

**Modellprojekte
im Rahmen des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes
(PflEG)
in Bayern**

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

Zwischenbericht für das Jahr 2007

Sabine Tschainer
Claudia Tritschler

aufschwungalt

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einleitung	3
TEIL 1: Modellprojekte im vierten Jahr ihrer Laufzeit	
„KLAR – Kreative Lösungen im Alter“ Diakonisches Werk Bamberg-Forchheim e.V./ Caritasverband für den Landkreis Forchheim e.V.	4
TEIL 2: Modellprojekte im zweiten Jahr ihrer Laufzeit	
„Demenzzentrum Lichtblick“ Juliusspitalstiftung Münnerstadt	12
TEIL 3: Modellprojekte im ersten Jahr ihrer Laufzeit	
1. „Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter,“ Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren	20
2. „KompetenzNetz Demenz: Integration der Bevölkerungsgruppe demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen in Augsburg“ s.i.c. Augsburg	28
 ANHANG	
Anlage 1 Verzeichnis wichtiger Abkürzungen	39

Einleitung

Der vierte Zwischenbericht zu den Modellprojekten nach § 45c SGB XI im Freistaat Bayern gliedert sich in drei Teile auf. Der erste unterbreitet in Form einer Ergebnisdarstellung die Entwicklung des bereits im Jahr 2004 gestarteten Projektes „KLAR“ im Landkreis Forchheim. Der zweite Teil beschreibt die Resultate des im Jahr 2006 angelaufenen Projektes „Demenzzentrum Lichtblick“ der Juliusspitalstiftung Münnerstadt. Im dritten Teil werden die beiden 2007 begonnenen Modellprojekte in Augsburg und Kaufbeuren vorgestellt.

Die Darstellung des ebenfalls im Jahre 2006 begonnenen Modellprojektes „Haus Louise von Marillac“, Ambulante Wohngemeinschaft für Demenzbetroffene in Kleinostheim, erfolgt - wie auch in den vorhergehenden Jahren - in einem eigenständigen Zwischenbericht zum Thema Wohngemeinschaften.

Auf eine detailliertere Ergebnisdarstellung der Arbeit der Modellprojekte wird hier im Allgemeinen verzichtet, da diese den jeweiligen Sachberichten der Projektleitungen zu entnehmen sind.

Für die am 31.12.2007 beendeten Modellprojekte im Landkreis Amberg und Hof wird ein eigenständiger Abschlußbericht vorgelegt.

Zum besseren Verständnis der gesamten Modellförderung nach dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz in Bayern sei auf die seit 2005 jährlich vorgelegten Zwischen- bzw. Abschlussberichte der fachlich-wissenschaftlichen Begleitung hingewiesen. Diese können unter www.aufschwungalt.de (Versorgungsforschung, Modellprojekte Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz) eingesehen bzw. heruntergeladen werden.

TEIL 1

Modellprojekte im vierten Jahr ihrer Laufzeit

Diakonisches Werk Bamberg-Forchheim e.V./ Caritasverband für den Landkreis Forchheim e.V.

Das Modellprojekt „KLAR - kreative Lösungen im Alter für den ländlichen Raum“ setzt sich zum Ziel, „kreative Lösungen“ herauszuarbeiten, um ein selbstbestimmtes Älterwerden in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen und dadurch eine vorschnelle und kostenintensive stationäre Pflege zu vermeiden. In zwei Modellgemeinden (Greifenberg und Ebermannstadt) sollen konkrete Maßnahmen umgesetzt werden, die es den Kommunen ermöglichen, die Verantwortung für hochbetagte und demente ältere Menschen selbst zu übernehmen. Erfolgreiche Ideen und Projekte werden im Weiteren auf den gesamten Landkreis übertragen.

1. Ziele für das Jahr 2007

Im vierten Modelljahr setzte sich die Projektleitung folgende Tätigkeitsschwerpunkte:

- **Sicherung der Nachhaltigkeit** der Modelltätigkeiten nach Beendigung der Modellfinanzierung
- **Weiterentwicklung der Infrastruktur** zur Entlastung der Angehörigen und Förderung der betroffenen Demenzkranken durch
 - Umsetzung des Teilprojektes FANTastisch
 - Aufbau eines Netzwerkes für spezielle Urlaubsangebote
 - Weitere Initiierung von niedrighschwelligem Angeboten (z.B. Helferkreisschulungen)
 - Entwicklung spezifischer Angebote für alleinlebende Demenzkranke
- **Information und Sensibilisierung** der Öffentlichkeit durch Fortsetzung der kontinuierlichen Öffentlichkeitsarbeit
- **Weiterentwicklung der Vernetzung**

2. Umsetzung / Ergebnisse

Wie bereits im Zwischenbericht für das Jahr 2006 beschrieben, nahm das Modellprojekt "KLAR" aufgrund der ausgeprägten fachlichen und sozialen Kompetenzen des Projektleiters auch im Jahr 2007 wieder einen **sehr erfolgreichen**

Verlauf. Nach wie vor kennzeichnend ist u.a., dass die Projektarbeit von der Entwicklung tatsächlich „kreativer“ Ideen geprägt ist und im Weiteren an deren Realisierung durch vielfältiges, strategisch und inhaltlich durchdachtes Handeln konsequent gearbeitet wird.

Die detaillierte Beschreibung der Tätigkeit im Einzelnen ist dem Sachbericht der Projektleitung zu entnehmen.

2.1. Sicherung der Nachhaltigkeit

Als wichtigstes Ergebnis der Tätigkeit für das Jahr 2007 ist die Sicherung der Fortführung der Modelltätigkeiten auch nach Beendigung der Modellförderung zu benennen. Der Landkreis Forchheim beabsichtigt, die Arbeit des Projektes „KLAR“ nicht „im Sande verlaufen zulassen“, sondern Inhalte der Projektstätigkeit in seiner Region beizubehalten. Konkret bedeutet dies, dass die engagierte Arbeit des Projektleiters erreichen konnte, dass eine **Zusage des Landkreises zur Regelfinanzierung** bisheriger Modellaufgaben vorliegt. Das Modellprojekt „KLAR“ wird damit fortgeführt und hat seine Nachhaltigkeit belegt. Gleichzeitig ist diese Zusage auch als eine Ziel-Erreichung von „KLAR“ zu bewerten. Das Modell wollte (s.o.) grundsätzlich erreichen, dass „die Kommunen die Verantwortung für hochbetagte und demente ältere Menschen selbst übernehmen“¹.

Um einen nahtlosen Übergang zur Finanzierung durch den Landkreis und damit in der Tätigkeit zu gewährleisten, wurde das Modellprojekt „KLAR“ in neuer Trägerschaft des Landkreises Forchheim ab März 2008 für maximal zehn Monate verlängert.

Ausdrücklich wird zur Erreichung dieses Ergebnisses nochmals die Kompetenz des Projektleiters erwähnt, der mit Umsicht und Hartnäckigkeit (sowie dem entsprechendem Arbeitsaufwand) die entsprechenden Schritte eingeleitet hat.

2.2. Weiterentwicklung der Infrastruktur

Das Teil-**Projekt "FANTastisch"** (F = Fähigkeiten A = Aktivierend N = nutzen) nahm Ende 2006 seine Arbeit auf. Inhalt ist der Aufbau einer Vermittlungsagentur (mit finanzieller Unterstützung der Umsetzungsförderung), die die "Individuelle Aktivierung für Demenzerkrankte" zum Ziel hat. Das Projekt arbeitet - deren Kompetenzen und Erfahrungen nutzend - unter der Leitung der Fachstelle für

¹ Im Ergebnis ist es nun eine kommunale Gebietskörperschaft, der Landkreis.

pflegende Angehörige (Bayerisches Netzwerk Pflege) des Diakonischen Werkes in Forchheim. Die inhaltliche Arbeit von "FANtastisch" wird von speziell qualifizierten Ehrenamtlichen geleistet, die an (noch) vorhandenen, individuellen (biographieabhängigen) Fähigkeiten Demenzerkrankter anknüpfen. Durch die spezifische Weiterqualifizierung ehrenamtlicher Mitarbeiter aus vorhandenen Helferkreisen gewann das Projekt FANtastisch im Jahre 2007 ein konkretes Profil und konnte recht erfolgreich individuelle Entlastung und Förderung anbieten. Nicht zuletzt für die Gruppe jüngerer Erkrankter ist dieses Angebot sehr sinnvoll. Beispielsweise wurde so ein 53jähriger Demenzerkrankter begleitet, der „keine Betreuungsgruppe, in denen 75jährige Damen übers Backen reden“ akzeptiert. Durch die individuelle Begleitung durch Ehrenamtliche aus der FANtastisch-Projektgruppe fand sowohl seine Familie Entlastung als auch der Erkrankte selber sinngebende tagesstrukturierende Förderung und Stabilisierung seiner noch vorhandenen Fähigkeiten.

Im Sommer 2007 wurde vom Projektteam die Erprobung von „Neigungsgruppen“ angedacht. Damit ist eine Art von Betreuungsgruppen gemeint, deren Teilnehmerinnen und Teilnehmer gemeinsame zentrale Fähigkeiten verbinden. Auch bezüglich dieses Teilprojektes ist die Verlängerung und dauerhafte Weiterführung der Arbeit des Modellprojektes von großem Vorteil. Mit positiver Erwartung bleibt abzuwarten, wie im Jahre 2008 das Teilprojekt „FANtastisch“ im Sinne eines sicheren kontinuierlichen Angebotes stabilisiert und darüber hinaus auch in seiner Grundidee erweitert werden kann. Auf jeden Fall ist es schon jetzt als ein weiterer Baustein der bedarfsorientierten Angebote in ländlichen Regionen bzw. Flächenlandkreisen einzuschätzen.

Ende 2006 wurde von der Projektleitung ein konzeptionell neues Vorhaben entwickelt: **der Aufbau eines Netzwerkes für spezielle Urlaubsangebote**. Es handelte sich dabei um den Gedanken, durch die Gewinnung von Kooperationspartnern (Tourismuszentrale Fränkische Schweiz und Gastgeber vor Ort sowie ambulante Pflegedienste des Landkreises und Verwaltungen der Gebietskörperschaften), in der Region Urlaubsmöglichkeiten für Demenzerkrankte und deren Angehörige aufzubauen. Im Oktober 2007 fand dieses Vernetzungsvorhaben zur Schaffung von Entlastung mit dem ersten erfolgreichen

Angebot „AUSZEIT - Eine Seminar- und Urlaubswoche für Demenzerkrankte und deren Angehörige“ seinen erfolgreichen Abschluss. Noch im Dezember 2006 hatte mit Unterstützung des Landrates eine Informationsveranstaltung (Einladung aller Tourismusämter und möglicher Gastgeber) mit etwa 50 Teilnehmern stattgefunden. Für das erste konkrete Angebot hatten sich bundesweit über 70 Interessenten gemeldet. Letztendlich nahmen sieben Familien (Angehörige und Demenzerkrankte) an der „AUSZEIT“ teil. Nach Angaben des Projektleiters war die Gesamtkoordination sehr aufwendig. Hier besteht aus Sicht der f/w Begleitung weiterer Handlungsbedarf, indem nach Möglichkeiten einer regulären und leistbaren Umsetzung gesucht wird. Die Fachstellen für Angehörige hätten nach Aussage des Projektleiters die Kompetenzen, um die fachliche Beratung der urlaubswilligen Angehörigen (und damit einen Teil der oben sog. „Koordinationsaufgaben“) zu übernehmen. Aus Kapazitätsgründen ist dies jedoch für beide Fachstellen in der Region nicht leistbar. Die Tätigkeit des Modellprojektes konnte die Bereitschaft von Angehörigen zur In-Anspruchnahme der Angehörigenberatungsstellen signifikant erhöhen. Diese bereits länger erkennbare Tendenz wurde 2007 durch die Herausgabe des "Wegweisers Demenz" für den Landkreis Forchheim (im August 2006, erstellt von „KLAR“) nochmals beträchtlich verstärkt. Die Fachberatungsstellen sind damit über die Maßen ausgelastet. Der Projektleiter will das Jahr 2008 nutzen, um das geschaffene Netzwerk „Urlaubsangebot“ zu sichern. Dies beinhaltet auch die Lösung der offenen Frage, wer in Zukunft die aufwendigen Koordinationsarbeiten übernehmen wird.

