

# Kommunale trägerübergreifende gerontopsychiatrische Fall- und Praxisberatung



Ein Projekt des Gerontopsychiatrisch-  
Geriatrischen Verbundes  
Charlottenburg- Wilmersdorf e.V.



2022/2023 gefördert von der  
Senatsverwaltung für Wissenschaft,  
Gesundheit und Pflege

Senatsverwaltung  
für Wissenschaft,  
Gesundheit und Pflege

**BERLIN**



## Hintergrund

Aufgrund der demografischen Entwicklung ist eine starke Zunahme an gerontopsychiatrischen Erkrankungen zu beobachten. Ihre Versorgung berührt unterschiedliche Bereiche des SGB in gesundheitlicher Versorgung, Teilhabe und Pflege. Gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen sind besonders stark von der Fragmentierung der Regelungen zur Gesundheits- und Pflegeversorgung betroffen.

Probleme und Engpässe in der Versorgung gerontopsychiatrischer erkrankter Menschen nehmen zu. Die Ursachen dafür sind vielschichtig. In deren Folge stellt es sich zunehmend als schwierig da, die ambulante und stationäre Versorgung alter, oft multimorbider Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen sicherzustellen (z. B. als Nachversorgung nach einem Krankenhausaufenthalt). Es gibt in diesem Bereich keine kommunalen Steuerungsmöglichkeiten wie sie im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie/Eingliederungshilfe gesetzlich verankert sind.

In Reaktion auf diese Problematik wurde für die bezirkliche Zusammenarbeit aller an der Versorgung beteiligten Akteure die gerontopsychiatrische Fall- und Praxisberatung (FPB) als ein Format der moderierten professions- und trägerübergreifenden kollegialen Beratung entwickelt und erprobt.

## Ziele



- Ziel der Fall- und Praxisberatung ist es, die zahlreichen unterschiedlichen Kompetenzen der Beteiligten zu nutzen um gemeinsam Ideen, Vorschläge und Lösungen für konkrete schwierige Fallkonstellationen zu erarbeiten.
- Der Austausch schafft zudem genauere Einblicke in die jeweiligen Möglichkeiten und Grenzen der einzelnen Versorgungsbereiche und ermöglicht „kürzere Wege“ in der Kommunikation.
- Alle Beteiligten sind eingeladen, Fälle aus ihrer Praxis einzubringen.
- Darüber hinaus soll die Fall- und Praxisberatung dazu dienen, wiederkehrende Versorgungsprobleme zu identifizieren und Lösungsansätze zu diskutieren.
- Die besondere Qualität der Fall- und Praxisberatung ist der kollegiale Austausch über schwierige Fallkonstellationen in einem geschützten Rahmen, um die vielfältige Erfahrungsexpertise der Teilnehmenden konstruktiv zu nutzen.

## BETEILIGTE



Um gemeinsam Möglichkeiten einer guten konkreten Versorgung diskutieren zu können, wird eine Beteiligung von Vertreter:innen aus allen relevanten Bereichen (ambulante und stationäre Pflege, Krankenhaus, Beratungsstellen, Sozialpsychiatrischer Dienst und bezirkliche Psychiatriekoordination, Eingliederungshilfe usw.) angestrebt.

Sollte die Person, deren Versorgungssituation als Fall eingebracht wird, eine gesetzliche Betreuung haben, sollte ggf. der/die Betreuer:in über die Fallvorstellung informiert werden. Gerne kann er/sie auch zur Fall- und Praxisberatung eingeladen werden.

An- und Zugehörige, die an der Versorgung beteiligt sind, können auch eingeladen werden.

Auch die Beteiligung niedergelassener Ärzt:innen und Therapeut:innen wäre wünschenswert; ist erfahrungsgemäß in der Praxis jedoch schwierig.

Aufgrund der krankheitsbedingten Einschränkungen ist eine Einbeziehung der Person, deren Fall besprochen wird, kaum möglich. Ihre Wünsche und Bedürfnisse werden stellvertretend von den Fallgebenden und ggf. Betreuer:innen oder Angehörigen in die Überlegungen eingebracht.



## HINWEISE ZUR FALLDARSTELLUNG

Um die Fall- und Praxisberatung strukturiert und effizient durchführen zu können, werden die Fallgebenden um Angaben zu den folgenden Punkten gebeten. Zusätzliche Informationen sind möglich.

### 1. Informationen zur Person und Versorgungssituation:

- Geschlecht:
- Alter:
- Diagnosen/Beeinträchtigungen:
- Ressourcen:
- Pflegegrad:
- Versicherungsstatus:
- Betreuung/Betreuungsbereiche:
- bisherige Versorgungssituation:
- aktuelle Versorgungssituation:

### 2. Schilderung des Problems und Schlüsselfragen an die Teilnehmenden:



## HINWEISE ZUM ABLAUF UND ZUR ORGANISATION

Um angesichts knapper zeitlicher Ressourcen eine möglichst breite Beteiligung zu ermöglichen hat sich die digitale Form (90-minütige Videokonferenz) bewährt.

Eine Kerngruppe übernimmt Organisation und Evaluation der Fall- und Praxisberatung.

Sinnvoll ist es, die Termine für die Fall- und Praxisberatung in einer Jahresplanung festzulegen und zu kommunizieren.

Die Fall- und Praxisberatung wird moderiert und protokolliert. Die Festlegung dieser Aufgaben geschieht im Vorfeld der Beratung. Das Protokoll wird zur Ergebnissicherung allen Teilnehmenden zur Verfügung gestellt.

Auch sollte im Vorfeld geklärt sein wer jeweils einen Fall einbringt.

Zur Vorbereitung ist eine rechtzeitige Kontaktaufnahme zwischen Fallgebenden und Moderation sinnvoll, um gemeinsam zu überlegen, welche weiteren Teilnehmenden (z. B. Angehörige, Betreuer:innen, usw.) gezielt hinzugeladen werden sollten.

Als Grundprinzipien der Fall- und Praxisberatungen gilt für alle Teilnehmenden eine unbedingte Vertraulichkeit im Umgang mit den besprochenen Inhalten. Der Datenschutz (konsequente Anonymisierung der eingebrachten Fälle) muss gewährleistet sein.

Die erarbeiteten Ergebnisse aus der Runde der Teilnehmenden sind eine reine Ideensammlung oder kollegiale Empfehlung und haben keinen Beschlusscharakter. Konkrete Verabredungen zwischen Beteiligten zur weiteren Zusammenarbeit in diesem Fall können getroffen werden.

## ABLAUF



1. **Begrüßung:** Einführung/Vorstellungsrunde (Name, Einrichtung, Funktion)
2. **Rückblick:** Bericht über weiteren Verlauf des zuletzt vorgestellten Falls
3. **Fallvorstellung:** Der/die Vortragende stellt den Fall vor und stellt Schlüsselfragen. Dabei wird nicht unterbrochen.
4. **Nachfragen:** Es sind nur Informations- und Verständnisfragen erlaubt. Der/die Fallgebende beantwortet die Fragen. Keine Diskussion.
5. **Resonanzrunde:** Die Gruppe sammelt Assoziationen, Empfindungen, Fantasien, die die Fallvorstellung bei ihr ausgelöst hat. Es werden noch keine Lösungsvorschläge eingebracht. In dieser Phase ist der/die Fallgebende zunächst Zuhörer:in und gibt im Anschluss eine Rückmeldung zu den Ideen.
6. **Sammeln und Diskussion von Lösungsvorschlägen:** Die Teilnehmenden tragen aus ihrer eigenen Erfahrung Lösungsmöglichkeiten zusammen und diskutieren, ob diese in dem konkreten Fall anwendbar sind.
7. **Zusammenfassung und Ergebnissicherung**
8. **Feedbackrunde zu der Fall- und Praxisberatung**



## Alltag in der gerontopsychiatrischen Versorgung

Es ist zunehmend schwieriger, gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen mit diagnosebedingten Verhaltensauffälligkeiten, die nicht mehr in der Häuslichkeit versorgt werden können, stationär unterzubringen.

Auch die Versorgung von älteren Menschen mit chronischen psychiatrischen Erkrankungen und zusätzlichem Pflegebedarf gestaltet sich schwierig.

Die Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen mit besonderem Hilfe- und Pflegebedarf kann bereits zum jetzigen Zeitpunkt als inadäquat eingestuft werden. Sie bildet nur die „Spitze des Eisberges“.

Pflegende Angehörige zögern oft sehr lange, sich Unterstützung zu holen – wenn sie dann keine finden, kommt es oft zur Resignation und weiterem Bestand von gefährlichen Pflegesituationen. U. a. wird die Berichterstattung über Pflegeheime als Grund für das Zögern angegeben.

Diese „Klientel hat keine Lobby“.

Es gibt einen zunehmenden Bedarf an geeigneten Betreuungsangeboten (Angebote der Eingliederungshilfe mit ausreichender Betreuung) für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Pflegebedarf über 65.

Menschen, die sowohl Leistungen der Eingliederungshilfe als auch Pflege benötigen, gibt es zunehmend – dies ist unter bestimmten Voraussetzungen auch möglich aber noch nicht in der Praxis verankert.

Wir haben keine Einflussmöglichkeiten auf grundlegende strukturelle Probleme, die durch das segmentierte Sozialversicherungssystem entstehen.

Es gibt keine kommunale Steuerungsmöglichkeiten bei der Versorgung – trotzdem ist es sinnvoll und notwendig, gemeinsam nach Lösungen zu suchen, um die vielfältige Expertise der Beteiligten zu nutzen.

Es gibt zuweilen einen Mangel an Wissen über die Möglichkeiten im ambulanten Versorgungsbereich.

Regelhaft gibt es immer mehr Patient:innen, die aufgrund fehlender Nachversorgung über den klinischen Versorgungsauftrag hinaus (z.T. einige Monate) in gerontopsychiatrischen Kliniken verweilen müssen. Dies reduziert die Aufnahmekapazitäten für akut erkrankte Patient:innen und kann auch zu finanziellen Schräglagen der gerontopsychiatrischen Abteilungen führen da u.U. die Kosten für die lange Verweildauer nicht übernommen werden.

Es gibt zahlreiche Fälle, bei denen Betreuer:innen eine geschützte Unterbringung einfordern um möglichst maximale Sicherheit herzustellen.

Psychiatrisch erkrankte Menschen mit pflegerischen Bedarfen (an der Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Pflege) geraten in einen „Verschiebebahnhof der Zuständigkeiten“.



Die Bewohnerschaft in der vollstationären Pflege ist in den letzten Jahren deutlich betreuungsintensiver geworden. Es gibt einen hohen Anteil von Menschen mit Demenz mit hohem Betreuungsaufwand. Die Einrichtungen haben keine finanziellen und personellen Spielräume mehr, um Menschen mit hohem Betreuungsaufwand aufzunehmen. Der Einsatz von ausreichend qualifiziertem Personal für die Betreuung von Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten ist nicht finanzierbar. Eine intensiv begleitete Eingewöhnung in Pflegeeinrichtungen (z.B. eingeleitet durch aufsuchende Kontaktaufnahme schon im Krankenhaus) ist angesichts der allort knappen Ressourcen kaum möglich.

Pflegedienste könnten Menschen in der Häuslichkeit intensiver betreuen (3–4 Einsätze pro Tag), wenn die Kosten dafür bewilligt würden – das ist oft nicht der Fall. Pflegediensten begegnen zunehmend Fälle pflegerischer Unterversorgung, da Angehörige, die nicht auf Hilfe zur Pflege durch das Sozialamt angewiesen sein möchten und Pflegeleistungen kürzen.

Es gibt insgesamt zu wenig Kurzzeitpflegeplätze zur Überbrückung von Übergangs- und Krisensituationen. Menschen mit besonderen Bedarfen werden oft nicht aufgenommen.

Vielleicht bräuchte es Freihaltebedarfe („Notbetten“) für akute Versorgungsprobleme.

Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst berücksichtigen Einschränkungen bei den ADL durch psychiatrische Beeinträchtigungen zu wenig – das führt u.U. zu unpassenden Pflegegradeinstufungen und erschweren damit eine adäquate Versorgung.

## Feedbacks von Teilnehmer:innen



---

Eine Teilnahme aller an der Versorgung beteiligten Versorgungsbereiche ist für einen lösungsorientierten Austausch förderlich.

---

Eine Einbeziehung von Betreuer:innen und Amtsgericht ist fallbezogen wünschenswert.

---

Zur Gewinnung von Teilnehmenden muss der gegenseitige Nutzen kommuniziert werden, d.h. jede:r kann Fälle aus seinem Bereich einbringen und die Expertise der anderen zur Problemlösung nutzen.

---

Um konkrete Ergebnisse erzielen zu können, ist eine Teilnahme möglichst vieler Anbieter – auch aus dem Bereich der stationären Versorgung – erforderlich.

---

Der professions- und trägerübergreifende Austausch ist für den eigenen Erkenntnisgewinn hilfreich – auch wenn es nicht immer zu einer konkreten Lösung für den Fall kommt.

---

Angesichts der heutigen Arbeitsverdichtung ist es gut, sich bei der Fall- und Praxisberatung die Zeit zu nehmen, einen Fall ausführlich zu besprechen.

---

Eine vertrauensvolle Atmosphäre bildet die Grundlage für konstruktive gemeinsame Überlegungen.

---

Wir brauchen einen langen Atem und müssen alle am Thema dranbleiben, da die Situation immer prekärer wird.

---

# Der Gerontopsychiatrisch- Geriatrische Verbund Charlottenburg-Wilmersdorf e. V.

Der GPV e.V. ist ein gemeinnütziger Zusammenschluss einer Vielzahl unterschiedlicher Einrichtungen rund um die Beratung, Betreuung und Pflege alter Menschen mit dem Ziel der Optimierung und Verknüpfung von Altenhilfe, Rehabilitation, Geriatrie und Gerontopsychiatrie.

## Der GPV e.V. ist Partner für:

- ältere Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf und ihre An- und Zugehörigen.
- seine Mitglieder für den wechselseitigen Austausch und eine trägerübergreifende Zusammenarbeit.
- Politik und Verwaltung, um gemeinsam nach Lösungsansätzen für die Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft zu suchen.
- Akteure des Gemeinwesens, um im Sinne sorgender Gemeinschaften die mit den demographischen Veränderungen verbundenen Herausforderungen und sozialen Aufgaben gemeinsam zu bewältigen.
- regional und bundesweit ausgerichtete Netzwerke und Institutionen aus Wissenschaft und Praxis, um zu übergreifenden Themen Erfahrungen zu teilen und neue Ideen zu entwickeln.

## Kontakt



GPV Charlottenburg-Wilmersdorf e. V.  
Wallotstraße 6, 14193 Berlin  
Telefon: 030-35125110  
kontakt@gpverbund.de  
www.gpverbund.de