

Demenzversorgung integriert gestalten

Impulse aus einem „Leuchtturmprojekt Demenz“

In den westlichen Industrienationen gilt Demenz als eine der teuersten Volkskrankheiten. Aufgrund der schwierigen Versorgungsproblematik und der hohen Kosten haben Lösungsansätze zur humanen und bedarfsgerechten Versorgung Demenzkranker Menschen eine große Bedeutung. Im Rahmen der vom Bundesgesundheitsministerium initiierten „Leuchtturmprojekte Demenz“, die zur Erprobung innovativer Lösungen in der Demenzversorgung dienen sollen, wird das Projekt „Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern (IDOB)“ durchgeführt. Der Beitrag zeigt, dass Leistungen der Sozialen Arbeit in integrierten Versorgungsmodellen unverzichtbar sind und die derzeit nur in Ansätzen gesetzlich geregelte Finanzierung dieser Leistungen dringend geboten ist.

■ Neue Versorgungsformen im Gesundheitswesen wie etwa die „integrierte Versorgung“, gehören zu denjenigen gesundheitspolitischen Strategien und Instrumenten, die als Königsweg zur Lösung gesundheitsökonomischer Problemlagen und Fehlallokationen gehandelt werden. Dem Grunde nach steht „integrierte Versorgung“ für eine sektorenübergreifende, zumeist indikations- und regionenbezogene Gesundheits- und neuerdings auch Pflegeversorgung in kooperativen bzw. vernetzten Strukturen. In allen integrierten Versorgungsmodellen wird der Patient/die Patientin in den Mittelpunkt der Versorgung gestellt mit dem Ziel, die traditionell monodisziplinär organisierte, sektoral gegliederte, fragmentierte und wenig abgestimmte Versorgung im Krankheits- und Pflegefall durch verbindliche, ineinander greifende, interdisziplinäre Versorgungskooperationen abzulösen.

Im Rahmen der integrierten Versorgung (§ 140a ff SGB V) schließen Leistungsanbieter mit den Krankenkassen einen Versorgungsvertrag über die Erbringung eines definierten Leistungspakets im Fall von Krankheit oder Pflege. Unter der Federführung eines der assoziierten Vertragspartner arbeiten verschiedene Leistungsanbieter eng zu-

sammen und kooperieren miteinander, sodass die Patienten engmaschig versorgt und dadurch Reibungsverluste an den Schnittstellen vermieden werden.

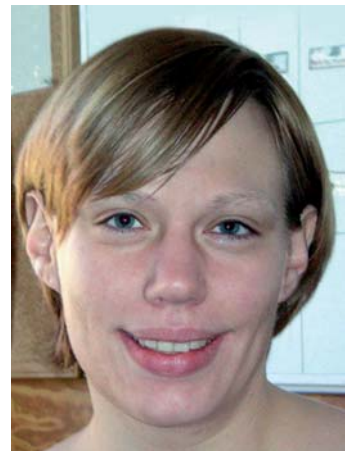
Integrierte Versorgung erfolgt somit meistens im Verbund: Basierend auf definierten Behandlungs- und Versorgungspfaden werden entlang eines Versorgungskontinuums aufeinander abgestimmte Versorgungsleistungen von Angehörigen verschiedener Berufsgruppen diverser Leistungsanbieter erbracht. Zu den zentralen Aufgaben des Trägers der integrierten Versorgung gehören sowohl die Koordination und Sicherstellung der im Einzelfall benötigten Leistungen als auch das Verbundmanagement, die Vernetzung der Verbund- bzw. Kooperationspartner und das Hinwirken auf eine verbindliche Leistungserbringung im Sinne des integrierten Versorgungsvertrages. Idealerweise sind integrierte Versorgungsmodelle außerdem in regionale Strukturen eingebettet.

