
- **Zielgerichtetheit** hinsichtlich der Fähigkeit, Ziele und Herausforderungen zu identifizieren sowie Ermessensspielraum für eigene Entscheidungen zu haben (dieses Kriterium weist sowohl Parallelen zur Verbundenheit mit anderen Menschen und der Sozialität wie auch zur praktischen Vernunft und der Vorstellung des Guten auf sowie zum Getrenntsein und der Vereinzelung auf)
- **Etwas erreichen können** im Hinblick auf bedeutsame Ziele und wertgeschätzte Beiträge (dabei besteht am ehesten ein Bezug zur praktischen Vernunft und Vorstellung des Guten) sowie
- **Bedeutsamkeit** im Sinne der Anerkennung und Wertschätzung als Person und des Gefühls der Wichtigkeit der eigenen Existenz und Handlungen (bei diesem Kriterium bestehen wieder die Parallelen zur Verbundenheit mit anderen Menschen und der Sozialität).

Abb. 6: Six senses nach Nolan

In dem Pflegemodell von Nolan u.a. findet sich implizit eine, die Wesensmerkmale des Menschen aufnehmende, Anthropologie, zu der auch ganz maßgeblich die Orientierung an den Dimensionen der Bedingungen guten Lebens gehört (vgl. Nolan et al. 2006).

Eine ganze Reihe von Einrichtungen der Langzeitpflege haben sich auf den Weg gemacht, gerade ihre Konzepte für die Begleitung von Menschen mit Demenz an diesem teilhabeorientierten Pflegemodell zu orientieren (vgl. Klie 2023). Die Teilhabeversicherung von Menschen mit Demenz ist nach den Ausführungen auf der einen Seite eine Aufgabe der gesamten Gesellschaft, im Kleinen wie im Großen. Sie ist auch eine Aufgabe der für die Pflege verantwortlichen Institutionen, aber auch Berufe, die in ihren Pflegekonzepten und -modellen die Dimension der Teilhabe konsequent zu berücksichtigen haben. Dabei hört Teilhabe nicht irgendwann auf, können Teilhabeziele nicht als nicht mehr erreichbar qualifiziert werden. Teilhabeversicherung gilt bis zum Schluss.

Die Hospizarbeit wurde vor Einführung des § 39a SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) als Leistung der Eingliederungshilfe qualifiziert und gewährt. Gleichwohl gilt, dass für Menschen mit Demenz im hohen Alter die Pflegeversicherung maßgeblich ist für die Gestaltung der Wohn- und Versorgungsarrangements, so sie denn nicht, wie in den Anfangsstadien der Demenz, dominant jeweils in der eigenen Häuslichkeit der auf Pflege angewiesenen Menschen gestaltet wird.

Auch wenn nach dem Lebenslagemodell gemäß § 103 SGB IX bei den über 65-Jährigen sowohl die Pflegeversicherung als bei Sozialbedürftigkeit die Hilfe zur Pflege den »Hut auf« hat, wenn es um die Feststellung des Bedarfes, die Hilfe- und Pflegeplanung geht, so dürfen dabei gleichwohl nicht die Teilhabebedarfe, gegebenenfalls auch als gesondert zu finanzierende, aus dem Blick geraten.

Menschen mit Demenz haben Rechte – auch das gehört zu einem Recht auf Demenz. Unter sozialleistungsrechtlichen Gesichtspunkten sind sowohl Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung, der sozialen Pflegeversicherung, der Eingliederungshilfe und der Sozialhilfe in den Blick zu nehmen (Abb. 7, S. 294).

Den vielfältigen Formen der Demenz kommt Krankheitswert zu. Sowohl die Diagnostik als auch die medizinische Flankierung von pflegerischen und Teilhabeleistungen bleibt Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Falle etwa einer Krankenhausaufnahme sind die besonderen Bedarfe von Menschen mit Demenz auch im Krankenhaus zu beachten (vgl. Horneber et al. 2019). Auch Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen kommen für Menschen mit Demenz und ihre An- und Zugehörigen in Betracht. Diese können besonders nach der

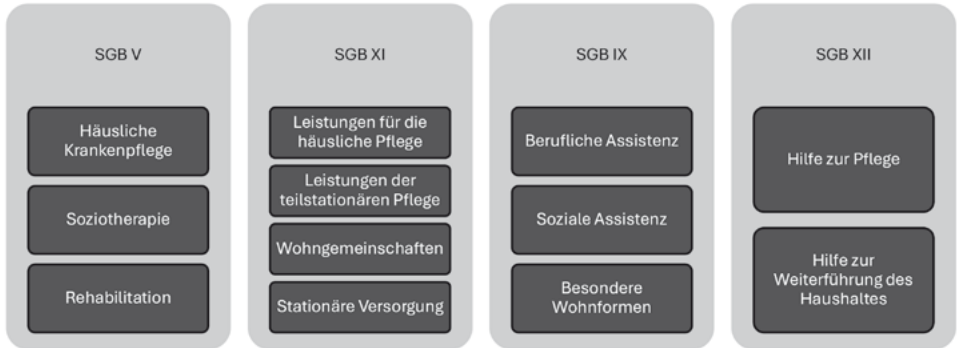


Abb. 7: Relevante Sozialleistungsgesetze | eigene Darstellung

Befundung, nach der Diagnosestellung relevant werden, wenn es um die Reorganisation eines partnerschaftlichen oder Familiensystems geht. So indiziert – ist auch die pharmakologische Flankierung der Versorgung von Menschen mit Demenz weiterhin als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zu qualifizieren. Das Portfolio der Pflegeversicherung ist seinerseits inzwischen sehr unübersichtlich geworden (vgl. DAK-Pflegereport 2022: Klie 2022b). Gleichwohl sind zahlreiche Leistungen der Pflegeversicherung für die Stabilisierung der Versorgungssituation im ambulanten Bereich bedeutsam und werden vollstationäre und teilstationäre Versorgungsangebote über die Pflegeversicherung finanziert und in inhaltlicher Hinsicht ausgestaltet. Dabei wird es zunehmend schwieriger, regional die erforderlichen und bedarfsgerechten Versorgungsangebote zu finden. In diesem Zusammenhang kommen dem Care und Case Management eine wichtige Broker-Funktion zu. Die wenigsten Haushalte mit Menschen mit Pflegebedarf und Menschen mit Demenz geben an, über die Leistungen der Pflegeversicherung Bescheid zu wissen. Auch nur eine Minderheit nimmt Leistungen einer qualifizierten Beratung in Anspruch, die aber stets als hilfreich qualifiziert werden (Haumann 2025).

Leistungen der Eingliederungshilfe kommen insbesondere für jüngere Menschen mit Demenz in Betracht. Alle Menschen mit Demenz, die die Diagnose Demenz vor dem 65. Lebensjahr erhalten, sind zunächst als Menschen mit Behinderung zu sehen. Die Behinderung ist der Masterstatus, nicht die Pflegebedürftigkeit. Selbstverständlich können Menschen mit Demenz auch vor ihrem 65. Lebensjahr Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen. Diese sind unter dem Gesichtspunkt von Einkommen und Vermögen auch leichter

zugänglich als Leistungen der Eingliederungshilfe, die zwar nicht den gleichen Restriktionen wie die der Pflege zur Hilfe unterliegen, aber gleichwohl auch einen Einkommens- und Vermögensbezug aufweisen. Aber gerade bei intensivem Hilfebedarf, gerade dann, wenn Familienangehörige auch finanziell in die Verantwortung gezogen werden, sind Leistungen der Eingliederungshilfe stets denen der Hilfe zur Pflege vorzuziehen. Die diskriminierende Wirkung der Hilfe zur Pflege, was die Heranziehung von Partnern anbelangt – sie müssen gegebenenfalls mit ihrem Einkommen und Vermögen vollständig für die Kosten der Pflege eintreten, so sie nicht von der Pflegeversicherung übernommen werden – sie entfaltet die Eingliederungshilfe so nicht. Hier bleiben die Partner unbehelligt, so es um die Kosten der Teilhabe, die der Eingliederungshilfe geht.

Aber nicht nur wegen der unterschiedlichen finanziellen Heranziehungsregeln, auch wegen des Inhalts der Leistungen bleibt die Eingliederungshilfe unter dem Gesichtspunkt der Teilhabesicherung von größter Bedeutung. Das gilt zunächst für jüngere Menschen mit Demenz, für die ganz andere Assistenzleistungen sowohl am Arbeitsplatz, aber auch im Sinne einer sozialen Assistenz in Betracht kommen, als es nach dem Leistungsrecht der Pflegeversicherung vorgesehen ist. Gleiches gilt aber gegebenenfalls auch für über 65-Jährige, wenn sie einen von der Pflegeversicherung so nicht gedeckten Teilhabebedarf aufweisen. Hier sind neben der Pflegeversicherung auch Leistungen der Eingliederungshilfe möglich und vorgesehen.

Schließlich bleibt sozialleistungsrechtlich der Verweis auf das SGB XII (Sozialhilfe), das durchaus auch im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit seine Relevanz entfalten kann. Durch den Wegfall der sogenannten Pflegestufe 0 und die Gleichschaltung von Hilfe zur Pflege und Pflegeversicherung, was die Eintrittsschwelle der Sozialleistungen anbelangt, kommen sowohl Hilfen im Rahmen der Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes gemäß § 70 SGB XII als auch der Altenhilfe gemäß § 71 SGB XII in Betracht, wenn es um »frühe« Hilfen zur Stabilisierung der Haushaltsführung von Menschen mit Demenz geht (vgl. Klie 2022a).

Selbstverständlich sind es auch die ergänzenden Hilfen der Hilfe zur Pflege, die für Menschen mit Demenz ihre Bedeutung entfalten können, gerade wenn es um die Kosten einer Heimunterbringung geht, die Kosten für nicht gedeckte Aufwendungen in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft oder in der häuslichen Pflege. Hier gelten allerdings strenge Einkommensregeln und wird ein Vermögensverbrauch auf 10 000 € verlangt, der von vielen als diskriminierend und entwürdigend und gerade nicht als teilhabesichernd empfunden wird.

Ausblick

Wir leben in einer Gesellschaft des langen Lebens. Die unterschiedlichen Formen von Demenzen sind die Behinderung einer Gesellschaft des langen Lebens. Die Zahl der auf Pflege angewiesenen Menschen wird insbesondere ab 2035 deutlich zunehmen – die Boomer werden dann pflegebedürftig. In den 2020er Jahren gehen viele Boomer in die Rente. Dies führt zu einem demografiebedingten Berufsaustritt einer großen Zahl von Beschäftigten im Sozial- und Gesundheitswesen. Dies provoziert Kippunkte in der pflegerischen Versorgung: Als erstes Bundesland wird in Bayern 2029 die Zahl der altersbedingt aus dem Beruf Ausscheidenden die Berufseinmünder aus den Pflegeschulen übersteigen (Isfort und Klie 2024).

Auch ist die Finanzierung der Pflegeversicherung keineswegs gesichert. Auch andere soziale Sicherungssysteme geraten fiskalisch unter Druck. Insofern wird von der Gesellschaft ein neues Ringen um Bedingungen guten Lebens für Menschen mit Demenz gefordert werden. Die Demografie lehrt uns: Mehr Fachpersonal gibt es nicht. Die wirtschaftliche Entwicklung und die Rezession der deutschen Wirtschaft signalisiert uns: Mehr Geld für das Gleiche gibt es nicht. Die technische Entwicklung macht deutlich: Ohne Digitalisierung wird auch die Begleitung von auf Pflege angewiesene Menschen nicht gelingen – aber auch sie stellt nicht **die** Lösung für die Demografie Herausforderungen dar.

In einer modernen Gesellschaft, die trotz familiären Revisionismus, den populistischen Bewegungen und Parteien unterstützt wird, wird Solidarität auch in anderen und nicht nur auf modernen Formen gelebt werden. Solidarität ohne Fairness geht (auf Dauer) auch nicht. So stellen sich die Herausforderungen für die Teilhabesicherung von Menschen mit Demenz und eine teilhabeorientierte Pflege in den nächsten Jahrzehnten als zentrale Herausforderung unserer Gesellschaft. Das sieht auch die Bevölkerung so (vgl. Haumann 2025, i.E.). Insofern wird man zur Sicherung der Teilhabe – im Übrigen auch von pflegenden An- und Zugehörigen – die Sicherung der Pflege und Teilhabe neu denken müssen (vgl. Klie 2024).

Literaturverzeichnis:

- Haumann, Wilhelm (2017): Leben mit Demenz. Einstellungen und Beobachtungen der deutschen Bevölkerung. Untersuchungsbericht für den DAK Pflegereport 2017. In: Thomas Klie: DAK Pflegereport 2017. Gutes Leben mit Demenz: Daten, Erfahrungen und Praxis. Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Unter Mitarbeit von Christine Bruker, Birger Dittmann, Wilhelm Haumann, Helmut Hildebrandt, Laura Lange, Timo Schulte und Florian Wernicke. Heidelberg: medhochzwei Verlag, S. 18–49.
- Haumann, Wilhelm (2025, i.E.): Bevölkerungsbefragung des Instituts für Demoskopie Allensbach. In: Thomas Klie: Pflegereport 2025. Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Hoffmann-Axthelm, Dieter (2014): stadtviertel für ein ganzes leben. Wie sollen Stadtviertel für Ältere und Menschen mit Demenz gestaltet sein? In: Eckhard Feddersen und Insa Lüdtko (Hg.): raumverloren. Architektur und Demenz. Basel: Birkhäuser Verlag, S. 137–145.
- Horneber, Markus; Püllen, Rupert; Hübner, Janine (Hg.) (2019): Das demenzsensible Krankenhaus. Grundlagen und Praxis einer patientenorientierten Betreuung und Versorgung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Isfort, Michael; Klie, Thomas (2024): Monitoring Pflegepersonalbedarf Bayern 2023. Unter Mitarbeit von Pablo Rischard und Daniel Tucman. Hg. v. Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB). Online verfügbar unter <https://www.vdpb-bayern.de/wp-content/uploads/2024/01/240115-Monitoring-Pflegepersonalbedarf-Bayern-2023-VdPB.pdf>.
- Klie, Thomas (2021): Recht auf Demenz. Ein Plädoyer. 1. Aufl. Stuttgart: Hirzel Verlag.
- Klie, Thomas (2022a): Berliner Gesetz »Gutes Leben im Alter«. Ein erstes Altenhilfestrukturgesetz auf Landesebene? In: NDV Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. 102 (2), S. 60–67.
- Klie, Thomas (2022b): Pflegereport 2022. Häusliche Pflege – das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven. 1. Auflage. Hg. v. Andreas Storm. Heidelberg: medhochzwei Verlag (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, 41).
- Klie, Thomas (2023): Gute Arbeit – gute Pflege. Im Dialog: Thomas Klie und Bianca Jendrzej. In: Altenheim (11), S. 42–45.
- Klie, Thomas (2024): Pflegenotstand? Eine Streitschrift. Stuttgart: S. Hirzel Verlag.
- Margalit, Avishai (2012): Politik der Würde. Über Achtung und Verachtung. Berlin: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.
- Marten, Rainer (2016): Das letzte Selbst. Vortrag im Rahmen der Vortragsreihe: Demenz und Lebenskunst. Für einen neuen Umgang mit Menschen mit Demenz. Katholische Akademie Freiburg, 21.09.2016.
- Nolan, Mike; Brown, Jayne; Davies, Sue; Nolan, Janet; Keady, John (2006): The Senses Framework: improving care for older people through a relationship-centred approach. Getting Research into Practice (GRiP) Report No. 2. University of Sheffield.

- Nussbaum, Martha (1999): *Gerechtigkeit oder Das gute Leben*. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.
- Rehle, Valerie (2020): *Vergessen in der Stadt. Stadtgestaltung von und für Menschen mit Demenz*. Ludwigsburg: Wüstenrot Stiftung.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2012): *Neue Wohnformen im Alter: Wohngemeinschaften und Mehrgenerationenhäuser*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2020): *Pflegepolitik gesellschaftspolitisch radikal neu denken. Gestaltfragen einer Reform des SGB XI. Grundlagen, Kontexte, Eckpunkte, Dimensionen und Aspekte*. Hg. v. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Berlin. Online verfügbar unter https://kda.de/wp-content/uploads/2020/01/Grundlagentext_Schulz-Nieswandt.pdf, zuletzt geprüft am 28.07.2021.

X Netzwerkarbeit und Schnittstellen – Sicherstellung der Hilfen

Verantwortung für die Gestaltung der Übergänge (Projekt Bridge)

Alexandra Wuttke

Depressive Störungen sind bei älteren Menschen häufig, dennoch werden sie häufig nicht diagnostiziert und in der Folge nicht leitliniengerecht behandelt (Fellgiebel und Hautzinger, 2017). Es liegt eine deutliche psychotherapeutische Unterversorgung von älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen vor (Supprian und Hauke, 2016). Dabei stellen ältere Menschen mit Multimorbidität eine besonders vulnerable Zielgruppe dar, denen ein Zugang zu dem Versorgungssystem zusätzlich erschwert ist. Gerade an der Schwelle von stationärer zu ambulanter Behandlung entstehen hier häufig Versorgungsbrüche an der Sektorengrenze, die negative Folgen (z.B. Symptomprogression, Rehospitalisierung) für die Betroffenen haben.

Genau hier setzt das Innovationsfondsprojekt BRIDGE an. BRIDGE steht für ›Behaviorale und körperliche Aktivierung für multimorbide, ältere Patient:innen mit depressiven Symptomen beim stationär-ambulanten Übergang‹. Es handelt sich um ein Verbundprojekt, in dem mit Partner:innen aus Wissenschaft, Versorgung und Politik ein neue Versorgungsform am stationär-ambulanten Übergang erprobt wird. Kern der neuen Versorgungsform ist ein interdisziplinäres Versorgungsteam – das BRIDGE Team – bestehend aus einer Pflegefachkraft, eines/r Bewegungswissenschaftler:in und eines/r Psycholog:in, die gemeinsam den Übergang von einer (teil-)stationären gerontopsychiatrischen oder geriatrischen Behandlung zurück in die Häuslichkeit für die Patient:innen gestalten. Bereits während des stationären Aufenthalts lernen die Patient:innen das BRIDGE Team kennen und bereiten den Übergang in die Häuslichkeit vor. Inhaltlich liegt der Schwerpunkt auf der Aktivierung und umfasst Interventionen zur Etablierung von Tagesstruktur und Routinen sowie der Durchführung von Bewegungsübungen. In den drei Monaten nach Entlassung finden regelmäßig Hausbesuche oder Digitalvisiten, die federführend die Pflegefachkraft gestaltet. Dazu steht sie in einem engen, interdisziplinären Austausch mit den anderen Berufsgruppen. So können die Perspektiven aus Psychologie, Bewegungswissenschaft und Pflege in die Begleitung der Patient:innen eingebracht werden. Zwischen den Hausbesuchen bzw. Digitalvisiten sind die Patient:innen angehalten, zu Hause

täglich Bewegungsübungen durchzuführen. Dazu erhalten Sie für die Dauer der Projektteilnahme eine technische Lösung, die es erlaubt, jede Woche neue Videos auf einem Tablet anzuschauen.

Evaluiert wird BRIDGE im Rahmen eines kontrolliert-randomisierten Designs. Insgesamt 800 Patient:innen sollen in sieben Studienzentren in Rheinland-Pfalz, Hessen, Bayern und dem Saarland an der neuen Versorgungsform teilnehmen. Insgesamt 533 sind dabei zufällig der Interventionsgruppe zugeordnet und erhalten die neue Versorgungsform BRIDGE, während 267 Patient:innen der Kontrollgruppe zugeordnet sind und ausschließlich die Regelversorgung weiter erhalten. Zu insgesamt fünf Messzeitpunkten (Einschluss, Entlassung, 3 Monate nach Entlassung, 6 Monate nach Entlassung und 9 Monate nach Entlassung) erfolgen Befragungen und Interviews bei den Patient:innen der Interventions- und Kontrollgruppe. Das primäre Outcome stellt die Aufrechterhaltung des Behandlungserfolgs des stationären Aufenthaltes hinsichtlich der depressiven Symptomatik dar. Weitere sekundäre Outcomes beinhalten die Reduktion von depressiven Symptomen sowie den Erhalt bzw. die Steigerung der körperlichen, sozialen sowie kognitiven Funktionsfähigkeit und der Lebensqualität. Zudem erfolgt eine gesundheitsökonomische Evaluation im Rahmen von Kosten-Nutzen-Analysen.

Das Projekt ist am 01.06.2024 gestartet und hat eine Projektlaufzeit von 39 Monaten.

Weitere Informationen zu dem Projekt befinden sich hier:

<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/bridge.626>

<https://www.bridge-projekt.de/>

Literatur:

Fellgiebel, A., & Hautzinger, M. (2017). Altersdepression (pp. 121-139). Springer Berlin Heidelberg.

Supprian, T., & Hauke, C. (Eds.). (2016). Störungsspezifische Psychotherapie im Alter: Das Praxisbuch. Schattauer Verlag.

Demenznetzwerke in Deutschland: Herausforderungen und Perspektiven

Hannah Scheibner

Einleitung

Demenz ist eine der größten gesellschaftlichen Herausforderungen unserer Zeit. In Deutschland leben Millionen von Menschen mit einer Demenzerkrankung, eine Zahl, die angesichts der alternden Gesellschaft weiter steigen wird. Eine große Hürde dabei ist die Vereinzelung von Leistungen und Versorgungsabbrüche zwischen verschiedenen Behandlungen.

Um diesen Herausforderungen zu begegnen, wurden in Deutschland regionale Demenznetzwerke erschaffen. Das Kernziel der Demenznetzwerke ist **die Vernetzung** von Menschen, die zu dem Thema Demenz arbeiten, Menschen, die sich in dem Bereich Demenz ehrenamtlich engagieren und Menschen, die selbst betroffen oder An- oder Zugehörige sind. Diese Netzwerke sollen die Versorgung und Unterstützung der Erkrankten durch eine schnellere Vermittlung verbessern, den Austausch von Wissen und Erfahrungen fördern und den Zugang zu notwendigen Dienstleistungen erleichtern. Doch trotz ihrer positiven Ansätze stehen diese Netzwerke vor einer Vielzahl von Herausforderungen. Im Folgenden soll die Bedeutung und Herausforderung von Demenznetzwerken beschrieben werden und anhand von drei Beispielen mögliche Varianten von Demenznetzwerken vorgestellt werden.

1. Die Bedeutung von Demenznetzwerken

Demenznetzwerke sind meist lokale, regionale Zusammenschlüsse von Akteuren, die sich auf verschiedene Weise mit dem Thema Demenz befassen. Dies können Pflegeeinrichtungen, ambulante Dienste, Krankenhäuser, Gedächtnisambulanzen, Beratungsstellen, Haus- oder Facharztpraxen, Psychologinnen und Psychologen, Betroffene, Angehörige und ehrenamtlich Helfende sein. Durch die Vernetzung kann es gelingen, Ressourcen zu bündeln, Betroffene und Angehörige schneller und effizienter von einem Netzwerkpartner an andere passende Angebote zu vermitteln, gemeinsam durch Fortbildungen und Öffentlichkeitsarbeit die Versorgung von Menschen mit Demenz weiter voranzubringen, länger bestehende Versorgungslücken zu identifizieren und zu kommunizieren.

In Deutschland gibt es verschiedene Modelle von Demenznetzwerken. Einige sind vor allem auf die medizinische Versorgung ausgerichtet, andere legen ihren Fokus auf die Unterstützung der Betroffenen und Angehörigen, z.B. im Rahmen eines sogenannten Case Management. Wieder andere Netzwerke konzentrieren sich auf die Aufklärung und Sensibilisierung der Gesellschaft für das Thema Demenz.

2. Die zentralen Herausforderungen der Demenznetzwerke

Obwohl Demenznetzwerke in Deutschland eine wichtige Funktion übernehmen, sind sie mit einer Vielzahl von Herausforderungen konfrontiert. Diese Herausforderungen betreffen sowohl strukturelle als auch soziale und finanzielle Aspekte. In einer multizentrischen Evaluationsstudie (DemNet-D) wurde untersucht, welche Faktoren für die Etablierung nachhaltiger Demenznetzwerke von größter Bedeutung sind. Die wichtigsten Faktoren waren dabei: Hauptamtliches Personal, Motivation & Bindung der Netzwerkpartner, Stabile Finanzierung, Kommunale Unterstützung und Sichtbarkeit.

a) Hauptamtliches Personal

Nachhaltige Demenznetzwerke zeichneten sich durch hauptamtliches Personal aus, das die Bedeutung eines »Zugpferds« für das Demenznetzwerk hatte. Durch die Ehrreichbarkeit und das Engagement des hauptamtlichen Personals wurde das Netzwerk insgesamt besser angenommen und sichtbarer.

b) Motivation & Bindung der Netzwerkpartner*innen

Das Engagement und die Bindung aller Netzwerkpartner*innen ist für die Netzwerkarbeit von großer Bedeutsamkeit. Die Netzwerkpartner*innen müssen einen Mehrwert in der Netzwerkarbeit sehen, z.B. durch persönlichen Nutzen durch die Fortbildungen oder Gespräche oder durch Nutzen durch Ansehen oder Prestige als Netzwerkpartner*innen. In der DemNet-D Studie zeigte sich, dass nachhaltige Netzwerke mehr Netzwerkpartner*innen hatten als weniger nachhaltige Netzwerke.

c) Stabile Finanzierung

In der DemNet-D Studie wurde gezeigt, dass nachhaltige Netzwerke ein größeres Finanzierungsvolumen brauchen, das idealerweise auf mehreren Füßen steht. Dabei waren Netzwerke besonders nachhaltig, die nicht sowohl beständige Außenfinanzierung vorwies als auch einen Teil ihrer Einnahmen durch Innenfinanzierung (z.B. durch Mitgliedsbeiträge) abdeckten und so unabhängiger von externen Einflüssen waren.

d) Kommunale Unterstützung

Die Einbindung der Kommunen in die Netzwerkarbeit ist in mehrerlei Hinsicht essenziell. Einerseits kann das Netzwerk durch finanzielle oder nicht finanzielle Unterstützung direkt profitieren. Andererseits erhöht die Einbeziehung und Vernetzung mit den Kommunen die Sichtbarkeit des Netzwerkes insgesamt und trägt auch zu einer Verbesserung der Wirksamkeit von Demenznetzwerken bei, was wiederum auch den Mehrwert und Motivation der Netzwerkpartner*innen erhöht.

e) Sichtbarkeit

Die Bekanntheit und Präsenz sowie Reputation des Netzwerkes spielt ebenfalls eine große Rolle bei der Entwicklung eines nachhaltigen, langlebigen Netzwerkes. Durch eine bessere Sichtbarkeit können einfacher Mitglieder beworben werden, die Effektivität von Maßnahmen erhöht sich und auch die Zusammenarbeit mit Kommunen kann leichter gelingen.

