



DAS AOK-FORUM FÜR POLITIK, PRAXIS UND WISSENSCHAFT

Spezial 5/2001

GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT



# Berliner Gesundheitspreis 2000

Alter und Gesundheit –  
mehr Qualität durch  
vernetzte Versorgung

Vorstellung der Preisträger

Bundesweiter Innovationswettbewerb  
der AOK und der Ärztekammer Berlin

Spezial



Strahlende Gesichter im Roten Rathaus: Preisträger, Jury und Initiatoren des Berliner Gesundheitspreises 2000.

Rundum strahlende Gesichter gab es im Berliner Roten Rathaus bei der Verleihung des Berliner „Gesundheitspreises 2000“. Acht Preisträger freuten sich über ihre Auszeichnung und Preisgelder von insgesamt 100.000 Mark. Die anwesenden Gäste bekamen Modellprojekte und Konzepte vorgestellt, die – wie ich meine – den Preis wirklich verdient haben. Und nicht zuletzt konnten wir, das heißt der AOK-Bundesverband, die AOK Berlin und die Ärztekammer Berlin als Veranstalter und Initiatoren, mit dem erfolgreichen Abschluss unseres bundesweiten Innovations-Wettbewerbs zufrieden sein.

Ich denke, wir können gleich in mehrfacher Hinsicht eine positive Bilanz dieses dritten Berliner Gesundheitspreis ziehen: Mit dem Leitmotto „Alter und Gesundheit – Mehr Qualität durch vernetzte Versorgung“ hatten wir ein Thema ausgewählt, das angesichts der demografischen Entwicklung, der Zunahme von chronischen Krankheiten und der Suche nach neuen, intergrierten Versorgungsformen aktuell und gleichermaßen gesundheitspolitisch anspruchsvoll ist. Auch mit der Beteiligung und der Qualität der eingesendeten 122 Wettbewerbsbeiträge können wir zufrieden sein. Und schließlich hat die Jury für ihre Entscheidung allgemeine Zustimmung erhalten.

Die mit dem „Berliner Gesundheitspreis 2000“ ausgezeichneten Modellprojekte und Konzepte zeigen einmal mehr, dass in den Menschen, die hauptsächlich die gesundheitliche Versorgung leisten, ein großes Potenzial an Ideen und Konzepten, aber auch an Kreativität und Engagement steckt. Vielleicht liegt die Besonderheit unseres Wettbewerbs darin, dass wir die Menschen, die bei ihrer Arbeit die Fehler und Schwächen unseres Gesundheitswesens täglichen erleben, dazu

ermuntern wollen, sich an der Suche nach einer besseren und gleichzeitig bezahlbar bleibenden Gesundheitsversorgung zu beteiligen. Wir brauchen meines Erachtens eben beides: Gesundheitsreformen durch die Politik und Innovationen, die von unten kommen. Und genau dazu hat der Gesundheitspreis in der Vergangenheit einen Beitrag geleistet und soll dies auch in Zukunft tun.

Ich wünsche den jetzt ausgezeichneten Projekten weiterhin viel Erfolg bei ihrer Arbeit. Ich bin sicher, dass sich ihre Modellprojekte und Konzepte in der Praxis durchsetzen und zur Bewältigung der steigenden Herausforderungen bei der gesundheitlichen Versorgung von alten Menschen, demenziell Erkrankten und von Schlaganfallpatienten beitragen werden. Mit dem vorliegenden G+G-Spezial wollen wir die prämierten Projekte einem möglichst großen Kreis bekannt machen. Ich wünsche Ihnen bei der Lektüre der Kurzbeschreibungen viel Freude und natürlich Anregungen für eigene Pläne und Ideen.

*Hans Jürgen Ahrens*

Dr. Hans Jürgen Ahrens  
Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes



INTERVIEW MIT GUDRUN SCHAICH-WALCH

## Integrierte Versorgung bietet neue Chancen

Beim Festakt zum Berliner Gesundheitspreis 2000 überreichte sie den Hauptpreis: Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit. G+G sprach mit ihr über die Probleme bei der Versorgung älterer Menschen.



Beim Festakt in Berlin (von links): Gudrun Schaich-Walch überreicht den Hauptpreis an Dr. Veit Wambach und Marius Greuß von „HomeCare Nürnberg“.

**G+G:** Mit dem Berliner Gesundheitspreis 2000 fördern die Ärztekammer Berlin und die AOK Projekte zur vernetzten Gesundheitsversorgung älterer Menschen. Woran hapert es denn bisher in diesem Bereich?

**Schaich-Walch:** Ein Hauptproblem unseres Gesundheitswesens ist die unzureichende Abstimmung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Wir stecken zwar viel Geld in unsere Gesundheitsversorgung, trotzdem bleiben den Deutschen weniger gesunde Jahre als den Franzosen, Schweden oder Spaniern. Die mangelnde Verzahnung führt also nicht nur zu Effizienzverlusten, sondern auch zu einer nicht optimalen Versorgung der Patienten. Das betrifft besonders ältere Menschen.

**G+G:** Wie wollen Sie das ändern?

**Schaich-Walch:** Wenn wir besser werden wollen, brauchen die Patientinnen und

Patienten einen zuverlässigen Ansprechpartner, der die unterschiedlichen Therapien koordinieren kann. Dazu braucht dieser Ansprechpartner einen Überblick über alle Behandlungen und Untersuchungen. Das gilt vor allem für ältere, kranke Menschen, die oft unter chronischen oder Mehrfacherkrankungen leiden. Ihre Zahl wird zunehmen. Wir müssen deshalb Konzepte finden, die eine optimale Betreuung dieser Menschen sicherstellen – nicht nur medizinisch, sondern auch pflegerisch und wirtschaftlich.

**G+G:** Also mehr Vernetzung ...

**Schaich-Walch:** Ja. Mit der Gesundheitsreform 2000 haben wir die Möglichkeit zur integrierten Versorgung geschaffen. Die Krankenkassen können ihren Versicherten eine abgestimmte Versorgung anbieten. Hierbei wirken Haus- und Fachärzte, ärztliche und nichtärztliche Lei-

stungserbringer, ambulanter und stationärer Bereich zusammen. Auch Maßnahmen zur medizinischen Reha und zur Gesundheitsförderung werden einbezogen. Von der integrierten Versorgung profitieren nicht nur Patienten. Für Ärzte bietet die Zusammenarbeit mit Kollegen, auch aus anderen Berufsgruppen, bessere Chancen auf einen Behandlungserfolg. Und der ist Voraussetzung für mehr berufliche Zufriedenheit.

Die rechtlichen Voraussetzungen für die integrierte Versorgung sind geschaffen. Jetzt geht es um die praktische Umsetzung. Der Berliner Gesundheitspreis 2000 zeigt, dass es bereits zahlreiche vielversprechende Ansätze gibt. Für mich zählt nicht die Rangfolge, sondern nur eines: Dass viele ältere Menschen von diesen Projekten profitieren, weil sie besser versorgt werden können. ♦

### WETTBEWERBSFELDER

Um die verschiedenen Probleme bei der Betreuung alter chronisch kranker Menschen berücksichtigen zu können, wurde der Berliner Gesundheitspreis 2000 thematisch unterteilt. Der Themenbereich „Alte und chronisch kranke alte Menschen“ umfasst Konzepte und konkrete Projekte, die sich insbesondere der Vermeidung von Krankheit, Verkürzung der Krankheitsphase sowie dem Management von Krankheits- und Behinderungsfolgen widmen. Die alten Menschen sollen so lange wie möglich unabhängig in ihrer häuslichen Umgebung leben können.

Im zweiten Bereich ging es um Projekte, die darauf abzielen, Behandlungs- und Versorgungsmaßnahmen für Patienten nach einem Schlaganfall zeitgerecht einzuleiten, um dauerhafte Folgeerkrankungen zu vermeiden. Wesentliches Kriterium ist die kontinuierliche Betreuung der Patienten und ihrer pflegenden Angehörigen, unter anderem durch systematische Versorgungsplanung oder Wohnumfeldverbesserung. Im dritten Themenbereich wurden Entwürfe prämiert, die dazu beitragen, diagnostische und therapeutische Defizite bei Patienten mit demenziellen Erkrankungen zu vermeiden und die Bezugspersonen der chronisch kranken alten Menschen entlasten.

HOME CARE NÜRNBERG

## Ein „virtuelles Altenheim“ als Anlaufstelle für Patienten und Profis

Das Praxisnetz Nürnberg-Nord (PNN) hat eine eigene Anlaufstelle für Pflegebedürftige und ihre Helfer geschaffen: HomeCare Nürnberg dient Leistungserbringern, Angehörigen und Senioren als Informations-Drehscheibe – ein virtuelles Altenheim im Dienste des Patienten.

Das Praxisnetz Nürnberg-Nord (PNN) ist ein Zusammenschluss von rund 140 Praxen. Eingebettet ins Netz ist inzwischen auch ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung. „HomeCare Nürnberg“ ist im Sommer 2000 ans Netz gegangen. Die Servicestelle koordiniert im PNN als „virtuelles Altenheim“ die Aktivitäten im Bereich Pflege und Altenhilfe. Als „Informations-Broker“ steht sie Patienten und Hilfesuchenden ebenso zur Verfügung wie Praxen, Krankenhäusern und Beratungsstellen außerhalb des PNN. Die Gesundheitspreis-Jury bescheinigt dem Modell Vorbildcharakter und vergab an Projekt und Träger den mit 25.000 Mark dotierten Hauptpreis.

### Unterstützung vom Ministerium

Das Praxisnetz Nürnberg-Nord baut in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern, Krankenkassen (darunter die AOK Bayern) sowie dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ein bundesweit einmaliges Verbundsystem auf. Das Ziel: Insbesondere chronisch kranken älteren Menschen soll eine umfassende medizinische, pflegerische und alltagspraktische Versorgung zur Verfügung stehen. Sie soll überdies effektiv und effizient sein.

Den PNN-Partnern geht es nicht nur um die bessere Organisation von Abläufen. Sie arbeiten auch inhaltlich eng zusammen. Dazu gehört zum Beispiel das Erarbeiten einheitlicher Leitlinien für den ambulanten und stationären Bereich. Sie sollen das häufig unabgestimmte Nebeneinander von niedergelassenen Medizinern, Kliniken und anderen Leistungser-

bringern beenden. Für Diabetes mellitus, Bluthochdruck und Asthma bronchiale gibt es bereits Behandlungsleitlinien; Leitlinien für Osteoporose, Depressionen Schmerztherapie und weitere Indikationen sollen folgen.

Die Netzkooperation ermöglicht eine über die Möglichkeiten der Einzelpraxis hinausgehende fachliche, örtliche und zeitliche Präsenz. Sie trägt auch dazu bei, medizinisch unnötige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Die PNN-Strukturen ermöglichen einen hausärztlichen Bereitschaftsdienst mit fachärztlichem Hintergrund ausserhalb der regulären Sprechzeiten. Bei bestimmten Indikationen holt der behandelnde Arzt vor der Einweisung seines Patienten in ein Krankenhaus die Zweitmeinung eines Kollegen ein.

Innerhalb des Netzes gibt es zudem standardisierte Kommunikationswege zwischen Haus- und Fachärzten und Krankenhaus. Sie ermöglichen es, dass Ärzte oder Therapeuten wissen, welche Untersuchungen oder Behandlungen ein Patient bereits hinter sich hat. Für Versicherte, die sich im Rahmen eines Modellprojektes der AOK – Die Gesundheitskasse für die Versorgung im PNN entschieden haben, übernimmt ein frei gewählter Koordinationsarzt Lotsenfunktion und steuert die Betreuung im Netz.

Zur Steuerung der Verbundprozesse gibt es neben „HomeCare“ für den Pflege- und Altenhilfebereich als zweite Säule die PNN-Netzleitstelle. Sie dient insbesondere als Informations- und Serviceeinrichtung zur Steuerung der medizinischen Versorgung des Praxisnetzes (Disease Management). Durch Verzahnung und Arbeitsteilung zwischen beiden Servicezentren wollen die PNN-Träger unnötige Doppelstrukturen bei Beratung und Information vermeiden, aber auch den so genannten „Beratungstourismus“ verringern. ♦

### Kontakt:

HomeCare Nürnberg/  
Praxisnetz Nürnberg-Nord  
Marius Greuß/Ulrike Blechschmidt  
Keßlerplatz 5  
90489 Nürnberg  
Tel. (0911) 59 75 770  
Fax (0911) 59 75 771  
E-Mail: homecare.nuernberg@t-online.de

## IM ALTER MEHR PFLEGE

Von den heute 82 Millionen Menschen in Deutschland sind nach Angaben des Statistischen Bundesamtes rund 21 Prozent 60 Jahre und älter. Hält die demografische Entwicklung an, stellen die über 60-Jährigen in zehn Jahren schon ein Viertel der Gesamtbevölkerung. Im Jahr 2040, so eine Prognose des Institutes für Bevölkerungsforschung, werden die Älteren bereits 37 Prozent der Bevölkerung ausmachen. Die Zahlen zeigen, vor welchen Herausforderungen die sozialen Sicherungssysteme stehen.

Nach der jüngsten Sterbetafel des Statistischen Bundesamtes (1996-1998) lebt ein heute 65-jähriger Westdeutscher durchschnittlich noch weitere 15 Jahre, eine

gleichaltrige Frau im Mittel fast knapp 19 weitere Jahre. In Ostdeutschland liegt die Lebenserwartung von Männern ab 65 Jahren bei weiteren 13 Jahren, die von Frauen gleichen Alters bei 18 Jahren. Die Ost-West-Daten gleichen sich nach den Erhebungen der Statistiker aber weiter an.

Mit steigendem Alter wächst das Risiko chronischer Erkrankungen und der Pflegebedürftigkeit: Für Männer und Frauen vor dem 60. Lebensjahr liegt das Risiko der Pflegebedürftigkeit nach Darstellung des Bundesministeriums für Gesundheit bei 0,5 Prozent. Zwischen 60 und 80 Jahren steigt das Risiko auf 3,5 Prozent. Menschen über 80 Jahren werden laut Statistik zu 28 Prozent pflegebedürftig.

LANDKREIS ODER-SPREE

## Senioren das selbständige Leben und Wohnen erleichtern

**Wie lassen sich die Altenhilfe-Angebote in einer Region besser vernetzen? Wie können sie stärker auf die Bedürfnisse betagter Bürger zugeschnitten werden? Der Landkreis Oder-Spree entwickelt im Rahmen eines Modellprojektes vielversprechende Antworten.**

Im brandenburgischen Landkreis Oder-Spree südöstlich von Berlin leben rund 197.000 Menschen auf 2240 Quadratkilometern Fläche. Vor allem für ältere und kranke Menschen sind die Wege oft beschwerlich weit. Um ihnen den Alltag zu erleichtern und so lange wie möglich und gewünscht ein selbständiges Leben in der eigenen Wohnung zu sichern, hat der Kreis ein engmaschiges Beratungsnetz entworfen. Die Jury des Gesundheitspreises hat das Modellprojekt zur Steuerung und Weiterentwicklung der gesundheitlichen und sozialen Altenhilfe im Landkreis Oder-Spree dafür mit dem zweiten Preis in Höhe von 20.000 Mark ausgezeichnet.

Knapp 21 Prozent der Einwohner des Kreises mit den Zentren Eisenhüttenstadt und Fürstenwalde sind älter als 60 Jahre. In zehn Jahren werden dieser Altersgruppe fast 23 Prozent angehören. Diese Prognose und eine detaillierte Umfrage zu Lebenssituation und -bedürfnissen der älteren Bürger veranlassten den Kreistag 1998 zur Aufstellung eines Altenhilfeplanes. Dessen Kernziele: Mehr Transparenz für die Bürger, Vernetzung von sozialen und medizinischen Versorgungsstrukturen, Koordinieren von Angeboten, Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe und eine Stärkung des ambulanten Bereiches.

### Ein Regisseur, viele Akteure

Für die Koordinierung aller Angebote und Gremien, die auf der Grundlage des Altenhilfeplanes bisher entstanden sind, sorgt eine zentrale Regiestelle. Sie ist angesiedelt bei der Kreisverwaltung in Beeskow, Träger sind die Seniorenheime des Landkreises. Die Regiestelle berät und

moderiert unter anderem Arbeitsgruppen, die sich mit den Themen Wohnen im Alter, ambulanter und stationärer Pflege oder der geriatrischen Versorgung befassen. In diesen Fachgremien arbeiten alle mit der Altenhilfe beschäftigten Ämter, Institutionen, die Träger der freien Wohlfahrtspflege und der Kreis-Seniorenbeirat zusammen.

### Berater kommen auch nach Hause

Von der Regiestelle wird zudem die Arbeit der kreisweit vier „Anlauf- und Beratungscenter“ (ABC) koordiniert. Die mit jeweils einer Vollzeitkraft besetzten ABC sind verschiedenen Wohlfahrtsverbänden angeschlossen. Die Bürger erhalten dort aber unabhängig vom Träger neutrale Auskunft über alle medizinischen und sozialen Einrichtungen und Angebote in der Region. Rat und Hilfe leisten die Berater im persönlichen Gespräch, telefonisch oder im Bedarfsfall auch bei einem Hausbesuch.

Alle Einrichtungen und Angebote sind in einem „Sozialen Adressbuch“ erfasst, das auch allen niedergelassenen Ärzten zur Verfügung steht. Die häufigsten Anfragen betreffen nach Angaben des Kreises neben Sozialleistungen Probleme mit der Wohnumgebung. In solchen Fällen hilft die Service- und Informationsstelle zur Wohnraumanpassung. Eine Innenarchitektin berät bei der alten- oder behindertengerechten Umgestaltung von Haus oder Wohnung, weiß Rat bei Finanzierungsfragen und unterstützt Bauträger bei Projekten für altengerechtes Wohnen. Die zentrale Regiestelle und die Berater in den Infozentren erfahren durch ihre Tätigkeit hautnah, wo älteren Menschen der Schuh

drückt. Wenn sie Mängel erkennen, geben sie dies an die Sozialplanung der Kreisverwaltung weiter. So wird das flächendeckende Altenhilfenetz Stück um Stück vervollständigt.

Natürlich spielt auch Geld eine Rolle. Kooperation, bessere Information der Bürger und die bessere Steuerung von Ressourcen können und sollen den Kreisetat und die anderen Kostenträger im Sozial- und Gesundheitswesen entlasten. Ob das gelingt, ist eine Fragestellung der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Modellprojekt. Effizienz und Effektivität werden ständig analysiert. Zudem gibt es einen lenkenden und beratenden Projektbeirat. Er besteht aus Vertretern des brandenburgischen Sozialministeriums, der Krankenkassen und der Sozialwissenschaft. Der Beirat prüft auch, ob sich das Oder-Spree-Modell auf andere Landkreise in Brandenburg übertragen lässt. ♦

### Kontakt:

Altenhilfekoordination im Landkreis Oder-Spree: Edith Puffpaff  
Liebknechtstraße 21/22  
15848 Beeskow  
Tel. (0 33 66) 35 14 03  
Fax (0 33 66) 35 14 04  
E-Mail: babett.lehmann@landkreis-oder-spree.de





## KOMPETENZMODELL HOFGEISMAR

## Den Älteren zeigen, dass sie gebraucht werden

**Warum sollen alte Menschen ihren Enkeln keine E-Mails schreiben oder im Internet surfen? Im nordhessischen Hofgeismar ist das dank Internet-Cafe für Senioren kein Problem. Das Tor zur Webwelt ist aber nur ein Mosaikstein im „Hofgeismarer Kompetenzmodell“.**

An dem Modell beteiligen sich inzwischen 17 ambulante und stationäre Einrichtungen und Selbsthilfegruppen sowie ehrenamtlich Tätige. Sie helfen alten Menschen, trotz alters- und krankheitsbedingter Einschränkungen weiter ein „bewegtes Leben“ zu führen. Mit der Vergabe des 3. Preises in Höhe von 15.000 Mark an das von der Evangelischen Altenhilfe koordinierte Projekt würdigte die Gesundheitspreis-Jury auch die starke Einbindung von Angehörigen in das Konzept.

Im Altkreis Hofgeismar mit einem Einzugsgebiet von mehr als 70.000 Menschen haben stationäre, teilstationäre und ambulante Leistungserbringer, Kirche, Diakonie und politische Gemeinde ein abgestuftes Netz von Angeboten geknüpft, das alte Menschen ganz nach ihren Bedürfnissen nutzen können. Maßstab für Gesundheit und Lebensqualität sind nicht allein gute medizinische Versorgung, abgestufte Rehabilitationsmöglichkeiten, häusliche Hilfe oder qualifi-

zierte Pflege. Das Kompetenzmodell setzt darauf, älteren Menschen möglichst lange das selbständige Leben zu ermöglichen und ihnen zu zeigen, dass sie gebraucht werden.

### Hilfe für Selbsthilfegruppen

Viele ältere Menschen engagieren sich ehrenamtlich in den Projekten, die vom Altenberatungszentrum (ABC) koordiniert werden. Sie helfen zum Beispiel im „Cafe Gesundbrunnen“, wo sich Jung und Alt treffen, oder im Internetcafe, das Ältere für Ältere betreiben. Die Mitarbeiter des ABC informieren über alle Fragen des Sozialrechts, vermitteln ambulante, teilstationäre und stationäre Pflege oder häusliche Hilfe, beraten bei der Wohnraumgestaltung und organisieren Vorträge und Freizeitangebote. Sie unterstützen auch Selbsthilfegruppen, wie zum Beispiel die Angehörigen von Demenzkranken oder Heimbewohnern.

Bei Krankheit stehen den alten Menschen in erreichbarer Nähe stationäre, teilstationäre und ambulante, klinische und rehabilitative Angebote zur Verfügung.

auch für den gerontopsychiatrischen Bereich. Stark hilfsbedürftige alte Menschen und Angehörige, die Entlastung brauchen, können auf Tages- und Kurzzeitpflege zurückgreifen. Damit stationäre und ambulante Betreuung optimal ineinander greifen, arbeiten niedergelassene Ärztinnen und Ärzte eng mit ihren Kollegen in den Krankenhäusern zusammen. Niedergelassene Mediziner können etwa für eine Woche im geriatrischen Spezialkrankenhaus hospitieren, zugleich gibt es wechselseitige Konsile.

Seit Anfang des Jahres kooperieren Krankenhäuser, Fach- und Hausärzte, Therapeuten und ambulante Dienste besonders intensiv bei der Behandlung von Schlaganfallpatienten: Nach zwei- bis dreitägiger Intensivbehandlung durch Spezialisten im Kreiskrankenhaus wird ein Patient zur Frührehabilitation ins Evangelische Krankenhaus Gesundbrunnen verlegt und dort therapeutisch betreut. Ist eine ausreichende Betreuung über Nacht und am Wochenende gesichert, folgt die Überweisung in die Tagesklinik und – sobald es möglich ist – die Rückkehr nach Hause. Dabei hilft dem Patienten unter anderem die „mobile Ergotherapie“.

Ein weiterer Schwerpunkt integrativer Gesundheitsversorgung sind abgestufte Hilfsangebote für demenziell Erkrankte und ihre Angehörigen – von ersten leichten Formen der Erkrankung mit Gedächtnis- und Orientierungsstörungen bis hin zur stationären und psychiatrischen Behandlung in Fällen fortgeschrittener und schwerer Erkrankung. Nach den positiven Erfahrungen mit dem erfolgreich umgesetzten, auf Dauer angelegten und finanziell abgesicherten „Hofgeismarer Kompetenzmodell“ soll das Projekt Schule machen. Als nächstes will die Evangelische Altenhilfe Gesundbrunnen das Modell auf die Region Bad Hersfeld übertragen. ♦

### Kontakt:

Evangelische Altenhilfe  
Gesundbrunnen e.V., Hofgeismar  
Leitender Pfarrer Martin Schindehütte  
Brunnenstraße 23  
34369 Hofgeismar  
Tel. (05671) 88 22 00  
Fax (05671) 88 22 11  
E-Mail: LtdPfr.Schindehuette@t-online.de  
Internet: www.gesundbrunnen.org



**VERBUND CHARLOTTENBURG**

# Hand in Hand für den Patienten

**Gemeinsam stark: Im Berliner Bezirk Charlottenburg kooperieren mehrere Einrichtungen intensiv miteinander, um die pflegerische und medizinische Versorgung alter Menschen zu verbessern – ein Modell mit Zukunft.**

Der **Gerontopsychiatrisch-Geriatriische** Verbund (GPV) Charlottenburg-Wilmersdorf ist ein Zusammenschluss ambulanter, teilstationärer, stationärer und komplementärer Einrichtungen der Altenhilfe. Zu den ursprünglichen Initiatoren zählen das Max-Bürger-Zentrum (Klinik für Alterspsychiatrie, stationäre Pflege), der Verein für Integrative Therapeutische Angebote VITA (Tagesstätte, Betreutes Wohnen), das Bezirksamt Charlottenburg, Abteilung Soziales und Gesundheit (Sozialpsychiatrischer Dienst, Plan- und Leitstelle, Betreuungsbehörde) und die FU Berlin, Abteilung Gerontopsychiatrie. Die Verbundpartner haben sich zu einer qualifizierten, interdisziplinären Zusammenarbeit verpflichtet, um körperlich und psychisch kranke ältere Bürger des Großbezirks bedürfnisgerecht versorgen und deren Angehörige unterstützen zu können: Die Jury würdigt das mit einem Sonderpreis in Höhe von 10.000 Mark.

**Aus einem Modellprojekt wurde mehr**

Das Projekt ist aus einem dreijährigen Modellversuch des Bundesgesundheitsministeriums hervorgegangen: Die Gesamtkosten lagen bei knapp 1,2 Millionen Mark, wovon die Verbundpartner 30 Prozent selbst beisteuerten. Nach Auslaufen der Fördermittel finanzieren die Beteiligten die Verbundarbeit seit Juli 2000 durch eigene Beiträge. Die Verbundpartner haben durch intensive Zusammenarbeit mit den Verbundkoordinatorinnen eine Struktur geschaffen, auf der der weitere Ausbau des Projektes aufbauen kann:

- Ein Versorgerhandbuch, das jedem Mitglied des Verbundes und interessierten

niedergelassenen Ärzten zur Verfügung steht, enthält alle wichtigen Informationen und Angebote der Verbundpartner. Es ermöglicht einen raschen Überblick über das Versorgungsangebot im Bezirk und erleichtert die Kontaktaufnahme untereinander.

- Ein Fortbildungsprogramm von Verbundpartnern für Verbundpartner bietet kostenfreie Fortbildungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der teilnehmenden Einrichtungen, auch zu geriatrischen Themen.
- Fortbildungen können praktisch ergänzt werden durch Hospitationen in Partner-einrichtungen und beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK).
- Die einmal monatlich tagende Fallkonferenz bietet Mitarbeitern unterschied-

licher Berufsgruppen und Einrichtungen Gelegenheit, sich kollegial über Patienten/Heimbewohner auszutauschen und nach Lösungen zu suchen.

- In träger- und berufsübergreifenden Arbeitsgruppen, die zeitlich befristet und zielorientiert tätig sind, werden Qualitätskriterien und -standards entwickelt und zu einem Qualitätsleitfaden zusammengefasst. Sie definieren die Versorgungsqualität innerhalb des Verbundes und geben Handlungsanweisungen für ihre Umsetzung, zum Beispiel zu einheitlicher Dokumentationsweise und Patientenüberleitung.
- Ein Gremium „Öffentlichkeitsarbeit“ unterstützt die interne und externe Verbreitung der Verbundidee.

Auch wenn das Netz schon jetzt trägt: Die bisherigen Verbundpartner sind auf der Suche nach weiteren Kooperationspartnern. Eine Bündelung der Kräfte und der gemeinsame Einsatz für körperlich und psychisch kranke alte Menschen ist gerade in Zeiten knapper Mittel nötiger denn je. ♦

**Kontakt:**

Gerontopsychisch-geriatriischer Verbund Charlottenburg-Wilmersdorf  
Doreen Röseler  
Sophie-Charlotten-Str. 113  
14059 Berlin  
Tel. (030) 32 05 10 54  
Fax (030) 32 05 10 55

**PFLEGEBEDÜRFTIGE IN DEUTSCHLAND**

	zu-sammen	Pfleigestufe			bisher ohne Zuordnung	Anteil an Pflegebedürftigen insgesamt in %
		I	II	III <sup>1)</sup>		
Pflegebedürftige zu Hause versorgt davon allein durch Angehörige <sup>2)</sup>	1.444.807	750.769	536.630	157.408	-	72
durch ambulante Pflegedienste	1.027.591	559.603	370.517	97.471	-	51
Pflegebedürftige in Heimen	417.216	191.166	166.113	59.937	-	21
Pflegebedürftige insgesamt	575.315	177.263	249.988	128.583	19.483	28
	2.020.122	928.032	786.616	285.991	19.483	100

Stand: Ende 1999 (vorläufige Angaben des Statistischen Bundesamtes)

<sup>1)</sup> Einschließlich Härtefälle

<sup>2)</sup> Entspricht den EmpfängerInnen von ausschließlich Pflegegeld nach Paragraph 37 Sozialgesetzbuch (SGB) XI. EmpfängerInnen von Kombinationsleistungen nach Paragraph 38 SGB XI sind nicht hier, sondern bei den ambulanten Pflegediensten enthalten.

NETZWERK IM ALTER

# Standards für die Helfer, Qualität für den Patienten

Wie lassen sich die Schnittstellen zwischen Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege gezielt überwinden? Das Berliner Projekt „Netzwerk im Alter“ sucht nach Lösungen mit System – im Interesse der Helfer und der Patienten.

