

Länger leben in Mecklenburg-Vorpommern



Landesverband Sozialpsychiatrie M/V e.V.
- Modellprojekt „Länger leben in M/V“-

D O K U M E N T A T I O N

zum
Fachtag

„Mobile Gerontopsychiatrie“

am
02.12.11
in
Anklam

Projektleiter „Länger leben in M/V“: Prof. Steinhart
Geschäftsführer Landesverband Sozialpsychiatrie M/V e.V: Andreas Speck



ReferentInnen/ Moderator:

Dr. Stefan Schröder
Chefarzt

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
KMG Klinikum Güstrow GmbH

Dr. med. Marlene Drosten-Pinnow
Leitende Oberärztin

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
HANSE-Klinikum Wismar GmbH

Dr. med. Ute Stahlhacke
Leitende Ärztin

Öffentlicher Gesundheitsdienst des Landkreises Nordwestmecklenburg

Dr. Christine Thomas
Leitende Ärztin der Abteilung Gerontopsychiatrie
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Bethel, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld

Dr. med. Antje Kloth
Chefärztin

Fachabteilung für Neurologie und Geriatrie
Tessinum - Therapiezentrum für Geriatrie und Schlaganfall

Susanne Wachsmuth

Neuropsychologin/ Leiterin Sozialtherapie
Fachabteilung für Neurologie und Geriatrie
Tessinum - Therapiezentrum für Geriatrie und Schlaganfall

Michael Blaha

staatl. anerkannter Erzieher, Mediator, Fachbetreuer in der Sozialpsychiatrie
Volkssolidarität Kreisverband Uecker-Randow e.V.

Dipl.-Med. Wolfgang Kliewe
Chefarzt

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
AMEOS Klinikum Ueckermünde

Prof. Dr. Ingmar Steinhart

Projektleitung Modellprojekt „Länger leben in MV“ des
Landesverbands Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V.

Einladung

ZUM
3. Fachtag 2011 des Modellprojekts
„Länger Leben in MV“
zum Thema

„Mobile Gerontopsychiatrie“

am Freitag, den 2. Dezember 2011
von 10.00 Uhr bis 14.00 Uhr

Veranstaltungsort:
Begegnungsstätte der
Volkssolidarität Greifswald - Ostvorpommern e. V.
Leipziger Allee 4
17389 Anklam

Dokumentation zum Fachtag:

**„mobile Gerontopsychiatrie“
am 02.12.11 in der Begegnungsstätte der Volkssolidarität
Greifswald/ Vorpommern e.V. in Anklam**

Hintergrund

Infolge der Zunahme der Lebenserwartung wird es in den nächsten Jahrzehnten zu einer weiteren Zunahme dementiell und anderweitig gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen kommen. Diese und andere Herausforderungen des demografischen Wandels stellen vor allem ein Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern vor anspruchsvolle Aufgaben. Nur mit entsprechenden Handlungsansätzen und geeigneten Konzepten im Hinblick auf die Organisation und Finanzierung der Gesundheits- und Sozialsysteme kann langfristig eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Versorgung dieser Zielgruppe in dünn besiedelten ländlichen Räumen und besonders in strukturschwachen Regionen sichergestellt werden. Vor diesem Hintergrund ergibt eine wesentliche Forderung an gute gemeindegertontopsychiatrische Versorgung, nämlich die nach primär aufsuchenden-mobilen Hilfestrukturen! Ferner muss das bestehende Hilfesystem insofern weiterentwickelt werden, dass für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen wohnortnahe personenzentrierte Angebote einer Gemeindegertontopsychiatrie im gewohnten Lebensumfeld ermöglicht werden, was z.B. das Vorhandensein mobiler gerontopsychiatrischer Dienste/ Angebote, die multiprofessionell zusammengesetzt sind oder Assessment „vor Ort“ bedeutet.

Darüber hinaus muss auch in der Arbeit mit gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen noch stärker das Prinzip der Aktivierung und Förderung ihrer Autonomie und Selbständigkeit – ihrer Ressourcen – und somit auch ihrer Mobilisierung Anwendung finden.

Einführungsreferat

„Wie mobil muss die Gerontopsychiatrie sein?“

(PD Dr. Stefan Schröder Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im KMG Klinikum Güstrow)

Dr. Schröder ging in seinem Referat zunächst auf die aktuelle Versorgungssituation gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in Mecklenburg-Vorpommern aus Sicht der Klinik ein, erläuterte später u. a. anhand eines Fallbeispiels, welche Rahmenbedingungen und Faktoren aus seiner Erfahrung zu erfolgreicher und wirksamer Arbeit mit der Zielgruppe führen, um schließlich eine Antwort auf die Frage, mit der sein Vortrag

Aufbau des Vortrags

überschrieben war, zu geben.

Herr Dr. Schröder begann sein Referat damit, darzustellen, wie schwierig es ist, auch als Chefarzt einer psychiatrischen Klinik das Setting zu wechseln und raus aus der Klinik hin zu den Betroffenen in deren Lebensfeld zu gehen. Auch für seine bisher geleiteten Teams beschrieb er diesbezüglich Mobilisierungsschwierigkeiten, machte aber gleichwohl deutlich, dass die Versorgung der hier lebenden Menschen, die psychisch erkrankt sind oder ein erhöhtes Risiko haben zu erkranken vor allem in einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern, das durch Strukturschwäche und Dünnbesiedlung in vielen Regionen gekennzeichnet ist, auch ein Auftrag und ein Thema der Klinik ist.

Im Hinblick auf die Chancen und Möglichkeiten für die Mobilisierung der älteren psychisch erkrankten Menschen betonte Herr Dr. Schröder insbesondere auch die Notwendigkeit der Nutzung neuer Medien (wie Handys und das Internet), mit denen nach seiner Einschätzung auch ältere Menschen häufig einen sicheren Umgang beherrschen und dieser ihnen auch zuzutrauen ist.

Im Weiteren stellte der Referent dar, dass unabhängig vom Setting und der Struktur der Hilfe, also auch bei mobil-aufsuchenden Tätigkeiten für die Arbeit mit den erkrankten Menschen vor allem die Beziehung zwischen Patient und Therapeut im Fokus steht. Die Beziehung sollte - wobei hier als Therapeut im weitesten Sinne jeder Behandler, der im Versorgungssystem Klinik mit dem Patienten in Kontakt kommt, gemeint ist - insbesondere liebevoll, fröhlich, kreativ und heilsam sein – denn „Gerontopsychiatrie ist Beziehungsmedizin!“ betonte Herr Dr. Schröder. Darüber hinaus ging der Referent darauf ein, dass in der Arbeit mit den Betroffenen immer der Einbezug des System, in dem der Betroffene lebt (oft die Familie) Berücksichtigung finden muss,

***Mobilisierung der Klinik
vor dem Hintergrund der
Versorgungssituation in
MV***

Nutzung neuer Medien

***„Gerontopsychiatrie ist
Beziehungsmedizin“***

da die Auswirkungen einer gerontopsychiatrischen Erkrankung sehr häufig auch stark die Angehörigen betreffen. So werden 50% der Angehörigen gerontopsychiatrisch Erkrankter selbst auch depressiv. Dies zeigt wie wichtig die Zuwendung des Helfers zu den Angehörigen ist. Ihre Entlastung durch Unterstützung kann sich wiederum positiv auf das ganze System auswirken.

Herr Dr. Schröder führte weiter aus, dass die aufsuchende mobile Arbeit im Lebensfeld hinsichtlich der Diagnostik und Netzwerkarbeit andere/ erweiterte Möglichkeiten bietet als im stationären Rahmen einer Klinik. Er gab hier auch kritisch zu bedenken, dass jedes Behandlungskonzept auch vor dem Hintergrund der Methode aufsuchend-mobil diskutiert werden sollte und nicht einfach in die Arbeit bei dem Klienten/ Patienten zu Hause übertragen werden kann. Besonderen Fokus legt der Referent in der Arbeit mit gerontopsychiatrisch Erkrankten auch auf die Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen und Angebote. So ist die Kooperation und Zusammenarbeit zwischen beispielsweise der Psychiatrischen Institutsambulanz einer Region, anderen somatischen Kliniken/ Fachbereichen, niedergelassenen Fachärzten, Selbsthilfevereinen, Pflege- und Altenhilfeeinrichtungen und Laienhelfern für eine erfolgreiche Hilfe unabdingbar.

Anhand eines Fallbeispiels verdeutlichte Dr. Schröder später sein Behandlungskonzept, dem ein differenziertes gerontopsychopathologisches Basismodell zu Grunde liegt.

Demnach wird in der Gerontopsychopathologie zwischen nicht-kognitiven (Unruhe, Halluzinationen, Wahnvorstellungen) und kognitiven (Desorientiertheit, Mnestiche Störung, Apraxie...) Symptomen unterschieden. Die nicht-kognitiven Symptome werden dem Zustand Verstörtheit zugeordnet, während die Symptome im kognitiven Bereich der Verwirrtheit zugeteilt werden. Insgesamt macht Dr. Schröder darauf aufmerksam, dass

***Vernetzung medizinischer
und psychosozialer
Versorgungsstrukturen***

<p>die Aufträge der Klienten/ Patienten immer zunächst kritisch und differenziert in Bezug auf das oben beschriebene Konzept zu prüfen sind. Ist das erfolgt, so setzt in Abstimmung mit dem Patienten und seinem System die Behandlung nach dem Prinzip der Geborgenheit ein. Hier werden wiederum drei Bereiche in der Hilfe voneinander unterschieden, nämlich das Anleiten (Struktur, Ruhe, Ressourcen, Bezugspflege), das Annehmen (Lächeln, Loben, Locken und Lassen) sowie das Anregen z.B. über Musik, Haptik, Farben, Düfte. Dieses Konzept bildet aus Sicht des Referenten die Grundlage auch für die Arbeit im Fachbereich Mobiler Gerontopsychiatrie.</p> <p>Zum Schluss seines Referates beantwortete Herr Dr. Schröder die Frage, mit der sein Vortrag überschrieben war „Wie mobil muss die Gerontopsychiatrie sein? mit folgender Aussage: ...so mobil wie möglich!“.</p>	<p><i>Konzept der Gerontopathologie</i></p> <p><i>...so mobil wie möglich</i></p>
<p>Vortrag 2</p> <p>Frau Dr. Thomas - leitende Ärztin der Abteilung Gerontopsychiatrie - referierte im Rahmen des Fachtages „Mobile Gerontopsychiatrie“ am 02.12.2011 zum Thema: „Mobile Behandlung in der Gerontopsychiatrie und deren Vernetzung zum übrigen medizinischen Leistungsangebot“.</p> <p>Den Fokus legte Frau Dr. Thomas dabei auf Erfahrungswerte aus dem Bielefelder Mobilen Team</p> <p>Einleitend betonte Frau Dr. Thomas, dass die „Gerontopsychiatrie“ zunächst als primär interdisziplinäres Thema angesehen und verstanden werden muss. Der irreversible Alterungsprozess der Menschen ist der Kern des gesellschaftlichen Wandlungsprozesses, der zu gravierenden Veränderungen im gerontopsychiatrischen Hilfesystem und darüber in der Gesellschaft führt. Zentrale Herausforderung ist dabei, eine nachhaltige Vernetzung der einzelnen Akteure und der Betroffenen sowie der Angehörigen zu erreichen. Die konkreten Anforderungen und Aufgaben an die</p>	<p><i>Aufbau des Vortrage</i></p> <p><i>Anforderungen an die gerontopsychiatrische Versorgung</i></p>

Gerontopsychiatrie bei Aufnahme von neuen Patienten beschreibt Frau Dr. Thomas wie folgt: Erweiterte Diagnostik und Therapie neuropsychiatrischer Erkrankungen im Alter, kollegiale diagnostische Beratung, erweiterte und kontinuierliche Angehörigenberatungen sowie Schulungen, Koordination von medizinischen-pflegerischen und sozialen Hilfen, aufsuchende ambulante Weiterbehandlung bei geriatrisch komplexen Patientin sowie Entwicklung eines Geriatrischen Fallmanagement- System.

Dabei muss das Ziel sein, einen interdisziplinären Rahmen zu finden, der die Hilfen im Einzelfall personenbezogen und lebensfeldorientiert koordiniert und gewährleisten kann. Bei chronisch psychisch Kranken Menschen beschreibt Frau Dr. Thomas die Aufgaben dahingehend, dass ein Hilfenetz etabliert sein muss, der aber auch die Angehörigen im Blick hat - denn meist sind diese schon selbst chronifiziert und vollkommen überlastet.

Generelles Ziel der Hilfen für gerontopsychiatrisch auffällige Menschen muss es sein, stationäre Wiederaufnahmen zu vermeiden. Dies kann vor allem auch dadurch gelingen, schwer zu motivierende Patienten aktiv aufsuchend zu unterstützen. Gerade in Bielefeld hat man sich diesem Ziel institutionell verschrieben. So stellt Frau Dr. Thomas einen Überblick über die gerontopsychiatrische Versorgung in Bielefeld vor. Die Gerontopsychiatrie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie teilt sich im Überblick in mehrere Bereiche auf. Dabei geht es darum, den Menschen in seinem subjektiven Befinden zu stabilisieren, Akuterkrankungen zu heilen, die chronische Krankheitssymptomatik zu mildern, erhaltende Fähigkeiten des Patienten zu aktivieren und auch dem Angehörigen ein Stück Entlastung zu bieten. Die Gerontopsychiatrie mit den stationären Schwerpunkten richtet ihr Angebot auf Menschen mit

Aufgaben für die Gerontopsychiatrie

Versorgungsbereiche der gerontopsychiatrischen Abteilung in Bielefeld

psychischen Erkrankungen im dritten und vierten Lebensalter (< 60 J. bzw. > 80 J.) mit ihren sehr unterschiedlichen Bedürfnissen an Aktivierung aus. Die Tagesklinik ist für Menschen ab dem 60. Lebensjahr zuständig. Jeweils die Hälfte der Zuweisungen kommt aus dem stationären Bereich und aus dem ambulanten Sektor - immer nach einem ambulanten Vorgespräch. Die Tagespflege als ein weiterer Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgungsebene betreut Menschen ab dem 60. Lebensjahr die an Orientierungs- und Gedächtnisstörungen, Depressionen oder an Wahnhaften Erkrankungen leiden und langfristige Tagesstrukturierungs- und Begleitungsbedarfe haben. Des Weiteren hält die Abt. Gerontopsychiatrie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bielefeld eine Gerontopsychiatrische Ambulanz vor, eine Spezialsprechstunde für Gedächtnisstörungen aber auch ein mobiles Team zur aufsuchenden Diagnostik und Therapie, das dann für die weitere Implementierung von aufsuchenden und mobilen Hilfen sorgt. Für gerontopsychiatrische erkrankte Menschen kann die eigene Wohnung ein Lebensraum sein, der die vorhandenen Alltagskompetenzen unterstützt, Wohlbefinden und Sicherheit erzeugt und damit die Verbesserung bzw. Stabilisierung des Krankheitsverlaufes ermöglicht.

Dabei fordert die Behandlung ein multiprofessionelles und methodenübergreifendes Handeln, welches Frau Dr. Thomas unterstreicht. Das mobile Team aus Bielefeld besteht aus Fachärzten, Pädagogen, Psychologen sowie Fachkrankenschwestern und Verwaltungsmitarbeitern und positioniert sich mit interdisziplinären Angeboten, welche Frau Dr. Thomas nachfolgend im Referat formuliert – Verordnung und Überwachung einer differenzierten psychiatrisch-psychotherapeutischen- medikamentösen Therapie, Pflegerische und sozialrechtliche Beratung, Koordination von Hilfeleistungen sowie ärztlicher Leistungen, enge Kooperation mit dem (teil)-

Teilstationäre Angebote

Mobile Hilfen

Angebote der aufsuchenden Hilfen

stationären Behandlungsbereichen sowie die Gedächtnissprechstunde als Spezialangebot bei diagnostischer Unklarheit. Anhand der statistischen Analyse durch Frau Dr. Thomas wurde deutlich, dass die Bedarfe der mobilen gerontopsychiatrischen Arbeit im Untersuchungszeitraum des Jahres 04/2002-04/2006 abnorm gestiegen sind. Hinsichtlich dieser deskriptiven Untersuchung konnten bei mehr als 300 Patienten, wo die Heimeinweisung drohte, durch multiprofessionelle Versorgung im gerontopsychiatrischen Bereich aufgefangen bzw. ambulant bzw. teilstationär versorgt werden. Perspektivisch beschreibt Frau Dr. Thomas, dass die gerontopsychiatrische Arbeit eine langfristige Kontinuität erfordere verbunden mit einer kompetenten, multiprofessionellen und interdisziplinären Versorgung. Die Vernetzung, Koordination und Kooperation der einzelnen Akteure im Sinne von Haus und Fachärzten sowie der stationären und ambulanten Pflege ist dabei die große Herausforderung. Gleichwohl bedarf es die Diagnose Demenz frühzeitig zu erkennen und aktiv zu behandeln.

Vortrag 3

„Das Gesundheitsmobil - Erste Praxiserfahrungen eines mobilen Beratungsdienstes“

(Dr. med. Ute Stahlhacke, Leitende Ärztin

Öffentlicher Gesundheitsdienst des Landkreises Nordwestmecklenburg)

Frau Stahlhacke stellte in ihrem Referat nach einer Beschreibung der Projektidee das Leistungsangebot des Gesundheitsmobils des Landkreises Nordwestmecklenburg vor und gab abschließend einen kurzen Ausblick auf weiterführende geplante Aktivitäten im Rahmen des Projekts.

Der Projekthintergrund fußt auf der Idee, die medizinische Versorgung – darunter schwerpunktmäßig die Information,

***Bedarfe in der
Versorgung***

***Anforderungen und
Perspektiven***

Aufbau des Vortrages

Beratung und Diagnostik - im Sinne eines aufsuchenden Angebots zu mobilisieren. Die Finanzierung des Gesundheitsmobils wurde bei der Christiansen-Stiftung Lübeck beantragt und mit Beginn der Projektlaufzeit zum 01.09.2011 bewilligt.

1. Leistungsspektrum

Das Einsatzgebiet des Fahrzeugs erstreckt sich auf verschiedene Regionen des Landkreises Nordwestmecklenburg, davon ca. 70km in West-Ost-Ausrichtung und ca. 45km in Nord-Süd-Ausrichtung. Das Mobil ist multiprofessionell besetzt, bestehend aus Ärzten, Krankenschwestern und Sozialpädagogen, wobei die Zusammensetzung variiert. Das kostenlos zur Verfügung gestellte Leistungsspektrum umfasst schwerpunktmäßig Beratungsangebote, darunter:

- Mütterberatung (Ernährung im Kindesalter, Gewichtskontrollen, Durchführen von Vorsorgeuntersuchungen außerhalb der Karenzzeit, Beratung bei Entwicklungsauffälligkeiten und Entwicklungsdiagnostik),
- Schwangerschaftsberatung
- Beratung bei krankheitsbedingten Problemen, chronischen-, psychischen-, psychiatrischen-, Sucht- und Krebserkrankungen,
- Aidsberatung,
- Beratung für Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige,
- Beratung bei sozialen Problemen sowie
- Impfberatung und ggf. Einzelimpfungen.

Zusätzlich werden Informationen zu aktuellen Gesundheitsthemen offeriert sowie das Angebot zur Unterstützung bei Antragsstellungen und bei der Vermittlung zu Fachärzten und Institutionen bereitgestellt.

Das multidisziplinär angelegte Team stellt kostenfrei umfangreiche Leistungen im Bereich der Beratung, Information und Diagnostik zur Verfügung

Das Fahrzeug bietet als Kleintransporter mit integrierten, teilweise verschließbaren Ablageflächen viel Platz für Beratungs- und Diagnostikmaterial und ist darüber hinaus mit einer Liege sowie einem Sitz im hinteren Bereich ausgestattet.

Die derzeitige Zielsetzung besteht darin, ein bis zwei Touren pro Woche zu realisieren, davon eine nach „Patientenliste“- mit direktem Patientenkontakt sowie eine zur „Erschließung des Landkreises“. Letzteres beinhaltet die Öffentlichkeitsarbeit, u. a. durch Verteilung von Informationsblättern in Arztpraxen, Gemeindehäusern, Pflegestationen und Kindertagesstätten.

2. Ausblick

Am Ende ihres Referats gibt Frau Dr. Stahlhacke einen Ausblick auf die zukünftigen Handlungsansätze im Projekt.

Diese beinhalten neben einer festen Tourenplanung mit Bekanntgabe des Einsatzplans eine jeweils einmal wöchentlich stattfindende ambulante Frühförderung in Zusammenarbeit mit den Wismarer Werkstätten sowie mobile Gerontopsychiatrische Diagnostik und Beratung.

Vortrag 4

„Drehscheibe Rehaklinik: Selbständiges Leben trotz kognitiver Leistungseinschränkungen. Erste Ergebnisse einer katamnestischen Studie“

(DP Susanne Wachsmuth, Neuropsychologin/Leiterin Sozialtherapie, Fachabteilung für Neuropsychologie, Tessinum - Therapiezentrum für Geriatrie und Schlaganfall

Frau Wachsmuth stellte in ihrem Vortrag nach einem kurzen informativen Einblick in das Leistungsangebot des Therapiezentrums das Projekt „Optimierung der Inanspruchnahme von ambulanten Weiterbetreuungsangeboten durch ältere Menschen mit aktuellen geistigen

Aufbau des Vortrages

Leistungseinschränkungen und deren Angehörige im Raum Rostock“ vor. Dabei beschrieb sie zunächst in einem kurzen Abriss das Studiendesign. Im weiteren Verlauf schilderte sie erste Projekterfahrungen und untermauerte diese jeweils mit qualitativen und/oder quantitativen Daten. In diesem Zusammenhang legte sie den Fokus zum einen auf die Nutzerstruktur, darunter das Annahmeverhalten, die Studienpopulationsgrößen, das Alter sowie die Entwicklung der Patientenzahlen. Zum anderen betrachtete sie schwerpunktmäßig die Gruppe derer Patienten, die im Anschluss an die Reha in ein Pflegeheim umzogen. Im Anschluss konkretisierte sie den Wirkungsbereich des Projekts anhand eines Fallbeispiels und erläuterte die in den Hausbesuchen ersichtlichen Problembereiche. Im Ausblick führte sie weiterführende projektgebundene und –ungebundene ambulante und stationäre Hilfebedarfe auf.

1. Projekthintergrund

Die Projektidee basiert auf den Erfahrungen, dass es nach der Entlassung aus der geriatrischen Rehabilitationsklinik bislang kaum katamnestische Informationen zur Inanspruchnahme von ambulanten Hilfsstrukturen gibt, die durch den Sozialdienst des Therapiezentrums organisiert und aktiviert wurden. Im Verlauf veränderte Hilfebedarfe in der häuslichen Selbstversorgung, besonders bei dementiell und psychisch erkrankten Älteren, können im Vorfeld nicht abgeschätzt und bahnend vorbereitet werden. Das Projekt hat zum Ziel, die Patienten und deren Angehörige über den Zeitraum von einem Jahr nach Entlassung in dieser bedarfsangepassten (Neu-)Organisation zu unterstützen. Mit dem Ziel einer nachhaltigen Umsetzung der in dem Projekt aufgestellten Hilfeplanung soll eine Verbesserung der ambulanten Versorgung alter psychisch- und dementiell erkrankter Menschen und die Möglichkeit eines Verbleibs im häuslichen Lebensfeld befördert werden.

2. Studiendesign

Das im Juli 2010 begonnene Projekt unterteilt die Studienteilnehmenden in drei Gruppen:

1. die Untersuchungsgruppe, bestehend aus Patienten, die aus dem Therapiezentrum in eine eigene Häuslichkeit in der Hansestadt Rostock entlassen werden und bei denen die Verdachtsdiagnose einer dementiellen Erkrankung besteht.

2. die Kontrollgruppe, bestehend aus Patienten, die aus dem Therapiezentrum in eine eigene Häuslichkeit in Güstrow, Schwerin oder Wismar entlassen werden und bei denen ebenfalls die Verdachtsdiagnose einer dementiellen Erkrankung besteht. Mit den Patienten dieser zweiten Gruppe wird die Rückkehr in die eigene Häuslichkeit weniger intensiv vorbereitet, als für die erste Gruppe. Ein Hausbesuch zur detaillierteren Planung ggf. neu sichtbar gewordener Hilfebedarfe einen Monat nach Entlassung wird lediglich der Untersuchungsgruppe zuteil.

3. die Gruppe Pflegeheim-neu, eine Gruppe von Patienten, welche in ein Pflegeheim entlassen werden, bis zur Krankenhausaufnahme und Rehabilitation im Tessinum Therapiezentrum jedoch noch in einer eigenen Häuslichkeit lebten. Diese Gruppe stellte sich im Verlauf des Projektes als eine nicht vernachlässigbare Größe dar, welches eine detailliertere Analyse dieser Gruppe als eine zweite Art der Kontrollgruppe sinnvoll erscheinen ließ.

Zum allen Patienten, die aus dem Tessinum-Therapiezentrum in eine eigene Häuslichkeit entlassen werden, zuteil werdenden standardisierten Entlassungsmanagement gehört die Erstellung eines individuellen Hilfeplans durch das multidisziplinäre Expertenteam, welches sich aus einem Arzt, einem Psychologen, Mitarbeitern des Pflegedienstes sowie einem Sozialarbeiter zusammensetzt. Gleichsam beinhaltet diese die

Drei

Beobachtungsgruppen

mit unterschiedlicher

Kontakthäufigkeit und -

Intensität

Kontaktaufnahme mit den entsprechenden Institutionen, wie Angehörige, medizinisch/pflegerische „Nachsorger“, Behörden etc.. Die durch das Projekt abgebildete Erweiterung sieht die Möglichkeit individueller zeitlich nicht fixierter telefonischer und/oder persönlicher Anfragen beim Expertenteam in auftretenden Problemfällen vor. Standardisiert und durch die Projektmitarbeiter aktiv den Kontakt suchend werden zu vier Zeitpunkten die Nutzung der bei Entlassung empfohlenen und aktivierten Hilfen und Umwelthanpassungen sowie mögliche Barrieren der Inanspruchnahme erfasst, ggf. veränderte Ansprüche werden ermittelt und falls erforderlich eine daran abgestimmte Beratung zur Reorganisation bzw. weiteren Optimierung des vorab entwickelten Hilfeplans vorgenommen.

Der Unterschied zwischen der Kontroll- und Untersuchungsgruppe besteht demnach vor allem in der Anzahl der Zeitpunkte und der Intensität, in denen die Mitarbeiter des Therapiezentrums beratend zur Seite stehen: Kontrollgruppe (KG) zwei (nach 6 und 12 Monaten) und Untersuchungsgruppe (HRO) vier Kontakt- und Erhebungszeitpunkte (ein Tag, 1 Monat, 6 Monate und 12 Monate nach Entlassung).

Beide Gruppen sollen bei Beendigung des Projektes hinsichtlich der Versorgungsqualität und –quantität miteinander verglichen werden, um die notwendige Güte der Interventionen daraus abzuleiten.

3. Bisherige Projekterfahrungen

Frau Wachsmuth gibt an, dass die auf das Projekt bezogenen Reaktionen der Studienteilnehmer bzw. die aus deren Umfeld sehr unterschiedlich ausfallen. So wird das Projekt durch die Patienten vielfach freundlich-wohlwollend angenommen, vor allem dann, wenn diese alleinlebend sind und wenn eine Selbstreflexion der kognitiven Problematik besteht. Die Ehepartner der Betroffenen reagieren indes eher neutral bis

Das Projekt wird von den Betreuten unterschiedlich bewertet. Die Betroffenen und Angehörigen der Nachfolgegeneration zeigen häufig positive

skeptisch, auch vor dem Hintergrund des Gefühls, kontrolliert zu werden. Die Angehörigen der nächsten Generation zeigen sich nicht zuletzt vor dem hohem psychischen Druck angesichts multipler Verantwortlichkeiten (Erwerbstätigkeit, Betreuung des Nachwuchses, Pflege der Elterngeneration) teilweise interessiert bis dankbar für die Möglichkeit eines Ansprechpartners, teilweise sich jedoch auch unter sozialen Druck gesetzt fühlend. Die Vortragende merkt an, dass es trotz eines vor Entlassung ausgehändigten detaillierten Informationsblatts mit den Kontaktdaten und Sprechzeiten wenig bis keine aktiven Kontaktaufnahmen durch die pflegenden Angehörigen stattfanden. Aktive Kontaktgesuche zeigen sich eher noch während des stationären Aufenthaltes im Therapiezentrum und bei der akuten Sorge über die weitere Versorgung im Anschluss an die rehaklinische Behandlung. Zudem gibt es im Zuge der Nachsorge eine relativ hohe Anzahl an passiven Verweigerungen durch Nichterreichbarkeit bzw. schwierige Erreichbarkeit der Patienten und deren Angehörige, bislang unabhängig erscheinend von der Güte der Versorgung oder des Angebotsumfangs der Nachbetreuung.

Schlüsselt man die Klientenzahlen der einzelnen Gruppen nach deren Status im Projektverlauf auf, so ergaben sich mit Stand vom 02.12.2011 folgende Gruppengrößen:

1. Patientengruppe HRO n=65, 2. Kontrollgruppe (SN, HWI, GÜ) n=33 und 3. Gruppe Pflegeheim-neu n=45.

Betrachtet man quartalsweise die Entwicklung der Patientenzahlen, so belaufen sich die Patientenzahlen in den 6 Quartalen III/2010 bis IV/2011 auf 10/9/10/10/13/13 in der Untersuchungsgruppe, auf 8/5/8/5/2/5 in der Kontrollgruppe und auf 7/13/11/6/2/6 in der Gruppe Pflegeheim-neu. Frau Wachsmuth schließt aufgrund der geringer werdenden Pflegeheimneueinweisungen eine Folgewirkung projektbezogener Erfahrungswerte nicht aus.

Reaktionen, die Ehepartner der Patienten bleiben vielfach neutral bis skeptisch.

Die zuverlässige Kontaktpflege mit den Betroffenen und den pflegenden Angehörigen im Zuge der Nachsorge gestaltet sich schwierig.

Nach der Entlassung aus dem rehaklinischem Setting gibt es eine relativ hohe Zahl an Pflegeheimdirektweisungen.

Vergleicht man die Altersstrukturen der drei Gruppen, so erscheint die Gruppe Pflegeheim-neu tendenziell älter (Median/Modalwert Alter der Gruppe-HRO Median= 83 Jahre/ Modal= 83 Jahre, Kontrollgruppe Median= 82 Jahre/ Modal= 82 Jahre, Gruppe Pflegeheim-neu Median= 85 Jahre/ Modal= 85 Jahre).

Betrachtet man den ursprünglichen Wohnort derer Patienten, die an die Reha anschließend in ein Pflegeheim umziehen, so kommen 42/46 aus Rostock und 4/46 aus den der Kontrollgruppe zugeordneten Städten. Als eine Begründung könnte eine hohe infrastrukturelle Dichte an Pflegeheimen in Rostock vermutet werden.

Pflegeheimeinweisungen verzögernd scheinen:

1. eine stabile Partnerschaft, in der die Partner Unterstützungsleistungen als moralische Verpflichtung anzusehen scheinen,
2. das Leben bei einem pflegerisch geschulten Verwandten und
3. das Vorhandensein einer koordinierenden Hilfsperson der nächsten Generation.

Die Referentin merkt an, dass darüber hinaus im Laufe der Projekterfahrungen der Eindruck entstand, dass eine aktive und intensive, d.h. hochfrequente Kontaktaufnahme durch professionelle Unterstützungssysteme, nötig erscheint. Zur Optimierung der Betreuung scheinen dabei vor allem die Hilfsperson der Folgegeneration eine Schlüsselrolle einzunehmen. Frau Wachsmuth stellt hierbei kritisch heraus, dass gebahnte (Vor-)Entscheidungen bei den Patienten und deren Angehörige bezüglich der Notwendigkeit des Umzuges in ein Pflegeheim, z.B. nach Beratungen im Krankenhaus, nur noch schwer aufweichbar sind. Die Patienten und vor allem deren Angehörige werden neuen Argumenten schwer zugänglich und zeigen einen geringen Mut, sich auf ambulante Versorgungsmöglichkeiten einzulassen.

Die Gruppe der unmittelbar nach der Entlassung in ein Pflegeheim überwiesenen Klienten ist im Vergleich zur Kontroll- und Untersuchungsgruppe älter.

Der größte Anteil der unmittelbar in ein Pflegeheim verwiesenen Klienten stammt aus der Untersuchungsgruppe.

Eine stabile Partnerschaft, pflegerisches Wissen bei Angehörigen sowie eine managende Hilfsperson der Folgegeneration erscheinen als protektive Faktoren für baldige Pflegeheimeinweisungen.

Nach der Entscheidung für die Aufnahme in ein Pflegeheim scheint eine kognitive und emotionale Flexibilität seitens der

Als beförderliche Bedingungen der Pflegeheimdirekteinweisung konnten in 36 der 45 Fälle Gründe angegeben werden. In 10 Fällen wurden motorische Funktionseinschränkungen als vorrangiger Grund benannt, in 9 Fällen das Fehlen eines sozialen Netzwerkes bzw. der Wunsch der Angehörigen nach einer umfassenden Betreuung im Pflegeheim. Der Wunsch des Patienten (auch an motorische Einschränkungen gekoppelt), bzw. eine seit längerem geplante Aufnahme waren ebenso wie kognitive Funktionsbeeinträchtigungen in je 7 Fällen das Hauptargument. In drei Fällen wurde eine an die Reha anschließende Kurzzeitpflege mit Verbleib im Pflegeheim von den Angehörigen als Lösung gewählt.

Abschließend skizziert die Referentin ein Fallbeispiel mit dessen speziellen Hilfebedarfen sowie den angewandten Interventionen. Die chronisch depressive zum Zeitpunkt der Aufnahme unzureichend medikamentös eingestellte 87jährige Patientin lebte zum Zeitpunkt des rehaklinischen Aufenthalts allein und mit Verwahrlosungstendenz vor allem im Sinne einer Fehlernährung / Exsikkose. Eine über eine Generalvollmacht verfügende Bekannte der Folgegeneration half bei der Versorgung, fühlte sich jedoch durch die Verantwortung für die Betreuung langfristig überfordert. Die nervenärztliche Behandlung war aufgrund des Widerstandes der Patientin nicht möglich, der Pflegedienst wurde durch sie abgelehnt, ebenso die mehrfach angedachte Inanspruchnahme einer Tagespflege oder die Aufnahme in ein Pflegeheim. Die daraufhin aufgestellte Hilfeplanung beinhaltete einen zeitlich versetzt einsetzenden Hilfemix, bestehend aus der Optimierung der medikamentösen Einstellung, dem Organisieren privater Hilfspersonen, der Inanspruchnahme einer Tagespflege, der Pflegestufenerhöhung sowie der Beantragung einer Betreuungspauschale. Mithilfe des Fallbeispiels konnte deutlich gemacht werden, dass es durch die

Angehörigen nicht mehr gegeben zu sein.

Gründe der Pflegeheimneueinweisung sind

- ***motorische und kognitive Abbauprozesse***
- ***das Fehlen eines sozialen Unterstützernetzwerks.***
- ***begünstigende Übergänge aus Hilfesettings, wie erneute Klinikaufenthalte oder Kurzzeitpflegen***

Die Entlastung der

koordinierte Hilfe und damit einhergehender Entlastungseffekte auf die Betreuerin – zumindest während der einjährigen Nachbetreuung durch das Projektteam – gelingen konnte, die Patientin weiterhin ambulant und für alle Beteiligten zufriedenstellend zu versorgen. Die in sämtlichen Nachbefragungszeitpunkten geäußerte Überforderung der betreuenden Person lassen jedoch aus Sicht der Referentin eine Weiterführung und Hilfenkoordination und –Supervision der häuslichen Versorgung nach Beendigung der engmaschigen Begleitung durch das Projektteam fraglich erscheinen.

Die deskriptive Auswertung bisheriger Hausbesuche zeigte:

- vor allem den Fortbestand von Stolpergefahren, wie Teppiche, Türschwellen, etc., die nur sehr ungern beseitigt wurden,
- eine deutliche Unterversorgung der nervenärztlichen Facharztbehandlung (häufig nur hausärztliche Versorgung)
- ein lediglich sehr vereinzelt Nutzen ambulanter kognitions- oder alltagsorientierter Therapieangebote
- gering ausgeprägte soziale Netzwerke jenseits familiärer Kontakte, mit geringer Teilnahme in Seniorenvereinen, Kirchgemeinden und Vereinen
- eine fehlende bis geringe Inanspruchnahme professioneller Hilfsangebote, wie Tagespflegen, Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen.

4. Ausblick

Frau Wachsmuth zieht aufgrund der bisherigen Erfahrungen mit dem Projekt als Resumé, dass der regelmäßige und aktiv aufsuchende Kontakt sowie zuverlässig vermittelbare übergeordnete organisatorische Hilfen durch einen Hilfeplaner notwendige Voraussetzungen der ambulanten Versorgung dementiell und gerontopsychiatrisch Erkrankter zu sein scheinen. Dabei scheinen Hausbesuche im Sinne einer

Angehörigen durch die bereitgestellte Hilfeplanung hat sich im Einzelfall positiv auf die Weiterführung der Betreuung ausgewirkt.

Die Hausbesuche zeigten, dass Hilfsangebote medizinischer, therapeutischer und sozialer Art selten bis gar nicht in Anspruch genommen werden.

es besteht zukünftig ein Bedarf an

- ***einer aktiv aufsuchenden, regelmäßigen Kontaktpflege,***

„Fallkonferenz“ zur Entlastung der Verantwortlichkeit übernehmenden Angehörigen am produktivsten und am besten geeignet zu sein, Verbindlichkeiten zu schaffen. Im Rahmen des Projektes wird deshalb in den Hausbesuchen versucht, kleine „Fallkonferenzen“ mit den hauptverantwortlichen Betreuungspersonen (Angehörige oder Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes) durchzuführen. Darüber hinaus merkt Frau Wachsmuth kritisch an, dass ein Bedarf nach einer mehr selbstständigkeitsorientierten oder zumindest ergebnisoffenen Beratung im Akuthaus bestünde. Auch der Bekanntheitsgrad ambulanter Hilfsstrukturen erscheint der Referentin noch zu gering, sowohl für die Unterstützung leistenden Angehörigen als auch für die (ambulanten) Mit- und Nachbehandler.

Die Referentin macht in diesem Kontext deutlich, dass ein umfassendes und nachbetreuendes Fallmanagement aus einer stationären Struktur außerhalb von Projekten kaum möglich ist. Demnach bedarf es zukünftig einer Institution, an die sich (reha-)stationäre Einrichtungen zur Vernetzung mit ambulanten Strukturen wenden können. Dazu stellt sich die Frage, wo stadtteilnah ausreichend Hilfeplaner angesiedelt sind, wie die direkten Schnittstellen zwischen stationärem und ambulatem Bereich ausgestaltet sein sollten und wie weitreichend die Hilfeleistung durch stationäre Strukturen sein kann und muss.

© Susanne Wachsmuth, Febr. 2012

Vortrag 5

Das Geromobil - Ein integriertes Zukunftskonzept mobiler Gerontopsychiatrie für dünnbesiedelte ländliche Regionen“
(Michael Blaha, staatl. anerkannter Erzieher, Mediator, Fachbetreuer in der Sozialpsychiatrie Volkssolidarität Kreisverband Uecker-Randow e.V.; Dipl.-Med. Wolfgang

- *an einer übergeordneten Hilfeplanung,*
 - *an einer mehr selbstständigkeitsorientierten Beratung auch bei den Akutversorgern*
- an einer breiteren, umfassenderen konkreteren Information zu ambulanten Hilfsstrukturen*

**Kliewe, Chefarzt Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
AMEOS Klinikum Ueckermünde)**

Herr Blaha machte zunächst eindrücklich deutlich, das ein erst kürzlich fusionierter Flächenlandkreis, nämlich Vorpommern-Greifswald, der größer ist als das Saarland (2.569 km² SL 3.927 km² VP), aber in dem nicht einmal 1/3 der Bevölkerung des Saarlandes lebt (1,015 Mio. zu 245.733EW), neue und große Herausforderungen und Ansprüche an die Versorgung seiner älteren Menschen stellt. Neben der Dünnbesiedelung der Region ehemals Uecker-Randow wiesen andere Bedarfserhebungen im Landkreis, auch innerhalb der 66 Ortsgruppen der Volkssolidarität Uecker-Randow Kreisverband e. V. mit ihren ca. 4800 Mitgliedern darauf hin, dass auch die schwache Infrastruktur (kaum noch Landärzte, Konzentration der ärztlichen Versorgung auf die Ballungsgebiete) sowie das Fehlen versorgender bzw. pflegender Angehörige im unmittelbaren Lebensumfeld der älteren Menschen, die Entwicklung innovativer Ideen zur Versorgung der älteren, vor allem auch gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen dringend notwendig machte. So entstand 2009 in enger Zusammenarbeit mit dem Landesverband Sozialpsychiatrie MV e. V. mit seinem aktuellen Modellprojekt „Länger leben in MV“, dem Institut für Sozialpsychiatrie e. V., insbesondere Herrn Prof. Steinhart, dem AMEOS – Krankenhaus Ueckermünde mit der psychiatrischen Klinik unter der Leitung von Herrn Chefarzt Kliewe sowie vieler anderer Partner im Kreisverband der Volkssolidarität die Projektidee des „Geromobils“.

Ziel des Projektes ist es, den ambulanten Sektor bei der altersgerechten Versorgung der Bevölkerung nachhaltig zu stärken. Dies soll, so der Referent im Weiteren durch wohnortnahe Beratung, Versorgung und Betreuung der Menschen, die im ländlichen Raum leben sowie durch frühzeitige Identifizierung von Hilfebedarfen bei geriatrischen Erkrankungen erfolgen.

*Vorpommern Greifswald
ist größer als das
Saarland, hat aber nur
1/3 der Bevölkerung zu
verzeichnen*

*Projektidee „Geromobil“
entstand 2009 in
Zusammenarbeit mit
vielen Partnern*

*Stärkung des ambulanten
Sektors durch mobile,
aufsuchende
wohnortnahe Beratung*

Darüber hinaus sollen die Zugänge für individuelle passgenaue Hilfen für Leistungsberechtigte der Kranken- und Pflegeversicherung geschaffen sowie einer Überlastung pflegender Angehöriger durch Empowerment vorgebeugt werden.

Das Projekt ist trägerübergreifend.

Die konkreten Aufgaben des Care- und Casemanagement des Geromobils beinhalten die Bedarfsermittlung (Gatekeeping) und die Zusammenstellung und Vermittlung passgenauer Hilfen entsprechend der Wünsche der Klienten und des verfügbaren Angebotes verschiedener Leistungsanbieter. Auf der Klientenebene bedeutet dies, so Herr Blaha, dass ein strukturiertes Vorgehen in der Fallarbeit (Assessment-Zielformulierung/ Beratung/ Psychoedukation-Erstellung eines individuellen Hilfeplans-Linking-Monitoring und Evaluation) für die Wirksamkeit der Hilfe unabdingbar ist. Auf der Systemebene stehen ebenso die Erarbeitung eines individuellen Hilfeplans, die Anleitung von Angehörigen, sowie die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen im Vordergrund. Weiterhin zeichnet sich die Arbeitsweise auf der Systemebene durch Schulungen von Mitarbeitern in Pflegeangeboten, die Bildung eines gerontopsychiatrischen Netzwerkes und die Kooperation mit dem in Pasewalk bestehenden Pflegestützpunkt aus.

Das Geromobil wird, laut Herrn Blaha durch eine Fachkraft und eine Führungskraft besetzt sein und regionenspezifisch durch Koordinatoren auf Honorarbasis unterstützt. Dieses Team wird mobil und aufsuchend nach einem abgestimmten Tourenplan in den ländlichen Gebieten (Amtsbereiche) der Uecker-Randow-Region unterwegs sein. Die Regionalkoordinatoren sind ehemalige Gemeindeschwestern oder auch Pflegefachkräfte im Ruhestand/ in Rente, die den lokal notwendigen Zugang zur Zielgruppe schaffen können und haben. Weitere Zugangsmöglichkeiten bieten die Ortsgruppen auch anderer Träger (z.B. AWO, DRK, ALV usw.), Selbsthilfe- und Interessengruppen, Dorfvereine, aber auch über Einzelpersonen

***Strukturierte
Arbeitsweisen- und
methoden auf Einzelfall-
und Systemebene***

***Erhöhung der Zugänge
und des Erreichens der
Menschen über
Regionalkoordinatoren,
die sich in den Regionen
gut vernetzt sind***

<p>und Pflegedienste. In der Anlaufphase im ersten halben Jahr geht es vorrangig um die Erfassung, Beratung und bei Bedarf um die Einleitung von Sofortmaßnahmen der Versorgung. Im Anschluß, so führte Herr Blaha aus, erfolgt die eigentliche ärztliche Versorgung bzw. fachliche Betreuung vor Ort bzw. in Ausnahmefällen in den Tageskliniken der beiden Krankenhäuser in der Region. Die Zusammenarbeit ist über Ärzte bzw. das Ärztenetzwerke (HaffNet), Krankenhäuser, verschiedene Pflegedienste, Tagespflegen, Pflegeheime, dem Pflegestützpunkt, Apotheken, dem Sozial- bzw. Gesundheitsamt, verschiedene Kassen und viele Unterstützer im Rahmen vorhandener Netzwerke geregelt. Zur Sicherstellung des Informationsflusses und des Wissenstransfers sowie der gleichberechtigten Zusammenarbeit wird ein Geromobil-Beirat (Gero-Allianz) eingerichtet. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgt durch das Institut für Sozialpsychiatrie e. V..</p> <p>Das Projekt Geromobil ist zunächst auf drei Jahre (2012-2014) angelegt und wird durch das BMfSFSJ gefördert. Der Kick-Off, so der Referent soll planmäßig im Januar 2012 erfolgen. Im Jahr 2013 wird das Projekt auf weitere Regionen im großen Landkreis Vorpommern-Greifswald systematisch übertragen werden, denn auch hier soll die Versorgung der älteren Menschen in ländlichen dünnbesiedelten Gebieten sichergestellt und ihnen die Möglichkeit gegeben werden eine möglichst hohe Lebensqualität in ihrem gewohnten Lebensumfeld so lange wie möglich aufrecht zu erhalten, Vereinsamungstendenzen entgegenzuwirken und präventiv frühzeitig teilstationäre oder Heimaufenthalte zu vermeiden.</p>	<p><i>Netzwerkarbeit</i></p> <p><i>Systematische Erschließung der anderen Regionen im Großkreis mit dem Geromobil innerhalb der dreijährigen Projektlaufzeit</i></p>
--	--