3. Verschiedene Varianten von Demenznetzwerken anhand von drei Beispielen

Anhand von drei Beispielen soll exemplarisch gezeigt werden, wie Demenznetzwerke aufgebaut sein können und welche Möglichkeiten der Spezialisierung es gibt.

a) Demenznetzwerk MOL – ein »kleines« Netzwerk mit Potential

Das Demenznetzwerk MOL wurde 2013 gegründet. Es beinhaltet ca. 30 Netzwerkpartner*innen aus den Bereichen häusliche Pflege, Pflegeheime, Krankenhäuser, Ehrenamtliche, Beratungsstellen, Angehörige. Das Netzwerk ist kein

eigener Verein, sondern an bestehende Strukturen angegliedert, zurzeit über die Immanuel Klinik Rüdersdorf. Die Hausärzte der Region wurden regelmäßig zu Treffen eingeladen, bisher hat jedoch noch keine erfolgreiche Vernetzung stattgefunden. Die Finanzierung wird allein durch die Netzwerkförderung nach §45c Abs. 9 SGB XI (Sozialgesetzbuch Elftes Buch - Soziale Pflegeversicherung) gewährleistet, was das Netzwerk noch nicht vollständig nachhaltig macht. Die primären Ziele des Netzwerkes sind der Austausch der Netzwerkpartner, Fortbildung der Partner und der Öffentlichkeit zu Demenz relevanten Themen. Zeitweise gab es auch Arbeitsgruppen zur Verbesserung der Versorgung vor Ort und politische Initiativen. Obwohl das Netzwerk bereits bekannt in der Region ist und eine regelmäßige Struktur erreicht hat, gibt es auch Ausbaupotential: So sollen in Zukunft die Hausärzte vermehrt einbezogen werden und die Zusammenarbeit mit den Kommunen verstetigt werden.

b) Demenznetzwerk Uckermark – ein »großes« Netzwerk mit vielen engagierten Kräften

Das Demenznetzwerk Uckermark wurde bereits 2004 »aus der Not heraus« gegründet, mit dem erklärten Ziel, die Versorgung der Menschen mit Demenz in dieser Region zu verbessern. Heute zählt das Netzwerk ca. 50 Verbundpartner und ist ein eingetragener Verein, mit regelmäßigen Treffen und Vorstandssitzungen sowie einer hauptamtlichen Kraft, die auch telefonisch erreichbar ist und eine Art Mittlerfunktion im Netzwerk einnimmt. Das Netzwerk finanziert sich aus verschiedenen öffentlichen Töpfen und auch durch Mitgliedsbeiträge, was zur Stabilität des Netzwerkes beiträgt. Im Gegensatz zu anderen Netzwerken zeichnet sich das Demenznetzwerk Uckermark durch eine hohe Zahl von regelmäßigen Angeboten aus, z.B. Schulungen für Pflegende und Angehörige, Öffentlichkeitsveranstaltungen, Lesungen und Vorträge. Das Netzwerk versteht sich als koordinierendes Dach aller beteiligten Anbieter von Behandlungs- und Betreuungsleistungen von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen und profitiert von der aktiven Teilnahme vieler Netzwerkpartner*innen, die gemeinsam selbstständig neue Formate kreieren.

c) Demenznetzwerk Aachen – ein »Nischennetzwerk«

Das Demenznetzwerk Aachen wurde ca. 2008 gegründet und zunächst als Modellprojekt durch verschiedene Fördergelder finanziert. Seit 2012 ist das Demenznetzwerk ein gemeinnütziger Verein und finanziert sich heute durch Mitgliedsbeiträge und Spenden. Im Vergleich zu anderen Demenznetzwerken hat sich das Demenznetzwerk Aachen besonders auf die Unterstützung und Beratung für Betroffene und Angehörige spezialisiert. In diesem Zusammenhang bieten sie auch das sogenannte »Case Management« an, bei dem Betroffene und Angehörige spezialisiert beraten werden. Außerdem ist das Netzwerk politisch aktiv und beteiligt sich an lokal regionalen Diskussionsrunden zur Versorgung von Menschen mit Demenz. Andere Themen wie Öffentlichkeitsarbeit oder Fortbildungen für Netzwerkpartner*innen werden nicht vom Netzwerk selbst angeboten, sondern passieren über die Netzwerkpartner*innen.

Referenzen

- Michalowsky et al. Finanzierung regionaler Demenznetzwerke: Determinanten einer nachhaltigen Finanzierung am Beispiel spezialisierter Gesundheitsnetzwerke, Das Gesundheitswesen, 2016
- Demenznetz Städteregion Aachen. Verfügbar unter <http://www.demenznetz-aachen.de/>
- Demenz Netzwerk Uckermark. Website verfügbar unter <https://demenz-netzwerk-uckermark.de/>

Gerontopsychiatrie und Gemeindepsychiatrische Verbände Netzwerkarbeit und Schnittstellen – Sicherstellung der Hilfen an Beispielen aus Viersen und Mönchengladbach

Dieter Schax

Die Ausgangssituation lässt sich anhand unterschiedlicher Problemlagen beschreiben:

- Viele Menschen in Besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe werden immer älter. Aufgrund langjähriger chronifizierter psychischer Erkrankung in Verbindung mit somatischen Abbauprozesse, tritt eine zunehmende Pflegebedürftigkeit auf.

- In den ehemaligen Wohnheimen nach § 71 Abs. 4 SGB XI (Sozialgesetzbuch Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung) galt nach § 43a SGB XI folgende Regelung:

»Für Pflegebedürftige (...) in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen (...) übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Abs. 2 (...). Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat **266 Euro** nicht überschreiten. (...)«.

Es wurde also eine Pauschale in Höhe von € 266,- von der Pflegeversicherung an den Träger der Eingliederungshilfe gezahlt. Hiermit war sämtlicher pflegerischer Aufwand vergütet und abgegolten.

Im Rahmen der Strukturauflösung in der Eingliederungshilfe nach dem neuen Bundesteilhabegesetz (BTHG) und des Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) wurde diese Vorschrift des § 43a SGB XI zum 01.01.2020 zwar neu gefasst. Sie regelt aber lediglich, dass ab dann auch die Erbringung von Pflegeleistungen in Wohnformen, die ab 2020 im Bereich der Leistungen der Eingliederungshilfe für erwachsene Menschen mit Behinderung an die Stelle der vollstationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe treten, möglich ist. Dazu wurde der neue § 103 ins SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) hinzugefügt: »Werden Leistungen der Eingliederungshilfe in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des Elften Buches in Verbindung mit §71 Absatz 4 des Elften Buches erbracht, umfasst die Leistung auch die Pflegeleistungen in diesen Einrichtungen oder Räumlichkeiten«.

Im Ergebnis bleibt also alles beim Alten. Der Begriff der »Besonderen Wohnform« wurde eingeführt und hat den Begriff des Wohnheims innerhalb der Eingliederungshilfe ersetzt. Die Menschen in Besonderen Wohnformen wer-

den zwar quasi von Bewohner*innen zu Mieter*innen, bleiben aber im Bereich der Pflege, genau wie vorher in den Wohnheimen, weiterhin unterversorgt.

Zieht man nun eine mitunter notwendige Verlegung eines/r Nutzer*in in ein Altenheim in Betracht treten weitere Probleme hinzu:

- Die Platzkontingente in diesen Einrichtungen sind begrenzt, mögliche Plätze sind rar.
- Die Pflegeeinrichtungen sind in der Regel mit den Besonderheiten der psychiatrischen Klientel überfordert oder zumindest nicht darauf eingerichtet.
- Und, unter Missachtung des Wunsch- und Wahlrechts, müssen dies Personen dann auf jeden Fall umziehen.

Das bundesdeutsche Sozialsystem ist traditionell nicht auf Schnittstellen, Übergänge und Grenzüberschreitungen konzipiert. Die einzelnen Hilfesysteme arbeiten sowohl bzgl. der Zielgruppenorientierung als auch der Altersgruppenorientierung sehr isoliert nebeneinanderher. Diese starre Orientierung löst sich erst langsam nach und nach auf. Insofern gibt es wenig Erfahrung und noch weniger Methodik für einzelfallbezogene Zusammenarbeit auf verschiedenen Ebenen. Gelingende Kooperation ist fast immer von den handelnden Personen abhängig, was in Summe bei weitem nicht ausreichend ist.

Ausgehend von dieser Problembeschreibung bietet sich die Konstruktionsform eines Gemeindepsychiatrischen Verbunds mit einer regionalen Versorgungsverpflichtung dafür an, grenzüberschreitende Lösungen zu erarbeiten und umzusetzen. Dazu schreibt z. B. der Gemeindepsychiatrische Verbund Kreis Viersen (GPV Viersen) in seiner Kooperationsvereinbarung:

»Die GPV sollen das organisatorische Dach aller psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Hilfen, insbesondere mit komplexem Hilfebedarf in einer Versorgungsregion bilden. Sie sollen **personenzentrierte Hilfen** mit dem Ziel anbieten, dass hilfebedürftige Personen **dauerhaft in ihrer Region leben** können. Sie sollen eine **zeitgerechte und angemessene Versorgung** aller psychisch kranken Bürger*innen insbesondere mit komplexem Hilfebedarf einer Region sicherstellen, integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsprogramme umsetzen und das Leistungsspektrum durch Qualitätsverbesserungen und **Versorgungsverpflichtung** optimieren.«

Denn nur durch eine gemeinsame Verantwortung für den regionalen Sozialraum **und durch verbindliche Kooperation kann bedarfsgerechte Behandlung, Versorgung, Gesamt-, Teilhabe- und Behandlungsplanung von und für Menschen**

mit einer schweren akuten und langandauernden psychischen Erkrankung funktionieren!!!

Dabei haben GPVs noch eine Reihe ganz praktischer Vorteile und somit insgesamt sowohl für die einzelnen Nutzer*innen, als auch für die Akteur*innen im Hilfesystem einen hohen Nutzen:

- Die individuell passenden Hilfen für die Bürger*innen werden transparent und zugänglich gemacht.
 - Kooperation ist effizient, weil sie zu einer besseren Verständigung untereinander führt und dadurch den Zeitaufwand reduziert.
 - Wartelisten können durch andere Bewerbungs- und Belegungsverfahren abgelöst werden.
 - Durch träger- und einrichtungübergreifende Sichtweisen ergeben sich neue Möglichkeiten und Ausschlusskriterien einzelner Organisationen verschwinden.
 - Hospitationen und gemeinsame Fortbildungen fördern eine gemeinsame Haltung.
-
- Gemeinsam getragene Verantwortung entlastet die einzelnen Mitarbeiter*innen und führt zu einem Kompetenzzuwachs.

Neben diesen aufgezählten, zeitlich unabhängigen Aspekten, muss hier aber aktuell der Fachkräftemangel zusätzlich aufgeführt werden. Vor allem unter Betrachtung des gerade erst begonnenen demographischen Wandels, ist es naheliegend, dass zukünftig nicht mehr sämtliche Organisationen über das notwendige Personal verfügen werden, um geplante Leistungen tatsächlich auch erbringen zu können. Das gilt übergreifend für sämtliche an der Versorgung beteiligten Bereiche. Daher ist es dringlich, schon jetzt Konzepte und Methoden für einen einrichtungs- und organisationsübergreifenden Personaleinsatz zu entwickeln. Eine verbindliche Verbundstruktur mit vertrauten Akteur*innen, ist hierfür nicht automatisch ein Garant, bietet aber gute Bedingungen für erfolgversprechende Lösungen.

In den Gemeindepsychiatrischen Verbänden in Viersen und Mönchengladbach hat man sich in diesem Sinne auf den Weg gemacht, um die Zielgruppe von älteren psychisch kranken Menschen zu erreichen. Viele dieser Angebote befinden sich im Anfangs- und/oder Planungsstadium. Sie verdeutlichen aber, dass es in einer Versorgungsgemeinschaft einfacher ist, Projekte zu planen und gemeinsam in die Umsetzung zu gehen. So steigt auch die Risikobereitschaft einzelner Anbieter.

Gemeindepsychiatrischer Verbund Viersen

Die Psychiatrische Hilfgemeinschaft (PHG) Viersen betreibt in der Räumlichkeit ihrer Kontaktstelle seit einiger Zeit ein wöchentliches Demenzcafé. Aktuell kommen zwischen acht und zwölf Besucher mit und ohne Angehörige.

Aufsuchende Hilfen werden durch die psychiatrische Institutsambulanz der Klinik (PIA Mobil) in Verbindung mit einer stationsäquivalenten Behandlung (StäB), speziell auch für die Personengruppe älterer Menschen erbracht. Es gibt über gemeinsame Fallgespräche im GPV eine enge Verzahnung mit außerklinischen Hilfen.

Eine Kombination von verschiedenen Leistungen der Eingliederungshilfe, z. B. Wohnen und Tagesstruktur, bietet auch älteren Menschen eine sinnvolle Gestaltung ihrer zur Verfügung stehenden Zeit. Dabei können Freizeit- aber auch eher beschäftigungsbezogene Aspekte berücksichtigt werden. Die Zusammenarbeit der unterschiedlichen regionalen Anbieter ist dabei eine wichtige Voraussetzung.

Leistungssträger und SGB-übergreifende Zusammenarbeit kommt dann zum Tragen, wenn diese o. g. Leistungen mit Leistungen des SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) und des SGB XI kombiniert werden können. Dies ist der Fall, wenn aus Eingliederungshilfe und Pflege ein Leistungsmix gebildet wird, der ggfs. noch mit der StäB ergänzt wird. Aber auch aus der Kombination von Pflege und StäB lassen sich übergreifende Versorgungsansätze konzipieren. In der Region des Kreises Viersen werden dazu die unterschiedlichsten Modelle erprobt. Wichtige Voraussetzungen hierfür sind u. a.:

- Ein trägerübergreifendes gemischtes und multiprofessionelles Team aus Fachärzt*innen, Gesundheits- und Krankenpflegende, Ergotherapeut*innen, Genesungsbegleiter*innen und Sozialarbeiter*innen.
- Die Möglichkeit je nach Bedarf und Wunsch ergänzend psychotherapeutische und ergotherapeutische Gruppenangebote der Klinik und/oder Genesungsbegleiter*innen mit in die Behandlung miteinzubeziehen.

Für das Jahr 2027 plant der Arbeitersamariter Bund (ASB) gemeinsam mit PHG Viersen gGmbH unter fachlicher Begleitung der LVR-Klinik Viersen die Eröffnung einer Gerontopsychiatrischen Tagespflege.

Gemeindepsychiatrischer Verbund Mönchengladbach

Ausgehend von der eingangs geschilderten Problemlage wurde in Mönchengladbach darüber nachgedacht, wie man die Bedingungen einer »Besonderen Wohnform« so verändern kann, dass:

- a) Die älter werdenden Bewohner*innen pflegerisch versorgt werden können.
- b) Sie an ihrem Wohn- und Lebensort verbleiben können und nicht umziehen müssen und
- c) damit das Wunsch- und Wahlrecht berücksichtigt wird.

Der naheliegende Gedanke war, eine Besondere Wohnform in eine ambulante Wohngruppe umzufirmieren und daraus ein sogenanntes Intensiv Betreutes Wohnen zu konzipieren. Dabei wurden folgende Leitsätze/-ziele vorgegeben:

- Die Leistungen bleiben wie gehabt, werden aber personenzentrierter ausgerichtet.
- Individuelle Leistungen auf der Einzelfallebene werden mit kontextbezogenen Vorhalteleistungen kombiniert.
- Externe ambulante Pflegedienste werden individuell und bedarfsorientiert beauftragt / hinzugezogen.
- In Abhängigkeit vom baulichen Zustand der Immobilie (Barrierefreiheit) und der vorliegenden körperlichen bzw. gesundheitlichen Beeinträchtigung können die Menschen am Wohnort verbleiben, solange sie möchten.

Diese Ideen wurden an den Landschaftsverband Rheinland herangetragen und innerhalb weniger Monate konnte die Besondere Wohnform in eine intensiv betreute Wohngruppe umgewandelt werden. Dabei konnte erreicht werden, dass niemand aus dem Kreis der Bewohner*innen seinen Wohnort verlegen musste und/oder Abstriche bzgl. seines Leistungsspektrums machen musste. Gleichzeitig musste der Anbieter keine finanziellen Einschränkungen hinnehmen. Eine zweite, noch weitergehende, Maßnahme befindet sich derzeit in der Planungsphase. Dabei handelt es sich um den Neuaufbau einer Alten-WG, perspektivisch Pflege-WG. Die kommunale Wohnbaugesellschaft »Wohnbau« tritt hierbei quasi als Investor auf, errichtet und vermietet eine barrierefreie Wohneinheit an einen Anbieter von Sozial- und Pflegeleistungen. Durch die Kombination von Pflegeleistungen und Eingliederungshilfe, in Verbindung mit räumlicher Barrierefreiheit und pflegerechter Ausstattung, soll somit auch für älter werdende, chronisch psychisch kranke Menschen die Möglichkeit für ein bedarfsgerechtes Wohnen bis zum Lebensende geschaffen werden, als Alternative zu einem Lebensabend im Altenheim.

XI Vermeidung von Zwang und Gewalt

Erfahrungen mit dem Werdenfelser Weg[®]

Simone Heimkreiter

Vorstellung meiner Person:

Dipl. Betriebswirtin FH, Fachreferentin Altenpflege für den AWO Landesverband Bayern e. V., ehem. Heimleitung einer Gerontopsychiatrie, freiberufliche Dozentin in der Altenpflege, Verfahrenspflegerin nach dem Werdenfelser Weg

Die Idee des Werdenfelser Weges:

Die Idee ist, den Entscheidungsfindungsprozess der richterlichen Genehmigung freiheitsbeschränkender Maßnahmen zu verbessern:

- Pflegeerfahrene Person als Verfahrenspfleger*in einsetzen
- Gemeinsam Verantwortung übernehmen bei Entscheidungen
- Vermeidung von Freiheitseinschränkungen
- Suche nach Alternativen (milderes Mittel) für Freiheitseinschränkungen

Die Gründerväter der Initiative, Dr. Sebastian Kirsch (Richter am Amtsgericht Garmisch-Patenkirchen) und Josef Wassermann (LRA Garmisch-Patenkirchen, Betreuungsstelle), haben im Jahr 2007 begonnen. Mittlerweile handelt es sich um ein bundesweites Netzwerk, welches sich gegenseitig mit Wissen und Empfehlungen unterstützt und austauscht.

Es besteht aus Richter*innen, Ärzt*innen, Pflegekräften, Betreuer*innen, Verfahrenspfleger*innen, Heilerziehungspfleger*innen, Pädagog*innen, Heimleitungen u.a.

Eine Teilnahme am Netzwerk des Werdenfelser Weges ist möglich. Kontakt über Herrn Dr. Kirsch, siehe Webseite. Hinweis auf die jährlich stattfindenden Fachtage in München.

Themen der Fachtage u.a.:

- Herausforderndes Verhalten
- Freiheitsentziehung bei Minderjährigen
- Vermeidung medikamentöser Fixierung

- Zwangsmaßnahmen bei Autismus
- Freiheitsentzug durch Medikamente
- Freiheitsentzug im Krankenhaus
- Jugendpsychiatrie und freiheitsentziehende Maßnahmen
- Zwangsmaßnahmen bei Anorexie
- Reduzierung von Fixierung in der Pflege
- Unterbringung und Fixierung

Die Initiatoren haben einige Anerkennungen erhalten, u.a. das Bundesverdienstkreuz.

Quelle: www.werdenfelser-weg-original.de

Es darf nicht unerwähnt bleiben, dass in Deutschland etwa zeitgleich auch andere Initiativen entstanden sind, die sich die Vermeidung von Fixierungen auf die Fahnen geschrieben haben. Unter anderem sind Themen wie z.B. die Ursachenforschung für ein »herausforderndes« Verhalten eines pflegebedürftigen Menschen (z.B. Schmerz, Hunger), der angemessene Umgang mit Psychopharmaka und die Haltung in einem Heim bzw. Krankenhaus wichtig.

Die Aufgaben des/der Verfahrenspfleger*in:

- Die Wahrung der Interessen des betroffenen Menschen.
- Gespräche führen mit allen Beteiligten: u.a. betroffenen Pflegebedürftigen, Betreuer*in/ Bevollmächtigten, Pflegekräften, Ärzt*innen, ggf. Therapeut*in, Sozialdienst, Angehörigen
- Vor Ort eine Beurteilung der Risiken vornehmen, Freiheit versus Sicherheit.
- Die Suche nach milderem Mitteln zu körpernahen Fixierungen bzw. die Ablehnung einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme ist immer eine Einzelfallentscheidung. Jede Fallbetrachtung ist anders. Sie ist z.B. abhängig vom Gesundheitszustand, von der Einsichtsfähigkeit, von der Steh- und Gehfähigkeit, vom natürlichen Willen des betroffenen Menschen, von den kreativen Ideen des Umfelds und von der Haltung der Beteiligten.
- Einen Bericht an das Betreuungsgericht senden.

Alternativen zu Freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM):

In der stationären Altenpflegeeinrichtung ist eine körpernahe Fesselung (1 bis 9-Punkt-Fixierungen) zu vermeiden. Anmerkung: Krisensituationen in der Psychiatrie sind anders zu bewerten. Einzig die Sitzhose im Rollstuhl stellt in manchen Fällen eine gute Alternative dar.

Einige Beispiele (Fotos werden aus Datenschutzgründen nicht abgedruckt): Sicherheitssystem Bett (sog. Feldbett), geteiltes Bettgitter (Achtung: diese können streng genommen einen Freiheitsentzug darstellen, wenn der/die Pflegebedürftige das Gitter als durchgezogen wahrnimmt), Sensortechnik im/auf dem Fußboden, am Bett bzw. am Körper, Bodenschlafplatz, Time-out-Zimmer, Sitzsack mit Schulterklappen, stimulierende Weste, Pflegedecke mit integrierten Kugeln, Niederflurbett mit Sturzmatte, Baldachin über einem Sessel, Therapietisch (z.B. bei Hemiparese), Gehfrei Walker, Mobilitätsgeräte, Stehbrett, Eins-zu-eins Betreuung, Rooming-in, angemessener Medikamenteneinsatz, kreative Lösungen wie z.B. ein ehemaliger Schreiner, der in Krisenzeiten mit herausforderndem Verhalten mit Holzwerkzeug einen Tisch »bearbeiten« darf oder ein Herr der in den Abendstunden, bevor er fremdgefährdend eine Porzellantasse durch den Raum wirft, im rückzugbietenden Stationszimmer eine Flasche Bier trinkt.

Eine Alternative (z.B. IT-gestützte Sturzerkennung) zu einer körpernahen freiheits-beschränkenden Maßnahme kann in einer Erprobungsphase für beispielsweise vier Wochen ausprobiert werden.

Anzumerken ist, dass jede Maßnahme (z.B. Bettgitter, Fesselung, Therapietisch) bzw. Nicht-Maßnahme Risiken (Strangulation, Sturz, Ängste) birgt.

Grundsätzlich wünsche ich mir bei der Suche nach Alternativen mehr Kreativität und Mut.

Hoffnungsfroh lässt sich feststellen, dass in der Pflegelandschaft in den letzten zehn Jahren eine Sensibilisierung zu dem Thema Freiheit stattgefunden hat. Kritisch ist anzumerken, dass die freiheitsliebende Idee bei einem Wechsel der Beteiligten, insbesondere der verantwortlichen Führungskräfte (Pflegedienstleitung, Heimleitung, Geschäftsführung) nicht immer weitergetragen wird.

Letztendlich ist die Vermeidung von Zwang häufig eine Frage der Haltung in der Pflege.

Zwangsvermeidung im ambulanten und stationären Kontext – Spezifika bei älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen

Petra Rossmann

Aggressives Verhalten in psychiatrischen Einrichtungen resultiert aus dem Zusammenspiel individuellen Erlebens und Verhaltens auf Mitarbeiter- und Patientenseite, situativer Merkmale und einer Eskalationskomponente. Maßgeblich beeinflussende Faktoren sind:

- quantitativ und qualitativ ausreichende Personalausstattung
- räumliche / bauliche Bedingungen
- Vorerfahrungen mit Gewalt / Zwangsmaßnahmen
- Haltung / Einstellungen
- Übersichtlichkeit der Situation und Grad der Vertrautheit / Kenntnisse
- Fähigkeit zur Kommunikation (bzw. Einschränkung der Kommunikationsfähigkeit)

Dies ist detailliert dargestellt in verschiedenen Veröffentlichungen in den Bereichen Psychiatrie sowie der beruflichen Altenpflege, um nur einige herauszugreifen:

- S3-Leitlinie »Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen« Herausgebende Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/121426d2cd6753c751db3a04869673dabe61ae15/S3%20LL%20Verhinderung%20von%20Zwang%20KURZ%20FINAL%2010.9.2018.pdf
- Leitlinie FEM – Evidenzbasierte Praxisleitlinie Vermeidung von freiheits-einschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. Universität zu Lübeck & Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 2015.
http://www.leitlinie-fem.de/download/LL_FEM_2015_Internet_gesamt.pdf
- Deutscher Ethikrat Stellungnahme: Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung
<https://www.ethikrat.org/themen/gesellschaft-und-recht/zwang/>
- BMG-geförderten Forschungsvorhaben Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem (ZVP)
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/vermeidung-von-zwangsmassnahmen-im-psychiatrischen-hilfesystem-zvp>
https://www.bag-gpv.de/fileadmin/downloads/ZVP_Gesamtbericht_final.pdf

Dieser Beitrag bezieht sich auf die besonderen Herausforderungen an der Schnittstelle Psychiatrie und Altenpflege. Dabei gibt es zwei Spezifika bei älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen, die aus meiner Sicht gesondert zu betrachten sind:

1. Ältere Menschen, die zum ersten Mal im Rahmen der Psychiatrie versorgt werden und bei denen die Notwendigkeit einer psychiatrischen Versorgung ein unerwarteter oft für sie unnachvollziehbarer und immenser Einbruch in die bisherige Selbstbestimmung bedeutet.

Zur Verdeutlichung, werden zwei Beispiele geschildert:

Eine ältere Dame wurde durch ihren Hausarzt in die Psychiatrie eingewiesen, zu Diagnostik nach einem Verwirrtheitszustand im Zusammenhang mit einem Verkehrsunfall. Sie war berentet ging aber noch regelmäßig einer gutachterlichen Tätigkeit nach. Ihre beiden Geschwister haben sie regelmäßig in der Klinik besucht. Alle kamen eher aus wohl-situierten Verhältnissen und hatten bisher keinen Kontakt mit der psychiatrischen Versorgung. Die Versorgung in somatischen Abteilungen als Standard nehmend, kam es relativ schnell zu Missverständnissen und Beschwerden. So wurde es beispielsweise als respektlos und distanzlos erachtet, dass der Arzt sich einfach auf das Bett der Patientin setzte. Oder auch das persönliche Sachen entwendet wurden bzw. verloren gingen. Mit anwachsendem Misstrauen, Empörung und zunehmender Verweigerungshaltung drohte die Situation zu eskalieren, in dem angedroht wurde eine gerichtliche Unterbringung zu beantragen und den Geschwistern Besuchsverbot zu erteilen.

Das andere Beispiel bezieht sich ebenfalls auf eine ältere Dame, die bisher über viele Jahrzehnte freiberuflich mit eigener Praxis tätig war. Sie war alleinstehend und hatte sich weder um eine Krankenversicherung noch um eine Altersvorsorge gekümmert. Sie erkrankte an frontotemporaler Demenz. Im Zusammenhang mit massiven Verwirrtheitszuständen wurde sie in der Rettungsstelle vorgestellt und stationär aufgenommen. Unter dem Druck weiter selbst für sich sorgen zu wollen bzw. zu müssen, aufgrund der fehlenden Vorsorge, und dem weiter vorhandenen Verantwortungsbewusstsein im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit in der Praxis, kam es immer wieder zu Situationen, in denen sie massiv darauf drängte entlassen zu werden, um wieder in ihrer Praxis arbeiten zu können. Auch diese Situationen drohten zu eskalieren, da es ihr an Einverständnis fehlte in der Psychiatrie bleiben zu müssen, bis eine adäquate Versorgung und Vorsorge geklärt ist.

2. Ältere Menschen, die schon lange im psychiatrischen Versorgungssystem sind, aber deren Zustand sich ihm Zusammenhang ihres Alters und ihrer Erkran-

kung massiv verschlechtert und die bisherigen Hilfen nicht mehr ausreichend sind.

Auch hier dient ein Beispiel der Veranschaulichung:

Der psychische Zustand eines älteren Mannes verschlechtert sich massiv nach mehreren Jahrzehnten Betreuung in einer therapeutischen Wohngemeinschaft im Rahmen der Eingliederungshilfe ohne erneute stationäre Aufenthalte in der Psychiatrie. Im Zusammenhang mit der Suche nach einem Pflegeheimplatz, der Angst das gewohnte Wohnumfeld verlassen zu müssen sowie eine erforderliche Medikamentenumstellung lassen die Situation so eskalieren, dass es mit einer Zuführung durch die Polizei zu einem erneuten Klinikaufenthalt kommt. Die nach einer Stabilisierung versuchten Entlassungen zurück in die therapeutische Wohngemeinschaft sowie in Pflegeheime eskalieren und haben weitere Zwangsmaßnahmen im Zusammenhang mit fremdaggresivem Verhalten zur Folge.

Was sind die Herausforderungen bei der Behandlung älterer Menschen in der akuppsychiatrischen Versorgung?

Ältere Menschen zu begleiten und zu behandeln erfordert mehr Zeit und Geduld, da vieles länger braucht bzw. nur langsamer geht, was unter hoher Arbeitsbelastung sowie in zugespitzten und unübersichtlichen Situationen eine Herausforderung sein kann.

Eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten (Sprechen, Hören, Sehen werden schlechter oder haben einen anderen zeitlichen Bezug) sind Herausforderungen in der doch oft noch sehr auf Sprache fokussierte Behandlung und Diagnostik.

Bisherige Kompensationsmöglichkeiten bezogen auf die psychische Symptomatik können auch im Zusammenhang mit somatischen Faktoren eingeschränkt oder verloren gegangen sein, was für die Patient*innen und ihr Umfeld sehr verunsichernd, frustrierend und verwirrend sein kann. Versuche darauf zu reagieren kann mit vermehrten Wechselwirkungen auf psychischer und somatischer Ebene sowie weiterer Destabilisierungen einhergehen.

Die Auseinandersetzung mit palliativer Versorgung und Sterbebegleitung ist erforderlich aber oft nicht in psychiatrischen Versorgungsstrukturen integriert.

Die teilweise rapide Abnahme der körperlichen und geistigen Fähigkeiten, können massiv verunsichern und als Verlust der erreichten Stabilisierung erlebt werden.

Das außerklinische psychiatrische Versorgungssystem ist nur teilweise auf eine Kombination mit versorgender und pflegender Unterstützung ausgerichtet.

Notwendigkeit Unterstützung und Hilfe anzunehmen, erfordern die Bereitschaft körperlicher und sozialer Nähe, die im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen teilweise nur schlecht toleriert werden kann.

Bei längerfristigen Assistenzleistungen und Behandlungsbeziehungen können sich ähnliche Abgrenzungs- und Ablösungsprobleme entwickeln, wie innerhalb familiärer Strukturen.

Herausfordernd sind die begrenzten Möglichkeiten der stufenweisen Überleitung und flexiblen Begleitung in Anschlussmöglichkeiten. Abrupte Umgebungs-, Beziehungs- und Behandlungswechsel können massiv verunsichern, emotional und kognitiv überfordern sowie krisenauslösend sein.

Was wiederum sind die Herausforderungen in der Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der beruflichen Altenpflege?

Die Personalausstattung und Konzepte sind oft weder quantitativ noch qualitativ ausreichend für die spezifische Begleitung von Menschen in psychischen Krisen und mit herausfordernden Verhalten.

Teilweise gibt es in den Pflegeeinrichtungen nur ein unzureichendes Wissen über psychische Erkrankungen und deren therapeutische Begleitung. Dies birgt die Gefahr einer schnelle Deutung des Verhaltens als selbst- und/oder fremdgefährdend und dem Wunsch nach fachspezifischer Abklärung, was oft (erneut) zu einer Vorstellung und Aufnahme in einer psychiatrischen Klinik führt.

Teilweise werden standardisiert spezifische Diagnosen als Ausschlusskriterium für Aufnahme festgelegt. Eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten oder besondere Kommunikationsanforderungen im Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung, können fälschlicherweise als Desinteresse oder Verweigerung gedeutet werden.

Teilweise unzureichende Berücksichtigung möglicher Wechselwirkung psychischer und somatischer Symptome sowie Behandlungen/Medikamente. Nur wenig spezialisierte Angebote und dann meist nur in geschützten/geschlossenen Bereichen.

In der S3-Leitlinie »Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen« werden im Zusammenhang von rezidivierendem aggressivem Verhalten bei dementiellen Erkrankungen, folgendes zu Vermeidung von Zwang benannt:

»Die Möglichkeiten der Gestaltung geeigneter Umgebungsbedingungen und zwischenmenschlicher Beziehungen sollen vor der Indikationsstellung für eine Pharmakotherapie ausgeschöpft werden. Eine suffiziente Behandlung von Schmerzen und anderen somatischen Beeinträchtigungen soll gewährleistet

werden.«(S3 LL Verhinderung von Zwang LANG+LITERATUR FINAL
10.9.2018.pdf, Seite 189)

Durch welche Faktoren kann Zwang im stationären Kontext vermieden werden?

Entscheidend bleibt eine quantitativ und qualitativ ausreichende Personalausstattung. Multiprofessionelle Teams, vielseitige patientenspezifische Therapieangebote geeignete Umgebungsbedingungen, die sowohl Schutz als auch ein Höchstmaß an Selbstbestimmung ermöglichen, wirken deeskalierend. Die Sicherstellung guter somatischer und psychiatrischer Versorgung unter der Berücksichtigung von Wechselwirkungen, bietet ein ganzheitliches Behandlungskonzept, was eine differenzierte und individuelle Betrachtung von Ursachen und Wirkung ermöglicht.

Beratung in personenbezogenen Konferenzen und Einbeziehung des sozialen Umfelds sowie das explizite erarbeiten von Behandlungsvereinbarungen und Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen können maßgeblich zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen beitragen.

Entscheidend ist eine ergebnisoffene, ressourcenorientierte und motivierende Herangehensweise gekoppelt an Behandlungsziele mit realistischem Blick auf Chancen aber auch Kenntnisse in palliativer Versorgung.

Durch welche Faktoren kann Zwang im ambulanten stationären Kontext vermieden werden?

Insbesondere bei langfristigen Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe bedarf es ein frühzeitiges und aktives Klären von Grenzen und Versorgungsperspektiven im Alter. Es braucht spezifische Konzepte an der Schnittstelle Eingliederungshilfe/Pflege und fachliche Kompetenz im deeskalierenden Umgang mit älteren Menschen und in der Sterbebegleitung. Entscheidend ist die Verknüpfung somatischer, psychiatrischer und palliativer Behandlung unter der Berücksichtigung von Wechselwirkungen sowohl auf somatischer als auf psychischer Ebene. Wichtig ist die aktive Unterstützung bei der Erstellung von Behandlungsvereinbarungen und Voraussetzungen, um so den Willen der Patient*innen möglichst frühzeitig und konkret herauszuarbeiten und festzuhalten. Der Ausbau von ambulanten und insbesondere aufsuchender Behandlungsangebote kann der Verunsicherung durch die Umgebungsveränderungen vermindern und die Einwilligung in notwendigen Behandlungsbedarf erleichtern. Hier ist insbesondere auf die Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. zur Umsetzung und Weiterentwicklung der Ansprüche auf Begleitung im Krankenhaus nach § 44b SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - gesetzliche

Krankenversicherung) und §113 Abs.6 SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) hinzuweisen.

https://www.deutscher-verein.de/fileadmin/user_upload/dv/pdfs/Empfehlungen_Stellungnahmen/2024/DV-7-23_Begleitung_Krankenhaus.pdf#:~:text=Die%20gesetzlichen%20Regelungen%20trennen%20zwischen%20einer%20Begleitung%20durch,Eingliederungshilfe%20nach%20%C2%A7%20113%20Abs.%206%20SGB%20IX.

Gesetzliche Reformbedarfe im Betreuungsrecht

Dagmar Brosey

Die Reform des Betreuungsrechts und Entscheidung des BVerfG

Die Betreuungsrechtsreform von 2023 enthielt nur wenige konkrete Änderungen mit Blick auf freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen. Die Reform des Betreuungsrechts nahm die Stärkung des Selbstbestimmungsrechts und des Erforderlichkeitsprinzips insgesamt in den Fokus. Für die Ausübung von Vertretungsbefugnissen im Zusammenhang mit freiheitsentziehender Unterbringung und freiheitsentziehenden Maßnahmen nach § 1831 BGB (früher § 1906 BGB) ist der Vorrang der Unterstützung vor Vertretung zentral in § 1821 BGB geregelt, auch die weiteren Betreuerpflichten dieser Norm gelten hier. Handlungsleitend ist daher nicht mehr das »Wohl« der Betreuten, das zu oft Fehlinterpretation ausgesetzt war. Maßstab sind vielmehr die Wünsche der Betreuten. Nur im engen Ausnahmefall, können und müssen diese Wünsche nach unterstützter Entscheidungsfindung übergangen werden, und zwar soweit die Person des/der Betreuten oder dessen Vermögen durch den Wunsch erheblich gefährdet würde und der/die Betreute diese Gefahr aufgrund seiner Krankheit oder Behinderung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann. Der/die Betreuer*in darf dann aber nicht frei entscheiden, sondern ist an eine frühere Verfügung oder hilfsweise den mutmaßlichen Willen gebunden.

Für diese Zwangsmaßnahmen ist herauszustellen, dass es der/die Betreuer*in (Bevollmächtigte*r) ist, der die Entscheidung über die Freiheitsentziehung trifft. Dieser hat die Verantwortung über das Vorliegen der Voraussetzungen. Das Betreuungsgericht hat die Aufgabe, diese Entscheidung im Rahmen des Genehmigungsverfahrens zu prüfen und nur bei Vorliegen aller gesetzlichen Voraussetzungen eine Genehmigung zu erteilen.

Hierbei ergeben sich zwei wesentliche Probleme, die das Ob der Freiheitsentziehung und die Dauer der Freiheitsentziehung betreffen. Hier zeigen sich häufig große Lücken in der Versorgung und vorsorglichen und zwangsvermeidenden Angeboten in den Regionen. Dies führt dazu, dass Situationen von erheblicher Gefährdung eintreten, auf die dann offenbar nur noch mit Freiheitsentziehungen und Zwang reagiert werden kann und führt zur sogenannten Ultima-Ratio-Falle (Aichele). Betreuungsrechtliche Entscheidungsbefugnisse und die (örtliche) An-

gebotsstruktur müssen daher zusammen gedacht werden. Der zuvor dargestellte Werdenfelser Weg ist bereits ein Einsatz besondere Expertise einzubinden, die zur Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen führt.

Für ärztliche Zwangsmaßnahmen ist in § 1832 Abs. 1 Nr. 3 BGB die Berücksichtigung des Willens ausdrücklich geregelt, denn danach muss jede ärztliche Zwangsmaßnahme dem nach § 1827 BGB (Bürgerliches Gesetzbuch) zu beachtenden Willen des Betreuten entsprechen. Überdies muss nach § 1831 Abs. 1 Nr. 4 BGB vor jeder Zwangsmaßnahme ein »Überzeugungsversuch« stattgefunden haben und zwar ernsthaft, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks. Mit Blick auf diese beiden Voraussetzungen hat die Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017 (Henking, Juckel, Gather, Steinert: Bericht vom 31.1.1024) erhebliche Anwendungsmängel aufgezeigt. Ebenso zeigen sich Mängel der Anwendung von einstweiligen Anordnungen und daher wird die Konkretisierung der Voraussetzung einer einstweiligen Anordnung bei ärztlichen Zwangsmaßnahmen empfohlen (Henking, Juckel, Gather, Steinert: Bericht vom 31.1.1024, S. 48)

Gesetzlicher Veränderungsbedarf ergibt zudem aus der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 26.11.2024 (Aktenzeichen: 1 BvL 1/24) mit Blick auf den Krankenhausvorbehalt in Nr. 7. Das BVerfG hält den Krankenhausvorbehalt für nicht mit Art. 2 Abs. 2 Satz 1 Alt. 2 GG vereinbar, soweit Betreuten aufgrund der ausnahmslosen Vorgabe, ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus durchzuführen, erhebliche Beeinträchtigungen der körperlichen Unversehrtheit zumindest mit einiger Wahrscheinlichkeit drohen. Der Gesetzgeber ist aufgefordert bis zum 31.12.2026 eine Neuregelung zu fassen. Aus Gründen der Verhältnismäßigkeit ist es geboten, diese Neuregelung sehr eng zu fassen, um eine Ausweitung der Zwangsbehandlung zu verhindern.

Dieser Vortrag erfolgte vor der Entscheidung und fokussiert Änderungsbedarfe im Bereich freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1831 BGB und dem zugehörigen Verfahrensrecht nach FamFG (Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit).

Exemplarische Maßnahmen

Zunächst werden exemplarisch Maßnahmen aufgeführt, die sich in der Praxis zeigen und als Eingriffe darstellen, **die mit Freiheitsentziehung verbunden sind**

- Freiheitentzug in geschlossener Einrichtung
- fakultativ geschlossen: durch Wegnahme des Ausgangschlusses, Gruppentürverschluss oder andere Sicherungssysteme
- Isolierung im Time-Out-Raum
- Zimmereinschluss
- Zimmereinschluss zur Sicherung der Nachtruhe
- Festhalten durch Personen
- Sedierende Medikamente
- Fixierung mit Matte
- X – Punkt Fixierung
- Bauchgurt
- Rollstuhlfixierung

Rechtliche Anforderungen

Grundsätzlich ist für die Rechtsfertigung solcher Maßnahmen die informierte Einwilligung der Person notwendig (dazu auch § 8 b WTG NRW). Liegt im Einzelfall eine Einwilligungsunfähigkeit vor, so ergeben sich im öffentlichen Recht (Psychisch-Kranken-(Hilfe)-Gesetz – PsychK(H)G) oder im Zivilrecht durch den berechtigten Vertreter der Person (Betreuer*in oder Bevollmächtigte/n) gesetzliche Befugnisse. Grundlage der Ausübung der Befugnisse ist immer der verfassungsrechtliche Grundsatz der Verhältnismäßigkeit einer Maßnahme, der aus vier Elementen besteht:

- Legitimer Zweck: Gefahrenabwehr, keine Sanktionierung
- Eignung, um den legitimen Zweck zu erreichen
- Erforderlichkeit: Einsatz des mindestens Mittels
- Angemessenheit: Nutzen ist größer als Belastung.

Für Maßnahmen im Rahmen des Betreuungsrechts ergeben sich zudem die Grundsätze:

Betreuer*innen sind zur vertretenden Entscheidung *nicht* befugt, solange der betreute Mensch selbst einwilligungsfähig ist. Können Betroffene selbst auch nach verständlicher Aufklärung und unterstützter Entscheidungsfindung nicht

rechtswirksam einwilligen oder wollen es nicht, so ergeben sich die weiteren Voraussetzungen für die Zulässigkeit der Betreuerentscheidung.

Für die Zulässigkeit einer stellvertretenden Entscheidung durch Vertreter*innen müssen verschiedene Voraussetzungen vorliegen.

1. Ausreichender Aufgabenbereich, § 1815 Abs. 2 BGB, (für Bevollmächtigte § 1820 Abs. 2 BGB).
2. Vorliegen der Voraussetzungen des § 1821 BGB, u.a. Besprechungspflicht, Feststellung der Wünsche.
3. Einwilligungsunfähigkeit der betreuten Person.
4. Prüfung, ob Ausnahme des § 1821 Abs. 3 BGB vorliegt.
5. Entscheidung ist nach dem mutmaßlichen Willen zu treffen, § 1821 Abs. 4 BGB.
6. Betreuungsgericht hat die Maßnahme nach § 1831 Abs. 2 BGB genehmigt
7. Unterbringung oder Freiheitsentziehende Maßnahme (FEM) ist nach § 1831 BGB solange erforderlich.
8. Betreuer*in hat die Unterbringung zu beenden, wenn ihre Voraussetzungen weggefallen sind, § 1831 Abs. 3 BGB (ausführlich Brosey/Dodegge BtPrax 2023, S. 48 ff.).

Ein Betreuer kann den Aufgabenbereich vom Betreuungsgericht übertragen bekommen und muss dann für jeden Einzelfall prüfen, ob wie ein Handeln erforderlich ist. Im reformierten Recht gab es zur Übertragung von Aufgabenbereichen Neuerungen.

§ 1815 Abs. 2 Nr. 1 und 2 BGB sehen vor, dass als Aufgabenbereich eine mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung (§ 1831 Abs. 1 BGB) oder eine Freiheitsentziehende Maßnahme (§ 1831 Abs. 4 BGB) ausdrücklich angeordnet werden muss. Das Aufenthaltsbestimmungsrecht reicht damit nicht mehr aus, um über Freiheitsentziehungen zu entscheiden.

Vorfragen zu Änderungsbedarfen

Nach der Reform des Betreuungsrecht ergeben sich zunächst Vorfragen zu den gesetzlichen Änderungsbedarfe in diesem Bereich:

- Wie wird sichergestellt, dass Zwang wirklich Ultima Ratio ist, also die Ausnahme und von möglichst kurzer Dauer ist?
- Wer ist beteiligt und verantwortlich (für was)?
- Wie wird sichergestellt, dass die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen?

- Wann wird eine gerichtliche Genehmigung gebraucht?
- Soll es noch ein Eilverfahren mit niedrigeren Standards geben?
- Wie lange soll eine Genehmigung andauern: Verkürzung der Dauer?
- Wie und durch wen werden die Rechte der Betroffenen während dieser Zeit permanent überprüft?
- Anpassung der WTGs (Wohn- und Teilhabegesetze)? Siehe dazu exemplarisch § 8 – 8 b Wohn- und Teilhabegesetz (WTG) NRW

Gesetzliche Veränderungsbedarfe im Einzelnen

- Die Einführung einer verpflichtenden Dokumentation von Zwangsmaßnahmen in einem nationalen Register.
- Präventionsmaßnahme und Schulungen in den Landesheimgesetzen verankern (z.B. WTG NRW bzw. in den Durchführungsverordnungen zu diesen Gesetzen.
- »Clearing« durch Zwangsvermeidungsexpert*innen bevor Antrag auf Einwilligung in Unterbringung oder FEM gestellt wird: Alternativen der Krisenintervention wirklich unabhängig prüfen: Ziel: Raus aus der Ultima Ratio Falle.
- FEM in der Häuslichkeit/Familienpflege regeln und Präventionsmaßnahmen ggf. im Rahmen der Pflegeberatung nach SGB IX (ausführlich Brosey, Betreuungsrechtliche Praxis (BtPrax) 2020, 94 ff.)
- FEM durch Medikamente : eigene Regelung mit Genehmigungsvorbehalt für alle Medikamente, die länger oder regelmäßig gegeben werden, die eine freiheitsentziehende Wirkung entfalten und zwar unabhängig, ob diese aus »kurativen« Gründen verordnet werden oder gezielt zur Freiheitsentziehung.
- Verpflichtende Schulungen für Betreuungsrichter*innen (vergleichbar mit Familiengericht § 23 b GVG), Verfahrenspfleger*innen (ähnlich wie für Verfahrensbeistand*innen in § 158a FamFG) und für alle Betreuer*innen, die diesen Aufgabenbereich übertragen bekommen, § 1815 Abs. 1 und 2 BGB
- Einholen von Gutachten oder Zeugnissen: § 321 Abs. 2 FamFG:

Ist die freiheitsentziehende Maßnahme pflegerisch bedingt / veranlasst ist zusätzlich das Zeugnis einer einschlägig weitergebildeten Pflegefachperson einzuholen, die nicht Mitarbeiter*in der Einrichtung ist, in der die freiheitsentziehende Maßnahme durchgeführt werden soll.

Hintergrund: Nach § 321 Abs. 2 FamFG genügt für eine freiheitsentziehende Maßnahme nach § 312 Nummer 2 oder 4 ein ärztliches Zeugnis.

Zwar entspricht in seinen Anforderungen das ärztliche Zeugnis dem Gutachten. Es muss das Vorliegen der Voraussetzungen der freiheitsentziehenden Maßnahme im Einzelnen darlegen. Dazu gehören Darlegungen zur Eignung, zum milderen Mittel/Eignung von Alternativen und zu Schaden/Nutzen für den Betroffenen. Abs. 2 trifft allerdings keine spezifischen Anforderungen zur Qualifikation des Ausstellers des Attests. Es fehlt ein Verweis auf Abs. 1. Daher braucht der Attestierende gerade kein Facharzt oder Arzt mit Erfahrungen auf dem Gebiet der Psychiatrie, Neurologie oder Psychotherapie zu sein, sondern nur »Arzt«. Da freiheitsentziehende Maßnahmen häufig einen erheblichen und längerfristigen Eingriff in die Grundrechte des Betroffenen darstellen, erscheint es notwendig die gebotene Sachkunde des Ausstellers eines Attests sicherzustellen (so auch Schneider in: Dutta/Jacoby/Schwab, FamFG, Kommentar, 4. Auflage 2021, § 321 FamFG Randnummer 6), der auch Alternativen und Risiken und Nebenwirkungen der erwogenen Maßnahme einbezieht.

- Die Erfahrungen mit dem Werdenfelser Weg zeigen deutlich eine Verminderung der Genehmigungen von freiheitsentziehenden Maßnahmen durch den Einbezug pflegfachlicher Expertise. Daher sollte diese verpflichtend im Falle pflegerisch veranlasster Maßnahmen in das Verfahren eingeführt werden (Klie, *Betreuungsrechtliche Praxis (BtPrax)* 2020, 94 ff.) 2024, S. 160, 164)
- Vermeidung und Verkürzung von Unterbringungsmaßnahmen: Vorschläge zu §§ 323 und 329 FamFG

Die Vorschläge betreffen Überlegungen zur Erreichung des Ziels Vermeidung und Verkürzung von Unterbringungsmaßnahmen:

Neben der Vermeidung von Unterbringungsmaßnahmen sollte insbesondere die Dauer der Unterbringungsmaßnahmen im Fokus liegen, da es sowohl im Bereich Psychiatrie (sog. Fehlplatzierte) als auch im Bereich der Eingliederungshilfe (EGH) eine signifikante Anzahl an Langzeitunterbringung gibt.

Ziel ist es, diesen Personen eine angemessene Hilfe, Unterstützung und Versorgung auch ohne eine Freiheitsentziehung zukommen zu lassen.

- Dauer der Unterbringungsmaßnahme § 329 Abs. 1 FamFG:
Derzeit ist vorgesehen, dass die Unterbringungsmaßnahme spätestens mit Ablauf eines Jahres endet, bei offensichtlich langer Unterbringungsbedürftigkeit spätestens mit Ablauf von zwei Jahren, wenn sie nicht vorher verlängert wird.

Eine deutliche Verkürzung der Dauer ist anzustreben. Zudem ist das Ziel der Verkürzung von freiheitsentziehenden Unterbringungen mit einer Be-

richtspflicht des/der Betreuer*in § 1831 BGB zu flankieren. Damit hätte der/die Betreuer*in dem Betreuungsgericht vierteljährlich über das Vorliegen der Voraussetzungen der freiheitsentziehenden Maßnahme zu berichten. Hierbei hat er insbesondere das Fortbestehen der Voraussetzungen nach § 1831 Abs. 1 BGB, Bemühungen Alternativen zur freiheitsentziehenden Maßnahme zu finden, sowie die Sichtweise des Betreuten darzulegen.

