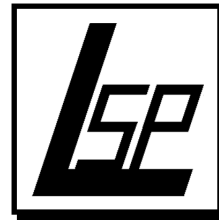


Länger leben in Mecklenburg-Vorpommern



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
7. Gerontopsychiatrischen
Symposium

Tagesangebote in der
Gerontopsychiatrie
am 09.06.2011

in
Nisbill

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

Referenten, Teilnehmer der Podiumsdiskussion und Moderator:

Dr. med. Marlene Drosten-Plinnow

Leitende Oberärztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
HANSE-Klinikum Wismar GmbH
Dahlberg 11, 23970 Wismar

Dr. med. Martina Gstöttner

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Leitende Ärztin der Tagesklinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie
Gehlsheimer Str. 20, 18147 Rostock

Birgit Vogel

Fachaltenpflegerin
Ltd. Pflegefachkraft der Gerontopsychiatrischen Tagespflege des
Ev. Krankenhauses Bielefeld
Moltkestraße 3, 33615 Bielefeld

Holm Kolata

Dipl.-Pflegerin
Mitarbeiter Volkssolidarität Kreisverband Uecker-Randow e. V.
Albert-Einstein-Straße 4, 17358 Torgelow

Ute Greve

Dipl.-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin
Projektleitung Zentrum Demenz
Zentrum Demenz
Gartenhöhe 6b, 19053 Schwerin

Dr. med. Jürgen Hein

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
1. Vorsitzender des Demenz-Netzwerkes Uckermark e. V.
Rosa-Luxemburg-Str. 21, 17291 Prenzlau

Dr. med. Bernd Sponhelm

Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
HANSE-Klinikum Wismar GmbH
Dahlberg 11, 23970 Wismar

Prof. Dr. Ingmar Steinhart

Projektleitung Modellprojekt „Länger leben in
Mecklenburg-Vorpommern“ des
Landesverbandes Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V.
Doberaner Straße 47, 18057 Rostock



Einladung

zum 7. Gerontopsychiatrischen Symposium

am 09. Juni 2011 um 14:00 - 18:00 Uhr

Thema

„Tagesangebote in der Gerontopsychiatrie“

Veranstaltungsort

Fachpflegeeinrichtung
„Haus am Bibowsee“
Am See 1
19417 Nisbill

Dokumentation zum 7. Gerontopsychiatrischen Symposium

**Thema: „Tagesangebote in der Gerontopsychiatrie“
am 09.06.2011 in der Fachpflegeeinrichtung „Haus am Bibowsee“,
Nisbill**

Hintergrund

Den Schwerpunkt des diesjährigen Symposiums stellten die verschiedenen Tagesangebote im Bereich der Gerontopsychiatrie dar. Diese sind als Ergänzung von ambulanten Hilfen ein unverzichtbarer Baustein, um lebensfeldbezogene Arrangements möglichst lange aufrechtzuerhalten, die pflegenden Angehörigen zu unterstützen und zu entlasten und eine befristete oder langfristige „Ausgliederung“ in vollstationäre Behandlungs- bzw. Pflegeangebote zu vermeiden. Dies erlangt nicht zuletzt vor dem Hintergrund an Bedeutung, dass ältere Menschen möglichst lange in ihrer Wohnung leben bzw. in ihrem gewohnten Lebensumfeld verbleiben wollen. Passgenaue Hilfearrangements für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen müssen dies berücksichtigen und flächendeckend ambulante und teilstationäre Unterstützungsleistungen bereitstellen. Dabei existieren Tagesangebote im Behandlungsbereich in Form von Tageskliniken, als Pflege-, Kommunikations- und Trainingsangebote in den Tagespflegen sowie als Angebote mit niedrigschwelligem Zugang in z.T. spezialisierten Tagesbetreuungen. Der oben genannten Ausgangslage Rechnung tragend, sollte das Symposium dazu dienen, diese gesamte Angebotspalette anhand von Best Practice Beispielen aufzuzeigen, mit den Anwesenden darüber zu diskutieren und zum Aufbau derartiger gerontopsychiatrischer Angebote anzuregen. Zu der Veranstaltung waren neben Entscheidungsträgern auf Leistungserbringerseite, Vertretern der Leistungsträger, der kommunalen und Landkreisebene ebenso interessierte Praktiker eingeladen.

Vortrag 1

<p>„Gerontopsychiatrisch tagesklinische Versorgung“ (Dr. med. Marlene Drosten-Pinnow, Leitende OÄ der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Hanse-Klinikum Wismar GmbH)</p> <p>Frau Dr. Drosten-Pinnow stellte im einleitenden Teil ihres Vortrags die allgemeine funktionale institutionelle Einbettung von Tageskliniken sowie die Situation der trägerbezogenen tagesklinischen Versorgung in der Region Wismar/Nordwestmecklenburg vor. Dabei präsentierte sie im Speziellen die allgemeinen Ziele tagesklinischer Behandlung, die</p>	<p><i>Aufbau des Vortrags</i></p>
---	-----------------------------------

<p>Vorteile integrierter tagesklinischer Behandlung, häufige Beschwerdeprofile der Alterspsychotherapie sowie die Standorte und das Leistungsspektrum der Angebote tagesklinischer Behandlung des HANSE-Klinikums Wismar. Im nächsten Schritt beschrieb die Referentin die Erfahrungen aus der bisherigen tagesklinischen Arbeit. Dabei ging sie näher auf die Themenfelder Zuweisungsverhalten, Indikationen tagesklinischer Behandlung, Hemmnisse des Inanspruchnahmeverhaltens sowie Gestaltung der Nachsorge ein. Im abschließenden Abschnitt erläuterte sie die zukünftigen Herausforderungen der tagesklinischen Versorgung und legte daran angelehnte trägerbezogene Handlungsschritte dar.</p>	
<p>1. Hinführung</p> <p>In der Alterspsychotherapie werden vorrangig nachstehende Situationen thematisiert: Neben dem Abbau der körperlichen Leistungsfähigkeit und damit verknüpfter wahrgenommener bzw. tatsächlicher Bedrohung der Autarkie und des Selbstwertgefühls spielen ebenso nicht zuletzt auch damit in Verbindung stehende Ängste vor einem Umgebungswechsel und dem Gefühl der „Entwurzelung“ eine Rolle. Darüber hinaus werden in diesem Zusammenhang auftretende Partnerschaftsprobleme im Zuge der Pensionierung bzw. Berentung sowie Traumatisierungserfahrungen infolge erlebter Extremsituationen, wie Krieg, Hunger und Vertreibung aufgeführt.</p> <p>Der Behandlungsauftrag von Tageskliniken erstreckt sich auf die Bereiche der Bewältigung von mit dem Älterwerden verbundenen Ängsten hinsichtlich drohender Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit, der Auseinandersetzung mit bereits durchlebten bzw. zu erwartenden Verlust- und Trauererfahrungen sowie der Förderung von Selbständigkeit, Eigenverantwortung und sozialer Integration.</p> <p>In diesem Kontext werden die Vorteile einer integrierten tagesklinischen Behandlung formuliert: Diese werden darin gesehen, dass im Falle einer Überleitung (von vollstationärer in ambulante</p>	<p><i>Häufige Themen der Alterspsychotherapie</i></p> <p><i>Behandlungsauftrag von Tageskliniken</i></p> <p><i>Vorteile einer integrierten tagesklinischen</i></p>

Behandlung bzw. umgekehrt) kein Orts- und Personalwechsel nötig ist. Dies erscheint insbesondere vor dem Hintergrund einer erfahrungsgemäß im Alter vorherrschenden niedrigeren Umstellungswilligkeit auf neues Personal und eine neue Tagesstruktur sowie angstbezogenen Vorbehalten gegenüber langen Fahrtzeiten bedeutsam. Mit dem Hintergrund der Kontinuität des situativen Kontexts wird eine weniger problembelastete vollstationäre Aufnahme bei Krisen und Überforderung möglich. Zudem wird hervorgehoben, dass Tageskliniken im Allgemeinen durch eine stufenweise Belastungssteigerung den Übergang von der vollstationären in eine ambulante Behandlung erleichtern. Nicht zuletzt könne die „Begutachtung“ positiver Behandlungsverläufe im tagesklinischen Bereich eine vorbildhafte Funktion enthalten und im Sinne eines Anreizes wirksam werden, selber ebensolche Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Die Angebote tagesklinischer Behandlung des HANSE-Klinikums Wismar enthalten mit dem Standort Wismar ein derartiges integriertes Konzept, wobei die Tages- in die psychiatrische Klinik mit gerontopsychiatrischer Abteilung eingebettet ist. Des weiteren stellt der Träger ein Angebot in Gadebusch bereit. Voraussichtlich ab Oktober 2011 werden diese um den Standort Grevesmühlen erweitert. Dabei deckt das Leistungsspektrum die Bereiche Diagnostik, medikamentöse- sowie nichtmedikamentöse Therapie ab. Letztere umfasst schwerpunktmäßig das Angebot der Psychotherapie, ferner aber auch der Akupunktur, Tanz-, Ergo-, Physio-, Bewegungs- und Aromatherapie, des autogenen Trainings und der progressiven Muskelrelaxation, der euthymen- sowie der Depressionsgruppe- letztere im Sinne eines psychoedukativen Ansatzes.

2. Erfahrungen aus der bisherigen tagesklinischen Arbeit

Gemäß der Erfahrungen aus der bisherigen Arbeit zeigt die Referentin auf, dass Hausärzte als Hauptzuweiser für Tageskliniken fungieren. Daneben werden Nervenärzte, Konsiliardienste der Abteilung für Innere Medizin sowie Chirurgie und die

Versorgung

***Standorte und
Leistungsspektrum
tagesklinischer
Behandlung in
Wismar /
Nordwestmecklenbur
g***

***Hausärzte als
Hauptzuweiser***

Psychiatrischen Institutsambulanzen in Wismar und Gadebusch aufgeführt. Als nicht statistisch belegte Indikationen für die tagesklinische Behandlung treten sehr häufig Angststörungen und depressive Symptome, oftmals auch als Komorbidität auf, während beginnende Demenzen und andere seelische Störungen (z.B. wahnhaftige Störungen) seltener auftreten. Häufig werden auch Depressionen bei pflegenden Angehörigen beobachtet. Die Referentin betont in diesem Zusammenhang die Tabuisierung des Themas Depression im Alter. Bei gleichzeitiger Aufklärung zu dementiellen Symptomen führt die Wahrnehmung der Symptomatik bei den Betroffenen zur „Panikmache“, da diese die erlebten Einschränkungen auf die Demenz zurückführen und das Vorliegen einer Depression nicht in Erwägung ziehen.

Ungeachtet der bereits erwähnten Vorteile (integrierter) tagesklinischer Behandlung gibt es eine Vielzahl an Faktoren, die sich hemmend auf das Inanspruchnahmeverhalten der tagesklinischen Behandlung auswirken. Dazu zählt zum einen das bereits erwähnte reduzierte Umstellungsvermögen im Alter sowie die Angst vor Überforderung beim Wechsel vom vollstationären- in das teilstationäre Setting. Zudem wirken sich die flächenlandbezogenen weiten Wege hemmend auf die Nutzung aus. Die gleiche Wirkung erzeugt das unterschiedliche Verhalten der Krankenkassen, welches sich zum einen darin äußert, dass es zum Teil Schwierigkeiten bei der Bewilligung von Fahrtwegen gibt, zum anderen in den Bestrebungen, die Behandlungsdauer zu begrenzen mit der damit einhergehenden Forderung nach früher ambulanter Weiterbehandlung. Damit wird eine Rechtfertigung der Behandlungsdauer vonnöten, die sich aus Sicht der Referentin als schwierig gestaltet. Nicht zuletzt wird in diesem Kontext das in der Politik und Fachkreisen anzutreffende fehlende Bewusstsein für die Versorgungslücke im Bereich Gerontopsychiatrie deutlich gemacht. Letztere zeigt sich zum einen anhand fehlender ambulanter, teilstationärer und stationärer psychotherapeutischer Angebote im Alter. So gibt es beispielsweise ein Problem, ambulante Therapeuten für die Weiterbehandlung

Angststörungen und depressive Symptome als häufig wahrgenommene Indikationen für tagesklinische Behandlung

Gesellschaftliche Aufklärung zum Thema Depression, auch in Abgrenzung zur Demenz nötig

Hemmnisse des Inanspruchnahmeverhaltens

Versorgungslücke Gerontopsychiatrie

gerontopsychiatrischer Patienten zu finden, da sich niedergelassene Psychotherapeuten eher den jüngeren Patienten widmen. Zum anderen werden in der Psychotherapeutenausbildung die Besonderheiten der Gerontopsychiatrie nicht berücksichtigt.

Die Reintegrations- und Nachsorgeplanung wird als wichtiger Bestandteil der tagesklinischen Behandlung angesehen. So entfaltet sie unter anderem eine entlastende Wirkung, indem die Patienten wissen, wie es zuhause weitergeht. Teambesprechungen und Hilfeplangespräche mit den Patienten, Angehörigen und Betreuern bilden dabei die Grundlage. Zugleich besteht eine Kooperation mit Betreuern, Pflegestützpunkten, Sozialstationen, Seniorenverbänden und Sozialpsychiatrischen Diensten. Beim Übergang in andere Wohnformen wird meist die tagesklinische Weiterbehandlung in Anspruch genommen, bis der Patient sich an das neue Umfeld gewöhnt hat.

3. Zukünftige Herausforderungen und Handlungsansätze

Als eine wesentliche Herausforderung wird die Vernetzung im stationären Bereich, beispielsweise auf dem Gebiet der Geriatrie und Gerontopsychiatrie angesehen: Im Konkreten drückt sich dies erstens in Form der Umstrukturierung des Konsiliardienstes (Begutachtung geriatrischer Patienten durch gerontopsychiatrische Fachpersonal) zur Verbesserung der Übergänge, zweitens in der umzugsbedingten räumlichen Nähe sowie drittens in der Beteiligung des gerontopsychiatrischen Fachpersonals an der geriatrischen Ausbildung aus. Als weiterer wichtiger Aspekt wird die Regionalisierung durch Ausbau im Flächenlandkreis betrachtet. So besteht eine Ressource im geplanten Ausbau des Tagesklinik-Netzes in Grevesmühlen zur Vermeidung von Verlegungen nach Wismar. Als weiterer wichtiger Punkt wird die Vernetzung des teilstationären und ambulanten Bereichs erwähnt. Auch die gesellschaftliche- sowie die ärztliche Aufklärung zum Erkennen der Behandlungsindikation wird als wichtiges Element der Handlungsagenda betont. So wird auch im weiteren Verlauf deutlich gemacht, dass bei depressiven

*Nachsorge als
wesentliches
Element
tagesklinischer
Behandlung*

*Aufklärung,
Regionalisierung
und Vernetzung als
wichtige
Handlungsansätze*

älteren Patienten andere typische Symptomatiken als bei jüngeren Personen auftreten: Charakteristische Merkmale, wie Traurigkeit, zeigen sich bei ersteren eher selten. So steht die depressive Verstimmtheit häufig nicht im Vordergrund, sondern wird durch körperliche Beschwerden, (Wahngedanken) oder kognitive Beeinträchtigungen verdeckt. Die gegenseitige Verstärkung depressiver und chronischer Schmerzsyndrome macht ein interdisziplinäres Verständnis erforderlich.

4. Diskussion

Herr Dr. Sponheim weist daraufhin, dass eine flächenmäßig gute Versorgung mit medizinischen Angeboten von hoher Bedeutung ist. So weisen Studien auf einen Zusammenhang des Inanspruchnahmeverhaltens medizinischer Angebote sowie der Entfernung des medizinischen Angebots hin. Ab einer Entfernung in Höhe von 15-20 km gebe es kaum bzw. keine Inanspruchnahme des Angebots. Zudem berichtet Herr Dr. Sponheim von der Erfahrung, dass Ärzten die tagesklinischen Angebote häufig nicht bekannt sind. So spielt eine Mund-zu-Mund-Propaganda bei den Zugängen eine wichtige Rolle.

Vortrag 2:

**„Indikationen für tagesklinische Behandlung im fortgeschrittenen Lebensalter“
(Dr. med. Martina Gstöttner, Leitende Ärztin der Tagesklinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie Rostock)**

Frau Dr. Gstöttner befasste sich in ihren eingangs dargestellten Ausführungen mit dem allgemeinen Behandlungsauftrag von Kliniken sowie den Ressourcen tagesklinischer Versorgung. Im Anschluss erläuterte die Referentin unter Betrachtung der Rostocker

Aufbau des Vortrags

<p>Tagesklinik exemplarisch dessen Leistungsprofil, Zuweisungsverhalten und Nutzerstruktur. Abschließend konkretisierte sie den Wirkbereich von Tageskliniken anhand von Fallbeispielen.</p>	
<p>1. Hinführung</p> <p>Auf der Basis der Richtlinien der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Krankenhausbehandlung besteht das Ziel der Letztgenannten darin, „(...) durch ärztliche und pflegerische Hilfestellung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festzustellen, zu heilen oder zu lindern“.</p> <p>Diesbezüglich werden die Ressourcen einer tagesklinischen Behandlung verdeutlicht: Zum einen ermöglichen sie ein intensives Therapieangebot unter gleichzeitigem Erhalt häuslicher Strukturen. Somit können sowohl mit der Tagesklinik als auch dem privaten sozialen Umfeld zeitgleich 2 Unterstützersysteme wirksam werden. Des Weiteren können durch diese Form der Behandlung die häufig auch symptomverstärkenden und -auslösenden Faktoren der häuslichen Umgebung, wie innerfamiliäre Konflikte, Verwitwung sowie Einsamkeit in Form der kleinschrittigen Konfrontation und Anpassung Berücksichtigung finden. Ein weiterer Vorteil wird in der durch diese Institution gewährte Bereitstellung einer Halt gewährenden (geschützten) sozialen Umgebung mit Vermittlung von Gefühlen der Zugehörigkeit, des Angenommenwerdens sowie der Sicherheit, Beziehungen eingehen zu können, gesehen. Zudem wird durch die vorgehaltene Tagesstrukturierung eine beidseitige Strukturierung „innerer“- (Wahrnehmung, Denken und Fühlen) und „äußerer“ Prozesse (Wohnen, Freizeit und Beziehung) befördert. Dieses wird als sich selbst verstärkendes Modell aufgefasst, wobei sich die Prozesse gegenseitig beeinflussen. Nicht zuletzt bietet die tagesklinische Behandlung sowohl Unterstützung bei Übergängen von vollstationärer in die ambulante Behandlung als auch bei der Vermeidung von vollstationären Aufenthalten, wenn sich ambulante Mittel als nicht mehr ausreichend herausstellen.</p>	<p><i>Behandlungsauftrag von Kliniken</i></p> <p><i>Ressourcen einer tagesklinischen Behandlung</i></p>

2. Erfahrungen aus der bisherigen tagesklinischen Arbeit

Die Rostocker Tagesklinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie stellt neben der Diagnostik und medikamentösen ebenso nichtmedikamentöse Therapien zur Verfügung. Letztgenannte beinhalten neben der Psycho-, Ergo- und Bewegungstherapie ebenso Entspannungsverfahren, Genuss-, Gedächtnis- sowie Alltagstraining. Die Praxiserfahrungen zeigen, dass lediglich 1/5 der zugewiesenen Patienten aus dem stationären Bereich stammen, während die übrigen 80% aus dem ambulanten Setting kommen. Letzteres unterteilt sich hälftig in fachärztliche- und hausärztliche Behandlung. Dabei hebt die Referentin hervor, dass sich die hausärztliche- im Vergleich zur fachärztlichen Zuweisungsrate mit zunehmenden Bekanntheitsgrad erhöht. Es wird vermutet, dass dies durch die Schwierigkeiten der Weiterbehandlung bedingt ist. Das dabei verwiesene Klientel der Rostocker Tagesklinik setzt sich unter Berücksichtigung psychischer Erkrankungsbilder im Alter wie folgt zusammen:

In dem Bereich psychischer Ersterkrankungen im höheren Lebensalter

sind häufig Personen mit erlebnisreaktiven Störungen nach einschneidenden Erlebnissen, Depressionen, somatoformen Störungen sowie dementiellen Syndromen anzutreffen. Bei Personen mit letzterer Symptomatik ist bei Einweisung häufig unklar, ob eine Demenz oder Depression vorliegt. Zudem finden sich altgewordene Patienten mit langjährigen rezidivierenden psychischen Erkrankungen (bipolare affektive Störungen, Psychosen).

Mit den darauffolgend präsentierten Fallbeispielen konnte deutlich gemacht werden, wie komplex sich die Bedarfs- und Ressourcenlagen der Klienten darstellen und wie differenziert sich die daran angepassten Interventionen, auch unter Einbezug der unterschiedlichen beteiligten Akteure, gestalten.

*Leistungsspektrum
der Rostocker
Tagesklinik*

*Ärzte als
Hauptzuweiser*

Diagnoseverteilung

*Es gibt Bedarfe im
Hinblick auf die
Differentialdiagnose
bezüglich Demenz
und Depression*

*Tagesklinische
Behandlung als
Element eines
komplexen
Hilfsarrangements*

Vortrag 3:

„Tagsüber betreut – nachts im eigenen Bett“

<p>(Renè Tessmer, Pflegedienstleiter der Tagespflege Strasburg der Volkssolidarität Kreisverband Uecker-Randow e.V)</p> <p>Der Vortrag von Herrn Tessmer beinhaltete neben allgemeinen Informationen zum Leistungstyp Tagespflege ebenso Leitlinien hinsichtlich der eigenen praktischen Tätigkeit. Ein Abschnitt umfasste dabei neben der Definition und gesetzlichen Einbettung von Leistungen der Tagespflegen (wie Finanzierung, strukturelle Anforderungen) ebenso deren Ziele und Zielgruppen. Überdies waren Aspekte, wie der tagespflegebezogene Versorgungsgrad im Landkreis Uecker-Randow, Grundsätze gerontopsychiatrischer Betreuung im allgemeinen und der Angehörigenarbeit im Speziellen sowie die exemplarische Darlegung der Tagesstrukturierung einer Tagespflege Gegenstand des Referats</p>	<p><i>Aufbau des Vortrages</i></p>
<p>Herr Tessmer stellte zunächst neben rechtlichen Grundlagen und Zielen der Tagespflege, die Finanzierungsstruktur und das Spektrum der Volkssolidarität Uecker-Randow hinsichtlich tagespflegerischer Angebote dar, um im Laufe seines Referats dann praxisnah, vor allem auch für Angehörige dementiell und anderweitig gerontopsychiatrisch Erkrankter, Zugänge zum Leistungstyp Tagespflege zu erläutern. Eine der Voraussetzungen für die Inanspruchnahme dieses Leistungstyps ist die Anerkennung einer Pflegestufe durch den MDK. Bei 80 % der Tagespflegebesucher, so der Referent, besteht die Diagnose Demenz.</p> <p>Weitere Rahmenbedingungen der Arbeit in der Tagespflege (wie der Personalschlüssel und die entsprechenden Qualifikationen der MitarbeiterInnen) verdeutlichte Herr Tessmer bevor er umfangreich die Grundsätze der gerontopsychiatrischen Betreuung, hier zentral die Berücksichtigung der Biografie und Lebensgewohnheiten der Nutzer, die partnerschaftliche Zusammenarbeit aller an der Betreuung beteiligten Personen, die Angehörigenarbeit sowie die Unterstützung und Förderung der Möglichkeit des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit, vorstellte. Ferner machte er darauf</p>	<p><i>Allgemeines zur Tagespflege</i></p> <p><i>80% der Besucher sind dementiell erkrankt</i></p> <p><i>Grundsätze in der Versorgung gerontopsychiatrisch Erkrankter</i></p>

aufmerksam, dass vor allem auch die Strukturierung des Tages für die Teilnehmer von großer Bedeutung ist, gleichwohl aber auch die Berücksichtigung ihrer individuellen Umstände und Bedingungen. So muss die Struktur auch z. B. ausreichend Spielraum für längere/zeitlich anders gelagerte Ruhephasen eines dementiell Erkrankten mit verändertem Schlaf-Wachrhythmus bieten.

Angehörige von Menschen mit Pflegebedarf sind wichtige Partner in der Hilfeerbringung. Für sie hat ein Tagesangebot vor allem entlastende Funktion. Vor diesem Hintergrund zeigte Herr Tessmer im Weiteren auf, wie Angehörigenarbeit im Rahmen der Tagespflege ausgestaltet wird. Eine gute Beziehung zu den Angehörigen, ihre Unterstützung und Begleitung und auf sie speziell abgestimmte angeleitete Pflegekurse nach § 45 SGB XI sind Grundpfeiler der Arbeit. Die Hilfestruktur wird in der Angehörigenarbeit flexibel den Bedarfen angepasst. Aufsuchende Angebote wie Hausbesuche bieten den Angehörigen niedrigschwelligen Zugang zur Hilfe und ermöglichen den TagespflegemitarbeiterInnen das Kennen lernen des persönlichen Umfeldes der Betroffenen. Oft bietet sich auch hier Raum, so der Referent, für Biografiearbeit. Diese ist neben der Erstellung einer lückenlosen Anamnese nämlich erfahrungsgemäß ausschlaggebend für die Versorgung dementiell erkrankter Menschen. Aus Sicht von Herrn Tessmer ist nur ausgehend vom Erkennen der Probleme und Ressourcen der Teilnehmer, das Planen von Zielen möglich, um so sinnvolle und zweckmäßige Betreuungsangebote durchführen zu können. Nach der Darstellung zahlreicher Fotos aus dem Tagespflegealltag, schloss Herr Tessmer seinen Vortrag mit den Ergebnissen einer Untersuchung ab, die zeigen, dass 52 % der älteren Menschen sich wünschen, dass ihr letzter Lebensort ihr zu Hause ist. Dieser eindeutigen Präferenz trägt ein Tagesangebot - wie das durch Herrn Tessmer vorgestellte - Rechnung, in dem es die Möglichkeit einräumt, tagsüber betreut zu werden und nachts in der gewohnten Umgebung zu sein.

Tagesstruktur unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse

Angehörigenarbeit ist unverzichtbar

Hausbesuche sind wichtig für die Biografiearbeit

Bevorzugter letzter Lebensort ist hauptsächlich das zu Hause der Menschen

Vortrag 4:

<p>„Vorstellung des Konzeptes der Gerontopsychiatrischen Tagespflege des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld“ (Birgit Vogl, Leitende Pflegefachkraft der Gerontopsychiatrischen Tagespflege des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld)</p> <p>Das durch Frau Vogl vorgetragene Referat befasste sich mit der Vorstellung der gerontopsychiatrischen Tagespflege des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld. Dabei nahm die Vortragende zum einen Bezug auf die Zusammensetzung des Klientels sowie die theoretischen Grundlagen der Arbeit und angewandte Methoden, wobei sie auch beispielhaft die Tagesgestaltung der Einrichtung schilderte. Ein weiterer Teil befasste sich mit den allgemeinen finanziellen Richtlinien zur Inanspruchnahme von Leistungen der Tagespflege. Darüber hinaus wurde die strukturelle Einbindung und Vernetzung mit weiteren Hilfsangeboten sowie der Bereich zuweisender Instanzen thematisiert.</p>	<p><i>Aufbau des Vortrages</i></p>
<p>Die Tagespflegeeinrichtung des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld ist seit 1987 im Arbeitsfeld Pflege und Betreuung älterer Personen tätig. Vor allem Menschen mit hirnrorganischen Veränderungen, chronisch psychisch erkrankte ältere Menschen und Menschen mit stark eingeschränkter sozialer Kompetenz nehmen das Angebot in Anspruch. Frau Vogl machte deutlich, dass die Besucherstruktur der Einrichtung seit ihrer Eröffnung gleichbleibend ist. Konzeptionell hat sich das Angebot in den letzten Jahren von einer Tagesstätte zu einer Tagespflegeeinrichtung entwickelt.</p> <p>Eine der bedeutsamsten Grundlagen der Arbeit sei, nach Aussage der Referentin, die Milieugestaltung. So lassen die Räume des vorgestellten Angebotes an eine große gemeinsame Wohnung mit angenehmen und vertrauten Gerüchen erinnern. Insbesondere die Gestaltung einer ruhigen Atmosphäre, z. B. durch gemeinsame</p>	<p><i>Pflege und Betreuung seit 1987</i></p> <p><i>Besucherstruktur</i></p> <p><i>Milieugestaltung</i></p>

Mahlzeiten (Personal und TeilnehmerInnen), trägt zum Wohlfühlen der TeilnehmerInnen bei. Weitere bedeutsame Grundsätze der Leistungserbringung sind die Biografiearbeit, eine bedarfsgerechte Tagesstruktur und die Arbeitsorganisation im Bezugsbetreuersystem. Die Erfahrungen der MitarbeiterInnen zeigen, dass die NutzerInnen des Angebotes besonderen Wert auf einen Umgang mit den „Dingen“ Wert legen, der ihnen auch biografisch vertraut ist. Nur so kann es gelingen, so die Referentin im Weiteren, dass die NutzerInnen untereinander in Kontakt kommen und auch die MitarbeiterInnen der Tagespflege vertrauensvolle Beziehungen zu ihrer Klientel aufbauen. Das Personal hält dazu unterschiedliche Angebote vor, die den kognitiven, emotionalen, psychomotorischen, basalen, sozialen und spirituellen Erfahrungsbereich der TeilnehmerInnen ansprechen. Die in diesem Zusammenhang angewandten Methoden stellte Frau Vogl im Anschluss vor. Hier machte sie anhand zahlreicher Fotos vor allem auf die Methoden Realitätsorientierung, Validation, Snoezelen und basale Stimulation sowie Reminiszenz und Geborgenheit als Therapie aufmerksam. Die Tagespflege arbeitet nach Möglichkeit auch aufsuchend bzw. begleitend, z. B. in Form von Hausbesuchen bei den NutzerInnen, um ihr häusliches und soziales Umfeld kennen zu lernen und für die Biografiearbeit wichtige anamnestiche Daten zu erheben. Darüber hinaus werden auch im Rahmen der Grundpflege die Begleitung bei Arztbesuchen und Ämtergängen, auch zur Entlastung der Angehörigen durch die MitarbeiterInnen abgedeckt. Insgesamt, so Frau Vogl, liegt der Arbeit in der gerontopsychiatrischen Tagespflege des evangelischen Krankenhauses Bielfeld das Konzept der „Aktivierenden Pflege“ zu Grunde. Demnach werden die NutzerInnen der Einrichtung in anfallende kleinere Aufgaben und Pflichten eingebunden. Dahinter steckt die Annahme, dass aktive Menschen insgesamt zufriedener sind als inaktive. Für psychiatrisch erkrankte NutzerInnen des Angebotes gibt es keine speziellen therapeutischen Ziele. Im Umgang mit diesen NutzerInnen greift ebenso der ressourcenorientierte Handlungsansatz wie grundsätzlich auch bei den anderen

***Weitere Grundsätze
der Arbeit***

***biografievertrauter
Umgang mit den
„Dingen“***

***Methoden:
Realitätsorientierung
, Validation,
Snoezelen u. a***

***aufsuchende und
begleitende
Arbeitsstrukturen
sind wichtig***

***Konzept der
„Aktivierende
Pflege“***

<p>TeilnehmerInnen. So berücksichtigen die MitarbeiterInnen natürlich auch die erkennbaren Schwierigkeiten der NutzerInnen, orientieren sich aber vornehmlich an ihren Ressourcen und Fähigkeiten. Nicht nur um diese differenzierter Kennen zu lernen, sondern auch weil die Angehörigen der TeilnehmerInnen für die Hilfeerbringung eine wesentliche Rolle spielen, gehört die Arbeit mit ihnen zu den Schwerpunkten der Einrichtung. Ansprechpartner für die Angehörigen sind laut der Referentin in erster Linie die Bezugspersonen der TeilnehmerInnen. Ferner bietet die Tagespflege vierteljährlich Gesprächsabende an und jährlich statt findende Feste und Ausflüge. Am Ende ihres Referates gab Frau Vogl noch einen Überblick über die Finanzierungsstruktur des Angebotes Tagespflege bevor sie insgesamt die Strukturen der Abteilung Gerontopsychiatrie am Evangelischen Krankenhaus Bielefeld erläuterte. Demnach hält das Krankenhaus sowohl 3 gerontopsychiatrische Stationen, 2 teilstationäre Angebote, nämlich die Tagespflege und die gerontopsychiatrische Tagesklinik und ambulant ein mobiles Team, ein gerontopsychiatrisches Zentrum und eine Gedächtnissprechstunde vor. Alle Angebote sind vernetzt und arbeiten kooperativ und bedarfsgerecht zusammen. So werden häufig TeilnehmerInnen aus der Tagesklinik oder der Gerontopsychiatrischen Klinik an die Einrichtung zugewiesen, ebenso wie durch niedergelassene Hausärzte und Fachärzte und auf Anregung der Pflegeberatung und des Medizinischen Dienstes. Auch aus Eigeninitiative bzw. über Angehörige finden die NutzerInnen den Weg in die Tagespflege.</p>	<p><i>Ressourcenorientierung</i></p> <p><i>Angehörigenarbeit ist unabdingbar</i></p> <p><i>Strukturelle Einbindung der Tagespflege und Vernetzung mit anderen Bereichen</i></p> <p><i>Zuweiser: Tagesklinik, niedergelassene Haus- und Fachärzte, Pflegeberatung, MDK</i></p>
---	---

Vortrag 5:

<p>„Betreuungsangebote für Demenzerkrankte im Rahmen des Zentrum Demenz“ (Referentin Antje Doliff, Kinderkrankenschwester, berufsbegleitendes Studium der Sozialen Arbeit)</p>	
---	--

<p>Frau Doliff schilderte im Rahmen ihres Vortrags die durch das Zentrum Demenz vorgehaltenen Angebote für dementiell erkrankte Menschen. Neben der strukturellen Einbettung (förderrechtlicher Rahmen, Laufzeit) ging sie dabei im Einzelnen auf die bereitgestellte Betreuungsgruppe, die Einzelbegleitung in der Häuslichkeit sowie das regelmäßig stattfindende Tanzkaffee ein. Einen weiteren Schwerpunkt bildeten die Grundsätze der Tätigkeit sowie das Schulungs- und Begleitkonzept der ehrenamtlichen Mitarbeiter.</p>	<p><i>Aufbau des Vortrags</i></p>
<p>Das Modellprojekt, welches zur Entwicklung von niedrighschwelligen Angeboten für Demenzkranke und deren Angehörige angesiedelt ist, verfolgt die Ziele einer frühen Kontaktaufnahme zu den Betroffenen sowie zu deren Angehörigen. Das Modellprojekt wird vom Ministerium für Gesundheit und Soziales, den Pflegekassen und dem Träger Augustenstift Schwerin gefördert. Als Grundlage erwähnt Frau Doliff das Pflegeleistungsergänzungsgesetz 2002 sowie die Landesverordnung M-V 2006 mit einer Laufzeit von Oktober 2006 bis September 2011. Es wurden für das auslaufende Projekt neue Fördermittel beantragt. Frau Doliff beschreibt das Angebot für dementiell Erkrankte als trägerübergreifend mit weiterführenden Blick auf Vermittlung der bekannten Betreuungsmöglichkeiten in der Stadt Schwerin. Das Zentrum für Demenz legt sein Augenmerk besonders auf bereitgestellte Betreuungsgruppen, die Einzelbegleitung in der Häuslichkeit sowie auf die Schulung von ehrenamtlichen Helfern. Die Betreuungsgruppe dient den Erkrankten zur Anregung eines strukturierten Tagesablaufes und gibt den pflegenden Angehörigen, Zeit zur Entlastung. Im Ablauf beschreibt Frau Doliff klare und feste Strukturen, so wird z.B. zu Beginn der Treffen ein Gedicht vorgetragen und zum Schluss ein Lied gesungen. Die Betreuungsgruppe hat sich in der Zeit von 2007-2010 um das Vierfache verstärkt und somit einen großen Zulauf gewonnen. Frau Doliff hebt besonders die Arbeit mit ehrenamtlichen Helfern hervor. Diese entlasten individuell jeden Einzelnen und deren Angehörige hinsichtlich anstehender Tätigkeiten in der Häuslichkeit. Der</p>	<p><i>- Modellprojekt SGBXI, §45 c -</i></p> <p><i>Betreuungsgruppen</i></p> <p><i>Individuelle Einzelbegleitung in</i></p>

<p>Betreuungsschlüssel wird mit 1:1 beschrieben. Die Einsätze werden ausschließlich über das Zentrum Demenz organisiert und die Arbeit der Helfer mit einer Aufwandsentschädigung, die durch die Pflegekasse erstattet wird, gewürdigt. Insgesamt engagieren sich rund 40 ehrenamtliche Helfer für das Zentrum Demenz. Um eine passgenaue, individuelle und professionelle Begleitung zu ermöglichen, werden die ehrenamtlichen Helfer in regelmäßigen Abständen angeleitet und geschult. Anleitung bedeutet monatliche Fallbesprechungen zum Austausch und zur Reflexion der Helfer. Grundvoraussetzung für die ehrenamtlichen Helfer, ist eine Schulung von mindestens 40h, dies galt von 2008- 2010. Erstmals wurde 2011 die Schulung der Helfer an die Landesverordnung geknüpft, wobei dies beinhaltet, dass nur noch 20 Unterrichtseinheiten nachgewiesen werden müssen. Im Rahmen der Schulung können die ehrenamtlichen Helfer 20 Punkte pro Fortbildung sammeln und diese Qualifizierung in einem Fortbildungspass dokumentieren. Wesentliche Kernpunkte in der inhaltlichen Gestaltung der Schulung sind Krankheitslehre, verbale und nonverbale Kommunikation sowie ein Ausschnitt in Rechtslehre.</p> <p>Abschließend erwähnt Frau Doliff die enorme Wichtigkeit der Einbindung, Etablierung und Haltung von ehrenamtlichen Helfern als zukunftsweisende Aufgabe aller Beteiligten im Umgang mit gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen.</p>	<p><i>der Häuslichkeit</i></p> <p><i>Anleitung und Schulung der ehrenamtlichen Helfer</i></p> <p><i>Fortbildungspass</i></p>
--	--

Vortrag 6:

<p>„Angebote für Demenzpatienten brauchen Koordinierung“ Das Demenz- Netzwerk Uckermark (Referent: Dr. med. Hein, niedergelassener Psychiater)</p> <p>Herr Dr. Hein nahm im Rahmen seines Vortrags Bezug auf die Vorstellung des Demenz-Netzwerks-Uckermark. Dabei griff er die Themengebiete Zielstellung, Struktur, Wirkfelder, Finanzierung sowie Evaluation des Netzwerkes auf. Anhand der Funktion des Hausarztes</p>	<p><i>Aufbau des Vortrags</i></p>
---	-----------------------------------

<p>machte er die Möglichkeit der Beteiligung deutlich.</p>	
<p>Dr. Hein, als niedergelassener Psychiater, bezeichnet die Vernetzung der gerontopsychiatrischen Strukturen als Trendwende in naher Zukunft. Als übergeordnetes Ziel benannte er, die Schaffung einer langen Verweildauer der Erkrankten in der eigenen Häuslichkeit und die Vernetzung wichtiger Akteure im Arbeitsfeld Gerontopsychiatrie.. Damit einher geht die Notwendigkeit von Kooperationen im Gesundheitswesen mit der Bündelung von Kostenträgern sowie Leistungsträgern der sozialen Sicherung. Als Grundlage beruft sich Herr Dr. Hein auf die deutsche Psychiatrie - Reform nach Klaus Dörner, wobei das Modell der personenzentrierten Hilfestaltung für Menschen mit chronischen, psychischen Erkrankungen gut auf die Zielgruppe von dementiell Erkrankten übertragen werden kann. Die beschriebene Netzwerk- Idee von Dr. Hein besteht im Wesentlichen darin, die vorhandenen Strukturen der Leistungserbringer und Kostenträger sowie die bestehende Kooperation zu bündeln und zu verbinden, um eine adäquate Zusammenarbeit gewährleisten zu können.</p> <p>Das Netzwerk wurde 2004 von einer Gruppe niedergelassener Haus- und Nervenärzte gegründet. In der Findung bis zum Jahre 2008 bildete sich der gemeinnützige Demenz- Netzwerk Uckermark e.V. mit zahlreichen neu akquirierten Akteuren (Pflegeteams mit Tagespflege, stationäre Pflegeeinrichtungen, Wohngemeinschaften für Demenzerkrankte, niedrigschwellige Angebote sowie Ergo- und Physiotherapie). Aus heutiger Sicht ist die multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit gut in das System bzw. in die jeweiligen Ebenen installiert. Eine enge Kooperation mit dem Hausarzt wird als Indikator verstanden und setzt die Diagnose Demenz voraus. Herr Dr. Hein schneidet aber hierbei das Flächenproblem in Bezug auf den Hausärztemangel an. Das Demenz- Netzwerk Uckermark beschreibt Netzwerkstrukturen, mit den Ebenen Diagnostik, Netzwerkbetreuung sowie den Funktionen des Netzwerkes. Die Ebene Diagnostik soll als frühzeitiges hausärztliches</p>	<p><i>Netzwerkstruktur</i></p> <p><i>Gründung und Etablierung der jeweiligen Akteure</i></p>

Screening verstanden werden. Auf der zweiten Ebene wird der Klient medizinisch in seinem Krankheitsverlauf betreut, was als medizinischer Behandlungspfad verstanden werden kann. Jeder Patient erhält gegenwärtig einen sogenannten Netzwerkpass, der die Funktion des Netzwerkes beschreibt. In dem Netzwerkpass werden die Leistungen des Netzwerkes für jeden einzelnen dokumentiert. Damit einher geht die Standardisierung von Überweiserbögen sowie die anonymisierte zentrale Erfassung der Anzahl der betreuten Patienten. Nur Patienten, die sich durch Fachleute des Netzwerkes behandeln und betreuen lassen, können die Vorteile des Netzwerkes nutzen.

Derzeit wird das Netzwerk-Uckermark über Mitgliedsbeiträge finanziert. Ein Antrag auf Förderung wurde bei der Wohlfahrtspflege gestellt.

Der Bereich der Fortbildung kann durch das Netzwerk gut realisiert werden, indem 2- 3 Module jährlich für Ärzte, Pädagogen und Pflegepersonal angeboten werden. Auf der Ebene der Ärzteschaft werden Module zu neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen vorgestellt. Auf Ebene der Basisstruktur werden Module zur Thematik Sozialrecht und spezielle Pflege bei Demenz angeboten. 3 von 4 Modulen muss jeder Akteur nachweislich erbringen.

Dokumentation

Finanzierung

Fortbildung