Die weitere erfolgreiche **Initiierung von niedrighschwelligen Angeboten** auch im Jahre 2007 durch das Modellprojekt sei hier der Vollständigkeit halber erwähnt (z.B. Angehörigen- und Helferkreisschulung, aber auch Angehörigen- und Betreuungsgruppen)². Bezeichnend für die Qualität der Arbeit des Modellprojektes ist, dass diese Aktivitäten jeweils in enger Kooperation mit ambulanten Diensten und den regionalen Fachstellen Angehörigenarbeit im Bayerischen Netzwerk Pflege erfolgt. Insbesondere die Vernetzung mit den beiden letzteren konnte im Jahr 2007 nochmals für alle Beteiligten nutzbringend und produktiv ausgebaut werden.

² Eine detaillierte Auflistung der vom Modellprojekt initiierten niederschwelligen Angebote wurde im Jahre 2007 als Anhang zum Antrag auf Verlängerung der Modellfinanzierung vorgelegt.

Entwicklung spezifischer Angebote für alleinlebende Demenzkranke

Hierunter fallen insbesondere der „Mittagstisch gegen soziale Isolation“, dessen Zielgruppe auch alleinlebende Menschen sind, die (noch) keine ausgesprochene Demenzdiagnose haben, leicht verwirrt sind oder am Anfang einer Demenzerkrankung stehen. Durch die kontinuierlichen Treffen wird dieser Zielgruppe eine Teilhabe am sozialen Leben durch alltägliche Kontakte (auch im Sinne einer Tages-/Wochenstrukturierung) ermöglicht. Die Idee wurde in Gräfenberg und Weißenhohe realisiert. Mit der erfolgreichen Übertragung dieses Einzelprojektes arbeitete das Modellprojekt auch erfolgreich an der selbst gestellten Aufgabe, die Modellergebnisse aus den Modellgemeinden hinaus in weitere Gemeinden des Landkreises zu tragen.

Eine erfolgreiche Weiterentwicklung der Modellarbeit aus den vorhergehenden Jahren betrifft auch das Thema „Wertstoffentsorgung“. Wie im Zwischenbericht für das Jahr 2006 beschrieben, initiierte die Projektleitung in Zusammenarbeit mit örtlich zuständigen Institutionen (u.a. der Abfallwirtschaft des Landkreises Forchheim) ab Oktober 2006 (befristet für sechs Monate) die regelmäßige Abholung des Wertstoffes („Grüner Punkt“) bei älteren Menschen. Damit sollte einer strukturell bedingten Vermüllung alter Menschen entgegengewirkt werden (vgl. Einzelheiten/Hintergründe im o.g. Bericht für 2006). Dieses Entsorgungsangebot konnte - wie für 2007 erstrebt - nach der Probephase als regelmäßiges Angebot (seit August 2007) in Gräfenberg installiert werden.

2.3. Information und Sensibilisierung der Öffentlichkeit

Die bereits in den Jahren 2005 und 2006 intensiven und vielfältigen Tätigkeiten zur Information und Sensibilisierung der Öffentlichkeit wurden auch 2007 in bewährter Form fortgeführt. Nicht zuletzt die damit verbundene **Ent-Tabuisierung des Themas Demenz in der ländlich geprägten Modellregion** ist als ein wichtiger Faktor für die beabsichtigte Regelfinanzierung des Landkreises anzusehen. Als weiterer und gleichwertiger Faktor ist auch die Kontinuität gerade der Pressearbeit einzuschätzen (seit Modellbeginn erschienen 196 Zeitungsartikel mit/über „KLAR“). Durch das Modellprojekt „KLAR“ sind das Thema Demenz und die damit verbundenen Herausforderungen in der Öffentlichkeit der Region angekommen und man versucht, entsprechend zu reagieren. **Dies kann allgemein als ein Ergebnis der**

Modellprojekte nach PfIEG angesehen werden: Sie haben einen enormen Beitrag zur Wahrnehmung eines Handlungsbedarfes hinsichtlich der Demenzthematik geleistet.

2.4. Weiterentwicklung der Vernetzung

Seit Projektbeginn konnte „KLAR“ sechzig Kooperationspartner gewinnen. Bezeichnend für dieses Modellprojekt ist, dass Zusammenarbeit immer im Zusammenhang mit konkreten Aufgaben und Aktivitäten oder mit in sich abgeschlossenen Teilprojekten erfolgt. Dafür gelang und gelingt es dem Projektleiter jeweils, die verschiedensten Partner zu gewinnen und zusammenzubinden. Ohne dass längerfristige Kooperationsverträge geknüpft wurden, funktioniert diese Art Netzwerkbildung sehr gut. Sie ist nicht zuletzt der Präsenz des Projektes „KLAR“ in der (Fach-)Öffentlichkeit als auch der Akzeptanz des Projektleiters bei den Akteuren (über die verschiedensten Eigeninteressen hinweg) zu verdanken. Diese beruht auch auf seiner erfolgreichen Arbeit, die erkennbar im Interesse der Betroffenen und ihrer Angehörigen erfolgt. Nach eigenen Aussagen wird der Projektleiter und damit „KLAR“ als „neutrale Instanz“ wahrgenommen.

Wie bereits anderweitig beschrieben, muss diese **wahrnehmbare uneigennützig** **Neutralität im Interesse der Zielgruppe als Voraussetzung und Erfolgsmerkmal praxiswirksamer Netzwerkarbeit** definiert werden. So konnte das Modellprojekt „KLAR“ konnte in seinem vierjährigen Bestehen ein stabiles Netzwerk aufbauen. Beispielhaft sei hier der „Arbeitskreis demografischer Wandel in Gräfenberg“ erwähnt. Dieser wurde bereits ausführlicher im Zwischenbericht für 2006 beschrieben: „Aus der im Jahr 2005 durchgeführten "Zukunftswerkstatt" in Gräfenberg entwickelte sich - unter Führung der Projektleitung - der "Arbeitskreis Demografischer Wandel", in dem viele bisherige Aktivitäten gebündelt und neue eingebracht wurden. Für die jeweiligen Themen bildeten sich Arbeitsgruppen mit Gräfenberger Bürgern und Mitarbeitern von Institutionen, die eigenverantwortlich zu den Inhalten arbeiten.“ Im Sinne des Modellzieles, dass Kommunen zur Eigenverantwortung - auch für ihre demenzkranken Bürger - befähigt werden, konnte die Projektarbeit erreichen, dass der Arbeitskreis inzwischen unter der Leitung der stellv. Bürgermeisterin von Gräfenberg selbständig weiterarbeitet.

3. Resümee

Abschließend sei - wie bereits in den Zwischenberichten für die Jahre 2005 und 2006 - erneut auf das Thema „Ausgestaltung der Kooperation der beiden Modellträger“ (Diakonisches Bamberg-Forchheim e.V. und Caritasverband für den Landkreis Forchheim e.V.) hingewiesen. Die bereits beschriebene mangelnde Transparenz in dieser Zusammenarbeit konnte auch im Jahre 2007 nach Wahrnehmung der f/w Begleitung nicht verbessert werden. Das ebenfalls schon erwähnte „Ungleichgewicht“ im Engagement der beiden Träger für das Modellprojekt muss auch für das Jahr 2007 erneut festgehalten werden. Damit ist das - nach außenstehender Wahrnehmung - im bisherigen Projektzeitraum kontinuierliche stärkere Engagement des Diakonischen Werkes für das Modell und seine Umsetzung gemeint, das sich insbesondere in der Person des dortigen Abteilungsleiters manifestierte. Dieser wechselte Ende 2007 die Position und gab damit auch die Zuständigkeit für das Modellprojekt ab. Beim Treffen der Steuerungsgruppe am 09.01.2008 waren von beiden Modellträgern keine Vertreter anwesend. Dies fiel bei sonstiger (ungewöhnlicher) vollzähliger Teilnahme aller weiteren Mitglieder der Steuerungsgruppe auf. Auch wenn die Trägerschaft des Modellprojektes ab 01.03.2008 in die Hände des Landkreises übergeht, wäre - und vielleicht gerade deswegen - die Teilnahme der bisherigen Träger an diesem Schlüsseltreffen aus Sicht der f/w Begleitung wünschenswert gewesen. Die von Seiten der f/w Begleitung Anfang 2008 angestrebte Abschlussbefragung (persönliches Interview) der beiden bisherigen Modellträger konnte bisher - aus Gründen, die hier nicht im Detail darzustellen sind - noch nicht realisiert werden. Vorläufig muss als Fazit festgehalten werden, dass diesbezügliche Erwartungen an das Modellprojekt sich nicht erfüllen konnten. Das heißt, dass die noch im Zwischenbericht für 2007 geäußerten Gedanken: „Mit der gemeinsamen Trägerschaft zweier großer Wohlfahrtsverbände (in der Region als die vorrangigen Anbieter zu bezeichnen) könnte das Projekt KLAR für die Klärung der im Versorgungssystem „Altenhilfe“ derzeit höchst aktuellen Fragen nach Gestaltung von Wettbewerb und Kooperationsmöglichkeiten, nach Nutzung möglicher Synergieeffekte und Konkurrenz, wegweisende Orientierungen liefern. Es wäre bedauerlich, wenn diese Chance außen vor gelassen würde.“ keine positive Antwort finden konnten.

Unabhängig von diesem Träger-Detail leistete das Modellprojekt „KLAR“ auch 2007 wieder eine nutzbringende und sehr positive Arbeit, die erkennbar im Interesse der

Betroffenen und ihrer Angehörigen erfolgt, nachhaltig wirkt und eine stabile Zusammenarbeit in der Region fördert.

