



STEINBEIS-TRANSFERZENTRUM

Institut für angewandte Sozialwissenschaften an der ~~BA~~-Stuttgart

IfaS

Prof. Dr. Susanne Schäfer-Walkmann

Herdweg 29
70174 Stuttgart

Tel. 0711 / 1849 -755

schaefer-walkmann@ba-stuttgart.de
www.stw.de/K060/60030/1081.htm

Postbank Stuttgart
Kto.-Nr. 0 060 249 705 (BLZ 600 100 70)
USt.-Ident-Nr. DE190606404
St.-Nr. 9710600540

Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern

- IDOB -

Antrag zur Förderung eines Vorhabens zum „Leuchtturmprojekt Demenz“

Themenfeld 2: Evaluation von Versorgungsstrukturen

IDOB

Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern
Antrag zur Förderung eines Projektvorhabens zum „Leuchtturmprojekt Demenz“

1 Angaben zum Projektvorhaben**1.1 Kurzbeschreibung des Projekts**

Antragstellerin Projektleiterin	Susanne Schäfer-Walkmann, Prof. Dr. rer. pol., Dipl. Politologin (Univ.), Dipl. Sozialpädagogin (FH) IfaS – Institut für angewandte Sozialwissenschaften Steinbeis-Transferzentrum an der Berufsakademie Stuttgart (University of Cooperative Education) Herdweg 29/31, 70174 Stuttgart
Titel des Projekts / ACRONYM	Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern / IDOB
Themenfeld (Nr.) / ggf. Krankheitsstadium	<u>Themenfeld 2</u> ; Themenfeld 1, Themenfeld 3 / Demenzen im Frühstadium, alle weiteren Formen (ICD 10)
Untersuchungsziel / Hypothese	Mithilfe einer personenbezogenen, engmaschigen und kontinuierlichen Integrierten Demenzversorgung in Oberbayern gelingt eine humane, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung für Menschen mit demenziellen Erkrankungen, wobei der Leitsatz „ambulant vor stationär“ konsequent im Sinne von community care umgesetzt wird.
Art des Vorhabens	Implementierung, Weiterentwicklung und Evaluation einer am individuellen Versorgungsbedarf der Demenzkranken ausgerichteten engmaschigen und aufeinander abgestimmten Versorgung durch einen Integrierten Versorgungsverbund in den Modellregionen München-Ost und Berchtesgadener Land.
Methodische Vorgehensweise	Gesundheitsökonomische Implementierungsstudie anhand von Primär- und Sekundärdaten mit quantitativem und qualitativem Design.
Datenbasis	Primärdaten: Patientenstammdaten, Assessment-Bögen (3 Messzeitpunkte), Befragung der Verbundpartner, qualitative Befragungen mit Patienten, Angehörigen, Verbundpartnern. Sekundärdaten: Versorgungskosten, IV-Vergleichsdaten aus Augsburg, Kaufbeuren, Mindelheim.
Stichproben	Im Rahmen der Integrierten Versorgung versorgte Patienten, Angehörige, Verbundpartner (Akteure der regionalen Versorgung).
Stichprobengrößen	Interventionsgruppe: 200 Patienten (2 x 100); Kontrollgruppe: 200 Patienten aus der Integrierten Versorgung in Kfb, A, MN; 50-60 Verbundpartner ; 30 pflegende Angehörige Demenzkranker, 30 Interviews mit Patienten
Datenanalyse	Quantitative Auswertungen, statistische Analysen, Hypothesenüberprüfung, Qualitative Inhaltsanalyse, Typenbildung
Nutzen und Verwendungsmöglichkeit der Ergebnisse	Das beantragte Modellvorhaben liefert valide Daten zur Implementierung eines Integrierten Versorgungsverbundes in städtischen bzw. ländlichen Regionen. Ermittelt werden förderliche bzw. hemmende Transferparameter und in Evaluationsberichten entsprechende Empfehlungen ausgesprochen. Erreicht werden soll die langfristige Sicherung der vernetzten Versorgungsstrukturen im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach den §§ 140ff SGB V.
Beteiligte Einrichtungen/ Kooperationspartner	IfaS – StC an der BA Stuttgart (Hochschule), Isar-Amper-Klinikum gGmbH und regionales Netzwerk der Modellregion München-Ost, Inn-Salzach-Klinikum gGmbH und regionales Netzwerk der Modellregion Berchtesgadener Land, gGmbH des Projektevereins, YSOP-Institut für Sozialwissenschaftliche Politikberatung, AOK Bayern und weitere Krankenkassen.
Beantragte Förderdauer	01.04.2008 bis 28.02.2010 (21 Monate)
Beantragte Fördermittel	Gesamtsumme für die beantragte Förderdauer: 508.280,00 €

1.2 Zusammenfassung der Projektinhalte

IDOB steht für **Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern**. Ziel des Modellvorhabens ist es, in den Modellregionen München-Ost und Berchtesgadener Land eine am individuellen Versorgungsbedarf der Demenzkranken ausgerichtete engmaschige und aufeinander abgestimmte Versorgung durch einen Versorgungsverbund aufzubauen, weiterzuentwickeln und diesen Prozess zu evaluieren. Die **Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern** versteht sich als **gemeindenahes Versorgungskonzept** im Sinne von community care: „Wohnortnähe“ und „Niederschwelligkeit“ sind wichtige Indikatoren für die konsequente Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ und einer gelingenden qualitativ hochwertigen Versorgung Demenzkranker in der vertrauten Umgebung. Die konzeptionelle und inhaltliche Ausgestaltung der regionalen integrierten Versorgungsverbünde setzt folgende Schwerpunkte: Früherkennung, Prävention, Gesundheitskoordination, Fallmanagement, Vernetzung, Verbundmanagement, Transfer in die Fläche. Bei positiven Evaluationsergebnissen ist die langfristige Sicherung der vernetzten Versorgungsstrukturen im Versorgungssystem im Rahmen eines **Vertrages zur Integrierten Versorgung** für Menschen mit dementiellen Erkrankungen beabsichtigt.

2 Fragestellung

2.1 Zielsetzung und Fragestellung

Anmerkung: Der vorliegende Antrag zur **Integrierten Demenzversorgung in Oberbayern** beruht auf den evidenzbasierten Evaluationsergebnissen der Modellerprobung **BLAUE BLUME SCHWABEN** in Kaufbeuren sowie statistischen Analysen von Versichertendaten der Krankenkassen in Bayern¹. In der Region Kaufbeuren ist es gelungen, auf der Grundlage der §§ 140a ff des SGB V ein wegweisendes Integriertes Versorgungsmodell aufzubauen und regional zu verankern, wodurch sowohl eine effektive (aus Sicht der Patienten²) als auch eine effiziente (aus Sicht der Vertragspartner) Behandlung und Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Patienten gelingt. Die Antragsteller zielen darauf ab, analog dem Kaufbeurer Versorgungsmodell in den Modellregionen München-Ost und Berchtesgadener Land bestehende Versorgungsnetze zu evaluieren und beabsichtigen, die dort vorhandenen regionalen Versorgungsstrukturen als **Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern** für Menschen mit dementiellen Erkrankungen auszubauen und zu etablieren.

¹ Vgl. dazu: Schäfer-Walkmann, S. & Nißl-Gambihler, M. (2006). Knipping, T. (2007). Die INTEGRIERTE VERSORGUNG IM VERSORGUNGSVERBUND KAUFBEUREN wurde u. a. als beispielhaftes Versorgungsmodell während des gemeinsamen Symposiums „Demenz: Neue Ansätze für Betreuung und in der Forschung“ des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung anlässlich des Weltalzheimertages am 21. September 2007 in Berlin vorgestellt.

² Der Terminus „Patienten“ umfasst beide Geschlechter und wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwendet.

2.1.1 Konzeption der Integrierten Demenzversorgung in Oberbayern

Das hier beantragte Vorhaben wurde dem Themenfeld 2: Evaluation von Versorgungsstrukturen im „Leuchtturmprojekt Demenz“ zugeordnet, wenngleich es Schnittmengen sowohl zum Themenfeld 1 als auch zum Themenfeld 3 gibt. Inhaltlicher Schwerpunkt der Versorgung ist eine psychiatrische und sozialpflegerische Versorgung von dementiell erkrankten Menschen im vertrauten, häuslichen Umfeld durch einen **Integrierten Versorgungsverbund** und somit die konsequente Einhaltung des Leitsatzes „ambulant vor stationär“ in einem „fürsorgenden Gemeinwesen“. Im jeweiligen **Integrierten Versorgungsverbund** steht das nachfolgende Leistungsspektrum zur Verfügung.

