



Senioren

Zwischenbericht 2008

Modellprojekte im Rahmen des Pflegeleistungs- Ergänzungsgesetzes (PfLEG) in Bayern

Ein Bericht vom Institut aufschwungalt, München

Modellprojekte

- Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter, Kaufbeuren
- KompetenzNetz Demenz: Integration der Bevölkerungsgruppe demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen in Augsburg
- Netzwerk Demenz Nürnberg
- Betreutes Wohnen psychisch kranker und gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in Gastfamilien, Hof



**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 2008

Sabine Tschainer

aufschwungalt

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einleitung	3
TEIL 1: Modellprojekte im zweiten Jahr ihrer Laufzeit	
1. „Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter“ Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren	4
2. „KompetenzNetz Demenz: Integration der Bevölkerungsgruppe demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen in Augsburg“ s.i.c. Augsburg	21
TEIL 2: Modellprojekte im ersten Jahr ihrer Laufzeit	
1. „Netzwerk Demenz Nürnberg“ Angehörigenberatung e.V. Nürnberg	31
2. „Betreutes Wohnen psychisch kranker und gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in Gastfamilien“ Ambulante sozialpflegerische Dienste e.V. (ASD e.V.) Hof	45
ANHANG	
Anlage 1	
Modellprojekt Augsburg	
Rahmenbedingungen für die Tätigkeit als Demenzpate/Demenzpatin	57
Leitfaden für die Tätigkeit als Demenzpate/Demenzpatin	59
Anlage 2	
Modellprojekt Hof	
Beispiel zu Verhandlungen mit dem Bezirk Oberfranken	61
Verzeichnis wichtiger Abkürzungen	63

Einleitung

Der fünfte Zwischenbericht zu den Modellprojekten nach § 45c SGB XI im Freistaat Bayern gliedert sich in zwei Teile auf. Teil 1 beschreibt die aktuellen Zwischen- Resultate der im Jahr 2007 angelaufenen Projekte des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren „Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter sowie das Modellprojekt "KompetenzNetz Demenz: Integration der Bevölkerungsgruppe demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen in Augsburg" in der Trägerschaft von s.i.c. - Gesellschaft für Forschung, Beratung, Organisationsentwicklung und Sozialmanagement mbH.

Im zweiten Teil wird die bisherige Tätigkeit der im Jahre 2008 gestarteten Modellprojekte in Nürnberg („Netzwerk Demenz Nürnberg“ der Angehörigenberatung e.V.) sowie in Hof („Betreutes Wohnen psychisch kranker und gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in Gastfamilien“, Ambulante sozialpflegerische Dienste e.V.) vorgestellt.

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 im Jahre 2008 beendeten Modellprojekte im Landkreis Forchheim und in Münnerstadt m Landkreis Amberg und Hof sowie für die Darstellung des ebenfalls im Jahre 2008 beendeten Modellprojektes „Haus Louise von Marillac“, Ambulante Wohngemeinschaft für Demenzbetroffene in Kleinostheim, werden eigenständige Abschlussberichte vorgelegt.

Einen Überblick über die gesamte Modellförderung nach § 45c SGB XI in Bayern geben die seit 2005 jährlich vorgelegten Berichte der fachlich-wissenschaftlichen Begleitung, die auf der Homepage des Bayerischen Sozialministeriums unter www.stmas.bayern.de/cgi-bin/publikat.pl?BEREICH=fach-pflege sowie auf dem Internetauftritt des Instituts „aufschwungalt“ unter www.aufschwungalt.de/02/modellpr.php5 zu finden sind.

München im März 2009

aufschwungalt
Sabine Tschainer

TEIL 1

Modellprojekte im zweiten Jahr ihrer Laufzeit

1. Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren

1.1. Das Modellprojekt „Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter¹“

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, die zum 01.11.2008 auf 5,0 Wochenstunden erhöht wurden.

Ziele

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 Im Folgenden wird im Sinne der Lesbarkeit überwiegend der Begriff „gerontopsychiatrische Familienpflege“ verwendet.

1.2. Umsetzung im Jahr 2008

Der diesjährige Zwischenbericht legt seinen Schwerpunkt auf die Darstellung der in der bisherigen Modelllaufzeit erhobenen **Daten zu den Klienten** der gerontopsychiatrische Familienpflege sowie zu den **Gastfamilien**. Wie bereits im Zwischenbericht für das erste Modelljahr (2007) beschrieben, ist es ein Ziel des Modellprojektes und der f/w Begleitung einerseits herauszufinden, für welche Patientengruppe gerontopsychiatrische Familienpflege ein optimales Angebot darstellen kann, sowie andererseits ein Profil der besonders geeigneten Familien (Konstellationen, Rahmenbedingungen) zu entwickeln.

Im Ergebnis wurden insgesamt **46 Klienten als Interessenten** für die gerontopsychiatrische Familienpflege gemeldet (zum Vergleich: bis Ende 2007 waren es 29 Personen).

Die Anmeldung erfolgte:

- 13 x durch Berufsbetreuer
- 13 x BKH Kaufbeuren hausintern
- 11 x durch Angehörige
- 4 x durch Klienten selbst
- 5 x durch Sonstige (z.B. ambulant tätige Psychiaterin oder den regionalen Arbeitskreis Gerontopsychiatrie).

Von der gerontopsychiatrischen Familienpflege erfahren hatte man durch:

- BKH Kaufbeuren interne Vermittlung: N = 25
- Info-Veranstaltungen des Modellprojektes: N = 8
- die Presse: N = 7
- Sonstiges: N = 6

Die vom Modellprojekt erstellten Info-Flyer bewirkten keine Kontaktaufnahme.

Die interessierten Klienten waren **durchschnittlich 68,9 Jahre** alt mit einer Spanne zwischen 47 und 96 Jahren. Geschlechtsbezogen teilt sich die Gruppe in **21 Frauen und 25 Männer** auf. Als „ungeeignet“ wurden vom Modellteam drei Personen eingestuft, weil (Mehrfachnennungen):

- keine psychische Störung vorlag N = 2

- zu massive Verhaltensauffälligkeiten vorhanden waren N = 2
- die psychiatrische Behandlung als instabil eingeschätzt wurde N = 2
- die Anfragenden jünger als fünfzig Jahre waren N = 1.

Weitere relevante Informationen zu Diagnose und Lebenssituation der potentiellen Klienten werden im Folgenden stichpunktartig dargestellt.

Diagnosen:

- 24 x Diagnose Demenz, davon 1x mit Zusatzdiagnose Depression
- 10 x Depression (davon 1x mit Demenz)
- 6 x Psychose
- 4 x Paranoid (davon 1 x mit Psychosediagnose)
- 1 x Parkinson (dazu Depression)
- 8 x chronisch (überwiegend Psychose; 1 x Demenz; 1 x Depression)

Gesetzliche Betreuung:

- keine Betreuung: N = 12
- gesetzliche Betreuung liegt vor: N = 32 (davon 5 Berufsbetreuungen)
- keine Angabe: N = 2

Pflegebedürftigkeit nach SGB XI:

- Pflegestufe 0: N = 32
- Pflegestufe 1: N = 6
- Pflegestufe 2: N = 3
- keine Angabe: N = 5

Lebenssituation:

- zu Hause alleinlebend: N = 19, davon
 - im Betreuten Wohnen: N = 1
 - bei der Anmeldung zur gerontopsychiatrischen Familienpflege in stationärer Behandlung im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren: N = 3
- zusammen wohnend mit (N = 13):
 - Sohn oder Tochter: N = 5
 - Ehepartner: N = 2

- andere Verwandte: N = 4
- ausländischer Pflegekraft: N = 1
- Bekannte (zugleich Betreuerin): N = 1
- dauerhaft in Institutionen (Psychiatrische Einrichtung oder Pflegeheim) lebend: N = 12
- keine Informationen zur bisherigen Wohnsituation: N = 2 (davon eine Person als Patient im BKH).

Desweiteren konnten bei den potentiellen Klienten hinsichtlich der vorhandenen sozialen Kontakte bzw. Bezugspersonen folgende Daten erhoben werden:

- keine Kinder: N = 24
- nach eigenen Angaben „keine Bezugspersonen“: N = 9
- „keine feste Bezugsperson“: N = 3
- Bezugspersonen leben weiter weg: N = 2
- keine Angabe: N = 8

Damit lässt sich als **Tendenz zur Personengruppe**, für die gerontopsychiatrische Familienpflege ein interessantes Angebot darstellt, folgendes festhalten: Es handelt sich um Personen mit **Demenz- oder Depressionsdiagnose oder chronisch psychiatrisch Erkrankte, die keine Pflegestufe haben, unter gesetzlicher Betreuung stehen, alleine zu Hause leben, keine Kinder haben und/oder über ein schwach ausgebautes soziales Netzwerk verfügen.**

Ihr **Interesse als „Gastfamilie“** bekundeten **105 Personen** (zum Vergleich: bis Ende 2007 waren es 79 Personen). Von der gerontopsychiatrischen Familienpflege erfahren hatte diese durch:

- die Presse: N = 90
- BKH Kaufbeuren interne Vermittlung: N = 4
- Info-Veranstaltungen des Modellprojektes: N = 3
- Flyer des Modellprojektes: N = 2
- Sonstiges: N = 6 (z.B. ambulanten Pflegedienst oder Immobilienmakler).

Nach Datenlage meldeten sich **88 Frauen** und 12 Männer, von letzteren wollten neun Personen auch als Hauptbezugsperson für den Klienten in der Familie fun-

gieren. Das Durchschnittsalter betrug rund 40 Jahre und teilte sich wie in folgender Abbildung gezeigt, auf (Abb. 1):

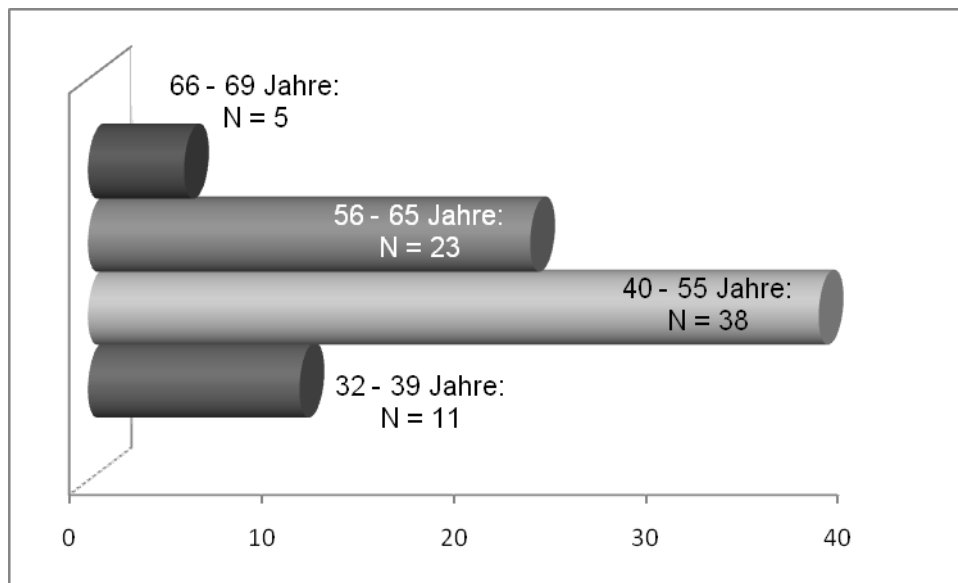


Abb. 1.: Modellprojekt Kaufbeuren: Alter der Gastfamilien-Interessentinnen und Interessenten

Von den Interessenten lebten 82 Personen „mit Familie“, 84 hatten eigene Kinder, bei 42 lebten die Kinder noch zu Hause. Von denen hatten 24 Personen drei oder mehr Kinder und nochmals elf waren Familien mit zwei Kindern. Drei Interessenten arbeiteten in Vollzeit; 29 in Teilzeit, 22 waren beruflich selbständig, sechs arbeiteten in einem Mini-Job. 16 waren arbeitslos, 12 in Rente, 20 erwähnten ausdrücklich ihre Tätigkeit im Haushalt.

Relevante Vorerfahrungen

- Pflegeerfahrung N = 84, davon
 - psychisch Kranke privat betreut: N = 18
 - psychisch Kranke beruflich betreut: N = 33
(davon 4 arbeitslos, 4 in Rente, 4 im Haushalt, 9 arbeiteten Teilzeit)
 - alte Menschen privat betreut: N = 45
 - alte Menschen beruflich betreut: N = 45
 - berufliche Erfahrung in Psychiatrie und mit alten Menschen: N = 26

Wohnsituation

Von den sich bewerbenden Gastfamilien wohnten 85 im eigenen Haus. Die Größe der für den Gast angebotenen Zimmer betrug in den meisten Fällen 20 bis 25 m². Dadurch, dass gelegentlich auch ganze Einlieger- oder Ferienwohnungen zur Verfü-

gung gestellt werden sollten, ergibt sich jedoch hinsichtlich der für den Gast vorgeschlagenen Räume eine durchschnittliche Größe von 32 m².

Nicht geeignete Familien-Bewerbungen

Als „ungeeignet“ wurden vom Modellteam 44 Personen eingestuft, weil (Mehrfachnennungen):

- falsches Einzugsgebiet: N = 13
- unklare/unsichere finanzielle Verhältnisse: N = 10
- ungeeigneter Wohnraum: N = 8
- mangelnde soziale Kompetenz: N = 4
- kein weiteres Interesse vorlag N = 6
- weitere Gründe (z.B. für das Team intransparente Lebensverhältnisse oder Unzuverlässigkeit bei Terminabsprachen).

Als Hauptgrund für die Eignung gab die Projektleitung den Aspekt „Pflegerfahrung“ (N = 58) an, dem folgt: „geeigneter Wohnraum“ (N = 38). Beide Aspekte zusammen liegen 34mal vor.

Profil der familiären Hauptbezugsperson für den Familienpflege-Gast

Zusammenfassend lässt sich bezüglich der interessierten Hauptbezugspersonen für Klienten in der gerontopsychiatrischen Familienpflege folgendes erstes Profil festhalten: Es handelt sich vorwiegend um **Frauen im Alter zwischen 40-55 Jahren, die mit ihrer Familie in einem Haus leben (welches über ein freies, ca. 20 m² großes Zimmer für den Gast verfügt), Kinder haben, nicht in Vollzeit berufstätig sind und über berufliche oder private Pflegerfahrungen verfügen.**

Zusammenführung der interessierten Familien und potentiellen Klienten

Als eine Schwierigkeit in der Vermittlung kristallisierten sich in der Modelllaufzeit bald die Wünsche der Klienten nach Verbleib in ihrer vertrauten Region (Stadt, Gemeinde, Gegend) heraus, da diesbezüglich nicht durchgängig eine Übereinstimmung zum Pool der potentiellen Gastfamilien vorhanden ist.

Im Folgenden wird die Wohnortverteilung der jeweiligen Anmelder dargestellt:

	Familien	Bewohner
Anmeldungen	108 ²	46 ³
Wohn-/Kontaktort		
Landkreis Augsburg	5	3
Augsburg (Stadt)	2	0
Landkreis Günzburg	7	0
Landkreis Lindau/B.	1	0
Landkreis Neu-Ulm	1	0
Landkreis Oberallgäu	3	1
Kempten (Stadt)	2	1
Landkreis Ostallgäu	35	8
Kaufbeuren (Stadt)	11	16
Landkreis Unterallgäu	25	4
Memmingen (Stadt)	2	1
Bezirk Oberbayern	8	2
Bezirk Oberfranken	1	0
Bezirk Mittelfranken	1	0
Baden-Württemberg	3	0

Tabelle 1: Regionale Verteilung der Interessenten

Wie bereits im ersten Zwischenbericht vermutet, meldeten sich als Interessenten für eine Gastfamilie häufiger Personen aus ländlichen (strukturschwachen) Regionen als aus den Städten des Einzugsgebietes. Umgekehrt suchen mehr Klienten aus Städten die Wohnform des Lebens in einer Gastfamilie. Auf diesem Gegensatz entsteht ein erhöhter Aufwand bei der Vermittlungstätigkeit (z.B. im Sinne der Motivation der Klienten, doch vielleicht auch in eine ländlichere Region zu ziehen) bzw. auch die teilweise Unmöglichkeit, Interessenten beider Gruppen (Familien und Klienten) zu einander zu bringen.

² Eine Ortsangabe konnte nicht zugeordnet werden.

³ Von 36 Klienten wurden konkretere Daten erfasst (dabei fehlt dreimal die Angabe zum Ort).

Dass der Aufbau Gerontopsychiatrische Familienpflege auch für andere Regionen von Interesse sein könnte, belegt u.a. die Anzahl der Kontaktaufnahmen von potentiellen Gastfamilien aus anderen Bezirken bzw. Bundesländern. Insgesamt umfassen diese 12% aller Familienanfragen.

Einen groben Überblick über die Wohnorte der Interessenten für die Tätigkeit als Gastfamilie zeigt folgende Abbildung⁴. Das Einzugsgebiet des Modellprojektes umfasst dabei folgende Regionen des Bezirkes Schwaben (vgl. Abb. 2):

- Stadt Kaufbeuren
- Landkreis Ostallgäu
- Landkreis Unterallgäu sowie
- Landkreis Augsburg.

⁴ Im Sinne eines Überblickes ohne Anspruch auf absolute geografische Korrektheit.



Abb. 2.: Modellprojekt Kaufbeuren: Landkreise im Bezirk Schwaben

Auffallend sind die wenigen Interessenten aus dem Landkreis Oberallgäu sowie die Ballung im nördlicheren Teil des Landkreises Ostallgäu und im südlicheren Teil des Landkreises Unterallgäu. Auch hier dürften Traditionen und die Gebietsreform in

Bayern mit ihrer Schaffung neuer Verwaltungseinheiten eine Rolle spielen.⁵ Hinsichtlich der Anmeldungen gab es durchaus auch identische Wohnorte der interessierten Klienten und der Gastfamilien (vgl. folgende Tabelle 2):

	Familien	Bewohner
Anmeldungen	105	46
Davon konkrete Übereinstimmungen Wohn- / Kontaktort:		
Bad Wörishofen	3	2
Buchloe	3	1
Eggenthal	1	1
Marktobersdorf	1	3
Mauerstetten	2	1
Mindelheim	2	1
Landsberg (Oberbay.)	1	2

Tabelle 2: Anmeldungen – Übereinstimmung in Orten

Solche Übereinstimmungen führten aber nicht automatisch zu Vermittlungen. So hatte beispielsweise eine der Gastfamilien-Interessentinnen aus Mindelheim zwar Erfahrungen in der Pflege, verfügte aber über keinen geeigneten Wohnraum (zu klein) und auch kein soziales Netzwerk, das sie hätte unterstützen können. Auch die zweite Person aus Mindelheim kam nicht in Frage. Für den Klienten aus Mindelheim wiederum wurden zwei Familien (eine davon in Kirchheim, nördlich von Mindelheim, wohnhaft) angedacht und entsprechende Anbahnungsarbeit geleistet. Diese umfasste insgesamt vierzehn Tätigkeiten (davon zehn Telefonate, vier externe Kontakte/Hausbesuche) mit einem Zeitaufwand von knapp neun Stunden reiner Arbeitszeit und zusätzlich gut vier Stunden Wegezeit. Eine Vermittlung war nicht möglich, da beide Familien sich die Aufnahme des Klienten nicht vorstellen konnten. Grund dafür war die Korpulenz des Klienten (befürchtete Probleme mit Nutzung der sanitären Einrichtungen bzw. einer dauerhaften Meisterung der steilen Treppe im Haus).

⁵ Auf weitere Ausführungen zu diesem Thema wird hier verzichtet, da die - unabhängig von der durch die Gebietsreform geschaffenen neuen Landkreisgrenzen - noch immer wirksamen inneren Orientierungen der Bevölkerung in mehreren Berichten der f/w Begleitung schon diskutiert wurden.

Dieses Fallbeispiel - ohne Ergebnis des Einzuges - wird hier so ausführlich dargestellt, um die **Komplexität der Tätigkeit im Rahmen des „Betreuten Wohnens in Familien für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter“ zu verdeutlichen. Bei der Bemessung des Arbeitsaufwandes ist als Erfolgskriterium nicht nur die Zahl der tatsächlich gelungenen Einzüge in Betracht zu ziehen, sondern auch der Aufwand für nicht mögliche Vermittlungen einzukalkulieren.**

Mit 53 Personen, die sich als Gastfamilien interessiert hatten, wurde nach der ersten Kontaktaufnahme ein persönlicher Gesprächstermin vereinbart. Von diesen wiederum fanden 44 statt, die übrigen wurden von den Familien abgesagt oder einfach nicht wahrgenommen. 26 Familien erschienen dem Team geeignet.

Wichtigste Gründe für die Eignung von Familien sind (Mehrfachnennungen):

- Pflegeerfahrung: N = 13
- Wohnsituation / Wohnraumangebot: N = 17
- Soziale Kompetenzen: N = 20
- Gutes persönliches Netzwerk: N = 17
- (vgl. auch oben S. 9)

Mit 36 Klienten, die sich für das „Betreute Wohnen in Familien für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter“ interessierten, wurden Erstgespräche durchgeführt. Die Projektleitung erfasste aufgrund dieser Gespräche 32 Personen als „geeignet“. Als Gründe dafür ist vorrangig der Aspekt „mangelnde Freiwilligkeit“ (beruhend auf der Hoffnung der Klienten, ihre derzeitige Lebenssituation doch noch aufrecht erhalten zu können), zu benennen.

Bis Ende 2008 fanden **12 Einzüge von Klienten bei Familien** statt, davon wurden ebenfalls in diesem Zeitraum **drei** durch Abbruch, Tod oder Umzug zum Sohn **beendet** (vgl. Tab.3). Darüber hinaus stand Ende Dezember 2008 eine dreizehnte gelungene Vermittlung bereits fest. Der Einzug des Klienten in der Familie war Anfang 2009 geplant (erwartete, aber noch ausstehende Zusage der Kostenübernahme durch den Bezirk Schwaben).

Tab. 3: Modellprojekt Kaufbeuren: Übersicht Einzüge Klienten

Code Bewohner	Kontaktort Bewohner	Code Familie	Ort Familie	Nur Aufbau	Grund Keine Aufnahme	Nur Probewohnen	Grund nur Probe	fester Einzug	Beendigung	Grund Ende
17	Kaufbeuren	1	Lechbruck					04.01.08		
19	Landsberg	2	Gessertshausen					04.09.07		
20	Langerringen	3	Immenthal-Günzach					04.05.07		
21	Buchloe	40	Immenthal-Günzach			24.08.07	Klient und Ehemann der Familie: unsympathisch			
21	Buchloe	5	Ingenried					13.10.07	15.02.08 Abbruch	Verhaltensauffälligkeiten
22	Ottobeuren	6	Altusried					15.03.07		
40	Mauerstetten	109	Jengen					29.12.08		
44	Kaufbeuren	47	Stötten	16.01.08	Klient will Familie nicht					
44	Kaufbeuren	64	Stötten					21.02.08		
52	Kaufbeuren	75	Stöttwang-Thalhofen					25.04.08	10.12.08	zieht zu Sohn nach Spanien
57	Eggenenthal	100	Buching	10.09.08	Familie will jetzt nur noch eine Frau					
57	Eggenenthal	62	Kaufbeuren					22.12.08		
60	Marktoberdorf	81	Aitrang					17.11.08	27.12.08	verstorben
61	Kaufbeuren	62	Kaufbeuren					13.10.08		
62	Kaufbeuren	47	Stötten			22.10.08	Klientin zu depressiv			
62	Kaufbeuren	106	Stöttwang-Thalhofen					08.12.08		
65	Bertoldshofen	105	Bertoldshofen					23.12.08		

Hinsichtlich der o.g. Problemlage: „Wünsche der Klienten nach Verbleib in ihrer vertrauten Region“ zeigt folgende Tabelle, dass in der praktischen Umsetzung letztendlich doch eine Bereitschaft der Klienten zum Verlassen ihrer unmittelbaren Umgebung zu verzeichnen ist. Die durchschnittliche Entfernung zum ursprünglichen Kontaktort beträgt 26 Kilometer.

Kontaktort Bewohner	Ort Familie	Entfernung und Fahrzeit mit PKW
Kaufbeuren	Lechbruck	36 km / 45 Minuten
Landsberg	Gessertshausen	52 km / 50 Minuten
Langerringen	Immenthal-Günzach	57 km / 70 Minuten
Buchloe	Immenthal-Günzach	43 km / 50 Minuten
Buchloe	Ingenried	33 km / 45 Minuten
Ottobeuren	Altusried	29 km / 35 Minuten
Mauerstetten	Jengen	16 km / 15 Minuten
Kaufbeuren	Stötten	20 km / 30 Minuten
Kaufbeuren	Stötten	20 km / 30 Minuten
Kaufbeuren	Stöttwang-Thalhofen	7 km / 10 Minuten
Eggenenthal	Buching	55 km / 70 Minuten
Eggenenthal	Kaufbeuren	13 km / 20 Minuten
Marktoberdorf	Aitrang	11 km / 20 Minuten
Kaufbeuren	Kaufbeuren	-
Kaufbeuren	Stötten	20 km / 30 Minuten t
Kaufbeuren	Stöttwang-Thalhofen	7 km / 10 Minuten
Bertoldshofen	Bertoldshofen	-

Tab. 4.: Entfernung Orte Familien und Kontaktort Klienten

Hinsichtlich des Arbeitsaufwandes der Projektleitung im Zusammenhang mit den einzelnen Arbeitsschritten liegen folgende Daten vor:

	Häufigkeit (Anzahl der Tätigkeiten⁶)	Arbeitszeit insgesamt (Stunden)	durchschnittliche Dauer pro Tätig- keit(Minuten)	Dauer (Min. - Max.) Minuten/Stunden	Fahrzeit Häufigkeit und Ge- samtsumme
Anbahnphase	N = 383	293	46	5 Min. bis 3,5 h	N = 86 77 h
Probewohnen	N = 53	48	54	10 Min. – 2,5 h	N = 27 23 h
Einzug	N = 18	25	83	10 Min. – 3,5 h	N = 16 13 h
Wohnen in der Gast- familie	N = 427	435	61	5 Min. – 4 h	N = 218 221 h
Beendigung	N = 26	17	39	10 Min. – 2h	N = 17 4,5 h

17 Tätigkeiten können sein: Telefonate mit Klienten, Familien, gesetzlichen Betreuern, Angehörigen der Klienten, anderen (professionellen) Akteuren

Zur Einschätzung des Arbeitsaufwandes im Rahmen der gerontopsychiatrischen Familienpflege sind somit die **Tätigkeiten im Rahmen der Anbahnphase und in der Begleitung des Lebens in der Gastfamilie die arbeitsintensivsten Schritte**. Für künftige Stellenberechnungen sollte die **Einberechnung der Fahrtzeit** nicht unterschätzt werden, diese betrug insgesamt 338,5 Stunden. Zur Verdeutlichung zeigt folgende Tabelle die Entfernung des Modellstandortes zu den Wohnorten der Gastfamilien (Tab. 6)

Modellstandort	Ort Familie	Entfernung und Fahrtzeit mit PKW
Kaufbeuren	Lechbruck	35 km / 45 Minuten
Kaufbeuren	Gessertshausen	80 km / 75 Minuten
Kaufbeuren	Immenthal-Günzach	21 km / 30 Minuten
Kaufbeuren	Immenthal-Günzach	21 km / 30 Minuten
Kaufbeuren	Ingenried	25 km / 30 Minuten
Kaufbeuren	Altusried	51 km / 50 Minuten
Kaufbeuren	Jengen	18 km / 20 Minuten
Kaufbeuren	Stötten	20 km / 30 Minuten
Kaufbeuren	Stötten	20 km / 30 Minuten
Kaufbeuren	Stöttwang-Thalhofen	7 km / 10 Minuten
Kaufbeuren	Buching	42 km / 55 Minuten
Kaufbeuren	Kaufbeuren	-
Kaufbeuren	Aitrang	16 km / 25 Minuten
Kaufbeuren	Kaufbeuren	-
Kaufbeuren	Stötten	20 km / 30 Minuten t
Kaufbeuren	Stöttwang-Thalhofen	7 km / 10 Minuten
Kaufbeuren	Bertoldshofen	12 km / 20 Minuten

Tab. 6: Entfernung Modellstandort zu Wohnort Gastfamilien

Vorläufige Einschätzung des Modellprojektes

Als Gesamtbewertung der bisherigen Tätigkeit des Modellprojektes sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass von den zwölf erfolgreichen Vermittlungen lediglich ein Leben in der Gastfamilie wieder abgebrochen wurde. Damit kann als vorläufiges Ergebnis festgehalten werden, dass auch **Familienpflege für ältere und alte Klienten ein in der Praxis umsetzbares Konzept** ist. In der Tendenz des Verlaufes lässt sich festhalten, dass die **psychische Situation der Klienten in den Gastfamilien sich mehr verbessert** als verschlechtert hat. Unerlässlich ist jedoch die **intensive Begleitung der Familien durch die Projektleitung** (den Fachdienst), um Ängste und Unsicherheiten der Familien in der Anfangsphase oder bei sich verändernden

Situationen aufzufangen bzw. wieder eine stabile Gastfamiliensituation herzustellen. Nach den vorliegenden Daten führt eine **Zunahme der Pflegebedürftigkeit nicht zu einem Abbruchwunsch der Gastfamilie**. Vielfach ist hier jedoch die **Tätigkeit der Projektleitung im Sinne eines case managements** (z.B. Organisation von Hilfsmitteln oder eines ambulanten Pflegedienstes) vonnöten.

Qualifizierung und fachliche Begleitung der Gastfamilien

Aufbauend auf die Erfahrungen des Projektverlaufes wurden im Jahr 2008 für aktive oder potentielle **Gastfamilien drei Schulungsnachmittage** durchgeführt. Diese Wissensvermittlung erlebten die Teilnehmer (schriftliche Befragung, Rücklauf: N = 8) als positiv, da sie z.B. „Motivation und Anleitung“ vermittelte. Mehrfach wünschten sich die Familien einen **regelmäßigen Erfahrungsaustausch**, der einmal im halben Jahr stattfinden sollte. Diese Anregung wurde von der Projektleitung für die künftigen Planungen und die Begleitung der Gastfamilien aufgenommen.

Projektleitung

Nach den bisherigen Beobachtungen und Ergebnissen ist für die Erfüllung der Aufgaben eine Vollzeitstelle der Projektleitung zwingend notwendig. Wünschenswert ist das Angebundensein an ein Team (wie hier an das Team des Betreuten Wohnens in Familien für psychisch kranke Menschen des BKH Kaufbeuren.) Dieses ist von Vorteil im Sinne des fachlichen Austausches und der kollegialen Beratung zu Aspekten der Auswahl von Klienten und Gastfamilien sowie in der Einschätzung kritischer Situationen im Verlaufe des Lebens in der Gastfamilie. Die Projektmitarbeiterin (korrekt: der sozialpädagogische Fachdienst) sollte über ausgeprägte Kompetenzen und Berufserfahrungen im gerontopsychiatrischen Themenfeld verfügen. Hinsichtlich der sozialen und personalen Kompetenzen sind auf jeden Fall Fähigkeiten zum Kontaktaufbau mit anderen Menschen, eingeübte Gesprächsführungstechniken, Beobachtungsgabe, Belastbarkeit, Entscheidungs-freude sowie sowohl Durchsetzungsfähigkeit als auch Empathie vonnöten.

Zusammenfassung

Das Modellprojekt nahm im Jahr 2008 einen sehr guten Verlauf. Dies ist dem Engagement der Projektmitarbeiterin und des Teams des Betreuten Wohnens in Familien

des BKH Kaufbeuren zu verdanken. Diesbezüglich sei aber auch die Arbeit des Modellträgers und der Steuerungsgruppe nicht unerwähnt. Das Modellprojekt in Kaufbeuren lässt sehr deutlich erkennen, dass **multiprofessionelles Arbeiten unter Einbeziehung der verschiedensten Akteure zu beachtenswerten Ergebnissen** führt.

Zur Zukunftsperspektive des „Betreuten Wohnens in Familien für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter“ gilt es im Auge zu behalten, dass die Zahl der Zielgruppen steigen wird. Dies trifft auch auf die chronisch psychisch kranken Menschen zu. Aktuell leben in der Modellregion 153 über 55jährige psychisch kranke Personen in ambulanten oder stationären Einrichtungen, die im Rahmen der Eingliederungshilfe über den Bezirk Schwaben finanziert werden⁷. Das „Betreute Wohnen in Familien für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter“ könnte für einige bei zunehmender Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit eine Alternative darstellen - ebenso wie für manchen (noch) zu Hause alleinlebenden, psychisch instabiler werdenden älteren Menschen. Es ist zu wünschen, dass im Ergebnis des Modellprojektes eine Regelfinanzierung der Facharbeit ermöglicht werden kann.

⁷ Schriftliche Mitteilung (per Mail vom 18.02.2009) der zuständigen Mitarbeiterin des Bezirkes Schwaben.

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

2.1. Das Modellprojekt "KompetenzNetz Demenz. Integration der Bevölkerungsgruppe demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen in Augsburg"

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

Die ursprüngliche personelle Ausstattung zu Projektbeginn beinhaltete 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.

Ziele

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. Umsetzung im Jahre 2008

In der Reaktion auf die Gespräche mit der Projektleitung zum Jahresende 2007 und der entsprechenden Empfehlungen sowohl des Modellträgers als auch der f/w Begleitung modifizierte das Modellprojekt im Jahre 2008 sein Vorgehen. Dies betrifft insbesondere eine **Konzentration auf zwei wesentliche Ziele und Arbeitsbereiche** der Modellkon-

zeption. Zum Verständnis: Wie bereits im Zwischenbericht für das Jahr 2007 dargestellt, nahm das Projekt - u.a. aufgrund der zuvor in Augsburg gelaufenen Demenzkampagne - seine Arbeit mit der Hypothek einer hohen externen Erwartungshaltung auf. Diese führte auch zum Aufbau einer hohen Erwartungshaltung der Projektleitung an sich selbst. Beide Aspekte brachten die Gefahr mit sich, dass eine kontinuierliche Konzeptumsetzung auf dem qualitativ hohen Niveau nicht unbedingt hätte durchgehalten werden können. Die Modifizierung und Konzentration der Modellumsetzung führte nun in der Rückschau auf das Jahr 2008 zu einem weiterhin **sehr erfolgreichen Projektverlauf. Intensiv wurde in den Teilprojekten „Demenzpaten“ und „Wohnungswirtschaft“ gearbeitet.** Demgegenüber erfolgte eine Veränderung hinsichtlich des Teilprojektes „Netzwerk Zivilgesellschaft“, welches im Jahr 2007 äußerst dynamisch - und mit hohem Personalaufwand - vorangebracht worden war. Im Jahr 2008 nahm die Projektleitung bzw. das Projektteam in diesem Bereich nun eine eher vermittelnde Rolle ein bzw. konnte Arbeitsbereiche durch Demenzpaten realisieren lassen, z.B. die Demenzschulungen für Anwärter der Bereitschaftspolizei.⁸ Die Projektleitung legte dementsprechend Mitte März 2008 eine fortentwickelte Beschreibung der Konzeptumsetzung vor, die eine Neuverteilung der Arbeitsaufgaben enthielt. Hintergrund dafür war auch, dass die Projektmitarbeiterinnen (35-Stunden-Stelle) zum 31.03.2008 ihre Mitarbeit im Projekt beendete, da sie eine unbefristete Stelle bei der Kommune Augsburg antreten konnte. Die vorgesehene Aufgabenteilung beinhaltete drei Arbeitsgebiete:

- Demenzpaten
- Wohnungswirtschaft
- Öffentlichkeitsarbeit.

Projektmitarbeiterinnen

Die Konzeptumsetzung hinsichtlich der Demenzpaten übernahm die Projektleitung. Für das Teilprojekt „Wohnungswirtschaft“ wurde zum 01.04.2008 eine Dipl.-Sozialpädagogin mit einer halben Stelle eingestellt. Eine Dipl.-Betriebswirtin - mit Erfahrungen in der Öffentlichkeitsarbeit - übernahm ebenfalls zum 01.04.2008 mit 15-Wochenstunden das Arbeitsgebiet „Öffentlichkeitsarbeit“. Die noch zu schildernden Bemühungen der Modelltätigkeit im Baustein „Wohnungswirtschaft“ wurden leider nicht erleichtert durch weiteren Personalwechsel der hierfür eingestellten Mitarbeiterinnen. Die o.g. Dipl.-Sozialpädagogin kündigte zum 30.09.2008. Zum 15.11.2008 konnte für die vakante Stelle dann wiederum

⁸ Vgl.: Zwischenbericht der f/w Begleitung für das Jahr 2007:
http://aufschwungalt.de/Downloads/ZB2007_EndFass.pdf

eine Dipl.-Sozialpädagogin gefunden werden, die jedoch Anfang November den abgeschlossenen Arbeitsvertrag negierte. Damit musste erneut Energie in die schwierige Mitarbeitersuche bzw. -auswahl investiert werden. Zum 01.12.2008 trat die neue Mitarbeiterin für den Bereich Wohnungswirtschaft ihre Stelle an. Diese ist Dipl.-Pädagogin und hatte vor ihrer Elternzeit an der Längsschnittstudie „Ältere Menschen im Betreuten Wohnen“ (Universität Augsburg) mitgearbeitet. Als Fazit zu diesem Verlauf des Modellprojektes im Jahre 2008 sei festgehalten, **dass das Finden von Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern, die für die qualifizierten und anspruchsvollen Tätigkeiten bei der Umsetzung einer Modellprojekt-Konzeption geeignet sind, vielfach einfach schwierig** ist. Die notwendigerweise fachlich erfahrenen und kompetenten Kolleginnen und Kollegen sind zumeist fest in Arbeitsgebiete eingebunden. Im Falle einer angedachten Neuorientierung stehen für diese Gruppe zeitlich ausdrücklich befristete Modellstellen häufig nicht an erster Stelle der Auswahl. Diese Thematik der Befristung wurde auch im Rahmen des zweiten Workshops der Projektleitungen und -mitarbeiterinnen für das Jahr 2008 am 05.12.2008 bestätigt. Grundsätzlich sahen die Anwesenden bei diesem Treffen Modellarbeit als eine interessante fachliche und persönliche Herausforderung an. Vielfach wurde das Interesse an einer solchen Projektmitarbeit auch damit begründet, dass man - in seinem bisherigen Arbeitsgebiet - einen Bedarf wahrgenommen hätte und dementsprechend „etwas bewegen wolle“. Die Bedeutung und Notwendigkeit des dafür unerlässlichen persönlichen Engagements wurde immer wieder zitiert. Eine Kollegin meinte aber eben auch, dass Modellprojektstellen ideal „Mama-Stellen“ seien, also für Fachfrauen in Elternzeit, „zwischen zwei Kindern“ oder als Versuch des beruflichen Wiedereinstieges.

Demenzpaten

Dieser Baustein des Projektes nahm einen bemerkenswerten Verlauf. Durch die oben skizzierten Umstrukturierungen - Übernahme der Verantwortung durch die Projektleitung - erfolgten gravierende und sehr positive Weiterentwicklungen. Dies betrifft auch - die im ersten Projektjahr als auch im Zwischenbericht für 2007 durch die f/w Begleitung angemahnte - **stärkere Beachtung der Kriterien eines modernen bürgerschaftlichen Engagements**. So wurde in einer Klausurtagung für die Demenzpaten (Juni 2008) mit diesen gemeinsam ein Leitbild zur Stärkung des Selbstverständnisses erarbeitet (siehe Anlage 1). Diese **Klärung der Rahmenbedingungen der Tätigkeit der Demenzpaten, ihres Auftrages und des Zieles ihrer Tätig-**

keit - eben nicht direkt für Demenzerkrankte tätig zu werden, sondern eine quartiers- oder themenbezogene Tätigkeit zur „Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses und einer neuen Kultur im Umgang mit Demenzerkrankten“ in der Kommune innezuhaben - führte bei einigen der Demenzpaten „der ersten Generation“ (Schulung 2007) zu Widerständen und Irritationen. Entsprechende Beobachtungen, die dann bei der Klausurtagung des Modells für die Demenzpaten offen zutage traten, machte die f/w Begleitung bereits bei der Teilnahme an einem der routinemäßigen „Treffen der Demenzpaten“ im Februar 2008. Dem sensiblen wie auch sehr klaren Agieren der Projektleitung ist es zu danken, dass damit konstruktiv umgegangen werden konnte. Zwei Demenzpaten (ein Ehepaar) schieden in der Folge aus dem Kreis aus. Diese bürgerschaftlich Engagierten sind jedoch weiter im Themenkreis tätig und nach einer notwendigen und nachvollziehbaren Zeit zur „Beruhigung der Gemüter“ bestehen auch weiterhin Kontakte zum KompetenzNetz Demenz. Als ein wichtiges Ergebnis aus diesem Modellprojekt ist damit festzuhalten, dass der **Aufbau eines Kreises von Ehrenamtlichen bzw. bürgerschaftlich Engagierten gut vorbereitet sein und nach Möglichkeit von Mitarbeitern mit Erfahrung in diesem Arbeitsgebiet** übernommen werden sollte. Dazu gehört eine klare Zielsetzung für den Tätigkeitsbereich der künftigen Ehrenamtlichen mit einer **unabdingbaren transparenten und eindeutigen Vermittlung der Aufgaben**. Gerade in der **Anfangsphase** des Aufbaus eines Kreises von Ehrenamtlichen sollte ebenso auf eine **klare Tätigkeit in der Gruppenleitung** (unter Kenntnis der gängigen gruppendynamischen Prozesse) geachtet werden. Es spricht für die Kompetenz der Projektleitung, dass sie die im ersten Jahr vernachlässigte Strukturierung der Gruppe der Demenzpaten im Jahre 2008 so erfolgreich bewältigen konnte. Letztendlich führte dies auch dazu, dass kontinuierlich Demenzpaten gewonnen werden können und „die Demenzpaten“ bereits jetzt einen hohen Bekanntheitsgrad in Augsburg haben. Die f/w Begleitung plant im Jahre 2009 eine spezielle Erhebung zur Tätigkeit der Demenzpaten in Augsburg durchzuführen.

Im Jahr 2008 fanden zwei Schulungen für Demenzpaten statt. Insgesamt sind damit **achtzehn Demenzpaten** in acht von zwölf Stadtregionen Augsburgs tätig. Nach den oben beschriebenen Prozessen lassen sich die **Aktivitäten der Demenzpaten nun in vier Tätigkeitsbereiche aufteilen:**

- Tätigkeit als „Vertreter“: Aufsuchen von Akteuren in Stadtteilen (z.B. Supermärkte oder Apotheken im Quartier)
- Tätigkeit als „Repräsentant“: die Demenzpaten und das Thema Demenz bei Veranstaltungen Dritter vertreten und dort als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen (z.B. bei der Kassenärztlichen Vereinigung)
- Tätigkeit als „Veranstalter“: Planen, Organisieren und Durchführen eigener Veranstaltungen (z.B. Infostände in der Fußgängerzone im Vorfeld des Weltzheimer-Tages)
- Tätigkeit als „Zielgruppen-Veranstalter“: Beteiligung bei bzw. selbständige Durchführung von Veranstaltungen und Schulungen zum Thema Demenz bei konkreten Zielgruppen (z.B. Frauen mit Migrationshintergrund).⁹

Abschließend zu diesem Thema seien hier noch die **Ergebnisse der Evaluation der Demenzpaten** wiedergegeben. Die routinemäßige Befragung der potentiellen Demenzpaten nach Abschluss der jeweiligen Erst-Schulung brachte im Jahr 2008 einen Rücklauf von insgesamt achtzehn Datensätzen (Teilnehmer der Schulungen 2007 und 2008). Das Durchschnittsalter der Demenzpaten - von denen drei Männer sind - beträgt 60 Jahre und liegt dabei zwischen 44 und 76. Hinsichtlich der bei Schulungsbeginn vorhandenen Erfahrungen lässt folgende Grafik (Abb. 3) erkennen, dass durchgängig weniger als 50% der künftigen Demenzpaten über - für die Thematik - relevante Vorerfahrungen verfügte.

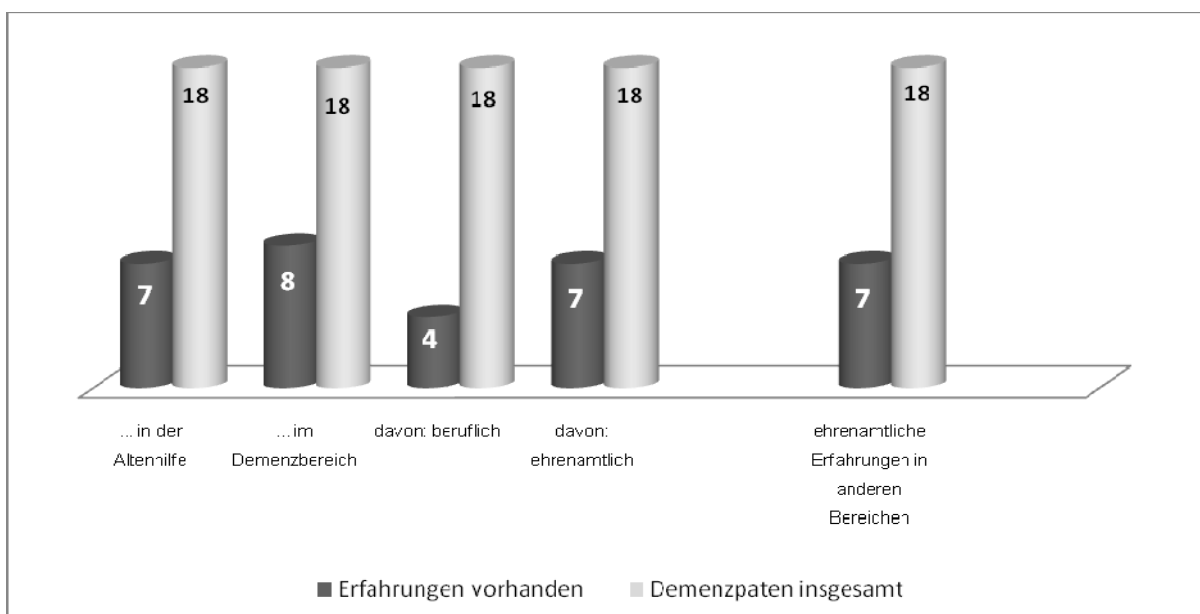


Abb. 3: Modellprojekt Augsburg: Vorerfahrungen der künftigen Demenzpaten (Mehrfachnennungen).

⁹ Vgl. Bericht der Projektleitung beim Treffen der Steuerungsgruppe am 22.01.2009.

Die beruflichen Vorerfahrungen reichen von der Qualifizierung einer examinierten Altenpflegerin und einer examinierten Krankenschwester bis hin zur festangestellten Seniorenbegleiterin in der Kirchengemeinde und einer professionellen Tätigkeit als „Haushaltsführung und Betreuung“. Hinsichtlich der ehrenamtlichen Vorerfahrungen, die bisher über keinerlei Erfahrungen in der Alten- oder Demenzhilfe verfügen, fällt auf, dass über die Hälfte davon sich in Kirchengemeinden engagiert hatte. Auf die Frage „Wie haben Sie vom Projekt „KompetenzNetzDemenz Augsburg“ erfahren?“ (Mehrfachnennungen möglich), zeigte sich, dass dies überwiegend durch die Presse erfolgte (vgl. Abb. 4). In der Tendenz lässt sich jedoch auch erkennen, dass für die zweite und dritte Schulung¹⁰ vermehrt Interessenten durch andere Aspekte zum Projekt fanden.

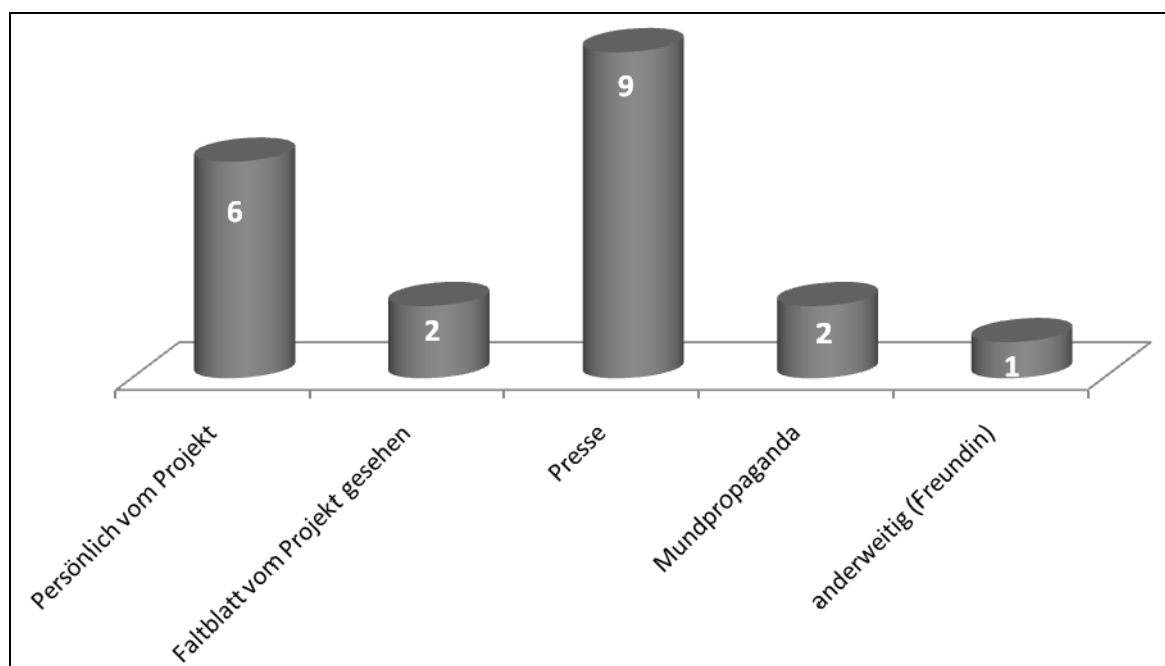


Abb. 4: Modellprojekt Augsburg: Vom Projekt erfahren durch(Mehrfachnennungen).

Sechszehn der Befragten fühlten sich durch die Schulung für ihre künftige Tätigkeit als Demenzpate ausreichend qualifiziert, zwei verneinten dies. Hierzu ist anzumerken, dass die Schulungsinhalte - insbesondere nach der ersten Schulung - entsprechend weiterentwickelt wurden. Die o.g. Kritik zweier Teilnehmer stammt so auch aus der ersten Schulung und wurde damit begründet, dass „rechtliche Fragen unge-

¹⁰ Diese fanden im Jahre 2008 statt, die erste Demenz-Paten-Schulung lief im Oktober/November 2007.

klärt“ seien sowie dass „mir noch die Sicherheit im Rahmen des Projektes das Richtige zu tun, fehlte“. Einen Überblick über die Bewertung der Schulung und den Bedarf nach weiterer Qualifizierung zeigt Abbildung 5.

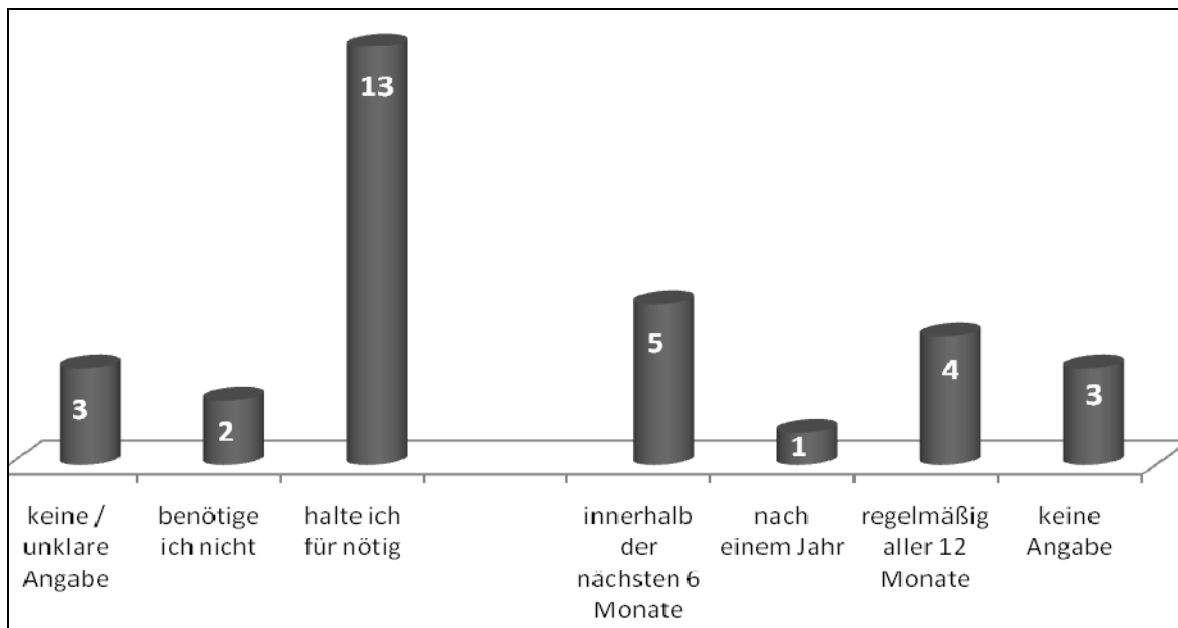


Abb. 5: Modellprojekt Augsburg: Bewertung der Schulung.

Von den geschulten Demenzpaten erklärten dreizehn, dass sie „sofort“ für den Einsatz bereit seien. Vielfach - insbesondere bei der zweiten und dritten Schulung - wurden recht konkrete Vorstellungen zum künftigen Tätigkeitsgebiet geäußert, wie beispielsweise:

- wenn möglich in einem Generationenhaus
- Vorträge für Apothekenmitarbeiter / für Frauengruppe in der Pfarrei
- Zusammenarbeit mit Seniorenfachberatung in Stadtregion
- In Augsburg-Göggingen
- Demenzpate für Stadtmitte
- Referentin bei den Schulungen der Bereitschaftspolizei
- Ansprechpartner im Stadtteil, Organisation von Veranstaltungen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sowohl durch die Entwicklung der Schulungsmodule als auch durch die Klärung und Schärfung des Tätigkeitsprofils der Demenzpaten zu Ende des Jahres 2008 **vom Modellprojekt in Augsburg sehr erfolgreich ein neuer Baustein des bürgerschaftlichen Engagements im Demenzbereich installiert** werden konnte. Hinsichtlich der notwendigen Vorerfahrungen künftiger Demenzpaten zeigen die bisherigen Ergebnisse des Projektes, dass das

Vorliegen von Erfahrungen im Themengebiet „Altenhilfe oder Demenz“ nicht erforderlich ist. Es wäre zu wünschen, dass dem Modellprojekt ausreichend Zeit bleiben wird, um

- Demenzpaten für jeweils alle Stadtteile und alle Tätigkeitsbereiche gewinnen zu können,
- die Einsatzgebiete bedarfsorientiert weiterentwickeln zu können, z.B. im Migrationsbereich und
- diese jetzt entwickelten Strukturen auch über die Phase der Modellförderung hinaus verstetigen zu können.

Wohnungswirtschaft

Die Tätigkeit in diesem Projektbaustein war im Jahr 2008 von angestregten Aktivitäten und darauf folgend von intensiven Diskussionen zum weiteren konzeptionellen Vorgehen geprägt. Einen wichtigen Aspekt stellte dabei die Tatsache dar, dass seitens der Akteure der Wohnungswirtschaft, mit denen das Modellprojekt Kontakt hatte oder aufnahm, kein Handlungsbedarf zum Thema „Demenz“ vorlag bzw. vorliegt. Bis zum Bewusstwerden dieser Tatsache - und dann noch folgend: deren Akzeptanz - gingen die Projektmitarbeiterinnen einen längeren Weg. Viele Gespräche - sowohl zwischen Projektteam und Projektträger als auch mit der f/w Begleitung drehten sich um die Faktoren, dass die Akteure der Wohnungswirtschaft hinsichtlich der - teilweise im Vorfeld durchaus konkret vereinbarten - Aktivitäten in den Wohnanlagen sich sehr zurückhaltend, blockierend oder auch ignorierend verhielten. Als **Erkenntnis** aus diesem Prozess ist festzuhalten: **Ein klassischer Handlungsansatz der sozialen Arbeit: „Wir gehen in die Wohnanlagen, um den Betroffenen oder deren Angehörigen, Nachbarn usw. im Rahmen unseres Unterstützungssystems adäquat zu helfen.“ erwies sich hier als der falsche Ansatz.** Um das konzeptionelle Ziel, die Wohnungswirtschaft für die Probleme demenzkranker Mieter zu sensibilisieren und durch verschiedene Maßnahmen einen längeren Verbleib der Demenzkranken in ihren Wohnungen zu ermöglichen, erreichen zu können, war somit die Entwicklung eines anderen Handlungsansatzes notwendig. Letztendlich dauerte es - auch durch den Personalwechsel bei der zuständigen Projektstelle bedingt - über das Jahresende 2008 hinaus, um das künftige diesbezügliche Vorgehen konkret entwickelt zu haben. Dass das Modellprojekt diesen Lernprozess gehen konnte, ist unbedingt zu würdigen. Nicht zuletzt legt damit das Modellprojekt in Augsburg für

künftige Kooperationsansätze mit der Wohnungswirtschaft ein wichtiges Ergebnis vor. Im neuen Handlungsplan für den Projektbaustein „Wohnungswirtschaft“ wurde somit auch selbstkritisch folgendes angemerkt: „Das bisherige Vorgehen war zu handlungsorientiert, man ist auf Wohnungsgesellschaften wie auch die Bewohner/Mieter unter dem Gesichtspunkt zugegangen, etwas für die demenzerkrankten Bewohner gemeinsam tun zu wollen/zu müssen. Tatsächlich besteht aber für die Angesprochenen gar kein Handlungsdruck. Die Beteiligung basierte lediglich aus einer mehr oder weniger sozialen oder moralischen Verpflichtung heraus, jedoch nicht aufgrund eines konkreten Interesses.“¹¹

Letztendlich nahm das Projekt hinsichtlich seines Vorgehens zum Jahreswechsel nun einen **Paradigmenwechsel** vor: **weg vom Helferstatus hin zu einer - vorerst - beobachtenden Rolle**. Damit soll zunächst einmal die **Situation der Mieter** mit leichten kognitiven Veränderungen oder einer beginnenden Demenz wie auch einer schon weiter fortgeschrittenen Demenzerkrankung **systematisch erfasst werden**. Ein Focus der geplanten Befragung liegt auf sog. weichen Faktoren, wie z.B.: „Wie funktioniert der Alltag angesichts zunehmender demenzbedingter Einschränkungen?“ Welche - von den Beteiligten subjektiv so wahrgenommenen - „Kleinigkeiten“ führen dazu, dass demenzerkrankte Mieter teilweise noch lange - sozial unauffällig oder gut toleriert - in Wohnanlagen leben können? Mit welchen Ressourcen helfen sich die Demenzerkrankten selber prothetisch aus, um so lange als möglich in ihren Wohnungen bleiben zu können? Dies beinhaltet auch, dass diese Ressourcen, die häufig von Angehörigen oder dem weiteren Umfeld als Defizit oder problematisch wahrgenommen werden, endlich eine positive Bewertung erhalten. Das Modellprojekt plant, dass **„auf Basis der Situationsbeschreibungen Maßnahmen entwickelt werden könnten**. Es gilt, von den Einzelfällen zu lernen und daraus ein Muster zu entwickeln, welche Form von Unterstützung und Zusammenarbeit Sinn macht, welche Art von Vernetzung entstehen könnte, wie ein Informationsfluss zustande kommen kann etc.“¹²

¹¹ Vgl.: Konzept des Modellprojektes: Erfassung der Lebenssituation älterer demenzerkrankter Menschen in Wohnanlagen. Stand Januar 2009.

¹² Vgl.: Konzept des Modellprojektes: Erfassung der Lebenssituation älterer demenzerkrankter Menschen in Wohnanlagen. Stand Januar 2009.

Die Arbeit des Modellprojektes im Baustein „Wohnungswirtschaft“ führte zur Entwicklung eines bemerkenswerten, systematischen Vorgehens. Den Ergebnissen dieser Befragung wird mit Spannung entgegengesehen. Das im neuen konzeptionellen Vorgehen angedachte Ziel des Projektteams, am Ende einen druckreifen Handlungsleitfaden „Demenz“ für Akteure der Wohnungswirtschaft entwickelt zu haben, wird nach Einschätzung der f/w Begleitung bis zum Ende des Modellprojektes kaum zu realisieren sein. Auch wenn dies ein wünschenswertes Ergebnis wäre.

TEIL 2

Modellprojekte im ersten Jahr ihrer Laufzeit

1. Angehörigenberatung e.V. Nürnberg

Das Modellprojekt „Demenz Netzwerk Nürnberg“ startete am 01.05.2008 mit einer zweijährigen Laufzeit seine Arbeit (Bevolligungszeitraum: 01.05.2008 - 30.04.2010). Gefördert wird eine Vollzeitstelle (Dipl.-Sozialpädagogin), die sich zwei Mitarbeiterinnen zu jeweils 50% teilen. Dabei ist eine Projektmitarbeiterin bereits seit dreizehn Jahren beim Modellträger tätig. Die zweite Projektmitarbeiterin wurde für das Modellprojekt neu eingestellt.

1.1. Ziel der Modellkonzeption

Das Modellprojekt will die **Akzeptanz von** spezifischen - niedrighschwelligen - **Entlastungsangeboten für Angehörige demenzkranker Menschen verbessern**. Dazu soll untersucht werden, welche Faktoren und Maßnahmen dazu beitragen können. Die Konzeption geht davon aus, dass durch eine

- quartiersbezogene Tätigkeit,
- flächendeckende Bekanntheit und
- enge Vernetzung mit vorhandenen sozialen Strukturen im Stadtteil

die Annahme sowie Nutzung von psychosozialer Beratung, von Angehörigengruppen (-kursen) sowie von niedrighschwelligen Angeboten (Helferkreise und Betreuungsgruppen) deutlich zunehmen könnte.

Besonderes Augenmerk soll auf eine **optimale Informationsstruktur im Stadtteil** und die **quartiersbezogene Vernetzung** von (vorhandenen) Seniorenangeboten gelegt werden. Die Modellkonzeption betont ebenfalls den Aspekt einer „deutlich wahrzunehmenden **Neutralität von Beratungs- und Entlastungsangeboten**“. Das Modellprojekt will somit „ein neutrales und fachlich unabhängiges, quartiersbezogenes Netzwerk Demenz Nürnberg in Kooperation mit regionalen Strukturen, insbesondere den Seniorennetzwerken der Stadt Nürnberg und den örtlichen Trägern der Gesundheits- und Altenhilfe“ aufbauen und entwickeln.

Der Modellträger beabsichtigt, damit einen weiteren Beitrag zur Schaffung von Rahmenbedingungen zu leisten, die **eine möglichst lange Begleitung und Versorgung demenzkranker Menschen in deren häuslicher Umgebung** ermöglichen. So ist

auch geplant, ein - über die Modellphase hinaus - dauerhaft funktionierendes, gemeindenahes „Netzwerk Demenz Nürnberg“ zu schaffen.¹³

1.2. Ausgangslage

Die Modellregion ist auf die Stadt Nürnberg begrenzt. In Nürnberg leben rund 500.000 Einwohner, von denen etwa 7.000 an einer Demenzerkrankung leiden. Nach Angaben der Angehörigenberatung e.V. Nürnberg muss von etwa 5.600 pflegenden Angehörigen im Stadtgebiet ausgegangen werden. Der Modellträger wurde 1986 als eine der bundesweit ersten Beratungsstellen gegründet, die die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen in den Blick nahm. Bereits früh - Ende der 80iger Jahre des 20. Jahrhunderts - spezialisierte sie sich dabei auch auf die besondere Bedürfnislage der Angehörigen demenzerkrankter Menschen. Durch diese langjährigen Erfahrungen hat sich der **Modellträger** in der Stadt Nürnberg, sowie darüber hinaus in der Region und landesweit einen Namen gemacht als **Lobbyist für die Verbesserung der Lebenssituation von pflegenden Angehörigen, aber auch als Interessensvertreter von demenzkranken Menschen**. Er ist Träger der Fachstelle für pflegende Angehörige im Bayerischen Netzwerk Pflege (3,5 Stellen von insgesamt fünf für die Stadt Nürnberg) und der Gerontopsychiatrischen Fachkoordination (GeFa) für Mittelfranken (seit dem Jahr 2000).

Neben diesen langjährigen Erfahrungen des Modellträgers ist als zweites besonderes Merkmal der Ausgangssituation des Modellprojektes das Modellprogramm „Innovative Altenhilfekonzepte“ der Bayerischen Staatsregierung zu benennen, das im Sommer 2007 gestartet wurde. Ziel dieses Programmes ist - auf der Grundlage von integrativen, regionalen Gesamtkonzepten - die Weiter-Entwicklung zukunftsfähiger Wohn- und Betreuungsformen für ältere Menschen.¹⁴ Im Rahmen der Förderung im Schwerpunkt 1 „Kommunale Altenhilfekonzepte“ erhielt die Stadt Nürnberg mit dem „Seniorennetzwerk St. Johannis. Quartiersbezogene präventive Seniorenarbeit in trägerübergreifender Kooperation“ einen Zuschlag. Neben diesem modellhaft geförderten Stadtteilprojekt wurden zu Beginn des hier zu betrachtenden Modellprojektes drei weitere Stadtteil-Netzwerke in Nürnberg aufgebaut. Diese sind in den Stadtteilen

¹³ Vgl. Konzeptbeschreibung im Förderantrag des Modellträgers vom 15.11.2008.

¹⁴ Vgl. Pressemitteilung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen vom 23.07.2007.

Südstadt, St. Leonhard/Schweinau und Gartenstadt lokalisiert. Initiiert wurden diese **Seniorennetzwerke durch das Seniorenamt der Stadt Nürnberg** - gemeinsam mit anderen (im Themenbereich agierenden) Organisationen, mit Wohlfahrtsverbänden, Wohnungsgesellschaften, Kirchengemeinden und ambulanten Diensten oder mit Arbeitsgruppen, die in der Entwicklung der sozialen Infrastruktur in Nürnberger Wohnquartieren tätig sind. Ziel ist, dass sich unterschiedliche Träger der Seniorenarbeit eines Wohnquartiers zusammen finden, um ihre Kräfte zu bündeln und trägerübergreifend organisierte Unterstützungssysteme aufbauen. Damit sollen bestehende Angebote für alte Menschen im Quartier aufeinander abgestimmt und nachhaltig gesichert sowie weiter ausgebaut werden, um u.a. die Teilhabe am Leben im Stadtteil und die soziale Integration zu sichern oder eine Unterstützung und Begleitung für die Bewältigung des Alltags zu geben. Dazu ist auch beabsichtigt, bürgerschaftliches Engagement und Nachbarschaftshilfe in den Seniorennetzwerken zu aktivieren, einzubinden oder bei Bedarf neu aufzubauen.¹⁵

Das Modellprojekt „Netzwerk Demenz Nürnberg“ nahm in seiner Konzeption seinerseits nun genau diese vier Stadtteile, in denen die kommunal initiierten Seniorennetzwerke entstehen, als quartiersbezogenen Projektstandorte heraus:

- Stadtteil Gartenstadt
- Stadtteil Johannis
- Stadtteil St. Leonhard/Schweinau
- Stadtteil Südstadt.

Damit scheinen sowohl für die Vernetzungsarbeit als auch für die spezifischen inhaltlichen Anliegen zum Thema „Angehörige und Demenz“ optimale Voraussetzungen gegeben zu sein, da von einer verstärkten Sensibilität der Akteure für Kooperation und für die Belange der älteren Mitbürger ausgegangen werden kann. Insgesamt kann die Stadt Nürnberg als ein interessanter Modellstandort benannt werden, da von der Kommune bereits seit Jahrzehnten die Interessen der älteren Generation in den Blickwinkel genommen und teilweise in Pionierarbeit begonnen wurde, eine entsprechende Infrastruktur zu entwickeln. So wurde im Mai 2008 der erste Pflegestützpunkt Bayerns als Bundesmodellprojekt in Nürnberg eröffnet. Träger ist die „Zentrale Anlaufstelle Pflege“ (ZAPf), ein Zusammenschluss der öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Nürnberger Anbieter von Pflegeleistungen in Form einer GbR. Ge-

¹⁵ Vgl.: Seniorenamt Nürnberg: Seniorennetzwerke Nürnberg.
Quelle: <http://www.senioren.nuernberg.de/projekte/weitere.html> (10.03.2009).

sellschafter sind alle Wohlfahrtsverbände, das Nürnberg Stift (die kommunalen Pflegeeinrichtungen) und der Verein der privaten Anbieter von Pflegeleistungen. Aufgabe von ZAPf ist die neutrale Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen sowie die Vermittlung von Dienstleistungen für kranke, hilfs- und pflegebedürftige Menschen.¹⁶

Auffallend ist, dass trotz dieser Aktivitäten, des kommunalen Bewusstseins und trotz der langjährigen (Vorreiter-)Tätigkeit des Modellträgers in Sachen „Angehörige und Demenz“ die diesbezüglichen niedrighwelligen Versorgungsstrukturen relativ karg entwickelt sind. Es existierten in der Stadt Nürnberg vor Modellbeginn drei anerkannte Helferkreise (nach § 45c SGB XI), davon einer beim Modellträger. Betreuungsgruppen sowie Angehörigengruppen für Angehörige Demenzerkrankter waren zu Modellstart ebenfalls nur beim Modellträger angesiedelt. Bezüglich nicht nach PflEG anerkannter Entlastungsangebote bestand keine Übersicht.

Befragung von Institutionen

Die - in der Startphase der Modellprojekte - routinemäßige Befragung von Akteuren in der Modellregion¹⁷ brachte in Nürnberg eine Antwortquote von 4,1%. Es konnten 73 Fragebögen versandt werden, der Rücklauf betrug 3. Die Ergebnisse sind damit nicht repräsentativ. Es wurden stichprobenhaft Akteure nach den Gründen der Nicht-Teilnahme an der Evaluation befragt. Die Antworten lieferten keine konkreten Anhaltspunkte für die geringe Beteiligung. Die f/w Begleitung geht angesichts der verschiedensten Aktivitäten in der Modellregion von einer gewissen „Müdigkeit“ hinsichtlich einer Evaluationsbeteiligung aus. Aufgrund des minimalen Rücklaufes wird hier auf eine Ergebnisdarstellung verzichtet, da diese über Zufallsinformationen nicht hinausgehen würde.

Insgesamt gesehen hatte das Modellprojekt in Nürnberg hinsichtlich folgender zweier Aspekte eine **gute Ausgangsposition**:

¹⁶ ZAPf war desweiteren von 2005-2008 Mittelpunkt eines weiteren Modellprojektes (Gemeinschaftsfinanzierung der ZAPf-Gesellschafter, der Stadt Nürnberg, der AOK, der Sozialhilfeträger, des Nürnberger Klinikums, eines Arztpraxisnetzes und des Bayerischen Sozialministeriums), um die Auswirkungen der Arbeit von ZAPf mit ausreichend personeller Besetzung zu erproben, zu quantifizieren und ausführlich zu dokumentieren. Damit sollte für die Nutznießer von ZAPf eine objektive Entscheidungsgrundlage für eine dauerhafte Finanzierung geschaffen werden.

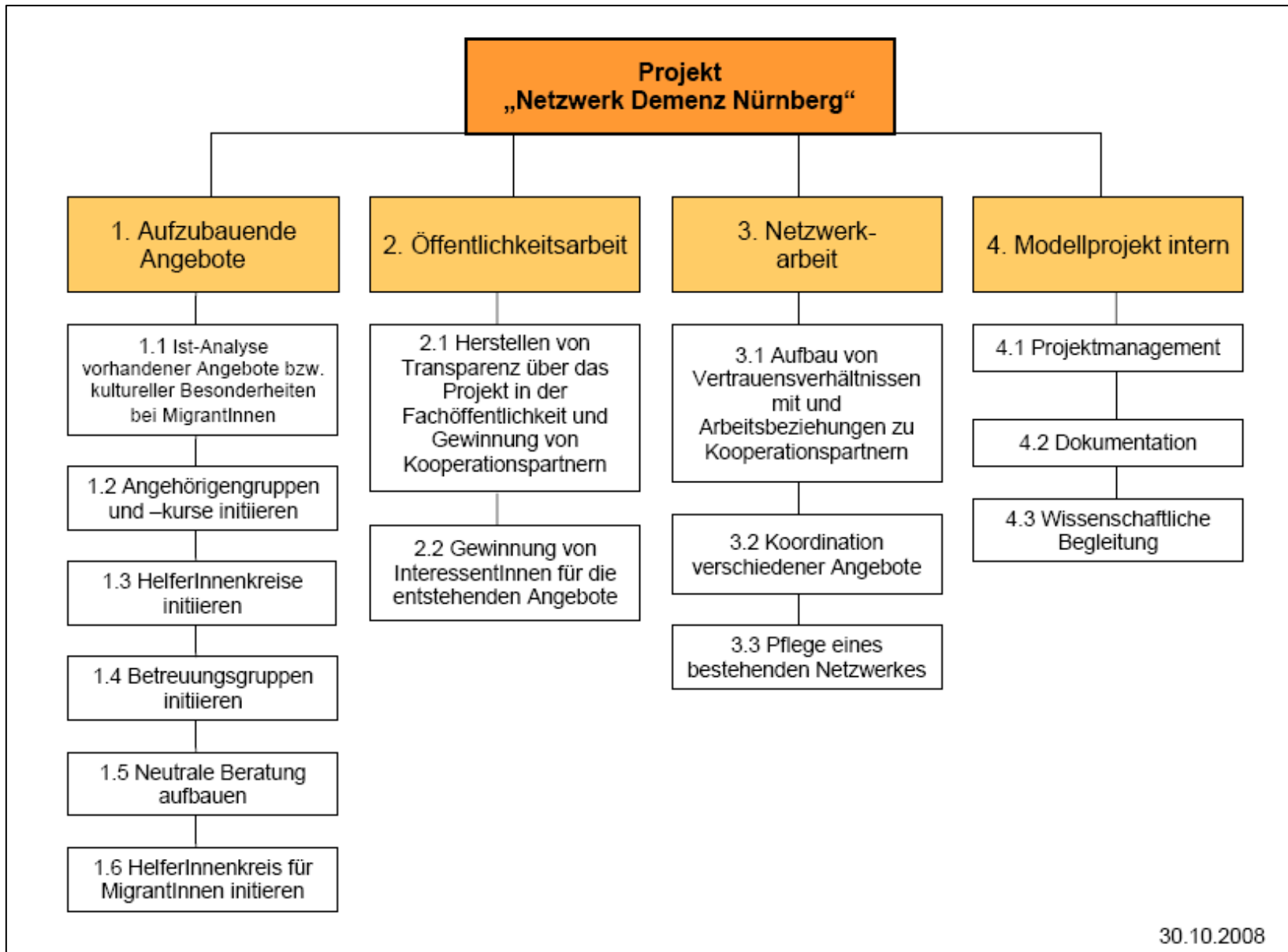
¹⁷ Ziel: blitzlichtartige Erfassung des Versorgungsbedarfes, der Erwartungen an das Modellprojekt sowie eines Stimmungsbildes zu Kooperation/Vernetzung (Erhebungsinstrument: teilstandardisierte Fragebogen; ausführlichere Erklärungen: siehe Zwischenbericht der f/w Begleitung für das Jahr 2004, zu finden unter: <http://aufschwungalt.de/02/modellpr.php5>).

- den vorhandenen langjährigen Erfahrungen des Modellträgers im Themengebiet als auch bezüglich
- einem entwickelten Bewusstsein zu gerontologischer Themen in der Modellregion (siehe auch Aufbau der Seniorennetzwerke).

Daneben vermutet die f/w Begleitung eine scheinbar vorhandene **Inaktivität hinsichtlich des Transfers von Bewusstsein und Erkenntnissen in praktische Handlungsfelder**. So mündet anscheinend **das vorhandene Wissen um den Entlastungsbedarf der Angehörigen zu wenig ganz konkret in den Aufbau von Angehörigengruppen oder niedrigschwelligen Angeboten**. Damit scheint die Modellkonzeption konkret und sehr richtig an einem Punkt vorliegenden Handlungsbedarfes in der Modellregion anzusetzen.

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 entwickelten die Projektmitarbeiterinnen den in folgender Abbildung wiedergegeben Projektstrukturplan (Stand 30.10.2008).



1.4. Umsetzung und Bewertung

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

Grundsätzlich haben die Projektmitarbeiterinnen in den ersten zehn Monaten ihrer Tätigkeit eine beeindruckend umfangreiche Arbeit geleistet. Im ersten Schritt wurde im Rahmen einer aktuellen Bestandsaufnahme zu vorhandenen niedrigschwelligen Versorgungsangeboten eine weitreichende Transparenz hergestellt. Besonderes Augenmerk wurde dabei auch der Erstellung eines Überblicks zur Situation der Migranten in der Stadt Nürnberg (vorhandene - nicht nur niedrigschwellige - Angebote und kulturelle Besonderheiten) gewidmet. Hinsichtlich der Ergebnisse dieser Bestandsaufnahme lassen sich aus dem zweiten Kurzbericht der Projektmitarbeiterinnen folgende Tendenzen zur Situation in Nürnberg wiedergeben:

- Die Befragung von ambulanten Pflegediensten / Sozialstationen und Pfarrgemeinden zeigte - entsprechend der vorhandenen Felderfahrungen -, dass in Nürnberg zahlreiche niedrigschwellige Angebote existieren, die keine Förderung durch das Zentrum Bayern Familie und Soziales erhalten und somit auch nicht in der StMAS-Liste der anerkannten Angebote zu finden sind. So gibt es beispielsweise viele Pfarrgemeinden, deren Ehrenamtlichen - neben vielen anderen Einsätzen im Rahmen der Besuchsdienste- auch für Demenzkranke tätig sind¹⁸. Sie entlasten z.B. Angehörige durch stundenweise Hausbesuche oder ermöglichen einen längeren Verbleib alleinlebender Demenzkranker durch regelmäßige Hausbesuche. Ähnliches fand sich bei ambulanten Pflegediensten, die ihre ehrenamtlichen Mitarbeiter auch für Demenzkranke einsetzen. Zumindest zwei Sozialstationen verfügten über eine Betreuungsgruppe und/oder einen geschulten Helferkreis, ohne dafür beim ZBFS um eine Förderung nachgesucht zu haben.
- Hinsichtlich der Bereitschaft zum Aufbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote zeigte sich, dass einige der Befragten diesbezüglich zu wenig Motivation finden, da aus ihrer Sicht „die Zugangsvoraussetzungen zum Erhalt der Förderungen als zu schwierig empfunden“ würden. Als Begründung für diese Sichtweise gab eine Caritas-Sozialisation an, dass die geforderte Zahl der Teilnehmer für eine Helferkreisschulung zu hoch sei, da man Schwierigkeiten gehabt hatte, eine ausreichende Anzahl Interessierter zur Schulung zu finden. Somit seien auch

¹⁸ Konkrete Zahlen zur Anzahl dieser Ehrenamtlichen oder zu deren Einsatz waren nicht zu ermitteln.

keine Zuschüsse beantragt worden. Eine Alten- und Nachbarschaftshilfe e.V. bezeichnete die Begleitung der ehrenamtlichen Helfer als ein Problem für ihre Institution, da die dafür notwendigen Personalkosten über die Landesförderung nicht ausreichend refinanziert seien und man nicht über eigene Refinanzierungsmöglichkeiten für diese Tätigkeit verfüge. Desgleichen bezeichnete dieser Akteur dann den „Aufwand für den Erhalt der Landesförderung“ im Gesamtzusammenhang als „zu aufwändig“.

- Ein weiteres Ergebnis der Befragung ist, dass viele Akteure das „Procedere der Antragsstellung und der Verwendungsnachweise als zu bürokratisch“ empfinden und dies „in keinem Verhältnis zu den Mitteln, die zur Verfügung gestellt werden“, stünde. Begründet wurden solche Aussagen u.a. damit, dass die „Erstellung eines eindeutigen Finanzierungsplanes den Antragsstellern über den Kopf wächst“ oder auch, dass auf keine Erfahrung oder Fachwissen zur Erstellung eines Konzeptes zurückgegriffen werden könne. Auch hier wurde die geforderte und notwendige fachliche Begleitung der ehrenamtlichen Helfer thematisiert. Dabei ließen sich bei den Akteuren sowohl Unsicherheiten erkennen: „Was müsse man denn da machen?“ als auch wirtschaftliche Probleme hinsichtlich der „Abstellung einer Fachkraft zur Begleitung der Ehrenamtlichen“.
- Etliche der Kontaktpersonen wussten nicht von den Fördermöglichkeiten.

Die konkreten Kontaktaufnahmen mit den Stadtteilkoordinatorinnen der Seniorennetzwerke in den vier Modellstadteilen ergab, dass es in allen vier Stadtteilen keine Angehörigengruppen (-kurse) und auch keine Betreuungsgruppen zu Modellbeginn gab, diese aber „sinnvoll“ wären. Bezüglich vorhandener Helferkreise war lediglich einer im Stadtteil St. Johannis vorhanden bzw. geplant. Das Modellprojekt initiierte bis zum Dezember 2008 folgende konkreten Angebote:

- Stadtteil Gartenstadt
 - Vorbereitung und Planung des **Aufbaus eines Helferkreises**, incl. **Helferkreisschulung** in Kooperation mit der Fachstelle für pflegende Angehörige des AWO-Kreisverbandes Nürnberg (**Umsetzung Januar/Februar 2009**)
 - Vorbereitende Aktivitäten zum **Aufbau einer Betreuungsgruppe** in Kooperation mit der Fachstelle für pflegende Angehörige des AWO-Kreisverbandes Nürnberg (Start: **Mai 2009**)

- Stadtteil Johannis
 - **Betreuungsgruppe** als gemeinsames Projekt mit der Caritas Nürnberg-Nord (seit **01.10.2008**)
 - **Pflegekurs für Angehörige Demenzkranker** in Kooperation mit der Seniorenberatung und Fachstelle für pflegende Angehörige der Stadtmission Nürnberg (Beginn: **Oktober 2008**)
- Stadtteil St. Leonhard/Schweinau
 - Vorbereitende Aktivitäten zum Aufbau einer **Betreuungsgruppe** in Kooperation mit der Caritas-Sozialstation Angelus (Start: **März 2009**)
 - Vorbereitung und Planung einer **Helferkreisschulung** in Kooperation mit der Caritas-Sozialstation Angelus (nach Ablehnung der Kooperation durch die Diakonie - s.u. - Überlegungen zur Kooperation mit der AWO) (Start: **März 2009**)
- Stadtteil Südstadt
 - Vorbereitung und Planung des **Aufbaus eines Helferkreises** incl. **Helferkreisschulung** in Kooperation mit der Diakoniestation St. Peter & Paul (Umsetzung im **ersten Quartal 2009**); hier begannen im Oktober 2008 Aktivitäten, dies zu einem Kooperationsprojekt mit der Caritas-Sozialstation Angelus auszuweiten, was dann jedoch von der Diakoniestation nicht gewünscht war)
 - danach Unterstützung der Diakoniestation bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen der vorhandenen Betreuungsgruppe und deren Hinführung zur anerkannten Betreuungsgruppe nach PflEG.

Um einen grundsätzlichen Eindruck von den notwendigen Arbeitsschritten und Aktivitäten hinsichtlich der fachlichen Beratung und Begleitung von Kooperationspartnern beim Aufbau niedrigschwelliger Angebote zu vermitteln, wird im folgenden aus dem ersten Zwischenbericht des Modellprojektes zum Aufbau der Betreuungsgruppe im Stadtteil Johannis zitiert. Zu beachten ist, dass dieser Kooperationspartner bereits über Fachwissen und Erfahrungen zu niedrigschwelligen Angeboten verfügte. In vielen Fällen liegt dies nicht vor, so dass die Projektmitarbeiterinnen zuerst mögliche Kooperationspartner

- für das Thema **interessieren**
- für den Aufbau niedrigschwelliger Angebote **motivieren**

- zu allen rechtlichen Fragen **informieren**
- die praktische Umsetzung **planen und mit-organisieren** (z.B. Ehrenamtliche für die Teilnahme an der Schulung zu gewinnen oder Angehörige zur Teilnahme an Angehörigengruppen zu motivieren oder dazu, ihren Erkrankten in eine Betreuungsgruppe zu geben oder eine umfassende Öffentlichkeitsarbeit für den Aufbau der niedrigschwelligen Angebote zu leisten) sowie
- in der Umsetzung **fachlich aktiv begleiten** müssen.

Zitat aus dem Zwischenbericht des Modellprojektes zum Aufbau einer Betreuungsgruppe:

„Betreuungsgruppe Kirschgarten in St. Johannis

Frau Kukrecht von der Caritas-Sozialstation Nürnberg Nord e.V. kam gleich zu Beginn der Projektphase auf Frau Pilgrim zu wegen Unterstützung zum Aufbau einer Betreuungsgruppe. Aufgrund positiver Erfahrungen mit einer vor mehreren Jahren gemeinsam durchgeführten Betreuungsgruppe bestand hier bereits eine Basis zur guten Zusammenarbeit.

- Vorbereitung:

Von Mai bis September 2008 fanden fünf Treffen zwischen Frau Pilgrim, Frau Thiel und Frau Kukrecht, Frau Emmert von der Caritas Tagespflege Nürnberg Nord statt. Diese Treffen dienten der intensiven Vorbereitung der Betreuungsgruppe, die am 1.10.2008 startete.

- Die Unterstützung der ProjektmitarbeiterInnen bestand in:
 - o Suche nach Sponsoren. Dazu wurden diverse Firmen und Organisationen in Nürnberg und Umgebung angeschrieben. Es konnten neben der Alzheimer Gesellschaft Mittelfranken, einer Apotheke auch die Stadtsparkasse Nürnberg gewonnen werden, den Druck eines Faltblattes finanziell zu unterstützen.
 - o Entwicklung und Versand eines Biografiebogens als Grundlage für die professionelle Biografiearbeit;
 - o Entgegennahme der Anmeldungen und Gespräche mit Angehörigen; Hierbei ist festzuhalten, dass oft mehrere Gespräche mit Angehörigen zu führen sind, da diese vielfältige Vorbehalte haben, die Erkrankten „abzugeben“. Deshalb sind der Aufbau von Vertrauen und eine kontinuierliche Begleitung der Angehörigen wesentliche Bestandteile der Betreuungsgruppenarbeit.

o Personelle Unterstützung für 6 Monate durch Frau Thiel; In dieser Zeit sollte die Altenpflegerin Frau Emmert unter Anleitung von Frau Thiel befähigt werden, die Gruppe auf einem gleich bleibenden Niveau gemeinsam mit ehrenamtlichen HelferInnen weiterzuführen. Weiterhin sollten die Erfahrungen für das Projekt dazu dienen, umfangreiche Erfahrungen zum Aufbau von Betreuungsgruppen zu sammeln, die dann auch auf weitere aufzubauende Betreuungsgruppen übertragen werden können. Aus der intensiven Mitarbeit in der Betreuungsgruppe entwickelte Frau Thiel einen Leitfaden zum Aufbau von Betreuungsgruppen, der weiteren Gruppen als Grundlage für ihre Arbeit dienen soll.

- Durchführung der Gruppe:

Die Gruppe findet seit 1.10.2008 jeweils mittwochs von 10.00 -13.00 Uhr statt. ...“ (Zitat-Ende).

Tätigkeiten außerhalb der Modell-Stadtteile (niedrigschwellige Betreuungsangebote)

Dass das Modellprojekt in den ersten Monaten seines Bestehens bereits eine ziemliche Dynamik hinsichtlich Aufmerksamkeit und Interesse - u.a. seitens der Nürnberger Fachöffentlichkeit - entwickeln konnte, zeigt sich am Beispiel der (ab Januar 2009) wöchentlich stattfindenden **Betreuungsgruppe für russisch-sprachige Senioren** in Nürnberg-Langwasser. Dieser Stadtteil gehört nicht zu den vier Modellquartieren, doch die Projektmitarbeiterinnen wurden ausdrücklich um Unterstützung und Fachberatung bei dem Vorhaben des AWO-Kreisverbandes Nürnberg gebeten.

Neutrale Beratung

Die Umsetzung der „**Neutralen Beratung**“ erwies sich - erwartungsgemäß - als schwierig. Hier spielen nach wie vor **Konkurrenzängste** eine große Rolle, also z.B. dass den Dienstleistungsanbietern, wenn sie ihre - wie auch immer ausgeübte - „Beratungshoheit“ abgeben, künftige Kundschaft abgeworben werden könnte. Diesbezüglich besteht deshalb dringender **Handlungsbedarf**, insbesondere zur Herstellung eines **Bewusstseinswandels bei den Anbietern**. Es wird im weiteren Verlauf des Modellprojektes versucht, die nun aufgestellte Arbeitshypothese zu überprüfen, dass neutrale Beratung allein von Kooperationspartnern nicht akzeptiert wird, dass aber die uneigennützig Unterstützung beim Aufbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote durch das Modellprojekt im weiteren für die Akzeptanz neutraler Beratung

förderlich sein könnte. Nichts desto trotz ist es den Projektmitarbeiterinnen gelungen, in Kooperation mit der Diakoniestation St. Peter & Paul **ab 2009 monatliche Beratungssprechstunden zum Thema Demenz im Stadtteil Südstadt** anbieten zu können. Auch von anderen Akteuren (z.B. Seniorennetzwerkskoordinatorinnen) wurde Bereitschaft zu solcher Kooperation signalisiert. Ob diese im Jahre 2009 dann tatsächlich realisiert werden kann, bleibt abzuwarten.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass hinsichtlich der geplanten Pflegestützpunkte als ein wichtiger Bestandteil deren Tätigkeit die Umsetzung der neutralen Beratung vom Gesetzgeber angestrebt ist. Es bleibt zu hoffen, dass durch das - der Einrichtung der Pflegestützpunkte immanente - Zusammenwirken der Kostenträger, Kommunen und Leistungserbringer die gewünschte Neutralität gefördert wird. Gleichzeitig bleibt abzuwarten, ob nicht durch einen verstärkten Interessensausgleich zwischen den Anbietern das Angebot der trägerübergreifend neutralen Beratung bessere Chancen zur Umsetzung bekommen kann.

Auch dieser Modellbaustein liefert bereits jetzt als Ergebnis die (bereits mehrfach dargestellte) Erkenntnis, dass zur **Gewinnung von Kooperationspartnern sehr zeit- und personalintensive Arbeitsprozesse vonnöten** sind. Eine detaillierte Darstellung der nötigen Arbeitsschritte

- zur Gewinnung eines grundsätzlichen Interesses
- zum Vertrauensaufbau
- zur Entwicklung eines konkreten gemeinsamen Projektes
- zu den internen Abstimmungsprozessen innerhalb der Organisation des Kooperationspartner
- zum Verwerfen schon weit entwickelter, konkreter Kooperationen und einem erneuten Anlauf-Nehmen für eine andere Kooperationsvariante
- zur Planung, Organisation und Umsetzung konkreter Kooperationen sowie
- zur Schaffung von Transparenz für alle Beteiligten durch entsprechende Dokumentation und deren Kommunikation zwischen den Akteuren¹⁹

würde hier einen zu breiten Raum einnehmen. Verwiesen sei auf den Zwischenbericht des Modellprojektes für das Jahr 2008. Auf jeden Fall sollte dieses Arbeits-

¹⁹ Es hat sich gezeigt, dass die zeitnahe Erstellung von Protokollen zu jedem Treffen mit potentiellen (oder später tatsächlichen) Kooperationspartnern und die zügige Versendung dieser Protokolle sehr viel zum Vertrauensaufbau und damit zu einem nachhaltigen Vernetzungsprozess beiträgt.

gebiet bei Projekten mit quartiersbezogenen Vernetzungsgedanken auf keinen Fall unterschätzt werden.

Projektleitungen

Angesichts der relativ kurzen Projektlaufzeit können hier noch keine belastbaren Aussagen getroffen werden. Es zeigt sich, dass für die Umsetzung des Modellkonzeptes die Bemessung mit einer Vollzeitstelle relativ knapp kalkuliert ist. Dazu tragen sowohl die intensiven Vorarbeiten bis zum Zustandekommen eines konkreten Kooperationsprojektes als auch deren notwendige, anfangs engmaschige fachliche Begleitung bei. Daneben zeigt sich auch, dass über die vier Modellstandorte hinaus in Nürnberg das Interesse an der kostenlosen Unterstützung und Zusammenarbeit besteht. Demgegenüber ist das Modellprojekt von seinen Kapazitäten jedoch in der Konzeption auf vier Modellstadtteile ausgerichtet. Die langjährigen Erfahrungen der einen Projektmitarbeiterin in den regionalen Strukturen (und folglich die damit vorhandenen zahlreichen informellen Kontakte und eine Art „Vertrauens-Vorleistung“) kommen dem Modell sehr zugute. Auf der anderen Seite erweist es sich für das Modellprojekt als vortreffliche Erleichterung, dass die zweite Projektmitarbeiterin völlig neu in diesem Tätigkeitsbereich ist und damit unvoreingenommen (und von keiner „Betriebsblindheit“ gefährdet) die Umsetzung der Modellkonzeption voranbringt. Die Wahl des Modellträgers, ein **Projektteam aus zwei Mitarbeiterinnen** zu bilden, ist außerordentlich zu begrüßen, da dies der notwendigen Reflektion gerade der komplexen Tätigkeit beim Aufbau von Netzwerken zugute kommt. Die f/w Begleitung hält solche Teamkonstellationen für derartige Projekte für zwingend nötig.

Resümee: Der bisherige Verlauf des Modellprojektes „Netzwerk Demenz Nürnberg“ zeigte - überraschend - in seinem ersten Ergebnis, dass bei regionalen Akteuren (auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Fachstellen für Angehörige) sowohl ein **hoher Fachberatungs- als auch praktischer Unterstützungsbedarf bei der Realisierung niedrigschwelliger Angebote** besteht.

Dem Modellprojekt ist es gelungen, auf diesen Bedarf adäquat einzugehen, so dass bis Ende des Jahres 2008 (Modellbeginn: 01.05.2008) bereits acht konkrete Kooperationsprojekte verwirklicht werden konnten bzw. deren Starttermin zu Beginn des Jahres 2009 verbindlich feststand und die entsprechenden Vorbereitungen gelaufen wa-

ren. (Weitere konkrete Kooperationsprojekte entwickelten sich bereits außerhalb des Berichtszeitraumes im ersten Quartal des Jahres 2009). Diesem Fachberatungs- als auch praktischem Unterstützungsbedarf bei der Realisierung niedrighschwelliger Angebote quartiersbezogen nachzukommen, erweist sich als eine durchaus spannende Arbeit, die jedoch ausreichende zeitliche und personelle Ressourcen erfordert. Dann ist es jedoch **überraschend vielfältig möglich, in geduldig und sehr strukturiert und transparent aufgebauten Kooperationen konkrete Entlastungsangebote in den Stadtteilen aufzubauen**. Der weiteren Arbeit des Modells sieht die f/w Begleitung mit Spannung entgegen, nicht zuletzt der weiteren Realisierung des Netzwerkes als auch der weiteren Entwicklungen der „neutralen Beratung“ und der „Migrationsarbeit“.

2. Ambulante sozialpflegerische Dienste e.V. (ASD e.V.) Hof

Das Modellprojekt: „Betreutes Wohnen psychisch kranker und gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in Gastfamilien“ startete am 01.06.2008 mit einer dreijährigen Laufzeit seine Arbeit (Bewilligungszeitraum: 01.06.2008 - 31.05.2011). Gefördert werden zwei Teilzeitstellen. Vom 01.06.2008 bis 30.11.2009 arbeitet mit dreißig Wochenstunden eine Fachkraft (Familienpflegerin, langjährige Mitarbeiterin des Projektträgers und zuvor Projektleitung des Modellprojektes „Die Insel“ des ASD e.V. Hof). Ebenfalls mit dreißig Wochenstunden wird während der Gesamtlaufzeit des Modells die Projektmitarbeit eines/einer Dipl.-Sozialpädagogen/-in gefördert. Für diese Stelle war ursprünglich ein Kollege eingestellt worden. Vor dem tatsächlichen Start des Projektes wurde dann eine Dipl.-Sozialpädagogin neu eingestellt, die über Berufserfahrungen in der stationären Altenpflege mit dem Schwerpunkt Gerontopsychiatrie verfügte.

2.1. Ziel der Modellkonzeption

Das Modellprojekt „Betreutes Wohnen psychisch kranker und gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in Gastfamilien“²⁰ hat sich den **Aufbau einer Form der ambulanten Betreuung gerontopsychiatrisch beeinträchtigter älterer Menschen** zum Ziel gesetzt. Diese kann eine sonst nötige stationäre Unterbringung - z.B. in einem Altenheim - ersetzen. Als Zielgruppe kommen dabei sowohl Menschen in Frage, deren Perspektiven nach einem Klinikaufenthalt geklärt werden müssen als auch Personen, deren weiterer Verbleib in ihrer häuslichen Umgebung nicht mehr sicherzustellen ist. Somit nehmen - von einem Fachteam ausgewählte und begleitete - **Gastfamilien einen Menschen, der aufgrund seiner Beeinträchtigung nicht in der Lage ist, allein und ohne Unterstützung zu leben, in ihr familiales Leben auf.** Ziel der Betreuung in der Familie ist die Integration der Gastbewohner in die familiäre Situation und das entsprechende soziale Umfeld. Dies soll ein individuelles Angebot für den jeweiligen Menschen darstellen und sich an dessen besonderen Fähigkeiten, Problematiken und Entwicklungsmöglichkeiten orientieren. Oberstes und wichtigstes Ziel ist, dass sich die Bewohner wohl fühlen und mit ihrer neuen Lebenssituation zufrieden sind. Um Ziele und Umfang der Hilfe für den Gastbewohner festlegen zu können, plant der Modellträger, dass sein aufzubauender Fachdienst mit den relevanten Einrichtungen und Stellen, z.B. in Form von Fallkonferenzen kooperiert. Das betreute

²⁰ Künftig: Gerontopsychiatrische Familienpflege oder Betreutes Wohnen in Familien (BWF)

Leben in Familien zielt auf die **weitgehende Normalisierung des Alltagslebens**, die behutsame Förderung psychosozialer Fähigkeiten und der Stärkung des Wohlbefindens ab. Das besondere am „Betreuten Wohnen psychisch kranker und gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in Gastfamilien“ ist, dass der **Verbleib der Gastpersonen auch im Falle der Pflegebedürftigkeit und bis zum Tod in den Familien** ermöglicht werden soll.²¹

2.2. Ausgangslage

Zu Beginn dieses Modellprojektes existierten im Freistaat **Bayern** bis dahin insgesamt **zehn Einrichtungen** des Betreuten Wohnens in Familien für psychiatrische **Patienten, die nicht im Seniorenalter** sind. Diese sind überwiegend in der Trägerschaft von Einrichtungen der Bayerischen Bezirke (Bezirkskrankenhäuser), von Bezirksverbänden der Wohlfahrtsverbände oder von Organisationen mit weiteren Tätigkeitsbereichen in der Sozial- oder Gemeindepsychiatrie. Grundsätzlich definiert die Bundesorganisation „Fachausschuss Betreutes Wohnen in Familien im Verein zur Förderung einer sozialen Psychiatrie e.V. (VSP)“, das spezifische Angebot folgendermaßen: „Betreutes Wohnen in Familien bedeutet die Aufnahme und Integration eines psychisch kranken Menschen in einer Gastfamilie. Die Chance auf ein Leben in Normalität, integriert in ein soziales Netz, bietet vielfältige Unterstützungs- und Entwicklungsmöglichkeiten:

- Wiedererlangung alltagspraktischer Fähigkeiten
- Vermeidung von Aufenthalten in Klinik oder Pflegeheim
- Förderung von Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten
- psychische Stabilisierung
- Aufbau sozialer Strukturen
- Integration in das Gemeinwesen²².

Dabei sei das Betreute Wohnen in Familien ein „Angebot im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischen, geistigen und Körper-behinderungen. An Stelle eines Lebens in Einrichtungen finden sie ein neues Zuhause im Lebensumfeld von Familien. Das Angebot wird auch von Menschen genutzt, die in ihrem bisherigen

²¹ Vgl. auch Konzept des Modellträgers: „Konzeption der Gerontopsychiatrischen Familienpflege in Hof“ (Stand: August 2008).

²² Vgl.: Verein zur Förderung einer sozialen Psychiatrie e.V. (VSP).
<http://www.vsp-net.de/html/bwf.html>. 16.03.2009.

Hintergründe zum Thema liefert auch eine Diplomarbeit an der Fachhochschule München: Glück, M.: Die Psychiatrische Familienpflege aus der Perspektive der Gastbewohner - eine explorative Studie. Manuskript. München, 2007.

Zuhause nicht mehr ausreichend unterstützt werden können. Ebenso können schwer erkrankte Mütter mit ihren gesunden Kindern betreut werden, um Heimaufenthalte zu vermeiden. Bürgerschaftlich engagiert machen sich Familien die Betreuung von Menschen mit erheblichem Unterstützungsbedarf zur Aufgabe. Die Familien erhalten eine angemessene Aufwandsentschädigung und werden durch Fachkräfte betreut. Der Aufenthalt in der Gastfamilie ist nicht befristet, kann aber jederzeit von allen Parteien gekündigt werden. Das Betreute Wohnen in Familien ist eine der ältesten Formen der Versorgung von Menschen mit seelischen und/oder geistigen Beeinträchtigungen.²³

Die Verteilung der bisherigen **Standorte dieses „Betreuten Wohnen in Familien“ für Patienten, die nicht im Seniorenalter sind, klammert in Bayern** jedoch die Bezirke Niederbayern und **Oberfranken aus**. Damit betritt das Modellprojekt des ASD e.V. **im Bezirk Oberfranken absolutes Neuland** und kann in der dortigen Region auf keinerlei Erfahrungswerte zurückgreifen. Darüberhinaus bezieht sich der nicht zu unterschätzende Aspekt der **Pionierarbeit** nicht nur auf das BWF im Grundsatz, sondern auch noch auf das **spezifische Thema des Modellprojektes**: das Betreute Wohnen in Familien **für gerontopsychiatrisch Erkrankte** zu installieren. Diesbezüglich läuft als erstes Projekt zum Thema in Bayern das - in diesem Bericht im Teil 1 beschriebene - Modellprojekt nach PfIEG des Bezirks-krankenhauses Kaufbeuren. Das Leben in Gastfamilien für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen wurde erstmalig in Deutschland im Rahmen eines Modellprojektes in Baden-Württemberg erprobt (2001-2003).²⁴

Desweiteren ist die Ausgangsposition des Projektes gekennzeichnet von der spezifischen Trägerschaft: **Ansiedlung der „gerontopsychiatrischen Familienpflege“ an einen ambulanten Pflegedienst**. Dies unterscheidet das Modellprojekt des ASD e.V. signifikant vom Modellprojekt in Kaufbeuren. Dort bestand vor Start des Modell-

²³ Vgl.: BWF-Portal.de. <http://www.leben-in-gastfamilien.de/content/view/4/39/>. 16.03.2009

²⁴ Modellprojekt gefördert vom Sozialministerium Baden-Württemberg, durchgeführt in den Landkreisen Ravensburg, Bodensee und Biberach. Vgl.: Konrad, M./Röscheisen, K./Trautmann, R.: Demenziell erkrankte Menschen in Gastfamilien. Ein Versorgungsangebot zwischen ambulanter und stationärer Pflege. In: Gemeinsam handeln. Referate auf dem 3.Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft in Friedrichshafen, 12.-14.9.2002. Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Bd. 4. Eigenverlag, Berlin, 2003. Vgl. diesbezüglich auch den Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung: Leben in Gastfamilien für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen. (bearbeitet von Michael Konrad, ZfP Die Weissenau, Ravensburg / Richard Gerster, Arkade e.V., Ravensburg / Georg Spinner, Universität Ulm). Liegt der f/w Begleitung als Manuskript o.J., o.O. vor.

projektes zur gerontopsychiatrischen Familienpflege seit über dreizehn Jahren das Angebot der Familienpflege für psychiatrische Patienten (nicht im Seniorenbereich). Somit kann das Projekt in Kaufbeuren sowohl auf die jahrelangen Erfahrungen des dortigen Fachdienstes als auch auf die Strukturen und Kontakte des Bezirkskrankenhauses zurückgreifen. Der ASD e.V. betritt nun aber auch insofern Neuland, da er bisher über keine Erfahrungen in der psychiatrischen Versorgung verfügt. Sein Versorgungsschwerpunkt liegt im SGB XI-(bzw. SGB V-)Bereich. Demgegenüber hat der Modellträger sich aber mit der erfolgreichen Umsetzung des Modellprojektes „Die Insel“ in den Jahren 2004 bis 2007 ein Profil als Anbieter und Netzwerker im Demenzbereich in der Region erworben.²⁵ Zum Hintergrund des Modellträgers sei hier auch noch erwähnt, dass dieser als eigenständiger gemeinnütziger Anbieter (Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband) von seiner Größenordnung her in der Region dem mittleren Sektor zuzurechnen ist. Er wurde im Januar 1993 gegründet. Sein Einzugsgebiet liegt sowohl in der Stadt Hof als auch in angrenzenden Regionen des Landkreises. Durch das Modellprojekt „Die Insel“ erwarb sich der ASD e.V. einen fachlichen Ruf und zahlreiche informelle Kontakte (neben dem konkreten Netzwerk: Arbeitsgemeinschaft „Sozialdienste“ in Stadt und Landkreis Hof) über dieses Versorgungsgebiet seines ambulanten Pflegedienstes hinaus. Eine der spannenden Aspekte des Modells ist somit auch die Frage, inwieweit die Strukturen eines solitären Pflegedienstes die Voraussetzungen bieten, um gerontopsychiatrische Familienpflege aufzubauen bzw. welche diesbezüglichen Weiterentwicklungen vonnöten sind.

Der Modellträger ASD e.V. wagt sich mit seinem Konzept somit in dreifaches Neuland vor:

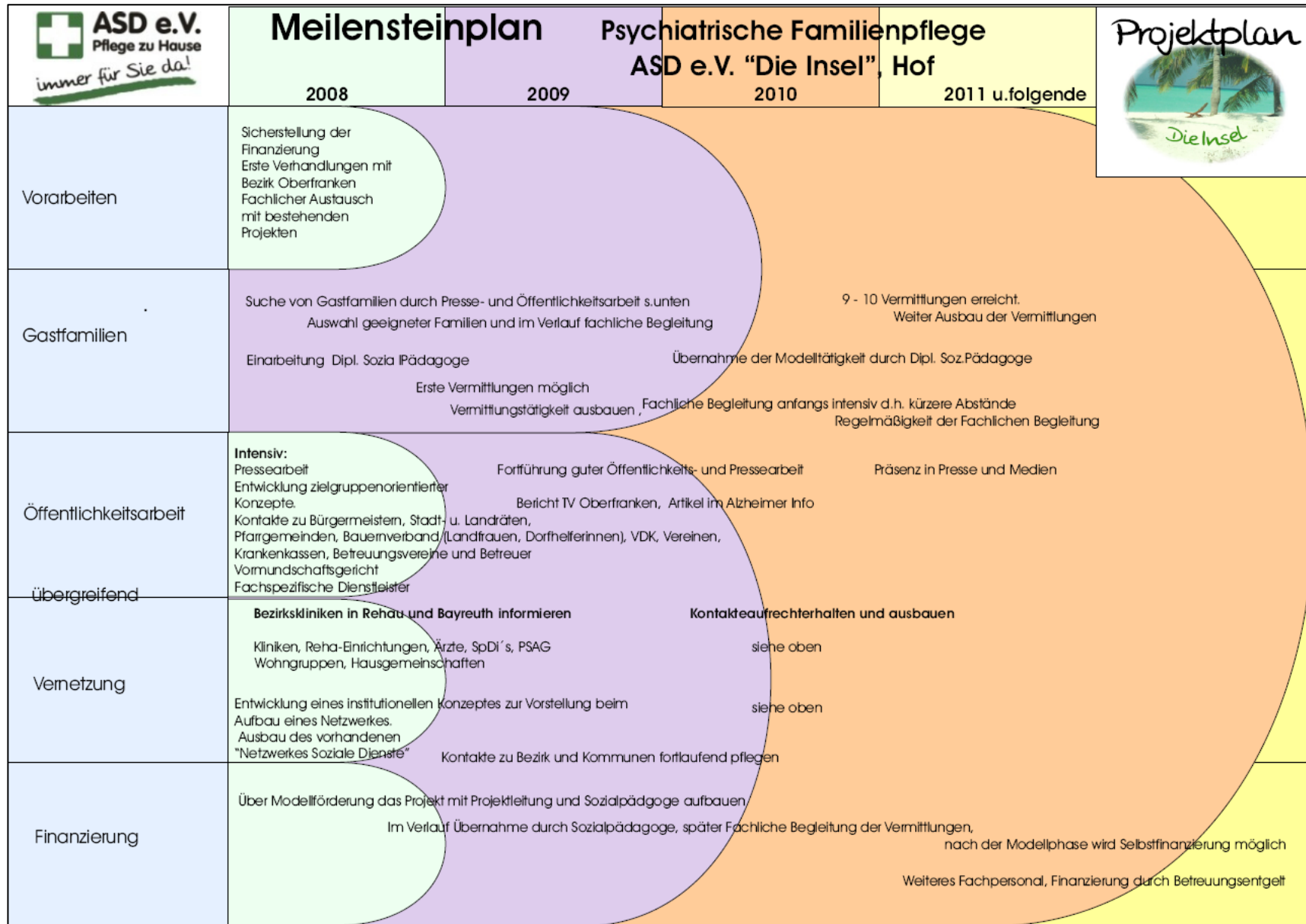
- grundsätzlicher Aufbau des BWF im Bezirk Oberfranken
- Entwicklung des Ansatzes des BWF für gerontopsychiatrische Patienten
- Anbindung des BWF an einen eigenständigen ambulanten Pflegedienst.

²⁵ Vgl. dazu den diesbezüglichen Abschlussbericht der f/w Begleitung: Modellprojekte im Rahmen des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes in Bayern. Abschlussbericht (Teil2), Modelle 2004-2007. <http://aufschwungalt.de/02/modellpr.php5>

2.3. Projektstrukturplan

Wie bei allen begleiteten Modellprojekten fand auch hier die Entwicklung eines adäquaten Projektstrukturplanes zu Projektbeginn statt. Im Mai bzw. August 2008 wurde der in folgender Abbildung wiedergegebene Projektstrukturplan vorgelegt.

Abb. 6: Projektstrukturplan Gastfamilien Hof



2.4. Umsetzung und Bewertung

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

In den ersten sieben Monaten seiner Tätigkeit war die Arbeit des Modellprojektes vorrangig von folgenden Aspekten geprägt:

- Aufbau von Arbeitsgrundlagen
- Einarbeitung in die Thematik
 - Psychiatrie
 - Rechtsgrundlagen
- Verhandlungen mit dem Bezirk Oberfranken (Finanzierungsgrundlagen)
- Aufbau von Kontakten im Versorgungsgebiet
- Öffentlichkeitsarbeit.

Entsprechend der oben beschriebenen Ausgangslage stand das Projekt erst einmal vor grundlegenden Herausforderungen. Diese zeigten sich bereits in der Findung eines geeigneten Mitarbeiters oder einer geeigneten Mitarbeiterin für die zu besetzende Sozialpädagogen-Stelle. Der zum ursprünglich geplanten Modellstart Anfang März 2008 eingestellte Sozialpädagoge, der bereits in der Modellvorbereitungsphase des ASD e.V. für diesen auf Honorarbasis tätig war, erwies sich dann sehr schnell als den Aufgaben und Anforderungen nicht gewachsen und musste in der Probezeit entlassen werden. Die dazu kommende Erkrankung der Projektleitung führte dazu, dass der Modellstart auf den 01.06.2008 verschoben wurde und dann zu diesem Zeitpunkt die anfangs erwähnte Sozialarbeiterin eingestellt wurde. Diese benötigte ihrerseits ebenfalls einen Einarbeitungsprozess. Im Folgenden konzentrierte sich diese Kollegin auf die **Einarbeitung in die fachspezifische Thematik**, was sowohl den Themenbereich der Psychiatrie, aber insbesondere die komplexe Materie des BWF und alle damit zusammenhängenden rechtlichen Hintergründe (SGB XII) einbezog. Intensiv bauten beide Projektmitarbeiterinnen **Kontakte zum vorhandenen Netzwerk des BWF** in Bayern bzw. Deutschland auf und führten durchgängig einen gewinnbringenden Erfahrungsaustausch mit den Kolleginnen in Kaufbeuren. Als problematisch erwiesen sich über den gesamten Zeitraum der Monate Juni bis Dezember 2008 die **Verhandlungen mit dem Bezirk Oberfranken**. Die Projektleitung/-mitarbeiterin (durchgängig und nachhaltig unterstützt vom Geschäftsführer des Mo-

delträgers) hatten sich zum Ziel gesetzt, eine **Leistungsvereinbarung mit dem Bezirk zur Finanzierung der Betreuungsleistungen durch die Familie** (analog zum Vorgehen des Modellprojektes in Kaufbeuren und der dortigen Vereinbarung mit dem Bezirk Schwaben) abzuschließen. Diese sollte vorliegen, bevor offensiv in die Werbung von Gastfamilien und Klienten gegangen wurde. Als nachvollziehbare Begründung führten die Modellvertreter dazu an, dass eine seriöse Familienwerbung nur möglich sei, wenn die Finanzierung der familiären Betreuungsleistungen sichergestellt ist. Zur Hintergrundinformation: die Modellprojektfinanzierung bezieht sich lediglich auf die Arbeit des Fachteams (neben der Umsetzung der Konzeption ganz allgemein) und bezieht die Finanzierung der familiären Betreuungsleistungen nicht mit ein. Ein Fachteam im BWF hat die Aufgabe, Gastfamilien und Klienten zu akquirieren, beide auf die Eignung für das BWF zu überprüfen, Familien und Klienten zusammenzuführen (überwiegend mit der Option eines zeitlich befristeten Probewohnens) sowie dann das Betreute Wohnen in der Familie fachlich zu begleiten und damit dessen Qualität sicherzustellen. Wie die bisherigen Erfahrungen des Projektes in Kaufbeuren zeigen, ist die Tätigkeit des Fachdienstes arbeitsintensiv.

Diese Verhandlungen des Modellprojektes in Hof mit dem Bezirk Oberfranken erwiesen sich als schwierig. Zur Illustration wird diesem Bericht in Anlage 2 ein Detail der zahlreichen persönlichen und schriftlichen Verhandlungen des Modellprojektes mit dem Bezirk Oberfranken beigefügt. Ein nicht zu unterschätzender Aspekt - der in der vorgetragenen Hartnäckigkeit auch die f/w Begleitung überraschte - war, dass der Bezirk Oberfranken (bzw. der zuständige Sachbearbeiter) keinen Bezug auf Erfahrungen mit dem BWF aus anderen Bezirken oder auf das laufende Modellprojekt in Kaufbeuren (und deren Vereinbarungen mit dem Bezirk Schwaben) nahm, sondern argumentierte, dass der Bezirk Oberfranken eigene Lösungen anstrebt. Dieser Aspekt, **dass die Verhandlungen jeweils singulär - sozusagen „Bezirk für Bezirk“ geführt werden müssen**, ohne dass dabei auf bezirksextern vorliegende Regelungen und Erfahrungen unbedingt zurückgegriffen werden kann - sollte **für künftige Projekte Beachtung** finden.

Im Sinne des Aufbaus eines Netzwerkes zur Unterstützung der Ziele des Modellprojektes erfolgten zahlreiche Kontakte zu relevanten Akteuren wie z.B. relevanten Kliniken und Bezirkskrankenhäusern, Mitgliedern im Planungs- und Koordinierungsaus-

schuss des Bezirkes Oberfranken, SPDIs, Bezirkstagspräsidenten und dessen Stellvertretung, PSAG und weiteren psychiatrischen Versorgungseinrichtungen und sozialpolitischen Akteuren, die aber vorerst für die Bezirksverhandlungen nicht zielführend waren. Letztendlich wurde im Dezember mit dem Bezirk Oberfranken nun eine auf ein Jahr befristete Leistungsvereinbarung abgeschlossen, um mit der Umsetzung des Konzeptes weiter voranzukommen. Auf Grundlage der erwarteten Erfahrungen werden die Verhandlungen mit dem Bezirk fortgeführt werden. Als **ein Ergebnis** dieser mühevollen und zähen Verhandlungsarbeit kann bereits nach den ersten sieben Monaten des Modellverlaufes festgehalten werden, dass **in Regionen ohne Erfahrung im BWF die gerontopsychiatrische Familienpflege nicht solitär installiert werden kann. Im Gegenteil: Grundlage für den Aufbau dieses spezifischen Angebotes ist die Installierung allgemeiner Strukturen des Betreuten Wohnens in Familien bzw. der Psychiatrischen Familienpflege ganz allgemein.**

Die oben dargestellte informelle Kontaktaufnahme zu zahlreichen relevanten Akteuren und der damit begonnene Aufbau eines spezifischen Netzwerkes führte jedoch zur raschen Bekanntmachung der **Modellkonzeption, die bei den Akteuren im gesamten Bezirk Oberfranken auf reges Interesse stieß**. Bereits Ende 2008 war absehbar, dass damit gute Grundlagen für eine erfolgreiche Weiterarbeit des Projektes gelegt werden konnten.

Hinsichtlich der fachlichen Einarbeitung der Projektleitung und der Projektmitarbeiterin sei noch erwähnt, dass diese sowohl vorhandenen Einrichtungen des BWF (z.B. im gerontopsychiatrischen Projekt in Baden-Württemberg) persönliche (Hospitalisations-)Besuche abstatteten als auch an regionalen und landesweiten Konferenzen des BWF sowie auch an der Bundestagung Tübingen teilnahmen. Bei letzterer konnten die Projektvertreterinnen die eindruckliche Ausstellung „Betreutes Wohnen in Familien“ des Vereins zur Förderung einer sozialen Psychiatrie e.V. (VSP) kennenlernen. Die entsprechend persönlich geknüpften Kontakte führten dazu, dass diese **Ausstellung im Februar 2009 in Hof** zu sehen war. Neben der bisherigen Öffentlichkeitsarbeit des Projektes - u.a. durch Flyer oder Vorträge in Fachgremien - wird damit das Anliegen, das Modellprojekt einer breiten Öffentlichkeit anschaulich vorzustellen zu können, vermutlich recht optimal verwirklicht werden können. Zumindest geben die bisher beobachteten Vorarbeiten dazu Anlass. Mit der Ausstellung ist auch

das Ziel verbunden - nach der vorläufigen Klärung der Finanzierungsfragen - Familien und Klienten (bzw. deren rechtliche Vertreter) für das BWF interessieren und gewinnen zu können.

Projektmitarbeiter und -mitarbeiterinnen

Angesichts der kurzen Projektlaufzeit können diesbezüglich kaum Aussagen getroffen werden. Die Probleme in der Besetzung der sozialpädagogischen Projektstelle weisen darauf hin, dass diese Mitarbeiterin (oder dieser Mitarbeiter) nicht nur über die Bereitschaft zur fachlichen Einarbeitung verfügen sollte, dies ist als spezifische Tätigkeit für diese Projektstelle im Konzept vom Modellträger so vorgesehen. Darüber hinaus dürften entsprechende personale und soziale Kompetenzen für ein qualitätsgesichertes Arbeiten von hoher Bedeutung sein. Es sei in diesem Bericht darauf hingewiesen, dass die f/w Begleitung zum Jahresende - u.a. bei einem persönlichen Besuch vor Ort - Spannungen zwischen Geschäftsführung des Modellträgers, Projektleitung sowie der sozialpädagogischen Mitarbeiterin beobachtete und dementsprechend moderierte bzw. intervenierte. Nach dem ersten Eindruck scheinen unterschiedliche Ansichten zur fachlichen Umsetzung zu bestehen. Es bleibt abzuwarten, wie diese Aufgaben gelöst werden können, aber auch zu hoffen, dass durch entsprechende Entscheidungs- und Durchsetzungsfähigkeit als auch durch eine wünschenswerte Reflektion des eigenen Handelns eine weitere konstruktive Umsetzung der Modellkonzeption erfolgen wird.

Resümee

Das Modellprojekt hatte zu Beginn seiner Tätigkeit in einer nicht vorhersehbaren Art und Weise bzw. einem dementsprechend nicht absehbaren Umfang auf seine Startbedingungen zu reagieren. Diese sind - wie beschrieben - dadurch geprägt, dass im Bezirk Oberfranken keinerlei Erfahrungen zur psychiatrischen Familienpflege vorlagen. Dies hat in den ersten sieben Monaten - neben der modellinternen fachlichen Einarbeitung - zu einer bemerkbaren Bindung von Ressourcen geführt. Trotz der bis Ende 2008 bewusst nicht offensiv betriebenen Öffentlichkeitsarbeit zur Familienakquise hatten sich im Dezember 2008 bereits zwei Familien als potentielle Gastfamilien beworben. Damit konnte auch diesbezüglich ein erfolgreicher Schlusspunkt unter das Jahr 2008 gesetzt werden. Im Jahre 2009 steht das Modellprojekt „Betreutes Wohnen psychisch kranker und gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in


Gastfamilien" in Hof nun vor der Aufgabe, weitere Gastfamilien zu gewinnen - wie auch mögliche Bewohner, um damit konkrete Erfahrungen zur Umsetzung des Modellkonzeptes in der familiären Betreuung vorlegen zu können. Die bisher geleisteten diesbezüglichen Vorarbeiten haben für eine erfolgreiche Umsetzung eine sehr gute Ausgangslage herbeigeführt.


Anlage 1

KompetenzNetz Demenz Augsburg

7

Rahmenbedingungen für die Tätigkeit als Demenzpate/Demenzpatin





social invest consult
 KompetenzNetz Demenz

Rahmenbedingungen für die Tätigkeit als Demenzpate / Demenzpatin

(1) Ziel der Demenzpatentätigkeit
 Zentrales Ziel der Tätigkeit ist die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses und einer neuen Kultur im Umgang mit Menschen, die an Demenz erkrankt sind (Bewusstseinsänderung).
 Durch Information, Sensibilisierung und das Werben für Verständnis, Akzeptanz und Unterstützungsbereitschaft direkt in den Augsburger Wohnvierteln soll der Verbleib der an Demenz erkrankten Menschen in ihrer eigenen Wohnung solange wie möglich unterstützt werden (Integration).
 Als Konsequenz daraus sollen vor allem diejenigen erreicht werden, die die bestehenden Hilfsangebote bisher nicht nutzen und ihnen der Zugang zu professionellen Hilfen erleichtert werden.


(2) Menschenbild
 Menschen mit Demenz sind nicht nur pflege- und hilfebedürftige Kranke, sondern Bürgerinnen und Bürger dieses Staates und unserer Kommune. Sie haben ein Recht auf ein möglichst selbstbestimmtes Leben in Würde.
 Dieses Menschenbild stellt die Grundlage der Demenzpaten dar und leitet sie in ihrem Tun.


(3) Adressaten
 Die Demenzpaten wenden sich in erster Linie an die breite Bevölkerung und Akteure und Gruppen (z. B. Polizisten, Pfarrer und Pfarrgemeinden, Verkäufer,...) in den Stadtteilen.
 Betroffene und Angehörige stellen keine direkten Adressaten der Demenzpaten dar.

(4) Aufgabenstellung
 Anders als in den bisher bekannten Initiativen sind in dem Projekt „Demenzpaten für Augsburg“ bürgerschaftlich Engagierte nicht in der Betreuung und Beratung einzelner Erkrankter und ihrer Angehörigen tätig. Vielmehr verfolgen sie einen zivilgesellschaftlichen Ansatz („Demenz geht uns alle an!“) und agieren vor diesem Hintergrund:

- Demenzpaten übernehmen die „Patenschaft“ für das Thema Demenz.
- Sie sind Freiwillige, die sich für das Thema Demenz einsetzen und für mehr Verständnis im Umgang mit demenzerkrankten Menschen werben.
- Sie suchen aktiv den Kontakt zu Bürgern, Gewerbetreibenden und Anbietern von Dienstleistungen, Pfarrern, und weiteren Akteuren im Viertel
- Sie informieren diese in Gesprächen vor Ort oder bei Veranstaltungen über die Erkrankung und die Hintergründe
- Sie geben Hinweise für den direkten Kontakt mit Betroffenen und stehen als Ansprechpartner zur Verfügung
- Sie informieren über ortsnahe Beratungsstellen und Hilfsangebote und machen diese bekannt.

1





social invest consult
 KompetenzNetz Demenz

- Sie betreuen und beraten nicht einzelne Erkrankte und Angehörige sondern vermitteln Einzelfälle direkt an bestehende Fachstellen weiter.

(5) Konkrete Tätigkeiten
 Zur Umsetzung dieser Aufgaben bedienen sich die Demenzpaten, je nach ihren individuellen Interessen, Fähigkeiten und Kontakten unterschiedlicher Methoden, z. B.

- **„Vertreter“** im Stadtteil
 Gezieltes Aufsuchen von Geschäften, Akteuren und Gruppen im Stadtteil, um Demenz zum Gesprächsthema zu machen
- **Veranstaltungen und Sonder-Aktionen**
 Planung und Durchführung von Veranstaltungen und Sonderaktionen (z. B. Ausstellungen, Kinoveranstaltungen, Informationsveranstaltungen, etc.)
- **Repräsentieren**
 Repräsentieren der Demenzpaten und des Themas bei Veranstaltungen anderer Anbieter (z. B. Informationsveranstaltungen, Stadtteilfeste, ...).
- **Zielgruppen-Veranstaltungen**
 Zugehen auf konkrete Zielgruppen (z. B. Schulen, Banken, etc.), Anbieten und Durchführen von Vorträgen und Schulungen speziell für die jeweilige Zielgruppe

Die Demenzpaten werden nach Absprache mit der (Projekt-)Leitung tätig.
 Die Details der Aufgabengestaltung werden gemeinsam im Rahmen der Schulung, bei Patentreffen oder in Einzelgesprächen geklärt.

(5) Einsatz als Pate

- Um eine gute Vorbereitung für die Tätigkeit als Demenzpate zu gewährleisten, findet eine Einführungsschulung statt. An dieser Schulung sollten die Interessierten vor dem Einsatz teilnehmen. Falls dies nicht an allen Schulungstagen möglich ist, sollten die Themen nach Absprache mit der Projektleitung in Form von (themenbezogener) Teilnahme an der nächsten Schulung, Praktika oder Teilnahme an anderen Angeboten nachgeholt werden.
- Die Bereitschaft zum Einsatz als Demenzpate wird durch eine Vereinbarung über die freiwillige Mitarbeit erklärt.
- Bei den Einsätzen erfolgt eine enge Zusammenarbeit und Absprache mit den Mitarbeiterinnen des KompetenzNetz Demenz, längere Abwesenheiten wie Urlaub, längere Krankheit, sowie Beendigung der Tätigkeiten sollten rechtzeitig bekannt gegeben werden.
- Es besteht die Bereitschaft zur Teilnahme und zum offenen Austausch bei den regelmäßigen Patentreffen und an weiteren Fortbildungen.
- Über den zeitlichen Umfang des Engagements bestimmt jeder Demenzpate entsprechend seinen Möglichkeiten und Interessen.
- Jeder Demenzpate führt eine Dokumentation über die Inhalte und den Umfang seiner Tätigkeiten und stellt diese dem Modellprojekt zur Verfügung.
 Diese Dokumentation dient
 (1) der Selbstreflexion und –dokumentation des Demenzpaten
 (2) zur besseren Abstimmung und Zusammenarbeit der Demenzpaten untereinander

2



- (3) die geleistete Arbeit sichtbar zu machen,
- (4) die Inhalte der Demenzpatentätigkeit anschaulich darzustellen und
- (5) zur Auswertung des Modellprojektes.

(6) Selbstverständnis

Das Verständnis freiwilliger Tätigkeit beruht auf der Idee einer Bürgergesellschaft, die füreinander Verantwortung übernimmt. Freiwillig Engagierten wird der Raum gegeben, an einem für sie lohnenden und interessanten Thema zu arbeiten und gleichzeitig eine sinnvolle, bereichernde Aufgabe zu haben. Durch das bürgerschaftliche Engagement wird ein gesellschaftlicher solidarischer Zusammenhalt deutlich.

- Die Demenzpaten teilen die Idee der Verantwortungsgemeinschaft für die Stadt Augsburg, die im Bündnis für Augsburg ihre Plattform hat.
- Sie zeigen Toleranz gegenüber den Gewohnheiten und Lebensweisen demenziell erkrankter Menschen.
- Bei allen Kontakten mit den verschiedenen Akteuren, betroffenen Bürgern und ihren Familien sowie Nachbarn wird Diskretion gegenüber Dritten gewahrt.
- Für Demenzpaten sind Offenheit, Verständnis und Kontaktfreude im Kontakt mit allen Beteiligten sowie Reflexionsvermögen Leitlinien ihrer Tätigkeit.

(7) Begleitung durch hauptamtliche MitarbeiterInnen

In der gemeinsamen Arbeit mit den hauptamtlichen Mitarbeitern wird den Demenzpaten Raum gegeben, eigene Ideen und Vorschläge in die Planung und Ausführung des Projekts mit einzubringen. Die Zusammenarbeit von freiwilligen und hauptamtlichen Mitarbeitern erfolgt auf einer Basis von gegenseitigem Verständnis und Respekt.

Die Begleitung der Demenzpaten erfolgt durch regelmäßige Patentreffen mit der Möglichkeit zum gemeinsamen Austausch, in Einzelgesprächen und ggf. gemeinsamem Aufsuchen von Akteuren. Zur weiteren Qualifizierung werden Fortbildungen angeboten.

Das KompetenzNetz Demenz ist bei allen Fragen, Schwierigkeiten und Problemen immer erster Ansprechpartner für die Demenzpaten.

Die Mitarbeiter der Ambulanten Sozialarbeit Gerontopsychiatrie stehen als fachliche Ansprechpartner zur Verfügung. Alle begleitenden Fachkräfte unterstützen die Paten in ihrer Tätigkeit, die Paten können jederzeit die Hilfe der Fachkräfte in Anspruch nehmen.

(8) Modellprojekt

Die Demenzpaten sind ein Baustein des Modellprojektes KompetenzNetz Demenz, das im Rahmen des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes gefördert wird. Die Förderung erfolgt für drei Jahre (April 2007 – März 2010) durch

- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen
- Stadt Augsburg
- Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern



Projekträger ist social invest consult – Gesellschaft für Forschung, Beratung, Organisationsentwicklung und Sozialmanagement mbH (SIC), eine gemeinnützige Gesellschaft und Tochter der Arbeiterwohlfahrt Augsburg Stadt.

Leitfaden für die Tätigkeit als Demenzpate/Demenzpatin (Fassung vom März 2009)

Leitfaden

1. Ziel / Auftrag / Anliegen der Demenzpaten

Zentrales Ziel der Tätigkeit ist die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses in der Bevölkerung und einer neuen Kultur im Umgang mit Menschen, die an Demenz erkrankt sind - **Bewusstseinsänderung**.

Die Gesellschaft soll darin befähigt werden anders / normaler mit demenzerkrankten Menschen umzugehen, denn sie sind Bürgerinnen und Bürger, wie alle anderen und gehören zum alltäglichen Erscheinungsbild unserer Gesellschaft dazu. Durch Information und das Werben um Verständnis soll einer Ausgrenzung entgegengewirkt werden.

Durch die Sensibilisierung möglichst vieler Multiplikatoren sollen als Konsequenz vor allem diejenigen erreicht werden, die die bestehenden Hilfsangebote bisher nicht nutzen und ihnen der Zugang zu professionellen Hilfen erleichtert werden.

2. Eigenschaften der Demenzpaten

Folgende Eigenschaften vertreten die Demenzpaten nach außen:

Demenzpaten sind...

engagiert
 motiviert
 motivierend
 gut geschult / kompetent
 freiwillig
 niedrigschwellig
 offen / zugewandt / neugierig
 kommunikativ
 ortsteilkundig
 aufmerksam
 geduldig
 verständnisvoll
 sozial
 zuversichtlich
 unabhängig
 mutig
 persönlich interessiert
 einzigartig
 charmant und humorvoll
 aufgeschlossen
 sinnvoll
 aufsuchend, besuchend
 offensiv
 unentgeltlich
 vertrauensvoll
 vernetzend / verbindend
 aktuell

Demenzpaten tun...

hinhören
 hinschauen
 reagieren
 verstehen
 informieren
 repräsentieren
 aufklären
 vermitteln
 aktivieren
 motivieren

3. Darstellung der Tätigkeit in einfachen Worten

Um die Menschen zu erreichen, ist es wichtig, die Tätigkeit der Demenzpaten aber auch Informationen zur Erkrankung und zum Umgang in einfachen, verständlichen Worten zu vermitteln.

Beispiel für die „Tätigkeit der Demenzpaten“:

Wer sind wir?

Was machen wir?

- Wir sind Freiwillige, die sich für das Thema Demenz einsetzen und für mehr Verständnis werben.
- Wir informieren Sie über die Erkrankung und die Hintergründe
- Wir geben Ihnen Hinweise für Ihren direkten Kontakt mit betroffenen Kunden, Patienten, Nachbarn, Bürgern, ... um Ihnen die Situation zu erleichtern
- Wir arbeiten stadtteilbezogen, kennen uns vor Ort aus und stehen Ihnen für einen direkten Kontakt zur Verfügung
- Wir betreuen und beraten nicht einzelne Erkrankte und Angehörige, sondern
- Wir nennen Ihnen bei Bedarf Beratungs- und Hilfsangebote in Ihrer Nähe. Wenn Sie möchten stellen wir auch gerne den Kontakt her.

4. Materialien

Von Seiten des Modellprojekts werden den Demenzpaten für ihre Tätigkeit verschiedene Materialien (auch in größerer Stückzahl) zur Verfügung gestellt:

- Stadtteilbezogener Handzettel (zur Weitergabe an Gesprächspartner / Zielgruppen)
- Visitenkarten
- Adressliste zum jeweiligen Stadtteil (zur besseren Erschließung des Stadtteils. Die Listen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Liste ist nur für den internen Gebrauch der Demenzpaten bestimmt!)
- Adressliste „Beratung und Unterstützung für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen in Augsburg“ (Zusammenfassung der wichtigsten Beratungsstellen im Stadtgebiet und den angrenzenden Landkreisen, auch zur Weitergabe an Betroffene)
- Informationsbroschüre „Das Wichtigste über die Alzheimer-Krankheit“
- Flyer zur Werbung neuer Demenzpaten
- Flyer zum Gesamtmodellprojekt KompetenzNetz Demenz.
- Standardvortrag (mit Folien und Ausführungen zu den einzelnen Folien, derzeit in Arbeit)
- Plakate für Infostände (werden erstellt)

5. Anlässe

Um den Zugang / Kontakt besser zu finden, empfiehlt es sich für die Demenzpaten einen Anlass / Aufhänger zu haben, wie z. B.:

- Plakate und Flyer verteilen
- Neues Angebot für Demenzerkrankte im Stadtteil bekannt machen, evtl. Handzettel verteilen
- Besuch einer Veranstaltung
- Infostand / Infowand bei einer Veranstaltung
- Etc.

Von Seiten des KompetenzNetzes Demenz wird versucht, den Demenzpaten immer wieder Anlässe zu verschaffen, jeder Aktive sollte jedoch selbst offen und aufmerksam bzgl. neuer Anlässe sein und diese nutzen.

6. Zielgruppen

In den Stadtteilen bietet sich ein breites Spektrum an Zielgruppen.

Dabei gibt es Gruppen und Personen, bei denen davon auszugehen ist, dass sie schon etwas für das Thema sensibilisiert (1) sind und Gruppen / Personen, für die das Thema scheinbar neu ist (2).

Beispiele für Zielgruppen:

Zielgruppen der 1. Kategorie:

- Fußpflege
- Optiker
- Apotheken
- Gesundheits- / Sanitätshäuser
- Polizei
- Kranken- und Pflegekassen
- Ärzte und Arzthelferinnen
- Mitarbeiter der Bürgerbüros
- Pfarrer und Gemeinden (mit allen Gruppen einer Gemeinde, z. B. Frauenkreis, Seniorengruppe, Kolpingfamilie,...)
- Seniorenclubs
- Reformhäuser / Drogerien
- Mehrgenerationenhäuser und Begegnungsstätten
- Besucher (einschlägiger) Veranstaltungen
- U. v. m.

Zielgruppen der 2. Kategorie:

- Einzelhändler (mit Organisationen der Einzelhändler)
- Friseure
- Wohnungsunternehmen / -verwalter
- Schulen / Kindergärten
- Berufsfachschulen (z. B. Hauswirtschaft)
- Vereine
- Banken
- Cafe's und Gaststätten
- Nachbarn
- Bürger
- Ordnungsamt / Sicherheitsdienste
- U. v. m.

7. Nutzen für die Zielgruppe(n)

Unabhängig vom allgemeinen Nutzen für die Gesprächspartner (s. u.) sollte sich der Demenzpate in der Vorbereitung eines Gespräches möglichst den individuellen Nutzen für den jeweiligen Gesprächspartner bewusst machen.

Es empfiehlt sich zudem im Gespräch nachzufragen: Was würde Ihnen helfen? Was bräuchten Sie? Was könnten wir für Sie tun?

Nutzen, allgemein:

- Lösungsansätze und Hinweise für Probleme im (Geschäfts-)Alltag
- bessere Einschätzung der Situation
- dadurch Reaktion erleichtert (weniger Unsicherheiten und Missverständnisse)
- Zeitersparnis
- persönlichen Ansprechpartner
- erweiterte Kompetenz (evtl. Personalschulung als Angebot)
- zusätzlichen Service / Angebot (z. B. in der Apotheke)
- Informationen zu Fachstellen
- Persönlicher Nutzen: Über eigene Erfahrungen sprechen dürfen, eigene Ängste ansprechen und abbauen
- Wissen wird unentgeltlich zur Verfügung gestellt
- Etc.

Vorbehalte, denen die Demenzpaten evtl. in ihrer Tätigkeit begegnen:

- Was sollen wir noch alles machen?
- Datenschutz
- Konkurrenzängste
- Etc.

8. Bisherige Erfahrungen

- Immer Zeit für ein Gespräch einplanen
- Interesse ist gegeben, überwiegend sehr große Offenheit und Bereitschaft der Gesprächspartner
- Bisher keine direkte Ablehnung
- Bewusstmachen der Rolle des Gesprächspartners: Ein Gespräch kann dadurch beeinflusst werden, in welcher Rolle sich der Gesprächspartner innerlich gerade befindet, z. B. Rolle des Informationsgebers, jetzt „gezwungen“ zum Informationsempfänger zu werden
- Häufig persönliche Betroffenheit der Gesprächspartner
- Erfahrungen mit betroffenen Kunden
- Schwellenangst bei Betroffenen: anonymer / öffentlicher Kontakt (z. B. bei einer Veranstaltung) ist in Ordnung, persönlicher / offizieller Kontakt sehr schwierig; Angst, was passiert dann, wird Selbstbestimmung genommen, etc.
- Bedarf an anderen Themen rund um Alter / Pflege, z. B. Patientenverfügungen

Anlage 2

Modellprojekt Hof - Beispiel zu Verhandlungen mit dem Bezirk Oberfranken

Ambulante sozialpflegerische Dienste e.V.

ASD e.V. - Pflege zu Hause, Wölbattendorfer Weg 20, 95030 Hof
 Bezirk Oberfranken
 Sozialverwaltung
 Hr. W. Griessinger
 Cottenbacher Str. 23
 95445 Bayreuth



ASD e.V. - Pflege zu Hause

Gemeinnütziger Verein für häusliche Alten-, Kranken- und Familienpflege

Mitglied im DPWW

Betreutes Wohnen u. Verwaltungssitz:
Wölbattendorfer Weg 20
 95030 Hof
 Tel.: 09281/40020
 Fax.: 09281/820968

Station:
Fasanenweg 3
 95126 Schwarzenbach/S
 Telefon und Fax:
 09284/948178

Station:
Marktplatz 5
 95145 Oberkotzau
 Tel.: 09286/96230

Bankverbindung:
Raiffeisenbank Oberkotzau
 BLZ 770 698 79
 Kto.-Nr. 423 068



Hof, 13. Juni 2008

Sehr geehrter Herr Griessinger,

beim Rückblick auf unser ausführliches Telefonat vor meinem Urlaub und im Austausch mit meinen Mitarbeitern darüber, kamen wir zu folgender Einschätzung:
 die momentane Schwierigkeit besteht anscheinend darin, die "geronto/psychiatrische Familienpflege" als mit typischen Merkmalen gekennzeichnetes Angebot der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen eigenständig zu bewerten. Die Angebote sind in ihrer Charakteristik im Grunde nicht übertragbar und sollen es auch nicht sein. Schwierig ist die Bewertung auch deshalb, weil in Oberfranken dazu noch keine Erfahrungswerte vorliegen.

Jedoch gibt es Erfahrungen in den anderen Regierungsbezirken - ausgenommen Niederbayern - und auch in anderen Bundesländern - z. B. das „Arcade - Modell“ in Ravensburg, die wissenschaftlich begleitet und Länder übergreifend ausgewertet wurden. Gerade die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Fachausschuss "Betreutes Wohnen in Familien" - DGSP - hat sich dieses Themas angenommen. Die entsprechenden Unterlagen stellen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Es ergaben sich verallgemeinerbare Erkenntnisse, die wir im folgenden darstellen wollen, um vor allem typische Merkmale der "geronto/psychiatrischen Familienpflege" herauszuarbeiten:

1. Aus der Sicht des Klienten
 - Es handelt sich hier um Menschen, die i. d. R. sonst in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung leben müssten.
 - Der psychiatrisch veränderte Mensch stabilisiert sich (leichter) und auf längere Dauer - sowohl im körperlichen Allgemeinzustand als auch in der psychischen Verfassung
 - in dem "natürlichen Umfeld" der Familie (keine Anpassung an institutionelle Rahmenbedingungen)
 - mit den immer gleichen Bezugspersonen (keine Mitarbeiterwechsel durch Schichtdienst etc.)
 - stabilen, sich wiederholenden Tagesabläufen (Tages/Wochenroutine der Familie)
 - mit Einbindung in wiederkehrenden Aufgaben (Haushaltsführung/Sinnhaftigkeit ... keine separat ausgewiesene therapeutische Beschäftigung)
 - mit der Möglichkeit stabile Beziehungen aufzubauen (ist in Institutionen nur mit zeitlichen Unterbrechungen möglich, hier personelle Kontinuität), mit der Folge, dass Geborgenheit und Vertrauen entstehen können.
2. Aus der Sicht der Familie
 - Die Familie sieht sich sowohl als Leistungserbringer als auch als integrierendes Beziehungsgefüge. Sie befindet sich mit dieser nachhaltigen Form bezahlten bürgerlichen Engagements zwischen herkömmlichen Ehrenamt und der klassischen professionellen Hilfe, die der Gemeindepsychiatrie zuzuordnen ist.
 - Die Familie deckt den gesamten Betreuungsbedarf chronisch psychisch kranker Menschen ab, die ansonsten i.d.R. auf die Unterbringung in Heimen etc. angewiesen wären.
 - In diesem Zusammenhang ist hervorzuheben, dass die Familie für ihre Leistung ein angemessenes Betreuungsgeld erwartet - im Umkehrschluss die Erfahrung gemacht wurde, dass manche Interessenten mehr Betreuungsgeld erwartet hätten und deshalb ihre Bewerbung zurückzogen (Erfahrungen des "Arcade-Modell" in Ravensburg - „Leben in Gastfamilien für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen“ im Jahr 2001, vorher auch andere Projekte). Manche Modelle - wie 1982 vom Sozialpsychiatrischen Zentrum in der Teutoburger Straße in München - scheiterten am mangelnden finanziellen Anreiz für die Familien.
 - Die Familie ist - vor allem die Hauptbeziehungsperson - rund um die Uhr für den Gast Ansprechpartner und trägt die Verantwortung - sie erwartet fachlich qualifizierte Schulung, Begleitung, Beratung, Unterstützung, emotionale Entlastung -.
 - "das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile" - bedeutet in diesem Fall, dass Entwicklungen (z.B. Kind kommt in die Pubertät), Veränderungen (z.B. Arbeitsplatzwechsel), Krisen (z.B. Todesfälle) ... jeder Person in dem Beziehungsgefüge "Familienpflege" sich auf die anderen auswirkt, so dass die Begleitung sich auch auf die Mitglieder der Gastfamilie beziehen.

3. Aus Sicht des Familienpflegeteams

Folgende Aufgaben gehören zur Arbeit des Familienpflegeteams:

Akquise potentieller Gastfamilien; Auswahl geeigneter Gastfamilien, Hausbesuche; Auswahlgespräche mit geeigneten Patienten, ihren Angehörigen und Betreuern; Zuordnung von Gastfamilien und Patienten durch Gespräche mit Stationen, Heimen, Fallbesprechungen im Team des Fachdienstes; Arrangieren des Kennenlernens, Begleitung des Probewohnens, Organisieren des Umzugs, Angehörigenarbeit; Arrangieren von entlastenden Hilfen (z. B. Kurzzeitpflege); Verlaufsdocumentation u.a.m.

Tätigkeit für die Gastfamilie:

Erfahrungen des "Arcade-Modells" in Ravensburg haben gezeigt, dass es einige entscheidende Grundbedingungen gibt, die zum Entstehen und zum Erhalt guter Familienpflegestellen notwendig sind:

gerade das Angebot intensiver fachlicher Begleitung in Form von Schulung, Beratung, Begleitung, Krisenintervention ... war entscheidend mit ein Motiv der Gastfamilie, eine Familienpflege anzubieten.

die Begleitung trug erheblich zur dauerhaften Motivation bei, die Familienpflege auch in schwierigen Zeiten aufrechtzuerhalten, so dass die intensive Begleitung erheblich mit zum Erfolg der Familienpflege beiträgt, bzw. eine reduzierte Begleitung den Erfolg und Bestand der Familienpflege gefährdet.

Es sei hier erwähnt, dass mit fachlicher Hilfe und Laienhilfe vollkommen unterschiedliche Qualitäten von Beziehungen charakterisiert werden, daher können weder die Laien die Professionellen ersetzen noch umgekehrt.

Betreuungsaufwand für die Gastfamilie/Betreuungsschlüssel

Bei einer Begutachtung durch den SMD kann festgestellt werden, welche Betreuungsleistungen von der Gastfamilie zu erbringen sind.

Für die Betreuungsleistungen ergibt sich für die Gastfamilie möglicherweise eine Differenzierung hinsichtlich der Wochenstunden, die der Gast in der Familie verbringt. Besucht der Gast z.B. eine Werkstatt für Behinderte regelmäßig an 3 oder mehr Werktagen tagsüber für mindestens 7 Stunden, wodurch die Betreuung und Aufsicht gewährleistet ist, könnte das Betreuungsgeld in einem "Sockelbetrag" gewährt werden, der diesem Umstand Rechnung trägt. Der Sockelbetrag sollte nicht unterschritten werden, da sich die Anzahl der betreuenden Personen nicht verändert, und die Rahmenzeit auch nicht variiert.

Fachliche Begleitung durch Fachdienst/Betreuungsschlüssel

Für das Familienpflegeteam ist der Betreuungsschlüssel von Bedeutung, weil davon die zur Verfügung stehende Zeit für die Gastfamilie abhängt. Die erfolgreich verlaufene Integration nach den ersten Wochen geht erfahrungsgemäß in einen zyklischen Verlauf über, bei dem sich ruhigere Zeiten und krisenhafte Zeiten abwechseln. Die Betreuung durch das Familienpflegeteam ist somit durchgängig erforderlich und reduziert sich nicht automatisch mit der Dauer der Familienpflege. Dies sollte sich im Betreuungsschlüssel für den Fachdienst niederschlagen.

Schlußfolgerungen:

Aus den oberen Ausführungen ergibt sich, dass die Leistungen, die am "Gast" erbracht werden, getrennt zu sehen sind und somit auch finanziell zu trennen wären:

Betreuungsleistungen durch die Gastfamilie am Gast mit einem Sockelbetrag von 350,- €, wenn der Gast z.B. an 3 oder mehr Werktagen tagsüber für mindestens 7 Stunden außer Haus ist. Finanzielle Aufstockungen gemäß festgestelltem Betreuungsaufwand durch den SMD.

fachliche Begleitung der Gastfamilie durch das Familienpflegeteam: Finanzielle Leistungen gegliedert in Personal- und Sachkosten (20 % der Personalkosten). Der Betreuungsschlüssel sollte zwischen 1:10 und 1:8 (für gerontopsychiatrischer Familienpflege) liegen.

Im Hinblick auf den SMD sei vermerkt, dass durch den regelmäßigen Kontakt zur Gastfamilie in Verbindung mit Erstellung der Verlaufsdocumentation durch den Fachdienst, dieser nötige Überprüfungen anzeigen kann.

Wir hoffen mit diesem Schreiben dazu beigetragen zu haben, dass wir zügig zum Abschluss einer Rahmenvereinbarung kommen und danken Ihnen für Ihre Kooperation.

Für dieses Modellprojekt sind wir dem Ministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Frauen gegenüber zur regelmäßigen Information verpflichtet.

Wir erwarten Ihre schriftliche Stellungnahme bis zum 30. Juni 2008 und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

Detlef Keil ASD e.V.
Geschäftsführer

Rita Lippert Dipl. Soz. Päd. (FH)
Projekt "Betreutes Wohnen in Familien"

Verteiler:
Bayerisches Sozialministerium
Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Pflegekassenverbände
Paritätischer Wohlfahrtsverband

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
BWF	Betreutes Wohnen in Familien oder „Betreutes Wohnen psychisch kranker und gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in Gastfamilien“
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
DW	Diakonisches Werk
e.V.	eingetragener Verein
FB	Fortbildung
f/w	fachlich-wissenschaftliche (Begleitung)
GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
GeFa	Gerontopsychiatrische Fachkoordination Mittelfranken
HK	Helferkreis
IKK	Innungskrankenkassen
Lkr.	Landkreis
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
mtl.	monatlich
o.g.	oben genannte
o.J.	ohne Jahr (Literaturhinweis)
o.O.	ohne Ort (Literaturhinweis)
resp.	respektive
PDL	Pflegedienstleitung
PfIEG	Pflegeleistungsergänzungsgesetz
PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
s.i.c.	social invest consult – Gesellschaft für Forschung, Beratung, Organisationsentwicklung und Sozialmanagement mbH
sog.	sogenannte
s.o.	siehe oben
SPDi's	Sozialpsychiatrische Dienste

u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
vgl.ebd.	vergleiche ebenda
WG	Wohngemeinschaft
ZAPf	Zentrale Anlaufstelle Pflege
z.B.	zum Beispiel
ZfP	Zentrum für Psychiatrie
z.T.	zum Teil

www.sozialministerium.bayern.de



Dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen wurde durch die berufundfamilie gemeinnützige GmbH die erfolgreiche Durchführung des audits berufundfamilie® bescheinigt:
www.beruf-und-familie.de.



BAYERN DIREKT
ist Ihr direkter Draht zur Bayerischen Staatsregierung.
Unter Tel.: 0 1801/20 10 10 (3,9 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz; abweichende Preise aus Mobilfunknetzen) oder per E-Mail unter direkt@bayern.de erhalten Sie Informationsmaterial und Broschüren, Auskunft zu aktuellen Themen und Internetquellen sowie Hinweise zu Behörden, zuständigen Stellen und Ansprechpartnern bei der Bayerischen Staatsregierung.



Bayerisches Staatsministerium für
Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen
Winzererstr. 9, 80797 München
E-Mail: kommunikation@stmas.bayern.de

Bürgerbüro: Tel.: 0 89/ 12 61 -16 60, Fax: 0 89/ 12 61 -14 70
Mo–Fr 9.30 bis 11.30 Uhr und Mo–Do 13.30 bis 15.00 Uhr
E-Mail: Buergerbuero@stmas.bayern.de

Hinweis: Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern im Zeitraum von fünf Monaten vor einer Wahl zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien, sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Staatsregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.