Eine mögliche Antwort auf drängende Versorgungsprobleme

Gesundheitspolitiker, die „mehr Markt“ und damit mehr Deregulierung, Vertragswettbewerb und Wirtschaftlichkeit einfordern, erhoffen sich durch neue Versorgungsformen in erster Li-



Susanne Schäfer-Walkmann



Dorothee Deterding

nie Kosteneffekte bei drängenden Versorgungsproblemen. Als eine der gegenwärtig teuersten Krankheiten gelten demenzielle Erkrankungen, die sich in den westlichen Industrienationen zur Volkskrankheit ausgeweitet haben. Fokussiert man auf die Ausgabenentwicklung, so begründet sich diese einerseits in bislang fehlenden Präventions- und Therapiemöglichkeiten und andererseits in den prognostizierten soziodemografischen und morbiditätsspezifischen Entwicklungen bei Demenz.

Die exorbitanten Versorgungskosten setzen sich vor allem aus den hohen direkten Kosten für die institutionelle Langzeitpflege und den unbezahlten, intangiblen Leistungen pflegender Angehöriger zusammen. Neben der medizinischen Grundlagenforschung beschäftigen sich Expertinnen deshalb in verschiedenen Kontexten mit Lösungsansätzen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung

Demenzkranker. Dabei ist es aufgrund der schwierigen Versorgungsproblematiken und der hohen Versorgungskosten von gesteigertem Interesse, wie eine humane und bedarfsgerechte Versorgung Demenzkranker gelingen kann, die Qualitätsansprüchen genügt und für die Solidargemeinschaft bezahlbar ist. Schließlich [sollen] laut BMG „trotz des ökonomischen Drucks ... Menschen mit Demenzerkrankungen ein menschenwürdiges Leben führen können und die bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung erhalten“. Eine Möglichkeit, innovative Lösungsskizzen in der Demenzversorgung zu erproben, bieten die ‚Leuchtturmprojekte Demenz‘ des Bundesgesundheitsministeriums.

IDOB: ein „Leuchtturmprojekt Demenz“ in Oberbayern

Die als gesundheitsökonomische Implementierungsstudie angelegte Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern (IDOB) hat zum Ziel, in den Modellregionen München-Ost und Berch-

tesgadener Land eine am individuellen Versorgungsbedarf der Demenzkranken ausgerichtete engmaschige und aufeinander abgestimmte Versorgung durch einen Versorgungsverbund aufzubauen, weiterzuentwickeln und diesen Prozess zu evaluieren. Bei positiven Evaluationsergebnissen ist die langfristige Sicherung der vernetzten Versorgungsstrukturen im Versorgungssystem als „integrierte Versorgung für Menschen mit demenziellen Erkrankungen“ beabsichtigt. Projektpartner sind: Isar-Amper-Klinikum gGmbH, Inn-Salzach-Klinikum gGmbH, Kliniken des Bezirks Oberbayern – Managementholding gGmbH, Projektverein gGmbH und das Institut für angewandte Sozialwissenschaften, Zentrum für kooperative Forschung an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg, Stuttgart. Hinzu kommen Kooperationspartner der Demenzversorgung in den Modellregionen. IDOB versteht sich als gemeindenahes Versorgungskonzept: Unterschiedliche Akteure arbeiten in regionalen Versorgungsverbänden verbindlich zusammen, um

demenziell erkrankte Menschen und deren Angehörige auf ihrem individuellen Weg mit der Krankheit wirkungsvoll zu begleiten und die häusliche Versorgung möglichst dauerhaft sicherzustellen. Eingebettet in regionale Strukturen und unter Einbezug der vorhandenen Kooperationspartner vor Ort werden entlang eines Versorgungskontinuums aufeinander abgestimmte Versorgungsleistungen erbracht und die Demenzpatienten so lange engmaschig begleitet, bis die im Einzelfall notwendige, spezifische Versorgung sichergestellt ist (Abb.1).

