aufschwungalt
neue wege zukunft

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

Abschlußbericht (Teil2)
Modelle 2004-2007

Sabine Tschainer

unter Mitarbeit von
Claudia Tritschler

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.	**Diakonisches Werk des evangelisch-lutherischen Dekanatsbezirks Sulzbach-Rosenberg e.V.**	4
	Modellprojekt „Gerontopsychiatrische Koordinationsstelle“	
1.1.	Ziele und Ausgangslage des Modellprojektes	4
1.2.	Umsetzung / Projektverlauf	7
1.3.	Ergebnisse / Schlussfolgerungen	14
1.4.	Zusammenfassung	25
2.	**Ambulante sozialpflegerische Dienste e. V. Hof**	27
	Modellprojekt „Die Insel“	
2.1.	Ziele und Ausgangslage des Modellprojektes	27
2.2.	Umsetzung / Projektverlauf	28
2.3.	Ergebnisse / Schlussfolgerungen	31
2.4.	Zusammenfassung	39
Anhang 1		41
"Gerontopsychiatrische Koordinationsstelle (GKS) für den Landkreis Amberg-Sulzbach und die Stadt Amberg": Vortragsreihe zu seelischer Gesundheit im Alter		
Anhang 2		44
Abkürzungsverzeichnis		

Einleitung

Der Aufbau lebendiger Vernetzung und praktisch wirksamer Kooperationen ist eine der wichtigsten Aufgaben von fünfzehn Modellprojekten, die seit Anfang 2004 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 in seinem sog. zweiten Baustein 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 Projekte liegt auf der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, insbesondere für demenzerkrankte Menschen und ihre Angehörigen, sowie dem flächendeckenden Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote. Daneben ist das Ziel der Modellarbeit, eine praxiswirksame träger- und berufsgruppenübergreifende Vernetzung zu realisieren.

Die fachlich-wissenschaftliche Begleitung durch das Institut aufschwungalt in München legt mit diesem zweiten Abschlußbericht die Ergebnisse der zwei im Dezember 2007 beendeten Modellprojekte vor.

Im vorigen Jahr wurde der erste Abschlußbericht der Ende 2006 / Anfang 2007 beendeten Modellprojekte erstellt. Damit sind inzwischen sechs Projekte abgeschlossen. Eine Zusammenfassung der bisherigen Ergebnisse findet sich im eigenständigen Bericht „Modellprojekte nach PflEG in Bayern. Ergebniszusammenfassung 2004-2007“.

München im Juni 2008

aufschwungalt
Sabine Tschainer

1. Diakonisches Werk des evangelisch-lutherischen Dekanatsbezirks Sulzbach-Rosenberg e.V.

Modellprojekt „Gerontopsychiatrische Koordinationsstelle“

Das Modellprojekt "Gerontopsychiatrische Koordinationsstelle (GKS) für den Landkreis Amberg-Sulzbach und die Stadt Amberg (angebunden an den Sozialpsychiatrischen Dienst Amberg)" startete am 01.01.2004 mit einer dreijährigen Laufzeit seine Arbeit (Bewilligungszeitraum: 01.02.04 - 31.12.06). Als Projektleitung wurde mit einer Vollzeitstelle ein Diplom-Sozialpädagoge (FH) eingestellt, der zuvor die Stelle der Gerontopsychiatrischen Fachkraft am Sozialpsychiatrischen Dienst des gleichen Trägers inne hatte. Aufgrund der erfolgreichen Arbeit wurde eine **Verlängerung des Projektes um ein weiteres Jahr** bewilligt, so dass das Projekt am 31.12.2007 endete.

1.1. Ziele und Ausgangslage des Modellprojektes

In der Konzeption beschreibt der Modellträger als das grundsätzliche **Ziel** der Gerontopsychiatrischen Koordinationsstelle (GKS) für den Landkreis Amberg-Sulzbach und die Stadt Amberg „die Integration gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen“[1]. Im Einzelnen wurden dafür folgende Aufgaben benannt:

- Verhinderung bzw. Verringerung der Isolation der Zielgruppe
- Sicherstellung einer Versorgungsstruktur, die sich an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiert
- Erhaltung und/oder Verbesserung der Lebensqualität gerontopsychiatrisch Erkrankter
- Sicherstellung des Zugangs zu den notwendigen Hilfen durch eine Verbesserung der Zusammenarbeit der einzelnen Angebote im Sinne einer trägerübergreifenden Vernetzung aller im Bereich Alten- und Gesundheitshilfe tätigen Leistungsanbieter.

Ausgangslage

Als kennzeichnende Ausgangspunkte dieses Modellprojekts können folgende Faktoren benannt werden:

---

[1] Diakonisches Werk des Evang.-Luth. Dekanatsbezirkes Sulzbach-Rosenberg e.V. Sozialpsychiatrischer Dienst/Pilhofer, G.: Konzept einer Gerontopsychiatrischen Koordinationsstelle (GKS) für den Landkreis Amberg-Sulzbach und die Stadt Amberg, angebunden an den Sozialpsychiatrischen Dienst Amberg. Amberg, 2003.

- Erfahrungen des Modellträgers in der ambulanten psychiatrischen und gerontopsychiatrischen Versorgung
- ländliche Strukturen des Landkreises mit einem relativ hohen Anteil der über 65jährigen in der kreisfreien Stadt Amberg
- Wettbewerbsdenken, solitäre Ausrichtungen in der regionalen Versorgungsstruktur.

Das Modellprojekt war an den Sozialpsychiatrischen Dienst (SPDi) Amberg[2] angebunden, der seit über 20 Jahren wirksam in der Region tätig ist und Ende 2002 die erste Gerontopsychiatrische Fachstelle im Bezirk Oberpfalz einrichten konnte.[3] Deren wesentliche Aufgaben sind in der gezielten Klientenarbeit (sowohl für gerontopsychiatrisch Erkrankte als auch deren Angehörige) sowie dem Aufbau bürgerschaftlichen Engagements für diese Zielgruppe zu sehen. Die Projektleitung hatte vor Modellbeginn bereits zwei Jahre diese Stelle inne. Das prägte die Startbedingungen dieses Modellprojektes deutlich. Bedingt durch diesen zeitlichen Vorlauf als auch das hohe Engagement und die Fachkompetenz des Mitarbeiters waren die Themen „Demenz“ und „Gerontopsychiatrie“ in der Region zu Modellbeginn schon eng mit der Person des Projektleiters verknüpft. Damit begründete sich eine sehr gute Ausgangsposition für den Aufbau einer Gerontopsychiatrischen Koordinationsstelle (GKS) durch folgende Details:

- auffallende Bekanntheit (und verbreitete Akzeptanz) der Person der Projektleitung bei den regionalen relevanten Akteuren
- der Projektleitung stehen bereits zu Modellstart sehr viele (auch informelle) Kontakte zur Verfügung
- detaillierte Kenntnisse der regionalen Versorgungsstrukturen, der Akteure und damit auch der systemimmanenten Dynamiken seitens der Projektleitung.

Gleichzeitig wurde der Projektleiter in der Anfangsphase des Modells nach wie vor in seiner Rolle als Klientenberater wahrgenommen und von Betroffenen intensiv beansprucht. Dies brachte für den Projektleiter in den ersten Modellmonaten

[2] Träger: Diakonisches Werk des Evangelisch-lutherischen Dekanatsbezirkes Sulzbach-Rosenberg e.V.

[3] Das Konzept der Bayerischen Bezirke zur Verbesserung der Gerontopsychiatrischen Versorgung aus dem Jahre 1998 sieht die Anbindung Gerontopsychiatrischer Fachkräfte an die regionalen SPDi’s in allen bayerischen Bezirken vor. Vgl.: Verband der Bayerischen Bezirke (Hrsg.): Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung. Rahmenkonzept. Unveröffentlichtes Manuskript. München, 1998. S. 10ff.

gewisse Abgrenzungsnöte mit sich. Grundsätzlich kann jedoch an dieser Stelle darauf hingeweisen werden, dass die Leitungen aller Modellprojekte in ihren Projekten ihren Tätigkeitsbereich sehr klar auf die in den Konzeptionen beschriebenen Aufgaben konzentrierten. Teilweise war damit eben auch - eine einzuübende - Abgrenzung zu bisherigen Aufgaben notwendig.

Zur regionalen Versorgungsstruktur ist festzuhalten, dass zu Modellbeginn in Stadt und Landkreis Amberg(-Sulzbach) keine teil-/stationären psychiatrischen oder gerontopsychiatrischen Angebote vorhanden waren. Die nächstgelegenen psychiatrischen Kliniken liegen 50 km von Amberg entfernt in anderen Landkreisen.
Des Weiteren agierten die Fachstellen für pflegende Angehörige im Rahmen des "Bayerischen Netzwerks Pflege" in Stadt und Landkreis - im Gegensatz zu anderen Modellregionen - relativ unabhängig voneinander. Eine Kooperation und Vernetzung, z.B. im Sinne des fachlichen Austausches oder der Abstimmung von Angeboten, war nicht zu evaluieren. Zumindest der Arbeitsalltag einer Fachstelle (angebunden an einen ambulanten Dienst) schien eng mit dem Tätigkeitsbereich des Pflegedienstes verknüpft bzw. vermischt[4]. Die in der Anfangsphase des Projektes durchgeführte Befragung von Angehörigen führte zu der Annahme, dass in der Region das Profil einer eigenständigen neutralen Beratungsstelle für Angehörige kaum erkennbar war. Von den sich äußernden Angehörigen (N = 50) gaben nur 33% der Ehepartner sowie 7,4% der Schwieger-/Kinder an, eine Beratungsstelle für Angehörige zu kennen. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass hinsichtlich der Angebotssituation für Angehörige von Demenzkranken zu Beginn des Modellprojektes zwar eine messbare Ausstattung in der Region zu verzeichnen war. Deren Tätigkeiten ließen sich jedoch nicht in letzter Schlüssigkeit erkennen und die Kooperationsmöglichkeiten erschienen ausbaubar.

Generell zur Ausgangssituation sei noch bemerkt, dass neben der beschriebenen geringen Ausprägung gerontopsychiatrischer Angebote in der Modellregion viele der Anbieter (im Bereich Altenpflege/Demenzversorgung) als sehr professionelle und

[4] Im Experteninterview wurde die Aussage getätigt, dass die Grenzen zwischen „§ 37-Besuchen und Netzwerk-Pflege-Stelle fließend“ seien. Diese Aussage zielte auf die Vermischung von Beratungseinsätzen zur Qualitätssicherung (§ 37 SGB XI) und beratender Tätigkeit im Rahmen der Angehörigenfachstelle (Netzwerk Pflege). Diese entstand z.B. dadurch, dass die Mitarbeiterin der Angehörigenfachstelle (Teilzeitstelle) mit weiteren 50% ihrer Arbeitszeit bei einem ambulanten Dienst für die häuslichen Beratungseinsätze zuständig war. Beide Tätigkeiten wurden im Rahmen eines Hausbesuches ausgeführt.

kompetente Akteure wahrnehmbar waren. Es ließ sich jedoch (vornehmlich in der Stadt Amberg) eine - von örtlichen Akteuren auch bedauerte - Konkurrenzsituation (im Sinne eines ausgrenzenden Wettbewerbes) zwischen Anbietern der Wohlfahrtspflege erkennen.

1.2. Umsetzung / Projektverlauf

Der Aufbau und die kontinuierliche Weiterentwicklung des Projektmanagements (die Strukturierung der umfangreichen Tätigkeit der Projektleitung) nahmen in der fachlich-wissenschaftlichen Begleitung dieses Modells kontinuierlich Raum ein. Im Sinne einer erfolgreichen Umsetzung der Modellkonzeption wurde zu Projektbeginn folgender Projektstrukturplan entwickelt (Stand: 24.02.2004):

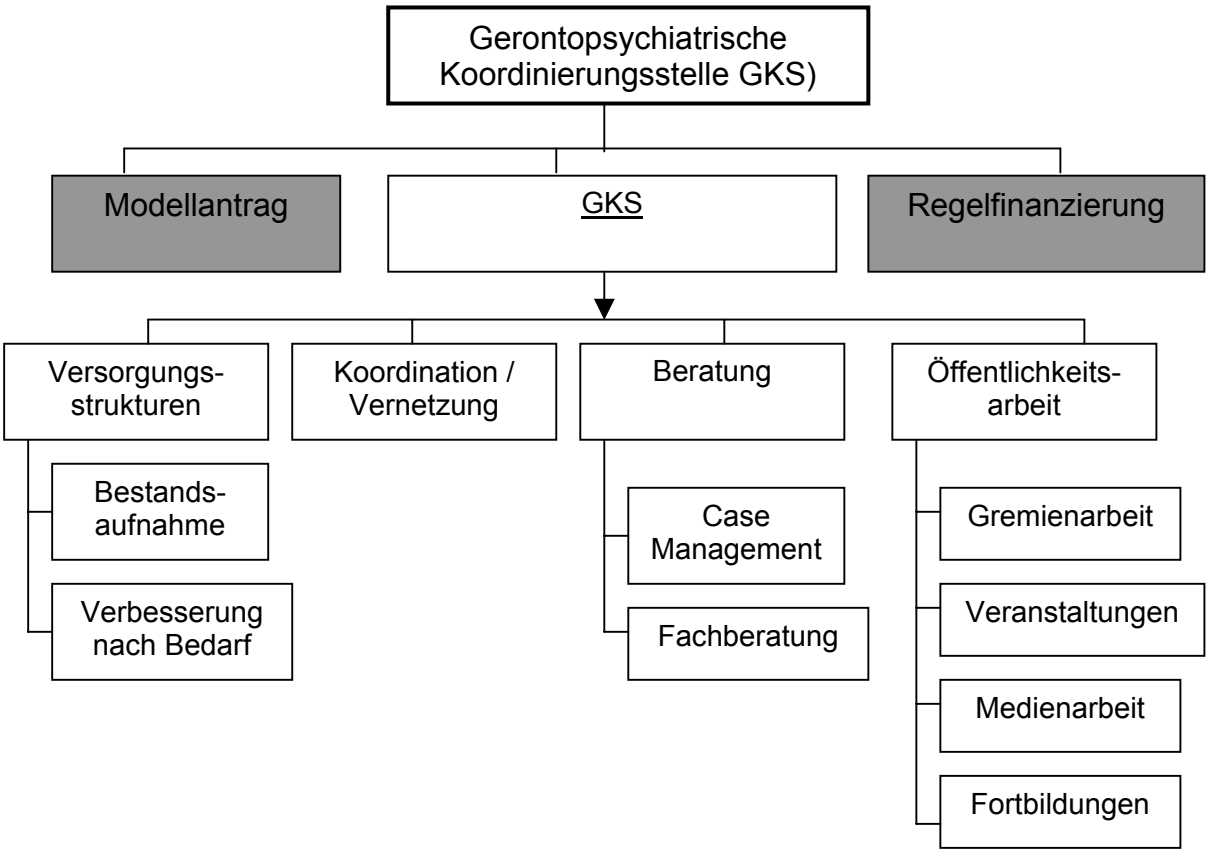

Abb. 1: Gerontopsychiatrische Koordinationsstelle Amberg: Projektmanagement / erster Projektstrukturplan

In den ersten drei Jahren der Laufzeit des Projektes konzentrierte sich die Arbeit auf diese vier Teilprojekte:

- Versorgungsstruktur,

- Koordination / Vernetzung,
- Fachberatung,
- Öffentlichkeitsarbeit.

