

Pflegeplan 2006 Stadt Duisburg

**Bericht zur Situation von
Menschen mit Demenz
in Duisburg
(Duisburger Demenzbericht)**

Herausgeber:
Stadt Duisburg
Der Oberbürgermeister
Amt für Soziales und Wohnen

Oktober 2006

VerfasserIn:

Ruth Dobbertin	Amt für Soziales und Wohnen
Stefan Ernst	Amt für Soziales und Wohnen
Michael Harnischmacher	FORUM Demenz Duisburg
Marcel Hellmich	Gesundheitsamt
Guido Kower	Amt für Soziales und Wohnen
Dr. Ute Martin	Gesundheitsamt und Alzheimer-Gesellschaft Duisburg e.V.
Bettina Vootz	Alzheimer-Gesellschaft Duisburg e.V.
Elisabeth Weber	FORUM Demenz Duisburg

Kontakt:

Stadt Duisburg
Amt für Soziales und Wohnen
Sachgebiet Senioren-, Behinderten- und Pflegeangelegenheiten
47049 Duisburg

Telefon: 0203/283 2774
0203/283 2742



Schreibtelefon: 0203/9400111

Telefax: 0203/283 2374

E-Mail: pflgeplanung@stadt-duisburg.de



E-Mail: kommunikation-ohne-barrieren@stadt-duisburg.de

Nachdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

PFLEGEPLAN 2006

STADT DUISBURG

BERICHT ZUR SITUATION VON MENSCHEN MIT DEMENZ IN DUISBURG (DUISBURGER DEMENZBERICHT)

Erstellt in Zusammenarbeit mit:

Alzheimer-Gesellschaft Duisburg e. V.

Fachberatungsstelle der AWO-Duisburg im FORUM Demenz

Gesundheitsamt der Stadt Duisburg

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
I. Themen und Problembezug	3
I.1 Formen der Demenz	3
I.2 Gesellschaftliche Relevanz – Gegenwart und Zukunft –	5
I.3 Demografische Entwicklung und deren Folgen	7
I.3.1 Demografische Entwicklung	7
I.3.2 Daten über den Bestand der an Demenz Erkrankten und die jährlichen Neuerkrankungen	8
I.3.2.1 Prävalenzrate	9
I.3.2.2 Inzidenzrate	10
II. Gesetzliche Grundlagen und Finanzierungsmöglichkeiten unterstützender Hilfen	11
III. Ist-Analyse der kommunalen Versorgungsstruktur - Erfassung und Evaluation der Versorgungs- und Unterstützungsangebote -	13
III.1 Methodik und Erfassungsgrenzen	13
III.2 Medizinische Versorgung	15
III.3 Beratungs- und niedrigschwellige Angebote	17
III.3.1 Beratung	17
III.3.2 Niedrigschwellige Angebote	18
III.3.2.1 Betreuungscafés	18
III.3.2.2 Häuslicher Unterstützungsdienst	19
III.3.2.3 Gesprächskreise für pflegende Angehörige	20
III.3.2.4 Kurse für pflegende Angehörige von demenziell erkrankten Menschen	20
III.3.2.5 Tanzcafé	21
III.4 Ambulante pflegerische Versorgung	21
III.4.1 Definition	21
III.4.2 Angebotspalette	22
III.4.3 Wohngemeinschaften	24
III.4.4 Duisburger Erhebung	26
III.4.4.1 Angaben zum Personal	27
III.4.4.1.1 Anzahl	27
III.4.4.1.2 Fortbildungen	27
III.4.4.1.3 Gerontopsychiatrische Qualifikation	28
III.4.4.2 Angaben zu den Pflegebedürftigen	28
III.4.4.2.1 Anzahl Demenzerkrankter	28
III.4.4.2.2 Anteil Demenzerkrankter	29
III.4.4.2.3 Ärztliche Versorgung	29
III.4.4.2.4 Einstufung	31
III.4.4.2.5 Betreuung	32
III.4.4.2.6 Zusätzlicher Zeitaufwand	32
III.4.4.2.7 Alterstruktur	33
III.4.4.2.8 Geschlechterverteilung	33
III.4.4.2.9 Nichtdeutsche Demente	33
III.4.4.2.10 Mobilität	34
III.4.4.2.11 Lebenssituation	35
III.4.4.2.12 Einstellung der professionellen ambulanten Pflege	35
III.4.4.2.13 Wohnsituation	35

III.5 Teilstationäre pflegerische Versorgung.....	36
III.5.1 Nachtpflege.....	37
III.5.2 Tagespflege.....	37
III.5.2.1 Konzeptionen.....	37
III.5.2.2 Ausstattung	37
III.5.2.3 Personal	37
III.5.2.3.1 Fort- und Weiterbildung.....	37
III.5.2.4 NutzerInnen	38
III.5.2.5 Beratungsangebote und niedrigschwellige Angebote.....	39
III.6 Vollstationäre pflegerische Versorgung	39
III.6.1 Konzeptionen.....	40
III.6.2 Ausstattung.....	40
III.6.3 Personal	41
III.6.3.1 Fort- und Weiterbildung	41
III.6.4 HeimbewohnerInnen	42
III.6.4.1 Nichtdeutsche HeimbewohnerInnen	43
III.6.5 Beratungsangebote und niedrigschwellige Angebote	44
III.7 Fazit.....	45
III.7.1 Zusammenfassung.....	45
III.7.2 Ausblick	51
ANHANG	55
Tabellenverzeichnis.....	93
Abbildungsverzeichnis	93
Literaturverzeichnis.....	94
Abkürzungsverzeichnis	95

Einleitung

Um offen zu sein, ich fürchte, ich bin nicht bei vollem Verstand. Mir scheint, ich sollte Euch kennen, und diesen Mann auch, doch ich bin im Zweifel; denn ich bin völlig im unklaren, was für ein Ort dies ist, und alle Kenntnis, die ich habe, erinnert sich nicht an diese Kleider; auch weiß ich nicht, wo ich letzte Nacht gewohnt habe.

(W. Shakespeare, King Lear, Act IV, Scene 7)

Das Thema Demenz ist in den letzten 10 Jahren zunehmend in den Mittelpunkt gesellschaftlicher Betrachtungen gerückt. Während in früheren Zeiten Begriffe wie Demenz und Alzheimer eher als ironischer Hinweis auf altersbedingte Vergesslichkeit dienten, wird nun zunehmend eine ernsthafte fachliche und sozialpolitische Debatte auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene geführt.

Mit vielfältigen Aktivitäten und Initiativen stellt sich die Stadt Duisburg im Verbund mit relevanten, lokalen Akteuren bereits seit Jahren der Problematik Demenz.

So wurde beispielsweise im Jahr 2003 die gesellschaftliche Diskussion angestoßen, indem ein erster öffentlicher Diskurs ermöglicht wurde. Bei der Vortragsreihe „Neue Leitbilder bei der Versorgung Demenzkranker“, die von der Kommunalen Gesundheits- und Pflegekonferenz, sowie der damals neu gegründeten Alzheimer-Gesellschaft Duisburg ausgerichtet wurde, konnten an acht Vortragsabenden zukunftsweisende Konzepte zur Versorgung Demenzkranker vorgestellt werden. Das große Interesse von Betroffenen, Angehörigen und Fachleuten an diesen Veranstaltungen bestätigte die Aktualität des Themas.

In der Folgezeit wurden in Duisburg bereits bestehende und neue Angebote für Menschen mit Demenz (weiter-)entwickelt.

Die zentrale Frage, die in unserer Gesellschaft zu klären ist, lautet:

Wie soll zukünftig unter den vorhandenen ökonomischen Bedingungen eine qualitativ hochwertige Versorgung und Betreuung von demenzkranken Menschen gestaltet sein?

Zur Klärung dieser Frage will der vorliegende Bericht, mit dem der Pflegeplan 2006 veröffentlicht wird und der sich dem Schwerpunktthema Demenz widmet, beitragen.

Auf der Grundlage von aktuellen Erhebungen zum ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeangebot in Duisburg wird die Situation in Duisburg dargestellt.

Ein wichtiges Ergebnis der Untersuchungen sei an dieser Stelle schon vorweg genommen:

Die Versorgung von Menschen mit Demenz hat sich in den vergangenen Jahren in Duisburg deutlich verbessert. Vergleicht man die jetzige Situation von Betroffenen und deren Angehörigen mit der vor zehn Jahren, so hat sich in den verschiedenen Versorgungsbereichen viel getan. Neue Angebote im psychosozialen und pflegerischen Bereich sind entwickelt worden. Eine Duisburger Besonderheit ist hierbei die erfolgreiche trägerübergreifende Vernetzung.

Dies kann aber nicht darüber hinweg täuschen, dass es weiteren Entwicklungsbedarf gibt. Es gilt daher, den eingeschlagenen Weg fortzusetzen.

Auch in Zukunft sollte die Entlastung der pflegenden und betreuenden Angehörigen das Hauptziel sein, um deren Pflegemotivation zu erhalten und den betroffenen Menschen selbst ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

Dieser Pflegeplan wurde durch eine gemeinsame Arbeitsgruppe mit dem Ziel verfasst, den jeweiligen Entscheidungsträgern Grundlagen für die Weiterentwicklung angemessener Angebote in den verschiedenen Handlungsfeldern zur Verfügung zu stellen. Unter Federführung des Amtes für Soziales und Wohnen waren das Gesundheitsamt, die Alzheimer-Gesellschaft Duisburg und die Fachberatungsstelle der AWO-Duisburg im FORUM Demenz¹ daran beteiligt.

¹ Modellprojekt der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW in Trägerschaft der AWO-Duisburg e.V., dem Evangelischen Christophoruswerk e.V. und der PariSozial gGmbH

I. Themen und Problembezug

I.1 Formen der Demenz

Demenz (lateinisch: Wegsein von Gedanken) bedeutet ein langsames, fortschreitendes Schwinden der Denkfunktionen.

Die damit verbundenen Störungen werden nach der International Classification of Diseases (ICD-10) erfasst. Hierbei handelt es sich um ein Klassifikationssystem psychischer Störungen, welches der Vereinheitlichung diagnostischer Kriterien dient. Störungen mit ähnlichen Merkmalen werden in einer Kategorie zusammengefasst, um eine Differenzialdiagnose zu erleichtern. Auf Grund weitreichender Untersuchungen wurden mit diesem System grundlegende diagnostische Kriterien erarbeitet, die dem Praktiker Leitlinien an die Hand geben, die eine Symptomzuordnung zu einem bestimmten Störungsbild erleichtern und Fehldiagnosen vermeiden helfen.

Vor diesem Hintergrund gehören zu einer Demenz Gedächtnisstörungen, Verminderung der Urteilsfähigkeit und des Denkvermögens sowie eine Störung der Affektkontrolle, des Antriebs oder des Sozialverhaltens über mindestens 6 Monate bei erhaltenem Bewusstsein. Da vorwiegend intellektuelle Fähigkeiten betroffen sind, ist das Gefühlsleben weitestgehend erhalten und die Betroffenen sind auf dieser Ebene noch relativ lange ansprechbar (z. B. Tanz, Musik und Umgang mit Tieren). Erste Anzeichen einer Demenz können vieldeutig sein und müssen im Zusammenhang mit der Gesamtsituation gesehen werden. So können Probleme bei der Erledigung von Bankgeschäften, Schwierigkeiten beim Autofahren oder bei der Orientierung Hinweise sein. „Normale“ Altersvergesslichkeit ist von Demenz ebenso abzugrenzen wie akute Verwirrtheit, die z. B. bei Fieber im Rahmen einer Lungenentzündung auftreten kann.

Unter den Demenzen selbst sind seltenere, ursächlich behandelbare Formen wie eine Hirnblutung oder ein Hirntumor von einer Demenz vom Alzheimer-Typ (DAT) und einer vaskulären (gefäßbedingten) Demenz (VD) zu unterscheiden.

Die **Alzheimer-Erkrankung** ist eine sich schleichend entwickelnde Erkrankung des Gehirns, bei der langsam aber stetig fortschreitend Nervenzellen untergehen. Dadurch wird im Verlauf der Erkrankung zunehmend die Hirnleistung beeinträchtigt. Die Erkrankung ist nach dem deutschen Neurologen Alois Alzheimer benannt, der 1906 als Erster die Symptome und die typischen Gehirnveränderungen beschrieben hat. Im Alter ist die Erkrankung zwar sehr häufig, aber dennoch keine normale Alterserscheinung.

Die **vaskuläre Demenz**, auch Multi-Infarkt-Demenz genannt, wird von Durchblutungsstörungen im Gehirn ausgelöst. Wie bei der Alzheimer-Erkrankung sind vor allem kognitive Fähigkeiten, also Erkennen und Denken eingeschränkt. Dies kann sich z. B. in Orientierungs- und Wahrnehmungsstörungen äußern.

Unter Umständen kann die Diagnose einer Demenz erst im Rahmen einer Verlaufsbeobachtung gestellt werden. Circa 55 Prozent der Demenzerkrankten leiden an einer De-

menz vom Alzheimertyp und 20 bis 40 Prozent an einer vaskulären Demenz bzw. Mischformen von beiden².

Zur Diagnostik gehören die Erhebung der Vorgeschichte, eine körperliche Untersuchung, Blutuntersuchungen, psychometrische Tests und ggf. Zusatzuntersuchungen wie Computertomographie und Magnetresonanztomographie. Eine exakte Diagnose ist anzustreben, um einerseits die behandelbaren Formen einer Demenz zu erfassen, andererseits aber auch im Falle einer Alzheimer-Erkrankung eine medikamentöse Therapie diskutieren und eventuell notwendig werdende Umgebungsveränderungen planen zu können.

Den Verlauf einer Demenz vom Alzheimertyp grundsätzlich zu verändern, sind auch die modernen Medikamente nicht in der Lage. Jedoch haben Studien gezeigt, dass eine Verzögerung der fortschreitenden Denkstörungen für Monate durch Einsatz spezifischer Antidementiva unter Umständen möglich ist. Für den Einzelfall bedeutet dies jedoch, dass ein günstiger Effekt nicht mit Sicherheit vorherzusagen und ein eventueller Medikamenteneinsatz auch in Anbetracht der zu erwartenden Nebenwirkungen sorgfältig abzuwägen ist. Auch setzt die medikamentöse Behandlung eine genaue Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen voraus. Dabei stehen verschiedene Substanzklassen und Weiterentwicklungen der ursprünglichen Präparate zur Verfügung. Der Einsatz anderer Psychopharmaka kann bei Unruhe und gestörtem Tag-/Nachtrhythmus erforderlich sein.

Der Nutzen vorbeugender Maßnahmen ist für die vaskuläre Demenz wie für andere Gefäßerkrankungen belegt, in erster Linie die Behandlung eines Bluthochdrucks und einer erhöhten Cholesterinkonzentration im Blut. Diesen Maßnahmen wird auch eine günstige Beeinflussung der Demenz vom Alzheimertyp zugeschrieben, möglicherweise durch Wirkung auf die Mischformen der Demenz vom Alzheimertyp und der vaskulären Demenz.

Demgegenüber sind auf die Demenz vom Alzheimertyp allein zielende präventive Maßnahmen bisher nur unvollständig belegt.

Neben der medikamentösen Therapie kommt psychologischen Interventionen und einer angemessenen Umgebung eine große Bedeutung zu. Diese zielen auf Krankheitsbewältigung, Steigerung des Wohlbefindens und der Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

Bei beginnender Demenz sind kognitive, verhaltensnahe und realitätsbewältigende Interventionen möglich. Andere Methoden wie die Validation, die biografieorientierte Erinnerungstherapie und Musik-, Tanz- und Maltherapie können bei fortgeschrittener Demenz hilfreich sein.

Vor diesem Hintergrund wurden in Duisburg Empfehlungen für die stationäre Betreuung dementer Personen sowie für ambulant betreute Wohngemeinschaften erstellt (s. Anlage, Seite 70 ff.). Nach der Verabschiedung durch die Gesundheits- und Pflegekonferenz stellen diese Empfehlungen einen offiziellen und fachlichen Rahmen für die Duisburger Pflegeheime und die ambulanten Wohngruppen dar.

Trotz der begrenzten therapeutischen Optionen und der zurzeit noch nicht möglichen Heilung der Alzheimererkrankung ist die frühzeitige Anwendung der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten anzustreben, um einerseits die ursächlich behandelbaren Formen von Demenz wie Stoffwechselstörungen, Hirnblutung oder Hirntumor zu erfassen

² Deutsches Ärzteblatt 2004; 101: 1760-1764

sen, andererseits den Krankheitsverlauf bei der Demenz vom Alzheimer-Typ und der vaskulären Demenz möglichst zu verzögern und wichtige Informationen für die Lebensplanung der Erkrankten und ihrer Angehörigen zu geben.

Geschlechtsunterschiede

Unterschiedliche bzw. spezielle geschlechtsspezifische Auswirkungen der Krankheit sind nicht bekannt. Es scheint jedoch, dass Frauen länger mit einer Demenz überleben. Wird die durchschnittliche Krankheitsdauer vom Beginn der Symptome bis zum Tod mit 4,7 bis 8,1 Jahre für die Alzheimer-Demenz und mit etwa einem Jahr weniger für vaskuläre Demenzen angegeben, betrug nach Ostbye et al. die verbleibende Lebenserwartung in Kanada durchschnittlich 4,6 Jahre bei den Männern und 6,7 Jahre bei den Frauen³. Diese längere Lebensdauer wiederum ist mitverantwortlich für eine Erhöhung der Prävalenz der Frauen, die ohnehin auf Grund der höheren Lebenserwartung stärker betroffen sind als die Männer (vgl. Kapitel III.4.4.2.8, S. 33, Kapitel III.5.2.4, S. 38 und Anhang Seite 91).

„Im Allgemeinen deuten die epidemiologischen Studien nicht auf Geschlechtsunterschiede in der altersspezifischen Prävalenz oder Inzidenz von Demenzerkrankungen hin. Aus manchen Studien wird jedoch berichtet, dass Frauen häufiger an der Alzheimer-Krankheit leiden, Männer hingegen häufiger an vaskulären Demenzen erkranken. Nichtsdestoweniger sind weitaus mehr Frauen als Männer von einer Demenzerkrankung betroffen. Da Frauen eine beträchtlich höhere Lebenserwartung als Männer haben, sind sie vor allem auf den höchsten Altersstufen, in denen das Erkrankungsrisiko steil zunimmt, stark überrepräsentiert. Diese Überrepräsentation bringt es mit sich, dass sowohl von den Neuerkrankungen als auch von den bestehenden Demenzerkrankungen etwa 70 Prozent auf die Frauen entfallen und nur 30 Prozent auf die Männer“⁴.

I.2 Gesellschaftliche Relevanz – Gegenwart und Zukunft –

Demenz ist ein gesellschaftliches Thema

Denn:

- In Deutschland sind derzeit etwa 1,2 Millionen Menschen an einer Demenz erkrankt⁵.
- Im Laufe eines Jahres liegt die Anzahl der Neuerkrankungen bundesweit bei fast 200.000 Menschen³.
- Allein in Duisburg sind zwischen 6.300 und 7.400 Menschen von dieser Krankheit betroffen (s. Kapitel I.3.2.1, Seite 9).

³ Robert Koch-Institut (Hrsg) Statistisches Bundesamt (2005) Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28

⁴ „Die Epidemiologie der Demenz“ (08/2002) Informationsblatt Deutsche Alzheimer-Gesellschaft e.V.

⁵ Dr. med. Johannes F. Hallauer, Universitätsklinikum Charité Berlin (Hrsg) im Zukunftsforum Demenz Dokumentationsband 8, Sept. 2004

Die Häufigkeit der Demenzerkrankung wird bundesweit auf Grund der demografischen Entwicklung in den nächsten Jahren erheblich zunehmen.

Leben heute 13 Millionen über 65-Jährige Menschen in Deutschland, werden es im Jahr 2035 ca. 23 Millionen sein. Ein künftiger weiterer Rückgang der Gesamtbevölkerung wird von einer überproportionalen Zunahme an versorgungsbedürftigen älteren Menschen begleitet.

Gleichzeitig steigt das Risiko einer Demenz mit dem Lebensalter steil an. Insbesondere bei den über 80-Jährigen ist eine deutliche Zunahme an Demenzerkrankten zu verzeichnen. So liegt die Erkrankungsrate beispielsweise nach Hallauer bei den 80- bis 84-Jährigen bei 13 Prozent und bei den 85- bis 89-Jährigen Menschen bereits bei 21 Prozent. Im Jahr 2040 werden so über 2 Millionen Menschen an Demenz erkrankt sein. Die Kosten des Gesundheitswesens für die Behandlung, Versorgung und Betreuung von Demenzkranken werden sich daher innerhalb der nächsten 20 bis 30 Jahre verdoppeln⁶.

Trotz der beabsichtigten Dynamisierung der Pflegeversicherung werden auf Grund der beschriebenen demografischen Entwicklung für den Einzelnen kaum mehr finanzielle Mittel aus dem System zur Verfügung stehen. Das muss uns veranlassen, auch über notwendige Kosteneinsparpotenziale nachzudenken. Das Prinzip „ambulant vor stationär“ wird daher für die Zukunft handlungsleitend sein. Dies entspricht auch dem Willen und den Bedürfnissen der meisten pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen.

Zur Zeit leben etwa 2/3 der Menschen mit Demenz zu Hause und werden von ihren Angehörigen betreut und gepflegt. Dies bedeutet für die betroffenen Familien - in der Regel den Partner oder die Kinder - eine physisch wie psychisch sehr hohe Belastung. Es verbleibt schon auf Grund der hohen zeitlichen Belastung (24-Stunden-Betreuung) kaum Zeit für die Regeneration des Pflegenden. Die Notwendigkeit fast ständiger Präsenz lässt die normale Alltagsgestaltung zum Problem werden und fördert die soziale Isolierung des Betroffenen und des pflegenden Angehörigen.

Hinzu kommt, dass das Thema Demenz immer noch eher ein gesellschaftliches Tabuthema ist. Angehörigen und Betroffenen fällt es schwer, offen über die Erkrankung und ihre Auswirkungen zu reden, insbesondere über die durch die belastende Pflege auftretenden Gefühle der Ratlosigkeit, des Versagens, der Enttäuschung oder auch des Ärgers.

Gerade die psychische Belastung der pflegenden Angehörigen erklärt auch, warum es für die betroffenen Familien so schwer ist, Hilfe zu suchen. Ihnen muss erst einmal klar werden, wie bedeutsam die eigene Haltung im Umgang mit Demenzkranken und die eigene Entlastung in einem unabsehbaren Betreuungs- und Pflegezeitraum sind. Dies geschieht am ehesten in einem längerfristigen Beratungs- und Begleitungsprozess.

Gesellschaftlich ist davon auszugehen, dass alleinlebende Menschen im Falle einer Pflegebedürftigkeit immer seltener in einem familiären Kontext gepflegt und betreut werden und dass es den noch vorhandenen Familienverbänden zunehmend schwerer fällt, die Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen, insbesondere eines Demenzkranken, alleine zu tragen.

Die Gründe dafür sind vielfältig:

- Immer weniger erwachsene Kinder müssen sich die Pflege der Eltern aufteilen

⁶Dr. med. Hallauer Johannes F., Universitätsklinikum Charité Berlin (Hrsg) im Zukunftsforum Demenz, Dokumentationsband 8, Sept. 2004

- Die zunehmende Berufstätigkeit der Frauen schränkt die immer noch größte Gruppe der Pflegenden ein
- Die oft schon örtliche Distanz der Familie erschwert die familiären Betreuungs- und Pflegeleistungen

Wer seinen Lebensabend ohne Partner verbringt, trägt heute ein um 170 Prozent höheres Risiko bei einer Demenzerkrankung in ein Pflegeheim umziehen zu müssen, als Personen mit Partner⁷.

Die Betreuung Demenzkranker stellt ein übergreifendes Versorgungsproblem dar. Mit Hilfe eines interdisziplinären Verbundsystems muss die Versorgung zu Hause lebender Menschen mit Demenz in Zukunft besser gesichert werden.

Der Betroffene kann seinen Alltag und alles, was zur Erhaltung seines Lebens und seiner Gesundheit gehört, nicht mehr selbst managen. Daher muss das Leben in der häuslichen Umgebung durch ein Netzwerk verschiedener Leistungserbringer gewährleistet werden, solange es aus medizinischer, sozialer, rechtlicher und ethischer Sicht zu verantworten ist.

Auch die pflegenden Angehörigen benötigen Unterstützung in ihrem Engagement. Psychosoziale Angehörigenberatung (verbunden mit einem strukturierten Case Management), Angebote der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege, niedrigschwellige Entlastungsangebote und Gesprächskreise für pflegende Angehörige sind unabdingbar.

Die meisten Menschen mit Demenz nehmen ihre Gedächtnisstörungen ab einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr wahr und sind fest davon überzeugt, weitgehend selbstständig und sinnvoll handeln zu können. Mit zunehmender Demenz wächst zudem für den Betroffenen die Wahrscheinlichkeit, sich nach seiner krankheitsbedingt eingeschränkten Eigenwahrnehmung in einer Lebensphase zu befinden, in der er sich selbst als relativ jung, kompetent und leistungsfähig erlebt.

Wenn es gelingt, dies in der Betreuung und im Umgang zu berücksichtigen, kann man feststellen, dass Menschen mit Demenz bis ins hohe Alter ein Leben führen können, in dem ein positives Grundgefühl vorherrschend ist:

Sie empfinden keine gesundheitliche Beeinträchtigung und sind mit Dingen beschäftigt, die ihnen immer schon wichtig waren und von Menschen umgeben, die ihnen gefühlsmäßig nahe stehen bzw. standen.

I.3 Demografische Entwicklung und deren Folgen

I.3.1 Demografische Entwicklung

Bevölkerungsprognosen für die Jahre 2002 bis 2020 bestätigen den Trend massiver Alterung der Bevölkerung. Im Regierungsbezirk Düsseldorf liegt zur Zeit der Anteil der 65-Jährigen und Älteren mit 19,6 Prozent schon höher als in Nordrhein-Westfalen (18,7 Prozent), er wird bis zum Jahr 2020 auf 22,8 Prozent ansteigen. Damit hat der Regierungsbezirk Düsseldorf weiterhin den höchsten Seniorenanteil aller Bezirke in Nordrhein-Westfalen (hier im Jahr 2020 21,3 Prozent Seniorenanteil). Duisburg liegt mit 20,6 Pro-

⁷ Dr. med. Hallauer Johannes F., Universitätsklinikum Charité Berlin (Hrsg) im Zukunftsforum Demenz, Dokumentationsband 8, Sept. 2004

zent Seniorenanteil an dritter Stelle der kreisfreien Städte im Regierungsbezirk Düsseldorf.

Die Folgen in naher Zukunft sind nicht zu unterschätzen: Auf die Kommunen kommen massive Infrastrukturkosten zu, denn mehr ältere Menschen benötigen mehr senioren-gerechte Infrastruktur – von entsprechenden Wohnangeboten über mobile Hilfsdienste bis hin zu Pflegeangeboten⁸.

Die Bevölkerungsprognose der Stadt Duisburg (Amt für Statistik, Stadtforschung und Europaangelegenheiten) beschreibt die Bevölkerungsentwicklung in Duisburg bis zum Jahre 2020 bezogen auf ältere Menschen folgendermaßen:

Während der Bevölkerungsanteil der ab 65-jährigen Einwohner bis zum Jahr 2020 kontinuierlich um insgesamt 2,4 Prozent sinkt, steigt der Bevölkerungsanteil der 80-Jährigen und Älteren von 4,66 Prozent (2005) auf 5,42 Prozent (2020). Das sind im Vergleich zum Jahr 2005 2.818 Menschen mehr im Alter von 80 Jahren und älter.

Tabelle 1 Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung

Jahr	Gesamtbevölkerung	ab 65 Jahre		ab 80 Jahre	
		abs.	Anteil a. d. Gesamtbev.	abs.	Anteil a. d. Gesamtbev.
2005	500.914	104.749	20,91%	23.318	4,66%
2010	491.840	95.547	19,43%	21.951	4,46%
2015	485.464	90.830	18,71%	24.540	5,05%
2020	481.902	89.441	18,56%	26.136	5,42%

Quelle: Einwohnerdaten und Bevölkerungsprognose der Stadt Duisburg 2003

Eine Zunahme der Einzelhaushalte und die Abnahme der Mehrpersonenhaushalte beschreibt das „Datenmosaik 2005“ der Bezirksregierung Düsseldorf. Die Zunahme der Ein-Personen-Haushalte (Single-Wohnungen) lässt die Vermutung zu, dass zukünftig der Unterstützungsbedarf im Alter höher sein wird als bisher, da traditionelle familiäre Hilfesysteme tendenziell abnehmen werden.

1.3.2 Daten über den Bestand der an Demenz Erkrankten und die jährlichen Neuerkrankungen

Verlässliches Datenmaterial über die Zahl der an Demenz erkrankten Personen in Deutschland und der jährlich hinzukommenden Erkrankungen sind leider nicht vorhanden. Erste Schätzungen des Gesundheitsamtes für Duisburg aus dem Jahre 2002 beliefen sich auf 6.000 bis 9.000 Personen.

Die Demenz vom Alzheimer-Typ ist ebenso wie die vaskuläre Demenz eine Alterserkrankung. Für die Demenz vom Alzheimer-Typ rechnet man mit einer Verdopplung der Erkrankungshäufigkeit in jeweils 5-Jahres-Schritten⁹.

⁸ vgl. Pressemitteilung der Bezirksregierung Düsseldorf, 7.12. 2005

⁹ Förstl H (Hrsg), Lehrbuch der Gerontopsychiatrie, Ferd. Enke Verlag. Stuttgart 1997

I.3.2.1 Prävalenzrate

Als Prävalenz wird die Anzahl der Kranken in der Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt bezeichnet.

In der Fachwelt werden durchgeführte Feldstudien und Meta-Analysen zu Rate gezogen, um zumindest mittels Anhaltswerten die Thematik annähernd quantifizieren zu können. Durch die Zusammenführung von mehreren Feldstudien und Meta-Analysen erhielt H. Bickel¹⁰ Prävalenzraten von Demenzerkrankungen bezogen auf die Altersgruppe ab 65 Jahre, die im folgenden Anwendung auf die Duisburger Bevölkerung finden soll.

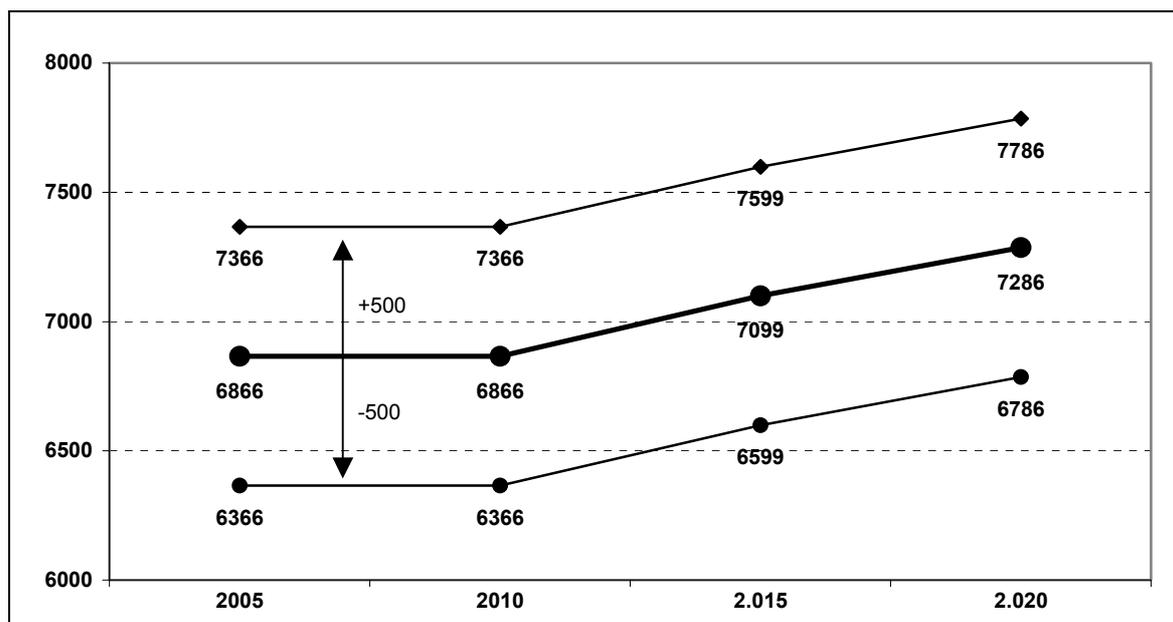
Tabelle 2 Berechnung der Prävalenzen für die Jahre 2005 - 2020

	Prävalenz	2005		2010		2015		2020	
		Bevölkerung	Demenzkranke	Bevölkerung	Demenzkranke	Bevölkerung	Demenzkranke	Bevölkerung	Demenzkranke
65 - 69 J	1,20%	33.291	399	25.149	302	24.198	290	25.831	310
70 - 74 J	2,80%	26.235	735	26.820	751	21.345	598	20.657	578
75 - 79 J	6,00%	21.950	1.317	19.734	1.184	20.751	1.245	16.807	1.008
80 - 84 J	13,30%	14.304	1.902	13.578	1.806	12.980	1.726	13.667	1.818
85 - 89 J	23,90%	5.668	1.355	6.839	1.635	7.157	1.711	7.053	1.686
ab 90 J	34,60%	3.346	1.158	3.435	1.189	4.419	1.529	5.449	1.885
Summe			6.866		6.866		7.099		7.286

Die Gesamtprävalenz ab 65 Jahre liegt bei 7,22 Prozent.

Ausgehend von der Summe der detailliert ermittelten Einzelwerte für die jeweiligen Jahre und unter Berücksichtigung eines Ungenauigkeitsfaktors von +/- 500 Personen ergibt sich folgende quantitative Entwicklungsannahme in Duisburg:

Abbildung 1 Prognose der Anzahl von Personen mit Demenz in Duisburg von 2005 bis 2020 mit Abweichungen von +/- 500 Personen



¹⁰ Bickel H Demenzsyndrom und Alzheimer Krankheit: Eine Schätzung des Krankenbestandes und der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland Gesundheitswesen 2000; 62: 211-218

I.3.2.2 Inzidenzrate

Unter Inzidenz ist die Anzahl der Neuerkrankungen innerhalb eines Zeitraumes von einem Jahr zu verstehen.

Die Zahl der Neuerkrankungen pro Jahr errechnet sich mittels Inzidenzraten, die ebenfalls von H. Bickel durch Auswertungen verschiedener Studien zusammengefasst wurden¹¹.

Tabelle 3 Berechnung der Inzidenzen für die Jahre 2005 - 2020

		2005		2010		2015		2020	
	Inzidenzrate	Bevölkerung*	Neuerkrankungen	Bevölkerung*	Neuerkrankungen	Bevölkerung*	Neuerkrankungen	Bevölkerung*	Neuerkrankungen
65 - 69 J	0,43%	32.892	141	24.847	107	23.908	103	25.521	110
70 - 74 J	0,88%	25.500	224	26.069	229	20.747	183	20.079	177
75 - 79 J	1,88%	20.633	388	18.550	349	19.506	367	15.799	297
80 - 84 J	4,09%	12.402	507	11.772	481	11.254	460	11.849	485
85 - 89 J	6,47%	4.313	279	5.204	337	5.446	352	5.367	347
ab 90 J	10,11%	2.178	220	2.236	226	2.877	291	3.547	359
Summe			1.760		1.729		1.756		1.774

* Bev. abzüglich Demenzerkrankte (aus Prävalenzberechnung)

¹¹ Bickel H Demenzsyndrom und Alzheimer Krankheit: Eine Schätzung des Krankenbestandes und der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland Gesundheitswesen 2000

II. Gesetzliche Grundlagen und Finanzierungsmöglichkeiten unterstützender Hilfen

Finanzierungsmöglichkeiten unterstützender Hilfen für Menschen mit Demenz sind in folgenden gesetzlichen Grundlagen zu finden:

- §§ 45a-c SGB XI (Pflegeleistungsergänzungsgesetz)
- § 28 SGB XII (hauswirtschaftliche Versorgung) und §§ 61-66 SGB XII (Hilfe zur Pflege)
- Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege für psychisch kranke Menschen gemäß § 92 Abs. 1 S.2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V

Nachfolgend ein kurzer Überblick zu Inhalt und Auswirkungen - Einzelheiten und ausführliche Darstellungen hierzu im Anhang, siehe Seite 75 ff.

Durch das **Pflegeleistungsergänzungsgesetz** wurden erstmals spezielle Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsaufwand definiert (§§ 45a-c SGB XI). Voraussetzung für den Bezug von Leistungen ist neben einer Einstufung in eine Pflegestufe durch die Pflegekasse die Feststellung einer dauerhaften Einschränkung der Alltagskompetenz. Für zweckgebundene Betreuungsleistungen können pro Kalenderjahr bis zu 460 Euro in Anspruch genommen werden.

Ziel des Gesetzes ist sowohl die finanzielle Unterstützung der Betroffenen als auch die Förderung des Aufbaus und der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen z. B. durch niedrigschwellige Angebote. So werden nur Betreuungsleistungen von anerkannten Einrichtungen finanziert.

Erfahrungen in der Praxis zeigen allerdings, dass diese Leistungsangebote einerseits nicht hinreichend in der Öffentlichkeit bekannt sind. Andererseits sind die Hürden der Antragstellung sowohl für die Pflegebedürftigen als auch für die Einrichtungen sehr hoch.

Darüber hinaus stehen allen Pflegebedürftigen die klassischen Sach- und Geldleistungen der Pflegeversicherung (§§ 36ff. SGB XI) zu.

Neben den Leistungen des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes können auch **Mittel des § 39 SGB XI „Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson“** für niedrigschwellige Betreuungsangebote eingesetzt werden.

Im Rahmen der Verhinderungspflege gemäß § 39 SGB XI übernimmt die Pflegekasse die Kosten für eine Ersatzpflege für längstens vier Wochen im Kalenderjahr, wenn die Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus sonstigen Gründen an der Pflege gehindert ist. Bedingung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens zwölf Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Bei dem Pflegebedürftigen muss mindestens eine Pflegeeinstufung der Stufe I vorliegen. Der Höchstbetrag, der für Verhinderungspflege gezahlt wird, beträgt 1.432 Euro.

Im **SGB XII** gibt es auch für Personen, die nicht in einer Pflegestufe eingestuft sind, Fördermöglichkeiten. Auf den individuellen Bedarf des Leistungsberechtigten abgestellt, können sowohl die hauswirtschaftliche Versorgung als auch die klassische Hilfe zur Pflege gefördert werden.

Die Voraussetzungen sind allerdings eng gefasst. Für Menschen mit Demenz sind keine ausdrücklichen oder speziellen Regelungen enthalten.

Gemäß dem Prinzip der Nachrangigkeit werden Leistungen ohnehin nur dann gewährt, wenn der Bedarf durch den Einsatz vorrangiger Leistungen der Pflegekasse wie Pflegesachleistung und Pflegegeld oder des eigenen Einkommens und Vermögens nicht gedeckt werden kann.

Die häusliche Krankenpflege für psychisch kranke Menschen ist im **SGB V** geregelt. Zu den Leistungen der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege, die nun auch für demenzkranke Personen verordnet werden können, zählen die

- Erarbeitung der Pflegeakzeptanz (Beziehungsaufbau)
- Durchführung von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen
- Entwicklung kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen

Fachleute kritisieren, dass neben einer willkürlich erscheinenden und fachlich nicht nachzuvollziehenden Auswahl von zu berücksichtigenden Diagnosen die Leistungen der psychiatrischen Krankenpflege im Vergleich zur somatischen Behandlungspflege deutlich längere Zeiträume als die vorgegebene Dauer von bis zu vier Monaten erforderlich machten. Positiv wird dagegen gesehen, dass durch die psychiatrische Pflege auch die (somatische) Pflegebereitschaft erhöht werden kann. Personen ohne Pflegeeinstufung können direkt versorgt werden und so die Zeit bis zur evtl. Einstufung überbrücken.

Davon unberührt sind die übrigen Leistungen der Krankenversicherung wie Kostenübernahme für ärztliche und medikamentöse Behandlungen, häusliche Krankenpflege, Heilbehandlungen, Rehabilitationsleistungen sowie ambulante und stationäre Hospizleistungen.

III. Ist-Analyse der kommunalen Versorgungsstruktur - Erfassung und Evaluation der Versorgungs- und Unterstützungsangebote -

III.1 Methodik und Erfassungsgrenzen

Detaillierte und verlässliche Angaben zum Ausmaß der Verbreitung von Demenzerkrankungen lagen bisher nicht vor. Ausgehend von einzelnen Feldstudien und Meta-Analysen werden Prävalenzraten von Demenzerkrankungen erstellt, die Anhaltspunkte für die notwendigen Diskussionen liefern. Im vorliegenden Plan wird auf Berechnungen H. Bickels zurückgegriffen (s. Kapitel I.3.2, S.8), die auf die Duisburger Bevölkerungsdaten angewandt wurden.

Um für Duisburg zusätzlich an authentisches Datenmaterial zu kommen, bot sich die Abfrage ambulanter und stationärer Einrichtungen an.

Die Erhebung und Auswertung erfolgte im Bewusstsein, dass

- die größte Gruppe potenziell Betroffener (PflegegeldbezieherInnen) nicht erfasst wurde
- die Gruppe ohne Anbindung an jegliche Hilfesysteme ebenfalls nicht erfasst wurde (hierunter fallen z.B. Personen, bei denen zwar ein erhöhter Betreuungsbedarf existiert, auf Grund weiterer mangelnder somatischer Einschränkungen die Pflegebedürftigkeit jedoch nicht anerkannt wird)
- die befragten Einrichtungen weitestgehend individuelle Einschätzungen abgaben, die nicht zwangsläufig an ein diagnostiziertes Krankheitsbild gekoppelt waren
- der Rücklauf und die Antworten der ambulanten Pflegedienste nicht lückenlos erfolgte

Es lassen sich also keine für alle Pflegeeinrichtungen oder gar für Duisburg zu verallgemeinernde Aussagen treffen. Gleichwohl finden sich Hinweise, die für die Beschreibung der Versorgungssituation von Menschen mit Demenz hilfreich sind.

So bezog sich die in Duisburg durchgeführte Befragung zum Stichtag 15.12.2003 auf ca. 43 Prozent der hier bekannten LeistungsempfängerInnen nach SGB XI – und somit des potenziell gefährdetesten Personenkreises (Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen; für 2005 liegen die Daten noch nicht vor).

Tabelle 4 LeistungsempfängerInnen nach SGB XI am 15.12.2003 in Duisburg

Leistungsart	Personen	Anteil
Pflegegeld	9.590	57%
ambulant	2.999	18%
vollstationär	4.186	25%
gesamt	16.775	

Quelle: LDS-Erhebung zum 15.12.2003

Für den ambulanten Bereich erweiterte sich dieser Personenkreis um die Kundinnen und Kunden, die Leistungen nach dem SGB V erhalten. Von den ambulanten Pflegediensten, die sich an der Erhebung beteiligt haben (90 Prozent) wurden am Stichtag 15.12.2003 insgesamt 4.534 Personen betreut, so dass durch die Fragebogenaktion rund 8.800 Personen – vermutlich auch Doppelnennungen - erfasst wurden.

Von den erfassten Pflegebedürftigen wurden als dement eingeschätzt:

Tabelle 5 Demente LeistungsempfängerInnen nach SGB XI in Duisburg

	2003			2005		
	Erfasste Personen	davon dement	Anteil	Erfasste Personen	davon dement	Anteil
ambulant	4.534	926	20%	4.844	1.383	29%
vollstationär*	4.209	2.289	54%	4.387	2.492	57%
gesamt	8.743	3.215		9.231	3.875	

Quelle: Eigene Erhebung, Demente (s. Kapitel III.4, S. 21ff., Kapitel III.5, S. 36ff und Kapitel III.6, S. 39ff.),
 *Abweichungen zur LDS-Erhebung resultieren aus Erhebungsfehlern der Einrichtungen

Wie bereits oben erwähnt, wurden bei der Erhebung ambulant nur die BezieherInnen von Sachleistungen berücksichtigt, d. h. diejenigen Pflegebedürftigen, die von professionellen ambulanten Pflegediensten versorgt werden.

Im Folgenden wird unterstellt, dass Pflegebedürftige, die zu Hause von ihren Angehörigen gepflegt werden, in einem vergleichbaren Ausmaß von der Demenz betroffen werden.

Es bietet sich daher an, für den - nicht von der Erhebung erfassten – Personenkreis, der Pflegegeldleistungen erhält bzw. von Angehörigen gepflegt wird, den gleichen Maßstab anzulegen.

Überträgt man also die für das Jahr 2003 ermittelte Quote der von Demenz Betroffenen von 20 Prozent auf die 9.590 PflegegeldbezieherInnen, wächst die Anzahl der Menschen mit Demenz im Bereich der Pflegeversicherung – ambulant und stationär - um 1.918 auf insgesamt 5.133 Personen.

Ausgehend von einer zumindest gleichbleibenden Anzahl von PflegegeldbezieherInnen in Duisburg (Zahlen liegen noch nicht vor) und der für 2005 ermittelten Quote von 28 Prozent kämen für 2005 2.685 Personen hinzu. Die so – mit aller Vorsicht für das Jahr 2005 hochgerechnete Anzahl von 6.560 demenzerkrankten Personen liegt nahe dem Mittelwert der nach Bickel ermittelten Prävalenzrate für Duisburg (s. Kapitel I.3, Seite 9).

Keinerlei Aussagen können zu dem Personenkreis getroffen werden, der nicht von dem Versorgungssystem der Pflegeversicherung erfasst ist. Es ist jedoch hier nicht auszuschließen, dass es Kontakte zu den Beratungsstellen gibt und Betreuungsangebote wie z. B. die Cafés genutzt werden.

Das FORUM Demenz beispielsweise wurde im Jahr 2005 von 448 Personen telefonisch zum Thema Demenz befragt. Die daraus entstandenen 258 Begleitungen umfassten insgesamt 1.065 Gesamtkontakte zu Betroffenen und pflegenden Angehörigen. Darin enthalten sind 300 persönliche Beratungsgespräche in der Beratungsstelle oder bei Hausbesuchen. Hinzu kamen 84 MDK-Begleitungen (Hausbesuch, Pflegezeitberech-

nung, schriftliche Antragsbegründung, Anwesenheit bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung)¹².

Auch in den Beratungsgesprächen der Beratungsstelle für ältere und pflegebedürftige Menschen sowie der 15 Begegnungs- und Beratungszentren (BBZ) spielt das Thema Demenz eine große Rolle. Im Jahresbericht 2005 der städtischen Beratungsstelle wurden von 912 zu beratenden älteren Menschen 158 oder 21 Prozent als demenz eingeschätzt. In den BBZ's sind im Zeitraum 01.01. bis 30.09.2005 211 Personen, das entspricht einem Anteil von 15,4 Prozent aller beratenen Personen, zum Thema Demenz beraten worden.

Von Doppelnennungen ist bei den Beratungs- und Betreuungsangeboten auszugehen.

Auch bei den Pflegekassen ist das Thema Demenz aktuell. Detaillierte Angaben zur betroffenen Personengruppe liegen allerdings nicht vor, da die Diagnosen statistisch nicht gesondert erfasst und herausgefiltert werden.

Bevor die Ergebnisse der Erhebungen im ambulanten und stationären Bereich ausführlich dargestellt werden, soll zunächst auf die Versorgungsstruktur im medizinischen und niedrigschwelligen Bereich eingegangen werden.

III.2 Medizinische Versorgung

„In Deutschland werden über 90 Prozent der Demenzkranken von ihrem Hausarzt (Allgemeinarzt, Internist) behandelt“¹³. Dieser kennt in der Regel die Familie und verfügt über Vorbefunde, so dass vor diesem Hintergrund eine Längsschnittbetrachtung und damit auch das möglichst frühzeitige Erkennen demenzieller Erkrankungen erleichtert ist. „Das Wissen vieler Hausärzte über gerontopsychiatrische Erkrankungen ist aber vielfach noch unzureichend. Eine Reihe von Studien weckt Zweifel an der rechtzeitigen Entdeckung und Diagnose. Bei 40 bis 60 Prozent der Demenzkranken wird diese Erkrankung übersehen.

Wie am Beispiel einer Studie an Mannheimer Hausarztpraxen gezeigt werden konnte, kann die Entdeckungsrate demenzieller Erkrankungen jedoch erheblich gesteigert werden. Mit Hilfe eines kurzen Leitfadens zur Einstufung unterschiedlicher Grade von kognitiver Beeinträchtigung konnten Hausärzte 92 Prozent aller demenziellen Syndrome bei ihren Patienten erkennen“¹³.

Die Basisdiagnostik mit körperlicher Untersuchung, Blutentnahme und einfachen psychometrischen Tests, z. B. dem Uhrentest und dem Mini-Mental-Status-Test, kann auch in der hausärztlichen Praxis durchgeführt werden und der Einsatz eines Leitfadens würde sicherlich zu einer Verbesserung der Erkennungsrate von demenziellen Erkrankungen beitragen. Eine außerbudgetäre Finanzierung der beschriebenen ärztlichen Diagnoseverfahren seitens der gesetzlichen Krankenkassen wäre hilfreich. Darüber hinaus sollte eine über die rein medizinische Problematik hinausgehende Beratung gewährleistet sein.

Sofern der Hausarzt es für erforderlich hält, ist eine weitergehende Diagnostik bei einer/einem niedergelassenen Nervenärztin/-arzt, PsychiaterIn oder in einer geriatrischen bzw. gerontopsychiatrischen Klinik ambulant oder stationär sinnvoll.

¹² FORUM Demenz, Projektanteil AWO, Zusammenfassung 2005

¹³ Robert Koch-Institut (Hrsg.) Statistisches Bundesamt (2005) Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 28

Mit dem Alter steigt das Risiko für eine Demenz. In Folge der gestiegenen Lebenserwartung auch der Menschen mit geistiger Behinderung ist schon aus diesem Grunde eine Zunahme der Demenz auch in dieser Personengruppe zu erwarten. Konkrete Untersuchungsergebnisse liegen bisher ausschließlich über den Alterungsprozess von Down-Syndrom-PatientInnen vor. Dieser tritt im Vergleich zur Gesamtbevölkerung frühzeitig ein. Das Risiko an einer Demenz zu erkranken, tritt daher ebenfalls früher ein.

Vermutungen, dass generell Menschen mit geistiger Behinderung frühzeitig altern und häufiger an Demenz erkranken, basieren offenkundig auf diesen – nicht in Deutschland erhobenen – Studien.

Jedoch ist die Diagnosestellung bei Menschen mit geistiger Behinderung erschwert, da das Urteils- und Denkvermögen in der Regel in Folge der geistigen Behinderung eingeschränkt ist. So ist zur Diagnosestellung besonders verändertes Verhalten im Alltag heranzuziehen. Die Kenntnis der Biografie und der Krankheitsvorgeschichte in Zusammenarbeit mit der Bezugsperson gewinnt zusätzliche Bedeutung. Erschwerend kommt bei Menschen mit geistiger Behinderung das reduzierte soziale Netz hinzu: Die Eltern als wichtigste und oft einzige Bezugspersonen versterben und die Betroffenen leben ohne PartnerIn und ohne Kinder in Einrichtungen der Eingliederungshilfe bzw. zunehmend auch in Pflegeheimen.

Situation in Duisburg

In Duisburg ist - nach den Kriterien des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen - der ärztliche Versorgungsbedarf gedeckt und eine maximale Versorgung erreicht:

Im Februar 2006 waren in Duisburg 268,5 Hausärzte (Internisten und Ärzte für Allgemeinmedizin) zugelassen¹⁴. Das entspricht einem - unter Bezug auf festgelegte Verhältniszahlen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen errechneten - Versorgungsgrad von 114,1 Prozent. Grundsätzlich sollten die hausärztlichen Praxen zumindest eine Basisdiagnostik durchführen können.

Bei den niedergelassenen Fachärzten (Nervenärzte und Ärzte für Psychiatrie) werden für Duisburg 18,5 entsprechend einem Versorgungsgrad von 115,5 Prozent angegeben¹⁴ (aktuelle Liste s. Anhang, Seite 80).

Der überwiegende Teil der fachärztlichen Praxen gibt Demenzdiagnostik und –therapie in seinem Leistungsspektrum an. Eine zu dem diskutierten Thema Wartezeiten stichprobenartig durchgeführte Nachfrage bei drei Duisburger Fachärzten ergab kein einheitliches Bild bezogen auf die Handhabung der Terminvergabe. Während bei einem Arzt der sofortige Besuch – ohne Termin – angeboten wurde, beliefen sich die Wartezeiten der beiden anderen Ärzte auf 2 bzw. 4 Wochen. Wartezeiten sind also grundsätzlich einzuplanen, aber in der Dauer von Arzt zu Arzt unterschiedlich. Die gezielte Nachfrage bei verschiedenen Neurologen scheint daher empfehlenswert, vorausgesetzt, man ist mobil und nicht auf einen bestimmten Arzt fixiert.

Die klinische Versorgung kann in Duisburg in den geriatrischen Kliniken am Klinikum Duisburg Wedau-Kliniken und am St. Johannes-Stift (beide mit Tagesklinik) sowie am St. Vincenz-Hospital erfolgen. Darüber hinaus steht die gerontopsychiatrische Abteilung am St. Vincenz-Hospital mit Tagesklinik und Institutsambulanz zur Verfügung (Anschriften s. Anhang, Seite 81). Erfahrungsgemäß sind für eine stationäre Aufnahme auf der

¹⁴ Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung (Bestand zum 28.02.2006)

offenen wie auf den beiden geschlossenen gerontopsychiatrischen Stationen Wartezeiten einzuplanen.

In der Tagesklinik werden u. a. PatientInnen mit Alzheimer-Erkrankung oder anderen Demenzerkrankungen mit noch nicht soweit fortgeschrittenem Schweregrad, so dass eine zeitweise Abwesenheit von zu Hause noch möglich ist, tagsüber diagnostiziert, behandelt und betreut. Eine Aufnahme erfolgt nach Einweisung durch eine(n) niedergelassene(n) Ärztin/Arzt und einem Vorgespräch in der Klinik.

In der gerontopsychiatrischen Institutsambulanz werden PatientInnen von Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern und Krankenpflegepersonal betreut. Neben medizinischer und spezieller psychiatrischer Diagnostik werden u. a. Einzel- und Gruppengespräche, Angehörigensprechstunden sowie Tages- und Wochenplanung angeboten. Die PatientInnen kommen in die Ambulanz mit einer Überweisung ihres Haus- oder Nervenarztes oder nach einer voll- oder teilstationären Behandlung im Krankenhaus.

In der Geriatrischen Rehabilitationsklinik in der Rhein-Klinik (Anschrift s. Anhang, Seite 81) werden die MitarbeiterInnen speziell zum Thema Demenz geschult, die ärztliche Betreuung von dementen PatientInnen wird gemeinsam mit Ärzten des St. Vincenz-Hospitales sichergestellt. So werden demente PatientInnen mit unterschiedlichsten Erkrankungen genauso erfolgreich rehabilitiert wie die nicht an Demenz Erkrankten.

III.3 Beratungs- und niedrighschwellige Angebote

III.3.1 Beratung

Die einhellige Erfahrung aller an der Betreuung und Begleitung demenzerkrankter Menschen und ihrer pflegenden Angehörigen beteiligten Fachleuten hat gezeigt, dass eine fachlich fundierte Beratung und Begleitung der Betroffenen unerlässlich ist. Eine adäquate Betreuung ist nur möglich, wenn das Verhalten des Menschen mit Demenz richtig interpretiert und verstanden wird. Die Angehörigen müssen erst lernen, „demenzgerecht“ zu reagieren. Zu einer guten Betreuung zu Hause gehört daher neben der Wahrnehmung der Bedürfnisse des Erkrankten auch das rechtzeitige Erkennen eigener Grenzen. Die eigene Wohnung darf in der Wahrnehmung der Menschen mit Demenz nicht zu einem Ort werden, an dem sie sich nicht mehr zu Hause oder gar existenziell bedroht fühlen.

Eine Beratungsstelle für Demenzerkrankte und deren Angehörige sollte daher als „Lotse im Hilfsnetz“ folgendes Angebots- und Leistungsspektrum bieten:

- Informationen zur Art der Erkrankung und zum Krankheitsbild
- Informationen zur Diagnose und zu den Möglichkeiten medizinischer, pflegerischer, therapeutischer und sozialer Hilfen
- Hilfen zur Abgrenzung normaler Alltagsvergesslichkeit zu krankhaften Hirnleistungsstörungen
- Hilfen beim Umgang mit Demenzerkrankten, hier insbesondere bei der Kommunikation
- Erfassung der Pflege- und Betreuungserfordernisse
- Erfassung der psychischen und physischen Belastungssituation in der betroffenen Familie
- Stärkung und Unterstützung des familiären Hilfsystems

- Hilfen bei der Bewältigung von Belastungssituationen
- Vermittlung von Entlastungsangeboten
- Informationen zur Pflegeversicherung, Unterstützung bei der Beantragung einer Pflegestufe und der anschließenden Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)
- Informationen zum Betreuungsrecht
- Informationen und Unterstützung bei der schriftlichen Verfassung von vorsorgenden Verfügungen
- Informationen zu Möglichkeiten finanzieller Unterstützung
- Bezugspartner für Angehörige und/oder Betroffene
- Aktive Mitarbeit im Netzwerk der Anbieter von Hilfen für Demenzerkrankte
- Öffentlichkeitsarbeit

In Duisburg existieren spezielle Beratungs- und Vermittlungsstellen für Demenzerkrankte bei der Alzheimer-Gesellschaft und dem FORUM Demenz (bis 30.09.2006).

Die Wohnberatungsstellen der Stadt Duisburg und der Theodor-Fliedner-Stiftung beschäftigen sich seit Anfang 2005 mit dem Schwerpunkt Demenz und Wohnen und bieten gezielt Hilfe an (Anschriften im Anhang, Seite 82).

Darüber hinaus gibt es auch in vielen anderen Beratungsstellen Informationen und Hilfen zum Thema Demenz. Einzelne, ausgewählte Einrichtungen finden Sie ebenfalls im Anhang.

III.3.2 Niedrigschwellige Angebote

Niedrigschwellige Betreuungsangebote für Demenzkranke sind Betreuungsangebote, in denen ehrenamtliche HelferInnen unter fachlicher Anleitung die Betreuung von Menschen mit Demenz in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige entlasten und unterstützen.

Diese Angebote sind vornehmlich vor dem Hintergrund des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes (§§ 45a-c SGB XI) entstanden (s. auch Hinweis im Kapitel II, Seite 11).

Ziel dieses Gesetzes ist es, dem erhöhten Betreuungsbedarf bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz gerecht zu werden und die Versorgungsstrukturen für demenziell erkrankte Menschen zur Entlastung von pflegenden Angehörigen zu verbessern. Um dies zu erreichen, sollen auch ehrenamtlich engagierte BürgerInnen in die Versorgung der älteren pflegebedürftigen Menschen stärker einbezogen werden.

Neben der professionellen Betreuung der Betroffenen soll eine Entlastung pflegender Angehöriger durch diese niedrigschwelligen Angebote erreicht werden.

Folgende in Duisburg zur Verfügung stehende niedrigschwellige Angebote werden im Einzelnen näher erläutert:

- Betreuungscafés
- Häuslicher Unterstützungsdienst
- Gesprächskreise für pflegende Angehörige
- Kurse für pflegende Angehörige
- Tanzcafés

III.3.2.1 Betreuungscafés

Bei diesem Angebot steht der Mensch mit Demenz im Mittelpunkt.

Es handelt sich um eine Gruppe demenziell Erkrankter, die in einem sogenannten Café, also außerhalb des eigenen Haushalts, von mehreren HelferInnen betreut werden.

Die Gruppengröße umfasst mindestens 4 Demente und 2 BetreuerInnen und höchstens 9 Demente mit mindestens 3 BetreuerInnen.

Bei den Treffen stehen gemeinsame Tätigkeiten, z. B. Singen, Erzählen, Bewegungs- und Gesellschaftsspiele oder gemeinsames Kaffeetrinken im Vordergrund.

Mit viel Freude, Anregung und Entspannung werden gemeinsam ein paar Stunden in stressfreier Atmosphäre verbracht.

Folgende Ziele werden mit dem Angebot verfolgt:

- eine Atmosphäre zu schaffen, in der sich die Erkrankten wohl und zur Gruppe zugehörig fühlen
- durch ein auf die BesucherInnen abgestimmtes Programm die Fähigkeiten der Gäste zu erhalten, zu fördern, neu oder wieder zu entdecken
- Selbstständigkeit und Selbstvertrauen zu erhalten und zu fördern
- Freude miteinander zu erleben
- Selbsthilfe und Austausch der Angehörigen zu stärken
- pflegende Angehörige von demenziell erkrankten Menschen psychisch, physisch und zeitlich zu entlasten

Die Kosten variieren je nach Angebot zwischen 5 Euro und 10 Euro pro Besuch und können, soweit eine Pflegestufe vorhanden ist und ein erheblicher Betreuungsbedarf vom MDK festgestellt wurde, über die Pflegekasse bis zu einer Höhe von 460 Euro jährlich zusätzlich zum Pflegegeld oder der Pflegesachleistung abgerechnet werden (s. auch Kapitel II, S.11, Erläuterungen zum Pflegeleistungsergänzungsgesetz; Liste der Cafés im Anhang, S. 83).

III.3.2.2 Häuslicher Unterstützungsdienst

Ziel des Häuslichen Unterstützungsdienstes ist es, sowohl die Angehörigen demenzkranker Menschen zu entlasten als auch die Betroffenen in ihrem Alltag zu unterstützen.

Ehrenamtliche HelferInnen betreuen in der Regel einmal wöchentlich für zwei bis drei Stunden einen demenzkranken Menschen in seiner eigenen Häuslichkeit.

Die freiwillige Tätigkeit des Häuslichen Unterstützungsdienstes erfordert ein hohes Verantwortungsbewusstsein. Ebenso wichtig ist ein fundiertes Hintergrundwissen. Dies vermitteln die Leistungsanbieter durch eine intensive Schulung. Parallel zur Schulung hospitieren die Freiwilligen jeweils in drei unterschiedlichen Bereichen der Altenhilfe. Sie können so im direkten Kontakt mit demenziell erkrankten Menschen praktische Erfahrungen sammeln bzw. vertiefen.

Die Begleitung und die kontinuierliche Fortbildung der Freiwilligen zur Unterstützung ihrer praktischen Tätigkeit öffnet ihnen weitere Handlungsspielräume. So wird es möglich, die Qualität des Häuslichen Unterstützungsdienstes kontinuierlich weiter zu entwickeln. Austauschtreffen finden einmal im Monat statt. Zusätzliche Fortbildungstage erweitern die Kompetenzen der Freiwilligen.

Die Angehörigen heben die Entlastung durch den Häuslichen Unterstützungsdienst ausdrücklich hervor. Die positiven Effekte zeigen sich schon nach kurzer Zeit. Angehörige von Demenzkranken erleben häufig eine fortschreitende soziale Isolation. Der Unterstützungsdienst erlaubt die Wiederaufnahme von Kontakten. Dies wird als sehr wertvoll erlebt. Das Gefühl, überfordert zu sein, verringert sich und die Lebensqualität erhöht sich spürbar.

Zum Stichtag 28.02.06 arbeiteten 61 Freiwillige in 67 Haushalten im Häuslichen Unterstützungsdienst.

Die Kosten betragen pro Einsatz 10 Euro Aufwandsentschädigung für die ehrenamtlichen HelferInnen.

Dieser Betrag kann, soweit eine Pflegestufe vorhanden ist, über die Pflegekasse bis zu einer Höhe von 460 Euro jährlich zusätzlich zum Pflegegeld/Pflegesachleistung abgerechnet werden (s. auch Kapitel II, S.11, Erläuterungen zum Pflegeleistungsergänzungsgesetz; Liste Häuslicher Unterstützungsdienste Seite 85).

Die Weiterführung der häuslichen Unterstützungsdienste ist auch nach Abschluss des Projektes FORUM Demenz (30.09.2006) durch unterschiedliche Träger gewährleistet.

III.3.2.3 Gesprächskreise für pflegende Angehörige

Die Pflege demenzerkrankter Menschen erfordert von den Angehörigen ein sehr hohes Maß an Einsatzbereitschaft und bringt besonders vielfältige Probleme mit sich. Die psychische und physische Belastung ist für die Pflegenden enorm hoch.

Im Austausch mit Menschen, die das Gleiche bzw. Ähnliches erleben, können Angehörige ihre Probleme oft leichter thematisieren und eigene Lösungsmöglichkeiten entwickeln.

Daher hat die Alzheimer-Gesellschaft Duisburg die Gründung von Gesprächskreisen innerhalb des letzten Jahres sehr vorangetrieben. Im Juni 2006 existierten insgesamt 8 Gesprächskreise im Duisburger Stadtgebiet. 7 davon hat die Alzheimer-Gesellschaft Duisburg in Kooperation mit fünf verschiedenen Trägern gegründet. Einige bieten die zeitgleiche Betreuung der Demenzerkrankten an (Anschriften s. Anhang, Seite 84).

Die Ziele, die mit diesem Angebot verfolgt werden, sind vielfältig:

- Angehörige erhalten Anleitung und Begleitung in der Pflege
- Vermittlung von Wissen und weiterführenden Erkenntnissen
- Aufrechterhaltung der Pflegebereitschaft
- Anerkennung der eigenen Pflegeleistung durch Andere
- Erkennen eigener Fähigkeiten und Grenzen
- Emotionale, psychische und physische Entlastung
- Aufhebung der sozialen Isolation

Folgende Rahmenbedingungen gelten für die Gesprächskreise:

- Halboffene Gruppe mit maximal 12 TeilnehmerInnen
- Treffen finden regelmäßig einmal im Monat statt
- Leitung der Gruppe ist fachlich geschult oder wird fachlich begleitet
- Die Treffen sind für die Angehörigen kostenlos

III.3.2.4 Kurse für pflegende Angehörige von demenziell erkrankten Menschen

Gezielte Information und Aufklärung sind für pflegende Angehörige wichtig und geben ihnen Sicherheit im Umgang mit ihrem demenziell erkrankten Menschen.

Zudem sind sie hilfreich, um Angst und Scheu abzubauen und die Hilfe von professionellen Kräften in Anspruch zu nehmen.

In den Kursen werden daher folgende Themen behandelt:

- Krankheitsbild
- Entlastungsmöglichkeiten
- Der Kranke in der Familie (Umgang)
- Praktische Pflege

- Selbstpflege
- Gesetzliche Betreuung
- Finanzielle Hilfen
- Gewalt in der Pflege
- Ernährung von Menschen mit Demenz

Die Kurse werden von der Alzheimer-Gesellschaft Duisburg in Kooperation mit anderen Trägern durchgeführt.

Die genauen Kurstermine stehen im Internet unter www.alzheimer-duisburg.de oder sind telefonisch in der Geschäftsstelle (Telefon: 0203/3095 –104) zu erfragen. Die Kurse sind für die Angehörigen kostenlos.

III.3.2.5 Tanzcafé

Das Alzheimer–Tanzcafé ist ein Treffpunkt für demenziell erkrankte Menschen und ihre Angehörigen. Durch Musik und Bewegung werden die vorhandenen Fähigkeiten aktiviert, um die Lebensqualität der Erkrankten zu erhalten.

Im Tanzcafé erleben die BesucherInnen ein neues soziales Umfeld, in dem Demenz akzeptiert ist und Freude erlebt wird. Das Angebot bietet ein Stück gesellschaftlicher Normalität und führt aus der Isolation, die die betroffenen Familien oft als extrem belastend erleben. Das Tanzcafé wird von qualifiziertem Fachpersonal und freiwilligen HelferInnen begleitet. Alle im Tanzsaal wissen um die Hürden und Probleme, die demenzerkrankte Menschen und ihre Bezugspersonen zu bewältigen haben.

Die Anschrift des Tanzcafés ist im Anhang, Seite 86, zu finden.

Darüber hinaus gibt es in Duisburg zahlreiche integrative Tanzcafés, die zwar einen anderen Schwerpunkt haben, aber auch von Menschen mit Demenz besucht werden können.

III.4 Ambulante pflegerische Versorgung

Zu den Stichtagen 15.12.2003 und 15.12.2005 wurde erstmals eine flächendeckende Befragung aller in Duisburg ansässigen Pflegedienste durchgeführt, um eine Einschätzung der Situation von Menschen mit Demenz zu ermöglichen. Die Mehrzahl der Demenzen – wie aller Pflegebedürftigen - wird von Angehörigen, ca. ein Drittel davon von Pflegediensten zu Hause versorgt (s. Kapitel III.1, S. 13).

Auch wenn die Pflegebedürftigen ausschließlich Pflegegeld beziehen, spielen ambulante Dienste als Ansprechpartner eine wichtige Rolle. Bei den vorgeschriebenen Beratungen gem. § 37 Abs. 3 SGB XI erhalten sie gleichermaßen Zugang zu Pflegebedürftigen wie Angehörigen.

Pflegebedürftige, „bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung“ (§ 45a SGB XI) vom MDK festgestellt wurde, sind berechtigt, die Zahl der Beratungseinsätze von ein- auf zweimal halbjährlich bei einer Einstufung in die Stufe I und II und von ein- auf zweimal vierteljährlich bei Stufe III zu erhöhen.

III.4.1 Definition

Ambulante Pflegedienste sind gem. § 8 Abs. 2 Landespflegegesetz Nordrhein- Westfalen (PfG NW) „selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verant-

wortung einer ausgebildeten Pflegekraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen“.

Ein Pflegedienst ist demzufolge eine auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmitteln, die - unabhängig vom Mitarbeiterbestand - in der Lage sein muss, eine ausreichende, gleichmäßige und konstante pflegerische Versorgung eines wechselnden Kreises von Pflegebedürftigen in ihrem Einzugsgebiet zu gewährleisten.

Der Pflegedienst erbringt entsprechend dem individuellen Pflegebedarf Pflegeleistungen bei Tag und Nacht, auch an Sonn- und Feiertagen und ist ständig, d. h. rund um die Uhr, erreichbar.

III.4.2 Angebotspalette

Die Versorgung durch die Pflegedienste schließt neben den grundpflegerischen Tätigkeiten im Rahmen des SGB XI die behandlungspflegerischen Leistungen im Rahmen des SGB V (Ausführungen ärztlicher Verordnungen) mit ein.

Auffällig, aber auf Grund des oben erwähnten Aufgabenspektrums nachvollziehbar, ist die Dominanz des Krankenpflegepersonals: (Kinder-) Krankenschwestern und -pfleger zählen ebenso wie AltenpflegerInnen zu den Pflegefachkräften.

Neben einem psychiatrischen/gerontopsychiatrischen Fachpflegedienst in Duisburg haben sich andere Pflegeanbieter auf so unterschiedliche Schwerpunkte wie z. B. Migrantenpflege, Stomaversorgung oder Sterbebegleitung spezialisiert. Eine gezielte Qualifizierung auf die Pflege von Menschen mit Demenz ist angesichts der im Folgenden vorzustellenden Ergebnisse der Befragungen zu den Stichtagen 15.12.2003 und 15.12.2005 durchaus vorstellbar, nach vorliegenden Erkenntnissen aber - von der Betreuung der ersten Duisburger Wohngemeinschaft für Demente abgesehen - (noch) nicht erfolgt.

Hintergrund hierfür ist sicherlich die zeitaufwändige und vor allem die nicht refinanzierbare Pflege. Nicht nur aus eigenem Interesse sind die ambulanten Pflegedienste gehalten, wirtschaftlich zu arbeiten. Auch in dem mit der Pflegekasse abzuschließenden Versorgungsvertrag gem. § 72 SGB XI (Zulassung und Voraussetzung u. a. zur Abrechnung mit den Pflegekassen) wird die Wirtschaftlichkeit des Betriebes gefordert. Die Leistungskomplexe, die die Pflegeversicherung vorgibt, sind jedoch auf die körperliche Pflege zugeschnitten. Hilfreich wären hier Zeitmodule, die auch die psychosoziale Betreuung der Dementen berücksichtigen.

Im Rahmen des § 45b SGB XI (Zusätzliche Betreuungsleistungen, s. auch Kapitel II, S. 11) sind laut Bundesknappschaft in Bochum inzwischen 14 Duisburger Pflegedienste anerkannt, die besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung vorhalten. Eine aktuelle Liste ist dem Anhang (Seite 86) beigelegt.

Auch das Thema ambulante Wohngemeinschaften (s. Kapitel III.4.3, S. 24) wird von Pflegediensten in Duisburg aufgegriffen, geprüft und bereits umgesetzt. Auf die besonderen Rahmenbedingungen wie die Abgrenzung vom Heimrecht und Finanzierungsmöglichkeiten der erforderlichen Präsenzkraft soll hier nicht näher eingegangen werden.

Ambulante Pflegedienste bieten schließlich zumindest eine zeitweise Entlastung für Angehörige, die in der Regel eine Rund-um-die-Uhr Versorgung und Betreuung sicherstellen müssen.

AltenpflegerInnen beschäftigen sich im Rahmen ihrer Ausbildung u. a. auch mit dem Thema Tagesstrukturierung, die für die Angehörigen oftmals ein größeres Problem dar-

stellt. Einschränkend muss darauf hingewiesen werden, dass das überwiegende Personal aus der Krankenpflege (s. o.) kommt, die andere Schwerpunkte setzt.

Sowohl bundesweit tätige als auch einige Duisburger Pflegedienste bieten eine 24-Stunden-Betreuung an. Diese kostenintensive Pflege dürfte allerdings für die meisten Betroffenen und ihre Angehörigen auf Grund der hohen Eigenbeteiligung keine realistische Alternative darstellen.

Der Pflegedienst führt im Rahmen der Grund- und Behandlungspflege Tätigkeiten aus, die Angehörige nicht leisten können oder wollen (z. B. Inkontinenzversorgung). Darüber hinaus bieten die ambulanten Dienste Beratungen und weitergehende Informationen und spielen so als Vermittler zu weiteren Hilfeanbietern eine wichtige Rolle. Als regelmäßige Kontakt- und Bezugsperson können die MitarbeiterInnen des Pflegedienstes so die Tür öffnen zu formellen und informellen Unterstützungsangeboten.

Ambulante Dienste sind aber auch zur Konfliktbewältigung gefragt. So übernehmen Pflegedienste z. B. konfliktbeladene Aktionen wie das Duschen und Baden, wo Angehörige häufig einen schwereren Stand haben.

Die in erster Linie verrichtungsorientierte Unterstützung findet ihre Grenze zum Einen in der Refinanzierung – Betreuungsleistungen sind nur eingeschränkt und ggf. über Einzelabsprachen mit den Kassen abzurechnen - und zum Anderen bei den allein lebenden Menschen mit Demenz, die einer ständigen Aufsicht bedürfen. Hier ergreifen die Pflegedienste oftmals auch die Initiative, um den Umzug in eine stationäre Einrichtung einzuleiten.

Aber auch für die Angehörigen von Menschen mit Demenz bringt der Einsatz eines Pflegedienstes nicht immer im erhofften Ausmaß die gewünschte Entlastung: Organisatorisch bedingte Wechsel der Pflegekräfte oder Besuche zu - für die Betroffenen - „falschen“ Zeiten decken nur einen sehr geringen zeitlichen und lebenspraktischen Teil des Tages ab. Die Erwartungen der Angehörigen sind tatsächlich von den Pflegediensten im Rahmen der eng gesteckten und in Modulen vorgegebenen Zeiteinheiten kaum zu erfüllen.

Hier sind neue Bewertungen, die dem notwendigen besonderen Umgang mit demenziell veränderten Menschen gerecht werden, von Nöten. Verrichtungsorientierte Pflege steht dabei eben nicht immer im Vordergrund - sondern geduldige Anleitung und Betreuung aller Beteiligten.

Hilfreich für die Auswahl eines geeigneten Pflegedienstes kann u. a. die Checkliste der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft e. V.¹⁵ sein, siehe Anhang, Seite 87.

Als Ergänzung zur Betreuung insbesondere allein lebender Demenzerkrankter bieten sogenannte „AlltagsbegleiterInnen“ zeitweiligen Familienersatz. Auch hier stellt sich jedoch das Problem der Finanzierung.

Verlockend sind da Angebote vorwiegend osteuropäischer Pflegedienste, die eine 24-Stunden-Pflege für ca. 800 bis 1.000 Euro monatlich bei freier Kost und Logis anbieten. Die PflegerInnen sind in ihrem jeweiligen Heimatland angestellt und werden nach den dort gültigen Tarifen und Bedingungen entlohnt. Dies erklärt die konkurrenzlos günsti-

¹⁵ Ratgeber Häusliche Versorgung Demenzkranker, Schriftenreihe der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft e.V.

gen Preise. In der am 15.11.2006 vom Europa-Parlament verabschiedeten EU-Dienstleistungsrichtlinie wurden Gesundheitsdienstleistungen und damit auch der Pflegesektor ausdrücklich von der Dienstleistungsfreiheit ausgenommen. Somit ist eine in Deutschland nicht nach deutschem Tarifrecht begründete Beschäftigung von Pflegekräften auch weiterhin unzulässig. Bei illegaler Pflege machen sich die Arbeitgeber – in der Regel die Angehörigen – strafbar.

Das gilt umso mehr für die zahlreichen privaten Vermittlungen überwiegend osteuropäischer Frauen, die bis zu 3 Monaten in den Pflegehaushalten bleiben. Diese illegalen Pflegerinnen sind weder sozialversichert noch verfügen sie in der Regel über eine Arbeitserlaubnis.

Schätzungen des bpa (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.) gehen von 50.000 bis 100.000 Schwarzarbeiterinnen in Deutschland aus. Bezogen auf Duisburg liegen keine konkreten Angaben vor.

Eine legale Alternative bieten seit Januar 2005 osteuropäische Haushaltshilfen, die bei der Agentur für Arbeit angemeldet und somit versicherungspflichtig beschäftigt werden. Auch sie sind rund um die Uhr anwesend. Voraussetzung hierfür ist u. a. eine strikte Beschränkung auf hauswirtschaftliche Tätigkeiten in einem Pflegehaushalt (Nachweis der Pflegeeinstufung), eine angemessene Unterkunft, tarifliche Arbeitszeiten sowie ein vergleichbares Gehalt (Kosten für Unterkunft und Verpflegung können bis zu einer Höchstgrenze von max. 390 Euro abgezogen werden). Dieses Beschäftigungsverhältnis kann bis zu 3 Jahre andauern.

Nähere Auskunft erteilt die Bundesagentur für Arbeit. Dort ist ein entsprechendes Merkblatt erhältlich¹⁶.

Die Duisburger Alzheimer-Gesellschaft plant in Zusammenarbeit mit der ARGE Duisburg Schulungen für AlltagsbegleiterInnen durchzuführen, die in ambulanten und stationären Einrichtungen eingesetzt werden sollen.

III.4.3 Wohngemeinschaften

Für den Fall, dass Menschen mit Demenz nicht mehr allein zu Hause leben können oder die Angehörigen mit der Pflege und Betreuung überlastet und überfordert sind, etabliert sich nunmehr neben dem klassischen Heimangebot – das sich mit dem Konzept der Hausgemeinschaften ebenfalls wandelt – eine alternative Wohnform. Seit einigen Jahren entstehen bundesweit Wohngemeinschaften für Demenzkranke mit unterschiedlichsten Konzepten, die den Status „Modellcharakter“ längst verloren haben. So gibt es Wohngemeinschaften mit einer zentralen Bezugsperson, die als eine Art HaushälterIn tagsüber präsent ist. Die individuell benötigte Pflege wird von selbstgewählten Pflegediensten durchgeführt.

Andere Konzepte setzen auf die ausschließliche Versorgung aller Mitglieder durch einen Pflegedienst, der weitestgehend über die Summe der individuellen Ansprüche finanziert werden kann. Unterschieden wird auch nach 24-Stunden-Versorgung oder stundenweiser Betreuung, die für Menschen mit Demenz in fortgeschrittenerem Stadium eher keine Rolle spielen dürfte.

Stellvertretend genannt seien hier die Berliner Wohngemeinschaften des Vereins „Freunde alter Menschen“, nähere Informationen im Internet unter www.freunde-altermenschen.de. Sie gelten als richtungsweisend, insbesondere für die nahtlose Versorgung am Tag wie in der Nacht.

¹⁶ Bundesagentur für Arbeit (Zentralstelle für Arbeitsvermittlung, ZVA) Merkblatt „Vermittlung von Haushaltshilfen in Haushalten mit Pflegebedürftigen nach Deutschland“

Die Vorteile dieser Wohngemeinschaften liegen für BewohnerInnen und Angehörige in erster Linie in der Sicherheit einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung ohne Aufgabe der Mitbestimmung und Verantwortlichkeit im Alltag. Die professionelle Hilfe wird auf den individuellen Zeit- und Pflegebedarf abgestimmt und „nebenbei“ in einem normalen Haushalt mit einer von in der Regel 6 bis 8 Personen überschaubaren Anzahl gleichberechtigter MitbewohnerInnen geleistet. Die Selbstständigkeit und das Selbstwertgefühl der an Demenz Erkrankten werden gefordert und gefördert u. a. durch die größtmögliche Einbeziehung in die anfallende Hausarbeit. Der private Charakter der Wohngemeinschaft wird unterstrichen durch die mitgebrachten Möbel – für das eigene Zimmer wie auch für die Gemeinschaftsräume – und der „Gastrolle“ der betreuenden Pflegedienste. Die möglichst barrierefreien (oder zumindest barrierearmen) Wohnungen sind in normalen Wohngebäuden in bestehenden Wohnquartieren integriert.

In der Regel wird ein einziger Pflegedienst mit der Versorgung aller Mitglieder der Wohngemeinschaft beauftragt, um Synergieeffekte zu nutzen und eine möglichst hohe zeitliche und fachliche Kontinuität des Pflegepersonals zu gewährleisten. Dieser kann dann zwar bis zu 24 Stunden anwesend sein, um die verschiedenen Pflegeaufträge in einer Wohnung zu erfüllen, bleibt aber in der bloßen Funktion des Dienstleiters, der jederzeit austauschbar ist. Diese Wahlfreiheit in der Wohngemeinschaft bildet ein wesentliches Kriterium der Abgrenzung zum Pflegeheim und dem Geltungsbereich des Heimgesetzes.

Ein weiteres Merkmal für die Unabhängigkeit der Mitglieder der Wohngemeinschaft ist das durch das (Einzel-)Mietverhältnis begründete Hausrecht. Die MieterInnen gestalten selbst den gemeinsamen Wohnraum und entscheiden, wer als neues Mitglied oder als Gast willkommen ist. Um ihre gemeinsamen Angelegenheiten regeln zu können, müssen sich die MieterInnen bzw. in der Regel deren Angehörige/gesetzliche BetreuerInnen regelmäßig austauschen. Empfohlen wird vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) die Gründung einer Interessengemeinschaft, die für die Mitglieder der Wohngemeinschaft handeln kann und Regeln zur Gestaltung des gemeinsamen Alltags aufstellt. Darunter fallen finanzielle Vereinbarungen wie das Führen einer Haushaltskasse oder die Beteiligung Aller an notwendigen Anschaffungen oder Reparaturen ebenso wie die Art und Gestaltung der Mahlzeiten oder des Tagesablaufes. Den Angehörigen und gesetzlichen BetreuerInnen fällt darüber hinaus eine wichtige Rolle zu. Ihr Engagement in der Alltagsgestaltung bis hin zur Übernahme pflegerischer Maßnahmen nicht nur bei den eigenen Angehörigen fördert die Gemeinschaft und wirkt zudem kostensenkend.

Die entstehenden Kosten umfassen Kosten für den Wohnraum, die Verpflegung, für Verbrauchsgüter und Ausstattung und die Pflege- und Betreuungsleistungen. Kostenträger sind in erster Linie die Mitglieder der Wohngemeinschaft selbst als SelbstzahlerInnen oder durch anteilige Eigenbeteiligung sowie Pflegekassen, Krankenkassen und ggfs. der örtliche Sozialhilfeträger.

Die besonderen Regelungen des Heimgesetzes zum Schutz der BewohnerInnen finden in einer wie oben beschriebenen Wohngemeinschaft keine Anwendung.

Hier greifen neben den allgemeinen miet- und Verbraucherschutzrechtlichen Bestimmungen die bestehenden Qualitätsregularien des ambulanten Bereiches, § 80 und § 75 SGB XI für die Pflegequalität (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung) sowie § 132a SGB V in Verbindung mit § 37 SGB V für die Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege. Allgemeingültige Standards für die Qualität allgemeiner Betreuungsleistungen oder spezielle Anforderungen an Wohngemeinschaften fehlen. Um der Gefahr des Missbrauchs entgegenzuwirken, haben verschiedene Initiati-

ven begonnen, Qualitätsstandards und Verfahren zur freiwilligen Qualitätskontrolle zu diskutieren¹⁷.

Auch in Duisburg ist das Interesse an Wohngemeinschaften groß. Die erste ambulante Wohngemeinschaft in Duisburg ist im März 2006 eröffnet worden, Anfang 2007 sollen die nächsten beiden Wohngemeinschaften mit jeweils 7 Plätzen starten. Weitere sind in Planung. Den potenziellen Betreibern sollte nicht nur das finanzielle Risiko bewusst sein. Bewährte Duisburger Praxis ist es inzwischen, die Beratungsangebote des Amtes für Soziales und Wohnen wahrzunehmen, insbesondere um im Vorfeld bereits Finanzierungsfragen und heimrechtliche Aspekte abzuklären.

Die Kommunale Pflegekonferenz und die Kommunale Gesundheitskonferenz in der Stadt Duisburg haben dem Rechnung getragen und gemeinsame Empfehlungen veröffentlicht (s. Anhang, Seite 70).

III.4.4 Duisburger Erhebung

Der an die Duisburger Pflegedienste versandte Fragebogen 2005 ist im Anhang beigelegt (ab Seite 58). Der Erhebungsbogen 2005 wurde leicht modifiziert, um die Fehlerquote einzelner Fragen zu senken und die Bereitschaft der Dienste, die Angaben sorgfältig zu prüfen, möglichst zu erhöhen.

Tabelle 6 Ambulante Pflege; Rückläufe der Duisburger Erhebungsbögen

	angeschriebene Dienste	Rückläufe	Rücklaufquote
2003	48	44	92%
2005	57	54	95%

Trotz Nachfragen haben einige große Anbieter gar nicht oder nur ungenau geantwortet. Gerade bei den größeren Anbietern gab es Schwierigkeiten, Detailfragen zu beantworten, da z. B. die genutzte Software die geforderten Daten nicht so ohne Weiteres lieferte. Der so durch die Befragung zusätzlich entstehende Aufwand wurde von einigen wenigen Anbietern aus Zeitgründen nicht erbracht.

Positiv ist festzuhalten, dass der überschaubarere Personenkreis der als demenz eingeschätzten Kundinnen und Kunden der Pflegedienste sorgfältiger bearbeitet wurde. Auch hier konnten jedoch nicht alle widersprüchlichen Angaben gelöst werden.

Festzustellen ist, dass „Demenz“ sich als Problemlage auch bei den ambulanten Diensten verfestigt hat.

So ist der Bekanntheitsgrad **spezieller Angebote** zum Thema Demenz von 81 Prozent im Jahr 2003 auf 92 Prozent im Jahr 2005 gestiegen (Angabe von mindestens einem Angebot). Einzelheiten zu den aufgeführten Angeboten – von den Beratungsangeboten der Alzheimer-Gesellschaft bis zu den niedrigschwelligen Angeboten wie die Demenz- oder Alzheimercafés – finden sich im Anhang, Seite 88.

Da nicht alle Dienste zwischen Beratungs- und niedrigschwelligen Angeboten unterschieden, wurde der Punkt in der zweiten Abfrage 2005 zusammengeführt.

¹⁷ s. Handbuch KDA „Ambulant betreute Wohngruppen – Arbeitshilfen für Initiatoren - Köln 2006

Interessant ist der zunehmende Bekanntheitsgrad von Angeboten für Demente allein im Verlauf der sich bis August 2004 hinziehenden Rückläufe der Fragebögen 2003. Es spricht einiges dafür, dass dies als Erfolg der Öffentlichkeitsarbeit der am 11.04.2002 gegründeten Alzheimer-Gesellschaft Duisburg sowie des Modellprojektes FORUM Demenz gewertet werden kann. 2005 wird häufig nur noch lapidar auf die Alzheimer-Gesellschaft und das FORUM Demenz hingewiesen – ohnehin die „Spitzenreiter“ der Abfragen. Andere Nennungen hingegen fallen weder unter die Beratungs- noch unter die anerkannten niedrighschwelligigen Angebote für Angehörige.

III.4.4.1 Angaben zum Personal

III.4.4.1.1 Anzahl

Zum Stichtag 15.12.2003 waren nach Angaben der antwortenden Pflegedienste 955 MitarbeiterInnen in 606 Stellen beschäftigt, zum gleichen Stichtag 2005 waren es 1.019 Pflegekräfte in 689 Stellen.

Tabelle 7 Ambulante Pflege; Personal der Pflegedienste in Duisburg

	Pflegekräfte	Stellen
2003	955	606
2005	1.019	689

Da die Antworten im ersten Rücklauf sich nicht nur auf Pflegekräfte bezogen, ist für das Jahr 2005 ausdrücklich nach Pflegekräften gefragt worden. Auch die Angaben zu den Stellen ist nach entsprechender Modifizierung der Frage 2005 differenzierter erfolgt.

III.4.4.1.2 Fortbildungen

zum Thema Demenz besuchten im Jahr 2002 18%, 2003 15%, 2004 8% und 2005 21% aller erfassten MitarbeiterInnen. Die Anzahl der an diesen Fortbildungen teilnehmenden MitarbeiterInnen stieg auf 215 im Jahr 2005. Im Jahr 2002 gab es 167 Nennungen. Einschränkend ist hier darauf hinzuweisen, dass insbesondere bei der ersten Abfrage nicht nur Pflegekräfte sowie ausschließlich entsprechende Fortbildungen zum Thema Demenz von den Pflegediensten zu Grunde gelegt wurden. Die Bandbreite der genannten Themen ist groß und reicht vom Einstieg „Alzheimer Demenz“ über „Gewalt in der Pflege“ bis zur „Validation“ und „Wohnformen für Demente“. Aber auch Themen wie „Inkontinenz“ und „Sturzprophylaxe“ wurden aufgelistet (s. Anhang, Seite 89).

Der Verein Freunde alter Menschen e. V. in Berlin empfiehlt für MitarbeiterInnen in der gerontopsychiatrischen Pflege Fortbildungsveranstaltungen mit folgenden Themen:

- Adäquater Umgang mit den Symptomen der Erkrankung
- Anleitende Pflege
- Maßnahmen der Tagesstrukturierung (Rituale, Symbole)
- Partnerschaft mit Angehörigen

III.4.4.1.3 Gerontopsychiatrische Qualifikation

Als Auswahlkriterium bei der Neueinstellung von Pflegekräften sind **gerontopsychiatrische Kompetenzen** zunehmend gefragt - im Jahr 2003 von 43 Prozent, im Jahr 2005 von 52 Prozent aller antwortenden Dienste. Der Bedarf wird offensichtlich gesehen.

Das Personal verfügt allerdings nur in einem geringen Ausmaß über eine **gerontopsychiatrische Zusatzausbildung**. Im Jahr 2003 waren 20 (2 Prozent), 2005 nur noch 10 MitarbeiterInnen mit einer gerontopsychiatrischen Zusatzausbildung bei den Duisburger Pflegediensten beschäftigt. Der bereits 2003 geringe Anteil ist im Jahr 2005 damit auf 1 Prozent zurückgegangen.

Dem hohen Anteil der als dement eingeschätzten Pflegebedürftigen wird dies kaum gerecht. Hier ist ein großes Fort- und Weiterbildungspotenzial festzustellen.

In diesem Zusammenhang ist nochmals zu erwähnen, dass das Thema Demenz und andere gerontopsychiatrische Veränderungen im Rahmen der Ausbildung zur Altenpflege ausführlich behandelt wird. In den beiden Duisburger Fachseminaren zur Altenpflege wird sehr viel Wert auf eine gründliche Auseinandersetzung mit diesem Schwerpunktthema gelegt. Es ist also davon auszugehen, dass zumindest die AbsolventInnen der Duisburger Altenpflegeseminare auf ein fundiertes Wissen zurückgreifen können. Die Träger ambulanter Dienste könnten sich auch als Ausbildungsträger dieses Wissen zu Nutze machen.

Tabelle 8 Ambulante Pflege; Personal, Aus-, Fort- und Weiterbildung

	2003	2005
Anzahl Pflegekräfte	955	1.019
Ausbildungsplätze	k.A.*	10
Praktikumsplätze	k.A.*	54
Gerontopsychiatrische Zusatzausbildung	20	10
Anteil Pflegekräfte mit Zusatzausbildung	2,10%	1,00%

* 2003 nicht abgefragt

III.4.4.2 Angaben zu den Pflegebedürftigen

III.4.4.2.1 Anzahl Demenzerkrankter

Am Stichtag 2003 wurden 4.534, am 15.12.2005 4.864 Personen, die von ambulanten Pflegediensten versorgt wurden, erfasst.

In der Summe aller Pflegebedürftigen sind wahrscheinlich Doppelnennungen enthalten, da die Pflegedienste Tätigkeiten sowohl in der Grundpflege (SGB XI) als auch in der Krankenpflege (SGB V) ausführen (s. Definition, Seite 21). Bei einem Kunden können dementsprechend beide Leistungen anfallen. Dies ist vermutlich bei der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen nicht immer berücksichtigt worden.

Andererseits fehlen gegenüber der „amtlichen“ Pflegestatistik des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (LDS) für das Jahr 2003 (zu 2005 liegen noch keine Angaben vor) 347 Pflegebedürftige, die Leistungen nach dem SGB XI erhielten. Diese könnten sich allerdings auch auf die Kundinnen und Kunden der Dienste aufteilen, die nicht antworteten.

Die Angaben zur Gesamtzahl der in Duisburg zum Stichtag 15.12.2003 bzw. 15.12.2005 von ambulanten Pflegediensten betreuten Pflegebedürftigen werden daher den weiteren Berechnungen zu Grunde gelegt.

III.4.4.2 Anteil Demenzerkrankter

Der Anteil der an Demenz Erkrankten lag nach Einschätzung der Pflegedienste 2003 bei 20% aller betreuten Personen. Dies traf auf 926 Personen zu. Zum Stichtag 2005 stieg dieser Anteil auf 28% bzw. 1.383 Personen.

Diese ansteigende Entwicklung kann auch auf die zunehmende Sensibilisierung der MitarbeiterInnen ambulanter Dienste zurückzuführen sein. Es wurde ausdrücklich um die eigene Einschätzung gebeten, nicht um eine vorliegende ärztliche Diagnose. Da keine engen Kriterien vorgegeben wurden, sind unterschiedliche Auslegungen wahrscheinlich. Der Anteil der Menschen mit Demenz am eigenen Patienten- bzw. Kundenstamm fällt sehr unterschiedlich aus. Er liegt 2005 pro Dienst zwischen 2% und 69%. Ein Dienst hatte gar keinen Demenzerkrankten zu versorgen. Neben der vermutlich unterschiedlichen Wahrnehmung und Einschätzung einzelner MitarbeiterInnen sind aber auch noch weitere Kriterien wie Spezialisierungen der Dienste auf besondere medizinische Bereiche als Grund für die Abweichungen zu nennen.

Alle folgenden Angaben beziehen sich auf diese 926 bzw. 1.383 Personen, die von den antwortenden Diensten als dement eingeschätzt wurden. Da die einzelnen Fragestellungen nicht immer in Bezug auf diese Gesamtzahl beantwortet wurden, sind bei weiteren Berechnungen dann jeweils die verwertbaren Daten zu Grunde gelegt worden.

III.4.4.3 Ärztliche Versorgung

Die ärztliche Versorgung bzw. richtiger, das Wissen darum, hat sich im Vergleich beider Stichtage kaum verändert. Waren 2003 nur Angaben zu 565 Personen (oder 61 Prozent aller Dementen) möglich, erhöhte sich die Anzahl zum 15.12.2005 zwar auf 813 Personen. Der Anteil bezogen auf alle erfassten Menschen mit Demenz ging jedoch auf 59 Prozent zurück.

Im Vordergrund steht die Versorgung durch die Hausärzte, eine Behandlung durch Fachärzte kommt nach der Kenntnis der Pflegedienste nur 148 Personen in 2003 bzw. 254 Dementen in 2005 zugute. So haben zum Stichtag 2003 16 Prozent bzw. zum Stichtag 2005 18 Prozent einen bekannten Kontakt zu einem Spezialisten. Festzuhalten bleibt, dass sich bei den ambulanten Diensten bekannten „Arztgängern“ eine leichte Verschiebung zugunsten der Fachärzte zeigt (s.

Tabelle 9).

Unklar ist, aus welchem Grund die Pflegedienste zu vielen der ihrer Meinung nach dementen Personen keine Angaben insbesondere zur medizinischen Versorgung treffen konnten. Immerhin handelt es sich um 39 bzw. 41 Prozent des betroffenen Personenkreises. Es ist nicht auszuschließen, dass tatsächlich ein großer Anteil der als dement eingeschätzten Personen nicht entsprechend medizinisch versorgt wird. Die ärztliche Diagnose und die Einschätzung einer erfahrenen Pflegekraft mag da aber auch nicht immer übereinstimmen. Bezeichnend in diesem Zusammenhang ist die Aussage eines Dienstes, die Behandlung beim Hausarzt erfolge auf Grund anderer Diagnosen.

Tabelle 9 Ambulante Pflege; Ärztliche Versorgung von dementen Personen

	Behandlung beim Haus- arzt	Behandlung beim Fach- arzt	in ärztlicher Behandlung gesamt	unbekannt/ k.A.	Anzahl er- fasster De- menter
2003	417	148	565	361	926
Anteil an Dementen	45%	16%	61%	39%	
2005	559	254	813	570	1.383
Anteil an Dementen	40%	18%	59%	41%	

III.4.4.2.4 Einstufung

Die Angaben zur Einstufung in eine Pflegestufe zu den genannten Menschen mit Demenz wurden fast vollständig erteilt.

2003 waren 620 Personen in einer Pflegestufe (67 Prozent aller Dementen), 212 Personen ohne Einstufung (23 Prozent). 2005 stieg mit 1.081 Personen der Anteil auf 78 Prozent, während – nach Kenntnis der Dienste – 16 Prozent bzw. 228 Personen ohne Einstufung blieben.

Auf Grund dieser Einstufung können auch Leistungen nach dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz (§§ 45a-c SGB XI) geltend gemacht werden, d. h. zusätzlich 460 Euro pro Jahr für z. B. niedrigschwellige Angebote wie die Betreuungscafés genutzt werden (s. Kapitel II, S. 11).

Tabelle 10 Ambulante Pflege; Pflegestufen der Versorgten mit Demenz

	Stufe 0/ Antrag gestellt	Stufe I	Stufe II	Stufe III	gesamt	ohne Ein- stufung	k.A.
2003	92	313	244	63	712	212	2
Anteil erfasster Personen	10%	34%	26%	7%	77%	23%	
2005	74	574	401	106	1.156	228	
Anteil erfasster Personen	5%	42%	29%	8%	84%	16%	

Eine **Demenz als Ursache** für die Einstufung wurde 2003 bei 233 Personen (25 Prozent) genannt. Im Jahr 2005 erhöhte sich diese Anzahl auf 345. In diesen Fällen sollte eine entsprechende Diagnose vorliegen.

Auffällig ist, dass diese Zahlen bei den von Fachärzten betreuten Menschen mit Demenz keine Entsprechung finden. Hier stehen 233 (345) eingestufte 148 (254) behandelten Personen gegenüber. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass wie oben ausgeführt, die ärztliche Versorgung eines großen Anteiles der Dementen von den Hausärzten abgedeckt wird bzw. auch nicht bekannt zu sein schien oder zumindest nicht angegeben wurde.

Der Anlass für die Einstufung in die Stufe I war mit 45 bzw. 35 Prozent am höchsten. Die doch recht hohe Quote der als demenz eingeschätzten und deshalb eingestuften Kunden von 38 Prozent in 2003 und 32 Prozent in 2005 widerspricht allerdings der verbreiteten Meinung, dass die Demenz bei den Prüfungsverfahren des MDK kaum Berücksichtigung findet.

Über 60 Prozent aller als demenz eingeschätzten Pflegebedürftigen haben demzufolge neben den psychischen Einschränkungen zusätzliche, von der Pflegekasse anerkannte, somatische Beeinträchtigungen, die zur Einstufung führen.

Tabelle 11 Ambulante Pflege; Demenz als Ursache der Einstufung

	Stufe I	Stufe II	Stufe III	gesamt
2003*	141	76	16	233
Anteil entsprechend eingestufter Personen	45%	31%	25%	38%
2005**	203	118	24	345
Anteil entsprechend eingestufter Personen	35%	29%	22%	32%

*n=620; **n=1.081

III.4.4.2.5 Betreuung

Eindeutige Aussagen zum Thema Betreuung wurden nur zu 696 Personen in 2003 und 795 Personen in 2005 getroffen. Dies entspricht - bezogen auf alle Menschen mit Demenz - einem Anteil von 75 bzw. 57 Prozent. 2005 war es für 43 Prozent des betroffenen Personenkreises nicht möglich, detailliertere Auskünfte zu dieser Frage zu erhalten. Viele Pflegedienste verfügen hierüber offenbar über wenig bis gar keine Informationen oder dokumentieren dies nicht ausdrücklich.

Während die Anzahl der bekannten gesetzlichen Betreuungen stieg, verringerte sich 2005 der Anteil - auf alle Demenzen bezogen - geringfügig auf 20 Prozent.

Festzustellen ist, dass 1/5 der erfassten Personen demzufolge eine gesetzliche Betreuung hat. Der Anteil kann jedoch in Anbetracht der o.g. „Dunkelziffer“ durchaus höher liegen.

Tabelle 12 Ambulante Pflege; Demente mit gesetzlicher Betreuung

	mit gesetzl. Betreuung		ohne gesetzl. Betreuung		unbek./ k. A.	gesamt
	abs.	in %	abs.	in %		
2003	194	28%	502	72%	230	926
2005	275	35%	520	65%	588	1.383

III.4.4.2.6 Zusätzlicher Zeitaufwand

Bei der Versorgung von demenzen Personen wurde durchgehend ein zum Teil erheblicher zusätzlicher Zeitaufwand angegeben, der nicht refinanziert wird.

Die entsprechende Bandbreite reicht von 15 Minuten bis zu über 1 Stunde zusätzlich. Die ambulanten Dienste sind mit dieser Fragestellung sehr individuell umgegangen.

Festzuhalten bleibt, dass tatsächlich ein beachtlicher zusätzlicher Zeitaufwand für die Pflegedienste, die Menschen mit Demenz versorgen, entsteht.

III.4.4.2.7 Alterstruktur

Um die umfangreiche Beantwortung des Erhebungsbogens zu erleichtern, wurden 2005 die Altersstufen zusammengefasst in 3 Blöcke: Jünger als 64 Jahre, von 65 bis 80 Jahren und 80 Jahre und älter. Die umfangreicheren Daten zum Stichtag 2003 wurden entsprechend angepasst. Erwartungsgemäß ist die Altersgruppe ab 80 Jahren am stärksten betroffen mit 61 Prozent im Jahr 2003 und fast 62 Prozent im Jahr 2005. Die Altersstruktur ist insgesamt weitestgehend unverändert geblieben.

Tabelle 13 Ambulante Pflege; Altersstruktur der versorgten Dementen

	2003		2005	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
bis 65 J.	38	4,5%	64	5%
65-79 J.	289	34,5%	438	33,5%
über 80 J.	509	61%	802	61,5%
ges.	836		1.304	
k.A.*	90	10%	79	6%

* ohne Altersangaben

Weitere Details sind im Anhang, Seite 91, zu finden.

III.4.4.2.8 Geschlechterverteilung

Erwartungsgemäß sind mehr Frauen als Männer an Demenz erkrankt. Dies trifft auf jede Altersgruppe zu und ist vor allem auf die längere Lebenserwartung der Frauen zurückzuführen.

Tabelle 14 Ambulante Pflege; Geschlecht der versorgten Dementen

	w	m	ges.	k.A.	ges.
2003	612	224	836	90	926
Anteil	73%	27%	90%	10%	100%
2005	906	398	1.304	79	1.383
Anteil	69%	31%	94%	6%	100%

Unterschiedliche bzw. spezielle geschlechtsspezifische Auswirkungen der Krankheit sind nicht bekannt (s. Kapitel I.1, S.5).

Bei der Betreuung von Menschen mit Demenz sollten hingegen geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigt werden. Eine gründliche Biografiearbeit mit Kenntnissen über Interessen und Antipathien, Fähigkeiten und Erfahrungen bietet hier Ansatzmöglichkeiten.

III.4.4.2.9 Nichtdeutsche Demente

Der Anteil der ermittelten nichtdeutschen, von Pflegediensten versorgten Dementen ist äußerst gering. Zum Stichtag 15.12.2003 sind lediglich 10 Personen nichtdeutscher Herkunft (1 Prozent), 2005 steigt die Anzahl auf 14. Der Anteil auf alle Menschen mit Demenz bezogen bleibt bei 1 Prozent. Zu berücksichtigen ist hier – neben dem geringen

Anteil von 1,1 Prozent¹⁸ der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung - die generell niedrige Quote der von Pflegediensten versorgten MigrantInnen. So wurden zum Stichtag 15.12.2005 insgesamt 166 nichtdeutsche Personen betreut. Der Anteil der Demen-ten liegt bei 8 Prozent.

Hinzu kommt die mangelnde Akzeptanz der Krankheit in anderen Kulturkreisen. Die Menschen mit Demenz werden für verrückt erklärt, als ansteckend gefürchtet oder gar als von Gott bestraft angesehen¹⁹.

Ist es für deutsche Betroffene und deren Angehörige schon schwer die Erkrankung zu erkennen und zu akzeptieren, gibt es für nichtdeutsche Erkrankte noch zusätzliche Schwierigkeiten. Nur selten können Ärzte muttersprachliche Hilfen anbieten. Dies macht die Diagnose und Behandlung ungleich schwerer – insbesondere für Demente aus dem islamischen Kulturkreis. So sind Gedächtnissprechstunden für türkische Menschen mit Demenz zu europäisch; im islamischen Raum werden andere Bilder verwandt. Viele ältere MigrantInnen sind AnalphabetInnen. Abgesehen von auch in Duisburg zu findenden Pflegediensten für MigrantInnen gibt es Hilfen z. B. von den Alzheimer Gesellschaften in der Türkei, die auf ihren Internetseiten sowohl den sprachlichen als auch den kulturellen Hintergrund zumindest eines großen Teiles der nichtdeutschen Betroffenen abdecken könnten. Eine Liste entsprechender türkischer Einrichtungen findet sich im Anhang, Seite 91.

In vielen Pflegediensten sind Pflegekräfte mit Migrationshintergrund beschäftigt, die die unterschiedlichsten Sprachen beherrschen. Das Ergebnis der Abfrage 2005 ist dem Anhang beigelegt (s. Seite 92). Als häufigste Sprachen wurden polnisch, russisch und türkisch genannt.

III.4.4.2.10 Mobilität

Der überwiegende Anteil aller Menschen mit Demenz ist nach Einschätzung der Dienste weitestgehend mobil, könnte demzufolge z. B. in Tagespflegeeinrichtungen betreut werden. Auch die bereits mehrfach angesprochenen niedrigschwelligen Angebote wären nutzbar (s. auch Kapitel III.3.2, S. 18)

Tabelle 15 Ambulante Pflege; Mobilität der versorgten Dementen

	Angaben zu Personen	eher mobil	eher (stark) eingeschränkt	k.A.
2003	904	567	337	22
Anteil erfasster Personen		63%	37%	2%
2005	1.383	791	592	
Anteil erfasster Personen		57%	43%	

Eine besondere Problematik entsteht durch den hohen Anteil an Alleinlebenden (s. u.). Die Gefährdung der eigenen Person oder Anderer ist bei den mobilen Dementen stärker gegeben als bei den eingeschränkten bis hin zu bettlägerigen Menschen mit Demenz.

¹⁸ Amt für Statistik, Stadtforschung und Europaangelegenheiten, Einwohnerdaten Stand 31.12.2005

¹⁹ Fachstelle für an Demenz erkrankte Migrantinnen und Migranten der Arbeiterwohlfahrt Bezirk Westliches Westfalen e.V. und AWO Unterbezirk Gelsenkirchen-Bottrop (Hrsg), Yalniz Degilsiniz! – Du bist nicht allein, Eine Broschüre zum Projekt Demenz und Migration, Januar 2006

III.4.4.2.11 Lebenssituation

Mehr als die Hälfte der Menschen mit Demenz lebt alleine und weitestgehend selbstständig in einem eigenen Haushalt. Für den Stichtag 2003 liegen hier Angaben zu 89 Prozent, für 2005 zu nahezu 100 Prozent der Dementen vor.

Tabelle 16 Ambulante Pflege; Lebenssituation der versorgten Dementen

	Angaben zu Pers.	allein-lebend	mit Lebens-partnerIn	bei Verwandten	sonstige Wohnver-hältnisse	k.A.
2003*	823	492	226	96	9	103
Anteil	100%	60%	27%	12%	1%	11%
2005**	1.378	745	380	186	67	5
Anteil	100%	54%	28%	13%	5%	0%

*n=926; **n=1.383

III.4.4.2.12 Einstellung der professionellen ambulanten Pflege

Vermutlich lebten auch die meisten der demenziell Erkrankten allein, bei denen die Pflege durch die ambulanten Dienste eingestellt wurde. Das waren im Jahr 2003 161 Personen, 2005 140. Die meisten dieser Pflegebedürftigen zogen in eine stationäre Einrichtung.

Tabelle 17 Ambulante Pflege; Einstellung der Pflege von Dementen

	stationär	andere ambulante Versorgung*	Krankenhaus	sonstige/ unbekannt	gesamt
2003	113	10	24	16	161
Anteil	70%	6%	15%	10%	
2005	108	12	4	16	140
Anteil	77%	9%	3%	11%	

* Angehörige oder anderer ambulanter Pflegedienst

III.4.4.2.13 Wohnsituation

Die Antworten für den Stichtag 2003 beschränkten sich auf 71 Prozent der als dement eingeschätzten Personen. Die verwandten Begriffe barrierefrei oder altengerecht waren vermutlich noch nicht so geläufig. Die modifizierte Abfrage 2005 erleichterte offenbar die Beantwortung: Die Wohnsituation von 96 Prozent des betroffenen Personenkreises wurde beschrieben.

Die überwiegende Mehrzahl der Menschen mit Demenz lebt in einer „normalen“ Wohnung, der Anteil der erfassten Personen betrug 2003 83 Prozent und stieg 2005 auf 89 Prozent. In einer altengerechten, barrierefreien Wohnung lebten 2003 nur 71 und 2005 65 Personen. Der entsprechende Anteil sinkt hier um 6 Prozent. Interessant ist der Anstieg im „Betreuten Wohnen/Servicewohnen“ von 41 auf 79 Personen, der sich prozentual allerdings nicht auswirkt.

Tabelle 18 Ambulante Pflege; Wohnsituation der versorgten Dementen

	Angaben zu Personen	Betreutes Wohnen	barrierefreie Wohnung	sonstige „normale“ Wohnung	k.A.
2003	659	41	71	547	267
Anteil		6%	11%	83%	29%
2005	1.327	79	65	1.183	56
Anteil		6%	5%	89%	4%

Das erzielte Ergebnis ist nicht weiter verwunderlich, da vermutlich auch die Menschen mit Demenz in der Regel in ihrer Wohnung alt werden und Einrichtungen und Begriffe wie „Service-Wohnen“ und „barrierefreie Wohnungen“ noch relativ neue Angebotsformen sind.

In diesem Zusammenhang ist der Aspekt der **Wohnraumanpassung** von zunehmender Bedeutung. Wurden 2003 noch für 164 Wohnungen entsprechende Maßnahmen für erforderlich erachtet, stieg diese Zahl 2005 auf 409.

Diese Einschätzung der Pflegedienste hat allerdings noch keine Folgen bei der städtischen Wohnberatung gezeigt.

Nach Erfahrungen der Wohnberatung wird die Wohnsituation demenziell erkrankter Menschen von den Betroffenen und ihren Angehörigen auf Grund von zunächst anderen auftretenden Problembereichen (medizinischer und psychosozialer Art) nicht in den Vordergrund gestellt. Viele ältere Menschen sind mit ihrer Schwerbehinderung und/oder Pflegebedürftigkeit besonders belastet und kaum zu motivieren eine notwendige Umbaumaßnahme durchführen zu lassen. Finanzielle Gründe sowie die Stressfaktoren während eines Umbaus sind hier zu nennen. Deshalb wird das Beratungsangebot, welches Pflegedienste empfehlen, nur selten in Anspruch genommen.

III.5 Teilstationäre pflegerische Versorgung

Zur teilstationären Versorgung zählen Tagespflege- und Nachtpflegeeinrichtungen.

Letztere konnten sich bislang in Duisburg noch nicht etablieren.

Die teilstationäre Versorgung pflegebedürftiger Menschen ist ein wichtiger Baustein in der pflegerischen Versorgung zwischen der ambulanten und vollstationären Pflege.

Dies geschieht in Form von Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen, in denen Pflegebedürftige tagsüber oder nachts von ausgebildeten Pflegekräften in Gruppen betreut werden. Teilstationäre Angebote bieten den Pflegenden eine oftmals dringend notwendige Entlastung, indem zeitliche Freiräume für Familie, Beruf, Freizeit und Erholung geschaffen werden. Sie dienen zur Stabilisierung der Pflegeperson und machen die Weiterführung der häuslichen Pflege oft erst möglich. Die Notwendigkeit zur Entlastung bzw. Stabilisierung der Pflegeperson nimmt umso mehr zu, je stärker die pflegebedürftige Person demenziell verändert ist. Die tägliche Rückkehr der dementen Personen in die gewohnte eigene häusliche Umgebung ist hierbei ein erheblicher Vorteil.

Die Tatsache, dass die Leistungen der Pflegekasse für die ambulante Pflege mit denen für die Tages- und Nachtpflege verrechnet werden, führt jedoch dazu, dass diese Versorgungsformen noch immer relativ selten in Anspruch genommen werden.

Zum Stichtag 15.12.2005 wurde, wie im Jahr 2003, ebenfalls eine Erhebung bei den teilstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt, die neben anderen Daten eine Sonderbefragung zum Thema Demenz enthielt (s. Anhang, Seite 64). Im Rahmen dieser Sonderbefragung wurden Themenbereiche abgedeckt, die sich u. a. auf die Konzeptionen der Einrichtungen, Qualifizierung des Personals, ärztliche Versorgung und quantitative Aspekte bezogen.

III.5.1 Nachtpflege

In Duisburg existiert zurzeit kein Nachtpflegeplatz. Bereits im Pflegeplan der Stadt Duisburg 2005 wurde auf die Notwendigkeit eines solchen Angebotes hingewiesen.

„Vor dem geschilderten Hintergrund wäre eine solche Einrichtung jedoch durchaus sinnvoll und würde einen zusätzlichen Baustein und eine weitere Differenzierung - im Sinne der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen - innerhalb der Angebotspalette von ambulanter, teil- und vollstationärer Pflege in Duisburg darstellen²⁰.“

Deshalb ist auch zu begrüßen, dass ein Träger bei der Planung eines Pflegeheimes zwei Nachtpflegeplätze berücksichtigen möchte.

III.5.2 Tagespflege

Alle 6 Tagespflegeeinrichtungen mit einer Platzkapazität von insgesamt 77 Plätzen beteiligten sich bei dieser Befragung.

III.5.2.1 Konzeptionen

Von den 6 Einrichtungen hatten 5 (2003: zwei) Einrichtungen ein spezielles Konzept im Umgang mit dementen Personen. Eine (2003: zwei) Einrichtung befand sich gerade in der Erarbeitung eines entsprechenden Konzeptes. Die Konzepte richten sich in erster Linie auf spezielle Betreuungsangebote.

III.5.2.2 Ausstattung

Alle Einrichtungen gaben an, dass die Ausgestaltung der Räumlichkeiten auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz durch Farbgestaltung und Lichteinsatz Rücksicht nimmt.

III.5.2.3 Personal

Grundsätzlich wird bei der Personalauswahl auch auf die Kompetenzen im gerontopsychiatrischen Bereich geachtet.

Eine Pflegekraft verfügt über die gerontopsychiatrische Zusatzausbildung. Im Jahr 2003 waren dies noch zwei Personen in verschiedenen Tagespflegeeinrichtungen.

III.5.2.3.1 Fort- und Weiterbildung

9 MitarbeiterInnen aus vier Tagespflegeeinrichtungen haben im Laufe des Jahres 2005 Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zum Thema Demenz besucht.

Die Themen bezogen sich auf das Krankheitsbild und die Pflege und Betreuung von dementen Personen. Alle Einrichtungen planten Maßnahmen im Jahr 2006.

²⁰ Pflegeplan der Stadt Duisburg, Ausgabe 2005,
Hrsg. Stadt Duisburg, Der Oberbürgermeister, Amt für Soziales und Wohnen, April 2005

III.5.2.4 NutzerInnen

Zum Stichtag hatten insgesamt 111 Personen (2003: 108 Personen) einen Nutzungsvertrag mit den Tagespflegeeinrichtungen abgeschlossen, wovon 77 Personen Frauen und 34 Personen Männer waren.

In der Regel nutzt eine Person nicht alle 5 Tage der Woche die Tagespflege, so dass mehr NutzerInnen als Plätze erfasst sind.

Die NutzerInnen waren wie folgt in die Pflegestufen eingestuft:

Tabelle 19 Tagespflege; NutzerInnen

	Anzahl Personen	Anteil an Gesamt
Pflegestufe 0	9	8,10%
Pflegestufe 1	31	27,90%
Pflegestufe 2	59	53,20%
Pflegestufe 3	12	10,80%
Pflegestufe 3 HF	0	-

Von den 111 Personen sind nach Einschätzung der Einrichtungen 79 Personen (52 Frauen und 27 Männer) demenziell verändert. Dies entspricht einem Anteil von 71 Prozent. Bei 66 Personen ist die Demenz auch ärztlich diagnostiziert und wird ärztlich behandelt. Hierbei liegt die Verteilung zwischen Hausarzt und Facharzt bei 23 zu 43 Personen.

22 NutzerInnen – das sind 20 Prozent aller erfassten Personen - standen unter gesetzlicher Betreuung, wobei für keine Person ein Fixierungsbeschluss vorlag. 10 Personen hatten laut Angaben der Einrichtungen Weglauftendenzen.

Die folgende Übersicht stellt neben der Altersverteilung u. a. dar, dass über 80 Prozent der NutzerInnen in der Altersgruppe 75 bis 84 Jahre eine demenzielle Erkrankung aufweisen.

Tabelle 20 Tagespflege; Alterstruktur der NutzerInnen

	NutzerInnen gesamt		NutzerInnen mit Demenz*	
	abs.	in %	abs.	Anteil an der Gesamtzahl der jeweiligen Altersgruppe
unter 60 Jahre	6	5,40%	2	33,30%
60 - 64 Jahre	3	2,70%	2	66,60%
65 - 69 Jahre	11	9,90%	7	63,60%
70 - 74 Jahre	19	17,10%	12	63,20%
75 - 79 Jahre	26	23,40%	21	80,80%
80 - 84 Jahre	23	20,70%	20	87,00%
85 - 89 Jahre	15	13,50%	10	66,60%
ab 90 Jahre	8	7,20%	5	62,50%

* nach Einschätzung der Einrichtungen

III.5.2.5 Beratungsangebote und niedrigschwellige Angebote

Bei der Abfrage nach bekannten Beratungsstellen zum Thema Demenz wurde am häufigsten von den sechs Tagespflegeeinrichtungen das FORUM Demenz (5 mal), gefolgt von der Alzheimer-Gesellschaft Duisburg (4 mal), genannt. Die Beratungsstellen der Stadt und die speziellen Cafés für Menschen mit Demenz wurden jeweils einmal erwähnt.

Die Tanz- und Betreuungscafés in Duisburg wurden von den Tagespflegeeinrichtungen am häufigsten als bekanntes niedrigschwelliges Angebot genannt (5 mal). Bestehende Gesprächskreise (3 mal) und der Häusliche Unterstützungsdienst (1 mal) wurden ebenfalls aufgeführt.

III.6 Vollstationäre pflegerische Versorgung

Zur vollstationären Versorgung zählen Kurzzeitpflegeeinrichtungen und Pflegeheime. Eine Differenzierung der erhobenen Daten von Kurzzeit- und vollstationärer Pflege ist leider nicht möglich. Angaben zu Personal, Konzepten, Ausstattung, HeimbewohnerInnen sind im Bereich vollstationär zusammengefasst.

Die Kurzzeitpflege stellt neben den teilstationären Hilfen eine Entlastungsmöglichkeit für die ansonsten zu Hause pflegenden Personen dar. Allerdings kann die Kurzzeitpflege auch eine Belastung für die demenziell erkrankte Person sein, da diese für mehrere Tage oder Wochen die gewohnte und oftmals beruhigende häusliche Umgebung verlassen muss.

Seit Ende der 90'er Jahre wird in Deutschland die so genannte 4. Generation in Form von stationären Hausgemeinschaften im Pflegeheimbau diskutiert. Dieser vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) initiierte Generationswechsel stößt auf immer mehr Akzeptanz bei den Pflegeheimbetreibern.

Wichtigster Bestandteil in den entsprechenden Konzepten ist die Anwendung des Normalitätsprinzips, welches die individuellen Lebenswelten der Pflegebedürftigen als Orientierung hat. Somit muss die Aufbau- und Personalorganisation des Heimes den Bewohnerinteressen untergeordnet werden.

Die zwischen 8 und 12 Personen umfassenden Hausgemeinschaften werden durch eine Präsenzkraft, auch AlltagsmanagerIn genannt, die in der Regel der Hauswirtschaft zuzurechnen ist, betreut. Die Pflege wird durch einen hausinternen oder ambulanten Pflegedienst durchgeführt. Zentraler Ort ist die Wohnküche, in der sich das gemeinschaftliche Leben abspielt und die BewohnerInnen u. a. an kleinen Verrichtungen wie Speisezubereitung oder Wäsche falten beteiligt werden. Wegen des kleinräumigen Milieus eignen sich Hausgemeinschaften besonders gut zur Betreuung von demenziell Erkrankten.

Die Konzepte sind in der Regel entsprechend der Geschlechterverteilung der Bewohnerschaft überwiegend auf Frauen ausgerichtet. Männer haben unter Umständen auf Grund ihrer Biografie keinen Zugang zu Hausarbeiten und benötigen daher eine andere Tagesbeschäftigung und Einbeziehung in den Alltag der Hausgemeinschaft. Deswegen wird empfohlen, geschlechtsspezifische Unterschiede in den Hausgemeinschaftskonzepten zu berücksichtigen.

In Duisburg ist im März 2006 eine Einrichtung mit einem solchen Konzept in Betrieb gegangen. Weitere sind bereits in Planung und werden intensiv durch die Sozialverwal-

tung begleitet. Darüber hinaus wird bei Gesprächen zu Neu- oder Umbauplanungen von Pflegeheimen den Investoren und Einrichtungsträgern von Seiten der Sozialverwaltung die Berücksichtigung solcher Konzepte empfohlen.

Zum Stichtag 15.12.2005 wurde ebenfalls eine Erhebung bei den vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt, an der sich alle 47 Pflegeeinrichtungen beteiligten, siehe auch Anlage, Seite 67.

III.6.1 Konzeptionen

Von den 47 Einrichtungen mit insgesamt 4.465 Plätzen gaben 21 an, dass sie kein besonderes Konzept zum Umgang mit demenziell erkrankten BewohnerInnen haben. Diese Einrichtungen erreichen einen Anteil am Gesamtangebot in Höhe von rund 46% (2.052 Plätze). Die 26 Einrichtungen mit einem besonderen Konzept für demenziell erkrankte BewohnerInnen teilten folgende Schwerpunkte diesbezüglich mit (Mehrfachnennungen möglich):

Tabelle 21 Vollstationäre Pflege; Konzeptionen der Einrichtungen

	Häufigkeit
Angebote zur Tagesstrukturierung	9
Biografiearbeit	7
Milieu-therapie und Milieugestaltung	5
Integrative Betreuung	3
Validation	1
Basale Stimulation	1
Snoezelen	1
Mäeutik-Konzept	1

Einen segregativen Versorgungsansatz, der sich durch spezielle Wohnbereiche und Betreuungsangebote für demenziell erkrankte BewohnerInnen definiert, wird in 18 Einrichtungen verfolgt. Dies sind gegenüber der Befragung zum Jahr 2003 5 Einrichtungen mehr. Von diesem Ansatz, der auch in den „Empfehlungen für die stationäre Behandlung dementer Personen der Duisburger Pflege- und Gesundheitskonferenz“ (s. Anhang, Seite 72) enthalten ist, sind die Einrichtungsträger anscheinend überzeugt, da 18 weitere Einrichtungen einen solchen Ansatz in Zukunft verwirklichen wollen.

III.6.2 Ausstattung

Die räumliche Ausgestaltung einer Pflegeeinrichtung kann erheblichen Einfluss auf das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz haben. In der Fachwelt unbestritten ist die Tatsache, dass dunkle Winkel z. B. in den Fluren vermieden werden sollen und mit optischen Barrieren und Orientierungsmöglichkeiten gute Erfolge erzielt werden. 38 Pflegeeinrichtungen gaben an, dass dies in der baulichen und räumlichen Ausgestaltung bereits berücksichtigt worden ist.

Insbesondere wurde in 27 Einrichtungen (57%) Wert auf eine entsprechende identifizierender Gestaltung von Zimmern, Aufenthaltsräumen und Fluren gelegt, welches sich in entsprechender Farbgebung, Beleuchtung und den Bodenbelägen widerspiegelt.

III.6.3 Personal

Laut Pflegestatistik aus dem Jahr 2003 arbeiteten insgesamt 4.353 Personen in den teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen in Duisburg. Eine Differenzierung zwischen der teil- und vollstationären Pflege ist leider nicht möglich. Zu beachten ist hierbei, dass zwischenzeitlich zwei weitere Pflegeeinrichtungen in Betrieb gegangen sind, deren Personaldaten nicht in der Statistik enthalten sind. Von den erfassten 4.353 Personen arbeiteten 3.324 Personen in den Bereichen Pflegedienstleitung, Grundpflege, Pflege und soziale Betreuung.

Die aus den eigenen Erhebungen zu den Jahren 2003 und 2005 gewonnenen Daten zeigen einen ansteigenden Trend zur Qualifizierung des Personals. Die sehr zeit- und kostenintensive gerontopsychiatrische Zusatzausbildung (berufsbegleitend zwei Jahre bzw. 2.390 Unterrichtsstunden zusammengesetzt aus 850 theoretischen und 1.540 fachpraktischen Stunden, ca. 6.300,- Euro direkte Seminarkosten) können mittlerweile 51 Personen aufweisen. Dies bedeutet eine Zunahme von 16 Personen gegenüber dem Jahr 2003. Dass neben der Zusatzausbildung die Altenpflegefachkräfte im Rahmen ihrer Ausbildung bereits im Umgang mit gerontopsychiatrisch veränderten Menschen geschult werden, wurde bereits im Kapitel „Ambulante Pflegedienste“ (siehe Seite 22 ff. und Seite 28) beschrieben. Es überrascht deswegen nicht, dass ein Großteil der Einrichtungen (45) bei der Einstellung von neuem Personal Wert auf gerontopsychiatrische Kompetenzen legen.

III.6.3.1 Fort- und Weiterbildung

Die Befragung zur Fort- und Weiterbildung im Bereich Demenz liefert leider nur bedingt verwendbare Daten. Eine Angabe der Personenzahl, die solche Bildungsmaßnahmen besucht haben, ist nur eingeschränkt möglich, da anscheinend bei einigen Einrichtungen die TeilnehmerInnen sämtlicher Fortbildungsmaßnahmen, auch ohne den Schwerpunkt Demenz, angegeben wurden.

Tabelle 22 Vollstationäre Pflege; Fort- und Weiterbildungsbesuche des Personals

	Anzahl der TeilnehmerInnen
2002	382
2003	620
2004	602
2005	878

Festzuhalten ist jedoch, dass alle 47 Einrichtungen angaben, dass MitarbeiterInnen im Jahr 2005 an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zum Thema Demenz teilgenommen haben. Im Jahr 2003 waren dies 38 Einrichtungen.

Die Themenbereiche und die Häufigkeit des Maßnahmenbesuches lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Tabelle 23 Vollstationäre Pflege; Fort- und Weiterbildungsthemen

	Häufigkeit der Maßnahmen
Pflege und Betreuung von demenziell Erkrankten	42
Krankheitsbild Demenz	19
rechtliche Aspekte	1

Für das Jahr 2006 planten 44 Einrichtungen die weitere Fort- und Weiterbildung ihrer MitarbeiterInnen zum Thema Demenz mit ähnlichen Themenschwerpunkten wie im Jahr 2005. Der Themenbereich „Demenz – Auswirkung auf die Pflegenden“, der im Jahr 2003 dreimal genannt wurde, ist anscheinend aus dem Blickfeld geraten.

III.6.4 HeimbewohnerInnen

Die 47 Pflegeheime und Kurzzeitpflegeeinrichtungen verfügten am 15.12.2005 über 4.465 Plätze, wovon 4.387 Plätze belegt waren. Dies entspricht einer Stichtagsauslastung von 98,25%. Zu erwähnen ist, dass von den 4.387 BewohnerInnen 28 Personen die Einrichtung im Rahmen von Kurzzeitpflege genutzt haben. Erwartungsgemäß ist die Mehrzahl der NutzerInnen weiblich (80%).

Tabelle 24 Vollstationäre Pflege; Einstufung der HeimbewohnerInnen

	Anzahl Personen	Anteil an Gesamt
Pflegestufe 0	93	2,10%
Pflegestufe 1	1.342	30,60%
Pflegestufe 2	1.951	44,50%
Pflegestufe 3	986	22,50%
Pflegestufe 3 HF	15	0,30%

Nach Einschätzung der Einrichtungen sind von den 4.387 BewohnerInnen 2.492 Personen demenziell verändert. Dies entspricht einem Anteil von 56,8 Prozent. Im Jahr 2003 lag der Anteil bei 54,4% (-2,4%). Der Anteil der Frauen an den demenziell erkrankten HeimbewohnerInnen liegt bei ca. 82% und bestätigt somit die Aussage, dass die Krankheit Demenz keine geschlechtsspezifischen Auffälligkeiten aufweist.

Bei 2.226 Personen bzw. 89 Prozent wird diese Einschätzung durch eine vorliegende ärztliche Diagnose unterstützt. Von den 2.492 Personen befinden sich wegen der demenziellen Erkrankung 56% (1.261 Personen) in Behandlung bei einem Facharzt und 37% (911 Personen) bei einem Hausarzt. Bei 13 Prozent (320 Personen) der demenziell erkrankten BewohnerInnen fehlen Angaben zur ärztlichen Behandlung.

Die Anzahl der HeimbewohnerInnen, bei denen eine gesetzliche Betreuung ausgesprochen wurde, beläuft sich auf 1.926 Personen (44%), wobei für 209 Personen (4,8%) ein Fixierungsbeschluss vorlag. Vor zwei Jahren lagen die Anteile bei 43% und 3,1%.

Insgesamt 164 HeimbewohnerInnen (3,7%) haben laut Aussage der Einrichtungen feststellbare Weglauftendenzen.

Das Durchschnittsalter aller HeimbewohnerInnen lag bei 82,4 Jahre und somit etwas geringer als im Jahr 2003 (82,7 Jahre). Die HeimbewohnerInnen mit demenzieller Erkrankung laut Einschätzung der Einrichtungen waren durchschnittlich genau wie vor zwei Jahren 83,4 Jahre alt.

Mit zunehmenden Alter steigt der Anteil der HeimbewohnerInnen mit Demenz kontinuierlich an. Ab 90 Jahre sinkt der Anteil wieder leicht.

Tabelle 25 Vollstationäre Pflege; Altersstruktur der HeimbewohnerInnen mit und ohne Demenz

	HeimbewohnerInnen gesamt		HeimbewohnerInnen mit Demenz (Einschätzung der Heime)	
	abs.	in %	abs.	in %
unter 60 Jahre	138	3,20%	50	36,20%
60 - 64 Jahre	102	2,30%	43	42,20%
65 - 69 Jahre	203	4,60%	96	47,30%
70 - 74 Jahre	293	6,70%	145	49,50%
75 - 79 Jahre	585	13,30%	313	53,50%
80 - 84 Jahre	1.085	24,70%	640	59,00%
85 - 89 Jahre	858	19,60%	526	61,30%
90 - 94 Jahre	794	18,10%	478	60,20%
ab 95 Jahre	329	7,50%	201	61,00%
gesamt	4.387	100%	2.492	56,80%

III.6.4.1 Nichtdeutsche HeimbewohnerInnen

Gegenüber dem Jahr 2003, in dem noch 61 nichtdeutsche Personen in den Duisburger Heimen lebten, hat sich diese Zahl zum Stichtag des Jahres 2005 auf 25 Personen verringert. Warum die Zahl so stark abgenommen hat, ist nicht erklärbar.

Erstmalig können auch Angaben über die Herkunftsländer gemacht werden. So stammen 11 Personen aus der Türkei. Die Niederländer und Griechen folgen bereits in einem Abstand mit jeweils 3 Personen, die übrigen 8 Personen stammen aus weiteren 7 Ländern.

Von diesen 25 Personen sind nach Angabe der Einrichtungen 18 Personen demenziell erkrankt. Dies entspricht einer Quote von 72 Prozent. Im Jahr 2003 waren es 35 Personen, was einer Quote von 57 Prozent entsprach.

Demgegenüber stehen Pflegekräfte mit vielfältigen Sprachkenntnissen, wie türkisch (101mal), polnisch (54mal), serbisch und kroatisch (21mal) usw.

III.6.5 Beratungsangebote und niedrigschwellige Angebote

Seit der letzten Befragung im Jahr 2003 hat sich der Informationsgrad über Beratungsstellen zum Thema Demenz stark verbessert. Kannten im Jahr 2003 das „FORUM Demenz“ nur 17 Einrichtungen, so wird diese Beratungsstelle mittlerweile von 33 Pflegeheimen genannt. Die „Alzheimer-Gesellschaft Duisburg“ hat ihren vor zwei Jahren schon hohen Bekanntheitsgrad (28 Nennungen) nochmals steigern können (32 Nennungen). Die Nennungen im Detail sind in der folgenden Tabelle aufgeführt:

Tabelle 26 Vollstationäre Pflege; Bekannte Beratungsangebote zum Thema Demenz

	Häufigkeit
Forum Demenz	33
Alzheimer-Gesellschaft Duisburg	32
Tanz-/Betreuungscafés	5
Memory Klinik Essen	4
Ruhrorter Fenster	3
Buchholzer Fenster	2
Stadt Duisburg	2
Fliedner Klinik	2
Seiten-Wechsel	2
Vincenz-Hospital	2
Geriatrische Klinik	1

Die Frage nach bekannten niedrigschwelligen Angeboten zeigte, dass die Betreuungs- und Tanzcafés deutlich an Bekanntheit gewonnen haben. 29 Einrichtungen haben diese Angebotsart angegeben, gegenüber 19 Einrichtungen im Jahr 2003. Auch hier spiegelt sich die Bekanntheit von FORUM Demenz und Alzheimer-Gesellschaft Duisburg wider, deren niedrigschwelligen Angebote 17 bzw. 14 mal genannt wurden, wobei auch in den Nennungen der einzelnen Angebote diese beiden Anbieter enthalten sein können.

Tabelle 27 Vollstationäre Pflege; Bekannte niedrigschwellige Angebote

	Häufigkeit
Cafés	29
Forum Demenz	17
Alzheimer-Gesellschaft Duisburg	14
Gesprächskreise	10
Häuslicher Unterstützungsdienst	6
Ruhrorter Fenster	3
Seiten-Wechsel	3
Buchholzer Fenster	1

III.7 Fazit

Vor dem Blick auf zukünftige, sich bereits abzeichnende Entwicklungen zur Situation der Menschen mit Demenz in Duisburg, sollen die wichtigsten Ergebnisse dieses Berichtes nochmals in Erinnerung gerufen werden.

III.7.1 Zusammenfassung

Die Zahl der Menschen, die an einer Demenz erkranken, wird sich bis zum Jahr 2020 auch in Duisburg stetig erhöhen. Abweichend von den bundesweit prognostizierten starken Erhöhungen bremst jedoch die demografische Entwicklung in Duisburg den Anstieg der Erkrankungen. Ausgehend vom errechneten Mittelwert für das Jahr 2005 in Höhe von 6.866 Betroffenen wird für das Jahr 2020 mit 7.286 Demenzerkrankten gerechnet (s. Kapitel I.3.2, S. 8). Dies entspricht einem **Anstieg von 6,1 Prozent**.

Legt man den Höchstwert zu Grunde, sind im Jahr 2020 bis zu 7.786 Personen erkrankt. Die betreuenden Angehörigen erweitern den Kreis der Betroffenen um ein Vielfaches. Da liegt es nahe, Bedingungen zu schaffen, mit denen dieser Entwicklung auf vielen gesellschaftlichen Ebenen adäquat begegnet werden kann. Das Thema Demenz darf nicht länger das individuelle Problem von Familien und Seniorenheimen sein, sondern muss in die gesamtgesellschaftliche Verantwortung gerückt werden.

Unter den Demenzen ist die zahlenmäßig größte Gruppe die der **Alzheimer-Erkrankten**. Trotz intensiver Forschung und wichtiger neuer Erkenntnisse ist die eigentliche Ursache bisher nicht gefunden und somit eine kausale Therapie nicht möglich. Um so größere Bedeutung hat daher die **Milieuthapie**, d. h. die Betreuung der Erkrankten in einer Umgebung, die dem Krankheitsbild mit seinen typischen Symptomen Rechnung trägt, aber auch das Eingehen auf ganz individuelle Probleme ermöglicht.

Hierbei ist die **Unterstützung und Beratung der Betreuungspersonen** – insbesondere der Angehörigen, aber auch der Professionellen – besonders wichtig.

Denn die Erfahrung zeigt, dass die vorhandenen Entlastungsangebote von den Betroffenen und ihren pflegenden Angehörigen ohne Beratung kaum angenommen werden. Auf Grund der großen psychischen wie physischen Belastung, die oft mit Schuldgefühlen und Verzweiflung einhergeht, ist es fast immer schwierig, pflegende Angehörige von der Nutzung der Hilfs- und Entlastungsangebote zu überzeugen. Ihnen muss erst einmal klar werden, dass die eigene Entlastung wichtig, ja sogar notwendig ist. Die Stärkung der Angehörigen ist oft die Voraussetzung dafür, dass Hilfen überhaupt in Anspruch genommen werden.

Darüber hinaus benötigen die Angehörigen einen „Lotsen“, der sie durch das Gesundheitswesen begleitet. Es ist ihnen - gerade auch durch die Belastung der Betreuung und Pflege - unmöglich, sich einen eigenen Überblick über die vorhandenen Möglichkeiten zu verschaffen, geschweige denn, sich die notwendigen Wege zur Nutzung selbstständig zu erschließen.

Damit es erst gar nicht zu einer übermäßig starken Belastung der Angehörigen kommt, ist es sinnvoll, so früh wie möglich in den **Beratungs- und Begleitungsprozess** einzusteigen.

Wichtige Anlaufstellen und Informationsquellen sind neben den klassischen Beratungsstellen (s. Anhang, Seite 82) auch Ärzte und ambulante Dienste. Entlastung bieten u. a.

die Betreuungscafés und Tagespflegeeinrichtungen, der Häusliche Unterstützungsdienst oder die (Gesprächs-)Kreise für pflegende Angehörige (s. Kapitel III.3, S. 17).

Den **Ärzten** – insbesondere den Hausärzten – kommt eine elementare Rolle zu. Immerhin werden in Deutschland über 90 Prozent der Demenzkranken von ihrem Hausarzt (Allgemeinarzt, Internist) behandelt²¹. Dieser kennt seinen in der Regel langjährigen Patienten, die Familie sowie die Vorbefunde. Dies sollte ihm das möglichst frühzeitige Erkennen demenzieller Erkrankungen erleichtern.

Das Wissen vieler Hausärzte über gerontopsychiatrische Erkrankungen ist nach Erkenntnis des Robert-Koch-Institutes jedoch vielfach noch unzureichend. Eine Reihe von Studien weckt Zweifel an der rechtzeitigen Entdeckung und Diagnose. Bei 40 bis 60 Prozent der Demenzkranken wird diese Erkrankung übersehen²¹.

Unterstützung oder zumindest eine zeitweise Entlastung finden Angehörige bei **ambulantem Pflegediensten** (s. Kapitel III.4, S.21 ff.).

Der Pflegedienst führt im Rahmen der Behandlungs- und Grundpflege nicht nur Tätigkeiten aus, die Angehörige nicht leisten können oder wollen (z. B. Inkontinenzversorgung), sondern bietet darüber hinaus auch Beratung und weitergehende Informationen an. Er spielt als Vermittler zu weiteren Hilfeanbietern eine wichtige Rolle. Als regelmäßige Kontakt- und Bezugsperson können die MitarbeiterInnen des Pflegedienstes so auch die Tür öffnen zu formellen und informellen Unterstützungsangeboten.

Die in erster Linie verrichtungsorientierte Unterstützung ambulanter Dienste findet ihre Grenze zum Einen in der Refinanzierung und zum Anderen bei den allein lebenden Demenzen, die einer ständigen Aufsicht bedürfen. Hier ergreifen die Pflegedienste oftmals auch die Initiative, um den Umzug in eine stationäre Einrichtung zu ermöglichen.

Für die Angehörigen von Menschen mit Demenz bringt der Einsatz eines Pflegedienstes nicht immer im erhofften Ausmaß die gewünschte Entlastung:

Organisatorisch bedingte Wechsel der Pflegekräfte oder Besuche zu - für die Betroffenen - „falschen“ Zeiten decken nur einen geringen Teil des Tages ab. Die Erwartungen der Angehörigen sind tatsächlich von den Pflegediensten im Rahmen der eng gesteckten und in Modulen vorgegebenen Zeiteinheiten kaum zu erfüllen.

Hier sind neue Bewertungen, die dem notwendigen besonderen Umgang mit demenziell veränderten Menschen gerecht werden, von Nöten. Verrichtungsorientierte Pflege steht dabei eben nicht immer im Vordergrund - sondern geduldige Anleitung und Betreuung aller Beteiligten.

Komplexere Entlastung finden Angehörige in **Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen**, in denen ihre Pflegebedürftigen tagsüber oder nachts von ausgebildeten Pflegekräften in Gruppen betreut werden (s. Kapitel III.5, S. 36). So werden verlässliche zeitliche Freiräume für Familie, Beruf, Freizeit und Erholung geschaffen. Diese dienen zur Stabilisierung der Pflegeperson und machen die Weiterführung der häuslichen Pflege oft erst möglich. Die tägliche Rückkehr der Menschen mit Demenz in die gewohnte eigene häusliche Umgebung ist hierbei ein erheblicher Vorteil.

Die Tatsache, dass die Leistungen der Pflegekasse für die ambulante Pflege mit denen für die Tages- und Nachtpflege verrechnet werden, führt jedoch dazu, dass diese Versorgungsformen noch immer relativ selten in Anspruch genommen werden.

²¹ Robert Koch-Institut (Hrsg) Statistisches Bundesamt (2005) Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 28

Wohngemeinschaften für Demenzkranke bieten eine Alternative für diejenigen, die nicht mehr allein zu Hause leben können bzw. deren Angehörige mit der weiteren Pflege und Betreuung überlastet und überfordert sind. Gemeinsam ist den unterschiedlichen Konzepten dieser ambulanten Wohnform u. a. der Abschluss einzelner Mietverträge mit allen BewohnerInnen und die „Gastrolle“ der in der bloßen Funktion des Dienstleisters tätigen, betreuenden Pflegedienste. Die Vorteile dieser Wohngemeinschaften liegen für Betroffene und Angehörige in erster Linie in der Sicherheit einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung ohne jedoch die Mitbestimmung und Verantwortlichkeit im Alltag aufgeben zu müssen.

Die Kosten für Wohnraum, Verpflegung, Verbrauchsgüter und Ausstattung sowie Pflege- und Betreuungsleistungen tragen in erster Linie die Mitglieder der Wohngemeinschaft selbst als SelbstzahlerInnen oder durch anteilige Eigenbeteiligung sowie Pflegekassen, Krankenkassen und ggfs. der örtliche Sozialhilfeträger.

Die besonderen Regelungen des Heimgesetzes zum Schutz der BewohnerInnen finden in einer solchen Wohngemeinschaft keine Anwendung. Allgemeingültige Standards für die Qualität allgemeiner Betreuungsleistungen oder spezielle Anforderungen an Wohngemeinschaften fehlen.

Auch in Duisburg steigt das Interesse an Wohngemeinschaften (s. auch Kapitel III.4.3, S. 24). Bewährte Duisburger Praxis ist es inzwischen, die Beratungsangebote des Amtes für Soziales und Wohnen wahrzunehmen, insbesondere um im Vorfeld bereits Finanzierungsfragen und heimrechtliche Aspekte abzuklären (s. auch gemeinsame Empfehlungen der Kommunalen Pflege- und Gesundheitskonferenzen in der Stadt Duisburg im Anhang, Seite 70).

Die **teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen** müssen sich zwangsläufig täglich mit dem Thema Demenz auseinandersetzen. Schließlich weisen 71 Prozent der NutzerInnen der Tagespflege und rund 57 Prozent der NutzerInnen von vollstationärer Pflege nach Einschätzungen der Einrichtungen demenzielle Veränderungen auf. Da überrascht es, dass momentan fast die Hälfte der vollstationären Einrichtungen noch keine speziellen Konzepte im Umgang mit demenziell veränderten Menschen aufweisen kann. Die Tatsache, dass insgesamt 36 von 47 Einrichtungen einen segregativen Ansatz in der Pflege von Menschen mit Demenz verfolgen bzw. in Zukunft verfolgen werden, zeigt jedoch, dass das Thema bei einem Großteil der Einrichtungen auf der Agenda steht und entsprechende Würdigung findet bzw. finden wird.

Der segregative Ansatz, welcher von den Gesundheits- und Pflegekonferenzen in die „Empfehlungen für die stationäre Betreuung dementer Personen“ (s. Anhang, Seite 72) aufgenommen wurde, scheint sich demnach in Duisburg durchzusetzen, obwohl es in der Fachwelt auch durchaus konträre Meinungen hierzu gibt.

U. Kastner²² beispielsweise stellt die beiden Ansätze wie folgt gegenüber:

Ansatz	pro	contra
integrativ	keine Stigmatisierung keine Umzüge mehr Normalität	Überforderung von Demenzkranken Konflikte zu wenig Berücksichtigung von Demenz
segregativ	Spezialisierung Professionalisierung weniger Überforderung von Demenzkranken	Gefahr der Abschiebung Förderung der Demenz Steigerung der Verhaltensstörungen Überlastung der MitarbeiterInnen

²² U. Kastner, Gerontopsychiatrisches Zentrum Bonn, Juni 2004

Der Trend hin zur besseren und spezielleren Versorgung demenziell Erkrankter zeigt sich auch in dem verstärkten Interesse am Hausgemeinschaftsprinzip bzw. –modell und ähnlichen Konzepten. Immer mehr Träger überlegen bestehende Einrichtungen dahingehend neu zu konzipieren und umzubauen bzw. planen neue Einrichtungen mit diesem Charakter. Dieser Trend ist zu begrüßen und wird in Investoren- und Trägergesprächen von Seiten der Stadtverwaltung ausdrücklich unterstützt.

Auch für **professionelle Betreuungs- und Kontaktpersonen** ist Unterstützung, Beratung und Weiterbildung zum Thema Demenz nicht nur hilfreich, sondern notwendig. Schon eine ca. vierstündige Schulung hilft, das Verständnis für die Art der Erkrankung zu wecken und Möglichkeiten des veränderten Umgangs aufzuzeigen.

Wünschenswert wäre, wenn wenigstens ein(e) MitarbeiterIn pro Organisationseinheit eine gerontopsychiatrische Zusatzausbildung oder eine längerfristige, berufsbegleitende Ausbildung zum so genannten Demenzexperten hätte. Diese Weiterbildung läuft in Duisburg zurzeit als Modellprojekt der AWOCura gGmbH in Kooperation mit dem BiG-Bildungsinstitut im Gesundheitswesen gGmbH.

Darüber hinaus werden in multiprofessionellen Pflege- und Betreuungsteams gute Erfahrungen mit Fallbesprechungen zu dementen Patienten oder BewohnerInnen gemacht. Diese dienen zum Erfahrungsaustausch und helfen gemeinsam Ideen zu ritualisierten Begegnungen und positivem Verhalten zu entwickeln.

Besondere Personengruppen wie MigrantInnen oder Menschen mit einer geistigen Behinderung sind zusätzlich und/oder verstärkt von der Demenz betroffen.

Der Anteil nichtdeutscher Demenzerkrankter ist nach den eigenen Erhebungen (s. Kapitel III.4.4.2.9, S. 33 und Kapitel III.6.4.1, S. 43) äußerst gering, angesichts des geringen Bevölkerungsanteiles der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung (1,1 Prozent)²³ jedoch erklärbar.

Nichtdeutsche Demente trifft oft die mangelnde Akzeptanz der Krankheit in anderen Kulturkreisen. Die Menschen mit Demenz werden für verrückt erklärt, als ansteckend gefürchtet oder gar als von Gott bestraft angesehen²⁴.

Ist es für deutsche Betroffene und deren Angehörige schon schwer die Erkrankung zu erkennen und zu akzeptieren, gibt es für nichtdeutsche Erkrankte noch zusätzliche Schwierigkeiten. Nur selten können Ärzte muttersprachliche Hilfen anbieten. Dies macht die Diagnose, Behandlung und Betreuung ungleich schwerer – insbesondere für Demente aus dem islamischen Kulturkreis. So sind Gedächtnissprechstunden für türkische Menschen mit Demenz zu europäisch; im islamischen Raum werden andere Bilder verwandt. Viele ältere MigrantInnen sind AnalphabetInnen. Zu Betreuungsangeboten z. B. in Tagespflegeeinrichtungen wie dem Singen deutscher Volkslieder haben diese betroffenen MigrantInnen keinen Zugang.

Im Rahmen der „kultursensiblen Altenhilfe“ gibt es bereits erste Erfahrungen mit dementen MigrantInnen, z. B. das IdeM-Projekt des VdK Berlin-Brandenburg in Berlin und das Projekt „Fachstelle für an Demenz erkrankte Migrantinnen und Migranten und deren Angehörige“ (Kurztitel: Demenz und Migration) der AWO Gelsenkirchen-Bottrop. Erfahrungen des Berliner „Informationszentrum für demenziell und psychisch erkrankte Migranten und ihre Angehörigen (IdeM)“ münden in der Empfehlung, das Wissen der

²³ Amt für Statistik, Stadtforschung und Europaangelegenheiten, Einwohnerdaten Stand 31.12.2005

²⁴ Fachstelle für an Demenz erkrankte Migrantinnen und Migranten der Arbeiterwohlfahrt Bezirk Westliches Westfalen e.V. und AWO Unterbezirk Gelsenkirchen-Bottrop (Hrsg), Yalniz Degilsiniz! – Du bist nicht allein, Eine Broschüre zum Projekt Demenz und Migration, Januar 2006

Alzheimer Gesellschaften in den Herkunftsländern der Dementen zu transferieren. Die Situation beispielsweise türkischer Dementer in einer Pflegeeinrichtung dürfte noch schwieriger als die der deutschen Dementen sein. Dem Pflegepersonal könnte da dieses einschlägige Hintergrundwissen im täglichen Umgang Hilfestellung bieten. Als Beispiel sind im Anhang (s. Seite 91) entsprechende türkische Einrichtungen aufgelistet.

In Folge der gestiegenen Lebenserwartung auch der **Menschen mit geistiger Behinderung** ist schon aus diesem Grunde eine Zunahme der Demenz auch in dieser Personengruppe zu erwarten. Vermutungen, dass Menschen mit geistiger Behinderung frühzeitig altern und häufiger an Demenz erkranken, sind allerdings bisher nicht durch Studien belegt.

Konkrete Untersuchungsergebnisse liegen bisher ausschließlich über den Alterungsprozess von Down-Syndrom-PatientInnen vor, der tatsächlich frühzeitiger eintritt.

Menschen mit geistiger Behinderung leben und altern - erstmals in Deutschland – häufig in Einrichtungen der Eingliederungshilfe, die beginnen, sich u. a. mit den Themen Alter, Pflege, Demenz auseinander zu setzen.

Hier werden neue Wege und Konzepte zwischen Behinderten- und Altenhilfe gefunden werden müssen.

Der hohe Anteil **betroffener Frauen** basiert nach bisherigen Erkenntnissen ausschließlich auf der längeren Lebenserwartung. Auch die (Über-)Lebensdauer mit der Demenz scheint höher als bei Männern zu sein (s. Kapitel I.1, S. 3). Weitere **geschlechtsspezifische Unterschiede und Auswirkungen** sind nicht erwiesen.

Bei den Konzepten zur Betreuung Demenzkranker sollten jedoch unbedingt geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigt werden. So ist davon auszugehen, dass erkrankten Männern die Arbeit in der Küche weniger vertraut sein wird, als den erfahrenen Hausfrauen. Diese wiederum haben vermutlich weniger Bezug zu z. B. Reparaturarbeiten. Es gilt, individuelle Neigungen zu berücksichtigen, die durchaus mit dem tradierten Rollenverständnis kollidieren können.

Eine gründliche Biografiearbeit, die auch Interessen und Erfahrungen, Vorlieben und Antipathien dokumentiert, ist hier hilfreich.

Die Betreuung demenzkranker Menschen stellt immer ein übergreifendes Versorgungsproblem dar, in dem der Betroffene nicht sein eigener Case Manager sein kann.

So ist schließlich nur durch ein Netzwerk verschiedener Leistungserbringer und - zumindest bei den alleinlebenden Menschen mit Demenz - durch den Einsatz eines begleitenden Case Managers Versorgung und Hilfe für den Einzelnen zu gewährleisten.

In diese Richtung weisen auch die Bemühungen der letzten Jahre in Duisburg um den gezielten Aufbau von

- Beratungs- und Begleitungsangeboten
- Betreuungscafés
- Angehörigengesprächsgruppen
- Häuslichen Unterstützungsdiensten
- Informationskursen für pflegende Angehörige
- gerontopsychiatrischen Fortbildungen für professionelle Betreuungspersonen
- speziellen Programmen und Konzepten in stationären Pflegeeinrichtungen

Die Alzheimer-Gesellschaft Duisburg und das Modellprojekt FORUM Demenz haben wesentlichen Anteil am Ausbau dieser Angebote. Durch die enge Zusammenarbeit aller Akteure hat sich in Duisburg die Versorgung Demenzerkrankter deutlich verbessert. Die

Vernetzung und die Beteiligung vieler Träger ist vorbildlich in Nordrhein-Westfalen. Netzwerkstrukturen wurden in Form von fünf regionalen Kooperationstreffen (Runder Tisch Demenz) geschaffen.

Die Koordination der Runden Tische wird nach Ende der Projektlaufzeit des FORUM Demenz von der Alzheimer-Gesellschaft Duisburg übernommen.

Auch der erfolgreiche Netzwerk-Zusammenschluss der Betreuungscafés („B-Netz“) ist hier zu erwähnen.

Bezogen auf die gesamte Angebotspalette ist einschränkend darauf hinzuweisen, dass das vorhandene Angebot nicht immer spontan zu nutzen ist. Das Angebot steht und fällt mit dem Engagement vieler Freiwilliger, die ihre individuellen Zeitkontingente bei steigender Nachfrage schnell erschöpft haben.

Eine nicht zu vernachlässigende Rolle spielt auch die Finanzierung von Betreuung und Pflege. Die Möglichkeiten der gesetzlichen Pflegeversicherung sind nur bedingt anwendbar und auch andere finanzielle Fördermöglichkeiten sind begrenzt (s. Kapitel II, S. 11). Da nicht davon auszugehen ist, dass sich diese Rahmenbedingungen entscheidend zu Gunsten der Menschen mit Demenz ändern, bleibt den Angehörigen und Betroffenen neben der absehbaren Eigenbeteiligung die Nutzung von Beratungs- und Informationsmöglichkeiten, um zumindest die gesetzlich bestehenden Ansprüche zu erfahren und in Anspruch nehmen zu können.

Auch die außerbudgetäre Finanzierung der beschriebenen ärztlichen Diagnoseverfahren (z.B. Mini-Mental-Test) seitens der gesetzlichen Krankenkassen wäre hilfreich.

III.7.2 Ausblick

Um Angehörigen Unterstützung anbieten zu können, ist in erster Linie Information und Beratung zu leisten. Je frühzeitiger die Information, desto eher können im Rahmen der Beratung Entlastungsmöglichkeiten aufgezeigt werden.

Um dies insgesamt umfassender und schneller auf möglichst breiter Basis umzusetzen, bedarf es der weiteren Vernetzung verschiedener Leistungserbringer.

Die erfolgreiche Kooperation im FORUM Demenz sollte hier richtungsweisend sein. Die trägerübergreifende Vernetzung kann bereits als Duisburger Charakteristikum gelten.

Dabei müssen die Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige weiter ausgebaut, die Konzepte in den stationären Einrichtungen weiterentwickelt und die Beratung verstärkt werden. Die professionelle, begleitende Beratung (Case Management) sollte in Zukunft noch intensiver eingesetzt werden. Die häuslichen Unterstützungsdienste müssen sich besonders der Gewinnung weiterer ehrenamtlicher HelferInnen widmen.

Entwicklungspotenzial und – notwendigkeit wird auch im Bereich der Diagnostik und eventueller medikamentöser Behandlung gesehen. Nur durch eine frühzeitige und breite Diagnostizierung durch Hausärzte und Neurologen haben die Betroffenen und ihre Angehörigen die Chance, die Krankheit und ihre Folgen besser zu erfassen, ihr Leben entsprechend einzurichten und frühzeitig Hilfe an die Hand zu bekommen.

Wenngleich die definitive Diagnose einer Demenz vom Alzheimerstyp gelegentlich schwierig sein kann, sollte die Basisdiagnostik in der Regel ambulant in der hausärztlichen Praxis gelingen. Der Einsatz eines Leitfadens könnte auch in Duisburg zu einer Verbesserung der Erkennungsrate von demenziellen Erkrankungen beitragen. Darüber hinaus sollte eine über die rein medizinische Problematik hinausgehende Beratung gewährleistet sein.

Die Duisburger Versorgungssituation von Demenzkranken hat sich in den letzten Jahren faktisch stark verbessert. Eine wichtige Rolle übernahm hier der gemeinsame Arbeitskreis der Kommunalen Pflege- und Gesundheitskonferenz zur gerontopsychiatrischen Versorgung in Duisburg.

Die Stabilisierung und Erhaltung der bestehenden Angebote steht daher im Vordergrund - ohne das Ziel, die Strukturen zu verbessern und weiter auszubauen aus den Augen zu verlieren. Als Beispiel soll hier die Etablierung weiterer Kooperationstreffen genannt sein.

Eine Gegenüberstellung der von der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft in ihrem aktuellen „Ratgeber Häusliche Versorgung Demenzkranker“²⁵ formulierten Forderungen mit der Situation in Duisburg verdeutlicht die positive Entwicklung. Gleichzeitig zeigt sie Schritte auf, um die Versorgung Demenzkranker in Duisburg weiter zu verbessern:

²⁵ Schriftenreihe der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft e.V., Ratgeber Häusliche Versorgung Demenzkranker Berlin 2006

Forderungen der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft	Situation in Duisburg
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Verbesserungen der medizinischen Versorgung (Diagnose und Behandlung) Demenzkranker 	<p>Der Kommunalen Gesundheitskonferenz wird empfohlen, den Hausärzten Unterstützung bei der Diagnostik der Demenz anzubieten. Denkbar wäre den Leitfaden der Universität Witten-Herdecke (www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien-intern/Demenz_Start/demenz_start.html) für die Anwendung in Duisburger Arztpraxen zu empfehlen.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Frühe Information der Kranken und ihrer Angehörigen über Anlaufstellen 	<p>Die Beratungsstellen sind im Rahmen ihrer Öffentlichkeitsarbeit in Duisburg präsent. Größere Informationsveranstaltungen sind bereits bis zur ersten Jahreshälfte 2007 terminiert. Für das Jahr 2007 ist zudem eine Impulsveranstaltung zum Pflegeleistungsergänzungsgesetz (§ 45a-c SGB XI) mit den Pflegekassen geplant. An der Praxis breit angelegter Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen soll auch zukünftig festgehalten werden. Insbesondere für die betroffenen Menschen mit Demenz sollen spezielle Angebote entwickelt werden.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bessere Berücksichtigung des Bedarfs Demenzkranker im Rahmen der Pflegeversicherung 	<p>Diese Forderung kann nur unterstützt werden.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Qualifikation, Fort- und Weiterbildung aller, die an der Versorgung Demenzkranker beteiligt sind 	<p>Entsprechende Veranstaltungen werden in Duisburg von verschiedenen Trägern angeboten und im Flyer „Selbstbewusstes und professionelles Handeln mit gerontopsychiatrisch veränderten alten Menschen“ zusammengefasst. Der aktualisierte Flyer wird noch in diesem Jahr neu aufgelegt. Diese regelmäßigen Schulungen richten sich an alle in der Demenzbetreuung tätigen Personen (in der ambulanten wie stationären Pflege, in der Hauswirtschaft, im Ehrenamt). Darüber hinaus plant die Duisburger Alzheimer-Gesellschaft in Zusammenarbeit mit der ARGE Duisburg Schulungen für AlltagsbegleiterInnen durchzuführen, die in ambulanten und stationären Einrichtungen eingesetzt werden sollen.</p>

<p>➤ Ausbau von Beratungsstellen, ambulanten und teilstationären Einrichtungen</p>	<p>Für das noch in diesem Jahr endende Modellprojekt FORUM Demenz haben die beteiligten Träger AWO-cura gGmbH, das Ev. Christophoruswerk e.V. und die PariSozial gGmbH einen neuen Förderantrag für ein Anschlussprojekt bei der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW mit folgenden Schwerpunkten gestellt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Entwicklung eines erweiterten Case Managements unter Einbeziehung eines interdisziplinären Verbundsystems. (Mit kooperierenden Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten werden Versorgungs- und Behandlungspfade für Menschen mit Demenz vereinbart.) 2. Entwicklung einer Vernetzungsstruktur von stationären und ambulanten medizinischen und pflegerischen Leistungen 3. Entwicklung einer lebensweltnahen Unterstützungsstruktur für demenziell Erkrankte unter besonderer Berücksichtigung von Alleinlebenden. <p>Für ein solches Projekt liegen den Trägern bereits heute Kooperationsvereinbarungen mit drei Krankenhäusern und mehreren niedergelassenen Haus- und Fachärzten vor.</p> <p>Ein Ausbau von Tagespflegeeinrichtungen in Duisburg ist angesichts der derzeitigen Auslastungszahlen nicht realistisch. Die Schaffung von zwei Nachtpflegeplätzen ist angedacht. Es bleibt abzuwarten, welche Erfahrungen der Träger und die NutzerInnen mit dieser Einrichtungsform machen werden.</p> <p>Die erste ambulante Wohngemeinschaft ist im März 2006 bezogen worden, Anfang 2007 sollen die nächsten bezugsfertig sein. Weitere Wohngemeinschaften sind in der Planung.</p>
<p>➤ Einbeziehung und Unterstützung der pflegenden Angehörigen bzw. BetreuerInnen</p>	<p>Angebote wie die Gesprächskreise und Betreuungscafés sind in ganz Duisburg zu finden. Die Ausweitung dieser Angebote sind stark von ehrenamtlichen HelferInnen abhängig, die gewonnen, qualifiziert und begleitet werden müssen.</p> <p>Bei der Umsetzung des beantragten Case Management-Projektes (s. o.) spielt die Einbeziehung der Angehörigen eine wesentliche Rolle.</p>

<p>➤ Bessere Rahmenbedingungen für die Selbsthilfe und das ehrenamtliche Engagement</p>	<p>Die Stadt Duisburg wird im Rahmen des Möglichen insbesondere die Ausbildung von Ehrenamtlichen unterstützen. So werden - wie bisher schon gängige Praxis - Spenden akquiriert und entsprechend weitergeleitet.</p> <p>Neben den Angeboten für Angehörige wird die Initiierung von Selbsthilfeprojekten der Menschen mit Demenz unterstützt – vorzugsweise unter dem Selbsthilfeaspekt, wie ihn die Alzheimer-Gesellschaft Duisburg betreibt.</p>
--	---

Auch im stationären Bereich wird das Thema Demenz in Duisburg intensiv behandelt. Die städtische Träger- und Investorenberatung der Sozialverwaltung empfiehlt jedem Interessenten, die Konzepte zur Betreuung Dementer zu berücksichtigen. So wird zurzeit in Wanheimerort ein Hausgemeinschaftsmodell der AWOcura gGmbH mit insgesamt 24 Plätzen verwirklicht.

Das Ausmaß der erfolgreichen Unterstützung der Angehörigen ist nicht zuletzt entscheidend für den Zeitpunkt des Wechsels vom ambulanten in den stationären Bereich. Je mehr Hilfen und Entlastung Angehörige bei der Pflege und Betreuung erfahren, desto länger sind sie in der Lage, die Pflege durchzuführen. Die in der Regel höheren Kosten, die bei einer stationären Pflege anfallen, können so zumindest hinausgezögert werden.

Abschließend sei nochmals auf die Bedeutung der Akzeptanz und Annahme der Krankheit sowie des richtigen Umganges mit Demenzen hingewiesen:

Nicht die Demenzen haben ein Problem mit ihrer Welt, sondern die Welt hat ein Problem mit den veränderten und ihr fremd gewordenen Demenzen.

Denn die meisten Menschen mit Demenz nehmen ihre Gedächtnisstörungen ab einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr wahr und sind fest davon überzeugt, weitgehend selbstständig und sinnvoll handeln zu können. Mit zunehmender Demenz wächst zudem für den Betroffenen die Wahrscheinlichkeit, sich nach seiner krankheitsbedingt eingeschränkten Eigenwahrnehmung in einer Lebensphase zu befinden, in der er sich selbst als relativ jung, kompetent und leistungsfähig erlebt.

Wenn es gelingt, dies in der Betreuung und im Umgang zu berücksichtigen, kann man feststellen, dass Menschen mit Demenz bis ins hohe Alter ein Leben führen können, in dem ein positives Grundgefühl vorherrschend ist:

Sie empfinden keine gesundheitliche Beeinträchtigung und sind mit Dingen beschäftigt, die ihnen immer schon wichtig waren und von Menschen umgeben, die ihnen gefühlsmäßig nahe stehen bzw. standen.

Keiner liebt die Vorstellung, im Alter schwach und von der Hilfe anderer abhängig zu sein. Bei einer Demenz können wir aber, im Unterschied zu manch anderer Erkrankung, davon ausgehen, dass wir in einer fortgeschrittenen Krankheitsphase es selbst so nicht empfinden – vorausgesetzt natürlich, dass es Menschen gibt, die uns in dem Gefühl leben lassen können, wir seien kompetente, selbstständig lebende Menschen, die ihren Aufgaben nachgehen und die uns unauffällig und diskret die Hilfestellung geben, die wir benötigen.

ANHANG

ANHANG

Erhebungsbögen (Stichtag 15.12.2005)	58
A. Erhebungsbogen Ambulante Pflege	58
B. Erhebungsbogen Tagespflege	64
C. Erhebungsbogen Kurzzeit- und vollstationäre Pflege.....	67
Zu I. Themen und Problembezug (s. Seite 3).....	70
A. Empfehlungen für ambulant betreute Wohngemeinschaften für demente Personen	70
B. Empfehlungen für die stationäre Betreuung dementer Personen	72
Zu II. Gesetzliche Grundlagen und Finanzierungsmöglichkeiten unterstützender Hilfen (s. Seite 11)	75
A. Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege für psychisch kranke Menschen - § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V -	75
B. Pflegeleistungsergänzungsgesetz - §§ 45a-c SGB XI -	76
C. Inanspruchnahme von Verhinderungspflege gemäß § 39 SGB XI.....	78
D. Hauswirtschaftliche Versorgung und Hilfe zur Pflege - § 28 und §§ 61-66 SGB XII -	78
Zu III: Ist-Analyse der kommunalen Versorgungsstruktur (s. Seite 13)	80
A. Medizinische Versorgung (ab Seite 15).....	80
Liste Fachärzte	80
Liste Fachkliniken	81
B. Beratungs- und niedrigschwellige Angebote (ab Seite 17)	82
Liste Beratungsstellen	82
Liste Betreuungscafés/ -gruppen	83
Liste der Gesprächskreise für pflegende Angehörige der Alzheimer- Gesellschaft Duisburg in Kooperation mit weiteren Trägern	84
Liste Häuslicher Unterstützungsdienste	85
(Stand: 10/2006)	85
Anschrift Tanzcafé.....	86
an. 86	
C. Ambulante pflegerische Versorgung (ab Seite 21).....	86
Liste ambulanter Dienste, die zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI anbieten (Stand: 06.2006).....	86
Checkliste der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft e. V. zur Auswahl eines ambulanten Pflegedienstes.....	87
Liste Bekanntheitsgrad von Beratungs- und niedrigschwelligen Angeboten	88
Fortbildungen	89
Liste Altersstruktur	91
Liste Alzheimer Organisationen in der Türkei	91
Sprachkompetenzen.....	92
(Stand: 12.2005)	92
Tabellenverzeichnis.....	93
Abbildungsverzeichnis	93
Literaturverzeichnis.....	94
Abkürzungsverzeichnis	95

Erhebungsbögen (Stichtag 15.12.2005)

Die Erhebungsbögen 2003 und 2005 wurden weitestgehend identisch formuliert. Lediglich bei der Abfrage der ambulanten Einrichtungen gab es einige wenige größere Abweichungen (s. Kapitel III.4.4, S. 26 ff).

Auf die Wiedergabe des Bogens 2003 wird daher verzichtet.

A. Erhebungsbogen Ambulante Pflege

Aus dem Anschreiben 2005:

....

Der beigefügte - in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt, dem Projektanteil der AWO Duisburg am FORUM Demenz und der Alzheimer-Gesellschaft Duisburg entstandene - Fragebogen zum Thema Demenz ist gegenüber der letzten Abfrage leicht modifiziert.

Art und Zweck der Erhebung

Als Folge der demografischen Entwicklung wächst auch der Anteil gerontopsychiatrisch veränderter Menschen stetig. Zu unterscheiden sind die chronisch-psychischen Störungen, die bis ins Alter anhalten, von den Störungen oder Veränderungen, die erst im Alter bzw. altersbedingt auftreten.

Eine der häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter ist die Demenz, die langfristig zum Verlust sozialer und beruflicher Kompetenzen führt.

Demenz wird hier als eine Ansammlung vieler Symptome verstanden, die durch unterschiedliche, das Gehirn beeinträchtigende Krankheiten verursacht werden kann.

Eine demenzielle Erkrankung ist vor allem durch folgende Symptome gekennzeichnet:

- Gedächtnisprobleme
- Probleme bei der Beurteilung von Situationen
- Beeinträchtigung des logischen Denkvermögens

Diese Symptome können wiederum zu Schwierigkeiten in der Kommunikation, im Alltagsmanagement und der Selbstpflege sowie zu Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen führen.

Um angemessen auf die o.g. Entwicklung - insbesondere im Hinblick auf demenzielle Erkrankungen - reagieren zu können, werden detaillierte Angaben benötigt.

Ich bitte daher, den beigefügten Fragebogen erneut sorgfältig und umfassend auszufüllen.

Im Vergleich zur Auswertung der Angaben aus dem Jahr 2003 lassen sich so vielleicht bereits erste Auswirkungen absehen.

Rechtliche Grundlage

Rechtliche Grundlage für diese Zusatzerhebung ist der § 7 des Landespflegegesetzes (PFG NW), in dem auch die Verpflichtung der Träger von Herausgabe von Daten festgelegt ist.

Sie sind daher zur Auskunft verpflichtet.

Datenschutz

Die Erhebung wird im Rahmen der geltenden Datenschutzgesetze durchgeführt. Einzel- fall- und/oder personenbezogene Angaben werden nur dann veröffentlicht, wenn sie keinem Dienst oder keiner Person zugeordnet werden können. Eine Anonymisierung wird somit sichergestellt.

I. Allgemeine Angaben:

Träger der Einrichtung (Name):

frei-gemeinnützig

privat-gewerblich

Anschrift:

Name des Dienstes:

Anschrift:

Tel.:

Fax:

Email:

AnsprechpartnerIn bei Rückfragen:

Name:

Tel.:

Email:

Anzahl der:

➤ **Pflegekräfte:**

➤ **Vollzeitstellen** in der Pflege:

Teilzeitstellen:

Summe TZ auf VZ-Stellen umgerechnet:

➤ **Stellen gesamt:**

➤ Pflegekräfte mit **Migrationshintergrund:**

Sprachen:

➤ **Ausbildungsstellen (gesamt):**

davon im **ersten**

zweiten

dritten Ausbildungsjahr

➤ **Praktikumsstellen** (gesamt in der Pflege):

II. Angebote (SGB V und SGB XI):

1. Welche Leistungen der **gerontopsychiatrischen Versorgung/ Betreuung** werden von Ihrem Dienst bereitgestellt?

- gerontopsychiatrische Fachpflege, und zwar _____
 - gezielte Gesprächsführung
 - psychosoziale Betreuung
 - Angehörigenberatung
 - Zusammenarbeit bei der Umsetzung von Therapie- und Aktivierungsmaßnahmen mit den Angehörigen
 - Verabreichung von Medikamenten
 - Sicherung notwendiger Arztbesuche
 - sonstige Leistungen _____
-
-

2. Wie viele Ihrer aktuell beschäftigten MitarbeiterInnen haben in den letzten zwei Jahren an **speziellen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen aus dem Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung** teilgenommen?

2004: Anzahl _____ 2005: Anzahl _____

Mit welchen Schwerpunkten? _____

3. Finden **gerontopsychiatrische Kompetenzen** Berücksichtigung beim Auswahlverfahren zur Einstellung neuer MitarbeiterInnen?

- ja nein

4. Wie viele Ihrer MitarbeiterInnen verfügen über eine **gerontopsychiatrische Zusatzausbildung**?

Anzahl _____ von (insges.) _____ Pflegekräften

5. Sind Ihnen **spezielle Beratungsangebote, Einrichtungen und Kontaktstellen oder sog. niedrigschwellige Angebote zur Unterstützung und Entlastung von pflegenden Angehörigen demenziell Erkrankter** wie z.B. Gesprächskreise, Betreuungsgruppen, häusliche Unterstützungsdienste, Alzheimer Tanzcafés bekannt?

- ja nein

Wenn ja, welche? _____

III. Pflegebedürftige:

6. Wie viele Personen wurden insgesamt von Ihrem Dienst am **15.12.2005** versorgt?

Bitte Leistungen nach SGB V und SGB XI getrennt ausweisen!

a) Anzahl **SGB V**: _____ b) Anzahl **SGB XI** _____

c) Anzahl **gesamt**: _____
(SGB V, SGB XI, Kombileist., Selbstzahler)

Alter	männlich		weiblich		deutsch		nichtdt.		gesamt	
	a)	b)	a)	b)	a)	b)	a)	b)	a)	b)
unter 65 Jahre (geb. nach 1940)										
65-79 Jahre (geb. 1926-1939)										
80 Jahre u. älter (geb. vor 1925)										

7. Wie viele der von Ihnen insgesamt versorgten Personen sind **demenziell erkrankt**?
(Hier ist Ihre fachliche Einschätzung gefragt, die nicht immer durch eine ärztliche Diagnose belegt sein dürfte.)

Anzahl: _____

Alter	männlich	weiblich	deutsch	nichtdt.	gesamt
unter 65 Jahre (geb. nach 1940)					
65-79 Jahre (geb. 1926-1939)					
80 Jahre und älter (geb. vor 1925)					

8. Wie viele der oben genannten Personen werden **wegen ihrer demenziellen Erkrankungen** ärztlich behandelt?

a.) **unbekannt** Anzahl _____

b.) **Hausarzt** Anzahl _____

Alter	männlich	weiblich	deutsch	nichtdt.	gesamt
unter 65 Jahre (geb. nach 1940)					
65-79 Jahre (geb. 1926-1939)					
80 Jahre und älter (geb. vor 1925)					

c) Facharzt

Anzahl _____

Alter	männlich	weiblich	deutsch	nichtdt.	gesamt
unter 65 Jahre (geb. nach 1940)					
65-79 Jahre (geb. 1926-1939)					
80 Jahre und älter (geb. vor 1925)					

9. Bei wie vielen der von Ihrem Dienst versorgten demenziell Erkrankten liegt eine **Einstufung nach dem SGB XI** vor?

- Stufe 0/ Antrag gestellt Anzahl _____
- Stufe I Anzahl _____
- Stufe II Anzahl _____
- Stufe III Anzahl _____
- keine Stufe Anzahl _____

10. Bei wie vielen dieser Personen war die **Demenz ausschlaggebend für die Einstufung**?

- Stufe I Anzahl _____
- Stufe II Anzahl _____
- Stufe III Anzahl _____

11. Wie viele der von Ihrem Dienst versorgten demenziell Erkrankten sind

- überwiegend mobil Anzahl _____
- in ihrer Mobilität teilweise stark eingeschränkt Anzahl _____

12. Bei wie vielen der von Ihrem Dienst versorgten demenziell erkrankten Personen mussten Sie die ambulante Pflege wegen der Demenz im Jahr 2005 einstellen?

Anzahl _____

13. Wie / von wem wurden diese Personen im Anschluss versorgt?

- Krankenhausaufenthalt Anzahl _____
- stationäre Pflege Anzahl _____
- anderer ambulanter Pflegedienst Anzahl _____
- Angehörige Anzahl _____
- sonstiges Anzahl _____
- unbekannt Anzahl _____

➤ **IV. Umfeld/Lebenssituation der Pflegebedürftigen:**

14. In welcher **Lebenssituation** befinden sich die von Ihrem Dienst versorgten demenziell erkrankten Personen?

- alleinlebend Anzahl _____
- mit dem Lebenspartner lebend Anzahl _____
- bei Verwandten lebend Anzahl _____
- sonstiges Anzahl _____

15. In welcher **Wohnsituation** befinden sich die von Ihrem Dienst versorgten demenziell erkrankten Personen?

- im Betreuten Wohnen/ Service Wohnen Anzahl _____
- in einer altengerechten, barrierefreien Wohnung (ohne Service) Anzahl _____
- sonstiges („normale“ Wohnung) Anzahl _____

16. Bei wie vielen Wohnungen wäre eine **Wohnraumanpassung** unter pflegerischen Gesichtspunkten notwendig?

Anzahl _____

17. In welchem **Bezirk** leben die von Ihrem Dienst versorgten demenziell Erkrankten?

- Walsum Anzahl _____
- Hamborn Anzahl _____
- Meiderich-Beeck Anzahl _____
- Homberg/Ruhrort/Baerl Anzahl _____
- Mitte Anzahl _____
- Rheinhausen Anzahl _____
- Süd Anzahl _____
- außerhalb Duisburgs Anzahl _____

18. Besteht für die von Ihrem Dienst versorgten demenziell erkrankten Personen eine **gesetzliche Betreuung**?

ja: Anzahl _____

Alter	männlich	weiblich	gesamt
unter 65 Jahre (geb. nach 1940)			
65-79 Jahre (geb. 1926-1939)			
80 Jahre und älter (geb. vor 1925)			

nein: Anzahl _____

unbekannt: Anzahl _____

19. Wie hoch ist der durchschnittliche, aufgrund der Demenz zusätzliche, tägliche Zeitaufwand?

Auf wie viele Personen trifft dies jeweils zu?

- Anzahl bis 15 Min. _____ Anzahl bis 30 Min. _____
- Anzahl bis 45 Min. _____ Anzahl bis 60 Min. _____
- Anzahl mehr als 60 Min. _____

V. Bemerkungen/Erfahrungen/Wünsche

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

B. Erhebungsbogen Tagespflege

<u>Konzeption der Einrichtung</u>	
Wird in Ihrer Einrichtung ein Konzept zum Umgang mit demenziell erkrankten Nutzer/innen umgesetzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, beschreiben Sie bitte dieses Konzept	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
In welcher Form wird die Ausstattung Ihrer Einrichtung den speziellen Bedürfnissen demenziell erkrankter Nutzer/innen gerecht?	
<input type="checkbox"/> identifikationserleichternde Milieugestaltung in Aufenthaltsräumen	
<input type="checkbox"/> Nutzung von Gestaltungsmöglichkeiten von Farbgebung, Beleuchtung und Bodenbelägen	
<input type="checkbox"/> Vermeidung von dunklen Winkeln und optischen Barrieren individuelle Orientierungshilfen	
Gibt es in Ihrer Einrichtung spezielle Beratungsangebote für Angehörige von demenziell erkrankten Nutzer/innen (z. B. durch feste Ansprechpartner, feste Sprechstunden)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf demenziell erkrankte Nutzer/innen ausgerichtet? Wird bei demenziell erkrankten Nutzer/innen Einzelbetreuung angeboten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Ihnen Beratungsangebote zum Thema Demenz bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, welche	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
Sind Ihnen niedrigschwellige Angebote zur Unterstützung und Entlastung von pflegenden Angehörigen von demenziell Erkrankten bekannt (z. B. Gesprächskreise, Betreuungsgruppen, häusl. Unterstützungsdienste, Alzheimer Tanzcafés)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, welche	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
Haben Sie einen eigenen Fahrdienst?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn nein, wie ist der Hol- und Bringdienst organisiert?	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
Können auch Rollstuhlnutzer von Ihrem Fahrdienst befördert werden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beinhaltet der Fahrdienst auch einen Trageservice, wenn die abzuholende Person nicht selbstständig das Wohnhaus verlassen kann?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Erbrachte Leistungen im Berichtszeitraum (16.12.2004 - 15.12.2005)		
	Platzzahl	abgerechneten Pflagetage (volle Berechnungstage)
Tagespflege	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Personal am 15.12.2005	
Anzahl der Mitarbeiter/innen mit einer gerontopsychiatrischen Zusatzausbildung	<input type="text"/>
Anzahl der Mitarbeiter/innen in der Pflege insgesamt	<input type="text"/>
Anzahl Ihrer aktuell beschäftigten Mitarbeiter/innen, die in den Jahren 2004 und 2005 an speziellen Fort- und Weiterbildungs-veranstaltungen aus dem Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung teilgenommen haben	
in 2004	<input type="text"/>
in 2005	<input type="text"/>
Nennen Sie bitte die Themenschwerpunkte der besuchten Fort- u. Weiterbildungsangebote	
<input type="text"/>	
Sind für das Jahr 2006 entsprechende Fort- und Weiterbildungs-veranstaltungen für Ihre Mitarbeiter/innen geplant? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
wenn ja, welche	
<input type="text"/>	
Finden gerontopsychiatrische Kompetenzen Berücksichtigung beim Auswahlverfahren zur Einstellung neuer Mitarbeiter/innen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Anzahl der besetzten Ausbildungsstellen in der Pflege (gesamt)	<input type="text"/>
- davon im 1. Ausbildungsjahr	<input type="text"/>
- davon im 2. Ausbildungsjahr	<input type="text"/>
- davon im 3. Ausbildungsjahr	<input type="text"/>
Anzahl der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund	<input type="text"/>
mit welchen Sprachkenntnissen außer deutsch (z. B. 2 x türkisch, 1 x russisch)?	
<input type="text"/>	

Pflegebedürftige am 15.12.2005 (Teil 1)	
Anzahl der stark mobilitätseingeschränkten Nutzer/innen	<input type="text"/>
Anzahl der Nutzer/innen mit gesetzl. Betreuung	<input type="text"/>
davon mit Fixierungsbeschluss	<input type="text"/>
Anzahl der Nutzer/innen mit Weglauftendenzen	<input type="text"/>
Anzahl der Nutzer/innen mit "Hilfe zur Pflege" nach dem SGB XII	<input type="text"/>

Pflegebedürftige am 15.12.2005 (Teil 2)
 pro Pflegebedürftige(n) ist eine Zeile auszufüllen

Nr.	Geschlecht		Wohnort	Geburtsjahr	Pfleigestufe					Demenz ...			Häufigkeit der Nutzung der Tagespflege	Nationalität bei Nicht-deutschen
	bitte das entsprechende Geschlecht mit einer "1" markieren				bitte die entsprechende Pfleigestufe mit einer "1" markieren					liegt Ihrer Einschätzung nach vor?	ist ärztlich diagnostiziert?	deshalb in ärztlicher Behandlung ?		
	w	m	Postleitzahl (fünf Stellen) 0 = keine Angabe	Jahr 0 = keine Angabe	0	1	2	3	3 HF	1 = ja 0 = nein	1 = ja 0 = nein	1 = Hausarzt 2 = Facharzt 0 = nein	Anzahl der Nutzungstage pro Woche	
001														
002														
003														
004														
005														
006														
007														
008														
009														
010														
011														
012														
013														
014														
015														

1. Folgebogen ↓

C. Erhebungsbogen Kurzzeit- und vollstationäre Pflege

<u>Konzeption der Einrichtung</u>	
Wird in Ihrer Einrichtung ein Konzept zum Umgang mit demenziell erkrankten Bewohnern umgesetzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, beschreiben Sie bitte dieses Konzept	
In welcher Form wird die Ausstattung Ihrer Einrichtung den speziellen Bedürfnissen demenziell erkrankter Bewohner gerecht?	
<input type="checkbox"/> hoher Anteil an Einzelzimmer für Demenzkranke	
<input type="checkbox"/> Ausreichend große Aufenthaltsbereiche für Demenzkranke	
<input type="checkbox"/> Rundwege für Demenzkranke	
<input type="checkbox"/> identifikationserleichternde Milieugestaltung in Zimmern und Aufenthaltsräumen	
<input type="checkbox"/> Nutzung von Gestaltungsmöglichkeiten bei Farbgebung, Beleuchtung und Bodenbelägen	
<input type="checkbox"/> Vermeidung von dunklen Winkeln und optischen Barrieren individuelle Orientierungshilfen	
Wird in Ihrer Einrichtung ein segregativer Ansatz der Dementenbetreuung (spez. Wohnbereiche <u>und</u> Betreuungsangebote) verwirklicht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn nein,	
hatten Sie einen solchen Ansatz in Ihrer Einrichtung in der Vergangenheit verwirklicht und wurde dieser wieder aufgegeben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
beabsichtigen Sie, einen solchen Ansatz in Zukunft in Ihrer Einrichtung zu verwirklichen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gibt es in Ihrer Einrichtung spezielle Beratungsangebote für Angehörige von demenziell erkrankten Bewohnern (z. B. durch feste Ansprechpartner, feste Sprechstunden)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf demenziell erkrankte Bewohner ausgerichtet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wird bei demenziell erkrankten Bewohnern Einzelbetreuung angeboten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Ihnen Beratungsangebote zum Thema Demenz bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, welche	
Sind Ihnen niedrigschwellige Angebote zur Unterstützung und Entlastung von pflegenden Angehörigen von demenziell Erkrankten bekannt (z. B. Gesprächskreise, Betreuungsgruppen, häusl. Unterstützungsdienste, Alzheimer Tanzcafés)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, welche	

Erbrachte Leistungen im Berichtszeitraum (16.12.2004 - 15.12.2005)		
Art der Pflegeleistung	Platzzahl lt. Versorgungsvertrag	abgerechneten Pflagetage (volle Berechnungstage)
- vollstationäre Dauerpflege	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Kurzzeitpflege	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- davon "eingestreut"	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Standen die Plätze im gesamten Berichtszeitraum zur Verfügung?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn nein, für welchen Zeitraum gilt die Angabe der abgerechneten Pflagetage?		
<input type="text"/>		

Personal am 15.12.2005	
Anzahl der Mitarbeiter/innen mit einer gerontopsychiatrischen Zusatzausbildung	<input type="text"/>
Anzahl der Mitarbeiter/innen in der Pflege insgesamt	<input type="text"/>
Anzahl Ihrer aktuell beschäftigten Mitarbeiter/innen, die in den Jahren 2004 und 2005 an speziellen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen aus dem Bereich der geronto-psychiatrischen Versorgung teilgenommen haben	
in 2004	<input type="text"/>
in 2005	<input type="text"/>
Nennen Sie bitte die Themenschwerpunkte der besuchten Fort- u. Weiterbildungsangebote zum Thema gerontopsychiatrische Versorgung	
<input type="text"/>	
Sind für das Jahr 2006 Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen zum o. g. Thema für Ihre Mitarbeiter/innen geplant?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
wenn ja, welche?	
<input type="text"/>	
Wird das Personal außerhalb der Pflege z. B. Reinigungskräfte im Umgang mit dementen Personen geschult?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Finden gerontopsychiatrische Kompetenzen Berücksichtigung beim Auswahlverfahren zur Einstellung neuer Mitarbeiter/innen?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Anzahl der besetzten Ausbildungsstellen in der Pflege (gesamt)	<input type="text"/>
- davon im 1. Ausbildungsjahr	<input type="text"/>
- davon im 2. Ausbildungsjahr	<input type="text"/>
- davon im 3. Ausbildungsjahr	<input type="text"/>
Anzahl der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund	
<input type="text"/>	
Mit welchen Sprachkenntnissen außer deutsch (z. B. 2 x türkisch, 1 x russisch)?	
<input type="text"/>	

Pflegebedürftige am 15.12.2005 (Teil 1)

Anzahl der stark mobilitätseingeschränkten Heimbewohner/innen	<input type="text"/>
Anzahl der Heimbewohner/innen mit gesetzl. Betreuung	<input type="text"/>
davon mit Fixierungsbeschluss	<input type="text"/>
Anzahl der Heimbewohner/innen mit Weglauftendenzen	<input type="text"/>
Anzahl der Heimbewohner/innen für die Pflegewohngeld gezahlt wird	<input type="text"/>
Anzahl der Heimbewohner/innen mit "Hilfe zur Pflege" nach dem SGB XII	<input type="text"/>

Pflegebedürftige am 15.12.2005 (Teil 2)
 pro Pflegebedürftige(n) ist eine Zeile auszufüllen

Nr.	Geschlecht		Wohnort vor Heimeinzug	Geburtsjahr	Art der Pflegeleistung	Pflegestufe					Demenz ...			Nationalität bei Nicht-deutschen
	bitte das entsprechende Geschlecht mit einer "*" markieren					bitte die entsprechende Pflegestufe mit einer "*" markieren					liegt Ihrer Einschätzung nach vor?	ist ärztlich diagnostiziert?	deshalb in ärztlicher Behandlung ?	
	w	m	Postleitzahl (fünf Stellen)	Jahr	1 = vollstationäre Dauerpflege 2 = Kurzzeitpflege	0	1	2	3	3 HF	1 = ja 0 = nein	1 = ja 0 = nein	0 = nein 1 = Hausarzt 2 = Facharzt	
001														
002														
003														
004														
005														
006														
007														
008														
009														
010														
011														
012														
013														
014														
015														

1. Folgebogen ↓

Zu I. Themen und Problembezug (s. Seite 3)

Gemeinsame Empfehlungen der Kommunalen Pflege- und Gesundheitskonferenz zu stationären und ambulanten Wohngemeinschaften

A. Empfehlungen für ambulant betreute Wohngemeinschaften für demente Personen

Präambel

Auf Grund steigender Lebenserwartung wird eine weitere Zunahme dementer Personen prognostiziert.

Diese macht es erforderlich, die gegenwärtigen Konzepte der Dementenbetreuung zu überdenken. Dabei sind Praktikabilität und neue Erkenntnisse bei der Betreuung dieses Personenkreises zu berücksichtigen.

Ziel der alternativen Wohnform einer Wohngemeinschaft ist es, den eigenständigen Mieterinnen und Mietern ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Wünsche nach Individualität, Gemeinschaftssinn und angemessener Versorgungssicherheit finden im Alltag der Wohngemeinschaft Berücksichtigung.

Dieses Angebot kann die klassischen Versorgungsangebote der Altenhilfe sinnvoll ergänzen.

Die Empfehlungen sollen eine konstruktive und offene Auseinandersetzung mit dieser Angebotsform unter Fachleuten fördern.

Die Duisburger Pflegekonferenz und die Duisburger Gesundheitskonferenz begrüßen Konzepte für ambulante Wohngemeinschaften für Demente in Duisburg, die auf der Grundlage dieser Empfehlungen basieren.

Empfehlungen

Konzeptionelle Rahmenbedingungen

- Bildung eines Mieterbeirates (z.B. Bewohner, gesetzliche Betreuer, Angehörige, Personen des Vertrauens), der die Entscheidungen zum Betrieb der Wohngemeinschaft gemeinschaftlich fällt (z.B. Verwendung des Haushaltsgeldes, Aufnahme neuer Bewohner, Auswahl des Pflegedienstes)
- Es wird gewährleistet, dass rund um die Uhr zumindest ein verantwortlicher Betreuer anwesend ist. Die ständige Erreichbarkeit einer Pflegefachkraft wird garantiert
- Strukturierter, jedoch individualisierter Tagesablauf
- Einbindung der Angehörigen
- Einbindung von Ehrenamtlichen und allen an der Versorgung beteiligten Personen und Institutionen
- Pflege der sozialen Kontakte im Ortsteil
- Auswahl zugelassener Pflegedienste, die regelmäßige fachliche Begleitung aller Mitarbeiter und die Versorgung im Rahmen der ganzheitlichen Betreuung durch Bezugspflegekräfte gewährleisten

- Im Planungsverlauf wird die frühzeitige Abstimmung mit der Heimaufsicht dringend angeraten

Kriterien vor dem Einzug

- Erstellen einer möglichst differenzierten gerontopsychiatrischen Diagnose
- Es sollte bei Aufnahme die Aussicht bestehen, dass der Mieter am Gemeinschaftsleben teilhaben kann
- Klärung der Finanzierung

Finanzierung

Kostenträger für pflegerische, medizinische und hauswirtschaftliche Versorgung in einer Wohngemeinschaft, analog zur häuslichen Pflege:

- Selbstzahler
- Pflegekasse
- Krankenkasse
- Sozialhilfe, der Sozialhilfeträger in Duisburg wird die Kostenübernahme im Einzelfall prüfen

Bauliche Gestaltung

- Bedarfsgerechter barrierefreier Grundriss ggf. mit Abstellmöglichkeiten für Pflegehilfsmittel
- Eigene Zimmer
- Wohnliche, jedoch soweit wie möglich barrierefreie und hygienische Anforderungen berücksichtigende Gesamtkonzeption
- Große Wohnküche mit Essplatz oder Küche mit Gemeinschaftsraum/Wohnzimmer
- Wirtschaftsraum/Lagerraum nach Notwendigkeit
- Wohngestaltung unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse der orientierungsschwachen Menschen (Sicherheit in der Wohnung schaffen, Farbgestaltung, Orientierungshilfen und technische Hilfe, bei Bedarf individuelle Wohnraumanpassung)
- Ab 6 Bewohnern sollten zumindest 2 Sanitärbereiche vorhanden sein, wovon zumindest ein Sanitärbereich als barrierefreies Bad ausgestattet sein muss

Kontakte und Information

- Alzheimer-Gesellschaft Duisburg e. V.
Wintgensstraße 63-71, 47058 Duisburg
Tel.: 0203/3095-104 www.alzheimer-duisburg.de
- FORUM Demenz (bis 30.09.2006)
Tel.: 0203/3095-444 www.forum-demenz.net
- Stadt Duisburg
Beratungsstelle für ältere und pflegebedürftige Menschen
Schwanenstr. 5-7, Zimmer 310 und 311
Tel.: 0203/283-2731 altenberatung@stadt-duisburg.de

- Stadt Duisburg
Wohnberatung für ältere und pflegebedürftige Menschen
Schwanenstr. 5-7, Zimmer 312
Tel.: 0203/283-2874 wohnberatung@stadt-duisburg.de
- Kuratorium Deutsche Altershilfe
An der Pauluskirche 3, 50677 Köln
Tel.: 0221/931847-34 wohnen@kda.de
- Deutsche Alzheimer-Gesellschaft e. V.
Friedrichstr. 236, 10969 Berlin
Tel.: 030-25937950 info@deutsche-alzheimer.de
- Regionalbüro Rheinland
Neues Wohnen im Alter e. V.
Marienplatz 6, 50676 Köln
Tel.: 0221/2407075 www.nwia.de
- Ministerium für Städtebau und Wohnen, Kultur und Sport des Landes NRW
Elisabethstr. 5-11, 40217 Düsseldorf
Tel.: 0211/3843-0 www.mswks.nrw.de
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie
des Landes NRW
Fürstenwall 25, 40219 Düsseldorf www.mgsff.nrw.de
- Landesinitiative Demenz-Service NRW
Demenz Servicezentrum für die Region Niederrhein
Herzogenring 6, 46483 Wesel
Tel.: 0281/33876-0 karl-leisner@caritas-wesel.de

B. Empfehlungen für die stationäre Betreuung dementer Personen

Präambel

Der gestiegene Anteil dementer Personen in den Pflegeheimen und die auf Grund steigender Lebenserwartung zu prognostizierende weitere Zunahme machen es erforderlich, die gegenwärtigen Konzepte der stationären Dementenbetreuung zu überdenken. Dabei sind Praktikabilität, neue Erkenntnisse bei der stationären Dementenbetreuung und eine realistische Einschätzung der finanziellen Möglichkeiten zu berücksichtigen. Das bedeutet, im besonderen Maße auch den Blick auf die Mitarbeiter der Einrichtung zu lenken. Für die Pflege und Betreuung demenzkranker Menschen ist immer ein hoher Grad an Fachlichkeit und eine besondere persönliche Reife bei den Mitarbeitern erforderlich.

Die Kommunikation zu diesen Problemen mit Heimträgern, Pflegepersonal, Ärzten und Heimaufsicht im Arbeitskreis Gerontopsychiatrie bot die Chance, „Empfehlungen für die

stationäre Betreuung dementer Personen“ zu formulieren. Durch die Vorstellung in der Pflege- und Gesundheitskonferenz ist beabsichtigt, dieses Konzept öffentlich zu machen.

Sofern diese Richtlinien eine konstruktive und offene Auseinandersetzung mit den bestehenden Versorgungsformen und den Konzeptalternativen bei der Versorgung dementer Personen unterstützen und berücksichtigt werden, ist das Ziel vorliegender Handlungsempfehlungen erreicht.

Empfehlungen

1. Bewohnerstrukturierung

- Offensiver Umgang mit dem segregativen Betreuungskonzept
- Kleingruppenbetreuung nach Symptomausprägung und individuellen Unterschieden
- Bewohnerorientierte Betreuung durch konstantes Personal

2. Aufnahme-Modalitäten und Angehörigenarbeit

- individuelle Prüfung der Aufnahmevoraussetzungen
- ausführliche Erhebung der Vorgeschichte
- Einzelberatung und Gruppenangebote für die Angehörigen
- Möglichkeit der Angehörigenarbeit auf verschiedenen Ebenen
- Aufnahme eines neuen Bewohners nur bei Vorliegen eines Arztberichtes zur diagnostischen Abklärung und
- nach Klärung der zukünftigen ärztlichen Versorgung
- Besuch von Seiten des Heimes im bisherigen Wohnumfeld
- Klärung rechtlicher Fragen

3. Sinneswahrnehmung und Vermeidung von Störreizen und Stürzen

- Förderung der Erinnerung und Beruhigung durch positive Reize wie Gerüche (z. B. Ernährung, Kochen), Geräusche (z. B. Musik), Bilder (z. B. Fotos) sowie basale Stimulation
- Reduktion von Störreizen (z. B. reduzierte Geräuschkulisse, keine Musik- und Fernseh"berieselung")
- Sturzprävention (z. B. stolperfreie, dämpfende Böden, Haltemöglichkeiten, Hüftprotektor)
- Gymnastik, Förderung der körperlichen Fähigkeiten

4. Ernährung und Tagesstrukturierung

- rechtzeitiger, kritischer und individueller Umgang mit künstlicher Ernährung
- Wunschkost, Beachtung von Vorlieben
- hohe Mahlzeitenfrequenz
- flexible Essenszeiten
- strukturierter, jedoch individualisierter Tagesablauf
- nächtliche Betreuungsmöglichkeiten

5. Bauliche Gestaltung

- große Aufenthaltsräume, Nebenräume, Wohnküchen
- überwiegend Einzelzimmer

- behindertengerechte Gestaltung
- genügend Laufflächen im inneren und äußeren Bereich (geschützter Hof und/oder Garten)
- Gesamtkonzepte für Licht (zentrale Steuerung, Dimmer, Richtwert 500 Lux in Augenhöhe), Farben, Türen (Abschluss von Funktionsräumen, Einbindung der Ausgangstüren ins Farbkonzept, Fluchtwege, z. B. magnetische Sicherung), Inneneinrichtung (Abstimmung mit der Feuerwehr hinsichtlich des Brandschutzes, Beachtung von aktivierender Pflege, Beachtung alter, neuer und funktionaler Möblierung), Kompromiss zwischen Brandschutz, Hygiene und praktischen Erwägungen mit dem Ziel einer wohnlichen Gestaltung

6. Personelle Voraussetzungen

- gerontopsychiatrisch weitergebildete Mitarbeiter
- bewusste Entscheidung für die Arbeit mit demenzkranken Menschen
- regelmäßige, verpflichtende Schulungen
- Bereitschaft zu Selbstreflexion und multiprofessioneller Teamarbeit

7. Ärztliche Versorgung und Medikation

- Absprachen und Verträge mit Hausärzten und Fachärzten
- Kritischer Umgang mit der Medikation, insbesondere mit Psychopharmaka

8. Ethische Aspekte

- Berücksichtigung bei der Konzeptgestaltung (z. B. Fallbesprechungen)
- Ausreichende Berücksichtigung ethischer Fragen bei Entscheidungsfindungen

9. Dokumentation

- Beachtung der Besonderheiten gerontopsychiatrischer Dokumentation

10. Vernetzung

- Verbindung zu Fachseminaren
- Förderung von Außenkontakten (z. B. Alzheimer-Gesellschaft, Besuchsdienste, Kirchengemeinden)
- Kooperation mit anderen Heimen, Kliniken, externen Leistungsanbietern

Zu II. Gesetzliche Grundlagen und Finanzierungsmöglichkeiten unterstützender Hilfen (s. Seite 11)

A. Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege für psychisch kranke Menschen - § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V -

Am 1. Juli 2005 sind die geänderten Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege für psychisch kranke Menschen in Kraft getreten. Damit wurden Leistungen der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen.

Unter dem Punkt 27 a der Anlage 1 der Richtlinien wird eine Beschreibung der Leistungsinhalte vorgenommen.

Diese werden wie folgt benannt:

- Erarbeiten der Pflegeakzeptanz (Beziehungsaufbau)
- Durchführen von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen
- Entwickeln kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen

Neu ist nun, dass auch bei demenzkranken Menschen eine Verordnungsfähigkeit gegeben ist. Im Rahmen der von der Weltgesundheitsorganisation entwickelten **International Classification of Diseases (ICD-10)** beschreibt der Buchstabe F das Kapitel der psychischen Störungen.

Konkret sind die folgenden Diagnosetypen angesprochen:

F00.1 Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)

F01.0 Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn

F01.1 Multiinfarkt-Demenz

F02.0 Demenz bei Pick-Krankheit

F02.1 Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit

F02.2 Demenz bei Chorea Huntington

F02.3 Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom

F02.4 Demenz bei HIV-Krankheit

F02.8 Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheitsbildern

Als Dauer und Häufigkeit der Maßnahmen wird ein Zeitraum von bis zu 4 Monaten und bis zu 14 Einheiten pro Woche mit abnehmender Frequenz vorgegeben. Dabei ist der Krankenkasse der Behandlungsplan vorzulegen.

Die Aktion Psychisch Kranke, die 1971 von Abgeordneten aller Fraktionen des Deutschen Bundestages und engagierten Fachleuten aus dem Bereich der Psychiatrie gegründet wurde, um mit politischen Mitteln auf eine grundlegende Reform der Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik Deutschland hinzuwirken, kritisiert in einer Stellungnahme 2003 bereits den Entwurf der neuen Richtlinien, in dem die vorgenommene Auswahl von Diagnosen, insbesondere im Bereich der Demenzen, scheinbar willkürlich und aus fachlicher Sicht als weder begründbar noch nachvollziehbar angesehen wird. Diese kritische Sicht wird u.a. auch von dem Arbeitskreis der Rheinischen Psychiatriekoordinatoren geteilt.

Ebenso kritisch anzumerken ist, dass Leistungen der psychiatrischen Krankenpflege im Vergleich zur somatischen Behandlungspflege deutlich längere Zeiträume erforderlich machen.

Als positiv kann jedoch die Tatsache betrachtet werden, dass Personen, die sich nicht somatisch pflegen lassen wollen, über den Weg der psychiatrischen Pflege besser erreicht werden können und eine Erhöhung der Pflegebereitschaft möglich wird. Ebenso kann die psychiatrische Pflege eine Überbrückungsfunktion für Menschen, die keine Pflegestufe haben, darstellen.

B. Pflegeleistungsergänzungsgesetz - §§ 45a-c SGB XI -

Das Pflegeleistungsergänzungsgesetz hat dazu geführt, dass im SGB XI, Fünfter Abschnitt Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf definiert werden.

SGB XI, § 45a Berechtigter Personenkreis

Der MDK stellt im Rahmen seiner Begutachtung nach SGB XI, § 18, bei Pflegebedürftigen der Stufen I, II oder III mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen fest, inwieweit die Krankheit oder Behinderung in ihren Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens zu einer dauerhaften Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

SGB XI, § 45b Zusätzliche Betreuungsleistungen

Pflegebedürftige, die die Voraussetzungen nach 45a erfüllen, können zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen und erhalten hierfür einen zusätzlichen Betreuungsbetrag in Höhe von bis zu 460 Euro je Kalenderjahr. Der Betrag ist zweckgebunden für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Pflegebedürftigen entstehen, im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme

- der Tages- oder Nachtpflege
- der Kurzzeitpflege
- der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung handelt oder
- der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45c gefördert oder förderungsfähig sind

Die Landesregierungen sind ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote zu bestimmen (siehe unten).

SGB XI, § 45c Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Für o.g. Weiterentwicklung und Versorgungskonzepte, insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige fördern die Pflegekassen mit 10 Millionen Euro jährlich (Anteilsfinanzierung) den Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen für demenzkranke Pflegebedürftige.

Der Zuschuss wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss vom Land oder der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird. Mittel der Arbeitsförderung die bei einem Projekt eingesetzt werden sind dem vom Land oder Kommune gleichgestellt.

Niedrigschwellige Betreuungsangebote sind Angebote, in denen Helfer und Helferinnen unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige entlasten und beratend unterstützen. Grundsätzlich förderungsfähige niedrigschwellige Betreuungsangebote sind Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige im Sinne des § 45a sowie Familienentlastende Dienste.

Die Modellvorhaben sollen insbesondere modellhaft Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der für demenzkranke Pflegebedürftige erforderlichen Hilfen in einzelnen Regionen erproben. Die Modelle sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Auf Bundesebene werden durch die Spitzenverbände der Pflegekassen Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung festgelegt. Die Landesregierungen werden ermächtigt durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen zu bestimmen.

Verordnung über niedrigschwellige Hilfe- und Betreuungsangebote für Pflegebedürftige (HBPfVO)

Die entsprechend notwendige Verordnung: „Verordnung über niedrigschwellige Hilfe- und Betreuungsangebote für Pflegebedürftige (HBPfVO)“ des Landes ist am 07.08.2003 in Kraft getreten. Sie regelt in Teil A die Anerkennung niedrigschwelliger Hilfe- und Betreuungsangebote und in Teil B das Verfahren zur Förderung von Modellvorhaben nach § 45c SGB XI.

Teil A: Anerkennung niedrigschwelliger Hilfe- und Betreuungsangebote

Zuständige Behörde für die Anerkennung niedrigschwelliger Betreuungsangebote und von Agenturen zur Beratung und Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige und der sie Pflegenden ist das Versorgungsamt Düsseldorf.

Das Versorgungsamt erstellt und aktualisiert regelmäßig die Liste der in Nordrhein-Westfalen anerkannten Betreuungsangebote und stellt diese Liste jeweils zum 1. Januar und 1. Juli eines Jahres den zuständigen Stellen, Städten sowie den Beratungsstellen nach § 4 LPfG zur Verfügung.

Als niedrigschwellige Hilfs- und Betreuungsangebote können unter bestimmten Voraussetzungen auf schriftlichen Antrag insbesondere anerkannt werden:

- Betreuungsgruppen für Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen
- Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich
- Tagesbetreuung in Kleingruppen
- Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen und Helfer
- familienentlastende und familienunterstützende Dienste
- Agenturen zur Beratung und Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige und der sie Pflegenden sowie
- andere niedrigschwellige Betreuungsangebote, die Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in der eigenen Häuslichkeit oder in Angeboten des betreuten Wohnens ein selbständiges Leben ermöglichen und die Angehörigen entlasten.

C. Inanspruchnahme von Verhinderungspflege gemäß § 39 SGB XI

Neben den Leistungen des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes können auch **Mittel des § 39 SGB XI „Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson“** für niedrigschwellige Betreuungsangebote eingesetzt werden.

Im Rahmen der Verhinderungspflege gemäß § 39 SGB XI übernimmt die Pflegekasse die Kosten für eine Ersatzpflege für längstens vier Wochen im Kalenderjahr, wenn die Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus sonstigen Gründen an der Pflege gehindert ist. Bedingung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens zwölf Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Bei dem Pflegebedürftigen muss mindestens eine Pflegeeinstufung der Stufe I vorliegen. Der Höchstbetrag, der für Verhinderungspflege gezahlt wird, beträgt 1.432 Euro.

Dieser Betrag kann auch beansprucht werden, wenn eine stundenweise Verhinderung vorliegt und entsprechende Ersatzpflege durch erwerbsmäßige Pflegepersonen in Anspruch genommen wird. Die Mittel können dann auch für Leistungen niedrigschwelliger Betreuungsangebote eingesetzt werden.

Die Spitzenverbände der Pflegekassen empfehlen, das Pflegegeld bei Inanspruchnahme stundenweiser Ersatzpflege durch erwerbsmäßige Pflegepersonen von weniger als acht Stunden nicht zu kürzen, d.h. Pflegegeld und Pflegesachleistung bleiben für diesen Tag erhalten.

Es gibt unterschiedliche Formen der Abrechnung. Teilweise erfolgt eine Direktabrechnung der Einrichtungen mit den Pflegekassen, wobei einige Anbieter eine Abtretungserklärung der Berechtigten fordern. In anderen Fällen wird die Rechnung von den Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen beglichen und anschließend bei der Pflegekasse zur Erstattung eingereicht.

In der Regel ist bei der Pflegekasse ein formloser Antrag auf Inanspruchnahme von Verhinderungspflege zu stellen.

D. Hauswirtschaftliche Versorgung und Hilfe zur Pflege - § 28 und §§ 61-66 SGB XII -

Das SGB XII enthält für an Demenz Erkrankte keine ausdrücklichen oder speziellen Regelungen.

Abgestellt wird auf den individuellen Bedarf des Leistungsberechtigten. Dieser wird festgestellt von der jeweiligen Pflegekasse bzw. dem von ihr beauftragten MDK. Ist keine Pflegekasse vorhanden, prüft der örtliche Träger der Sozialhilfe in eigener Zuständigkeit. Gemäß dem Prinzip der Nachrangigkeit werden Leistungen nur dann gewährt, wenn der Bedarf durch den Einsatz vorrangiger Leistungen der Pflegekasse wie Pflegesachleistung und Pflegegeld oder eigenem Einkommen und Vermögen nicht gedeckt werden kann.

Unterschieden werden **3 Leistungsarten**:

- 1) Die **reine hauswirtschaftliche Versorgung** für Personen, die nicht in einer Pflegestufe eingestuft sind:

Grundlage hierfür ist **§ 28 SGB XII, Regelbedarf, Inhalt der Regelsätze**

Zum Bedarf des notwendigen Lebensunterhaltes zählen z.B. auch die sog. Haushaltshilfen, ist die eigenständige Haushaltsführung sonst nicht gewährleistet.

Die Leistung wird im Rahmen der gültigen Regelsätze erbracht; ist der festgestellte Bedarf höher, kann die Leistung entsprechend angepasst werden.

- 2) Die klassische Hilfe zur Pflege für Personen, die körperbezogene Hilfestellungen benötigen und dies durch eine Einstufung in eine Pflegestufe nachgewiesen ist: Grundlage hierfür ist das **7. Kapitel, §§ 61 – 66 SGB XII**

§ 61 SGB XII, Leistungsberechtigte und Leistungen

Unter den aufgeführten Personenkreis fallen auch an Demenz Erkrankte (§ 61 Abs. 3, Nr. 3), die für die gewöhnlichen und wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens einen größeren Hilfebedarf haben. Die Hilfe zur Pflege umfasst häusliche Pflege, Hilfsmittel, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und stationäre Pflege. Der Bedarf besteht gem. § 61 Abs. 4 in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der **Beaufsichtigung** oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen. Die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen sind nach § 61 Abs. 5 differenziert nach den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung.

§ 62 SGB XII, Bindung an die Entscheidung der Pflegekasse

Die Entscheidung der Pflegekasse nach dem SGB XI über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit ist auch für die Entscheidung im Rahmen der Pflege zu Grunde zu legen. Die nachrangige Sozialhilfe orientiert sich in der Regel an der Leistungspalette der vorrangigen Pflegeversicherung.

§ 63 SGB XII, Häusliche Pflege

Der Träger der Sozialhilfe soll bei der häuslichen Pflege darauf hinwirken, die Pflege einschließlich der hauswirtschaftlichen Versorgung vorrangig durch ehrenamtliche HelferInnen wie nahestehende Personen oder NachbarInnen durchführen zu lassen.

§ 64 SGB XII, Pflegegeld

Die Höhe des Pflegegeldes der Pflegestufen I bis III ist analog § 37 SGB XI zu zahlen. Besteht der Anspruch auf Pflegegeld nicht für einen vollen Kalendermonat, sind im § 64 Abs. 5 die Kürzungsmodalitäten geregelt.

§ 65 SGB XII, Andere Leistungen

Angemessene Aufwendungen für eine Pflegeperson sind zu erstatten; auch können angemessene Beihilfen geleistet oder Beiträge für eine angemessene Altersversorgung der Pflegeperson übernommen werden. Ist bei der häuslichen Pflege die ehrenamtliche Hilfe nicht ausreichend, sind angemessene Kosten für eine besondere Pflegekraft dann zu übernehmen, wenn sie erforderlich sind.

§ 66 SGB XII, Leistungskonkurrenz

Gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften wie dem SGB XI werden nicht erbracht. Werden neben dem Pflegegeld z.B. Pflegesachleistungen finanziert, wird das Pflegegeld in der Regel um 2/3 gekürzt. Das Prinzip der Nachrangigkeit ist hier nochmals deutlich formuliert.

- 3) Die **Kombination von sowohl hauswirtschaftlichen als auch körperbezogenen Leistungen unterhalb der Pflegestufe I:**

Grundlage hierfür ist: **§ 65 SGB XII**

Wird ein individueller Bedarf festgestellt – auch wenn keine Pflegeeinstufung vorliegt – kann eine angemessene Pflegebeihilfe gewährt werden.

Zu III: Ist-Analyse der kommunalen Versorgungsstruktur (s. Seite 13)

A. Medizinische Versorgung (ab Seite 15)

Liste Fachärzte

Name	Vorname	Anschrift	PLZ	Ort	Telefon
Dr. Donat	Peter	Steinsche Gasse 34	47051	Dbg-Mitte	2 40 11
Dr. Ehringhausen	Frank	Oberstr. 5	47051	Dbg-Mitte	2 80 88 93
Dr. El-Khaled	Kamal	Königstr. 26-28	47051	Dbg-Mitte	2 01 14
Dr. Ernst	Albert	Börsenstr. 11	47051	Dbg-Mitte	2 21 11
Dr. Graßmann	Christa	Königstr. 36	47051	Dbg-Mitte	73 99 70
Dr. Güllekes	Birgit	Kaiser-Friedrich-Str. 39	47169	Dbg-Marxloh	40 11 60
Dr. Güllekes	Martin	Kaiser-Friedrich-Str. 39	47169	Dbg-Marxloh	40 11 60
Dr. Hogrebe	Joachim	Ehrenstr. 3	47198	Dbg-Homberg	02066/ 3 44 94
Dr. Jeschonnek	Lutz Dirk	Börsenstr. 11	47051	Dbg-Mitte	2 21 11
Dr. Klunk	Lothar	Friedrich-Alfred-Str. 60	47226	Dbg-Rheinhausen	02065/ 5 30 53
Dr. Knickelbein	Uwe	Hans-Böckler-Str. 20	47226	Dbg-Rheinhausen	02065/ 5 05 10
Dr. König	Marie- Luise	Königstr. 36	47051	Dbg-Mitte	73 99 70
Dr. König	Werner	Königstr. 36	47051	Dbg-Mitte	73 99 70
Dr. Marx-Jaritz	Jutta	Sonnenwall 11	47051	Dbg-Mitte	2 98 13 89
Dr. Monigatti	Dieter	Friedrich-Alfred-Str. 60	47226	Dbg-Rheinhausen	02065/ 5 30 53
Dr. Paul	Klaus	Rathausstr. 4	47166	Dbg-Hamborn	55 60 60
Dr. Schoppmann	Christof	Tauernstr. 47	47249	Dbg-Buchholz	72 19 18
Dr. Sondag	Hans-Dieter	Emmericher Str. 150c	47138	Dbg-Meiderich	42 09 32
Dr. Stuka	Norbert	Michaelstr. 20	47055	Dbg-Wanheimerort	77 21 87
Dr. Telia	Sven	Königstr. 36	47051	Dbg-Mitte	73 99 70
Dr. Wessels	Michael	Mülheimer Str. 68	47057	Dbg-Neudorf	35 70 77

Liste Fachkliniken

Name	Anschrift	Telefon	Leitung	Plätze stationär	Plätze Tagesklinik
Gerontopsychiatrische Abteilung im St.-Vincenz-Hospital	Papendelle 6, 47051 Duisburg	2 82 90	Dr. med. phil. W. Krebs, Dr. R. Foerster	37 zzgl. 10 interdisziplinär	13
Klinik für Geriatrie, Klinikum Duisburg, Wedau-Kliniken	Zu den Rehwiesen 9, 47055 Dbg.	733-30 01	Dr. med. W. Schröer	60	20
Klinik St.-Vincenz-Hospital, Medizinische Klinik 1, Innere Medizin/Geriatrie	Papendelle 6, 47051 Duisburg	2 82 90	Dr. U. Schäfer	78 davon 10 interdisziplinär m. d. Geronto-psych. Abtlg.	
Malteser Krankenhaus St. Johannes-Stift Medizinische Klinik 2, Geriatrie und Frührehabilitation	Johannisstr. 21, 47198 Duisburg	02066/ 29-18 55	Dr. med. E.-S. Spaeker	46	7
Fliedner Krankenhaus Klinik I Psychiatrie, Psychotherapie, Neurologie	Thunesweg 58, 40885 Ratingen	02102/ 303-300	Dr. M. Schifferdecker Ansprechpartner: Dr. T. Mohr	15	
Ev. und Johanniter Klinikum Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	Steinbrinkstr. 96a, 46145 Oberhausen	0208/ 697 41 01	Frau Dr. med. H. Bongardt Ansprechpartnerin: Frau Dr. Heidmann	16	
St.-Vincenz-Hospital Dinslaken Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie	Dr.-Otto-Seidel-Str. 31-33, 46535 Dinslaken	02064/ 44-12 20	Dr. D. Schröder Ansprechpartner: Herr Willjung (Beratungsstelle)	Aufbau eines gerontopsych. Zentrums ist in Planung, psych. Institutsambulanz vorhanden	
Geriatrische Rehabilitationsklinik in der Rhein-Klinik St. Joseph	Ahrstr. 100, 47139 Duisburg	0203/ 80 01-380	Dr. U. Schäfer	40	

B. Beratungs- und niedrigschwellige Angebote (ab Seite 17)

Liste Beratungsstellen

Alzheimer-Gesellschaft Duisburg im Ernst- Ermert- Seniorenzentrum
Wintgensstr. 63-71, 47051 Duisburg
Tel.: 0203/3095-104

Fachberatungsstelle der AWO- Duisburg im FORUM Demenz

ab dem 01.10.2006 in der

Senioren- und Pflegevermittlung der AWO in Duisburg

Ansprechpartnerin: Frau Elisabeth Weber,
Karl-Jarres-Str. 100-104, 47053 Duisburg
Tel.: 0203/3095-444

Städtische Beratungsstelle für ältere und pflegebedürftige Menschen

Schwanenstr. 5-7, 47051 Duisburg
Tel.: 0203/283-3747 Herr Kaminski, 283-2731 Frau Matten und
283-6890 Frau van Wesel

Städtische Beratungsstelle für Menschen mit Behinderungen

Schwanenstr. 5-7, 47051 Duisburg
Tel.: 0203/283-4791 Frau Lesaar, 283-6889 Frau Schenk und
283-2760 Frau Strauß

Stadt Duisburg, Wohnberatung für ältere und pflegebedürftige Menschen

Tel.: 0203/ 283-2874, Frau Danes für Walsum, Hamborn, Meiderich, Beeck, Duissern,
Kasslerfeld, Neuenkamp, Altstadt, Hochfeld, Dellviertel, Neudorf
Tel.: 0203/ 283-2325, Frau Menzel für Homberg, Ruhrort, Baerl, Rheinhausen

Theodor- Fliedner-Stiftung, Wohnberatung

Tel.: 0203/ 97599-630, Frau Meyerhoff für Duisburg - Süd

Caritasverband für die Stadt Duisburg e.V.

Beratung und Begleitung älterer Menschen und ihrer Angehörigen

FamilienHilfeZentrum Mitte, Grünstr. 12, 47051 Duisburg

Tel.: 0203/28656-43, Frau Tolle

Zweigstelle West, Schulstr. 14, 47226 Duisburg

Tel.: 02065/3046-13, Herr Hartmann

Zweigstelle Nord, An der Abtei 1-3, 47166 Duisburg

Tel.: 0203/50072-86, Frau Adrian

Evangelisches Christophoruswerk e.V.

Seniorenberatungsstellen

Ruhrorter Fenster, Fürst-Bismark-Str. 44, 47249 Duisburg

Tel.: 0203/80 98 202, Frau Geppert

Buchholzer Fenster, Altenbrucher Damm 8, 47249 Duisburg

Tel.: 0203/7979-114, Frau Jansky

Zentrale Beratung, Bonhoefferstraße 8, 47138 Duisburg

Tel.: 0203/410-1009, Herr Weinbach

Seniorenberatungsstelle der Heimstatt St. Barbara

Josefstr. 5, 47178 Duisburg

Tel.: 0203/99155-81, Frau Tippelt

Auch in anderen Beratungsstellen (z. B. Krankenhaussozialdienste für Patienten) sind Informationen für Menschen mit Demenz erhältlich. Die Aufzählung ist nicht abschließend.

Liste Betreuungscafés/ -gruppen

Betreuungsgruppe	Zeit	AnsprechpartnerIn
Lichtblick Betreuungscafé Vierlinden AWOcura, Alzheimer-Gesellschaft DU Rudolfstr. 19 47178 Duisburg	1x monatlich, 1. Montag im Monat 15.00 bis 17.30 Uhr Kostenbeitrag 8,00 Euro	Frau Craciun Tel.: 0203-55589 104 Fax: 0203-55589-200
Tagesstübchen Bodelschwingh Bodelschwingh-Haus Bonhoefferstr. 19 47138 Duisburg	3 x wöchentlich dienstags, mittwochs und samstags von 15.00 bis 19.00 Uhr	Frau Sabine Agethen Tel.: 0203-410-1403 Fax: 0203-410-1412
Frühstückscafé Muckefuck AWOcura, Alzheimer-Gesellschaft DU Wohndorf Laar Im Wohndorf 2 47119 Duisburg	jeden 2. Dienstag im Monat 09.00 bis 11.30 Uhr	Frau Hoffmeister Tel.: 0203- 80 86 170
Café Mikado Altenzentrum Ruhrort Fürst-Bismarck-Str. 44 47119 Duisburg	4 x monatlich donnerstags von 14.30 bis 17.30 Uhr	Frau Karin Göldner und Frau Sarah Bosveld Tel.: 0203-80 98 200 Fax: 0203-80 98 230
Café am Sandberg im Multikulturel- len Seniorenzentrum Haus am Sandberg Kirchstr. 28g 47198 Duisburg	1x monatlich jeden 2. Mittwoch im Monat 14.30 bis 17.00 Uhr	Frau Küper-Sengül Tel.: 02066-99 70 136
Frühstückscafé Caritassimo Marienstr. 6 47198 Duisburg	1 x im Monat Samstag 9.30 Uhr bis 12.00 Uhr Weitere Termine auf Anfrage	Frau Keil Tel.: 02066-14 14
Betreuungscafé Zur Dröppelminna im Beratungs- und Begegnungszentrum Paul Gerhard Str. 1 47055 Duisburg	2 x monatlich, don- nerstags 9.30 –12.00 Uhr 1. und 3. Donnerstag im Monat	Frau Klinge Tel.: 0203-774134
Café Röschen Seniorenzentrum Altenbrucher Damm 47249 Duisburg	1x monatlich dienstags von 14.30 bis 17.00 Uhr	Frau Christine Jansky Tel.: 0203-79 79 114 Fax: 0203-79 79 200

Café Ginkgo Theodor Fliedner Stiftung Begegnungsstätte Großenbaum Zu den Wiesen 50 47269 Duisburg	2 x monatlich donnerstags von 14.30 bis 17.30 Uhr	Frau Inge Meyerhoff Tel.: 0203-975 99- 630 Fax: 0203 – 975 99 691
---	---	---

Café Mittendrin und Gottesdienste für Menschen mit Demenz

der evangelischen Kirchengemeinde Walsum-Vierlinden, Am Hellpoot 5, 47178 Duisburg

Termine sind unter Telefon 0203/99 15 581 oder 0163/45 12 756 zu erfragen.

Dieses Angebot ist bisher nicht offiziell als niedrigschwelliges Betreuungsangebot anerkannt.

Liste der Gesprächskreise für pflegende Angehörige der Alzheimer-Gesellschaft Duisburg in Kooperation mit weiteren Trägern

(Stand: 06/2006)

A. Mit Betreuungsangebot

Während des Gesprächskreises wird Betreuung für die Demenzkranken angeboten.

AWOcura-Seniorenzentrum Vierlinden

Rudolfstr. 19, 47178 Duisburg

Jeden letzten Mittwoch im Monat von 16.00 bis 18.00 Uhr

Leiterin des Kreises: Frau Muntoni, Tel.: 0203/55 589 102

Betreuung: Frau und Herr Craciun

Gesellschaft paritätischer Sozialarbeit e.V.

Krins-Weber Servicezentrum

Mevisenstraße 12, 47059 Duisburg

Jeden letzten Montag im Monat von 14.00 bis 15.30 Uhr

Leitung des Kreises: Frau Sabine Fraenz und Frau Nina Will

Tel.: 0203/31 814-31

B. Ohne Betreuungsangebot

AWO-Seniorenzentrum Innenhafen

Philosophenweg 15, 47051 Duisburg

Jeden letzten Mittwoch im Monat von 18.30 bis 20.30 Uhr

Leiterin des Kreises: Frau Schroeder, Tel.: 0203/2 81 20

Gemeindehaus der evangelischen Kirche

Auf dem Damm 8, 47137 Duisburg

Jeden 1. Montag im Monat, von 18.00 – 20.00 Uhr

Leiterinnen des Kreises: Frau Hilde Hartmann-Preis und Frau Doris Mülverstedt

Kontakt über Alzheimer-Gesellschaft, Tel.: 0203/3095 104

Begegnungs- und Beratungszentrum Fliedner-Werke

Zu den Wiesen 50, 47269 Duisburg
Jeden 3. Dienstag im Monat von 14.30 bis 16.00 Uhr
Leitung: Frau Meyerhoff, Tel.: 0203/975 99 – 630

Seniorenzentrum Lindenallee

Lindenallee 23, 47229 Duisburg Rheinhausen
Jeden 2. Montag im Monat, 16.00- 17.30 Uhr
Leitung: Herr Klein, Herr Behr

Malteserstift St. Hedwig

Albertus-Magnus-Str. 37, 47259 Duisburg
Jeden ersten Dienstag im Monat, 17.30 –19.00 Uhr,
Leitung: Frau Morgenschweis, Tel.:0203/333172,
Herr Günnewig, Tel.: 0203/755- 2604

Liste Häuslicher Unterstützungsdienste

(Stand: 10/2006)

Ansprechpartner für **Gesamt Duisburg:**

Alzheimer-Gesellschaft Duisburg
Wintgensstr. 63 –71, 47051 Duisburg
Tel.: 0203/3095 -104 täglich von 9.00 – 13.00 Uhr

Der Häuslicher Unterstützungsdienst der PariSozial gGmbH und des Evgl. Christophoruswerk e.V. wird ab dem 01.10. 2006 wie folgt weitergeführt :

Walsum Heimstatt St. Barbara Ansprechpartnerin: Ulrike Tippelt Josefstr. 5, 47178 Duisburg Tel.: 0203/9 91 55 81	Hamborn/Meiderich Evangelische Sozialstation Nord Ansprechpartnerin: Edeltraud Köhler Am Bischofskamp 99, 47169 Duisburg Tel.: 0203/ 59 14 07 Evgl. Christophoruswerk e.V. Ansprechpartnerin: Sabine Agethen Bonhoefferstr. 19, 47138 Duisburg Tel.: 0203 410-14 03
Homberg Evangelische Kirchengemeinde Homberg Ansprechpartnerinnen: Brigitte Bobbert und Edeltraud Köhler Evangelische Sozialstation Nord Am Bischofskamp 99, 47169 Duisburg Tel.: 0203/59 14 07	Rheinhausen DRK – ambulante Dienste Ansprechpartnerinnen: Frau Daube und Frau Ferrière Hans-Böckler-Str. 6, 47226 Duisburg Tel.: 02065/30 48 010
Mitte/Süd Alpha Pflegedienst Ansprechpartnerinnen: Frau Perszewski und Frau Herrmann Amtsgerichtsstr. 4, 47119 Duisburg Tel.: 0203/87 89 940	Alzheimer-Gesellschaft Duisburg e.V. Ansprechpartnerinnen: Frau Vootz und Frau Oppenberg Wintgensstr. 63-71, 47058 Duisburg Tel.: 0203/3095-104

Anschrift Tanzcafé

Alzheimer – Tanzcafé "Maxim"

im Ernst- Ermert- Seniorenzentrum der AWOCura
Wintgensstr. 63-71, 47058 Duisburg
Jeden 1. Montag im Monat von 15.00 bis 17.00 Uhr
Eintrittspreis: 2,50 Euro
Kontakt über Tel.: 0203/3095-104

Darüber hinaus gibt es in Duisburg zahlreiche integrative Tanzcafés, die zwar einen anderen Schwerpunkt haben, aber auch von Menschen mit Demenz besucht werden können.

Weitere Informationen sowie eine aktuelle Übersicht der anerkannten niedrigschwelligen Hilfe- und Betreuungsangebote für Pflegebedürftige in NRW bietet das Versorgungsamt Düsseldorf im Internet unter

http://www.versorgungsamt-duesseldorf.nrw.de/leistungen/demenz/Hilfe_und_betreuung/index.php
an.

C. Ambulante pflegerische Versorgung (ab Seite 21)

Liste ambulanter Dienste, die zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI anbieten (Stand: 06.2006)

	Name	Straße	PLZ	Ort	Telefon	Inhalt der Leistungen
1	AKD H. Altenschmidt GmbH	Mattlerstr. 15	47169	Dbg.	0203 / 99 17 17-0	2 bis 4 und 6
2	Amb. Krankenpflege Marion Kunert	Kaiser-Friedrich-Str. 254	47167	Dbg.	0203 / 50 15 80	1 bis 6
3	AWOCura gGmbH	Friedrich-Albert-Lange-Platz 1	47051	Dbg.	0203 / 28 14 932	1 bis 6
4	AWOCura gGmbH	Jahnstr. 34	47119	Dbg.	0203 / 80 86 173	1 bis 6
5	Akangbou GbR	Breithof 1	47269	Dbg.	0203 / 7 29 08 68	1, 2 und 6
6	Caritasverband für die Stadt Duisburg e.V. (zz. 6 Sozialstationen in Duisburg)	Duissernplatz 15	47051	Dbg.	0203 / 2 95 92	2
7	Cohrs Duisburger Pflegeteam GmbH	Koloniestr. 144	47057	Dbg.	0203/ 37 18 18	1 bis 6

8	die pflegepartner duisburg gmbh	Gelderblomstr. 1	47138	Dbg.	0203 / 44 18 18	1 bis 6
9	DAP GmbH Das Ambulante Pflegeteam	Emscherstr. 184	47138	Dbg.	0203/ 76 35 48	1 bis 6
10	EPIS Ambulanter Pflegedienst	Spichernstr. 70	47137	Dbg.	0203 / 8 28 43	1 bis 6
11	Familien- und Krankenpflege e.V. Mülheim	Musfeldstr. 161-163	47053	Dbg.	0203 / 66 40 14	1 bis 6
12	Pflegedienst am Handelshof	Duisburger Str. 231	47166	Dbg.	0203 / 55 54 80	1 bis 7
13	Pflegeteam Süd Unterberg & Ziola	Heiligenbaumstr. 11	47249	Dbg.	0203 / 73 83 99 04	2, 3 und 6
14	ProSenio	Krefelder Str. 67	47229	Dbg.	02065 / 2 00 33	1 bis 6

(Angaben zum Preis pro Stunde liegen nicht vor)

Inhalt der Leistungen

- 1** Beaufsichtigung insbesondere zur Entlastung von pflegenden Angehörigen bei Störungen des Tag- Nachtrhythmusses, bei der Gefahr des unkontrollierten Verlassens des Wohnbereiches oder das Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen
- 2** Training von Alltagskompetenzen und tagesstrukturierende Maßnahmen
- 3** Anleitung und Unterstützung bei der Aufnahme sinnhafter Betätigungen / Beschäftigungen
- 4** Anregung und Unterstützung bei sozialen Kontakten
- 5** Entspannende Aktivitäten zum Erhalt und zur Förderung der Motorik und der Gesellschaftsfähigkeit
- 6** Gespräche führen, Unterhaltung fördern mit dem Ziel der Aktivierung
- 7** Weitere qualitätsgesicherte Anleitungs- und Betreuungsangebote; Einzelheiten zu den Angeboten sind beim Pflegedienst zu erfragen

Checkliste der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft e. V. zur Auswahl eines ambulanten Pflegedienstes

- Hat der ambulante Pflegedienst ein Pflegekonzept, das die Versorgung Demenzkranker berücksichtigt?
- Hat der Pflegedienst speziell ausgebildete Fachkräfte, die für die Versorgung Demenzkranker zuständig sind? Werden für die Pflegekräfte Fortbildungen zum Thema Demenz durchgeführt?
- Erkundigen Sie sich im Bekanntenkreis, bei einer regionalen Alzheimer-Gesellschaft oder einer Selbsthilfegruppe nach den Erfahrungen mit Pflegediensten vor Ort.
- Wird ein Erstbesuch durch die Pflegedienst- oder Einsatzleitung angeboten?
- Gibt es ein Konzept für Bezugspflege oder kontinuierliche Kleinteam, um den Wechsel bei den Pflegepersonen möglichst gering zu halten?
- Ist der Pflegevertrag gut verständlich und auf die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen zugeschnitten?
- Werden die Wünsche der Betroffenen und ihrer Angehörigen berücksichtigt, etwa hinsichtlich der Einsatzzeiten?

- Gibt es klare Absprachen mit den Angehörigen (z.B. darüber wer für das Besorgen von Verordnungen beim Arzt zuständig ist)?
- Ist im Notfall eine 24-stündige Rufbereitschaft gesichert?
- Wird die geleistete Pflege durch die Pflegedienstleitung oder eine Pflegefachkraft vor Ort regelmäßig überprüft?
- Werden bei Krankenhausaufenthalten Besuche durchgeführt, um die Rückkehr nach Hause problemfrei zu gestalten?
- Ist der Pflegedienst bei der Beantragung von Leistungen der Pflege- und Krankenkassen usw. behilflich?
- Arbeitet der Pflegedienst mit anderen Diensten vor Ort zusammen, z.B. mit fahrbarem Mittagstisch, Hilfsmittelanbietern, Betreuungsgruppen, ehrenamtlichen HelferInnen, Tagespflegeeinrichtungen?

Liste Bekanntheitsgrad von Beratungs- und niedrigschwelligen Angeboten

Beratungsangebote/ Kontaktstellen	Nennungen 2003	Nennungen 2005
Alzheimer-Gesellschaft	21	29
FORUM Demenz	10	34
Städt. Wohnberatung	4	6
Städt. Altenberatung	7	7
Sozialpsychiatrischer Dienst	4	4
Komm. Gesundheits- u. Pflegekonferenz	0	2
Tageskliniken	8	6
Kliniken (städt., Vinzenz, Bertha)	8	4
Fachärzte	0	2
insgesamt	62	94

<p>2003 Bekanntheitsgrad (mind. 1 Angebot): 81% Lediglich bei 8 Trägern war keine Zuordnung möglich oder es gab die konkrete Aussage, Angebote zum Thema Demenz sind nicht bekannt</p>
<p>2005 Bekanntheitsgrad (mind. 1 Angebot): 92% Lediglich 4 - relativ neuen - Diensten war kein Angebot bekannt; einige haben die ihnen bekannten Angebote nicht mehr näher konkretisiert.</p>

niedrigschwellige Angebote für Angehörige	Nennungen 2003	Nennungen 2005
Ruhrorter Fenster	1	2
Café Mikado	10	11
Café Kränzchen	7	8

Café Röschen	8	8
Café Gingko	6	7
Café Muckefuck	0	3
Café Lichtblick	0	3
Nachtcafé Johanniter-Altenheim	2	1
Blaues Café Dinslaken	2	0
Alzheimer Tanzcafé	5	9
Tagespflegeeinrichtungen	4	11
Selbsthilfegruppen	5	8
Christophoruswerk (Angehörige)	5	5
AWO Demenz Initiative	4	10
Gesprächskreise AWO	8	2
Gesprächskreise Diakonie	0	4
Gesprächskreise BBZ/Seniorentreff	0	5
GPS	1	2
alpha psychiatrischer und gerontopsychiatrischer Pflegedienst	4	4
PSAG	4	5
Regenbogen e.V.	1	1
Psychiatrische Hilfgemeinschaft	1	0
Kuckucksnest e.V.	1	0
Besuchsdienste z.B. Duisburger	4	3
Häusliche Unterstützungsdienste	0	8
Betreuungsverein Duisburg-West	0	1
Familienbildungsstätten	1	0
Hausnotruf	1	1
Mahlzeitendienst	1	1
Fahrtendienste	1	0
Arztnotrufzentrale	0	1
Ambulanter Friseur	1	1
Apothekendienst	1	0
insgesamt	89	125

Fortbildungen

TeilnehmerInnen

Jahr	MA* ges.	Anzahl TN	Anteil MA
2002		167	
2003	955	138	15%
2004		79	
2005	1.019	215	21%

* MA= MitarbeiterInnen; TN=TeilnehmerInnen

Einrichtungen, die ihre MitarbeiterInnen zu Fortbildungen entsandten

Jahr	Anzahl	Einrichtungen insges.*	Anteil
2003	15	44	34%
2005	21	54	39%

* Rücklaufquote 2003=92%, 2005=95%

Fortbildungsangebote/Schwerpunktthemen

Themen	Nennungen 2003	Nennungen 2005
Alzheimer Demenz	10	10
Umgang mit Demenzerkrankten	11	10
Gewalt in der Pflege (Schwerpunkt Demenz, Aggressivität)	7	
Validation	2	3
Demenz-Reihe 2003 im Rathaus	3	
Vorbeugung, Diagnostik, Therapiean- sätze, Medikation		4
Wohnformen		2
Rechtberatung, Patientenverfügung und Betreuungsverfahren		2
Demenz und Migration		1
Kommunikation mit Dementen		1

Weitere genannte Themen, die nicht explizit unter das Thema Demenz fallen:

2003	2005
Qualitätssicherung Essen und Trinken	Desinfektion
Pflegeprozess und Pflegeplanung	Teamarbeit
Inkontinenz	Schizophrenie
Hygiene	Psychosen
Allgemeine Versorgung	Alkohol im Alter
Sturzprophylaxe	
Umgang mit Psychopharmaka	

Liste Altersstruktur

I. Stichtag: 15.12.2003

Alter	Pflegebedürftige				Hausarzt			Facharzt			Arzt	Betreuung		
	m	w	ges.	ndt.	m	w	ndt.	m	w	ndt.	ges.	m	w	ges.
<65 (nach 1940)	18	20	38	5	8	10	2	4	4	0	27	6	12	18
65-79 (1926-1939)	102	187	289	3	50	93	1	19	32	0	194	29	38	67
>80 (vor 1925)	104	405	509	2	49	192	5	12	61	0	314	25	67	92
gesamt	224	612	836	10	107	295	8	35	97	0	535	60	117	177

2003	Angaben insges. zu*			
	Dem.	ndt.	Arzt	Betr.
	926	10	565	194

Differenz: k.A.
(ohne Angaben zu
Alter usw.) 90 0 30 17

II. Stichtag: 15.12.2005

Alter	Pflegebedürftige				Hausarzt			Facharzt			Arzt	Betreuung		
	m	w	ges.	ndt.	m	w	ndt.	m	w	ndt.	ges.	m	w	ges.
<65 (nach 1940)	35	29	64	6	15	5	3	5	12	3	37	15	11	26
65-79 (1926-1939)	175	263	438	5	66	110	3	37	50	1	263	32	76	108
>80 (vor 1925)	188	614	802	3	85	267	1	31	104	0	487	32	99	131
gesamt*	398	906	1304	14	166	382	7	73	166	4	787	79	186	265

2005	Angaben insges. zu*			
	Dem.	ndt.	Arzt	Betr.
	1383	14	813	275

Differenz: k.A.
(ohne Angaben zu
Alter usw.) 79 0 26 10

Liste Alzheimer Organisationen in der Türkei

Name	Anschrift	Telefon	Fax	Email/ Internet
Turkish Alzheimer Society	Siraci Sok Baris Apt No: 24/8 Rumelihisari Istanbul	90/212 28 78 581	90/532 61 57 279	gcurvit@alz.org.tr www.alz.org.tr
Alzheimer Vakfi	Halaskargazi Caddesi No:115/4 Harbiye-Istanbul	90/212 22 44 189	90/212 29 60 579	
Izmir Subesi	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fa- kültesi Nöroloji Anabilim Dalı Alsancak/Izmir	90/232 412 22 22/4058		
Adana Subesi	Cukorova Üniversitesi Tıp Fakül- tesi – Balcali Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı 01330 Yüreyr/Adana	90/322 338 60 60/ 3206		

Bursa Subesi	Uludag Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı - Görükle Kampüsü 16059 Bursa	90/224 442 80 84	90/224 442 80 85	
Denizli Subesi	Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Denizli	90/258 263 17 23/ 602	90/258 263 17 23/ 602	
Dernek Merkezi	Talatpasa Blv. 146/4 Cebeci Ankara	90/312 320 46 78	90/312 320 46 77	
Eskisehir Subesi	Bahçelievler Mah. Seylap Cad. Medeniyet Sk. – Bahadır Kent Sitesi A Blok No: 10/1 Eskisehir	90/222 229 31 83		

Quelle: www.alzheimer-europe.org

Sprachkompetenzen

(Stand: 12.2005)

Pflegekräfte ambulanter Dienste mit Migrationshintergrund

Pflegekräfte	Verbände	private Träger
Anzahl	521	440
gesamt	961	
Sprache		
polnisch	29	16
russisch	7	28
türkisch	8	19
italienisch	1	7
spanisch	1	1
französisch	0	2
englisch	0	2
portugiesisch	0	1
niederländisch	1	0
serbisch	1	0
kroatisch	1	0
jugoslawisch	1	0
rumänisch	1	1
marokkanisch	0	2
koreanisch	2	0
sri lanka (singhalesisch oder tamil)	0	1
(arabisch: 1xtürk., 1x marokk.)	0	2
ges.	53	82
insgesamt	135	

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung	8
Tabelle 2	Berechnung der Prävalenzen für die Jahre 2005 - 2020	9
Tabelle 3	Berechnung der Inzidenzen für die Jahre 2005 - 2020.....	10
Tabelle 4	LeistungsempfängerInnen nach SGB XI am 15.12.2003 in Duisburg	13
Tabelle 5	Demente LeistungsempfängerInnen nach SGB XI in Duisburg.....	14
Tabelle 6	Ambulante Pflege; Rückläufe der Duisburger Erhebungsbögen.....	26
Tabelle 7	Ambulante Pflege; Personal der Pflegedienste in Duisburg	27
Tabelle 8	Ambulante Pflege; Personal, Aus-, Fort- und Weiterbildung	28
Tabelle 9	Ambulante Pflege; Ärztliche Versorgung von dementen Personen	31
Tabelle 10	Ambulante Pflege; Pflegestufen der Versorgten mit Demenz.....	31
Tabelle 11	Ambulante Pflege; Demenz als Ursache der Einstufung	32
Tabelle 12	Ambulante Pflege; Demente mit gesetzlicher Betreuung	32
Tabelle 13	Ambulante Pflege; Altersstruktur der versorgten Dementen	33
Tabelle 14	Ambulante Pflege; Geschlecht der versorgten Dementen	33
Tabelle 15	Ambulante Pflege; Mobilität der versorgten Dementen	34
Tabelle 16	Ambulante Pflege; Lebenssituation der versorgten Dementen	35
Tabelle 17	Ambulante Pflege; Einstellung der Pflege von Dementen.....	35
Tabelle 18	Ambulante Pflege; Wohnsituation der versorgten Dementen.....	36
Tabelle 19	Tagespflege; NutzerInnen	38
Tabelle 20	Tagespflege; Alterstruktur der NutzerInnen.....	38
Tabelle 21	Vollstationäre Pflege; Konzeptionen der Einrichtungen.....	40
Tabelle 22	Vollstationäre Pflege; Fort- und Weiterbildungsbesuche des Personals ...	41
Tabelle 23	Vollstationäre Pflege; Fort- und Weiterbildungsthemen	42
Tabelle 24	Vollstationäre Pflege; Einstufung der HeimbewohnerInnen.....	42
Tabelle 25	Vollstationäre Pflege; Altersstruktur der HeimbewohnerInnen mit und ohne Demenz	43
Tabelle 26	Vollstationäre Pflege; Bekannte Beratungsangebote zum Thema Demenz	44
Tabelle 27	Vollstationäre Pflege; Bekannte niedrigschwellige Angebote	44

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Prognose der Anzahl von Personen mit Demenz in Duisburg	
	von 2005 bis 2020 mit Abweichungen von +/- 500 Personen.....	9

Literaturverzeichnis

Bickel H., Demenzsyndrom und Alzheimer Krankheit: Eine Schätzung des Krankenbestandes und der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland, Gesundheitswesen 2000

Deutsche Alzheimer-Gesellschaft e.V. Berlin, Hrsg., Ratgeber Häusliche Versorgung Demenzkranker, Bd. 5: Schriftenreihe der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft e.V., 1. Auflage 2006

Fachstelle für an Demenz erkrankte Migrantinnen und Migranten, Arbeiterwohlfahrt Bezirk Westliches Westfalen e.V. und AWO Unterbezirk Gelsenkirchen-Bottrop, Yalniz Degilsiniz! – Du bist nicht allein!, Demenziell erkrankte Migrantinnen und Migranten – eine bisher vernachlässigte Gruppe, Januar 2006

Förstl H. (Hrsg.), Lehrbuch der Gerontopsychiatrie, Ferd. Enke Verlag. Stuttgart 1997

Hallauer, „Demenz – Qualitätsgesicherte Heimbetreuung für Demente“, Dokumentationsband 8, Sept. 2004

Havemann, M.J. (1997). Alt werden mit geistiger Behinderung: Zur Epidemiologie von psychischen Störungen und Verhaltensstörungen. In: G. Weber (Hrsg.). Psychische Störungen bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung. Bern: Hans Huber

Kuratorium Deutsche Altershilfe, Hrsg., „Ambulant betreute Wohngruppen – Arbeitshilfen für Initiatoren -, Bd. 6: Leben und Wohnen im Alter, Köln 2006

Pflegeplan der Stadt Duisburg, Ausgabe 2005, Hrsg. Stadt Duisburg, Der Oberbürgermeister, Amt für Soziales und Wohnen, April 2005

Robert Koch Institut, Hrsg., Altersdemenz, Heft 28 Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2005

Rupprecht, Roland und Ackermann, Andreas, Erlangen-Nürnberg.
Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz – ein vernachlässigtes Problem? In: Aufeinander zugehen – miteinander umgehen – voneinander lernen, Tagungsbericht 17.-18.11.2003, Zentrum für Heilpädagogische Gerontologie, Heilpädagogische Fakultät an der Universität zu Köln, Hrsg. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Steinhoff, Georg und Wrobel, Derya, Vergessen in der Fremde – zur Lebenssituation demenziell erkrankter MigrantInnen in der Bundesrepublik und Interventionsstrategien in der Beratungspraxis, veröffentlicht im Internet unter www.aktioncourage.org/ikom/vergessfremd.htm

Zukunftsforum Demenz, Dokumentationsband 1, Dr. Johannes F. Hallauer, Universitätsklinikum Charité Berlin, April 2003

Abkürzungsverzeichnis

ARGE	Arbeitsgemeinschaft der Arbeitsagentur und der Stadt Duisburg
bpa	Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime und ambulanter Dienste e.V.
BBZ	Begegnungs- und Beratungszentrum
DAT	Demenz vom Alzheimerstyp
HF	Pflegestufe III Härtefall
ICD	International Classification of Diseases
k.A.	keine (ohne) Angabe
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
LDS	Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen
PfG NW	Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen
PfLErgG	Pflegeleistungsergänzungsgesetz (§§ 45a-c SGB XI)
SGB V	Fünftes Buch des Sozialgesetzbuches
SGB XI	Elftes Buch des Sozialgesetzbuches
SGB XII	Zwölftes Buch des Sozialgesetzbuches
VD	Vaskuläre Demenz