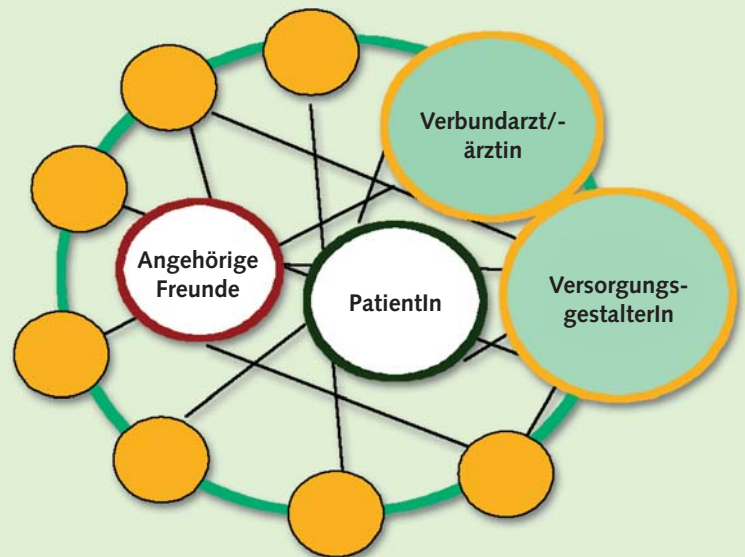
Die Unterschiede städtischer und ländlicher Gesundheitsversorgung bilden sich deutlich im Versorgungsangebot für Demenzkranke ab; dennoch lassen sich in beiden Regionen ähnliche Versorgungsprobleme identifizieren:

- Die in IDOB versorgten Demenzpatienten haben solange einen gesteigerten Bedarf an individueller Betreuung und Begleitung, bis die benötigte Versorgung sichergestellt ist. Entsprechend hoch ist der Anteil an patientenbezogenen Tä-

Abbildung 1: Die Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern (IDOB)

IDOB stellt den/die DemenzpatientIn und, wenn vorhanden, die Angehörigen in den Mittelpunkt der Versorgung. „Herzstück“ dieser personenbezogenen Versorgung ist das Duo Verbundarzt/Verbundärztin aus der jeweiligen Klinik und VersorgungsgestalterIn als MitarbeiterIn des Projektvereins. Die Verbundärztin/der Verbundarzt verantwortet die Diagnostik und die medizinisch-fachliche Versorgung. Zu den Aufgaben des Versorgungsgestalters/der Versorgungsgestalterin gehören im Wesentlichen Beratung, Vertretung, Vermittlung und insbesondere die Begleitung des Demenzpatienten/der Demenzpatientin, bis die notwendige Versorgung sichergestellt ist. Die Versorgungsgestalter ergänzen die medizinische Dokumentation mit sozialarbeiterischem Disziplinwissen unter anderem durch eine sozialpsychiatrische Ermittlung des Versorgungsbedarfs.

VerbundärztInnen und Versorgungsgestalter sind führendes Mitglied im Versorgungsnetzwerk. Diesem gehören weitere Kooperationspartner an, beispielsweise niedergelassene Haus- und Fachärzte, Pflegedienste, Alzheimer Gesellschaft, Seniorenzentren, Sozialpsychiatrische Dienste usw. Neben der einzelfallbezogenen Arbeit gehört es zu den Aufgaben der Versorgungsgestalter, diese Netzwerke zu einem Versorgungsverbund weiterzuentwickeln und im Idealfall in der Region zu verankern. Dabei werden in den beiden Modellregionen ganz unterschiedliche Wege für eine konstruktive Zusammenarbeit beschritten.



Die gelben Kreise symbolisieren unterschiedliche Kooperationspartner.

Die schwarz eingefärbten Linien deuten veränderte Kommunikationsstrukturen an: Im Integrierten Versorgungsverbund löst sich eine ringförmige, häufig nebeneinander bestehende Kommunikation auf zugunsten einer vernetzten und verbindlichen Kommunikationskultur mit dem/der VersorgungsgestalterIn als zentraler „Schaltstelle“.



Wie lässt sich der Hilfebedarf von Demenzkranken decken, um eine häusliche Versorgung im Verbund mit den Angehörigen zu sichern?

tigkeiten, die über ein rein Management hinausgehen.

- In beiden Modellregionen fehlen aufsuchende Hilfen. Mit der niedrigschwelligen und ambulanten Tätigkeit der Projektmitarbeiter schließt IDOB eine bestehende Versorgungslücke in der Demenzversorgung. Aufsuchende Tätigkeiten binden jedoch zusätzlich ca. ein Fünftel der Arbeitszeit, die für Wege veranschlagt werden muss.
- Die regionalen Versorgungsverbände benötigen kontinuierliche professionelle Aufmerksamkeit. Eingeplante Ressourcen für Netzwerkaufbau und Netzwerkpflege dürfen nicht zur Disposition stehen, wenn Zeit knapp ist. Die im Rahmen des Verbundmanagements geleisteten Tätigkeiten müssen in den Aufgabenbeschreibungen fest verankert und gegenfinanziert sein.
- In vernetzten Kooperationsstrukturen bedarf es klarer – vertraglicher – Absprachen. Es muss verbindlich organisiert sein, wie der Versorgungsverbund die notwendige Versor-

gung gewährleistet und wer letztendlich die Versorgungsgestaltung verantwortet. Geregelter Ablaufprozesse tragen zu Transparenz und Übersichtlichkeit bei.

Leuchttürme oder Luftschlösser?

Der steinige Weg zur Nachhaltigkeit

Integrierte Versorgungsmodelle haben weit reichende Konsequenzen für alle beteiligten Akteure. Tatsächlich eröffnen sich durch diese Form interdisziplinärer und interprofessioneller Kooperation Möglichkeiten, eine Gesundheitsversorgung jenseits von Sektoren, Säulen und Segmenten auch unter sozialen Gesichtspunkten auszugestalten. Doch der Weg dahin ist steinig: Verbund- und Vernetzungsleistungen, wie sie etwa die Soziale Arbeit im ‚Leuchtturmprojekt Demenz‘ erbringt, sind zwar in Ansätzen gesetzlich verankert, werden jedoch in keinem regulären Budget abgebildet.

Denn: Die integrierte Versorgung folgt einer anderen als der gängigen Logik. So zeigt ein Überblick über aktuelle gesetzliche Grundlagen der

ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung, dass Möglichkeiten zur Finanzierung von Case- und Verbundmanagementfunktionen gering sind bzw. die Kombination medizinischer und sozialarbeiterischer Leistungsspektren nur in einigen wenigen Versorgungsstrukturen – und dann meist durch Rahmenvereinbarungen begrenzt – vorgesehen ist (Abb. 2, S. 27).

Es ist daher dringend notwendig, komplementäre Leistungen der Versorgungsgestaltung in die Vergütungsstruktur interdisziplinärer Versorgungsarrangements mit einzubeziehen und damit mehr Planungssicherheit, Effizienz und Versorgungsqualität zu schaffen. Damit die ‚Leuchtturmprojekte Demenz‘ keine Luftschlösser werden und die angestrebte Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen nicht an den „Verschiebebahnhöfen der Zuständigkeiten“ scheitert – bestenfalls mit dem Ergebnis, dass zumindest die erfolgreichen Modelle am Leben erhalten werden –, sind folgende Punkte zu berücksichtigen:

Abbildung 2:

aktuelle gesetzliche Grundlagen der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung

Quelle: IfaS 2009; IDOB.

Grundlage Versorgungsstrukturen

SGB V	§ 73b SGB V:	Hausarztzentriertes Modell
	§ 73c SGB V:	Besondere ambulante ärztliche Versorgung
	§§ 140a ff SGB V:	Integrierte Versorgung
	§ 137f SGB V:	DMP
	§§ 63 ff SGB V:	Modellvorhaben
	§ 118 SGB V:	Psychiatrische Institutsambulanz
SGB XI	§ 45c SGB XI:	Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungsstrukturen
	§ 92b SGB XI:	Integrierte Versorgung nach § 140a ff SGB V
	§ 92c SGB XI:	Pflegestützpunkte
	§ 53 SGB XII i.V.m. § 17 SGB IX:	Eingliederungshilfe
	§ 57 SGB XII:	Trägerübergreifendes Persönliches Budget
SGB XII	Art. 7 Abs. 1	Ausführungsgesetz zum Bundessozialhilfegesetz: Gerontopsychiatrischer Dienst

