

Landespflegeausschuss des Freistaates Sachsen

5. März 2002

Empfehlung

**Vollstationäre gerontopsychiatrische Pflege und Betreuung
im Freistaat Sachsen
Pflegekonzeption & Pflegeeinrichtungen**

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung
 - 1.1. Psychische Erkrankungen im Alter
 - 1.2. Die Demenz
 - 1.3. Die Intervention
2. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen
 - 2.1. Ausgangssituation
 - 2.2. Wohn-Pflege-Haushalt (Wohngemeinschaften/Hausgemeinschaften) als Pflegeform der Zukunft
 - 2.3. Konzeption und Umsetzung
3. Funktionelle Anforderungen
 - 3.1. Grundsätzliches
 - 3.2. Allgemeine Entwurfsprinzipien für den Wohn-Pflege-Haushalt
 - 3.3. Gemeinsame Wohnküche
 - 3.4. Hygiene in der Wohnbereichsküche
 - 3.5. Zimmer.
 - 3.6. Sanitäreinrichtungen
 - 3.7. Korridore
 - 3.8. Außenbereiche
4. Personalausstattung und -qualifikation
 - 4.1. Personalausstattung und -verteilung
 - 4.2. Stellenwert des hauswirtschaftlichen Personals - die Präsenzkraft
 - 4.3. Tätigkeitsprofil einer Präsenzkraft
 - 4.4. Personelle Anforderungen und Qualifikation
 - 4.5. Inhalt und Umfang der fachspezifischen Fort- und Weiterbildung
5. Verwendete Literatur

Präambel

Das Arbeitspapier beschreibt die gerontopsychiatrische Pflege und Betreuung mit dem Fokus auf "Wohn-Pflege-Haushalte" als geeignete Versorgungsform. Insbesondere soll damit den Einrichtungsträgern, die sich für "Wohn-Pflege-Haushalte" als Leistungsangebot entscheiden, aber auch anderen interessierten Einrichtungsträgern, eine Orientierung zur Verfügung gestellt werden. Die Träger der Pflegeeinrichtung bleiben, unbeschadet des Sicherstellungsauftrages der Pflegekassen, für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich.

1. Einführung

1.1. Psychische Erkrankungen im Alter

Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der Altersbevölkerung wird nicht nur durch die Zunahme der Bevölkerung selbst sondern auch durch das bei gesteigerter Lebenserwartung erhöhte Erkrankungsrisiko und die verlängerte Krankheitsdauer bestimmt.

Man geht davon aus, dass in etwa 25 % der 65-jährigen und Älteren unter einer psychischen Störung oder Erkrankung leiden. Psychiatrisch Behandlungsbedürftig sind ca. 15 %. Die häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter sind die demenziellen und depressiven Syndrome. Die Häufigkeit von Demenzen (Hirnleistungsstörung) steigt mit zunehmenden Alter steil an, während die der Depressionen im hohen Alter eher zurückgeht. Die Erkrankungsraten für Demenzen verdoppeln sich, bezogen auf den Altersanstieg, etwa alle 5 Jahre. So liegt sie bei den über 90-jährigen bei immerhin 40 %.

Von den psychisch kranken alten Menschen sind fast 20 % hospitalisiert bzw. werden in Heimen betreut. Mit zunehmenden Alter ist dieser Prozentsatz allerdings erheblich höher (vgl. Hirsch, 1999). Vom KDA wurde der Anteil psychisch kranker Heimbewohner 1990 auf 50 % geschätzt. Dieser Prozentsatz hat sich in den letzten 10 Jahren nach übereinstimmenden Beobachtungen und Erfahrungen zahlreicher Praktiker, gestützt durch verschiedene Untersuchungen, deutlich erhöht. Der überwiegende Teil dieser Bewohner weist schwere psychische Störungen, vor allem Demenzzustände kombiniert mit körperlichen Beeinträchtigungen auf. Durch eine veränderte Sozialgesetzgebung, Enthospitalisierungsprogramme und eine sich in der Folge verändernde Infrastruktur sozialpflegerischer Dienste und Einrichtungen hat sich das Nutzerprofil, so zumindest die Wahrnehmung, erheblich gewandelt. Ein inzwischen bei 84 Jahren liegendes Aufnahme- bzw. Einzugsalter, kurze Verweildauer, zunehmende Pflegebedürftigkeit, mehr demenziell erkrankte Bewohner u. a. m. charakterisieren die Situation in den stationären Pflegeeinrichtungen.

Prognosen für die Bundesrepublik Deutschland kommen zu dem Ergebnis, dass die absolute Zahl der Demenzpatienten in den nächsten Jahren weiterhin erheblich zunehmen wird. Im Jahr 2000 belief sich die Zahl der älteren Demenzkranken in der Bundesrepublik Deutschland auf etwa 1 Millionen Menschen. Die jährliche Neuerkrankungsrate liegt bei durchschnittlich 20.000 Personen. Bis zum Jahr 2030 wird sich die Zahl der älteren Demenzkranken voraussichtlich auf etwa 1,56 Millionen und bis zum Jahr 2050 auf mehr als 2 Millionen erhöhen. In diesem Zusammenhang wurde vor Kurzem der fragwürdige Begriff der „Demenzwalze“ in die öffentliche Diskussion eingebracht. Überproportional ist die Altersgruppe der über 80jährigen betroffen, die immerhin 70% aller Demenzkranken ausmachen. Diese Altersgruppe wird sich damit rein zahlenmäßig in den kommenden 50 Jahren etwa verdreifachen. Für den Zeitraum von 1980 bis zum Jahr 2025 hat man eine Steigerungsrate von ca. 40 % ermittelt.

Was die Daten aus sozialpolitischer Sicht für die Zukunft bedeuten, erhellt sich aus der Tatsache, dass Demenz im Alter einer der häufigsten Gründe für Pflegebedürftigkeit ist und weiterhin zunehmen wird.

Etwa 2/3 der Demenzkranken werden im häuslichen Umfeld durch Angehörige betreut und gepflegt. Der Umfang der täglichen Betreuungs- und Pflegearbeit liegt bei 6 bis 10 Stunden. Diese unbezahlte Arbeit, die einen unschätzbaren gesellschaftlichen Wert darstellt, führt über die Jahre bei den pflegenden Angehörigen oftmals zu sozialer Isolierung, depressiven Störungen und Körperbeschwerden. Da die pflegenden Angehörigen mit zunehmender Krankheitsschwere oft nicht mehr zur häuslichen Versorgung in der Lage sind, muss Jahr für Jahr etwa ein viertel der zuvor in Privathaushalten betreuten Demenzkranken in Heimen untergebracht werden, wo sie bei großer individueller Streuung durchschnittlich drei Jahre verbringen. Offenbar kann lediglich ein Anteil von 20 bis 35 % der Kranken bis zum Tod in der häuslichen Umgebung versorgt werden.