TEIL 2

Modellprojekte im zweiten Jahr ihrer Laufzeit

Juliusspitalstiftung Münnernstadt

Das Modellprojekt „Demenzzentrum Lichtblick“ hat sich die **"Schaffung einer zentralen Anlaufstelle für an Demenz erkrankte Menschen und deren Angehörige"** zum Ziel gesetzt. Damit soll der "Verbleib in der eigenen Häuslichkeit und die individuelle und unbürokratische Hilfe" für Demenzkranke und deren Angehörige in der Region gesichert werden. Zur Zielerreichung sollen sowohl der Aufbau "noch fehlender Versorgungsstrukturen" angeregt bzw. selbst getätigt als auch die Vernetzung der an der Versorgung Demenzkranker beteiligten Professionen und Institutionen verbessert werden. Grundsätzlich wird einer intensiven Öffentlichkeitsarbeit zum Thema ein hoher Stellenwert beigemessen. Einzugsgebiet des Modells sind die Landkreise Bad Kissingen und Rhön-Grabfeld.

1. Ziele für das Jahr 2007

Im zweiten Modelljahr setzte sich die Projektleitung folgende Tätigkeitsschwerpunkte:

- **Ausbau und Konsolidierung der Vernetzung**
- **Weiterführung der bewährten Öffentlichkeitsarbeit**
- **Initiierung weiterer spezifischer Entlastungsangebote**
- **Übergang in Regelfinanzierung**

2. Umsetzung

Auch in diesem Jahr profitierte das Modellprojekt wieder bemerkenswert von dem erheblichen Engagement, den fachlichen Kompetenzen und der Persönlichkeit der Projektleiterin. Ihre breitgefächerte Tätigkeit (dabei füllt die Modellstelle nur den Rahmen einer Teilzeitstelle: 50% der regulären Arbeitszeit aus) führte auch 2007 zu einer erfolgreichen Bilanz des Projektes. Zum besseren Verständnis dieses Fazits - insbesondere hinsichtlich des Bereiches der Vernetzungsarbeit - sei hier nochmals auf die spezifische Situation unter den Anbietern in der Region kurz hingewiesen.³ Diese Voraussetzungen prägen die Arbeit des Modells nach wie vor einschneidend.

³ Vgl. die detaillierte Darstellung im Zwischenbericht für das Jahr 2006, S. 35ff.

Die Stadt Müñnerstadt (8.500 Einwohner) liegt im Landkreis Bad Kissingen in unmittelbarer Nähe zum Landkreis Rhön-Grabfeld (vgl. folgende Abbildung).

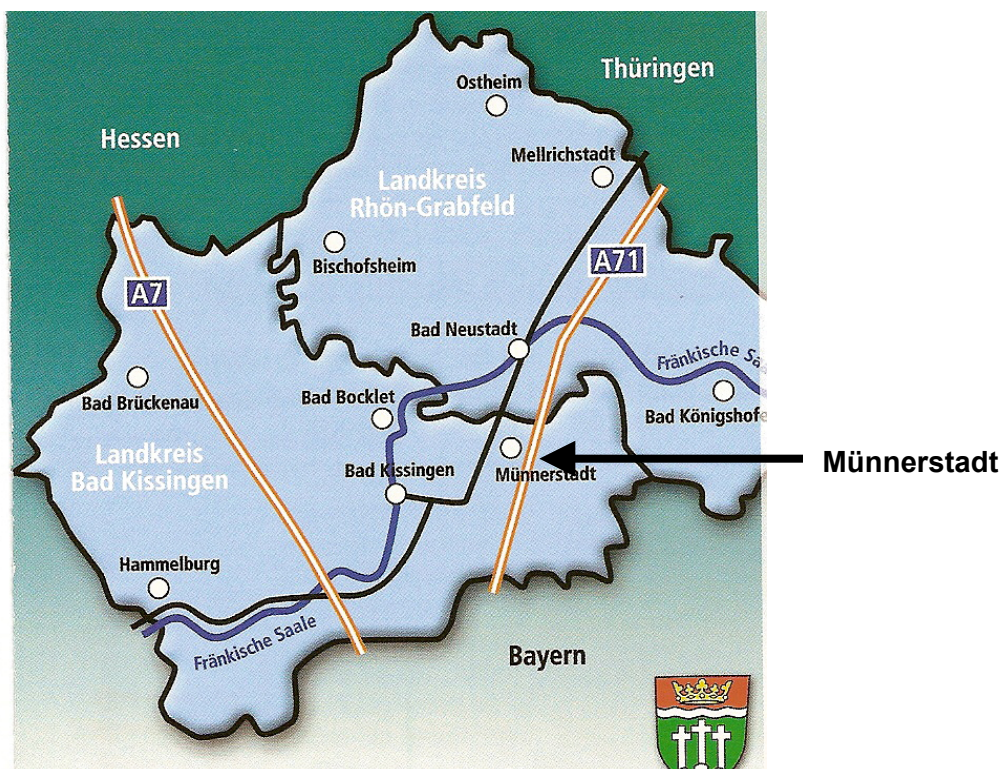


Abb.1: Projekt Müñnerstadt: Karte der Landkreise im Einzugsgebiet des Modellprojektes

Prägende Auswirkungen für den Verlauf der Modellumsetzung hat die Tatsache, dass die Tätigkeit des Modellprojektes sich auf zwei Landkreise erstreckt. Damit werden bisherige stillschweigende, traditionell „ausgehandelte Versorgungszuständigkeiten“ bedeutender Anbieter der Wohlfahrtspflege nolens volens berührt. Nach Beobachtung der f/w Begleitung sorgte die Eröffnung eines ambulanten Dienstes (Anfang 2006) durch den Modellträger (der sich bis dahin ausschließlich im stationären Bereich der Altenpflegerischen Versorgung positioniert hatte) für reichlich Unruhe unter den o.g. Anbietern der Wohlfahrtspflege. Erschwerend - in diesem Sinne - kam hinzu, dass die Juliusspitalstiftung sich nicht nur im ambulanten Bereich positionierte, sondern dies auch noch übergreifend über die Grenzen der Landkreise geschah. Dies spiegelt einerseits das strategische, zukunftsorientierte Handeln des Modellträgers wider, sorgt andererseits jedoch für erhebliche Irritation unter den beiden o.g. großen Anbietern der Wohlfahrtspflege in den Landkreisen. Diese Spannungen übertrugen sich per se auf die Arbeit des Modellprojektes, das (wie der ambulante Pflegedienst des Modellträgers) auch im Januar 2006 startete.

Ausbau und Konsolidierung der Vernetzung

Wie bereits im ersten Modelljahr lag ein Schwerpunkt der Tätigkeit im Bereich der Vernetzungsarbeit. In zahllosen Einzelkontakten, persönlichen Gesprächen, aber auch mittels konkreter Projekte und Aktionen gelang es der Projektleiterin - auch gegenüber zurückhaltenderen oder ablehnenden Akteuren - Vertrauen aufzubauen. Dieser Prozess wurde im Vergleich zu 2006 noch erweitert. So konnten die bereits entstandenen Netzwerke gesichert und ausgebaut werden. Auf der Basis des mühsam erarbeiteten Vertrauens entstand ein **selbstverständlicherer Umgang vieler Akteure miteinander**. Die Projektleiterin fasste diese Aspekte bereits Anfang 2007 so zusammen: „Die Atmosphäre scheint lockerer geworden zu sein.“ Sie ernte jetzt die Früchte ihres Durchhaltevermögens und ihrer Fähigkeit „sich immer wieder zurückgenommen zu haben“. Mit letzterem definierte die Projektleiterin ihre Art des Vorgehens gegenüber den abwartenden bzw. ablehnenden Akteuren: kontinuierlich und unbedingt die inhaltlichen Anliegen des Modells in den Mittelpunkt ihrer Aktivitäten zu stellen. In der Betrachtung der Ergebnisse ist festzuhalten, dass dies gelungen ist. **Die Projektleiterin handelte für andere Akteure deutlich erkennbar - jenseits aller Trägerinteressen - für die Interessen der Betroffenen und ihrer Angehörigen**. Dies dürfte ein Erfolgsgeheimnis des Demenzzentrums Lichtblick, insbesondere angesichts seiner schwierigen Ausgangslage, sein.

Dieses Fazit unterstreichend, sei erwähnt, dass die Projektleiterin im Juli 2007 zu einer der drei gleichberechtigten Sprecherinnen des Arbeitskreises Gerontopsychiatrie der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) Unterfranken, Region Main/Rhön gewählt wurde.⁴ Diese Arbeitsgruppe der regionalen PSAG wurde wesentlich durch die Ausstrahlung des Modellprojektes zu einer aktiven Arbeit wiederbelebt. Das erste Treffen nach den Neuwahlen im Januar 2008 fand auf ausdrücklichen Wunsch aller Teilnehmer beim Modellprojekt Demenzzentrum Lichtblick statt und war mit über 30 Teilnehmern so gut besucht wie schon lange nicht mehr. Ein Faktor für dieses große Interesse ist nach Aussagen der Projektleitung darin zu sehen, dass „man“ den AK Gerontopsychiatrie mit dem Modellprojekt und seiner Arbeit in Verbindung setze.

⁴ Wie in der Fortschreibung des Zweiten Bayerischen Psychiatrieplans definiert, dienen die PSAGs der Stärkung der Zusammenarbeit der Versorgungseinrichtungen der Region und der Verbesserung der regionalen Versorgungsangebote (in der psychiatrischen Versorgung).

Das gewachsene Vertrauen und damit der Fortschritt in der Vernetzung manifestierte sich auch in zahlreichen konkreten gemeinsamen Aktionen (z.B. gemeinsam verantwortete und durchgeführte Öffentlichkeitsarbeit⁵). Konkrete Einzelheiten zur Umsetzung sind auch hier wieder dem Sachbericht der Projektleitung zu entnehmen. Ausdrücklich hingewiesen werden soll an dieser Stelle noch auf die Gründung eines Arbeitskreises Demenz in der Modellregion. Dieser entstand aus dem eigens für die Vernetzungsprozesse von der Projektleitung entwickelten Instrument des „Zukunftswshops“. Dessen im Untertitel formulierter Anspruch „Für Beteiligte und Interessenten des Modellprojekts Lichtblick zur Entwicklung eines Netzwerkes und einer zentralen Anlaufstelle für von Demenz betroffene Menschen“ konnte in den zwei Jahren des Modells realisiert werden. Beim siebten Arbeitstreffen des Zukunftswshops wurde die im Gremium gemeinsam entwickelte Idee zur Gründung eines Arbeitskreises umgesetzt. Dieser **Arbeitskreis „Lichtblick Demenz“** wird über die Dauer der Modellförderung hinaus bestehen und belegt damit die **Nachhaltigkeit der Modellarbeit**. Er übernimmt die Aufgaben und Tätigkeit des „Zukunftswshops“ und setzt diese fort. Die Teilnehmer sind Akteure aus der ambulanten und stationären Altenhilfe, den Fachstellen für pflegende Angehörige sowie dem medizinischen Bereich. Zur Illustration der sektorenübergreifenden Vernetzung ist im Anhang 1 (dieses zweiten Berichtsteiles) eine Liste der teilnehmenden Institutionen angefügt. Entscheidend ist, dass diese Arbeitsgruppe projektbezogen und damit praxiswirksam zusammenarbeitet. Ziele des Modellprojektes wie

- Transparenz zu vorhandenen Angeboten zu schaffen,
- dass die Anbieter voneinander wissen,
- dass persönliche Kontakte dem Vertrauensaufbau und
- daraus folgend dem Erfahrungsaustausch („Alle haben die gleichen Probleme.“) sowie
- im weiteren der Entwicklung gemeinsamer Strategien zur Schließung von Versorgungslücken dienen,

sind damit beispielhaft erreicht worden.

Arbeit und Erfolge des Modells sind ohne die Erwähnung des sehr erfolgreichen sektorenübergreifenden Handelns nur teilweise beschrieben. Im Vergleich aller

⁵ Siehe auch weiter unten in diesem Bericht.

bisher und noch laufend geförderten Modellprojekte nach PflEG in Bayern erreichte das „**Demenzzentrum Lichtblick**“ im **Bereich des Kooperationsaufbaus mit Akteuren der Gesundheitshilfe/medizinischen Versorgung außerordentliche Wirkungen**. Auf die aufgebauten Kontakte und konkreten Kooperationsprojekte mit Ärzten und Kliniken in der Region wurde bereits im Zwischenbericht für 2006 hingewiesen. Über die Fortführung dieser Arbeit hinausgehende Ergebnisse werden beispielhaft in den folgenden Unterpunkten erwähnt.

Öffentlichkeitsarbeit

Die bereits erwähnte gute und kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit des Modellprojektes und seines Trägers (konkrete Aktionen und Projekte sowie Medienarbeit) wurde im Jahre 2007 erfolgreich fortgeführt. Nach Aussage der Projektleiterin habe „sich etwas verändert in der Region“. Diese Aussage bezog sich auf die Wahrnehmung resp. die Aufmerksamkeit und Sensibilität der Öffentlichkeit für das Thema Demenz. So kämen z.B. häufiger Anfragen der regionalen Presse an das Demenzzentrum zur Thematik. Aber auch Angehörige wendeten sich vermehrt mit diesbezüglichen Fragen an das Demenzzentrum - im Sinne einer Clearingstelle.

Von der f/w Begleitung wurde bereits mehrfach als ein Ergebnis der Begleitung aller Modellprojekte beschrieben, dass eine **beständige und kreative Öffentlichkeitsarbeit** entscheidend zur Verbesserung der Versorgungssituation beiträgt. Genau im angestrebten Sinne: sie bewirkt Interesse, Ent-Tabuisierung, Transparenz und ermutigt damit Angehörige und Betroffene, ihre Ängste und ihre Schamgefühle etwas leichter überwinden und Hilfe suchen zu können.

Als wichtige Aktivitäten seien hier die Entwicklung und Herausgabe des regionalen „Demenzwegweisers“ für Angehörige, die Erarbeitung eines Internetauftritts in Kooperation mit der Freiherr-von-Stein-Schule (Fulda), die Organisation und Durchführung zweier „Memory-Mobil-Tage“ in der Region (die auffallend frequentiert waren) oder die Fortsetzung der „Büchertisch“-Aktionen in regionalen Büchereien erwähnt. Auch die Präsentation eines Standes des Demenzzentrums Lichtblick bei den Bad-Kissinger-Gesundheitstagen in Kooperation mit zahlreichen Netzwerkpartnern steht im Zusammenhang mit der oben beschriebenen Vernetzungsarbeit. Gemeinsame Aktionen und Projekte der Öffentlichkeitsarbeit dienten einerseits der Vertiefung der Vernetzung und konnten andererseits eine

größere Breitenwirkung durch das möglich gewordene gemeinsame Auftreten erzielen. Letztendlich kann durchaus von einer gegenseitigen Befruchtung gesprochen werden. Auch dies unterstreicht die bereits mehrfach getroffene Aussage, dass Vernetzungsprozesse erfolgreich und praxiswirksam stattfinden können, wenn diese mit konkreten Aktivitäten verknüpft werden.

Entlastungsangebote für Angehörige und Betroffene

Auch in diesem Jahr arbeitete die Projektleitung intensiv an der Verbesserung der Versorgungsstrukturen. So fallen in diesen Arbeitsbereich die Initiierung neuer niedrigschwelliger Angebote und Angehörigengruppen in Kooperation mit anderen Institutionen durch Fachberatung und praktische Unterstützung. In diesem Zusammenhang sei auch darauf verwiesen, dass durch die oben beschriebene kompetente Netzwerkarbeit die Zusammenarbeit mit den regionalen Fachstellen Angehörigenarbeit im Netzwerk Pflege signifikant verbessert werden konnte.

Ein weiterer Schwerpunkt war die Identifizierung spezifischer innovativer Versorgungsangebote für Demenzkranke (insbesondere jüngere Erkrankte bzw. Betroffene kurz nach der Diagnosestellung) und auch für Angehörige Demenzerkrankter. Die Projektleiterin entwickelte konkrete Ideen, die im Jahre 2008 realisiert werden sollen. Dazu zählen vor allem spezielle psychotherapeutische Angebote für Angehörige (u.a. auch im Zusammenhang mit dem Erhalt der Demenzdiagnose eines Familienmitgliedes) sowie spezifische Gruppen für die Erkrankten. Diese Vorhaben sind auch ein Ergebnis der im Januar installierten Sprechstunde in der Neurologischen Klinik Bad Neustadt. Das Demenzzentrum Lichtblick bietet dort **regelmäßige psychosoziale Beratung für Angehörige nach der Erstdiagnose (Demenz)** an. Nach den Erfahrungen der Projektleiterin bräuchten die Angehörigen sehr häufig "nach Bekanntgabe der Demenz-Diagnose sofortige psychosoziale Begleitung". Auch in diesem Zusammenhang kann nochmals auf die erfolgreiche Vernetzungsarbeit hingewiesen werden. Der Aufnahme dieser Beratungsarbeit in Bad Neustadt wurde im Januar 2007 (im Gegensatz zu früheren Reaktionen) auch von den regionalen Verbänden des Diakonischen Werkes und der Caritas zugestimmt.

Nicht zuletzt bei diesem Teilprojekt war und ist es jedoch auch deutlich erkennbar, dass der Tätigkeit der Projektleiterin mit der Beschränkung der Projektstelle auf 50% der regulären Arbeitszeit Grenzen gesetzt sind. Beispielsweise kann zwar Bedarf benannt, aber nicht - so wie von der Projektleitung gewünscht - dem Aufbau entsprechender Strukturen zeitnah nachgekommen werden. Daran ändert auch ein hohes Überstundenkontingent der Projektleiterin nichts.

Übergang in Regelfinanzierung

Ein wichtiger Arbeitsbereich der Projektleitung und des Projektträgers im Jahr 2007 befasste sich mit der Suche nach Finanzierungsmöglichkeiten für das Demenzzentrum Lichtblick nach Beendigung der Modellförderung. Im Focus standen dabei Verhandlungen und diverse Bemühungen im Zusammenhang mit Plänen des Bezirkes Unterfranken. Dieser beschloss 2006 die Installierung von "Modellprojekten zur gerontopsychiatrischen Vernetzung" in allen Bezirksregionen, analog des erfolgreichen Pilotprojektes von HALMA e.V. in Würzburg. Die Arbeit des "Demenzzentrums Lichtblick" würde optimal in das Profil dieser geplanten Stelle für die Region 3 passen. Dementsprechend hat sich die Juliusspitalstiftung Münnerstadt als Träger des Modellprojektes vom "Demenzzentrum Lichtblick" beworben und die Kooperation mit dem Diakonischen Werk Schweinfurt zum Aufbau der Bezirksstelle angeboten. Aufgrund der bereits mehrfach geschilderten regionalen Konstellationen wurde diesem Vorgehen jedoch nicht zugestimmt. (Detaillierte Schilderungen würden den Rahmen dieses Berichtes sprengen.) Aktueller Sachstand ist, dass in der Region von zahlreichen Akteuren nach wie vor großes Interesse besteht, dass das "Demenzzentrum Lichtblick" auch nach Beendigung der Modellförderung erhalten bleibt. Eine Akteurin formulierte "Die Arbeit des Demenzzentrums ist - im Gegensatz zu manch anderem - so überzeugend, dass sie weitergeführt werden soll."

Die Sicherung der Finanzierung nach Beendigung des Modellprojektes (Dezember 2008) wird ein Tätigkeitsschwerpunkt in der Arbeit der Projektleitung und des Trägers im Jahr 2008 bleiben.

Anhang 1 (Berichtsteil 2)

Demenzzentrum Lichtblick: Teilnehmer der Zukunftworkshops und des daraus gegründetem Arbeitskreis „Lichtblick Demenz“

Institution	PLZ/Ort
Alten- und Pflegeheim der Elisabetha-Spital-Stiftung	97631 Bad Königshofen
Ambulante Pflege Eichhorn	97688 Bad Kissingen
Ambulanter Pflegedienst Julius	97702 Münnerstadt
Ambulanter Pflegedienst Vivo	97799 Zeitlofs
AOK Bayern – Die Gesundheitskasse	97424 Schweinfurt
BRK Sozialstation	97616 Bad Neustadt
BRK Sozialstation, Demenzgruppe	97688 Bad Kissingen
Caritas Sozialstation St. Kilian	97638 Mellrichstadt
Caritas Sozialstation St. Veronika	97702 Münnerstadt
Demenzzentrum Lichtblick	97702 Münnerstadt
Diakonieverein Lauertal e.V., Diakoniestation Maßbach-Poppenlauer	97711 Maßbach
Ergo-Physiotherapie Blassdörfer	97688 Bad Kissingen
Ergotherapeutische Privatpraxis Wolf	97631 Bad Königshofen
Ernährungsteam Schweinfurt	97534 Hergolshausen
Frankenpark Klinik GmbH, Geriatrische Abteilung	97688 Bad Kissingen
Franziska-Streitl-Altenheim der Julius-Spital-Stiftung Mellrichstadt	97638 Mellrichstadt
Gesundheitsamt Bad Neustadt	97616 Bad Neustadt
Heimathof Simonshof, Caritasverband für die Diözese Würzburg e.V.	97616 Bastheim
Heimaufsicht Landratsamt Bad Kissingen	97688 Bad Kissingen
Marien-Apotheke	97702 Münnerstadt
MDK Bayern in Schweinfurt	97421 Schweinfurt
Neurologische Klinik Bad Neustadt der Rhön-Klinikum AG	97616 Bad Neustadt
Seniorenheim Haus Waldenfels der Carl von Hess'schen Sozialstiftung	97769 Bad Brückenau
Seniorenzentrum Elisabeth	97702 Münnerstadt
Stadträtin Bad Neustadt	97616 Bad Neustadt
Vetreterin von Jahresringe e.V. (Initiatoren ambulant betreuter Wohngemeinschaften)	97616 Bad Neustadt

TEIL 3

Modellprojekte im ersten Jahr ihrer Laufzeit

1. Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren

1.1. Das Modellprojekt

Das Modellprojekt startete am 01.01.2007 mit einer dreijährigen Laufzeit seine Arbeit (Bewilligungszeitraum: 01.01.07 - 31.12.09). Als Projektleitung wurde mit einer Vollzeitstelle eine Dipl.-Sozialpädagogin eingestellt. Außerdem sind in der Modellförderung 1,25 Wochenstunden Verwaltungstätigkeit enthalten.

1.1.0. Ziel der Konzeption „Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter“

Das Modellkonzept will die niedrighschwellige, ambulante Versorgung und Pflege psychisch kranker alter Menschen um einen weiteren Baustein ergänzen. Zielgruppen sind sowohl Patienten, die an einer psychiatrischen Alterserkrankung (Demenz, Altersdepression) leiden als auch chronisch psychiatrisch Erkrankte, die alt werden/geworden sind. Im Einzelnen beinhaltet die Konzeption hinsichtlich der Betroffenen folgende Zielstellungen:

- Integration des Erkrankten in Familie und Umgebung
- Verbesserung der Lebensqualität
- Stabilisation der Lebenssituation
- Vermeidung einer evtl. Heimaufnahme
- Verhinderung drohender Pflegebedürftigkeit durch individuelle Betreuung und Förderung
- weitestgehende Aufrechterhaltung individueller Fähigkeiten.

In Bezug auf die Finanzierung beabsichtigt das Modell einen "dauerhaften Kostenträger zur Finanzierung von Personal- und Sachkosten" der gerontopsychiatrischen Familienpflege zu finden sowie "eine Regelfinanzierung der Familien über den Sozialhilfeträger" zu erreichen.

1.2. Ausgangslage

Im Vergleich zu anderen Modellprojekten findet sich in Kaufbeuren eine spezifische Ausgangssituation vor. Dies begründet sich insbesondere darin, dass der

Modellträger die Institution "Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren" ist. Das Bezirkskrankenhaus mit seinen erfahrenen und engagierten leitenden Ärzten in der Gerontopsychiatrie ist landesweit als Pionier bei der Entwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung bekannt. Nach eigenen Aussagen werden seit knapp 25 Jahren in der Region Kaufbeuren innovative Versorgungskonzepte bei gerontopsychiatrischen Erkrankungen erprobt⁶. Beispielhaft sei hier die Beteiligung am Modellprojekt „Gerontopsychiatrischer Verbund Schwaben“ erwähnt. Ebenso verfügt das Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren seit mehr als dreizehn Jahren über Erfahrungen im Bereich „Psychiatrische Familienpflege“ bzw. „Betreutes Wohnen in Familien“ im Rahmen der Eingliederungshilfe (§§ 54 ff SGB XII).

Beobachtungen der f/w Begleitung als auch die Ergebnisse der **Befragung von Institutionen** weisen darauf hin, dass die Institution "Bezirkskrankenhaus" ein eigenständiges System darstellt. Die - in der Startphase der Modellprojekte - routinemäßige Befragung von Akteuren in der Modellregion (Verteilung über den regionalen Arbeitskreis Vernetzung) brachte in Kaufbeuren einen Rücklauf von zwei Bögen. Beide stammten von stationären Pflegeeinrichtungen (Altenpflege). Der ambulante Bereich reagierte nicht.

Die Projektmitarbeiterin arbeitete seit ihrem Studienabschluss als Diplom-Sozialpädagogin seit fünf Jahren als Sozialarbeiterin im Bezirkskrankenhaus. Dabei war sie mit 50% ihrer Arbeitszeit für den Gerontopsychiatrischen Fachbereich tätig und mit weiteren 50% (der Vollzeitstelle) im psychiatrischen Alten- und Pflegeheim. Im Modellprojekt wurden ihr unterstützend sowohl das Team der psychiatrischen Familienpflege als auch der stellv. ärztliche Direktor (als Projektleiter) sowie ein Projektbeirat zur Seite gestellt.

Zusammenfassend startete das Modell sowohl mit kompetenten Erfahrungen im Bereich der Gerontopsychiatrie und der Familienpflege als auch mit einer außerordentlichen Stellung des Modellträgers im regionalen Versorgungssystem.

⁶ Vgl. dies und weiteres: Bezirk Schwaben, Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren: Konzept "Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter." 2006.

1.3. Projektstrukturplan

Wie bei allen begleiteten Modellprojekten fand auch hier die Entwicklung eines adäquaten Projektstrukturplanes zu Projektbeginn statt. Unter Beratung der f/w Begleitung entwickelte das Projektteam den in folgender Abbildung wiedergegeben Projektstrukturplan (Stand April 2007).

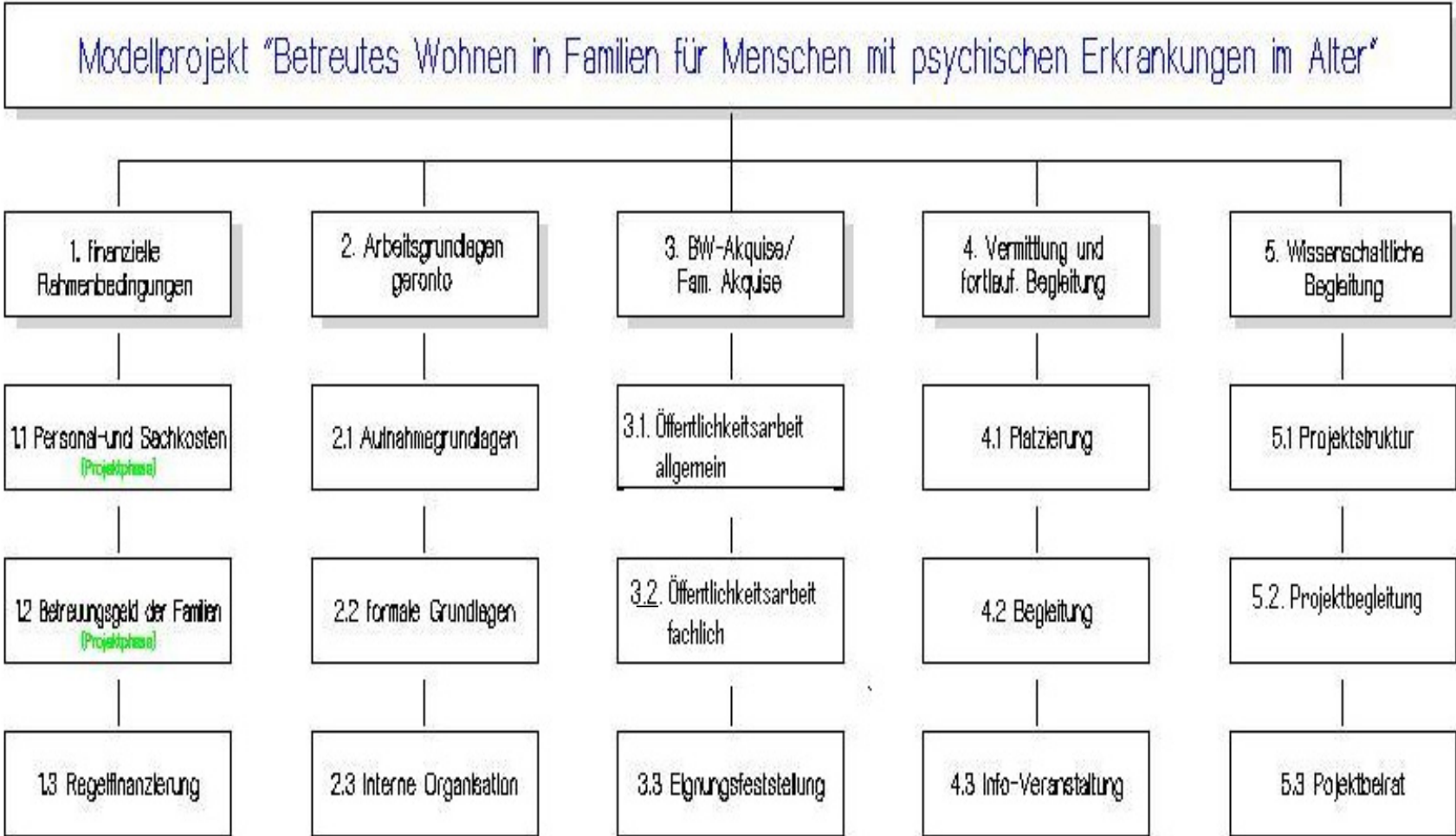


Abb. 2: Projekt Kauffeuren, Projektstrukturplan (Stand: April 2007)

1.4. Umsetzung und Bewertung

Die Arbeit des Modellprojektes in seinem ersten Jahr wurde entscheidend von seinem innovativen Charakter geprägt. Dies betrifft einerseits die Einarbeitung der Projektmitarbeiterin in ihr neues Tätigkeitsfeld sowie die Strukturierung des gesamten Vorgehens. Andererseits arbeitete das Projektteam intensiv in den Bereichen der Öffentlichkeitsarbeit und der Kontaktknüpfung zur Aquse von Klienten und Familien. Des Weiteren wurde vom Projektteam und der f/w Begleitung sehr viel Arbeit in die Entwicklung eines transparenten Systems zur Erfassung der Daten von Klienten und Familien investiert. Insgesamt ist nach Einschätzung der f/w Begleitung von einem spannenden und erfolgreichen Prozess zu sprechen. (Wie immer können Einzelheiten der Umsetzung dem Sachbericht der Projektmitarbeiterin entnommen werden).

Im Ergebnis wurden **29 Klienten als Interessenten** für die gerontopsychiatrische Familienpflege gemeldet. Dies erfolgte u.a. zehnmal durch gesetzliche Berufsbetreuer, elfmal vom Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren selbst sowie dreimal von Angehörigen der Betroffenen. Weitere elf Interessenbekundungen beruhen auf "internen Vermittlungen". Die meisten (16) Anmelder erfuhren von der gerontopsychiatrischen Familienpflege durch Informationsveranstaltungen im Bezirkskrankenhaus sowie zwei weitere durch einen Artikel im „Extra“ – einem Teil der Allgäuer Zeitung.

Das Durchschnittsalter der Gruppe potentieller Klienten beträgt 69,2 Jahre. Zur bisherigen Lebensform konnte evaluiert werden, dass elf Patienten allein zu Hause wohnten, zehn mit Angehörigen oder anderen Personen in einer häuslichen Umgebung sowie acht in institutionellen Einrichtungen lebten. Weitere Daten zu den angemeldeten Klienten zeigt folgende Übersicht:

Gesetzliche Betreuung	Vorhanden: N=20	Nicht vorhanden: N= 9		
Pflegestufe	0 (N=15)	1 (N=3)	2 (N=0)	3 (N=2)
Diagnosen	Demenz N=15	Paranoide Psychosen N=5	Depression N=3	Schizophrenie und Sucht jeweils N=2

Als Gründe der Anmeldung wurden angegeben:

- Alternative zum Heim (N=7)
- Verwahrlosungsgefahr (N=7)
- Steigender Pflegebedarf (N=4)
- Kann nicht mehr alleine leben (N=2)
- Verschlechterung der Erkrankung (N=2)
- Überforderung der Angehörigen (N=2)
- Erkrankung/Behinderung in jungen Jahren (N=1)
- Drehtüreffekt der Psychiatrie (N=1)
- andere Gründe (Einsamkeit, Obdachlosigkeit) (N=4)

Als "nicht geeignet" stufte das Projektteam zwei Patienten ein. Als Ausschlusskriterium fungierten "unpassende Diagnose" sowie "Verhaltensauffälligkeiten".

Ihr **Interesse als „Gastfamilie“** bekundeten **79 Personen**, indem sie zum Projekt Kontakt aufnahmen. Sie hatten alle aus Zeitungsartikeln vom Projekt erfahren. Das Profil dieser Interessenten zeigt sie als überwiegend

- weiblichen Geschlechts
- mit ihrer Familie im eigenen Haus lebend sowie
- im Alter zwischen 50 und 60 Jahren.

27% von ihnen arbeiteten in Teilzeit, 17% waren arbeitslos und 12% in Rente. Über Pflegeerfahrung verfügten 87%, davon 73% in beruflichen Zusammenhängen. Das Projektteam beurteilte 66 Interessenten als "geeignet". Hauptkriterium für mangelnde Eignung war das Einzugsgebiet.

Diese Daten werden hier detailliert dargestellt, da es ein Ziel des Modellprojektes und der f/w Begleitung ist, einerseits herauszufinden, für welche Patientengruppe gerontopsychiatrische Familienpflege ein optimales Angebot darstellen kann, sowie andererseits ein Profil der besonders geeigneten Familien (Konstellationen, Rahmenbedingungen) zu entwickeln. Nach dem ersten Jahr können dazu noch keine belegbaren Aussagen getroffen werden. Obige Daten zeigen Tendenzen auf (z.B. vorliegende Pflegeerfahrung). Im Weiteren wird z.B. zu beobachten sein, ob Familien aus ländlicheren (strukturschwachen) Regionen (abseits der größeren

Städte im Einzugsgebiet des Bezirkskrankenhauses) sich überproportional als Interessenten melden. Darauf weist der bisher als Hauptgrund für "mangelnde Eignung" genannte Punkt hin. Diese Familien wohnten in der von Kaufbeuren relativ weit entfernten ländlichen Region um Augsburg. Hinsichtlich der Patienten wird dagegen beispielsweise von Interesse sein, ob demenzkranke Patienten in der gerontopsychiatrischen Familienpflege bis zum Lebensende verbleiben können. Aufgrund der zum Berichtszeitpunkt (Februar 2008) nur unzureichend vorliegenden Datenlage, muss eine ausführlichere statistische Darstellung auf das kommende Jahr verschoben werden.

Insgesamt konnten im Rahmen der gerontopsychiatrischen Familienpflege **sechs Klienten in Familien einziehen**. Das ist als ein bemerkenswerter Erfolg der Arbeit des Modellprojektes anzusehen. Hinsichtlich des Verlaufes liegen zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch keine aussagefähigen Daten vor. Auch hier wird auf den Zwischenbericht für das zweite Projektjahr verwiesen.

Hinsichtlich einer Regelfinanzierung wurde vom Projektteam und dem Projektleiter mit Unterstützung des Projektbeirates intensiv agiert. Um möglichen Ergebnissen nicht vorzugreifen, wird hier auf eine detaillierte Darstellung verzichtet.

Im kommenden Jahr werden Strukturen des Handelns der gerontopsychiatrischen Familienpflege weiterzuentwickeln sein. Hierzu zählen aus Sicht der f/ w Begleitung u.a. Fragen:

- der Zuständigkeit in der ganzheitlichen Versorgung des Patienten (Abgrenzung des Familienpflegeteams zu gesetzlichem Betreuer oder Hausarzt);
- der Zuständigkeiten für das Familiensystem der aufnehmenden Familie (Wer ist zuständig für dort angesiedelte interne Probleme, z.B. Fachberatungsstellen für klassische Angehörigenberatung?); möglicherweise sollten diesbezüglich Kooperationen mit dem regionalen ambulanten Versorgungssystem verstärkt werden;
- der standardisierten Einbindung von Angehörigen/gesetzlichem Betreuer des Klienten.

Des weiteren wird verstärkt der Umfang der Tätigkeiten bis hin zur Aufnahme eines Klienten in eine Familie zu beobachten sein, um ein leist- und vertretbares Maß der Tätigkeit der gerontopsychiatrischen Familienpflege (im Prozess der Modellphase) finden zu können.

All diese Themen zeigen, dass die gerontopsychiatrische Familienpflege zwar von den Erfahrungen der psychiatrischen Familienpflege profitieren und auf diese aufbauen kann, jedoch aufgrund der spezifischen Zielgruppe ihrerseits ein eigenes Profil entwickeln muss. Dafür wurde im ersten Modelljahr ein gutes Fundament gelegt - nicht zuletzt und insbesondere durch das hohe Engagement des Projektteams, das sehr gut in seine Pionierrolle hineingewachsen ist.

Die f/w Begleitung sieht dem zweiten Projektjahr mit Spannung entgegen.

2. SIC - Gesellschaft für Forschung, Beratung, Organisationsentwicklung und Sozialmanagement mbH, Augsburg

2.1. Das Modellprojekt

Das Modellprojekt startete am 01.04.2007 mit einer dreijährigen Laufzeit seine Arbeit (Bewilligungszeitraum: 01.01.07 - 31.03.10).

Die personelle Ausstattung des Projektes beinhaltet eine Projektleitung (Dipl.-Sozialpädagogin / Zertifizierte Case Managerin mit einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden) sowie eine Projektmitarbeiterin (ex. Krankenschwester / Dipl.-Sozialpädagogin / Zertifizierte Case Managerin mit einer Wochenarbeitszeit von 35 Stunden). Als unterstützende Projektberatung agiert die Geschäftsführung der AWO Betriebsträger und Projektentwicklungsgesellschaft mbH Augsburg.

2.1.0. Ziel der Konzeption "KompetenzNetz Demenz. Integration der Bevölkerungsgruppe demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen in Augsburg"

Grundlegendes Ziel des Modells ist die "Vernetzung von Dienstleistungsstruktur und bürgerschaftlichem Engagement zur Entwicklung einer neuen Städtischen Lebens- und Verhaltenskultur im Umgang mit Demenz". Dabei sollen insbesondere die vorhandenen Ressourcen zusammengeführt und miteinander vernetzt werden. Geplant ist, damit zugleich Grundlagen für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Demenzkranke zu schaffen. Schwerpunkte der Arbeit sollen sein:

- Sicherung der Integration und der Akzeptanz der Erkrankten im Wohnviertel;
- die Entwicklung von Konzepten mit der Wohnungswirtschaft;
- die Erleichterung des Zugangs zu professioneller Hilfe und Case Management sowie die
- Vernetzung und Weiterentwicklung bestehender Angebote.

2.2. Ausgangslage

Das Modellprojekt wurde in eine recht komplexe Ausgangslage implementiert, die auch einige Auswirkungen auf den Verlauf des Modellprojektes in seinem ersten Jahr haben sollte. Zusammenfassend sollen folgende Faktoren benannt sein:

- Die sehr erfolgreiche **„Augsburger-Alzheimer-Kampagne“** (Februar bis Juli 2006), die unter dem Motto „Mit Alzheimer leben“ als „Informationskampagne für besseres Verstehen und mehr Verständnis in Augsburg“ warb. Die spätere Projektleiterin leitete federführend die „Arbeitsgruppe Demenzkampagne“ im Rahmen ihrer beruflichen Position als Stelleninhaberin der „Ambulanten Sozialarbeit Gerontopsychiatrie“ der AWO Pfersee / Seniorenzentrum Christian-Dierig-Haus. Nach Wahrnehmung der f/w Begleitung war somit in Augsburg das Thema „Demenz“ ganz allgemein eng mit der Person der Projektleiterin verbunden. Sie leitete auch den regionalen Arbeitskreis „Gerontopsychiatrie“ (der PSAG). Damit war die Ausgangssituation des Modells geprägt von dem Faktor, eine Projektleiterin zu haben, die als „Demenz-Fachfrau“ bekannt und akzeptiert war, die über ein breites informelles Netzwerk verfügte und die im Themenbereich sehr engagiert und hoch motiviert agierte. Gleichzeitig wurde mit den Ergebnissen der „Augsburger-Alzheimer-Kampagne“ eine sehr hohe Erwartungshaltung in Bezug auf das Modellprojekt aufgebaut. Diese Hypothese illustriert aussagekräftig der Abschlussberichtes der Kampagne (fünfter Punkt: „Weitere Planungen“). Er wird hier zum besseren Verständnis der benannten Erwartungshaltung in voller Länge zitiert:

„5. Weitere Planungen

Wie oben dargestellt, wurde durch die Kampagne einiges angestoßen. Diesen Schwung nicht wieder verebben zu lassen, sondern aufzugreifen und weiter zu führen, scheint eine logische Konsequenz der Bemühungen der letzten Monate. Die kontinuierliche Kontaktpflege zu den gewonnenen Ansprechpartnern aus den unterschiedlichsten Bereichen ist eine Aufgabe. Hierzu gehört, wie oben bereits dargestellt wurde, auch die Planung weiterer gemeinsamer Aktionen und Projekte mit einzelnen Zielgruppen, um das Thema Demenz im Gedächtnis der Teilnehmer zu behalten. Entsprechende Vorschläge liegen hier bereits vor. Eine weitere Aufgabe wäre die Einbindung weiterer Zielgruppen. Schon vor der Kampagne musste leider eine Auswahl getroffen werden, bei der Zielgruppen, die ebenfalls sinnvolle Ansprechpartner gewesen wären, aufgrund der begrenzten zeitlichen Ressourcen nicht mit einbezogen werden konnten. Im Laufe der Kampagne kamen zudem noch weitere Ideen für Zielgruppen hinzu. So würde sich u. a. die Schulung von Taxi-, Bus- und StraßenbahnfahrerInnen, PfarrhaushälterInnen, ArzthelferInnen etc. anbieten. Zukünftig sollte auch versucht werden, Mediziner, insbesondere Hausärzte, mit einzubinden. Die Umsetzung dieser Überlegungen hängt leider von den verfügbaren zeitlichen und personellen Ressourcen ab. Ein dritter Aufgabenbereich wäre die weitere Förderung bürgerschaftlichen Engagements für Demenzerkrankte. Zwar engagieren sich schon viele Bürgerinnen und Bürger für Menschen mit Demenz und deren

Angehörige und helfen mit, dass sich ein tragfähiges Netz in ihrem Stadtteil entwickelt. Sie bringen sich z. B. in der Entlastung pflegender Angehöriger oder im Heimbereich ein. So gibt es in Augsburg bereits gut funktionierende Helferkreise (nach dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz), Besuchsdienste und Ehrenamtlichengruppen in Pflegeheimen. Über diese unmittelbare Arbeit mit den Betroffenen und ihren Angehörigen hinaus braucht es neue Formen bürgerschaftlichen Engagements, um eine neue Lebens- und Verhaltenskultur zu schaffen, die der Bevölkerungsgruppe der an Demenz erkrankten Menschen den Verbleib in ihren städtischen Wohnvierteln und die gesellschaftliche Teilhabe so lange es geht ermöglicht. Die Kampagne hat hier erste Impulse und Anstöße gegeben, die in jedem Fall Mut machen, einen solchen Weg zu gehen. Es braucht Bürger und Bürgerinnen, die sich über den Einzelfall hinaus für Demenzerkrankte und ihre Belange und Bedürfnisse einsetzen, möglichst gut in ihren Stadtteilen verwurzelt sind und sich nicht scheuen, offensiv auf andere Dienste, Akteure und Personen in den Stadtteilen zuzugehen. Es wird jetzt darauf ankommen, wieweit die notwendigen personellen und finanziellen Grundlagen geschaffen werden können, um diesen Weg weiter zu gehen und in einer Stadt wie Augsburg ein Netzwerk von professionellen Diensten und bürgerschaftlichem Engagement zu etablieren, welches den Herausforderungen der demographischen Entwicklung in den nächsten Jahren Rechnung trägt. Beim Bayer. Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen wurde daher Antrag auf Förderung eines entsprechenden Projektes eingereicht, um die aus der Kampagne gewonnenen Impulse und Erfahrungen umzusetzen und fortzuentwickeln.“⁷

Das Logo der Demenzkampagne wurde vom DemenzNetzwerk - aufgrund dessen Aussagekraft und im Sinne des Wiedererkennungswertes. - übernommen (vgl. folgende Abb. 3)



Abb. 3: Flyer der Demenz-Kampagne in Augsburg

⁷ Quelle: http://www.mit-alzheimer-leben.de/Augsburger_Alzheimerkampagne2006.pdf. 21.02.2008

- Das 2002 von der Stadt Augsburg als „erster bayerischen Großstadt“ begründete **„Bündnis für Augsburg. Eine Verantwortungsgemeinschaft der Bürgerstadt.“** Dieses umfassende Projekt versteht sich als „ein Bündnis für das Bürgerengagement, fürs Ehrenamt und die Freiwilligenarbeit“. „Bürgerschaft, Vereine und Initiativen“ arbeiten „zusammen mit Stadtverwaltung und öffentlichen Dienstleistern sowie der Wirtschaft, den Arbeitnehmern, dem Handel.“ Die Kommune will damit „konkrete Praxisprojekte in Bürgerschaft, Staat und Wirtschaft anregen und unterstützen, sowie die politische Öffentlichkeit sensibilisieren und aktivieren.“ Dem Bündnis gehören inzwischen fünfunddreißig Projekte an, u.a. auch das KompetenzNetz Demenz. Die beteiligten Projekte sind an verschiedene Vorgaben gebunden, die u.a. in einem 10-Punkte-Leitbild formuliert sind.
- Außerdem fand das Modell in Augsburg gut ausgebaute Strukturen zur Betreuung und Beratung dementiell Erkrankter vor. Dazu gehören u.a. die „Ambulante Sozialarbeit Gerontopsychiatrie“ (hervorgegangen aus dem Projekt „Gerontopsychiatrischer Verbund Schwaben“), zwei Fachstellen für pflegende Angehörige im Bayerischen Netzwerk Pflege sowie zwölf „Soziale Fachberatungsstellen für Senioren“ in den Sozialregionen bzw. –räumen.

Befragung von Institutionen

Die - in der Startphase der Modellprojekte - routinemäßige Befragung von Akteuren in der Modellregion⁸ brachte in Augsburg eine Antwortquote von 18,6%. Es konnten 86 Fragebögen versandt werden, der Rücklauf betrug 16. Die erwähnten „gut ausgebauten Strukturen zur Betreuung und Beratung dementiell Erkrankter“ und deren Angehöriger spiegeln sich in den Angaben der Institutionen wider, von denen acht über spezielle Angebote für Demenzkranke und fünf über spezielle Angebote für deren Angehörige verfügen. Im Vergleich zu den im Jahre 2004 befragten Modellregionen liegt damit die Ausstattung der Region mit diesen speziellen Angeboten um jeweils ca. 10%-15% höher. Die in den Berichten seit 2004 auch immer wieder diskutierte Frage der mangelnden Bekanntheit und Akzeptanz des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes (PflEG) und der entsprechenden niedrig-

⁸ Ziel: blitzlichtartige Erfassung des Versorgungsbedarfes, der Erwartungen an das Modellprojekt sowie eines Stimmungsbildes zu Kooperation/Vernetzung (Erhebungsinstrument: teilstandardisierte Fragebogen; ausführlichere Erklärungen: siehe Zwischenbericht für das Jahr 2004).

schwelligen Angebote findet sich auch in der Modellregion Augsburg wieder: So ist z.B. das Wissen der Mitarbeiter zu abgelehnten Anträgen auf PfIEG-Leistungen bei ihren Patienten/Klienten minimal. Zehn Institutionen beantworteten eine diesbezügliche Frage. Nur eine konnte mitteilen, dass sie Kenntnisse dazu hat. (Die f/w Begleitung nimmt hypothetisch an, dass ein Zusammenhang zwischen „Wissen und Engagement bezüglich PfIEG-Leistungen für das eigene Klientel“ und „Kenntnis von abgelehnten PfIEG-Anträgen“ herstellbar ist.) **Hinsichtlich der Verbesserung des Informationsstandes zum PfIEG und des diesbezüglichen Bewusstseins unter den Fachleuten besteht nach wie dringender Handlungsbedarf.**

Zur Frage nach vorrangig notwendigen Verbesserungen der Versorgung Demenzkranker und deren Angehöriger in der Region wurden folgende Angaben gemacht (subjektive Einschätzungen):

Bedarf	Zahl der Nennungen
Begleitung im Alltag / tagesstrukturierende Maßnahmen	8
Hilfe bei der Haushaltsführung	7
Entlastung der Angehörigen	5
somatische Pflege	1
Hilfe bei gesundheitlichen Angelegenheiten	keine

Daraus folgend benannten die Akteure Angebote, die vorrangig zur Entlastung/Unterstützung der Angehörigen von Demenzkranken aufgebaut werden sollen:

Angebot	N =
• stundenweise Entlastung (mit Beaufsichtigung/Beschäftigung des Erkrankten)	10
• Angehörigengruppen / Gesprächskreise zum Austausch mit Gleichbetroffenen	9
• Informationsangebote zur Krankheit / Umgang mit den Erkrankten	9
• Ausbau neuer Wohnformen (z.B. WGs; stationäre Hausgemeinschaften)	9
• Informationsangebote zu finanziellen / rechtlichen Fragen	8
• kontinuierliche Entlastung (mit Beaufsichtigung/Beschäftigung des Erkrankten)	8
• Erholungsangebote für Angehörige	2
• Freizeitangebote für Angehörige	2

Offensichtlich besteht - trotz der entwickelten Versorgungsstrukturen in Augsburg - aus Sicht der Akteure ein **hoher Bedarf an einer Verbesserung der Angebotssituation für Demenzkranke und deren Angehörigen.**

Die Institutionen wurden auch nach ihren Erwartungen an das Modellprojekt befragt. Über 60% kennen den Modellträger aus ihrer täglichen Arbeit. Dessen regionale Bedeutung bei der Versorgung Demenzkranker und deren Angehöriger wird von 37% als „hoch“ oder „sehr hoch“ eingeschätzt. 50 % meinen, diese sei „mittel“ bis „sehr gering“. Vierzehn Befragungsteilnehmer hatten bereits bei konkreten Projekten mit dem Modellträger zusammengearbeitet (überwiegend im Rahmen der Demenz-Kampagne). Äußerungen zu „spezifischen Kompetenzen“ des Modellträgers beziehen sich vorrangig auf dessen Tätigkeiten im Vernetzungsbereich (zum Thema Demenz)⁹, die „hohe Fachkompetenz“ der Mitarbeiter sowie „Engagement und Offenheit“. Kompetenzbereiche des Modellträgers, bezüglich derer aus subjektiver Sicht Entwicklungsbedarf angemerkt wird, betreffen insbesondere das Thema „Öffentlichkeitsarbeit“ sowie „Neutralität“ und „Flexibilität“. Das Konzept des Modellprojektes "KompetenzNetz Demenz" kannte zum Zeitpunkt der Befragung¹⁰ die Hälfte der Akteure. Die Chancen zu dessen Realisierung schätzten sechs Institutionen als „hoch“, drei als „mittel“ sowie eine Antwort als „sehr gering“ ein. Die Bandbreite der diesbezüglichen Begründungen geben folgende Antworten wieder:

- „Unterstützung durch Stadt, hohe Wertschätzung und Bekanntheitsgrad in Fachkreisen“
- „Man sieht es bei SIC - wenn die Ansprechpartner wechseln oder das Projekt aufgelöst wird, sind die vereinbarten Verträge hinfällig (Kooperationsverträge der Kurzzeitpflege, Entlassungsmanagement).“
- „Hängt ganz davon ab, ob die Stadt und die Wirtschaft und die Bevölkerung sich engagieren. Da hege ich noch Zweifel, vor allem in der Wirtschaft.“
- „Durch das Engagement, das die Projektmitarbeiterinnen mitbringen und die Überzeugung, dass es etwas Gutes ist, kann das Projekt nur zum Erfolg führen. Jedoch brauchen wir die Ehrenamtlichen.“

⁹ So war s.i.c. beispielsweise auch Träger des Projektes "Sektorenübergreifende Kooperation" (Modellprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung und des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen von 2000-2006). In der Region Augsburg koordinierte s.i.c. Aktivitäten zur Optimierung der Überleitung und zur Überwindung von Schnittstellenproblemen in der geriatrischen Versorgung. Daran beteiligten sich Leistungserbringer aus verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens und der Altenhilfe. Erfahrungen aus diesem Modellprojekt fanden nach aussage der Beteiligten Eingang in das Pflegeweiter-Entwicklungsgesetz.

¹⁰ Fragebogenverschickung im Juli 2007.

Hinsichtlich der „Wünsche und Hoffnungen“, die die Akteure mit dem Modellprojekt für ihre konkrete praktische Arbeit verbinden, wurden insbesondere die Aspekte

- fachliche Beratung und Unterstützung
- Klientenvermittlung
- Vernetzung sowie
- Strukturentwicklung benannt.

Als mit Abstand „wirksamste Wege zur Vernetzung der Anbieter“¹¹ bezeichneten die Befragungsteilnehmer die Kooperation in „Gremien und Arbeitskreisen“ (62%) sowie 56% die „Einrichtung einer zentralen Koordinations- und Vermittlungsstelle in der Region“.

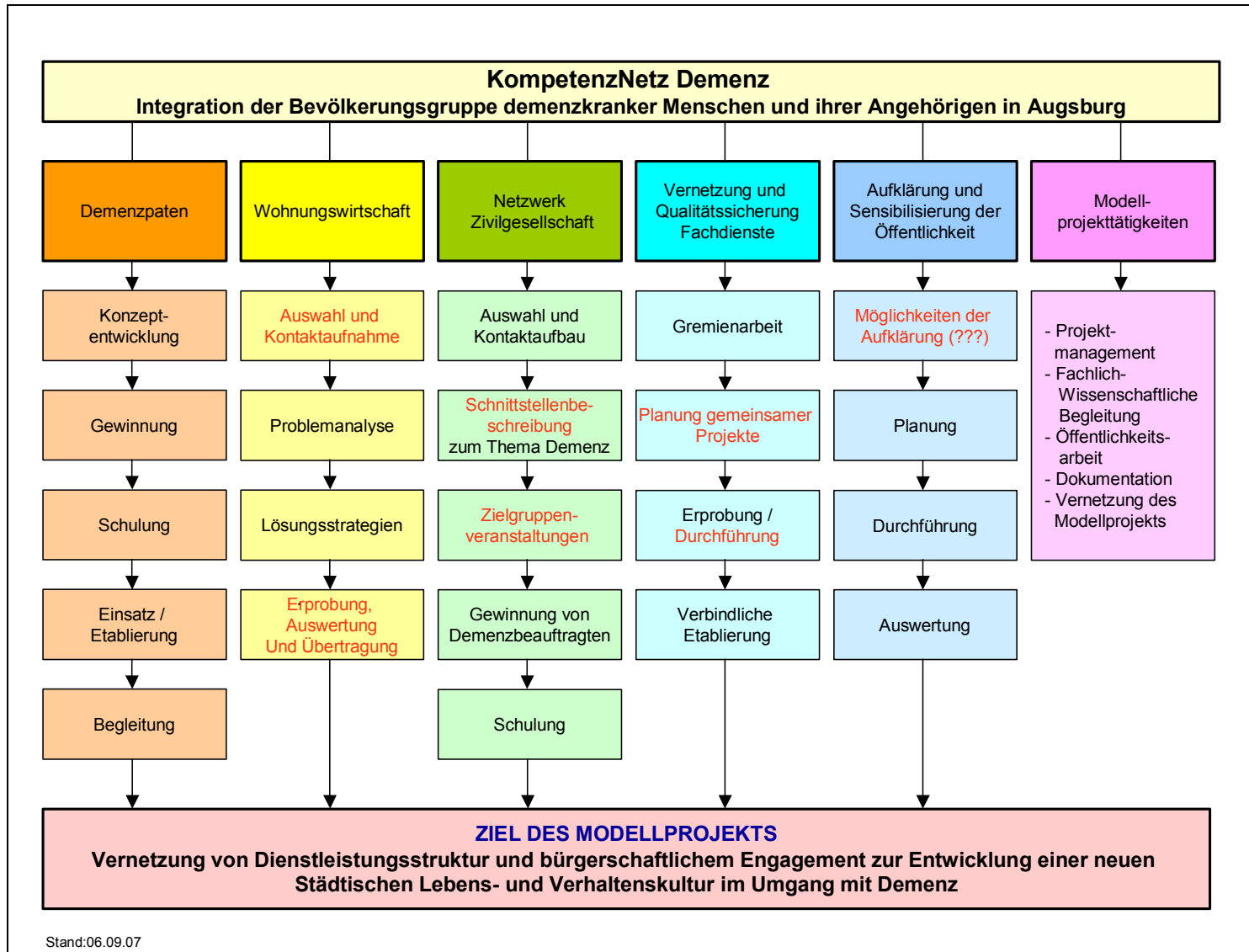
Insgesamt gesehen hatte das Modellprojekt in Augsburg eine **sehr gute Ausgangsposition** hinsichtlich der vorhandenen Strukturen, des vorhandenen Bewusstseins zur Demenz-Thematik und der Positionierung der Projektmitarbeiterinnen in der regionalen „Versorgungsszene“. Als Hypothek ist jedoch auch die erfolgreiche Demenzkampagne und der, in deren Folge entstandene hohe **Erwartungsdruck** an das Modellprojekt einzuschätzen.

2.3. Projektstrukturplan

Wie bei allen begleiteten Modellprojekten fand auch hier die Entwicklung eines adäquaten Projektstrukturplanes zu Projektbeginn statt. Unter Beratung der f/w Begleitung entwickelte die Projektleitung den in folgender Abbildung wiedergegeben Projektstrukturplan (Stand 06.09.2007).

¹¹ Zielsetzung: „praktisch wirksame Verbesserung der Versorgungssituation Demenzkranker und deren Angehöriger“.

Abb. 4: Projektstrukturplan KompetenzNetz Demenz Augsburg



2.4. Umsetzung und Bewertung

Auf eine Darstellung der Details der Umsetzung wird hier wiederum verzichtet, da diese ausführlich im Sachbericht des Modellprojektes dargestellt sind.

Grundsätzlich haben die Projektmitarbeiterinnen in ihrem ersten Tätigkeitsjahr eine enorm intensive Arbeit geleistet. Eine vollständige Würdigung würde den Rahmen dieses Berichtes mehr als sprengen. Der hohe Anspruch, den o.g. Erwartungen an das Modellprojekt gerecht zu werden, stellt zugleich Licht und Schatten des Projektes in Augsburg dar. Die im Ergebnis der „Demenzkampagne“ (oben wiedergegebenen) Planungen für das Projekt wurden vom Projektträger in der ersten Präsentation der Zielsetzung des Modellprojektes so gewichtet, dass Schwerpunkt der Modellarbeit die Themen „Demenzpaten“ und „Wohnungswirtschaft“ sein sollten. Die Dynamik des aktiven und kompetenten Engagements der Stadt Augsburg sowie des Modellträgers brachten aber auch im ersten Modelljahr Aufgaben und Herausforderungen in allen Teilprojekten und darüber hinaus mit sich. Diesbezüglich wäre nach Beobachtung der f/w Begleitung eine verstärkte Begrenzung der Modellaktivitäten auf die Schwerpunkte „Demenzpaten“ und „Wohnungswirtschaft“ wünschenswert, um eine andauernd hohe Qualität der Resultate der Modellarbeit sicherstellen zu können.

Im Teilprojekt der **Demenzpaten** konnten zehn engagierte und sehr kompetente Bürgerinnen und Bürger gewonnen werden. Acht davon nahmen an der Schulung im Jahre 2007 teil. Diese entwickeln seit Oktober mit vielen Ideen und Einsatzbereitschaft das Profil der Demenzpaten als neuem Baustein bürgerschaftlichen Engagements. Diesbezüglich verlässliche Ergebnisse sollen zum Ende der Modellarbeit vorgelegt werden. Ein wichtiger Aspekt wird dabei die Tatsache sein, dass „Demenzpaten“ nicht direkt in der Alltagsbegleitung demenzkranker Mitbürgerinnen und -bürger tätig sind, sondern als Multiplikatoren im Stadtteil (oder anderen definierten Einsatzorten) agieren. Ein Tätigkeitsschwerpunkt der Arbeit 2008 hinsichtlich der Demenzpaten muss und wird die Implementierung aktueller Kenntnisse zur Begleitung ehrenamtlicher Mitarbeiter sein – auch um das bisher so erfolgreich in diesem Teilprojekt erreichte nicht in Frage zu stellen. Aufgrund der dynamischen Entwicklung des Projektes konnten diese Grundsätze bisher noch nicht schnell genug in die Praxis umgesetzt werden. Dieser Aspekt

ändert jedoch nichts an der beeindruckenden bisherigen Arbeit des Modells und der Demenzpaten.

Auch im Bereich der **Netzwerk- und der Öffentlichkeitsarbeit** wurde von den Projektmitarbeiterinnen intensiv und engagiert agiert, wie zahlreiche Kontakte, Veranstaltungen und Medienberichte belegen. Beeindruckend ist die Bandbreite der angesprochenen Akteure, die beispielsweise von der Stadtverwaltung/städtischen Mitarbeitern über Bereitschaftspolizei und Polizeidirektion bis hin zu Apothekern/Bayerische Apothekerkammer, Strukturen der ev.-luth. Kirche, Banken, Ärzten oder Institutionen der Kinder- und Jugendarbeit reichen. Besonders hervorzuheben ist, dass die Projektmitarbeiterinnen fast immer tatsächliches Interesse am „Demenz-Thema“ wecken konnten. Damit wurde und wird ein Bedarf an Informationen, Fortbildungsveranstaltungen und weiteren Aktivitäten initiiert, der einerseits die Brisanz des Themas und den Wunsch nach fachkompetenter Unterstützung innerhalb der angesprochenen Zielgruppen aufzeigt. Andererseits müssen jedoch auch ausreichende personelle Kapazitäten vorhanden sein, um diesen Bedürfnissen angemessen und zeitnah nachkommen zu können.

Das interessante und innovative Teilprojekt „**Wohnungswirtschaft**“ konnte zum Ende des ersten Modelljahres aufgrund hartnäckiger Bemühungen konkrete Ergebnisse aufweisen. Die Beharrlichkeit der Projektleitung in der Kontakthanbahnung zu Vertretern der Wohnungswirtschaft führte dazu, dass letztere das Demenz-Thema doch als ein für ihre Bereiche relevantes zu erkennen lernten. So werden z.B. Anfang 2008 Veranstaltungen zur Information und Sensibilisierung der Mieterschaft (aber auch der allgemeinen Öffentlichkeit im Stadtteil) stattfinden. Ebenfalls konnten konkrete Aktivitäten zur Einbindung von Demenzpaten in eine Wohnanlage in einem weiteren Stadtteil vereinbart werden. Der weiteren Entwicklung dieses Teilprojektes wird mit Spannung entgegengesehen.

Resümee: Das Modellprojekt „KompetenzNetz Demenz“ in Augsburg hat in seinem ersten Jahr aufgrund der hochengagierten Projektleitung und -mitarbeiterin sowie der ebenso unterstützenden Tätigkeit des Modellträgers beeindruckende Resultate aufzuweisen. Nach Wahrnehmung der f/w Begleitung wurden vom Modellprojekt und dem Modellträger in der (gemeinsamen) Reflektion der bisherigen Tätigkeit bereits

die entsprechenden „Weichen“ gestellt, um die Nachhaltigkeit dieses positiven Verlaufes in der weiteren Projektzeit sicherstellen zu können.

ANHANG

Anlage 1: Verzeichnis wichtiger Abkürzungen

a.a.O.	am angegebenen Ort (Literaturhinweis)
Abb.	Abbildung
AGVB	Ambulanter Gerontopsychiatrischer Verbund Bayern
AK	Arbeitskreis
Anm. d. Verf.	Anmerkung des Verfassers
AOK.	Allgemeine Ortskrankenkasse
ASD e.V.	Ambulanter Sozialdienst e.V.
AWO	Arbeiterwohlfahrt
BEK	Barmer Ersatzkasse
BRK	Bayerisches Rotes Kreuz
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
DW	Diakonisches Werk
e.V.	eingetragener Verein
FB	Fortbildung
f/w	fachlich-wissenschaftliche (Begleitung)
FANTastisch	F=Fähigkeiten, A=Aktivierend, N=Nutzen – Teilprojekt von KLAR
HK	Helferkreis
IKK	Innungskrankenkassen
KLAR	Projekt „ K reative L ösungen im A lter für den l ändlichen R aum“
Lkr.	Landkreis
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
mtl.	monatlich
o.g.	oben genannte
resp.	respektive
PDL	Pflegedienstleitung
PflEG	Pflegeleistungsergänzungsgesetz
PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
s.i.c.	social.invest.consult – Gesellschaft für Forschung, Beratung, Organisationsentwicklung und Sozialmanagement mbH
sog.	sogenannte
s.o.	siehe oben
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
vgl.ebd.	vergleiche ebenda
WG	Wohngemeinschaft
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil