

Krisenmanagement im Demenznetz Krefeld

Ralf Ihl

Ein gut aufgestelltes Krisenmanagement bei Demenz benötigt eine differenzierte Versorgungsstruktur, die ohne große Hürden erreichbar ist und die Bedürfnisse der Nutzer abdeckt. Um eine solche Versorgungsstruktur sicherzustellen sollen hier überblicksartig Demenznetz Kriterien beschrieben werden. Wird versucht, Ausgangspunkte für die Entwicklung von Demenznetzwerken zu definieren, ist eine Ausleuchtung des Ereignishorizontes zu möglichen Ausgangspunkten erforderlich. Ein Zugangsweg wäre z. B. eine Unterscheidung nach Struktur und Funktion, nach Inhalt und Organisation oder aus dem Blick der Bedarfe des Nutzers oder des Anbieters bzw. des Organisators.

Hier soll versucht werden, nach diesen Gesichtspunkten Kriterien für Netzwerke zu beschreiben. Eine Aufteilung ist in Abb. 1 visualisiert. Nachfolgend werden die verschiedenen Struktur Aspekte beschrieben und Funktionen zugeordnet.

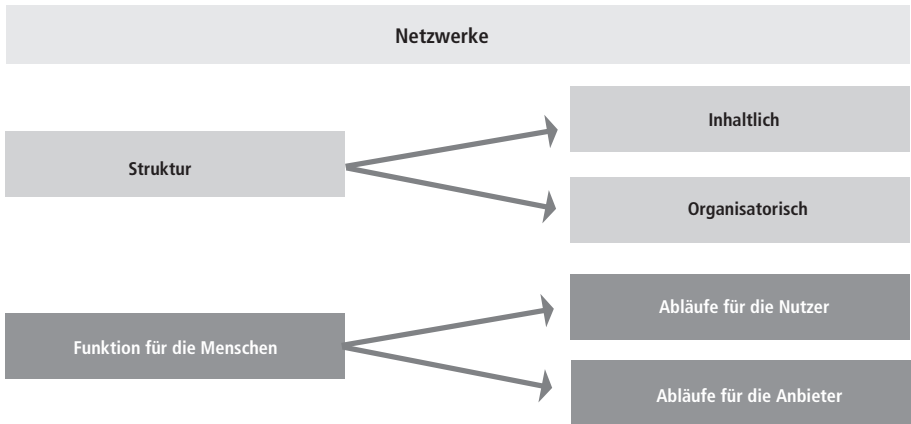


Abb. 1

Inhaltliche Struktur

Die inhaltliche Struktur charakterisiert die einzelnen Themenbereiche eines Netzwerks. Orientierung zum Einschluss von Inhalten können bekannte Inhalte aber auch die Ziele des Netzwerks sein. Bei der Beurteilung der Wer-

tigkeit von Themen bildet der Mensch mit seinen Belangen die Spitze der Versorgungspyramide. Hierbei sind folgende zwei Aspekte zentral: Weltbild und ethische Prämissen. Beide Aspekte gilt es zu definieren.

Hierbei wird von den Grundannahmen der humanistischen Psychologie ausgegangen. Es ist zu beachten, dass der Mensch

- mehr ist als die Summe seiner Teile
- in zwischenmenschlichen Beziehungen und
- bewusst lebt
- seine Wahrnehmungen schärfen und
- entscheiden kann, sowie
- intentional ist.

Die zu erreichenden ethisch relevanten Ziele lassen sich mit dem Erhalt von

- Selbstständigkeit
- Teilhabe
- Selbstbestimmung und
- Achtung der Menschenwürde

beschreiben. Hieraus ergibt sich ein breit gefächertes inhaltlicher Bedarf, der in Abb. 2 ersichtlich wird.

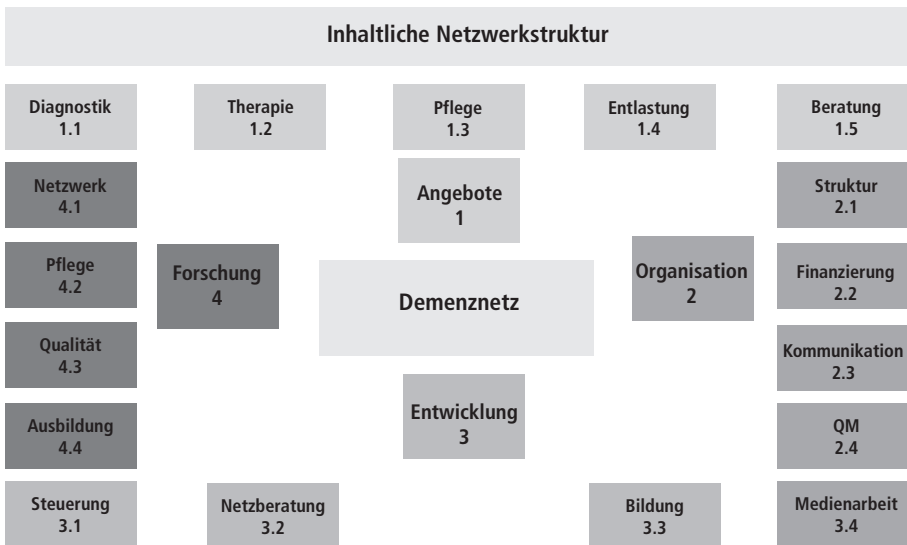


Abb. 2

Jedes einzelne, der in Abb. 2 dargestellten Felder öffnet die Tür zu weiterführenden Inhalten, auf die hier nur teilweise eingegangen werden kann. Eine erste Beschreibung findet sich in der Dokumentation des APK-Fachtages am 18.10.2011.

Organisatorische Struktur

Sollen Inhalte umgesetzt werden, stellt sich die Frage »wie«. Sie wird am besten mit einer Organisationsstruktur beantwortet. Aufgabe dieses Beitrages ist es, sinnvolle Organisationsstrukturen vorzustellen. Neben der Strukturbeschreibung ist den Organisationsstrukturen jeweils auch eine Aussage zu Finanzierung, Kommunikation und Qualitätsmanagement zuzuordnen. Um die Weiterentwicklung zu vereinfachen, ist es darüber hinaus wichtig, einen Ist-Zustand mit einer gemeinsamen Begrifflichkeit zu definieren, den die Beteiligten als Diskussionsbasis nutzen können. Die »Definitionen« verstehen sich somit als Anregung zur Diskussion.

Ausgehend von dem erkrankten Menschen ergeben sich mehrere organisatorische Versorgungsebenen, die in Abb. 3 dargestellt werden.

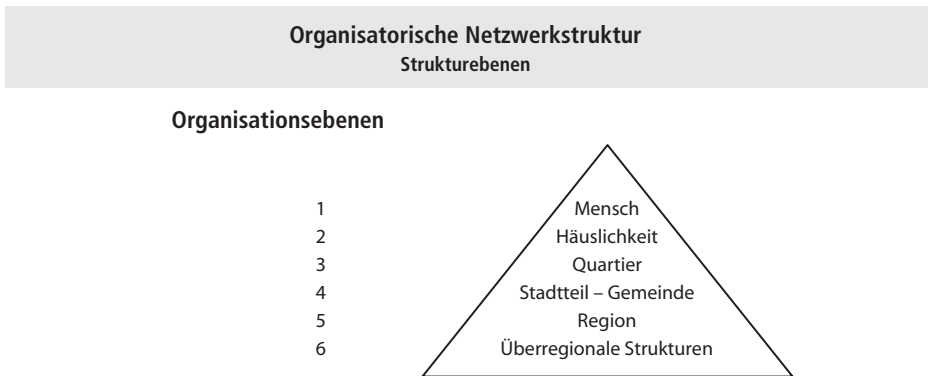


Abb. 3

Organisationsebene 1 und 2 – Erkrankter Mensch in der Häuslichkeit Definition Häuslichkeit

Die grundlegende Versorgung findet im direkten Umfeld des Menschen, der Häuslichkeit, statt. Der Begriff Häuslichkeit umfasst eine Vielzahl räumlicher und sozialer Konstellationen. Es ist zu unterscheiden, ob Menschen

allein oder mit anderen zusammen wohnen, ob es eine potenziell pflegende Person gibt oder ob bereits externe zugehende Hilfen (z. B. Essen auf Rädern) wahrgenommen werden. Unabhängig davon gehören hierhin auch die architektonischen Gegebenheiten, wieweit z. B. das Umfeld mittelfristig Versorgungsprobleme mit sich bringt (z. B. Wohnen im 6. Stock ohne Lift, Größe der Wohnung, Zugänglichkeit von Sanitäreinrichtungen etc.).

In der Häuslichkeit gilt es insbesondere, ein direktes Kümmern sicherzustellen. Typische Beispiele des Versorgungsgeschehens im häuslichen Umfeld sind Entscheidungen wie z. B. zur Notwendigkeit eines Arzt- oder Friseurbesuches, des Nägelschneidens, des Essens, Trinkens etc.

Selbstverständlich finden sich alle Aspekte der Häuslichkeit in Institutionen wie Altenheimen und Wohngruppen wieder, auf die an dieser Stelle aber nicht näher eingegangen wird.

Organisationsebene 3 – Quartier

Definition Quartier

Unter Quartier ist die unmittelbare Umgebung des Menschen mit seiner Häuslichkeit zu verstehen. In einem Quartier befindet sich eine bestimm- und überschaubare Anzahl benachbarter Häuslichkeiten mit sozialem Bezug. Das Quartier wird sichtbar durch die täglichen sozialen und versorgerischen Bezüge. Neben den Kranken und ihren Pflegenden, den Anbietern von Leistungen in der Versorgung, gehören zum Quartier z. B. auch die Besitzer von Geschäften sowie Beschäftigte von Feuerwehr, Polizei und Behörden.

In der Regel gelingt es Menschen, ihre eigene Versorgung im Quartier sicherzustellen. Treten Beeinträchtigungen dieser Fähigkeit auf, wie z. B. bei der Erkrankung an einer Demenz, bedarf es einer Vielzahl unterstützender Angebote und Maßnahmen. Sie werden dann schnell wirksam, wenn sie auch im unmittelbaren Umfeld also dem Quartier stattfinden.

Was »unmittelbares Umfeld« heißt bzw. wie sich eine *Quartiersgröße* bemessen sollte, ergibt sich aus den Bedürfnissen der erkrankten Menschen und den Möglichkeiten, ihre Bedarfe abzudecken. Die Entfernung von Hilfsangeboten und die erforderliche Gruppengröße von Hilfsangeboten bestimmen, ob Angebote hilfreich sind oder nicht.

Angebote müssen von der Häuslichkeit aus leicht erreichbar sein. Die mit der Erkrankung verbundene Gefahr einer sozialen Isolation lässt sich nicht alleine durch Hilfen in der Häuslichkeit abwenden. Hierfür sind soziale Gruppen notwendig, deren Größe bis zu zehn erkrankte Menschen umfassen

sollte. Da Demenzen alle relevanten Krankheitszeichen zeigen können, lässt sich an der Demenz aufzeigen, auf was in einem Quartier zu achten ist. Die Krankheit dauert im Mittel 6-8 Jahre und durchläuft *ansteigende Schweregrade*, die unterschiedliche Gruppenangebote erfordern. Sollen soziale Bezüge, Fähigkeiten und Kompetenzen gefördert werden, muss für Gruppenangebote eine sinnvolle Gruppengröße definiert werden. Gruppenangebote helfen allerdings nur eine begrenzte Zeit. Weit fortgeschritten erkrankte Menschen sind häufig nicht mehr in der Lage, Gruppenangebote wahrzunehmen und bedürfen ausschließlich der Pflege vor Ort.

Für das Entwickeln von Gruppen ist es auch erforderlich zu definieren, wie viele Menschen in einem Quartier insgesamt von Hilfen profitieren können. Für diese Berechnung sind Schätzungen zur Häufigkeit von Demenz wichtig.

Eine weitere Größe, die das Entwickeln von Gruppen beeinflusst, ist der *Wunsch an Gruppenangeboten teilzunehmen*. Inhalte und Interessen spielen hierbei eine Rolle. So kann sich der Personenkreis, der sich für eine Strickgruppe interessiert, durchaus von dem Interessentenkreis für eine Sportgruppe unterscheiden. Da es zu wenige Daten zur Berechnung gibt, bestimmen auch Erfahrungswerte die Definition der Größe eines Quartiers. Hier wurde als Ausgangsvorschlag davon ausgegangen, dass eine Region, in der 120 Menschen mit Demenzerkrankungen leben, den Quartiersbegriff bestimmen könnte.

Zahlen zur Bevölkerungsdichte und zur Häufigkeit z. B. von Demenzen ermöglichen die weiteren Berechnungen. Die Gesamtzahl der Menschen im Quartier läge damit bei ca. 6000 Menschen. Unter der Voraussetzung einer städtischen Bevölkerungsdichte könnte das Quartier einen Durchmesser von 1,6 km haben oder, anders beschrieben, der weiteste Weg zum Angebot nicht länger als 800 m sein. Im ländlichen Bereich werden insbesondere bei kleineren Gemeinden deren Strukturen den Rahmen abstecken. Diese Größenbestimmung sichert die Erreichbarkeit der Angebote. In dem so umschriebenen Raum von städtisch ca. 2,5 km² (berechnet aus der geschätzten mittleren städtischen Bevölkerungsdichte in Deutschland) ist die *Zusammenarbeit aller wie auch immer an der Versorgung Beteiligten* Grundvoraussetzung für eine optimierte Versorgung.

Innerhalb des Quartiers sind *zwei Angebotsstrukturen* zu charakterisieren, die auch überlappend existieren können: ein *zentraler Ort* wie ein Gemeindehaus, in dem Angebote zur Verfügung gestellt werden *oder ein Zusammenschluss* von Angeboten an verschiedenen Orten des Quartiers. Kernkriterium

für eine gute Quartiersstruktur wird aber das Maß an *Kooperation aller Beteiligten* sein. Hieraus ergibt sich unmittelbar der Bedarf von *Koordination*.

Vorhandene und fehlende Ressourcen im Quartier

Wird das Quartier über die Entfernung von Einrichtungen zur Häuslichkeit definiert, ist entsprechend der Bevölkerungsstruktur mit einer gewissen Spannweite bei der Anzahl zu versorgender Menschen zu rechnen. Für die Versorgungsdichte und die Differenzierung des Angebots gilt das gleiche. Hieraus resultiert die Notwendigkeit der Beschreibung des Hilfemixes, der in einem Quartier verfügbar sein sollte.

Zu den Ressourcen zählt auch der Grad an Kommunikation der Helfer mit den Menschen in der Häuslichkeit aber auch genauso der Helfer untereinander. Auch hier zeigt der Kommunikationsgrad eine große Spannweite. Optimierungsansätze finden hier einen Zugangsweg, der als Chance verstanden werden kann, besser miteinander zusammenzuarbeiten, um die Versorgung zu verbessern.

Ein ganz zentrales Element der Quartierskommunikation ist die Kommunikation zwischen ärztlichem und sozialem System. Hier bedarf es der Entwicklung einer verlässlichen Struktur. Sie kann geschaffen werden mit dem sogenannten medico-sozialen Team (MST). Sozialarbeiter stehen nach Absprache Ärzten mit ihrem gesamten Wissensspektrum zur Versorgung zur Verfügung, wann immer bei einem Arztbesuch der Verdacht auf eine sich entwickelnde Demenz aufkommt. Eine detaillierte Beschreibung findet sich in der Dokumentation des APK-Fachtages am 18.10.2011.

Wie die Praxis zeigt, entwickelt sich dieser Prozess nicht von alleine. Es bedarf einer Koordination. Die Koordination im Quartier ist am besten in den Händen eines Casemanagers aufgehoben. Hier sei darauf hingewiesen, dass zur Bezeichnung Casemanager viele Synonyme gebräuchlich sind wie z. B. Berater, Lotse oder begleitender unabhängiger Berater. Diese Menschen sind bereits vorhanden, nehmen aber die Koordination im Quartier noch nicht durchgängig als Aufgabe wahr. Bei der Beschreibung weiterer Versorgungsstrukturebenen ist daher auf die Koordination der Koordinatoren einzugehen.

Organisationsebene 4 Stadtteil- oder Gemeindekoordinator

Wird die Ebene des Quartiers, der die Angebote zugeordnet sind, verlassen, stehen immer mehr strukturierende und weiterentwickelnde Maßnahmen im Vordergrund. Im Regelfall finden sich hier zwischen 10 und 20 Quartieren. Daraus resultieren folgende Aufgaben:

- Es gilt zu ermitteln, ob in allen Quartieren hinreichend Angebote vorhanden sind und darüber Dokumentationen zu führen.
- Die Aufzeichnungen münden in einen Katalog noch aufzubauender Angebote.
- In Kommunikation mit den Trägern in Stadtteil oder Gemeinde muss ausgelotet werden, wer die Lücke wie schließen kann.
- In *Qualitätssteigerungstreffen (QST)* wird anhand von Fallbeispielen festgestellt, was zur Optimierung von Angeboten getan werden muss.
- Hier ist auch die Rückkopplung von Ergebnissen aus Qualitätsbefragungen zu den Angeboten angesiedelt.
- Weiterbildungen sind anzubieten, die primär spezifisch strukturelle Stadtteil- oder Gemeindeprozesse vor Ort betreffen (z. B. wer bietet hier was, wo und wann an.)

Diese Aufgaben sollte ein Stadtteil- oder Gemeindekoordinator übernehmen, der anteilig von den im Stadtteil aktiven Anbietern zu finanzieren wäre.

Organisationsebene 5 Regionale Koordination

In dieser Ebene finden sich kreisfreie Städte und Landkreise aber auch Institutionen wie die Demenz-Service-Zentren in NRW wieder. Ihre Aufgabe ist es, einen Erfahrungsaustausch der Stadtteil- oder Gemeindekoordinatoren zu sichern. Dabei werden Informationen zu den Aufgaben in Organisationsebene 4 ausgetauscht und es wird nach Optimierungs- und Weiterentwicklungsmöglichkeiten gesucht. In dieser Ebene macht es auch Sinn, inhaltliche Weiterbildung für alle Beteiligten anzubieten, bzw. deren Angebot zu koordinieren. Dabei geht es um Fragen wie

- Was ist eine Demenz?
- Wie wird die Krankheit erkannt und behandelt?
- Welche Versorgungsangebote gibt es?
- Wie gehe ich mit rechtlichen und finanziellen Fragen um?
- Wie gehe ich mit Änderungen im Verhalten um?

um nur einige typische zu nennen. Bei der Weiterbildung ist besonders auf deren Qualität zu achten. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass ein Berufsabschluss wie Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter, Krankenschwester um nur einige zu nennen – alleine ausreicht, weiterzubilden. Es empfiehlt sich vielmehr, überregional ausgewiesene Experten einzubinden und gegebenenfalls auf diesem Wege die regionalen Kompetenzen im Sinne einer Multiplikatoren- und Fortbildung zu fördern. Anderenfalls entstehen oft durch Unwissen geprägte insuffiziente Strukturen, die durch Lokalpatriotismus gestützt nur schwer zu entwickeln und für die hilfebedürftigen Menschen eher kontraproduktiv sind.

Neben dem Wissensaspekt zu den Hilfebedarf auslösenden Krankheiten sind allerdings weitere Inhalte in der Region zu koordinieren. Als erstes ist die Qualitätsentwicklung zu nennen. Hier geht es um die Evaluation der Versorgungssituation in regelmäßigen Abständen (z. B. jährlich) oder z. B. Nutzerbefragungen etc.

Trägerübergreifende Absprachen (z. B. PSAG) für QM und Steuerung sollten von der regionalen Koordination initiiert werden. Eine Bedarfsanalyse anzustoßen und die Bedarfsdeckung von Angeboten zu planen und zu koordinieren sind weitere Angebote wie die Planung einer Adaptation städtebaulicher bzw. kreisweiter Neu- und Weiterentwicklungen.

Organisationsebene 6 – Überregionale Strukturen

Überregionale Strukturen werden durch die Politik und die Verbände von Angehörigen und Professionellen wie durch die Deutsche Alzheimer Gesellschaft geschaffen. Zu den Aufgaben der überregionalen Strukturen gehört es vor allem, die Voraussetzungen für eine sinnvolle und hilfreiche Arbeit zu schaffen. Hervorzuheben ist, dass es hier auch um die finanzielle Sicherung von Angeboten geht, aber keinesfalls ausschließlich. Voraussetzung für eine hilfreiche Finanzierung ist, dass die Strukturen, die finanziert werden, direkt nützlich sind oder indirekt die Rahmenbedingungen fördern.

Von hier aus muss die Entwicklung einer Koordinatorenstruktur angestoßen und gefördert werden. Besonderes Augenmerk ist bei dem Entwickeln von Koordinatoren auf Quartiers-, Stadtteil- und Regionalebene auf die Unabhängigkeit zu legen. »Allheilmittel« sollte dabei nicht eine öffentliche Finanzierung sein. Die Unabhängigkeit der öffentlichen Hand ist in diesem Bereich nicht durchgängig gegeben, insbesondere dann, wenn sie z. B. als Träger von Altenheimen auftritt. Auch eine Finanzierung durch die Kas-

sen ist nicht sinnvoll, da auch sie Angebote wie Beratungen vorhalten, die in Konkurrenz zu denen der Anbieter stehen. Vorzuschlagen ist, wie oben angesprochen, eine umlagegesicherte Finanzierung durch alle Träger, die Angebote in der Versorgung in der jeweiligen Organisationsebene vorhalten. Die Rahmenbedingungen hierfür muss allerdings die Politik gesetzgeberisch definieren.

Eine weitere Aufgabe überregionaler Strukturen ist es, die übergeordnete Medienarbeit zu betreiben. Hier gilt es über die Krankheit aufzuklären, neue Erkenntnisse weiterzuvermitteln, Früherkennung, Behandlung und Versorgung zu fördern. Eine Kooperation der Fachgesellschaften für Gerontopsychiatrie, der Deutschen Alzheimer Gesellschaft und der Politik ist hierfür Voraussetzung. Eine Struktur ständiger gemeinsamer Treffen zu diesem Thema, die notwendige Maßnahmen definiert und initiiert, wäre unabdingbar.

Fehlende Daten zur Versorgung und unzureichende Erkenntnisse zu Demenzen machen eine weitere Aufgabe zentraler Strukturen wichtig: die Forschung. Auch wenn Deutschland einen der hinteren Plätze in der Forschungsförderung bei Demenzen einnimmt und nicht einmal in der Lage ist, einen Demenzplan zu anzugehenden Zielen vorzulegen, heißt das nicht, dass Forschungsfragen in Deutschland gelöst werden müssen. Hierfür sprechen allenfalls ökonomische bzw. nationale Interessen, die den Kranken allenfalls sekundär helfen und alles andere als ressourcenschonend sind. Die Forschung ist international und die Politik täte gut daran, internationale Kooperationen besonders zu fördern. Eigenbrötlerische Ansätze einzelner Forschungsstätten in Deutschland sollten der Vergangenheit angehören. Demenzen sind weltweit ein ungelöstes Problem. Um zu erkranken bedarf es keiner Staatsangehörigkeit. Das sollte auch für die Forschung gelten.

Zusammenfassung

Inhaltlich wie organisatorisch gibt es eine Vielzahl von Chancen die Versorgung von Menschen mit Demenz zu optimieren. Die Unterscheidung von Organisationsebenen mit einer Aufgabenzuordnung ist eine wichtige Voraussetzung für eine sinnvolle Koordination und Steuerung, um Krisen, die noch viel zu häufig auftreten, zu vermeiden. Wenn es der Politik gelingt, eine durch Träger aufzubringende Umlage zur Finanzierung von Koordinatoren zu etablieren, ist eine zentrale Voraussetzung zur Versorgungsoptimierung geschaffen.