- Eine **patientenbezogene Kooperation** der Anbieter von Versorgungsleistungen mit einer systematischen, verbindlich-verpflichtenden Koordination ihrer Leistungen und einem Schwerpunkt auf ambulante-komplementärer Versorgung. Eine vom Träger der Integrierten Versorgung betriebene **zentrale örtliche Anlaufstelle** (= Koordinierungsstelle) übernimmt das Management der Behandlung und die Vernetzung der beteiligten Akteure im Sozialraum.
- Eine **verbesserte und systematische Nutzung** aller bereits etablierten Angebote, Strukturen und Instrumente des gerontopsychiatrischen Netzwerks in der jeweiligen Versorgungsregion durch gezielten Einsatz sämtlicher notwendiger Maßnahmen zur Optimierung der Schnittstellen bzw. Vermeidung von Schnittstellenproblemen unter Umgehung von kostenrelevanten Doppelstrukturen.
- Eine **einrichtungs- und kostenträgerübergreifende Integration der Behandlungsabschnitte**. Diagnostik, Behandlung, Teilhabe und Rehabilitation finden ohne Reibungsverluste innerhalb des gerontopsychiatrischen Netzwerks statt.
- Eine **Clearingstelle zur psychiatrischen Früherkennung** von Demenz und zur Früherkennung von sonstigen psychischen Störungen. Diese diagnostischen Leistungen werden von einer speziell ausgebildeten Ärztin/Psychologin bzw. einem Arzt/Psychologen durchgeführt.
- Eine **flexible Nutzung der vorhandenen Ressourcen**, die sich statt an starren Kompaktangeboten am individuellen, wechselnden Hilfebedarf der einzelnen Patientin/des einzelnen Patienten orientiert. Hierfür wird personenzentriert sozialpädagogisches *Fallmanagement* angeboten.
- **Maßnahmen zur Stärkung von Selbsthilfe, Selbstbestimmung und Teilhabe der Patienten** mit gezielter Förderung von Eigenverantwortung, Selbstbefähigung und Mitwirkung am Behandlungsprozess. Hierbei handelt es sich um Angebote zur professionellen Förderung sozialer Kompetenz und Integration, außerdem werden Compliance und Mitwirkungsfähigkeit der Patienten gesteigert und spezielle Angebote für pflegende Angehörige vorgehalten.

- **Behandlung und Therapie**

- Angebote zur Prävention im Hinblick auf Vereinsamung und Isolation;
- Angebote zur Prävention im Hinblick auf den Abbau kognitiver Leistungsfähigkeit;
- Gruppen- und Einzeltherapie bei dementiellen Störungen;
- Ergotherapie;
- Bewegungstherapie; Sportangebote;
- wohnortnahe, ambulante Behandlung und Rehabilitation im Lebens- und Wohnumfeld der Patienten unter Einbeziehung des persönlichen Umfeldes.

- **Beratungsangebote**

- Beratung von Angehörigen und Personen aus dem Umfeld der Betroffenen;
- Schulungen für pflegende Angehörige/Bezugspersonen; Aufklärung.

- **Förderung von Selbsthilfe und Ehrenamt**

- **Durchführung von Fallkonferenzen, Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung.**

Zusammenfassend setzt die konzeptionelle und inhaltliche Ausgestaltung der regionalen integrierten Versorgungsverbände folgende Schwerpunkte. *Erstens* werden **Vorsorgeleistungen bzw. Leistungen zur Prävention** angeboten. Ein Schwerpunkt der **Integrierten Versorgung im Versorgungsverbund** liegt auf der Früherkennung von Demenzen, um zu einem möglichst frühen Zeitpunkt eine geeignete Versorgung einzuleiten. Entscheidend hierfür sind vor allem die angebotene Differentialdiagnostik und die Niederschwelligkeit des Angebots. *Zweitens* gehören **Gesundheitskoordinationsleistungen** zum Leistungsspektrum. Neben der rechtzeitigen Einleitung und Ausgestaltung einer geeigneten Versorgung sind die individuelle, abgestimmte Behandlungsplanung und das professionelle Fallmanagement entscheidende Versorgungskomponenten. Im **Integrierten Versorgungsverbund** wird eine Vielzahl von Hilfen bereitgestellt und koordiniert. Darüber hinaus erfolgt eine engmaschige Begleitung der geriatrischen Patienten, unterstützt durch einen **standardisierten Informationsfluss** zwischen den Verbundpartnern (Dokumentation, Fallkonferenzen, Mitteilung von Behandlungsergebnissen, Internetplattform). *Drittens* wird ein breites Spektrum **therapeutischer Leistungen** angeboten. Dieses umfasst sozialpsychiatrische Grundversorgung, spezifische psychiatrische Einzel- und Gruppenbehandlung sowie umfassende Beratungsleistungen für die dementiell erkrankten Patienten und deren Angehörige. *Viertens* gibt es ein **professionelles Verbundmanagement**, zu dessen Leistungen u. a. Dokumentation, Öffentlichkeitsarbeit, Networking, Qualitätsmanagement und Abrechnung der Verbundleistungen zählen. Bei positiven Evaluationsergebnissen ist *fünftens* die langfristige Sicherung der vernetzten Versorgungsstrukturen im Versorgungssystem im Rahmen eines **Vertrages zur Integrierten Versorgung** für Menschen mit dementiellen Erkrankungen beabsichtigt.

2.1.2 Zielsetzungen und Fragestellungen der Evaluation

Die Hintergrundfolie für dieses Modellvorhaben ist die empirisch gesicherte Erkenntnis, dass personenzentrierte und gemeindenahe integrierte Versorgungskonzeptionen

- (a) die Lebensqualität der Demenzkranken und deren Angehörige, falls vorhanden, verbessern. Indikatoren hierfür sind ressourcenorientiertes Arbeiten, die Stabilisierung des Zustandes trotz progredientem Krankheitsverlauf bzw. die Verbesserung des Gesundheitszustandes durch rechtzeitige, individuelle, sozialpsychiatrische Behandlung und der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit.
- (b) die Chancen für ein koordiniertes und aufeinander abgestimmtes Vorgehen entlang eines Versorgungskontinuums erhöhen. Indikatoren hierfür sind Zahl und Profil der Kooperations- bzw. Verbundpartner (sektoren- und säulenübergreifend aus dem SGB V- und dem SGB XI-Bereich), standardisierte Kommunikationswege, verbindliche Absprachen, Fallkonferenzen, Dokumentation und Vernetzungsgrad in der Versorgungsregion.
- (c) mittelfristig in bedeutsamem Umfang kostendämpfend wirken können. Indikatoren hierfür sind Früherkennung, Differenzialdiagnostik, Vermeidung und Verkürzung stationärer Aufenthalte im psychiatrischen Krankenhaus, Sicherung der häuslichen Versorgung, kritische Überprüfung der Medikation.
- (d) komplexe, sektoren- und säulenübergreifende Versorgungsstrukturen für Demenzkranke dauerhaft in einer Region verankern, somit die Versorgung nachhaltig sichern und die Öffentlichkeit sensibilisieren (community care).

Seitens der Antragsteller wird folgende Hypothese aufgestellt: *Mithilfe einer personenbezogenen, engmaschigen und kontinuierlichen **Integrierten Versorgung im Versorgungsverbund** gelingt eine humane, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung für Menschen mit dementiellen Erkrankungen, wobei der Leitsatz „ambulant vor stationär“ konsequent umgesetzt wird.*

Daraus leiten sich die folgenden vier Hauptfragestellungen der Evaluation ab, deren Relevanz für die Demenzkranken, deren Angehörige und die soziale Versorgungspraxis selbsterklärend ist:

- (1) Inwiefern wird durch die **Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern** eine Verbesserung der Lebensqualität der Patienten erreicht? (→ Nutzensgewinn für Patienten und Angehörige: Ergebnisqualität)
- (2) Wie gestaltet sich die sektorenübergreifende und säulenübergreifende Zusammenarbeit in den Modellregionen im Urteil der in die Versorgung eingebundenen Akteure? (→ Nutzensgewinn, Entlastung, fördernde/hemmende Faktoren bei der Implementierung: Strukturqualität, Prozessqualität, Ergebnisqualität)

- (3) Gelingt eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung? (→ Versorgungskosten, Drehtüreffekte: Prozessqualität, Ergebnisqualität)
- (4) Wie verändert sich die Versorgung Demenzkranker in den Modellregionen? (→ community care, Stadt-Land-Unterschiede)

2.2 Wissensstand

2.2.1 Demenzkranke als wichtige Zielgruppe Integrierter Versorgung

Angesichts des sich zunehmend spürbar abzeichnenden demographischen Wandels in Deutschland ist die Diskussion um eine möglichst humane und hochwertige Versorgung geriatrischer Psychiatriepatienten in vollem Gange und wird als eine der großen gesellschaftlichen und politischen Debatten des kommenden halben Jahrhunderts zu führen sein. Die Thematik wirft insbesondere Fragen der Ressourcenallokation solidarfinanzierter Sozialsysteme auf und spiegelt sich somit in den aktuellen Reformdebatten mehr als deutlich wider.

Gesamtgesellschaftlich betrachtet, fallen diesbezüglich zwei Aspekte ins Gewicht. Zum einen führt die prognostizierte numerische Ausweitung der Fallzahlen zu einem erheblichen finanziellen Mehraufwand. Eine gerontopsychiatrische Erkrankung ist nicht mehr tragisches Einzelschicksal, sondern Bewältigungsaufgabe für viele Menschen – Betroffene wie Angehörige und weitere Personen des sozialen Umfeldes³. Zum zweiten stellen die hohen Versorgungskosten ein großes Problem dar⁴. Insbesondere dementielle Erkrankungen sind mit Gebrechlichkeit, Hilflosigkeit und völliger Abhängigkeit assoziiert. Hinzu kommt, dass psychische Erkrankungen für die Betroffenen generell nicht nur mit einer erheblichen Beeinträchtigung des psychosozialen Wohlbefindens und der allgemeinen Lebensqualität verbunden sind, sondern zudem ein erhöhtes Risiko für chronische körperliche Erkrankungen bergen⁵.

