



**LANGZEITVERSORGUNG IN EUROPA:  
GUTE BEISPIELE AUS DER PRAXIS**

FRANKENBURGSTR. 31  
48431 RHEINE

Im Auftrag der  
**Robert Bosch Stiftung**

Projektteam: Prof. Dr. Elke Donath, Projektleitung, Mathias Hochschule Rheine  
Prof. Dr. Michael Wessels, Projektleitung, Mathias Hochschule Rheine  
Detlef Rüsing, Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD), Universität Witten/Herdecke  
Gergana Ivanova; wissenschaftliche Mitarbeiterin Dialog- und Transferzentrum Demenz  
(DZD), Universität Witten/Herdecke  
Prof. Dr. Stefanie Seeling, Fachhochschule Osnabrück

# Inhaltverzeichnis

Einleitung.....	5
1 Aktuelle Situation der Langzeitversorgung .....	8
1.1 Definition, Formen, Ziele und Zielgruppen von Langzeitversorgung .....	8
1.1.1 Definition des Konzeptes „Langzeitversorgung“ .....	8
1.1.2 Ziele der Langzeitversorgung .....	8
1.1.3 Formen und Zielgruppen der Langzeitversorgung .....	9
1.2 Bedarf an Langzeitversorgung.....	9
1.2.1 Bedarf im Bereich der Langzeitversorgung in Europa .....	9
1.2.2 Bedarf der Langzeitversorgung in Deutschland .....	10
1.2.3 Regionale Bedarfe an Langzeitversorgung in Deutschland .....	13
1.2.4 Fazit zu Bedarf und Bedeutung der Langzeitversorgung in Deutschland und möglicher Translation europäischer Projekte .....	17
2. Europäische Projekte der Langzeitversorgung mit Translationsüberlegungen .....	19
2.1 Ausgewählte Erkrankungen mit großen Herausforderungen für die Langzeitversorgung .....	19
2.1.1 Demenz.....	19
2.1.2 Diabetes mellitus.....	20
2.1.3 Psychische Erkrankungen .....	20
2.1.4 Krebserkrankung .....	21
2.1.5 Koronare Herzerkrankungen .....	22
2.2 Worin besteht gute Praxis? .....	23
2.2.1 Kriterien zur Beschreibung und Bewertung von Best-Practice-Projekten .....	23
2.2.2 Best-Practice-Projekte: Ausdruck kreativer und kulturspezifischer Vielfalt .....	25
3. Fazit und Ausblick.....	27
4 Literatur- Tabellen- und Abbildungsverzeichnis .....	28
4.1 Literaturverzeichnis.....	28
4.2 Tabellenverzeichnis.....	32
4.3 Abbildungsverzeichnis.....	32
5. Katalog „Langzeitversorgung in Europa: Gute Beispiele aus der Praxis“ .....	33
5.1 Projektüberblick nach Schwerpunkt .....	33
5.2 Katalog „Gute Beispiele aus der Praxis“ .....	35
5.2.1 Projekte guter Praxis im Bereich „Demenz“ .....	35
5.2.2 Projekte guter Praxis im Bereich „Diabetes Mellitus“ .....	45

5.2.3	Projekte guter Praxis im Bereich „Psychische Erkrankungen“ .....	47
5.2.4	Projekte guter Praxis im Bereich „Krebserkrankungen“ .....	49
5.2.5	Projekte guter Praxis im Bereich „Herz-Kreislaufkrankungen“ .....	51
5.2.6	Projekte guter Praxis im Bereich „Geistige Behinderung“ .....	52
5.2.7	Projekte guter Praxis im Bereich „Chronische Erkrankungen“ .....	54

## Einleitung

Zumeist wird der demografische Wandel als „Schreckgespenst“ und schier unüberwindliche Aufgabe angesehen und ausschließlich bezüglich seiner negativen volkswirtschaftlichen und für die einzelne Person relevanten Folgen diskutiert

„Darüber, dass die Zahl der Älteren in Zukunft zunehmen wird, herrscht in der Literatur Konsens. Strittig ist hingegen, wie sich vor dem Hintergrund der steigenden Lebenserwartung der allgemeine Gesundheitszustand und damit die Kosten entwickeln werden.“ (Nöthen, M. (2011, S. 666): Hohe Kosten im Gesundheitswesen: Eine Frage des Alters? In: Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik).

Wie sich die demografische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt auf die zukünftigen Kosten im Gesundheitswesen auswirken wird, ist in der gesundheitsökonomischen Literatur durchaus umstritten (Hajen, L., Paetow, H. & Schumacher, H. (2011): Gesundheitsökonomie: Strukturen - Methoden – Praxisbeispiele. (6., überarb. u. erw. Aufl.), Stuttgart: Kohlhammer und SVR 2009).

Hierzu existieren im Kern drei unterschiedliche Thesen:

- Die Status Quo – These, d.h. Gesundheitsausgaben sind eine Folge der Nähe zum Tod, so dass der Altersaufbau keine Auswirkungen auf die Gesundheitskosten hat.
- Die Kompressionsthese, d.h. medizinisch technischer Fortschritt verschiebt das zeitliche Auftreten von Krankheiten nach hinten und führt daher zu geringer Mortalität und geringerer Morbidität.
- Die Medikalisierungsthese, d.h. der Medizinische Fortschritt senkt zwar die Mortalität, aber erhöht die Morbidität. Gewonnen werden Lebensjahre und nicht Lebensqualität.

Weder Status Quo-These, noch Medikalisierungsthese oder Kompressionsthese gelten bislang in der gesundheits-ökonomischen Literatur als empirisch belegt. Vor dem Hintergrund der Ausführungen im SVR Gutachten aus dem Jahr 2009 hat die Kompressionsthese einen Vorteil bei der empirischen Fundierung zu haben (vgl. Hajen / Paetow / Schuhmacher 2011, S. 41-44. und SVR 2009, S. 108 ff.).

Häufig werden allerdings in der Diskussion zwei wesentliche – positive – Sichtweisen vergessen. Fakt ist zum einen, dass der demografische Wandel zwar bereits eingesetzt hat, wir aber in der Lage sind, weitere Entwicklungen vorauszusehen und uns auf diese Herausforderungen vorzubereiten.

Zweitens – und das ist die besonders gute Botschaft: Wir alle werden im Durchschnitt älter und bleiben länger gesund und selbstständig. Letzteres ist zunächst – trotz aller Diskussionen – ein Grund zur Freude.

### ***Demografischer Wandel als Chance***

Das Wissen um viele der zukünftigen Entwicklungen bezüglich einer immer älter werdenden Gesellschaft ist eine große Chance. Wir werden dadurch in die Lage versetzt, uns vorzubereiten, Modelle, Konzepte und Projekte zu entwickeln und diese auf ihre Durchführbarkeit und Effizienz, sowohl volkswirtschaftlich für unsere Gesellschaft als auch hinsichtlich des Wohlbefindens und der Lebensqualität des Einzelnen, zu überprüfen. Die auf uns zukommenden Probleme und Chancen betreffen sämtliche industrialisierten Länder und es wäre naiv anzunehmen, dass die Proble-

me des einen Landes grundsätzlich anderer Natur wären als die anderer Länder. Selbstredend unterscheiden sich die Herausforderungen unter anderem bezüglich der vorliegenden Rahmenbedingungen und auch der kulturellen und sozialen Belange in verschiedenen Ländern.

Konzepte, Modelle und in der Folge vielfach Projekte für eine bessere Versorgung von (erkrankten) Menschen werden mittlerweile in allen industrialisierten Ländern rund um den Globus entwickelt. Wie töricht wäre es, eine solche Herausforderung als nur das eigene Land betreffend zu behandeln, in welchem sowohl die Probleme als auch die möglichen Lösungen dieser Probleme ausschließlich aus dem Wissen dieses einen Landes zu entwickeln wären. Genauso absurd wäre es, Leiden wie die Alzheimer-Erkrankung – im Übrigen eine wesentliche Herausforderung bei der Weiterentwicklung von Langzeitversorgungskonzepten - grundlagenforschungsbezogen lediglich national zu betrachten.

Menschen in Industrieländern leben immer länger. Wichtig und richtig ist es aber auch, dass es vielen Menschen bereits jetzt gelingt, immer länger zufrieden und unter hervorragenden Lebensbedingungen mit einer oder mehreren Erkrankungen zu leben. Dies gilt es unter anderem auszubauen. Gründe dafür liegen sicher im Fortschreiten der Medizin, der pflegerischen Versorgung und der Pharmakologie. Ein weiterer Grund für ein längeres, gesundes und/oder trotz Krankheit erfülltes Leben ist in der Entwicklung von Präventionsprogrammen zu finden. Während es bei der Primärprävention um die Vermeidung von Krankheiten geht, beschäftigt sich die Sekundär- bis Quartärprävention mit der Versorgung und Betreuung erkrankter Personen (Caplan 1964; Jamouille 2011). Zur Begriffserklärung: (Sekundärprävention: Früherkennung und Vermeidung des Fortschreitens; Tertiärprävention: Vermeidung von Folgeschäden und Rückfällen; Quartärprävention: Vermeidung von Übermedikation und unnötiger Medizin). Um trotz Krankheit ein erfülltes Leben zu ermöglichen, braucht es zunächst eine konzeptionelle und programmierte Weiterentwicklung der Langzeitversorgung.

### ***Die Robert Bosch Stiftung und internationale Translation im Gesundheitswesen***

Die Robert Bosch Stiftung (Robert Bosch Stiftung 2013) besteht bereits seit über 40 Jahren und gehört zu den bedeutendsten Stiftungen in Deutschland. Sie hat sich in der deutschen Gesundheitsversorgung seit den 60er Jahren engagiert und schon in den siebziger- und frühen achtziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts einen Förderschwerpunkt „Strukturfragen des Gesundheitssystems“ aufgelegt. Neben Bildungs- und Sozialprojekten bestehen seit den Anfängen Förderprojekte im Bereich der Pharmakologie, Medizin und Homöopathie. Anfang der 90er Jahre öffnete sich die Robert Bosch Stiftung in Richtung Osteuropa. Dies tat sie auf verschiedenen Ebenen; so auch im Bereich der Gesundheitsversorgung wie zum Beispiel mit den Programmen „Gesundheitsförderung in der Schule“ und „Neue Wege der Kranken- und Altenpflege“.

Die Arbeit der Robert Bosch Stiftung mit Förderprogrammen, Wettbewerben, Stipendienprogrammen oder Einzelförderungen sowie die beispielhafte Initiative „Pflege braucht Eliten“ – dem ersten universitären Doktorandenprogramm im Bereich der Pflege - war immer geprägt durch eine multidisziplinäre Denkweise, die jenseits eines deutschen „Inselbewusstseins“ angesiedelt ist.

Die Stiftung hat die Nachteile einer mononationalen Herangehensweise an die Herausforderungen der Versorgung erkrankter Menschen frühzeitig erkannt und ist dieser durch verschiedenste internationale Förder-, Studien-, Hospitationsprogramme und andere Aktivitäten begegnet.

Beispielhaft soll in diesem Zusammenhang insbesondere auf das „*Internationale Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit*“ und das „*Internationale Studien- und Fortbildungsprogramm Demenz*“ hingewiesen werden, die in diesem Papier skizziert werden. Mit beiden Programmen för-

dert die Robert Bosch Stiftung seit 2002 Personen, die in Bezug auf die praktische Versorgung Pflegebedürftiger und im Hinblick auf Gesundheitsstrukturen (auch im Bereich der Langzeitversorgung) „über den Tellerrand“ sehen wollen und dazu einige Zeit im Ausland verbringen. Dort sichten sie bestehende Strukturen und Konzepte, arbeiten zum Teil im Gastland mit und überprüfen in der Folge das Erlebte und Gesehene auf einen möglichen Transfer in das eigene Berufsfeld der Versorgung pflegebedürftiger Menschen (siehe zu den Programmen: [www.g-plus.org](http://www.g-plus.org)).

Translation allerdings bedeutet für die Robert Bosch Stiftung immer auch im tieferen Sinne des Wortes eine in beide Richtungen offene Haltung. Sie beinhaltet neben dem möglichen Transfer guter Praxis *nach Deutschland* die Bereitschaft zu einer kultursensiblen Übertragung guter Praxis und guter Ideen *in das Ausland*, wodurch eine vertrauensvolle Zusammenarbeit gefördert wird! Als weiteren Ausdruck dieser Haltung hat die Robert Bosch Stiftung in Kooperation mit anderen internationalen Akteuren einen Preis für innovative Versorgungskonzepte – den ‚EFID - Award‘ (‘Living well with Dementia in the Community – European Foundations’ Initiative on Dementia EFID) – ausgelobt. Es wird bewusst über den „Tellerrand“ geschaut, um von anderen zu lernen, aber es werden auch eigene Erkenntnisse zur Verfügung gestellt, anhand derer man im Ausland entwickelte Konzepte sichtet. Diese werden dann bezüglich einer Übertragung (Translation) unter Berücksichtigung nationaler Besonderheiten überprüft.

Die Robert Bosch Stiftung fördert nicht nur den Transfer guter Praxis sondern belegt dieses durch die eigene Haltung eindrucksvoll und ist damit ein wichtiger Schrittmacher einer internationalen Translation zur Verbesserung des bundesdeutschen Gesundheitssystems.

### ***Long term care – Langzeitversorgung als Herausforderung und Chance einer internationalen Translation***

Ein wesentlicher Baustein zur Verbesserung der Versorgung erkrankter Menschen liegt in der Weiterentwicklung und Umsetzung von Konzepten und Projekten der Langzeitversorgung (long-term care). Der vorliegende, im Auftrag der Robert Bosch Stiftung erstellte Katalog zum Thema „Gute Praxis in Europa im Bereich „Langzeitversorgung“, schafft einen ersten Überblick zum Konzept und zu Projekten der Langzeitversorgung in Europa mit besonderem Fokus auf die Langzeitversorgung in Deutschland. Neben der Begriffsklärung und einer deutschen Situationsbeschreibung, steht die Darstellung von evaluierten Projekten der Langzeitversorgung in Europa vor dem Hintergrund einer möglichen Übertragung ins deutsche Gesundheitssystem im Mittelpunkt.

Nachfolgend werden in einem ersten Teil neben der Definition des Konzeptes „Langzeitversorgung“ die jeweiligen Bedarfe und Bedarfsunterschiede der Langzeitversorgung in Europa und in Deutschland, einschließlich einer regionalen Betrachtungsweise, skizziert. Aus dieser Beschreibung wird die Bedeutung und Dringlichkeit der Auseinandersetzung mit diesem Thema abgeleitet. Daraufhin werden Erkrankungen beschrieben, die in besonderem Maße für die Langzeitversorgung von Bedeutung sind. Weiterhin wird die kreative und kulturspezifische Vielfalt von Projekten guter Praxis diskutiert und an einem Beispiel verdeutlicht.

Nach der Skizzierung der mit dem Auftraggeber vereinbarten Kategorien und Kriterien zur Darstellung der ausgewählten Best-Practice-Projekte, schließt sich der nach Ländern und Erkrankungen gegliederte Katalog „Langzeitversorgung in Europa: Gute Beispiele aus der Praxis“ an.

Im Hinblick auf den Auftragsrahmen wird nicht der Anspruch auf Vollständigkeit erhoben. Es liegt aber eine auf die ausgewählten Krankheitsbilder bezogene aussagekräftige Auswahl vor.

# 1 Aktuelle Situation der Langzeitversorgung

In diesem Kapitel wird nach einer Definitionsklärung eine Einführung bezüglich des Bedarfs an Langzeitversorgung in Europa und im Speziellen in Deutschland gegeben.

## 1.1 Definition, Formen, Ziele und Zielgruppen von Langzeitversorgung

Es existieren unterschiedliche Definitionen zum Begriff der Langzeitversorgung, von denen an dieser Stelle die Definitionen der OECD (2005) und in Ergänzung dessen von Evashwick (2005) explizit dargestellt werden sollen.

### 1.1.1 Definition des Konzeptes „Langzeitversorgung“

Die OECD definierte Langzeitversorgung (long-term care) als eine Auswahl an Leistungen für Personen, die hinsichtlich der Aktivitäten des täglichen Lebens über einen längeren Zeitraum von Hilfe abhängig sind. Neben der im Mittelpunkt stehenden persönlichen Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL: z.B.: Baden, An-/Auskleiden, Essen, Transfer aus dem- oder in das Bett, sich bewegen oder Benutzung des Badezimmers) braucht es nach Definition der OECD Hilfe bei der medizinischen Grundversorgung (z.B.: Wundversorgung, Schmerzmanagement, Medikamenteneinnahme, Krankenbeobachtung, Gesundheitsprävention, Rehabilitation oder Palliativversorgung). Die Gründe für die die Langzeitversorgung auslösenden Bedürfnisse sieht die OECD in chronischen — physischen oder psychischen — Einschränkungen (OECD 2005).

(“Long-term care is a range of services needed for persons who are dependent on help with basic ADL. This central personal care component is frequently provided in combination with help with basic medical services such as help with wound dressing, pain management, medication, health monitoring, prevention, rehabilitation or services with palliative care (OECD 2005, S.17).

(„Long-term care brings together a range of services for persons who are dependent on help with basic activities of daily living (ADLs) over an extended period of time. Such activities include bathing, dressing, eating, getting in and out of bed or chair, moving around and using the bathroom. These long-term care needs due to long-standing chronic conditions causing physical or mental disability.” (OECD 2005, S. 20).

Evashwick (2005) beschreibt in Ergänzung Langzeitversorgung als „die gesundheitliche Versorgung alter und pflegebedürftiger Menschen, die über einen längeren Zeitraum an Funktionseinschränkungen leiden, mit dem Ziel, ihre Unabhängigkeit zu maximieren (Evashwick 2005 nach Brause et al. 2010, S. 1).“ Langzeitversorgte Personen benötigen zumeist ein langfristig funktionierendes Versorgungs- und Unterstützungssystem. Ein solches System besteht nach Evashwick (2001, S. 4) sowohl aus verschiedenen Diensten wie auch aus integrierenden Mechanismen, welche die Klienten durch ein umfassendes Spektrum an gesundheitlichen, psychiatrischen und sozialen Diensten über eine Zeitspanne betreuen und deren Versorgungsweg unter Einbeziehung verschiedener Intensitätsstufen nachvollzogen werden kann.

### 1.1.2 Ziele der Langzeitversorgung

Anders als die OECD betont Evashwick, dass Klienten der Langzeitversorgung unterschiedlichen Alters ohne eine spezielle Erkrankung sein müssen. Sie sieht den Schlüssel in den Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens, weniger in einer Erkrankung selbst. Weiter weist sie auf weitere Zielgruppen neben alten chronisch erkrankten Personen hin: „Langzeitversorgung umschreibt

somit auch die Versorgung von Menschen mit Behinderungen, mit psychischen Erkrankungen oder die informelle Pflege durch Angehörige (Evashwick 2005 nach Brause et al. 2010)“.

Das Ziel der Langzeitversorgung sei es, die Menschen zu befähigen, einen maximalen Grad an Unabhängigkeit zu erreichen. Durch die Kontinuität von Pflege sind Langzeitpflegeziele zu erreichen. Hierbei betont Connie Evashwick, dass Kontinuität mehr als das Sammeln fragmentierter Angebote sei. Sie beinhalte vielmehr, passende Angebote in ein integriertes System einzubringen. Die Autorin betont explizit eine klientenorientierte Sicht der Langzeitversorgung (Evashwick 2001, S. 4-5).

### 1.1.3 Formen und Zielgruppen der Langzeitversorgung

Unter Langzeitversorgung versteht Evashwick (2001, S. 7) zudem die erweiterte stationäre Pflege, akute Pflege, ambulante Pflege, häusliche Versorgung, Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung, Wohlfühl- und Gesundheitsförderung sowie die Versorgung in der stationären Altenhilfe.

Sie unterscheidet zwischen einer „kurzzeitigen Intensivversorgung“ und einer „andauernden Langzeitversorgung“. Als Beispiel für eine „kurzzeitige Versorgung“ beschreibt die Autorin den Umgang mit ausgesprochen komplexen – sich rasch verändernden – Problemen, die von der Familie mit professioneller Unterstützung zu bewältigen sind (Evashwick 2001, S. 20). Beispielhaft werden hier Problemstellungen von Kindern mit speziellen Gesundheitsbedürfnissen, Menschen mit Behinderung, psychischen Störungen beziehungsweise geistiger Retardierung genannt.

Langzeitversorgung zielt darauf ab, Menschen – gleich welchen Alters - mit dauerhaften Gesundheitseinbußen oder auch Funktionseinschränkungen zu versorgen. Auslöser für den Bedarf an Langzeitversorgung können unter anderem chronische Krankheiten, Behinderungen oder Einschränkungen der Alltagsfunktionalität sein. In Deutschland findet Langzeitversorgung derzeit schwerpunktmäßig in der stationären Altenhilfe und im häuslichen Umfeld durch Unterstützung von ambulanten Pflegediensten statt (Schaeffer, Büscher 2009).

Die Zielgruppen der unterschiedlichsten Formen von Langzeitversorgung sind weit gestreut, wobei das Hauptaugenmerk allerdings aufgrund der Häufigkeitsverteilung von Pflegebedürftigkeit auf der Versorgung älterer Menschen mit chronischen Erkrankungen liegt.

## 1.2 Bedarf an Langzeitversorgung

International wurde in den letzten 5 – 10 Jahren eine ausgeprägte Diskussion zur Langzeitversorgung geführt, internationale Organisationen wie die WHO und OECD waren hierbei federführend (OECD 2005). Im Folgenden werden die Bedarfe zur Langzeitversorgung in Europa und im Speziellen in Deutschland skizziert.

### 1.2.1 Bedarf im Bereich der Langzeitversorgung in Europa

Der Bedarf an Langzeitversorgung – obwohl als Klienten von Langzeitversorgung Personen jeden Alters in Frage kommen – korrespondiert mit dem demografischen Wandel. Die niedrigen Geburtenraten in Europa verbunden mit der Erhöhung der Lebenserwartung werden zu einem größeren Anteil an alten und hochaltrigen Personen in der Gesamtbevölkerung führen. Laut der Europäischen Kommission (European Commission 2008) wird die Anzahl der Personen über 65 Jahre bis zum Jahr 2050 um 77 Prozent steigen während sich die arbeitende Bevölkerung zwischen dem 15 und 64 Lebensjahr aufgrund des Geburtenrückganges um 16 Prozent vermindern wird. Während derzeit auf eine 65-jährige Person vier Personen in Arbeit zwischen 15 und 64 kommen, wird sich dieser Quotient bis zum Jahre 2050 halbieren. Es ist an dieser Stelle zu konstatieren, dass die be-

schriebene Entwicklung eine gesamteuropäische Entwicklung ist. Auch Zentral-Ost-Europa stellt in diesem Zusammenhang keinen Sonderfall dar (Oesterle 2012).

Durch die Zunahme von alten und hochaltrigen Menschen in Europa wird es vor allem in dieser Population zur Zunahme degenerativer und chronischer Erkrankungen kommen, welchen die Gesellschaft mit Konzepten und Ideen begegnen muss. Diese Entwicklung – so die Europäische Kommission – kann als Maßstab für die zukünftigen Herausforderungen und die Entwicklung von Langzeitversorgung dienen. Obwohl diese Personen in der Mehrzahl alt und hochaltrig sind, gilt es ebenso, Konzepte für andere von Hilfsbedürftigkeit betroffene Bevölkerungsgruppen zu entwickeln (European Commission 2008).

Chronische Erkrankungen – zumeist älterer Personen – gehören zu den größten Problemen der Erhaltung von Lebensqualität und sind vielfach Gründe für die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems. Einige dieser chronischen Erkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes, chronische Herzerkrankungen oder Schlaganfall sind die Hauptgründe für Behinderung oder Einweisungen ins Krankenhaus (Health statistics 2002 zit. nach European Commission 2008) oder das Ableben.

"Chronic disease represents one of the most relevant problems for health-related quality of life, especially for the elderly, and is one of the main causes of utilization of health services. Chronic disease often affects the psychological or physical abilities of people for a long time or even indefinitely. [...] Several of these chronic conditions are significant because they are major causes of death, disability or hospitalization (hypertension, diabetes, chronic heart disease or stroke) (Health statistics 2002 zit. nach European Commission 2008)."

Eine Befragung im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen zeigte auf, dass bei einer Invaliddität die Menschen zu 70 Prozent zu Hause versorgt werden möchten; dies sollte wahlweise durch Angehörige und/oder professionelle Pflegedienste geschehen (European Commission 2008). Um dies zu gewährleisten gilt es, Langzeitversorgungsmodelle zu konzipieren, bei denen diesem Wunsch – welcher hohen Einfluss auf Wohlbefinden und Lebensqualität von Menschen hat – Rechnung getragen wird. Die häusliche Versorgung ist in östlichen europäischen Ländern die Norm. In skandinavischen Ländern ist die Versorgung durch öffentliche Einrichtungen die meist gewählte Versorgungsform (Costa-Font, Courbage 2012; Oesterle 2012; Karlsson et al 2012). Die Gründe für die genannte Unterscheidung sind sicher national und kulturell zu betrachten.

Aus den vorliegenden Daten und Berechnungen folgert die Europäische Kommission, dass es im Rahmen der formellen und informellen Langzeitversorgung vor allem darum geht, die durch die demografische Entwicklung gewonnenen Jahre des Einzelnen bei guter Gesundheit zu verbringen. Die demografische Entwicklung erhöhe in diesem Zusammenhang den Druck auf Langzeitversorgungssysteme, mehr und bessere Medizin sowie mehr und bessere rehabilitative, pflegerische und soziale Fürsorge zu entwickeln (European Commission 2008).

### 1.2.2 Bedarf der Langzeitversorgung in Deutschland

Parallel zu den Darstellungen des Bedarfes an Langzeitversorgung – zu großen Teilen bedingt durch den dargestellten demografischen Wandel und die damit zunehmende Problematik chronischer Erkrankungen – lässt sich auch der Bedarf an Langzeitversorgung in Deutschland abbilden. Neben den skizzierten Bedürfnissen der alten und hochaltrigen Personen in Deutschland, sollen an dieser Stelle ebenso die Erfordernisse weiterer Personengruppen in Deutschland (und Europa) aufgezeigt werden.

Laut Barmer GEK Pflegereport (Rothgang et al 2010) können wir derzeit von mehr als zwei Millionen Pflegebedürftigen ausgehen. Die Ämter des Bundes und der Länder rechnen mit einem Anstieg der Pflegebedürftigen in Deutschland auf bis zu 3 – 3,4 Millionen Menschen im Jahr 2030 (Büscher, Schaeffer 2009). Rothgang und Kollegen verdeutlichen im Pflegereport das Verhältnis hinzugewonnener Lebensjahre im Verhältnis zu verlängerter Pflegebedürftigkeit folgendermaßen:

„Für jedes Alter verlängert sich die Restlebenserwartung. So hatten Männer im Alter von 60–64 Jahren in den Jahren 1999–2003 eine Restlebenserwartung von ca. 20,0 Jahren. In den Jahren 2004–2008 liegt die Restlebenserwartung bei ca. 21,2 Jahren. Hinzugewonnen wurden in geringerem Alter vor allem Zeiten ohne Pflegebedürftigkeit. In der Alterskategorie 60–64 Jahren wurden 1,0 Jahre ohne Pflegebedürftigkeit hinzugewonnen und 0,15 Jahre mit Pflegebedürftigkeit. Je älter die Menschen aber sind, desto höher wird der Anteil der hinzugewonnenen Lebensjahre in Pflegebedürftigkeit. In der Alterskategorie 80–85 Jahre gibt es einen Zugewinn bei den Männern von 0,38 Jahren. Die davon hinzugewonnenen Jahre ohne Pflege sind 0,27 und mit Pflege 0,13 (GEK-Pflegereport 2010, S. 10).“

Pointiert fassen Rothgang diese Entwicklung in dem Satz zusammen:

**„Mit jedem Jahr, das die Bevölkerung an Lebenserwartung gewinnt, gewinnt sie überproportional auch mehr Zeit in Pflege hinzu (ebd., S.10)“**

Den zunehmenden Bedarf allein auf den demografischen Wandel zurückzuführen scheint laut Studienlage zu kurz gegriffen. Dinkel (2005) zeigt auf, dass die Bezieher von Pflegeleistungen von 1996 bis 2002 um rund 56 % gestiegen sind. Diese Zahl hätte wegen der demografischen Entwicklung in dem Zeitraum nur um 7,1 % ansteigen dürfen. Somit ist der Anstieg des Pflegebedarfs nicht allein auf die demografische Entwicklung zurückzuführen, sondern zeigt an, dass auch andere Ursachen dazu beigetragen haben. Dazu könnten chronische Krankheiten oder auch die Zunahme von psychischen Erkrankungen zählen. In der ambulanten Pflege zeigt sich zwischen 1995 und 2002 das gleiche Phänomen. Ein Anstieg der Leistungsempfänger um 21,5 %, der aber vor dem Hintergrund der Demografie nur um 5,9 % hätte ansteigen dürfen. Um diese Erfordernisse zu erfassen, bedarf es neben dem Ausbau der professionellen Pflege auch des Einbezuges des familiären Unterstützungspotenzials. Aus diesen Hinweisen lässt sich die Notwendigkeit der Einbeziehung familialer Systeme in Konzepte/Projekte der Langzeitversorgung ableiten.

### ***Bedarf an Langzeitversorgung für ältere und hochaltrige Menschen***

Laut dem Gutachten des Sachverständigenrates (SVR 2009) haben zwei Drittel der über 65-jährigen Personen mindestens zwei chronischen Erkrankungen. Multimorbidität führt zu häufigeren und längeren Krankenhausaufenthalten und unter anderem zu einer steigenden Zahl von Arzneimittelverordnungen. So erhalten ca. 35 % der Männer und 40 % der Frauen über 65 Jahre neun und mehr Wirkstoffe als Dauertherapie. Dieses Medikamentenregime führte in 10,2 % der Fälle zu stationären Aufnahmen, insbesondere bei älteren Frauen. Bei Menschen mit Demenz kann die Verordnung von Neuroleptika in Kombination mit anderen Medikamenten mit einer höheren Sterblichkeit einhergehen. Hier ist eindeutig ein Ansatzpunkt für Konzepte der Langzeitversorgung zu sehen.

Multimorbide ältere und auch hochaltrige Menschen werden in allen Versorgungsbereichen, somit auch in der Langzeitversorgung, zunehmen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Multimorbidität mehr als die Summe der Anzahl der Erkrankungen ist, sondern auch Einzelerkrankungen wie zum Beispiel Inkontinenz, kognitive Defizite, Immobilität, Schmerzen und auch Sturzgefährdung als zusätzliche, Bedürftigkeit auslösende Faktoren auftreten können. In der Folge erhöht sich der

Pflegebedarf dieser Zielgruppe, die sich, nach den Zahlen zu urteilen, vorwiegend in stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens befindet. Diese negativen Auswirkungen auf die Lebensqualität, den subjektiven Gesundheitszustand und auf die körperlichen Funktionen sollten bei der Entwicklung von Konzepten mitbedacht werden. Der Sachverständigenrat fordert insbesondere bei geriatritypischer Multimorbidität eine Verlagerung des Behandlungsschwerpunktes. Es gilt den Fokus weg von der Erkrankung hin zu einer Personenfokussierung zu lenken. Der Sachverständigenrat konstatiert explizit die Notwendigkeit eines Behandlungs- und nicht Erkrankungsmanagements bei chronischen Leiden (SVR 2009). Diese Aussage lässt sich als ein direkter Aufruf zur Entwicklung von Langzeitversorgungskonzepten begreifen, in deren Mittelpunkt der Mensch und nicht die Erkrankung steht.

### ***Bedarf an Langzeitversorgung bei Kindern, Jugendlichen und Personen unter 65 Jahren***

Das Statistische Bundesamt (2013) stellt im Rahmen der Pflegestatistik 2013 fest, dass etwa 68.000 Menschen in Deutschland unter 15 Jahren pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind. In der Altersgruppe zwischen 15 und 65 Jahren sind 269.000 Menschen pflegebedürftig; letzteres bedeutet eine Zunahme von 4,9% zu den Erhebungen aus dem Jahre 2009. Die tatsächlichen Zahlen können noch höher ausfallen, da nach dem SGB XI beim zugrundeliegenden Pflegebedürftigkeitsbegriff lediglich die Bereiche Mobilität, Ernährung, Körperpflege und Ausscheidung berücksichtigt werden. Diese Zahlen belegen, dass sowohl ein Bedarf an Langzeitversorgung bei Kindern und Jugendlichen, sowie für Personen unter 65 Jahren existiert. Zu berücksichtigen ist hinsichtlich des Ortes der Versorgung, dass dieser bei Kindern und Jugendlichen fast ausschließlich und bei den 15 bis 65-Jährigen zu 80 Prozent in der Häuslichkeit stattfindet. Es sollte primär um eine „integrative Versorgung“ gehen, bei der verschiedene professionelle Berufsgruppen z.B. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Ärzte, Logopäden in Zusammenarbeit mit dem familialen Setting und ehrenamtlichen Helfern gefordert sind.

### ***Bedarf an Langzeitversorgung bei Behinderung***

Laut statistischem Bundesamt lebten Ende 2011 in Deutschland etwa ca. 7,3 Millionen schwerbehinderte Menschen, deren Behindertengrad 50 Prozent und höher war und denen ein gültiger Ausweis von den Versorgungsämtern ausgehändigt wurde. Folglich sind knapp neun Prozent der Gesamtbevölkerung Deutschlands schwerbehindert. Bei 24 Prozent der Schwerbehinderten wurde ein Behinderungsgrad von 100 Prozent festgestellt.

Gegenüber dem vorangegangenen Erhebungszeitpunkt in 2009 bedeuten diese Zahlen eine Erhöhung um 2,6 Prozent, also etwa um 187.000 Personen. Aus den statistischen Daten lässt sich nicht ableiten, ob all diese Menschen pflegebedürftig im Sinne einer Langzeitversorgung sind.

Bei detaillierter Analyse wird deutlich, dass von 7,3 Millionen schwerbehinderter Menschen 29 Prozent 75 Jahre und älter sowie 46 Prozent zwischen 55 und 75 Jahre sind. Lediglich 2 Prozent der Schwerbehinderten sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Des Weiteren ist die Ursache von Schwerbehinderung zu 83 Prozent krankheitsabhängig. Unter Einbeziehung dieser zusätzlichen Informationen lässt sich ein Bedarf an Langzeitversorgung bei vielen Schwerbehinderten ableiten.

Lediglich 4 Prozent der Behinderten sind von Geburt an beeinträchtigt oder erlitten die Behinderung im ersten Lebensjahr.

Statistisch unterschieden werden verschiedene Formen von Behinderungen, die aufgrund des Zeitpunktes des Auftretens, der Ausprägung, der Art der Behinderung und des Eintritts ins Hilfesystem unterschiedliche Konzepte der (Langzeit-)Versorgung benötigen. 62 Prozent der Schwer-

behinderten hatten körperliche Behinderungen, wohingegen 11 Prozent auf Personen mit geistigen und seelischen Behinderungen entfielen und 9 Prozent der Betroffenen unter zerebralen Störungen litten.

Insgesamt ist das Thema Langzeitversorgung bei Behinderung ein wesentliches, nicht zu vernachlässigendes Thema bei der Konzept- und Projektentwicklung personalisierter Langzeitversorgungsformen.

### 1.2.3 Regionale Bedarfe an Langzeitversorgung in Deutschland

Der Bedarf an Langzeitversorgung geht – wie zuvor geschildert – mit der Notwendigkeit der Versorgung der Pflege- oder Hilfsbedürftigen einher. An dieser Stelle soll ein weiteres Mal darauf verwiesen werden, dass sich der seitens der Bevölkerung als vorhandene Hilfsbedürftigkeit empfundene Zustand nicht mit dem durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen überprüften Zustand der Pflegebedürftigkeit decken muss.

Fakt ist, dass sich die Zahlen gesetzlich festgestellter Pflegebedürftigkeit, und damit des Bedarfes an Langzeitversorgung, in unterschiedlichen Bundesländern und zudem in einzelnen Kreisen dieser Bundesländer gravierend unterscheiden (Vergl. Abbildung 1). Des Weiteren existieren hinsichtlich der dokumentierten Ursachen von Pflegebedürftigkeit (z. B. Erkrankungen) regionale Unterschiede. Betrachtet man zudem die vorhandene Versorgungsinfrastruktur – verdeutlicht an der Zahl der ambulanten und stationären Anbieter, sowie der Anzahl an professionellem, medizinischem oder pflegerischem Personal – kann von „dem Konzept“ der Langzeitversorgung in und für Deutschland nicht gesprochen werden. Eine Weiterentwicklung der Langzeitversorgung bedingt die Kenntnis regionaler Besonderheiten und der Bedürfnisse der jeweiligen Bevölkerungsgruppe in der Region.

Vor dem Hintergrund der Frage möglicher Translation von Langzeitversorgungsprojekten aus dem Ausland nach Deutschland, ist die Überprüfung der Passgenauigkeit des in Frage kommenden Projektes in Bezug auf Region und kulturellen Hintergrund der Bevölkerung als unbedingtes Teil eines Translationsvorhaben zu begreifen.

## Regionale Unterschiede bezüglich Altersdurchschnitt (Altenquotient 65) und Pflegebedürftigkeit

Nachfolgend werden regionale Unterschiede bezüglich der Altersentwicklung und der damit verbundenen Häufigkeit von Pflegebedürftiger skizziert. Pflegebedürftigkeit als Anlass zur Inanspruchnahme von Langzeitversorgung ist der entscheidende Faktor zum Eintritt ins Versorgungssystem. Der Altenquotient ist in dieser Hinsicht von großer Bedeutung. Ein „Altenquotient 65“ von 20 bedeutet beispielsweise, eine Relation von 20 Personen über 65 Jahren auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Abbildung 1 verdeutlicht die prognostizierte Entwicklung des „Altenquotienten 65“ in den Bundesländern im Vergleich zum Quotienten für Gesamtdeutschland.

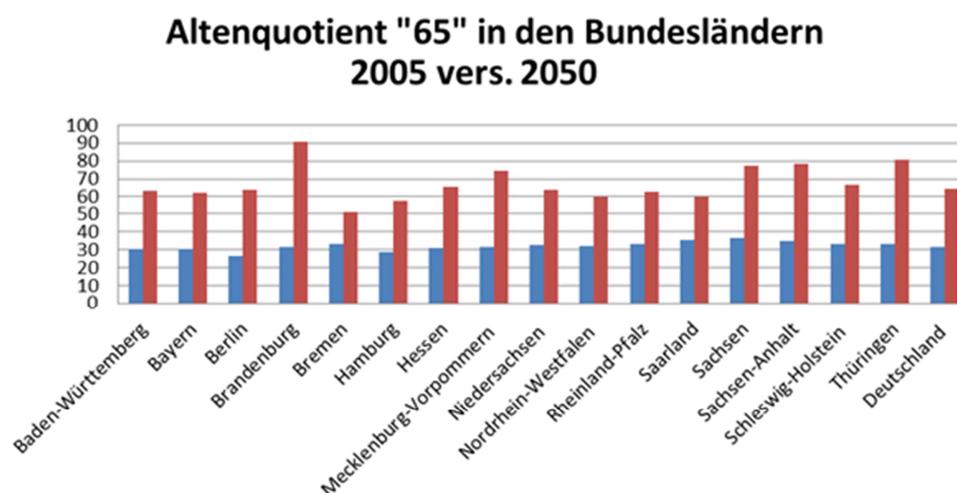


Abbildung 1: Mögliche Entwicklung des "Altenquotient 65" der Bundesländer zwischen 2005 und 2050 (SVR 2009, S. 36)  
■ Altenquotient „65“ 2005 ■ Altenquotient „65“ 2050

Im Bundesland Brandenburg zeigt sich nach dieser Prognose der höchste Anstieg für 2050 auf einen Altenquotient von 90,6 (ca. 1,1 erwerbstätige Personen auf eine Person über 65 Jahre), gefolgt von Thüringen, Sachsen-Anhalt und Sachsen. Die „Überalterung“ dieser Gesellschaften hätte dramatische Folgen für die Entwicklung von Pflegedürftigkeit und Langzeitversorgung. Es zeigt sich ein deutliches Ost-West-Gefälle, die auch für die übrigen Bundesländer gilt. Den geringsten Anstieg hat Bremen mit einem Altenquotienten von 50,9 prognostiziert für das Jahr 2050.

Interessant ist in diesem Zusammenhang ein vergleichender Blick auf den „Jugendquotienten“. Mit diesem wird – parallel zur Erfassung des Altenquotienten – die Relation von Personen unter 18 Jahren zu Personen im erwerbsfähigen Alter deutlich. Laut Sachverständigenrat (SVR 2009; S. 37) ist der Jugendquotient in 2005 im Gegensatz zum Altenquotient in den neuen Bundesländern und den Stadtstaaten am niedrigsten. Im Jahr 2050 wird für Brandenburg, Sachsen und Mecklenburg-Vorpommern der höchste Jugendquotient prognostiziert. Die Ursache hierfür liegt in der prognostizierten starken Abwanderung aus diesen Bundesländern. Diese Abwanderung wird auch von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder (2011) in ihren Publikationen konstatiert und als Ursache für die Zunahme an älteren Menschen in den neuen Bundesländern beschrieben, was in der Folge dort ebenfalls Einfluss auf Zunahme des Bedarfes an Langzeitversorgung nimmt.

Was bedeutet die – regionale - bundesländerübergreifende Zunahme des Altenquotienten? Geht man von den geschilderten ernstzunehmenden Prognosen aus, genügt es nicht, Konzepte einer Langzeitversorgung im Sinne kurativer Betreuung anzubieten. Dies wäre auch aus gesund-

heitsökonomischem Blickwinkel nicht zu rechtfertigen. Ein wesentliches Feld der Konzeptentwicklung der Langzeitversorgung muss im Bereich der Primär- und Sekundärprävention von Erkrankungen liegen. Die Verbindung der älter werdenden Gesellschaft mit einer aufsteigenden Anzahl von pflegebedürftigen Personen wird auch in Abbildung 2 deutlich.

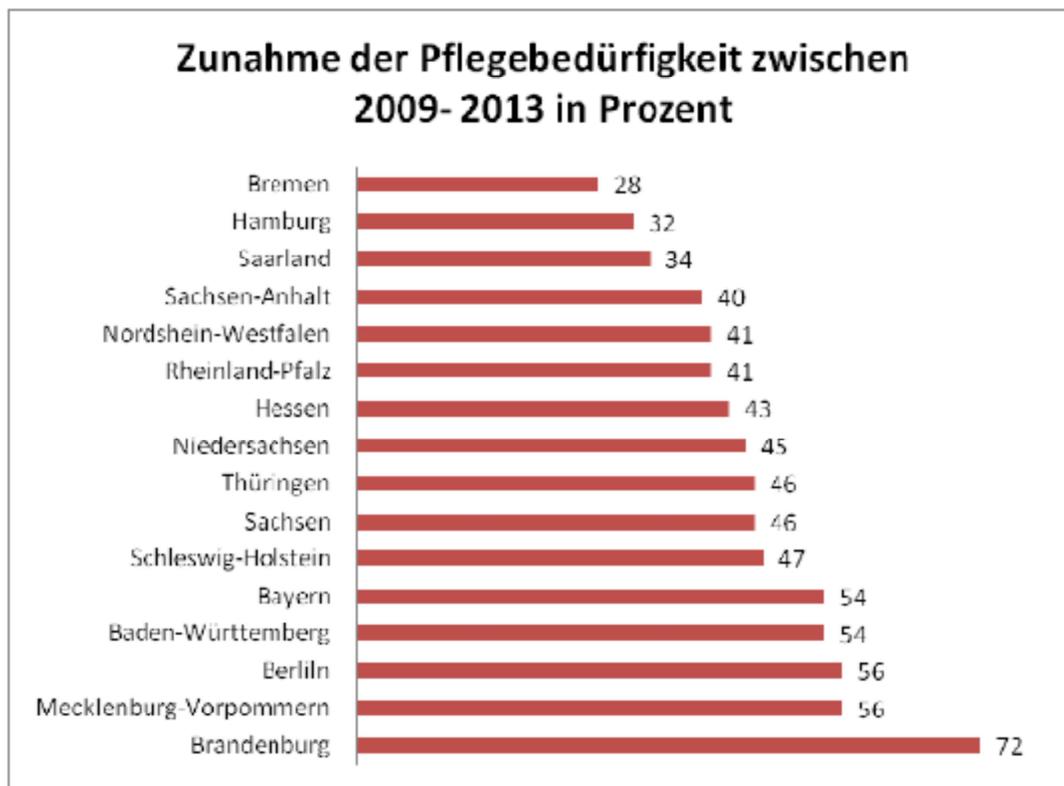


Abbildung 2: Zunahme der Pflegebedürftigkeit von 2009 bis 2030 in Prozent (vgl. Bertelsmann Stiftung 2012b)

Zwischen den Bundesländern Bremen (28%) und Brandenburg (72%) bestehen in der Zunahme der Pflegebedürftigkeit größere Unterschiede. Vergleicht man diese Entwicklungen mit dem Anstieg des Altenquotienten 65 findet sich hier die Validierung der Prognose des Sachverständigenrates. In beiden Bundesländern ist von einer Zunahme des Bedarfs an einer Langzeitversorgung auszugehen, wobei in Brandenburg ein dramatischer Anstieg zu verzeichnen ist. Ähnliche oder gar größere Steigerungen sind in einzelnen Gemeinden in anderen Bundesländern abzulesen. Die beschriebene Dynamik steht unter anderem mit der Entwicklung der jeweiligen Altersstruktur in Verbindung. Des Weiteren hängt die Pflegebedürftigkeit mit der Struktur der Haushalte (Einzel- oder Mehrpersonenhaushalte) und der Erwerbsquote der Frauen zusammen (Bertelsmann Stiftung 2012a, b). Die Bertelsmann-Stiftung empfiehlt in ihren Ausführungen eine konsequente Umsetzung des Grundsatzes ambulant vor stationär. Diese Empfehlung unterstreicht die Richtung der Weiterentwicklung von Konzepten/Projekten der ambulanten Langzeitversorgung, da der Bedarf an Unterstützung und Begleitung im häuslichen Bereich steigt und die Zunahme von Hochaltrigen zu einer vermehrten Nachfrage nach professionellen Pflegeleistungen führt.

### **Regionale Unterschiede der Kapazitäten zur ambulanten und stationären Versorgung**

Bezüglich vorgehaltener Kapazitäten hinsichtlich ambulanter und stationärer Pflege liegt laut Studienlage (Rothgang 2009) ein ausgeprägtes Ost-West-Gefälle vor. Während in den alten Bundesländern hohe Kapazitäten in der stationären Pflege vorhanden sind, überwiegen im Osten des Landes ambulante Pflegeangebote. Dementsprechend gestaltete sich die Nachfrage nach Pflegeleistungen. Interessant ist auch, dass die teuersten Heimplätze in den alten Bundesländern (insbe-

sondere in Bayern, Nordrhein-Westfalen und Hessen) zu finden sind. Im Osten des Landes werden gegenüber den alten Bundesländern deutlich mehr kostengünstigere ambulante Pflegeleistungen abgerufen. Wird die Anzahl der Beschäftigten pro Pflegebedürftigem betrachtet, zeigt sich der gleiche Trend. Die Unterschiede sind nicht mit einer unterschiedlich stark verteilten Pflegelast zu erklären. Einer hohen stationären Kapazität steht nicht unbedingt eine niedrige Kapazität im ambulanten Bereich gegenüber.

### **Regionale Unterschiede bezüglich der Kapazitäten medizinischen und pflegerischen Fachpersonals**

Bezüglich der medizinischen Versorgung lässt sich feststellen, dass es im ländlichen Raum weit weniger Fachärzte (Neurologen und Psychiater) zur Behandlung neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen gibt als im städtischen Bereich. In der Folge übernehmen Allgemeinmediziner vielfach die Behandlung dieser Patientengruppen. Bemerkenswert ist, dass im ländlichen Raum, wo Allgemeinmediziner statt entsprechender Fachärzte die Betreuung neurologischer und psychiatrisch Erkrankter übernehmen, mehr Psycholeptika und Antidepressiva verordnet werden. Rothgang (2009) kommt zu dem Schluss, dass an dieser Stelle „ein grundsätzliches Potential zur Verbesserung der Versorgung (ebd., S. 26)“ liegt. Rothgang et al. (2009) weist auf eine regionale uneinheitliche Versorgung hin. Grundsätzlich geht er von einer Unterversorgung mit Fachärzten im ländlichen Bereich aus.

Bezüglich des pflegerischen Fachpersonals bestehen ebenfalls Unterschiede in der regionalen Betrachtung. Abbildung 3 zeigt die Prognose der fehlenden Pflegefachkräfte der Bertelsmann-Stiftung aus dem Jahr 2012 (Bertelsmann Stiftung 2012a).

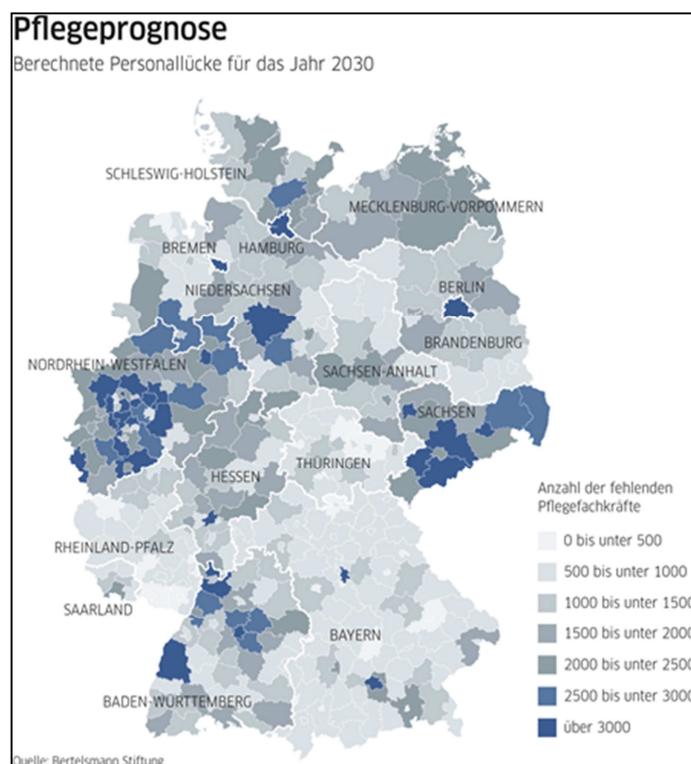


Abbildung 3: Berechnete Pflegepersonallücke für das Jahr 2030 (Bertelsmann Stiftung 2012a)

Nach den vorliegenden Prognosen wäre es möglich, dass in Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Berlin und Hamburg im Jahr 2030 jeweils über 3000 Pflegefachkräfte fehlen könnten. In Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Teilen von Hessen, Schleswig-Holstein und Brandenburg bewegt sich der Mangel zwischen 2000 -2500. Betrachtet man dies vor dem Hintergrund regional unterschiedlich ansteigenden Pflegebedürftigkeitszahlen, könnte sich nicht nur in Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Berlin und Brandenburg eine regionale Unterversorgung in ausgeprägten Dimensionen entwickeln. Dies unterstreicht ebenfalls, wie dringend Konzepte der Langzeitversorgung erforderlich sind, die sich nicht nur auf professionelle Pflege allein stützen.

Insbesondere in den Bundesländern Sachsen, Nordrhein-Westfalen, im westlichen Niedersachsen und in den drei Stadtstaaten werden Modelle der Langzeitversorgung entwickelt. Diese Konzepte müssen wissenschaftlich evaluiert werden, um Aussagen zur Wirksamkeit von freiwilligen, gesellschaftlichen Engagements und der Einbeziehung anderer Berufsgruppen in das Netz der Langzeitversorgung machen zu können.

### **Regionale Unterschiede bezogen auf neurologische und psychiatrische Erkrankungen**

Die Verteilung der neurologischen Erkrankungen zeigt kaum signifikante Unterschiede zwischen den Bundesländern oder auch verschiedenen Gemeindetypen. Rothgang berichtet aber mit Vorsicht von einer Tendenz höherer Depressionsraten in Ballungsräumen. In den Ländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen ist der Unterschied z.B. sichtbar geringer. Deutlicher zeigen sich Differenzen aufgrund von Alter und Geschlecht. Ca. 40 % der Männer zwischen 60 und 69 Jahre zeigen eine Prävalenz von neurologischen Erkrankungen, die auf über 60 % bei über 80-jährigen Männern steigt. Bei Frauen sinkt die Prävalenz von 70 % bei den 60-69-jährigen auf 50 % bei den über 80-jährigen.

#### **1.2.4 Fazit zu Bedarf und Bedeutung der Langzeitversorgung in Deutschland und möglicher Translation europäischer Projekte**

Aus den bisherigen Ausführungen werden der Bedarf und die Bedeutung der Langzeitversorgung für Deutschland deutlich. Die derzeitige Situation – verbunden mit wissenschaftlich fundierten Prognosen bezüglich Alters- und Krankheitsentwicklung, Zunahme an Pflegebedürftigkeit und eines zum Teil in bestimmten Regionen bereits vorhandenen und sich flächendeckend abzeichnenden Mangels an medizinischem und pflegerischem Fachpersonal – verdeutlicht die Dringlichkeit der Weiter- und Neuentwicklung von Konzepten der Langzeitversorgung. Mehr als deutlich ist aber auch bei allen zu betrachtenden, deutschlandweiten Entwicklungen die regionale Verschiedenheit von Rahmenbedingungen und Bedarfen, welche von diesen Rahmenbedingungen beeinflusst werden. Es existiert nicht *das Konzept* der Langzeitversorgung für jeden bedürftigen deutschen Bürger. Neben einer Grundkonzeption ambulanter und (teil-)stationärer Versorgung, welche in Deutschland bereits gegeben ist, benötigen wir neben regionssensiblen (kultursensiblen) Konzepten präventive Strategien zur Vermeidung von Erkrankung und Pflegebedürftigkeit (Primärprävention) sowie zur Begleitung erkrankter Menschen mit dem Ziel, Krankheit einzudämmen (Sekundärprävention) und ihnen ein Leben in Würde mit möglichst hoher Lebensqualität zu ermöglichen

Die derzeit aktuellen und prognostizierten Zahlen verdeutlichen, dass die Aufgabe der Betreuung, Begleitung und der Versorgung hilfsbedürftiger Menschen eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist. Insofern müssen unter allen Umständen die Einbeziehung der Familie, der Nachbarschaft, ehrenamtlicher Helfer sowie der Kommune Teil neuer Langzeitversorgungskonzepte sein. Ebenso gehört zur Entwicklung von Langzeitversorgungsprojekten die Gewinnung von Professionellen für

pflegerische und medizinische Aufgaben sowie die professionelle Versorgung durch Mitglieder anderer, nicht medizinischer Fachdisziplinen.

Die derzeit in Deutschland gültigen Konzepte von Pflegebedürftigkeit berücksichtigen nicht die Menschen, die sich hilfs- und pflegebedürftig fühlen. Allerdings: Die längst überfällige Einführung eines ganzheitlichen Pflegebedürftigkeitsbegriffes (Wingenfeld et al 2008) löst noch kein Problem der Versorgung; es schafft zudem zahlenmäßig und finanziell zunächst neue Versorgungsprobleme, wobei allerdings das Problem vieler Bürger, sich in ihrem Leid nicht gesehen zu fühlen, damit aufgegriffen würde.

Denkt man über neue Konzepte der Langzeitversorgung nach – so wurde mehrfach betont – muss die Anbindung dieser neuen Konzepte an bereits vorhandene Strukturen mitbedacht werden. Deutschland verfügt - regional sehr unterschiedlich – über eine teils beispielgebende Beratungslandschaft. Viele der heute in der Pflege und Medizin diskutierten „Kulturveränderungen“ sind in der „sozialen Arbeit“ bereits vor vielen Jahren intensiv besprochen worden. Ein Verzicht auf einen Blick über den „disziplinen-eigenen Tellerrand“ hin zu anderen gesundheitsrelevanten Disziplinen wäre im beschriebenen Sinne höchst fahrlässig. Dies gilt sowohl für theoretische Überlegungen als auch für die praktische Implementierung neuer Langzeitkonzepte. So ist etwa der dringend zu überarbeitende Bereich des Übergangs von hausärztlicher Versorgung zu einer ambulanten pflegerischen Betreuung ohne die Einbeziehung von Beratungsstellen sowie anderer Gesundheitsberufe wie Logopädie oder Ergo-/Physiotherapie nicht denkbar. Hinzu kommen Beratungsleistungen (in Deutschland von unterschiedlichen Berufsdisziplinen durchgeführt) bezüglich der Finanzierung unterstützender Gesundheitsleistungen. Letztere unterscheiden sich auch in europäischen Ländern sehr und sind in ihrer Eigenart bei der Translation europäischer Projekte mit zu bedenken.

Wie bereits verdeutlicht, stehen alle europäischen (und auch andere Länder wie zum Beispiel die USA) vor vergleichbaren Problemen der Versorgung pflegebedürftiger Bürger. Die Hospitation bei ausländischen Langzeitversorgungsprojekten verbunden mit einer möglichen kultursensiblen Translation dieser Projekte (oder von Teilprojekten) in die Bundesrepublik ist nicht nur geboten sondern unbedingt erforderlich. Ebenso muss das Augenmerk auf die Modellprojekte der Langzeitversorgung erhöht werden, welche auf unterschiedlichen Ebenen bereits stattfinden.

## 2. Europäische Projekte der Langzeitversorgung mit Translationsüberlegungen

Im Folgenden werden einzelne europäische Projekte aus dem Bereich der Langzeitversorgung in Kürze dargestellt und hinsichtlich einer möglichen Übertragung (Translation) nach Deutschland diskutiert. Die nachfolgend dargestellten Projekte orientieren sich an fünf (zumeist chronischen) für die Langzeitversorgung in besonderem Maße relevanten Erkrankungen.

Vor der Darstellung der Projekte werden die fünf Erkrankungen und Erkrankungsbereiche, Demenz, Diabetes Mellitus, psychische Erkrankungen, Krebserkrankungen und koronare Herzerkrankungen, in ihrer Bedeutung für die Langzeitversorgung beschrieben.

### 2.1 Ausgewählte Erkrankungen mit großen Herausforderungen für die Langzeitversorgung

#### 2.1.1 Demenz

Der Begriff „Demenz“ beschreibt einen Symptomkomplex, hinter dem sich verschiedenste Demenzerkrankungen verbergen. In Deutschland leben derzeit etwa 1,4 Millionen Personen mit einer Demenz. Die Erkrankungszahlen steigen mit zunehmendem Alter steil an. Die Erkrankungs-raten verdoppeln sich ab dem 65. Lebensjahr im 5-Jahres-Rhythmus und steigen demnach von etwa 1 Prozent der Erkrankten bei den 65 bis 69-jährigen auf 40 Prozent der über 90-jährigen. Etwa 70 Prozent dieser Personen leiden unter der Alzheimer-Erkrankung. Pro Jahr treten etwa 300.000 Neuerkrankungen auf, womit – unter anderem bedingt durch den demografischen Wandel – erheblich mehr Personen an einer Demenz erkranken als an deren Spätfolgen und Komplikationen versterben. Aufgrund dessen vermutet man – bei gleichbleibenden Steigerungszahlen – eine Verdopplung der Anzahl Demenzerkrankter bis zum Jahr 2050 auf etwa drei Millionen Menschen. Aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen und der stärksten Manifestation der Erkrankung in den höchsten Altersgruppen sind etwa 70 Prozent der Demenzerkrankten Frauen. Laut Bickel lässt sich derzeit noch nicht abschließend beurteilen, ob das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, in unterschiedlichen Regionen eines Landes, unterschiedlichen Ländern oder Kontinenten unterscheidet. Derzeit gibt es diesbezüglich keine verlässlichen Aussagen (Bickel 2012).

Die Krankheitszeichen anderer Demenzformen zeigen große Überlappungsbereiche mit den Krankheitszeichen der Alzheimerkrankheit auch wenn sie andere Ursachen haben mögen. Die zweithäufigste Demenz erklärt sich über eine unzureichende Durchblutung des Gehirns. Gedächtnis- und Orientierungsstörungen sind die Kardinalsymptome der Alzheimerkrankheit. Sie stehen allerdings nur in ca. 50 Prozent am Beginn der Erkrankung im Vordergrund.

Die Wahrscheinlichkeit mit einer Demenz pflegebedürftig zu werden, ist für den Einzelnen sehr hoch. Rothgang et al. gehen lediglich von 1 bis 5% Menschen aus, die zwar demenziell erkrankt, aber nicht pflegebedürftig sind (Rothgang et al. 2010, Berlin Institut 2011). Österle et al. (2011, S. 23) betonen, dass Demenz als altersabhängige Erkrankung für die Organisation der Langzeitversorgung eine wichtige Rolle einnehmen wird. Sie rechnen (2011, S. 23) in Europa inklusive Russland mit 10 Millionen Demenzerkrankten im Jahr 2020 bis hin zu 16 Millionen im Jahr 2050 (Österle et al 2011, S. 13).

### 2.1.2 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus ist eine Stoffwechselerkrankung, welche einer Fehlfunktion oder dem völligen Ausfall der Bauchspeicheldrüse geschuldet ist. Die Fehlfunktion oder der komplette Ausfall der Bauchspeicheldrüse führt zu einer verminderten oder einem völligen Fehlen des lebenswichtigen Proteohormons Insulin, das in den  $\beta$ -Zellen der Bauchspeicheldrüse gebildet wird und in der Folge zu einer Überzuckerung des Blutes führt.

Weltweit sind laut Angaben der International Diabetes Federation (IDF) und des Deutschen Zentrum für Diabetesforschung (DZD 2013) mit 285 Millionen Erkrankten zwischen 20 und 79 Jahren im Jahr 2010 etwa 6,6 Prozent der Weltbevölkerung von Diabetes betroffen. Im Jahr 2030 werden weltweit 485 Millionen (7,7Prozent) Betroffene weltweit erwartet.

Noch rasanter steigende Zahlen sind in Europa und im Speziellen in Deutschland zu erwarten.

In Deutschland lebten im Jahr 2010 etwa 6 Millionen Menschen mit Diabetes. Davon sind Männer und Frauen etwa in gleichem Maße betroffen, wobei in der Altersgruppe zwischen 60 und 79 Jahren der größte Anteil der Erkrankten liegt. Nach Schätzungen werden bis zum Jahr 2030 acht Millionen Erkrankte erwartet, die etwa 10 Prozent der deutschen Gesamtbevölkerung ausmachen würden (ebd. 2013). Insgesamt werden in Europa bis zum Jahr 2030 circa 66,5 Millionen Menschen mit Diabetes erwartet (2010 ca. 55 Millionen).

In den neuen Bundesländern finden sich höhere Erkrankungszahlen als in den alten Bundesländern. Es zeigen sich bei den Betroffenen Unterschiede im sozialen Status. Die Blutzuckerwerte reduzieren sich mit einer höheren sozialen Schichtzugehörigkeit (RKI 2005).

Das Deutsche Zentrum für Diabetesformen unterscheidet die Diabeteserkrankung in vier Typen.

Die beiden am häufigsten vorkommenden Typen sind der Typ-1-Diabetes und der Typ-2-Diabetes. Des Weiteren existieren der sogenannte „Schwangerschaftsdiabetes“ sowie selten vorkommende Sonderformen.

Während der Typ-1-Diabetes (früher als Jugenddiabetes bezeichnet) vorwiegend im Kindes- und Jugendalter auftritt, polygen verursacht wird und rasch zu einer vollständigen Einstellung der Insulinproduktion führt, tritt der Typ-2-Diabetes vorwiegend im höheren Lebensalter auf und macht mit 85-95 Prozent den Großteil der Erkrankungen aus. Beim Typ-2-Diabetes liegt neben einer genetischen Disposition immer auch Bewegungsmangel und Übergewicht durch Fehlentwicklung vor. Letztere verstärken eine im Körper vorhandene Unempfindlichkeit gegenüber dem Insulin und behindern so dessen Wirkung.

Insbesondere beim Typ-2-Diabetes, der neben der genetisch bedingten Insulinunempfindlichkeit die Faktoren Bewegungsmangel und Übergewicht ausweist, sind Präventions- und Langzeitbehandlungsprogramme von großer Bedeutung. Eingedenk der hohen Zahlen Diabeteserkrankter und der prognostizierten Zunahme in den nächsten Jahren und Jahrzehnten, stellt Diabetes mellitus in seiner unterschiedlichen Ausgestaltungen ein große Herausforderung hinsichtlich der Langzeitbehandlung und -begleitung dar.

### 2.1.3 Psychische Erkrankungen

Zu den psychischen Erkrankungen gehören u.a. Schizophrenie, Depressionen, Bipolare Erkrankungen, Angst- oder Zwangserkrankungen. Im Jahr 2011 wurden im Vergleich zu 2009 12,5 % mehr Diagnosen bezüglich dieser Erkrankungen gestellt. Von diesen nahmen Depressionen etwa 12,5

Prozent ein. Laut DAK-Bericht fallen diese Erkrankungen fast doppelt so hoch aus wie 1998. Als Arbeitnehmer sind die Betroffenen im Durchschnitt 28,9 Tage mehr arbeitsunfähig. Bis zum 44. Lebensjahr steigt das Risiko psychisch zu erkranken an. Das Krankenstandniveau steigt weiter, aber die relative Bedeutung nimmt ab (DAK-Forschung 2012). Es wird europaweit eine Erkrankungsrate für schwere psychische Störungen von 2,2 Prozent angenommen (Puschner et al. 2010). In absoluten Zahlen würde dies bedeuten, dass etwa 11 Millionen Menschen in Europa betroffen sind und ein großer Teil dieser Personen eine intensive Langzeitversorgung durch – unter anderem – professionelle Berufsgruppen benötigt.

In den nachfolgenden Ausführungen wird nochmals explizit auf die depressiven Erkrankungen eingegangen, da sie zu den häufigsten Formen psychischer Erkrankungen gehören. Nach Auswertung der Arbeitsunfähigkeitsstatistiken ist eine Zunahme der depressiven Erkrankungen zu verzeichnen und sie sind neben den Erkrankungen Diabetes Mellitus und der koronaren Herzerkrankung als die Langzeitversorgung im besonderen Maße betreffende Krankheitsgruppe einzuordnen. Depressive Erkrankung ist ein Sammelbegriff für verschiedenste affektive Störungen, welche sich in verschiedenen Formen (depressiv, manisch-depressiv, bipolar) untergliedern. Im Alter zwischen 18 und 65 Jahren erkranken innerhalb eines Jahres etwa 12 Prozent dieser Personen; dies entspricht etwa einer Anzahl von 6 Millionen Menschen. Die Lebenszeitprävalenz ist mit 19 % noch höher, wobei insgesamt gesehen doppelt so viele Frauen wie Männer erkranken. Die Querschnittsprävalenz beträgt 11 %. Es zeigt sich, dass Frauen zwischen 40 bis 65 Jahren am häufigsten von einer depressiven Erkrankung betroffen sind. Diese Erkrankung tritt episodisch auf und es ist zu konstatieren, dass 60-75 Prozent der Erkrankten einen Rückfall erleiden. Das wiederum bedeutet, dass mindestens eine weitere Episode folgt, wobei aber Betroffene von bis zu sechs Krankheitsepisoden, über die gesamte Lebensdauer verteilt, berichten. Internationalen Studien zufolge zeigen Kinder eine Prävalenz von 3 % und Jugendliche zwischen 0,4 – 25 %. Die Diagnostik gestaltet sich, bedingt durch die Überlagerung von Hyperaktivität oder Aggressionen, sehr schwierig. Erst nach Eintritt der Pubertät sowie im Erwachsenenalter zeigen sich Geschlechterunterschiede bezüglich des Auftretens.

Leben die älteren Menschen stationär in Altenheimen, steigt die Prävalenz sogar auf bis zu 50 % an mit schweren Formen in 15 bis 20 % der Fälle (RKI 2010b, WHO 2010).

Die geschilderten Zahlen belegen einen umfangreichen Bedarf an Langzeitversorgung für an Depressionen erkrankte Personen. Durch das massive Auftreten von Depressionen mit steigendem Lebensalter, steht auch dieser Anstieg an notwendiger Langzeitversorgung in engem Zusammenhang mit dem skizzierten demografischen Wandel.

#### 2.1.4 Krebserkrankung

Unter Krebs werden „[...] alle bösartigen Neubildungen einschließlich primär systemischer Lymphome und Leukämien“ verstanden. (RKI et al., 2010c, S. 19). Nicht berücksichtigt werden Hautkrebsformen bis auf das maligne Melanom. An Krebs erkranken Frauen im Durchschnitt mit 69 und Männer mit 68 Jahren. Frauen versterben an einer Krebserkrankung im Durchschnitt mit 76 und Männer mit 72 Jahren. Das Risiko einer Frau im Laufe des Lebens an Krebs zu erkranken, beträgt 38 %, im Vergleich zu den Männern mit 47 %. Die häufigsten Krebslokalisationen bei Männern sind in der Prostata, im Darm und in der Lunge. Bei Frauen unter 40 Jahren treten seit einigen Jahren genauso viele Erkrankungen an Lungenkrebs auf wie bei Männern. Die Überlebenschancen für Männer mit Hodenkrebs haben sich in den letzten 25 Jahren entscheidend verbessert. Die häufigsten Krebslokalisationen bei der Frau sind die Brustdrüse, der Darm und die Lunge.

Im Jahr 2006 traten bei Männern 229.200 Neuerkrankungen und bei Frauen 197.600 – ohne Berücksichtigung des nicht-melatonischen Hautkrebses – auf (RKI et al., 2010c, S. 12). Im gleichen Jahr verstarben an Krebs 112.438 Männer und 98.492 Frauen (RKI 2010c). Bei Männern war die Haupttodesursache der Lungenkrebs und bei den Frauen der Brustkrebs. Für das Jahr 2010 erwartet das RKI (2010) 450.000 Neuerkrankungen an Krebs. Bedingt durch die demografische Entwicklung wird eine Steigerung der Erkrankungsrate von 7 % bei Männern und 3 % bei Frauen im Vergleich zu 2006 prognostiziert.

Unter den Risikofaktoren ist der Tabakkonsum der bedeutendste Faktor, der zwischen einem Viertel und einem Drittel aller Todesfälle verursacht. Weitere Risikofaktoren sind Übergewicht, Bewegungsmangel, ein zu geringer Anteil an Obst und Gemüse in der Ernährung und regelmäßiger Alkoholkonsum. Diesen Faktoren wird neben den Schadstoffen oder Verunreinigungen von Lebensmitteln eine große Negativwirkung zugeschrieben. Chronische Infektionen durch Viren sind erwiesenermaßen für den Gebärmutterhals- bzw. den Magenkrebs Verursacher. Hierbei wird auf Prävention durch Impfung oder Antibiotika-Therapie gesetzt. Eine negative Rolle wird den Umwelteinflüssen aus natürlichen oder zivilisatorischen Quellen zugeschrieben (z. B. Sonneneinstrahlung, Schadstoffe oder Tabakrauch). Die relevanten Risikofaktoren sind hierbei von der jeweiligen Krebsart abhängig.

Die Neuerkrankungsrate pro Jahr hat seit 1980 bei den Frauen um 35 % und bei den Männern um mehr als 80 % zugenommen. Eine Ursache wird der veränderten Altersstruktur durch den demografischen Wandel zugeschrieben. Seit 1990 haben jedoch die Erkrankungsraten der Jüngeren und Älteren abgenommen; hingegen sind die Raten der Neuerkrankungen bei den 45 bis 70 jährigen Frauen und den 55 bis 80 jährigen Männern weiter angestiegen.

Die relative 5-Jahres-Überlebensrate hängt von der jeweiligen Tumorart und der Wohnsituation ab. Menschen in der ehemaligen DDR haben z. B. beim Melanom der Haut eine schlechtere 5-Jahres-Überlebensrate als Menschen aus den alten Bundesländern. Insgesamt allerdings haben sich die Überlebensraten erheblich verbessert. Sie liegen für Frauen zwischen 61 bis 62 % und bei Männern zwischen 54 bis 57 %. Im Jahr 2006 lag bei 1,4 Millionen Krebskranken die Diagnose nicht länger als 5 Jahre zurück. Bei 2,1 Millionen Menschen lag die Diagnose mehr als 10 Jahre zurück. Im Gegensatz zu 1990 bedeutet das eine Steigerung von 90 % bei Männern und knapp 40 % bei Frauen. Insgesamt haben sich die Überlebensraten für alle Regionen Deutschlands innerhalb der letzten 20 bis 25 Jahren erheblich verbessert, was unter anderem auf die Fortschritte bei den Behandlungen der onkologischen Krankheit zurückzuführen ist. Besonders deutlich wird es am Beispiel des Hodenkrebses. Eine frühzeitigere Diagnostik und erfolgreichere Therapien führen bei Jüngeren zu günstigeren Überlebensraten (RKI 2010c; Schön et al. 1999).

Hinsichtlich des Bedarfes an Langzeitversorgung in Formen der Betreuung und Prävention sind viele Strukturen bereits vorgezeichnet. Die Verbesserung von Diagnostik und Behandlung hat zu einer deutlichen Erhöhung der Lebensdauer oder gar Heilung von Krebspatienten geführt. Eingedenk der Tatsache, dass viele Faktoren, die ursächlich zu Krebserkrankungen führen, bekannt sind, nehmen an dieser Stelle Ideen und Konzepte der Prävention eine große Bedeutung ein. Ebenso gilt es, den Krebs frühzeitig zu diagnostizieren.

### 2.1.5 Koronare Herzerkrankungen

Herz-Kreislauf-Krankheiten (KHK) sind in den Industrienationen die häufigsten Todesursachen im Erwachsenenalter, hierbei vor allem die koronare Herzkrankheit. Infolge verengter Herzkranzgefäße kommt es zu einer Mangeldurchblutung des Herzens. Eine akute Komplikation ist der Myokardinfarkt. Mit zunehmendem Alter steigt die Erkrankungswahrscheinlichkeit an, wobei die

Sterblichkeit in den westlichen Ländern sinkt. Dieser Rückgang ist über die Altersgruppen nicht gleich verteilt, sondern steigt in den höheren Altersgruppen wieder an. Diese chronische Krankheit zeigt sich als klinische Ausprägung in einer Angina pectoris (RKI 2006). Die Prävalenz der KHK in der Bevölkerung wird in der vierten Lebensdekade bei Männern auf etwa 2 % geschätzt, sie erhöht sich bis zum Alter von 60 bis 69 Jahren auf über 12 %. Bei Frauen scheint sie in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen unter 1 % zu liegen und auf über 7 % im Alter von 60 bis 69 Jahren anzusteigen. Personen mit einem niedrigen Bildungsstand haben ab 45 Jahre eine höhere Prävalenzrate, welche bei Frauen ab 65 Jahre signifikant höher ist. Bei den Männer ist ein regionaler Unterschied ableitbar, wobei ein Nord-Süd-Gefälle zu beobachten ist und die Prävalenz in Nord(West) signifikant höher ist als in Baden Württemberg (RKI 2010a).

## 2.2 Worin besteht gute Praxis?

In diesem Teilkapitel werden nach einer kurzen Darstellung der angelegten Best-Practice-Kriterien zur inhaltlichen Beschreibung des Katalogs „Langzeitversorgung in Europa: Gute Beispiele aus der Praxis“ einzelne – für den Katalog – kulturspezifische und kreative Beispiele von „Projekten guter Praxis“ skizziert und anhand eines Beispiels hinsichtlich ihrer Übertragungsmöglichkeiten diskutiert.

### 2.2.1 Kriterien zur Beschreibung und Bewertung von Best-Practice-Projekten

Folgend werden die Best-Practice-Kriterien skizziert, anhand derer die im Katalog (siehe Kap. 5.1.) befindlichen internationalen Projekte beschrieben werden.

Eine gute Zusammenfassung und praktikable Beschreibung von Best Practice-Kriterien liefert die amerikanische Association of Maternal & Child Health Programs (AMCHP). Diese wird in großen Teilen seitens des amerikanischen Gesundheitsministeriums gefördert, um Best Practice-Modelle und Konzepte aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung von Frauen, Kindern, Jugendlichen und Familien zu identifizieren, zu unterstützen und Hilfestellung bei der Verbreitung der Ergebnisse zu leisten (AMCHP 2013).

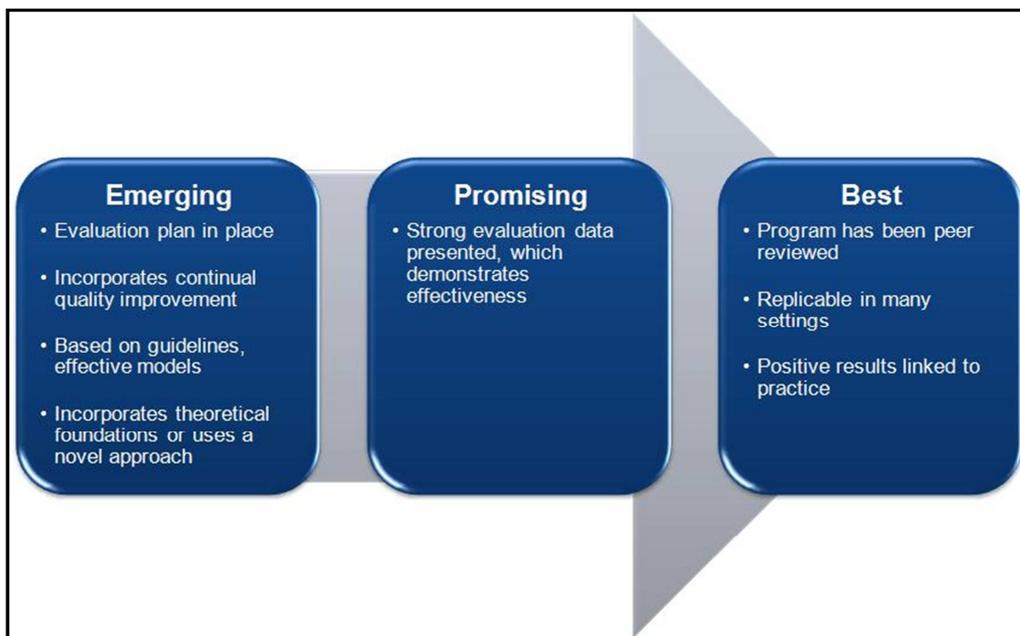


Abbildung 4: Best Practice Categories and Criteria (AMCHP 2013)

Laut der AMCHP lässt sich Best Practice folgendermaßen beschreiben:

***“Best practice is a continuum of practices/programs ranging from emerging, to promising to best practice (AMCHP 2013)”***

Best Practice sind also Programme oder Praxisprojekte mit zu jedem Zeitpunkt hohen Anforderungen auf einem Kontinuum zwischen neu entstehenden (emerging) über vielversprechenden (promising) bis hin zum höchsten Grad guter/bester (best) Praxis. Entscheidend für eine grundsätzliche Einordnung in dieses Kontinuum und für eine Gradeinteilung innerhalb des Kontinuums sind festgelegte Kriterien. Nachfolgend auszugsweise die Kriterien der AMCH (2013) [dt. Übersetzung: D. Rüsing]:

***Neu entstehende Praxis (emerging practice)***

- berücksichtigt die Philosophie, Werte, Charakteristika und Indikatoren anderer positiver und effektiver Interventionen im Gesundheitswesen
- basiert auf Richtlinien, Protokollen, Standards oder bevorzugten Praxisvorlagen, die hinsichtlich ihrer positiven Wirkung auf die öffentliche Gesundheit überprüft worden sind
- beinhaltet eine kontinuierliche Qualitätsoptimierung
- beinhaltet einen Evaluationsplan, welcher die Effekte misst; hat noch keine Daten zur Überprüfung der Effekte

***Vielversprechende Praxis (promising practice):***

- erfüllt die Kriterien „neu entstehender Praxis (emerging practice)“
- ist evaluiert worden, hat qualitative und quantitative Daten
- Datenlage reicht noch nicht aus, um die Ergebnisse zu generalisieren und zu übertragen

***Beste Praxis (best practice):***

- Hat einen gründlichen Evaluationsprozess durchlaufen und ist fachlich begutachtet worden
- Hat seine Effektivität zur Verbesserung des Gesundheitssystems für seine Zielpopulation nachgewiesen

In dem vorliegenden Katalog „Langzeitversorgung in Europa: Gute Beispiele aus der Praxis“ wurden Projekte aller drei Kategorien aufgenommen. Die von uns zur Beschreibung der aufgenommenen Projekte entwickelten Kriterien sind auf der Basis einer Literaturrecherche (u.a. Köhler, Oswald 2009; Evans 2003; Killaspy et al 2012; AMCHP 2013) und der Diskussion der recherchierten Ergebnisse mit Vertreterinnen der Robert Bosch Stiftung als Auftraggeberin des Kataloges entstanden. Die in dieser Arbeit vorliegenden Kurzbeschreibungen der Projekte unterteilen sich in die Hauptkategorien „Projektbeschreibung“ und „Effekte“. Diese beiden Kategorien sind des Weiteren in Subkategorien untergliedert.

Im Einzelnen wird jedes Projektes auf der Basis folgender Matrix beschrieben:

<b>A. Projektbeschreibung</b>	<b>B: Effekte</b>
1. Projektträger	1. Zufriedenheit/Akzeptanz der Zielgruppe
2. Ausgangslage: Regionale Verortung, Problem- beschreibung/Herausforderung	2. Nachhaltigkeit
3. Projektbeschreibung und Laufzeit	3. Wissenschaftliche Begleitung
4. Projektziel(e)	4. Besonderheiten
5. Zielgruppe	
6. Kosten/Finanzierung	
7. Innovation	
8. Translationsüberlegung	

Tabelle 1: Beschreibungskriterien der Projektauswahl

### 2.2.2 Best-Practice-Projekte: Ausdruck kreativer und kulturspezifischer Vielfalt

Best-Practice-Modelle unterscheiden sich unter anderem hinsichtlich ihres Modus, der Reichweite, ihrer Zielgruppe und des Krankheitsbezuges. Übergeordnete Best-Practice-Modelle großer Reichweite zielen häufig auf Veränderung der Versorgungsstrukturen bestimmter Zielgruppen wie zum Beispiel älterer oder hochaltriger Menschen ab. So versucht die schottische Regierung erfolgreich eine Ambulantisierung der Versorgung durch Prävention und ambulante Hilfe in kritischen Situationen für ältere Bewohner zu forcieren, um einer über die Maßen in Anspruch genommenen Notfallversorgung in Krankenhäusern zu begegnen (Projekt: Reshaping care for older people; Kap. 5.2.7.). Derartige Projekte großer Reichweite werden häufig von übergeordneten staatlichen oder kommunalen Instanzen ge- und befördert und benötigen wiederum ein umfangreiches Netzwerk kommunaler und privater Keyplayer. Eine (Teil-)Translation derartiger Projekte kann nur gelingen, wenn es im Translationsland ebenfalls Zusammenschlüsse ähnlicher Couleur gibt und die Projekte ebenso – aufgrund der hohen Kosten – von der öffentlichen Hand mitgestützt und finanziell mitgetragen werden.

Andere Projekte orientieren sich direkt an einem Krankheitsgeschehen und den damit verbundenen Herausforderungen für den Staat oder die Kommune. Auch hier gibt es Unterschiede hinsichtlich der Reichweite. So gibt es staatliche oder kommunale Programme für spezielle Bevölkerungsgruppen in bestimmten Regionen (Diabetes- Projekt für muslimische Migrantinnen: „London Tower Hamlet-Project; Kap. 5.2.2.) oder private und Vereinsinitiativen wie die französischen Bistrots Memoires (siehe Kap. 5.2.1.), in dem wöchentlich unter anderem ein Café für Demenzerkrankte und Andere zur gesellschaftlichen Teilhabe in einem bestimmten Stadtteil geöffnet wird.

Manche Projekte grenzen die Zielgruppe in Abhängigkeit vom Krankheitsschwerpunkt weiter ein, indem sie beispielsweise ein Projekt speziell zum besseren Auffinden vermisser Demenzerkrankter auflegen (siehe Projekt Vermisthekla.be; Kap. 5.2.1.) oder ein Angebot zur Prävention, Identifizierung und Informationsweitergabe für junge Menschen mit dem Risiko psychischer Erkrankungen (Suizid) auflegen (Projekt Fit in de Hoofd; Kap. 5.2.3.).

Insgesamt lassen sich alle ausgewählten Beispiele nicht nur mit Hilfe der geschilderten Kriterien (siehe Kap. 2.2.1.) beschreiben. Kategorien wie Reichweite, Krankheitsbezug, Zielgruppe oder auch Initiativgruppe oder Fördergeber sind wesentliche Platzhalter für Inhalte, die bei Translationsüberlegungen von hoher Relevanz sind. Wesentlich für bestimmte Projekte ist auch der kulturelle und rechtliche Hintergrund eines Projektes. Wie bereits erwähnt, ist es erforderlich, eine mögliche Translation immer vor dem Hintergrund der Kultur einer im Fokus stehenden Zielgruppe

und diese vor dem Hintergrund der Landeskultur des Projekts- und Translationslandes zu sehen. Der Versuch einer 1:1 Übertragung eines Projektes aus dem Ausland in das eigene Land ist insofern sicher häufig der Ausdruck nicht ausreichender Beschäftigung mit der Andersartigkeit des Projektlandes sowie der Kultur und den rechtlichen Besonderheiten des eigenen Landes. Solche Vorhaben sind nicht selten zum Scheitern verurteilt.

Im Folgenden soll ein einzelnes Best-Practice-Projekt etwas ausführlicher dargestellt werden, um die Relevanz der unterschiedlichen aufgezeigten Kriterien und Hintergründe zu verdeutlichen:

### ***Projektbeschreibung und Translationsüberlegungen anhand eines Projektbeispiels***

Das Projekt „vermist@hekla.be“ aus Belgien stellt eine gelungene und verstetigte Herangehensweise an die Problematik des „Weglaufens“ von Personen mit einer Demenzerkrankung aus stationären Einrichtungen in vor allem ländlichen Gemeinden des Polizeibezirks Antwerpen dar. Projektträger ist die Hekla local police force, welche mit diesem Projekt sowohl das bessere und schnellere Auffinden als auch die Identifikation und bessere Erstversorgung dieser Menschen bei Auffinden befördern wollte.

Ausgangslage des Projektes ist der Umstand, dass für die Polizei bei der Suche nach vermissten Personen insbesondere die ersten Stunden nach der Vermisstenmeldung von besonderer Bedeutung sind. Je länger eine Person vermisst ist, desto schwieriger ist es, diese aufzufinden.

Die vier beteiligten Regionen, deren Einwohnerzahl jeweils zwischen 8.000 - 20.000 Einwohner zählen, wurden in das Projekt integriert, indem der Projektträger sich zunächst mit den stationären Einrichtungen in Verbindung setzte und dadurch für eine bessere Kommunikation der relevanten Partner sorgte. Beteiligt waren ebenso Krankenhäuser und Angehörige von demenziell Erkrankten. Gemeinsam wurden – als Kernstück des Projektes – Zuständigkeiten und Ablaufstrukturen einer solchen Suche ab dem Bekanntwerden des Vermissens einer Person festgelegt sowie ein seitens der Hauseinrichtung des Vermissten vorbereitend auszufüllendes Papier mit Personalien, Gewohnheiten, medizinischen Daten sowie Informationen zur Medikamenteneinnahme entwickelt. Dieses wird den zuständigen Polizeibehörden im Falle des Vermissens einer Person direkt zugestellt. Das Projekt begann im Jahr 2006 ist noch immer aktiv. Im Jahr 2012 wurde es von der Network of European Foundations (NEF), an der unter anderem die Robert Bosch Stiftung beteiligt ist, mit dem ‚EFID – Award‘ (‘Living well with Dementia in the Community – European Foundations’ Initiative on Dementia EFID) ausgezeichnet. Das Projekt wurde wissenschaftlich evaluiert.

Das beschriebene Projekt findet in seinem Ursprungsland zwar vornehmlich im ländlichen Bereich statt, wäre aber bei einer möglichen Translation nach Deutschland gerade auch in Ballungsgebieten von großem Nutzen. Während einzelne Personen in ländlichen Bereichen häufig bei den Ein- und Anwohnern bekannt sind, ist dies in städtischen Bereichen kaum gegeben (insbesondere in Großstädten). Für Deutschland abzuklären wären datenschutzrechtliche Bedenken der Weitergabe der sensiblen Daten einer nicht-einwilligungsfähigen Person (Demenz) im Vorfeld eines Vorfalls. Trotzdem wäre eine Translation eines solchen Programms gut denkbar. Ähnliche Ansätze, die jedoch bislang kaum publiziert worden sind, existieren bereits in der Bundesrepublik. Eine kultursensible Translation des Projektes existiert bereits in Nordrhein-Westfalen.

### 3. Fazit und Ausblick

Die Notwendigkeit einer internationalen Translation, um den Herausforderungen der Langzeitversorgung pflegebedürftiger Menschen zu begegnen, ist evident. Insbesondere der dargestellte demografische Wandel mit seinen Herausforderungen legt ein solches Vorgehen nahe. Trotzdem sollte an dieser Stelle nicht vergessen werden, dass die Menschen aufgrund der immer besser werdenden medizinischen und pflegerischen Versorgung immer älter werden und immer länger gesund bleiben. Um Letzteres weiter zu stützen, sollte im Bereich der Langzeitversorgung die Primär- und Sekundärprävention einen größeren Stellenwert einnehmen.

Eine nationale Herangehensweise ohne nach möglichen Lösungen und Konzepten im Ausland zu schauen und sich mit diesen auseinander zu setzen, bedeutet auf das Know-how versierter Anderer zu verzichten. Zudem ist es aber auch die humanitäre Pflicht einer global agierenden Nation eigenes Knowhow – zum Beispiel in Form von in Deutschland entwickelten Best-Practice-Modellen im Gesundheitssystem – anderen Nationen zur Auseinandersetzung und möglicherweise zur Übertragung zur Verfügung zu stellen.

Wie zuvor ausführlich beschrieben, sind insbesondere die Erkrankungen Demenz, Diabetes Mellitus, Depression, Krebs und koronare Erkrankungen für die Langzeitversorgung von großer Bedeutung. Trotz dieser möglichen Schwerpunktsetzung von Erkrankungen, zumeist von Menschen im höheren Alter, sollten auch Programme für Kinder und Jugendliche sowie Menschen mit Behinderung jeden Alters in den Fokus genommen werden. Ein weiterer Schwerpunkt sollte die Gesundheitsversorgung von Migranten sein.

## 4 Literatur- Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

### 4.1 Literaturverzeichnis

- Association of Maternal & Child Health Programs (AMCHP) (2013): Best Practice Categories and Criteria.  
<http://www.amchp.org/programsandtopics/BestPractices/Pages/BestPracticeTerms.aspx#emerging>: abg. am 27.11.2013
- Barmer GEK (Hg.) (2012): Barmer GEK: Pflegereport 2012 „Schwerpunktthema: Kosten bei Pflegebedürftigkeit November. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 17. Unter Mitarbeit von H. Rothgang, R. Müller, R. Unger, C. Weiß und A. Wolter. Schwäbisch-Gemünd: Asgard-Verlagsservice GmbH,. Online verfügbar unter <http://presse.barmergek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2012/121127-Pflegereport-2012/pdf-Pflegereport-2012,property=Data.pdf>, zuletzt geprüft am 12.04.2013.
- Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2011): Demenz-Report. Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können. Unter Mitarbeit von Sabine Sütterlin, Iris Hoßmann und Reiner Klingholz. Berlin. Online verfügbar unter [http://www.berlin-institut.org/fileadmin/user\\_upload/Demenz/Demenz\\_online.pdf](http://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Demenz/Demenz_online.pdf), zuletzt aktualisiert am 02.02.2011, zuletzt geprüft am 08.11.2012.
- Bertelsmann-Stiftung (2012a): Themenblatt Pflege : Pflege 2030: Versorgungslücke in der Pflege sorgt für Handlungsdruck bei den Kommunen. Gütersloh. Online verfügbar unter [http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-351ACFCB-166ADD6F/bst/xcms\\_bst\\_dms\\_37284\\_37285\\_2.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-351ACFCB-166ADD6F/bst/xcms_bst_dms_37284_37285_2.pdf), zuletzt aktualisiert am 11.01.2013, zuletzt geprüft am 12.04.2013.
- Bertelsmann-Stiftung (Hg.) (2012b): Themenreport „Pflege 2030“ Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Unter Mitarbeit von H. Rothgang, R. Müller und R. Unger. Gütersloh: Eigenverlag, zuletzt geprüft am 12.04.2013.
- Bickel, Horst (2012): Das Wichtigste 1. Die Epidemiologie der Demenz. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Online abger. Am 10.11.2013 unter [http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01\\_2012\\_01.pdf](http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01_2012_01.pdf)
- Robert Bosch Stiftung (2013): Eine kurze Geschichte der Stiftung. <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/21557.asp>: abgerufen am 25.11.2013
- Brause, M.; Kleina, T.; Cichocki, M.; Horn, A. (2013): Gesundheits- und Arbeitssituation von Pflegenden in der stationären Langzeitversorgung. In: Pflege & Gesellschaft 18. (1), S. 19–34.
- Büscher, Andreas; Schaeffer, Doris (2009): Zugänglichkeit und Nachhaltigkeit in der Langezeitversorgung - der Aufbau von Pflegestützpunkten vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen. In: Pflege & Gesellschaft 14. (3), S. 197–215.
- Caplan, Gerald (1964): Principles of preventive psychiatry (1964). Oxford, England: Basic Books.
- Costa-Font, Joan; Courbage, Christophe (Hg.) (2012): Financing long-term care in Europe: institutions, markets and models - LSE Research Online. Unter Mitarbeit von Joan Costa-Font und Christophe Courbage. Chippenham: Palgrave Macmillan. Online verfügbar unter <http://eprints.lse.ac.uk/37767/>, zuletzt geprüft am 07.11.2012.

DAK-Forschung (2012): DAK- Gesundheitsreport 2012.doc. Unter Mitarbeit von Martin Kordt. Hg. v. DAK-Forschung. Hamburg. Online verfügbar unter [http://www.dak.de/content/filesopen/Gesundheitsreport\\_2012.pdf](http://www.dak.de/content/filesopen/Gesundheitsreport_2012.pdf), zuletzt aktualisiert am 13.02.2012, zuletzt geprüft am 24.11.2012.

Deutsches Zentrum für Diabetesforschung (2013): Diabetes – die Krankheit. Online Dokument. Abg. am 25.11.2013 unter <http://www.dzd-ev.de/diabetes-die-krankheit/volkskrankheit-diabetes/index.html>

Dinkel, R. H. (2005): Einsatz von demografischen (Langfrist-)Prognosen im Alltag- eine Argumentation am konkreten Beispiel der Abschätzung des Pflegebedarfs in Deutschland. In: Qualitätsmanagement Supplement (2), S. S32 - S36.

European Commission; Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities (2008): Long-term care in the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. Brüssel. Online verfügbar unter <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=792&langId=en>, zuletzt aktualisiert am 24.09.2008, zuletzt geprüft am 04.11.2012.

Evans, David (2003): Hierarchy of evidence: a framework for ranking evidence evaluation healthcare interventions. In: Journal of Clinical Nursing 12 (1), S. 77–84.

Evashwick, Connie J. (Hg.) (2001): The continuum of long-term care. 2. Aufl. New York: Thomson Delmar Learning.

Evashwick, Connie J.; Branch, Laurence G. (2005): Clients of the continuum. In: Connie J. Evashwick (Hg.): The continuum of long-term care. 2. Aufl. New York: Thomson Delmar Learning, S. 14–25.

Hajen, L., Paetow, H. & Schumacher, H. (2011): Gesundheitsökonomie: Strukturen - Methoden – Praxisbeispiele. (6., überarb. u. erw. Aufl.), Stuttgart: Kohlhammer.

Health statistics (2002): Key data on health 2002. Panorama of the European Union 2002 Edition, Data 1970-2001. Eurostaat

Ihl, R. (2013): Angebot und Nachfrage. Positive Zukunftsvision: „Die steigende Nachfrage nach Demenzversorgung wird ihren Wert erhöhen! In: pflegen: Demenz 2/2013

Jamoulle, Marc (2011): Quaternary prevention. First do not harm. [http://docpatient.net/mj/P4\\_Brasilia2011\\_en.pdf](http://docpatient.net/mj/P4_Brasilia2011_en.pdf): abg. am 19.09.2013

Karlsson, Martin; Iversen, Tor; Oien, Henning (2012): Scandinavian Long-Term Care financing. In: Joan Costa-Font und Christophe Courbage (Hg.): Financing long-term care in Europe: institutions, markets and models - LSE Research Online. Unter Mitarbeit von Joan Costa-Font und Christophe Courbage. Chippenham: Palgrave Macmillan, S. 254–278.

Killaspy, Helen; White, Sarah; Wright, Christine; Taylor, Tatiana L.; Turton, Penny; Kallert, Thomas et al. (2012): Quality of longer term mental health facilities in Europe: Validation of the quality indicator for rehabilitation care against service users view. In: PloS ONE 7 (6), S. 1–8. Online verfügbar unter [www.plosone.org](http://www.plosone.org).

Köhler, Jens; Oswald, Alfred (2009): Die kollektive Mind Methode Projekterfolg durch Soft Skills. Heidelberg: Springer. Online verfügbar unter <http://www.springerlink.com/content/978-3-642-00107-9/>, zuletzt geprüft am 6.10.12.

Nöthen, M. (2011): Hohe Kosten im Gesundheitswesen: Eine Frage des Alters? In: Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik.

OECD (2005): The OECD health project Long-term Care for older people. Paris: OECD.

Österle, August (2011): A comprehensive analysis of long-term care in central and south eastern Europe. In: August Österle (Hg.): Long-term Care in Central and South Eastern Europe. Frankfurt/Main: Peter Lang, S. 213–242.

Österle, August (Hg.) (2011): Long-term Care in Central and South Eastern Europe. Frankfurt/Main: Peter Lang

Österle, August (2012): Long-Term Care financing in central eastern Europe. In: Joan Costa-Font und Christophe Courbage (Hg.): Financing long-term care in Europe: institutions, markets and models - LSE Research Online. Unter Mitarbeit von Joan Costa-Font und Christophe Courbage. Chippenham: Palgrave Macmillan, S. 236–253.

Österle, August; Mittendrein, Lisa; Meichenitsch, Katharina (2011): Providing Care for growing needs: The context for long-term care in central and south eastern Europe. In: August Österle (Hg.): Long-term Care in Central and South Eastern Europe. Frankfurt/Main: Peter Lang, S. 17–39.

Puschner, Bernd; Slade, Mike; Maj, Mario; Égerházi, Anikó; Munk-Jørgensen Povl; Rössler, Wulf; Becker, Thomas (2010): Poster: Clinical Decision Making and Outcome in Routine Care for People with Severe Mental Illness (CEDAR). Online verfügbar unter [http://www.cedar-net.eu/poster\\_CEDAR.pdf](http://www.cedar-net.eu/poster_CEDAR.pdf), zuletzt aktualisiert am 05.08.2010, zuletzt geprüft am 17.10.2012.

Puschner, Bernd; Steffen, Sabine; Slade, Mike; Kaliniecka, Helena; Maj, Mario; Fiorillo, Andrea et al. (2010): Clinical Decision Making and Outcome in Routine Care for People with Severe Mental Illness (CEDAR): Study protocol. In: BMC Psychiatry 10 (1), S. 90–100. Online verfügbar unter <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-10-90.pdf>, zuletzt geprüft am 17.10.2012.

Robert Koch Institut (RKI) (2005): Diabetes mellitus. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 24. Unter Mitarbeit von Andrea Icks, Wolfgang Rahtmann, Joachim Rosenbauer und Guido Giani. Berlin: Eigenverlag.

Robert Koch Institut (RKI) (Hg.) (2006): Koronare Herzkrankheit und akuter Myokardinfarkt. Unter Mitarbeit von H. Löwel, A. Hörmann, A. Döring, M. Heier, C. Meisinger, A. Kaup U. Schneider und U. Hymer H. Gösele. Berlin: Robert Koch Institut.

Robert Koch Institut (RKI) (Hg.) (2010b): Depressive Erkrankungen. Unter Mitarbeit von H.-U Wittchen, F. Jacobi, M. Klose und L. Ryl. Berlin: Robert Koch Institut.

Robert Koch Institut (RKI), Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister (Eds.) (Hg.) (2010c): Krebs in Deutschland 2005/2006 Häufigkeiten und Trends. 7. Aufl. Berlin: Robert Koch Institut.

Robert Koch-Institut (RKI) (2010a): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2010". Robert Koch Institut (RKI). Berlin. Online verfügbar unter [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA2010.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA2010.pdf?__blob=publicationFile), zuletzt aktualisiert am 03.08.2012, zuletzt geprüft am 08.04.2013.

Rothgang, Heinz; Iwansky, Stephanie; Müller, Rolf; Sauer, Sebastian; Unger, Rainer (2010): Barmer GEK Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. Schriftenreihe zur Gesundheits-

analyse, Band 5. Hg. v. Barmer GEK. Schwäbisch Gmünd. Online verfügbar unter <http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2010/101130-Pflegereport/PDF-Pflegereport-2010,property=Data.pdf>, zuletzt aktualisiert am 22.11.2010, zuletzt geprüft am 08.11.2012.

Rothgang, Heinz; Kulik, Dawid; Müller, Rolf; Unger, Rainer (2009): GEK: Pflegereport 2009. Schwerpunktthema: Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung. Hg. v. Gmünder ErsatzKasse GEK. Schwäbisch Gmünd. Online verfügbar unter <http://www.zes.uni-bremen.de/downloads/rothgang/GEK-Pflegereport2009.pdf>, zuletzt aktualisiert am 09.11.2009, zuletzt geprüft am 08.11.2012.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2009): Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens-. Bonn. Online verfügbar unter [http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf), zuletzt aktualisiert am 25.06.2009, zuletzt geprüft am 08.11.2012.

Schaeffer, D.; Bücher, A. (2009): Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung. Empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 42 (6), S. 441–451.

Schön, D.; Bertz J.; Görsch B.; Haberland J.; Ziegler H.; Stegmaier C. (1999): Entwicklung der Überlebensraten von Krebspatienten in Deutschland. Berlin: Robert Koch Institut.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2011): Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 1, 2011. Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern. Hg. v. Statistische Ämter des Bundes und der Länder. Wiesbaden. Online verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungsHaushaltsentwicklung5871101119004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungsHaushaltsentwicklung5871101119004.pdf?__blob=publicationFile), zuletzt aktualisiert am 24.03.2011, zuletzt geprüft am 28.04.2013.

Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Unter Mitarbeit von H. Pfaff. Hg. v. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden. Online verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnis-se5224001119004.pdf;jsessionid=33CC1F8FC437C54B2CCEB470A38A9CA6.cae1?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnis-se5224001119004.pdf;jsessionid=33CC1F8FC437C54B2CCEB470A38A9CA6.cae1?__blob=publicationFile), zuletzt aktualisiert am 15.01.2013, zuletzt geprüft am 28.04.2013.

WHO (2010): Mental Health Gap Action Program. Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings Mental. Genf: Eigenverlag, zuletzt geprüft am 26.05.2013.

Wingenfeld, Klaus; Büscher, Andreas; Gansweid, Barbara (2008): Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Abschlussbericht zur Hauptphase 1: Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstrument. Bielefeld: Eigenverlag. Online verfügbar unter [http://www.mds-ev.org/media/pdf/abschlussbericht\\_hauptphase\\_i\\_ipw\\_mdkwl\\_25.03.08.pdf](http://www.mds-ev.org/media/pdf/abschlussbericht_hauptphase_i_ipw_mdkwl_25.03.08.pdf), zuletzt geprüft am 08.11.2012.

## 4.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beschreibungskriterien der Projektauswahl.....	25
Tabelle 2: Ausgewählte Projekte „guter Praxis“ .....	34

## 4.3 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Mögliche Entwicklung des "Altenquotient 65" der Bundesländer zwischen 2005 und 2050 (SVR 2009, S. 36).....	14
Abbildung 2: Zunahme der Pflegebedürftigkeit von 2009 bis 2030 in Prozent (vgl. Bertelsmann Stiftung 2012b) .....	15
Abbildung 3: Berechnete Pflegepersonallücke für das Jahr 2030 (Bertelsmann Stiftung 2012a) .....	16
Abbildung 4: Best Practice Categories and Criteria (AMCHP 2013).....	23

## 5. Katalog „Langzeitversorgung in Europa: Gute Beispiele aus der Praxis“

In der Folge werden die Projekte nach den skizzierten Kriterien (siehe dazu Kap. 2.) vorgestellt und beschrieben.

Es werden anhand ausgewählter Krankheitsbilder beispielhaft Best-Practice-Projekte vorgestellt, welche nach intensiver Literaturanalyse und Gesprächen mit Fachexperten identifiziert wurden. Keines der Projekte wurde seitens des Berichtsteams persönlich in Augenschein genommen. Aus diesem Grunde bilden die Projektbeschreibungen lediglich Sekundärwissen ab.

Bei den vorgestellten Projekten aus dem europäischen Ausland ist es möglich, dass ähnliche Projekte bereits in Deutschland existieren. Möglich ist es auch, dass der Ursprung der Idee sogar aus Deutschland stammt. Ausgewählt wurden diese, da sie in den Augen der Autoren einen innovativen Charakter besitzen. In jedem Falle – selbst bei ähnlichen Projekten in Deutschland – ist es sinnvoll, sich mit den Projektträgern im Ausland in Verbindung zu setzen, um über gemachte Erfahrungen und mögliche Schwierigkeiten der Projektdurchführung miteinander ins Gespräch zu kommen.

