

## **Gerontopsychiatrisch veränderte Menschen**

### **Von der Anstaltsverwahrung zur Inklusion im vertrauten Quartier**

Wie die Geschichte lehrt, hängt Psychiatrie immer von den jeweiligen gesellschaftlichen Wertesystemen ab.

So sind unsere heutigen kulturellen und demokratischen Werte unvereinbar mit einer stigmatisierenden und damit ausgrenzenden Verwahrung in Anstalten und "Irrenhäusern" sowie mit einer Entmündigung und Entprivatisierung, wie das bisher war.

Als Beispiel aus der jüngeren Vergangenheit kann das gerontopsychiatrisch geprägte Pflegeheim Thekla genannt werden, aus dem das AWO Gerontopsychiatrische Pflegeheim "Marie Juchacz" hervorging.

Im Jahre 1904 war es vom sächsischen König weit weg von der Stadt Leipzig am Rande des Dorfes Thekla als Anstalt für Siechende und Gebrechliche gegründet worden. Noch im Jahre 1990 wurde es baulich durch große Schlafsäle, Gruppenwaschräume und einheitlich dunkelblau geflieste lange Korridore und Treppenhäuser geprägt.

Inhaltlich wurde es bestimmt durch das Leitbild Krankenhaus, will heißen durch eine wegen versuchter Republikflucht strafversetzte Fachärztin für Psychiatrie als hauptamtlich angestellte Heimärztin, durch eine Oberschwester statt einer Pflegedienstleiterin, durch Krankenpflege statt durch Altenpflege, durch Stationen statt durch Wohnbereiche sowie durch eine hohe Belegungsdichte mit überwiegend gerontopsychiatrisch veränderten "Patient/-Innen". Deren Defizite standen im Mittelpunkt der Versorgung.

Dieses aus baulicher Sicht gesehene Haus der ersten Pflegeheimgeneration und aus inhaltlicher Sicht gesehene Heim der zweiten Generation wurde als Ort heimärztlich angeordneter und fürsorglicher Pflege und nicht als Ort des Wohnens und der Betreuung (dritte Generation) angesehen. Aktivierung und Reaktivierung gab es nicht. Privatheit konnte schon von der baulichen Struktur her keine Rolle spielen. Der Ruf der Einrichtung im Quartier war negativ besetzt; das Heim stark stigmatisiert.

Es wurde zum 1. Januar 1991 als erstes Pflegeheim vom damaligen AWO Bezirksverband Sachsen - West übernommen. Den Namen der Gründerin der Arbeiterwohlfahrt Marie Juchacz trägt es auf Beschluss des Bezirksvorstandes seit dem 1. Juli 1991. Mit Hilfe der Stiftung "Daheim im Heim", der Frau Bundesministerin a. D. Hannelore Rönsch und Herr Ministerpräsident a. D. Lothar de Maizière vorstanden, konnte die erste Gruppenwasch- und Toilettenräumlichkeit umfassend rekonstruiert und mit einer modernen Pflegebadewanne mit integriertem Lifter ausgestattet werden. Den Scheck über 100 000 DM, eine Summe, die in einer Wiesbadener Benefizveranstaltung gespendet worden war, überreichten beide in der Einrichtung. Dabei wurden sie herzlich von unserem Bezirksvorsitzenden Karl-August Kamilli, unserem Bezirksgeschäftsführer Martin Kruse und der Mitarbeiterschaft begrüßt. Das Stiftungskuratorium hatte beschlossen, dieses Geld dem Pflegeheim als einer Einrichtung zukommen zu lassen, die sich speziell gerontopsychiatrischer Versorgung zuwenden wollte.

