

Konzept »Quartiersorientierte integrierte Versorgung für pflegebedürftige Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen«

Ralf Ihl

Bestehende Netzwerke

Im Quartier selbst besteht häufig ein sehr differenziertes Versorgungsnetzwerk. Es krankt allerdings daran, dass es nicht koordiniert ist. Institutionen und Prozesse existieren zwar, sind aber nicht aufeinander abgestimmt. Ein und derselbe Prozess läuft oft überflüssigerweise doppelt und dreifach ab. Hier schlummern offensichtlich Ressourcen. Werden sie effizient genutzt, kann ein koordiniertes System entstehen, das unter dem Strich kostengünstiger arbeitet: zwar schickt die Bevölkerungsentwicklung immer mehr Menschen ins System, ein koordiniertes Netzwerk selbst könnte aber für mehr Menschen eine bessere Versorgung sichern.

Ein quartiersorientierter Lösungsansatz: Wohnquartier⁴

Eine quartiersorientierte integrierte Versorgung für pflegebedürftige Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen kann nur durch ein Zusammenwirken aller an der Versorgung Beteiligten erreicht werden. Selbstständigkeit, Teilhabe, Selbstbestimmung, Achtung der Menschenwürde sind die Basisziele einer quartiersnahen Versorgung. Bezogen auf das Quartier hat das Projekt WohnQuartier⁴ diese Aspekte im Auge behalten und versucht herauszufinden, was geschehen muss, damit innerhalb eines Wohnquartiers eine zielgenaue Versorgung entstehen kann. Die hochgestellte Zahl Vier steht dabei für die Einbeziehung von vier Faktoren:

1 Wohnen und Wohnumfeld

Die Art der Wohnung, in der wir leben, gibt vor, wo wir unser Alter verbringen. 90 Prozent der Wohnungen, seien es Wohnungen in Mehrfamilienhäusern oder Einfamilienhäuser in Reihenstruktur oder sonst mit mehreren Stockwerken, führen mehr oder minder zwangsläufig ins Altenheim. Unser Bauen bestimmt damit den Wohnungswechsel und so einen großen Teil der Struktur unserer Altersversorgung. So wird verhindert, dass ein wesentlicher

Wunsch im Alter, nämlich zuhause zu bleiben, weiter aufrecht gehalten werden kann. Die Wohnung und das Wohnumfeld müssen demnach so gestaltet werden, dass eine wunschgemäße Altersversorgung entstehen kann.

2 Gesundheit, Service, Pflege

Was den meisten älteren Menschen sehr schwer fällt, ist mit Gesundheitsproblemen, Service und Pflege zu Recht zu kommen, was wie das Wohnumfeld mitbeteiligt am Verlassen des eigenen Zuhauses ist. Der Aufbau eines leicht erreichbaren Angebots im Bereich Gesundheit, Service und Pflege ist damit eine wesentliche Säule einer quartiersnahen Altersversorgung.

3 Partizipation und Kommunikation

Damit die Teilhabe sichergestellt werden kann, muss eine quartiersnahe Versorgung Partizipation und Kommunikation ermöglichen. Der Aufbau kommunikativer Strukturen ist somit ein zentraler Bestandteil einer altersgerechten Versorgungsstruktur

4 Bildung, Kunst und Kultur

Bildung, Kunst und Kultur stehen nicht nur in der Maßnahmenpyramide der Bedürfnisbefriedigung nach Maslow an der obersten Stelle. In unseren Versorgungsstrukturen für ältere Menschen sind sie noch ein recht hehres Ziel, was uns aber nicht veranlassen sollte, es aus dem Auge zu verlieren.

Überlegungen zu einer Umsetzung und Weiterentwicklung

Unter den vier genannten Bereichen kann der Bereich Gesundheit, Service und Pflege als Schlüsselbereich angesehen werden, da er die Menschen hautnah betrifft und den Entscheidungsspielraum vorgibt. Er steht daher im Zentrum der weiteren Betrachtungen.

Zu diesem Schlüsselbereich soll beispielhaft dargestellt werden, wie seine Organisation im Quartier aufgebaut sein kann. Als Beispielkrankheit dient dabei die Demenz, die durch die Vielgestaltigkeit ihrer Krankheitszeichen alle Facetten von Versorgungsnotwendigkeiten umfasst und so ein Transfer der ermittelten Versorgungslösungen auf die Versorgungsnotwendigkeiten anderer Krankheiten zwanglos übertragbar macht. Da ein solches Modell

bereits in Krefeld umgesetzt wird, werden die dabei gewonnenen Erfahrungen in die Beschreibung einbezogen.

Einstieg in das Versorgungssystem

Sollen Versorgungsnotwendigkeiten erkannt werden, stellt sich als erstes die Frage, ab wann Versorgungsbedarf besteht, bzw. ab wann und durch wen er erkannt wird bzw. werden kann. Grundsätzlich ist hier an die Betroffenen selbst bzw. die Menschen in ihrem Umfeld zu denken. Auch wenn Öffentlichkeitsarbeit schon ein Bewusstsein für die Notwendigkeit von Hilfe verdeutlichen kann, erreicht sie doch nur einen Teil der Betroffenen. In der Fülle der alltäglichen Informationen sind Menschen jedoch gezwungen, die für sie wesentlichen Informationen zu filtern, was es häufig unmöglich macht, einen Überblick über eine mögliche eigene Erkrankung zu gewinnen geschweige denn das jeweilige Hilfenetzwerk wahrzunehmen. Tauchen Beschwerden auf, wird in unserem Gesellschaftssystem zuerst ärztliche Hilfe aufgesucht. Dieser traditionell enge Zugangsweg eröffnet aber auch eine systematische Organisation des Einstiegs in das Hilfesystem. Die wesentlichen Eintrittspforten in das Hilfesystem sind nachfolgend benannt und in Abbildung 1 schematisch dargestellt.

1 Der niedergelassene Arzt

Der größte Teil der Menschen erreicht so über den niedergelassenen Arzt den Eingang in das Versorgungssystem bzw. könnte den Einstieg so erreichen. Häufig ist diese Eingangspforte aber verschlossen. Viele niedergelassene Ärzte haben den Zugang zum Netz selbst noch nicht gefunden. Ihnen fehlen die Informationen wie eine weitere Versorgung aussehen könnte. Dadurch, dass viele niedergelassene Ärzte bisher nicht ins Netz geholt wurden, bleiben viele Kranke unversorgt bzw. werden wieder nach Hause geschickt. Hieraus ergibt sich die Aufgabe, die Ärzte selbst besser in das Hilfesystem einzubinden. Weiterbildungsveranstaltungen sind dabei von begrenztem Nutzen, da Hausärzte mit einer vierstelligen Zahl von Krankheiten konfrontiert sind. Im Fokus der Hausärzte stehen Diagnostik und Therapie. Schon die sind nur durch Unterstützung weiterer Säulen des Versorgungssystems überhaupt sicherzustellen. Der Anspruch, die psychosoziale und häusliche Versorgung sicherzustellen überfordert den Hausarzt. Er selbst benötigt einen Kontakt, der nach dem Erkennen von Hilfebedarf, die Einbindung in das Hilfesystem herstellt (Konzept NAHT s. u.).

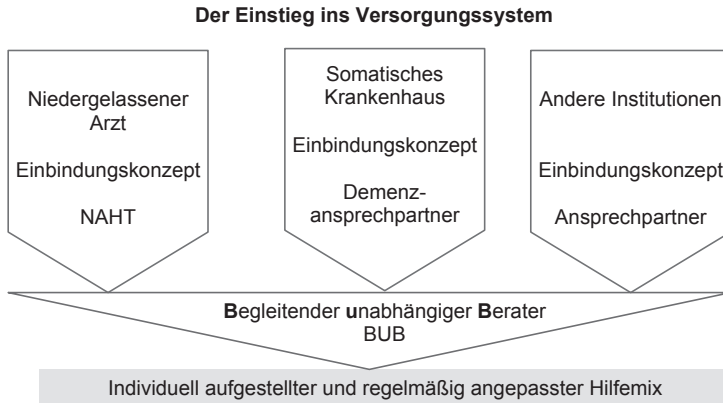


Abb. 1: Die Abbildung stellt die typischen Zugangswege zum Versorgungssystem wie Niedergelassener Arzt, somatisches Krankenhaus und andere Institutionen dar und benennt Einbindungskonzepte, die im Text dargestellt sind wie das »Niedergelassener Arzt Hilfemix Team NAHT und den Begleitenden unabhängigen Berater – BUB.

2 Das somatische Krankenhaus

Eine weitere wichtige Eingangspforte in das Versorgungssystem stellen Krankenhäuser dar. Viele Krankenhäuser sind sich dieser Funktion nicht bewusst. Demenzkranke bleiben unerkannt und gehen als »kognitiv gesund« wieder nach Hause. Der Einstieg in das Versorgungssystem verschiebt sich so unnötig lange. Krankenhäuser benötigen wie die niedergelassenen Ärzte zu allererst Hilfe beim Erkennen des Versorgungsbedarfs. Hier könnte ein »Demenzansprechpartner« auf jeder Station Abhilfe leisten. Ist der Bedarf erkannt, benötigen sie wie der Hausarzt einen Menschen, der den Zugang in das Hilfesystem steuert und organisiert. Ein zweites sehr hilfreiches Ergebnis bei der Untersuchung auf Hilfebedarf wirkt sich direkt im Krankenhaus aus. Wird z. B. eine Demenz erkannt, können eine notwendige Narkose oder andere Diagnose- und Therapiebestandteile auf die Bedürfnisse des Menschen abgestimmt werden. So können Komplikationen und lange Krankenhausaufenthalte erspart bleiben.

3 Andere Einrichtungen wie Beratungsstellen etc.

Andere Einrichtungen erfahren von der Krankheit meist erst, wenn eine ärztliche Diagnose vorliegt. Sie können über die ersten Ansprechpartner – von dem niedergelassenen Arzt oder dem somatischen Krankenhaus – ein-

gebunden werden, gegebenenfalls die Funktion des ersten Ansprechpartners selbst übernehmen.

Überwinden der Schnittstelle medizinisches und soziales System

Das Konzept NAHT

Die Verbindung von medizinischem und sozialem System ist eine der größten Herausforderungen beim Aufbau einer quartiersorientierten Versorgung. In Krefeld wurde ein Lösungsansatz mit dem Projekt NAHT (Niedergelassener-Arzt-Hilfemix Team) geschaffen. Das Konzept führt den einzelnen niedergelassenen Arzt als Ansprechpartner des medizinischen Systems mit einem persönlichen Ansprechpartner des sozialen Systems zusammen. Beide stimmen einen Termin ab, der regelmäßig z. B. einmal pro Monat oder alle vierzehn Tage stattfindet. Zu dem Termin kommt der Ansprechpartner des sozialen Systems in die ärztliche Praxis und findet dort alle Menschen vor, bei denen der niedergelassene Arzt einen Hilfebedarf festgestellt hat. Konzeptionell wichtig ist dabei, dass Arzt und Sozialarbeiter jeweils die gleichen handelnden Personen sind und die Zusammenarbeit nicht durch wechselnde Ansprechpartner erschwert wird. So wird eine vertrauensgeleitete Verbindung von medizinischem und sozialem System möglich. Eine Zusammenfassung der Aufgaben im Projekt NAHT findet sich in Abbildung 2.

**Niedergelassener Arzt Hilfemix Team
NAHT**

Beschreibung:

- Schliesst die Lücke zwischen ärztlicher und psychosozialer Versorgung
- Steht dem Arzt als Angebot in seiner Praxis zur Verfügung
- Kommt nach Absprache im Rhythmus oder nach Bedarf
- Stellt bei Bedarf die Verbindung zur Gedächtnissprechstunde her
- Informiert über institutionelle Angebote
- Informiert über alle Möglichkeiten von Hilfen
- Ermöglicht den Zugang zu rechtlichen und finanziellen Hilfen
- Vermittelt niederschwellige Angebote

© Ihl, 2012

Abb. 2: Aufgaben des Ansprechpartners des sozialen Systems im Niedergelassener Arzt Hilfemix Team NAHT

Das Konzept »Demenzansprechpartner«

Das somatische Krankenhaus birgt für die Behandlung einer Demenz diverse Risiken. Der Großbetrieb Krankenhaus unterliegt unter anderem auch dem Risiko des Informationsverlustes. Bei chronischen Erkrankungen mit hohem Hilfebedarf wie der Demenz besteht das Risiko, dass die Demenz nicht erkannt wird und Menschen nach Behandlung des somatischen Leidens als gesund nach Hause entlassen werden. Ein zweites Risiko, das durch das Nichterkennen entsteht, ist, dass es bei der Behandlung zu unerwarteten und Verlaufs verschlechternden Beeinträchtigungen kommen kann (z. B. einem schlechteren Verkräften einer Narkose). Ein drittes Risiko besteht darin, dass die Krankenhausabläufe z. B. auf den Stationen durch das abweichende Verhalten bei Demenz nachhaltig beeinträchtigt werden können. Wie in der niedergelassenen Praxis ist es kaum zu erwarten, dass alle Mitarbeiter eines Krankenhauses alle Krankheitsrisiken kennen und adäquat handeln können. Ein wesentlicher Schritt für eine bessere Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus wird durch das Einrichten einer Funktion »Demenzansprechpartner« auf jeder Station eines Krankenhauses geschaffen. Im Regelfall kommt der Demenzansprechpartner aus dem Pflegeteam. Er achtet darauf, ob Hinweise auf eine Demenz auftreten, wirkt bei der Problemlösung vor Ort mit, gibt, wenn notwendig, die Information zum Versorgungsbedarf an einen begleitenden unabhängigen Berater (BUB s. u.) und zu Diagnose- oder Behandlungsbedarf an einen Facharzt mit gerontopsychiatrischer Erfahrung weiter. Ist das Krankenhaus wie in Krefeld bemüht, sich als demenzfreundliches Krankenhaus zu festigen und gibt es eine auf Teamarbeit und Lösungen ausgerichtete Psychiatrie wird der Netzaufbau erleichtert.

Das Konzept Begleitender Unabhängiger Berater (BUB)

Aus der Sicht des Menschen mit Demenz und der ihn Pflegenden ist eine vertrauensvolle Basis die Grundvoraussetzung für eine gelungene Versorgung. Eine vertrauensvolle Basis kann am ehesten erreicht werden, wenn es einen konstanten Ansprechpartner über den Verlauf der Krankheit hinweg gibt. Weder der niedergelassene Arzt, noch das Krankenhaus oder eine andere bisher bekannte Institution kann das leisten. Es bedarf daher eines systemübergreifenden Beraters, der selbstverständlich nicht z. B. von einem Anbieter abhängig sein sollte. Um hier einen adäquaten Ansprechpartner

zu schaffen, wurde das Konzept Begleitender Unabhängiger Berater (BUB) geschaffen. Stadt, Krankenkassen, Pflegestützpunkte und Krankenhäuser nehmen Beratung mit Sozialarbeitern und anderen Mitarbeitern anderer Ausbildungsgänge wahr. Es lag nahe, dies Menschen an einen Tisch zu holen und mit ihnen eine Gruppe begleitender unabhängiger Berater aufzubauen. So wird es möglich einer Vielzahl von Menschen einen BUB an die Seite zu stellen. Direkt nach Feststellen der Krankheit bietet der BUB seine Beratung an. Er ist damit die Verbindungsstelle im NAHT-System, Kontaktperson für den Demenzansprechpartner im Krankenhaus und alle versorgungsrelevanten Institutionen des Quartiers. Er steht als Ansprechpartner über den gesamten Krankheitsverlauf zur Verfügung. Die Beschreibung der Funktion ist in Abbildung 4, typische durch den BUB beantwortete Fragen sind Abbildung 5 zu entnehmen.

**Begleitender Unabhängiger Berater
BUB**

Beschreibung:

- Bietet direkt nach Feststellen der Krankheit seine Beratung an
- Bleibt über den gesamten Verlauf der direkte Ansprechpartner
- Ermöglicht den Aufbau von Vertrauen über Konstanz der Zuwendung
- Verhindert als „menschliche Datenbank“ das immer wieder neue Erheben der Vorgeschichte
- Seine inhaltliche und fachliche Kompetenz wird über Aus-, Fort- und Weiterbildung des BUB sichergestellt
- Gemeinsame Treffen sowie Zufriedenheitsbefragungen dienen der Qualitätssicherung
- Die Einbindung in das Demenznetzwerk Krefeld ermöglicht eine sinnvolle Weiterentwicklung

© IHI, 2012

Abb. 4: Beschreibung der Funktion BUB

Im gerontopsychiatrischen Bereich lässt sich das Konzept auch für andere psychisch Kranke nutzen z.B. für Menschen, die unter Depressionen leiden. Auch sie erhalten Zugang zu einem unabhängigen Berater, der ihnen über den gesamten Verlauf der Krankheit zur Verfügung steht, damit ein Vertrauensverhältnis durch die Konstanz aufbaubar ist.

Die Funktion BUB bringt eine Reihe Ressourcen schonender Vorteile mit sich. Menschen gehen nicht mehr in die Beratungsstelle A dann in die Beratungsstelle B dann zum Berater C, wo jedes Mal die gesamte Vorge-

Begleitender Unabhängiger Berater BUB

Beispiele zu Fragen, die der BUB beantworten sollte:

- Wie sollte die Wohnungsstruktur und -einrichtung der Krankheit angepasst werden?
- Welche Hilfen stehen zuhause zur Verfügung?
- Welche finanziellen Hilfen gibt es?
- Was ist rechtlich zu beachten?
- Wie gehe ich mit herausfordernden Verhaltensweisen um?
- Was passiert, wenn der Betroffene ins Krankenhaus oder in eine Einrichtung muss?
- Wo finde ich ein geeignetes Krankenhaus?
- Wie finde ich eine geeignete Einrichtung, wenn das Leben zuhause nicht mehr klappt?

© Ihl, 2012

Abb. 5: Aufgabenspektrum des BUB

schichte neu erhoben wird. Der Prozess findet nicht mehr viele Male statt sondern er ist koordiniert. Der BUB stellt eine Art »menschliche Datenbank« dar. Er selbst bringt die Informationen mit, wenn Absprachen zwischen Einrichtungen notwendig werden. Aus-, Fort- und Weiterbildung der unabhängigen Berater müssen selbstverständlich genauso gesichert ist, wie eine organisierte Kommunikation der BUBs untereinander. So wird nicht nur die Zufriedenheit der versorgten Menschen sondern auch die Zufriedenheit der unabhängigen Berater sichergestellt, was wieder den versorgten Menschen zu Gute kommt.

Ein nicht unerheblicher Teil der Menschen, die zum Aufbau des Systems erforderlich sind, ist bereits in den Netzwerken vorhanden (z. B. niedergelassene Ärzte, Kliniken, Beratungsstellen, Pflegestützpunkte etc.). Die Herausforderung ist das Zusammenführen aller Beteiligten. Hierzu ist ein langsam, schrittweise vorangehendes, Ängste abbauendes und integrierendes Konzept erforderlich. Genau an dieser Stelle sind zusätzliche Ressourcen erforderlich. Koordinatoren werden benötigt. Genau die Koordinatoren sind es aber, die z. B. die Vielzahl gedoppelter Prozesse abbauen helfen und damit das System kostengünstiger machen. Hierbei ist erneut ein vorsichtiges Vorgehen unverzichtbar: auch die Koordinatoren müssen koordiniert werden und nicht jedes Bundesland verfügt wie NRW über Demenz-Service-Zentren, die eine solche Koordination übernehmen könnten. In NRW ist das Einrichten einer solchen Funktion z. B. auch über die Förderung von Beratungsstellen im

Rahmen des GPZ-Programms möglich und konnte daher in Krefeld bereits umgesetzt werden. Für die Weiterfinanzierung nach Ende der Landesförderung gibt es mehrere Wege im Rahmen der Regelfinanzierung, die Stelle ohne jegliche Zusatzmittel weiter zu betreiben.

Demenz-Netz Krefeld

Quartiersorientierte Versorgung bedarf eines differenzierten Konzepts flankierender Maßnahmen, wenn sie nicht die Schwächen früherer Versorgungsstrukturen beibehalten will. Hierzu gehören neben Angeboten und Organisation auch Maßnahmen zur weiteren Entwicklung und zur Forschung. Die dringend erforderlichen Bestandteile finden sich in Abbildung 6.

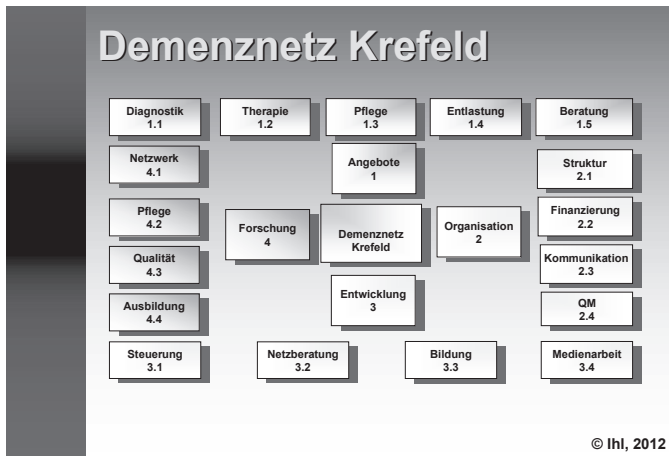


Abb. 6: Bausteine einer umfassenden Demenzversorgung. Neben den Angeboten dürfen die wesentlichen Bereiche Organisation, Entwicklung und Forschung nicht vergessen werden.

Die Angebote selbst können nur dann koordiniert werden, wenn sie über eine Struktur gebende Instanz organisiert werden, die Finanzierung geklärt ist, die Kommunikation der Akteure auch der professionellen untereinander lösungsorientiert entwickelt worden ist und ein Qualitätsmanagement entsteht, das es schafft, die organisatorische Struktur zu evaluieren und Erkenntnisse die daraus gezogen werden können, auch umsetzbar macht.

Quartiersbezogene Netzwerke sollten nicht im eigenen Saft schmoren. Kein Netzwerk ist schon jetzt optimal. Auf dem aktuellen Stand des Wissens

zu sein ist unabdingbar. In Krefeld wurden u. a. Alzheimergesellschaften und gerontopsychiatrische Fachgesellschaften auf städtischer, Landes-, Bundes- und Europaebene einbezogen. Es muss überlegt werden, wie man die Akteure im Netz weiter bildet und wie das Netz an die Menschen gebracht wird. Dabei spielt Medienarbeit eine ganz entscheidende Rolle.

Ohne Forschung droht Stillstand. Netzwerkforschung wird wie Pflegeforschung benötigt, um herauszufinden, ob das vermeintlich gute Angebot wirklich dem Menschen nutzt. Qualitätssicherungsforschung muss herausfinden, ob das, was man als Qualität annimmt, auch wirklich Qualität ist. Letztendlich muss auch erforscht werden wie man in dem Bereich besser bildet, weiterbildet und ausbildet.

Zusammenfassende Handlungsvorschläge

Aus dem Gesagten werden Grundvoraussetzungen und Handlungsvorschläge deutlich, die in Abbildung 7 zusammengefasst sind.

Grundvoraussetzungen für eine qualitativ hochwertige Entwicklung

Der größte Teil notwendiger Menschen ist bereits vorhanden

- Es fehlt an einer Koordination über alles und in allen Bereichen
- Wir benötigen Koordinatoren
- Wir benötigen Schulung und Koordination der Koordinatoren
- In NRW findet ein erster Teil der Koordination bereits über die Demenz-Service-Zentren statt
- Die regionale Koordination steckt noch in den Kinderschuhen
- Eine Gleichstellung ambulanter und stationärer Versorgung könnte zu Entwicklung und Finanzierung beitragen

© Ihl, 2012

Abb. 7: Zusammenfassende Handlungsvorschläge;
Quelle Wohnquartier4: <http://www.wohnquartier4.de/>