

Alternativen zur geschlossenen Abteilung

Von Peter Wagner, Psychologischer Dienst der Städt. Altenheime, München

Die adäquate Versorgung der zunehmenden Zahl dementiell erkrankter alter Menschen in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe stellt ein bisher ungelöstes Problem dar. In der Praxis sind geschlossene Abteilungen zunehmend häufiger anzutreffen. In der Fachdiskussion nehmen sie immer mehr Raum ein, vor allem in Zusammenhang mit der Konzeption von Zielvorstellungen über die angemessene Versorgung verwirrter alter Menschen.

Geschlossene Abteilung oder normale Heimunterbringung? – das scheint die Frage!

Andererseits ist es zweifelhaft, ob eine derart polarisierte Problemdarstellung nicht eher zu Ideologisierung und Polemisierung der Diskussion einlädt, denn zu einer wirklich hilfreichen Lösungsfindung im Einzelfall beiträgt.

Daß seit geraumer Zeit der Anteil der über 65jährigen an der Gesamtbevölkerung ansteigt, dürfte mittlerweile hinlänglich bekannt sein. Von 1950 bis 1980 betrug der Zuwachs bei einem Anstieg von 4,8 Mio. (Bevölkerungsanteil 9,4%) auf 9,5 Mio. (Bevölkerungsanteil 15,5%) fast 50%. Daß insbesondere der Zuwachs bei den Hochbetagten u. a. infolge steigender Lebenserwartung und insgesamt sinkender Geburtenziffern bereits erhebliche Dimensionen erreicht hat, ist in der nichtfachlichen Öffentlichkeit dagegen eher weniger publik. Da mit zunehmendem Lebensalter die Anfälligkeit wächst, steigt statistisch auch die Häufigkeit psychischer Störungen steil an (jüngere epidemiologische Feldstudien in der BRD ergaben Gesamtwerte von rund 25% psychisch Kranker unter der über 65jährigen Bevölkerung). Sie erreicht

vor allem jenseits des 85. Lebensjahres sehr hohe Werte. Der Anstieg erfolgt ausschließlich bei den organischen Syndromen, insbesondere bei der Demenz. Die Häufigkeit von Demenz mit erheblichen Einschränkungen der kognitiven Funktionen (v. a. Gedächtnis und geistige Leistungsfähigkeit) wird zwischen 65 und 69 Jahren auf 2 bis 3%, je nach Untersuchung, bei 85jährigen dagegen auf 20 bis 30% geschätzt (Häfner, 1984).

Mit der Klinifizierung und der Reduktion der Betten in den psychiatrischen Anstalten ist nun zusammen mit dem Ausbau der offenen Hilfe und der dadurch bedingten Veränderung der Bewohnerstruktur eine Verlagerung psychisch Kranker und Behinderter in den Heimsektor eingetreten. Diese Tendenz hält weiter an. Eine Häufung psychisch gestörter alter Menschen in den Einrichtungen der geschlossenen Altenhilfe ist die Folge.

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es nur wenige Untersuchungen über die Häufigkeit psychischer Störungen bei Heimbewohnern. Bergener et al (1976) fanden in einer Untersuchung von 445 Erstaufnahmen in Altenheimen in Nordrhein-Westfalen einen Anteil von 60,6% psychisch Kranken, wobei 37,8% auf hirnorganische Krankheitsbilder entfielen.

Warsitz und Kipp (1985) führten in der jüngsten Zeit eine Stichtagserhebung in einem hessischen Altenheim durch. Unter Berücksichtigung von Mehrfachdiagnosen lag der Anteil organischer Psychosen (ICD 290) bei 68%. 56% litten an depressiven Erkrankungen, vor allem Altersdepressionen.

Eine 1981 von Kelleher und Benner in Mannheim durchgeführte Stichproben-Untersuchung in den großen Mannheimer Heimen ergab in den Pflegeheimen bei 81,9% der Bewohnerinnen – es wurden nur Frauen untersucht – eine psychiatrische Diagnose; eine Demenz wurde bei 56,9% diagnostiziert. In Altenheimen und Altenwohnheimen wurden mit 38,2% und 37,7% geringere dementielle Erkrankungen gefunden.

In den Berliner Alten- und Pflegeheimen wird die Häufigkeit psychischer Erkrankungen aufgrund repräsentati-

ver Studien mit 42% angegeben (Lehmkuhl, 1986). Nahezu 60% der Pflegeheimbewohner der Münchner Städt. Altenheime wurden von diesen einer Ende 1984 durchgeführten Totalerhebung zufolge als mittel- bis schwergradig verwirrt eingeschätzt.

Alle diese empirischen Untersuchungen machen eines deutlich: dementielle Erkrankungen sind zumindest im Heimbereich die quantitativ bedeutsamsten psychischen Erkrankungen im Alter. Als besonders gefährdete Risikogruppen stellen sich in erster Linie alleinstehende, aus sozial eher unterprivilegierten Schichten stammende, hochbetagte Frauen in Pflegeabteilungen/Pflegeheimen dar, wobei kommunale Träger offensichtlich stärker betroffen scheinen als Heime der freien Wohlfahrtsverbände.

Beschützende Station – pro und contra

Welche Möglichkeiten tun sich nun für die Alten- und Pflegeeinrichtungen auf bei der Versorgung ihrer dementiell erkrankten Bewohner? Können insbesondere sog. Beschützende Stationen eine bedürfnisgerechte Unterbringung und Betreuung dieses Personenkreises gewährleisten?

In Bayern existierten Ende 1984 in 42 Alten- und Altenpflegeheimen Beschützende Abteilungen oder – ohne eigene Abteilung – spezielle Pflegebereiche mit insgesamt ca. 1200 Plätzen, vorwiegend für Desorientierte mit Selbstgefährdungstendenzen. Der Bedarf an beschützenden Pflegeplätzen wird auf alles in allem etwa 8500 geschätzt, wobei die Errichtung Beschützender Abteilungen im Rahmen des Bay. Landesplans für Altenhilfe staatlich gefördert werden kann (Breu, 1986).

Geht man einmal davon aus, daß in Beschützenden Abteilungen der „Schutz“ nicht nur in verschlossenen Türen besteht, so können solche Einrichtungen sicher eine Reihe von Vorteilen anbieten: so läßt sich z. B. leichter eine bedürfnisgerechte Umwelt für die Bewohner herstellen, nicht nur im Bereich der räumlichen Ausstattung mit der Installation von großen Uhren, großen Kalendern und Spiegeln sowie

großflächigen bunten Bildern, sondern etwa auch im arbeitskonzeptionellen, vor allem aber im personellen Bereich, wo der Kostenträger einen besseren Pflegeschlüssel oder den Einsatz weiterer Berufsgruppen wie Sozialarbeiter, Beschäftigungs- und Bewegungstherapeuten eher zugesteht.

Eine Beschützende Station kann auch durchaus eine psychische Entlastung darstellen, nicht nur für das ohnehin genug strapazierte Pflegepersonal der entlasteten Stationen, sondern auch oft für Mitbewohner und deren Familien und nicht zuletzt auch für den verwirrten alten Menschen selbst samt seinen Angehörigen.

Fraglos können die Pflegemitarbeiter hier auch ihren Betreuungs- und Aufsichtspflichten gegenüber dem Bewohner leichter nachkommen und damit auch dessen Schutz besser garantieren.

Den möglichen Vorteilen steht nun aber eine Reihe gravierender Nachteile gegenüber. In erster Linie – geht man von einer in der Regel geschlossenen Unterbringung aus – ist hier die starke Einschränkung der persönlichen Bewegungsfreiheit zu nennen.

Das therapeutische Korrektiv und die Stimulation durch das Zusammenleben mit Nicht-Verwirrten entfällt – auch für die Pflegemitarbeiter. Es besteht kein Kontakt mit „normalen“ Bewohnern, der stützt, animiert, fördert. Der verwirrte Bewohner erfährt keine konkrete Hilfestellung durch Mitbewohner, etwa durch Orientierungshinweise oder Spaziergänge. Sonderabteilungen bedeuten immer auch Ghettobildung, Isolierung, Ausgrenzung. Aussonderung aber bedeutet eine Verstärkung der Stigmatisierung und Psychiatisierung dieses Personenkreises, bedeutet auch den Verzicht darauf, zu zeigen, daß separierte Stationen nicht die einzige Reaktion auf den zunehmenden Anteil verwirrter Bewohner sein müssen und angesichts der zunehmenden Konzentration unterschiedlichst ausgeprägter dementieller Krankheitsbilder in den Heimen wohl auch nicht sein können.

Zudem zeigt die Erfahrung, z. B. mit der Beschützenden Station im städtischen Altenheim St. Josef in München, daß die Zulassungskriterien für solche

Stationen – im Interesse der bestmöglichen Vermeidung ungerechtfertigter Eingriffe in die grundgesetzlich verankerten Persönlichkeitsrechte der Betroffenen – sehr restriktiv gehandhabt werden müssen. Was zur Folge hat, daß nur ein sehr kleiner, begrenzter und genau definierter Personenkreis über derartige Einrichtungen erreicht werden kann.

Integration ist oft unmöglich

Auf der anderen Seite stößt das als Alternative immer wieder angeführte Konzept der integrativen Betreuung sehr schnell dort an seine Grenzen, wo der Anteil der psychisch veränderten Bewohner zu groß wird und einen bestimmten Schwellenwert überschreitet. Besonders dann, wenn auffällige Verhaltensweisen wie häufiges Schreien oder Schlagen mit der Erkrankung einhergehen. Mitbewohner reagieren dann oft mit Rückzug oder gegen-aggressiven Tendenzen, und auch bei den Mitarbeitern werden solche Krankheitssymptome nicht gerade zur Entspannung beitragen. Insgesamt können dadurch positive Effekte des Zusammenlebens weitgehend zunichte gemacht, ja sogar in ihr Gegenteil verkehrt werden.

Es darf also nicht übersehen werden, daß eine integrative Lösung, z. B. für Grenzfälle unter den Verwirrten, insbesondere für die motorisch besonders unruhigen Weglaufgefährdeten, u. U. mehr Probleme schaffen als lösen kann. Für diesen Personenkreis können besondere beschützende Abteilungen als ultima ratio, als allerletztes Mittel, gerechtfertigt sein, aber nur dann, wenn sie besonders qualifizierte Leistungen (fachärztliche Versorgung, ausreichend und geschultes qualifiziertes Personal, therapeutische Konzeption) anbieten und der „Schutz“ nicht nur in verschlossenen Türen besteht.

Man kann nun jedoch die Ansicht vertreten, daß es bei der Versorgung Verwirrter nicht so sehr darum gehen kann, die eine Wohnform gegen die andere auszuspielen, sozusagen als optimales Gewährleistungselement einer bedürfnisgerechten Betreuung.

Es läßt sich die Frage aufwerfen, ob

es überhaupt der Realität entspricht, gerade bei Verwirrten von einer homogenen Gruppe mit einheitlichem Krankheitsbild auszugehen und vor diesem Hintergrund bestimmte Wohnformen – je nach Standpunkt – jeweils als am angemessensten zu postulieren. Polarisierung, Ideologisierung und Emotionalisierung der Diskussion bleiben dann häufig nicht aus und verstellen den Blick für andere Sichtweisen. Würde es nicht vielleicht weiterführen, wenn man davon ausginge, daß für Entstehung und Verlauf des in Rede stehenden Krankheitsbildes in der Regel nicht nur eine einzige Ursache verantwortlich zu machen ist, sondern daß verschiedene – sowohl organische wie auch insbesondere soziale, psychische, ökologische – Einflußfaktoren zusammenwirken und das Zustandsbild der Erkrankung beeinflussen.

Im Mittelpunkt steht immer „ein Mensch“ – (fast) wie andere auch

Es spricht viel für Überlegungen, die nicht darauf abzielen, verallgemeinerbare und simplifizierende Lösungsmuster zu entwerfen, sondern die intendieren, den einzelnen psychisch veränderten alten Menschen in seinem jeweiligen sozialen und ökologischen Umfeld intensiver und nach seinen vielschichtigen individuellen Bedürfnissen differenzierter zu betrachten und bei seiner Betreuung, Versorgung und Unterbringung ein hohes Maß an Flexibilität, Phantasie und Kreativität zu entwickeln.

Im Mittelpunkt solcher Überlegungen steht dann nicht mehr „der Verwirrte“ (als ob es den gäbe!), sondern der individuelle Bewohner mit seiner je unverwechselbaren Persönlichkeit und Biographie, inmitten eines jeweils ganz spezifisch gearteten Umfeldes.

Die Aufgabe des vorwiegend wohnformbezogenen, polarisierenden Ansatzes zugunsten einer mehr einzelfallbezogenen, multifaktoriellen Betrachtungsweise bietet zudem den praktischen Vorteil eines unmittelbar handlungsorientierten Einstiegs.

Denn geht man von einer multifaktoriellen Genese des Krankheitsbildes

aus, d. h. von der Vorstellung, daß vielfältige Einflußfaktoren an der Ausprägung des je individuellen Zustandbildes beteiligt sind, dann lautet die entscheidende Frage nicht mehr: Separierte oder normale Unterbringung?

Die Forderung heißt dann zunächst einmal: Erfassung möglichst vieler solcher Einflußfaktoren und deren bestmögliche Gestaltung. Durch welche Wohnform, in welchem institutionellen Zusammenhang dies im Hinblick auf einen möglichst hohen Grad an Selbstständigkeit, Lebensqualität, an persönlicher Identität und menschlicher Würde geschehen kann und wie dieser dann organisatorisch gefaßt sein mag, ist dabei zunächst zweitrangig.

Primär geht es um die Suche nach der bestmöglichen beschützenden und zugleich fördernden Konstellation aller Faktoren für den individuellen Bewohner.

Welche Einflußfaktoren ließen sich nun anführen?

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit seien einmal beispielhaft herausgegriffen: So wären z. B. einmal Art und Qualität der ärztlichen, insbesondere der fachärztlichen, Versorgung zu nennen. Ist ein psychiatrischer Konsiliardienst vorhanden? Oder bestehen sonstige Kooperationsformen beispielsweise mit einer Psychiatrischen Klinik, einer Institutsambulanz, einem Sozialpsychiatrischen Dienst? Sind regelmäßige konsiliarische Sprechstunden sichergestellt, Notfallbereitschaft, Mitarbeiterfortbildung oder Einzelfallberatung des Pflegepersonals? Kann dem Erfordernis einer sorgfältigen neurologischen, internistischen, psychiatrischen Differentialdiagnose gerade bei dementiellen Erkrankungen Rechnung getragen werden? Oder beschränkt sich die ärztliche Betreuung auf die „Lösung von Medikationsfragen und Oberaufsicht über die Bewohner?“ (Göbbling, 1986)? Das Pflegepersonal in den Altenpflegeheimen hat in der Regel keine spezielle psychiatrische Qualifikation und keine Anleitung und Beratung im Umgang mit psychisch Kranken. Können Maßnahmen vorgesehen werden, die

geeignet sind, die fachpsychiatrische Kompetenz im Umgang mit Verwirrten zu erhöhen? Zum Beispiel fortlaufende ggf. heiminterne Angebote zur einschlägigen Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter? Zum Beispiel auch Pflegedokumentation oder Pflegeplanung, die es erlauben, die erworbene Kompetenz unter Einsatz von rehabilitativen Maßnahmen und aktivierender Pflege im Rahmen eines individuellen Betreuungsplanes nachvollziehbar anzuwenden, individuelle Bewohnerbedürfnisse und Interessen i. S. e. biographischen Anamnese zu erheben und festzuhalten.

Zielsetzung des Heimes

Die Heime sind im allgemeinen nicht auf psychiatrische Versorgungsaufgaben abgestellt; ihre diesbezügliche Eignung hängt nicht zuletzt ab von einer ausreichenden personellen Ausstattung und auch von einer inneren Struktur, die darauf ausgerichtet ist, die verbleibenden Kräfte der alten Menschen mit ärztlicher Hilfe zu üben und zu erhalten sowie eine Besserung des Allgemeinzustandes so weit und so lange wie möglich herbeizuführen.

Ist nun ein Pflegeschlüssel gegeben, der es erlaubt, aktivierende Pflege und rehabilitative Maßnahmen anzubieten bzw. aufrechtzuerhalten, wie es die Psychiatrie-Enquete vor über 10 Jahren gefordert hat? Oder besteht die Gefahr, daß die Überbeanspruchung der Pflegemitarbeiter durch schwierige und auffällige Bewohner zu einer Vernachlässigung der anderen „normalen“ Bewohner führt?

Können Angebote aus den Bereichen Musik, Bewegungsgymnastik, Beschäftigungstherapie, Sozialarbeit gemacht werden, um der vielschichtigen Bedingtheit des dementiellen Erscheinungsbildes Rechnung zu tragen? Sind geeignete Informationen vorhanden, die auf mögliche Alternativen zu einer geschlossenen Unterbringung hinweisen? Können Maßnahmen erprobt werden, die ggf. Alternativen zu einer separierten oder geschlossenen Unterbringung darstellen können, z. B. Realitätsorientierung, Beschäftigungsangebote, Spaziergänge, Aus-

flüge? Ist der Einsatz technischer Neuerungen denkbar, z. B. die Erprobung elektronischer Signal-Systeme ggf. als Alternative zu geschlossenen Türen? (Die Funktionsweise der Systeme besteht dabei häufig darin, daß der sorgebedürftige Bewohner – der einen knopfartigen Signalgeber trägt – bei Durchschreiten eines besonders markierten Türbereiches ein Signal absetzt, mit dem verschiedene Melder angesteuert werden können, beispielsweise akustische und optische Signale in der Pforte und auf der Station, hausinterne Rufanlage, Verriegelung von Türen, Anwahl einer Telefonnummer etc.)*

Kann die bauliche Gestaltung den besonderen Bedürfnissen chronisch hirnerkrankter Menschen angepaßt werden? Gibt es z. B. einen abgrenzbaren Gartenbereich? Oder erlauben die räumlichen Gegebenheiten möglicherweise die Einrichtung von sog. aktivierenden Stationen (vgl. Altenpflege 10/86), auf denen tagsüber zentral rehabilitative und/oder beschäftigende Angebote gemacht werden können, die auch die Stammstationen zu entlasten in der Lage sind?

Auch die Mitarbeiter sind stark belastet

Einen wesentlichen Faktor stellt ferner die psychische und physische Belastbarkeit der Stationsmitarbeiter sowie der Mitbewohner dar. Sind hier Möglichkeiten für stationsentlastende Maßnahmen gegeben, etwa die methodische Werbung ehrenamtlicher Mitarbeiter oder die gezielte Einbeziehung Angehöriger wenigstens durch regelmäßigen Informations- und Erfahrungsaustausch? Gibt es desweiteren heiminterne Aktivitäten, die eine Beteiligung Verwirrter zulassen? Werden letztere mit einbezogen? Gibt es ausreichend begegnungsanregende und orientierende räumliche Gestaltungsmöglichkeiten?

Existiert eine einheitliche Zielvorstellung über den behindertengerechten Umgang mit Verwirrten (einschließ-

* weitere Hinweise beim Verfasser

HEIM

Eine EDV-Empfehlung aus der Praxis

gige deutschsprachige Literatur dazu ist mittlerweile seit geraumer Zeit im Fachhandel erhältlich)?

Gibt diese Arbeitskonzeption dem Verwirrten auch im Stationsalltag Raum zur Verwirklichung seiner noch vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten? Wird dem Behinderten ganz bewußt und ausdrücklich ein Schonraum zugestanden, innerhalb dessen er die Eigenarten seiner Erkrankung leben kann, soweit dies mit dem Heimbetrieb irgendwie vereinbar ist?

Oder werden die Normen einer Leistungsgesellschaft auch diesem Personenkreis gegenüber unverändert aufrecht erhalten?

Die Probleme der Integration psychisch veränderter, speziell dementer alter Menschen können nur dann angegangen werden, wenn vor allem die personellen, räumlichen und therapeutisch-konzeptionellen Veränderungsmöglichkeiten dafür gegeben sind oder geschaffen werden können. Dabei geht es nicht um falsche Alternativen: Integration um jeden Preis oder Sparierte Unterbringung in jedem Fall. Sinnvoller ist es, von den Bedürfnissen des psychisch Behinderten auszugehen sowie von dem je spezifischen heiminternen und heimexternen Umfeld mit seinen mehr oder weniger vorhandenen Veränderungspotentialen.

Es ist in jedem Einzelfall lohnenswert, die bestmögliche Kombination aller Einflußfaktoren im Sinne einer größt- und längstmöglichen Integration anzustreben, denn Hilfen erweisen sich vor allem dann als effektiv, wenn sie miteinander bedarfsbezogen verbunden werden können (z. B. im Rahmen einer Pflegeplanung).

Zwar ist eine ätiologisch orientierte Therapie beim größten Teil der demenziell Erkrankten bisher nicht möglich, da die primären Ursachen der Krankheit nicht bekannt sind.

Ansetzen kann man aber sehr wohl bei sekundären Faktoren, die Zustandsbild und Verlauf der Erkrankung beeinflussen.

Es ist lohnenswert, zu versuchen, die Faktoren in einer solchen Weise zu gestalten, daß sie einen lindernden und kompensierenden Einfluß auf die klinischen Krankheitssymptome ausüben und dadurch die Lebensqualität



”Wir sind sicherlich ein sehr skeptischer Anwender – aber unsere Erfahrungen sind überzeugend ...”

... so B. Seitz, Verwaltungsleiter vom Altenstift Limbach, ein $\frac{3}{4}$ Jahr nach der Installation von HEIM, der EDV-Lösung von IMAGE.

Eine Empfehlung, der heute mehr und mehr Heimleiter folgen, die den Schritt in das moderne Verwaltungswesen gehen.

IMAGE hat in Zusammenarbeit mit vielen Heimen unterschiedlichster Größenordnung das EDV-Paket HEIM geschaffen, mit dem heute jeder Heimbetreiber paßgenau seine Verwaltungsarbeiten erledigen kann.

Aufbauend auf einem Grundmodul als kostengünstige Einstiegslösung kann HEIM den Anforderungen entsprechend beliebig erweitert werden.

Sprechen Sie mit uns – wir geben Ihnen umfassende schriftliche Informationen, nennen Ihnen Seminartermine oder können auch einen Besuch in Ihrem Hause vereinbaren.

Wir beraten und betreuen Sie gerne – bundesweit!

IMAGE

Dipl. Ing. Th. Müller & Co.

Kirchweg 2 · 5064 Rösrath-Forsbach · Telefon 0 22 05 / 18 19

der Betroffenen verbessern helfen. Auch bei Demenzprozessen im höheren Alter ist es kein hoffnungsloses Unterfangen, Selbständigkeit und Unabhängigkeit zu fördern und zu versuchen, trotz fortschreitender organischer Störung und sogar Veränderung der Persönlichkeit den Betroffenen auf einem höchstmöglichen Niveau seiner Fähigkeiten zu halten, ihm auch dadurch das Gefühl persönlicher Identität und menschlicher Würde zu vermitteln. Immer jedoch unter dem Vorbehalt, daß der alte Mensch diese Angebote auch anzunehmen bereit ist.

Daß die Einrichtungen der stationären Altenhilfe in ihrer jetzigen Struktur und Ausstattung keine ausreichende Betreuung ihrer psychisch kranken und behinderten, insbesondere dementiellen Bewohner leisten können, ist hinlänglich bekannt. Notwendig ist eine Gesamtkonzeption der Hilfe für psychisch veränderte alte Menschen

in den Heimen, die Raum läßt für die Erprobung verschiedener Varianten der stationären Versorgung, im Hinblick auf die jeweiligen besonderen Gegebenheiten des einzelnen Heimes, im Hinblick aber auch auf die vielschichtigen Bedürfnisse der unterschiedlichen Zielgruppen. Nur geschlossene Türen als einzige Antwort auf die steigende Zahl psychisch veränderter alter Menschen in den Heimen stellen angesichts der möglichen Alternativen nicht nur ein Armutszeugnis dar, man wird den Entscheidungsträgern auch den Vorwurf mangelnder Fürsorgebereitschaft für diesen Personenkreis nicht ersparen können.

Da: deshalb dringend nach Verbesserungen gesucht werden muß, gebietet nicht nur der ausgeprägte Leidensdruck der Betroffenen, sondern gerade auch in einer Zeit knapper werdender Personalressourcen die Pflicht zur Unterstützung der oftmals überlasteten Pflegemitarbeiter.

Literatur:

- Bergener, M. et al (1976): Psychiatrische Versorgung in Nordrhein-Westfalen. Westdt. Verlag: Opladen
 Brey, P. (1986): Staatliche Initiativen und Programme zur Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke und psychisch Behinderte am Beispiel Bayern. Caritas, 4/1986
 Göbbling, S. (1986): Auf dem Weg zur Gerontopsychiatrie? Ev. Impulse, 3/1986
 Häfner, H. (1984): Psychische Gesundheit im Alter. Münchner Med. Wochenschrift 126, 752-757
 Kelleher, M. J., Benner, C. (1981): Die Lebenssituation der Bewohner in Alteinrichtungen: ihre Bedürfnisse und ihre Versorgung. In: Häfner, H., Heimann, H. (Hrsg.): Gerontopsychiatrie. Gustav Fischer Verlag: Stuttgart, New York
 Lehmkuhl, D. et al (1986): Alte Menschen in Heimen. Zeitschr. für Gerontologie 19, 56-64
 Warsitz, P., Kipp, J. (1985): „Aus der Not eine Tugend machen“ – Fünf Jahre Kooperation einer psychiatrischen Abteilung mit einem Altenzentrum bzw. Altenpflegeheim. Psychiatr. Praxis 12, 33-42

NEU



Hans Brandt, Eva-Maria Dennebaum
 Willi Rückert (Hrsg.)
Stationäre Altenhilfe
 Problemfelder –
 Rahmenbedingungen – Perspektiven
 1987, 244 Seiten, Paperback, DM 22,-

Wie können pflege- und therapiebedürftige Menschen optimal, nicht nur durch einfache Unterbringung, sondern auch durch jede nur erdenkliche Zuwendung und Lebenshilfe, versorgt werden?

Die Aufsätze dieses Buches tragen zur Diskussion bei, nennen die Probleme im Bereich der Altenhilfe, versuchen Möglichkeiten zur Neuregelung und gute Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung zu schaffen und zeigen Probleme auf. Wenn man weiß, daß zur Zeit 450 000 alte Menschen in 6100 stationären Einrichtungen der Altenhilfe leben, daß alte Menschen nicht aufs Abstellgleis gehören, muß man mit ihnen Vertrauen und Selbständigkeit schaffen.

Curt R. Vincentz
 Buchversand



Schiffgraben 41-43 · D-3000 Hannover 1
 Postfach 6247 · Telefon (0511) 34 999 24