Zunehmend im dritten und gebündelt im vierten Jahr (dem Verlängerungsjahr) verlagerte sich ein Teil der Tätigkeit auf die Sicherung der Finanzierungsgrundlagen der GKS nach der Modellphase. Nicht zuletzt durch die Gründung des Vereins SEGA durch Projektleitung und Modellträger konnte die GKS in eine (vorläufige) Regelfinanzierung übergeleitet werden.

Als wichtige und kontinuierliche Tätigkeiten der Projektleitung während der gesamten Modelllaufzeit seien genannt:

- die Initiierung des Aufbaus niedrigschwelliger Angebote sowie von Angehörigengruppen (für Angehörige von Demenzerkrankten) durch Motivierung und Fachberatung verschiedener Anbieter in der Region
- die wohnortnahe Durchführung von Veranstaltungsreihen im Sinne von grundlegenden Informationsveranstaltungen zum Thema Demenz und Gerontopsychiatrie in Kooperation mit anderen Institutionen (ein Veranstaltungsprogramm liegt diesem Bericht als Beispiel in Anhang 1 bei)
- die kontinuierliche „alltägliche Bekanntgabe“ des Themas Demenz in der allgemeinen und fachlichen Öffentlichkeit durch
  - informelle Gespräche bei vielen sich (zufällig) bietenden Gelegenheiten
  - gezielte Kontaktaufnahmen mit relevanten Akteuren
  - Kontaktaufnahme bei sich ergebenden Gelegenheiten mit von der Thematik nur indirekt berührten Akteuren
  - kontinuierliche und engagierte Presse-/ Medienarbeit
  - kontinuierliche Durchführung von einzelnen Vortragsveranstaltungen in den Gemeinden
- der Aufbau und die Pflege eines informellen Netzwerkes zwischen (zum Thema) engagierten Menschen in der Region;
- die hartnäckige Verfolgung von Visionen zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen für Demenzerkrankte / psychisch erkrankte ältere Menschen und deren Familien in der Region (z.B. innovative Wohnprojekte für

Demenzkranke mit der Vision, nach niederländischem Vorbild ein „Alzheimer Dorf“ zu realisieren).

Obige schwerpunktmäßige Auflistung lässt deutlich werden, dass der Projektleiter mit hohem persönlichen Engagement, breitem fachlichem Know-how sowie Beharrlichkeit die Umsetzung der Modellkonzeption verfolgte.
Bereits im Zwischenbericht der fachlich-wissenschaftlichen Begleitung[5] für das Jahr 2006 wurde dieses spezifische Merkmal des Modellprojektes in Amberg folgendermaßen beschrieben:
Einen wichtigen Aspekt seiner diesbezüglichen Tätigkeit fasste der Projektleiter folgendermaßen zusammen: "Ich bin hier Spezialist der Gerontopsychiatrie in der Oberpfalz und werde als Informationszentrale genutzt und schaffe Bewusstsein für das Thema Gerontopsychiatrie". So weist die interne Projektstatistik für das Jahr 2006 über 500 sog. "Tür- und Angelkontakte von ca. 5-20 Minuten" mit Akteuren aus der Region, über 150 "ungeplante persönliche Beratungen" sowie über 380 "geplante Beratungen" aus. Die Zielpersonen dieser Aktivitäten reichen beispielsweise von verschiedensten ambulanten Pflegediensten (z.B. Johanniter in Amberg, verschiedene Caritas-Sozialstationen) über stationäre Pflegeinrichtungen (BRK, Diakonisches Werk), aber auch Kliniken, Hausärzten, der Caritas Fachambulanz für Suchtprobleme, Evangelischem und Katholischem Bildungswerk, dem Bundesverband der Arzt- und Zahnarzthelferinnen, Altenpflege-Lehrerinnen der Gemeinnützigen Gesellschaft für Soziale Dienste in Amberg, Einrichtungen der öffentlichen Verwaltung bis hin zu Mitarbeiterinnen der Wohnungsbaugenossenschaft "Werkvolk Amberg".

Im Folgenden werden zusammenfassend die wichtigsten Ergebnisse der einzelnen Teilprojekte dargestellt. Einzelheiten zur inhaltlichen Arbeit des Modellprojektes sind dem Sachbericht der Projektleitung zu entnehmen.

Versorgungsstruktur

Die zu Beginn der Modelltätigkeit angelegte **Datensammlung** zu den vorhandenen Versorgungsangeboten in der Region wurde während der gesamten Projektlaufzeit kontinuierlich gepflegt und aktualisiert. Die Daten dienen vielen Akteuren im Landkreis als Informationsbasis, womit als Nebeneffekt auch die Transparenz unter den Anbietern gefördert wird.

[5] Der Terminus „fachlich-wissenschaftliche Begleitung“ wird künftig mit „f/w Begleitung“ abgekürzt.

Hinsichtlich des Aufbaus von **niedrigschwelligen Angeboten und Angehörigengruppen** initiierte das Modell durch Motivation und Fachberatung verschiedener Institutionen folgende Angebote:

- sechs Betreuungsgruppen (vier davon in Gemeinden im Landkreis);
- drei (angeleitete) Angehörigengruppen;
- zwei Selbsthilfegruppen für Angehörige;
- sieben Angehörigenschulungen (Gruppenangebote in Kooperation mit der Bayerischen Alzheimer Gesellschaft sowie
- sechs Helferschulungen (daraus ging ein fester Helferkreis hervor, der in der Stadt Amberg existiert - allerdings ohne Förderung nach AVPflEG).

Seit 2005 wurde vom Projektleiter das Ziel verfolgt, in der Region **neue Wohnformen für Demenzkranke** zu realisieren. Die Vision, nach holländischem Vorbild ein „Alzheimer-Dorf“ im Landkreis Amberg-Sulzbach aufzubauen, konnte im Rahmen der Modelltätigkeit nicht verwirklicht werden. Die beharrlichen und umfangreichen Anstrengungen und Arbeiten des Projektleiters und seines Trägers erreichten (nach bereits sehr konkret gewordenen Verhandlungen mit anderen Interessierten, welche diese dann kurzfristig beendeten) jedoch, dass im Mai 2007 der Stadtrat der Stadt Vilseck einstimmig die Unterstützung von Wohngemeinschaften für Demenzkranke beschloss. Die Stadt kaufte in der Folge das sog. „Hierold-Haus“ in Vilseck und wird voraussichtlich als Investor das Haus sanieren. In der alten Stadtvilla wird unter fachlicher Beteiligung der Akteure des bisherigen Modellprojektes eine ambulant betreute Wohngemeinschaft für Demenzkranke entstehen. Weitere Initiierungskontakte zum Thema bestanden zu Modellende in drei weiteren Gemeinden der Region. Entsprechende Pläne für fünf weitere Orte im Landkreis wurden Mitte 2007 vom Modellträger aus Kapazitätsgründen vorerst zurückgestellt.

Koordination / Vernetzung

Wie eingangs bereits erwähnt, entwickelte sich das Modellprojekt „Gerontopsychiatrische Koordinationsstelle“ (GKS) zur zentralen Anlaufstelle zum Thema Demenz/Gerontopsychiatrie in der Region, aber auch darüber hinaus. Durch kontinuierlichen Kontaktaufbau, Pflege der bestehenden Beziehungen sowie an inhaltlichen Fragen orientierter Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der Alten-

und Gesundheitshilfe in der Region Amberg-Sulzbach entstand im Ergebnis der breitgefächerten Aktivitäten ein lebendiges, praxiswirksames Netzwerk. Folgende Abbildung (erstellt vom Projektleiter) zeigt dies eindrucksvoll:

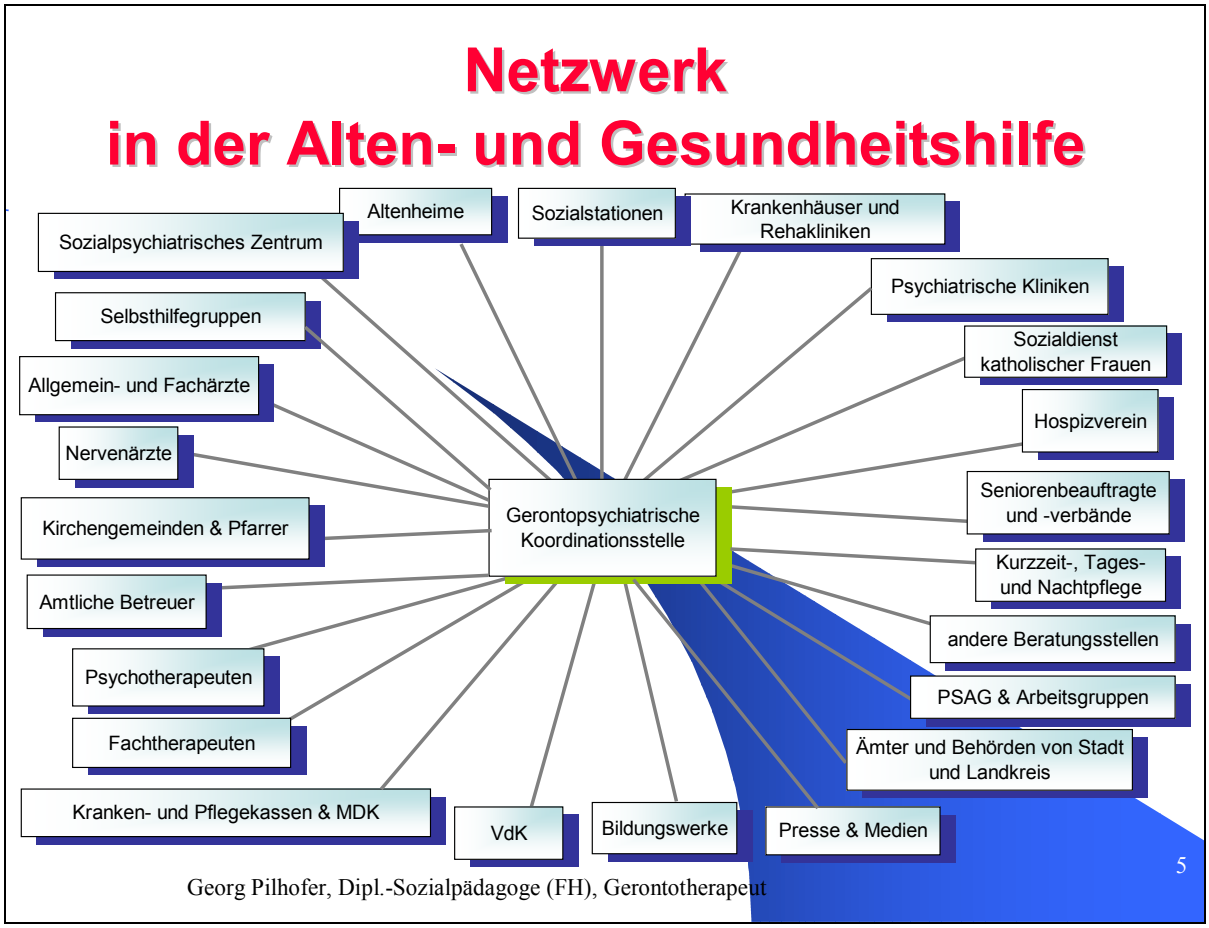

Abb. 2: Vernetzung der Gerontopsychiatrischen Koordinationsstelle Amberg

Beratung

Die im Ergebnis der Vernetzungsarbeit (und der Öffentlichkeitsarbeit) zunehmende Bekanntheit der GKS führte zu zahlreichen Beratungsanfragen von Fachleuten und Betroffenen (resp. deren Angehöriger).

Nach Auskunft des Projektleiters erhielt das Modellprojekt seit seinem Bestehen monatlich durchschnittlich 82 persönliche, 62 telefonische und 95 schriftliche Anfragen von **professionellen Akteuren**. Weitergehend führte der Projektleiter zahlreiche Fachsupervisionen in Teams von Sozialstationen, Kliniken und Altenheimen sowie in Helferkreisen und beim örtlichen Hospizverein durch.

Der Beratungs- und Hilfebedarf von **Angehörigen und Betroffenen** fand ebenfalls eine Zieladresse bei der GKS. Nicht zuletzt aufgrund der kontinuierlichen Öffentlichkeitsarbeit erfolgten von dieser Gruppe durchschnittlich 22 Anfragen pro

Monat. Im Sinne einer Clearingstelle wurde die GKS hier überwiegend weiterleitend tätig und vermittelte die Hilfesuchenden an zuständige Beratungsstellen.

Öffentlichkeitsarbeit

Dieser Arbeitsbereich war in allen vier Projektjahren geprägt durch

- Mitarbeit in regionalen und landesweiten Gremien (z.B. PSAG und deren Arbeitsgruppe „Gerontopsychiatrie“, AGVB oder Arbeitsgruppe ambulant betreuter Wohngemeinschaften für Demenzkranke);
- Durchführung von öffentlichen Veranstaltungen;
- Medienarbeit (regionale Presse, Rundfunk und Fernsehen und Internet) sowie
- Angebot von Veranstaltungen und Fortbildungen für die Fachöffentlichkeit.

Mit den jährlich zweimal angebotenen (sehr erfolgreichen) **Vortragsreihen zur "Seelischen Gesundheit im Alter"** in insgesamt acht Gemeinden der Region (siehe die bereits erwähnte Anlage 1 hier im Bericht) sowie weiteren singulären Vortragsveranstaltungen (z.B. bei kirchlichen Senioren- und Frauenkreisen oder dem VdK) erreichte die GKS in über 150 Veranstaltungen mehr als 9.500 Stadt- und Landkreisbürger. Die Veranstaltungen wurden fast ausnahmslos in Kooperation mit örtlichen Partnern durchgeführt.

Ebenfalls seit dem ersten Modelljahr wurden erfolgreich Fortbildungsveranstaltungen für professionelle Akteure angeboten. Die Zielgruppen reichten von Anfang an weit über den Bereich der Altenhilfe hinaus. So organisierte die Projektleitung bereits 2004 Fachfortbildungen zum Thema „Demenz“ in Kooperation mit dem Hausärztlichen Qualitätszirkel Sulzbach-Rosenberg und dem Ärzteverbund Oberpfalz Mitte e.V.. Des Weiteren wurden „Demenz-Fortbildungen“ im Rahmen der Ausbildung der Bereitschaftspolizei-Schule in Sulzbach-Rosenberg sowie mehrfach für den Bundesverband der Arzt- und Zahnarzthelferinnen durchgeführt.

Einen Meilenstein in der Öffentlichkeitsarbeit des Modellprojektes stellte die Initiierung und teilverantwortliche Umsetzung der traditionellen „Oberpfälzer Psychiatrietage“ (erstmalig zum Thema Gerontopsychiatrie) im März 2006 in Amberg dar. Der zweitägige Kongress stieß auf bayernweites Interesse. Im Verbund mit der zeitgleichen vierwöchigen Ausstellung „Alzheimer und Kunst“ in der Sparkasse

Sulzbach-Rosenberg ist diese Tagung als nachhaltige Lobby-Arbeit zum Thema sowohl für die Fachwelt als auch für die allgemeine Öffentlichkeit anzusehen.

Weiterführung des Projektes GKS nach Modellende

Im Dezember 2007 sagte der **Bezirk Oberpfalz die vorläufige Übernahme der Personalkosten** der Gerontopsychiatrischen Koordinationsstelle zu (Beschluss des Sozialhilfeausschusses). Die Option einer folgenden Regelfinanzierung ist u.a. abhängig von einer wirksamen Ausdehnung der GKS-Tätigkeit auf die gesamte Oberpfalz. Die Finanzierungszusage durch den Bezirk im unmittelbaren Anschluss an die Modellförderung würdigt die erfolgreiche Arbeit der Projektleitung sowie des Modellträgers. Einen wirksamen Beitrag zu diesem Gesamterfolg leistete auch der (vom Projektleiter und von engagierten Träger-Vertreterinnen initiierte und) von lokalen Ärzten, Politikern und Fachleuten Anfang Dezember 2005 gegründete **„Verein zur Förderung der Seelischen Gesundheit im Alter für die Region Amberg-Sulzbach“ (SEGA)**. Ziel der SEGA-Tätigkeiten ist es, durch vielfältige Unterstützung eine breite Basis für die weitere GKS-Finanzierung zu erhalten (angedachte Mischfinanzierung).

Mit dieser Vereinsgründung - Ausdruck eines im besten Sinne lebendigen bürgerschaftlichen Engagements - wurde in der Region Amberg beispielhaft agiert. Fachliche Kompetenz und langjähriges Engagement führten zum Zusammenschluss von Sozialpolitikern und Ärzten sowie Vertretern der sozialen Versorgungslandschaft, um das als notwendig erkannte Projekt der gerontopsychiatrischen Koordinationsstelle langfristig sichern zu können. Bemerkenswert ist nach Wahrnehmung der f/w Begleitung das hohe persönliche Engagement der Vorstandsmitglieder (u.a. Politiker und Ärzte), welches sicherlich ein wichtiger Grund für die erfolgreiche Entwicklung des Fördervereins ist. In den Jahren 2006 und 2007 gelang es dabei, mit dem Förderverein nochmals eine spezielle Dynamik für die Unterstützung der Ziele der GKS (z.B. Enttabuisierung der gerontopsychiatrischen Themen in der Bevölkerung), zu entwickeln. Aus Bevölkerung, Fachleuten, Wirtschaft und Politik konnten zahlreiche Fördermitglieder gewonnen werden. Bei der Implementierung des Vereins in das öffentliche Bewusstsein halfen zahlreiche Benefiz-Veranstaltung zugunsten von SEGA: z.B. in der Christuskirche Sulzbach-Rosenberg oder der Ball der Service-Clubs (Lions, Rotary etc.) mit 260 Besuchern,

die Volksmusik-Benefiz-Veranstaltung des Bayerischen Rundfunks in Sulzbach-Rosenberg mit über 200 Besuchern oder ein Benefizkonzert der Musikgruppe „Hammerberg“ (Bandleiter ist der Chefarzt und Ärztliche Direktor einer Klinik im Landkreis) mit über 100 Besuchern. Ähnliche Resonanz erhielt die SEGA-Fachtagung 2007 zum Thema „Demenz - eine Herausforderung für Politik und Gesellschaft“ mit über 200 Teilnehmern aus ganz Bayern.

Absichtlich wurde hier ausführlicher auf die Arbeit des Fördervereins eingegangen. Nach Einschätzung der f/w Begleitung basiert die Fortführung der Finanzierung der GKS-Arbeit nach Abschluss der Modellförderung auf komplexen Faktoren. Einer davon ist die Gründung von SEGA sowie dessen aktive, lebendige Arbeit.

1.3. Ergebnisse / Schlussfolgerungen

Das Modellprojekt "Gerontopsychiatrische Koordinationsstelle (GKS) für den Landkreis Amberg-Sulzbach und die Stadt Amberg" hatte sich mit seiner übergeordneten Zielsetzung der „Integration gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen“ ein weites und herausforderndes Handlungsfeld zu eigen gemacht. Zu allen konkreten Teilzielen (Minderung der Isolation der Zielgruppe; bedürfnisorientierte Versorgungsstruktur; Verbesserung der Lebensqualität; Verbesserung der Zusammenarbeit) wurde eine erfolgreiche Arbeit geleistet. Durch das Modellprojekt wurde die Sensibilität der Öffentlichkeit für das Thema Demenz und Gerontopsychiatrie nachdrücklich verbessert, viel Wissen und Informationen verbreitet, aber auch der Aufbau konkreter Hilfen für die Betroffenen und ihre Familien nachhaltig angeregt und fachlich unterstützt. Herausragende Ergebnisse sind sowohl

- die Verbesserung der Lebensqualität der Zielgruppen,
- der Aufbau eines regionalen Netzwerkes als auch
- die Installierung der GKS als bekannter und intensiv genutzter Informations- und Anlaufstelle.

Versorgungsstrukturen und Öffentlichkeitsarbeit

Ähnlich wie bei dem bereits im Jahre 2006 beendeten Modellprojekt im Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen sind auch hier Aktivitäten des Projektes der GKS zu verzeichnen, die als direkte Reaktion auf den zu Modellstart geäußerten Bedarf von

Angehörigen und regionalen Akteuren einzuordnen sind. So erbrachten die von der f/w Begleitung zu Beginn des Modellprojektes durchgeführte schriftliche Befragung von Angehörigen (131 Fragebögen versandt, Rücklauf N= 50, entspricht 38,2 %), dass die Angehörigen sich insbesondere „stundenweise Vertretung“, „freie Zeit für sich“ sowie mehr „Information“ wünschten (vgl. folgende Abbildung).

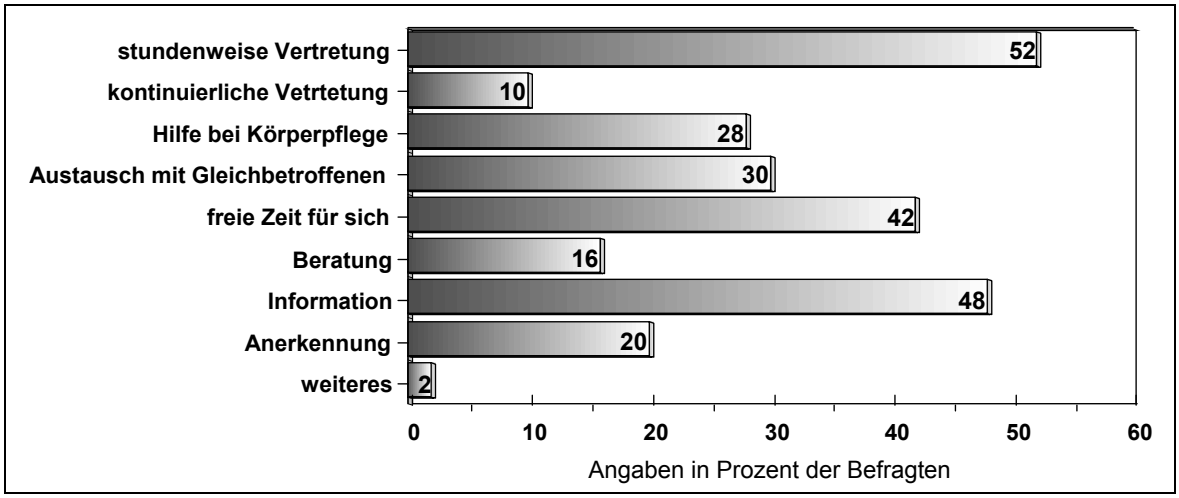

Abb. 3: Angehörigenbefragung 2004: Entlastungswünsche der Angehörigen (Amberg-Sulzbach)

Die ebenfalls zum Modellstart durchgeführte Befragung von Institutionen (97 Fragebögen versandt, Rücklauf N= 21, entspricht 21,6 %), ergab hinsichtlich des Aufbaus von Entlastungsangeboten für Angehörige als wichtigste Nennungen die Themen „Gesprächskreise“, „Information“ und „stundenweise Entlastung“. (vgl. folgende Abbildung).

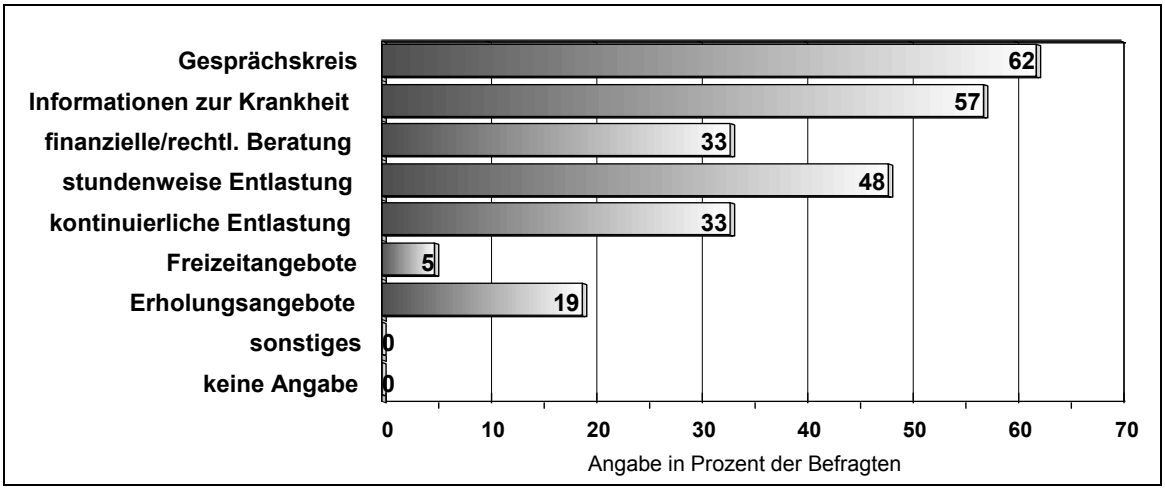

Abb. 4: Institutionsbefragung 2004 (Amberg-Sulzbach): gewünschter Aufbau von Entlastungsangeboten für Angehörige (Mehrfachnennung möglich)

Alle Aussagen zu Beginn des Modellprojektes (auch die hier nicht erwähnten leitfadengestützten Experteninterviews) deuteten auf einen hohen Bedarf zum Aufbau konkreter Entlastungsangebote sowie einer deutlichen Verbesserung des Informationsstandes zum Thema Demenz hin.

Zum Thema Versorgungsstruktur sind in der Bewertung folgende Ergebnisse zu benennen:

- Das Projekt initiierte in der Region erfolgreich niedrigschwellige Angebote und Angehörigengruppen. Der gelungene Aufbau von sechs Betreuungsgruppen, die wöchentlich auch im ländlichen Bereich durchgeführt werden, spricht für sich. Ebenso die erfolgreich durchgeführten Helferkreisschulungen. Hinsichtlich des Aufbaus von Angehörigengruppen konnte das Modell jedoch in den Ergebnissen die an sich selber gestellten Erwartungen nicht durchgängig erfüllen. Die im Modellzeitraum angestoßenen drei neuen Gruppen konnten nicht stabil implementiert werden. Ebenso musste der im Jahre 2007 in Kooperation mit der Barmer Ersatzkasse angebotene Schulungskurs für Angehörige von Demenzkranken mangels Teilnehmerzahlen abgesagt werden.

Zum Thema der Angehörigengruppen ist ein deutlicher Unterschied zwischen den Ergebnissen und den am Modellbeginn geäußerten Erwartungen in der Region zu bemerken. Eine Ursache für diese Differenz könnte jedoch darin liegen, **dass der von den Fachleuten angenommene Bedarf der Angehörigen dem tatsächlich vorhandenen Wünschen der Angehörigen widerspricht**. Hierauf wurde bereits - basierend auf der Evaluation zu Beginn aller Modellprojekte - hingewiesen. In jener Evaluation ergaben sich teilweise erhebliche Differenzen zwischen Angaben der Angehörigen zu Entlastungswünschen und Auffassungen der Institutionen, welche Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur im Sinne der Entlastung der Angehörigen ergriffen werden sollten. Auch für die Region Amberg galt diese Aussage. So zeigte die Anfangsbefragung eine auffallende Übereinstimmung bezüglich des Wunsches nach stundenweiser Entlastung, divergierte jedoch stark (fast 50%) hinsichtlich des Aufbaus von Angehörigengruppen resp. „Gesprächskreisen“ (vgl. folgende Abbildung).

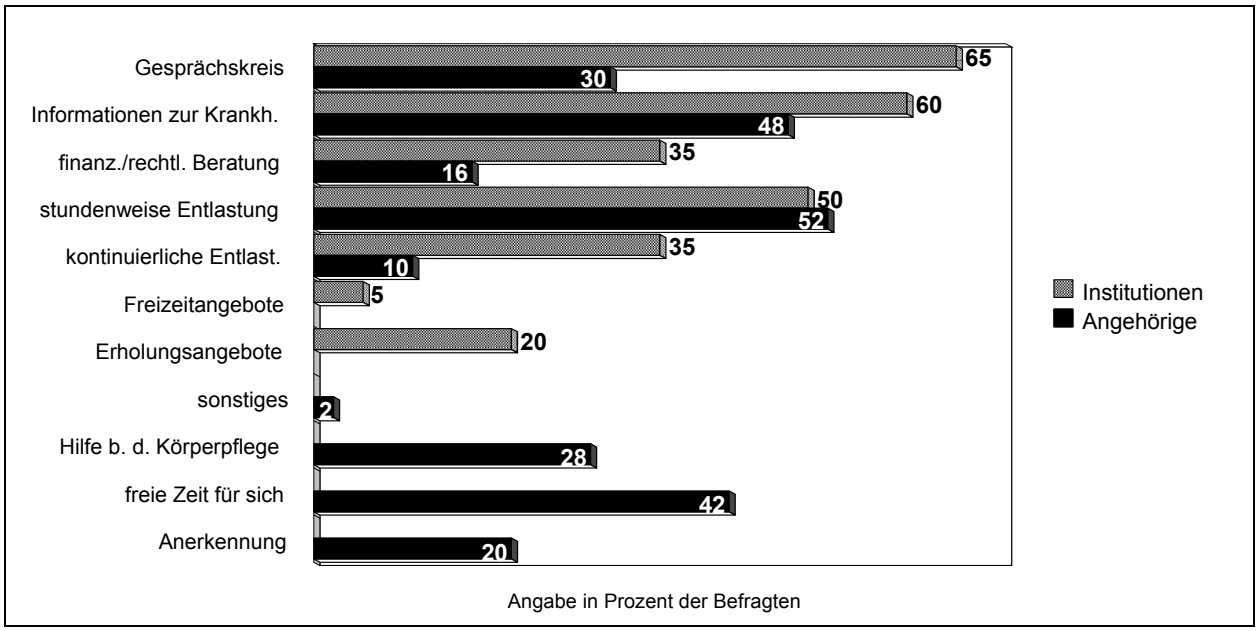

Abb. 5: Evaluation 2004 (Amberg-Sulzbach): Vergleich gewünschter Entlastungsangebote Institutionen - Angehörige

Folgende Hypothese bedürfte aus Sicht der f/w Begleitung einer weiteren Eruierung: Vielleicht muss vorrangig auf den von allen Beteiligten gesehenen (und von den Angehörigen zweifach genannten) **Wunsch nach stundenweiser Entlastung** resp. „freier Zeit für sich“ eingegangen werden. **Erst danach** können die Angehörigen der Demenzerkrankten eine stärkere mentale Bereitschaft zur Inanspruchnahme der - unbestreitbar - sinnvollen und wichtigen **Gruppenangebote** entwickeln.[6] Zumindest für die Modellregion Amberg wäre dies zu überprüfen. 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.

[6] Ähnliche Gedanken wurden bereits im Zwischenbericht für das Jahr 2006 bei der Beschreibung des Modellprojektes „KLAR“ beschrieben: „**Möglicherweise muss erst der Entlastungsbedarf der Angehörigen nach freier persönlicher Zeit - subjektiv befriedigend - abgedeckt sein, damit Angehörige andere Angebote (die sie u.U. als "problembeladen" assoziieren) für sich nutzen können.“** (Siehe Zwischenbericht für 2006, S.21.)

- Als weiterer Punkt zum Thema Versorgungsstruktur sei hier nochmals auf die erfolgreiche Initiierung einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft für Demenzkranke in Vilseck hingewiesen. Der Projektleiter und der Modellträger gaben - auch nach etlichen Rückschlägen, die trotz intensiver Bemühungen hinzunehmen waren - nicht auf. Zum Modellende konnten damit optimale Voraussetzungen zur zeitnahen Realisierung der innovativen Wohnform geschaffen werden. Die diesbezüglichen Prozesse wurden im Zwischenbericht für das Jahr 2006 dargestellt. Die Thematik wird hier nochmals benannt, da die diesbezügliche Arbeit des Modellprojektes beispielhaft die mühsamen Prozesse bei der Initiierung von alternativen Wohnformen veranschaulicht.

- Als drittes findet zum Thema Versorgungsstruktur ein sog. “weicher“ Faktor Erwähnung. Die hervorragende Netzwerk-, Beratungs- und Öffentlichkeitsarbeit des Modellprojektes verbesserte ebenfalls die Versorgungssituation. Dafür ist nicht nur der messbare Aufbau neuer Angebote von Bedeutung. Als gleichrangig ist die Schaffung eines entsprechenden Problembewusstseins zu benennen. Dies beinhaltet nicht zuletzt die Entwicklung einer Haltung hin zur **Orientierung am Bedarf der Betroffenen mit gleichzeitiger Nachrangigkeit von ausschließlich wirtschaftlich orientiertem Denken**. Die Bereitschaft der regionalen Akteure,
  - Hilfesuchende an die zur grundsätzlichen Klärung erst mal kompetenteste Stelle zu verweisen - in diesem Fall die GKS; auch mit der Option, dass diese dann die Hilfesuchenden an das adäquateste Angebot (auch von Institutionen, die mit der ursprünglich zuweisenden Stelle im Wettbewerb stehen) weiterleitet;
  - Angehörige und/oder Betroffene an bereits vorhandene Angebote anderer Träger, mit denen man im Wettbewerb steht, direkt zu vermitteln oder auch
  - das eigene Wissen zum Thema Demenz und zur Situation ihrer Angehörigen zu aktualisieren um damit professioneller handeln zu können,

stellt einen nicht zu unterschätzenden Faktor zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen dar.

Die erfolgreiche Öffentlichkeitsarbeit des Modellprojektes wurde bereits dargestellt. In der Bewertung - und damit unmittelbar anschließend an obige Ausführungen - steht im Vordergrund, dass die Arbeit des Modellprojektes zu einer nachhaltigen Enttabuisierung des Themas Demenz (und allgemein psychischer Erkrankungen im

Alter) im Landkreis Amberg-Sulzbach geführt hat. Als besonders wirksam erwiesen sich hier die Veranstaltungsreihen, die dezentral in den Gemeinden durchgeführt wurden. Der Erfolg der wohnortnahen Angebote wurde verstärkt durch den Grundsatz der Kooperation. Der Projektleiter suchte sich vor Ort jeweils Institutionen mit einem hohen Bekanntheitsgrad, einem „guten Ruf“ oder einer starken Verankerung (mit einem breiten informellen Netzwerk) in der Gegend. Ähnliches gilt für die zahlreich durchgeführten Einzelveranstaltungen. Grundsätzlich ist dem Projektleiter ein sehr gutes strategisches Geschick in der Vorbereitung und Realisierung der Öffentlichkeitsarbeit zu bescheinigen. Dies betrifft sowohl die Pressearbeit im Vorfeld zu Veranstaltungen als auch den Aufbau und die Pflege der Kontakte zu Medienvertretern. Gerade letzteres ist unabdingbar für gelingende Öffentlichkeitsarbeit. Aber auch die Tätigkeiten explizit für die Fachöffentlichkeit wie die Gremienarbeit (in der Region oder die Weiterentwicklung des Ambulanten Gerontopsychiatrischen Verbundes in Bayern) sowie die Durchführung von Fortbildungen (Wissensvermittlung zu Demenz) trugen essentiell zur Akzeptanz der Gerontopsychiatrischen Koordinationsstelle bei. Die damit erreichte kontinuierliche öffentliche (und fachöffentliche) Präsenz der Demenz-Thematik und auch der Gerontopsychiatrischen Koordinierungsstelle ist als ein wichtiger Baustein des Erfolges anzusehen. Eine solche Präsenz erfordert jedoch viel persönliches Engagement, Ausdauer und die Bereitschaft, außerhalb sog. regulärer Arbeitszeiten tätig zu sein.

Koordination / Vernetzung und Beratung

Diesem Punkt sei - in der Vorwegnahme der Zusammenfassung - die saloppe Bemerkung vorangestellt, dass die GKS eigentlich als ein „Gesamtkunstwerk“ bezeichnet werden muss. Damit soll der spezifische Umstand erfasst werden, dass die erfolgreiche Umsetzung eines Teilprojektes des Modells nicht ohne die Arbeit in einem der anderen Teilprojekte denkbar war. Für das Thema Vernetzung und Beratung heißt dies konkret, dass die tatsächlich in der Praxis sowohl für die Betroffenen als auch für die professionellen Akteure wirksame und von Vorteil seiende Vernetzung nicht so realisiert hätte werden können, ohne dass zuvor und parallel eine erfolgreiche Öffentlichkeitsarbeit stattgefunden hätte. Und umgekehrt.

Die Inanspruchnahme der GKS über die Grenzen der im Wettbewerb stehenden Anbieter der Altenpflege hinaus oder sektorenübergreifend (niedergelassene Ärzte, Kliniken) belegt, dass es der Projektleitung gelungen ist, ein regional tatsächlich wirksames Netzwerk aufzubauen. Damit entsprach das Modellprojekt wiederum den zu Beginn geäußerten Erwartungen der regionalen Akteure (siehe oben, Aussagen in den Experteninterviews). Grundlage für diesen Erfolg sind nicht zuletzt die beschriebenen zahlreichen und vielgestaltigen Kontakte der Projektleitung im Landkreis (und darüber hinaus). Diese sind aus Sicht der f/w Begleitung für ein dauerhaftes - in der Region verankertes - Netzwerk und damit auch Interesse am immer noch tabuisierten Thema "Gerontopsychiatrie" unabdingbar. Letztlich ist es der Projektleitung damit gelungen, **ein sog. kreatives Milieu** aufzubauen, für das vor allem drei Merkmale als kennzeichnend hervorzuheben sind:

- Kontaktnetze regionaler Akteure, die Lernprozesse anregen;
- soziale (namentlich auch persönliche) Beziehungen;
- „Wir-Gefühl“ (Image und Selbstwahrnehmung als Ausdruck mentalen Zusammenhalts und gemeinsamer Zielsetzungen).

Wesentlich in diesem Zusammenhang ist der **Aufbau von gegenseitigem, lokalem Vertrauen -** ein Prozess, der nicht zuletzt durch „face-to-face“ Kontakte begünstigt wird. Das ist nach Wahrnehmung der f/w Begleitung dem Modellprojekt gelungen, womit dem Projektleiter diesbezüglich eine hohe Kompetenz zu bescheinigen ist.

Die Daten der Evaluation aller Modellprojektregionen im Jahre 2004 erlauben daneben die Schlussfolgerung, dass - aus im Rahmen der Tätigkeit der f/w Begleitung nicht definierbaren Gründen - im Landkreis Amberg-Sulzbach die Tätigkeit einer Vernetzungs- und Koordinierungsstelle auf besonders fruchtbaren Boden gefallen sein könnte. Die befragten Institutionen sollten u.a. Auskunft dazu geben, was sie als das wirksamste Mittel zur praxiswirksamen Vernetzung in ihrer Region ansehen würden. Von sechs Modellregionen ergab sich nur in der Modellregion Amberg-Sulzbach eine signifikant eindeutige Aussage: die Einrichtung einer zentralen Koordinierungs- und Vermittlungsstelle (vgl. folgende Abb.).

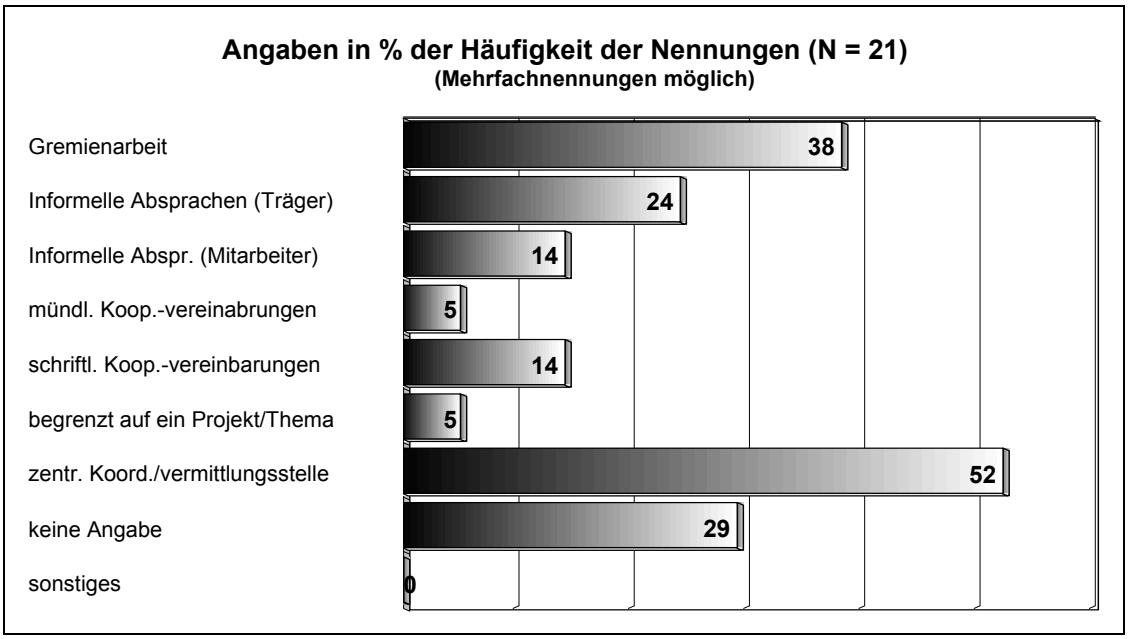

Abb. 6: Evaluation 2004: Wirksame Vernetzung durch ... (Amberg-Sulzbach)

In den fünf anderen Modellregionen waren die häufigste Nennung u.a. „Gremienarbeit“, „keine Angabe“ oder gleichrangig „schriftliche Kooperationsvereinbarungen und Koordinationsstelle“. Nur als Hypothese sei benannt, dass für die eindeutige Aussage im Landkreis Amberg-Sulzbach die bisherige Tätigkeit des Modellträgers eine Rolle gespielt haben könnte. Der seit mehr als zwanzig Jahren bestehende Sozialpsychiatrische Dienst in Amberg erarbeitete sich den Ruf einer kompetenten Fachstelle zur psychiatrischen Versorgung. Das Thema „Psychiatrie“ scheint in der Region an den SPDi gebunden zu sein. Die Akteure konnten zu dieser Institution (als einer fachkundigen, verantwortlich und zuverlässig handelnden) Vertrauen aufbauen. In Kombination mit der Tätigkeit des Projektleiters als gerontopsychiatrischer Fachkraft vor Modellbeginn und der „Umtriebigkeit“ des Projektleiters könnte dieser Faktor als eine Art Netzwerk-/ Koordinationsstellen-Vorschuss betrachtet werden. Diese Annahme wird bekräftigt durch die im Zuge der Diskussion der Weiterfinanzierung der GKS nach Modellende wahrnehmbaren regionalen Aktivitäten. Über dreißig Schreiben (teilweise mit ausführlicher Begründung) wurden an den Bezirkstagspräsidenten geschickt. Die Verfasser reichen von (Ober-)Bürgermeistern regionaler Gemeinden und Städte, niedergelassenen Ärzten, Chefärzten regionaler Kliniken bis hin zu örtlicher AOK und VDK, Seniorennetzwerken, examinierten Pflegefachkräften, kommunaler Betreuungsstelle oder dem Gesundheitsamt des Landratsamtes. Die - wie beschrieben - auf breiter Basis und lebendigem Engagement beruhende Gründung

und Tätigkeit des Vereins SEGA könnte diese Hypothese weiterhin vertiefen. Für die beschriebenen "kreativen Milieus" ist es allgemein kennzeichnend, dass Kooperationen durch gemeinsame Mitgliedschaft in lokalen Vereinen, Fachverbänden oder ähnlichem vertieft werden.

Evaluationen zum Modellabschluss

Im folgenden werden in zusammenfassender Form die Ergebnisse der Befragungen zum Modellende wiedergegeben. Diese sind:

- qualitative Interviews mit Angehörigen;
- Befragung regionaler Akteure mittels teilstandardisiertem Fragebogen sowie
- teilstandardisierte Interviews mit Projektleitung und Modellträger.

Aufgrund der ursprünglichen Option, dass das Modellprojekt zum 31.12.2006 endet, wurden qualitative Interviews mit Angehörigen von Demenzkranken im November 2006 durchgeführt (N = 4). Die relevantesten Ergebnisse zur Annahme existierender Entlastungsangebote sowie zu weiterem Bedarf lauten:

- Angehörige A)
  - nutzt: stundenweise häusliche Entlastung durch Helferkreis; Teilnahme an Pflegekurs
  - erwägt: Teilnahme an Angehörigengruppe für Demenzkranke in Sulzbach (Angehörige hat aber „Angst, dass dort soviel schwere Kranke“ seien und „dies für sie zu belastend“ wäre)
  - wünscht: weitere stundenweise Entlastung zu Hause und Betreuungsgruppe in ihrem Ort
- Angehörige B)
  - nutzt: morgendliche Grundpflege durch ambulanten Pflegedienst; Teilnahme an Pflegekursen; Vortragsveranstaltungen der GKS;
  - erwägt: stundenweise häusliche Entlastung durch Helferkreis
  - wünscht: barrierefrei zugängliche Betreuungsgruppe (die im Ort vorhandene nutzt Räume im Stockwerk, Treppensteigen für demenzkranke Mutter nicht möglich); Verhaltenstraining für Angehörige im Umgang mit Demenzkranken
- Angehörige C)
  - nutzt: Alzheimer-Therapie-Zentrum Schaufling; Angehörigengruppe in Amberg; zwei Tage in der Woche Tagespflege (mehr Tage aus finanziellen Gründen nicht); 1x im Monat Betreuungsgruppe;

- erwägt: keine Angabe;
- wünscht: keine Angabe.

Angehörige C lehnt eine stundenweise häusliche Entlastung durch Helferkreis ab, da „das zu Hause“ wäre und sie sich „dann nicht so entlastet fühlen“ würde.

- Angehörige D)
  - nutzt: Essen auf Rädern, Betreuungsgruppe;
  - erwägt: Tagespflege, diese ist ihr jedoch „zu teuer“;
  - wünscht: stadteilbezogene Betreuungsgruppe in ihrem Ort; ambulant betreute Wohngemeinschaft für Demenzkranke.

Keine der Interviewten wünschte sich vorrangig das Angebot einer Angehörigengruppe. Mehrfach wird jedoch ein stärkerer Bedarf nach konkreter zeitlicher Entlastung benannt. Diese Zusammenfassung spricht für die oben erörterte Hypothese, dass vorrangig der Bedarf nach Betreuungsgruppen/Helferkreis bei den Angehörigen abgedeckt sein müsste, bevor die persönliche, seelische Bereitschaft zum Besuch von Angehörigengruppen stärker in den Vordergrund rücken kann.

Für die Experten-Befragung wurden im Dezember 2007 sechzig Fragebögen versandt. Der Rücklauf betrug N=5. Da von diesen eine Antwort fast ohne Angaben zurückkam, wird hier aufgrund einer zu geringen Repräsentativität auf eine ausführlichere Auswertung verzichtet und informell Aussagen zu besonders relevanten Themen zur Kenntnis gegeben.

Befragt zur subjektiven Einschätzung der Arbeit und Wirksamkeit des Modellprojektes wurden hinsichtlich der Informiertheit zu Aufgaben und Tätigkeiten des Projektes dreimal das Item „sehr gut“ und zweimal das Item „ausreichend“ benannt. „Zu wenig“ oder „überhaupt nicht“ kamen nicht vor. Bezüglich der Veränderung der Versorgungssituation für Demenzkranke und deren Angehörige (Partner/Familien) durch die Arbeit des Modellprojektes wurde hauptsächlich das Item „Entlastung der Angehörigen“ (N=3) benannt. Die Frage nach dem notwendigen Aufbau weiterer Entlastungsangebote für Angehörige von Demenzkranken ergab drei Nennungen für „Angehörigengruppen“ sowie jeweils zwei Nennungen zu “Informationsangeboten“, „Freizeitangeboten“ und „Erholungsangeboten“. Als wirksamsten Weg zur Vernetzung bewerteten die Antwortenden am häufigsten die

„Einrichtung einer zentralen Koordinations- und Vermittlungsstelle in der Region“ (N=4).

Bezugnehmend auf obige Aussagen sei hier nochmals auf die Thematik der „Angehörigengruppen“ hingewiesen: Die Akteure fordern nach wie vor als notwendigstes Entlastungsangebot genau diese Gruppenangebote, obwohl die Angehörigen diesen Wunsch nicht in den Vordergrund stellten und ihrerseits deutlich weitergehende stundenweise Entlastung wünschen. Zu dieser Thematik besteht Handlungsbedarf in der Region.

In der Abschluss-Befragung der Projektleitung und der Träger-Vertreterin äußerten beide übereinstimmend, dass sie in der Umsetzung ihrer Modellkonzeption mehr erreichen konnten, als sie anfangs angenommen hatten. Beispielhaft wurde dafür die Initiierung der Wohngemeinschaft für Demenzkranke oder die Gründung und lebendige Arbeit des Fördervereins SEGA (man konnte „so viele unterschiedliche Leute dazu gewinnen, sich für *das* Thema zu engagieren“.) genannt. Als Grundlage für ihre erfolgreiche Arbeit nannten die Befragten:

- zum Teil über längere Zeit gewachsene Kontakte;
- das persönliche Engagement („man merkt, die wollen was“);
- einen besonderen Zusammenhalt in der „Provinz“ („man hilft sich“);
- die hohe Fachlichkeit und soziale Kompetenz sowie
- die kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit.

In diesem Zusammenhang hob der Projektleiter die große Resonanz der wohnortnahen Vortragsreihen hervor. Zum Modellende habe ihm eine „Warteliste von sieben an der Veranstaltungsreihe interessierten Gemeinden“ vorgelegen. Als wichtigste Ziele, die erreicht werden konnten, bezeichnete der Projektleiter:

- Entlastung der Angehörigen
  - durch konkrete regionale Angebote als auch
  - durch die Öffentlichkeitsarbeit, die zu einer Entstigmatisierung geführt habe: „Die Leute trauen sich nun eher, darüber zu reden.“
- gelungene Vernetzung im Sinne einer institutionsübergreifenden Zusammenarbeit (auch auf Trägerebene): „Man setzt sich jetzt zusammen und redet über Lösungsmöglichkeiten.“

Als sich besonders bewährt habende Strategien nannte der Projektleiter Aufbau und Pflege informeller Kontakte sowie seine Kompetenz, „gut integrieren“ zu können. Konkretisiert wurde diese Aussage mit der „Fähigkeit verschiedene Personen zusammenbinden“ sowie „abweisende oder zurückhaltende Akteure“ durch geduldige Hartnäckigkeit überzeugen zu können. Als „Grenzen von Vernetzungsprozessen“ benannte der Projektleiter den Aspekt der „Trägerinteressen sowie „persönliche Vorbehalte einzelner Akteure“. Diese ließen sich jedoch durch „Wertschätzung, Geduld und Kontinuität“ überwinden. In diesem Zusammenhang betonte der Projektleiter, dass nur eine „gesunde Dynamik“ zu einer lebendigen Vernetzung führen könne. Beispielhaft führte er aus, dass es „nicht Arbeitskreise um der Arbeitskreise willen geben“ sollte. Er praktiziert und befürwortet zeitlich begrenzte Gruppen von Akteuren, die sich zur Lösung einer konkreten Aufgabe zusammenfinden. Danach sollte die Gruppe wieder auseinandergehen und bei Bedarf trifft sich eine neue (andere) Konstellation zur Bearbeitung eines anderen Auftrages wieder.

Als besonders förderliche Qualifikation und Schlüsselkompetenz zur Umsetzung der Projektideen bezeichnete der Projektleiter neben seiner Berufserfahrung und fachlichen Kenntnissen den Aspekt der Glaubwürdigkeit: Man müsse wissen, wovon man redet.

1.4. Zusammenfassung

Das Modellprojekt "Gerontopsychiatrische Koordinationsstelle (GKS) für den Landkreis Amberg-Sulzbach und die Stadt Amberg (angebunden an den Sozialpsychiatrischen Dienst Amberg)" leistete eine sehr erfolgreiche Arbeit. Folgerichtig übernahm der Bezirk Oberpfalz die (vorläufige) Weiterfinanzierung der GKS-Stelle und dehnte deren Zuständigkeit auf den gesamten Bezirk aus. Die bei einer Modellförderung erwünschte **Nachhaltigkeit der Projekte** wurde damit in dieser Region nachahmenswert erfüllt.

Durch eine facettenreiche und hochengagierte Arbeit des Projektleiters und leitender Mitarbeiterinnen des Modellträgers konnte bewirkt werden, dass das **Thema Demenz in der Region kein Tabu-Thema** mehr ist. Diese indirekte Entlastung der Angehörigen (sie müssen z.B. ihre Kranken nicht mehr beschämt „verstecken“, da

auch die Nachbarn die Auswirkungen der Krankheit verstehen gelernt haben) wird vervollständigt durch den landkreisweiten Aufbau konkreter Entlastungsangebote. Besonders gelungen sind hier der Aufbau von Betreuungsgruppen, hinsichtlich der stundenweisen Entlastung zu Hause durch Helferkreise gibt es weiterhin Entwicklungspotential. Es sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass beide Formen der niedrigschwelligen Angebote gleichberechtigt wichtig sind. Dafür wären eine genaue Bedarfsanalyse sowie die Überprüfung der Kosten für den Einsatz von Helfern sicher hilfreich. Hinsichtlich der komplizierten Materie der „Akzeptanz von Entlastungsangeboten“ liefert dieses Modell einen Hinweis darauf, dass die professionellen Akteure in der Region den tatsächlich vorhandenen Entlastungsbedarf der Angehörigen sehr sorgfältig analysieren sollten. **Der vorschnelle Verbleib bei routinemäßigen Annahmen zu dem, „was Angehörige wirklich brauchen“ läuft Gefahr, in die Sackgasse unbenutzter Versorgungsangebote zu führen**.

Das Modellprojekt profitierte von der hohen Bekanntheit und regionalen Akzeptanz des Projektleiters, die auf dessen langjährigem Engagement für das Thema Demenz und Gerontopsychiatrie in der Region beruhten. So gelang es dem Mitarbeiter, durch hartnäckige Lobby-Arbeit und uneigennützige (den Interessen der Erkrankten/derer Angehörigen verpflichtete) Weitergabe seines Fachwissens, ein **Netzwerk für Fachleute in der Region** aufzubauen. Diesbezüglich ist die Bedeutung einer informellen Kontakt- sowie einer kontinuierlichen Öffentlichkeitsarbeit sowohl für das Entstehen als auch den Bestand praxiswirksamer Netzwerke besonders hervorzuheben. Die Gerontopsychiatrische Koordinationsstelle wird ihrem Namen tatsächlich gerecht und hat eine hohe Bekanntheit als primäre Anlaufstelle für Fachleute, für Interessierte aus anderen Bereichen als auch für die Öffentlichkeit. Die Projektleitung konnte eine praxiswirksame Koordinationsstelle installieren, was in Zeiten des Wettbewerbes auch unter Sozialanbietern nicht selbstverständlich ist.

Die fachlich-wissenschaftliche Begleitung wünscht dem Projektleiter, dass er - in seinem nun ausgeweiteten Handlungsfeld für den gesamten Bezirk Oberpfalz - weiterhin so erfolgreich als Lobbyist und Netzwerker für die Interessen der Demenzkranken und ihrer Angehörigen tätig sein kann.

2. Ambulante sozialpflegerische Dienste e. V. Hof

Modellprojekt „Die Insel“

Das Modellprojekt startete am 01.01.04 mit einer einjährigen Laufzeit seine Arbeit (Bewilligungszeitraum: 01.02.04 - 31.12.04). Als Projektleitung wurde mit einer Vollzeitstelle eine Familienpflegerin eingestellt, die bereits zuvor Mitarbeiterin des Modellträgers war.

Die vielfältigen Aktivitäten des Modellprojektes führten dazu, dass „Die Insel“ sich als akzeptierter Versorgungsanbieter mit anerkannter Kompetenz zum Thema „Demenz“ in der Region etablieren konnte. So wurde das Projekt auch bei den betroffenen Familien in der Region als Ansprechpartner und Anbieter bzw. Vermittler von adäquaten Unterstützungsangeboten für Demenzkranke und deren Angehörige bekannt. Diese erfolgreiche Arbeit der Projektleitung und des -trägers bewirkten, dass das Modellprojekt im Prozess jeweils um ein Jahr verlängert wurde und insgesamt über vier Jahre verlief (Abschluss 31.12.2007). Für die Jahre 2006 und 2007 wurde zusätzlich mit einer ½ Stelle eine Mitarbeiterin als gerontopsychiatrische Fachkraft für die Modellarbeit gefördert.

2.1. Ziele und Ausgangslage des Modellprojektes

Hauptziel des Modellprojektes „Die Insel“ war die Verbesserung der ambulanten Versorgungssituation dementiell erkrankter Menschen. Im Vordergrund standen zwei Tätigkeitsschwerpunkte:

- angesichts regional überwiegend stationärer Versorgungsangebote die **Bereitschaft und Fähigkeit zur häuslichen Pflege durch Familien-angehörige zu sichern** (Angehörigen „eine Erholungsinsel“ zu bieten, bevor sie in anhaltende Überforderungs-/burn-out-Situationen geraten) - vorrangig durch den Ausbau ambulanter (insbesondere niedrigschwelliger) Angebote;
- für die Entwicklung einer **adäquaten Versorgung und Förderung demenzkranker Menschen** regionale **Vernetzung** und interdisziplinäre Zusammenarbeit voranzubringen und zu etablieren.

Als charakteristische Ausgangspunkte dieses Modellprojekts wurden 2004 folgende Faktoren identifiziert:

- Stadt und Landkreis Hof liegen in einer strukturarmen Region und verzeichnen einen hohen Anteil der Bevölkerungsgruppe der über 65jährigen;
- der Modellträger ist ein unabhängiger, gemeinnütziger Pflegedienst (Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband), der in der Region als mittelgroßer Anbieter einzuordnen ist;
- der Modellträger wurde in der Region für seine engagierte praxisbezogene Arbeit (für Patienten, Angehörige und mit Ehrenamtlichen) geschätzt, verfügte 2004 jedoch über kein ausgewiesenes Profil als „Demenz-Spezialist";
- die Versorgung in der Modellregion war geprägt von der dominierenden Rolle eines Wohlfahrtsverbandes (stärkster Anbieter).

Der Referatsleiter Altenhilfe dieses Anbieters stand - wie im ersten Zwischenbericht für 2004 beschrieben - dem Modellprojekt und damit auch dessen konzeptioneller Aufgabe der Vernetzung sehr zurückhaltend gegenüber.[7] Im Gespräch begründete der Mitarbeiter dies damit, "dass diese Konzepte in der Region Hof nicht umsetzbar seien, da die Angehörigen solche Unterstützungsangebote zu wenig annehmen".

Insgesamt stellte sich 2004 die **Ausgangssituation verhältnismäßig unübersichtlich** dar. Dies betraf sowohl die Dynamik im System der Anbieter als auch die sich widersprechenden Aussagen der Akteure zum tatsächlich existierenden Versorgungsbedarf. **Allerdings war die Tatsache, dass eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen gefordert ist, unbestritten.**

2.2. Umsetzung / Projektverlauf

In authentischer und beeindruckender Art und Weise setzte das Modellprojekt "Die Insel" seine Konzeption (auch in deren weiterentwickelten Inhalten) um. Damit konnte die Versorgungssituation für Angehörige Demenzerkrankter sowie für alleinlebende Betroffene in der Region Hof sowohl verbessert als auch die (fach-) öffentliche Sensibilität für die Thematik nachhaltig erhöht werden.

[7] Vgl. dies und folgendes: aufschwungalt GbR: Modellprojekte nach § 45 c SGB XI in Bayern (Schwerpunkt Vernetzung). Zwischenbericht 2004. S.64f. (Als pdf-Datei zu finden unter: www.aufschwungalt.de: Versorgungsforschung, Projekte nach PflEG.)

Über geraume Zeit des Modellverlaufes wurde die Gestaltung des Projektmanagements intensiv diskutiert. Ein wichtiger Aspekt dabei war, die Strukturierung des Projektes herauszuarbeiten und adäquate Darstellungs- und Dokumentationsformen (insbesondere in der Fachöffentlichkeit) zu finden. Diesem Prozess maß die f/w Begleitung besonderes Gewicht bei, um eine transparente Wiedergabe und adäquate Kommunikation der bemerkenswerten inhaltlichen Arbeit des Modellprojektes zu gewährleisten.

Entsprechend seiner Zielsetzung agierte das Projekt in drei Bereichen,

- der Verbesserung der Versorgungsstruktur;
- dem Aufbau eines praxiswirksamen Netzwerkes sowie
- einer breit angelegten Öffentlichkeitsarbeit.

Um die Komplexität der Arbeit visuell schnell erfassbar zu machen, wurde folgende Abbildung erstellt. Sie zeigt zusammenfassend auf einen Blick die Aktivitäten und Ergebnisse des Modellprojektes (Abb. 7). Diesbezügliche Details sind dem Sachbericht der Projektleitung zu entnehmen.

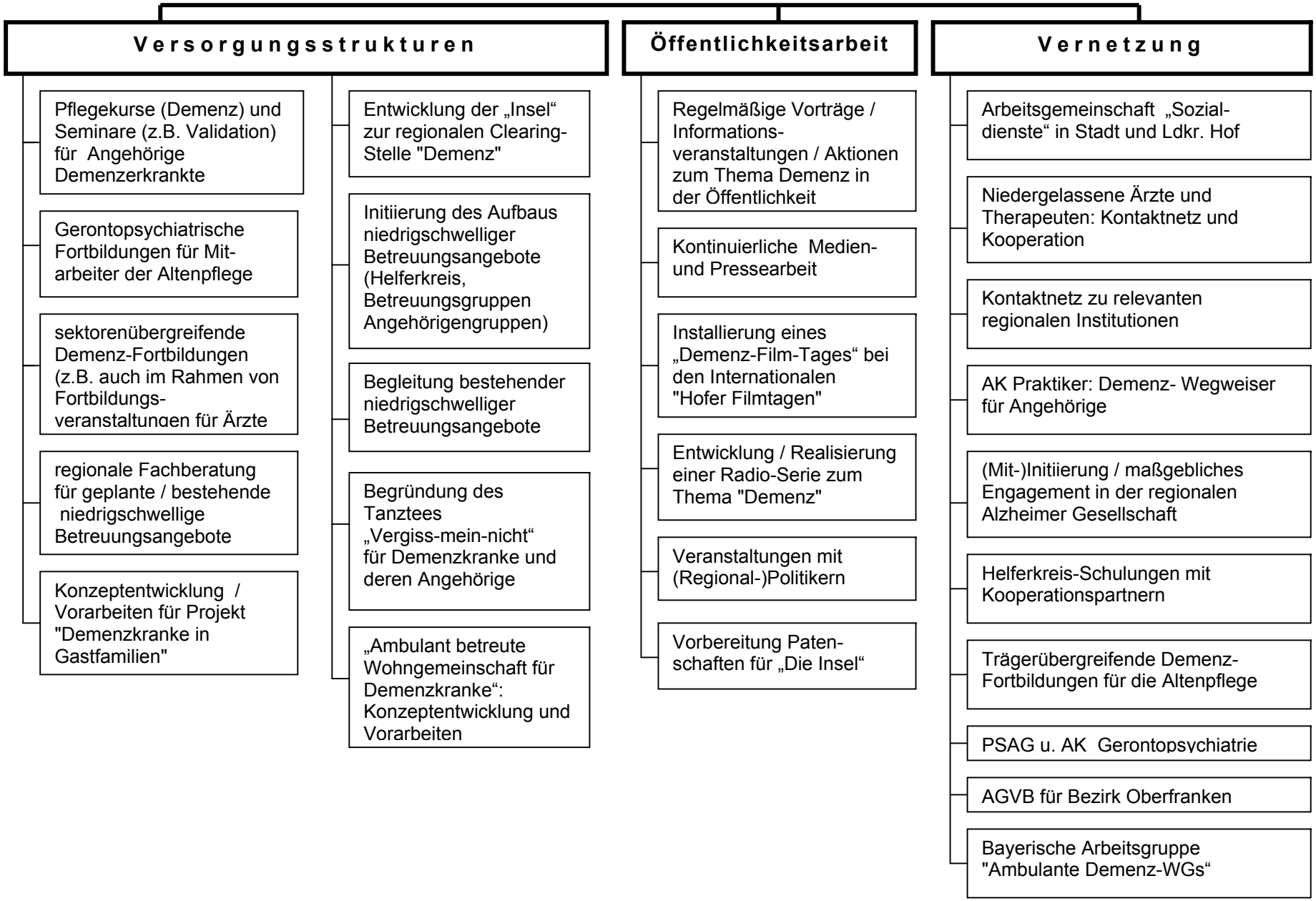

Abb. 7: Modellprojekt „Die Insel“: Projektmanagement - Ergebnisse.

Eines der bedeutendsten Ergebnisse sei hier noch näher erklärt. Dem Modellprojekt „Die Insel“ gelang es als einzigem aller (bisher beendeten bzw. noch laufenden) Modellprojekte einen **per schriftlicher Geschäftsordnung definierten Verbund zu initiieren**: die Arbeitsgemeinschaft „Sozialdienste“ in Stadt und Landkreis Hof. Diese ist ein Gremium, in dem sich zum Zeitpunkt der Gründung acht verschiedene Träger der Alten-, Jugend-, Behinderten-, Erwachsenenhilfe sowie Aus- und Weiterbildung zusammenschlossen. Ziel ist es, die vorhandenen Strukturen, bezogen auf die verschiedenen Bereiche, so weit wie möglich miteinander zu vernetzen und weiter auszubauen. Dabei sollen durch das Zusammenwirken aller Akteure der verschiedenen Arbeitsfelder konsensfähige neue innovative Projekte auf örtlicher Ebene miteinander entwickelt und umgesetzt werden.
Konkrete Ziele der Arbeitsgemeinschaft sind:

- die Erörterung grundsätzlicher Problemfelder der verschiedenen Arbeitsbereiche, soweit sie für Beteiligte der Arbeitsgemeinschaft von Interesse sind;
- die bedarfsorientierte Planung und Weiterentwicklung bereichsübergreifender und/oder bereichsspezifischer Angebote und die Entwicklung neuer Angebote und Projekte im Bereich Sozialer Dienstleistungen;
- Mitwirkung in den verschiedenen Gremien, die sich mit den Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft befassen sowie
- regelmäßiger gegenseitiger Informationsaustausch über die Entwicklung in den einzelnen Arbeitsbereichen.

Voraussetzung und Grundlage für dieses beachtliche Ergebnis im Teilprojekt „Vernetzung“ bildeten auch die oben dargestellten umfangreichen Tätigkeiten in den anderen Bereichen.

2.3. Ergebnisse / Schlussfolgerungen

„Die Insel“ hat etwas bewegt. Bereits Mitte 2006 resümierte die Projektleitung, dass **'Die Insel' in der Region "bereits zum Synonym" für alle Fragen zum Thema Demenz** und diesbezüglicher ambulanter Unterstützungsangebote geworden sei.[8]
Die Zielsetzungen des Modellprojektes

- Verbesserung der Versorgungsstruktur;
- Aufbau eines praxiswirksamen Netzwerkes sowie
- breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit

[8] ASD e.V.: Kurzbericht zum Projekt "Die Insel". S.1. (Mail an die f/w Begleitung vom 23.06.2006)

konnten allesamt in bemerkenswerter Art und Weise realisiert werden.

Versorgungsstruktur / Öffentlichkeitsarbeit

Die Evaluation zu Modellbeginn und Felderfahrungen ließen darauf schließen, dass in der Region Hof die Versorgungssituation der Demenzkranken und ihrer Angehörigen vor dem Start des Modellprojektes in der Wahrnehmung der Fachöffentlichkeit keine herausragende Rolle spielte. Es ließ sich nur eine geringe Zahl spezieller Angebote für Angehörige Demenzkranker oder Betroffene identifizieren (z.B. eine Angehörigengruppe, drei Anträge beim ZBFS zu Betreuungsgruppen nach PflEG, aber keine geschulten Helfer/geplante Helferkreisschulungen nach PflEG sowie zwei weitere Angebote außerhalb des PflEG). Ein relevanter Vertreter des größten Anbieters in der Region erklärte - wie erwähnt - bezüglich des Modellprojektes, "dass diese Konzepte in der Region Hof nicht umsetzbar seien, da die Angehörigen solche Unterstützungsangebote zu wenig annehmen". Der Gesprächspartner hob dabei auf die Besonderheiten der Region ab, die u.a. durch eine zurückhaltende Mentalität geprägt sei: „Die Hofer seien ein eigener Menschenschlag“, die auf Hilfen von außen nur zögernd reagieren. Die oben in Abbildung 7 dargestellten Ergebnisse belegen demgegenüber, wie erfolgreich das Modellprojekt "Die Insel" seine Konzeption umsetzte und sowohl **konkrete Entlastungsangebote** für Angehörige und zu Hause lebende Demenzkranke **initiieren als auch das Bewusstsein der Öffentlichkeit und der Fachwelt für das Demenz-Thema erheblich verbessern** konnte.

Entsprechend des zu Modellbeginn geäußerten Bedarfes wurden insbesondere Angebote zur stundenweisen Entlastung der Angehörigen und eine nachhaltige Öffentlichkeitsarbeit aufgebaut. So ergab die von der f/w Begleitung zu Beginn des Modellprojektes durchgeführte schriftliche Befragung von Angehörigen (105 Fragebögen versandt, Rücklauf N= 70, entspricht 66,7 %), dass sich fast ein Drittel der befragten Angehörigen mehr Informationen zum Thema Demenz sowie zu Fragen des Umgangs mit den Erkrankten wünschten (vgl. folgende Abbildung).

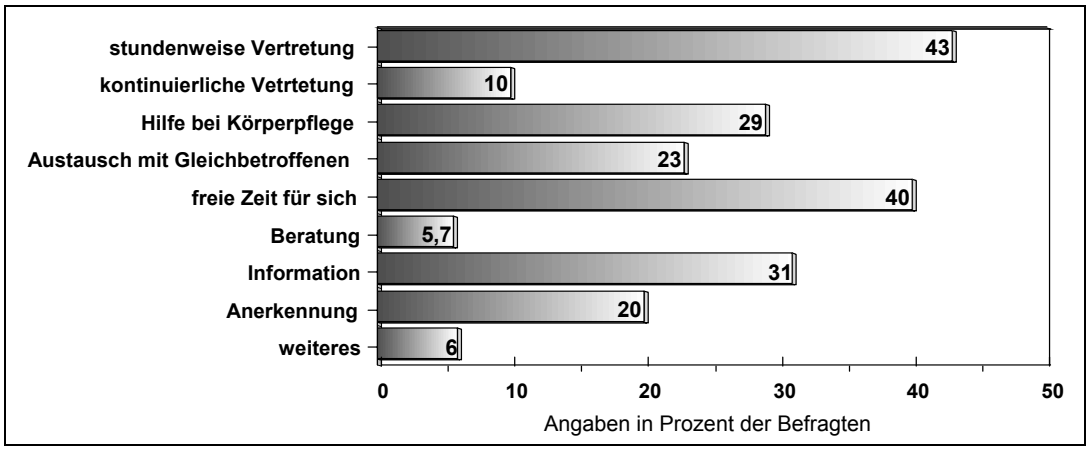

Abb. 8: Angehörigenbefragung 2004: Entlastungswünsche der Angehörigen (Hof)

Diesen Bedarf nach mehr Wissen zum Thema Demenz sahen auch die ebenfalls zum Modellstart befragten Institutionen (90 Fragebögen versandt, Rücklauf N= 11, entspricht 12,2 %). Während in fast allen anderen Modellregionen der Aufbau von Angeboten zur zeitlichen Entlastung als vorrangig eingeschätzt wurde, sahen die Befragten in der Region Hof den dringendsten Bedarf im Bereich der Informationen zur Krankheit/Umgang mit den Betroffenen (vgl. folgende Abbildung).

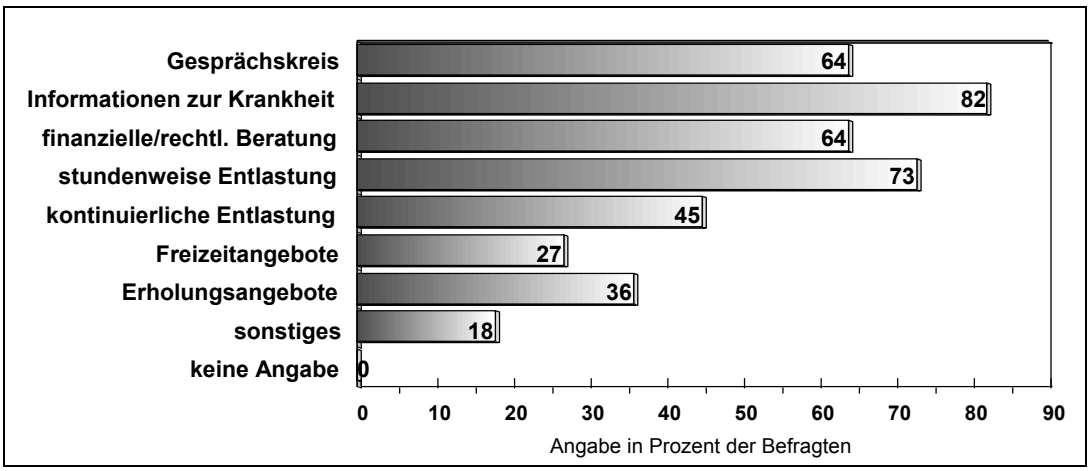

Abb. 9: Institutionsbefragung 2004 in Hof: gewünschter Aufbau von Entlastungsangeboten für Angehörige (Mehrfachnennung möglich)

Mit verschiedenen Strategien versuchte die Projektleitung, dem genannten Bedarf gerecht zu werden. So wurden einerseits kontinuierlich Helferschulungen nach PflEG initiiert sowie Fachberatung zu deren Stabilisierung und Begleitung angeboten. Das Angebot der stundenweisen Entlastung zu Hause wurde von den Angehörigen in Hof gut akzeptiert. Die seit dem ersten Modelljahr laufenden Arbeiten zur Installierung eigenständiger Betreuungsgruppen führten dagegen nicht zum stabilen Angebot einer eigenständigen Betreuungsgruppe für Demenzkranke. Eine initiierte

Betreuungsgruppe lief für ca. zwölf Monate (2006 - 2007) und musste dann mangels Besucher wieder eingestellt werden. Auch ein diesbezüglicher Tätigkeitsschwerpunkt, die Angehörigen in der Region über diese Entlastungsmöglichkeit umfassend zu informieren, um somit das Akzeptanzverhalten der Zielgruppe zu steigern, konnte nicht zu einem dauerhaften Erfolg führen. Eine Antwort auf die Frage nach Ursachen für diese unterschiedliche Akzeptanz niedrigschwelliger Angebote geben die (zum Ende jedes Modellprojektes routinemäßig durchgeführten) **qualitativen Interviews mit Angehörigen** (N = 4). Alle vier Befragten benannten es als einen besonderen Vorteil, dass **der Einsatz der Helfer zu Hause** ihnen bzw. dem Demenzkranken eine „vertraute Person" biete, die den Kranken **„im vertrauten Umfeld"** begleite und betreue.

Neben den bekannten Aspekten, dass Betreuungsgruppen in ländlichen Regionen aufgrund der weiteren Wege sehr wohnortnah (und damit kleinräumig und mit wenigen Besuchern) angeboten werden müssten, bieten die Erfahrungen der „Insel" einen weiteren Anhaltspunkt. Es kann vermutet werden, dass die von einem Akteur erwähnte „Hofer Mentalität" vielleicht auf ein gewisses Sicherheitsbedürfnis der Angehörigen abzielte. Diese Vermutung wird von Aussagen der Projektleitung und -mitarbeiterin im Abschlussinterview unterstrichen. Die in Fachkreisen der Angehörigenarbeit inzwischen integrierten Themen der Scham- und Schuldgefühle könnten eine Rolle spielen. Insbesondere der Aspekt der „beschützenden Scham" sei hier betont, in dem Sinne, dass Scham etwas Nicht-sein-Sollendes, etwas Nicht-Akzeptiertes, aber auch etwas zu sehr „ans-Herz-Gewachsenes", das zu intim ist, um öffentlich oder „zerredet" zu werden, verbergen will. Aus dieser Hypothese wäre zu folgern, **dass in ländlichen Regionen oder in Gebieten mit altgewachsenen, traditionellen Strukturen in der Umsetzung des Pflegeleistungs-Ergänzungs-Gesetzes vorrangig die Priorität auf den Aufbau von Helferkreisen zum Einsatz in der häuslichen Umgebung gesetzt werden sollte**. Erst wenn sich diese Angebote etabliert haben und im allgemeinen Bewusstsein zu einer Selbstverständlichkeit geworden sind, sollten im nächsten Schritt personelle und finanzielle Kapazitäten zum Aufbau von Betreuungsgruppen eingesetzt werden.

Hinsichtlich der Verbesserung der Versorgungsstrukturen kam das Modellprojekt dem Bedarf nach mehr Wissen zum Krankheitsbild und Umgang mit Demenzkranken durch die Installierung regelmäßiger „Pflegekurse für Angehörige

von Demenzkranken“ (in Kooperation mit Pflegekassen) sowie mit der innovativen Idee spezieller Validations-Seminare für Angehörige von Demenzkranken nach. Die Kombination dieser spezifischen Angebote für die Angehörigen mit der breiten Öffentlichkeitsarbeit führte - wie in anderen Modellregionen auch - zu einer Enttabuisierung des Demenz-Themas in der Region. Wie bereits beschrieben, ist diese Reduzierung des Tabus prinzipiell eine wichtige Voraussetzung zur In-Anspruch-Nahme von Entlastungsangeboten durch Angehörige. Hier leistete das Modellprojekt sowohl mit seinen Tätigkeiten zur Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur (durch eigene Projekte und auch durch Fachberatung anderer Träger) als auch durch die enorme und gelungene Öffentlichkeitsarbeit in der Region innovative Arbeit. **Das Bewusstsein für das Thema Demenz und die Situation der Betroffenen und ihrer Familien wurde in der Region signifikant verbessert**.

Hinsichtlich der Öffentlichkeitsarbeit seien hier als Beispiele für die erwähnte Hartnäckigkeit und den Ideenreichtum der Projektleitung und des Modellträgers die Installierung eines „Demenz-Film-Tages“ bei den Internationalen "Hofer Filmtagen", die Entwicklung und Realisierung einer Radio-Serie zum Thema "Demenz" sowie die Begründung des Tanztees „Vergiss-mein-nicht“ für Demenzkranke und deren Angehörige in einem alten Hofer Ausflugslokal erwähnt. Der “Insel“ ist es - auch mit diesen Projekten - durch eine kreative Öffentlichkeitsarbeit gelungen, in unserer Informationsgesellschaft eine mediale und damit öffentliche Wahrnehmung für ihr Anliegen und ihre Ziele herzustellen.

Abschließend und überleitend zum Thema „Vernetzung“ ist noch die Gründung und der Aufbau der Alzheimer Gesellschaft Hof e.V. zu nennen. Auch hier erwies sich das Engagement der Projektleitung hinsichtlich der Schaffung arbeitsfähiger Netzwerke, die tatsächlich in die Praxis ausstrahlen und für die Betroffenen spürbare Unterstützung bieten, als konstruktives Moment. Die regionale Alzheimer Gesellschaft vereint nun Angehörige und Professionelle verschiedener Berufsgruppen, die sich ehrenamtlich nach ihren Möglichkeiten engagieren. Dabei nehmen sie sich mit konkreten Angeboten und kontinuierlicher Öffentlichkeitsarbeit - unabhängig von Trägerinteressen - der Lobbyarbeit für Angehörige und Demenzkranke in der (auch diesbezüglich) strukturarmen Region an. Ein konkreter Ausdruck ist zum Beispiel die Initiierung einer Gesprächsgruppe für Angehörige im

Jahre 2006 (Kooperationsprojekt zwischen Alzheimer Gesellschaft Hof und der „Insel“).

Vernetzung

In der Modellregion existierten - wie oben unter „Ausgangssituation“ beschrieben - einige Vorbehalte gegenüber dem Modellträger als auch gegen Kooperationen allgemein. **Mit der Errichtung der Arbeitsgemeinschaft „Sozialdienste“ wurde ein Zeichen für die gesamte Region gesetzt: verbindliche Netzwerke sind auch zwischen miteinander im Wettbewerb stehenden Anbietern sozialer Dienstleistungen realisierbar.** Voraussetzung dafür ist jedoch, dass es einen „Motor der Vernetzung“ gibt. Diese Rolle konnte das Modellprojekt mit seiner sehr engagierten, hartnäckig und ideenreich agierenden Projektleitung zunehmend ausfüllen (ebenso die Geschäftsführung des Trägers). Interessant in Hof ist, dass der stärkste Anbieter in der Region sich nicht in eine Vernetzung einbeziehen ließ (abgesehen von den Kooperationen im Arbeitskreis Gerontopsychiatrie der regionalen PSAG). Wie bereits in den Zwischenberichten der f/w Begleitung beschrieben, musste „Die Insel“ diese Verweigerung akzeptieren. Die darauf folgende Strategieänderung (nicht das Unmögliche zu verfolgen, sondern neue Ziele zu definieren) führte zum Erfolg. Erfahrungsgemäß können erfolgreiche Verbünde eine Dynamik der Anziehung entwickeln. Es ist gut vorstellbar, dass zur Arbeitsgemeinschaft „Sozialdienste“ weitere Mitglieder stoßen. Vielleicht auch, um Synergieeffekte und Positionierungsvorteile zu nutzen.

Neben dieser regionalen Dynamik setzte “Die Insel“ auch institutions-interne Bewegungen in Gang. So wurde Mitte 2006 zur aktuellen regionalen Konkurrenzsituation von der Projektleitung ausgeführt, dass "Vertreter einer großen Pflegeeinrichtung in Hof uns gegenüber äußerten, dass unsere Arbeit auch dort 'wachgerüttelt' und Veränderungsprozesse beschleunigt habe." [9]

Als besondere Herausforderung hatte sich die Projektleitung den Aufbau eines sektorenübergreifenden Netzwerkes (zu niedergelassenen Haus- und Fachärzten) zu eigen gemacht. Trotz intensivster Arbeit mit kontinuierlicher Kontaktpflege und persönlichen Besuchen konnten die selbstgestellten Erwartungen nicht vollständig

[9] ASD e.V.: Konzept für die Lebensgestaltung betreuungsbedürftiger Menschen in der ambulanten Hausgemeinschaft. Hof, März 2006. S.4. (Mail an die f/w Begleitung vom 02.04.2006)

erfüllt werden. Es entstanden enge Arbeitsbeziehungen zu niedergelassenen Ärzten, auch Neurologen/Psychiatern. Auffallend ist, dass insbesondere junge Ärzte sehr viel kooperationsbereiter waren und Interesse an konkreter Zusammenarbeit äußerten. Ein flächendeckendes Netzwerk im Ärztebereich konnte jedoch trotz aller Bemühungen nicht realisiert werden. Nach allen bisherigen Erfahrungen hat dies einerseits mit subjektiven Einstellungen der Akteure zu tun. Andererseits wird vor einseitigen Schuldzuweisungen gewarnt, da die ökonomische Situation und die Arbeitsbedingungen niedergelassener Ärzte (resp. Hausärzte) in strukturschwachen Regionen zunehmend schwieriger werden und diesen somit auch weniger Spielraum für - vielleicht sogar subjektiv wahrgenommenen - Handlungsbedarf lassen.

Aufbau und Pflege informeller Kontakte sowie Mitarbeit in verschiedenen Gremien und projektbezogene Kooperationen (als erstem Schritt zum Aufbau praxiswirksamer Netzwerke) wurden auch vielfältig von der „Insel“ geleistet. Die Bedeutung dieses Tätigkeitsbereiches wurde bereits in der Bewertung anderer Modellprojekte gewürdigt und wird von daher hier nicht wiederholt.

Evaluationen zum Modellabschluss

Auch bei der „Insel“ wurde die routinemäßige Befragung zum Modellende durchgeführt (qualitative Interviews mit Angehörigen, Befragung regionaler Akteure mittels teilstandardisiertem Fragebogen sowie teilstandardisierte Interviews mit Projektleitung und Modellträger). Im Vergleich zu den bereits vorliegenden Daten aus den Erhebungen der anderen bereits abgeschlossenen Modellprojekte bietet hier die Evaluation der Angehörigen und Akteure keine neuen Ergebnisse. Auf eine Darstellung wird im Sinne der Lesbarkeit des Berichtes verzichtet. Allgemein zum Thema sei jedoch auf den zeitgleich vorgelegten Bericht „Modellprojekte nach PflEG in Bayern. Ergebniszusammenfassung 2004-2007“ verwiesen.

In der Abschluss-Befragung der Projektleitung, der Projektmitarbeiterin und des Geschäftsführers des Modellträgers äußerten alle übereinstimmend, dass sie in der Umsetzung der Modellkonzeption ihre Ziele (wenn auch teilweise modifiziert) fruchtbringend verwirklichen konnten. Das Hauptziel, „Die Insel“ zu einem „Synonym für Demenz“ in der Region zu machen, sei hundertprozentig erreicht worden. Hinsichtlich der Netzwerke mit den Ärzten wurde ausdrücklich als ein Erfahrungswert benannt, dass „junge Ärzte prinzipiell aufgeschlossener“ seien: „Man

sollte bei einer Praxiseröffnung gleich Gewehr bei Fuß stehen.“ Für den Aufbau einer nachhaltigen Kooperation mit Ärzten bedürfe es eines langjährigen Engagements („drei Jahre Vorarbeit“), um dann auf eine größere Offenheit und breiteres Interesse zu stoßen. Persönliche Besuche seien „unabdingbar“. Diese würden in der Kombination mit regelmäßiger Pressearbeit („nach dem Besuch in der Praxis liest der Arzt dann etwas über ‚Demenz/Die Insel’ in der Zeitung“) vielfach zu einer mentalen Öffnung und Interessiertheit der Ärzte führen.

Zur Akzeptanz der Entlastungsangebote durch Angehörige wurde die oben bereits diskutierte Schwellenangst der Familien in der Region mehrfach betont. Die Projektmitarbeiterin wies jedoch auch nachdrücklich auf die wirtschaftliche Situation vieler Menschen hin. So werden z.B. bei Arbeitslosigkeit die „familiären Lösungen“ („Da springt dann mein Sohn ein.“) bevorzugt. So verständlich diese ökonomischen Zwänge sind, bleibt offen, ob diese Lösung für die Lebensqualität aller Beteiligten immer von Vorteil ist. Den Aufbau von Betreuungsgruppen sowie auch Angeboten für alleinlebende Demenzkranke sehen die Projektvertreter so auch weiterhin als dringend nötig. Andererseits wurde auch klar benannt, dass allein die Tatsache, dass spezielle Entlastungsangebote für Angehörige und Demenzkranke überhaupt aufgebaut wurden, „Anlass war, diese schließlich anzunehmen“. Als hilfreiche Strategien bezeichneten die Projektvertreter u.a.:

- Beharrlichkeit;
- die persönliche Kontaktaufnahme zu Angehörigen und Betroffenen;
- Aufmerksamkeit für an Vernetzungsprozessen interessierten Akteuren;
- die Bereitschaft, Umwege zu gehen (hinsichtlich praxiswirksamer Vernetzung sowie
- Vernetzungsarbeit als kontinuierliche Detailarbeit zu verstehen und umzusetzen.

Als besonders förderliche Kompetenzen für die Umsetzung der Projektideen wurden definiert:

- das Überzeugt-Sein von der eigenen Idee;
- Phantasie;
- Flexibilität und Anpassungsfähigkeit;
- soziale Kompetenzen („auf Menschen zu gehen können“);
- Interesse am Dazu-Lernen (Sachkenntnis);

- Kontakte in der Region sowie
- die Stimmigkeit zwischen theoretischem Anspruch und praktischem Handeln.

Insbesondere letzteres weist - ähnlich wie in der Modellregion Amberg - darauf hin, dass die Glaubwürdigkeit der für das Projekt handelnden Akteure im engen Zusammenhang mit dem Erfolg ihrer Tätigkeit steht.

2.4. Zusammenfassung

Das Modellprojekt „Die Insel“ des ASD e.V. in Hof ist ein **Projekt der Praktiker**. In ihrem Arbeitsalltag nahmen Geschäftsführung sowie eine engagierte und wache Mitarbeiterin die Nöte und den Unterstützungsbedarf der Angehörigen Demenzkranker in ihrer strukturschwachen Region wahr. Folgerichtig entwickelten sie eine Konzeptidee, um für den Alltag der Zielgruppe etwas zu verändern und zu verbessern. Dies ist dem Projektträger mit seiner Projektleitung und der Projektmitarbeiterin in bemerkenswerter Weise gelungen. **Im Vergleich zu den anderen Modellprojekten nach PflEG in Bayern hat hier ein kleiner Träger (ein gemeinnütziger ambulanter Pflegedienst) in seiner Region nachhaltig die Versorgungssituation für die Familien der Demenzerkrankten und die Betroffenen verbessert und das Thema „Demenz“ aus der Tabuzone herausgeholt.** „Die Insel“ konnte sich in der Region als Clearing-Stelle zum Thema „Demenz“ etablieren. Wie bei anderen Modellprojekten auch führte eine engagierte und ideenreiche Arbeit in den Bereichen der Verbesserung der Versorgungsstruktur, der Öffentlichkeitsarbeit sowie dem Aufbau von Netzwerken zu diesem Erfolg.

Auch nach Beendigung der Modellförderung will der Projektträger „Die Insel“ weiterpflegen. Die im Verlauf der Projektumsetzung hinzugewonnene Professionalität, die gewachsene Bekanntheit sowie die gesammelten Erfahrungen beim Modellträger bieten dafür eine gute Voraussetzung. Darüber hinaus werden jedoch auch die (durch das Modell initiierte) Arbeitsgemeinschaft „Sozialdienste“ in Stadt und Landkreis Hof sowie die feste Etablierung (des Projektträgers) in regionalen und überregionalen Gremien und das geschaffene informelle Netzwerk für das Weiterbestehen der „Insel“ und ihrer Anliegen positiv wirksam sein.

Das Modellprojekt „Die Insel“ agierte in einem Umfeld, das (auch) vom Wettbewerb um Kunden und Marktanteile unter den Anbietern der Altenpflege geprägt ist. (Von der f/w Begleitung wurde schon verschiedentlich die Thematik „Kooperation und

Vernetzung versus Konkurrenzdruck und daraus folgenden Ängsten und Widerständen“ diskutiert.) Als kleinem Anbieter in einer Region mit einem starken Marktführer gelang es dem Modell dennoch, in einem nicht reibungslosen und auch schwierigen Prozess, sowohl eine tatsächlich bei den Zielgruppen ankommende Verbesserung der Versorgungssituation als auch den Aufbau eines strukturellen und informellen Netzwerkes zu verwirklichen. Die f/w Begleitung sieht dies (wie auch das gesamte Modell) als beispielgebend für künftige Prozesse. Auch weniger etablierte und bekannte Träger mit sehr praktischer Ausrichtung sollten als Partner für innovative Vorhaben und Weiterentwicklungen ernst genommen werden. Sie sind durchaus in der Lage - gegen manche Widerstände - sehr professionelle Netzwerke aufzubauen.

Der weiteren Arbeit des Modellträgers bei der Verbesserung der Versorgungssituation Demenzkranker und ihrer Angehörigen, z.B. durch den Aufbau innovativer Wohnformen und die Implementierung von „Gastfamilien für gerontopsychiatrisch Erkrankte“ in der Region wünscht die f/w Begleitung weiterhin viel Erfolg sowie engagierte Mitstreiter und Unterstützer.

Anhang 1

"Gerontopsychiatrische Koordinationsstelle (GKS) für den Landkreis Amberg-Sulzbach und die Stadt Amberg": Vortragsreihe zu seelischer Gesundheit im Alter

Vortragsreihe zu seelischer Gesundheit im Alter

in der St. Johannesklinik, 2. Stock, Krankenhausstraße 1, Auerbach
jeweils Mittwoch um 15.30 Uhr

Auskünfte erteilt: Georg Pilhofer, Sozialpsychiatrisches Zentrum Amberg, Tel. 09621/37240

18.01.06 „Mit 66 Jahren da fängt das Leben an – Seelische Gesundheit im Alter“ Referent: Georg Pilhofer, Dipl.-Sozialpädagoge (FH), Gerontotherapeut

Wer kennt ihn nicht den Schlager von Udo Jürgens? Doch das Alter hat nicht nur seine Höhen, es birgt auch Tiefen. Jeder Mensch, jede Lebensgeschichte ist einzigartig. Ältere Menschen benötigen respektvolle Lebensbegleitung, Unterstützung und Pflege. Oft sind alte Menschen einsam und alleingelassen. Ihre Seele leidet und wird krank. Dieser Vortrag vermittelt die Lebenssituation und Bedürfnisse alter Menschen und die Einflüsse auf deren seelische Gesundheit. Wie der alte Mensch, Angehörige und Fachleute mit Krisen umgehen können wird ebenso erörtert, wie Aus-Wege aus der Einsamkeit im Alter.

01.02.06 „Himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt - Depressionen im Alter“ Referent: Dr. med. Lutz Kiefer

Depressionen sind im höheren Lebensalter eine häufig auftretende Störung. Meist werden Depressionen nicht erkannt, da ihre Symptome sehr vielfältig sein können. Der Vortrag soll helfen, Depressionen im Alter zu erkennen und Wege der Behandlung aufzeigen.

22.02.06 „Das Gedächtnis lässt nach – habe ich Alzheimer? Was ist Demenz?“ Referent: Dr. med. Klaus Gebel

Die durchschnittliche Lebenserwartung in Deutschland ist in den letzten Jahrzehnten ständig angestiegen. In diesem Zusammenhang zeigen auch die sogenannten Demenzen als typische Alterserkrankungen eine deutliche Häufigkeitszunahme. Es wird auf die beiden häufigsten Demenzformen, die Alzheimer Demenz und die gefäßbedingte Demenz eingegangen. Die bestehenden Möglichkeiten der Früherkennung, die Unterschiede zwischen den beiden Demenzformen, der Verlauf und die aktuellen Behandlungsmöglichkeiten werden besprochen.

15.03.06 „Vergesslichkeit und Verwirrtheit im Alter – Wie kann damit umgegangen werden?“. Referentin: Claudia Sobek, Dipl. Sozialpädagogin (FH), Krankenschwester

Ältere Menschen klagen häufig über ein nachlassendes Gedächtnis und mangelnde Aufmerksamkeit. Sie haben vor allem Schwierigkeiten beim Einprägen neuer Informationen. Die Gedächtnisstörungen sind ein Teil des normalen Alterungsprozesses und individuell sehr verschieden. Die Ursache der Gedächtnisstörung könnte auch an einer Demenz liegen. Dieser Vortrag informiert darüber, welche Möglichkeiten Sie haben, um ihre körperlichen und geistigen Fähigkeiten zu fördern, sie soweit als möglich zu erhalten, und wie man im Falle einer Demenz mit dem Betroffenen umgehen kann.

29.03.06 „Geriatrische Rehabilitation in der St. Johannes Klinik in Auerbach“ Referent: Dr. med. Roland Hoffmann, St. Johannesklinik

Ältere Menschen sind durch Verletzungen, schwere Erkrankungen oder operative Eingriffe vermehrt von Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit von Dritten bedroht. Eine selbständige Lebensführung ist häufig nach Akuterkrankung nicht mehr möglich und ein Umzug ins Pflegeheim erforderlich. Ziel der geriatrischen Rehabilitation ist die weitgehende Wiederherstellung krankheitsbedingt verlorener Fähigkeiten und die Wiedererlangung von Unabhängigkeit und eigen-bestimmter Lebensführung. Insgesamt ist somit die Wiedererlangung von Mobilität und Selbständigkeit ein wichtiger Pfeiler von seelischer Gesundheit im Alter.

12.04.06 „Angst hat viele Gesichter – Konstruktiver Umgang mit Angstgefühlen“ Referentin: Heidi Himmelhuber, Dipl. Sozialpädagogin (FH), Leitung SPZ Amberg

Jeder kennt Situationen im Leben, in denen er Angst hatte, vielleicht sogar große Angst. Ist es die Angst vor dem Alleinsein, Krankheiten oder mangelnder Sicherheit - im Alter nehmen derartige Ängste oft noch zu und scheinen die Betroffenen zu erdrücken. Dieser Gesprächsabend zeigt die vielen Facetten von Ängsten auf und versucht vieles für Betroffene verständlich und nachvollziehbar zu machen. Auch Hilfsmöglichkeiten zum besseren Umgang mit Angst werden vermittelt.

Zum Besuch dieser Veranstaltungsreihe laden ein:
Die St. Johannesklinik und die Stadt Auerbach, katholische und evangelische Kirchengemeinden und Bildungswerke EBW & KEB, die VHS Amberg-Sulzbach und das Sozialpsychiatrische Zentrum Amberg.

Anhang 2

Abkürzungsverzeichnis

a.a.O.	am angegebenen Ort (Literaturhinweis)
Abb.	Abbildung
AGVB	Ambulanter Gerontopsychiatrischer Verbund Bayern
AK	Arbeitskreis
Anm. d.Verf.	Anmerkung der Verfasser
ARGE	Arbeitsgemeinschaften zur Grundsicherung für Arbeitssuchende nach SGB II
ASD e.V.	Ambulanter Sozialdienst e.V.
AWO	Arbeiterwohlfahrt
BRK	Bayerisches Rotes Kreuz
e.V.	eingetragener Verein
etc.	et cetera
Ev. / Evang.	evangelisch
evtl.	eventuell
(FH)	Fachhochschule
f/w Begleitung	fachlich-wissenschaftliche Begleitung
gBGmbH	gemeinnützige Betriebs-GmbH
GeFa Mittelfranken	Gerontopsychiatrische Fachkoordination für den Bezirk Mittelfranken
ggf.	gegebenenfalls
gGmbH	gemeinnützige GmbH
GKS	Gerontopsychiatrische Koordinationsstelle
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GPDI	Gerontopsychiatrischer Dienst
HK	Helferkreis
inhaltl.	inhaltlich
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
NBH	Nachbarschaftshilfe
o.g.	oben genannt
o.S.	ohne Seitenangabe
PDL	Pflegedienstleiter
PflEG	Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz
PflSt.	Pflegestufe
PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
PWV	Der PARITÄTISCHE Wohlfahrtsverband Bayern. Bezirksgeschäftsstelle Oberbayern

Resp.	respektive
SEGA	Verein zur Förderung der Seelischen Gesundheit im Alter
s.o.g.	siehe oben genannte
sog.	sogenannte
u.a	unter anderem
u.U.	unter Umständen
VDK	Verband der Kriegs- und Wehrdienstopfer, Behinderten und Rentner Deutschland
vgl. ebd.	vergleiche ebenda
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil