

Susanne Schäfer-Walkmann
Dorothee-Tamara Deterding
Michaela Nißl-Gambihler
Stefan Krause



Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern

Ein ‚Leuchtturmprojekt Demenz‘ des Bundesministeriums für Gesundheit

Zwischenbericht April 2009



Susanne Schäfer-Walkmann
Dorothee-Tamara Deterding
Michaela Nißl-Gambihler
Stefan Krause

IDOB

Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern

Ein ‚Leuchtturmprojekt Demenz‘ des Bundesministeriums für Gesundheit

Zwischenbericht April 2009

In Zusammenarbeit mit den Projektpartnern:

Isar-Amper-Klinikum gGmbH
Inn-Salzach-Klinikum gGmbH
Kliniken des Bezirks Oberbayern - Kommunalunternehmen, Managementholding gGmbH

Projekterein gGmbH

IfaS - Institut für angewandte Sozialwissenschaften
Steinbeis-Transferzentrum an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart
Herdweg 29/31
70174 Stuttgart

info@ifas-stuttgart.de
www.ifas-stuttgart.de

I Inhaltsverzeichnis

1	Allgemeine Angaben zum ‚Leuchtturmprojekt Demenz‘	1
1.1	Titel und Verantwortliche	1
1.2	Projektbeschreibung und Vorhabensziele laut Studienplan	2
1.3	Vorstellung der städtischen Modellregion München-Ost (M-Ost)	7
1.4	Vorstellung der ländlichen Modellregion Berchtesgadener Land (BGL)	9
1.5	Gender Mainstreaming Aspekte	12
2	Erreichte Zwischenergebnisse	13
2.1	Evaluation von Versorgungsstrukturen	13
2.1.1	Epidemiologische Daten zu demenziellen Erkrankungen in der Versorgungsregion München-Ost	14
2.1.2	Epidemiologische Daten zu demenziellen Erkrankungen in der Versorgungsregion Berchtesgadener Land	17
2.1.3	Das Versorgungsangebot für Demenzkranke in der Modellregion München-Ost	19
2.1.4	Das Versorgungsangebot für Demenzkranke in der Modellregion Berchtesgadener Land	21
2.1.5	Systematische Zusammenarbeit im Versorgungsverbund	23
2.1.6	Das Tätigkeitsprofil der Verbundmanager	26
2.1.7	Versorgungsqualität durch IDOB - Fallstudien	34
2.2	Evaluation des Behandlungserfolgs	44
2.2.1	Vorstellung der im ‚Leuchtturmprojekt Demenz‘ versorgten PatientInnen	45
2.2.2	Drop Outs	50



3	Erreichbarkeit der Vorhabensziele	51
3.1	Projektziele und Hypothese	51
3.2	Veränderungen in der Versorgungsqualität auf der individuellen Ebene der DemenzpatientInnen	52
3.3	Veränderungen in der Versorgungsqualität auf der strukturellen Ebene der Versorgungsregion	54
3.4	Förderliche und hemmende Transferparameter: Eine erste Zwischenbewertung der Projektkonzeption	56
3.5	Stadt-Land-Unterschiede	58
4	Stand der Arbeiten laut Arbeits- und Zeitplan	61
4.1	Ist-Analyse	61
4.2	Personelle Veränderungen	65
4.3	Abweichungen	65
5	Verwertung und Verbreitung	67
5.1	Öffentliches Interesse, Anfragen	67
5.2	Gesamtbewertung und Ausblick: Demenzversorgung <u>integriert</u> denken	68
6	Verwendete Literatur	71
7	Veröffentlichungen	73

II Abbildungsverzeichnis

Darstellung 1	Idealtypische Umsetzung der Konzeption in den Modellregionen	5
Darstellung 2	Studienplan für die IDOB-Evaluation	6
Darstellung 3	Modellregion München-Ost	7
Darstellung 4	Anteil der über 65jährigen in der Modellregion München-Ost	9
Darstellung 5	Modellregion Berchtesgadener Land	10
Darstellung 6	Anteil der über 65jährigen in der Modellregion Berchtesgadener Land	11
Darstellung 7	Modellregion M-Ost: Prävalenz und Inzidenz demenzieller Erkrankungen 2007	14
Darstellung 8	Epidemiologie demenzieller Erkrankungen: Prognose für die Modellregion München-Ost	16
Darstellung 9	Modellregion BGL: Prävalenz und Inzidenz demenzieller Erkrankungen 2007	17
Darstellung 10	Modellregion BGL: Prävalenz und Inzidenz demenzieller Erkrankungen 2007	18
Darstellung 11	Tätigkeitsprofil Verbundmanager: Prozentuale Anteile nach Tätigkeitsbereichen	28
Darstellung 12	Veränderungen in den Tätigkeitsprofilen: Vergleich der drei Beobachtungswellen	30
Darstellung 13	Tätigkeitsprofile der Verbundmanager: Vergleich nach Modellregionen	31
Darstellung 14	Veränderungen in den Tätigkeitsprofilen im Vergleich	32
Darstellung 15	Auswertung des Mini-Mental-Status-Test: Vergleich der Modellregionen	47
Darstellung 16	Beeinträchtigungsgrad und Versorgungsbedarf: Auswertung der Eingangsassessments	49
Darstellung 17	IDOB: Arbeits- und Zeitplan laut Projektantrag	64



1 Allgemeine Angaben zum ‚Leuchtturmprojekt Demenz‘

1.1 Titel und Verantwortliche

Titel des Projekts	Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern - IDOB
Förderkennzeichen	II A 2508 FSB 009 Leuchtturmprojekt Demenz Nr. 44-107
Leitung	Prof. Dr. Susanne Schäfer-Walkmann (Gesamtleitung) Prof. Dr. Stefan Krause (EDV-technische Umsetzung)
ProjektmitarbeiterInnen	<p>Modellregion München-Ost (Isar-Amper-Klinikum gGmbH, Projekteverein gGmbH)</p> <p>Prof. Dr. Dr. Margot Albus (Ärztliche Direktorin) Dr. Eva Ketisch (Verbundärztin) Johannes Winkelmaier (Verbundmanager) Rosemarie Wörner (Fachkrankenschwester Gerontopsychiatrie)</p> <p>Modellregion Berchtesgadener Land (Inn-Salzach-Klinikum gGmbH, Projekteverein gGmbH)</p> <p>Prof. Dr. Gerd Laux (Ärztlicher Direktor) Dr. Marcus Neumann (Chefarzt Freilassing) Dr. Maria Rolvering-Dijkstra (Verbundärztin) Eva Scharold (Verbundmanagerin) Mag. Emine Brandstätter (Dipl. Psychologin)</p> <p>Markus Witzmann, Kliniken des Bezirks Oberbayern - Kommunalunternehmen, Managementholding, Vertreter der Geschäftsführung</p> <p>Horst Reiter, Projekteverein gGmbH, Geschäftsführung</p> <p>Wissenschaftliche Begleitung IfaS - Institut für angewandte Sozialwissenschaften Prof. Dr. Stefan Krause Dipl. Pflegewirtin Michaela Nißl-Gambihler Dipl. Soz. Päd. (BA) Dorothee-Tamara Deterding Prof. Dr. Susanne Schäfer-Walkmann (Projektleitung)</p>
Kontaktdaten	<p>IfaS - Institut für angewandte Sozialwissenschaften Steinbeis Innovation gGmbH an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart Herdweg 29/31 70174 Stuttgart 0700-43277848 oder 0711-1849-755</p> <p>info@ifas-stuttgart.de www.leuchtturm-idob.de</p>
Laufzeit	01. April 2008 - 28. Februar 2010
Fördersumme	508.280,00 €
Datum der Erstellung des Zwischenberichts	28. April 2009



1.2 Projektbeschreibung und Vorhabensziele laut Studienplan

Das Modellvorhaben **Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern (IDOB)** hat zum Ziel, in den Modellregionen München-Ost (städtische Region) und Berchtesgadener Land (ländliche Region) 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 im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung für Menschen mit demenziellen Erkrankungen beabsichtigt. In der folgenden Darstellung 1 wird die Konzeption graphisch abgebildet.

Die **Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern** versteht sich als gemeindenahes Versorgungskonzept und entwickelt sich zu einer innovativen Lösungsskizze moderner Gesundheitsversorgung (vgl. Schäfer-Walkmann 2009): Unterschiedliche Akteure arbeiten in regionalen Versorgungsverbänden mit dem Ziel zusammen, demenziell erkrankte Menschen und deren Angehörige auf ihrem Weg mit der Krankheit wirkungsvoll zu begleiten und die häusliche Versorgung möglichst dauerhaft sicherzustellen.

IDOB erreicht sowohl Menschen, die trotz ihrer demenziellen Erkrankung mobil sind und Versorgungsangebote außerhalb ihres Wohnraums wahrnehmen können, als auch jene, deren gesundheitliche Verfassung und/oder soziale Situation eine Inanspruchnahme der Versorgungsangebote zu Hause erforderlich macht. Die Demenzversorgung in den Modellregionen wird als „personenbezogener Versorgungszusammenhang“ verstanden und dementsprechend eine integrierte Versorgungskette aufgebaut. Eingebettet in regionale Strukturen und unter Einbeziehung von vor Ort vorhandenen Kooperationspartnern werden entlang eines Versorgungskontinuums koordinierte, aufeinander abgestimmte Versorgungsleistungen von Angehörigen verschiedener Berufsgruppen erbracht und die DemenzpatientInnen so lange engmaschig begleitet, bis die im Einzelfall notwendige, spezifische Versorgung im Integrierten Versorgungsverbund sichergestellt ist.

Für die Dauer der Modellerprobung steht den Demenzkranken ein Versorgungsgestalter bzw. eine Versorgungsgestalterin¹ zur Seite, der bzw. die mit sozialarbeiterischen Kernkompetenzen die in der Modellregion mögliche integrierte Gesundheitsversorgung auf den individuellen Versorgungsbedarf projiziert und in enger Abstimmung mit

¹ Diese Funktion wird im Projektantrag als „Verbundmanager“ bezeichnet, wobei der Begriff „VerbundmanagerIn“ lediglich den einen zentralen Teil der Tätigkeiten der ProjektmitarbeiterInnen abbildet, wie im weiteren Berichtsverlauf zu zeigen sein wird.

dem Verbundarzt/der Verbundärztin die Versorgung plant, überprüft und gegebenenfalls im Verlauf anpasst. Somit bildet das Duo Verbundarzt/Verbundärztin und Verbundmanager/VerbundmanagerIn das „Herzstück“ der dem Modellprojekt zugrundeliegenden integrierten Versorgungskonzeption.

Das Evaluationsvorhaben ist als **gesundheitsökonomische Implementierungsstudie** angelegt, was bedeutet, dass die gleiche Konzeption zur Versorgung demenzkranker Menschen in zwei ganz unterschiedlichen Modellregionen erprobt wird. Die wissenschaftliche Begleitforschung ist darauf ausgerichtet, durch eine Kombination quantitativer und qualitativer sozialwissenschaftlicher Datenerhebungsmethoden belastbare Ergebnisse zu gewinnen, die Erkenntnisse über *Erfolge in der integrierten Versorgung Demenzkranker, Veränderungen in der Versorgungsqualität, förderliche und hemmende Transferparameter, Stadt-Land-Unterschiede* sowie die *Kostenstruktur* liefern.

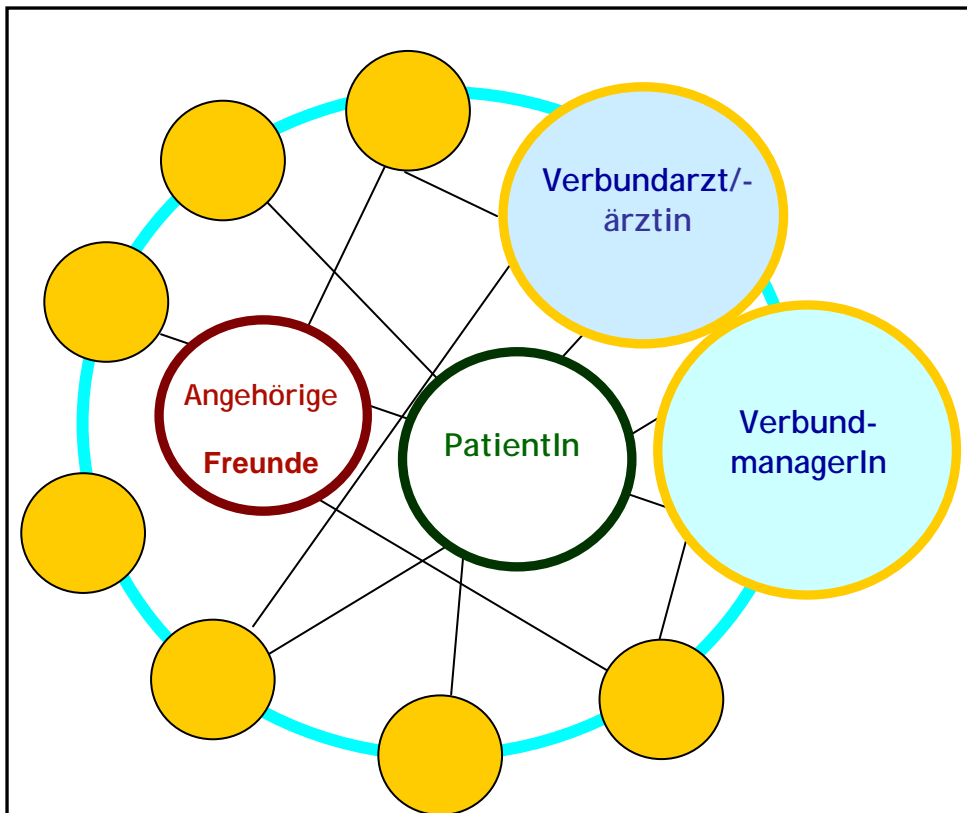
Die Hauptfragestellungen lauten:

- (1) Wie verändert sich die Versorgung Demenzkranker in den Modellregionen?
- (2) Wie gestaltet sich die sektorenübergreifende und säulenübergreifende Zusammenarbeit in den Modellregionen im Urteil der in die Versorgung eingebundenen Akteure?
- (3) Gelingt eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung?
- (4) Inwiefern wird durch die Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern eine Verbesserung der Lebensqualität der PatientInnen erreicht?

Die Präsentation der Zwischenergebnisse im Rahmen dieser Ausführungen gliedert sich analog der im Studienplan vorgegebenen Evaluationsschwerpunkte (vgl. Darstellung 2) und orientiert sich im Aufbau an den Vorgaben des Projektträgers im DLR.



Darstellung 1 Idealtypische Umsetzung der Konzeption in den Modellregionen



Quelle: IfaS 2009; „Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern“.

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

Erläuterung

IDOB stellt den DemenzpatientInnenen und, wenn vorhanden, die Angehörigen, in den Mittelpunkt der Versorgung. „Herzstück“ dieser personenbezogenen Versorgung ist das Duo Verbundarzt/Verbundärztin aus der jeweiligen Klinik und VerbundmanagerIn als MitarbeiterIn des Projektvereins. Die Verbundärztin/der Verbundarzt verantwortet die Diagnostik und die medizinisch-fachliche Versorgung. Zu den Aufgaben der Verbundmanagerin bzw. des Verbundmanagers gehören im Wesentlichen Beratung, Vertretung, Vermittlung und insbesondere die Begleitung des Demenzpatienten/der Demenzpatientin, bis die notwendige Versorgung sichergestellt ist. Die VerbundmanagerInnen ergänzen die medizinische Dokumentation durch eine sozial-psychiatrische Ermittlung des Versorgungsbedarfs.

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



Darstellung 2 Studienplan für die IDOB-Evaluation

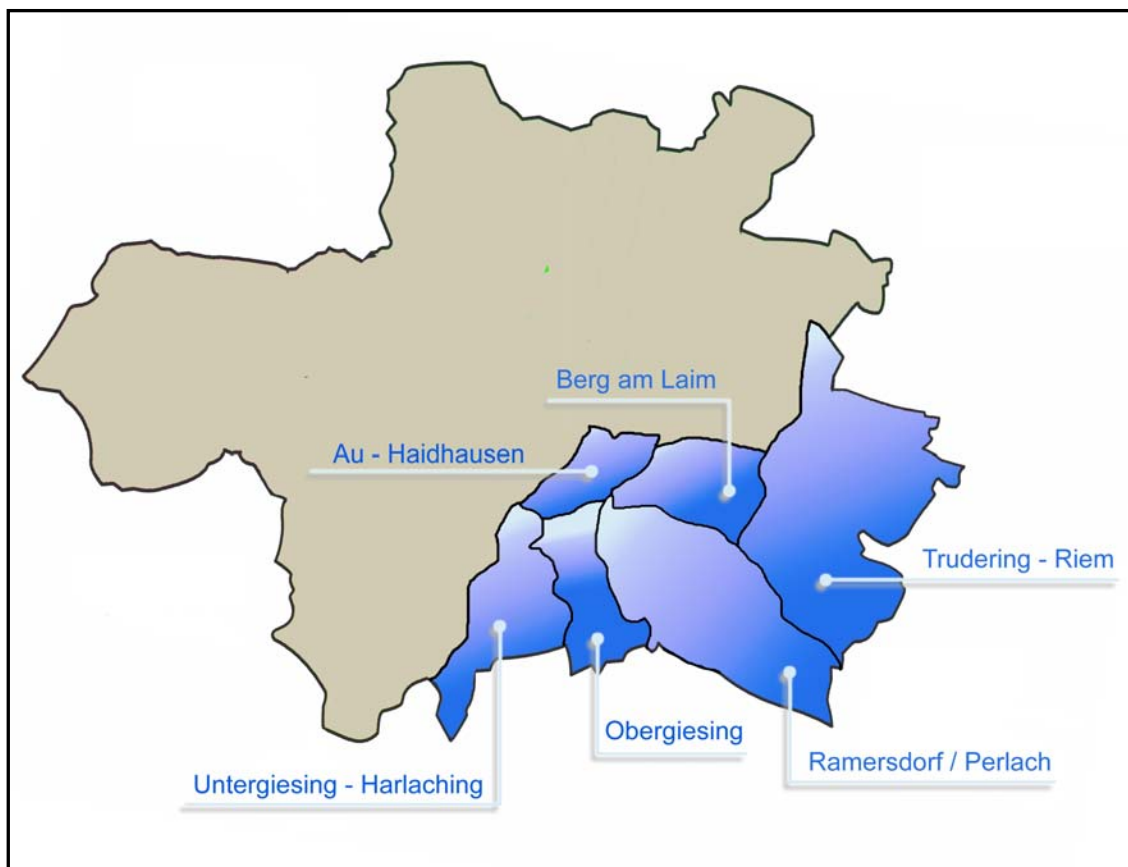
Evaluationsschwerpunkt	Datenquelle	Erhebungsinstrument (Primärdatenerhebung)
Schwerpunkt I: Evaluation von Versorgungsstrukturen		
(a) Prävalenz der Demenzen (Versorgungsregion)	Krankenkassen Statistisches Landesamt	Statistiken
(b) Versorgungsangebot (Versorgungsregion)	Diverse	Dokumentationen
(c) Systematische Zusammenarbeit im Versorgungsverbund (Kooperation, Vernetzung)	Kooperations-/ Verbundpartner (50-60)	Fragebogen „Verbundpartner“
(d) Profil „VerbundmanagerIn“	VerbundmanagerIn	Selbstevaluationsbogen „VerbundmanagerIn“
(e) Stationäre Aufenthalte/Verweildauer in der psychiatrischen Klinik	Kliniken	PatientInnenverwaltungs- daten/Krankenakte
(f) Versorgungsqualität durch IDOB	Qualitative Interviews (je 30) mit PatientInnen, Angehörigen, Verbundpartnern	Interviewleitfaden für PatientInnen-, Angehörigen-, Verbundpartnerinterviews
Schwerpunkt II: Evaluation des Behandlungserfolgs		
(a) Personenbezogene Patientendaten	VerbundmanagerIn/Verbundarzt/ärztin	„PatientInnenstammbblatt“
(b) Demenzdiagnostik	Verbundarzt/ärztin	MMST, TFDD, Clock Drawing Test
(c) Ressourcen und Beeinträchtigungen	VerbundmanagerIn/Verbundarzt/ärztin	„Assessmentbogen“
(d) Versorgungsplanung, inkl. Kontrolle	VerbundmanagerIn/Verbundarzt/ärztin	Bogen „Versorgungsplanung“
(e) Ärztliche Einschätzung: Verkürzung/Vermeidung stationärer Aufenthalte	Verbundarzt/ärztin; ärztliche Kooperationspartner	„Evaluationsbogen Ärzte“
(f) Aufnahmebogen	VerbundmanagerIn	„Aufnahmebogen IDOB“

Quelle: IfaS 2009; „Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern“.

1.3 Vorstellung der städtischen Modellregion München-Ost (M-Ost)

In der Modellregion München-Ost mit ihren sechs Stadtbezirken Au-Haidhausen, Berg am Laim, Trudering-Riem, Ramersdorf und Perlach, Obergiesing sowie Untergiesing und Harlaching lebten zum Stichtag 31.12.2007 insgesamt 351.789 EinwohnerInnen, was etwa einem Viertel der Münchener Stadtbevölkerung entspricht. Kartographiert ist die Modellregion in der folgenden Darstellung 3.

Darstellung 3 Modellregion München-Ost



Quelle: IfaS 2009; „Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern“.

Ein Vergleich der Stadtbezirke in der Modellregion ergibt, dass Berg am Laim, Ramersdorf-Perlach und Obergiesing zu den zehn ärmsten Stadtbezirken Münchens zählen (vgl. Landeshauptstadt München Sozialreferat (b) 2007: S. 37f.) und zudem eine vergleichsweise hohe Arbeitslosenquote aufweisen. Außerdem liegen der Ausländeranteil und z.T. auch der Anteil von Deutschen mit Migrationshintergrund in diesen Stadtbezirken deutlich über dem städtischen Durchschnitt. Hingegen heben sich die Stadtbezirke Trudering-Riem, Au-Haidhausen und Untergiesing-Harlaching in den genannten Bereichen positiv vom städtischen Durchschnitt ab.



Für die im ‚Leuchtturmprojekt Demenz‘ behandelte Problematik der Versorgung Demenzkranker ist die Herkunft der Menschen unter anderem deshalb entscheidend, da sich in der Pflege- und Versorgungssituation auch kulturelle und familiäre Vorstellungen und Möglichkeiten widerspiegeln. In München-Ost ist der Ausländeranteil mit 23,5 % im Vergleich zum Ausländeranteil in Bayern (9,5 %) sehr hoch, unterscheidet sich jedoch nicht wesentlich vom Ausländeranteil in der gesamten Kreisstadt München (23,0 %).

Mit einem Altersdurchschnitt von 41,7 Jahren liegt die Bevölkerung Münchens unter dem Altersdurchschnitt der bayerischen Bevölkerung (42,2 Jahre), was ebenfalls an der Alterstruktur der Stadtbezirke in der Modellregion sichtbar wird. Die für das ‚Leuchtturmprojekt Demenz‘ relevanten höheren Altersgruppen sind ungleich verteilt: In vier der sechs Stadtbezirke unterschreitet der Anteil der über 65jährigen den städtischen Durchschnittswert von 17,6 %, hingegen liegt der Anteil im Stadtteil Rammersdorf leicht sowie in Untergiesing und Harlaching deutlich über dem Durchschnittswert (vgl. Darstellung 4). Da demenzielle Erkrankungen altersinduziert sind, ist in den letztgenannten Stadtteilen daher mit einer größeren Zahl Demenzkranker zu rechnen.

In der Modellregion München-Ost wie auch im gesamten Stadtgebiet leben mehr als die Hälfte der Menschen in Singlehaushalten. Diese soziodemographische Kennzahl ist unter anderem für die Versorgung Demenzkranker von großem Interesse, weil in diesen Fällen primäre soziale Netze (Angehörige) häufig ausgedünnt sind. Mit fortschreitendem Alter besteht die Gefahr gesellschaftlicher Isolation, und es bleiben Versorgungsbedarfe unerkannt.

Darstellung 4 Anteil der über 65jährigen in der Modellregion München-Ost

Kreisstadt München / Stadtbezirke	Anteil der 65jährigen und älteren in Prozent
München (gesamt)	17,6 %
München-Ost	17,3 %
Au - Haidhausen	14,2 %
Berg am Laim	17,5 %
Trudering - Riem	15,3 %
Ramersdorf - Perlach	18,7 %
Obergiesing	16,4 %
Untergiesing und Harlaching	20,3 %

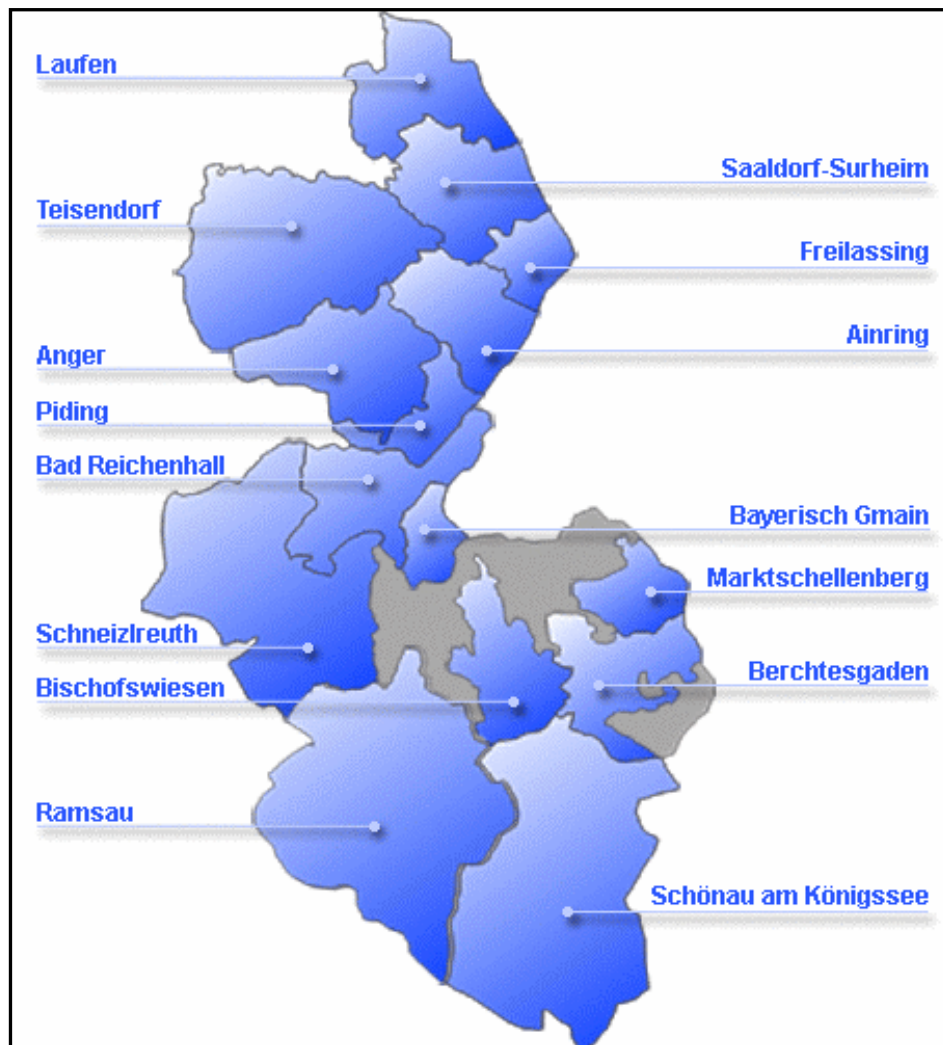
Quelle: IfaS 2009; „Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern“. Eigene Berechnungen nach Angaben der Landeshauptstadt München Sozialreferat (a) 2007 und des Statistischen Amtes-ZIMAS; Stand: 31.12.2007.

