



GERIATRIE
VERBUND
DORTMUND

LWL

Protokoll des Treffens am 15.02.2017

im Rahmen des GV Do im Sport- und Begegnungszentrum der LWL-Klinik Dortmund

Thema: „Neue Pflegegrade und Gerontopsychiatrie“

Eine erste Begrüßung aller Teilnehmenden erfolgt durch Frau Dr. Dlugosch, Chefärztin der Gerontopsychiatrie. Frau Dr. Dlugosch übergibt das Wort an Herrn Prof. Dr. Assion, Ärztlicher Direktor der LWL-Klinik Dortmund. Dieser gibt einen kurzen Einblick in die Arbeit der LWL-Klinik und verweist auf den Neubau des „Phoenix-Hauses“, mit dem auch einige Umstrukturierungen in der Arbeit der LWL-Klinik einhergehen. Nach seinen Ausführungen wünscht Herr Prof. Assion allen Teilnehmenden einen interessanten Nachmittag und verabschiedet sich. Frau Dr. Dlugosch bedankt sich bei Herrn Prof. Assion und übergibt das Wort an Frau Wagener.

Vorträge:

Frau Wagener, Mitarbeiterin im Sozialdienst der LWL-Klinik in der Abt. Gerontopsychiatrie, erläutert in ihrem mündlichen Vortrag ihre ersten Erfahrungen mit den, nach Einführung des Pflegestärkungsgesetzes II, geltenden Pflegegraden. Auf eine Erläuterung des Pflegestärkungsgesetzes wird von Frau Wagener verzichtet, da die Inhalte allen Teilnehmenden hinlänglich bekannt sind. Zunächst verweist Frau Wagener auf die positive Entwicklung, dass das so genannte Schnellverfahren der Einstufung der Pflegebedürftigkeit durch den MDK seit dem 01.01.2017 nun bundesweit für alle Krankenhäuser zu nutzen ist. Nach der Begutachtung erhält der Patient einen vorläufigen Bescheid. Üblich ist, dass der Patient durch den MDK noch einmal nachbegutachtet wird. In diesem Zusammenhang verweist Frau Wagener auf den neuen Pflegeüberleitungsbogen, der in Zusammenarbeit zwischen MDK und Krankenhäusern erstellt wurde. Frau Wagener teilt diesen neuen Pflegeüberleitungsbogen an alle Teilnehmenden zur Durchsicht aus.

Frau Wagener hat den Eindruck, dass die Bevölkerung durch die umfangreichen Medienberichte zu den Pflegestärkungsgesetzen gut über die bestehenden Änderungen und Ansprüche informiert wurden. Die Versicherung der Besitzstandswahrung wurde bisher nahtlos umgesetzt – Patienten wurden durch die Einführung der Pflegegrade finanziell nicht schlechter gestellt.

Allerdings ist die Kurzzeitpflege – unter Berücksichtigung aller Pflegegrade – teurer geworden. Je höher der Pflegegrad, desto weniger Geld steht für die Kurzzeitpflege zur Verfügung. So haben Patienten mit einem Pflegegrad drei bzw. einem Pflegegrad vier einen Anspruch auf nur noch 19 Tage Kurzzeitpflege im Jahr.

An Demenz erkrankte Menschen erhalten mit der neuen gesetzlichen Regelung einen Pflegegrad zwei und haben damit Anspruch auf einen stationären Aufenthalt. Hinsichtlich der Einstufung psychisch erkrankter Menschen gibt es bislang wenig Erfahrungen, daher kann Frau Wagner hierzu keine Angaben machen.

Problematisch in der Beratung ist aktuell die Tatsache, dass die Kosten der Pflegeeinrichtungen, die sich nach Umsetzung des Pflegestärkungsgesetzes II geändert haben, bislang über die Homepage der Stadt Dortmund („Wegweiser Pflege“) nicht abzurufen sind.

Weiterhin schwierig ist die geänderte Handhabung des MDK, den Vermerk „vollstationäre Pflege ist erforderlich“ in den Prüfungsdokumenten nicht mehr zu verwenden. Es erfolgt nunmehr lediglich der Vermerk „Pflegegrad II, stationäre Pflege“.

Frau Luig (Städtische Seniorenheime Dortmund) merkt an, dass in Nordrhein-Westfalen immer mehr Sozialämter dazu übergehen, Antragsteller der Hilfe zur Pflege nochmals zu überprüfen. Damit erfolgt eine dritte Prüfung der Antragsteller. Dieses Verfahren wird im Grundsatzausschuss Pflege näher erläutert. In Dortmund findet eine Prüfung durch das Sozialamt bislang nicht statt.

Herr Hallmann (Pflege mit Herz Hallmann) führt zu diesem Thema aus, dass es bislang auch für Menschen ohne Pflegestufe möglich war, Hilfe zur Pflege zu erhalten. Diese Möglichkeit soll zukünftig abgeschafft werden. Die Hilfe zur Pflege steht dann nur noch Personen ab einem Pflegegrad II zu.

Abschließend empfiehlt Frau Wagener die Broschüre „Die Selbständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit“ des MDK, in der der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das Neue Begutachtungsassessment erläutert werden. Die Broschüre kann über die Homepage des MDK abgerufen werden (https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/Fachinfo_PSGII_web.pdf).

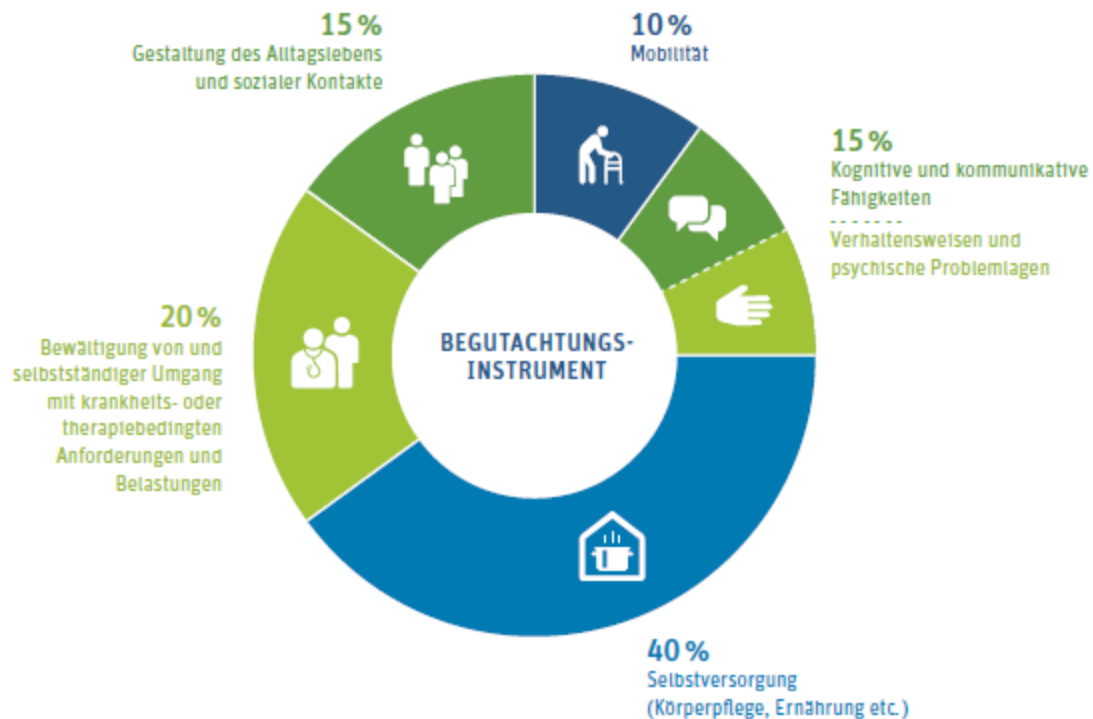
Herr Hallmann (Pflege mit Herz Hallmann GmbH)

Herr Hallmann stellt in seinem Vortrag kurz die durch das Pflegestärkungsgesetz II eingeführten Neuerungen für den ambulanten Sektor vor. Dabei verzichtet auch Herr Hallmann auf eine ausführliche Darstellung des Pflegestärkungsgesetzes.

Zunächst geht Herr Hallmann auf die modulare Zusammensetzung des neuen Begutachtungsassessments ein.

Abbildung 1: Neues Begutachtungsassessment - Module

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsinstrument im Überblick – Sechs Lebensbereiche („Module“) werden betrachtet und gewichtet



Quelle: MDK (o.J.): Die Selbständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit, Essen.

Die Punkte „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“, „Mobilität“ und „kognitive und kommunikative Fähigkeiten bzw. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ sind neu hinzugekommen.

Im Neuen Begutachtungsassessment erfolgt die Einstufung nicht mehr durch Bestimmung der benötigten Zeit für eine Tätigkeit sondern durch eine Punktevergabe, mittels der der Grad der Selbständigkeit bewertet wird.

Der Grad der Selbständigkeit wird wie folgt bewertet:

- 0 = Selbständig → die Person kann die Aktivität in der Regel selbständig durchführen,
- 1 = überwiegend selbständig → die Person kann den größten Teil der Aktivität selbständig durchführen,
- 2 = überwiegend unselbständig → die Person kann die Aktivität nur zu einem geringen Anteil selbständig durchführen,
- 3 = unselbständig → die Person kann die Aktivität in der Regel nicht durchführen bzw. steuern, auch nicht in Teilen.

Abbildung 2: Bewertung der einzelnen Module (Beispiel Mobilität)

		selbstständig	Oberwiegend selbstständig	Oberwiegend unselbstständig	unselbstständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3
1.6	Besondere Bedarfskonstellation * Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und Beine	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

* Kann ein pflegebedürftiger Mensch weder die Arme noch die Beine einsetzen, dann wird er automatisch in den Pflegegrad 5 eingestuft. Dies gilt jedoch nur beim vollständigen Verlust der Greif-, Steh- und Gehfunktionen.

Quelle: MDK (o.J.): Die Selbständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit, Essen.

Auch Herr Hallmann hebt positiv hervor, dass es mit der Festschreibung der Überleitungsregelungen zu keinen Schlechterstellungen von pflegebedürftigen Personen gekommen ist. In allen Pflegestufen haben sich die Leistungen für die Pflegebedürftigen erhöht.

Laut Pflegestärkungsgesetz II bestehende folgende Überleitungsregelungen:

Gültiges Verfahren	Überleitung	Neu
Pflegestufe 0 mit EA	werden übergeleitet in	Pflegegrad 2
Pflegestufe 1 ohne EA	werden übergeleitet in	Pflegegrad 2
Pflegestufe 1 mit EA	werden übergeleitet in	Pflegegrad 3
Pflegestufe 2 ohne EA	werden übergeleitet in	Pflegegrad 3
Pflegestufe 2 mit EA	werden übergeleitet in	Pflegegrad 4
Pflegestufe 3 ohne EA	werden übergeleitet in	Pflegegrad 4
Pflegestufe 3 mit EA	werden übergeleitet in	Pflegegrad 5
Härtefälle	werden übergeleitet in	Pflegegrad 5

Die Leistungsbeträge werden entsprechend angepasst:

Pflegegeld	Betrag		Betrag
Pflegegrad 1			
Pflegegrad 2	316 €	Pflegestufe 0 mit EA Pflegestufe I	125 € 244 €
Pflegegrad 3	545 €	Pflegestufe I mit EA Pflegestufe II	316 € 458 €

Pflegegrad 4	728 €	Pflegestufe II mit EA Pflegestufe III	545 € 728 €
Pflegegrad 5	901 €	Pflegestufe III mit EA	728 €

Sachleistungen	Betrag		Betrag
Pflegegrad 1			
Pflegegrad 2	689 €	Pflegestufe 0 mit EA Pflegestufe I	231 € 468 €
Pflegegrad 3	1.298 €	Pflegestufe I mit EA Pflegestufe II	689 € 1.144 €
Pflegegrad 4	1.612 €	Pflegestufe II mit EA Pflegestufe III	1.298 € 1.612 €
Pflegegrad 5	1.995 €	Pflegestufe III mit EA Härtefälle	1.612 €

Zur Verdeutlichung der Entwicklung führt Herr Hallmann zwei Beispiele an:

- 1) Ein Pflegebedürftiger mit Pflegestufe I und eingeschränkter Alltagskompetenz erhielt **bis zum 01.01.2017** 316 € Pflegegeld oder 689 € Sachleistungen und bis zu 208 € Betreuungs- und Entlastungsleistungen. **Ab dem 01.01.2017** wird der Pflegebedürftige in Pflegegrad 3 eingestuft und erhält 545 € Pflegegeld oder 1.298 € Pflegesachleistungen und bis zu 125 € Betreuungs- und Entlastungsleistungen.
- 2) Ein Pflegebedürftiger mit Pflegestufe II und eingeschränkter Alltagskompetenz erhielt **bis zum 01.01.2017** 545 € Pflegegeld oder 1.298 € Sachleistungen und bis zu 208 € Betreuungs- und Entlastungsleistungen. **Ab dem 01.01.2017** wird der Pflegebedürftige in Pflegegrad 4 eingestuft und erhält 728 € Pflegegeld oder 1.612 € Sachleistungen und bis zu 125 € Betreuungs- und Entlastungsleistungen.

Die Leistungen im ambulanten Bereich – Sach- und Geldleistungen – sind damit ausnahmslos gestiegen. Im stationären Bereich hingegen haben sich auch Minusbeträge ergeben.

Einstufung alt	Leistungsbeitrag alt	Leistungsbeitrag neu	Differenz der Leistungsbeiträge
Stufe 1	1064 €	770 € (PG2)	-294 €
Stufe 1+EA	1064 €	1262 € (PG3)	+198 €

Stufe 2	1330 €	1262 € (PG 3)	-68 €
Stufe 2+EA	1330 €	1775 (PG 4)	+ 445 €
Stufe 3	1612 €	1775 € (PG4)	+ 163 €
Stufe 3+EA	1612 €	2005 € (PG 5)	+393 €

Die Prüfungen des MDK werden derzeit noch nach der alten Verfahrensweise durchgeführt, da bislang noch Anträge aus dem Jahr 2016 bearbeitet werden.

Neu hinzugekommen ist der Pflegegrad I, den es in dieser Form bislang nicht gab. Personen die in den Pflegegrad I eingestuft werden, haben keinen Anspruch auf Pflegegeld, Pflegesachleistungen und Verhinderungspflege. Der Pflegegrad I sieht 125€ für Betreuungs- und Entlastungsleistungen vor, die für das Leistungskomplexsystem benutzt werden können. Dadurch ist die Grundpflege über diesen Betrag abrechenbar (z.B. einmal in der Woche duschen). Weiterhin besteht ein Anspruch auf Beratung, Pflegekurse nach § 45b, Versorgung mit Pflege-Hilfsmitteln und Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen (z.B. Badezimmerumbau, bis zu 4.000€).

Im Leistungskomplexsystem des ambulanten Bereichs müssen die Pflegeleistungen nun so genannten „Modulen“ zugeordnet werden. Jedes Modul wird mit einem Punktwert belegt. Diese Punktwerte werden mit den Pflegekassen vereinbart. Aus der Multiplikation der Punktzahl mit dem jeweils gültigen Gesamtpunktwert ergibt sich der Preis für den jeweiligen Leistungskomplex. Erstmals im Jahr 2017 werden die Grundpunkte der Leistungskomplexe erhöht. Mit dieser Erhöhung um 3,8% erhöhen sich entsprechend die Preise der ambulanten Pflegedienste.

Neu hinzugekommen sind zwei Module, die zeitbezogen abgerechnet werden können. Das bedeutet, dass Pflegedienste ab 2017 Betreuungs- und Haushaltsleistungen über die Pflegestufe nach Zeit abrechnen dürfen. Die Kosten einer Leistungsstunde wurden von den Pflegekassen festgesetzt und werden zu einer Anpassung der individuellen Abrechnungssätze der Pflegedienste führen. Die Preise für die Betreuungsleistungen sind dadurch vergleichsweise hoch. Dies wertet die Betreuungsleistung auf. Es ist allerdings nicht geregelt, wer diese Betreuungsleistungen erbringen darf. Eine spezielle Ausbildung ist hier nicht vorgesehen.

Herr Dr. Wunderlich erkundigt sich, was mit den Beiträgen passiert, die nicht in Pflegesachleistungen umgesetzt werden. Herr Hallmann weist darauf hin, dass unverbrauchte Beiträge in Pflegegeld umgerechnet werden. Dieses wird den Pflegebedürftigen auf ihr Konto überwiesen. Der Überweisungsbetrag umfasst 50% der zur Vergütung stehenden Sachleistungen.

In Bezug auf die Verhinderungspflege haben sich keine Änderungen ergeben.

Die Kombination aus Tagespflege und ambulanter Pflege ist der beste Weg, um die zur Verfügung stehenden Leistungen der Pflegekassen möglichst umfangreich zu nutzen.

Abschließend zu seinem Vortrag führt Herr Hallmann aus, dass pflegerische Versorgung immer auf Vertrauen basiert. Ein großer Teil der Arbeit umfasst Beratungsleistungen für Pflegebedürftige und deren Angehörige, da der Pflegedienst meist der erste Ansprechpartner für die Betroffenen ist. Diese Beratungsleistungen nehmen ca. zwei Stunden in Anspruch und beinhalten unter anderem, die Finanzierung der Pflegeleistungen für ein ganzes Jahr sicherzustellen. Dabei ist zu beachten, dass die pflegerische Versorgung über einen ambulanten Pflegedienst – mit Vollversorgung – ab dem 4. Einsatz teurer ist als eine Versorgung im Pflegeheim.

Frau Dr. Dlugosch dankt Herrn Hallmann für seine Ausführungen und stellt nun die Leistungen der Gerontopsychiatrie der LWL-Klinik Dortmund vor.

Einleitend stellt Frau Dr. Dlugosch das Einzugsgebiet der LWL-Klinik vor. Dies beinhaltet die Stadt Dortmund sowie den Kreis Unna. Sie weist darauf hin, dass der Bedarf an Hausbesuchen im Einzugsgebiet aufgrund der demografischen Entwicklung steigen wird.

Die LWL-Klinik umfasst vier Abteilungen: die Allgemeinpsychiatrie I + II, die Suchtmedizin und die Gerontopsychiatrie (GP). Die GP zählt pro Jahr rund 980 Aufnahmen.

Die Abt. GP der LWL-Klinik kooperiert mit der Stadt Dortmund und bilden das Demenzservicezentrum. Eine weitere Kooperation besteht mit dem Marienhospital in Lünen, die das Angebot der Pflegefachweiterbildung Geriatrie/Gerontopsychiatrie beinhaltet.

Die Abt. GP ist ärztliche Weiterbildungsstätte für Geriatrie. Frau Dr. Dlugosch betont, dass sie an einer engeren Zusammenarbeit zwischen den Schwerpunkten Geriatrie und Gerontopsychiatrie sehr interessiert ist und diesbezüglich Kooperationen weiter vorangetrieben werden sollten.

In der Gerontopsychiatrie wurde teilweise eine Altersgrenze der aufzuehmenden Patienten von >65 Jahren eingeführt. Durch diese Eingrenzung hat sich aufgrund der vermehrt vorliegenden Multimorbidität die Therapiegestaltung deutlich verändert. Es werden mehr Frauen als Männer behandelt.

Als Nachsorgekonzept hat sich das Case Management als besonders zielführend erwiesen. Im Rahmen eines Modellprojekts wurde in der LWL-Klinik eine Case-Managerin eingestellt, die alle Diagnosen betreut. Die Rückmeldungen zur Arbeit der Case-Managerin sind sehr positiv.

Die weitere Planung der Abt. GP sieht die Eröffnung einer Demenzstation evtl. im Vorfeld weiterer Kooperationen sowie evtl. die Planung einer weiteren gerontopsychiatrischen Tagesklinik vor.

Der aktuelle Neubau, das „Phoenix-Haus“, hält 3x24 Betten für die Abt. GP vor. In Unna gibt es noch eine gemischte allgemein- und gerontopsychiatrische Station. Für die noch hier im Gelände zusätzlich geplante Station sind 14 Betten vorgesehen. Zwei Tageskliniken, in Do.-Brackel und Bergkamen, mit je 23 Plätzen und eine relativ große Ambulanz runden das Angebot ab.

Frau Dr. Dlugosch geht nun vertiefend auf (geronto-)psychiatrische Krankheitsbilder ein. Die Prävalenz seelischer Erkrankungen von Menschen über 65 Jahren liegt bei 10-11% für Neurosen oder neurotische Persönlichkeitsstörungen, gegenüber 3% für Psychosen, 5% für leichte und 6% für schwere organische Psychosyndrome. Die häufigste Erkrankung sind Angststörungen (13-15%, inkl. Zwangsstörungen = 2-3%). Die Häufigkeit von Abhängigkeitserkrankungen steigen. Dies bezieht sich bei Männern insbesondere auf die Alkoholabhängigkeit. Ca. 1-5% der Personen über 60 Jahre sind alkoholkrank, die Mehrheit davon sind ältere Männer. Weiterhin nimmt die Anzahl der Verordnungen von Tranquilizern bei Personen über 60 Jahren zu. 30 – 45% der Personen über 60 Jahren erhalten ein entsprechendes Rezept, hier sind insbesondere ältere Frauen betroffen.

Hinsichtlich der Diagnose Depressionen haben 14% aller Frauen und 6% aller Männer ein Risiko im Laufe ihres Lebens an einer Depression zu erkranken. Im Alter sind depressive Syndrome (Gruppen von Symptomen) besonders verbreitet. 9-20% der 60-75-jährigen erleben ein derartiges psychiatrisches Krankheitsbild.

Hinsichtlich der Psycho-Pharmakotherapie ist zu beachten, dass Antidepressiva und Neuroleptika nicht abhängig machen und durchaus verordnet werden können. Als nicht-medikamentöse Therapieformen werden angeführt:

Kognitive Verfahren:

- kognitives Training: gegen einzelne kognitive Störungen (unimodal) gegen Störungsmuster (multimodal),
- Realitäts-Orientierungs-Training (ROT),
- Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET),
- Validation, aktivierende Pflege, Sinnes- und Körperarbeit sowie das - „Ko-Therapeuten-Konzept“,
- Erinnerungs- und Biographiearbeit.

Psychosoziale Interventionen:

- psychoedukative Maßnahmen,
- verhaltenstherapeutisch supportive Maßnahmen,
- Milieuthherapie und –gestaltung,
- Sozialpädagogische Betreuung.

Weitere nicht-medikamentöse Therapieformen werden von Frau Dr. Dlugosch wie folgt aufgeführt:

- Kunst- und Ergotherapie (zur Ressourcenunterstützung),
- Physiotherapie (Krankengymnastik und physikalische Therapie),
- Bewegungstherapie/ Sport/ Tanz (z.B. Einzelbetreuung beim Schwimmen oder Radfahren),
- Snoezelen (zur basalen Aktivierung),
- Musiktherapie (z.B. mit Orff'schen Musikinstrumenten),
- Sprachtherapie (bei aphasischen Syndromen),
- Clownsvisite (seit 12 Jahren auf den Aufnahmestationen),
- Tiergestützte Therapie (z.B. bei depressiven Syndromen),
- Elektronische Robbe PARO (zur basalen Aktivierung),
- Häusliche Rehabilitation,
- Case Management,

- Familiäre Pflege.

Wissenschaftliche anerkannte Therapieformen in der Psychotherapie sind:

- Psychoanalytische und psychodynamische Verfahren,
- Kognitiv-behaviorale Verfahren,
- Gesprächspsychotherapie,
- Hypnose und Entspannungsverfahren,
- Gruppenpsychotherapie,
- Systemische Paar- und Familientherapie,
- Körpertherapie.

Häufige Themen, die in der Psychotherapie angesprochen werden, sind laut Frau Dr. Dlugosch vornehmlich die nun folgenden Punkte:

- Verlust (Tod) oder Trennung/ Scheidung (Angehörigen/ Partner),
- Verstrickung in Selbstbezeichnungen, -vorwürfen und -entwertungen,
- Aktualisierung von Schuldgefühlen unterschiedlichster Ursache,
- Identitätskrisen,
- Verunsicherung, im Alter sexuelle Bedürfnisse zu haben,
- Partnerschaftsprobleme,
- Vermehrtes Auftauchen körperlicher Beschwerden oder Einschränkungen,
- Angst vor Entwurzelung.

Anschließend zu diesem Themenkomplex geht Frau Dr. Dlugosch auf die Suizidgefahr in Deutschland ein. In den vergangenen Jahren ist die Anzahl der Selbstmorde leicht gesunken (10.073 Suizide im Jahr 2013, 11.150 Suizide im Jahr 2003). Im Jahr 2004 unternahmen 100.000 Deutsche einen Selbstmordversuch, wobei hier zu beachten ist, dass die Dunkelziffer sehr hoch ist. Suizide werden dabei häufiger von Männern als von Frauen begangen. Männer sind in der Umsetzung rigoros, Frauen begehen häufiger Suizid**versuche**. Dreiviertel aller Suizide werden von Männern begangen. In Bezug auf die Altersverteilung ist zu beobachten, dass ca. 40% aller Suizide von Menschen über 60 Jahren verübt werden und ältere Menschen somit ein deutlich höheres Suizidrisiko haben als jüngere Menschen, (außer jüngeren Männern).

Psychische Erkrankungen betreffen in der Regel auch die Angehörigen der Betroffenen. Daher ist die Angehörigenarbeit eine wichtige Ergänzung zur Behandlung der Patienten. Mittels Angehörigenarbeit sollen die Angehörigen in die Lage versetzt werden mit ihren betroffenen Angehörigen auf Augenhöhe zu agieren. Den Angehörigen wird vermittelt die Krankheit als Tatsache anzunehmen und den Kranken verstehen zu lernen. Ferner werden die Angehörigen darin geschult, ihr Verhalten an die Krankheit anzupassen. Die Aufmerksamkeit der Angehörigen wird von den Defiziten weg und hin zu den Fähigkeiten der Patienten gelenkt. Darüber hinaus werden die Angehörigen darüber informiert, wie sie die Patienten unterstützen können. Dies beispielsweise durch eine Anpassung der Lebensbedingungen (ausreichende Beleuchtung, Stolperfallen, Pflegehilfen) und durch Organisation von Unterstützung (z.B. Ehrenamtliche und Laienhelfer, Besuch von Tagesstätten, Alten- und Servicezentren, Gruppentherapien und anderen notwendige Therapieformen; Teilnahme an Angehörigengruppen (Alzheimer-Gesellschaft); gemeinsame Aktivitäten, z.B. betreuter Urlaub, Alzheimer-Tanzcafé, Sitztanz, Sport).

Als Fazit betont Frau Dr. Dlugosch die Notwendigkeit eines integrativen Behandlungskonzeptes in der Gerontopsychiatrie. Dieses beinhaltet ein Zusammenspiel von Soziotherapie/Milieuthherapie, psychotherapeutischen Verfahren, und der Pharmakotherapie. Im neuen Phoenix-Haus wird ein entsprechendes Konzept umgesetzt. Es werden zwei Teams von vormals getrennten Stationen zusammengeführt. Weiterhin wird es dort keine geschlossenen Stationen mehr geben. Stattdessen werden vormals geschlossene Stationen nun als „offene Stationen mit besonderem Behandlungskonzept“ geführt. Dies stellt für alle Beteiligten eine neue Herausforderung dar. Der Neubau beinhaltet ferner eine neu eingerichtete Privatstation.

Herr Dr. Wunderlich bittet Frau Dr. Dlugosch abschließend um eine Abgrenzung zwischen Gerontopsychiatrie und Geriatrie, in dem Sinne, wann ein Patient in die Geriatrie und wann in die Gerontopsychiatrie überwiesen werden soll. Frau Dr. Dlugosch sieht hier die Symptomatik des Patienten im Vordergrund. Abzuklären ist, wovon der Patient am meisten profitiert: steht die seelische Krankheit im Mittelpunkt, ist eher die Gerontopsychiatrie der geeignete Behandlungsort, sind somatische Beschwerden vordringlich, sollte der Patient in die Geriatrie überwiesen werden. Kann keine eindeutige Zuordnung erfolgen, ist eine gemeinsame Station Gerontopsychiatrie und Geriatrie die Lösung.

Das nächste Treffen soll am

**Mittwoch, den 17.05.2017, 15:00 Uhr
im Sanitätshaus Tingelhoff stattfinden.**

Die Themen für das kommende Treffen lauten:

1. Lagerungs- und Kontrakturorthesen.
2. Was tun, wenn die verbale Kommunikation nur noch eingeschränkt oder gar nicht mehr möglich ist? Mit einfachen Hilfsmitteln wieder ein normales Gespräch führen können! Vom Stimmverstärker bis zum Tablet.

Sandra Schulze
Hüttenhospital gGmbH