

vitos .

Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie Heppenheim



**Gerontopsychiatrische Beratungsstelle
im Kreis Bergstraße
Bianca Heß**



an der Vitos Klinik Heppenheim
Ludwigstraße 54
64646 Heppenheim

**Tätigkeitsbericht
01. März 2010 bis 28. Februar 2011**

2011

© by B.H.

Bericht erstellt von:

Bianca Heß
[Dipl. Sozialarbeiterin/ Casemanagerin (DGCC)]
Ltg. Gerontopsychiatrische Beratungsstelle
im Kreis Bergstraße

Vitos Klinik Heppenheim
Ludwigstraße 54
64646 Heppenheim
(06252/ 16305)

Inhalt

Einleitung	4
1. Einzelfallberatung	6
1.1 Beratungsverhältnis	7
1.2 Form der Beratungskontakte	7
1.3 Häufigkeit der Beratungskontakte.....	8
1.4 Altersgruppierung.....	9
1.5 Pflegestufen	10
1.6 Diagnostische Klassifizierung.....	11
1.7 Beratungsschwerpunkte	12
1.8 Wohnsituation	16
1.9 Altersgruppierung allein lebender Frauen.....	17
1.10 Versorgung/ Pflegeleistung durch ...	19
1.11 Beratungsstelle wurde bekannt durch...	21
1.12 Wohnort.....	22
2. Gruppenarbeit	23
2.1 Angehörigen- Interessen- Forum	24
2.2 Angehörigenkonferenz	25
2.3 Fördergruppe für Demenzkranke und Beratung der Angehörigen.....	26
3. Besuch von Einrichtungen und Diensten	28
4. Öffentlichkeitsarbeit	28
4.1 Vorträge, Foren, öffentliche Präsenz.....	29
4.2 Erstellen von Material für die Öffentlichkeitsarbeit.....	30
4.3 Besuch von Veranstaltungen, Kooperation mit Institutionen/ Organisationen.....	30
4.4 Gremien, Arbeitskreise, Dienstbesprechungen, Treffen	31
5 Fortbildung/ Fachangebote für MitarbeiterInnen	32
6. Gewinnung und Begleitung von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen	33
7. Statistische Erfassung/ Evaluation	35

Anhang

Einleitung

Mit diesem Bericht setzt die Beratungsstelle ihre jährliche Berichterstattung über sämtliche Aufgabenbereiche der Stelle fort. Wir hoffen, dass die Lektüre des Tätigkeitsberichtes Sie wieder schnell und umfassend über die dort geleistete Arbeit informiert.

Die Gerontopsychiatrische Beratung informiert und berät im Rahmen der Einzelfallhilfe unabhängig und trägerneutral über die im Kreis Bergstraße und den umliegenden Orte vorhandenen Angebote, klärt gemeinsam mit den Hilfesuchenden und/ oder Angehörigen den Hilfebedarf und unterstützt die Suche nach einem geeigneten Dienst oder einer geeigneten Einrichtung. Dazu gehören bei Bedarf die persönliche Kontaktaufnahme zu entsprechenden Diensten, die Koordinierung aller an der Versorgung Beteiligter sowie der Kontaktaufbau zwischen Hilfebedürftigen und Diensten/ Einrichtungen. Die demografische Entwicklung der Bevölkerung Deutschlands ist für die nächsten Jahre hinlänglich bekannt und bedarf hier keiner besonderen Kommentierung. Für die Tätigkeit in der Beratungsstelle ist jedoch der Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre, welcher sich durch den Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung vergrößerte, von Interesse. Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht stellt weder Alter noch die Hochaltrigkeit der Menschen allein für eine Gesellschaft ein Problem dar. Von Interesse ist der Anstieg alter bzw. hochaltriger Menschen aber deshalb, weil mit der Hochaltrigkeit die Wahrscheinlichkeit für dementielle Erkrankungen und Multimorbidität überproportional wächst.

Der folgende Bericht kennzeichnet den Bedarf an gerontopsychiatrisch ausgerichteter Behandlung, Beratung und Pflege im Kreis Bergstraße¹.

Die Anzahl der Personen, die das Beratungsangebot in Anspruch nahmen, beträgt 251. Ich gehe davon aus, dass der Umfang der Inanspruchnahme von Beratungen auch in diesem Bericht nicht dem tatsächlichen Bedarf entspricht, obwohl der Anteil der Ratsuchenden im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum etwa gleich ist. Mehrere Faktoren erschweren es jedoch, diesen Bedarf zu erkennen. Alte, psychiatrisch erkrankte Menschen sind in ihrem Lebensumfeld, besonders dann, wenn sie isoliert leben und zusätzlich in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, in Problemsituationen schlecht zu erreichen. Kontakte zu Beratungsstellen und/ oder

¹ Da die Vitos Klinik Heppenheim auch mit Einrichtungen außerhalb des Kreises Bergstraße zusammen arbeitet, berate und begleite ich in geringem Umfang auch Personen, die außerhalb des Kreises wohnen.

Hilfeeinrichtungen werden oft nicht initiiert, zum einen, weil Informationen oft nicht zur Verfügung stehen, zum anderen weil man sich keine Besserung der Lebenslage mehr verspricht. Weiterhin wird ein Krankheitsbild bei dieser Klientel oft nicht erkannt, angesprochen und fachkundig behandelt, weil sich körperliche Beschwerden in den Vordergrund schieben und dadurch beispielsweise depressive Tendenzen maskiert werden. Die oft bei Betroffenen und Angehörigen anzutreffende Tabuisierung gerontopsychiatrischer Erkrankungen trägt ebenfalls dazu bei, dass viele Betroffene und ihre Familien nicht die Unterstützung erhalten bzw. in Anspruch nehmen, die sie benötigen. Voraussetzung für das Suchen und Annehmen von Hilfestellungen ist zunächst das Erkennen eines Krankheitsbildes und im Anschluss daran die Krankheitseinsicht, die bekanntlich bei psychiatrisch kranken Personen nicht immer gegeben ist.

Neben einer Vielzahl von Aufgaben und Aktivitäten, die im nachfolgenden Bericht dargestellt werden, stand das vergangene Jahr erneut ganz unter dem Zeichen des Krankheitsbildes der Demenz. Auch an Hand dieses Berichtes lässt sich erkennen, dass die Gerontopsychiatrische Beratungsstelle zunehmend zu dieser Thematik in den verschiedenen Aufgabenfeldern (Fortbildung, Vorträge, Beratungen) beansprucht wird. Ein weiterer großer und schöner Schwerpunkt des Berichtens ist die in Kooperation mit der Caritas-Seniorenberatung Heppenheim getätigte Schulung und supervidierende Begleitung des Ehrenamtlichen Besuchsdienstes. Die Nachfrage ist groß und die zeitlichen Kapazitäten der MitarbeiterInnen ausgeschöpft. Dieses zeigt, dass der Bedarf eines solchen Angebotes gegeben ist und andere Städte und Gemeinden es ebenfalls installieren sollten.

In Presseartikeln wird die Arbeit der Beratungsstelle dargestellt und auf Veranstaltungen hingewiesen, hinzukommen eigene Publikationen, Faltblätter/ Flyer, Informationsstände, Referententätigkeiten und vielfältige Formen von Präsentationen. Dadurch konnten die Angebote für die Betroffenen sowie Vernetzung und Erfahrungsaustausch zwischen den Beteiligten auch in diesem Berichtszeitraum intensiviert werden.

Im Folgenden sollen nun die wichtigsten Kennzahlen der Beratungstätigkeit für den genannten Zeitraum wiedergegeben werden.

Sprachliche Gleichbehandlung

Soweit in diesem Bericht personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher bzw. weiblicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Männer und Frauen in gleicher Weise.

1. Einzelfallberatung

Die Einzelfallberatung gliedert sich fortlaufend in folgende Punkte:

1. Beratungsverhältnis
2. Form der Beratungskontakte
3. Häufigkeit der Beratungskontakte
4. Altersgruppierung
5. Pflegestufen
6. Diagnostische Klassifizierung
7. Beratungsschwerpunkte
8. Wohnsituation
9. Altersgruppierung allein lebender Frauen
10. Versorgung/ Pflegeleistung durch...
11. Beratungsstelle wurde bekannt durch...
12. Wohnort

1.1 Beratungsverhältnis

Immer wieder geraten ältere Menschen und ihre Angehörigen, Laienhelfer, aber auch Professionelle in schwierige Situationen, wenn durch Alter und psychische Krankheit die bisherige Lebensführung des älteren Menschen in Frage gestellt wird. Durch Informationen über Krankheitsbilder und durch Beratung über unterstützende Hilfsangebote können Schwierigkeiten besser gemeistert werden. Neue Kenntnisse und Überlegungen tragen dazu bei, im Umgang mit erkrankten Menschen verstehende Ansätze zu entwickeln und aufbauende Lösungswege zu finden. Somit nahmen insgesamt 251 KlientInnen die individuelle Beratungsleistung im Berichtszeitraum in Anspruch. Kurze Auskunftsgespräche sind in dieser Zahl nicht enthalten. Die geschlechtsspezifische Verteilung verdeutlicht, dass das Beratungsangebot nicht mehr überwiegend von erkrankten Frauen (bzw. ihren Angehörigen) in Anspruch genommen wurde. Das Verhältnis von erkrankten älteren Frauen und Männern beträgt in diesem Berichtszeitraum entgegen den allgemeinen Erfahrungen annähernd 1:1. In der Regel betrug dieser prozentuale Anteil 1:2, doch während der Aufnahme und Begleitung der einzelnen Fälle fiel es mir bereits extrem auf, dass der Anteil der Männer ungewohnt hoch war.

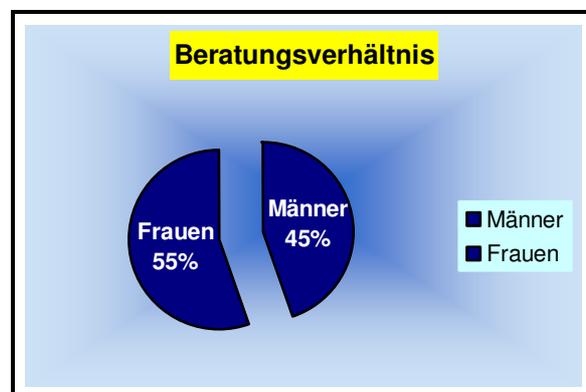


Abbildung 1

1.2 Form der Beratungskontakte

Die Mehrzahl der eingehenden Anfragen hatte ein allgemeines oder spezielles Informations- und Beratungsbedürfnis zum Anlass. Trotz des hohen Anteils an Informationsvermittlung konnten etwa ein Viertel (23,7%) der Anfragen direkt telefonisch oder per e-Mail/ Post bearbeitet werden. Oftmals, nämlich bei mehr als $\frac{3}{4}$ der gesamten Fälle, war der persönliche Kontakt gewünscht und/oder es lagen komplexe Situationen vor, die die Betroffenen ohne Unterstützung nicht mehr alleine

bewältigen konnten und welche des direkten Kontaktes bedurften. Bei etwa einem Fünftel (21,3%) der Kontakte wurde ein Hausbesuch notwendig. Eine Zahl, die mich auch auf Grund des Zeit- und Kostenfaktors und der Schwellenängste in der Gesellschaft gegenüber psychiatrischen Einrichtungen immer wieder erfreut, ist der hohe Anteil der Beratungsgespräche in der Beratungsstelle. In diesem Berichtszeitraum besuchten 35,4% der Ratsuchenden, gemessen am Gesamtanteil der höchste Betrag, das Büro auf dem Gelände der Vitos Klinik Heppenheim. Eine weitere Art und Weise der Beratungssituationen fällt unter den Begriff Case-Management, da Kontakte jeglicher Art und Konstellationen (Personen des primären und sekundären Netzwerkes) über einen sehr langen Zeitraum zu Stande kamen. Case Management ist die kontinuierliche Koordination von den komplexen Bedürfnissen der hilfebedürftigen Person und dem Angebot des Hilfesystems. Dieses war bei 19,6% der Ratsuchenden der Fall. Es gibt mehrere Fälle, welche ich bereits seit Jahren begleite, um das oberste Ziel- das Wohnen zu Hause- zu ermöglichen. Dieses Instrument der Fallbegleitung wird -auch von mir trotz des Mehraufwandes- sehr geschätzt, weil es auf Grund der Kontinuität und Vertrautheit Ergebnisse und Erfolge aufzeigt.