■ Verfahrenspfleger, § 317 FamFG

Besondere fachliche Eignungskriterien (Qualifikation / Zertifizierung) sind zu definieren für Verfahrenspfleger*innen, die in Unterbringungsverfahren eingesetzt werden. Die Verfahrenspflegschaft sollte während der gesamten Dauer der Genehmigung bestehen und nicht mit dem Genehmigungsbeschluss enden. So dass der Betroffene auch während der Dauer der Freiheitsentziehung eine Person hat, die unabhängig ihre Rechte vertritt.

XII Prävention bei psychischen Erkrankungen älterer Menschen

Einleitung

Klaus Obert

In diesem Symposium wurde vorrangig verhandelt, wie psychischen Erkrankungen bei älteren Menschen zuvorgekommen werden, was getan werden kann und muss, um Erkrankungen zu verhindern oder behandelt werden können, wenn der ältere Mensch schon erkrankt ist, um diese abzumildern, zu lindern, »hinauszuschieben« oder im Einzelfall vielleicht sogar zu »heilen.« Beate Baumgarte und Klaus Obert betonten in ihrer Einführung die grundlegende, aber auch ambivalente der Prävention.

So richtig Einzug gehalten in der Gemeindepsychiatrie hat die Prävention mit der Einteilung in Primär-, Sekundär und Tertiärprävention von Caplan (1964). Selbstverständlich ging es grundsätzlich schon Ende 19. Jahrhunderts um Prävention in der Gesundheitsversorgung. Man denke nur an die Prävention von Epidemien und ansteckende Erkrankungen durch soziale Maßnahmen etc. (die Einrichtung des Abwassersystems in Berlin durch Virchow z.B.), um das Auftreten von Erkrankungen zu verhindern. In der Tradition der Dialektik der Aufklärung gibt es aber auch eine dunkle Geschichte der Prävention mit dem Mythos oder auch Wahn der Schaffung eines »gesunden Volkskörpers«, was schließlich am Ende zur Vernichtung sogenannter minderwertigen Menschen führte im Euthanasieprogramm der Nationalsozialisten. Der Prävention ist also immer diese Dialektik inhärent.

Schließlich führte Caplan die Kategorien der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, die für alle Altersspannen Gültigkeit besitzen und ihre Anwendung finden können, d.h. die Veränderung von konkreten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, um Erkrankungen im Alter vorzubeugen, um Maßnahmen und Hilfen, die bei Erkrankungen dazu führen, dass sie nicht mehr manifest werden und schließlich um Unterstützung, die Leiden und Erkrankung zu lindern und ein Leben in der Gemeinschaft, soziale Teilhabe und Teilnahme weiterhin zu ermöglichen, so gering die Teilhabe im »schwierigen« Einzelfall auch sein mag.

In einem ersten Input ging Katharina Geschke darauf ein, welche Erfahrungen in der Demenzprävention gemacht werden (siehe Anhang).

Andreas Ströhle ging in seinem Beitrag vorrangig darauf ein, in welcher Weise körperliche Aktivitäten sich präventiv auf die gesundheitliche Befindlichkeit älterer Menschen auswirken. Diese Folien liegen wohl nicht vor?

Katharina Geschke betonte in ihrem zweiten Input, welche Wichtigkeit präventive Angebote für pflegende Angebote einnehmen.

In der anschließenden Diskussion wurden verschiedene Aspekte und Dimensionen der Inputs aufgegriffen:

Im Zentrum der Diskussion stand die Angehörigenperspektive und hier wiederum in erster Linie die Situation im ländlichen Raum: Wie kann Entlastung geschaffen werden vor dem Hintergrund mangelnder Ressourcen zur Entlastung pflegender Angehöriger. Ein eindrückliches Beispiel zeigte auf, wie ein Angehöriger vollständig auf die Gemeinschaft in seiner Verwandtschaft und Nachbarschaft angewiesen ist, da professionelle Strukturen nur ungenügend vorhanden sind. Dieser Angehörige schilderte, wie es gelungen ist, seine Umgebung und Umfeld in die Pflege mit einzubeziehen. Einzelbeispiel, das nicht als repräsentative Vorgehensweise herangezogen werden kann. Nicht jeder hat ein stabiles, gut funktionierendes Umfeld und ist in der Lage, aktiv und engagiert, sich um Unterstützung und Begleitung zu kümmern.

Eine weitere Berücksichtigung fand in der Diskussion der Blick auf die Bewältigung des Alltags, um im gewohnten Zuhause so lange wie möglich verbleiben zu können. Hier wurde die Bedeutung alltagsbezogener Ergotherapie herausgestellt: Die Bewältigung des Haushalts, der Beitrag zum Verbleib in der Wohnung, die Unterstützung in der Alltagspraxis, aber auch und vor allem hinsichtlich der Kontaktpflege, des Auftuns von Begegnungsmöglichkeiten zur Vorbeugung von Einsamkeit und Isolierung. Diese Hilfen und Aktivitäten können und sollten in Verbindung und in Zusammenhang gesehen werden mit Aktivitäten zur Bewegung im Alltag (Spaziergänge etc.) aber auch in der Nutzung von Gymnastikangeboten, dies wiederum z. B. in der Gemeinschaft einer Begegnungsstätte. Auch hier gilt es wieder zu differenzieren zwischen den vielfältigen Angeboten in der Stadt, die allerdings oft unkoordiniert und damit nicht immer effizient nebeneinanderher arbeiten (Gemeinschaft Privater Versicherungsunternehmen (GPV) für ältere Menschen?). Letztlich braucht es auch hier eine verbindliche Koordinierung der Hilfen.

Noch zu wenig Berücksichtigung im Diskurs des Umgangs mit älteren psychisch erkrankten Menschen findet bislang die Thematisierung von in der Biografie erlittener Traumata, die sich im Alter Bahn brechen und aus den Tiefen des Unbewussten sukzessive an die Oberfläche gespült werden. Eine Aufgabe für die Zukunft.

Prävention bei Angehörigen (Instrument FARBE)

Katharina Geschke

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft veröffentlichte 2022 aktuelle Zahlen, nach denen derzeit rund 1,8 Millionen Menschen mit einer Demenzerkrankung in Deutschland leben. Die Mehrheit der Betroffenen wird zuhause durch Angehörige versorgt (1). Diese Gruppe der pflegenden Angehörigen ist eine heterogene Gruppe aus Partnerinnen und Partnern, Familienangehörigen, Verwandten, Freundinnen und Freunden, Nachbarinnen und Nachbarn. Wichtig ist, nicht alle wollen als pflegende Angehörige angesprochen werden. Vor allem, wenn körperliche Pflege- und Unterstützungsleistungen (noch) nicht geleistet werden, fühlen sich einige Angehörige nicht als pflegende Angehörige. Seien Sie wachsam und sensibel, welche alternativen Begriffe besser angenommen werden können, z.B. Kümmerer oder Fürsorgende. Betonen Sie aber auch, dass emotionale und zeitliche Unterstützungsleistungen ebenso gesehen werden sollten, wie körperliche Leistungen. Gemeinsam ist den pflegenden Angehörigen, dass sie ihre eigene Selbstfürsorge häufig vernachlässigen und wenig in eigene Gesundheitsprävention investieren. Der Satz ›Es geht ja noch‹ drückt dieses aus.

Dabei geht eine informelle Pfl egetätigkeit mit diversen Herausforderungen und Belastungen einher. Risikofaktoren für eine höhere Belastung sind ein weibliches Geschlecht, höheres Alter, niedrigere Bildung und Depressionen beim pflegenden Angehörigen sowie die fehlende Wahl der Übernahme der Pflege (2). Auf Seiten des zu Pflegenden sind Risikofaktoren für eine höhere Belastung das männliche Geschlecht, jüngeres Alter, kognitive Einschränkungen, herausfordernde Verhaltensweisen und die Ehepartnerschaft (2). Zudem führen soziale Isolation, wenig soziale Unterstützung, finanzielle Probleme, das Zusammenleben von beiden, eine hohe Anzahl an Pflegestunden und eine lange Dauer der Pflege zu einer höheren Belastung 2.

Oftmals laufen Angehörige selbst Gefahr, stressbezogene Erkrankungen zu entwickeln (3-5). Dabei gibt es evidenzbasierte Verfahren zur Reduktion der Angehörigenbelastung, wie z.B. kognitive-behaviorale Therapie und Psychoedukation. So konnte im Leuchtturmprojekt »Hausarztbasiertes Modellprojekt Demenzversorgung: start-modem« gezeigt werden, dass durch eine zeitnah der Diagnosestellung durchgeführte ambulante psychosoziale Beratung von Menschen mit Demenz und deren pflegenden Angehörigen nach 18 Monaten eine signifikant niedrigere Depressionsrate der pflegenden Angehörigen in der Beratungsgrup-

pe gegenüber der Kontrollgruppe erreicht werden konnte (Geschke et al, 2012). Gleichzeitig belegen verschiedene nationale und internationale Studien, dass trotz erheblicher Belastungen nur ein geringer Anteil pflegender Angehöriger Unterstützungsangebote annimmt VdK (6,7). Als relevante Hindernisse für die Annahme von Unterstützung werden ein Mangel an Wissen und Informationen über mögliche Unterstützungsangebote sowie die Ablehnung von Seiten des Menschen mit Demenz. Mit einzubeziehen ist zudem, dass mit der Annahme von Unterstützungsangeboten auch ein gewisser Organisationsaufwand notwendig ist: Angehörige »verlieren« durch die Organisation der Unterstützung und auch bei der Inanspruchnahme von Angeboten für sich und die eigene Gesundheit Zeit für Pfl egetätigkeiten und müssen gleichzeitig für diese Zeiten die Versorgung des Angehörigen sicherstellen. (8-10). Darüber hinaus sind viele der möglichen Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige weiterhin nicht flächendeckend überall verfügbar VdK (7).

Zur Erfassung von Resilienz- und Belastungsfaktoren bei pflegenden Angehörigen wurde der Fragebogen zur Angehörigen-Resilienz und -Belastung (FARBE) etabliert und validiert (11). Mithilfe des FARBE ist es möglich, eine Aussage über die Vulnerabilität der Angehörigen und somit deren Risiko für Erschöpfung und stressbedingte Erkrankungen zu treffen. Ziel des FARBE ist eine frühzeitige Identifikation pflegender Angehöriger mit einem erhöhten Risiko für negative Gesundheitsfolgen durch die Pflege, um hierdurch eine individualisierte Beratung zu ermöglichen. Das Besondere an FARBE ist, dass pflegender Angehörige ihr Verhältnis von Resilienz- (Ressourcen und Stärken) zu Belastungsfaktoren (Stressfaktoren) visualisiert zurückgemeldet bekommen. FARBE ist wissenschaftlich evaluiert und validiert: www.zqp.de/angebot/fragebogen-farbe

Der FARBE umfasst 20 Fragen und kann anschaulich ausgewertet und mit den pflegenden Angehörigen rückbesprochen werden. Abhängig von den individuell angegebenen Resilienz- und Belastungsfaktoren werden im Manual Ideen für mögliche individuelle Maßnahmen zur Resilienzförderung und Belastungsreduktion formuliert.

Der FARBE wurde im Rahmen des Projekts »Biopsychologische Mechanismen der Stressbelastung und der Resilienzfaktoren im Alltag von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz (EMA-DEM-Studie)« erhoben und konnte zuverlässig besonders belastete pflegende Angehörige und erhöhte biopsychologischen Stress (Speichelkortisol und Alpha-Amylase) identifizieren (<https://www.zqp.de/projekt/ema-dem-studie/>).

Weiter wird der FARBE aktuell im Beratungskontext evaluiert. Dabei wird untersucht, ob FARBE im Beratungskontext implementiert werden kann und

dazu beiträgt, gefährdete pflegende Angehörige früher zu entdecken und durch eine individualisierte Beratung zu entlasten. Die Studie wird zusammen mit Pflegeberatenden in Pflegestützpunkten in Rheinland-Pfalz durchgeführt, die über den Zeitraum der Projektdauer insgesamt 200 pflegende Angehörige in die Studie einschließen. Es erfolgen zwei Phasen:

- 1) In der Kontrollphase füllen die pflegenden Angehörigen den FARBE aus, erhalten aber keine Rückmeldung dazu. Die Pflegeberatung läuft wie gewohnt ab.
- 2) In der Interventionsphase füllen die pflegenden Angehörigen den FARBE aus und erhalten nach Auswertung eine auf den Angaben basierende detaillierte Rückmeldung und individuelle Empfehlungen durch die Pflegeberatenden.

Alle Pflegestützpunkte durchlaufen zuerst die Kontrollphase und anschließend die Interventionsphase. Der Wechsel von der Kontroll- in die Interventionsphase erfolgt, sobald über alle teilnehmenden Pflegestützpunkte hinweg 100 pflegende Angehörige in der Kontrollphase eingeschlossen werden konnten und die Pflegeberatenden zum FARBE und den möglichen individuellen Empfehlungen geschult wurden. Die pflegenden Angehörigen werden jeweils sechs Monate nach der Beratung erneut zu ihrer Resilienz und Belastungen befragt. Zudem werden Haarproben zur Messung von Haarcortisol als physiologischer Marker für chronischen Stress gesammelt.

Die Ergebnisse der Studie sollen dazu beitragen, die Beratung von pflegenden Angehörigen zu verbessern. Dabei wird der Handwerkskoffer der Beratenden gezielt durch individuelle Empfehlungen zu psychologisch-psychozialen Interventionen aus dem Bereich der Stress- und Resilienzforschung ergänzt. Hier sind vor allem positive Aktivitäten, körperliche Aktivität, soziales Verbunden bleiben, Achtsamkeit (»das positive bewusst wahrnehmen«) und nicht zuletzt Akzeptanzstrategien zu empfehlen.

In dem nächsten Projekt »Digitale Resilienzförderung für Angehörige von Menschen mit Demenz (DREAM)« wird in Zusammenarbeit mit dem Leibniz-Institut für Resilienzforschung und dem Fraunhofer-Institut für Techno- und Wirtschaftsmathematik gefördert vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung des Landes Rheinland-Pfalz die Entwicklung einer digitalen Anwendung zur Resilienzförderung und Stressbewältigung für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz vorangetrieben und diese innerhalb von drei Jahren in den Versorgungskontext implementiert. DREAM soll im Alltag Rückmeldung über die aktuelle Stressbelastung bieten und für aktuelle Problem-

bereiche Kurzinterventionen im Alltag geben. Die digitale Anwendung baut auf der resiLIR Plattform auf und orientiert sich an den Befunden der EMA-DEM-Studie zur Erhebung der Belastung im Alltag und am FARBE zur Erhebung von Resilienz- und Belastungsfaktoren sowie möglichen Maßnahmen zur Resilienzförderung und Belastungsreduktion.

Nicht zuletzt ist bei der Prävention psychischer Erkrankungen älterer Menschen, so wie auch pflegenden Angehörigen zu bedenken, dass eine individuelle Resilienzförderung nur in einem Umfeld gelingen kann, in dem soziale Partizipation gewürdigt und niedrigschwellig ermöglicht wird.

1. Georges D, Rakusa E, Holtz A-V, Fink A, Doblhammer G. Demenzerkrankungen in Deutschland: Epidemiologie, Trends und Herausforderungen. 2023;
2. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver Burden: A Clinical Review. *JAMA*. 2014;311(10):1052-1060. doi:10.1001/jama.2014.304
3. Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging*. Jun 2003;18(2):250-67. doi:10.1037/0882-7974.18.2.250
4. Gouin JP, Glaser R, Malarkey WB, Beversdorf D, Kiecolt-Glaser J. Chronic stress, daily stressors, and circulating inflammatory markers. *Health Psychol*. Mar 2012;31(2):264-8. doi:10.1037/a0025536
5. Janson P, Willeke K, Zaibert L, et al. Mortality, Morbidity and Health-Related Outcomes in Informal Caregivers Compared to Non-Caregivers: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. May 11 2022;19(10)doi:10.3390/ijerph19105864
6. Lüdecke D, Mnich E, Kofahl C. The impact of sociodemographic factors on the utilisation of support services for family caregivers of elderly dependents—results from the German sample of the EUROFAMCARE study. *GMS Psycho-Social-Medicine*. 2012;9
7. Hessen-Thüringen V. Pflegende Angehörige besser unterstützen! 2020/2021.
8. Brodaty H, Thomson C, Thompson C, Fine M. Why caregivers of people with dementia and memory loss don't use services. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005;20(6):537-546.
9. Childers KM. Synthesis of the Literature: Variables Influencing Caregiver Use or Nonuse of Supportive Services. *SAGE Open Nursing*. 2019;5:2377960819838411.
10. Kerpershoek L, De Vugt M, Wolfs C, et al. Access to timely formal dementia care in Europe: protocol of the Actifcare (ACcess to Timely Formal Care) study. *BMC health services research*. 2016;16(1):1-7.
11. Wuttke-Linnemann A, Palm S, Scholz L, Geschke K, Fellgiebel A. Introduction and Psychometric Validation of the Resilience and Strain Questionnaire (ResQ-Care)- A Scale on the Ratio of Informal Caregivers' Resilience and Stress Factors. *Front Psychiatry*. 2021;12:778633. doi:10.3389/fpsy.2021.778633

**B Selbsthilfetag –
»Wege zur Lebensqualität aus der Selbsthilfe«**

Begrüßung

Franz-Josef Wagner, Ulrich Krüger

Wagner: Guten Morgen, liebe Psychiatrieerfahrene, Angehörige, Profis, Interessierte. Ich begrüße euch heute zum Selbsthilfetag. Es sind sehr viele zu uns gekommen, die sich speziell nur für den Selbsthilfetag angemeldet haben und gestern und vorgestern bei der APK-Tagung nicht dabei waren. Das ist ein tolles Zeichen, dass unser Selbsthilfetag einen besonderen Stellenwert hat und nicht die Themen die die Profis uns vorgeben. Ich werde euch heute zusammen mit Ulrich Krüger durch den Tag führen. Uli Krüger steht da als Botschafter vom Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG). Das ist die Urkunde.



Abb. 1

Die ist leider Gottes schon gestern unterschrieben worden. Leider Gottes sage ich, denn er ist von der Mitgliederversammlung von NetzG zum Botschafter der Selbsthilfe ernannt worden. Uli Krüger war früher Geschäftsführer von der APK und hat sich jetzt dazu überreden lassen sich für NetzG zu engagieren. Dazu kann ich eigentlich nur Danke zu sagen und ich finde, da gehört ein Applaus dazu. Davon abgesehen, er hat auch hier eine Anstecknadel bekommen. »Botschafter

von NetzG«, die muss er jetzt immer wieder tragen. Tag und Nacht. Ich übergebe für den nächsten Part an Uli Krüger weiter. Der weiß mehr zu dem Grußwort aus dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Krüger: Danke lieber Franz-Josef und bei der Gelegenheit erst mal einen ganz herzlichen Dank für diese Ehrung gestern. Ich bin tief gerührt. Heute Morgen lese ich im Spiegel online »Das größte politische Comeback des Jahres«. Ich dachte mir »Wer hat das denn schon wieder durchgestochen, dass ich gestern hier zum Botschafter geworden bin«, ach dann war aber doch der Trump gemeint. Naja okay. Auf jeden Fall mir macht es Spaß weiter und auch mit dem neuen Titel wird es nochmal besonders Spaß machen. Jetzt ging es um das nächste Thema: Grußwort vom BMG. Das fällt aus gegebenem Anlass in diesem Jahr aus. Wir hatten viele Jahre den Herrn Stracke hier, Referatsleiter vom Psychiatrie Referat im Gesundheitsministerium. Der ist vor einigen Wochen überraschend gestorben, was für uns ein großer Verlust ist, möchte ich mal sagen in verschiedener Hinsicht, weil das eine sehr gute Zusammenarbeit war. Er war auch ein großer Unterstützer. Gleichzeitig hat das dazu geführt, dass das Psychiatrie-Referat im Moment sich völlig außer Stande gesehen hat, jetzt solche Termine wahrzunehmen und das noch vorzubereiten. Die müssen sich also in der neuen Situation erstmal zurechtfinden, nachbesetzen und so weiter. Das ist die Situation. Das brauche ich wahrscheinlich nicht besonders zu betonen, ist natürlich telefonisch versichert worden, dass sie nach wie vor also NetzG und diesen Selbsthilfetag in einer entsprechenden Zusammensetzung auch sehr, sehr schätzen und wir können die Gelegenheit nutzen. Also gedacht haben wir Thomas Stracke schon im Rahmen der APK-Tagung. Ich glaube, das brauchen wir jetzt hier nicht nochmal zu wiederholen, aber was man schon sehr deutlich aussprechen kann, dass wir eine gute Erinnerung an eine ausgezeichnete Zusammenarbeit haben. Ja, das ist die Situation im BMG. Wir werden den Kontakt weiterhalten und sehen, dass wir zum Referat dann auch wieder entsprechende Kontakte aufbauen oder fortführen in anderer Zusammensetzung. Es ist so, dass das BMG ja auch diese heutige Tagung, den Selbsthilfetag, wieder fördert, was wir sehr schätzen und was natürlich ein guter Beitrag ist dazu, dass Selbsthilfe immer nochmal da so ein Forum findet. Ich kann bei der Gelegenheit auch schon mitteilen, dass heute Nachmittag die Frau Kirsten Kappert-Gonthier verhindert ist. Sie ist ja nicht nur Vorsitzende der Aktion Psychisch Kranke und war in dieser Funktion auch beteiligt jetzt an der bisherigen Tagung, sie ist auch die amtierende Vorsitzende des Gesundheitsausschusses im Bundestag. Sie hat wiederholt betont, wie sehr sie es bedauert, aber sie ist nicht in der Lage da als Vorsitzende zu fehlen, insofern

kann sie also nur in dieser Form jetzt die besten Grüße und Gelingens-Wünsche übermitteln.

Wagner: Danke Uli. Dann wollte ich euch eine Folie zeigen.

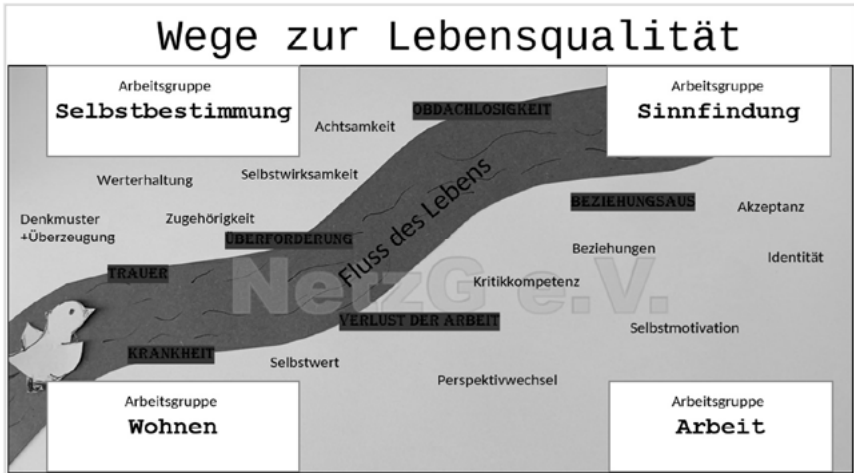


Abb. 2

Diese Folie soll eigentlich diesen Tag repräsentieren. Das Entchen sind wir Betroffene. Wir sind im Fluss des Lebens. Wir werden so langsam, aber sicher in Richtung Meer schwimmen, also Richtung Ewigkeit. Die roten Zeichen sind die negativen Ereignisse, die uns treffen können. Wir werden Krankheit haben, wir werden Trauer haben, wir werden überfordert sein, wir werden Verluste verkraften müssen, Obdachlosigkeit und toxische Beziehungen. Wir können aber auch aus dem Fluss, von dem wir getrieben werden, raus gehen, können ans Ufer gehen, hier können wir Selbstwert tanken. Wir können Perspektivwechsel, Kritikkompetenz, wir können uns ganz viele verschiedene Sachen aneignen, mit denen wir uns wohlfühlen. Die Bereiche Selbstbestimmung, Sinnfindung, Arbeit, Wohnen gehören dazu. Die sind die Eckpunkte, die da zur Selbstmotivation, Identität und Akzeptanz führen. Das finde ich eine sehr schöne Idee für unser heutiges Motto. Die Idee stammt von einem Mitglied von NetzG, die uns das aufgezeichnet hat. Sie hat gesagt, »Das wäre doch irgendwie ein Zeichen – ein Hinweis: Wege zur Lebensqualität. Wie wir im Endeffekt Lebensqualität langsam aber irgendwie im Leben gewinnen können und wie wir Lebensqualität erfahren.« Ich fand das großartig. Also ich fand die Darstellung gut und so haben wir die Darstellung »Wege

zur Lebensqualität« auch auf das Flipchart aufgezeichnet. Das ist der Grund es euch nochmals zu erklären. Wir müssen halt wieder, wenn wir in der Psychiatrie waren, neu anfangen, neu Selbstwert, Perspektivwechsel, Kritikkompetenz und Genuss erlernen, damit wir wieder Lebensqualität haben. Das sollte eigentlich dazu die Folie sein.

Jetzt kommen wir zur Gesprächsrunde. Wir haben eine Klausurtagung gehabt. Wir haben jedes Jahr zwei Klausurtagungen. Eine zur Nachbesprechung des Selbsthilfetages im Dezember und dann im Frühjahr, wo wir uns Gedanken machen, welches Thema werden wir im anstehenden Jahr wieder zum Selbsthilfetag besprechen und bearbeiten. Diese fünf Personen auf dem Podium waren bei der Klausurtagung dabei und haben diese Themen gewählt: Arbeit, Wohnen, Selbstbestimmung und Sinnfindung. Und da haben wir auch gesagt, Wege zur Lebensqualität aus der Selbsthilfe. Das ist die eigentliche Situation, um uns aufzuzeigen, was für uns Lebensqualität ist. Nur wir können für uns definieren was und guttut, kein Angehöriger, kein Profi, keiner in der Gemeindepsychiatrie – nur wir sind für uns zuständig und selbständig verantwortlich. Alle andere können für uns Leitplanken setzen, um uns im Leben zu begleiten.

Krüger: Wir haben schon auch die Idee mit euch und Ihnen ins Gespräch zu kommen heute. Deswegen sind im Anschluss dann auch die Arbeitsgruppen anberaumt und wir haben nachher am Nachmittag dann Fortsetzung der Gesprächsrunde und das stellen wir uns auch so vor, dass da das Plenum mit einbezogen wird. Wir werden also viel Gelegenheit haben auch miteinander zu reden, nicht nur ein Programm jetzt von hier vorne. Aber um sich überhaupt erst einmal orientieren zu können, worum es geht, haben wir gedacht wir starten mit dieser Gesprächsrunde.

Gesprächsrunde – Arbeit, Wohnen, Selbstbestimmung und Sinnfindung Teil 1

Ulrich Krüger: Um sich überhaupt erstmal orientieren zu können, worum es geht, haben wir gedacht, wir starten mit dieser Gesprächsrunde und ich bitte die dort aufgeführten hier mal auf die Bühne zu kommen. Horst Harich, Rainer Schaff, Nadja Stehlin, Rudolf Starzengruber und Antonia Wagner. Ja, ganz herzlich willkommen hier oben. Und schonmal vorab vielen Dank, dass ihr euch darum gekümmert habt, dass diese Arbeitsgruppen zustande kommen und euch darauf vorbereitet habt. Die Leitfragen sind eigentlich zunächst mal: Was hat das Ganze mit Lebensqualität zu tun? Das Oberthema des heutigen Selbsthilfetags ist ja die Lebensqualität und jetzt kommen fünf Arbeitsgruppen. Also letztendlich werden es drei Arbeitsgruppen sein gleich, aber vier Themenschwerpunkte, die wir benennen, wo man erstmal schauen muss, wo besteht da eigentlich der Zusammenhang? Und dann ist natürlich interessant, was sind da so die Themen? Aber auch warum könnte es in der Arbeitsgruppe gehen? Lieber Horst, ich würde dich bitten vielleicht mal zu starten. Was hat denn eigentlich das Thema Arbeit mit Lebensqualität zu tun?

Horst Harich: Er dankt den Anwesenden und stellt sich als Horst Harich vor. Er ist in einer Arbeitsgruppe tätig, die sich mit dem Thema Arbeit beschäftigt. Arbeit hat für viele Menschen in Deutschland eine große Bedeutung; sie definiert sich über ihre Arbeit. Arbeit gibt Selbstvertrauen, Sicherheit und Halt im Leben, da man stolz sein kann, eine Beschäftigung zu haben. Es gibt sowohl hochqualifizierte als auch weniger qualifizierte Arbeiten, aber alle bieten ein Einkommen, das die Lebensqualität verbessert. Manchmal gibt es Schwierigkeiten, wie die unzureichende Bezuschussung, und dies kann zu einem Gefühl von Minderwertigkeit führen. Häufig neigen Arbeitslose zu Alkoholproblemen, was negative Auswirkungen auf das persönliche und familiäre Leben hat. Harich schließt mit dem Hinweis, das Thema nicht weiter zu vertiefen.

Ulrich Krüger: Der zweiten Frage vorgreifen, nämlich wie es denn so in der Arbeitsgruppe laufen könnte. Aber erstmal vielen Dank für die Antwort auf die Frage, was das mit Lebensqualität zu tun hat. Ich glaube, das hast du schon sehr schön deutlich gemacht. Auch, dass Arbeit insofern nicht nur ein Thema ist, wenn man Arbeit hat, sondern auch ein Thema ist ganz oft, wenn man keine Arbeit hat. Prima. Insofern jetzt, was könnte denn da besprochen werden in der Arbeitsgruppe gleich?

Horst Harich: Ich möchte jetzt einen Schritt nach außen vom Podium machen und den Herrn Adam vorstellen. Er stellt sich jetzt selber vor. Er wird mich in der Arbeitsgruppe unterstützen.

Alfons Adam: Recht schönen Dank für die Einladung. Ich will erstmal sagen, wo ich herkomme, bevor ich sage, warum ich hier bin. Ich war dreißig Jahre lang Schwerbehindertenvertreter in einem der größten Unternehmen in Deutschland und war Sprecher mehrerer Arbeitskreise. Unter anderem auch dem Arbeitskreis der Schwerbehindertenvertretung aus der Automobilindustrie. Und eins unserer wichtigsten Aufgaben, so habe ich das zu mindestens immer gesehen, war im Besonderen die Beschäftigung von schwerbehinderten Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Und ich habe zwanzig Jahre Erfahrungen mit Werkstätten, mit anderen Institutionen gemacht und ich habe die Hoffnung bis heute nicht aufgegeben, dass wir es schaffen, mehr Menschen mit einem Handicap, die in der Lage sind auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu arbeiten, in die Unternehmen zu bekommen und aus Institutionen vielleicht rauszubekommen. Und ich glaube, das war der Grund, warum Horst mich eingeladen hat. Dazu möchte ich noch sagen, ich habe den Bereich Arbeit im Bundesteilhabegesetz als Experte über mehrere Jahre mitgestalten dürfen. Da war noch Andrea Nahles Arbeitsministerin. Und uns ist nicht alles gelungen, aber uns ist für die betrieblichen Helfer, wie die Schwerbehindertenvertretung damals sehr viel geglückt. Ich weiß, dass es in anderen Bereichen nicht so gut war. Aber deswegen bin ich, glaube ich, hier. Und wenn ihr mehr über meine Arbeit, über meine Ideen mit Horst zusammen hören wollt, dann müsst ihr in unsere Arbeitsgruppe kommen.

Horst Harich: Alfons, danke. Uli bat mich, hinzuzufügen, dass ich im Vorstand von NetzG bin und die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) in Landau leite. Judith, steh bitte auf. Wir haben einen Vertreter der EUTB Landau hier, und ich freue mich über deinen Besuch. Sie verdient ebenfalls Applaus. Ich wäre erfreut darüber. Okay, ich gebe dir wieder das Wort.

Ulrich Krüger: Also damit hätten wir da schon einen Eindruck, was bei euch leiten kann. Rainer Schaff, wir bleiben ja beim Thema Arbeit. Vielleicht sagst du auch vielleicht gerade noch ein bisschen zu deinem Hintergrund und dann, ob du das noch ergänzen möchtest, das Thema Bedeutung von Arbeit für Lebensqualität.

Rainer Schaff: Mein Name ist Rainer Schaff. Ich bin aktuell zweiter Vorsitzender bei NetzG. Zu meinem Hintergrund: Ich beschäftige mich seit circa 30 Jahren intensiv mit dem Thema Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM). Daneben habe ich unter anderem als Koch auch in der Sternegastronomie mit

sehr hohen Belastungsanforderungen gearbeitet. Nach Jahren in der Gastronomie habe ich mich wieder der WfbM-Arbeit zugewandt. Das Thema Arbeit und die damit verbundenen Leistungen kann man so oder so definieren. Wenn Arbeit in Zusammenhang mit der persönlichen Leistung gesehen wird, also etwas zu leisten im Leben, dann muss ich sagen, ich kann nicht von mir behaupten, dass ich in der Zeit, als ich nicht erwerbsfähig oder erwerbstätig war, nichts geleistet hätte und dass ich nichts gearbeitet hätte. Diese Arbeit an mir, diese innere Arbeit, die ich ja zusätzlich zur regulären Beschäftigung im Vergleich zu anderen leisten musste, um klarzukommen, um Symptome meiner Krankheit wegzubekommen, um soziale Dimensionen in den Griff zu kriegen, war intensiv. Also ich muss sagen, jeder mit einer schwerwiegenden psychiatrischen Diagnose leistet ganz viel. Selbst wenn es nur das Aufstehen am Morgen ist oder sich nicht das Leben zu nehmen. Ich glaube, wir alle, die da betroffen sind, leisten viel, um normal zu funktionieren. Und wenn man normal funktioniert, fällt es keinem auf und dann ist es halt normal. Also das mal zu dem grundsätzlichen Ansatz von »Wir leisten nichts«. Ich denke, es sind große Leistungen allein mit der Bewältigung einer schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankung und dem Funktionieren in den sozialen Kontexten in verbunden.

Jetzt zu der Erwerbsarbeit: Die Menschen, die in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen beschäftigt sind, sind im Vergleich zu erwerbsfähigen Personen wirklich sehr schwach, was das Arbeitsergebnis betrifft. Und so zu tun, als würde man die Leute, in so einer berufsbildenden Maßnahme in der WfbM, auf das Berufsleben vorbereiten, ist eigentlich nicht ganz ehrlich. Es ist auch von der Politik, der Wirtschaft und von der Gesellschaft nicht ehrlich. Es wird etwas in Form einer Ausgleichsabgabe gezahlt, damit die Leute beschäftigt sind. Man beruhigt mit der Finanzierung eher sein Gewissen und tut so, als könnte man die Leute irgendwie wieder vermitteln in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Dass aber in einer WfbM die Vermittlungsquoten extrem gering sind und eigentlich auch schön gerechnet sind und gar nicht der Realität entsprechen, wird übergangen. Also eine Vermittlungsquote von Beschäftigten aus einer WfbM in eine sozialversicherungspflichtige Arbeit in der Höhe eines Prozents ist schon relativ hoch. Es zählt nur die Vermittlung in ein Arbeitsverhältnis zur Statistik. Wo die Leute hin vermittelt werden, interessiert nicht. Es kann auch ein Inklusionsbetrieb sein. Es zählt auch nicht zur Statistik wie lange die Vermittelten im Beschäftigungsverhältnis bleiben und ob man wirklich klar kommt mit der Beschäftigung.

Trotzdem brauchen betroffene Personen diesen beschützten Raum der WfbM, wo sie praktisch sein dürfen, wie sie sind und wo sie ihren Beitrag leisten können,

so wie es gerade geht. Die Gesellschaft müsste nur ehrlicher umgehen mit den tatsächlichen Bedarfen und dem Leistungsvermögen der Betroffenen.

Ulrich Krüger: Besten Dank. Schön auch wie, gewissermaßen, aus deiner persönlichen Situation oder deiner Entwicklung her gleich so der Bogen dazu geschlagen ist, was da alles an Thematik dran steckt und so. Ich gehe davon aus, dass das dann auch Themen sein könnten, die gleich in der Arbeitsgruppe besprochen werden. Ihr werdet die gemeinsam machen. Insofern ist die Möglichkeit dann gegeben, viele Aspekte einzubringen. Vielen Dank. Schauen wir erst mal weiter. Nadja Stehlin, ich bitte dich, zunächst mal vielleicht deinen Hintergrund, aber dann die Frage, was hat das eigentlich mit Lebensqualität zu tun?

Nadja Stehlin: Mein Name ist Nadja Stehlin. Ich bin ebenfalls bei NetzG, aber auch bei der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störung. Zudem bin ich für den Landesverband der Psychiatrieerfahrenen in Niedersachsen, als Psychiatrieerfahrene und als allgemeine Expertin in eigener Sache unterwegs, um Menschen auf ihrem Genesungsweg zu helfen. So war es auch bei mir so, dass ich vor 14 Jahren in ein ganz großes Loch gefallen bin. Das war die erste richtig große Krise und seitdem versuche ich eben einen Weg zu finden – einen Umgang mit der Erkrankung. Und wie ich festgestellt habe, ist das mal mehr, mal weniger erfolgreich gewesen. Und auch nicht immer leicht, wie viele von Ihnen und euch das sicherlich auch erlebt haben. Für mich war, glaube ich, ein ganz wichtiger Faktor das Thema Sinn, Sinnfindung. Und über die Sinnfindung ist es aus meiner Sicht, also eng verknüpft, eng verbunden mit dem Thema Lebensqualität. Weil wenn unser Leben, wenn das Tun, so wie wir das empfinden, für uns Sinn hat, dann erleben wir auf jeden Fall Zufriedenheit und Freude. Und wir sind dadurch in der Lage und belastbarer mit Herausforderungen, die nicht nur mit dem Leben allgemein auf uns zukommen, sondern eben auch mit unserer psychischen Erkrankung, die vielleicht immer wieder für Krisen sorgt, besser umgehen zu können. Und so ist es, dass man auch eine positivere Einstellung zu dem Leben allgemein entwickeln kann, wenn man sein Leben auch als sinnvoll erlebt. Wenn man keinen Sinn sieht, dann ist natürlich oft das Gefühl einer inneren Leere da. Die Motivation sinkt extrem und die Psyche gerät ins Ungleichgewicht. Das gilt für alle Menschen, die auch erstmal gar nicht unbedingt eine psychische Erkrankung im Hintergrund haben, aber gilt natürlich ganz besonders für Menschen, die damit umgehen müssen und wo das immer wieder auch Thema wird, mit solchen Krisen leben zu müssen.

Wenn ich an mich zurückdenke, dann ist es so: Ich habe es ja gesagt, vor 14 Jahren war bei mir der ganz große Zusammenbruch. Ich war in einem ganz großen Tief. Ich war verwirrt. Ich war verloren, eigentlich hoffnungslos. Ich habe

gemerkt, ich kann nicht mehr arbeiten. Da haben wir dann den Bogen dazu, denn es ist erstmal ein Riesenknoten, festzustellen, »Oh je, ich kann der Gesellschaft irgendwie keine Leistung mehr geben« also festzustellen, dass ich nicht mehr arbeiten kann, führte bei mir dazu, dass ich mich recht nutzlos gefühlt habe und einfach auch irgendwie dachte, ich bin eher eine Belastung für mein Umfeld und auch für die gesamte Gesellschaft in dem Moment. Es hat lange gedauert, bis ich damit einigermaßen umgehen konnte, hat Therapie benötigt, aber vor allem auch Austausch mit anderen Menschen in der Selbsthilfe oder mit Menschen, die in einer ähnlichen Lage sind wie ich. Dann gab es Erkenntnisse, die mir gezeigt haben, dass es doch Hoffnung gibt, und dass ich Schritt für Schritt über einzelne kleine Sachen irgendwo in ein Leben finden kann, dass sich für mich heute sinnstiftend und sinnerfüllend anfühlt. Auch wenn es ehrenamtlich ist, versuche ich mich auf verschiedenen Ebenen einzubringen. Es ist erstmal auf ganz kleiner Ebene, dass ich eine Selbsthilfegruppe mitorganisiere und leite – bei mir vor Ort. Ich bin aber auch kommunal, also regional als Psychiatrieerfahrene inzwischen eine gern gesehene Gästin, die Beiträge geben kann, der man zuhört und wo ich das Gefühl habe, dass ich etwas bewegen kann, eben dadurch, dass ich mit den Menschen ins Gespräch komme. Das Ganze zieht dann immer irgendwann größere Kreise. So hat es sich zumindest bei mir ergeben. Und so geht das überregional, dann niedersachsenweit, wo ich wohnhaft bin, und dann inzwischen auch deutschlandweit und sogar international.

Das heißt, ich kann meine ganzen Fähigkeiten und Kenntnisse, sie sind nicht umsonst, nach wie vor einbringen, aber habe eben jetzt die Möglichkeit, das im Einklang mit meiner Erkrankung zu machen. Ich muss nicht von 8 bis 16 Uhr die Leistung auf den Punkt bringen, sondern ich kann es im Einklang mit meiner Erkrankung so tun, dass ich hier und da der Gesellschaft auch etwas geben kann und das auch noch in einem Bereich, wo normalerweise gar keine Bezahlung dafür vorgesehen ist. Das Ehrenamt bleibt viel Ehre und auch viel Amt. Es ist natürlich viel zu tun und so denke ich aber, gut, die Gesellschaft gibt mir die finanzielle Unterstützung durch die Erwerbsminderungsrente, aber ich versuche der Gesellschaft auch so viel wie möglich zurückzugeben – so wie ich es kann.

Ich glaube, das Problem, den Sinn für sich zu finden, liegt aber vor allem auch nach wie vor noch in unserer Gesellschaft, die weiterhin geprägt ist von viel Leistung und Erfolgsdruck. Wir wollen möglichst immer noch höher, schneller, weiter sein. Definieren uns über Verdienst und Status. Und dann ist nicht viel Platz, um der Sinnfindung auf den Grund zu kommen, weil der uns nicht bewusst wird. Wir haben gar nicht die Zeit, uns damit intensiv auseinander zu setzen. Man

funktioniert eigentlich nur, der Druck lässt kaum Raum für eine Reflexion zu. Und darüber hinaus, wenn man dann gegen seinen Sinn oder sein natürliches Naturell oder dem, was man eigentlich gerne möchte und wo irgendwie so seine Bestimmung irgendwie liegt, wenn man das so sehen möchte und vielleicht auch aufgrund deswegen eher dazu neigt, in psychische Krisen zu gelangen, also erst recht, wenn man schon eine psychische Erkrankung hat, dann hat man aber da auch erstmal mit der Stigmatisierung zu tun. Auch da bleibt erst mal gar nicht so die Zeit, sich mit der tatsächlichen Sinnfindung auseinander zu setzen. Aber im Verlauf erkennt man vielleicht, dass das eben ein Problem ist, und dass es wichtig ist, sich damit auseinander zu setzen. Im Idealfall hat man dabei Unterstützung zum Beispiel in der Therapie oder in der Selbsthilfegruppe oder eben mit anderen Menschen, die in ähnlicher Situation sind. Man hat vielleicht Vorbilder oder Ideen, man sammelt Ideen aus dem, was andere so tun und findet dann so Stück für Stück irgendwo seinen Weg und kommt dem immer etwas näher, was für einen selber als sinnstiftend erlebt wird.

Und ich kann sagen, dass ich heute viel mehr das tue, was ich eigentlich mal ganz ursprünglich früher wollte als das, was ich in meinem Leben vor der Krise, also in dieser Leistungsgesellschaft und wo ich dachte, was die von mir verlangt und was die von mir fordert, ich dem einfach nachgegangen bin und das erfüllt habe, das passte nicht zusammen. Und heute tue ich viel mehr von dem, was ich mir eigentlich früher mal für mein Leben auch erhofft und gewünscht hatte. Das nächste Problem ist dann aber, dass das auch Veränderung benötigt und wir Menschen sind Gewohnheitstiere. Wir bleiben lieber in etwas, was vielleicht nicht so großartig ist, aber was wir kennen. Das gibt uns irgendwo auch Sicherheit, immer so weiterzumachen. Aber sich aus der Komfortzone zu bewegen und in Veränderung zu gehen, das ist für viele sehr, sehr schwer. Und manche brauchen dann eben leider so einen Schlag mit dem Hammer, wenn man so möchte, durch eine psychische Krise oder ähnliches, um da überhaupt erst hinzukommen. Es wäre wünschenswert an der Stelle das Problem zu lösen, Sinn zu finden für sich ist eben besser nicht aus einem Leidensdruck heraus auf diesen Weg geschubst zu werden und den dann weiterzugehen, sondern ich würde mir wünschen, dass die Gesellschaft insgesamt das erkennt, dieses Problem, und dass wir vielleicht das Thema Sinnfindung und allgemein psychische Gesundheit, was dann damit ja auch zusammenhängt, mehr Beachtung schenkt. Ich bin psychisch stabiler, wenn ich ein sinnstiftendes Leben führe. Wenn also im Bildungssystem schon Dinge verankert wären, die sich damit beschäftigen, dass wir in der Gesellschaft allgemein dem mehr Raum gewähren, sich mit sich selber auch zu beschäftigen,

in die Selbstreflexion zu gehen und da irgendwo seinen Weg in sein eigenes sinnerfülltes Leben zu finden.

Ulrich Krüger: Prima. Haben wir alle gehört. Das war schon richtig klasse. Wirklich sehr ernst gemeint, ganz vielen Dank für die Vorstellung, aber überhaupt, dass du dieses Thema hier so gepuscht hast. Ich glaube ja, dass es ein total wichtiges Thema ist, das oft ein bisschen übersehen wird. Auf jeden Fall nicht so stark gewichtet, weil es vielleicht nicht so konkret ist wie Arbeit oder Wohnen oder wie auch immer. Auf jeden Fall gibt es Arbeitsvermittler und es gibt Jobcoaches und es gibt ein Wohnungsamt und Makler und so, aber wer sind denn jetzt hier die, die einem helfen zur Sinnstiftung? Es gibt die Pfarrer und Priester und so. Vielleicht nicht mehr so bedeutend, wie in früheren Zeiten. Umso wichtiger ist es mal zu gucken, wo findet eigentlich so eine Auseinandersetzung statt?

Nadja Stehlin: Und das kann hier passieren, nämlich in dem Workshop nachher. Da ist es tatsächlich so, also wir wollen uns mit den Themen Selbstbestimmung und Sinnfindung beschäftigen und dem auch endlich mal etwas Raum geben. Wir versuchen gemeinsames Verständnis davon zu entwickeln, was ist das eigentlich für uns persönlich und dann aber auch im Austausch. Und dann wird es auch tatsächlich konkrete Übungen geben. Das heißt, wenn Sie oder wenn ihr den Workshop nachher besucht, dann nehmt ihr nachher auch wirklich etwas mit, nämlich mindestens eine Erkenntnis, was für euch sinnstiftend ist und was für euch wichtig ist, was eure Werte sind. Und wir werden auch mal genauer beleuchten, was vielleicht dem auch noch im Wege steht, wenn man das noch nicht erreicht hat. Auch da werden Sie in jedem Fall etwas weiterkommen und, so denke ich, dann nach dem Workshop bereichert nach Hause gehen können.

AG 1 Arbeit

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Arbeitsleben – Herausforderungen und Lösungsansätze

Rainer Schaff

Für Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen bringt der Arbeitsalltag große Hürden mit sich. Ihre Leistungsfähigkeit ist im Vergleich mit anderen Beeinträchtigungen oft nicht konstant und schwer vorhersehbar. Die Ursachen und Auswirkungen psychischer Erkrankungen sind vielfältig und lassen sich nicht immer klar definieren. Dadurch werden Anforderungen, die andere mühelos bewältigen, zur Herausforderung. Arbeitgeber haben Schwierigkeiten, diese Faktoren in ihre Planung einzubeziehen, zumal krankheitsbedingte Ausfallzeiten unerwartet und langanhaltend sein können.

Viele Betroffene haben entweder nie Zugang zum Arbeitsleben gefunden oder konnten den steigenden Anforderungen nicht mehr gerecht werden. Die zentrale Frage für den Einzelnen lautet: Ist eine Rückkehr oder Integration ins Arbeitsleben überhaupt sinnvoll und realistisch?

WfbM – Zwischen Integration und Isolation

Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) sollen eine Brücke zur Erwerbsarbeit darstellen. Doch oft führt die dortige Beschäftigung nicht zur Wiedereingliederung, sondern eher zur Entfremdung von den Anforderungen des regulären Arbeitsmarktes. Die Vermittlungsquoten sind äußerst niedrig und werden verzerrt dargestellt, da nicht berücksichtigt wird, ob die Integration nachhaltig gelingt und den Betroffenen langfristig hilft.

Für viele WfbM-Beschäftigte bleibt eine reguläre Anstellung unerreichbar. Dennoch darf die Abschaffung der WfbM keine Option sein. Sie bietet Tagesstruktur, soziale Teilhabe und Austausch mit Mitbetroffenen. Zudem gibt es das Rentenprivileg, das eine gewisse finanzielle Absicherung ermöglicht.

Lösungen – Was kann helfen?

- Gezielte Jobförderung durch maßgeschneiderte Programme, wie z.B. Supported Employment
- Deutliche finanzielle Anreize für Arbeitgeber zur Einstellung von Betroffenen
- Abschaffung der Ausgleichsabgabe, um mehr direkte Integrationsmaßnahmen zu fördern und Arbeitgeber zu Einstellung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu verpflichten

Erfolgreiche Modelle – Was hat sich bewährt?

- Supported Employment, das individuelle Unterstützung in den Job ermöglicht
- EX-IN (Experienced-Involvement) als bewährtes Konzept, bei dem Betroffene als Experten durch Erfahrung ihre Kompetenzen einbringen

AG 2 Wohnen

Ambulantes Wohnen (künftig: Wohnen mit Assistenz) für Menschen mit seelischer Behinderung: Perspektiven und Impulse aus Oberbayern

Selma März

In seinem Input für die Arbeitsgruppe Wohnen stellte der Bezirk Oberbayern aus seiner Perspektive als überörtlicher Träger der Eingliederungshilfe für Menschen den Stand des Ambulanten Wohnens für erwachsene Menschen mit seelischen Behinderungen in Oberbayern dar sowie seine Bemühungen und Initiativen, die Ambulantisierung für diesen Personenkreis voranzubringen.

Ambulantes Wohnen und rechtliche Rahmenbedingungen

Unter ambulantem Wohnen werden Wohnformen verstanden, in denen Menschen mit Behinderungen überwiegend selbstständig mit regelmäßiger oder auf Abruf erbrachter Assistenz im eigenen Wohnraum leben. Allein, mit einem Partner, einer Partnerin, oder in einer Wohngemeinschaft. Den Anbieter der individuell notwendigen Unterstützung wählen die Menschen mit Behinderungen selbst.

Im Rahmen der Novellierung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) wurde die Eingliederungshilfe aus dem System der Sozialhilfe ausgegliedert, daher musste auch die bisherige Finanzierung der Leistungen ebenfalls neu geregelt werden. Es folgte eine Trennung zwischen existenzsichernden Leistungen (Kosten der Unterkunft, SGB XII (Sozialgesetzbuch zwölftes Buch – Sozialhilfe) und Fachleistungen (Assistenzleistungen, SGB IX Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung).

In Bayern sind die Bezirke als Träger der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen und als überörtlicher Träger der Sozialhilfe für Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten und pflegebedürftige Personen zuständig. Für diese Personen sind die bayerischen Bezirke größtenteils auch für die Grundsicherung als Annexleistung zuständig.

Die für die hier betrachtete Thematik wesentlichen Kosten für Unterkunft und Heizung beim ambulant betreuten Wohnen sind bis zur Angemessenheitsgrenze in der Grundsicherung für einen Einpersonenhaushalt (festgelegt durch den örtlichen Träger) als angemessen anzusehen.

Obwohl Wohnen ein Grundbedürfnis aller Menschen gleichermaßen ist, gibt es immer noch viel zu wenige bezahlbare Wohnungen – besonders für Menschen mit Behinderungen. Nach der bayerischen Verfassung hat jeder Bewohnende Bayerns einen Anspruch auf eine angemessene Wohnung. Die formale Zuständigkeit für den Wohnungsbau liegt dabei als eine zentrale Aufgabe der Daseinsvorsorge bei den Kommunen. Doch auch in kommunalen Planungsprozessen finden Menschen mit Behinderungen und deren Belange insbesondere in Bezug auf bezahlbaren Wohnraum oft noch nicht ausreichend Berücksichtigung. Auch in der breiteren öffentlichen Debatte sowie in politischen Diskussionen ist das Thema wenig präsent.

