



Zuverlässig an Ihrer Seite

Wir finden den Weg

Tagungsbericht zum kbo-Fachtag Reha 2013



Wir finden den Weg

Psychiatrische Versorgungsnetze in Oberbayern: Überleitungsbegleitung und Koordination

Programm | kbo-Fachtag Reha 2013

9.00 – 9.30 Uhr
Begrüßung
Martin Spuckti, Vorstand kbo

Grußworte
Bezirkstagspräsident Josef Mederer;
Michael Mauerer-Mollérus, Sprecher der ARGE Freie Wohlfahrts-
pflege Oberbayern

9.30 – 9.45 Uhr

Einführung

Gert Sonntag, Dipl.-Psych.; Ruth Weizel, kbo

9.45 – 10.30 Uhr

**Vom Entzug zur Entwöhnung bei Alkoholkranken:
Indikatoren zur Optimierung des Übergangsmanagements**
Dr. med. Beate Erbas, Bayerische Akademie für Sucht- und
Gesundheitsfragen

10.30 – 11.15 Uhr

**Modellprojekt Brückenteam – Evaluation des Überleitungs-
managements und Empfehlungen für eine weitere Umsetzung**
Daniela Blank, Bayerisches Institut für Daten, Analysen und Qua-
litätssicherung (BIDAQ);
Kornelia Winter, Bezirk Oberbayern, Fachdienst
Suchthilfe und Psychiatrie

11.15 – 12.00 Uhr

**Gelungene Übergänge für Menschen mit gerontopsychiatrischen
Erkrankungen am Beispiel des Modellprojekts in den Landkrei-
sen Miesbach und Bad Tölz**
Dr. med. Norbert Braunisch, kbo-Lech-Mangfall-Klinik Agatharied;
Tanja Gessler, Sozialdienst kbo-Lech-Mangfall-Klinik Agatharied,
Susanne Gühring, Sozialpsychiatrischer Dienst der Caritas
Bad Tölz-Wolfratshausen

12.00 – 12.30 Uhr
12.30 – 13.00 Uhr
13.00 – 13.45 Uhr

13.00 – 13.45 Uhr

**Fallmanagement des Bezirks Oberbayern: Projektvorstellung und
erste praktische Erfahrungen**
Stefan Becker, Bezirk Oberbayern

13.45 – 14.30 Uhr

**Mini-ICF als Basisinstrument der sozialpsychiatrischen
Behandlung – Erfahrungen aus einem Modellprojekt**
Richard Schmidmeier, kbo-Inn-Salzach-Klinikum;
Ruth Höfter, kbo-Inn-Salzach-Klinikum;
Dr. Johannes Unterberger, kbo-Inn-Salzach-Klinikum

14.30 – 15.30 Uhr

Marktplatz mit Kurzvorträgen

- Modellprojekt EX-IN: Bezirk Oberbayern
- Flexible Module zur Vermeidung von stationären Hilfen:
Anthojo Rosenheim
- Lotsenstelle: kbo-Sozialpsychiatrisches Zentrum

Moderation: Eva Kraus, kbo

15.30 – 16.45 Uhr

**Podiumsdiskussion
Einschätzung und Perspektiven**

Auf dem Podium:

- Dr. med. Gabriele Schleuning, kbo-Isar-Amper-Klinikum;
- Michael Mauerer-Mollérus, Fachabteilungsleiter Sozial-
psychiatrie AWO Bezirksverband Oberbayern;
- Kristian Gross, ApK München e. V.;
- Helmut Roth, Bezirksverwaltung Oberbayern;
- Susanne Stier, Walther Schäl, OSPE

Moderation: Gert Sonntag, Dipl.-Psych.; Ruth Weizel, kbo

Inhalt

Grußworte

- 4 | Josef Mederer, Bezirkstagspräsident
- 4 | Michael Maurerer-Molléus,
ARGE Freie Wohlfahrtspflege Oberbayern

Einleitung

- 9 | Dr. phil. Markus Witzmann und Ruth Weizel,
kbo-Vorstandsbereich Rehabilitation und Teilhabe

Vom Enzug zur Entwöhnung bei Alkoholkranken:

Indikatoren zur Optimierung des Übergangsmagements

- 13 | Dr. med. Beate Erbas,
Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen

Modellprojekt Brückenteam – Evaluation des Überleitungsmanagements und Empfehlungen für eine weitere Umsetzung

- 19 | Kornelia Winter, Bezirk Oberbayern,
Fachdienst Suchthilfe und Psychiatrie
- 23 | Daniela Blank, Bayerisches Institut für Daten,
Analysen und Qualitätssicherung (BIDAQ)
- 27 | **Praxisbericht**
Richard Schmidmeier, kbo-Inn-Salzach-Klinikum

Gelungene Übergänge für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen am Beispiel des Modellprojekts in den Landkreisen Miesbach und Bad Tölz

- 29 | Tanja Gessler, kbo-Lech-Mangfall-Klinik Agatharied
und Susanne Gühring, Sozialpsychiatrischer Dienst
der Caritas Bad Tölz-Wolfratshausen
- 34 | **Fallbeispiel**
Susanne Gühring, Sozialpsychiatrischer Dienst
der Caritas Bad Tölz-Wolfratshausen

Fallmanagement des Bezirks Oberbayern: Projektvorstellung und erste praktische Erfahrungen

- 37 | Stefan Becker,
Bezirk Oberbayern

Mini-ICF als Basisinstrument der sozialpsychiatrischen Behandlung – Erfahrungen aus einem Modellprojekt

- 45 | Richard Schmidmeier,
kbo-Inn-Salzach-Klinikum,
Chefarzt des Bereichs Sozialpsychiatrie
- 47 | Ruth Höfter,
kbo-Inn-Salzach-Klinikum,
Oberärztin im Fachbereich Sozialpsychiatrie
- 49 | Dr. Johannes Unterberger,
kbo-Inn-Salzach-Klinikum

Marktplatz

- 53 | **Modellprojekt EX-IN: Bezirk Oberbayern**
- 55 | **Flexible Module zur Vermeidung von stationären Hilfen:**
Anthojo Rosenheim
- 57 | **Lotsenstelle: kbo-Sozialpsychiatrisches Zentrum**
- 61 | **Podiumsdiskussion**

Hinweis: Die weibliche und die männliche Form werden abwechselnd oder gemischt verwendet, es sind jedoch grundsätzlich alle Geschlechter gemeint.

Grußwort

Josef Mederer | Bezirkstagspräsident von Oberbayern, Vorsitzender kbo-Verwaltungsrat

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich begrüße Sie sehr herzlich zum zweiten kbo-Fachtag Reha.

Das heutige Motto „Wir finden den Weg“ ist eine zuversichtliche, ermutigende Botschaft. Wir richten diese Botschaft an schwer und chronisch psychisch kranke Menschen. Ihr Therapieweg ist in der Regel lange, und sein genauer Verlauf für sie selbst und auch für ihre Ärzte, Psychologen und Pfleger oft schwer vorhersehbar.

Umso wichtiger ist deshalb eine kontinuierliche, zuverlässige Begleitung. Sie zeigt den Betroffenen und ihren Angehörigen die nächsten Schritte und steht ihnen auf dem Weg durch das Versorgungssystem mit seinen vielfältigen Sektoren, Stufen und Schnittstellen zur Seite.

Die dafür notwendigen Strukturen zu schaffen, ist eine große Verantwortung und Herausforderung. Dieser müssen wir uns alle stellen. Bei der Behandlung, Betreuung und Beratung schwer psychisch kranker Menschen greifen unterschiedliche Hilfe- und Finanzierungssysteme ineinander. Dadurch ergibt sich ein besonderer Bedarf an gegenseitigem Austausch und gemeinsamer Fortentwicklung.

Mit dem ersten kbo-Fachtag Reha vor zwei Jahren am kbo-Inn-Salzach-Klinikum in Wasserburg am Inn haben wir uns bereits auf den Weg gemacht: Der kbo-Fachtag Reha 2011 mit dem Thema „Entwicklungen, Problemlösungen und Konzepte für schwer psychisch kranke Menschen“ legte den Grundstein für zahlreiche neue Pilotprojekte und sektorübergreifende Versorgungsmodelle. Wichtig ist auch, dass bei der Organisation damals der Arbeitskreis Reha+ der Kliniken des Bezirks Oberbayern, die ARGE Freie Wohlfahrtspflege, die Bezirksverwaltung

und die Selbsthilfe von Angehörigen sowie die Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung an einem Strang gezogen haben.

Am heutigen Fachtag wollen wir an die 2011 entwickelten Projekte anknüpfen, ihre bisherigen Ergebnisse evaluieren, kritisch betrachten und damit fachlich begleiten. Der Blick richtet sich in die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft – also auf den Weg, den wir bereits zurückgelegt haben, und den Weg, der noch vor uns liegt.

Der Begriff „psychiatrisches Versorgungsnetz“ wird uns heute sicher des Öfteren begegnen. Hier kann es sich jedoch nicht um ein statisches Netz handeln, das einmal gewoben wird und dann zur Verfügung steht. Unser Anspruch ist vielmehr, gemeinsam ein starkes und zugleich lebendiges Gebilde zu schaffen, das aus einer Vielzahl enger Maschen besteht, sich stetig weiter verändert und sich an die Bedürfnisse der Betroffenen anpasst. Denn nur mit einem flächendeckenden, eng geknüpften Versorgungsnetz sind wir auch in der Lage, überall nahe an unseren Patienten zu sein.

Eine gezielte Überleitung in eine weiterführende Behandlung und Begleitung bedeutet vor allem Sicherheit für die Patienten und ihre Familien. Sie müssen jemanden an ihrer Seite wissen, der sie unterstützt und gemeinsam mit ihnen passende Hilfen sucht und bietet. Diese Sicherheit können wir nur vermitteln, wenn wir eine Kultur der Zusammenarbeit in der Versorgungslandschaft pflegen. Greifbar wird sie am direktesten bei der Begegnung mit den Menschen, die im Versorgungssystem tätig sind.



Liebe Gäste,
wir haben Sie deshalb zu unserem Fachtag nicht nur als einzelne Besucher oder Teilnehmer eingeladen, sondern als unsere Kooperationspartner. Es freut mich sehr, dass Sie unserer Einladung so zahlreich gefolgt sind. Die Anwesenheit von Vertretern unterschiedlichster Fachbereiche, Sektoren und Einrichtungen des Versorgungssystems zeugt vom breiten Interesse und Engagement für unser gemeinsames Anliegen. Wir sind also auf dem richtigen Weg.

Ich wünsche Ihnen einen interessanten kbo-Fachtag Reha 2013 im Kleinen Theater Haar.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Josef Mederer

Bezirkstagspräsident von Oberbayern,
Vorsitzender kbo-Verwaltungsrat

Es gilt das gesprochene Wort.

Grußwort

Michael Mauerer-Mollérus | Sprecher der ARGE Freie Wohlfahrtspflege Oberbayern

Sehr geehrte Damen und Herren,

eigentlich sollte jetzt Herr Schindele im Namen der Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege ein Grußwort sprechen, aber, wie vielleicht der eine oder andere von Ihnen weiß, hat Herr Schindele die Funktion des Landesgeschäftsführers der bayerischen Arbeiterwohlfahrt übernommen.

Und damit fällt es jetzt mir als Vertreter des derzeit federführenden Verbandes zu, ein Grußwort an Sie zu richten. Mein Name ist Michael Mauerer-Mollérus und ich bin Referent für Inklusion und Teilhabe beim Bezirksverband der Arbeiterwohlfahrt Oberbayern.

Als ich vor knapp dreißig Jahren meine erste Stelle im Sozialdienst der Heckscherklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie angetreten habe, hatte der damalige Chefarzt Herr Professor Martinius dem Sozialdienst die Vorgabe gemacht, Patienten nur in Einrichtungen zu verlegen, die wir als Mitarbeiter der Klinik vorher persönlich besucht und für gut befunden hatten.

Er kannte von seinen Patienten den familiären Hintergrund, das Alter, die Diagnose und den aktuellen Stand der Behandlung.

Von uns vom Sozialdienst erwartete er, dass unsere Vorschläge für weiterführende Einrichtungen auf der Basis einer genauen Kenntnis des Hilfebedarfes, des Patienten und der Möglichkeiten der jeweiligen Einrichtung basieren.

Verlegungen fanden damals grundsätzlich durch einen Sozialdienstmitarbeiter zusammen mit dem Bezugsbetreuer statt. Wir haben den Patienten in die Einrichtung begleitet und dort mit ihm nach dem Aufnahmegespräch noch mindestens einen halben Tag verbracht. Wenn es in der Einrichtung Probleme gab, sah

sich die Klinik in der Pflicht, so dass auch bei missglückten Überleitungen die Kenntnisse über die Belastbarkeit und die Möglichkeiten der jeweiligen Einrichtung beim Sozialdienst zusammenlaufen konnten.

Damals waren aber auch die Aufenthaltsdauern bei Patienten, die dann in ein stationäres Angebot übergeleitet wurden, in der Regel zwischen drei und vier Monaten und in schwierigen Fällen oder wenn das geeignete Angebot aktuell keinen Platz frei hatte, konnte das auch länger sein. Das hieß in der Konsequenz, die Klinik hatte ihre Behandlung abgeschlossen und der nächste Schritt wurde gut vorbereitet und eingeleitet.

In der Erinnerung verklärt sich natürlich so manches, aber die Rahmenbedingungen für Überleitungen, die in Ruhe mit Patienten und Einrichtungen geplant werden konnten, diese Rahmenbedingungen, die gab es und diese Rahmenbedingungen haben sich seither erheblich verschlechtert.

Erstens:

Die Aufenthaltsdauern in den Kliniken wurden radikal auf ein aus meiner Sicht ungesundes Maß zurückgefahren, die Patienten müssen sehenden Auges und wider besseres Wollen „blutig“ entlassen werden und hier sehen wir die Schuld – nur um nicht missverstanden zu werden – ausdrücklich nicht bei den Ärzten und den Mitarbeitern der Kliniken, die ihr Unbehagen über diese Situation oft genug formulieren.

Zweitens:

Wir haben es zwar vielleicht nicht mit mehr, aber, so ist jedenfalls die Erfahrung aus dem komplementären Bereich, mit wesentlich kränkeren Menschen und komplexeren Hilfebedarfen zu tun als noch vor wenigen Jahren.



Drittens:

Die radikalen Abgrenzungsbestrebungen der einzelnen Kostenträger, exemplarisch seien da die Abgrenzungsprobleme zwischen SGB V und SGB XII genannt, führen gerade an den Schnittstellen zum Teil zu erheblichen Schwierigkeiten, wenn es um ein bedarfsgerechtes Angebot und damit auch um Fragen der Überleitung geht.

Die Liste ließe sich fortsetzen, aber ich denke, dazu werden wir im Verlauf der Veranstaltung noch einiges hören. Antworten auf die sich verschlechternden Rahmenbedingungen können nur in enger Abstimmung mit allen am Hilfesystem Beteiligten entwickelt werden.

Und obwohl wir Wohlfahrtsverbände, die wir uns über Jahrzehnte als Anwalt der Betroffenen verstanden haben, uns neuerdings mit dem Bezirk darüber streiten müssen, wer nun der echte Anwalt der Betroffenen ist, und wir ebenfalls über Jahrzehnte davon ausgehen durften, dass wir die Sozialpsychiatrie repräsentieren und uns dieser Rang neuerdings von kbo streitig gemacht wird, ist dieser Fachtag ein schöner Beleg dafür, dass auf allen Seiten, sowohl beim Bezirk als auch bei kbo und bei den Wohlfahrtsverbänden inzwischen die Überzeugung gewachsen ist, dass nur in enger Zusammenarbeit untereinander und in Abstimmung mit den Psychiatrieerfahrenen und den Angehörigen funktionierende Modelle für gelingende Überleitung entwickelt werden können.

Ich jedenfalls erlebe die Zusammenarbeit zwischen Bezirk, Kliniken und Wohlfahrtsverbänden als ergebnisorientiert, als vertrauensvoll und als konstruktiv.

Dieser Fachtag soll ein Schlaglicht auf die Modelle und Projekte werfen, die aus diesem Geist einer gemeinsamen Verantwortung

entstanden sind und soll gleichzeitig Impulse und Anregungen liefern, die uns auf dem Weg zu einer passgenaueren, am Bedarf der Betroffenen und an den Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention orientierten Versorgung und Überleitung voranbringen.

In diesem Sinne wünsche ich uns einen informativen und anregenden Fachtag und bedanke mich sehr herzlich bei der Kollegin Ruth Weizel und den Kolleginnen und Kollegen von kbo und des kbo-Sozialpsychiatrischen Zentrums für die Organisation und die Gastfreundlichkeit.

Michael Mauerer-Molléus

Sprecher der ARGE Freie Wohlfahrtspflege Oberbayern

Es gilt das gesprochene Wort.



Einleitung

Dr. phil. Markus Witzmann und Ruth Weizel | kbo-Vorstandsbereich Rehabilitation und Teilhabe

Mit 250 Personen war das Kleine Theater in Haar bis auf den letzten Platz gefüllt. Das Thema des kbo-Fachtags Reha 2013 „Wir finden den Weg – Psychiatrische Versorgungsnetze in Oberbayern: Überleitungsbegleitung und Koordination“ stieß trotz des oft als schwerfällig wahrgenommenen versorgungspolitischen Themas auf große Resonanz und engagierte Diskussionen.

Es war bereits der zweite Fachtag des kbo-Arbeitskreises Reha⁺, der seit 2010 in Kooperation von kbo, ARGE Freie Wohlfahrtspflege Oberbayern (Fachausschuss Psychiatrie), Bezirksverwaltung Oberbayern und der Selbsthilfe von Angehörigen sowie psychiatriee erfahrenen Menschen Schnittstellen-Themen zwischen den kbo-Kliniken und der außerklinischen psychiatrischen Versorgung behandelt. Getragen wird die Zusammenarbeit durch die gemeinsame Haltung, dass eine Weiterentwicklung des ausdifferenzierten Versorgungssystems nur in enger Kooperation aller Beteiligten erfolgen kann und Einzellösungen keine Perspektive haben.

Inhaltlich schloss der Fachtag an den ersten in 2011 an, der den Titel „Entwicklungen, Problemlösungen und Konzepte für psychisch schwer kranke Menschen“ hatte. Damals war Ziel, Bereich übergreifende Modelle für ganz Oberbayern zu entwickeln und anzubieten. Unterschiedliche Modelle, Projekte und Evaluationsvorhaben sind in der Zwischenzeit entstanden. Sie alle behandeln Themen der klinische Entlassplanung, Übergangsbegleitung sowie die Inanspruchnahme und Steuerung außerklinischer Hilfen für psychisch kranke und von seelischer Behinderung bedrohte erwachsene Menschen. Der rote Faden, der sich durch diesen Fachtag zog, ist der Blick auf die Gestaltung von Übergängen für Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. (drohenden) seelischen Behinderungen.

Die Fragen, die es zu beantworten gilt, sind: Wer findet zusammen mit dem Patienten auf welche Weise und mit welchem Ziel den jeweiligen individuellen und geeigneten weiteren Weg zur bestmöglichen Genesung und selbständigen Teilhabe am gesellschaftlichen Leben? Denn dass Schnittstellen im Versorgungssystem potenzielle Bruchstellen sind, die zu Versorgungsabbrüchen führen können, ist hinlänglich bekannt. Wie müssen Übergänge also aussehen, damit sie als Nahtstellen für die betroffenen Personen funktionieren?

Die Ergebnisse aus angewandten Modell- und Pilotprojekten in der psychiatrischen und Suchthilfeversorgung in Oberbayern wurden von den Praktikern der Umsetzung vorgestellt. Sie trugen deutlich zu einer lebendigen Atmosphäre bei, die sich auch in der an jeden Fachvortrag anschließenden Diskussion zeigte. Moderiert wurde die Veranstaltung von Gert Sonntag, Dipl.-Psychologe, und Ruth Weizel, kbo.

Im ersten Vortrag zur Optimierung des Übergangsmangements bei Alkoholkranken wurden von Dr. Beate Erbas, Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen, die Ergebnisse einer Pilotstudie am kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost und kbo-Inn-Salzach-Klinikum vorgestellt, die die Problematik des „Gap“ zwischen Entzug und Entwöhnung zum Thema hatte. Ausgangspunkt war die Alltagserfahrung vieler im Suchtbereich Tätiger, dass Patienten, die nicht direkt von der Alkoholentzugsklinik in die Entwöhnungseinrichtung verlegt werden, schlechtere Aussichten auf eine Abstinenz haben als direkt vermittelte Patienten. Die Studie ging der Fragestellung nach, ob ein direkter Übergang in die Entwöhnungstherapie den Behandlungserfolg stabilisiert und welche anderen Faktoren dabei eine Rolle spielen.

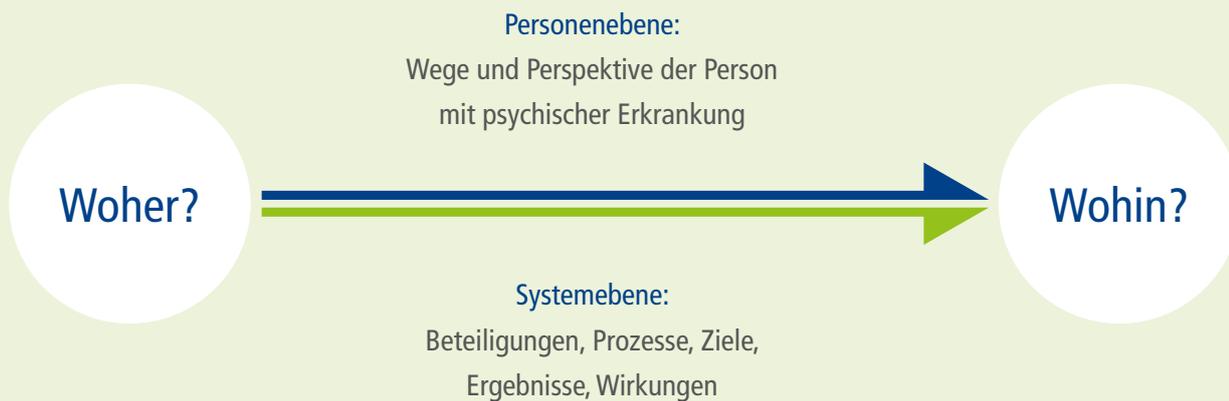


Abbildung 1

Im Fokus des Pilotprojekts Brückenteam, das von Daniela Blank, Bayerisches Institut für Daten, Analysen und Qualitätssicherung (BIDAQ), und Cornelia Winter, Bezirk Oberbayern, Fachdienst Suchthilfe und Psychiatrie, vorgestellt wurde, steht die Frage nach Planung, Steuerung und Koordinierung von Hilfen für Menschen mit langjährigen psychischen Erkrankungen, die verschiedene Leistungen parallel und aufeinanderfolgend benötigen und deren Versorgung deshalb immer wieder an institutionelle systemimmanente Grenzen stößt. Das Brückenteam bietet Lösungen zu einer konzeptionellen Annäherung der verschiedenen Stakeholder, um die Übergänge zwischen den Systemen zu optimieren. Das Überleitungsmanagement ist hierbei eine standardisierte Gemeinschaftsaufgabe von Kliniksozialdienst, Bezirksverwaltung und SpDi. Das ist ganz wörtlich zu nehmen, denn die jeweiligen Verantwortlichen treffen sich zum sogenannten Brückenteam. Die Evaluation des Modellprojekts war positiv, die Umsetzung in Oberbayern wurde von den Projektverantwortlichen vereinbart und ist für 2014 geplant.

Um eine ambulante gerontopsychiatrische Reintegration in Kooperation zwischen der kbo-Klinik und dem komplementären Bereich ging es in dem folgenden Vortrag von Dr. med. Norbert Braunisch, kbo-Lech-Mangfall-Klinik Agatharied, Tanja Gessler, Sozialdienst kbo-Lech-Mangfall-Klinik Agatharied, und Rosi Schnitzenbaumer, Sozialpsychiatrischer Dienst Miesbach. Ziel war es, eine Versorgung von gerontopsychiatrischen Patienten in der eigenen Häuslichkeit nach dem Klinikaufenthalt zu ermöglichen. Entsprechend dem sehr individuellen und komplexen Hilfebedarf der Klienten bedeutet das Herausforderungen für die Integrationsfachkräfte sowie sehr individuelle Lösungen. In dem Projekt konnten Standards der Kooperation und exemplarische Prozessorganisationen erprobt werden.

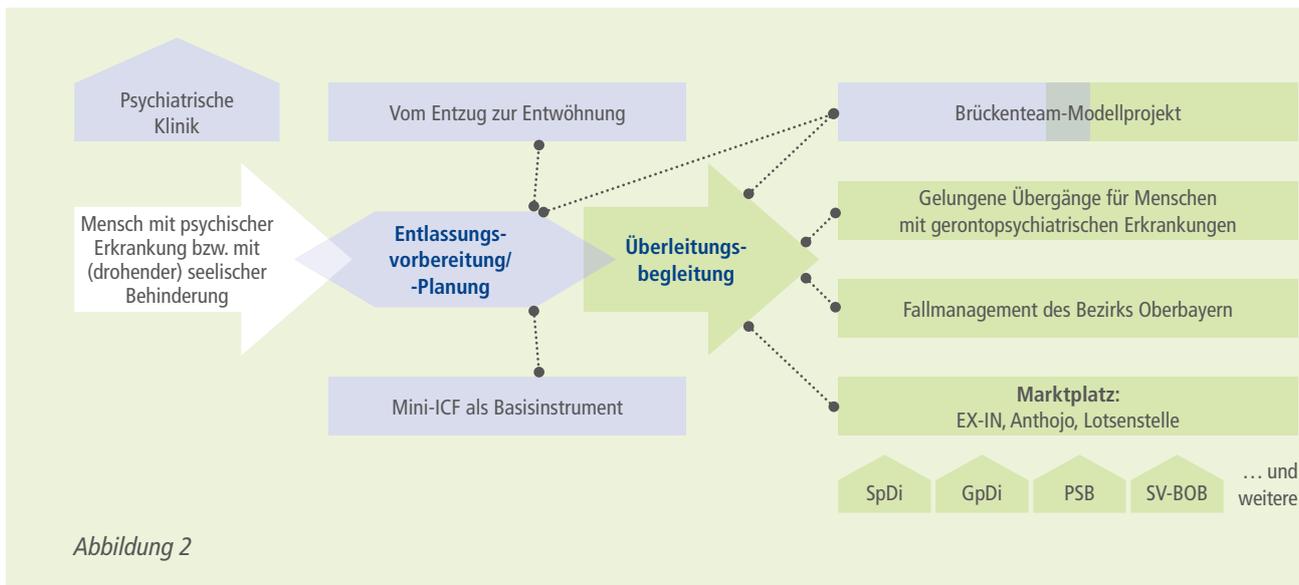
Das Modellprojekt Fallmanagement des Bezirks Oberbayern wurde von Stefan Becker, Projektleitung Fallmanagement, vorgestellt. Es soll personenzentrierte Hilfen zielgenau erbringen und den Bezirk Oberbayern als steuernden Akteur für alle Leistungen der Eingliederungshilfe stärken. Wie das Projekt aufgestellt ist, welche Zusammenarbeitsformen nötig sind und was evaluiert wird, war Inhalt des Vortrags.

Das bio-psycho-soziale Modell der ICF stellt die Funktionsfähigkeit eines Menschen als Ergebnis der Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem, den Körperfunktionen/-strukturen der Person, ihren Aktivitäten/Teilhabe und ihrem individuellen Lebenshintergrund (Umwelt und personenbezogener Kontext) dar und läutet damit einen Paradigmenwechsel der Betrachtung von Gesundheitsproblemen ein. Inwiefern das Mini-ICF, ein auf 13 Items verkürztes validiertes Coreset, als Basisinstrument der sozialpsychiatrischen Behandlung in einer kbo-Akuteklinik eingesetzt werden kann, berichteten Richard Schmidmeier, Ruth Höfter und Dr. Johannes Unterberger vom kbo-Inn-Salzach-Klinikum.

Innovative Projekte mit Kurzvorträgen präsentierten sich am Nachmittag auf dem „Marktplatz“. Auch dort ergab sich die Gelegenheit zum intensiven Austausch. Vorgestellt wurden

1. das Modellprojekt EX-IN vom Bezirk Oberbayern, der die Triadische Arbeitsgemeinschaft EX-In Bayern einlud,
2. die flexiblen Module zur Vermeidung von stationären Hilfen von Anthojo Rosenheim und
3. die Lotsenstelle als Eingangstüre und Clearing des kbo-Sozialpsychiatrischen Zentrums.

Die Podiumsdiskussion mit den Vertretern der am kbo-Arbeitskreis Reha+ beteiligten Akteure – Dr. med. Gabriele Schleunig, kbo-Isar-Amper-Klinikum, Michael Mauerer-Molléus,



Fachabteilungsleiter Sozialpsychiatrie AWO Bezirksverband Oberbayern, Kristian Gross, ApK München e. V., Helmut Roth, Bezirksverwaltung Oberbayern, Susanne Stier und Walther Schäl, OSPE, rundeten das Thema „Psychiatrische Versorgungsnetze in Oberbayern: Überleitungsbegleitung und Koordination“ ab.

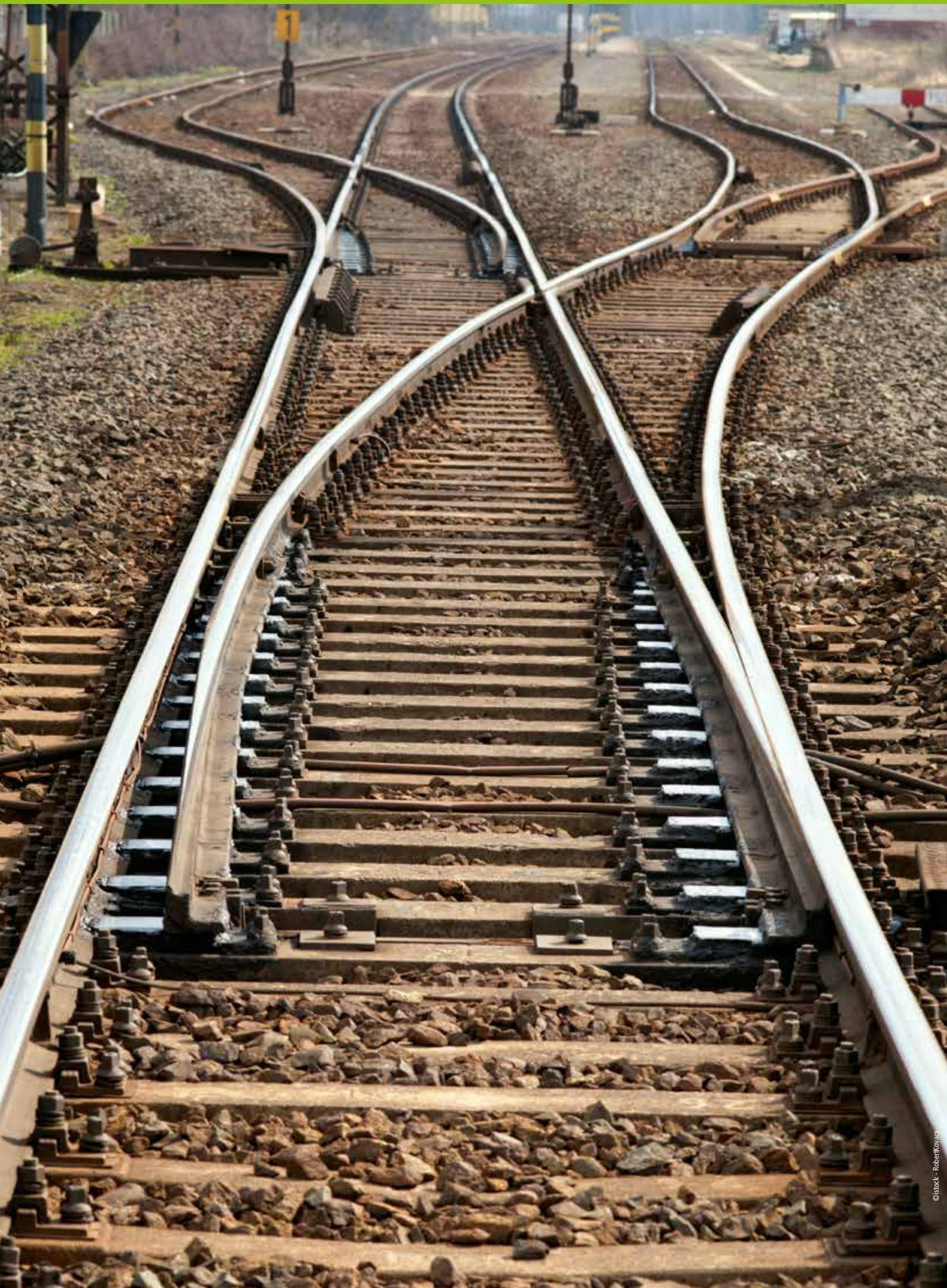
Am Ende der Veranstaltung stellte sich die Frage, wie diese Modell- und Pilotprojekte eine nachhaltige Wirkung erzielen können. Die Modellprojekte sind evaluiert und analysiert – bis auf das noch in der Erprobungsphase befindliche Fallmanagement. Hier steht insbesondere, von den Praktikern aufgebracht, der Appell an eine Entscheidung zu einer weitergehenden Umsetzung im Raum. Nur für das Brückenteam ist die Entscheidung getroffen, es 2014 oberbayernweit umzusetzen. Entscheidungen zu vergleichbaren Nachhaltigkeiten der Projekte der gerontopsychiatrischen Überleitung, Optimierung des Überleitungsmanagements bei Alkoholkranken und Umsetzung von MINI-ICF stehen noch aus.

Multidisziplinär und interdisziplinär zu denken und Anschluss-handlungen zu ermöglichen, die sowohl fachlichen als auch ökonomischen Ansprüchen gerecht werden, ist unser Ziel für die Zukunft. Das wollen wir auch weiterhin im kbo-Arbeitskreis Reha+ mit allen beteiligten Akteuren umsetzen, zwischen kbo, ARGE Freie Wohlfahrtspflege Oberbayern (Fachausschuss Psychiatrie), Bezirksverwaltung Oberbayern, den Vertretern der PSAGen und Regionalen Verbände, der Wohnungslosenhilfe, der Rehaeinrichtungen und der Selbsthilfe von Angehörigen sowie psychiatrieeerfahrenen Menschen.

Fragen, Anregungen und Kritik zum Fachtag richten Sie bitte an den kbo-Vorstandsbereich Rehabilitation und Teilhabe.

Leitung:
Dr. Markus Witzmann
 markus.witzmann@kbo.de

Referentin:
Ruth Weizel
 ruth.weizel@kbo.de



Vom Entzug zur Entwöhnung bei Alkoholkranken: Indikatoren zur Optimierung des Übergangsmanagements

Dr. med. Beate Erbas | Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen München

Einleitung

Die nachfolgend vorgestellte Pilotstudie, die durch die Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen BAS durchgeführt wurde, untersuchte unter anderem, inwieweit alkoholabhängige Patienten von der direkten Vermittlung zwischen Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung profitieren. Aus diversen Gründen und Motiven weichen Patienten vom ursprünglich intendierten Behandlungsweg ab und wechseln zwischen verschiedenen Motivationsstadien. So verfolgen manche Patienten das Abstinenzziel konsequent, während andere nicht dazu in der Lage sind. Auch diese inneren Gründe sind bei der Bewertung des Behandlungserfolgs zu berücksichtigen – sie sind allerdings nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung.

Fragestellung

Ausgangspunkt war die Alltagserfahrung vieler im Suchtbereich Tätiger, dass Patienten, die nicht direkt von der Alkoholentzugs-klinik in die Entwöhnungseinrichtung verlegt werden, schlechtere Aussichten auf eine Abstinenz haben als direkt vermittelte Patienten. Untersucht wurde deshalb, wie sich eine direkte Verlegung auf den Behandlungserfolg, im Sinne der Abstinenz zum Zeitpunkt der Zweitbefragung bzw. im Zeitraum zwischen den beiden Befragungen, auswirkt. Wie in der Abbildung 1 dargestellt, kann es nach dem Entzug zu Behandlungsabbrüchen kommen, wenn keine direkte Weitervermittlung gelingt.

Bei der Untersuchung des Therapieerfolgs fanden Merkmale, wie die Länge der Übergangszeit, die bisherige Therapieerfahrung oder bestimmte Patienten-Charakteristika, Berücksichtigung. Die Ergebnisse sollen auch dem internen Qualitätsmanagement der beteiligten Kliniken dienen.

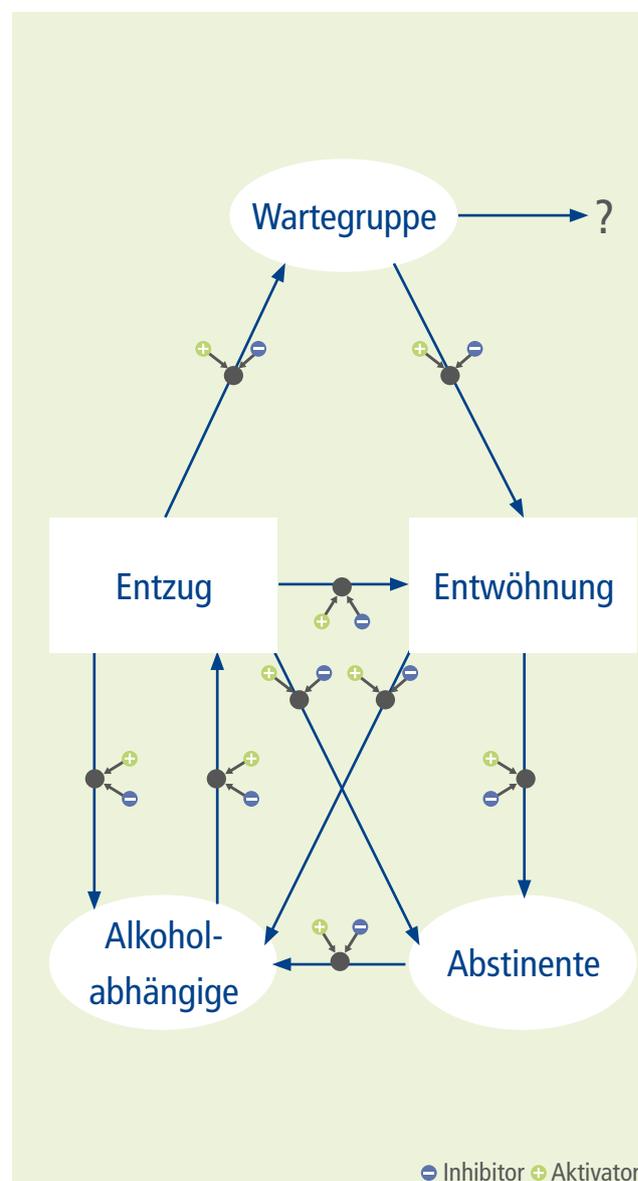


Abbildung 1: Patientenströme im Versorgungssystem



Abbildung 2: Überblick über den Ablauf der Untersuchung

Methodik und Studienablauf

Das Untersuchungsdesign entsprach einer prospektiven Beobachtungsstudie mit zunächst zwei Befragungszeitpunkten.

Als Ergänzung wurde zu einem späteren Zeitpunkt eine dritte Erhebung für einen Teil der Patienten vorgenommen, die zum Zeitpunkt der Zweibefragung nicht erreicht werden konnten bzw. die Entwöhnungsbehandlung noch nicht angetreten oder abgeschlossen hatten.

Patienten, die sich zur stationären Alkoholentzugsbehandlung im kbo-Isar-Amper-Klinikum oder im kbo-Inn-Salzach Klinikum befanden und für eine Entwöhnung vorgesehen waren, wurden ab Ende 2011 bis Frühjahr 2012 rekrutiert und in der Klinik interviewt. Frühestens drei Monate später wurden diese Patienten ein weiteres Mal kontaktiert und befragt. Nachdem sich einige Patienten zum zweiten Befragungszeitpunkt noch in der Entwöhnungsbehandlung befanden oder auf einen Therapieplatz warteten, wurde die Untersuchung durch einen dritten Interviewtermin Anfang 2013 ergänzt. Zu diesem Zeitpunkt wurde zudem versucht, den Verbleib der zur Zweibefragung nicht erreichten Patienten aufzuklären.

Ergebnisse

1 Studienpopulation

Insgesamt konnten 105 Patienten (57,1 % Männer), die sich zur stationären Alkoholentzugsbehandlung im kbo-Isar-Amper-Klinikum (n=82) sowie im kbo-Inn-Salzach-Klinikum (n=23) befanden, befragt werden. Die Probanden waren durchschnittlich 44,4 Jahre alt, die Alkoholproblematik bestand im Mittel seit 12,2 Jahren. 42 Personen (40,0 %) waren in irgendeiner Form bezahlt erwerbstätig, die restlichen 63 Patienten (60,0 %) waren ohne bezahlte Erwerbstätigkeit.

Die obestehende Abbildung gibt einen Überblick über den Ablauf der Untersuchung:

2 Befragung in der Entzugsklinik (T1)

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 17,5 Tage. 85 Patienten (80,9 %) hatten bereits schon mindestens eine Entzugsbehandlung hinter sich. Von diesen berichteten 26 Personen (30,6 %) über abgebrochene Entgiftungsbehandlungen in der Vergangenheit.

Bei Patienten mit Entgiftungserfahrung fanden sich im Gegensatz zu den noch Unerfahrenen signifikant häufiger Komplikationen und Beschwerden während der Entzugsbehandlung ($p=0,004$). 67 Patienten (63,8 %) hatten schon mindestens eine Entwöhnung absolviert. Von diesen Patienten berichteten knapp 22 (33 %) über mindestens oder genau einen Abbruch der Entwöhnungsbehandlung.

Die mittels SESA ermittelten Schweregrade der Alkoholabhängigkeit der untersuchten Patienten verteilten sich folgendermaßen auf drei Kategorien: 19 % leichte, 61 % mittlere und 20 % schwere Abhängigkeit. Die 39 Patienten mit mittlerer oder schwerer Abhängigkeit hatten signifikant häufiger Entwöhnungserfahrung ($p=0,009$) sowie Komplikationen bei der Entgiftung ($p=0,008$). Patienten mit schwerer Abhängigkeit berichteten zudem signifikant häufiger über bereits stattgefundene Entgiftungsbehandlungen ($p=0,045$).

3 Zweibefragung (T2)

65 Patienten (61,9 %) konnten zum Zeitpunkt der Zweibefragung nach durchschnittlich 145 Tagen erreicht werden. 52 Patienten (49,5 %) standen erneut für ein weiteres Interview zur Verfügung. 13 Patienten (12,4 %) verweigerten die Teilnahme an der Befragung. Zu 40 Patienten (38,1 %) konnte kein Kontakt hergestellt werden.

27 Patienten (25,7 %) waren bis zum Zweitinterview ununterbrochen abstinent, 29 (27,6 %) berichteten Abstinenzunterbrechungen. 49 Patienten (46,7 %) waren zum Zeitpunkt des Interviews abstinent (Punktastinenz). Dabei zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Abstinenz und Beobachtungsdauer ($p=0,026$): Patienten mit dauerhafter Abstinenz wurden im Mittel nach 129 Tagen befragt, solche mit mindestens einer Abstinenzunterbrechung nach durchschnittlich 156 Tagen.

Beim Vergleich der zum Zeitpunkt der Zweitbefragung nicht erreichten mit den erreichten Patienten zeigte sich, dass erstere signifikant längere Verweildauern in der Entzugsklinik aufwiesen (22,2 Tage vs. 14,6 Tage, $p<0,001$). Dieser Befund war der Grund, weshalb in einer weiterführenden Recherche nach dem Verbleib dieser nicht mehr erreichten Patienten gesucht werden sollte.

Die Entwöhnungsbehandlung war zum Befragungszeitpunkt noch nicht bei allen Befragten abgeschlossen. Zehn Patienten (9,5 %) konnten direkt in die Entwöhnung vermittelt werden. Die durchschnittliche Übergangszeit dauerte bei nicht direkt vermittelten Patienten etwa 40 Tage.

Eine nicht näher definierte Abstinenzunterbrechung im Zeitraum zwischen Erst- und Zweitbefragung erlebten 29 von 56 Patienten (51,8 %). Rund die Hälfte dieser Patienten wurde erneut zur Entgiftungsbehandlung aufgenommen.

Patienten, die bereits in der Vergangenheit Entgiftungsbehandlungen durchgeführt hatten, wurden signifikant häufiger rückfällig ($p=0,015$). Jene mit einer schweren Alkoholabhängigkeit nach SESA berichteten signifikant häufiger über eine Abstinenzunterbrechung innerhalb der letzten drei Monate als weniger stark Abhängige ($p=0,009$).

Patienten, die bei der Erstbefragung angaben, einem bezahlten Beschäftigungsverhältnis nachzugehen, berichteten signifikant seltener von einer Abstinenzunterbrechung in der Zeit zwischen den beiden Befragungen als Patienten ohne bezahlte Tätigkeit (32 % vs. 73 %, $p<0,001$). Hinsichtlich der aktuellen Abstinenz zum Befragungszeitpunkt war dieser Unterschied jedoch nicht signifikant (91,7 % vs. 81,8 %, $p=0,446$).

4 Nachbefragung und Klinikrecherche

Unter Berücksichtigung aller verfügbaren Daten ergab sich eine Antritsquote für die Entwöhnung von 46,7 % (49 von 105 Patienten).

19 Patienten, die zum Zeitpunkt der Zweitbefragung noch auf einen Entwöhnungsplatz warteten oder sich in der Entwöhnungsbehandlung befanden, sollten ein weiteres Mal zu ihrem aktuellen Abstinenzstatus und zu Abstinenzunterbrechungen nach Abschluss der Entwöhnungsbehandlung befragt werden. Zehn Patienten konnten durchschnittlich 21 Wochen nach Ende der Behandlung für ein Telefoninterview erreicht werden. Von diesen waren neun zum Zeitpunkt der Befragung abstinent. Acht davon hatten die Entwöhnungsbehandlung regulär abgeschlossen.

Bei der klinikinternen Recherche konnte der Verbleib von insgesamt 25 der nicht erreichten 40 Patienten geklärt werden: 20 wurden nach der Erstbefragung erneut in der Klinik zur Entgiftungsbehandlung aufgenommen. Fünf Patienten nahmen eine Entwöhnungsbehandlung auf. Das bedeutet, dass 80 % dieser Patienten (20 von 25) erneut Alkohol konsumierten.

Auf Basis dieser und der Daten aus der Zweitbefragung konnte in einer Hochrechnung gezeigt werden, dass sich eine Unterbrechung der Behandlungskette von der Entgiftung zur Entwöhnung negativ auf die Aufrechterhaltung der Abstinenz auswirkt ($p=0,034$).

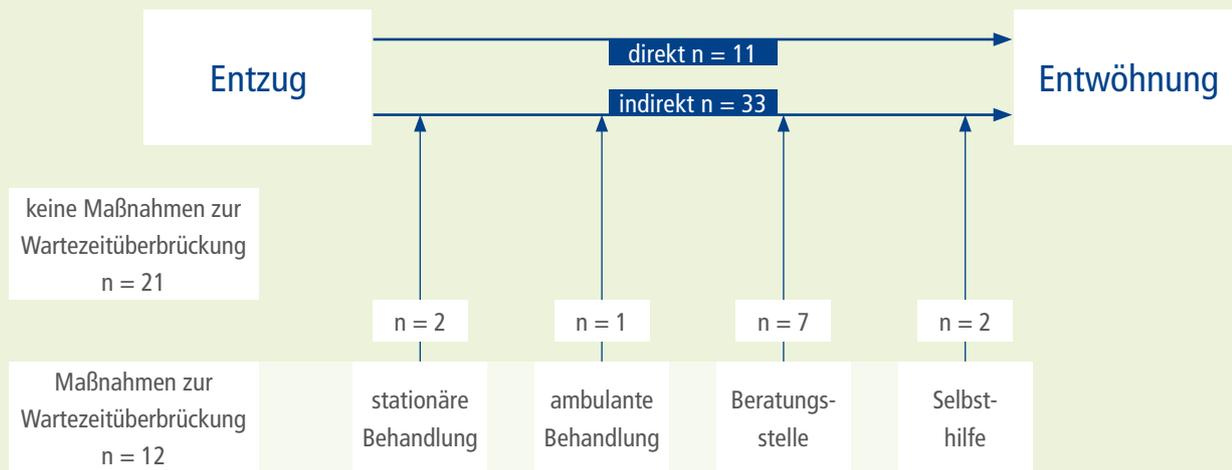


Abbildung 3: Maßnahmen zur Überbrückung der Übergangszeit

Diskussion und Ergebnisbewertung

Die Hypothese, dass sich eine zeitliche Unterbrechung in der Behandlungskette negativ auf die Aufrechterhaltung der Abstinenz auswirkt, lässt sich auf Basis der nachfolgenden Beobachtungen bestätigen. Dabei wurden sowohl Abstinenzunterbrechungen in der Übergangszeit zwischen Entzug und Entwöhnung (1.) als auch in der zeitlich längeren Phase zwischen Erst- und Zweitinterview (2.) berücksichtigt:

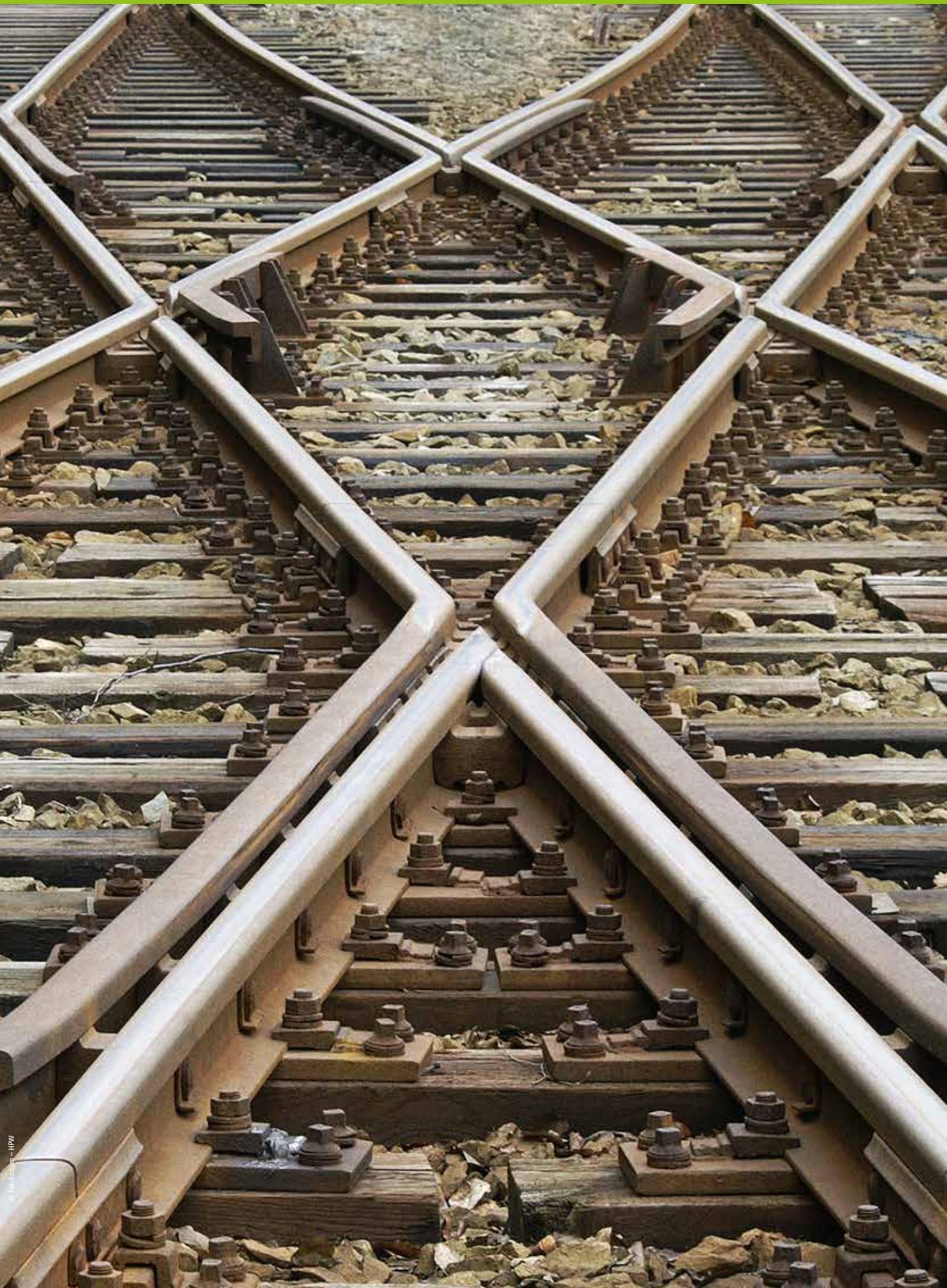
1. 13 von 30 Patienten (43,3 %), die auf einen Entwöhnungsplatz warten mussten, berichteten eine oder mehrere Abstinenzunterbrechungen in der Übergangszeit zwischen Entzug und Entwöhnung.
2. Eine Abstinenzunterbrechung im Zeitraum zwischen Erst- und Zweitbefragung fand sich bei 18 von 32 Patienten (56 %), die keinen direkten Übergang von der Entzugs- in die Entwöhnungseinrichtung hatten.
3. Unter Einbeziehung der Daten aus der Klinikrecherche zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang in der Art, dass Patienten ohne direkten Übergang (77 %) signifikant häufiger im Vergleich zu den direkt Vermittelten (46 %) mindestens eine Abstinenzunterbrechung berichteten.

Als weitere Risikofaktoren mit Einfluss auf spätere Abstinenzunterbrechungen erwiesen sich die Schwere der Alkoholabhängigkeit, bereits absolvierte Entgiftungsbehandlungen in der Vergangenheit sowie eine fehlende Erwerbstätigkeit der Betroffenen.

Ausblick

Durch die Pilotstudie haben sich neue Fragestellungen ergeben, die an einer größeren Patientenstichprobe überprüft werden sollten.. Interessant wäre beispielsweise eine Befragung der Patienten hinsichtlich ihrer Ziele der Entzugsbehandlung: Wird eine längerfristige Abstinenz angestrebt oder eher eine körperliche Regeneration bzw. eine Konsumreduktion? Auch Kenntnisse über

den Therapieerfolg von Patienten, die aus dem Entzug entlassen werden, aber keine Entwöhnung anschließen, wären hilfreich. Schließlich könnte auch untersucht werden, welche Angebote des Hilfesystems zu welchen Patienten passen bzw. welche Bedeutung Überleitungsnetzwerken zukommt.





Modellprojekt Brückenteam (1)

Evaluation des Überleitungsmanagements und Empfehlungen für eine weitere Umsetzung

Kornelia Winter | Bezirk Oberbayern, Fachdienst Suchthilfe und Psychiatrie

Rückblick – Gründe für die Entstehung und die Notwendigkeit eines trägerübergreifenden Überleitungsmanagements, hier „Brückenteam“

Neben den vielen allgemeinspsychiatrisch gut versorgten Patienten fällt seit Jahren immer wieder eine Personengruppe auf, die entweder unter-, über- oder fehlversorgt ist. Diese Gruppe bereitet den Profis und weiteren Beteiligten Kopfzerbrechen bezüglich ihrer Anschlussversorgung nach dem Ende der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit.

So gab es in 2010 eine Untersuchung, die gemeinsam von den Kliniken des Bezirks Oberbayern (kbo) und der Bezirkssozialverwaltung durchgeführt wurde, um die Hintergründe sogenannter „Klinik-Langzeitlieger“ und ihrer herausfordernden Anschlussversorgung zu erschließen. Hier zeigten sich unterschiedliche Gründe für einen monate-, teilweise auch jahrelangen Klinikaufenthalt einer bestimmten Patientengruppe.

Vermittlungshemmende Gründe waren zum Beispiel

- kein passgenaues Angebot für den komplexen Hilfebedarf,
- langwierige Aufnahme-prozedere der Einrichtungen,
- Verzögerungen durch gerichtliche Angelegenheiten,
- leistungsberechtigte Person wollte explizit in bestimmte Einrichtung oder
- Dauer der Bearbeitungszeit und schwierige Kommunikation.

Die Kliniken des Bezirks Oberbayern als auch die Bezirkssozialverwaltung haben selbstkritisch einen Nachsteuerungsbedarf festgestellt und seither umgesetzt.

Die langjährig praktizierte unbefristete Übernahme der Klinikkosten nach der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit durch den Bezirk Oberbayern wurde im Oktober 2010 abgeschafft.

Auf dem 1. kbo-Fachtag 2011 wurde über sogenannte „Heavy User“ oder „Systemsprenger“ und ihre adäquate Versorgung referiert und diskutiert.

Um dem beschriebenen Problem gerecht zu werden und auch für Menschen mit einem komplexeren Hilfebedarf eine passgenaue Anschlussversorgung sicherzustellen, erstellten die Vertreter des kbo-Arbeitskreises Reha+ in 2011 das Konzept „Überleitungsmanagement Modell Brückenteam“.

Das Pilotprojekt „Brückenteam“ wurde von Juli 2011 bis Juli 2012 in den Pilotregionen

- München Mitte, München Süd und den
- Landkreisen Erding/Freising sowie den
- Landkreisen Mühldorf/Altötting durchgeführt.

Beteiligte und Durchführende waren die

- das kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost und Taufkirchen (Vils) sowie das kbo-Inn-Salzach Klinikum Wasserburg am Inn,
- die jeweiligen regionalen Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) und
- die Bezirkssozialverwaltung.

In jeder Pilotregion bildete sich ein „Brückenteam“ mit festgelegten Ansprechpartnern für

- die Klinik,
- die Bezirkssozialverwaltung und
- den Sozialpsychiatrischen Dienst.

Eine enge und standardisierte Zusammenarbeit mit regelmäßigen „Brückenteamkonferenzen“ und einer geregelten Ergebnis-sicherung wurde umgesetzt.

Ziel war die Optimierung der Überleitung und Umsetzung von Hilfen für schwer zu versorgende Personen/Patienten

der Allgemeinpsychiatrie mit einem Bedarf an Teilhabeleistung an der Schnittstelle zwischen Klinik und weiterführender Versorgung.

Aufgaben des Brückenteams waren die

- Identifizierung des Personenkreises,
- Hilfebedarfsüberprüfung und Ideensammlung zur Maßnahmenplanung und
- Ressourcen-Check des regionalen psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Versorgungsnetzwerks,
- Info-Check über verfügbare administrative und psychiatrische relevante Dokumentationen zum Einzelfall,
- die Initiierung weiterer Entlassplanungsabläufe, zum Beispiel Personenkonferenz, und
- das Monitoring des eingeleiteten Überleitungsprozesses.

Aufgaben des Sozialdienstes der Klinik im Vorfeld waren:

- die Identifikation der Zielgruppe, das heißt der Person, die im Brückenteam zu besprechen war,
- die Festlegung der für die Weiterversorgung relevanten Fragestellungen,
- die Übermittlung der für die Weiterversorgung relevanten Informationen und
- die Kontaktaufnahme mit dem Bezirk Oberbayern und dem SpDi.

Sofern vorhanden, konnten die Vertreter des Bezirks Oberbayern und der SpDis relevante Informationen zur Brückenteambesprechung beisteuern. Die Brückenteams wurden in der Regel in einem Turnus von 4 Wochen und nach Bedarf durchgeführt.

Die quantitative und qualitative Evaluation des Modellprojektes verlief über den gesamten Projektzeitraum und wurde durch das Bayerische Institut für Daten, Analysen und Qualitätssicherung

(BIDAQ) durchgeführt und im November 2012 zum Abschluss gebracht. Die Ergebnisse der gemeinsamen Abschluss-Evaluationsveranstaltung mit allen am Brückenteam Beteiligten vom Oktober 2012 sind eingeflossen.

Die Evaluation zeigt, dass das Pilotprojekt erfolgreich war, da das Brückenteam Strukturen für eine effektive Einzelfallsteuerung bereitstellt und der Überleitungsprozess verbessert wird.

Seit Ende des Pilotprojekts wird das Brückenteam freiwillig in den Landkreisen Altötting/Mühldorf sowie München Mitte/Süd weitergeführt. Im Dezember 2012 wurden die Evaluationsergebnisse und Empfehlungen im kbo-Arbeitskreis Reha+ vorgestellt und eine Regelumsetzung befürwortet.

Im 1. Quartal 2013 wurden die Evaluationsergebnisse Brückenteam und Empfehlungen innerhalb von kbo, der Bezirksverwaltung und der ARGE Freie Wohlfahrtspflege diskutiert. Parallel wurde das Kurzkonzept von der Lenkungsgruppe Brückenteam des kbo-Arbeitskreises Reha+ überarbeitet.

Im 2. Quartal 2013 fand eine abschließende Ergebnisdiskussion zwischen dem Verbandsvertreter der Freien Wohlfahrtspflege und den Leitungsspitzen der Bezirksverwaltung und Kliniken des Bezirks Oberbayern statt. Die Runde hat den hochwertigen Ansatz des Projektes bestätigt und eine erweiterte Umsetzung sowie Evaluation des Brückenteamprojektes befürwortet.

Die 5 Empfehlungen zur regelhaften Umsetzung des Überleitungsmanagements „Modell Brückenteam“

Nachfolgend die Empfehlungen der Runde der Verbandsvertreter der Freien Wohlfahrtspflege und Leitungsspitzen der Bezirksverwaltung und Kliniken des Bezirks Oberbayern:



Empfehlung 1

Das Brückenteam wird in allen regionalen Versorgungsgebieten in Oberbayern für den Bereich Allgemeinpsychiatrie der Kliniken des Bezirks Oberbayern eingeführt. Die Einführung erfolgt modell- und prozesshaft.

Für die Versorgungsregion des kbo-Isar-Amper-Klinikums wird das Brückenteam modellhaft auf den gesamten Fachbereich Süd/West, Nord und Ost sowie die Soteria des Fachbereichs Spezial ausgeweitet. Unter anderem werden die SpDis Laim, Pasing, Perlach und Giesing neu involviert.

Für die Versorgungsregion des kbo-Inn-Salzach-Klinikums Wasserburg am Inn wird eine prozesshafte Ausweitung auf die Fachbereiche Allgemeinpsychiatrie und Sozialpsychiatrie erfolgen. Die SpDis für Landkreis und Stadt Rosenheim, Landkreis Traunstein und Ebersberg werden neu dazukommen.

In den kbo-Kliniken Rosenheim, Freilassing, Agatharied, Landsberg am Lech, Garmisch-Partenkirchen, Taufkirchen (Vils) wird mit einer geringeren Fallzahl gerechnet und somit einer geringeren Notwendigkeit und Häufigkeit an Brückenteams.

Die Schnittstellen und Synergieeffekte des Brückenteams zum Fallmanagement des Bezirks Oberbayern werden in der Modellregion Rosenheim berücksichtigt.

Perspektivisch soll das Thema Überleitung in allen Bereichen der Psychiatrie ausgebaut und entsprechende Empfehlungen, insbesondere auch für den Bereich Sucht und Gerontopsychiatrie, erstellt werden.

Empfehlung 2

Die im Projekt gewonnenen Ergebnisse zu geeigneten Strukturen und Abläufen des „Brückenteams“ werden in das vorliegende Kurzkonzept eingearbeitet. Das angepasste Kurzkonzept dient als Grundlage zur Umsetzung in allen regionalen Versorgungsgebieten.

Hier ein paar Eckpunkte für das erweiterte Konzept

- Das Brückenteam findet regelmäßig mindestens einmal im Monat statt.
- Teilnehmer regelhaft: Kliniksozialdienst und Stationsarzt/Oberarzt, Bezirkssozialverwaltung, der für die Klinikschnittstelle zuständige SpDi-Mitarbeiter
- Teilnehmer bedarfsbezogen: fallabhängig können weitere Akteure hinzugezogen werden.

In folgenden Fällen muss ein Brückenteam eingeleitet werden:

- drohender Verlust der Wohnung bzw. kein fester Wohnsitz
- geplante Verlegung in eine stationäre bzw. beschützte Einrichtung
- Mitteilung über das Ende der Behandlungsbedürftigkeit an den Bezirk Oberbayern

Bei Vorliegen folgender Items sollte ein Brückenteam eingeleitet werden:

- häufig wiederkehrende und/oder lange Klinikaufenthalte
- komplexer, häufig noch nicht konkretisierter Hilfebedarf
- mangelnde Anbindung an das gemeindepsychiatrische Hilfesystem
- wenig Sozialkontakte – Entwurzelung
- Beteiligung vieler Akteure
- Leistungen aus unterschiedlichen Versorgungssystemen sind erforderlich.



Die beteiligten Akteure sind aufgefordert, notwendige Strukturen und Prozesse nachzusteuern und einzurichten:

- kbo-Kliniken:
 - Oberärzte/Chefärzte sind insbesondere bei der Fallidentifikation verantwortlich.
 - Regionale Zuständigkeitsstrukturen der Klinik treffen auf SpDi-Zuständigkeitsstrukturen.
- Bezirk Oberbayern
 - Beteiligung am Brückenteam und klare Absprache zwischen der Einzelfallsachbearbeitung und dem Fachdienst
 - Abstimmung mit dem Projekt Fallmanagement
 - Weiterbearbeitung von im Brückenteam identifizierten ungedeckte Bedarfslagen
- SpDi
 - Komplexe und schwierige Einzelfälle aus kbo-Kliniken werden prinzipiell im Brückenteam besprochen.
 - Kenntnis in Bezug auf eindeutig identifizierte stationäre Bedarfslagen

Empfehlung 3

Die an der Umsetzung des Brückenteams beteiligten Organisationen unterstützen die Einführung des Brückenteams und setzen die dazu notwendigen Strukturen und Prozesse verbindlich um. Die modell- und prozesshafte Umsetzung der Brückenteams in den Versorgungsregionen in Oberbayern erfolgt auf der Grundlage einer zwischen kbo, Bezirksverwaltung und Freier Wohlfahrt festgelegten Planung. Diese wird in 2013 erarbeitet. Für die modellhafte Umsetzung legen die relevanten Akteure ein Evaluationskonzept auf und stellen entsprechende Evaluationsmittel für die externe Begleitung bereit.

Eine Lenkungsgruppe, besetzt mit Vertretern der drei Parteien, wurde gegründet.

Empfehlung 4

Zum Gelingen trägt eine wertschätzende Kooperationskultur bei. Diese und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit in der Einzelfallarbeitsarbeit sollen alle an der Versorgung Beteiligten fördern und unterstützen.

Folgende Anregungen werden hier gegeben:

- die Arbeit an einer gemeinsamen Sprache
- gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen
- Hospitationen für Klinikbereich und ambulant/komplementäre Versorgung

Empfehlung 5

Die übergreifende Fallsteuerung wird gestärkt und intensiviert. Der regionale psychosoziale Verbund und Personenkonferenzen werden auf- und ausgebaut. Bereits bestehende Steuerungsmodelle in den unterschiedlichen Bereichen werden genutzt.

Die Entwicklungen innerhalb des Projektes „Regionale Steuerung“ des Gremiums zur Gesundheits-, Sozial- und Versorgungsplanung Oberbayern (GSV) und dem Projekt „Fallmanagement“ finden ihre Berücksichtigung. Zum heutigen Zeitpunkt ist für die weitere modell- und prozesshafte Umsetzung des Überleitungsmanagements Brückenteam die Lenkungsgruppe beauftragt und die Mitglieder sind namentlich benannt.

- Die prozesshafte Implementierung des Brückenteams in den zuvor benannten Regionen,
 - die Etablierung des Monitorings und
 - die Evaluation
- werden durch die Tätigkeit der Lenkungsgruppe auf den Weg gebracht.

Aus persönlicher Erfahrung kann ich sagen, dass trotz anfangs schwieriger Prozesse die Arbeit in einem Brückenteam gewinnbringend sowie zielführend ist und außerdem Spaß macht.

Modellprojekt Brückenteam (2)

Evaluation des Überleitungsmanagements und Empfehlungen für eine weitere Umsetzung

Daniela Blank | Bayerisches Institut für Daten, Analysen und Qualitätssicherung (BIDAQ)

Die Notwendigkeit eines Überleitungsmanagements ist zunächst einmal nichts, was dem Patienten an sich entspringt, sondern wird durch die Ausdifferenzierung der Hilfen in verschiedene Subsysteme bedingt. Räumlich abgetrennt, spezifiziert auf die jeweiligen Zuständigkeitsbereiche und Versorgungssysteme und basierend auf ihren jeweils eigenen Sozio-Logiken und Sprachen agieren die Helfer-Akteure in den einzelnen Subsystemen. Was zur Folge hat, dass Wissensbestände und Zuständigkeitsregelungen im Rahmen des Übergangs mühsam von einer Systemseite an die andere weitergeleitet, übersetzt und in die eigene Praxis integriert werden müssen.

Dementsprechend basieren Überleitungsprozesse auf komplexen Handlungspraktiken, die sich insbesondere durch ihr Aufgespannt-Sein zwischen unterschiedlichen Institutionen auszeichnen. Gemäß der andauernden strukturellen Weiterentwicklung der beteiligten Akteure unterliegen sie einem steten Wandel. Und sie implizieren im Einzelfall die oftmals schwierige Synchronisation systemangrenzender Handlungsabläufe. Die Frage „Welche Hilfe?“ geht mit der Frage der „Freien Kapazitäten?“ und der Frage „Wer übernimmt die Finanzierung?“ einher.

Doch damit nicht genug. Hinzu kommt die Schwierigkeit des Zuschnitts der richtigen Hilfe. Maßnahmen, sowohl im somatischen wie im psychiatrischen Bereich, werden dann als gelungen wahrgenommen, wenn sie spezifisch auf die jeweilige Lebenssituation des Patienten zugeschnitten und wenn sie aufeinander abgestimmt sind. Schlechte Maßnahmen – im Umkehrschluss – sind abstrakte Hilfen mit mangelndem Bezug zum Lebenskontext und zum Alltag der Patienten. Und schlechte Maßnahmen sind oftmals jene, die den Patienten mit verschiedenen, teils widersprechenden Empfehlungen alleine lassen.

Die niederländische Philosophin Anne Marie Mol verwendet hinsichtlich der Frage nach guter medizinischer bzw. Versorgungs-Praxis den Begriff des „shared doctoring“. Sie hebt in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit der lokalen Feinabstimmung zwischen den Professionen und zwischen den Professionellen und dem Patienten hervor. Ergebnisse und Erfahrungsberichte klinischer Studien müssen auf die spezifische Alltagssituation des jeweiligen Patienten übersetzt werden und sich widersprechende Krankheitskonzepte bzw. attestierte Bedarfslagen müssen soweit als möglich aufeinander abgestimmt werden. Des Weiteren plädiert Mol für ein Erproben und oftmals auch Nachjustieren der jeweiligen Hilfen wie auch der Hilfeplanung.

Das Überleitungsmanagement, wie in unserem Fall, zwischen psychiatrischen Kliniken, dem Kostenträger und ambulanten Leistungsanbietern, folgt in Grundzügen der Logik des „shared doctoring“: Das Ausloten von Fallsteuerungsmöglichkeiten auf der Folie eines möglichst breiten Fallwissens wie auch Wissens bezüglich der vorhandenen Versorgungsstruktur. Die Frage, ob im Rahmen des Modellprojekts eine fachlich begründete Optimierung der Hilfeplanung und der Hilfeerbringung erreicht werden konnte, war Gegenstand unserer Evaluation.

Forschungsmethode

Die Evaluation erfolgte sowohl quantitativ wie auch qualitativ. Bezüglich der quantitativen Auswertung handelt es sich um eine sogenannte Vollerhebung, die Erfassung aller im Einzelfall einbezogenen Klienten. Im Rahmen der qualitativen Auswertung stand die Erfahrung der am Brückenteam beteiligten Professionellen im Vordergrund. Die Daten wurden in zwei Workshops pro Modellregion erhoben, einer fand gegen Mitte der Projektlaufzeit und einer fand gegen Ende des Projekts statt. Des Weiteren wurden im Rahmen leitfadengestützter Interviews alle am Projekt beteiligten Professionellen befragt, eine direkte Teilnahme an einem

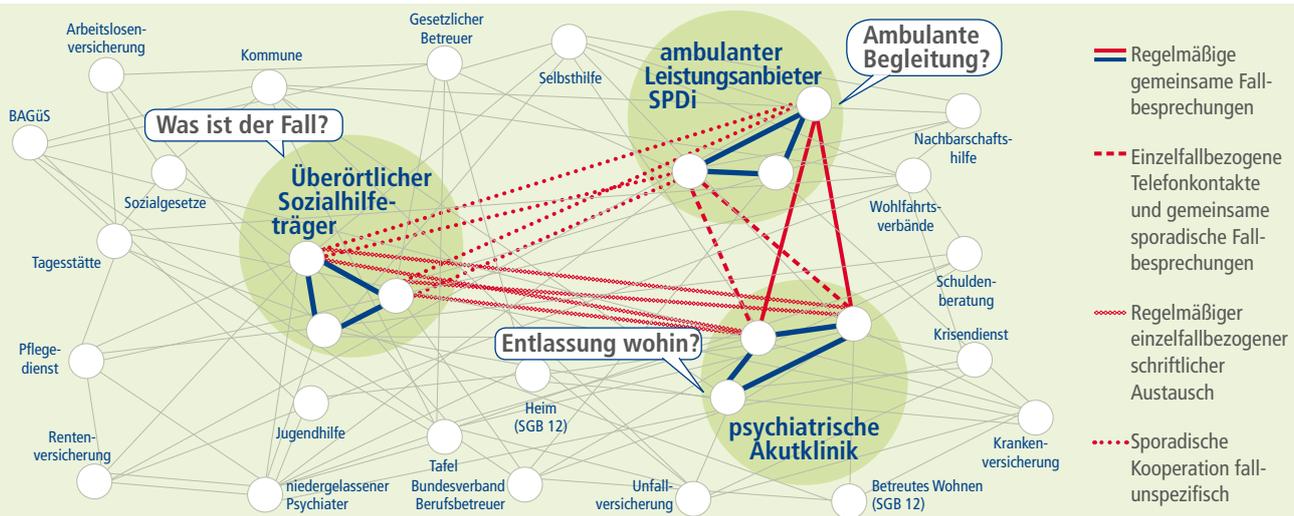


Abbildung 1: Überleitungsmanagement als Netzwerk unterschiedlicher Akteure mit unterschiedlichen Sozio-Logiken

Brückenteam und einzelne Brückenteamprotokolle wurden analysiert. Ergänzend wurden zwei Mitglieder der organisierten Betroffenenverbände interviewt, die allerdings über keine Erfahrungen mit dem Instrument Brückenteam verfügten. Vielmehr stand die Frage des Übergangs von der Klinik in eine nachsorgende Einrichtung im Allgemeinen im Mittelpunkt.

Quantitative Analyse

Insgesamt nahmen 127 Patienten am Modellprojekt teil. Die Nutzung des Instruments „Brückenteam“ erfolgte in den Regionen sehr unterschiedlich (69 %; 30 %; 1 %). Bei knapp $\frac{2}{3}$ der Patienten lag eine Hauptdiagnose aus dem schizophrenen Formenkreis vor. Deutlich mehr als die Hälfte verfügten über zwei oder mehrere psychiatrische Diagnosen. Anlass zur Aufnahme in das Modellprojekt war insbesondere ein vorliegender komplexer Hilfebedarf, eine erforderliche Nachsorge nach dem Klinikaufenthalt sowie der Bedarf an unterschiedlichen parallel laufenden Versorgungssystemen. Die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer betrug 55,7 Tage, knapp 70 % der Patienten war länger als vier Wochen in der Klinik. Bei $\frac{2}{3}$ der Patienten wurde seitens der befragten Personen die Methode Brückenteam als zielführend bewertet, bei 22 % der Patienten wurde die Methode negativ bewertet.

Qualitative Analyse

Die qualitative Analyse zeigte, dass die Umsetzung des Brückenteammodells und das Selbstverständnis stark von den historischen Einwicklungen in den jeweiligen Regionen geprägt sind. So hatte die Beschaffenheit der Kooperationsstruktur zwischen dem Kliniksozialdienst und dem SpDi im Vorfeld des Modellprojekts Auswirkungen auf dessen Umsetzung (zum Beispiel Existenz einer Klinikprechstunde der SpDi), wie auch die Kooperationsstruktur zu weiteren regionalen Partnern (zum Beispiel die enge Kooperation zwischen dem SpDi und niedergelassenen Psychiatern in einer

Region, die bereits wesentliche Elemente eines Überleitungsmanagements zwischen dem medizinischen Bereich und dem ambulanten Bereich beinhaltet). Des Weiteren wirkte sich die bestehende klinikinterne Versorgungsstruktur maßgeblich auf das Gelingen des Brückenteams aus (zum Beispiel der Differenzierungsgrad und -form der Klinik, Unterstützung seitens der Ärzteschaft). Letztlich hatte auch die regionale Versorgungsstruktur Auswirkungen auf die Umsetzung des Modellprojekts (zum Beispiel Anzahl der Heimplätze, Differenzierungsgrad der ambulanten Maßnahmen).

Nutzung des Instruments Brückenteam insgesamt:

1. Je ausgeprägter die Problematik – nicht-passgenaue Hilfen zu vermitteln – im Vordergrund stand, desto höher erschien der Bedarf für ein gemeinsames Überleitungsmanagement.
2. Fokussierung auf ambulante Bedarfslagen: Am ehesten profitierten vom Brückenteammodell Patienten, die in einem ambulanten Setting versorgt werden können, da sich hier sowohl der SpDi als geeigneter Ansprechpartner verortet bzw. von den Partnern verortet wird und ebenso ein differenziertes Spektrum an möglichen Hilfen besteht, dass eine Steuerung der Hilfen im Einzelfall erst begründet.
3. In Einzelfällen Nutzung des Instruments bei stationären Bedarfslagen: Patienten mit einer eindeutigen stationär identifizierten Bedarfslage fielen aus dem Brückenteammodell tendenziell heraus.

Die Frage der Wirkungsweise des Brückenteammodells wurde von den befragten Brückenteammitgliedern mehrheitlich mit Ja beantwortet – „Ja, es zeigt deutlich positive Wirkungen“ – allerdings wurden auch Grenzen des Modells identifiziert. Folgende neun Aspekte verbesserten sich durch die Einführung des Brückenteammodells auf der Ebene des Steuerungsprozesses:

1. **Optimierung des fallspezifischen Wissensmanagements**
Bündelung unterschiedlicher Wissensbestände, wie Historie

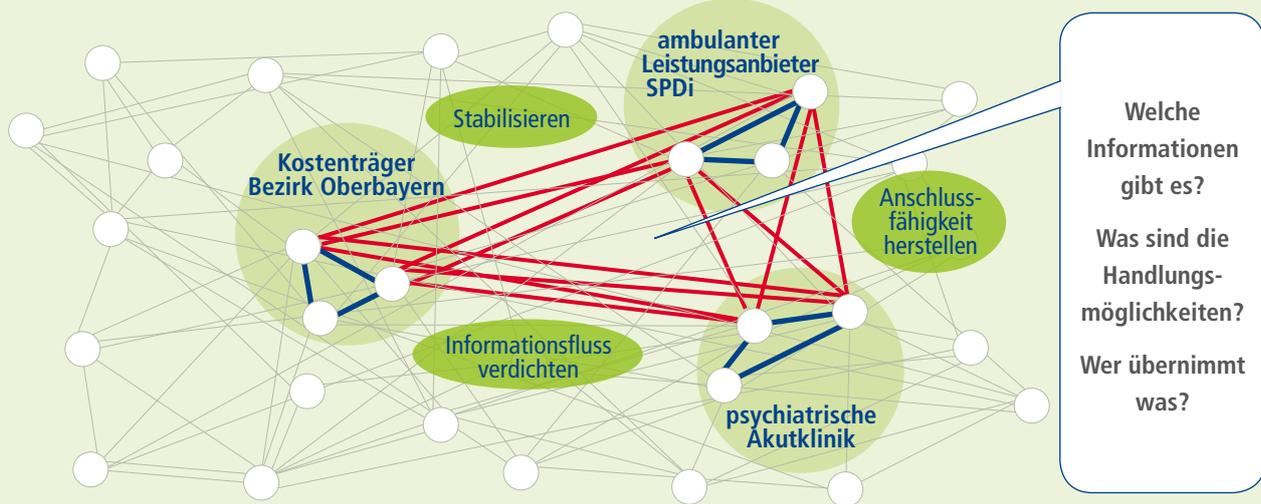


Abbildung 2: Leistungsstärke des Netzwerks erhöhen, Sozio-Logiken angleichen

der Versorgungskette, Verlauf der medizinischen Behandlung, Erfahrungswissen aus dem direkten Lebensumfeld, Reflexion bisheriger Überleitungsprozesse

2. Optimierung des versorgungsspezifischen Wissensmanagements

Bündelung unterschiedlicher Wissensbestände, wie nicht-psychiatrische Unterstützungsformen, regionale und überregionale Versorgungsstruktur

3. Erleichterung fachlicher Empfehlungen

zum Beispiel durch ganzheitliche Betrachtung des Einzelfalls, Zusammenstellen möglicher Versorgungsoptionen, durch gemeinsame Reflexion, ob bereits alle niedrigschwellige Maßnahmen im Vorfeld in Betracht gezogen worden sind

4. Fallsteuerung verläuft zielgerichteter

zum Beispiel Sichtbarkeit bisher umgesetzter/nicht-umgesetzter Maßnahmen; Dokumentation als Basis für anschließendes Monitoring

5. Gestiegene Verbindlichkeit bezüglich der delegierten Aufgabenbereiche

Dokumentation erzeugt verbindliche Aufgabenverteilung

6. Vermeidung einer Unter-, Fehl- und Überversorgung und vermehrte Nutzung von Spielräumen bei der Ausrichtung von Hilfen

Vermeidung stationärer Hilfen durch Transparenz der aktuellen Bedarfslage bzw. des Lebensumfeldes, Vermeidung von Überversorgung, da sich Mitarbeiter auf risikoreichere Hilfssettings einlassen können im Sinne einer gegenseitigen Absicherung, Engagement der Mitarbeiter steigt, aufwendige und risikoreiche Hilfen aufrechtzuerhalten bzw. zu installieren, Vermeidung von Fehlversorgung durch Entwicklung passgenauer Hilfen – insbesondere durch die Teilnahme des Kostenträgers

7. Beschleunigung des Überleitungsprozesses durch frühzeitige Kostenzusicherung bzw. Optimierung des Fallwissens

8. Positive Auswirkung auf die Akzeptanz von Hilfen bei Patienten

Patienten nahmen wahr, dass sich sehr viele Menschen hinsichtlich weiterführender Maßnahmen beraten und Patienten konnten sich in einigen Fällen selbst einbringen, was aus ihrer Sicht wichtig ist – beides hatte einen positiven Einfluss auf die Akzeptanz der Hilfen.

9. Zeitliche Anpassung des Überleitungsmanagements an die Bedürfnisse der Patienten

Sofern die abgesprochenen Überleitungsmaßnahmen an den SpDi delegiert werden konnten, wurde der Zeitrahmen der Überleitung erweitert, d. h. der Entlasszeitpunkt konnte nach hinten verlegt werden.

Folgende vier Aspekte zeigten sich auf der Struktur-/Organisationsebene:

1. Verbesserung der Transparenz bezüglich der regionalen Versorgungsstruktur

2. Verbesserung der Transparenz bezüglich der tatsächlichen regionalen Bedarfslage

Identifikation ungedeckter Bedarfslagen

3. Komplexitätsreduktion an den Systemgrenzen durch Transparenz der jeweiligen Handlungspraxis (Entscheidungen wurden nachvollziehbarer, „wissen, wie der andere denkt“)

4. Aufbau einer Kultur der Kooperation

Seitens der befragten Brückenteamteilnehmer wurden auch Grenzen festgestellt. Das Brückenteammodell unterliegt einer eingeschränkten Fallsteuerungsmöglichkeit in folgenden Fällen:

1. Bemängelt wurden die eingeschränkten Fallsteuerungsmöglichkeiten für Patienten mit sehr hohen Bedarfslagen, sprich stationäre Hilfen. Das hat sich bereits in der oben genannten Nutzung des Instruments widerspiegelt.
 - Dem SpDi wird mehrheitlich kein fachliches Wissen in Bezug auf eindeutig identifizierte stationäre Bedarfslagen zugesprochen. Das betrifft sowohl das Wissen im Einzelfall, Kenntnisse bezüglich stationärer Bedarfslagen im Allgemeinen wie auch der Versorgungsstruktur. Diese Einschätzung der befragten Brückenteammitglieder ist ausdrücklich nicht auf ein mangelhaftes Engagement etc. der SpDis zurückzuführen, sondern der folgenden Handlungspraxis geschuldet: Auf der Ebene des Einzelfalls bestehen kaum Berührungspunkte zwischen dem SpDi und den Betroffenen, die in Heimen versorgt werden. Es gibt nahezu keine Fälle, die gleichzeitig stationäre Hilfen (SGB VII und SGB II) in Anspruch nehmen und ambulante Hilfen der SpDi. Des Weiteren werden, sofern sich ein Gesundheitszustand maßgeblich ändert, in der Regel Zwischenschritte in der Versorgungskette vorgenommen, beispielsweise eine intensiv betreute TWG (Therapeutische Wohngemeinschaft). Das bedeutet, der direkte Übergang zwischen SpDi und Heim ist in der Praxis kaum vorhanden. Infolgedessen verfügt der SpDi weder über direkten Kontakt zu den Betroffenen, noch hat er Einsicht in deren jeweilige Bedarfslage oder Kenntnisse bezüglich der regionalen wie überregionalen Versorgungsstruktur.
 - Des Weiteren manifestieren sich eingeschränkte Fallsteuerungsmöglichkeiten für Patienten mit sehr hohen Bedarfslagen aufgrund der geringen Auswahlmöglichkeiten im Bereich der stationären Hilfen.

2. Bemängelt wurden eingeschränkte Fallsteuerungsmöglichkeiten, sofern im Anschluss keine Hilfen zur Verfügung gestellt werden (kein Anbieter).

Das betrifft folgende Fälle: Sofern das Brückenteam passgenaue Hilfen im Einzelfall entwickelt, läuft auch diese Fallsteuerungsmöglichkeit ins Leere, wenn kein Anbieter die Hilfen letztlich umsetzt. Voraussetzung hierfür ist eine flexible Versorgungslandschaft.

3. Begrenzte Optimierungsmöglichkeiten aufgrund unzureichender Versorgungsangebote (Wartezeiten, mangelnde Platzkapazitäten)

Hierbei handelt es sich um Fälle, für die eine Nachsorge an sich vorhanden wäre, allerdings nicht zeitnah.

Nimmt man alle drei Punkte zusammen, zeigt sich, dass auch mit Überleitungsmanagement die Hilfeplanung weiterhin einer angebotsgesteuerten Logik unterliegt. Wir können noch so viel planen wie wir wollen, aber wenn keiner da ist, der die Hilfen hinterher umsetzt, scheitert das Brückenteammodell auf der Ebene des Einzelfalls. Allerdings entspringt die eingeschränkte Handlungsfähigkeit keineswegs dem Instrument an sich, sondern ist auf die Beschaffenheit der regionalen Versorgungsstruktur zurückzuführen.

Insgesamt lässt sich festhalten: Das Überleitungsmanagement nutzt die Möglichkeiten der Feinabstimmung, des Nachjustierens und des gegenseitigen Wissensaustausches, auch im Sinne des von Anne Marie Mol geforderten „shared doctoring“. Trotz der dargelegten Grenzen bietet es eine Optimierung der Hilfeplanung und der Hilfebringung durch ein möglichst breites Fallwissens wie auch eines erweiterten Wissens bezüglich der vorhandenen Versorgungsstruktur.

Modellprojekt Brückenteam (3)

Das Brückenteam in der Praxis – ein Bericht

Richard Schmidmeier | kbo-Inn-Salzach-Klinikum, Chefarzt Klinische Sozialpsychiatrie

Im Fachbereich Klinische Sozialpsychiatrie des kbo-Inn-Salzach-Klinikums hat das Konzept des „Brückenteams“ während seiner wissenschaftlichen Untersuchung vom Sommer 2011 bis Frühjahr 2012 hervorragend geklappt. In der Folge sind mehrere „Brückenteams“ entstanden, die nun regelmäßig tagen.

Für die Landkreise Rosenheim, Mühldorf und Altötting, Traunstein sowie seit neuestem für Ebersberg kommen regelmäßig Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes zu vereinbarten Treffen, in denen die „Brückenteam-Patienten“ gemeinsam besprochen und diskutiert werden, Strategien überlegt und Verläufe dargelegt werden. Mitarbeiter der Bezirkssozialverwaltung sind bei den unterschiedlichen Landkreisen immer wieder dabei.

Außerdem besteht die Beziehung zum „Fallmanagement Rosenheim/Miesbach“. Patienten, die aus diesem Bereich kommen, werden im „Brückenteam“ diskutiert und an das „Fallmanagement“ weitergemeldet.

Die Zusammenarbeit klappt hervorragend. Während früher bei den Kliniken immer noch die Angst vorhanden war, zu viel Persönliches über Patienten weiterzugeben, stellt sich jetzt heraus, dass die Mitarbeiter aus den Einrichtungen sehr gut Bescheid wissen und uns dann in vielen Einzelfällen immer wieder Überraschendes berichten können, über gelungene, von uns nicht vorstellbare Integration oder, andersherum, weiterem dringenden Hilfebedarf.

Die „Brückenteam-Sitzungen“ unter der Mitwirkung eines Leitenden Arztes des Krankenhauses entwickeln sich zu einem unverzichtbaren Bestandteil der Entlassplanung für Patientinnen und Patienten im Rahmen der Klinischen Sozialpsychiatrie. Dies wird von beiden Seiten so bestätigt.





Gelungene Übergänge für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen (1)

am Beispiel des Modellprojekts in den Landkreisen Miesbach und Bad Tölz

Tanja Geßler | Dipl. Sozialpädagogin (FH), Master Mental Health (MMH), kbo-Lech-Mangfall-Klinik Agatharied

Susanne Gühring | Dipl. Sozialpädagogin (FH), Sozialpsychiatrischer Dienst Fachstelle Gerontopsychiatrie, Caritas Bad Tölz- Wolfratshausen

Vorstellung des Modellprojektes

Das gerontopsychiatrische Entlassmanagement bzw. die ambulante Reintegration war eine Kooperation der Caritas Miesbach, der Caritas Bad Tölz-Wolfratshausen, der kbo-Lech-Mangfall-Klinik Agatharied und des Bezirks Oberbayern. Das Projekt wurde wissenschaftlich begleitet durch das Institut für angewandte Sozialwissenschaften Stuttgart.

Informationen zum Rahmen des Modellprojektes finden Sie im Internet unter <http://tinyurl.com/modellprojekt-ifas>

Durch den Projektbeirat, bestehend aus den oben genannten Mitgliedern, wurden die Einschlusskriterien für die Teilnahme am Modellprojekt festgelegt. Diese waren:

- älter als 60 Jahre,
- stationäre Behandlung in der kbo-Lech-Mangfall-Klinik Agatharied,
- psychiatrische Diagnose, wobei auch Doppeldiagnosen, wie eine zusätzliche Sucht- oder Demenzerkrankung in Frage kamen, aber nicht im Vordergrund stehen durften,
- Patienten aus den Landkreisen Miesbach oder Bad Tölz-Wolfratshausen,
- komplexer Hilfebedarf,
- unklare bzw. schlechte häusliche Versorgungssituation.

Die Patienten wurden anhand der oben genannten Kriterien durch den Sozialdienst in Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal und den Ärzten identifiziert. Bei Erfüllung der Kriterien wurden die Patienten vom Sozialdienst angesprochen, über das Projekt informiert und bei Einverständnis von der jeweils zuständigen Kollegin der Caritas zu einem Kennenlerngespräch eingeladen. Wenn die Patienten mit der Teilnahme am Projekt einverstanden waren, fanden im weiteren Verlauf des Aufenthaltes noch zwei bis drei Gespräche

zwischen der Caritas-Mitarbeiterin und dem Patienten statt.

Zudem wurden durch die Caritas-Mitarbeiterinnen Informationen vom Pflegepersonal und von den Ärzten eingeholt. Bei Bedarf fanden auch Helferkonferenzen statt. Im Prozessablauf wurden aber auch die Angehörigen und die gesetzlichen Betreuer einbezogen. Zum Abschluss wurde den Caritas-Mitarbeiterinnen der Entlassungstermin mitgeteilt bzw. mit ihnen vereinbart.

Ergebnisse seitens der Klinik

Die organisatorischen Schwierigkeiten in der Klinik lagen zum einen in der Bekanntmachung des Projektes innerhalb des Hauses, da es keine gerontopsychiatrische Station gibt und somit die Mitarbeiter von fünf Stationen informiert werden mussten. Deshalb haben die Caritas-Mitarbeiterinnen in der Stationsleiterkonferenz der Pflegekräfte sich und das Projekt vorgestellt. Zum anderen konnten die anfänglich standardisiert geplanten Helferkonferenzen aus Zeitmangel im Klinikalltag nicht regelmäßig stattfinden. Die Konferenzen fanden daher eher virtuell statt, das heißt die Caritas-Mitarbeiterinnen haben sich die notwendigen Informationen von der jeweiligen Berufsgruppe bei vorhandener Schweigepflichtsentbindung eingeholt.

Die Vorteile des Projektes waren klinikerintern zum einen ein intensiverer Austausch zwischen den Berufsgruppen bezüglich des Hilfebedarfs und der Versorgungssituation und zum anderen eine Entlastung des Sozialdienstes in Bezug auf die Nachsorgeeinleitung. Zudem gaben die Verbindlichkeit und die häufigen Kontakte zwischen den Caritas-Mitarbeiterinnen und den Patienten während des Aufenthaltes mehr Sicherheit, Patienten trotz komplexen Hilfebedarfs wieder in die häusliche Situation zu entlassen.



Abbildung 1: Klinikinterner Prozess der Falldetektion und Meldung von Patienten zur Einleitung in das Modellprojekt

Aus Sicht der Klinik wurde nochmal deutlich, dass eine hundertprozentige Überleitung vom stationären Rahmen in die häusliche Situation insbesondere bei dieser Klientengruppe nicht realistisch ist. Die Klinikmitarbeiter können nur grobe Versorgungsstrukturen einleiten, aber der tatsächliche Hilfebedarf wird erst in der häuslichen Situation deutlich.

Ergebnisse seitens der Caritas-Mitarbeiterinnen und der Klienten

Insgesamt wurden in das Modellprojekt „Ambulante gerontopsychiatrische Reintegration im Rahmen der Nachsorgeeinleitung zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich“ 48 Klienten (Miesbach 21, Bad Tölz- Wolfratshausen 27) eingeschlossen. Nachfolgend werden die Ergebnisse der aus dem Evaluationsbericht des begleitenden Instituts IfaS aus Stuttgart dargestellt.

1. Ergebnisse aus Sicht der Klienten

- Klienten mit einem komplexen Hilfebedarf werden früher als zuvor identifiziert.
- Der frühe Einbezug in die Entscheidungen bezüglich der Nachbehandlung und die Konzentration auf einen Ansprechpartner erleichtert und fördert Aushandlungsprozesse mit Klienten und Angehörigen.
- Die Versorgung wird bedarfsorientiert am Einzelfall ausgerichtet und sowohl Klienten als Angehörige werden über Angebote des Sozialraumes ausreichend informiert.
- Entlastung der Angehörigen durch frühen Einbezug und verlässliche Begleitung
- Entlasskonferenzen ermöglichen eine verbindliche Absprache der zukünftigen Versorgung und eine konkrete Auftragsklärung

Krisen treten in folgenden Kategorien auf:

- akute somatische Erkrankung
- psychiatrischer Notfall
- psychosoziale Krise
- Versorgungsdefizit

Insgesamt wurden 62 Krisensituationen evaluiert (23 davon aufgrund von somatischen Erkrankungen, meist Herz-Kreislauf Erkrankungen). Durch das effektive Krisenmanagement konnten von den insgesamt 62 Krisen 75 % der psychosozialen Krisen entschärft und 82 % der Versorgungsdefizite geschlossen werden.

Dabei wurden folgende Methoden durch die Integrationsfachkräfte, die Caritas-Mitarbeiterinnen, angewandt:

- Anpassung der Nachsorge an die Situation
- Erhöhung der Kontaktdichte
- Veränderung der Medikation durch medizinische Hilfe
- Anleitung der Angehörigen, Psychoedukation
- neue Absprache zwischen den Kooperationspartnern
- eventuelle Einbindung neuer Kooperationspartner in das Versorgungsnetz

2. Ergebnisse aus Sicht der Caritas-Mitarbeiter

- schnelleres Reagieren auf Anmeldungen möglich, Ressource Zeit
- Schaffung von Verbindlichkeiten, Schaffung von Zuständigkeiten
- Durch die frühe Meldung bleibt Zeit für die Beziehungsarbeit (Aufbau einer tragfähigen Helferin-Klient-Beziehung) und das gemeinsame Überleitungsmanagement
- Es fand eine Verbesserung der Kommunikations- und Informationsstrukturen zwischen der Klinik und Caritas statt (insbesondere zu Pflegekräften).
- Entlastung der gerontopsychiatrischen Fachstellen

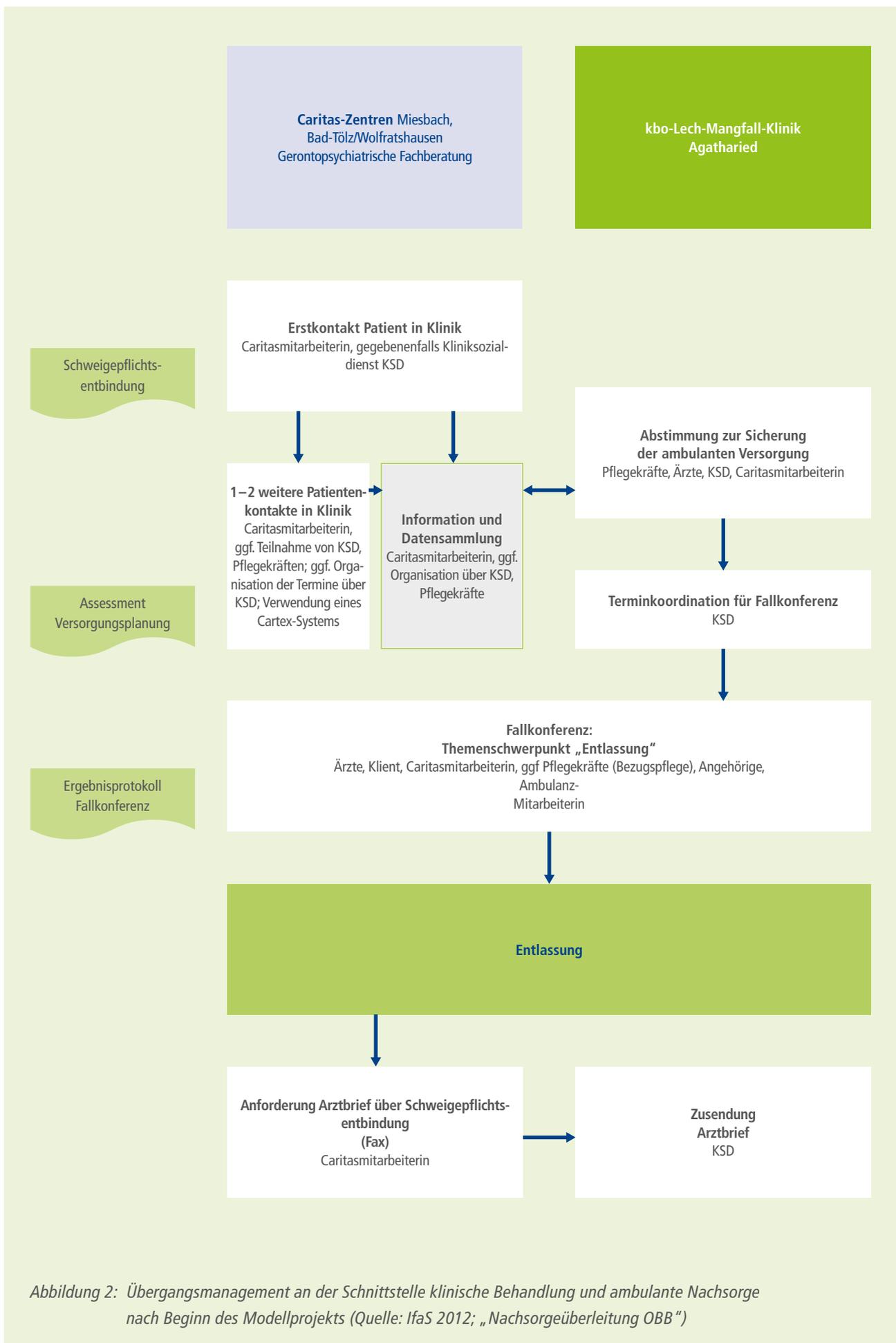


Abbildung 2: Übergangsmanagement an der Schnittstelle klinische Behandlung und ambulante Nachsorge nach Beginn des Modellprojekts (Quelle: IfaS 2012; „Nachsorgeüberleitung OBB“)

3. Fazit

Als Fazit aus der Modellerprobung lässt sich Folgendes konstatieren: Ein Überleitungsmanagement an der Schnittstelle von stationär zu ambulant ist notwendig. Es trägt zur Optimierung der Versorgung von gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen bei und verbessert die Qualität der gerontopsychiatrischen Versorgung. Das ist messbar durch folgende Faktoren:

- Transparenz,
- Verbindlichkeit,
- klare Aufgabenverteilung,
- Kontinuität in der Versorgung und professionelle Vernetzungsarbeit.

Aus der Evaluation des Modellprojektes ergeben sich daher folgende Anstöße für mehr Nachhaltigkeit in der Nachsorgeeinleitung zwischen dem klinischen und dem ambulanten Bereich:

- Bereitschaft aller Beteiligten für eine interdisziplinäre und verbindliche Zusammenarbeit, über die Institutionsgrenzen hinaus,
- Sicherstellung des Informationsflusses zwischen der Lebenswelt des Klienten, den ambulanten und klinischen Fachkräften,
- Vorhalten von strukturellen und personellen Ressourcen, um eine klientenzentrierte Versorgung zu ermöglichen. Die Steuerungskompetenz im Versorgungsprozess muss klar definiert und mandatiert sein.

Der Lösungsansatz, sozialpädagogischen Integrationsfachkräften eine zentrale Funktion in der Nachsorgeeinleitung und Nachsorgegestaltung zuzuschreiben, ist tragfähig. Soziale Arbeit verfügt über das notwendige Disziplinwissen zur Ausgestaltung und Steuerung komplexer Hilfe- und Versorgungsprozesse.

Aus der Perspektive der Klienten lassen sich drei Anforderungen für eine gelingende Umsetzung stellen:

- Nichtlinearität des Beratungs- und Begleitungsgeschehens, Transparenz
- verbindliche Terminabsprachen zwischen den Akteuren
- Ressource Zeitbudget

Gleichgesetzt lassen sich aus der Perspektive der Organisation, der Klinik, drei wesentliche Anforderungen stellen:

- Bereitstellung von Personal und zeitlichen Ressourcen,
- Bestimmung von konkreten Ansprechpartnern, die die Verantwortung für den Informationsfluss tragen,
- Fall- und Entlasskonferenzen als Standard.



Gelungene Übergänge für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen (2)

Fallbeschreibung im Rahmen des Modellprojekts in den Landkreisen Miesbach und Bad Tölz

Susanne Gühring | Dipl. Sozialpädagogin (FH), Sozialpsychiatrischer Dienst Fachstelle Gerontopsychiatrie, Caritas Bad Tölz- Wolftratshausen

Bei der Klientin handelt es sich um eine 87-jährige, verwitwete Frau, die gemeinsam mit ihrem 61-jährigen körperlich behinderten Sohn seit dessen Geburt gemeinsam im eigenen Haus lebt. Ein weiterer Sohn ist vor fünf Jahren an Krebs verstorben, es gibt eine alleinerziehende Enkelin, die etwa 40 km entfernt mit ihrem 12-jährigen Sohn wohnt.

Die Klientin wurde im Dezember 2010 nach Suizidandrohung durch den Hausarzt zunächst in eine Kreisklinik eingewiesen und von dort aus in die kbo-Lech-Mangfall-Klinik Agatharied verlegt. Insgesamt verblieb die Klientin auch aufgrund zusätzlicher somatischer Beschwerden neun Wochen stationär. Diagnostiziert wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptomatik. Die Aufnahme in das Modellprojekt gestaltete sich unkompliziert, die Versorgungsproblematik des Sohnes wurde jedoch seitens der Klientin verschwiegen. Dieser drohte in den neun Wochen der Abwesenheit der Mutter zu verwahrlosen, da keine ambulanten Hilfen eingesetzt waren. Der reale Hilfebedarf des Sohnes war zu diesem Zeitpunkt noch unklar.

Ziele nach der Entlassung waren zunächst die Sicherstellung der pflegerischen, ärztlichen und sozialen Versorgung der Klientin (Pflegestufe 1) und die Versorgung des Sohnes. Ein Pflegedienst war bereits eingesetzt, der aber aufgrund von privaten Vorkommnissen nicht für den Sohn eingesetzt werden konnte. Zudem gibt es eine private Zugehfrau. Die Enkelin erledigte einmal wöchentlich den Einkauf und gab an, ihren Onkel zu waschen, was offensichtlich nicht erfolgte bzw. was dieser nicht zuließ.

Die Miteinbeziehung der Enkelin in das Versorgungsnetz bzw. in die Planung dessen wurde ihrerseits durch Verweigerung des Kontaktes zum Helfernetz durchweg abgelehnt. Vielmehr zog sie sich im Verlauf der Versorgung immer mehr zurück.

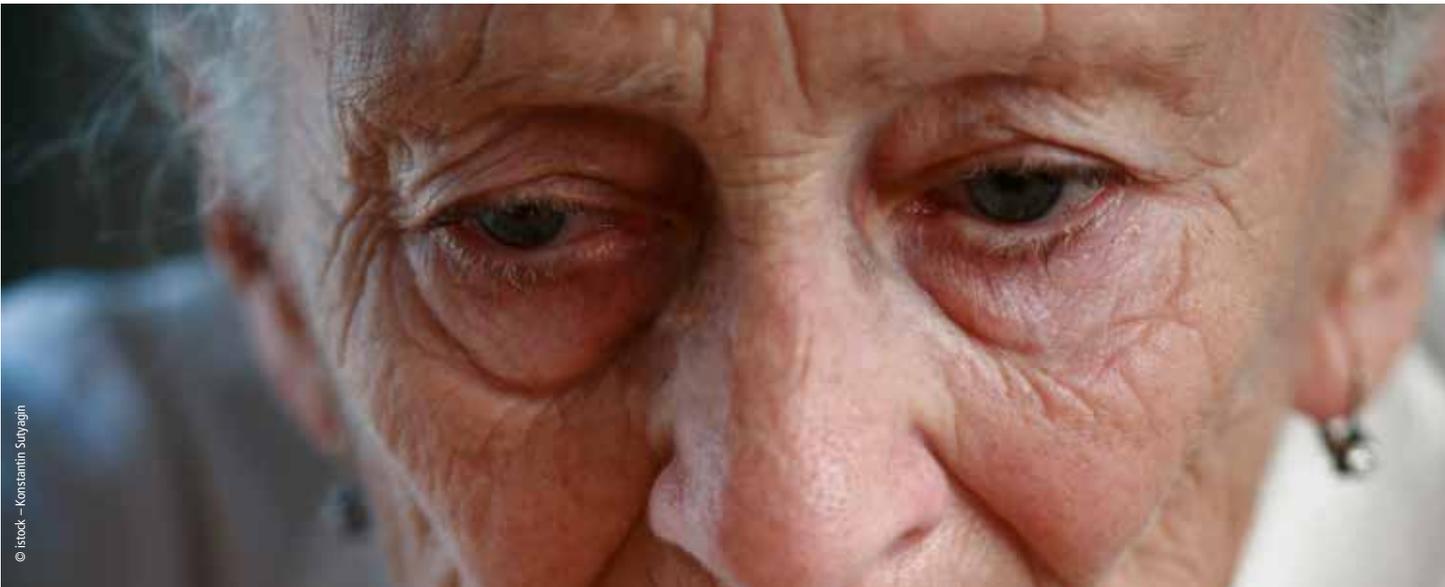
Ein weiteres soziales Umfeld war nicht vorhanden, zu den Nachbarn herrschte durch immer wieder entstehende Nachbarschaftsstreitigkeiten ein angespanntes Verhältnis. Die Klientin lebte mit ihrem Sohn isoliert, hatte aber regelmäßigen telefonischen Kontakt zu Verwandten in Norddeutschland.

Nach der Stabilisierung der Klientin durch Begleitung zur ärztlichen Nachsorge, Einsatz einer rein (ohne Bezahlung) ehrenamtlichen Helferin, Beschaffung medizinischer Hilfsmittel wie Windeleinlagen, Massagebälle und Reparatur des Rollators, wurde zugleich ein Pflegedienst für den Sohn (auch Pflegestufe 1) eingesetzt. Dieser wurde von dem 61-Jährigen und der Mutter selbstständig wieder gekündigt. Letztendlich gelang es doch, den Pflegedienst der Mutter für den Sohn – trotz der früheren Vorkommnisse – einzusetzen.

Aufgrund der eigenen Multimorbidität des Sohnes und der kontinuierlichen Kontrolle und Bestimmung durch die Mutter, setzte ich eine Kollegin der Mobilen Seniorenhilfe des Landratsamtes nur für die Belange des Sohnes (inklusive der Organisation von Hilfestellungen) ein.

Sie leitete für beide eine gesetzliche Betreuung für sämtliche Aufgabengebiete ein, was wiederum auf große Ablehnung seitens der Klientin stieß. Der Hauptgrund dafür ist die sehr undurchsichtige finanzielle Situation mit Mieteinnahmen, Rente des Sohnes, Überschreibung des Hauses etc.

In dieser Zeit verschlechterte sich der körperliche Zustand der Klientin, es folgten regelmäßige Aufenthalte in der Kreisklinik nach Stürzen und daraus resultierenden Brüchen und Prellungen und mehrere Medikamentenumstellungen, was eine zunehmende Bettlägerigkeit und einen körperlichen Abbau zur Folge hatte. Psychisch wurde die Klientin labiler, auch aufgrund



der Sorge um den Sohn, und sie äußerte immer wieder Todeswünsche. In dieser Zeit begleitet ich die Klientin und den Sohn wieder engmaschiger, da die Kommunikation seitens der Klientin mit der gesetzlichen Betreuung nicht funktionierte, aber für die Zugehfrau eine Urlaubsvertretung gefunden werden musste und Pflegestufe 2 beantragt werden musste.

Der Hausarzt änderte die Medikation erst nach erneutem Zusehen des Behandlungsplans aus der kbo-Lech-Mangfall-Klinik Agatharied, was eine Besserung des psychischen Zustands der Klientin zur Folge hatte. Durch die gesetzliche Betreuung wurde eine Haushaltshilfe eingesetzt, die drei Tage wöchentlich für beide kocht und die Einkäufe erledigt, da sich die Enkelin mittlerweile ganz zurückgezogen hat.

Nach der körperlichen und psychischen Stabilisierung der Klientin leitete sie selbstständig eine Beschwerde über die gesetzliche Betreuung beim Amtsgericht ein. Sie begründete dies mit ihren Ängsten um ihr Vermögen und das Erbe für ihren Sohn. Durch gutes Zureden und Organisieren eines Gespräches zwischen den Parteien konnte das Verhältnis wieder stabilisiert werden. Kurze Zeit später verschlechterte sich der körperliche und psychische Zustand des Sohnes vehement. Aufgrund von zahlreichen Zahnoperationen, einer Bronchitis, Lungenentzündung, mehreren epileptischen Anfällen und einem Magen-Darm-Infekt folgten mehrere Krankenhausaufenthalte und zwangen die Klientin in die Position der „pflegenden Angehörigen“.

Schlussendlich stellt sich das Hilfesystem durch die Multimorbidität der Klientin und des Sohnes und durch teils mangelnde und ungenaue Kommunikation der einzelnen Hilfesysteme untereinander sowie durch mangelnde Kooperationsbereitschaft als sehr fragil dar. Folglich entstehen immer wieder Versorgungslücken und Anpassungsprobleme an veränderte Situationen, die durch

die Anfrage an mich seitens der Klientin gelöst werden sollen. Einen Umzug in ein Heim schließen beide – sowohl die Klientin als auch der Sohn – kategorisch aus bzw. lässt die Klientin eine Trennung von ihrem Sohn nicht zu.

Zum heutigen Zeitpunkt werden Mutter und Sohn weiterhin von mir als Mitarbeiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Fachstelle Gerontopsychiatrie, begleitet. Insbesondere in Krisensituationen, bei Fragen rund um das Thema Pflege oder bei den immer wieder auftretenden Problemen mit der gesetzlichen Betreuung, nimmt die Klientin Kontakt zur Fachstelle auf.



Fallmanagement des Bezirks Oberbayern

Projektvorstellung und erste praktische Erfahrungen

Stefan Becker | Bezirk Oberbayern, Projektleitung Fallmanagement

Zur Ausgangslage

Mit Inkrafttreten der Sozialgesetzbücher IX und XII sowie der UN-Behindertenrechtskonvention erfolgte eine Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts, der Selbstbestimmung und es entstand der personenzentrierte Ansatz. Mit der Einführung des persönlichen Budgets eröffneten sich neue Gestaltungsmöglichkeiten für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Das persönliche Budget ist auch ein wichtiges Instrument auf dem Weg hin zur Inklusion.

„Inklusion statt Integration“

Menschen mit Behinderung sollen „die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft“ erfahren, wie dies im Artikel 3c zu den allgemeinen Grundsätzen der UN-Behindertenrechtskonvention formuliert ist.

Einführung des Gesamtplanverfahrens als Steuerungsinstrument

Das Instrument ermöglicht die Abstimmung der an der Bedarfsermittlung sowie der am Prozess beteiligten Stellen und Personen mit dem Ziel, die im Einzelfall erforderliche Hilfeleistung wirksam und effizient zu gestalten.

Im Jahr 2005 erfolgte bayernweit die Implementierung des Gesamtplanverfahrens als Steuerungsinstrument für den Personenkreis „Menschen mit einer wesentlichen seelischen Behinderung“. Erkenntnisse aus den bereits erfolgten Evaluationen wurden bei der Projektplanung berücksichtigt.

Änderung des Gesetzes zur Ausführung der Sozialhilfe

Im Dezember 2007 hat der Bayerische Landtag die Änderung des Gesetzes zur Ausführung der Sozialhilfe verabschiedet. Seit dem 1. Januar 2008 sind die Bayerischen Bezirke als überörtlicher Sozialhilfeträger sachlich zuständig für alle Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen und für

alle Leistungen der Sozialhilfe, die in ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen gewährt werden. Damit liegen die Kernbereiche dieser Hilfe in einer Hand.

Strategische Sozialplanung

Im Grundsatzpapier „Strategische Sozialplanung des Bezirks Oberbayern – Grundhaltung, Ziele und Vorhaben“, sind unter anderem für den Bereich der Eingliederungshilfe folgende strategische Ziele formuliert:

- Förderung der Mitwirkung der Betroffenen und ihrer Vertreter
- systematisches Erfassen, Steuern und Verbessern der Wirkung der Hilfen für die Menschen
- Erhaltung und Weiterentwicklung eines differenzierten und qualifizierten Leistungsangebots
- Förderung der Vernetzung zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern
- wirtschaftlicher und sparsamer Einsatz der Mittel

Beschlüsse der 86. ASMK 2009 und der 87. ASMK 2010 zur Reform der Eingliederungshilfe

Aus den Beschlüssen der Arbeits- und Sozialministerkonferenz zur Reform der Eingliederungshilfe geht hervor, dass in den nun zu treffenden gesetzlichen Regelungen folgende Ziele zu berücksichtigen sind:

- Entwicklung zu einer personenzentrierten Teilhabeleistung, die die individuellen Bedarfe stärker berücksichtigt und das Selbstbestimmungsrecht der Menschen mit Behinderungen beachtet,
- Entwicklung eines durchlässigen und flexiblen Hilfesystems sowie
- die Gesamtsteuerung durch den Sozialhilfeträger.

Diese Entwicklungen und Veränderungen führen zu einem Paradigmenwechsel im Bereich der Sachbearbeitung von einer primären reaktiven Fallbearbeitung hin zu einer aktiven Fallsteuerung.

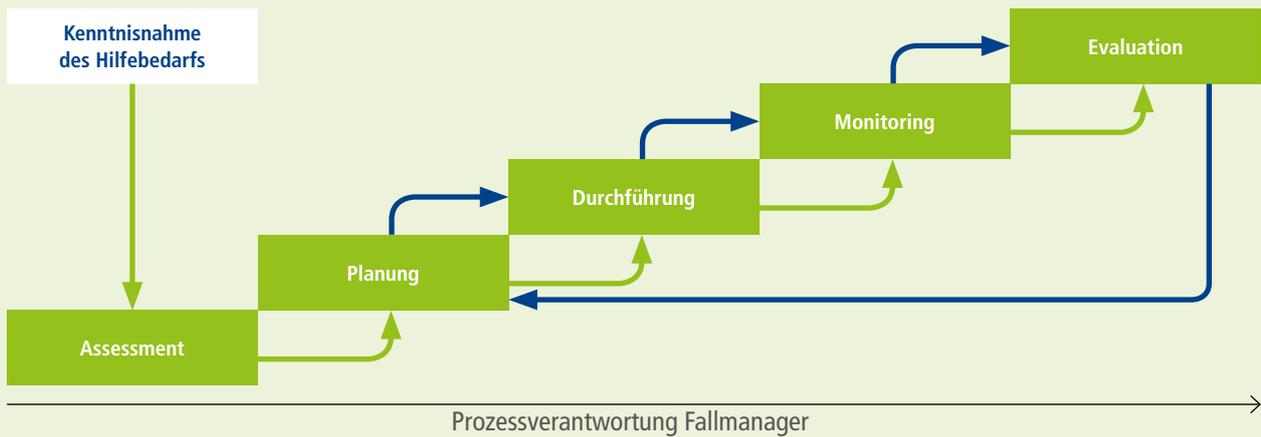


Abbildung 1: Wie erfolgt die Umsetzung?

Definition Fallmanagement

Wolf Rainer Wendt, einer der Vorreiter dieser Methode, definiert Fallmanagement als eine „professionelle Verfahrensweise, mit der personenbezogen ein Versorgungszusammenhang bearbeitet wird [...]. Er (der Fallmanager) verknüpft formelle Dienste mit informeller, häuslicher Lebensführung einer Person oder Familie in ihren sozialen und gesundheitlichen Belangen“ (Wendt 2001).

Informationen und Daten zur Umsetzung Wo erfolgt die Umsetzung des Projekts?

Zu der Pilotregion gehören die Stadt und der Landkreis Rosenheim sowie der Landkreis Miesbach.

Warum wurden diese Regionen ausgewählt?

- Eine ausreichende Größe (Fallzahl) für einen repräsentativen Aussagecharakter der Piloterkenntnisse liegt vor,
- die Region ist überschaubar und auch gut erreichbar,
- die Zahl der Projektbeteiligten ist angemessen,
- es finden städtische als auch ländliche Besonderheiten Berücksichtigung,
- es besteht ein repräsentativer Querschnitt über die ambulanten, teilstationären und stationären Angebote.

Laufzeit

Das Projekt startete am 1. Juli 2012 und endet nach drei Jahren.

Externe Evaluation

Die wissenschaftliche Untersuchung führt die Universität Eichstätt-Ingolstadt, Fakultät für Soziale Arbeit, durch.

Insgesamt wird mit einer Gesamtfallzahl von ca. 700 Fällen im Jahr gerechnet. Die Anzahl bezieht sich auf alle im Projekt betroffenen Leistungen.

Was wird gesteuert?

In einem kooperativen und kommunikativen Prozess wird ein komplexer Hilfeprozess mit Steuerungspotenzial gesteuert. Es handelt sich hierbei um ein komplexes Netzwerk, das aus diversen Akteuren besteht. Im Zentrum steht hierbei die leistungsberechtigte Person. Weiterhin ist Voraussetzung, dass über einen längeren Zeitraum, mindestens sechs Monate, eine Hilfe erforderlich ist.

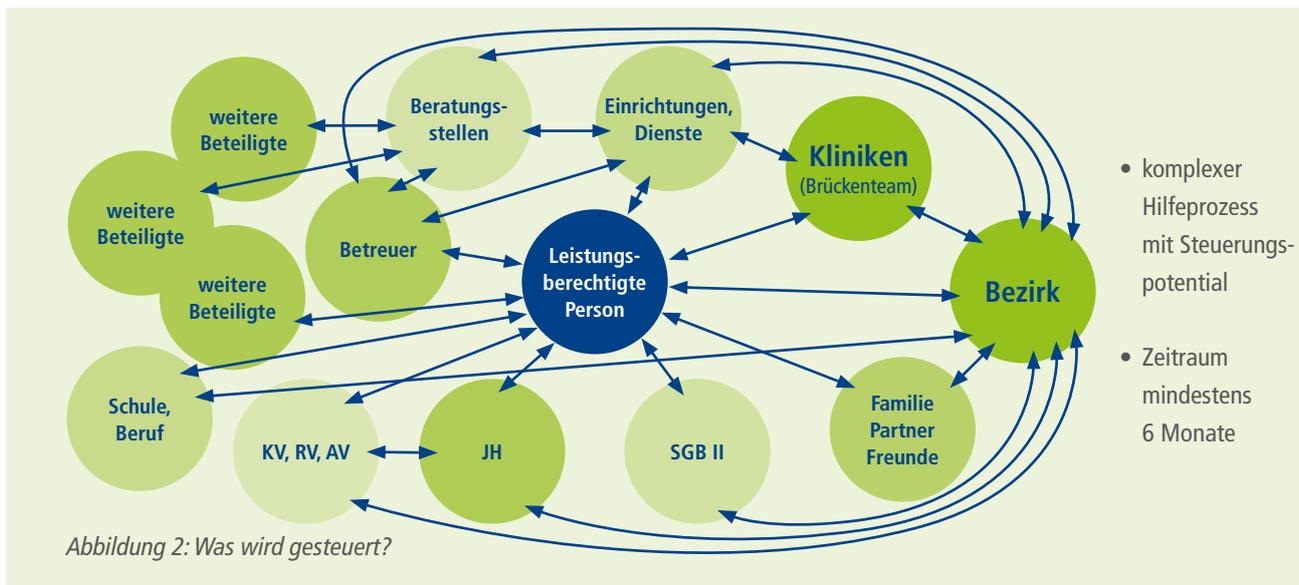
Nicht in jedem Fall und nicht zu jedem Zeitpunkt der Fallbearbeitung ist eine Fallsteuerung möglich oder sinnvoll. Da es sich um ein Pilotprojekt handelt, werden wir in der Durchführungsphase auch auf Erfahrungen reagieren.

Zu betonen ist an dieser Stelle, dass der Begriff „Fall“ nicht mit der leistungsberechtigten Person gleichzusetzen ist. Fallmanagement soll sich darauf konzentrieren, was den Fall ausmacht. Der Fall ist die Behinderung und die damit verbundenen Problemstellungen, nicht der betroffene Mensch.

Steuerungsrelevante Situationen – Wann soll gesteuert werden?

Das Fallmanagement findet grundsätzlich beim Zugang zu Sozialleistungen und im Verlauf der Inanspruchnahme von Sozialleistungen in allen Bereichen der individuellen Leistungsgewährung (Einzelfallhilfe) nach dem sechsten und achten Kapitel des Zwölften Sozialgesetzbuches (SGB XII) Anwendung.

- Neufälle im Hilfesystem
Die betroffene Person hat bisher noch keine Unterstützungsleistung vom Bezirk Oberbayern erhalten.
- Wechsel der Lebensphase
Wechsel bzw. Übergang in eine neue Phase der vier Lebensphasen Vorschule, Schule, Erwerbsleben und die Zeit nach dem Erwerbsleben



- Einschneidende Veränderung im Hilfebedarf mit nachhaltiger Leistungsveränderung
Der Unterstützungsbedarf der betroffenen Person hat sich erheblich verändert und dadurch hat sich ihre Lebenssituation entscheidend verändert, zum Beispiel aufgrund einer schweren chronischen Erkrankung.
- Hilfe in Form eines Persönlichen Budgets
Die betroffene Person bezieht bereits Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets oder möchte ein Persönliches Budget beantragen.

Zusammengefasst findet Fallmanagement Anwendung, wenn ein komplexer Hilfeprozess mit Steuerungspotenzial, die Notwendigkeit einer Maßnahme über mindestens sechs Monate und weiterhin eine der genannten steuerungsrelevanten Situationen vorliegen.

Die „normale“ Sachbearbeitung wird nach wie vor bei zum Beispiel pauschalfinanzierten Leistungen oder bei Hilfen in anderen Lebenslagen nach dem Neunten Kapitel des Zwölften Sozialgesetzbuches (SGB XII) durchgeführt.

Von der Sachbearbeitung zum Fallmanagement – Wie wird gesteuert?

- Situations- und Potenzialanalyse
Es erfolgt eine umfassende Betrachtung des Einzelfalles und der mit der Behinderung verbundenen Problemstellungen im Kontext mit dem SGB XII. Es stehen vor allem die Ressourcen, die individuellen Stärken und die persönlichen Wünsche der betroffenen Person im Mittelpunkt.
- Gemeinsame Hilfeplanung
Im Rahmen von Personenkonferenzen werden Maßnahmen und Ziele gemeinsam geplant.
- Vereinbarung konkreter Ziele mit der leistungsberechtigten Person, „möglichst“ nach der SMART-Regel
Bei der Zielfindung- und Entwicklung wird darauf geachtet, dass die Ziele spezifisch, messbar, attraktiv/akzeptabel, realistisch und terminierbar sind. Uns ist durchaus bewusst, dass die Anwendung der SMART-Regel Grenzen hat. Daher liegt hier die Betonung auf „möglichst“.
- Vernetzungsarbeit zwischen Versorgungssystem und der leistungsberechtigten Person
Der Fallmanager hat einen Gesamtüberblick über die individuelle Einzelfallsituation und leistet eine Vernetzungsarbeit zwischen dem Versorgungssystem und der leistungsberechtigten Person.
- Gemeinsame Überprüfung der Zielerreichung
Ziele werden gemeinsam überprüft, fortgeschrieben oder der individuellen Situation angepasst. Gegebenenfalls muss die Anpassung der Leistung erfolgen.

Aufgabenprofil der Fallmanager

- Sicherstellung der Verfahrensabläufe
Das betrifft vor allem die Anwendung des Gesamtplanverfahrens.
- Sicherstellung der Beteiligung der leistungsberechtigten Person, zum Beispiel an der Personenkonferenz oder in der Phase des Monitorings, der Fallbegleitung
- Sicherstellung von Rechtmäßigkeit, Fachlichkeit und Wirtschaftlichkeit/Verhältnismäßigkeit abhängig vom Einzelfall und den internen Abläufen erfolgt eine Zusammenarbeit, zum Beispiel mit dem internen Fachdienst oder dem Rechtsreferat.
- Kooperation mit den Leistungserbringern zum Beispiel mit Einrichtungen und Diensten, Kliniken und Beratungsstellen
- Entscheidung über Art, Form und Maß der Hilfen sowie über Maßnahmen und Leistungen



Zusammengefasst bedeutet das Aufgabenprofil, dass die Prozess- und Entscheidungsverantwortung beim Fallmanager liegt, und der Fallmanager den Prozess steuert.

Ziele und Nutzen des Fallmanagements

- intensivere, „interessensneutrale“ Einzelfallsteuerung durch den Leistungsträger
- Verbesserung der Kooperation mit der leistungsberechtigten Person, Stärkung der Selbstbestimmung von der leistungsberechtigten Person durch Berücksichtigung der Wünsche und Vorstellungen im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben.
- personenzentrierte, sozialraumorientierte Bedarfsdeckung
- Wirksamkeitskontrolle der Leistungserbringung, Ergebnisqualität
- Überprüfung der Wirksamkeit der Leistungserbringung, Überprüfung und Fortschreibung der im Einzelfall vereinbarten Ziele
- effizienterer und nachhaltigerer Mitteleinsatz
- Kosten der Leistungserbringung effektiver durch kontinuierliche enge Begleitung des Hilfeprozesses steuern
- Information und Impulsgeber für die Angebots-/Systemsteuerung

Erprobungsaspekte im Pilotprojekt – Was wird im Pilotprojekt betrachtet?

- Veränderung von einer reaktiven Sachbearbeitung zu einer proaktiven Fallsteuerung
- Auswirkungen hinsichtlich einer Verbesserung der personenzentrierten Teilhabe
- Notwendige Rahmenbedingungen: Welche Rahmenbedingungen sind vorhanden, müssen modifiziert oder geschaffen werden?
- Entwicklungsimpulse für die Angebotsstruktur
- Welche Auswirkungen hat das Fallmanagement auf die finanziellen Mittel?

- Auswirkungen auf die Personalressourcen: Welche Auswirkungen hat das Fallmanagement auf die personellen Ressourcen und die notwendige Qualifikation?
- Auswirkungen auf die innere Organisation der Bezirkssozialverwaltung

Beispielhafte Umsetzung

Im gesamten Prozess obliegt dem Fallmanager die Prozessverantwortung. Der Fallmanagementprozess beginnt mit der Kenntnisnahme des Hilfebedarfs.

Kenntnisnahme des Hilfebedarfs

Mit Bekanntwerden der Notwendigkeit einer individuellen Hilfe, die frühzeitig dem Bezirk mitgeteilt werden sollte (zum Beispiel telefonisch oder per E-Mail), wird der Prozess gestartet. Hierfür wird kein konkreter Sozialhilfeantrag benötigt. Danach folgt eine erste sozialhilferechtliche Prüfung. Diese beinhaltet zum Beispiel die sachliche und örtliche Zuständigkeit wie auch die Überprüfung, ob die Voraussetzungen zum Personenkreis (gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX) erfüllt werden. Werden alle Voraussetzungen erfüllt, kann der Fallmanagementprozess fortgesetzt werden.

1. Das Assessment

Im Anschluss folgt das Assessment. Das Assessment dient der Bedarfsermittlung. Sorgfältig wird die Lage im Einzelfall eingeschätzt und den Umständen nach abgeschätzt, welche Hilfemöglichkeiten bestehen. In dieser Phase wird aus dem Gesamtplanverfahren als Planungsinstrument der Sozialbericht verwendet. Der Fallmanager organisiert die erste gemeinsame **Personenkonferenz**, die in der Regel vor Ort stattfindet. An der Sozialberichterstellung nehmen in der Regel die leistungsberechtigte Person, der Fallmanager und ein Mitarbeiter des bezirksinternen Fachdienstes teil. Weiterhin können Angehörige, wenn bestellt der rechtliche Betreuer und weitere Akteure, die zur Bedarfs-

ermittlung wertvolle Informationen beitragen können, teilnehmen, zum Beispiel eine Vertrauensperson, Mitarbeiter eines Sozialdienstes, einer Beratungsstelle, von einem ehemaligen Leistungserbringer/-abgebenden.

Beispielhafte Inhalte der Personenkonferenz

Im Gespräch steht die leistungsberechtigte Person mit ihren individuellen Ressourcen und ihrem Bedarf, ihren persönlichen Wünschen und Zielen im Mittelpunkt. Es erfolgt eine persönliche Beratung, insbesondere auch über wohnortnahe, sozialraumorientierte Versorgungsmöglichkeiten. Das Gespräch mündet, unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts der leistungsberechtigten Person, in einem gemeinsamen Ergebnis (Maßnahmenempfehlung).

Von allen Personenkonferenzen erstellt der Fallmanager ein Protokoll. Unter anderem werden Verantwortlichkeiten, zum Beispiel wer bis wann noch fehlende Unterlagen liefert, festgelegt. Das Protokoll erhalten alle Gesprächsteilnehmer.

Wenn die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen erfüllt werden, stellt der Leistungsträger im Bedarfsfall dem zukünftigen Anbieter den Sozialbericht zur Verfügung.

2. Die Planung

Nach Beginn der Maßnahme folgt die „Planungsphase“.

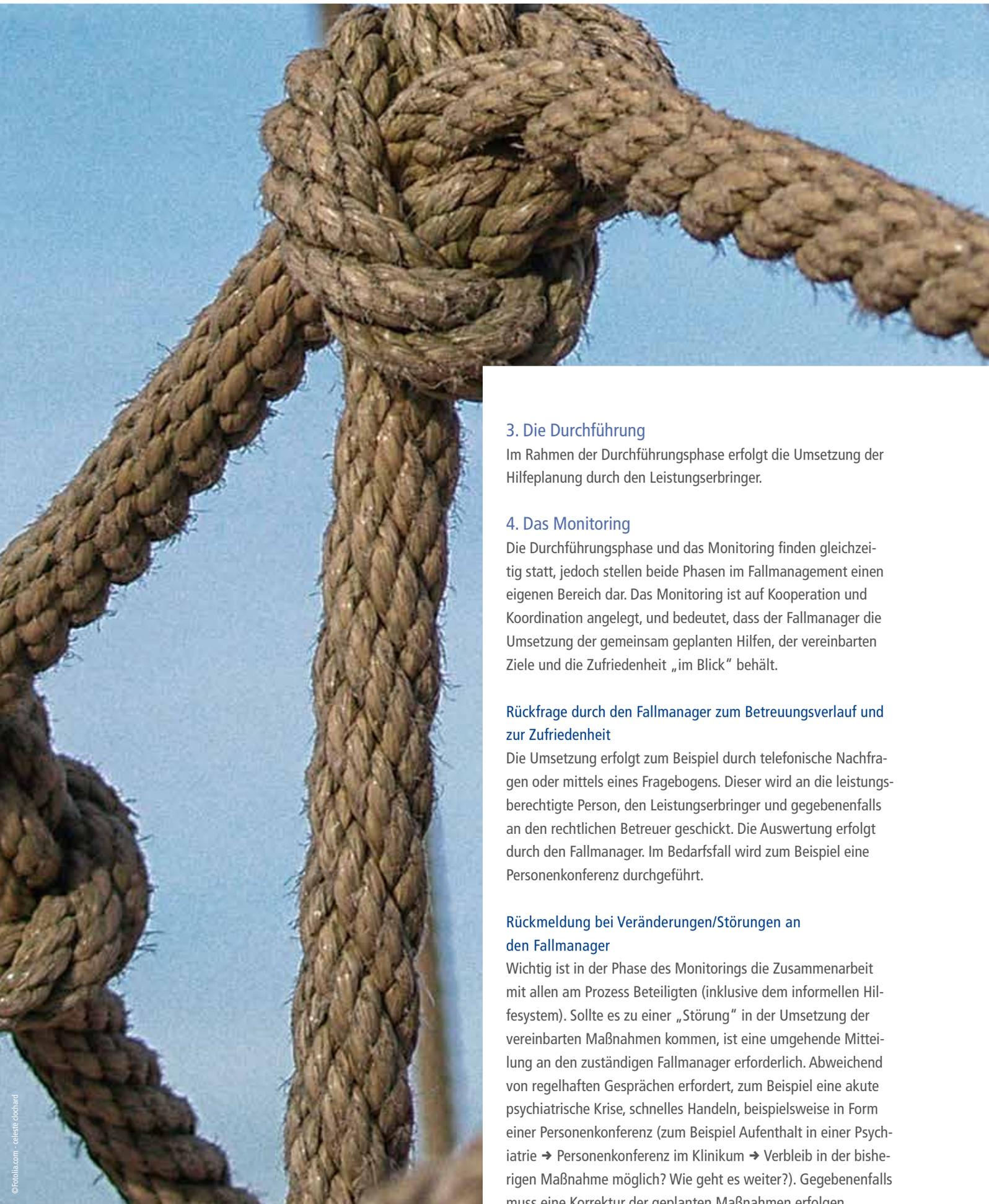
Die Planung ist vor allem operativ, das bedeutet, es wird festgelegt, wie die Hilfe im Einzelnen umgesetzt werden soll.

Nach drei Monaten wird vom Leistungserbringer das Ergebnis der vorläufigen Hilfeplanung in Form eines HEB-A-Bogen vorgelegt. Dieser enthält die auf Basis der Systematik des Sozialberichts konkretisierten Angaben zu Ressourcen und Bedarfen und benennt konkrete Ziele und Maßnahmen für einen definierten Planungszeitraum.

Der HEB-A-Bogen bildet die Gesprächsgrundlage für die nach drei Monaten folgende Personenkonferenz. An der Personenkonferenz, die auch vom Fallmanager organisiert wird, steht die leistungsberechtigte Person im Zentrum. Neben dem Fallmanager sind ein Mitarbeiter des internen Fachdienstes und ein Mitarbeiter des Leistungserbringers vertreten. Weitere Akteure werden abhängig vom Einzelfall eingeladen, zum Beispiel eine Vertrauensperson, rechtliche Betreuer, Mitarbeiter einer Beratungsstelle oder ein Mitarbeiter aus dem Teilhabebereich Arbeit).

Beispielhafte Inhalte der Personenkonferenz

Die Hilfeplanung wird gemeinsam besprochen, gegebenenfalls konkretisiert und konkrete Ziele werden vereinbart. Gegebenenfalls wird ein weiterer bestehender Hilfeplan berücksichtigt (zum Beispiel aus dem Teilhabebereich Arbeit). Im Fokus stehen auch die Wünsche der leistungsberechtigten Person sowie informelle Hilfen.



3. Die Durchführung

Im Rahmen der Durchführungsphase erfolgt die Umsetzung der Hilfeplanung durch den Leistungserbringer.

4. Das Monitoring

Die Durchführungsphase und das Monitoring finden gleichzeitig statt, jedoch stellen beide Phasen im Fallmanagement einen eigenen Bereich dar. Das Monitoring ist auf Kooperation und Koordination angelegt, und bedeutet, dass der Fallmanager die Umsetzung der gemeinsam geplanten Hilfen, der vereinbarten Ziele und die Zufriedenheit „im Blick“ behält.

Rückfrage durch den Fallmanager zum Betreuungsverlauf und zur Zufriedenheit

Die Umsetzung erfolgt zum Beispiel durch telefonische Nachfragen oder mittels eines Fragebogens. Dieser wird an die leistungsberechtigte Person, den Leistungserbringer und gegebenenfalls an den rechtlichen Betreuer geschickt. Die Auswertung erfolgt durch den Fallmanager. Im Bedarfsfall wird zum Beispiel eine Personenkonferenz durchgeführt.

Rückmeldung bei Veränderungen/Störungen an den Fallmanager

Wichtig ist in der Phase des Monitorings die Zusammenarbeit mit allen am Prozess Beteiligten (inklusive dem informellen Hilfesystem). Sollte es zu einer „Störung“ in der Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen kommen, ist eine umgehende Mitteilung an den zuständigen Fallmanager erforderlich. Abweichend von regelhaften Gesprächen erfordert, zum Beispiel eine akute psychiatrische Krise, schnelles Handeln, beispielsweise in Form einer Personenkonferenz (zum Beispiel Aufenthalt in einer Psychiatrie → Personenkonferenz im Klinikum → Verbleib in der bisherigen Maßnahme möglich? Wie geht es weiter?). Gegebenenfalls muss eine Korrektur der geplanten Maßnahmen erfolgen.



5. Die Evaluation

Die Evaluation bildet den Abschluss. Grundlage für die Evaluation ist der vom Leistungserbringer erstellte HEB-B-Bogen, der begleitende Entwicklungsbericht. Im Rahmen der Evaluation findet eine Personenkonferenz rechtzeitig vor Ablauf der Kostenübernahme statt. Im Rahmen einer Personenkonferenz, mit allen am Prozess Beteiligten, werden folgende Inhalte besprochen: Gemeinsam werden bisherigen Maßnahmen evaluiert, Ziele überprüft und fortgeschrieben und mögliche Perspektiven thematisiert. Die Maßnahme wird im Bedarfsfall angepasst.

Wie erfolgt die Umsetzung?

Im Anschluss an die Evaluation entsteht über die Phasen Planung, Durchführung und Monitoring ein Kreislauf. Zusammengefasst bedeutet dieser Ablauf, dass in einem kooperativen und kommunikativen Prozess, mit weiteren am Prozess Beteiligten, Ressourcen und Bedarfe einer leistungsberechtigten Person erhoben werden, Maßnahmen werden geplant, umgesetzt, koordiniert, überwacht und evaluiert.

Aktueller Projektstatus

Seit dem 1. März 2013 dauert die „Durchführungsphase und Steuerung“ an. In diesem Zeitraum werden in der Praxis die erarbeiteten Fallmanagement-Prozessabläufe erprobt.

Die wissenschaftliche Begleitung führt Analysen durch. Eine Beteiligung von leistungsberechtigten Personen, Angehörigen, rechtlichen Betreuern und Leistungserbringern erfolgt bei einzelnen Analysemodulen.

Das Projekt endet am 30. Juni 2015.

Erste Tendenzen

Leistungsberechtigte Personen melden sich beim Fallmanager und kommunizieren ihr Anliegen. Auch in den gemeinsamen Gesprächen bringen sich die leistungsberechtigten Personen aktiv ein.

Die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und dem Bezirk Oberbayern hat sich positiv entwickelt. Diese Entwicklung hat auch dazu geführt, dass in der Regel zeitnah ein Termin vereinbart werden kann.

Transparenz wird durch ein standardisiertes Protokoll hergestellt, was Beteiligte sehr schätzen.

Eine Verbindung zum Brückenteam besteht. In der Modellregion nehmen ein Fallmanager und ein Mitarbeiter des Fachdienstes an den Sitzungen teil. Eventuell kann die weitere enge Fallbegleitung einen „Drehtüreffekt“ vermeiden.



Mini-ICF als Basisinstrument der sozialpsychiatrischen Behandlung – Erfahrungen aus einem Modellprojekt (1)

Praktische Anwendung des ICFs – Perspektiven, Visionen, Zukunft

Richard Schmidmeier | kbo-Inn-Salzach-Klinikum, Chefarzt Klinische Sozialpsychiatrie

Zur Behandlung von psychisch Kranken gibt es seit Generationen das Modell der 3-Säulen-Therapie. Auch im modernsten Lehrbuch von Möller, Laux und Deister ist dies so dargestellt: Die erste tragende Säule ist die Psychopharmakotherapie, die mit ihren Chancen und ihren Problemen immer wieder ausführlich dargestellt wird. Die zweite Säule gebührt der Psychotherapie, deren Stellenwert in den letzten Jahren genau definiert wurde und mittlerweile integraler Bestandteil von Behandlungen für psychisch Kranke ist. An dritter Stelle wird immer die Soziotherapie genannt, die eigentlich allen klar ist, aber irgendwo nicht fassbar bleibt.

Die Arbeit des Krankenhauses beruht auf dem § 59 SGB V, wonach ein multiprofessionelles Team unter ärztlicher Leitung die Behandlung der Patienten übernehmen soll. Demnach sollten Ärzte auch sozialpsychiatrisch tätig sein, die Weiterbildungsrichtlinien zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie verlangen dies, ebenso die Grundlagen der Personalverordnung für die Psychiatrie sowie die Anforderungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen.

Wir müssen als Ärzte in der Psychiatrie wissen, woher unsere Patienten kommen, wie unsere Patienten leben, wie integriert sie in der Gesellschaft sind, wie ihre Verhältnisse zu den Mitmenschen sind, wohin sie gehen. Das bleibt der Angelpunkt für das Verständnis des Patienten zur Weiterversorgung nach dem stationären Aufenthalt. Das ist die Grundlage des Krankheitskonzeptes zur pharmakologischen Behandlung und Fundament des psychotherapeutischen Verstehens. Wir müssen erreichen, dass sich die Ärzte in den psychiatrischen Kliniken mehr für Sozialpsychiatrie interessieren, Bescheid wissen über unsere Patienten.

Die spärlichen Forschungen und wissenschaftlichen Veröffentlichungen, die es in den vergangenen Jahren über sozialpsychiatrische Themen gegeben hat, bestätigen, dass die alten Ziele der romantischen „Gemeindepsychiatrie“ bei weitem nicht erreicht wurden.

Wir stellen immer wieder fest, dass bei einem Großteil unserer schwierigen Patienten, also denjenigen, denen wir besonders verpflichtet sind, „Gemeinde“, nie existierte oder durch zum Beispiel massivste Missbrauchserlebnisse vergiftet und als „Heimat“ nicht vermittelbar ist. Trotzdem brauchen unsere Patienten natürlich Sozialität, Leben in der Gemeinschaft, und wir müssen dabei kompetente Hilfe anbieten.

Die Gesellschaft, der „Common Sense“, die Vereinten Nationen im Konkreten, fordern dies unter dem Schlagwort „Inklusion“ ein, und wir sind dafür mitverantwortlich.

Was kann das ICF dazu beitragen?

Seit den soziologischen Untersuchungen zu den Arbeitslosen von Marienthal 1930 wissen wir, dass eine strukturierte Arbeit im Tagesablauf für das Wohlbefinden der Menschen existenziell wichtig ist, dass durch regelmäßige, tägliche Mitarbeit und durch Aktivität erst Selbstständigkeit, Unabhängigkeit, vor allen Dingen im wirtschaftlichen Bereich ermöglicht wird. Aber auch Kommunikation und soziales Erleben sowie Training der kognitiven Fähigkeiten funktionieren nur durch diese Anforderungen.

Das ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) bietet uns das erste systematische Screening, um die „Fähigkeiten“ unserer Patienten messbar und vergleichbar zu machen. Neben den ersten Items, die für die tägliche Arbeit in Gemeinschaft beschreibend sind, gibt es noch zusätzlich vier Bereiche, die vor allen Dingen im Stationsleben zu erkennen sind. Damit gibt das sogenannte Mini-ICF von Prof. Michael Linden e. a. einen ersten Überblick über die sozialen Fähigkeiten und Kompetenzen unserer Patienten.

Gleichzeitig dient die Auflistung jedoch auch im persönlichen Gespräch, um den Patienten aufzuklären und zu vermitteln, warum er in die Ergotherapie gehen soll, was wir



sozialtherapeutisch mit ihm vorhaben, wie wir ihn unterstützen wollen oder auch, um festzustellen, wo er eventuell Defizite hat, wie er sich in ein alltägliches Setting einfügen kann, wie er bestehen kann.

Gerade für die berufliche Situation gibt es heute wenig Auswahl an Arbeits- oder Praktikumsplätzen. Beim Wunsch nach differenzierten Arbeitsplätzen ist es ganz wichtig, bereits an der ersten Arbeitsstelle zu bestehen und guten Eindruck zu vermitteln. Um darauf vorbereitet zu sein und die Möglichkeiten der Patienten einzuschätzen, haben wir den Mini-ICF als ein erstes Instrument.

In den Visiten auf den Stationen, wo vor allen Dingen junge Patienten nach den ersten Problemen der Psychose behandelt werden, ist es jetzt schon regelmäßig üblich, den ICF-Wert anzuschauen und mit dem Patienten zu besprechen. Dabei ergibt sich bereits ein interessanter Hinweis: Im Rahmen der Ergotherapie werden die Patienten durchwegs in ihren Items besser gesehen als auf den Stationen. Sie sind bei strukturierter Arbeit fitter, trainieren sie sich dabei bereits in so kurzer Zeit?

Aus unserer Sicht sollte das Mini-ICF für Teambesprechungen über Patienten, Visiten, Planungen von Patienten, sicher auch für Supervision als unverzichtbarer Indikator der sozialen Integration und der kognitiven Fähigkeiten verwendet werden.

Natürlich sollte man überlegen, ob man aus dem großen Bereich der zusätzlichen Möglichkeiten des ICFs noch andere Fragestellungen ableiten kann und modulartig erweitern sollte, dies soll zukünftigen Arbeiten vorbehalten werden.

Gleichzeitig möchten wir den Kollegen aus der Herzosägmühle danken, die bereits seit vielen Jahren mit dem ICF arbeiten und die uns bei der Einführung des ICFs wertvolle Dienste geleistet haben.

Mini-ICF als Basisinstrument der sozialpsychiatrischen Behandlung – Erfahrungen aus einem Modellprojekt (2)

ICF-Pilotprojekt Therapiezielplanung am kbo-Inn-Salzach-Klinikum – Ein Überblick aus ärztlicher Sicht

Ruth Höfter | kbo-Inn-Salzach-Klinikum, Oberärztin im Fachbereich Sozialpsychiatrie und Medizincontrollerin

Im Mai 2011 wurde mit dem Ärztlichen Direktor Prof. Dr. Gerd Laux ein Vorgespräch zum ICF-Pilotprojekt „Therapiezielplanung“ in Kooperation mit Janssen-Cilag hinsichtlich Projektdurchführung und -struktur geführt. Nach dem Symposium „Sozialpsychiatrie aktuell – ICF“ im kbo-Inn-Salzach-Klinikum im Dezember 2011 mit Workshops zum Ratertraining für unterschiedliche Berufsgruppen wurde die Umsetzungsphase begonnen. Im Fachbereich Klinische Sozialpsychiatrie wurden die Vorgehensweise und Mappen zur Erfassung der Patientenstammdaten sowie mehrerer Skalenwerte (darunter die Mini-ICF-APP) anschließend in der Fachbereichsbesprechung vorgestellt.

Ab Anfang 2012 wurden 100 Patienten, die den Einschlusskriterien (Diagnose Schizophrenie F20.x, Alter zwischen 18 und 55 Jahren, voraussichtliche Verweildauer > 4 Wochen, aus den Landkreisen Mühldorf und Altötting) entsprachen, identifiziert und bei Aufnahme und Entlassung geratet. Eine geplante Nachuntersuchung drei Monate nach Entlassung im ambulant-komplementären Setting konnte aus organisatorischen Gründen nicht stattfinden. Derzeit werden die im stationären Bereich erhobenen Daten ausgewertet. Vorgegangen war ein Erfahrungsworkshop im Juni 2013, veranstaltet von Janssen-Cilag, mit Mitarbeitern des Fachbereichs, die an der Datenerhebung beteiligt waren.

Als Projektziele waren definiert:

- Überprüfung der Machbarkeit des Mini-ICF-Ratings unter klinischen Alltags- und Versorgungsbedingungen. Daneben wurden die Skalen PSP; PANSS-8 Kurzversion sowie CGI und GAF eingesetzt.
- Finden von Qualitätsfaktoren für den Einsatz im Überleitungsmanagement bzw. Gesamtplanverfahren
- Überprüfung der Machbarkeit für andere kbo-Kliniken





© iStock - marko Vranika

An Erfahrungen aus dem Projekt kann festgehalten werden, dass ein sehr großer Informationsbedarf bei der Einführung neuer Erhebungs- und Dokumentationsinstrumente besteht, um den Eindruck zusätzlicher, als überflüssig empfundener, Datensammlung zu vermeiden. Es herrschte große Skepsis bezüglich der Kooperation mit einer Pharmafirma – auch ohne jeglichen Bezug zur Medikamentenverordnung.

Es stellte sich eine Zuordnung der zu erhebenden Items zu unterschiedlichen Berufsgruppen (Ärzte/Psychologen/Pflege/Ergotherapie) als nicht sinnvoll heraus. Außerdem war innerhalb des Pilotprojekts Therapiezielplanung das Mini-ICF nicht als Instrumentarium der Verlaufsbewertung eingesetzt, da als Messzeitpunkte Aufnahme und Entlassung vorgesehen waren.

Hinsichtlich der Mini-ICF-APP wurde die Auswahl der Items als zum Teil unpassend empfunden (zum Beispiel Spontanaktivität/Verkehrsfähigkeit mit eingeschränkter Beurteilbarkeit zum Beispiel im geschlossenen Kliniksetting).

Außerdem stellte sich heraus, dass in unterschiedlichem Kontext (zum Beispiel Ergotherapie/Pflege) die Abweichungen in der Einschätzung oft erheblich sind.

Die weiteren Ziele im Sinne der Überprüfung des Einsatzes im Überleitungsmanagement/Gesamtplanverfahrens konnten (bislang) nicht erreicht werden.

Als Fazit lässt sich aus dem Pilotprojekt Therapiezielplanung die Erfahrung ziehen, dass eine Beschränkung aus der Auswahl der eingesetzten Skalen auf die Mini-ICF sinnvoll erscheint und via Ergotherapie eine Integration in den Stationsalltag schon erfolgt ist. Es sind weitere Ratertrainings und Schulungen vorgesehen. Geplant ist im kbo-Inn-Salzach-

Klinikum eine Integration der Mini-ICF in die Dokumentation der Multiprofessionellen Teambesprechung.

In Handlungsempfehlungen basierend auf den Erfahrungen im Pilotprojekt Therapiezielplanung werden derzeit in einer Arbeitsgruppe Vorschläge für die weitere Umsetzung erarbeitet.

Mini-ICF als Basisinstrument der sozialpsychiatrischen Behandlung – Erfahrungen aus einem Modellprojekt (3)

Mini-ICF – Integration in den Therapiealltag

Dr. Johannes Unterberger | Leitung Ergo- und Kreativtherapie, kbo-Inn-Salzach-Klinikum

Im kbo-Inn-Salzach-Klinikum stehen die Abteilungen Ergo-, Musik-, Kunsttherapie und Alltagspraktisches Training mit Lehrküche, Garten und Holzwerkstatt allen Stationen der Fachbereiche Allgemeinpsychiatrie, Psychosomatik, Klinische Sozialpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und Suchtmedizin zur Verfügung. Für die Ergotherapie sind in der Heilmittelrichtlinie (2008) und im Indikationskatalog (2011) vier Indikationsbereiche festgelegt. Für unser Therapieangebot am wichtigsten ist die psychisch-funktionelle Behandlung, die die gezielte Therapie geschädigter psychosozialer und sozioemotionaler Funktionen und der daraus resultierenden Beeinträchtigungen beinhaltet.

Die Ergotherapie umfasst ein breites Spektrum einzelner Therapieverfahren. Das Training von verlorengegangenen oder nicht vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten steht bei der kompetenzzentrierten Methode im Vordergrund. Auch Ausdauer, Konzentration, Frustrationstoleranz, psychische und physische Belastbarkeit, Fingerfertigkeit usw. gehören dazu. Angeboten werden hierbei verschiedenste handwerkliche Techniken, alltags- oder freizeitbezogene Tätigkeiten oder Übungen zum sozialen, kognitiven oder motorischen Training.

Die ausdruckszentrierte Methode zielt auf eine Erweiterung der Erlebnismöglichkeiten, der Handlungsfähigkeit und der Selbstreflexion der Patienten mittels gestalterischer Prozesse. Kreative Aktivitäten sollen die Patienten anregen, ihre Gefühle und Einstellungen auszudrücken, Symbole für das psychische Geschehen zu finden.

Die interaktionelle Methode nützt den Prozess des Gestaltens für das Training sozialer Kompetenzen im Umgang mit anderen Menschen.

Im ergotherapeutischen Fokus steht die Handlungsfähigkeit des Menschen in seinem persönlichen Alltag. Tätigsein ist ein

menschliches Grundbedürfnis, gezielt eingesetzte Tätigkeit hat daher gesundheitsfördernde und therapeutische Wirkungen.

Die ICF, 2001 durch die WHO verabschiedet, beschreibt die Krankheitsauswirkungen auf das Leben der Betroffenen, zum Beispiel Beeinträchtigungen der Mobilität, der Kommunikation, der Selbstversorgung, des häuslichen Lebens, des Erwerbslebens oder der Interaktionen mit anderen Menschen. Das biopsychosoziale Modell der ICF stellt die Funktionsfähigkeit eines Menschen als Ergebnis der Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem, den Körperfunktionen/-strukturen der Person, ihren Aktivitäten, Teilhabe und ihrem individuellen Lebenshintergrund (Umwelt und personenbezogener Kontext) dar.

Die Mini-ICF APP (Linden, Baron, Muschalla 2009) fasst die 1424 Kategorien der ICF in 13 Obergruppen zusammen, die für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen relevant sind:

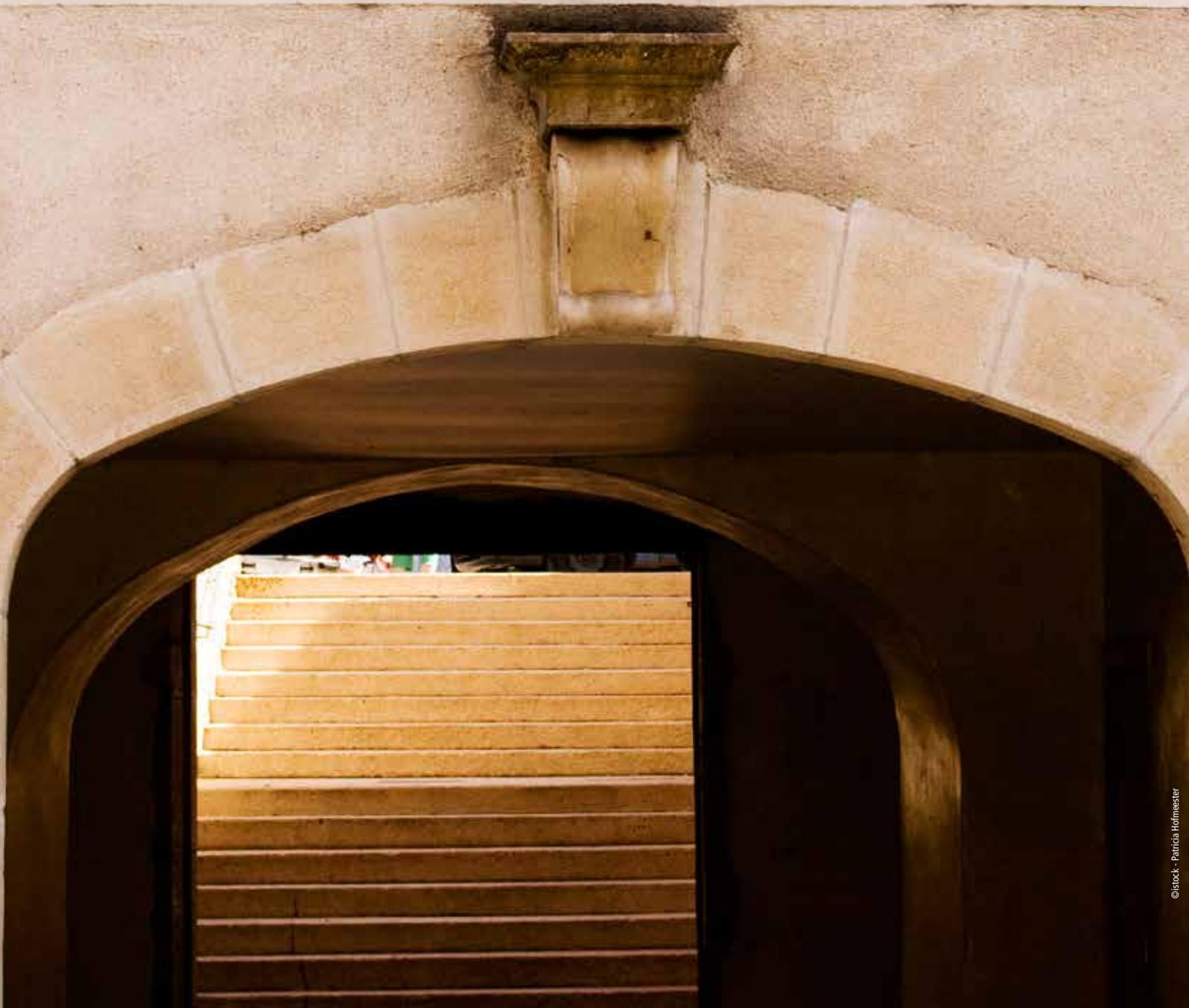
- Anpassung an Regeln und Routinen
- Planung und Strukturierung von Aufgaben
- Flexibilität und Umstellungsfähigkeit
- Anwendung fachlicher Kompetenzen
- Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit
- Durchhaltefähigkeit
- Selbstbehauptungsfähigkeit
- Kontaktfähigkeit zu Dritten
- Gruppenfähigkeit
- familiäre bzw. intime Beziehungen
- Spontan-Aktivitäten
- Selbstpflege
- Verkehrsfähigkeit

In den Ergo- und Kreativtherapien werden die Punkte 1 bis 9 im Rahmen der Dokumentation regelmäßig geratet, da sie im Therapieprozess gut beobachtbar sind und diesen umfassend

abbilden können. Die Erfassung erfolgt elektronisch, die Daten sind dadurch jederzeit im Stationsarbeitsplatz einsehbar. Der nächste geplante Schritt ist die automatische Zusammenfassung aller Therapien auf einem Übersichtsblatt, auf dem die Anzahl der Therapieteilnahmen, erster, letzter und Durchschnittswert für sämtliche Angebote abgebildet sind. Wenn gewünscht, ist es möglich, diese Zusammenfassung dem Arztbrief beizufügen. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang auch der große statistische Outcome für von der Statistik ansonsten kaum berührte Therapiebereiche.



Passage du Marché



Marktplatz (1)

Modellprojekt EX-IN

Ute Wilhelmi | Bezirk Oberbayern, Projektleitung EX-IN

Der Bezirk Oberbayern hat sich auf den Weg gemacht und fördert als erster Leistungsträger in Bayern und Deutschland ein Modellprojekt EX-IN mit wissenschaftlicher Begleitforschung. EX-IN ist eine Abkürzung für Experienced Involvement und heißt übersetzt „Einbezogenheit/Einbindung von Erfahrung“. Mit dem Begriff EX-IN sind Menschen mit Psychiatrieerfahrung gemeint, die in die fachliche Begleitung von Menschen mit akuten psychischen Erkrankungen einbezogen werden.

Warum EX-IN?

In der psychiatrischen Versorgung werden mittlerweile in vielen Bundesländern (und auch international) zunehmend erfahrene „Experten durch Erfahrung“ eingestellt. Diese Experten sind für ein zusätzliches Genesungsangebot zuständig. Positive Ergebnisse im Einsatz von Peers, aus dem Englischen übersetzt „Gleichwertige“ oder „Ebenbürtige“, sind seit langem unstrittig, so zum Beispiel in der Selbsthilfe, im Bereich der Suchterkrankungen, der Straffälligenhilfe.

Psychiatrie-Erfahrene verfügen über ein großes Wissen über die Erkrankung, über Krisenverläufe, über unterstützende Haltungen, Methoden und Strukturen. Ziel von EX-IN ist, dieses individuelle ICH-Wissen durch Austausch und Verarbeitung zum WIR-Wissen zu formen und damit einsetzbar und fruchtbar zu machen in der Genesungsbegleitung und Forschung.

Somit kann „Expertenwissen durch Erfahrung“ beitragen zu

- einem erweiterten Verständnis psychischer Erkrankungen,
- neuem Wissen über genesungsfördernde Faktoren in der Psychiatrie,
- der Entwicklung neuer Methoden und umfassender Inhalte in der Fachkräfteausbildung,
- innovativen Angeboten psychiatrischer Dienste.



EX-IN baut auf nutzerorientierten Konzepten wie Empowerment (= Selbstbefähigung) und Recovery (= Wiedergesundung) sowie der Selbsthilfe auf. Um die Fähigkeiten von Psychiatrie-Erfahrenen zu stärken, ihre Einbeziehung zu verbessern und eine Basis für eine angemessene Beschäftigung zu schaffen, hat der Sozial- und Gesundheitsausschuss des oberbayerischen Bezirkstags das Modellprojekt EX-IN beschlossen.

Im Rahmen eines zweijährigen Projektes sollen Erfahrungen gesammelt werden. Verbunden sind damit unter anderem folgende Fragestellungen:

- Wie gelingt es, durch den Einsatz von EX-IN-ausgebildeten Mitarbeitern die Perspektive von ehemals Betroffenen zu vermitteln und ihre Beteiligung zu stärken?
- Wie kann die Qualität der Hilfen im Sinne der Klienten und Patienten gesteigert werden?
- Welche spezifischen Fähigkeiten bringen EX-IN-ausgebildete Mitarbeiter ein?
- Welche Rahmenbedingungen müssen durch den Einrichtungsträger für einen gelingenden Arbeitsprozess bereitgestellt werden?
- Wie kann eine exemplarische Stellen- und Funktionsbeschreibung für eine EX-IN-Stelle gestaltet sein?

Die Ergebnisse dieses Projekts sollen dazu dienen, EX-IN in Oberbayern weiter zu befördern, entsprechende Stellenprofile zu schärfen und Grundlagen für entsprechende Qualitätsleitlinien zu erarbeiten.

Der Einsatz und die wissenschaftliche Untersuchung von ausgebildeten EX-IN-Mitarbeitern erfolgt in unterschiedlichen psychiatrischen Versorgungsbereichen:

- an der „Ausgangstür“ der psychiatrischen Klinik,
- in einem Wohnbereich,
- jeweils in einem Bereich eines städtischen und ländlichen Sozialpsychiatrischen Dienstes,
- in einem Bereich eines niederschweligen tagesstrukturierenden Arbeits- und Beschäftigungsangebots, einer Tagesstätte für psychisch kranke Menschen
- und beim Bündnis gegen Depression in München.

Die wissenschaftliche Begleitung des Projektes übernimmt Prof. Dr. Manfred Cramer von der Hochschule München.

Marktplatz (2)

Bausteine zur Vermeidung stationärer Aufenthalte: Anthojo Rosenheim

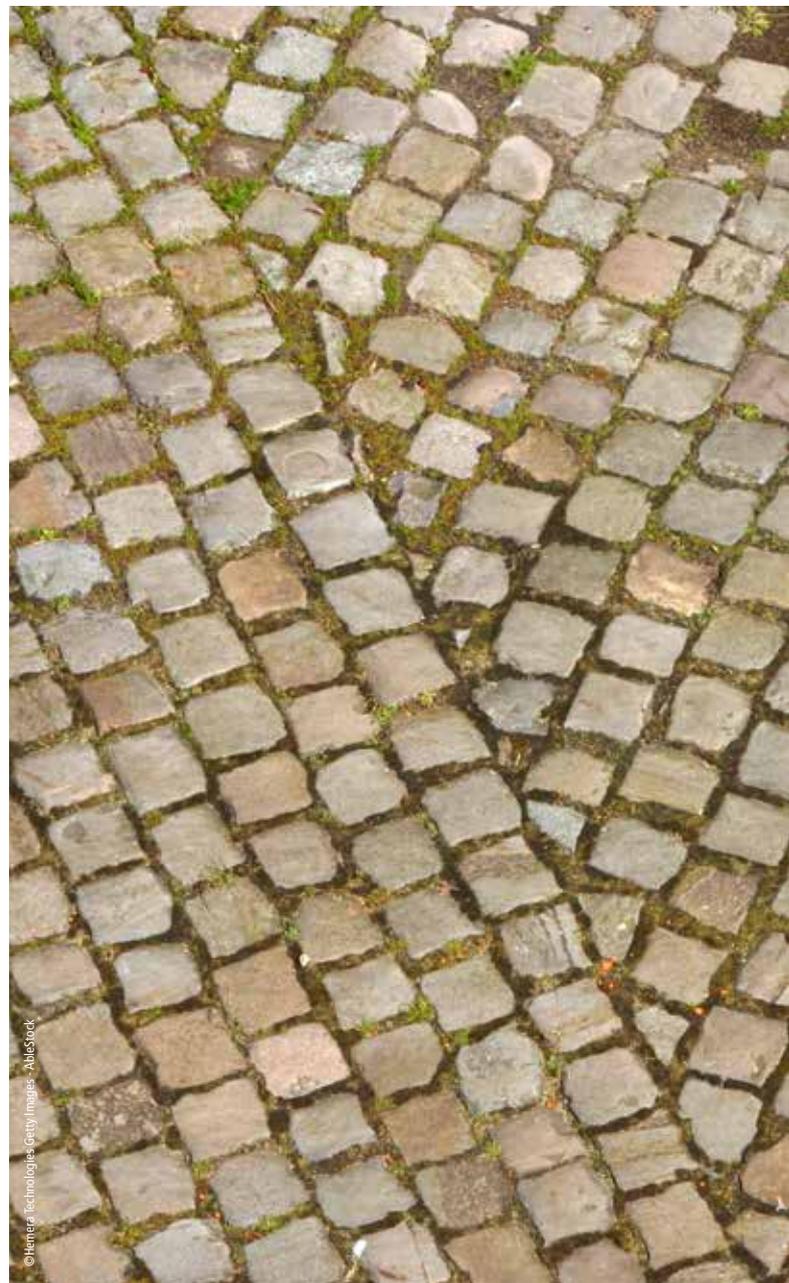
Jochen Stöpel | Anthojo Rosenheim

Über ein vielfältiges ambulantes Angebot können Betroffene passgenauer „ihren Weg finden“. Aufgrund der vielen verschiedenen Angebote kann vertikal die Betreuungintensität oder horizontal das Setting (Betreutes Einzelwohnen, ambulant betreute Wohngruppe, Tagesangebote) angepasst werden.

Sollte eine Stabilisierung der Betroffenen ambulant nicht gelingen, steht ein Sicherheitsanker in Form einer stationären Wohngruppe zur Verfügung. Dort kann bei positiver Prognose die Wohnung erhalten und nach einer kurzfristigen Stabilisierung (sechs bis acht Monate) das ambulante Angebot fortgesetzt werden. Ist eine Stabilisierung dort ebenfalls schwierig, so wird mit dem Betroffenen an der qualifizierten Vermittlung in längerfristige soziotherapeutische Angebote gearbeitet. Es gilt also nicht das Motto „ambulant oder stationär“, sondern „zum richtigen Zeitpunkt das individuell richtige Angebot“. Eine Evaluation der Angebote erfolgt im Rahmen des Modellprojektes GSV 14.

Die Anthojo-Unternehmensgruppe bietet vielfältige ambulante Lösungen für psychisch und/oder suchtkranke Menschen. Neben Betreutem Einzelwohnen in der eigenen Wohnung mit unterschiedlichen Betreuungsschlüsseln (89 Plätze) entsteht als Modellprojekt der Ambulante Wohnverbund mit 7 ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Dort sind neben unterschiedlichen Betreuungsschlüsseln auch verschiedene Settings berücksichtigt (Stadt, mittlere Gemeinde, Dorf oder große, mittlere, kleine Wohngruppengröße).

Über die stationäre Wohngruppe Reit im Winkl besteht ein „Sicherheitsanker“. Dieser ermöglicht einen akzeptanzorientierten Einstieg für abhängige Menschen, die den Kontakt zum Hilfesystem verloren haben. Diese Menschen finden oft den Weg über Multiplikatoren, wie das Jobcenter, gesetzliche Betreuer oder andere Fachstellen zu uns.





Von links nach rechts: Antje Wolf, Jochen Stöpel,
Evi Palloks, Markus Zauner, Karin Walther

Unter Berücksichtigung der Wirkfaktoren nach Grawe (Beziehung, Ressourcenorientierung, Problembewältigung, Problemaktualisierung, motivationale Abklärung) versuchen die Mitarbeitenden des Betreuten Einzelwohnens im Sinne des Selbstmanagementansatzes von Kanfer zunächst günstige Ausgangsbedingungen für die Zusammenarbeit (Phase 1) und dann Veränderungsmotivation (Phase 2) aufzubauen. Über die Hilfeplanung zu Beginn des dritten Monats kann zudem geklärt werden, ob nicht eventuell das Angebot einer ambulanten Wohngruppe zielführender sein kann oder eine ambulante Suchttherapie zusätzlich aufgenommen werden sollte.

Im Ambulanten Wohnverbund stehen mit der Stabilisierungswohngruppe (14 Plätze, Betreuungsschlüssel 1:3,5) und den dortigen Tagesstrukturierenden Maßnahmen quasistationäre Möglichkeiten zur Verfügung. Der Charme des dortigen Angebotes liegt in den fließenden Übergängen, da Wohnen und Tagesstruktur „entkoppelt“ sind, das heißt der Nutzer kann, zum Beispiel bei einem Auszug aus der WG, weiterhin an den Tagesstrukturierenden Maßnahmen teilnehmen.

Weiterführende Angebote können die Außenwohngruppen (Verlängertes Dach) in Siegsdorf oder Reit sein. Ferner entsteht neben zwei „normalen“ ambulant betreuten Wohngruppen eine ambulant betreute Wohngemeinschaft für Menschen mit Korsakow-Syndrom.

Durch das vielfältige Angebot bieten wir viele neue Wege und Lösungen. Den richtigen Weg mit den Nutzern unserer Angebote zu finden ist unsere Herausforderung.

Marktplatz (3)

Die Lotsenstelle des kbo-Sozialpsychiatrischen Zentrums

Eva Kraus | kbo-Sozialpsychiatrisches Zentrum

„Wir finden den Weg“ – das war auch unser Motto, als wir im Oktober 2012 die Lotsenstelle des kbo-Sozialpsychiatrischen Zentrums (kbo-SPZ) aufgebaut haben. Wir verstehen die Lotsenstelle als niederschwellige „Eingangstüre“ ins kbo-SPZ. Sie ist unserer Ansicht nach aus verschiedenen Gründen notwendig geworden, von denen uns zwei besonders wichtig sind.

In den letzten Jahren haben wir das Leistungsspektrum des kbo-SPZ, insbesondere im Bereich des ambulant betreuten Wohnens, stark ausdifferenziert. Allein in Stadt und Landkreis München halten wir neben dem Betreuten Einzelwohnen und Wohnen in Gastfamilien insgesamt über 180 Wohngemeinschaftsplätze mit unterschiedlicher Betreuungsintensität und zum Teil unterschiedlichen Schwerpunkten vor. Hinzu kommen weitere Angebote im Bereich Arbeit und Beschäftigung: die Tagesstrukturierenden Maßnahmen, Zuverdienstplätze und unsere Tagesstätte.

Mit diesen differenzierten Angeboten wollen wir den individuellen Bedarfs-, Ressourcenlagen und Wünschen der Klienten gut begegnen. Da die Menschen, die sich erstmalig an uns wenden, unmöglich auf Anhieb das gesamte Angebot überblicken können, brauchen wir hier eine Art „Eingangstüre“ für eine passgenaue Vermittlung.

Hinzu kommt, dass uns Entwicklungen rund um die Inklusionsdebatte herausfordern, in jedem Einzelfall gezielt Alternativen und Ergänzungen zur professionellen Hilfen zu eruieren. Hierzu zählt zum Beispiel die Erschließung und Aktivierung des privaten Netzwerks, des Sozialraums und der Selbsthilfe. Die Frage nach dem jeweils geeigneten Hilfesetting und dem „Betreuungs-Mix“ besteht zwar während des gesamten Hilfeplanprozesses, gewinnt allerdings an der Eingangstür besondere Bedeutung, da hier wichtige Weichen gestellt werden.



Abbildung 1: Angebote des kbo-SPZ im Überblick

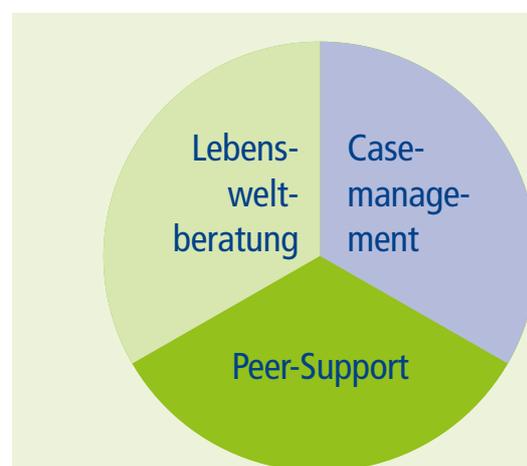
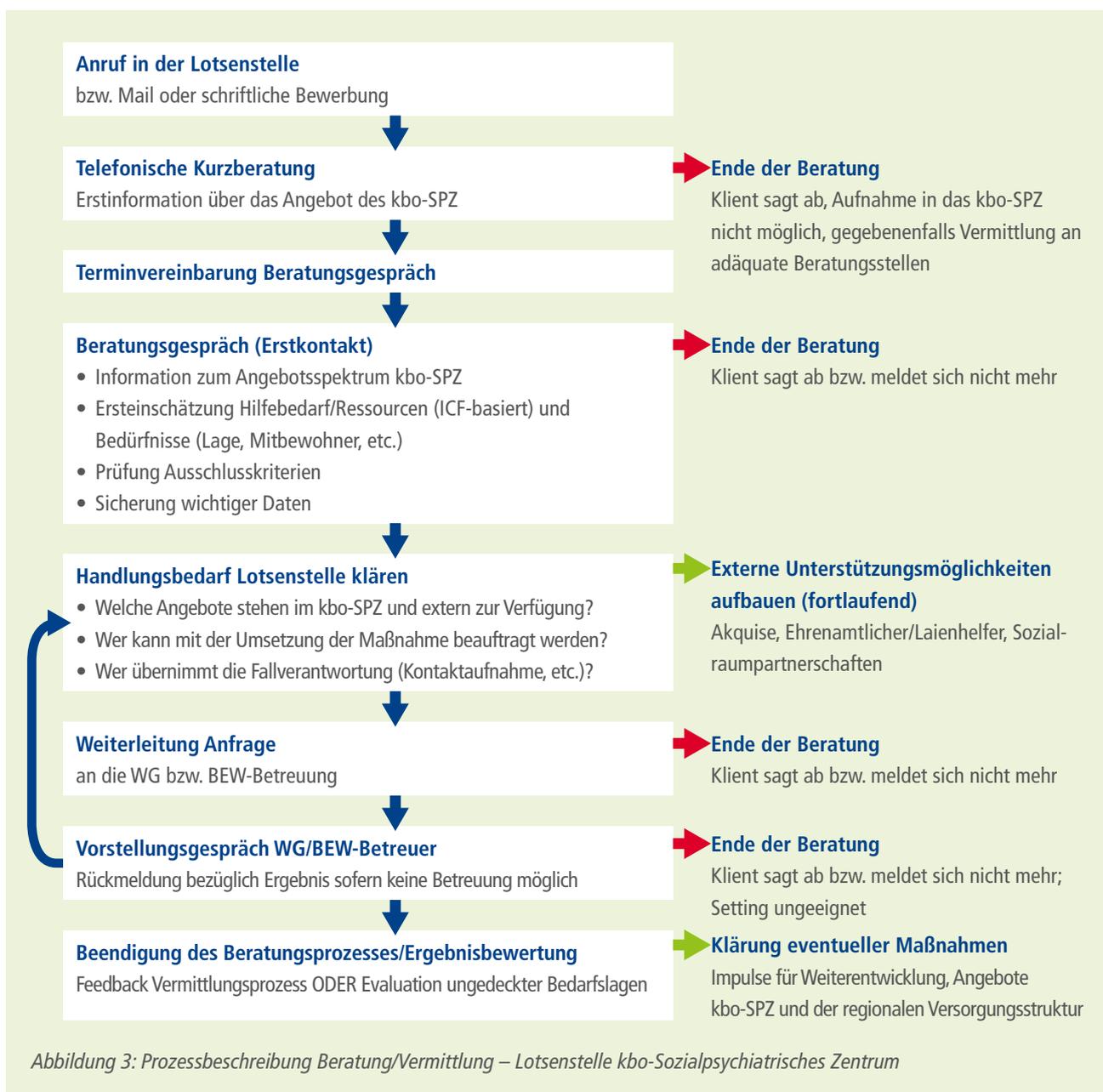


Abbildung 2: Lotsenstelle – Konzeptionelle Grundgedanken





In diesem Sinne unterstützt die Lotsenstelle psychisch kranke Menschen, die sich an uns wenden dabei „ihren Weg“ zu finden.

Die Beratung und Vermittlung erfolgt durch ein multiprofessionelles Team, das verschiedene Schwerpunkte abdeckt:

- Eruiierung privater Netzwerke und sozialräumlicher Unterstützung (Lebensweltberatung)
- individuell passgenaue Vermittlung in Maßnahmen des kbo-SPZ (Casemanagement)
- Stärkung der Selbstbestimmung durch Einbringen von erfahrungsbasiertem Wissen und positive lebenspraktische Modellfunktion (Peer-Support/EX-IN).

Entsprechend dieser Schwerpunkte bewegen sich die Leistungen der Lotsenstelle einerseits auf der Einzelfallebene und andererseits auf der Systemebene.

Vom Einzelfall aus gedacht, bieten wir Beratungsgespräche für psychisch kranke Menschen, ihre Angehörigen, gesetzliche Betreuer, Fachpersonal etc. an. Diese umfassen insbesondere eine erste, unverbindliche Information über unsere Angebote, eine Erstanamnese und Hilfeplanung in der Eingangsphase inklusive entsprechender Weitervermittlung an die Angebote des kbo-SPZ sowie an nicht-professionelle Hilfen. Dazu arbeitet die Lotsenstelle sehr eng mit dem restlichen Fachpersonal des kbo-SPZ zusammen.

Damit die Aufgaben der Lotsenstelle gut erfüllt werden können, ist es notwendig, tragfähige Netzwerke aufzubauen. Hierzu zählen Kooperationen mit den Stationen des kbo-Isar-Amper-Klinikums München-Ost im Rahmen des klinischen Entlassmanagements und die enge Zusammenarbeit mit regionalen Versorgungsgremien und den organisierten

Psychatrie erfahrenen ebenso wie der Aufbau und die Pflege eines Pools an ehrenamtlichen Unterstützern und die Suche nach geeigneten Sozialraumpartnern (zum Beispiel örtliche Betriebe, Vereine). Ganz wichtig ist hier auch die Öffentlichkeitsarbeit, zum Beispiel die Beteiligung an Veranstaltungen in der Region, an Fachtagen etc.



Podiumsdiskussion

Einschätzung und Perspektiven

Die Podiumsdiskussion zum Abschluss des Fachtags verfolgte das Ziel, eine Synopse der vorgestellten Pilotprojekte, Evaluationen und Modelle herbeizuführen und gemeinsam zu überlegen, welche weiteren Möglichkeiten den Akteuren offen stehen, um weiterführende Lösungsansätze zu befördern.

Das Publikum konnte während der Veranstaltung Fragen und Kommentare für das Podium an eine Pinnwand heften.

Die Vertreter der am kbo-Arbeitskreis Reha+ beteiligten Akteure diskutierten auf dem Podium intensiver unter anderem über das Thema der Netzwerke und übergreifenden Zusammenarbeit am Beispiel des Brückenteams, das viele Podiumsteilnehmer als ein gelungenes Beispiel für die Zusammenarbeit ansehen. Kritisiert wurde dabei die Begrenzung auf die Kostenträger des SGB V und SGB XII. Gewünscht wurde beispielsweise ein Einbezug aller an der Rehabilitation beteiligten Kostenträger. Diese Forderung wurde von allen am Podium Beteiligten unterstützt. Dass diese Kooperationen dennoch selten vorkommen, liegt laut Podium an den Inkompatibilitäten des Systems, die Netzwerkarbeit und systemübergreifende Brückenschläge – insbesondere in wirtschaftlicher Hinsicht – nicht fördern.

Insgesamt wurden auch von Seiten des Publikums Anregungen gegeben und Fragen gestellt, die deutlich machen, dass ein systembezogenes institutionalisiertes Miteinander gewünscht wird. Beispielsweise fordern die Selbstvertretungen mehr Einbezug und Mitentscheidungen oder auch eine Mitwirkung bei der Steuerung des Fallmanagements. Insbesondere an das Fallmanagement richteten sich viele Fragen aus dem Publikum. Hier gibt es offenbar noch Informationsbedarf.

Am Ende der Veranstaltung stellte sich die Frage, wie die vorgestellten Modell- und Pilotprojekte eine nachhaltige Wirkung



oben, v.l.n.r.: Helmut Roth, Bezirksverwaltung Oberbayern, Dr. med. Gabriele Schleuning, kbo-Isar-Amper-Klinikum, Michael Mauerer-Mollérus, Fachabteilungsleiter Sozialpsychiatrie AWO Bezirksverband Oberbayern, Ruth Weizel, Moderation

links: Gert Sonntag, Moderation

unten, v.l.n.r.: Kristian Gross, ApK München e. V., Susanne Stier, OSPE, Walther Schäl, OSPE





erzielen können. Die Modellprojekte sind evaluiert und analysiert – bis auf das noch in der Erprobungsphase befindliche Fallmanagement, dessen erste Ergebnisse erst ab 2015 erwartet werden. Hier steht insbesondere, von den Praktikern aufgebracht, der Appell nach einer Entscheidung zu einer weitergehenden Umsetzung im Raum. Nur für das Brückenteam ist die Entscheidung getroffen, es 2014 oberbayernweit umzusetzen. Entscheidungen zu vergleichbaren Nachhaltigkeiten der Projekte der gerontopsychiatrischen Überleitung, Optimierung des Überleitungsmanagements bei Alkoholkranken und Umsetzung von Mini-ICF stehen noch aus.

Die in die jeweiligen Projekte involvierten Akteure sind hier aufgefordert, noch Entscheidungen zu treffen und/oder sich Schritte für eine vertiefte Umsetzung zu überlegen.

Der kbo-Arbeitskreis Reha+ wird die Themen weiterverfolgen und die Projekte (vor allem Brückenteam und Fallmanagement) in der Umsetzung solidarisch-kritisch begleiten. Die vertiefte Behandlung dieser und weiterer Schnittstellenproblematiken im psychiatrischen Versorgungssystem wird auch in Zukunft das Thema dieses Arbeitskreises sein und in den nächsten zwei Jahren bis zum nächsten Fachtag bearbeitet werden.



Zuverlässig an Ihrer Seite

kbo
Kliniken des Bezirks Oberbayern –
Kommunalunternehmen
Prinzregentenstraße 18
80538 München
Telefon | 089 5505227-0

kbo.de