Martin Kruse, der von Juni bis September 1990 Leiter des Pflegeheimes Thekla und bis Januar 1991 Vorstandsvorsitzender des AWO Kreisverbandes Leipzig - Stadt e. V. war, initiierte die Spende über Bundesgeschäftsführer Richard Haar, der kurz vor seiner Verabschiedung in den Ruhestand im Juni 1992 die Einrichtung besuchte, um sich ein persönliches Bild von der dringenden Notwendigkeit investiver Maßnahmen zu machen. Er zeigte sich tief betroffen vom schlechten baulichen Gesamtzustand, von den kalt wirkenden langen Korridoren, von den großen Schlafsälen und besonders von den aus seiner Sicht menschenunwürdigen Toilettenanlagen. Dass psychisch erkrankte Menschen Ende des 20. Jahrhunderts noch unter derartigen Umständen leben müssen, hätte er sich nicht vorstellen können.

## Gerontopsychiatrisch veränderte Menschen

### Von der Anstaltsverwahrung zur Inklusion im vertrauten Quartier

Zu dieser finanziellen Unterstützung durch die Stiftung "Daheim im Heim" schrieb Frau Ministerialrätin Dr. Monika Kohnert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in der online zu findenden Ausgabe 2/2015 vom 3. Oktober 2015 der Informationen "Publik" der Stiftung folgende Erinnerung unter der Überschrift "Thekla im Wandel - vom Leitbild Krankenhaus zur Inklusion im Quartier - Stiftung unterstützt Pflegeheim in Sachsen mit 100. 000 Mark":

"Viele wenden sich an die Stiftung 'Daheim im Heim' und bitten um Hilfe. So auch die Leitung des Altenpflegeheims Leipzig - Thekla. Die Verwirklichung ihres Wunsches nach zwei Pflegebädern entsprach dem Zweck der Stiftung 'Daheim im Heim'.

Aber es galt zu prüfen, ob auch die Randbedingungen stimmten. Rücksprachen mit den Verantwortlichen im Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie sowie beim Sozialamt der Stadt Leipzig bestätigten die Sinnfälligkeit einer solchen Baumaßnahme, weil in diesem Heim trotz ungünstiger Bedingungen eine gute Betreuung geleistet wird. Diesem äußeren Ja zur Förderung folgte der Besuch im Theklaer Heim.

Bei solchen Besuchen führe ich „so Frau MR Dr. Kohnert“ Gespräche mit Heimbewohnern und Personal und sehe mir die Häuser an. Die Heimbewohner in Leipzig - Thekla waren im höchsten Grade pflegebedürftig. Viele mussten mehrmals täglich sehr umfangreich gewaschen oder geduscht werden. Dafür gab es keine geeigneten Sanitäreinrichtungen und technischen Hilfsmittel, so dass dies für Heimbewohner und Personal unter unzumutbaren und für viele 'Publik - Leser' sicher auch unvorstellbaren Bedingungen und Anstrengungen geschah.

Da die geplanten Aufwendungen für den Einbau von Pflegebädern im Vergleich zu ähnlichen Vorhaben in einer angemessenen Relation standen und plausible Kostenvoranschläge vorlagen, konnte ich dem Vorstand der Stiftung 'Daheim im Heim' vorschlagen, dieses Vorhaben mit einem hohen finanziellen Zuschuss zu unterstützen.

Finanziert aus Spendengeldern, die zu 100 Prozent ihr Ziel erreichen", so Frau Dr. Kohnert.

Als spezielles Heim für Gerontopsychiatrie versorgte die Einrichtung seitdem ältere Menschen mit Pflegestufe und mit den Krankheitsbildern demenzielles Syndrom und chronifizierte Schizophrenie sowie affektive Störung, mit Angst- und Zwangsstörung und vor allem mit den Mehrfachstörungen Demenz und Phobie, Demenz und Depression, Demenz und Halluzinationen bzw. Wahnvorstellungen wie namentlich Bestehlungs-, Schuld- und Verfolgungswahn sowie Intelligenzminderung und Demenz, Parkinson und Demenz als besonders auch mit Chorea Huntington und Demenz.

Dabei galt es, folgende drei Herausforderungen zu meistern:

1. Aufgrund der nunmehr freien Arztwahl auch in der stationären Altenpflege entfielen alle bisherigen hauptamtlichen Heimarztstellen, welche in der DDR die wichtigste Säule des in ihrer stationären Altenpflege praktizierten Prinzips Krankenhaus waren. In den Altenpflegeheimen der DDR wurde unter heimärztlicher Aufsicht Krankenpflege ausgeübt. Demzufolge verließ uns unsere Heimarztin am 31. Dezember 1991.

Karla Gneist als Pflegedienstleiterin und ihrem Team gelang es in hervorragender Weise, mit Hilfe von zwei niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie, welche unsere neurodegenerativ und psychisch erkrankte pflegebedürftige Bewohnerschaft allerdings nicht kannten und nie so kennenlernen konnten wie das der bisherigen Heimarztin möglich gewesen war, diese Umstellung zu meistern. Sie bestand darin, die Wirkungsweise der fachärztlich angeordneten Psychopharmakodierungen und die daraus resultierenden Verhaltensweisen zu bewerten und mit den beiden externen Fachärzten so zu kommunizieren, dass unsere gerontopsychiatrisch erkrankte

## Gerontopsychiatrisch veränderte Menschen

### Von der Anstaltsverwahrung zur Inklusion im vertrauten Quartier

Bewohnerschaft mit ihren Symptomen größtmöglich selbstbestimmt am Einrichtungsleben teilhaben konnte ohne übersiedelt oder anders verhaltensauffällig zu sein.

2. Darüber hinaus gab es im Pflegeheim Thekla zwar weit über 100 Bewohnerinnen und Bewohner, aber nur vier Krankenschwestern, einen examinierten Krankenpfleger und viel zu wenige Helferinnen im Pflegebereich. Einen Betreuungsbereich gab es überhaupt nicht. Deshalb wurde die Bewohneranzahl auf 96 abgesenkt und zum 1. September 1990 21 Zivildienstleistende und im Verlauf des Jahres 1991 mittels zweier ABM mehr als 15 Krankenschwestern sowie auch berufsfeldfremde Helferinnen und Helfer eingestellt, darunter Herbert Hartwig, der spätere Vorsitzende des Gesamtbetriebsrates unseres Trägers.
3. Hinzu kam, dass die vorhandene Mitarbeiterschaft nicht mehr zeitgemäß ausgebildet war. Aufgrund des Prinzips Krankenpflege gab es in der DDR keine examinierte Altenpflege und keine der dritten Pflegeheimgeneration gemäßen Therapieberufsbilder. Ab 1992 ließen wir deshalb beim bereits 1991 mit Hilfe der AWO - Pflegeschule in Marl gegründeten AWO Bildungswerk Sachsen mehrere Helferinnen und mit Herbert Hartwig einen Pflegehelfer berufsbegleitend in der examinierten Altenpflege ausbilden. Oberschwester und Stationsleiterinnen nahmen an 780h- und 420h-Maßnahmen zur Pflegedienstleiterin und zu Wohnbereichsleiterinnen erfolgreich teil.

Mit der frisch examinierten Gerontosozialtherapeutin und in Wolgograd studierten Psychologin Larissa Lenzig nahmen wir 1994 den Aufbau eines Bereiches Therapie und Betreuung in Angriff, wobei zu erwähnen ist, dass 1991 mit Ulrike Siora bereits eine Physiotherapeutin eingestellt worden war. Ausgebildete Ergotherapeuten gab es zu dieser Zeit noch nicht.

So starteten wir den notwendigen Wandel vom Prinzip Krankenhaus der zweiten Pflegeheimgeneration hin zu Altenpflege, Therapie und Betreuung der dritten Pflegeheimgeneration. Dieser komplexe und langfristige Wandel stellte sich für uns dar einerseits als wertebasierter Wandel in der Beziehungs-, Versorgungs- und Milieukultur und damit in der gruppenspezifischen Mentalität der Mitarbeiterschaft, und andererseits als regelbasierter Wandel im Management von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität; kurzum als Wandel von der zweiten zur dritten Pflegeheimgeneration und mit unserem 1999 bezogenen Neubau im Siedlungsgebiet Leipzig Mockau-Nord als baulicher Quantensprung von der ersten zur vierten Pflegeheimgeneration.

Auf Basis der mit diesem Neubau für uns völlig neuen Möglichkeiten bemühten wir uns mit ritualisierten tages- und wochentagstrukturierten Angeboten an unsere Bewohnerinnen und Bewohner die Anforderungen der vierten Pflegeheimgeneration inhaltlich mit Leben zu füllen. So wurde beispielsweise nach dem Besuch der für uns ganz neuen Cafeteria, die jeden Tag ab 9.00 Uhr als dem täglichen Betreuungsbeginn geöffnet hatte, jeden Freitagvormittag gemeinsam mit Bewohnerinnen und Bewohnern aller Wohnbereiche in unserer zentralen Therapieküche Kuchen gebacken und das Wochenende eingeläutet. Dieses Cafeteriaangebot an unsere Bewohnerschaft an allen sieben Wochentagen gab es von 1999 bis zu meinem Ausscheiden aus der Einrichtung im Februar 2013.

## **Gerontopsychiatrisch veränderte Menschen**

### **Von der Anstaltsverwahrung zur Inklusion im vertrauten Quartier**

Bei der fünften Pflegeheimgeneration mit ihrer Philosophie, Pflegeheime raumorientiert vom Quartier her zu denken, mussten wir uns auf den Abbau der anfänglich massiven Stigmatisierung der Einrichtung im dörflich geprägten Siedlungsmilieu konzentrieren.

Im gesellschaftlichen und im individuellen Unbewussten ist eine entfremdete Sichtweise auf die Psychiatrie insgesamt in Form von Begriffen wie "Irrenanstalt" und "Klasmühle" nämlich noch weit verbreitet.

Wer in der Gerontopsychiatrie arbeitet begegnet ebenso Vorurteilen wie derjenige, der selbst Hilfe braucht. Beide sind Entfremdungen ausgesetzt. Namentlich für Beschäftigte und Angehörige kann dies sehr belastend sein und Stigmatisierungs- sowie Rechtfertigungsängste auslösen.

Eigene persönliche Erfahrung in der Siedlung Leipzig-Mockau, auf deren „Festplatz“ das AWO Gerontopsychiatrische Pflegeheim „Marie Juchacz“ nach schwieriger und längerer Vorbereitungsphase am 28. November 1999 einen Neubau der 4. Generation bezog, belegt dies.

Innerhalb dieses skizzierten Umfeldes erfolgt professionelle Arbeit in der Gerontopsychiatrie. Sie kann nur gelingen, wenn sowohl das gerontopsychiatrisch veränderte Klientel als auch die Angehörigen und besonders die in der Gerontopsychiatrie Tätigen eine entsprechende Lebens- und Arbeitsqualität erfahren und das Quartier einbezogen ist.

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) entwickelte deshalb ein Modell zur Lebensqualität mit acht qualitätsmodulierten Lebensbereichen. Dieses Modell stellt eine Systematikalternative zur ISO 9001:2008 dar, deren Module um den PDCA-Kreislauf der ständigen Verbesserung gruppiert sind.

In der Arbeit mit alten Menschen geht es aber mehr um Lebensqualität und Personsein als um qualitätsmodulierte Verbesserungsprozesse. Insofern sind die Module des KDA-Modells um das Personsein gruppiert. Personsein bedeutet dabei im Sinne des person-zentrierten Ansatzes von Tom Kitwood Selbstbestimmtheit und das Gefühl, Subjekt zu sein. Es bedeutet die Abkehr von der Betrachtung des Hilfebedürftigen als Objekt pflegerischer Fürsorge und dass in einer vertrauten Umgebung noch vorhandene Ressourcen erhalten und praktiziert werden.

Dieses KDA-Modell zur Lebensqualität wird gemanagt durch die drei Prinzipien:

- Leben in Privatheit gleich Leben in privaten Rückzugsräumen;
- Leben in Gemeinschaft sprich in familien- und hausgemeinschaftsähnlicher Normalität;
- Leben in der Öffentlichkeit in Form des sozialräumlichen Versorgungsansatzes.

Während die beiden ersten Prinzipien bereits Einrichtungen der 4. Pflegeheimgeneration prägen, wurden sie für die 5. Generation inhaltlich präzisiert und um das Prinzip "Leben in der Öffentlichkeit" erweitert, das heißt:

Die stationären Einrichtungen öffnen sich in die Quartiere hinein. Gemanagt nach der Formel "Mein Quartier kommt zu mir. Ich gehe in mein Quartier" werden sie selbst zu Quartiershäusern, die in der sozialräumlichen Öffentlichkeit arbeiten.

Diese Öffnung bedingt eine entsprechende Ausweitung der Beziehungsarbeit beispielsweise auf Einrichtungsnachbarn, auf Kirchengemeinde und Bürgerverein im Quartier sowie auf lokale Medien.

Im Rahmen von Quartiersentwicklung und Quartiersmanagement integrieren sich diese Häuser in Netzwerke. Sie werden zu sozialräumlich interagierenden Subjekten.

## **Gerontopsychiatrisch veränderte Menschen**

### **Von der Anstaltsverwahrung zur Inklusion im vertrauten Quartier**

Insofern stellt sich das Prinzip „Leben in der Öffentlichkeit“ als Gegenstück zu früherer Anstaltsverwahrung möglichst außerhalb urbaner Räume und als Gegenteil von sozialräumlicher Stigmatisierung und Ausgrenzung dar.

Eigene persönliche Erfahrung als Leiter des AWO Gerontopsychiatrischen Pflegeheimes „Marie Juchacz“ in Leipzig-Mockau von 1999 bis 2013 belegt, dass Beziehungsarbeit in Form der Einbeziehung des Quartiers und damit verbunden die Transparenz über Bewohnerverhalten und innere Abläufe die wesentliche Voraussetzung darstellt, um gerade in der stationären gerontopsychiatrischen Versorgung Stigmatisierungserscheinungen abzubauen, ganz zu vermeiden und quartiersmäßige Inklusion möglich zu machen. Nur durch ein sozialräumliches Miteinander kann eine Lebens- und Arbeitsqualität für alle Beteiligten erreicht werden, welche unserer Kultur und unserem Wertesystem zu entsprechen vermag.

Im Jahre 1996 konstituierte sich beim AWO Landesverband Sachsen e. V. ein Arbeitskreis für Gerontopsychiatrie, der sich die Aufgabe stellte, fachliche Standards zu erarbeiten. Er bestand aus zwei Arbeitsgruppen.

Einerseits aus der Arbeitsgruppe Pflege, die geleitet wurde von der Fachschwester für Gerontopsychiatrie Karla Gneist, welche Oberschwester bzw. Pflegedienstleiterin des Pflegeheimes Thekla und des AWO Gerontopsychiatrischen Pflegeheimes „Marie Juchacz“ war. Mitglieder waren die PDL aller Seniorenzentren der AWO Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Sachsen-West sowie der AWO - Pflegeeinrichtungen in Mittweida, Chemnitz, Ehrenfriedersdorf und Bärenstein.

Andererseits aus der Arbeitsgruppe Betreuung, die von Jörg Ignatius, AWO – Einrichtungsleiter in Görlitz und Trainer für Validation nach Naomi Feil, geleitet wurde. Mitglieder waren die Betreuungsfachkräfte aus den AWO - Pflegeeinrichtungen in Dresden, Görlitz, Hoyerswerda und Lauta.

Zwei Mal im Jahr trafen sich die beiden Arbeitsgruppen, um ihre Ergebnisse zu diskutieren und gemeinsam neue Standards zu planen. Der Arbeitskreis trug qualifiziert und erfolgreich dazu bei, in den beteiligten AWO - Einrichtungen den Wandel in Kultur, Mentalität und Organisation hin zur Altenpflege voranzubringen.

Nach dem Ausscheiden von Hermann Ackner als Geschäftsführer des AWO Landesverbandes Sachsen e. V. versiegte allerdings das Interesse an den Arbeitskreisen. Herr Müller als Landesgeschäftsführer favorisierte externe Dienstleister, um hohe Professionalität garantiert zu bekommen, welche die Arbeitskreise nicht gewährleisten könnten, wie er sich ausdrückte.

So lösten sich der Arbeitskreis für Gerontopsychiatrie wie auch der Arbeitskreis für Qualitätsmanagement, der von Dr. Johannes Richter, Quality Auditor (EOQ/TÜV) geleitet wurde, auf. Die Arbeitsgruppe Pflege wandelte sich zur QM - Facharbeitsgruppe Pflege, um das Handbuch für Qualitätsmanagement der AWO Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Sachsen -West mit zu erstellen. Leiterin wurde wiederum Karla Gneist, die ausgebildete Qualitätsmanagerin (TÜV) und interne Pflegeauditorin war. In den Jahren 1997/98 hatte nämlich der TÜV Thüringen im AWO Gerontopsychiatrischen Pflegeheim „Marie Juchacz“ in Leipzig - Thekla eine Qualitätsmanageraus- und -weiterbildung durchgeführt, an der Mitarbeiter/-innen aus vielen AWO - Einrichtungen Sachsens teilgenommen hatten.

Mit Hilfe von Arbeitsgruppen für die einzelnen Fachbereiche erarbeiteten alle Einrichtungen des Bereiches Altenhilfe der AWO Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Sachsen-West gemeinsam ein Qualitätsmanagementsystem, das im Jahre 2004 implementiert war und durch

## **Gerontopsychiatrisch veränderte Menschen**

### **Von der Anstaltsverwahrung zur Inklusion im vertrauten Quartier**

ein CERT - Auditorenteam des TÜV Nord und der Arbeiterwohlfahrt auf der Bundesebene im Verbund nach der ISO 9001 : 2000 und den AWO - Qualitätskriterien geprüft wurde. Im Rahmen dieses einheitlichen Qualitätsmanagementsystems war Einrichtungsleiter Dr. Johannes Richter bis 2004 Leiter der Lenkungsgruppe und bis zu seinem 60. Geburtstag im Jahre 2008 Leiter des internen Auditorenteam.

Das AWO Gerontopsychiatrische Pflegeheim „Marie Juchacz“ ist insofern seit 2004 als Teil des Qualitätsverbundes zertifiziert. Vom MDK wurde die Einrichtung erstmals im Jahre 2010 benotet; 2010 mit der Note 1,5; 2011 mit der Note 1.2 und 2012 mit der Note 1,1.

Zu beachten ist dabei, dass weder im damaligen QM - Handbuch des Heimträgers und in den bisher drei Verbundzertifizierungen noch in diesen drei genannten MDK -Bewertungen die tatsächliche Lebensqualität der Bewohnerschaft und die darauf ausgerichtete personenzentrierte Beziehungsarbeit hinreichend Berücksichtigung fanden.

Aufgrund der Alleinstellung des Heimes war eine angemessene Berücksichtigung allerdings auch nicht möglich. Alleinstellung heißt, dass es in Sachsen eigentlich keine eigenständige gerontopsychiatrische Pflege und Betreuung gibt. Demzufolge steht die Einrichtung, zumindest in Westsachsen, auch heute noch allein da. Dieser Umstand war 1991, als der Vorstand des AWO - Bezirksverbandes Sachsen-West in guter Absicht beschloss, das übernommene Pflegeheim Thekla als AWO Gerontopsychiatrisches Pflegeheim weiter zu führen, nicht absehbar gewesen.

Alle mit der Förderung des Neubaus in Leipzig-Mockau eingegangenen Verpflichtungen, diesen Status wieder zu ändern, scheiterten an der Realität. Es fanden sich keine kognitiv nicht beeinträchtigten Pflegebedürftigen, die bereit gewesen wären, einen Heimvertrag zu unterschreiben.

Im Freistaat Sachsen basiert stationäre gerontopsychiatrische Pflege und Betreuung auf dem einrichtungsinternen Inklusionsansatz in Form des integrativen Konzeptes. In der Empfehlung des Landespflegeausschusses vom 5. März 2002 "Vollstationäre gerontopsychiatrische Pflege und Betreuung im Freistaat Sachsen" heißt es dazu: "Grundsätzlich gibt es zwei Ansätze. 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 Angehörige werden vermieden.....Es sollten deshalb 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."

Aufgrund des Vorranges von Inklusion innerhalb aller Altenpflegeheime wurde das Seniorenzentrum „Marie Juchacz“, wie es zeitweilig hieß, erst 2011 im Rahmen der damaligen Pflegesatzverhandlung als zweite stationäre Pflegeeinrichtung für Gerontopsychiatrie in Sachsen anerkannt und mit einem neuen Personalschlüssel versehen. Damit verbunden war die im darauffolgenden Jahr durchgeführte bauliche Umgestaltung der bisherigen Tagespflege in einen Bereich mit 6 Pflegeplätzen. Seitdem versorgt das AWO Gerontopsychiatrische Pflegeheim „Marie Juchacz“ 102 gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen mit Pflegestufe.

Mit 23-jähriger Erfahrung erlaube ich mir die Einschätzung, dass sowohl für die Klienten selbst als auch für die Mitarbeiterschaft eine Versorgung in Spezialeinrichtungen geeigneter ist als eine Versorgung auf der Basis einrichtungsinterner Inklusion. Meines Erachtens kann im Rahmen der Versorgung nach dem integrativen Konzept kein Heimmilieu nachhaltig gewährleistet werden, in dem kognitiv nicht beeinträchtigte Bewohner/-innen wie gerontopsychiatrisch veränderte Mitbewohner gleichermaßen psychosoziale Lebensqualität

## Gerontopsychiatrisch veränderte Menschen

### Von der Anstaltsverwahrung zur Inklusion im vertrauten Quartier

erfahren. Für deren Lebensqualität ist zwingend, dass diese Pflegebedürftigen sich mit ihren gerontopsychiatrischen Symptomen als handelnde und entscheidende Subjekte interaktiv einbringen können.

Kognitiv nicht beeinträchtigte Bewohner/-innen werden sich aber kaum auf deren Lebenswelten und insofern auf integrative Milieus einlassen. Für ein integratives Einrichtungsmilieu fehlt den meisten von ihnen Toleranz, Empathie und die Sinnhaftigkeit für sich selbst. Sie stellen sich die Frage: Warum soll ich mir das antun?

Um diese Milieuaussage an zwei Beispielen zu verdeutlichen:

Wenn in o. g. Empfehlung geschrieben steht, dass die Unterbringung gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Menschen in Einzelzimmern erfolgen sollte, um Betreuung und Pflege verbessern zu können und übermäßige Belastungen der Mitbewohner zu vermeiden, dann muss der Aussage in dieser generalisierten Formulierung widersprochen werden.