Aktuelle Versorgungslage

Vor dem Hintergrund schwieriger Rahmenbedingungen gab es in Oberbayern in den vergangenen Jahren eine bemerkenswerte Entwicklung zu Gunsten der ambulanten Wohnformen für Menschen mit Behinderung. Von 2011 bis 2023 nahm das Angebot an ambulanten Plätzen jährlich um 4,84 Prozent zu, was einer Mehrung von 4.480 Plätzen entspricht. Somit liegt das Verhältnis der Plätze bei den Wohnformen 2023 bei 48,19 Prozent in ambulanten und 51,81 Prozent in besonderen Wohnformen (siehe Abbildung 1).

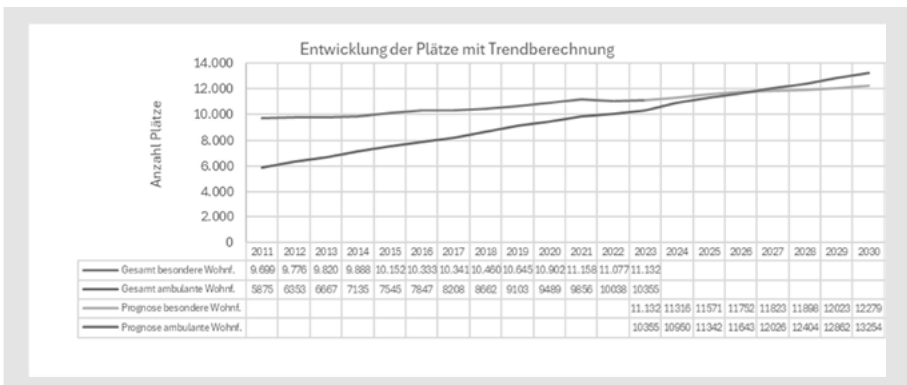


Abb. 1: Entwicklung der Plätze in besonderen vs. ambulanten Wohnformen; Quelle: Sozialberichterstattung Bezirk Oberbayern

Die Leistungsberechtigten Personen (LP) verteilen sich nach Behinderungsform sehr unterschiedlich auf beide Wohnformen (siehe Abbildung 2). Der größte Anteil an LP, die ambulant wohnen, sind Menschen mit einer seelischen Behinderung (70 Prozent). In besonderen Wohnformen sind Menschen mit einer geistigen Behinderung am stärksten vertreten (54 Prozent). Menschen mit einer körperlichen Behinderung nehmen Angebote eher ausgeglichen mit acht Prozent im ambulanten und elf Prozent in besonderen Wohnformen wahr.

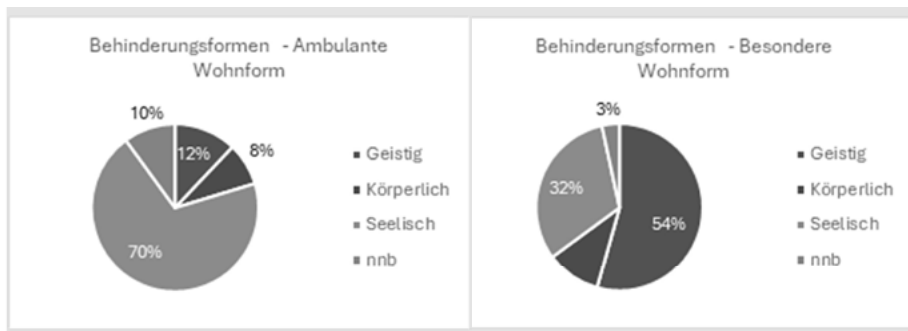


Abb. 2: Verteilung LP nach Behinderungsform und Wohnform in Oberbayern zum Stichtag 31.12.23, Quelle: Sozialberichterstattung Bezirk Oberbayern

Neben dem sich verschärfenden Fachkräftemangel stellt die wesentliche Stellenschraube der Ambulantisierung der Mangel an geeignetem und bezahlbarem Wohnraum dar. Insbesondere in Ballungsräumen erschwert dies die Bemühungen um ambulantes Wohnen und somit die Vision, die mit der Novellierung des BTHG verbunden war.

Wohnraumangel

Die Lage am Wohnungsmarkt hat sich seit 2023 im Nachgang an die Pandemie nochmals deutlich verschärft. Deutschlandweit ist ein deutlicher Einbruch der Baugenehmigungen zu verzeichnen.¹

1 VGL. ARGE e.V. (2023): Status und Prognose: So baut Deutschland – so wohnt Deutschland. Der Chancen-Check für den Wohnungsbau. Bauforschungsbericht Nr. 26.

So sind im März 2024 nach Angaben des Statistischen Bundesamts 24,6 Prozent weniger Wohnungen genehmigt worden als im Jahr davor. Auch in Bayern ist die Zahl der Neubauten im Jahr 2023 um rund 23 Prozent gesunken – von rund 77.000 auf 59.000.

Unter anderem aufgrund des knapper werdenden Angebots müssen Mietende in Bayern immer mehr für ihre Wohnungen bezahlen. Laut einer Analyse des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) haben sich die Nettokaltmieten seit 2010 um 64 Prozent erhöht. Diese Entwicklung trifft besonders die einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen. Darunter fällt auch die große Zahl an Menschen mit Behinderungen, die ihren Lebensunterhalt nicht selbstständig bestreiten können und daher auf staatliche Unterstützung im Rahmen von Grundsicherung, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Leistungen nach dem SGB II (Sozialgesetzbuch Zweites Buch - Bürgergeld, Grundsicherung für Arbeitsuchende) angewiesen sind.

Dieser Personenkreis ist auf mietpreisgebundene und über die Sozialhilfe refinanzierbare Wohnungen angewiesen, wie sie in der Regel nur im Rahmen des Sozialen Mietwohnungsbaus entstehen. Jedoch sind im Durchschnitt lediglich ein Drittel des gesamten Wohnungsneubaus in Deutschland Mietwohnungen und weniger als ein Zehntel bezahlbare Sozialwohnungen.²

Menschen mit Behinderungen sind zudem bei der Suche nach Wohnraum immer noch in einem hohen Maß von Exklusion betroffen. Insbesondere Menschen mit einer seelischen Behinderung stoßen auf bestehende Vorurteile in der Gesellschaft, was zu einer ablehnenden Haltung vieler Vermietenden führt.³ Daher sehen viele Einrichtungen die Notwendigkeit, in einer Art Mittlerrolle aufzutreten und als Hauptmieter für verfügbaren Wohnraum zu fungieren, der dann wiederum untervermietet wird. Dies ist für die Anbietenden ambulanter Wohnangebote mit einem erheblichen Mehraufwand und finanziellem Risiko verbunden, das aufgrund der Trennung von fach- und existenzsichernden Leistungen auch nicht durch die Eingliederungshilfe abgedeckt werden kann. Zudem widerspricht es dem Grundgedanken der Inklusion, wenn Menschen mit Behinderungen nicht vollwertige Hauptmietende ihres eigenen Wohnraums werden.

2 VGL. Verbändebündnis Soziales Wohnen (2024): Forderungen vom Bündnis »Soziales Wohnen«. [Forderungen_vom_Bündnis_SOZIALES_WOHNEN.pdf](#) (dgfm.de) (abgerufen am 16.12.2024).

3 VGL. Bösing, Sabine & Heuchemer, Peter (2017): Bezahlbarer Wohnraum für Menschen mit psychischen Erkrankungen. In: Psychosoziale Umschau 2017, S. 8-9. http://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Schwerpunkte/Inklusion/doc/Seiten_aus_Umschau_web.pdf

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderungen haben sich daher Frühjahr 2024 für eine angemessene, verbindliche Quote von zehn Prozent für die Zuteilung von Sozialwohnungen an Menschen mit Behinderungen ausgesprochen und regen an, über die Wohnungsbauförderung des Bundes und der Länder die Bedarfe in den unterschiedlichen Wohnsettings in den Blick zu nehmen, zum Beispiel im Rahmen eines eigenen Förderprogramms. Die Fachverbände weisen auf die UN-Behindertenrechtskonvention hin, die eine Förderung inklusiven Wohnens im Quartier erfordert.⁴

Gremium GSV und ausgewählte Projekte

Im Gremium Gesundheits-, Sozial- und Versorgungsplanung Oberbayern (Gremium GSV) bringen die beteiligten Organisationen wichtige Planungs- und Entscheidungsprozesse des Bezirks Oberbayern auf den Weg. Es ist ein unterstützendes Forum, um sich auf überörtlicher Ebene zu beraten und zu diskutieren. Beteiligt sind die Einrichtungen, kommunale Spitzenverbände, freie Wohlfahrtspflege, private Leistungserbringer, Angehörigenverbände, Dachorganisationen der Selbsthilfe, Behindertenbeauftragte der Kommunen, Vertreter der regionalen Steuerungsverbände bzw. psychosozialen Arbeitsgemeinschaften sowie Mitglieder des Bezirkstags. Die Federführung liegt beim Bezirk Oberbayern. Den Vorsitz führt der Bezirkstagspräsident. Geschäftsführer ist der Leiter des Referats Sozialplanung, Koordination und Fachdienste im Bezirk Oberbayern. Ziel ist es, die Prozesse und Ergebnisse in der Betreuung, Förderung und Rehabilitation von Menschen mit geistiger, körperlicher und / oder seelischer Behinderung zu verbessern. Zusammenarbeit im Rahmen der GSV-Planung bedeutet: Abstimmung bei sozialpolitischen Zielsetzungen, Austausch von Informationen über Bedarfe und Entwicklungen, Entwicklung von Grundsätzen der Erforderlichkeit, der Wirksamkeit und der Wirtschaftlichkeit. Das Gremium GSV arbeitet projektorientiert. Ziel ist es, so verstärkt konkrete Einzelvorhaben effektiv und effizient durchzuführen.

4 VGL. Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung (Hrsg., 2024): Medienmitteilung: Menschen mit Behinderung brauchen bezahlbare, barrierefreie Wohnungen und ausreichend Fachkräfte. Fachverbände für Menschen mit Behinderung weisen auf eklatanten Mangel an Wohnungen und Fachkräften hin.
https://www.lebenshilfe.de/fileadmin/Redaktion/PDF/Presse/Fachverbaende_zum_Wohnungs-_und_Fachkraeftemangel_MM_20240417.pdf (abgerufen am 16.12.2024).

Mit »Neue[n] Steuerungsmechanismen an der Schnittstelle ambulant-stationär« beschäftigte sich das GSV Projekt Nr. 14. In Modellprojekten wurde erprobt, welche Steuerungsmechanismen für eine Zielerreichung eines ambulanten Ausbaus gegenüber stationären Wohnplätzen geeignet und wirksam sind. Entstanden sind 9 Pilotprojekte mit 141 Plätzen (131 für Menschen mit seelischer Behinderung) mit den Leistungsbestandteilen Wohnen, Tagesstruktur/Beschäftigung und Übergangsbegleitung. Wesentlich und handlungsleitend für alle Projekte war dabei die bedarfsorientierte und personenzentrierte Versorgung, die Förderung von Wahlmöglichkeiten und Alternativen, die Durchlässigkeit der Systeme, die Berücksichtigung der Lebensqualität der Betroffenen und die Förderung der Teilhabe sowie der Gegebenheiten vor Ort. Ein Beispiel für ein Modellprojekt ist das »Ambulante Stützpunkt Wohnen« des Diakonischen Werks Traunstein e.V. am Standort Mühlendorf. Hier wohnen die Klienten selbstständig in ihrer Wohnung und erhalten intensive Begleitung und individuelle Betreuung vom Stützpunkt in direkter räumlicher Nähe. Ziel ist es, gesunde Entwicklungsmöglichkeiten für langzeithospitalisierte oder von Hospitalisierung bedrohte psychisch kranke Menschen zu erschließen und ihrem Wunsch nach einer eigenen Wohnung und mehr Selbstbestimmung außerhalb eines Heimes gerecht zu werden.

Mit der Thematik von Wohnraum für Menschen mit Behinderungen beschäftigt sich seit 2018 das Projekt Nr. 20 »Ambulantisierung und Wohnraum« des Gremiums GSV. In diesem wird unter anderem der Frage nachgegangen, wie Wohnen im Rahmen der Novellierung des BTHG inklusiver gestaltet werden kann und ambulante Angebote weiterentwickelt werden können. Bis dato konnten zahlreiche Impulse aus dem Projekt in enger Zusammenarbeit mit der Sozialverwaltung des Bezirks Oberbayerns realisiert werden. So wurden Steckbriefe für ambulante Wohnformen (hinsichtlich baulicher, finanzieller und sozialräumlicher Anforderungen) erarbeitet und mit allen relevanten Akteuren abgestimmt, die nun eine erste Orientierung für die Umsetzung von ambulanten Wohnprojekten bieten können. Zudem wurden Impulse zu zwei Modellprojekten gegeben, die inzwischen von den Einrichtungen erfolgreich umgesetzt werden. Außerdem wurde ein Austausch mit Vertretenden des Bau-, Sozial- und Gesundheitsministeriums zum Thema »Förderung von Wohnraum für Menschen mit Behinderungen und neue Rahmenbedingungen durch das BTHG« initiiert, der im November 2024 stattgefunden hat. Eines dieser Modellprojekte ist die »Inklusive Therapeutische Wohngruppe« von Adriadne e.V. am Standort München-Pasing, in der acht junge Erwachsene mit seelischer Behinderung gemeinsam mit fünf Studierenden ohne Behinderung leben. Die Studierenden unterstützen die Menschen mit Behinde-

rungen im Alltag und erhalten dafür eine Übungsleiterpauschale, die mit der Miete verrechnet wird. Durch das gemeinsame Zusammenleben ergibt sich die Chance des Einblicks in die jeweils andere Lebenswelt, und die Studierenden werden für den Umgang mit Menschen mit seelischer Behinderung sensibilisiert. Seitens der von einer seelischen Erkrankung Betroffenen, haben diese die Möglichkeit zu erfahren wie junge Menschen ohne seelische Erkrankung ihren Alltag und ihr soziales Leben organisieren. Die ist ein wesentlicher Unterschied zu rein therapeutischen Wohngemeinschaften und beugt Rückzugstendenzen und dem Verharren in der eigenen Peergruppe vor.

Das 2024 begonnene GSV Projekt Nr. 23 trägt den Titel »Sozialraumorientierte pflegerische Versorgung – ein Versorgungsmodell mit Zukunft?!« In dem bis Ende 2026 geplanten Projekt sollen Wohn-Pflegemodelle in den Blick genommen werden, die neue Versorgungssettings »zwischen Heim und daheim« für ältere Pflegebedürftige bieten. Ein Beispiel dafür ist das Projekt in der Landeshauptstadt München: »Wohnen im Viertel«. »Wohnen im Viertel« wird derzeit in 15 Wohnanlagen der Münchner Wohnen in München angeboten. Ziel ist es dabei, dass Menschen auch bei erhöhtem Bedarf an Hilfe und Pflege weiterhin eigenständig wohnen können. Zu jedem Standort von »Wohnen im Viertel« gehören ungefähr 10 barrierefreie Wohnungen und ein Wohncafé. Zusätzlich gibt es eine spezielle Wohnung zur zeitlich begrenzten Pflege, zum Beispiel nach einem Krankenhausaufenthalt. Ein ambulanter Pflegedienst ist mit einem Stützpunkt vor Ort anwesend und immer erreichbar. An einem der 15 Standorte im Stadtgebiet München mit je 10 Pflegewohnungen leben vorwiegend Menschen mit hohem Pflegebedarf und Suchterkrankung. Aktuell ist Finanzierung solcher Projekte teilweise schwierig, insbesondere die Refinanzierung personen-unspezifischer Leistungen. Ziel des GSV Projekt Nr. 23 ist die Prüfung und Erarbeitung einer langfristigen Finanzierungsstruktur. Idealerweise können aus dem Projekt und seinen Erkenntnissen Perspektiven gewonnen werden, wie auch (jüngere) Menschen mit seelischer Behinderung und Pflegebedarf, besser ambulant betreut im eigenen Quartier leben können.

Wohnraumkoordination

Im Jahr 2020 wurde beim Bezirk Oberbayern die bisher bayernweit einmalige Funktion einer Koordinierungsstelle im Zuge des Projekts »Ambulantisierung und Wohnraum« geschaffen. Zentrale Aufgabe ist es, das Wissen rund um Wohnen für Menschen mit Behinderungen (z.B. regionale Bedarfe, Finanzierung von

Wohnraum sowie Angebote und Kompetenzen der Einrichtungen) zu bündeln. Die Wohnraumkoordination verstetigt und pflegt ein breites Netzwerk aus Wohnungswirtschaft, Kommunen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe (EGH) mit dem Ziel des Ausbaus ambulanter Wohnformen für Menschen mit Behinderungen in Oberbayern. Sie bringt die Expertise des Bezirks im Bereich Wohnen im Rahmen verschiedenster kommunaler sowie übergreifender Fachveranstaltungen ein. Sie war bspw. Mitglied des Steuerungskreises des Projekts »Inklusives Wohnen in Bayern stärken« des Beauftragten der Bayerischen Staatsregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen. Die Koordinationsstelle hat sich als erste niedrigschwellige Anlaufstelle für Vereine und Initiativen etabliert, die mit dem Gedanken spielen, ein eigenes Wohnprojekt auf die Beine zu stellen. Sie liefert dabei erste grundlegende Informationen und hilft, die Fragen und Anliegen zu den Vorhaben zu sortieren, um diese dann ggf. an die zuständige Fachabteilung im Haus zu verweisen. Der Bezirk leistet mit der Koordinierungsstelle, obwohl er gesetzlich nicht zuständig ist, einen wichtigen Beitrag, um dauerhaft die Verfügbarkeit von geeignetem Wohnraum zu erhöhen.

Fazit

In Oberbayern ist in den vergangenen Jahren eine Zunahme von ambulanten Wohnplätzen für Menschen mit seelischen Behinderungen zu verzeichnen. Jedoch nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ hat eine Ausdifferenzierung des Angebots stattgefunden, was eine wichtige Voraussetzung für die Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechts darstellt. Aktuell stehen der weiteren Ambulantisierung jedoch erhebliche Herausforderungen, insbesondere der Mangel an bezahlbarem Wohnraum und Fachkräften, gegenüber. Der Bezirk Oberbayern versucht u.a. durch Erkenntnisse aus zahlreichen Modellprojekten und der Schaffung einer eigenen Koordinierungsstelle diesen Herausforderungen zu begegnen. Ziel ist die Lebensqualität und Selbstbestimmung der Betroffenen auch zukünftig weiter zu stärken. Dennoch bleibt die Integration und Berücksichtigung der Bedürfnisse von Menschen mit seelischen Behinderungen auch in kommunalen Planungsprozessen und der breiteren öffentlichen Debatte eine zentrale Aufgabe.

AG 3 Selbstbestimmung und Sinnfindung

Selbstbestimmung und Sinnfindung zur Selbsthilfe

Nadja Stehlin

Am 6. November 2024 führten Antonia Wagner und Nadja Stehlin einen Workshop zum Thema »**Selbstbestimmung und Sinnfindung zur Selbsthilfe**« beim Selbsthilfetag von NetzG durch. Wir freuen uns, berichten zu können, dass rund 35 Personen daran teilnahmen und die Veranstaltung auf durchweg positive Resonanz stieß. Die Teilnehmenden schätzten die Gestaltung des Workshops und die Möglichkeit zur Selbstreflexion und zum Austausch.

Workshop-Ablauf

1. **Begrüßung und Einführung:** Wir eröffneten den Workshop mit einer kurzen Begrüßung und Vorstellung der Ziele. Es war uns wichtig, einen sicheren Raum zu schaffen, in dem sich alle wohlfühlen konnten. Der Einstieg bot eine Einführung in die Begriffe *Selbstbestimmung* und *Fremdbestimmung*, begleitet von interaktiven Diskussionen, bei denen wir die eigenen Definitionen und Gedanken der Teilnehmenden auf dem Flipchart sammelten. Danach folgte die erste Übung zur Selbstreflexion.
2. **Übung Werte und Bedürfnisse erkennen:** Mithilfe eines Arbeitsblatts identifizierten die Teilnehmenden ihre persönlich wichtigsten Werte und reflektierten darüber, in welchen Lebensbereichen diese bereits erfüllt sind und wo Potenzial zur Verbesserung besteht. Der Austausch in Kleingruppen förderte dabei eine offene und konstruktive Diskussion.
3. **Übergang zum Thema Sinnfindung:** Zum Begriff *Sinn* wurden ebenfalls die eigenen Definitionen und Gedanken der Teilnehmenden auf dem Flipchart gesammelt.
4. **Übung Sinnfindung und das Lebensrad:** Die Teilnehmenden erstellten ein individuelles »Lebensrad«, das ihnen dabei half, die Erfüllung verschiedener Lebensbereiche zu visualisieren. Die Reflexion darüber, welche Bereiche stärker oder schwächer ausgeprägt sind, und die Diskussion über mögliche Schritte zur Verbesserung, die ebenfalls notiert wurden, stieß auf großes Interesse.

Feedback und Ergebnisse

Das Feedback der Teilnehmenden war durchweg positiv. Viele äußerten, dass sie die Übungen als äußerst hilfreich empfanden, um ihre eigenen Werte und Bedürfnisse besser zu verstehen und konkrete nächste Schritte zu identifizieren. Besonders die Arbeitsblätter fanden großen Anklang.

Die lebhaften Diskussionen und die offene Atmosphäre trugen maßgeblich dazu bei, dass sich alle aktiv einbringen konnten. Die Visualisierungen auf den Flipcharts spiegeln die Vielfalt der Perspektiven wider und dokumentieren die Erkenntnisse des Workshops.

Fazit

Der Workshop war ein voller Erfolg, sowohl inhaltlich als auch organisatorisch. Die Kombination aus theoretischem Input, praktischen Übungen und persönlichem Austausch bot den Teilnehmenden einen echten Mehrwert. Wir bedanken uns bei allen, die teilgenommen haben, für ihr Engagement und die Offenheit.

Anhang

Im Anschluss befinden sich die Abbildungen der Flipcharts, die im Laufe des Workshops entstanden sind.

- ### Selbstbestimmung
- setzt Selbstreflexion voraus
 - Voraussetzung: freie Willen
 - gelassen sein: ich darf das und gebe das weiter (z.B. an Kinder)
 - setzt Selbstfindung voraus
 - individuelle Unterschiede akzeptieren (gg. Recht auf Konflikt/Änderung)
 - ist ein Prozess (auch umzusetzen)
 - Mut entwickeln & Angst überwinden
 - Selbstliebe & Selbstmitgefühl dafür wichtig
 - Authentizität / Kongruenz
 - nicht immer leicht
 - "Komfortzone" verlassen - benötigt Selbstvertrauen
 - hat Grenzen
 - Handlungs- & Gestaltungsraum
 - Verantwortung übernehmen

Abb. 1

- ### Selbstbestimmung
- Grundrecht
 - für sich selbst sorgen
 - seine Bedürfnisse kennen & umsetzen
 - "ich bestimme über mich selbst"
 - Nichts über uns ohne uns!
 - Erfüllung von Wunsch- und Wahlrecht
 - Empowerment
 - frei von Zwang
 - Autonomie
 - Selbstverantwortung
 - manchmal brauche ich Hilfe auf den Weg da hin
 - keine falschen Kompromisse schließen müssen
 - ich mit mir - ich mit dir - wir und wir
 - barrierefreie Inklusion
 - Freiheit / Demokratie

Abb. 2

- ### Fremdbestimmung
- sich klein fühlen
 - macht klein, wider
 - gibt Sicherheit / Orientierung
 - macht rebellisch / widerstandsfähig
 - senkt den Selbstwert
 - wenn Fremdbestimmung dann nur mit Zustimmung bzw. in meinem Sinne
 - Hierarchien / Gesetze / Spielregeln / Grenzen / Normen
 - Rechtlosigkeit
 - kann hilfreich sein / motivieren
 - Verantwortung abgeben
 - Zwang / Druck
 - Verlust der Möglichkeiten => Neuanfang
 - Scham, sich "falsch fühlen", abhängig sein
 - Wut
 - löst innere Konflikte aus
 - Marginalisierung

Abb. 3

Hindernisse	(Im Sinne der Selbsthilfe): Lösungen
Menschen (Hörchen, Balle etc.)	Selbst-Bewusstsein
Grenzen	Lebensvertrauen
Undeutlichkeit	Geduld
Nachausübung	Zweisicht
Scham / Angst	Alles
ich selbst	Perspektivwechsel
Sicherheitsbedürfnis	Hilfenetze
negative Erfahrungen	Verstehen
(Schul-) Bildung (aktuell)	Akzeptieren
bzw. "das System" => Barrieren	Selbstbefähigung (Training, Lernen)
Stimmung	Ressourcen mobilisieren
Stigmatisierung	Unterstützung aus Gemeinschaft
Selbststigmatisierung	Hoffnung
phys./psych. Einschränkungen	Verbinden
Medikamente	Sich selbst Grenzen setzen
	für sich einstehen
	Verantwortung übernehmen
	Medikamente / Therapie
	Dankbarkeit
	Demut
	Selbstliebe
	Offenheit

Abb. 4

Sinn

- Selbstverwirklichung
- die letzte Hoffnung
- Wertschätzung / Anerkennung
- Teilhabe
- Was ist mir wichtig? Woher will ich mich einsetzen?
- Bestimmung / Berufung
- Ziel
- (physische) Freundschaften / soz. Umfeld
- Motivation
- positive Veränderungen für mich / andere erzeugen
- Werte orientiertes Handeln
- Nachhaltigkeit
- „Das Unmögliche ausprobieren, um den Preislichen
suchen zu lassen.“
- Lebensqualität
- Verbundenheit (Mensch/Natur/Universum)

Abb.5

Sinn

- ist individuell
- Interessen als Voraussetzung
- Verbundenheit / in Resonanz zu sein
- (Work-) Life - Balance
- Krise als Chance
- miteinander voneinander lernen

Abb.6

Gesprächsrunde (Fortsetzung)

Ulrich Krüger: Ich hoffe es hat geschmeckt. Auf jeden Fall ist das auch immer nochmal eine Gelegenheit zu allen möglichen Gesprächen. Ein bisschen habe ich auch schon gehört aus den Arbeitsgruppen. Aber wir würden uns diesen Arbeitsgruppen jetzt nochmal zuwenden und kurze Berichte hören, dazu vielleicht auch noch kurze Bemerkungen. Ich betone das somit kurz, weil um viertel nach würden wir dann gerne umstellen auf die Vorbereitung des Beitrags von Herrn Schmachtenberg. Aber bis dahin hören wir einfach nochmal was in den Arbeitsgruppen gelaufen ist und nutzen insofern von den Ideen, die in den Arbeitsgruppen waren, an denen wir selbst nicht teilnehmen konnten. Arbeit, Wohnen, Selbstbestimmung, Sinnfindung. Wir bleiben mal in der Reihenfolge. Zum Thema Arbeit würde Herr Adam berichten.