Inwieweit die vollstationären Pflegeeinrichtungen der zunehmenden Zahl von gerontopsychiatrisch Erkrankten, man geht inzwischen von einem Anteil zwischen 60 und 80 % der Heimbewohner aus, personell, strukturell, fachlich und konzeptionell gewachsen sind, ist zu hinterfragen.

1.2. Die Demenz

Der Begriff Demenz steht in seiner Differenziertheit und unterschiedlichen Definition als Oberbegriff für die Veränderung und Neuanpassung auf früherem Entwicklungsniveau von erworbenen intellektuellen Fähigkeiten als Folge einer krankhaften und dauerhaften Hirnschädigung mit kognitiven Störungen, Störungen der Wahrnehmung, Gedächtnisstörungen, Konfabulation, Denkstörungen, Orientierungsstörungen, Apraxie, Stereotypen und Veränderungen der Persönlichkeit (vgl. Pschyrembel, 1993).

Es werden primäre und sekundäre Demenzen unterschieden. Während die primären Demenzen, wie zum Beispiel die Senile Demenz vom Alzheimer Typ, irreversibel und einer therapeutischen Intervention kaum zugänglich sind, stellt sich dies bei den sekundären Demenzen, auch als symptomatische und Pseudodemenzen bezeichnet, grundsätzlich anders dar. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit einer sorgfältigen diagnostischen Klärung.

Die Alzheimersche Krankheit (Senile Demenz vom Alzheimer Typ) ist die häufigste altersspezifische Erkrankung überhaupt. Sie beginnt in der Regel mit leichten kognitiven Defiziten, Gedächtnisausfällen und gestörter Sprachfunktion. Im weiteren Verlauf treten räumliche und zeitliche Desorientierung mit Umherirren und schließlich apraktischer Erscheinungen, das heißt Ausfälle konzeptueller Handlungsmuster, auf, die sich auf alltägliche Verrichtungen wie zum Beispiel Hausarbeiten, An- und Auskleiden, Türemschließen auswirken. Im fortgeschrittenen Stadium werden die Kranken völlig hilflos. Die einfachsten Dinge des täglichen Lebens, Erhaltung der Hygiene, Ankleiden, Essen, Blasen- und Darmentleerung, können nicht mehr aus eigener Initiative geleistet werden. Im Endstadium sind die Kranken bettlägerig, völlig hilflos, stumm und ohne Antrieb (Häfner, 1994; 165).

Angehörige, Pflegeeinrichtungen und -dienste berichten insbesondere über

- starke motorische Unruhe,
- Unfähigkeit auf Hilfestellungen und verbale Aufforderungen angemessen zu reagieren (z. B. Toilettengang und morgendliche Hygiene),
- Inkontinenz,
- heftiges aggressives Verhalten,
- zurückgehende verbale Kommunikationsfähigkeit und
- Selbstgefährdung,

die die Pflege- und Betreuungssituation prägen und zu erheblichen Belastungen führen.¹

1.3. Die Intervention

Da eine wirksame Prävention und ursächliche Therapie heute noch nicht möglich ist, gilt die Aufmerksamkeit der Beeinflussung von Begleitsymptomen (Erregungszustände, Aggressivität, Schlafstörungen). Hierbei kommen in der Medizin und Pflege, differenziert nach Krankheitsstadium und Erscheinungsbild, verschiedene Methoden und Techniken zum Einsatz. Dazu zählen insbesondere die:

- Medikamentöse Behandlung
- Kognitive Trainings
- Milieutherapie

¹ Weiterführende Informationen finden Sie auch in folgenden Veröffentlichungen: KDA „Konzept zur Betreuung demenzkranker Menschen“ Dagmar Müller; Köln, 1999 und Sabine Tschainer „Die Lebenssituation von Demenzkranken und ihre Versorgungsbedürfnisse“ Vortrag anlässlich eines Expertenforums des MDS am 13.11.2002 in Berlin

- Validation
- Verhaltenstherapie
- Psychoanalytische Verfahren
- Angehörigenarbeit

Die Erfahrungen die in Deutschland insbesondere in den 1990er Jahren in der Betreuung und Pflege mit unterschiedlichen konzeptionellen Ansätzen gesammelt werden konnten, die wissenschaftliche Begleitforschung, die Professionalisierung in der Altenhilfe/-pflege sowie der sich internationalisierende Erfahrungsaustausch in der Pflege haben einerseits zu einer Schwerpunktverlagerung innerhalb der o. g. Methoden und Techniken und andererseits zu einer Fülle verschiedenster Strömungen geführt.

Wurde zum Beispiel das Realitäts-Orientierungstraining (ROT) Anfang der 1990er Jahre noch als ein zeitgemäßes und innovatives Interventionsinstrument in der Alzheimerbetreuung gefeiert, ist es am Ende des selben Jahrzehnts zunehmend als fragwürdiges Instrument bei der Betreuung schwer dementer Menschen in die Kritik geraten. Zeitgleich feierte die Validation, man könnte diese Methode oder Philosophie durchaus als Gegenbewegung zum ROT begreifen, in Europa und Amerika einen Siegeszug. Biographiearbeit, unstrittig ein wichtiger Baustein in der Betreuung, nahm zeitweise groteske und exzessive Züge an. Dies ist inzwischen einer biographieorientierten Pflege und Betreuung gewichen.

Milieutherapeutische Ansätze, die letztendlich ihren Bezugspunkt in einer in anderen Bereich der sozialen Arbeit schon lange probagierten und praktizierten Lebensweltorientierung haben - in der Altenhilfe nicht zuletzt gestützt durch die ökologische Gerontologie - setzen sich nur langsam, mühsam und partiell durch.

Gegenwärtig zeigt sich, dass eine Pflege und Betreuung Demenzkranker die der Würde des Menschen entspricht (vgl. § 2 PflegeVG) insbesondere eines/r demenzgerechten

- räumlichen Milieus (Licht und Raum),
- Tagesstrukturierung (Lebensweltorientierung und Ritualisierung) und
- zwischenmenschlichen Interaktion (Akzeptanz) bedarf.

Neidhard (1997, 121) formuliert folgende Aussagen für die alltägliche Arbeit mit demenzkranken Menschen:

- Versuch der Kompensation von Strukturverlust unter Erhalt der bestehenden Strukturen.
- Förderung, Motivierung und Aktivierung bei Vermeidung von Überforderung.
- Herstellen einfühlsamer Nähe und Einhalten respektvoller Distanz.
- Berücksichtigung des veränderten Zeitbewusstseins, Zeit haben, Geduld und Gelassenheit.

Im Einzelnen heißt das:

- Berücksichtigung der Individualität der betreffenden Menschen durch Kenntnisnahme der Lebensgeschichte (mit zeitgeschichtlichen Bezügen),
- Kennen lernen und Erfahren von Ressourcen und Defiziten in der Alltagsbegleitung,
- Kennen lernen der individuellen Belastbarkeit(sgrenzen) und der Reaktion bei Überforderung (um sie zu vermeiden zu können) - auch auf Seiten der Pflegenden/Betreuenden,
- Einfühlen in die "emotionale" Botschaft der verbalen und nonverbalen Kommunikation und in das Verhalten der demenzkranken Menschen,
- Begleitung im Alltag und Ermöglichung eines Schutzraumes für das Selbsterleben der Erkrankten als handelnde Subjekte (Intervention nur im Notfall),
- Authentizität der Gefühle bei Vermeiden von Doppelbotschaften auf Seiten der Pflegenden/Betreuenden,
- Rückzug und Inaktivität zulassen können - auch bei den Pflegenden/Betreuenden,
- Herstellen und Bewahren von Vertrautheit durch "Ritualisierung des Alltags",
- Realitätsgerechte Erwartungen an die Erkrankten haben; auch kleine Erfolge dürfen gefeiert werden,
- Respekt behalten, auch wenn das eigene Engagement nicht "belohnt" wird,
- Ziel sollte Akzeptanz von Demenz als einer möglichen Daseinsweise des Menschen sein.

Besonderes Augenmerk ist daneben auf die Angehörigenarbeit zu richten. Hierbei geht es nicht nur um den Aufbau und die Erhaltung aktiver Kontakte, sondern auch um die Einbeziehung von Angehörigen in einzelne tagesstrukturierende Aktivitäten. Voraussetzung hierfür ist eine angemessene Beratung und Begleitung der Angehörigen, um diesen den Umgang mit den fortschreitenden Persönlichkeitsveränderungen zu erleichtern.

Die Umsetzung dieser Hinweise bedarf im Rahmen der institutionalisierten Pflege und Betreuung einer aussage- und umsetzungsfähigen konzeptionellen Auseinandersetzung und Aufbereitung, einer zahlenmäßig ausreichenden und qualifizierten Personalausstattung und einer der Logik der "totalen Institution" zuwiderlaufenden Aufbau- und Ablauforganisation, die lebensweltliche Tagesstrukturierung nicht nur zulässt sondern regelrecht strukturell erzwingt.

2. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen

2.1. Ausgangssituation

Weder die stationären Pflegeeinrichtungen in ihrer heutigen Ausprägung selbst, noch die übrigen in § 8 PflegeVG genannten Partner sind hinreichend auf die o. g. Entwicklung vorbereitet. Es fehlen konzeptionell-inhaltliche Orientierungsrahmen, anerkannte Aus-, Fort- und Weiterbildungsprogramme, architektonisch (incl. städtebaulich und gemeinwesenorientiert) angemessene Modelle und nicht zuletzt adäquate Finanzierungsregelungen.

Der Freistaat Sachsen positioniert sich, in Übereinstimmung mit den an der pflegerischen Betreuung Beteiligten, in den 1998 überarbeiteten "Bewertungskriterien für Investitionen der stationären Altenpflege im Freistaat Sachsen" wie folgt:

„Grundsätzlich gibt es zwei Ansätze, diesem Problem in der stationären Altenpflege zu begegnen. Der eine Ansatz sieht die Errichtung von Spezialeinrichtungen vor, der andere geht von einer Integration des betroffenen Personenkreises in herkömmlichen Einrichtungen aus. Beide Ansätze haben ihr Für und Wider, gleichwohl gibt es Gründe, die das integrative Konzept als vorteilhaft erscheinen lassen:

Eine Stigmatisierung und die damit zusammenhängenden Probleme sowohl für die Betroffenen als auch für deren Angehörigen werden vermieden. Das sich bei alten Menschen z. T. wandelnde Krankheitsbild bzw. die sich wandelnden Verhaltensauffälligkeiten lassen eine Ausrichtung auf eine partielle Krankheitssituation nicht geboten erscheinen.

Es sollten daher keine gerontopsychiatrischen Spezialeinrichtungen geschaffen werden; vielmehr sind alle Altenpflegeheime baulich und konzeptionell so zu gestalten, dass in ihnen auch die Versorgung von gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen möglich ist.

Ogleich prinzipiell erwünscht, kann die Integration dieser Personen in den normalen Tagesablauf der Stationen auf Grenzen stoßen. Daher sollte eine spezielle Tagesbetreuung mit Therapie- bzw. Beschäftigungsangeboten sowie Bewegungsmöglichkeiten vorgesehen werden. Bei Bedarf sind auch Betreuungsangebote für nachts zu schaffen.

Die Grundrissgestaltung, besondere bauliche Maßnahmen und die Ausstattung sollen die Orientierung der in ihren Gedächtnisfunktionen beeinträchtigten Bewohner erleichtern.

Die Unterbringung gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Bewohner sollte in Einzelzimmern erfolgen, um Betreuung und Pflege verbessern zu können und übermäßige Belastungen der Mitbewohner zu vermeiden (vgl. SMS, 1998; S. 8).“

Dass der hier postulierte Integrationsgedanke grundsätzlich nach wie vor Gültigkeit hat, aber vor dem Hintergrund des heutigen Erfahrungs- und Wissenshorizontes modifiziert und ergänzt werden muss, scheint unstrittig.

Dort wo Integrationsbemühungen zur tagtäglichen Belastung der nicht psychisch erkrankten Bewohner werden, die räumlich separate Tagesbetreuung an ihre quantitativen und fachlichen Grenzen stößt oder eher regressive Reaktionen bei den Dementen verursacht und eine gerontopsychiatrische Profilierung und Professionalisierung verhindert wird, scheint auf den ersten Blick eine Separierung - unter Abwägung aller Vor- und Nachteile - menschlich und fachlich indiziert.

