

Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit aller relevanten Akteure *„Wenn jeder an sich selbst denkt, ist an alle gedacht“*

Prof. Dr. Peter
Löcherbach
Katholische
Hochschule
Mainz
Vorstand der
Deutschen
Gesellschaft
für Care und
Case
Management
(DGCC)



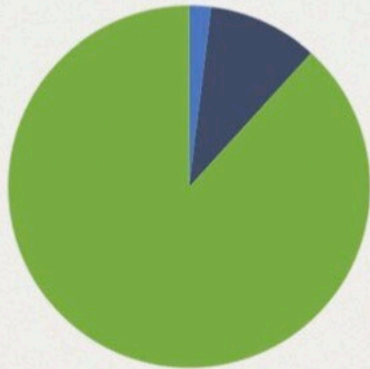
„Auf der Grundlage der humandienstlichen Qualifikation ist dem Case Management mit der Zeit eine eigenständige Fachlichkeit zugewachsen, die sich [...] in der transdisziplinären Behandlung komplexer Problemstellungen zu erkennen gibt.“ (Wendt 2020, S. 37)




Kernkompetenzen

- Kommunikation und Beratung (Care Counselling/ Sorgeberatung)
- des Bedarfsermittlung und der Planung
- des Netzwerkens
- des Monitorings, der Evaluation und Berichterstattung.

DAS PATIENTENLOSTEN-MODELL FUSST AUF DER FACHLICHKEIT DES CASE MANAGEMENTS

Auswirkungen auf Patient:in/Angehörige



-  Ich werde machen
-  Ich mache
-  Aber wir haben das schon immer so gemacht!

(Katja Berlin: <https://twitter.com/katjaberlin/status/1560609633563136007/photo/1>)



Reduzierung/Vermeidung von stationären Aufenthalten



Reduzierung der Belastung von pflegenden Angehörigen



Alltagstransfer und Ressourcennutzung



Teilhabechancen: Arbeit, Bildung, Wohnen, Kultur, Öffentliches Leben



Lebensqualität und Zufriedenheit

Patient:innen- und Angehörigenbezogene Anforderung

Bei der Pfadentwicklung ist zu bedenken

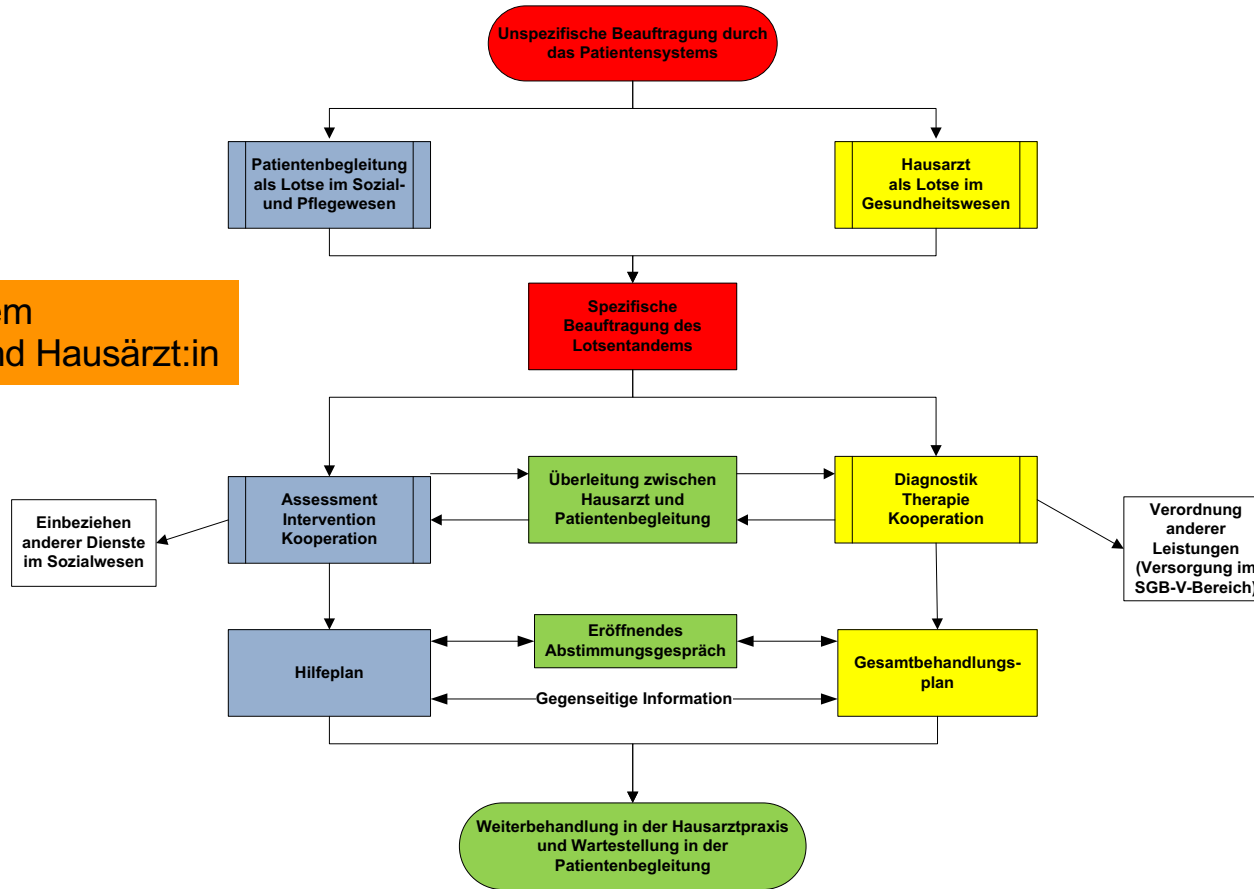
- Niedrigschwelliger (schwellenloser) Zugang zu Hilfesystemen
- Information, Beratung
- Diagnostik, Behandlung
- Begleitung

Qualitätsanforderungen können sein

- Koordination und Kooperation „von Anfang an“
- Prozedurale Fairneß (Standards)
- Lotsen- oder Lotsentandem (Hilfen wie aus einer Hand)
- Praktische Hilfen für Ärzt:innen, Betroffene und Angehörige
- Beispiele: LOTTA, DEMSTEP CARE

Interdisziplinärer Versorgungspfad in LOTTA Basispfad

**Lotsentandem
Patientenlots:in (CM) und Hausärzt:in**



Logbuch Demenz „LOTTA“

Konkretes
„Tool“ zur
Unterstützung

Kranken- und Pflegekasse
des Versicherten:

Herausgeber:

 **DER PARITÄTISCHE**
PARASOZIAL HINDEN LÖBBECKE / HERFORD

 **Diakonie
Stiftung Salem**
Verbindet Menschen

 **Diakonisches Werk**
im Kirchenkreis Vlotho e.V.

2009 – 2011 gefördert durch:

 **Stiftung
Wohlfahrtspflege
NRW**

Druckkostenförderung durch:

 **AOK** **NordWest**

LOGBUCH

Dieses LOGBUCH Demenz ist Eigentum von:

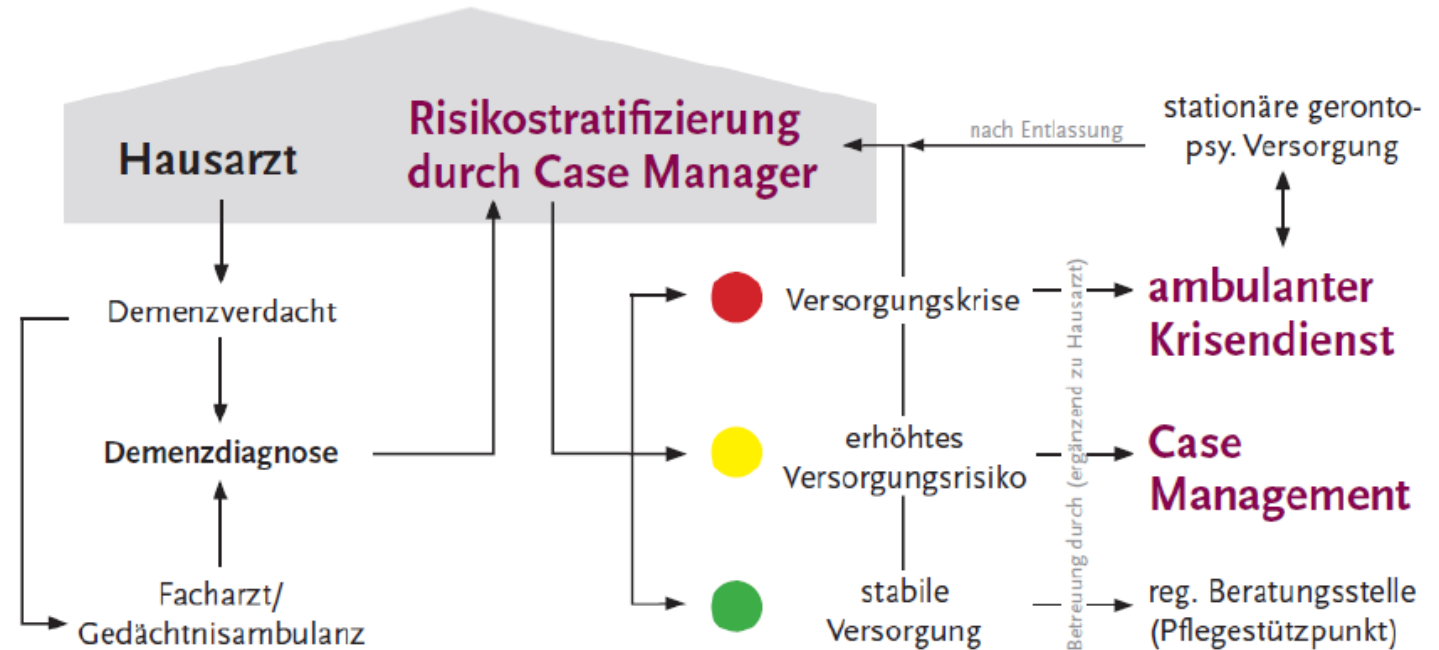


Name, Vorname

Geburtsdatum

**Wichtige Patienteninformation
für alle Behandler und Begleiter zu:**

- Wichtigen Kontaktpersonen und ihren Aufgaben
- Gesundheits- und Betreuungsfragen
- Vorhandenen und nötigen Hilfen
- Wünschen bzw. Verfügungen des Patienten



Hausarzt-basiert (in der Regelversorgung basal verankert)

Enge Zusammenarbeit von spezialisierter Casemanagerin und Hausarzt

Zeitnahes Assessment: Bedarfe und Versorgungsrisiken, auch Resilienz und Belastung Angehörige

Im Falle der Krise: zeitnahe, bedarfsgerechte Intervention ambulant

Fallbezogene Vernetzung

Staatl. Sektor

Sozialversicherung

Kommunen

Markt

**Stationäre
Versorgung**

Diagnostik
Behandlung/Reha
Pflege
Wohnen
Techn. Hilfen
Niedrigschwellige
Angebote

**Ambulante
Versorgung**

**Vermittlung
Koordination**

Patientenlots:in
Case Management
Telefonische Beratung
Persönliche Beratung
Regie

Begleitung

Alltag
Betreuung
Pflege
Haushalt

**Familie
Nachbarn**

**Informeller
Sektor**

Leistungen/Kosten

**Leistungs-
Kostenklärung**

**Schulungs-
angebote**

Gesprächskreise Besuchsdienste Betreuer Urlaub

Selbsthilfe

Ehrenamt

Dritter Sektor

Auswirkungen fall- bezogene Vernetzung



Bessere Abstimmung auf Versorgungsbedarf durch Risikostratifizierung



Aufsuchende Krisenintervention



Zugänglichkeit von Leistungen und Hilfen



Kooperation der Leistungserbringung



Verantwortungsteilung

Regionale Vernetzung

Staatl. Sektor

Sozialversicherung

Kommunen

Stationäre
Versorgung

Markt

Ambulante
Versorgung

**Regionale Strukturbildung
und Vernetzung (Kommune):**

- Abbildung der bedarfsorientierten Kernprozesse
Beschreibung von zentralen Versorgungspfaden
- Vernetzung der Anbieter
- Öffentlichkeitsarbeit
- Kontrolle Struktur- und Prozessqualität

Familie
Nachbarn

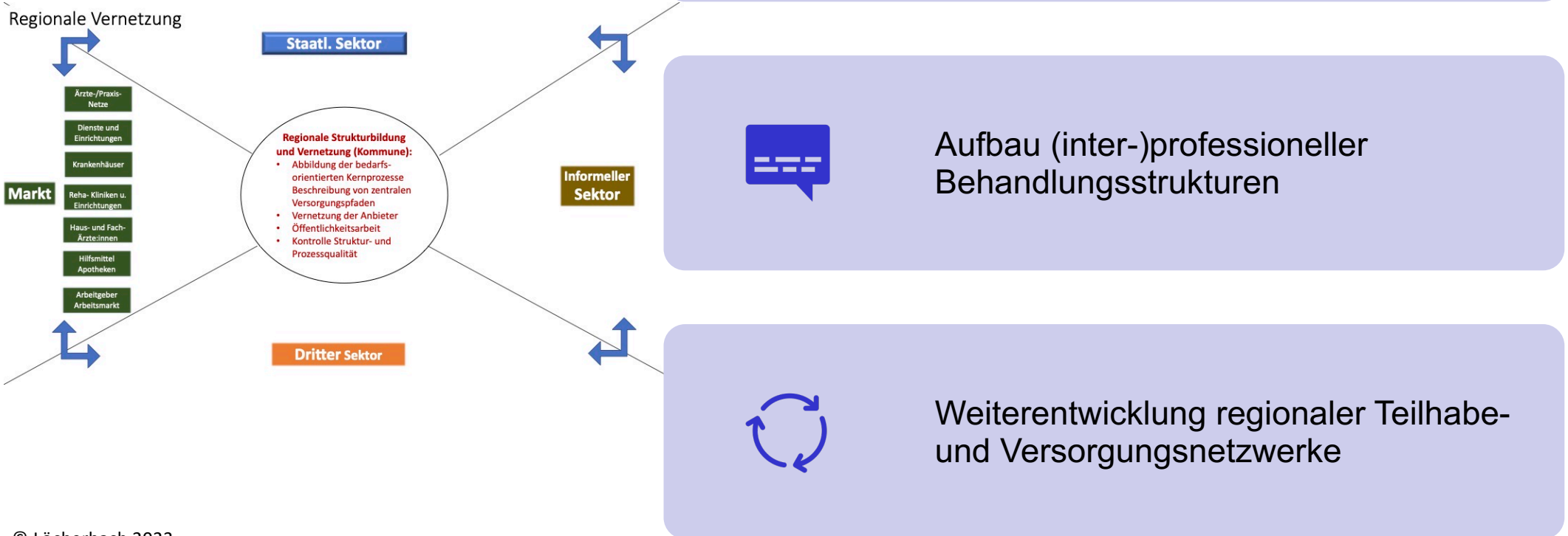
Informeller
Sektor

Selbsthilfe

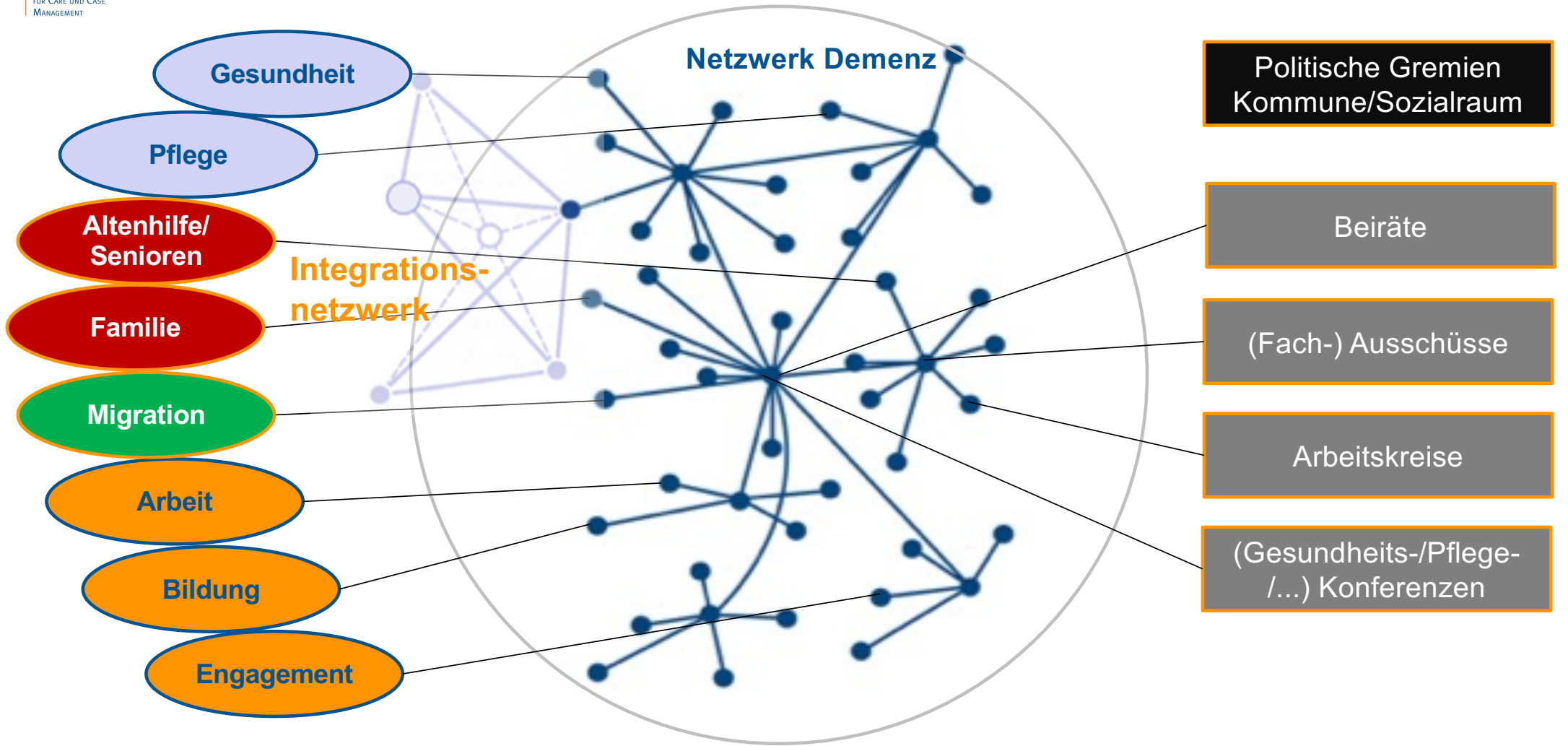
Ehrenamt

Dritter Sektor

Auswirkungen auf regionale Struktur



Vernetzte NW-Strukturen



Kommunale Vernetzung

Politische Gremien
Kommune/Sozialraum

Beiräte

(Fach-) Ausschüsse

Arbeitskreise

(Gesundheits-/Pflege-
/...) Konferenzen



Demenzversorgung– Bedarfe entlang des Erkrankungsverlaufes

Versorgungsebene	Allgemeine Maßnahmen und Prävention	Frühes Erkrankungsstadium	Fortschreitender Verlauf	Am Ende des Lebens
medizinisch	Präventive Beratung Lebensstil, Risikofaktoren, Resilienz Schulungen Ärzt:innen, Pflege, MFAs	Frühe Diagnostik Medizinische Therapie Sekundär- und Tertiärprävention	Patentenzentriert Behandlung von Ko-Morbiditäten, Komplikationen, Tertiär-Prävention	Patentenzentrierte palliative Versorgung
psycho-sozial	Entstigmatisierung Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung	Beratung und Begleitung von Patient:innen und Angehörigen, dyadisches Stressmanagement, Monitoring Versorgungsbedarf, Stärkung Resilienz	Umgang mit Demenzbedingten Belastungen, Ressourcenorientierte Aktivierung, Krisenmanagement	Organisation und Finanzierung von Hilfen, Unterstützung und Entlastung
regional-öffentlich	Informationen über Krankheitsbild, Präventions-, Diagnose-, Therapie- und Versorgungsmöglichkeiten Inklusion und Teilhabe	Unterstützende Strukturen und Angebote Lotsendienste (Case Management) Pflegestützpunkte, ambulante Dienste, Ehrenamt, Hilfen zur Entlastung, Inklusion und Teilhabe, Wohnen		Unterstützung ambulante Palliativversorgung, Hospizplätze

Ausblick



- Der Nutzen aus Patientensicht ist demgegenüber ganz praktisch spürbar:
- Mehr „Kümmern“ führt zu mehr Informationen und zur besseren Inanspruchnahme. Für die einzelne Person führt das zur Erschließung von mehr Leistungen, auf die sie einen gesetzlichen Anspruch hat und die sie offensichtlich (so die darauf bezogenen Ergebnisse) nutzen kann
- Erfolge sind nicht auszuschließen.....