



© Robert Kneschke / Adobe Stock

Complete Service Network – CSN

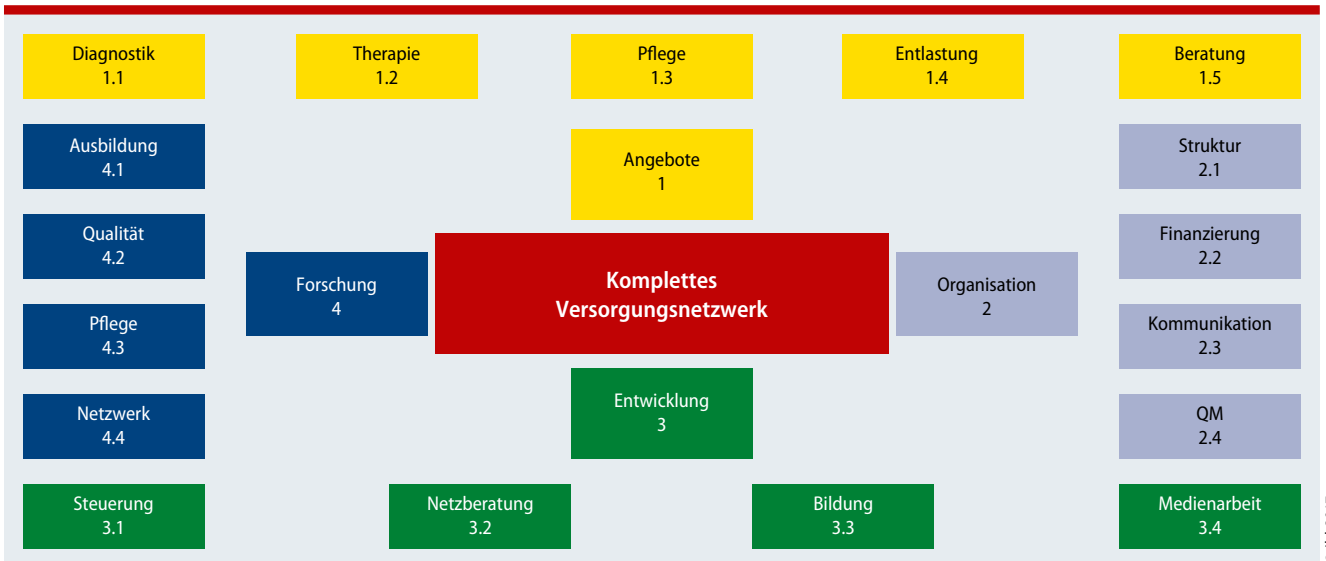
Versorgung gerontopsychiatrischer Patienten im Komplet-Service-Netzwerk

Ralf Ihl, Krefeld

Psychiatrische Störungen im Alter werden häufig durch somatische Erkrankungen und einen Anstieg von Verlusterlebnissen kompliziert. Verluste betreffen dabei sowohl den Verlust von Mitmenschen als auch den Verlust von eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen. Spezialisierte Versorgungsstrukturen, die diese Aspekte berücksichtigen, können die Teilhabe, Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Achtung der Menschenwürde sichern.

Die zentrale Voraussetzung für das Gelingen einer umfassenden Versorgung gerontopsychiatrischer Patienten ist, dass die Strukturen sich nicht nur am Bedarf orientieren, sondern darüber hinaus durch die Menschen mit Bedarf selbst gesteuert werden. Ältere Menschen profitieren am meisten, wenn sich die bestehende medizinische Versorgung als Bestandteil der sich rasch entwickelnden Versorgungsstrukturen versteht. In welchem Rahmen das stattfinden kann, wird hier dargestellt.

Sollen Versorgungsstrukturen beschrieben werden, gilt es sowohl die Bestandteile der Struktur als auch ihre Funktion zu beschreiben. Strukturen wiederum lassen sich inhaltlich wie organisatorisch, Funktionen für Nutzer wie für Anbieter darstellen. Inhaltlich zeichnen sich dabei vier Bereiche ab: Angebote, Struktur, Entwicklung und Forschung. Die inhaltlichen Strukturen sind in **Abb. 1** dargestellt. Dabei sind jeweils mehrere Unterbereiche aufgezeigt, die wiederum eine Vielzahl diverser Inhalte umfassen. So kann die Diagnostik (Unterpunkt



© IHI, 2017

Abb. 1: Komplettes Versorgungsnetzwerk. Was wird benötigt?

1.1, **Abb. 1**) zum Beispiel in der hausärztlichen, fachärztlichen Praxis, einer Gedächtnissprechstunde oder einer Klinik stattfinden, Entlastung durch Angebote (Unterpunkt 1.5, **Abb. 1**) in der Wohnung, in Beschäftigungs- oder Selbsthilfegruppen im Quartier oder etwa durch begleitete Urlaube von Betroffenen mit ihren Bezugspersonen erfolgen. Bei Betrachtung der organisatorischen Herausforderungen wird dabei schnell deutlich, dass alle Strukturen einschließlich Einrichtungen, Träger, Beteiligten und Berufsgruppen des sozialen und medizinischen Bereichs eng zusammenarbeiten müssen. Soll nicht nur ein kurzer Ist-Stand erreicht werden, sind Gedanken zur Weiterentwicklung (Punkt 3, **Abb. 1**) ebenso unentbehrlich wie eine Beschreibung des Weges, neue Forschungserkenntnisse (Punkt 4, **Abb. 1**) einzubeziehen.

Für ein komplettes Versorgungsnetzwerk im Sinne eines CSN (Complete Service Network) sind zusätzlich folgende vier Kriterien grundlegende Voraussetzung:

- Die Versorgung bietet Angebote zu allem Bedarf älterer Menschen an und
- steht mit festen Ansprechpartnern
- konstant über den Gesamtzeitraum des Hilfebedarfs,
- im direkten Umfeld (Quartier) eines Menschen zur Verfügung.

Versorgungsebenen

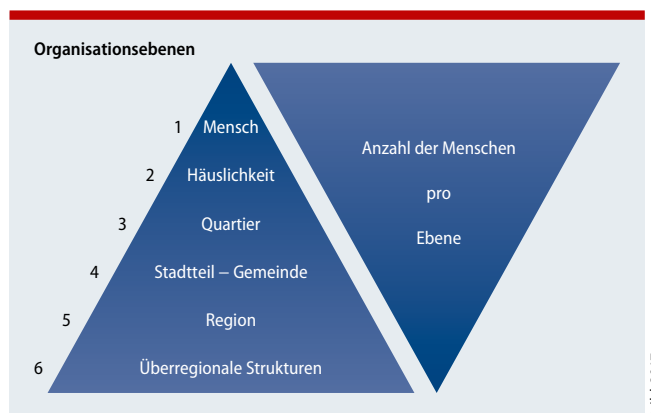
Mit der Entwicklung einzelner sporadischer Hilfsstrukturen, wie einer Selbsthilfegruppe oder einer isolierten Tagespflegereinrichtung, wurden die danach weiter bestehenden Versorgungslücken deutlich. Neben Angeboten fehlte es an einer hinreichenden Definition der Begrifflichkeiten sowie einer Unterscheidung der Ebenen, auf die sich Angebote, Strukturen und Organisation beziehen. Das Modell der Versorgungsebenen bietet hierzu eine Lösung. Nachfolgend sind die Ebenen der Versorgung differenziert (**Abb. 2**).

Ebene 1: Eigene Bedarfe eines Menschen

Eine optimale Versorgung älterer Menschen mit psychischen Störungen wird am besten durch den Menschen selbst gesteuert. So ist sichergestellt, dass sein Bedarf abgedeckt werden kann und Überflüssiges vermieden wird. Steuert der Mensch selbst das System, übt er darüber hinaus auch die Qualitätssicherung aus (z. B. durch Abstimmung mit den Füßen). Die erste Ebene der Versorgung wird somit durch den Menschen selbst vorgegeben. Er teilt mit oder im Umgang mit ihm wird deutlich, welcher Bedarf besteht oder was es zu verbessern gibt. Er steht damit an der Spitze der Pyramide der Versorgungsebenen.

Ebene 2: Hautnahes Kümmern um Bedarfe

Unabhängig davon, ob ein Angehöriger, ein befreundeter Mensch oder ein Pflegedienst die Funktion des Kümmerers übernimmt, kann der Kümmerer jedweden hautnahen Handlungsbedarf des Menschen erkennen. Beispiele zu erkennender



© IHI, 2017

Abb. 2: Organisatorische Netzwerkstruktur, Strukturebenen

Das Quartier

Unter Quartier wird der Umgebungsbereich des Menschen verstanden, in dem er gewöhnlich seine Selbstständigkeit, Teilhabe, Selbstbestimmung unter Achtung der Menschenwürde realisieren und erhalten kann. Im Quartier finden die Alltagsaktivitäten statt wie Einkaufen, zum Friseur Gehen oder soziale Kontakte pflegen. Für eine quartiersorientierte integrierte Versorgung älterer Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist das Zusammenwirken aller an der Versorgung im Quartier Beteiligten essenziell. Die Aktivitätsbereiche umfassen Wohnen und Wohnumfeld, Gesundheit, Service, Pflege, Partizipation und Kommunikation sowie Bildung, Kunst und Kultur.

Soll eine Helfestruktur mit den genannten Aspekten geschaffen werden, spielen die Anzahl der Menschen im Quartier sowie derer mit Hilfebedarf und die Quartiersausdehnung eine Rolle. Bei der Größenberechnung helfen epidemiologische Daten. Wird die Quartiersgröße mit 6.000 Menschen beschrieben, wohnen sie in Städten auf eine Fläche von 2,5 Quadratkilometern. Wird die Fläche als Kreis gesehen, hat der Kreis einen Radius von 800 Metern. Einrichtungen des Quartiers sind damit fußläufig zu erreichen. Bei 6.000 Menschen ist von zirka 200 älteren Menschen mit Hilfebedarf auszugehen, was eine bedürfnisgerechte Versorgung möglich machen kann. Für ländliche Gemeinden mit weniger als 6.000 Einwohnern sind individuelle Strukturen erforderlich (Abb. 3).

Bedarfe sind das Schneiden der Fußnägel, die Notwendigkeit eines Friseur- oder Arztbesuchs oder das Fehlen eines Haltegriffs in der Dusche.

Ebene 3: Quartierskoordination

Die Koordination im Quartier (Infobox „Das Quartier“ mit Abb. 3) nimmt eine Schlüsselstellung in der Organisation der Versorgung ein. Hier bedarf es eines Ansprechpartners, der konstant über den gesamten Verlauf des Hilfebedarfs dem einzelnen Betroffenen und Kümmerer zur Seite steht. Wenn das Aufgabenspektrum betrachtet wird, ist die sozialarbeiterische Kompetenz des Koordinators zentral (Infobox „Casemanagement“). Die vier Kriterien eines CSN lassen sich erfüllen, wenn ein Sozialarbeiter konstant über den gesamten Zeitraum des Hilfebedarfs im Quartier zur Verfügung steht und Anbieter übergreifend die Angebote im Sinne eines individuellen Hilfemixes zusammenstellt. Mit der Begrifflichkeit eines „Begleitenden unabhängigen Koordinators – BUK“ werden diese Aspekte beschrieben.

Eine flächendeckende Verfügbarkeit solcher Koordinatoren befindet sich derzeit im Aufbau, wobei eine Herausforderung zu bewältigen ist. In verschiedenen Regionen Deutschlands sind unterschiedliche Teilkonzepte im Aufbau, in anderen fehlt noch jegliche Versorgung. Sie zu harmonisieren erfordert die Überwindung von schwierigen Aspekten wie dem des Lokalpatriotismus und dem der Überzeugung, eine weitere Optimierung der vorhandenen Struktur sei nicht möglich, oder stärker, ein Angebot von „außen“ sei eine Zumutung. Dem steht ein Angebot entgegen, voneinander und gemeinsam zu lernen.

Der Koordinator auf Quartiersebene kann seine Nützlichkeit am besten belegen, wenn Menschen mit Hilfebedarf den Weg zu ihm finden. In den meisten Regionen und auch in Netzwerken bildet hier die Trennung von medizinischem und sozialem System die höchste Schwelle. Am häufigsten wird der Hilfebedarf in einer hausärztlichen Praxis sichtbar. Bei der Vielzahl unterschiedlicher Krankheiten, zu denen ein Hausarzt um Hilfe gebeten wird, sind seine Hilfemöglichkeiten, seine zur Verfügung stehende Zeit und letztendlich auch sein Wissen zu psychiatrischen Krankheiten leider begrenzt. Eine unterstützende Kooperation mit einem Sozialarbeiter kann hier ein für alle Beteiligten vorteilhaftes Wirken ermöglichen. Es bietet sich daher an, die medizinischen und sozialarbeiterischen Kompetenzen zu verbinden. Werden die Berührungspunkte beider Berufsgruppen überwunden, kann eine kompetentere Versorgung gesichert werden. Arbeiten niedergelassener Arzt und BUK zusammen, entsteht ein „Medico-soziales Team – MST“ (Abb. 4). Sobald ein Hausarzt Bedarf für eine sozialarbeiterische Unterstützung aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung sieht, steht der Sozialarbeiter für die weitere Beratung in seiner Praxis oder an seiner Arbeitsstelle zur Verfügung. Sein Leistungsspektrum umfasst alle Bereiche, die in der Infobox als Casemanageraufgaben aufgeführt sind. Über BUK und MST lässt sich so für den größten Teil von Menschen mit Hilfebedarf der Zugang zu einem Versorgungsnetzwerk sicherstellen.

Die verschiedenen Zugangswege zum Hilfesystem sind in Abb. 5 aufgeführt (Arzt, Krankenhaus und Institutionen). Der



Abb. 3: Organisationsebene 3: Quartier Einzugsgebiet und Erreichbarkeit

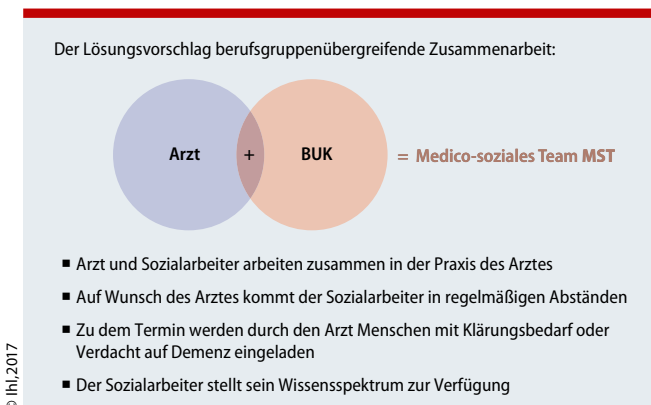


Abb. 4: Organisatorische Struktur als Basis der Kommunikation. Das medico-soziale Team (MST).

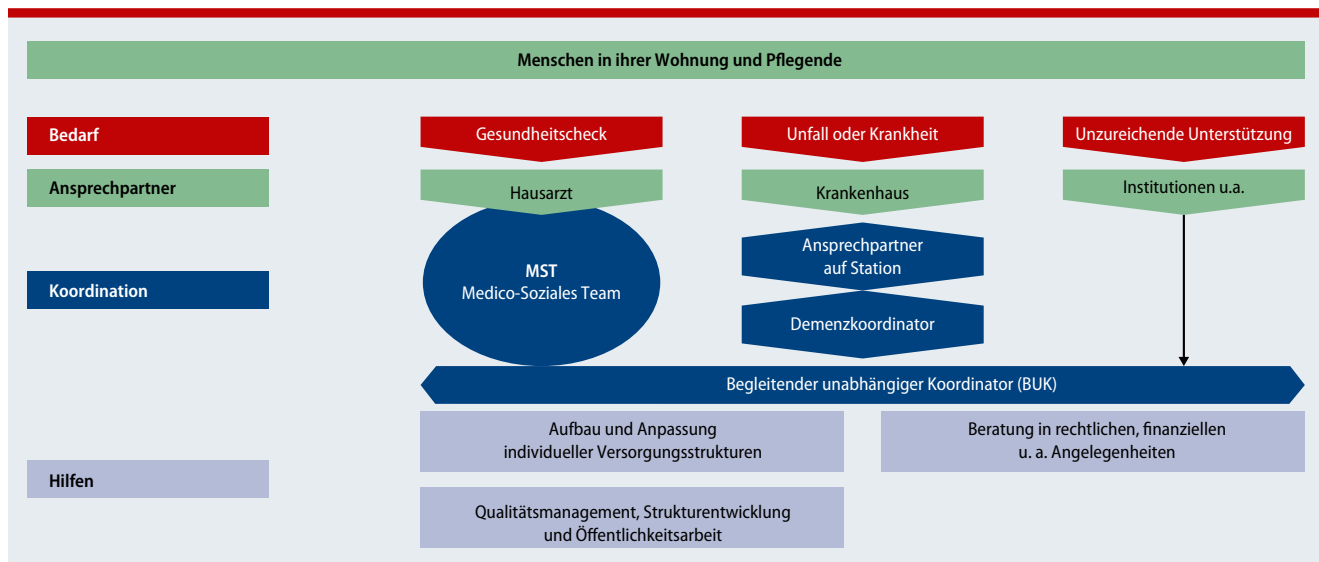


Abb. 5: Menschen in ihrer Wohnung und Pflegendende.

Bedarf an Hilfe wird hier erkennbar. Ein Gesundheitscheck beim Hausarzt, eine Krankenhauseinweisung aufgrund eines Unfalls oder eines anderen somatischen Leidens bieten die Chance, Hilfebedarf zu erkennen. Mit den Möglichkeiten von BUK und MST finden Menschen mit Hilfebedarf Zugang zum Hilfesystem.

Ansätze wie das Konzept EVA in Baden-Württemberg oder des Netzwerkverbunds in Rheinland-Pfalz helfen das CSN weiter auszugestalten. Die bundesweit verfügbare Hilfestellung des BMG in Form eines Netzebaukastens hilft, die Chance einer flächendeckenden Versorgungsoptimierung wahrzunehmen.

Ebenen 4 bis 6

Die kommunale, regionale und überregionale Koordination kann die Arbeit im Quartier vielfältig unterstützen. Beispielhaft sei das für die Ebene 6 dargestellt (Abb. 6). Rechtliche und wissenschaftliche Grundlagen sind übergreifend wichtig und werden hier erfasst, aufgearbeitet und weitergegeben.

Neben der strukturellen und inhaltlichen Organisation sowie auch der Steuerung kommt hier Kooperationen bis hin zu internationalen Bereichen eine besondere Bedeutung zu. Die Erfahrungen anderer Länder bei der Versorgung von Demenz und die Erkenntnisse von Angehörigen- wie von Fachverbänden einzubeziehen, wie auch die internationale Forschung im Auge zu behalten, hilft eine bestmögliche Versorgung auf dem aktuellen Stand des Wissens zu sichern. Die Ebenen 6 bis 4 beobachten das gesamte Spektrum des Wissens zur Versorgung, bereiten es so auf, dass es in das Handeln bis hin zum einzelnen Menschen mit Hilfebedarf im Quartier einfließen kann.

Regional wird aktuell schon ein nicht unerheblicher Anteil von Struktur und Organisation zur Verfügung gestellt. Maßnahmen zur Kooperationen der Netzwerke und zur Entwicklung noch fehlender Strukturen wurden begonnen. Auf internationaler Ebene stellen dabei unterschiedliche Gesundheits-

systeme die größte Herausforderung bei dem Entwickeln einer gemeinsamen Sprache und eines gemeinsamen Handelns dar.

Das Netzwerk im Quartier kennenlernen

Für das praktische ärztliche Handeln vor Ort ergibt sich eine Reihe von Handlungsvorschlägen. Es gilt zu klären, welche Strukturen bereits existieren. Je nach Region können dabei zum Beispiel Gedächtnissprechstunden, Memory Ambulanzen, Geronto-Psychiatrische-Zentren oder Geriatriisch-Gerontopsychiatrische-Verbünde hilfreich sein.

Für die Entwicklung der Versorgungsstrukturen hin zu einem CSN wäre anzuraten,

- die Quartiersgröße zu bestimmen,
- die Anzahl zu erwartender Menschen mit Hilfebedarf zu errechnen,

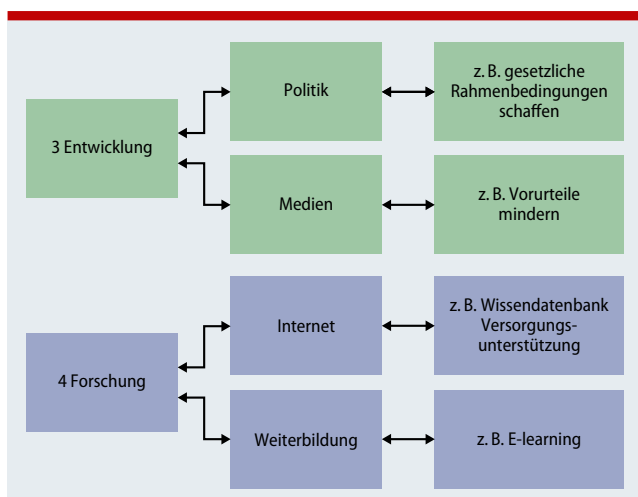


Abb. 6: Funktionen Ebene 6, überregional.

- Berater von Krankenhäusern, Institutionen, Krankenkassen oder anderen Bereichen zu erfassen,
- die Gruppierungen zu identifizieren, die bei der Versorgung mitwirken von der Selbsthilfegruppe, über Kliniken und andere Einrichtungen bis hin zu Einzelhandel und Polizei,
- sich mithilfe bereits bestehender umfassender Netzwerke einen Überblick zu schaffen, welche Möglichkeiten von Hilfe möglich sind und
- einen gemeinsamen Weg der Umsetzung abzustimmen.
Die dabei zu leistenden Gruppenabstimmungsprozesse sind sicherlich bei der Umsetzung die größte Hürde.

Casemanagement

Die Aufgaben des Casemanagers umfassen im Wesentlichen folgende Bereiche:

Individuelle Versorgung

- Hilfestellung im stationären Bereich (Beratung von Betroffenen und Kümmerern, Vorbereitung von Aufnahme und Entlassung)
- Aufbau und Anpassung eines individuell orientierten Hilfemixes
- Beratung in rechtlichen und finanziellen Angelegenheiten
- Schulung zum Umgang mit schwierigen Situationen

Qualitative Weiterentwicklung der Versorgung

- Unterstützung bei der qualitätsrelevanten Kommunikation zwischen Professionellen und Betroffenen
- Unterstützung von Selbsthilfe
- Gremienarbeit
- Mitwirkung bei Fort- und Weiterbildung
- Mitwirkung bei der Qualitätssicherung
- Mitwirkung bei der Öffentlichkeitsarbeit

Die einzelnen Aufgaben des Casemanagers richten sich immer an dem Bedarf der Hilfesuchenden aus. Die Maßnahmen müssen entsprechend dem Schweregrad der Erkrankung, der persönlichen Biografie und der familiären Situation gemeinsam abgesprochen werden. Dazu bedarf es einer genauen Analyse der biografischen Hintergründe, der psychosozialen Situation, der generellen Einstellung zu Erkrankungen, der Belastungssituation der Betroffenen und der Familie.

Danach werden die Strukturen des Hilfenetzwerkes vor Ort geprüft. Wichtig ist eine wohnortnahe Versorgungsstruktur sprich im Quartier, die vor allem unter dem Aspekt der Normalität ausgewählt werden sollte.

Die gleichzeitige kontinuierliche ärztliche und fachärztliche Begleitung (z. B. durch eine Gedächtnisprechstunde in einem Gerontopsychiatrischen Zentrum) ist unumgänglich. Die Initiativen der Hilfemaßnahmen sollten immer dem jeweiligen Schweregrad (z. B. ermittelt mit der GDS-Skala) angepasst werden.

Die Versorgungslücken werden zeitnah erkannt und trägerübergreifend durch die Implementierung von neuen Angeboten, die möglichst differenziert sind, geschlossen. Hierzu bedarf es einer engen Zusammenarbeit mit den kommunalen Anbietern im Gesundheitswesen, den Gemeinden, den Therapeuten und ehrenamtlichen Diensten.

Kommunikation und Qualitätssicherung

Beim Aufbau der Versorgung ist das Schaffen einer Kommunikationsstruktur unentbehrlich. Hier empfiehlt es sich die vielfältigen Kontakte eines BUK zu nutzen. Regelmäßige Treffen mit den Akteuren im Quartier sind nützlich. Hier lassen sich Feststellungen der Menschen mit Hilfebedarf wie auch Feststellungen der Anbieter abgleichen. Regelmäßige Befragungen sowohl der Menschen mit Hilfebedarf als auch der Netzwerkteiligen ermöglichen ein frühes Erfassen von Optimierungsbedarf und damit die Weiterentwicklung des Netzwerks.

Fazit für die Praxis

Die Versorgungslandschaft für ältere Menschen mit psychischen Störungen differenziert sich rasch. Die ärztliche Einbindung ist sehr gewünscht, um die gewünschte häusliche Versorgung möglichst lange zu ermöglichen. Für die Praxis ist daher anzuraten:

- die Versorgungsstrukturen im eigenen „Quartier“ näher kennenzulernen,
- die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und regional tätigen Trägern zu suchen,
- sozialarbeiterische Hilfen in die Patientenversorgung einzubinden und so
- eine umfassendere berufsgruppenübergreifende Versorgung sicherzustellen sowie dabei
- die Unterstützung von Fachverbänden und Administration einzufordern.

Die Wertschätzung ärztlicher Expertise gewinnt, wenn sie im Rahmen eines CSN erbracht wird.“

Literatur beim Autor



Prof. Dr. med. Ralf Ihl

Alexianer Krefeld GmbH
Maria-Hilf-Krankenhaus
Klinik für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie
Dießemer Bruch 8, 47805 Krefeld
E-Mail: R.Ihl@alexianer.de

Interessenkonflikt

Der Autor erklärt, dass er sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließ, und dass keine potenziellen Interessenkonflikte vorliegen.

Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags von zwei unabhängigen Gutachtern geprüft wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung. Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

CME-Fragebogen

Umfassende Versorgung gerontopsychiatrischer Patienten in einem kompletten Service-Netzwerk

Teilnehmen und Punkte sammeln können Sie

- als e.Med-Abonnent von springermedizin.de
- als registrierter Abonnent dieser Fachzeitschrift
- zeitlich begrenzt unter Verwendung der abgedruckten FIN

FIN gültig bis 22.08.2017:
DN1708vK

Dieser CME-Kurs ist zwölf Monate auf CME.SpringerMedizin.de verfügbar. Sie finden ihn am Schnellsten, wenn Sie die FIN oder den Titel des Beitrags in das Suchfeld eingeben. Alternativ können Sie auch mit der Option „Kurse nach Zeitschriften“ zum Ziel navigieren.

DOI: 10.1007/s15202-017-1502-4

? Welches der folgenden Ziele wird bei der Versorgung älterer Menschen mit psychiatrischen Störungen primär *nicht* angestrebt?

- Teilhabe
- Selbstständigkeit
- Selbstbestimmung
- Achtung der Menschenwürde
- Altenheimbetreuung

? Wer erfährt als erster Helfer am häufigsten die Zeichen einer Demenz?

- Krankenkassenberater
- Sozialarbeiter
- Hausarzt
- Neurologe
- Psychiater

? Was bestimmt der Begriff der Quartiersgröße?

- Die mögliche Entfernung zu Hilfeangeboten
- Die Qualität der Helfer
- Die Inhalte der Angebote
- Die Qualität der Angebote
- Die Bedarfe der Nutzer

? Was trifft auf einen begleitenden unabhängigen Koordinator (BUK) zu?

- Ist primär in Versorgungsebene 6 tätig.
- Kümmert sich primär um Baden und Kämmen der zu Versorgenden
- Arbeitet autark
- Arbeitet mit dem Hausarzt zusammen
- Hilft nicht bei rechtlichen und finanziellen Fragen

? Welche der folgenden Aussagen zum medico-sozialen Team (MST) trifft *nicht* zu?

- Verbindet die Kompetenzen von Arzt und Sozialarbeiter
- Bietet Hilfestellung bei medizinischen Fragen
- Bietet Hilfestellung bei rechtlichen Fragen
- Berät zu Entlastungsangeboten
- Muss privat bezahlt werden

? Wann kann ein komplettes Service-Netzwerk (CSN) seinen höchsten Nutzen entfalten?

- Wenn die Pflegekassen die Leitung übernehmen.
- Wenn manche Beteiligte zusammenarbeiten.
- Wenn Polizei und Feuerwehr eingeschlossen sind.
- Wenn Entlastungen angeboten werden.
- Wenn die Menschen es über ihren Hilfebedarf steuern.

? Welche primäre Aufgabe hat „Kümmerer“?

- Neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu sammeln.
- Altenheime zu beraten.
- Neue Hilfeangebote zu starten
- Vor Ort hautnah die Bedürfnisse der Menschen mit Hilfebedarf zu ermitteln.
- Absprachen der Behörden herbeizuführen.

? Was gehört *nicht* zum CSN?

- Astrologische Hilfen
- Angebote
- Strukturen
- Organisation
- Forschung

? Was hilft *nicht* bei der Beschreibung der Qualität eines Versorgungsnetzwerkes?

- Der Anteil der Menschen mit Hilfebedarf, der wirklich versorgt wird
- Die Zufriedenheit eines Netzwerkpartners mit seiner eigenen Arbeit.
- Die Zufriedenheit der Anbieter mit der Kooperation im Netzwerk.
- Die Zufriedenheit der Nutzer.
- Die Zufriedenheit der Kümmerer.

? Was ist für die Weiterentwicklung eines kompletten Service-Netzwerks (CSN) *nicht* hilfreich?

- Einholen des Rates von Fachverbänden
- Wahrnehmen der Resonanz des Netzwerks in Medien
- Verzicht auf Kommunikationsstrukturen
- Aufbau von Weiterbildungsstrukturen
- Enge Kooperation mit der Forschung



Dieser CME-Kurs wurde von der Bayerischen Landesärztekammer mit zwei Punkten in der Kategorie I zur zertifizierten Fortbildung freigegeben und ist damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig.

Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70% der Fragen richtig beantwortet werden. Pro Frage ist jeweils nur eine Antwortmöglichkeit zutreffend. Bitte beachten Sie, dass Fragen wie auch Antwortoptionen online abweichend vom Heft in zufälliger Reihenfolge ausgespielt werden.

Bei inhaltlichen Fragen erhalten Sie beim Kurs auf CME.SpringerMedizin.de tutorielle Unterstützung. Bei technischen Problemen erreichen Sie unseren Kundenservice kostenfrei unter der Nummer 0800 7780-777 oder per Mail unter kundenservice@springermedizin.de.