1.4 Vorstellung der ländlichen Modellregion Berchtesgadener Land (BGL)

Das Berchtesgadener Land liegt im Südosten Bayerns im Regierungsbezirk Oberbayern. Mit seinen 102.383 Einwohnern in drei Städten, drei Märkten und neun Gemeinden ist das Berchtesgadener Land nicht nur durch seine landschaftliche Attraktivität, sondern vor allem durch drei geographische Regionen geprägt: „Die voralpine um Laufen und Freilassing, die alpine um Bad Reichenhall und die hochalpine um Berchtesgaden“ (Wirtschaftsförderungsgesellschaft 2006: S. 1f.). Topographisch stellt die Modellregion für die ambulante Arbeit eine Herausforderung dar: Beispielsweise müssen Gebirgsstöcke umfahren werden, sind Einödhöfe in Hanglage lediglich über enge Stichstraßen erreichbar oder im Winter Straßen nicht befahrbar.

Siedlungsschwerpunkte sind die Kreisstadt Bad Reichenhall und die Stadt Freilassing. Der Ausländeranteil im Berchtesgadener Land liegt mit 11,5 % zwar über dem Landesdurchschnitt von 9,5 %, die Ausländer sind jedoch zu 88,6 % österreichischer Herkunft (vgl. Wirtschaftsförderungsgesellschaft 2006: S. 3). Die Arbeitslosenquote beträgt 5,4 %, was ungefähr dem Landesdurchschnitt entspricht. Starke Wanderungsbewegungen in den vergangenen Jahren führten zu einem Bevölkerungswachstum von ca. 10 % (vgl. Demographiebericht 2008: S.3f.). Die folgende Darstellung 5 bildet die Modellregion BGL ab.

Darstellung 5 Modellregion Berchtesgadener Land



Quelle: IfaS 2009; „Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern“.

Im Berchtesgadener Land ist eine ausgeprägte Überalterung der Bevölkerung festzustellen. Für die Bevölkerung in der Modellregion errechnet sich ein Altersdurchschnitt von 44,1 Jahren (Bayern: 42,2 Jahre); zwei Drittel der Städte und Gemeinden weisen eine überdurchschnittlich ältere Bevölkerung auf; z. B. Bad Reichenhall (48,6 Jahre), gefolgt von Berchtesgaden (47,9 Jahre), Bischofswiesen (45 Jahre) und Freilassing (44,1 Jahre). „Junge“ Gemeinden sind Saaldorf-Surheim (39,9 Jahre) und Teisendorf (40,8 Jahre). Der Anteil der 65jährigen und älteren beträgt im Landkreis BGL 22,6 %, besonders hoch ist dieser in Bad Reichenhall (30,6 %) und Bayerisch Gmain (26,1 %) ² (vgl. Darstellung 6).

² Die statistischen Angaben zu Bevölkerungszahlen und Altersgruppen in Gemeinden des Berchtesgadener Landes basieren auf Angaben der Gemeinden. Daten zu Berchtesgaden,

**Darstellung 6 Anteil der über 65jährigen
in der Modellregion Berchtesgadener Land**

Gemeinden im Berchtesgadener Land	Anteil der 65jährigen und älteren in Prozent
BGL gesamt	22,6%
Ainring	21,4%
Anger	16,6%
Bad Reichenhall	30,6%
Bayerisch Gmain	26,1%
Berchtesgaden	-
Bischofswiesen	-
Freilassing	21,0%
Laufen	20,1%
Marktschellenberg	18,1%
Piding	-
Ramsau	-
Saaldorf-Surheim	15,5%
Schneizlreuth	19,3%
Schönau a. Königssee	20,8%
Teisendorf	-

Quelle: IfaS 2009; „Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern“.
Eigene Berechnungen nach Angaben der kreisangehörigen Gemeinden; Stand: 31.12.2007/05.01.2008.

Der Anteil an SeniorInnen über 80 Jahren wird in den kommenden Jahren stark anwachsen, was innovative Betreuungskonzepte notwendig macht (vgl. Landratsamt Berchtesgadener Land 2008: S. 62). Auffällig ist, dass der Anteil über 75jähriger BewohnerInnen des Berchtesgadener Landes (10,45 %) zwei Prozentpunkte höher liegt als der bundesdeutsche Durchschnitt von 8,48 % (vgl. Statistisches Bundesamt/Statistisches Landesamt 2007) und überdurchschnittlich viele über Hundertjährige im Landkreis BGL leben. Im Vergleich zur Modellregion M-Ost ist die Zahl der Singlehaushalte deutlich geringer.

Bischofswiesen, Piding, Ramsau und Teisendorf waren nicht erhältlich, weshalb keine Aussage über die dortige Altersstruktur und Einwohnerzahl gemacht werden kann.



1.5 Gender Mainstreaming Aspekte

Für das Projekt Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern IDOB spielt der Genderaspekt im Hinblick auf die Versorgungsplanung demenziell erkrankter PatientInnen eine wesentliche Rolle und wird konsequent in allen Erhebungen, Auswertungen und Versorgungsplanungen berücksichtigt.

In medizinischen Studien zur Demenzerkrankung sind in Zusammenhang mit geschlechtsspezifischen Analysen insbesondere folgende Aspekte relevant, zu denen sich besonders auf der Grundlage der EURODEM-Studie differenzierte Aussagen machen lassen. Als ein Ergebnis der Studie zeigte sich, dass das Risiko für Frauen ab dem 85. Lebensjahr an Altersdemenz zu erkranken, signifikant erhöht ist. Auch in Untersuchungen zum Krankheitsverlauf spielt der Geschlechtstypus eine wesentliche Rolle. Bei der Betrachtung einzelner kognitiver Funktionsbereiche wie der Sprach- und Orientierungsleistungen hatten Frauen deutlich stärkere Leistungseinbußen (vgl. Kunz/Lautenbacher 2007, S. 286ff.).

Da sich das Projekt IDOB bei der Implementierung, Weiterentwicklung und Evaluation am individuellen Versorgungsbedarf ausrichtet, wird auf eine geschlechterdifferenzierte Erhebung und Auswertung von Daten Wert gelegt.

Bei der Evaluation des Behandlungserfolgs wird unter den personenbezogenen PatientInnendaten neben anderen soziodemographischen Daten das Geschlecht erfasst. Auf dieser Grundlage können geschlechtsspezifische Krankheitsbilder sowie spezifische Über-, Unter- und Fehlversorgungen von Männern und Frauen ausgewertet werden.

Differenzierte Aussagen über geschlechtsspezifische Befunde zu Ressourcen und Beeinträchtigungen von PatientInnen liefert das Assessment. Mit dem Assessmentbogen werden Daten zu den Bereichen physiologisch-biologische, sozio-strukturelle und psychisch-geistige Faktoren erfasst, die in Folge zu einer individuellen bzw. geschlechtsspezifischen Dokumentation und Organisation der Versorgungsplanung führen. Entsprechende Angaben finden sich in den Auswertungskapiteln dieses Zwischenberichts an geeigneter Stelle.

2 Erreichte Zwischenergebnisse

2.1 Evaluation von Versorgungsstrukturen

Die „Evaluation von Versorgungsstrukturen“ ist Schwerpunkt im Themenfeld 2 des Förderprogramms ‚Leuchtturmprojekte Demenz‘ des Bundesgesundheitsministeriums. Basierend auf den aktuell in der Literatur diskutierten epidemiologischen Kennzahlen (vgl. Bickel 2002: S. 10f., Bickel/Weyerer 2007: S. 67f.)³ werden in den folgenden zwei Unterkapiteln Prävalenz und Inzidenz demenzieller Erkrankungen in den Modellregionen abgeschätzt und eine Prognose vorgenommen.

Umfangreiche Studien beziffern die Prävalenzrate demenzieller Erkrankungen in Deutschland und anderen Industrieländern auf zwischen sechs und neun Prozent der Menschen im Alter von über 65 Jahren (vgl. Bickel 2008: S. 1). Bezüglich der Inzidenzraten ist zu beachten, dass die Zahl der Neuerkrankungen aufgrund der großen Streuung der Durchschnittswerte nur relativ unverlässlich geschätzt werden kann. Aussagekräftiger sind daher Zahlen zur Prävalenz (vgl. Bickel/Weyerer 2007: S. 70). Neuesten Informationen zufolge steigt das jährliche Neuerkrankungsrisiko von durchschnittlich 0,4 % unter den 65- bis 69jährigen bis auf über 10 % unter den Hochbetagten an (vgl. Bickel 2008: S. 1).

Prognosen sind insgesamt vorsichtig zu betrachten. Weil es nicht möglich ist, Annahmen über den künftigen Erfolg von Präventions- und Behandlungsmaßnahmen zu machen, wird üblicherweise von konstant bleibenden altersspezifischen Prävalenzraten ausgegangen (vgl. Bickel/Weyerer 2007: S. 200, Bickel, 2008: S. 1f.). Diesen Schätzungen zufolge wird aufgrund der wachsenden Zahl über 65jähriger die Zahl derjenigen, die an Demenz erkranken, im Bundesgebiet um insgesamt ca. sieben Millionen zunehmen (vgl. Bickel 2008: S. 2).

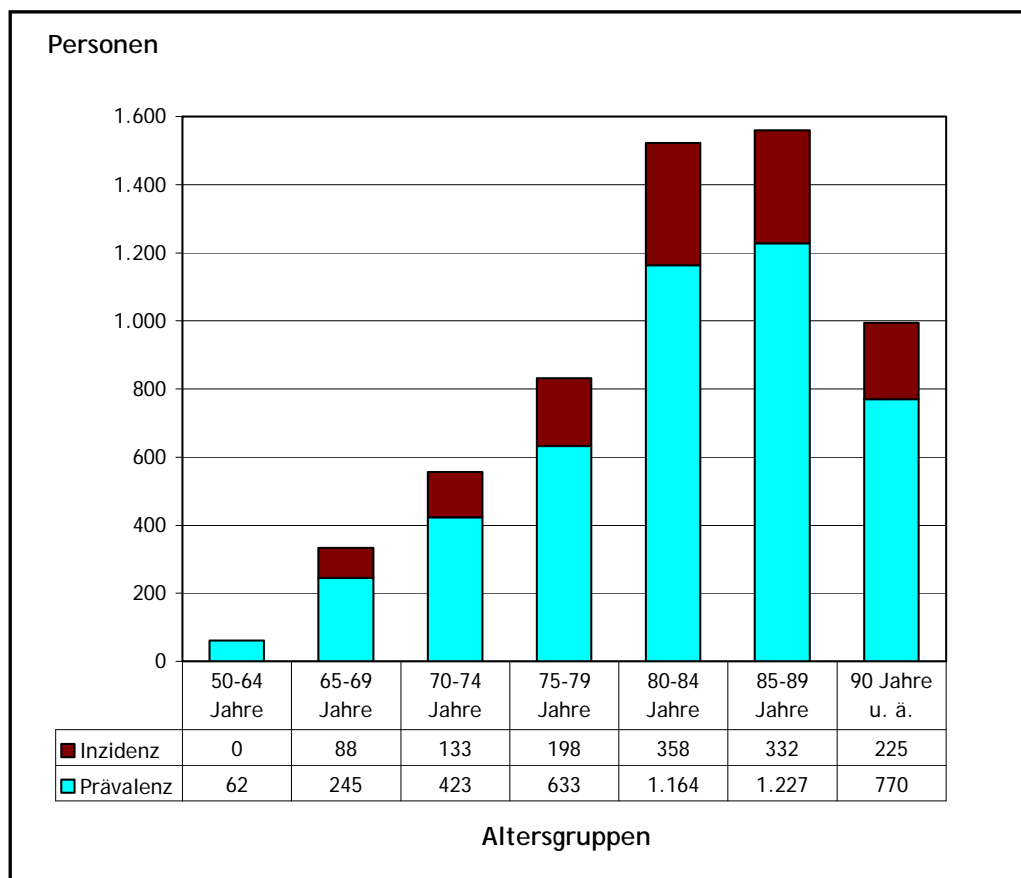
³ Diesen Kennzahlen zufolge beträgt die Prävalenz in der Altersgruppe der 50- bis 64jährigen 0,1 %, in der Altersgruppe der 65- bis 69jährigen 1,2 %, in der Altersgruppe der 70- bis 74jährigen 2,8 %, in der Altersgruppe der 75- bis 79jährigen 6,0 %, in der Altersgruppe der 80- bis 84jährigen 13,3 %, in der Altersgruppe der 85- bis 89jährigen 23,9 % und in der Altersgruppe der 90jährigen und älteren 34,6 %.



2.1.1 Epidemiologische Daten zu demenziellen Erkrankungen in der Versorgungsregion München-Ost

Zum Stichtag 31.12.2007 beträgt die Prävalenz demenzieller Erkrankungen in der Modellregion M-Ost schätzungsweise 4.102 Personen. Dabei entfallen auf die Stadtteile mit einem vergleichsweise höheren Anteil einer älteren Bevölkerung die meisten demenziell Erkrankten (Giesing-Harlaching ca. 1.496 PatientInnen, Ramersdorf-Perlach 1.113 PatientInnen). Im Stadtteil Au-Haidhausen leben 2007 schätzungsweise 572 Demenzkranke, im Stadtteil Trudering-Riem 492 Demenzkranke, und im Stadtteil Berg am Laim 429 Demenzkranke. Im Jahr 2007 kamen in München-Ost in der Bevölkerung ab einem Alter von 65 Jahren geschätzte 1.334 demenzielle Neuerkrankungen dazu (vgl. Darstellung 7).

**Darstellung 7 Modellregion M-Ost
 Prävalenz und Inzidenz demenzieller Erkrankungen 2007**



Quelle: IfaS 2009; „Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern“.
 Eigene Hochrechnung nach Bickel 2002: S.10f; Landeshauptstadt München Sozialreferat (a) 2007.

Der demographische Wandel der bundesdeutschen Bevölkerung⁴ bildet sich auch in der Prognose der Entwicklung des Krankheitsaufkommens demenzieller Erkrankungen für die Stadt München (und damit auch für die Modellregion M-Ost) ab. Legt man die regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für Bayern zugrunde und geht man außerdem davon aus, dass im Betrachtungszeitraum kein durchschlagender Erfolg in der Behandlung und Heilung demenzieller Erkrankungen erzielt wird, errechnet sich die in Darstellung 8 ausgewiesene Prognose.

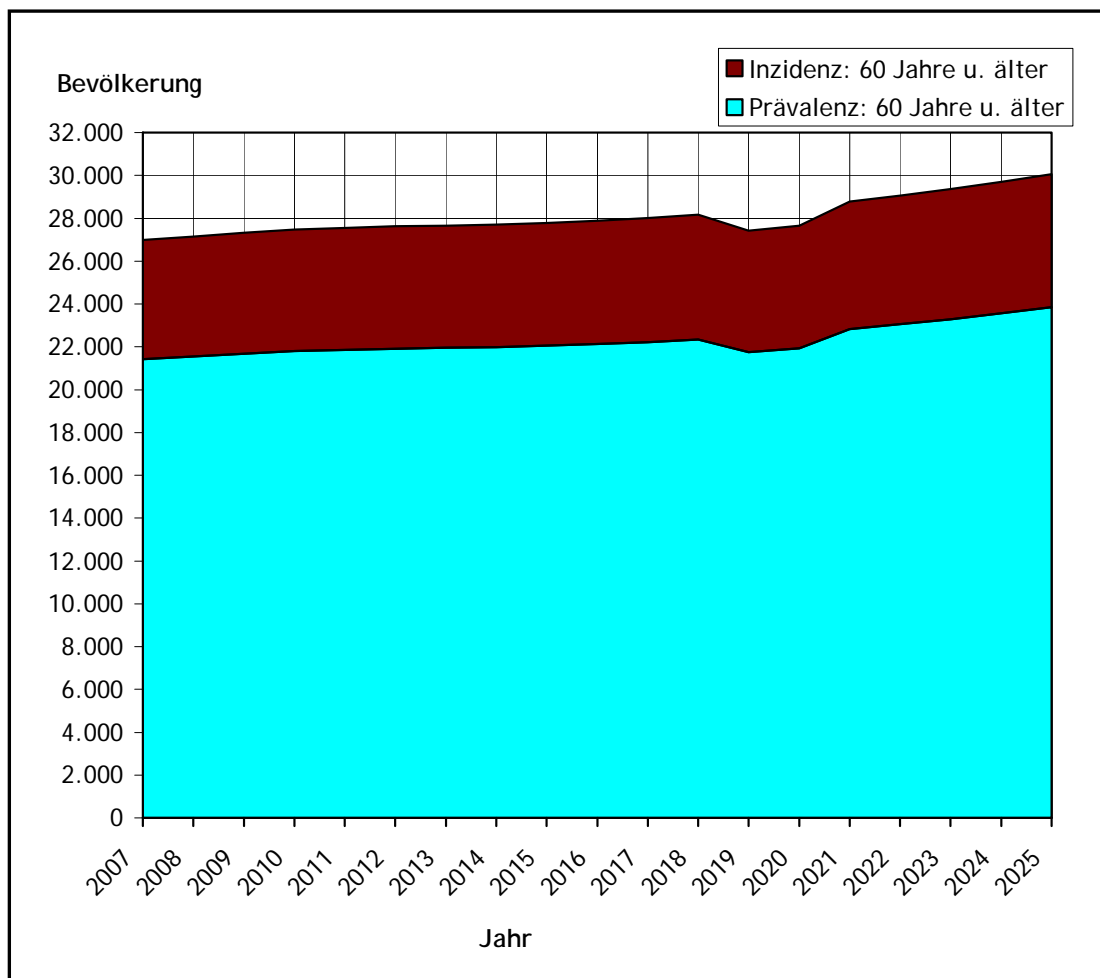
Im Vergleich zur bundesdeutschen Gesamtbevölkerung wird dabei die Zahl demenziell erkrankter Menschen in München nochmals stärker ansteigen, da sich der Anteil der über 60jährigen um 1,1 Prozentpunkte (von 23,8 % auf 24,3 %) erhöht⁵. Zwischen den Jahren 2020 und 2025 ist ein überproportionaler Anstieg der Zahl der Demenzkranken zu erwarten. Doch die Kurve verläuft nicht linear, und es ist im Jahr 2019 punktuell mit einem leichten Rückgang zu rechnen.

⁴ Vgl. unter anderem Veröffentlichungen von Bickel/Weyerer 2007; Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2008; Statistisches Bundesamt 2006.

⁵ Der regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung für München ist die 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung der Länder zugrunde gelegt. Berechnet wird jedoch nur eine einzige, für die regionale Planung tragfähige Variante, in die regionale Besonderheiten in Bezug auf Geburtenzahlen, Sterblichkeitsrate, Wanderungssaldo und Einwohnerstand einbezogen werden.



Darstellung 8 Epidemiologie demenzieller Erkrankungen Prognose für die Modellregion München-Ost



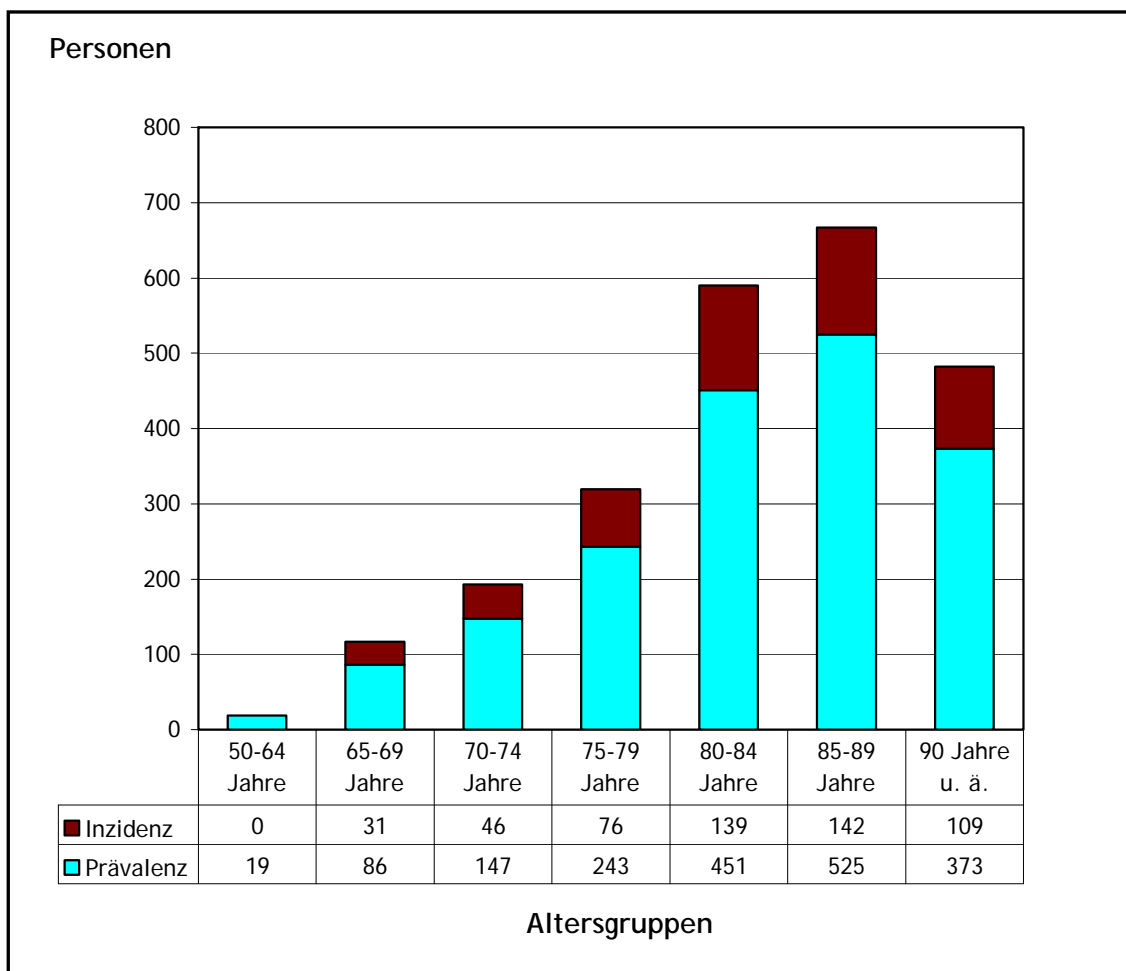
Quelle: IfaS 2009; „Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern“.
Eigene Hochrechnung nach Bickel 2002: S.10f; Landeshauptstadt München Sozialreferat (a) 2007;
Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung 2007.

Anmerkung: Aufgrund nicht übereinstimmender Altersgruppen wird die Prävalenzrate der 65jährigen und älteren (7,1%) zugrunde gelegt, geringe Abweichungen werden in Kauf genommen.

2.1.2 Epidemiologische Daten zu demenziellen Erkrankungen in der Versorgungsregion Berchtesgadener Land

In der Modellregion Berchtesgadener Land lebten Ende des Jahres 2007 ca. 1.844 demenziell erkrankten PatientInnen, hinzu addieren sich jährlich etwa 543 Neuerkrankungen (vgl. Darstellung 9). Eine Konzentration der Fallzahlen ist vor allem in Freilassing, Laufen, Schönau und Saaldorf-Surheim zu beobachten.

**Darstellung 9 Modellregion BGL
Prävalenz und Inzidenz demenzieller Erkrankungen 2007**

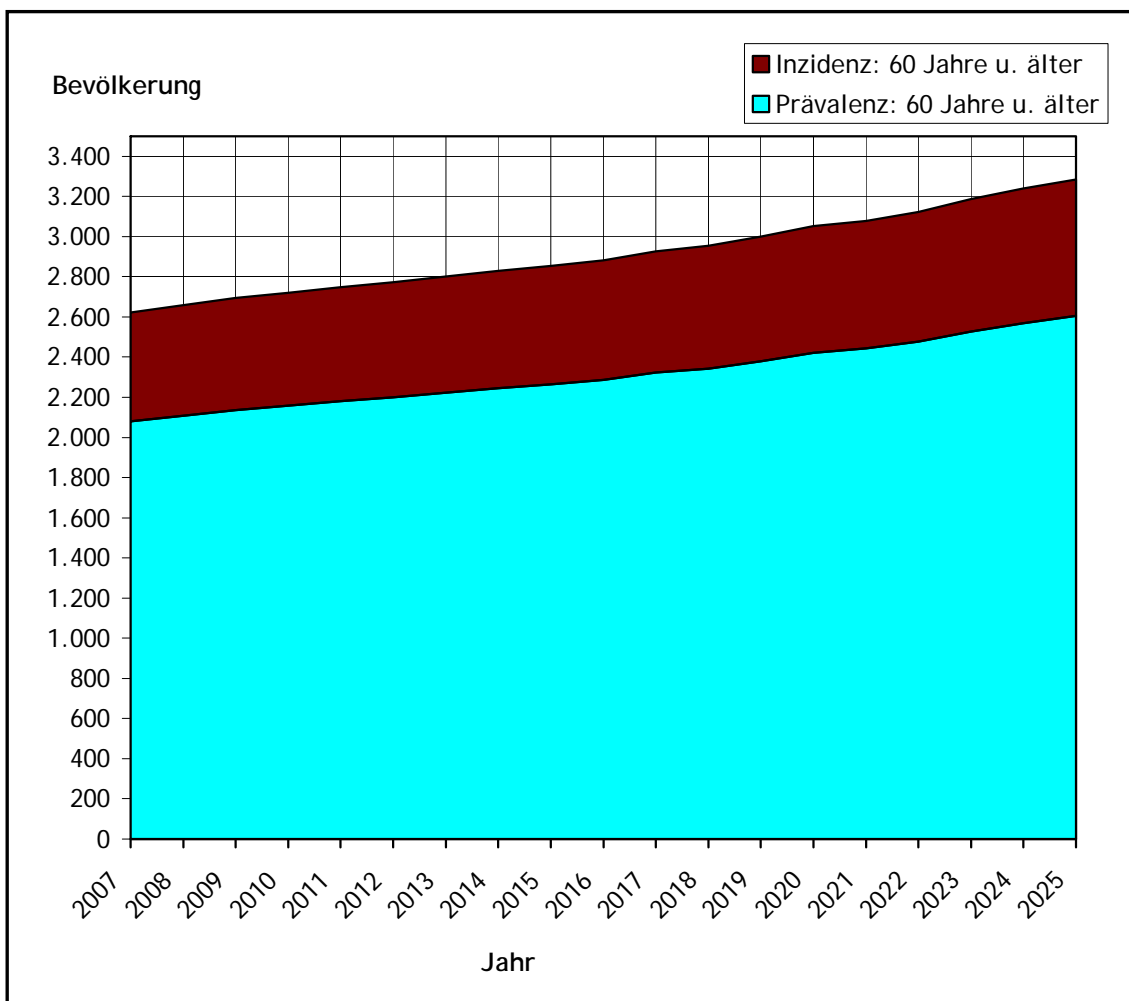


Quelle: IfaS 2009; „Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern“.
Eigene Hochrechnung nach Bickel 2002: S.10f; Landeshauptstadt München Sozialreferat (a) 2007;
Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (Hg.) 2007.



Der Hochrechnung zufolge ist in der Modellregion Berchtesgadener Land eher mit einer linearen, aber dennoch kontinuierlichen Zunahme von Demenzerkrankungen zu rechnen, so dass die Zahl demenziell Erkrankter in den Jahren 2007 bis 2025 jährlich um ca. 520 PatientInnen ansteigt (vgl. Darstellung 10). Der Anteil der 60jährigen und älteren an der Landkreisbevölkerung erhöht sich um etwa 5,9 Prozentpunkte von 28,4 % auf 34,3 %. Aktuell muss jährlich mit geschätzten 543 Neuerkrankungen gerechnet werden, bis zum Jahr 2025 wird die Zahl auf circa 679 PatientInnen angestiegen sein.

**Darstellung 10 Modellregion BGL
Prävalenz und Inzidenz demenzieller Erkrankungen 2007**



Quelle: IfaS 2009; „Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern“.
Eigene Hochrechnung nach Bickel 2002: S.10f; Landeshauptstadt München Sozialreferat (a) 2007;
Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung 2007.

Anmerkung: Aufgrund nicht übereinstimmender Altersgruppen wird die Prävalenzrate der 65jährigen und älteren (7,1%) zugrunde gelegt, geringe Abweichungen werden in Kauf genommen.

2.1.3 Das Versorgungsangebot für Demenzkranke in der Modellregion München-Ost

In der Versorgungsforschung wird zwischen der Bedarfs- und Inanspruchnahmesituation Betroffener unterschieden. Während sich die Bedarfsforschung mit der Erhebung von subjektiven und objektiven Versorgungsbedarfen beschäftigt, setzt sich die Inanspruchnahmeforschung mit der real möglichen Inanspruchnahme von Leistungen im Versorgungsgebiet (z.B. Umfang und Qualität der Versorgungsleistungen) auseinander (vgl. Pfaff 2003: S. 17).

Bei der Gruppe demenziell Erkrankter klaffen Bedarf und Inanspruchnahmemöglichkeiten besonders weit auseinander. Bedingt durch Alter, Multimorbidität und die Demenzsymptomatik fällt es den Betroffenen zunehmend schwer, sich die notwendigen Hilfen zu beschaffen. Häufig ist es somit das (nicht-)professionelle Umfeld, das unterstützend eingreifen und für die Bedarfsdeckung sorgen muss, soweit eine Finanzierung über das SGB V, SGB XI, SGB XII möglich oder Privatvermögen vorhanden ist.

Aufgabe der ProjektmitarbeiterInnen ist es unter anderem, die notwendige Demenzversorgung patientInnengerecht unter Einbeziehung der regionalen Versorgungsangebote auszugestalten. An diesem Punkt werden die Stadt-Land-Unterschiede besonders deutlich: Während in der Modellregion München-Ost eine Vielzahl von ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungseinrichtungen vorhanden ist und diese Vielfalt zu Unübersichtlichkeit und Überforderungssituationen führt, ist das Versorgungsangebot für Demenzkranke im ländlichen Raum eher begrenzt bzw. bezieht sich auf einzelne Siedlungsschwerpunkte.

Das Angebot der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung in München-Ost ist differenziert ausgestaltet. In allen Stadtbezirken werden die für die PatientInnen-gruppe notwendigen Dienstleistungen in den Bereichen Rehabilitation, medizinische Versorgung, Tagesstrukturierung, Pflege sowie Ehrenamt/Nachbarschaftshilfe flächendeckend angeboten. Manche Dienstleistungen erbringen Anbieter außerhalb der Bezirke. Hauswirtschaftliche Arbeiten übernehmen Pflegedienste, die diese - im Gegensatz zu professionellen Hauswirtschaftsdiensten - bei der Pflegekasse abrechnen können. Ebenfalls in allen Bezirken vorhanden sind Angehörigengruppen.

Die Alzheimer Gesellschaft e.V. hat für München bereits im Jahr 2006 einen Demenz-Wegweiser veröffentlicht und darin auf die verschiedenen Versorgungsangebote verwiesen. In den Stadtbezirken des Münchner Ostens gibt es zurzeit neun Alten- und Servicezentren, die neben Beratung und Informationsveranstaltungen zahlreiche weitere - zumeist kostenpflichtige - Angebote für Demenzkranke bereithalten; beispielsweise Mittagstisch, Tagesbetreuung, Betreuungsgruppen, Besuchsdienst, Be-



gleitdienst zu Veranstaltungen, hauswirtschaftliche Hilfen, ehrenamtliche HelferInnen (vgl. Alzheimer Gesellschaft München 2006: S. 52-78). Die Beratung ist niedrigschwellig, Hausbesuche werden von fast allen Zentren angeboten. Einschränkend muss jedoch bemerkt werden, dass die Zuständigkeit für demenziell Erkrankte erst vor einigen Jahren wieder an die Alten- und Servicezentren delegiert wurde, allerdings ohne eine Aufstockung des Personals und dessen fachliche Weiterqualifizierung in der Thematik Demenz. Die Alten- und Servicezentren können daher Angebote für demenziell Erkrankte nur in kleinem Rahmen anbieten und sind überlastet.

Bedarf an mehr Angeboten besteht vor allem bei Besuchsdiensten und Betreuungsgruppen. Da seit der Pflegereform Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige mit erhöhtem Betreuungsbedarf gemäß §45b SGB XI in größerem Umfang abgerechnet werden können, werden diese Angebote vermehrt in Anspruch genommen; mittlerweile mussten die Anbieter Wartelisten einführen. Auch HelferInnen oder Angebote zur Tagespflege werden in größerem Ausmaß, als bisher vorhanden, benötigt. Angebote sind zwar flächendeckend verfügbar, die Einrichtungen sind jedoch voll ausgelastet.

Wie bereits beschrieben, ist für die Bedarfsdeckung demenziell Erkrankter die aufsuchende Hilfe von besonderer Bedeutung. Typisch für eine Großstadt wie München ist beispielsweise die große Zahl an Haus- und Fachärzten. Trotz dieser guten Versorgungslage machen die wenigsten Haus- und Fachärzte noch Hausbesuche; zum einen aufgrund ungenügender Vergütung der Hausbesuche, zum anderen aufgrund von Überlastung durch zu viele PatientInnen. Ganz anders ist die Situation bei den Rehabilitationseinrichtungen, die einer Behandlung beim Patienten/bei der Patientin meist zustimmen. In allen Stadtbezirken der Modellregion fehlen Fahrdienste, die PatientInnen zu Dienstleistungen hin bzw. wieder nach Hause zu fahren. Viele Betroffene können sich ein Taxi finanziell nicht leisten. Hinzu kommt, dass demenzielle Erkrankungen im fortschreitenden Krankheitsverlauf mit räumlicher Desorientierung einhergehen und es für Demenzkranke schwer bis unmöglich wird, Wege alleine zu bewältigen (z. B. mit öffentlichen Verkehrsmitteln). Da jedoch nur bei bestimmten Dienstleistungen, wie beispielsweise der Tagespflege, ein Hol- und Bringdienst integriert ist, kommt es häufig vor, dass PatientInnen, wenn sie in IDOB aufgenommen werden, keinen Haus- oder Facharzt besitzen bzw. keine der benötigten Hilfen in Anspruch nehmen können.

In der Modellregion München-Ost trifft der Versorgungsmanager auf eine Reihe institutionalisierter Formen der interdisziplinären Zusammenarbeit zu den Themen Versorgung von SeniorInnen, Pflege und Demenz. Besonders hervorzuheben sind die Aktivitäten von „REGSAM“, den Regionalen Netzwerken für Soziale Arbeit in München. REGSAM bietet allein in der Modellregion München-Ost ca. acht Öffentliche Arbeitskreise Altenhilfe bzw. Runde Tische an. Der Versorgungsmanager von IDOB nimmt an

Gremien von REGSAM, der MARGE (Münchner Arbeitsgemeinschaft Gerontopsychiatrie) und AGVB (Ambulanter Gerontopsychiatrischer Verbund Bayern) teil und unterstützt damit die Weiterentwicklung regionaler Versorgungsstrukturen.

Die große Vielfalt von ambulanten gerontopsychiatrischen Hilfen in München-Ost führt zu einer Unübersichtlichkeit im Hilfesystem; trotz vorhandener Arbeitsgemeinschaften fehlen verbindliche Netzwerke der Kommunikation und Koordination. Auswirkungen zeigen sich sowohl auf der Ebene des Einzelfalls in einer ungenügenden Versorgung von PatientInnen durch Informations- und Planungsdefizite, als auch auf der Systemebene im Verhindern von Synergieeffekten und von Lösungswegen zum Schließen der Versorgungslücken.

Bereits nach einem Projektjahr zeigt sich die Bedeutsamkeit der Zielrichtung des Modellprogramms im Themenschwerpunkt 2, **regionale Versorgungsstrukturen weiterzuentwickeln**: In einer städtischen Region wie München-Ost mit einem gut ausgestatteten und vielgestaltigen Versorgungsangebot, bedarf es eines strategischen Aufbaus regionaler Versorgungsverbünde mit einer zentralen Koordinierungsstelle, wie sie IDOB im ‚Leuchtturmprojekt Demenz‘ wahrnimmt. Demzufolge besteht weniger ein Bedarf an einer Ausweitung des Angebots als an einer Flexibilisierung desselben, um für die komplexen Lebenslagen der PatientInnen individuelle und kreative Lösungen bereithalten zu können. Die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen zielt ab auf eine „verbindliche, ineinander greifende, interdisziplinäre Versorgungskooperation“ (Schäfer-Walkmann 2009: S. 296).

2.1.4 Das Versorgungsangebot für Demenzkranke in der Modellregion Berchtesgadener Land

In Kapitel 1.4 wurde erwähnt, dass die Modellregion Berchtesgadener Land stark durch die (vor-)alpine Landschaft geprägt ist. Diese geographischen Gegebenheiten beeinflussen die Versorgungslage, da die Fahrwege meist über kurvige, enge Straßen führen und eine schlechte Anbindung mit öffentlichen Verkehrsmitteln besteht.

Im Berchtesgadener Land flächendeckend verfügbar sind physiotherapeutische und logopädische Angebote, Ergotherapie fehlt v.a. im Süden des Landkreises. Von einer Bedarfsdeckung kann auch hier nicht gesprochen werden; Haus- und Fachärzte geben selten Rezepte für diese Leistungen aus, da pro DemenzpatientIn und Quartal nur insgesamt ca. 8 € für Logopädie, Ergo- und Physiotherapie vorhanden sind. Die Allgemein- und Fachärzte sind im gesamten Landkreis gut erreichbar, wenn auch aufgrund der ländlichen Strukturen nicht in so großer Zahl vorhanden wie in städtischen Gebieten. Allerdings machen niedergelassene Ärzte, im Gegensatz zu München-Ost, im Berchtesgadener Land – hauptsächlich im Notfall und selten regelmäßig – Hausbesuche bei den PatientInnen.



Der Bedarf an niedrigschwelligen tagesstrukturierenden Angeboten kann durch die vorhandenen Angebote im Landkreis nicht annähernd gedeckt werden. Nur drei tagesstrukturierende Angebote sind im südlichen und nördlichen Raum der Region verfügbar. Für PatientInnen ohne Pflegebedarf wird zudem im mittleren Teil des Landkreises ein Angebot bereitgehalten.

Im gesamten Landkreis vorhanden sind Beratungsangebote, Selbsthilfegruppen für Angehörige und ehrenamtliche HelferInnen. Die Nachfrage der Angehörigen nach Besuchsdiensten übersteigt die Kapazität der vorhandenen Angebote jedoch deutlich, was zu fehlenden Entlastungsmöglichkeiten führt. Auf Initiative von IDOB und der Alzheimer Gesellschaft BGL e.V. werden daher ab Herbst 2009 neue HelferInnen geschult.

Die für ältere und demenziell Erkrankte notwendigen **aufsuchenden Hilfen** werden lediglich von ambulanten Pflegediensten, Angehörigenberatungsstellen sowie z.T. von Haus- und Fachärzten angeboten; hier besteht im gesamten Landkreis die Notwendigkeit zur Weiterentwicklung und Anpassung des Angebots für demenziell Erkrankte.

Im Berchtesgadener Land konzentrieren sich die ambulanten gerontopsychiatrischen Hilfen vor allem auf Bad Reichenhall, Freilassing, Berchtesgaden und Laufen. Besonders für PatientInnen außerhalb der Städte und größeren Gemeinden wird die Inanspruchnahme von Dienstleistungen daher durch die weiten Anfahrtswege und abseitige Lage erschwert. Viele PatientInnen wohnen auf einsamen Gehöften außerhalb der normalen Fahrtrouten. Aufsuchende Hilfen gibt es kaum, so dass eine Inanspruchnahme der Leistung nur durch Fahrdienste (Rotes Kreuz/Malteser) oder Taxis ermöglicht wird; dabei kommen auf die weiter entfernt wohnenden PatientInnen zusätzliche Kosten von bis zu 40 € pro in Anspruch genommene Dienstleistung⁶ zu, was trotz vorhandener Angebote zu einer ungenügenden Bedarfsdeckung führt.

Die Versorgungsprobleme im Berchtesgadener Land sind geradezu „typisch“ für ländliche Regionen: Im Gegensatz zum vielfältigen Angebot in München-Ost, das unübersichtlich ist und aufgrund fehlender Abstimmung der verschiedenen Versorger eher zu einer Fehl- bzw. Überversorgung der DemenzpatientInnen führt, ist die Versorgungslandschaft im Berchtesgadener Land vor allem durch eine Konzentration einzelner Versorgungsangebote in den größeren Städten, Märkten und Gemeinden geprägt. Die Gefahr ist groß, dass DemenzpatientInnen, die abseits der Siedlungsschwerpunkte leben, unter- bzw. unversorgt bleiben.

⁶ Informationen der Versorgungsmanagerin zufolge werden pro km 0,50 € verlangt, wobei bei Beförderung zum Zielort Hin- und Rückfahrt des Fahrdienstes bezahlt werden müssen.

Jedoch sind die Anbieter in ländlichen Versorgungsregionen stärker auf Kommunikation und Absprachen untereinander angewiesen, was zu einer besseren Kooperation und Vernetzung führen kann. Die Verantwortung für hilfebedürftige Personen liegt dabei aber bei einer kleinen Anzahl von Dienstleistungserbringern. Umso wichtiger ist es in ländlichen Regionen, Zeit und Personal besser zu bündeln und durch eine gezielte Weiterentwicklung von Kommunikations- und Kooperationsstrukturen Synergieeffekte zu schaffen und Versorgungslücken zu schließen.

2.1.5 Systematische Zusammenarbeit im Versorgungsverbund

Im Zusammenhang mit der anvisierten Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen im ‚Leuchtturmprojekt Demenz‘ stehen unter anderem die Ausgestaltung und regionale Verankerung integrierter Versorgungsverbände im Mittelpunkt der Projektaktivitäten. Dabei geht es um mehr als um eine regelmäßige Kommunikation oder eine Abstimmung unterschiedlicher Anbieter in der jeweiligen Versorgungsregion. Vielmehr sollen sich lose Zusammenschlüsse zu regionalen Netzwerkstrukturen und in der Folge zu integrierten Versorgungsverbänden ausdifferenzieren, *„in denen Menschen in Fürsorge, als Selbstsorgende und als Umsorgte aufeinander bezogen sind“* (Wendt/Wörle 2007: S. 70; Hervorhebung im Original).

„In einer institutionstheoretischen Perspektive beschreibt „Integrierte Versorgung“ im Gesundheitswesen strukturell gebahnte und gesellschaftlich legitimierte Problemlösungsversuche abgestimmten und koordinierten Handelns verschiedener Akteure über sektorale Grenzen hinweg“ (Schäfer-Walkmann 2009: S. 297). Die traditionell monodisziplinär organisierte, sektoral gegliederte, fragmentierte und wenig abgestimmte Versorgung im Krankheits- und Pflegefall wird abgelöst durch verbindliche, ineinander greifende, interdisziplinäre Versorgungskooperationen. In den komplexen Versorgungszusammenhängen, die im ‚Leuchtturmprojekt Demenz‘ IDOB offen zutage treten, wird im professionellen Handeln der Verbundmanager die Relevanz sozialarbeitstheoretischer Bezüge und Handlungskonzepte deutlich: „Hier geht es um Alltagsbewältigung in einer schwierigen Lebenssituation, psychosoziale Krisen, komplexe gesundheitliche Problemlagen, soziale Beziehungen und Bezüge, Ressourcenmobilisierung sozialen Ausgleich, Materialisierung und Steuerung von Leistungen und vieles andere mehr“ (Schäfer-Walkmann 2009: S. 301). IDOB ist verortet in der Lebenswelt der DemenzpatientInnen, setzt an individuellen Versorgungsbedarfen und -notwendigkeiten an und schlägt den Bogen zur strategischen Ausrichtung der Gesundheitspolitik mit ihren deregulativen, wettbewerblichen und marktgängigen Elementen.



Erklärtes Ziel des ‚Leuchtturmprojekts Demenz‘ ist auch, die Möglichkeiten moderner Technologie zur Unterstützung dieser Entwicklungsprozesse auszuloten. Die Herausforderung moderner Versorgungsverbünde scheint in dem Wechselspiel von einerseits systembedingt notwendiger zentraler Steuerung und andererseits der politisch gewollten Dezentralisierung und Verteilung von Versorgungsleistungen und Lotsenfunktionen zu liegen. Soll IDOB nicht nur regional in der konkreten Ausgestaltung, sondern auch andersorts transportierbar als abstrahierbare Idee oder kopierbare Infrastruktur erfolgreich sein, bedarf es einiger Überlegungen, wie die Verbundstruktur formalisiert und durch IT-Unterstützung realisiert werden kann.

Im Rahmen der Modellerprobung folgt man einem Mehr-Ebenen-Modell des Wissensmanagements, welches die komplexen Strukturen und Bezüge in IDOB abbildet. Dabei ist auf der mittleren Ebene zu beobachten, dass einzelne Fachleute, explizit die Verbundmanager, als Case Manager eine lotsende und begleitende Funktion haben und den Patienten/die Patientin so lange begleiten, bis eine bedarfsgerechte Versorgung ausgestaltet ist. Auf der Ebene der konkreten Versorgungsausgestaltung sind eine Vielzahl unterschiedlicher Leistungserbringer medizinischer, pflegerischer, therapeutischer und sozialer Leistungen direkt mit und für die PatientInnen und deren Angehörige tätig (z. B. Ärzte/Ärztinnen, Beratungsstellen, Kliniken, Pflegedienste usw.). Aus diesen organisatorischen Notwendigkeiten leitet sich die Frage ab, wie eine übergeordnete Ebene gestaltet sein kann, die als eine Art ‚Zentrale‘ die Strukturen im Versorgungsverbund zusammenführt, Kommunikationsprozesse koordiniert und den Informationsfluss zwischen den Beteiligten auf unterschiedlichen Ebenen standardisiert.

Geht es um den niedrigschwelligen Transfer konzeptioneller Strukturen, ist es schwierig, mit eigens angefertigten IT-Speziallösungen zu experimentieren. Auch wenn diese in vielen Fällen ein hohes Maß an spezialisierten Funktionalitäten aufweisen können, misslingt der Ansatz, ein IT-gestütztes Konzept auf andere Regionen zu übertragen, schon in den Anfängen. Neben der Idee muss immer auch eine Software mit allen finanziellen und lizenzrechtlichen Problemen übertragen werden.

Mit Blick auf den möglichen Transfer der Projektergebnisse und die Anschlussfähigkeit des ‚Leuchtturmprojekts Demenz‘ wird für IDOB eine praktikable, nicht hochspezialisierte, aber hinreichend mächtige IT-Struktur eingesetzt, die auf Open-Source-Basis entwickelt wurde. Da bei einem Verbundmanagement *Prozesse* im Mittelpunkt stehen, die auch im Wissensmanagement und in Lehr-/Lernszenarien identifiziert werden können, war das Open-Source-Produkt „Moodle“ eine mögliche Antwort auf die eingangs skizzierten Herausforderungen.

Sieht man eine zentrale Funktion des Wissensmanagements in Organisationen generell im Explizieren impliziter Informationen, kann das Wissen bzgl. der Behandlungsbedürfnisse und über erfolgte Behandlungen von Patienten auf der einen Seite sowie der Ressourcen und Möglichkeiten von „Leistungserbringern“ im weitesten Sinn auf der anderen Seite eben dieses implizite Wissen sein, dass es gilt, im Versorgungsverbund sichtbar zu machen. Die Organisation wäre dann der „Verbund“, dessen Strukturen virtuell und transparent für alle Beteiligten innerhalb der Versorgungsstrukturen einsehbar und nachvollziehbar werden. Funktionen in Moodle, die so genutzt werden oder deren Nutzung angedacht ist, sind beispielsweise:

- Datenbanken, in denen PatientInnen eingetragen werden und in denen pro PatientIn dokumentiert wird, welche Behandlungsschritte erfolgt und welche noch offen sind.
- Dateiablagen, um alle Informationen bzgl. der Versorgungseinrichtungen, des Verbundes und weiterer hilfreicher Quellen einheitlich zur Verfügung zu stellen.
- Wikis, um gemeinsam an Konzepten zu arbeiten und diese zu verbessern.
- Foren, durch die Kommunikation innerhalb des Verbundes transparent und für alle nachvollziehbar wird.

Da Vorgänge aus Moodle exportierbar sind und in einer anderen Hardware wieder importiert werden können, entsteht keine Abhängigkeit von einer technischen Infrastruktur oder einem Provider. Grundfunktionen können implementiert und auch zukünftig anderen interessierten Versorgungsverbänden unmittelbar zugänglich gemacht werden.



2.1.6 Das Tätigkeitsprofil der Verbundmanager

Eine der Schlüsselfragen im Rahmen des ‚Leuchtturmprojekts Demenz‘ IDOB untersucht das Tätigkeitsprofil der so genannten „Verbundmanager“funktion in den Modellregionen (vgl. Kapitel 1.2). Aus den Fördermitteln wird für die Dauer der Projektlaufzeit in jeder Modellregion ein Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin finanziert. Deren Aufgabenschwerpunkte sind die Aufnahme der PatientInnen in IDOB, eine individuelle Begleitung der PatientInnen im notwendigen Umfang sowie die Ausgestaltung der Demenzversorgung, die kontinuierliche, systematische Zusammenarbeit mit den „VerbundärztInnen“ im Modellprojekt, Kommunikation mit Kooperationspartnern im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich, der Aufbau der regionalen Versorgungsverbände sowie die Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen. Somit gibt es Tätigkeiten auf der **Ebene des Einzelfalls** (Case Management-Funktion), der **Ebene des Versorgungsverbundes** (Verbundmanagement-Funktion) und auf der **Ebene des Sozialraums** (Weiterentwicklung regionaler Versorgungsstrukturen).

Von besonderem Interesse ist, welchen Anteil unterschiedliche Einzeltätigkeiten an der Gesamtversorgung der DemenzpatientInnen haben bzw. welche Tätigkeiten die Gesundheitsversorgung sicherstellen und qualitativ weiterentwickeln. Vorgegeben ist eine Mengenangabe: Pro Modellregion sollen im Rahmen des ‚Leuchtturmprojekts Demenz‘ **100 DemenzpatientInnen** durch IDOB versorgt werden. **Einschlusskriterien** sind eine demenzielle Erkrankung bzw. Verdacht, ein Alter ab 55 Jahre, der Wohnort in der jeweiligen Modellregion, die Teilnahmebereitschaft am Modellprojekt, die schriftlich erklärt werden muss und die Tatsache, dass notwendige, auf den individuellen Behandlungsbedarf zugeschnittene ambulant-komplementäre Versorgungsangebote in der Versorgungsregion vorhanden sind⁷.

Für die Evaluation wurde auf der Grundlage arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse ein Erhebungsinstrument entwickelt⁸, mit welchem Tätigkeitsbündel in einzelne Tätigkeitsbereiche und einzelne Tätigkeiten operationalisiert werden. Ermittelt werden Minutenwerte für die Tätigkeiten im Rahmen von Zeitmessungen zu vereinbarten Messzeitpunkten, die von den Verbundmanagern als Zeitprotokolle geführt werden

⁷ **Ausschlusskriterien** sind: sonstige Indikation; Wohnort außerhalb der Modellregionen; Teilnahme nicht erwünscht; notwendige, auf den individuellen Behandlungsbedarf zugeschnittene ambulant-komplementäre Versorgungsangebote sind nicht vorhanden, sodass die Versorgung des Patienten/der Patientin nicht gewährleistet ist.

⁸ Vgl. dazu unter anderem Luczak 1998, Hacker et al. 1995 und Schäfer-Walkmann 2002. Das Erhebungsinstrument befindet sich im Anhang dieses Zwischenberichts.

(Selbstevaluation). Die Erfassung der Zeitwerte erfolgt fortlaufend ab dem Beginn der Tätigkeit in Minuten, die kleinste Erfassungseinheit ist eine Minute.

Unterschieden werden fünf Tätigkeitsbereiche:

- **PatientInnenbezogenes Case Management:**
alle Tätigkeiten, die auf den individuellen Versorgungsbedarf und die individuelle Betreuung der/des PatientIn zielen. Darunter fällt auch die patientInnenbezogene Dokumentation.
- **Projektbezogenes Verbundmanagement:**
alle Tätigkeiten, die die zum Aufbau und zur Pflege des regionalen Versorgungsverbundes notwendig sind.
- **Evaluation:**
alle Tätigkeiten, die sich auf die Erhebung der projektspezifischen wissenschaftlichen Erfassung beziehen und nicht unter die patientInnenbezogene Dokumentation fallen.
- **Wegezeit:**
alle Fahrten und Fußgänge, die im Rahmen der Tätigkeit der Verbundmanager notwendig sind.
- **Pause:**
gesetzlich vorgeschriebene Pausen, inkl. Arbeitsunterbrechungen und persönliche Verteilzeiten.

Beobachtet wurde in drei Wellen: Die 1. Welle umfasste den Zeitraum vom 01.10.08 bis 25.10.08, die 2. Welle den Zeitraum vom 24.11.08 bis 05.12.08 und die 3. Welle den Zeitraum vom 02.02.09 bis 17.02.09. Eine vierte Erhebungswelle ist für Juni/Juli 2009 geplant.

Insgesamt wurden 46.875 Beobachtungsminuten protokolliert; dies entspricht 781,25 Stunden. Davon entfallen 19.410 Minuten (323,5 Stunden) auf die Modellregion M-Ost (41,4 %) und 27.465 Minuten (457,75 Stunden) auf die Modellregion BGL (58,6 %)⁹. Die ProjektmitarbeiterInnen wurden in der Anwendung des Erhebungsinstrumentes geschult. Im Pretest wurden Doppelanalysen durchgeführt und dabei die ProjektmitarbeiterInnen von den wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen begleitet mit der Maßgabe, die beobachteten Tätigkeiten unabhängig voneinander zu protokollieren. Die erzielten Inter-Rater-Reliabilitäten, das heißt die Zuverlässigkeit, dass zwei BeobachterInnen eine Tätigkeit als gleich erkennen und einstufen, lagen bei über 95 %. Die psychometrische Güte des Tätigkeitserfassungsbogens ist somit äußerst zu-

⁹ Die unterschiedlichen Anteile erklären sich aus der divergierenden Organisation: Die Projektmitarbeiterin in der Modellregion BGL arbeitet 100 %, der Projektmitarbeiter in der Modellregion M-Ost 75 %, 0,25 % entfallen auf die Verbundärztin.

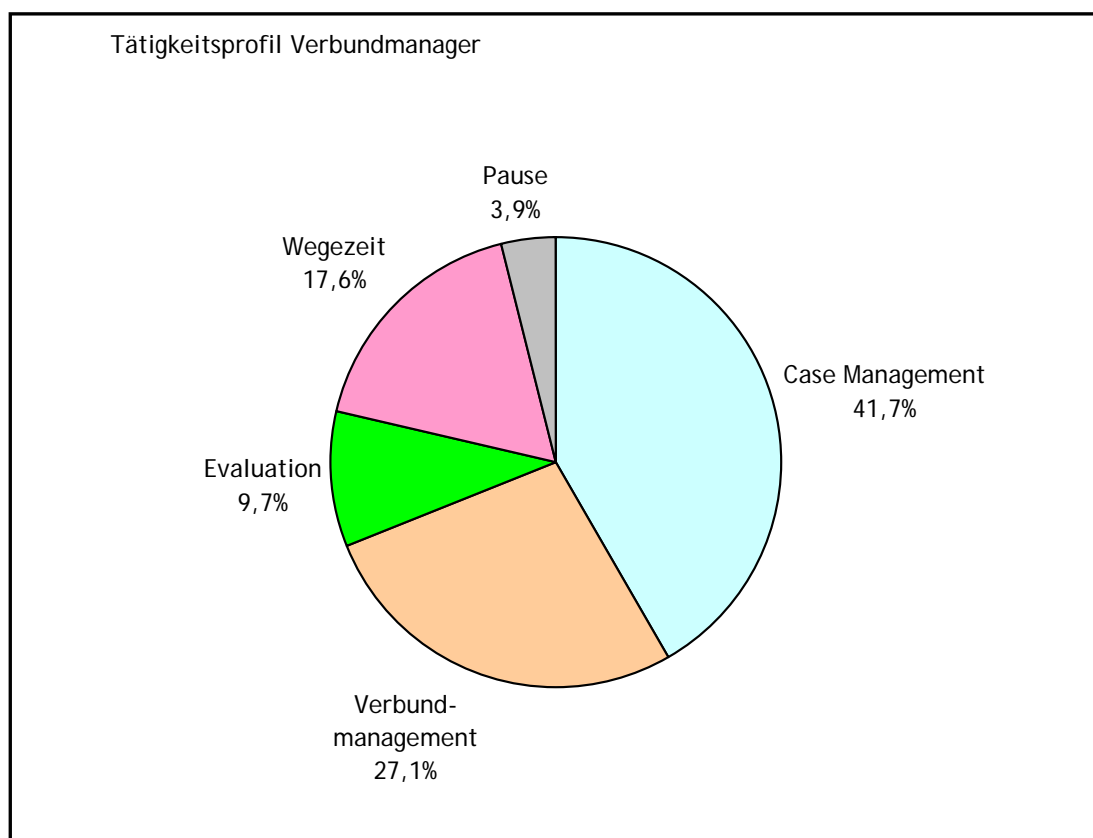


friedenstellend. Der Datenumfang lässt valide und reliable Aussagen über die Tätigkeitsprofile der ProjektmitarbeiterInnen zu.

In der Auswertung des kompletten Datensatzes ergibt sich die folgende Verteilung der Tätigkeitsanteile (vgl. Darstellung 11):

Den größten Anteil (41,7 %) machen Tätigkeiten im Rahmen des **Case Managements** aus, also patientInnenbezogene Gespräche, Koordinationsleistungen, Dokumentationen, Kontakte etc. Bereits zum jetzigen Projektzeitpunkt muss festgehalten werden, dass der Anteil dieser Tätigkeiten zum Zeitpunkt der Antragstellung **deutlich unterschätzt** wurde. Die in **IDOB** versorgten DemenzpatientInnen haben aufgrund ihrer persönlichen Situation einen erhöhten Bedarf an individueller Begleitung und Betreuung, solange, bis die notwendige Versorgung eingeleitet und sichergestellt ist.

**Darstellung 11 Tätigkeitsprofil Verbundmanager
Prozentuale Anteile nach Tätigkeitsbereichen**



Quelle: IfaS 2009; „Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern“. Tätigkeitsanalyse Verbundmanager; n = 46.875 Beobachtungsminuten¹⁰.

¹⁰ Case Management 19.535 min, Verbundmanagement 12.720 min, Evaluation 4.530 min, Wegezeit 8.265 min, Pause 1.825 min.

Im Gesamtprofil entfallen 27 % der Einzeltätigkeiten auf die Kategorie **Verbundmanagement**, ein Anteil, der im zweiten Projektjahr sicherlich größer wird, weil sich Aufgabenschwerpunkte verschieben werden.

Etwa ein Fünftel der Arbeitszeiten sind **Wegezeiten**. Darin drückt sich die konsequente Umsetzung der Projektkonzeption aus, die den Fokus auf zugehende, aufsuchende und komplementäre Hilfen richtet. In beiden Modellregionen korrelieren Wegezeiten positiv mit der Anzahl der in IDOB eingeschriebenen PatientInnen. Und auch der Aufbau der regionalen Versorgungsverbände und die regelmäßigen persönlichen Kontakte zu den Kooperationspartnern fordern von den ProjektmitarbeiterInnen Flexibilität und zugehende Aktivitäten.

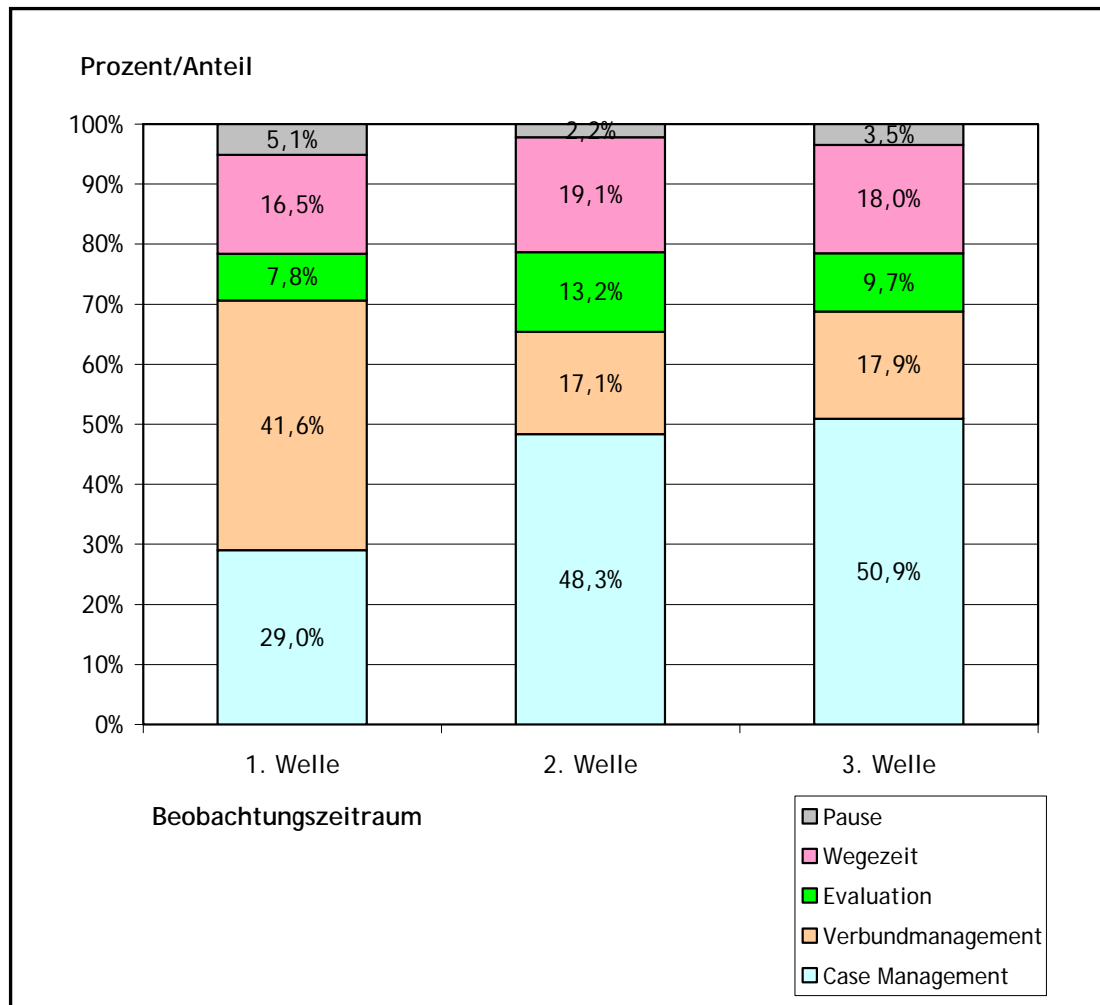
Schon zum jetzigen Zeitpunkt der Modellerprobung wird deutlich, dass IDOB sehr viel Engagement von den ProjektmitarbeiterInnen verlangt. Der Anteil gesetzlich vorgeschriebener **Pausen** macht etwa zehn Prozent eines Arbeitstages aus, beobachtet wurde lediglich ein Anteil von vier Prozent. Das heißt, die ProjektmitarbeiterInnen unterbrechen unregelmäßig und kürzer ihre Tätigkeiten bzw. sind häufig unterwegs, sodass netto viel mehr Arbeitsleistung erbracht wird, als vorgesehen ist.

Die Mitwirkung in einem Modellprojekt bedeutet stets einen Aufwand an **Evaluation**. Der für IDOB ermittelte Anteilswert von etwa zehn Prozent kann jedoch als Richtwert für die Zeit nach der Modellerprobung gelten, wenn in den Versorgungsregionen weiter im Versorgungsverbund gearbeitet wird. In diesem Fall werden standardisierte Dokumentations- und Berichtswege benötigt, um eine qualifizierte Zusammenarbeit zu gewährleisten. Zwar wird sich der Anteil wahrscheinlich etwas verringern, dennoch bedarf es für den Aufbau und die Pflege von Netzwerkbeziehungen zeitlicher Ressourcen, um den regionalen Versorgungsverbund dauerhaft zu etablieren.

Wertet man die Datensätze der drei Beobachtungswellen getrennt aus, bildet sich in den Tätigkeitsprofilen die Prozesshaftigkeit des Projektgeschehens ab (vgl. Darstellung 12). Während der ersten Beobachtungswelle im Oktober 2008 wurden aufgrund des nach hinten verlagerten Beginns (vgl. dazu Kapitel 4.1) erst wenige PatientInnen durch IDOB versorgt, der Anteil an Case Management-Tätigkeiten war entsprechend geringer. Bereits ab der zweiten Beobachtungswelle im November/Dezember 2008) wurde in beiden Modellregionen schon fast die anvisierte PatientInnenzahl versorgt, sodass nahezu die Hälfte der Tätigkeiten dem Case Management zuzuordnen sind, und darüber hinaus aufgrund der Hausbesuche der Anteil der Wegezeiten ansteigt. Die Entwicklung im Bereich Verbundmanagementtätigkeiten verläuft genau entgegengesetzt: Die verlängerte Anfangsphase des ‚Leuchtturmprojekts Demenz‘ wurde aktiv dazu genutzt, das Projektvorhaben in den Modellregionen bekannt zu machen und Kooperationspartner zur Mitarbeit zu gewinnen.



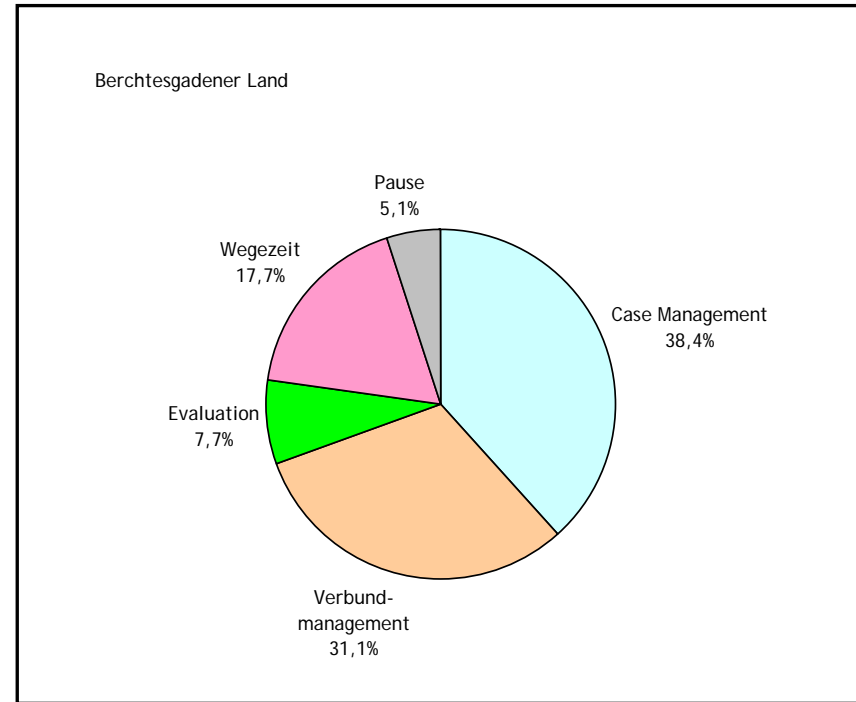
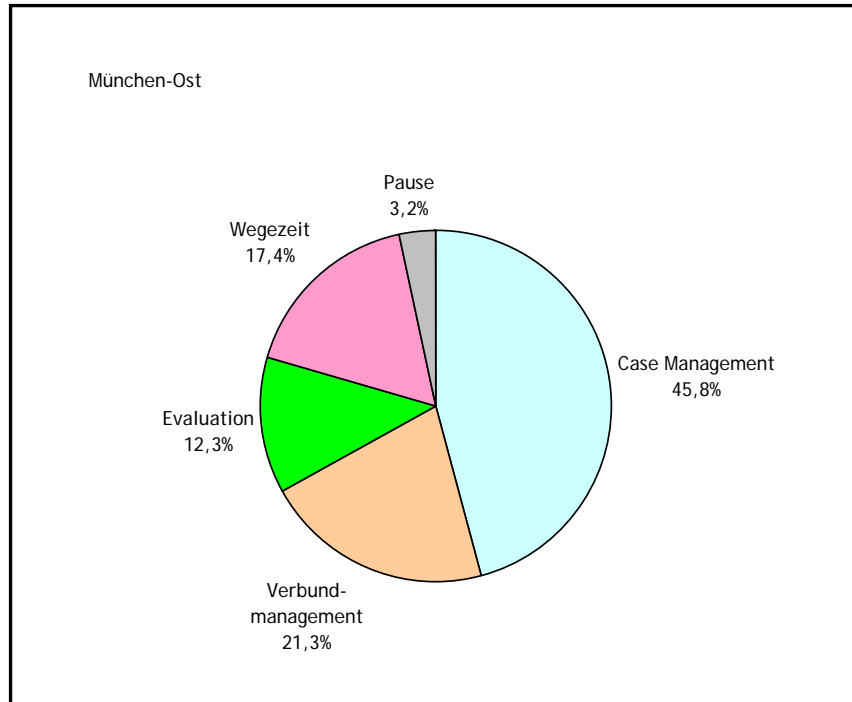
Darstellung 12 Veränderungen in den Tätigkeitsprofilen Vergleich der drei Beobachtungswellen



Quelle: IfaS 2009; „Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern“.
 Tätigkeitsanalyse Verbundmanager; $n(t_1) = 18.660$ min, $n(t_2) = 9.405$ min, $n(t_3) = 18.810$ min.

Interessant ist außerdem, dass sich die Tätigkeitsprofile der ProjektmitarbeiterInnen nicht wesentlich unterscheiden, obwohl sie in derart unterschiedlichen Versorgungsregionen tätig sind (vgl. Darstellung 13 und Darstellung 14 und Kapitel 2.1). Diese Auswertungen spiegeln wider, dass die zugrundegelegte Projektkonzeption umsetzbar ist und die Umsetzung in den Modellregionen weitestgehend synchronisiert wurde. Sowohl in der städtischen als auch in der ländlichen Modellregion schließt das ‚Leuchtturmprojekt Demenz‘ eine bestehende Versorgungslücke in der Demenzversorgung. Und: In beiden Modellregionen ist die Auslastung der ProjektmitarbeiterInnen von Beginn an sehr hoch, insbesondere bei den individuellen, patientInnenbezogenen Versorgungsleistungen werden seitens der Projektverantwortlichen zusätzliche Leistungen erbracht (beispielsweise durch die Einbeziehung weiterer MitarbeiterInnen, die nicht über IDOB finanziert sind).

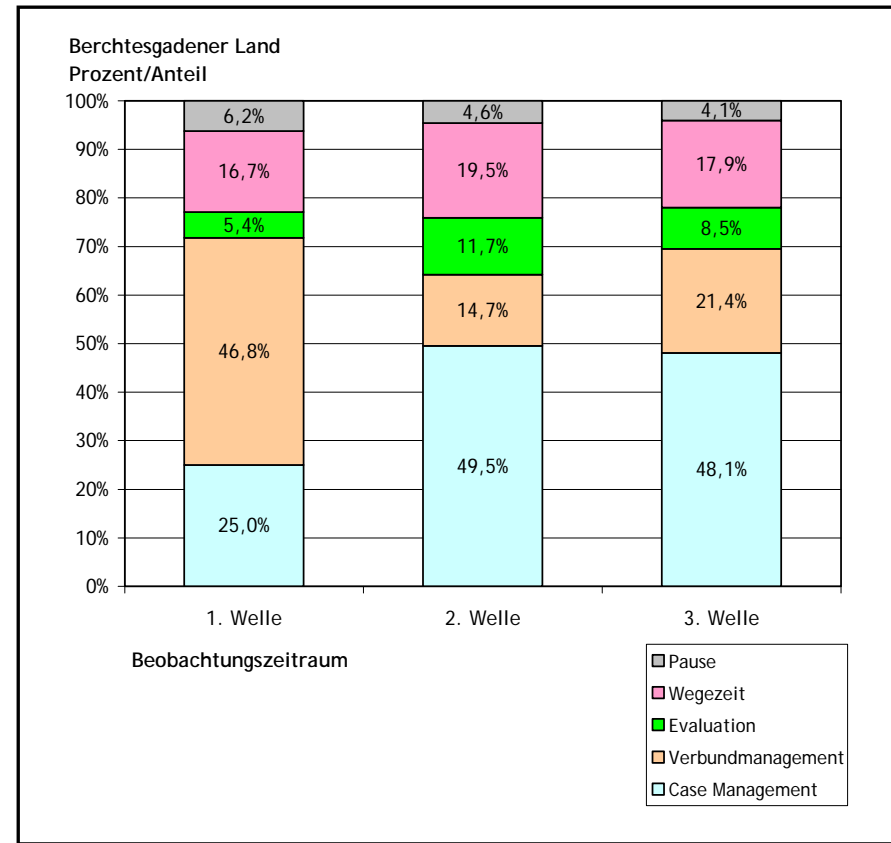
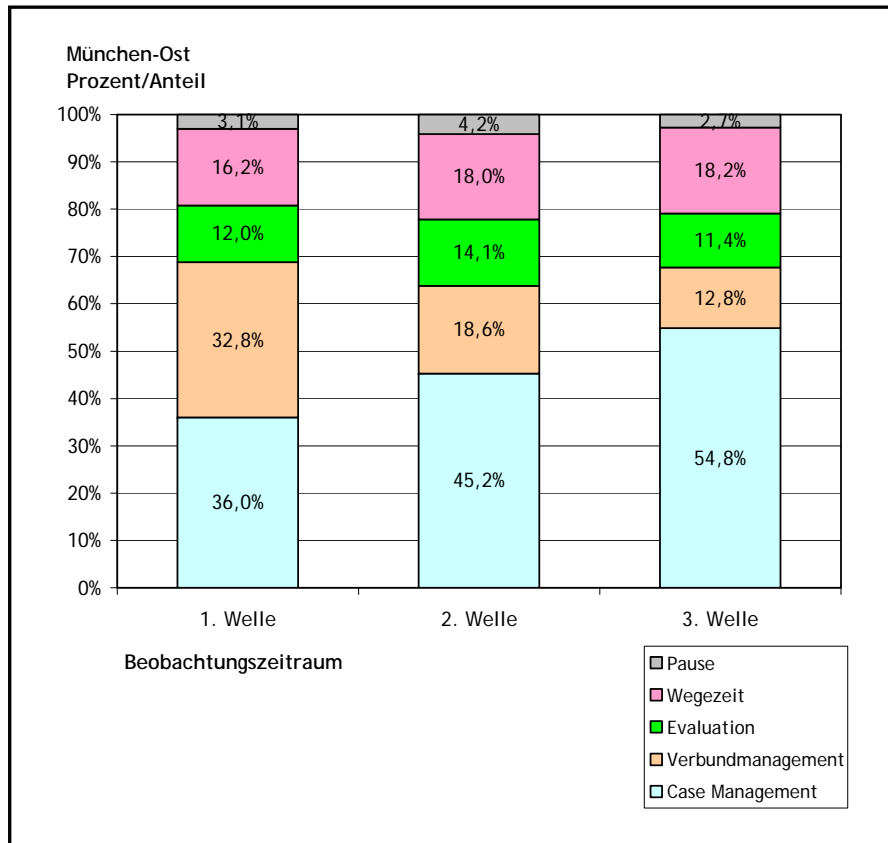
Darstellung 13 Tätigkeitsprofile der Verbundmanager: Vergleich nach Modellregionen



Quelle: IfaS 2009; „Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern“.
 Tätigkeitsanalyse Verbundmanager M-Ost: $n(t_1) = 6.870$ min, $n(t_2) = 5.010$ min, $n(t_3) = 7.740$ min.
 Tätigkeitsanalyse Verbundmanagerin BGL: $n(t_1) = 11.775$ min, $n(t_2) = 4.605$ min, $n(t_3) = 11.070$ min.



Darstellung 14 Veränderungen in den Tätigkeitsprofilen im Vergleich



Quelle: IfaS 2009; „Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern“.
 Tätigkeitsanalyse Verbundmanager M-Ost: n (t₁) = 6.870 min, n (t₂) = 5.010 min, n (t₃) = 7.740 min.
 Tätigkeitsanalyse Verbundmanagerin BGL: n (t₁) = 11.775 min, n (t₂) = 4.605 min, n (t₃) = 11.070 min.

Anhand der ermittelten Daten lassen sich unter anderem die folgenden Hypothesen ableiten, die es im weiteren Projektverlauf zu überprüfen gilt:

1. Die in **IDOB** versorgten DemenzpatientInnen haben einen **erhöhten Bedarf an individueller Betreuung und Begleitung**, solange, bis eine notwendige Versorgung sichergestellt ist. Entsprechend hoch ist der Anteil an patientInnenbezogenen Tätigkeiten, die über rein manageriales Handeln hinaus gehen. Vielmehr handelt es sich insbesondere - zumindest in der ersten Zeit der Versorgung nach Einschreibung in **IDOB** - um eine sorgfältige Ermittlung des bestehenden Versorgungs- und Betreuungsbedarfs und eine psychosoziale Begleitung der PatientInnen bzw. deren Angehörigen, also nicht ausschließlich um **Versorgungsmanagement**, sondern um **Versorgungsgestaltung**.
2. In beiden Modellregionen **fehlen aufsuchende Hilfen**. Mit der niedrighschwelligigen und ambulanten Tätigkeit der ProjektmitarbeiterInnen schließt **IDOB** eine bestehende Versorgungslücke in der Demenzversorgung. Aufsuchende Tätigkeiten binden jedoch zusätzlich Arbeitszeit, die für Wege veranschlagt werden muss (ca. ein Fünftel der Arbeitszeit).
3. Diejenigen Tätigkeiten, welche die ProjektmitarbeiterInnen im Rahmen des Verbundmanagements leisten, müssen in den Tätigkeitsbeschreibungen fest verankert und gegenfinanziert sein. Soll heißen: **Auch die regionalen Versorgungsverbände benötigen kontinuierliche Aufmerksamkeit in einem festgelegten Umfang**. Netzwerkaufbau und Netzwerkpflege binden zeitliche Ressourcen, die nicht zur Disposition stehen können, wenn Zeit knapp ist. Ansonsten bestehen Verbundstrukturen lediglich auf dem Papier.
4. Für eine nachhaltige Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in einem Sozialraum bedarf es wahrscheinlich einer **Aufteilung der Tätigkeiten**. Zum einen ist der Bedarf an einzelfallbezogenen Tätigkeiten bei Demenzkranken sehr hoch, sodass der Schlüssel 1:100 PatientInnen unrealistisch ist. Ein/e Case ManagerIn kann höchstens die Hälfte der DemenzpatientInnen im notwendigen Umfang versorgen, und dies auch nicht zeitgleich, sondern zeitlich gestaffelt. Zum zweiten bedarf es eines regelmäßigen professionellen Verbundmanagements und der kontinuierlichen Einbindung von Kooperationspartnern, weil sonst die einzelfallbezogene, notwendige Versorgung nicht sichergestellt werden kann. Diese beiden zentralen Funktionen, die im Rahmen des ‚Leuchtturmprojekts Demenz‘ erprobt werden, sind gleichermaßen wichtig und für eine zukunftsfähige Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen von fundamentaler Bedeutung.



2.1.7 Versorgungsqualität durch IDOB - Fallstudien

Die Überprüfung der Versorgungsqualität durch IDOB ist Schwerpunktthema im zweiten Projektjahr. Dazu werden eine Reihe qualitativer Interviews mit PatientInnen, Angehörigen und Kooperationspartnern durchgeführt (vgl. Darstellung 2).

Im Rahmen dieses Zwischenberichts erfolgt eine erste Annäherung an eine Überprüfung der Versorgungsqualität anhand zweier Fallstudien, die auf der Grundlage eines sozialarbeitswissenschaftlichen Diagnoseinstruments („BRASS“) durchgeführt wurden. BRASS ist ein Schema, mit dessen Hilfe die Lebens- und Krankengeschichte sowie Probleme und Ressourcen der DemenzpatientInnen aus sozialpädagogischer Sicht dargestellt werden können. BRASS steht dabei als Akronym für die Betrachtung der Beziehungsaufnahme zu PatientInnen, Ressourcen und Lebensziele der PatientInnen, Alltags- und Lebensführung, Soziale Lage und des Sozialen Netzes der Betroffenen. Dieses Diagnoseinstrument berücksichtigt die für die demenzielle Erkrankung typischen und charakteristischen Probleme und Entwicklungen im Krankheitsverlauf, geht auf die Lebensbiographie der Betroffenen und bereits vorhandene Probleme der Institutionalisierung oder Behandlung ein und beleuchtet auch die sozialen Folgen von Demenz. Darüber hinaus werden das zur Verfügung stehende Hilfesystem, rechtliche Grundlagen und hilfreiche Grundhaltungen für eine professionelle Praxis Sozialer Arbeit in die Betrachtung einbezogen.

Die Vorgehensweise ist eine streng wissenschaftliche und vereint den idiographischen und nomothetischen Ansatz. Sie geht somit vom Besonderen und Individuellen, aber auch von medizinischem Expertenwissen, Regelmäßigkeiten und Gesetzmäßigkeiten aus und mündet in eine typische sozialarbeitswissenschaftliche Fallanalyse (vgl. Bossard u.a. 2007: S. 175).

Fallbeispiel aus der Modellregion München-Ost

Soziodemographische Angaben

Herr XY ist 59 Jahre alt, allein lebend und wohnt in München. Bei ihm wurde eine Demenz vom Alzheimer-Typ mit frühem Beginn (Typ 2) festgestellt und nach ICD-10 die Diagnose F 00.0 gestellt.

Erster Eindruck und Beziehungsaufnahme

Die Beziehungsaufnahme zu demenziell Erkrankten ist häufig von der fehlenden Compliance Betroffener geprägt. In Verbindung mit typischen Symptomen, wie z.B. Wahnvorstellungen bei fortgeschrittener Demenz, kann dies zu einer erschwerten Kontaktaufnahme führen. Im Fall von Herrn XY ist eine ungewöhnlich hohe Compliance festzustellen, jedoch auch eine distanzierte Einstellung gegenüber Hilfsangebo-

ten. Herr XY kommt in Begleitung seiner geschiedenen Ehefrau in die Koordinierungsstelle. Der psychiatrische Krisendienst hat das Ehepaar an **IDOB** verwiesen.

Das äußere Erscheinungsbild von Herrn XY wirkt eher ungepflegt; er nimmt sofort Blickkontakt mit dem Verbundmanager auf und begrüßt ihn per Handschlag. Nach dessen Aufforderung, doch Platz zu nehmen, setzt er sich auf den bereitgestellten Stuhl neben seine Begleiterin. Der Verbundmanager findet sofort Zugang zu ihm. Herr XY beantwortet Fragen deutlich, thematisiert seine Erkrankung und berichtet, dass er sehr darunter leide. Sein Leben habe nicht mehr viel Sinn. Seine Begleiterin beteiligt sich an dem Gespräch, überlässt jedoch Herrn XY die Gesprächsführung und fällt ihm auch nicht ins Wort. Während des Beratungsgesprächs verhält sich Herr XY sehr vorsichtig und ist den vorgeschlagenen Hilfsangeboten gegenüber kritisch eingestellt. Es entsteht der Eindruck, dass der Kontakt zu **IDOB** auf Wunsch der Begleiterin zustande gekommen ist. Durch das Gespräch hat sich dennoch ein Vertrauensverhältnis aufgebaut. Nachdem ein gemeinsamer Termin für einen Hausbesuch vereinbart wurde, verabschiedeten sich die TeilnehmerInnen per Handschlag.

Biographische Angaben

Herr XY wurde 1949 in Ptuj/Slowenien geboren. Nach der Übersiedelung nach Deutschland lebte er in München. Er absolvierte nach dem Schulabschluss zunächst eine Lehre als Werkzeugmacher, der eine Ausbildung als Technischer Zeichner folgte. Er übte diese Tätigkeit über einen längeren Zeitraum aus. Mit dem Ziel, sich beruflich zu verändern, bildete er sich in Betriebswirtschaft und Unternehmensmanagement weiter. Schließlich übernahm er die Geschäftsführung einer Münchner Brauereigaststätte. In der Anfangsphase seiner Erkrankung führte Herr XY noch die Geschäfte aus. Nach der Kündigung machte er sich als Kurierfahrer selbständig und scheiterte. Was blieb, war ein hoher Schuldenberg. In dieser Zeit trennte sich seine Frau von ihm. Die Scheidung erfolgte 2008. Herr XY musste seine Wohnung kündigen und in ein kleines Appartement mit 25 m² umziehen, in dem er bis jetzt lebt.

Die beginnende Demenz bei Betroffenen geht häufig einher mit Veränderungen des beruflichen und sozialen Umfeldes. Der Verlust des Arbeitsplatzes und hohe Schulden aufgrund von Fehleinschätzungen durch die Betroffenen sind nicht selten. Insbesondere eine fehlende Diagnostik im Anfangsstadium führt zu Problemen in der Beziehungsgestaltung und - wie bei Herrn XY - zu Trennung und Scheidung und beeinflusst alle Lebensbereiche der Betroffenen.

Krankengeschichte und psychosoziale Beeinträchtigung

Herr XY ist an einer Demenz des Alzheimer-Typs 2 erkrankt. Er leidet sehr unter den Symptomen und erkennt seine Defizite. Dies führte bei ihm - als reaktives Symptom der Erkrankung eine häufige Entwicklung bei beginnender Demenz - auch zu depressi-



ven Episoden. Im August 2008 musste er sich aufgrund einer körperlichen Erkrankung im Allgemeinkrankenhaus behandeln lassen. Die Kontinuität einer ärztlichen Betreuung ist nicht gewährleistet, da Herr XY die Arzttermine ständig vergisst. Eine regelmäßige Medikamenteneinnahme findet ebenfalls nicht statt (was bei Demenzerkrankten oft vorkommt).

Im Eingangsassessament¹¹ (Projektdokumentation) wurden die folgenden Beeinträchtigungen erhoben:

Physiologisch-biologische Faktoren: Beeinträchtigungsgrad 29,2 %. Bei Herrn XY sind eine leichte Einschränkung der Sinneswahrnehmung, des Bewegungssystems, Störungen im Tag-Nacht-Rhythmus sowie Einschränkungen im äußeren Erscheinungsbild und im Körpererleben festgestellt. Eine mittlere Einschränkung liegt bezüglich der Ernährung vor.

Soziokulturelle Faktoren: Beeinträchtigungsgrad 55,6 %. Bei Herrn XY bestehen mittelgradige Einschränkungen in den Bereichen Selbständigkeit, kreatives Erleben, familiäre Bindungen, Wohnen, Gestaltung der Tagesstruktur, Aufrechterhalten sozialer Kontakte und bei der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.

Psychisch-geistige Faktoren: Beeinträchtigungsgrad 41,2 %. Er besitzt eine leichte Einschränkung des Orientierungsvermögens, des Realitätsbezugs, seiner kognitiven und affektiven Fähigkeiten. Leichte Störungen des Antriebs, der Motivation, der sozialen Kompetenzen und des Selbstwertgefühls liegen vor, ebenso wie leichte Einschränkungen in der Compliance und bei der Annahme von Hilfsangeboten. Gedächtnisleistungen, Kommunikation und Sinnesorientierung sind mittelgradig gestört, eine Befriedigung individueller Bedürfnisse ist nur eingeschränkt möglich.

Ressourcen, Interessen und Lebensziele

Bei demenziell Erkrankten spielt neben Medikamenten und Funktionstraining auch das Alltagstraining eine große Rolle. Da die örtliche, zeitliche und situative Orientierungsfähigkeit schnell verloren geht, ist die Förderung der persönlichen Ressourcen und Interessen Betroffener bedeutend. Herr XY zeigt weitgehend Krankheitseinsicht. Aufgrund seiner guten körperlichen Verfassung verfügt er über Kapazitäten im Bereich der Mobilität, die es ihm erlauben, Angebote außer Haus selbständig aufzusuchen. Eine besondere Ressource ist seine Zuverlässigkeit, die einen weitestgehend lückenlosen und kontinuierlichen Prozess der Versorgung sicherstellt.

¹¹ Sämtliche Erhebungsinstrumente zur Projektdokumentation befinden sich im Anhang dieses Zwischenberichts. Ein Auswertung auf Aggregatdatenebene erfolgt in Kapitel 2.2.

Soziale Kontakte sind für Herrn XY sehr wichtig, da er ein sehr geselliger Mensch und gerne unter Menschen ist. Sein Interesse an Gruppenangeboten ist deshalb sehr hoch.

Herr XY versucht, seinen Fähigkeiten entsprechend, mit seiner Krankheit zu leben. Er nimmt deswegen auch gerne Unterstützung an. Sein größter Wunsch ist, so lange wie möglich im häuslichen Bereich verbleiben und aktiv am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können.

Alltags- und Lebensführung

Im Krankheitsverlauf fällt es Betroffenen immer schwerer, die Angelegenheiten des täglichen Lebens zu erledigen. Sichtbar wird dies häufig an einem verwahrlosten Erscheinungsbild, einer Verwahrlosung der Wohnung oder auch an Unter- bzw. Fehlernährung. Seit der Trennung von seiner Ehefrau lebt Herr XY allein. Eine selbständige Regelung des Tagesrhythmus ist ihm aufgrund seiner Krankheit kaum möglich, was zu einem hohen Leidensdruck führt. Zudem hat Herr XY mittlerweile Schwierigkeiten, seinen Haushalt zu organisieren, seine Wohnung sauber zu halten, Lebensmittel einzukaufen oder sich selbst Essen zuzubereiten.

Soziale Lage

„Erkrankte wie Angehörige können durch notwendige Anschaffungen, häusliche Dienstleistungen oder auch Unkenntnis im Umgang mit der Pflegeversicherung (z.B. Einstufungsverfahren) in eine Situation geraten, in der eventuell vorhandene Ersparnisse schnell verbraucht sind und gesichert erscheinende Zukunftspläne dahin schwinden“ (Richter u.a. 2006: S. 3). Da keine finanziellen Ressourcen vorhanden sind, lebt Herr XY mehr oder weniger am Existenzminimum. Aufgrund seiner Erkrankung war er für längere Zeit arbeitsunfähig und konnte nicht mehr in die Rentenversicherung einzahlen. Somit muss er mit einer kleinen Rente und Sozialhilfeleistungen auskommen.

Soziales Netz

Zunehmende Einschränkungen in den Lebensbereichen demenziell Erkrankter führen häufig zu Isolation, die durch das für Außenstehende unverständliche Verhalten der Betroffenen noch verstärkt wird. Mit fortschreitender Erkrankung sind Betroffene immer weniger in der Lage, soziale Kontakte zu gestalten.

Herr XY verfügt über wenig tragfähige familiäre Bindungen. Seine Kinder, 20 und 21 Jahre alt, besuchen ihn sehr selten, und der Freundeskreis hat sich vollkommen zurückgezogen. Nahe vertraute Kontakte besitzt Herr XY nicht mehr, wodurch die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben sehr eingeschränkt ist. Er lebt im Grunde bereits isoliert, da er kaum Besuche erhält.



Sozialpädagogische Interventionen (Versorgungsplanung)

Neben der kontinuierlichen medizinischen Behandlung benötigt Herr XY Interventionen, die der Förderung seiner sozialen Kontakte, seiner Tages- und Wochenstruktur und seiner Gesundheitsversorgung dienen.

Förderung der sozialen Kontakte: Herr XY ist ein geselliger Mensch, der gerne unter Menschen weilt. Umso mehr leidet er unter seiner Einsamkeit. Zur Reintegration und zum Aufbau sozialer Kontakte wurden vom Verbundmanager folgende Förderziele festgelegt: Erhalt und Förderung von Mobilität, einer regelmäßigen Tages- und Wochenstruktur, von sozialen Kompetenzen und sozialen Kontakten, kommunikativen und/oder sprachlichen Fähigkeiten sowie von Eigeninitiative, Engagement und Selbstverantwortung. Eingeleitet wurden folgende Interventionen: mobile Rehabilitation durch ergotherapeutische und logopädische Maßnahmen, Teilnahme an einer Gesprächsgruppe in der Betreuungsgruppe für demenziell Erkrankte und Hausbesuche durch den Verbundmanager.

Verbesserung der Gesundheitsversorgung: Herr XY ist selbst nicht mehr imstande, seinen Haushalt zu organisieren und die Wohnung sauber zu halten. Ebenso fällt es ihm schwer, Selbstpflegetmaßnahmen durchzuführen. Aufgrund seiner Erkrankung vergisst er wichtige Termine zur ärztlichen Betreuung. Er benötigt Unterstützung, die diese Defizite substituiert. Folgende Förderziele wurden festgelegt: Unterstützung bei der Gesundheitsvorsorge und medizinischen Behandlung, Erhalt und Förderung einer Pflege des äußeren Erscheinungsbildes und der Körperhygiene, des Körperbewusstseins und Sicherstellen einer angemessenen Ernährung. Eingeleitet wurden folgende Interventionen: Grundpflege durch einen ambulanten Pflegedienst, Betreutes Einzelwohnen, Begleitung zu Arztbesuchen, Tagespflege, Teilnahme an Gruppentreffen in einer Tagesstätte.

Erfolge durch die bisherige Behandlung

Herr XY wird seit seiner Einschreibung in IDOB im Oktober 2008 durch das „Intensive Betreute Einzelwohnen“ betreut. Durch die sozialpädagogischen Angebote wird eine Normalisierung der Lebensführung und Lebensbedingungen angestrebt. Mit Herrn XY wurden gemeinsam Ziele einer individuellen Begleitung erarbeitet: eine Strukturierung des Alltags, der alltäglichen Lebensführung und eine Verbesserung der Selbstpflagesituation. Er erhält regelmäßig Hausbesuche durch qualifizierte Mitarbeiterinnen der Caritas (Gerontopsychiatrischer Dienst München-Süd). Die Hausbesuche schätzt er sehr und hat mittlerweile einen hohen personalen Bezug zu den MitarbeiterInnen aufgebaut.

Bei Herrn XY haben sich Verbesserungen in mehrererlei Hinsicht eingestellt: Da er nun die Termine beim Neurologen und Hausarzt wahrnimmt, begleitet durch einen ge-

schulden Helfer, ist die medizinische Versorgung gewährleistet. Bei der Selbstpflege und der regelmäßigen Medikamenteneinnahme wird er von einem ambulanten Pflegedienst unterstützt. Herr XY wirkt nun gepflegt. Zur Unterstützung bei den Alltagsaktivitäten erhält er einmal wöchentlich Ergotherapie.

Besuche in der Tagespflege sind seit Januar 2009 nicht mehr nötig, da sich Herr XY dort „fehl am Platz“ und unterfordert fühlte. Mittlerweile besucht er mindestens einmal wöchentlich die Aktivierungsgruppe in der Tagesstätte „Carpe diem“. Diese Tagesstätte befindet sich in der Nähe seiner Wohnung. Er bringt sich rege in Gespräche ein und entwickelt zunehmend eigene Aktivitäten. Herr XY fühlt sich sehr gut versorgt und ist mit den Pflegeleistungen zufrieden. Durch die Besuche in „Carpe diem“ hat er Bekanntschaften geschlossen und pflegt diese auch. Somit hat sich auch seine Einbindung in soziale Bezüge verbessert.

Das vom Verbundmanager nach sechs Monaten durchgeführte Folgeassessment im Rahmen der Projektdokumentation zeigt folgende Veränderungen auf:

Physiologisch-biologische Faktoren: Beeinträchtigungsgrad 20,8 % (Verbesserung um sieben Prozentpunkte). Bei Herrn XY wurden im Bereich der Ernährung Fortschritte festgestellt. Bezüglich seines Erscheinungsbildes und Körpererlebens hat er Ressourcen entwickelt.

Soziokulturelle Faktoren: Beeinträchtigungsgrad 37,0 % (Verbesserung um neunzehn Prozentpunkte). Herr XY ist durch die kontinuierliche Begleitung in IDOB und die Kombination bestimmter Bausteine selbständiger geworden. Dies hatte positive Auswirkung auf seine Wohnsituation und seine Tagesstrukturierung. Besonders erfreulich ist die Zunahme seiner sozialen Kontakte, die seine Teilnahme am gesellschaftlichen Leben stärken.

Psychisch-geistige Faktoren: Beeinträchtigungsgrad 35,3 % (Verbesserung um sechs Prozentpunkte). Obwohl sich seine kognitiven Fähigkeiten etwas verschlechtert haben, ist Herr XY jetzt besser in der Lage, seine individuellen Bedürfnisse wahrzunehmen. Er sieht wieder mehr Sinn in seinem Leben. Eine neue Ressource stellen seine Affektivität und Emotionen dar.

„Mit der gerontopsychiatrischen Erkrankung gehen ... Probleme im sozialen Bereich (direktes Wohnumfeld) und im kognitiven Bereich einher, die den Unterstützungs- und Hilfebedarf determinieren und bei Nichtbehandlung häufig schwere gesundheitliche Krisen auslösen“ (Schäfer-Walkmann u.a. 2006: S. 15). Der Fall des Herrn XY zeigt deutlich, dass eine medikamentöse Behandlung allein nicht ausreicht. Untermauert wird der Erfolg der Behandlung durch den verzögerten Krankheitsverlauf durch ein soziales Netzwerk, das den Patienten in seiner Autonomie und seinen Lebensaktivitäten fördert. Dieser Ansatz verbessert nicht nur die Lebensqualität der



DemenzpatientInnen, sondern entlastet auch die Solidarkassen, weil ein möglichst langer Verbleib der PatientInnen in der bekannten und vertrauten Lebenswelt gewährleistet wird.

Fallbeispiel aus der Modellregion Berchtesgadener Land

Frau XX ist 70 Jahre alt und lebt bei ihren Angehörigen im Berchtesgadener Land. Bei ihr wurde eine Vaskuläre Demenz (nach ICD-10 F01.9) sowie eine Organische Persönlichkeitsstörung (nach ICD-10 F07.0) diagnostiziert.

Erster Eindruck und Beziehungsaufnahme

Die Beziehungsaufnahme zu vaskulär demenziell Erkrankten ist häufig von der verminderten Kontaktfähigkeit der Betroffenen geprägt, bedingt durch die eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten. Die Erkrankten leiden unter starken Stimmungsschwankungen und werden aufgrund von Kleinigkeiten aus der Bahn geworfen bzw. reagieren z.B. mit aggressivem Verhalten. In einem Vorgespräch berichtet die Tochter der Erkrankten von eben dieser Symptomatik.

Frau XX kommt in Begleitung ihrer Tochter in die Koordinierungsstelle von IDOB nach Bad Reichenhall. Der Kontakt wurde seitens der Tochter initiiert, da sie die Betreuung und Versorgung der Mutter sehr belastet. Sie habe gesundheitliche Probleme (z. B. starken Gewichtsverlust in den vergangenen Monaten). Während des Erstkontakts steht Frau XX verloren im Raum und macht den Eindruck, gedanklich nicht anwesend zu sein, es entsteht kein Blickkontakt zwischen ihr und der Verbundmanagerin. Zur Kontaktaufnahme geht diese langsam auf Frau XX zu, legt ihr vorsichtig die Hand auf die Schulter, lächelt sie an und wartet, bis Frau XX ihr in die Augen sieht. Während des Beratungsgesprächs sitzt sie ruhig da und beteiligt sich mitunter an dem Gespräch. Sie scheint sich sicher zu fühlen, eine Vertrauensbasis konnte hergestellt werden.

Biographische Angaben

Frau XX wurde 1938 in Berchtesgaden geboren. Sie hatte zwei Geschwister, die mittlerweile verstorben sind. Ihre Eltern betrieben eine Gastwirtschaft, dadurch hatten sie sehr wenig Zeit für die Erziehung und Versorgung der Kinder. Frau XX kam daher bereits am dritten Lebenstag zu ihrer Tante. Mit zehn Jahren veränderte sich ihr Leben nachhaltig: Ihre Mutter holte sie zu sich, und sie musste von diesem Zeitpunkt an in der Gastwirtschaft mitarbeiten. Die Mutter war und blieb Zeit ihres Lebens eine Fremde für sie. Da Frau XX bis zu ihrer Heirat als Bedienung im elterlichen Betrieb arbeitete, erlernte sie keinen Beruf.

Erst als Frau XX mit 20 Jahren heiratete, konnte sie ein eigenständiges Leben führen. Sie bekam zwei Kinder, einen Sohn und eine Tochter. Der Sohn verunglückte tödlich im Alter von 23 Jahren, ein Ereignis, das Frau XX nie aufgearbeitet und verkraftet hat. Mit der Zeit stellten sich bei ihr Depressionen ein, weswegen sie des Öfteren in stationärer Behandlung war. Im Jahr 2005 wurde eine demenzielle Erkrankung diagnostiziert. Frau XX lebte zu diesem Zeitpunkt mit ihrer Familie auf einem gemeinsamen Grundstück, wohnte jedoch im eigenen Haus.

Krankengeschichte und psychosoziale Beeinträchtigung

Frau XX ist im fortgeschrittenen Stadium demenziell erkrankt, was sich in folgenden Symptomen äußert: Verlust des Kurzzeitgedächtnisses, aggressives Verhalten, eine Tag-/Nachtumkehr, Weglauftendenzen und Inkontinenz. Die Tochter schildert eine der kritischen Situationen mit ihrer Mutter: „Meine Mutter ist nachts aus dem Küchenfenster gestiegen, da die Haustüre abgesperrt war und sie den Schlüssel nicht gefunden hatte. Sie ging im Nachthemd zu mir herüber und schlug in Panik das Glasfenster der Haustüre ein“. Die Enkelkinder wohnen bei Frau XX im Haus und werden von dieser nachts häufig geweckt. Frau XX möchte ständig bei ihrer Tochter sein und weicht ihr nicht von Seite. Die Tochter ist jedoch mittlerweile gesundheitlich angeschlagen, da sie mit dieser Situation vollkommen überlastet ist.

Im Eingangsassessment (Projektdokumentation) wurden die folgenden Beeinträchtigungen erhoben:

Physiologisch-biologische Faktoren: Beeinträchtigungsgrad 33,3 %. Leichte Einschränkungen bestehen im Bewegungssystem und im Körpererleben. Mittlere Einschränkungen liegen bei den Organen der Sinneswahrnehmung, im Tag-/Nachtrhythmus sowie bei der Ernährung vor, da öfters die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme verweigert wird.

Soziokulturelle Faktoren: Beeinträchtigungsgrad 81,5 %. Bei Frau XX bestehen mittelgradige Einschränkungen in der Mobilität und bei der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben sowie schwere Einschränkungen in der Selbständigkeit, bei den salutogenen Ressourcen im täglichen Leben, im kreativen Erleben, beim Wohnen, bei der Gestaltung der Tagesstruktur und bei der Aufnahme sozialer Kontakte.

Psychisch-geistige Faktoren: Beeinträchtigungsgrad 68,6 %. Frau XX weist leichte Einschränkungen in der Orientierung und bei den sozialen Kompetenzen auf. Mittlere Einschränkungen liegen bei der Befriedigung individueller Bedürfnisse, im emotionalen Bereich, beim inneren Antrieb, bei der Kommunikation, bei der Sinnorientierung sowie beim Selbstwertgefühl vor. Schwere Einschränkungen hat sie in den Bereichen Gedächtnis, Realitätsbezug, kognitive Fähigkeiten, Motivation, Compliance und bei der Annahme von Hilfsangeboten.



Ressourcen, Interessen und Lebensziele

Demenziell Erkrankte verfügen über Ressourcen und Interessen, die oftmals in den Hintergrund treten, da sie selbst und die soziale Umwelt die Defizite in den Vordergrund stellen. Frau XX verfügt, abgesehen von ihren Knieproblemen, über eine relativ gute körperliche Verfassung. Sie geht gerne spazieren und genießt das Zusammensein mit ihrer Familie. Die bestehenden familiären Bindungen stellen eine große Ressource dar, da sich alle Familienmitglieder um sie kümmern und Frau XX nie alleine ist. Zur Pflege weiterer sozialer Kontakte werden des Öfteren Nachbarinnen und Bekannte eingeladen.

Frau XX äußert selbst keine Lebensziele. Es kann jedoch aufgrund ihrer engen familiären Bindungen davon ausgegangen werden, dass sie bis zu ihrem Lebensende bei ihrer Familie bleiben möchte.

Alltags- und Lebensführung

Im Krankheitsverlauf sind Demenzkranke immer weniger in der Lage, selbst für sich zu sorgen. Die Fähigkeit zur Selbstpflege sinkt kontinuierlich (vgl. Orem 1997: S. 109), was die allgemeine Funktionsfähigkeit und die persönliche Weiterentwicklung deutlich beeinträchtigt. Seit dem Tod ihres Mannes vor elf Jahren lebte Frau XX zunächst allein in ihrem Haus, vor kurzem sind die Enkelkinder zu ihr gezogen. Mittlerweile kann sie nur noch in sehr begrenztem Umfang alltagspraktische Handlungen ausführen. Die hauswirtschaftliche und pflegerische Versorgung wird hauptsächlich von der Tochter geleistet, die sich auch um die regelmäßige Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme kümmert. Aufgrund der bestehenden Inkontinenz muss die Kleidung mehrmals am Tag gewechselt werden, da Frau XX die Verwendung von Inkontinenzartikeln ablehnt.

Soziale Lage

Frau XX lebt im eigenen Haus. Finanzielle Ressourcen sind vorhanden.

Soziales Netz

Frau XX verfügt über ein tragfähiges familiäres Netzwerk und ist in das familiäre Geschehen eingebunden. Zudem hat sie Kontakt zu Nachbarn und alten Bekannten, die sie öfters besuchen. Neben den vertrauten Kontakten innerhalb der Familie und zu anderen vertrauten Personen bestehen wenige Kontakte nach außen.

Sozialpädagogische Interventionen (Versorgungsplanung)

Neben der kontinuierlichen medizinischen Behandlung benötigt Frau XX Interventionen, die der Förderung ihrer sozialen Kontakte und ihrer gesundheitlichen bzw. medizinischen Versorgung dienen. In diesem Fall steht die Entlastung der Tochter im Mittelpunkt der Interventionen. Sie benötigt Zeit für sich und ihren Ehemann, der die Ehe mittlerweile gefährdet sieht, da seine Frau keine Zeit mehr für gemeinsame Vorhaben hat.

Förderung der sozialen Kontakte: Frau XX scheint sich trotz ihrer guten Kontakte zur Familie manchmal etwas einsam und verlassen zu fühlen. Um individuell angepasste Interventionen zu ermöglichen, beantragte die Projektmitarbeiterin eine Höherstufung von Pflegestufe I in Pflegestufe II sowie Betreuungsgeld. Folgende Förderziele wurden festgelegt: Erhalt und Förderung von Mobilität, Förderung einer regelmäßigen Tages- und Wochenstruktur, Förderung sozialer Kompetenzen und sozialer Kontakte, Förderung kommunikativer Fähigkeiten. Zum Aufbau sozialer Kontakte wurde zwei Mal wöchentlich ein Aufenthalt von Frau XX in einer Tagespflege organisiert. Diese Intervention wird ergänzt durch Spaziergänge mit einer Nachbarin, die einen guten Zugang zu Frau XX besitzt sowie die stundenweise Betreuung durch geschulte Helferinnen.

Dadurch wird die häusliche Pflegesituation entspannt und die Tochter in der Versorgung entlastet. Erreicht werden soll eine Stabilisierung der gesundheitlichen Verfassung von Mutter und Tochter.

Verbesserung der Gesundheitsversorgung und medizinischen Versorgung: Frau XX ist in den Bereichen Selbstpflege und hauswirtschaftliche Versorgung gänzlich auf fremde Hilfe angewiesen. Außerdem ist sie sehr nervös und unruhig; sie schläft kaum. Vor allem nachts ist sie die meiste Zeit wach. Folgende Förderziele wurden festgelegt: Unterstützung bei der Gesundheitsvorsorge und medizinischen Behandlung, Sicherstellung einer angemessenen Ernährung, Förderung und Wiedererlangen von Körperbewusstsein. Eingeleitet wurden folgende Interventionen: Grundpflege und Medikamenteneingabe durch einen ambulanten Pflegedienst, Tagespflege, regelmäßige Besuche beim Neurologen sowie Hausbesuche durch den gerontopsychiatrischen Dienst und die Projektmitarbeiterin.

Erfolge durch die bisherige Behandlung

Frau XX befindet sich in kontinuierlicher medizinischer Behandlung. Ihre bisherige Medikation wurde ergänzt, sie erhält zusätzlich ein Psychopharmakon mit sedierender Wirkung. Dadurch ist Frau XX wesentlich ruhiger geworden, und die nächtlichen Schlafphasen haben sich verlängert.



Die Besuche in der Tagespflege zeigen positive Wirkung, Frau XX hält sich dort teilweise ganztägig auf. Für angebotene Aktivitäten ist sie sehr zugänglich, so dass sie in Zukunft zusätzlich einmal pro Woche an einem Mittagstisch in Berchtesgaden teilnehmen möchte.

Die häusliche Pflege- und Versorgungssituation hat sich entspannt. Die pflegenden Angehörigen, insbesondere die Tochter, sind deutlich entlastet; deren gesundheitliche Probleme gehen zurück, es gibt mehr Freiheitsgrade für die eigenen Interessen und die Familienarbeit jenseits der Demenzversorgung.

In dem nach sechs Monaten im Rahmen der Projektevaluation durchzuführenden Folgeassessment wird sich diese positive Entwicklung in den Werten widerspiegeln. Diese Falldarstellung zeigt, dass sich die Versorgungsqualität von IDOB nicht nur auf die demenziell erkrankten Menschen bezieht, sondern auch Auswirkungen auf das soziale Umfeld festgestellt werden können.

2.2 Evaluation des Behandlungserfolgs

Nach der Freigabe der Evaluationskonzeption durch die Ethikkommission der Bayerischen Landesärztekammer wurde mit der PatientInnenakquise bzw. mit der Einschreibung in IDOB begonnen¹². Da das Votum erst Ende Juli 2008 vor Beginn der Sommerferien in Bayern vorlag, hat sich dieser Teil der Projektarbeiten um ca. sechs Wochen nach hinten verschoben. Im Rahmen der Projektevaluation finden Verlaufsmessungen nach sechs bzw. nach zwölf Monaten statt, sodass zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch keine quantitativen Daten zur Evaluation des Behandlungserfolgs vorliegen¹³. In den folgenden Unterkapiteln liegt daher der Fokus auf einer Beschreibung der von IDOB versorgten DemenzpatientInnen bzw. deren Versorgungsbedarf.

¹² Vgl. dazu auch Kapitel 4.1 und 4.3.

¹³ Folgeassessments wurden für die PatientInnen seit März/April 2009 durchgeführt.

2.2.1 Vorstellung der im ‚Leuchtturmprojekt Demenz‘ versorgten PatientInnen

Soziodemographische Angaben

Seit September 2008 haben sich 150 PatientInnen in IDOB eingeschrieben, 75 PatientInnen pro Modellregion. 64 % sind weiblichen, 36 % männlichen Geschlechts. Das Durchschnittsalter innerhalb der Stichprobe liegt bei 80,2 Jahren, der jüngste Patient ist 54 Jahre, der älteste 96 Jahre alt. Die Altersgruppen zwischen 85- bis 89 Jahren sind am stärksten besetzt (27,3 %), gefolgt von den 80- bis 84jährigen (26,7 %) und den 70- bis 79jährigen (22,0 %); diese drei Gruppen machen drei Viertel der PatientInnen aus. In der Modellregion M-Ost beträgt das Durchschnittsalter der PatientInnen 81,3 Jahre und liegt damit zweieinhalb Jahre über dem Durchschnittsalter der PatientInnen in der Modellregion Berchtesgadener Land (78,7 Jahre). Insgesamt sind bislang sieben PatientInnen 90 Jahre und älter.

Für 39 % der IDOB-PatientInnen ist ein gesetzlicher Betreuer bestellt. Eine Pflegeeinstufung nach SGB XI besteht bei nahezu der Hälfte der PatientInnen: je vier Prozent sind in Pflegestufe 0 bzw. Pflegestufe 3 eingestuft, zehn Prozent in Pflegestufe 2 und 29,3 % in Pflegestufe 1.

Die größte PatientInnengruppe ist verwitwet (47,3 %), etwas über ein Drittel der PatientInnen ist verheiratet bzw. in Partnerschaft lebend (36,0 %), 9,3 % sind ledig und weitere 7,3 % geschieden bzw. getrennt lebend. Dieses Ergebnis spiegelt sich auch in der Wohnsituation wider: 48,0 % der PatientInnen leben alleine, ein Drittel mit PartnerIn, 13,3 % gemeinsam mit Angehörigen und Einzelfälle im Betreuten Wohnen.

Bei den Variablen ‚Familienstand‘ und ‚Wohnsituation‘ gibt es deutliche Stadt-Land-Unterschiede im Vergleich der Modellregionen: In BGL ist die Zahl der verheirateten PatientInnen doppelt so hoch wie in München-Ost, hier lebt gerade mal ein Viertel der PatientInnen in Partnerschaft. Der Anteil der Verwitweten ist in M-Ost um 15 % höher als in der ländlichen Region. Aufgrund des bereits in Kapitel 1.3 erwähnten hohen Anteils an Single-Haushalten leben in M-Ost zwei Drittel der IDOB-PatientInnen alleine, doppelt so viele wie im Berchtesgadener Land. Dort wiederum lebt ein Fünftel der PatientInnen zusammen mit Angehörigen, während dies in der städtischen Region lediglich fünf Prozent sind. In beiden Versorgungsregionen spielen institutionalisierte Wohnformen wie Betreutes Wohnen oder Wohngemeinschaften eine sehr untergeordnete Rolle. Im Übrigen begründen diese unterschiedlichen Lebens- und Wohnsituationen eine ganze Reihe von Unterschieden in den Versorgungsbedarfen und in der Versorgungsgestaltung im Stadt-Land-Vergleich.



Medizinische Daten

Ein wesentliches konzeptionelles Element von IDOB ist eine differenzierte Demenzdiagnostik der PatientInnen, die von den VerbundärztInnen bzw. Psychologen durchgeführt wird. Von den 150 PatientInnen wurde in 83,3 % der Fälle eine demenzielle Erkrankung diagnostiziert. Zehn PatientInnen brachen die Versorgung durch IDOB vor Diagnosestellung ab, bei neun PatientInnen, die erst kurz im Projekt sind, wurden Termine für die Testung vereinbart. In sechs Fällen, das heißt bei vier Prozent der PatientInnen, ergab die Diagnostik keine demenzielle Erkrankung.

Die mit großem Abstand häufigste Diagnose ist ‚Demenz bei Alzheimer-Krankheit‘, mit spätem Beginn (Typ 1) (G30.1+), F00.10 ICD-10. In elf Prozent der Fälle wurde eine ‚Demenz bei Alzheimer-Krankheit‘, atypische oder gemischte Form (G30.8+), F00.20 ICD-10 diagnostiziert. An dritter Stelle platzieren sich ‚Nicht näher bezeichnete Demenzen‘, F03.00 ICD-10. Aufgrund dieser differenzierten Diagnostik kann eine individuell auf die PatientInnen abgestimmte Behandlungs- und Versorgungsplanung erfolgen.

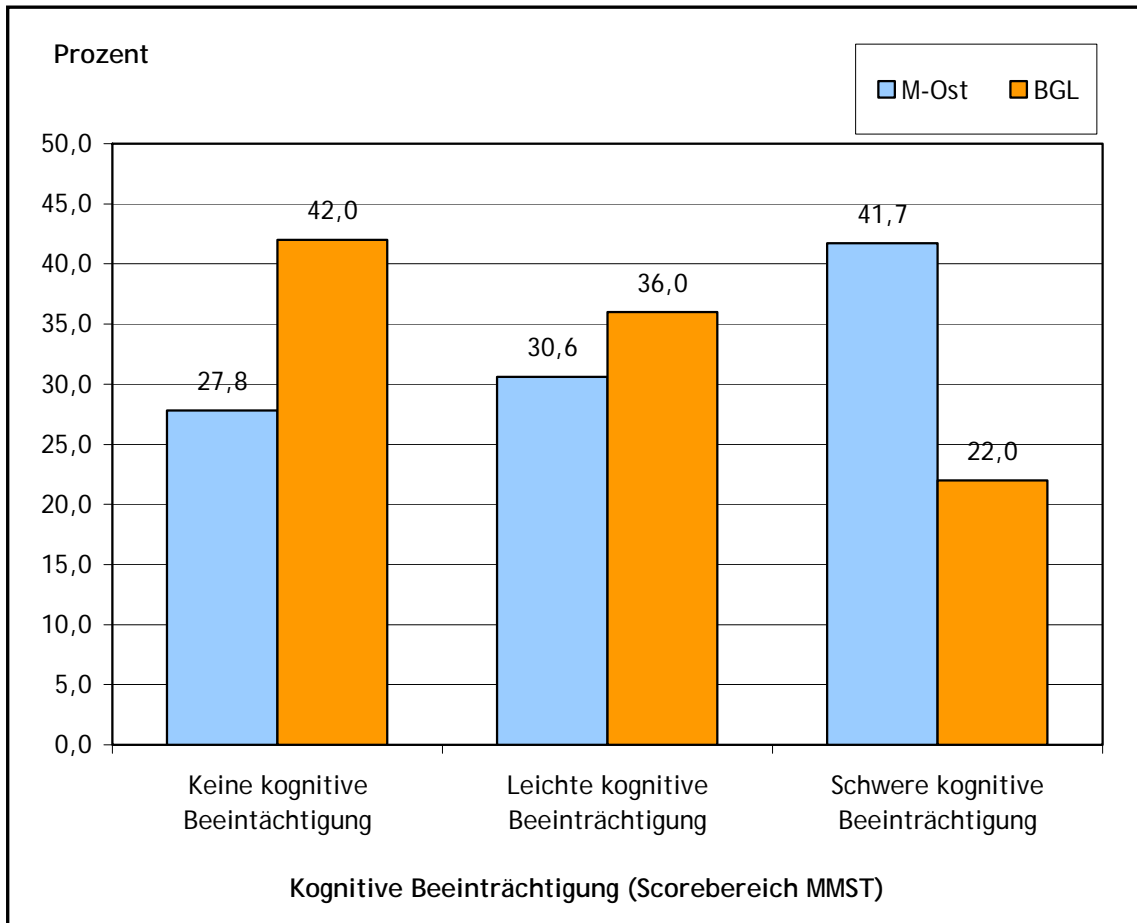
Eine mögliche mit der demenziellen Erkrankung einhergehende kognitive Beeinträchtigung wird im Rahmen des ‚Leuchtturmprojekts Demenz‘ mit dem Mini-Mental-Status-Test (MMST)¹⁴ erhoben. Der MMST gilt international als klinisches Standardtestverfahren zur Definition von Patientenpopulationen (Grad des kognitiven Abbaus) und kann im Rahmen klinischer Studien als Screening-Instrument eingesetzt werden.

Bislang wurden 57,3 % der IDOB-PatientInnen getestet, insgesamt also 86 Personen. Diese Grundgesamtheit drittelt sich in Bezug auf die mit dem MMST ermittelte kognitive Beeinträchtigung: 36,0 % der PatientInnen haben demzufolge „keine kognitive Beeinträchtigung“, 33,7 % eine „leichte kognitive Beeinträchtigung“ und 30,2 % der PatientInnen eine „schwere kognitive Beeinträchtigung“. Nach Auswertung der klinischen Daten ergeben sich deutliche Unterschiede in der PatientInnenpopulation in den Modellregionen: Darstellung 15 zeigt, dass bislang in München-Ost in über 40 Prozent der Fälle „schwere kognitive Beeinträchtigungen“ vorliegen, wohingegen im Berchtesgadener Land die PatientInnen eher im Frühstadium einer demenziellen Erkrankung erreicht werden. Somit ergeben sich durch IDOB erwünschte Effekte in beide Richtungen: Zum einen ist es auch für schwer erkrankte PatientInnen möglich, in der häuslichen Umgebung zu verbleiben, wenn die notwendige Versorgung einge-

¹⁴ Im Rahmen von IDOB kommt die deutschsprachige Fassung zum Einsatz; vgl. Kessler, Markowitsch und Denzler (1990). Scorebereiche: ‚Keine kognitive Beeinträchtigung‘: 24 bis 30 Punkte; ‚Leichte kognitive Beeinträchtigung‘: 18 bis 23 Punkte; ‚Schwere kognitive Beeinträchtigung‘: 0 bis 17 Punkte.

leitet und engmaschig begleitet wird (Vermeidung stationärer Aufenthalte). Zum zweiten scheint das Kalkül aufzugehen, dass DemenzpatientInnen im frühen Stadium den Weg zu IDOB finden und damit rechtzeitig eine notwendige Versorgungsgestaltung eingeleitet werden kann (Prävention).

**Darstellung 15 Auswertung des Mini-Mental-Status-Test
Vergleich der Modellregionen**



Quelle: IfaS 2009; „Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern“.
Auswertung PatientInnendokumentation; München-Ost: n = 36; BGL: n = 50.

Bei der Hälfte aller PatientInnen sind neben der gerontopsychiatrischen Erkrankung somatische Erkrankungen indiziert, besonders häufig sind Krankheiten des Kreislaufsystems sowie des Muskel-Skelett-Systems. Auch dieses Ergebnis muss bei der Versorgungsplanung und -gestaltung berücksichtigt werden.



Versorgungs- und Betreuungsbedarf

Neben den klinischen Tests zur Demenzdiagnostik, die von den VerbundärztInnen durchgeführt werden, ermitteln die Verbundmanager den Behandlungs- und Betreuungsbedarf der PatientInnen mithilfe eines standardisierten Assessmentbogens¹⁵. Erfasst werden Daten in drei Bereichen, denen einzelne Items zugeordnet sind:

- Bereich A: Physiologisch-biologische Faktoren (8 Items);
- Bereich B: Sozio-strukturelle Faktoren (10 Items);
- Bereich C: Psychisch-geistige Faktoren (17 Items).

Je höher der errechnete Scorewert, desto weniger Ressourcen sind vorhanden und desto größer ist der individuelle Versorgungs- und Unterstützungsbedarf im jeweiligen Bereich bzw. auf der Ebene der einzelnen Items.

Wie auch die klinischen Ergebnisse bildet diese differenzierte Einschätzung der IDOB-PatientInnen die Grundlage für eine individuelle, personenzentrierte Versorgungsgestaltung und dient im weiteren Projektverlauf auch der Überprüfung der Versorgungsqualität bzw. einer notwendigen Adaption an sich verändernde Versorgungsbedarfe.

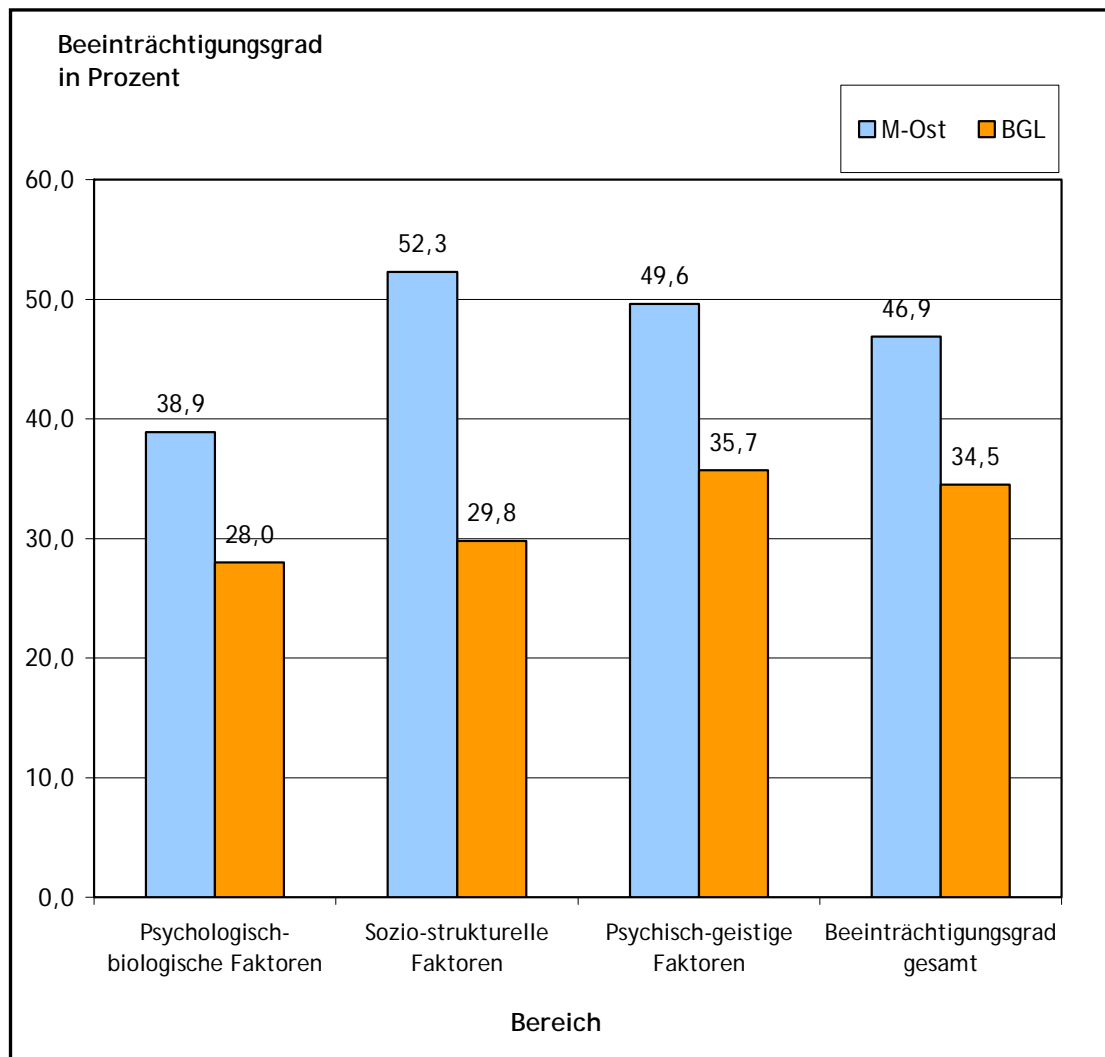
Bislang wurden für 135 IDOB-PatientInnen Eingangsassessments durchgeführt. Der durchschnittliche Beeinträchtigungsgrad der PatientInnen liegt bei einem Wert von 40,7 Prozentpunkten über alle drei Bereiche, mit einer Standardabweichung von 17,02 %. Das heißt, dass die IDOB-PatientInnen eine Vielzahl unterschiedlicher Beeinträchtigungen aufweisen, die sich teils aus der demenziellen Erkrankung, teils aus sonstigen körperlichen Erkrankungen und/oder aus der sozialen Lage der PatientInnen begründen. Im Bereich A, der psychologisch-biologische Faktoren abbildet, beträgt der mittlere Beeinträchtigungsgrad 33,4 % (Standardabweichung: 16,5 %). Im Bereich B, der sozio-strukturelle Faktoren misst, wurden die meisten und besonders schwerwiegende Beeinträchtigungen gemessen, hier beträgt der Mittelwert 46,0 % (Standardabweichung 20,3 %). Im Bereich C, in welchem Items zur Überprüfung der

¹⁵ Der Assessmentbogen ist im Anhang des Zwischenberichts abgedruckt. Pro Item wird der Beeinträchtigungsgrad auf einer vierstufigen Verhältnisskala eingetragen, wobei die Einschätzung an den vorhandenen Ressourcen der Patientin ansetzt (Ausprägung „0“ = keine Beeinträchtigung; eine leichte, mittelschwere bzw. schwere Beeinträchtigung wird durch die Werte „1“, „2“ bzw. „3“ ausgedrückt; „+“ bedeutet, dass besondere Fähigkeiten/Ressourcen vorhanden sind. Die einzelnen Items sind innerhalb der Bereiche gleich gewichtet. Aus Gründen der Trennschärfe wurde auf eine noch feinere Ausdifferenzierung verzichtet. In der Anamnese wird außerdem zwischen „nicht bekannten“ und „nicht zutreffenden“ Ausprägungen unterschieden). In der aktuellen Fassung des Assessmentbogens wurde den einzelnen Items der ICF-Wert zugeordnet.

psychisch-geistigen Faktoren subsummiert sind, errechnet sich für die IDOB-PatientInnen ein Mittelwert von 42,6 % mit einer Standardabweichung von 19,4 %.

Im Vergleich der PatientInnenpopulation beider Modellregionen bestätigt die Auswertung das oben Gesagte: Die PatientInnen in der Modellregion München-Ost sind durchschnittlich in allen Bereichen deutlich stärker beeinträchtigt als in der Modellregion Berchtesgadener Land (vgl. Darstellung 16). Aufgrund des hohen Anteils an Alleinlebenden kann der Projektmitarbeiter in M-Ost nur in begrenztem Umfang auf unterstützende soziale Netzwerke in der Versorgung zurückgreifen, entsprechend hoch fällt der Beeinträchtigungsgrad bei den Items im Bereich B aus. Auch die Ergebnisse des MMST spiegeln sich in den Ergebnissen wider und werden durch die Beeinträchtigungen im Bereich C abgebildet.

**Darstellung 16 Beeinträchtigungsgrad und Versorgungsbedarf
Auswertung der Eingangsassessments**



Quelle: IfaS 2009; „Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern“.
Auswertung PatientInnendokumentation; München-Ost: n = 67; BGL: n = 68.



2.2.2 Dropouts

Laut Studienplan sind die Verantwortlichen aufgefordert, Drop outs zu dokumentieren. Folgende Gründe wurden im Vorfeld festgelegt: 1. Abbruch der Behandlung im Integrierten Versorgungsverbund durch die Patientin/den Patienten (bzw. durch Angehörige/BetreuerIn); 2. fehlendes Versorgungsangebot in der Versorgungsregion; 3. Wegzug; 4. Tod.

Von den erfassten 150 IDOB-PatientInnen sind bislang 27 PatientInnen (18,0 %) aus dem Projekt ausgeschieden. Der häufigste Grund ist das Nichtzustandekommen eines Versorgungsvertrages bzw. die fehlende Bereitschaft der/des PatientIn, die Einschreibung in IDOB zu leisten. In sieben Fällen wurde eine andere als die Diagnose Demenz gestellt. Sechs Todesfälle sind zu verzeichnen. Lediglich zwei PatientInnen haben auf eigenen Wunsch die Versorgung beendet, Einzelfälle begründen sich mit einem Umzug ins Pflegeheim, mit Wegzug bzw. mit der fehlenden Bereitschaft der pflegenden Angehörigen.

In allen anderen Fällen wird die integrierte Demenzversorgung inhaltlich, strukturell und organisatorisch im Sinne der Projektbeschreibung durchgeführt.

3 Erreichbarkeit der Vorhabensziele

3.1 Projektziele und Hypothese

Die Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern (IDOB) stellt die **individuellen Versorgungsbedarfe** der DemenzpatientInnen **gleichwertig** neben die **Weiterentwicklung regionaler Versorgungsstrukturen**. Zum Ausdruck kommt dies in der leitenden Hypothese, die folgendermaßen formuliert wurde:

Mithilfe einer personenbezogenen, engmaschigen und kontinuierlichen integrierten Versorgung im Versorgungsverbund gelingt eine humane, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung für Menschen mit demenziellen Erkrankungen, wobei der Leitsatz „ambulant vor stationär“ konsequent umgesetzt wird.

Die konzeptionelle und inhaltliche Ausgestaltung des ‚Leuchtturmprojekts Demenz‘ richtet somit den Fokus auf die folgenden Aspekte:

Erstens werden **Vorsorgeleistungen** bzw. **Leistungen zur Prävention** angeboten. Ein Schwerpunkt von IDOB 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 Niedrigschwelligkeit des zugehenden, aufsuchenden 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 PatientInnen, unterstützt durch einen **standardisierten Informationsfluss** zwischen den Verbundpartnern (Dokumentation, Fallkonferenzen, Mitteilung von Behandlungsergebnissen, Internettplattform).

Drittens wird - durch die **konzertierte Zusammenarbeit der verschiedenen Kooperationspartner** - ein breites Spektrum therapeutischer Leistungen angeboten. Dieses umfasst sozialpsychiatrische Grundversorgung, spezifische psychiatrische Einzel- und Gruppenbehandlung sowie umfassende Beratungsleistungen für die dementiell erkrankten PatientInnen und deren Angehörige.

Viertens gibt es ein **professionelles Verbundmanagement**, zu dessen Leistungen u. a. Dokumentation, Öffentlichkeitsarbeit, Networking, Qualitätsmanagement und Koordinierung der Verbundleistungen zählen.



Fünftens nimmt die Konzeption einen möglichen **Transfer** in den Blick. Angesetzt wird an vorhandenen Versorgungsstrukturen und systemimmanenten Ressourcen. Erprobt werden neue Wege der Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure in den regionalen Gesundheitsmärkten.

3.2 Veränderungen in der Versorgungsqualität auf der individuellen Ebene der DemenzpatientInnen

Im Modellverlauf zeigen sich erste positive Effekte, die im Konzept einer ganzheitlich orientierten sowie psychiatrisch und sozialpflegerisch ausgerichteten Versorgung demenziell Erkrankter begründet sind.

Die **verbindliche Teilnahme** der PatientInnen durch die formelle Einschreibung in **IDOB** verbessert die Compliance. Was zunächst als Hürde bzw. als hemmend für eine Teilnahme von PatientInnen am Projekt empfunden wurde, stellt sich nun als gezielte Förderung der Eigenverantwortung und aktiven Mitwirkung am Behandlungsprozess heraus. Zudem ist ein Einschreibungsmodus ein Regulativ zur Mengenbegrenzung.

DemenzpatientInnen werden durch **IDOB** früh erreicht, wodurch zeitnah eine **klärende Diagnostik** erfolgen und die notwendige Versorgung eingeleitet werden kann. Durch die koordinierte Vermittlung innerhalb vernetzter Strukturen erhalten die PatientInnen unmittelbar nach der Einschreibung individuell abgestimmte Leistungen durch medizinische, rehabilitative sowie sozial-/psychiatrische Dienstleistungserbringer in den Modellregionen. Dieser Parameter verhindert Fehl-, Über- und Unterversorgung der DemenzpatientInnen, insbesondere im Hinblick auf stationäre Krankenhausaufenthalte.

Die Koordinierungsstellen fungieren als Clearingstellen zur **psychiatrischen Früherkennung**. Eine besondere Stärke der Konzeption liegt in der formalen **Verknüpfung von sozialpsychiatrischer, medizinischer Behandlung und sozialpädagogischem Case Management**. Diese Kombination von Verbundarzt/Verbundärztin und Verbundmanager/Verbundmanagerin ist einmalig und ein klarer Qualitätsgewinn für die DemenzpatientInnen in den beiden Versorgungsregionen. Entscheidende Vorteile aus Sicht der VerbundärztInnen und der Psychologin sind der Erhalt von mehr Informationen über das soziale Umfeld, ein Einbezug in die Behandlungsplanung sowie das Vorhandensein einer Fremddiagnose durch den Verbundmanager/die Verbundmanagerin bereits vor der Testung oder Diagnoseerstellung. Dadurch können Testung (und Diagnostik) ohne Reibungsverluste durchgeführt werden. Entscheidende Vorteile aus Sicht der Verbundmanager liegen in der systematischen Rückkoppelung an die ärztliche Expertise.

Die Konzeption von IDOB schließt in beiden Modellregionen eine **klare Versorgungslücke** bei DemenzpatientInnen: das Angebot einer **aufsuchenden Hilfe und Versorgung!** Und das aus ganz unterschiedlichen Gründen. Während es im städtischen Gebiet die große Zahl alleinlebender, nicht selten schwer erkrankter PatientInnen ist, die unterversorgt sind oder trotz großer Angebotsdichte nicht erreicht werden, steht einer ausreichenden Versorgung im ländlichen Raum häufig die schlechte Erreichbarkeit im Wege. PatientInnen aufsuchende Hilfen anzubieten, stellt somit nicht nur eine Leistungserweiterung, sondern tatsächlich eine Verbesserung der Versorgungsqualität durch IDOB dar. Aus sozialpsychiatrischer sowie aus medizinischer Sicht verbessert sich die Kontaktqualität zu PatientInnen und deren Angehörigen. Durch den Einbezug von Wissen über das soziale Umfeld, die Lebenslage und die Lebenssituation der Betroffenen entsteht ein ganzheitliches Bild. Dadurch können Behandlungs- und Förderziele präziser und individueller festgelegt werden. Zudem werden diejenigen PatientInnen erreicht, die aufgrund ihrer fortgeschrittenen demenziellen Erkrankung und/oder vorliegenden Multimorbidität ihr Zuhause nicht verlassen und somit die Versorgungsangebote nicht nutzen können.

Auf der Einzelfallebene leisten die Verbundmanager einen entscheidenden Beitrag zur **Verbesserung der Behandlung**. Durch die Vernetzung von Dienstleistungsanbietern und die zentrale Koordination werden für die PatientInnen folgende positive Effekte erreicht: eine größere Bandbreite von Behandlungsmöglichkeiten, die Übernahme der Hauptverantwortung durch den Verbundmanager/die Verbundmanagerin und damit die Auflösung der Zuständigkeitsproblematik. Zudem ist die Kontinuität in der Begleitung von PatientInnen, die Anpassung an Veränderungen im Behandlungsbedarf, eine Erleichterung der Inanspruchnahme von unterschiedlichen Dienstleistungen durch das Klären von Formalitäten und eine streng vorgegebene Vorgehensweise nach dem Case Management-Regelkreis unter Einsatz von erprobten Instrumenten (Assessment, medizinisches Screening, Behandlungsplanung, Fallkonferenzen) als Steigerung der Behandlungsqualität zu werten. Schließlich ermöglicht die vernetzte Arbeit in IDOB professionelle und flexible Lösungen in Krisensituationen.

Das Instrument **Fallkonferenz**, das im fortschreitenden Projektverlauf zunehmend bedeutsamer wird, „rückt den Patienten noch mehr in den Mittelpunkt“, dient als Plattform für die fachlichen Sichtweisen unterschiedlicher Disziplinen und ermöglicht eine intensive Auseinandersetzung mit den PatientInnen. Als eindeutig begünstigender Parameter ist die im ‚Leuchtturmprojekt Demenz‘ getroffene Vergütungsregelung zu werten.

Eine weitere Stärke des Projekts ist die **Entlastung der Angehörigen**. Durch den intensiven Kontakt zu den VerbundmanagerInnen wird ein Vertrauensverhältnis aufgebaut, das sich besonders in Krisensituationen als Grundlage eines zielorientierten Lösungsprozesses erweist. VerbundmanagerInnen besitzen bei den Angehörigen einen



hohen Stellenwert. Als besonders positiv empfinden Angehörige, dass viele der eingeleiteten Interventionen ihrer Entlastung dienten und durch die umfassende Aufklärungsarbeit bestehende Informationsdefizite beseitigt werden.

Doch auch für PatientInnen ist dieser besondere **emotionale Wert, das gegenseitige Vertrauen** erkennbar. Die VerbundmanagerInnen äußern, dass Ihnen der finanzielle Rahmen des Projekts ermöglicht, „nicht nach Minuten abrechnen zu müssen“. Auf dieser Basis wächst eine vertrauensvolle Beziehung, die ein „sich kümmern“ und „sie ernst nehmen“ beinhaltet und damit die Qualität des persönlichen Kontakts erhöht. Die **Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern** folgt der Würde der PatientInnen!

3.3 Veränderungen in der Versorgungsqualität auf der strukturellen Ebene der Versorgungsregion

Projektleitziel auf struktureller Ebene ist die verbesserte und systematische Nutzung bereits etablierter Angebote, Strukturen und Instrumente des gerontopsychiatrischen Netzwerks in der jeweiligen Versorgungsregion. Auf dieser Ebene hat **IDOB** in den Modellregionen bereits zahlreiche Verbesserungen und Neuentwicklungen bewirkt und auf den Weg gebracht.

IDOB fördert die **Vernetzung des Leistungsspektrums** und die multiprofessionelle Zusammenarbeit von Anbietern. Bereits im ersten Projektjahr konnte eine Öffnung von Trägern nach außen bzw. eine erste Annäherung an verbindliche Kooperationsstrukturen erreicht werden. Entscheidender Parameter hierfür ist die Verbundmanagementfunktion als tragendes konzeptionelles Element. Als besonders förderlich stellt sich die **Neutralität der Verbundmanager** heraus, die nicht interessengeleitet ausschließlich für ihren Arbeitgeber agieren.

Eine zentrale Aufgabe der Verbundmanager in **IDOB** ist die Weiterentwicklung und Förderung eines **standardisierten Informations- und Kommunikationsflusses**. Hier wurden bereits entscheidende Veränderungen erreicht, wie die Aussage eines Projektteilnehmers belegt: „Normalerweise verläuft die Kommunikation kreisförmig, von einem Dienstleistungsanbieter zum anderen, jetzt entwickelt sich ein Netzgebilde, in dem die Informationen beim Versorgungsgestalter in der Mitte zusammenlaufen“. Die VerbundmanagerInnen werden von allen Akteuren (PatientInnen, Angehörigen, Kooperationspartnern und sonstigen Anbietern) als **zentrale AnsprechpartnerInnen** betrachtet. Die Tatsache, dass die VerbundmanagerInnen fast ständig erreichbar sind und dass sie bewusst Anbieter kontaktieren, um Kooperationsbeziehungen zu erweitern, fördert die Kommunikationsqualität unter allen Beteiligten. Die Schweigepflichtentbindung, die beim Einschreiben in das Projekt von den PatientInnen unterschrieben wird, ermöglicht erstmalig den offenen Informationsaustausch zwischen **IDOB**, Ärzten/Ärztinnen und allen weiteren an der Behandlung und Versorgung Betei-

ligten. Dadurch wurde eine große Hürde im Informationsaustausch überwunden, und es entsteht gleichzeitig ein vertrauensvoller, geschützter Rahmen für eine abgestimmte Versorgung.

Fallkonferenzen stellen ein Instrument der standardisierten Kommunikation dar. Sie dienen dem interdisziplinären Austausch, der den „Fall“ in den Mittelpunkt stellt und fördern zudem die **Transparenz in der Versorgung**. Die Fallkonferenzen werden schriftlich dokumentiert. Zur Vorbeugung möglicher Informationsdefizite erhalten zeitlich verhinderte Kooperationspartner zeitnah ein Formular mit Veränderungen in der Versorgung der PatientInnen. Zusätzlich werden die Informations-, Kommunikationsstrukturen und Zuständigkeiten durch Prozessmodelle verdeutlicht (vgl. Anhang).

Ein weiterer Baustein in der **koordinierten und qualitativ verbesserten Gesundheitsversorgung** ist die identifizierbare Veränderung der Versorgungsstrukturen in den beiden Modellregionen, begünstigt durch folgende Faktoren:

1. Die **Auflösung von Ressentiments** und Widerständen und den Aufbau von Vertrauen zu und unter den Dienstleistungsanbietern. Aufgrund der angesprochenen **Neutralität** wird **IDOB** zunehmend von anderen Trägern geschätzt.
2. Die Übernahme einer **beratenden Funktion** für andere Anbieter. In den Modellregionen öffnet man sich für neue Lösungswege innerhalb der bestehenden Versorgungsstrukturen.
3. Die **Sensibilisierung der Anbieter** für die Bedeutung von Netzwerken, für die Schaffung neuer Angebote und die Inanspruchnahme von neuen rechtlichen Möglichkeiten.
4. Das Schaffen eines **Anreizsystems** durch die Vergütung von Fallkonferenzen und zukünftigen Verbundtreffen, das Kooperationspartner zu einer verbindlichen Teilnahme am Verbund ermuntert.

Diesen ersten Erfahrungen zufolge nimmt **IDOB** mit seinen VerbundmanagerInnen und VerbundärztInnen eine **zentrale Position** in der regionalen Versorgungslandschaft ein. **IDOB** ermöglicht bereits jetzt eine bessere Ressourcennutzung in den Modellregionen, stellt Transparenz her und sichert Verbindlichkeit und Kontinuität der Demenzversorgung innerhalb bestehender Strukturen.



3.4 Förderliche und hemmende Transferparameter: Eine erste Zwischenbewertung der Projektkonzeption

Mit den ‚Leuchtturmprojekten Demenz‘ beabsichtigt die Bundesgesundheitsministerin, „aus den vorhandenen Versorgungsangeboten die besten zu identifizieren und weiter zu entwickeln, Defizite bei der Umsetzung einer evidenzbasierten pflegerischen und medizinischen Versorgung demenziell Erkrankter zu beseitigen und eine zielgruppenspezifische Qualifizierung für in der Versorgung engagierte Personen und beteiligte Berufsgruppen zu erreichen“ (<http://www.bmg.bund.de>).

Eine erste Zwischenbewertung der IDOB-Projektkonzeption subsummiert die folgenden Parameter, die eine erfolgreiche Verbreitung begünstigen:

Eine Integrierte Demenzversorgung wie IDOB setzt an vorhandenen Versorgungsstrukturen an und entwickelt regionale Versorgungsstrukturen weiter! IDOB zeichnet sich durch die Verbindung unterschiedlicher, vor Ort vorhandener Kompetenzen und Disziplinen aus. Die Kombination von sozialpsychiatrischen Leistungen, medizinischen Leistungen und sozialpädagogischen Leistungen lässt einen ganzheitlich orientierten, zielgerichteten und individuellen Versorgungs- und Behandlungsprozess zu und sichert dessen Nachhaltigkeit. Dabei ist unerheblich, ob es sich um ein städtisches oder ländliches Versorgungsgebiet handelt.

IDOB schließt eine zentrale Versorgungslücke in der Demenzversorgung: die fehlenden aufsuchenden Hilfen! Für die PatientInnengruppe demenziell Erkrankter sind aufsuchende Hilfen für die Inanspruchnahmemöglichkeit, aus ganz unterschiedlichen Gründen entscheidend. Daher benötigt ein Projekt wie IDOB sowohl Flexibilität als auch Mobilität – die Versorgung muss zu den Menschen kommen! Besonders bei einer Krisenintervention hat sich oftmals gezeigt, dass das schnelle „vor Ort sein“ ein Erfolgsparameter ist. Auf der individuellen Ebene ist zumindest bei Behandlungsbeginn ein professionelles Case Management die Schlüsselvariable!

Finanzielle Ressourcen sind für den Erfolg des Verbundaufbaus und der Inanspruchnahme von Angeboten entscheidend. Die Niedrigschwelligkeit von IDOB beruht unter anderem darauf, dass die Angebote für demenziell Erkrankte kostenlos sind, was eine Inanspruchnahme bei (oftmals) fehlenden finanziellen Ressourcen ermöglicht. IDOB setzt bewusst finanzielle Anreize für Verbundaufbau, Teilnahme an Fallkonferenzen und Verbundtreffen ein. Deren positive Auswirkungen zeigen sich in der aktiven, verbindlichen Teilnahme von kooperierenden Pflege-, Rehabilitations- und Beratungseinrichtungen sowie ehrenamtlich Tätigen. Hingegen ist die Kooperation des niedergelassenen ärztlichen Bereichs eher verhalten. Dessen ungeachtet ist ein ausgewogenes Budget für Anreizsysteme sowie für die Case Management- und Verbundmanagementfunktionen empfehlenswert.

Die Erfahrungen belegen die herausragende Bedeutung eines professionellen Verbundmanagements für eine erfolgreiche regionale Zusammenarbeit. Erst die zentrale Steuerung von Koordination, Vernetzung und Informationsübermittlung ermöglicht einen integrierten Versorgungsverbund mit einer hohen Versorgungskapazität und entsprechender Funktionalität. **Auf der strukturellen Ebene ist das Verbundmanagement die Schlüsselvariable!** Hierfür müssen personelle und damit auch finanzielle Ressourcen eingeplant werden. Maßgebliche Aspekte für den Implementierungserfolg einer zentralen Koordinierungsstelle sind Neutralität, Unparteilichkeit und Verbindlichkeit. Zu empfehlen ist daher eine unabhängige, gesetzlich gesicherte Trägerstruktur. Qualitätsverlusten, bedingt durch interne Trägerinteressen oder dem Verlust an Synergieeffekten wird damit vorgebeugt, und ein offener Kommunikations- und Koordinationsraum zwischen den Kooperationspartnern geschaffen. Verbindlichkeit entsteht durch Einschreibung und Teilnahmeerklärung, die gleichermaßen PatientInnen und Kooperationspartner verpflichtet, aktiv und mitwirkend am Versorgungsprozess bzw. am Verbund teilzunehmen.

Im Gegensatz dazu sind die folgenden Faktoren als **erfolgshemmend** einzuschätzen:

Als problematisch erweist sich in beiden Modellregionen, dass die VerbundärztInnen aufgrund ihrer Anbindung an die psychiatrischen Kliniken und die Tätigkeit in der Institutsambulanz von den niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen als **Konkurrenz** gesehen werden. Deren Befürchtungen, ihnen könnten PatientInnen „weggenommen“ werden, sind nicht leicht zu entkräften.

In beiden Modellregionen haben sich **fehlende Fahrdienste** bzw. die fehlende Übernahme dieser Kosten als Hemmnis für eine Inanspruchnahme von Dienstleistungen herausgestellt. Zu empfehlen wäre daher das Bereitstellen eines Budgets für Fahrdienste, das auch in einer Regelfinanzierung abgedeckt werden sollte.

Eine Besonderheit von IDOB ist die **Verbindung von Case- und Verbundmanagement in Personalunion**. Dabei wurde die Komplexität der Aufgaben deutlich unterschätzt. Die Komplexität einer professionellen Versorgungsgestaltung, die sowohl den individuellen PatientInnenbedürfnissen als auch den strukturellen Notwendigkeiten des Versorgungsverbundes gleichermaßen gerecht wird, ist kaum von einer einzelnen Person zu bewältigen. Eine Lösung wäre eine Aufteilung dieser beiden zentralen Funktionalitäten auf zwei Funktionsträger. In diesem Zusammenhang ist ebenfalls offensichtlich, dass die zu versorgende PatientInnenmenge von 100 DemenzpatientInnen pro Modellregion von einer Person nicht leistbar ist. Entgegen anfänglicher Annahmen erweist sich eine ausschließliche Vermittlungsfunktion im Rahmen des Case Managements als zu kurz gedacht und in der Versorgungspraxis als unrealistisch. Vielmehr bedarf es insbesondere zu Beginn einer Versorgung eines erhöhten Zeitbudgets, bis die bedarfsgerechte Versorgung und die Einbindung entsprechender Kooperations-



partner gewährleistet ist. Je nach Schweregrad der demenziellen Erkrankung ist es nur in begrenztem Umfang möglich, parallel die Versorgung für mehrere DemenzpatientInnen personenbezogen und individuell zu gestalten.

Die Vereinigung von Case- und Verbundmanagement in einer Person, wie es bei IDOB der Fall ist, verlangt ein hohes Maß unterschiedlichster Kompetenzen. Die Funktion des Case Managements wird in verschiedenen Ausbildungsgängen curricular bearbeitet. Was fehlt, sind **Qualifizierungsmöglichkeiten für ein professionelles Verbundmanagement** bzw. weitergehend, für eine professionelle Versorgungsgestaltung im Sinne der hier erprobten Konzeption zur Versorgung Demenzkranker. Ein Transfer der Projektkonzeption könnte durchaus an fehlenden qualifizierten MitarbeiterInnen scheitern.

3.5 Stadt-Land-Unterschiede

Da das Evaluationsvorhaben als gesundheitsökonomische Implementierungsstudie angelegt ist, besteht die Grundidee in der Erprobung darin, dass die Konzeption von IDOB prinzipiell auf andere Regionen übertragen werden kann. Ein wichtiger Aspekt ist dabei die Gegenüberstellung einer ländlichen und einer städtischen Modellregion, weshalb an dieser Stelle die bisher gewonnenen Erkenntnisse nochmals pointiert zusammengestellt werden.

1. Ein offensichtlicher Unterschied zwischen der ländlichen und städtischen Modellregion von IDOB liegt in den regionalen Versorgungsangeboten. Während in der Modellregion München-Ost die Vielfalt von Angeboten zu Unübersichtlichkeit und Überforderungssituationen führt, konzentriert sich das begrenzte Versorgungsangebot im Berchtesgadener Land auf einzelne Siedlungspunkte. Dies geht jedoch nicht immer mit einer schlechteren Bedarfsdeckung im ländlichen Raum einher. Beispielsweise werden in Berchtesgaden mehr Hausbesuche von fach- und hausärztlicher Seite durchgeführt als im Münchener Osten.
2. Die großen Unterschiede in der Angebotsdichte spiegeln sich auch in der Ausdifferenzierung von IDOB in den beiden Modellregionen wieder. In München-Ost sind leicht demenziell Erkrankte bereits ausreichend versorgt, so dass IDOB hauptsächlich eine Versorgungslücke für mittelgradig demenziell Erkrankte, isolierte und alleinlebende PatientInnen schließt. Im Berchtesgadener Land hingegen werden eher PatientInnen mit leichten demenziellen Erkrankungen erreicht, deren soziales Netz - wie es für ländliche Regionen typisch ist - aufgrund familiärer Einbindung und Dorfgemeinschaften noch intakter ist. Daraus ergeben sich für die Betroffenen und Angehörigen regional unterschiedliche Versorgungsbedarfe. Im Berchtesgadener Land besteht eine hohe Nachfrage nach Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige durch geschulte HelferInnen, tagesstrukturierende

Angebote und ehrenamtlich Tätige; diese Angebote müssen dringend ausgeweitet werden. Im Münchner Osten stehen die Einbindung der PatientInnen in soziale Netze und die gezielte Inanspruchnahme vorhandener Angebote im Vordergrund. Ermöglicht wird dies durch Hausbesuche des Projektmitarbeiters und der Verbundärztin.

3. Unterschiede werden auch in der regionalen Ausdifferenzierung der Versorgungsverbände identifiziert, die sich derzeit noch im Aufbau befinden. Die Evaluation der Weiterentwicklung in der zweiten Projekthälfte wird neue Erkenntnisse bringen. Erste konzeptionelle Entscheidungen für die Verbände in München-Ost und im Berchtesgadener Land wurden bereits gefällt:
 - Aufgrund der hohen Dichte von Dienstleistungserbringern in München-Ost begrenzt sich der Verbundmanager auf die enge Zusammenarbeit mit ausgewählten qualifizierten Dienstleistungserbringern aller notwendigen Fachrichtungen nach folgenden Auswahlkriterien: die bereits erreichte gute Einbindung der Anbieter in die Kommunikations- und Koordinationsstrukturen von IDOB, die Verlässlichkeit in der Zusammenarbeit und die Offenheit gegenüber innovativen Strukturen sowie die Förderung aufsuchender Angebote. Ergänzt wird dieser Verbund durch eher lockere Beziehungen zu weiteren Kooperationspartnern.
 - Auf die ländliche Region Berchtesgadener Land ist dieses Vorgehen nicht eins zu eins übertragbar. Zum einen gibt es sehr viel weniger Angebote, zum anderen existiert eine spezielle Kommunikationsstruktur, sodass sich Nachrichten schnell verbreiten. Insofern achtet die Verbundmanagerin sehr darauf, mögliche Konkurrenzen zwischen den Anbietern bereits im Keim zu ersticken. Sie sieht im Konkurrenzverhalten der Anbieter einen entscheidenden Störfaktor für den Aufbau von verlässlichen und funktionierenden Verbundstrukturen. Daher werden grundsätzlich alle möglichen Verbundpartner für eine Teilnahme angefragt. Die Entscheidung einer verbindlichen Mitwirkung im Verbund liegt dann bei diesen.
4. Des Weiteren bestehen Unterschiede ebenfalls im Angebot der VerbundärztInnen in den Modellregionen. Dabei zeigt sich, dass regional bedingt die strukturellen Rahmenbedingungen unterschiedlich umgesetzt werden. Beispiel: Aufgrund personeller Engpässe in der am Projekt beteiligten Inn-Salzach-Klinikum gGmbH werden im Berchtesgadener Land lediglich die von der Psychologin durchgeführten klinischen Screenings bei den PatientInnen zu Hause durchgeführt. Eine Diagnostik bzw. Besprechung der Behandlungsplanung kann hingegen nur in den Räumen der Inn-Salzach-Klinikum gGmbH durchgeführt werden.



4 Stand der Arbeiten laut Arbeits- und Zeitplan

4.1 Ist-Analyse

Grundlegend für die Ausgestaltung des ‚Leuchtturmprojekts Demenz‘ ist der eingereichte Projektantrag sowie der dort publizierte Arbeits- und Zeitplan (vgl. Darstellung 17). Die komplexe Projektstruktur von IDOB macht ein Arbeiten auf verschiedenen Ebenen notwendig, in den Modellregionen ebenso wie Regionen übergreifend. Eine chronologische Darstellung ist nicht möglich, die Prozesse im Modellprojekt verlaufen größtenteils parallel¹⁶.

Als Schwerpunkte im Berichtszeitraum können die folgenden Punkte dargestellt werden:

- Offizieller Start von IDOB war der 01. April 2008. Danach fanden in unterschiedlichen Gremien und Projektgruppen (Projektbeirat, Steuerungsgruppe, Projektentwicklung) zahlreiche Treffen zur Entwicklung und Festlegung von Projektstrukturen, wie z.B. einer Projektgremienstruktur statt.
- Die Steuerungsgruppe, bestehend aus der Projektleitung, dem Geschäftsführer der Projekteverein gGmbH und dem Vertreter des Vorstands der Kliniken des Bezirks Oberbayern tagte insgesamt acht Mal. Inhalte dieser Sitzungen waren die Festlegung von Projektzielen, die Rückkoppelung der Projektarbeit in die Organisationen, die Implementierung des Modells in den beiden Modellregionen, die Absprache von Reaktionen auf aktuelle Entwicklungen und Ereignisse im Projekt, die Entwicklung von Trägerstrukturen und die Realisierung einer Anschlussfinanzierung.
- Im Jahr 2008 wurden drei Projektbeiräte mit jeweils zehn bis zwölf TeilnehmerInnen durchgeführt, die der Ausgestaltung und Zielsetzung des Modellprojekts dienten, wobei die Projektbeteiligten Funktionen und Aufgaben im Projekt übernahmen und eine inhaltliche Ausdifferenzierung des Projekts stattfand. In einem erweiterten Projektbeirat im Dezember 2008 waren zudem VertreterInnen von Krankenkassen, des Bezirks Oberbayern, der Landeshauptstadt München und des Projektträgers geladen. Dieser Beirat diente der Kontaktaufnahme zu Kosten- und Leistungsträgern des SGB V und SGB XI/XII, die TeilnehmerInnen bekundeten Interesse an einer weiteren Mitarbeit im ‚Leuchtturmprojekt Demenz‘.

¹⁶ Die Aufstellung der unterschiedlichen Projekttreffen in Gremien von IDOB ist detailliert im Anhang aufgeführt.



- Von Mai bis Ende September 2008 wurden insgesamt zehn Projekttreffen zum Thema Projektaufbau und Weiterentwicklung von Projektstrukturen anberaumt. Diese Projektgruppe setzt sich aus den VerbundmanagerInnen und den MitarbeiterInnen der wissenschaftlichen Begleitung zusammen. Gemeinsam wurde, unter Einbeziehung der ProjektärztInnen, die Projektdokumentation erarbeitet und eine Prozessbeschreibung für die patientInnenbezogene Dokumentation entwickelt. Im Sinne eines **Qualitätsmanagements** wurden außerdem die Versorgungspfade definiert. Ab dem 3. Quartal 2008 fanden neben zahlreichen Telefonkontakten zwölf Arbeitstreffen mit unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunktsetzungen statt.
- Die ausführliche Evaluationskonzeption musste, da patientInnenbezogene Daten erhoben werden, von der Ethikkommission der Bayerischen Landesärztekammer befürwortet werden. Das positive Votum wurde Ende Juli 2008 erteilt, sodass anschließend mit der PatientInnenakquise (100 PatientInnen pro Modellregion) begonnen werden konnte.
- Entgegen dem Arbeits- und Zeitplan lag der Tätigkeitsschwerpunkt der ProjektmitarbeiterInnen zunächst auf der Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen und somit auf der Suche nach Kooperationspartnern. Ende Dezember 2008 gab es in der Modellregion München-Ost 50 Kooperationspartner, darunter hauptsächlich Pflegedienste (14), Beratungsstellen (20), einige Hausärzte (5), Rehabilitationsdienste (5), Einrichtungen zur Tagesstrukturierung (5) sowie ein Facharzt. Bis Ende Februar 2009 erhöhte sich die Zahl der Kooperationspartner auf 63. Auch im Berchtesgadener Land, wo vergleichsweise wenig Dienstleistungen vorgehalten werden (vgl. Kapitel 2.1.4), konnten im Berichtszeitraum 45 Kooperationspartner für IDOB gewonnen werden, darunter hauptsächlich Rehabilitationsdienste (10), Fachärzte (10), Pflegedienste (5), Komplementäre Dienste (5), Hausärzte (3), Kliniken (4), Einrichtungen zur Tagespflege (2) sowie die AOK. Für beide Modellregionen zeichnete sich ab, dass niedergelassene Haus- und Fachärzte dem ‚Leuchtturmprojekt Demenz‘ eher skeptisch gegenüberstehen und sich nur einzeln im Verbund engagieren. Projekttreffen zur regionalen Gestaltung des Versorgungsverbundes fanden von Oktober 2008 bis März 2009 sechs Mal statt: darunter zwei **Kick Off-Veranstaltungen** in BGL, je ein **Regionaltreffen für Kooperationspartner** pro Modellregion und zwei **Treffen der Projektbeteiligten** zur Absprache der regionalen Weiterentwicklung von Strukturen.

- Als Instrument zur verbindlichen, koordinierten und qualitativ hochwertigen Zusammenarbeit unter Kooperationspartnern in **IDOB** dienen **Fallkonferenzen**. Diese werden in München-Ost seit Dezember 2008 abgehalten, wo bislang sieben Fallkonferenzen mit unterschiedlichen Dienstleistungserbringern stattfanden. Mittels eines eigens entwickelten Dokumentationssystems für Fallkonferenzen werden alle Beteiligten über die Veränderungen in der Hilfeplanung informiert. In BGL sind für Ende April 2009 die ersten Fallkonferenzen zur Überprüfung der Hilfeplanung geplant. Die zeitlichen Disparitäten begründen sich aus dem nach hinten verschobenen Projektbeginn auf Einzelfallebene, da erst das Votum der Ethik-Kommission abgewartet wurde.
- Bereits im 2. Quartal 2008 wurden die technischen Voraussetzungen für eine **internetbasierte Kommunikation** geschaffen, um den Aufbau von Verbundstrukturen zu formalisieren und durch IT-Unterstützung zu realisieren. Für die Projektbeteiligten wurde mit Moodle eine interne Kommunikationsplattform eingerichtet. Seit Oktober 2008 hat **IDOB** eine eigene Homepage (siehe Anhang), die regelmäßig aktualisiert wird. Seit Dezember 2008 erscheint monatlich ein **IDOB-Newsletter** (siehe Anhang), der abonniert werden kann (vgl. <http://www.leuchtturm-IDOB.de>).
- Als **Koordinationsstelle** wurde in der Modellregion BGL der Gerontopsychiatrische Dienst in Bad Reichenhall gewählt. Durch die im Landkreis zentrale Lage der Stadt kann dadurch eine möglichst große Erreichbarkeit für die LandkreisbewohnerInnen gewährleistet werden. Die Anbindung an den Gerontopsychiatrischen Dienst verankert **IDOB** in bereits bestehende Infrastrukturen. In der Modellregion München-Ost wurde ein anderer Weg beschritten: Gemeinsam mit einem Kooperationspartner (Carpe Diem, einem Dienstleistungserbringer für Hilfen für Menschen mit Demenzerkrankungen und psychischen Problemen) wurden, nach Rücksprache mit dem Bundesverwaltungsamt, Räume für **IDOB** angemietet. Während in München-Ost die Koordinierungsstelle nur in Ausnahmen von PatientInnen und Angehörigen aufgesucht wird und die Kontakte bzw. Testungen fast ausschließlich in der Wohnung der Demenzkranken stattfinden, wird im Berchtesgadener Land die Testdiagnostik von der Projektärztin bzw. Psychologin in den Räumen der Koordinierungsstelle durchgeführt.



Darstellung 17 IDOB: Arbeits- und Zeitplan laut Projektantrag

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>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 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	
			Zwischenbericht		Zwischenbericht			IV-Vertrag
								Endbericht

Quelle: IfaS 2008; „Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern“: Projektantrag S. 18.

4.2 Personelle Veränderungen

Im ersten Projektjahr kam es zu folgenden personellen Veränderungen¹⁷:

Gleich zu Beginn des Projekts verunglückte Herr Dr. D. tödlich. Die Nachfolge als Verbundärztin trat Frau Dr. K. an.

Frau D. begann im Oktober 2008 als wissenschaftliche Assistentin und ersetzte Frau K. nach deren Ausscheiden zum 31. Dezember 2008 als wissenschaftliche Mitarbeiterin von IfaS.

Seit dem 4. Quartal 2008 führt Frau B. in der Modellregion Berchtesgadener Land die Testdiagnostik durch.

4.3 Abweichungen

Abweichungen bestehen **ausschließlich** in Bezug auf den zeitlichen Ablauf im Studienplan der wissenschaftlichen Begleitung (vgl. Darstellung 17) und begründen sich durch die notwendige Überprüfung des Projektantrags und der Evaluationskonzeption durch die Ethikkommission der Bayerischen Landesärztekammer, die im Monatsrhythmus tagt.

Dadurch verlagerte sich der Beginn der individuellen, patientInnenbezogenen Versorgung um ca. sechs bis acht Wochen. Nach der Sommerpause konnte jedoch diese zeitliche Verzögerung durch den verstärkten Einsatz der Projektbeteiligten ausgeglichen werden, sodass in beiden Modellregionen die erforderliche PatientInnenzahl inzwischen erreicht ist.

Diese Abweichungen machten es notwendig, den zeitlichen Ablauf im Studienplan der wissenschaftlichen Begleitung anzupassen. Beispielsweise war die Erhebung der systematischen Zusammenarbeit im Versorgungsverbund anhand des **Fragebogens ‚Verbundpartner‘** für Dezember 2008 geplant. Zu diesem Zeitpunkt waren in beiden Modellregionen etwa 30 bzw. 50 Kooperationspartner verzeichnet, die bereits lose zusammenarbeiteten. Gemeinsame Arbeitsgruppen zur Weiterentwicklung der regionalen Verbundstrukturen, einheitliche Kommunikations- und Kooperationsstrukturen sowie eine verbindliche Zusammenarbeit waren jedoch noch nicht vorhanden. Zugunsten des Erhalts valider Daten wurde daher der Einsatz dieses Instruments verschoben und zunächst die Fallkonferenzen als Instrument der verbindlicheren und qualitativen Zusammenarbeit gefördert. Der Einsatz des Fragebogens ‚Verbundpart-

¹⁷ Aus datenschutzrechtlichen Gründen werden keine Namen ausgeschrieben.



ner‘ wurde auf Ende des 2. Quartals 2009 festgelegt. Zu diesem Zeitpunkt werden die Kooperationspartner voraussichtlich erste Erfahrungen mit der regionalen interdisziplinären Verbundarbeit haben.

Mit Hilfe von qualitativen Interviews wird IfaS die **Versorgungsqualität durch IDOB** erheben und dazu PatientInnen, Angehörige und ambulante Dienstleistungserbringer interviewen. Auch diese Erhebungen wurden aus den oben genannten Gründen in das zweite Quartal 2009 verschoben.

Die **Erhebungshäufigkeit der Demenzdiagnostik** wurde in der Evaluationskonzeption auf drei Messzeitpunkte festgesetzt. Im Laufe der ersten Monate stellte sich heraus, dass insbesondere in München der Zeitaufwand für das klinische Screening durch die aufsuchende Arbeit wesentlich höher als erwartet ausfiel. Hinzu kam die Problematik, dass PatientInnen eine Diagnostik verweigerten bzw. die Testung vor Beendigung abbrachen. Aus diesem Grund wurde eine Reduktion auf zwei Messzeitpunkte vereinbart.

5 Verwertung und Verbreitung

5.1 Öffentliches Interesse, Anfragen

Das öffentliche Interesse für die **Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern** ist in den vergangenen Monaten stark gestiegen. Das ‚Leuchtturmprojekt Demenz‘ rückt dabei immer mehr ins Blickfeld von Regional- und Landespolitik, Kosten- und Leistungsträgern sowie Anbietern in den Regionen:

- Die Nachfrage von interessierten PatientInnen und Angehörigen steigt in beiden Regionen stetig an. Die Bearbeitungskapazitäten der VerbundmanagerInnen sind maximal beansprucht.
- Bundesweit werden immer wieder Informationen über **IDOB** angefordert bzw. besteht Interesse an einem fachlichen Austausch über die Erfahrungen mit der Integrierten Demenzversorgung. Auch bei der Präsentation der ‚Leuchtturmprojekte Demenz‘ in Berlin am 20.01.2009 baten zahlreiche Anwesende um Informationsmaterial.
- Reges Interesse besteht am Newsletter von **IDOB**, der zunächst an ca. 60 Personen versandt wurde und mittlerweile von über 120 Personen angefordert wird. Wöchentlich werden einige Interessenten neu in den Verteiler aufgenommen.
- Im Februar 2009 erreichte **IDOB** beispielsweise eine Anfrage von Münchner Schulen über Informationsmaterial. Diese Schulen gestalten im September 2009 auf einem Gesundheitsfestival einen Info- und Themenstand zum Thema Demenz. Dabei soll **IDOB** - als ein innovatives Modell der regionalen ambulanten Versorgung demenziell Erkrankter - vorgestellt werden.
- Die Homepage von **IDOB** wurde seit der Veröffentlichung Ende November 2008 bis Ende April 2009 bereits 8.862 Mal aufgerufen. Im Schnitt sind dies 1.772 Seitenaufrufe/Monat. Im Dezember war das öffentliche Interesse an der Homepage aufgrund einer Ankündigung der Homepage im Newsletter Dezember und auf dem Regionaltreffen München-Ost sowie dem erweiterten Projektbeirat besonders hoch. Ebenfalls beeindruckend ist das Maximum im März 2009 mit 2.350 Aufrufen. Dies steht im Zusammenhang der großen Resonanz der Fachtagung Integrierte Demenzversorgung in Gabersee, Wasserburg am Inn.
- An dem als Fachtagung konzipierten Zwischensymposium nahmen circa 140 Personen teil, darunter viele Kooperationspartner, demenziell Erkrankte und Angehörige. Ebenfalls anwesend waren VertreterInnen des Bezirks Oberbayern, des Projektträgers Gesundheitsforschung im DLR und einzelner Krankenkassen.



5.2 Gesamtbewertung und Ausblick: Demenzversorgung integriert denken

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

1. die Lebensqualität von Demenzkranken und deren Angehörigen, 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.
2. 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.
3. 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.
4. komplexe, sektoren- und säulenübergreifende Versorgungsstrukturen für Demenzkranke dauerhaft in einer Region verankern, somit die Versorgung nachhaltig sichern und die Öffentlichkeit sensibilisieren (community care).

Gerade im Falle schwieriger gesundheitlicher Versorgungslagen, wie sie eine Demenzerkrankung darstellt, zeigen sich allzu deutlich die Grenzen von Marktlogiken und die Brüchigkeit des Gesundheitssystems. Das ‚Leuchtturmprojekt Demenz‘ **Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern** führt eindringlich die Vielschichtigkeit und Komplexität moderner Versorgungsproblematiken vor Augen: Soziale Hilfe und Unterstützung ist nur dann zielgerichtet und wirkungsvoll, wenn sie sowohl die individuelle Lebenslage und den Unterstützungsbedarf berücksichtigt als auch die entsprechenden Versorgungsmöglichkeiten im System auszuloten vermag, und darüber hinaus in regionalen Versorgungsstrukturen vernetzt ist.

Demenzversorgung integriert denken bedeutet zunächst, in einem wettbewerblich strukturierten Gesundheitswesen Position für die PatientInnen zu beziehen und mit-zuhelfen, wirkende Mechanismen aufzudecken, um dann in einem nächsten Schritt an den Schnittstellen und Sektorengrenzen zu vermitteln und praktikable Wege für eine konstruktive Zusammenarbeit aufzuzeigen. Hierfür ist **IDOB** ein Referenzmodell ers-

ter Güte, da in ganz unterschiedlichen Modellregionen dieser Schritt hin zu einer konzertierten Zusammenarbeit im Versorgungsverbund gewagt wird.

Die Stärke der Modellerprobung liegt in der Verstetigung der konzeptionellen Elemente auf allen Ebenen: in der hochwertigen medizinischen und psychosozialen Begleitung der PatientInnen und deren Angehörigen in einer schwierigen Lebenssituation ebenso wie in der kontinuierlichen Netzwerkkonfiguration und einer strukturellen Verankerung im Gemeinwesen.

In ihrer Ausgestaltung hat die **Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern** somit „Leuchtturmqualitäten“ und wird sich als eine praktikable und nachhaltige Lösungsstrategie zur Versorgung demenziell erkrankter Menschen präsentieren. Dieses Zwischenergebnis kann im Wesentlichen an drei Punkten festgemacht werden:

1. Als personenbezogener Versorgungszusammenhang stellt IDOB die PatientInnen in den Mittelpunkt der Versorgung!

Für die Betroffenen und ihre Angehörigen bedeutet die Diagnose Demenz einen tiefen Einschnitt und eine Neuordnung des Lebens. Demenzielle Erkrankungen sind mit Gebrechlichkeit, Hilflosigkeit und im fortgeschrittenen Stadium mit völliger Abhängigkeit assoziiert. Um diese Krankheit in Würde zu bewältigen, brauchen die Menschen Unterstützung und Hilfe. Diese Hilfe muss zu den Menschen kommen - und IDOB leistet in großem Umfang aufsuchende Hilfe!

Die Demenzkranken und ihre Angehörigen brauchen insbesondere in der ersten Zeit mehr als einen Kontakt, der Telefonnummern weitergibt. Vielmehr braucht es Begleitung, jemanden, der mit ins Boot steigt, das Ruder kurzfristig in die Hand nimmt und die Versorgung sozusagen „auf Kurs“ bringt! Das schafft Entlastung und ist wirtschaftlich, weil die Demenzkranken die Hilfe bekommen, die sie individuell benötigen. Diese psycho-soziale Unterstützung und Begleitung ist eine wichtige Ergänzung einer guten medizinischen Versorgung und geht weit über ein rein manageriales Handeln hinaus. In einem ganz klassischen Sinn geht es darum, Sorge für die DemenzpatientInnen und deren Angehörige zu tragen.

2. Die sich im Rahmen von IDOB entwickelnden regionalen Versorgungsverbünde sind mehr als lose Zusammenschlüsse!

Kooperation und Vernetzung gelten als „Königsweg“ zur Lösung gesundheitsökonomischer Problemlagen und Fehlallokationen, häufig bleibt es jedoch bei Absichtserklärungen. Integrierte Versorgungsverbünde gehen über lose Zusammenschlüsse hinaus. Bei ihnen handelt es sich um strukturell gebahnte und gesellschaftlich legitimierte Problemlösungsversuche abgestimmten und koordinierten Handelns verschiedener



Akteure über sektorale Grenzen hinweg. Integrierte Versorgungsverbünde sind einem gemeinsamen Leitziel und einer Versorgungsethik verpflichtet.

In IDOB entwickeln sich Kooperationsstrukturen zu handlungsfähigen Versorgungsverbänden – weil es fähige ProjektmitarbeiterInnen gibt, die sich **professionell** um den Versorgungsverbund „kümmern“. Netzwerkaufbau und Netzwerkpflege sind arbeitsintensiv und binden personelle Ressourcen. Diese Tätigkeit bedarf einer hohen fachlichen Qualifizierung, viel Fingerspitzengefühl und Diplomatie und ist somit wesentlich mehr als ein reines Verbundmanagement.

3. IDOB stärkt nachhaltig regionale Versorgungsstrukturen!

Eine personenzentrierte Versorgung, die die Würde der Demenzpatienten wahrt, ist in regionale Strukturen eingebettet. Im Falle einer Demenzerkrankung geht es um komplexe und schwierige Problemlagen und deren Bearbeitung **in der Lebenswelt der Menschen!**

Eine wesentliche Stärke von IDOB ist die regionale Ausrichtung. Erst durch die Einbindung lokaler Akteure gelingt eine personenzentrierte, kontinuierliche Versorgung. Neben den professionellen Anbietern medizinischer, pflegerischer und sozialer Dienstleistungen müssen die Bürgerinnen und Bürger in die Versorgung eingebunden werden. Es gilt, im Sinne eines wohlfahrtpluralistischen Arrangements Selbsthilfe, Bürgerschaftliches Engagement und solidarfinanzierte Leistungen zusammenzuführen und vor Ort weiter zu entwickeln.

Alles in allem kann bereits zum Zeitpunkt der Berichtlegung festgehalten werden dass in der **Integrierten Demenzversorgung in Oberbayern** zentrale Aspekte moderner Gesundheitspolitik kumulieren (vgl. Schäfer-Walkmann 2009):

1. eine sektorenübergreifende Ausgestaltung und Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgungsangebote auf der Grundlage einer verbindlichen Leistungserbringung;
2. eine säulenübergreifende Wirkung mit Ausstrahleffekten vom SGB V-Bereich in den SGB XI-Bereich und den SGB XII-Bereich;
3. eine mögliche Verbindung von solidarfinanzierten Leistungen und Bürgerschaftlichem Engagement.

Der „worst case“ wäre, wenn im Februar 2010, nach Ablauf der Projektförderung, keine Möglichkeit besteht, die **Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern** weiterzuführen. Daher ist es im Interesse **aller am Projekt beteiligten Akteure**, die verbleibende Restlaufzeit aktiv und zielführend zu nutzen und für IDOB eine gesicherte finanzielle und personelle Grundlage und somit Nachhaltigkeit zu schaffen.

6 Verwendete Literatur

- Alzheimer Gesellschaft München e.V. (Hg.) (2006): Demenz-Wegweiser für München. München.
- Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (Hg.) (2007): Land Bayern, alle Gemeinden. Durchschnittsalter der Bevölkerung am 31.12.2007. <http://www.statistik.bayern.de/daten/intermaktiv/archiv/home.asp?UT=bevoelkerung.csv&SP=3>. 03.03.2009.
- Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (Hg.) (2007): Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für Bayern bis 2025. Regierungsbezirk Oberbayern. Ergebnisse für kreisfreie Städte und Landkreise. München.
- Bickel, H. (2002): Stand der Epidemiologie. In: Hallauer, J. /Kurz, A. (Hg.): Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland. Stuttgart, S. 10-14.
- Bickel, H./Weyerer, S. (2007): Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. (Grundriss Gerontologie, Bd.14). Stuttgart.
- Bickel, H. (2008): Das Wichtigste - Die Epidemiologie der Demenz. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hg.): Das Wichtigste - Informationsblätter 06/2008, S. 1-3. O.O.
- Bosshard, M./Ebert, U./Lazarus, H. (2007): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. 3. vollst. überarb. Aufl., Bonn.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2008): Das Wichtigste - Informationsblätter 06/2008. O.O.
- Hacker, W. u.a. (1995): Tätigkeitsbewertungssystem. Verfahren zur Analyse, Bewertung und Gestaltung von Arbeitstätigkeiten. (Mensch, Technik, Organisation, Bd. 7). Zürich u.a.: vdf Taubner.
- IfaS (2008): Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern - IDOB - Antrag zur Förderung eines Vorhabens zum „Leuchtturmprojekt Demenz“. Themenfeld 2: Evaluation von Versorgungsstrukturen. Stuttgart.
- IfaS (Hg.)(2008): Homepage der Integrierten Demenzversorgung in Oberbayern. <http://www.leuchtturm-IDOB.de>. Stuttgart.
- Kunz, M. /Lautenbacher, S. (2007): Demenz bei Frauen und Männern: das gleiche Problem? In: Lautenbacher, S. /Güntürkün, O. /Hausmann, M. (Hg.): Gehirn und Geschlecht - Neurowissenschaft des kleinen Unterschiedes zwischen Frau und Mann. Heidelberg, S. 283-295.
- Landeshauptstadt München Sozialreferat (a) (Hg.)(2007): Regionale Sozialberichte 2007: Daten und Fakten zu den Sozialregionen und Stadtbezirken. München.
- Landeshauptstadt München Sozialreferat (b) (Hg.) (2007): Münchner Armutsbericht 2007. München.



- Landratsamt Berchtesgadener Land (2008): Demographiebericht für den Landkreis Berchtesgadener Land: Entwicklungsprognosen bis 2020. 2. Fassung, Bad Reichenhall.
- Luczak, H. 1998: Arbeitswissenschaft. Berlin.
- Orem, D. E. (1997): Strukturkonzepte der Pflegepraxis. Berlin u.a.
- Pfaff, H. (2003): Versorgungsforschung - Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff, H. /u.a. (Hg.): Gesundheitsversorgung und Disease Management. Bern u.a.: Hans Huber: S. 13-23.
- Schäfer-Walkmann, S. (2002): Zeitverwendung und Zeitressourcen für pflegerische Tätigkeit in stationären Pflegeeinrichtungen der Altenhilfe. Eine theoretische und empirische Untersuchung. München.
- Schäfer-Walkmann, S. (2009): Soziale Arbeit in Integrierten Versorgungsverbänden. In: Mühlum, A. /Rieger, G. (Hg.): Soziale Arbeit in Wissenschaft und Praxis. Festschrift für Wolf Rainer Wendt. Lage, S. 295-305.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (Hg.): Bevölkerungsstand am 31.12.2007 nach Geschlecht - Ausgewählte Tabellen.
<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigat ion/Statistiken/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand.psml>. 20.10.2008.
- Wendt, W./Wöhrle, A.(2007): Sozialwirtschaft und Sozialmanagement in der Entwicklung ihrer Theorie. (Theorie, Wirtschaft, Praxis). Augsburg.
- Wirtschaftsförderungsgesellschaft Berchtesgadener Land GmbH (Hg.) (2006): Wirtschaftsstandort. Der Wirtschaftsstandort Berchtesgadener Land. <http://www.wfg-bgl.info/htm/info/wirtschaftsstandort.htm>. 16.04.2009.

7 Veröffentlichungen

- Kliniken des Bezirks Oberbayern - Kommunalunternehmen (Hg.)(2008): Presseinformation. Inn-Salzach-Klinikum und Isar-Amper-Klinikum für das „Leuchtturmprojekt Demenz“ ausgewählt. Haar.
- Kliniken des Bezirks Oberbayern - Kommunalunternehmen (Hg.) (2008): Integrierte Demenzversorgung. Inn-Salzach-Klinikum und Isar-Amper-Klinikum für das „Leuchtturmprojekt Demenz“ ausgewählt. kma Online. http://www.kma-online.de/nachrichten/klinik-news/id_13243_view.html. 09.04.2009.
- News. Leuchtturmprojekt Demenz - das Modellvorhaben „Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern“. München.
- Berchtesgadener Anzeiger (Hg.) (2008): Gemeinsam gegen das Vergessen. Forschungsprojekt an der Psychiatrie Freilassing soll Demenzkranken helfen. Freilassing.
- Berchtesgadener Anzeiger (Hg.) (2008): Ein Netz von Hilfen für Demenzkranke. 100 betroffene Landkreisbürger können am Modellprojekt teilnehmen. Bad Reichenhall.
- Mergenthal, V. (2008): Hilfe bei Demenz. www.ruperti-nachrichten.de/et_report_387_44377.html. 09.04.2009.
- Kliniken des Bezirks Oberbayern - Kommunalunternehmen (Hg.) (2008): Leuchttürme. Gemeinsames Versorgungskonzept für Demenzversorgung. kma Online. http://www.kma-online.de/nachrichten/klinik-news/id_15233_view.html. 09.04.2009.
- Kliniken des Bezirks Oberbayern - Kommunalunternehmen (2009): Zwei Leuchttürme für Oberbayern - Gemeinsames Konzept zur Demenzversorgung. KBO Kurier 04/2009, S. 13.
- Rosenheimer Nachrichten (Hg.) (2009): Fortschritte bei Demenz. Wasserburg.
- Südostbayerische Rundschau (Hg.) (2009): BGL: Mehr als 100 Hundertjährige im Landkreis. Berchtesgadener Land.

