



TAGESZENTRUM

FÜR MENSCHEN MIT DEMENZERKRANKUNGEN UND GERONTOPSYCHIATRISCH BEDINGTEN VER- HALTENS AUFFÄLLIGKEITEN

Machbarkeitsstudie zur „Tagesstruktur für Demenzbe- troffene“ in Bad Leonfelden

Linz, am 14. Juli 2021

Projektmaßnahme im Rahmen des Österreichischen Programms für ländliche Entwicklung 2014 – 2020 - „LE-Projektförderungen“ sowie der Lokalen Entwicklungsstrategie der LEADER-Region *SternGartl-Gusental*


Umsetzung der Lokalen Entwicklungsstrategie - Kleinprojekt gemäß Art. 35 Abs. 1 der VO (EU) Nr. 1303/2013 „Projektentwicklung Demenzberatung Sterngartl“

Antragsnummer LFW-2019-117321

AMA-Klientennummer 10739697



Mit Unterstützung von Bund, Land und Europäischer Union

 Bundesministerium
Landwirtschaft, Regionen
und Tourismus



Inhalt

Inhalt	2
1. Einleitender Überblick	4
2. Demenz – Demographische Entwicklung, Begriffsklärung und Behandlungsansätze	5
2.1. Ausgangslage – Demographische Entwicklung.....	5
2.2. Was versteht man unter Demenz?.....	5
2.2.1. Formen der Demenz.....	6
2.2.2. Symptome dementieller Erkrankungen.....	6
2.2.3. Stadien dementieller Erkrankungen.....	7
2.3. Demenz aus der Perspektive der Gerontopsychiatrie bzw. -psychologie.....	8
2.3.1. Therapie dementieller Erkrankungen.....	10
2.3.2. Unterstützungsbedarf der Angehörigen.....	11
3. Gestaltung und Qualitätskriterien für Angebote in der Demenzbetreuung 12	
3.1. Fachliche Betreuungskonzepte in der Versorgung von Menschen mit Demenz.....	12
3.2. Bedeutung von Tagesbetreuungseinrichtungen.....	13
3.2.1. Beispiele für Tageszentren für Menschen mit Demenzerkrankung außerhalb der Region 14	
3.2.1.1. Besuch des Tageszentrums Regenbogen der Volkshilfe (August 2019).....	14
3.2.1.2. Besuch des Tageszentrums im Bezirksseniorenheims Bad Ischl (Juni 2018 und September 2019).....	15
3.2.2. Qualitätsmerkmale für Angebote in der Demenzbetreuung.....	16
4. Die Region Sterngartl-Gusental – bestehende Angebote, Bedarf und Kooperationsmöglichkeiten	19
4.1. Bezirksseniorenwohnhäuser in der Region.....	19
4.2. Bestehende Angebote für Personen mit Demenzerkrankung in der Region.....	20
4.2.1. Demenzservicestelle Linz Nord.....	20
4.2.2. Tagesbetreuung in Kirchsschlag (Rotes Kreuz).....	20
4.2.3. Haus Bethanien des Diakoniewerks Gallneukirchen.....	20
4.3. Zusammenfassung externe Kooperationsmöglichkeiten.....	21
4.4. EXIT-sozial in der Region Sterngartl / Gusental.....	21
4.4.1. Psychosoziale Zentrum Sterngartl.....	21
4.4.2. Sozialpsychiatrische Ambulanz.....	22
5. Grobkonzept Tageszentrum für Menschen mit Demenzerkrankungen und gerontopsychiatrisch bedingten Verhaltensauffälligkeiten	23
5.1. Zielgruppen.....	24
5.1.1. Direkt Betroffene.....	24
5.1.2. Angehörige.....	24

5.1.3. Personen in Seniorenzentren	24
5.2. Allgemeine Projektziele.....	25
5.3. Infrastruktur.....	26
5.4. Angebote	27
5.5. Personalbedarf.....	28
5.6. Einbindung von Freiwilligen	28
5.7. Kostenstruktur und Finanzierung	29
6. Zusammenfassung und Ausblick – Kooperationsmöglichkeiten und regionale Unterstützung für Betroffene	30
Quellenangaben	31
Anhang	32
Anhang I – Tabellarische Übersicht Raumbedarf.....	32

I. Einleitender Überblick

Nach Einschätzung aus dem Jahr 2014 sind in Österreich rund 130.000 Personen von irgendeiner Form der Demenz betroffen.¹ Viele davon werden zu Hause von Angehörigen gepflegt und begleitet, wobei die mit einer Demenz und/oder psychiatrischen Erkrankungen einhergehenden Persönlichkeitsveränderungen, neben den praktischen Herausforderungen, oft eine besonders große Belastung darstellen. Gerade im ländlichen Raum ist der Zugang zu entlastenden Angeboten für Angehörige oft nur sehr eingeschränkt möglich. Spezialisierte Angebote wie z. B. Tageszentren mit ergänzenden Beratungen und Hilfestellungen für Angehörige wären eine wohnortnahe Alternative zu stationären Betreuungsformen, die tatsächlich in Anspruch genommen werden können.

Enttabuisierung, Aufklärung und Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung sind essentielle Bestandteile in der Auseinandersetzung mit Demenzerkrankungen: Die mit der Erkrankung einhergehende Beeinträchtigung des „Selbst“, also der Persönlichkeit der betroffenen Menschen, hat auf gesellschaftlicher Ebene zu einer Tabuisierung des Themas geführt, wodurch auch die Diskussion um adäquate Versorgungskonzepte nur am Rand geführt worden ist. Die Entwicklung von Angeboten, in deren Fokus die Betroffenen selbst stehen, aber auch ihre Familien ganzheitlich wahrgenommen und pflegende Angehörige bedürfnisgerecht unterstützt werden und die die biopsychosoziale Gesundheit aller Familienmitglieder aufrecht erhalten und fördern, ist dringend nötig.

Die vorliegende Machbarkeitsstudie untersucht, mit einem Fokus auf Zusammenarbeit, Vernetzung und Möglichkeiten zu strukturierter Kooperation zwischen unterschiedlichen Einrichtungen und Trägern, die Realisierbarkeit eines „Tageszentrum für Menschen mit Demenzerkrankungen und gerontopsychiatrisch bedingten Verhaltensauffälligkeiten“ in der Region Sterngartl Mühlviertel Nord. Besondere Berücksichtigung finden sowohl die regionalen Gegebenheiten als auch die jüngsten Entwicklungen wie z. B. die Demenzstrategie des Landes OÖ, ebenso z. B. die Nutzungsmöglichkeiten vorhandener Strukturen.

Im Kapitel 2 werden zunächst relevante gesamtgesellschaftliche Rahmenbedingungen untersucht, relevante Begriffe definiert und aktuelle Problemstellungen beschrieben.

¹ Gesundheit Österreich GmbH 2015, S. 1

2. Demenz – Demographische Entwicklung, Begriffsklärung und Behandlungsansätze

2.1. Ausgangslage – Demographische Entwicklung

Aufgrund der prognostizierten demographischen Entwicklung ist für die Zukunft von einer steigenden Zahl von Personen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf auszugehen. Dabei zeichnet sich gegenwärtig bereits ab, dass Demenz ein wesentlicher Faktor für die Entwicklung von Pflegebedürftigkeit ist.

Etwa die Hälfte der älteren Bevölkerung, die so schwer eingeschränkt ist, dass sie für das tägliche Leben auf fremde Hilfe angewiesen ist, leidet unter Demenz. Nach Einschätzung aus dem Jahr 2014 sind in Österreich rund 130.000 Personen von irgendeiner Form der Demenz betroffen.² Studien weisen darauf hin, dass diese Zahl in den nächsten Jahrzehnten deutlich ansteigen wird. Wancata et al.³ berichten, dass in Österreich im Jahr 2000 rund 90 000 Personen unter einer demenziellen Erkrankung litten, wohingegen sie bis zum Jahr 2050 eine Zunahme dieser Zahl auf mehr als 260 000 Personen prognostizieren. Es wird also mit mehr als einer Verdoppelung der Zahl betroffener Personen gerechnet. Bei den jährlichen Neuerkrankungen an Demenzen gehen die AutorInnen für Österreich von einer Zunahme von 23.600 auf 65.500 im Jahr 2050 aus. Dies entspricht einem 2,8-fachen Anstieg der Zahlen bis zum Jahr 2050.

Für die Beurteilung des Versorgungsbedarfs demenzkranker Personen ist es jedoch nicht ausreichend, allein die Zahl Betroffener zu betrachten. Diese muss im Verhältnis zur erwerbsfähigen Bevölkerung gesehen werden. Dadurch, dass diese bis zum Jahr 2050 deutlich abnehmen wird, werden einem Demenzkranken im Jahr 2050 nur mehr 17 erwerbsfähige Personen gegenüberstehen, wohingegen dies im Jahr 2000 noch rund 60 Personen waren.⁴

Umgelegt auf familiäre Strukturen bedeutet dies, dass den pflegebedürftigen Personen eine kontinuierlich kleiner werdende Gruppe Angehöriger gegenüberstehen wird, die Pflegearbeit leisten. Zusätzlich zur beschriebenen demografischen Entwicklung wird die Situation auch durch andere beobachtbare Fakten verschärft: Die Erwerbsquote der Frauen erhöht sich, Kinder und Eltern leben häufig nicht mehr in erreichbarer Nähe und familiäre Netzwerke werden generell brüchiger.

2.2. Was versteht man unter Demenz?

Unter dem Begriff „Demenz“ wird eine Reihe von Krankheitsbildern zusammengefasst, die auf eine chronisch fortschreitende Erkrankung des Gehirns zurückzuführen sind. Die am häufigsten diagnostizierte Form ist dabei die Alzheimer-Demenz. In der Folge der degenerativen Veränderungen sind kognitive Funktionen, wie die Orientierung und das Gedächtnis, Denken, das Auffassungs- und Urteilsvermögen beeinträchtigt. Auch das sprachliche Mitteilungsvermögen und die Lernfähigkeit generell können betroffen sein, was im Erkrankungsverlauf mit einer zunehmenden Einschränkung der selbstständigen Lebensführung, angefangen von Alltagsfertigkeiten wie dem Ankleiden und der Körperpflege oder der Haushaltsführung verbunden ist bis

² Gesundheit Österreich GmbH 2015, S. 1

³ Vgl. Gesundheit Österreich GmbH 2015, S. 19-20

⁴ Gesundheit Österreich GmbH 2015, S. 21

hin zum Verlust lebensnotwendiger Fähigkeiten der Selbstversorgung, wenn Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme vergessen werden oder sich Schluckstörungen entwickeln. Zudem entwickeln sich zumeist auch Veränderungen in der emotionalen Befindlichkeit und Selbstkontrolle, in der Motivation und im Sozialverhalten. Diese Erscheinungen werden unter den „nicht-kognitiven“ Symptomen zusammengefasst.⁵

2.2.1. Formen der Demenz

Umgangssprachlich werden unterschiedliche Formen von Demenzerkrankungen unter dem Begriff „Demenz“ zusammengefasst. In der derzeit gültigen Version der international anerkannten amtlichen Diagnoseklassifikation der WHO (ICD-10-WHO Version 2019) werden die Demenzen den organischen und symptomatischen psychischen Störungen zugeordnet. Die Demenz (ICD-10-Code: F00-F03) wird dabei wie folgt definiert: Sie „... ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache, Sprechen und Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung. Das Bewusstsein ist nicht getrübt.“⁶

In der ICD-10 werden die Demenzen anhand der klinischen Symptomatik folgenden drei Hauptgruppen zugeordnet:

- Demenz bei Alzheimer-Krankheit (F00), bei der das Kurzzeitgedächtnis meist als erstes betroffen ist, und die meist schleichend beginnt und sich langsam aber stetig über einen Zeitraum von mehreren Jahren entwickelt.
- Vaskuläre Demenz (F01), die eine Demenz als Folge von vaskulär bedingter Schädigung des Gehirns bezeichnet. Unter diesem Begriff werden makro- wie mikrovaskuläre Erkrankungen zusammengefasst, womit allgemein verlangsamte kognitive Leistungen und verminderte Exekutivfunktionen (Handlungsplanung) einhergehen.⁷
- Demenz bei ndernorts klassifizierten Erkrankungen (F03), bei denen eine andere Ursache als bei Alzheimer-Krankheit oder zerebrovaskulärer Krankheit vorliegt oder vermutet wird. Dazu zählen beispielsweise Demenzen bei Morbus Pick, Morbus Creutzfeldt-Jacob, Morbus Huntington, Morbus Parkinson oder bei HIV-Erkrankung.

