

**Modellprojekte
im Rahmen des § 45c SGB XI
in Bayern**

Fachlich-wissenschaftliche Begleitung im Auftrag
des Bayerischen Staatsministeriums
für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen sowie
der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern
und des Verbandes der privaten Krankenversicherungen e.V.

**Abschlussbericht (Teil 3)
Modell Kaufbeuren 2007 - 2010**

Sabine Tschainer

aufschwungalt

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
1. Ziele und Ausgangslage des Modellprojektes.....	4
1.1. Ziele der Modellkonzeption	4
1.2. Ausgangslage	4
2. Umsetzung	6
2.1. Projektstrukturplan	6
2.2. Umsetzung.....	8
2.2.1. Klienten.....	8
2.2.2. Gastfamilien	9
2.2.3. Gerontopsychiatrischer Fachdienst (Familienpflegeteam)	11
3. Ergebnisse und Bewertung.....	16
3.1. Konzeptumsetzung - grundsätzliche Aussagen.....	16
3.2. Arbeitsaufwand Fachdienst	17
3.3. Klienten und Gastfamilien	19
3.3.1. Profil.....	19
3.3.2. Qualifizierung und fachliche Begleitung der Gastfamilien	19
3.3.3. Lebenszufriedenheit der Klienten in den Gastfamilien	20
3.3.4. Befragung der Gastfamilien.....	21
3.4. Projektleitung	22
4. Abschluss.....	23
ANHANG.....	26
Anhang 1: Ergebnisse zu den finanziellen Auswirkungen des Betreuten Wohnens	26
Anhang 2: Verzeichnis wichtiger Abkürzungen	28

Einleitung

Das Institut aufschwungalt, mit der fachlich-wissenschaftlichen Begleitung der Modellprojekte zum § 45c SGB XI beauftragt vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen sowie der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern und dem Verband der privaten Krankenversicherungen e.V. legt hiermit den Abschlussbericht zum Projekt „Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter“ (Projekt des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren) vor.

Weitere Details über die gesamte Modelllaufzeit können Sie den seit 2005 jährlich vorgelegten Berichten der fachlich-wissenschaftlichen Begleitung entnehmen, 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 <http://aufschwungalt.de/00/downloads.php5> zu finden sind.

München im März 2011

aufschwungalt
Sabine Tschainer

1. Ziele und Ausgangslage des Modellprojektes

Das Modellprojekt „Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter¹“ startete am 01.01.2007 mit einer vorerst 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. Aufgrund seiner erfolgreichen Arbeit wurde die Modellförderung im September 2009 von den Förderern um ein Jahr verlängert (bis 31.12.2010). Im letzten halben Jahr des Modellprojektes ging die Projektleitung in Elternzeit. Ihre Stelle konnte nahtlos und mit entsprechender Einarbeitungszeit durch eine Dipl.-Sozialpädagogin besetzt werden, die zuvor seit drei Jahren im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren zu 50% im stationären Bereich und zu 50% in der Ambulanz tätig war.

1.1. Ziele der Modellkonzeption

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

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

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

1.2. Ausgangslage

Im Vergleich zu anderen Modellprojekten findet sich in Kaufbeuren eine spezifische Ausgangssituation vor: Modellträger ist die Institution "Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren". Diese Klinik mit ihren erfahrenen und engagierten leitenden Ärzten in der Gerontopsychiatrie ist landesweit als Pionier bei der Entwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung bekannt. Nach eigenen Aussagen werden seit knapp 25 Jahren in der Region Kaufbeuren innovative

¹ Im Folgenden wird im Sinne der Lesbarkeit überwiegend der Begriff „gerontopsychiatrische Familienpflege“ verwendet.

Versorgungskonzepte bei gerontopsychiatrischen Erkrankungen erprobt². Beispielhaft sei hier die Beteiligung am Modellprojekt „Gerontopsychiatrischer Verbund Schwaben“ erwähnt. Ebenso verfügt das Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren seit mehr als dreizehn Jahren über Erfahrungen im Bereich „Psychiatrische Familienpflege“ bzw. „Betreutes Wohnen in Familien“ im Rahmen der Eingliederungshilfe (§§ 54 ff SGB XII).

Beobachtungen der f/w Begleitung als auch die Ergebnisse der **Befragung von Institutionen** weisen darauf hin, dass die Institution "Bezirkskrankenhaus" vielfach eine „eigene Welt“ darstellt. Nach der Wahrnehmung der f/w Begleitung existieren natürlich Kontakte und Kooperationen in die (über-)regionale Versorgungslandschaft. Naturgemäß sind diese maßgeblich zur Psychiatrie-Szene und deren Akteuren, im Weiteren natürlich auch zur Altenpflege und anderen Anbietern. Das Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren steht pionierhaft für die Öffnung der „Psychiatrie“ hin zu einer gemeindenahen Versorgung. Unbenommen bleibt, dass viele Prozesse in der Versorgung von Patienten allein von der Institution „Bezirkskrankenhaus“ geleistet werden können, ohne dass dafür die Kooperation mit anderen Anbietern notwendig wäre (psychiatrische und somatische medizinische Behandlung, psychische und physische Therapien, soziotherapeutische und psychosoziale Versorgung, Pflege, Krisenintervention usw.). Daraus ergibt sich ganz von selbst eine gewisse Monopolstellung in der Versorgungslandschaft. Die - in der Startphase der Modellprojekte - routinemäßige Befragung von Akteuren in der Modellregion (Verteilung über den regionalen Arbeitskreis Vernetzung) brachte in Kaufbeuren einen Rücklauf von zwei Bögen. Beide stammten von stationären Pflegeeinrichtungen (Altenpflege). Der ambulante Bereich reagierte nicht.

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

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

² Vgl. dies und weiteres: Bezirk Schwaben, Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren: Konzept "Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter." 2006.

2. Umsetzung

2.1. Projektstrukturplan

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

Modellprojekt "Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter"

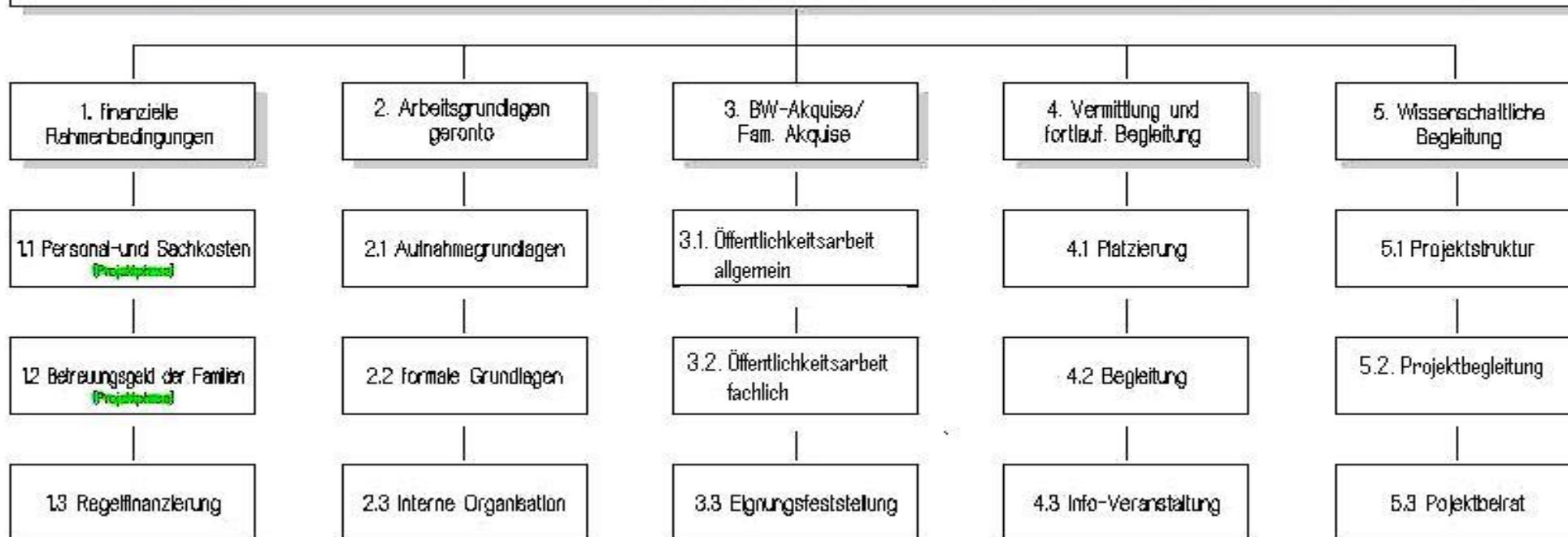


Abb. 1: Projekt Kaufbeuren, Projektstrukturplan

2.2. Umsetzung

2.2.1. Klienten

In den vier Jahren Laufzeit des Modellprojektes wurden insgesamt 74 Klienten als Interessenten für die gerontopsychiatrische Familienpflege gemeldet. Von der gerontopsychiatrischen Familienpflege erfahren hatte man durch³:

- BKH Kaufbeuren interne Vermittlung: N = 38⁴
- Info-Veranstaltungen des Modellprojektes: N = 12
- die Presse: N = 9
- Sonstiges: N = 18

Die vom Modellprojekt erstellten Info-Flyer bewirkten im gesamten Modellverlauf keine Kontaktaufnahme.

Die Anmeldung erfolgte:

- 23 x durch Berufsbetreuer
- 28 x BKH Kaufbeuren hausintern
- 15 x durch Angehörige
- 7 x durch Klienten selbst
- 11 x durch Sonstige (z.B. ambulant tätige Psychiaterin oder den regionalen Arbeitskreis Gerontopsychiatrie).

Auch hier sind Doppelungen festzustellen, z.B. liefen viermal eine Anmeldung durch den gesetzlichen Berufsbetreuer und das „Bezirkskrankenhaus intern“ parallel, ähnlich auch bei der Anmeldung durch Klienten selber.

Die interessierten Klienten waren **durchschnittlich 69,1 Jahre** alt mit einer Spanne zwischen 47 und 96 Jahren. Geschlechtsbezogen teilt sich die Gruppe in **33 Frauen und 39 Männer** auf⁵. Vom Modellteam wurden insgesamt sieben Anmeldungen als „ungeeignet“ eingestuft. Gründe dafür sind: ein Alter unter 50 Jahren, ein instabiler psychischer Zustand (z.B. aktueller Alkoholmissbrauch), eine fehlende psychiatrische Diagnose oder massive Verhaltensauffälligkeiten.

Der folgende Überblick gibt Informationen zu Diagnose(n) und Lebenssituation der potentiellen Klienten.

Diagnosen:

- 38 x Diagnose Demenz, davon 2 x mit Zusatzdiagnose Depression

³ Mehrfachnennungen möglich

⁴ „N = ...“ wird in Statistiken für die verschiedensten Einheiten verwendet. Der Buchstabe „N“ steht hier im Bericht für die Anzahl der erfassten (oder befragten) Personen.

⁵ Bei zwei Anmeldungen fehlt diese Datenangabe.

- 19 x Depression
- 8 x Psychose
- 6 x Paranoid
- 1 x Parkinson
- zwei Klienten ohne Diagnose.

Dabei handelte es sich in zwanzig Fällen um chronische Krankheitsverläufe (insbesondere Psychosen, Depressionen und Demenz).

Pflegebedürftigkeit nach SGB XI:

- Pflegestufe 0: N = 56 (davon 26 x bei Demenzdiagnose)
- Pflegestufe 1: N = 12
- Pflegestufe 2: N = 4
- Pflegestufe 3: N = 2

Lebenssituation:

- zu Hause alleinlebend: N = 35
- zusammen wohnend mit Familienangehörigen: N = 14:
- dauerhaft in Institutionen (Psychiatrische Einrichtung oder Pflegeheim) lebend: N = 20
- andere: N = 3⁶.

Des Weiteren gaben 35 der potentiellen Klienten hinsichtlich ihrer vorhandenen sozialen Kontakte an, keine Kinder zu haben. Von diesen wohnten wiederum acht mit anderen An- bzw. Zugehörigen zusammen. Bei 16 der angemeldeten Interessenten konnte keine Bezugsperson identifiziert werden, wobei acht Personen aus dieser Gruppe angaben, eine Bezugsperson zu haben. Bei 40 Personen bestand zum Anmeldezeitpunkt eine **gesetzliche Betreuung** (davon 8 Berufsbetreuungen).

2.2.2. Gastfamilien

Ihr **Interesse als „Gastfamilie“** bekundeten **119 Personen**. Von der gerontopsychiatrischen Familienpflege hatten **98** von ihnen **durch die Presse**, drei durch Veranstaltungen, zwei durch Flyer sowie fünf Interessenten durch die interne Vermittlung des BKH Kaufbeuren erfahren⁷. Als an der Familienpflege interessierte (Hauptbezugs-)Personen meldeten sich **97 Frauen** und 13 Männer⁸. Deren Durchschnittsalter betrug ca. 37,7 Jahre (zwischen 32 und 80 Jahren). Von den Interessenten hatten **80 eigene Kinder**⁹, von denen bei 49 die Kinder noch zu Hause lebten. Fünfzehn der Interessierten gaben an, „allein“ zu leben.

⁶ Bei zwei Personen liegen hierzu keine Daten vor.

⁷ Fünf Personen erfuhren durch „sonstige“ Gelegenheiten vom BWF. Bei zwei Datensätzen liegt keine Angabe vor.

⁸ Bei neun Datensätzen liegen keine diesbezüglichen Angaben vor.

⁹ 42 Personen hatten drei oder mehr Kinder; 26 waren Familien mit zwei Kindern sowie 12 mit jeweils einem Kind.

Von den Interessenten gaben vier Personen an, „in Vollzeit“ zu arbeiten, 33 Interessenten arbeiteten in Teilzeit, 23 waren beruflich selbständig, acht arbeiteten in einem Mini-Job und 17 waren arbeitslos. Vierzehn Personen bezogen bereits Rente und 23 erwähnten ausdrücklich ihre Tätigkeit im Haushalt.

Relevante Vorerfahrungen

- Pflegeerfahrung N = 91, davon (Mehrfachnennungen):
 - psychisch Kranke privat betreut: N = 21
 - psychisch Kranke beruflich betreut: N = 35
 - alte Menschen privat betreut: N = 50
 - alte Menschen beruflich betreut: N = 44
 - berufliche Erfahrung in Psychiatrie und mit alten Menschen: N = 27
 - private Erfahrung in Psychiatrie und mit alten Menschen: N = 15

Der Anteil der **Interessenten mit Vorerfahrungen** liegt somit bei **76,5%**.

Wohnsituation

96 der sich bewerbenden Gastfamilien wohnten im eigenen Haus. Die Größe der für den Gast angebotenen Zimmer betrug im Durchschnitt 16,7 m² (in den meisten Fällen zwischen fünfzehn und fünfundzwanzig Quadratmetern).

