

# **Gerontopsychiatrische Versorgung im Rhein-Sieg-Kreis**

Gesundheitsamt des Rhein-Sieg-Kreises

29. September 2003

# Inhaltsverzeichnis

<b>I. Vorwort</b>	<b>4</b>
<b>1. Aufgaben und Ziele der Kommunalen Gesundheitskonferenz für den Rhein-Sieg-Kreis</b>	<b>5</b>
<b>2. Arbeitsgruppe <i>Gerontopsychiatrische Versorgung im Rhein-Sieg-Kreis</i></b>	<b>6</b>
<b>II. Versorgungskonzept zur Sicherstellung der gerontopsychiatrischen Mindestversorgung im Rhein-Sieg-Kreis</b>	<b>9</b>
<b>3. Einleitung</b>	<b>10</b>
<b>4. Versorgungsphilosophie</b>	<b>12</b>
<b>5. Prioritätensetzung</b>	<b>13</b>
<b>6. Konzeptaufbau</b>	<b>14</b>
6.1. Planung, Koordination und Kooperation . . . . .	14
6.2. Sozialpsychiatrische Zentren und Gemeindepsychiatrischer Verbund . . . . .	15
6.3. Personenzentrierter Ansatz und Komplexleistung . . . . .	16
<b>7. Leben in der häuslichen Umgebung</b>	<b>20</b>
7.1. Leistungen für Betroffene . . . . .	20
7.1.1. Kontakt und Kommunikation . . . . .	20
7.1.2. Alltagsbewältigung . . . . .	21
7.1.3. Erhalt familiärer und sozialer Bezüge . . . . .	23
7.1.4. Pflege . . . . .	24

7.1.5. Medizinische Versorgung ambulant . . . . .	27
7.1.6. Medizinische Versorgung teilstationär . . . . .	28
7.1.7. Medizinische Versorgung stationär . . . . .	29
7.2. Leistungen für Angehörige . . . . .	30
7.2.1. Psychosoziale Entlastung . . . . .	30
7.2.2. Alltagspraktische Entlastung . . . . .	32
7.2.3. Beratung zum Umgang mit Erkrankten . . . . .	34
7.2.4. Hilfe zum Hilfesystem . . . . .	34
7.3. Leben im Wohnheim . . . . .	36
7.4. Kosten . . . . .	37
7.5. Zusammenfassung . . . . .	37

**Teil I.**

**Vorwort**

# **1. Aufgaben und Ziele der Kommunalen Gesundheitskonferenz für den Rhein-Sieg-Kreis**

Die Kommunale Gesundheitskonferenz des Rhein-Sieg-Kreises (KGK) wurde auf der Grundlage des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) des Landes NW vom 25.11.1997 eingerichtet. Die KGK ist ein Gremium, in dem die verantwortlichen Vertreterinnen der relevanten Kosten- und Leistungsträger des Gesundheits- und Sozialbereiches des Kreises partnerschaftlich zusammenarbeiten. Ziel der KGK ist die Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung auf kommunaler Ebene. Zu diesem Zweck berät sie Themen und wirkt auf eine umfassende Kooperation aller Beteiligten hin. Sie schafft so die Grundlage für ein bedarfsgerechtes, flexibles, qualitätsorientiertes und wirtschaftliches Versorgungsnetz. Bei Bedarf gibt sie diesbezügliche Empfehlungen, deren Umsetzung im Wege einer Selbstverpflichtung der Beteiligten und im Einvernehmen mit ihnen erfolgt. Die Empfehlungen für die KGK werden in Arbeitsgruppen (AG) vorbereitet.

## **2. Arbeitsgruppe *Gerontopsychiatrische Versorgung im Rhein-Sieg-Kreis***

Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Zahl der gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen in den kommenden Jahren auch im Rhein-Sieg-Kreis (RSK) ansteigen wird, hatte die KGK im Oktober 2000 die Einberufung der *AG Gerontopsychiatrische Versorgung im Rhein-Sieg-Kreis* beschlossen. Das Ziel der AG war die Durchführung einer Bestandsanalyse und die Erarbeitung einer Handlungsempfehlung zur weiteren, auch in der Zukunft gesicherten gerontopsychiatrischen Versorgung im Rhein-Sieg-Kreis. Die AG setzte sich aus Mitgliedern der Fachkonferenz Gemeindepsychiatrie zusammen. Dabei wirkten Vertreterinnen und Vertreter aus folgenden Institutionen mit:

- ▷ Landschaftsverband Rheinland - Rheinische Kliniken Bonn,
- ▷ niedergelassene Fachärztin,
- ▷ Wohlfahrtsverbände,
- ▷ Sozialpsychiatrische Zentren im Rhein-Sieg- Kreis (SpZ),
- ▷ Selbsthilfegruppen,
- ▷ Kreisgesundheitsamt.

Auch eine Vertreterin des Kreissozialamtes war in der AG beteiligt. Im Rahmen der Bestandsanalyse des gerontopsychiatrischen Versorgungsangebotes im Rhein-Sieg-Kreis wurden Daten aus unterschiedlichen Datenquellen zusammengetragen und ausgewertet. Darüber hinaus wurden durch Umfragen bei den niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie, den Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin, den praktischen Ärztinnen und Ärzten, den ambulanten und den stationären Pflegeeinrichtungen Daten erhoben. Die Auswertung dieser gesamten Daten ermöglichte u.a. eine Darstellung der aktuellen Versorgungsangebote. Auf der Grundlage dieser umfangreichen Datenerhebung und -analyse erarbeitet die AG anschließend einen *Situationsbericht zur gerontopsychiatrischen Versorgung im RSK*. Diesen Bericht (Anlage 1), der eine Zielbeschreibung und einen umfangreichen

Maßnahmenkatalog zur Zielerreichung enthält, legte diese der KGK im Februar 2002 vor. Folgendes generelles Ziel wurde formuliert:

***Sicherstellung einer wohnortnahen, flächendeckenden, qualifizierten, multiprofessionellen, für die Nutzerinnen finanzierbaren, niedrighwelligen und bei Bedarf aufsuchenden Versorgung und Betreuung von gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen im Rhein-Sieg-Kreis in ihrer jeweiligen Lebensumgebung unter Beibehaltung der sozialen Bezüge durch den koordinierten Ausbau ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgungsformen.***

Dabei sind die Qualitätsstandards von wesentlicher Bedeutung. Im einzelnen enthält der Bericht Ziele, die die jeweilige Lebenssituation bezogen auf die verschiedenen Zielgruppen berücksichtigen. Als Einzelziele wurden definiert:

- ▷ Verbleib der Erkrankten in der häuslichen Umgebung unter Erhalt der bestmöglichen Lebensqualität,
- ▷ Qualifizierte ärztliche Diagnostik, Beratung und Behandlung,
- ▷ Entlastung der betreuenden Angehörigen und die Möglichkeit zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft für Erkrankte und deren Angehörigen,
- ▷ Erhalt der familiären und sozialen Bezüge,
- ▷ Akzeptanz in der Bevölkerung und Sensibilisierung der Öffentlichkeit,
- ▷ Qualifizierte Pflege für die Erkrankten und Entlastung der betreuenden Angehörigen,
- ▷ Unterstützung und psychosoziale Entlastung,
- ▷ Information über bestehende gerontopsychiatrische Versorgungs- und Beratungsangebote,
- ▷ Schaffung, Erhalt und Weiterentwicklung höchstmöglicher Leistungsqualität,
- ▷ Qualifizierte medizinische Versorgung der Erkrankten und Entlastung der Angehörigen in Krisensituationen unter dem weitgehenden Erhalt der gewohnten Lebensumgebung,
- ▷ Verbleib der Erkrankten in der häuslichen Umgebung und Erhalt von Tagesstrukturen sowie Entlastung der betreuenden Angehörigen,
- ▷ Konzeptionelle Ausrichtung der Angebotsstruktur in den stationären Einrichtungen an den unterschiedlichen Hilfebedarfen der Bewohner.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>Es handelt sich bei der Aufzählung der Ziele um die von der Arbeitsgruppe aufgeführten Einzelziele. Diese sind teilweise redundant und werden im folgenden Konzept thematisch zusammengefasst.

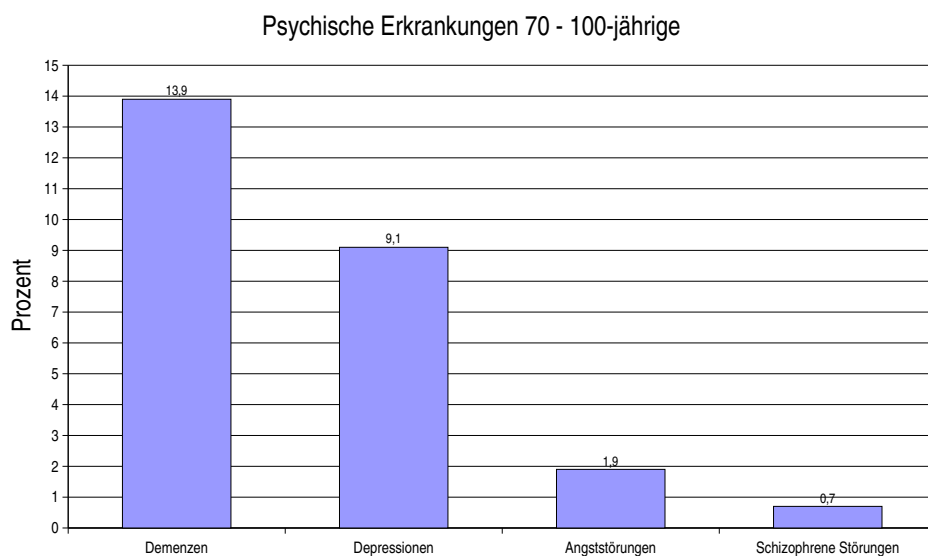
Die KGK nahm den Bericht zur Kenntnis und beauftragte ihre Geschäftsstelle mit der Erstellung eines Versorgungskonzeptes zur *Sicherstellung der gerontopsychiatrischen Mindestversorgung im Rhein-Sieg-Kreis*.

