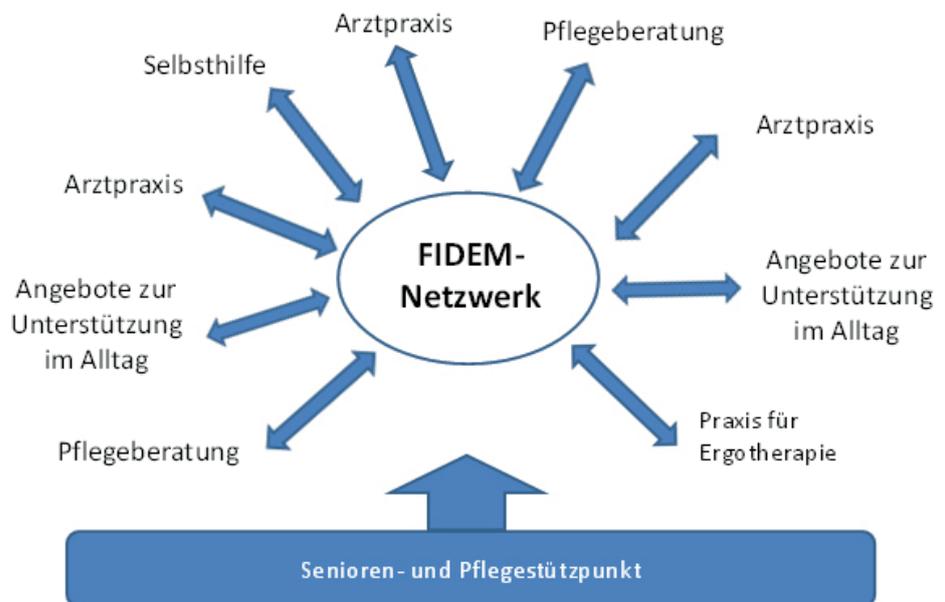
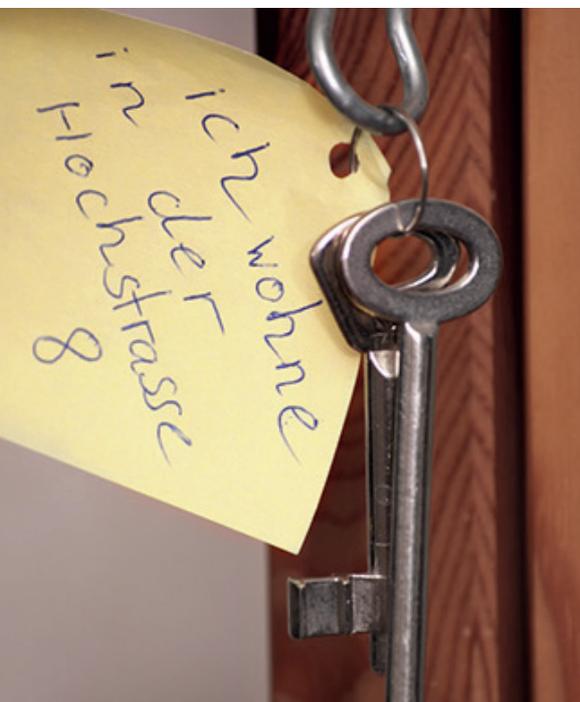




Frühzeitige Informationen und Hilfen bei Demenz

Handbuch FIDEM Niedersachsen

eine Handlungsanleitung zur Umsetzung des FIDEM-Konzeptes



VORWORT DER NIEDERSÄCHSISCHEN MINISTERIN FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT UND GLEICHSTELLUNG, CORNELIA RUNDT

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

„Ich beginne nun die Reise, die mich zum Sonnenuntergang meines Lebens führt“, soll der ehemalige amerikanische Präsident Ronald Reagan erklärt haben, als er die Diagnose Demenz erhielt. Was so poetisch umschrieben wird, hat einen ernsten Hintergrund. Demenz ist eine bis heute nicht heilbare hirnorganische Erkrankung, die zu Gedächtnisverlust und gravierenden Funktionseinbußen der Alltagskompetenz führen kann. In unserer älter werdenden Gesellschaft wächst auch die Zahl der Demenzpatient*innen, denn das Risiko einer Erkrankung wächst mit zunehmendem Lebensalter.

Dieser Entwicklung müssen wir Rechnung tragen. Niedersachsen ist gut aufgestellt: Wir können auf Strukturen zurückgreifen, die über Jahre gewachsen sind und sich bewährt haben. Unser Land verfügt über vielfältige, gerade in den letzten Jahren ausgebaute Unterstützungsangebote für an Demenz erkrankte Menschen und ihre Angehörigen. Wir stehen nun vor der Herausforderung, die vorhandenen Strukturen besser mit einander zu vernetzen. Wir brauchen passgenaue und bedarfsgerechte Lösungen für die Patient*innen. Dazu gehört auch die sektorenübergreifende Zusammenarbeit.

Niedersachsen hat daher gemeinsam mit den Landesverbänden der Pflegekassen und der Privaten Krankenversicherung seit 2009 in zwei Abschnitten das Modell der „Frühen Informationen und Hilfen bei Demenz – FIDEM“ erproben lassen. Träger der Modellprojekte waren ambet e. V. (Braunschweig) und die Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. Im Rahmen von FIDEM kooperieren Selbsthilfe, ehrenamtliche Hilfe, professionelle Unterstützung im Rahmen der Pflegeversicherung sowie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in einem klar strukturierten Verfahren mit einander. Die Hausarztpraxis nimmt dabei die zentrale Schlüsselrolle bei der Weitervermittlung der an Demenz erkrankten Menschen ein.

Die Erfahrung aus der Modellerprobung ist durchweg positiv: FIDEM hat sich bewährt. Damit wir dieses erfolgreiche Projekt nunmehr auf das ganze Land übertragen können, werden wir weitere Gespräche mit der Ärztekammer Niedersachsen führen. Zugleich hoffe ich sehr, dass es uns gelingt, auch die niedersächsischen Hausärzteverbände „ins Boot zu holen“.

Ich freue mich sehr, dass aus den Erfahrungen mit FIDEM dieses Handbuch entstanden ist. Es soll insbesondere den landesweit vorhandenen Senioren- und Pflegestützpunkten als Arbeitshilfe dienen. Aber auch für alle anderen Interessierten, die sich mit dem Thema Demenz beschäftigen, ist diese Veröffentlichung informativ. Allen Leserinnen und Lesern wünsche ich eine konstruktive Lektüre.

Ihre Cornelia Rundt

Niedersächsische Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

VORWORT VERTRETER DER PFLEGEKASSEN, HR. GLENEWINKEL, AOK NIEDERSACHSEN

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

Demenz ist in der Gesellschaft angekommen und realer Teil unseres Alltags in unseren Familien oder der Nachbarschaft. Demenz macht den Menschen Angst. Sie wird als Bedrohung wahrgenommen, irgendwann einmal selbst zu erkranken.

Für Betroffene und ihre Familien ist die Diagnose Demenz eine enorme Herausforderung mit immensen Belastungen. Trotz intensiver Forschung zeichnet sich noch kein Durchbruch für ein Medikament ab, das die Demenzerkrankung heilen kann.

Diesen ernüchternden Fakten sind wir allerdings nicht hilflos ausgesetzt. So hilft ein gesunder Lebensstil der Erkrankung vorzubeugen und den Zeitpunkt der Erkrankung hinauszuzögern. Eine frühzeitige Diagnostik ermöglicht einen rechtzeitigen Beginn der Therapie. Breit gefächerte Unterstützungsangebote helfen Betroffenen und ihren Familien bei der Bewältigung der Krankheit.

Die frühe und valide Diagnostik der Demenz bildet die Grundlage, die es ermöglicht, rechtzeitig therapeutische Maßnahmen und Unterstützungsleistungen einzuleiten. Die Praxis zeigt, dass die Arztpraxen oftmals noch nicht ausreichend auf das Thema Demenz vorbereitet sind und es in der Folge zu Fehldiagnosen oder verspäteter Diagnostik kommt. An dieser Stelle setzt das Projekt „Frühe Hilfen bei Demenz – FIDEM“, dessen Ergebnisse in diesem Handbuch dargestellt werden, an und beweist, dass gut qualifizierte Ärzt*innen mit ihren ebenfalls kompetenten Medizinischen Fachangestellten einen entscheidenden Beitrag zur Bewältigung der Krankheit leisten. Darauf aufbauend können den Betroffenen Angebote, wie z.B. demenzspezifische Ergotherapie, Pflegeberatung oder Angebote zur Unterstützung im Alltag vorgeschlagen werden. Damit dies gelingt, bedarf es allerdings einer guten Netzwerkarbeit der Beteiligten, die im Arbeitsalltag eine stetige Herausforderung darstellt und nur mit viel Engagement erfolgreich sein kann.

Die Ergebnisse von „FIDEM“ zeigen, dass eine auf dem vorliegenden Konzept basierende sektorenübergreifende Kooperation von Ärzt*innen, Therapeut*innen, Angebote zur Unterstützung im Alltag, der Pflegeberatung sowie der Selbsthilfe eine große Chance bietet, den an Demenz Erkrankten und den Familienangehörigen durch gezielte Maßnahmen eine Zukunftsperspektive zu geben und den dafür erforderlichen Aufwand im Griff zu behalten.

Es ist zu wünschen, dass sich die Idee von „FIDEM“ flächendeckend in Niedersachsen etablieren kann und sie die notwendige Unterstützung insbesondere von der Ärzteschaft erhält.

Das vorliegende Handbuch wird Interessierte sicherlich ermuntern, sich auch auf den Weg zu machen und ein „FIDEM-Netzwerk“ aufzubauen. Es lohnt sich!

Helmut Glenewinkel

Geschäftsführer Gesundheitsmanagement Pflege, AOK Niedersachsen

INHALT

Einleitung	5
1. Ausgangssituation	6
2. Das FIDEM Konzept.	10
2.1 Was ist FIDEM?	10
2.2 Wofür hat FIDEM Lösungen?	11
2.3 Was leistet FIDEM?	12
2.4 Win-win-Situation oder wer profitiert von FIDEM?	13
3. Rolle und Aufgaben der regionalen Koordination	16
3.1 Welche Stellen können die regionale Koordination übernehmen?	17
3.2 Die Rolle der koordinierenden Stelle im FIDEM Konzept	18
3.3 Voraussetzungen für eine gelingende regionale Koordination	18
4. Die Netzwerkpartner*innen – Akquise und Informationsveranstaltung.	20
4.1 Netzwerkpartner*innen im FIDEM Konzept	20
4.2 Akquise	22
4.2.1 Ärzt*innen und Medizinische Fachangestellte	23
4.2.2 Nichtärztliche Netzwerkpartner*innen	24
4.3. Die Informationsveranstaltung	25
5. Fortbildung der Netzwerkpartner*innen.	26
5.1 Ärzt*innen und Medizinische Fachangestellte.	26
5.2 Nichtärztliche Netzwerkpartner*innen	29
6. Das FIDEM Netzwerk, der Vermittlungsweg und das Vermittlungsformular	30
6.1 Die Arbeitsweise der Netzwerke	30
6.2 Die Vermittlungsstruktur im Netzwerk.	32
6.3 Informationsvermittlung per Fax	33
6.4 Fördernde und hemmende Faktoren für eine gelingende Netzwerkarbeit.	34
7. FIDEM Organisationsstruktur auf der Landesebene.	41
7.1 Qualifizierung der Koordinator*innen	41
7.2 Arbeitskreis FIDEM	42
7.3 Rolle und Aufgaben der Bezirksstellen der Ärztekammer Niedersachsen	42
7.4 FIDEM Broschüre und andere Materialien.	43
8. Leitfaden zur Umsetzung des FIDEM Konzeptes	44
Literatur.	48
Anhang	50

EINLEITUNG

Das „Handbuch FIDEM Niedersachsen“ ist die Zusammenfassung von Praxiserfahrungen und wissenschaftlichen Untersuchungen aus zwei Modellerprobungen in Niedersachsen zur Verbesserung der medizinischen und nicht medizinischen Versorgungssituation von Menschen mit einer Demenzerkrankung und ihren betreuenden Angehörigen. Es ist eine Handlungsanleitung für die Koordination der Umsetzung des FIDEM Konzeptes in einer Region. Das Handbuch bietet koordinierenden Kräften einen Leitfaden anhand dessen sie die Umsetzung Schritt für Schritt planen und vollziehen können. Es bietet jedoch auch einzelnen Initiativen die Möglichkeit mit einer Hausarztpraxis in einer strukturierten und bewährten Form Kooperationen einzugehen und in einem Netzwerk zusammenzuarbeiten und damit die medizinische und nichtmedizinische Versorgung sektorenübergreifend zu gewährleisten.

Die Modellprojekte FIDEM I zur Entwicklung des Netzwerkkonzeptes in der Region Braunschweig und FIDEM II zur Erprobung der Übertragbarkeit des evaluierten Konzeptes mit einer regionalen Koordination durch Senioren- und Pflegestützpunkte in den Landkreisen Osterode im Harz, Lüneburg und Grafschaft Bentheim wurden im Gesamtzeitraum von 2009 bis 2016 durchgeführt. Projektträger waren die Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. und ambet e. V. Braunschweig. Die Hochschule Osnabrück, Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften¹, hat die wissenschaftliche Begleitung der 2. Modellphase übernommen.

Eine projektbegleitende Recherche zu vergleichbaren Ansätzen in Deutschland zeigt, dass sich die Idee der Netzwerkbildung zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zunehmend etabliert.

Dabei steht auch in anderen Ansätzen die Verbesserung der primärärztlichen Versorgung im Fokus. Die Bedeutung der Hausärzt*innen für die frühzeitige Diagnostik der Demenz wird betont (Mann, 2010). Im Rahmen des Projektes „Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin“ (IDA 2010) wurden Hausärzt*innen geschult, um eine leitlinienkonforme Versorgung von Menschen mit Demenz zu erreichen. Dazu wurde die Versorgung um das Element einer qualifizierten zugehenden Beratung durch Fachkräfte erweitert, die durch die Hausärzt*innen vermittelt wurden. In der randomisierten kontrollierten Studie konnte gezeigt werden, dass sich die Inanspruchnahme von Beratungsangeboten durch Betroffene deutlich steigern ließ. Die involvierten Ärzt*innen (n=129) beurteilten sowohl die Schulung als auch die strukturierte Vorgehensweise als positiv.

Von 2012 bis 2015 wurde bundesweit eine multizentrische interdisziplinäre Evaluationsstudie von Demenznetzwerken in Deutschland durchgeführt. Im Gegensatz zu den FIDEM Netzwerken, deren Neuumplementierung nach einem erprobten Strukturansatz begleitend untersucht wurden, handelt es sich bei den Netzwerken im Kontext des DemNet-D Projektes um etablierte Netzwerke mit sehr heterogenen Strukturen, deren Handlungsfeld nicht auf einen spezifischen Abschnitt der Versorgung (wie z.B. frühe Demenz) fokussiert ist. Diese wurden in einer vergleichenden Analyse im Hinblick auf Erfolgsdeterminanten untersucht. Hier stehen neben Fragen zur Wirksamkeit der Demenznetzwerke auf Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen auch Fragen zum Wissenstransfer sowie auf Wirkungen der Strukturen und Prozesse in Netzwerken im Fokus des Interesses.

¹ Im Modellprojekt FIDEM I wurde in den Jahren 2009 bis 2012 in der Region Braunschweig das FIDEM Konzept entwickelt und erprobt. Projektträger war der Verein ambet aus Braunschweig und die LVG&AFS hatte die wissenschaftliche Begleitung übernommen. Das Modellprojekt FIDEM II hat die regionale Koordination und die Übertragbarkeit in der Struktur der kommunalen Gebietskörperschaften in den Jahren 2013 bis 2016 erprobt.

Das Land Niedersachsen, die Landesverbände der Pflegekassen und die Private Krankenversicherung haben die Förderung beider FIDEM Modellprojekte nach § 45c SGB XI übernommen. Vielen Dank für das damit zum Ausdruck gebrachte große Interesse und das besondere Engagement an der Erprobung einer sektorenübergreifenden Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankungen!

Ein besonderer Dank gilt auch den Mitgliedern des Projektbeirates für ihre Unterstützung bei der Entwicklung und Umsetzung des FIDEM Konzeptes! Im Beirat waren neben den Fördergebern und den Projektnehmer*innen Vertreter*innen der Ärztekammer Niedersachsen, der kommunalen Spitzenverbände, der Alzheimer Gesellschaft Niedersachsen e.V., des Fachverbands der Medizinischen Fachassistenten, der Medizinischen Hochschule Hannover - Allgemeinmedizin, des Deutschen Verbands für Ergotherapie, des Selbsthilfebüros Niedersachsen und der Psychiatriekoordinator Niedersachsen.

1. AUSGANGSSITUATION

Mit den Reformen der Pflegeversicherung in den Jahren 2002 bis 2016² haben sich im ambulanten Bereich zahlreiche, wirksame Unterstützungsangebote für Demenzpatient*innen und ihre Angehörigen etablieren können. Dazu zählen insbesondere (Pflege)Beratungsangebote, Angehörigen- und Selbsthilfegruppen und Angebote zur Unterstützung im Alltag³. Diese werden jedoch nur von einem kleineren Teil der zu Hause lebenden und leistungsberechtigten Personen in Anspruch genommen (BMG 2011, Nicolai/Wolff 2013), obwohl diese auch bei einem weitaus größeren Kreis von Leistungsberechtigten eine passende und hilfreiche Unterstützung darstellen könnten. Die Ursachen für die Nichtnutzung von Leistungsangeboten der Pflegeversicherung werden auf verschiedenen Ebenen gesehen und sind mehrdimensional (Emme von der Ahe et al, 2012; Brandes et al, 2013). Empirische Studien und Hinweise aus langjähriger Praxis ambulanter Leistungserbringer belegen, dass eine Vermittlung von Demenzpatient*innen aus Hausarztpraxen (sowie aus Krankenhäusern) in nicht medizinische Unterstützungsangebote bislang nur sehr selten stattfindet. Das ist insofern ein besonders problematischer Befund, da die meisten Menschen, die an sich kognitive Einschränkungen bemerken, zunächst ihre Hausarztpraxis aufsuchen und diese Veränderungen mit ihrer Hausärztin bzw. ihrem Hausarzt besprechen (van den Bussche et al 2013; Mann, 2010). Die Studienergebnisse liefern damit deutliche Hinweise dafür, dass die SGB XI und SGB V Bereiche in der Praxis nicht ausreichend genug bzw. vielfach gar nicht miteinander verknüpft sind. Die sektorenübergreifende Versorgung von Menschen mit Demenz kann derzeit mit fehlender Gleichbehandlung und Zufälligkeiten beschrieben werden.

Ergebnissen der DemNet-D Evaluationsstudie von 13 Demenznetzwerken mit unterschiedlichen Akteur*innen zufolge können entsprechende Netzwerke dazu beitragen die Versorgung von Menschen mit Demenz und ihrer pflegenden Angehörigen zu verbessern⁴. Den Ergebnissen der Studie zufolge stellen sich die untersuchten Netzwerke sehr unterschiedlich auf. Einige der Demenznetzwerke nutzen sehr formalisierte andere eher informelle Prozesse⁵.

² 2002: Pflegeleistungsergänzungsgesetz, 2008: Pflegeweiterentwicklungsgesetz, 2011: Pflegeeneuausrichtungsgesetz, 2013: Pflegestärkungsgesetz I, 2016/2017: Pflegestärkungsgesetz II

³ Vor dem 01.01.2017: niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote

⁴ <https://www.dzne.de/standorte/witten/projekte/demnet-d.html> (Download 28.06.17, 04:09 pm)

⁵ Ein weiteres Ergebnis des Projektes ist der Werkzeugkasten Demenz unter: www.demenznetzwerke.de

Die Ausgangssituation für die beiden FIDEM Modellprojekte in Niedersachsen wird mit folgenden konkreten Problemstellungen und Defiziten beschrieben:

Ängste, Schamgefühle und fehlende Compliance

Ein Abbau kognitiver Fähigkeiten ist mit großen und weitreichenden Veränderungen verbunden und stellt einen großen Einbruch in der Selbstwahrnehmung der betroffenen Menschen dar. Symptome wie Vergesslichkeit, Konzentrations- und Orientierungsprobleme werden nicht selten über längere Zeit versucht zu verheimlichen und zu verdecken. Die eigene Angst und Unsicherheit jedoch wächst und fortschreitende Symptome werden als Bedrohung erlebt. Im weiteren Verlauf treten häufig massive, auch existentielle Ängste auf. Entsprechend wehren nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch nahestehende Angehörige – psychologisch gesehen - nicht selten die Erkenntnis einer schweren Erkrankung und anstehender großen Veränderungen ab (Brandes et al, 2013). Zudem kommen Scham- und Schuldgefühle zum Tragen. Betroffene Menschen möchten Anderen nicht zur Last fallen. Unter den Angehörigen erleben insbesondere betreuende Ehepartner*innen die größten Belastungen damit, dass mit der Erkrankung ihrer (Ehe)Partnerin bzw. ihres (Ehe)Partners das gemeinsame Leben aber auch ihr eigenes Leben von umfassenden Veränderungen bedroht ist (Zank/Schacke, 2007).

Schlüsselrolle der Hausarztpraxis

Fast jeder ältere Mensch befindet sich in allgemeinmedizinischer Versorgung durch eine Hausärztin bzw. einem Hausarzt. Gesundheitliche Beeinträchtigungen werden meistens als Erstes mit dieser vertrauten Ärztin/ diesem vertrauten Arzt besprochen. Aufgrund der häufig langjährigen Versorgung durch dieselbe Hausarztpraxis nimmt diese eine Schlüsselrolle für Demenzpatient*innen und ihre weitere adäquate Versorgung ein (DEGAM Leitlinie). Betroffene Patient*innen äußern nach einer Erstdiagnostik und der Diagnoseeröffnung mit dem ersten „Schockerleben“ in der Regel gemeinsam mit ihren nächststehenden Angehörigen einen Informationsbedarf, der sich in der Regel über medizinische Fragen hinaus auf umfassende Fragen zum Lebensalltag und ihrer Bewältigung mit der Erkrankung erstreckt (DEGAM Leitlinie S3)⁶. Patient*innen, die sich bereits in einem fortgeschrittenen Demenzstadium befinden, benötigen möglicherweise bereits konkrete Unterstützung in Form von Betreuung, Therapie und Entlastung für die Angehörigen. Wenn die Hausärztin bzw. der Hausarzt seine Funktion als Lotsin bzw. Lotse wahrnehmen will, sind sektorenübergreifende Informationen über Unterstützungsangebote nach dem Pflegeversicherungsrecht eine wichtige Voraussetzung. Diese sind in den Arztpraxen längst nicht in dem notwendigen Umfang vorhanden (van den Bussche et al, 2013; Mann, 2010).

Bedeutung einer frühen Diagnosestellung der Demenz

Wenn eine Demenz frühzeitig diagnostiziert wird, können andere differentialdiagnostisch abzugrenzende und ggf. besser behandelbare Störungen, insbesondere Depressionen, behandelt werden. Die Behandlung der Patient*innen ist umso wirkungsvoller, je weniger weit der (biologische) Verlauf der Demenz fortgeschritten ist (Stoppe 2006). Auch die Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Sekundärprävention gewinnen an Bedeutung, bspw. Prävention eines Delirs bei Krankenhausaufenthalt.

Für die Betroffenen ist wichtig, dass sie nur in frühen Stadien rechtliche und betreuungsrelevante Angelegenheiten regeln können und in der Lage sind ihre Erkrankung zu reflektieren und sich mit ihr auseinander setzen zu können (Stoppe 2006). Auch für die Angehörigen kann eine Diagnose zur Entlastung beitragen. So können bei ihnen präventive Maßnahmen helfen, dass sie in der Pflege und Betreuung von dementen Familienmitgliedern selber gesund bleiben.

⁶ Derzeit in Überarbeitung

Betroffene Menschen fühlen sich mit einer Demenzdiagnose allein gelassen

Bei der Bewältigung der Erkrankung und ihrer weitreichenden Folgen fühlen sich die von einer Demenz betroffenen Menschen und ihre unmittelbar von den Folgen der Erkrankung mit betroffenen Angehörigen in einem mehr oder weniger umfassenden Maße allein gelassen. Sie erleben mit der Demenzdiagnose eine Lebenskrise unbekanntes Ausmaßes und sind zutiefst verunsichert. Sie stellen damit auch besondere Anforderungen an psychosozialer Begleitung und Beratung (Piest/Haag, 2012).

Fehlende Informationen

Menschen mit einer Demenzerkrankung und ihre Angehörigen sind häufig nicht oder nicht ausreichend über bestehende Unterstützungsmöglichkeiten informiert. Sie wissen nicht, welche Stellen oder Einrichtungen ihnen hilfreiche Informationen für ihre krisenhaft erlebte Lebenssituation bieten können. Dabei werden diese Dienste regional angeboten und sind in der Mehrzahl Leistungsansprüche für alle Versicherten nach dem Pflegeversicherungsgesetz (BMG, 2011, Nicolai/Wolff, 2013). Diese sind entsprechend kostenfrei für berechnete Versicherte.

Späte Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten

Demenzpatient*innen und ihre Angehörigen nehmen Unterstützungsangebote häufig erst in einem weit fortgeschrittenen Stadium der Demenz in Anspruch. Die Ursachen dafür werden auf verschiedenen Ebenen gesehen: fehlende Informationen über bestehende Unterstützungsangebote, keine oder sehr spät erfolgte Diagnostik einer Demenzerkrankung, Scham und Schuldgefühle bei den Betroffenen und ihrer Angehörigen sowie unzureichende Zusammenarbeit unter den Akteur*innen in der Gesamtversorgung, infolge derer es zu Brüchen in der patientenbezogenen Versorgung kommt (Emme von der Ahe et al 2012).

Belastungen, Überforderung und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit

Bei der Bewältigung der krankheitsbedingten Veränderungen und kognitiven Einschränkungen treten vielfache Belastungen und Situationen von Überforderung auf, die bei längerer Krankheitsdauer gesundheitliche Beeinträchtigungen mit sich bringen können. Das schließt sowohl die betroffenen Menschen als auch betreuende Angehörige ein (Zank/Schacke, 2007).

Hohe Bedeutung nichtärztlicher Unterstützungsangebote für Demenzpatient*innen

Nichtärztliche Unterstützungsangebote nehmen eine hohe Bedeutung in der gesundheitlichen Versorgung von Demenzpatient*innen ein (IQWiG, 2009). Zu diesen Angeboten zählen Beratungsangebote, insbesondere die auf Demenzerkrankungen spezialisierte Beratung, die Pflegeberatung der Pflegekassen und von COMPASS, Angebote zur Unterstützung im Alltag sowie Selbsthilfegruppen für Angehörige und zunehmend auch für betroffenen Menschen, die sich – vielfach von Helfenden unterstützt - eigeninitiativ gründen. Das sind allesamt gesetzliche Leistungen, die nach dem Pflegeversicherungsgesetz finanziert sind bzw. gefördert werden. Des Weiteren gibt es therapeutische Angebote, die Alltagsfähigkeiten und Selbstständigkeit fördern, wie beispielsweise die demenzspezifische Ergotherapie.

Regionale Unterstützungsangebote sind in Hausarztpraxen kaum bekannt

In Hausarztpraxen sind regionale Unterstützungsangebote von Beratung, Alltagshilfen, Betreuung und Entlastung überwiegend nicht bekannt. Nicht selten können weder Ärzt*innen noch die Medizinischen Fachangestellten in den Praxen an entsprechende demenzspezifische Angebote vermitteln. Auch die im ambulanten Bereich zielgruppenübergreifend tätigen (Senioren- und) Pflegestützpunkte sind vielfach nicht bekannt.

Umgang der niedergelassenen Ärzteschaft mit dem Thema Demenz

Die Diagnostik einer Demenz ist nicht nur für die Betroffenen – die erkrankten Menschen und ihre Angehörigen, sondern auch für die Hausärzt*innen von zentraler Bedeutung. Nur nach einer erfolgten Diagnostik kann eine entsprechende Behandlung, die sowohl eine medikamentöse Therapie, als auch nicht-medikamentöse Therapie umfasst, erfolgen. Dazu gehören präventive Maßnahmen sowie Behandlung der Komorbiditäten wie Stürze und Mangelernährung (Mann 2007). Die Einstellungen der Hausärzt*innen zum Thema Demenz scheinen Untersuchungen zufolge einen großen Einfluss auf die Versorgung von Demenzpatient*innen und ihrer Angehörigen zu haben (Pentzek et al, 2005). Eine defizitäre Versorgung wird auf den Ebenen Frühdiagnostik, Aufklärung über Diagnose und Prognose oder Vermittlung von Hilfsangeboten deutlich. Pentzek u.a. heben hervor, dass für diese Defizite nicht allein Wissenslücken der Hausärzt*innen verantwortlich sind, sondern auch ihre Einstellungen zum Thema Demenz. Es wird empfohlen, dass diese Erkenntnisse in Fortbildungsprogrammen berücksichtigt werden müssen und diese mehrdimensional ausgerichtet sein sollten.

Die Demenzpatient*innen und ihre Angehörigen in der Hausarztpraxis

Es kann in vielen Fällen angenommen werden, dass aufgrund langjähriger Betreuung durch dieselbe Hausärztin bzw. denselben Hausarzt eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Ärztin/Arzt und Patient*in besteht. Nach Mann (2007) ist diese empathische Beziehung bei der Demenzdiagnostik nicht immer vorteilhaft. Diese kann auch eine Barriere darstellen, wenn kognitive Defizite und ihre Abklärung angesprochen werden sollen. Dabei kommen auf Seiten der Ärzt*innen Schamgefühle, Schwierigkeit bei der Diagnostik und zeitliche Begrenzungen in der Sprechstunde zum Tragen. Mann hebt hervor, dass eine der größten Schwierigkeiten jedoch darin besteht, den Patient*innen nach erfolgter Diagnostik nur geringe Hilfen/Therapien anbieten zu können (Mann, 2007). Auch eine fatalistische Reaktion aufseiten mancher Patient*innen und Angehörigen beeinträchtigt ebenfalls die Motivation der Ärzt*innen und lässt bei ihnen Gefühle der Hilflosigkeit und Aggression aufkommen (Mann, 2007).

2. DAS FIDEM KONZEPT

Das FIDEM Konzept setzt konsequent an der hausärztlichen Versorgung und Vermittlung von Demenzpatient*innen an nichtärztliche Unterstützungsangebote an und bietet ein strukturiertes sektorenübergreifendes Vorgehen unter Einbezug aller Akteur*innen. Es stärkt einerseits die Lotsenfunktion der Hausärztin bzw. des Hausarztes in der niedergelassenen Praxis sowie andererseits die kommunale Versorgung und gibt Impulse für den weiteren Ausbau von Angeboten.

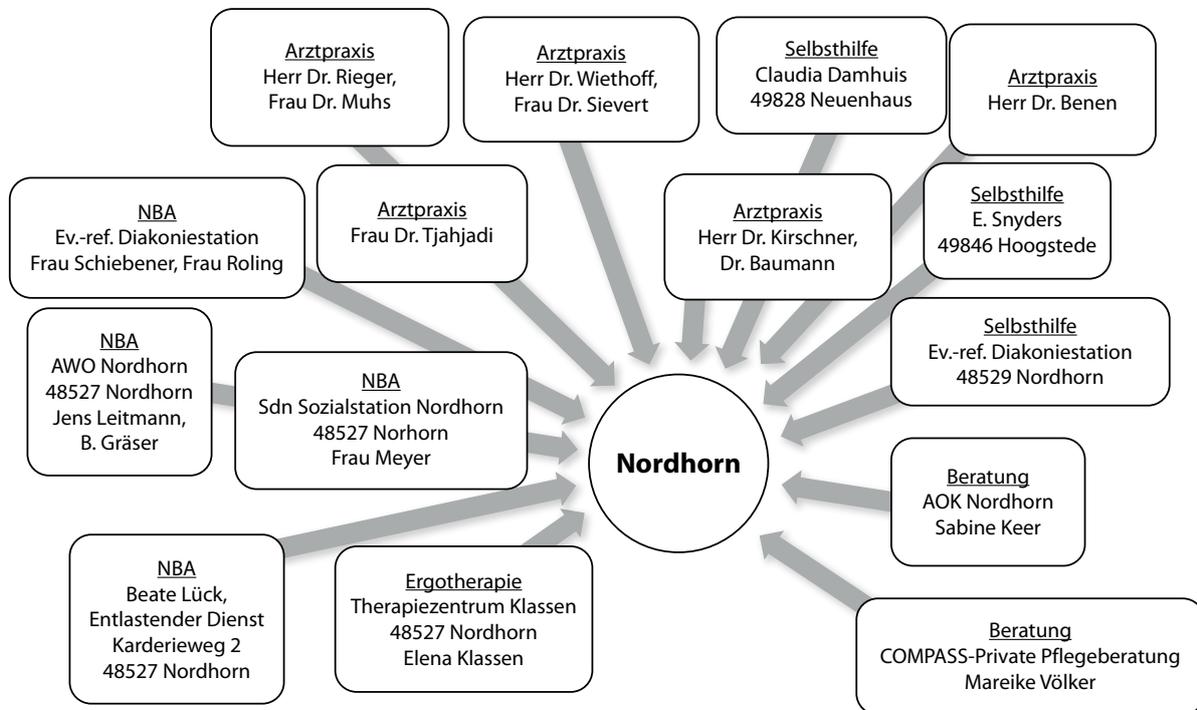
2.1 Was ist FIDEM?

FIDEM ist ein Netzwerkkonzept, in dem die Vermittlung von Demenzpatient*innen nach erfolgter Diagnostik und Behandlung in der Hausarztpraxis direkt an definierte demenzspezifische Unterstützungsangebote stattfindet. Die nichtmedizinischen Einrichtungen und Stellen in der Region vermitteln die Patient*innen gegebenenfalls wiederum patienten- und bedarfsorientiert untereinander weiter. Nach jeweils erfolgter Vermittlung wird die Hausarztpraxis von nachfolgenden Interventionen unterrichtet und kann ihre Lotsenfunktion damit weiterhin wahrnehmen. Die Angehörigen und ihre Bedarfe finden bei FIDEM ebenso große Berücksichtigung wie die der Demenzpatient*innen.

Eine wachsende Zahl von Menschen mit einer Demenzerkrankung soll nach einer Diagnostik in der Hausarztpraxis Informationen und Hilfe erhalten. FIDEM ist eine gemeinsame Aufgabe von Arztpraxen und nichtärztlichen Unterstützungsangeboten wie (Pflege)Beratung, Selbsthilfe, Angebote zur Unterstützung im Alltag und demenzspezifischer Ergotherapie. Aus diesem Netzwerk können Demenzpatient*innen und ihre Angehörigen für sie passende Angebote auswählen. Diese unterstützen von Beginn an bei der Bewältigung des Alltags mit der Erkrankung und helfen die Lebensqualität sowie die Gesundheit pflegender Angehöriger zu erhalten.

2. Das FIDEM Konzept

Die regionale Koordination der Umsetzung des FIDEM Konzeptes übernehmen (Senioren- und) Pflegestützpunkte⁷ in der Wahrnehmung ihrer Funktion des Caremanagements. Unter Einsatz gezielter Maßnahmen fördern sie eine möglichst große Verbreitung des FIDEM Konzeptes in niedergelassenen Arztpraxen in ihrer Region. Wie ein FIDEM Netzwerk aussehen kann, zeigt das Beispiel eines von vier Netzwerken aus dem Landkreis Graftschaft Bentheim:



2.2 Wofür hat FIDEM Lösungen?

FIDEM bietet eine Reihe von Lösungen für oben beschriebene Schwachstellen sektorenübergreifender Versorgung von Patient*innen mit einer Demenzerkrankung:

- Die Hausarztpraxis übernimmt die Lotsenfunktion für Patient*innen mit einer Demenzerkrankung. Nach Auftreten von Demenzsymptomen findet die Erstdiagnostik und ggf. Weitervermittlung an die Facharztpraxis zur Differenzialdiagnostik sowie die Behandlung statt. Die Testungen können den Medizinischen Fachangestellten (MFA) übertragen werden. In der FIDEM Fortbildung können entsprechende Grundlagen erworben werden. Darüber hinaus kann die Hausarztpraxis ihre Demenzpatient*innen durch einzelne Maßnahmen in der Praxisorganisation einen entängstigenden und stressfreien Rahmen bieten. Entsprechende Anregungen sind ebenfalls Bestandteil der FIDEM Fortbildung.
- Ärzt*innen sowie die MFA lernen in ihren Fortbildungen Unterstützungsangebote für Demenzerkrankte und die demenzspezifische Ergotherapie im ambulanten Bereich kennen. In einem Netzwerk von einer überschaubaren Anzahl von Akteur*innen nichtmedizinischer Unterstützungsangebote kann die Hausarztpraxis ihre Demenzpatient*innen direkt an ihnen bekannte Einrichtungen vermitteln.

⁷ Im Rahmen des Modellprojektes FIDEM II waren es jeweils Senioren- und Pflegestützpunkte, die Aufgaben der regionalen Koordination übernommen haben. Es könnten jedoch auch andere regional übergreifend tätige Stellen diese Funktion übernehmen.

- Hausärzt*innen sowie Anbieter*innen demenzspezifischer Unterstützung erarbeiten mit den Demenzpatient*innen und ihren Angehörigen eine Compliance, die eine Voraussetzung für die Akzeptanz von Hilfen ist.
- Die Zeit nach der Eröffnung einer Demenzdiagnose wird von den Betroffenen besonders krisenhaft erlebt. Patient*innen erhalten bei FIDEM nach der Eröffnung der Verdachtsdiagnose Demenz oder bei bereits länger bestehender Diagnose in der Hausarztpraxis Informationen über Beratungs- und andere nichtärztliche Unterstützungsangebote. Durch die zugehende Vermittlung und durch Gesprächsangebote wird ihnen und ihren Angehörigen der Weg zu Informationen und Hilfen erleichtert. Eine Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten kann rechtzeitig, ggf. direkt bei Auftreten ihres Bedarfs, erfolgen.
- Demenzpatient*innen und ihre Angehörigen entscheiden nach Erhalt von Informationen darüber, ob und welche Hilfen sie in Anspruch nehmen möchten. Sie können bei Ablehnung jedoch zum späteren Zeitpunkt auf die Vermittlung von Unterstützungsangeboten zurückgreifen.
- Versorgungsbrüche werden vermieden: Die zugehende Vermittlung findet nach Einwilligung der Patient*in und anhand eines Vermittlungsformulars statt, welches per Fax an nachfolgendes Unterstützungsangebot geschickt wird. Es enthält die wichtigsten persönlichen Daten zur Kontaktaufnahme und zu der Erkrankung. Die Einrichtung nimmt direkt Kontakt mit der Patientin bzw. dem Patienten auf und bietet ein erstes Gespräch an.
- Art und Umfang der Informationen und Hilfen werden im weiteren Verlauf angepasst: Die nichtärztlichen Anbieter*innen vermitteln die demenzkranken Menschen und ihre Angehörigen bei Bedarf untereinander weiter. Sie nutzen dabei denselben Vermittlungsweg durch Einsatz desselben Vermittlungsformulars auf dem Fax-Kommunikationsweg.
- Diese sind über das jeweilige patientenbezogene Vorgehen informiert: Die nichtärztlichen Netzerteilnehmer*innen informieren die Arztpraxis über den weiteren patientenbezogenen Verlauf nachfolgender Interventionen.
- Die Umsetzung des FIDEM Konzeptes erfolgt in einer zuvor definierten Region und wird von einer Stelle koordiniert. FIDEM wird somit in sozialräumliche Unterstützungsstrukturen eingebettet. Es sollen so viele Hausarztpraxen wie möglich einbezogen werden. Die (Senioren- und) Pflegestützpunkte bzw. andere FIDEM-koordinierende Stellen schaffen auf der Ebene der Gemeinden und der kommunalen Gebietskörperschaft in Kooperation mit den Bezirksstellen der Ärztekammer Niedersachsen die Voraussetzung zur Verbreitung des FIDEM Konzeptes.

2.3 Was leistet FIDEM?

Im Zentrum aller Bemühungen stehen die Demenzpatient*innen und ihre nahestehenden, betreuenden Angehörigen. Bei konsequenter Umsetzung des FIDEM Konzeptes erhalten Patient*innen mit dementiellen Symptomen in einem ersten Schritt rechtzeitig eine Erstdiagnostik und Behandlung in der Hausarztpraxis. In einem zweiten Schritt werden sie über Unterstützungsangebote informiert und es findet auf eigenem Wunsch hin eine Vermittlung statt.

Mit dem Krankheitsbild der Demenz wird häufig das Bild von sehr alten, verwirrten und vollkommen hilfbedürftigen Menschen verbunden. Die vielen Menschen, die mit beginnenden Symptomen einer Demenz oder einer diagnostizierten Demenz leben und nicht in dieses Bild passen, finden kaum Beachtung. Sie fallen bislang durch das Raster und vermutlich gibt es auch deshalb so wenig Unterstützung-

sangebote für sie (Demenz Support Stuttgart, 2013). Vor diesem Hintergrund sollen bei FIDEM Selbsthilfegruppen Menschen in einem frühen Stadium der Demenz einbezogen bzw. angeregt werden.

Diese Unterstützungsangebote leisten Informationen und Hilfen sowohl zu Beginn einer Demenz als auch in weiter fortgeschrittenen Demenzstadien. Sie fördern einerseits solange wie möglich den Verbleib der erkrankten Menschen in ihrem häuslichen Umfeld und andererseits die Gesundheit sowie ihrer betreuenden und pflegenden Angehörigen. Von Menschen im Anfangsstadium einer Demenz ist bekannt, dass sie nach der Diagnoseeröffnung im weiteren Verlauf einen Bedarf an Beratung formulieren. Einer Erhebung von Piest und Haag zufolge äußern Betroffene weiterhin Wünsche hinsichtlich individueller Mobilitätshilfen und Gruppenangeboten (Piest/Haag 2013).

Auch alleinlebende Menschen mit einer Demenzerkrankung, eine stetig wachsende Personengruppe, möchten in ihrem vertrauten Umfeld verbleiben. Damit ihnen auch ein weitgehend selbständiges Leben ermöglicht werden kann, sind einige Voraussetzungen zu schaffen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft 1/2010). Dazu gehören neben einem sensiblen und informierten Umfeld sowie individuell passende Unterstützungsangebote auch die Diagnostik und Vermittlung dieser Patient*innen durch die Hausarztpraxis.

Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitung des 1. Modellprojektes zufolge kommt es nach Etablierung der Netzwerke nachweislich zu 116 Vermittlungen. In 173 Fällen haben Hausärzt*innen in der Erhebungsphase über die Angebote im Netzwerk FIDEM informiert, davon haben 129 Patient*innen bzw. Angehörige ihre Einwilligung für Interventionen gegeben (Brandes et al 2010).

Am Häufigsten wird Beratung (55) in Anspruch genommen, gefolgt von Angeboten zur Unterstützung im Alltag (32) und von demenzspezifischer Ergotherapie (29). Selbsthilfegruppen waren in der 1. Modellphase noch nicht Bestandteil des FIDEM Netzwerks.

2.4 Win-win-Situation oder wer profitiert von FIDEM?

Die FIDEM Netzwerkpartner*innen lernen sich während der zweimal jährlich stattfindenden Netzwerktreffen⁸ untereinander kennen und tauschen sich über ihre Angebote und ihr Vorgehen aus. Sie erhalten Informationen über die jeweiligen Aufgaben und Zuständigkeiten und den spezifischen Leistungen. Das persönliche Kennenlernen schafft die Grundlage für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und erleichtert die spätere patientenbezogene Kooperation. Alle Netzwerkpartner*innen profitieren von der Zusammenarbeit in einem Netzwerk auf sehr unterschiedliche Weise:

(Senioren- und) Pflegestützpunkt bzw. die koordinierende Stelle

Der Pflegestützpunkt vernetzt die hausärztliche mit der nichtärztlichen Versorgung für die große Gruppe Pflegebedürftiger mit dementiellen Einschränkungen. Er kann die Zusammenarbeit mit den Arztpraxen in seiner Zuständigkeit befindlichen Region verbessern. Er fördert innovative Versorgungsangebote wie Selbsthilfegruppen für von Demenz Betroffene und die demenzspezifische Ergotherapie. Der Pflegestützpunkt bahnt in der Wahrnehmung seiner Caremanagementfunktion an der Schnittstelle zwischen SGB V und SGB XI wirksame Versorgungswege und hilft dabei ein systemimmanentes Versorgungsdefizit auszugleichen. Der Pflegestützpunkt kann seinen Bekanntheitsgrad insbesondere in der Hausarztpraxis erhöhen und wird als Anlaufpunkt für alle pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen an der Schnittstelle hausärztlicher Versorgung bekannter.

⁸Während des Modellprojektes FIDEM II gab es Netzwerke, die sich häufiger getroffen haben. Die Angabe, zweimal jährlich, ist als Empfehlung zu verstehen.

Hausarztpraxis

Die Hausarztpraxis kann für eine zunehmend wachsende Patientengruppe mit nicht heilbaren Erkrankungen (zu denen Demenzerkrankungen gehören) mehr Handlungssicherheit in der Versorgung und der Wahrnehmung ihrer Lotsenfunktion sowie bei der Vermittlung ihrer Patient*innen in unterstützende Angebote erhalten. Das Netzwerktreffen ermöglicht eine fallbezogene Besprechung und patientenbezogene Absprachen für das weitere Vorgehen. Durch einzelne Veränderungen in der Praxisorganisation können Aufgaben im Rahmen von Testverfahren neu strukturiert und Abläufe für Demenzerkrankte patientenfreundlicher gestaltet werden. Einzelne Praxen gehen auch dazu über, bestimmte, bei FIDEM fortgebildete MFA mit speziellen Aufgaben für die Demenzpatient*innen zu betrauen (Demenzbeauftragte in der Praxis).

Eine teilnehmende Ärztin der ersten Projektphase beschreibt die Veränderung für die angestellten MFA folgendermaßen:

„Nach der Schulung oder während dieses Prozesses haben meine Sprechstundenhilfen ein anderes Verhältnis zu den Problemen am Tresen bekommen. Vorher war es so, dass sie wütend auf die Patienten (mit dementiellen Symptomen, d. V.) waren, wenn sie den Termin nicht eingehalten haben, wenn sie sich nicht an die Medikamente erinnern konnten, sondern nur die kleine blaue Pille haben wollten usw.. Dann sind sie hellhörig geworden, das fand ich sehr schön. Sie haben dann auch die Assessments selber durchgeführt und die Rückmeldung bekommen. Und so sind sie eigentlich bis zum heutigen Tag für dieses Thema sehr motiviert und genau die richtigen Partner die ich brauche um erfolgreich arbeiten zu können.“ (Zitat Projektärztin)

Die Hausarztpraxis kann durch eine Beteiligung im FIDEM Netzwerk u. a. auch darüber eine zeitliche Entlastung erfahren, dass ihre Demenzpatient*innen an für ihre Situation adäquate Unterstützungsangebote vermittelt werden und mit ihren nichtmedizinischen Fragen und Anliegen nicht wiederholt in die Praxis kommen.

„Ja, der Gewinn dieses Projektes war erst einmal, dass sich alle Beteiligten viel mehr mit der Demenz beschäftigt haben, dass den Patienten Angebote gemacht werden konnten von den wir vorher gar nicht so wussten, dass, jetzt im Nachhinein so meine Beobachtung, diejenigen Patienten die frühzeitig in das FIDEM Projekt aufgenommen werden, länger zu Hause bleiben können. Dass kann man einfach so sagen. Das ist auch eine Stärkung für die Angehörigen. Der letzte Faktor, der gar nicht der geringste ist, es ist auch ein Zeitgewinn für mich, weil ich es bis dahin immer so verstanden habe, dass ich diese ganzen Beratungen machen muss. Und jetzt gibt es plötzlich Kollegen, die das übernehmen. Also die Ergotherapeuten schauen sich auch schon mal mit dem Betroffenen ... ein Heim an, eine Tagespflege usw. Also sie gehen dann selbstständig die nächsten Schritte und ich werde nur im Nachhinein informiert. Das ist eine große Erleichterung.“ (Zitat Projektärztin)

Nichtärztliche Unterstützungsangebote

(Pflege)Beratungsangebote, Selbsthilfegruppen, Angebote zur Unterstützung im Alltag werden bekannter und durch die Vermittlung aus Arztpraxen vermehrt nachgefragt. Es können ggf. auch weitere Angebote zur Unterstützung im Alltag in den Regionen entstehen, in denen bislang noch keine ausreichende Versorgungsstruktur vorhanden ist. Die Umsetzung des FIDEM Konzeptes ist dabei Impulsgeber. In den Modelllandkreisen sind im Rahmen der FIDEM Umsetzung beispielsweise erstmals Selbsthilfegruppen von Demenzbetroffenen entstanden. Angebote zur Unterstützung im Alltag können nach Absprache unter den Anbieter*innen ihre jeweiligen Angebote stärker ausdifferenzieren und Schwerpunkte in der regionalen Versorgungsstruktur setzen. Es werden Kooperationen mit Arztpraxen hergestellt bzw. bereits bestehende strukturiert und intensiviert. Spezifische ergotherapeutische Angebote für Demenzkranke,

soweit vorhanden, können mit ihrer Wirksamkeit in frühen und mittleren Stadien der Demenz bekannt werden und vermehrt Einsatz in der Häuslichkeit der Demenzpatient*innen finden.

Der Landkreis oder die kreisfreie Stadt

Nach § 3 Abs. 2 SGB XII sind die kreisfreie Stadt oder der Landkreis örtliche Träger der Sozialhilfe. Im Sozialhilfegesetzbuch XII ist die Hilfe zur Pflege nach §§ 61 bis 66 SGB XII geregelt. Rund ein Drittel aller stationär gepflegten Menschen sind auf zusätzliche Leistungen aus dem SGB XII angewiesen. Der Anteil der Sozialhilfeempfänger*innen im stationären Bereich an allen Pflegebedürftigen im stationären Bereich liegt bei leichten Schwankungen weitgehend konstant zwischen etwa 32 % und 36 % (Barmer GEK Pflegereport 2016).

Nach Untersuchungen von Abrechnungsdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung (von den Busche et al. 2013) sind zweidrittel aller Pflegeheimbewohner*innen von einer Demenz oder anderen psychischen Störungen betroffen. In der häuslichen Pflege sind es 30% bis 40%. Unter den pflegebegründenden Diagnosen stellt ausschließlich die Demenz ein erhöhtes individuelles Risiko dar stationär statt ambulant gepflegt zu werden.

Der örtliche Träger der Sozialhilfe wird zukünftig mit weiter steigenden Ausgaben im Bereich der Hilfe zur Pflege rechnen müssen. Nach Prognosen zur niedersächsischen Bevölkerungsentwicklung bis 2050 ist, wie in anderen Bundesländern auch, von einer steigenden Anzahl von alten und hochaltrigen Menschen auszugehen (Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, 2015). Aufgrund der mit dem Lebensalter steigenden Prävalenzrate⁹ wird auch die Zahl der Menschen mit einer Demenzerkrankung deutlich ansteigen. Dazu kommt, dass Pflegebedürftige mit der pflegebegründenden Diagnose Demenz eine der längsten Verweildauer in Pflegebedürftigkeit haben.

Kommunale Gebietskörperschaften haben vor diesem Hintergrund ein gesteigertes Interesse an ambulanter Pflegeversorgung und könnten von gut funktionierenden FIDEM Netzwerken insofern profitieren.

⁹ Deutsche Alzheimer Gesellschaft: Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen, Juni 2016. Die Prävalenzrate für die Altersgruppe der 65-69-Jährigen liegt bei 1,6, der 80-84 Jährigen bei 15,6 und der 90 und über 90 Jährigen bei 40,95.

3. ROLLE UND AUFGABEN DER REGIONALEN KOORDINATION

In den drei Modelllandkreisen in FIDEM II wurden seitens der Landkreisverwaltung jeweils die Senioren- und Pflegestützpunkte als koordinierende Stellen ausgewählt. Es sind jeweils landkreisübergreifend tätige Akteur*innen, die als zentrale Anlaufstellen für pflegebedürftige Menschen und Angehörige fungieren. Die Zielsetzung dieser Einrichtungen besteht in einer besseren Information der Bevölkerung in allen Fragen, die mit Pflege oder Pflegebedürftigkeit einhergehen. In Niedersachsen wurden die Pflegestützpunkte 2013 gemeinsam mit den Seniorenservicebüros zu sogenannten „Senioren- und Pflegestützpunkten Niedersachsen“ (SPN) zusammengelegt, um das Beratungsangebot zu vereinfachen, eine breitere Klientel anzusprechen und die Synergieeffekte der bereits langjährig etablierten Seniorenarbeit zu nutzen.

Die Mitarbeiter*innen in den Senioren- und Pflegestützpunkten haben dabei gemäß der „Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Beratungsstrukturen für ältere Menschen“ vom 27.07.2015 (Nds. MBl. 2015, 1046) folgende Aufgaben zu erfüllen:

Sie sollen Hilfesuchenden eine wohnortnahe und neutrale Beratung und Information zu den spezialisierten Beratungs- und Hilfsangeboten vor Ort bieten, über ehrenamtliche Angebote und Möglichkeiten des bürgerschaftlichen Engagements beraten und Informationen über Veranstaltungen und Aktivitäten für ältere Menschen weitergeben.

Neben diesem, eher fallbezogenem Aufgabenspektrum im Sinne des Case Managements gehören auch koordinierende Aufgaben in das Leistungsspektrum: so die Koordination der Zusammenarbeit aller betroffenen Akteur*innen vor Ort einschließlich des Aufbaus eines lokalen Netzwerks und der Durchführung von Workshops zur inhaltlichen Weiterentwicklung sowie insgesamt Beratungs-, Vernetzungsarbeit und Öffentlichkeitsarbeit. Aufgrund dieses konzeptionell bereits angelegten Aufgabenspektrums im Kontext von Care Management scheinen die Senioren- und Pflegestützpunkte eine geeignete Stelle zu sein, die Etablierung sektorenübergreifender FIDEM Netzwerken zu initiieren, zu begleiten und weiterzuentwickeln.

Der Senioren- und Pflegestützpunkt (SPN) hat im Landkreis Grafschaft Bentheim sowie in den Landkreisen Osterode am Harz und Lüneburg die Koordination von FIDEM als Aufgabe im Rahmen eines Care Managements übernommen. Der SPN geht in der Wahrnehmung eines intersektoralen Care Managements über die in der Rahmenvereinbarung der Senioren- und Pflegestützpunkte Niedersachsens beschriebenen Aufgaben hinaus.

Diese stehen als Download zur Verfügung:

<http://www.ms.niedersachsen.de/startseite/themen/pflege/pflegeversicherung/pflegestuuetzpunkte/pflegestuuetzpunkte-in-niedersachsen-14132.html>

Im Folgenden soll dieser Begriff definiert und von dem des Case Managements abgegrenzt werden.

Unter den Begriffen Case- und Care Management lassen sich Handlungskonzepte im Bereich humaner Dienstleistungen zusammenfassen, die darauf ausgerichtet sind, Nutzer*innen eine ihrem Fall angemessene Hilfe- und Unterstützung zukommen zu lassen. Die konzeptionellen Grundgedanken stammen aus den USA und wurden dort vor allen Dingen in den 1970er und 1980er Jahren im Kontext der Sozialen Arbeit und der Gesundheitsversorgung eingeführt (Ewers 1996; Ewers, Schaeffer 2005).

Die Deutsche Gesellschaft für Care- und Case Management definiert das Handlungskonzept wie folgt:

„Case Management ist eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können.“ (DGCC, 2012)

Obwohl die Begriffe Case und Care Management häufig synonymisierend benutzt werden, zeigt die Definition den doppelten Fokus des Handlungskonzeptes.

Nimmt Case Management („Management des Falls“) den Einzelfall in den Blick und stellt fallbezogene Hilfen zur Kooperation und Koordination unterschiedlicher Unterstützungsangebote zur Verfügung, ist die Zielsetzung des Care Managements („Management der Fälle“) darauf bezogen, Lücken und Schnittstellenprobleme im Versorgungsangebot zu identifizieren, Versorgungsnetze unterschiedlicher Anbieter*innen zu fördern und ggf. neue Versorgungsangebote zu initiieren (Klie/ Monzer, 2008; Monzer 2017)

3.1 Welche Stellen können die regionale Koordination übernehmen?

Neben den (Senioren- und) Pflegestützpunkten können grundsätzlich auch andere Stellen die Koordination einer FIDEM Konzept Umsetzung für eine Region übernehmen. Strukturelle Merkmale dieser Stellen sollte eine Verankerung im ambulanten Bereich pflegerischer oder psychiatrischer Versorgung mit regionsübergreifenden Aufgaben sein, sowie eine (relativ große) Unabhängigkeit von eigenen Trägerinteressen insbesondere im Bereich der nichtärztlichen Unterstützungsangebote. Beispielsweise könnten dies kommunale oder kommunal geförderte Beratungsstellen mit Demenz- bzw. Pflegeschwerpunkt, örtliche Alzheimer Gesellschaften, eine Gedächtnissprechstunde¹⁰ oder eine gerontopsychiatrische Beratungsstelle im Sozialpsychiatrischen Verbund sein.

Denkbar ist daneben eine Prozesskoordination, bei der sich verschiedene Stellen Aufgaben und Funktionen untereinander aufteilen, beispielsweise der Pflegestützpunkt gemeinsam mit der örtlichen Alzheimer Gesellschaft oder die gerontopsychiatrische Beratungsstelle mit dem Pflegestützpunkt.

¹⁰ Für die Stadt und den Landkreis Göttingen hat die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universitätsmedizin Göttingen die regionale Koordination übernommen und bezieht eine finanzielle Förderung aus dem medizinwissenschaftlichen Bereich.

3.2 Die Rolle der koordinierenden Stelle im FIDEM Konzept

In der Hand der Koordination liegt die Steuerung des Gesamtprozesses zur Umsetzung des FIDEM Konzeptes. Dazu können folgende Funktionen gehören: Initiierung des Prozesses, Stakeholder gewinnen und Entscheidungen herbeiführen, Kooperationspartner finden, Prozesse abstimmen sowie die Organisation von Veranstaltungen und Fortbildungen übernehmen.

Neben der Steuerung des Gesamtprozesses setzt sich die koordinierende Stelle nach der Initiierung der einzelnen Netzwerke von Hausarztpraxen und nichtärztlichen Anbieter*innen sowie deren Netzwerktreffen – bildlich gesprochen – jedoch auf die Zuschauerbank. In den Netzwerken sind ausschließlich die Akteur*innen des Geschehens aktiv.

3.3 Voraussetzungen für eine gelingende regionale Koordination

Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitforschung zeigt sich die Wahl der Senioren- und Pflegestützpunkte als zentrale Koordinationsstellen als deutlich zielführend für die Verbreitung und Verstetigung von FIDEM- Netzwerken.

Die Mitarbeiter*innen können aufgrund ihrer langjährigen Tätigkeit in diesem Bereich bereits auf etablierte Strukturen für die Netzworkebildung in den einzelnen Regionen zurückgreifen. Zudem verfügen die Mitarbeiter*innen des SPN bereits über Erfahrung im Case- und Care- Management sowie über ein tiefes Wissen bezüglich regionaler Unterstützungsangebote. Aufgrund ihres Bekanntheitsgrades und ihrer trägerneutralen Position besteht eine gefestigte Vertrauensbasis zwischen den Mitarbeiter*innen und den einzelnen Akteur*innen.

Als Voraussetzung für eine gelingende regionale Koordination kann daher zuerst gelten, dass die Koordinator*innen ihr Aufgabenfeld nicht nur im Sinne einzelfallbezogener Hilfe, sondern proaktiv im Sinne von Caremanagement deuten. Koordinative Tätigkeiten unterscheiden sich generell von Einzelfallhilfe durch einen höheren Grad an Unbestimmtheit und haben daher einen weniger direkten Aufforderungscharakter zum Handeln. Zwar können die Mitarbeiter*innen der Senioren- und Pflegestützpunkte in aller Regel bereits auf ein etabliertes fachliches Netzwerk zurückgreifen, dennoch gestaltet sich Netzwerkarbeit zeitintensiv vor allem, wenn neue Netzwerkakteur*innen hinzugeholt bzw. neue Netzwerke etabliert werden sollen. Dies zeigte sich im vorliegenden Projekt vor allem in zwei Aspekten. Zum einen stehen die für FIDEM anvisierten unterschiedlichen Netzwerkpartner*innen zum Teil in Konkurrenzbeziehung zueinander, da sie – zum Beispiel im Fall der Angebote zur Unterstützung im Alltag - ähnliche oder sich überschneidende Dienstleistungen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen anbieten. Die Mitarbeiter*innen des SPN als Koordinationsstelle können aufgrund ihrer neutralen Stellung im Sinne eines Mediators positiv auf die Zusammenarbeit konkurrierender Netzwerkteilnehmer einwirken. Eine Abkehr von individuellen Interessen und Konkurrenzdenken und das Aufzeigen von positiven Synergien zur Wahrung des Netzwerkes kann durch Transparenz und offener Kommunikation in den Netzwerktreffen geschehen.

Zum anderen erweist sich insbesondere die Akquise von Hausärzt*innen und deren nachhaltige Motivierung zur Teilnahme am Netzwerk als große Herausforderung. Hier bedarf es teilweise zeitintensiver Strategien (z. B. persönliches Aufsuchen der Praxen) und nicht nachlassenden Engagements, um die am Netzwerk beteiligten Hausärzt*innen zu kontinuierlicher Mitarbeit zu motivieren. Hieraus ist abzuleiten, dass die Implementierung und Begleitung von FIDEM eine Aufgabe ist, für die definierte Zeitressourcen zur Verfügung gestellt werden müssen. Insbesondere in der Akquise- und Implementierungsphase wird von den Befragten ein Zeitaufwand mit einem Stellenanteil von 50 Prozent einer Vollzeitstelle angegeben.

Zudem hat sich gezeigt, dass der Start der Netzwerkbildung auf einer kommunal hoch angesiedelten Öffentlichkeitsebene (sprich unter Hinzuziehung kommunaler Repräsentant*innen) ein gutes Signal für die weitere Implementierung in der Region gibt. Es bedarf aber über die initiale Informationsveranstaltung hinaus diverser Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit, um einen entsprechenden Bekanntheitsgrad zu erreichen. Hierzu zählen bspw. Flyer und themenspezifische Informationsveranstaltungen.

Auch zeigt sich im Verlauf der Evaluation, dass nicht alle gegründeten Netzwerke sofort komplett eigenständig und selbstorganisiert arbeiten konnten, sondern über die Anfangsphase hinaus Unterstützung brauchten. Die Rolle der Koordinator*innen variierte dabei je nach Netzwerkgruppe zwischen einer weitgehend distanzierteren Monitoringfunktion über ein mehr oder weniger regelmäßiges Mentoring in Konfliktfällen bis hin zum eigentlichen Motor des Netzwerkes, ohne den die Treffen nicht zustande gekommen wären.

Im Kontext des Projektes hat sich durch die Etablierung eines FIDEM Arbeitskreises bereits gezeigt, dass der Austausch der FIDEM Koordinator*innen ebenfalls ein wesentlicher Gelingensfaktor ist, da sich dadurch direkt auf das Erfahrungswissen der anderen Akteur*innen zurückgreifen lässt. Die Treffen der Praktiker*innen – so zeigen auch die Befunde der Evaluation der Fortbildungsveranstaltung – sorgen für eine positive Mund zu Mund-Propaganda und sind geeignet die FIDEM-Idee weiter bekannt zu machen.

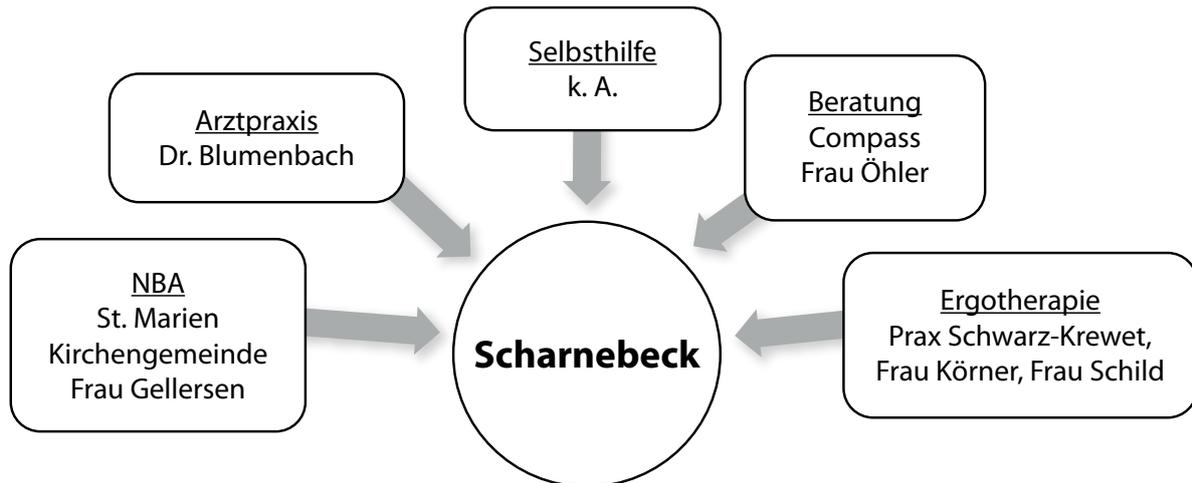
Nicht zuletzt haben die durch die LVG&AFS zur Verfügung gestellten Ablaufschemata und sonstige Materialien zum Erfolg der koordinativen Arbeit beigetragen, da sich ein zeitintensives Entwickeln eigener Vorlagen so vermeiden bzw. zumindest verkürzen ließ.

wissenschaftliche Begleitforschung

4. DIE NETZWERKPARTNER*INNEN – AKQUISE UND INFORMATIONSVERANSTALTUNG

Im Folgenden werden die Netzwerkpartner*innen bei FIDEM vorgestellt sowie das Akquiseverfahren und die Organisation der Informationsveranstaltung beschrieben.

Die Grafik beschreibt ein Netzwerkbeispiel aus dem Landkreis Lüneburg:



4.1 Netzwerkpartner*innen im FIDEM Konzept

Zum Kreis der Netzwerkpartner*innen gehören neben der Hausarztpraxis alle ambulanten demenzspezifischen Versorgungsangebote¹¹.

Die niedergelassene Hausarztpraxis

Zu den niedergelassenen Hausarztpraxen werden bei FIDEM Praxen von Allgemeinmediziner*innen und Internist*innen gezählt. Netzwerkpartner*innen wurden in einzelnen Netzwerken auch Fachärzt*innen der Disziplinen Psychiatrie und Neurologie, die jedoch nicht regelmäßig an Netzwerktreffen teilgenommen haben.

Pflegeberater*innen

Die Pflegeberatung als Pflichtleistung der Pflegekassen und der privaten Pflegeversicherungsunternehmen ist nach § 7a SGB XI geregelt. Danach können die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen umfassende telefonische und aufsuchende Beratung in der Häuslichkeit erhalten.

Die (Senioren- und) Pflegestützpunkte (SPN) bieten ebenfalls Beratung bei Pflegebedürftigkeit für Betroffene und Angehörige an. SPN nehmen darüber hinaus weitere Aufgaben wahr. Wenn ein SPN in einer FIDEM Region die Koordination übernommen hat, ist er nicht regelmäßig an allen Netzwerktreffen beteiligt sondern stellt vielmehr einen Überblick über alle Netzwerkaktivitäten her. Wenn die Gesamtkoordination in den Händen eines anderen Akteurs liegt (Beispiel: Stadt und Landkreis Göttingen) nehmen die Mitarbeiter*innen ebenfalls an den Netzwerktreffen teil und ist der Stützpunkt unmittelbar Akteur

¹¹ Daher sind Pflegedienste und Einrichtungen der Tagespflege, sofern sie keine Spezialisierung auf Demenzpatient*innen vorweisen, nicht mit einbezogen.

im Netzwerk. Sie gibt es in fast allen Landkreisen und kreisfreien Städten Niedersachsens. Eine Übersicht bietet das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung auf ihrer Homepage.

<http://www.ms.niedersachsen.de/startseite/themen/pflege/pflegeversicherung/pflegestuetzpunkte/pflegestuetzpunkte-in-niedersachsen-14132.html>

Spezifische Demenzberatung

Angebote von spezifischer Demenzberatung gibt es in vielen Landkreisen und kreisfreien Städten. Dazu zählen kommunale oder wohlfahrtsverbandliche Angebote wie Demenzkompetenzzentren, Hilfen bei Demenz und gerontopsychiatrische Beratung im Rahmen der sozialpsychiatrischen Verbände. Die Alzheimer Gesellschaften bieten in der Regel ebenfalls Demenzberatung an. Eine Übersicht über regionale Gruppen ist auf der Homepage der Niedersächsischen Alzheimer Gesellschaft eingestellt (www.alzheimer-niedersachsen.de).

Angebote zur Unterstützung im Alltag

Angebote zur Unterstützung im Alltag (ehemals niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote) sind nach §§ 45 a, b SGB XI geregelt. Danach können alle pflegebedürftigen Menschen bzw. ihre pflegenden Angehörigen Betreuungsangebote, Pflegebegleitung und Alltagshilfen in Anspruch nehmen. Neben dem Leistungsbetrag von monatlich 125,-€ kann der Pflegebedürftige darüber hinaus bis zu 40% der Pflegesachleistungen umwidmen sowie i.S. einer stundenweisen Verhinderung auch nicht verbrauchte Beträge nach § 39 SGB XI für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwenden.

Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen

Die Selbsthilfekontaktstellen verfügen über eine Übersicht über alle bestehenden Selbsthilfegruppen von pflegenden Angehörige im Allgemeinen, von pflegenden Angehörige von demenzkranken Menschen sowie von Menschen, die selber von einer Demenzerkrankung betroffen sind. Die Kontaktstellen beraten und informieren an Selbsthilfe interessierte Menschen und können diese dabei unterstützen, selber eine Selbsthilfegruppe zu gründen.

Demenzspezifische Ergotherapie

Im Rahmen der Modellerprobung von FIDEM ist mit der evaluierten Demenzfortbildung „Häusliche Ergotherapie bei Demenz – ein Interventionsprogramm (HED-I)“¹² gearbeitet worden. Nur entsprechend fortgebildete Ergotherapeut*innen konnten in den Netzwerken mitarbeiten und wurden in die Versorgung von Patient*innen einbezogen.

¹² Weitere Informationen zu der HED-I Fortbildung sind auf der Homepage des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten e. V. eingestellt: <https://dve.info/service/dve-akademie/>

Zu den Kriterien demenzspezifischer Ergotherapie gehören:

- Die Ergotherapie ist aufsuchend und findet in der Häuslichkeit der Patientin bzw. des Patienten statt.
- Sie ist alltags- und betätigungsorientiert, d.h. sie orientiert sich an den Gewohnheiten, Abläufen und Aktivitäten der Patient*innen.
- Der Umfang der demenzspezifischen Fortbildung ist auf mind. 100 Stunden festgelegt.
- Demenzspezifische Ergotherapie wird zeitlich begrenzt verordnet.

Das letzte Kriterium hat für die Verordnungsvoraussetzung durch die Ärzteschaft eine hohe Bedeutung. Viele Ärzt*innen fürchten eine hohe Belastung ihrer Verordnungslast und entsprechende Regressforderungen seitens der Krankenkassen. Diese Befürchtungen werden häufig über die Notwendigkeit einer Verordnung einer häuslichen Therapie gestellt. Gute Erfahrungen konnten Ärzt*innen jedoch damit machen, dass die Verordnung im Interventionsprogramm HED-I zeitlich begrenzt ist und eine Behandlung danach als abgeschlossen gelten kann.

4.2 Akquise

Die Akquise für eine Teilnahme an FIDEM gehört zu den zentralen Aufgaben der koordinierenden Stelle. Für jedes Netzwerk sollte aus den unter 4.1 genannten Netzwerkpartner*innen möglichst ein/e Vertreter*in gewonnen werden. Die Akquise richtet sich dementsprechend an unterschiedliche Akteur*innen und muss daher verschiedene Aspekte berücksichtigen bzw. im weiteren Vorgehen beachten. Grundsätzlich ist festzustellen, dass die Resonanz auf die Akquise bei den Hausarztpraxen verhaltener ist als bei den anderen Zielgruppen. Der bisherige Erfahrungswert der Erreichbarkeit von Arztpraxen bei einem ersten Akquiseverfahren liegt in etwa bei 10% der angeschriebenen Arztpraxen. Diese Interessent*innen sind allerdings i.d.R. auch wirklich motiviert, sich mit dem Konzept auseinander zu setzen und stehen einer Teilnahme mehrheitlich positiv gegenüber. Es ist jedoch davon auszugehen, dass sich unter Beachtung der Praxiserfahrungen im Modellprojekt die Ärztebeteiligung noch deutlich erhöhen lässt.

Die Erfahrung zeigt auch, dass es sinnvoller ist, mit einer motivierteren Teilnehmerschaft zu starten. Bei den anderen Netzwerkpartner*innen hat die Akquise i.d.R. eher gute bis sehr gute Resonanz.

Folgende Aspekte sind zu beachten:

Kontaktaufnahme mit örtlichen Institutionen und Information zu FIDEM

Im Vorfeld zur Akquise von zukünftigen Mitwirkenden in FIDEM sollte das FIDEM-Vorhaben mit den örtlichen Gremien der Ärzteschaft kommuniziert werden. Hierzu gehören der örtliche Hausärzteverband und die örtlichen Ärztevereine. Diese sollten mit einem kurzen Anschreiben oder in einem persönlichen Gespräch über das Projekt informiert werden. Ein weiterer zentraler Ansprechpartner ist die zuständige Bezirksgeschäftsstelle der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN), in der neben den Fortbildungen für die Ärzt*innen i.d.R. auch die Fortbildungen für die MFA erfolgen.

Die nichtärztlichen möglichen Netzwerkpartner*innen können i.d.R. direkt angeschrieben werden. Dabei sollten alle anerkannten Einrichtungen einbezogen werden.

Information und erste Akquise

An erster Stelle steht im ersten Anschreiben an alle potentiellen Teilnehmer*innen die Information über das FIDEM-Konzept. Diese Information sollte wesentliche Merkmale und vor allem Vorteile für alle Beteiligten eines zukünftigen Netzwerkes in FIDEM aufzeigen und gleichzeitig so kurzgefasst sein, dass sie mit wenig Zeitaufwand aufgenommen werden kann. Ziel ist es, möglichst viele Adressat*innen zu einer Teilnahme an der ersten Informationsveranstaltung zu gewinnen. Die Einladung dazu erfolgt dann an alle diejenigen, die eine entsprechende Interessensbekundung zurückgesandt haben.

Interesse wecken

Die Informationsveranstaltung bietet die Möglichkeit, den kurzen, theoretischen Ausführungen des Akquiseanschreibens anschauliche Praxis folgen zu lassen. Das Konzept wird dargestellt und die Netzwerkarbeit anschaulich erläutert. Es können Fragen gestellt und individuelle Aspekte diskutiert werden. Praktische Beispiele machen FIDEM ‚begreifbar‘.

Netzwerkpartner*innen gewinnen

Am Ende des informativen Teils der Informationsveranstaltung steht das Angebot der ersten Netzwerkbildung und i.d.R. nehmen alle Teilnehmer*innen diese Möglichkeit des näheren Kennenlernens und ersten praktischen ‚Netzwerkens‘ wahr. Der gegenseitige Austausch und Verabredungen über das weitere gemeinsame Vorgehen schafft eine erste Verbindlichkeit und bildet die Basis für die zukünftige Zusammenarbeit.

Das Vorgehen im Einzelnen:

4.2.1 Ärzt*innen und Medizinische Fachangestellte

Zunächst müssen interessierte Ärzt*innen und MFA für die Teilnahme an der Informationsveranstaltung gewonnen werden. Für diesen ersten Schritt wird ein Schreiben mit ersten Informationen (siehe Anlage) mit Unterstützung der Bezirksgeschäftsstelle der ÄKN versandt. Das hat den Vorteil, dass der formale Absender eine ärztliche Institution ist und die Einladung entsprechend wahrgenommen wird. Alternativ könnte diese Unterstützung auch von Seiten des örtlichen Hausarztverbandes erfolgen. Eine Nachfrage wäre bei Bedarf sinnvoll.

Neben dem formalen Weg wird die direkte Akquise empfohlen:

- Persönlich bekannte Ärzt*innen direkt anzusprechen
- Anbieter*innen von nichtärztlichen Angeboten bitten bestehende Kontakte zu Ärzt*innen ebenfalls für die direkte Akquise zu nutzen.

Zu der Informationsveranstaltung sollten grundsätzlich Ärzt*innen und MFA eingeladen werden. Sollte jedoch nur eine Person aus der Praxis teilnehmen, können sich beide gegenseitig informieren.

Das Akquise-Schreiben

- beginnt mit dem Thema Demenz als gesundheitspolitische Herausforderung
- enthält Informationen zum FIDEM-Konzept
- beschreibt Vorteile einer entsprechenden Netzwerkarbeit
- bittet um Rückmeldung einer Interessensbekundung, die die Grundlage für eine konkrete Einladung zur Informationsveranstaltung bildet
- sollte bei den Hausarzt*innen bereits darüber informieren, dass die Informationsveranstaltung im Hinblick auf Fortbildungspunkte der ÄKN anerkannt ist oder eine Anerkennung beantragt wurde

Die Rückmeldung einer Interessensbekundung von Seiten der Arztpraxen kann entweder an die Bezirksgeschäftsstelle der ÄKN gehen oder an die FIDEM koordinierende Stelle. Diese muss im Vorfeld abgestimmt werden. Sobald alle Rückmeldungen vorhanden sind bzw. die Frist beendet ist, kann die Einladung für die Informationsveranstaltung an alle interessierten Arztpraxen versandt werden.

4.2.2 Nichtärztliche Netzwerkpartner*innen

Die Akquise und anschließende Einladung der nichtärztlichen Netzwerkpartner geschieht analog zu dem oben beschriebenen Weg. Allerdings werden die Anschreiben nicht von den Bezirksgeschäftsstellen der ÄKN sondern von der FIDEM koordinierenden Stelle versandt.

Anbieter von Angeboten zur Unterstützung im Alltag

Das Interesse an einer Kooperation im Rahmen des FIDEM-Konzepts ist bei den Anbieter*innen der Angebote zur Unterstützung im Alltag i.d.R. groß, sodass das vorinformierende Anschreiben erfahrungsgemäß gute Resonanz hat.

Anbieter Pflegeberatung der Pflegekassen

Auch die Pflegeberater*innen der Pflegekassen und der privaten Pflegeversicherungsunternehmen (COMPASS) sind erfahrungsgemäß interessiert an einer Mitarbeit im FIDEM Netzwerk und mit einem vorinformierenden Anschreiben gut zu erreichen.

Selbsthilfegruppen

Wenn bereits entsprechende Selbsthilfegruppen (Ansprechpartner*innen wären die örtlichen Alzheimer Gesellschaften und die Kontakt- und Informationsstellen Selbsthilfe (KISS)) bestehen, ist ebenfalls von Interesse an einer Kooperation auszugehen und die schriftliche Vorinformation mit Bitte um Rückmeldung ist ausreichend. Wenn es noch keine entsprechende Gruppe gibt, kann man sich trotzdem an die örtliche KISS oder/und die örtliche Alzheimer Gesellschaft wenden, um hier ggf. Impulse für eine Entwicklung zu geben.

Demenzspezifische Ergotherapie

Bei den Ergotherapeut*innen ist das Interesse an einer Kooperation in FIDEM ebenfalls vielfach vorhanden. Hier ist der Hinweis auf eine geeignete demenzspezifische Fortbildung wichtig.

4.3. Die Informationsveranstaltung

Die Informationsveranstaltung ist ein erster Meilenstein bei der Gewinnung zukünftiger FIDEM-Akteur*innen. Hier treffen erstmalig Interessierte aus allen Bereichen aufeinander und es gilt, sie ‚ins Boot‘ zu holen.

Die Einladung

Die Einladung benennt Ort, Zeit und geplante Dauer der Veranstaltung sowie die Tagesordnung und wird an alle versandt, die Interesse an FIDEM bekundet haben.

Das Einladungsschreiben sollte unbedingt auch die MFA der Arztpraxis einbeziehen. Beispiel: „Wir würden uns freuen, Sie und eine Ihrer MFA bei dieser Informationsveranstaltung begrüßen zu können, da die Einbindung der MFA in das FIDEM-Konzept grundsätzlich überaus sinnvoll ist.“ Dieser Einladung sollte ebenfalls ein Anmeldeformular für die Informationsveranstaltung beiliegen. Die Rückmeldung sollte direkt an die FIDEM koordinierende Stelle adressiert sein, da sie die Informationsveranstaltung inkl. der ersten Netzwerkreise vorbereitet und organisiert.

Organisatorisches

Die Rückmeldungen auf die Einladung ermöglichen eine entsprechende Vorplanung der Informationsveranstaltung. Dies kann insbesondere für den Teil der Netzwerkbildung genutzt werden, denn die Koordinator*innen sollten bereits im Vorfeld überlegen, welche Netzwerk-Konstellationen am sinnvollsten sind. So kann es z.B. sein, dass ein/e Anbieter*in in zwei Netzwerken vertreten ist. Dann wäre es hilfreich, diesen im Vorfeld zu informieren, dass ggf. zwei Vertreter*innen dieser Einrichtung kommen. Außerdem kann die Koordination ungefähr einschätzen, wie viele Netzwerke vermutlich entstehen werden und somit für eine entsprechende Anzahl an ‚Treffpunkten‘ (d.h. für jedes Netzwerk ein größerer Tisch, an die sich die Teilnehmer*innen in der zweiten Hälfte der Veranstaltung jeweils setzen können) für den Teil der Netzwerkbildung sorgen. Wenn der Raum groß genug ist, können sich die Netzwerke im Veranstaltungsraum treffen, wenn er zu klein ist, braucht es für die einzelnen Netzwerke weitere Räume mit entsprechender Ausstattung (Tisch und Stühle).

Für alle künftigen Netzwerktreffen müssen die Materialien (Leitfaden für das erste Netzwerktreffen und Vorlage Protokoll inkl. TN-Liste, siehe Anlage) in ausreichender Anzahl vorbereitet und vorhanden sein. Außerdem sollte es möglich sein, die Protokolle und TN-Listen zum Ende der Veranstaltung vor Ort kopieren zu können, da man diese dann sofort allen Beteiligten der jeweiligen Netzwerke zur Verfügung stellen kann. So hat jeder bereits die Daten seines Netzwerkes und ein weiterer Baustein für die zukünftige Kooperation ist gelegt.

Grußworte

Für die Attraktivität der Informationsveranstaltung ist es in jedem Fall förderlich, wenn aus der Kommune und den örtlichen ärztlichen Gremien Grußworte erfolgen. Dies sollte frühzeitig angefragt und abgestimmt werden.

Tagesordnung und Zeitmanagement

Die Informationsveranstaltung besteht grundsätzlich aus zwei Teilen (siehe Anlage). In der ersten Hälfte werden neben einleitenden Grußworten grundsätzliche Informationen zum FIDEM-Konzept und den verschiedenen Anbieter*innen gegeben. Es besteht die Chance, den potentiellen Interessent*innen darzulegen, welche vielfältigen Unterstützungsmöglichkeiten für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen bestehen und wie hilfreich ein entsprechendes Netzwerk sein kann. Hier ist es sehr wichtig, dass die einzelnen Referent*innen tatsächlich ‚neutral‘ darstellen, welche Unterstützungsmöglichkeiten

es gibt und nicht die eigene 'Werbetrommel rühren'. Etwas ausgenommen von dieser Vorgabe sind Einrichtungen mit ‚Solitärstatus‘ wie z.B. der SPN selbst. Dennoch sollte man sich ebenfalls an ein angemessenes Zeitfenster halten, denn ein genaues Zeitmanagement ist unabdingbar. Klare Vorgaben zu Inhalt und Zeit für jede Referentin bzw. jeden Referenten unterstützen dies. In diesem Teil werden i.d.R. auch Fragen gestellt, sodass der Zeitplan auch etwas Raum dafür enthalten sollte. Gleichzeitig ist eine stringente Moderation wichtig. Bevor die Teilnehmenden in die Pause gehen, sollten noch die Hinweise für den zweiten Teil (die Netzwerkbildung) erfolgen.

Die Pause kann für eventuell erforderliche „Umbauten“ genutzt werden und die Netzwerke können danach sofort starten. Da die Zeit bei der Informationsveranstaltung ein knappes Gut ist, kann man auf einen Abschluss im großen Kreis verzichten. Wichtiger ist es, dass die Netzwerke jeweils einen nächsten Termin und Ort vereinbaren, an dem sie sich treffen. Dies sollte zu Beginn des zweiten Teils der Veranstaltung angesagt werden.

Die erste Netzwerkbildung

Im zweiten Teil erfolgt die erste Netzwerkbildung. Die einzelnen Netzwerke setzen sich nun zusammen, um sich als zukünftige Gemeinschaft zu ‚gründen‘, erste Informationen auszutauschen und das weitere Vorgehen zu vereinbaren. Falls möglich, ist es hilfreich, wenn bei jedem Netzwerk eine begleitende Person dabei sein kann, die das FIDEM-Konzept kennt und dem Netzwerk anfängliche Unterstützung zukommen lassen kann. Dies ist aber nicht unbedingt erforderlich, da die Netzwerke mit dem Leitfaden für das erste Treffen eine gute Vorgehensorientierung an der Hand haben.

5. FORTBILDUNG DER NETZWERKPARTNER*INNEN

Die Fortbildung der Netzwerkpartner*innen wird von den Koordinator*innen organisiert. Die Fortbildung der Hausärzt*innen und MFA wird von den Bezirksstellen der Ärztekammer unterstützt.

5.1 Ärzt*innen und Medizinische Fachangestellte

Die Fortbildungen der Hausärzt*innen und MFA aus den teilnehmenden Arztpraxen sowie die Schulung der nichtärztlichen FIDEM-Partner*innen bilden die Basis für das gemeinsame strukturierte Vorgehen im Netzwerk. Auch das Wissen zum Thema Demenz wird aktualisiert und die MFA werden in ihrer Rolle als wichtige Ansprechpartner*innen in der Arztpraxis gestärkt (Ganß 2009). Das im Projektverlauf entwickelte Rahmenkonzept für die Fortbildungen der Hausarztpraxen befindet sich im Anhang. Ebenso gibt es Hinweise für die Durchführung der Schulung für die nichtärztlichen Anbieter*innen.

Die Fortbildungen für die Hausarztpraxen sind berufsgruppenspezifisch konzipiert und haben einen zeitlichen Umfang von jeweils 2x 4 Stunden:

Die Inhalte:

- Demenz im Praxisalltag - Erfahrungen, Probleme, Wünsche
- Demenz - Krankheitsbild, Diagnostik und Therapie
- Testverfahren
- Nichtmedikamentöse Unterstützungsangebote
- Veränderungen im Praxisalltag seit Projektbeginn
- Die Patientenvermittlung in FIDEM
- Kommunikation/Gesprächsführung mit Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen
- Aspekte einer demenzfreundlichen Praxis
- Rechtliche Themen wie Vorsorgevollmacht /rechtl. Betreuung

Das o.g. Rahmenkonzept beinhaltet Hinweise zum organisatorischen und inhaltlichen Vorgehen und enthält Anlagen wie Ablaufpläne, Handouts und Themenlisten.

Zur konkreten Umsetzung der Fortbildung für die Arztpraxen dienen folgende Punkte als Orientierung.

Klärung des zeitlichen Aufbaus der beiden Module

Grundsätzlich kann das erste Modul als Parallelfortbildung für Ärzt*innen und MFA gemeinsam durchgeführt werden. Die beiden Berufsgruppen werden zum gleichen Termin eingeladen, die/der referierende Fachärzt*in kann dann am gleichen Termin zunächst in der einen und anschließend in der anderen Gruppe tätig sein. Die anderen Fortbildungsteile werden entsprechend ebenfalls parallel entgegengesetzt verteilt:

Uhrzeit	Ärzt*innen	Referent*in	MFA	Referent*in
14.00 - 15.00 Uhr	Thema: Demenz	Fachärztin/ Facharzt	Thema: Nichtärztliche Unterstützung- angebote	Koordinator*in
15.00 - 16.00 Uhr	Thema: Nichtärztliche Unterstützung- angebote	Koordinator*in	Thema: Demenz	Fachärztin/ Facharzt

Neben dem Synergieeffekt für die Kapazitäten der/s fachärztlichen Referent*in haben Ärzt*innen und MFA in der Praxis beim Reflektieren der Fortbildung zeitlich den gleichen Stand.

Grundsätzlich ist es aber auch möglich, das erste wie das zweite Modul an zwei verschiedenen Terminen durchzuführen.

Terminfestlegung in Absprache mit der Bezirksgeschäftsstelle (BzG) der ÄKN

Um für die Akquise der unterstützenden Referent*innen Alternativen zu haben, sollte man versuchen, hinsichtlich der Räume zunächst mehrere Termine vormerken zu lassen.

Akquise der/s ärztlichen Fachreferent*in, Terminabsprache und Honorarvereinbarung

Die Honorarkosten können als Teilnahmegebühr auf die Teilnehmer*innen umgelegt werden. Dies muss selbstverständlich in der Einladung zur Fortbildung benannt werden. Akquise der ggf. weiteren Fachreferent*innen und Terminabsprache

Endgültige Rückmeldung an die BzG zu den Terminen und Abstimmung über den Raumbedarf

Es sollten immer mindestens zwei Räume gebucht werden, da für Gruppenarbeit ggf. entsprechender Bedarf vorhanden ist. Falls das erste Modul (wie im Modellprojekt) parallel für Ärzt*innen und MFA durchgeführt werden soll, ist nach Möglichkeit ein weiterer Raum sinnvoll.

Abstimmung über das Catering

Entweder die BzG übernimmt die Organisation oder sie benennt einen entsprechenden Anbieter. Kaffee/Tee/Kaltgetränke sowie leichter Kuchen sind passend. Auch diese Kosten können über die Teilnahmegebühr refinanziert werden.

Abstimmung über den Technikbedarf wie Beamer, Flipchart u.ä.

Abstimmung über die Beantragung der Fortbildungspunkte bei der ÄKN in Hannover

Eventuell übernimmt die BzG diese Beantragung, ansonsten kann der Antrag über die Homepage der ÄKN erfolgen. Hierfür kann es sinnvoll sein, im Vorfeld telefonischen Kontakt mit der ÄKN, Abteilung Fortbildung, aufzunehmen¹³ (<https://www.aekn.de/fortbildung/>).

Einladung der Teilnehmer*innen

Die Einladung sollte möglichst frühzeitig erfolgen und eine einfach handhabbare Rückmeldemöglichkeit beinhalten. Für die Rückmeldung sollte ein Termin gesetzt sein und ggf. nochmals telefonisch nachgefragt werden, wenn die Anmeldung ausbleibt.

Vorbereitung von Materialien (Anlage), wie

- Ablaufpläne
- ggf. blauer FIDEM-Ordner für die Abheftung der Unterlagen
- Handouts laut Programm
- Stifte/Schreibblöcke o.ä.
- Namensschilder für die TN
- Unterlagen der ÄKN für die Bepunktung. Wichtig: Diese Unterlagen müssen nach der Fortbildung an die ÄKN zurückgesandt werden!
- ggf. Rückmeldebögen zur Evaluation der Fortbildung
- ggf. Honorarvereinbarungen für Referent*innen

¹³ Die Anträge können auch online durchgeführt werden und müssen spätestens 21 Tage vor dem Termin gestellt sein. Der Ablauf: 1. Anmeldung auf der homepage der ÄKN, 2. Auf Rubrik Fortbildung gehen, 3. Auf Punkt Anerkennung von Fortbildungen gehen, 4. Anmelden (mit Passwortvergabe), 5. Neue Veranstaltung eingeben.

Folgende Aspekte sind darüber hinaus zu berücksichtigen:

Die Referent*innen

Für den medizinischen Fachteil zum Thema Demenz ist ein/e entsprechende/r Fachärzt*in erforderlich. Die Bezirksgeschäftsstellen können bei der Suche unterstützen. Idealerweise kann ein*e Fachreferent*in aus der Region bzw. dem jeweiligen Ort gewonnen werden und so ggf. auch eine weitere Kooperationslinie entstehen. Im Rahmen der Modellerprobung kam es beispielsweise in einem Ort auf Wunsch der/s Fachärztin/Facharztes zur Einbindung in ein örtliches Netzwerk. Für Hausärzt*innen kann dies eine unkomplizierte fachliche Unterstützung bei speziellen diagnostischen Fragestellungen bedeuten; die Fachärzt*innen profitieren vom Wissen über nichtärztliche Unterstützungsmöglichkeiten. Für die praktische Durchführung der fachärztlichen Fortbildungsthemen ist eine sehr gute Absprache über die Inhalte unbedingt sinnvoll, da es vor dem Hintergrund der begrenzten Zeit schnell zu einer Überfrachtung kommen kann. Tatsächlich ist es besser, dem Diskussionsbedarf zu einzelnen Fragen Rechnung zu tragen, als zu viel/zu detaillierten Input zu geben. Beispielsweise kann mit den Teilnehmer*innen die Problematik bei der Diagnostik einer Demenz im frühen Stadium erörtert werden oder der Einsatz von Antidementiva¹⁴. Bei den MFA ist es wichtig, dass die/der Referent*in Erfahrung im Umgang mit den Testverfahren hat und die MFA tatsächlich Gelegenheit zum Ausprobieren und Reflektieren erhalten. Hier beispielsweise selbst zu erleben, welche Rolle Ruhe und Konzentration für das kompetente Durchführen der Testung spielen, hinterlässt nachhaltigen Eindruck. Diese und weitere Hinweise finden sich auch im o.g. Rahmenkonzept.

Für die nichtmedizinischen Themen können die FIDEM-Koordinator*innen als Referent*innen fungieren. Insbesondere die Wissensvermittlung zum Vorgehen in FIDEM (Patientenvermittlungspfad etc.) ist ihre Aufgabe. Die Vermittlung regionaler Unterstützungsangebote für Demenzkranke und betreuende Angehörige können von geeigneten Ko-Referent*innen (mit-) übernommen werden.

5.2 Nichtärztliche Netzwerkpartner*innen

Für die nichtärztlichen Kooperationspartner*innen ist ein einmaliger Fortbildungstermin vorgesehen. Hier stehen der Patientenvermittlungspfad und die dazu gehörigen Instrumente im Vordergrund (siehe Anlagen). Als zusätzlicher Anreiz zur Teilnahme an der Kurzfortbildung könnte ein Fachthema aus dem Bereich Demenz angeboten werden, wie z.B. ‚Frühe Formen‘ oder ‚der aktuelle Forschungsstand‘. Im Idealfall ist es möglich, die ärztliche Fachreferent*in für einen solchen Termin zu gewinnen oder es kann eine andere örtliche Fach(Beratungs)stelle eingebunden werden.

Ergotherapeut*innen

Das FIDEM-Konzept befürwortet die Einbindung von niedergelassenen Ergotherapiepraxen, wenn ein/e Therapeut*in eine demenzspezifische Fortbildung vorweisen kann. Eine entsprechend demenzspezifische Fortbildung kann durch FIDEM angeregt werden; sie sollte jedoch vor einer Beteiligung im Netzwerk bereits abgeschlossen sein. Als Beispiel für eine besonders geeignete Fortbildung wird auf das HED-I-Programm verwiesen.

¹⁴ Ein Hinweis zur Abrechnung für die Testverfahren in der Hausarztpraxis: Zurzeit bietet das sogenannte ‚Geriatrische Basisassessment‘ eine Möglichkeit der Abrechnung. Da sich diese Strukturen häufiger ändern, ist es empfehlenswert, sich z.B. beim örtlichen Hausarztverband über den aktuellen Stand zu informieren.

6. DAS FIDEM NETZWERK, DER VERMITTLUNGSWEG UND DAS VERMITTLUNGSFORMULAR

FIDEM basiert auf einer funktionierenden Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteur*innen in einem Netzwerk, in dem alle ein Interesse an einer besseren Versorgung von Demenzpatient*innen haben. Der Aufbau eines Netzwerkes erfordert zu Beginn zeitliche Ressourcen sowie persönliches Engagement und erweist sich erst im weiteren Verlauf als entlastendes Verfahren. Es ist deshalb sehr wichtig, dass die Mitarbeit im Netzwerk für jede/n der Akteur*innen perspektivisch einen Nutzen darstellen wird.

In den erprobten FIDEM Netzwerken berichten alle Akteur*innen von einem Benefit durch die FIDEM Netzwerkarbeit.

6.1 Die Arbeitsweise der Netzwerke

Beim FIDEM-Konzept wird davon ausgegangen, dass ein persönliches Kennenlernen die Grundvoraussetzung für die Entwicklung effektiver Netzwerkstrukturen bildet und die Zusammenarbeit im Netzwerk fördert. In der zentralen Auftaktveranstaltung, der Informationsveranstaltung, kommen die regionalen Netzwerkpartner*innen, zum großen Teil erstmals, in persönlichen Kontakt und können ihre regionalen Angebote vorstellen. Auch erste Abstimmungen für die Zusammenarbeit werden bereits dort getroffen. Regelmäßige Kooperationstreffen der regionalen Netzwerkpartner*innen sorgen für die Verstetigung einer kontinuierlichen Zusammenarbeit und bieten eine Plattform für den Austausch. Diese Treffen sollten mindestens zwei Mal im Jahr mit allen Beteiligten stattfinden – Ärzt*in, MFA, Anbieter*innen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, Ergotherapeut*in, Selbsthilfevertretung und (Pflege)Beratung. Um die zeitliche Inanspruchnahme für alle Beteiligten in Grenzen zu halten, wird hierfür ein Zeitrahmen von 1 bis max. 1,5 Stunden empfohlen. Die Zuständigkeit für die Organisation des Treffens wird im Vorfeld festgelegt und kann von Treffen zu Treffen wechseln. Die Protokollvorlage unterstützt die Fixierung von Inhalten (siehe Anlage).

Empfehlungen für die Netzwerktreffen

- Datum und Uhrzeit für das nächste Netzwerktreffen fixieren
- Verantwortlichkeit für Ausrichtung und Moderation des nächsten Treffens benennen

Im Modellprojekt gab es sowohl unterschiedliche Zusammensetzungen in den Netzwerken als auch variierende Arbeitsweisen. Dies belegt, dass das FIDEM Konzept nicht starr und unveränderlich ist, sondern auf die jeweiligen Gegebenheiten angepasst werden kann. Auf die Modellerfahrung in der Region Braunschweig basierend bildete sich auch in den drei Modelllandkreisen häufig eine kleine Netzwerkgruppierung um eine Hausarztpraxis herum. Aber auch die regionale Zentrierung um zwei oder drei Hausarztpraxen ist möglich und gerade in Regionen, in denen nicht genügend Angebote vorhanden sind, unvermeidlich. Gleichzeitig hat sich in Osterode ein Netzwerk etabliert, in dem sich alle Akteur*innen des Landkreises einmal jährlich treffen. Ein derartig großes Netzwerktreffen stellt jedoch eine Ausnahme dar. Vielmehr wird empfohlen, die Größe der Netzwerke überschaubar zu halten. Eine funktionierende Zusammenarbeit kann sich durch zu unterschiedliche Interessen und Verpflichtungen sowie einer zu großen Entfernung zu den Netzwerktreffen schwierig gestalten.

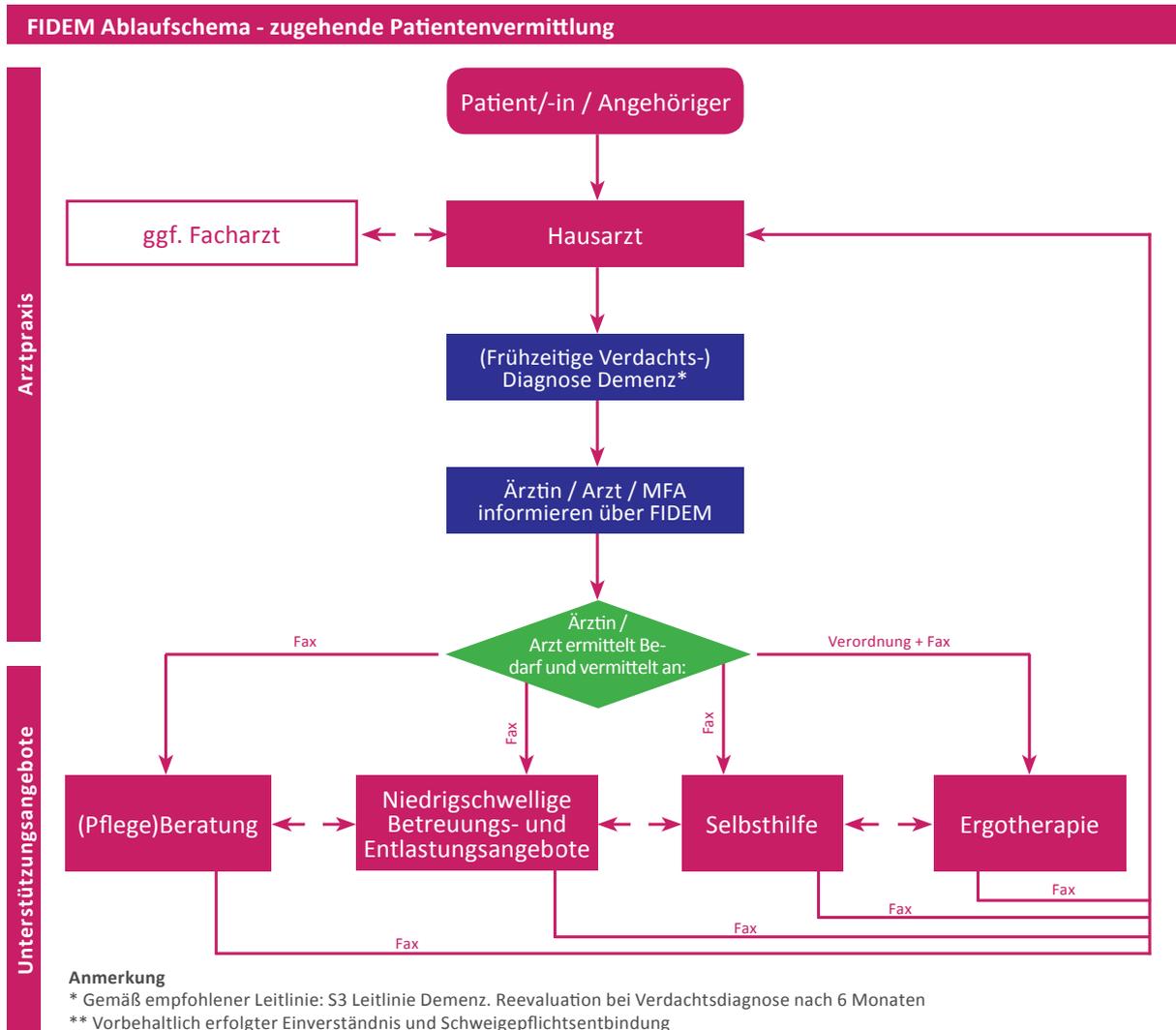
6. Das FIDEM Netzwerk, der Vermittlungsweg und das Vermittlungsformular

Die Netzwerktreffen werden als Plattform zum regelmäßigen Austausch genutzt. Veränderungen bezüglich personeller Besetzung, vorhandener Angebote und Ablaufstrukturen sowie Vorschläge zur Optimierung in der Versorgung von Menschen mit Demenz werden mit allen Beteiligten thematisiert. Netzwerktreffen können auch für Fallbesprechungen genutzt werden. Im Modellzeitraum zeigte sich, dass gerade die Besprechung von Fällen, bei denen sich einzelne Akteur*innen unsicher in der Behandlung und dem Therapieangebot waren, sich als große Unterstützung erwiesen und Sicherheit im weiteren Vorgehen gegeben hat.

Dass die Anwendung des Konzeptes abhängig von persönlichem Engagement einzelner ist und unabhängig von einer Koordination durch SPNs stattfinden kann, zeigt ein kleines Netzwerk der Stadt Hannover, das an dieser Stelle beispielhaft Erwähnung finden soll. Das Demenzkompetenzzentrum Heine-manhof hat sich unter Hilfenahme der entwickelten FIDEM Instrumente ein örtliches kleines Netzwerk mit einer Hausarztpraxis und Ergotherapie aufgebaut. In regelmäßigen Treffen dieses kleinen Netzwerkes besprechen die Akteur*innen einzelne Fälle und tauschen sich über aktuelle Entwicklungen aus.

6.2 Die Vermittlungsstruktur im Netzwerk

Ein fester Bestandteil des FIDEM Konzeptes ist das strukturierte Vorgehen anhand eines standardisierten Vermittlungspfades. Kennzeichnend für FIDEM ist die zugehende Vermittlung der Hausarztpraxis an nichtärztliche Unterstützungsangebote. Die Hausärztin oder der Hausarzt übernimmt für die Patientin/den Patienten eine Lotsenfunktion, indem sie bzw. er die Vermittlung an nichtärztliche Anbieter*innen durchführt.



Beginnend mit der Erstdiagnostik durch die Hausärztin/ den Hausarzt oder der Überweisung zur Sicherstellung der Diagnose an eine/n Fachärztin oder Facharzt, erfolgt in einem nächsten Schritt die Aufklärung der Patientin bzw. des Patienten über FIDEM und die nichtärztlichen Angebote der Akteur*innen in der Hausarztpraxis. Patient*innen und ihre Angehörigen können aus dem vorgestellten Netzwerk die für sie passenden Hilfen wählen. Die Vermittlung von Basisinformationen über die Patientin bzw. den Patienten an die/den ausgewählten Anbieter*in erfolgt per Fax. Eine von Patient*innen unterzeichnete Schweigepflichtentbindung sichert die Weitergabe von Patientendaten von der Hausarztpraxis an die weiteren Netzwerkpartner*innen und der Netzwerkpartner*innen untereinander datenschutzrechtlich ab. Die Aufklärung über FIDEM und die Einwilligung über die Weitervermittlung von Daten kann sowohl durch die Hausärztin bzw. den Hausarzt erfolgen als auch durch die/den MFA. Die jeweilige Zuständigkeit kann in der Hausarztpraxis festgelegt werden. Die/der informierte nichtärztliche Anbieter*in nimmt

daraufhin direkt Kontakt mit den Betroffenen auf. Die zugehende Arbeitsweise fördert eine zeitnahe Inanspruchnahme von unterstützenden Angeboten durch eine Verringerung von Barrieren bei der Kontaktaufnahme.

Nach erfolgter Kontaktaufnahme mit der Patientin/dem Patienten erhält die Hausarztpraxis eine Rückmeldung durch die/den Anbieter*in per Fax mit den notwendigen Informationen in dem dafür vorgesehenen Ausfüllfeld. Dies gilt auch für den Fall, wenn keine weitere Kontaktaufnahme erwünscht ist, eine Kontaktaufnahme zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen soll oder Unterstützungs-, Beratungsleistungen oder Therapiemaßnahmen abgelehnt werden. Zu einem gegebenen Zeitpunkt kann diese Ablehnung von Maßnahmen seitens der Hausarztpraxis mit den Betroffenen erneut thematisiert werden. Dieses Vorgehen sichert eine kontinuierliche transparente Betreuung der Betroffenen. Die Hausarztpraxis ist über die aktuelle Versorgungssituation des Betroffenen jederzeit informiert.

Die Anbieter*innen nichtärztlicher Leistungen im FIDEM- Kooperationsverbund können die Patientin/den Patienten per Fax auch untereinander weitervermitteln. So kann zum Beispiel die/der Ergotherapeut*in einen ersten Kontakt zu einem Angebot zur Unterstützung im Alltag herstellen oder die/der Pflegeberater*in kann die Ansprechpartner*in der Selbsthilfegruppe vor Ort kontaktieren. Auch in diesem Fall erhält die Hausärztin bzw. der Hausarzt unter Einsatz des Faxformulars Rückmeldung von den weitervermittelnden Anbieter*innen.

Die Zusammenarbeit der Netzwerkpartner*innen wird somit auf drei unterschiedlichen Wegen innerhalb des Vermittlungspfades gesichert:

- Die Kommunikation seitens der Arztpraxis zu den Anbieter*innen
- Die Rückmeldung der Anbieter*innen an die Arztpraxis
- Die Kommunikation der beteiligten Anbieter*innen untereinander

6.3 Informationsvermittlung per Fax

Als zentrales Instrument für die Informationsüberleitung von der Hausarztpraxis an die weiteren Netzwerkakteur*innen hat sich das Faxformular (s. Anlage) bewährt. Es ermöglicht eine schnelle Information an die Kooperationspartner*innen bei gleichzeitig geringem zeitlichem Aufwand. Zudem stellt es die schriftliche Dokumentation der eingeleiteten Maßnahmen sicher.

Das Faxformular ist ein einseitiges DIN A4 Dokument, das alle zentralen patientenbezogenen Daten enthält. Es gliedert sich in die Teile A „von der Arztpraxis auszufüllen“ und B „Rückmeldung an Arztpraxis“.

Teil A „Von der Arztpraxis auszufüllen“

Der erste Abschnitt des Dokuments enthält die notwendigen Angaben zur Patientin bzw. zum Patienten sowie der Angehörigen, die zur Kontaktaufnahme benötigt werden. Des Weiteren werden die (Verdachts-)Diagnose und Aufklärung über FIDEM einschließlich einer Vorlage der Schweigepflichtsentscheidung dokumentiert. Die Hausarztpraxis kennzeichnet die passenden demenzbezogenen Hilfsangebote, welche zusammen mit Patient*innen und Angehörigen besprochen wurden. Das Dokument wird an die entsprechenden Anbieter*innen zur Kontaktaufnahme weitergeleitet.

Teil B „Rückmeldung an die Arztpraxis“

Der zweite Abschnitt des Faxformulars wird von den Anbieter*innen zur Rückmeldung von Informationen an die Hausarztpraxis genutzt. Die Rückmeldung soll Angaben zur erfolgter Kontaktaufnahme und Besonderheiten enthalten. Auch wenn das Angebot seitens der Angehörigen oder Patient*innen

abgelehnt wird, erhält die Hausarztpraxis dies zur Kenntnisnahme. Bei einem späteren Aufsuchen der Praxis können Patient*innen und Angehörige gegebenenfalls noch einmal auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme eines Angebots angesprochen werden.

Aufgrund der Modellprojekterfahrung wird der Übermittlungsweg per Faxgerät empfohlen. Eine Abstimmung über den Kommunikationsweg in dem ersten Kooperationsgespräch ist sehr wichtig. Die Möglichkeit ein Faxformular zu empfangen und zu versenden muss für alle Akteur*innen gegeben sein. Alternative Kommunikationswege z.B. per E-Mail können je nach Netzwerk ebenso greifen.

6.4 Fördernde und hemmende Faktoren für eine gelingende Netzwerkarbeit

Die FIDEM Idee basiert auf der Vernetzung relevanter Akteur*innen im Feld der frühzeitigen Information und Hilfen für Menschen mit Demenz. Die FIDEM-Netzwerke haben eine doppelte Funktion. Sie sollen zum einen sicherstellen, dass sich die einzelnen Akteur*innen untereinander kennenlernen und über ihre jeweiligen Angebote austauschen, zum anderen sollen im Kontext der Netzwerke die konkreten Vermittlungsprozesse von betroffenen Patient*innen bzw. Angehörigen zu den einzelnen Anbieter*innen stattfinden. Insofern ist eine stabile und nachhaltige Netzwerkbildung ein zentrales Element des Projektes. Im Folgenden soll auf die Evaluationsergebnisse der konkreten Netzwerkarbeit in den beteiligten Regionen eingegangen werden:

Netzwerkgründung und Kontinuität

Im Anschluss an die Startphase des Projektes wurden in den drei Landkreisen insgesamt elf Netzwerke gegründet, die bis auf eine Ausnahme alle anvisierten Akteur*innen integrieren konnten. Die Netzwerke wiesen von Beginn an eine heterogene Struktur auf. Sie variierten sowohl in der Größe, der Anzahl teilnehmender Akteur*innen insbesondere der Hausarztpraxen sowie in der Integration von Selbsthilfe. Hier zeigte sich ein deutliches Stadt-Land-Gefälle, da in ländlichen Regionen Selbsthilfegruppen weniger zu finden sind.

	Region I				Region II				Region II		
Gesamtwert der NW (11)	4				4				3		
Anzahl der Akteur*innen	7	6	6	15	9	4	7	8	5	6	7
Beteiligung von Arztpraxen	2	1	0	4	1	1	2	4	1	1	1
Beteiligung von Selbsthilfe	X	/	X	X	/	/	/	/	/	/	/

Abb. Netzwerke in der Startphase

Zum Zeitpunkt der letzten Datenerhebung im April 2016 bestanden nach Aussagen der Koordinator*innen noch acht aktive Netzwerke, in denen weiterhin alle ursprünglich anvisierten Akteur*innen-Gruppen vertreten waren. Die Mitarbeit von Selbsthilfegruppen konnte in einigen Netzwerken im Laufe der Projektzeit sogar verbessert werden. In einem weiteren Fall wurde ein neues Netzwerk auf Initiative einer Arztpraxis gegründet, so dass zum Ende der Projektlaufzeit in den Modellregionen noch neun aktive Netzwerke im Sinne der FIDEM Idee tätig waren.

Arbeitsweise der Netzwerke

So unterschiedlich wie die Netzwerke selbst stellte sich auch deren Arbeitsweise dar. Die Auswertung der zur Verfügung stehenden Protokolle und Teilnahmelisten der Netzwerktreffen zeigt diverse praktische Umsetzungen der Netzwerkarbeit. So variiert die Anzahl der Treffen von zweimal jährlich bis zu alle sechs bis acht Wochen. In einem Landkreis wird ein übergreifendes Treffen aller Netzwerke etabliert. In den anderen Regionen finden die Treffen Einzelnetzwerkbezogen statt. Im Hinblick auf die konkrete Ausgestaltung zeigt sich also ein typisch heterogener Befund, der verdeutlicht, dass die Netzwerke im Sinne teilautarker Gebilde im Verlauf selbst bestimmen, welche Arbeitsweisen sinnvoll sind.

Thematische Vielfalt und konkreter Ablauf der Treffen

Thematisch befassen sich die Akteur*innen in den Netzwerktreffen zum einen mit Informationen und Neuerungen rund um das Thema der Demenz und mit der Vorstellung ihrer jeweiligen Angebote und Dienstleistungen sowie zum anderen mit strategischen Fragen zur weiteren Ausgestaltung der Zusammenarbeit wie z.B. der Öffentlichkeitsarbeit. In einigen Netzwerken werden Fallbesprechungen durchgeführt. In einem Netzwerk werden Problematiken von involvierten pflegenden Angehörigen zur Sprache gebracht. Ein zentraler Effekt der Netzwerkgruppen ist der gegenseitige Austausch „... der kurze Dienstweg ...“ und die darüber stattfindende Ausweitung der jeweils eigenen beruflichen Kontakte der Teilnehmer*innen. Eine Akteurin beschreibt ihren Eindruck zusammenfassend:

Also was wirklich geholfen hat in den Netzwerken war, dass man so voneinander erfahren hat. ... Also insgesamt finde ich die Zusammenarbeit gut. Wir haben uns kennengelernt, obwohl ich viele Leute vorher natürlich auch schon kannte, aber dass man so einfach noch mal gehört hat, was gibt es eigentlich (an Angeboten, d. V.)

Hier zeigt sich, dass in den FIDEM Netzwerken bereits bestehende berufliche Kontakte noch einmal vertieft werden konnten. Der Effekt reicht damit über die eigentliche FIDEM Idee hinaus. Durch wechselnde Örtlichkeiten bei den Treffen, konnten die Teilnehmer*innen zudem andere Einrichtungen konkret kennenlernen. Dadurch kam es zu kurzen Wegen bei der Weitervermittlung von Klient*innen. So wurde bspw. berichtet, dass sich zwei konkurrierende Anbieter*innen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag gegenseitig Klient*innen zuwies, um z.B. bei terminlichen Schwierigkeiten jeweils Angebote vorhalten zu können. Damit trägt die Netzwerkarbeit – so die Teilnehmer*innen einer Gruppendiskussion – auch zum Abbau von Konkurrenzdenken bei. Durch die interdisziplinäre Besetzung der Netzwerke konnten zudem auch Barrieren zwischen den einzelnen Professionen abgebaut werden.

Im Hinblick auf die fördernden Faktoren für eine gelingende Netzwerkarbeit lassen sich folgende Aspekte herausarbeiten:

Inhaltliche Relevanz des FIDEM Konzeptes

FIDEM basiert auf der Idee Menschen mit beginnender Demenz frühzeitig und proaktiv den Zugang zu Unterstützung und Hilfe zu bahnen. Diese Grundidee wird von allen befragten Akteur*innen einhellig als positiv hervorgehoben und war für sie ausschlaggebend, sich im Netzwerk zu beteiligen. Eine Probandin beschreibt das folgendermaßen:

Ich finde es wichtig, dass schon sehr früh was getan wird, dass auch schon sehr früh dieses Problem (Demenz, d.V.) erkannt wird und dass man auch da schon vielleicht einlenken kann, um die Situation noch so lange wie möglich erträglich zu machen.

wissenschaftliche Begleitforschung

Zusätzlich zur Frühzeitigkeit wird auch der proaktive Charakter der Intervention durch eine andere Probandin hervorgehoben:

*Das Interessante an FIDEM, ..., ist ein Stück weit diese zugehende Hilfe also ich krieg die Diagnose und krieg einen Flyer von der Alzheimergesellschaft in die Hand gedrückt und dann rufen sowieso von 100 Personen nur drei an, sondern es würde dann ja anders gehen... und man ruft dann (als Berater*in, d.V.) selber an bei Familie Müller und sagt: wir haben gehört und so. Das finde ich ein total tolles und innovatives Konzept.*

Neben der jeweils individuellen Hilfe, die für Betroffene und ihre Angehörigen durch die Netzwerkakteur*innen eingeleitet bzw. angeboten wird, kann aus Sicht einer weiteren Probandin auch ein gesellschaftlicher Effekt erreicht werden.

Die Demenz muss erst mal gesellschaftsfähig werden und über das Projekt FIDEM, weil es ganz früh greift und verschiedene Personen daran beteiligt sind, könnte man ... erreichen, dass es angenommen wird.

Es wird deutlich, dass die inhaltlichen Ziele von FIDEM vor dem zum Teil langjährigen Erfahrungshintergrund der Befragten im Kontext der Versorgung von Menschen mit Demenz Bestand haben. Die Interventionsidee als solches wird sehr positiv beurteilt und trifft nach Aussagen der Proband*innen absolut den Bedarf der anvisierten Zielgruppe.

Dabei ist es wichtig, FIDEM als generelle Interventionsidee zu verstehen und weniger als ein Projekt. Die Evaluationsergebnisse zeigen nämlich, dass der projekthafte Charakter zu der Annahme geführt hat, es handele sich um ein zeitlich begrenztes Vorhaben, welches nach Abschluss der Modellphase wieder eingestellt werden sollte. Hier sollte deutlich herausgearbeitet werden, dass es sich bei FIDEM um eine Erweiterung üblicher Versorgungsmuster für Menschen mit Demenz handelt und eben nicht um einen statischen Projektansatz. Das bedeutet auch, dass es nicht darum gehen kann, Verfahrensweisen aus der FIDEM Konzeption strikt 1:1 umzusetzen, sondern dass sich sowohl auf der Ebene der Netzwerkbildung als auch im konkreten Vermittlungsprozess von Klient*innen Variationen herausbilden können, die für das jeweilige Netzwerk praktikabel erscheinen. So nutzten beispielsweise beteiligte Arztpraxen anstatt des vorgesehenen Faxformulars Rezeptvordrucke zur Weiterleitung von Klient*innen. Allerdings kann hier aufgrund der Erfahrungen der Modellphase die Empfehlung gegeben werden, veränderte Verfahrensweisen im Netzwerk abzustimmen. Zudem bewährt sich in aller Regel gerade in der Anfangsphase ein strukturiertes und erprobtes Vorgehen.

Gute Vorbereitung der Startphase

Die Gründung der Einzelnetzwerke in den Regionen war Bestandteil der jeweiligen Informationsveranstaltungen zum Start des Projektes und wurde vom Projektträger LVG & AFS initiiert. Dies erwies sich einerseits als sinnvoll, da sich die Akteur*innen zeitnah zur Information über das Projekt zusammenfinden und sofort mit der Netzwerkbildung beginnen konnten ohne weitere aufwendige Terminvereinbarungen treffen zu müssen. Gleichwohl lag hierin andererseits auch eine Herausforderung, die eine Teilnehmerin wie folgt beschreibt:

Diese Auftaktveranstaltung habe ich als sehr schnell empfunden und es war wenig Zeit, um Sachen zu verarbeiten, um das Ganze an sich zu verstehen. Dann ging es direkt in die Gruppen (gemeint sind Kleingruppen zur Netzwerkbildung, d.V.) und in diesen Gruppen wusste auch so recht keiner, da war dann auch keiner, der sagen konnte: jetzt machen wir das, jetzt machen wir das, jetzt machen wir das. Das war von Anfang an zu sehr in Selbstverwaltung.

wissenschaftliche Begleitforschung

Hier zeigt sich der Wunsch nach einer strukturierteren Moderation der ersten Gesprächsrunde. So erscheint es sinnvoll, den sich bildenden Netzwerkgruppen, die sich im Rahmen der Informationsveranstaltung zusammenfinden jeweils ein/e FIDEM erfahrene/r Moderator*in zur Verfügung zu stellen, der/die sicherstellt, dass alle Netzwerkteilnehmer*innen die FIDEM Idee richtig verstehen, in der Gruppe mit ihren Fragen zu Wort kommen und das erste Folgetreffen der neu gegründeten Netzwerke verbindlich terminiert wird.

Vorbereitete Moderation der Netzwerktreffen

Insgesamt zeichnete sich ab, dass nur wenige Netzwerke wirklich autark und ganz ohne Unterstützung der Koordinator*innen der SPN auskommen. Dies gelang immer dann, wenn sich jemand „den Hut aufsetzt“ wie die Proband*innen berichteten, es also zu einer aktiven Verantwortungsübernahme einer oder mehrere Personen für den FIDEM-Prozess kam. In diesen Fällen konnte sich der/die Koordinator*in des SPN weitgehend aus der Organisation und Durchführung der Netzwerktreffen zurückziehen.

Die Praxis der meisten Netzwerktreffen zeigt demgegenüber einen rotierenden Wechsel sowohl der Örtlichkeiten des Treffens als auch der verantwortlichen Moderation. Eine Teilnehmerin beschreibt ihre Erfahrungen in unterschiedlichen Netzwerkgruppen wie folgt:

Wer dann ausführend das Treffen geplant hat, hat dann tatsächlich auch moderiert und das war gut, dann ging das dann auch, das war ja strukturiert. Da wurden dann manche Dinge auch abgebrochen. Dass dann gesagt wurde, dann gucken wir jetzt mal hier drauf, das ist eigentlich unser Thema. ...

In anderen (Gruppen, d. V.) war es leider so, ja sehr unverbindlich. ... Es wollte keiner irgendwie zuständig sein. Es wollte eben keiner den Hut haben und entsprechend wurde es dann eben auch... da kam es dann auch zu Themen die eigentlich nicht dazu gehören.

Es wird deutlich, dass die Moderation von Netzwerken mit unterschiedlichen Akteur*innen eine komplexe Aufgabe darstellt. Unterschiedliche Akteur*innen mit zunächst einmal auch unterschiedlichen Interessenslagen treffen hier aufeinander. Bestehen zwischen einigen Akteursgruppen schon seit längerem etablierte Beziehungen, ist dies förderlich für die Nachhaltigkeit der Netzwerke. Dies gilt jedoch zumeist nicht für die Einbindung von Hausarzt- und ggf. auch Ergotherapiepraxen, die als privatwirtschaftliche Unternehmen operieren und daher im Hinblick auf den Ressourceneinsatz zunächst zurückhaltend reagieren. Auch der Konkurrenzaspekt zwischen den Anbietern ist nicht zu vernachlässigen. So wurde bspw. in einem Fall deutlich, dass einzelne Akteur*innen die Idee einer gemeinsamen FIDEM Strategie ihren eigenen Interessen unterordnen, das Netzwerk zwar als Austauschort von Informationen schätzen, aber keine Weitervermittlung von Klient*innen anberaumen. Es zeigt sich deutlich, dass das Ziel, die Netzwerke in eine nachhaltige selbstgesteuerte Funktion zu bringen, langfristiger Unterstützung bedarf.

In Anbetracht der Evaluationsergebnisse scheint bspw. das Angebot einer spezifischen Moderationsschulung für die Mitglieder zukünftiger Netzwerke angebracht. Zudem scheint auch die häufig wechselnde Verantwortlichkeit für die Netzwerktreffen eher kontraproduktiv zu sein, so dass in Absprache mit dem/der zuständigen Koordinator*in des SPN ein längerer Verantwortungszeitraum für die Netzwerkmoderation anzuraten ist.

Frühzeitige konkrete Fallvermittlung

Wichtig für einen motivierenden Netzwerkprozess ist ein möglichst frühzeitiger Einstieg in eine konkrete Vermittlung von Praxisfällen. Hierauf sollte viel Wert gelegt werden, da sich gezeigt hat, dass ansonsten der Eindruck der Netzwerkarbeit als Selbstzweck entstehen könnte. Dies zeigt sich dann als hinderlich für einen nachhaltigen Ressourceneinsatz der Mitglieder. Eine Probandin beschreibt das folgendermaßen:

Wir haben brav unsere Netzwerktreffen gemacht, wir haben tolle Ideen aber wenn im Einzelfall nichts weitervermittelt wird, kann das Ganze nicht zum Leben erweckt werden (Zitat Netzwerkakteurin).

Im Rahmen der Evaluation zeigte sich in diesem Kontext eine besondere Problematik für die beteiligten Ergotherapeut*innen, die für die geforderte Zusatzqualifikation demenzspezifischer Ergotherapie auf Praxisfälle angewiesen waren und durch eine schleppend anlaufende Verordnung von Ergotherapie diese zum Teil nicht absolvieren konnten. Hier sollte in Zukunft auf eine Entkoppelung der FIDEM Idee von der Weiterbildung für Ergotherapeut*innen geachtet werden und es sollten nur bereits spezifisch qualifizierte Ergotherapeut*innen in die Netzwerkarbeit integriert werden.

Teilnahmecontinuität der Hausarztpraxen

Eine zentrale Herausforderung durchzieht alle erhobenen Befunde zur Netzwerkarbeit. Sie betrifft die Teilnahmecontinuität der Hausarztpraxen. Waren in der Startphase bis auf eine Ausnahme in allen Netzwerken auch Vertreter*innen aus Hausarztpraxen involviert, so kam es im Verlauf der Projektzeit sukzessiv zum Rückzug einiger Hausärzt*innen und MFA aus der praktischen Netzwerkarbeit. Dies ist insofern problematisch, da die Konzeption von FIDEM vorsieht, dass die Vermittlung von Patient*innen mit frühen Formen der Demenz an weitere Netzwerkpartner*innen durch die Hausärztin bzw. den Hausarzt initiiert wird. Insofern bedauern die anderen Netzwerkpartner*innen diese Entwicklung. Eine Probandin meint dazu:

*Das Problem aus meiner Sicht ist einfach, dass in diesen Arbeitsgruppen zu wenig Hausärzt*innen mitarbeiten.*

Hierfür wurden von Seiten der Befragten unterschiedliche Gründe ins Feld geführt. Zunächst stellt sich für die generalistisch arbeitende Ärzteschaft die Versorgung von Menschen mit Demenz als ein Themenbereich unter vielen anderen dar. Während sich alle anderen Akteur*innen im engeren Sinne zumindest auf den Bereich pflegebedürftiger Menschen fokussieren, umfasst das Aufgabenfeld einer Hausarztpraxis in aller Regel ein wesentlich weiteres Spektrum an Diagnosen und Problematiken. Daran anknüpfend ist eines der Hauptargumente für das eingeschränkte Engagement der Praxen, dass nicht genügend zeitliche Ressourcen zur Verfügung stehen. Dies bezieht sich zum einen auf die kontinuierliche Teilnahme an den Netzwerktreffen, die – obwohl diese in einigen Netzwerken im Hinblick auf die Bedürfnisse der niedergelassenen Hausarztpraxen nur Mittwoch nachmittags stattfanden – im Verlaufe des Projektes stark rückläufig war.

Zum anderen wird auf den zumeist zeitintensiven Vermittlungsprozess der an Demenz erkrankten Menschen verwiesen. Ein Interviewauszug mit einer aktiven FIDEM Ärztin verdeutlicht die hohen Anforderung an die Hausärzt*innen:

Also, es ist ja auch so eine Frage des Feingefühls. Also, wenn da jemand vorne (in der Anmeldung, d.V.) ins Stottern kommt, kann ich ja nicht aus der Tür treten und sagen: wissen sie was, ich mach jetzt mal einen Demenztest. ... Manchmal warte ich auch den Augenblick ab, wo es mir günstig erscheint den nächsten Schritt zu wagen. ... Es gibt ja auch Patienten, die sehr abwehrend sind und gerade bei der Demenz ist es sehr typisch, dass sie ja selber das Problem von sich aus nicht benennen.

wissenschaftliche Begleitforschung

Hier zeigt sich, dass sich ein Vermittlungsprozess im Sinne des FIDEM Konzeptes nicht immer einfach darstellt und daher von einigen teilnehmenden Ärzt*innen als zu große Arbeitsbelastung gewertet wurde, für die es zudem – laut Aussagen von Proband*innen - keine gesonderte Abrechnungsziffer gibt, die ein Äquivalent für den Aufwand darstellen könnte. Dass es im Kontext des FIDEM Vermittlungsprozesses mindestens mittelfristig zu einer Arbeitserleichterung z.B. durch die Verhinderung von Drehtüreffekten durch eine angemessene Unterstützung und Beratung kommen kann, wurde von einigen Projektärzt*innen nicht realisiert.

Eine Probandin erläuterte die gemeinsame Intervention auch als Möglichkeit therapeutischer Machtlosigkeit positiv zu begegnen:

... wir haben seit Anfang des Jahres überhaupt das erste Mal eine Frühbetroffenengruppe, die sich gefunden hat. ... ein Gesprächskreis, den wir fachlich begleiten und wo die Ärzte dann auch merken, es kann ja was gemacht werden. Wir können nicht heilen, aber sie müssen es auch nicht alleine durchstehen.

Eine weitere Herausforderung bestand in einer verkürzten Sicht auf das FIDEM Konzept. So setzten einige Projektärzt*innen FIDEM mit der Verordnung von Ergotherapie gleich und standen dieser Maßnahme deshalb kritisch bis ablehnend gegenüber, weil die Rezeptierung von Ergotherapie budgetrelevant ist und von den betreffenden Ärzt*innen bei Überschreiten des Budgets Regressforderungen befürchtet wurden.

Insgesamt lässt sich jedoch resümieren, dass auch die ärztlichen Netzwerkpartner*innen den FIDEM Ansatz positiv beurteilen. Es wurde deutlich, dass in aller Regel das im Verlauf gesunkene Engagement der hausärztlichen Praxen nicht an der Beurteilung des Projektes an sich oder an einem generellen Mangel an intrinsischer Motivation lag, sondern vornehmlich an als limitierend empfundenen Rahmenbedingungen.

Zusammengefasst verdeutlichen die Evaluationsergebnisse der Netzwerkarbeit die Komplexität und die Anfälligkeit solcher Netzwerke, die zu einem erheblichen Teil vom Engagement einzelner Personen getragen werden. Ebenso wird ein Licht auf die unterschiedlichen Handlungslogiken der Akteur*innen geworfen, die mit dem SGB V und dem SGB XI strukturell in unterschiedlichen Handlungsfeldern agieren, deren Logiken nicht ohne weiteres zueinanderpassen.

wissenschaftliche Begleitforschung

Für eine erfolgreiche Netzwerkarbeit können aufgrund der Ergebnisse folgende Empfehlungen gegeben werden.

Gelingensbedingungen

Im Kontext der Senioren- und Pflegestützpunkte

- Aufgabenwahrnehmung Care Management
- Definierte Zeitressourcen für FIDEM
- Offenes Verständnis vom Netzwerken
- Unterstützungsstruktur auf Landesebene/Arbeitskreis

Im Kontext der konkreten Netzwerkarbeit

- Bedarfsgerechte Unterstützung der Netzwerke durch die Koordinator*innen
- Verantwortungsübernahme von Netzwerkteilnehmern
- Angebot einer Moderationsschulung für Netzwerker (z. B. durch die landesweite Koordination)
- Konkrete Fallbearbeitung



Gelingensbedingungen

Im Kontext der Hausarztpraxen

- Demenz als zentrales/„verstecktes“ Thema mehr verdeutlichen
- Unterstützung der FIDEM-Praxen auf der Ebene der Verbände
- Ggf. persönliche Akquise der Hausarztpraxen durch die SPN's
- Verdeutlichung des Effektes/der Entlastung für die Praxis
- Konzeptionelle Entkopplung mit der Rezeptierung von Ergotherapie
- Vermehrter Einbezug der MFA's/Demenzbeauftragte der Praxis/VERAH
- Vereinfachung des Verfahrens/Akzeptanz für Varianten
- Fortbildungspunkte für Netzwerktreffen



7. FIDEM ORGANISATIONSTRUKTUR AUF DER LANDESEBENE

Im Modellprojekt FIDEM II sind Voraussetzungen auf der Landesebene geschaffen und Vereinbarungen getroffen worden, die eine Umsetzung in den Regionen vorstrukturieren und erleichtern.

7.1 Qualifizierung der Koordinator*innen

Die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG&AFS) bietet in ihrem Fortbildungsprogramm CAREalisieren eine Basisfortbildung „Gemeinsam Demenz begegnen“ für (zukünftige) FIDEM Koordinator*innen in Hannover an (siehe Anhang¹⁵). Bei Bedarf können diese Fortbildungen auch an anderen Orten organisiert werden.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung fand eine Evaluation von fünf Fortbildungen mittels einer quantitativen Befragung per Fragebogen statt. Sie diente dazu zu eruieren, inwieweit ein Interesse an einer späteren Umsetzung der FIDEM Idee besteht und ob die konzipierte Fortbildung sowohl inhaltlich als auch organisatorisch zielführend ist, um Interessent*innen für FIDEM zu gewinnen und grundlegend zu schulen.

Die Ergebnisse zeigen, dass das Fortbildungsangebot mit viel Interesse aufgenommen wurde. Alle anvisierten Termine konnten stattfinden. Zum Zeitpunkt der Untersuchung hatten insgesamt 49 Personen an den Seminaren teilgenommen. 41 ausgefüllte Fragebögen standen zur Auswertung zur Verfügung. Von ihnen waren 30 Teilnehmer*innen bereits in der Pflege- und Seniorenberatung oder im Senioren- und Pflegestützpunkt tätig. Die Hauptzielgruppe wurde also erreicht. Die Koordinationstreffen der Mitarbeiter*innen der Senioren- und Pflegestützpunkte sowie kollegialer Austausch trugen am häufigsten dazu bei, die potentiellen Protagonist*innen auf FIDEM aufmerksam zu machen. Hier zeigt sich der Wert einer landesweiten Vernetzung der Senioren- und Pflegestützpunkte.

Die Teilnehmer*innen sehen in der Zukunft einen steigenden Bedarf von Angeboten für Menschen mit Demenz und erhoffen sich durch FIDEM eine frühzeitigere Beratung und schnellere Vermittlung der Betroffenen und deren Angehörige an Betreuungs- und Entlassungsangebote. FIDEM wird mehrheitlich als diesbezüglich zielführende Strategie bewertet. Des Weiteren erhoffen sich die Teilnehmer*innen eine förderliche Kooperation mit den Hausärzt*innen sowie einen verbesserten fachlichen Austausch. Die Kooperation mit den Hausärzt*innen wird gleichsam auch als größte Hürde in der Umsetzung gesehen. Zudem bestehen Befürchtungen hinsichtlich der personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen, um FIDEM umsetzen zu können. Auch könne die Zusammenarbeit und Vernetzung aller Beteiligten durch Konkurrenz innerhalb des Netzwerkes gestört werden.

Die angebotene Fortbildung wurde von den Teilnehmer*innen sowohl inhaltlich als auch organisatorisch sehr positiv bewertet. Die zur Verfügung gestellten Materialien wurden besonders gelobt. 27 Teilnehmer*innen zeigten sich nach der Fortbildung direkt motiviert, FIDEM in der Praxis umzusetzen. Knapp die Hälfte der Teilnehmer*innen wünschte sich jedoch noch mehr Information und Anleitung für die Umsetzung in die Praxis und einen fortlaufenden Austausch. Insbesondere die Rolle der Koordinator*innen sollte noch deutlicher herausgearbeitet werden.

wissenschaftliche Begleitforschung

¹⁵ Das Fortbildungsprogramm CAREalisieren ist unter: www.gesundheit-nds.de online abrufbar.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Fortbildungsstrategie als zielführend zur Verbreitung der FIDEM Idee angesehen werden kann. Die Teilnehmer*innen schätzen sowohl das Potential von FIDEM als auch die Herausforderungen realistisch ein. Die Fortbildung konnte verdeutlichen, dass die Komplexität von Netzwerkarbeit mit unterschiedlichen Akteur*innen ein langfristig hohes Engagement der Koordinierenden und aller Beteiligten braucht. Zudem konnten wichtige Impulse zur Verstetigung der Netzwerkarbeit wie der Arbeitskreis FIDEM abgeleitet werden.

wissenschaftliche Begleitforschung

Bei Interesse an das Fortbildungsangebot „Gemeinsam Demenz begegnen“ kontaktieren Sie bitte die LVG&AFS (Ansprechpartnerinnen: Birgit Wolff, Tanja Sädtler) www.gesundheit-nds.de.

7.2 Arbeitskreis FIDEM

Die LVG&AFS organisiert einmal jährlich ein Arbeitskreistreffen von FIDEM Koordinator*innen in Hannover. Der Arbeitskreis bietet einen intensiven Praxisaustausch und fachliche Reflexion des eigenen Vorgehens sowie weiteren Input zur Umsetzung und Evaluierung des FIDEM Konzeptes. Der jeweilige Termin wird zuvor mit dem interessierten Teilnehmerkreis abgestimmt. Die Einladung wird ca. vier Wochen vor dem Treffen per E-Mail verschickt. Jede/r Teilnehmende erhält im Anschluss ein Kurzprotokoll der Sitzung.

Bei Interesse an dem Arbeitskreis FIDEM Niedersachsen kontaktieren Sie bitte die LVG&AFS (Ansprechpartnerinnen: Birgit Wolff, Tanja Sädtler) www.gesundheit-nds.de.

7.3 Rolle und Aufgaben der Bezirksstellen der Ärztekammer Niedersachsen

Die Ärztekammer Niedersachsen, die in elf Regionen mit Bezirksgeschäftsstellen vertreten ist, fördert die ärztliche Fortbildung vor Ort. Sie unterstützt bei der Umsetzung von FIDEM Aktivitäten in einer Region auch die Fortbildung der Ärzt*innen und der MFA mit folgenden Maßnahmen:

- Es werden Räumlichkeiten für die Fortbildungen der beiden Berufsgruppen zur Verfügung gestellt.
- Die Suche nach geeigneten Fachärzt*innen für Neurologie und Psychiatrie wird unterstützt.

Nach Absprache stellt die zuständige Bezirksstelle ggf. eine Adressliste aller niedergelassenen Allgemeinmediziner*innen und Internist*innen zur Verfügung. Ebenfalls nach Absprache übernehmen einzelne Bezirksstellen ggf. Anschreiben an die Arztpraxen.

<https://www.aekn.de/aekn-vor-ort/>

Die Ärztekammer Niedersachsen ist auch für die Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen zuständig. Dort können die Fortbildungspunkte für Informationsveranstaltungen sowie für die Netzwerktreffen und andere Veranstaltungen beantragt werden.

<https://www.aekn.de/nc/fortbildung/>

7.4 FIDEM Broschüre und andere Materialien

Im Rahmen der zweiten Modellerprobung ist eine Broschüre für die Arztpraxis entstanden. Diese Broschüre wurde speziell für die niedergelassene Arztpraxis entwickelt und informiert über die strukturierte Vernetzungsmöglichkeit mit nichtärztlichen Unterstützungsangeboten in FIDEM. Gleichzeitig werden die sich ergebenden Besonderheiten von demenzerkrankten Patient*innen im Praxisalltag thematisiert. Ärzt*innen sowie die MFA erhalten Möglichkeiten aufgezeigt den Praxisbesuch für Menschen mit Demenz zu vereinfachen sowie die Zusammenarbeit ihnen und ihren Angehörigen präventiv ausgerichtet zu gestalten.

Die Broschüre kann an alle Praxen einer FIDEM-Region verschickt werden. Pro Einzelpraxis können drei Exemplare zur Verfügung gestellt werden, damit die Ärzt*innen sowie die MFA unabhängig voneinander darauf zurückgreifen können.

Tipp für die Koordinator*innen:

In die Broschüre kann eine einseitige Information über relevante Anbieter*innen und Akteur*innen in der Demenzversorgung einer Region eingelegt werden.

Die Broschüre kann bei der LVG&AFS bezogen werden oder als PDF heruntergeladen und verschickt werden.

http://www.gesundheit-nds.de/images/pdfs/Fidem-Broschur_web.pdf

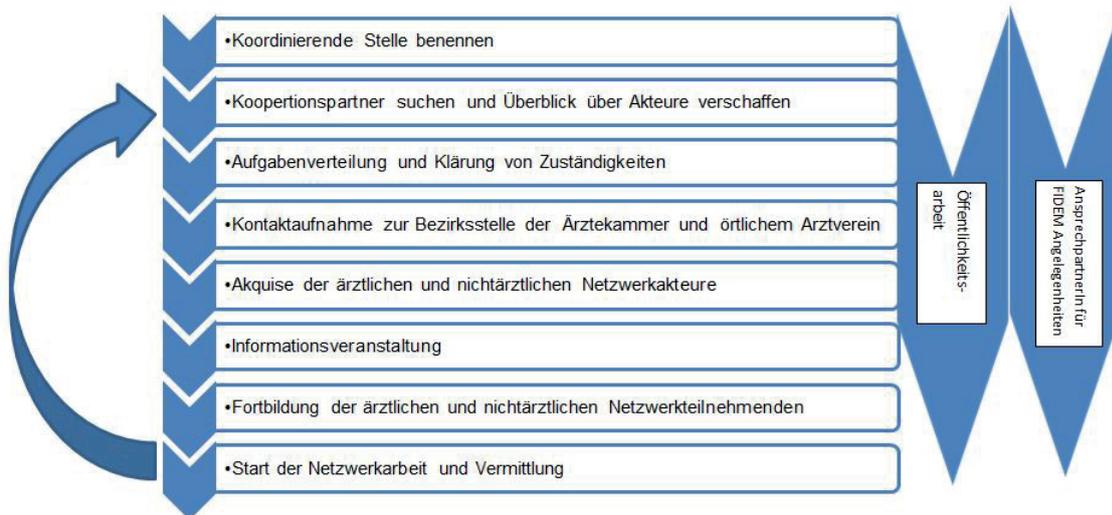
Alle Materialien für die Planung, Umsetzung und Gesamtkoordination von FIDEM in einer Region sind als Download auf der Homepage der LVG&AFS eingestellt. Dazu gehören Arbeitsmaterialien für die Koordination, für die Hausarztpraxis, für die Fortbildung der Hausärzt*innen und der MFA und der nichtärztlichen Anbieter*innen sowie allgemeine Informationen.

<http://www.gesundheit-nds.de/index.php/arbeitschwerpunkte-lvg/innovation-in-der-gesundheitsversorgung/526-modellprojekt-fidem-2>

8. LEITFADEN ZUR UMSETZUNG DES FIDEM KONZEPTE

Um das FIDEM Konzept umzusetzen bedarf es im Vorfeld einiger gezielter Handlungsschritte. Die Modellerfahrungen haben gezeigt, dass es sinnvoll ist, das Vorgehen anhand eines bestimmten Ablaufes zu strukturieren. Dieser Ablauf kann für die Akquise neuer Netzwerke wiederholt erfolgen (z.B. nach zwei Jahren).

FIDEM Ablaufstruktur



Koordinierende Stelle benennen

Für den Aufbau und die Koordination von Netzwerken in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt bedarf es eine/r festen Ansprechpartner*in. Diese/r muss für die Aufgaben der Koordination über die entsprechenden Ressourcen verfügen oder diese bereitgestellt bekommen. Abhängig von der Größe einer kommunalen Gebietskörperschaft gilt als Richtwert der zeitliche Umfang von bis zu einer halben Stelle für die Akquise- und Implementierungsphase. Danach ist mit einer Reduzierung zeitlicher Ressourcen zu rechnen. Die koordinierende Stelle beginnt mit der Initiierung von FIDEM und leitet die ersten Schritte ein. Die Koordination muss nicht zwangsläufig von einer Person erfolgen. Es ist denkbar diese Aufgabe auf mehrere Personen mit festzulegenden Zuständigkeiten zu verteilen.

Kooperationspartner*innen suchen und Überblick über die Akteur*innen verschaffen

Ein FIDEM Netzwerk besteht in seiner Grundzusammensetzung aus Hausarztpraxen, Pflegeberater*innen der gesetzlichen Pflegekassen und privaten Pflegeversicherungsunternehmen sowie Anbieter*innen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, Akteur*innen aus der Selbsthilfe und Ergotherapiepraxen. Über diese Angebote sollte sich zunächst mit Hilfe einer Recherche im regionalen Umfeld ein Überblick verschafft werden. Unterstützend bei der Zusammenstellung der möglichen Netzwerkakteur*innen können folgende Organisationen und Verzeichnisse sein:

Niedergelassene Arztpraxen für Allgemeinmedizin und von Internist*innen	Ärzttekammer, regionale Arztvereine, Hausarztverband
Pflegeberatung	(Senioren- und) Pflegestützpunkte, gesetzliche Pflegekassen, COMPASS
Demenspezifische Beratungsstellen	Alzheimer Gesellschaft (http://www.alzheimer-niedersachsen.de/regionalegruppen.htm), Demenzberatungsstelle, gerontopsychiatrische Beratungsstelle im Sozialpsychiatrischen Verbund
Angebote zur Unterstützung im Alltag	Übersicht der anerkannten Anbieter*innen beim Landesamt für Soziales, Jugend und Familie in Niedersachsen (http://www.ms.niedersachsen.de/startseite/themen/pflege/pflegeversicherung/ms_pflege_angebote_zur_unterstuetzung/angebote-zur-unterstuetzung-im-alltag-153311.html)
Selbsthilfe	Selbsthilfekontaktstellen in Niedersachsen (http://www.selbsthilfe-buero.de/index.php?id=122)
Ergotherapie	Deutscher Verband der Ergotherapie (DVE) (https://www.dve.info/), Gelbe Seiten

Generell sollten zusätzlich weitere mögliche Netzwerkpartner*innen einbezogen werden, die mit dem Thema Demenz Kontakt haben und gemeinsame Interessen hinsichtlich der Versorgung und Betreuung verfolgen. Auch potentielle Unterstützer*innen ohne direkte Mitarbeit im Netzwerk sind wichtig.

Folgende Fragen stehen dabei im Vordergrund

- Wer beschäftigt sich im unmittelbaren Umfeld mit dem Thema Demenz?
- Wer könnte für das Netzwerk wichtig sein? Wer hat gute Möglichkeiten für die Verbreitung von Informationen? Wer ist auf kommunaler Ebene mit einzubeziehen?
- Mit wem besteht bereits eine gute Zusammenarbeit? Sind persönliche Kontakte vorhanden? Wer kann vermitteln?
- Bestehen bereits Strukturen, die für eine Verbesserung bei der Versorgung von Menschen mit Demenz sorgen (Arbeitskreise, Demenzservicezentren, Gedächtnisambulanzen, etc.)?

Aufgabenverteilung und Klärung von Zuständigkeiten

Von Anfang an sollten feste Zuständigkeiten bei der Koordination von FIDEM festgelegt werden – wer übernimmt die Verantwortung für welchen Bereich? Dies schafft Verbindlichkeiten und eine Aufgabenteilung entzerrt gleichzeitig die Arbeitsbelastung einzelner. Generell ist anzuraten, die Koordination von FIDEM nicht nur in den Aufgabenbereich einer einzelnen Person zu legen. Bei Abwesenheit ist somit eine Vertretung gewährleistet.

Kontaktaufnahme zu den Bezirksstellen der Ärztekammer und örtlichen Arztvereinen

Für die Fortbildungen und die Vernetzung der Ärzt*innen sowie der MFA sind die Bezirksstellen der Ärztekammer und die örtlichen Arztvereine zuständig. Eine frühzeitige Kontaktaufnahme zu diesen Einrichtungen ist wichtig, um eine möglichst hohe Teilnahme von Hausarztpraxen an dem FIDEM Konzept zu erzielen. Je nach Absprache können durch die Bezirksstellen und örtlichen Arztvereine unterschiedliche Unterstützungsmöglichkeiten bei der Akquise und Fortbildung der Hausarztpraxen erfolgen.

Folgende Bereiche sollten angesprochen und abgestimmt werden

- Die Abstimmung über einen Termin für die ärztliche Fortbildung und die Fortbildung der medizinischen Fachangestellten
- Die Bereitstellung von Räumlichkeiten für die Fortbildung der Hausärzt*innen und MFA
- Die Vermittlung oder die Bereitstellung von Referent*innen zur Vermittlung von ärztlichen Anteilen in der Fortbildung
- Die Verschickung der Akquiseanschriften mit dem jeweiligen Logo oder die Bereitstellung der Adressen zu Verschickung
- Die Vorstellung des FIDEM Konzeptes bei den jeweiligen Zusammenreffen der Mitglieder

Akquise der ärztlichen und nichtärztlichen Netzwerkakteur*innen

Sobald die Recherche über die Kontaktdaten der Netzwerkpartner*innen abgeschlossen ist, werden die Akquiseanschriften (siehe Anhang) an die jeweiligen Akteur*innen verschickt. Die Akteur*innen werden in diesem Anschreiben darum gebeten, ihr Interesse an einer Informationsveranstaltung zu bekunden. Bei vorhandenem Interesse erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt die Einladung. Bereits ab der Verschickung der Anschreiben sollte eine ständige Bereitschaft zur Beantwortung von möglichen Nachfragen gewährleistet sein. Des Weiteren sollte das Rückmeldemanagement der Interessensbekundungen organisiert sein. Hausarztpraxen erhalten zusätzlich zu dem Akquise Anschreiben die Informationsbroschüre „Frühe Information und Hilfe bei Demenz“. Diese ist bei der LVG&AFS erhältlich. <http://www.gesundheit-nds.de/index.php/arbeitschwerpunkte-lvg/innovation-in-der-gesundheitsversorgung/526-modellprojekt-fidem-2>

Informationsveranstaltung

Die Informationsveranstaltung dient der Information über FIDEM und ist zeitgleich das erste Netzwerktreffen der regionalen Akteur*innen. Insgesamt sollte dafür ein Zeitraum von zwei Stunden nicht überschritten werden und vorzugsweise, aufgrund von regulären Praxisöffnungszeiten, an einem Mittwochnachmittag oder Samstag stattfinden.

Im Vorfeld sind folgende Einzelheiten abzuklären

- Welche Räumlichkeit bietet die Möglichkeit sowohl für ein großes Zusammentreffen, als auch für einzelne Netzwerktreffen in kleineren Räumlichkeiten?
- Welche regional bedeutsame Person kann die Begrüßung übernehmen?
- Welche einzelnen Akteur*innen können die unterschiedlichen nichtärztlichen Angebote im FIDEM Netzwerk vertreten und vorstellen?

Sobald der Termin, Räumlichkeiten und Ablauf geklärt sind, können Fortbildungspunkte bei der Ärztekammer für die Veranstaltung beantragt werden. Die Einladungen zur Informationsveranstaltung, bei den Hausarztpraxen mit Hinweis auf die Fortbildungspunkte, werden nun an alle Interessierten verschickt.

Die Informationsveranstaltung fordert ein gesondertes Rückmeldemanagement. Die einzelnen Rückmeldungen werden nach Möglichkeit in einzelne, örtlich zusammenpassende Netzwerke vorsortiert. In diesen vorsortierten Konstellationen gehen die potentiellen Netzwerkakteur*innen bei der Informationsveranstaltung in ihr erstes Netzwerktreffen.

Fortbildung der ärztlichen und nichtärztlichen Akteur*innen

Bereits bei der Kontaktaufnahme mit der Ärztekammer und dem örtlichen Arztverein wurden Ort und Termin für die Fortbildung abgestimmt. Die Fortbildung erfolgt durch eine/n Facharzt*in und die FIDEM Koordination. Für die Fortbildung der Ärzt*innen sind Fortbildungspunkte bei der Ärztekammer zu beantragen.

Start der Netzwerkarbeit und Patientenvermittlung

Sobald die Netzwerkakteur*innen fortgebildet sind kann mit der Patientenvermittlung begonnen werden. Das Netzwerk nimmt nun seine Arbeit auf. Seitens der FIDEM Koordination wird ein Augenmerk auf die Regelmäßigkeit der Netzwerktreffen gelegt und bei Bedarf darauf hingewiesen. Die Teilnahme der Koordination an den Netzwerktreffen kann erfolgen, ist aber nicht zwingend notwendig. Dennoch sollten der Koordination die Protokolle der einzelnen Netzwerktreffen zur Verfügung gestellt werden und für Rückfragen zur Verfügung stehen.

Öffentlichkeitsarbeit und Ansprechbarkeit für FIDEM Angelegenheiten

Während des gesamten Prozesses ist eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit durch die koordinierende Stelle unabdingbar.

Folgende Punkte sollten Beachtung finden

- Die regionalen Zeitungen sollten über das Vorhaben FIDEM sowie weitere Entwicklungen informieren
- FIDEM Aktivitäten sind auf der Homepage der koordinierenden Stelle und der Netzwerkpartner*innen sichtbar
- Weitere mögliche Partner*innen sind informiert (Alzheimer Gesellschaft, Gerontopsychiatrisches Netzwerk, Demenzservicestellen etc.)
- Gegebenenfalls wird ein FIDEM Informationsflyer erstellt

Gleichzeitig sollte von Anfang an die Möglichkeit gegeben werden, Unklarheiten in Bezug auf FIDEM, die Netzwerkarbeit oder die Patientenvermittlung mit der koordinierenden Stelle zu besprechen. Ebenso sollte bei Unstimmigkeiten unter den Netzwerkakteur*innen die koordinierende Stelle unterstützen und Probleme klären.

FIDEM ist ein fortlaufender Prozess, der nach dem FIDEM Konzept erfolgt. Nach einem festgelegten Zeitraum kann mit dem Ablauf von FIDEM erneut begonnen werden, um neue Netzwerke zu generieren und neue Netzwerkpartner*innen zu gewinnen. Aufgaben und Zuständigkeiten können dabei auf Wunsch neu verteilt werden.

LITERATUR

Barmer GEK (2016): Pflegereport 2016. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 42. Download 28.06.2017, 01:50 pm: <https://www.barmer.de/blob/78790/0720c8da40db7607fbc3781ae7640035/data/pdf-barmer-gek-pflegereport-2016-schriftenreihe.pdf>

Brandes, Sven; Claudia Kwirand; Thomas Altgeld (2010): Bericht zur wissenschaftlichen Begleitforschung zum Modellprojekt FIDEM. Frühzeitige Interventionen in der hausärztlichen Versorgung Demenzkranker durch Implementierung nichtärztlicher Beratungs- und Unterstützungsangebote im Rahmen der Pflegeversicherung. Ergebnisse der dreijährigen Begleitforschung durch die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

Brandes, Sven; Ludewig, Michaela, Wolff, Birgit (2013): Identifikation fördernder und hemmender Faktoren bei der Inanspruchnahme von Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten, Ergebniszusammenfassung der Expertinnen-Runde, EWINA Teilbericht 1

Bundesministerium für Gesundheit (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen von TNS Infratest Sozialforschung, München

Demenz Support Stuttgart (Hrsg.) (2013): Ein Startpunkt. Unterstützte Selbsthilfe von Menschen mit Demenz. Download 23.06.2017; 02:29 pm: http://www.demenz-support.de/Repository/Startpunkt_FINAL_web.pdf

Deutsche Alzheimer Gesellschaft: Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen, Juni 2016. Download: 28.06.2017; 01:33 pm: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2010): Handbuch Allein Leben mit Demenz. Herausforderung für Kommunen. Download 23.06.2017, 03:45 pm: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/Handbuch_Allein_leben_mit_Demenz.pdf

Deutsche Gesellschaft für Care- und Case Management (Hrsg.) (2012). Offizielle Definition der DGCC. Download 19.06.2017, 03:20 pm: <https://www.dgcc.de/case-management/>

Emme von der Ahe, H.; Weidner, F.; Laag, U.; Blome, S. (2012): Entlastungsprogramm bei Demenz – EDe II. Abschlussbericht zum Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI. Köln, Minden

Ewers, M. (1996). Case Management: Angloamerikanische Konzepte und ihre Anwendung im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung. P96 – 208. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health. Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin. Berlin: WZB

Ewers, M., Schaeffer, D. (Hrsg.) (2005). Case Management in Theorie und Praxis. 2. Ergänzte Aufl. Bern: Huber Verlag

Ganß, Michael (2009): „Netzwerkknoten“ Arzthelferin. In: Bausteine Demenz, 03/2009

IQWiG (2009): Nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer Demenz. Abschlussbericht A05-19D, Köln IQWiG

Klie, T., Monzer, M. (2008). Case Management in der Pflege. In: Zeitschrift Gerontologie und Geriatrie. 41: 92-105

- Monzer, M. (2017). Case Management und Soziale Dienste. In: <http://www.monzer.de/case-management/index.html>
- Mann, Eva (2010): Diagnostik der Demenz in der Hausarztmedizin: Barrieren und deren mögliche Überwindung. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 86. Jg. Nr. 11, 420 -424
- Mann, Eva (2007): Diagnostik der Demenz: Schwierigkeiten in der Hausarztpraxis. In: PrimaryCare 2007;7: Nr. 42-43
- Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichberechtigung (2016): Niedersächsischer Landespflegebericht 2015
- Nicolai, Maria-Theresia; Wolff, Birgit (2013): Nutzerstruktur der Niedrigschwelligen Betreuungsangebote und Quantifizierung bislang unerreichter Berechtigten Gruppen, Ergebniszusammenfassung einer Halbjahresdokumentation und Vergleich mit Daten des MDK Niedersachsen und der AOK Niedersachsen, EWINA Teilbericht 6
- Pertzek, M.; Fuchs, H., Abholz, H. (2005): Die Einstellungen der Hausärzte zu Demenzen. Kognitive, affektive und externe Komponenten. In: Nervenheilkunde 6/2005
- Piest, Falko; Haag, Dieter (2012): Nach der Diagnose – Unterstützung von Menschen mit Demenz. Ergebnisse einer qualitativen Erhebung. dess@work_1
- Stoppe, Gabriele (2006): Demenz – Aufgaben des Hausarztes. Basel: Reinhardt Verlag
- Van den Bussche, Hendrik; Wiese, Birgitt; Schön, Gerhard; Eisele, Marion; Koller, Daniela; Steinmann, Susanne; Glaeske, Gerd; Kaduszkiewicz, Hanna (2013): Die vertragsärztliche Versorgung von Patienten mit Demenz im Spiegel von Abrechnungsdaten einer GKV-Kasse IN: Z Allg Med | 2013; 89 (2)
- Zank, Susanne; Schacke, Claudia (2007): Projekt Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER), ABSCHLUSSBERICHT PHASE 2: Längsschnittergebnisse der LEANDER Studie. Download: 17.02.2017, 03:00 pm: <https://www.hf.uni-koeln.de/data/gerontologie/File/Leander%20II%20-%20vollstaendiger%20Bericht.pdf>

ANHANG

Um zu den jeweiligen Anhängen zu gelangen, klicken Sie bitte auf die farblich hervorgehobenen Links.

- [1. Aktuelle One-Page-Information](#)
- [2. Aufgabenbeschreibung Koordination](#)
 - [2.a Arbeitsbereiche FIDEM](#)
 - [2.b FIDEM Checkliste](#)
 - [2.c Ablaufstruktur FIDEM](#)
- [3. Kooperationsangebot](#)
 - [4.a Anschreiben Akquise Hausarztpraxen](#)
 - [4.b Anschreiben Akquise Angebote zur Unterstützung im Alltag](#)
 - [4.c Anschreiben Akquise Pflegeberatung](#)
 - [4.d Anschreiben Akquise Selbsthilfe](#)
 - [4.e Anschreiben Akquise Ergotherapie](#)
 - [4.e\(1\) FIDEM Ergotherapie Schulungsinfo](#)
 - [4.f Anschreiben Akquise Fachberatungsstelle](#)
- [5. Ablaufplan Informationsveranstaltung FIDEM](#)
 - [6.a Vermittlungspfad](#)
 - [6.b Faxformular FIDEM](#)
 - [7.a Gesprächsleitfaden Initialtreffen](#)
 - [7.b Gesprächsleitfaden Kooperationstreffen](#)
 - [7.c Protokoll Initialtreffen und Kooperationstreffen](#)
- [8.a Fortbildungsmodule](#)
 - [8.b \(1\) Fortbildung Ärzt*innen Ablaufplanbeispiel Modul 1](#)
 - [8.b \(2\) Fortbildung Ärzt*innen Ablaufplanbeispiel Modul 2](#)
 - [8.b \(3\) Fortbildung MFA Ablaufplan Beispiel Modul 1](#)
 - [8.b \(4\) Fortbildung MFA Ablaufplan Beispiel Modul 2](#)
 - [8.c \(1\) Checkliste Diagnostik Demenz](#)
 - [8.c \(2\) Schweigepflichtsentbindung](#)
 - [8.c \(3\) Patienteninformation](#)
 - [8.c \(4\) Entscheidungshilfe Ärztin/Arzt](#)
 - [8.c \(5\) Information Angebote zur Unterstützung im Alltag](#)

[8.c \(6\) Fortbildungshandout Beratung](#)

[8.c \(7\) Fortbildungshandout Selbsthilfe](#)

[8.c \(8\) Fortbildungshandout BasisInformation Ergotherapie](#)

[8.c \(9\) Fortbildungshandout Kommunikation](#)

[8.c \(10\) Fortbildungshandout rechtliche Themen](#)

[8.d Fortbildungshinweise für nichtärztlichen Teil](#)

[9. Inhalte nichtärztliche Fortbildung](#)

FIDEM Niedersachsen

Das FIDEM Konzept

Durch eine rechtzeitige Diagnostik in der Hausarztpraxis und Vermittlung in nichtärztliche Beratungs- und Unterstützungsangebote wird die Versorgung für demenzkranke Menschen und ihre pflegenden Angehörigen verbessert. Im Anschluss an eine Demenzdiagnose werden diese an unterstützende und entlastende Angebote vermittelt. Hierfür werden Hausärzt*innen sowie Medizinische Fachangestellte der Praxen fortgebildet und die Vernetzung mit (Pflege)Beratung, Niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten, demenzspezifischen Ergotherapiepraxen und Selbsthilfestrukturen aufgebaut. Die **regionale Koordination** wird i.d.R. von (Senioren-)Pflegerstützpunkten - häufig in Kooperation mit anderen Organisationen – übernommen. Ihre Aufgaben sind:

1. (Mit)Akquise der Akteure (Hausärzte/-innen, Niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsanbieter, Ergotherapiepraxen, Selbsthilfe-Kontaktstelle, Beratungsstellen und Pflegeberatung)
2. Durchführung einer Informationsveranstaltung und Initialisierung der Netzwerke
3. Ansprechpartner/in im Landkreis bzw. in der kreisfreien Stadt sein
4. FIDEM bezogene Öffentlichkeitsarbeit
5. FIDEM bezogene Fortbildung unterstützen (gemeinsam mit Bezirksstelle der ÄKN)

Bei der Umsetzung des FIDEM Konzeptes in den Modell-Landkreisen Grafschaft Bentheim, Lüneburg und Osterode am Harz wurde die Implementierung koordinierender Stellen sowie die Einbeziehung von Selbsthilfestrukturen erprobt. Derzeit findet die landesweite Übertragung des FIDEM Konzeptes in weitere Landkreise und kreisfreie Städte statt. Dazu werden entsprechende landesweit tätige Organisationen und Verbände einbezogen, wie z. B. die Ärztekammer Niedersachsen und die kommunalen Spitzenverbände.

Auf Erfolgen aufbauen

Das FIDEM Konzept hat in seiner evaluierten Modellphase in der Region Braunschweig zu einer tragfähigen und nachhaltigen Zusammenarbeit der Hausarztpraxen mit dem nichtärztlichen Bereich geführt. Die Anzahl der aus Praxen vermittelten demenzkranken Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen in Beratung sowie in Niedrigschwellige Betreuungsangebote und Ergotherapiepraxen hat sich deutlich erhöht.

Die LVG&AFS bietet zukünftigen Koordinatorinnen und Koordinatoren Fortbildungen zur Umsetzung des FIDEM Konzeptes in ihrer Region an.

Weitere Informationen finden Sie unter: www.gesundheit-nds.de

Das FIDEM Handbuch mit konkretem Umsetzungsleitfaden erscheint voraussichtlich im ersten Quartal 2017 zum Download. Alle Materialien sind ebenfalls verfügbar unter: <http://tiny.cc/7nqwcy>

FIDEM bezogene Koordinationsaufgaben in Pflegestützpunkten – Beschreibung der Tätigkeiten

Bei der Umsetzung des FIDEM-Konzeptes in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt können Professionelle im Pflegestützpunkt die Projektkoordination übernehmen; Vernetzung und Kommunikation sind dabei ihre Kernaufgaben.

Demenzspezifische Vernetzungsarbeit mit Hausarztpraxen

Durch die Koordination von FIDEM können Pflegestützpunkte gezielte demenzspezifische Vernetzungsaufgaben wahrnehmen, ihren Bekanntheitsgrad in den regionalen Praxen erhöhen, ihre Zusammenarbeit mit Hausärztinnen/-ärzten verbessern und innovative Angebote wie Ergotherapie und Selbsthilfe in Form von abrechenbaren bzw. geförderten Leistungen einbeziehen. Durch die Koordination von FIDEM können Versorgungsstrukturen für Menschen mit demenziellen Erkrankungen verbessert und mehr Angebote zur Unterstützung und Förderung angeboten werden.

Auf Erfolge aufbauen

Das FIDEM-Projekt hat in seiner Modellphase in der Region Braunschweig zu einer verbesserten Zusammenarbeit aller Akteure mit Hausarztpraxen geführt. Die Anzahl von aus Praxen vermittelten demenzerkrankten Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen in Beratung sowie in Niedrigschwellige Betreuungsangebote und Ergotherapiepraxen hat sich deutlich erhöht.

Koordinierende FIDEM-Aufgaben in Pflegestützpunkten

Zu den koordinierenden Tätigkeiten gehört ein gestuftes Vorgehen:

- (1) Teilnahme an den drei geplanten Treffen der regionalen Koordinator/-innen
- (2) Akquise der Akteure wie Hausärzte/-innen, Anbieter Niedrigschwelliger Betreuung, Ergotherapiepraxen, Selbsthilfe-Kontaktstellen, Beratungsstellen und Pflegeberatung
- (3) Durchführung von Informationsveranstaltungen und Initialtreffen sowie Fachbegleitung der Kooperationstreffen
- (4) Ansprechpartner/in für alle FIDEM-Akteure sein
- (5) FIDEM bezogene Öffentlichkeitsarbeit, beispielsweise in der Tagespresse

Unterstützung der Koordination

Die Koordinatorinnen und Koordinatoren erhalten kontinuierliche Fachberatung durch:

LVG & AFS Niedersachsen e.V., www.gesundheit-nds.de
Ansprechpartnerin für Vernetzung und Koordination: Birgit Wolff und Tanja Sädler
Ambet e.V., Braunschweig, www.ambet.de
Ansprechpartnerin für Fortbildung: Inge Bartholomäus

Praxisakquise & Fortbildung der Hausärzte

Zielgruppe: Hausärzte und medizinische Fachangestellte

Aufgaben:

- Kontakt zu Bezirkstellen und Arztvereine herstellen
- Klärung des Rückmeldeverfahrens von Interessierten
- Anpassung der Musterschreiben
- Verschickung der Akquiseschreiben inkl. Broschüre für Hausärzte
- Organisation der Fortbildung von Hausärzten und MFA (Räumlichkeiten, Referenten, etc. in Absprache mit den Bezirksstellen und Arztvereinen)

Akquise Nichtärztlicher-Anbieter & Fortbildung der nichtärztlichen Anbieter

Zielgruppe: Ergotherapiepraxen, Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsanbieter, Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen, (Pflege-)Beratung

Aufgaben:

- Klärung des Rückmeldeverfahrens von Interessierten
- Anpassung der Musterschreiben
- Verschickung der Akquiseschreiben und Informationsblätter
- Organisation der Fortbildung (Räumlichkeiten, Referenten, etc.)

Organisation der Informationsveranstaltung & Öffentlichkeitsarbeit

Zielgruppe: Sozialdezernten, Leitungen von Sozial und Gesundheitsämtern, Hausarztpraxen und nichtärztliche Anbieter
Breite Öffentlichkeit für allgemeine Informationen

Aufgaben:

- Organisation der Veranstaltung:
 - Terminabstimmung
 - Referentenakquise
 - Räumlichkeiten
- Anmeldemanagement:
 - Einladung zur Informationsveranstaltung
 - Klärung des Rückmeldeverfahrens
 - Vorstrukturierung von Netzwerken
- Pressearbeit Auftaktveranstaltung
- fortlaufende Pressearbeit
- Optional : Flyererstellung

Fester Kontakt für die Netzwerkakteure

Zielgruppe: Alle bestehenden Netzwerke

Aufgaben:

- Ansprechpartner für alle Netzwerkpartner
- beratende Begleitung beim Aufbau und der Etablierung von FIDEM
- Sicherstellung der fortlaufenden Netzwerkarbeit:
 - Überblick über die Netzwerktreffen und Terminerinnerung
 - Protokollsichtung der Initial- und / oder Netzwerktreffen
 - Überblick über Verantwortlichkeiten



FIDEM Checkliste

1. Netzwerküberblick über:

Grundsätzliche Akteure (Adressen und Kontakte)

- Anbieter von Pflegeberatung
- Anbieter von NBEA
- Anbieter von Selbsthilfe bei Demenz
- Anbieter von demenzspezifischer Ergotherapie

Weitere Akteure

- Abklärung: wer beschäftigt sich im regionalen Umfeld mit Demenz?
- Abklärung: Wer hat gute Möglichkeiten, um Informationen zu streuen?
- Abklärung: Wer spielt auf kommunaler Ebene für das Thema Demenz eine zentrale Rolle?
- Abklärung: Gibt es vorhandene Strukturen zur Versorgung von Menschen mit Demenz?
- Abklärung: Mit wem besteht bereits eine gute Zusammenarbeit zum Thema Demenz?

2. Aufgabenverteilung und Zuständigkeiten

- Die **Hauptkoordination** von FIDEM ist geklärt
- Weitere Arbeitsbereiche sind mit Zuständigkeiten belegt:
 - Zuständigkeit: **Akquise** der Hausärztinnen/-ärzte (Punkt 4)
 - Zuständigkeit: **Akquise** der nichtärztlichen Anbieter (Punkt 4)
 - Zuständigkeit: Organisation der **Auftaktveranstaltung** (Punkt 5)
 - Zuständigkeit: Organisation der **Fortbildungen** (Punkt 6)
 - Zuständigkeit: **Öffentlichkeitsarbeit** (Punkt 7)

3. Kontaktaufnahme mit der Bezirksstelle der Ärztekammer und dem örtlichen Ärzteverein

- Interesse an FIDEM und Umsetzung der Fortbildung wurde signalisiert
- Ansprechpartner bei der Bezirksstelle der Ärztekammer/ Ärzteverein ist festgelegt
- Unterstützung: In welcher Form wird die Bezirksstelle der Ärztekammer/Ärzteverein unterstützen?
 - Verschickung der Akquiseschreiben
 - Bereitstellung von Räumlichkeiten
 - Referent*innen

4. Akquisephase der Netzwerkakteure

Akquisephase Hausärzte/-ärztinnen

- Die Verschickung der Akquiseschreiben ist organisiert (Datum, Zuständigkeit)
- Das Rückmeldemanagement ist organisiert

Akquisephase nichtärztliche Netzwerkakteure

- Die Verschickung der Akquiseschreiben ist organisiert (Datum, vollständige Verteiler)
- Das Rückmeldemanagement ist organisiert

5. Organisation der Auftaktveranstaltung

- Termin steht fest und ist kommuniziert
- Passende Räumlichkeiten sind organisiert (Saal und Möglichkeit für Netzwerktreffen)
- Netzwerke sind den Anmeldungen entsprechend regional vorsortiert
- Protokollvorlagen für die Netzwerktreffen liegen bereit
- Möglichkeit zur Vervielfältigung des Protokolls ist vorhanden
- Getränke für die Pause sind organisiert

6. Organisation der Fortbildungen

Ärztliche Fortbildung

- Datum steht fest und ist kommuniziert
- Geeignete Räumlichkeiten sind organisiert
- Referent ist organisiert
- Bepunktung der Fortbildung ist bei der Ärztekammer beantragt

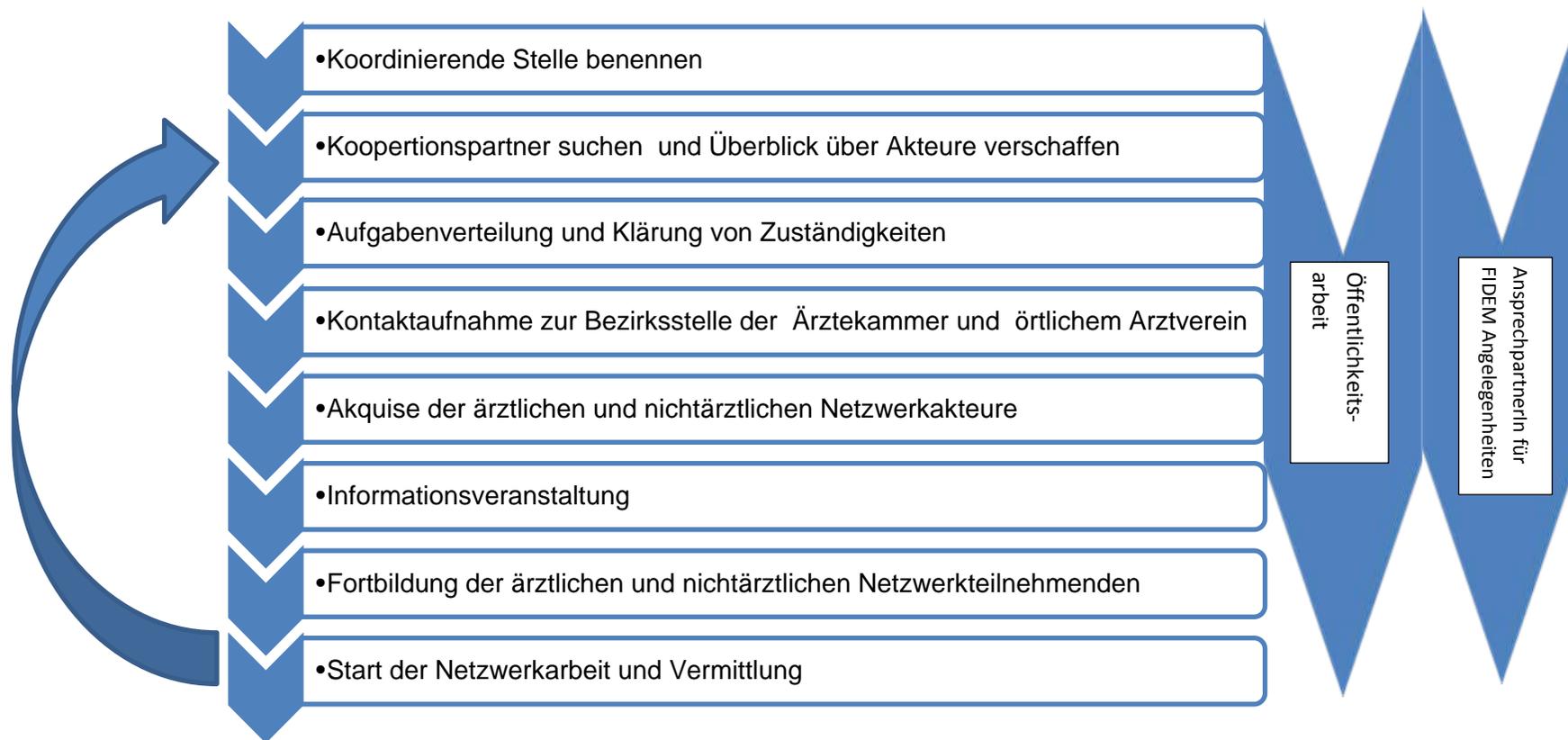
Nichtärztliche Fortbildung

- Datum steht fest und ist kommuniziert
- Geeignete Räumlichkeiten sind organisiert
- Referenten sind organisiert

7. Öffentlichkeitsarbeit

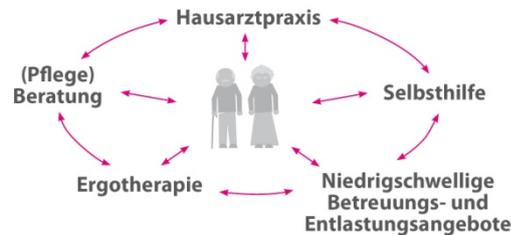
- Alle regionalen Zeitungen sind über das Vorhaben FIDEM informiert
- FIDEM Aktivitäten sind auf der Homepage (Koordination) sichtbar
- Weitere mögliche Partner sind informiert (Alzheimer Gesellschaft, Gerontopsychiatrisches Netzwerk, Demenzservicestellen, etc.)
- (Ggf.) Ein FIDEM Flyer ist erstellt

Ablaufstruktur bei FIDEM



Kooperationsangebot für niedergelassene Hausärzt*innen nach dem FIDEM-Modell

Ergänzung in der hausärztlichen Versorgung demenzkranker Patient*innen und Ihrer Angehörigen



Vorteile durch die Kooperation mit demenzbezogenen Hilfsangeboten...

... für Ihre Patient*innen und deren Angehörige

- Aktivierung des Erkrankten und Entlastung der pflegenden Angehörigen durch Betreuungsgruppen und Hilfen in der Häuslichkeit **Niedrigschwellige Betreuung und Entlastung (NBEA)**
- Austausch, Entlastung und Unterstützung durch **Selbsthilfegruppen**
- Beratung bei Informationsbedarf zum Krankheitsverlauf, bzw. zu finanziellen und rechtlichen Themen sowie in Konfliktsituationen durch **Psychoziale Beratung und Pflegeberatung**
- Unterstützung der Betroffenen bei krankheitsbedingten Einschränkungen in Alltagstätigkeiten und Anleitung der Angehörigen durch Einsatz demenzspezifischer **Ergotherapie**

... für Sie und Ihr Praxisteam

- Unmittelbare Vermittlungsmöglichkeit nichtmedikamentöser Hilfen bei Diagnose von oder Verdacht auf Demenz
- Von der Ärztekammer Niedersachsen organisierte Fortbildung zur Vertiefung demenzspezifischer Testverfahren und Kompetenzen für Sie und Ihre MFA
- Hilfreiche Strategien in der Kommunikation mit Demenzerkrankten in Ihrer Praxis
- Verlässliche Netzwerkarbeit/ patientenbezogener Austausch mit den Kooperationspartner*innen
- Vertiefen demenzspezifischer Kenntnisse und Kompetenzen in Ihrem Praxisteam im Rahmen der Kooperationstreffen

Adressat: Hausarztpraxen

Frühe Informationen und Hilfe bei Demenz



Vorlage für Anschreiben Akquise Arztpraxen

Mitwirkung im Kooperationsverbund FIDEM Niedersachsen

Sehr geehrte/r Frau Dr./ Herr Dr.....,

mit einem Anstieg der Lebenserwartung und dem Anwachsen des Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung nehmen auch die Erkrankungen des Alters zu. Die Demenz stellt neben anderen geriatrischen Erkrankungen eine große gesamtgesellschaftliche Herausforderung und Aufgabe dar, der sich der Landkreis/ die Stadt.....u. a. mit der Initiierung des Kooperationsverbundes FIDEM Niedersachsen stellen möchte.

Als Hausärztin / Hausarzt nehmen Sie in der Versorgung demenzkranker Patientinnen und Patienten eine „Schlüsselfunktion“ ein. Sie sind häufig der/ die erste und vertraute Ansprechpartner/-in und kennen Ihre Patientinnen/Patienten häufig schon über viele Jahre. An der „Schlüsselfunktion“ der Hausarztpraxis setzt das Kooperationsmodell FIDEM Niedersachsen an, für das wir Sie gern als Beteiligte/n gewinnen möchten:

Durch ein frühzeitiges Erkennen von Demenzsymptomen und die Diagnostik in der Hausarztpraxis sowie die Vermittlung von Patientinnen/Patienten in nichtärztliche Beratungs- und Unterstützungsangebote soll die Versorgung für diese Patientengruppe und ihre pflegenden Angehörigen nachhaltig verbessert werden. Die Behandlung von Menschen mit (beginnender) Demenz benötigt Zeit, die in der Arztpraxis ein knappes Gut ist. Eine Vermittlung Ihrer demenzkranken Patientinnen/Patienten in Unterstützungsangebote kann zu einer Verbesserung der häuslichen Versorgungssituation beitragen und Ihnen als Praxisteam Entlastung bieten.

Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote, (Pflege)Beratung, Ergotherapie und Selbsthilfegruppen bieten für Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen praktische Hilfe, Entlastung im Alltag und therapeutische Unterstützung im Umgang mit den einschneidenden Folgen der Erkrankung. Erfahrungen aus den FIDEM-Modellprojekten in der Region Braunschweig sowie den Landkreisen Graftschaft Bentheim, Lüneburg und Osterode zeigen, dass sich beteiligte Ärzte und Ärztinnen durch das entstandene Netzwerk entlastet fühlen und zufriedener mit der Patientenversorgung sind.

Das Kooperationskonzept FIDEM Nds. soll die Vernetzung nichtärztlicher Unterstützungsangebote mit der hausärztlichen Praxis unterstützen, um eine bessere Versorgung und Lebensqualität von Menschen mit Demenz zu erreichen.

Adressat: Hausarztpraxen

Frühe Informationen und Hilfe bei Demenz



Durch die Teilnahme an dem Kooperationsverbund ergeben sich folgende Vorteile für Ihre Praxis:

- I. Stärkung der Kompetenz im Praxisteam über Demenzerkrankungen und dem Umgang mit dieser Patientengruppe**
- II. Themenspezifische Fortbildungsangebote für Sie und Ihre Medizinischen Fachangestellten in Kooperation mit der ÄKN**
- III. Entlastung durch gezielte Kooperation mit weiterführenden Diensten**
- IV. Weiterführende Angebote und Ansprechpartner für Ihre Patientinnen/Patienten**

Wir würden uns freuen, wenn wir Ihr Interesse geweckt haben und sie als Mitwirkende in diesem Kooperationsverbund gewinnen können. In diesem Fall bitten wir Sie um eine Rückmeldung (gern per Mail, Fax oder telefonisch) bis zum Nach Eingang einer Interessensbekundung bei uns erhalten Sie eine Einladung zu einer Informationsveranstaltung **am..... in.....** Im Rahmen dieser Veranstaltung erfahren Sie mehr über das FIDEM-Konzept und das weitere Vorgehen. Wenn Sie sich zu einer Teilnahme entschließen können, gibt es bereits die erste Möglichkeit zur Kontaktaufnahme mit ‚Ihren‘ zukünftigen Kooperationspartnern.

Für die Informationsveranstaltung wurden Fortbildungspunkte bei der ÄKN beantragt oder Die Informationsveranstaltung ist mit ...Fortbildungspunkten der ÄKN anerkannt.

Für Rückfragen stehen wir gern zur Verfügung.

Vorlage für Anschreiben Akquise AzUA

Mitwirkung als Netzwerkpartner im Kooperationsverbund FIDEM Niedersachsen

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Demenz stellt neben anderen geriatrischen Erkrankungen eine große gesamtgesellschaftliche Herausforderung und Aufgabe dar, der sich der Landkreis/die Stadt u. a. mit der Initiierung des Kooperationskonzeptes FIDEM Niedersachsen stellen möchte.

Ziel von FIDEM Niedersachsen ist die verbesserte Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen. Dieses Ziel soll durch eine frühzeitige Diagnostik in der Hausarztpraxis und die Vermittlung der an Demenz erkrankten Patientinnen und Patienten in nichtärztliche Beratungs- und Unterstützungsangebote erreicht werden. Im Anschluss an eine frühzeitige Diagnose und Beratung durch die/den Hausärztin/Hausarzt werden der/m demenzkranken Patientin/Patienten nach individuellem Bedarf Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote, klientenzentrierte Ergotherapie, (Pflege)Beratung und/ oder Selbsthilfe angeboten.

Im Rahmen des Kooperationsverbundes, das auf Erfolge im Modellprojekt FIDEM Region Braunschweig sowie in den Landkreisen Grafschaft Bentheim, Lüneburg und Osterode aufbaut, soll auch die Inanspruchnahme von Niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten über den Zugangsweg der Hausarztpraxis ausgeweitet werden. Das FIDEM-Konzept setzt auf eine gezielte Vernetzung von Hausarztpraxen mit nichtärztlichen Unterstützungsangeboten. Für die Umsetzung des Konzeptes würden wir Sie gern als Netzwerkpartner gewinnen. Bei einer Mitwirkung wären Sie direkte/r Kooperationspartner/-in in einem bestehenden Netzwerk um eine Hausarztpraxis in Ihrer Umgebung.

Durch die regionale bzw. quartiersbezogene Vernetzung der Angebote mit der hausärztlichen Versorgung und die zugehende Vermittlung durch die Hausarztpraxis soll eine vermehrte und frühzeitige Inanspruchnahme gefördert werden. Die Kooperation und Vernetzung erfolgt mit demenzsensiblen Hausarztpraxen, da die Ärztinnen/Ärzte und Medizinischen Fachangestellten der teilnehmenden Praxen im Bereich Demenz fortgebildet werden.

Wir würden uns freuen, wenn wir Ihr Interesse geweckt haben und Sie als Beteiligte in diesem zukunftsweisenden Verbund gewinnen könnten. In diesem Fall bitten wir Sie um eine Rückmeldung (gern per Mail, per Fax oder telefonisch) **bis zum**..... Nach Eingang Ihrer Interessensbekundung bei uns erhalten Sie eine Einladung zu einer Informationsveranstaltung am..... Im Rahmen dieser Veranstaltung erfahren Sie mehr über das FIDEM-Konzept und das weitere Vorgehen. Wenn Sie sich zu einer Teilnahme entschließen, gibt es bereits bei dieser Veranstaltung die erste Möglichkeit zur Kontaktaufnahme mit ‚Ihren‘ zukünftigen Kooperationspartnern.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Vorlage für Anschreiben Akquise Pflegeberatung

Mitwirkung als Netzwerkpartner im Kooperationsverbund FIDEM Niedersachsen

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Demenz stellt neben anderen geriatrischen Erkrankungen eine große gesamtgesellschaftliche Herausforderung und Aufgabe dar, der sich der Landkreis/die Stadt u. a. mit der Initiierung des Kooperationskonzeptes FIDEM Niedersachsen stellen möchte.

Ziel von FIDEM Niedersachsen ist die verbesserte Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen. Dieses Ziel soll durch eine frühzeitige Diagnostik in der Hausarztpraxis und die Vermittlung der an Demenz erkrankten Patientinnen und Patienten in nichtärztliche Beratungs- und Unterstützungsangebote erreicht werden. Im Anschluss an eine frühzeitige Diagnose und Beratung durch die/den Hausärztin/Hausarzt werden der/m demenzkranken Patientin/Patienten nach individuellem Bedarf Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote, klientenzentrierte Ergotherapie, (Pflege)Beratung und/ oder Selbsthilfe angeboten.

Im Rahmen des Kooperationsverbundes, das auf Erfolge im Modellprojekt FIDEM Region Braunschweig sowie in den Landkreisen Grafschaft Bentheim, Lüneburg und Osterode aufbaut, soll auch die Inanspruchnahme von Niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten über den Zugangsweg der Hausarztpraxis ausgeweitet werden. Das FIDEM-Konzept setzt auf eine gezielte Vernetzung von Hausarztpraxen mit nichtärztlichen Unterstützungsangeboten. Für die Umsetzung des Konzeptes würden wir Sie gern als Netzwerkpartner gewinnen.

Durch die regionale bzw. quartiersbezogene Vernetzung der Angebote mit der hausärztlichen Versorgung und die zugehende Vermittlung durch die Hausarztpraxis soll eine vermehrte und frühzeitige Inanspruchnahme gefördert werden. Die Kooperation und Vernetzung erfolgt mit demenzsensiblen Hausarztpraxen, da die Ärztinnen/Ärzte und Medizinischen Fachangestellten der teilnehmenden Praxen im Bereich Demenz fortgebildet werden.

Wir würden uns freuen, wenn wir Ihr Interesse geweckt haben und Sie als Beteiligte in diesem zukunftsweisenden Verbund gewinnen könnten. In diesem Fall bitten wir Sie um eine Rückmeldung (gern per Mail, per Fax oder telefonisch) **bis zum**..... Nach Eingang Ihrer Interessensbekundung bei uns, erhalten Sie eine Einladung zu einer Informationsveranstaltung am..... Im Rahmen dieser Veranstaltung erfahren Sie mehr über das FIDEM-Konzept und das weitere Vorgehen. Wenn Sie sich zu einer Teilnahme entschließen, gibt es bereits bei dieser Veranstaltung die erste Möglichkeit zur Kontaktaufnahme mit ‚Ihren‘ zukünftigen Kooperationspartnern.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Vorlage für Anschreiben Akquise Selbsthilfegruppe Demenz

Mitwirkung als Netzwerkpartner im Kooperationskonzept FIDEM Niedersachsen

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Demenz stellt neben anderen geriatrischen Erkrankungen eine große gesamtgesellschaftliche Herausforderung und Aufgabe dar, der sich der Landkreis/die Stadt u. a. mit der Initiierung des Kooperationskonzeptes FIDEM Niedersachsen stellen möchte.

Ziel von FIDEM Niedersachsen ist die verbesserte Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen. Dieses Ziel soll durch eine frühzeitige Diagnostik in der Hausarztpraxis und die Vermittlung der an Demenz erkrankten Patient*innen in nichtärztliche Beratungs- und Unterstützungsangebote erreicht werden. Im Anschluss an eine frühzeitige Diagnose und Beratung durch die/den Hausärztin/Hausarzt werden der/m demenzkranken Patientin/Patienten nach individuellem Bedarf Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote, klientenzentrierte Ergotherapie, (Pflege)Beratung und/ oder Selbsthilfe angeboten.

Im Rahmen des Kooperationsverbundes, das auf Erfolge im Modellprojekt FIDEM Region Braunschweig sowie in den Landkreisen Grafschaft Bentheim, Lüneburg und Osterode aufbaut, soll auch die Inanspruchnahme von Niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten über den Zugangsweg der Hausarztpraxis ausgeweitet werden. Das FIDEM-Konzept setzt auf eine gezielte Vernetzung von Hausarztpraxen mit nichtärztlichen Unterstützungsangeboten. Für die Umsetzung des Konzeptes würden wir Sie gern als Netzwerkpartner gewinnen.

Durch die regionale bzw. quartiersbezogene Vernetzung der Angebote mit der hausärztlichen Versorgung und die zugehende Vermittlung durch die Hausarztpraxis soll eine vermehrte und frühzeitige Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten gefördert werden. Die Kooperation und Vernetzung erfolgt mit demenzsensiblen Hausarztpraxen, da die Ärztinnen/Ärzte und Medizinischen Fachangestellten der teilnehmenden Praxen im Bereich Demenz fortgebildet werden.

Wir würden uns freuen, wenn wir Ihr Interesse geweckt haben und Sie als Beteiligte in diesem zukunftsweisenden Verbund gewinnen könnten. In diesem Fall bitten wir Sie um eine Rückmeldung (gern per Mail, per Fax oder telefonisch) **bis zum**..... Nach Eingang Ihrer Interessensbekundung bei uns erhalten Sie eine Einladung zu einer Informationsveranstaltung am..... Im Rahmen dieser Veranstaltung erfahren Sie mehr über das FIDEM-Konzept und das weitere Vorgehen. Wenn Sie sich zu einer Teilnahme entschließen, gibt es bereits bei dieser Veranstaltung die erste Möglichkeit zur Kontaktaufnahme mit ‚Ihren‘ zukünftigen Kooperationspartnern.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mitwirkung im Kooperationsverbund FIDEM Niedersachsen

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit einem Anstieg der Lebenserwartung und dem Anwachsen des Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung nehmen auch die Erkrankungen des Alters zu. Die Demenz stellt neben anderen geriatrischen Erkrankungen eine große gesamtgesellschaftliche Herausforderung und Aufgabe dar, der sich der Landkreis /die Stadt..... u. a. mit der Initiierung des Kooperationsverbundes FIDEM Niedersachsen stellen möchte.

Ziel von FIDEM Niedersachsen ist die verbesserte Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen. Dieses Ziel soll durch eine frühzeitige Diagnostik in der Hausarztpraxis und die Vermittlung der an Demenz erkrankten Patientinnen und Patienten in nichtärztliche Beratungs- und Unterstützungsangebote erreicht werden. Im Anschluss an eine frühzeitige Diagnose und Beratung durch die/den Hausärztin/Hausarzt werden der/m demenzkranken Patientin/Patienten nach individuellem Bedarf Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote, klientenzentrierte Ergotherapie, (Pflege)Beratung und/ oder Selbsthilfe angeboten.

Im Rahmen des Kooperationsverbundes, das auf Erfolge im Modellprojekt FIDEM Region Braunschweig sowie in den Landkreisen Grafschaft Bentheim, Lüneburg und Osterode aufbaut, soll auch die Inanspruchnahme von Niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten über den Zugangsweg der Hausarztpraxis ausgeweitet werden. Das FIDEM-Konzept setzt auf eine gezielte Vernetzung von Hausarztpraxen mit nichtärztlichen Unterstützungsangeboten. Für die Umsetzung des Konzeptes würden wir Sie gern als Netzwerkpartner gewinnen. Bei einer Mitwirkung wären Sie direkte/r Kooperationspartner/-in in einem bestehenden Netzwerk um eine Hausarztpraxis in Ihrer Umgebung.

Für die Umsetzung des Kooperationskonzeptes würden wir Sie gern als Netzwerkpartner gewinnen. Bei einer Mitwirkung im Verbund wären Sie direkte/r Kooperationspartner/-in für Hausarztpraxen und könnten dadurch ggf. eine bessere Vernetzung Ihrer Praxis in der Region erreichen.

Voraussetzung für die Teilnahme am Kooperationsverbund ist die Erfahrung mit bzw. das Interesse an der Behandlung von Menschen mit Demenz im häuslichen Umfeld. Außerdem sollte die Teilnahme an einer geeigneten Schulung zur Behandlung von Menschen mit Demenz absolviert werden, wie z.B. die Schulung zum Interventionsprogramm HED-I (**H**äusliche **E**rgotherapie bei **D**emenz-Interventionsprogramm). Sie wird im Rahmen der DVE AKADEMIE beim Deutschen Verband der Ergotherapeuten angeboten wird. Weitere Informationen dazu entnehmen Sie bitte dem beigefügten Informationsblatt.

Wir würden uns freuen, wenn wir Ihr Interesse geweckt haben und Sie als Beteiligte gewinnen könnten. In diesem Fall bitten wir Sie um eine Rückmeldung (gern per Mail, Fax oder telefonisch) **bis zum** Nach Eingang Ihrer Interessensbekundung bei uns erhalten Sie eine Einladung zu einer Informationsveranstaltung am..... Im Rahmen dieser Veranstaltung erfahren Sie mehr über das FIDEM-Konzept und im Anschluss auch

Adressat: Ergotherapiepraxen

Frühe Informationen und Hilfe bei Demenz



über das ergotherapeutische Vorgehen und die HED-I Schulung. Wenn Sie sich zu einer Teilnahme entschließen, gibt es bereits bei dieser Veranstaltung die erste Möglichkeit zur Kontaktaufnahme mit ‚Ihren‘ zukünftigen Kooperationspartnern.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Für Fragen zum HED-I Interventionsprogramm und den zugrundeliegenden Studienergebnissen sowie die HED-I Schulung können Sie sich an die Dozentinnen, Frau Flotho (E-Mail: info@wiebke-flotho.de) oder Frau Sibold (E-Mail: corinna.sibold@ambet.de) wenden.

Interventionsprogramm HED-I – Häusliche Ergotherapie bei Demenz

Schulungsinformation



Aufbau der Schulung

Drei Module mit je 2 - 3 Fortbildungstagen über einen Zeitraum von etwa einem 3/4 Jahr.

Die Schulung umfasst **insgesamt 107 Lehreinheiten:**

52 Std. Präsenz (6,5 Schulungstage á 8 Stunden)

55 Std. Selbststudium

- Nachbereitung Modul 1 (Basis): 15 Stunden
- Vor-/Nachbereitung Modul 2 (Aufbau): 5/ 15 Stunden
- Vorbereitung Modul 3 (Implementierung/ Zertifikat): 20 Stunden

Anforderung an die/den Ergotherapeutin/en

- Mindestens 1 Jahr Berufserfahrung
- Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit Demenz
- Möglichkeit der Behandlung von Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit (Hausbesuch)
- Bereitschaft in der Therapie eine klientenzentrierte Haltung einzunehmen und die Betätigung, nicht die Funktionsfähigkeit des Klienten in den Mittelpunkt zu stellen.
- Konsequente Nutzung der HED-I Therapeutenmappe
- Möglichkeit mindestens ein mal ein Video von einem COPM-Interview mit dem Demenzerkrankten und dem pflegenden Angehörigen aufzunehmen.
- Bereitschaft zur Netzwerkarbeit als FIDEM-Kooperationspartner, zusätzlicher Zeitbedarf!

Kriterien zum Bestehen der Schulung

Die/der TherapeutIn wird befähigt, ältere Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz und ihre Angehörigen in ihrer häuslichen Umgebung klientenzentriert zu behandeln.

Zum Bestehen der Schulung müssen deshalb folgende Kriterien erfüllt sein:

1. Teilnahme an allen Modulen.
2. Einreichen und Bestehen aller Vor- und Nachbereitungsaufgaben auf der Grundlage:
 - dass im Therapieprozess die Betätigung im Mittelpunkt steht.
 - dass das therapeutische Gespräch klientenzentriert geführt wird.
 - des realistischen Einschätzens eigener Stärken und Schwächen im klientenzentrierten Arbeiten.
 - der vollständigen Durchführung des COPM nach den Leitlinien.
 - der Formulierung betätigungsorientierter Ziele für die Therapie.
 - klientenzentrierter Ausrichtung des gesamte Therapieprozesses.

Die Dozentinnen

Wiebke Flotho, MSc OT Ergotherapeutin seit 1987

- tätig in Psychosomatik und Psychiatrie seit 1987
- seit 1996 als Referentin, Publikationen und Workshops zum CMOP und COPM.
- 2005 – 2013 Mitglied COPM-Team Deutschland
- European Master of Science in Occupational Therapy seit 2007.
- 2008 bis 2013 Lehrkraft, HAWK Hildesheim
- HED-I Schulungen seit 2010
- Laufende Promotion zum Alltagserleben von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen
- Bildungsgangleitung der BFS Ergotherapie an der Alice-Salomon-Schule Hannover

Corinna Sibold, Ergotherapeutin seit 1987

- Erfahrungen im ambulanten/ stationären Bereich (Geriatric/ Demenz)
 - Dozententätigkeit und Praktikumsanleitung an Fachschulen für Ergotherapie.
 - COPM-Zertifikat 2010.
 - Ergotherapeutin im Modellprojekt FIDEM beim Verein ambet in Braunschweig.
- Ambulant in ergotherapeutischer Praxis tätig, Schwerpunkt Geriatric/Demenzen.
-

Informationen zu Terminen und Schulungsort der angebotenen Kurse sowie die Möglichkeit zur Anmeldung finden Sie bei der DVE AKADEMIE des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten (DVE) unter www.dve.info.

Vorlage für Anschreiben Akquise Fachberatungsstelle (wenn vorhanden)

Mitwirkung als Netzwerkpartner im Kooperationsverbund FIDEM Niedersachsen

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Demenz stellt neben anderen geriatrischen Erkrankungen eine große gesamtgesellschaftliche Herausforderung und Aufgabe dar, der sich der Landkreis/die Stadt u. a. mit der Initiierung des Kooperationsverbunds FIDEM Niedersachsen stellen möchte.

Ziel von FIDEM Niedersachsen ist die verbesserte Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen. Dieses Ziel soll durch eine frühzeitige Diagnostik in der Hausarztpraxis und die Vermittlung der an Demenz erkrankten Patientinnen und Patienten in nichtärztliche Beratungs- und Unterstützungsangebote erreicht werden. Im Anschluss an eine frühzeitige Diagnose und Beratung durch die/den Hausärztin/Hausarzt werden der/m demenzkranken Patientin/Patienten nach individuellem Bedarf Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote, klientenzentrierte Ergotherapie, (Pflege)Beratung und/ oder Selbsthilfe angeboten.

Im Rahmen des Kooperationsverbunds, der auf Erfolge im Modellprojekt FIDEM Region Braunschweig sowie in den Landkreisen Grafschaft Bentheim, Lüneburg und Osterode aufbaut, soll auch die Inanspruchnahme von gerontopsychiatrischer Beratung gestärkt werden. FIDEM setzt auf eine gezielte Vernetzung von Hausarztpraxen mit nichtärztlichen Unterstützungsangeboten. Für die Mitwirkung im Kooperationsverbund würden wir Sie gern als Netzwerkpartner gewinnen.

Durch die regionale, gegebenenfalls quartiersbezogene Vernetzung der Angebote mit der hausärztlichen Versorgung und die zugehende Vermittlung durch die Hausarztpraxis soll eine vermehrte und frühzeitige Inanspruchnahme gefördert werden. Die Kooperation und Vernetzung erfolgt mit demenzsensiblen Hausarztpraxen, in denen Ärztinnen/Ärzte und Medizinischen Fachangestellten der teilnehmenden Praxen im Bereich Demenz fortgebildet werden.

Wir würden uns freuen, wenn wir Ihr Interesse geweckt haben und Sie als Beteiligte bei diesem zukunftsweisenden Kooperationsvorhaben gewinnen könnten. In diesem Fall bitten wir Sie um eine Rückmeldung (gern per Mail, per Fax oder telefonisch) **bis zum**..... Nach Eingang Ihrer Interessensbekundung bei uns, erhalten Sie eine Einladung zu einer Informationsveranstaltung am..... Im Rahmen dieser Veranstaltung erfahren Sie mehr über das FIDEM-Konzept und das weitere Vorgehen. Wenn Sie sich zu einer Teilnahme entschließen, gibt es bereits bei dieser Veranstaltung die erste Möglichkeit zur Kontaktaufnahme mit ‚Ihren‘ zukünftigen Kooperationspartnern.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Ablaufplan Informationsveranstaltung in FIDEM Niedersachsen

Zeitlicher Rahmen: maximal 2 Stunden

Ablauf:

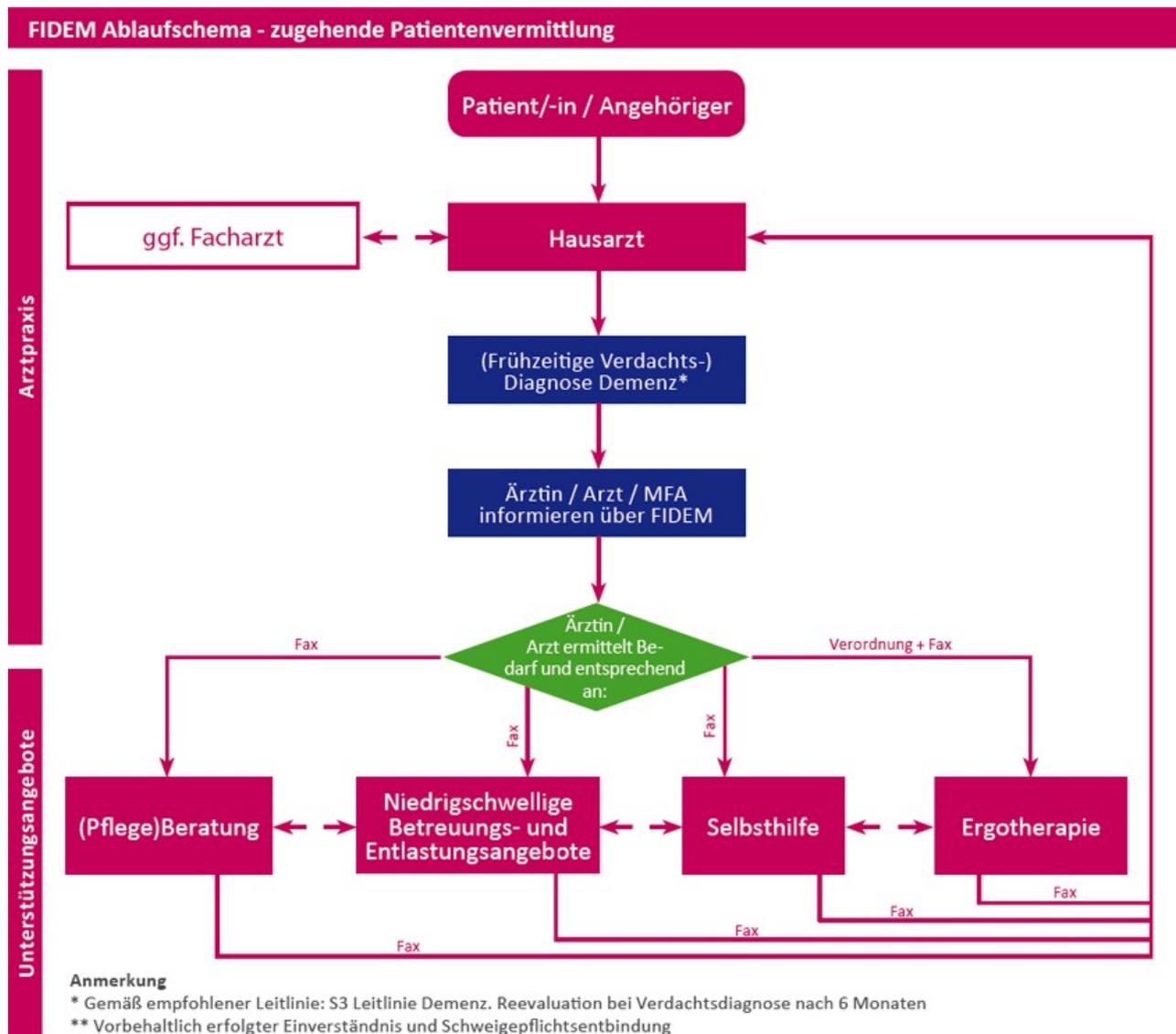
1. Begrüßung (ggf. Grußwort)
2. Information
3. Netzwerkbildung

Material:

Tagesordnung
 „Gesprächsleitfaden Netzwerktreffen“ und „Protokoll Netzwerktreffen“
 für jedes Netzwerk
 Räumlichkeiten für Netzwerkgruppen (Punkt 3)
 Kopiermöglichkeit für Netzwerkprotokolle
 Präsentationstechnik

Zeitraumen	Form	Inhalt	Referent*in
15 Min.	Plenum	1. Begrüßung <ul style="list-style-type: none"> • Grußwort z.B. vom Sozialdezernenten oder/und Vertreter Ärzteschaft 	
50 Min.	Plenum	2. Information <ul style="list-style-type: none"> • Persönliche Vorstellung als Koordinator*innen <ul style="list-style-type: none"> ○ Aufgaben SPN skizzieren ○ Rolle in FIDEM skizzieren • Kurzdarstellung der NBEA • Kurzdarstellung der (Pflege-)Beratung • Kurzdarstellung der Selbsthilfe • Kurzdarstellung der Ergotherapie mit HED-I 	Koordinator*in
10 Min			
10 Min			Vertr.NBEA
10 Min			Vertr.(Pflege-)beratung
10 Min			Vertretung SH
10 Min			Vertr. Ergotherapie
15 Min.			
5 Min.	Plenum	PAUSE	Koordinator*in
30 Min.	Netzwerkgruppen	<ul style="list-style-type: none"> • Darstellung der Netzwerkarbeit und Aufteilung in Netzwerke 3. Netzwerkbildung <ul style="list-style-type: none"> • Erstes Netzwerktreffen der einzelnen Netzwerke • Kennenlernen • Austausch zu Angeboten • Vereinbarungen für weitere Kooperation 	

Der Vermittlungspfad



FIDEM Faxformular zur Patientenvermittlung

1. Arztpraxis	
2. Ansprechperson in der Praxis	
3. Tel.: _____ Fax.: _____	
(Datum, Stempel)	
4. Mit FIDEM Teilnahme einverstanden u. Schweigepflichtsentb. erfolgt:	ja <input type="checkbox"/>
5. Name der/s Patientin/Patienten: _____	Alter: _____
6. Adresse und Telefonnummer: _____	
7. Name des Angehörigen: _____	Patient/-in allein lebend: <input type="checkbox"/>
8. Adresse und Telefonnummer des Angehörigen: _____	
9. Kontaktaufnahme mit Patient/-in <input type="checkbox"/> mit Angehörigen <input type="checkbox"/> bevorzugt zu folgenden Zeiten: _____	
10. (Verdachts) Diagnose: DAT <input type="checkbox"/> FTD <input type="checkbox"/> vaskuläre D. <input type="checkbox"/> andere: <input type="checkbox"/> bekannt seit: _____	
11. Demenzstadium: leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/>	
12. Bedarf an demenzbezogenen Hilfen? (ggf. „Hinweise zur Bedarfsermittlung“ beachten)	(Pflege-) Beratung <input type="checkbox"/>
	Niedrigschwelliges Betreuungs- und Entlastungsangebot (NBEA) <input type="checkbox"/>
Selbsthilfe <input type="checkbox"/>	demenzspezifische Ergotherapie <input type="checkbox"/>
13. Weitere ärztliche Anmerkungen und Hinweise (z.B. Auffälligkeiten, Belastungen, Ressourcen): 	

Von Arztpraxis auszufüllen

14. Rückmeldung von (Pflege-) Beratung an Ärztin/ Arzt (z. B. Zeitpunkt, -raum, Themen, NBEA-Bedarf, Empfehlungen zu weiteren demenzbezogenen Hilfen, Vereinbarungen, sonstige Anmerkungen)	Datum: _____

15. Rückmeldung von NBEA an Ärztin/ Arzt (z. B. Art des Angebotes, Dauer, Frequenz, Inanspruchnahme, Empfehlungen zu weiteren demenzbezogenen Hilfen, sonstige Anmerkungen)	Datum: _____

16. Rückmeldung von Ergotherapie an Ärztin/ Arzt und ggf. NBEA (z. B. Behandlungsbeginn, Auffälligkeiten, Belastungen, Ressourcen, NBEA-Bedarf, Empfehlungen zu weiteren demenzbezogenen Hilfen, sonstige Anmerkungen)	Datum: _____

17. Rückmeldung von Selbsthilfekontaktstelle an Ärztin/Arzt (z. B. Zeitpunkt, -raum, Themen, Vereinbarungen, sonst. Anmerkungen)	Datum: _____

Rückmeldung an Arztpraxis

Gesprächsleitfaden Initialtreffen, Seite1

Name des Netzwerkes (Arztpraxis und / oder Region):

Datum: _____

Bitte orientieren Sie sich an den folgenden Tagesordnungspunkten und tragen Sie die Daten Ihrer Vereinbarungen in das Protokollblatt ein!

Legen Sie für die Dokumentation eine/n Protokollführer/-in fest und stellen Sie jedem Teilnehmenden am Ende des Treffens eine Kopie des Protokolls zu Verfügung.

I Vorstellungsrunde

II Austausch über Erfahrungen mit Demenz und Angebote für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen

- In der Arztpraxis (z.B. Häufigkeit von Demenzerkrankten im Praxisalltag/ Schwierigkeiten in der Praxis)
- Beim Anbieter Niedrigschwelliger Betreuung und Entlastung (z.B. Erfahrungen mit der Annahme der Angebote)
- In der Selbsthilfe-Kontaktstelle (z.B. kontinuierliche Gruppen für Angehörige)
- In der Ergotherapie (z.B. Erfahrungen mit Verordnungen und Therapieerfolgen)
- In der Beratung (z.B. Erfahrungen mit Auswirkung von Beratung)

III Was wünschen Sie sich von der Kooperation?

- ...
- ...
- ...

Gesprächsleitfaden Initialtreffen, Seite 2

IV Vereinbarungen zur weiteren FIDEM-Kooperation

Empfehlungen von FIDEM:

- Legen Sie die Häufigkeit der Kooperationstreffen fest. Es empfehlen sich mind. zwei Kooperationstreffen pro Jahr mit allen Kooperationspartnern: Ärztin/Arzt, MFA, Niedrigschwellige Betreuung und Entlastung, Beratung, Ergotherapie, Selbsthilfe
- Nutzen Sie das Fax-Dokument als Kommunikationsweg
- Die Rückmeldungen der Kooperationspartner über das vermittelte Angebot sollten beibehalten werden!
- Legen Sie Ort und Datum für das nächste Treffen fest
- Legen Sie eine/n verantwortliche/n Moderator/ Moderatorin für das nächste Treffen festlegen, wobei die Aufgaben des Moderators bzw. der Moderatorin immer von der gleichen Person wahrgenommen werden sollten, um eine größtmögliche Kontinuität zu gewährleisten. Dennoch sind Wechsel in der Person natürlich nach guter Absprache möglich.

Sollten Sie andere Kooperationsformen wählen, legen Sie diese in gemeinsamer Absprache fest und fixieren Sie diese im Protokoll.

Gesprächsleitfaden Kooperationstreffen

Name des Netzwerkes (Arztpraxis und / oder Region): _____

Datum: _____

Bitte orientieren Sie sich an den folgenden Tagesordnungspunkten und tragen Sie die Daten Ihrer Vereinbarungen in das Protokollblatt ein!

Legen Sie für die Dokumentation eine/n Protokollführer/-in fest und stellen Sie jedem Teilnehmenden am Ende des Treffens eine Kopie des Protokolls zu Verfügung

I Erfahrungen aus der Patientenvermittlung

- Bericht der einzelnen Kooperationspartner über ihre Erfahrungen
- Austausch über besondere Fälle

II Veränderungen bei den Kooperationspartnern

- Im Angebot
- Personelle Veränderungen (Ansprechpartner)
- Entscheidung über die Aufnahme zusätzlicher Kooperationspartner

III Vereinbarungen zu dem nächsten Kooperations-Treffen

- Legen Sie **Ort und Datum** für das nächste Treffen fest.
- Finden Sie für die Kooperations-Treffen aus Ihrer Runde eine/n **Moderator/-in**

Die/der Moderator/-in ist verantwortlich für die Einladungen und die Durchführung der Tagesordnung (Leitfaden von FIDEM), sowie die Verteilung des Protokolls an alle Teilnehmenden (direkt vor Ort kopieren oder nachträglich versenden).

Die Aufgabe der/s Moderatorin/Moderators sollte möglichst immer von der gleichen Person wahrgenommen werden, um eine größtmögliche Kontinuität zu gewährleisten. Dennoch sind Wechsel der Person nach guter Absprache möglich, ggf. kann ein/e Vertreter/-in bestimmt werden.

Protokoll - Initialtreffen/ Kooperationstreffen, Seite 1

Netzwerk /Region: _____

Datum: _____

Protokollführer/-in: _____

Erfahrungen/Besonderheiten aus der Patientenvermittlung

Anzahl der vermittelten Patient*innen Angehörigen zum Zeitpunkt des heutigen Treffens	
Probleme aus der Patientenvermittlung	
Bedarf an weiterer Information/ Unterstützung für die Kooperationspartner	

Änderungen im Angebot

Niedrigschwellige Betreuung und Entlastung	
Ergotherapie	
Selbsthilfe	
Beratung	
Neue Kooperationspartner	

Vereinbarungen für die weitere Kooperation

Anzahl der Treffen / Jahr		Nächster Termin	
		Einladung erfolgt ab	
Weiterer Kommunikationsweg			

Protokoll - Initialtreffen/ Kooperationstreffen, Seite 2

Anwesenheitsliste

Kooperationspartner	Kontaktdaten	Anwesende - bitte unterschreiben
Arztpraxis MFA		
Niedrigschwellige Betreuung und Entlastung		
Ergotherapie – HED-I		
Beratung		
Selbsthilfe		

Fortbildungsmodule im Projekt FIDEM Niedersachsen

Für Hausärztinnen / Hausärzte

Modul 1	Modul 2
Aktuelle Situation in der Praxis	Austausch über demenzbezogene Veränderungen im Praxisalltag
Krankheitsbild Demenz (Formen, Ursachen, Symptome)	Kommunikation bei Demenz (Diagnoseeröffnung, mit Betroffenen/ Angehörigen, alleinlebende Menschen mit Demenz)
Diagnostik, medikamentöse Therapie	Sozialrechtliche Aspekte bei Demenz
Nichtmedikamentöse Unterstützungsmöglichkeiten bei Demenz	Patientenvermittlung im Projekt

Für Medizinische Fachangestellte

Modul 1	Modul 2
Aktuelle Situation in der Praxis	Austausch über demenzbezogene Veränderungen im Praxisalltag
Krankheitsbild Demenz (Formen, Ursachen, Symptome, Diagnostik, medikamentöse Therapie)	Kommunikation bei Demenz (schwierige Situationen, mit Betroffenen/ Angehörigen, alleinlebende Menschen mit Demenz)
Nichtmedikamentöse Unterstützungsmöglichkeiten bei Demenz	Sozialrechtliche Aspekte bei Demenz
Praktische Übungen zu kognitiven Testverfahren	Patientenvermittlung im Projekt

Fortbildung für die Hausarztpraxen in FIDEM Niedersachsen

Vorlage Ablaufplan Modul 1 – Ärzt*innen

Termin:

Zeit	Themen	Referent*in
14:00-14:20	Begrüßung <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellungsrunde TN • Übersicht über die Inhalte 	Fachärztin/Facharzt Koordinat. FIDEM
14:20-14:50	Eindrücke aus dem Praxisalltag <ul style="list-style-type: none"> • Welche Erfahrungen machen Sie im Praxisalltag mit Patient*innen mit Demenz /Angehörigen/Alleinlebenden Erkrankten • Was würden Sie sich wünschen für ihren Praxisalltag? >Wunsch und Wirklichkeit(Sammlung Flipchart) 	Koordinat. FIDEM Fachärztin/Facharzt
14:50-16:20	Krankheitsbild, Diagnostik und medikamentöse Therapie <ul style="list-style-type: none"> • Demenzformen/Ursachen • (Frühe)Symptome – Verdacht auf Demenz • Möglichkeiten der Diagnostik Was kann in der HA-Praxis geleistet werden • Geeignete Tests für die Praxis • Medikamentöse Therapie 	Fachärztin/Facharzt
16:20-16:40	Pause	
16:40-17:50	Nichtmedikamentöse Unterstützungsmöglichkeiten <ul style="list-style-type: none"> • NBEA (incl.PV-Leistungen) • Selbsthilfe Demenz • Ergotherapie • Beratung/Pflegeberatung 	Koordinat. FIDEM Ergotherapeutin
17:50-18:00	Abschluss	

FIDEM Niedersachsen – Fortbildung Hausarztpraxen

Vorlage Ablaufplan Modul 2 für Ärztinnen/Ärzte

Termin:

Zeit	Themen	Referent*in
14:00 - 14:30	Begrüßung Übersicht über die Inhalte Veränderungen im Praxisalltag ? <ul style="list-style-type: none"> • Testdurchführung • Diagnosestellung • Eigene Wahrnehmung 	Fachärztin/Facharzt Koordinat. FIDEM
14:30-16:00	Kommunikation / Gesprächsführung in der Hausarztpraxis <ul style="list-style-type: none"> • Kurzeinführung • hilfreiche Kommunikation (im Umgang/Nonverbale Kommunikation/mit Angehörigen/Betroffenen/bei der Diagnose) 	Fachärztin/Facharzt
16:00-16:30	Rechtliche Themen in der Hausarztpraxis Im Zusammenhang mit Demenz <ul style="list-style-type: none"> • Vollmacht • Betreuung • Betreuungsverfügung 	Koordinat. FIDEM
16:30-16:50	Pause	
16:50-17:50	Die Patientenvermittlung im Projekt <ul style="list-style-type: none"> • Ablaufschema • Fax und Handlungsempfehlung • Checkliste Arzt • Schweigepflichtentbindung 	Koordinat. FIDEM
17:50-18:00	Abschluss	Koordinat. FIDEM

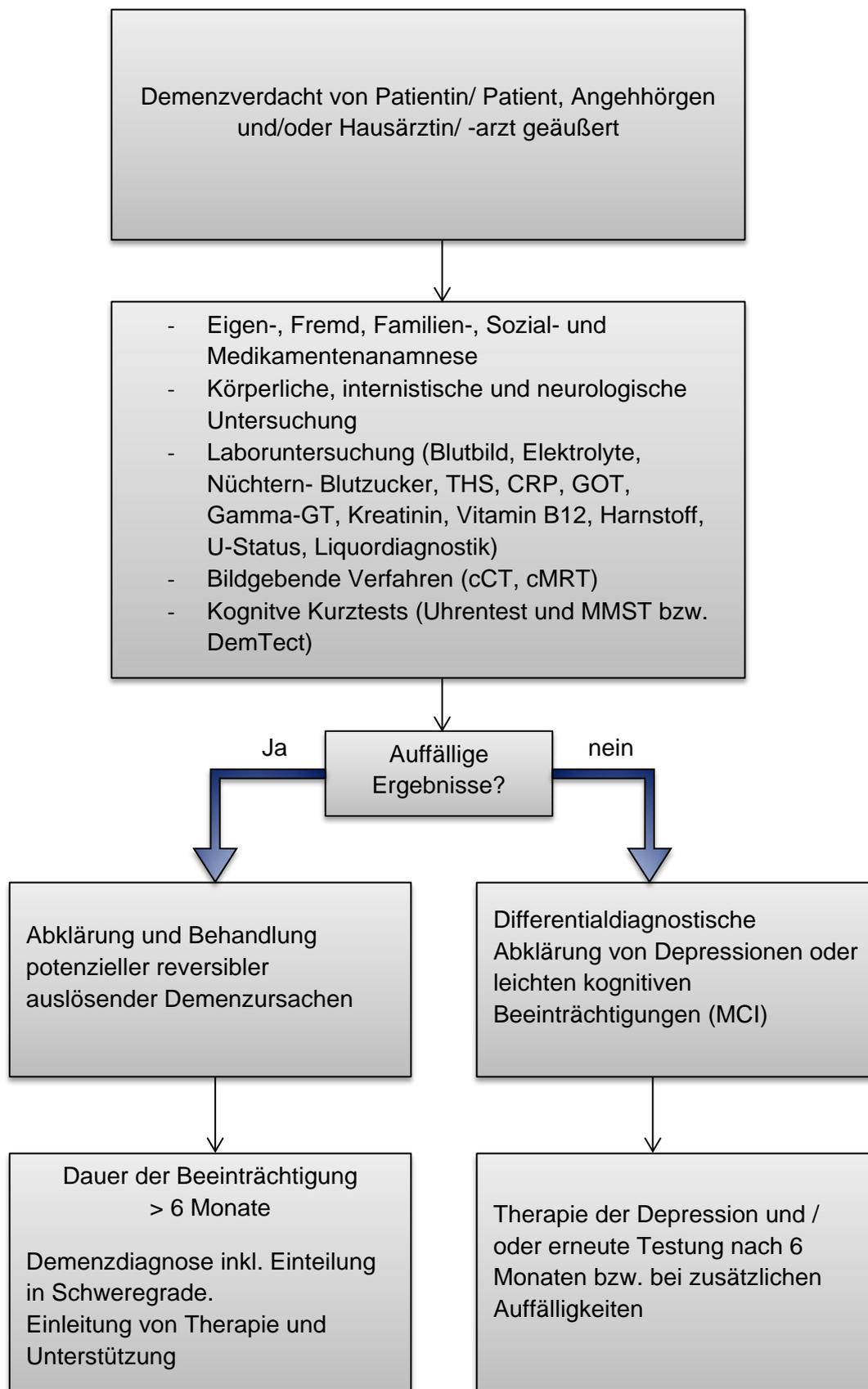
Fortbildung für die Hausarztpraxen in FIDEM Niedersachsen“

Vorlage Ablaufplanung Modul 1 – MFA

Termin:

Zeit	Themen	Referent*in
14:00 - 14:20	Begrüßung <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung der ReferentInnen • Vorstellungsrunde TN • Übersicht über die Inhalte 	Koordinat. FIDEM
14:20-14:50	Eindrücke aus dem Praxisalltag <ul style="list-style-type: none"> • Welche Erfahrungen machen Sie im Praxisalltag mit Patienten mit Demenz /Angehörigen/Alleinlebenden Erkrankten • Was würden Sie sich wünschen für ihren Praxisalltag? (Sammlung Flipchart) 	Koordinat. FIDEM
14:50-16:10	Nichtmedikamentöse Unterstützungsmöglichkeiten <ul style="list-style-type: none"> • Ggf. Einstimmung mit Filmsequenz • NBA (incl.PV-Leistungen) • Selbsthilfe Demenz • Ergotherapie • Beratung/Pflegeberatung 	Koordinat. FIDEM/ Ergotherapeutin
16:10-16:30	Pause	
16:30-17:50	Krankheitsbild, Diagnostik und medikamentöse Therapie <ul style="list-style-type: none"> • Demenzformen und medikamentöse Therapie • (Frühe)Symptome – Verdacht auf Demenz 	Fachärztin/Facharzt
16:30-17:10 ----- 17:10-17:30 17:30-17:50	<ul style="list-style-type: none"> • Erprobung eines Testverfahrens • Austausch über Erfahrungen 	
17:50-18:00	Abschluss	Koordinat. FIDEM

Checkliste Diagnostik bei Demenz



ANLAGE zur Patienteninformation im Konzept FIDEM Niedersachsen

Erklärung über die Entbindung von der (ärztlichen) Schweigepflicht zur Weiterleitung:

Name: Vorname:

Anschrift:

Geb.Dat.:

Ich möchte Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen und habe das Patienteninformationsblatt hierzu erhalten.

Durch meine Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass Angaben zu meiner Person und zu meiner Erkrankung an die Kooperationspartner der

Arztpraxis weitergegeben werden.

Die Verwendung und Weitergabe von personenbezogenen Daten ist ausschließlich für die Vermittlung von Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörigen an die kooperierenden Anbieter von

- Demenzbezogenen Beratungsleistungen,
- Niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten nach §45c SGB XI,
- Selbsthilfe sowie
- Demenzspezifische Ergotherapie bestimmt

und ggf. zur gegenseitigen Vermittlung und Rückmeldung zwischen den beteiligten Kooperationspartnern im Netzwerk des Konzeptes FIDEM Niedersachsen.

Eine darüber hinaus gehende Speicherung, Veränderung, Nutzung oder Weitergabe von Daten an nicht an der Kooperation teilnehmende Dritte ist nicht gestattet.

Ich kann mein Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Ort, Datum und Unterschrift

(Patientin / Patient bzw. gesetzliche Vertreterin / gesetzlicher Vertreter)

Patienteninformation

„Durch frühzeitige Unterstützung sollen Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen mehr Lebensqualität erlangen.“ (Leitidee FIDEM)

Unterstützungsangebote nach dem FIDEM-Modell

Ihre Hausärztin / Ihr Hausarzt hat bei Ihnen/Ihrem Angehörigen den Verdacht auf eine Demenz oder eine Demenz diagnostiziert. Vermutlich tauchen Fragen, Sorgen und Ängste auf, die nur schwer allein zu beantworten bzw. zu bewältigen sind.

In dieser Situation sollen Sie **frühzeitig** Angebote zur konkreten Unterstützung und Information erhalten.

Möglichkeiten der Unterstützung

- Vielleicht brauchen Sie als pflegende Angehörige/pflegender Angehöriger eine kompetente Vertretung für die Betreuung Ihres erkrankten Angehörigen zu Hause, kennen aber die Anbieter nicht.
- Vielleicht wäre eine Gruppe, in der aktivierende Angebote von geschulten Kräften für Menschen mit Demenz durchgeführt werden, das Richtige.
- Vielleicht benötigen Sie als Erkrankte/Erkrankter fachliche Unterstützung durch Ergotherapie bei der möglichst selbständigen Durchführung Ihrer Alltagsaufgaben.
- Vielleicht benötigen Sie als pflegende Angehörige/pflegender Angehöriger fachliche Anleitung durch Ergotherapie im Umgang mit dem Erkrankten und in der Anpassung des Alltags an die veränderte Situation
- Vielleicht brauchen Sie zunächst vor allem Informationen über Leistungen und Angebote, die es für Menschen mit Demenz gibt.
- Vielleicht suchen Sie als Erkrankte/Erkrankter oder pflegende Angehörige/pflegender Angehöriger den Austausch mit Menschen in ähnlichen Lebenssituationen.

Ihre Hausärztin / Ihr Hausarzt unterstützt Sie bei der Klärung Ihrer Anliegen und vermittelt Sie mit Ihrem Einverständnis bei Bedarf an die zuständigen Ansprechpartner.

Entscheidungshilfe für die Hausärztin / den Hausarzt zur Weitervermittlung von Patient*innen und Angehörigen an Hilfeangebote (Seite 1 von 2)

Im Folgenden wird eine Reihe von Aussagen gemacht, die Ihnen Anhaltspunkte für die bedarfsgerechte Weitervermittlung eines an Demenz erkrankten Patienten bzw. dessen Angehörigen an entsprechende Hilfeangebote bietet. Diese Liste dient lediglich der ersten Orientierung und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Im Einzelfall kann bereits **ein** positives Item einen hinreichenden Bedarf für das entsprechende Angebot darstellen.

Anhaltspunkte für die Vermittlung an Niedrigschwelliges Betreuungsangebot	
Situation Patient*in	
Patient*in braucht Hilfe bei der Tagesstrukturierung	<input type="checkbox"/>
Patient*in benötigt ständige Betreuung / Beaufsichtigung	<input type="checkbox"/>
Patient*in ist oft oder ständig niedergeschlagen oder hilflos	<input type="checkbox"/>
Patient*in verkennt bzw. verursacht gefährliche Situationen	<input type="checkbox"/>
Patient*in zeigt unkontrolliertes bzw. herausforderndes Verhalten	<input type="checkbox"/>
Patient*in hat ausgeprägten Bewegungsbedarf	<input type="checkbox"/>
Der Tag-Nacht-Rhythmus ist gestört	<input type="checkbox"/>
Situation Angehörige/Angehöriger	
Angehörige sind durch die Betreuungssituation belastet	<input type="checkbox"/>
Anhaltspunkte für die Vermittlung an Ergotherapie	
Situation Patient*in	
Patient*in hat eine leichte bis mittelschwere Demenz	<input type="checkbox"/>
Patient*in ist nicht in der Lage, sich selbst zu versorgen (Hygiene, Ankleiden, Essen und Trinken etc.)	<input type="checkbox"/>
Patient*in kann seine gewohnten Aufgaben im Alltag nicht mehr ausführen (Haushalt, Garten, Einkauf etc.)	<input type="checkbox"/>
Patient*in kann seinen gewohnten Freizeitaktivitäten nicht mehr nachgehen	<input type="checkbox"/>
Patient*in vernachlässigt die gewohnten Sozialkontakte (Familie, Freunde, Nachbarn)	<input type="checkbox"/>
Situation Angehörige/Angehöriger	
Angehörige/Angehöriger zeigt sich durch Probleme in der täglichen Kommunikation belastet	<input type="checkbox"/>
Es kommt zu Konfliktsituationen im Umgang mit dem Demenzkranken	<input type="checkbox"/>
Angehörige/Angehöriger wirkt im Umgang mit Patient*in ungeduldig, verärgert	<input type="checkbox"/>

Entscheidungshilfe für die Hausärztin / den Hausarzt zur Weitervermittlung von Patient*innen und Angehörigen an Hilfeangebote (Seite 2 von 2)

Anhaltspunkte für die Vermittlung an Beratung	
Situation Patient/Patientin	
Patientin/Patient braucht Unterstützung bei der Verarbeitung der Diagnose	<input type="checkbox"/>
Situation Angehörige/Angehöriger	
Angehörige/Angehöriger kann mögliche Unterstützungsangebote nicht als Entlastung sehen	<input type="checkbox"/>
Angehörige/Angehöriger kann Demenz nicht als Erkrankung wahrnehmen („mein Mann müsste sich nur etwas anstrengen“)	<input type="checkbox"/>
Angehörige/Angehöriger wirkt depressiv, handlungsunfähig, erschöpft, überfordert	<input type="checkbox"/>
Angehörige/Angehöriger wirkt im Umgang mit Patient*in ungeduldig, verärgert	<input type="checkbox"/>
Anhaltspunkte für die Vermittlung an Selbsthilfe	
Situation Patient/Patientin	
Patientin/Patient sucht Austauschmöglichkeiten mit anderen Erkrankten	<input type="checkbox"/>
Situation Angehörige/Angehöriger	
Angehörige/Angehöriger sucht Austausch mit anderen pflegenden Angehörigen	<input type="checkbox"/>
Angehörige/Angehöriger hat Bedarf Aktivitäten mit anderen Angehörigen in ähnlicher Situation	<input type="checkbox"/>

Angebote zur Unterstützung im Alltag

Die ambulante Versorgung aller Pflegebedürftigen ist durch einen zusätzlichen Leistungsanspruch verbessert worden. Neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung wurde die Betreuung und Entlastung als dritte Bedarfsgröße eingeführt.

Gesetzliche Grundlage

Gesetzliche Grundlage für diese Regelungen bieten die §§ 45 a-b SGB.

Anspruchsberechtigung

Anspruchsberechtigt sind alle Personen mit Leistungsansprüchen nach dem PflegeVG. Dazu gehören Leistungsempfängerinnen und -empfänger mit einer Einstufung in den Pflegegraden I bis V. Die Pflegekassen/ privaten Pflegeversicherungsunternehmen informieren über das Vorliegen eines Pflegegrades, nachdem der Medizinische Dienst der Krankenversicherung die Begutachtung vorgenommen hat.

Leistungen

Es stehen 125,- Euro im Monat zur Verfügung. Dieser Entlastungsbetrag steht den Berechtigten zusätzlich zum Pflegegeld oder der Pflegesachleistung zu. Allerdings wird dieser Betrag nicht ausgezahlt, sondern kann nur zweckgebunden zur Nutzung **von Angeboten zur Unterstützung im Alltag** eingesetzt werden.

Angebote zur Unterstützung im Alltag

Unter AzUA versteht man einerseits Betreuungsangebote, in denen Ehrenamtliche unter pflegfachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen übernehmen. Die Betreuung erfolgt in Gruppen oder in Einzelbetreuungen im häuslichen Bereich und entlastet die pflegenden Angehörigen. Es gibt jedoch auch psychosoziale Unterstützung für die Angehörigen in Form von entlastenden Gesprächen mit Ehrenamtlichen. Andererseits werden auch Angebote zur Unterstützung im Alltag angeboten. Diese können auch Dienstleister übernehmen, die Hauptamtliche für die Tätigkeiten einsetzen.

Beratung für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen

Beratungsinhalte

- Informationsbedarf
(z.B. Info zum Krankheitsbild, Allgemeiner Überblick über Unterstützungsangebote, Infos zu finanziellen Leistungen u.a.)
- Entlastungsbedarf durch praktische Hilfe
d.h. individuelle Beratung zu konkreten Angeboten für Erkrankte und für Angehörige = „Unterstützungsmanagement“
- Bedarf an Psychosozialer Beratung mit unterschiedlichsten Anliegen, wie z.B.
 - Bewältigung emotionaler Problemlagen (z.B. Akzeptanz der Diagnose, innerfamiliäre Konfliktsituationen)
 - Umgang mit dem Erleben der Erkrankung eines nahen Menschen
 - Belastung durch Gefühl der Pflicht, Schuldgefühle
 - Ethische Fragestellungen
 - Bedenken gegenüber der Inanspruchnahme ‚fremder‘ Hilfe

Beratungsangebote in FIDEM

- Senioren- und Pflegestützpunkt
 - Sozialleistungen/Hilfsangebote, vermittelnd, koordinierend
- Pflegeberatung der Pflegekassen
 - pflegeorganisatorisch/Versorgungsplan/informierend
- gerontopsychiatrische oder Demenz –Beratungsstellen, wenn vorhanden
 - psychosozial (Aufklärung und Entlastung) mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt
- Anbieter NBEA
 - Angebotsbezogen
- Selbsthilfekontaktstellen
 - angebotsbezogen, vermittelnd

Welche Möglichkeiten der Unterstützung finden Pflegende Angehörige und Menschen mit Demenz im Rahmen von Selbsthilfeangeboten?

In Selbsthilfegruppen schließen sich Menschen, die von ähnlichen Krankheiten und Problemen betroffen sind, zusammen.

Sie haben das Ziel, ihre persönliche Lebenssituation aus eigener Kraft und mit der Hilfe der Gruppe zu verbessern.

Jeder Einzelne ist für sich selbst und für das Geschehen in der Gruppe verantwortlich. Im Mittelpunkt stehen das regelmäßige, offene Gespräch und die gegenseitige Hilfe. Einige Gruppen organisieren krankheitsspezifische Therapieangebote und bieten Freizeitaktivitäten an. Selbsthilfekontaktstellen unterstützen den Aufbau neuer Gruppen, begleiten am Anfang, vernetzen untereinander, bieten organisatorische Hilfen, machen Öffentlichkeitsarbeit

Angehörige:

Im Unterschied zu Gesprächskreisen mit psychologischer/sozialpädagogischer Anleitung treffen sich Betroffene zum Erfahrungsaustausch. Oftmals übernehmen ehemalige Angehörige hier eine gewisse Steuerungs-/Unterstützungsfunktion Die Gruppe ermöglicht:

- psychische Entlastung
- Erleben von Verständnis/Anteilnahme anderer Betroffener
- Austausch über Bewältigungsstrategien
- Erleben von Gemeinschaft

Unterstützte Selbsthilfegruppen für Erkrankte:

Das entscheidende Merkmal einer Unterstützten Selbsthilfegruppe ist, dass ihre Mitglieder sich selber ausdenken und festlegen, was geschieht. Bei der unterstützten Selbsthilfe greifen die Mitglieder einer Gruppe auf eine/n Unterstützer/-in zurück, organisieren sich jedoch soweit als möglich selber und betonen die Gleichberechtigung aller in der Gruppe. Die Gruppen bieten:

- Möglichkeiten der Artikulation in einem geschützten Raum
- Auseinandersetzung mit der von kognitiven Einschränkungen geprägten Lebenssituation
- Verarbeitung einer erfolgten Diagnose einer Demenzerkrankung
- Ein Miteinander und Begegnungen auf Augenhöhe erfahren
- Psychische Stabilisierung
- Aufhebung von Isolation und Teilhabemöglichkeiten
- Entwicklung von Bewältigungsmechanismen
- Erleben von Freude, positiver Erlebnisse und gegenseitiger Hilfe



HED-I

Häusliche Ergotherapie bei Demenz-ein Interventionsprogramm

Ergotherapeutisches Kurzzeit-Interventionsprogramm Begrenzt auf bis zu 20 Therapie-Einheiten

Zielgruppe

Menschen mit leichter bis mittelgradiger Demenz

- mit Ihren Angehörigen in der häuslichen Umgebung
- bei Einschränkungen in den gewohnten Alltagsaktivitäten
- bei Problemen in der Kommunikation /Konflikten mit den Angehörigen
- bei Belastungsreaktionen des Angehörigen durch die Betreuung des Erkrankten



Zielsetzung

Gelingende Alltagsaktivitäten in den Bereichen Selbstversorgung, Mobilität, Haushaltsführung, Freizeit und Teilhabe am sozialen Leben

Maßnahmen

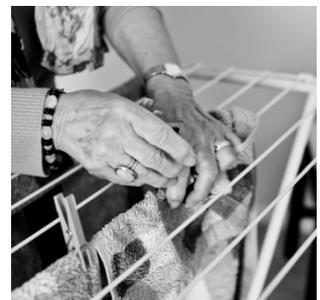
- Ressourcen des Erkrankten werden aktiviert
- Angehörige werden praktisch angeleitet
- Problemlösestrategien werden gemeinsam entwickelt und in der häuslichen Umgebung in der Alltagssituation praktisch erprobt
- Wird weiterer Hilfebedarf deutlich, kann der Kontakt zu Anbietern von NBEA hergestellt und ggf. Helfer/innen angeleitet werden.



Verordnung

Nach der Heilmittelrichtlinie von 2011 ist das Interventionsprogramm folgendermaßen verordnungsfähig:

- Indikationsschlüssel: PS 5 (Demenzen)
- Heilmittel: psychisch funktionelle Behandlung (A-PFB)
- Behandlungsfrequenz: 1-2 mal wöchentlich
- als Hausbesuch
- Spezifizierung der Therapieziele:
Projekt FIDEM NDS
Häusliche Ergotherapie bei Demenz HED-I



Kontakte in der FIDEM-Region

Ergotherapie wird empfohlen von DGPPN/DGN-S3-Leitlinie Demenzen 2009

Wirksamkeitsnachweise bei M. Graff et al 2006, Niederlande und ERGODEM-Studie, Deutschland 2011

Hinweise zur Kommunikation mit Menschen mit Demenz

Der Erkrankte kann sich immer weniger ‚anpassen‘ oder auf Situationen einstellen, also muss es die (gesunde) Umwelt tun

- Wenden Sie sich dem Erkrankten zu (z.B. im Gespräch möglichst keine parallele Eingabe von Daten am Computer)
- Achten Sie auf Blickkontakt und auf Augenhöhe
- Sprechen Sie langsam und deutlich
- Achten Sie auf Mimik, Gestik und Körpersprache
- Geben Sie nicht zu viele Informationen auf einmal, ggf. Informationen wiederholen (Wortwahl dabei eher gleich)
- Wenn Fragen erforderlich sind: formulieren Sie eher offene Fragen und stellen Sie nur 1 Frage auf einmal
- Vermeiden Sie möglichst Hintergrundgeräusche/Störungen
- Vermeiden Sie Diskussionen und unnötiges Korrigieren des Erkrankten
- Gefühlsausbrüche sind meistens Reaktionen auf frustrierende Erlebnisse: versuchen Sie, dem Ärger ‚Raum‘ zu lassen und Anschuldigungen nicht persönlich zu nehmen/zu ignorieren
- In Anwesenheit des Erkrankten **nicht über ihn** sprechen
- Beispiel für eine förderliche Kommunikation: „Habe ich mich verständlich ausgedrückt?“ statt „Haben Sie mich verstanden?“
- Eine klare Verabschiedung ist für den Erkrankten hilfreich

Kurz-Information zu Vorsorge-Vollmacht und Rechtlicher Betreuung

Vorsorgevollmacht

Für den Fall, dass der Patient seine persönlichen Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann, kann er vorsorglich einer vom ihm ausgewählten Vertrauensperson für bestimmte Bereiche / Aufgabekreise eine Vorsorgevollmacht erteilen. Durch die Vollmachterteilung soll eine sonst vom Gericht anzuordnende Betreuung vermieden werden. Die Vorsorgevollmacht ist mit Aushändigung an den Bevollmächtigten sofort gültig und regelt folgende Bereiche:

- Gesundheitspflege / Pflegebedürftigkeit
- Aufenthalts- und Wohnungsangelegenheiten
- Vertretung vor Behörden
- Vermögenssorge
- Post- und Fernmeldeverkehr
- Vertretung vor Gericht

Darüber hinaus kann eine Betreuungsverfügung (s.u.) aufgenommen werden.

Die Vorsorgevollmacht sollte aus Gründen der Klarheit und Beweiskraft schriftlich verfasst werden. Sie muss Ort, Datum und die eigenhändige Unterschrift des Vollmachtgebers enthalten. Der vollständige Name des Bevollmächtigten muss eingetragen sein, sowie dessen Unterschrift. Eine notarielle Beurkundung ist vorgeschrieben, wenn der Patient über zu verwaltes oder zu verwertendes Grundvermögen verfügt, ein Handelsgewerbe betreibt oder Gesellschafter einer Personen- oder Kapitalgesellschaft ist. Die Vollmacht ist nur dann wirksam, wenn der Bevollmächtigte sie im Original vorlegt. Eine gebührenpflichtige Registrierung der Vorsorgevollmacht beim Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer (www.vorsorgeregister.de) ist auch möglich. Die Vollmacht zwingt den Bevollmächtigten zu verantwortungsvollem Handeln im Sinne des Vollmachtgebers. Handelt der Bevollmächtigte ohne einen legitimierenden Grund, so ist er dem Vollmachtgeber gegenüber schadensersatzpflichtig. Grundsätzlich ist es möglich, ein Vollmacht nur auf bestimmte Aufgabengebiete zu beschränken.

Generalvollmacht

Wie bei der Vorsorgevollmacht tritt der Patient auch hier einseitig Rechte ab. Eine Generalvollmacht kann etwa "zur Vertretung in allen Angelegenheiten" ermächtigen. Eine solche allgemeine Formulierung deckt aber mehrere wichtige Fälle z.B. in Bezug auf ärztliche Untersuchungen, Heilbehandlungen u.a. nicht ab. Sie wird in erster Linie für die Vertretung in geschäftlichen Angelegenheiten genutzt.

Betreuungsverfügung

Mit der Betreuungsverfügung hat der Patient die Möglichkeit, eine Person als Rechtlichen Betreuer zu benennen. Sie ist eine (schriftliche) Willenserklärung für das Betreuungsgericht im Falle, dass die Rechtliche Betreuung notwendig wird.

Rechtliche Betreuung

Wenn keine Vorsorgevollmacht vorliegt, kann es notwendig werden, dass bei einem konkreten Sachverhalt eine Rechtliche Betreuung veranlasst wird. Die Rechtliche Betreuung kann bei einer psychischen, geistigen und seelischen Behinderung angeregt werden (vom behandelnden Arzt, von Angehörigen etc.). Das zuständige Betreuungsgericht achtet dabei zunächst auf die familiären Möglichkeiten bei der Übernahme einer Rechtlichen Betreuung. Auch in dieser Situation werden die Bereiche (wie bei der Vorsorge-Vollmacht, s.o.), in denen eine Betreuung erfolgen soll, genau festgelegt. Dabei können mehrere Betreuer gemeinsam unterschiedliche Bereiche betreuen. Stehen keine familiären Möglichkeiten zur Verfügung, bestellt das Betreuungsgericht neutrale Personen, Berufsbetreuer oder Vereinsbetreuer.

Die Genehmigung zu folgenden Maßnahmen ist beim zuständigen Betreuungsgericht zu beantragen::

- Freiheitsentziehende Maßnahmen, z. B. Unterbringung in einer Psychiatrie oder in einer sonstigen beschützenden Einrichtung (§1906 BGB)
- Fixierung über einen längeren Zeitraum hinweg, z. B. Anbringen eines Bettgitters (§1906 Abs. 4 BGB)
- Auflösung der Wohnung (§1907 BGB)
- Untersuchung des Gesundheitszustandes , Heilbehandlungen, ärztliche Eingriffe (lebensnotwendige medizinische Eingriffe - §1904 BGB, auch Sterilisation - §1905 BGB)

Der zuständige Richter muss den Betreuten/den Patienten in diesem Fall persönlich anhören.

Das Betreuungsgericht ist verpflichtet, die gesamte Tätigkeit des Betreuers zu beaufsichtigen und steht in der Beratungspflicht.

Hinweise für Handouts in den Fortbildungen zu FIDEM Niedersachsen

- Einige Themen sind als Vorlagen im Manualordner enthalten
 - Selbsthilfe
 - Beratung in FIDEM
 - Kommunikation mit Menschen mit Demenz
 - Sozialrechtliche Aspekte
- Ergänzend eignen sich die Merkblätter der Deutschen Alzheimer Gesellschaft zu verschiedensten Themen (wie z.B. Alleinlebende Menschen mit Demenz) sehr gut als Handout (www.DALZ.de)
- Aktuelle Artikel aus Fachzeitschriften wie z.B. der Alzheimer Infopost sind ebenfalls geeignet

Hinweise für die Fortbildung der MFA zum Thema Aspekte einer demenzfreundlichen Hausarztpraxis (in Kleingruppen erarbeiten)

- Hilfreiche Kommunikation
 - Mit Angehörigen
 - Mit Erkrankten (s. Themenblatt Kommunikation)
- Räumliche/strukturelle Aspekte
 - Geeignete Hinweisschilder
 - Wartebereich in Sichtweite zur Anmeldung für alleinstehende Erkrankte
 - Ungestörter Raum für Testverfahren
 - Terminvergabe (z.B. Regelmäßige Zeiten, vorher telefonisch erinnern)
 - Information der Kolleginnen und Kollegen
 -

Schulung für nichtärztliche FIDEM-Kooperationspartner (außer Ergotherapie)

Inhalte

- Themenbezogenes Input z.B. zu
 - ‚frühe Demenzen‘ und/oder
 - besondere Demenzformen oder
 - aktueller Stand der Forschung

- Die Patientenvermittlung in FIDEM

Das inhaltliche Thema ist nicht festgelegt, das Thema Patientenvermittlung in FIDEM muss erfolgen, da das Wissen elementare Voraussetzung für die Kooperation ist.



fidem
NIEDERSACHSEN



MGFS
Niedersachsen e.V.

 Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung

ambet
Ambulante Betreuung hilfs- und
pflegebedürftiger Menschen e.V.

PKV
Verband der Privaten
Krankenversicherung

vdek
Die Ersatzkassen

AOK
Die Gesundheitskasse.

Landwirtschaftliche
Krankenkasse
Niedersachsen-Bremen 

KNAPPSCHAFT

IKK classic

BKK
Landesverband
Mitte