Eignung der Familien-Bewerbungen

73 der Bewerbungen wurden vom Projekt-Team als „geeignet“ eingestuft. Folgende Aspekte fielen dabei ins Gewicht:

Aspekt	Häufigkeit (N = ...) ¹⁰
• Vorerfahrung in Betreuung und Pflege	63
• Geeigneter Wohnraum	44
• Infrastruktur im Umfeld der Gastfamilie	37
• (soziales) Netzwerk vorhanden	34
• Soziale Kompetenz	30
• Einzugsgebiet	27

Angemerkt sei, dass nur bei sieben Bewerbungen alle sechs Aspekte gleichzeitig positiv zutrafen. Bei den „ungeeigneten“ Bewerbungen benannte die Projektleitung als wichtigste Kriterien, dass das Einzugsgebiet nicht stimmte oder der Wohnraum ungeeignet war.

¹⁰ Anzahl der Personen mit positiver Darlegung

Daneben spielte noch eine Rolle, dass die „ungeeigneten“ Interessenten vereinbarte Kontakte nicht einhielten - ohne Absage bzw. Begründung. Bei manchen stand auch eindeutig nur ein finanzielles Interesse im Vordergrund.

2.2.3. Gerontopsychiatrischer Fachdienst (Familienpflegeteam)

Die umfassende, vielschichtige und verzweigte Tätigkeit des Fachdienstes im Rahmen der gerontopsychiatrischen Familienpflege wurde in den jeweiligen Zwischenberichten bereits ausführlich dargestellt. Vielfache Aktivitäten und Hartnäckigkeit wie auch Ausdauer sind vonnöten, bis es tatsächlich zu einem gelungenen Einzug eines Klienten in eine Familie kommen kann. Bei **der Bemessung des Arbeitsaufwandes** des Fachdienstes darf also nicht nur die Zahl der tatsächlich gelungenen Einzüge in Betracht gezogen werden, sondern **auch der Aufwand für nicht mögliche Vermittlungen**.

In der Arbeit mit den Klienten und Familien sind eine Reihe von Schritten notwendig. Nach der o.g. persönlichen Kontaktaufnahme mit allen potentiellen Interessenten werden dann im Weiteren mit den als „geeignet“ ausgewählten Kandidaten persönliche Gesprächstermine vereinbart. Solche fanden im Modellverlauf mit 54 potentiellen Gastfamilien und mit 57 interessierten älteren/alten Menschen statt. Bis zur Umsetzung des sog. „Probewohnens“ des Klienten in der Gastfamilie agiert der Fachdienst in der zeit- und arbeitsintensiven „**Anbahnphase**“. Dies ist die Phase, in der nach für einen potentiellen Klienten zuerst intern im Team eine - genau für diesen Klienten - geeignete Familie aus dem Pool der Bewerber herausgefiltert werden muss. Gleichzeitig sind jedoch auch der Vertrauensaufbau und die Beziehungsarbeit (stabiler Kontakt) mit dem Klienten unerlässlich. Bei manchen Klienten sind dafür vielfache persönliche Besuche und Gespräche notwendig, damit er sich auf die Sozialarbeiterin und das „Abenteuer Familienpflege“ einlassen kann. Ein weiterer Schritt ist dann der Kontaktaufbau zwischen Familie und Klienten durch mehrere begleitete Kennenlern-Besuche. In dieser Zeit können auch immer noch einmal Einzelgespräche mit der Familie oder dem Klienten anfallen, um jeweilige Unsicherheiten oder Fragen ausräumen zu können. Erst danach entsteht im positiven Fall der Entschluss zum Probewohnen¹¹. Im Verlauf des Modellprojektes wurden dafür insgesamt 611 Aktivitäten mit einem Gesamtzeitaufwand von über 456 Stunden erfasst. Dazu kommen insgesamt 128 Fahrten mit einer Gesamtdauer von 110 Stunden (im Durchschnitt 51 Minuten pro Fahrt zu Gastfamilie und/oder Klient).¹²

¹¹ „Probewohnen“ bedeutet, dass der Klient für einige Tage bei der Familie einzieht. So können beide Beteiligte den Alltag ausprobieren und ein Gefühl dafür bekommen, ob das Zusammenleben funktionieren kann. In manchen Fällen bleibt der Klient dann gleich bei der Familie. Zumeist geht er aber nochmals zurück in die vorige Lebenssituation, um dann zu einem möglichst naheliegenden vereinbarten Zeitpunkt endgültig in die Familie umzuziehen. Oft spielen hier vertragliche Bedingungen (z.B. Kündigungsfristen für Mietverträge) oder der Bearbeitungszeitraum für die Finanzierungszusage durch den Bezirk eine entscheidende Rolle.

¹² Vergleiche zu Details der einzelnen Arbeitsschritte des Fachdienstes auch Tabelle 2 auf Seite 15.

Das heißt, dass in den vier Modelljahren insgesamt nur für die sog. „Anbahnphase“ **über 566 Stunden Arbeitszeit** investiert werden mussten. Diese führten im Lauf der vier Modelljahre zu **18 erfolgreichen Einzügen**. Von diesen wurde in acht Fällen das BWF im Lauf des Modellprojektes beendet. Zu Modellende leben damit zehn gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen in Gastfamilien. Für zwei weitere ältere/alte Personen konnte bis zum Modellende die Anbahnphase erfolgsversprechend realisiert werden (zum Berichtszeitpunkt ist der Einzug eines weiteren Klienten in eine Gastfamilie sicher). Details zeigt die folgende Tabelle (Tab.1).

Code Klient	Aufbau- phase	Probe- wohnen	Ein- zug	Been- digung	Kommentar
17	x	x	x	x	Nach über 2,5 Jahren in Gastfamilie nicht mehr kompensierbare Verhaltensauffälligkeiten
19	x	x	x		
20			x	x	nach über 3 Jahren in Gastfamilie verstorben
21	x	x	x	x	nach 7 Monaten in Gastfamilie nicht mehr kompensierbare Verhaltensstörungen
22	x	x	x		
23	x		nein		Gastfamilie konnte sich Aufnahme nicht vorstellen (schwierige somatische Situation Klient)
26	x		x		
40	x	x	x		
44	x	x	x		
46	x		nein		Klient will keinen Ortswechsel, geeignete Familie vor Ort nicht so schnell findbar
51	x		nein		auf Wunsch des Klienten (meint, für BWF nicht geeignet zu sein)
52	x	x	x	x	zieht zu Sohn nach Spanien
56	x		nein		auf Wunsch des Klienten (sucht lieber anderes Heim in Memmingen)
57	x	x	x	x	nach über 2 Jahren in Gastfamilie verstorben
59	x				
60	x	x	x	x	Nach 6 Wochen in Gastfamilie verstorben
61	x	x	nein		Klient kann sich BWF doch nicht vorstellen
62	x	x	nein		Gastfamilie von (Krankheitssymptomatik überfordert -> Depression)
62	x	x	x	x	nach 13 Monaten in Gastfamilie verstorben
63	x	x	x	x	nach 2 Monaten in Gastfamilie nicht mehr kompensierbare Verhaltensstörungen
65	x		x		

Code Klient	Aufbau- phase	Probe- wohnen	Ein- zug	Been- digung	Kommentar
68	x	x	x		
70	x				Bis 30.12.2010 Aufbauphase - Kostenzusage vom Bezirk steht noch aus
73	x		nein		Klientin kann sich dann doch Auszug aus ihrer geliebten Wohnung nicht vorstellen
76	x		nein		Klient kehrt zu Ursprungsfamilie zurück
77	x		nein		(keine Daten zugänglich)
78	x	x	x	x	Nach 13 Monaten in Gastfamilie nicht mehr zu Hause versorgbare Multimorbidität
84	x		nein		Somatischer Zustand der Klientin rapide verschlechtert
85	x	x	x		
90	x		x		
92	x		nein		Bezirk keine Kostenübernahme wegen Alter der Klientin und deren Diagnose „Demenz“
98	x				Probewohnen im Januar 2011 vereinbart

Tabelle 1: Überblick zur Klientenvermittlung im Modellzeitraum

Um die **Bemessung des Arbeitsaufwandes** des Fachdienstes für alle einzelnen Arbeitsschritte transparent zu machen, wurden für das Modelljahr 2009 diesbezüglich konkretere Daten ausgewertet, die folgende Tabelle veranschaulicht.¹³ (Tab.2).

2009	Häufigkeit (Anzahl der Tätigkeiten) ¹⁴	Arbeitszeit insgesamt (in Stunden)	durchschnittliche Dauer pro Tätig- keit (in Minuten)	Dauer (min. - max.) Minuten/Stunden	Fahrzeit wie oft und Dauer
<u>Anbahnphase</u>	69	54	47	5 Min. bis 2 h	
- nur für/mit Klienten	42	27	38	30 Min. bis 2 h	2 mal 40 Min
- nur für/mit Familien	17	8	28	10 Min. bis 45 Min	1 mal 30 Min
- für / mit Klienten und Familie	10	11	60	25 Min bis 1,5 h	6 mal 5,5 h
<u>Probewohnen</u>	21	27	77	30 Min. bis 1,5 h	10 mal 7,8 h
<u>Einzug</u>	2	3,25	98	60 Min. bis 1,5 h	1 mal 30 Min.
<u>Beendigung</u>	8	9,5	71	10 Min bis 2,5 h	1 mal 30 Min
<u>Wohnen in der Gastfami- lie</u>	855	795	60	5 Min. bis 4 h	313 mal 380 h
- nur für/mit Klient	387	308	47	15 Min bis 3 h	74 mal 49 h
- nur für/mit Familie	185	94	30	10 Min bis 1,5 h	4 mal 130 h
- für Beide	283	393	90	30 Min bis 4 h	246 mal 201 h

Tabelle 2: Modellprojekt Kaufbeuren: Zeitaufwand der Tätigkeiten im Jahr 2009

Neben den Aktivitäten in der Aufbauphase und der dann folgenden Regelbegleitung der Gastfamilien und Klienten (kontinuierlicher Kontakt- und Besuchsrhythmus in den Familien)

¹³ In dieser Tabelle sind in der linken Spalte die unterschiedlichen Tätigkeiten aufgeführt. In den weiteren Spalten erscheint die Häufigkeit der jeweiligen Tätigkeit (z.B. 69 Aktivitäten des Fachdienstes für die Anbahnphase). Neben der zeitlichen Erfassung der Arbeitszeit für die jeweiligen Aktivitäten des Fachdienstes wird in der ganz rechten Spalte dann noch der Aufwand für die notwendigen Fahrzeiten aufgezeigt.

¹⁴ Tätigkeiten können sein: Telefonate mit Klienten, Familien, gesetzlichen Betreuern, Angehörigen der Klienten, anderen (professionellen) Akteuren

sind ebenfalls noch (ungeplante/unplanbare) Arbeitsleistungen des Fachdienstes im Rahmen von Kriseninterventionen zu bedenken. In den Jahren 2007-2010 tauchten insgesamt 78 Krisen¹⁵ auf, bei denen 22-mal ein Hausbesuch unumgänglich wurde. Auslöser dieser Krisen waren unter anderem Unsicherheiten in der Einzugsphase, Verhaltensauffälligkeiten wie Aggression, Unruhe, Weglauftendenz, somatische Erkrankungen oder finanzielle Fragen.

3. Ergebnisse und Bewertung

3.1. Konzeptumsetzung - grundsätzliche Aussagen

Das Modellprojekt hat eine sehr erfolgreiche Arbeit geleistet. **Im Ergebnis wird seit Beendigung der Modellphase die gerontopsychiatrische Familienpflege ab 01.01.2011 in der Regelfinanzierung fortgeführt.** Dies ist dem Engagement - und Willen zur Weiterführung dieser Versorgungsform - aller Beteiligten zu verdanken. Nicht zuletzt die Arbeit der Projektsteuerungsgruppe und die Hartnäckigkeit des Projektteams auch gerade im letzten Modelljahr trugen viel zu diesem Erfolg bei. Diesbezüglich sei aber auch die Arbeit des Modellträgers nicht unerwähnt. Das Modellprojekt in Kaufbeuren lässt sehr deutlich erkennen, dass multiprofessionelles Arbeiten unter Einbeziehung der verschiedensten Akteure zu beachtenswerten Ergebnissen führt.

In seinem ersten Jahr wurde die Tätigkeit des Modells entscheidend von seinem innovativen Charakter geprägt. **Mit dem Projekt wurde die gerontopsychiatrische Familienpflege erstmalig in Bayern etabliert.** Die Anfangsphase des Projektes forderte einerseits die Einarbeitung der Projektmitarbeiterin in ihr neues Tätigkeitsfeld sowie die Strukturierung des gesamten Vorgehens. Andererseits arbeitete das Projektteam intensiv in den Bereichen der Öffentlichkeitsarbeit und der Kontaktknüpfung zur Akquise von Klienten und Familien. Des Weiteren wurde vom Projektteam und der fachlich-wissenschaftlichen Begleitung¹⁶ sehr viel Arbeit in die Entwicklung eines transparenten Systems zur Erfassung der Daten von Klienten und Familien investiert. Im weiteren Verlauf lagen die Tätigkeitsschwerpunkte in den erfolgreichen Vermittlungen. Im zweiten Projektjahr gelangen zwölf erfolgreiche Einzüge in Gastfamilien. Dies ist beachtlich, da in der Modellzielsetzung von einem Volumen von *insgesamt* zehn erfolgreichen Vermittlungen ausgegangen worden war. Von diesen zwölf erfolgreichen Vermittlungen musste im Jahr 2008 auch lediglich einmal die gerontopsychiatrische Familienpflege wieder abgebrochen werden. Diese Tendenz bestätigte sich im weiteren Projektverlauf. Damit kann als Ergebnis festgehalten werden, dass auch **Familienpflege**

¹⁵ Die Projektmitarbeiterin hat an alle Gastfamilien ihre Handy-Nummer weitergegeben, auf welchem sie für Notfälle durchgängig erreichbar ist. Im Modellzeitraum erfolgte keine Bezahlung der Mitarbeiterin für diese Art von Bereitschaftsdienst.

¹⁶ künftig: f/w Begleitung. An dieser Stelle sei auch noch der Hinweis eingefügt, dass im Sinne der Lesbarkeit dieses Berichtes auf eine streng wissenschaftliche Darstellung verzichtet wurde.

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 häufiger verbessert** als verschlechtert hat. Unerlässlich ist jedoch die **intensive Begleitung der Familien durch die Projektleitung** (den Fachdienst). Diese Begleitung ist unbedingt notwendig, 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.

3.2. Arbeitsaufwand Fachdienst

Hinsichtlich des **Arbeitsaufwandes der Projektleitung (des Fachdienstes)** im Zusammenhang mit den einzelnen Arbeitsschritten können folgende zusammenfassende Daten vorgelegt werden:

- Die **Aufbauphase** vom ersten Kontakt bis zum Probewohnen benötigte durchschnittlich **neun Stunden** Arbeitszeit¹⁷.
- Das **Probewohnen** dauerte in der Regel acht Tage und erforderte im Schnitt **fünf Stunden** Begleitung.
- **Damit können bis zu vierzehn Stunden Arbeitszeit anfallen, ohne dass daraus immer eine erfolgreiche Vermittlung entsteht.** In diesem Zusammenhang sei nochmals darauf hingewiesen, dass auch Personalkapazitäten durch die Schwierigkeiten in der Vermittlung aufgrund der Wünsche der Klienten gebunden werden. **Nicht selten haben die älteren/alten Menschen den starken Wunsch nach Verbleib in ihrer vertrauten Region** (Stadt, Gemeinde, Gegend). Diese Bedürfnisse stehen nicht durchgängig in Übereinstimmung mit dem Angebot an potentiellen Gastfamilien. Die Evaluation des Modellprojektes zeigte, dass viel Arbeitszeit anfiel, ohne dass das Ziel einer gelungenen Vermittlung erreicht werden konnte.
- Nach einer erfolgreichen und abgeschlossenen Vermittlung bedarf es für die **Begleitung des Lebens in der Gastfamilie eines Arbeitsaufwandes von durchschnittlich 83,4 Stunden pro Jahr.**
- Nach den bisherigen Erfahrungen beträgt der durchschnittliche **Arbeitsaufwand pro Fall 97-98 Stunden** im Jahr der Anbahnung und im weiteren Verlauf dann im Jahresschnitt 83 Stunden. Die prozentuale Aufteilung veranschaulicht nochmals folgende Abbildung (Abb.2).

¹⁷ Darin ist die Arbeitszeit für die allgemeine Akquise und Öffentlichkeitsarbeit nicht enthalten, sondern nur konkrete Familien- und Klientenkontakte.

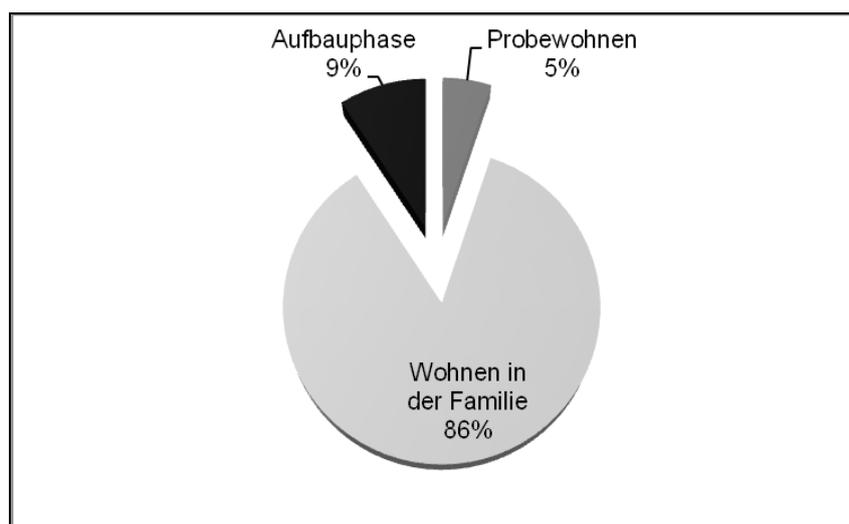


Abb. 2: Modellprojekt Kaufbeuren, Verteilung der Tätigkeiten auf die Arbeitszeit des Fachdienstes

Für künftige Projekte der gerontopsychiatrischen Familienpflege lässt sich als Erfahrungswert ebenfalls festhalten, dass eine adäquate **Akquise- und Öffentlichkeitsarbeit** entsprechende Beachtung verdient. Wie nicht anders zu erwarten, muss darauf insbesondere in der Aufbauphase des Projektes ein besonderes Augenmerk gelegt werden. Der Verlauf in Kaufbeuren zeigt, dass **Klienten insbesondere durch hausinterne Vermittlungen** innerhalb des BKH Kaufbeuren sowie durch **Berufsbetreuer** zur gerontopsychiatrischen Familienpflege kamen. **Gastfamilien** meldeten sich fast ausschließlich aufgrund von **Presseaktivitäten** des Modellprojektes.¹⁸ Nach Bearbeitung der Anfangsphase sollten künftige Projekte beachten, dass mit 100%-iger Belegung die Akquisetätigkeit flexibler werden sollte. Im Jahr 2009 war die Kapazität des Familienpflegeteams (der Projekt-Leitung) durch die übervolle Belegung mit zwölf Klienten mehr als ausgeschöpft. Der Schwerpunkt der Tätigkeit lag in dieser Zeit notwendigerweise bei der fachlichen Begleitung der Gastfamilien und der Klienten. Eine gleichzeitige Weiterführung der (bisherigen) intensiven Familien- und Klientensuche hätte nur zu unnötigen Frustrationen bei den Wartenden als auch zu falsch investierter Arbeitszeit der Projektmitarbeiterin geführt. Denn aufgrund der „übervollen Belegung“ hätten die neu geworbenen Klienten oder Familien gar nicht (unmittelbar) vermittelt werden können. - Es wurde im Modellprojektteam als auch mit der f/w Begleitung jedoch immer wieder diskutiert, dass es einer Gratwanderung gleichkomme, die Bewohner- und Familienakquise nie vollständig zu vernachlässigen. Denn bei plötzlicher Beendigung einer laufenden Familienpflege muss das Fachteam ja wiederum möglichst rasch auf einen Pool von Interessenten zurückgreifen zu können. Für dieses Spannungsfeld sollten künftige Projekte frühzeitig eine entsprechende Sensibilität entwickeln.

¹⁸ Die vom Modellprojekt entwickelten Flyer zeigten keine messbare Akquise-Wirkung.

3.3. Klienten und Gastfamilien

3.3.1. Profil

In der Gesamtschau des Modelprojektes zeigt sich als Trend hinsichtlich der **Personengruppe**, für die gerontopsychiatrische Familienpflege ein interessantes Angebot darstellt:

- **älter werdende / gewordene chronisch psychiatrisch Erkrankte**
- ältere / alte Menschen mit einer **Demenzdiagnose** und/oder einer
- **Depressionsdiagnose**
- **Betroffene ohne Recht auf Leistungen der Pflegeversicherung.**

Die Klienten stehen **unter gesetzlicher Betreuung** und **leben alleine zu Hause**. Vielfach haben sie **keine Kinder**. Das Geschlecht der Interessenten spielt dagegen eine untergeordnete Rolle und ist zum Projektende relativ ausgeglichen.

Profil der familiären Hauptbezugsperson für den Familienpflege-Gast

Es handelt sich vorwiegend um

- **Frauen** im Alter zwischen **38-59 Jahren**, die
- mit ihrer Familie in einem **Haus** leben
- **eigene Kinder** haben (die noch zu Hause oder auch auswärts leben)
- **keine Vollzeit-Berufstätigkeit ausüben** sowie
- vielfach über berufliche oder private **Pflegeerfahrungen** verfügen.

3.3.2. Qualifizierung und fachliche Begleitung der Gastfamilien

Aufbauend auf die Erfahrungen aus dem ersten Projektjahr wurden im Jahr 2008 für aktive oder potentielle **Gastfamilien drei Schulungsnachmittage** durchgeführt. Diese Wissensvermittlung erlebten die Teilnehmer¹⁹ 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. Für künftige Projekte wird empfohlen, dass die Gastfamilien zeitnah zu ihrer ersten Klientenaufnahme (idealerweise im Vorfeld) eine Basis-Schulung zu gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern und grundlegenden Umgangstechniken mit den Erkrankten erhalten. Ebenso dürfte sich die Etablierung eines regelmäßigen Treffens aller Gastfamilien (zumindest einmal im Jahr zum Erfahrungsaustausch) positiv auswirken. Diesbezüglich müsste dann jedoch auch die dafür **notwendige Arbeitszeit (incl. Vor- und Nacharbeiten) des Fachdienstes in den entsprechenden Leistungsvereinbarungen** ausgewiesen und **mitfinanziert** sein. Gleiches sollte im Übrigen auch für die oben erwähnte Bereitschaftstätigkeit der Fachdienstmitarbeiterinnen gelten.

¹⁹ schriftliche Befragung durch die f/w Begleitung, Rücklauf: N = 8

3.3.3. Lebenszufriedenheit der Klienten in den Gastfamilien

Um einen Eindruck von der Lebensqualität der älteren/alten Menschen in den Gastfamilien zu erhalten, wurden alle Bewohner sowohl vor dem Einzug als auch nach circa sechs Monaten Wohnen und Leben in der Familie nach verschiedenen Aspekten befragt²⁰. Die Klienten wurden gebeten, ihren eigenen Eindruck von ihrer jeweiligen Situation zu schildern. Unter anderem konnten sie zusammenfassend aus den Kategorien „ausgezeichnet“, „gut“, „zufriedenstellend“ und „schlecht“ jeweils eine Bewertung zu folgenden Aspekten abgeben:

- Körperlicher Gesundheitszustand
- Energie /Tatkraft
- Stimmungslage
- Lebenssituation
- Gedächtnis
- Familie /Angehörige
- Freunde
- Die eigene Person insgesamt
- Fähigkeit zur Verrichtung der Hausarbeit
- Fähigkeit, Dinge zu tun, die Freude machen
- Umgang mit Geld

Signifikant sind **in allen Bereichen die positiven Veränderungen** zwischen dem Befragungszeitpunkt 1 (zu Beginn der gerontopsychiatrischen Familienpflege) und Befragungszeitpunkt 2 (nach ca. sechs Monaten). So schätzen nach einem halben Jahr gerontopsychiatrischer Familienpflege

- zwei Personen ihre „Lebenssituation“ insgesamt als „ausgezeichnet
- sechs der Senioren als „gut“ (zu Beginn null Personen) und
- sieben als „zufrieden“ ein.

Meinten zu Beginn noch fünf Personen, dass ihre Lebenssituation „schlecht“ sei, so vergibt nun niemand mehr diesen Wert. Siebzehn der achtzehn Befragten finden ihre Entscheidung für die gerontopsychiatrische Familienpflege „gut“. Die Klienten begründen dies z.B. damit, dass es „mir besser geht“, dass „ich ein freier Mensch bin *und* Familienanschluss“ habe, dass die Befragte „Freunde gefunden“ habe, die „Familie sehr freundlich“ sei (diese würde immer fragen, ob sie etwas braucht und kümmern sich gut) oder dass „das Eingebunden sein, das Dazugehören, jemanden zum reden zu haben und die Tiere gut tun“.

Daneben ist die Verbesserung besonders auffallend auch noch in den Bereichen:

- Kontakt / Verhältnis zu Familien / Angehörigen
- Kontakt / Verhältnis zu Freunden
- die Einschätzung der eigenen Person insgesamt sowie
- Fähigkeit, Dinge zu tun, die Freude machen.

Damit ist festzuhalten, dass gerontopsychiatrische Familienpflege die Lebensqualität der Klienten in deren Selbstwahrnehmung signifikant verbessert.

²⁰ Zu beachten ist, dass aufgrund des kognitiven/psychiatrischen Status nicht alle Klienten die Fragen verstanden oder adäquat beantworten konnten.

3.3.4. Befragung der Gastfamilien

Im Sinne einer qualitativen Erfassung der Sichtweisen und Bewertungen der Gastfamilien zum Thema gerontopsychiatrische Familienpflege erklärten sich vier Gastfamilien zu einem persönlich Interview im Rahmen eines Hausbesuches durch die f/w Begleitung bereit.²¹ Die Hauptbezugspersonen setzten sich zusammen aus je zwei Männern und zwei Frauen, im Alter zwischen 43 und 68 Jahren. Drei von ihnen verfügten über berufliche - eine über ehrenamtliche - Erfahrungen in der Altenpflege. Hinsichtlich der beruflichen Qualifikationen waren zwei examinierte Altenpfleger und eine examinierte Krankenschwester vertreten. Die Senioren lebten seit September bzw. Dezember 2007 sowie seit Dezember 2008 in den Familien. Hinsichtlich der Diagnosen lagen sowohl Depression, paranoide Persönlichkeitsstörung, kognitive Beeinträchtigungen (Demenz) aufgrund von Alkoholabhängigkeit sowie Doppeldiagnose Demenz und Depression vor.

Zusammenfassend lässt sich ein **positives Fazit hinsichtlich der Zufriedenheit der Familien mit ihrer Tätigkeit** ziehen. Die Erfahrungswerte belegen, dass Familien sich auf eine ca. **dreimonatige Eingewöhnungsphase** einstellen sollten.

- Wichtig erscheint, dass Familien / Personen, die gerontopsychiatrische Familienpflege übernehmen wollen, eine **gastfreundliche Einstellung** haben.
- Ebenso dürfte für das Gelingen des Zusammenlebens von Gastfamilien und Senioren die **räumliche Abgrenzung** (eigener Wohnbereich / Zimmer und separates Bad für die Pflegeperson) von Bedeutung sein.
- Hinsichtlich **persönlicher Eigenschaften und Kompetenzen** kristallisieren sich Elemente wie **Flexibilität, Strukturierungsfähigkeit, Durchsetzungsvermögen, Geduld und Empathie** sowie grundsätzlich eine **gefestigte Persönlichkeit** heraus.
- Die unterstützende Begleitung durch den Fachdienst wird von den Familien als eine unerlässliche Notwendigkeit eingeschätzt. Pointiert fasste eine Person die **Bedeutung des Fachdienstes** zusammen: „Dass da jemand ist, den man anrufen kann“.
- Nach den Modell-Erfahrungen hat das Hinzutreten von somatischer **Pflegebedürftigkeit keine negativen Auswirkungen** auf die Aufrechterhaltung der Familienpflege seitens der Familien. Drei der Befragten konnten sich vorstellen, ihre **Klienten bis zum Tode - auch bei stärkerer Pflegebedürftigkeit und weiterem Voranschreiten des kognitiven Abbaus (der Demenzerkrankung) - zu versorgen**²². Auch hier sei ein Zitat angefügt: „Es müsste schon viel passieren, dass ich die Familienpflege abbrechen würde.“
- Grundsätzlich **antworteten die Gesprächspartner - befragt danach, ob sie wieder eine gerontopsychiatrische Familienpflege beginnen würden - positiv**. Eine der Be-

²¹ Durchführung Anfang 2010.

²² Ein Interviewpartner wollte dazu keine Angaben machen.

fragten machte seine diesbezügliche Aussage etwas zögerlich, die anderen drei Interviewpartner waren eindeutig überzeugt.

3.4. Projektleitung

Nach den Beobachtungen der f/w Begleitung und nach allen Projektergebnissen ist für die Erfüllung der Aufgaben - für 10 Klienten - eine **Vollzeitstelle** der Projektleitung zwingend notwendig. Erforderlich für eine qualitätsgesicherte Arbeit und Umsetzung der gerontopsychiatrischen Familienpflege 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. Gleiches gilt auch für die 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, Entscheidungsfreude sowie sowohl Durchsetzungsfähigkeit als auch Empathie vonnöten.

Zur Evaluierung der Tätigkeit der Projektleitung wurde wiederum eine Abschlussbefragung relevanter Akteure in der Modellregion durchgeführt. Fünf der zehn angefragten Institutionen beteiligten sich an der Befragung. Hinsichtlich der Informationsarbeit der Projektleitung fühlten sich vier der Befragten über die Aufgaben und Tätigkeiten des Modellprojektes „sehr gut“ und eine Person „ausreichend“ informiert.²³ Die Frage, welche Verbesserungen in der Versorgung gerontopsychiatrisch Erkrankter und ihrer Angehöriger durch die Arbeit des Modellprojektes erreicht werden konnte, brachte folgende Angaben (Mehrfachnennung möglich):

²³ Niemand antwortete mit „zu wenig“ oder „überhaupt nicht“.

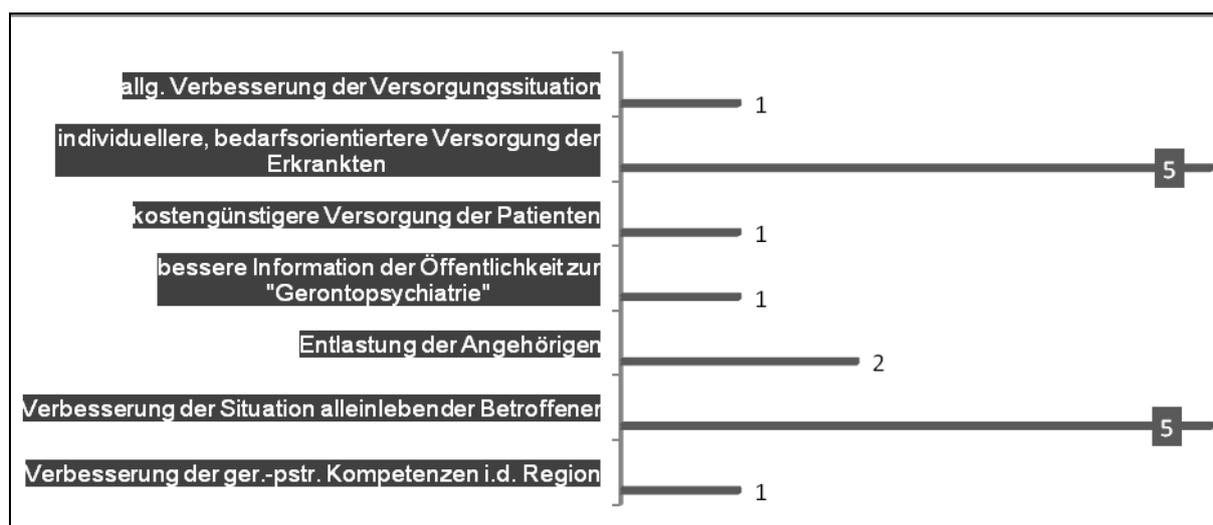


Abb. 3: Befragung der Akteure - Ergebnisse der Projektstätigkeit

Einhellig schätzen die Akteure die Tätigkeit der Projektleitung / des Projektteams so ein, dass diese **signifikant zu einer spezifischen Verbesserung in der individuellen, bedarfsorientierten Versorgung der Erkrankten** beigetragen habe. Die damit einhergehenden positiven Veränderungen in der Situation alleinlebender Erkrankter wurden einmütig bemerkt.

Hinsichtlich der fachlichen Qualifizierung und Schlüsselkompetenzen der Projektleitung / des Projektteams wurden u.a. das kompetente Auftreten als auch die „gerontofachliche Kompetenz und Konfliktlösungsbefähigung“ benannt. Desgleichen fanden das Engagement²⁴ als auch die „sehr gute Zusammenarbeit, gute Abstimmung“ Erwähnung. Ein Befragter merkte an, dass sich „anfangs vorhandene Kommunikationsprobleme“ hätten beheben lassen und „dann war es prima!“. Festgehalten wird, dass „**eine Fortführung des Projektes nicht mehr von der Versorgungsqualität der Region wegzudenken**“ sei.

4. Abschluss

Die oben genannte Befragung der Akteure zu deren Gesamteinschätzung des Modellprojektes ergab, dass die gerontopsychiatrische Familienpflege „als gute Alternative zum Pflegeheim“ angesehen wird. Die erbetene zusammenfassende Bewertung des Modellprojektes auf einer Skala von „minus 4“ bis „plus 4“ zeigt, dass das Modell durchschnittlich mit „+3“ bewertet wird. Nachdenklich wird jedoch auch darauf hingewiesen, dass der Modellträger eine potente Institution sei und offen bleibt, ob solch eine Versorgungsform für die „breite Masse“ werde umsetzbar sein. Ausdrücklich wird auch die Finanzierung der gerontopsychiatrischen Familienpflege für Demenzkranke gefordert.

²⁴ „tatkraftige Unterstützung der Klienten und der Familien“

Diese Sichtweise der Akteure in der Modellregion deckt sich mit dem Fazit der f/w Begleitung. **Das Modellprojekt „Gerontopsychiatrische Familienpflege“ in Kaufbeuren hat bemerkenswert positive und erfolgreiche Arbeit geleistet. Die Überführung in eine Regelfinanzierung ist dafür der eindrückliche Beweis.** Familienpflege für psychiatrisch erkrankte ältere und alte Menschen sollte **als ein Versorgungsbaustein** im Feld der Angebote für die immer größer werdende Gruppe der alten Hilfs- und Pflegebedürftigen angesehen werden. Die von den Fachleuten mit großer Sorge beobachtete Entwicklung, dass Demenzerkrankte von Leistungen der Sozialversicherungssysteme - unter der Hand - ausgeschlossen werden, verdient sozialpolitische Aufmerksamkeit. Vorerst offen bleibt das Thema, inwieweit gerontopsychiatrische Familienpflege nur im Angebundensein an ein Bezirkskrankenhaus oder eine vergleichbare Institution der psychiatrischen Regelversorgung umsetzbar ist. Von diesen Einrichtungen sind sowohl ein multiprofessionelles Team als auch der Zugang zu den Klienten per se vorhaltbar - und damit maßgebliche Voraussetzungen für einen *raschen* Aufbau der gerontopsychiatrischen Familienpflege bereits vorhanden. Andererseits dürften angesichts der demografischen Entwicklung und deren ökonomischer Herausforderungen nicht-institutionalisierte und kostengünstigere Versorgungsformen in Zukunft dringender notwendig werden. **Gerontopsychiatrische Familienpflege - auch für Demenzerkrankte - sollte somit ein Regel-Versorgungsbaustein werden.** Ein weiterer vorteilhafter Aspekt ist nicht zuletzt das bürgerschaftliche Engagement und Interesse der Gastfamilien, ohne das die gerontopsychiatrische Familienpflege nicht denkbar ist. Angesichts des prognostizierten Fachkräftemangels sollte dies ebenso ein bedenkenswertes Argument sein.

Die Ergebnisse des noch laufenden Modellprojektes in Hof (zur selben Thematik, dort jedoch angebunden an einen ambulanten Dienst) werden sicher zur Erhellung und damit Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Familienpflege in Bayern beitragen. - Dabei kommt den Bayerischen Bezirken als Vertragspartnern der Leistungsvereinbarungen mit den Trägern der Gerontopsychiatrischen Familienpflege eine entscheidende Rolle zu. Diese Leistungsvereinbarungen erfolgen gemäß §§75ff. SGB XII. Die folgende Tabelle zeigt einen Vergleich der aktuellen Finanzierungsbedingungen in Kaufbeuren und Hof (vgl. Tab3):

Leistung des Bezirks	Regelung Kaufbeuren	Regelung Hof
Gesamtsumme für Familie	864,00 €	keine Vereinbarung
Betreuungsgeld für Familien	450,00 € ²⁵	keine Vereinbarung
Verpflegungspauschale	157,00 € ²⁶	mdl.: 157,00 €
Mietpauschale inkl. Nebenkosten	257,00 € ²⁷	mdl.: 209,00 € ²⁸
Leistung BWF-Fachdienst	gesonderte Leistungsvereinbarung	keine Vereinbarung
Betreuungsgeld „für BWF“ (also Tätigkeit Fachdienst und Betreuungsgeld Familie)	-	509,00 €

Tabelle 3: Vergleich Leistungen für die BWF-Projekte der Bezirke in Schwaben und Oberfranken

Aus Sicht der f/w Begleitung erscheint es sehr empfehlenswert, dass eine landesweite einheitliche Vergütungsregelung - nach dem Vorbild in Schwaben - künftig realisiert werden kann.

Die f/w Begleitung dankt dem Projektteam (wie auch dem Modellträger und allen anderen Akteuren) für die angenehme und befruchtende Zusammenarbeit und wünscht der gerontopsychiatrischen Familienpflege eine weiterhin so erfolgreiche Wirksamkeit.

²⁵ Dieses wird gekürzt, wenn der Bewohner überwiegend tagsüber in eine Einrichtung z.B. Tagesstätte geht (selten der Fall).

²⁶ d.h. alle Mahlzeiten und Getränke, sowie Basishygieneartikel wie Seife, Klopapier, Waschpulver; besondere Wünsche, teurere Getränke oder spezielle Kosmetikartikel müssen sich die Klienten aber vom Taschengeld erfüllen/kaufen

²⁷ d.h. auch inkl. Strom, Müll usw.; lediglich GEZ müssen die Bewohner ggf. selbst zahlen

²⁸ Nach mündlicher Aussage des Bezirks . Ungeklärt ist jedoch, ob in diesem Fall Heizkosten und Strom enthalten sind.

ANHANG

Anhang 1: Ergebnisse zu den finanziellen Auswirkungen des Betreuten Wohnens

Quelle: Ulrich, Angelika: Betreutes Wohnen in Familien bei psychischen Einschränkungen im Alter als Alternative zum Pflegeheim. Abschlussarbeit zur „Weiterbildung zum Pflegeberater § 7a SGB XI“. Eingereicht am 07.09.2010 (FH Deggendorf, Prof. Dr. Horst Kunhardt)

a) für die Gastfamilie

Die Gastfamilie erhält als steuerfreie Aufwandsentschädigung ein Betreuungsgeld in Höhe von 450,00 Euro monatlich, zuzüglich einer Versorgungspauschale von 157,00 Euro monatlich für Verpflegung und Hygieneartikel, sowie eine Mietkostenpauschale für das Zimmer des Klienten sowie die Mitbenutzung der ganzen Wohnung in Höhe von 257,00 Euro, insgesamt also 864,00 Euro (Stand 01.01. 2010).

b) für den Klienten

Der Klient hat von seinem Einkommen die Versorgungspauschale und die Mietkostenpauschale selbst zu tragen; bei einem Einkommen über 1000 Euro monatlich auch teilweise das Betreuungsgeld. Ist das Einkommen niedriger, wird die Betreuungspauschale komplett vom Bezirk Schwaben im Rahmen der Eingliederungshilfe übernommen, bei sehr geringem Einkommen ist auch die Zahlung von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt möglich.

Frau E. hätte also, wäre sie erfolgreich in das Betreute Wohnen vermittelt worden, bei einer monatlichen Rente von knapp unter 1000 Euro monatlich lediglich die Versorgungspauschale in Höhe von 157,00 Euro sowie die Mietkostenpauschale in Höhe von 257,00 Euro selbst tragen müssen. Es wären ihr also mehr als 500,00 Euro im Monat von ihrer Rente geblieben.

Stellt man die Kosten eines Heimaufenthaltes in Höhe von etwa 2000,00 bis 2500,00 Euro, je nach Pflegesatz des Heimes, gegenüber, so hätte Frau E. diesen Betrag aus eigenen Mitteln nicht aufbringen können. Es wäre ein Fehlbetrag von ca. 1000 bis 1500 Euro entstanden, da Frau E. im April 2009 die Voraussetzungen für eine Pflegestufe im Sinne des Sozialgesetzbuches XI noch nicht erfüllte und daher auch keine Leistungen von der Pflegekasse erhalten hätte.

Also auch in finanzieller Hinsicht wäre der Einzug bei einer Gastfamilie für Frau E. von Vorteil gewesen.

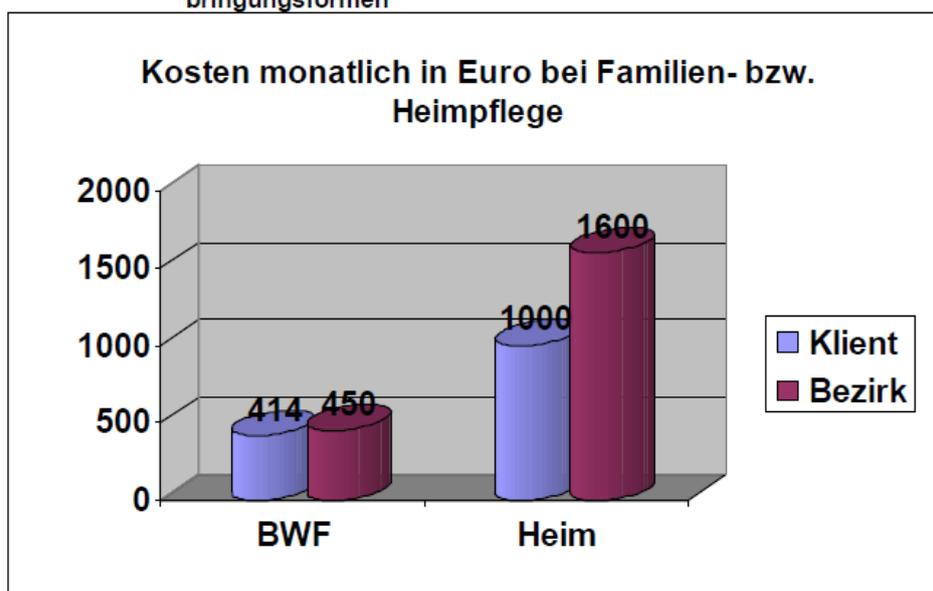
c) für die Allgemeinheit

Betrachtet man den finanziellen Aufwand, der bei der Familienpflege in diesem Fall für die öffentliche Hand entstanden wäre, so hätte nur das Betreuungsgeld in Höhe von monatlich 450,00 Euro bezahlt werden müssen. Dagegen ist bei der Heimpflege ein Fehlbetrag zwischen 1000,00 Euro und 1500,00 Euro zu finanzieren, der, bei fehlendem verwertbarem Vermögen und ohne zahlungskräftige Kinder, (zuzüglich eines Taschengeldes in Höhe von etwa 100,00 Euro im Monat für den Heimbewohner) vom Bezirk Schwaben gezahlt werden müsste.

Das würde in diesem Fall einen monatlichen Mehraufwand von etwa 650,00 Euro bis 1150,00 Euro für die öffentliche Hand, also die Allgemeinheit, bedeuten.

Die finanziellen Auswirkungen sowohl für die Klienten selbst als auch für die Allgemeinheit sind damit beim Betreuten Wohnen in Familien im Vergleich zum Heimaufenthalt als klar günstiger zu bewerten (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3: Gegenüberstellung der Kosten Bezirk/Klient bei beiden Unterbringungsformen



Quelle: Erstellt vom Verfasser nach Angaben BWF und AOK-Pflegeheimnavigator

Erwähnenswert ist an dieser Stelle, dass die Kosten für die Betreuung und Begleitung durch das BWF-Fachteam derzeit im Rahmen der Förderung des Modellprojektes vom Bayerischen Sozialministerium und der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassen getragen wird. Nach Beendigung des Modellprojektes sind diese Kosten bei Überführung in eine Regelfinanzierung ebenfalls vom Bezirk bzw. bei entsprechender finanzieller Leistungsfähigkeit vom Klienten mit zu tragen, was die Ersparnis bei Unterbringung in einer Gastfamilie etwas geringer ausfallen lässt.

Anhang 2: Verzeichnis wichtiger Abkürzungen

Abb.	Abbildung
BWF	Betreutes Wohnen in Familien oder „Betreutes Wohnen psychisch kranker und gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in Gastfamilien“
f/w	fachlich-wissenschaftliche (Begleitung)
max.	maximal
min.	minimal
mdl.	mündlich
o.g.	oben genannte
PfIEG	Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz
sog.	sogenannte
s.o.	siehe oben
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
vgl.ebd.	vergleiche ebenda
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil