

Lernprogramm „Professionsübergreifende Versorgung im Netz“



Autorinnen:
Luise Becker, Charlotte Meinke, Rita Willeke,
Dr. Dagmar Siebecke, Daniela Balloff
Medizinische Beratung: Dr. Volker Schrage



EFRE.NRW
Investitionen in Wachstum
und Beschäftigung



EUROPÄISCHE UNION
Investition in unsere Zukunft
Europäischer Fonds
für regionale Entwicklung

Das Projekt „Gemeinsam – Professionsübergreifende Zusammenarbeit für ein menschlicheres Gesundheitssystem“ (EFRE-0800224, GE1-1025A) wird gefördert vom Land NRW und der Europäischen Union im Leitmarktwettbewerb Gesundheit.NRW.

Einleitung	3
Modul 1: Netzwerke als Antwort auf gesellschaftliche Veränderungen	4
1 Intro	
2 Welche Probleme ergeben sich aus dem Aufbau unseres Gesundheitssystems?	
3 Wie können bestehende Versorgungsbrüche vermieden werden?	
4 Links und weiterführende Literatur	
Modul 2: Das professionsübergreifende Netzwerk	9
1 Intro	
2 Professionsübergreifende Zusammenarbeit: Was ist zu tun?	
3 Vernetzte Zusammenarbeit in der Praxis: Welche „kritischen“ Faktoren sind zu beachten?	
4 Links und weiterführende Literatur	
Modul 3: Prozesse und Abläufe der professionsübergreifenden Zusammenarbeit	18
1 Intro	
2 Wie funktioniert die Versorgung im professionsübergreifenden Netzwerk?	
3 Beispiel für den Ablauf im Netzwerk GEMEINSAM: Die 7 Schritte	
4 Links und weiterführende Literatur	
Modul 4: Kommunikation auf Augenhöhe	24
1 Intro	
2 Wie kommunizieren wir?	
3 Kommunikation auf Augenhöhe: wie geht das?	
4 Links und weiterführende Literatur	
Modul 5: Case Management als zentraler Bestandteil der vernetzten Versorgung	29
1 Intro	
2 Was ist Case Management?	
3 Wie läuft Case Management ab?	
4 Links und weiterführende Literatur	
Modul 6: Professionsübergreifende und diversitätssensible Versorgung am Beispiel Demenz	33
1 Intro	
2 Demenzprävention: Was kann getan werden?	
3 Diversitätssensible Versorgung bei Demenz: wie geht das?	
4 Links und weiterführende Literatur	

Die Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen funktioniert dann besonders gut, wenn alle Beteiligten wichtige Prinzipien, Regeln und Verfahrensweisen der „vernetzten Versorgung“ kennen und im Arbeitsalltag umsetzen können. Das dazu notwendige (Grundlagen-)Wissen soll mittels unseres Lernprogrammes „Professionsübergreifende Versorgung im Netz“ vermittelt werden. Die Nutzer erfahren unter anderem, wie die professionsübergreifende Versorgung funktioniert, welche Rolle dabei das Case Management spielt, wie Kommunikationsprozesse verbessert werden können und wie eine diversitätssensible Versorgung erreicht werden kann.

Das Lernprogramm richtet sich vor allem an:

- Ärztinnen und Ärzte
- medizinische Fachangestellte
- Altenpfleger/-innen
- Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen
- (geronto-)psychiatrische Fachkräfte
- Psychologen und Psychotherapeuten
- Logopäden, Ergo- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten
- Sozialarbeiter/-innen.

Durch die Aneignung theoretischen und praktischen Wissens steigen das Kompetenzniveau der Netzwerkpartner und -partnerinnen und damit auch die Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten. Das vorliegende Lernprogramm dient somit als Qualifizierungsgrundlage für eine qualitativ hochwertige professionsübergreifende und diversitätssensible Patientenversorgung.

Das Lernprogramm besteht aus 6 Modulen, die nacheinander, aber auch als Einzelthema durchgearbeitet werden können.

Übersicht

Modul 1: Netzwerke als Antwort auf gesellschaftliche Veränderungen

Modul 2: Das professionsübergreifende Netzwerk

Modul 3: Prozesse und Abläufe der professionsübergreifenden Zusammenarbeit

Modul 4: Kommunikation auf Augenhöhe

Modul 5: Case Management als zentraler Bestandteil der vernetzten Versorgung

Modul 6: Professionsübergreifende und diversitätssensible Versorgung am Beispiel Demenz

Modul 1

Netzwerke als Antwort auf gesellschaftliche Veränderungen



1 Intro

Unser Gesundheitssystem ist aufgrund des gesellschaftlichen Wandels, des aktuellen Fachkräftemangels sowie der immer älter werdenden Bevölkerung mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert. Probleme wie Polymedikation und lückenhafte Behandlungs- und Therapieverläufe entstehen häufig durch „Brüche“ in der Patientenversorgung.

Für eine optimale Patientenversorgung und ein effizientes Gesundheitssystem sind die Vernetzung von Versorgungsstrukturen und die professionsübergreifende Zusammenarbeit der Gesundheitsdienstleister unerlässlich.

2 Welche Probleme ergeben sich aus dem Aufbau unseres Gesundheitssystems?

Die strenge Trennung der Versorgungssektoren in unserem Gesundheitssystem führt zu zahlreichen Versorgungsbrüchen, die sich u.a. in folgenden Bereichen finden:

1. Inanspruchnahme ambulanter hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung
2. Übergang zwischen ambulanter und stationärer Versorgung
3. Übergang von der akutmedizinischen zur rehabilitativen Versorgung
4. Zusammenwirken von Medizin einerseits sowie Pflege, Sozialarbeit und anderen betreuenden Berufsgruppen andererseits

Die Versorgungsbrüche liegen damit keineswegs lediglich in Randgebieten vor, sondern betreffen nahezu jede Art medizinischer Versorgung, die über einen Gesundheitsdienstleister hinausgeht.

Für die Patientinnen und Patienten gehen Brüche in der Versorgung zunächst mit einer Diskontinuität der Behandlung, Betreuung und Verantwortlichkeit einher. Aufgrund von Informationsdefiziten können sich für die Patienten weitreichende Konsequenzen ergeben:

1. Belastungen mit unnötiger und teilweise riskanter Diagnostik (z.B. Röntgen),
2. Unterbrechungen der Therapie mit der damit einhergehenden Gefahr des Wirkungsverlustes,
3. nicht optimal aufeinander abgestimmte Behandlungen,
4. unzureichende oder fehlende Nachsorge.

Darüber hinaus sind Versorgungsbrüche ökonomisch schädlich, da sie zu unnötiger Mehrarbeit, ei-

nem erhöhten Kommunikationsaufwand und einer ineffizienten Vorhaltung medizintechnischer Kapazitäten führen.

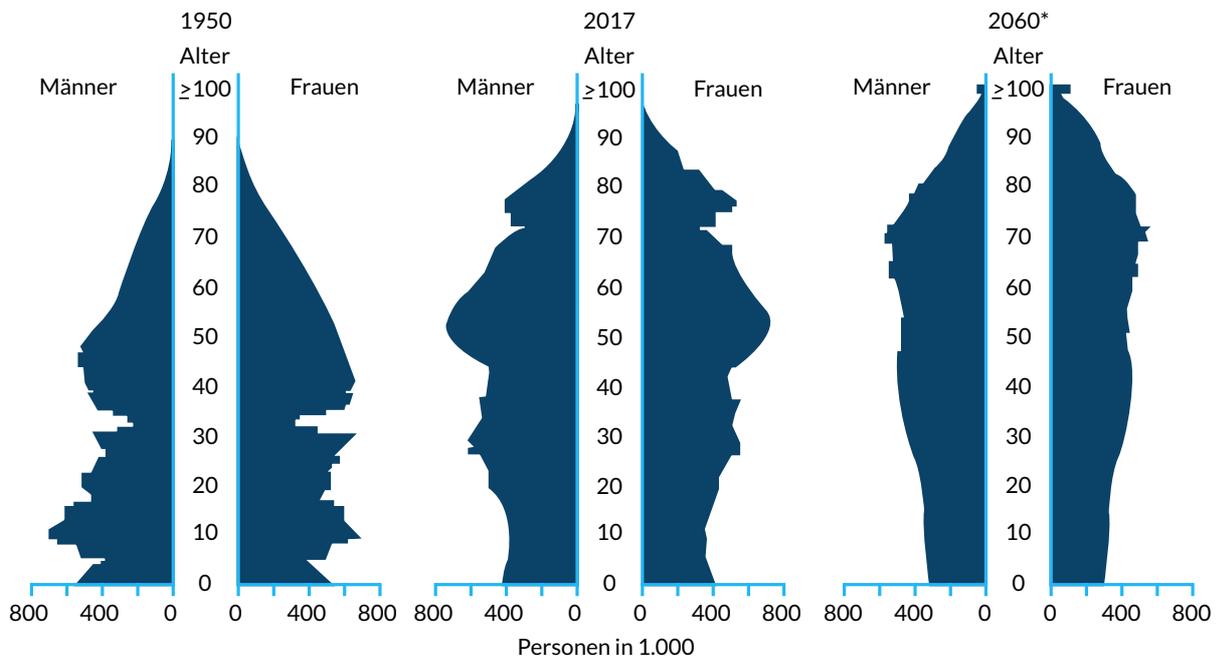
Welche Herausforderungen verstärken die Versorgungsbrüche?

Eine der größten Herausforderungen besteht im **demografischen Wandel**: Durch die steigende Lebenserwartung und durch den medizinischen Fortschritt wächst die Anzahl der Menschen im hohen Alter. Die Zukunftsprognose für 2060 zeigt beispielsweise einen **erheblich höheren Anteil der Menschen über 80 und insbesondere der 90- bis 100-Jährigen**.

Im Gesundheitssystem geht dies darüber hinaus mit einem hohen Anteil pflegebedürftiger und multimorbider Patientinnen und Patienten einher. Von Versorgungsbrüchen sind diese besonders häufig betroffen: Sie benötigen ambulante hausärztliche und fachärztliche Versorgung, werden aufgrund von altersbedingten Krankheiten oder Unfällen zeitweise stationär betreut, bedürfen nach dem Krankenhausaufenthalt einer rehabilitativen Versorgung und sind neben der medizinischen Versorgung auf weitere Angebote wie Pflege, Sozialarbeit oder Physiotherapie angewiesen.

Die durch den medizinischen Fortschritt stetig zunehmende Spezialisierung kann dazu führen, dass die bestehenden Versorgungsbrüche durch eine weitere Fragmentierung der Gesundheitsdienstleister noch weiter zunehmen.

Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland, 1950-2060



* Ergebnis der aktualisierten 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Variante 2-A)
 Datenquelle: Statistisches Bundesamt

3 Wie können bestehende Versorgungsbrüche vermieden werden?

Vernetzung von Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen

Angesichts der Probleme, die sich aus den Versorgungsbrüchen ergeben, stellt sich die Frage: „Wie können die bestehenden Versorgungsbrüche verhindert und behoben werden?“ Bildlich gesprochen müssen die Brüche durch „Brücken“ zwischen den Gesundheitsdienstleistern überwunden werden.

Solche Brücken kann eine umfassende Vernetzung der Versorgungsstrukturen herstellen. „Vernetzung von Versorgungsstrukturen“ meint dabei die *„Kooperation von Dienstleistern im Gesundheitswesen zur Steigerung der Qualität im Hinblick auf Medizin, Betriebswirtschaft, Zeitmanagement, Gesundheitsmanagement und Patientenzufriedenheit“*.

Diese Definition macht deutlich, dass „Vernetzung“ nicht allein die verbesserte medizinische Patientenversorgung zum Ziel hat, sondern ebenso eine ökonomischere Gestaltung der Prozesse fokussiert. Hinsichtlich der Kooperation von Dienstleistern im Gesundheitswesen lassen sich

- horizontale Kooperationen zwischen Leistungserbringern desselben Versorgungsektors (z.B. bei Ärzten),

- vertikale Kooperationen über unterschiedliche Versorgungsektoren hinweg (z.B. zwischen Ärzten und Krankenhäusern)
- sowie diagonale Verknüpfung zwischen „Branchen“ (z.B. zwischen Ärzten und Pflege) unterscheiden.

Informelle versus Institutionalisierte Netze

Die Vernetzung von Versorgungsstrukturen kann sowohl informell als auch institutionalisiert verlaufen. „Informell“ sind alle Arten der Kooperation, die ohne gesetzliche oder institutionelle Grundlage bestehen und sich daher nur auf einen informellen Austausch beschränken. Institutionalisierte Netzwerke vereinfachen die Kooperation hingegen und bieten direkte ökonomische Vorteile, z.B. in Form von Selektivverträgen oder finanzieller Förderung. So wurde in den letzten Jahren für die Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit geschaffen, sogenannte Praxisnetze (§ 87 b) finanziell und ideell zu fördern. Für eine Zertifizierung als „Praxisnetz“ müssen in Anlehnung an die Rahmenvorgaben in § 87 SGB spezifische Strukturvorgaben und Versorgungsziele erfüllt sein.

Neben den Praxisnetzen gem. § 87b gibt es weitere bekannte Formen institutionalisierter Netzwerke:

- Praxisnetze im Rahmen von Modellvorhaben (§§ 63-65 SGB V) oder Strukturverträgen (§ 73a SGB V)
- Integrierte Versorgung (§ 140 a-d SGB V)
- Disease Management Programme (§ 137f-g SGB V)
- Medizinische Versorgungszentren (§ 95 SGB V)
- Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V)
- Besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c SGB V).

Das offensichtlichste Kriterium zur Unterscheidung der gesetzlich festgelegten Vernetzungsformen besteht in der Art der Kooperation.

Beispielsweise beinhalten sogenannte „Praxisnetze“ nur die horizontale Kooperation unter den Ärzten, während die integrierte Versorgung (§ 140 a-d SGB V) neben solchen disziplinär-fächerübergreifenden

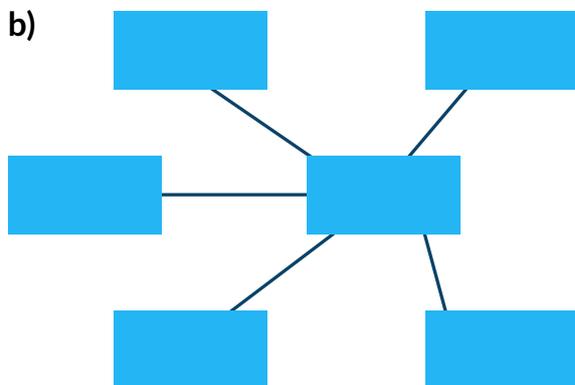
Kooperationen auch leistungssektoren-übergreifende Kooperationen umfasst (z.B. vertikale Kooperation zw. ambulant und stationär, Krankenhaus und Rehabilitation oder diagonal als Medizinisches Versorgungszentrum zwischen ärztlicher und nicht-ärztlicher Versorgung).

Alle genannten Vernetzungsformen unterscheiden sich zudem jeweils in der Zielsetzung, den Anforderungen, der Unterstützung durch den Staat sowie der Autonomie der Leistungserbringer und Kostenträger.

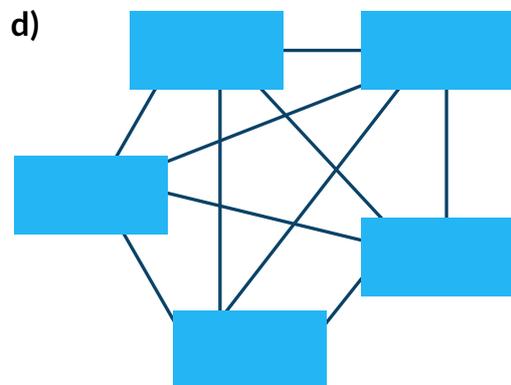
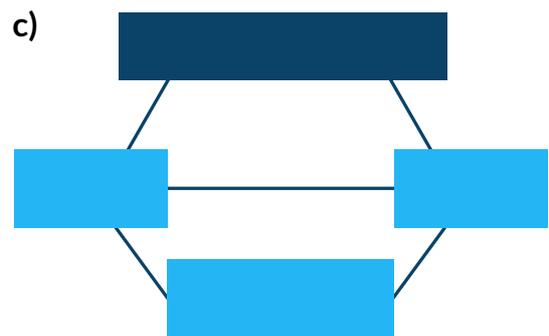
Welche unterschiedlichen Arten von Netzwerken gibt es?

Vor dem Aufbau eines Netzwerkes sollte zunächst geklärt werden, welche Art der Vernetzung im gegebenen Kontext geeignet ist. Die folgende Grafik zeigt vier Kooperations- bzw. Netzwerktypen, die situationsbedingte Vor- und Nachteile beinhalten.

Bilaterale Kooperationsbeziehungen



Direkte Netzwerke



Zu a) Hierbei handelt es sich nicht um ein typisches Netzwerk, sondern eher um eine Ansammlung von Kooperationen, bei denen ein zentraler, übergeordneter Akteur das Zusammenspiel verschiedener Akteure organisiert, ohne dass diese untereinander in Beziehung treten. Dadurch, dass die Kooperation und Entwicklung stark an einen dominanten Akteur gebunden ist, kann die Innovationsfähigkeit eingeschränkt sein.

Zu b) Auch diese Art von Netzwerk ist geprägt durch eine Ansammlung bilateraler Kooperationsformen, doch der im Mittelpunkt stehende Akteur hat keine übergeordnete Steuerungsfunktion. Durch die fehlende Steuerung gibt es keinen Verantwortlichen für die Stabilität der Zusammenarbeit.

Zu c) Bei dieser Strukturform der Vernetzung handelt es sich um ein hierarchisches Netzwerk, da ein zentraler Akteur die Steuerung übernimmt. Die Kooperationen laufen jedoch nicht zwangsläufig über die Instanz des dominanten Akteurs, da das Netzwerk durch ein Beziehungsgeflecht ergänzt wird, das alle Akteure gleichermaßen verbindet.

Zu d) Dieser Netzwerktyp verzichtet auf ein hierarchisches Zentrum und ist geprägt von einem Beziehungsgeflecht, das alle Akteure gleichberechtigt einbezieht. Die Steuerung und Organisation von Aufgaben kann gemeinsam übernommen oder in einer rotierenden Ordnung jeweils von einem Akteur an den nächsten übergeben werden.

4 Links und weiterführende Literatur

BMFSFJ (2013): Produktionsnetzwerke und Dienstleistungsketten. URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Produktionsnetzwerke-und-Dienstleistungsketten,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (Zuletzt abgerufen: 29.11.2015)

Bundeszentrale für politische Bildung: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/>

Gerlinger, T. (2013). Integrationsbedarf und Integrationsbemühungen. Bundeszentrale für politische Bildung: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/156022/integrationsbedarf-und-integrationsbemuehungen>

Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2014). Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern: Verlag Hans Huber.

Sachverständigenrat Gesundheit „SVR“ 1994. Ziff. 353.

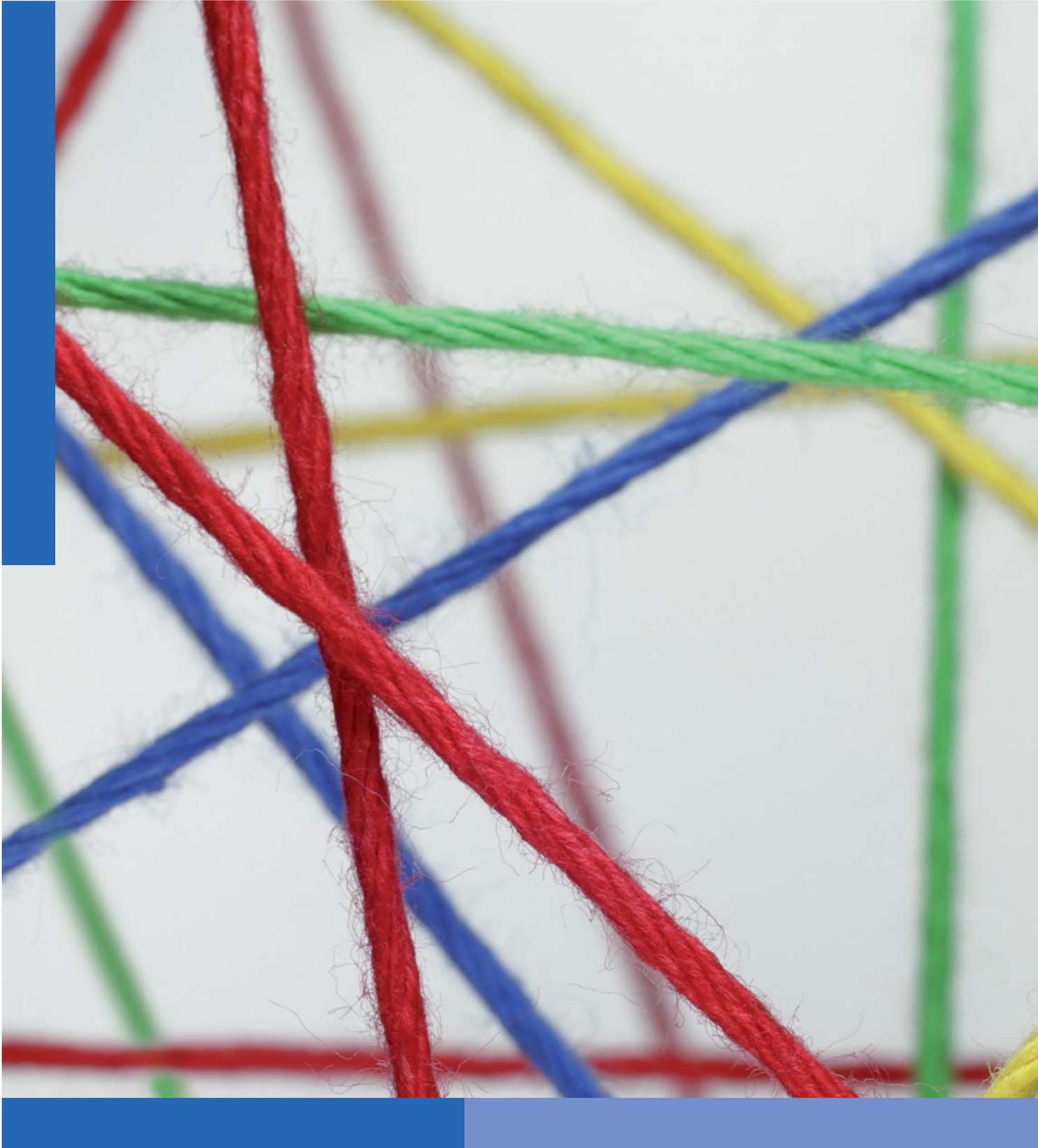
Scheidt-Nave, C.; Richter, S., Fuchs, J.& Kuhlmeier, A. (2010). Herausforderungen an die Gesundheitsforschung für eine alternde Gesellschaft am Beispiel „Multimorbidität“, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 5, S. 441–450, doi:10.1007/s00103-010-1052-9

Schlicht, G. (2001). Angewandtes Netzmanagement. In: W. Hellmann (Hrsg.), Management von Gesundheitsnetzen (S. 252-270). Stuttgart: Kohlhammer.

Zeitschrift Medizinrecht „MedR“ (2009). Heft 27:110. doi:10.1007/s00350-008-2354-x

Modul 2

Das professionsübergreifende Netzwerk



1 Intro

Interdisziplinarität, Multiprofessionalität, Sektoren übergreifende Zusammenarbeit: Auch im Gesundheitswesen hat man inzwischen erkannt, dass das Nebeneinander der verschiedenen Professionen und Sektoren nicht nur zu Lasten der Versorgungsqualität geht, sondern auch aus ökonomischer Sicht nicht sinnvoll ist. Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Zahl älterer und hochaltriger Patientinnen und Patienten, von denen viele eine demenzielle Erkrankung haben, ist ein reibungsloses Zusammenspiel der unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure aus Pflege, Medizin und Therapie unabdingbar. Aber auch die zunehmende Zahl von Patientinnen und Patienten mit begrenzten Deutschkenntnissen erfordert ein Zusammenspiel der verschiedenen Professionen, um kostspielige Doppeluntersuchungen oder Fehlbehandlungen zu vermeiden.

Vor Gründung und Aufbau eines regionalen Netzwerkes bedarf es zunächst gründlicher Vorüberlegungen und Diskussionen mit möglichen Netzwerkmitgliedern, um herauszufinden, welche Art von Netzwerk im konkreten Fall geeignet ist.

Im Folgenden werden zunächst Chancen und Risiken erläutert, die bei einem Netzwerkaufbau zu beachten sind. Anschließend werden verschiedene Netzwerktypen vorgestellt, die sich strukturell unterscheiden und unterschiedliche Formen der Zusammenarbeit abbilden.

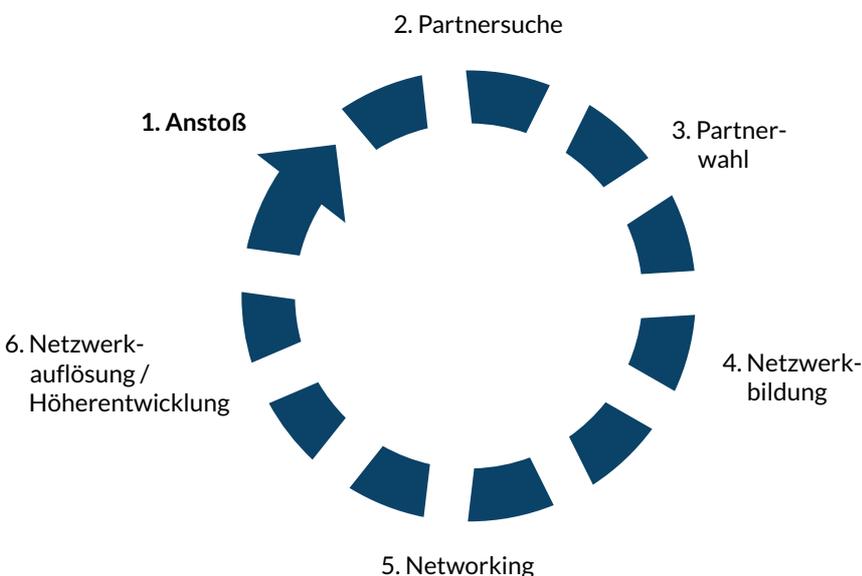
2 Professionsübergreifende Zusammenarbeit: Was ist zu tun?

Phasen des Aufbaus eines Netzwerkes

Die folgende Grafik liefert eine grobe Übersicht über den zirkulären Verlauf vom Anstoß bis zur Auflösung eines Netzwerkes mit den zentralen Handlungen der Partnersuche und -wahl, der Netzwerkbildung und des Networking bis hin zur Höherentwicklung,

die zu einem erneuten Anstoß für eine weiter entwickelte Fortsetzung führen kann. Verdeutlicht wird, dass die Arbeit in einem kooperativen, regionalen Netzwerk ein sich stets wandelnder Prozess ist, bei dem die Weiterentwicklung einen zentralen Aspekt darstellt, um die Nachhaltigkeit und den Erfolg eines Netzwerkes zu sichern.

Im Folgenden werden die zentralen Schritte genauer beschrieben, die beim Aufbau eines Netzwerkes umzusetzen sind. Dabei handelt es sich um eine Synthese verschiedener Modelle, die im Anhang im Einzelnen nachzulesen sind.



1. Schritt: Ist-Analyse der Region und einzelner Akteure

Ein wichtiger Schritt vor Gründung eines Netzwerkes ist die Betrachtung der regionalen Rahmenbedingungen der Region, in der das Netzwerk etabliert werden soll. Vorhandene Strukturen oder gegebenenfalls bereits bestehende regionale Netzwerke sollten systematisch erfasst werden, damit der regionale Bedarf ermittelt werden kann. Welche Methode zur Bedarfs- und Bestandsanalyse genutzt wird, ist abhängig von finanziellen Möglichkeiten und den Zielen des Netzwerkes und kann von einfachen Internetrecherchen oder kurzen Befragungen bis hin zu professionell angelegten Studien und Statistiken reichen.

Nach Bestandsaufnahme der Region verschiebt sich der Fokus auf die einzelnen Akteure und Kooperationspartner des zu gründenden Netzwerkes. Bei der Suche nach Netzwerkmitgliedern und bei der Analyse der Region können folgende Leitfragen hilfreich sein:

- Wer ist in der Region in diesem Bereich tätig?
- Wer ist politisch verantwortlich?
- Wie ist das Verhältnis zwischen institutionellen und privaten Akteuren?
- Gibt es Experten oder Schlüsselpersonen?
- Gibt es Konkurrenzen zwischen Organisationen und/oder Personen?
- Gibt es bestimmte Akteure mit marktbeherrschender Position?
- Bestehen bereits informelle Beziehungen?
- Gibt es bereits Arbeitsgemeinschaften oder Netzwerke zu Teilthemen?
- Wie ist die Versorgungslandschaft strukturiert?

- Wem nutzt die Vernetzung?
- Wer könnte die Vernetzung ideell und materiell fördern?
- Wo liegen die Gemeinsamkeiten und inwiefern ergänzen sich Akteure gegenseitig?
- Welche Versorgungslücken gibt es?
- Wie hoch sind der aktuelle und der zukünftig erwartete Bedarf?

Akteure, die für das Netzwerk wichtig sind, sollten frühzeitig für den Prozess gewonnen und gleichberechtigt in die Planung mit einbezogen werden. Voraussetzungen für eine erfolgreiche, zielorientierte Netzwerkarbeit sind eine wechselseitige Anerken-

nung der einzelnen Mitglieder und Arbeitsbereiche, verbunden mit einer gemeinsamen Zielsetzung. Eigene Arbeitsansätze sollten stets transparent gemacht werden, damit alle Mitglieder gleichermaßen informiert sind und in den Arbeitsprozess mit eingeschlossen werden.

2. Schritt: Zielperspektive und Nutzenanalyse

Sind Netzwerkpartner gefunden, gilt es den individuellen Nutzen der einzelnen Mitglieder neben dem Gemeinnutzen zu analysieren. Welchen Anreiz und welche Vorteile bietet das Netzwerk jedem individuellen Akteur? Und inwiefern profitiert die Netzwerkarbeit von den einzelnen Akteuren?

Jedes Mitglied sollte seine Erwartungen zum Ausdruck bringen. Erst dann kann versucht werden, alle Erwartungen und Forderungen unter einen Nenner zu bringen, ein gemeinsames Ziel zu formulieren und ein motivierendes Arbeitsverhältnis zu schaffen. Idealerweise werden Strukturen ermittelt, aus denen jeder Akteur Nutzen ziehen kann. Eine Win-win-Situation bildet eine bestmögliche Basis für ein erfolgreiches Netzwerk, da jeder Akteur einen individuellen Anreiz hat, sich in die Arbeit und den Verlauf des Prozesses einzubringen und seinen Teil zu leisten.

Die auf Simon und March (1958) zurückgehende Anreiz-Beitrags-Theorie verfolgt den Gedanken, dass ein Gleichgewicht zwischen den Anreizen, Entlohnungen und der Arbeitsleistung für die Motivation der Teilnehmer von existenzieller Bedeutung für das Netzwerk ist. Simon und March gehen davon aus, dass Teilnehmer nur zufrieden sind, wenn der Nutzen (Anreiz) höher oder mindestens genauso hoch ist wie der Aufwand der jeweiligen Teilnehmer. „Sinkt die Zufriedenheit bei empfundenen unausgeglichem Anreiz-Beitrags-Verhältnis unter einen gewissen Punkt, so wird die Teilnahme in Frage gestellt“ (Kornus/Wauch 2008, S.92).

Anreize können materieller und immaterieller Natur sein und müssen den Erwartungen und Wünschen der einzelnen Akteure entsprechen. Deshalb ist es schon zu Beginn sehr wichtig, dass jedes Netzwerkmitglied eigene Erwartungen frei und offen formuliert. Diese Kommunikation und die Bereitschaft des gesamten Systems, ein gemeinsames Ziel zu erreichen, sind ebenfalls existenziell. Idealerweise können

Netzwerkziele mit Mitgliederzielen verknüpft werden und es entsteht ohne weiteren Aufwand eine Win-win-Situation.

Die Netzwerkakteure stimmen gemeinsam über Hauptziele und Meilensteine ab, damit möglichst alle Erwartungen berücksichtigt und bestmöglich auch mit einbezogen werden können. Somit entsteht ein Gefühl der Zusammengehörigkeit und Verantwortung für die gemeinsamen Arbeitsziele, die bei der späteren Umsetzung von Bedeutung sind. Erfahrungsberichte zeigen, dass ein solcher Interessenaustausch und Zielvereinbarungen zeitlich sehr aufwendig sein können, aber von enormer Bedeutung sind, um frühzeitig Gemeinsamkeiten und Differenzen zu entdecken und möglichen Problemen vorbeugen zu können.

3. Schritt: Strukturelle Planung und schriftliche Vereinbarung

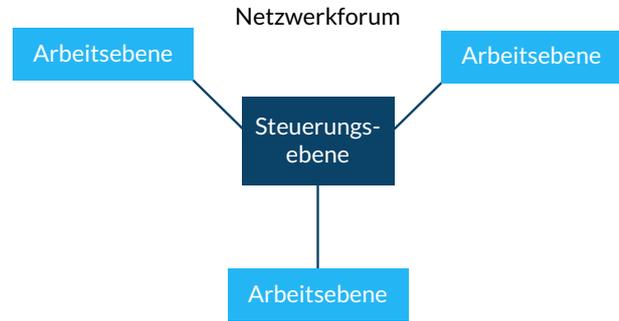
Es ist wichtig, kurz-, mittel- und langfristige Ziele zu formulieren und einen Arbeitsplan mit den Verantwortungsträgern der einzelnen Teilaufgaben aufzustellen. Die einzubringenden Ressourcen der Akteure und die Finanzierung der Maßnahmen stellen einen weiteren wichtigen Punkt der schriftlichen Vereinbarung dar.

Auch organisatorische Belange wie die Struktur von Mitgliedertreffen, verbunden mit ihrer Moderation, Regelmäßigkeit, Ort und Zeit, können in dieser Vereinbarung festgelegt werden.

Es ist ebenfalls zu klären, wer für die Koordination des Netzwerkes zuständig ist. Wichtig ist, eine Person oder Personengruppe für diese zentrale Aufgabe zu benennen, deren Fachkompetenz und Engagement von allen Akteuren anerkannt ist.

Die Transparenz und Verbindlichkeit der Vereinbarungen, insbesondere hinsichtlich der Arbeitsteilung und hinsichtlich gemeinsamer Arbeitspläne ist eine wesentliche Voraussetzung für gelingende und nachhaltige Netzwerkstrukturen.

Es empfiehlt sich, die Netzwerkarbeit auf verschiedene Ebenen zu verteilen, wie die folgende Grafik exemplarisch und vereinfacht zeigt.



Das Netzwerkforum umfasst die Gesamtheit aller im Netzwerk tätigen Akteure und stellt die sogenannte Netzwerköffentlichkeit dar, die gemeinsam über Ziele und Vorhaben des Netzwerkes abstimmt. Zumeist ist eine solche Gruppe jedoch zu groß, um sich effektiv mit Einzelmaßnahmen auseinander setzen zu können. Deshalb können kleinere Untergruppen, die „Arbeitsebenen“, gebildet werden, die sich jeweils einem Teilziel intensiv widmen. Solche Kleingruppen ermöglichen eine direkte Kommunikation und einen dynamischen Austausch. Gleichzeitig muss gewährleistet sein, dass die Arbeit der Einzelgruppen stets transparent für alle Netzwerkmitglieder bleibt, um auch eine vertrauensvolle Zusammenarbeit im großen Kreise des Netzwerkforums zu ermöglichen.

Dieser Aufgabe widmet sich die Steuerungsebene, die persönlichen Kontakt zu den einzelnen Akteuren pflegt und einen Informationsfluss sichert. Sie sorgt dafür, dass die Arbeitsebenen feste und klare Arbeitsaufträge erhalten und legt den Zeitplan und die Erwartungen fest. Auch die regelmäßige Überprüfung des aktuellen Arbeitsstandes und ggfs. die transparente Aufbereitung dieser Ergebnisse für das Netzwerkforum zählen zu den Hauptaufgaben der Steuerungsebene.

Koordination und Kommunikation, (Arbeits-)Organisation und Moderation sind damit die zentralen Funktionen der Steuerungsebene. Diese Aufgaben müssen jedoch nicht zwangsläufig von Netzwerkmitgliedern übernommen werden, sondern können auch von einer außenstehenden, nicht direkt involvierten Person übernommen werden, da die Neutralität der Leitpersonen von besonderer Bedeutung ist. Es kann jedoch auch von Vorteil sein, wenn Leitpersonen der Steuerungsebene auch in der Arbeitsebene involviert sind, um einen effektiven Austausch

beschleunigen und verbessern zu können. Dies ist jedoch nicht zwangsläufig nötig. Wichtig ist eine dynamische und regelmäßige Kommunikation innerhalb und zwischen einzelnen Ebenen der Netzwerkarbeit.

4. Schritt: Reflexion und Optimierung der Netzwerkarbeit

In regelmäßigen Abständen sollten die erreichten Meilensteine geprüft und evaluiert werden. Sichtbare Erfolge steigern die Motivation der Mitglieder und schaffen neue Anreize. Die regelmäßige Reflexion der Netzwerkarbeit ist von hoher Bedeutung, denn sie kann mögliche Defizite und Problemstellungen aufdecken, die den Erfolg der Kooperation einschränken. Diese Reflexion kann in verschiedensten Arten und Gebieten erfolgen. Eine einfache und kostengünstige Methode ist die interne Selbstreflexion:

- Haben wir die gesetzten Ziele erreicht bzw. sind wir auf einem guten Weg?
- Wo gab es unerwartete Probleme und wie sind wir mit diesen umgegangen?
- Was können wir in Zukunft besser machen?

Eine externe Reflexion durch eine Forschungsgruppe oder einen außenstehenden Partner kann darüber

3 Vernetzte Zusammenarbeit in der Praxis: Welche „kritischen“ Faktoren sind zu beachten?

Ein professionsübergreifendes Netzwerk garantiert eine umfassende Patientenbetreuung aus „einer Hand“. Insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit komplexen Krankheiten und mit verminderter Fähigkeit zur Informationsweitergabe, wird dadurch gewährleistet, dass wichtige Informationen nicht verloren gehen.

Die Arbeit im Team geht auch immer mit zusätzlichen Herausforderungen einher. Im Sinne der oben genannten Erfolgsfaktoren bedarf es einer guten Koordination sowie einer guten Absprache untereinander.

Professionsübergreifende Netzwerke sind grundsätzlich für alle Patientinnen und Patienten sinnvoll. Besonders wichtig sind sie für Patientinnen und Pa-

hinaus noch weitere, für die Netzwerkmitglieder nicht direkt ersichtliche Defizite aufdecken.

5. Schritt: Etablierung und Verstetigung des Netzwerkes

Schon während des Aufbaus eines Netzwerkes sollten feste Strukturen etabliert werden, um ein von Grund auf gesundes und langlebiges Netzwerk zu erstellen. Hierbei ist es wichtig, eine Balance zwischen Flexibilität auf der einen und Verbindlichkeit auf der anderen Seite zu finden. Geht das Netzwerk auf die Bedürfnisse der einzelnen Akteure ein, so fühlen sich Mitglieder individuell angesprochen und können im Idealfall langfristig und motiviert mitarbeiten. Entscheidend ist auch die persönliche Identifikation mit dem Leitbild des Netzwerkes, verbunden mit einem persönlichen Nutzen für jeden Partner. Es ist wichtig, diesen Nutzen und das Erreichen von Teilzielen stets zu betonen und Erfolge für alle Mitglieder sichtbar zu machen.

Ein weiterer Erfolgsfaktor ist ein offener Umgang und regelmäßiger Austausch, der eine positive Netzwerkkultur fördert. Haben Netzwerkmitglieder Freude an ihrer Arbeit und fühlen sich bei der Zusammenarbeit mit anderen Akteuren wohl und vertrauen einander, so sind wichtige Basisstrukturen für ein langfristiges Überleben des Netzwerkes geschaffen.

tienten mit Demenz, in der Palliativversorgung, bei chronischen und onkologischen Erkrankungen sowie bei psychischen Beeinträchtigungen.

Ein Beispiel für vernetzte Zusammenarbeit und Versorgung in der Praxis ist das Gesundheitsnetz Gemeinsam Westmünsterland e.V. (GG.WML).

Beispiel für ein professionsübergreifendes Netzwerk: Gesundheitsnetz Gemeinsam Westmünsterland e.V. (GG.WML)

Das GG.WML ist ein von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe zertifiziertes Praxisnetz nach § 87b Abs. 4 SGB V zur multiprofessionellen, kooperativen und effizienteren medizinischen Betreuung und Behandlung von Patientinnen und Patienten. Das GG.WML verfügt mit der Vereinssatzung, den

entsprechenden Kooperationsverträgen und dem Münsterländer Memorandum über eine „gemeinsame Geschäftsgrundlage“ sowie ein stabiles Finanzierungsmodell und stellt damit eine wichtige innovative, zukunftsfähige und nachhaltige Säule für die Gesundheitsversorgung der Menschen im Westmünsterland dar.

Mitglieder:

Das GG.WML ist ein Zusammenschluss von Haus-/ Fachärztinnen und -ärzten aus Praxis, MVZ und Kliniken sowie niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Kooperation mit weiteren nichtärztlichen Leistungserbringern im Gesundheitswesen. Hierzu zählen u.a. ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen, Physio- und Ergotherapeut/-innen sowie ein Osteopathie Zentrum. Derzeit sind rund 60 Medizinerinnen und Mediziner Mitglied im GG.WML. Hier sind folgende Fachrichtungen vertreten: Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Geriatrie, Onkologie, Unfallchirurgie, Gynäkologie, Diabetologie, Neurologie, Orthopädie, Urologie, HNO, Kinder- und Jugendmedizin, Radiologie, Nephrologie und Orthopädische Reha.

Ziele:

Die Philosophie des zertifizierten GG.WML leitet sich unmittelbar aus dem „Münsterländer Memorandum“ ab:

- Alle beteiligten erkennen die Fachkompetenz anderer Berufsgruppen an und gehen wertschätzend miteinander um.
- Die Kommunikation zwischen den Beteiligten erfolgt direkt und nicht hierarchisch.
- Die Beteiligten suchen aktiv die Abstimmung mit den anderen Professionen.
- Informationen werden im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben direkt ausgetauscht und rückgekoppelt.

Vernetzte Zusammenarbeit und Versorgung kann auf unterschiedliche Art und Weise ausgestaltet werden. In Modul 1 haben wir dargestellt, dass sich Netzwerke im Formalisierungsgrad (informell vs. institutionalisiert) sowie in der Richtung (horizontal vs. diagonal vs. vertikal) unterscheiden. Diese und folgende Merkmale stammen teilweise ursprünglich

Dem GG.WML kommt damit eine zentrale Vorbildfunktion für weitere Netzwerke in anderen Regionen zu. In diesem Zusammenhang ist ein „Gütesiegel“ geplant, um weitere Gesundheits- und Praxisnetze hinsichtlich ihrer professionsübergreifenden Ausrichtung zu qualifizieren und auszuzeichnen. Hiervon versprechen wir uns eine noch bessere Versorgung von „problematischen“ Patientengruppen wie etwa chronisch kranke Patientinnen und Patienten, ältere und demenziell erkrankte Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund sowie Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen.

Arbeitsaufgaben und -schwerpunkte:

- Strukturierung der Arbeits- und Versorgungsprozesse mittels der im Projekt GEMEINSAM entwickelten Instrumente und Verfahren,
- Organisation und Durchführung multiprofessioneller Fallbesprechungen,
- Weiterentwicklung abgestimmter professionsübergreifender Handlungsleitlinien,
- Organisation von Qualitätszirkeln und Weiterbildungen,
- Erprobung von Digitalisierungsansätzen und -formaten in der multiprofessionellen Kooperation.

Geschäftsstelle:

Alle Netzaktivitäten werden in der im Juli 2018 eröffneten Geschäftsstelle des GG.WML, dem sog. „Gesundheits-Stützpunkt Gemeinsam“, gebündelt und von dort aus koordiniert. Die Netzwerkmanagerin kümmert sich u.a. um das Schnittstellen- und Fehlermanagement, die Organisation der Weiterbildung, den Austausch mit anderen Netzen und den politischen Akteuren in der Region und um die Öffentlichkeitsarbeit. In den Räumlichkeiten der Geschäftsstelle finden Fallbesprechungen, Fortbildungen und andere Meetings statt.

Mehr Infos finden Sie unter: www.gg-wml.de

aus der Betrachtung wirtschaftlicher Netzwerke, lassen sich aber auch auf Netzwerke im Gesundheitssystem übertragen.

Ein weiteres Merkmal, das die Organisation der Vernetzung beschreibt, ist die Art der Steuerung: Dominiert ein Mitglied oder dominieren wenige Mit-

gliedert das Netzwerk, liegt ein zentrales Netzwerk vor. Handeln die Netzwerkmitglieder gleichberechtigt, besteht ein polyzentrisches/dezentrales Netzwerk.

Ob ein Netzwerk im Gesundheitswesen erfolgreich oder nicht erfolgreich ist, hängt maßgeblich von der Ausgestaltung der Initiierungs- und Gründungsphase ab. Dabei ist es entscheidend, dass die Zielsetzungen, die die Netzwerkmitglieder mit der Teilnahme am Netzwerk verfolgen, ausreichend transparent sind und miteinander im Einklang stehen.

Aus diesen Zielen ergeben sich dann weitere Entscheidungen hinsichtlich der Strukturen des Netzwerks (z.B. Rechtsform, Arbeitsinhalte und Aufgaben). Erst wenn ein Netzwerk nach einer erfolgreichen Gründungsphase gefestigt ist, sollten weitere Entscheidungen (z.B. Auswahl bestimmter Patientengruppen, Erarbeitung von Kooperationsvereinbarungen, Initiierung von Projekten, Anerkennung des

Netzwerks durch bestimmte Institutionen oder Unternehmen (z.B. KVWL, Krankenkassen, Industrie) getroffen werden. Erfahrungsgemäß sollten mindestens 2 Jahre für die Gründungsphase eingeplant werden. So kann verhindert werden, dass in der Folge ein Netzwerk nur damit beschäftigt ist, die Mitglieder „bei der Stange zu halten“ und „Löcher zu stopfen“.

Teil der Definition eines Netzwerkes im Gesundheitswesen ist, dass es der Steigerung der Qualität im Hinblick auf Medizin, Betriebswirtschaft, Zeitmanagement, Gesundheitsmanagement und Patientenzufriedenheit dient. Der Erfolg eines Netzwerkes liegt also darin, dass die beschriebenen Ziele erreicht werden. Ob dies gelingt, hängt maßgeblich von verschiedenen Erfolgsfaktoren ab. Ausgehend von Netzwerken in klassischen Wirtschaftsbranchen lassen sich Erfolgsfaktoren in strategische (z.B. gemeinsame Ziele), kulturelle (z.B. Vertrauen) und strukturelle Aspekte (z.B. Organisation) unterteilen.

Strategie	Kultur	Struktur
Strategische Stimmigkeit	Kulturelle Stimmigkeit	Strukturelle Stimmigkeit
Gemeinsames Ziel	Vertrauens- und Verantwortungsbewußtsein	Vernetzung
Gegenseitiger Nutzen	Kommunikationsfähigkeit	Regelwerke
	Konfliktfähigkeit	Normen
	Gemeinsames Lernen/Wissen	Organisation
	Veränderungsfähigkeit/-bereitschaft	Führung

In Hinblick auf die strategischen Aspekte ist es besonders wichtig, dass alle Netzwerkpartner gemeinsame Ziele haben. Dementsprechend empfiehlt es sich, in der Praxis die jeweiligen Erwartungen und Ziele aller Netzwerke genau zu erfassen und abzustimmen. Bei den strukturellen Erfolgsfaktoren sind sowohl eine hohe Vernetzung als auch die Festlegung von Regelwerken und Rechtsnormen, Organisation und Führung von großer Bedeutung. Daher geht es im folgenden Modul 3 exemplarisch um Pro-

zesse und Abläufe der Zusammenarbeit im professionsübergreifenden Netzwerk „Gemeinsam“.

Die strategischen und strukturellen Aspekte reichen jedoch noch nicht für ein funktionierendes Netzwerk aus: Die weichen, kulturellen Faktoren müssen ebenfalls erfüllt sein. Alle Netzwerkpartner sollten über Vertrauen und Verantwortungsbewusstsein, Kommunikations- und Konfliktfähigkeit und eine hohe Veränderungsfähigkeit/-bereitschaft verfügen. Ge-

meinsames Lernen und Wissen stellen ebenfalls eine gute Möglichkeit dar, um eine gute Beziehung unter den Netzwerkpartnern zu fördern. Aus diesen Gründen beschäftigen wir uns in Modul 4 genauer mit dem Thema „Kommunikation auf Augenhöhe“ und in einem weiteren Modul 5 mit dem Handlungskonzept des „Case Management“.

Erfahrungsgemäß gibt es **sowohl hemmende als auch fördernde Faktoren** von Netzwerkarbeit, über die sich die Netzwerkteilnehmer bei Initiierung und Gründung eines Netzwerkes einen Überblick verschaffen sollten. In den folgenden zwei Checklisten sind wichtige Faktoren aufgelistet

Hemmende Faktoren

- Die Erwartungen der verschiedenen Berufsgruppen an die übrigen Akteure sind sehr unterschiedlich.
- Die Einschätzungen hinsichtlich der Bedarfe der Patientinnen und Patienten bei den Berufsgruppen sind sehr unterschiedlich.
- Es bestehen Wissensdefizite hinsichtlich der Kompetenzen und Arbeitsweisen anderer Berufsgruppen.
- Es herrscht eine fehlende Offenheit bestehender Netzwerke gegenüber anderen Berufsgruppen.
- Die Führungs- und Managementkompetenzen im Gesundheitswesen sind vielfach nicht optimal.
- Aspekte der Netzwerkarbeit spielen in der Ausbildung im Gesundheitswesen bislang keine große Rolle.
- Es gibt zu wenig Denken in ganzheitlichen Strukturen und Prozessen.
- Der Themenkomplex der Interdisziplinarität findet den Weg aus der Forschung in die Praxis nicht.
- Ärztinnen und Ärzte sind verantwortlich für Diagnosen und Verordnungen.
- Das Abhängigkeitsverhältnis von den Ärztinnen und Ärzten verhindert eine Kommunikation auf Augenhöhe.
- Netzwerkarbeit wird häufig zu stark von Ärztinnen und Ärzten dominiert.
- Die EDV-Systeme der unterschiedlichen Professionen und Sektoren sind nicht kompatibel.
- Unterschiedliche Arbeitszeiten/Taktungen erschweren die Zusammenarbeit der Professionen.
- Viele Gesundheitsdienstleister haben Angst vor Verlust des selbstbestimmten Handelns.

Fördernde Faktoren

- Gemeinsame Ziele sind klar formuliert.
- Die Arbeitsschwerpunkte sind flexibel und richten sich an den Bedarfen der Netzwerk-beteiligten aus.
- Die Schnittstellen und Verfahrenswege sind eindeutig geregelt und schriftlich fixiert.
- Rollen, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen der Netzwerk-beteiligten sind klar definiert.
- Ein/e „neutrale/-r“ Netzwerkmanager/-in oder Koordinator/-in ist vorhanden.
- Es besteht eine finanzielle Unterstützung durch kommunale oder institutionelle Akteure.
- Es gibt Zeit, um Netzwerke wachsen und reifen zu lassen.
- Das persönliche Kennen und Schätzen fördern vertrauensvolle Zusammenarbeit.
- Sympathie wirkt stärker als Strukturen.

4 Links und weiterführende Literatur

Braun G. E. & Güssow E. (2006). In: Braun G., E. & Schulz-Nieswandt F.(Hrsg.), Liberalisierung im Gesundheitswesen. Einrichtungen des Gesundheitswesens zwischen Wettbewerb und Regulierung. (S. 65-93) Baden-Baden: Nomos. S. 71 ff.

Knop, R. (2009). Erfolgsfaktoren strategischer Netzwerke kleiner und mittlerer Unternehmen. Frankfurt/Main: Gabler. S. 65f.

Komus, A./ Wauch, F. (2008): Wikimanagement. Was Unternehmen von Social Software und Web 2.0 lernen können. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

LDS – Landesinitiative Demenz-Service (2012): Leitfaden für den Aufbau und die Umsetzung von regionalen Demenznetzwerken. URL: [\[gruppen/Netzwerke-Leitfaden_24-5-2012.pdf\]\(#\) \(Zuletzt abgerufen: 29.11.2015\)](http://www.demenz-service-nrw.de/tl_files/Landesinitiative/Die%20Landesinitiative/Ergebnisse%20der%20Arbeits-</p></div><div data-bbox=)

Schlicht, G. (2001). Angewandtes Netzmanagement. In: W. Hellmann (Hrsg.), Management von Gesundheitsnetzen (S. 252-270). Stuttgart: Kohlhammer.

Umbauer, G. (2015): Checklisten zur Netzwerkgründung, Wirtschaftskammer Österreich, URL: https://www.wko.at/Content.Node/branchen/oe/sparte_iuc/Unternehmensberatung-und-Informationstechnologie/ExpertsGroups/Kooperation/Checklisten_zur_Netzwerkgruendung.html

Modul 3

Prozesse und Abläufe der professions- übergreifenden Zusammenarbeit



1 Intro

Treffen wie im Projekt GEMEINSAM unterschiedliche Professionen und Institutionen (Pflege, Medizin, Therapie, Gesundheitsberatung etc.) mit dem Ziel einer bestmöglichen Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten zusammen, dann ist ein strukturiertes und aufeinander abgestimmtes Handeln aller Beteiligten unabdingbar. Erst dieses ermöglicht eine optimale Versorgung und trägt gleichzeitig zu einer höheren Kosteneffizienz und Steigerung der Leistungsfähigkeit bei.

Folgende Aspekte sind für Zusammenarbeit im professionsübergreifenden Netzwerk immens wichtig:

- Es bedarf der klaren Formulierung gemeinsamer Ziele.
- Kompetenzen, Aufgaben und Verantwortung der beteiligten Professionen müssen eindeutig definiert sein.
- Verfahren mit ihren Schnittstellen zu anderen Professionen müssen transparent beschrieben sein.

Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit im Netzwerk stellen systematische und einheitliche Prozesse die Basis dar. Die Informationsweitergabe sowie die Regelung über Absprachen müssen klar organisiert sein. Dieses Modul zeigt Praxisbeispiele aus dem Netzwerk GEMEINSAM, die den Dienstleistern des Gesundheitswesens Anstöße für eine Optimierung der bestehenden Prozesse geben.

Der Prozess-Ansatz in einem professionsübergreifenden Netzwerk sollte das Planen-Durchführen-Prüfen-Handeln-Modell (PDCA-Zyklus) umfassen. Dieses Konzept stellt sicher, dass

- Kundenanforderungen an die Prozesse verstanden und erfüllt werden,
- die Prozesse hinsichtlich der Wertschöpfung umgesetzt werden,
- eine Steigerung der Leistungsfähigkeit der Prozesse erreicht wird und
- die Prozesse durch Kennzahlen verbessert werden können.

2 Wie funktioniert die Versorgung im professionsübergreifenden Netzwerk?

Im Rahmen der professionsübergreifenden Versorgung werden Therapien und Versorgung multiprofessionell abgestimmt und geplant. So können unterschiedliche Sichtweisen und Kompetenzen berücksichtigt und alle Bausteine für eine gemeinsame Versorgung optimal aufeinander abgestimmt werden. Der Patient steht bei allen Vorgängen immer im Mittelpunkt (Patientenzentrierung).

Das bedeutet, dass alle notwendigen Expertisen bei Entscheidungen im Hinblick auf die Therapie- und

Versorgungsplanung beteiligt sind und die Therapie- und Versorgungsplanung entsprechend den Bedürfnissen der Patienten geschieht.

Für das Ziel der optimalen professionsübergreifenden Versorgung müssen die verschiedenen Kompetenz- und Verantwortungsbereiche klar festgelegt werden. Außerdem muss eine zielgerichtete Festlegung und Einhaltung der Schnittstellen unter Berücksichtigung der verschiedenen Zuständigkeiten

bei der Informationsweitergabe, der Versorgungsplanung und den Therapiemaßnahmen geschehen. Innerhalb der Schnittstellenprozesse müssen die rechtlichen Vorgaben beachtet werden sowie eine aktive Abstimmung der Akteure untereinander durch die professionsübergreifende Therapieplanung an Hand unterschiedlicher Instrumente erfolgen.

Um die Ziele zu überprüfen ist es ratsam, die Prozesse und Abläufe an einer Patientengruppe zu erproben sowie eine jährliche Statistik über die Zahl multiprofessionell versorgter Patientinnen und Patienten und die Anzahl gemeinsamer Schulungen zu führen.

Die Patientinnen und Patienten werden zunächst im „Erstkontakt“ vor Ort angesprochen und über die Möglichkeit einer Betreuung im Netzwerk GEMEINSAM informiert. Die Patienten bekommen einen Informationsflyer und werden an die zentralen Netzwerkpartner, Caritasverband und Hausarzt-Praxis Münsterland, weitergeleitet. Daraufhin erfolgt ein aufklärendes sog. „Informationsgespräch“ bei einem der Kooperationspartner, in welchem die Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige über die endgültige Aufnahme in das Netzwerk entscheiden. Hier werden nun alle relevanten Daten für die Versorgung erhoben und festgehalten. Für die Übermittlung der Daten innerhalb des Netzwerks unterschreibt die Patientin/der Patient oder ein ermächtigter Angehöriger eine Schweigepflichtentbindung und Einverständniserklärung. Für die Patienten und die Angehörigen fungiert der gewählte Kooperationspartner als fester Ansprechpartner bei weiteren Anliegen oder Fragen.

Das Verfahren stellt sicher, dass eine einheitliche Ansprache und professionsübergreifende Versorgung

durch verschiedene Netzpartner gewährleistet werden. Durch die schnelle Weitergabe der Daten an die entsprechenden Ansprechpartner kann eine zeitnahe Terminierung für eine Mitbehandlung und ein ausführliches Informationsgespräch erfolgen.

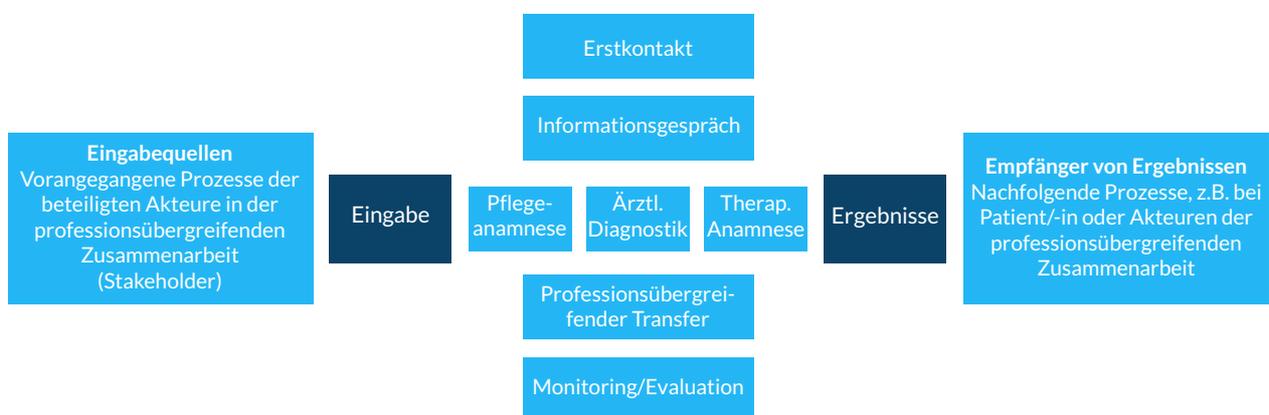
Wo müssen die Professionen in diesem Prozess zusammenarbeiten?

In der professionsübergreifenden Zusammenarbeit sollten die Abläufe und Strukturen transparent, effizient und auf die gemeinsamen Ziele zugeschnitten sein.

Das bedeutet zum einen die Orientierung an der DIN ISO 9001:2015 als bewährte und weltweit anerkannte Qualitätsnorm und die Orientierung an anerkannten Standards und aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie die Erfüllung der vertraglichen Vereinbarungen unter Beachtung der gesetzlichen und behördlichen Vorschriften und betriebswirtschaftlicher Ressourcen. Dabei ist die Ausrichtung der Versorgungsqualität an den Aufträgen und Wünschen der Kunden immer zu beachten.

Diese Ziele werden durch die Beschreibung der Schnittstellenprozesse in einem Handlungsleitfaden zur professionsübergreifenden Zusammenarbeit unter Beteiligung aller Mitwirkenden erreicht. Es ist dabei immer wichtig die definierten Schnittstellenprozesse einzuhalten und die Qualität der Prozesse auf Grundlage der definierten Ziele regelmäßig zu evaluieren. Halbjährig sollte ein Wissenstransfer und Informationsaustausch aller Beteiligten stattfinden.

Eine regelmäßige Überprüfung durch eine jährliche Statistik und Bewertung der professionsübergreifen-



den Zusammenarbeit im Netzwerk sind zu empfehlen. Zudem ist die Zusammenführung der Prozesse in der Geschäftsführung bzw. Geschäftsstelle im Netzwerk GEMEINSAM zwingend notwendig.

Schnittstellen finden sich zunächst zwischen Erstkontakt und Informationsgespräch sowie bei der Weitergabe der relevanten Daten im professionsübergreifenden Transfer. Die Daten werden in einer sog. „Patientenmappe“ gesammelt. Um einen Informationsverlust zu vermeiden, ist es essentiell, die Verantwortlichkeiten klar zu bestimmen. Im Netzwerk GEMEINSAM ist derjenige verantwortlich, der den Patienten in das Netzwerk eingetragen hat. Er dient als Hauptansprechpartner. Bislang ist im Netzwerk GEMEINSAM die Informationsweitergabe nur analog auf Papier möglich. In Zukunft soll es aber im Rahmen einer Kooperation mit dem Projekt I/E-Health NRW möglich sein, Informationen über digitale Kommunikationswege auszutauschen.

Wie findet ein multiprofessioneller Austausch statt?

Wann ein multiprofessioneller Austausch sinnvoll ist, entscheiden die Mitarbeiter/-innen aus dem professionsübergreifenden Team. Je nach Bedarf werden Fallkonferenzen mit allen beteiligten Professionen initiiert (Telefon, persönlich, Skype) oder ein reiner Informationsaustausch angestoßen (persönlich oder schriftlich). Wichtig ist, dass im Rahmen des Austausches jeweils die Mitarbeiter/-innen die Verantwortung tragen, die diesen initiiert haben.

Fallbesprechungen

In den „Fallbesprechungen“ können sich die Mitglieder des Netzwerkes GEMEINSAM über problematische Patientenfälle austauschen und ihr weiteres professionsübergreifendes Vorgehen planen. Sie besprechen die Problemstellung und entscheiden über einen verbindlichen Maßnahmenplan. Für das Festhalten der Ergebnisse und zur Dokumentation liegen entsprechende Protokollbögen vor.



Protokoll Fallbesprechung

Maßnahmeplan zur Fallbesprechung

Was? (Aufgabenbeschreibung)	Wer?	Wann?	Rückmeldung an beteiligte Professionen Datum/Hz.

Datum, Unterschrift Fallverantwortliche/-r



Protokoll Fallbesprechung

Name der/(des) Betroffenen:	_____
Datum/Uhrzeit:	_____
Datum der letzten Fallbesprechung:	_____
Fallverantwortliche/r:	_____
Beteiligte Mitarbeiter/-innen	_____
Problembeschreibung	_____
Ergebnis:	_____

3 Beispiel für den Ablauf im Netzwerk GEMEINSAM: Die 7 Schritte

Im Gesundheitswesen arbeiten viele verschiedene Professionen meist unabhängig und nebeneinander auf unterschiedlichen Informationswegen zusammen. Der/die Patient/-in selber muss in der Regel zwischen den verschiedenen Akteuren vermitteln und individuelle Daten bzw. Befunde an die entsprechenden Dienstleister weiterleiten. Dieses Vorgehen geht oft zu Lasten der Betroffenen, besonders bei Menschen mit Demenz.

Im Netzwerk GEMEINSAM hingegen arbeiten Akteure des Gesundheitswesens, wie z. B. Ärzte/Ärztinnen, Pflegende sowie Physio- oder Ergotherapeuten/-therapeuten in einem professionsübergreifenden Team auf Augenhöhe zusammen. Dabei wird eine diversitätssensible Versorgung, die inklusiv, biografieorientiert, genderspezifisch und kultursensibel angelegt ist, gewährleistet. So können betroffene Menschen mit Demenz im Netzwerk Gemeinsam bestmöglich versorgt und betreut werden. Die Dienstleister tauschen im Netzwerk GEMEINSAM zuverlässig Informationen z. B. in Fallkonferenzen aus und arbeiten nach vorab festgelegten Abläufen zusammen.

In unserem Fallbeispiel stellen wir Ihnen den prototypischen Ablauf der Aufnahme und der Versorgung sowie Betreuung im Netzwerk GEMEINSAM vor. Im Netzwerk GEMEINSAM gibt es insgesamt sieben Schritte, die ein Patient oder eine Patientin durchläuft:

1. Der/die Patient/in oder ggf. ein Angehöriger wird in Legden und Umgebung von Unterstützern des Netzwerks z. B. in der Apotheke oder Arztpraxis, beim Pflegedienst oder im Rathaus vom Bürgerservice angesprochen. Er/sie bekommt eine schriftliche Kurzinformation („Infokarte“) mit den wichtigsten Daten zum Projekt überreicht.

2. Wenn der/die potenzielle Patient/-in bzw. sein/e Angehörige/-r Interesse zeigt, werden Kontaktdaten, wie Name oder Telefonnummer in das Formular „Kontaktdaten“ eingetragen. Dieser Schritt wird Erstkontakt genannt.

3. Die Informationen des Kontaktformulars werden innerhalb von wenigen Tagen von denjenigen, die die Kontaktdaten aufgenommen haben, an die Hausarztpraxis Münsterland und/oder den Caritas Pflegedienst weitergeleitet.

4. Wenn die Daten eingegangen sind, wird mit dem potenziellen Patienten kurzfristig ein Termin für ein Informationsgespräch vereinbart.

5. Nun wird das ausführliche Informationsgespräch über das Projekt mit dem potenziellen Patienten entweder in der Hausarztpraxis oder bei dem Caritas Pflegedienst geführt.

5a Wenn kein Interesse seitens des potenziellen Patienten besteht und die sog. Einschlusskriterien (u. a. älter als 40 Jahre, familiäre Disposition) nicht erfüllt sind, wird eine interne Begleitung und keine professionsübergreifende Fallbegleitung eingeleitet.

5b Wenn Interesse seitens des Patienten besteht und die Einschlusskriterien erfüllt sind, erfolgt die Aufnahme in das Netzwerk Gemeinsam.

In dem Informationsgespräch wird darüber hinaus der „Informationsbogen“ ausgefüllt, der zur Aufnahme in das Netzwerk dient. Darin werden z. B. Alter, Adresse, Vorerkrankungen des Patienten und die Problemstellung festgehalten. In diesem Formular wird auch festgehalten, ob und wann Rückmeldung an andere Professionen gegeben wurde. Dieses Formular kann im späteren Verlauf für den Austausch von Informationen genutzt werden. Die gesammelten Patientendaten werden in der sog. Patientenmappe dokumentiert. Auf diese geschützte „Patientenmappe“ können alle beteiligten und autorisierten Gesundheitsdienstleister bei Bedarf zugreifen.

6. Nach der Aufnahme ins Netzwerk können Assessments und die Diagnostik durchgeführt werden. Beides findet zunächst bei demjenigen statt, der den Patienten im Informationsgespräch in das Netzwerk aufgenommen hat. Falls weitere Assessments nötig sind, können verschiedene diagnostische Untersu-

chungen wie z.B. der „Uhrentest“ beim Arzt und das Pflege-Assessment beim Pflegedienst hinzugezogen werden.

6a Darauf folgt die Therapieeinleitung, beziehungsweise die Überleitung des/der Patient/in in ein therapeutisches Verfahren.

6b Wenn keine Demenz diagnostiziert wurde, wird bei erhöhtem Demenzrisiko ein Präventionsplan erarbeitet.

7. Die Patientin/Der Patient erhält im Rahmen der Therapie Zugang zu koordinierten Pflegeleistungen und Betreuungsmöglichkeiten, Beratungsangeboten in der Umfeld-Gestaltung, Möglichkeiten zur Teilnahme an ergotherapeutischen, physiotherapeutischen und weiteren sinnvollen Maßnahmen. Die Einnahme notwendiger Medikamente wird koordiniert und überwacht. Begleitend werden Angehörige um-

fassend informiert und können an diversen Schulungs- und Coachingmaßnahmen teilnehmen. Die beteiligten „Professionen“ tauschen sich während der multiprofessionellen Zusammenarbeit in Fallkonferenzen aus (z.B. in einer persönlichen Fallkonferenz vor Ort oder in einer Telefon- oder Skypekonferenz). Außerdem werden alle erfassten Informationen in schriftlicher Form (z.B. durch den Informationsbogen) allen Beteiligten zur Verfügung gestellt.

Falls aufgrund individueller Veränderungen bzw. Ereignissen erneuter Handlungsbedarf besteht, werden entsprechende Informationen von dem/derjenigen der/die das Informationsgespräch geführt hat oder der/diejenige der/die den Handlungsbedarf sieht, an die anderen Beteiligten im Netzwerk Gemeinsam weitergeleitet und es erfolgt gegebenenfalls eine weitere Fallkonferenz mit allen beteiligten Versorgern.

4 Links und weiterführende Literatur

Hellmann, W. (Hrsg.) & Eble, S (Hrsg.) (2009). Gesundheitsnetzwerke managen: Kooperationen erfolgreich steuern. Berlin: MWV.

Hellmann, W. (Hrsg.) & Eble, S.(Hrsg.) (2010). Ambulante und Sektoren übergreifende Behandlungspfade. Berlin: MWV.

Menker, K., Leuderalbert, B. & Wittland, M. (2018). Der Handlungsleitfaden im Netzwerk GEMEINSAM in Zeitschrift transfaer, 3/2018, S. 10-11. Bielefeld.

EHealth. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/e-health-initiative>

Modul 4

Kommunikation auf Augenhöhe



1 Intro

Die einzelnen Professionen innerhalb unseres Gesundheitssystems verhalten sich wie jede Gruppe: Sie grenzen sich von anderen Gruppen ab, indem sie die eigene Gruppe auf- und die andere Gruppe abwerten, insbesondere hinsichtlich Professionalität und Kompetenz.

Und so entstehen Versorgungsbrüche innerhalb des Gesundheitswesens, die jeder Bürger aus eigener Anschauung kennt: Die Professionen arbeiten nicht miteinander, sondern oftmals gegeneinander. Sie entwerfen nicht gemeinsame Behandlungspläne, die aus einer ganzheitlichen, interdisziplinären Sicht auf den Fall resultieren, sondern isolierte Interventionen aus der eigenen disziplinären Perspektive heraus. Sie sprechen selten direkt miteinander, sondern verfassen Verschreibungen und knappe Notizen oder lassen gar die Patientin oder den Patienten Informationen weitergeben.

Gelingen kann die professionsübergreifende Zusammenarbeit nur durch das Sammeln von Erfahrungen im multiprofessionellen Austausch. Jede Akteurin und jeder Akteur muss es selbst erlernen und erleben, wie eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe mit anderen Professionen zu gestalten ist und welche Effekte für Qualität und Effizienz des Gesundheitswesens davon ausgehen können. Die Kommunikation miteinander ist dabei der entscheidende Faktor. Gute Kommunikation ist die zentrale Voraussetzung für gute professionsübergreifende Zusammenarbeit.

2 Wie kommunizieren wir?

Kommunikation wird in der Sprache der Wissenschaft als ein Wechselspiel zwischen zwei oder mehreren Gesprächspartnern verstanden. Einer der Gesprächspartner ist der Sender, der eine Nachricht äußert. Und der andere Gesprächspartner ist der Empfänger, der diese Äußerung aufnimmt. Reagiert der Empfänger, so wird er zum Sender und umgekehrt.

Kommunikationsmodelle

In der Wissenschaft existieren zahlreiche Modelle, die Kommunikation beschreiben. Im Folgenden werden zwei Modelle vorgestellt, die zum einen die formalen und zum anderen die inhaltlichen Prozesse von Kommunikation erfassen.

Das **Modell von Shannon & Weaver** (1949) ist ein technisch inspiriertes Modell, das ursprünglich dafür



konzipiert wurde, die technische Übertragung einer Telefongesellschaft zu optimieren.

An diesem Kommunikationsmodell lassen sich maßgebliche Fehlerquellen für eine unzureichende Kommunikation erkennen. Fehler beim Sender könnten darin bestehen, dass der Sender den intendierten Inhalt nicht ausreichend genau formuliert. Beim Empfänger könnten Ursachen für eine fehlerhafte Kommunikation zudem darin liegen, dass unterschiedliche Erwartungshorizonte und/oder Kulturen bestehen. Darüber hinaus kann es auch bei Kodierung und Dekodierung z. B. durch Mehrdeutigkeiten zu Störungen kommen.



In dem oben dargestellten Schema sehen Sie, wie das Modell bei einem Telefongespräch aussähe: Der Sender kodiert seine Nachricht mit Hilfe des Telefons und dieses Signal kommt über die Telefonleitung (den Kanal) beim Telefon des Empfängers an. Fehler könnten in allen dargestellten Komponenten auftreten: z.B. könnte das Telefon des Empfängers defekt sein oder die Telefonleitung nicht funktionieren. Das Modell lässt sich ebenfalls auf direkte gesprochene Sprache übertragen:



Das **4-Ebenen-Modell von Schulz von Thun** – auch das Vier-Ohren-Modell genannt – unterscheidet vier Kommunikationsebenen. Danach enthält eine Nachricht nicht allein sachliche Informationen, sondern beinhaltet meist auch Aussagen über die sendende Person selbst (Selbstoffenbarung) und die Beziehung unter den Kommunikationspartnern (Beziehungsebene) sowie einen Appell an die adressierte Person (Appell). Dementsprechend können Nachrichten auch auf den vier genannten Ebenen verstanden werden. Nach Schulz von Thun gibt es äquivalent zum Sender auf der Empfängerseite ein Sach-, ein Selbstoffenbarungs-, ein Beziehungs- und ein Appellohr.



1. Die **Sachaussage**: Sachinhalte sind in der Nachricht enthalten und bestehen aus Informationen über Fakten und Sachverhalte.
2. Die **Selbstoffenbarung**: Darüber hinaus enthält jede Nachricht Hinweise über die Gefühle, die Befindlichkeit oder den Zustand der Person, die gerade kommuniziert.

3. Die **Beziehungsebene**: Botschaften dieser Art verdeutlichen, wie das Verhältnis zwischen Sender und Empfänger zueinander gesehen wird.
4. Der **Appell**: Dieser bezeichnet die vom Sender beabsichtigte Reaktion auf eine Nachricht im Denken, Fühlen und Verhalten des Empfängers.

Es wird in diesem Modell deutlich, dass eine Nachricht auf höchst unterschiedliche Weise entschüsselt werden kann. Es kommt immer darauf an, welches Ohr momentan die höchste Empfangsensibilität aufweist und mit welchen Prioritäten der Empfänger die Botschaften auf den verschiedenen Ebenen verarbeitet. Je nachdem, auf welchem der vier Ohren man in einer Gesprächssituation besonders sensibel hört, empfängt man also eine andere Botschaft. Das wiederum beeinflusst, wie Sie auf das Gesagte Ihres Gesprächspartners reagieren.

In diesem Zusammenhang ist die Körpersprache, mit der ich meinem Gesprächspartner begegne, sehr wichtig. Über meine Körpersprache sende ich zusätzliche Botschaften und Signale an den Gesprächspartner, die wiederum die Botschaften einer sprachlichen Nachricht verstärken, verdeutlichen, neutralisieren oder schlimmstenfalls deren Gegenteil signalisieren können. Letzteres macht deutlich, wie Missverständnisse entstehen und Kommunikationsversuche fehlschlagen können.

Anhand eines Alltagsbeispiels lässt sich das Modell von Schulz von Thun gut verdeutlichen:

Eva und Daniel essen zu Abend. Eva hat mit viel Mühe für beide eine besondere Suppe gekocht. Nach den ersten Löffeln sagt Daniel: „Da ist etwas Grünes in der Suppe.“

Eva antwortet darauf erbost: „Dann koch doch nächstes Mal selber!“ und verlässt das Esszimmer.

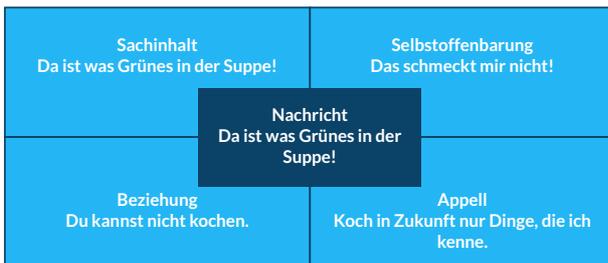
Daniel blickt ihr verdutzt hinterher.

Warum kommt es zu einem Missverständnis? Im Folgenden sehen Sie, wie Daniel die Nachricht gemeint haben und Eva die Nachricht auf den vier Ebenen verstanden haben könnte.

Daniels Modell:



Evas Modell:



Während Daniel möglicherweise nur feststellt, dass etwas Grünes in der Suppe ist und damit auf der sachlichen Ebene kommuniziert, versteht Eva den Satz primär auf dem Beziehungsohr. Die jeweilige „Hauptebene“ färbt dabei jeweils auf die anderen Ebenen ab.

Derselbe Wortlaut wurde damit komplett unterschiedlich interpretiert. Probleme in der Kommunikation können folglich auch dadurch verursacht werden, dass Nachrichten nur „einseitig“ verstanden werden, z.B. immer auf Beziehungsebene (sogenannte einseitige Empfangsgewohnheiten).

Beide Modelle zeigen damit, dass Kommunikation ein sehr fragiler und sowohl auf formaler als auch auf inhaltlicher Ebene ein fehleranfälliger Prozess ist.

3 Kommunikation auf Augenhöhe: Wie geht das?

Die einfachste Möglichkeit um eine fehlerhafte Kommunikation zu vermeiden ist das direkte Gespräch, in dem sich der Sender vergewissern kann, dass der Empfänger die Nachricht „richtig“ verstanden hat. Heutzutage findet jedoch ein Großteil der Kommunikation nicht mehr direkt vis-à-vis statt, sondern verläuft größtenteils über Medien wie z.B. Telefon und E-Mail. Was unsere Kommunikation vereinfachen soll, erschwert sie jedoch hingegen häufig: Je weniger zusätzliche Hinweisreize/Kanäle wie Gestik und Mimik in der Kommunikation bestehen, desto schneller kommt es zu Missverständnissen. Nach der Media-Richness-Theorie legt die Anzahl der Kanäle in Kombination mit der Möglichkeit einer unmittelbaren Rückmeldung fest, wie „reichhaltig“ ein Medium ist. Bei höherer Reichhaltigkeit ist die Kommunikation sicherer und desto weniger Missverständnisse treten auf. Für die Nutzung von Kommunikationsmedien empfiehlt die Media-Richness-Theorie daher, dass das gewählte Kommunikationsmedium je nach Anlass so reichhaltig wie nötig und ökonomisch wie möglich ist. Bezogen auf die Netzwerkarbeit in der professionsübergreifenden Zusammenarbeit bedeutet dies zum Beispiel, dass eine Kommunikation, die in einer direkten oder telefonischen Fallkonferenz stattfindet, der Kommunikation,

die über Überweisungsscheine läuft, um ein Vielfaches überlegen ist.

Wertschätzende Grundhaltung

Eine wertschätzende Grundhaltung gegenüber dem Gesprächspartner bietet allen Erkenntnissen und Erfahrungen nach die beste Ausgangslage für das Zustandekommen und die Fortführung einer produktiven partnerschaftlichen Kommunikation. Voraussetzungen für eine wertschätzende Grundhaltung auf einer Beziehungsebene sind dabei vor allem:

- Einfühlungsvermögen
- Offenheit
- Vorurteilslosigkeit
- ungeteilte Aufmerksamkeit
- zuhören können
- Verständnis zeigen
- Respekt
- Frustrationstoleranz (Fähigkeit, mit enttäuschenden Situationen umzugehen)

Eine größtmögliche Verwirklichung dieser Voraussetzungen gewährleistet nicht nur eine maximale Empfangsbereitschaft auf allen „vier Ohren“ sondern auch die beste Ausgangslage für das Zustandekommen und die Aufrechterhaltung einer produktiven

Kommunikationsbasis der Netzwerkmitglieder untereinander sowie zwischen Vorgesetzten und Beschäftigten.

Die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen sollte auf Augenhöhe stattfinden. Ziel ist es, die unterschiedlichen Sichtweisen und Kompetenzen medizinischer, pflegerischer und therapeutischer Fachkräfte gleichrangig in die Diagnostik, Therapie- und Versorgungsplanung einzubringen. Das bedeutet, dass die Fachkompetenz der anderen Berufsgruppen anerkannt wird und ein wertschätzender Umgang miteinander herrscht. Die Netzwerkmitglieder benötigen eine Haltung, die dieses wertschätzende Miteinander nach außen trägt. Darüber

hinaus braucht es eine transparente und motivierte Zusammenarbeit sowie das Bewusstsein der eigenen Rolle im Diagnose- und Behandlungsprozess. Dies erfordert eine Kommunikation auf Augenhöhe und setzt ein hohes Maß an Kommunikations- und Innovationsfähigkeit voraus.

Zusammenarbeit auf Augenhöhe kann durch die gemeinsame Definition von Zielen und Maßnahmen-/Projektplanungen sowie durch einen engen Austausch untereinander innerhalb festgelegter Kommunikationsstrukturen (z.B. im multiprofessionellen Netzwerk Gemeinsam) erreicht werden. Dabei muss eine wertschätzende Kommunikation, die die Äußerung und die Annahme konstruktiver Kritik ausdrücklich einbezieht, gelingen.

4 Links und weiterführende Literatur

Röhner, J. & Schütz, A. (2016), Psychologie der Kommunikation. Wiesbaden (2. Auflage): Springer.

Williams, M. et al. (2010). Measuring Communication in the Surgical ICU: Better Communication Equals Better Care, *Journal of the American College of Surgeons*, 210(1), 17-22. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2009.09.025

Six, Ulrike (Hrsg.): Kommunikationspsychologie – Medienpsychologie, Weinheim: Beltz, PVU, 2007

Modul 5

Case Management als zentraler Bestandteil der vernetzten Versorgung



1 Intro

Wir haben bereits erfahren, dass die systematische Vernetzung der Gesundheitsakteure Versorgungsbrüchen entgegenwirkt. Ein Handlungskonzept, dessen Ziel es ist, diese Vernetzung sowohl für das Netzwerk als auch für den Patienten möglichst gewinnbringend zu gestalten, ist das sogenannte „Case Management“. Im Folgenden werden wir das Konzept „Case Management“ und seine Durchführung näher beleuchten.

2 Was ist Case Management?

Case Management ist ein Handlungskonzept mit dessen Hilfe die Versorgung in komplexen Fallkonstellationen organisiert werden kann. Es basiert auf einem amerikanischen Managementkonzept aus den 1970ern, das im darauffolgenden Jahrzehnt sowohl in Großbritannien als auch in den USA die Ausrichtung der Sozial- und Gesundheitsdienste maßgeblich mitbestimmt hat.

Die deutsche Gesellschaft für Case Management definiert Case Management umfassend als:

„Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können.“

Die Definition beantwortet bereits folgende wichtige Grundfragen zum Begriff des Case Managements, die im Folgenden noch weiter ausgeführt werden:

1. Wo findet Case Management statt?
2. Was sind die Ziele von Case Management?
3. Auf welchen Ebenen verläuft Case Management?

Wo findet Case Management statt?

Case Management findet in „**Humandiensten und ihrer Organisation**“, d.h. v.a. im Gesundheitswesen und sozialen Sektor statt. Im Gesundheitswesen kann Case Management beispielsweise in der Primärversorgung (u.a. innerhalb von Praxisnetzen), der Pflege und der Rehabilitation Anwendung finden. Im Rahmen des sozialen Sektors wird es z. B. für die Behindertenhilfe, die Familien- Kinder- und Jugendhilfe

sowie für die Beschäftigungsförderung genutzt. Im Alltag überschneiden sich diese Felder häufig, daher besteht eine Aufgabe des Case Managers explizit darin, über die Sektoren hinweg zu agieren und Angebote unterschiedlicher Sektoren zu koordinieren. Im Projekt GEMEINSAM in Legden werden für Demenzpatienten neben der primären medizinischen Versorgung beispielsweise ebenfalls pflegerische und unterstützende Angebote vermittelt.

Für jedes der vielfältigen Anwendungsgebiete muss der generelle Case Management- Ansatz jeweils ausdifferenziert und spezifiziert werden.

Was sind die Ziele von Case Management?

Im Rahmen des Case Managements werden die Ziele verstärkt verfolgt, die bereits durch den Aufbau eines Netzwerks in Angriff genommen werden: Verbesserung der Versorgungsqualität durch „Koordination aus einer Hand“ und Verbesserung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses. Die Verbesserung der Versorgungsqualität umfasst die Bereitstellung nötiger Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung.

Auf welchen Ebenen verläuft Case Management?

Case Management umfasst zwei Facetten mit fließenden Übergängen:

1. **Fallebene:** Individuelle Steuerung eines Falls
2. **Systemebene:** Erarbeitung von Strukturen zur Gewährleistung eines funktionierenden Case Managements

Auf der Systemebene werden „Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert“.

Die Systemebene des Case Managements geht zu dem fließend in das sog. Care Management über. Während beim Case Management der **Einzelfall** und auf der Systemebene die dafür notwendigen organisationalen Strukturen im Fokus stehen, zielt Care Management auf die politischen, versorgungstechnischen und institutionellen Rahmenbedingungen für eine zu versorgende **Gruppe** ab.

Ist Case Management wirklich sinnvoll?

Der Begriff „Management“ scheint anfänglich nicht in den Gesundheitssektor zu passen – zu sehr wird damit die Führung eines Großunternehmens im Wirtschaftssektor assoziiert. Der Ausdruck „Managen“ bezieht sich jedoch nicht auf die Leitung einer großen Belegschaft, sondern auf den geschickten Umgang mit komplexen (Versorgungs-)fällen. Solch ein „geschickter Umgang“ zeichnet sich durch ein zielorientiertes Vorgehen aus, in dem die unterschiedlichen Versorgungsdienstleistungen organisiert, geplant und kontrolliert werden. Dass sich eine koordinierte Versorgung für einige Patientengruppen auszahlt, kann auch empirisch bewiesen werden: Studien und Metaanalysen zeigen, dass Case Management besonders bei chronischen Krankheiten (Disease Management) wie Diabetes Typ 2 zu einer besseren Patientengesundheit oder bei der Behandlung von HIV-Patienten zu einer schnelleren Kontrolle/Behandlung beiträgt.

Rollen eines/-r Case Managers/-in

Der/die Case Manager/-in übernimmt während der Patientenbetreuung neben der Organisations- und Kooperationsfunktion in der Interaktion mit dem/der Patient/-in weitere Rollen, die je nach Patient/-in und Zielsetzung unterschiedlich gewichtet sind:

Advocacy: Aufklärung der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen über Ihre Rechte auf Versorgung und Hilfe. Übernahme von Aufgaben, die die Patientin/der Patient nicht selbst erfüllen kann.

Beispiel: *Beantragung einer Pflegestufe*

Broker: Koordinierung der Angebote der unterschiedlichen Gesundheitsdienstleister.

Beispiel: *Der/die Case Manager/-in vermittelt den Patienten bei Bedarf zusätzlich zum Hausarzt an einen Physiotherapeuten und vereinbart die Inhalte der notwendigen Sitzungen.*

Gate-Keeper: Prüfung des Anspruchs und des Zugangs zu Leistungen der Pflege- und Krankenversicherung/zu Case Management Programmen.

Beispiel: *Der/die Case Manager/-in klärt den Patienten darüber auf, welche Rehabilitationsangebote von seiner Krankenkasse unterstützt werden.*

Supporter: Emotionale, soziale und instrumentelle Unterstützung der Patientinnen und Patienten und deren Umwelt und Förderung von Ressourcen.

Beispiel: *Der/die Case Manager/-in regt den Patienten dazu an, sich öfter mit Freunden oder der Familie zu treffen.*

In unserem Gesundheitssystem können diese Aufgaben am besten von der Hausarzt-Praxis übernommen werden.

3 Wie läuft Case Management ab?

Ein gelungenes Case Management zeichnet sich u.a. darin aus, dass es strukturiert, transparent und zielorientiert verläuft. Um dies zu gewährleisten, wird im Folgenden beispielhaft ein idealtypischer Ablauf dargestellt



Intake: Im Intake wird nicht – wie es der Name vermuten lässt – nur gemeinsam entschieden, ob der Patient/die Patientin in das Case Management-Programm aufgenommen wird. Maßgebliche Voraus-

setzung sind zuvor ebenso eine gute Zugänglichkeit des Beratungsangebotes, sowie ein erfolgreiches Case Finding, d.h. das Finden von Patienten (z.B. durch Screeningverfahren), die für ein Case Management Programm geeignet sein könnten.

Assessment: Im Rahmen des Assessments (Systematische Erfassung des Gesundheitszustandes) wird auch die Lebenssituation des Klienten/der Klientin umfassend analysiert und aus allen ermittelten Fakten werden Bedarfe, Probleme und Ressourcen abgeleitet. Das Assessment stellt die Basis des Case Management Prozesses dar und sollte daher besonders gründlich durchgeführt werden. Ein Assessment muss nicht nur zu Beginn (Eingangs-Assessment) erstellt werden, sondern es wird häufig ebenfalls in der Mitte (Re-Assessment) oder am Ende des Prozesses (Abschluss-Assessment) zur Evaluation durchgeführt.

Planning: Im Planning werden gemeinsam mit dem Klienten die Ziele des Case Management Prozesses bestimmt und daraufhin Hilfe- und Unterstützungsangebote geplant.

Linking und Monitoring: In diesen beiden Prozessen geht es um die konkrete Umsetzung der geplanten Hilfe- und Unterstützungsangebote. Voraussetzung dafür ist, dass die Angebote und der Informationsaustausch im Netzwerk koordiniert werden (Linking). Eine kontinuierliche Kontrolle des Prozesses und eine mögliche Umsteuerung werden durch den Begriff des Monitorings beschrieben.

Evaluation: Die Evaluation des Case Management Prozesses sollte sich auf mehrere Dimensionen beziehen. Dazu zählen auf den Klienten/die Klientin bezogen die gesundheitliche Entwicklung der Patientin/des Patienten seit Beginn des Prozesses (Vergleich von Ergebnissen des Eingangs- und Abschluss-Assessments) und der Grad der Zielerreichung (Inwiefern stimmen die Ergebnisse mit den gemeinsam gesetzten Zielen überein?). Hinsichtlich der prozessualen und ökonomischen Effizienz sollten zudem Maßnahmen und Mitteleinsatz sowie gegebenenfalls Ursachen von Misserfolg beurteilt werden.

4 Links und weiterführende Literatur

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (2012). Was ist CM?. URL: <https://www.dgcc.de/case-management/>

Gardner et al. (2005) Efficacy of a brief case management intervention to link recently diagnosed HIV-infected persons to care. *AIDS*, 19(4), 423-431. doi:10.1097/01.aids.0000161772.51900.eb

Gembris, R., Bleiker, I., Gevorski, M., Stefanski, I. (2014). Case Management: Ein Leitfaden. Bielefeld: Fachhochschule des Mittelstandes. https://www.fh-mittelstand.de/fileadmin/Forschung/CaMa_Leitfaden_final.pdf

Kollak, I., Schmidt, S. (2016). Instrumente des Care und Case Management Prozesses. S. 9-32. Berlin, Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-3-662-48085-

Löcherbach, P. (2016). Case Management-Ansätze. Psychologie. Münster (2. Auflage): FH Münster, Fachbereich Gesundheit, Studienbrief 3

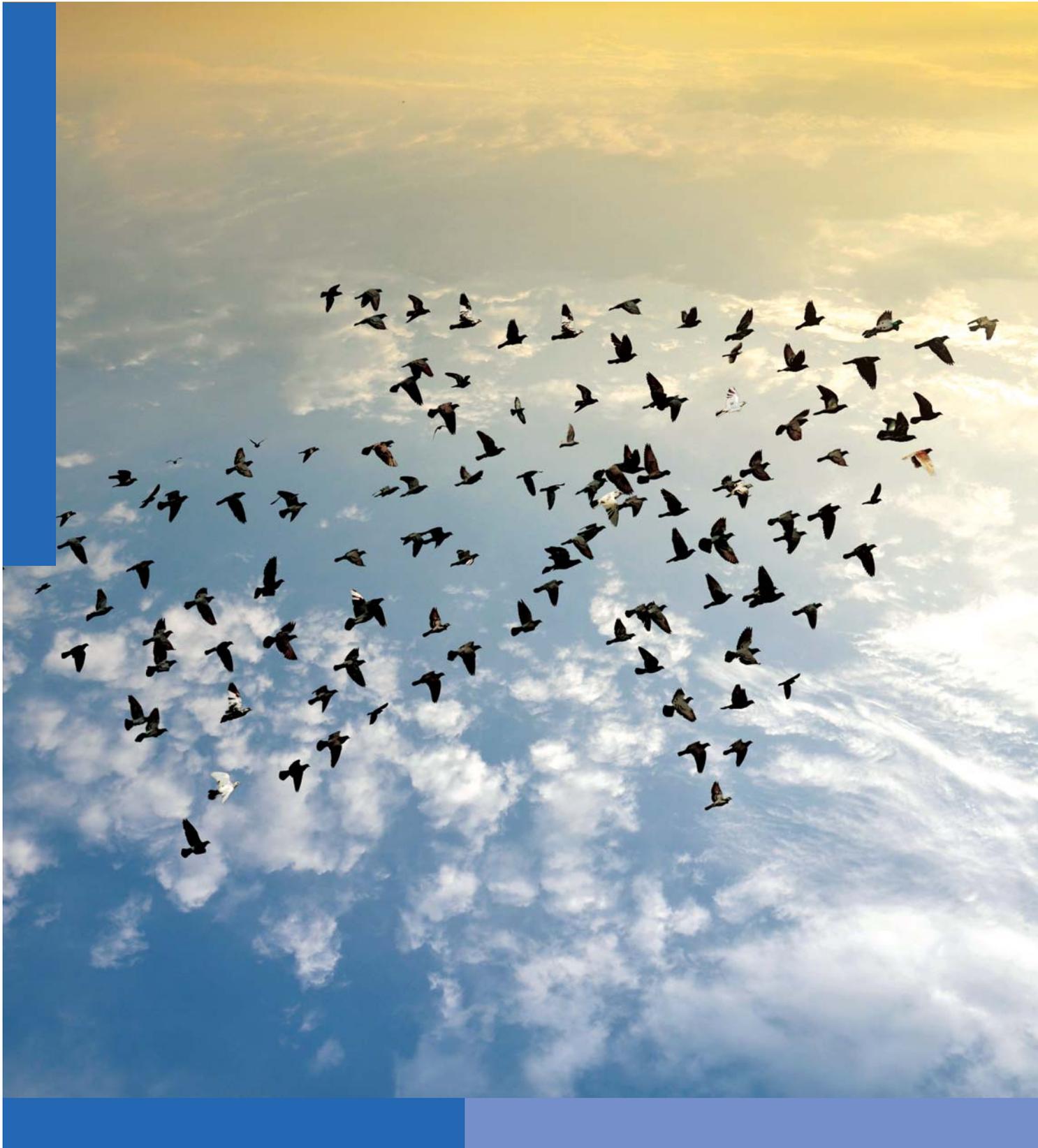
Überblicksartiger Leitfaden

Zeng, Z. et al. (2011), Effect of case management on patients with type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis. *Chinese Nursing Research*, 3(2), 71-76. doi:10.1016/j.cnre.2016.06.008

Zu Qualifizierung im Case Management https://www.dgcc.de/wp-content/uploads/2013/02/inter_n_2003_loeba_2_auf.pdf

Modul 6

Professionsübergreifende und diversitätssensible Versorgung am Beispiel Demenz



1 Intro

Die Versorgung im Rahmen des Projektes GEMEINSAM unterscheidet sich in einigen Punkten deutlich von der gängigen Regelversorgung. Dadurch entsteht für die Patientinnen und Patienten eine Reihe von Vorteilen. Was macht GEMEINSAM anders?

■ **Multiprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe**

Die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen erfolgt auf Augenhöhe, d.h. medizinische, pflegerische und therapeutische Fachkräfte können ihre unterschiedlichen Sichtweisen gleichrangig in die Therapie- und Versorgungsplanung einbringen.

■ **Übergreifende Qualitätsleitlinien**

Für die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen wurde ein Handlungsleitfaden entsprechend eines Qualitätsmanagementhandbuches entwickelt. In diesem Handlungsleitfaden sind verbindlich alle Schnittstellenprozesse zwischen den unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren geregelt.

■ **Diversitätssensible Versorgung**

Die Patientinnen und Patienten stehen mit ihrer Individualität und Vielfalt im Mittelpunkt der Versorgung. Die teilnehmenden Gesundheitsdienstleister haben ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sensibilisiert, die aus der Herkunft und Lebensgeschichte jeder/jedes einzelnen Patientin/Patienten resultierenden persönlichen Bedürfnisse zu erkennen und zu respektieren.

■ **Demenzprävention und -früherkennung**

Häufig wird eine demenzielle Erkrankung erst diagnostiziert, wenn sie relativ weit fortgeschritten ist. Wir setzen bereits im Alter von 40 Jahren an, um durch entsprechende Veränderungen in der Lebensweise das Auftreten einer demenziellen Erkrankung hinauszuzögern oder zu verhindern, beziehungsweise um durch die frühe Diagnose einer Erkrankung den Krankheitsverlauf zu verlangsamen.

■ **Interdisziplinäre Therapie- und Versorgungsplanung**

Meist planen im Gesundheitswesen die unterschiedlichen Akteure die Therapie und Versorgung isoliert. Oder der Arzt/die Ärztin verordnet eine Therapie, die dann von einem anderen Gesundheitsdienstleister ausgeführt wird. Im Rahmen des Modellprojektes werden Therapien und Versorgung im interdisziplinären Gespräch abgestimmt. So können unterschiedliche Sichtweisen berücksichtigt und alle Bausteine optimal aufeinander abgestimmt werden.

2 Demenzprävention: Was kann getan werden?

Demenz ist eine Erkrankung mit verschiedenen Erscheinungsformen, die das Gehirn zerstört und unweigerlich zum Tod führt. Heutzutage ist es aber möglich durch Vorsorgeuntersuchungen die Symptome einer Demenz noch vor Ausbruch der Erkrankung festzustellen. Mittels gezielter Präventionsmaßnahmen ist es möglich, den Ausbruch der Erkrankung zu verschieben und deren Verlauf zu lindern.

Zu den Faktoren, die häufig mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko verbunden sind, zählen Bluthochdruck, Depressionen, Diabetes, Rauchen, mangelnde Bewegung und zu wenige soziale Kontakte.

Präventive Maßnahmen sollten diesen Risikofaktoren entgegen wirken.

Generell gibt es viele präventive Maßnahmen, die das Demenzrisiko senken können. Wissenschaftlich konnte vor allem die positive Wirkung des Zusammenspiels unterschiedlicher Faktoren bewiesen werden: Auf der Alzheimer's Association International Conference 2017 wurde durch eine entsprechende Kommission der Fachzeitschrift The Lancet bekannt gegeben, dass möglicherweise 30 % der Erkrankungen durch umfassende Änderungen des Lebensstils vermieden werden können. Dementsprechend gilt es, die Patientinnen und Patienten auf die unterschiedlichen Facetten der Prävention sowie deren ebenfalls positive Wirkung aufs allgemeine Wohlbefinden aufmerksam zu machen.

Somit können zur Prävention folgende Maßnahmen empfohlen werden:

1. ausreichend Bewegung
2. gesunde Ernährung
3. (lebenslange) geistige Herausforderung
4. soziale Aktivitäten
5. Vermeidung von Risikofaktoren.

Sport und Bewegung

Sport und regelmäßige körperliche Bewegung sind wissenschaftlich nachgewiesen die wichtigsten Faktoren in der Demenzprävention und in der Demenzbehandlung.

Leichter Sport sollte ein integraler Bestandteil des Alltags sein. Denn Sport senkt nicht nur Blutdruck,

Cholesterinspiegel, Blutzucker und Gewicht, sondern regt auch den Stoffwechsel im Gehirn an (BMFSFJ, o.J.). Sport stellt damit eine wichtige Möglichkeit dar, die Pflegebedürftigkeit im Alter zu verringern.

Empfohlen wird 1,5- 2,5 Std. Ausdauersport über die Woche verteilt. Darunter fallen Schwimmen, Joggen, Fahrradfahren und Nordic Walking. Auch Fitnesskurse eines Vereins oder der Volkshochschule können gute Alternativen sein. Sportmachen in einer Gruppe macht meist besonders viel Spaß. Aber auch im Alltag gilt es, in Bewegung zu bleiben und möglichst viel mit dem Fahrrad oder zu Fuß zu erledigen (BMFSFJ, o.J.).

Eine Metaanalyse der medizinischen Fachzeitschrift The Lancet zeigt, dass Sport ein wichtiger Faktor ist, der das Erkrankungsrisiko um bis zu 20 % senken kann.

Sport und regelmäßige körperliche Bewegung sind wissenschaftlich nachgewiesen der wichtigste Faktor in der Demenzprävention und in der Demenzbehandlung!

Leichter Sport sollte ein integraler Bestandteil des Alltags sein. Denn Sport senkt nicht nur Blutdruck, Cholesterinspiegel, Blutzucker und Gewicht, sondern regt auch den Stoffwechsel im Gehirn an (BMFSFJ, o.J.). Sport stellt damit eine wichtige Möglichkeit dar, die Pflegebedürftigkeit im Alter zu verringern.

Trauen Sie sich ruhig, wieder regelmäßig Sport zu machen!

Empfohlen wird 1,5 bis 2,5 Std. Ausdauersport über die Woche verteilt. Darunter fallen Schwimmen, Joggen, Fahrradfahren und Nordic Walking. Auch Fitnesskurse von einem Verein oder der Volkshochschule können gute Alternativen sein. Sportmachen in einer Gruppe macht meist besonders viel Spaß! Aber auch im Alltag gilt es, in Bewegung bleiben und möglichst viel mit dem Fahrrad oder zu Fuß zu erledigen (BMFSFJ, o.J.).

Suchen Sie sich einen Sport aus, der Ihnen Spaß macht. Es ist nie zu spät!

Ernährung

Die Wissenschaft der Ernährungsmedizin ist noch relativ jung, sodass zwar richtungsweisende Erkenntnisse jedoch noch keine wissenschaftlich gesicherten Befunde vorliegen. Dennoch gibt es einige Studien, die Ideen und Anregungen zu einer gesunden Ernährung liefern.

Mediterrane Ernährung mit viel Obst, Gemüse, Olivenöl, Fisch und Vollkornbrot!

Die schützende Wirkung der mediterranen Ernährung auf kardiovaskuläre Erkrankungen (u.a. vaskuläre Demenz) ist schon lange wissenschaftlich belegt (BMFSFJ, o. J.). Einige amerikanische und schottische Studien deuten darauf hin, dass eine mediterrane Ernährung ebenfalls das Risiko von Alzheimererkrankung senken kann.

Generell sind viel Obst, Gemüse, Fisch, Olivenöl und Vollkornbrot positiv, während fettreiche tierische Ernährung wie z.B. Schweinefleisch und Milchprodukte wie fetter Käse und Butter nur in Maßen zuträglich sind.

Welches Gewicht ist das Beste?

In der Regel sollte ein altersentsprechendes Normgewicht angestrebt werden.

Für Senioren empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung einen etwas höheren BMI von 24–29. Diäten führen häufig zu einer Energie- und Proteinmangelernährung, welche ihrerseits stark den Alterungsprozess vorantreiben.

Geistige Aktivitäten

Rege geistige Aktivität in Beruf und Freizeit bringt den Stoffwechsel des Gehirns in Schwung und lässt neue Verknüpfungen zwischen den Nervenzellen entstehen. Im fortgeschrittenen Alter wirken diese Verbindungen als Reserven, mit denen das Ausbrechen einer Demenzerkrankung hinausgezögert werden kann.

Dass geistige Aktivität vor den Symptomen einer Demenzerkrankung schützen kann, zeigt die sogenannte „Nonnenstudie“. Hierbei wurden rund 600 Nonnen, die lange als Lehrerinnen tätig waren bis ins hohe Alter begleitet. Bei einer Untersuchung der Gehirnstrukturen, zeigte sich, dass einige der Nonnen

von einem Alzheimer-typischen Nervenzellenzerfall betroffen waren. Kaum eine hatte jedoch Gedächtnis- oder Konzentrationsprobleme gehabt. Das weist daraufhin, dass eine rege geistige Aktivität bis ins hohe Alter Alzheimersymptome verhindern kann. Geistige Arbeit scheint also lange vor den Beschwerden einer Demenz zu schützen.

Das BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) veröffentlicht hierzu folgende Empfehlungen:

- Musizieren ist ein besonders effektiver Schutz vor Demenz, indem es Konzentration und körperliche Koordination fördert.
- Tanzen fördert Körper und Geist zugleich.
- Beim Sprechen einer Fremdsprache wird das Gehirn stark gefordert. Besonders stark ist dieser Effekt, wenn Sie eine neu erlernte Sprache sprechen.
- Lesen fördert selbstredend die Konzentration und die Gedächtnisleistung, egal ob sie regelmäßig Zeitung oder ein Buch lesen.
- Kreative Tätigkeiten, wie Fotografieren oder Modelle bauen, fördern unsere Vorstellungskraft und regen damit die Gehirnaktivität an.
- Gedächtnisspiele wie Sudoku und Kreuzworträtsel sind bekannte Mittel, ihre Wirksamkeit wird jedoch wissenschaftlich hinterfragt.

Dass eine lebenslange rege geistige Aktivität vor den Beschwerden einer Demenzerkrankung schützen kann, wurde mittlerweile in etlichen Studien nachgewiesen. Vorsicht ist nach einer Erklärung der Stanford University und weiteren Institutionen bei kommerziellen Internet-Gehirnjogging-Trainings geboten, die eine Senkung des Demenzrisikos versprechen: Eine Wirksamkeit ist hier wissenschaftlich nicht gesichert.

Soziale Kontakte

Der Austausch mit anderen Menschen fordert unser Gehirn auf unterschiedlichsten Ebenen heraus: Wir tauschen nicht allein Informationen aus, sondern nehmen ebenso Stimme, Tonfall, Mimik und Gestik wahr. Dadurch werden unser Sprachvermögen, unser Kurzzeitgedächtnis, unsere Sinne und unser Gefühlszentrum aktiviert und gefördert (BMFSFJ, o. J.). Viele ältere Menschen verlieren den Kontakt zu Freunden und ehemaligen Arbeitskollegen. Die fehlende Fähigkeit, Auto zu fahren und körperliche Ge-

brechen hemmen darüber hinaus die Lust, aus dem Haus zu gehen. Wer alleine zu Hause sitzt, vereinsamt und hat ein deutlich höheres Demenzrisiko.

Das BMFSFJ empfiehlt besonders für ältere Menschen:

- Verabreden Sie sich mit Freunden zu Unternehmungen oder regelmäßigen Karten-Abenden.
- Belegen Sie Kurse, die Ihren Interessen entsprechen- hier können Sie viele Gleichgesinnte treffen, gemeinsam Sport treiben, eine Sprache lernen, handwerkeln, oder malen.
- Fernweh? Machen Sie eine Gruppenreise!
- Üben Sie ein Ehrenamt aus. Sie verfügen über Lebenserfahrung und wichtige Fähigkeiten! Geben Sie ihr Wissen weiter und unterstützen Sie damit andere!

Soziale Kontakte hängen nachweislich mit einem geringeren Demenzrisiko zusammen. Welche Prozesse dabei wirken, ist jedoch nicht bekannt.

Körperliche Risikofaktoren

Besonders wichtig ist die Früherkennung von Risikofaktoren, die zu einer Demenzerkrankung führen können. Darunter fallen z.B.

- Bluthochdruck
- Blutzucker/Diabetes
- erhöhte Blutfett-Werte

- Übergewicht
- Rauchen.

Der erhöhte Blutdruck – häufig nicht erkannt und mittlerweile bei 50 % der über 50-jährigen feststellbar – ist ein wichtiger Risikofaktor für die Demenzentwicklung. Eine Regulierung des Blutdrucks durch Medikamente, Ausdauersport und Ernährungsumstellung mit Gewichtskontrolle ist eine der wichtigsten Präventionsmaßnahmen.

Übrigens: Ob es vorbeugende Medikamente gibt, ist umstritten. Die Studienergebnisse bezüglich Ginkgo biloba zeigen, dass ein spezieller Extrakt unter bestimmten Bedingungen wirksam ist, wenn bereits eine milde kognitive Störung besteht. Eine präventive Wirkung ist jedoch noch unklar. Die Ergebnisse bezüglich Hormonen zur Prävention bedürfen ebenfalls weiterer Forschung, da sie sich bisher häufig als widersprüchlich erwiesen haben.

Empfehlung: Lassen Sie sich von Ihrem Hausarzt bezüglich Ihrer individuellen Risikofaktoren beraten.

Die genannten körperlichen Risikofaktoren sind mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko assoziiert. Inwieweit es sich um einen kausalen Zusammenhang handelt, ist aber noch unklar.

3 Diversitätssensible Versorgung bei Demenz: Wie geht das?

„Diversitätssensible Versorgung“ ist darauf ausgerichtet,

- die Patientinnen und Patienten in all ihrer Individualität und Vielfalt wahrzunehmen,
- Respekt vor dieser Individualität und Vielfalt der Patientinnen und Patienten zu zeigen,
- eine Sensibilität für die Besonderheiten bestimmter Gruppen zu entwickeln,
- sich unbewusste Vorurteile im Umgang mit bestimmten Gruppen bewusst zu machen und
- das eigene Verhalten in dieser Hinsicht zu reflektieren.

Armin von Buttlar, Vorstand der Aktion Mensch, äußert in diesem Zusammenhang: „Vorurteile speisen sich aus verschiedenen Quellen, selten aber aus tatsächlichen Erlebnissen und Begegnungen. (...) Obwohl wir uns sicher sind, dass wir vorurteilsfrei auf

Menschen zugehen, spielen bei Entscheidungen aber unbewusste Vorurteile oft eine Rolle. Die Herausforderung besteht darin, diese zu erkennen, offen auf Menschen zuzugehen und damit Vielfalt zuzulassen.“

Damit dies in der praktischen Arbeit gelingen kann, müssen die Beschäftigten aller an der multiprofessionellen Versorgung beteiligten Einrichtungen entsprechend geschult werden. Hierzu wurde das Fortbildungsangebot „Diversitätssensible Versorgung“ konzipiert, welches eine Einführung in das Thema gibt und anschließend anhand von drei Schwerpunktworkshops an den Beispielen „Trauma und Demenz“, „Migration und Demenz“ sowie „Behinderung und Demenz“ einen diversitätssensiblen Umgang mit Patientinnen- und Patientengruppen thematisiert.

Trauma und Demenz

Viele der heute alten Menschen erlebten in ihrer Vergangenheit belastende oder sogar traumatische (Gewalt-)Ereignisse, die ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden beeinträchtigen. Auch in der aktuellen Lebenssituation erleben viele von ihnen Gewalt, belastende Situationen oder traumatische Ereignisse. Entsprechend gibt es die Notwendigkeit, sie traumasensibel zu unterstützen. Traumatisierende Erlebnisse können Spuren in der Psyche eines Menschen hinterlassen. Dies geschieht meist unabhängig von den individuellen Fähigkeiten der Betroffenen, Krisensituationen zu meistern. Dies ist kein Zeichen von Schwäche, sondern eine natürliche Reaktion des Körpers und der Psyche auf eine zutiefst belastende Erfahrung.

Wie gut ein Trauma verkraftet und verarbeitet werden kann, hängt von vielen Faktoren ab. Hier spielen die individuelle Lebensgeschichte sowie das persönliche Befinden zum Zeitpunkt des traumatischen Geschehens ebenso eine Rolle wie bestehende Umgebungs-, Risiko- und Schutzfaktoren, aber auch die Schwere und Dauer der Traumatisierung.

Glücklicherweise legen sich bei den meisten Menschen die posttraumatischen Beschwerden nach einer Weile von alleine. Selbstheilungskräfte lassen die sogenannte akute Belastungsreaktion abklingen und die Betroffenen können das Erlebte zurücklassen, ohne dass es sie im weiteren Leben gravierend beeinträchtigt. Wirken jedoch mehrere belastende Faktoren zusammen, können die posttraumatischen Folgen fortbestehen, obwohl das traumatische Ereignis bereits Wochen oder Monate, zum Teil auch Jahre zurückliegt.

Auch durch aktuelle Ohnmachtssituationen – wie zum Beispiel bei einer Pflege- oder Hilfsbedürftigkeit oder aufgrund der Diagnose Demenz – kann es zu Erinnerungen an die früher erlebten Traumata kommen; hier spricht man von Trauma-Aktivierungen. Die alten Erinnerungen können ebenso durch aktuelle Geräusche, Gerüche, Filme, Nachrichten... ausgelöst werden. Hier spricht man von Triggern (Auslösern). Und das bedeutet, dass die früheren Erlebnisse jeweils wie JETZT erlebt werden. Das kann dann zu entsprechenden Traumafolgen wie Übererregbarkeit, Apathie, Erinnerungsbilder (Flashbacks), Alpträume, plötzliche Gedächtnis-, Konzentrations-

und Orientierungsstörungen, Angst- und Panikzustände, Dissoziationen (Abspaltung von Gefühlen und dem Denken), Schlafstörungen, Suizidgedanken, Halluzinationen, Zwängen, Essstörungen, Chronischen Schmerzen, unregelmäßigen Vitalzeichen, Blutzuckerschwankungen, ... führen.

Migration und Demenz

Die Zahl pflegebedürftiger Menschen steigt im Zuge des demografischen Wandels in Deutschland stetig an. Auch Menschen mit Migrationshintergrund kommen zunehmend in ein Alter, in dem die Wahrscheinlichkeit steigt, pflegebedürftig zu werden. Die Zahl der 60-jährigen und älteren Menschen mit Migrationshintergrund ist zwischen 1995 und 2011 jedoch stark gestiegen: Im Jahr 1995 betrug der Anteil dieser Gruppe noch 3,3%, 2011 lag er bei 10,1%. Es wird vermutet, dass der Anteil bis 2030 auf 24% ansteigen wird und somit jeder vierte Mensch über 60 Jahren einen Migrationshintergrund hat. Ursächlich für den Anstieg ist, dass derzeit und in den kommenden Jahren viele der Menschen, die vor fünfzig Jahren im Rahmen des Anwerbeabkommens nach Deutschland migriert sind, in das Seniorenalter kommen – womit auch chronische Krankheit und Pflegebedürftigkeit wahrscheinlicher werden. Demenzerkrankungen sind eine häufige Ursache für Pflegebedürftigkeit. Bei Menschen mit Migrationshintergrund gehen Demenzerkrankungen mit besonderen Herausforderungen einher:

- Die vielfältigen Emotionen, die bei der Vorbereitung auf und während des Migrationsaktes sowie im Anschluss daran empfunden wurden, können in ebendieser Intensität, wie sie bei der Migration gelebt wurden, im Rahmen einer Demenzerkrankung erinnert und erneut erlebt werden. Bei einem fehlenden Verständnis durch die pflegende Person für die teilweise traumatisch erlebte Migration kann dies im Alltag zu Schwierigkeiten im Umgang mit der erkrankten Person führen.
- Wenn Menschen mit Migrationshintergrund an Demenz erkranken, sind sie mit einer dreifachen Fremdheit konfrontiert: Veränderungen, die mit dem Alter und dem Altern einhergehen, die Fremdheitsgefühle, die mit der Demenzerkrankung einhergehen und die Fremdheit, die durch die Migration erfahren wurde bzw. deren Folgen noch immer mit einem Gefühl von

Fremdheit in Verbindung stehen. Somit sind sie dreifach gefährdet, gesellschaftliche Exklusion zu erfahren.

- Die Gefahr gesellschaftlicher Exklusion kann zusätzlich dadurch verstärkt werden, dass 98% der türkischstämmigen Pflegebedürftigen zu Hause und ausschließlich von Angehörigen gepflegt werden.
- Ambulante und (teil)-stationäre Leistungen werden nur in geringem Maß in Anspruch genommen, was auf fehlende Informationen, sprachliche und kulturelle Barrieren, Diskriminierungserfahrungen mit deutschen Institutionen, aber auch mit Scham und Tabuisierung der Demenzerkrankung in der kulturellen Community zurückzuführen ist, die als sehr belastend empfunden werden.
- Der Verlust der Zweitsprache Deutsch in einem oft frühen Stadium der Demenzerkrankung kann das soziale Umfeld der Erkrankten, die Möglichkeit aktiver Teilhabe und die Inanspruchnahme von Unterstützung bei der Pflege deutlich einschränken. Grund ist die Angst der Angehörigen, dass sich die pflegebedürftige Person nicht mit dem Pflegepersonal verständigen kann.
- Einer besonders starken Belastung sind pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz ausgesetzt, die einen Migrationshintergrund haben. So konstatieren Piechotta und Matter, dass Pflegenden, die unterstützende Leistungen oder Selbsthilfeangebote nicht in Anspruch nehmen, durch die chronische Überforderung zu „Co-Erkrankten“ werden können. Die Angehörigen leben oft jahrelang in einer Überlastungssituation, die ihre eigene Gesundheit gefährdet und unter anderem bedingt ist durch die fehlende Anerkennung durch Familienangehörige (Dibelius, 2016). Als besonders belastend wird durch Angehörige die Ausgrenzung durch die entsprechende Community und die sich verändernde Persönlichkeit der erkrankten Person empfunden. Auch wird Sprachlosigkeit hinsichtlich erlebter Belastungen, Bedürfnisse und möglicherweise hilfreicher Entlastung deutlich.

Die Nachfrage nach unterstützenden Leistungen bei der Pflege ist aus der Perspektive von in diesem Feld tätigen Experten groß. Angebote, die sich speziell an Menschen mit Migrationshintergrund richten,

existieren in einigen Großstädten. In ländlichen Bereichen ist eine Unterversorgung zu verzeichnen. In vielen Bereichen wie Pflegeberatung, Tagespflege und Wohngemeinschaften sind muttersprachliche Angebote jedoch nicht in genügender Anzahl vorhanden.

Für die Weiterführung der Pflege im häuslichen Umfeld ist die Unterstützung von Angehörigen von großer Bedeutung, da diese häufig insbesondere psychischen Belastungen ausgesetzt sind, jedoch wenig entlastende Angebote wie Selbsthilfe in Anspruch nehmen.

Im Rahmen der Studie „Stärkung der Selbstmanagement-Kompetenzen türkischstämmiger pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz“ wurden in einem qualitativen Studiendesign zwölf Interviews mit Experten aus dem medizinischen/sozialpsychiatrischen/pflegerischen Feld und elf Interviews mit türkischstämmigen pflegenden Angehörigen (pflegende Ehepartner und erwachsene Kinder) demenzerkrankter Menschen geführt, um psychische Belastungen und Bedürfnisse zu untersuchen. Aus der Studie geht hervor, dass türkischstämmige pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz

- die Pflege ihrer Angehörigen als Familiensache verstehen,
- unter der Tabuisierung der Demenzerkrankung in der türkischstämmigen Community leiden,
- keine Vorstellungen davon haben, wie die pflegerische Versorgung erfolgen soll, wenn die Krankheit voranschreitet,
- ambulante Dienste z.T. nicht in Anspruch nehmen, weil sie Ausgrenzung durch das Umfeld und andere Familienangehörige fürchten.

Behinderung und Demenz

Erstmals in der Geschichte nähern sich Menschen mit Behinderungen in ihrer Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung an. Sie erreichen ein Alter, in dem sie aus dem Erwerbsleben in den Ruhestand wechseln und darüber hinaus die Chance haben, sehr alt zu werden. Gründe dafür liegen darin, dass sich die verschiedenen Fachdisziplinen fortschrittlich, modern und differenziert entwickelt haben und dass sich dadurch auch die Lern-, Förder-, Unterstützungs-, Pflege- und Ernährungsangebote verbessert und vervielfacht haben. Selbstbestimmt zu leben und/

oder individuell begleitet zu werden ist für Menschen mit Behinderung in den Diensten der Eingliederungshilfe – auch unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln und Materialien, keine Utopie mehr. Und mehr noch: sie haben Rechte und Pflichten wie alle anderen Menschen und bekommen gegebenenfalls Unterstützung durch passgenaue Hilfeangebote. Die neuen Regelungen des Bundesteilhabegesetzes, das seit dem 01.01.2017 in Kraft ist, weisen vom Grundsatz her in die richtige Richtung. Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung sind Prämissen, die stetig zu entwickeln sind. Bezogen auf die Gruppe derjenigen, die mit ihrer Behinderung altern, stellen diese Leitlinien gleichermaßen eine neue Herausforderung dar, wenn es heißt, eine Orientierung in der Lebensphase „Alter“ zu finden, Kontakte zu stärken und neue Lebensrhythmen einzuüben.

Das zunehmende Alter(n) macht zudem eine Anpassung an die eigene Leistungsfähigkeit erforderlich, die die positiven und negativen Entwicklungen in den Blick nimmt als auch Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten berücksichtigt und ausreichend Freiräume für Gestaltung lässt. Doch Alter(n) heißt auch, dass ein potenzielles Risiko für alterstypische Erkrankungen besteht. Zu diesen Erkrankungen zählen neurodegenerative Erkrankungen, insbesondere die demenziellen Erkrankungen, die auch immer mehr alternde Menschen mit Behinderungen treffen. Viele ältere Menschen mit Behinderungen, von denen manche bereits seit Jahr(zehnt)en in einer Einrichtung der Behindertenhilfe leben, sind von demenziellen Entwicklungen betroffen. Hier ist insbesondere die Gruppe der Menschen mit einem Down Syndrom hervorzuheben, die häufig schon in einem sehr frühen Alter erkrankt.

Bei Menschen mit geistiger Behinderung sind die „Vorboten“ einer Erkrankung schwer zu erfassen. Differenzialdiagnostische Screenings wären hilfreich; sie müssten jedoch eine hohe Sensitivität bezüglich der demenziellen Symptomatik aufweisen und Fehleinschätzungen ausschließen. Einzelne wissenschaftlich gestützte Instrumente liegen vor, doch liefert eine gezielte Langzeitbeobachtung des erkrankten Menschen durch Bezugspersonen und Angehörige ebenso hilfreiche Informationen. So schlagen Whitwam et al. vor, potenziell betroffene Menschen

über einen längeren Zeitraum zu beobachten, der anhand einer 7-Punkte-Checkliste evaluiert wird. Diese Liste wurde modifiziert, ergänzt und unter dem Namen „CEDIM-Checkliste zur Erfassung von demenziellen Entwicklungen bei Menschen mit Intelligenzminderung“ bekannt. Sie erfasst zuverlässige Grunddaten, die erste valide Hinweise auf eine Erkrankung liefern.

Auch der Bogen zur Evaluation der Schmerzen bei Menschen mit Behinderungen – die sog. EDAAP-Skala – kann hilfreiche zusätzliche Daten liefern. Bei der Diagnosestellung und -sicherung ist die Zusammenführung und Auswertung der eigen- und fremdanamnestischen Sichtweisen sowie der medizinischen Basisdaten (Labor, somatische Untersuchung, ggf. CT, EEG, Ultraschall und psychometrische Tests...) wesentlich. Die medikamentöse Behandlung erfolgt als symptomatische Therapie. Dabei ist besondere Vorsicht geboten, denn eine Verschlechterung geistiger Leistungen kann auch die Folge ungeeigneter, zu hoch dosierter oder kombinierter Medikamente sein. Hinzu kommt, dass die verabreichten Medikamente zwar wirksam, doch lediglich eine leichte Besserung in Bezug auf Kognition, Alltagskompetenzen und klinischem Gesamteindruck erreichen können. So ist in jedem Fall abzuwägen, welche Symptome im Vordergrund stehen und welche Medikation eine Linderung der Symptomatik herbeiführen kann. Mehrere durchschnittlich wirksame Stoffgruppen stehen zwar zur Verfügung; es existieren jedoch nur wenige wissenschaftliche Studien, die die Evidenz eines Einsatzes von Medikamenten bei demenziell erkrankten Menschen mit Behinderung belegen können. Differenzialdiagnostisch wird empfohlen, das erworbene Kompetenzniveau des Menschen mit Behinderung im mittleren Lebensalter präzise zu dokumentieren, um eine diagnostische Ausgangsbasis zu erhalten, auf die im Fall der Entwicklung einer demenziellen Erkrankung zurückgegriffen werden kann. In nicht-medikamentöser Hinsicht setzt die Behandlung auf den Erhalt und die Sicherung der Lebensqualität. Es gilt, die Symptome der Demenz abzuschwächen und Kompetenzen zu erhalten. Dabei geht es im Wesentlichen darum, ein personenzentriertes bedürfnisgerechtes Begleitkonzept zu entwickeln, das auf den Prämissen der Teilhabe und Selbstbestimmung beruht.

4 Links und weiterführende Literatur

Demenzprävention

<https://www.wegweiser-demenz.de/informationen/medizinischer-hintergrund-demenz/vorbeugung-und-praevention.html>

Alzheimer's Association (2017). The Lancet Kommission: Ein Drittel aller Demenzerkrankungen ist potentiell vermeidbar. Pressemitteilung vom 20.07.2017. <https://www.presseportal.de/pm/7958/3689058>, letzter Abruf am 13.03.2018.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (o.J.). Vorbeugung – Prävention. <https://www.wegweiser-demenz.de/informationen/medizinischer-hintergrund-demenz/vorbeugung-und-praevention.html>, letzter Abruf am 09.03.2018.

Deutsches Ärzteblatt (2014). Studie empfiehlt Alzheimerprävention. Deutsches Ärzteblatt vom 15.07.2014. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/59390/Studie-empfoehlt-Alzheimer-Praevention>, letzter Abruf am 13.03.2018.

Deutsches Ärzteblatt (2016). Prävention von Demenz durch Ernährung ist unklar. Deutsches Ärzteblatt vom 18.02.2016.

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/65778/Praevention-von-Demenz-durch-Ernaehrung-ist-unklar>, letzter Abruf am 13.03.2018.

Meissner, T. (2017). Gingko Biloba wirkt aus bei Demenz. Ärzte Zeitung online vom 06.03.2017. <https://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/demenz/article/930949/studien-ginkgo-biloba-wirkt-demenz.html>, letzter Abruf am 13.03.2018.

Kultursensible Versorgung

Bundeszentrale für politische Bildung: <https://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdosiers/211007/altern-in-der-migrationsgesellschaft?p=all>

<https://www.demenz-und-migration.de/> (Infomaterial auf Polnisch, Russisch und Türkisch)

<https://www.demenz-service-migration.de/ziele-arbeitsbereiche.html> (Infomaterial auf Polnisch, Russisch und Türkisch)

Buttlar, A. (2014): Ohne Vielfalt keine Zukunft. S. 10-12. In: Charta der Vielfalt e. V. (Hg.), VIELFALT ERKENNEN – Strategien für einen sensiblen Umgang mit unbewussten Vorurteilen. S. 10/11. Berlin: Online-Dossier auf www.charta-der-vielfalt.de.

Palliativpflege

Pflegetipps zur Palliativpflege https://www.palliativstiftung.de/fileadmin/user_upload/druckwerke/Pflegetipps/pflegetipps_16_auflage_deutsch_web_04_12_2016.pdf

Gerontopsychologische Versorgung

Infobroschüre zu „Pseudodemenz“ https://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publicationen/BPtK_Infomaterial/Pseudodemenz/BPtK_Informationsflyer_Pseudodemenz.pdf

Validation

<https://demenz-portal.at/aktuelles/validation-bei-demenz-die-grundsuetze/>