Die Unterbringung in Einzelzimmern kann sinnvoll und dem Wohlbefinden dienlich sein. Aus psychobiografischer Sicht kann sie allerdings auch schädlich sein und Verhaltensauffälligkeiten geradezu provozieren. Es hängt immer von der Psychobiografie des jeweils Betroffenen im Rahmen einer personenzentrierten Beziehungsarbeit ab. So ist eine langjährige Witwe das Schlafen allein im Zimmer gewöhnt. Für einen plötzlich durch vaskuläre Demenz gerontopsychiatrisch erkrankten Ehepartner trifft dies nicht zu, da er über viele Jahre an die Geräusche des anderen gewöhnt ist.

Um mit Erwin Böhm zu sprechen: Verwirrt nicht die Verwirrten. Um beim integrativen Konzept noch den kognitiv nicht beeinträchtigten Mitbewohner zu Wort kommen zu lassen. Von ihm könnte die Forderung kommen, den gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Mitbewohner in seinem Einzelzimmer einzuschließen, also weg zu sperren, um "ungestört" leben zu können. Und die Mitarbeiter sind überfordert beim Managen der entsprechenden Schnittstellen und Verhaltensauffälligkeiten. Zu einer Überforderung der gesamten Mitarbeiterschaft und aller kognitiv nicht beeinträchtigten Klienten kann nur eine Bewohnerin bzw. nur ein Bewohner maßgeblich beitragen, wenn beispielsweise die bereits angesprochene Mehrfachstörung Demenz und Bestehlungswahn vorliegt. Dadurch kann ein ganzes Pflegeheim, das nach dem integrativen Konzept arbeitet, in einen permanenten Aufruhr versetzt und in "Geiselhaft" genommen werden. Aber irgendwo müssen auch diese Pflegebedürftigen versorgt werden! Und das AWO Gerontopsychiatrische Pflegeheim „Marie Juchacz“ als Spezialeinrichtung übernahm viele demenziell erkrankte Menschen mit Mehrfachstörungen aus anderen Einrichtungen unterschiedlicher Trägerschaft quasi in letzter Not.

Zwingend erforderlich ist allerdings eine sozialräumliche Inklusion, um Stigmatisierungen zu vermeiden, um das KDA - Prinzip „Leben in der Öffentlichkeit in Form des sozialräumlichen Versorgungsansatzes“ praktizieren zu können und um eine Entwicklung hin zum "KDA - Quartiershaus der 5. Generation" zu ermöglichen. Pflegeheime mit gerontopsychiatrischem Klientel müssen Quartiershäuser sein, wollen sie nicht in eine Stigmatisierungsfalle geraten.

Weitere Ausführungen zum AWO Gerontopsychiatrischen Pflegeheim „Marie Juchacz“ sind der Website - Erinnerungsdatenbank des AWO Landesverbandes Sachsen e. V. zu entnehmen.

In die Perspektive von Fragestellungen wechselnd können vier Fragen benannt werden, welche in diesem Themenbeitrag angesprochen wurden:

1. Wie wurde mit der Herausforderung umgegangen, vom Leitbild Krankenhaus in Altenpflegeheimen der DDR mit Stationen, Oberschwester und heimärztlich angeordneter und fürsorglicher Krankenpflege zur dritten Pflegeheimgeneration

## **Gerontopsychiatrisch veränderte Menschen**

### **Von der Anstaltsverwahrung zur Inklusion im vertrauten Quartier**

- mit Wohnbereichen, Pflegedienstleitung, Altenpflege und aktivierender bzw. reaktivierender Betreuung als besonders auch mit freier Arztwahl überzugehen?
2. Wie wurde der integrative bzw. einrichtungsinklusive Ansatz der Einbeziehung gerontopsychiatrisch veränderter Pflegebedürftiger in Einrichtungsmilieu und -alltag gehandhabt, der im Freistaat Sachsen für die stationäre Altenpflege verbindlich zur Anwendung kam?
  3. Wie wurde Qualitätsmanagement praktiziert?
  4. Wie wurde die Beziehungsarbeit mit Akteuren im Quartier und damit eine sozialräumliche Inklusion organisiert?