Da es in der Regel nicht bei einem Gesprächskontakt blieb, nahm ich in der Statistik den Kontakt, der den größten Aufwand in Anspruch nahm (abstufend Hausbesuch, Beratungsgespräch vor Ort, Telefonat) auf, wobei sich in der Regel an ein Beratungsgespräch eine Reihe weiterer Telefonate, Vorsprachen, Schreiben anschlossen.

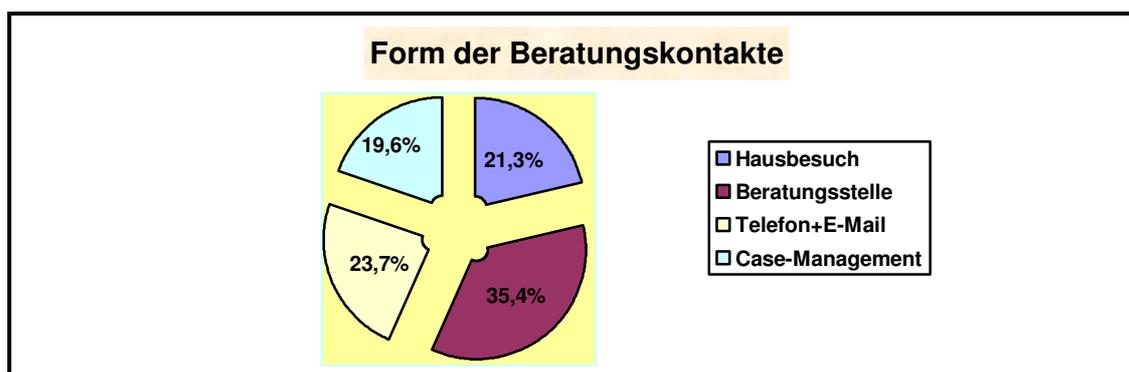


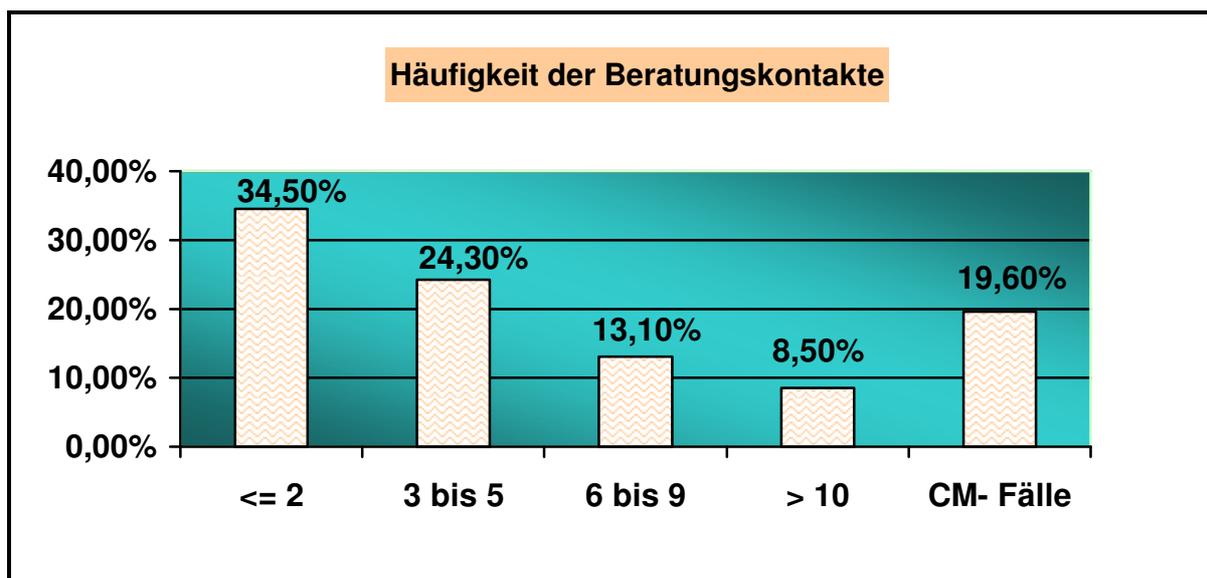
Abbildung 2

1.3 Häufigkeit der Beratungskontakte

Die Folgekontakte sind im Vergleich zum Vorjahr annähernd gleich und bestätigen dass eine über einen gewissen Zeitraum „begleitende“ Beratung auf Grund komplexer Ausgangslagen bzw. vielfältigem Versorgungsbedarf erforderlich ist. Bei einem geringen Anteil (8,5%) war die Problemkonstellation derart komplex, dass sich die Anzahl der (begleitenden) Kontakte auf mehr als zehn Male belief. Dieser

Prozentsatz stellt nicht die Fälle im Rahmen des Case- Managements (CM) dar. Die Häufigkeit der Kontakte mit diesem Instrument, einer kontinuierlichen Begleitung für die Zielgruppe der dementiell Erkrankten, die zu Hause leben, beträgt 19,6%. Dieser prozentuale Anteil steigt von Jahr zu Jahr, da es beispielsweise auf Grund der Durchmischung unserer Klientel auf den Stationen für alle Beteiligten angenehmer und von Vorteil ist, wenn eine Person den Prozess begleitet. Zusätzlich steigt im Hinblick auf die demografische Entwicklung die Anzahl der Demenzerkrankten, die die Zielgruppe für das Instrument ist.

Der Anteil der Beratenden, die maximal zwei Kontakte benötigten, beträgt 34,5 %. Die Häufigkeit der Personen, die sechs bis neun Kontakte hielten, beläuft sich auf 13,1%, die andere Gruppe von Personen im Mittelfeld (3- 5 Kontakte) auf 24,3 %. Die Kontaktdaten der Häufigkeit weisen im Vergleich zum Vorjahr leichte Unterschiede auf, doch es ist ein Ergebnis, welches im Zuge der Reflexion der eigenen Arbeit erwartet wird.



Kurze Auskunfts- und Vermittlungsgespräche bleiben bei dieser Erfassung unberücksichtigt.

Abbildung 3

1.4 Altersgruppierung

Am häufigsten wurde die Beratungsstelle auch in diesem Berichtszeitraum von psychisch erkrankten Menschen (oder deren VertreterInnen) im Alter von 80 bis 85 Jahren aufgesucht. Der Anteil beträgt 25,9%. Das spiegelt vor allem die steigende Beratungsbedürftigkeit in Folge demenzieller Erkrankungen wider. Vor dem 70. Lebensjahr bestand für 17,1% der Klientel ein Beratungsbedarf; knapp 80% der

KlientInnen waren jünger als 80 Jahre. Es wird deutlich, dass zunehmend frühzeitig (im Vergleich zu den Vorjahren), d.h. unter Beachtung der Zielgruppe der Beratungsstelle, Personen, die über 65 Jahre alt sind, eine Beschäftigung mit den gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern und seinen Folgen stattfindet. Weiterhin zählen in diese Altersspanne aber auch Personen, die an einer Alzheimer Demenz erkrankt sind oder bei welchen beispielsweise eine depressive Episode/ Erkrankung auf Grund des Eintritts in das Rentenalter auftritt. Die Altersstatistik weist im Vergleich zum Vorjahr kaum Veränderungen bezüglich der hoch betagten Personen auf; der Anteil der über 90- Jährigen beträgt 5,6%.

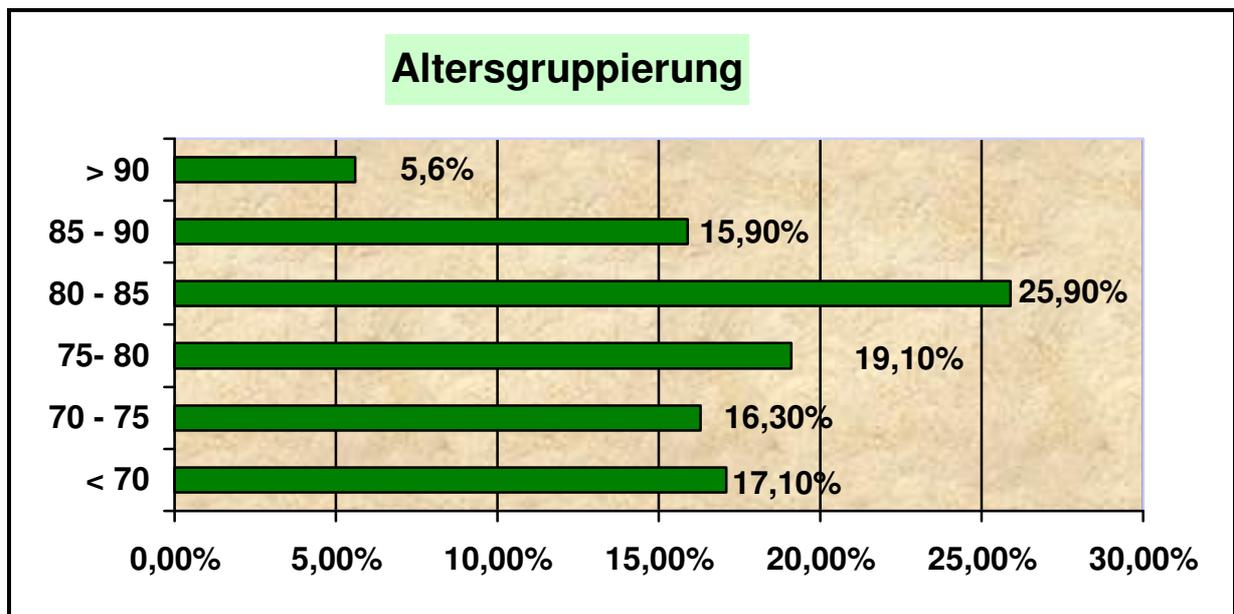


Abbildung 4

1.5 Pflegestufen

Die helfenden und pflegenden Angehörigen sind für die Mehrzahl der Betroffenen die Garantie, dass gerontopsychiatrisch Erkrankte zu Hause bleiben können. Sie sind in der Regel der Schlüssel zur Ermöglichung der häuslichen Pflege. Die Pflege ist mit hohen psychischen und physischen Belastungen verbunden. Selbst stabile Unterstützungsnetzwerke sind etwa bei schweren Formen der Demenz schnell überfordert, wenn nicht in großem Umfang entlastende Dienste, insbesondere auch Betreuungsangebote, in das Pflegearrangement einbezogen werden. Entlastungsangebote müssen jedoch finanziert werden z.B. im Rahmen der Sachleistung. Hierfür ist eine Pflegeeinstufung Voraussetzung. Zum Zeitpunkt der Beratung waren 36,8% der Pflegebedürftigen (an der Gesamtzahl der Klienten errechnet) in eine Pflegestufe (I, II, III) eingestuft. Die einzelnen Prozentsätze sind

der Abbildung 5 zu entnehmen. Eine Rubrik, Pflegestufe „0“, erscheint in dieser Darstellung nicht, da nach meiner beruflichen Einstellung bei dem Großteil dieser Klientel- vor allem auch wieder bei den demenziell Erkrankten- in der Regel der Bedarf an Unterstützung- unabhängig von der Art und Weise- gegeben ist, welchen die Stufe „0“ kennzeichnet. Dass diese Zahlen der Statistik jedoch nicht die ganze Realität widerspiegeln, wird auf den zweiten Blick klar. Die Statistik erfasst nur hilfe- bzw. pflegeleistende Angehörige, die einen Antrag auf finanzielle Hilfe stellen und Empfänger von Pflegegeld/ Sachleistungen sind. Im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum stieg sowohl der Anteil dieses Personenkreises, als auch die Verteilung des Grades der Bedürftigkeit.

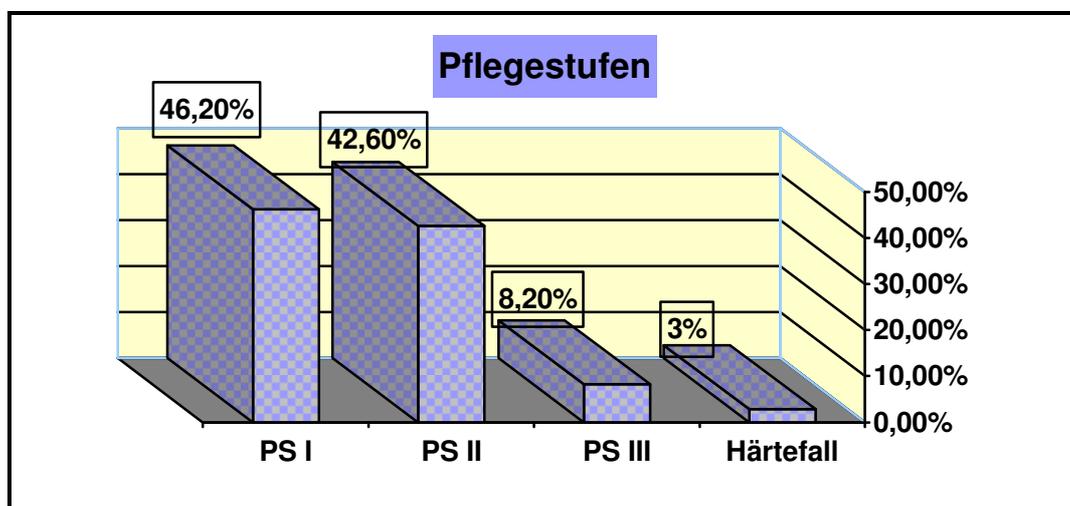


Abbildung 5

1.6 Diagnostische Klassifizierung

Die Ergebnisse der Auswertung zeigen auf, dass bei allen „beratenden Fällen“- im Zeitraum der individuellen Beratungstätigkeit und Begleitung- eine gerontopsychiatrische Erkrankung vorlag, wobei eine fachärztliche Anbindung häufig noch nicht gegeben war, aber die Verdachtsdiagnose bestand. In Bezug auf diesen Punkt und einer weiteren Versorgung der gemeinsamen Klientel gab es in der Klinik, Mitte März 2010 ein Treffen mit dem „Qualitätszirkel der Hausärzte“. Die Gerontopsychiatrische Beratungsstelle wurde an Hand einer Präsentation vorgestellt, es gab im Anschluss einen angenehmen Austausch über Schnittstellen und gegenseitige Unterstützungsmöglichkeiten.

Unter den Ratsuchenden stellten die Demenzkranken die größte Gruppe mit 64,1% dar. Daneben suchten ältere Menschen mit unterschiedlichen Erkrankungen wie Depressionen (13,5%), wahnhaftige Störungen (6,2%), Schizophrenie oder paranoide

Störungen (11,3%) und ein Personenkreis aus dem Bereich Sucht (1,3%) die Beratungsstelle auf. Zu der letzten Zielgruppe sei angemerkt, dass ich im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit auch bekannt gebe, dass ich diese Klientel an spezielle Suchtberatungsstellen weiter leite, da ich in dieser Branche nicht bewandert bin. Weiterhin nahm ich auch in diesen Bericht die Zahl der Betroffenen, bei denen eine Doppeldiagnose (Parkinson+ Demenz, Multiple Sklerose+ Depressionen, Krebs+ Depressionen) vorlag, mit auf, da vor längerer Zeit gefühlsmäßig der Eindruck entstand und statistische Fakten Beweise liefern, dass deren Anzahl steigt. Der prozentual um das Doppelte ansteigende und in diesem Zeitraum ermittelte Anteil beträgt 3,6%. Ebenfalls verzweifachte sich der Personenkreis der Psychotiker.

An dieser Stelle möchte ich mich erneut für die sehr gute Zusammenarbeit und fachliche Unterstützung bei den MitarbeiterInnen des Gerontopsychiatrischen Bereiches (Stationen und Ambulanz) und auch den MitarbeiterInnen der anderen Stationen der Vitos Klinik, auf welchen ich im Rahmen des Casemanagements tätig war, bedanken. Sie verhalten kontinuierlich zu einer optimierenden Versorgungssituation, denn Früherkennung und Diagnostik der Krankheitsbilder sind erste wichtige Schritte im Unterstützungsprozess, um durch verschiedene Maßnahmen den Verlauf der Erkrankung individuell günstig zu beeinflussen.

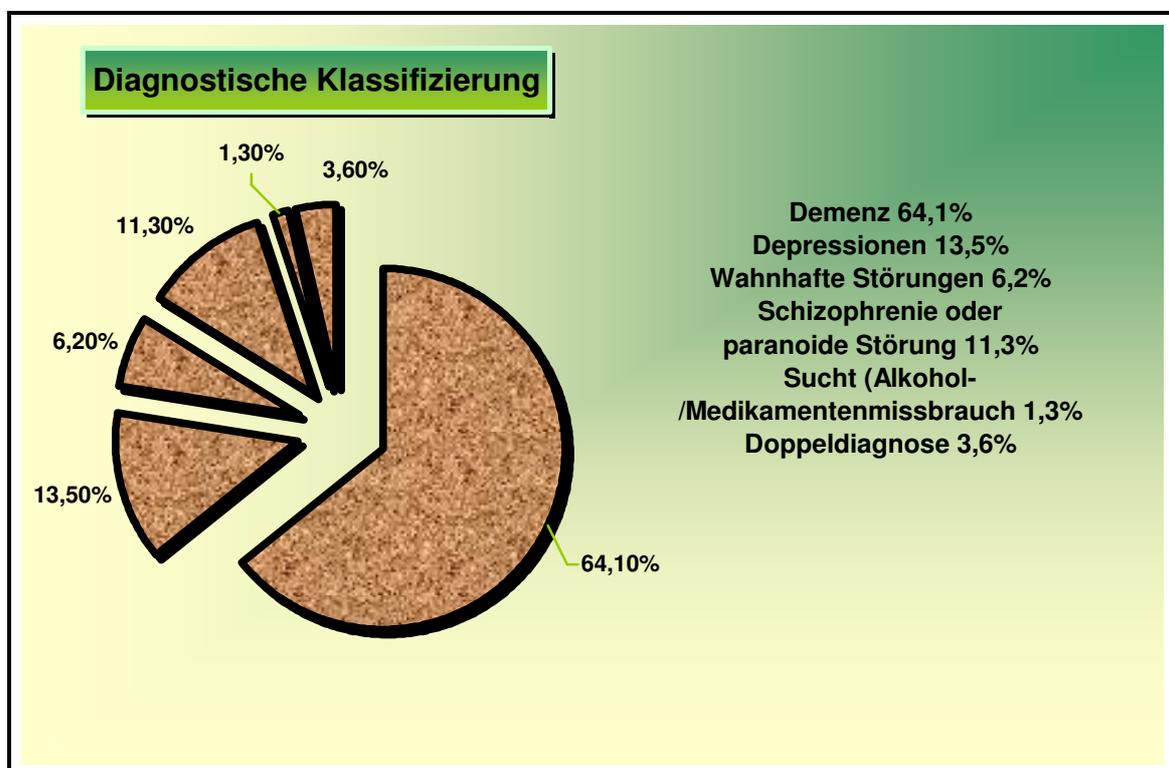


Abbildung 6

1.7 Beratungsschwerpunkte

Nur wenige Menschen lassen sich präventiv beraten oder kommen ohne konkreten Grund zur Beratungsstelle, auch wenn das Thema Prävention zunehmend in das Blickfeld genommen wird. Die Beratung ist individuell ausgerichtet und nimmt Bezug auf die erhalten gebliebenen Potenziale des Erkrankten sowie auf die Ressourcen des familialen Umfeldes. Kenntnisse über Krankheitsbilder und -verläufe bei gerontopsychiatrischen Erkrankungen sind nach wie vor bei pflegenden Angehörigen, ehrenamtlich und professionell Tätigen Gründe, ein Beratungsgespräch in Anspruch zu nehmen. Ebenso werden Informationen über angemessene Formen der Kommunikation, der Betreuung und Beschäftigung, der Finanzierungsstrukturen, Vorsorgemöglichkeiten und therapeutischen Behandlungen benötigt. Die Gespräche beinhalteten vorwiegend Fragen zu therapeutischen Angeboten (11,7% der Klientel) wie die ambulante Anbindung an einen Facharzt der Gerontopsychiatrie, stationäre Aufnahme in der Vitos Klinik Heppenheim, Angebote der Ergotherapie oder des Hospizdienstes. Kontaktaufnahme bestand ebenfalls wegen der Nachfrage und Aufklärung verschiedener Betreuungsangebote (8,2%), zu denen die Tagespflege, Nachtpflege, der betreute Urlaub, die Möglichkeiten des Betreuten Wohnens oder der Kurzzeitpflege zählen, und Gesprächskreise/ Angehörigen- und Selbsthilfegruppen sowie niederschwellige Angebote (12,4%), zu den Leistungen der Pflegekassen bzw. der Pflegeversicherung (14,2%) und zu den verschiedenen Vorsorgemöglichkeiten in Form von Vollmachten und Verfügungen (5,7%). Informationen zu stationären Einrichtungen (5,3%) boten einen weiteren Anlass der Kontaktaufnahme, denn für manche Menschen ist es gut aus der engen Häuslichkeit und eventuellen Isolation herauszukommen. Sie wirken in Heimen fast wie Gäste einer Pension/ eines Hotels/ einer Kurklinik. Priorität hat zunächst dennoch die Stabilisierung der häuslichen Situation, die Begleitung und Stützung der Familien, bevor institutionelle Angebote in Anspruch genommen werden. Durch die Unterbringung eines angehörigen, betagten Menschen in einer stationären Einrichtung ist die Hauptlast einer alleinigen Verantwortung für die Betreuung und Pflege des Heimbewohners von den Schultern des Angehörigen genommen. Der Angehörige gewinnt daher ein Maß an Unabhängigkeit, das es ihm ermöglicht, sein bisheriges, eigenes Leben größtenteils weiter wie gewohnt fortzuführen. Hierunter fallen auch eine weitgehend ungestörte Erwerbstätigkeit sowie das Dasein- Können

für die „eigene“ Familie. Dabei ist aber nicht außer Acht zu lassen, dass, trotz der objektiv geringer erscheinenden psychischen Belastung, viele Angehörige, die ihre Verwandten in einer stationären Altenpflegeeinrichtung untergebracht haben, über psychische Belastungen klagen, die ihnen aus einem schlechten Gewissen entstehen, sich nicht genügend um den angehörigen, alten Menschen zu kümmern. Insgesamt kann aber gesagt werden, dass die psychischen Belastungen bzw. die Opportunitätskosten, die einem Angehörigen aus der Einschränkung oder gar Aufgabe der Erwerbsarbeit entstehen, bei einer stationären Unterbringung des angehörigen, alten Menschen wesentlich seltener bzw. in viel kleinerem Ausmaß zum Tragen kommen.

Oftmals liegt nur ein Grund vor, um einen Kontakt herzustellen, doch im Gesprächsverlauf ergibt sich, dass zum Beispiel die Angehörigen Neuland in der Landschaft der Gerontopsychiatrie betreten, und somit Informationen zur gesamten Palette der Beratungsstelle benötigen. Es ist nicht im Einklang mit der Überschrift, in welcher der Schwerpunkt der Beratung angegeben ist, dennoch nahm ich Interesse halber erneut den Prozentsatz (22,9%) in diese Statistik hinzu.

Schwierigkeiten in der Betreuung ergeben sich beispielsweise bei der Demenz im Verlauf der Krankheit häufig weniger durch die zunehmenden Gedächtnisstörungen, als vielmehr durch die zum Teil auch damit in Verbindung stehenden Verhaltensstörungen: so z. B. wahnhaftige Befürchtungen, bestohlen zu werden (bei Vergessen, wo Dinge abgelegt wurden), Verwirrheitszustände mit Weglaufen, nächtliche Unruhe, aggressive Verhaltensauffälligkeiten. Informationen zu einem förderlichen Umgang, zum Verständnis schwieriger Verhaltensweisen und zur Krankheitssymptomatik waren stets (**Gesamtzahl der Fälle*) Themen in den Beratungsgesprächen. Gerade bei der stetig steigenden Anzahl dementierender Personen im Privathaushalt, ist eine latente Bedrohung der Pflegeleistenden durch Verhaltensstörungen der pflegebedürftigen Personen, wie Aggressionen, Misstrauen und forderndes Verhalten, nicht von der Hand zu weisen. Die Angehörigen können die „Bedrohung“ nicht einfach ignorieren, da bestimmte Krankheitsbilder, wie z.B. Weinkrämpfe und starke (körperliche) Unruhe beim Pflegebedürftigen meistens einer Intervention seitens der Pflegeleistenden bedürfen. Dies verlangt jedoch extremes Einfühlungs- und Anpassungsvermögen, damit die Situation zu beiderseitigem Vorteil gelindert wird und nicht noch weiter eskaliert. Hinzu kommt, dass diese unvorherseh-

baren Verhaltensweisen des Pflegebedürftigen ein Gefühl der Verunsicherung, Hilflosigkeit und mangelnden Kontrollierbarkeit beim pflegenden Angehörigen hinterlassen und diesen so neben der körperlichen Gefährdung zusätzlich stark emotional belasten.

Ergänzend muss in dieser Rubrik die Anzahl der im Rahmen von Case- Management begleiteten Personen aufgeführt werden. Die Fallzahl beträgt 49, was einem prozentualen Anteil von 19,6 % entspricht.

Beratungsschwerpunkte

Informationen zu gerontopsychiatrischen Erkrankungen und Umgangsweisen mit dem Erkrankten	*251 =100%
Vorsorgemöglichkeiten und Verfügungen	5,7%
Finanzielle Regelungen (Leistungen der Pflegeversicherung/ Sozialhilfe) und pflegerische Versorgung	14,2%
Beratung/ Vermittlung von Betreuungsangeboten (Tages-/ Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Betreutes Wohnen, Betreuter Urlaub)	8,2%
Niederschwellige Betreuungsangebote, Angehörigen-Gesprächskreise	12,4%
Beratung/ Vermittlung von Heimplätzen	5,3%
Begleitung im Rahmen von Case Management	19,6%
Beratung/ Vermittlung von therapeutischen Angeboten (Fachärztliche Behandlung/ Therapiegruppen)	11,7%
Beratung über alle Schwerpunkte	22,9%

1.8 Wohnsituation

Ein Belastungsfaktor für die Pflegeleistenden stellen unzureichende Wohnverhältnisse dar. Entweder können damit Wohnbedingungen gemeint sein, die nicht behinderten- bzw. pflegegerecht sind, oder die bei einem gemeinsamen Haushalt von Pflegebedürftigem und Pflegeleistenden den unterschiedlichen Ansprüchen an Freiheit im wahrsten Sinne des Wortes nicht genügend Raum lassen. Die Bedeutung des Zusammenlebens mit Kindern im Haus oder in der unmittelbaren Nachbarschaft (5,2%) und anderen Angehörigen (4,7%) verblasst und entspricht einem weit verbreiteten Wunsch – sowohl der Kinder als auch der betagten Menschen selbst. Sie wollen, so lange dies möglich ist, eigenständig leben. Durch räumliche Distanz (zu den Kindern) lassen sich am ehesten gegenseitige Abhängigkeiten, Kontrolle und Konflikte vermeiden. Die Führung des eigenen Haushaltes wird von vielen Menschen als Zeichen erhaltener Selbstverantwortung und Selbständigkeit verstanden. Viele alte Menschen leben somit allein, nämlich 17,4% der Klientel, oder wenn die (Ehe-)PartnerIn noch lebt, in einem Zwei-Personen- Haushalt (70,3%). Der Anteil der Personen, die mit ihren (Ehe-) PartnerInnen zusammen wohnen und leben, fällt im Vergleich zu den anderen Statistiken -bereits beim Blick auf die 3D-Säulen der folgenden Abbildung- höher aus. Meine Begründung hierfür ist, dass der Anteil der beratenden/ begleitenden Männern in diesem Berichtszeitraum höher ausfällt. Der Anteil der Alleinlebenden, welche in den vergangenen Jahren meist weiblich waren, reduzierte sich ebenfalls. Es ist bewiesen, dass Frauen in der Regel älter werden und somit lebte in den Zeiträumen der Unterstützung meinerseits die Ehepartnerin noch. Unter der Rubrik des Wohnens mit Anderen (2,4%) befinden sich in dieser Darstellung die Bewohner eines Heimes oder des Betreuten Wohnens. Diese Zahlen, die einem geringen Prozentsatz gleichen, verdeutlichen die Wichtigkeit der eigenen häuslichen Umgebung- auch in einem betagten Alter.

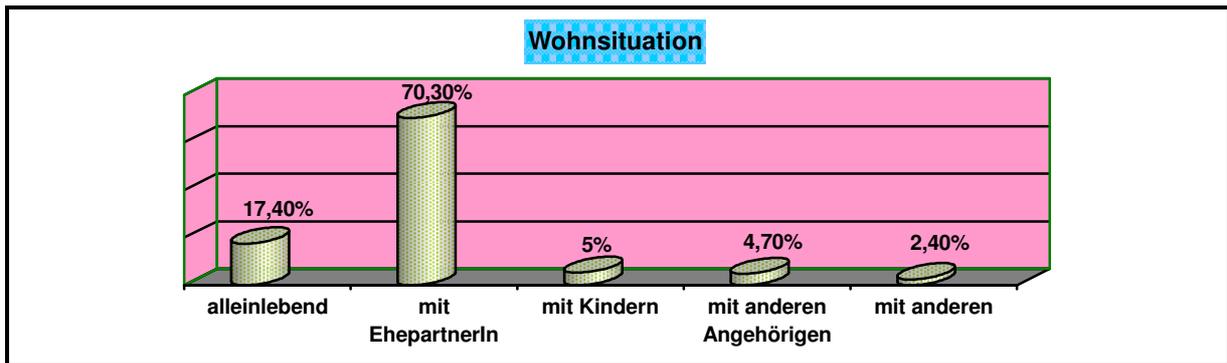


Abbildung 7

Der Vergleich der Wohnsituation älterer Frauen und Männer weist signifikante Unterschiede auf. Aus der Abbildung 7 lässt sich entnehmen, dass etwa 1/6 der Klientel (17,4%) allein leben. Bei der geschlechtsspezifischen Unterscheidung fiel auf, dass der Anteil der allein lebenden Frauen an diesen Viertel 86,4% beträgt; die Männer somit nur mit 13,6% (6 Personen) vertreten sind. Damit rechnete ich nicht, weil die meisten Ratsuchenden (Betroffene), männlich war und ich bei der Erstellung der Statistik annahm, dass sich dieser Anteil angleicht. Im Vergleich zu anderen Jahren ist es ein „normales“ Ergebnis.

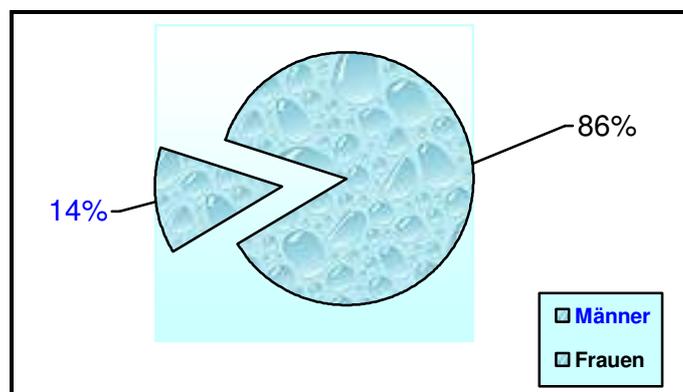


Abbildung 8

1.9 Altersgruppierung allein lebender Frauen

Die Abbildung 8 zeigte, dass die Mehrheit der Einpersonenhaushalte Frauenhaushalte, während Männerhaushalte sehr gering vertreten sind, ist. Zudem variiert der Anteil Alleinlebender stark nach Alter in Verbindung mit dem Geschlecht. Insbesondere ältere Frauen leben aufgrund von Verwitwungen häufig in Einpersonenhaushalten. Davon betroffen sind insbesondere betagte Frauen ab dem 75. Lebensjahr. 60% der allein lebenden Frauen sind zwischen 75 und 85 Jahren.

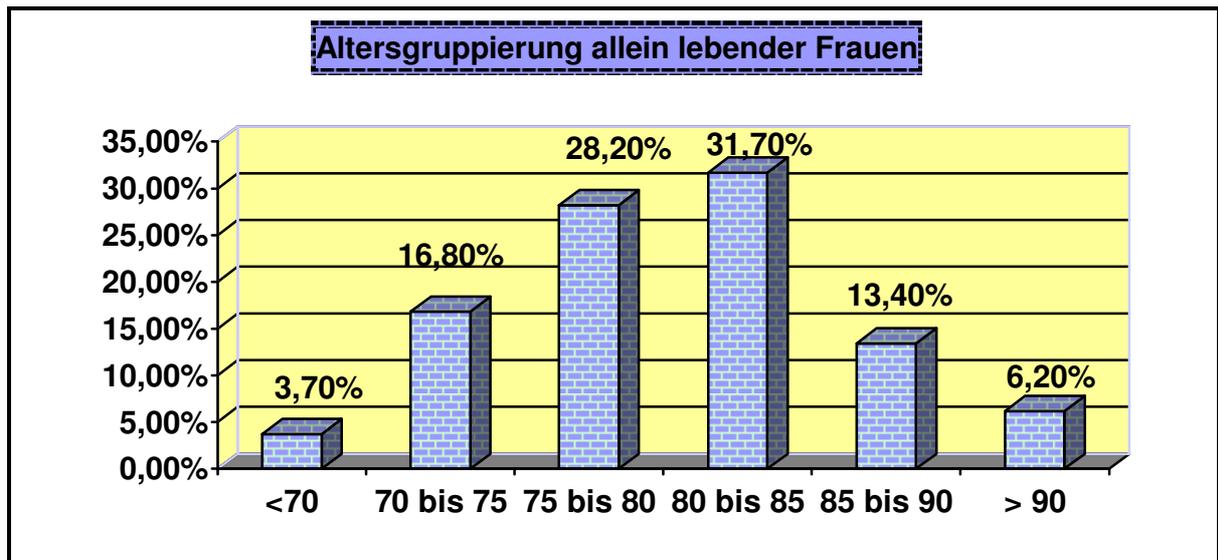


Abbildung 9

Im Zuge der Vorstellung des vorletzten Berichtes im Ausschuss für Schule und Soziales wurde darum gebeten, dass die Versorgung alter Menschen ohne Angehörige angemessen berücksichtigt wird. Auf diesen Wunsch gehe ich in den folgenden Zeilen erneut ein. Die Anzahl der Personen, die ohne Angehörige leben, beläuft sich auf 13 Personen. Bei zwei KlientInnen wurde eine Betreuung angeregt; ein gesetzlicher Betreuer bestellt, der zum Wohle der KlientIn agiere. Das Resultat der Begleitung, die zukünftige Planung wird mir in diesen Fällen nicht zurück gemeldet. Eine KlientIn ohne Angehörige wird durch ausländische Pflegekräfte rund um die Uhr im häuslichen Bereich betreut und bei sechs weiteren Fällen konnte die Versorgung auf Grund einer gewissen körperlichen Mobilität durch Anbindung an teilstationäre Angebote und ambulante Dienste (zunächst einmal) gewährleistet werden. Das ist leider bei den Fällen, die von der Beratungsstelle begleitet werden, oftmals nicht möglich, da Krankheiten und Alter den Alltag prägen- auch wenn das oberste Ziel: das Bewahren der eigenen vier Wände ist. Zwei Klienten wurden in den stationären Bereich (Heim) vermittelt und zwei weitere starben im Zeitraum der Begleitung.

Ich bin der Ansicht, dass diese Zielgruppe im Bereich der Gerontopsychiatrie annähernd schlecht beurteilt werden kann, da zu viele negative Faktoren in den Vordergrund treten. Stellen Sie sich eine Dame, 90 Jahre alt, Diabetikerin, körperlich auf Grund verschiedener Krankheiten sehr gebrechlich und Schmerz empfindend und hochgradig dement vor. Sie kann sich nicht mehr selbst waschen, kann nicht

allein aus dem Bett, kann nicht in die Gesellschaft, um an Gruppen oder Gemeinschaften teil zu nehmen, kann den Herd nicht bedienen und lehnt zusätzlich auf Grund der dementiellen Symptomatik jegliche Hilfestellungen ab. Was würden Sie tun? Was bleibt Ihnen übrig? Es ist ein Arbeitsfeld, in welchem die Begriffe „würdevolles Altern“, „Moral und Ethik“, „Respekt“ u.ä. eine große Rolle spielen, doch ist eine Person in diesem Feld tätig, bemerkt sie schnell, wie häufig „uns die Hände gebunden sind“, vor allem im Bereich der 24- Stunden- Betreuung im häuslichen Feld in Verbindung mit den Aspekten der Finanzierung.

1.10 Versorgung/ Pflegeleistung durch ...

Mit den Schlagwörtern „Zerfall der Familie“, „Niedergang der Ehe“, „Pluralisierung der Gesellschaft und der Lebensformen“ versuchen Autoren immer wieder die Situation bzw. den Wandel der Familie zu beschreiben. Ein ständig steigendes Heiratsalter, stetiger Geburtenrückgang oder das Verharren der Geburtenzahlen auf niedrigem Niveau, hohe Scheidungszahlen und die ansteigende Zahl von Singles lassen den Eindruck entstehen, dass die Institution „Familie“ eine überholte Lebensform darstellt, die kaum noch wichtige Funktionen für die in ihr lebenden Individuen übernimmt. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Situation der Familie zwar in vielen Punkten von dem althergebrachten Bild der (Kern-)Familie abweicht, dieses Ergebnis aber in keiner Weise den Schluss zulässt, dass die Familie heute dem Untergang geweiht ist oder gar für ihre Mitglieder oder die Gesellschaft bedeutungslos zu werden droht. Wichtig scheint vielmehr zu sein, den Begriff „Familie“ problemadäquat zu definieren und damit der Familie mit ihren unterschiedlichen Ausprägungen gerecht zu werden. Die Daten der Wohnsituation, dargestellt in Abbildung 7, sagen nichts darüber aus, welche Hilfestellungen von der Familie bezüglich Versorgung (Begleitung, Pflege, Betreuung) gegeben werden. In diesem Berichtszeitraum wurden 90,2% der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen in privaten Haushalten von den Angehörigen betreut. Vorwiegend sind dies Ehepartner, Kinder, Schwiegerkinder. Außer diesem Personenkreis engagieren sich andere Personen wie BetreuerInnen, Nachbarn, Bekannte und Freunde, die zum sekundären Netzwerk zählen. Die Beratungsstelle informiert bei öffentlichen Veranstaltungen über das nicht angebrachte schlechte Gewissen der Angehörigen. Es darf jedoch nicht vergessen werden, dass die Anstrengungen pflegender

Angehöriger wahrscheinlich einem selbstverständlichen menschlichen Impuls entspringen: dem Nächsten - Ehepartner, Kind oder Elternteil - zu helfen, wenn er/ sie in Not ist. Auf Grund der Informationen in den Beratungsgesprächen kommt die Tochter, die am nächsten wohnt und/ oder keinen Partner und/ oder keinen Arbeitsplatz hat oder zu Hause wohnende Kinder als erste in Frage. Der moralische Druck, der auf sie ausgeübt wird oder den sie selbst verspüren, ist groß. Dieses Problem, welches häufig in den Beratungen ausgesprochen wird, ist scheinbar normativ vorbelastet, indem nämlich vorausgesetzt wird, dass die Versorgung alter Menschen durch Familienangehörige positiv zu bewerten ist, also einen gesellschaftlichen Wert darstellt, den es zu erhalten gilt. Ich kann und möchte diese Einstellung in dem Bericht nicht ausführen, werde aber folgend ein Zitat eines Pflegeleistenden aufführen: *„Emotional lässt es Sie nie los. Ich kann nie weggehen, brauche immer jemanden, der auf sie aufpasst. Sie sind angekettet, Sie sind nie frei – und damit zu leben, ist schwierig.“* (Niederlande)¹⁷⁸ (¹⁷⁸ Zitat entnommen aus: Janis-Le Bris (1993), S. 97.) Dieses Zitat veranschaulicht, was es bedeutet, keine Freizeit, besser gesagt, keine freie Zeit mehr für sich und seine eigenen Bedürfnisse zu haben. Im Gespräch geben fast alle pflegenden Angehörigen mangelnde Freizeit als Problem in der Pflege an. Zu den wichtigsten Gründen für eine fehlende Freizeitbeschäftigung, zählt – außer dem Zeitmangel in Folge der Pflege - die Angst den Pflegebedürftigen allein zu lassen, sowie der Wunsch des Pflegebedürftigen, nicht allein gelassen zu werden. Die am häufigsten zu beobachtende Reaktion der Pflegeleistenden auf dieses Problem ist Passivität bzw. die Einstellung „irgendwie zurecht zu kommen“. Selten versuchen Pflegeleistende dieser Einschränkung aktiv zu begegnen und nach Entlastungsstrategien zu suchen. Auswirkungen familialer Betreuung und Pflege im Privathaushalt auf das erkrankte Familienmitglied können ebenfalls sehr zahlreich und unterschiedlich sein. So treten auch negative Erscheinungen auf, die als Folge einer nicht adäquaten Betreuung und Pflege angesehen werden können. Mangelnde Kenntnisse und damit mangelnde Pflegequalität können zu abnehmender Mobilität, zunehmender Morbidität oder einer Zunahme von psychischen Störungen beim Pflegeempfänger führen. Auch die aus einer Überforderung der Pflegeleistenden entstehende „Gewalt“ in der Pflege rückt zunehmend in das Blickfeld einer kritischen Betrachtung der Betreuung und Pflege im Privathaushalt durch Angehörige. Ich möchte hinzufügen, da es häufig nicht gesehen wird, dass auch Angehörige, die

in Heimen wohnen, von den Familienmitgliedern begleitet werden. Die Emotionen, die Mutter/ den Vater/ die PartnerIn nach einem Besuch im stationären Bereich zurück zu lassen, sind gewaltig und häufig mit schmerzlichen Empfinden verbunden. Als BeraterInnen ist es unsere Aufgabe, die Realität, dass es keine gute Alternative der Entscheidung unter den gegebenen Bedingungen gab, zu verdeutlichen. Es ist hierbei besonders wichtig, dass System in seiner Gesamtheit zu betrachten; es muss für alle Beteiligten einen positiven Effekt haben. Zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme waren 5,3% der Ratsuchenden auf Grund von Unkenntnis über den Pflegebedarf, das Krankheitsbild oder Unterstützungsangebote unversorgt.

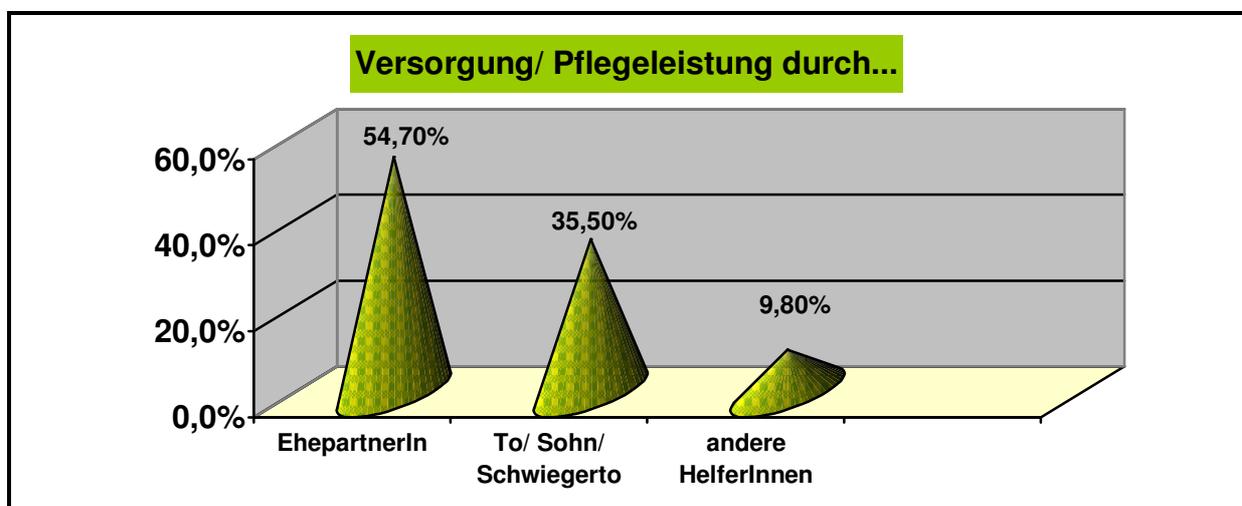


Abbildung 10

Die Abbildung bezieht sich auf alle Fälle (nicht nur auf die allein lebenden Frauen).

1.11 Beratungsstelle wurde bekannt durch...

Der Bekanntheitsgrad des Beratungsangebotes erhöht sich zunehmend durch die Empfehlung der MitarbeiterInnen der Vitos Klinik und anderer Einrichtungen und Dienste. Dieser Personenkreis beispielsweise ÄrztInnen, MitarbeiterInnen der ambulanten Dienste, Ämter, Vereine, Gruppen entspricht mehr als 50% und spiegelt die Zusammenarbeit auf Kreisebene wieder. Auch durch die häufige Präsenz der Beratungsstelle in der (Tages-) Presse, ein für jedermann zugängliches Medium, oder Auftritte im Internet, Veranstaltungen in der Öffentlichkeit, konnte sich der Bekanntheitsgrad verbessern. An den Tagen nach den Ankündigungen und Umsetzungen öffentlicher Veranstaltungen kennzeichnete sich ein Anstieg der Kontakte mit der Beratungsstelle. Der Begriff Gerontopsychiatrie ist häufig noch ein

Fremdwort und erst die Übersetzung bzw. deren Erläuterung regt BürgerInnen an, eine Beratung in Anspruch zu nehmen.

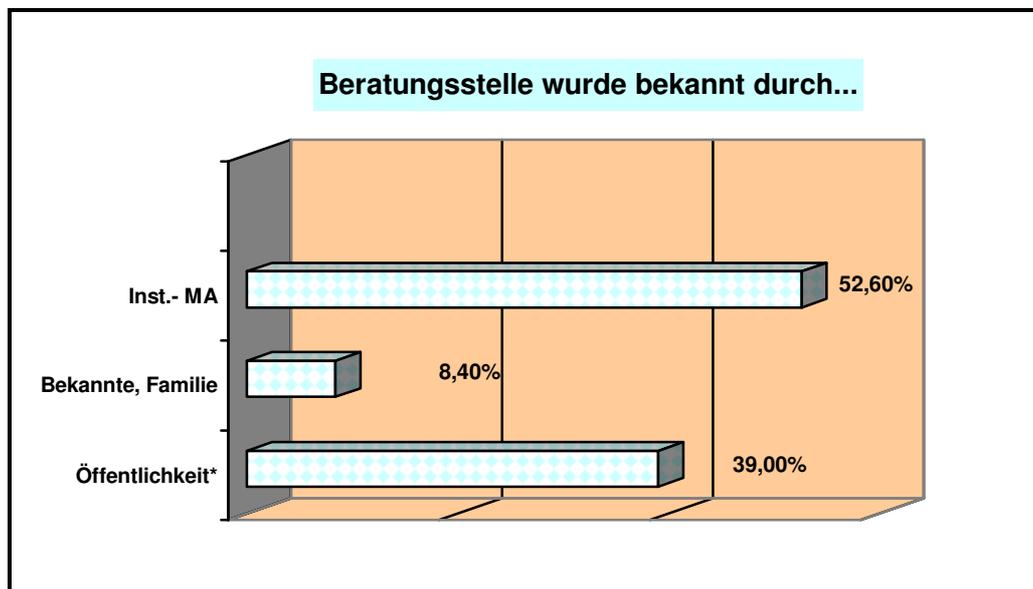


Abbildung 11

* Öffentlichkeitsarbeit z.B. Presseartikel, Vorträge, Veranstaltungen, Flyer, Faltblätter

1.12 Wohnort

Bei der Betrachtung des Wohnortes der Klientel (Anzahl der Personenzahl) fällt auf, dass sich die Verteilung der Ratsuchenden zunehmend über den gesamten Kreis Bergstraße und durch die Präsenz im Internet und in der Presse auch darüber hinaus ausbreitet. Die Anzahl der Anfragen aus dem Odenwald stiegen sehr an, Heppenheim, Lampertheim, Lorsch, Bürstadt und Bensheim sind die Favoriten. Ich erstelle zu dieser Rubrik kein Diagramm, da es auf Grund der Aufzählung der einzelnen Orte zu unübersichtlich ist.

2. Gruppenarbeit

Unterstützung von Angehörigen

Wenn ein älterer Mensch pflegebedürftig wird oder/und gerontopsychiatrisch erkrankt, wirft dies für ihn selbst, aber vor allem für sein soziales Umfeld viele Fragen auf, beispielsweise zum Krankheitsbild, zu den Pflegemöglichkeiten oder zu Hilfen im Umgang mit den Betroffenen. Durch öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen wird das soziale Umfeld für gerontopsychiatrische Erkrankungen sensibilisiert und Betroffene und deren Angehörige über Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten informiert. Nicht nur für die oder den direkt Betroffenen stellen psychische Problemsituationen oder psychiatrische Erkrankungen häufig eine besondere Herausforderung dar. Für viele Angehörige ist es nicht leicht, mit einer solchen Situation umzugehen. Sie wissen nicht, wie sie reagieren sollen und können und sind auch im Vorfeld nicht über alle Details von Hilfsangeboten und rechtlichen Fragen informiert. Dabei ist es häufig von entscheidender Bedeutung, dass auch die Angehörigen über die Erkrankung informiert und in das Unterstützernetz des Betroffenen aktiv eingebunden werden. Unter Angehörigen verstehe ich nicht nur Verwandte, sondern auch Personen, die gefühlsmäßig angehörig sind wie z.B. Nachbarn oder Freunde, die in der Fachsprache als *primäre Netzwerke* benannt werden und die zentrale soziale Ressource älterer Menschen darstellen.

In den Angehörigengruppen/ in den Gesprächskreisen finden sie Unterstützung und Aufklärung beispielsweise zu:

- Informationen über Symptome, Ursachen, Diagnostik und Behandlung
- eigenen emotionalen Problemen und Krisen
- Informationen über aktuelle Hilfsmöglichkeiten, Rehabilitationsmöglichkeiten und Ansprechpartner vor Ort.

Es wird unter anderem auch vermittelt, dass

- Angehörige ihr eigenes Dasein leben dürfen, sollen und müssen
- sie häufig erst Grenzen der Hilfsbereitschaft wieder erlernen müssen
- es ein Verständnis für ihre Probleme im Umgang mit den Erkrankten gibt
- sie nicht an der Erkrankung oder dem Zeitpunkt der Diagnosestellung

"schuldig" sind, da es oft Jahre dauert, bis die Veränderungen im Wesen und Verhalten des/der Betroffenen als krankheitsbedingt erkannt werden.

Zusätzlich kann ein Erfahrungsaustausch und die Kontaktaufnahme untereinander gefördert werden. Durch den regelmäßigen Erfahrungsaustausch verfügen sie nicht selten über die umfassendsten Kenntnisse der psychiatrischen Versorgungslandschaft und aktueller Entwicklungen vor Ort. Diese Informationsgespräche ermöglichen den Familienmitgliedern die Begegnung mit Menschen, die das gleiche Schicksal meistern müssen. Verständnis im Kreis der Betroffenen gibt neue Kraft, das Leben trotz aller Schwierigkeiten zu meistern.

Um die Kontakt- und die Kommunikationsmöglichkeiten unter den Angehörigen und Pflegenden Städte übergreifend zu fördern, organisierte ich am 03.12.2010 ein gemeinsames Treffen der drei Gruppen in Form eines adventlichen Nachmittages in Verbindung mit dem Gottesdienst für dementiell Erkrankte in der Vitos Klinik.

2.1 Angehörigen- Interessen- Forum

Angehörigen- Interessen- Forum in der Regel jeden 1. Mittwoch im Monat um 15.00 Uhr im Dietrich- Bonhoeffer- Haus in Lampertheim:

03.02.2010	„Zunehmenden Druck ausgesetzt“
03.03.2010	„Demenz- Isolation überwinden“
07.04.2010	„Familie ist gefordert“
12.05.2010	„Wenn Demenz zur Familienkrankheit wird“
02.06.2010	„Lebensqualität der Betroffenen steigern“
01.09.2010	„Kraft für den Alltag schöpfen“
06.10.2010	„Hilfe beim Helfen annehmen“, „Vertrauter Mensch wird plötzlich fremd“
03.11.2010	„Pfleger nicht allein lassen“
03.12.2010	Adventscafé in der Vitos-Klinik
05.01.2011	„Normalität geht verloren“
02.03.2011	„Sich verstehen- trotz Demenz“

*Zu den kostenlosen Vorträgen/ Veranstaltungen wurden Presseartikel veröffentlicht und alle interessierten Bürger und Bürgerinnen eingeladen. Zusätzlich galt es Presseinformationen, Plakate und Einladungen zu entwerfen (Diese Materialien befinden sich im Anhang des Berichtes).

2.2 Angehörigenkonferenz

Angehörigenkonferenz in der Regel jeden

3. Mittwoch im Caritasheim St. Elisabeth in Bensheim

17.02.2010 **„Emotionale Entlastung---Gesprächskreis“**

17.03.2010 **„Wege aus dem emotionalen Teufelskreis aufzeigen“**

21.04.2010 **„Belastbarkeit hat ihre Grenzen“**

20.05.2010 **„Anderssein zulassen“**

16.06.2010 **„Gesprächskreis für Angehörige“**

15.09.2010 **„Lebensqualität verbessern“**

Im September gab es das letzte Treffen dieses Angebotes, weil es von der Gesellschaft nicht gut angenommen wurde. Es war bereits vor Beendigung gegeben, dass die Bensheimer in das Angebot nach Heppenheim fahren und nicht in dieses vor Ort.

Es ist wesentlich schwieriger, als Verwandtschaft mitzubekommen, wie ein Angehöriger an Demenz erkrankt und für diese Person Sorge zu tragen. Immer wieder ist von Angehörigen zu hören, wie belastend es ist, wenn ein lieber Mensch sich plötzlich gefühlsmäßig völlig verändert, teilweise aggressiv auf die Angehörigen zugeht oder sie überhaupt nicht mehr erkennt. Es entstehen auch tiefe Schuldgefühle bei den Angehörigen, wenn sie nicht in der Lage sind, immer sehr

freundlich auf das Verhalten ihrer erkrankten Familienmitglieder reagieren zu können. Erschütternd sind Fälle, wenn Angehörige nicht rechtzeitig die Überlastung sehen und dann entweder der Gepflegte zu kurz kommt oder der Angehörige unter der Pflege zusammenbricht.

Gesprächskreise für Angehörige bieten Kontakt zu Menschen, die sich in ähnlicher Lebenssituation befinden. Sie geben Angehörigen Raum für Erfahrungsaustausch und vermitteln durch einen verständnisvollen und wertschätzenden Umgang Anerkennung und emotionale Entlastung. Gefühle wie Trauer, Wut und Enttäuschung werden in der Gruppe ebenso thematisiert wie schwierige oder belastende Situationen. Gleichzeitig können Ratschläge und Hinweise auf der Grundlage von Erfahrungen, die nur Angehörige selbst machen können, weiter gegeben werden. Die Veranstaltungen vermitteln vor allem das Erleben, dass Pflegende mit ihren Problemen nicht alleine dastehen. Sie thematisieren ebenso die individuelle Pflegesituation und den Zugang zu möglichst vielen Informationen, wie z.B. Hinweise auf Entlastungsangebote, Finanzierungsmöglichkeiten der Pflege und Betreuung, Rechtsfragen und das Wissen über Umgangsmöglichkeiten mit den Erkrankten. Angehörige Demenzkranker können völlig unverbindlich, kostenfrei und ohne Voranmeldung an einem oder mehreren Treffen teilnehmen.

2.3 Fördergruppe für Demenzkranke und Beratung der Angehörigen

Entlastungsangebot in der Vitos Klinik:

Fördergruppe für Demenzkranke und Beratung der Angehörigen

Viele ältere Menschen leiden in unserer Gesellschaft unter einer demenziellen Erkrankung. Gekennzeichnet ist diese Krankheit durch den Verlust von Fähigkeiten z.B. beim Erinnerungsvermögen, bei der Orientierung oder bei praktischen Tätigkeiten im Alltag. Durch die auftretenden Störungen im Verlauf der Erkrankung ergeben sich häufig besondere Belastungssituationen für pflegende Angehörige. Werden Belastungsgrenzen überschritten, können wir im Umgang mit dem Erkrankten oftmals nicht mehr nachvollziehen, welche Gefühle in ihm hervorgerufen werden, wenn er mehrfach am Tag mit seinen Fehlern konfrontiert wird. Fehler vertuschen zu müssen, erzeugt permanenten, unnötigen Stress. Wird dieser Druck

durch Zuwendung, Einfühlungsvermögen und die Bereitschaft, die Welt mit den Augen des Erkrankten zu betrachten, genommen, kann der Betroffene die Krankheit eher annehmen, was beide Seiten entlastet.

Da Kenntnisse über Krankheitsbild, Therapie und Unterstützungsmöglichkeiten oftmals helfen, neue Entscheidungen zu treffen und Chancen wahrzunehmen, findet in der Vitos Klinik ein erweitertes Angebot für Demenzkranke und ihre Angehörigen statt. Während die Fähigkeiten und Interessen jedes Einzelnen in der Gruppe für Demenzkranke durch eine erfahrene Ergotherapeutin gefördert werden, können sich die Angehörigen zur gleichen Zeit von erfahrenen Fachkräften beraten lassen. Die Fördergruppe für Demenzkranke, in welcher Frau Brenda Williams, Ergotherapeutin, und Susanne Jooß, Casemanagerin, Möglichkeiten lebenspraktischer und grundlegender alltäglicher Fertigkeiten, der Beschäftigung spielerischer und kreativer Art sowie des Austausches und des gemeinsamen Tuns in der Gruppe erkundet, findet zwei Male im Monat montags statt. Die zeitlich parallele Beratung der Angehörigen durch eine Krankenschwester, Andrea Wipplinger, einen Facharzt, Dr. med. Achim Monninger, und mir, einer Casemanagerin, bietet die Möglichkeiten des Austausches mit anderen Menschen in ähnlichen Lebenssituationen und der psychologischen Beratung. Die Teilnehmer dieses Gruppenangebotes sind überwiegend männlich und in einer Altersspanne von 60-75 Jahren. Da die Anzahl der Gäste über die geplante Gruppengröße von maximal acht Person hinaus ging, mussten wir die Gruppe teilen. In den vergangenen zwei Jahren kristallisierte sich „ein harter Kern“ an Gästen, die regelmäßig kommen und sich bei Gegenüberstellung auch wieder erkennen und gern gemeinsame Beschäftigungen ausüben, heraus. Dieser Anteil bleibt zusammen, und aus den „Neuankömmlingen“ wurde eine weitere Gruppe, die auf Grund des sehr unterschiedlichen Stadiums der dementiellen Entwicklung im Festsaal der Klinik einen gemeinsamen, betreuten Austausch bei Kaffee und Kuchen genießen. Auch an dieser Stelle möchte ich einen Dank an die Kollegin, Martina Schmitt, die spontan und auf Dauer die Begleitung auf Grund des Andrangs übernahm, richten.

3. Besuch von Einrichtungen und Diensten

Neben der Gruppe älterer, psychiatrisch erkrankter Menschen und ihrer Angehöriger beanspruchen an zweiter Stelle MitarbeiterInnen ambulanter soziale Dienste, Alten- und Pflegeheime, Krankenhäuser sowie Institutionen, Praxen und Behörden die Angebote der Beratungsstelle. Die Organisation trägerübergreifender Zusammenarbeit, die Erfüllung einer vernetzenden Aufgabe, nimmt daher einen wichtigen Stellenwert ein.

An dieser Stelle möchte ich erwähnen, dass ich die Einrichtungen, die ich besuchte, nicht aufzählen werde. Es besteht eine breite Angebotspalette zur Versorgung und Betreuung im Kreis Bergstraße und es mir ein Anliegen, diese mindestens in den Grundstrukturen zu überblicken. Bei den Besuchen ergibt sich ein Austausch der Entwicklung bei der Betreuung/ Versorgung von älteren, psychisch veränderten Personen. In den Gesprächen war das Annehmen und Geben von beratenden Tipps üblich und selbstverständlich.

4. Öffentlichkeitsarbeit

Öffentlichkeitsarbeit ist ein kontinuierlicher Leistungsbereich der Gerontopsychiatrischen Beratung. Medienarbeit ist für die Wirkung in der Öffentlichkeit dabei ebenso wichtig wie die Empfehlung durch Mundpropaganda. Da es verschiedenen Informationsquellen gibt, ist es Voraussetzung, dass nur eine breit angelegte und sich wiederholende Informationspolitik und Öffentlichkeitsarbeit die Bekanntheit der Beratungsstelle garantiert. Weiterhin wird durch öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen das soziale Umfeld für gerontopsychiatrische Erkrankungen sensibilisiert und Betroffene über Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten informiert. Die wichtige Aufgabe der Öffentlichkeitsarbeit und Außendarstellung der Tätigkeiten wurde folgendermaßen umgesetzt.

1. Vorträge, Foren, öffentliche Präsenz
2. Erstellen von Öffentlichkeitsmaterial
3. Besuch von Veranstaltungen
4. Dienstbesprechungen und Gremienarbeit

4.1 Vorträge, Foren, öffentliche Präsenz

- 18.03.2010, 19.30 Uhr Vortrag „Gesprächsführung bei Demenz“ im Bio-Verein Bensheim, Generationentreff
- 23.03.2010, 19.00 Uhr Vortrag „Umgang und Kommunikation mit dementiell Erkrankten/ Diskussion“ im Rahmen des Forums Demenz im Weschnitztal, Diakonisches Werk Rimbach
- 25.03.2010, 19.00 Uhr Vortrag „Kommunikation bei Demenz“ für Angehörige und MitarbeiterInnen, im Azurit Seniorenzentrum Talblick, Grasellenbach
- 30.03.2010, 15.00 Uhr Vorstellung des Beratungsangebotes und Vortrag „Demenz“ zur 10.Sitzung des Gremiums Seniorenbeirat Heppenheim, Vitos Klinik
- 07.04.2010 Pressegespräch beim Starkenburger Echo wegen des Ehrenamtlichen Besuchsdienstes
- 21.04.2010 Austausch/ Kontaktpflege in der Pro Seniore Residenz Am Weichweg, Biblis
- 16.06.2010 Stiftung Sparkasse: Abend des Bürger-Engagements
- 17.06.2010 Zertifizierung des Ehrenamtlichen Besuchsdienstes
- 21.09.2010, 10.00- 12.00 Uhr Telefonaktion mit dem Starkenburger Echo im Rahmen des Weltalzheimertages, Zusammenarbeit mit der Caritas-Seniorenberatungsstelle in Heppenheim
- 21.09.2010, 18.00 Uhr Film + Forum „Persönlichkeitsveränderungen bei Demenz“ im Marienhospital Lampertheim, Zusammenarbeit mit der Caritas-Seniorenberatung Lampertheim
- 03.12.2010 Adventlicher Gottesdienst für Demenzerkrankte mit anschließendem Austausch (auch Teilnahme der Angehörigen), Kapelle Vitos-Klinik Heppenheim, in Kooperation mit der Klinikseelsorge

4.2 Erstellen von Material für die Öffentlichkeitsarbeit

Die Faltblätter, Flyer, Plakate der Angebote werden regelmäßig aktualisiert, Presseartikel; Plakate etc zu jeder Veranstaltung erstellt. An dieser Stelle gilt es einen weiteren Dank an unseren Presse- und Öffentlichkeitsbeauftragten, Dieter Schwarz, der stets flexibel und ideenreich meine Anfragen beantwortet und umsetzt, zu richten.

- Fördergruppe für Demenzerkrankte und Beratung ihrer Angehörigen (Flyer)
- Angehörigenkonferenz im Caritasheim St. Elisabeth in Bensheim (Faltblatt, Plakat)
- Angehörigen- Interessen- Forum im Dietrich- Bonhoeffer- Haus Lampertheim (Faltblatt, Plakat)
- Broschüre+ Flyer: Niedrigschwellige Betreuungsangebote für demente Menschen im Kreis Bergstraße

Im letzten Berichtszeitraum war der Schulungs- und Konzeptentwurf ehrenamtlicher MitarbeiterInnen im Besuchsdienst für an Demenz erkrankte Personen ein großer Schwerpunkt. Dieses Projekt ist in Zusammenarbeit mit der Caritas-Seniorenberaterin Alexandra Mandler-Pohen weiterhin erfolgreich umgesetzt. Die Begleitung der Ehrenamtlichen in Form von supervidierender Anleitung und Fallbesprechung findet einmal im Monat, jeden 3.Donnerstag, 18.00 Uhr statt.

4.3 Besuch von Veranstaltungen, Kooperation mit Institutionen/ Organisationen

- 15.03.2010, 19.30 Uhr, Vorstellung der Gerontopsychiatrischen Beratungsstelle im „Qualitätszirkel der Hausärzte“, Vitos Klinik
- 04.05.2010 Grundsteinlegung der Vitos Klinik am Kreiskrankenhaus
- 06.05.+ 07.05.2010 Teilnahme an der Bundesarbeitsgemeinschaft Alten- und Angehörigenberatung in Stuttgart
- 25.05.2010 Einsatz als Prüferin bei der Abnahme der Examen (Kolloquiumsprüfungen) an der Evangelischen Fachhochschule Darmstadt

- 09.06.2010 Teilnehmerin beim J.P.Morgan- Lauf in Frankfurt, Firmenlauf Vitos Kliniken
- 14.09.2010, 19.00 Uhr Vortrag zum Krankheitsbild Demenz im Johannes-Guyot-Haus in Fürth
- 15.09.2010, 19.00 Uhr „Demenz wirft viele Fragen auf“, Frage-Antwort-Prozess beim Frauenbund Einhausen
- 07.+08.10.2010 Teilnahme am Deutschen Alzheimer-Kongress in Braunschweig (Besetzung des Standes der Bundesarbeitsgemeinschaft Alten- und Angehörigenberatung)
- 30.11.2010, 17.00 Uhr Vortrag zum Thema Gerontopsychiatrie im Rathaus in Reichenbach

4.4 Gremien, Arbeitskreise, Dienstbesprechungen, Treffen

- Monatsbesprechung Gerontopsychiatrie
- wöchentliche Teamsitzung des Sozialen Dienstes
- Soziales Netzwerk Heppenheim
- Netzwerk „Älter werden in Heppenheim“
- Arbeitskreis SeniorenberaterInnen
- Leitung und Moderation des Gerontopsychiatrischen Arbeitskreises
- Interessengemeinschaft (IG) Heppenheimer Seniorentage (Beisitzerin im Vorstand)
- Vorstandssitzungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Alten- und Angehörigenberatung e.V. (Baga)
- Mitglied im Vorbereitungsteam einer Veranstaltung „Kunst trotz(t) Demenz“ für 2011, mehrere Sitzungen mit dem Diakonieausschuss in der Lukaskirche Lampertheim
- Arbeitskreis Gemeindefahe Psychiatrie, im Katholischen Bildungswerk, Heppenheim (Planung/ Organisation der Psychiatrietage)
- PSAG- Sitzung (je nach Themen)
- Jahresplanung (Ausflüge, Feste), Hilfe für Psychisch Kranke e.V.
- Sitzung des Ausschusses für Schule und Soziales des Kreistages, Vorstellung des Tätigkeitsberichtes

} Vernetzung Vitos

5 Fortbildung/ Fachangebote für MitarbeiterInnen

Von Fortbildungen profitiert das ganze Spektrum der Altenhilfe: ihre Ziele und die daraus abgeleiteten Maßnahmen liegen vorrangig in der Verbreiterung und Vertiefung von Fachkenntnissen zum Zwecke einer adäquaten, qualitätsgeleiteten Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen, aber auch in der Erhöhung der professionellen Handlungskompetenz, der Entlastung von MitarbeiterInnen und einer Verbesserung von Kooperation und Vernetzung zwischen den Institutionen.

- 11.03.2010, 14.00-16.00 Uhr, Vortrag Demenz, Diözesankonferenz der Arbeitsgemeinschaft der Krankenhauseelsorge im Bistum Mainz, Akademie des Bistums Mainz
- 15.04.2010, 14.00 Uhr Vortrag zu dementiellen Erkrankungen, Diakoniestation Bensheim/Zwingenberg
- 01.06.2010, 14.00 Uhr Fortbildung für MitarbeiterInnen in der stationären Pflege „Gerontopsychiatrische Erkrankung- Fallbesprechung/ praktische Übungen“ im Dietrich- Bonhoeffer- Haus
- 08.06.2010 Fortbildung „Demenz- was ist die Wirklichkeit“ für MitarbeiterInnen im stationären Bereich, Heilig-Geist-Hospital Bensheim
- 03.09.2010 Fortbildung Demenz im Rahmen der IBF Vitos Kliniken, Mitarbeiterschulung
- 28.09.2010 Mitarbeiterschulung zur Thematik Demenz im „Haus Steinachtal“ in Schönau-Altneudorf
- 05.10.2010 Schulung der MitarbeiterInnen im stationären Bereich der Geriatrie des Marienhospitals Lampertheim

Die Mitarbeiterin der Beratungsstelle übernahm die Anleitung mehrerer PraktikantInnen und HospitantInnen, welche verschiedene Zeiträume je nach Möglichkeiten und Bedarf den beruflichen Alltag miterlebten.

Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiterin der Beratungsstelle

Um qualitätssichernde Maßnahmen einer Beratungsstelle zu gewährleisten, gehören Fort- und Weiterbildungen der MitarbeiterIn zu einem wesentlichen Bestandteil des Arbeitsfeldes.

Um einen gegenwärtigen und zukünftigen Einblick in die konzeptionelle und methodische Entwicklung der Arbeit mit älteren und psychisch veränderten Menschen zu erlangen, wurde an folgenden Veranstaltungen teilgenommen.

- Fachbesprechung unter supervidierender Anleitung (ca alle 4 Wochen) in Heidelberg (Balintgruppe)
- 12.04.2010 Informationsveranstaltung Examenssprüfungen in der Evangelischen Fachhochschule Darmstadt
- 20.04.2010, 9.00-16.30 Uhr Fortbildung Systemik
- 24.06.2010, 9.00-16.00 Uhr Innerbetriebliche Fortbildung „Fix und fertig für das neue Entgeltsystem!?“; OPS-Kodierung, Vitos Klinik
- 02.07.2010 Veranstaltung „Biografiearbeit“, Prof. Erwin Böhm
- 21.10.2010 Schulung „Reanimation und Brandschutz“, Vitos Klinik Heppenheim

6. Gewinnung und Begleitung von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen

Kooperation mit dem Verein Hilfe für psychisch Kranke e.V.

Ein wesentlicher Bestandteil als Unterstützung oder Ergänzung der Angebote des therapieergänzenden Programms in der Vitos Klinik Heppenheim sind die Aktivitäten von Mitgliedern des Vereins „Hilfe für psychisch Kranke“ e.V.. Auf der Zusammenarbeit mit seinen ehrenamtlichen Helfern liegt ein besonderes Gewicht. Diese setzen freiwillig und unentgeltlich Zeit und Kraft, Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten für die soziale Betreuung und vor allem für die Stärkung des selbstverantwortlichen Handelns, der Akzeptanz und Integration psychisch kranker Menschen in die Gesellschaft ein. Neben der engagierten Begleitung übernahm der

Verein zudem in großem Umfang die Organisation und die Kosten für die Veranstaltungen. Bei Ausflügen, Besichtigungen, Festen und Feiern wurden positive Eindrücke, Geborgenheit, soziale Fürsorge und neue Impulse für die Alltagsgestaltung vermittelt. Die Unterstützungsformen der Gemeinschaftserlebnisse waren so vielfältig wie das Leben. Das Programm umfasste folgende Veranstaltungen:

- 29. April Hermannshof Weinheim Führung durch die Gartenanlage
- 27. Mai Vivarium Darmstadt
- 24. Juni Schlosspark Schwetzingen
- 05. August Sommerfest für PatientInnen, Vitos Klinik, Hauptorganisatorin
- 26. August Neckarschiffahrt, Heidelberg- Neckarsteinach
- 23. Sept. Besuch auf dem Langklinger Hof in Mörlenbach
- 15. Okt. Führung durch das Museum für Technik und Arbeit, Mannheim
- 11. Nov. Lebkuchenfabrik, Beerfurth
- 09. Dez. Advents-/ Weihnachtsveranstaltung in der Vitos Klinik (Hauptorganisatorin mit der Kath. Klinikseelsorge und dem Verein)

Waren Zeit und der Bedarf an einer zusätzlichen Begleit- / Betreuungsperson vorhanden, beteiligte sich die Beratungsstelle an den Veranstaltungen.

Weitere Besuche der Veranstaltungen zum Ehrenamt:

- Schulung Besuchsdienst, regelmäßige Treffen, 3. Donnerstag im Monat, 18.00 -20.00 Uhr
- 08.11.2010, 19.00 Uhr Weiterbildung seelsorgerischer Besuchsdienst, Evangelisches Gemeindehaus Lindenfels
- 29.11.2010 Treffen aller ambulanten Demenzdienste (Einzelbetreuung) in Hessen, Wetzlar

7. Statistische Erfassung/ Evaluation

Nachdem ich mich intensiver mit diesen hier aufgeführten Zahlen auseinandersetzte, musste ich feststellen, dass die Prozentsätze nach den Beratungen in Bezug auf Pflegeeinstufung, fachärztliche Diagnose der Krankheitsbilder noch höher ausfallen müssten, als sie zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Beratung vorlag, da über die Vorgänge der Inanspruchnahme verschiedener Leistungen, Dienste informiert wurde.

Da häufig keine Rückmeldungen nach Aufklärung des Vorgehens und Antragstellungen auf Leistungen der Pflegeversicherung eingehen, kann nicht mitgeteilt werden, welcher Prozentsatz in der Realität vorhanden ist.

Die Begebenheiten im Arbeitsfeld sind so unterschiedlich; individuell, so dass ich überrascht bin, dass die Daten keine extremen Abweichungen zum Vorjahr beinhalten. Es handelt sich jeweils um 251 verschiedene Personen und Persönlichkeiten und dennoch sind die Zahlen- unabhängig der Fallzahl, die kontinuierlich steigt, überwiegend ähnlich.

Zusammenfassend kann und darf auf Grund der hier vorliegenden Daten, Fakten, Zahlen angenommen werden, dass die Gerontopsychiatrische Beratungsstelle auch in diesem Berichtszeitraum einen großen Part an der Stabilisierung und Optimierung des Versorgungsnetzes im Kreis Bergstraße beitrug.

Anhang

Gerontopsychiatrische Beratungsstelle
im Kreis Bergstraße
an der Vitos Klinik Heppenheim
Ludwigstr. 54
64646 Heppenheim
06252/ 16305