Alfons Adam: Ich bin jemand, der aus dem Betrieb kommt und aus der betrieblichen Behinderten-Politik. Und ich muss ganz ehrlich sagen, dass ich von eurem Thema, das ihr heute bearbeitet, nur eine Randahnung habe. Deswegen bin ich auch mit einem unsicheren Gefühl in diese Arbeitsgruppe gegangen. Aber das nehme ich Vorweg, bevor ich das am Ende sagen muss. Das war eine großartige homogene Arbeitsgruppe und wir haben das Thema Arbeit mit allen in einer mir bekannten, besonders guten und disziplinierten Form durchgeführt. Und vor allem waren die Teilnehmer in großer Anzahl. Es waren alle sehr interessiert an dem Thema Arbeit. Horst hatte dann etwas vorbereitet und hatte unsere Schwerpunkte der Arbeit oder anders zu sagen, wie schaffen wir es, Menschen, die aus einem Leistungssystem kommen, wieder zurückzuführen in die Arbeit. Horst hatte das anmoderiert. Und wir beide haben das Thema dann sozusagen unterstützt. Du aus deiner Sicht als Werkstattbeschäftigter und ich eben aus dem Blickpunkt Richtung Arbeit. Und ich muss mich bei allen Beteiligten dafür bedanken, dass ihr euch so geöffnet habt. Mit eurem eigenen Schicksal, sozusagen auch in die Diskussion mit uns gegangen seid. Das hilft einem dann ja, um mir wahrscheinlich nochmal drüber nachzudenken. Was redest du denn eigentlich so immer auf öffentlichen Veranstaltungen und trifft das alles zu oder ist das das, was du redest, was die Menschen, die Betroffenen, sich auch wünschen. Also wir haben auf unterschiedliche Art und Weise kennengelernt, dass einige sich diesen Bereich, in dem sie jetzt leben und auch teilweise beschäftigt sind oder ehrenamtlich beschäftigt sind. Auch so wünschen wie er gerade ist und sie auch völlige Unsicherheiten haben,

lohnt es sich für mich oder kann ich das eigentlich hinbekommen, dass ich den Weg zurückfinde auf den allgemeinen Arbeitsplatz. Und das ist ja natürlich auch Grundlage dieser Diskussion, wenn es um Arbeit geht.

Wir haben festgestellt, dass es ziemlich viele Barrieren, nicht nur politische Barrieren gibt. Und dass Barrieren auch in Gewerkschaften, der Politik, aber auch in den Unternehmen zu finden sind. Und da habe ich nochmal besonders drauf hingewiesen. Vergesst bei der ganzen Diskussion die Gewerkschaften nicht. Die Gewerkschaften sind echt in der Lage, und ich habe das über dreißig Jahre erlebt, in der Behinderten-Politik die besten Gedanken auch zu verderben und zu versauen, weil sie die Unternehmen auch nur aus Augen der Betriebsräte sehen und als Tarifpolitiker. Wenn ihr den Kontakt zu Firmen oder zu Unternehmen sucht, wendet euch an die Schwerbehindertenvertretungen dort vor Ort. Das sind Leute, über die ihr gut mit dem Verständnis aus der Schwerbehindertenvertretung den Kontakt in die Unternehmen finden könnt. Dazu sucht auch den Kontakt zu der neugeschaffenen Ansprechstelle EAA, die ja eigentlich für Arbeitgeber ist und seit zwei Jahren ins SGB IV (Sozialgesetzbuch Vier – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung) aufgenommen wurde. Aber wir haben erfahren, dass die für uns sehr wohl auch zugänglich und auch ansprechbar sind. Aber vor allem haben wir auch versucht den Mut zu machen, nicht darauf zu warten, dass irgendeine Stelle kommt und sagt »Jetzt pass mal auf, hier habe ich jetzt Arbeit für dich. Ich hole dich jetzt aus all dem Elend, was du glaubst in dem du dich befindest, heraus. Und ab morgen wird das alles wieder gut laufen«. Ich kann immer nur sagen, habt den Mut und habt so viel Selbstvertrauen und macht euch selbst auf den Weg, gerade jetzt in der Zeit, wo überall Arbeitskräfte fehlen. Geht in die Betriebe und stellt euch mal vor mit eurem Zeugnis aus der Vergangenheit. Und sagt offen und ehrlich »Ich war ein paar Jahre raus und war nicht in der Lage zu arbeiten. Und ich möchte jetzt gerne wieder arbeiten«. Und ich glaube, dieses Bewusstsein und diese Eigeninitiative ist die größte Chance aus bestimmten, geschützten Bereichen herauszukommen, wenn man das möchte, um wieder auf einem allgemeinen Arbeitsplatz zu landen.

Wir haben auch diskutiert, dass wir bestimmte Forderungen haben und die hatte Horst auch vorbereitet. Was muss es eigentlich an die Politik für Forderungen geben. An die Politik sollte es Forderungen geben, dass das Arbeitsumfeld und die Arbeitsbedingung in Zukunft anders gestaltet werden müssen als heute. Ob es flexible Arbeitszeiten sind, ob es ein Jobsharing ist, ob es all diese Dinge sind. Und auch, dass die Arbeitgeber das ein oder andere Mal vielleicht darauf verzichten, immer nur einen Ingenieur zu haben, der dann später am Band steht und dort

arbeitet, denn die Ausbildung braucht der gar nicht, die ist überflüssig. Aber viele Unternehmen sind heute noch so gestriekt. Das sind alles Dinge, die ihr oder die wir nachher vielleicht auch Rolf Schmachtenberg, der ja heute kommt, vielleicht mitteilen sollen zu dem Thema Arbeit. Ich habe versucht euch Mut zu machen. Mit den Dingen, die ich am Anfang schonmal berichtet habe, an wen man sich wenden kann. Steckt den Kopf nicht in den Sand. Für diejenigen, die sich das nicht zutrauen, haben wir auch gesagt, es wird auch immer Werkstätten geben. Wir sind nicht solche Leute, die einfach behaupten, Werkstätten schließen und aus. Das ist auch keine Lösung. Steckt den Kopf nicht in den Sand. Greift den Strohhalm, den ihr gerade habt. Und konzentriert euch auf die wesentlichen Dinge auch in der Diskussion später mit Herrn Schmachtenberg. Und zerredet die Diskussion nicht, denn der hört euch zu, der hört euch stundenlang zu, aber die Ergebnisse zählen am Ende. Klare Forderungen an Herrn Schmachtenberg, die auch begründet sind, die er mitnehmen kann, wäre aus unserer Sicht der beste Abschluss für diesen Tag und ihr alle habt es in der Hand. Danke.

Franz-Josef Wagner: Danke Alfons. Wir haben unter anderem Herrn Schmachtenberg ein Paper gegeben, das hinten ausliegt. Da werden wir aber nachher noch drauf eingehen. Die nächste Arbeitsgruppe, Wohnen, da wird Frau März aus ihrer professionellen Sicht erzählen, wie wir psychisch Kranke uns in ihrer Arbeitsgruppe geschlagen haben.

Selma März: Auch wir waren eine kleine, aber sehr homogene Arbeitsgruppe. Wir haben damit begonnen, an ausgewählten Wohnprojekte Erfolgsfaktoren für das Wohnen für unseren Personenkreis zu identifizieren. Dabei haben wir festgestellt, dass insbesondere Projekte Schwierigkeiten haben, die sich an der Schnittstelle zwischen Wohnungslosenhilfe, Eingliederungshilfe und Pflege bewegen.

Ein großes Thema war der Mangel an bezahlbarem Wohnraum für unseren Personenkreis. Die Arbeitsgruppe sieht hier eine wesentliche Stellschraube und die gemeinsame Aufgabe, immer wieder an die Kommunen zu appellieren, bezahlbaren Wohnraum für diesen Personenkreis bereitzustellen und zu schaffen. Wir haben überlegt, welche Maßnahmen zusätzlich ergriffen werden könnten, damit mehr Wohnraum für unseren Personenkreis zur Verfügung steht. Zwar haben wir noch keine endgültigen Antworten, aber wir diskutieren, wie verhindert werden kann, dass Wohnungen bei Klinikaufenthalten oder Räumungen verloren gehen.

Ein weiteres Thema war die Rolle der Leistungserbringer, die Wohnraum anmieten und dann an Klienten untervermieten. Wir diskutierten die Vor- und Nachteile dieser Praxis und wie es gelingen kann, dass Menschen selbst Mieter ihrer Wohnungen werden, ohne zwischengeschaltete Institutionen.

Im Wesentlichen beschäftigten wir uns mit diesen Fragestellungen und diskutierten sie intensiv aus den verschiedenen Blickwinkeln. Die Arbeitsgruppe kam überein, dass es primär kein monetäres Problem sein sollte, da die Langlieger in den Kliniken auch keine unerheblichen Kosten verursachen. Damit einhergehend erhoffen sich die Mitglieder der Arbeitsgruppe, dass langfristig vielleicht ganzheitlicher auf das Problem geschaut werden wird und Gelder auch eingesetzt werden können, um Wohnraum zu sichern und zu erhalten.

Der Mehrwert der Arbeitsgruppe waren daher weniger die konkreten Ergebnisse, sondern der interessante Austausch vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Perspektiven. Denn natürlich war der Gruppe von Beginn an klar, dass es für diesen Themenbereich keine einfachen Lösungen gibt. Unser Appell lautet daher, dass mehr bezahlbarer Wohnraum geschaffen werden muss und eine faire Verteilung der über den geförderten Wohnungsbau geschaffenen Wohnungen erfolgen muss, bei der auch seelische Erkrankungen und die daraus resultierenden Benachteiligungen auf dem Wohnungsmarkt mehr als bisher Berücksichtigung finden müssen. Die Arbeitsgruppe darf mich gerne ergänzen, falls ich etwas vergessen habe.

Franz-Josef Wagner: Danke. Dann kommen wir zur letzten Arbeitsgruppe. Nadja und Antonia?

Nadja Stehlin: Ja, wir hatten die größte Arbeitsgruppe. Es waren rund dreißig Personen anwesend. Das war sehr, sehr schön und gab trotzdem eine sehr gute und konstruktive Zusammenarbeit. Wir sind erstmal losgestartet und haben uns mit den verschiedenen Begrifflichkeiten auseinandergesetzt, nämlich was wir unter Selbstbestimmung verstehen, was wir unter Fremdbestimmung und was wir unter Sinn verstehen. Da sprudelte es eigentlich nur so raus aus den Menschen. Wir haben ganz viel zusammengetragen. Wer möchte, kann das da unten auf dem Flipchart gerne mal anschauen, was alles zusammengekommen ist. Es war sehr interessant, und den einen oder anderen Begriff oder was man drunter versteht, haben wir dann noch ausdiskutiert. Da kam sehr viel zusammen. Und dann haben wir das so gemacht, wie ja schon vorher versprochen. Dass einfach jeder etwas mitnehmen kann. Wir sind mit einer Übung gestartet mit den offenen Gedanken zu dem Thema Selbstbestimmung, Fremdbestimmung und Sinn. Was sind eigentlich für uns persönlich die wichtigsten Werte und die wichtigsten Bedürfnisse, die wir gerne erfüllt sehen wollen? Dafür gab es dann für jeden ein Arbeitsblatt, was ausgefüllt werden konnte. Und in dem Zusammenhang ging es dann noch weiter, dass wir danach noch die acht wichtigsten Lebensbereiche jeweils für uns definieren konnten und da einen kleinen Abgleich gemacht haben, zwischen dem

Soll und dem Ist. Also wie ist es jetzt gerade und wie wünsche ich es mir eigentlich? Also im Grunde sollte es dann darum gehen, wie sinnerfüllend, wie sinnstiftend ist für mich das Leben im Moment? Wie komme ich aber auch in eine Selbstbestimmung, um halt diese Ziele, diese Wünsche mehr zu erreichen. Da blieb uns dann am Ende nicht mehr ganz so viel Zeit für den Austausch. Wir haben es aber trotzdem sehr gut zusammengefasst. Das ist jetzt das letzte Flipchart, was ihr da auch sehen könnt. Die Zusammenfassung, was sind denn so Hindernisse? Was steht uns im Weg, um das zu erreichen? Aber, natürlich ganz wichtig, was sind die Lösungen? Wie können wir damit umgehen? Wie können wir Hindernisse beseitigen? Und möglichst gut in die Erfüllung für ein sinnstiftendes und ein erfülltes Leben, selbstbestimmtes Leben zu finden. Für mich selber und für uns, ich glaube ich kann für Antonia mitsprechen, war diese Arbeitsgruppe an sich schon sehr sinnstiftend. Weil das so bereichernd war. Alle haben so großartig mitgearbeitet. Wir haben sehr viele großartige Ergebnisse erzielt. An der Stelle einen großen Dank an die Arbeitsgruppe, an jeden einzelnen, für die aktive Mitarbeit, die das so lebendig gestaltet hat. Ich glaube wir hätten da noch zwei, drei, vier Stunden mehr draus machen können ohne Probleme. Aber jeder hat trotzdem was mit an die Hand bekommen und kann es mit nach Hause nehmen. Das war das Versprechen, was wir gegeben haben – und hoffentlich halten konnten.

Franz-Josef Wagner: Danke, Nadja. Wir werden kurz auf das Blatt eingehen, was ich euch da draußen hingelegt habe, ein Arbeitspapier, dass wir den Politikern zur Verfügung gestellt hatten. Guckt mal da hinten liegt es aus, wer es noch nicht hat. Wir haben zu den Themen Selbstbestimmung, Arbeit und Wohnen zwei Seiten Statements zusammengestellt, die wir Euch Allen zur Verfügung gestellt haben. Und die möchte ich jetzt mal kurz durchgehen, damit ihr ungefähr wisst, was unsere Statements sind. Also bei Selbstbestimmung haben wir gesagt: Die Selbsthilfe sekundäre Prävention ist ein wesentlicher Bestandteil, der physischen, psychischen Gesundheitsversorgung. Sie kann Wiederaufnahmen in die Kliniken, deren Eskalation vorbeugen und verdient Unterstützung aus psychiatrischer, psychologischer, sozialer und politischer Sicht. Was ist damit gemeint? Da wird eigentlich gesagt Lebensqualität ist das, was wir immer wieder erreichen wollen. Wenn wir Lebensqualität haben, dann können wir auch Vorkehrungen treffen, die als präventive Arbeit bezeichnet wird. Die in dem Sinne ist, dass wir nicht nochmals in die Klinik kommen. Horst?

Horst Harich: Was ist konkret damit gemeint? Also ich möchte gerne Unterstützung, psychiatrische, psychologische, sozialere außenpolitische. Was mir fehlt ist der Inhalt dazu. Was möchte ich machen?

Franz-Josef Wagner: Der Inhalt ist ganz einfach. Hintergrund ist, dass wir gesagt haben »Das ist unsere Situation. Wie sieht es aus der politischen Sicht aus, dass wir psychologische, soziale und politische Unterstützung kriegen«?

Horst Harich: Also möchtest du, dass in diese Selbsthilfe mehr Psychiater reingehen?

Franz-Josef Wagner: Nein, kann nicht mehr Psychiater. Sondern, dass die sekundäre Prävention, die Selbstfürsorge mehr unterstützt wird.

Dann der nächste Punkt. Die Förderung nicht stationärer Behandlung ist im Sinne der Selbsthilfe. Auch die Unterstützung durch digitales Aufsuchen in niederschwellige Peerunterstützende und Disziplinübergreifende Teams. Das heißt also wir wollen nicht nur stationäre Behandlung haben, sondern auch ambulante Behandlung. Dass die Leute zu uns nach Hause kommen und mit uns reden. Und zwar dass das nicht nur Psychiater sind, sondern dass es eine ganze Gruppe von Leuten ist, die uns unterstützt, das können auch Peers sein. Und das sollen auch Peers sein, die uns besser verstehen als Psychiater. Und es geht nicht um Diagnosen, sondern es geht im Endeffekt auch darum, wir brauchen Unterstützung in der gesamten Breite. Das ist mit Selbstbestimmung gemeint. Dass wir wieder kraftvoll werden und in die Richtung kommen, dass wir sagen: »Ja, wir möchten auf dem ersten Arbeitsmarkt einen Job haben«. Oder das, was da Alfons gesagt hat. Wir brauchen wieder eine Sichtweise, wir wollen rausgehen, wir wollen auf die Menschen zugehen und sagen »Hier bin ich. Das ist meine Situation, meine Diagnose und ich möchte wieder arbeiten«. Das ist mit Selbstbestimmung gemeint. Und das ist halt nur in diesen verschiedenen Punkten so dargestellt. Vielleicht ist es zu differenziert oder zu falsch, das weiß ich nicht. Aber es war ein Aufschlag.

Eine stärkere individuelle und finanzielle Unterstützung der Peer-Ideen. Peer-Betroffene-Ideen, wie die Recovery College, Telefonnetzwerke, Fortbildungen von und mit Peers Ex-In und so. Förderung der Fachkenntnisse der Selbsthilfe um in den Gremien wie G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss), DZPG (Deutsches Zentrum für Psychische Gesundheit), Besuchs- und Fachkommissionen der Psychiatrie fachlich mitsprechen zu können. Dass die Profis Abkürzungen sprechen, die wir nicht verstehen. Und da müssten wir fortgebildet werden. Und die Politik soll das wissen, dass wir da eine Unterstützung brauchen.

Wege zur Lebensqualität aus der Selbsthilfe

Rolf Schmachtenberg

Teilhabe und Selbstbestimmung sind für die Lebensqualität von herausragender Bedeutung und die Kernanliegen des vor acht Jahren verabschiedeten **Bundesteilhabegesetzes**. Mit dieser Reform wurde ein Meilenstein zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland gesetzt.

So wurde die Eingliederungshilfe aus der Sozialhilfe herausgelöst und im Rahmen des SGB IX (Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) neu ausgerichtet, um Menschen mit Behinderungen zu unterstützen, ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Leistungen sollen sich seitdem nach einem **personenzentrierten** Ansatz konsequent am individuellen Bedarf orientieren und nicht mehr an einer bestimmten Wohnform. Denn Menschen mit Beeinträchtigungen haben, wie alle Menschen, ein Recht darauf, ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen. »Teilhabe und Selbstbestimmung« anstatt »Fürsorge und Bevormundung«. An der Umsetzung dieser Grundhaltung und -überzeugung müssen wir weiterhin arbeiten.

Ich sehe, dass bei der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) und damit des SGB IX in der Praxis noch Luft nach oben ist. Dies auch und besonders im Hinblick auf die spezifischen Bedarfe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen.

Vor diesem Hintergrund freue ich mich auf den heutigen Dialog mit Ihnen. Er trägt dazu bei, gemeinsam Lösungsansätze zu diskutieren und die Umsetzung der genannten Prinzipien in der Praxis weiter zu verbessern.

Die Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist mit Blick auf die Entwicklung der letzten Jahre ein Thema von immer größerer gesellschaftlicher und auch beschäftigungspolitischer Relevanz.

Zwischen 1995 bis 2020 ist die Anzahl der Menschen, die aufgrund von psychischer Erkrankung vorzeitig in Rente gingen, von 19% auf 42% angestiegen. Die Zahl der Krankenschreibungen wegen psychischer Erkrankungen ist allein im vergangenen Jahr im Vergleich zu 2022 um mehr als ein Fünftel gestiegen. Und wir müssen davon ausgehen, dass sich dieser Trend in den kommenden Jahren noch weiter verstärken wird.

Seitens des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) sehen wir den Handlungsbedarf und prüfen, wie wir das Reha-System stärker auf diese Personengruppe und ihre spezifischen Bedarfe anpassen können.

So verlaufen psychische Erkrankungen häufig nicht kontinuierlich, sondern **intervallartig**. Bestehende Reha-Angebote, Prozesse und zeitliche Abläufe müssen dem noch stärker Rechnung tragen. Wichtig ist auch das zeitliche Moment: Hilfen müssen **schneller** zur Verfügung stehen und dürfen nicht erst dann einsetzen, wenn es zu spät ist oder gar aufhören, wenn es noch zu früh ist.

Ferner wollen wir dazu beitragen, dass die Wahrnehmung von psychischen Erkrankungen in unserer Gesellschaft zunimmt und damit auch einen Beitrag zur **Entstigmatisierung** leisten.

Insgesamt ist festzustellen, dass das gegliederte und für viele oft unübersichtliche Reha-System gerade für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen hohe Hürden aufweisen kann. Daher wollen wir etwa die Schnittstellen und Brüche zwischen den Sozialgesetzbüchern und auch den jeweiligen Reha-Trägern verringern und die Zusammenarbeit verbessern. Ein wichtiger Baustein ist dabei das derzeit von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation entwickelte gemeinsame Antragsformular für Reha- und Teilhabeleistungen: der **Gemeinsame Grundantrag**.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) fördert hier ein Pilotprojekt bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt/Main, zur Entwicklung eines digitalen Prototyps. Mit diesem gemeinsamen Grundantrag können der Zugang zu Reha- und Teilhabeleistungen deutlich vereinfacht und Leistungen »wie aus einer Hand« erbracht werden. Davon werden insbesondere auch Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen profitieren.

Das Bundesnetzwerk hat in seinem Arbeitspapier das Thema »Arbeit« neben den Themen »Wohnen« und »Selbstbestimmung« zurecht in den Vordergrund gestellt. Arbeit ist ein zentrales Element für ein selbstbestimmtes Leben und die Teilhabe in unserer Gesellschaft. Arbeit vermittelt Anerkennung und Selbstwirksamkeit.

Daher fördert das BMAS im Rahmen des Bundesprogramms »Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – **rehapro**« aktuell 120 Modell-Projekte mit einem Gesamtvolumen von insgesamt rund einer Milliarde Euro für drei Förderaufufe. Ziel dieser Projekte ist es, durch innovative Leistungen und organisatorische Maßnahmen Erkenntnisse zu gewinnen, wie die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen noch besser erhalten bzw. wiederhergestellt werden kann.

Von den 120 Projekten stellen ca. ein Drittel Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und /oder Abhängigkeitserkrankungen in den Mittelpunkt. Diese Projekte tragen mithin auch zur Entstigmatisierung von psychischen Er-

krankungen in unserer Gesellschaft bei. Träger der Projekte sind je rund zur Hälfte Jobcenter und die 16 Rentenversicherungsträger.

Ein erwähnenswertes Erfolgsinstrument im Kontext Arbeit ist die **Unterstützte Beschäftigung**. Diese richtet sich an Menschen mit Behinderungen, die einen besonderen Unterstützungsbedarf haben, aber nicht oder nicht mehr das besondere Angebot einer Werkstattleistung benötigen. Also ein Angebot für Menschen mit Potenzial für eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Zur Zielgruppe zählen neben Menschen mit Lernbehinderungen insbesondere Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Zentraler Bestandteil der Unterstützten Beschäftigung ist das **Jobcoaching**. Jobcoaching kann den Betroffenen helfen, arbeitsrelevante Kompetenzen nachhaltig zu stärken, und kann direkt am Arbeitsplatz erfolgen.

So können die sich aus der psychischen Erkrankung ergebenden möglichen Herausforderungen praxisnah einkalkuliert und adressiert sowie Arbeitgeber und Kollegen in den Prozess eingebunden werden. Derzeit entwickeln wir Handlungsoptionen, um das Erfolgsinstrument Jobcoaching besser in die Fläche zu bringen.

Zugleich gibt es Menschen, die trotz aller Unterstützungsmöglichkeiten den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes behinderungsbedingt nicht gewachsen sind. Für sie war die Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) lange nahezu die einzige Möglichkeit, am Arbeitsleben teilzuhaben.

Aus Sicht der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) gehören die WfbMs zu den ausschließenden (exkludierenden) Strukturen, die es gilt im Zuge einer DE-Institutionalisierung zu überwinden. Ausgehend von einem Auftrag aus dem Koalitionsvertrag hat das BMAS einen Dialogprozess zur **Weiterentwicklung der Werkstätten** mit allen relevanten Akteuren durchgeführt.

Es geht uns vor allem darum, ein echtes **Wahlrecht** zu ermöglichen. Den Menschen soll ermöglicht werden, selbst entscheiden zu können, wo und wie sie arbeiten möchten. Darin wollen wir sie unterstützen.

Insbesondere soll es ermöglicht werden, sich leichter und ohne Nachteile für Alternativen zur Werkstatt auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entscheiden zu können.

Die Empfehlungen aus der UN-BRK-Staatenprüfung aus dem Sommer 2023 aufgreifend hat das BMAS einen Aktionsplan zur Weiterentwicklung der Werkstätten formuliert, in dem die Ergebnisse aus dem Dialog eingeflossen sind. Der Aktionsplan sieht Maßnahmen in vier Handlungsfeldern vor:

- Förderung von Übergängen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt
- Verbesserung der Qualität der beruflichen Bildung

- Verbesserungen bei der Entlohnung in den Werkstätten
- Weiterentwicklung der Teilhabemöglichkeiten für Menschen in der Tagesförderung

Teile des Aktionsplans, nämlich das, was hinreichend gereift und besprochen ist, sollen nunmehr in einem Zweiten Gesetz zur Förderung eines inklusiven Arbeitsmarkts umgesetzt werden. Wir beabsichtigen, dementsprechend noch in dieser Legislaturperiode einen Gesetzentwurf vorzulegen.

Zusätzlich wollen wir dieses Gesetzgebungsvorhaben dazu nutzen, das **Betriebliche Eingliederungsmanagement** (kurz: BEM) – § 167 Absatz 2 SGB IX zu stärken.

Dabei handelt es sich um ein niederschwelliges bewährtes Verfahren zwischen Arbeitgeber und Beschäftigten nach längerer Arbeitsunfähigkeit. Es dient der gemeinsamen Identifizierung von Maßnahmen, um einer erneuten Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen. Ziel ist es, sowohl die Gesundheit als auch den Arbeitsplatz zu erhalten. Denn wir können es uns als Gesellschaft schlichtweg nicht leisten, wertvolle Fachkräfte etwa infolge psychischer Erkrankungen wie Burn-Out oder Depressionen zu verlieren.