■ Selektivverträge wie etwa die integrierten Versorgungsverträge nach §§ 140a ff SGB V führen unweigerlich zur Ausgrenzung bestimmter Patientengruppen. Erfahrungen aus anderen gerontopsychiatrischen Verbundprojekten (beispielsweise Blaue Blume Schwaben, Kaufbeuren, PIKASSO Augsburg) zeigen, dass sich wettbewerbliche Elemente nur bedingt zur Regulierung derartig schwieriger Versorgungsproblematiken eignen. Selektive Zugänge zu Versorgungsleistungen stellen eine immense Hürde sowohl für die Patienten als auch für die Leistungserbringer dar und konterkarieren das Ziel einer sozial gerechten, ausgewogenen Versorgung, die die Würde der Menschen achtet.

■ Neue Versorgungsformen benötigen eine entsprechende finanzielle Ausstattung für – in Teilen – neue Leistungen. Häufig scheitern innovative Lösungsansätze zum Ende der Modellförderung, wenn nach Wegen für eine Anschlussfinanzierung gesucht wird. Spätestens dann sehen sich die Akteure mit der Tatsache konfrontiert, dass die neue Versorgungsform nicht in die alten „Schläuche“ der Finanzierungslogik des sektoral gegliederten Gesundheitswesens passt. Auch hierfür ist IDOB ein gutes Bei-

spiel: Die Versorgung durch IDOB im Sinne der Konzeption kostet für zwölf Monate geschätzte 1.100,00 Euro pro Demenzpatient. Dieser Betrag ließe sich in der gängigen Logik gegenfinanzieren beispielsweise durch die

Integrierte Versorgungsmodelle sind eine sehr gute Möglichkeit, Gesundheit sozial zu gestalten.

Vermeidung bzw. Verkürzung stationärer Aufenthalte im Allgemein- oder Bezirkskrankenhaus oder die Überprüfung der Medikation.

Aber: Wie seriös sind derartige Abschätzungen im Falle progredient verlaufender Erkrankungen? Wieso sollten Einsparungen im stationären Sektor die ambulante Versorgung stärken? Wer ist zuständiger Kostenträger für die nicht-medizinischen und nicht-pflegerischen Leistungen? Wie gehen präventive Effekte, etwa die Verbesserung der Gesundheit pflegender Angehöriger, in die Kostenrechnung

ein? Und läuft eine Argumentation für die Demenzpatienten nicht immer ins Leere, weil die große Zahl der Betroffenen zwangsläufig zu einer Mengenausweitung an Versorgungsleistungen führt?

■ Integrierte Versorgungsmodelle sind eine sehr gute Möglichkeit, Gesundheit sozial zu gestalten. Die Soziale Arbeit ist hier im Konzert der Gesundheitsberufe bislang nur äußerst selten vertreten, obwohl sie ein reichhaltiges Disziplinwissen in die Initiierung, Steuerung und Ausgestaltung derart komplexer Versorgungsarrangements einbringen könnte. Die integrativen Funktionen der Sozialen Arbeit, insbesondere die einzelfallbezogene Steuerung von Behandlungs- und Versorgungsprozessen (Case Management) in interdisziplinären Versorgungszusammenhängen (Care Management) werden den Erfordernissen moderner Versorgungsgestaltung nur allzu gerecht. Soziale Arbeit stellt eine wichtige Ergänzung der medizinischen und sozialpflegerischen Versorgung dar und sollte fester Bestandteil integrierter Gesundheits- und Pflegeversorgung sein.

■ Prof. Dr. Susanne Schäfer-Walkmann, Dipl. Politologin und Dipl. Sozialpädagogin ist Leiterin des Studiengangs Sozialgesundheitliche Dienste an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg in Stuttgart sowie Leiterin des Instituts für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS),
© schaefer-walkmann@dhw-stuttgart.de

■ Dorothee-Tamara Deterding ist Dipl. Sozialpädagogin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für angewandte Sozialwissenschaften, Zentrum für kooperative Forschung an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg in Stuttgart,
© dorothee.deterding@ifas-stuttgart.de

Info

www.leuchtturm-idob.de
Literatur auf Anfrage bei den Verfasserinnen.