

**Modellprojekte
im Rahmen des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes
in Bayern**

Fachlich-wissenschaftliche Begleitung im Auftrag
des Bayerischen Staatsministeriums
für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen sowie
der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern

Abschlußbericht

Juli 2006

**Modellprojekt GERDA
Rummelsberger Dienste für Menschen im Alter gGmbH**

Sabine Tschainer
aufschwungalt GbR

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Konzept des Modellprojektes	3
Modellverlauf / Umsetzung	4
Ergebnisse / Schlussfolgerungen	8

1. Das Konzept des Modellprojektes

Das Modellprojekt GERDA (Gerontopsychiatrische Reaktivierung Daheim: Leben zu Hause - trotz Demenz) startete am 01.01.2005 mit einer dreijährigen Laufzeit seine Arbeit (Bewilligungszeitraum: 01.01.05 - 31.12.07).

Als Projektleitung wurde mit einer Wochenarbeitszeit von 10 Stunden die Referentin für psychogeriatrische Fachfragen der Rummelsberger Dienste für Menschen im Alter gGmbH vorgesehen. Zur Umsetzung der Modellkonzeption war beabsichtigt, ein Projektteam zu bilden, das sich aus einer Gerontopsychiatrischen Fachkraft (ex. Altenpflegerin/Krankenschwester mit Zusatzqualifizierung) und einer Altenpflegerin - beide jeweils mit einer halben Stelle - sowie zwei Pflegefachkräften auf Honorarbasis und einer Verwaltungsfachkraft (geringfügig beschäftigt) zusammensetzen sollte.

Zu Beginn der Umsetzung nahm das Projekt mit seiner ursprünglichen Konzeption unter dem Titel "Übergangspflege-Leben zu Hause" die Arbeit auf. Ziel des Vorhabens war die Erprobung einer innovativen ambulanten Betreuungsform mit rehabilitativen Komponenten - angelehnt an die ambulante Übergangspflege nach Erwin Böhm in Österreich. Dieses Verfahren soll demenzkranken Menschen die Rückkehr aus dem Krankenhaus oder stationären Altenpflegeeinrichtungen zurück ins häusliche Milieu ermöglichen. Aufgrund gesetzgeberischer Rahmenbedingungen¹ kann dieser Ansatz in Österreich für den Teilaspekt „Überleitung vom Krankenhaus ins häusliche Umfeld“ erfolgreich umgesetzt werden. Für den deutschen Modellversuch nahm die Konzeptinitiatorin und erste Projektleitung (die Referentin für psychogeriatrische Fachfragen der Rummelsberger Dienste für Menschen im Alter gGmbH) folgende Differenzierung möglicher Übergänge vor:

- 1 aus einer Psychiatrischen Klinik oder somatischem Krankenhaus nach Hause
- 2 von einer Allgemeinklinik ins Alten- und Pflegeheim und von dort zurück nach Hause
- 3 von zu Hause in ein Alten- und Pflegeheim mit Übergang zurück nach Hause.

Die Modellidee sah vor, dass nach einer erfolgreichen Bewältigung der Rückkehr ins

¹ Nach Aussagen der späteren Projektleitungen Frau Hacker und Frau Büsch gegenüber der fachlich-wissenschaftlichen Begleitung (künftig: f/w Begleitung) im Januar 2006.

häusliche Umfeld die Übergangspflegekräfte die gerontopsychiatrische Versorgung und somit den Verbleib zu Hause sichern. Neben den kontinuierlichen Einsätzen der Übergangspflegekräfte sollten diese den Erfolg der rehabilitativen Maßnahme durch Kooperation und Vernetzung mit anderen Anbietern vor Ort (ambulanten Diensten, Mahlzeitendienst, Ärztenetz, Physiotherapeuten, ehrenamtlichen Helfern, Haushaltshilfen usw.) sicherstellen.

