

Beratung (zu den „Tatorten“ gehen) - einbezogen. Wie auch in anderen Versorgungsbereichen sichert oft erst die soziale Eingliederungshilfe den Erfolg der Behandlung. Eine gerontopsychiatrische Patientenbegleitung im städtischen Umfeld hat sich in den bisherigen Modellen als bedarfsgerecht erwiesen und ist in allen bayerischen Bezirken unverzichtbar. Bisherige Modelle, wie z.B. der gerontopsychiatrische Verbund in Schwaben, haben den Erfolg im Sinne der Zielgenauigkeit und Akzeptanz zwischen Klinik, Patienten und ambulanten Dienstleistern bestätigt.

Es bedarf keiner weiteren Erkundungsmodelle, sondern der Sicherung des Versorgungsstandards im Sinne begleitender, intervenierender und gemeinwesenbezogener Maßnahmen, insbesondere, wenn auch auf der ambulanten Seite Fachkompetenz vorhanden ist (im städtischen Kontext z.B. Allgemeine Sozial- und Seniorendienste).

- Zuständigkeiten -

Die strategische Umsetzung bei der Erstellung eines alle Elemente einer erfolgreichen Behandlung umfassenden Gesamtbudgets liegt solange beim Bezirk, wie dieser für psychiatrische Versorgung und ambulante Eingliederungshilfe zuständig ist. Dies erfolgt unter Hinzuziehung aller Leistungsträger und Leistungserbringer.

- Folgen hinsichtlich der Versorgungsregion -

Sozialpsychiatrische Versorgungsregionen mit einer Finanzierung von Fachkraftanteilen je Einwohner sind derzeit als neue kommunale „Freiwilligkeitsleistung“ schwer vorstellbar. Andererseits ist eine erfolglose „Patientenwanderung“ zwischen Klinik, Arzt, Heim, Sozialstationssystem, Familie und Einzelhaushalt weder human noch kostengerecht.

Diese Patientenwanderung (vormals in anderen Bereichen als „Drehtürpsychiatrie“ beschrieben) nimmt mit hoher Wahrscheinlichkeit besonders im städtischen Bereich aufgrund der Lebensverhältnisse älterer Menschen zu. Der Kosteneffekt ist berechenbar.

Angesichts der zu erwartenden Zunahme der Patientenanzahl (derzeit sind es knapp 1,5 Millionen Patienten in Deutschland, mit deren Verdoppelung innerhalb der nächsten 30 Jahre gerechnet wird) ist die Problematik in ihrer Kostenfolge nur durch die dargestellte unterstützende Vernetzung zu bewältigen. Stationäre Pflege kann dies nicht leisten.

- Finanzierung -

Der Gedanke der Eingliederungshilfe ist neben der Pflege im Sinne des SGB für die hier vorgeschlagenen Aufgaben sinnvoll. Um sie in der Gerontopsychiatrie umzusetzen, werden lokale Leistungsarrangements je nach koordinierungsfähigen Diensten benötigt. Das Prinzip sollte sein: sozial stützende Behandlung vor akutmedizinischer und pharmakologischer Behandlung. Offen ist dabei, wie Professionalität eingesetzt (Anleitung statt Betreuung) und wie abgerechnet wird (Erfolgsbudget statt Stellenfinanzierung). Das Schnittstellenmanagement ermöglicht die Bereitstellung von Rahmenbedingungen, in denen Case Management erfolgreich wirken kann.

4. Schlussfolgerung

Angesichts der Krankheits- und Bevölkerungszahlen sowie bestehender Praxiserfahrungen ist der Stillstand in der Gerontopsychiatrie nicht zu verantworten. Der Aufbau des empfohlenen gerontopsychiatrischen Fallmanagements ist sofort möglich und notwendig.

Erarbeitet vom

Fachausschuss Gerontopsychiatrie

der Landesarbeitsgemeinschaft der öffentlichen
und freien Wohlfahrtspflege in Bayern

Vorsitzender:

Dr. Konrad Hummel, Sozialreferent der Stadt Augsburg

Mitglieder und Vertreterinnen und
Vertreter ihres Verbandes:

Dr. Norbert Braunisch, Verband der bayerischen Bezirke

Dr. Konrad Hummel, Bayerischer Städtetag

Maria Kober, Deutscher Caritasverband, LV Bayern

Helma Kriegisch, Bayerischer Städtetag

Bernd Poensgen, Bayerisches Rotes Kreuz

Irene Sandmaier, Arbeiterwohlfahrt, LV Bayern

Davor Stubican, Der Paritätische, LV Bayern

Siegfried Wanner, Diakonisches Werk Bayern

Herbert Widmann, Bayerischer Landkreistag

Peter Wirth, Verband der bayerischen Bezirke

30. November 2006

Psychische Gesundheit

in einer älter werdenden Gesellschaft

Memorandum

Landesarbeitsgemeinschaft
der öffentlichen und freien
Wohlfahrtspflege in Bayern
Nördliche Auffahrtsallee 14
80638 München
Telefon 089/153757
LAGoefW-Bayern@t-online.de

1. Demographie

verändert Fachpolitik

Eine älter werdende Gesellschaft verschiebt ihre Aufmerksamkeit eher weg von kinder- und arbeitsweltorientierten Themen und wendet sich verstärkt Fragen der Mobilität, der Pflege, des Wohnumfeldes, der Rehabilitation, der Gesundheitserhaltung und veränderter Krankheitsrisiken zu. Mit Ausnahme der Rentendiskussion ist diese „Nebenwirkung“ bisher jedoch zu wenig in der Gesundheits- und Sozialpolitik angekommen.

Fachbereiche etwa der Behinderten- und Psychatrieplanungen sind weiter in das hohe Alter hineinzudenken. Die Akutmedizin ist sehr viel stärker mit der Geriatrie/Gerontologie zu vernetzen. Die entscheidenden Krankheitsrisiken des hohen Alters, insbesondere die Demenz, sind in ihrer breiten Wirkung auf Familien, Institutionen und Nachbarschaften aufzuzeigen.

Die dramatische steigende Anzahl direkt und indirekt betroffener Menschen erfordert eine landespolitische gerontopsychiatrische Planung. Der Stellenwert der Gerontopsychiatrie ist in allen angrenzenden Planungsbereichen fehlerhaft klein ausgewiesen. Eine unangemessene Behandlung ohne ganzheitliche Sicht ist human schwer und volkswirtschaftlich nicht zu verantworten.

Vor allem Demenz ist zum Gegenstand der Ethikkommission und breit angelegter Kampagnen in 2005/2006 geworden. Noch aber spiegelt sich der Handlungsdruck in keiner Weise in der Sozial- und Gesundheitspolitik wieder.

Querschnittspolitik ist gerade auch deshalb geboten, weil in der Gerontopsychiatrie mehr als anderswo chronische und zum Teil unheilbare Krankheitsbilder vorliegen. Klinisch-stationäre Strategien als Hauptantwort sind nicht nur aufwändig und missachten das Engagement Betroffener, sondern sind ohne Hospitalisierung und Klinifizierung der Gesellschaft aus demographischen Gesichtspunkten nicht umsetzbar.

Deshalb erkennt hier auch das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen eine von gefährlichen Machtungleichgewichten bedrohte Schnittstelle: „Die auf ältere Menschen bezogene Psychiatrie, die Geriatrie, die Altenpflege und gemeinwesenorientierte Gesundheitspflege sind als interagierende Teildisziplinen zu einem erweiterten Verständnis von Gerontopsychiatrie zusammenzuführen und mit einem gesamtgesellschaftlichen interdisziplinären Auftrag zu versehen“, betont Staats-

ministerin Christa Stewens 2005 in einem Briefwechsel mit dem Fachausschuss Gerontopsychiatrie.

Dies verstehen wir als Bestätigung, dass soziale, medizinische, einzelfallorientierte und gemeinwesenorientierte Vorgehensweisen höchst unterschiedlich machtausgestatteten Systemen zugeordnet werden müssen.

2. Überschaubare Verantwortungsräume in Bayern

Gerontopsychiatrie benötigt wegen der Niedrigschwelligkeit erfolgreicher Behandlung der Patienten mit Angehörigen, Nachbarn und ortsnahen Verbänden eine Verankerung in Kommunen und erreichbaren Infrastrukturen um und mit Facheinrichtungen. Sie benötigt keine isolierten Fachdienste, sondern Kompetenzen bei Fachkräften, bei geschulten Freiwilligen und klare zielorientierte „Spielregeln“ von Leistungsverbänden.

Der Fachausschuss Gerontopsychiatrie hat in seinen Papieren zur stationären Pflege (2003) wie zum Fallmanagement in der Vor- und Nachsorge (2004) die Bedeutung der Qualifikation und der Vernetzung im überschaubaren Sozialraum betont.

Um auf der Grundlage des nachfolgenden beschriebenen Zielkorridors zu einem Fallmanagement im Verbund zu kommen, regt der Fachausschuss Gerontopsychiatrie an,

- die bisherige Psychiatrieplanung in Bayern für Gerontopsychiatrie umfassend zu öffnen,
- die Bezirke unter Beteiligung betroffener und kooperationsbereiter Kommunen zum planerischen Handeln aufzufordern,
- dafür eine Planungseinheit analog überschaubarer und realistischer Verbundregionen von 300.000 bis 500.000 Einwohnern zu wählen,
- in diese Planungseinheiten vorhandene Dienstleistungsmodelle zu integrieren,
- die dortige Finanzierungspraxis kritisch auszuwerten,
- Fallmanagement mit Gemeinwesenbezug einzuführen und
- sich dabei auf einen Verbund von Angeboten zu stützen.

Dieser innerhalb von zwei Jahren abzuschließende und durch einen Landesplan und Evaluation zu sichernde Prozess kann nur im Schulterschluss von Sozialministerium, Bezirken, Städten, Landkreisen und Gemeinden gelingen.

Nur so lässt sich gegenüber Kassen, Versicherungen und niedergelassenen Ärzten ein klares Verhandlungssignal geben, wozu eine Anschubunterstützung dieser voraussichtlich ca. 22 „Runden Tische“ und Verbände in Bayern notwendig ist.

3. Gerontopsychiatrisches Fallmanagement

Versorgungspolitisch herrscht in der Gerontopsychiatrie unfreiwillig eine Art organisierter Stillstand. Der Behandlungsbedarf in Kliniken, Pflegeheimen und ambulanter Pflege wächst. Mit der Vorstellung eines „sozialen Eingliederungsbudgets“ will der Fachausschuss Gerontopsychiatrie diesen Stillstand überwinden und trotz schwieriger Haushaltslage von Kassen und öffentlicher Hand Wege zur Weiterentwicklung aufzeigen.

- Zielgruppe -

Gerontopsychiatrischer Behandlungsbedarf betrifft Menschen in ihrer Häuslichkeit ebenso wie Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen. Bei vielen älteren Menschen ergeben sich im Behandlungsverlauf multi-diagnostische Erkenntnisse, wie sie für die Geriatrie und in Wechselwirkung zu sozialen, meist „verwitweten“, Lebenslagen typisch sind.

- Aufgabe -

Voraussetzungen für eine erfolgreiche Lebensbewältigung betroffener Menschen in ihren primären sozialen Netzwerken sind die Erstellung von Hilfeplänen durch ein Case Management und die Anstiftung von Gemeinwesenarbeit. Diese Arbeit ist Teil einer erfolgreichen Behandlung und insoweit Teil des Gesamtfinanzierungsplanes. Vor der Erstellung von Hilfeplänen müssen genauere, bei Betroffenen und Angehörigen einsehbare und besprechbare, Diagnoseinstrumente entwickelt werden, die Früherkennung und Folgeab-

schätzung verbessern. Für Netzwerke sind Selbsthilfegruppen von großer Bedeutung – im Einzelfall, bei der öffentlichen Meinungsbildung und in der Forschung. Ohne soziale Kontrolle und Beziehung ist die Patient compliance bei gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen schwierig. Der angemessene Umgang sprengt in vielen Fällen die „klassische“ medizinische Behandlung und erfordert die Einbeziehung der Lebenswelt (Mitbewohner, Nachbarschaft, Polizei, Händler, etc.). Die Sozialpsychiatrischen Dienste sind für diese Aufgabe längst nicht mehr ausgestattet.

Zwischen der somatopflegerischen Ausrichtung von Gerontologie und Geriatrie sowie der ambulanten und stationären psychiatrischen Behandlung klaffen Lücken, die sowohl gemeinwesenbezogen (Vernetzung, Aufklärung, Schulung) als auch institutionsbezogen (niedrigschwelliger Zugang zu Hausarzt, Pflegediensten, Tages- und Nachtkliniken) zu schließen sind. Hausbesuche, Behandlungen im Heim und ärztliche Interventionen müssen so vorbereitet und eingestellt werden, dass Patienten unter Einbeziehung von Selbsthilfkräften in ihrer Lebenslage stabilisiert werden und häufige geriatrische Wechselwirkungen (Multimorbidität) nicht zu Lasten einer gelingenden Lebensführung gehen. So können einige Heimpflegeformen wie auch Lebenssituationen in Familien als zusätzliche Stressmomente bewertet werden.

- Schnittstelle-

Betroffene Menschen leben häufig allein. Ihre Netzwerke sind zu „gesunden“ Zeiten geknüpft worden. Die Abstimmung der Behandlung und Pflege zwischen den Verwandten, Nachbarn und professionellen Kräften ist schwierig. Stattfindende Gemeinwesenarbeit ist selten so aufgebaut, dass fallbezogen über die Pflege hinaus angemessen reagiert werden kann (Kenntnis der Ordnungsdienste, des Einzelhandels, von Freiwilligen, von anderen Institutionen bezüglich des Umgangs mit diesem Krankheitsbild).

In jeder Region ist die jeweils beste Vernetzungsform zu finden. Im Sinne einer Schnittstelle haben die Beteiligten als trägerübergreifendes Case Management im Rahmen eines zeitgemäßen Konzeptes für Einzelpersonen, Netzwerk, Pflegeeinrichtungen und medizinische Einrichtungen das soziale Umfeld des Patienten so zu gestalten, dass somatopflegerische Behandlungen und die Selbsthilfefaktoren im Umfeld ineinander greifen.

Vorhandene Kompetenzen und Ressourcen (niedergelassener Arzt, Klinik, Sozialstation, Altenclub, Angehörige etc.) werden aktiv – ggf. auch durch fliegende