

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

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

Modellprojekte 2004-2007: Ergebniszusammenfassung

Sabine Tschainer

aufschwungalt

aufschwungalt • Sabine Tschainer • Auenstraße 60 • 80469 München
Tel: 089 / 500 80 401 • Fax: 089 / 500 80 402 • www.aufschwungalt.de

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einleitung	3
1. Überblick zu allen Projekten	4
2. Ziele der Projekte	6
3. Verbesserung der Versorgungsstrukturen	6
3.1. Entlastungsbedarf der Angehörigen	6
3.2. Tätigkeiten zur Strukturverbesserung und weiterer Bedarf	7
4. Vernetzungsprozesse	12
5. Kompetenzen der Projektleitungen	13
6. Abschluss	14

Einleitung

Der Aufbau lebendiger Vernetzung und praktisch wirksamer Kooperationen ist eine der wichtigsten Aufgaben von fünfzehn Modellprojekten, die vom Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen sowie der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern finanziell gefördert wurden bzw. werden. Hintergrund dieser Modelle ist das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (§ 45c SGB XI), das u.a. die „Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige“ empfiehlt. Als eines der ersten Bundesländer hat Bayern mit der Verordnung zur Ausführung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes (AVPflEG vom 8. April 2003) die Grundlagen zur entsprechenden Umsetzung gelegt.

Ein Schwerpunkt der geförderten Projekte liegt auf der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, insbesondere für demenzerkrankte Menschen und ihre Angehörigen sowie dem flächendeckenden Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote. Daneben ist ein weiteres Ziel der Modellarbeit, eine praxiswirksame träger- und berufsgruppenübergreifende Vernetzung zu realisieren.

Die fachlich-wissenschaftliche Begleitung (aufschwungalt, München) legt mit diesem Bericht eine Zusammenfassung der Ergebnisse von inzwischen sechs abgeschlossenen Projekten - unter Einbeziehung von Erkenntnissen noch laufender Modelle - vor. Details zu den einzelnen Projekten finden sich in den jeweiligen Zwischen- und Abschlussberichten. (Diese können als pdf-Dateien unter: www.stmas.bayern.de/pflege/modell-pfl-ergaenz-0406.pdf sowie bei www.aufschwungalt.de: Versorgungsforschung, Projekte nach PflEG abgerufen werden.) Die Modellprojekte zur Erprobung innovativer Wohnformen (ambulant betreute Wohngemeinschaften für Demenzkranke) werden aufgrund der eigenständigen Thematik, die an anderer Stelle ausführlich diskutiert wird (siehe z.B. www.ambulant-betreute-wohngemeinschaften.de unter „downloads“), hier nicht mit einbezogen. Ergebnisse finden sich ebenfalls in den diesbezüglichen Berichten (<http://ambulant-betreute-wohngemeinschaften.de/05/berichte.php5>).

München im Juni 2008

aufschwungalt, Sabine Tschainer

Zusammenfassende Schlussfolgerungen aus den Modellprojekten 2004-2007

1. Überblick zu allen Projekten

Mit dem Entschluss des Freistaates Bayern, Modellprojekte zur Umsetzung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes (PflEG) zu fördern, wurde ein zukunftsweisender Weg beschritten. Seit 01.01.2004 wurden bzw. werden insgesamt sechzehn Projekte gefördert. Abbildung 1 gibt einen Überblick über die fünfzehn Modelle, die von aufschwungalt fachlich-wissenschaftlich (f/w) begleitet wurden und deren Ergebnisse in diesem Bericht diskutiert werden. In der anschließenden Tabelle (Abb.2) finden sich Details zu diesen einzelnen Projekten.

Desweiteren wurde im Rahmen des PflEG das Modellprojekt „Musik mit Demenzerkrankten: Handlungsmöglichkeiten für den Lebensalltag“ in den Jahren 2004-2005 gefördert, dessen f/w Begleitung nicht bei aufschwungalt lag. Von daher wird an dieser Stelle nicht darauf eingegangen. Ergebnisse dieses Modell finden sich z.B. in folgender Veröffentlichung: Musizieren mit dementen Menschen. Ratgeber für Angehörige und Pflegende. Reinhardt-Verlag. München, 2006.

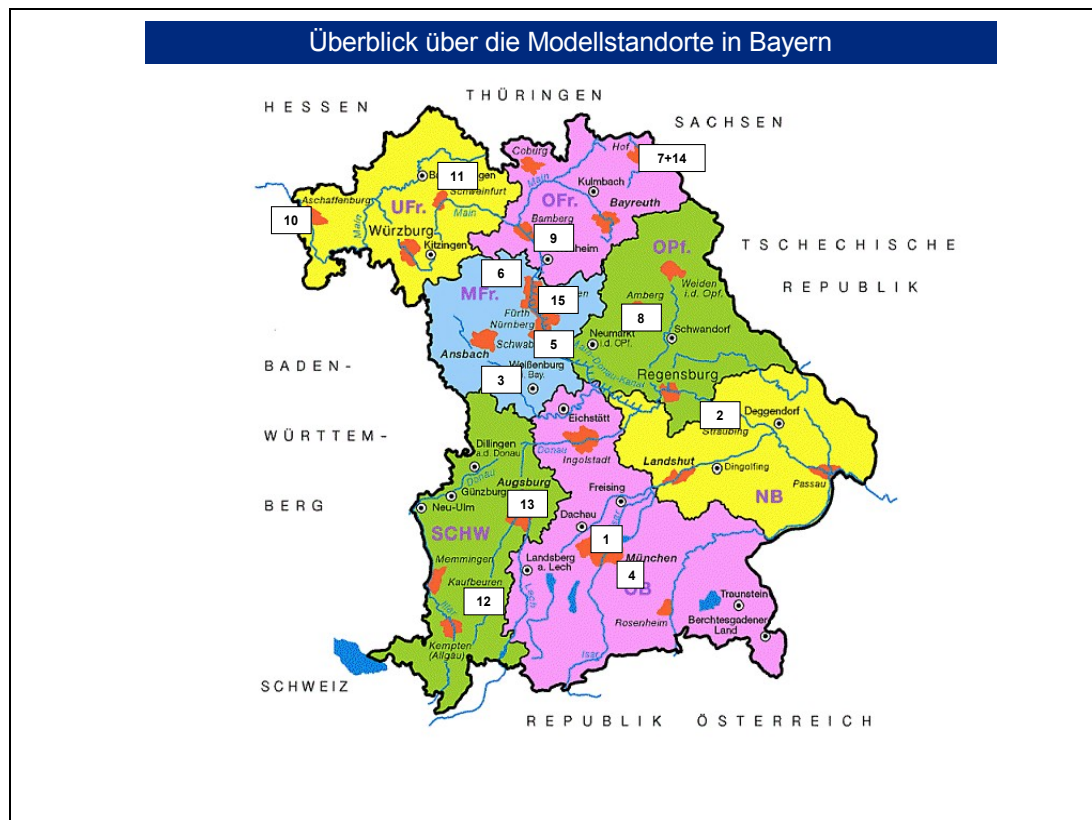


Abb. 1: Standorte der Modellprojekte nach PflEG in Bayern

Nr.	Modell-Träger	Modell-Titel	Laufzeit	Ausstattung
1	Alzheimer Gesellschaft München e.V.	„Helfer-Verbund“	01.02.2004 - 31.01.2007	Soz.-päd. (½ Stelle)
2	Caritasverband Straubing-Bogen e.V.	„Senioren zu Hause - Netzwerke im Lkr. Straubing-Bogen insbesondere für Menschen mit Demenz“	01.01.2004 - 31.12.2006	Soz.-päd. (1 Stelle plus 10h Verwaltung)
3	Evangelischer Krankenverein Gunzenhausen e.V.	„Zentrale Verbundstelle im Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen zur Vernetzung ambulanter, teil-/stationärer Einrichtungen“	01.01.2004 - 31.12.2006	Gerontopsychiatrische Fachkraft (1 Stelle)
4	PIA e.V., Haar	„Hilfe vor Ort“	01.03.2004 - 28.02.2007	Multiprofessionell (1 Stelle)
5	Rummelsberger Dienste für Menschen im Alter gGmbH, Schwarzenbruck	„GERDA - Gerontopsychiatrische Reaktivierung Daheim“	01.01.2005 - 30.06.2006	Multiprofessionell (1 Stelle plus 10h plus Honorarkräfte)
6	Förderkreis Steigerwald e. V., Obersteinbach	Ambulante Wohngemeinschaft für demenzkranke Mitmenschen	01.01.2005 - 31.12.2006	Fachkraft (½ Stelle)
7	Ambulante sozialpflegerische Dienste e. V., Hof	„DIE INSEL“	01.01.2004 - 31.12.2007	Multiprofessionell (1 Stelle plus ½ Stelle für 2Jahre)
8	Diakonisches Werk des ev.-luth. Dekanatsbezirks Sulzbach-Rosenberg e.V.	„Gerontopsychiatrische Koordinierungsstelle“	01.01.2004 - 31.12.2007	Soz.-päd. (1 Stelle plus 10h Verwaltung)
9	Diakonisches Werk Bamberg-Forchheim e.V./ Caritasverband f. d. Landkreis Forchheim e.V.	„KLAR – Kreative Lösungen im Alter“	01.03.2004 - 31.12.2008	Fachkraft (1 Stelle plus 10hVerwaltung)
10	„Gemeinsam statt Einsam“ e.V., Kleinostheim	„Haus Louise von Marillac – ambulante Wohngemeinschaft für alte Menschen“	01.01.2006 - 31.12.2008	Soz.-päd. (½ Stelle)
11	Juliusspitalstiftung Münnerstadt	„DEMENZZENTRUM LICHTBLICK“	01.01.2006 - 31.12.2007	Gerontopsychiatrische Fachkraft (½ Stelle plus 10h Verwaltung)
12	Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren	„Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter,“	01.01.2007 - 31.12.2009	Soz.-päd. (1 Stelle plus 1,25h Verwaltung)
13	SIC-GmbH in Kooperation mit der Stadt Augsburg	„KompetenzNetz Demenz: Integration der Bevölkerungsgruppe demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen in Augsburg“	01.04.2007 - 31.03.2010	Multiprofessionell (1½ Stellen)
14	Ambulante sozialpflegerische Dienste e. V., Hof	Psychiatrische Familienpflege für psychisch kranke und gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen in Gastfamilien	seit 01.03.2008	Multiprofessionell (30h-Stelle und 30h-Stelle für 2 Jahre)
15	Angehörigenberatung e.V. Nürnberg	Netzwerk Demenz Nürnberg	ab 01.05.2008	Soz.-päd. (1 Stelle)

2. Ziele der Projekte

Die Zielsetzungen der geförderten Konzeptionen lassen sich in drei Gruppierungen unterteilen:

- Modellprojekte zur allgemeinen Strukturverbesserung mit den Schwerpunkten
 - Aufbau niedrigschwelliger Angebote sowie
 - Aufbau praxiswirksamer Netzwerke
- Modellprojekte zur Verwirklichung innovativer Wohnformen, insbesondere ambulant betreuter Wohngemeinschaften für Demenzkranke sowie
- Modellprojekte mit spezialisierten Anliegen (z.B. das Konzept der Familienpflege für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen; die Implementierung der psychobiografischen Pflege nach Böhm im häuslichen Umfeld oder die Erprobung bürgerschaftlichen Engagements im gerontopsychiatrischen Assessment).

3. Verbesserung der Versorgungsstrukturen

Mit einer Ausnahme¹ ist allen Modellen zur Strukturverbesserung zu bescheinigen, dass sie eine sehr wirksame und erfolgreiche Arbeit geleistet haben bzw. dies noch tun. Nach wie vor stellt der Aufbau bedürfnisorientierter (passgenauer) Entlastungsangebote für Angehörige eine Priorität sowohl im Handeln vor Ort als auch in fachlichen Diskussionen dar. Die Arbeit und Begleitung der Modelle lieferte dazu einige wertvolle Erkenntnisse.

3.1. Entlastungsbedarf der Angehörigen - ausgewählte Ergebnisse der Evaluation in den Modellregionen

Als Ergebnisse einer qualitativen Anfangserhebung in den Regionen der Modellprojekte liegen Rückmeldungen von 197 Angehörigen, 126 Institutionen (schriftliche, standardisierte Befragung) sowie 37 Multiplikatoren (leitfadengestützten Experteninterviews) vor. Im Folgenden werden die wesentlichen Resultate zusammengefasst:

- Übereinstimmend benannten die befragten Angehörigen die Notwendigkeit der **Verbesserung einer zeitlichen Entlastung der Angehörigen demenzkranker Menschen**. Der Wunsch nach „freier Zeit für sich“ im Sinne einer stundenweisen Entlastung war weitaus höher als der Bedarf nach kontinuierlicher, dauerhafter Entlastung.

¹ Das Modellprojekt „GERDA“ in Schwarzenbruck wurde vorzeitig beendet. Die Ergebnisse der 18-monatigen Laufzeit finden sich im Abschlussbericht aus dem Jahre 2006.

- Auffallend in allen Modellregionen war das **unterschiedliche Belastungsempfinden der beiden Hauptpflegegruppen (Ehe-)Partner und (Schwieger-)Kinder**. Für viele Ehepartner war das Thema der sozialen Isolation schwerer zu ertragen, wogegen (Schwieger-)Kinder häufiger Probleme im Alltag bei der Anleitung der Erkrankten erlebten. So differierten auch in manchem die Unterstützungswünsche. (Ehe-)Partner wünschen sich häufiger eine Anerkennung ihrer Leistungen, (Schwieger-)Kinder äußern mehr Beratungs- und Informationsbedarf.
- Hinsichtlich der Angebotsformen, die vorrangig zur Entlastung der Angehörigen aufgebaut werden sollten, ergaben sich teilweise erhebliche **Differenzen zwischen den Angaben der Angehörigen und den Auffassungen der Institutionen**. Angehörige wünschen sich vorrangig „stundenweise Entlastung“ oder „freie Zeit“. Institutionen sehen vorrangig den Aufbau von Gesprächskreisen/Angehörigengruppen als wichtig an.
- Weiterhin bedarf der Aspekt der **Anerkennung der Leistungen der pflegenden Angehörigen** der vermehrten Aufmerksamkeit der professionellen Akteure. Keiner der Evaluationsteilnehmer in der Gruppe der Institutionen benannte die Notwendigkeit dieser Form der psychosozialen Unterstützung, obwohl Angehörige diese sich vielfach wünschen.

3.2. Tätigkeiten zur Strukturverbesserung und weiterer Bedarf

Der Aufbau niedrigschwelliger Angebote wurde in allen Modellregionen von den Projektleitungen vorgebracht. Diese erfolgreiche Tätigkeit wird durch eine qualitative Multiplikatorenbefragung anlässlich der Beendigung der jeweiligen Modelle (Rücklauf N=54) bestätigt. Die Daten belegen, dass die Versorgungssituation für Angehörige, die ihre Demenzkranken zu Hause begleiten, sich bemerkbar verbessert hat. Aus Sicht der Experten sind die niedrigschwelligen Versorgungsstrukturen, Beratungs- und Gruppenangebote sehr erfolgreiche und wichtige Versorgungsbausteine. Insbesondere wird der Einsatz geschulter Helfer nach dem PflEG im häuslichen Umfeld von fast 88% der Befragten begrüßt und befürwortet, über 75% bewerten so die Schulung der Helfer und über 63% die Beratungsangebote für Angehörige.

Die Frage "Welche Dienstleistungen/Versorgungsangebote sollten in Ihrer Region für (alleinstehende) Demenzkranke und für deren Angehörige dringend noch aufgebaut werden?" ergab eindeutig, dass im Bereich der "Tagesstrukturierung / Alltagsbegleitung für Demenzkranke" weiterhin ein dringender Bedarf zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen besteht. Die Felderfahrung, dass im Bereich der **alleinstehenden oder alleinlebenden Demenzkranken** (bzw. aller gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen) **eine Erweiterung der Versorgungsstrukturen mit innovativen Angeboten akut nötig** ist, wird damit bestätigt. Ergänzend sei hinzugefügt, dass die befragten Experten daneben auch im Bereich der Entlastung der Angehörigen weiterhin zu schließende Lücken sehen.

Nach wie vor ist das Thema "Akzeptanz vorhandener Entlastungsangebote" ein gravierender Faktor. Immer wieder werden vorhandene oder neu initiierte niedrighschwellige Angebote aufgrund mangelnder Inanspruchnahme durch Angehörige eingestellt oder müssen "pausieren". Dies ist auch eine Erfahrung aus der Begleitung der Modellprojekte. Zwei Aspekte scheinen hier von Bedeutung zu sein:

- a) Öffentlichkeitsarbeit;
- b) Analyse der tatsächlich vorhandenen Bedürfnisse und Gestaltung eines modularen Systems von Entlastungsangeboten unter Einbeziehung regionaler Besonderheiten.

Des Weiteren verdient auch die Frage der finanziellen **Kosten** stärkere und differenziertere Beachtung. Niedrighschwellige Angebote, die mit hohen Gebühren für die Pflegebedürftigen bzw. für deren Angehörige verbunden sind, widersprechen dem Grundsatz der Niedrighschwelligkeit. Vielfach werden diese von den Pflegebedürftigen / Angehörigen – aus berechtigten Gründen – nicht in Anspruch genommen. Es gilt jedoch auch zu beachten, dass niedrighschwellige Betreuungsangebote, die gar keine Gebühren verlangen, auch auf Probleme bei der Akzeptanz treffen. Manche Pflegebedürftige und Angehörige geraten ungern in die Rolle von „Almosenempfängern“ und vermögen Unterstützungsangebote besser zu akzeptieren, wenn sie in Form von Entgelt bzw. Aufwandsentschädigungen einen Gegenwert zur Verfügung stellen können.

a) **Öffentlichkeitsarbeit**

In allen Modellregionen konnte das immer noch **vielfach tabuisierte Thema Demenz** mit einer breit angelegten und ideenreichen Öffentlichkeitsarbeit verstärkt ins Bewusstsein der Fach-/Öffentlichkeit getragen werden. Dies gelang auch in ländlichen Gebieten. Nach allen Erfahrungen ist die Reduzierung des Tabus als unerlässliche Voraussetzung zur leichteren Inanspruchnahme von Entlastungsangeboten durch Angehörige einzuschätzen. Als besonders wirksam erwiesen sich hier beispielsweise Veranstaltungsreihen, die dezentral in den Gemeinden durchgeführt wurden. Der Erfolg der wohnortnahen Angebote wurde verstärkt durch den Grundsatz der Kooperation mit jeweiligen - öffentlich/informell anerkannten - Multiplikatoren. Prinzipiell führte - auch nach übereinstimmenden Aussagen der Modellmitarbeiter - eine kontinuierliche, ideenreiche und beharrliche Öffentlichkeitsarbeit zu einer **Entstigmatisierung** („Die Leute trauen sich nun eher, darüber zu reden.“). Allem Anschein nach wird damit **für Angehörige die Hemmschwelle zur Annahme von Hilfe und Entlastung geringer**. Nach allen Aussagen ist es jedoch auch unabdingbar, dass dann **niedrigschwellige Angebote mit anerkannter Qualität vorhanden sind**.

b) **Analyse der tatsächlich vorhandenen Bedürfnisse und entsprechendes Reagieren:** Gestaltung eines modularen Systems von Entlastungsangeboten unter Einbeziehung regionaler Besonderheiten.

Wie oben beschrieben ergab die Anfangsevaluation Differenzen zwischen Angehörigen und Institutionen zur Art der aufzubauenden Entlastungsangebote. Alle Modelle versuchten dennoch auch, neue Angehörigengruppen zu initiieren. Vielfach konnten die Projekte hinsichtlich dieses Tätigkeitsbereiches die an sich selber gestellten Erwartungen nicht durchgängig erfüllen. Viele der angestoßenen Gruppen waren nicht stabil implementierbar. Trotzdem forderten in den Abschlussbefragungen die regionalen Akteure weiterhin, dass als notwendigstes Entlastungsangebot genau diese Gruppenangebote in ihren Regionen aufgebaut werden müssten. Die abschließenden Evaluationen der Angehörigen ergaben einerseits, dass diese diesen Wunsch nicht in den Vordergrund stellten und ihrerseits deutlich **weitergehende stundenweise Entlastung** wünschen. Außerdem war in manchen Regionen **das Informationsbedürfnis der Angehörigen größer als der Wunsch nach Erfahrungsaustausch** in Gruppen.

Die fachlich-wissenschaftliche Begleitung² stellt als Hypothese auf, dass die vorhandenen Angebote von den Angehörigen besser akzeptiert werden könnten, wenn der **Entlastungsbedarf der Angehörigen hierarchisch bedient würde**. Das heißt, dass primär der Wunsch nach stundenweiser Entlastung (resp. „freier Zeit für sich“) subjektiv befriedigend eingelöst sein muss, damit Angehörige andere Angebote (die sie u.U. als "problembeladen" assoziieren) für sich nutzen können. In der konkreten Umsetzung würde dies bedeuten, **dass vorrangig und verbreitet Betreuungsgruppen und Helferkreise für die stundenweise Entlastung zu Hause initiiert werden müssen**. Nach Abdeckung dieses primären Bedürfnisses der Angehörigen sollten gezielte Gruppenangebote offeriert werden. Die parallele Einrichtung von Angehörigengruppen zu bereits erfolgreich aufgebauten Betreuungsgruppen könnte dabei ein hilfreicher Weg sein. Ebenso die obligatorische Durchführung von Pflegekursen für Demenzkranke als Auftakt für daran anschließende angeleitete (klassische) Gesprächsgruppen für Angehörige. (Der im Abschlussbericht, Teil 2 diskutierte Einfluss der wirtschaftlichen Situation der Familien [insbesondere in strukturschwachen Regionen] auf die Inanspruchnahme von Entlastungsangeboten könnte dieser Hypothese widersprechen. Dies kann hier nicht ausführlich dargestellt werden. Als Hinweis sei angefügt, dass z.B. bei Arbeitslosigkeit die „familiären Lösungen“ [„Da springt dann mein Sohn ein.“] von pflegenden Angehörigen vielfach bevorzugt werden. So verständlich diese ökonomischen Zwänge sind, bleibt offen, ob diese Lösung für die Lebensqualität aller Beteiligten immer von Vorteil ist.)

Neben dieser **Rangfolge des Aufbaus** niedrighschwelliger Angebote zur Verbesserung ihrer Akzeptanz:

- zuerst **stundenweise Entlastung**;
- gefolgt von **Information**;
- danach **gruppenbezogener Erfahrungsaustausch**

könnte ebenso die Reflektion und **Berücksichtigung regionaler Besonderheiten** die Akzeptanz niedrighschwelliger Betreuungsangebote steigern. Die Erkenntnis, dass Betreuungsgruppen in ländlichen Regionen aufgrund der weiteren Wege sehr wohnortnah (und damit kleinräumig und mit wenigen Besuchern) angeboten werden

² künftig: f/w Begleitung

müssten, ist inzwischen geläufig. Ebenso, dass alternativ der Besuch durch (kostengünstige) Fahrdienste und längere zeitliche Dauer der Betreuungsgruppen gesteigert werden kann. Aus den Erkenntnissen der f/w Begleitung ergibt sich ein weiterer Aspekt: in ländlichen Regionen oder in **Gebieten mit altgewachsenen, traditionellen Strukturen** sollte in der Umsetzung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes **die Priorität auf den Aufbau von Helferkreisen zum stundenweisen Einsatz in der häuslichen Umgebung** gesetzt werden. Der Hintergrund dieser These bezieht sich auf das Bedürfnis nach Sicherheit und Privatheit seitens der Angehörigen. Die in Fachkreisen der Angehörigenarbeit inzwischen integrierten Themen der Scham und Schuldgefühle könnten hier eine Rolle spielen. Insbesondere der Aspekt der „beschützenden Scham“ im Zusammenhang mit den komplexen Auswirkungen der Demenzerkrankung bei einem nahestehenden Menschen sei hier betont. (Scham will etwas Nicht-sein-Sollendes, etwas Nicht-Akzeptiertes, aber auch etwas zu sehr „ans-Herz-Gewachsenes“, das zu intim ist, um öffentlich zu werden, verbergen.)

Überlieferte soziale Strukturen und traditionelle Beziehungsmuster fördern die Verhaltenstendenzen, die Demenzerkrankung in "den eigenen vier Wänden" zu belassen. Der Besuch von Betreuungsgruppen erfordert das Verlassen des privaten Raumes. Die stundenweise Entlastung durch Helfer zu Hause eliminiert diese subjektive Hemmschwelle. Erst wenn sich die stundenweise Entlastung im häuslichen Umfeld - begleitet von oben beschriebener intensiver Öffentlichkeitsarbeit - etabliert hat und im allgemeinen Bewusstsein zu einer Selbstverständlichkeit geworden ist, sollten im nächsten Schritt personelle und finanzielle Kapazitäten zum Aufbau von Betreuungsgruppen eingesetzt werden.

Unabdingbar in diesem Themenbereich ist das **Angebot zugehender Beratung**. Zum Tätigkeitsbereich der Anbieter niedrigschwelliger Betreuungsangebote ist unerlässlich die Durchführung von Hausbesuchen zu zählen. Diese haben sich in der Praxis als bewährtes Mittel, um den Angehörigen Zugang zu Hilfe und im weiteren eben auch zu niedrigschwelligen Betreuungsangebote zu erleichtern, bewährt.

Es wird ausdrücklich darauf verwiesen, dass die Einführung des hier vorgestellten **modularen Systems von Entlastungsangeboten unter Einbeziehung regionaler**

Besonderheiten auch **wirtschaftliche Aspekte** hat. Nach allen bisherigen Erfahrungen der f/w Begleitung werden viele ökonomische und personelle Kapazitäten durch die Organisation und das Vorhalten zu wenig genutzter Entlastungsangebote gebunden. Der Abbruch initiiertes Betreuungs- und Angehörigengruppen aufgrund mangelnder Akzeptanz sollte als vermeidbarer Kostenfaktor von allen Beteiligten wahrgenommen werden.

4. Vernetzungsprozesse

In der Zusammenfassung der komplexen Ergebnisse der Projekte lässt sich folgendes festhalten: Vernetzungsarbeit

- braucht Zeit;
- erfordert neben fachlichen Kompetenzen die Geduld und Bereitwilligkeit aller Beteiligten;
- bedarf der Bereitschaft, Umwege zu gehen (Strategiewechsel);
- benötigt eine Person / Institution als Impulsgeber ("Vernetzungsmotor");
- muss als kontinuierliche Detailarbeit verstanden und umgesetzt werden.

Aus den Erfahrungen aller Modellprojekte beim Aufbau praxiswirksamer Netzwerke kann abgeleitet werden, dass für diese Anliegen ein **Zeitrahmen von drei Jahren** eingerechnet werden muss. Insbesondere **zu Beginn** von Vernetzungsaktivitäten sind **vertrauensaufbauende Prozesse zu empfehlen**. Die Absicht, mit gutgemeintem Aktivismus rasche Ergebnisse vorlegen zu können, wirkt sich nach allen Erfahrungen zwingend kontraproduktiv aus. Förderlich für Vernetzungsprozesse hat sich die Einrichtung von Arbeitskreisen mit konkreten Arbeitsaufträgen (z.B. Erstellung eines Demenz-Führers für die Region) erwiesen. Dies sollten **zeitlich begrenzte Gruppen** von Akteuren sein, die sich zur **Lösung einer konkreten Aufgabe** zusammenfinden und danach wieder auseinandergehen. Bei Bedarf trifft sich eine neue Konstellation zur Bearbeitung eines anderen Auftrages wieder.

Des Weiteren belegen die Erfahrungen, dass erfolgreiche Vernetzungsprozesse für alle Beteiligten einen - von ihnen - erkennbaren Vorteil oder Nutzen bieten muss. Dies ist von herausragender Bedeutung. Die Abschluss-Evaluationen der regionalen Akteure und der Modellleitungen (-Träger) ergab, dass über 59% der Befragten der Überzeugung sind, dass Trägerinteressen praxiswirksamen Vernetzungsprozessen

entgegenstehen. Initiatoren von Netzwerken müssen also deutlich erkennbar machen, dass die **Beteiligung an Vernetzung für die Akteure einen realen Nutzen für deren eigene Arbeit** bzw. Institution mit sich bringt. Künftige Netzwerk-Initiatoren sollten diesen Faktor ("potentielle Netzwerkpartner müssen den eigenen Vorteil erkennen können, um am Aufbau von Netzwerken *wirksam* mitzuarbeiten"), als unumgängliche Bedingung kennen und beachten.

„Vernetzung und Kooperationsaufbau“ sind in der Altenpflege und im speziellen Bereich der Versorgung Demenzkranker bereits seit längerem herausragende Begriffe und in aller Munde. In der Praxis wird den dahinter stehenden Anliegen jedoch noch zu häufig mit Zurückhaltung, Interesselosigkeit, Resignation oder auch Ablehnung begegnet. Die Modellprojekte handelten teilweise in vergleichbaren Bezugsrahmen. Ihre Arbeit belegt, dass Zusammenarbeit und Vernetzung auch unter Wettbewerbern "machbar" ist. Es bedarf dazu persönlicher Kompetenzen, finanzieller und persönlicher Ressourcen und des guten Willens aller Beteiligten. Mit dem Resümee einer Projektleitung sei ein diesbezüglicher Schlusssatz gesetzt: "Vernetzung ist, wenn *alle* wollen."

5. Kompetenzen der Projektleitungen

Für die Umsetzung der innovativen Konzeption von Modellprojekten sollten die Projektleitungen über **Kenntnisse und Fähigkeiten bezüglich des Projektmanagements** verfügen. Wünschenswert sind Erfahrungen hinsichtlich eines strategischen Vorgehens sowie in Moderationsprozessen.

Ebenfalls von Vorteil für diese Tätigkeit ist, wenn die Projektleitungen verfügen über:

- **fachliche Kompetenzen** und Berufserfahrung in der Thematik sowie
- Kenntnisse der örtlichen Strukturen und Rahmenbedingungen.

Als besonders förderliche Qualifikation und Schlüsselkompetenz zur Umsetzung der Projektideen bezeichneten die Projektleitungen in der Abschlussevaluation den Aspekt der Glaubwürdigkeit: "Man müsse wissen, wovon man redet." Dazu ist auch ein Arbeitsansatz der Projektleitungen zu zählen, der erkennen lässt, dass sie erkennbar im Interesse der Betroffenen und ihrer Angehörigen handeln. Diese wahrnehmbare uneigennützig **Neutralität im Interesse der Zielgruppe** ist als Voraussetzung und Erfolgsmerkmal praxiswirksamer Netzwerkarbeit zu definieren.

Insbesondere für Netzwerkarbeit sind adäquate **soziale Kompetenzen und persönliches Engagement** vonnöten. Beruhend auf den Evaluationsergebnissen (Abschlussbefragung der Multiplikatoren) zählen dazu:

- Offenheit, Sachlichkeit; hohes Engagement, gute integrative Fähigkeiten;
- Schaffen einer offenen Atmosphäre mit Möglichkeit zum kritischen Austausch;
- strukturierende Kompetenzen, gelungene moderierende Gesprächsführung;
- themenzentriertes, zielorientiertes Arbeiten sowie eine
- sehr gute Hintergrundarbeit und Koordination (z.B. gute Vor- und Nachbereitung von Vernetzungstreffen).

Aufgrund der vorliegenden Erfahrungen regt die f/w Begleitung des Weiteren an, Projekten zu den Themen Strukturverbesserung / regionale Vernetzung grundsätzlich die **Installation einer Steuerungsgruppe** zur Optimierung der Konzeptumsetzung nahelegen. Das Vorhandensein einer Steuerungsgruppe oder zumindest eines Projektteams zur Unterstützung der Projektleitungen (fachlicher Austausch, Ideenfindung, Reflektion des eigenen Handelns) erwies sich bei den Modellprojekten durchgängig als vorteilhaft. Ebenso ist bei diesen Projekten aufgrund der bisherigen Beobachtungen eine angemessene **personelle Ausstattung** zu empfehlen. Diese sollte in den ersten drei Jahren von Projekten zur Strukturverbesserung und Vernetzung im Sinne einer modellhaften Ausstattung höher sein. Im weiteren Verlauf kann die Personalkapazität durchaus reduziert werden, sollte jedoch nicht vollständig reduziert werden. Es wird darauf hingewiesen, dass die Projektleitungen, die mit 50% der regulären Arbeitszeit die Konzeptionen (Strukturverbesserung/Vernetzung) umzusetzen hatten (haben), zur Erfüllung des komplexen Auftrages der Projekte regelmäßig und durchgehend einen hohen Satz an Überstunden aufbauen.

6. Abschluss

Nach den bisherigen Erfahrungen aus der Arbeit der Modellprojekte lässt sich zusammenfassend feststellen, dass die Einrichtung gerontopsychiatrischer Koordinationsstellen oder regionaler Demenzzentren als förderlich für die

Verbesserung der regionalen Strukturen und damit der Versorgung von Demenzkranken (resp. gerontopsychiatrisch Erkrankter) und ihrer Angehörigen zu bezeichnen ist.