Die Einrichtung von separaten gerontopsychiatrischen Wohn- und Pflegebereichen in bestehenden Einrichtungen ist kritisch zu diskutieren, auch wenn zahlreiche Heimleiter von positiven und sicherlich unumstrittenen Entlastungseffekten berichten. Inwieweit diese temporärer und partieller Natur sind, ist zu prüfen. Hier sind insbesondere in Anlehnung an die Erfahrungen um die so genannten dreigliedrigen Einrichtungstypen Fragen nach Stigmatisierung und interner Einrichtungskariere zu stellen. Hinsichtlich der Belegung dieser Bereiche ist die Orientierung der Qualitätsmaßstäbe gemäß § 80 PflegeVG zu beachten, dass eine Zimmerwechsel innerhalb der Einrichtung möglichst vermieden werden soll (vgl. 7. Anstrich Punkt 1.1. der QM).

Vor diesem Hintergrund, den Erfahrungen in unterschiedlichen europäischen Ländern, einzelnen Modellprojekten in Deutschland und in seit vielen Jahren erfolgreich arbeitenden Spezialeinrichtungen (Johanneswerk Bielefeld) und dem aller Orten postulierten und sichtbar werdenden Handlungsbedarfes, wird die Schaffung von separaten Pflegeeinrichtungen für gerontopsychiatrisch erkrankte alte Menschen auch in Sachsen von verschiedenen Einrichtungsträgern und kommunalen Gebietskörperschaften ernsthaft in Erwägung gezogen.

Dabei hat sich inzwischen herausgestellt, dass die konzeptionellen Überlegungen um die Pflegeeinrichtungen der 4. Generation und die Hausgemeinschaften/Wohn-Pflege-Haushalte (vgl. KDA 1988 & 1999) gute Ausgangsbedingungen für eine gerontopsychiatrische Pflege und Betreuung bieten.

Wenn das Kuratorium Deutsche Altershilfe feststellt, dass in unüberschaubaren, demzufolge unpersönlichen Einrichtungen die psychischen und physischen Probleme für ältere Menschen nicht kleiner, sondern erheblich größer werden und eine aktuelle Studie aus Deutschland zum dem Ergebnis kommt, dass der Medikamentenverbrauch pro Heimbewohner mit der Größe der Einrichtung steigt, ist dies sowohl menschlich als auch volkswirtschaftlich alarmierend. Was dies für Bewohner mit einer psychischen Erkrankung bedeutet, ist unschwer festzustellen.

Es wird davon ausgegangen, dass äußere Strukturen unser Handeln maßgeblich beeinflussen. Dort wo Gebäudestrukturen, Betriebsabläufe und das wirtschaftliche Betriebsergebnis ausschließlich dem Diktat der Effizienzstei-

gerung unterliegen und lebensweltliche Aspekte ausgeblendet werden, sind die besten fachlichen Betreuungskonzepte nur unbrauchbares Stückwerk.

In diesem Sinne kommt es nicht darauf an, eine Sonderarchitektur zu schaffen, sondern menschenfreundliche und alltagsnahe Lebenswelten. Vor diesem Hintergrund erfährt auch die Diskussion um Sonderpflegeeinrichtungen für psychisch kranke alte Menschen eine neue Akzentuierung.

Weil zukünftig der überwiegende Teil aller Heimbewohner gerontopsychiatrisch erkrankt ist, erübrigt sich die Schaffung von Spezialeinrichtungen. Vielmehr müssen sich alle Pflegeeinrichtungen diesen absehbaren Veränderungen personell, strukturell und konzeptionell stellen.

Hierbei wird berücksichtigt, dass sich die konzeptionelle Ausrichtung der in Sachsen tätigen Einrichtungen differenzieren lässt. Diese Differenzierung, die von der gesonderten Tagesbetreuung (nach Göschel), über unterschiedlichste ergotherapeutische Angebote, bis zur konsequenten Umsetzung des Hausgemeinschaftsmodells reicht, ist unter den gegebenen Bedingungen legitim.

2.2. Wohn-Pflege-Haushalt (Wohngemeinschaften/Hausgemeinschaften) als eine Pflegeform der Zukunft

Hinter dem Begriff "Hausgemeinschaften" verbirgt sich in der aktuellen Fachdiskussion eine Art Wohngemeinschaftsmodell. Danach wohnen und leben die Pflegebedürftigen in kleinen Wohnbereichen mit 6 bis 8 Einzelzimmern. Der Lebensmittelpunkt ist der gemeinsame Wohn-Küchen-Bereich, der ausreichend Raum für die hauswirtschaftlich geprägte Tagesstrukturierung bietet.

In Sachsen wird ein modifiziertes Modell mit jeweils 12 Einzelzimmern pro Wohn-Pflege-Haushalt favorisiert. Um eine Abgrenzung zu dem vom Kuratorium Deutsche Alterhilfe publizierten Modell der „Hausgemeinschaften“ gewährleisten zu können, hat man sich in Sachsen auf den Begriff „Wohn-Pflege-Haushalt“ verständigt.

Diese kleinen Einheiten bieten die Gewähr für eine familiäre, individuelle und vom Haushaltsalltag geprägten Atmosphäre. Die Überschaubarkeit verhindert Gettoisierung und Ausgrenzung, sie erhält Gemeinwesenbezüge und gestattet es, bisheriges Leben ohne extreme Brüche in den Lebensweltbezügen fortzusetzen. Es geht also bei diesem Angebot um die Wahrung von Identität und Würde.

Kennzeichnend für die Leistungsphilosophie ist die Bezeichnung „Wohn-Pflege-Haushalt“. Sie verdeutlicht einerseits, dass es sich um eine kleine überschaubare haushaltsähnliche Betreuungsform handelt und andererseits durch haushaltsähnliche Tagesstrukturen und Aufgabenstellungen eine konsequente Lebensweltorientierung mit all ihren aktivierenden und erhaltenstherapeutischen Momenten verfolgt wird. Pflegebedürftige werden soweit

möglich in die „Haushaltsführung“ aktiv einbezogen; ob dies zum Beispiel die Frühstückszubereitung, der Einkauf, der Abwasch oder Reinigungsarbeiten sind. Nach gängigen Erfahrungen aus der ergotherapeutischen Praxis mit alten pflegebedürftigen Menschen, sind es gerade die lebenslang eingeübten Haushaltstätigkeiten, die selbst bei schwer dementiell Erkrankten noch problemlos abrufbar sind und entscheidend zum Wohlbefinden beitragen.

Das milieutherapeutische Ziel für Demente in allen Pflegeeinrichtungen ist es, ein Klima zu schaffen, das eine gute Mischung zwischen freundlicher Stimulation und beruhigender Reizabschirmung bietet. Dem liegt die Erkenntnis zu Grunde, dass psychische und körperliche Inaktivität, die zu meist durch traditionelle Organisationsabläufe und durch eine einseitig somatisch orientierte Pflege erzwungen wird, Abbau- und Krankheitsprozesse erheblich beschleunigt und somit die Lebensqualität und die Lebensperspektiven der betroffenen Menschen stark einschränkt.

Der gesamte Umgang, jegliche Kommunikation und Handlung mit den pflegebedürftigen Menschen muss flexibel orientiert sein an dem Spannungsbogen zwischen Aktivieren und Validieren. (vgl. Sträßer & Cofone, 2000)

Temporäre Angebote, wie zum Beispiel die der sogenannten Beschäftigungstherapie, schaffen hier kaum bzw. nur für einen sehr kleinen Personenkreis Abhilfe.

Neben dieser konsequent lebensweltorientierten Einrichtungsphilosophie soll die Pflege und Betreuung dem Bewohner fachlich kompetente Hilfe zur Erhaltung und Erlangung größtmöglicher Selbstbestimmung und Unabhängigkeit geben und dabei seine persönlichen Bedürfnisse und Gewohnheiten respektieren. Hierbei stehen die Bedürfnisse nach Privatheit, Unabhängigkeit, Wahlfreiheit, Würde, Selbstverwirklichung und Rechtssicherheit als stetige Handlungsorientierung des Personals.

Das Pflegepersonal nimmt die Rolle eines unterstützenden Begleiters ein, der insbesondere in den Bereichen Körperpflege, Nahrungszubereitung und -aufnahme, Mobilität, Haushaltsführung Hilfen anbietet und in den Bereichen Behandlungspflege und soziale Betreuung Aufgaben übernimmt.

Erfahrungen von Einrichtungen, die bereits nach dem Prinzip der Hausgemeinschaften arbeiten, haben gezeigt, dass Angehörige sich vermehrt und weitaus aktiver in diese Prozesse einbringen und somit einen wichtigen Beitrag zu einer individuell ausgerichteten Pflege und Betreuung leisten.

2.3. Konzeption und Umsetzung

Grundlage für die Erstellung der Einrichtungskonzeption soll die vom Landespflegeausschuss am 6.6.2000 verabschiedete "Orientierungshilfe zur Konzeptionsentwicklung in stationären/teilstationären und ambulanten Einrichtungen der Altenhilfe" sein.

Die Konzeption soll unter Beachtung der hier gemachten Ausführungen die Besonderheiten der aktuellen Entwicklung in Bezug auf die Versorgung, Pflege und Betreuung von Demenzkranken differenziert behandeln und die vorhandenen fachlichen Erkenntnisse hinreichend würdigen. Dabei soll weniger die formale Abhandlung und Abarbeitung des Themas, als vielmehr die aktive und kritische Auseinandersetzung mit Bedarfen, Mitteln und Möglichkeiten im Vordergrund stehen. Es soll sichtbar werden, dass der Träger in der Lage ist, die beschriebene Philosophie auch tatsächlich mit Leben zu erfüllen. Die alleinige Umsetzung funktioneller Anforderungen und architektonischer Prinzipien wird zu keiner tatsächlichen Verbesserung der Betreuungs- und Pflegesituation führen. Vielmehr ist die Verinnerlichung beschriebener Grundwerte wichtigste Voraussetzung für eine greifbare und gelebte Pflegekultur.

Eine menschenwürdige Pflege ist ein Kulturgut, das es zu bewahren und zu entwickeln gilt. Sie umfasst einen vielfältigen Erfahrungsschatz, der nur in ihrem praktischen Vollzug weitergegeben und erworben werden kann. Sie hat sich mittlerweile zu einer humanen Lebensform verdichtet, an der immer mehr Menschen, zumeist unfreiwillig, partizipieren. Aber auch sie sollten Mitverantwortung übernehmen, und das können sie nur dann, wenn sie auf ein Pflegepersonal treffen, das sich ihren individuellen Bedürfnissen, ihren Lebensgewohnheiten und ihren Leiden stellt. Humane Pflege ist keine operationalisierbare Abfertigung, sondern eine verantwortungsvolle Form mitmenschlichen Zusammenseins und Zusammenarbeitens, in der Menschen persönliche Wertschätzung, Respekt und Feingefühl erfahren müssen. Nur dann ist das Pflegegeschehen eine Herausforderung für und eine Vervollkommnung von Kultur.

Hierbei ist insbesondere zu beachten, dass die nachfolgenden Punkte (Funktionelle Anforderungen & Personal) einer einrichtungsspezifischen Ausdifferenzierung und Beschreibung bedürfen.

Es wird angeregt, die zugrundeliegende Philosophie unabhängig von den architektonischen Gegebenheiten, also auch in vorhandenen Pflegeeinrichtungen umzusetzen.

3. Funktionelle Anforderungen

3.1. Grundsätzliches

Auch wenn sich die nachfolgend beschriebenen funktionellen Anforderungen am ehesten im Rahmen von neu zu planenden und neu zu bauenden Altenpflegeeinrichtungen umsetzen lassen, wird davon ausgegangen, dass sich diese zumindest teilweise auch in bestehenden Pflegeeinrichtungen umsetzen lassen.

Dementiell Erkrankte reagieren besonders sensibel auf Umweltstress. Ungünstige bauliche Bedingungen, wie zum Beispiel lange, dunkle und sackgassenartige Flure, rufen deshalb bei diesem Personenkreis in besonderer Weise und vermehrt Verunsicherung und Angst hervor. Daher ist der architektonischen Gestaltung besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

Planungsgrundlage für die architektonische Gestaltung von vollstationären Pflegeeinrichtungen sind die "Bewertungskriterien für Investitionen der stationären Altenpflege im Freistaat Sachsen" aus dem Jahre 1998. Neben den hier formulierten Anforderungen, sollen nachfolgend genannte Gestaltungsaspekte besondere Aufmerksamkeit beim Neubau oder der Umgestaltung bestehender Pflegeeinrichtungen finden.

3.2. Allgemeine Entwurfsprinzipien für den Wohn-Pflege-Haushalt

1. Zentrales aufbau- und ablauforganisatorisches Gestaltungselement ist das Wohngemeinschaftsprinzip. Die Pflegeeinrichtung untergliedert sich danach in einzelne überschaubare Wohnbereiche mit jeweils 12 Bewohnern.
2. Pro Ebene sollen mindestens 2 Wohnbereiche vorhanden sein. Diese nutzen die verschiedenen Funktionsräume gemeinsam.
3. Die farbliche Gestaltung der Einrichtung ist auf die besondere Situation von demenzkranken Menschen abzustimmen. So sollten keine gemusterten Bodenbeläge und Tapeten für die Raumgestaltung genutzt werden. Pastellfarben sind weißen oder kräftigen Farben vorzuziehen.
4. Die Wohnbereiche des Hauses sollen wohnlich gestaltet sein.
5. Die Räume sollen akustisch ausreichend abgeschirmt sein und nicht hallen.
6. Die Beleuchtung der Einrichtung sollte ausreichend blend- und schattenfrei sein. Es ist auf eine ausreichende Belichtung und Belüftung zu achten. Alle genutzten Räume sollten durch indirektes Licht mit ca. 500 LUX in Augenhöhe ausgeleuchtet werden, so dass durch die Beleuchtung keine Schatten entstehen.

3.3. Gemeinsame Wohnküche

Lebensmittelpunkt eines jeden Wohnbereichs ist die eigene, multifunktional nutzbare, Wohn-Küche für 12 Personen. Diese soll mit einer behindertenfreundlichen Küche ausgestattet sein. Für den Ausstattungsgrad ist der normale Großhaushalt die Orientierungsgrundlage.

Eine Wohnküche, die an „zu Hause“ erinnert, trägt nicht nur zum Wohlbefinden der Wohnenden bei, sie kann diese auch in angemessener Weise an verschiedene Aktivitäten erinnern, zu diesen animieren und teilhaben lassen. Eine alltagsnahe Atmosphäre sollte bei der Raumplanung eine sehr hohe Priorität besitzen. Die Betonung des persönlichen Charakters kann auch dabei helfen, eine häusliche Atmosphäre zu schaffen.

Bei der Gestaltung der Wohnküche ist u. a. auf folgende Punkte zu achten:

- Die Wohnküche lässt Gruppenaktivitäten (12 Personen) sowohl von der Fläche als auch von der Ausstattung zu.
- In direkter Anbindung an die Wohn-Küche ist ein Lebensmittelvorratsraum unter anderem mit Stellmöglichkeiten für 2 Kühl- und 1 Tiefkühlschrank vorzusehen. Dieser dient der kurzfristigen Zwischenlagerung der unmittelbar zum Verzehr bestimmten Lebensmittel.
- Die Wohnküche weist genügend Arbeitsflächen aus, um die Bewohner aktiv einbeziehen zu können.
- Der Zugang zum Herd ist kontrollierbar (Zeituhr oder Sperre).
- Es sind sichere Aufbewahrungsmöglichkeiten für potentiell gefährliche Reinigungsmittel oder andere Utensilien vorhanden.

3.4. Hygiene in der Wohnbereichsküche

Da es sich bei dem Wohn-Pflege-Haushalt-Modell um kleine Einheiten handelt, die die Gewähr für eine familiäre, individuelle und vom Haushaltsalltag geprägte Atmosphäre bieten und genau das in dieser Pflegeform auch beabsichtigt ist, kann festgestellt werden, dass hier § 42 Abs. 1 Satz 3 IfSG (Infektionsschutzgesetz) einschlägig ist. Somit sind die Tätigkeits- und Beschäftigungsverbote gemäß § 42 Abs. 1 IfSG für die Bewohner dieser Wohn-Pflegeform nicht zutreffend. Ebenfalls sind die Forderungen des § 43 IfSG für die Bewohner nicht rechtsverbindlich.

Dagegen finden für die Präsenzmitarbeiter die Regelungen im §§ 42 und 43 IfSG volle Anwendung. Somit gelten sowohl die Festlegungen zu Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot (§ 42) als auch zu Belehrung und Bescheinigung des Gesundheitsamtes (§ 43).

Unabhängig davon wird es für erforderlich gehalten, dass die Bewohner der Wohngruppen über die hygienischen Erfordernisse regelmäßig informiert werden. Die Informationen sollten in die tägliche Betreuungsarbeit einfließen und im Einzelnen von der Präsenzmitarbeiterin in verständlicher Form weitergegeben werden. Eine Belehrung durch das Gesundheitsamt ist für die Bewohner dieser besonderen Wohnform nicht erforderlich.

Daneben wird empfohlen, für die Wohngruppen gesonderte Hygienepläne gemäß § 36 Abs. 1 IfSG zu erarbeiten.

3.5. Zimmer

Das Zimmer ist der individuelle und private Rückzugs- und Wohnbereich des Bewohners. Es muss ein selbstbestimmtes Leben ermöglichen und den Bedürfnissen des einzelnen Bewohners gerecht werden. Aus diesem Grunde ist ein 100%iger Einzelzimmeranteil empfehlenswert.

Mit der Orientierung am „normalen“ Wohnen wird überzogenen Überwachungs- und Sicherheitskonzepten eine Absage erteilt.

Die Gebäudestruktur, die farbliche Gestaltung der Wohnbereiche und die Nutzung unterschiedlicher Orientierungselemente soll die selbständige Orientierung der Bewohner unterstützen und erleichtern.

- Die Zimmerausstattung soll bis auf das Pflegebett grundsätzlich mit eigenen Möbeln erfolgen. Dabei sind die persönlichen Wünsche des Bewohners sowie die notwendige Funktionalität und Sicherheit sorgfältig gegeneinander abzuwägen.
- Auf eine optisch unterschiedliche Gestaltung der Zimmer ist zu achten. Dies kann durch die farbliche Gestaltung, persönliche Zeichen, Erinnerungsstücke, farblich unterschiedliche Vorhänge und Fußbodenbeläge unterstützt werden. Der Fußbodenbelag sollte zwischen Zimmer und Flur grundsätzlich wechseln, um so die Orientierung zu erleichtern.
- Barrierefreiheit als oberste Gestaltungsmaxime umfasst auch die Forderung nach leichter Bedienbarkeit bzw. Handhabbarkeit von Türen, Fenstern, Vorhängen, Heizkörpern u.v.a.m.

3.6. Sanitäreinrichtungen

Die Körperpflege und die Darm- und Blasenentleerung gehören zu den intimsten Tätigkeiten im menschlichen Leben. Daher werden damit im Zusammenhang stehende Fähigkeitseinschränkungen als besondere Kontrollverluste erlebt. Insofern gilt es, der Stärkung und Unterstützung der Selbständigkeit in diesem Bereich besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Dabei ist darauf zu achten, dass die Toilette ohne fremde Hilfe gefunden und genutzt werden kann. Jedem Zimmer soll eine eigene Toilette mit Waschbecken und Dusche (Kleinbad) zugeordnet sein.

3.7. Korridore

Bei desorientierten Bewohnern muss oft das „Weg-Finden“ durch eine entsprechend gestaltete Umgebung unterstützt werden. Ziel ist es, den Bewohnern durch deutliche visuelle Unterscheidungsmerkmale der verschiedenen Bereiche und Räume möglichst viele für sie verständliche Orientierungshinweise zu geben.