Eine Studie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) zum BEM hat eine gute und eine schlechte Nachricht zu Tage befördert. Zunächst die schlechte: Viele zu wenige Unternehmen bieten das BEM an, nämlich nur rund 50%. In kleinen, kleineren und mittleren Unternehmen ist der Ansatz unbekannt, fehlt es an Erfahrung und organisatorischen Vorkehrungen dafür. Und nun zur guten: Da wo BEM angeboten wird, nehmen es 70 % der Beschäftigten an, ist das Feedback ganz überwiegend positiv. Ich halte die 70 % für hoch. Denn es geht um Wiedereingliederung nach langer Erkrankung. Da kann es im Einzelfall viele Gründe geben, warum ein BEM ggf. noch nicht passt oder überfordert.

Mit unserem Gesetzesvorhaben wollen wir jetzt dafür sorgen, dass insbesondere kleinere und mittlere Unternehmen dieses Erfolgsinstrument noch stärker als bisher in Anspruch nehmen.

Das Gesetz zielt in diesem Zusammenhang konkret darauf ab:

- den Zugang zu und die Inanspruchnahme des BEM zu stärken,
- Arbeitgeber bei der Einführung eines BEM stärker zu unterstützen,
- die Qualität der Informationshilfen zu verbessern und
- die Transparenz und Rechtssicherheit für alle Beteiligten zu erhöhen.

Ich komme zum dritten Themenfeld, welches das Bundesnetzwerk in seinem Arbeitspapier angesprochen hat: Wohnen. Trotz einiger Erfolge bei der Umsetzung des BTHG – der Anteil der ambulant Wohnenden nimmt Jahr für Jahr zu – im Bereich Wohnen ist noch einiges zu tun. Gravierend ist vor allem das Problem der **Wohnungslosigkeit** insbesondere bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Fehlende Sensibilisierung und strukturelle Barrieren durch Diskriminierung bei der Wohnungssuche erschweren es für diese Personengruppe, eine Wohnung zu finden oder Wohnungsverlust zu verhindern.

Aktuell wird im Auftrag des BMAS eine Untersuchung von wohnungslosen Menschen mit Beeinträchtigungen / Behinderungen durchgeführt. Die Ergebnisse sollen Anfang des kommenden Jahres vorliegen. Ich erhoffe mir wertvolle Erkenntnisse, um daraus konkrete Handlungsmaßnahmen zu erarbeiten. Dies kann etwa ein Ausbau von Unterstützungs- und Begleitungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Erkrankungen sein, um eine eigene Wohnung zu finden und diese zu bewirtschaften.

Darüber hinaus verfolgt die Bundesregierung das Ziel, die Obdach- und Wohnungslosigkeit in Deutschland bis 2030 zu überwinden. Dahingehend beteiligt sich das BMAS am Nationalen Aktionsplan Wohnungslosigkeit, der unter Federführung des Bundesministeriums für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen (BMWSB) erarbeitet wurde und nun umgesetzt wird.

Das BMAS engagiert sich darüber hinaus mit einem Programm, das aus EU- und Bundesmitteln gespeist wird. Mit dem Europäischen Sozialfonds für Deutschland (ESF) Plus Programm »Eingliederung hilft gegen Ausgrenzung der am stärksten benachteiligten Personen« (EhAP Plus) Programm werden bundesweit 122 Projekte gefördert. Damit erreicht werden sollen in der Förderperiode 2021-2027 über 30.000 Menschen, die wohnungslos bzw. von Wohnungslosigkeit bedroht sind.

Im Zusammenhang mit dem Thema Wohnen und Leben in Einrichtungen möchte ich zudem unser Gesetzesvorhaben zur Stärkung des **Gewaltschutzes** in sozialen Einrichtungen erwähnen. Aktuelle Studien bestätigen, dass Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen nicht selten von Gewalt betroffen sind und nicht immer die erforderliche Hilfe erhalten. Funktionierende Gewaltschutzkonzepte sind von entscheidender Bedeutung, um die Selbstbestimmung und Teilhabe der in Einrichtungen lebenden Personen zu gewährleisten. Das BMAS plant vor diesem Hintergrund gesetzlich einheitliche Mindeststandards für Gewaltschutzkonzepte festzulegen.

Wir wollen den § 37a SGB IX dahingehend konkretisieren, dass konkrete Mindestanforderungen für Gewaltschutzkonzepte festgeschrieben werden zu den Aspekten

- Prävention,
- Intervention
- und Partizipation.

Außerdem muss das Gewaltschutzkonzept barrierefrei zugänglich sein. Und es muss Verfahren zur Beteiligung der Selbstvertretungsgremien und Beschwerdemöglichkeiten vorsehen. Der Gewaltschutz soll zudem im Vertragsrecht zwischen Reha-Trägern und Leistungserbringern verankert werden.

Die dafür erforderlichen Rechtsänderungen wollen wir auch mit dem oben genannten Gesetzentwurf zum 2. Gesetz zum Inklusiven Arbeitsmarkt vorlegen.

Mit diesem Ausblick komme ich nun zum Ende, aber ich möchte nicht abschließen, ohne mich bei Ihnen allen herzlich zu bedanken. Für Ihr Engagement und Ihren Einsatz zur Stärkung der Selbsthilfe und Selbstbestimmung. Für den Willen und Ihre tatkräftige Unterstützung hin zu einem modernen Leistungssystem für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, und damit hin zu tatsächlich gelebter Inklusion.

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Alfons ADAM, Ehem. Konzern- und Gesamtvertrauensperson der schwerbehinderten Menschen bei der Daimler AG; Vorsitzender des Kreisbehindertenbeirats im Landkreis Verden, Verden

Dr. Andrea BENECKE, Präsidentin Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Berlin

Dr. Christian BERRINGER, Referatsleiter, Begriff Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsverfahren, Pflegerische Versorgung, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Prof. Dr. Hermann BRANDENBURG, assoziierter Univ.-Professor, Universität Witten/Herdecke, Leitung, DFG-Projekt zum Management in der stationären Langzeitpflege, Mahlberg-Orschweier

Prof. Dr. Peter BRIEGER, Ärztlicher Direktor, kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost-Haar, stellv. Vorsitzender AKTION PSYCHISCH KRANKE E. V., München

Prof. Dr. Dagmar BROSEY, Direktorin, Institut für Soziales Recht (ISR), Technische Hochschule Köln, Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften, Köln, Vorsitzende Betreuungsgerichtstag e. V. (BGT), Bochum

Stefan CORDA-ZITZEN, Geschäftsführer, Psychiatrische Hilfgemeinschaft (PHG) Viersen gGmbH, Vorstand Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V. (BAG GPV), Viersen

Dr. Volker DAHLING, Oberarzt, Immanuel Klinik Rüdersdorf Universitätsklinikum der MHB, Zentrum für Seelische Gesundheit, Rüdersdorf

Prof. Dr. Andreas FELLGIEBEL, Chefarzt, Agaplesion Elisabethenstift gGmbH, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Darmstadt, Präsident Deutsche Akademie für Geronto-psychiatrie und Psychotherapie e. V. (DAGPP), Wiehl

Detlef FRIEDRICH, Gründer und Geschäftsführender Gesellschafter, contec GmbH, Bochum

Dr. Stefan FRISCH, Leitender Psychologe, Klinik für Gerontopsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Pfalzkrankenhaus Klingenmünster, Klingenmünster

Dr. Fabian FUßER, Chefarzt für Psychiatrie und Psychotherapie Klinik für Gerontopsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Pfalzkrankenhaus Klingenmünster, Klingenmünster

Dr. Katharina GESCHKE, Geschäftsführende Oberärztin – Personal Leitung ZpGA, Universitätsmedizin Mainz, Leiterin AG Klinische und translationale Neuro- und Gerontopsychiatrie, Universitäts-medizin Mainz, Zentrum für psychische Gesundheit im Alter (ZpGA), Mainz

Dr. Thomas GÖTZ, Staatssekretär, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucher-schutz des Landes Brandenburg, Potsdam

Prof. Dr. Hans GUTZMANN, Past President Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie, Berlin

Andreas HÄUSLER, Diplom-Psychologe, Universität Potsdam, Professur Sozial- und Präventivmedizin, Potsdam

Dr. Rüdiger HANNIG, Vorsitzender Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. (BApK), Bonn

Horst HARICH, Vorstand Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit e. V. (NetzG), 2. stellvertretender Vorsitzender Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. (DGBS), Bad Sachsa

Dirk HEIDENBLUT, MdB SPD-Fraktion im Deutschen Bundestag, Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE E. V., Essen

Simone HEIMKREITER, Dipl. Betriebswirtin FH, Fachreferentin Altenpflege für den AWO Landesverband Bayern e.V., ehem. Heimleitung einer Gerontopsychiatrie, freiberufliche Dozentin in der Altenpflege, Verfahrenspflegerin nach dem Werdenfelser Weg, Bad Tölz

Thomas HERZOG, Oberarzt Psychiatrie, Helios Park-Klinikum, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Leipzig

Prof. Dr. Vjera HOLTHOFF-DETTO, Direktorin, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Dresden, Geschäftsführende Direktorin, Zentrum für Seelische Gesundheit, Dresden

Prof. Dr. Ralf IHL, Ehem. Chefarzt, Klinik für Psychische Gesundheit, Gerontopsychiatrie, Alexianer Krefeld, Vorsitzender Alzheimergesellschaft Düsseldorf – Selbsthilfe Demenz e. V., Düsseldorf, stellv. Vorsitzender Landesverband der Alzheimergesellschaften Nordrhein-Westfalen e. V., Düsseldorf

Tom KAISER, Geschäftsführer, Daheim e. V., Gütersloh

Dr. Kirsten KAPPERT-GONTHNER, MdB amtierende Vorsitzende des Gesundheitsausschusses im Deutschen Bundestag, Fraktion Bündnis 90/Die Grünen im Deutschen Bundestag, Vorsitzende AKTION PSYCHISCH KRANKE E. V., Bremen

Eva-Marie KAYSER, Leiterin, Gerontopsychiatrischer Dienst München Ost (GpDi München Ost), München

Prof. Dr. Thomas KLIE, Rechtsanwalt, Leiter Forschungsinstitute: Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung (zze) und AGP Sozialforschung, Freiburg/Berlin/Starnberg

Katrin KRAH, 2. Vorsitzende, Landesverband der Alzheimer Gesellschaften NRW e. V., wissenschaftliche Mitarbeiterin, AKTION PSYCHISCH KRANKE E. V., Geschäftsführerin (ab 01.09.2024), Alzheimergesellschaft Düsseldorf e. V., Düsseldorf

Dr. Michael KREBS, Vorstandsmitglied Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP), Berlin

Bernd KRONAUER, Leiter der Geschäftsstelle der Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, Berlin

Ulrich KRÜGER, Botschafter des Bundesnetzwerks Seelische Gesundheit e. V. (NetzG), Köln

Prof. Dr. Karl LAUTERBACH, MdB SPD-Fraktion im Deutschen Bundestag, Bundesminister für Gesundheit, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Marion LOCHER, Geschäftsführerin, Träger gGmbH, Berlin

Selma MÄRZ, Wohnraumkoordination, Strategische Sozialplanung und Sozialbericht Geschäftsstelle des Gremiums zu Gesundheits-, Sozial- und Versorgungsplanung (GSV), Bezirk Oberbayern, München

Bernd MEIßNEST, Chefarzt, Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie, Leiter des Zentrums für Altersmedizin, Stellv. Ärztlicher Direktor LWL-Klinikum Gütersloh, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie Geriatrie und Palliativmedizin, Gütersloh

Sonja Stefanie METZ, Diplom Heilpädagogin, Coach und Dozentin für Entwicklungs- und Entscheidungsprozesse, Kreskado*, Neuss

Dr. Friedemann MÜLLER, Ehem. Chefarzt, Alzheimer Therapiezentrum, Schön Klinik Bad Aibling, Bad Aibling

Dr. Klaus OBERT, Stellv. Vorsitzender Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V. (BAG GPV), Stuttgart

Alexandra PETERS, Pflegedienstleitung, Daheim e. V., Gütersloh

Sandra POSTEL, Präsidentin Pflegekammer NRW, Düsseldorf

Prof. Dr. Dr. Michael RAPP, Professur, Sozial- und Präventivmedizin, Universität Potsdam, Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V., Potsdam

Anna RICHERT, Vorstand Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP), Wiehl

Waltraud RINKE, Vorsitzende Deutsche DepressionsLiga e. V. (DDL), Bonn

Petra ROSSMANITH, Leiterin, Therapeutische Dienste, Sozialdienst Psychiatrie, Alexianer St. Hedwig Krankenhaus, Berlin

Rainer SCHAFF, 2. Vorsitzender Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit e. V. (NetzG), Überlingen

Dieter SCHAX, Vorstandsvorsitzender Verein für Rehabilitation psychisch Kranker e. V. (Reha-Verein), Vorsitzender Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V. (BAG GPV), Mönchengladbach

Dr. Hannah SCHEIBNER, Netzwerkkoordinatorin, Immanuel-Klinik Rüdersdorf, Koordination Netzwerk Demenz Märkisch-Oderland, Rüdersdorf

Dr. Rolf SCHMACHTENBERG, Staatssekretär, Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), Berlin

Dr. Martin SCHÖLKOPF, Leiter, Abteilung Pflegeversicherung und -stärkung, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Dr. Monica SCHOL-TADIC Fachärztin für Neurologie, Fachdienstleitung, Betreuungsbehörde und Sozialpsychiatrischer Dienst, Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz, Psychiatriekoordination Kreis Groß-Gerau, Vorstand Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V. (BAG GPV), Groß-Gerau

Stefan SCHWARTZE, MdB SPD-Fraktion im Deutschen Bundestag, Patientenbeauftragter der Bunderegierung, Berlin

Dr. Antje SCHWINGER, Leiterin, Abteilung Pflege (ab 01.09.2024), GKV-Spitzenverband, Berlin

Thomas SEYDE, Psychiatriekoordinator, Gesundheitsamt Leipzig, Leipzig

Nadja STEHLIN, Vorstand Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit e. V. (NetzG), 1. stellvertretende Vorsitzende, Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. (DGBS), Vorstand Landesverband Psychiatrieerfahrener Niedersachsen e.V. (LPEN), Peine

Prof. Dr. Katarina STENGLER, Chefärztin, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im HELIOS Park-Klinikum, Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE E. V., Leipzig

Tatjana STICKEL, Projektleiterin, Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung, Berlin

Dr. Christine THOMAS, Ärztliche Direktorin, Klinikum Stuttgart, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere, Stuttgart

Kathrin VOGLER, MdB Gruppe Die Linke im Deutschen Bundestag, Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE E. V., Emsdetten

Dr. Hanns-Diethard VOIGT, Vorsitzender der Kommission Krankenhauspsychiatrie der DKG, Vorsitzender Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e. V., Geschäftsführer, Evangelisches Krankenhaus Bethanien gGmbH, Greifswald

Franz-Josef WAGNER, Vorsitzender Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit e. V. (NetzG), Trier

Dr. Martin WARNACH, 2. Vorsitzender Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e. V. (BAG Mobile Reha e. V./MoRe), Bad Kreuznach

Saskia WEIß, Geschäftsführerin, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V., Selbsthilfe Demenz, Berlin

Prof. Dr. Alexandra WUTTKE, Leiterin, Universitätsmedizin Mainz, Zentrale For-

schungseinheit für psychische Gesundheit im Alter (ZpGA); Mainz; Professur für Prävention von Demenz und Demenzfolgeerkrankungen, Universitätsklinikum Würzburg, Zentrum für Psychische Gesundheit ZEP, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Würzburg

Dr. Dyrk ZEDLICK, Chefarzt, Klinikum St. Georg gGmbH Verbund Gemeindenahe Psychiatrie, Verbund Gemeindenahe Psychiatrie/Sozialpsychiatrischer Dienst, Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE E. V., Leipzig

Veröffentlichungen und Informationstagungen der APK

- Band 50 Perspektiven der psychiatrischen Krankenhausbehandlung –
Mit und ohne Bett
Tagung am 25./26. und 27. September 2023 in Berlin
- Band 49 25 Jahre Aktion Psychisch Kranke und Psychiatrie-Enquête
1 + 2 Tagung am 06./07. und 08. September 2022 in Berlin
- Band 48 »Förderung der Selbstbestimmung und Vermeidung von Zwang«
Tagung am 06./07. und 08. September 2021 in Berlin
- Band 47 »Psychische Gesundheit fördern, Teilhabe an Arbeit sichern«
Tagung am 05./06. und 07. Oktober 2020 in Berlin
- Band 46 »Qualität als Maßstab – Brennpunkte in der psychiatrischen
Versorgung«
Tagung am 28./29. und 30. Oktober 2019 in Berlin
- Band 45 »Planen - umsetzen – bewerten: Psychiatriepolitik gestalten«
Tagung am 05. und 06. November 2018 in Berlin
- Band 44 »Perspektiven für seelische Gesundheit und psychiatrische Hilfen«
Tagung am 29. und 30. Mai 2017 in Berlin
- Band 43 »Verantwortung übernehmen – verlässliche Hilfen bei psychischen
Erkrankungen«
Tagung am 07. und 08.11.2016 in Kassel
- Band 42 »Selbsthilfe – Selbstbestimmung – Partizipation«
Tagung am 03. und 04.11.2015 in Berlin
- Band 41 »Qualität therapeutischer Beziehungen«
Tagung am 24. und 25.09.2014 in Berlin
- Band 40 »Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen«
Tagung am 24. und 25.09.2013 in Berlin
- Band 39 »Gleichberechtigt mittendrin
Partizipation und Teilhabe«
Tagung am 06. und 07.11.2012 in Berlin
- Band 38 »Psychiatriereform 2011 ... Der Mensch im Sozialraum«
Festakt am 17.10.2011 und
Fachtag am 18.10.2011 in Berlin

- Band 37 »Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe!«
Tagung am 08. und 09.11.2010 in Kassel
- Band 36 »Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland – Von der Person zur integrierten Hilfe im Verbund«
Tagung am 18. und 19.06.2009 in Berlin
- Band 35 »Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie«
Tagung am 03. und 04.11.2008 in Kassel
- Band 34 »Personenzentrierte Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung«
Tagung am 19. und 20.11.2007 in Kassel
- Band 33 »Unsere Zukunft gestalten. Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz«
Tagung am 14. und 15.10.2006 in Berlin
- Band 32 »Worauf Du Dich verlassen kannst!
Gute Praxis und Ökonomie verbinden«
Tagung am 19. und 20.09.2005 in Kassel
- Band 31 »Prävention bei psychischen Erkrankungen –
Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung«
Tagung am 12. und 13.05.2004 in Berlin
- Band 30 »Die Zukunft hat begonnen – Personenzentrierte Hilfen,
Erfahrungen und Perspektiven«
Tagung am 03. und 04.06.2003 in Kassel
- Band 29 »Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung
für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen«
Tagung am 13. und 14.05.2002 in Berlin
- Band 28 »Mit und ohne Bett – Personenzentrierte Krankenhausbehandlung
im Gemeindepsychiatrischen Verbund«
Tagung am 30.11. und 01.12.2001 in Bonn
- Band 27 »25 Jahre Psychiatrie-Enquete«
1 + 2 Tagung am 22. und 23.11.2000 in Bonn
- Band 26 »Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen
Versorgung«
Tagung am 11. und 12.11.1998 in Bonn
- Band 25 »Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie«
vergriffen Tagung am 24. und 25.09.1997 in Bonn
- Band 24 »Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung«
vergriffen Tagung am 23. und 24.04.1997 in Bonn

- Band 23**
vergriffen »Qualität in Psychiatrischen Kliniken«
Tagung vom 08. bis 10.05.1996 in Bonn
- »Neue Entwicklungen in der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen«
Tagung vom 21. bis 23.10.1996 in Bonn
- Tagungsbeiträge dokumentiert in: Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen. Lambertus, Freiburg i. Br. 1997
- Band 22**
vergriffen »Das Betreuungswesen und seine Bedeutung für die gemeindepsychiatrische Versorgung«
Tagung am 17. und 18.05.1995 in Bonn
- Sonderdruck**
vergriffen »Personalbemessung im komplementären Bereich – von der institutionszur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation«
Tagung am 27. und 28.04.1994 in Bonn
- Sonderdruck**
Selbstverlag »Enthospitalisieren statt Umhospitalisieren«
Tagung am 12. und 13.10.1993 in Ueckermünde
- Band 21**
vergriffen »Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung – Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen«
Tagung am 04. und 05.05.1993 in Bonn
- Band 20**
vergriffen »Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen«
Tagung am 03. und 04.06.1992 in Bonn
- nicht**
dokumentiert Regionalkonferenzen über den Bericht
»Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR«
im Land Mecklenburg-Vorpommern am 17. und 18.10.1991 in Neubrandenburg
im Land Sachsen-Anhalt am 13. und 14.11.1991 in Hettstedt
im Land Sachsen am 21. und 22. 11.1991 in Arnsdorf
im Land Brandenburg am 28. und 29.11.1991 in Brandenburg
im Land Thüringen am 16. und 17.12.1991 in Hildburghausen
- Band 19**
vergriffen »Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem Gebiet der ehemaligen DDR«
Tagung am 29./30.11 und 01.12.1990 in Berlin
- Band 18**
vergriffen »Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung – von antitherapeutischen zu therapeutischen Strukturen«
Tagung am 20. und 21.06.1990 in Bad Emstal

- Band 17**
vergriffen »Die therapeutische Arbeit Psychiatrischer Abteilungen«
Tagung am 23./24. und 25.10.1986 in Kassel
- Band 16**
vergriffen »Der Gemeindepsychiatrische Verbund als ein Kernstück der
Empfehlungen der Expertenkommission«
Tagung am 22. und 23.06.1989 in Bonn
- Band 15** »Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch
Kranker – Ein internationaler Vergleich«
Tagung am 27. und 28.11.1986 in Bonn
- Band 14**
vergriffen »Notfallpsychiatrie und Krisenintervention«
Tagung am 15. und 16.05.1986 in Bonn
- Band 13**
vergriffen »Psychiatrie in der Gemeinde – die administrative Umsetzung des
gemeindepsychiatrischen Konzepts«
Tagung am 05. und 06.12.1984 in Bonn
- Band 12**
vergriffen »Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine Bestandsaufnahme«
Tagung am 18. und 19.10.1984 in Bonn
- Band 11**
vergriffen »Komplementäre Dienste – Wohnen und Arbeiten«
Tagung am 06. und 07.07.1984 in Bonn
- Band 10** »Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern«
Tagung am 10. und 11.11.1983 in Offenbach
- Band 9**
vergriffen »Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung«
Tagung am 02. und 03.12.1982 in Bonn
- Band 8**
vergriffen »Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter«
Tagung am 19.11.1982 in Bonn
- Sonderdruck**
vergriffen »Modellprogramme des Bundes und der Länder in der Psychiatrie«
Tagung am 25. und 26.06.1981 in Bonn
- Band 7**
vergriffen »Drogenabhängigkeit und Alkoholismus«
Tagung am 06. und 07.11.1980 in Mannheim
- Band 6**
vergriffen »Ambulante Dienste in der Psychiatrie«
Tagung am 13. und 14.06.1980 in Hannover
- nicht dokumentiert* Informationsveranstaltung zum »Modellprogramm Psychiatrie der
Bundesregierung« am 31.01.1980
- Band 5**
vergriffen »Bestand und Wandel in der psychiatrischen Versorgung
in der BRD – fünf Jahre nach der Enquete«
Tagung am 23.11.1979 in Mannheim

- Band 4**
vergriffen »Probleme der Versorgung erwachsener geistig Behinderter«
Tagung am 27. und 28.09.1979 in Bonn
- nicht dokumentiert* »Gemeindenahe Psychiatrie im Raum Hannover: Ausnahme oder Regel?«
Tagung am 14. und 15.11.1978 in Hannover/Wunstorf
- Band 3**
vergriffen »Die Psychiatrie-Enquete in internationaler Sicht«
Tagung am 01. und 02.06.1978 in Bonn
- Band 2**
vergriffen »Rechtsprobleme in der Psychiatrie«
Tagung 07.10.1977 in Hamburg
- nicht dokumentiert* »Probleme der Rehabilitation seelisch Behinderter im komplementären Bereich«
Tagung am 24. und 25.06.1977 in Loccum
- nicht dokumentiert* »Die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete unter dem Aspekt der Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter«
Tagung am 02. und 03.12.1976 in München
- nicht dokumentiert* »Was nun nach der Psychiatrie-Enquete«
Gemeindenahe Psychiatrie am Beispiel Frankfurt
Tagung am 18. und 19.11.1976 in Frankfurt
- Band 1**
vergriffen »Gemeindenahe Psychiatrie«
Tagungen am 27.10.1975 in Stuttgart, am 08. und 09.11.1975 in Mannheim, am 27.11.1975 in Köln-Mehrheim, am 05. und 06.03.1976 in Berlin

Bezug lieferbarer Titel durch:

Aktion Psychisch Kranke e. V.
Oppelner Str. 130
53119 Bonn

Download unter: www.apk-ev.de



Der erste Teil des vorliegenden Buches dokumentiert die Beiträge der APK-Jahrestagung 2024 zu dem Thema »Unsere Zukunft gestalten – Hilfen für psychisch erkrankte ältere Menschen«. Im Fokus stehen bisherige Erkenntnisse, bereits vorhandene vorbildlichen Ansätze und die Handlungsbedarfe und Lösungsansätze in Bezug auf die Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte ältere Menschen. Des Weiteren werden als Querschnittsthemen neben dem Fachkräfte- bzw. Arbeitskräftemangel und der Schnittstelle zur Somatik die Herausforderungen des Alterns als gesamtgesellschaftliche Verantwortung und der Vermeidung von Zwang bzw. Förderung von Selbstbestimmung beleuchtet.

Im zweiten Teil werden die Ergebnisse des Selbsthilfetages zum Thema »Wege zur Lebensqualität aus der Selbsthilfe« dargestellt, der gemeinschaftlich von der Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK) mit dem Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit e.V (NetzG), dem Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BAPK), der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS), Selbsthilfe für Menschen mit ADHS e.V. (ADHS Deutschland), der Deutschen Alzheimergesellschaft e.V., dem GeschwisterNetzwerk und Mut-Förderern e.V. durchgeführt wurde.

