

Vorschläge zur Umsetzung des Memorandums

Psychische Gesundheit in einer älter werdenden Gesellschaft

Vorwort

Die Landesarbeitsgemeinschaft der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege in Bayern hat im Jahr 2006 mit ihrem Memorandum „Psychische Gesundheit in einer älter werdenden Gesellschaft“ auf die prekäre Lage der Gerontopsychiatrie im Lande hingewiesen und eine Weiterentwicklung sozialräumlichen Managements gefordert.

Dieses Management soll bereichsübergreifend von Kranken- und Pflegekassen über Eingliederungshilfe bis hin zu kommunaler Altenhilfe alle verfügbaren Ressourcen ergebnisorientiert erschließen. Dazu zählen:

- professionelle Dienstleistungen, ehrenamtliches Engagement und nachbarschaftliche Dienste,
- klinische, ambulante und komplementäre Leistungen sowie die Angehörigenselbsthilfe.

Im vorliegenden Papier werden weitere Vorschläge zur Umsetzung des Memorandums aus dem Jahr 2006 unterbreitet.

Personengruppe

Wenn von Gerontopsychiatrie gesprochen wird, sind folgende Personengruppen in den Fokus zu nehmen:

- Altgewordene psychisch kranke Menschen und
- Menschen, die im Alter psychisch erkranken (Depressionen, Angststörungen, suchterkrankte sowie dementiell erkrankte Menschen)

Man kann von einer Größenordnung von ca. 30 Prozent der über 60jährigen Menschen ausgehen, die an einer psychischen Erkrankung leiden. Ein gutes Drittel davon sind mittelschwer dementiell erkrankt. Der größere Anteil verteilt sich auf die anderen psychischen Krankheitsbilder.

Zielsetzung

Um dem Bedarf der Betroffenen adäquat begegnen zu können, ist es notwendig, das Versorgungssystem für psychisch kranke Menschen im Alter verbindlich und abgestimmt zu organisieren.

Dazu gehört,

- dass die Versorgungsangebote bedarfsgerecht ausgebaut werden,
- dass das gesamte Lebensumfeld der Betroffenen, vor allem die zur Verfügung stehenden (Versorgungs-) Netzwerke und Ressourcen, erschlossen bzw. verändert und auch präventiv erweitert werden,
- dass die beteiligten Dienstleister sich in diesem Sinne auf ein gemeinsames Verständnis von (sozialräumlichem) Case Management und Arbeiten im Verbund verpflichten und - vor allem -
- dass die im Verbund entwickelten Steuerungsinstrumente gezielt bei den betroffenen Personengruppen eingesetzt werden.

Grundsätzliches Ziel ist es, durch die Verknüpfung von Leistungen des Gesundheitswesens, der Altenpflege, der Eingliederungshilfe, familiärer Pflege und Unterstützungssystemen des Gemeinwesens Versorgungsangemessenheit und Versorgungsgerechtigkeit/Gleichrangigkeit zu gewährleisten.

Umsetzung ...

Die inzwischen im ambulanten Bereich eingesetzten sozial- bzw. gerontopsychiatrischen Fachkräfte sowie die Fachkräfte der Altenhilfe nehmen sich der betroffenen Menschen als Klienten an und arbeiten darauf hin, die Umfeldbedingungen für die Erkrankten zu verbessern. Aufgrund der gegebenen Rahmenbedingungen erfolgt dies aber in Beratungs- und Vermittlungsform und bleibt deshalb nicht selten unverbindlich.

Aus „Individualberatung, allgemeiner Öffentlichkeitsarbeit und unverbindlicher Vernetzung“ muss ein am Einzelfall orientiertes, verbindlich in ein integriertes Behandlungs- bzw. Betreuungskonzept übergehendes, stärker quartiersbezogenes, flexibles und ggf. budgetorientiertes Arbeiten werden.

Dieses „Case-Management-Arbeiten“ verläuft quer zu den bisher unterschiedlich vorhandenen Diensten. Es muss neutral genug sein, um von der Anbieterorientierung zu nachfrageorientierten neuen kreativen Lösungen zu kommen. Im Idealfall ist das Case-Management-Vorgehen mit der Abstimmung der Kostenträger und vorhandenen infrastrukturellen Angeboten (hier im kommunalen Raum je nach Stadt- / Landsituation, Fach- und Servicediensten oder Sozialstationen und Gemeindediensten, Pflegestützpunkten etc.) verknüpft.

Dadurch kann ein gerontopsychiatrisches Case Management den Doppeleffekt erreichen,

- a) Vermeidung von Zufälligkeit und Unverbindlichkeit in der Behandlung des Einzelfalls und
- b) flexiblere, wohnortnähere, kleinteiligere und zivilgesellschaftliche Gestaltung der Versorgungslandschaft.

... in Regionen

„Sozialräumliches Case Management“ und „Arbeiten im Verbund“ sind Ansätze, die regional entwickelt und umgesetzt werden müssen. Die bisherigen Erfahrungen regionaler Dienste (z. B. gerontopsychiatrische Fachkräfte an Sozialpsychiatrischen Diensten in Oberbayern, Münchener Gerontopsychiatrische Dienste, HALMA in Würzburg, Gerontopsychiatrischer Verbund Schwaben, Kompetenznetzwerk Demenz in Nürnberg, SMP - Servicecenter Medizin und Pflege, vormals HCN Homecare Nürnberg etc.) sind dabei einzubeziehen.

Bei gleicher Zielsetzung ergeben sich durch die unterschiedlich gewachsenen Versorgungsstrukturen in den Regionen auch unterschiedliche Ausprägungen von Verbundsystemen.

Gemeinsame Erfolgskriterien der Umsetzung könnten sein

- Stärkung der primären Netzwerke
- Zielgenauigkeit der in Anspruch genommenen Dienste
- Stärkung der eigenen Häuslichkeit
- Vermeidung von „Drehtürpsychiatrie“

Zur Umsetzung empfehlen sich folgende Bausteine:

- Schulungen aller beteiligten Fachkräfte einer Region nach gemeinsamen Grundlagen zur Verständigung auf eine abgestimmte Methode sozialräumlichen Case Managements in Anlehnung an die Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Case- und Caremanagement
- Berücksichtigung von Erkenntnissen der Sozialraumorientierung
- Entwicklung von transparenten und steuerbaren Budgets (Einrichtungs- und Infrastrukturbudgets, oder Verbundbudgets zur Organisation des Case Managements...), innerhalb derer auch Erfolge gemessen und Verbindlichkeiten erzeugt werden können
- Berichterstattung in lokalen Gremien
- Öffentlichkeitsarbeit v.a. im Hinblick auf Angehörige und Bezugspersonen.

Die Landesarbeitsgemeinschaft der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege in Bayern empfiehlt den Akteuren vor Ort, ernsthafte und zeitnahe Schritte zur Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung einzuleiten. Die Leistungsträger sind ebenso wie das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen aufgefordert, die Rahmenbedingungen für solche Schnittstellen-Arrangements zu schaffen und sich entsprechend zu beteiligen.

Case Management in der Altenhilfe und Gerontopsychiatrie

Die Einführung von flächendeckenden Case Management-Strukturen soll zur Verbesserung der Koordination und Kooperation der an der Betreuung und Pflege beteiligten Akteure (Kostenträger, Leistungserbringer, Freiwilligenorganisationen, Familien, unterschiedliche Berufsgruppen) beitragen.

Die Praxis des Case Managements (CM) umfasst Fall- und Systemmanagement. **Fallmanagement** beschreibt die konkrete Unterstützungsarbeit für den einzelnen hilfebedürftigen Menschen mit dem Ziel, effektiv und effizient mit ihm und seinen Angehörigen (und ggf. mit weiteren Akteuren) den Hilfe-, Pflege- und Versorgungsbedarf zu ermitteln, den hilfebedürftigen Menschen zu begleiten und den Prozess zu steuern. **Systemmanagement** beschreibt das Netzwerk an Selbsthilfe sowie an professionellen und ergänzenden Hilfen, das zu nutzen und zu steuern ist. Ebenso sind damit Qualität und Vielfältigkeit des Netzwerkes von Hilfs- und Versorgungsangeboten zu beeinflussen und mit dem Ziel weiter zu entwickeln, dass die Angebote den Bedürfnissen der Klienten angepasst werden. Die betreffenden **Personengruppen** sind Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen, die einen komplexen Hilfe- und Versorgungsbedarf haben, u. a. aufgrund zusätzlicher Behinderungen, chronischer und somatischer Krankheitsverläufe, Pflegebedürftigkeit, sozialer Isolierung etc.

Case Management bezieht die Betroffenen, ihre Angehörigen und die relevanten sozialen Netze verpflichtend mit ein.

Case Management gliedert sich in die Schritte

- **Assessment**, Hilfeplanung, Linking (Organisation, Steuerung, Hilfeplankonferenz)
- **Monitoring** (Überprüfung des Verlaufs, Anpassung, qualitative Überprüfung der Leistungen)
- **Evaluation** (dienstleistungs-, klienten- und mitarbeiterbezogen)

Die Rollen des Case Managers sind die eines

- Beraters
- Organisators
- Informanten
- Vermittlers
- Managers

und umfassen „anwaltschaftliche“ Aufgaben (u. a. gegenüber Kostenträgern). Zu seinen Fachkompetenzen gehören Kenntnisse im Bereich der Alltagshilfen und der Pflege, der Leistungsfinanzierung, die Anwendung einschlägiger Rechtsvorschriften und das Management von Versorgungsstrukturen. Als gleichwertig sind Kompetenzen in der Gesprächsführung, Konfliktbearbeitung, Moderationskompetenz, z.B. in der Hilfeplankonferenz (Linking) und Präsentationskompetenz zu fordern.

Aufgaben des Case Managements sind u. a.

- Erschließen von Netzwerken und Ressourcen
- Vorbeugung und Management von Krisensituationen
- Organisation und Initiierung von Angehörigenarbeit
- Entlastung von Angehörigen
- Frühzeitige Feststellungen veränderten Hilfebedarfs
- Einleitung und Gewährleistung der entsprechenden Maßnahmen (Anpassung im Rahmen des Monitorings)

Die Anwendung des Case Managements kann **extern** und **intern** erfolgen. Die **externe Anwendung** wird verstanden als Aktivität von Leistungsträgern wie Eingliederungshilfe, Kranken-, Pflege- und Privatkassen sowie Berufsgenossenschaften (u. a. im Modell des persönlichen Pflegebudgets), z. B. auch im Rahmen einer integrierten Versorgung.

Die **interne Anwendung** kann erfolgen durch

- Case Management in einer Sozialstation, einem Sozial- oder Gerontopsychiatrischen Dienst, einer anderen Beratungsstelle
- Case Management in einer stationären Einrichtung (auch eine stationäre Einrichtung bildet mit ihren verschiedenen Bereichen ein Netzwerk)
- Case Management, wenn ein Träger sowohl stationär als auch ambulant tätig ist und ein übergreifendes Case Management einrichtet
- Case Management als Angebot mehrerer Träger mit verschiedenen Dienstleistungen und mit unterschiedlichen Zielgruppenleistungen

Die Klärung von Auftragslagen kann dazu führen, dass Leistungsträger das Case Management auch an Dritte übertragen.

Case Management ist ein Leistungsangebot, mit dessen Hilfe die Grenzen zwischen „ambulant“, „teilstationär“ und „stationär“ durchlässiger werden sollen. Mit dem Ziel der Personenzentrierung steuert CM flexibel komplexe Verfahrensabläufe über Einrichtungs-, Träger- und Angebotsgrenzen hinweg, da Angehörigen, Betreuern und erst recht Betroffenen eine Orientierung im „Angebotsdschungel“ immer schwerer fällt. Dies hat auch finanzielle Auswirkungen.

Case Management ist somit eine **klientenorientierte, zeitlich definierte Steuerung des Versorgungsverlaufes**. Der Case Manager hat keine von Kostenträgern übertragene finanzielle und rechtliche Verantwortung, sondern handelt sozialräumlich im Auftrag des Klienten. Dadurch kann ein stringenter Prozess über den gesamten Krankheits- und Hilfeverlauf effektiv und ohne wirkungslosen Kostenaufwand sichergestellt werden.

Erarbeitet vom Fachausschuss Gerontopsychiatrie der Landesarbeitsgemeinschaft der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege in Bayern

Dr. Norbert Braunisch, Verband der bayerischen Bezirke
Maria Kober, Landes-Caritasverband Bayern
Helma Kriegisch, Bayerischer Städtetag
Dr. Rudolf Meier, Bayerisches Rotes Kreuz
Irene Sandmaier, Arbeiterwohlfahrt, Landesverband Bayern
Davor Stubican, Der Paritätische, Landesverband Bayern
Siegfried Wanner, Diakonisches Werk Bayern
Herbert Widmann, Bayerischer Landkreistag
Peter Wirth, Verband der bayerischen Bezirke

Verabschiedung durch den
Geschäftsführenden Ausschuss am 23.06.2009