- Flure und Aufenthaltsbereiche sind unterschiedlich gestaltet (Farbe, Wandstruktur)
- Es gibt andere latente Hinweise, die bei der Orientierung helfen, z. B. dienen Pflanzen oder Möbel dazu, die Lage eines bestimmten Raumes anzuzeigen.
- Flurerweiterungen bieten Gelegenheit zu spontanen Kontakten.
- Es gibt interaktive und haptisch anregende Wandverkleidungen (Wandbehänge), die die Bewohner „erforschen“ können.

- Es sollen keine langen Gänge vorhanden sein.
- Für Heimbewohner mit motorischer Unruhe gibt es abwechslungsreiche, sichere und ggf. als Rundgang angelegte Wege.
- Sackgassen sind so gestaltet, dass ein Umkehren leicht möglich ist (rundführender Handlauf).

3.8. Außenbereiche

Ein direkter Zugang zu den Aufenthaltsbereichen im Außenbereich ist zu gewährleisten. Neben dem Aufenthalt an frischer Luft, sollen hier unterschiedliche Einzel- und Gruppenaktivitäten eine für die Bewohner anregende und abwechslungsreiche Atmosphäre ermöglichen.

- Ein direkter Zugang zu einem eingegrenzten Gartenbereich bietet den Bewohnern Bewegungsmöglichkeiten im Freien.
- Der Garten soll weglaufsicher, gefährdungsarm und anregend (z. B. ein Aussichtsplatz oder eine alte Pumpe etc.) gestaltet sein.
- Gartenarbeit sollte für die Bewohner möglich sein.
- Im Außenbereich sollen überdachte Flächen vorhanden sein.

4. Personalausstattung und -qualifikation

4.1. Personalausstattung und -verteilung

Pflegeeinrichtungen haben eine dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechende Qualität des Wohnens und der Betreuung zu sichern. Ebenso haben sie die Würde sowie die Interessen und Bedürfnisse der Bewohner vor Beeinträchtigung zu schützen und die Selbständigkeit, Selbstbestimmung und die Selbstverantwortung der Bewohner zu wahren und zu fördern (vgl. § 2 Heimgesetz).

Neben der sächlichen muss die personelle Ausstattung der Einrichtung es erlauben, diesen Auftrag zu erfüllen. Dies stellt vor dem Hintergrund neuer Heimmodelle und der zunehmenden Anzahl gerontopsychiatrisch erkrankter Bewohner eine besondere Herausforderung dar. Hierbei spielt neben der ausreichenden Anzahl der Mitarbeiter auch deren Qualifikation und bedarfsgerechter Einsatz eine entscheidende Rolle.

Mit der Neugewichtung einzelner Aufgabenbereiche im Wohn-Pflege-Haushalts-Modell kommt der übergreifenden Personaleinsatzplanung eine besondere Bedeutung zu. Die Anwesenheit einer Präsenzkraft tagsüber und der punktuelle Einsatz von Pflegefachkräften in den einzelnen Wohnbereichen, ähnlich wie in der ambulanten Pflege, stellt einen Paradigmenwechsel in der Organisationskultur stationärer Pflegeeinrichtungen dar.

4.2. Stellenwert des hauswirtschaftlichen Personals – die Präsenzkraft

Mit der Dezentralisierung und der Verlagerung der unterschiedlichen Dienstleistungen in die einzelnen Wohnbereiche und der Betonung von Wohnen und Alltagsgestaltung vollzieht sich eine erhebliche Aufwertung der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten. Diese werden zum wesentlichen Strukturelement im Tagesablauf der Heimbewohner. Durch eine größere Nähe zum Bewohner und der Aufgabenerweiterung um betreuende Komponenten erhält insbesondere die Präsenzkraft eine besondere Bedeutung.

4.3. Tätigkeitsprofil einer Präsenzkraft

Die Reproduktion des gewohnten Hauswirtschaftsalltags mit allen Tätigkeiten, die die Bewohner ein Leben lang begleitet haben, steht bei Wohn-Pflege-Haushalten im Vordergrund. Die pflegerische Versorgung bestimmt nicht das Geschehen, sondern wird zu einem wichtigen Bestandteil des gewohnten normalen Lebens.

Bei dieser Konzeption kommt der Präsenzkraft als „Wohnbereichsmanagerin“ eine hohe Bedeutung bei. Innerhalb einer Hausgemeinschaft ist sie für alle Tätigkeiten „rund um den Herd“ verantwortlich und erledigt ebenso ausgewählte pflegerische Aufgaben.

Gerade durch die konsequente Speisenzubereitung und -verteilung entlastet sie die Pflegekräfte von Arbeitsaufgaben.

Damit die Präsenzkraft ihrer wichtigen Rolle auch gerecht werden kann, ist eine Anwesenheit tagsüber erforderlich. Empfehlenswert ist deshalb eine Dienstzeit von 8.00 Uhr bis 19.30 Uhr.

Die für das Aufgabenspektrum geeignetste Ausbildung ist die der Familienpflegerin.

Die Aufgaben der Präsenzkraft stellen sich wie folgt dar:

Soziale Aufgabenbereiche

- Förderung von Sozialkontakten und Kommunikation innerhalb des Koch-/Essbereiches der Wohnküche
- Ermöglichen der gewünschten aktiven Teilnahme der Bewohner an einzelnen hauswirtschaftlichen Tätigkeiten
- Ermöglichen der passiven Teilnahme (Voraussetzung: Kenntnis der Bewohner und Angebot)
- Gestaltung von Festen und Feiern
- ein Ansprechpartner für ehrenamtliche Mitarbeiter sowie Angehörige

Hauswirtschaftliche Aufgabenbereiche

- Einhaltung der Qualitäts- und Arbeitsstandards für die Wohnküche (Reinigungs- und Hygieneplan für den dezentralen Wohnküchen- und Essbereich u.a.)
- Zubereiten der Mahlzeiten nach den verschiedenen Kostformen sowie alle in diesem Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbereitungsarbeiten
- Verteilen von Speisen und Getränken innerhalb des dezentralen Essbereiches
- Ansprechende Präsentation der Speisen und aufmerksamer Service bei der Speiseneinnahme
- Bereitstellen der Speisen zur Abholung in die Privaträume
- Sauberhalten der Essplätze sowie sämtliche Reinigungsarbeiten/Abfallentsorgung innerhalb der Wohnküche
- Blumenpflege/Tierpflege/obere Reinigungsarbeiten im öffentlichen Bereich der Hausgemeinschaft
- Lagerhaltung und Lebensmittelbestellungen für die der Küche zugeordnete Hausgemeinschaft
- kleine Wäschepflege

Pflegerische Aufgabenbereiche

- Hilfestellung bei der Speiseneinnahme innerhalb des dezentralen Essbereiches
- Koordination und Einbeziehen anderer Pflegekräfte in notwendige Pflegetätigkeiten

Eine weiterführende Aufgabenstellung in diesem Bereich hängt von der Art der Nutzung der Wohnküche sowie der Anzahl der zugewiesenen Bewohner ab.

4.4. Personelle Anforderungen und Qualifikation

Die Pflege und Betreuung gerontopsychiatrisch erkrankter Bewohner erfordert ein besonders hohes Maß an Fachwissen, an fachlicher und sozialer Kompetenz sowie personelle Kontinuität. Aus diesem Grunde wird die Umsetzung eines besonderen Qualifikationsprofils für alle Pflegeeinrichtungen in denen der Anteil der gerontopsychiatrisch erkrankter Bewohner überwiegt empfohlen.

Die Pflege und Betreuung soll in der Regel durch ein festes Team erfolgen, in das alle im Wohnbereich tätigen Berufsgruppen einbezogen werden.

Etwa zwei Drittel der Mitarbeiter sollen über einen staatlich anerkannten Abschluss in einem der folgenden Berufe verfügen:

- Altenpflegerinnen und Altenpfleger
- Krankenschwestern und Krankenpfleger

- Familienpflegerinnen und Familienpfleger
- Sozialpädagogen /-arbeiter
- Ergotherapeuten

Mindestens die Hälfte Mitarbeiter muss aus Pflegefachkräften bestehen.

Alle Mitarbeiter ohne Erfahrungen im gerontopsychiatrischen Pflegebereich haben innerhalb des ersten Jahres eine spezifische Fortbildung im Umfang von mindestens fünf Tagen (40 Stunden) zu absolvieren. Daneben sollten alle Mitarbeiter (einschließlich der hauswirtschaftlichen Kräfte) möglichst im Team spezifische Fortbildungsangebote von mindestens 15 Stunden in 2 Jahren wahrnehmen.

Daneben ist es notwendig, dass für die ständige Anleitung der Mitarbeiter eine Pflegefachkraft über eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation im Bereich „Gerontopsychiatrie“ (etwa 720 Stunden) verfügt. Im Rahmen einer Übergangsfrist von 5 Jahren nach Verabschiedung dieser Empfehlung, wird es den Einrichtungen ermöglicht, Pflegefachkräfte nachholend zu qualifizieren. Im Einzelfall kann darauf verzichtet werden, wenn einschlägige bzw. vergleichbare Fortbildungen nachgewiesen werden.

Es müssen regelmäßig Fallbesprechungen aller maßgeblich an der Pflege und Betreuung Beteiligten stattfinden.

Nach Möglichkeit sollen feste Kooperationsbeziehungen zu niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und zu den sozialpsychiatrischen Diensten aufgebaut werden.

4.5. Inhalt und Umfang der fachspezifischen Fort- und Weiterbildung

Die Basisqualifikation im Umfang von ca. 40 Stunden soll in etwa folgende Themen umfassen:

- Einführung in die Geriatrie
- Einführung in die Gerontopsychiatrie – Demenz und andere Erkrankungen
- Besonderheiten der Pharmakologie bei alten Menschen
- gerontopsychiatrische Pflege und Betreuung (Validation, Milieuthera-
pie,...)

Die staatliche anerkannte Zusatzqualifikation für den Bereich „Gerontopsychiatrie“ sollte einen Umfang von etwa 720 Stunden haben. Folgende Themenblöcke gehören vorzugsweise zum Ausbildungsinhalt:

- Geriatrie und geriatrische Rehabilitation
- Gerontopsychiatrische Erkrankungen
- Gerontopsychiatrische Pflege und Betreuung
- Soziologie des Alterns
- Psychologie des Alterns

- Ethik
- Kommunikation und Führung
- Rechtliche Fragen der fachlichen Arbeit
- Praktischer Unterricht

Daneben sollen Exkursionen und Hospitationen zum Ausbildungsinhalt gehören.

5. Verwendete Literatur

ALZHEIMER Gesellschaft Mittelhessen e.V., Mensch sein. Mensch bleiben - Das Alzheimer Tageszentrum in Wetzlar - Ein Erfahrungsbericht, Köln: Farbo - Druck, 1997

BÖHLER, A., u.a., So normal wie möglich, in: Zeitschrift Altenheim Nr. 12/1999, Hannover: Vincentz, 1999, S. 16 - 19

DEUTSCHER BUNDESTAG (Hrsg.), Demographischer Wandel - Zweiter Zwischenbericht der Enquete-Kommission "Demographischer Wandel" - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik, Bonn: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, 1998

FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG, Medizinische und Gesellschaftspolitische Herausforderung: Alzheimer Krankheit - Der langsame Zerfall der Persönlichkeit, Düsseldorf, 1995

HÄFNER, H. , Psychiatrie des höheren Lebensalter, in : BALTES, P.B., u.a. (Hrsg.), Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie, Berlin: de Gruyter, 1994, S. 151-174

HIRSCH, R.D., Gerontopsychiatrie, in: JANSEN, B. , u.a. (Hrsg.), Sozial Gerontologie, Weinheim: Beltz, 1999, S. 274 - 296

KURATORIUM DEUTSCHE ALTERSHILFE, Hausgemeinschaften - Werkstattbericht - Schriftenreihe ARCHITEKTUR+GERONTOLOGIE, Köln: KDA, 1999

KURATORIUM DEUTSCHE ALTERSHILFE, Neue Konzepte für das Pflegeheim - auf der Suche nach mehr Wohnlichkeit - Schriftenreihe "vorgestellt" Nr. 46, Köln: KDA, 1988

PSCHYREMBEL, Medizinisches Wörterbuch, 1993

SÄCHSISCHES Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie, Bewertungskriterien für Investitionen der stationären Altenpflege im Freistaat Sachsen, Dresden: SMS, 1998

STRÄßER, H. und COFONE, M., Innovativer Umgang mit Demenzen - Strategien, Konzepte und Einrichtungen in Europa, Saarlouis: Demenz-Verein Saarlouis e.V., 2000

THOMAE, H. , Lebenszufriedenheit, in: OSWALD, Wolf D., u.a. (Hrsg.), Gerontologie - Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe, Stuttgart: Kohlhammer, 1984, S. 271 - 275

WAHL, H.-W., u. a. (Hrsg.), Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen, Stuttgart: Kohlhammer, 2000, S. 233 - 2