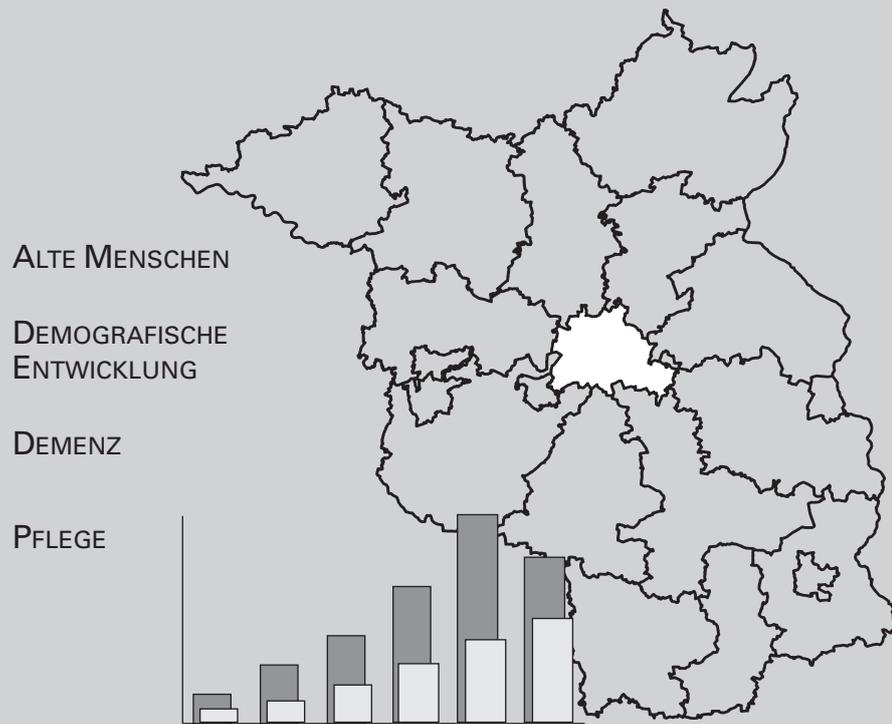




LAND
BRANDENBURG

Ministerium für Arbeit, Soziales,
Gesundheit und Frauen



Demenz als sozialpolitische Herausforderung:

Bestandsaufnahme und Perspektiven
der Versorgung Demenzkranker
in Brandenburg

Beiträge zur Gesundheits-
und Sozialberichterstattung 1

Die Meinung des Autors muss nicht mit der Meinung
des Herausgebers übereinstimmen.

Ministerium für Arbeit, Soziales,
Gesundheit und Frauen

Demenz als sozialpolitische Herausforderung:

Bestandsaufnahme und Perspektiven
der Versorgung Demenzkranker
in Brandenburg

Beiträge zur Gesundheits-
und Sozialberichterstattung 1

Gutachten im Auftrag des Landesamtes
für Soziales und Versorgung,
Landesgesundheitsamt

Erstellt von:
ISGOS - Institut für sozialpolitische
und gerontologische Studien Berlin

Redaktionelle Bearbeitung
und Zusammenfassung:
Rosemarie Mieder, Gislinde Schwarz

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Brandenburger Landesregierung herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Bundes-, Landtags- und Kommunalwahlen sowie für die Wahl der Mitglieder des Europäischen Parlaments. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht so verwendet werden, dass es als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es jedoch gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer einzelnen Mitglieder zu verwenden.

Inhalt

1.	Demenz – eine Einführung	7
1.1.	Die Krankheit als medizinisches Problem	8
1.2.	Die Krankheit als menschliches Problem	9
1.3.	Die Krankheit als gesellschaftliches Problem	9
2.	Welche Hilfen brauchen demenziell Erkrankte?	11
3.	Häufigkeit von demenziellen Erkrankungen im Land Brandenburg	13
4.	Versorgung demenziell Erkrankter im Land Brandenburg	15
4.1.	Pflege und Betreuung in privaten Haushalten ohne professionelle Unterstützung	15
4.2.	Pflege und Betreuung in privaten Haushalten mit professioneller Unterstützung durch ambulante Dienste	19
4.3.	Pflege und Betreuung in privaten Haushalten unter Inanspruchnahme teilstationärer Angebote	21
4.4.	Betreuung durch vollstationäre Pflegeeinrichtungen	22
4.4.1.	Stationäre Kurzzeitpflege	22
4.4.2.	Pflege und Betreuung in vollstationären Pflegeeinrichtungen	23
4.4.3.	Der Bedarf an Altenpflegeheimplätzen	25
4.4.4.	Die bauliche Ausstattung der Altenpflegeheime	26
4.4.5.	Die personelle Ausstattung der Altenpflegeheime	26
4.4.6.	Angehörigenarbeit im Altenpflegeheim	27
4.5.	Modellprojekte in Brandenburg	30
4.5.1.	Das Wohnprojekt für demenziell Erkrankte in Letschin	30
4.5.2.	Wohngemeinschaft für demenziell Erkrankte im Senioren- zentrum „Clara Zetkin“ gGmbH in Brandenburg/Havel	32
4.6.	Leistungen des Gesundheitssystems	35
4.7.	Verbundstrukturen	37
5.	Zusammenfassung	39
	<i>Anhang</i>	41
	A. Methodisches Vorgehen	41
	B. Tabellen	44
	Literaturverzeichnis:	48

Sehr geehrte Damen und Herren,

noch nie in der Geschichte sind Menschen so alt geworden wie heute. Und zum Glück können viele Menschen die gewonnenen Jahre bei guter Gesundheit erleben. Immer mehr Menschen erreichen damit aber zugleich ein Lebensalter, in dem die Wahrscheinlichkeit einer demenziellen Erkrankung stark zunimmt. Die anhand der Bevölkerungsprognose errechneten Zahlen sind dramatisch: Die Anzahl der Menschen mit demenzieller Erkrankung in Brandenburg wird sich in den nächsten 15 Jahren um etwa 60 % auf ca. 43.000 erhöhen. Die fachgerechte Pflege und Betreuung einer wachsenden Zahl demenzkranker Menschen wird damit das zentrale pflegepolitische Thema der nächsten Jahre sein.

Die Pflege und Betreuung eines Menschen mit demenzieller Erkrankung durch Familienangehörige ist eine enorme Leistung. Sie kann nur bewältigt werden, wenn ein aufeinander abgestimmtes System von Beratungs- und Entlastungsangeboten zur Verfügung steht. Hier gibt es noch einiges zu tun.

Für die professionellen Pflegeeinrichtungen und dabei insbesondere für die Pflegeheime bedeutet der wachsende Anteil demenziell Erkrankter eine große fachliche Herausforderung, auf die konzeptionelle, organisatorische, personelle und bauliche Antworten gefunden werden müssen.

Um die fachpolitische Diskussion zu diesem Thema weiter anzuregen und zu strukturieren, hat das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen das Institut für sozialpolitische und gerontologische Studien Berlin (ISGOS) mit einem Gutachten beauftragt, das ausgehend vom Versorgungsbedarf der demenziell Erkrankten und ihrer



Angehörigen die in Brandenburg vorhandenen Versorgungsstrukturen analysiert und Empfehlungen zu deren Weiterentwicklung gibt.

Das Gutachten beschreibt und bewertet die gegenwärtige Versorgungssituation und weist auf die aus Sicht der Gutachter bestehenden Probleme hin. Mit dieser Publikation legen wir es der interessierten Öffentlichkeit als Zusammenfassung vor.

Die Landesregierung teilt nicht alle Einschätzungen und Empfehlungen des Gutachtens. Sie will es aber zur Grundlage von intensiven Diskussionen mit den Verantwortlichen der Pflegekassen, Einrichtungsträgern, Kommunen und vielen anderen machen. Ich würde es sehr begrüßen, wenn den unterschiedlichen Beteiligten darauf aufbauend die Erarbeitung eines gemeinsamen Aktionsprogramms gelingen würde.

Wir sind es gemeinsam den betroffenen Menschen im Land Brandenburg schuldig, alle Kraft und Fantasie aufzuwenden, um auch in Zeiten knapper Kassen alten Menschen und insbesondere denjenigen, die an einer demenziellen Erkrankung leiden, ein Leben in Würde und Wertschätzung zu ermöglichen. Dafür wollen wir gemeinsam arbeiten.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Günter Baaske'. The signature is fluid and cursive, written on a white background.

Günter Baaske

1. Demenz – eine Einführung

Der Begriff Demenz wird für eine Reihe von Symptomen benutzt, die auf einen Abbau geistiger Leistungsfähigkeit hinweisen.

Unter dem Oberbegriff Demenz werden unterschiedliche Krankheiten zusammengefasst. Einige treten als Folge anderer Erkrankungen auf und können oft geheilt werden. Die so genannten primären Demenzerkrankungen (etwa 90 Prozent) sind mit dem heutigen Stand medizinischen Wissens unheilbar. Zwar tritt Demenz alterskorreliert auf, sie ist aber keinesfalls als altersbedingter Prozess anzusehen. Vielfach sind die Ursachen der Erkrankung nicht bekannt.

*Demenz ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.
(Definition nach ICD 10)*

Die häufigste Form der Demenz ist der Morbus Alzheimer, benannt nach dem Neurologen und Psychiater Alois Alzheimer, der sie 1906 erstmals beschrieb. Sie ist eine so genannte degenerative Erkrankung, bei der Nervenzellen und Strukturen des Gehirns allmählich zerstört werden. Die Demenz vom Alzheimer-Typ beginnt in der Regel schleichend und verläuft oft über lange Zeit unbemerkt. Anzeichen sind Gedächtnis-

störungen, Erinnerungs- und Orientierungsschwächen, aber auch das Nachlassen von Konzentration und Aufmerksamkeit, Gleichgültigkeit, depressive Verstimmungen oder Unruheerscheinungen. Der weitere Verlauf macht es den Betroffenen zunehmend schwerer, den Alltag selbständig zu bewältigen. Auch in vertrauter Umgebung erinnern sie sich immer seltener an Personen, Ereignisse, Orte. Selbst das eigene Zimmer und das eigene Spiegelbild werden nicht mehr erkannt. Sprachfähigkeit und Sprachverständnis sind zunehmend gestört. Im letzten Stadium können sich die Kranken nicht mehr selbst versorgen und oft auch nicht mehr sprechen. Harn- und Stuhlinkontinenz, Schluckstörungen, häufiges Fallen, Gliederstarre, zerebrale Krampfanfälle und letztlich Bettlägerigkeit sind Ausdruck schwerster Demenz.

Eine weitere häufige Demenzform hat vaskuläre (gefäßbedingte) Ursachen. Sie betrifft etwa 15 bis 20 Prozent aller Demenzerkrankungen. Infolge von Durchblutungsstörungen, die von Gefäßverengungen oder -verstopfungen herrühren, kommt es zu Versorgungsstörungen im Gehirn. Dadurch werden die Nervenzellen der betroffenen Hirngebiete geschädigt oder zerstört (Gehirninfarkt). Viele solcher Gehirninfarkte führen zu einer „Multi-Infarkt-Demenz“.

Darüber hinaus gibt es weitere schwerwiegende Erkrankungen, die zu einer Demenz führen können, jedoch weitaus seltener sind. Das häufigere Auftreten der Demenz bei Frauen (70 Prozent) wird auf deren höhere Lebenserwartung gegenüber den Männern (30 Prozent der Fälle) zurückgeführt.

Demenz bedeutet zunehmende Zerstörung der intellektuellen Leistungsfähigkeit und der Persönlichkeit. 90 Prozent aller Demenzerkrankungen sind bisher nicht heilbar.

1.1. Die Krankheit als medizinisches Problem

Primäre Demenzerkrankungen sind irreversibel, fortschreitend und können mit Therapien allenfalls aufgehalten und in ihren Formen abgemildert werden.

Treten Anzeichen einer Demenz auf, sind so schnell wie möglich umfassende diagnostische Untersuchungen nötig, um die Ursachen für die geistige Leistungsbeeinträchtigung zu klären. Nur so kann herausgefunden werden, ob eine sekundäre und damit oft heilbare Demenz vorliegt. Je eher eine Demenz erkannt wird, umso größer sind die Chancen, den geistigen Abbau lange aufzuhalten.

Die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten von primären Demenzen sind bis heute noch sehr unbefriedigend. Es gibt Medikamente, die die Hirnleistungen aktivieren. Außerdem geht es um die Milderung von psychischen Begleitscheinungen der Demenz wie Depressionen, Wahn, Unruhe oder Halluzinationen. Zwar ist eine Behandlung mit Medikamenten gerade in frühen Stadien sinnvoll, wichtig ist jedoch, dass sie durch nichtmedikamentöse Therapieformen ergänzt werden. Diese beinhalten rehabilitative Maßnahmen, die helfen sollen, den kognitiven Abbau zu verlangsamen.

Soziotherapeutische Maßnahmen unterstützen und stabilisieren vorhandene Ressourcen, sie haben integrierenden Charakter und beleben das Personen-Umwelt-Gefüge. Entscheidend ist es, ein vertrautes Milieu zu schaffen. Dazu gehören:

- vertraute Bezugspersonen, die einen Umgang ohne Ängste ermöglichen,

- ein strukturierter Tagesablauf mit „normalen“, am Bewohner/in orientierten Zeiten für Mahlzeiten, Schlafen und Ruhe, aber auch für Aktivitäten,
- eine klar strukturierte Wohnumwelt mit anregenden Komponenten in der Gestaltung und in sozialen Beziehungen, die zugleich Sicherheit vor Gefahren bietet,
- biografiebezogene Unterstützung im Tagesablauf.¹

Psychotherapeutische Maßnahmen für Demenzkranke sollen zu einer Verbesserung ihrer Lebensqualität beitragen. Sie betreffen in diesem Fall nicht den Kernbereich der Psychotherapie. Zu ihnen gehören:

- Realitätsorientierung: Eine Förderung, die auf Ereignisse, Orte und Personen gerichtet ist, aber auch Zeitgefühl, die Erinnerung an die eigene Person sowie Tast-, Geruchs- und Geschmackssinn anregen und solange wie möglich erhalten soll,
- validierendes Verhalten: Eine Therapieform, die die Sicht des Demenzkranken auf die Welt respektiert, auch wenn sie nicht mit der Realität übereinstimmt,
- Erinnerungstherapie: Arbeit mit alten Fotos, bekannten Musikstücken, Tönen, Licht und Gerüchen,
- kognitive Förderung (in frühen Phasen der Demenz),
- Kunst- und Musiktherapie,
- Verhaltenstherapie in frühen oder mittleren Stadien der Demenz, um die Selbständigkeit so lange wie möglich zu erhalten.

Therapien können ein Fortschreiten der Krankheit verlangsamen und ihre Begleitscheinungen mildern.

¹ Hirsch, 2001.

1.2. Die Krankheit als menschliches Problem

Wer demenziell Erkrankte pflegt, hat es nicht nur mit dem Nachlassen kognitiver Leistungsfähigkeit und körperlichem Abbau zu tun - die Krankheit führt nach und nach zur völligen Veränderung der Persönlichkeit.²

Nach Befragungen von Angehörigen in Berlin und Brandenburg³ wurden folgende Probleme festgestellt:

- 90,5 Prozent der Erkrankten haben kein Zeitgefühl mehr,
- 77,8 Prozent finden sich in Wohnung/Heim nicht zurecht,
- 77,5 Prozent erkennen Bekannte nicht,
- 58,1 Prozent erkennen Familienangehörige nicht.⁴

Erste Anzeichen werden von den Betroffenen durchaus wahrgenommen. Sie bemerken, wie sie Daten und Ereignisse vergessen, sich in ehemals vertrauter Umgebung nicht mehr zurechtfinden und hoffen doch, dass sich irgendwann alles wieder einordnet und verständlicher wird. Der Verlust an kognitiven Fähigkeiten führt oft zu einer Existenzkrise; die Betroffenen fühlen sich durch die in ihnen vorgehenden Veränderungen und auch durch das Unverständnis der Umwelt zunehmend bedroht. Lange Zeit wird versucht, die Veränderungen zu überspielen.

Der Umgang mit Demenz ist für alle Beteiligten, Angehörige, aber auch das Pflegepersonal, eine ungeheure Belastung. Zum einen ist eine Demenz im Frühstadium schwer zu erkennen, zum anderen sind sie meist völlig uninformiert über die Besonderheiten dieser Krankheit. So werden sie zunehmend mit verändertem und unverständlichem Verhalten konfrontiert und müssen erleben, wie die gemeinsame Biografie ausgelöscht wird. Sie schämen sich für das

Verhalten der Kranken, sind hilflos gegenüber deren Angstkrisen und Depressionen, grübeln über potentielle Gefährdungen. Zugleich erleben sie oft auch einen Verlust an Zuneigung zum Gepflegten, wissen nicht, wie lange sie noch durchhalten und schämen sich bei dem Gedanken, dass der Umzug ins Heim der einzige Ausweg sein könnte. Dazu kommt der immer größer werdende Betreuungsbedarf: Je weiter Demenz fortschreitet, um so mehr benötigen die Erkrankten eine Betreuung „rund um die Uhr“. All dies führt zu Spannungen im gesamten sozialen Umfeld. Ein Fall von Demenz betrifft damit nicht nur einen Angehörigen oder eine Angehörige, sondern greift in der Regel in die ganze Familienstruktur ein. Der Bedarf an Beratung und Unterstützung wird weiter unten noch ausgeführt.

Der zunehmende geistige Abbau kann die Betroffenen und ihre Angehörigen in eine Existenzkrise stürzen.

1.3. Die Krankheit als gesellschaftliches Problem

Primäre Demenzerkrankungen treten im Alter gehäuft auf. Mit der ständig steigenden Lebenserwartung wird auch die Zahl der demenziell Erkrankten immer größer – und damit der Hilfebedarf, den die Gesellschaft leisten muss. Dieses Problem wird erst seit etwa zehn bis fünfzehn Jahren öffentlich diskutiert.

²Unter dem Begriff „demenziell Erkrankte“ werden in diesem Gutachten die an mittelschwerer und schwerer Demenz erkrankten Personen erfasst. ³Zur Befragungsmethode siehe Anhang. ⁴Dettbarn-Reggentin/Reggentin 2002. Antworten: „ja“ und „hin und wieder“, Mehrfachnennungen. ⁵nach Bickel 2001; für die 60- bis 65-Jährigen eigene Berechnungen.

Häufigkeit von Demenzerkrankungen nach Altersgruppen in Deutschland

<i>Altersgruppe</i>	<i>Mittlere Prävalenzrate (%)</i>	<i>Schätzung der Krankenzahl</i>
65-69	1,2	50.000
70-74	2,8	94.000
75-79	6,0	136.000
80-84	13,3	225.000
85-89	23,9	253.000
90 und älter	34,6	142.000
65 und älter insgesamt	7,2	900.000

Quelle: Bickel 2001

Während bei den 60- bis 65-Jährigen nur etwa 0,5 Prozent von einer mittleren bis schweren Demenz betroffen sind⁵, muss bei den über 90-Jährigen jeder Dritte mit einer Erkrankung rechnen. Ab dem 95. Lebensjahr steigt die Rate dann kaum noch an.⁶

Am Anfang sind die Kranken noch nicht oder nur wenig von anderen abhängig. Wichtig ist in dieser Phase eine akzeptierende Umwelt und gegebenenfalls hauswirtschaftliche Unterstützung. Im mittelschweren Stadium sind zwar noch Fähigkeiten vorhanden, nun aber brauchen die Kranken immer mehr Anleitung und Beaufsichtigung (beispielsweise bei finanziellen Angelegenheiten, der Haushaltsführung, gesunder Ernährung, ausreichender Flüssigkeitszufuhr und geordneter Medikamentenaufnahme). Im weiteren Verlauf ist neben grundpflegerischer Versorgung ständige Betreuung nötig. Der Aufwand dafür ist bei Menschen mit Demenz größer als bei somatisch Erkrankten, eine Leistung, die zukünftig immer weniger von den Familien erbracht werden kann. Zum einen, weil durch zunehmende Mobilität Angehörige seltener in direkter Nachbarschaft oder gar in einem Haus wohnen, aber auch, weil Frauen öfter berufstätig sind, sich Paare trennen und immer mehr Menschen allein leben. Das wird zur Folge haben, dass neue Strukturen eh-

renamtlicher Unterstützung, aber auch deutlich mehr professionelle Hilfe erforderlich wird. Zu bewältigen ist dies nur durch vorausschauende Planung entsprechender Leistungen, von Wohn- und Pflegeplätzen und auch personellen Ressourcen. Bedacht werden muss, dass an der Versorgung der demenziell Erkrankten ein ganzes System einander ergänzender Leistungen beteiligt ist.

Die steigende Zahl an demenziell erkrankten Menschen stellt die Gesellschaft vor ganz neue Herausforderungen.

⁶In Studien wurden zwar leichte geschlechtsspezifische Unterschiede festgestellt (beispielsweise, dass Männer bis zum 75. Lebensjahr häufiger erkranken, Frauen stärker danach), als wirklich bedeutsam haben sich diese Abweichungen allerdings nicht erwiesen. In diesem Gutachten wurde deshalb keine geschlechtsspezifische Unterscheidung vorgenommen.

2. Welche Hilfen brauchen demenziell Erkrankte?

Zu allererst geht es darum, demenziell Erkrankten einen menschenwürdigen Lebensabend zu ermöglichen. Dazu gehört, den allgemeinen Abbau der Persönlichkeit zu verlangsamen und die Selbstbestimmung der Kranken so lange wie möglich zu erhalten und zu fördern. Ein demenziell erkrankter Mensch ist nicht mehr in der Lage, sich anzupassen. Die Umgebung muss sich ihm anpassen.

Wichtig ist eine frühzeitige fachärztliche Diagnose, um Patienten/innen die Unsicherheit zu nehmen und sie zu beraten, solange die Krankheit noch mit ihnen besprochen werden kann. Behandlung und Hilfsangebote sind immer abhängig vom erreichten Grad der Demenz, aber auch von der Lebenssituation des oder der Betroffenen. Demenziell Erkrankte sind keine einheitliche Gruppe, sondern Menschen mit ganz unterschiedlichen Lebensläufen, Kompetenzen und Defiziten sowie unterschiedlichsten Anforderun-

gen an Betreuung, Pflege, Therapie und ärztliche Behandlung.

An erster Stelle steht bei ihnen zunächst nicht die Pflege, sondern eine aufmerksame verständnisvolle Begleitung, Unterstützung und Aktivierung. Wer demenziell Erkrankte betreut, sollte Geduld, Ruhe, gute Beobachtungsgabe und Kreativität mitbringen. Sie benötigen Sicherheit, Geborgenheit, Wertschätzung, Normalität und Stabilität. Da sie sich nur schwer auf Neues einstellen können, ist es günstig, wenn sie so lange wie möglich in der vertrauten Umgebung bleiben können.

Befragungen weisen darauf hin, dass in der gewohnten Umgebung bei gleichem Demenzgrad die Selbständigkeit sehr viel länger erhalten bleibt als in einer Pflegeeinrichtung.

Um ihre Eigenständigkeit so lange wie möglich zu erhalten, ist Hilfe von außen nötig. Diese Frage stellt sich vor allem für allein Lebende, die keine Unterstützung von

Unterstützungsbedarf in ausgewählten Alltagsaktivitäten⁷

	Nach Weeber & Partner Somatisch Erkrankte ohne kognitive Beeinträchtigung in stationären Einrichtungen	Nach Weeber & Partner Personen mit mittelschwerer und schwerer Demenz in stationären Einrichtungen	Nach ISGOS Personen mit mittelschwerer und schwerer Demenz in häuslicher Pflege
Duschen/Waschen	45 %	80 %	62,4 %
Toilettengang allein	15 %	68 %	49,6 %
Inkontinenz	8 %	63 %	55,2 %
Mahlzeiten und Getränke zu sich nehmen	10 %	50 %	65,6 %
An- und Auskleiden	31 %	74 %	63,2 %
Sich selbst beschäftigen	9 %	51 %	72,1 %
Finanzielle Angelegenheiten regeln	37 %	91 %	78,4 %
Treppen steigen	36 %	70 %	43,2 %

⁷Weeber & Partner 1998; Dettbarn-Reggentin/Reggentin 2002, Vorabauswertung von N=120 Angehörigen mit häuslicher Pflege, Antwort: täglich und täglich mehrmals.

Angehörigen erhalten. Ohne Betreuungsdienste, informelle Hilfen und wohnortnahe Einrichtungen ist dies auch in einem frühen Stadium der Demenz kaum noch möglich. Aber auch jene, die pflegen, sind häufig auf Dauer überfordert und damit zunehmend auf Unterstützung und Solidarität angewiesen. Dazu gehören Beratungen, ambulante Dienste, ehrenamtliche Helfer/innen, aber auch Möglichkeiten wie Tagesbetreuung, Kurzzeitpflege und Vernetzung mit Helfern und Angehörigen- bzw. Selbsthilfegruppen. Lässt sich trotz all dem eine Pflege und Betreuung zu Hause nicht mehr bewerkstelligen, sind Alternativen gefragt, sei es die betreute Wohngruppe oder das Pflegeheim. Dabei müssen die besonderen Bedürfnisse der Kranken berücksichtigt werden. Grundsätzliches Ziel sollte sein, demenziell Erkrankte nach dem „Normalitätsprinzip“ unterzubringen. Das bedeutet, dass sie so wohnen, wie nicht an Demenz Erkrankte zu Hause auch. Am günstigsten ist ein Wohnmilieu mit familienähnlichen Strukturen. In diesem Zusammenhang kommt der Umgebung kompensatorische und therapeutische Funktion zu.

„Unter Milieuthherapie wird bewusstes therapeutisches Handeln zur Anpassung der materiellen und sozialen Umwelt an die krankheitsbedingten Veränderungen der Wahrnehmung, des Empfindens, des Erlebens und der Kompetenzen der Betroffenen Menschen verstanden. Die Milieuthherapie soll den Demenzkranken trotz der zunehmenden Adaptationsstörungen an die Umwelt ein menschenwürdiges, ihrer persönlichen Lebensgeschichte angepasstes und möglichst spannungs- und stressfreies Leben ermöglichen.“⁶

Demenziell erkrankte Menschen benötigen:

- vertraute Bezugspersonen, die ihnen eine ruhige Sicherheit geben und keine therapeutischen Erfolgsansprüche stellen,
- einen strukturierten Tagesablauf,
- eine harmonische Wohn- und Lebenswelt ohne Stress,
- Erinnerungsstücke, die so lange wie möglich eine Verbindung zu ihrer eigenen Geschichte und Identität herstellen,
- helle, offene Räume, die eine einfache Orientierung ermöglichen und keine Gefährdungen, wie Schwellen oder offene Treppen enthalten,
- Bewegungsraum und Rückzugsmöglichkeiten.

Nach Einschätzung von Experten trägt eine ungeeignete Umgebung dazu bei, viele Verhaltensauffälligkeiten, wie z.B. Aggressivität, Weglauftendenzen, gestörter Tag-Nacht-Rhythmus, hervorzurufen⁹.

Demenziell Erkrankte können sich nicht mehr an ihre Umgebung anpassen. Sie brauchen ein ihnen gemäÙes Milieu.

⁶Bruder/Wojnar 1994 ⁹vgl. auch: Radzey u.a. 2001.

3. Häufigkeit von demenziellen Erkrankungen im Land Brandenburg

1999 lebten nach Angaben des Landesbetriebes für Datenverarbeitung und Statistik 386.459 Personen im Alter von 65 Jahren und älter in Brandenburg. Im Jahr 2005 werden es voraussichtlich fast ein Drittel mehr sein. Im Jahr 2015 sind dann annähernd 50 % mehr, nämlich etwa 575.000 Personen, über 65 Jahre alt. Damit wird auch die Zahl der Demenzkranken stark ansteigen.

Die Lebenserwartung hat sich seit 1970 stetig erhöht. Neu geborene Kinder werden heute sieben Jahre älter als noch vor 30 Jahren. Hat ein Mann das 60. Lebensjahr erreicht, liegen im Durchschnitt noch 18,1 Jahre vor ihm, bei einer Frau sind es 22,5 Jahre. Der Trend zu einer höheren Lebenserwartung wird sich voraussichtlich weiter fortsetzen.

Trotzdem besagen Untersuchungen, dass die Gesamtbevölkerungszahl kaum anwächst. Das liegt an geburtenschwächeren Jahrgängen; es kommen weniger Kinder zur Welt. Völlig verändern wird sich aber im Jahr 2015 die altersmäßige Zusammensetzung: Während es dann 15-20 Prozent weniger Kinder und Jugendliche bis 15 Jahren gibt, nehmen die über 80-Jährigen um etwa 90 Prozent zu.

Anhand dieser Zahlen und der altersspezifischen Prävalenzraten lässt sich berechnen, wie hoch die Neuerkrankungen an mittelschweren und schweren Demenzformen sein könnten. Im Jahr 2001 lebten in Brandenburg etwa 27 000 Demenzkranke¹¹. Nach bisherigen Prognosen werden im Jahr 2015 in Brandenburg ca. 43.000 Demenzkranke leben. Dies bedeutet – nach Abzug der Sterbefälle - einen jährlichen „Nettozuwachs“ von 1.000 bis 1.200 Personen.

Darüber hinaus werden die Herausforderungen an die Hilfesysteme (insbesondere an Diagnose und Beratung) dadurch geprägt, dass nach Schätzungen des Gutachters die Anzahl der Neuerkrankungen bis zum Jahre 2005 jährlich zwischen 6.100 und 8.000 und danach zwischen 8.000 und 8.200 pro Jahr beträgt.

Der Druck auf die soziale Planung wird deutlich, wenn man sich klar macht, dass die Zahl der Hauptsorgepersonen für diese Altersgruppe abnimmt. Die sozialen Bezugssysteme wie Familie und Nachbarschaft schmelzen auch in Brandenburg allmählich zusammen. Ein Merkmal dafür ist die Zunahme der Einpersonenhaushalte auch bei Älteren. Ihr Anteil lag Ende 1999 bei den über 60-Jährigen bereits bei annähernd 50 Prozent. Auch

Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen in Brandenburg – absolute Zahlen und relativer Anteil der Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung¹⁰

Bevölkerung	1999	2005	2010	2015	Veränderung in %
insgesamt	31.12.1999	Prognose	Prognose	Prognose	1999 - 2015
ab 60 Jahre	2.601.210	2.638.430	2.618.520	2.579.760	- 0,8 %
	577.810	673.620	705.630	784.890	+ 35,8 %
	22,2 %	25,5 %	26,9 %	30,4 %	
ab 65 Jahre	386.459	506.630	558.510	574.970	+ 48,8 %
	14,9 %	19,2 %	21,3 %	22,3 %	
ab 80 Jahre	75.670	93.700	116.650	143.890	+ 90,2 %
	2,9 %	3,6 %	4,5 %	5,6 %	

¹⁰Bevölkerungsprognose des Landesbetriebes für Datenverarbeitung und Statistik Land Brandenburg.

¹¹gemeint sind immer Formen mittlerer und schwerer Demenz.

Demenzerkrankungen im Land Brandenburg

Demenzerkrankungen in der Altersgruppe 60 Jahre und älter				
	1999	2005	2010	2015
Brandenburg a.d. Havel	899	993	1.150	1.325
Cottbus	1.089	1.291	1.517	1.768
Frankfurt/Oder	598	689	863	1.075
Potsdam	1.356	1.556	1.863	2.201
Barnim	1.533	1.878	2.299	2.789
Dahme-Spreewald	1.605	2.030	2.461	2.955
Elbe-Elster	1.522	1.697	1.940	2.193
Havelland	1.367	1.635	1.980	2.425
Märkisch-Oderland	1.777	2.177	2.597	3.147
Oberhavel	1.831	2.396	2.723	3.325
Oberspreewald-Lausitz	1.566	1.831	2.129	2.534
Oder-Spree	1.907	2.272	2.685	3.229
Ostprignitz-Ruppin	1.135	1.373	1.630	1.910
Potsdam-Mittelmark	2.006	2.454	2.917	3.490
Prignitz	1.097	1.273	1.458	1.647
Spree-Neiße	1.643	1.746	1.991	2.296
Teltow-Fläming	1.569	1.786	2.106	2.538
Uckermark	1.412	1.570	1.862	2.174
Land Brandenburg	25.953	30.564	36.218	42.950

insgesamt werden die Haushalte kleiner: Mehr allein lebende Personen, hohe Scheidungsraten und weniger Geburten verändern die privaten Versorgungsnetzwerke.

Neben dieser altersmäßigen Differenzierung gibt es auch regional bedeutende Verschiebungen. Der Raum um Berlin (engerer Verflechtungsraum) ist ein beliebtes Zuzugsgebiet – bis 2015 wird ein Bevölkerungsplus von 20 Prozent erwartet. Hier wird zwar die Zahl der Hilfsbedürftigen und damit der benötigten sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen steigen, dem steht jedoch auch eine steigende Zahl Jüngerer gegenüber. Demgegenüber wird der äußere Entwicklungsraum, also Regionen wie die Uckermark oder beispielsweise die Prignitz, einen dramatischen Bevölkerungsrückgang von durchschnittlich elf Prozent zu verzeich-

nen haben. Es werden gerade die jungen Leute sein, die wegziehen, die älteren bleiben zurück. Das betrifft besonders die Städte. Dem steigenden Bedarf an Betreuungsleistung steht dann eine sinkende Zahl von potenziellen Pflegeleistenden gegenüber. Der Bedarf an Beratung, Schulung und Unterstützung der Angehörigen wird weiter unten noch näher beschrieben.

Im Jahr 2015 werden in Brandenburg ca. 43.000 Demenzkranke leben.

4. Versorgung demenziell Erkrankter im Land Brandenburg

Die Betreuung demenziell erkrankter Menschen mit ihren unterschiedlichen und wechselnden Bedürfnissen und Ressourcen erfordert aufeinander abgestimmte Hilfen unterschiedlicher Professionen, Einrichtungen und Systeme. Grob lassen sie sich in drei Bereiche einteilen:

- das informelle Hilfesystem,
- das System von Altenhilfe und Pflege mit ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten und
- das Gesundheitssystem.

Die zum Ineinandergreifen dieser Systeme notwendigen Verbundstrukturen werden unten ebenfalls noch dargestellt.

4.1. Pflege und Betreuung in privaten Haushalten ohne professionelle Unterstützung

Die Versorgung demenziell Erkrankter in privaten Haushalten wird in der Literatur wie in der Politik als die vorrangige Versorgungsvariante hervorgehoben: ambulant vor stationär heißt die Zielsetzung. Die Mehrzahl der demenziell Erkrankten lebt auch zu Hause¹². Das hat einige entscheidende Vorteile: Die Erkrankten bleiben in vertrauter Umgebung und leben nach einem vertrauten Tagesrhythmus. Das erleichtert ihnen die Orientierung und unterstützt ihr Zeitgefühl. Außerdem ist die Zuwendung oft größer als dies in einem Heim möglich sein kann. Dagegen steht die Tendenz zur Überforderung der Pflegepersonen, die nicht selten bis zu deren Erschöpfung und Erkrankung führt. All dies kann in Krisensituationen in Gewalt eskalieren¹³.

In Brandenburg wird nach unserer Schätzung ca. 60 Prozent der Pflege von Demenzkranken in privaten Haushalten geleistet¹⁴. Dies wären etwa 16.200 Pflegebedürftige. Wir gehen davon aus, dass etwa die Hälfte dieser Klienten Leistungen aus der Pflegeversicherung (nach SGB XI) erhält – spezielle Studien dazu gibt es jedoch nicht. 10.800 demenziell Erkrankte bzw. 40 % befinden sich in stationären Pflegeeinrichtungen.

Das bedeutet, dass sehr viele aus eigener Kraft, mit eigenen Mitteln und natürlich mit Unterstützung der Angehörigen Betreuung und Pflege ganz allein absichern. Die Ursachen dafür sind unterschiedlich. Bei einem Teil der Betroffenen liegen die Voraussetzungen zur Einstufung in eine Pflegestufe nicht vor. Personen, die mangels Pflegestufe keine Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten, können jedoch Hilfen nach dem Bundessozialhilfegesetz beantragen. Andere kennen die Unterstützungsmöglichkeiten des SGB XI bzw. BSHG nicht, wieder andere wollen keine Hilfe von außen - sei es aus Scham oder Druck durch die soziale Umgebung.

Besonders problematisch ist die Lage allein lebender Demenzkranker. Immerhin jeder achte bis zehnte wohnt allein und hat auch keine Angehörigen in der Nachbarschaft¹⁵. Die wenigsten dieser Kranken verfügen über eine Bezugsperson oder sonstige Ansprechpartner/innen. Allein sind sie kaum in der Lage, den Grad ihres Krankheitsstadiums zu erkennen, geschweige denn zu artikulieren. Erst wenn sie gegenüber ihrer Umgebung auffällig werden, wird ihr Hilfebedarf offenkundig.

¹²Dies belegen diverse Studien wie z. B. Schneekloth/Müller 1997, in ihrer bundesweiten Studie; wie auch Gräßel 1998 und Schacke/Zank 1998. ¹³Hirsch/Fussek 1999. ¹⁴Befragungen im Rahmen dieses Gutachtens in stationären Altenpflegeeinrichtungen der Stadt Potsdam, der Stadt Brandenburg, im Landkreis Potsdam-Mittelmark und im Landkreis Prignitz ergaben einen Anteil demenziell Erkrankter von durchschnittlich 62,5 %. Bezogen auf die laut Angaben der AOK 17.275 verfügbaren Plätze in Altenpflegeeinrichtungen wären dies ca. 10.800 demenziell erkrankte Heimbewohner/innen im gesamten Land. Geht man von ca. 27.000 Demenzkranken in Brandenburg aus, so entspricht diese Zahl exakt den von uns angenommenen 40 % Demenzkranken in den Heimen. Das heißt auch: 60 % der Betroffenen werden demnach in privaten Haushalten versorgt. ¹⁵Klostermann u.a. 1998.

Sehr bald nach Einführung der Pflegeversicherung wurde deutlich, dass die Besonderheiten demenziell erkrankter Menschen nicht genügend erfasst sind. Das macht sich besonders im Anfangsstadium der Krankheit bemerkbar. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff des Gesetzes ist an die in § 14 SGB XI abschließend aufgezählten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens geknüpft: Körperpflege, Ernährung, Mobilität und Hauswirtschaft. Psychosoziale Betreuung ist kein Kriterium zur Bemessung der Pflegestufe, obwohl sie doch den größten Hilfebedarf bei Demenzkranken ausmacht. Ihre ständig nötige Beaufsichtigung und Anleitung wird durch das Pflegeversicherungsgesetz nicht sachgerecht erfasst. Zwar können für Demenzkranke noch so genannte Erschwernisfaktoren geltend gemacht werden, da bei ihnen die Einsichtsfähigkeit in ihre Handlungen oft nicht vorliegt und Handlungsabläufe immer wieder erlernt werden müssen. Aber all dies reicht nicht, um den zusätzlichen Betreuungsbedarf abzudecken (tagesstrukturierende Maßnahmen, orientierende Gespräche, Training von Alltagskompetenz), ein Problem, das mit dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz angegangen wird.

Überwiegend sind Frauen für die häusliche Pflege erkrankter älterer Menschen zuständig, in Brandenburg und Berlin sind dies 80 Prozent¹⁶. Fast die Hälfte von ihnen sind die Töchter der demenziell Erkrankten. Wenn Männer pflegen, dann meist die eigene Ehefrau.

Pflegende Angehörige müssen umfangreiche Hilfeleistungen erbringen. Nach einer bundesweiten Studie sind ca. 80 Prozent der demenziell Erkrankten bei der Körperpflege vollständig von Hilfe abhängig, ca. 55 Prozent müssen wegen Inkontinenz versorgt

werden, 25 Prozent sind bettlägerig. Im Durchschnitt waren die Hauptpflegepersonen sechs Stunden pro Tag mit den Kranken beschäftigt, gut 60 Prozent mussten ihren Nachtschlaf regelmäßig unterbrechen, so dass dreiviertel der pflegenden Angehörigen aussagen, sie seien „rund um die Uhr“ mit Hilfs- und Pflegetätigkeiten beschäftigt¹⁷.

Von den demenziell Erkrankten, die zuhause leben, nimmt unserer Studie zufolge etwa jeder Zweite Leistungen aus der Pflegeversicherung in Anspruch. Diese wiederum verteilen sich zu knapp 50 % auf Geldleistungen und ca. 4 % - 5 % auf Tagespflege oder Kurzzeitpflege.

Unterstützungsbedarf pflegender Angehöriger

Annähernd jede zweite Pflege- oder Betreuungsperson im häuslichen Bereich gab an, dass sie ihren Lebensstandard durch finanzielle Einbußen oder durch mangelnde Freizeit eingeschränkt sieht. Bei ca. 50 Prozent kam es zu einem Verlust von Kontakten zu Freunden und Bekannten, ca. 17 Prozent mussten ihre Arbeitszeit reduzieren, gut 5 Prozent gaben ihren Beruf auf¹⁸. Ein großer Teil der Betreuung besteht aus emotionaler Zuwendung wie Trösten, Beruhigen, Aufmuntern.

Da Demenz nach und nach die Persönlichkeit völlig verändert, sind die Pflegenden mit Reaktionen und Verhaltensweisen konfrontiert, die für sie nicht vorhersehbar und nur schwer erklärbar sind. Da es sich bei ihnen meist um Ehepartner oder Kinder handelt und damit eine starke emotionale Beziehung besteht, ist dies besonders schwierig. Das ergab auch die Befragung pflegender Angehöriger in Berlin und Brandenburg: Die allergrößten Probleme sahen sie nicht in der pflegerischen Arbeit, sondern in den psychischen Folgen der Demenz.

¹⁶Dettbarn-Reggentin/Reggentin 2002. ¹⁷Gräßel, 1998. ¹⁸Dettbarn-Reggentin/Reggentin 2002.

Antworten auf die Frage „Was sind für Sie im Moment die größten Probleme in der Betreuung Ihres Angehörigen?“:

„Die Vergesslichkeit, in fünf Minuten ist alles vergessen! Ständige Anschuldigungen, dass alles gestohlen und eingebrochen wurde!“

„Die Weglauftendenzen der Mutter und das teilweise Misstrauen der Mutter, die Unruhe und Verwirrtheit sind manchmal schwer zu ertragen.“

„Das Duschen und nachts schläft er kaum, geht dauernd zur Toilette und weckt damit den Rest der Familie. Lässt sich nicht helfen und sucht Streit.“

„Es ist nicht möglich, den zu Betreuenden allein zu lassen, da er sich nicht mehr zurechtfindet. Daraus resultieren Probleme, wie falscher Ort zum Urinieren.“

„Das bedingungslose da sein, weil meine Frau nicht allein bleiben kann.“

„Dass ich so gut wie keine Chance habe, mein Leben zu führen. Ich fühle mich eingesperrt.“

„Kann ihn nicht mehr alleine lassen, muss immer aufpassen, dass er keinen Unfug macht, nicht ausrückt. Es stimmt einen traurig, wenn der Partner keine Freude an Dingen hat, man sich nicht mit ihm unterhalten kann, er sich nicht mehr artikulieren kann.“¹⁹

Die häusliche Pflege wird erschwert, weil die meisten Angehörigen ein nur ungenügendes Wissen über die Demenzkrankheiten und ihren Verlauf haben. Das gaben viele bei dieser Befragung an: 38 Prozent der Pflegenden wünschten sich einen Erfahrungsaustausch, nahezu jeder Zweite ein Fortbildungsangebot. Allerdings ist für die meisten

die Voraussetzung dafür eine kostenfreie Teilnahme und für die Zeit der Fortbildung ein/e Ersatzbetreuer/in.

Angehörige brauchen Information und Beratung, damit sie sich gegenüber der zu betreuenden Person richtig verhalten und Krisensituationen vermeiden können. Dazu gehören:

- eine einzelfallbezogene Strategieberatung für benötigte Hilfen,
- Pflegeberatung praktischer Art,
- Konfliktlösungsstrategien,
- soziale und kommunikative Unterstützung²⁰.

Die Fortbildung von Angehörigen und anderen an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierten Personen soll durch die Pflegekassen ermöglicht werden, die hierfür Schulungskurse unentgeltlich bereitstellen (§ 45 SGB XI)²¹. In Brandenburg gibt es eine Reihe von Einrichtungen, die Kurse und Erfahrungsaustausche für pflegende Angehörige bereithalten. An erster Stelle steht die Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg, die sich mit ihren 38 *Alzheimer-Kontakt- und Beratungsstellen* direkt an die Angehörigen wendet. Sie sollen frühzeitig beraten, Hilfen vermitteln und Entlastung bieten.

Seit etwa 15 Jahren gibt es in der Bundesrepublik *Angehörigengruppen*. Sie bieten Informationen und Gespräche über Symptome und Krankheitsverlauf, aber auch über den Umgang mit den Kranken. Gerade der Austausch mit anderen Betroffenen, Gespräche über die eigenen Nöte, Versagensängste bis hin zum Verhalten bei Aggressionen machen diese Gruppen so wichtig. Derzeit gibt es in Brandenburg 42 Angehörigengruppen, die zu einem kleineren Teil als Selbsthilfegruppen und zu einem größeren

¹⁹Antwortbeispiele aus der Befragung pflegender Angehöriger, Dettbarn-Reggentin/Reggentin, 2002. ²⁰Dettbarn-Reggentin/Reggentin 2002, ähnlich auch bei Gräßel 2000. ²¹Im Land Brandenburg werden ca. 16.800 demenziell erkrankte Personen in privaten Haushalten betreut. Wenn von deren Hauptpflegepersonen 40 – 50 % ein Fortbildungsangebot annähmen, wären dies etwa 8.000 – 9.000 Personen. Werden auch die besuchenden und betreuenden Angehörigen von demenziell Erkrankten in stationären Einrichtungen einbezogen (ca. 30 % Interessierte), vergrößert sich der Kreis um 3.000 – 3.500 Personen.

Teil als Gruppen mit professioneller Begleitung funktionieren. Letzteres trägt wesentlich zur Stabilisierung solcher Gruppen bei. Sie sind in allen Kreisen und kreisfreien Städten vertreten. Einige bieten während der Zeit der meist monatlich stattfindenden Treffen auch eine Betreuung demenziell Erkrankter an.

Neben dem Austausch von Erfahrungen und Informationen, den gemeinsamen Unternehmungen und dem Erlernen von Pflegetechniken ist vor allem die psychische Entlastung durch diese Treffen wichtig. Sie schaffen Abstand von der eigenen schwierigen Pflegesituation, ermöglichen die Bearbeitung von Schuldgefühlen und damit einen gelasseneren Umgang mit dem Pflegealltag. Oft bilden sich über die Gruppentreffen hinaus private Kontakte.

Initiiert wurden die Angehörigengruppen Ende der 90er Jahre von den neu geschaffenen Kontakt- und Beratungsstellen für Angehörige, insbesondere der Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e.V. (73,3 Prozent), von Trägern sozialer Dienste (6,7 Prozent) oder durch Gesundheitsämter bzw. Mitarbeiter/innen von Pflegeheimen (20 Prozent).

Die Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e.V. wurde 1997 gegründet. Ihre Ziele sind:

- Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger durch Aufklärung, Beratung und Förderung von Selbsthilfegruppen,
- Aufbau und Förderung regionaler Beratungs- und Anlaufstellen in allen Landkreisen und kreisfreien Städten Brandenburgs,
- Durchführung von Tagungen und Fortbildungen,
- Förderung von Initiativen zur Verbesserung der Angebote der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege,

- Aufbau einer Datenbank mit Adressen, Einrichtungen und Initiativen in Brandenburg, die hilfreich für Demenzkranke und ihre Angehörigen sind. Auf dieser Grundlage können Ratsuchende schnell Auskunft erhalten.

Wissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass pflegende Angehörige, die durch Beratungsstellen oder Angehörigengruppen unterstützt werden, deutlich besser mit ihrer Situation zurechtkommen²².

Empfehlungen:

Die *Vermittlung von Kenntnissen* über Demenz muss eine der wichtigsten Aufgaben der nächsten Jahre sein. Dabei geht es zuallererst um Aufklärung unter der Bevölkerung über diese Krankheit und ihre Folgen.

Die vorhandenen *Bildungsangebote* für Angehörige müssen auf deren Bedürfnisse zugeschnitten und publik gemacht werden. Bereits bestehende *Angehörigengruppen* müssen in vorhandene Strukturen eingebaut und vernetzt werden.

Eine weitere große Hilfe zur Entlastung Pflegender könnten *Helfer/innen-Kreise* sein, die es in einigen Bundesländern bereits gibt und die in Brandenburg gerade aufgebaut werden. Sie arbeiten ehrenamtlich und werden im psychosozialen, rechtlichen und medizinischen Bereich geschult. Ihre Aufgabe ist es, verwirrte ältere Menschen stundenweise in ihrer häuslichen Umgebung zu betreuen und auf sie einzugehen. Pflegende Angehörige sollen so auch einmal Zeit für sich finden – für einen Friseurbesuch, einen Arzttermin, einen Einkaufsbummel oder einen Theaterabend.

Ein anderer Ansatz, mit ehrenamtlichen Helfer/innen zu arbeiten, sind die *Betreuungsgruppen pflegender Angehöriger*, wie es sie beispielsweise in Baden-Württemberg gibt. Dort haben sich pflegende Angehörige

²²Mohide u.a., nach Gräßel 2000.

zusammengeschlossen. Sie finanzieren Fachkräfte und ehrenamtliche Helfer/innen, die zum Teil mehrmals wöchentlich in eigener Regie und dafür angemieteten Räumen Demenzkranke betreuen, mit eigenen Mitteln und einer Förderung des Landes.

Solche Angebote unterstützt nun auch das *Pflegeleistungsergänzungsgesetz*. Dieses sieht für demenziell erkrankte Personen unter bestimmten Voraussetzungen zusätzliche Betreuungsleistungen in Höhe von bis zu 460 Euro pro Kalenderjahr vor. Die Mittel können zweckgebunden für qualitätsgesicherte zusätzliche Betreuungsleistungen, wie z.B. anerkannte so genannte niedrigschwellige Betreuungsangebote eingesetzt werden. Das sind z.B. Betreuungsgruppen, Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung.

Erforderlich ist der Ausbau von Tagesbetreuungsmöglichkeiten bis hin zu Tagespflegeeinrichtungen, die Pflegenden sowohl stundenweise, aber auch ganze Tage entlasten können.

„Service-Wohnen ohne Umzug“ in Aachen²³

Unter dem "Service-Wohnen" ist eine Wohnform zu verstehen, in der der Mieter oder Eigentümer einer Wohnung/eines Hauses zusätzliche Hilfestellungen in Anspruch nehmen kann. Dazu steht ein Ansprechpartner zur Verfügung. Um diesen Extra-Service nutzen zu können, schließt der Interessent mit einem Anbieter (z.B. Sozialstation, Mobiler Sozialer Dienst, Beratungsstelle) einen Service-Vertrag ab, in dem der Umfang der Hilfestellungen und als Entgelt dafür eine monatliche "Service-Pauschale" festgelegt sind. Die Höhe dieser Service-

Pauschale richtet sich nach dem Umfang des Angebotes. Im Service-Vertrag sollte sich der Anbieter zur Wahrnehmung der folgenden Leistungen verpflichten:

- *Bereitschaft, zu den üblichen Dienstzeiten für den Bewohner als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen.*
- *Hilfestellung bei der Organisation von z.B. Einkaufsdienst, Fortführung des Haushaltes, häuslicher Pflege, stationärem Mittagstisch o.ä.*
- *Information über die Angebote für ältere Menschen bzw. zum Thema Alter im Viertel.*
- *Sicherstellung eines einstündigen Besuches jedes Haushaltes pro Monat durch eine Fachkraft.*

Die Kosten können für Bezieher von Wohngeld in Absprache mit dem Wohnungsamt bei der Berechnung des Mietzuschusses berücksichtigt werden; für Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt ist eine Finanzierung nach dem Bundessozialhilfegesetz möglich (BSHG § 23 Abs.1; ggf. mit Aufstockung des Mehrbedarfs über die vorgesehenen 20% des maßgebenden Regelsatzes).

Pflegende Angehörige sind bis an die Grenzen ihrer Kraft gefordert. Sie benötigen koordinierte, auf ihre spezifische Situation abgestimmte Hilfe- und Unterstützungsangebote.

4.2. Pflege und Betreuung in privaten Haushalten mit professioneller Unterstützung durch ambulante Dienste

Ambulante Dienste bieten Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Hilfen an. Allein lebenden demenziell erkrankten Menschen ermöglichen sie ein längeres Verbleiben im eigenen Haushalt, pflegende Angehörige werden entlastet. In vielen

²³Gekürzte Darstellung nach

www.aachen.de/DE/stadt_buerger/gesellschaft_soziales/senioren/einrichtungen/wohnen/betreutes_wohnen.html

Fällen kann dadurch ein Heimaufenthalt längere Zeit hinausgeschoben oder ganz vermieden werden. Von den demenziell Erkrankten, die bundesweit in privaten Haushalten leben, werden nach unterschiedlichen Studien zwischen 12-35 % durch ambulante Dienste gepflegt. Nach Ergebnissen unserer Studie liegt der Anteil in Brandenburg bei etwa einem Viertel.

Da die ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste die Verrichtungspflege nach SGB XI anbieten und diese in aller Regel erst im späteren Krankheitsverlauf der Demenz relevant wird, werden ambulante Pflege- und Betreuungsdienste im frühen Stadium der Krankheit selten in Anspruch genommen. Meist werden sie erst dann pflegerisch aktiv, wenn die Voraussetzungen zur Anerkennung einer Pflegestufe durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen gegeben sind. Das Netz ambulanter Pflege- und Betreuungsdienste ist besonders im Berliner Umland dicht gespannt: 2001 gab es 550 Dienste mit etwa 6.400 Mitarbeitern.

Die Nachfrage nach ambulanten Diensten und damit nach professionellen Pflegekräften wird in den kommenden Jahren stark zunehmen. Dies könnte besonders im äußeren Entwicklungsraum Brandenburgs zu Problemen führen. Hier wird sich die Zahl der Personen, die am Berufsbeginn stehen, von 1999 bis zum Jahr 2010 mehr als halbieren²⁴.

In den ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten beträgt die Fachkraftquote annähernd 50 Prozent; aber nur sechs Prozent der Mitarbeiter/innen verfügen über eine Weiterbildung oder Qualifizierung in Gerontopsychiatrie. So zeigen Untersuchungen, dass Mitarbeiter/innen von Pflege- und Betreuungsdiensten oft zu sehr in der somatischen Medizin verwurzelt sind und weniger Kompetenzen in der psychosozialen Betreu-

ung haben. Das ergab auch eine Befragung von ISGOS unter den ambulanten Diensten. Dort gaben 71 Prozent der befragten Dienste an, dass sie die Hauptschwierigkeit in einer unzureichenden Qualifizierung sehen. An zweiter Stelle wurden Probleme mit Angehörigen genannt: mangelnde Integration des Dienstes in den Familienkreis, ungeeignete Pflege durch Angehörige, Unkenntnis über das Krankheitsbild, unzureichende Beratung durch die Kassen. Dazu kommt ein knappes Zeitbudget, das sich zudem ausschließlich auf reine Pflegetätigkeiten bezieht und zu wenig Möglichkeit lässt, auf die weiteren Bedürfnisse von demenziell Erkrankten einzugehen.

Wichtig ist, dass ambulante Dienste Problemlagen frühzeitig erkennen, eine gerontopsychiatrische Versorgung einleiten und über entsprechend qualifiziertes Personal verfügen.

Ein besonderes Problem besteht für allein wohnende an Demenz erkrankte Menschen. Da der ambulante Dienst in der Regel nur einmal täglich kommt (bei Pflegestufe 2), werden sie durch die Besuche oft beunruhigt. Manche rufen mehrmals hintereinander bei den Diensten an, laufen weg oder beschimpfen die Helfer. Anleitung und Anregung gehen häufig ins Leere. Um hier richtig zu reagieren, braucht es nicht nur Zeit, sondern auch ein spezielles Wissen über diese Problematik.

Empfehlungen:

In den kommenden 10 bis 15 Jahren wird die Nachfrage nach Pflege- und Betreuungsdiensten enorm steigen. Im engeren Verflechtungsraum muss gegenüber dem Jahr 2000 mit etwa 50 Prozent mehr Pflegefällen gerechnet werden; im äußeren Entwicklungsraum wird die Nachfrage um etwa 20 - 25 Prozent steigen. Deshalb sollten bereits jetzt *mehr Altenpfleger/innen* ausgebildet

²⁴Die Veränderungen im inneren Verflechtungsraum sind weniger gravierend. Vgl. auch Tabelle im Anhang

werden. Das ist auch deshalb geboten, da durch geburtenschwache Jahrgänge der potenzielle Nachwuchs für Pflegeberufe immer mehr abnimmt (siehe Tabelle im Anhang).

Auf Grund der steigenden Zahl zu betreuender demenziell Erkrankter besteht ein erheblicher Bedarf an gerontopsychiatrischer Weiterbildung der in der Altenhilfe Tätigen. Bei der Ausbildung von Pflegefachkräften muss die Spezifik der Gerontopsychiatrie stärker Berücksichtigung finden. Außerdem sollte für alle Mitarbeiter/innen in ambulanten Diensten eine Fortbildung auf gerontopsychiatrischem Gebiet obligatorisch sein.

Geprüft werden sollte auch der Einsatz *spezieller ambulanter gerontopsychiatrischer Dienste*. Sie könnten eine wichtige Ergänzung darstellen, vor allem, da gerade Angehörige sich oft ratsuchend an die ambulanten Helfer/innen wenden. Diesen fehlt dafür bisher das Wissen, auf jeden Fall aber die Zeit.

Mit der zunehmenden Zahl von Demenzkranken wird die Nachfrage nach sozialen Diensten stark ansteigen.

4.3. Pflege und Betreuung in privaten Haushalten unter Inanspruchnahme teilstationärer Angebote

Teilstationäre Versorgung wird von Pflegeeinrichtungen in Form von Tages- oder Nachtpflege erbracht. Sie stellen in gewisser Weise eine Mischform dar. Die Demenzkranken sind entweder täglich oder an bestimmten Wochentagen in diesen Einrichtungen, behalten jedoch ihren gewohnten Lebensmittelpunkt bei. Die teilstationäre Versorgung soll häusliche Pflege entlasten oder auch zu bestimmten Zeiten ersetzen, beispielsweise wenn Betreuende berufstätig

sind. Selbstverständlich ist sie auch eine Unterstützung für allein lebende Demenzkranke.

In Brandenburg gibt es 77 zugelassene teilstationäre Pflegeeinrichtungen. Sie bieten 918 Tagespflegeplätze und 74 Nachtpflegeplätze an. Der größte Teil von ihnen, 47 Einrichtungen, ist an eine vollstationäre Einrichtung angebunden, die anderen 30 werden von ambulanten Pflegediensten betrieben oder bieten ausschließlich teilstationäre Leistungen an²⁵. Die meisten von ihnen betreuen nicht nur demenziell Erkrankte, in der Regel nehmen diese jedoch einen Anteil von 40 bis 60 Prozent ein. Dieses „Miteinander“ ist für beide Seiten nicht unproblematisch. Bisher gibt es kaum Spezialeinrichtungen für gerontopsychiatrisch Erkrankte. Vier Einrichtungen haben sich konzeptionell und durch entsprechend geschultes Pflegefachpersonal auf die Betreuung demenziell Erkrankter und somatisch Kranker eingestellt²⁶.

Die durch die Pflegeversicherung zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel für Tagespflegeangebote lassen wenig Spielraum für die Inanspruchnahme weiterer Dienste (bei Ausschöpfung der Möglichkeiten nach SGB XI). Eine private Zuzahlung wird selten in Erwägung gezogen und ist mitunter auch gar nicht möglich. Angebote für eine sehr viel preiswertere Tagesbetreuung, beispielsweise mit geschulten Betreuer/innen (kein Fachpersonal) und ehrenamtlichen Helfer/innen im Unterschied zur aufwendigeren Pflege existieren bisher kaum. Eine Möglichkeit wäre, das Modell der stundenweisen Betreuung durch ehrenamtliche Helfer/innen entsprechend auf eine Ganztagsbetreuung zu erweitern.

Empfehlungen:

Innerhalb der nächsten Jahre muss sich aufgrund der wachsenden Nachfrage das Angebot an Tagesbetreuungsplätzen annähernd verdoppeln.

²⁵nach AOK für das Land Brandenburg 2001. ²⁶AOK für das Land Brandenburg 2001.

Tagespflegeeinrichtungen sollten gut erreichbar sein; eine Fahrt sollte nicht länger als 30 Minuten dauern. Die Organisation solcher Fahrten ist kostenaufwendig und wird in den einzelnen Einrichtungen sehr unterschiedlich gelöst. Manche verfügen über eigene Fahrdienste, andere greifen auf spezielle Fahrdienste für Behinderte zurück oder entscheiden sich für Taxis.

Auf Grund der Struktur der Pflegebedürftigen müssen sich die Tagespflegeeinrichtungen grundsätzlich auf die Betreuung demenziell Erkrankter einstellen, ihnen helfen, den Tag zu strukturieren und alltagsrelevante Fähigkeiten zu trainieren. Bedacht werden sollte auf jeden Fall, dass Demenzkranke große Probleme mit Ortsveränderungen haben und daher teilstationäre Betreuung in regelmäßiger Form erfolgen sollte.

Ein besonderes Beispiel ist die Wohngruppe zur Tagesbetreuung Demenzkranker, die 1999 durch den Demenzverein Saarlouis e.V. geschaffen wurde. Die Demenzkranken leben tagsüber in einem Einfamilienhaus in einer Gemeinde des Landkreises. Der Hauseigentümer ist selbst an Demenz erkrankt und bewohnt einen Raum im Haus. Die übrigen Räume stehen zur Betreuung von fünf weiteren Personen zur Verfügung. Ein eigener Fahrdienst holt und bringt die Tagesgäste. Vormittags werden beschäftigungstherapeutische Angebote gemacht, gemeinsam wird Mittagessen gekocht und Kuchen für den Nachmittagskaffee gebacken. Ab 17.30 Uhr beginnt der Rückfahrdienst. Es gibt durchaus auch die Möglichkeit, über Nacht zu bleiben, auch dann ist für Betreuung gesorgt. Tiere, unter anderem zwei Zwergziegen, ein Aquarium und ein Hund, gehören ebenfalls zur Tages-WG. An Mitarbeitern stehen zur Verfügung: Zwei Altenpfleger, eine Kranken-

schwester, zwei Zivildienstleistende und zwei ehrenamtliche Mitarbeiterinnen aus dem Verein. Die Arbeitszeit ist von 7.00 bis 23.00 Uhr in zwei Schichten eingeteilt; danach ist eine Nachtwache anwesend. Pflegerische Leistungen übernehmen selbst gewählte Pflegedienste, die anfallende Hausarbeit wird von den Gästen soweit wie möglich übernommen. Monatlich sind pro Person knapp 1.300 € kalkuliert; darin sind alle anfallenden Kosten abgegolten. Eine solche familienähnliche Betreuung in kleinen Gruppen erfordert zwar viel Organisation, ist aber durchaus umsetzbar, wenn die baulichen Voraussetzungen vorhanden sind. In diesem Fall bringt eine der betreuten Personen die Räume mit ein, eine Möglichkeit, die manchmal gerade im ländlichen Bereich gut durchführbar wäre.

4.4. Betreuung durch vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Die vollstationäre Versorgung ist die Versorgung rund um die Uhr in einem Altenpflegeheim. Sie kann als Kurzzeitpflege oder als Dauerpflege gestaltet sein.

4.4.1. Stationäre Kurzzeitpflege

Die stationäre Kurzzeitpflege ist zeitlich begrenzt und kann in Anspruch genommen werden, wenn die häusliche Pflege zeitweise nicht oder nicht in vollem Umfang erbracht werden kann, beispielsweise weil die Betreuungspersonen auch einmal krank werden oder Urlaub brauchen.

Unter bestimmten Voraussetzungen haben Pflegebedürftige einen Anspruch auf vier Wochen Kurzzeitpflege je Kalenderjahr (SGB XI, § 42)²⁷. Die Kurzzeitpflege kann auch im Anschluss an eine stationäre Behandlung

²⁷Unter der Voraussetzung, dass die Pflegeperson den Kranken mindestens 12 Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat, werden Leistungen bis zu einem Gesamtbetrag von maximal 1.435 € gewährt.

der demenziell Erkrankten gewährt werden oder wenn in sonstigen Krisensituationen häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist.

In Brandenburg gibt es zurzeit 165 dieser Einrichtungen mit 856 Kurzzeitplätzen, wobei die Nachfrage abnimmt.

4.4.2. Pflege und Betreuung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Die vollstationäre Pflege findet in Altenpflegeheimen statt. In den vergangenen Jahren ist der Anteil Demenzkranker in den Altenpflegeheimen kontinuierlich gestiegen und beträgt derzeit durchschnittlich ca. 62 Prozent. Ihr bereits jetzt hoher Anteil wird sich in Zukunft erheblich vergrößern, da inzwischen etwa drei Viertel aller neu einziehenden Personen demenziell erkrankt sind. Der Anteil demenziell Erkrankter an den Bewohner/innen von Altenpflegeheimen wird also innerhalb der nächsten drei bis vier Jahre auf 75 Prozent klettern; 2010 wären die Heime nahezu vollständig mit Demenzkranken belegt, sofern hier keine alternativen Betreuungsformen zustande kommen²⁸.

Eine Umfrage in Brandenburger Heimen ergab, dass:

- 2,1 Prozent der demenziell Erkrankten keine Pflegestufe haben,
- 20,5 Prozent Pflegestufe I haben,
- 44,2 Prozent Pflegestufe II haben,
- 33,2 Prozent Pflegestufe III haben²⁹.

Generell lässt sich vermuten, dass mit dem Schweregrad der Demenz auch die Pflegestufe steigt.

Es sind vor allem allein Lebende, die sich zum Umzug ins Heim entschließen müssen. In privaten Haushalten mit Familienangehörigen, etwa Kindern oder Ehepartnern, wird oft sehr lange versucht, die Betreuung zu Hause zu ermöglichen.

Angehörige von demenziell Erkrankten in Berlin und Brandenburg benannten fünf Hauptgründe für einen Wechsel ins Pflegeheim:

1. der pflegebedürftigen Person ist es nicht mehr möglich, allein zu leben, das Heim bietet mehr Sicherheit (29,2 Prozent),
2. der Gesundheitszustand der pflegenden Angehörigen setzt Grenzen (24,4 Prozent),
3. der Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen hat sich verschlechtert (20,6 Prozent),
4. Berufstätigkeit und Familie setzen andere Prioritäten (12,9 Prozent),
5. die Grenzen der Pflegekapazität und Pflegekompetenz sind erreicht, es geht auch mit Unterstützung mobiler sozialer Dienste nicht mehr (12,9 Prozent)³⁰.

Bisher gibt es in Brandenburger Heimen kaum spezielle Wohnbereiche für die Bedürfnisse demenziell erkrankter Bewohner/innen, keine systematische Einbindung der Angehörigen in die Pflege sowie oft unzulängliche bauliche Bedingungen. Dies führt zu Problemen in mehrfacher Hinsicht. Diejenigen demenziell Erkrankten, die eine ruhige ausgeglichene Atmosphäre brauchen und geduldige Unterstützung und Anregung, um vielleicht noch selbst tätig zu werden, sind durch die Hektik des Pflegebetriebes überfordert. Sie werden zunehmend unruhiger, aggressiv – oder ziehen sich in sich selbst zurück. Andererseits sind demenziell erkrankte Bewohner/innen oft auch eine Belastung für somatisch kranke, aber geistig rege Bewohner/innen.

Drei Viertel aller Pflegebedürftigen, die in Altenpflegeheime umziehen, sind an Demenz erkrankt.

²⁸Befragung ISGOS 2001. ²⁹Befragung ISGOS 2001. ³⁰Befragung ISGOS 2001.

Um dem zu begegnen, wurden drei Konzepte entwickelt:

1. *Das integrative Versorgungskonzept* versucht, aus diesem schwierigen Nebeneinander ein Miteinander zu gestalten. Es kann nur in einem frühen Stadium der Demenz erfolgreich umgesetzt werden. Zu ihm gehören Strategien, die alle in den Tagesablauf einbeziehen, niemanden ausgrenzen und Konflikte vermeiden sollen. Voraussetzung, dass dies funktioniert, sind Rückzugsmöglichkeiten, aber auch Angebote, die auf Interessen und Möglichkeiten beider Seiten zugeschnitten sind.
2. *Das teilintegrative Konzept* nimmt eine stärkere Trennung vor. Demenziell erkrankte Heimbewohner/innen werden zeitweise, über Stunden oder den ganzen Tag, in eine spezielle Betreuung genommen. Hier gibt es therapeutische Angebote, musische, spielerische und andere Beschäftigungen.
3. *Das segregative Konzept* sieht eine völlig eigene Betreuung und auch räumliche Trennung von demenziell erkrankten und den übrigen Heimbewohner/innen vor. Es wird auf zwei verschiedene Arten praktiziert: Bei den aus den USA bekannten „Special Care Units“, denen die deutschen Domus-Einrichtungen ähnlich sind, werden Demenzkranke je nach Schweregrad

betreut. Das Personal ist speziell dafür ausgebildet, die Umgebung entsprechend gestaltet und es gibt spezifische Betreuungskonzepte.

Während Domus-Einrichtungen vor allem personell stark fachlich orientiert sind, werden bei der zweiten Variante, den Wohngruppen, hauswirtschaftliche Aspekte stärker betont. Ihr Ziel ist ein „Normalitätsprinzip“. Sechs bis zwölf Personen leben familienähnlich zusammen und werden durch eine Bezugsperson betreut, die fachlich qualifiziert oder hauswirtschaftlich versiert ist. Jede/r Bewohner/in beteiligt sich nach seinen Möglichkeiten und Wünschen an hauswirtschaftlichen Tätigkeiten. Die pflegerische Versorgung kommt hinzu, prägt aber nicht den Lebensalltag.

Die gemeinsame Pflege und Betreuung von demenziell Erkrankten und Pflegebedürftigen, die nicht demenziell erkrankt sind, ist problematisch.

Etwa jedes zweite Altenheim führt nach eigenen Angaben eine *Bezugspflege* durch. Dabei ist eine kleine Gruppe von Pflegekräften für eine kleine Gruppe von Bewohner/innen verantwortlich und erledigt alle anfallenden Arbeiten. So ist zumindest eine

Übersicht über stationäre Wohnangebote

Normales Heim	Integriert wohnen im Heim	Integriert Heim + Gruppe	Station Spezielle Wohngruppe	Wohngruppe Milieu
Ohne gesondertes Konzept für Demenzkranke	Gesondertes Konzept	Mit Tagesgruppe	Spezieller Wohnbereich, max. 14 Bewohner/innen	Feste Gruppe, selbständig 6 – 12 Bewohner/innen
Demenzkranken und Nicht-Demenzkranken	Demenzkranken und Nicht-Demenzkranken	Demenzkranken z.T. als Gruppe tagsüber	Feste Gruppe, evt. tagsüber offen für weitere Bewohner/innen	Familienähnlich

größere Intensität der Zuwendung gegeben und ein gewisses Maß an Ruhe. Das könnten erste Grundlagen für ein *integriertes Konzept* zum Miteinander von dementen und nichtdementen Bewohner/innen sein.

Einige Heime haben bereits interessante Pflege- und Betreuungsansätze aufzuweisen. Bei der Befragung für dieses Gutachten wurden neben tagesstrukturierenden Maßnahmen oder Gedächtnistrainings, wie sie in jedem größeren Heim für alle Bewohner/innen angeboten werden, unter anderem genannt: Validation, Erinnerungstherapie, kognitives Training, Milieuthherapie, Musiktherapie und Snoezelen.

Nur etwa fünf Prozent aller Heime arbeiten nach dem segregativen Konzept, bei dem demenziell erkrankte Bewohner/innen von den übrigen getrennt leben und extra betreut werden. Einige haben Wohnetagen nur für die demenziell erkrankten Bewohner/innen eingerichtet oder betreuen sie in speziellen Tagesgruppen.

*Grundsätze des segregativen Konzeptes:
Bezugsperson*

Eine vertraute Pflegekraft, die Sicherheit gibt und keine therapeutischen Erfolgsansprüche stellt.

Tagesablauf

Die Bewohner/innen bestimmen und strukturieren den Tagesablauf. Bekanntes und Vertrautes schützt vor Über- und Unterforderung. Hauswirtschaftliche Tätigkeiten und Mahlzeiten sind verlässliche Markierungen des Tages. Aktivitäten, die Freude machen, wie Singen, können in den Tagesablauf eingebunden werden.

Wohn- und Lebenswelt

Es darf kein Stress erzeugt werden. Regeln müssen nicht durchgesetzt werden, es soll ein Klima geschaffen werden, das Harmonie ausstrahlt und zugleich anregend wirkt.

Biografie

Der Bezug zur eigenen Geschichte mittels einfacher Alltagsgestaltung, Erinnerungsgegenstände, Fotos und Ähnlichem schafft Identität, zumindest in frühen und mittleren Demenzstadien.

Nach einem solchen Konzept arbeiten beispielsweise das Wohngruppenhaus für pflegebedürftige demente Senioren im Seniorenzentrum „Clara Zetkin“ in Brandenburg (vgl. Kapitel 4.5.2.) und der Katharinenhof „Am Dorfanger“ in Fredersdorf. Er bietet 115 Plätze auf drei Etagen (Wohnbereiche). Es gibt elf Wohngruppen zu je acht Personen und drei Wohngruppen zu je zwölf Personen. Weitere Vorhaben sind in Chorin, Nauen und Neuendorf geplant. Neben diesen Neuerichtungen wurden auch Teile von stationären Einrichtungen, wie Etagen oder Wohnbereiche speziell für die an Demenz erkrankten Bewohner/innen umgestaltet (Letschin – vgl. Kapitel 4.5.1., Eisenhüttenstadt, Brieske, Treuenbrietzen, Kyritz und Schwedt). Weitere Vorhaben sind in Güterfelde, Schwedt und Müncheberg geplant. Geplant sind auch Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen für gerontopsychiatrisch veränderte Menschen u.a. in Potsdam und Cottbus.

4.4.3. Der Bedarf an Altenpflegeheimplätzen

Nach § 72 des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) waren im Jahr 2001 im Land Brandenburg 223 vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit insgesamt 17.275 Plätzen zugelassen³¹. Die kleinste Einrichtung hat 14 Plätze, die größte 334. Zwar steigt die Zahl älterer Menschen in den nächsten Jahren stark an, aber es ist der Trend abzusehen, dass sich zunehmend weniger für ein Heim, sondern für eine betreute Wohnform entscheiden. Auch die moderne Ausstattung der allermeisten Wohnungen (Sanierung, Modernisierung) gestattet es heute vielen, länger in ih-

³¹AOK für das Land Brandenburg 2001

ren vier Wänden zu bleiben. Bis zum Jahr 2010 wird nach unserer Auffassung damit zu rechnen sein, dass der Bedarf an Altenpflegeheimplätzen um drei Prozent steigt. Benötigt werden dann etwa 300-400 Plätze mehr. Zunehmend werden dann allerdings über 80-Jährige diese Plätze belegen, von denen ein großer Teil demenzkrank ist.

4.4.4. Die bauliche Ausstattung der Altenpflegeheime

Der Standard ist in den Pflegeheimen Brandenburgs in den 90er Jahren stark angehoben worden. Ein Investitionsprogramm des Landes hat in Abstimmung mit den Kreisen und kreisfreien Städten bewirkt, dass viele Heime über den heutigen gesetzlichen Mindestanforderungen liegen. Nach den in vier Befragungsgebieten durchgeführten Erhebungen sind 46 Prozent der Pflegeheimplätze in Brandenburg Einzelzimmer. Was die Unterbringung angeht, so sind demenziell Erkrankte eindeutig besser gestellt als andere. Zwei Drittel von ihnen verfügen über einen Raum für sich allein (Zimmergröße zwischen 10 und 20 m²). Überwiegend ist eine eigene Teilmöblierung möglich, die meisten verfügen heute auch über einen eigenen Sanitärraum.

Demenzranke benötigen eine einfach zu durchschauende Orientierung. Besonderer Wert wird auf folgende Aspekte gelegt:³²

- zusammenhängende Raumstruktur,
- Gruppenraum für Mahlzeiten und Aktivitäten, möglichst mit gemeinsamer Küche und weiteren Räumen für besondere Beschäftigungen (Snoezeln, aber auch eine Werkstatt oder Ähnliches),
- Rückzugsmöglichkeit,
- „Wanderwege“, möglichst innen und außen, keine Sackgassen,
- geräumige, helle Sanitäräume, möglichst

- für jede/n Bewohner/in extra,
- Wohnanlage ebenerdig bzw. mit Aufzug; ideal ist direkter Zugang zum Garten,
- helle Tages- und Gemeinschaftsräume (je nach Empfehlung 300 bis 500 Lux),
- möglichst Einzelzimmer, bei Bedarf Möglichkeit, als Paar zu wohnen.

In vielen Heimen wurden Gestaltungsmaßnahmen durchgeführt, die die Bedingungen für demenzranke Bewohner/innen verbessern sollen. So sind beispielsweise – nach eigenen Angaben - in drei Viertel der Heime die Pflegeetagen farblich gestaltet, ca. 57 Prozent arbeiten mit Farbkontrasten an Boden und Wänden und ca. 24 Prozent verfügen über Rundwege³³. Trotzdem muss eindeutig gesagt werden, dass die meisten Heime in ihrer baulichen Ausführung nicht speziell auf die Bedürfnisse demenziell Erkrankter ausgerichtet sind. 52 Prozent der von uns Befragten sahen die Anpassung der Baulichkeiten als vordringlichste Aufgabe.

Nach Ansicht der Gutachter sind die Standards im Rahmen des Investitionsprogramms Pflege des Landes Brandenburg (z.B. 45 m² Nettofläche/Pflegeplatz) für das Wohngruppenkonzept nicht ausreichend. Allein der Flächenbedarf wird mit mindestens 50 m² eingeschätzt, ohne den erhöhten Gemeinschaftsanteil zu berücksichtigen.

Die meisten Heime müssen baulich den besonderen Bedürfnissen demenziell Erkrankter angepasst werden.

4.4.5. Die personelle Ausstattung der Altenpflegeheime

Der erhöhte Personalaufwand für die Betreuung demenziell Erkrankter muss in den Per-

³²Nach Empfehlungen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, der Hamburger Vereinbarung 2000, einer TKK-Tagung in Berlin aus dem Jahr 2001 und dem Gutachten von ISGOS 2001. ³³Die genannten Leistungen und Konzepte von Brandenburger Heimen beziehen sich auf die vier Befragungsgebiete (vgl. Methodisches Vorgehen im Anhang). Die Ergebnisse sind daher nur begrenzt auf andere Gebiete Brandenburgs übertragbar.

sonalschlüsseln berücksichtigt werden. Der Anteil von Fachkräften ist in den Brandenburger Pflegeheimen in den vergangenen Jahren leicht gestiegen und liegt bei 59,5 Prozent. Dabei ist der Anteil der Krankenschwestern und Krankenpfleger etwas höher als der von Altenpfleger/innen. Im Bundesvergleich liegt Brandenburg damit an der Spitze³⁴. Es gibt also genügend Fachpersonal, aber eine spezielle Qualifizierung zur Betreuung gerontopsychiatrisch Erkrankter ist so gut wie nicht vorhanden. Damit ist jedoch eine bedürfnisorientierte Pflege für psychiatrisch erkrankte alte Menschen kaum möglich.

Zu 80 bis 90 Prozent (und mehr) werden demenziell erkrankte Menschen von Pfleger/innen betreut, die über keine spezielle Aus- oder Fortbildung verfügen. Wichtig ist, dass nicht nur sie, sondern das gesamte Personal (einschließlich der hauswirtschaftlichen und sonstigen Kräfte) systematisch fortgebildet wird. Dies wurde auch von den befragten Pflegeeinrichtungen selbst erkannt: 76 Prozent sahen eine Qualifizierung als unbedingt notwendig an.

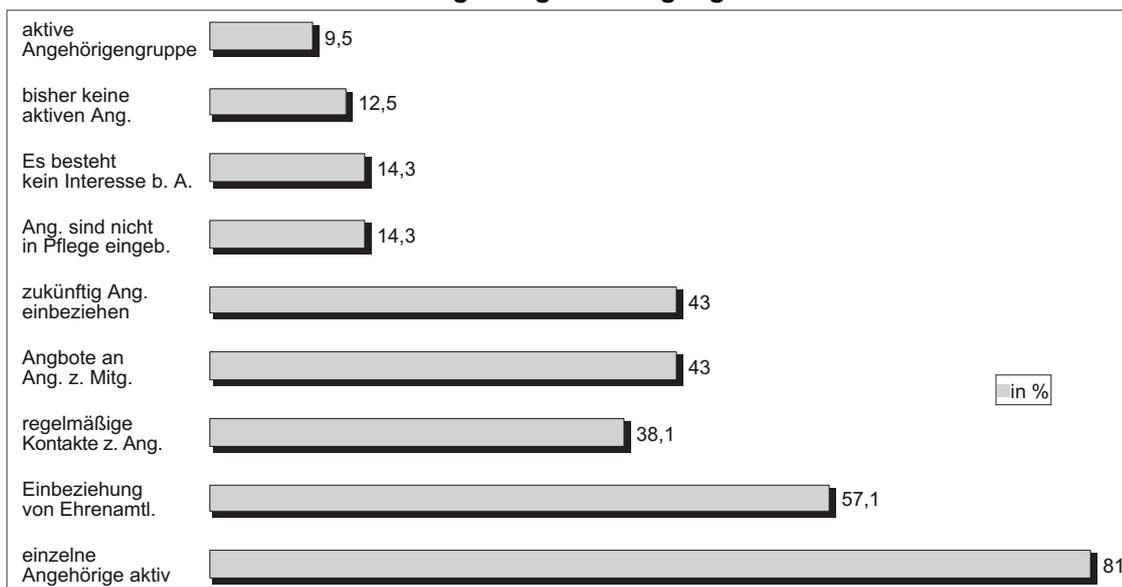
Der überwiegende Teil der Mitarbeiter/innen in Heimen ist nicht ausreichend für die Betreuung demenziell erkrankter Menschen qualifiziert.

4.4.6. Angehörigenarbeit im Altenpflegeheim

Mit dem Heimvertrag wird der Pflege- und Betreuungsauftrag an professionelle Kräfte abgegeben. Gerade für Demenzkranke sind aber Begegnungen mit ihren Angehörigen wichtig. Genauso wichtig ist der Kontakt zu den Angehörigen aber auch für die Mitarbeiter/innen des Heimes. Sie erfahren von Kindern, Ehemännern oder -frauen biografische Daten, Gewohnheiten, Interessen, Aktivitäten und Vorlieben der Patienten/innen.

Es gibt nur sehr wenige Heime in Brandenburg, die auf aktive Angehörigengruppen verweisen können. Obwohl durchaus Bereitschaft von Angehörigen da ist, bei der Betreuung unterstützend mitzuarbeiten, nehmen Heime dies in aller Regel nicht wahr. Vielleicht sehen sie die Gefahr von Betreuungsfehlern (Haftungsfragen) oder sie befürchten Störungen im Pflegelauf.

Angehörigenbeteiligung



³⁴Die Bezeichnung Fachkraft wird erworben nach einer 3-jährigen Ausbildung mit Berufsabschluss (Krankenschwester, Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger).

Um dementengerechte Pflegekonzepte umzusetzen, müssen alle oben genannten Faktoren in Übereinstimmung gebracht werden. Ein wichtiger Ausgangspunkt jedoch sind immer die baulichen Bedingungen. Wird ein milieutherapeutischer Ansatz gewählt, ist der bauliche Aufwand weit höher, da hierzu nicht nur ein gemeinsamer Aufenthaltsraum gehört, sondern beispielsweise auch eine großzügige Wohnküche. Wo entsprechende Umbauten oder gar ein Neubau nicht möglich sind, können trotzdem die Bedingungen für demenziell Erkrankte schrittweise verbessert werden.

In der nachstehenden Tabelle werden Anpassungsmaßnahmen von stationären Pflegeeinrichtungen an die Wohn- und Lebensbedürfnisse demenziell erkrankter Menschen dargestellt.

Empfehlungen:

Stationäre Einrichtungen erhalten für die Versorgung demenziell Erkrankter einen immer höheren Stellenwert. Entscheidend ist, dass sich die Heime auf *die Bedürfnisse von demenziell erkrankten Menschen* einstellen: Selbstbestimmung und Selbstständigkeit in kleinen Einheiten, Förderung von vorhandenen Fähigkeiten, Stärkung der Sozialbeziehungen und der persönlichen Identität.

Die unterschiedlichen Erfahrungen in allen Projekten zeigen, dass *segregative wohngruppenbezogene Wohnbereiche* für demenziell Erkrankte die besten Bedingungen bieten. In einem den jeweiligen Bedürfnissen (Demenzstufen und -ausprägungen) angepassten Betreuungskonzept sollten Wohngruppen aufgebaut werden, die wiederum in ein Gesamtkonzept integriert sind.

Anpassungsmaßnahmen an die Wohnbedürfnisse Demenzkranker

	Geringer Aufwand	Erhöhter Aufwand	Hoher Aufwand
Bewohnerbezogene Maßnahmen	Therapie, Rehabilitation einzel- oder gruppenbezogen, teilintegrative Pflege	Stationsweise Anpassung Domus-Prinzip	Aufbau von Bewohner/innen-Gruppen mit 6-12 Personen, milieutherapeutischer Ansatz
Organisatorische und personalbezogene Maßnahmen	Fortbildung des Personals, Beziehungspflege mit Ansatz zum Biografiebezug	Fortbildung in gerontopsychiatrischen Themen, Betreuung, Beziehungspflege biografiebezogen, Fallbesprechungen	Wohngruppenverantwortung, Personalschlüssel etwa 1 : 1,7, Beziehungspflege biografiebezogen, Fallbesprechungen
Bauliche Maßnahmen	Farb- und Lichtgestaltung, Material, Möblierung, Einbeziehung der Angehörigen	Wegeführung, Gemeinschaftsflächen, bewohnergerechte Gestaltung, Angehörigenarbeit	Milieugerechte Gestaltung, Wohnküche, Gartengestaltung, wohnliche Einrichtung, Licht, Farben, Material, Angehörige als Teil des Konzeptes
Strukturverbessernde Maßnahmen	Regelmäßige Absprachen eines Teils der Dienste, Arbeitskreis	Teilvernetzung mit Beratungseinrichtungen, formell und z.T. informell	Gesamtvernetzung, Organisationsstruktur, Moderation

Ist ein segregatives Konzept aus räumlichen oder organisatorischen Gründen nicht möglich, bringt auch eine *besondere Tagesbetreuung* (teilintegrativ) Verbesserungen.

Eine rein integrative Betreuung ist nur möglich, wenn die Zahl der Demenzkranken im Vergleich zu den übrigen Bewohner/innen sehr gering ausfällt und zudem keine Verhaltensauffälligkeiten vorliegen.

Segregative Wohngruppen könnten auch in ländlichen Regionen mit sonst weniger gut ausgebauter Pflege-Infrastruktur umgesetzt werden. Solche Einrichtungen könnten organisatorisch an vorhandene stationäre Einrichtungen als „*Satelliten*“ angekoppelt werden. Zu bewältigen sind dafür allerdings rechtliche und finanzielle Probleme.

Bauliche Umgestaltungsmaßnahmen in vorhandenen Einrichtungen können auch etagen- oder abschnittsweise geschehen. Bei Neubau oder Umbau sollten von vornherein die Bedingungen für einen *wohngruppenbezogenen Pflegeansatz* geschaffen werden. Inwieweit vorhandene Heime angepasst oder umgebaut werden, hängt sowohl von den Möglichkeiten, aber auch vom gewünschten Wohnkonzept ab.

Die Betreuung Demenzkranker erfordert einen höheren *Zeitaufwand*, dem Rechnung getragen werden muss. Das bedeutet auch ein Mehr an Personal.

Alle Mitarbeiter/innen benötigen eine entsprechende *gerontopsychiatrische Fortbildung*. In den Leitlinien zur Betreuung und Pflege Demenzkranker in stationären Einrichtungen vom 10.7.2001 in stationären Pflegeeinrichtungen hat der Landespflegeausschuss Brandenburg Vorstellungen über die Fortbildung in Gerontopsychiatrie vorgelegt. Sie enthalten ein abgestimmtes Konzept, das die unterschiedlichen Arbeits-

bereiche und die Vorbildung der Mitarbeiter/innen berücksichtigt. Es umfasst einen Grundkurs von 40 Stunden (beispielsweise für hauswirtschaftliches Personal, aber auch für Geschäftsführer und andere nur mittelbar Betroffene), eine Basisqualifikation für Betreuer/innen von 120 Unterrichtsstunden und als Zusatzqualifikation in Gerontopsychiatrie ein insgesamt 520 Stunden umfassendes Bildungsprogramm. Die Umsetzung sollte in sogenannten „In-house-Seminaren“ wie auch in geeigneten Weiterbildungsinstituten erfolgen. Eine Vernetzung von Einrichtungen und die Verabredung von Hospitationen (auch trägerübergreifend) ist wünschenswert.

Im Pflegeheim sollten *Angehörige* unbedingt in die Betreuung einbezogen werden. Gerade jene, die vorher die häusliche Pflege übernommen hatten, könnten auch hier wesentliche Bezugspersonen für die Kranken bleiben. Die Einbeziehung der Angehörigen macht es möglich, die Betreuung individueller und bedürfnisgerechter zu gestalten und entlastet die Heime und auch die Angehörigen selbst, die nicht selten von Schuldgefühlen geplagt werden.

Ein Teil der Altenpflegeheime könnte zu *Dienstleistungszentren* für gerontopsychiatrisch veränderte Personen erweitert werden. Dazu gehören Beratung, niedrigschwellige Angebote, ambulante und stationäre Dienstleistungen sowie Rehabilitation – all dies miteinander vernetzt.

Ein Mittelweg zwischen häuslicher Betreuung und dem Umzug in ein Pflegeheim können *ambulante Wohngemeinschaften* für demenziell erkrankte Menschen sein. Sie können auch im Rahmen eines Modellvorhabens eingerichtet werden. In Abstimmung mit der Heimaufsicht und in unterschiedlicher Trägerkonstellation sollten solche Wohn-

gruppen sechs bis zwölf Bewohner/innen aufnehmen. Ihre Größe richtet sich nach den örtlichen Gegebenheiten. Wichtig ist ihre Einbindung in die Kooperationsnetzwerke vor Ort. Es besteht durchaus auch die Möglichkeit, dass sich Angehörige oder in frühen Stadien die Betroffenen selbst zu solch einer WG für demenziell Erkrankte entschließen. Sie ziehen in ein Haus oder eine größere Wohnung und organisieren gemeinsam ihre Betreuung. Das bedeutet: Sie entscheiden, wer Pflege und Betreuung bereitstellt – wie dies strukturiert sein soll, mit wem die Wohnung geteilt wird, wie die Räume ausgestattet werden, was gegessen und getrunken wird und vieles andere. Dieses Wohnen entspricht einem „familienbezogenen“ Wohngruppenkonzept; das Leben läuft ab wie in einer großen Familie. Herausgebildet haben sich bisher zwei Typen:

1. Die Wohngruppe stellt gemeinsam eine „Hausmutter“ ein, die tagsüber als kontinuierliche Ansprechperson zur Verfügung steht. Grund- und pflegerische Verrichtungen übernehmen selbstgewählte ambulante Dienste.
2. Die Pflegeansprüche (SGB XI) werden „in einen Topf geworfen“, von dieser Summe wird ambulante Pflege eingekauft.

Das Personal sollte eine spezifische Qualifizierung im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen erhalten. Eine pflegerische Fachkompetenz ist dabei nicht zwingend Voraussetzung. Bei beiden Modellen können durch die Einbeziehung Angehöriger und ehrenamtlicher Helfer/innen die Kosten gemindert werden. Solche wohnortnahen kleinsten Wohngruppen könnten gerade im ländlichen Raum unterschiedlichen Betreuungsbedarf abdecken.

Eine familienähnliche Gemeinschaft mit einem „normalen“ Alltag in einem eigenständigen Bereich ist eine mögliche Wohnform für demenziell erkrankte Menschen.

4.5. Modellprojekte in Brandenburg

4.5.1. Das Wohnprojekt für demenziell Erkrankte in Letschin³⁵

Das Seniorenzentrum Letschin ist ein Altenpflegeheim mit 65 Plätzen, davon fünf Plätze für die Kurzzeitpflege. Die Bewohner/innen verteilen sich auf drei Etagen und bewohnen vorwiegend Einzelzimmer. Zu jeder Etage gehören Therapie- und Gruppenräume. Mit 41 Personen (68 Prozent) ist die überwiegende Mehrzahl der Bewohner/innen an Demenz erkrankt. Diese Zahl liegt etwas über dem Landesdurchschnitt von gut 62 Prozent.

Mit einer evaluativen Studie sollte der Aufwand zur Betreuung demenziell erkrankter Menschen geprüft werden. Sie wurde vom Träger dieser Einrichtung, dem evangelischen Diakonissenhaus Teltow, in Zusammenarbeit mit dem Landesamt für Soziales und Versorgung in Auftrag gegeben und mit Mitteln des Landes gefördert. Das Modellprojekt selbst begann im März 1999 und wurde bis zum Juni 2001 wissenschaftlich begleitet.

Das Konzept der wissenschaftlichen Begleitung umfasste zwei Teile:

1. Eine Pflegebedarfserhebung, eine qualifizierende Begleitung sowie die Feststellung der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter/innen.
2. Diagnostische Zuordnung der Bewohner/innen und deren Veränderung während des Modellprojekts.

Wohnkonzept

Im Erdgeschoss des Hauses wurde ein relativ abgegrenzter Wohnbereich eingerichtet. Hier leben 19 Bewohner/innen überwiegend in Einzelzimmern. Zu ihren Räumlichkeiten gehören ein Essbereich, eine Küche und ein großer Aufenthaltsraum. Dazu kommt eine

³⁵Vgl. Jensen 2001, Schumacher/Starz 2001, Schifferdecker 2001.

Terrasse mit umzäuntem Garten. Es wurde ein demenzgerechtes Milieu geschaffen, zu dem auch persönliche Erinnerungsstücke gehören.

Projektdurchführung

- Es wurden je nach Leistungsstärken drei Bewohner/innengruppen gebildet, die von drei Pflegeteams betreut wurden. Diese Teams waren farblich unterschiedlich gekleidet.
- Es gab Orientierungshilfen durch optische Markierungen.
- Es wurden Arbeitsablaufanalysen erstellt. Die pflegerischen Maßnahmen orientierten sich an folgenden Prämissen:
 - Bezugspflege,
 - Biografiearbeit,
 - Anpassung der Pflege an die aktuelle Situation der Bewohner/innen,
 - Validierendes Arbeiten.

Die Ermittlung des verfügbaren Personals erfolgte zunächst nach Einstufungen der Pflegeversicherung. Es stehen 6,41 Vollzeitstellen für 19 Bewohner/innen, davon 40 Prozent Fachkräfte und 60 Prozent Pflegehilfskräfte zur Verfügung (ohne Leitung und Hauswirtschaft).

Alle Pfleger/innen haben nach einem speziellen Verfahren drei Monate lang ihren Aufwand selbst gemessen und mit dem verglichen, was ihnen nach dem Pflegeversicherungsgesetz vergütet wird. So errechneten sie den Mehraufwand an Pflegeleistungen, die im Tagesverlauf notwendig waren und erbracht wurden, für die es aber keinerlei Vergütung gab. Gleichzeitig wurden vergleichende Stichprobenkontrollen durchgeführt. Diese quantitative Bedarfsmessung wurde verknüpft mit einer qualitativen Bedarfsmessung, bei der nach zwei Kategorien unterschieden wurde:

1. direkte Pflege (Interventionsaufwand bei Auffälligkeiten, spezifische gerontopsychiatrische Unterstützungsmaßnahmen),
2. indirekte Pflege (Angehörigenarbeit und Neuaufnahmen, Pflegeplanung und Fallbesprechung, Qualifizierung und Einarbeitung der Mitarbeiter).

Im diagnoseorientierten Teil wurden die Bewohner/innen über einen Zeitraum von neun Monaten regelmäßig untersucht. Dazu gehörte neben der Messung des Demenzgrades³⁶ auch die Einschätzung des Alltagsverhaltens. Dies unterscheidet sich nach kognitiven Funktionen (Aufmerksamkeit, intellektuelle Beeinträchtigung, Gedächtnis, Orientierung, Kommunikationsfähigkeit, psychotische Symptome, Krankheitseinsicht) und nicht-kognitive Funktionen (emotionale Labilität, Stimmung und Depression, Motivation, Aktivierungsniveau).

Ergebnisse und Erfahrungen:

1. Pflegebedarf

Pro Tag und Bewohner/in lag der Pflegebedarf im Modellprojekt um 35,3 Minuten höher als in der Normalpflege. Dies würde einem zusätzlichen Personalbedarf von 2,2 Mitarbeitern entsprechen. Das ist auch die Erfahrung aus anderen Projekten, beispielsweise dem der „besonderen stationären Betreuung Demenzkranker“ in Hamburg. Dort lebten die Bewohner/innen nach dem Domus-Prinzip in einem Wohnbereich zusammen und wurden rund um die Uhr betreut. Zielgruppe waren verhaltensauffällige demenziell erkrankte Menschen, die in der normalen Pflege kaum oder gar nicht zu versorgen sind. Hier wurde ein Mehraufwand von etwas über 40 Minuten je Tag und Bewohner/in festgestellt³⁷. Bei einem ähnlichen Versuch in Niedersachsen betrug der Mehraufwand 45 Minuten pro Person und Tag. Auf einer Fachveranstaltung im Rahmen dieses Gutachtens wurde sowohl von Kostenträgern

³⁶Gemessen am Mini-Mental-State-Examination (MMSE). ³⁷Stationäre Dementenbetreuung in Hamburg 2000.

als auch von Einrichtungsträgern zum Ausdruck gebracht, dass sich die Frage einer besonderen – und damit auch besonders vergüteten – Pflege und Betreuung von verhaltensauffälligen Demenzkranken auch für Brandenburg stellt.

2. Diagnostische Veränderungen der Bewohner/innen

Bei fast allen Erkrankten verbesserten sich die kognitiven Funktionen deutlich. Trotz zunehmender organischer Defizite gelang es ihnen besser, ihre vorhandenen Ressourcen zu nutzen. Die im Bericht hervorgehobenen Werte für Aufmerksamkeit, Kommunikation, Krankheitseinsicht und Aktivierung sind beeindruckend und bestätigen die Vermutung, dass Wohngruppen mit einer besonderen Betreuung auch trotz fortschreitender Demenz Verbesserungen bewirken können. Verantwortlich für diesen Erfolg ist zum einen die Umgestaltung der Umgebung der Demenzkranken nach ihren Bedürfnissen - bis hin zu Orientierungshilfen. Außerdem wurde die Beschäftigung von stärker trainierenden und erfolgsorientierten Aktivitäten auf spielerische „Behandlungspflege“ umgestellt. Zum anderen sind die positiven Ergebnisse auf einen höheren Personaleinsatz zurückzuführen.

Der Pflegeaufwand bei demenziell erkrankten Menschen ist höher als bei somatisch Erkrankten. Bei dementengerechter Betreuung geht es den Kranken deutlich besser.

4.5.2. Wohngemeinschaft für demenziell Erkrankte im Seniorenzentrum „Clara Zetkin“ gGmbH in Brandenburg/Havel

Das heutige Seniorenzentrum „Clara Zetkin“ war zu DDR-Zeiten ein Pflegeheim mit 527 stationären Plätzen. Nach der Wende wurde es Schritt für Schritt den heutigen Standards angepasst; alte Gebäude abgerissen, ande-

re umgebaut und auch neu errichtet. Derzeit gibt es hier 122 stationäre Betten, 15 Plätze für Tagesgäste und 10 für die Kurzzeitpflege. Dazu kommen seit 2001 noch 24 Plätze in der Wohngemeinschaft für pflegebedürftige demenziell erkrankte Bewohner/innen.

Wie in allen Altenpflegeheimen Brandenburgs ist auch im Clara-Zetkin-Heim der Anteil der demenziell erkrankten Bewohner/innen in den zurückliegenden Jahren angestiegen; derzeit liegt er bei über 50 Prozent, eine Entwicklung, die zu immer größer werdenden Spannungen zwischen altersverwirrten und somatisch Kranken führte. Das brachte die Mitarbeiter/innen dazu, über neue Betreuungsformen nachzudenken. Nach vielen Diskussionen, Fortbildungsveranstaltungen und dem Studium von Fachliteratur entschieden sie sich für ein segregatives Konzept. Um diesem Anspruch wirklich gerecht zu werden, sollte ein neues demenzgerechtes Wohnhaus errichtet werden. Dieses Projekt wird als Modellprojekt vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen in Brandenburg gefördert. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe unterstützte die Mitarbeiter/innen des Seniorenzentrums bei Konzept und Planung.

Pflegekonzept:

Das Motto des Hauses lautet: „Hilf mir, es selbst zu tun – wir machen uns einen schönen Tag“. Es gibt drei Wohngemeinschaften mit je acht Mitgliedern unterschiedlicher Demenzgrade und Pflegestufen. Sie leben familienähnlich zusammen, ihr Tag ist entsprechend strukturiert. Dazu gehören die gemeinsame Vorbereitung der Mahlzeiten, das gemeinsame Essen, Abwaschen, Saubermachen, Wäsche waschen und Bügeln, aber auch Feiern und Besuche. Die Arbeit der Präsenzkräfte ist es, den Tag ruhig und gelassen zu begleiten, ihn zu strukturieren und

Angebote zu machen. Die Mitarbeiter/innen gehen auf Gefühle und Stimmungen der Kranken ein, bestätigen sie in ihren Wahrnehmungen und machen sie nicht auf Defizite aufmerksam. Es wird weder bevormundet noch korrigiert: Wer seinen Pullover unterm Hemd trägt, kann das unangesprochen tun, wer die Butter mit dem Messer löffelt, wird nicht ermahnt und wer sich als kleines Kind empfindet und in der Betreuerin die Mutter sieht, wird nicht korrigiert.

Den Eigenheiten demenziell Erkrankter wird Rechnung getragen: Am Eingang hängen Handtaschen, Hüte und Spazierstöcke, die jeder benutzen darf. Es gibt Koffer und Körbe zum Wühlen oder Verstecken, Dinge wie Zinkwanne und Waschbrett und andere Gegenstände, die längst verschüttete Erinnerungen hervorholen können. Die Einzelzimmer sind mit persönlichen Möbeln und Andenken eingerichtet: Fotos, Nippes, Büchern - auch kleine Haustiere können mitgebracht werden. Das alles schafft eine vertraute, angsthemmende Atmosphäre, in der die Bewohner/innen ihr neues soziales Umfeld, ihr Zuhause finden können.

Die Angehörigen werden in das Leben der WG integriert und nach Möglichkeit zur Übernahme unterstützender Verrichtungen und Aufgaben motiviert. Ihnen soll die Sorge, nicht aber die Fürsorge genommen werden. Dazu gehört ein Gästezimmer innerhalb des Projektes, damit sie hier eine Nacht, aber auch ganze Tage verbringen können. Außerdem gibt es die Möglichkeit, auf dem Gelände eine Wohnung zu mieten.

Bauliches Konzept:

Gebaut wurde ein ebenerdiger Gebäudekomplex, der in einem parkähnlichen umzäunten Gelände liegt und sich im Halbrund um einen kleinen Innenhof hinzieht. In ihm befinden sich drei miteinander verbundene

Wohnbereiche. Jeder besteht aus acht Einzelzimmern (je 16 m²) mit eigenem Bad (4,5 m²), einer Wohnküche (50 m²), einem angrenzenden Gemeinschaftswohnzimmer (20 m²) mit Ausgang zur Terrasse, einer Speisekammer, einem Hauswirtschaftsraum, einem Zentralbad mit Wanne und einer Wäschekammer. Dazu kommen Bereiche, die von allen drei Wohngruppen gemeinsam genutzt werden können, beispielsweise das Nachbarschaftscafé, das Gästezimmer und ein Raum für die Mitarbeiter/innen. Jeder der Bewohner/innen hat eine eigene Klingel und einen eigenen Briefkasten. Die Gänge sind mit Handläufen ausgestattet, alles ist barrierefrei gestaltet und sehr hell. Die erwünschten 500 Lux werden nicht nur durch künstliche Beleuchtung erreicht, sondern vor allem durch viele große Fenster und Glastüren.

Bauliches und Lebenszentrum jeder Wohngemeinschaft ist die Küche mit Essbereich und einer großen von allen Seiten zugänglichen Kochinsel in der Mitte. Dies ist auch der hauptsächliche Aufenthaltsraum. Wer kann und möchte, beteiligt sich an Arbeiten und Beschäftigungen, die anderen sitzen dabei und gehören dazu. Die Einrichtung mit gemütlichen Sitzecken und Fernseher im anschließenden Wohnbereich vermittelt Wohnlichkeit und Vertrautheit. Die Bewohner/innen können sich zwischen den drei Wohngemeinschaften und dem Garten frei bewegen.

Personalkonzept:

Im Projekt sind 15 hauswirtschaftliche Mitarbeiterinnen beschäftigt, dazu kommen zwei Nachtwachen und die Hausleiterin, eine Heilpädagogin. In jeder der drei Wohngemeinschaften arbeiten fünf Betreuerinnen. Um Überforderung zu vermeiden, sind sie in Fünf-Stunden-Schichten eingeteilt. Von 21.00 Uhr bis 6.00 Uhr übernimmt eine Kraft die Nachtwache für alle drei WGs. Die Stellen für dieses Projekt wurden zuerst im

eigenen Haus ausgeschrieben. Sehr schnell aber stellte sich heraus, dass die meisten der langjährigen Altenpfleger/innen kaum in der Lage waren, sich umzustellen. Statt wie bisher Pflegeleistungen in einem knappen Zeittakt zu erledigen, sollten sie sich nun ganz nach den demenziell erkrankten Bewohner/innen richten: mit ihnen kochen, mit ihnen essen, mit ihnen reden und vor allem einen ruhigen Ablauf in ihren Alltag bringen. So wurden Mitarbeiter/innen von außen gesucht. Sie sollten vor allem eine Voraussetzung mitbringen: die der kreativen Hausfrau oder des kreativen Hausmannes. Dass letztendlich nur Frauen eingestellt werden konnten, hängt mit der niedrigen Bezahlung als pflegerische Hilfskraft zusammen.

Die heute hier arbeiten, kommen aus unterschiedlichen Berufen: Altenpflegerin, Erzieherin, Pflegehelferin, Gärtnerin, Floristin. Sie alle haben eine Grundausbildung in Krankenpflege, Kommunikation, Erster Hilfe und Validation absolviert und sich mit der Krankheit Demenz und deren Problemen beschäftigt. Sie bilden sich regelmäßig weiter. Die erforderlichen qualifizierten Pflegeleistungen (Grund- und Behandlungspflege) werden von Mitarbeiter/innen der Sozialstation des Seniorenzentrums erbracht.

Kosten:

Voraussetzung für die Aufnahme in diesen modellhaften Wohnbereich ist die Einstufung in eine Pflegestufe. 18 Heimbewohner/innen tragen die Kosten, die über den Betrag der Pflegeversicherung hinausgehen, selbst, die je nach Pflegestufe zwischen 829,89 € (Stufe 3) und 1.353,97 € (Stufe 1) betragen. Sechs der Senioren/innen erhalten ergänzende Sozialhilfe.

Ergebnisse und Erfahrungen:

Nach anderthalb Jahren sind erste positive Resultate deutlich sichtbar. Zu den wichtigsten zählt die Tatsache, dass die meisten der

Bewohner/innen ruhiger geworden sind, ihre Nachtumtrieblichkeit deutlich nachgelassen hat und es kaum noch Ausbrüche von Aggression gibt. Dafür beteiligen sie sich weit mehr am Gemeinschaftsleben. Das ruhige alltägliche Leben scheint als Therapie zu funktionieren. Bei vielen hat sich der Medikamentenbedarf verringert; Psychopharmaka konnten ganz abgesetzt oder minimiert werden.

Auch die Angehörigen haben diese Art des betreuten Wohnens sofort angenommen und beteiligen sich mit Hilfeleistungen und Engagement deutlich aktiver als das in herkömmlichen Altenpflegeheimen der Fall ist. Sie kommen öfter zu Besuch und feiern sogar Familienfeste und Geburtstage in der Wohngemeinschaft.

Eine wichtige Erfahrung ist, dass für die Betreuung demenziell Erkrankter nicht allein die pflegerische Kompetenz entscheidet. Betreuer/innen können durchaus hochmotivierte angelernte Kräfte sein, die dann eine Zusatzqualifikation erhalten. Voraussetzung dafür ist, dass die Grund- und Behandlungspflege von einem ambulanten Pflegedienst erledigt wird.

Das Brandenburger Modell zeigt auch, woran bei künftigen Projekten gespart werden kann: Nicht alle der aufwendigen Einrichtungen sind wirklich erforderlich. Das Nachbarschaftscafé beispielsweise war dafür gedacht, dass sich Unruhige hier nachts aufhalten können und Angehörige hier Familienfeiern ausrichten. Beide Überlegungen erwiesen sich als unnötig: Nachtumtrieblichkeit ist nahezu verschwunden und Feiern finden im Gemeinschaftsraum mit allen statt. Auch der Snoezelen-Raum, ausgestattet mit Wasserbett, Licht- und Musikeffekten, erwies sich bei diesem Konzept als nicht zwingend erforderlich. Ruhe und Gelassenheit sowie eine gute integrative validierende Arbeit machten ihn überflüssig.

„Durch die Arbeit im Wohnprojekt habe ich begriffen, dass wir viel zu schnell und zu laut für verwirrte alte Menschen sind. Auf einer normalen Pflegestation muss sich ein demenziell erkrankter Bewohner vorkommen wie auf einer Autobahn, wo alles rechts und links an ihm vorbeirast. Er kann sich davor nur schützen, indem er sich immer mehr zurückzieht. Erst in sein Zimmer, dann in sein Bett und zum Schluss in sich selbst.“

Elke Morgenrot,
Hausleiterin des Modellprojektes

„Wir bestätigen die demenziell erkrankten Menschen in der Welt, die sie sich aufbauen. Und zwingen sie nicht in unsere Welt zurück.“

Joachim Weise, Geschäftsführer

„Man lebt hier anders und man stirbt anders. Auf den üblichen Stationen ziehen sich demenziell erkrankte Bewohner sehr früh zurück und sind dann lange bettlägerig. In unserer Wohngemeinschaft sind sie nahezu bis zum Schluss mittendrin.“

Christel Kleem, Pflegedienstleiterin

Ein ruhiges familienähnliches Zusammenleben kann zu einer Erhöhung der Lebensqualität demenziell Erkrankter beitragen.

4.6. Leistungen des Gesundheitssystems

Den *Hausärzt/innen* kommt in der medizinischen Versorgung eine ganz zentrale Rolle zu. Sie sind Vertrauenspersonen, kennen ihre Patienten/innen meist über viele Jahre und werden häufig als erste mit den Anzeichen einer Demenz konfrontiert. Dennoch werden von ihnen oftmals die Symptome der beginnenden Krankheit übersehen oder

falsch bewertet, da ihnen geriatrisch-gerontopsychiatrisch fundierte Kenntnisse fehlen.

In Brandenburg waren zum 31.12.2000 nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung 3.171 Vertragsärzt/innen tätig, davon 1.824 Hausärzt/innen und 94 Fachärzt/innen für Psychiatrie und Neurologie sowie 10 ärztliche Psychotherapeut/innen³⁸. In der Antwort auf eine große Anfrage im Landtag hat die Landesregierung im Jahr 2000 dies für ausreichend eingeschätzt³⁹. Vergleichen wir die Arztdichte mit der in ganz Deutschland, so stand Brandenburg 1999 mit 360 Einwohner/innen je Arzt/Ärztin an letzter Stelle (Bundesdurchschnitt: 282 Einwohner/innen je Arzt/Ärztin). Dazu kommt ein Gefälle zuungunsten der ländlichen Regionen. Zum 31. 12. 2001 hat sich die Versorgungslage weiter verschlechtert. Zu diesem Zeitpunkt waren 126 Arztsitze frei. Das bedeutet eine Unterversorgung von 6,9 Prozent.

Ebenso wie die Hausärzt/innen stehen auch die *Allgemeinkrankenhäuser* in der Pflicht, Demenz zu diagnostizieren und entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Demenziell erkrankte Menschen werden vielfach auch aufgrund somatischer Leiden in Allgemeinkrankenhäuser eingewiesen. Dies ist ein besonderes Problem, wenn die Patienten/innen in Fachabteilungen behandelt werden, bei denen weder das ärztliche Personal noch das Pflegepersonal auf das besondere Verhalten und die spezifischen Bedürfnisse Demenzkranker eingestellt sind. Dazu kommt der enorme Zeitdruck, der in solchen medizinischen Einrichtungen herrscht.

Für die Behandlung von Demenzkranken in Akutkrankenhäusern ist im Land Brandenburg in den Fachbereichen Geriatrie und Psychiatrie ein engmaschiges Netz der stationären Versorgung vorhanden. Dabei wird

³⁸Landtag Brandenburg, Drucksache 3/2708.

³⁹Beantwortung einer großen Anfrage der PDS-Fraktion des Brandenburger Landtages, Landtagsdrucksache 3/2303.

das Personal in den geriatrischen und psychiatrischen Fachabteilungen auch für die besondere Behandlung demenzkranker Patienten/innen geschult.

Zurzeit sind elf geriatrische Kliniken mit fünf Tageskliniken eingerichtet. Eine Geriatrie ist als „geriatrisches Modellprojekt im Rahmen einer Einrichtung nach § 111 SGB V“ tätig. Alle Einrichtungen arbeiten mit multiprofessionellen Teams. Fachabteilungen für Psychiatrie sind an 18 Standorten in Brandenburg tätig. Dazu kommen noch 17 Tageskliniken.

Das Brandenburgische Psychisch-Krankengesetz regelt den Anspruch auf Hilfe für psychisch Kranke oder seelisch Behinderte. Träger dieser Hilfen sind die Landkreise und kreisfreien Städte. Sie wirken darauf hin, dass die für eine bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung erforderlichen Angebote vorhanden sind. Ein zentraler Baustein dieser Versorgung sind die *Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi)*, die – neben weiteren Aufgaben – auch Demenzkranke und ihre Angehörigen beraten, z.B. durch Vermittlung von Hilfen, Rehabilitationsleistungen oder Selbsthilfegruppen. Ein weiterer wichtiger Baustein sind die *Psychiatriekoordinator/innen*, die durch die Landkreise und kreisfreien Städte berufen werden können. Sie koordinieren auf kommunaler Ebene die Verbundstrukturen.

Weiterhin kommen auch Maßnahmen der *Rehabilitation* demenziell Erkrankten zugute. Dabei konzentrieren sich die Bemühungen auf noch vorhandene Funktionen und Fertigkeiten. Zwar ist nach dem bisherigen Stand der Wissenschaft eine Besserung oder gar Heilung demenzieller Erkrankungen nicht möglich, der Verfall jedoch lässt sich verlangsamen.

Empfehlungen:

Gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung sollte geprüft werden, ob die Niederlassung von *Fachärzt/innen* für Neurologie und Psychiatrie oder für Allgemeinmedizin mit entsprechenden demenzspezifischen Fachkenntnissen in der Nähe eines Altenpflegeheimes zu fördern wäre.

Die *Hausärzt/innen* sollten verstärkt diagnostische Unterstützung durch die *Fachärzt/innen* für Neurologie und Psychiatrie wahrnehmen lassen. Eine geriatrische Fortbildung ist jedoch auch für *Hausärzt/innen* unabdingbar.

Bei einer erforderlichen *Krankenhausbehandlung* sollte die Einweisung in ein Krankenhaus mit einer geeigneten Fachabteilung erfolgen. Hier können psychiatrische und körperliche Erkrankungen behandelt werden und das Personal ist für den spezifischen Behandlungsbedarf demenziell Erkrankter qualifiziert.

Eine weitere Ergänzung zur ambulanten und klinisch stationären Versorgung bieten (*geronto*)*psychiatrische Tageskliniken*. Auch sie arbeiten im multiprofessionellen Team. Im Unterschied zur ambulanten Behandlung können so Diagnostik und Therapie wesentlich intensiver erfolgen. Die Patienten/innen können abends wieder nach Hause zurückkehren, so dass ihnen die vertraute Umgebung erhalten bleibt.

Wie es möglich ist, ein geriatrisches Versorgungsnetz aufzubauen, zeigt der Landkreis Oder-Spree. Dort sind zurzeit vier zentrale Anlauf- und Beratungszentren als Modellprojekt vorhanden. Ein solches zentrales Anlauf- und Beratungszentrum vermittelt ambulante und soziale Dienste, niedergelassene Therapeuten/innen und Ärzt/innen, eine teilstationäre Versorgung

in der Tagesklinik sowie eine eventuelle Unterstützung durch die ambulante Rehabilitation.

4.7. Verbundstrukturen

Die Versorgung demenziell Erkrankter bedarf eines übergreifenden Ansatzes, der alle Versorgungsformen einbezieht. Die Notwendigkeit, Netzwerke aufzubauen und einen gerontopsychiatrischen Verbund zu schaffen, begründet sich aus zwei Tatsachen: Zum einen aus der enormen Zunahme demenzieller Erkrankungen in den kommenden Jahren, zum anderen aber auch aus der Komplexität des Problemfeldes Demenz. Dabei geht es nicht nur um das Gesundheitssystem und das Sozialsystem an sich, sondern um Einrichtungen, die durchaus in einem konkurrierenden Verhältnis zueinander stehen: ambulant - stationär, Hausarzt – Facharzt – Klinik. Trägeregionen gehen zu Lasten der Betroffenen. Alle drei Bereiche der Altenhilfe, von ambulant über teilstationär bis stationär, sind Teil einer Versorgungskette, zu der weitere Dienste der Altenhilfe und des Gesundheitssektors zählen.

Nur wenn allen Beteiligten bewusst ist, dass sie Bestandteil dieses einen Versorgungssystems sind, lassen sich Änderungen zugunsten der Demenzkranken und ihrer Angehörigen bewirken. Dies wird vor allem an den Schnittstellen deutlich – zum Beispiel beim Umzug in ein Pflegeheim, wenn eine häusliche Versorgung auch mit Hilfe ambulanter und teilstationärer Dienste nicht mehr möglich ist. Dabei fehlt es häufig an der Abstimmung zwischen Angehörigen und Heimen, Kliniken und Heimen, ambulanten Diensten und Heimen, aber auch zwischen kommunalen Diensten und anderen Beteiligten. Kaum eine dieser Stellen ist darüber informiert, was von anderer Seite geleistet werden kann.

Ein erster Vermittler zwischen Gesundheitssystem, Altenpflegesystem und Betroffenen sind zunehmend die *Alzheimer-Beratungsstellen*. Sie haben engen Kontakt zum informellen Hilfesystem, das auch Angehörige, Freunde, Nachbarn umfasst.

Ein zweiter Baustein sind, darauf wurde bereits hingewiesen, die *Psychiatriekoordinatoren/innen*, die es in fast allen Landkreisen und kreisfreien Städten gibt, die auf kommunaler Ebene für Verbundstrukturen sorgen.

Unsere landesweite Befragung ergab: In vier Kommunen (Landkreisen und kreisfreien Städten) existieren Verbundstrukturen. Sie koordinieren systemübergreifend ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen mit Strukturen der offenen Altenhilfe. In zwei weiteren Kommunen ist ein solches Netzwerk im Aufbau, zwei Kommunen weisen Ansätze einer Koordinierung auf.

Beispiele für Verbundstrukturen:

1. Die Stadt Cottbus und der Landkreis Oberspreewald-Lausitz entwickeln im Rahmen des Bundesmodellprojektes „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ gerontopsychiatrische Verbundstrukturen. Ziel ist es, „eine Vernetzung vorhandener Angebote auf dem Gebiet der stationären, teilstationären, komplementären und ambulanten Gerontopsychiatrie und Altenhilfe“⁴⁰ aufzubauen. Dazu gehören Alten- und Pflegeheime, ambulante Pflegedienste und Sozialstationen, Ämter, Angehörigengruppen, Beratungsstellen, Krankenhäuser, Kranken- und Pflegekassen, Medizinischer Dienst der Krankenkassen und niedergelassene Ärzt/innen. Die Kooperationspartner verpflichten sich zum Informationsaustausch, zur patientenbezogenen Zusammenarbeit und zur Mitarbeit in der Verbundkonferenz.⁴¹ Alle Kooperationspartner erklärten sich bereit,

⁴⁰Ines Lober, Koordinatorin des Gerontopsychiatrischen Verbundes Oberspreewald-Lausitz, Vortrag am 6. 12. 2001 in Cottbus. ⁴¹Das Projekt wurde auf der o.g. Veranstaltung des Weiteren von Janine Pischel, Koordinatorin des Gerontopsychiatrischen Verbundes Oberspreewald-Lausitz, vorgestellt.

- „ihren MitarbeiterInnen die Teilnahme an einer gemeinsamen Aus-, Fort- und Weiterbildung zu ermöglichen,
- an der Entwicklung eines standardisierten Überleitungsbogens mitzuarbeiten,
- eine Bestandsaufnahme der zu vernetzenden Angebote vorzunehmen,
- gemeinsam dafür Sorge zu tragen, dass der Mehraufwand bei der Versorgung gerontopsychiatrisch Erkrankter regelmäßig erfasst wird und auf finanzielle Absicherung dieses Mehraufwandes hinzuwirken,
- an einer gemeinsamen Öffentlichkeitsarbeit mitzuwirken,
- im Rahmen ihrer Möglichkeiten zur Durchführung der Verbundkonferenzen Räumlichkeiten zur Verfügung zu stellen ...
- auf die Hospitation ihrer Mitarbeiter hinzuwirken.“⁴²

2. Das *Netzwerk Teltow-Fläming* wurde von fünf Beratungsstellen als Lobby der älteren demenziell Erkrankten und ihrer Angehörigen gegründet. Es setzt sich dafür ein, Aufklärung über Demenz zu leisten, ein flächendeckendes niedrigschwelliges offenes Hilfsangebot zu schaffen, die vorhandenen Hilfsangebote zu vernetzen und den Erfahrungsaustausch zu organisieren.

3. In der *Prignitz* haben sich Einrichtungen der ambulanten, stationären und komplementären Dienste zum Arbeitskreis Gerontopsychiatrie zusammengeschlossen. Im überwiegenden Teil Brandenburgs sind jedoch noch keine Verbundstrukturen vorhanden.

Empfehlungen:

Eine rein systembezogene Sichtweise – hier Gesundheitssystem, dort Altenhilfesystem – muss überwunden werden. Die Koordination zwischen unterschiedlichsten Trägern sollten Psychiatriekoordinatoren/innen (strukturbezogen) und die Sozialpsychiatrischen Dienste (personenbezogen) übernehmen. Dadurch könnten auch rechtzeitig Defizite bzw. Überangebote aufgezeigt werden. Ziel ist der Aufbau eines gerontopsychiatrischen Netzwerkes.

Alle Landkreise und kreisfreien Städte, die noch keine Verbundstrukturen aufgebaut haben, müssen den Bedarf dafür klären und ihre Form der Vernetzung finden. Die bisher begonnenen Vernetzungsbestrebungen sind stärker auf ländliche Regionen zugeschnitten. Im inneren Verflechtungsraum sollte über gerontopsychiatrische Zentren nachgedacht werden. Trägerbezogen oder auch in Verantwortung der „kleinen Liga“ der Wohlfahrtsverbände, mit Ergänzung privater Träger, könnten solche Zentren Fachkliniken einbinden sowie Tagespflege, Betreutes Wohnen und Wohngruppen Demenzkranker anbieten. Institutsambulanzen, ambulante Rehabilitation und Fortbildung für alle in der Gerontopsychiatrie Tätigen wären weitere Bausteine eines solchen Zentrums.

topsychiatrischen Verbundes Cottbus (Projektteil Cottbus) und Dr. Karl Neher, Zentrales Projektmanagement vorgestellt. Unsere Zusammenfassung basiert auf den Vorstellungen des Cottbusser Teams. Träger des Projektes ist die Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e.V. in Kooperation mit der Fachhochschule Lausitz. Projektförderung: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg. ⁴²siehe vorherige Fußnote.

5. Zusammenfassung

Die Krankheit Demenz erschwert den Betroffenen die selbständige Gestaltung ihres Alltags; sie sind zunehmend von Hilfe abhängig. Der besondere Krankheitsverlauf erfordert eine ganz spezifische Ausrichtung der bestehenden Hilfen, Dienste und Einrichtungen.

Das Risiko einer Demenzerkrankung steigt mit höherem Lebensalter an. So wächst mit steigender Lebenserwartung auch die Zahl der an Demenz erkrankten Menschen. Für das Land Brandenburg muss in den kommenden Jahren von folgender Entwicklung ausgegangen werden: Ende des Jahres 1999 waren in Brandenburg 386.459 Personen 65 Jahre alt und älter. Diese Altersgruppe wird bis 2015 auf 574.970 Personen anwachsen. Das entspricht einer Steigerung von 48,8 Prozent. Der größte Zuwachs wird den über 80-Jährigen mit einer Steigerung von 90,2 Prozent oder 68.220 Personen vorausgesagt. Diese Gruppe der Hochaltrigen stellt den höchsten Anteil der demenziell Erkrankten.

Im Jahr 2001 waren etwa 27.000 Personen von einer Demenzerkrankung betroffen. Bis zum Jahr 2015 ist mit einem Anstieg auf etwa 43.000 Personen zu rechnen. Dies sind fast 60 Prozent mehr. Auf diese Herausforderung muss sich die Gesellschaft einstellen.

Etwa 60 Prozent der demenziell erkrankten Menschen werden in häuslicher Umgebung betreut und gepflegt. Die Hauptsorgelast liegt also bei den Angehörigen. Sie sind damit oft völlig überfordert und laufen nicht selten Gefahr, selbst zum Pflegefall zu werden.

Ein besonderes Problem sind allein lebende Demenzkranke. Deren Hilfebedarf kann nicht lange mit ambulanten Diensten gedeckt werden.

Um Kranken möglichst lange ihre gewohnte häusliche Umgebung zu erhalten, aber auch um pflegende Angehörige zu entlasten, sind Solidarität und vielfältige praktische Hilfsangebote notwendig. Zuerst braucht es Information, sowohl über die Krankheit selbst, als auch über den Umgang mit demenziell erkrankten Menschen und über rechtliche und pflegerisch praktische Hilfsmöglichkeiten. Niedrigschwellige Angebote wie ehrenamtliche Helfer/innen sollten stunden- und tageweise Entlastung bieten. Eine wichtige Unterstützung bei alledem sind die bereits existierenden Alzheimer-Beratungsstellen.

Ambulante Versorgung:

Durch die zunehmende Zahl der Pflegefälle in den nächsten 10 bis 15 Jahren wird die Nachfrage nach sozialen Diensten enorm ansteigen. Dem muss bereits jetzt durch die Ausbildung von mehr Altenpfleger/innen Rechnung getragen werden. Bereits heute sind etwa 30 Prozent der Pflegebedürftigen, die durch die ambulante Versorgung sozialer Dienste betreut werden, demenziell erkrankt. Auf diese Probleme sind die Mitarbeiter/innen nicht vorbereitet: Weder reichen die Zeitbudgets für bezahlte Pflegeleistungen aus, um den Bedürfnissen Dementer gerecht zu werden, noch ist die Qualifikation der Pfleger/innen im Bereich Gerontopsychiatrie zufriedenstellend.

Teilstationäre Pflege:

Tagespflegeangebote sind für die Angehörigen eine wichtige Entlastung. Sollen sie den kommenden Anforderungen gerecht werden, müssen sich diese Angebote in den nächsten Jahren fast verdoppeln. Wichtig ist auch hier, dass Pflege- und Betreuungskräfte gerontopsychiatrisch geschult werden und sich auf die Bedürfnisse demenziell Erkrankter einstellen.

Vollstationäre Pflege:

In den stationären Einrichtungen Brandenburgs sind etwa 60 – 65 Prozent der Bewohner/innen an einer Demenz erkrankt. Ihr Anteil wird sich weiter erhöhen. Bisher aber sind die wenigsten Heime baulich und personell auf diese Patienten/innen eingestellt. Das konzeptionslose Nebeneinander von demenziell Erkrankten und den übrigen Bewohner/innen, wie es in vielen Einrichtungen die Regel ist, führt zu Spannungen und Krisen und ist für beide Seiten unwürdig und unzumutbar. Geht man von – in etlichen Modellen bundesweit erprobten – Erfahrungen in der Pflege und Betreuung demenziell Erkrankter aus, so ist das segregative Wohnkonzept eine geeignete Methode, um diesen Menschen einen ihnen gemäßen Lebensabend zu ermöglichen. Das Konzept geht von einer Wohngruppe aus, in der man sicher und ohne Stress fast wie in einer Familie miteinander leben kann. Demenziell Erkrankte brauchen in solchen Zusammenhängen nicht in erster Linie Fachpersonal, sondern einfühlsame, engagierte Bezugspersonen, die gerontopsychiatrisch fortgebildet sind.

Heime werden auch in absehbarer Zukunft die wichtigste Alternative bleiben, wenn häusliche Pflege unmöglich geworden ist. Dennoch lohnt es, über andere kleinteiligere Formen nachzudenken, die in Privathäusern oder Wohnungen einen Ort für betreutes und geschütztes Wohnen demenziell erkrankter Menschen bieten. Sie könnten von Angehörigen organisiert, von ehrenamtlichen Helfer/innen unterstützt und von sozialen Diensten mitversorgt werden.

Vor den Kommunen steht die Aufgabe, alle vorhandenen Dienste und Angebote zu koordinieren und Netzwerke aufzubauen, um solche Initiativen möglich und auch bezahlbar zu machen. Nur ein Versorgungssystem, in dem sich alle Träger mitverantwortlich fühlen

und jedes Konkurrenzdenken beiseite geschoben wird, kann der gesellschaftlichen Herausforderung Demenz gerecht werden.

Bei aller Kritik muss am Ende dieser Studie aber auch festgestellt werden, dass es im Land Brandenburg Maßnahmen und Modelle gibt, die zukunftsweisend sind. Brandenburg liegt damit deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Die flächendeckende Verbreitung der Alzheimer-Beratungsstellen, die modellhafte Erprobung von Wohngruppen, die Vorlage eines Fortbildungskonzeptes sowie die Modelle zur Entwicklung von Verbundstrukturen in den Regionen sind beispielhaft. Wenn es gelingt, diese Ansätze auszubauen, dürfte den künftigen Problemen besser begegnet werden.

Anhang

A. Methodisches Vorgehen

Ziel des Gutachtens

Das Gutachten zur ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung demenziell erkrankter Menschen in Brandenburg wurde dem Institut für sozialpolitische und gerontologische Studien, ISGOS Berlin, im Rahmen der Sozialberichterstattung des Landes Brandenburg übertragen. Im Mittelpunkt des Gutachtens standen Personen, die an nicht heilbaren (primären) Demenzerkrankungen leiden. Dabei sollten Ausmaß und künftige Entwicklung von Demenzerkrankungen in Brandenburg abgeschätzt und der gegenwärtige Versorgungsgrad sowie der künftige Unterstützungsbedarf ermittelt werden.

Dazu galt es unter anderem zu klären:

1. Gibt es genügend stationäre Einrichtungen, die den heutigen Bedarf decken und sich zugleich auf eine veränderte Nachfrage einstellen können?
2. Sind die vorhandenen Einrichtungen auf die wachsende Zahl von demenziell Erkrankten eingestellt oder müssen sie sich neu orientieren?
3. Ändert sich das Nachfrageverhalten der Betroffenen?

Datenerhebung

Die statistische Datenbasis zur Bevölkerungsentwicklung wurde in erster Linie den Veröffentlichungen des Landesbetriebes für Datenverarbeitung und Statistik entnommen⁴³. Zur Situation in der Pflegeversicherung lag ein aktueller Bericht der AOK für das Land Brandenburg vor⁴⁴. Da die offiziellen statistischen Daten keine Informationen zu Struktur, Versorgung und Anzahl demenziell Erkrankter in den Einrichtungen enthalten, befragen die Gutachter mittels eines Fragebogens alle 14 Landkreise und die vier kreisfreien Städte. Gefragt wurde nach der Anzahl der an

Demenz erkrankten Menschen, der Versorgung mit ambulanten Diensten, stationären Einrichtungen, nach Angehörigengruppen, Fachärzt/innen und sonstigen Einrichtungen, die sich mit dem Thema Demenz befassen, sowie nach vorhandenen Vernetzungsstrukturen.

Im Vorfeld gab es Gespräche mit Vertreter/innen von Krankenkassen, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen, Fachärzt/innen, Kliniken, dem Landkreistag, dem Städte- und Gemeindebund, der Arbeitsgemeinschaft der Träger stationärer Einrichtungen, dem Landesamt für Soziales und Versorgung und der Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e.V. Ergänzt wurden diese Gespräche durch telefonische Kurzbefragungen von Sozialpsychiatrischen Diensten und Psychiatriekoordinatoren/innen der Landkreise und kreisfreien Städte, der Heimaufsicht, der Beratungsstellen für Demenzkranke, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie einiger ambulanter Pflegeeinrichtungen.

Eine weitere quantitative Erhebung fand bei den Beratungsstellen für Demenzkranke und den Angehörigengruppen statt. Adressen vermittelten die Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg, aber auch die 22 Selbsthilfekontaktstellen im Bundesland. Insgesamt konnten 38 Beratungsstellen und 42 Angehörigengruppen in die Befragung einbezogen werden. Die Beratungsstellen erhielten Fragen zur Träger- und Leitungsstruktur, zum Einzugsbereich, zu den Leistungsangeboten, zur Vernetzungsstruktur mit anderen Einrichtungen sowie nach dem zukünftig zu erwartenden Versorgungsbedarf. Bei den Angehörigengruppen interessierten vor allem Fragen zur Entstehung der Gruppe, zur Gruppengröße, zur Gruppenform, zu den Teilnehmer/innen, zu den Inhalten der

⁴³Bevölkerungsprognose des Landes Brandenburg für den Zeitraum 2000 bis 2015, Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Land Brandenburg 2001.

⁴⁴AOK für das Land Brandenburg 2002.

Gruppenarbeit und dem Unterstützungsbedarf der Gruppe. Zusätzlich wurden die ambulanten Dienste und stationären Einrichtungen in vier Regionen angeschrieben. Das waren die Stadt Potsdam (Stadt mit der größten Bevölkerungsentwicklung), die Stadt Brandenburg (Stadt mit dem größten Bevölkerungsrückgang), der Landkreis Prignitz (eine ländliche Region mit Bevölkerungsrückgang im äußeren Entwicklungsraum) und der Landkreis Potsdam-Mittelmark (Landkreis mit Bevölkerungszuwachs im engeren Verflechtungsraum). Dabei gab es für ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen unterschiedliche Fragebogenvarianten, in denen allerdings die Kernfragen gleich waren. Die Bögen enthielten Fragen zur Trägerstruktur und zu Pflegeleistungen, zu den Pflegebedürftigen, zum Personal, zur Ausstattung, zu Pflege- und Versorgungskonzepten und zu Schwierigkeiten und Problemen im Umgang mit der Pflege und bei der Betreuung demenziell Erkrankter.

Die Prävalenz der Demenz ermittelten die Gutachter anhand von Schätzungen. Solche Schätzungen beruhen auf repräsentativen Feldstudien und Resultaten von Metaanalysen⁴⁵. Das gleiche gilt für die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen, die bei über 65-Jährigen durchschnittlich mehr als 1,5 Prozent ausmachen. Ein Wert, der mit dem höheren Anteil Hochaltriger steigt und in dieser Studie für das Land Brandenburg neu ermittelt wurde. Anhand von Schätzwerten konnten somit aktuelle Zahlen an Demenzerkrankungen aufgestellt werden.

Eine Differenzierung nach Kommunen und nach äußerem Entwicklungsraum und innerem Verflechtungsraum ermöglicht eine regionalspezifische Planung an Versorgungsangeboten. Dem so ermittelten Bedarf stehen vorhandene Dienste und Einrichtungen gegenüber. Aus dieser Statistik geht aller-

dings nicht hervor, wie viele demenziell Erkrankte von den unterschiedlichen Einrichtungen betreut wurden. So wurde ihre Verteilung auf ambulante und stationäre Versorgungseinrichtungen nach Schätzzahlen vorgenommen.

Ein integrierter Bestandteil des Gutachtens waren die Organisation und inhaltliche Gestaltung von zwei Fachtagungen:

1. Fachtagung am 27. September 2001 (in Zusammenarbeit mit der Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e.V.): „Neue Ansätze zur ambulanten und teilstationären Versorgung Demenzkranker“.
 2. Expertenworkshop am 25. Oktober 2001: „Zukunft der Heime, Qualitätsmerkmale und Konzepte zur Versorgung dementer Heimbewohnerinnen und Heimbewohner“.
- Auf weiteren Fachtagungen konnten Teilergebnisse des Gutachtens vorgestellt und wichtige Informationen in das Gutachten einbezogen werden.

Zur Ergänzung der Erhebungen wurde eine aktuelle überregionale Untersuchung von ISGOS im Auftrag des Evangelischen Verbandes für Altenarbeit und Ambulante Pflege Dienste e.V. (EVAP) zur Pflegesituation im häuslichen Bereich hinzugezogen⁴⁶. An dieser Befragung beteiligten sich 73 unterschiedliche Pflegeeinrichtungen. Die 473 Fragebögen, die in die Untersuchung eingingen, verteilten sich zu 262 auf den stationären und 207 auf den ambulanten und teilstationären Bereich. 261 Bögen lassen sich Brandenburg und 200 Berlin zuordnen. Da für dieses Gutachten keine gesonderte Auswertung für den Bereich Brandenburg vorgenommen wurde, sind an einigen Stellen Gesamtergebnisse aus der Untersuchung eingeflossen.

Für diese Studie besuchten die Gutachter drei stationäre Einrichtungen mit einem Wohngruppenkonzept. Außerdem wurden

⁴⁵Zusammenfassend: Bickel: 2000, 2001. ⁴⁶Detfbarn-Reggentin/Reggentin 2002.

Konzepte und Trends aus anderen Bundesländern zur Auswertung herangezogen.

Die im Verlauf der Gutachtenbearbeitung gewonnenen Ergebnisse wurden für diese Veröffentlichung zusammengefasst und redaktionell bearbeitet. Ergänzt wurde dabei ein Erfahrungsbericht aus dem Modellprojekt „Wohngemeinschaft für pflegebedürftige demente Senioren“ in der Stadt Brandenburg.

Wir möchten an dieser Stelle allen Beteiligten und Einrichtungen danken, die bei der Erstellung des Gutachtens behilflich waren.

B. Tabellen

1. Bevölkerungsentwicklung im Land Brandenburg

Land Brandenburg insgesamt

Alter von ... bis unter Jahren	Bevölkerungsprognose				
	1997	1999	2005	2010	2015
60 - 65	170.150	191.360	166.990	147.120	209.920
65 - 70	127.450	135.740	189.740	159.310	141.200
70 - 75	89.890	102.410	131.210	171.790	144.560
75 - 80	64.340	72.620	91.980	110.770	145.310
80 - 85	77.950	31.980	54.630	68.630	83.360
85 - 90	(80 Jahre und älter)	30.170	23.600	33.920	42.910
90 und älter		13.520	15.470	14.100	17.620
60 und älter	529.780	577.810	673.620	705.630	784.890
männlich	210.720	236.250	288.890	307.630	348.120
weiblich	319.060	341.560	384.730	398.000	436.770
65 und älter	359.630	386.459	506.630	558.510	574.970
männlich	128.210	143.749	207.730	234.720	244.210
weiblich	231.420	242.710	298.900	323.790	330.760

Quelle: Bevölkerungsprognose, Stat. Daten: Landbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg, Dezernat Bevölkerungsstatistik, 2002

Land Brandenburg - äußerer Entwicklungsraum

Alter von ... bis unter Jahren	Bevölkerungsprognose			
	1999	2005	2010	2015
60 - 65	125.050	100.070	87.570	127.320
65 - 70	90.430	120.440	94.520	83.330
70 - 75	69.880	84.950	108.280	85.180
75 - 80	50.900	60.900	71.030	90.890
80 - 85	21.810	36.970	44.800	52.860
85 - 90	20.060	15.370	22.520	27.560
90 und älter	8.600	9.730	8.900	11.370
60 und älter	386.750	428.390	437.610	478.480
männlich	156.450	180.830	187.800	209.930
weiblich	230.300	247.560	249.810	268.550
65 und älter	261.720	328.310	350.060	351.180
männlich	96.170	132.610	144.510	146.670
weiblich	165.550	195.700	205.550	204.510

Quelle: Bevölkerungsprognose, Stat. Daten: Landbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg, Dezernat Bevölkerungsstatistik, 2002

Land Brandenburg - engerer Verflechtungsraum

Alter von ... bis unter Jahren	Bevölkerungsprognose			
	1999	2005	2010	2015
60 - 65	66.320	66.930	59.540	82.630
65 - 70	45.310	69.290	64.800	57.860
70 - 75	32.550	46.250	63.530	59.400
75 - 80	21.730	31.110	39.740	54.420
80 - 85	10.180	17.660	23.810	30.510
85 - 90	10.080	8.240	11.410	15.340
90 und älter	4.910	5.740	5.200	6.260
60 und älter	191.110	245.210	268.020	306.410
Männlich	79.830	108.060	119.840	138.210
Weiblich	111.280	137.150	148.180	168.200
65 und älter	124.790	178.280	208.490	223.770
Männlich	47.590	75.110	90.230	97.550
Weiblich	77.200	103.170	118.260	126.220

Quelle: Bevölkerungsprognose, Stat. Daten: Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg, Dezernat Bevölkerungsstatistik, 2002

2. Entwicklung der Demenzerkrankungen

Land Brandenburg insgesamt

Alter von ... bis unter Jahren	Demenzerkrankungen				
	1997	1999	2005	2010	2015
60 - 65	851	957	835	736	1.050
65 - 70	1.529	1.629	2.277	1.912	1.694
70 - 75	2.517	2.868	3.674	4.810	4.048
75 - 80	3.860	4.357	5.519	6.646	8.719
80 - 85	16.625	4.253	7.266	9.128	11.087
85 - 90	(80 Jahre	7.211	5.640	8.107	10.255
90 und älter	und älter)	4.678	5.353	4.879	6.097
60 und älter	25.382	25.953	30.564	36.218	42.950
Männlich		10.615	13.112	15.791	19.070
Weiblich		15.338	17.452	20.427	23.880
65 und älter	24.531	24.996	29.729	35.482	41.900
Männlich		9.299	12.199	14.902	17.808
Weiblich		15.697	17.530	20.580	24.092

eigene Berechnungen nach: Bevölkerungsprognose, Stat. Daten: Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg, Dezernat Bevölkerungsstatistik, 2001

Land Brandenburg - äußerer Entwicklungsraum

Alter von ... bis unter Jahren	Demenzerkrankungen			
	1999	2005	2010	2015
60 - 65	125.050	100.070	87.570	127.320
60 - 65	625	500	438	637
65 - 70	1.085	1.445	1.134	1.000
70 - 75	1.957	2.379	3.032	2.385
75 - 80	3.054	3.654	4.262	5.453
80 - 85	2.901	4.917	5.958	7.030
85 - 90	4.794	3.673	5.382	6.587
90 und älter	2.976	3.367	3.079	3.934
60 und älter	17.392	19.935	23.285	27.026
Männlich	7.044	8.413	9.989	11.864
Weiblich	10.348	11.522	13.296	15.162
65 und älter	16.767	19.435	22.847	26.389
Männlich	6.170	7.852	9.436	11.031
Weiblich	10.597	11.583	13.411	15.358

eigene Berechnungen nach: Bevölkerungsprognose, Stat. Daten: Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg, Dezernat Bevölkerungsstatistik, 2001

Land Brandenburg - engerer Verflechtungsraum

Alter von ... bis unter Jahren	Demenzerkrankungen			
	1999	2005	2010	2015
60 - 65	66.320	66.930	59.540	82.630
60 - 65 insg.	332	335	298	413
65 - 70 insg.	544	832	778	694
70 - 75 insg.	911	1.295	1.779	1.663
75 - 80 insg.	1.304	1.867	2.384	3.265
80 - 85 insg.	1.354	2.349	3.167	4.058
85 - 90 insg.	2.409	1.969	2.727	3.666
90 und älter	1.699	1.986	1.799	2.166
60 und älter	8.553	10.633	12.932	15.925
Männlich	3.575	4.689	5.781	7.182
Weiblich	4.978	5.944	7.151	8.743
65 und älter	8.221	10.298	12.634	15.512
Männlich	3.132	4.335	5.471	6.763
Weiblich	5.089	5.963	7.163	8.749

eigene Berechnungen nach: Bevölkerungsprognose, Stat. Daten: Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg, Dezernat Bevölkerungsstatistik, 2001

**3. Rückgang der Zahl junger Menschen:
Probleme beim Nachwuchs von
Pflegekräften in Brandenburg**

Junge Menschen im äußeren Entwicklungsraum 1999 - 2015

	16 – 19 Jahre		20 – 30 Jahre		15 – 45 Jahre	
1999	76.930	100 %	192.990	100 %	737.010	100 %
2005	70.920	92,9 %	199.280	100,3 %	653.180	88,6 %
2010	29.390	38,2 %	205.700	106,6 %	534.170	72,5 %
2015	35.650	46,3 %	138.570	71,8 %	460.180	62,4 %

Junge Menschen im inneren Verflechtungsraum 1999 - 2015

	16 – 19 Jahre		20 – 30 Jahre		15 – 45 Jahre	
1999	39.460	100 %	101.120	100 %	408.290	100 %
2005	43.600	110,5 %	111.390	110,2 %	430.190	105,4 %
2010	26.310	66,7 %	118.610	117,3 %	368.500	90,2 %
215	32.940	83,5 %	98.610	97,5 %	331.150	81,1 %

Datenquelle: Landesbetrieb für Datenverarbeitung.

Literaturverzeichnis:

- Adler, G. / Frölich, L. / Gertz, H.-J. u.a. (1999): Diagnostik und Therapie der Demenz in der Primärversorgung. Positionspapier. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin Sonderdruck 75. Jhg. Heft 21-22
- Alzheimer Gesellschaft Brandenburg: Leitlinien zur Betreuung und Pflege Demenzkranker in stationären Einrichtungen
- Alzheimer Gesellschaft Brandenburg: Demenzerkrankungen im Land Brandenburg – Häufigkeit, Prognose, Handlungsbedarf (1997)
- Amtsblatt Brandenburg Nr. 51: Landespflegeplan – Teil A AOK für das Land Brandenburg (2001): Bericht zur Situation in der Pflegeversicherung
- Arbeitsgemeinschaft Geriatrie Brandenburg (2001): 1. Geriatrietag in Brandenburg. Woltersdorf
- Baden-Württemberg (Hrsg) (1998): Dementiell erkrankte ältere Menschen. Versorgungssituation und Versorgungskonzepte. Eine Untersuchung zur Situation in Baden-Württemberg. Stuttgart
- Bayer-Feldmann, Claudia (2000): Gruppenarbeit mit Angehörigen von Demenzpatienten – ein Modell. In: Alzheimer Gesellschaft (Hrsg) Brücken in die Zukunft. Bridges into the future. München, S. 135-146
- Bayrisches Sozialministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg) (2000): Fort- und Weiterbildung Gerontopsychiatrische Pflege. München
- Bayrisches Sozialministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg) (1999): Konzept für die Fort- und Weiterbildung sowie Supervision in der stationären Altenhilfe. München
- Bayrisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg) (1988): 4. Bayrischer Landesplan für Altenhilfe. Coburg
- Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Amt für Soziales und Rehabilitation (Hrsg) (2000): Stationäre Dementenbetreuung in Hamburg. Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands – Hausärzterverband – e.V. (1999): Demenz Manual, Emsdetten
- Bickel, Horst (2001): Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 34, Heft 2, S. 108-115
- Bickel, Horst (2000): Demenzsyndrom und Alzheimer Krankheit. Eine Schätzung des Krankenbestandes und der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland. In: Gesundheitswesen, 62, S.211-218
- Bickel, Horst (1999): Die Epidemiologie der Demenz. In: Das Wichtigste 1, Informationsblatt der Deutschen Alzheimer Gesellschaft
- Bickel, Horst (1992): Epidemiologie. In: Gutzmann, H. (Hrsgb) Der dementielle Patient. Bern, Göttingen, Toronto
- Brandenburg an der Havel (2000): Gesamtkonzeption der Stadt Brandenburg an der Havel zur Versorgung von Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen, Stand März 2000 Vorlagen Nr. 38/2000
- Brandenburg an der Havel (1995): Grundlagen der weiteren Entwicklung des ambulanten sozialen und gesundheitsfürsorgereichen Versorgungssystems für ältere und/oder behinderte Menschen in der Stadt Brandenburg an der Havel, Stand November 1995
- Bruder, Jens (1990): Umgang mit dem täglichen Erleben der Demenz als Angehöriger und Helfer. In: Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege Hamburg (Hrsg): Gerontopsychiatrische Versorgung in Hamburg. Dokumentation der Fachtagung vom 23.-25.01.1990, Hamburg HAFA S. 100-107
- Bruder, Jens (1988): Filiale Reife – ein wichtiges Konzept für die familiäre Versorgung Kranker, insbesondere dementer älterer Menschen. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und Psychiatrie, 1, S. 95-101
- Bruder, J., Wojnar, J. (1994). Artikel im Hamburger Ärztblatt 52, S. 243
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2000): Auftaktveranstaltung „Altenhilfestrukturen der Zukunft“. Berlin
- Damkowski, Wulf / Seidelmann, Anya / Voß, Lothar (1997): Evaluation des Modellprogramms stationäre Dementenbetreuung in Hamburg – Endbericht: Hrsg Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Hamburg
- Der Kreistag des Landkreises Teltow-Fläming (2000) : Sozialplanung des Landkreises Teltow-Fläming, Teil III – Psychiatrieplanung. Vorlage Nr. 2-0323/00
- Dettbarn-Reggentin, Jürgen/Reggentin, Heike (2002): Belastungen pflegender Angehöriger von Demenzkranken im häuslichen Bereich und bei Betreuungspersonen von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen. Eine Studie im Auftrag des Evangelischen Verbandes für Altenarbeit und Ambulante Pflegerische Dienste e.V. Berlin-Brandenburg (EVAP). Projektbericht Berlin
- Dettbarn-Reggentin, Jürgen/Reggentin, Heike/Dreyer, Kristine/Umatham, Birgit (2002): Freiwilliges Engagement älterer Menschen. Modernisierungsbedarf in der offenen Altenhilfe. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW (Hrsg): Potentiale und Entwicklungsmöglichkeiten in NRW. Düsseldorf, Band 2

- Deutscher Bundestag (1996): Situation der Demenzkranken in der Bundesrepublik Deutschland, Drucksache 13/3343 vom 10.07. 1996
- Dühring, Angela/Habermann-Horstmeier, Lotte (2000): Das Altenpflegelehrbuch. Medizinische und psychosoziale Grundlagen für die Pflege alter Menschen. Stuttgart New York, 2. Auflage
- Dürmann, Peter (2000): Ergebnisse aus dem Leistungsvergleich zur Dementenbetreuung (LVVD). In: Expertenkolloquium „Qualität in der stationären Versorgung Demenzkranker“ in Mannheim am 16/17. Mai 2000
- Dürmann, Peter (2000): 45 Minuten Mehraufwand. Ergebnisse des „Leistungsvergleichs vollstationärer Versorgung Demenzkranker (LVVD)“. In: *Altenheim* 4, S. 30-35
- Forum Demenz (Hrsg) (2002): Bremer Handbuch Demenz „Der Verwirrtheit begegnen.“ Ein Praxisbegleiter für Betroffene, Angehörige und Berater. Achim
- Freter, Hans-Jürgen (2001): Einleitung. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg): Stationäre Versorgung von Alzheimer Patienten. Berlin, S. 11-28
- Geriatrische Akademie Brandenburg e.V. (Hrsg) (2001): Geriatrie in Brandenburg. Woltersdorf
- Göschel, L./Lucke, C. (1990): Sperrt uns nicht ein. Erfahrungsbericht aus einem Pflegeheim. Hannover
- Gräßel, Elmar (2000): Demenzen in der Familie: Die Situation der Angehörigen – Beratung als grundsätzliches Angebot. In: Alzheimer Gesellschaft (Hrsg): *Brücken in die Zukunft, Bridges into the future*. München, S. 123-143
- Gräßel Elmar (1998): Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil I: Inanspruchnahme professioneller Pflegehilfe. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31, S. 52-56
- Gräßel, Elmar (1998) Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31, S. 57-62
- Großjohann, Klaus (2002): Nahräumige Wohnmilieus und neue Wohnkonzepte. Vortrag anlässlich eines Zukunftskongresses „Wie wohnen, wenn man älter wird?“ Potsdam 11.-12. 4. 2002
- Gutzmann, Hans (2000): Die nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimerkrankheit. In: *Das Wichtigste 6, Informationsblatt der Deutschen Alzheimer Gesellschaft*
- Heck, Michael/Sauder, Andreas (2000): Erfahrungsbericht Wohngruppe zur Tagesbetreuung Demenzkranker 1999/2000, verv. Manuskript: Demenz-Verein Saarlouis
- Heeg, Sibylle (2001): Pflegeheimbau mit milieutherapeutischer Orientierung – Umsetzung am Beispiel des Gradmann-Hauses in Stuttgart-Kaltental. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg): *Brücken in die Zukunft. Bridges into the future*. Berlin, S. 615-627
- Heeg, Sibylle (2001): Bau und Innenraumgestaltung. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Hrsg): *Stationäre Versorgung von Alzheimer Patienten. Leitfaden für den Umgang mit demenzkranken Menschen*, Berlin 3. Auflage, S. 105-120
- Helmchen, Hanfried/Baltes, Margret M./Geiselman, Bernhard u.a. (1996): Psychische Erkrankungen im Alter. In: Mayer, K.U./Baltes, P.B. (Hrsg): *Die Berliner Altersstudie*. Berlin, S. 185-220
- Hessisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Sozialordnung (Hrsg) (1998): *Wie wir im Alter leben wollen. Politik für ältere Menschen in Hessen*.
- Heyde, Anneliese (1999): Angehörigenarbeit und Betreuungsgruppen. Vortrag anlässlich des Landespflegetages, 17.11.1999
- Hirsch, Rolf D.(2001): Sozio- und Psychotherapie bei Alzheimerkranken. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34, Heft 2, S. 92-100
- Hirsch, Rolf D./Fussek, Claus (1999): Gewalt gegen pflegebedürftige alte Menschen in Institutionen: Gegen das Schweigen. Bonn
- Hörmann, Brigitte (2001): Stundenweise Entlastung pflegender Angehöriger von verwirrten älteren Menschen – Aufbau eines Helfer/innen-Kreises. Vortrag vom 27.9.2001 in Potsdam zur Tagung: „Neuere Ansätze zur ambulanten und teilstationären Versorgung Demenzkranker“
- Illte, D. (2001): Welche Qualitätsstandards in stationären Einrichtungen sind gefordert und umsetzbar, Positionspapier. In: Tagung „Zukunft der Heime – Qualitätsmerkmale und Konzepte zur Versorgung dementer Heimbewohnerinnen und Heimbewohner“ am 25.11.2002 in Potsdam
- Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung (1999): *Strukturanalyse der ambulanten Altenhilfe im Land Brandenburg*. Hannover
- Jansen, Sabine/Tschainer, Sabine/Gräßel, Elmar (1999): *Angehörigengruppen für Demenzkranke in Deutschland. Expertise*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) Berlin
- Jensen, Christian (2001): Zwischenbericht des Evangelischen Diakonissenhauses Berlin-Teltow zum Projekt „Gerontopsychiatrie“ in Letschin Teil 1 Teilkonzeption „Gerontopsychiatrie“, unv. Manuskript
- Kämmer, Karla (2002): Der Beitrag professioneller Pflege zur Lebensweltgestaltung von Menschen mit Demenz. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35, S. 186-189
- Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (2000): *Ärzteverzeichnis 2000 Land Brandenburg Stand 1.11.2000*
- Kirchen-Peters, Sabine (2000): „Früher waren Demenzkranke unter meiner Würde“. Bestandsaufnahme der Versorgungssituation Demenz-

- kranker am Beispiel des Landkreises Saarlouis. Saarbrücken.
- Klie, Thomas/Schmidt, Roland (2002): Begleitung von Menschen mit Demenz. Bestandsaufnahme und Formulierung demenzpolitischer Desiderate und Optionen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 35, S. 199-209
- Klostermann, M./Steinkamp, G./Tropberger, F./Werner, B. (1998): Gerontopsychiatrische Versorgung durch ambulante Pflegedienste. Ergebnisse einer empirischen Analyse. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 31, S. 426-437
- Kohli, Martin (2000): Altersgrenzen als gesellschaftliches Regulativ individueller Lebenslaufgestaltung: ein Anachronismus? In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 33, S. 1/15-1/23
- Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf (Hrsg) (1999): Gerontopsychiatrische Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf. Bestandsaufnahme und Planungsempfehlungen. Marburg
- Kuhlmei, Adelheid/Winter, M. H.-J. (2000): Qualitätsentwicklung in der Deutschen Pflege – Ergebnisse einer aktuellen Datenanalyse. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 33, S. 480-487
- Kunz, Eva (2001): Welche Qualitätsstandards in stationären Einrichtungen sind gefordert und umsetzbar, Positionspapier. In: Tagung „Zukunft der Heime – Qualitätsmerkmale und Konzepte zur Versorgung Dementer Heimbewohnerinnen und Heimbewohner“ am 25.11.2001 in Potsdam
- Kurz, Alexander (1999): Die medikamentöse Behandlung der Alzheimer-Krankheit. In: Das Wichtigste 5, Informationsblatt der Deutschen Alzheimergesellschaft.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg) (2000): Pflegezeitbedarf, Personalbemessung und Fachkraftanteil in vollstationären Einrichtungen. Dokumentation der Fachtagung vom 22.-23. 9. 1999 in Bonn-Bad Godesberg, Thema 154
- Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Land Brandenburg (2001): Verzeichnis Pflegeeinrichtungen, Stand 15.12.1999, Potsdam
- Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Land Brandenburg (2001): Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Empfänger von Pflegegeldleistungen im Land Brandenburg, K II 6 – 2j/99, Potsdam
- Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Land Brandenburg (2001): Bevölkerungsprognose des Landes Brandenburg für den Zeitraum 2000 – 2015. Potsdam
- Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Land Brandenburg – Dezernat Bevölkerungsstatistik: Aktuelle Bevölkerungsprognose. Stand 31.12.1999
- Landkreis Dahme-Spreewald (1999): Wegweiser Psychiatrie. Landkreis Oder-Spree (1999): Soziales Adressbuch, 2. überarbeitete Auflage
- Landkreis Oder-Spree (1998): Stand und Entwicklung der Seniorenbetreuung und Altenhilfe im Landkreis Oder-Spree – Altenhilfeplan – Mai 1998
- Landkreis Oder-Spree (1997): Stand der Entwicklung der gemeindepsychiatrischen Versorgung im Landkreis Oder-Spree – Psychiatrieplan -
- Landkreis Teltow-Fläming (1997): Sozialplanung des Landes Teltow-Fläming
- Landkreis Teltow-Fläming (2000): Wegweiser Gesundheit und Soziales
- Landtag Brandenburg: Drucksache 3/2708. Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage 21 der Fraktion der PDS. Ergebnisse der Gesundheitsreform
- Leichsenring, Kai / Strümpel, Charlotte, Groupe Saumon (1998): Der Nutzen kleiner Wohneinheiten für ältere Menschen mit dementiellen Erkrankungen, Wien
- Loibl, Meinhard (2000): „Ziele und Entwicklungen für eine künftige Versorgung Demenzkranker“. Vortrag anlässlich der 10. Jahrestagung „Alzheimer Europe“ in München im Oktober 2000
- Meyer, Jörg (2001): Besondere stationäre Dementenbetreuung in der Freien und Hansestadt Hamburg. In: Tagung „Zukunft der Heime- Qualitätsmerkmale und Konzepte zur Versorgung dementer Heimbewohnerinnen und Heimbewohner“ am 25.11.2002 in Potsdam
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg (2000): Planungsdaten zur Einrichtung der Altenhilfe, Stand 31.12.1999
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen (1999): Wegweiser Psychiatrie, Potsdam
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg (1998): Sozialberichterstattung Landesaltenbericht, Potsdam
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein (1999): Fachplan Gerontopsychiatrie für Schleswig-Holstein – Teilfortschreibung des Landesaltenplans – Teil A: Gerontopsychiatrische Versorgung, Kiel
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein (1999): Fachplan Gerontopsychiatrie für Schleswig-Holstein – Teilfortschreibung des Landesaltenplanes – Teil B: Regionalübersichten Schleswig-Holstein, Kiel
- Mitteilung des Senats an die Bremische Bürgerschaft vom 31.07.2001. „Verbesserte Hilfen für Demenzkranke im Land Bremen“ Große Anfrage der Fraktion der CDU und der SPD vom 27.04.2001
- Neubart, Rainer (2001): Rehabilitation für Demenzkranke ist möglich! Woltersdorf, unv. Manuskript

- Neubart, Rainer (2000): Aufbau eines mobilen geriatrischen Rehabilitationsteams in einer geriatrischen Versorgungskette. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg): Auftaktveranstaltung „Altenhilfestrukturen der Zukunft“, Berlin, S. 99 - 110
- Neumann, Eva-Maria (2000): Entwicklung einer gerontopsychiatrischen Verbundstruktur in einer ländlichen Region und einer kreisfreien Stadt. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg): Auftaktveranstaltung „Altenhilfestrukturen der Zukunft“, Berlin, S. 145-154
- Oppikofer, Sandra/Albrecht, Kerstin/Schelling, Hans, Rudolf/Wettstein, Albert (2000): Die Auswirkungen sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden dementer Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. Die Käferberg-Besucherstudie. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 35, S. 39-48
- Pawletko, Klaus (2001): Wohngemeinschaften für Demenzkranke. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg): Stationäre Versorgung von Alzheimer-Patienten. Berlin, 3. Auflage, S. 91-104
- Radzey, B./Heeg, S./Goerlich, C. (1999): Kurzevaluation von Wohngruppen für Verwirrte in Frankreich und den Niederlanden. Thema 145. Köln
- Radzey, B. u.a. (2001): Qualitätsbeurteilung der institutionellen Versorgung und Betreuung dementiell Erkrankter, Literatur-Expertise, In: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 207,1, Stuttgart
- Reggentin, Heike / Dettbarn-Reggentin, Jürgen / Dreyer, Kristine / Munschau, Christel (1999): Mitwirkung in Alten- und Pflegeheimen, Heimbeiräte und Ersatzgremien. Unveröffentlichter Projektbericht im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes NRW
- Reggentin, Heike/Dettbarn-Reggentin, Jürgen/Dreyer, Christine (1998): Selbsthilfe im Alter. Projekte älterer Menschen und Seniorenbeiräte in NRW, Dortmund
- Romeru, Barbara (2001): Integratives Behandlungsprogramm für Demenzkranke und betreuende Angehörige. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg): Brücken in die Zukunft. Bridges into the future. . München, S.67-82
- Schacke, C. / Zank, S. (1998): Zur familiären Pflege demenzkranker Menschen. Die differentielle Bedeutung spezifischer Belastungen für das Wohlbefinden der Pflegenden und die Stabilität der häuslichen Pflegesituation. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31, S. 355-361
- Schifferdecker, M. (2001): Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung des Projektes „Gerontopsychiatrische Wohngruppe“ im Seniorenzentrum Letschin, Bonn
- Schlichting, Ruth (2000): Aufbau einer regionalen Versorgungsstruktur für psychisch kranke alte Menschen im Landkreis Marburg-Biedenkopf. Vortrag anlässlich einer Fachtagung Altenhilfe in Europa vom 30.08. – 01.09.2000 in Frankfurt
- Schneekloth, U. / Müller, U. (1997): Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen. Endbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsverbund „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“, Stuttgart, Berlin, Köln
- Schönberger, Christine / Stolz, Peter (2000): Modellprojekt Betreuung psychisch kranker Menschen in Gastfamilien. Psychiatrische Familienpflege im Land Brandenburg. Zwischenbericht zum Pilotprojekt „Psychiatrische Familienpflege“, gefördert von der Robert-Bosch-Stiftung. Potsdam
- Schuhmacher, Christel / Starz, Sylvia (2001): Qualifizierte Begleitung Pflegebedarferhebung Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen. Abschlussbericht „Gerontopsychiatrische Wohngruppe“ im Seniorenzentrum Letschin, Bonn
- Schweizer, Carola/Brandt, Franz (1997): Ambulante geriatrische Rehabilitation. Endbericht zum Modellversuch des Sozialministeriums, Stuttgart
- Stadtverwaltung Potsdam (Hrsg) (2000): Seniorinnen und Senioren in Potsdam. Fortschreibung der Sozialplanung. Potsdam
- Statistisches Bundesamt (2000): 9 Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnungen des Bundes und der Länder bis 2050. Aus: Internet www.statistik.bund.de
- Weber, U. / Oppl, H. u.a. (1997): Modellprojekt. Gerontopsychiatrisches Verbundnetz in der Altenhilfe in Würzburg: Integration und ambulante Versorgung älterer Menschen mit psychischen Störungen. Band 86 Schriftenreihe des Gesundheitsministeriums. Baden.Baden
- Weeber & Partner (1998): Demenziell erkrankte ältere Menschen, Versorgungssituation und Versorgungskonzepte, Stuttgart
- Weyerer, Siegfried / Schäufele, Martina / Hönig, Thomas (2000): Demenzkranke in der stationären Versorgung: Aktuelle Situation: In: Expertenkolloquium „Qualität in der stationären Versorgung Demenzkranker“ in Mannheim am 16./17.05.2000
- Weyerer, S. / Mann, A.H. / Ames, D. (1995): Prävalenz von Depression und Demenz bei Altenheimbewohnern in Mannheim und Candel (London). In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 28, Heft 3, S. 169-178
- Wetterling, T./Schürmann, A. (1997): Gründe für eine Heimeinweisung bei stationär aufgenommenen gerontopsychiatrischen Patienten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 30, S. 469-473

- Wettstein, A. (1991): Senile Demenz, Ursachen – Diagnose – Therapie - Volkswirtschaftliche Konsequenzen. Bern, Stuttgart, Toronto
- Witz, Gabriele / Schuhmacher, Jörg / Machold, Cornelia / Gunzelmann, Thomas / Adler, Corinne (1998): Angehörigenberatung bei Demenz – Erfahrungen aus der Leipziger Studie http://www.uni-leipzig.de/~gespsych/ang_brtg.html
- Winkler, Angelika (2001): Konzeptaussagen für die besondere stationäre Betreuung und Pflege Demenzkranker im Land Brandenburg. In: Tagung „Zukunft der Heime – Qualitätsmerkmale und Konzepte zur Versorgung dementer Heimbewohnerinnen und Heimbewohner“ am 25.11.2001 in Potsdam
- Wojnar, Jan (2001): Nichtmedikamentöse Behandlung Demenzkranker. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg): Brücken in die Zukunft. Bridges into the future. München, S. 493-504
- Wojnar, Jan (2001): Medizinisch-therapeutische Betreuung im stationären Bereich. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg): Stationäre Versorgung von Alzheimer-Patienten. Berlin, S. 127-136, 3. überarbeitete Auflage
- Wörle, J. / Klingefeld, H. / Bruder, J. / Dahme, B. (1992): Demenz und Depression bei Altenpflegeheim-Bewohnern. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 5, Heft 3, S. 170-190
- Zaudig, M. / Hiller, W. (2000): Strukturiertes Interview für die Diagnose einer Demenz vom Alzheimer Typ, der vaskulären Demenz und Demenz anderer Ätiologie nach ICD-10, Begleitbuch, Bern 1995, 2000 überarb. Auflage
- Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 35, 3, Juni 2002

Impressum

ISSN 1619-568 X

Herausgeber:

**Ministerium für Arbeit, Soziales,
Gesundheit und Frauen
des Landes Brandenburg**

Öffentlichkeitsarbeit

Heinrich-Mann-Allee 103 · 14473 Potsdam

www.masgf.brandenburg.de

Gutachten im Auftrag des Landesamtes
für Soziales und Versorgung, Landesgesundheitsamt
Wünsdorfer Platz 3 · 15838 Wünsdorf

Erstellt von:

ISGOS – Institut für sozialpolitische
und gerontologische Studien
Hardenbergstr. 6 · 10623 Berlin

Redaktionelle Bearbeitung

und Zusammenfassung:

Rosemarie Mieder, Gislinde Schwarz

Druck:

Druckhaus Frankfurt

Layout:

Markus Schmolke Grafik Design, Schönfließ

Auflage:

500, Dezember 2002

Nachdruck mit Quellenangabe erwünscht,
Belegexemplar erbeten