

ANMELDUNG

Die Teilnahme ist kostenlos! Bitte geben Sie uns bis spätestens zum 24.09.2012 Bescheid, ob Sie an der Veranstaltung teilnehmen können. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

Pflegende erhalten 6 Fortbildungspunkte für die Registrierung beruflich Pflegender (RbP).

Für **Ärzte** ist die Veranstaltung im Rahmen der Zertifizierung der ärztlichen Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe mit 6 Punkten (Kategorie A) anrechenbar.

Anmeldung/Infos:

Deutsches Zentrum für
Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE)
Standort Witten
PF 6250, Stockumer Straße 12, 58453 Witten

Sekretariat: Sabine Möller
Telefon: 02302 926-237
Fax: 02302 926-239
Sabine.Moeller@dzne.de

Name:

Institution:

Funktion:

Anschrift:

E-mail:

Tel./Fax:

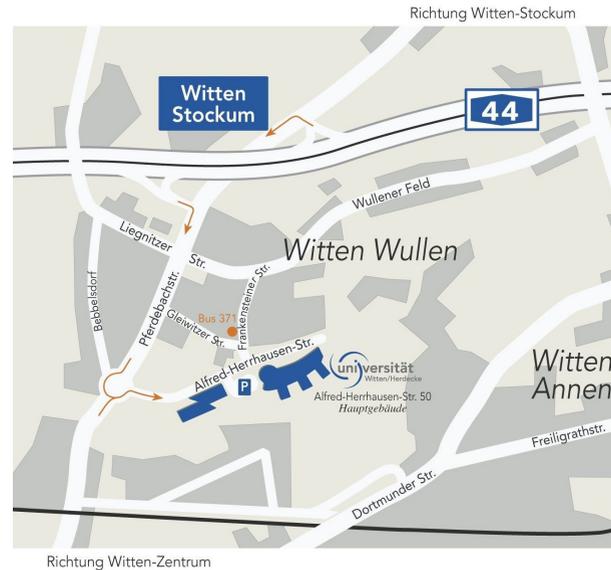
Unterschrift:

Anreise mit der Bahn

Haltepunkt Hbf Witten - falls Sie keine direkte Verbindung zum Hbf Witten haben, steigen Sie bitte im Hbf Bochum oder Hbf Dortmund um. Hier haben Sie schnellen Anschluss an die Nahverkehrszüge oder S-Bahnen in Richtung Witten. Vom Hbf Witten aus mit der Buslinie 371 bis zur Haltestelle Universität Witten-Herdecke.

Anreise mit dem Auto

Autobahn A44, Ausfahrt Witten-Stockum, Pferdebachstraße Richtung Witten-Zentrum, am Kreisverkehr in die Alfred-Herrhausen-Straße einbiegen. Nach ca. 500m liegt der Campus auf der rechten Seite. Der Veranstaltungsraum befindet sich im Erdgeschoss, links (Audimax).



3. JAHRESTAGUNG

VERSORGUNGSSTRATEGIEN FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ

VON DER FRAGMENTIERUNG ZUR VERNETZUNG !?

Mittwoch, den 10. Oktober 2012
10.00 – 18.00 Uhr

Veranstaltungsort:
Private Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Str. 50, 58448 Witten
Audimax

Standort Witten



PROGRAMM

10.00 Uhr	Registrierung/Empfang
10.30 – 11.00 Uhr	BEGRÜSSUNG Drei Jahre DZNE Standort Witten Sabine Bartholomeyczik Sprecherin DZNE Standort Witten
11.00 – 12.00 Uhr	ANSÄTZE FÜR EIN VERNETZTES GESUNDHEITSSYSTEM Überwinden oder fördern Leitlinien die Fragmentierung in der Versorgung von Menschen mit Demenz? Horst-Christian Vollmar Universität Düsseldorf Eine Leitlinie - viele Akteure. Interdisziplinarität in der Leitlinienentwicklung zum Schmerzassessment Erika Sirsch DZNE, Witten
12.00 Uhr	Mittagspause
13.00 – 14.30 Uhr	BRÜCHE UND NAHTSTELLEN IN DER VERSORGUNGSPRAXIS Pflegende Angehörige - Navigation durch ein fragmentiertes Versorgungssystem Milena von Kutzleben DZNE, Witten Fallbesprechung als Chance für Vernetzung - Ergebnisse aus Theorie und Praxis Rebecca Palm, Sven Reuther DZNE, Witten Herausforderungen der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus Christiane Pinkert DZNE, Witten

13.00 - 14.30 Uhr	INTEGRATIVE METHODEN DER DEMENZFORSCHUNG Die Kombination qualitativer und quantitativer Methoden in der angewandten Sozialforschung Udo Kelle Helmut Schmidt-Universität, Hamburg Die Bedeutung des Teams im Implementierungsprozess - ein multimethodischer Ansatz Tina Quasdorf DZNE, Witten Methodenkombination in der ethnographischen Untersuchung von institutionalisierten Abwertungsmechanismen in der Versorgung von Menschen mit Demenz Andea Newerla Justus-Liebig Universität, Gießen
14.30 - 15.15 Uhr	Pause - Postersession
15.15 - 16.15 Uhr	VERNETZUNGSMODELLE IN DER PRAXIS Selbsthilfe bei Demenz - geht das? Michaela Kaplaneck Selbsthilfekontaktstelle, Göttingen Vernetzung bei Demenz - ein Muss für betroffene Familien Ursel Schellenberg PariSozial, Minden-Lübbecke
16.15 - 16.30 Uhr	SCHLUSSWORT UND AUSBLICK
16.45 Uhr	Stehempfang im Foyer der Universität

REFERENTEN

Dipl.-Sozialpäd. Michaela Kaplaneck Leiterin der Selbsthilfekontaktstelle Göttingen Göttingen
Prof. Dr. Udo Kelle Methoden der empirischen Sozialforschung Helmut Schmidt-Universität Hamburg
Dr. Andrea Newerla, M.A. wissenschaftliche Mitarbeiterin Justus-Liebig-Universität Gießen Gießen
Dipl.-Sozialpäd. Ursel Schellenberg Demenzfachdienst HilDe - Hilfen bei Demenz PariSozial – gemeinnützige Gesellschaft für paritätische Sozialdienste mbH im Kreis Minden-Lübbecke
PD Dr. Horst-Christian Vollmar wissenschaftlicher Mitarbeiter Lehrstuhl für Allgemeinmedizin Universität Düsseldorf
Tina Quasdorf, MScN Christiane Pinkert, MScN Rebecca Palm, MScN Erika Sirsch, MScN Sven Reuther, MScN Milena von Kutzleben, MScEMPH wissenschaftliche Mitarbeiter/innen DZNE Witten
MODERATION Detlef Rüsing, MScN, Dialog- und Transferzentrum Demenz Universität Witten/Herdecke, Witten PD Dr. Birgit Panke-Kochinke, DZNE Witten Dr. Margareta Halek, DZNE Witten Dr. Bernhard Holle, DZNE Witten

3. Jahrestagung DZNE Witten

**VERSORGUNGSFORSCHUNG FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ
-von der Fragmentierung zur Vernetzung!?**

10.10.2012 Audimax Universität Witten/Herdecke

**Deutsches Zentrum für
Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE)
Standort Witten
Postfach 62 50
Stockumer Straße 12
58453 Witten**

tel +49 23 02 - 926 237

fax +49 23 02 - 926 239

web: <http://www.dzne.de>

Plenum:

Begrüßung +

Ansätze für ein vernetztes Gesundheitssystem

10:30-11:00	Grußwort	Sabine Bartholomeyczik
11:00-12:00	<p>Überwinden oder fördern Leitlinien die Fragmentierung in der Versorgung von Menschen mit Demenz?</p> <p>Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene medizinische und pflegerische Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen. Sie sollen aktuelles Wissen abbilden und zur Fortbildung dienen und können somit als zentrales Umsetzungswerkzeug der evidenzbasierten Versorgung angesehen werden.</p> <p>Obwohl in den letzten beiden Dekaden etliche Ressourcen in eine verbesserte Leitlinien-Qualität investiert wurden, besteht hier weiterhin Verbesserungsbedarf. So verzeichnet die Leitlinienseite der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) im Juli 2012 690 Leitlinien, davon 457 auf S1-Niveau (dem niedrigsten Qualitätsniveau), 123 auf S2 und 110 auf S3-Niveau.</p> <p>Weiterhin ungelöst ist die Frage der Multimorbidität in Leitlinien; bisher fokussieren Leitlinien fast immer auf ein Krankheitsbild oder auf einen Beratungsanlass.</p> <p>Weitere Herausforderungen stellen die notwendigen Aktualisierungen von Leitlinien, sowie die erfolgreiche Implementierung in die Versorgungspraxis dar.</p> <p>Häufig sind Leitlinien zudem auf den ärztlichen Sektor beschränkt; andere Professionen kommen allenfalls am Rande vor. Alle angesprochenen Probleme treten – zum Teil verstärkt – auch bei der Demenz auf.</p> <p>In Deutschland kommt erschwerend hinzu, dass mehrere Leitlinien konkurrierend auf dem Markt sind, z. B. eine Leitlinie der Neurologen und Psychiater, eine der Hausärzte, sowie die Rahmenempfehlungen aus der Pflege. Der Prozess der gemeinsamen Erstellung einer Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) Demenz scheint zurzeit aufgrund von Partikularinteressen zu stocken. Zudem ist in der NVL-Autorengruppe zwar die Pflege(wissenschaft) vertreten, allerdings fehlen einige andere Gesundheitsprofessionen.</p> <p>Positiv ist zu vermerken, dass die Empfehlungen bis auf wenige Ausnahmen sehr ähnlich lauten. Trotz ihrer Limitationen haben wir für evidenzbasierte Leitlinien – auch bezogen auf die Versorgung von Menschen mit Demenz – zurzeit keinen adäquaten Ersatz. Allerdings sollte eine gute Leitlinie nach Möglichkeit die relevanten Berufsgruppen und Schnittstellen berücksichtigen, um einer (weiteren) Fragmentierung in der Versorgung entgegen zu wirken.</p>	Horst Christian Vollmar

Plenum:

Begrüßung +

Ansätze für ein vernetztes Gesundheitssystem

	<p style="text-align: center;">Eine Leitlinie - viele Akteure - Interdisziplinarität in der Leitlinienentwicklung zum Schmerzassessment</p> <p>Aktuelle Untersuchungen zeigen eine hohe Prävalenz von Schmerz bei älteren Menschen, die in Einrichtungen der stationären Altenhilfe leben. Dabei wird ein systematisches Schmerzmanagement in stationären und ambulanten Langzeitpflegeeinrichtungen indirekt durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz gefordert.</p> <p>Schmerzmanagement ist in der Regel eine interdisziplinäre Aufgabe. Interdisziplinäre Leitlinien zum Schmerzassessment bei älteren Menschen, oder Menschen mit Demenz, liegen allerdings derzeit für den deutschsprachigen Raum nicht vor. Für Pflegende in der stationären Altenhilfe ergibt sich dadurch eine Situation, in der sie gesetzlich gefordert sind, tätig zu werden, gleichzeitig fehlen ihnen wissenschaftliche Grundlagen und Standards. Der verfügbare Expertenstandard des DNQP behandelt ausschließlich den Akutschmerz. Der Umgang mit dem chronischen Schmerz bei älteren Menschen, und insbesondere Menschen mit Demenz, wird nicht thematisiert. Die Entwicklung eines pflegerischen Expertenstandards zum chronischen Schmerz durch das DNQP hat gerade erst begonnen. Zudem mangelt es in der Zusammenarbeit mit Ärzten und anderen in der Versorgung tätigen Personen an einer geeigneten interdisziplinären Orientierung in der Versorgungspraxis im Schmerzmanagement für Menschen mit Demenz. Daher initiierte der Arbeitskreis „Schmerz und Alter“ der Deutschen Schmerzgesellschaft gemeinsam mit dem Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Witten, die Entwicklung einer interdisziplinären S3-Leitlinie zum „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe“.</p> <p>Da Empfehlungen disziplinübergreifend formuliert werden sollen, ist die Expertise aller am Schmerzmanagement beteiligten Personen vonnöten, unter anderem Vertretern der Betroffenenverbände, der Hausärzte, der Pflege und der therapeutischen Berufe. Die angestrebte Interdisziplinarität bei der Entwicklung dieser Leitlinie spiegelt sich in der Beteiligung von Delegierten aus derzeit 38 wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Interessensgruppen auf den unterschiedlichen Arbeitsebenen der Leitlinie wieder.</p> <p>Die Beteiligung so vieler Akteure bedarf eines hohen Abstimmungsbedarfes um zielführend zu sein. Die unterschiedliche Expertise der Akteure muss neben der inhaltlichen auch auf der methodischen Ebene gebündelt werden. Ziel des Vortrags ist es, die unterschiedlichen Facetten dieses wichtigen interdisziplinären Zusammenwirkens aufzuzeigen</p>	Erika Sirsch
12:00-13:00	Mittagspause	

Session 1:

Brüche und Nahtstellen in der Versorgungspraxis

<p>13:00-14:30</p>	<p>Pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz– Navigation durch ein fragmentiertes Versorgungssystem</p> <p>Hintergrund: Die Mehrheit der Menschen mit Demenz (MmD) in Deutschland lebt in Privathaushalten und wird dort primär von informellen Pflegepersonen, meist den direkten Familienangehörigen, versorgt. Pflegende Angehörige (pA) sind derzeit die tragende Säule der Versorgung - sie leisten den größten Teil der Betreuung und Pflege. Das laufende Forschungsprojekt VerAH-Dem am DZNE Standort Witten untersucht, wie sich Familien organisieren, die einen MmD in der Häuslichkeit versorgen, wie sie sich im Versorgungssystem zurecht finden und welche Hilfen sie in Anspruch nehmen.</p> <p>Methoden: In einem kleinstädtisch-ländlichen Kreis wurden pA zunächst mittels einer Fragebogenerhebung zur Organisation der häuslichen Betreuungssituation befragt. In einem zweiten Schritt wurden vertiefende persönliche Interviews mit pA geführt.</p> <p>Ergebnisse: Mit der Fragebogenerhebung (n=102) konnten ca. 3% aller MmD im untersuchten Kreis erfasst werden. Darüber hinaus wurden mit 9 Hauptpflegepersonen Interviews geführt. Ein Großteil der Befragten (85%) versorgt seinen Angehörigen mit Demenz unter Zuhilfenahme mindestens einer formellen Unterstützungsform, meist einem ambulanten Pflegedienst. Hausärzte und Pflegedienste gefolgt von Pflegekassen und Fachärzten sind die meist frequentierten Informationsquellen. Obwohl die meisten Familien in Kontakt zum professionellen Hilfesystem stehen, gab ungefähr die Hälfte der Befragten an, es schwierig zu finden, sich einen Überblick über Hilfs- und Unterstützungsangebote zu verschaffen. Zeitmangel, fehlende Kenntnis und ein fehlender Überblick über Hilfsangebote sowie die Fragmentierung des Systems und viel Bürokratie (insbesondere im Bezug auf Finanzielles) werden als Zugangsbarrieren zu Informationsangeboten angegeben. Eine ärztlich gesicherte Diagnose ist für die meisten pA wichtig, weil sie Klarheit bringt. Sie erzählen aber auch, dass Ärzte häufig lange für eine Diagnosestellung brauchen und nicht die erwartete Unterstützung im Umgang mit den Erkrankten geben können. Insgesamt bemängeln pA, dass Versorgungsangebote sehr allgemein sind und wünschen sich eine dem individuellen Bedarf angepasste Unterstützung.</p> <p>Diskussion: Angehörige von Menschen mit Demenz sind im Versorgungsdschungel häufig noch auf sich allein gestellt und müssen sich die für sie relevanten Hilfen mühsam zusammen suchen. Gleichzeitig werden Informationsstellen wie Pflegestützpunkte, Demenz-Servicezentren und Alzheimergesellschaften bisher selten in Anspruch genommen. Dieser Beitrag verdeutlicht die Schwierigkeiten, mit denen sich pA als Manager der Versorgung eines Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit konfrontiert sehen. Er kann aber auch als Diskussionsgrundlage dafür dienen, wie das Versorgungssystem in Zukunft zielgerichteter und individueller Unterstützung bieten kann.</p>	<p>Milena von Kutzleben</p>
--------------------	--	-----------------------------

Session 1:

Brüche und Nahtstellen in der Versorgungspraxis

	<p style="text-align: center;">Fallbesprechung als Chance für Vernetzung- Ergebnisse aus Theorie und Praxis</p> <p>Derzeit weisen ca. 70% der Bewohner von stationären Altenhilfeeinrichtungen kognitive Veränderungen auf. An ihrer Versorgung sind zahlreiche Personen verschiedener Berufsgruppen beteiligt. Voneinander abgegrenzte Tätigkeitsfelder und Zuständigkeiten bürden die Gefahr einer Fragmentierung innerhalb der komplexen Versorgungsprozesse, deren Ziel die Sicherung und Verbesserung der Versorgungs- und Lebensqualität sein sollte. In der Versorgung von Menschen mit Demenz stellt eine zentrale Herausforderung der Umgang mit herausforderndem Verhalten dar. Die Durchführung von Fallbesprechungen wird in den vom Bundesgesundheitsministerium 2006 veröffentlichten „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe“ als ein geeignetes Instrument empfohlen. Das Ziel von Fallbesprechungen ist es, das Verhalten von Menschen mit Demenz zu verstehen und gemeinsame Handlungsbasis zu entwickeln.</p> <p>Fallbesprechungen werden in zwei Projekten des DZNE aufgegriffen. Das Projekt „FallDem“ untersucht zwei unterschiedliche Fallbesprechungskonzepte für das herausfordernde Verhalten von Bewohnern in Altenhilfeeinrichtungen. In einer ersten Projektphase werden narrative und assessmentgestützte Fallbesprechungskonzepte entwickelt, die in einer zweiten Projektphase vergleichend auf ihre Wirksamkeit hin untersucht werden sollen. Im Projekt „DemenzMonitor“ wird mittels Fragebogen erhoben, wie zurzeit Fallbesprechungen in der Altenhilfepraxis umgesetzt werden.</p> <p>Gegenstand des Vortrags soll eine Gegenüberstellung konzeptueller Überlegungen zur Gestaltung von Fallbesprechungen sowie erste Ergebnisse aus der Fragebogenerhebung sein. Aus dem Projekt „FallDem“ wird die Rahmenstruktur der entwickelten Fallbesprechungskonzepte vorgestellt. Aus dem Projekt „DemenzMonitor“ werden im Anschluss Ergebnisse vorgestellt, die Aufschluss darüber geben, wann und wie oft Fallbesprechungen in der Praxis stattfinden, wer an ihnen teilnimmt und was Gründe für die Durchführung einer Fallbesprechung sind. Ziel des Vortrages ist es, das Spannungsfeld zwischen theoretischen Vorüberlegungen zum Konzept Fallbesprechung und dessen praktischer Umsetzung im Pflegealltag zu beschreiben. Des Weiteren werden Fragen, Chancen und Herausforderungen von Fallbesprechungen im Hinblick auf eine Verbesserung der Vernetzung innerhalb des Teams diskutiert.</p>	<p>Rebecca Palm, Sven Reuther</p>
--	--	--

Session 1:

Brüche und Nahtstellen in der Versorgungspraxis

	<p style="text-align: center;">Herausforderungen der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus</p> <p>Ein Krankenhausaufenthalt ist im Lebens- und Krankheitsverlauf eines Menschen, der mit Demenz lebt, oft nur eine kurze Episode. Dennoch kann er zu einem folgenreichen Erlebnis für den Betroffenen und seine Angehörigen werden. Denn vielfach sind Krankenhäuser nicht auf die Versorgungsbedürfnisse von Menschen mit Demenz eingestellt. Eine unangemessene Krankenhausbehandlung kann für die Betroffenen zu einer Reihe von Risiken führen. Dazu zählen die Verlängerung der Verweildauer, eine Abnahme der physisch funktionalen Fähigkeiten, vermehrtes Auftreten nosokomialer Infektionen und eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, nach der Krankenhausbehandlung nicht wieder in die häusliche Umgebung zurückkehren zu können.</p> <p>Nicht nur die Einbußen der Patienten mit Demenz, wie z. B. bei der Orientierung, der Gedächtnisleistung, dem Verhalten oder der Kommunikation können ihre Versorgung erschweren. Auch die organisatorischen, strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen eines Krankenhauses haben einen wesentlichen Einfluss auf die Versorgungssituation. Eine hohe Arbeitsdichte, Zeitdruck und auf die Behandlung von akuten somatischen Erkrankungen ausgerichtete Behandlungspfade bestimmen die Arbeitsabläufe und Aufgabenzuschnitte vielfältiger Berufsgruppen im Krankenhaus. Da Menschen mit Demenz sich an diese äußeren Rahmenbedingungen nur schlecht anpassen können, ist es die Aufgabe von Pflegenden, Ärzten und Therapeuten, ein soziales und räumliches Umfeld zu schaffen, das den dementiell erkrankten Patienten Vertrautheit, Ruhe und Orientierung ermöglicht.</p> <p>Obwohl der Anteil der Menschen mit Demenz an der Anzahl der Krankenhauspatienten insgesamt mittlerweile auf 10-15% geschätzt wird, fehlt es aber noch an flächendeckenden und berufsübergreifenden Versorgungskonzepten für die Krankenhausbehandlung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Mittlerweile wird jedoch in mehreren Praxisprojekten erprobt, wie die Krankenhausversorgung besser auf Menschen mit Demenz ausgerichtet werden kann. Um aus den Erfahrungen dieser Projekte zu lernen, wurde in einer Studie des DZNE Standort Witten, vor allem untersucht, welche inhaltliche, personelle und organisatorische Ausgestaltung diese Projekte kennzeichnen und welche konkreten Verbesserungen damit erzielt werden konnten. Diese Erkenntnisse können eine gute Grundlage für die Weiterentwicklung solcher Konzepte bilden.</p>	<p>Christiane Pinkert</p>
--	---	----------------------------------

Session 2:

Integrative Methoden der Demenzforschung

13:00-14:30	<p style="text-align: center;">Die Kombination qualitativer und quantitativer Methoden in der angewandten Sozialforschung</p> <p>In meinem Beitrag wird es um die Frage der Methodenkombination in der Versorgungsforschung aus der Perspektive der Methodologie empirischer Sozialforschung gehen. Qualitative und quantitative Methoden haben jeweils spezifische Stärken und Schwächen, die ihren Einsatz zur Erfassung jeweils spezifischer Aspekte von medizinischer und gesundheitlicher Versorgung sinnvoll machen: quantitative Methoden generieren durch die Standardisierung der Datenerhebung und durch die Untersuchung großer Fallzahlen Daten und Forschungsergebnisse, die in besonderer Weise klassischen wissenschaftlichen Qualitätskriterien wie Objektivität, Reliabilität und Repräsentativität genügen können. Allerdings erfordert der Einsatz quantitativer Methoden auch immer, dass Forscher bereits genügend Wissen über den untersuchten Gegenstandsbereich zur Verfügung haben, um sinnvoll Untersuchungsinstrumente (wie Fragebögen) zu konstruieren und einen brauchbaren Stichprobenplan entwickeln zu können. Anhand von eigenen empirischen Untersuchungen im Kontext der Versorgungsforschung werde ich aufzeigen, dass bereits in vermeintlich gut beforschten Feldern (hier: Einrichtungen der stationären Pflege) Forscher oftmals der Zugang zu den Alltagswissensbeständen, den Erlebnisformen und Perspektiven der Befragten fehlt, der für die Konstruktion von sozialwissenschaftlichen Messinstrumenten letztendlich unverzichtbar ist. Qualitative Methoden wiederum erlauben es in besonderer Weise, die Sichtweisen, Situationsdefinitionen und Relevanzen der Betroffenen im Forschungsfeld zu untersuchen, haben aber auch wiederum besondere Nachteile: qualitative „Monomethodenforschung“ (d. h. Forschung, die sich allein auf qualitative Daten verlässt) ist in besonderer Weise mit dem Risiko konfrontiert, dass untypische und extreme Fälle in den Fokus geraten und das Datenmaterial selektiv und einseitig interpretiert werden. In meinem Beitrag möchte ich anhand von Beispielen aus der empirischen Forschungspraxis zeigen, wie die Stärken und Schwächen beider (qualitativen und der quantitativen) Methodentraditionen in „Mixed Methods Designs“ identifiziert und bearbeitbar gemacht werden können.</p>	Udo Kelle
-------------	---	-----------

Session 2:

Integrative Methoden der Demenzforschung

	<p>Die Bedeutung des Teams im Implementierungsprozess – ein multimethodischer Ansatz</p> <p>Im Gesundheitswesen werden zahlreiche Leistungen durch ein Team erbracht und auch professionelle Pflege ist überwiegend in Teams organisiert. Innovationen zur Verbesserung der Versorgungsqualität setzen daher häufig eine Veränderung von Verhaltensmustern dieser Teams voraus. Gleichmaßen können Teams und deren Individuen die Implementierung derartiger Innovationen beeinflussen. Teamattribute, wie Lernverhalten, Stabilität und klar definierte Rollenverteilung werden als einflussnehmend für Implementierungsprozesse beschrieben. Bei der Untersuchung von Implementierungsprozessen müssen beteiligte Teams daher in den Blick genommen werden. Methodisch stellt sich jedoch die Herausforderung, dass die Untersuchung der vielfältigen einflussnehmenden Teamattribute unterschiedliche Formen der Datenerhebung erfordern. Anhand exemplarischer Daten der LebenQD-II Studie, die mit einem quasi-experimentellen Design die Implementierung von Dementia Care Mapping (DCM) in Einrichtungen der stationären Altenpflege untersucht, soll daher aufgezeigt werden, wie eine multimethodische Vorgehensweise dazu dienen kann, einflussnehmende Teamattribute zu erfassen.</p> <p>Fragestellung: Wie können teambezogene Einflussfaktoren der Implementierung von DCM in Einrichtungen der stationären Altenhilfe mithilfe eines multimethodischen Vorgehens systematisch erfasst und interpretiert werden?</p> <p>Methode: Mithilfe von Interviews, Fragebögen und Beobachtungen werden in der LebenQD-Studie teambezogene Einflussfaktoren der Implementierung von DCM untersucht. Die Auswertung der Daten erfolgt zunächst separat für die quantitativen (deskriptive Statistik) und qualitativen (thematisches Kodieren) Daten. Die Ergebnisse werden dann in einem side-by-side Vergleich [6] zusammengeführt.</p> <p>Ergebnisse: Es werden Ergebnisse erwartet, die unterschiedliche Perspektiven auf das Team im Implementierungsprozess ermöglichen und die teilweise überschneidend, teilweise komplementär Aussagen zu potentiell einflussnehmenden Attributen der Projektteams zulassen. Anhand exemplarischer Ergebnisse soll dargestellt werden, wie eine strukturierte Zusammenführung mit einem side-by-side Vergleich erfolgen kann.</p> <p>Diskussion: Das gewählte multimethodische Vorgehen scheint angemessen, um ein komplexes Phänomen, wie die den Einflussfaktor Team in der Implementierung von DCM zu untersuchen. Als Herausforderung besteht jedoch die Notwendigkeit einer sinnhaften und strukturierten Integration der Ergebnisse.</p>	<p>Tina Quasdorf, Christine Riesner, Martin Dichter, Margareta Halek</p>
--	---	--

Session 2:

Integrative Methoden der Demenzforschung

	<p style="text-align: center;">Methodenkombination in der ethnographischen Untersuchung von institutionalisierten Abwertungsmechanismen in der Versorgung von Menschen mit Demenz</p> <p>Menschen mit Demenz werden zunehmend aufgrund ihres für ihre Umwelt als „herausfordernd“ empfundenen Verhaltens in Pflegeheimen stationär betreut. Gleichzeitig verändern sich die Rahmenbedingungen der stationären Altenpflege: Durch begrenzte zeitliche Ressourcen und Umstrukturierungen des Gesundheitssektor stoßen Pflegekräfte (und andere Professionelle) im Pflegealltag schnell an die Grenzen des Machbaren. Außerdem geben stationäre Einrichtungen der Altenpflege immer wieder Anlass zu öffentlicher Aufmerksamkeit und Kritik, Diskussionen über „Pflegenotstand“ und „Satt und Sauber Pflege“ kratzen am Image der Einrichtungen. Diese Entwicklungen erschweren den Einstieg in das Untersuchungsfeld „Altenpflege“ erheblich, denn Forschende, die in einem sensiblen sozialen Feld wie dem Altenpflegeheim operieren, werden häufig mit Zugangsproblemen sowie mit Misstrauen und Zurückhaltung seitens der FeldakteurInnen konfrontiert.</p> <p>Die ethnographische Feldforschung bietet hier die Möglichkeit über die Teilnahme an der Alltagspraxis diese Zugangs- und Vertrauensprobleme zu überwinden. Über den Aufbau von persönlichen Beziehungen kann eine vertrauensvolle Atmosphäre für Gespräche bzw. Interviews mit den FeldakteurInnen geschaffen werden. Ein sich Einlassen auf die Lebens- und Arbeitswelt und auch ein Verstrickt sein in diese Lebenswelt sind Teil dieser methodischen Vorgehensweise. Zum einen ist der Einstieg in das Untersuchungsfeld als „soziologischer Lernprozess“ ein wichtiger Bestandteil der ethnographischen Arbeit, um durch die Übernahme der Innenperspektive zu spezifischen Erkenntnissen über die Mechanismen, Strukturen und Handlungsabläufe innerhalb der Organisationen zu gelangen. Zum anderen kann eine „beobachtende Teilnahme“ eine unverzichtbare Notwendigkeit für die Datengewinnung empirisch reichhaltigen Materials sein. Denn: Die vertraute Atmosphäre zwischen InterviewerIn und FeldteilnehmerIn kann einen gegenseitigen Austausch anstoßen und somit das offene Sprechen über sensible Themen der Pflege wie z.B. Gewalt, Scham, Angst etc. überhaupt erst ermöglichen.</p> <p>Anhand zahlreicher Beispiele aus der Feldforschungspraxis soll gezeigt werden, welche Schwierigkeiten und Hindernisse überwunden werden müssen, aber auch welchen Nutzen und Vorteil die ethnographische Vorgehensweise haben kann, um in einem sensiblen Forschungsfeld wie der stationären Pflege von Menschen mit Demenz die Interaktionen zwischen den AkteurInnen, die strukturellen Rahmenbedingungen sowie das Zusammenspiel von Struktur und Handlung zu untersuchen.</p>	Andrea Newerla
14:30-15:15	Pause/Postersession	

Plenum:

Vernetzungsmodelle in der Praxis + Schlusswort und Ausblick

<p>15:15-16:15</p>	<p>„Selbsthilfe bei Demenz – geht das?“</p> <p>Unterstützte Selbsthilfegruppen (SHG) für Menschen mit beginnender Demenz: Erfahrungsbericht der Arbeitsgemeinschaft unterstützte Selbsthilfe für Menschen mit beginnender Demenz (AGuSH)</p> <p>Menschen mit beginnender Demenz sind aktuell kaum sichtbar – und hörbar, auch innerhalb der Versorgungslandschaft dominieren eher (Entlastungs-) Angebote für Angehörige und weiter fortgeschritten Erkrankte. Aber es gibt sie: die Betroffenen in einem sehr frühen Stadium, die um ihre Diagnose wissen und sich bewusst damit auseinandersetzen wollen. In <i>unterstützten Selbsthilfegruppen</i> finden sie Gleichbetroffene, mit denen sie sich nicht nur über ihre Erfahrungen im Alltag, sondern auch über (Verlust-) Ängste austauschen können. Im Mittelpunkt steht aber die gemeinsame Bewältigung der Diagnose Demenz und das Fokussieren auf die noch vorhandenen Kompetenzen. Hier unterscheiden sich die Gruppen kaum von Selbsthilfegruppen (SHG), die schon viele Jahre als 4. Säule im Gesundheitswesen etabliert sind (etwa zu den Themen Sucht, Krebs, Depressionen, Ängsten,...). Anders ist allerdings die Gründungssituation der meisten Gruppen: professionell im Bereich Demenz Tätige (sehr oft SozialpädagogInnen) initiieren als Nicht-Betroffene die Zusammenschlüsse, machen die Gruppe möglichen Nutzern bekannt, suchen nach geeigneten Räumlichkeiten und organisieren den äußeren Rahmen der SHG. Hat sich die Gruppe gefunden, bleiben die InitiatorInnen allerdings im Hintergrund, unterstützen als zurückhaltend agierende Moderation, als „externes“ Gedächtnis, manchmal auch als „Vorzimmer“, wenn es bspw. um Medienanfragen geht. Entscheidend aber ist, dass die Betroffenen selbst bestimmen, was in der Gruppe geschieht, welches Thema bearbeitet wird. Einige <i>unterstützte SHGs für Menschen mit beginnender Demenz</i> haben den Wunsch mit besonderen Aktionen (bspw. einen Info-Abend gestalten, an einem Lauf gegen Alzheimer mitmachen, ...) nach außen zu treten und das Bild der Demenz in der Öffentlichkeit zu verändern, insbesondere zu zeigen: es gibt ein Leben nach der Diagnose Demenz! Vor dem Hintergrund, Menschen mit Demenz ihre Stimme(n) (zurück-) zu geben, sie zu ermutigen, offen mit der Diagnose umzugehen und zugleich nicht-betroffene Fachkräfte, die diese Prozesse begleiten möchten, aber nicht wissen wie, zu unterstützen, hat sich im Herbst 2011 die Arbeitsgemeinschaft unterstützte Selbsthilfe für Menschen mit beginnender Demenz (AGuSH) gegründet. Die AGuSH bietet mit der Internetpräsenz (www.agush.de) eine Plattform für (fachlichen) Austausch, für alltagspraktische Vernetzung (Auffinden einer uSHG in Wohnortnähe) und vorsichtiges Sich-Annähern an das Thema für die Betroffenen (uSHGs präsentieren sich auf der Seite).</p>	<p>Michaela Kaplaneck</p>
--------------------	--	----------------------------------

Plenum:

Vernetzungsmodelle in der Praxis + Schlusswort und Ausblick

	<p>Vernetzung bei Demenz – ein Muss für betroffene Familien</p> <p>Bei Demenz kann kein einzelner etwas ausrichten – weder ein Angehöriger noch ein Arzt oder ein Pflegedienst. Es braucht ein DemenzNetz, in dem viele Personen und Institutionen Verantwortung teilen und Helfersolidarität schaffen, denn die Unterstützungsmöglichkeiten von ganz verschiedenen Hilfeanbietern werden genutzt „für ein gutes Leben trotz Demenz!“</p> <p>Betroffene Familien brauchen einen Lotsen, der sich vor Ort auskennt, Orientierung gibt, begleitet und lenkt. Im Kreis Minden-Lübbecke übernimmt der Demenzfachdienst diese Lotsenfunktion. Demenzbetroffene Familien sollten bei diesem Lotsen ankommen. Ein wichtiges Instrument war bisher das Infotelefon Demenz und ist künftig der Beratungsgutschein, den die Mitglieder des DemenzNetzes so früh wie möglich für demenzbetroffene Familien ausfüllen und mit deren Einverständnis an den Demenzfachdienst senden. Neben der Erstberatung zur Orientierung wird der Patientenpass LOGBUCH Demenz erarbeitet, der u.a. dem familiären Empowerment und dem Informationstransfer im Versorgungsnetz dient.</p> <p>Der Lotse nutzt eine Vielfalt an Unterstützungsangeboten, an die er passgenau vermitteln kann. Im Kreis Minden-Lübbecke werden seit Jahren sehr verschiedene Unterstützungsangebote geschaffen und in einer Netzwerkkarte publiziert.</p> <p>Diese Vielfalt braucht Verknüpfung, um ein synergetisches Zusammenwirken der Akteure zu unterstützen und den trägerübergreifenden, klientenorientierten Aspekt der Unterstützungsangebote zu stärken. Neben vielen Anbietern von Leistungen im Gesundheitssystem gilt es darüber hinaus auch, die Kommunalpolitik, die Krankenkassen und eine Vielzahl von anderen Anbietern wie Einzelhandel, Friseure, Fußpflegen, Banken, Stadtbüchereien etc. für das DemenzNetz zu gewinnen, um durch gemeinsames Auftreten in der Öffentlichkeit und gegenüber Kostenträgern eine stärkere sozial- und gesellschaftspolitische Einflussnahme zu erzielen.</p> <p>Die Kooperationspartner im DemenzNetz arbeiten gemeinsam an der Qualität ihrer Demenzfreundlichkeit und können ihr Qualitätsprofil im DemenzNetz hinterlegen. Sie helfen darüber hinaus, Versorgungslücken im Kreisgebiet zu erkennen und zu schließen. So leisten alle einen Beitrag zum demenzfreundlichen Kreis Minden-Lübbecke.</p>	<p>Ursel Schellenberg</p>
16:15-16:45	Schlusswort und Ausblick	Martina Roes
Ab 16:45	Stehempfang	