

Perspektiven für die Zukunft von älteren Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen einschließlich Demenz

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE entstand Anfang der 70er Jahre als Vereinigung von Psychiatern und Bundestagsabgeordneten, die gleichermaßen unzufrieden waren mit dem damaligen Hilfsangebot für psychisch kranke Menschen und den menschenunwürdigen Zuständen, die in der Versorgung dieser Menschen bestanden. Seitdem hat sich in der Betreuung und Versorgung dieser Menschen vieles positiv verändert und die damaligen Erkenntnisse waren auch der Motor für einen Reformprozess, der zu einer völligen Umgestaltung der klinischen und außerklinischen Hilfsangebote führte.

Aber richtet man den Fokus auf die immer größer werdende Zahl psychisch kranker alter Menschen, ist festzustellen, dass es einen großen Anteil Menschen mit psychischer Erkrankung gibt, die noch keine adäquate Hilfe insbesondere bei Demenz erhalten, deren Erkrankung nicht erkannt wird, oder die lebenserhaltende Pflegemaßnahmen, nicht aber notwendige Behandlung und Rehabilitation erhalten.

Immer mehr Menschen müssen gegen ihren deutlich gemachten Willen ihr vertrautes Lebensumfeld verlassen, um erforderliche Hilfen zu erhalten. Die Statistiken zeigen, dass der größte Anteil älterer Menschen in der gewohnten Umgebung leben möchte. Trotzdem müssen psychisch kranke alte Menschen häufig ihr Umfeld verlassen, weil bislang komplexe Hilfeleistungen kaum ambulant, sondern fast ausschließlich stationär angeboten werden.

Deshalb geht es um die Realisierung des übergreifenden Ziels Teilhabe am Leben in der Gesellschaft auch für psychisch kranke alte Menschen, insbesondere mit Demenz. Voraussetzung dafür ist, dass Behandlung, Leistungen zur Teilhabe und Pflege personenzentriert erfolgen. Leitgedanke des personenzentrierten Ansatzes ist die konsequente Orientierung am Hilfebedarf des psychisch kranken alten Menschen und die Realisierung personenzentrierter integrierter Hilfen anstatt der bisher vorherrschenden institutionszentrierten und angebotsgesteuerten Organisation der Hilfen. Das heißt nicht der Hilfebedürftige soll sich an das Hilfesystem anpassen, sondern das Hilfesystem soll seine Arrangements nach dem Bedarf des psychisch kranken alten Menschen ausrichten. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit des Umbaus des Versorgungssystems.

Wir haben keine Zeit! Wir müssen jetzt handeln!

Vordringlich sind dabei folgende Aspekte:

- Die Nutzer, d. h. die von psychischer Erkrankung betroffenen alten Menschen und ihre Angehörigen, müssen gestärkt werden. Ihre Wünsche in Bezug auf den Wohnort, die Kontakte und die Hilfen müssen vordringlich berücksichtigt werden.
- Pflege und Teilhabe müssen verknüpft werden, d. h. ohne Pflege keine Teilhabe, ohne Teilhabe keine Pflege. Durch das SGB IX wurde die Teilhabe in den Vordergrund gestellt. Das ist für Menschen mit Pflegebedarf nicht verwirklicht.
- Auch andere Prinzipien des SGB IX müssen auf das SGB XI übertragen werden, zum Beispiel die einheitliche Beratung durch Servicestellen und der vereinfachte Zugang zu Hilfen usw.

- Der Schutz der Menschen muss verbessert werden, aber nicht durch Schaffung eines noch umfassenderen Heimgesetzes, sondern Vorrang hat die Erweiterung des Verbraucherschutzes sowie die gesetzlichen Regelungen zur Qualitätssicherung ambulanter und stationärer Leistungen.
- Es gilt einen Arbeitsplatzersatz für pflegende Angehörige analog zur Elternzeit bei Kindern zu realisieren. Dazu muss ein Pflegezeitgesetz verabschiedet werden.
- Stärkung von Familienselbsthilfe, Nachbarschaftshilfe und des Ehrenamtes. Bürgerschaftliches Engagement ist nicht zum Nulltarif erhältlich. Deshalb ist eine Honorierung, zumindest eine Kostenerstattung der freiwilligen Tätigkeit und öffentliche Anerkennung notwendig.
- Die Hilfen müssen statt angebotsorientiert nun nutzerorientiert und personenzentriert erfolgen, damit auch psychisch kranke Menschen mit komplexem Hilfebedarf in ihrer vertrauten Umgebung leben können. Dazu bedarf es einer koordinierenden Beratung bzw. eines leistungserbringer- und leistungsträgerübergreifenden Assessments und Case-Managements.
- Die Hilfen werden – wenn immer möglich – wohnortnah in den Gemeinden, Quartieren, Stadtteilen organisiert. Dabei ist Aufgabe der Kommune sich als Mediator für die Entwicklung altersgerechter Stadtteile und Gemeinden zu verstehen. Erforderlich hier ist, dass quartiersintegrierte Gesamtkonzepte erprobt werden.
- Realisierung von Dienstleistungszentren und / oder Altenhilfeverbund im Quartier, um komplexe Hilfen zur Deckung eines individuellen Hilfebedarfs zu bündeln und multiprofessionell zu erbringen.
- Die konsequente Entkoppelung der Finanzierung von Wohnen und Hilfen auch im Heim. Über Unterkunft, Verpflegung, Pflege usw. werden gesonderte Verträge abgeschlossen (siehe hier zum Beispiel ambulante Hausgemeinschaften).
- Finanzielle Anreize für ambulante gegenüber der stationären Leistungserbringung sind zu stärken.
- Stärkung neuer Formen der Finanzierung für flexible ambulante Komplexleistungen, z. B. das trägerübergreifende Persönliche Budget.
- Auf gesetzgeberischer Ebene sind vor allem Änderungen im SGB XI notwendig. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit und die Vorgaben der Pflegestufen sind zu verändern, um den spezifischen Hilfebedarf von psychisch kranken Menschen, insbesondere Demenz zu berücksichtigen.
- Realisierung von würdigem Sterben zu Hause und in Einrichtungen für alle Menschen.
- Bei Menschen mit Migrationshintergrund müssen stärker die spezifischen kulturellen und religiösen Bedürfnisse berücksichtigt werden.