Das Projekt „Netzwerk im Alter“ wird zurzeit im Berliner Stadtbezirk Pankow, Prenzlauer Berg und Weißensee realisiert. Träger ist der 1984 gegründete und seit 1992 auch in der Altenarbeit vieler Berliner Stadtbezirke aktive Verein Albatros e.V.. Ihm geht es darum, Eigeninitiative zu fördern und vor Ort vorhandene Ressourcen und Kompetenzen zu bündeln. In dem mit einem Sonderpreis (10.000 Mark) prämierten Projekt arbeiten unter anderem mit: Fachleute aus Kliniken, Vertragsärzte, therapeutische Praxen, Sozialdienste der Krankenhäuser und der Bezirksämter, Psychiatriekoordinatoren, Fachleute der Krankenkassen, Pflegedienste, Mitarbeiter der Seniorenvertretung und Selbsthilfegruppen, Fachpersonal aus Heimen, Tageskliniken und Tagespflegestätten.

### Bessere Koordination im Visier

Sie erstellen in Arbeitsgruppen (zurzeit zu den Bereichen Fallmanagement, Überleitungssystem, Qualifizierung/Fortbildung, Informationsmanagement und Verbraucherunterstützung) ein verbindliches System für bessere Kooperation und Koordination ihrer Tätigkeiten. Ziel ist, die Lebens- und Versorgungsqualität älterer, insbesondere älterer Menschen mit chronischen und gravierenden Krankheiten (Demenz, Schlaganfall), aber auch die Arbeitsbedingungen hauptberuflicher Helfer und Angehöriger zu verbessern.

Zugleich sollen Patienten und Nutzer in die Lage versetzt werden, sich aktiv und kritisch an der Verbesserung sozialer und gesundheitlicher Dienstleistungen zu beteiligen. Die Netzwerker wollen deshalb

auch für mehr Markttransparenz sorgen. Ein wichtiger Baustein dazu ist die vom Projekt-Träger Albatros e.V. entwickelte Berlin-weite Info-Datenbank „Hilfe-Lotse“. Der Hilfe-Lotse ist ein Informations- und Auskunftssystem, das die Daten aller Anbieter von sozialen, gesundheitlichen und „alltagsweltlichen“ Dienstleistungen für ältere und pflegebedürftige Menschen im Nordosten Berlins enthält. Möglich sind kombinierte Suchabfragen nach geeigneten Institutionen (z.B. Beratungsstellen), speziellen Zielgruppen (z.B. Schlagan-

fallpatienten) oder Dienstleistungen (z.B. Hilfsmitteltraining).

Als Anschlag für das Gesamtprojekt werden zwei Stellen für das Projektmanagement für einen begrenzten Zeitraum durch das Bundessenorenministerium im Rahmen des Modellprogramms „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ finanziert. Das „Netzwerk im Alter“ arbeitet eng mit vergleichbaren Projekten zusammen, insbesondere mit dem ebenfalls mit dem Berliner Gesundheitspreis 2000 prämierten Projekt „HomeCare Nürnberg“. Ziel ist es, gemeinsam Erfahrungen, Ergebnisse und Vorschläge in den Fachdiskurs einzubringen und den Sozialleistungsträgern, Fachverbänden und politisch Verantwortlichen zu präsentieren und auf ihre Umsetzung hinzuwirken. ♦

**Kontakt:**

Albatros e.V.  
 „Netzwerk im Alter“  
 Juliane Pfeffer, Gabriela Seibt  
 Amalienpark 7  
 13187 Berlin  
 Tel. (030) 47 48 87 71  
 Fax (030) 47 48 87 72  
 E-Mail: kontakt@netzwerkimalter.de

DEMENTZKRANKE IN DEUTSCHLAND



In Deutschland leben nach Schätzung der Deutschen Alzheimer Gesellschaft bis zu 900.000 demenzkranke Menschen. Fast 200.000 Neuerkrankungen kommen jährlich hinzu. Bleibt ein Durchbruch in Prävention und Therapie aus, ist in den nächsten 40 Jahren mit einem Anstieg der Krankenzahlen auf bis zu 1,4 Millionen zu rechnen. Bei weiter steigender Lebenserwartung sind nach Expertenmeinung auch deutlich höhere Zuwächse möglich. Die AOK fordert Verbesserungen bei Frühdiagnose und Therapieangeboten. Quelle: AOK-Mediendienst

Foto: Photodisk



STADT DIETZENBACH

## Ein Netz, das trägt – bis ins hohe Alter

Die südhessische Stadt Dietzenbach hat rund 34.000 Einwohner.

Die Zahl älterer und hochbetagter Menschen steigt überproportional. Auf diese Entwicklung hat die Kommune mit dem Aufbau der Fachstelle „Städtische Seniorenarbeit“ reagiert.

**Die Fachstelle** koordiniert alle örtlichen Angebote zur Versorgung und Betreuung älterer Bürger. Angesichts der demografischen Entwicklung bemüht sich die Stadt, Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass ältere Menschen möglichst lange selbständig leben können. Dazu gehört der Ausbau des Angebotes an ambulanten Diensten, das Schaffen von altersgerechtem Wohnraum oder neuen Formen betreuten Wohnens und zwar für alle Einkommenschichten – eine Initiative, die die Jury mit einem Sonderpreis in Höhe von 10.000 Mark würdigte.

Bei generationenübergreifenden Projekten, der Förderung ehrenamtlichen Engagements und vielen kulturellen und sportlichen Angeboten kann sich die Kommune auf großes Bürgerengagement stützen: So ergänzt zum Beispiel die gemeinnützige Seniorenhilfe Dietzenbach e.V. mit ehrenamtlichen Nachbarschaftshilfen, Gemeinschaftsaktivitäten, dem Projekten „Alt hilft Jung“ oder der Hospizarbeit die professionellen Angebote der Stadt und anderer Träger.

### Case Management im Einzelfall

Spätestens mit der Einführung der Pflegeversicherung ist eine vielfältige und teilweise undurchschaubare Anbieterstruktur gewachsen. Kompliziert gestaltet sich auch die unterschiedliche Zuständigkeit von Kostenträgern. Dies erfordert die Schaffung eines umfassenden Case Managements im Einzelfall, das ein auf den Bedarf des Einzelnen abgestimmtes „Hilfepaket“ schnürt, die Umsetzung begleitet und die Wirksamkeit der Hilfen überprüft.

Genau dies leistet die von der Stadt geschaffene Expertenstelle für Case Management: Im Interesse der Hilfebedürftigen müssen dabei zahlreiche Fäden aus unterschiedlichsten Bereichen zusammengezogen werden. Im Vordergrund steht, dass die entsprechenden individuellen Hilfen es den Betroffenen ermöglichen, solange wie möglich zu Hause leben zu können. Die Palette reicht von persönlichen Hilfen, der Vermittlung und Koordination hauswirtschaftlicher und pflegerischer Dienstleistungen inklusive Beratung bei der Wohnraumanpassung über rehabilitative Angebote – auch teilstationär – bis hin zur Suche eines geeigneten Pflegeplatzes. Dazu gehört auch die Abklärung der unterschiedlichsten Finanzierungsmöglichkeiten.

### Gezielte Hilfen für Ausländer

Künftig will sich der Magistrat der Stadt Dietzenbach verstärkt um ein auch andernorts wachsendes Problem kümmern: Rund ein Drittel der Bevölkerung der südhessischen Stadt sind ausländische Mitbürger, die zum Großteil für immer in Deutschland bleiben. Viele sind bereits pflegebedürftig. Sie nehmen aber fast ausschließlich Geldleistungen der Pflegeversicherung in Anspruch, weil sprachliche und kulturelle Schranken eine umfassende Betreuung erschweren. Hier werden Ansatzpunkte für ein neues Projekt gesehen.

Um das familiäre Pflegepotenzial zu stützen, soll ein Modell muttersprachliche Beratung bieten sowohl in Einzelanleitung und Kursen als auch mit einem „Nachbarschaftsfernsehen für Ausländer“. Hierbei soll ehrenamtliches Engagement der ausländischen Mitbürger einbezogen werden.

### Unterstützung bei Depressionen

Um den vielen Menschen mit Altersdepressionen besser helfen zu können, sollen die wissenschaftlich entwickelten Gruppenprogramme zur Behandlung durch Verhaltenstherapie in Zusammenarbeit mit Fachärzten und -therapeuten in einem Modellvorhaben erprobt werden. Ebenfalls einbezogen werden soll die mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben oft verbundene depressive Phase/Erkrankungen. ♦

### Kontakt:

Magistrat der Stadt Dietzenbach  
Abteilung Seniorenarbeit  
Mathilde Al-Dogachi, Dagmar Altenburg  
Siedlerstraße 66  
63128 Dietzenbach  
Tel. (060 74) 420 77  
Fax (060 74) 455 70  
E-Mail: stadt@dietzenbach.de



WESTWIND

## Dem Schlag ein Schnippchen schlagen

**Wer im Kreis Dithmarschen einen Schlaganfall erleidet, kann auf professionell abgestimmte Hilfe zählen. Rund um die Klinik für Frührehabilitation und Geriatrie am Westküstenklinikum Heide ist ein alle Bereiche übergreifendes Betreuungsnetz entstanden.**

Mit Unterstützung des Kreises haben die Beteiligten ein regionales Konzept für die Schlaganfallversorgung entwickelt und realisiert. Es schließt alle Phasen von der Vorbeugung über die Akutbehandlung und verbesserte Notfallversorgung bis zur Reha und Langzeitversorgung ein. Die Jury des Berliner Gesundheitspreises hat das Projekt „Westwind – Modell einer multiprofessionellen, integrierten indikationsspezifischen Patientenversorgung am Beispiel des Schlaganfalls im Kreis Dith-

marschen“ mit einem einen Sonderpreis in Höhe von 10.000 Mark ausgezeichnet.

Mit Unterstützung der Stiftung Schlaganfall und von Selbsthilfegruppen gelang es im Kreis Dithmarschen (Schleswig-Holstein), in der Öffentlichkeit die Aufmerksamkeit für den Schlaganfall als medizinischen Notfall zu wecken. Durch das Zusammenspiel der Berufsgruppen beginnt für Schlaganfallopfer am ersten Tag der Akutbehandlung die Frührehabilitation – beste Voraussetzung, um Spätfolgen für die Patienten so weit wie möglich zu verhindern.

### Alle ziehen an einem Strang

Einbezogen sind zukünftig in das Schlaganfallnetz die beiden Krankenhäuser des Kreises Dithmarschen, das Westküstenklinikum Heide und die Westküstenklinik Brunsbüttel, die Krankenkassen und ihr medizinischer Dienst, das „Medizinische Qualitätsnetz Westküste“ mit einer Vielzahl niedergelassener Ärzte, insbesondere Hausärzte, der arbeitsamtsärztliche Dienst, niedergelassene Therapeuten, Pflegeeinrichtungen und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie der Landfrauen, des DRK und der Diakonie. Die Klinik für Frührehabilitation und Geriatrie des Westküstenklinikums Heide ist die informelle Schnittstelle des Schlaganfallnetzes. Sie ist auf verschiedenen Ebenen in Programme zur Qualitätssicherung einbezogen.

So weit, so gut. Doch was haben sich die Beteiligten für die Zukunft vorgenommen? Hier einige Beispiele:

- Aufbau eines flächendeckenden Netzes für Schlaganfall-, Selbsthilfe- und Rehasportgruppen einschließlich Rehasport

durch ausgebildete Therapeuten.

- Aufbau eines Netzes von nachklinischen Fördereinrichtungen für Rehabilitation, Pflege und Prävention auf der Grundlage eines freiwilligen Zusammenschlusses der Beteiligten.
- Aufbau eines Kooperationsnetzes von in der Geriatrie qualifizierten Hausärzten mit abgeschlossener zertifizierter Seminarweiterbildung „Ambulante Geriatriische Rehabilitation“ nach den Vorgaben der Landesärztekammer Schleswig-Holstein, des Berufsverbandes der Allgemeinmediziner und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie.
- Erprobung eines wissenschaftlich begleiteten Modellprojekts „Ambulante Geriatriische Rehabilitation“ mit dem Schwerpunkt der Schlaganfallnachsorge in Zusammenarbeit mit geriatrisch qualifizierten Hausärzten und Therapeuten.
- Realisierung eines umfassenden regionalen Präventionsprogramms unter Einbindung der Teilnehmer des Schlaganfallnetzes sowie der regionalen Medien. ♦

### Kontakt:

Projekt „Westwind“

Modell einer multiprofessionellen, integrierten indikationsspezifischen Patientenversorgung am Beispiel des Schlaganfalls im Kreis Dithmarschen.

Dr. med. Thomas Stamm

Chefarzt der Klinik für Frührehabilitation und Geriatrie

Westküstenklinikum Heide

Esmarchstraße 50

25746 Heide

Tel. (04 81) 785 22 01

Fax (04 81) 785 22 09

E-Mail: [tstamm@wkk-hei.de](mailto:tstamm@wkk-hei.de)

Internet: [www.westkuestenklinikum.de](http://www.westkuestenklinikum.de)

### SERVICE

Weitere Informationen zum Berliner Gesundheitspreis sind erhältlich bei: Geschäftsstelle des Berliner Gesundheitspreises  
Rungestraße 3-6  
10179 Berlin  
Tel. (030) 25 31 13 30  
Fax: (030) 25 31 10 00  
E-Mail:  
[berliner.gesundheitspreis@bv.aok.de](mailto:berliner.gesundheitspreis@bv.aok.de)



UNI HAMBURG

## Bewährte Bausteine vernetzen und ausbauen

Das Institut für Medizin-Soziologie der Universität Hamburg hat ein übergreifendes Modell zur vernetzten Versorgung alter Menschen erarbeitet: Viele Einzelbausteine sollen sich zu einem neuen Ganzen fügen und Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung erhöhen.

**Viele alte** hilfebedürftige Menschen erhalten eine Versorgung, die weder ihren individuellen Bedürfnissen noch dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand entspricht. Gründe dafür sind Unüberschaubarkeit und mangelnde Verknüpfung von Angeboten und deren Finanzierung. Die Folgen: Medizinisch unnötige Klinikaufenthalte, nicht gewünschter Heimeinzug, Vereinsamung, mangelnde soziale Unterstützung.

Mit dem „Hamburger Modell zur vernetzten Versorgung“ will der Arbeitsschwerpunkt Sozialgerontologie im Institut für Medizin-Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) zusammen mit den Kooperationspartnern aus der Praxis diesen negativen Konsequenzen entgegensteuern. Das Konzept beinhaltet eine Zusammenführung von bereits in Stadtteilarbeit erprobten und bewährten Bausteinen. Es ist gegliedert in die Bereiche „Strukturelle Vernetzung im Gemeinwesen“ (Care Management) und „Vernetzung im Einzelfall“ (Case Management).

### Management gefragt

Bei den Bausteinen zum Care Management handelt es sich um Arbeitskreise, Wegweiser durch die lokalen Angebote für ältere Menschen (Broschüren, Internet), öffentliche Foren für Altersfragen, trägerübergreifendes Sprechstundenangebot sowie berufs- und sektorübergreifende Weiterqualifizierungsformen. Für den Bereich des Case Managements – in enger Zusammenarbeit mit dem Hausarzt – lassen sich beispielhaft folgende Bausteine nennen, die in enger Zusammenarbeit mit dem Hausarzt umgesetzt werden: Screening und Assessment, multidisziplinäre Teamsitzungen mit Fallbesprechungen

beim Hausarzt, Überleitungsbögen/Patienten-Begleitbücher, Angebote zur Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger sowie Begleit- und Besuchsdienste. Die Zusammenführung der Bausteine zu einem Vernetzungsansatz hat eine patientenorientierte, ökonomische und effiziente Versorgung älterer Menschen durch Optimierung der Ressourcen und eine Systemgrenzen überwindende Zusammenarbeit zum Ziel.

Da die meisten der beschriebenen Bausteine sich bereits über zum Teil mehrere Jahre bewährt haben, bedarf es jetzt einer Erprobung des kombinierten Systems von Care und Case Management in einer Versorgungsregion sowie einer Gesamtevaluation, die fokussiert ist auf die Akzeptanz und Zufriedenheit der Patienten und ihrer Angehörigen, die Mitarbeiterzufriedenheit und die Evaluation der Health Outcomes unter Berücksichtigung der ökonomischen Aspekte.

Zur Implementierung des Konzeptes ist als nächster Schritt ein Workshop anzustreben, bei dem der vorgestellte Ansatz zur Vernetzung, eventuelle Modifikationen, die Akzeptanz sowie Kostenfragen diskutiert werden können. Als Teilnehmer ist in erster Linie an Leistungsanbieter und Kostenträger zu denken, aber auch an Betroffenenorganisationen sowie die Forschung. ♦

### Kontakt:

Institut für Medizin-Soziologie der Uniklinik Hamburg-Eppendorf, Dr. Hanneli Döhner, Martinistr. 40, 20246 Hamburg  
Tel. (040) 42 80 34 528  
Fax (040) 42 80 34 056  
E-Mail: doehner@uke.uni-hamburg.de  
Internet: [www.uke.uni-hamburg.de/institute/medizinsoziologie/index.de.html](http://www.uke.uni-hamburg.de/institute/medizinsoziologie/index.de.html)

### DIE JURY

Die Jury des „Berliner Gesundheitspreises 2000“ setzt sich aus namhaften Persönlichkeiten der Gesundheitspolitik, Wissenschaft und Praxis zusammen. Die Mitglieder sind:

**Dr. Jürgen Bausch,**  
Ehrevorsitzender der  
Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

**Prof. Dr. Peter Helmich,**  
vormals Lehrstuhl für Allgemeinmedizin  
an der Universität Düsseldorf

**Dr. Günther Jonitz,**  
Präsident der Ärztekammer Berlin

**Erwin Jordan,**  
Staatssekretär a.D. im Bundesministerium  
für Gesundheit

**Peter Kirch,**  
alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates  
des AOK-Bundesverbandes

**Klaus Kirschner,**  
SPD-Bundestagsfraktion, Vorsitzender des  
Gesundheitsausschusses des Bundestages

**Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei,**  
Sachverständigenrat für die Konzertierte  
Aktion im Gesundheitswesen, Fachhochschule  
Braunschweig-Wolfenbüttel

**Prof. Dr. Hans-Peter Meier-Baumgartner,**  
Ärztlicher Direktor Albertinen-Haus  
Medizinisch-Geriatrie Klinik Hamburg

**Wolfgang Metschurat,**  
alternierender Vorsitzender des  
Verwaltungsrates der AOK Berlin

**Gert Nachtigal,**  
Verwaltungsratsvorsitzender des  
AOK-Bundesverbandes

**Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz,**  
Vorsitzender des Sachverständigenrates für  
die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen,  
Medizinische Hochschule Hannover

**Horst Seehofer,**  
stellvertretender Vorsitzender der  
CDU/CSU-Bundestagsfraktion



**WETTBEWERBSFELD****„ALTE UND CHRONISCH KRANKE ALTE MENSCHEN“****Koordinierte Entlassung von pflege- und hilfebedürftigen Patienten**

Ausgehend von der zunächst organisationsinternen Sicherstellung eines standardisierten Informationsaustausches durch eine gezielte Entlassungsplanung soll in diesem Projekt im zweiten Schwerpunkt die Vernetzung des Hauses mit ambulanten Pflegediensten, Hausärzten und Pflegeheimen stattfinden. Eine berufsübergreifende Kommunikation und Kooperation an den Schnittstellen der Versorgung soll durch Koordinationsstellen sichergestellt werden.

*Kontakt: Städt. Krankenhauserneuerung München-Neuperlach, Akademisches Lehrkrankenhaus, Helmut Windolf, Tel.: (089) 6794 2459, E-Mail: e\_sauermoser\_kmn@compuserve.com*

**Ganzheitliche Betreuung und medizinische Therapie geriatrischer Patienten**

Bei dem Projekt handelt es sich um eine Studie, die modellhaft die Versorgung geriatrischer Patienten im Hamburger Stadtgebiet neu entwickelt und wissenschaftlich begleitend evaluiert. Grundgedanken: die bestehenden Strukturen nutzen, den Hausarzt als Lotsen im Gesundheitssystem mit einem geriatrischen Screening versehen, bedarfsorientiertes, geriatrisches Assessment bzw. obligates Demenz-Assessment, sowie fachliche Sozialberatung durch Einheiten des geriatrischen Zentrums anbieten. Darüber hinaus soll der Wissenstransfer verbessert und größerer Transparenz zwischen den Berufsgruppen erreicht werden. *Kontakt: Albertinen-Haus Hamburg, Zentrum für Geriatrie, Ulrike Dapp, Tel.: (040) 55 811871, E-Mail: forschung@albertinen.de*

**Heidelberger Initiative zur Prävention hüftnaher Frakturen im Alter (HIP)**

Mit diesem Projekt soll ein Netzwerk für die Vermittlung und Durchführung von Maßnahmen zur Sturz- und Frakturprävention im Alter aufgebaut werden. Idee der Heidelberger Initiative ist, durch Wissenstransfer des klinisch-universitären Bereichs in den ambulanten und kommunalen Sektor, die Prävention zu stärken. Die Sturzprävention im ambulanten Bereich soll durch den Einsatz von Beratern erreicht werden.

*Kontakt: Bethanien Krankenhaus, Geriatriisches Zentrum, Dr. Norbert Specht-Leible, Tel.: (06221) 319405, E-Mail: nspechtleible@web.de*

**Geriatrische Schwerpunktpraxis: ein Vernetzungsmodell zwischen Klinik-/Haus- und Fachärzteschaft sowie Pflege, Reha und sozialen Diensten**

Eine Geriatrische Schwerpunktpraxis soll räumlich in einer Münchner Klinik eingebunden werden. Alle Patienten über 65 Jahre (außer Notfälle) im Einzugsgebiet der Klinik werden hier zuerst vorstellig und mittels umfassendem geriatrischen Assessment sowie bei Bedarf auch durch Demenz-Assessment, untersucht. Weiterhin wird der Patient durch ein Case Management nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ betreut. *Kontakt: Dr. med. Günther Schmitt, Tel.: (089) 7901-590*

**Sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung in der Region Augsburg**

Ziel des Modellprojektes ist eine Optimierung der Versorgung und des Mitteleinsatzes durch ein aufeinander abgestimmtes Vorgehen in Augsburg. Gefördert werden soll die fach- und berufsübergreifende Zusammenarbeit von niedergelassenen Praxen und Krankenhäusern. Gleichfalls sollen moderne Versorgungsstrukturen unterstützt werden. Ziel ist auch die Erprobung finanzieller Möglichkeiten neuer Steuerungsformen.

*Kontakt: Social invest consult gGmbH, Susanne Schäfer-Walkmann, Tel.: (0821) 22 7990, E-Mail: kontakt@social-invest-consult.de*

**Altenhilfstrukturen der Zukunft**

Ziel dieses Modellprojektes ist die Vernetzung und Koordinierung geriatrischer Leistungssektoren zur Behebung von Schnittstellenproblemen in der ambulanten und stationären Versorgung älter Menschen. Die Koordinierungsstelle soll eine optimale Begleitung und Versorgung bei Entlassung aus einer geriatrischen Rehabilitationsklinik sicherstellen. Eine weitere Zielsetzung ist die Prävention: Durch ein zeitnahes Eingreifen soll einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes bei älteren Menschen entgegengewirkt werden.

*Kontakt: Geriatrisches Netzwerk Dresden, Koordinierungsstelle: Frank Dzingel, Tel.: (0351) 8976-270*

**Wohnortnahe Vernetzungsmodell zur Verbesserung der Behandlung geriatrischer Patienten im Großraum Hildesheim**

Ziel des Projektes ist die Anschlussbetreuung von geriatrischen Patienten zu Hause nach stationärem Aufenthalt. Damit soll verhindert werden, dass das in der Rehabilitation vom Patienten Erlernte durch ungenügenden Praktizieren wieder verlernt wird. Ein schnelles Einleiten von Versorgungs- und Behandlungsmaßnahmen sichert eine möglichst langen Verbleib in der häuslichen Umgebung.

*Kontakt: Fachkrankenhaus für Geriatrie, Salze Klinik I, Dr. med. Hans-Thomas Hildebrand, Tel.: (05063) 47 1140, E-Mail: Hildebrand-burgdorf@t-online.de*

**Qualifizierungskonzept für die vernetzte Gesundheitsversorgung im Land Bremen**

Innovative Lösungsansätze sollen die Qualifizierung von Mitarbeitern fördern: Sie sollen in die Lage versetzt werden, dem wachsenden Bedarf an vernetzten und integrierten Versorgungsformen sowie Arbeitsanforderungen im Bereich der gesundheitlichen und sozialpflegerischen Versorgung zu entsprechen. Nach einer Bestandsaufnahme der Mängel in der Zusammenarbeit werden Qualifikationswege aufgezeigt, die eine Vernetzung verbessern könnten.

*Kontakt: Freie Hansestadt Bremen, c/o Fachhochschule OOW, Prof. Dr. Karin Luckey, Tel.: (04921) 8071-210, E-Mail: luckey@perseus.fho-emden.de*

**Konzeption zur Ausführung eines Geriatriezentrums**

Ein Geriatriezentrum ist ein komplexes Angebot für gesunde, kranke, behinderte alte Menschen. Es umfasst die gesamte Bandbreite vom Wohnen über Therapien bis hin zu verschiedenen Formen der Pflege. Hauptziel des Projekts ist die Schaffung eines gegliederten, in sich abgestimmten Systems zur psychosozialen und medizinischen Versorgung im Alter.

*Kontakt: Median Klinik für Geriatrie und Rehabilitation, Dr. med. Christian Zippel, (030) 94 012630, E-Mail: zip.bai@t-online.de*

**WETTBEWERBSFELD****„PATIENTEN MIT DEMENTIELLEN ERKRANKUNGEN“****Projekt einer gerontopsychiatrischen Ambulanz für den Kreis Rendsburg-Eckernförde**

Durch Zusammenschluss niedergelassener Ärzte (MQR), Anbietern sozialer Dienstleistungen und dem Kreiskrankenhaus Rendsburg soll die ambulante gerontopsychiatrische Grundversorgung sichergestellt werden. Integriert ist die individuelle Beratung von Angehörigen und Pflegediensten. Ziel des Projekts ist, die verschiedenen Leistungssektoren für eine optimale Versorgung gerontopsychiatrischer Patienten zusammenzufassen. Im Mittelpunkt steht die Qualitätsverbesserung in der Versorgung unter weitestmöglicher Erhaltung des sozialen Umfeldes für die Patienten und deren Angehörige.

*Kontakt: Gerontopsychiatrie-Netz GmbH, Stefan Reimers, Tel.: (04331) 2009040*

**Versorgung und Integration älterer Menschen in einer Dorfgemeinschaft**

Mit dem Projekt soll die Situation von demenziell erkrankten Menschen und ihrer betreuenden Angehörigen in der Region verbessert werden. Es sollen neue Versorgungsangebote (Betreuungsgruppe und Selbsthilfegruppe) aufgebaut, ein unterstützendes Netzwerk in der Gemeinde geschaffen, das Engagement für die Demenzzkranken aktiviert sowie der Aufbau einer integrierten Versorgung für gerontopsychiatrisch Erkrankte in der Region vorangetrieben werden.

*Kontakt: Pflegezentrum St. Verena, Herbert Schuhmacher, (07731) 934 3100, E-Mail: St.Verena@t-online.de*

**Pflege und Langzeitbetreuung dementer Patienten**

Das Gerontopsychiatrische Zentrum des Universitätsklinikums Essen als Teil eines Netzwerkes übernimmt die medizinische Betreuung gerontopsychiatrischer Patienten mittels Leistung der Erstdiagnose, Therapieeinleitung und Überwachung der Langzeittherapie unter Einbeziehung der Angehörigen. Die Ziele sind Patientenorientierung, optimale Förderung und Erhalt der Patientenressourcen, Verbesserung der Betreuungseffizienz und Qualität.

*Kontakt: Rheinischen Kliniken Essen, Dr. Markus Jüptner, (0201) 722 72 68, E-Mail: markus.jueptner@uni-essen.de*

**Vernetzung von entlastenden Angeboten für Angehörige von demenziell erkrankten Menschen**

Das Projekt zielt auf die Entlastung der Angehörigen demenziell erkrankter Menschen. Dies soll durch die Zentrierung und Koordinierung von Informationen über Entlastungsangebote und Schulungen vor Ort für bzw. mit den Angehörigen erfolgen. Auf der Basis eines Alzheimer-Trainings-Zentrums hat die Samariterstiftung hierzu eine Analyse vorgenommen, welche Angebote Nachfrage finden würden. Dies geschieht durch niederschwellige Angebote vor Ort und in Kooperation mit örtlich vorhandenen Institutionen.

*Kontakt: Samariterstiftung Nürtingen, Dr. Eberhard Goll, Tel.: (07022) 505200*

**Projekt zur Optimierung der regionalen Versorgung alter Menschen mit Hirnleistungsstörungen PRO DEM**

Das Projekt ist eine Initiative von etwa 20 Hausärzten und niedergelassenen Neurologen. Es zielt auf die Optimierung der regionalen Versorgung alter Menschen mit Hirnleistungsstörungen ab, die in ihrer eigenen Häuslichkeit leben. Koordiniert werden soll die ambulante Versorgungskette medizinischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen mit dem sozialen Umfeld und den sozialen Angeboten der Region. Zentraler Bestandteil ist ein umfassendes Case-Management. *Kontakt: Dr. med. Eberhard Hesse, Tel.: (0421) 8988812*

**WETTBEWERBSFELD****„PATIENTEN MIT EINEM SCHLAGANFALL“****Düsseldorfer Schlaganfallprojekt und seine Nachfolgeprojekte**

Das in Kooperation geführte Projekt beinhaltet eine Bedarfsanalyse, auf die Projekte wie Informations- und Koordinationsstelle, Prävention, Selbsthilfe, Agenda 21 etc. aufsetzen. Ziel und Anspruch des Gesamtprojektes sind, durch systematische Planung, Vernetzung und Abstimmung der Leistungs- und Kostenträger, verbesserte Koordination der Hilfsmöglichkeiten sowie Einbeziehung von Patienten und deren Angehörigen eine qualitative Verbesserung der medizinischen und sozialen Versorgung zu erreichen.

*Kontakt: Geschäftsstelle der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz, Prof. Dr. H. Schneitler, Tel.: (0211) 8996078*