## **Teil II.**

# **Versorgungskonzept zur Sicherstellung der gerontopsychiatrischen Mindestversorgung im Rhein-Sieg-Kreis**

### 3. Einleitung

Auch wenn im Zusammenhang mit gerontopsychiatrischer Versorgung häufig die Demenzerkrankungen und hier insbesondere die Alzheimer-Erkrankung im Vordergrund stehen, darf sich die geplante Versorgungsstruktur nicht diese Einschränkung zu eigen machen. Hinsichtlich der Zielgruppen stellen die depressiven Erkrankungen einen beträchtlichen Teil der psychischen Erkrankungen im Alter dar. Hinzu kommen die Betroffenen, die mit einer im mittleren Lebensabschnitt begonnenen psychischen Erkrankung alt geworden sind. Die Berliner Altenstudie<sup>1</sup> gibt eine Übersicht über die Prävalenz der psychischen Erkrankungen im Alter.



Berliner Altersstudie, Helmchen et al. 1996

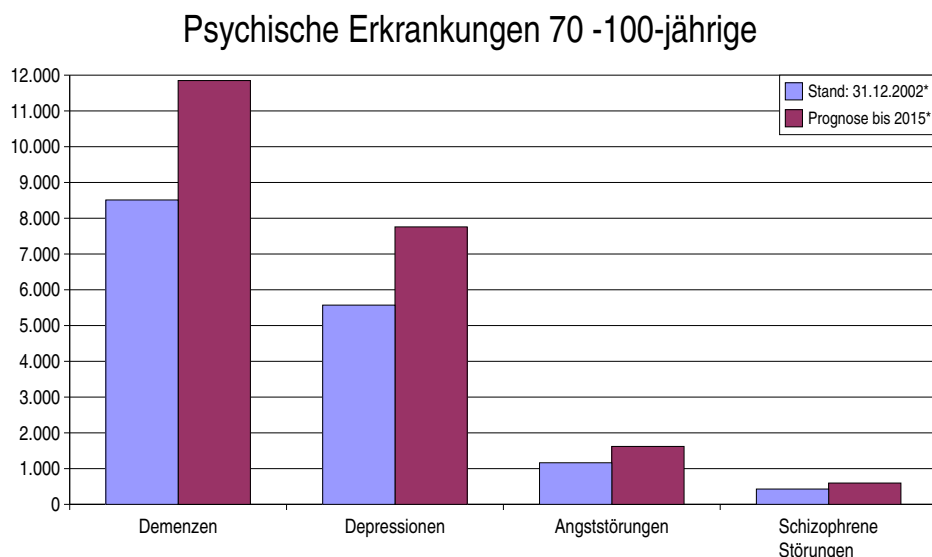
Bezüglich der Häufigkeit der Demenzen wurde ein exponentieller Anstieg im hohen Alter nachgewie-

<sup>1</sup>Helmchen et al. 1996

sen: Während nur zwischen ein und vier Prozent der 65- bis 69-jährigen Bevölkerung an einer schweren oder mäßig schweren Demenz leiden, beläuft sich dieser Anteil in der 80- bis 84-jährigen Bevölkerung immerhin schon auf 15 Prozent und in der 90-jährigen und älteren Bevölkerung auf 40 Prozent. Im Gegensatz zu den Demenzen weisen die Depressionen keine Altersabhängigkeit auf, d.h. deren Häufigkeit nimmt im hohen Alter nicht zu.

Über die oben genannten Krankheitsbilder hinaus sind die Abhängigkeitsstörungen zu nennen, für die allerdings keine zuverlässigen Prävalenzraten angegeben werden können sowie die deutlich erhöhte Suizidrate im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen.

Bezogen auf den Rhein-Sieg-Kreis macht die folgende Grafik die aktuelle sowie die zu erwartende Dimension der Problematik deutlich.



\*Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NW (LDS)

Gerade die psychischen Störungen älterer Menschen stoßen in der Bevölkerung heute oftmals noch auf Unkenntnis, Ängste und Vorurteile. Dieses Konzept soll dazu beitragen, die Versorgungssituation gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen im Rhein-Sieg-Kreis dem wachsenden Bedarf entsprechend auszurichten. Die Gesamtproblematik wird nicht vordergründig als alleinige Aufgabe der Medizin verstanden, sondern ist gesamtgesellschaftlich relevant.

## 4. Versorgungsphilosophie

*Der Zivilisationsgrad einer Gesellschaft wird daran gemessen, wie sie mit ihren Betagten umgeht. (Albert Einstein)*

Dem Konzept liegt eine Versorgungsphilosophie zugrunde, die sich am Erhalt von Lebensqualität, weitestgehender Selbständigkeit, Unabhängigkeit und vor allem der Würde der an psychischen Erkrankungen leidenden älteren Menschen orientiert. Generelles Ziel ist die Versorgung und Betreuung von gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen im Rhein-Sieg-Kreis in ihrer gewohnten Lebensumgebung unter Beibehaltung ihrer sozialen Bezüge durch

- ▷ wohnortnahe
- ▷ flächendeckende
- ▷ qualifizierte
- ▷ multiprofessionelle
- ▷ für die Nutzer finanzierbare
- ▷ niedrighschwellige und
- ▷ aufsuchende

Leistungen. Diese Qualitätskriterien gelten für alle im folgenden beschriebenen Leistungen und werden dort nicht erneut erwähnt.

## 5. Prioritätensetzung

Die unter 3 dargestellte erhebliche Zunahme der psychiatrischen Alterserkrankungen stellen unsere Gesellschaft, die Versorgungseinrichtungen und auch Kostenträger in der nahen Zukunft vor erhebliche Probleme bei der Bewältigung der damit verbundenen Anforderungen und Aufgaben. Aus diesem Grund ist es zwingend geboten, in der Ausgestaltung von Vorsorge- und Versorgungsleistungen Prioritäten zu setzen. Dies bedeutet nicht, einzelnen Versorgungsleistungen oder Versorgungsbereichen weniger Beachtung zu schenken, diese zu beschränken oder gar wegfällen zu lassen, sondern vielmehr die zur Verfügung stehenden Ressourcen planvoll, zielgerichtet, wirksam und wirtschaftlich einzusetzen.

Unter diesem Aspekt hat die *Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie der Kommunalen Gesundheitskonferenz* ein deutliches Schwergewicht auf Hilfen gelegt, die zum Ziel haben, Betroffenen ein Leben in ihrem gewohnten Lebensumfeld zu ermöglichen. Abgeleitet ist diese Schwerpunktsetzung aus der Tatsache, dass ca. 80% der betroffenen Menschen, also der aller größte Teil, in ihrer häuslichen Umgebung von ihren Angehörigen versorgt und gepflegt werden. Dieser Umstand macht auch deutlich, dass von den Alterserkrankungen die pflegenden Angehörigen erheblich mitbetroffen und belastet sind und damit bei der konzeptionellen Ausgestaltung eines Hilfesystems besondere Beachtung finden müssen, um das genannte Ziel zu erreichen.

Weiter gestützt wird diese Prioritätensetzung durch das Ergebnis einer von der Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz durchgeführten Umfrage unter den im Rhein-Sieg-Kreis niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin, Neurologie und Psychiatrie. Gefragt wurde u.a. nach der Einschätzung, in welchen Bereichen Defizite in der Versorgung psychisch kranker älterer Menschen zu beklagen sind. Mit einem Anteil von 60% wurde hier die Unterstützung der pflegenden Angehörigen genannt.

## 6. Konzeptaufbau

Der Aufbau des Konzeptes orientiert sich nicht an der üblichen Gliederung in unterschiedliche Behandlungs- bzw. Betreuungssettings, nämlich ambulant, teilstationär und stationär, sondern entwickelt sich aus der Zielvorgabe und den zur Zielerreichung erforderlichen Leistungen. Damit folgt die vorgenommene Strukturierung des Konzeptes weitgehend dem Aufbau des von der *Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie* vorgelegten Berichts, nämlich ausgehend von der Zielsetzung über die erforderlichen Leistungen hin zu den zu beteiligenden Akteuren. Zum Zweck der Übersichtlichkeit wurde eine tabellarische Form der Darstellung gewählt.

Die in der tabellarischen Darstellung unter der Rubrik EMPFEHLUNGEN eingetragenen Handlungsempfehlungen stellen naturgemäß lediglich erste Anstöße für eine Entwicklung dar. Bei den Einträgen unter der Rubrik MINDESTLEISTUNGEN handelt es sich ebenfalls um Handlungsempfehlungen, allerdings wird hier die Minimalleistung umschrieben, die als erforderlich angesehen werden muss, um eine positive Veränderung in der Versorgungsstruktur zu bewirken. Diese Minimalleistungen sind in der weitergehenden Handlungsempfehlung unter der Rubrik EMPFEHLUNGEN enthalten.

### 6.1. Planung, Koordination und Kooperation

Zu den zentralen Grundsätzen der kommunalen Selbstverwaltung gehört die Verpflichtung zur Gestaltung einer menschenwürdigen, an den sozialen Bedürfnissen der Einwohnerinnen und Einwohner orientierten Umwelt. Die Planung und Entwicklung (sozial-)psychiatrischer Versorgung sind seit langer Zeit Bestandteil der Sozial- und Gesundheitsplanung des Rhein-Sieg-Kreises. Sowohl die Verwaltung als auch die zuständigen politischen Gremien sowie Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger des Rhein-Sieg-Kreises haben in den vergangenen Jahren erhebliche und erfolgreiche Anstrengungen unternommen, die Förderung der sozialpsychiatrischen Versorgung voranzutreiben. Mit dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) des Landes NW vom 25.11.1997 ist diese Aufgabe gem. § 23 ÖGDG explizit dem Gesundheitsamt zugewiesen. Die Übernahme der planerischen und gestalterischen Verantwortung geht jedoch nicht einher mit einer Zuschreibung der Finanzierungsverantwortung, d.h., die Zuordnung umschriebener Versorgungs- und Leistungsangebote zu gesetzlich vorrangig verpflichteten Trägern von Sozialleistungen darf nicht zu Lasten der Kommune aufgehoben werden.

Im Rahmen dieses Konzeptes wird ein komplexes System zur gerontopsychiatrischen Versorgung vorgestellt, welches eine breites Spektrum

- ▷ differenzierter Leistungen,
- ▷ erbracht von unterschiedlichen Einrichtungen und
- ▷ finanziert von unterschiedlichen Kostenträgern

beinhalten wird.

Sowohl der Aufbau, als auch eine effiziente und effektive Nutzung und nicht zuletzt auch die Weiterentwicklung eines solchen Versorgungssystems bzw. Versorgungsverbundes sind nur dann möglich, wenn neben unmittelbaren nutzerbezogenen Leistungen eine übergreifende Koordination des Versorgungssystems als mittelbare Leistung dafür Sorge trägt, dass

- ▷ Leistungen
  - ▷ bedarfsgerecht zur Verfügung stehen,
  - ▷ aufeinander abgestimmt werden,
  - ▷ in einer angemessenen Qualität erbracht werden,
- ▷ Versorgungslücken wie auch Überschneidungen vermieden werden,
- ▷ Schnittstellen zu jeweils anderen Leistungserbringern transparent werden,
- ▷ vorhandene Ressourcen optimal genutzt und eingesetzt werden,
- ▷ das Versorgungssystem bedarfsgerecht weiterentwickelt oder angepasst wird.

## **6.2. Sozialpsychiatrische Zentren und Gemeindepsychiatrischer Verbund**

Ausgehend von der Prioritätensetzung und den unter Abschnitt 4 genannten Versorgungsqualitäten kann eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur nur auf der Grundlage von regionalisierten und damit wohnortnahen Strukturen realisiert werden.

Im Rhein-Sieg-Kreis bestehen seit mehr als 10 Jahren vier Sozialpsychiatrische Zentren mit eindeutiger regionaler Zuständigkeit. Eine Übersicht über die Leistungen und regionalen Zuständigkeiten der Sozialpsychiatrischen Zentren wird in Abbildung 6.1 dargestellt.

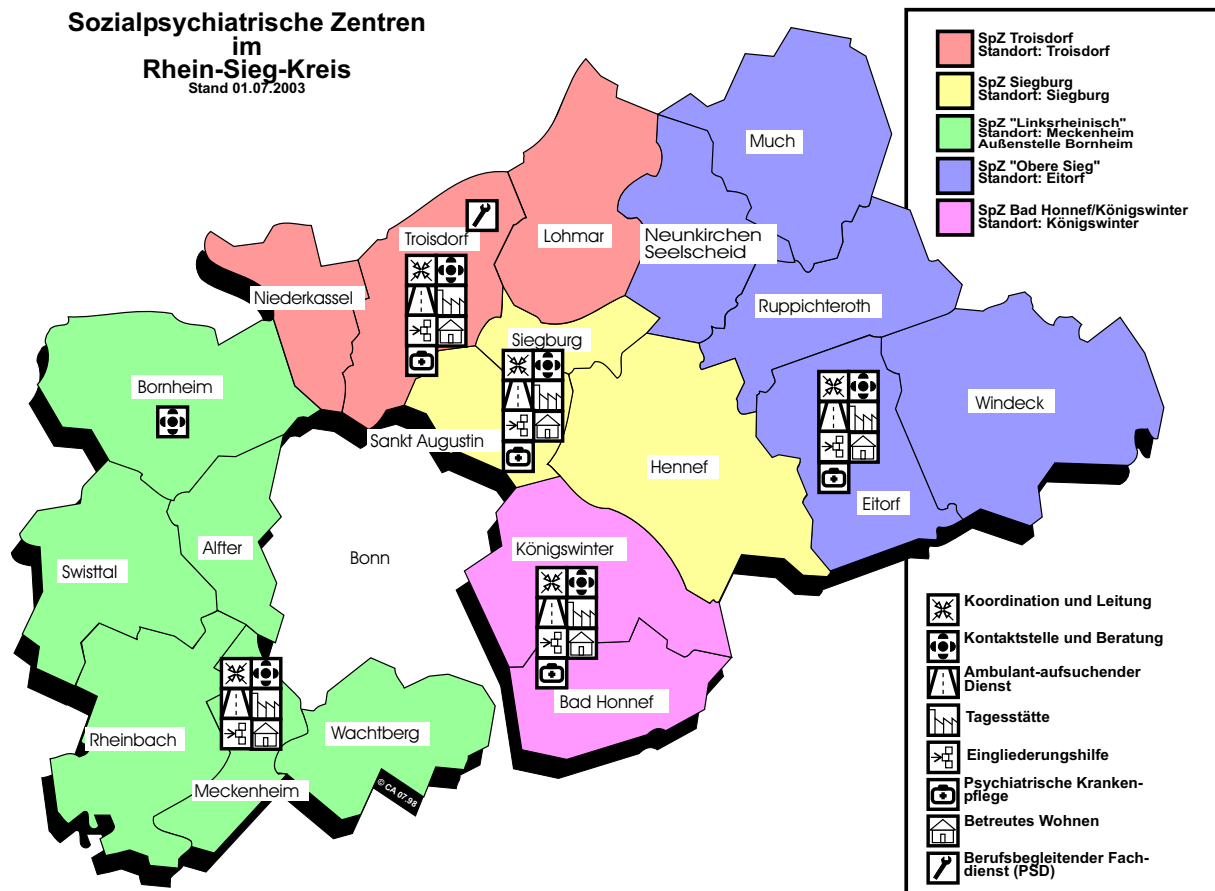


Abbildung 6.1.: Versorgungsregionen der Sozialpsychiatrischen Zentren

### 6.3. Personenzentrierter Ansatz und Komplexleistung

Ein zentraler Ansatz der Versorgungsphilosophie ist die Orientierung am individuellen Hilfebedarf des Betroffenen, d.h., welche Hilfen benötigt die/der Betroffene, damit er in seinem Lebensumfeld ein menschenwürdiges Dasein führen kann? Dieser Ansatz impliziert, dass kein Betroffener zu gestört oder zu krank sein kann, um die ihm entsprechende und erforderliche Hilfe zu erhalten.<sup>1</sup> Die Sozialpsychiatrischen Zentren repräsentieren für ihre jeweilige Versorgungsregion einen Gemeindepsychiatrischen Verbund und verfügen für den Bereich der Versorgung psychisch kranker Menschen über eine ausgereifte Infrastruktur, eine hohe Akzeptanz innerhalb ihres Versorgungsgebietes, über ein differenziertes Komplexleistungsangebot und arbeiten auf der Grundlage der individuellen Hilfeplanung.

Der Aufbau einer Angebotsstruktur für die Zielgruppe der gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen

<sup>1</sup>Psychiatrieplan des Rhein-Sieg-Kreises 1995, zitiert nach Kunze, H., in Personalbemessung im komplementären Bereich - von der institutions- zur personenzentrierten Behandlung und Rehabilitation, Aktion Psychisch Kranke, Eigenverlag

unterscheidet sich nicht grundsätzlich von der bewährten, in Form eines gemeindepsychiatrischen Verbundes organisierten Angebotsstruktur der Sozialpsychiatrischen Zentren. Lediglich inhaltlich sind Angebot und Leistungen den besonderen Bedarfen dieser Zielgruppe anzupassen. Im Hinblick auf die Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen ist es sinnvoll, das vorhandene Potential der Sozialpsychiatrischen Zentren zu nutzen und diesen die Planungs- und Koordinationsverantwortung für die gerontopsychiatrische Versorgung innerhalb ihrer jeweiligen Versorgungsregion zu übertragen. Damit ist der Rhein-Sieg-Kreis nicht seiner generellen Verantwortung für die Planung und Koordination der gesundheitlichen Versorgung enthoben, sondern bleibt für die kreisweite Steuerung, Lenkung, Koordination und Entwicklung eines Versorgungssystems für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen verantwortlich.

Von entscheidender Bedeutung bei der Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen ist die Kontinuität in der Betreuung und damit das Vermeiden von Brüchen an den Schnittstellen der jeweiligen Versorgungssysteme.

Die Ursachen für die Brüche in der Versorgung langzeit-pflegebedürftiger und auch hochaltriger Menschen liegen auf verschiedenen Ebenen. Ihnen muss daher auch auf verschiedenen Ebenen entgegengewirkt werden. Diese Brüche werden zu großen Teilen durch die Art der Finanzierung des Gesundheits- und Sozialwesens und die Förderung von Wettbewerbsstrukturen unterstützt oder sogar hervorgerufen. Für alle Versorgungs-, Unterstützungs- und Hilfeangebote gilt, dass sie regional integriert erfolgen und mindestens die folgenden strukturellen Merkmale aufweisen sollten (Kühn 2001):

- ▷ Vernetzungssysteme sollten die Versorgung entlang einem Kontinuum gestalten,
- ▷ Vernetzungssysteme sollten als Organisationsprinzip die Kooperation sowie die fach- und berufsgruppen- übergreifende Teamarbeit zugrundelegen,
- ▷ Vernetzungssysteme sollten gemeinsame Informationssysteme entwickeln,
- ▷ Vernetzungssysteme sollten einen leichten Zugang für die Nutzerinnen und Nutzer zu den relevanten Informationen ermöglichen,
- ▷ Vernetzungssysteme sollten als Routine öffentlich zugängliche Informationen über sich selbst produzieren, insbesondere über die Qualität, Wirkung und Verteilung von Leistungen, Kosten und Nutzerzufriedenheit,
- ▷ Vernetzungssysteme sollten kontinuierliche Qualitätsentwicklung betreiben und
- ▷ Vernetzungssysteme sollten den Fluss von personellen und sachlichen Ressourcen an die Stellen leiten, an denen sie benötigt werden.

Nicht die Unterschiedlichkeit, sondern die Unverbundenheit der verschiedenen Handlungsgrundlagen, Interessen und Ideen der Berufsgruppen, die im Alltag kaum thematisiert werden, führen zu Problemen. Vor dem Hintergrund mangelnden Wissens über die jeweiligen „Fremden“, deren Deutungsmuster, Selbstverständnisse, und Zielvorstellungen, ergeben sich in der Folge fast naturwüchsige Abstimmungsbarrieren zwischen den Professionellen.<sup>2</sup>

Der Entwicklung eines gerontopsychiatrischen Versorgungsverbundes kommt demnach eine besondere Bedeutung zu und wird deshalb an erster Stelle genannt.

<b>LEISTUNG</b>		
Koordinierung und Entwicklung des Hilfesystems für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen auf der Ebene der SpZ-Versorgungsregion in Form eines "Gerontopsychiatrischen Verbundes".		
<b>RESSOURCEN</b>	<b>MINDESTLEISTUNG</b>	<b>EMPFEHLUNG</b>
Sozialpsychiatrische Zentren	Da es sich bei dieser Leistung um die entscheidende und grundlegende Leistung handelt, ist die Mindestleistung mit der beschriebenen Leistung identisch.	* Die Aufgabe der regionalen Planungs- und Koordinationsverantwortung und der Aufbau eines <i>Gerontopsychiatrischen Verbundes</i> wird auf die Sozialpsychiatrischen Zentren im Rhein-Sieg-Kreis übertragen. * Die Gesamtverantwortung verbleibt beim Rhein-Sieg-Kreis.

<b>LEISTUNG</b>		
Schaffung verbindlicher regionaler Kooperationsstrukturen		
<b>RESSOURCEN</b>	<b>MINDESTLEISTUNG</b>	<b>EMPFEHLUNG</b>
Sozialpsychiatrische Zentren sowie alle an der Versorgung Beteiligte.	Die Leiterinnen und Leiter der SpZ nehmen auch an den Sitzungen der Kreispflegekonferenz teil.	Einrichtung eines regionalen Netzwerkes.

<sup>2</sup>Vierter Bericht der Bundesregierung zur Lage der älteren Generation, 2002

<b>LEISTUNG</b>		
Case-Management		
<b>RESSOURCEN</b>	<b>MINDESTLEISTUNG</b>	<b>EMPFEHLUNG</b>
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der SpZ, insbesondere Ambulant-aufsuchender-Dienst.	* Individuelle Hilfeplanung, * einrichtungsübergreifende Koordination und Abstimmung der Hilfen.	* Individuelle Hilfeplanung, * einrichtungsübergreifende Koordination und Abstimmung der Hilfen.

## 7. Leben in der häuslichen Umgebung

Wie bereits unter Abschnitt 3 ausgeführt wurde, lebt der größte Teil der betroffenen Menschen im familiären Lebensumfeld. Unter Abschnitt 5 wurde der Schwerpunkt der Konzeptentwicklung auf diese Gruppe der Betroffenen gelegt, mit dem Ziel, diesen ein Leben in ihrem gewohnten Lebensumfeld zu ermöglichen. Alle beschriebenen Leistungen sind unter dieser Zielsetzung zu sehen, also auch *vorübergehende* teilstationäre oder stationäre Behandlungs- oder Betreuungsleistungen. Lediglich die dauerhafte Veränderung der Wohnform, nämlich die in einem Alten- oder Pflegeheim, wird in einem gesonderten Abschnitt erörtert.

Dies schließt zwangsläufig Leistungen für die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen mit ein. Alle professionellen Hilfen für Betroffene stellen zugleich auch eine Entlastung der pflegenden Angehörigen dar. Die jeweilige Zuordnung erfolgt unter dem Aspekt des hauptsächlichen Adressaten.

### 7.1. Leistungen für Betroffene

#### 7.1.1. Kontakt und Kommunikation

Aufgrund der psychischen Störungen und der damit verbundenen Verhaltensauffälligkeiten finden Menschen mit gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern in aller Regel keinen Zugang zu den üblichen kontakt- und kommunikationsstiftenden Angeboten der Altenhilfe (Seniorenclubs, Begegnungsstätten etc.). Es sind daher besondere Kontaktstellenangebote erforderlich, die zusätzlich fördernde Angebote enthalten sollen. Wegen der eingeschränkten Mobilität der Betroffenen und meist auch der pflegenden Angehörigen ist die Wohnortnähe eines derartigen Angebotes von besonderer Bedeutung.

Das Ziel dieses Angebotes ist die Aktivierung und Stärkung kommunikativer Fähigkeiten der Betroffenen in einem vertrauten Umfeld. Kontaktstiftende Angebote haben eine unterstützende Wirkung auf die Tages- bzw. Wochenstrukturierung und dienen der Alltagsgestaltung sowie dem Erhalt und Aufbau zwischenmenschlicher Beziehungen.

Neben dem offenen und eher unverbindlichen Angebot der Kontaktstelle unterstützen spezialisierte fördernde Gruppenangebote den soweit als möglich gehenden Erhalt der Eigenständigkeit und Selbstbe-

stimmung. Ziel der fördernden Gruppenangebote ist es, den Teilnehmern und Teilnehmerinnen in angstfreier, entspannter Atmosphäre die Möglichkeit zu geben, durch soziale Kontakte und gezielte Förderung vorhandener Fähigkeiten ihre Befindlichkeit und ihr Selbstwertgefühl zu steigern und die mit dem Krankheitsbild verbundenen Beschwerden zu lindern. Verbliebene persönlichen Kompetenzen, soziale Fähigkeiten sowie die körperliche Leistungsfähigkeit werden gefördert und gestärkt.

<b>LEISTUNG</b>		
Kontaktstelle		
<b>RESSOURCEN</b>	<b>MINDESTLEISTUNG</b>	<b>EMPFEHLUNG</b>
* Sozialpsychiatrische Zentren * Alten- und Pflegeheime * Kirchengemeinden	Wohnortnahe Kontaktstellen	* Kontaktstellen mit fördernden Angeboten * Gruppenangebote für Betroffene

### 7.1.2. Alltagsbewältigung

Betreutes Wohnen versteht sich als Alternative zur Heimversorgung. Es soll Betroffenen die Möglichkeit bieten, eine eigene Wohnung zu bewohnen und gleichzeitig, je nach Bedarf, bestimmte Hilfen bei alltäglichen Verrichtungen oder im medizinisch-pflegerischen Bereich in Anspruch zu nehmen. Betreutes Wohnen soll ein hohes Maß an Eigenständigkeit auch dann ermöglichen, wenn die Betroffenen nicht mehr alle Alltagsverrichtungen eigenständig bewältigen können. Betreutes Wohnen soll dazu beitragen, die Selbstständigkeit und Eigenverantwortung der Betroffenen möglichst lange zu erhalten. Es wendet sich an diejenigen, die in der Regel noch einen eigenen Haushalt führen können und möchten, aber bei bestimmten Verrichtungen auf Hilfe von außen angewiesen sind.

<b>LEISTUNG</b>		
Betreutes Wohnen		
<b>RESSOURCEN</b>	<b>MINDESTLEISTUNG</b>	<b>EMPFEHLUNG</b>
Hilfen zum selbstständigen Wohnen des LVR Alten- und Pflegeeinrichtungen.		* Die SpZ erweitern schrittweise das Angebot des Betreuten Wohnens auf den Personenkreis der gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen. * Über die Kreispflegekonferenz werden die Alten- und Pflegeheime aufgefordert, künftig die Möglichkeiten des Betreuten Wohnens zu nutzen und auszubauen.

Die durch die Hirnleistungseinbußen bei demenzerkrankten Menschen hervorgerufenen Orientierungsstörungen bezüglich Raum, Zeit, Personen und Situationen erschweren eine für die Betroffenen sinnvolle und befriedigende Eigenbeschäftigung und Gestaltung der zur Verfügung stehenden Zeit. Eine selbstkontrollierte und selbstinduzierte Stimulierung und Aktivierung kann aufgrund der verminderten geistigen Kapazitäten, vor allem der Kurzzeitgedächtnisstörungen, nur schwerlich gelingen. Zeit und Raum können häufig nicht genutzt oder gestaltet werden, sie werden zu nicht verstehbaren Belastungen oder gar Bedrohungen. Die Betroffenen benötigen ein Tagesprogramm, eine Struktur oder ein Gerüst an Handlungs-, Anregungs- und Beruhigungsangeboten für das tägliche Leben.

<b>LEISTUNG</b>		
Tagesstätte		
<b>RESSOURCEN</b>	<b>MINDESTLEISTUNG</b>	<b>EMPFEHLUNG</b>
* Tagesstättenangebote der Alten- und Pflegeeinrichtungen * Tagesstätten der SpZ Altenbegegnungsstätten.	Öffnung und Nutzung der Tagesstättenangebote der Alten- und Pflegeeinrichtungen für externe Nutzer.	Alten- und Pflegeeinrichtungen öffnen ihre vorhandenen Tagesstättenangebote für externe Nutzer.

Auf die Belastungen von Angehörigen durch gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen deren Tag-Nachtrhythmus bzw. deren Schlaf-Wachrhythmus gestört ist, wird unter 7.2.2 eingegangen.

<b>LEISTUNG</b>		
Nachtcafé		
<b>RESSOURCEN</b>	<b>MINDESTLEISTUNG</b>	<b>EMPFEHLUNG</b>
* Räumlich: Kontaktstellen der SpZ und Altenbegegnungsstätten * Personal: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der SpZ und der Alten- und Pflegeeinrichtungen		Sofern Bedarf ermittelt wird: Einrichtung von Nachtcafés in den Räumen der SpZ oder Alten- und Pflegeeinrichtungen.

### 7.1.3. Erhalt familiärer und sozialer Bezüge

Das Milieu klassischer Alten- und Pflegeheime ist vielfach von Melancholie und starren Regeln geprägt und gerade für ältere Menschen, die unter psychosozialen Problemen leiden (z. B. von Demenz betroffene Menschen), scheinen diese Institutionen mit ihren krankenhaushähnlichen Strukturen, nicht der geeignete Rahmen zu sein. Wohngemeinschaften stellen im Gegensatz dazu kein allumfassendes, den Menschen zum "Insassen" reduzierendes Umfeld dar, sondern fördern die Individualität des Einzelnen. Wohngemeinschaften mit ihren Prinzipien der Überschaubarkeit, Subsidiarität, Alltagsorientierung und Gemeinschaftsförderung stellen derzeit die einzige lebenslange Alternative zum Alten- und Pflegeheim dar. Milieu- und Alltagsgestaltung knüpfen an den lebenslang erworbenen Erfahrungen der Betroffenen an, so dass diese sich dort zu Hause fühlen können. Gerade verwirrte ältere Menschen erleben so wieder einen sinnvollen Alltag. Es ist zu erwarten, dass die Lebensqualität der Menschen im Vergleich zum Leben in einem klassischen Pflegeheim wesentlich höher ist. Sie ermöglichen darüber hinaus die Integration der Familien in den Alltag der Betroffenen und verhindern, dass sich die Angehörigen überflüssig fühlen oder Schuldgefühle entwickeln, wie dies nach einem Umzug ins Alten- u. Pflegeheim verbreitet zu beobachten ist.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>zitiert nach: Jörg Burbaum, Wohngemeinschaften von älteren Menschen mit psychosozialen Problemen, als Alternative zur Unterbringung in Alten- und Pflegeheimen, Bachelorarbeit im Studiengang Pflegewissenschaft Universität Witten/Herdecke, 04.2000

<b>LEISTUNG</b>		
Betreute, lebensraumnahe Wohngemeinschaften.		
<b>RESSOURCEN</b>	<b>MINDESTLEISTUNG</b>	<b>EMPFEHLUNG</b>
* Zu prüfen ist, ob Leistungen im Rahmen des Betreuten Wohnens in Frage kommen. * Ambulante (psychiatrische) Pflege.	Erörterung in der Kreispflegekonferenz.	* Die Schaffung von betreuten, lebensraumnahen Wohngemeinschaften wird im Sinne einer Weiterentwicklung geeigneter Wohnformen für pflegebedürftige Menschen auf die Tagesordnung der Kreispflegekonferenz gesetzt. * Anmietung von trägereigenem (SpZ und/oder Pflegeeinrichtungen) Wohnraum (Hotelleistung) und zusätzlichen ambulanten Pflege- und/oder Betreuungsleistungen.

#### 7.1.4. Pflege

Voraussetzung für eine wirksame ambulante psychiatrische Pflege ist in erster Linie die Beziehungsgestaltung, also der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen Pflegeperson und Betroffenen. Ziel der Pflege ist es, Betroffene im Alltag zu unterstützen und, unter Berücksichtigung ihrer individuellen Wertvorstellungen, Möglichkeiten und Grenzen, durch Hilfen zur Tages- und Wochenstrukturierung, zur Hygiene, zum Haushalt, zur Freizeitgestaltung und zum Umgang mit der Erkrankung dazu beizutragen, ihnen eine weitgehend selbstständige und eigenverantwortliche Lebensführung zu ermöglichen. Zu den Leistungen der Pflege gehören u.a.:

- ▷ Erkennen des Pflegebedarfs
- ▷ Krankenbeobachtung, d.h. Verhaltensweisen und Äußerungen der Patientin bzw. des Patienten unter Beachtung bestimmter Beobachtungskriterien (u.a. äußere Erscheinung, Sozialverhalten, Orientierung, Schlaf, Stimmung, Antrieb, medikamentöse Auswirkungen, Kommunikation, Fähigkeiten, Fertigkeiten).

- ▷ Betroffene als Teil seines sozialen Umfeldes wahrnehmen und verstehen (Lebensräume, Umwelt, Kultur, Arbeitswelt, Freizeitgestaltung).
- ▷ Bedürfnisse der Patientin bzw. des Patienten erkennen und einbeziehen.
- ▷ Klassische psychiatrische Symptome und Erkrankungen erkennen, zuordnen und angemessen darauf reagieren (z. B. Suizidalität, Wahnideen, Halluzinationen, Aggressionen, Antriebsstörungen, Angst, Unruhe, manisch-depressive Verstimmungen, körperliche Auswirkungen).
- ▷ Krisensituationen und Veränderungen im Verhalten und in der Stimmungslage erkennen (gegebenenfalls in Beziehung setzen zu Ereignissen in der Umgebung des Betroffenen wie z. B. Besuch, Urlaub, Mitarbeiterwechsel, besondere Ereignisse)
- ▷ Beziehung der Patientin bzw. des Patienten zu sich selbst und anderen fördern.
- ▷ Patientinnen und Patienten Rückmeldungen geben (Verhalten, Äußeres, Beziehung, Fortschritte).
- ▷ Bedürfnisse und lebenspraktische Fähigkeiten erkennen, erhalten, fördern und nutzen.
- ▷ Auseinandersetzung und Umgang mit Psychopharmaka.<sup>2</sup>

<b>LEISTUNG</b>		
Ambulante psychiatrische Pflege		
<b>RESSOURCEN</b>	<b>MINDESTLEISTUNG</b>	<b>EMPFEHLUNG</b>
* Pflegedienste * Ambulante-psychiatrische-Pflege der SpZ, * Alten- und Pflegeeinrichtungen.	Aufforderung durch die Kommunale Gesundheitskonferenz an die Krankenkassen und Pflegekassen zum Abbau bürokratischer und verfahrenstechnischer Hürden bei der Finanzierung von ambulanter psychiatrischer Pflege	Unterstützung von Pflegediensten und SpZ durch den Rhein-Sieg-Kreises bei der Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber den Pflegekassen und Krankenkassen.

Tages- und Nachtpflege stellen als teilstationäre Leistung eine Ergänzung zur ambulanten psychiatrischen Pflege dar. Sie dienen gleichzeitig der Entlastung pflegender Angehöriger oder ermöglichen den Verbleib der Betroffenen in der häuslichen Umgebung, wenn die pflegenden Angehörigen berufstätig sind.

<sup>2</sup>Praktische Psychiatrische Pflege, H. Schädle-Deininger, U. Villingen Psychiatrie Verlag 1996

Insgesamt ist die Anzahl von Tagespflegeeinrichtungen nach wie vor als zu gering zu bewerten, schon allein weil viele Pflegebedürftige wegen zu großer Entfernungen keine Chance zur Nutzung des Angebots haben. Andererseits ist die Kenntnis von Möglichkeiten der Tagespflege oft noch sehr gering. Dies betrifft auch die Kenntnisse der Personen, die beratende Funktionen im Bereich der Altenhilfe ausüben. Schließlich gibt es ebenso wie gegenüber Pflegediensten die Ablehnung dieses Angebots, weil Pflege nichts sei, was in fremde Hände zu geben sei.<sup>3</sup>

<b>LEISTUNG</b>		
Nachtpflege und Tagpflege		
<b>RESSOURCEN</b>	<b>MINDESTLEISTUNG</b>	<b>EMPFEHLUNG</b>
Alten- und Pflegeeinrichtungen.	Verbesserung der Information über und der Akzeptanz der Möglichkeiten der Tag- bzw. Nachtpflege bei Pflegediensten.	Erörterung der Thematik in der Kreispflegekonferenz mit dem Ziel, ein nachfragegerechtes Angebot an Tag- bzw. Nachtpflege zu schaffen.

Gravierend ist bereits heute der Mangel an qualifizierten Pflegekräften in der stationären Pflege. Dieser Mangel wird sich in Zukunft auch im ambulanten Bereich bemerkbar machen. Die Besonderheit der Anforderungen an die Qualifikation der in der Pflege Tätigen liegt im Bereich der personengebundenen Kompetenzen. Die Bereitschaft und Fähigkeit, eine langandauernde Beziehung mit dem Betroffenen einzugehen, ist eine grundlegende Voraussetzung für den Beruf. Die Entscheidung über geeignete Pflegemethoden als auch ihre Durchführung kann nur bedingt von Hilfskräften vorgenommen werden. Die Pflege psychiatrisch erkrankter Menschen stellt nicht selten eine Stresssituation dar, der nur mit umfassender fachlicher und analytischer Kompetenz begegnet werden kann. Fachliche Kompetenz ist auch die Voraussetzung für die Beratung und Anleitung der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

Eine Umfrage der *Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrische Versorgung im Rhein-Sieg-Kreis* bei den ambulanten Pflegediensten hat ergeben, dass 9 von 59 Einrichtungen, die gerontopsychiatrisch Erkrankte pflegen, einen Weiterbildungsbedarf für ihre Pflegekräfte reklamieren und 7 dieser Einrichtungen einen unzureichenden Personalschlüssel beklagen.

<sup>3</sup>Vierter Bericht der Bundesregierung zur Lage der älteren Generation, 2002

<b>LEISTUNG</b>		
Entlastung und Qualifizierung von Pflegekräften		
<b>RESSOURCEN</b>	<b>MINDESTLEISTUNG</b>	<b>EMPFEHLUNG</b>
	* Gewährung von Supervision für Beschäftigte in der psychiatrischen Pflege. * Anregung von Fortbildung für Pflegepersonal.	

### 7.1.5. Medizinische Versorgung ambulant

Hausärztinnen und Hausärzte spielen in der Versorgung von gerontopsychiatrischen Erkrankungen nicht nur deshalb eine Schlüsselrolle, weil sie aufgrund der hohen Zahl von Patientinnen und Patienten, der somatischen Komorbidität und des im Krankheitsverlauf wachsenden Erfordernisses von Hausbesuchen hauptverantwortlich für die medizinische Langzeitbetreuung sind. Sie sind für die erkrankten Patientinnen und Patienten in der Regel auch die ersten Kontaktpersonen im medizinischen Versorgungssystem und nehmen damit entscheidenden Einfluss auf rechtzeitiges diagnostisches und damit auch therapeutisches Vorgehen. Grundsätzlich sollten Hausärztinnen und Hausärzte am besten in der Lage sein, psychische Störungen frühzeitig zu erkennen, da sie regelmäßig von der Mehrheit der Altenbevölkerung konsultiert werden und häufig seit Jahren mit ihren Patientinnen und Patienten vertraut sind. Eine Reihe von Studien weckt aber Zweifel an der rechtzeitigen Entdeckung und Diagnose. Teilweise sind Hausärztinnen und Hausärzte über einfache Grundlagen der Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen nur unzureichend informiert.<sup>4</sup>

<sup>4</sup>Vierter Bericht der Bundesregierung zur Lage der älteren Generation, 2002

<b>LEISTUNG</b>		
Qualifizierte (haus-) ärztliche ambulante Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen		
<b>RESSOURCEN</b>	<b>MINDESTLEISTUNG</b>	<b>EMPFEHLUNG</b>
* Niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte, * Institutsambulanzen, * Fachärztinnen und Fachärzte.	* Regelmäßige periodische Information der niedergelassen Ärztinnen und Ärzte über Aufgaben und Leistungen des regionalen Versorgungsverbundes. * Einbeziehung der Institutsambulanzen in die ambulante medizinische Versorgung.	* Einbindung der Hausärztinnen bzw. Hausärzte und Fachärztinnen bzw. Fachärzte in den regionalen Versorgungsverbund. * Anregung von Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte durch die Kommunale Gesundheitskonferenz bei der für den Rhein-Sieg-Kreis zuständigen Landesorganisationen. * Einrichtung von Qualitätszirkeln zur gerontopsychiatrischen Versorgung durch die Landesorganisationen.

### 7.1.6. Medizinische Versorgung teilstationär

Teilstationäre Angebote von Tageskliniken sind ein wichtiges Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Sie sind in der Regel räumlich und organisatorisch eng an eine geriatrische Klinik oder Abteilung angebunden und nehmen vielfältige Funktionen im abgestuften Konzept der Geriatrie wahr:

- ▷ Sie tragen zur Verkürzung oder Vermeidung vollstationärer Versorgung bei, da eine weit reichende Diagnostik, Therapie und die Möglichkeit der medikamentösen Neueinstellung auch in der Tagesklinik gegeben ist.
- ▷ In der Tagesklinik kann eine fundierte Entscheidung über die weiter angezeigte Betreuungs- und Behandlungsform auf Grundlage eines geriatrischen Assessments unter Berücksichtigung der häuslich gegebenen Lebensbedingungen getroffen werden.

- ▷ Sie können unnötige Wiedereinweisungen von Patientinnen und Patienten (Drehtüreffekt) minimieren helfen.
- ▷ Tagesklinische Angebote sind besser als stationäre Behandlung geeignet, die Immobilisierung der Patientinnen und Patienten zu vermeiden und vorhandene Immobilität zu behandeln.
- ▷ Das für multimorbide, ältere Patientinnen und Patienten oft schon brüchige soziale Netz bleibt intakt. Gewachsene Strukturen (Bekannte, Nachbarn, Sozialstationen usw.) bleiben in der behandlungsfreien Zeit bestehen.
- ▷ Teilstationäre Angebote tragen dazu bei, das informelle familiäre Pflegepotenzial zu erhalten, indem sie die Hauptpflegepersonen entlasten und so Situationen der Überforderung vermeiden helfen. Auch können Konflikte im psychosozialen Umfeld in die Behandlung bzw. Rehabilitation mit einbezogen werden.
- ▷ Sie können präventiv zur Vermeidung oder Verringerung von Pflegebedürftigkeit beitragen.<sup>5</sup>

Ein regionaler oder kommunaler Versorgungsverbund wird nur wenig Einfluss nehmen können auf die der Krankenhausplanung des Landes NRW unterliegende Einrichtung von Tageskliniken. Allenfalls hat die Kommunale Gesundheitskonferenz mit seinem Arbeitskreis *Krankenhausplanung* die Möglichkeit, auf die Krankenhausplanung einzuwirken.

Die vorhandenen bzw. kurz vor der Eröffnung stehenden Tageskliniken im Rhein-Sieg-Kreis müssen, einschließlich der angegliederten Institutsambulanzen, als unverzichtbarer Teil des regionalen Verbundes betrachtet werden. Eine Handlungsempfehlung, die etwa auf den Aus- oder Aufbau von Tageskliniken abzielt, erscheint deshalb zur Zeit nicht sinnvoll. Sehr wohl aber sind die mit dem Aufbau eines Versorgungsverbundes zu beauftragenden SpZ zu verpflichten, eng mit den Tageskliniken und den Institutsambulanzen zusammen zu arbeiten und diese in den Versorgungsverbund zu integrieren.

### **7.1.7. Medizinische Versorgung stationär**

Grundsätzlich gilt hinsichtlich einer Handlungsempfehlung das bereits unter Abschnitt 7.1.6 Gesagte. Hinsichtlich der stationären Behandlung ist belegt, dass, in Ermangelung geeigneter bzw. erreichbarer gerontopsychiatrischer Fachkliniken, ein großer Teil der Betroffenen auf internistischen, orthopädischen oder chirurgischen Stationen von Allgemeinkrankenhäusern behandelt wird. Zum Teil ist dies

---

<sup>5</sup>Vierter Bericht der Bundesregierung zur Lage der älteren Generation, 2002

auch begründet durch die häufig anzutreffende somatische Komorbidität der Betroffenen. Beim krankenhausinternen Entlassungs-Management sind meistens der Sozialdienst, zunehmend aber auch pflegerische Stabsstellen oder auch Verwaltungskräfte der Kassen für die Zusammenstellung und Weiterleitung von Entlassungsinformationen und für die Suche und Auswahl passender Nachsorgeeinrichtungen oder häuslicher Versorgungsmöglichkeiten zuständig. Aus diesem Grund ist es notwendig, auch die Allgemeinkrankenhäuser bzw. die entsprechenden Fachabteilungen bei der Konzipierung eines gerontopsychiatrischen Versorgungsverbundes ausreichend zu berücksichtigen.<sup>6</sup> Auf die Notwendigkeit eines kompetenten Schnittstellenmanagements wurde bereits unter Abschnitt 6.3 hingewiesen.

## **7.2. Leistungen für Angehörige**

Vor allem sind es die Angehörigen, welche die Versorgung psychisch erkrankter älterer Menschen übernehmen. Oft handelt es sich hierbei um die Ehepartner, die selbst schon ein hohes Alter erreicht haben. In der Regel bedeutet vor allem die Pflege demenzkranker Menschen eine wesentlich höhere Belastung im Vergleich zur Pflege nicht demenzkranker Menschen. Mit der Pflege und Betreuung sind für die Angehörigen nicht nur persönliche Einschränkungen, sondern vor allem emotionale und psychische Belastungen aufgrund der Persönlichkeitsveränderungen der Kranken verbunden. Sie leiden am Auslöschen der gemeinsamen Biografie und sind hilflos gegenüber den emotionalen Krisen der Gepflegten, schämen sich oft für deren Verhalten gegenüber anderen und für die eigenen Gedanken, so dass nur noch der Umzug ins Heim als Ausweg bleibt. Durch die permanente Überforderung und der mit der Rund um die Uhr Betreuung verbundenen Aufgabe der eigenen Bedürfnisse entsteht oft Hilflosigkeit und aggressives Verhalten. Gleichzeitig sind es meist die Angehörigen, die überhaupt noch emotionalen Zugang zu den erkrankten Menschen haben. Sie stellen somit eine wichtige Brücke dar zum professionellen Hilfesystem in der Versorgung und Pflege der demenzkranken Menschen. Ziel einer verbesserten Versorgung muss es deshalb sein, die Belastungen der Angehörigen durch die Betreuung/Pflege zu mindern.

### **7.2.1. Psychosoziale Entlastung**

Angehörigengruppen tragen durch den Austausch und das Erleben von Solidarität zur emotionalen Entlastung pflegender Angehöriger bei. Die Aussprache mit Gleichbetroffenen, das Verständnis für die mit der Pflege einhergehenden Probleme und die Möglichkeit neue soziale Kontakte zu knüpfen werden durch die Angehörigengruppe ermöglicht. Daneben werden Informationen und Wissen über die Erkrankung der/des Angehörigen vermittelt.

---

<sup>6</sup>Die psychiatrische Fachabteilung (inklusive gerontopsychiatrischer stationärer und teilstationärer Betten sowie gerontopsychiatrischer Institutsambulanz) der Rheinischen Kliniken Bonn am Allgemeinkrankenhaus in Eitorf bietet hier sicher optimale Voraussetzungen zur fachübergreifenden Zusammenarbeit.

<b>LEISTUNG</b>		
Angehörigengruppe		
<b>RESSOURCEN</b>	<b>MINDESTLEISTUNG</b>	<b>EMPFEHLUNG</b>
* Fachpersonal bei SpZ, * Altenhilfeeinrichtungen, * Pflegedienste, * Institutsambulanz.	Je SpZ-Region ein Gruppenangebot wöchentlich.	Das Angebot von Angehörigengruppen wird durch die SpZ vorgehalten.

Viele Angehörigen erfahren durch die Pflege zunehmend eine Reduzierung der eigenen sozialen und alltäglichen Kontakte. Die Teilnahme an entlastenden Angeboten wie z.B. der Angehörigengruppe muss den pflegenden Angehörigen durch ein entsprechendes Betreuungs- oder Beaufsichtigungsangebot für die/den Erkrankten ermöglicht werden.

<b>LEISTUNG</b>		
Parallel zur Angehörigengruppe: Betreuung der Betroffenen		
<b>RESSOURCEN</b>	<b>MINDESTLEISTUNG</b>	<b>EMPFEHLUNG</b>
* Personal der SpZ, * Nutzung vorhandener Räumlichkeiten (Kontaktstelle der SpZ)	Entsprechend der Gruppenangebote für Angehörige, bei jeder zweiten Angehörigengruppe.	Das begleitende Angebot wird durch den jeweiligen Anbieter der Angehörigengruppen vorgehalten.

Eine vergleichbare emotionale Entlastung und solidarische Unterstützung wie die der Angehörigengruppe ist das Ziel von Selbsthilfegruppen. Im Unterschied zur Angehörigengruppe erfolgt hier keine fachliche Begleitung.

LEISTUNG		
Selbsthilfegruppe für pflegende Angehörige		
RESSOURCEN	MINDESTLEISTUNG	EMPFEHLUNG
Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe im Rhein-Sieg-Kreis (KISS).		Im Rahmen der jährlichen Abstimmung der Qualitätsbeschreibung erhält die KISS den Auftrag, sich schwerpunktmäßig mit dem Thema Gerontopsychiatrie zu befassen (Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen) und Anstöße/Unterstützung zum Aufbau von Selbsthilfegruppen von Angehörigen gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen zu geben.

### 7.2.2. Alltagspraktische Entlastung

Die Einschränkung der persönlich verfügbaren Zeit wird von pflegenden Angehörigen als erhebliche Ursache für Belastungserleben erwähnt. Ruhestörungen in der Nacht haben dabei auf das Belastungserleben der pflegenden Angehörigen einen besonderen Einfluss. Etwa 75 Prozent der pflegenden Personen werden durch Störungen, die vom demenzkranken Menschen ausgehen, am Schlaf gehindert, wie beispielsweise Unruhe der/des Kranken, Rufen oder Schreien der/des Kranken oder Kontinenzprobleme. Die nächtlichen Hauptaufgaben umfassen mehr als nur die pflegerische Versorgung der/des Kranken. Dazu gehören Beruhigung der/des Kranken, Begleitung der/des Kranken zur Toilette, Versorgung mit Essen und Trinken sowie Wechseln von Windeln. Die permanente Beanspruchung kann zu physischen und psychischen Gesundheitsstörungen der Pflegenden führen, wobei den durch die nächtliche Pflege verursachten Schlafstörungen bei den Angehörigen eine besonders belastende Rolle zukommt. Pflegende Angehörige von demenzkranken Menschen bilden eine Hochrisikogruppe für Erschöpfung, Schlaf- und Appetitstörungen, Nervosität sowie für vermehrte Einnahmen von Psychopharmaka, vor allem gegen Anspannung.<sup>7</sup>

<sup>7</sup>Vierter Bericht der Bundesregierung zur Lage der älteren Generation, 2002

Kurzfristige, stunden- oder tageweise Entlastung kann erheblich dazu beitragen, dass pflegenden Angehörigen erforderliche Ruhepausen zur Verfügung stehen oder auch die Erledigung von Alltagsangelegenheiten ermöglicht wird. In diesen Zeiten benötigen die betroffenen Kranken eine Beaufsichtigung oder auch nur eine Gesellschaft. Diese Aufgabe kann, nach entsprechender Einweisung und Schulung von Laienhelferinnen oder Laienhelfern übernommen werden.

<b>LEISTUNG</b>		
Besuchs- und Beaufsichtigungsdienste		
<b>RESSOURCEN</b>	<b>MINDESTLEISTUNG</b>	<b>EMPFEHLUNG</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Laienhelferinnen und Laienhelfer.</li> <li>* Anlaufstelle für das freiwillige Ehrenamt für die Gewinnung von Laienhelferinnen und Laienhelfer.</li> <li>* Wohlfahrtsverbände</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>* Die Anlaufstelle für das freiwillige Ehrenamt erhält den Auftrag, sich intensiv zu bemühen, Ehrenamtliche für diese Aufgabe zu gewinnen.</li> <li>* Übernahme der Vermittlungsfunktion in Abstimmung mit den SpZ.</li> </ul>

Auch wenn die Kurzzeitpflege ein stationäres Angebot ist, so stellt sie eine Unterstützungsleistung für die häusliche Pflege dar. Kurzzeitpflege dient in erster Linie pflegenden Angehörigen, denen Urlaub oder sonstige Erholungsphasen ermöglicht werden sollen. Wenn auch insgesamt die Anzahl der Kurzzeitpflegeplätze ausreichend zu sein scheint, kommt es, hauptsächlich bedingt durch die Ferienzeiten, häufig zu erheblichen Engpässen.<sup>8</sup>

<b>LEISTUNG</b>		
Kurzzeitpflege		
<b>RESSOURCEN</b>	<b>MINDESTLEISTUNG</b>	<b>EMPFEHLUNG</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Stationäre Pflegeeinrichtungen im Rhein-Sieg-Kreis.</li> <li>* Rhein-Sieg-Kreis PflegeNet</li> </ul>	Zentrales Vergaberegister für Kurzzeitpflegeplätze.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Ausbau des zentralen Vergaberegisters für Kurzzeitpflegeplätze.</li> <li>* Entwicklung regionaler Vereinbarungen zwischen SpZ und Pflegeeinrichtungen über nachfragegerechten Ausbau von Kurzzeitpflegeplätzen.</li> </ul>

<sup>8</sup>Bundesministerium für Gesundheit "Informationen", 2001

### 7.2.3. Beratung zum Umgang mit Erkrankten

Viele pflegende Angehörige sind im Einzelfall oft allein und überfordert. Unzureichende Informationen über Verlauf, Symptomatik, Auswirkungen und Prognose der Erkrankung tragen erheblich zur Verunsicherung pflegender Angehöriger bei. Die Information pflegender Angehöriger gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen durch den Hausarzt, die Pflegedienste, den Ambulant-aufsuchenden-Dienst oder durch andere professionelle Dienstleister sollte deshalb selbstverständlicher Bestandteil der Beratung und Behandlung sein. Insbesondere im Zusammenwirken mit dem jeweiligen Leistungserbringer kann die Information auf die individuelle Problematik des jeweils Betroffenen abgestellt werden. Persönliche Beratung ist hier unerlässlich. Trotzdem und zusätzlich können Gruppenveranstaltungen dazu beitragen, den Informationsstand pflegender Angehöriger zu verbessern.

<b>LEISTUNG</b>		
Information über gerontopsychiatrische Erkrankungen		
<b>RESSOURCEN</b>	<b>MINDESTLEISTUNG</b>	<b>EMPFEHLUNG</b>
* Ambulant-aufsuchender-Dienst der SpZ, * ambulante Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen, * Institutsambulanzen, * Fachklinik * Öffentliche Bildungsträger (z.B. VHS).	Information über Erkrankungen im Rahmen von Angehörigengruppen.	Initiiert durch die SpZ Informationsangebote für betroffene Angehörige durch öffentliche Bildungsträger regional im jeweiligen SpZ oder der Alten- und Pflegeeinrichtung durchführen.

### 7.2.4. Hilfe zum Hilfesystem

Es ist nicht leicht, sich im differenzierten System der Einrichtungen, Leistungsanbieter, Kostenträger und deren unterschiedlicher Zuständigkeiten zurecht zu finden. Geht man davon aus, dass der größte Teil der pflegenden Angehörigen selbst der älteren Generation zuzuordnen ist und nicht mit der Nutzung moderner Medien vertraut ist, geschweige denn mit der Terminologie der professionellen Dienstleister, kommt der persönlichen Beratung zur Inanspruchnahme unterschiedlicher Dienstleistungen und deren Koordination eine erhebliche Bedeutung zu. Auf die Notwendigkeit eines kompetenten Fallmanagements wurde bereits unter 6.3 hingewiesen.

Aber auch die qualifizierte persönliche Beratung und Information der Betroffenen und ihrer Angehörigen sind abhängig von der Verfügbarkeit und Aktualität der Informationen sowie von der Kenntnis des

Versorgungssystem und der Verfügbarkeit der erforderlichen Leistungen. Professionelle Anbieter sollten deshalb über aktuelle Technik und Medien verfügen, um ein für alle an der Versorgung Beteiligten identisches, hohes und aktuelles Informationsniveau zu garantieren.

<b>LEISTUNG</b>		
Information über Angebote und Leistungen des Hilfesystems		
<b>RESSOURCEN</b>	<b>MINDESTLEISTUNG</b>	<b>EMPFEHLUNG</b>
* Gesundheitskataster des Rhein-Sieg-Kreises. * PflegeNet des Rhein-Sieg-Kreises.	Aktuelle Information über Leistungen und Angebote durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der SpZ und über Medien.	* Das Gesundheitskataster des Rhein-Sieg-Kreises wird öffentlich zugänglich gemacht und dessen Aktualität sichergestellt. * Einrichtung eines Info-Telefons mit zentraler Rufnummer zur passgenauen Vermittlung geeigneter Hilfeangebote als unmittelbares Angebot für Nutzerinnen und Nutzer.

Seit März 2002 haben die Sozialpsychiatrischen Zentren den Aufgabenbereich des so genannten Ambulant-aufsuchenden-Dienstes für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen übernommen. Es handelt sich um eine Leistung, die bis zu diesem Zeitpunkt eine Leistung des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes war. Diese wurde den Sozialpsychiatrischen Zentren auf der Grundlage von Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen übertragen. Bei dieser Leistung handelt es sich um eine Pflichtleistung des Rhein-Sieg-Kreises auf der Grundlage des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG). Die Übertragung der Leistungen auf die SpZ erfolgte im Vorgriff auf die zu erwartende Konzeptionierung der gerontopsychiatrischen Versorgung in Form von regionaler Anbindung an die SpZ und aufgrund von organisatorischen Veränderungen innerhalb des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes.

<b>LEISTUNG</b>		
Persönliche Beratung über Hilfemöglichkeiten		
<b>RESSOURCEN</b>	<b>MINDESTLEISTUNG</b>	<b>EMPFEHLUNG</b>
Ambulant-aufsuchender-Dienst der SpZ.	Nachfragegerechtes Angebot des Ambulant-aufsuchenden-Dienstes.	Im Rahmen der jährlichen Abstimmung der Qualitätsbeschreibungen der Ambulant-aufsuchende-Dienste der SpZ verlagern diese mittelfristig ihren Arbeitsschwerpunkt auf die Gruppe der gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen.

### 7.3. Leben im Wohnheim

In Abhängigkeit vom Stadium der Krankheitsentwicklung oder dem Potenzial der pflegenden Angehörigen stößt die ambulante Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen an ihre Grenzen. Ist dies der Fall, erfolgt eine Aufnahme in einem Alten- oder Pflegeheim. Die häufigste Ursache für Heimaufnahmen ist das Vorliegen einer demenziellen Erkrankung. Altenheime finden sich daher häufig in die Rolle von gerontopsychiatrischen Einrichtungen gedrängt, sind aber hierfür in aller Regel nur unzureichend ausgerüstet.

Die zur fachgerechten Pflege gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen erforderliche ganzheitliche Gestaltung des Lebensumfeldes schließt sowohl das bauliche Konzept, die Ausstattung als auch ein spezifisches Betreuungskonzept mit ein. Die Wohn- und Pflegeheime sollten gemeindenah sein, damit Sozialkontakte weiter erhalten und gepflegt werden können. Grundsätzlich gilt, dass insbesondere demenzkranke Menschen eine Umgebung benötigen, die ihren besonderen Bedürfnissen entspricht. Erfahrungen zeigen, dass eine solche Umgebung zu einer deutlichen Abnahme paranoider Störungen, depressiver Symptomatik, psychomotorischer Unruhe und Ängstlichkeit, einer Verbesserung der räumlichen Orientierung und einer Einschränkung der Behandlung mit sedierenden Psychopharmaka führen.

Üblicherweise, und so auch im SGB XI, wird von einem Gegensatz zwischen ambulanter und stationärer Versorgung in der Pflege ausgegangen. Zukünftig ist dagegen die Schaffung flexibler Einrichtungen notwendig, deren Leistungen die gesamte Palette stationärer, teilstationärer und auch ambulanter Betreuungsmöglichkeiten umfasst und die sicherstellen, dass zwischen diesen eine ungehinderte Durchlässigkeit besteht. Auf diese Veränderung müssen sich die stationären Versorgungseinrichtungen einstellen.

Hinsichtlich einer Handlungsempfehlung wird auf 7.1.3 verwiesen.

## 7.4. Kosten

Bei der Entwicklung des Konzeptes wurden Kostenbetrachtungen bewusst außer Acht gelassen um nicht von vornherein fachliche Erwägungen an Finanzierungsüberlegungen scheitern zu lassen. Mit der Umsetzung der Empfehlungen muss eine genaue Analyse vorhandener Angebote und Ressourcen einhergehen. Es kann davon ausgegangen werden, dass allein mit der Entwicklung wirksamer Koordinations-, Steuerungs- und Kooperationsstrukturen erhebliche Versorgungsverbesserungen und Kostenvorteile zu erzielen sind. Bei allen vorhandenen oder künftigen Leistungen ist zu prüfen, auf welcher Rechtsgrundlage diese Leistung erbracht wird bzw. welchem der vielfältigen Sozialleistungsgesetzen die entsprechende Leistungsart zuzuordnen ist.

## 7.5. Zusammenfassung

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe haben einen dringenden Handlungsbedarf zur Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen deutlich gemacht. Dieser Handlungsbedarf besteht bereits zum jetzigen Zeitpunkt, denn schon heute liegen gravierende Mängel in der Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen vor. Vor allem besteht aber Handlungsbedarf für die nächste Zukunft, denn die Zahl der zu betreuenden und pflegenden Betroffenen im Rhein-Sieg-Kreis wird deutlich ansteigen.

Mit dem Ziel, für diese Aufgabe in der Zukunft gerüstet zu sein, aber auch jetzt schon Verbesserungen zu erzielen und die Grundsteine für ein flexibles und entwicklungsfähiges Versorgungssystem zu legen, wurde dieses Versorgungskonzept auf der Grundlage der Ergebnisse der *Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrische Versorgung im Rhein-Sieg-Kreis* entwickelt.

Schwerpunkt und Ausgangspunkt für eine Verbesserung der aktuellen Versorgungssituation und der zukunftsichernden Entwicklung eines Versorgungssystems ist der "Regionale gerontopsychiatrische Versorgungsverbund", integriert in die Sozialpsychiatrischen Zentren als zentrale Stelle im Versorgungsverbund.

Daneben werden Handlungsempfehlungen gegeben die geeignet sind, unmittelbare Verbesserungen der Versorgungssituation herbeizuführen oder aber Ausgangspunkt für eine zielgerichtete und planvolle Entwicklung eines Versorgungssystems zu sein.

---

## Begriffserläuterungen

**Ambulante psychiatrische Pflege**, kurz ApP genannt, ist die häusliche fachspezifische Pflege von chronisch psychisch Kranken und seelisch behinderten Menschen. Die ApP geschieht durch psychiatrisch ausgebildetes Pflegepersonal im Auftrag und auf Verordnung durch einen niedergelassenen Psychiater, Nervenarzt oder einer Institutsambulanz. Psychiatrische Erkrankungen gehen immer mit einer Beziehungsstörung einher. Dies bewirkt, dass viele psychisch erkrankte Menschen in großer Isolation leben und nicht mehr in der Lage sind, für sie lebensnotwendige Kontakte zu knüpfen. Deshalb kommt in der psychiatrischen Pflege dem Beziehungsprozess eine besondere Bedeutung zu.

**Assessment** Unter geriatrischem Assessment versteht man einen multidimensionalen und interdisziplinären diagnostischen Prozess mit dem Ziel, die medizinischen, psychosozialen und funktionellen Fähigkeiten und Einschränkungen der Patientinnen und Patienten zu erfassen und einen umfassenden Behandlungs- und Betreuungsplan zu entwickeln.

**Demenz** bedeutet den Verlust erworbener Fähigkeiten durch organische Hirnerkrankungen. Hauptursachen demenzieller Erkrankungen sind degenerative Abbauprozesse, z.B. vom Alzheimer-Typ, oder gefäß-, kreislaufbedingte Durchblutungsstörungen, aber auch andere Krankheitsbilder, wie Stoffwechselstörungen, endokrine Störungen, usw. Mischbilder treten auf.

**Gerontopsychiatrie**, auch Alterspsychiatrie oder Psychogeriatric genannt, ist die Lehre von den seelischen Erkrankungen im Alter. Sie ist damit eine der großen medizinischen Altersdisziplinen neben der Geriatrie, die schwerpunktmäßig internistisch bestimmt ist. Die Gerontopsychiatrie ist ein Arbeitsgebiet der Psychiatrie, es gibt bislang keine eigenständige Facharztausbildung wie beispielsweise in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Gegenstand der Alterspsychiatrie ist die Erforschung der Ursachen, die Verbesserung der Diagnose und Therapie, aber auch die Prävention von sämtlichen psychischen Störungen des höheren Lebensalters, ebenso wie die Verbesserung der Lebenssituation betroffener Patienten und ihrer Angehörigen. Die Altersgrenze ist hierbei fließend, aber im wesentlichen bestimmt durch die Pensionierungsgrenze, also die Lebensspanne zwischen dem 60. und 65. Lebensjahr. Die Alterspsychiatrie befasst sich sowohl mit Neuerkrankungen im höheren Lebensalter, als auch mit vorbestehenden psychischen Erkrankungen und Behinderungen. Grundsätzlich können alle seelischen Erkrankungen, die jüngere Lebensphasen betreffen, auch im Alter auftreten. Hierbei entsprechen die Krankheitsbilder weitgehend den seelischen Störungen des mittleren Lebensalters, mit einer besonderen Akzentuierung der Alterstypik. So sind depressive Syndrome in der Gesamtheit der über 65-jährigen am häufigsten anzutreffen.

**Gerontopsychiatrische Tageskliniken** sind Einrichtungen zur teilstationären medizinischen Diagnostik und Behandlung. Sie können Teil eines Krankenhauses sein oder davon rechtlich, organisatorisch und räumlich getrennt, selbst Krankenhausstatus haben (sog. unabhängige oder autonome Tageskliniken). In der Bundesrepublik bieten die Einrichtungen zur teilstationären gerontopsychiatrischen Behandlung kein einheitliches Erscheinungsbild. Sonderformen haben sich entwickelt, als so genannte integrierte Tageskliniken, wo einzelne Patienten oder Patientengruppen im vollstationären Bereich tagesklinisch mitbehandelt werden. Vereinzelt sind gemischte Tageskliniken entstanden. In gemischten Tageskliniken können allgemeinpsychiatrische, neurologische und/oder geriatrische Plätze neben gerontopsychiatrischen zur Verfügung stehen. Für die Gerontopsychiatrie erscheint aufgrund der somatischen Komorbidität dieser Patientengruppe insbesondere eine Kooperation mit der Geriatrie und der Neurologie sinnvoll.

**Komorbidität** bezeichnet das Vorliegen mehrerer psychiatrischer und/oder somatischer Krankheitsbilder.

**Kurzzeitpflege** ist die Möglichkeit einer vorübergehenden, wenige Tage bis einige Wochen andauernden stationären Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in einer Pflegeeinrichtung. Kurzzeitpflege ist erforderlich, wenn die Angehörigen die Versorgung der Erkrankten aufgrund von Krankheit, Urlaub oder bei krisenhafter Zuspitzung der häuslichen Situation selbst nicht gewährleisten können. Ferner ist sie hilfreich, wenn intensive Pflege von Nöten ist, z.B. bei vorübergehender Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes oder zur Reha-Maßnahme nach einem Krankenhausaufenthalt. Kurzzeitpflegeplätze sind meist an vollstationäre Einrichtungen, z.B. Altenpflegeheime, angegliedert. Kurzzeitpflege trägt erheblich zur Entlastung pflegender Angehöriger bei.

**Nachtpflege** ist ein Angebot, das an Werk-, Sonn- und Feiertagen nachts alten, kranken und pflegebedürftigen Menschen offensteht, deren Schlaf- und Wachrhythmus so verändert ist, dass sie nachts keine Ruhe finden. Die Nachtpflege kann dazu beitragen, dass ältere Menschen möglichst lange selbstständig zu Hause leben können und pflegende Angehörige zumindest nachts Entlastung und eigene Erholung finden. Nachtpflege wird von speziellen Nachtpflegeeinrichtungen angeboten. Im Idealfall bieten solche Einrichtungen auch Tagesstättenfunktionen und Tagespflege an, um ggf. eine Kombination von Tages- und Nachtpflege zu ermöglichen. Für die Nachtpflege wird der Nachtgast in der Regel am späten Nachmittag oder Abend mit dem Fahrdienst der Einrichtung abgeholt und morgens wieder nach Hause gebracht. Der Nachtgast sollte selbst entscheiden können, zu welchen Uhrzeiten er kommen und gehen möchte. Den Nachtgästen wird ein Abendessen und ein Frühstück angeboten. Von den MitarbeiterInnen der Nachtpflegeeinrichtung werden dann, neben einer individuellen Pflege und Betreuung, nachzeitorientierte Beschäftigungsmöglichkeiten

und therapeutische Übungen angeboten.

**SpZ** Sozialpsychiatrische Zentren. Der Begriff umschreibt eine Einrichtung, die im vor- und nachstationären Bereich ein ambulantes Behandlungs- und Betreuungsangebot, Kontaktmöglichkeiten und persönliche Hilfen für psychisch kranke Menschen in einer definierten Versorgungsregion bereithält. Zu den Angeboten gehören die offene Kontaktstelle, die Beratungsstelle, der Ambulant-aufsuchende-Dienst, die Tagesstätte, das Betreute Wohnen und z.T. die ambulante psychiatrische Pflege.

**Tagesstätte/Tagespflege** ist ein Betreuungsangebot für alte, kranke und pflegebedürftige Menschen, an Werktagen für morgens bis nachmittags, deren Versorgung während der übrigen Tageszeiten und an Wochenenden in der eigenen Häuslichkeit sichergestellt ist. Die Tagespflege soll dazu beitragen, dass ältere Menschen möglichst lange selbstständig zu Hause leben können, ohne auf eine ihrem Zustand angemessene Betreuung und Pflege verzichten zu müssen.