Dabei sind die Alzheimer-Demenz (etwa 50-70% der Demenzerkrankten) und die vaskulären Demenz (ca. 15-25% der Demenzerkrankten) die häufigsten Formen.⁸ Im Regelfall beginnt eine Demenz mit einer Störung der Merkfähigkeit, wobei zunächst das Kurzzeitgedächtnis und die zeitliche Orientierung betroffen sind. Mit fortschreitender Demenz sind schließlich abhängig vom Schweregrad andere kognitive Bereiche und zusätzlich nicht-kognitive betroffen. Im Einzelnen können nachfolgend beschriebene Symptome auftreten.

2.2.2. Symptome dementieller Erkrankungen

„Für die Diagnose einer Demenz müssen die Symptome nach ICD über mindestens 6 Monate bestanden haben. Die Sinne (Sinnesorgane, Wahrnehmung) funktionieren im für die Person

⁵ Gesundheit Österreich GmbH 2015, S. 1-4

⁶ WHO 2019

⁷ Deuschl, Maier et al. (2016): S3-Leitlinie Demenzen, S. 16

⁸ Vgl. ebd S. 23

üblichen Rahmen. Gewöhnlich begleiten Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation die kognitiven Beeinträchtigungen...“⁹ Als allgemeine Demenzkriterien werden dabei vor allem kognitive oder verhaltensbezogene Symptome definiert, die zu einer Beeinträchtigung bei Alltagsaktivitäten führen, nicht z. B. durch eine andere psychische Erkrankung erklärbar sind und mehrere Bereiche (z. B. Gedächtnis, Sprachfunktion, Verstehen und Durchführung komplexer Aufgaben) beeinträchtigen.¹⁰

Zusammengefasst lassen sich die Symptome dementieller Erkrankungen in vier größeren Kategorien zusammenfassen: kognitive Symptome, Veränderungen der psychischen Funktionen, Veränderungen im Verhalten und Veränderungen der körperlichen Funktionen.

Kognitive Symptome umfassen vor allem Gedächtnisstörungen, Orientierungsstörungen, Störungen des Erkennens und von Denk- und Urteilsprozessen (hierunter fällt beispielsweise auch mangelnde Krankheitseinsicht) oder Sprachstörungen.

Die *Veränderungen der psychischen Funktionen* umfassen Depression, Angst, Aggression, Nervosität, Persönlichkeitsveränderungen, aber auch Halluzination und Wahn.

Veränderungen im Verhalten können sowohl direkte Folge der degenerativen Veränderungen sein, als auch indirekt aus den psychischen Veränderungen resultieren. Hierunter fallen beispielsweise aggressives Verhalten, Distanzlosigkeit, Weinerlichkeit, „Rechthaberei“, Willenlosigkeit, Anhänglichkeit, sozialer Rückzug, oder (auch sexuelle) Hemmungslosigkeit.

Veränderungen der körperlichen Funktionen umfassen sowohl Schlafstörungen, Veränderungen von Durstgefühl und Appetit, und im weiteren Verlauf Schluckstörungen, Inkontinenz, Veränderungen der Nahrungsverwertung, geschwächtes Immunsystem, und ein verändertes Schmerzempfinden.

2.2.3. Stadien dementieller Erkrankungen

Die Diagnose einer dementiellen Erkrankung geht zumeist auch einher mit einer Einteilung in Schweregrade, nachdem diese als Grundlage einer adäquaten Aufklärung und Betreuung von Erkrankten sowie Angehörigen und der Auswahl therapeutischer Maßnahmen relevant ist.

Im Zusammenhang mit dem Krankheitsbild werden 3 Stadien beschrieben:

- *Leichte Demenz* („Vergesslichkeit“): wie angeführt, ist meist das Kurzzeitgedächtnis zuerst betroffen. Die Menschen können sich an Namen nicht mehr erinnern, oder in Gesprächen treten Wortfindungsstörungen auf, wodurch es schwierig wird, Sätze zu Ende zu sprechen bzw. „den Faden nicht zu verlieren“. Auch Datum und Uhrzeit können häufig nicht mehr angegeben werden und es treten räumliche Orientierungsstörungen auf, die sich insbesondere bei Ortswechsel bemerkbar machen. Mit komplexeren Aufgaben wie Besuchen und Reisen, aber auch bei der Übersicht über die Finanzen sind die Betroffenen oft schon überfordert. Teilweise lässt sich auch beobachten, dass die Menschen zunehmend teilnahmslos werden. Die Defizite werden in diesem Stadium häufig verleugnet und zum Teil auch nicht realisiert. Die Betroffenen fühlen sich durch diese Symptome zwar in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt, sie können jedoch aber einen großen Teil der Selbstversorgung noch selbst durchführen.

⁹ WHO, Dilling, Mombour, et al (2008), zit. n. Deuschl, Maier et al. (2016): S3-Leitlinie Demenzen, S. 10

¹⁰ Vgl. Deuschl, Maier et al. (2016): S3-Leitlinie Demenzen, S. 11

- *Mittelgradige Demenz („Verwirrtheit“)*: Die zeitliche und räumliche Desorientierung wird immer ausgeprägter. Auch das Langzeitgedächtnis leidet unter Funktionseinbußen, es gehen Erinnerungen an persönliche Lebensereignisse verloren. Die Körperpflege, die Auswahl von Kleidung, das Anziehen und Essen bereiten Probleme und können schließlich nur noch mit Unterstützung durch andere durchgeführt werden. Vergangenheit und Gegenwart mischen sich, es treten vermehrt Störungen des Erlebens und Verhaltens auf (Betroffene wollen z. B. verstorbene Eltern aufsuchen, mittlerweile erwachsene Kinder zur Schule bringen) oder werden falsche Überzeugungen geäußert (zum Beispiel die Idee bestohlen zu werden). Mitunter ist eine gewisse Ruhelosigkeit zu beobachten (Auf- und Abgehen, hinter den Bezugspersonen herlaufen, fortwährend dieselben Fragen stellen, die Wohnung verlassen wollen). Die Wahrnehmung des eigenen Krankseins geht zunehmend verloren.
- *Schwere Demenz („Hilflosigkeit“)*: Es bestehen nur mehr lückenhafte Erinnerungen an die eigene Vergangenheit, nahestehende Menschen werden verkannt, die Betroffenen sind bei der Selbstfürsorge und bei Verrichtungen des täglichen Lebens auf Unterstützung angewiesen. Es zeigen sich auch im körperlichen Bereich vermehrt Funktionsausfälle (Harn- und Stuhlinkontinenz). Im Hinblick auf die Mobilität (Gehen, in der Sitzposition verbleiben) und das Sprachvermögen stellen sich Verluste ein. Schlussendlich kann die Erkrankung zu Bettlägerigkeit führen. Die Kontaktaufnahme zur betroffenen Person ist oft nur noch eingeschränkt möglich. Es zeigt sich jedoch, dass akustische und taktile Reize wahrgenommen werden. Die Menschen reagieren auf Stimmen, Berührungen und auf die emotionalen Botschaften und Stimmungen.

Nach dieser Schweregradsystematik werden Demenzerkrankungen auch auf der Internetseite des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (www.gesundheit.gv.at, Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs) eingeteilt.¹¹ Das gebräuchlichste Instrument, das in der klinischen Demenzdiagnostik eingesetzt wird, ist die MMSE (Mini-Mental-State Examination). Hier wird im Rahmen der Prüfung von 30 Fragen (zeitliche und örtliche Orientierung, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Konzentration, Benennen, Sprachverständnis und Visiokonstruktion) ein Punktwert ermittelt, der als Grundlage für die Zuordnung in einen spezifischen Schweregrad dient. Die Leitlinie Demenz weist jedoch ausdrücklich darauf hin, dass die Einteilung nach dem MMSE nicht alle Bereiche der Demenzerkrankungen ausreichend berücksichtigt und bei anderen Demenzformen als der Alzheimer-Demenz weniger gut zur Einteilung geeignet ist.¹²

2.3. Demenz aus der Perspektive der Gerontopsychiatrie bzw. -psychologie

Aus gerontopsychiatrischer Sicht stellt die Demenz eine der schwerwiegendsten Beeinträchtigungen im Leben alternder Menschen dar. Zu berücksichtigen ist, dass angeborene und erworbene Schädigungen bzw. Veränderungen der Hirnstruktur das Risiko erhöhen, im Alter an Demenz zu erkranken. Gerade wenn eine vorbestehende kognitive Beeinträchtigung vorliegt, stellt die Diagnosestellung eine komplexe Anforderung dar. Informationen aus Alltagsbeobachtungen müssen mit den Beurteilungen der kognitiven und affektiven Symptome gemeinsam betrachtet werden, um Aussagen hinsichtlich Vorliegen einer Demenz machen zu können. Im

¹¹ Vgl. <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/gehirn-nerven/demenz/verlauf> (23.01.2020)

¹² Vgl. Deuschl, Maier et al. (2016): S3-Leitlinie Demenzen, S.33, 48

Rahmen der Durchführung der üblichen Screening-Tests ist dies in der Regel unmöglich.¹³ Während es Menschen ohne Beeinträchtigungen größtenteils gelingt, die im Alterungsprozess auftretenden Insuffizienzen zu akzeptieren, ihr Selbstkonzept anzupassen und sich ihre Lebensfreude zu erhalten, leiden Menschen mit vorbestehenden Beeinträchtigungen oft massiv, da ihnen häufig nur reduzierte Bewältigungskompetenzen, die für die notwendigen Akzeptanz- und Anpassungsprozesse notwendig wären, zur Verfügung stehen. Sie benötigen dann eine intensiviertere individuell angepasste Unterstützung, einerseits hinsichtlich der Bewältigung von Aktivitäten des täglichen Lebens und andererseits zur Stabilisierung der Grundstimmung und des beeinträchtigten Selbstwertgefühls.

Die psychologische Dimension des Alterns findet Ausdruck im Rückgang der kognitiven Leistungsfähigkeit, in Veränderungen der Persönlichkeit bzw. des Erlebens und Verhaltens generell. Dies wiederum wirkt sich darauf aus, wie soziale Beziehungen gestaltet und weiter gepflegt und Rollen fortgeführt werden können. Studien zu Seniorenheimen (in Maercker, 2014) berichten über eine Gesamtprävalenz von 75-80% der BewohnerInnen, bei denen mindestens eine psychische Störung, Demenz eingeschlossen, vorliegt.

Kernthemen psychologischer Beratung im Alter liegen in der Begleitung bei der Aufarbeitung von nicht verarbeiteten biografischen Konfliktsituationen und im Umgang mit Belastungen im Kontext von Erkrankungen und Verlusten. Als zielführend hat es sich erwiesen, nicht nur mit den Betroffenen, sondern auch mit ihren NetzwerkpartnerInnen (Angehörige, Nachbarn, Freunde...) zusammenzuarbeiten und interdisziplinäre Vernetzung (Interdisziplinäre Besprechungen, Abklärungen, „Runder Tisch“) zu betreiben. Daneben ist die Beratung bzw. das Coaching des Betreuungspersonals (im Kontext mit Beschuldigungen, aggressiven/herausfordernden Verhaltensweisen, verbalen und körperlichen Übergriffen, übermäßigem Anspruchsverhalten, sexuellen Bedürfnissen, Tod und Sterben...) eine wesentliche Schiene der gerontopsychologischen Intervention. Therapieziele in der psychologischen Behandlung einer Frühdemenz sind

- Psychoedukation über die Erkrankung, Fokus auf den erhaltenen Kompetenzen
- Akzeptanz der Diagnose und der Kompetenzdefizite
- Abbau dysfunktionaler Attributionen / Aufbau einer zursichhaltigen Einstellung
- Umgang mit Emotionen, wie Trauer, Ärger, Angst etc.
- Förderung kognitiver Funktionen
- Modifikation bestimmter Verhaltensprobleme/Funktionsdefizite (z.B. regelmäßig essen, Aggressivität, Weglaufen, Inkontinenz, Schlafstörung, sexuelle Veränderungen...)

Herausfordernde Verhaltensweisen werden in der Literatur durchgängig zu den am schwierigsten zu bewältigenden Pflegesituationen gezählt, die mit einer hohen Belastung für die Pflegenden verbunden sind. Internationalen Schätzungen zufolge treten bei bis zu 90 Prozent der Demenzbetroffenen im Verlauf der Erkrankung psychologische und verhaltensbezogene Symptome auf.¹⁴ Dabei werden vor allem Verhalten wie Aggressivität, Depression, Angst, Agitation und Weglauf-Tendenzen insgesamt als „herausforderndes Verhalten“ bezeichnet. Häufig stehen hinter dem konkreten Verhalten komplexe Wechselwirkungen zwischen körperlichen,

¹³ Vgl. Brucker (2019)

¹⁴ Vgl. Holle et al (2011)

psychischen und sozialen Problemkonstellationen, die von den betroffenen Menschen nicht mehr bewältigt und auch nur eingeschränkt kommuniziert werden können. Zudem sind sie mit einem zunehmenden Kontroll- und Autonomieverlust konfrontiert und es reduzieren sich die Möglichkeiten zur Bedürfnisbefriedigung und zum sozialen Austausch.

2.3.1. Therapie dementieller Erkrankungen

Neben der pharmakologischen Behandlung kommt psychosozialen Interventionen, die sich an Betroffene und Angehörige richten, bei Demenzerkrankungen eine besondere Rolle zu. In der Leitlinie Demenz der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) wird unterschieden zwischen der pharmakologischen Behandlung der Demenzerkrankung und der pharmakologischen Behandlung von psychischen und Verhaltenssymptomen (z. B. Depression, Angst oder Aggressivität). Die Leitlinie hält klar fest: „Soweit es die klinische Situation erlaubt, sollten alle verfügbaren und einsetzbaren psychosozialen Interventionen ausgeschöpft werden, bevor eine pharmakologische Intervention in Erwägung gezogen wird.“¹⁵ Dies wird mit dem multifaktoriellen Entstehen dieser Symptome, das immer wieder auch auf auslösende Umgebungsbedingungen (z. B. ungünstige Kommunikation oder Veränderungen) zurückzuführen ist, begründet. Können solche Bedingungen als Auslöser identifiziert und geändert werden, können häufig auch die Symptome abklingen und die Belastung für die Betroffenen, aber auch für ihre Angehörigen reduziert sich deutlich. Dementsprechend kommt der Befähigung der (pflegenden) Angehörigen, mit diesen Symptomen umzugehen, eine wesentliche Rolle zu.

Die Leitlinie gibt, mit Bezug auf aktuelle Studien, Handlungsempfehlungen für folgende psychosoziale Interventionen:

- Kognitive Verfahren, bei denen kognitive Funktionen aktiviert werden
- Ergotherapie (vor allem auch unter Einbezug der Bezugspersonen)
- Körperliche Aktivität
- Künstlerische Therapien (vor allem Musiktherapie)
- Sensorische Verfahren (z. B. Aromatherapie)
- Angehörigenbasierte Verfahren (z. B. Angehörigentraining zum Umgang mit psychischen und Verhaltenssymptomen)

In einem zweiten Schritt werden Empfehlungen für psychosoziale Interventionen bei bestimmten problematischen Verhaltenskonstellationen beschrieben. Neben dem Aufgreifen von Verfahren, die eher im pflegerischen Kontext gesetzt werden (z. B. Validierendes Verhalten und Erinnerungspflege zur Prophylaxe, basale/sensorische Stimulation, Musiktherapie, Snoezelen in der akuten Situation), werden Empfehlungen für Settings (z. B. Familienähnliches Essen bei reduzierter Nahrungsaufnahme) gegeben. Als Intervention in Bezug auf die häufig auftretenden Veränderungen des Tag-Nachtrhythmus wird klar darauf hingewiesen, dass gerade eine adäquate und strukturierte Aktivierung tagsüber auch zu einer positiven Veränderung des Tag-Nacht-Schlafverhältnisses führt und eingesetzt werden sollte. In Bezug auf die Angehörigen

¹⁵ Deuschl, Maier et al. (2016): S3-Leitlinie Demenzen, S. 67

wird besonders auf die Relevanz von Wissensvermittlung, Entwicklung von Bewältigungsstrategien und Entlastungsmöglichkeiten hingewiesen.¹⁶

2.3.2. Unterstützungsbedarf der Angehörigen

Daten zeigen, dass Menschen mit Demenz überwiegend zu Hause leben und von ihren Angehörigen betreut werden. Nur rund 15 Prozent der Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf leben in Alten- bzw. Pflegeheimen¹⁷. Die meisten SeniorInnen wünschen sich, bis zuletzt zu Hause wohnen zu können. Ihre Aussagen weisen darauf hin, dass das bekannte Umfeld in der Familie ein wesentlicher Faktor für ihr Wohlbefinden und ihre persönliche Lebensqualität darstellt. Dies deckt sich auch mit den Aussagen der Angehörigen, die mehrheitlich die Betreuung innerhalb der Familie sicherstellen wollen. Diese Orientierung spiegelt sich auch im Grundsatz „ambulant vor stationär“ der österreichischen Gesundheitspolitik.

Familienangehörige erbringen im Rahmen der Betreuung nicht nur pflegerische Leistungen im engeren Sinn, sondern stellen – häufig für lange Zeiträume – Begleitung in einem umfassenden Sinn in allen Bereichen des Lebens zur Verfügung. Dies resultiert in vielfältigen Belastungen, die beispielsweise durch die hohe zeitliche Inanspruchnahme der Betreuung, durch Störungen des Tag-/Nachtrhythmus, durch fehlendes Fachwissen und Unsicherheit in konkreten und sich mitunter rasch verändernden Pflegesituationen gegeben sind, mit den Persönlichkeitsveränderungen der Betroffenen und den damit einhergehenden Gefühlen emotionaler Distanz bzw. Entfremdung und mit der erlebten Unveränderbarkeit der Situation. Nicht zuletzt werden die Veränderungen der persönlichen beruflichen Situation der Pflegenden, die damit verbundenen beruflichen Einschränkungen, mangelnde Zukunftsperspektiven und der Verzicht auf die Verwirklichung eigener Interessen als belastend erlebt. Buchebner-Ferstl und Geserick¹⁸ geben in ihrer Publikation einen detaillierten Überblick sowohl über die heterogene Gruppe der pflegenden Angehörigen, als auch über ihre – aus der Pflegesituation resultierenden - Belastungen und Bedarfe. Untersucht wurde in einer qualitativen Studie, in der ausschließlich Angehörige von Demenzerkrankten in Österreich befragt wurden, was die Erkrankung im Familienkontext bedeutet und wie alle Betroffenen damit umgehen. Auf Herausforderungen, und potentiell entlastendes wurde ein besonderer Fokus gelegt. Während bei der Pflege zu Hause beispielsweise punktuelle Entlastungen (sofern sie verfügbar sind) als unverzichtbar erlebt werden, werden gerade auch strukturelle Hürden und Schwierigkeiten thematisiert. Es wird unter anderem von einem „...Mangel an Informationen zu Förderungen, aber auch zur Krankheit selbst und dem Umgang damit berichtet. Der Wunsch nach konkreten Ansprechpersonen, die für Fragen zur Verfügung stehen, geht aus den Aussagen klar hervor. Unterstützungs- und vor allem Informationsbedarf besteht auch in Hinblick auf rechtliche Aspekte.“¹⁹

¹⁶ Vgl. Deuschl, Maier et al. (2016): S3-Leitlinie Demenzen, S.84-100

¹⁷ Vgl. Statistik Austria 2013, in Gesundheit Österreich GmbH (2015), S. 56

¹⁸ Buchebner-Ferstl, Geserick 2019

¹⁹ Ebd. S. 133

3. Gestaltung und Qualitätskriterien für Angebote in der Demenzbetreuung

Mit dem zunehmenden Bewusstsein um die Herausforderungen, die sich in der Betreuung von Menschen mit Demenzerkrankungen ergeben, sind zum einen eine Reihe an Betreuungskonzepten entstanden, die in der Betreuung und Pflege zur Anwendung kommen. Zum anderen haben sich neben den stationären Wohn- und Pflegeeinrichtungen für Seniorinnen/Senioren spezialisierte Tageszentren als besonders adäquates Angebot für Menschen, die zu Hause leben etabliert.

3.1. Fachliche Betreuungskonzepte in der Versorgung von Menschen mit Demenz

Im Vordergrund von Betreuungsmodellen in der Pflege stehen personenzentrierte Ansätze, die es ermöglichen, auf komplexe individuelle Bedarfe einzugehen. Eine wesentliche Bedeutung kommt dabei einer „validierenden“ wertschätzenden Haltung der Pflegenden zu, nämlich die Betreuten als „Subjekte der Begegnung“ wahrzunehmen, kommunikative Kompetenzen weiterzuentwickeln und einen verstehenden Zugang zu und Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten (bspw. Aggression, Depression, Agitation, Weglauf-Tendenzen) zu finden. In diesem Kontext spielen Erinnerungspflege, Sensorische Anregungen (Basale Stimulation, Snoezelen) und das Konzept der „Verstehenden Diagnostik“ eine wichtige Rolle.

Unter anderem kommen folgende fachliche Konzepte in der Ausgestaltung der Demenz-Betreuung häufig zum Einsatz:

Psychosoziales Pflegemodell nach Böhm, Validation nach Naomi Feil, Mäeutik nach Cora von der Kooij, „Personenzentrierter Ansatz“ von Tom Kitwood, Integratives Pflegekonzept (PK) nach Riedl, Retrogenese (Reisberg), oder die Biographiearbeit.

Vor allem die Validation, die als non-direktive Kommunikationsmethode mit desorientierten alten Menschen eingesetzt wird, findet sich in nahezu allen Settings wieder. In der Praxis wird dabei eine empathische Grundhaltung mit verbalen und nonverbalen Kommunikationstechniken kombiniert, sodass ein motivierender und Identitäts-stärkender Austausch erlebt wird. Im Mittelpunkt steht, Demenzbetroffene in ihrer emotionalen Welt abzuholen, sich in ihre Situation zu versetzen und in der Begleitung anstehende Themen aus ihrer Perspektive zu betrachten. Die Kommunikation ist von hoher Achtsamkeit geprägt. Es wird auch kleinen Zeichen und Signalen der Betroffenen, beispielsweise besonders betonten Wörtern, kleinen Gesten oder einer Veränderungen der Atmung, Aufmerksamkeit und Bedeutung zugemessen. Validation bedeutet vor diesem Hintergrund, dem Verhalten eines Menschen in akzeptierender Weise gegenüberzutreten. Es geht nicht darum zu beurteilen oder zu verurteilen, sondern darum die Menschen auf Basis einer achtsam gestalteten Kommunikation dabei zu begleiten, unbewältigte Konflikte aufarbeiten und abschließen zu können.

In der praktischen Umsetzung wird die Kommunikation auf die Phasen der Aufarbeitung (Mangelhafte Orientierung, Zeitverwirrtheit, sich wiederholende Bewegung, Vegetieren) abgestimmt.

Ziele der Validation bestehen darin, Stress und Angst auf Seiten der Betroffenen zu reduzieren, Vertrauen aufzubauen, Unerledigtes aufzuarbeiten, Ausgeglichenheit zu fördern, in Balance zu

kommen und evtl. auch die Bedarfsmedikation zu reduzieren. Auf Seiten der Bezugspersonen und der Betreuenden stehen der Aufbau von Kommunikationskompetenz, die Entwicklung von Verständnis und die Reduzierung von Stress und Schuldgefühlen im Zentrum.

Solche Demenzbetreuungskonzepte werden auch in Österreich in unterschiedlichen Einrichtungen – sowohl im stationären Setting, als auch im Bereich von Tageszentren – zur Betreuung umgesetzt. „In Einrichtungen stößt die Anwendung dieser Konzepte jedoch an strukturelle oder finanzielle Grenzen. Im Vordergrund steht oft die somatische Versorgung, während auf die individuellen Bedürfnisse und psychosozialen Problemlagen nur wenig eingegangen wird.“²⁰

3.2. Bedeutung von Tagesbetreuungseinrichtungen

Ein Tageszentrum ergänzt das Leben zuhause dann, wenn mit dem Fortschreiten der Erkrankung die Betreuung daheim aufgrund der zeitlichen oder persönlichen Ressourcen der Angehörigen oder der Wohnsituation nicht mehr durchgehend möglich ist. Untersuchungen zum örtlichen Setting, in dem Demenzbetroffene betreut und begleitet werden, konstatieren, dass Tages(pflege)einrichtungen in Österreich bis dato noch in viel zu geringem Ausmaß vorzufinden sind. Demgegenüber steht der Wunsch eines Großteils der Betreuungsbedürftigen, so lang wie irgend möglich, zu Hause wohnen bleiben zu können. In einer Umfrage des Familienministeriums (2014) kam zum Ausdruck, dass sich mehr als 60 Prozent der ÖsterreicherInnen einen Lebensabend daheim wünschen. „Bei alltäglichen Aufgaben wie Einkaufen, Kochen etc. gaben 37 Prozent an, sich am liebsten von ihren Kindern helfen zu lassen. 32 Prozent wollen auch bei Pflegebedürftigkeit daheim von Familienangehörigen gepflegt werden. Ob und wie lange bei fortschreitender demenzieller Erkrankung eine Betreuung zu Hause möglich ist, hängt von vielen Faktoren ab. Nicht nur die Wohnsituation und die zeitlichen wie auch persönlichen Ressourcen der Familienmitglieder sind dabei von Bedeutung.“²¹ Hier tragen Tageszentren wesentlich dazu bei, dass Menschen (länger) zu Hause leben können, da sie einen wesentlichen Beitrag zur Schaffung von Freiräumen für pflegende Angehörige und damit zur Entlastung leisten.

Das eigene Zuhause als vertrauter Ort, den man selbst gestaltet hat, an dem man sich sicher und wohl fühlt, weiterhin als Stützpunkt zu haben, hat für viele Betroffene eine hohe persönliche Wertigkeit. In der vertrauten Wohnumgebung ist Selbstbestimmung in einem hohen Maß gesichert, die im Lauf der Zeit aufgebauten sozialen Beziehungen können weiter gepflegt und die Infrastruktur in der unmittelbaren Umgebung weiterhin genutzt werden. Damit können liebgewordene Aktivitäten und Hobbys, die an das Umfeld gebunden sind, aufrechterhalten werden. Je eher die Tageszentren in den Regionen bleiben, umso mehr ist es auch gewährleistet, dass die SeniorInnen zu bekannten und vertrauten Plätzen Verbindung halten können.

Dies hat für Menschen, denen die zeitliche und örtliche Orientierung zunehmend verlorengelht und denen die eigene Lebensgeschichte immer bruchstückhafter wird, eine hohe subjektive Bedeutsamkeit im Hinblick auf psychische und emotionale Stabilisierung, Sicherheitsempfinden und Wohlbefinden.

²⁰ Gesundheit Österreich GmbH (2015), S.126

²¹ Gesundheit Österreich GmbH 2015, S. 82

Mit dem vielfältigen Angebot in Tageszentren, das von Gedächtnisübungen und Bewegungstraining über kreative Beschäftigungsangebote bis hin zu gemeinsamen Spielen, Ausflügen und Veranstaltungen reicht, werden viele Anregungen zu körperlicher, kognitiver und sozialer Aktivität gesetzt, die zu einem langsameren Verlauf der Erkrankung und zum Wohlbefinden beitragen.

3.2.1. Beispiele für Tageszentren für Menschen mit Demenzerkrankung außerhalb der Region

Im Zuge der Arbeiten zur vorliegenden Machbarkeitsstudie wurden unter anderem auch zwei bestehende Tageszentren für Menschen mit Demenzerkrankung außerhalb der Region Sterngartl-Gusental besucht. Ziel war es, einen Einblick in die praktische Umsetzung und „good practice“-Erfahrungen hinsichtlich räumlicher Gestaltungen, Angebotsgestaltung und Personaleinsatz (Qualifikationen/Ausbildungen) und Finanzierungsmodelle zu gewinnen, gleichzeitig in den Gesprächen zu eruieren, welche Angebote ergänzend nötig wären, bzw. noch fehlen aus Sicht der Handelnden.

3.2.1.1. Besuch des Tageszentrums Regenbogen der Volkshilfe (August 2019)

Das Tageszentrum „Regenbogen“ der Volkshilfe Oberösterreich war bei seiner Eröffnung eines der ersten Demenz-Tageszentren in Oberösterreich. Heute ist dort ein Angebotsspektrum vorzufinden, das von Spaziergängen, Spielen, Ausflügen bis hin zum Klettern in der Halle Auwiesen reicht. Die Tagesgäste werden je nach Fortschreiten der Erkrankung in Gruppen zugeteilt. Und je nach Fähigkeiten wird der Tag gemeinsam gestaltet, mit verschiedenen Schwerpunkten wie Arbeit, Essen, Pflege und Freizeit. Dazu gibt es unterschiedliche Therapieformen, wie zum Beispiel Gedächtnis-Training, Bewegungs-Übungen, Garten-Arbeit und dem Training von Alltags-Aktivitäten. Gerade auch die Aufenthaltsmöglichkeit im Garten ist sehr beliebt. Neben den Tagesstrukturierenden Angeboten gibt es auch die Möglichkeit „Baden/Duschen mit Unterstützung“ in Anspruch zu nehmen. Ergotherapeutische Angebote mussten zuletzt eingespart werden. Zum Zeitpunkt des Einrichtungsbesuchs nahmen durchschnittlich 20 Tagesgäste pro Tag diese Angebote in Anspruch, 60% davon Männer

Ergänzend zu der Arbeit mit den Betroffenen erfolgt eine Beratung der Angehörigen zu bestimmten Themen durch die FachsozialbetreuerInnen, zudem findet vier Mal im Jahr ein Angehörigencafé statt. Über das derzeitige Angebot hinaus wäre laut der Einrichtung Psychotherapie für Angehörige und ein regelmäßiger Stammtisch für pflegende Angehörige wünschenswert.

Die diagnostische **Demenz-Abklärung** erfolgt, wenn erwünscht, durch eine klinische Psychologin, die 14-tägig im Zentrum anwesend ist. Dies ist für die Betroffenen kostenlos, das Land OÖ bzw. die ÖGK übernimmt die Kosten, auch für Personen, die das Tageszentrum (noch) nicht nutzen. Eine ärztliche Überweisung hierzu ist nötig. Es gibt keine regelmäßige Zusammenarbeit mit Ärzten; die Tagesgäste werden im Bedarfsfall durch ihre Hausärzte bzw. durch externe Fachärzte versorgt.

Als notwendige fachliche Voraussetzungen für Personal in Tageszentren für Demenzbetroffenen werden **Ausbildungen zur Validation, Mäeutik**, und zum **Demenztraining (MAS)** angeführt. Es wird als wesentlich erachtet, dass die Betreuenden ein gutes Fachwissen zum Thema „Demenz“ haben, denn so können sie sich das Verhalten der KlientInnen erklären,

nehmen beispielsweise Anschuldigungen nicht persönlich. Deeskalierend wirken die Art der Kommunikation und andererseits auch die Strukturierung des Alltags. Aggressives Verhalten häuft sich erfahrungsgemäß in den Zeiten, in denen sich die Tagesgäste „selbst beschäftigen“, z.B. in der Mittagszeit. Als Grundqualifikation bringen alle Angestellten eine Ausbildung zum/zur FachsozialbetreuerIn Altenarbeit mit.

In Bezug auf die „**demenzgerechte**“ **Gestaltung des Zentrums** und des unmittelbaren Umfelds wurde über folgende Maßnahmen berichtet: Die WC-Türen sind - zur besseren Orientierung - rot gestrichen, persönliche Spinde sind mit einem biographisch bedeutsamen Symbol versehen, ebenso die Tischkarten (werden als hilfreich erlebt, um zu Tischgemeinschaften zusammenzufinden); den Tagesgästen steht ein Garten als „Bewegungsraum“ zur Verfügung; mehrere Innenräume sind mit „Entspannungssesseln“ (Liegeposition, Beine hochlagern möglich) ausgestattet; weiters gibt es einen Snoezelen-Raum mit Materialien zur sensorischen Anregung, eine barrierefreie Dusche und ein „Wohnzimmer“ mit zahlreichen Spielen, das in der Mittagszeit von denjenigen, die nicht schlafen, genutzt werden kann.

Ein Hol- und Bringdienst wird vom Zentrum selbst abgedeckt. Je zwei Personen (Freiwillige) sind in der Früh und am Nachmittag im Einsatz; zusätzlich fährt der Zivildienstler – meist gemeinsam mit einem Kollegen von der Hauskrankenpflege, die sich im gleichen Haus befindet. Der Fahrdienst muss von den BesucherInnen extra bezahlt werden. Die Kosten dafür (Hin- und Rückfahrt) belaufen sich derzeit auf € 7,20.

Was die **Zusammenarbeit mit externen PartnerInnen betrifft**, bestand bis vor kurzem eine Kooperation mit dem Kindergarten in der Werndlstraße. Die SeniorInnen lasen Kindern mit Migrationshintergrund vor. Aus diesem Projekt liegen Erfahrungen vor, dass Kinder mit den demenziellen Symptomen der SeniorInnen gut umgehen können, wenn sie im Vorfeld kindgerechte Erklärungen bekommen.

Finanzierung: Seit vier Jahren finanziert die **Stadt Linz** mit. Entsprechend sind Tagesgäste aus Linz die Zielgruppe. Nicht ausgelastete Plätze können vorübergehend auch von Personen aus den Umlandgemeinden belegt werden. Zudem ist von den BesucherInnen ein Kostenbeitrag zu leisten. Die Tarife sind entsprechend dem Haushalts-Einkommen und Pflegestufe gestaffelt und bewegen sich zwischen 25 Euro und 95 Euro.

3.2.1.2. Besuch des Tageszentrums im Bezirksseniorenheims Bad Ischl (Juni 2018 und September 2019)

Am 24.9.2019 erfolgt ein Besuch des Tageszentrums in Bad Ischl durch MitarbeiterInnen des Psychosozialen Zentrums Sterngartl. Das Gespräch wurde mit dem Pflegedienstleiter und der zuständigen Fachsozialbetreuerin geführt. Ursprünglich wurde das Tageszentrum von pro mente OÖ projektiert und betrieben, vor einem Jahr wurde es mit allen damaligen Mitarbeiterinnen vom Bezirksseniorenheim übernommen.

Zum Zeitpunkt des Besuchs wurden 15 Tagesgäste betreut. Eine diagnostizierte Demenz ist für die Nutzung des Angebots nicht erforderlich. Im Gespräch wird geäußert, dass im Haus ca. 30 % der BewohnerInnen eine psychiatrische Diagnose haben. Die Auslastung liegt derzeit bei 100% und es wäre noch mehr Bedarf. Das Zentrum ist für das Haus ein großer Gewinn und es besteht der Wunsch nach Ausbau, zuvor ist jedoch eine Evaluierung geplant.

Die MitarbeiterInnen setzten sich aktuell aus Fachsozialbetreuerinnen und einer Ergotherapeutin zusammen, eine konsiliarische Kooperation mit einer Psychiaterin bestand bei Bedarf. Pflegerische Tätigkeiten fallen immer wieder an und müssen eingeplant werden. Der Tagestarif besteht aus einem Grundentgelt und einem Zuschlag (in Abhängigkeit vom Pflegegeld) und inkludiert Verpflegung, Förderung und Versorgung der Gäste. Durchschnittlich beläuft er sich auf € 40,-/Tag. Ein Schnuppertag ist kostenlos. Meist wird mit einem Halbtage begonnen, Ziel ist jedoch die ganztägige Nutzung des Angebots, entsprechend erfolgt die Abrechnung pro Ganztage. Zahlende BesucherInnen von auswärts werden überdies bevorzugt.

Der Shuttledienst wird durch den Samariterbund abgewickelt. Voraussetzung ist, dass die Tagesgäste transportfähig sind, also entweder einsteigen können oder ein Transport mit dem Rollstuhl und Rampe möglich ist.

Das Angebotsspektrum reicht auch hier von Einheiten zur Sturz- bzw. Thromboseprophylaxe, Gruppen in denen Alltagsfertigkeiten gefördert werden (z. B. Kochen, Gedächtnistraining), „Musikaktivierung“ (externe Begleitung) handwerklichen Tätigkeiten, Marmelade machen, Brotbacken, Haushaltstätigkeiten, bis zum Basteln für Märkte etc.

Auch hier erfolgt die Einteilung der Tagesgäste zumindest am Vormittag in Gruppen, die sich an der Betreuungsintensität und den noch bestehenden Fähigkeiten der BesucherInnen orientieren.

3.2.2. Qualitätsmerkmale für Angebote in der Demenzbetreuung

Aus den Herausforderungen in der Betreuung und den wissenschaftlich mittlerweile gut fundierten Bedürfnissen von Menschen mit Demenzerkrankungen – und ihren Angehörigen – lassen sich einige wesentliche Merkmale ableiten, die maßgeblich zur Qualität beitragen. Dies sind im Einzelnen

- Lebensweltorientierung und Selbstbestimmung,
- Schaffung eines förderlichen „Milieus“,
- Betreuung von Menschen mit Demenz als interdisziplinäre Aufgabe,
- Vernetzung mit externen KooperationspartnerInnen und
- Beratung und Begleitung der Bezugspersonen.

Lebensweltorientierung und Selbstbestimmung

Versorgungsangebote für Menschen mit demenziellen Symptomen orientieren sich an den Leitprinzipien einer lebensweltlich gestalteten Pflege und Betreuung. Das heißt, die Orientierung am gewohnten Tagesablauf und an einer möglichst autonomen und selbstbestimmten Alltagsgestaltung steht im Mittelpunkt. Unter dieser Perspektive ist es Ziel, auch Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf in die Handlungsvollzüge im Kontext von Selbstversorgung und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (z.B. die gemeinsame Essenszubereitung) einzubeziehen und dadurch Alltagskompetenzen so gut wie möglich zu fördern und zu erhalten. Starre, straff organisierte Tagesabläufe stehen daher im Kontext mit der Betreuung von Menschen mit Demenz diesen Zielen entgegen. Dabei ist die „... größtmögliche Selbstbestimmung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen gegen mögliche Selbstgefährdung abzuschätzen.

Die demenzsensible Gestaltung des Lebensumfeldes ist somit wichtige Voraussetzung für weitgehende Selbstbestimmung.²²

Schaffung eines förderlichen „Milieus“

Im Kontext der Gestaltung der (Wohn-)Umgebung Demenzbetroffener ist es wesentlich, ein Milieu zu schaffen, das es den Menschen ermöglicht an ihrer Lebensgeschichte und an Vertrautem anzuknüpfen und Gewohnheiten weiter zu pflegen, sodass eine Kontinuität zum bisherigen Leben entstehen kann. In dem Maß, wie es gelingt, eine Brücke zur persönlichen Biographie herzustellen und die Betroffenen durch vertraute Aktivitäten, Rituale und Abläufe Sicherheit erleben, wird nicht nur subjektive Lebensqualität spürbar, sondern auch eine gute Basis für die emotionale Befindlichkeit und Stabilität gelegt. Grundsätzlich soll das Umfeld auf eine einladende und aktivierende Art und Weise gestaltet sein, sodass die Menschen angeregt werden, selbst aktiv zu werden. Dabei geht es darum, die Umgebung so zu adaptieren, dass sowohl der Ressourcen als auch der Einschränkungen der Betreuten, beispielsweise durch Orientierungshilfen, Rechnung getragen wird.

Betreuung von Menschen mit Demenz als interdisziplinäre Aufgabe

Die Betreuung und Begleitung von Demenzerkrankten erfordert Kompetenzen, die das Fachwissen und Verständnis für die Betroffenen von verschiedenen Berufsgruppen erforderlich machen. Im Rahmen der Bestimmung des tatsächlichen persönlichen Betreuungsbedarfs wird deutlich, dass sich somatische und psychische Problemlagen verknüpfen und in ihrem Auswirkung berücksichtigt werden müssen. Ein interdisziplinäres Team soll sich aus Fachpersonen aus Pflege, Medizin, Therapie, Psychologie und Betreuung zusammensetzen. Wesentliche Aufgabe im Rahmen der Betreuungs- und Begleitungsarbeit ist das Eingehen auf die besonderen Bedürfnisse der Menschen. Über alle fachlichen Disziplinen hinweg, haben folgende Fertigkeiten im Umgang mit Demenzbetroffenen eine große Bedeutung:

- Kommunikation mit Menschen mit Demenz (Schulungen einer achtsamen und unterstützenden verbalen und nonverbalen Kommunikation)
- Professioneller Umgang mit herausforderndem Verhalten (da mit dem Verlust von Gedächtnisfähigkeiten eine veränderte Realitätswahrnehmung verbunden ist, kann es immer wieder zu Konfliktsituationen und zu herausforderndem Verhalten kommen)
- Empathie, Verständnis und Einfühlungsvermögen
- Zeitgeschichtliches Wissen (im Zusammenhang mit Biographiearbeit)
- Flexibilität im täglichen Arbeitsablauf
- Zusammenarbeit im interdisziplinären Team

Die Erfordernisse an die Betreuung demenzkranker Menschen unterscheiden sich je nach Demenzform, Symptomatik und Verlauf. Damit muss bei Personalbedarfsberechnungen im Rahmen von Angeboten für Demenzbetroffene das jeweilige Stadium der Erkrankung und die individuelle Bedarfssituation und Symptomatik berücksichtigt werden.

Vernetzung mit externen KooperationspartnerInnen

²² Gesundheit Österreich GmbH 2021 (<https://www.demenzstrategie.at/Wirkungsziel-1.htm>)

Eine gezielte Zusammenarbeit und Vernetzung mit für den/die einzelnen Betroffenen relevanten Personen und Organisationen ist oft wesentlich. Gerade dort, wo Menschen mit Demenzerkrankungen zu Hause leben und betreut werden, ist eine gute Kooperation zwischen den betreuenden Angehörigen, (Haus-)Ärztin/Arzt, Hauskrankenpflege, Tagesstruktureinrichtungen und anderen relevanten Netzwerkteilen zentral. Eine professionelle Fallsteuerung/-koordination durch ein Case-Management kann Angehörige dabei wesentlich entlasten und unterstützen.

Beratung und Begleitung der Bezugspersonen

In allen Quellen zeigt sich, dass eine Beratung und Begleitung der (pflegenden) Bezugspersonen der Betroffenen essentiell ist. Sowohl, da die Betroffenen ihren Betreuungsbedarf nur eingeschränkt bemerken, als auch da die Angehörigen mit der Gewährleistung einer zeitaufwändigen Betreuung konfrontiert sind. Demenz als Erkrankung, die ein ganzes (Familien-)System betrifft, muss auch in der Behandlung und Begleitung das ganze System mitdenken. Je besser die betreuenden Bezugspersonen unterstützt und begleitet werden, desto länger kann Pflege zu Hause erfolgen und desto besser sind alle Beteiligten vor Überforderung und daraus folgenden Problemen geschützt.

4. Die Region Sterngartl-Gusental – bestehende Angebote, Bedarf und Kooperationsmöglichkeiten

Bezieht man die im Kapitel 2.1 beschriebene Situation konkret auf die Region Sterngartl-Gusental, ist davon auszugehen, dass es im Jahr 2014, bei einem Prozentsatz von 1,5% Demenzkranken in der Gesamtbevölkerung, mehr als 700 Demenzbetroffene in der genannten Region gegeben hat, bei denen Betreuungs- und Beratungsbedarf bestanden hat. Bis zum Jahr 2050 kann – unter Annahme einer gleichbleibenden Bevölkerungszahl der Region von aktuell 47 354 - mit knapp 3% Betroffener gerechnet werden, also mit rund 1370 Personen, für die Versorgungsbedarf besteht. Dazu ist noch der Beratungsbedarf der Angehörigen zu berücksichtigen.

Zentral für eine sinnvolle Angebotsentwicklung sowie für die Einschätzung der Umsetzbarkeit eines Projektes „Tageszentrum für Menschen mit Demenzerkrankungen und gerontopsychiatrisch bedingten Verhaltensauffälligkeiten“ in der Region ist eine Erhebung und Beurteilung des Status quo in der Region Sterngartl/Gusental hinsichtlich bestehender Angebote und des darüber hinaus existierenden Bedarfs. Zu diesem Zweck wurden im Rahmen der vorliegenden Machbarkeitsstudie ausführliche Gespräche mit Vertreterinnen bereits existierender Einrichtungen geführt.

Ziel der in diesem Kontext durchgeführten Gespräche war es, einen Überblick über das bereits vorzufindende konkrete Leistungsspektrum bzw. über Perspektiven hinsichtlich Ergänzung/Abstimmung zu gewinnen sowie Möglichkeiten zur Kooperation auszuloten.

4.1. Bezirksseniorenwohnhäuser in der Region

Als besonders relevant im Kontext von Demenz in der Region wurden die Bezirksseniorenhäuser (BSH) identifiziert und mit diesen wurde gezielt der Kontakt gesucht. Konkret wurden Gespräche mit den Pflegedienstleitungen der BSH Bad Leonfelden, Engerwitzdorf und Hellmonsödt geführt. In Rahmen dieser Interviews wurde von den Befragten zum Ausdruck gebracht, dass die Gruppe von BewohnerInnen, bei denen die kognitiven Fähigkeiten erst im Anfangsstadium betroffen sind, mehr Aktivierungsangebote bräuchte, als die BSH aufgrund der gegebenen Rahmenbedingungen des Pflegealltags derzeit bieten können. Aktivierungsangebote (bezogen auf kognitive Fähigkeiten, Bewegung und Aktivitäten des täglichen Lebens) im Rahmen einer Tagesstruktur für Demenzbetroffene seien daher in der ganzen inhaltlichen Bandbreite gefragt.

Über die genannten Aktivierungsangebote hinaus wurde ein Bedarf im Hinblick auf folgende Angebote kommuniziert:

- Fortbildungen/Einzelberatung für die MitarbeiterInnen im Hinblick darauf, wie sie mit Verhaltensauffälligkeiten der BewohnerInnen umgehen und sich abgrenzen können sowie zum Thema Deeskalation
- Regelmäßige fachärztliche Präsenz vor Ort im Hinblick auf anstehende medizinische Fragestellungen, beispielsweise zu Aus- und Wechselwirkungen der eingesetzten Medikation
- Therapeutische Angebote

Übereinstimmend bringen die BSH zum Ausdruck, dass Angebote vor Ort erwünscht sind, Räumlichkeiten für Aktivierungs- und Zusatzangebote sind nach Aussagen der jeweiligen Ansprechpartner in den BSH verfügbar. Es wären hier also konkrete Kooperationen hinsichtlich einer gemeinsamen Nutzung von Infrastruktur möglich.

4.2. Bestehende Angebote für Personen mit Demenzerkrankung in der Region

Neben den BSH wurden Angebote, die sich spezifisch an Personen mit Demenzerkrankung und ihre Angehörigen richten, identifiziert. Auch mit diesen wurde der Kontakt gesucht, mit dem Ziel, einen Überblick über das bereits vorzufindende Leistungsspektrum zu gewinnen sowie Perspektiven hinsichtlich Ergänzung und Möglichkeiten zur Kooperation auszuloten.

4.2.1. Demenzservicestelle Linz Nord

Bis spätestens 2025 werden in Oberösterreich elf Demenzservicestellen zur Verfügung stehen, die vom Land Oberösterreich und der ÖGK grundfinanziert sind. Leistungsschwerpunkte der Servicestellen werden in der Angehörigenberatung, im Gedächtnistraining (durch MAS-TrainerInnen) und in der Abklärung/Diagnostik liegen. Die dort tätigen PsychologInnen verfügen über ein differenziertes Diagnostikinstrumentarium. Case-Management oder auch ärztliche Angebote sind nicht vorgesehen.

Eine dieser Servicestellen ist die Demenzservicestelle Linz Nord/Urfahr (vormals MAS-Servicestelle Ottensheim). Diese bietet im „Lebenshaus Oberneukirchen“ (OÖ Hilfswerk) einmal wöchentlich eine Demenzgruppe für BewohnerInnen und für externe Tagesgäste an. Die Schwerpunkte dieses Angebots liegen hier entsprechend der definierten Leistungen der Demenzservicestellen der IVD (Integrierte Versorgung Demenz)-OÖ-Strategie in der Angehörigenberatung, im Gedächtnistraining durch MAS-TrainerInnen und in der psychologischen Diagnostik.

Im Gespräch wurde von Seiten der Einrichtungsleitung eine Zusammenarbeit im Hinblick auf die psychologische Diagnostik von dementiellen Erkrankungen angeboten. So könnten in einem Tageszentrum in der Region wohnortnahe Termine angeboten werden.

4.2.2. Tagesbetreuung in Kirchsschlag (Rotes Kreuz)

Das Tageszentrum, in dem ein Team aus Fachpersonal und Freiwilligen tätig ist, bietet eine Reihe von Aktivierungs-Angeboten, Gedächtnistraining sowie Verpflegung an. Derzeit ist es an zwei Tagen pro Woche ganztägig geöffnet. Auch von Seiten Rotes Kreuz wird der hohe Bedarf an einschlägigen Angeboten in der Region betont, was insbesondere von den KollegInnen im Betreuten Wohnen regelmäßig kommuniziert würde. Eine umfassende Bedarfsklärung verbunden mit der Entwicklung von individuell passgenauen Aktivierungsangeboten im Rahmen eines Casemanagement für Betroffene im Betreuten Wohnen wäre nach Aussage unserer Ansprechperson eine willkommene Ergänzung. Ebenso ist die Fachkompetenz von EXIT-sozial in der psychosozialen Beratung und Begleitung gefragt, beispielsweise im Rahmen von Fortbildungen für die beim Roten Kreuz tätigen Ehrenamtlichen.

4.2.3. Haus Bethanien des Diakoniewerks Gallneukirchen

Die Tagesbetreuung am Haus Bethanien ist auf die Betreuung von 12 Tagesgästen hin ausgelegt. Das Zentrum ist aktuell an drei Wochentagen ganztags geöffnet. Von der zuständigen

Regionalleitung des Diakoniewerks wird jedoch ein deutlich höherer Bedarf an Tagesbetreuung in der Region wahrgenommen. Beratung für Angehörige wird nicht angeboten.

4.3. Zusammenfassung externe Kooperationsmöglichkeiten

Zusammenfassend ergeben sich folgende Perspektiven hinsichtlich Ergänzung bzw. Kooperation, die in der Konzeption eines Tageszentrums-Angebots jedenfalls mit berücksichtigt werden sollten:

- Casemanagement für SeniorInnen im betreubaren / betreuten Wohnen
- Kooperation mit der Demenzservicestelle Linz Nord im Rahmen der Psychologischen Diagnostik
- Das Einbringen des fachlichen Know-hows von EXIT-sozial aus der Betreuung und Begleitung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen von
 - o psychosozialer Angehörigenberatung sowie Fortbildungen und Info-Veranstaltungen für Angehörige
 - o Fortbildungen für Ehrenamtliche, die in Tagesbetreuungscentren für Demenzbetroffene tätig sind
 - o Fortbildungen für das Betreuungspersonal der Bezirksseniorenhäuser
 - o Fachärztlich psychiatrische Beratung und Behandlung und Diagnostik in den Bezirksseniorenhäusern

4.4. EXIT-sozial in der Region Sterngartl / Gusental

EXIT-sozial kann sich in der Entwicklung eines Angebots für Demenzbetroffene auf die langjährig entwickelte Fachkompetenz in der Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörigen stützen. Die interne Möglichkeit der Kooperation verschiedener Berufsgruppen und Leistungsbereiche, der unkomplizierte Zugang zu fachärztlich-psychiatrischem Know-How in der Sozialpsychiatrischen Ambulanz und die langjährige Erfahrung in der Konzipierung tagesstrukturierender Angebote schaffen besondere Synergieeffekte.

Das bereits fix in der Pilotregion Region Sterngartl/Mühlviertel Nord verankerte und etablierte Psychosoziale Zentrum Sterngartl in Bad Leonfelden hat einzelne Angebote bereits jetzt auf die sich verändernden Altersstrukturen der NutzerInnen abgestimmt. Neben den psychiatrischen Erkrankungen finden dementielle Entwicklungen, Einsamkeit und eingeschränkte Mobilität bereits jetzt gezielt Berücksichtigung. Angehörige nutzen bereits jetzt die Beratungsstelle im PSZ als Anlaufstelle in Überlastungssituationen. Gleichzeitig zeigt sich, dass hier ein höherer Bedarf, auch hinsichtlich eines deutlich stärker spezialisierten Angebots besteht.

Das Know-How der unterschiedlichen Fachbereiche und die regionale Bekanntheit und Akzeptanz können einen wesentlichen Grundpfeiler zur Angebotsentwicklung darstellen.

4.4.1. Psychosoziale Zentrum Sterngartl

Im Psychosozialen Zentrum Sterngartl sind derzeit zwei Angebote aus dem Leistungsbereich des OÖ. Chancengleichheitsgesetzes angesiedelt (OÖ. ChG): Die Psychosoziale Beratungsstelle und eine Freizeit- und Kommunikationseinrichtung.

Zur psychosozialen Beratungsstelle von EXIT-sozial ergeben sich vor dem Hintergrund der regionalen Situation einige Schnittstellen und auch mögliche Synergieeffekte im Rahmen der Konzeption eines Tageszentrums, die jedenfalls genutzt werden sollten. Angehörigenberatungen, die inhaltlich über jene Herausforderungen hinausgehen, die sich aus der Erkrankung der Gepflegten ergeben, könnten hier unkompliziert übernommen werden. In einzelnen konkreten Fragestellungen könnte zudem das sozialarbeiterische, psychologische und juristische Know-How der MitarbeiterInnen der Beratungsstelle genutzt werden. Eventuell ergeben sich auch mögliche Synergieeffekte im Bereich von Gruppenangeboten für Angehörige.

Ein bedeutender Synergieeffekt im Psychosozialen Zentrum Sterngartl könnte sich im Rahmen einer gemeinsamen Nutzung von Räumlichkeiten ergeben. Im Zuge der Angebotsreduzierungen im OÖ. ChG-Bereich ergeben sich Veränderungen der Öffnungszeiten der Freizeit und Kommunikation. Auch wenn die bestehenden Flächen alleine nicht ausreichend sind, könnte hier ein Teil des Raumbedarfs bereits abgedeckt werden. Bereits jetzt nutzt zudem ein immer älter werdendes Klientel die Angebote des Bereichs „Freizeit und Kommunikation“. Teile der Angebotsstruktur wurden bereits daraufhin adaptiert und die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit eines Übergangs in eine intensivere Tagesbetreuung scheint bei einigen BesucherInnen aus heutiger Sicht absehbar.

4.4.2. Sozialpsychiatrische Ambulanz

Neben Leistungen im Bereich des Chancengleichheitsgesetzes betreibt EXIT-sozial seit über 15 Jahren ein Ambulatorium für Sozialpsychiatrie. Eine Kooperation mit dieser Sozialpsychiatrischen Ambulanz würde es im Rahmen eines Tageszentrums für Demenzbetroffene ermöglichen, sich auf gewachsene fachärztliche Kompetenzen in der medizinischen Diagnosestellung und Behandlung zu stützen. Ebenso kann EXIT-sozial im Rahmen der medizinischen Behandlung und Beratung auf umfassende Erfahrungen zurückgreifen, beispielsweise im Hinblick auf den im Rahmen der geführten Interviews mehrfach geäußerten Beratungsbedarf bzgl. medikamentöser Therapie und damit verbundener Neben- und Wechselwirkungen. In diesem Kontext steht mit der genannten Einrichtung eine fachärztliche Struktur als Ambulatorium zur Verfügung, in dem auch die Ausstellung von Rezepten und Verordnungen möglich ist, wie auch ein in spezifischen Fragen erforderlicher fachärztlicher Austausch.

Neben der konkreten Situation in der Region spielen für die Beurteilung der Umsetzbarkeit eines Tageszentrums für an Demenz erkrankte Personen auch die fachlichen Rahmenbedingungen eine besondere Rolle. Diese werden im anschließenden Kapitel nochmals genau beleuchtet.

5. Grobkonzept Tageszentrum für Menschen mit Demenzerkrankungen und gerontopsychiatrisch bedingten Verhaltensauffälligkeiten

EXIT-sozial stützt sich in der Entwicklung eines solchen Angebots auf die langjährig entwickelte Fachkompetenz in der Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörigen. Die interne Möglichkeit der Kooperation verschiedener Berufsgruppen und Leistungsbereiche, der unkomplizierte Zugang zu fachärztlich-psychiatrischem Know-How in der Sozialpsychiatrischen Ambulanz und die langjährige Erfahrung in der Konzipierung tagesstrukturierender Angebote schaffen besondere Synergieeffekte. Das bestehende Know-How der unterschiedlichen Fachbereiche des Vereins ist ein wesentlicher Grundpfeiler, auf dem ein differenziertes Angebot für die Zielgruppe von Menschen mit Demenzerkrankungen und gerontopsychiatrisch bedingten Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen der geplanten Tagesstruktur geschaffen werden kann.

Das bereits fix in der Pilotregion Region Sterngartl/Mühlviertel Nord verankerte und etablierte Psychosoziale Zentrum Sterngartl in Bad Leonfelden hat einzelne Angebote bereits jetzt auf die sich verändernden Altersstrukturen der NutzerInnen abgestimmt. Neben den psychiatrischen Erkrankungen finden dementielle Entwicklungen, Einsamkeit und eingeschränkte Mobilität bereits jetzt gezielt Berücksichtigung. Angehörige nutzen bereits jetzt die Beratungsstelle im PSZ als Anlaufstelle in Überlastungssituationen.

Eine kosteneffiziente und rasche Realisierung einer notwendigen umfassenden Unterstützung für von Demenz oder anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen betroffenen Personen und ihrer Pflegenden Angehörigen wäre auf Basis der bestehenden Angebote und Synergien im Psychosozialen Zentrum (PSZ) von EXIT-sozial in Bad Leonfelden gut möglich.

Der Zugang zu allen Angeboten ist unkompliziert und auch in persönlichen Überlastungs- und Ausnahmesituationen leicht zu finden. Der gute, bereits bestehende Zugang des Vereins EXIT-sozial zur Zielgruppe ist essentielle Basis für die Umsetzung der neuen, spezialisierten Angebote.

Zusammengefasst sollte ein Tageszentrum für Menschen mit Demenzerkrankungen und gerontopsychiatrisch bedingten Verhaltensauffälligkeiten, auf Basis der Erkenntnisse der vorliegenden Machbarkeitsstudie jedenfalls folgende Angebote umfassen:

- Pflegerische und psychosoziale Betreuung
- Ein umfangreiches, therapeutisch begleitetes Tagesprogramm mit Einzel- und Gruppenaktivitäten (Bewegung, Kreativangebote, Spiel und Musik, ebenso wie Beschäftigung in der Küche und Haushalt, gemeinsame Mahlzeiten, Spaziergänge und Ruhephasen)
- Einen strukturierten Tagesablauf und aktivierende Tagesgestaltung
- Biographiearbeit, Validation
- Ergotherapie
- Psychologische Diagnostik
- Fachärztlich psychiatrische Behandlung und Diagnostik
- Unterstützung von Angehörigen in regelmäßigen Angehörigengruppen
- Austausch zwischen Generationen und Einbindung von Freiwilligen

5.1. Zielgruppen

Damit ein Tageszentrum in der Region den bestmöglichen Nutzen erbringen kann, lassen sich folgende Personen(gruppen) als relevante Zielgruppen identifizieren: Direkt Betroffene, deren Angehörige und Personen in Seniorenzentren.

5.1.1. Direkt Betroffene

Unter direkt betroffenen Personen werden als Zielgruppe vor allem folgende Personen verstanden:

- SeniorInnen mit diagnostizierter Demenz
- SeniorInnen mit „demenzähnlichen“ Symptomen, bei denen eine Abklärung im Raum steht
- SeniorInnen mit „Verhaltensauffälligkeiten“ bzw. altersbedingten psychiatrischen Erkrankungen

Dabei sollte sich das Angebot vor allem an Personen richten, die entweder im Familienverband oder in betreubaren / betreuten Wohnangeboten leben.

Gerade die Erweiterung der Zielgruppe der demenzerkrankten Personen um jene mit altersbedingten psychiatrischen Erkrankungen stellt eine innovative Erweiterung dar. Vor allem da es bei diesen Personengruppen häufig Überschneidungen gibt, bestehende Angebote bisher aber kaum auf die besonderen Herausforderungen, die mit (zusätzlichen) psychiatrischen Erkrankungen einhergehen, ausgerichtet sind. Die häufig mit diesen Erkrankungen einhergehenden Verhaltensauffälligkeiten stellen auch an professionelle Pflegekräfte oder TherapeutInnen besondere Anforderungen. Mit den in den bestehenden Angeboten angewendeten Betreuungsschlüsseln können diese Personengruppen kaum in den Tageszentren betreut werden.

5.1.2. Angehörige

Familien, in denen Menschen von Demenz und/oder gerontopsychiatrischen Erkrankungen betroffen sind, stehen vor komplexen Herausforderungen und Familienangehörige erbringen im Rahmen der Betreuung nicht nur pflegerische Leistungen im engeren Sinn, sondern stellen – häufig für lange Zeiträume – Begleitung in einem umfassenden Sinn in allen Bereichen des Lebens zur Verfügung.

Neben den direkt Betroffenen sind daher die Angehörigen eine ebenso wichtige Zielgruppe eines umfassend arbeitenden Angebots.

5.1.3. Personen in Seniorenzentren

In Rahmen der in der Region Sterngartl geführten Interviews mit den Pflegedienstleitungen der Bezirksseniorenhäuser (BSH) wurde ein Bedarf an Angeboten auch in den BSH zum Ausdruck gebracht. So wurde in allen Gesprächen formuliert, dass die Gruppe von BewohnerInnen, bei denen die kognitiven Fähigkeiten erst im Anfangsstadium betroffen sind, mehr Aktivierungsangebote bräuchte, als die BSH aufgrund der gegebenen Rahmenbedingungen des Pflegealltags derzeit bieten könnten. Aktivierungsangebote im Rahmen einer Tagesstruktur für Demenzbetroffene seien daher in der ganzen inhaltlichen Bandbreite gefragt.

Über die genannten Aktivierungsangebote hinaus wird ein Bedarf im Hinblick auf folgende Angebote kommuniziert:

- Fortbildungen/Einzelberatung für die MitarbeiterInnen im Hinblick darauf, wie sie mit Verhaltensauffälligkeiten der BewohnerInnen umgehen und sich abgrenzen können und zum Thema Deeskalation
- Regelmäßige fachärztliche Präsenz vor Ort im Hinblick auf anstehende medizinische Fragestellungen, beispielweise zu Aus- bzw. Wechselwirkungen der eingesetzten Medikation
- Therapeutische Angebote

Basierend auf den Bedarfen und den allgemeinen theoretischen Erkenntnissen lassen sich mehrere Projektziele ableiten, die ein Tageszentrum jedenfalls verfolgen muss.

5.2. Allgemeine Projektziele

Die Angebote eines Tageszentrums für Menschen mit Demenzerkrankungen und gerontopsychiatrisch bedingten Verhaltensauffälligkeiten sollten modular genutzt werden können und dabei alle das Ziel verfolgen, Betroffenen den Verbleib im eigenen Zuhause so lange wie möglich zu ermöglichen. Dabei werden in einer ganzheitlichen Betrachtungsweise neben den Betroffenen selbst auch die Angehörigen als zentrale Zielgruppe gesehen: Hier wirken Casemanagement, psychosoziale Beratung, Fachinformation und Angehörigengruppen präventiv Überlastungssituationen entgegen oder bieten einen Ausweg aus diesen.

Die **Ziele der Interventionen im Rahmen der Tagesstruktur** sind in erster Linie der Erhalt und die Förderung von Selbstständigkeit, Eigeninitiative, Kommunikation und lebenspraktischer, alltagsrelevanter Fähigkeiten. Das Erleben von Freude an der Gemeinschaft und der soziale Kontakt zu anderen verhindern Einsamkeit und Isolation und wirken Angst, Unruhe und Depressionen entgegen. Zentral ist zudem die Erhaltung kognitiver Fähigkeiten (durch Gedächtnis-, Merk- und Konzentrationsübungen).

Ergotherapeutische Interventionen im Tageszentrum, aber auch mobil im Wohnumfeld der dementiell Erkrankten fokussieren gezielt auf die Verbesserung der Alltagstätigkeiten, des Umgangs der Angehörigen mit dem erkrankten Partner oder Familienmitglied und der Lebensqualität von Patienten und Angehörigen.

Entlastung soll auch für den stationären Bereich erfolgen und zwar durch eine bedarfsorientierte Ergänzung der Strukturen der Bezirksseniorenheime durch mobile Angebote vor Ort.

Angehörige werden durch Auszeiten von der Betreuungsaufgabe entlastet und können so (wieder) eigenen beruflichen, familiären oder sozialen Verpflichtungen nachgehen. Es entstehen Freiräume, die der Förderung der eigenen (psychischen) Gesundheit dienen, vor allem mit dem Wissen, dass die Betroffenen in dieser Zeit gut versorgt und betreut sind. Durch Beratung und gezielte Fachinformationen, aber auch den Austausch mit anderen Angehörigen wachsen Kompetenz und Wissen der Angehörigen.

Durch kurze Wege und gezielte Fallsteuerung im Rahmen des Casemanagements und die regionale Erreichbarkeit werden Diagnostikprozesse beschleunigt und Verschlechterungen frühzeitig erkannt und ihnen entgegengewirkt. Die Kombination der Angebote unter einem Dach ermöglicht eine umfassende Beurteilung und entsprechende Intervention.

Es entstehen neue Perspektiven für innerfamiliäre Beziehungen, von Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen betroffene Menschen können länger zu Hause im gewohnten Umfeld leben. Krankenhausaufenthalte, die aus der Überlastung von Angehörigen resultieren, werden vermieden und auch Angehörige selbst bleiben gesund.

5.3. Infrastruktur

Damit ein Tageszentrum in der Region tatsächlich genutzt werden kann, muss es jedenfalls zentral aus der Region erreichbar sein. Gerade in ländlichen Regionen stellt dies ein wichtiges Kriterium dar, wenn Angehörige die zu betreuenden Personen selbst (zum Beispiel auf dem Weg zur Arbeit) in das Tageszentrum bringen. Im konkreten Fall besteht vor allem in der Teilregion Urfahr-Umgebung Nord, auch nach Einschätzung des Sozialhilfeverbandes Urfahr-Umgebung ein Bedarf. Da die Personen der Zielgruppe selbst nicht mehr mobil sind, und nicht generell davon ausgegangen werden kann, dass Angehörige Anreise und Abreise selbst leisten können, sollte zudem ein Fahrtendienst installiert werden.

Die Öffnungszeiten des Tageszentrums sollten sich ebenfalls unter anderem daran orientieren, dass pflegende Angehörige berufstätig sind.

Diese tatsächliche Größe der Räumlichkeiten leitet sich ab aus dem erhobenen regionalen Bedarf, den qualitativen Anforderungen unterschiedlicher potentieller FördergeberInnen und konzeptionellen Überlegungen einer adäquaten Betreuungsstruktur.

Angelehnt an die Vorgaben des OÖ. SHV ergibt sich ein genereller Platzbedarf von ca. 20m² pro Tagesgast und damit eine Gesamtfläche von ca. 200-240 m², die für das Tageszentrum zur Verfügung stehen müssen. Grundsätzlich sind die Räumlichkeiten entsprechend der geltenden Ö-Normen barrierefrei zu gestalten und bei Verbindungsflächen wie Gängen auf entsprechende Breiten zu achten. Eine Ausstattung der Räumlichkeiten mit der für die Zielgruppe geeigneten Orientierungshilfen ist vorzunehmen.

Werden alle als notwendig und sinnvoll identifizierten Angebots-Module umgesetzt, dann benötigt das Tageszentrum Multifunktionsräume für Gruppenaktivitäten in der Großgruppe und in Kleingruppen. Eine barrierefrei nutzbare Küche und angrenzend ein allgemeiner Aufenthaltsraum, in dem auch Mahlzeiten gemeinsam eingenommen werden sollten jedenfalls integriert sein. Neben einem Büro für MitarbeiterInnen sollten darüber hinaus separate Beratungsräume für das Casemanagement sowie ärztliche und therapeutische Behandlungen zur Verfügung stehen.

Im konkreten Fall bietet das PSZ Sterngartl entsprechend den Flächenvorgaben des Landes OÖ derzeit nicht genug Platz für die Umsetzung eines Tageszentrums. Eventuelle Flächen im Haus oder in direkter Nachbarschaft wären im Umsetzungsfall einer Prüfung zu unterziehen. Flächen in diesem Ausmaß stehen auch nicht im BSH Bad Leonfelden zur Verfügung.

5.4. Angebote

Das Basis-Angebot bildet der Besuch des Tageszentrums selbst, wobei hier ein fixer Wochenplan die Tagesstruktur vorgibt. Die einzelnen Tage sind sollten modular aufgebaut sein, je nach individuellen Fähigkeiten, Interessen und Bedarf nehmen Tagesgäste an den einzelnen Angeboten teil. Gemeinsame Mahlzeiten bilden dabei den Rahmen. Um unterschiedlichen Bedürfnissen der BesucherInnen gerecht zu werden, sollte ein Ankunftszeitfenster von 1 Stunde eingeplant werden, wobei in dieser Zeit auch auf Wunsch ein optionales Frühstück eingenommen werden kann. Ein gemeinsames Mittagessen sowie Kaffee/Tee und Kuchen stellen Fixpunkte dar. Die Gestaltung der Verpflegung kann sich dabei z. B. dabei an dem vom Bundesministerium für Gesundheit und der Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES) empfohlenen²³ „DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen“²⁴ orientieren. Dieser bietet spezifische Empfehlungen auch für die besonderen Ernährungserfordernisse von Personen mit Demenzerkrankungen.

Die nachfolgenden Abbildungen zeigen exemplarische Wochenpläne, mit einem entsprechend modulareren Aufbau. Eine Unterscheidung in Woche A und B ermöglicht, dass ein/e BesucherIn die z. B. nur Montags das Tageszentrum nutzt in Woche A am Ergotherapeutischen Gruppenangebot, in Woche B an einem anderen therapeutischen Angebot teilnehmen kann.

WOCHE A					
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
08:00- 09:30	Ankunft Tagesgäste, ggf. Frühstück, Start in den Tag				
09:30 – 11:00	Kochgruppe*				
	Kognitive Aktivierung / Gedächtnistraining 1				
	Kognitive Aktivierung / Gedächtnistraining 2				
11:15 – 12:15	Mittagessen				
12:15 – 13:30	Mittagsruhe / individuelle Gespräche, Aktivitäten				
13:30 – 14:00	Kaffee / Kuchen				
14:00 – 15:45	Ergotherapeutisches Gruppenangebot	Aktivierungsangebote	weitere therapeutische Gruppenangebote	Aktivierungsangebote	Ergotherapeutisches Gruppenangebot
	Aktivierungsangebote		Aktivierungsangebote		Aktivierungsangebote
16:00-16:30	Abreise Tagesgäste				

Abbildung 1 Exemplarischer Wochenplan Woche A

²³ Bundesministerium für Gesundheit (2013)

²⁴ Deutsche Gesellschaft für Ernährung e . V . (2020)

WOCHE B	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
08:00- 09:30	Ankunft Tagesgäste, ggf. Frühstück, Start in den Tag				
09:30 – 11:00	Kochgruppe*				
	Kognitive Aktivierung / Gedächtnistraining 1				
	Kognitive Aktivierung / Gedächtnistraining 2				
11:15 – 12:15	Mittagessen				
12:15 – 13:30	Mittagsruhe / individuelle Gespräche, Aktivitäten				
13:30 – 14:00	Kaffee / Kuchen				
14:00 – 15:45	weitere therapeutische Gruppenangebote	Aktivierungs- angebote	Ergotherapeutisches Gruppenangebot	Aktivierungs- angebote	weitere therapeutische Gruppenangebote
	Aktivierungsangebote		Aktivierungs- angebote		Aktivierungs- angebote
16:00-16:30	Abreise Tagesgäste				

Abbildung 2 Exemplarischer Wochenplan Woche B

5.5. Personalbedarf

Das Team eines Tageszentrums setzt sich multiprofessionell und interdisziplinär zusammen: aus Pflegekräften (DGKP, FSB; 2,4 PE, berechnet für 12 Tagesgäste), ErgotherapeutInnen (1,5 PE), CasemanagerInnen (1 PE), Freiwilligenkoordination (0,25 PE) sowie einem Leitungsanteil (Leitungsspanne entsprechend OÖ. ChG 6,5%, 0,3 PE) zusammen.

Die Bemessung der Personalressourcen für Pflegekräfte richtet sich nach den Anforderungen der Sozialhilfverbände für die Durchführung von Pflegeleistungen in Tageszentren (Schlüssel von 1:5 auf die 12 Betreuungsplätze pro Tag)

Die Personaleinheiten (5,5 PE) weisen Bruttowochenarbeitsstunden aus. D.h. die tatsächliche Anwesenheit im Rahmen der Leistungen gem. Wochenplan beträgt nach Berechnung gem. Parametern aus dem OÖ. ChG statt 52,2 Wochen 41,8 Wochen. Die Netto-PE ergeben dann 4,4 PE. Darin sind die Abwesenheiten (wie Urlaube, Krankenstände, Feiertage, Weiterbildung und sonstiges) berücksichtigt. (siehe Beiblatt PE-Berechnung)

Darüber hinaus sind externe TherapeutInnen und psychiatrische FachärztInnen im Ausmaß von jeweils 200 Stunden (0,16 PE) zur Erfüllung des Angebots vorgesehen.

Weiters sind Freiwillige fix in der Erfüllung des Angebots vorgesehen, dies in einem Ausmaß von 1,2 PE. (siehe Einbindung von Freiwilligen)

Die Aufschlüsselung der Herleitungen des Personalbedarfs finden sich im der Machbarkeitsstudie angehängten separaten Dokument „Berechnung Personaleinheiten Pilotprojekt“.

5.6. Einbindung von Freiwilligen

Beim Aufbau eines Tageszentrums für Demenzerkrankte sollte jedenfalls die Einbindung von freiwilligen MitarbeiterInnen mitgedacht werden. Nicht nur, da dies eine Erweiterung von Angebotsmöglichkeiten in Zeiten knapper Ressourcen darstellt, sondern da der Einsatz von Freiwilligen in diesem Zusammenhang selbst eine konkrete Intervention darstellen kann.

Als Zielsetzung kann dabei die „Integration und Abbau von Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen“ formuliert werden. Der gezielte Freiwilligeneinsatz ist selbst eine Maßnahme, die nachweislich zu einer gelingenden Integration/Inklusion beitragen kann. Auf der persönlichen Beziehungsebene und durch die Art der Kontakte leisten ehrenamtlich Tätige

einen eigenständigen Beitrag zur psychosozialen Integration / Inklusion. Auf gesellschaftlicher Seite ist das Ehrenamt eine wichtige Ressource zur sozialräumlichen Integration durch gemeinsame Aktivitäten. Zudem übernehmen Freiwillige eine positive MultiplikatorInnen-Funktion gegenüber anderen Mitgliedern der Gesellschaft. Seelisch-emotional erleben psychisch erkrankte Menschen in diesen Beziehungen Akzeptanz, Anerkennung, Respekt und Wertschätzung durch nicht professionell Tätige. Kognitiv-kulturell erweitert sich durch gemeinsame Aktivitäten mit Freiwilligen, die sich vom professionell begleitetem Angebot unterscheiden, das Trainingsfeld für soziale Kompetenzen und lebenspraktische Alltagsfertigkeiten. Im Kontext von Demenz sind aufgrund der Zielgruppen und der besonderen Herausforderungen im Umgang mit diesen (sowohl durch deren Verhaltensweisen, als auch durch die persönliche Konfrontation mit der mit der Erkrankung einhergehenden Beeinträchtigung des „Selbst“, also der Persönlichkeit der betroffenen Menschen) Inhalte eines Ausbildungscurriculum zu definieren, die Freiwillige bestmöglich in ihrer Tätigkeit unterstützen (Inhalte u.a. Grundwissen zu pflegerischen Tätigkeiten, gerontopsychiatrischen Erkrankungen und Demenz). Zudem ist eine systematische Begleitung der Freiwilligen (z. B. Reflexion der Tätigkeiten) nötig.

Voraussetzung für diese positiven Effekte ist ein sinnvoller, sicherer und zielgerichteter Einsatz von freiwilligen MitarbeiterInnen, der durch ein gezieltes Freiwilligenmanagement ermöglicht wird. Daher sind Ressourcen für die Freiwilligenkoordination unabdingbar. Um ein professionelles Freiwilligenmanagement durchzuführen ist entsprechend der Empfehlung des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG) von 0,5 PE hauptamtlicher Koordination für 10-20 Freiwillige auszugehen.

5.7. Kostenstruktur und Finanzierung

Da es sich bei einem Tageszentrum für Demenzbetroffene um eine neues Angebot handeln würde, müssten im Rahmen einer konkreten Konzeptionierung sowohl die Kosten für den laufenden Betrieb als auch einmalige Investitions- und Adaptierungskosten für die Einrichtung eines Tageszentrums berücksichtigt werden. Dabei ergeben sich in der Projektkonzeption im ersten Schritt Investitionskosten in Höhe von ca. 147.000 € und danach für den laufenden Betrieb 498.500 € jährlich (vgl. angehängtes separates Dokument „Kostenaufstellung EXIT-sozial“).

Die Finanzierung eines Tageszentrums in Bad Leonfelden beruht entsprechend der Strategieentwicklung „3. Lebensalter“ der Region Sterngartl-Gusental auf einer durch die EU-Förderung LEADER in Aussicht gestellte Co-Finanzierung von max. 75% für 3 Jahre.

Darüber hinaus gab es seitens der Abteilung Soziales die Aussicht, ein pilothaftes Konzept für ein Tageszentrum für diese Zielgruppe finanziell zu unterstützen, wenn die notwendigen Entwicklungen in Bezug auf den Bedarf für Unterstützungsangebote für die Zielgruppe dargestellt werden und hier ein regional umsetzbares Konzept für Oberösterreich entwickelt wird. Hierfür wurde ein konkreter Förderantrag beim Land Oberösterreich eingereicht, der jedoch am 04.01.2021 negativ beantwortet wurde. Es wurde mitgeteilt, dass das Projekt nicht ausgewählt wurde, da die finanziellen Mittel aus dem entsprechenden Fördertopf bereits ausgeschöpft waren. Es erfolgte jedoch auch die Information, dass sollten neuerlich Finanzierungsmöglichkeiten gegeben sein, das Projekt auf der Warteliste vorgemerkt wurde.

Der Sozialhilfverband Urfahr-Umgebung sieht grundsätzlich den Bedarf für ein entsprechendes Angebot im Norden des Bezirks und unterstützt die Entwicklung und hat eine Co-Finanzierung im Rahmen der Förderung von Tagesstrukturen in Aussicht gestellt. Konkrete Vereinbarungen konnten jedoch noch nicht getroffen werden.

Mögliche Finanzierungen durch Sozialversicherungskostenbeiträge, wie z. B. für kassenpflichtige Ergotherapien sind in Gesprächen mit den Krankenkassen (hier voran die ÖGK) abzuklären.

Weiter ist angedacht, Kostenbeiträge von KlientInnen für die Dienstleistung (und Verpflegung) an sich sowie Fahrtendienste einzuheben. In welcher Form und Höhe wurde noch nicht kalkuliert – eine Orientierung an den Betragssätzen ähnlicher Einrichtungen erscheint sinnvoll und logisch.

6. Zusammenfassung und Ausblick – Kooperationsmöglichkeiten und regionale Unterstützung für Betroffene

Insgesamt zeigt sich im Rahmen der Machbarkeitsstudie, dass aus Sicht der relevanten Stakeholder und potentieller KooperationspartnerInnen der Bedarf für ein Tageszentrum in der Region gesehen wird. Die demographischen Herausforderungen, die die zu erwartende Entwicklung rund um Demenzerkrankungen mit sich bringen, spielen bei dieser Einschätzung aller Beteiligten eine wesentliche Rolle. Die ländliche Struktur der Projektregion und die damit einhergehenden Herausforderungen bzgl. Mobilität und Erreichbarkeit von Angeboten sind ein klares Argument für ein Tageszentrum in der Region.

Es konnten im Rahmen der Machbarkeitsstudie sowohl interessierte KooperationspartnerInnen als auch für die Betroffenen und ihre Angehörigen wertvolle und besonders nützliche Kooperationsmöglichkeiten (z. B. im Hinblick auf Diagnostik oder Angehörigenberatung) in der Region identifiziert werden. Die im Projektkonzept angedachte strukturierte Einbettung in bestehende Versorgungsstrukturen und die enge Kooperation mit etablierten anderen Institutionen könnte vorhandene Lücken (regional wie angebotsbezogen) schließen, ohne dass es dabei zu Überschneidungen oder eine Konkurrenzsituation mit anderen Angeboten kommt.

Was sich jedoch auch zeigt, ist dass die eigentliche Herausforderung in der Umsetzung vor allem in der Finanzierung eines solchen Angebotes besteht.

Quellenangaben

- Bundesministerium für Gesundheit (2013): Wissenschaftliche Aufbereitung für Empfehlungen „Ernährung im Alter in verschiedenen Lebenssituationen“. Wien.
- Brucker, A B Dr. (2019): „Alt werden ist etwas für Mutige. Das Altern bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung“. Vortrag im Rahmen der Fachtagung „Komm doch mal in meine Welt.“ Linz, 26.09.2019
- Buchebner-Ferstl S, Geserick C (2019): Forschungsbericht Demenz und Familie. Wien.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e . V . (2020): „DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung mit „Essen auf Rädern“ und in Senioreneinrichtungen“. Bonn.
- Deuschl G, Maier W et al. (2016): S3-Leitlinie Demenzen. In: Deutsche Gesellschaft für Neurologie, Hrsg. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: www.dgn.org/leitlinien (abgerufen am 23.01.2020)
- Gesundheit Österreich GmbH (2021): Demenzstrategie - Gut leben mit Demenz. Verfügbar unter <https://www.demenzstrategie.at/> (Stand: 2021.05.05)
- Gesundheit Österreich GmbH (2015): Österreichischer Demenzbericht 2014. Wien.
- Holle, D, Halek, M, Mayer, H, Bartholomeyczik, S (2011): Die Auswirkungen der Verstehenden Diagnostik auf das Belastungserleben Pflegenden im Umgang mit Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. In: Pflege 24/5:303-316.
- Joppig, W (2004): Praxisreihe Altenpflege, Gedächtnistraining mit dementen Menschen. Bildungsverlag.
- Kirckpatrick D L, Kirckpatrick James D (2009): Evaluating Training Programs. The four levels. Third edition.
- Reuster T, Jurjanz L, Schützwahl M, Holthoff V (2008). Effektivität einer optimierten Ergotherapie bei Demenz im häuslichen Setting (ERGODEM). Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 21: 185-189.
- Voigt-Radloff S, Graff M, Leonhart R, Schornstein K, Vernooij-Dassen M, Olde-Rikkert M, Huell M. (2009): WHEDA study: Effectiveness of occupational therapy at home for older people with dementia and their caregivers - the design of a pragmatic randomised controlled trial [...]. BMC Geriatrics 2009; 9(1): 44
- Voigt-Radloff S, Leonhart R, Schützwahl M, Jurjanz L, Reuster T, Gerner A, Marschner K, van Nes F, Graff M, Vernooij-Dassen M, Rikkert MO, Holthoff V, Hüll M (2012). Interview for deterioration in daily living activities in dementia: construct and concurrent validity in patients with mild to moderate dementia. International Psychogeriatrics, 24: 382-390.
- WHO (2019): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10-WHO Version 2019 Kapitel V (F). verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/> (23.01.2020).

Anhang

Anhang I – Tabellarische Übersicht Raumbedarf

Raum	Geschätzte m²
Sanitärräume	Ca. 12-20 m²
Geschlechtergetrennte WCs Tagesgäste	2 x2 m ²
Barrierefreies WC (mit Dusche)	4 m ²
Geschlechtergetrennte WCs MitarbeiterInnen	2 x2 m ²
Pflegebad mit Wanne (optional)	8 m ²
Räume für Gruppenaktivitäten	Ca. 140 m²
Aufenthaltsraum / Speiseraum / Küche	50 m ²
Multifunktionsraum (Aktivitäten Großgruppe)	40 m ²
Multifunktionsraum: kognitive Aktivierungsangebote (Kleingruppe), Ruheraum	12 m ²
Multifunktionsraum kognitive Aktivierungsangebote (Kleingruppe), Ruheraum	12 m ²
Optional, je nach Gebäude: Gänge / Verbindungsflächen (Nutzung mit Ruhesesseln)	25 m ²
Weitere Räume	Ca. 80 m²
Büro MitarbeiterInnen (Dokumentation, Unterlagenaufbewahrung, etc.)	15 m ²
Beratungsraum 1: Casemanagement, Angehörigenberatungen	11-15 m ²
Beratungsraum 2: Arzt/Ärztin, Psychologie, Einzeltherapien (entsprechende Ausstattung!)	15 m ²
Sozialraum MitarbeiterInnen (inkl. Kochmöglichkeit)	14 m ²
Wartebereich	12 m ²
Abstell-/Lageraum	5-10 m ²
Gesamt	Ca. 220-240 m²

Mit Unterstützung von



„Europäischer Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums: Hier investiert Europa in die ländlichen Gebiete“



 Bundesministerium
Landwirtschaft, Regionen
und Tourismus