Die ausgewählten Modellregionen bilden den demographischen Wandel ab. Der ländlich strukturierte Landkreis **Berchtesgadener Land (BGL)** hat insgesamt ca. 100.000 Einwohner und weist vier kleinere Städte mit jeweils ca. 10.000 Einwohnern auf. 26,6 % der Landkreisbevölkerung sind über 60 Jahre alt; somit leben im Berchtesgadener Land sieben Prozent mehr ältere Menschen als im bundesdeutschen Durchschnitt. Mit über 100 Mitbürgerinnen und Mitbürgern, die das einhundertste Lebensjahr bereits überschritten haben, gibt es eine weitere Besonderheit im Landkreis. Dieser ist außerdem stark vom Zuzug geprägt, gewachsene soziale Strukturen sind kaum vorhanden, Angehörige, Bekannte, Freunde fehlen.

³ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002).

⁴ Vgl. dazu beispielsweise: Hallauer, J. F. (2000).

⁵ Vgl. dazu : Everson, S.-A. et al. (1998). Auch die Ergebnisse einer großen nationalen Feldstudie weisen auf die hohe Koinzidenz zwischen psychischen und chronischen somatischen Erkrankungen hin. DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde) (Hrsg.) (1997).

München-Ost mit den Stadtbezirken Untergiesing-Harlaching, Au-Haidhausen, Obergiesing, Ramersdorf-Perlach, Trudering und Berg am Laim zählt insgesamt 345.077 Einwohner; die Versorgungsregion reicht über die Stadtgrenzen bis in den Landkreis München-Ost hinein. Der Anteil der über 60-Jährigen beträgt für diese Region 23,3 %; das entspricht 80.429 Einwohnern und liegt somit über dem bundesdeutschen Durchschnitt. Bezüglich der Sozial- und Versorgungsstrukturen zeigt sich in den einzelnen Stadtteilen ein relativ heterogenes Bild. So ist etwa im Stadtteil Ramersdorf-Perlach (102.689 Einwohner) ein hoher Anteil an älteren Menschen mit Sozialhilfebezug oder Grundsicherung und ausgeprägten sozialen Problemlagen zu verzeichnen. Darüber hinaus leben dort viele ältere Menschen mit Migrationshintergrund, was zu speziellen Versorgungsbedarfen führt. In mittelschichtorientierten Stadtteilen, wie etwa Trudering, entsteht demgegenüber zunehmend das Problem, dass die überalternde Bevölkerung auf wenige, soziale Angebote zurückgreifen kann, da diese bisher als nicht notwendig erachtet wurden. Alles in allem lässt sich für die gesamte Modellregion München-Ost ein allgemeiner Trend einer zunehmend älteren Bevölkerung ohne enge familiäre Anbindung und ohne ausreichende psychosoziale Versorgung festhalten, ein Trend, der Versorgungsdefizite in der geriatrischen und gerontopsychiatrischen Versorgung immer deutlicher zutage fördert.

Hohe Versorgungskosten entstehen vor allem dann, wenn die Patienten zu spät einer Behandlung und Versorgung zugeführt werden, die sie individuell benötigen. Falsche (und kostspielige) Medikation, wiederholte Krankenhausaufenthalte und mangelnde Abstimmung der Behandlung wirken Kosten treibend. Dabei ist es entscheidend für ein erfolgreiches und kostenoptimiertes Patientenmanagement, ob es gelingt, die geriatrischen Patienten möglichst frühzeitig in eine Behandlung und Versorgung zu bringen, die ihren individuellen Bedürfnissen am ehesten angemessen ist und die vor allem die häusliche Situation so weit wie möglich stabilisiert.

Somit resultiert das **Potenzial** für eine **erfolgreiche Etablierung** eines integrierten Versorgungsmodells für Demenzkranke in den Versorgungsregionen München-Ost und Berchtesgadener Land vor allem aus den folgenden Parametern:

- veränderte Bevölkerungs(alters)struktur und mangelhafte Einbindung in soziale Netze;
- altersindizierte hohe Prävalenz und steigende Inzidenz dementieller Erkrankungen;
- notwendige Differenzialdiagnostik zur Früherkennung und rechtzeitigen Einleitung einer geeigneten Behandlung;
- fehlende familiäre Versorgungsstrukturen, was zusätzliche Risiken birgt (Vereinsamung, Isolation, Verwahrlosung, Selbst- und Fremdgefährdung);
- in der jeweiligen Versorgungsregion bestehende gerontopsychiatrische Verbundstrukturen, die ausbaufähig sind. Bei den beteiligten Akteuren besteht der dezidierte Wille zu einer **Integrierten Demenzversorgung in Oberbayern**.

2.2.2 Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern – der individuelle Nutzen für die dementiell erkrankten Menschen

Auch die Evaluationsergebnisse in Kaufbeuren⁶ belegen, dass sich mit dem Wissen um neue Behandlungsformen eine ganze Reihe von Möglichkeiten eröffnen, kognitive, behaviorale und psychologische Symptome im Falle einer dementiellen Erkrankung zu lindern. Diese und weitere Publikationen weisen auf die Notwendigkeit einer frühen und rechtzeitigen Differenzialdiagnostik hin⁷: Je früher eine Demenz erkannt und behandelt wird, desto länger bleibt die Patientin/der Patient unabhängig und selbständig. Zwar nimmt zu Beginn der Erkrankung die Gedächtnisbeeinträchtigung zu, die intellektuellen Funktionen sind jedoch weitgehend intakt, sodass die/der Betroffene ihren/seinen Alltag noch ohne größere Schwierigkeiten bewältigen kann. Moderne Medikamente, wie die Gruppe der Acetylcholinesterasehemmer, verringern den Abbau eines wichtigen Botenstoffs im Gehirn und können das Fortschreiten der Krankheit um mindestens ein halbes bis ein Jahr verzögern. Aus diesem Grund müssen verstärkt Anstrengungen unternommen werden, um die Frühformen dementieller Erkrankungen zu erkennen. Deshalb liegt ein wesentlicher Schwerpunkt auf der Früherkennung einer Demenz, was im **Integrierten Versorgungsverbund** unter anderem durch das Angebot zur Differenzialdiagnostik, aber auch durch die Niedrigschwelligkeit realisiert wird.

Insgesamt betrachtet, resultiert der individuelle Nutzen für die demenzkranken Patienten entscheidend aus einer umfassenden Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung. Die geriatrischen Patienten, die im Versorgungsverbund behandelt werden, profitieren vor allem von einer besseren Abstimmung der Behandlung. **Qualität** entsteht durch eine enge Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Bereich sowie durch eine Verzahnung von SGB V- und SGB-XI-Leistungen, weshalb Qualitätsentwicklung als gemeinsame Aufgabe im Versorgungsverbund definiert wird. Für die Integrierte Versorgung gelten deshalb die folgenden Eckpfeiler:

1. Die Arbeit im Versorgungsverbund stützt sich auf ein **mehrdimensionales Krankheitsmodell gerontopsychiatrischer Erkrankungen**, welches das von der WHO entwickelte ICIDH⁸-Modell zugrunde legt. Neben den Defiziten der Patientin/des Patienten werden ihre/seine Ressourcen und Stärken gesehen und über die medizinischen Krankheitssymptome hinaus auch Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen wahrgenommen, die sich in Folge der chronischen Erkrankung einstellen⁹.
2. Des Weiteren wird ein **personenzentriertes Behandlungsmodell** umgesetzt. Die Patientin/der Patient wird mit ihren/seinen spezifischen Bedürfnissen und Ressourcen in den Mittelpunkt einer professionellen Behandlungsplanung gestellt, das Behandlungsprogramm auf die Person individuell zugeschnitten. Er-

⁶ Vgl. Schäfer-Walkmann, S. & Nißl-Gambihler, M. (2006).

⁷ Vgl. dazu beispielsweise Hallauer, J. F. & Kurz, A. (2002).

⁸ ICIDH: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps.

⁹ Die ausdifferenzierten Assessment- und Evaluationsinstrumente sind in elektronischer Form angehängt.

klärtes Ziel ist, jede Form der Hilfe auf die natürliche Lebens- und Wohnform der Patienten zu beziehen und somit das Leben in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen.

3. Die **Abstimmung und Vernetzung im Verbund** gewährleistet eine **verbindliche** institutionelle Zusammenarbeit, damit auf individueller Ebene ein multiprofessionelles Disease Management bzw. ein steuern- des Fallmanagement sichergestellt ist. Infolgedessen wird die/der gerontopsychiatrische Patientin/Patient engmaschig und kontinuierlich begleitet und versorgt, Reibungsverluste werden vermieden.

→ **Das integrierte Verbundvorhaben sieht somit die Gesamtheit der in der Region vorhandenen geriatrischen und gerontopsychiatrischen Leistungen als Ressource an**, Vertrags- und Kooperationspartner arbeiten eng zusammen und kooperieren miteinander. Entlang des Versorgungskontinuums werden dadurch koordinierte, aufeinander abgestimmte Versorgungsleistungen von Angehörigen verschiedener Berufsgruppen erbracht, was eine spezifische Behandlung und Versorgung im Einzelfall ermöglicht.

2.2.3 Kosteneffekte – der Nutzen für die Solidargemeinschaft

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor ist die gute finanzielle und damit personelle Ausstattung der ambulanten Integrierten Versorgung. Die aufwändigen Kosten-Nutzen-Betrachtungen im Rahmen der Kaufbeurer Projektevaluation haben ergeben, dass sich – auch bei vorsichtiger und keinesfalls optimistischer Schätzung – Einspareffekte in nennenswerten Umfang erzielen lassen, wenn der Leitsatz „**ambulant vor stationär**“ nachdrücklich umgesetzt wird.

Eine Reduzierung der Versorgungskosten bei geriatrischen Patienten lässt sich in Bezug auf die folgenden Kostenfaktoren belegen¹⁰:

1. **Früherkennung und rechtzeitige Behandlung** einer dementiellen Erkrankung (Vermeidung unnötiger Mehrfachdiagnostik);
2. **Vermeidung (wiederholter) stationärer Aufenthalte**, insbesondere im psychiatrischen Krankenhaus. Kosten treibende Drehtüreffekte entstehen häufig, wenn das soziale Umfeld mit der Versorgung, Betreuung und Pflege Demenzkranker überfordert und überbelastet ist¹¹.
3. **Verkürzung stationärer Aufenthalte** aufgrund einer gesicherten nachstationären Versorgung, Betreuung und Pflege im ambulanten Bereich. Ergänzend dazu sei erwähnt, dass sich anhand einer

¹⁰ Vgl. dazu ausführlich Schäfer-Walkmann, S. & Nißl-Gambihler, M. (2006): 25 ff.

¹¹ „Wiederholte stationäre Wiederaufnahmen stellen aber einen der wichtigsten Kostenfaktoren einer umfassenden gemeindepsychiatrischen Versorgung dar“ (Oswald, W. D. & Engel, S. (2003): 8), weshalb Integrierte Versorgungsmodelle insbesondere auf eine Unterbindung des Drehtüreffekts abzielen müssen.

Zeitreihenbetrachtung im Fünf-Jahres-Zeitraum eine Reduzierung der akut-stationären Verweildauern im psychiatrischen Krankenhaus um durchschnittlich 14 Tage belegen lässt.

4. Falsche (und kostspielige) **Medikation** aufgrund mangelnder Abstimmung; die vertrauensvolle Zusammenarbeit im Versorgungsverbund führt zu einer kritischen Überprüfung der Medikation.
5. **Verbleib in der eigenen Häuslichkeit**, wodurch Kosten durch stationäre Pflege vermieden werden.

Zum Stand des Wissens bleibt festzuhalten, dass das beantragte Modellvorhaben einer **Integrierten Versorgung im Versorgungsverbund** einen **Paradigmenwechsel in der Versorgung Demenzkranker** einläutet. Es handelt sich um eine ernsthafte Umsetzung des Leitsatzes „ambulant vor stationär“ und den Auf- und Ausbau von community care. Wesentliche Grundbedingung ist eine **ausreichende finanzielle Ausstattung** zur erfolgreichen Umsetzung der Konzeption und der **gemeinsame Wille** der Vertrags- und Kooperationspartner, durch ein abgestimmtes und koordiniertes Vorgehen entlang des Versorgungskontinuums bestehende Schnittstellen effektiv zu überwinden. Des Weiteren bewirken **Früherkennung und Behandlung** dementieller Erkrankungen sowie **Unterstützungsmaßnahmen für Angehörige** eine ökonomische Entlastung sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene. Aufklärung, Beratung und Hilfestellung bei der aktiven Problembewältigung **erhalten die Unterstützungs- und Pflegebereitschaft der Angehörigen**, mobilisieren nachweislich **Selbsthilfepotenziale**, führen zu einer **Verzögerung der Heimeinweisung** und leisten somit einen deutlichen Beitrag zur Kostenreduzierung für das Gesundheitswesen.

2.3 Vorarbeiten und Vorleistungen

Dr. rer. pol. Susanne Schäfer-Walkmann, Dipl. Politologin (Univ.), Dipl. Sozialpädagogin (FH) ist Professorin für Sozialarbeitswissenschaft und Praxisevaluation im Studienbereich Sozialwesen an der Staatlichen Studienakademie Stuttgart (BA) und Gleichstellungsbeauftragte. Zusammen mit Prof. Dr. Stefan Krause und Prof. Paul-Stefan Ross leitet sie das IfaS – Institut für angewandte Sozialwissenschaften, Steinbeis-Transferzentrum (StC) an der Berufsakademie Stuttgart. Die Sozialwissenschaftlerin promovierte an der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Augsburg in Gesundheitsökonomie bei Prof. Dr. Anita Pfaff. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt in den Politikfeldern Gesundheit und Altenhilfe mit der Ausrichtung sozialwissenschaftlicher Praxisforschung. Sie lehrt die Fächer Gesundheitswissenschaften, Evaluation (Quantitative und Qualitative Methoden) und angewandte Sozial(arbeits)forschung. Als wissenschaftliche Projektleitung kann sie auf langjährige Erfahrungen in Forschungsprojekten für das BMG, das Bayerische Sozialministerium, das Baden-Württembergische Sozialministerium, den Bezirk Schwaben, verschiedene Träger der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege und die AOK Bayern zurückgreifen.

Ihre einschlägige Expertise begründet sich unter anderem aus der wissenschaftlichen Begleitevaluation der Bundesmodellerprobung „Zentrum für seelische Gesundheit im Alter“ (für das BMG), die 2005 in eine Integrierte Versorgung nach den §§ 140a ff SGB V überführt wurde. Prof. Dr. Schäfer-Walkmann evaluiert im Auftrag der Vertragspartner die von ihr mit aufgebauten Integrierten Versorgungsmodelle für gerontopsychiatrische Patienten in Kaufbeuren, Mindelheim und Augsburg.

Dr. disc. pol. Stefan Krause, Dipl.-Psychologe (Univ.) und Sportwissenschaftler (Univ.) ist Professor für Lehraufgaben mit Schwerpunkt Klinische Psychologie und Sozialpsychologie im Studienbereich Sozialwesen an der Staatlichen Studienakademie Stuttgart (BA). Zusammen mit Prof. Dr. Susanne Schäfer-Walkmann und Prof. Paul-Stefan Ross leitet er das IfaS – Institut für angewandte Sozialwissenschaften, Steinbeis-Transferzentrum an der Berufsakademie Stuttgart. Sein Arbeits- und Forschungsinteresse gilt insbesondere dem sozialmedizinischen Bereich mit Schwerpunkt Neurologie und Chronischen Krankheiten. Prof. Dr. Krause

se hat Erfahrungen in Projekten zur Prävention nach Schlaganfall, bei Encephalomyelitis disseminata sowie Rückenschmerz und Tinnitus mit psychosozialen und sozialpsychiatrischen Implikationen, des Weiteren in der Evaluation und Projektbegleitung des Einsatzes neuer Medien in der Medizinausbildung (BMBF, Univ. Tübingen) mit dem Ziel der stärkeren Implementierung präventiver Aspekte im Medizinstudium durch alternative Lehrformen. Außerdem ist er wissenschaftlicher Projektleiter für E-Learning an der BA Stuttgart mit den Schwerpunkten netzbasierte Kommunikation und kollaboratives Lernen.

Die Notwendigkeit, Netzwerke auch virtuell abzubilden und zu pflegen kann modellhaft von der Projektorganisation auf die Zielgruppen fortgeschrieben werden. Internetbasierte Kommunikation und der notwendige Datenaustausch kann sowohl in der Versorgung als auch in der Projektorganisation durch die räumlich verteilte Situation der Akteure zu einem wesentlichen Schritt zur Effizienz, Transparenz und Qualitätssicherung im Integrierten Versorgungsverbund werden.

Prof. Dr. Dr. Margot Albus, Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Dipl.-Psychologin, M.Sc. für Krankenhausmanagement, Professorin für Psychiatrie an der Ludwig-Maximilians-Universität in München, Ärztliche Direktorin des Isar-Amper-Klinikums, Klinikum München Ost, Haar-Atriumhaus-ZAK-Fürstfeldbruck, Promotion an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München (Dr. med.), am Psychologischen Institut der Karls-Universität Tübingen (Dr. rer.soc.), Erwerb des Masters of Science für Krankenhausmanagement an der Hochschule Wismar, Habilitation an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München. Forschungsstipendium (DFG) am National Institute of Mental Health, Bethesda, Md, USA, Mitglied des Kompetenznetzwerkes Depression und Suizidalität und des Kompetenznetzwerkes Schizophrenie (BMBF); Förderung der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) im Rahmen des Schwerpunktbereiches Genetische Grundlagen psychiatrischer Erkrankungen, im Rahmen des Sonderforschungsbereiches SB 400 der Universität Bonn „Molekulare Grundlagen zentralnervöser Erkrankungen. Einzelförderung der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) für die Studie Phänotypisierung durch Diagnoseüberprüfung und Erfassung von neuropsychologischen Defiziten, Denkstörungen und Persönlichkeitsdimensionen für molekulargenetische Untersuchungen“ sowie für die Studie Neuropsychologische Beeinträchtigungen bei ersterkrankten Patienten mit schizophrenen und affektiven Störungen“. Integrierte Versorgungsprojekte mit der AOK Bayern und der DAK für Patienten mit affektiven und schizophrenen Erkrankungen, Demenzerkrankungen und alkoholbedingten Störungen. Mitglied der Ethikkommission der Bayerischen Landesärztekammer.

Wissenschaftliche Schwerpunkte: Neuropsychologie, Verlauf schizophrener und affektiver Erkrankungen, Genetik bei psychiatrischen Erkrankungen, Unerwünschte Wirkungen von Psychopharmaka, Gesundheitsökonomie, integrierte Versorgung. Über 200 Veröffentlichungen in impact-factor gelisteten journals.

Prof. Dr. med. Gerd Laux, Nervenarzt, Diplom-Psychologe, Professor für Psychiatrie an der Ludwig-Maximilians-Universität in München. Ärztlicher Direktor des Inn-Salzach-Klinikums Wasserburg a. Inn – Rosenheim – Freilassing. Promotion an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg, Habilitation an der Psychiatrischen Universitätsklinik Würzburg. Forschungsstipendium in den USA. Direktor der Abteilung für Medizinische Psychologie und der Psychiatrischen Universitätsklinik Bonn.

Wissenschaftliche Schwerpunkte: Klinische Pharmakologie, Therapeutisches Drug-Monitoring, Neuropsychologie, Gesundheitsökonomie.

Mitglied der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft und Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Verfasser und Herausgeber von 33 Fachbüchern und 340 wissenschaftlichen Publikationen. Advisory Member verschiedener Fachzeitschriften und Gremien. Mitarbeit im Kompetenznetz Depression – Suizidalität und Kompetenznetz Schizophrenie

Markus Witzmann ist Krankenpfleger, Verwaltungsbetriebswirt (BVS), Supervisor (AGS), Bachelor-Business-Administration (BBA), Master Sozial Management (MSM), DIN ISO Auditor (TÜV-Südbayern) sowie EFQM-Assessor. Kenntnisse/Erfahrungen als Projektbeauftragter zur Einführung Gemeindepsychiatrischer Verbundsystem (GPV) des Bezirks Oberbayern (überörtlicher Sozialhilfeträger), GPV-Koordinator, Qualitätssicherungsbeauftragter des Bezirks Oberbayern für den Bereich der Psychiatrie, stellv. Psychiatrie-

koordinator für Oberbayern, Projektbeauftragter zur Erarbeitung eines Leistungsprofils Gerontopsychiatrischer Dienste für Oberbayern sowie als Lenkungsgruppenleiter des Integrierten Versorgungsprojektes des Isar-Amper-Klinikums, Klinikum München Ost für das Versorgungsgebiet München. Zurzeit als Geschäftsführer der Sozialpsychiatrischen Zentrum gemeinnützigen GmbH der Kliniken des Bezirks Oberbayern (komplementärer Leistungsanbieter zur Versorgung von psychisch kranken Menschen), als Projektbeauftragter zur Gründung eines Autismuskompetenznetzwerkes in Oberbayern sowie für den Bereich Unternehmensentwicklung/QM des „Kliniken des Bezirks Oberbayern – Kommunalunternehmen“ tätig.

Horst Reiter ist Diplom Sozialpädagoge (FH) und Kaufmann. Als Geschäftsführer der gGmbH des Projektvereins verfügt er über langjährige Erfahrungen in Aufbau und Trägerschaft von ambulanten und stationären, gemeindenahen sozial- und gerontopsychiatrischen Versorgungsbausteinen. Er bringt außerdem detaillierte Kenntnisse der bestehenden Versorgungsstrukturen in den Modellregionen ein. Der Projektverein ist seit über 20 Jahren im Landkreis Berchtesgadener Land der größte Träger im Bereich der sozial- und gerontopsychiatrischen Versorgung. Der Projektverein hat 1990 den ersten ambulanten Gerontopsychiatrischen Dienst (GpDi) in Bayern (München-Ost) gegründet und damit konzeptionell Neuland in der Versorgung betreten. Horst Reiter war maßgeblich daran beteiligt, dass in München drei weitere Gerontopsychiatrische Dienste und im Landkreis Mühldorf ein weiterer GpDi entstanden sind. Außerdem wurde an jedem Sozialpsychiatrischen Dienst in Oberbayern eine Gerontopsychiatrische Fachkraft angesiedelt. Zurzeit arbeitet er zusammen mit dem Bezirk Oberbayern und anderen Trägern an einem Gesamtkonzept der Gerontopsychiatrischen Versorgung in Oberbayern.

Der Projektverein hat vielfältige Kooperationserfahrungen mit allen Beteiligten der psychiatrischen Versorgung in beiden Modellregionen, insbesondere den Psychiatrischen Kliniken. So betreibt er zusammen mit dem Isar-Amper-Klinikum (Atriumhaus) und anderen Trägern den Krisendienst Psychiatrie München.

Michaela Nißl-Gambihler ist Diplom-Pflegewirtin (FH) und Sozialmanagerin M. A. Als Geschäftsführerin von YSOP – Institut für Sozialwissenschaftliche Politikberatung ist sie zurzeit in die wissenschaftliche Begleitevaluation der Integrierten Versorgungsmodelle für gerontopsychiatrische Patienten in Kaufbeuren und Mindelheim eingebunden. Des Weiteren entwickelt, organisiert und koordiniert sie im Auftrag der AOK Bayern einen regional ausgerichteten Verbundaufbau zur Sicherung eines tragfähigen ambulanten Versorgungsnetzes für Patienten mit geriatrischen Erkrankungen in der Nachsorgerehabilitation. Sie bringt große pflegewissenschaftliche Expertise in das Vorhaben ein. Ihre einschlägigen Erfahrungen fundieren vorwiegend auf der wissenschaftlichen Mitarbeit in mehreren Modellprojekten im Auftrag des BMG und des StMAS.

Einschlägige Publikationen

Aktion psychisch Kranke. 2006. Unsere Zukunft gestalten. Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz, Tagungsbericht.

Cranach, M. von & Nißle, K. & Schäfer-Walkmann, S. 2005. Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern Kaufbeuren. In: Der Nervenarzt 2/05.

Krause, S. 2004. Situiertes Lernen in virtuellen Realitäten – die Didaktik der neuen Medien? In U. Rinn & D. M. Meister (Hrsg.). Didaktik und neue Medien Münster: Waxmann Verlag.

Schäfer-Walkmann, S. & Nißl-Gambihler, M. 2006. Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern Kaufbeuren. Evaluationsbericht 2006. Rommelried und München.

Schäfer-Walkmann, S.: Prävention rechnet sich! Das „Zentrum für seelische Gesundheit im Alter“ als zukunftsfähiges Versorgungsmodell, in: Neues Soziales Wissen e.V. (Hrsg.): Heim oder Daheim – Wohin entwickelt sich die gerontopsychiatrische Versorgung? Tagungsband anlässlich der Fachtagung vom 28.-30.03.2004 in Kloster Irsee. Augsburg.

2.4 Strukturelle Voraussetzungen

Die Verantwortung für die erfolgreiche und zielführende Umsetzung der vertraglich festgelegten Inhalte tragen die mit der Integrierten Versorgung assoziierten Verbund- bzw. Kooperationspartner, die fachlich und organisatorisch eng im **Versorgungsverbund** zusammenarbeiten. Das besondere Augenmerk liegt dabei auf einer **klar formulierten Aufgabenbeschreibung**, einer **verbindlichen Leistungserbringung** und der **Verpflichtung zu einer gemeinsamen Dokumentation**.

- Verantwortlich für die Modellregion München-Ost ist das Isar-Amper-Klinikum gGmbH, Klinikum München-Ost (Gerontopsychiatrie I).
- Verantwortlich für die Modellregion Berchtesgadener Land ist das Inn-Salzach-Klinikum mit seiner Gerontopsychiatrie und der Außenstelle Freilassing.

In beiden Versorgungsregionen werden bestehende regionale Netze zu **Integrierten Versorgungsverbänden** nach dem gleichen Prinzip erweitert und evaluiert. An der **Integrierten Demenzversorgung in Oberbayern** sind die psychiatrischen Kliniken samt den gerontopsychiatrischen Institutsambulanzen, den gerontopsychiatrischen Abteilungen, die Projekteverein gGmbH und weitere Kooperationspartner aus dem SGB V- und SGB XI-Bereich beteiligt (Allgemeinkrankenhäuser, niedergelassene Hausärzte, niedergelassene Fachärzte (Neurologen, Psychiater, Psychotherapeuten), ambulant-komplementäre Dienste (z. B. Sozialstationen) sowie Angehörigengruppen (Selbsthilfe). Die in den beiden Modellregionen bestehenden regionalen Versorgungsnetze sollen im Rahmen des Modellvorhabens ausgebaut und etabliert werden.

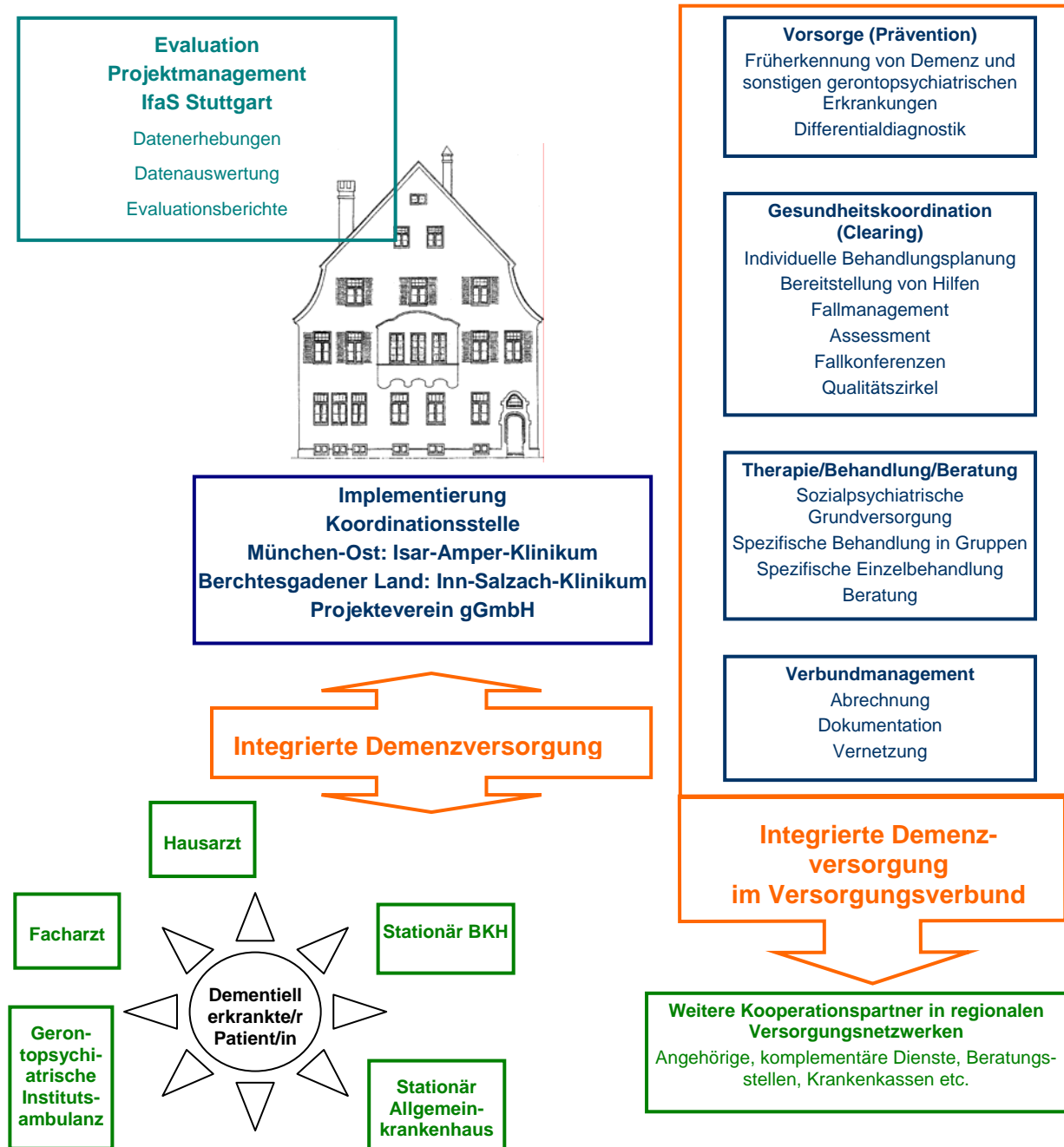
Die Einbindung der Demenzkranken in die **Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern** findet im Regelfall durch die Koordinationsstelle statt, hier erfolgt auch die Planung und Koordinierung der weiteren Versorgung entsprechend dem individuellen Hilfebedarf. Durch direkte Kommunikationswege im Versorgungsverbund und klare, verbindliche Aufgabenzuschreibung kann eine patientenbezogene, prompte Zurverfügungstellung sämtlicher notwendiger Versorgungsleistungen erfolgen, beispielsweise eine spezialisierte Zusatzdiagnostik und Therapieempfehlung der Institutsambulanz, tagesstrukturierende Maßnahmen, teilstationäre Krisenintervention, spezielle Einzel- oder Gruppenbehandlung oder Angebote für pflegende Angehörige. Zusätzlich wird unter Einbeziehung der diensthabenden Ärzte am jeweiligen Klinikum in Krisenfällen eine rasche und evtl. eine stationäre Aufnahme vermeidende Krisenintervention organisiert. Für das Modellvorhaben wird zudem eine internetbasierte Kommunikationsplattform eingerichtet.

Die nachfolgende Darstellung bildet die angestrebten Verfahren, Verantwortlichkeiten und Kommunikationswege ab. Innerhalb des regionalen **Integrierten Versorgungsverbundes** sind die Kommunikations- und Berichtswege standardisiert und verpflichtend. Beispielsweise bekommt der behandelnde (Fach)Arzt eine

IDOB

Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern
Antrag zur Förderung eines Projektvorhabens zum „Leuchtturmprojekt Demenz“

Rückmeldung über die Ergebnisse der Differentialdiagnostik, oder erhalten die Verbundpartner zeitnahe Rückmeldung über Organisation und Verlauf eines Fallmanagement-Prozesses. Zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der im Verbund erbrachten Leistungen dienen regelmäßige Fallkonferenzen und Qualitätszirkel. Im Rahmen der Qualitätssicherung werden außerdem Leitlinien zur Steigerung der medizinischen und wirtschaftlichen Effizienz der Versorgung sowie zur Verbesserung der Ergebnisqualität erarbeitet und verpflichtend angewandt.



Darstellung:
Projektorganisation IDOB

3 Planung und methodische Vorgehensweise

Im Rahmen der Evaluation ist eine **gesundheitsökonomische Implementierungsstudie** geplant. Als Versorgungsprototyp dient die Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern Kaufbeuren (BLAUE BLUME SCHWABEN). In die Evaluation aufgenommen werden alle dementiell erkrankten Menschen in den jeweiligen Versorgungsregionen, die sich für eine Versorgung im **Integrierten Versorgungsverbund** entscheiden (= Interventionsgruppe). Sämtliche Erhebungsinstrumente werden nach strengen Kriterien konzipiert und lassen belastbare Ergebnisse erwarten. Die Aussagekraft des Datenmaterials beruht auf einer gezielten Verwendung quantitativer und qualitativer Verfahren zur Datengewinnung und Datenauswertung (statistische Analysen, Hypothesenüberprüfung, qualitative Inhaltsanalyse, Typenbildung). Die Projektevaluation ist Bestandteil des Projektvorhabens: Alle Erhebungen werden vom Institut für angewandte Sozialwissenschaften an der Staatlichen Studienakademie Stuttgart, Prof. Dr. Susanne Schäfer-Walkmann und Prof. Dr. Stefan Krause, in Absprache mit den Projektpartnern durchgeführt, sodass der Zugang zum Feld gewährleistet ist.

3.1 Quantitative Erhebungen

(a) Patientenbezogene Daten zur Messung des Behandlungsfortschritts

Die Behandlung und Versorgung im Versorgungsverbund wird für jede einzelne Patientin/jeden einzelnen Patienten dokumentiert. Mittels eines standardisierten Erhebungsinstruments wird der Behandlungs- und Versorgungsbedarf an drei Messzeitpunkten ermittelt: **Eingangsassessment** (Aufnahme in die Integrierte Versorgung), **Folgeassessment** (nach sechs Monaten), **Abschlussassessment** (nach 12 Monaten). Die Auswertung gibt Aufschluss über den individuellen Beeinträchtigungsgrad sowie den Verlauf.

Die *Interventionsgruppe* umfasst 200 dementiell erkrankte Patienten, 100 in der Region München-Ost, 100 in der Region Berchtesgadener Land. Die Aufnahme in den **Integrierten Versorgungsverbund** erfolgt durch die Koordinationsstelle. Aufgrund der hohen fachlichen (medizinischen, pflegerischen, therapeutischen) Kompetenz der Antragsteller in der gerontopsychiatrischen Versorgung stellt die Rekrutierung einer ausreichenden Zahl von Patienten kein Problem dar.

Die *Kontrollgruppe I* umfasst eine gleiche Zahl dementiell erkrankter Patienten, die in den Integrierten Versorgungsverbänden in Augsburg (Stadt), Kaufbeuren und Mindelheim (Land) versorgt werden. Dort werden die gleichen Evaluationsinstrumente eingesetzt.

Die *Kontrollgruppe II* setzt sich aus denjenigen Demenzkranken zusammen, die sich gegen eine Versorgung im Integrierten Versorgungsverbund entscheiden. Zum jetzigen Zeitpunkt ist die Größe der Stichprobe noch offen.

(b) Versorgungskosten

Über den Projektbeirat werden die Krankenkassen der dementiell erkrankten Patienten in das Projekt eingebunden. Von den beteiligten Krankenkassen werden versichertenbezogene Daten zur Ermittlung der Kosten für stationäre Psychiatrieaufenthalte und zur Medikation benötigt. Die AOK Bayern hat ihre Unterstützung zugesagt, nach erfolgter Förderzusage werden weitere Krankenkassen angesprochen.

(c) Verbundpartner

Die mit dem **Integrierten Versorgungsverbund assoziierten Akteure** werden zweimal schriftlich über ihre Motive, Erwartungen und Erfahrungen befragt. Zum jetzigen Zeitpunkt kann die Zahl der potenziellen Verbundpartner lediglich geschätzt werden (50-60, wobei es Stadt-Land-Unterschiede gibt). Kooperationspartner verpflichten sich zur Teilnahme an der Evaluation.

3.2 Qualitative Erhebungen

Ergänzend zu den quantitativen Erhebungen werden insbesondere **Qualitätsaspekte der Versorgung** in qualitativen, problemzentrierten Interviews beleuchtet. Befragt werden 30 im **Integrierten Versorgungsverbund** versorgte Demenzpatienten, 30 pflegende Angehörige Demenzkranker und 30 Kooperations- bzw. Verbundpartner. Neben den persönlichen Nutzenbewertungen und Erfahrungen mit dem **Integrierten Versorgungsverbund** werden auch Synergieeffekte im Gemeinwesen untersucht.

4 Nutzen und Verwendungsmöglichkeit der Vorhabensergebnisse

Das beantragte Modellvorhaben **Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern** für dementiell erkrankte Menschen in den Regionen München-Ost und Berchtesgadener Land überprüft die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung der Integrierten Versorgung für gerontopsychiatrische Patienten in Kaufbeuren, Mindelheim und Augsburg und liefert valide Daten zur Implementierung des Versorgungsmodells in städtischen bzw. ländlichen Regionen. Ermittelt werden förderliche bzw. hemmende Transferparameter und in Evaluationsberichten entsprechende Empfehlungen ausgesprochen. Eine Steuerungsgruppe¹² begleitet den Aufbau und den Implementierungsprozess. Ein begleitender Projektbeirat¹³ hat von Anfang an die Aufgabe, bei positiven Evaluationsergebnissen den Transfer in die Breite vorzubereiten und die langfristige Sicherung der vernetzten Versorgungsstrukturen im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung auszugestalten. Für die assoziierten Kooperationspartner werden regelmäßig Fallkonferenzen, Qualitätszirkel und Fortbildungsveranstaltungen angeboten. Eine abgestimmte Öffentlichkeitsarbeit trägt zur Enttabuisierung der Lebenslagen von Demenzkranken und deren Angehörigen bei. Über das Modellvorhaben wird

¹² Mitglieder der Steuerungsgruppe sind die Antragsteller.

¹³ Mitglieder des projektbegleitenden Beirats sind neben Vertretern der Steuerungsgruppe Vertreter der Krankenkassen und des BMG.

regelmäßig im Internet berichtet, eine internetbasierte Kommunikation im Integrierten Versorgungsverbund wird für alle assoziierten Akteure gewährleistet.

5 Ethische/rechtliche Gesichtspunkte

Ethisch zielt das Vorhaben auf eine deutliche Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung der dementiell erkrankten Menschen und deren Angehörigen in der jeweiligen Versorgungsregion ab. Die Teilnahme an der Integrierten Versorgung ist für die Patienten freiwillig, ihr Recht auf freie Arztwahl bleibt unberührt. Die von den Patienten bzw. deren Angehörigen gewünschte Versorgung durch den **Integrierten Versorgungsverbund** wird durch eine Teilnahmeerklärung bestätigt, was ausführliche Gespräche durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Koordinierungsstelle voraussetzt. Eine abschlägige Entscheidung der Patienten hinsichtlich einer Teilnahme an der Integrierten Versorgung hat keine Benachteiligung in der Versorgung zur Folge.

Die mit dem regionalen Versorgungsverbund assoziierten Kooperationspartner erklären schriftlich ihre Bereitschaft zur Mitwirkung und können diese auch wieder beenden. Für ein Gelingen des Vorhabens im Sinne der Zielsetzungen ist es jedoch unabdingbar, dass verbindliche Absprachen (z. B. in Form von Beitrittserklärungen) getroffen werden. Alle Akteure unterliegen strengen Datenschutzbestimmungen (Datenschutzkonzept). Die im Rahmen der Evaluation erhobenen quantitativen und qualitativen Primärdaten lassen keine Rückschlüsse auf einzelne Personen zu, eine Teilnahme an schriftlichen und mündlichen Befragungen ist freiwillig.

IDOB

Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern
Antrag zur Förderung eines Projektvorhabens zum „Leuchtturmprojekt Demenz“

6 Arbeits- und Zeitplan, Meilensteinplanung

1. Quartal 2008	2. Quartal 2008	3. Quartal 2008	4. Quartal 2008	1. Quartal 2009	2. Quartal 2009	3. Quartal 2009	4. Quartal 2009	1. Quartal 2010
• Antrag								
	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau Koordinationsstelle • Verbundpartner • Erstellung der Projektdokumentation, QM • Aufbau Internetplattform • Aufbau Projektmanagement • Formative und summative Evaluation • Kick Off-Veranstaltungen in den Modellregionen 	<p>Träger der Koordinationsstelle sind die antragstellenden Kliniken und die gGmbH des Projektevereins, die Koordinationsstelle ist Sitz des Verbundmanagements. München-Ost: Isar-Amper-Klinikum; Berchtesgadener Land: Inn-Salzach-Klinikum</p> <p>Niedergelassene Haus- und Fachärzte, komplementäre Dienste, stationäre Einrichtungen etc. in den Modellregionen; ein Beitritt zum Integrierten Versorgungsverbund ist fortlaufend möglich.</p> <p>Die Verbundpartner verpflichten sich zu einer einheitlichen Dokumentation (Stammdaten, Assessment-Bögen, Diagnostik, Einschreibeverfahren etc.) und zu einem Qualitätsmanagement im Integrierten Versorgungsverbund.</p> <p>Das Modellvorhaben Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern erhält eine Internet-Plattform mit eigenem Bereich für die Projektmitglieder</p> <p>Das Projektmanagement wird von einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin von IfaS übernommen und beinhaltet den Aufbau und die Koordination der projektinternen und überregionalen Kommunikation.</p> <p>Im Rahmen der Evaluation werden einheitliche Datenerhebungsinstrumente eingesetzt. Die Datenverarbeitung und Datenauswertung erfolgt durch IfaS. Regelmäßig werden Zwischenergebnisse rückgemeldet. Die Primärdatenerhebungen orientieren sich an den aktuellen Fallzahlen in der jeweiligen Region. Abgabe Endbericht: 28.02.2010.</p>						
Steuerungsgruppe	Steuerungsgruppe	Steuerungsgruppe	Steuerungsgruppe	Steuerungsgruppe	Steuerungsgruppe	Steuerungsgruppe	Steuerungsgruppe	Steuerungsgruppe
		Projektbeirat			Projektbeirat		Projektbeirat	
		➔						IV-Vertrag
			Zwischenbericht		Zwischenbericht			Endbericht

7 Finanzierungsplan

7.1 Detailplanung

Posten	2008	2009	Summe
Personal			
• Projektleitung	11.700,00 €	18.200,00 €	29.900,00 €
• Wissenschaftliche Mitarbeiterin	45.000,00 €	70.000,00 €	115.000,00 €
• Wissenschaftliche Hilfskräfte	3.750,00 €	5.833,33 €	9.583,33 €
• Verbundmanagement	75.000,00 €	116.666,67 €	191.666,67 €
Aufwand Kliniken / Projekteverein gGmbH	30.000,00 €	46.666,67 €	76.666,67 €
Aufwand Verbundpartner	7.500,00 €	11.666,67 €	19.166,67 €
<i>Zwischensumme</i>	<i>172.950,00 €</i>	<i>269.033,33 €</i>	<i>441.983,33 €</i>
Verbrauchsmaterial und Geschäftsbedarf (15 % von Personal)	25.942,50 €	40.355,00 €	66.297,50 €
Gesamtsumme	198.892,50 €	309.388,33 €	508.280,83 €

Für das Jahr 2008 wurden neun Monate, für das Jahr 2009 wurden 14 Monate den Berechnungen zugrunde gelegt. Laufzeit: 01.04.2008 – 28.02.2010. Sämtliche Personalkosten verstehen sich als Arbeitgeberbruttokosten inklusive der Sozialabgaben.

7.2 Personal

Für die **Projektleitung** sind durchschnittlich 20 Stunden pro Monat vorgesehen. Ihre Aufgaben sind Projektplanung, Projektsteuerung und Projektcontrolling. Sie ist für die Feinabstimmung im Modellvorhaben verantwortlich und dient auch dem BMG als Ansprechpartnerin. Die Abrechnung erfolgt nach dem IfaS-Stundensatz (angelehnt an BAT) im Rahmen der genehmigten Nebentätigkeit.

Die **wissenschaftliche Mitarbeiterin** mit sozialwissenschaftlicher Qualifikation wird für die Projektlaufzeit von IfaS angestellt. Zu ihren Aufgaben gehört einerseits das Management des Evaluationsvorhabens in den jeweiligen Modellregionen, andererseits die Durchführung der Primärdatenerhebungen. In enger Abstimmung mit der Verbundmanagerin bzw. dem Verbundmanager verantwortet sie eine einheitliche und vollständige Projektevaluation. Hierzu gehört auch die Schulung der Verbundpartner in der Anwendung der Evaluationsinstrumente sowie Terminierung und Durchführung der qualitativen Befragungen.

Wissenschaftliche Hilfskräfte werden im Rahmen der Primärdatenerhebungen benötigt. Sie erhalten befristete Teilzeitarbeitsverträge zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten. Die Vergütung/Eingruppierung erfolgt in Abhängigkeit von den Vorerfahrungen/der Qualifikation in Anlehnung an den BAT/TöVD.

In jeder Modellregion wird eine Mitarbeiterin bzw. ein Mitarbeiter mit dem **Verbundmanagement** beauftragt. Ihre bzw. seine Aufgabe wird es sein, den **Integrierten Versorgungsverbund** in der jeweiligen Modellregion auszubauen und weiterzuentwickeln. Sie bzw. er setzt die Inhalte dieses Modellvorhabens um und fungiert als Ansprechpartner/in für die Kooperationspartner vor Ort. Des Weiteren koordiniert sie bzw. er die im **Integrierten Versorgungsverbund** erbrachten Leistungen, lenkt die Patientenströme und baut standardisierte Kommunikationsstrukturen auf. Mitarbeiter/innen für diese Stelle müssen Erfahrungen im Fallmanagement aufweisen. Die Vergütung erfolgt im Rahmen eines befristeten Anstellungsverhältnisses in Anlehnung an den BAT/TöVD.

Für **zusätzlichen Aufwand** der **antragstellenden Kliniken, des Projektvereins** und der **Kooperationspartner** im Rahmen der Modellerprobung, wie etwa die projektbezogene Evaluation, die Teilnahme an Beiratssitzungen, die Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen, die Teilnahme an Fallkonferenzen und Qualitätszirkeln oder die Planung und Durchführung gemeinsamer Veranstaltungen werden die in der Tabelle ausgewiesenen Pauschalen beantragt und anteilig verrechnet.

7.3 Verbrauchsmaterial, Geschäftsbedarf, Aufwendungen für (Dienst-)Reisen

Die Sachkosten werden zunächst mit 15 % der Personalkosten angesetzt. Die Verrechnung der Verbrauchsmaterialien (z. B. Kopien von Assessment-Bögen oder Fragebögen), Raummieten, Nutzung von Geräten (PCs, Belegleser) etc. erfolgt nach den geltenden Bestimmungen und kann im Verwendungsnachweis als Einzelabrechnung erfolgen. In der Pauschale enthalten sind die Aufwendungen für notwendige Reisen in die Modellregionen im Rahmen der Projektevaluation (Bahnfahrten 2. Klasse Stuttgart-München). Auch projektbezogene Veranstaltungen und die gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit werden aus dem Budget finanziert.

7.4 Geräte

Geräte werden keine benötigt.

7.5 Aufwendungen für (Dienst-)Reisen

Siehe unter Punkt 7.3.

7.6 Vergabe von Aufträgen

Eine Vergabe von Aufträgen an Dritte ist nicht vorgesehen.

7.7 Sonstige Sachausgaben

Sonstige Sachausgaben fallen nicht an.

7.8 Co-Finanzierung durch Dritte und weitere Förderungen

Eine Co-Finanzierung des Modellvorhabens durch Dritte ist nicht vorgesehen.

„Für dieses Projekt wurde bei keiner anderen Stelle ein Antrag zur Förderung gestellt. Sollte ein solcher Antrag gestellt werden, werde ich den zuständigen Projektträger unverzüglich informieren“.

8 Projektmanagement

8.1 Verantwortliche/Beteiligte

Name	Institut / Einrichtung	Verantwortlichkeit/Rolle	Unterschrift
Prof. Dr. Susanne Schäfer-Walkmann	IfaS – Institut für angewandte Sozialwissenschaften, StC an der BA Stuttgart (University of Cooperative Education)	Antragstellerin Projektleitung Evaluation	
Prof. Dr. Stefan Krause	IfaS – Institut für angewandte Sozialwissenschaften, StC an der BA Stuttgart (University of Cooperative Education)	Antragsteller Evaluation Internetplattform	
Prof. Dr. Dr. Margot Albus	Ärztliche Direktorin des Isar-Amper-Klinikums gGmbH Klinikum München-Ost	Antragstellerin Implementierung	
Dr. med. H. W. Dietl	Ärztlicher Leiter der Gerontopsychiatrie I des Isar-Amper-Klinikums, Klinikum München-Ost	Implementierung	
Prof. Dr. Gerd Laux	Ärztlicher Direktor des Inn-Salzach-Klinikums	Antragsteller Implementierung	
Dr. Marcus Neumann	Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Freilassing des Inn-Salzach-Klinikums	Implementierung	
Horst Reiter	Projekterein gGmbH	Antragsteller Expertise Verbundaufbau, Kooperation mit regionalen Akteuren Implementierung	
Markus Witzmann	Kliniken des Bezirks Oberbayern - Kommunalunternehmen Unternehmensentwicklung / QM	Antragsteller Koordination innerhalb der Kliniken des Bezirks OBB	
Michaela Nißl-Gambihler	YSOP – Institut für Sozialwissenschaftliche Politikberatung	Antragstellerin Expertise Verbundaufbau, Pflegewissenschaft, Assessment	

8.2 Unterstützende Einrichtungen / Kooperationspartner (Auswahl)

Die Kooperationspartner erklären schriftlich ihre Teilnahme an der Integrierten Demenzversorgung in Oberbayern in den Integrierten Versorgungsverbund (eigenes Formular). Diese Teilnahmeerklärungen können bei Bedarf angefordert werden.

Die Liste stellt lediglich eine Auswahl dar und wird fortlaufend ergänzt.

Name	Institut / Einrichtung	Verantwortlichkeit/Rolle
Dr. Bauer/Dr. Schöber	Praxis niedergelassene Psychiater	Verbundpartner (ISK) BGL
	Alzheimer Gesellschaft BGL	Verbundpartner BGL
Bezirksverband AWO OBB e.V.	Ambulanter Pflegedienst Seniorenstift (Freilassing)	Verbundpartner BGL
AWO München gGmbH	Ambulante Pflegedienste Pflegedienste mit gerontopsychiatrischen Abteilungen Ambulante Reha Alten- und Servicezentren	Verbundpartner M-Ost
Carpe Diem e. V.	Ambulanter Pflegedienst Hilfe bei Demenz und psychischen Erkrankungen im Alter (M-Ost)	Verbundpartner M-Ost
Dr. Schalch	Facharzt für Nervenheilkunde	Verbundpartner M-Ost
Dr. Andreas Meißner	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie	Verbundpartner M-Ost
Dr. Renate Narr	Hausärztin	Verbundpartner M-Ost
Dr. Johann Thaller	Hausarzt	Verbundpartner M-Ost
Vater Wolfgang	Blaue Blume Schwaben gGmbH Einrichtungsleitung	Expertise Implementierung

9 Literatur

- Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung 1994. Nutzen-Kosten-Untersuchung Gerontopsychiatrischer Dienst München. Gutachten anlässlich der Vergabe des Preises ´94 der Schader-Stiftung. München: Schader-Stiftung.
- Becker, T./Hoffmann, W./Puschner, A./Weinmann, S. 2008. Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) 2002. Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Cranach, M. von/Nißle, K./Schäfer-Walkmann, S. 2005. Integrierte Versorgung im Versorgungsverbund Kaufbeuren. In: Der Nervenarzt 2/05.
- DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde Nervenheilkunde) (Hrsg.). 1997. Die Behandlung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Positionspapier zur aktuellen Lage und zukünftigen Entwicklung. Berlin: Springer.
- Förstl, H. (Hrsg.) 2002. Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und –psychotherapie. 2. Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Gutzmann, H./Zank, S. 2005. Dementielle Erkrankungen. Medizinische und psychosoziale Interventionen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hallauer, J. F./Kurz, A. 2002. Einleitung. In J. F. Hallauer & A. Kurz (Hrsg.). Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland: 1-8. Stuttgart New York: Thieme.
- Hallauer, J. F. 2000. Untersuchung von Krankheitskosten bei Patienten mit Alzheimer-Erkrankung in Deutschland. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement (5): 73-79.
- Keupp, H. & Schachtner, C. 1993. Evaluationsstudie eines Gerontopsychiatrischen Dienstes in der Großstadt. „Projekt Gerontopsychiatrie“. München: Eigenverlag.
- Knipping, T. 2007. Entwicklung der Patientenzahlen. AOK Zentrale – Zentrale München – Ressort Leistungsmanagement. München; unveröffentlichtes Manuskript.
- Möller, H. J./Laux, G./Kapfhammer, H. P. (Hrsg.) 2008. Psychiatrie und Psychotherapie. 3. Auflage, 2 Bände, Heidelberg Berlin: Springer.
- Oswald, W. D. & Engel, S. 2003. Zur Notwendigkeit der Qualitätsentwicklung bei der Versorgung Demenzkranker und ihrer Angehörigen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 36(3): 181-182.
- Rössler, W. 2008. Versorgungsstrukturen. In: Möller, H. J./Laux, G./Kapfhammer, H. P. (Hrsg.) Psychiatrie und Psychotherapie. 3. Auflage, 2 Bände, Heidelberg Berlin: Springer.
- Schäfer-Walkmann, S. & Nißl-Gambihler, M. 2006. Integrierte Versorgung im Versorgungsverbund Kaufbeuren. Evaluationsbericht 2006. Rommelsried München: YSOP-Institut für Sozialwissenschaftliche Politikberatung.
- Schäfer-Walkmann, S. & Vater, W. 2006. Gemeinsam gegen das Vergessen – bürgerschaftliches Engagement im Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung. In: Die Kerbe 9/06.
- Stoppe G. 2006. Demenz. München: Reinhardt UTB.
- Wallesch, C. W./Förstl, H. (Hrsg.) 2005. Demenzen. Stuttgart: Thieme.