Die Konzeption beschreibt die Umsetzungsschritte der Übergangspflege wie folgt:

1. Kontaktaufnahme im Krankenhaus oder im Alten-/Pflegeheim
2. Terminvereinbarung mit betroffenen Demenzkranken / seinen Angehörigen / gesetzlichen Betreuer für den ersten Übergang nach Hause
3. Beobachtung der Alltagsbewältigung der Betroffenen in der häuslichen Umgebung
4. Analyse von kritischen Situationen (Verhaltensauffälligkeiten und Verwirrheitszustände)
5. Kontrolle, Reaktivierung elementarer lebenspraktischer Tätigkeiten, die bei Bedarf trainiert werden sollen

Nach maximal vier Ausgängen wird die Entscheidung getroffen, ob der Demenzkranke zumindest für einen mittelfristigen Zeitraum weiterhin zu Hause leben kann. Zur Unterstützung sollen vor der Entlassung zurück nach Hause bedarfsorientiert Hilfsdienste, Nachbarn, Angehörige informiert und eingebunden werden. Nach der Entlassung in die eigene Wohnung besuchen die Übergangspflegekräfte einmal wöchentlich bis dreimal täglich den Betroffenen.

Im September 2005 erhielt das Modellprojekt den Namen GERDA („**GE**rontopsychiatrische **Re**aktivierung **Da**heim“). Der Träger verband damit die Hoffnung, „das Projekt eingängiger in der Öffentlichkeit positionieren zu können“.²

2. Modellverlauf / Umsetzung

2.1. Ausgangslage

Folgende Aspekte seien vorzugsweise benannt, da sie maßgebliche Auswirkungen

² Vgl. Sossau, Rene (Qualitätsmanagementbeauftragter der Rummelsberger Dienste für Menschen im Alter gGmbH): E-Mails vom 21.09.05 und 20.10.05.

auf die Umsetzungsmöglichkeiten des Projektes zeitigen sollten:

- 1 Die Modellkonzeption wurde - nach Kenntnis der f/w Begleitung - bereits Anfang 2002 entwickelt³.
- 2 Der Projektträger verfügte über mehrjährige Erfahrungen mit dem Psychobiografischen Pflegemodell nach Erwin Böhm im stationären Bereich der Rummelsberger Anstalten der Inneren Mission e. V.⁴
- 3 Die bereits erwähnte Konzeptinitiatorin und erste Projektleitung (die Referentin für psychogeriatrische Fachfragen der Rummelsberger Dienste für Menschen im Alter gGmbH) war jahrelang in diesem Bereich beim Modellträger tätig und führte nach Kenntnis der f/w Begleitung das Böhmsche Konzept dort ein.
- 4 Die Projektidee der ambulanten Umsetzung des Böhmschen Ansatzes wurde von der Konzeptinitiatorin - angelehnt an die österreichischen Erfahrungen - sowohl als innovative Konzeption für die Region Rummelsberg als auch für das Versorgungssystem im Freistaat Bayern entwickelt.
- 5 Der Modellträger kann als einer der wichtigsten stationären - und potenten - Anbieter in der Region bewertet werden (mit Versorgungsstrukturen u.a. in der Krankenhausversorgung, Behinderten- und Altenhilfe).
- 6 In der regionalen ambulanten Versorgung positionierte sich der Modellträger bis zum Modellstart augenscheinlich in geringem Maße.
- 7 Die Modellregion sah als Einzugsgebiet ein Gebiet von ca. 25 km um Rummelsberg vor. In diesem Bereich liegt sowohl
 - o die mit entwickelten Versorgungsstrukturen ausgestattete Stadt Nürnberg als auch
 - o der Landkreis Nürnberg, der im südlichen Gebiet hinsichtlich spezifischer (außerhalb der pflegerischen Leistungen nach dem SGB XI) ambulanter Hilfen für Demenzkranke und deren Angehörige eine sehr geringe Versorgungsausstattung hat⁵.

2.2. Projektverlauf

Auf eine Darstellung der Details der Umsetzung wird in diesem Bericht verzichtet, da

1 ³ Vgl. Projektantrag an das Bayerische Landesamt für Versorgung und Familienförderung (BLVF - heute ZBFS: Zentrum Bayern Familie und Soziales) vom 07.05.2004. Die eingereichte Konzeption „Übergangspflege, Leben zu Hause: Eine neue Betreuungsform vom Menschen mit Demenz“ datiert auf den 02.04.2002.

2 ⁴ In der internen Strukturentwicklung des Modellträgers ist nun die „Rummelsberger Dienste für Menschen im Alter gGmbH“ für das Projekt zuständig.

diese dem Abschlußbericht der Projektleitungen zu entnehmen sind.

Der Verlauf des Modellprojekts in seiner Anlaufphase wurde von folgenden Faktoren geprägt:

- 1 den Bemühungen der Projektleitung im stationären Bereich der Altenpflege und der Gesundheitsversorgung (Krankenhäuser), Kooperationspartner für die Klientengewinnung zu gewinnen
- 2 der Bekanntmachung des Modellprojekts bei ambulanten Anbietern in der Region
- 3 den Problemen der ersten Projektleitung bei der Entwicklung eines Projektmanagements zur adäquaten Umsetzung der eingereichten Modellkonzeption
- 4 den Schwierigkeiten beim Aufbau des Projektteams, das sich (wie erwähnt) aus einer gerontopsychiatrischen Fachkraft, einer Altenpflegerin - beide jeweils mit einer halben Stelle - sowie zwei Pflegefachkräften auf Honorarbasis zusammensetzen sollte.

Bezüglich der Gewinnung von Klienten in Kooperation mit stationären Anbietern konnten die positiven Erfahrungen einer kurzen Prä-Test-Phase im Zeitraum der ursprünglichen Konzeptentwicklung kaum wiederholt werden. Der Zugang zu Klienten aus diesem Bereich der Versorgungsstrukturen gestaltete sich auch im weiteren Projektverlauf als äußerst unbefriedigend.

Die Bemühungen der Projektleitung, das Modellvorhaben bei Institutionen der ambulanten Versorgung bzw. anderen relevanten Stellen in der Region vorzustellen, stießen einerseits auf starke Widerstände, die vielfach durch Konkurrenzängste potentieller Partner begründet waren. Andererseits konnte die Projektleitung jedoch hinsichtlich der Öffentlichkeitsarbeit auch kein durchgehend evidentes Handeln verwirklichen.

Mit diesem Faktum korrespondieren die Probleme der Projektinitiatorin und ersten Projektleitung bei der Entwicklung eines professionellen Projektmanagements. Die Projektleitung als kompetente Praktikerin und engagierte Initiatorin des Böhmschen Ansatzes in Mittelfranken musste diesbezüglich einen zeitintensiven Lernprozess gehen. Trotz vielfältiger Anstrengungen und fachlicher Unterstützungsaktivitäten seitens der f/w Begleitung kann die Realisierung des Projektmanagements zur

⁵ Aussagen regionaler Akteure im Rahmen der Experteninterviews durch die f/w Begleitung.

adäquaten Umsetzung der eingereichten Modellkonzeption in den ersten neuen Monaten der Modellumsetzung nicht als zufriedenstellend bezeichnet werden.

Unerwartet schwierig gestaltete sich die Gewinnung von Mitarbeiterinnen für das Projektteam. Nach Aussagen der ersten Projektleitung erwiesen sich dabei u.a. Rahmenbedingungen für die Anstellung von Pflegefachkräften - wie die Konzeptvorgaben der Teilzeitstellen bzw. der Honorarbasis sowie die Vergütungsregelungen des Modellträgers - als hinderlich. Erst im Mai resp. Juli 2005 konnten die beiden Fachpflegekräfte auf Teilzeitbasis eingestellt werden. In den ersten vier Monaten des Modellverlaufes wurde die Klientenbetreuung durch die Projektleitung wahrgenommen.

Nach der Anfangsphase wurde die weitere Modellumsetzung durch die Erkrankung der Projektleitung ab Mitte April 2005 sowie durch den Wechsel in der Projektleitung im Zeitraum Mitte September bis Ende Oktober 2005 (mit zwischenzeitlicher kommissarischer Leitung) verzögert.

Ab November 2005 wurden zwei Mitarbeiterinnen des gerontopsychiatrischen Fachdienstes des Altenhilfeverbundes Rummelsberg für die Aufgaben der Projektleitung freigestellt. Nach einer Einarbeitungs- und Orientierungsphase verwirklichten sie mit hohem Engagement einen neuen Ansatz in der Umsetzung der Modellkonzeption.

Als prägend für den Verlauf des Modellprojekts im ersten Halbjahr 2006 sind dabei für die Tätigkeiten der Projektleitungen zu benennen:

- 1 die Entwicklung und erfolgreiche Gestaltung der Zusammenarbeit im Projektteam
- 2 die funktionierende Ausformung des Projektmanagements
- 3 die signifikante Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit und der Vernetzungsbemühungen mit den relevanten Institutionen in der Region
- 4 die Anstrengungen - trotz veränderter Voraussetzungen und Rahmenbedingungen der Versorgungsrealität - den ursprünglichen Konzeptansatz (Übergang aus stationären Einrichtungen nach Hause) zu realisieren.

Trotz dieser Bemühungen erfolgten schwerpunktmäßig die Anfragen nach Dienstleistungen des Projektes GERDA aus dem ambulanten Bereich. Insgesamt wurden 39 Klienten längerfristig betreut⁶, von denen sich neun zur Zeit der

⁶ Darüber hinaus sind im Modellzeitraum weitere vierzig Klienten zu verzeichnen, die nach einem

Kontaktaufnahme im Krankenhaus befanden. Die überwiegende Zahl der durch GERDA versorgten Demenzkranken lebte allein oder mit Angehörigen in der eigenen häuslichen Umgebung. Nach Angaben der Projektleitung konnten durch die diesbezügliche Tätigkeit der Projektmitarbeiterinnen neunzehn Heimeinweisungen vermieden werden.⁷

Die positiven Ergebnisse der Modellumsetzung im ersten Halbjahr 2006 verstärkten die - bereits im ersten Modelljahr wahrnehmbare - Erkenntnis, dass die ursprüngliche Modellkonzeption mit ihrem Schwerpunkt der Überleitung von Demenzkranken aus Pflegeheimen und Krankenhäusern zurück in das häusliche Umfeld nicht schlüssig umsetzbar sein wird. Trotz vielfacher Bemühungen entschied sich der Modellträger daher Anfang Juni 2006 - im Sinne des verantwortlichen Umgangs mit öffentlichen Geldern - das Modellprojekt vorzeitig zum 30.06.2006 zu beenden.

3. Ergebnisse / Schlussfolgerungen

Die vorgezogene Beendigung des Modellprojektes ist nicht als Misserfolg einzuschätzen.

Als eine wichtige Erkenntnis ist festzuhalten, dass ein hoher Bedarf an zugehender Begleitung demenzkranker Menschen in deren häuslicher Umgebung zu konstatieren ist. Das Modellprojekt GERDA konnte nachdrücklich belegen, dass die Zielgruppe der betroffenen Erkrankten, die (noch) zu Hause leben, eines eigenständigen, fachlich gesicherten Versorgungsrahmens außerhalb der Leistungen des SGB XI bedarf. Der nach wie vor bundesweit vorbildhafte Ansatz des Freistaates Bayern, im Rahmen des Bayerischen Netzwerkes Pflege „Fachstellen für Angehörigenarbeit“ zu fördern und damit die häusliche Pflegebereitschaft der Angehörigen zu stärken, kann aus fachlichen Gründen diesen Anforderungen nicht gerecht werden. Die „Fachstellen Angehörigenarbeit“ sind in ihren Zielsetzungen auf das Klientel der pflegenden Angehörigen ausgerichtet, indem sie informieren, psychosozial beraten und Entlastungsangebote (z.B. niederschwellige Betreuungsangebote nach PflEG

Erstkontakt resp. ein- bis zweimaligen Hausbesuchen - aus verschiedenen Gründen - nicht längerfristig betreut werden konnten.

⁷ Vgl.: Die Rummelsberger Dienste für Menschen im Alter gGmbH (Hrsg.): Abschlussbericht Modellprojekt GERDA Januar 2005 bis Juni 2006. Rummelsberg, Juli 2006. S. 12.

oder Angehörigengruppen) für die Angehörigen verwirklichen. Als Nebeneffekt dieser - unumstritten dringend erforderlichen - Tätigkeit, die die Pflegenden als Zielgruppe hat, können Betreuungsangebote für die Demenzkranken entstehen. Letztere sind zumeist stundenweise (einmal in der Woche) verfügbar. Mittels dieser Angebote wird - überwiegend durch qualifizierte Laienhelfer - eine wertvolle, die betreuten Demenzkranken anregende und punktuell fördernde Betreuungsarbeit geleistet.

Die Erkenntnisse aus dem Modellprojekt GERDA belegen, dass

- 1 zur längerfristigen Sicherung des Verbleibs in der häuslichen Umgebung demenzkranke Menschen eine
 - aufsuchende
 - von psychosozialen und gerontopsychiatrischen - an biografischem Arbeiten ausgerichteten - Kompetenzen geprägte
 - kontinuierliche und längerfristige (im Sinne des spezifischen Vertrauens- und Beziehungsaufbaus zu Demenzkranken)

Begleitung benötigen;

- 8 die Fachstellen für Angehörigenarbeit diese Aufgaben aufgrund ihres Tätigkeitsprofils und ihrer Kapazitäten nicht erfüllen können;
- 9 die zunehmende Zahl alleinlebender oder -stehender Demenzkranker angesichts gesamtgesellschaftlicher Entwicklungen und ökonomischer Rahmenbedingungen eine spezifische Versorgungsstruktur für diese Zielgruppe erfordert. Die Aufgaben der Tagesstrukturierung, der Stabilisierung und Förderung der bei den Erkrankten noch vorhandenen Fähigkeiten kann durch die Leistungen des SGB XI nicht abgedeckt werden. Hinzu kommt, dass Demenzkranke im allgemeinen erst im fortgeschrittenen Krankheitsverlauf Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen können. Die geplante Novellierung des SGB XI (Pflegebedürftige der Stufe 1 nach Möglichkeit nicht mehr im Pflegeheim versorgen zu lassen) kommt erschwerend hinzu;
- 10 eine zielgerichtete, fachlich kompetente Förderung der demenzkranken Pflegebedürftigen von deren pflegenden Angehörigen als wichtige Entlastung erlebt wird; da die - durch die spezifische Versorgung - psychisch stabilisierten Demenzkranken im häuslichen Umfeld spannungsfreier von ihren Angehörigen begleitet/gepflegt werden können;
- 11 Heimeinweisungen durch die „Gerontopsychiatrische Reaktivierung“ vermieden oder hinausgezögert werden können.

Zu diesen Aspekten kann zusammenfassend festgehalten werden, dass angesichts von Kosten-Nutzen-Effekten, demografischer Entwicklungen und Veränderungen in Familienstrukturen die Erkenntnis aus dem Modellprojekt GERDA, Demenzkranke im häuslichen Umfeld zielgerichtet psychosozial-rehabilitativ zu versorgen, für künftige Planungen in der Entwicklung der Versorgungssysteme nicht außer acht gelassen werden sollte.

Auf diesen Aspekt wird zum Abschluss des Berichtes noch einmal zurückgekommen.

Als ein relevanter Grund für die vorzeitige Beendigung des Projektes kann die nicht verwirklichte Umsetzung der ursprünglichen Modellkonzeption angesehen werden. Aus Sicht der f/w Begleitung ist dafür einerseits ausschlaggebend, dass - wie erwähnt - das Konzept bereits Anfang 2002 entwickelt wurde. Zum Zeitpunkt der Realisierung drei Jahre später hatten sich wichtige Ausgangspositionen verändert:

- 1 in der Region verlief die Entwicklung hinsichtlich des Angebotes stationärer Altenpflegeplätze hin zu einem Überangebot⁸.
- 2 der Zeitpunkt des Umzuges ins Pflegeheim verschiebt sich - im Krankheitsverlauf - immer weiter nach hinten.

Die Überleitungspflege aus dem Pflegeheim nach Hause hat jedoch zur Voraussetzung, dass die Heimträger zur Kooperation bereit sind. Im Wettbewerb stehende Anbieter werden verständlicherweise in der Kooperation hinsichtlich einer Rückführung ihrer Bewohner in deren häusliche Umgebung zurückhaltend sein, wenn sie unter dem wirtschaftlichen Druck stehen, ihre Belegungszahlen sicherzustellen. Des Weiteren impliziert die zunehmend erfolgreichere Verwirklichung des SGB XI-Grundsatzes „ambulant vor stationär“, dass Pflegebedürftige so lange wie nur umsetzbar, zu Hause versorgt werden (möchten). Erst wenn dies aufgrund eines multimorbiden Allgemeinzustandes und hochgradiger Pflegebedürftigkeit nicht mehr möglich ist, wird die stationäre Altenpflege - nicht zuletzt über eine vorhergehende Krankenhauseinweisung - in Anspruch genommen. Für diese Zielgruppe ist das Instrument der „Gerontopsychiatrischen Reaktivierung“ mit dem Ziel der Rückkehr ins häusliche Umfeld nicht mehr geeignet.

⁸ Nach mündlichen Aussagen der Projektleitungen im Mai 2006 gab es zu diesem Zeitpunkt im Großraum 300 freie Plätze in der stationären Altenhilfe. Eine Bestätigung des Umstandes der „freien Pflegeplätze“ erhielt die f/w Begleitung im persönlichen Gespräch mit Akteuren aus der Region (u.a. GeFa Mittelfranken).

Neben diesen Aspekten kann andererseits die Erkenntnis festgehalten werden, dass zur erfolgreichen Umsetzung der Projektteilaufgabe „Überleitung vom Krankenhaus ins häusliche Umfeld“ die erwähnten gesetzgeberischen Rahmenbedingungen in Österreich eine wichtige Voraussetzung darstellen. Ohne dies in diesem Rahmen detailliert auszuführen, sei lediglich darauf hingewiesen, dass die aktuelle Entwicklungs- und Umbruchssituation im Gesundheitssystem den Krankenhäusern - zumindest hinsichtlich der Aktivitäten des Modellprojektes GERDA - nicht ausreichend Freiraum, Kapazitäten oder auch Innovationsspielraum (nach Beobachtungen der f/w Begleitung) ließ, um ohne gesetzgeberische Vorgaben zur Kooperation in hinlänglichem Umfang zur Verfügung zu stehen.

Die bei fast allen Modellprojekten im Rahmen des PfLEG, die im Bereich der Vernetzung agieren, zu beobachtenden (der Thematik immanenten) Widerstände regionaler Akteure, mit denen auch das Modellprojekt GERDA konfrontiert war, sollen hier nur festgehalten werden. Auf diese - und deren Auswirkungen auf die Umsetzung von Vernetzungskonzeptionen - wird im Gesamtabschlussbericht eingegangen werden.

Abschließend sei noch ein perspektivischer Gedanke ausgeführt. Wie bereits erwähnt, sollte für künftige Planungen in der Entwicklung der Versorgungssysteme die zielgerichtete psychosozial-rehabilitative Versorgung demenzkranker bzw. gerontopsychiatrisch erkrankter alter Menschen in ihrer häuslicher Umgebung nicht außer acht gelassen werden.

Alle zu erwartenden oder absehbaren Rahmenbedingungen und Szenarien legen diesbezüglich nahe, dass der Implementierung weiterer Versorgungsstrukturen - nicht zuletzt ökonomische - Grenzen gesetzt sind.

Die Zusammenführung von Teilaspekten verschiedene Modellkonzeptionen zur Umsetzung des PfLEG in Bayern sowie weiterer regionaler Ansätze könnte hier eine zielorientierte Lösungsmöglichkeit bieten. Gedacht wird nach dem derzeitigen Kenntnisstand der f/w Begleitung an Komponenten

- 1 des hier evaluierten Projektes, Gerontopsychiatrische Reaktivierung Daheim
- 2 des Modellprojektes PIA e.V., Helfer vor Ort
- 3 der Gerontopsychiatrischen Koordinationsstelle (GKS) des SPZ Amberg, Freiwilligen Agentur

- 4 des Modellprojektes KLAR, "Individuelle Aktivierung für Demenzerkrankte"
- 5 der GeFa Mittelfranken, "Ambulantes gerontopsychiatrisches Fallmanagement"

sowie Erfahrungen anderer noch laufender Modellprojekte und weiterer Aspekte.

Eine Konkretisierung dieses Gedankens bleibt dem Abschlußbericht im Jahre 2007 für die dann beendeten Modellprojekte vorbehalten.

Das Projekt GERDA konnte jedoch bereits wichtige Anstöße für notwendige Weiterentwicklungen der Versorgungsstrukturen für gerontopsychiatrisch erkrankte, insbesondere demenzkranke Menschen in Bayern liefern.