In der Reihenfolge ist der Katalog folgendermaßen aufgebaut:

1. Projekte guter Praxis im Bereich „Demenz“
2. Projekte guter Praxis im Bereich Diabetes Mellitus
3. Projekte guter Praxis im Bereich „Psychische Erkrankungen“
4. Projekte guter Praxis im Bereich „Krebserkrankungen“
5. Projekte guter Praxis im Bereich „Koronare Herzerkrankungen“
6. Projekte guter Praxis im Bereich „Geistige Behinderung“
7. Projekte guter Praxis im Bereich „Chronische Erkrankungen“

### 5.1 Projektüberblick nach Schwerpunkt

Langzeitversorgung von Menschen mit Demenz			
Projekttitle	Land	Zielgruppe	Seite
Service for people with young onset dementia and their families (Angebote für jüngere Menschen mit Demenz und ihre Familien)	Großbritannien	Menschen mit beginnender Demenz	37
Oficinas Terapeuticas	Portugal	Menschen mit Demenz	38
Vermisthekla.be	Belgien	Menschen mit Demenz, die vermisst werden	39
Le Bistrot Memoire	Frankreich	Demenz Erkrankte, andere Bürger	40
Samen voor een dementievriendelijk Brugge!	Belgien	Menschen mit Demenz, Angehörige, Freunde	41

Dementia Self Help Project	Großbritannien	Menschen mit Demenz	43
Joint Dementia Initiative	Großbritannien	Menschen mit Demenz, v.a. Früherkrankte	44
Casa Alzal	Italien	Menschen mit Demenz, Angehörige, Freunde	46
<b>Langzeitversorgung von Menschen mit einer Diabetes-Erkrankung</b>			
<b>Projekttitle</b>	<b>Land</b>	<b>Zielgruppe</b>	<b>Seite</b>
Prävention bei Zuckerkrankheit	Italien	Öffentlichkeit, Erkrankte	48
London Tower Hamlet Project, Malasha Project	Großbritannien	Muslimische Mitbürger	49
<b>Langzeitversorgung von Menschen mit einer psychischen Erkrankungen</b>			
<b>Projekttitle</b>	<b>Land</b>	<b>Zielgruppe</b>	<b>Seite</b>
Fit In Je Hoofd	Belgien	Gesamte Öffentlichkeit,	50
Toimiva masennuksen hoitomalli työterveyshuollossa	Finnland	Menschen mit Depressionen, Öffentlichkeit	51
<b>Langzeitversorgung von Menschen mit Krebs</b>			
<b>Projekttitle</b>	<b>Land</b>	<b>Zielgruppe</b>	<b>Seite</b>
Mobile Cancer Support Unit	Wales	Erkrankte, Öffentlichkeit	52
<b>Langzeitversorgung von Menschen mit Herz-Kreislauferkrankungen</b>			
<b>Projekttitle</b>	<b>Land</b>	<b>Zielgruppe</b>	<b>Seite</b>
Nurse-led heart failure clinic	Großbritannien	Personen mit vorliegender Herz-Kreislauferkrankung	54
<b>Langzeitversorgung von Menschen mit geistiger Behinderung</b>			
<b>Projekttitle</b>	<b>Land</b>	<b>Zielgruppe</b>	<b>Seite</b>
Poetry in wood	Großbritannien	Menschen ab 17 mit Beeinträchtigung	55
Leemore day care	Großbritannien	Menschen mit Beeinträchtigung	56
<b>Langzeitversorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen</b>			
<b>Projekttitle</b>	<b>Land</b>	<b>Zielgruppe</b>	<b>Seite</b>
iSPARRA (Scottish Patients at Risk of Readmission and Admission)	Schottland	Beteiligte Versorgungsdisziplinen, Bürger	57
Reshaping care for older people	Schottland	Ältere und hochbetagte Personen	58
Vardcentral Gustavsberg	Schweden	Alle Bürger der Region	60

Tabelle 2: Ausgewählte Projekte „guter Praxis“

## 5.2 Katalog „Gute Beispiele aus der Praxis“

### 5.2.1 Projekte guter Praxis im Bereich „Demenz“

<b><i>Titel: Service for people with young onset dementia and their families (Angebote für jüngere Menschen mit Demenz und ihre Familien) , Witney,Großbritannien</i></b>
<b>A. Projektbeschreibung</b>
1. Projektträger YoungDementia UK, PO Box 315, Witney, Oxfordshire, OX28 1ZN T: 01993 776295 E: mail@youngdementiauk.org
2. Ausgangslage: Regionale Verortung, Problembeschreibung/Herausforderung Initiierung der leitenden Gruppe (vor 1996) in Zusammenarbeit mit lokalen Alzheimer -Gesellschaften und eines lokalen Tagesbetreuungsangebot auf Wohltätigkeitsbasis für ältere Menschen aufgrund von Hilfesuchen einiger Familien mit jüngeren Erkrankten. Planungsphase zur Entwicklung von individuellen Angeboten auf Basis einer wissenschaftlichen Untersuchung zum Bedarf und der regionalen Verteilung der Erkrankten. 1998 - das erste Angebot wird mit 5 geschulten Mitarbeitern und 920 Betreuungsstunden gestartet
3. Projektbeschreibung und Laufzeit: Das Projekt bietet Unterstützung für jüngere Menschen mit einer Demenz und für ihre Familien. Zwischen den Erkrankten, Familien und geschulten Betreuern wird eine Vertrauensbasis aufgebaut mit dem Ziel, diese zu fördern, zu unterstützen und zu entlasten. Es gibt ein Angebot an Aktivitäten zum Wohlfühlen. Einzel- und Gruppenbetreuung sind möglich. Kurzzeitige und langzeitige Betreuungen sind möglich. Den Familien wird auch eine telefonische oder Mail-Unterstützung angeboten. Relevante Informationen werden verteilt. Aktuell werden über 70 Familien unterstützt. Das Projekt ist vernetzt mit anderen lokalen Organisationen und Angeboten für Demenzerkrankte.
4. Projektziel(e): Die Erkrankten und die Familien werden unterstützt, gefördert und entlastet
5. Zielgruppe: Menschen mit Beginn einer Demenz im Alter von 30 bis 65 und für ihre Familien
6. Kosten/Finanzierung : Spenden und Förderungen
7. Innovation: Angebot vor Ort von geschulten Freiwilligen für jüngere Demenzerkrankte und ihre Familien
8. Translationsüberlegung: Problem junger Demenzerkrankter in Deutschland wird unübersehbar. Das Konzept – mit Schulung von Ehrenamtlichen - hat gute Chancen einer erfolgreichen Implementierung.
<b>B: Effekte</b>
1. Zufriedenheit/Akzeptanz der Zielgruppe: Das Angebot wird gut angenommen und die Nachfrage steigt fortwährend (Eigenauskunft)
2. Nachhaltigkeit: s.o.
3. Wissenschaftliche Begleitung: Externe Evaluation mit guten Ergebnissen im Jahr 1999 durchgeführt vom Demenzzentrum Oxford.
4. Besonderheiten: 2000: Preis verliehen für die Förderung von unabhängigem Leben für jüngere Demenzerkrankten (Verleiher: Department für Gesundheit und Soziale Versorgung) 2012: Initiative on Dementia award (The European Foundations' Initiative on Dementia (EFID))

<b>Titel: Oficinas Terapeuticas (Therapeutische Workshops), Lissabon (Portugal)</b>
<b>A. Projektbeschreibung</b>
1. Projektträger und Kontakt: Associacao ProfundaMente; Alameda de Santo António dos Capuchos, nº. 6 , 1º F, 1150-314 Lisboa Portugal; Tel. (+351) 213 562 211
2. Ausgangslage: Regionale Verortung, Problembeschreibung/Herausforderung Das Projekt entstammt dem Ballungsraum Lissabon. Auch in Portugal ist es für demenzerkrankte Menschen schwierig, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Menschen mit Demenz werden ausgegrenzt und es mangelt an Wertschätzung für ihre Person. Weg von der Ausgrenzung der Älteren und Erkrankten hin zu Sinngeben, Verständnis haben, Teilhabe ermöglichen und Wertschätzung anbieten.
3. Projektbeschreibung und Laufzeit: Im Zentrum des Projektstarts stand der durch die Demenzdiagnose von Kitwood beschriebene Verlust des Gefühls, eine Person zu sein. Dies führt zu großen Problemen im Selbstvertrauen der Erkrankten. Zur Wiederherstellung des Selbstvertrauens versucht man mit Angeboten, neue Fähigkeiten zu entwickeln oder entwickelte Fähigkeiten zu reaktivieren. Die therapeutischen Maßnahmen werden in kleinen Gruppen von Artisten und Artistinnen in Zusammenarbeit mit sozialen Institutionen wie bspw. Museen, Gartenanlagen etc. durchgeführt. Für die Maßnahmen wurden therapeutische Leitlinien entwickelt Das Projekt Oficinas Terapeuticas startete im Jahr 2004 in Lissabon (Portugal) und ist derzeit noch aktiv. Der Verein Associacio ProdunaMente ist eine anerkannte private Wohlfahrtsinstitution im Bereich der Assistenz und Unterstützung von Älteren. Im Rahmen des Projektes werden folgende Angebote gemacht: Workshops, Therapien mit Mediatoren, Trainings zur aktiven Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, Diskussionsforen, Intergenerationen-Arbeit, Heimaktivitäten, Unterstützung von Familien und Pflegenden und Bildungskurse
4. Projektziel(e) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufbau des Selbstvertrauens</li> <li>• Unterstützung, sich selbst als schaffende, einzigartige Person zu erleben</li> <li>• Hilfe zur Autonomie</li> <li>• Öffentlichkeitsarbeit zur Veränderung des Stigmas „Demenz“</li> </ul>
5. Zielgruppe: Menschen mit einer Demenzerkrankung, interessierte Öffentlichkeit
6. Kosten/Finanzierung: Keine Angabe
7. Innovation: Projekt basiert auf den Säulen Kultur und Natur
8. Translationsüberlegungen: Translation möglich (Finanzierung fraglich)
<b>B: Effekte</b>
1. Zufriedenheit/Akzeptanz der Zielgruppe: Keine Angaben
2. Nachhaltigkeit: Projekt ist noch aktiv
3. Wissenschaftliche Begleitung: Keine Angaben
4. Besonderheiten: 2012 – NEF-Award

<b>Titel: vermisthekla.be; Antwerpen (Belgien)</b>
<b>A. Projektbeschreibung</b>
1. Projektträger und Kontakt: Hekla local police force, Patrick Crabbe, Patrick.crabbe@helkla.be, Tel. +32 3 4440063 <a href="http://www.hekla.be/zdiensten/vermissing/">http://www.hekla.be/zdiensten/vermissing/</a>
2. Ausgangslage: Regionale Verortung, Problembeschreibung/Herausforderung Ausgangslage des Projektes ist der Umstand, dass für die Polizei bei der Suche nach vermissten Personen insbesondere die ersten Stunden nach Auffallen des Vermissens von besonderer Bedeutung sind. Je länger eine Person vermisst ist, desto schwieriger ist es, diese aufzufinden. Im Bezirk Antwerpen leben etwa 3.600 Personen mit einer Demenzerkrankung. Im Jahr 2004 wurden 34 und im Jahr 2005 36 Personen mit einer Demenzerkrankung vermisst. Beteiligt sind mittlerweile vier Regionen mit Einwohnerzahlen zwischen 8.000 und 20.000.
3. Projektbeschreibung und Laufzeit: Das Projekt startete im Jahr 2006 und ist noch aktiv. Die vier beteiligten Regionen wurden in das Projekt integriert, indem der Projektträger sich zunächst mit den stationären Einrichtungen in Verbindung setzte und dadurch für eine bessere Kommunikation der relevanten Partner sorgte. Beteiligt waren aber ebenso Krankenhäuser und Angehörige von demenziell Erkrankten. Gemeinsam wurden – als Kernstück des Projektes – Zuständigkeiten und Ablaufstrukturen einer solchen Suche ab dem Bekanntwerden des Vermissens einer Person festgelegt sowie ein seitens der Hauseinrichtung des Vermissten vorbereitend auszufüllendes Papier mit Personalien, Gewohnheiten, medizinischen Daten sowie Informationen zur Medikamenteneinnahme entwickelt. Dieses wird den zuständigen Polizeibehörden im Falle des Vermissens einer Person direkt zugestellt.
4. Projektziel(e) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entwicklung einer praktikablen Dokumentation mit relevanten Daten, die der Polizei im Vermisstenfall zugestellt wird</li> <li>• (schnelleres) Auffinden vermisster Personen mit einer Demenzerkrankung</li> <li>• Bessere Kooperation und Kommunikation zwischen den beteiligten Diensten</li> </ul>
5. Zielgruppe: Menschen mit einer Demenzerkrankung, die „weglaufgefährdet“ sind
6. Kosten/Finanzierung: Polizei wird über Steuergelder finanziert
7. Innovation: ausgearbeitete Ablaufstrukturen (Algorhythmus) und Kooperation; Entwicklung eines Ablaufkonzepts
8. Translationsüberlegungen: Lässt sich gut übertragen; nicht nur im ländlichen Bereich
<b>B: Effekte</b>
1. Zufriedenheit/Akzeptanz der Zielgruppe: s. Nachhaltigkeit
2. Nachhaltigkeit: Projekt ist noch aktiv, aktuell werden alle vermissten Personen mit einer Demenzerkrankung innerhalb von 2 Stunden wieder aufgefunden; 8 weitere Polizeistationen haben das Konzept übernommen
3. Wissenschaftliche Begleitung: Ist zum Teil evaluiert worden;
4. Besonderheiten: 2012 – Auszeichnung mit dem NEF-Award

<b>Titel: Le Bistrot Memoire (Erinnerungscafe); Rennes (Frankreich)</b>
<b>A. Projektbeschreibung</b>
1. Projektträger und Kontakt: Bistrot Memoire; 10 rue Dupont des Loges, 35000 Rennes; www.bistrot-memoire.fr
2. Ausgangslage: Regionale Verortung, Problembeschreibung/Herausforderung Rennes ist eine Stadt in der Bretagne, hat etwa 208.000 Einwohner und gehört zu den 10 bevölkerungsreichsten Städten in Frankreich. Menschen mit einer Demenz und ihre Angehörigen haben wenig Gelegenheit sich miteinander auszutauschen und sich kennenzulernen.
3. Projektbeschreibung und Laufzeit: Das erste Bistro eröffnete im Jahr 2004 und ist noch aktiv. Das Bistro ist für Demenzerkrankte, Angehörige und Freunde einmal in der Woche von 15-18 Uhr geöffnet. In dieser Zeit gibt es einen offenen Austausch und für eine Stunde wird ein runder Tisch mit einem bestimmten Diskussions-thema angeboten. Mitarbeitende sind Psychologen, speziell geschulte Ehrenamtliche, ambulante Pflegedienste, Ärzte für Geriatrie, Verein Psychologie und Alterung, lokale Informationszentren und Pflegeheime
4. Projektziel(e) : Die Bistros sollen die Möglichkeit bieten, <ul style="list-style-type: none"> <li>• sich auszutauschen</li> <li>• in der Trauer zu begleiten</li> <li>• Kontakt zu professionellen Berufsgruppen herzustellen</li> </ul>
5. Zielgruppe: Anwohner, Demenzerkrankte, Begleiter, Angehörige, Interessierte, Hinterbliebene
6. Kosten/Finanzierung: werden vom Verein getragen
7. Innovation: Das Bistro schafft eine gute Atmosphäre fern der eigentlichen Häuslichkeit in der Kommune und ist durch seine Lage Teil des Gemeindewesens.
8. Translationsüberlegungen: Translation ist denkbar in Großstädten
<b>B: Effekte</b>
1. Zufriedenheit/Akzeptanz der Zielgruppe: Zufriedenheit und Akzeptanz zeigen sich durch mindestens 25 Besucher pro Woche
2. Nachhaltigkeit: Mittlerweile wird das Konzept in 41 Gemeinden nachgeahmt. Insgesamt existieren 96 Bistros, die allesamt noch aktiv sind.
3. Wissenschaftliche Begleitung: Keine Angaben
4. Besonderheiten: 2012 – EFID Awards „Living well with Dementia in the community“ - NEF

<b>Titel: Samen voor een dementievriendelijk Brugge! (Gemeinsam für ein demenzfreundliches Brügge); Brügge (Belgien)</b>
<b>A. Projektbeschreibung</b>
1. Projektträger und Kontakt: Expertise Centrum Dementie Photon, SEL North West Flanders (Initiative Grundversorgung) Stadt Brügge; <a href="http://www.dementievriendelijkbrugge.be/">http://www.dementievriendelijkbrugge.be/</a>
2. Ausgangslage: Regionale Verortung, Problembeschreibung/Herausforderung In Belgien leben mehr als 130.000 Menschen mit einer Demenz. Diese Zahl soll sich bis zum Jahr 2050 verdoppeln. Aus diesem Grunde startete die König-Baudouin-Stiftung eine Kampagne zur demenzfreundlichen Gemeinde, um der Stigmatisierung Demenzerkrankter zu begegnen. Auf diese Weise soll es zu einer stärkeren Teilhabe der Demenzerkrankten am gesellschaftlichen Leben kommen.
3. Projektbeschreibung und Laufzeit: 2010 wurden die Vertreter aller wesentlichen Sektoren des öffentlichen Lebens eingeladen, um an der Initiative teilzunehmen. Das Projekt beinhaltet: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regionale Vernetzung der Dienstleister</li> <li>• Austausch von Erfahrungen und Wissen</li> <li>• Entwicklung von Strategien zur Enttabuisierung und Stigmatisierung Demenzerkrankter</li> <li>• Erfassung der Bedarfe hinsichtlich Demenz</li> <li>• Diskussion der erfassten Bedarfe</li> <li>• Erstellung einer Website</li> <li>• Informationsweitergabe (Publikationen) zu Demenz (Krankheit und Umgang mit Menschen mit Demenz)</li> <li>• Teilnahme der Stadtverwaltung an Diskussionsrunden</li> <li>• Vernetzung der unterschiedlichen Verwaltungsbereiche hinsichtlich Demenz</li> </ul>
4. Projektziel(e) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ermöglichung von Teilhabe am gesellschaftlichen Leben für Demenzerkrankte</li> <li>• Enttabuisierung der Demenz; Förderung der Toleranz gegenüber Demenzerkrankten</li> <li>• Erstellung von Leitlinien für die Teilnehmer des Projektes <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Entstigmatisierung</li> <li>○ Förderung der Potentiale von Menschen mit Demenz</li> <li>○ Förderung der (Re)Integration der Erkrankten</li> <li>○ Förderung der Lebensqualität der Erkrankten und ihrer Angehörigen</li> <li>○ Schaffung eines pro aktiven Anschlusses an die Gesellschaft für Erkrankte und Angehörige</li> <li>○ Schaffung einer Atmosphäre an Solidarität</li> </ul> </li> </ul>
5. Zielgruppe: Menschen mit Demenz, Angehörige, Freunde, alle Bürger und Dienstleister
6. Kosten/Finanzierung: Stiftungsgelder (König-Baldouin-Stiftung)
7. Innovation: Ausgehend von der Stiftung wurden Vertreter sämtlicher öffentlicher Sektoren (Einzelhandel, Kultur, Verwaltung, Polizei, Bildungsorganisationen etc.) am Projekt beteiligt und so in die Pflicht genommen
8. Translationsüberlegungen: vergleichbare Projekte existieren in Deutschland ; Besonderheit ist die Größe der Stadt (Demenzfreundliche Kommune: <a href="http://www.demenzfreundliche-kommunen.de/">http://www.demenzfreundliche-kommunen.de/</a> ; gefördert seitens der Robert Bosch Stiftung )

<b>B: Effekte</b>
1. Zufriedenheit/Akzeptanz der Zielgruppe: Keine Angaben
2. Nachhaltigkeit: das Projekt ist bis heute aktiv
3. Wissenschaftliche Begleitung: Keine Angaben
4. Besonderheiten: 2012 – NEF Award

<b>Titel: Dementia Self-Help Project (Demenz-Selbsthilfe-Projekt), London (Großbritannien)</b>
<b>A. Projektbeschreibung</b>
1. Projektträger und Kontakt: Mental Health Foundation, Toby Williamson, Head of Development & Later Life <a href="mailto:twilliamson@mhf.org.uk">twilliamson@mhf.org.uk</a> <a href="mailto:ECyklarova@mhf.org.uk">Dr. Eva Cyklarova</a> , Head of Research <a href="mailto:ECyklarova@mhf.org.uk">ECyklarova@mhf.org.uk</a>
2. Ausgangslage/Regionale Verortung, Problembeschreibung/Herausforderung Die Personen, die ein Wohn- und Betreuungsangebot in Anspruch nehmen, verlieren häufig ihr soziales Netzwerk. Neue Kontakte zu knüpfen ist im Alter nicht leicht; insbesondere als Person mit einer Demenzerkrankung. Dabei ist es wichtig, Teil einer Gemeinschaft und eines Netzwerkes zu sein.
3. Projektbeschreibung und Laufzeit: Mit dem Projekt werden drei Selbsthilfegruppen für Demenzerkrankte eingerichtet, die in betreuten Wohnsettings gefördert und evaluiert werden. Die Betroffenen in den Gruppen sollen einander gegenseitig im Umgang und Leben mit Demenz unterstützen und helfen. Es werden praktische Methoden erlernt, wie z.B. Gedächtnistechniken und Wohlfühl- und Planungsansätze, um unabhängig(er) leben zu können. Eingeladene Experten stellen den Gruppen Informationen, Ideen und Techniken vor. Bis zu acht Personen und einige Freiwillige können an den Gruppen teilnehmen. Die Treffen finden wöchentlich statt.
4. Projektziel(e): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduzierung der Einsamkeit von Menschen mit Demenz, die in einem betreuten Angebot wohnen,</li> <li>• Verbesserung der Lebenszufriedenheit und -qualität der Gruppenteilnehmer durch die Entwicklung von sozialen Netzen,</li> <li>• Unterstützung, unabhängiger leben zu können</li> <li>• Förderung der mentalen Gesundheit</li> </ul>
5. Zielgruppe: Menschen mit Demenz, die in einer betreuten Wohneinrichtung leben
6. Kosten/Finanzierung: City Bridge Trust, Salters' Charitable Foundation, Finanzierung der Evaluation: Joseph Rowntree Foundation
7. Innovation: Selbsthilfe in einem Wohnangebot
8. Translationsüberlegungen: Das Problem Vereinsamung betrifft auch in Deutschland ältere Personen.
<b>B: Effekte</b>
1. Zufriedenheit/Akzeptanz der Zielgruppe: Gesteigertes Selbstwertgefühl und höhere Lebenszufriedenheit der Teilnehmer wurden berichtet.
2. Nachhaltigkeit: Die Weiterentwicklung der Idee ist, das Angebot auf Personen die nicht an Demenz erkrankt sind, jedoch auch ein Risiko der Vereinsamung haben, auszuweiten.
3. Wissenschaftliche Begleitung: Die Evaluation wird von der Forschungsabteilung der Organisation selbst geführt. Für Wohnangebote soll eine praktische Leitlinie für die Entwicklung von Selbsthilfegruppen erstellt werden.

<b>Titel: Joint Dementia Initiative (Gemeinsame Initiative Demenz) Falkirk (Schottland, Großbritannien)</b>
<b>A. Projektbeschreibung</b>
<p>1. Projektträger und Kontakt:  Joint Dementia Initiative (Falkirk)  Brian O'Neill, Dollar Park, Camelon Road, Falkirk FK1 5RU, <a href="mailto:brian.oneill@falkirk.gov.uk">brian.oneill@falkirk.gov.uk</a>  <a href="http://www.falkirk.gov.uk/services/social_work/community_care/dementia/joint_dementia_initiative/joint_dementia_initiative.aspx">http://www.falkirk.gov.uk/services/social_work/community_care/dementia/joint_dementia_initiative/joint_dementia_initiative.aspx</a></p>
<p>2. Ausgangslage: Regionale Verortung, Problembeschreibung/Herausforderung  Die Initiative ist in Falkirk in Schottland angesiedelt und arbeitet ebenso in Stirling und Clackmannanshire. Etwa 70% der Demenzerkrankten leben zu Hause. Alle Beteiligten (Erkrankte, Angehörige, Freunde) brauchen Unterstützung. Es ist unbekannt, wie viele Menschen mit einer Demenzerkrankung alleinlebend sind. Insbesondere die Gruppe der unter 65-jährigen Demenzerkrankten wird lediglich marginal erfasst.</p>
<p>3. Projektbeschreibung und Laufzeit:  Die Joint Dementia Initiative versucht Menschen mit Demenz jeden Alters und deren Umfeld in der eigenen Wohnung zu unterstützen. Angeboten werden personenzentrierte Leistungen, die dem individuellen Bedarf zu entsprechen.  Ein besonderer Schwerpunkt der Arbeit des Projektträgers ist die Unterstützung von jungen Menschen mit einer Demenzerkrankung in der eigenen Wohnung. Unterstützungsangebote sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zugehende Beratung durch einen Sozialarbeiter</li> <li>• Einzelbetreuung und Beratung</li> <li>• Wöchentliche Gruppentreffen</li> <li>• Informationsweitergabe durch Flyer und (fachspezifische) Bibliothek</li> </ul> <p>Gemeinsame Freizeitangebote</p>
<p>4. Projektziel(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhalten oder verbessern der Lebensqualität von Menschen mit Gedächtnisproblemen</li> <li>• Erhalten oder verbessern der Lebensqualität von den Angehörigen und Pflegenden</li> <li>• Hilfe aus der gesellschaftlichen Isolation</li> </ul>
<p>5. Zielgruppe:  Menschen mit Demenz aller Altersgruppen, besonderes Angebot für Früherkrankte in der eigenen Häuslichkeit</p>
<p>6. Kosten/Finanzierung:  Social Work Department, Eigenfinanzierung</p>
<p>7. Innovation:  Insbesondere die Problematik alleinlebender Personen mit einer Demenzerkrankung ist eine große Herausforderung. Insofern sind derartige Projekte – bei Berücksichtigung der kulturellen und rechtlichen Rahmenbedingungen – in hohem Maße zur Translation geeignet.</p>
<p>8. Translationsüberlegungen:  Insbesondere die Problematik alleinlebender Personen mit einer Demenzerkrankung ist eine große Herausforderung. Insofern könnten derartige Projekte – bei Berücksichtigung der Rahmenbedingungen – inhaltlich wichtige Ideengeber und für eine Translation geeignete Projekte sein.</p>
<b>B: Effekte</b>
<p>1. Zufriedenheit/Akzeptanz der Zielgruppe:  Keine Angabe</p>
<p>2. Nachhaltigkeit:  Angebot existiert noch immer und wird finanziert.</p>
<p>3. Wissenschaftliche Begleitung:  Keine Angabe</p>

<b>Titel: Casa Alzal (Tagespflegeeinrichtung Alzal), Lamezia Terme, Italien</b>
<b>A. Projektbeschreibung</b>
1. Projektträger und Kontakt: Viale Arturo Perugini - Ospedale Nuovo, 88046 Lamezia Terme (CZ), P. IVA:01877550796 Tel: 0968-208080, Fax: 0968-208032, E-mail : <a href="mailto:info@arn.it">info@arn.it</a> ; <a href="http://www.arn.it">http://www.arn.it</a>
2. Ausgangslage: Regionale Verortung, Problembeschreibung/Herausforderung Lametini ist eine Region in Calabrien (Süditalien) mit etwa 140.000 Einwohnern, von denen etwa 70.000 Personen in der Stadt Lamezia Terme selbst leben (die „Lametini“). Etwa 16 Prozent der Stadtbevölkerung sind über 65 Jahre alt; von diesen rechnet man ca. 3-4 Prozent mit einer Demenzerkrankung. Festgestellt wurde, dass viele Familien nicht in der Lage sind, ihre an Demenz erkrankten Personen ohne Hilfe zu versorgen, da die Familien im Vorfeld auseinanderbrechen oder es immer mehr Singlehaushalte gibt. In der Region existiert keine stationäre Altenhilfe. Es gab immer mehr Anfragen bezüglich der Hilfe beim Lebensmitteleinkauf, Medikamenteneinnahme, Ämtergängen oder des Transportes zu gesellschaftlichen Aktivitäten. Aus den genannten Gründen entstand im Jahr 2002 die Tagespflegeeinrichtung Casa Alzal.
3. Projektbeschreibung und Laufzeit: Die 2002 gegründete Tagespflegeeinrichtung Casa Alzal bietet ein über die Jahre in kleinen Schritten entwickeltes, breit gefächertes Angebot zur Unterstützung Demenzerkrankter und ihrer Familien. Die beiden gebildeten Schwerpunkte sind die Informationsweitergabe und verschiedene Formen von direkten Unterstützungsleistungen für die Familien. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationsbeschaffung und Informationsweitergabe: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zusammenarbeit mit Universitäten im Forschungsbereich Demenz</li> <li>○ Aufnahme von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Tagespresse</li> <li>○ Jährliche öffentliche Forschungstage und Servicevorstellungen</li> <li>○ Erstellung und Verbreitung von Inhalten auf einer Website (<a href="http://www.arn.it">www.arn.it</a>)</li> <li>○ Informationsweitergabe in Schulen</li> </ul> </li> <li>• Direkte Unterstützungsleistungen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Management der Tagespflegeeinrichtung für Menschen im frühem Stadium</li> <li>○ Finanzielle Unterstützung in kritischen Familiensituationen</li> <li>○ Treffen mit Familien und Unterstützung</li> </ul> </li> </ul>
4. Projektziel(e) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integration der Betroffenen in die Gemeinde</li> <li>• Unterstützung von Familien in kritischen Situationen</li> <li>• Enttabuisierung des Themas und Entstigmatisierung von Personen</li> <li>• Kooperation mit weiteren Serviceanbietern</li> </ul>
5. Zielgruppe: Menschen mit Demenz und ihre Familien/Freunde/Begleiter
6. Kosten/Finanzierung: Vereinsbeiträge und Spenden
7. Innovation: Aus ehrenamtlichem Engagement entstandenes Projekt, welches auf Bürgerbeteiligung zählt. Trotzdem enge Verbindung mit der Forschung!!
8. Translationsüberlegungen: Gute Translationsmöglichkeiten in ländlichen Gebieten und Gebieten mit geringer Versorgungsdichte. Finanzierung schwierig.

**B: Effekte**

1. Zufriedenheit/Akzeptanz der Zielgruppe:

Casa Alzal existiert seit 2002 und die Angebote wachsen stetig.

2. Nachhaltigkeit:

Existiert seit 11 Jahren und wird seitens der Bevölkerung unterstützt und der Service wird angenommen.

3. Wissenschaftliche Begleitung:

Gute Verbindung zu Forschungsinstitutionen. Keine Angabe zu Evaluation der Casa Alzal - Tätigkeiten

## 5.2.2 Projekte guter Praxis im Bereich „Diabetes Mellitus“

<b>Titel:</b>
<b>A. Projektbeschreibung</b> Prävention bei Zuckerkrankheit, Diabetes Service Netzwerk; AUSL Ferrara_SRRRERIT Italien
1. Projektträger: Gesundheitsabteilung für die Region Ferrara Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara; <a href="http://www.ausl.fe.it/">http://www.ausl.fe.it/</a>
2. Ausgangslage: Regionale Verortung, Problembeschreibung/Herausforderung Ferrara ist die Hauptstadt der Provinz Ferrara in der Region Emilia Romagna. Jährlich steigt die die Anzahl der mit Diabetes versorgten Patienten um ca. 1000 Fälle. Die jährliche Neuerkrankungsrate liegt bei 1700 Personen wobei ca. 650 Personen pro Jahr an den Folgen der Erkrankung versterben. In der Altersgruppe der über 70 Jahre ist die Betroffenenrate am höchsten (12%). Die Provinz hat eine der höchsten Anteile an Personen über 65 Jahre in Gesamtitalien (24,9%).
3. Projektbeschreibung und Projektdauer: Mit dem Projekt soll die Prävention von Diabetes-Erkrankungen verbessert und eine integrierte Versorgung bereits erkrankter Personen befördert werden. In Zusammenarbeit zwischen der Provinzverwaltung, der lokalen Verwaltung und an der Versorgung beteiligter Gruppen (Ärzte, Pflegefachkräfte etc.) werden folgende Maßnahmen angegangen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vereinheitlichung der Zusammensetzung und Organisation von Diabetes-Versorgungsteams</li> <li>• Revision der vorherrschenden Pflegeversorgung im Licht neuer wissenschaftlichen Erkenntnisse</li> <li>• Aktualisierung der Informationstechnologien in der regionalen Diabetesversorgung</li> <li>• Implementierung von Patientenschulungen (Informationen zur Erkrankung, Selbstmanagement)</li> <li>• Anpassung der Versorgungstätigkeiten an Forschungsergebnisse (state of the art)</li> <li>• Verbesserung der Kommunikation und des Informationsmanagements zwischen den Versorgungsinstitutionen</li> <li>• Erstellung einer Datenbank mit Patientendaten</li> <li>• Berichterstattung zu Ergebnissen und Kosten der Behandlung</li> <li>• Softwareimplementierung (SOLE ICT) zur Verbesserung des Zugangs und Austauschs von Daten zwischen Fach- und Allgemeinärzten</li> </ul>
4. Projektziel(e): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitätsverbesserung der Versorgung durch integrierte Versorgung von Menschen mit Diabetes Mellitus</li> <li>• Siehe Projektbeschreibung</li> </ul>
5. Zielgruppe: An Diabetes Mellitus Erkrankte
6. Kosten/Finanzierung: Keine Angabe
7. Innovation: Umfangreiche Versorgung mit Umstellung der Versorgungspraxis
8. Translationsüberlegung : Translation ist denkbar; Schwierigkeiten der Finanzierung
<b>B: Effekte</b>
1. Zufriedenheit/Akzeptanz der Zielgruppe: keine Angabe
2. Nachhaltigkeit: Das Projekt existiert weiterhin
3. Wissenschaftliche Begleitung: Das Projektteam berichtet von radikalen Veränderungen der Versorgungspraxis mit Verringerung der Inanspruchnahme von Laboruntersuchungen, Medikamenten und Arztbesuchen. Das Projekt ist Teil des Kompendiums für Gute Praxis in der integrierten Versorgung von chronisch Erkrankten der Action Group on Integrated care of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing; European Commission

<b>Titel: Malasha Project, London-Tower Hamlet (Großbritannien)</b>
<b>A. Projektbeschreibung</b>
1. Projektträger und Kontakt: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tower Hamlets Primary Care Trust; <a href="http://www.health.org.uk/areas-of-work/programmes/year-of-care/related-projects/tower-hamlets/">http://www.health.org.uk/areas-of-work/programmes/year-of-care/related-projects/tower-hamlets/</a></li> </ul>
2. Ausgangslage: Regionale Verortung, Problembeschreibung/Herausforderung Tower Hamlets ist eine dicht besiedelte Region Londons, in der viele sozial schwache und kranke Personen leben. In dieser Region leben insgesamt etwa 227.000 Einwohner, von denen 36% (im Landesdurchschnitt 3%) muslimische Mitbürger sind. Es zeigte sich, dass über 30% der der asiatisch stämmigen Einwohner unter einem Diabetes Typ-2 leiden, welcher neben seiner genetischen Disposition Bewegungsmangel und falsche Ernährung zur Ursache hat. Diese Gruppe war in besonderem Maße davon betroffen und schwer mit Präventions- und Behandlungsmaßnahmen zu erreichen.
3. Projektbeschreibung und Laufzeit: Das abgelaufene Pilotprojekt wird mit Unterstützung auf der Malasha Website weitergeführt ( <a href="http://www.diabetesintowerhamlets.org/">http://www.diabetesintowerhamlets.org/</a> ) Die lokale Gesundheitsbehörde Tower Hamlets initiierte ein Projekt, welches auf der Zusammenarbeit der Behörde mit religiösen Fachleuten des Malasha-Projects (supporting muslims facing the dilemma of everyday life) fußte. Da sich die Religion auf alle Bereich des Lebens (so auch auf die Ernährung) auswirkt, setzte das Projekt mit einer Internetseite ein, auf der speziell für Muslime in unterschiedlichen Sprachen Information zu Diabetes gegeben wurden. Des Weiteren arbeiteten sie mit religiösen Würdenträgern zusammen, welche von Diabetes betroffene Bürger darüber aufklärten, wie man beispielsweise mit der Diabeteserkrankung am Ramadan religiös einwandfrei umgehen kann. Des Weiteren gab es von Experten Kochrezepte und Tipps für eine gesunde Ernährung. Die Internetseite ist interaktiv. Auch angeboten werden nach Geschlechtern getrennte Kurse zum Kochen und zur Information. Des Weiteren geht die Angebote auf religiöse Unsicherheiten des Schwimmens für Frauen und anderes ein.
4. Projektziel(e) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bessere Aufklärung über Diabetes (religionsspezifisch)</li> <li>• Religionsspezifische und geschlechterspezifische Aufklärung durch muslimische Würdenträger</li> <li>• Prävention und bessere Versorgung muslimischer Diabetes-Erkrankter</li> </ul>
5. Zielgruppe: Muslimische Frauen und Männer in der Region Tower Hamlets
6. Kosten/Finanzierung: Tower Hamlets Primary Care Trust
7. Innovation: Migrationspezifische Aufklärung
8. Translationsüberlegungen: Projekt wäre sehr gut denkbar in Regionen mit einem hohen Anteil muslimischer Bewohner (z.B. Ruhrgebiet)
<b>B: Effekte</b>
1. Zufriedenheit/Akzeptanz der Zielgruppe: Keine Angabe
2. Nachhaltigkeit: Internetseite wird nach Pilotprojekt weitergeführt
3. Wissenschaftliche Begleitung: Keine Angabe

### 5.2.3 Projekte guter Praxis im Bereich „Psychische Erkrankungen“

<p><b>A. Projektbeschreibung</b>  <b>Fit In Je Hoofd , (Fit im Kopf) Belgien</b></p>
1. Projektträger Agentur für Pflege und Gesundheit; <a href="http://www.fitinjehoofd.be">www.fitinjehoofd.be</a>
2. Ausgangslage: Regionale Verortung, Problembeschreibung/Herausforderung Jedes Jahr sterben in Belgien etwa 2000 Menschen durch einen Suizid. Suizid ist in Belgien die zweithäufigste Todesursache bei den 15-24 Jährigen und die häufigste Todesursache bei Personen zwischen 25 und 45 Jahren. Täglich geschehen etwa 60-70 Suizidversuche.
3. Projektbeschreibung 2006 (Aktionsplan zur Suizidprävention 2006-2010) gestartetes noch immer aktives internet-basiertes Angebot um die Nutzer anzuregen, auf sich selbst zu achten. Vermittelt werden u.a. Techniken zur Überprüfung der eigenen mentalen Gesundheit mittels zehn Stufen zum Glück. Das Angebot fußt auf protektiven Faktoren für die mentale Gesundheit sowie auf positiven Psychologiekonzepten. Auf der Seite sind viele Informationen zu geistigen Erkrankungen und der psychischen Gesundheit sowie positive psychologische Konzepte zu finden. Zur Verfügung steht auch ein Instrument zur Selbsteinschätzung, mit dem psychische Erkrankungen und die Resilienz (Widerstandsfähigkeit) sowie Ressourcen der Nutzer ermittelt werden können. Die User erhalten persönliche Ratschläge, die auf die Anerkennung der eigenen mentalen Stärken konzentrieren und zu den „Stufen zum Glück („10stappen“)“ leiten. Die Seite ist gerade für junges Publikum sowie für sozial benachteiligte Menschen geeignet.
4. Projektziel(e): Stimulation zur Selbsteinschätzung, Informationsweitergabe, positive Verstärkung
5. Zielgruppe gesamte Öffentlichkeit
6. Kosten/Finanzierung: Finanzier ist die Flämische Regierung
7. Innovation: Niedrigschwelliges Angebot im aktuellen Medium, mit gutem Zugang für junge und sozial benachteiligte Personen
8. Translationsüberlegung Ein derartiges Projekt aus einem europäischen Industrieland ist auch bei uns denkbar und kann (teil)übertragen oder als Unterstützung vorhandener Webangebote dienen.
<b>B: Effekte</b>
1. Zufriedenheit/Akzeptanz der Zielgruppe: Nutzer in durchgeführten Evaluationen fanden die Webseite attraktiv, ausreichend benutzerfreundlich und die Ratschläge hilfreich und passend. User äußerten nach der Nutzung der Website an der eigenen psychischen Gesundheit arbeiten zu wollen. Vorschläge von Nutzern und Experten gingen in Richtung Verbesserung der Benutzerfreundlichkeit der Testung und eine Web affinere Aufbereitung der Inhalte. Daraufhin wurden die Seite und die Testung den Wünschen der Anwender angepasst. Seit der Neuausrichtung des Dienstes im Februar 2009 haben mehr als 200.000 Personen die Website besucht. Bis heute wurden 300000 Broschüren und 25000 Infosammlungen versendet.
2. Nachhaltigkeit: Das Angebot ist aktuell aktiv und wird weiterhin gefördert.
3. Wissenschaftliche Begleitung: 2008 - drei Evaluationsstudien mit Nutzern und Experten; im Jahr 2008 Überarbeitung und Begleitung vom Flämischen Institut für Gesundheitsförderung und Prävention

<p><b>A. Projektbeschreibung</b>  <b>Toimiva masennuksen hoitomalli työterveyshuollossa (A Functioning Model for Depression Treatment in Occupational Health Care)(Depressionsvorsorge im betrieblichen Gesundheitswesen), Helsinki (Finnland)</b></p>
<p>1. Projektträger: Finnish Institute of Occupational Health, Research and Development in OHS, Topeliuksenkatu 41a A 00250 Helsinki; <a href="http://www.ttl.fi/en/Pages/default.aspx">http://www.ttl.fi/en/Pages/default.aspx</a>, (Finnisches Institut für Betriebsgesundheit)</p>
<p>2. Ausgangslage: Regionale Verortung, Problembeschreibung/Herausforderung  Das Projekt wurde vom Finnischen Institut für Betriebsgesundheit geleitet. Weitere Partner waren die Private Betriebsgesundheitsklinik, die Betriebsgesundheitsabteilung der Firma Kesko Oyj und Vantaa und die Städtische Betriebsgesundheitsabteilung. Das verspätete/fehlende Erkennen von Depressionen und der schwierige Zugang zu Leistungen verhindern einen rechtzeitigen Behandlungsstart und führen zur Manifestation der Symptomatik mit schweren Auswirkungen für das Leben der Betroffenen.</p>
<p>3. Projektbeschreibung: Im Projekt soll Depressionsvorsorge und Depressionsversorgung im Rahmen des betrieblichen Gesundheitswesens (Koordination) untersucht und verbessert werden. Durchgeführt wurde eine Befragungsstudie zu Stand und Fortschritt einer depressiven Erkrankung. Den Betroffenen wurde kurzfristig Zugang zur Psychotherapie ermöglicht. 230 Personen haben an der Studie teilgenommen. Das Projekt lief von 2009 bis 2012.</p>
<p>4. Projektziel(e) Die frühzeitige Erkennung der Symptomatik und der Zugang zu Therapeuten sollen verbessert werden. Auch die Kontinuität der Therapie hinsichtlich der Nachbeobachtung soll gewährleistet werden. Entwicklung eines praktikablen und benutzerfreundlichen Versorgungsmodells mittels der Durchführung einer Studie ist beabsichtigt.</p>
<p>5. Zielgruppe: Personen mit beginnender und schwerer Depression</p>
<p>6. Kosten/Finanzierung: Finnische Rentenversicherungsallianz TELA</p>
<p>7. Innovation: Innovativ ist der Ansatz, die Personen dort abzuholen, wo sie sind und wo erste Symptome festgestellt werden können. Die Studie fand im Betrieb statt.</p>
<p>8. Translationsüberlegung: Studien belegen die hohe Anzahl an Krankheitstagen von Arbeitnehmern durch psychische Erkrankungen (z.B. Depression). Eine frühzeitige Erkennung der Erkrankung und ein präventives Gegensteuern ist ausgesprochen notwendig und auch in Deutschland von hoher Wichtigkeit.</p>
<p><b>B: Effekte</b></p>
<p>1. Zufriedenheit/Akzeptanz der Zielgruppe: nicht bekannt</p>
<p>2. Nachhaltigkeit: nicht bekannt</p>
<p>3. Wissenschaftliche Begleitung: Das Projekt wurde evaluiert Die Erkenntnisse der Studie wurden inzwischen veröffentlicht. Der Bericht ist in finnischer Sprache.</p>

## 5.2.4 Projekte guter Praxis im Bereich „Krebserkrankungen“

<p><b>A. Projektbeschreibung</b>  <b>Mobile Cancer Support Unit (Mobile Krebsversorgungseinheit) (Wales, Großbritannien)</b></p>
<p>1. Projektträger Tenovus Holdings Ltd. (<a href="http://www.tenovus.org.uk/how-we-can-help-you/mobile-cancer-support/">http://www.tenovus.org.uk/how-we-can-help-you/mobile-cancer-support/</a>)</p>
<p>2. Ausgangslage: Regionale Verortung, Problembeschreibung/Herausforderung              80% von Wales ist Landwirtschaftsland (Agrarland; Bevölkerung ca. 3,1 Mio. Dichte: 150 Personen/qkm; ca. 1,3 Mio. Haushalte, 1/20 der Bevölkerung Großbritanniens).              Große Reformen des Gesundheitswesens fanden im Jahr 2009 statt. Herausforderungen sind die wachsende Alterung der Bevölkerung, Anstieg der Rate der chronisch Erkrankten, Probleme in der zeitnahen Versorgung, Sicherung der Kontinuität und Effektivität in der Versorgung der ländlichen Gebiete. Beabsichtigt sind eine haushaltsnahe Versorgung und Edukationsangebote für die Bürger.</p>
<p>3. Projektbeschreibung: Da Wales vor allem ein Agrarland ist, sind die Wege zu Diagnostik und Versorgung weit. Mit der mobilen Krebsversorgungseinheit kommen Information, Diagnostik und Versorgung und Betreuung zu den Menschen. Auf diese Weise soll flächendeckend präventiv gehandelt und zeitnah versorgt und betreut werden. Die Mobile Krebsversorgungseinheit ist ein LKW, in dem mit Fachleuten ausgestattet Versorge, Behandlung, Information und Schulung stattfinden kann. An einem Tag können bis zu 25 Personen behandelt werden</p>
<p>4. Projektziel(e)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserung des Zugangs zu Krebsdiagnostik , Behandlung sowie eine kontinuierliche und effektive Hilfe.</li> <li>• Bereitstellen von Behandlungsleistungen nah am Wohnort des Patienten, um Reisekosten, Zeit und Anstrengungen für die Patienten minimieren</li> <li>• Verbesserung der Beratung, Information und Edukation der Betroffenen, Angehörigen und der Bevölkerung insgesamt</li> </ul>
<p>5. Zielgruppe: Erkrankte, Angehörige, interessierte Öffentlichkeit</p>
<p>6. Kosten/Finanzierung: Staatliche Unterstützung, Spenden, Lotteriegewinnungen, etc.</p>
<p>7. Innovation</p> <p>Im Mittelpunkt steht der einzelne Bürger in seiner Wohnumgebung, in der er aufgesucht wird. Versorgung mit Therapie, Information, Beratung Edukation vor Ort in kleinen Wohngebieten. Die Telefonische 24 Std.-Erreichbarkeit, der Fokus auf die Information und Herstellung von Transparenz zu Therapien und Prävention von Krebs. Die Patientenberatung des Angebotes geschieht durch eine unabhängige Stelle.</p>
<p>8. Translationsüberlegung: Eine mobile Krebs-Einheit wäre in ländlichen Gebieten auch in Deutschland von großem Nutzen. Auch in städtischen Gebieten, in denen in hohem Maße ältere Bürger leben oder die Facharztversorgung nicht gewährleistet ist, kann ein solches Mobil Sinn machen.</p>

**B: Effekte**

## 1. Zufriedenheit/Akzeptanz der Zielgruppe

- 10 000 Behandlungen in vier Jahren
- Über 50 Standorte, die angefahren werden
- über 48.000 Kilometer in Region Wales.
- über 10.000 Behandlungen für Erkrankte
- über 1.000 kostenfreie Gesundheits-Check Leistungen
- über 5.000 Patienten und Besucher
- Zweite mobile Behandlungseinheit wird implementiert
  - 500 neue Patienten / Jahr
  - Behandlung von ca. 6000 Patienten/ Jahr
  - ca. 1900 Kontakte zum Krebs-Support Team

## 2. Nachhaltigkeit s.o.

## 3. Wissenschaftliche Begleitung : Projekt wird wissenschaftlich evaluiert

## 5.2.5 Projekte guter Praxis im Bereich „Herz-Kreislaufkrankungen“

<b>Titel: Nurse-led heart failure clinic am Guy's and St Thomas hospital (London, Großbritannien)</b>
<b>A. Projektbeschreibung</b>
1. Projektträger: National Health Service, Guy's und St Thomas NHS Foundation Trust <a href="http://www.guysandstthomas.nhs.uk/Home.aspx">http://www.guysandstthomas.nhs.uk/Home.aspx</a> ; <a href="http://www.guysandstthomas.nhs.uk/our-services/cardiovascular/specialties/cardiology/heart-failure/patients.aspx">http://www.guysandstthomas.nhs.uk/our-services/cardiovascular/specialties/cardiology/heart-failure/patients.aspx</a>
2. Ausgangslage: Regionale Verortung, Problembeschreibung/Herausforderung Die Nurse-led clinic befindet sich im Ballungsraum London. Es ist unmöglich die Erstversorgung von Patienten und die Nachsorge durch Ärzte vorzuhalten. Trotzdem müssen Patienten mit koronarer Herzerkrankung begleitet und versorgt werden.
3. Projektbeschreibung und Laufzeit: Die Nurse-led clinic ist eine von professionell Pflegenden geleitete Vor- oder Nachsorgeambulanz mit dem Schwerpunkt „Koronare Herzkrankheit“. Sie befindet sich in der Nähe eines Krankenhauses und kooperiert mit Forschungseinrichtungen. Die nurse-led clinic ist für Patienten mit einer diagnostizierten Herzerkrankung. Sie dient dazu, Patienten zu beobachten, nach einer Herzerkrankung zu begleiten, die Medikamentendosierung anzupassen sowie Schulungsbedarfe und Selbstmanagementbedürfnisse zu erfassen und zu schulen. Dies geschieht u.a. mit entsprechenden Assessments.
4. Projektziel(e) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserung des Gesundheitsmanagements bei Personen mit koronarer Herzerkrankung</li> <li>• Patientenedukation</li> </ul>
5. Zielgruppe: Personen mit vorliegender koronarer Herzerkrankung
6. Kosten/Finanzierung: Ist in die Klinikfinanzierung integriert
7. Innovation: Das Management und die Edukation liegen in den Händen von examinierten Pflegekräften. Es existiert eine Vernetzung zum ambulanten, häuslichen Bereich und dem Lebensumfeld der Menschen.
8. Translationsüberlegungen: Eine solche ambulante Klinik wäre auch in Deutschland denkbar. Nurse-led Kliniken existieren in Großbritannien, Kanada und USA auch im Bereich Krebs, psychische Erkrankungen oder anderen Krankheitsfeldern. Die leitenden Pflegenden sind advanced practice registered nurses. Bei einer Translation müsste überprüft werden, welche Ausbildung eine solche Pflegekraft in Deutschland haben müsste.
<b>B: Effekte</b>
1. Zufriedenheit/Akzeptanz der Zielgruppe: Patienten zeigen sich in Studien zufrieden mit der Betreuung.
2. Nachhaltigkeit: Diese Kliniken bestehen seit 1980. Es werden in GB weitere Nurse-led clinics gegründet. Die beschriebene in London ist weiterhin aktiv.
3. Wissenschaftliche Begleitung: Positive Effekte sind durch viele Studien bewiesen.

## 5.2.6 Projekte guter Praxis im Bereich „Geistige Behinderung“

<b>Titel: Poetry in wood (London, Großbritannien)</b>
<b>A. Projektbeschreibung</b>
1. Projektträger und Kontakt: Social Service (Learning Skill Council), SSBA Community Trust Project /Spitalfields Small Business Association); Montefiore Centre, Hanbury Street, London, E1 5HZ, <a href="http://www.poetryinwood.org.uk/">http://www.poetryinwood.org.uk/</a>
2. Ausgangslage: Regionale Verortung, Problembeschreibung/Herausforderung Menschen mit geistiger Behinderung sind in der Gesellschaft häufig isoliert oder ausschließlich mit anderen Personen mit geistiger Behinderung in Kontakt. Sie sind selten in einer festen Beschäftigung oder die Beschäftigung ist ausgelagert und die Personen kommen selten mit anderen Personen ohne geistige Behinderung in Kontakt. Poetry in wood will das ändern.
3. Projektbeschreibung und Laufzeit: Das Projekt startete 1991 in London und ist noch immer aktiv. Im Rahmen des Projektes werden Menschen mit geistiger Behinderung von Künstlern und Handwerkern animiert, das Kunsthandwerk zu erlernen und werden in der Folge eingestellt. Sie erstellen Kunstwerke (Gemälde, Drucke), Holzarbeiten und Fotografien sowie Auftragsarbeiten (Herstellung von Schildern, Figuren etc.). Die Mitarbeiterinnen nehmen am gesamten Prozess (Erstgespräch mit dem Kunden – Designerstellung – Herstellung) teil. Zudem werden „Kunstspiele zur Teambildung durchgeführt.
4. Projektziel(e) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erkennen und Entfaltung individueller Fähigkeiten durch Kunst und Kunsthandwerk</li> <li>• Bildung von (neuem) Selbstvertrauen</li> <li>• Schaffen einer sinnvollen Arbeitstätigkeit</li> <li>• Erlernen eines Berufes</li> <li>• Einen „Platz in der Gesellschaft finden“</li> </ul>
5. Zielgruppe: Menschen ab 17 Jahren mit Beeinträchtigungen (Lernbehinderung, Down-Syndrom, Autismus etc.)
6. Kosten/Finanzierung: Spenden, Verkauf der Kunstwerke und anderer Produkte, durch die Arbeitsgruppe Spitalfield
7. Innovation: Eine Besonderheit ist die Teilnahme am gesamten Produktionsprozess und ein Team mit großer Altersspannbreite
8. Translationsüberlegungen: Translation erscheint möglich durch teilweise Eigenfinanzierung
<b>B: Effekte</b>
1. Zufriedenheit/Akzeptanz der Zielgruppe: Keine Angaben
2. Nachhaltigkeit: Finanzierung ist durch Spenden und Öffentlichkeit gesichert. 32 Menschen mit Behinderung sind hier tätig (Stand 2009)
3. Wissenschaftliche Begleitung: Keine Angaben

<b>Titel: Tageszentrum Leemore (London, Großbritannien)</b>
<b>A. Projektbeschreibung</b>
1. Projektträger und Kontakt: Lewisham Council; Leemore Centre, 29-39 Clarendon Rise, Lewisham SE13 5ES; <a href="http://www.lewishammylifemychoice.org.uk/i-need-help-with/getting-out-and-about/social-and-leisure-activities/day-centres/leemore.aspx">http://www.lewishammylifemychoice.org.uk/i-need-help-with/getting-out-and-about/social-and-leisure-activities/day-centres/leemore.aspx</a>
2. Ausgangslage: Regionale Verortung, Problembeschreibung/Herausforderung 50% der Menschen mit Beeinträchtigung leben im familiären Umfeld. Menschen mit geistiger Behinderung sind in der Gesellschaft häufig isoliert oder ausschließlich mit anderen Personen mit geistiger Behinderung in Kontakt. Sie sind selten in einer festen Beschäftigung oder die Beschäftigung ist ausgelagert und die Personen kommen selten mit anderen Personen ohne geistige Behinderung in Kontakt.
3. Projektbeschreibung und Laufzeit: Das multidisziplinär aufgestellte Zentrum bietet ein breites Spektrum an Aktivitäten sowohl im Haus als auch in der Umgebung an (Töpfern, Gartenarbeit, Entspannung und Massagen, Fotografie, Schnitzerei). Es findet an festen Wochentagen pädagogische Arbeit statt. Bei Bedarf wird auch intensive Einzelbetreuung angeboten. Des Weiteren übernehmen Mitarbeiterinnen mit Behinderten Projekte und Aufträge (z.B. Gartenpflege bei Senioren).
4. Projektziel(e) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhaltung der Gesundheit und des Wohlbefindens durch Aktivierung</li> <li>• Schulung der Kommunikationsfähigkeit und gesellschaftlicher Interaktionen</li> </ul>
5. Zielgruppe: Menschen mit Beeinträchtigung (Lernbehinderung, Körperbehinderung, leichte geistige Behinderung) von 20-60 Jahren nach Assessment durch einen Sozialarbeiter
6. Kosten/Finanzierung: Das Angebot finanziert sich durch erhobene Gebühren
7. Innovation: Übernahme von Tätigkeit bei Privatpersonen
8. Translationsüberlegungen: Translation möglich durch Gebührenfinanzierung
<b>B: Effekte</b>
1. Zufriedenheit/Akzeptanz der Zielgruppe: Keine Angaben
2. Nachhaltigkeit: Projekt ist noch aktiv; ca. 60 Personen besuchen die Einrichtung, 36 am Tag; öffentliches Bildungsangebot für Künstler
3. Wissenschaftliche Begleitung: Keine Angaben

## 5.2.7 Projekte guter Praxis im Bereich „Chronische Erkrankungen“

<p><b>A. Projektbeschreibung</b>  <b>ISPARRA (Scottish Patients at Risk of Readmission and Admission) Instrument zur Einschätzung des Risikos einer Krankenhausaufnahme oder Wiederaufnahme / Vereinigtes Königreich</b></p>
<p>1. Projektträger Information Service Division Scotland,  <a href="http://www.isdscotland.org/Health-Topics/Health-and-Social-Community-Care/SPARRA/">http://www.isdscotland.org/Health-Topics/Health-and-Social-Community-Care/SPARRA/</a>            Email: <a href="mailto:nss.SPARRAonline@nhs.net">nss.SPARRAonline@nhs.net</a></p>
<p>2. Ausgangslage: Regionale Verortung, Problembeschreibung/Herausforderung            In Schottland liegt bei 2/3 der Bevölkerung über 65 Jahre zumindest eine chronische Erkrankung vor. Zwischen 2006 und 2031 soll dieser Bevölkerungsanteil laut Schätzungen um 62% anwachsen. Menschen mit einer chronischen Erkrankung zeigen eine hohe Inanspruchnahme an Leistungen der Gesundheits- und Sozialversorgung. Große Ersparnisse sind zu erwarten wenn in das Management chronischer Erkrankungen investiert wird</p>
<p>3. Projektbeschreibung            ISPARRA ist eine Software, welche das Risiko nicht geplanter Krankenhausaufenthalte oder Wiederaufnahmen innerhalb einen Jahres bei chronisch Kranken erfasst. Auf Basis der gewonnenen Daten wird das Informationsmanagement relevanter Institutionen (z.B. Sozialämter) unterstützt. Die webbasierte Software nutzt Routinedaten zu Krankenhausaufnahmen, Notfallversorgung, ambulanter ärztlicher Versorgung, medikamentöse Verschreibungen, etc. In Zukunft soll ISPARRA zur Evaluation durchgeführter Interventionen genutzt werden.            Um die Unterstützung den relevanten Personen zukommen zu lassen, werden sie mit Hilfe der Software identifiziert.</p>
<p>4. Projektziel(e)            Interventionen sollen die relevanten Personen erreichen            Optimierung des Ressourceneinsatzes für eine maximale Wirkung            Evaluation neuer Interventionen            Leistungsanpassung an regionale Bedarfe            Abbau unnötiger fachärztlicher Versorgung (ambulant und stationär)</p>
<p>5. Zielgruppe            Manager und Planer der Sozial- und Gesundheitsämter            Hausärzte und weitere ambulante Versorger            Pflegekräfte im Dienst der Kommune            Multidisziplinäre Teams            Informationsspezialisten</p>
<p>6. Kosten/Finanzierung            Finanzierung durch staatliches Gesundheitswesen</p>
<p>7. Innovation            Spezifisch und neu ist die Vorhersage von erhöhtem gesundheitlichem Risiko der Patienten auf Basis von Routinedaten, um ihre Versorgung optimal am Bedarf ausrichten zu können.</p>
<p>8. Translationsüberlegung            Die Daten zu den Ergebnissen des Programms sind von großem Interesse.</p>
<p><b>B: Effekte</b></p>
<p>1. Zufriedenheit/Akzeptanz der Zielgruppe            Keine Angabe</p>
<p>2. Nachhaltigkeit            Das Programm ist noch aktiv</p>
<p>3. Wissenschaftliche Begleitung            Das Programm wurde als good practice von der EU Action Group on Replicain and tutoring integrated care for chronic diseases, including remote monitoring at regional level ausgezeichnet; Integrated Care Action Group March-April 2013</p>

<p><b>A. Projektbeschreibung</b>  <b>Reshaping care for older people (Umgestaltung der Versorgung älterer Personen) (Schottland, Großbritannien)</b></p>
<p>1. Projektträger: (Joint Improvement Team (JIT)); Schottische Regierung; <a href="http://www.jitscotland.org.uk/">http://www.jitscotland.org.uk/</a></p>
<p>2. Ausgangslage: Regionale Verortung, Problembeschreibung/Herausforderung  Schottland gibt pro Jahr aktuell ca. 4,5 Mrd. aus dem Budget für Gesundheit und soziale Versorgung der über 65-Jährigen aus. Laut wissenschaftlichen Schätzungen wird der Anteil dieser Gruppe an der Gesamtgesellschaft in den nächsten 20 Jahren um 2/3 steigen. Für Krankenhaus- und Altenheimversorgung werden 60% der Ausgaben getätigt und fast 1/3 der Summe für Notfallaufnahmen. Ca. 1,4 Mrd. werden jährlich für die Notfallaufnahmen älterer Personen ausgegeben. Ohne Gegenmaßnahmen wird erwartet, dass diese Zahl weiter steigt. So soll das Programm diese Problemlage bearbeiten und die unterschiedlichen Versorgungsansätze neu auszubalancieren.</p>
<p>3. Projektbeschreibung: Diese Initiative der Schottischen Regierung zielt auf eine Verbesserung der Versorgung älterer Personen durch Systemänderung hin zu einem größeren Angebot an präventiven Leistungen. Die Vision der Regierung sieht eine stärkere Wertschätzung älterer und hochbetagter Menschen vor, in dem diese eine größere Unterstützung erhalten, um ein „gutes Leben“ in der eigenen Wohnung oder in ähnlichen Settings zu ermöglichen. 32 Partner aus dem Nonprofit-Bereich, der Gesundheitsversorgung, Soziales und Wohnen werden von dem Projektträger – dem Joint Improvement Team (JIT) – koordiniert und geleitet, um die Neugestaltung des Systems zu ermöglichen. Ein Optimierungsnetzwerk wurde etabliert mit dem Ziel, die Partner bei der Realisierung der Pläne zu unterstützen sowie die gewonnenen Erkenntnisse zu erfassen und verbreiten.</p>
<p>4. Projektziel(e):  Erzielen einer präventiven und voraussehenden Versorgung älterer Personen mit folgenden operationalisierten Unterzielen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bis 2021 Reduktion der Notfallbettentage für Personen über 75 Jahre auf 20% und bis 2014/2015 um mind. 12%</li> <li>• Einsparung von 550 Notfallbetten</li> <li>• Reduktion der Versorgung von Personen in Altenheimen zugunsten anderer Versorgungsansätze</li> <li>• Anstieg um über 2000 Menschen, die intensive Unterstützungsleistungen zu Hause in Anspruch nehmen</li> <li>• Nachahmer und Unterstützer anregen</li> </ul>
<p>5. Zielgruppe: ältere und hochaltrige Personen</p>
<p>6. Kosten/Finanzierung: Budget von £ 300 Mio. für das Programm von 2011-2015</p>
<p>7. Innovation: Das Ausmaß an Partner- und finanzieller Unterstützung für das Programm zeigen als wie dringend das Problem in Großbritannien eingeschätzt wird sowie den Willen im Bereich der präventiven Versorgung älterer Personen aktiv gestalterisch Innovationen zu testen.</p>
<p>8. Translationsüberlegung: Erkenntnisse aus dem Programm sind öffentlich zugänglich. Es besteht die Möglichkeit diese zu studieren und eine mögliche (Teil-) Translation unter deutschen Bedingungen zu prüfen</p>
<p><b>B: Effekte</b>  Seit 2011 flossen über 230 Mio. £ in das Programm.  Reduktion der Notfallbettenrate um 6,8% bei über 75-Jährigen im Vergleich zwischen 2009 und 2012</p>
<p>1. Zufriedenheit/Akzeptanz der Zielgruppe:  Keine Angabe</p>
<p>2. Nachhaltigkeit: Im Programm sind das Nachahmen und die Zusammenarbeit mit neuen Partnern anvisiert und wird aktiv auch durch die Zugänglichkeit der Ergebnisse der Projek-</p>

te unterstützt.

3. Wissenschaftliche Begleitung:

Das Programm wurde als good practice von der EU *Action Group on Replicain and tutoring integrated care for chronic diseases, including remote monitoring at regional level* ausgezeichnet; Integrated Care Action Group March-April 2013

<b>A. Projektbeschreibung</b> Vardcentral Gustavsberg (Stockholm, Schweden) <b>(Umfassendes Gesundheitszentrum)</b>
1. Projektträger: Die Provinz Gustavsberg, Odelbergsväg 19, 134 40 Gustavsberg, Tel.: 0812340000
2. Ausgangslage: Regionale Verortung, Problembeschreibung/Herausforderung Änderung der Integration und Koordination im Versorgungssystem durch Vernetzung und Integration von mehreren Leistungen, Professionen und Einrichtungen in Gesundheitszentren
3. Projektbeschreibung Das Gesundheitszentrum bietet eine umfassende gesundheitliche Versorgung aller Bürger der Region aus einer Hand. Dazu gehören: Diagnostik, Therapie, Pflegeberatung, häusliche Behandlungspflege, Physiotherapie und Psychotherapie. Angeschlossen sind auch eine Geburtshilfe und Versorgung von Neugeborenen sowie ein Zentrum für Jugendliche (bis 23 Jahre) mit Informationen zur Geburtenprävention. Alle medizinischen Zentren in Schweden haben zusätzlich durch Pflegefachkräfte geführte Praxen für die Schwerpunkte Diabetes Mellitus und Bluthochdruck. Einige andere Zentren bieten dieses Praxismodell (geleitet von Pflegenden) auch für die Schwerpunkte Allergien, Asthma und chronisch obstruktive Lungenerkrankung, psychiatrische Erkrankungen und Herzfehler sowie chronische Erkrankungen des Nervensystems an. Häufig liegen diese Zentren in der Nähe von Kliniken.
4. Projektziel(e): Management der ambulanten Versorgung der Bürger
5. Zielgruppe: Alle Menschen aus dem entsprechenden Stadtteil
6. Kosten/Finanzierung: Finanzierung durch die Provinz und aus Patientengebühren
7. Innovation: Ein umfangreiches und umfassendes Angebot von Versorgungsleistungen an einem Ort zu bündeln, um durch einen niedrigschwelligen Zugang die ambulante Versorgung (Vermeidung von Krankenhausaufenthalten) von Bürgern zu verbessern.
8. Translationsüberlegung: Es ist denkbar die existierenden medizinischen Versorgungszentren in Deutschland zu vergleichbaren Einrichtungen auszubauen, um eine umfassende integrierte Versorgung anbieten zu können (z.B. Praxen von Pflegenden geleitet).
<b>B: Effekte</b>
1. Zufriedenheit/Akzeptanz der Zielgruppe: keine Angabe
2. Nachhaltigkeit: keine Angabe
3. Wissenschaftliche Begleitung: Als Teil des Gesundheitssystems in Schweden ist das Versorgungszentrum den Qualitätsbestimmungen für die Versorgung unterworfen und wird überprüft.