

Projektbeschreibung

Implementation personenzentrierter Hilfen für psychisch kranke alte Menschen (1.5.2011 – 31.12.2013)

Stand 10.1.2012

Ziele

Übergeordnetes Ziel ist die Optimierung von Hilfen für psychisch kranke alte Menschen. Durch personenzentrierte Organisation sollen die Hilfen individueller, flexibler, besser aufeinander abgestimmt und häufiger im vertrauten Lebensfeld der kranken Menschen erbracht werden.

Konkrete Projektziele im Rahmen des Projekts sind dabei:

1. Ziel ist die exemplarische Umsetzung integrierter personenzentrierter Hilfeleistungen für psychisch kranke alte Menschen in mindestens 30 Fällen.
2. Über die einzelfallbezogene Implementation werden in mindestens einer Region nachhaltig die strukturellen Voraussetzungen zur Erbringung personenzentrierter Hilfen für psychisch kranke alte Menschen geschaffen.
3. Der Prozess zur Organisation personenzentrierter Hilfen und die einzelfallbezogenen Ergebnisse werden dokumentiert und ausgewertet, um die Erfahrungen für andere Regionen nutzbar zu machen und zur flächendeckenden Qualitätsverbesserung durch Einführung personenzentrierter Hilfen für psychisch kranke alte Menschen beizutragen.
4. Es wird geklärt, ob bzw. unter welchen Bedingungen die jüngeren sozialrechtlichen Regelungen (v. a. integrierte Versorgung, persönliches Budget, integrierte Pflegeberatung) bei zielgruppenspezifischer Umsetzung ausreichen oder in welcher Weise gemäß der Vorgabe der § 27.1 SGB V und § 10.3 SGB IX die besonderen Bedürfnisse psychisch kranker bzw. seelisch behinderter Menschen konkretisiert werden müssen.

Bezug

Das Bundesministerium für Gesundheit hat der Aktion Psychisch Kranke durch Projektförderung in den Jahren 2004 bis 2006 die Erarbeitung von „Handlungsempfehlungen zur Organisation und Finanzierung von personenzentrierten Hilfen für psychisch kranke alte und demente Menschen“¹ ermöglicht. Diese Empfehlungen haben in der Fachwelt starke Beachtung und Zustimmung erfahren. Allerdings werden hinsichtlich der Umsetzung zahlreiche Schwierigkeiten benannt.

Das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Projekt ist als Umsetzungsprojekt zu den genannten Handlungsempfehlungen zu verstehen.

¹ Siehe: Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hg.), Psychisch kranke alte und demente Menschen – Organisation und Finanzierung von personenzentrierten Hilfen, Psychiatrie-Verlag, Bonn 2009

Ausgangssituation

Psychische Erkrankungen haben weltweit eine zunehmende Tendenz. Besonders betroffen sind ältere Menschen. Dies ist auch in Deutschland festzustellen. In besonderem Maße steigen Demenz-Erkrankungen an. Der Deutsche Ärztetag stellte fest²:

„Laut Statistischem Bundesamt sind heute 4 Mio. Bundesbürger über 80 Jahre; für das Jahr 2050 rechnet man mit 10 Mio. über 80-Jähriger. Die Demenzrate steigt mit zunehmendem Alter exponentiell an: Von den 75- bis 78-Jährigen sind knapp 12 %, von den 80- bis 90-Jährigen knapp 25 % und von den über 90-Jährigen fast 50 % von einer Demenz betroffen. Schätzungsweise leiden 1,3 Mio. Personen in Deutschland an einer demenziellen Erkrankung. 733.000 davon sind Leistungsbezieher der Pflegeversicherung (408.000 ambulant, 325.000 in stationären Einrichtungen). Demenz ist mit Abstand der wichtigste Grund für eine Heimaufnahme, bis zu 80 % aller Demenzkranken kommen im Verlauf ihrer Erkrankung in ein Pflegeheim. Derzeit kann man von einem Anteil Dementer von etwa 60 % aller Heimbewohner ausgehen. Demenzen zählen zu den kostenträchtigsten Krankheitsgruppen des höheren Alters, was sowohl die pflegerische als auch die medizinische Versorgung angeht. So entfielen im Jahr 2002 5,6 Mrd. Euro der Gesamt-Gesundheitskosten der GKV auf die Krankheitsentität der Demenzen.“

Da bis zum Jahre 2050 voraussichtlich 10 Mio. Bundesbürger mit 80 Jahren oder älter unter uns leben werden, müssen wir mit einer deutlich steigenden Anzahl Demenzerkrankter rechnen, wenn bis dahin nicht effektive Präventionsstrategien bzw. Therapieformen entwickelt werden können.“

Beim Pflegedialog bei Minister Rösler am 14.4.2011 gab der Vorsitzende der KBV, Dr. Köhler, an, dass aktuell bei 1,37 Millionen Patienten die Diagnose Demenz gestellt worden sei.

Eine ebenfalls verbreitete psychische Erkrankung im Alter ist die Depression. Für das Jahr 2007 wird bei der Altersgruppe ab 60 Jahren eine 12-Monats-Prävalenz der depressiven Episoden von 9,8 angegeben.³ Dies entspricht über 2 Millionen Erkrankten.

Angesichts der demographischen Entwicklung ist in den nächsten Jahrzehnten mit einem erheblichen Anstieg von chronischen Krankheiten, Multimorbidität und psychischen Störungen zu rechnen. Einerseits steigt mit der Lebenserwartung die Zahl hilfebedürftiger psychisch beeinträchtigter alter Menschen, andererseits stehen zukünftig weniger jüngere Angehörige zur Übernahme von Hilfeleistungen zur Verfügung.

Die Versorgung alter Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist bereits jetzt nicht ausreichend und sie entspricht nicht durchgängig aktuellen Anforderungen an eine bedarfsgerechte und an den individuellen Bedürfnissen orientierte Hilfe. Angesichts der demographischen Entwicklung ist mit einem erheblichen Risikowachstum zu rechnen. Einerseits steigen die Zahlen hilfebedürftiger psychisch beeinträchtigter alter Menschen, andererseits stehen weniger jüngere Angehörige zur Übernahme von Hilfeleistungen zur Verfügung. Insbesondere fehlen verbindlich koordinierte ambulante Leistungen. Das Problem kann und soll jedoch nicht allein institutionell durch den Ausbau von Heimkapazitäten gelöst werden.

² einstimmige Entschließung des 111. Deutschen Ärztetages 2008; siehe: www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.23.6205.6272.6273

³ C. Günster, J. Klose, N. Schmacke (Hg.), Versorgungsreport 2011, Stuttgart, 2011

Trotz des hohen Anteils psychischer (Begleit-)Erkrankungen unter den Nutzerinnen und Nutzern gesundheitsbezogener Leistungen (Behandlung, medizinische Rehabilitation und Pflege nach SGB XI) werden ihre besonderen Bedürfnisse und Bedarfe oft nicht ausreichend berücksichtigt.

Das Projekt ‚Handlungsempfehlungen zur Organisation und Finanzierung von personenzentrierten Hilfen für psychisch kranke alte und demente Menschen‘ der APK⁴ führte zu substantziellen Empfehlungen, die weit reichende Veränderungsprozesse der Hilfestrukturen implizieren.

Im Mittelpunkt stehen dabei:

- Bedarfsorientierung statt Angebotsorientierung, in diesem Zusammenhang auch ambulant vor stationär
- Optimierung der Organisation und Steuerung von einzelfallbezogenen Leistungen in Richtung auf bedarfsgerechte Hilfemixe (Koordination, Kooperation, Komplexleistungen, integrierte Leistungen (wie) aus einer Hand)
- Vernetzung von Selbsthilfe, Nachbarschafts-, Bürger- und professioneller Hilfe
- Integration von ambulanter und stationärer Altenhilfe, Vernetzung mit ambulanter und stationärer Behandlung und Rehabilitation, insbesondere (Geronto-)Psychiatrie und Psychotherapie
- Gemeinwesenorientierung / Quartiersbezug (Stadt- bzw. Regionalplanung, Versorgungssicherheit)
- Stärkung des “normalen“ selbständigen Wohnens in der eigenen Häuslichkeit (durch die barrierefreie Gestaltung des Wohnungsbestandes sowie durch die Verfügbarmachung und bessere Erreichbarkeit von Hilfe- und Gemeinschaftsangeboten)
- Entwicklung und *Verbreitung* selbstbestimmter Wohnformen für Pflegebedürftige und demenziell erkrankte Menschen (z. B. durch Umstrukturierung, insbesondere Öffnung von Leistungen von Heimen und die Verbreitung von neuen Wohnformen unter verbesserten Rahmenbedingungen).

Der Ansatz betrifft auch die kleinräumige Vernetzung der Angebote und die Beteiligung der Bürger und aller örtlichen Akteure:

- *Stärkung von Eigeninitiative* und Eigenverantwortung sowie Förderung des Wandels von der Versorgungs- zur Beteiligungsgesellschaft (durch Mitwirkung der Bürger und Förderung sozialer Netze sowie gegenseitiger Hilfe)
- Kleinräumige Organisation und *Quartiersorientierung* von Hilfen und Angeboten (durch Vernetzung und Koordination der Wohn- und Betreuungsangebote und durch Kooperation der örtlichen Akteure im Wohnquartier)

Der Aktion Psychisch Kranke ist es gelungen, die relevanten Akteure über das gemeinsame Ziel der quartiersintegrierten Versorgung einzubeziehen. Mit einer Tagung am 14./15. November 2006 in Berlin zum Thema hat die APK die Psychiatrie, die Gerontopsychiatrie und die Altenhilfe an einen Tisch gebracht⁵.

⁴ Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hg.), Psychisch Kranke alte und demente Menschen: Organisation und Finanzierung von personenzentrierten Hilfen, Bonn, 2009

⁵ Siehe: Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hg.), Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2007

Vorgehen

Zunächst ist eine Pilotphase von 8 Monaten vorgesehen (1.5.-31.12.2011), anschließend eine Umsetzungsphase (1.1.2012 bis 31.12.2013).

Vorgehen in der Pilotphase:

1. Es wird eine Projektgruppe aus 7 bis 9 Expertinnen und Experten gebildet. Deren Leitung hat Frau Schmidt-Zadel übernommen (stellvertretende Vorsitzende der APK, MdB a. D.). Die wissenschaftliche Leitung des Projekts übernimmt Herr Dr. Niels Pörksen (Chefarzt der psychiatrischen Klinik Gilead in Bethel. a. D.).

Die Projektleitung hat Herr Ulrich Krüger (Geschäftsführer der APK) übernommen.

Weitere Mitglieder der Projektgruppe sind:

- Prof. Dr. med. Hans Gutzmann, Vorsitzender der DGGPP, Chefarzt der Klinik für Gerontopsychiatrie, -psychotherapie und Psychosomatik, Hedwigshöhe Berlin
- Dr. Jürgen Gohde, Vorsitzender des KDA
- Prof. Dr. med. Ralf Ihl, Chefarzt der Klinik für Gerontopsychiatrie der Alexianer Krefeld GmbH
- Prof. Dr. med. Heinrich Kunze, stellv. Vorsitzender der APK
- Dr. Willi Rückert, Abteilungsleiter KDA a.D.
- Prof. Dr. Ingmar Steinhart, Universität Greifswald, Geschäftsführer von Bethel vor Ort
- Dr. Wilhelm Stuhlmann, Facharzt für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie

Fast alle Genannten waren auch Mitglied der Arbeitsgruppe des Projekts „Handlungsempfehlungen zur Organisation und Finanzierung von personenzentrierten Hilfen für psychisch kranke alte und demente Menschen“ und können die inhaltliche Kontinuität zu diesem Projekt sicherstellen.

Die Projektgruppe wird in der Pilotphase drei bis viermal, in der Umsetzungsphase drei bis viermal/Jahr tagen.

In der Projektregion (Krefeld) wird eine projektbezogene Arbeitsgruppe gebildet, die ca. sechsmal/Jahr tagt.

2. In der Pilotphase war eine Region ausfindig zu machen, in der wesentliche Akteure bereit sind, gemeinsam personenzentrierte Hilfen für alte psychisch kranke Menschen gemäß den Handlungsempfehlungen der Aktion Psychisch Kranke bei mindestens 30 Fällen zu leisten und zu dokumentieren.

Wesentliche Akteure sind

- Kommune (als Verantwortliche der allgemeinen Daseinsvorsorge und als Leistungsträger der Eingliederungshilfe, Hilfe zur Pflege, Haushaltshilfe usw.)
- Krankenkasse (als Leistungsträger nach SGB V: Krankenbehandlung, medizinische Rehabilitation, Prävention, Selbsthilfeförderung, häusliche psychiatrische Pflege usw.)
- Pflegekasse (als Leistungsträger nach SGB XI und als Träger von Pflegestützpunkten und Pflegeberatung, ggf. als Träger der Servicestelle nach SGB IX)
- Servicestelle nach SGB IX

- Organisierte Selbsthilfe (z. B. Alzheimer-Gesellschaft)
- Organisierte Nachbarschaftshilfe bzw. Bürgerhilfe
- Leistungsanbieter im Bereich Krankenbehandlung, vor allem Krankenhaus (insbesondere Psychiatrie/Psychotherapie und Gerontopsychiatrie/ Gerontopsychotherapie, auch Tagesklinik) bzw. Gerontopsychiatrisches Zentrum, Fachärzte, Ärzte, Krankenpflegedienste, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Soziotherapeuten, Logopäden
- Leistungsanbieter im Bereich medizinische Rehabilitation (sofern in der Projektregion vorhanden)
- Pflegedienste
- Pflegeberater (einzelfallbezogen in allen Fällen, in denen Pflegeberatung in Anspruch genommen wird)
- Pflegestützpunkt (mindestens ein PSP, um auch dessen über die Pflegeberatung hinausgehenden Aktivitäten einzubeziehen)

Daraus ergibt sich allerdings nicht, dass *alle* genannten Leistungsträger und Leistungserbringer der Projektregion beteiligt sind. Es genügt wenn die genannten Funktionen einbezogen sind. Allerdings wird für ein möglichst breites Netzwerk geworben und kein regionaler Akteur, der sich beteiligen möchte, wird abgewiesen.

Als geeignete Projektregion wurde Krefeld ausgewählt. Als weitere Kooperationsregionen sind Rostock und Düren vorgesehen.

3. In Absprache mit der Projektgruppe werden Instrumente zur Projektumsetzung und Auswertung erstellt (z.B. Leitfaden für Hilfeprogramme, Kriterien zur Einbeziehung von Klienten, Erhebungsinstrumente).

4. Es wurde mit den Projektbeteiligten in den Projektregion Krefeld eine schriftliche Projektvereinbarung zur Kooperation bei der Verfolgung der Projektziele geschlossen.

Dabei werden gemeinsame Qualitätsziele formuliert, z. B.

- Verlässlichkeit der Hilfen (ggf. rund um die Uhr)
- Bedarfsgerechtigkeit der Hilfen
- Einzelfallbezogene Koordination der Hilfen
- Selbstbestimmung
- Selbstständigkeit (in der gewohnten Umgebung)
- Fähigkeiten erhalten und fördern
- Fähigkeiten einsetzen (für sich und andere)
- Einbeziehung der Angehörigen / Hauptbezugspersonen (als Hilfeleistende und als Hilfeempfangende)
- Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Familie, Nachbarschaft, Wohngebiet, Gesellschaft)
- Selbstwert steigern – Respekt zollen
- Ermutigen statt kritisieren
- Ermunterung und Anleitung zu eigener Aktivität statt kompensatorischer Hilfe
- Gewaltprävention (physische und psychische Gewalt)
- Orientierung an Wünsche und Bedürfnissen der Hilfeberechtigten (Bedürfnisse müssen ermittelt werden)
- Personelle Kontinuität
- Fähigkeit, im Bedarfsfall Entscheidungen *für* den kranken Menschen zu treffen

- Realistische Gefahreneinschätzung und -abwehr
- Übernahme von Kontrollfunktionen

5. Im Hinblick auf die Umsetzungsphase werden

a) konkrete Ziele für die exemplarischen Einzelfälle formuliert

b) Präzisierungen in Bezug auf das Projektdesign und die methodische Vorgehensweise vorgenommen, insbesondere

- Definition der Zielgruppe, inkl. Ein- und Ausschlusskriterien, Herkunft der Einzelfälle und in welcher verbesserten Form sie begleitet werden
- Beschreibung der neu zu etablierenden Kooperationsstrukturen
- Angaben zur koordinierenden Bezugsperson für die psychisch kranken alten Menschen (einschließlich der Vergütung ihrer Leistungen)
- Angaben zu den Erhebungsinstrumenten
- Angaben zur Datenauswertung
- Angaben zur Evaluation der Maßnahme
- Eine Begründung zur Stichprobenzahl

c) ethische und rechtliche Gesichtspunkte des Vorhabens (Bewertung der Risiken und des Nutzens, Schutz der Teilnehmer/innen, Datenschutz, Klärung von Rechten an Daten, Prozess der Einwilligung, Einholung des Ethikvotums) und deren Berücksichtigung geklärt

d) der Nutzen und die geplante Verwendung der Ergebnisse und die geplanten Maßnahmen zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit bzw. Fortführung der Maßnahmen nach Abschluss des Projekts, insbesondere die Übertragbarkeit auf andere Regionen beschrieben

Vorgehen in der Umsetzungsphase:

6. In der Folge werden bei psychisch kranken alten Menschen mit komplexem Hilfebedarf integrierte Hilfeprogramme geplant und anschließend koordiniert durchgeführt. Die Einzelfälle kommen nicht zwingend ausschließlich aus der Region nach Punkt 2.

In die Hilfeprogramme einbezogen werden:

- fachärztliche psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung (gerontopsychiatrisch, psychiatrisch)
- psychiatrische Pflege
- Soziotherapie
- allgemeine Krankenpflege
- somatische ärztliche Behandlung (auch zahnärztliche Behandlung)
- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Logotherapie
- Medizinische Rehabilitation (auch psychiatrische Rehabilitation)
- Grundpflege nach SGB XI
- Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
- Nachbarschaftshilfe
- Bürgerhilfe
- Selbsthilfe, Familienselbsthilfe

Jeder psychisch kranke alte Mensch erhält eine koordinierende Bezugsperson, der für die vereinbarungsgemäße Umsetzung des Hilfeprogramms Sorge trägt und den Hilfeplan in Zusammenarbeit mit der hilfebedürftigen Person kontinuierlich fortschreibt. Dabei wird mit der

Pflegeberatung, dem Pflegestützpunkt und der Servicestelle nach SGB IX kooperiert. Eine besondere Bedeutung kommt der Unterstützung der nicht professionellen Hilfen zu, insbesondere der Unterstützung der Familienangehörigen.

Aufgaben, Schwierigkeiten bei deren Bewältigung und Lösungswege werden im Laufe des Projekts konkretisiert und beschrieben.

7. Mindestens 30 Einzelfälle werden dokumentiert.

Es werden die organisatorischen Voraussetzungen geschaffen, personenzentrierte Hilfeprogramme durchzuführen. Dazu werden Hilfeplankonferenzen genutzt oder gebildet und dort einzelfallbezogene Absprachen getroffen.

8. In einer regionalen Projektarbeitsgruppe wird der Projektverlauf kontinuierlich erörtert und ggf. Versorgungslücken bzw. Probleme bei der Hilfeleistung thematisiert und Wege zu individuell bedarfsgerechter Hilfe abgestimmt. Dabei sind Kommune, Leistungsträger, Leistungserbringer und Selbsthilfe einbezogen.

9. In allen zu bearbeitenden Fragestellungen wird auf die Geschlechterverteilung geachtet. Geschlechtsbezogene Besonderheiten werden herausgearbeitet und berücksichtigt.

10. Alle in den vorherigen Punkten genannten Vorgänge werden durch die wissenschaftliche Mitarbeit / Projektleitung des Projekts beratend begleitet und unterstützt, kontinuierlich in zirkulären Absprachen mit den Beteiligten ausgewertet und im Hinblick auf Übertragbarkeit oder Generalisierbarkeit geprüft. Dabei gewonnene Erkenntnisse werden im Projektbericht dokumentiert und in der Fachöffentlichkeit verbreitet.