

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 (Teil1) Modelle 2004-2006

Sabine Tschainer

Brigitte Hörmann

unter Mitarbeit von

Madelaine Strassburg

Claudia Tritschler

aufschwungalt GbR

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einleitung	3
1. Übersicht über die Modellprojekte mit dem Schwerpunkt Vernetzung	6
2. Modellprojekte	
2.1. Alzheimer Gesellschaft München e.V.	
2.1.1. Konzept und Ziele des Modellprojektes	8
2.1.2. Umsetzung / Projektverlauf	10
2.1.3. Ergebnisse / Schlussfolgerungen	12
2.1.3.1. Helferverbund	12
2.1.3.2. Grundlegende Voraussetzungen für den Aufbau funktionierender Netzwerke	17
2.1.3.3. Instrumente zur Qualitätssicherung	23
2.1.4. Zusammenfassung	25
2.2. Caritasverband Straubing-Bogen e.V.	27
2.2.1. Konzept und Ziele des Modellprojektes	27
2.2.2. Umsetzung / Projektverlauf	29
2.2.3. Ergebnisse / Schlussfolgerungen	35
2.2.3.1. Projektmanagement / Konzeptimplementierung	35
2.2.3.2. Niedrigschwellige Betreuungsangebote / Versorgungsangebote	37
2.2.3.3. Träger- und berufsübergreifende Vernetzung	42
2.2.3.4. Teilprojekt "Fallbezogene Vermittlung und Kooperation"	45
2.2.4. Zusammenfassung	48
2.3. Evangelischer Krankenverein Gunzenhausen e.V.	51
2.3.1. Konzept und Ziele des Modellprojektes	51
2.3.2. Umsetzung / Projektverlauf	55
2.3.3. Ergebnisse / Schlussfolgerungen	60
2.3.3.1. Projektmanagement / Konzeptimplementierung	61
2.3.3.2. Betreuungsangebote / Versorgungsstrukturen	63
2.3.3.3. Weitere Teilprojekte	73
2.3.4. Zusammenfassung	74
2.4. PIA e.V. München	77
2.4.1. Konzept und Ziele des Modellprojektes	77
2.4.2. Umsetzung / Projektverlauf	79
2.4.3. Ergebnisse / Schlussfolgerungen	81
2.4.3.1. Projektaufbau / Konzeptimplementierung	81
2.4.3.1.1. Qualifizierte ehrenamtliche Helfer	85
2.4.3.1.2. Klienten-Evaluation	90
2.4.3.1.3. Datenbank	92
2.4.3.1.4. Implementierung in der Region / Netzwerk	93
2.4.4. Zusammenfassung	97
3. Entlastungsbedarf der Angehörigen – ausgewählte Ergebnisse der Evaluationen in den Modellregionen	99

4. Zusammenfassung	103
Anhang	106
Anhang 1 Alzheimer Gesellschaft München e.V.: Standards für Helferschulungen nach PflEG	107
Anhang 2 Alzheimer Gesellschaft München e.V.: Empfehlungen für Auswahl, Begleitung und Fortbildung ehrenamtlicher HelferInnen nach PflEG	114
Anhang 3 Pia e.V.: >Hilfe vor Ort<: "Merkmale des Projektes >Hilfe vor Ort< Unterscheidungs-merkmale zu anderen Beratungs- und Hilfeangeboten"	123
Anhang 4 PIA e.V.: Vorgehensweise	134
Anhang 5 Dokumentation der abschließenden Helferbefragung des Projektes PIA e.V.	142
Anhang 6 Abkürzungsverzeichnis	146

Einleitung

Der Aufbau lebendiger Vernetzung und praktisch wirksamer Kooperationen ist eine der wichtigsten Aufgaben von dreizehn Modellprojekten, die seit Anfang 2004 vom Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen sowie der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern finanziell gefördert 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 demenzerkrankte Pflegebedürftige“ empfiehlt. Als einer der ersten Bundesländer hat Bayern mit der Verordnung zur Ausführung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes (AVPfLEG vom 8. April 2003) die Grundlagen zur entsprechenden Umsetzung im Freistaat gelegt.

Neben

- der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte, insbesondere für demenzerkrankte Menschen und ihre Angehörigen
- dem flächendeckenden Aufbau und Ausbau sogenannter niedrigschwelliger Betreuungsangebote sowie
- der Qualifizierung der Mitarbeiter

wurde bei sieben der 2004 gestarteten Modellprojekte ein besonderer Schwerpunkt auf die

- träger- und berufsgruppenübergreifende Vernetzung der verschiedenen Angebote der Alten- und Angehörigenhilfe sowie der Gerontopsychiatrie in einem regionalen bzw. überregionalen Verbundsystem gelegt.

Die fachlich-wissenschaftliche Begleitung durch die aufschwungalt GbR München legt mit diesem ersten Abschlußbericht die Ergebnisse der vier - Ende 2006 / Anfang 2007 - beendeten Modellprojekte vor.

Aufgrund der unterschiedlichen Schwerpunkte und Ergebnisse der Modellprojekte werden in der Strukturierung der jeweiligen Darstellung zu den einzelnen Projekten unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt. Damit soll die Lesbarkeit des vorliegenden Berichtes durch die Fokussierung auf beispielhafte und für andere Nutzer interessante Ergebnisse verbessert werden.

Die Darstellung unter Punkt 2 bei den jeweiligen Projekten wird relativ kurz gehalten, da die Einzelheiten zur Umsetzung der jeweiligen Modellprojekte detailliert den Sachberichten der Modellprojekte zu entnehmen sind. Schwerpunkt des vorliegenden Berichtes stellt die Bewertung der Ergebnisse sowie die Reflektion der Tätigkeit der einzelnen Projekte durch die fachlich-wissenschaftliche Begleitung dar.

München im März 2007

aufschwungalt GbR

Sabine Tschainer

Brigitte Hörmann

1. Übersicht über die Modellprojekte

Folgende Abbildung ermöglicht einen Überblick über die lokale Ansiedlung und die Träger der Modellprojekte (mit dem Schwerpunkt Vernetzung), die im ersten Quartal des Jahres 2004 ihre Arbeit aufnahmen:

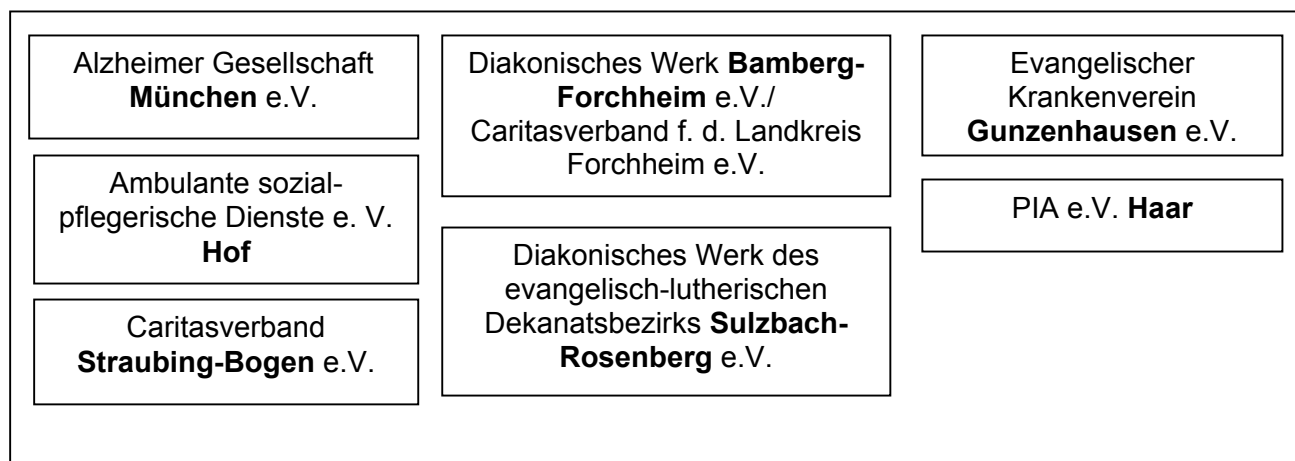


Abb. 1.: Übersicht Modellprojekte

Die konzeptionellen Ziele der vier Projekte, die ihre Arbeit beendet haben, werden nachstehend überblicksweise vorgestellt:

Alzheimer Gesellschaft München e.V.

- Ziel: Aufbau eines Verbundes zur Koordinierung von HelferInnenschulungen (Demenz), Vermittlung und Einsatz ehrenamtlicher HelferInnen nach PflEG
 - Teilziele:
 - Koordinierung der Schulung / Vermittlung / Einsatz von Demenz-Helfern innerhalb der 13 Sozialregionen Münchens
 - Herstellung von Transparenz zu allen damit verbundenen Aspekten
 - Aufbau regionaler HelferInnenkreise (Verbund von kooperierenden Einrichtungen; Ausarbeitung von Qualitätskriterien)
 - Gezieltere und schnellere Vermittlung von geeigneten HelferInnen an KlientInnen in der Modellregion München

Caritasverband Straubing-Bogen e.V. V.

- Ziel: optimale Versorgung von Pflegebedürftigen (insbesondere mit einer Demenzerkrankung) - Schwerpunkt „Erhalt der eigenen Häuslichkeit“
- Aufgaben:
 - Aufbau vernetzter gerontopsychiatrischer Strukturen im Landkreis
 - Schaffung eines ausgebauten Unterstützungssystems bei Pflegebedürftigkeit (mit dem Schwerpunkt Demenzerkrankter) in der Stadt Bogen und in der Gemeinde Laberweinting

Ev. Krankenverein Gunzenhausen e.V.

- Ziel: Aufbau einer Zentralen Verbundstelle im Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen zur Vernetzung ambulanter, teilstationärer und stationärer Einrichtungen
 - Teilziele:
 - Entwicklung eines flächendeckenden Verbundsystems durch Vernetzen des Pflegezentrums (Teil der Verbundstelle) mit (zu installierenden) kleinräumigen „Hausgemeinschafts-Satelliten“ und „Pflege-Satelliten“
 - Ausbau von Versorgungsstrukturen bzw. Erprobung neuer Strategien / Betreuungskonzepte in der ambulanten/teilstationären Versorgung psychisch kranker alter Menschen
 - Erprobung von innovativen Finanzierungsmöglichkeiten in der ambulanten und teilstationären Pflege

PIA e.V. München

- Ziel: Herstellung der koordinierten Zugriffsmöglichkeit auf alle regionalen Ressourcen des Versorgungssystems für ältere Menschen in schwierigen Lebenssituationen
 - Teilziele:
 - Aufbau einer entsprechenden Datenbank
 - Entwicklung eines adäquaten Assessments
 - Aufbau eines Helferpools
 - Aufbau eines regionalen Netzwerkes

2. Modellprojekte

2.1. Alzheimer Gesellschaft München e.V.

Das Modellprojekt „Demenz-Helferinnen – Aufbau eines Verbundsystems zur Koordinierung von Helferschulungen, Vermittlung und Einsatz ehrenamtlicher Helfer für die Modellregion München“ startete am 01.02.04 mit einer zweijährigen Laufzeit seine Arbeit (Bewilligungszeitraum: 01.02.04 - 31.01.06). Als Projektleitung wurde mit einer zusätzlichen Teilzeitstelle (19,5h) eine Diplom-Sozialpädagogin (FH) eingestellt, die zuvor bereits für den Projektträger mit einer Teilzeitstelle (19,5h) für den Aufgabenbereich der Beratung, der niederschwelligen Angebote sowie der Öffentlichkeitsarbeit tätig war. Intensive Unterstützung erhielt die Projektleitung durch die ehrenamtlich tätige Vorstandsvorsitzende des Trägers. Aufgrund der erfolgreichen Arbeit wurde eine **Verlängerung des Projektes um ein weiteres Jahr** bewilligt, so dass das Projekt am 31.01.2007 endete.

2.1.1. Konzept und Ziele des Modellprojektes

Das Projekt "Demenz-HelferInnen" setzte sich zum Ziel, in der Landeshauptstadt München ein Verbundsystem zur Koordinierung von Helferschulungen sowie zur Vermittlung und dem Einsatz ehrenamtlicher Helfer im Rahmen niedrigschwelliger Angebote nach dem PflEG aufzubauen. Damit verbunden waren die Herstellung von Transparenz zu allen diesbezüglichen Aspekten, der weitere Aufbau lokaler Helferkreise sowie die Ausarbeitung von Qualitätskriterien.

Ausgangslage für die Konzeptentwicklung waren Entwicklungen bezüglich des Aufbaus niedrigschwelliger Angebote in der Landeshauptstadt, in der seit dem Jahre 2000 in Kooperation mehrerer Dienste/Träger¹ Schulungen für Helferkreise zur Entlastung Angehöriger Demenzkranker stattfanden. Bis zur Beantragung des Modellprojektes durch die Alzheimer Gesellschaft München hatte sich diesbezüglich eine unübersichtliche (teilweise widersprüchliche) Situation bezüglich dieser Schulungsangebote und Helferkreise nach PflEG gebildet. Projektleitung und Träger fassten die Ausgangssituation zu Beginn des Modellprojektes folgendermaßen

¹ Folgende Institutionen waren neben der Alzheimer Gesellschaft München e.V. beteiligt:
 - Beratungsstelle für pflegende Angehörige der AWO, Kreisverband München-Stadt e.V.
 - Gerontopsychiatrischer Dienst München-Nord (Diakonie Hasenberg e.V.)
 - Gerontopsychiatrischer Dienst München-West (Projekteverein e.V., Dachverband AWO)

zusammen: Es existiere "ein sehr uneinheitliches Procedere bezüglich des gesamten Themenbereiches Helferkreise für Demenzkranke". Dies betreffe sowohl Qualifizierungsmaßnahmen, Einsatz und Vermittlung der Helfer als auch Zuständigkeiten und finanzielle Fragen.“ Desgleichen wurde ein prinzipielles „Fehlen an Wissen“ bezüglich des PfIEG und seiner Umsetzung sowie "mangelnde Informationen und Transparenz" bezüglich aller Angebote des bürgerschaftlichen Engagements für Senioren in München benannt. Die Ausgangssituation war somit gekennzeichnet von der Notwendigkeit einer effizienten und transparenten Organisation und Koordination der Helferkreise für Demenzkranke in der Landeshauptstadt, um Synergie-Effekte für die Anbieter und Nutzerfreundlichkeit für die Betroffenen und Angehörigen zu gewährleisten.

Mit beratender Begleitung der f/w Begleitung wurde in mehreren Schritten der Projektstrukturplan entwickelt (Stand: 23.09.2004)²:

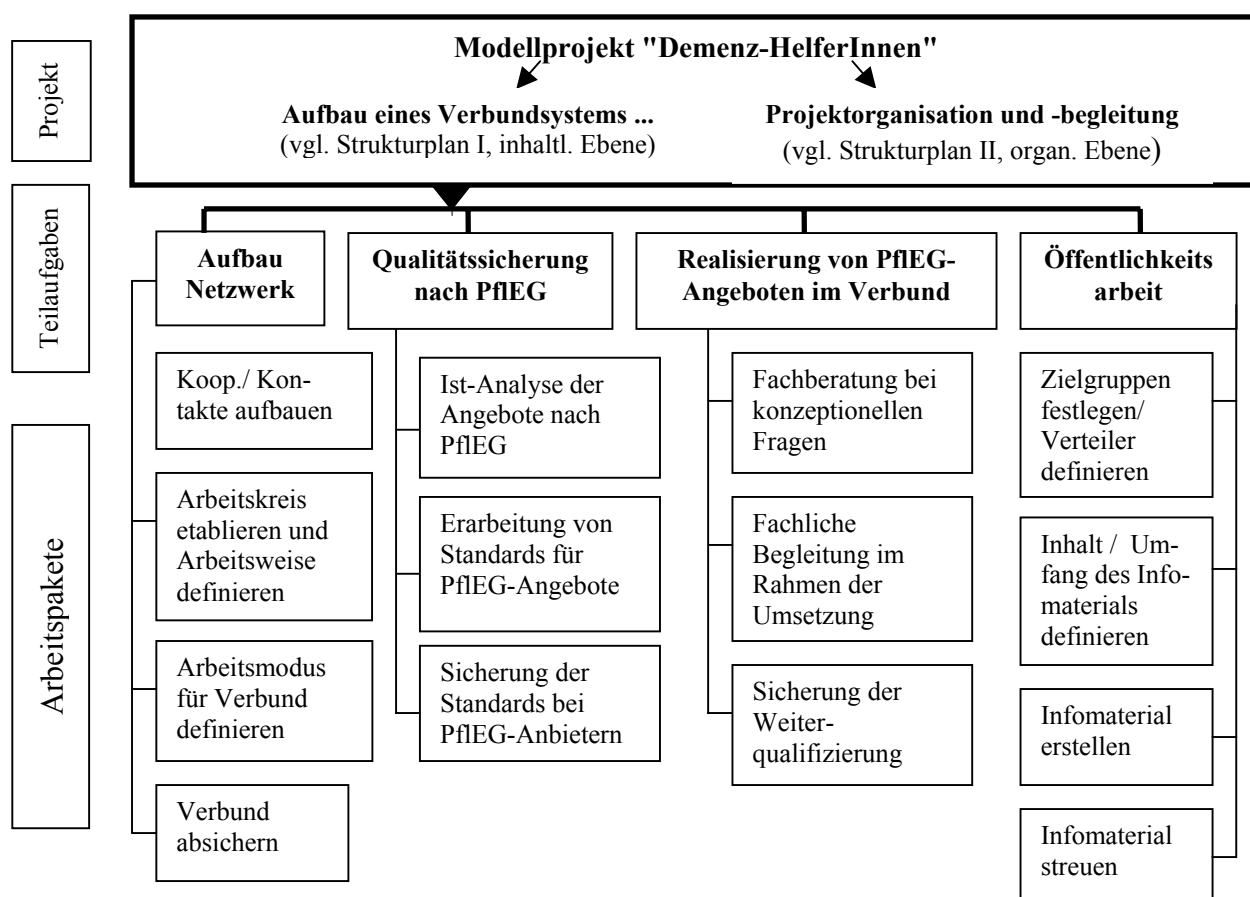


Abb.:2.: Projektstrukturplan Alzheimer Gesellschaft München e.V.

² Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird hier nur die inhaltliche Ebene des Gesamtplanes dargestellt.

2.1.2. Umsetzung / Projektverlauf

Im **ersten Modelljahr** lagen die Schwerpunkte der Modellrealisierung in den Teilprojekten **"Aufbau Netzwerk"** und "Realisierung von PflEG-Angeboten im Verbund". Bis Mitte des Jahres konnte ein "Arbeitskreis Netzwerk" etabliert werden, der sich die Erarbeitung von Standards bezüglich der Helferkreisschulungen zur Aufgabe machte.

Darüber hinaus gelang im Teilprojekt "Qualitätssicherung nach PflEG" der Abschluss der Ist-Analyse durch eine systematische Erfassung der relevanten Angebote in der Landeshauptstadt. Während des gesamten Modellverlaufes erfolgte eine regelmäßige Aktualisierung der Daten. Neue Angebote innerhalb der LHS München wurden zeitnah in Faltblätter der AGM - z.B. „Allgemeine Informationen über Betreuungsgruppen“ - eingearbeitet. Des Weiteren wurden im Teilprojekt "Arbeitskreis Netzwerk" Informationsflyer für Angehörige (und Betroffene) in München zu den Themen „Helferkreise nach PflEG“ (2005) und „Unterstützung und Hilfe bei Demenzerkrankungen in München“ (2006) erarbeitet. Sie sind so gestaltet, dass Aktualisierungen problemlos (und kostengünstig) möglich sind. In der Fortführung des Modellprojektes als Regelangebot ist angedacht, die Ergebnisse der Ist-Analyse auch im Internet zugänglich zu machen, um damit kontinuierlich für Betroffene, Angehörige und die (Fach-)Öffentlichkeit aktuellste Informationen zur Verfügung zu stellen.

Die folgende Abbildung zeigt die Arbeitsinhalte des Modellprojektes im ersten Jahr (2004).

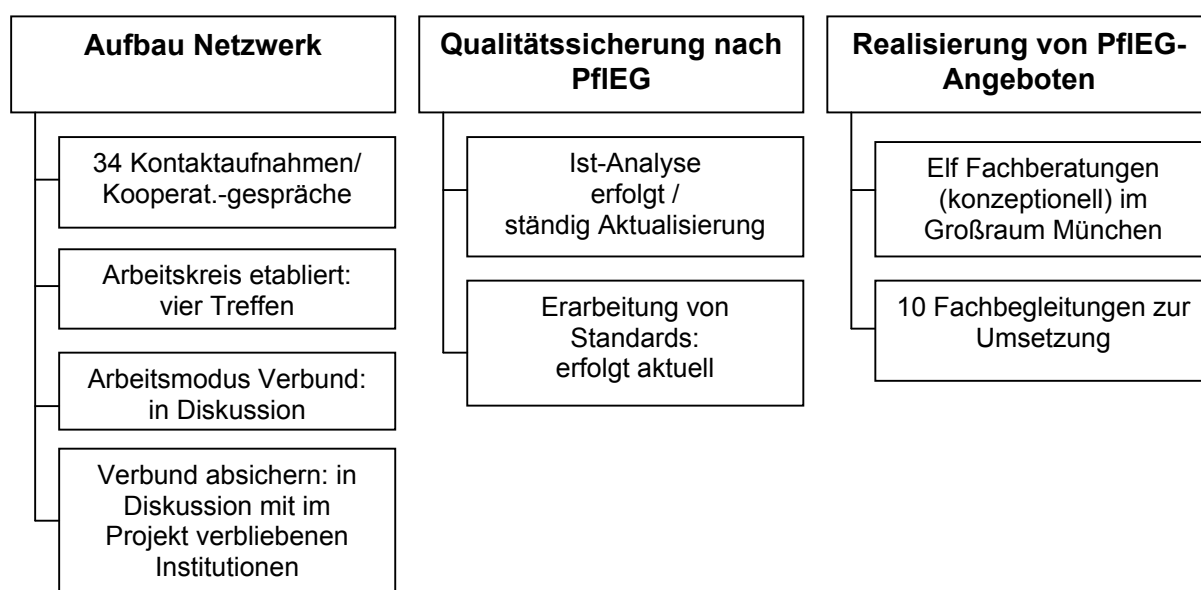


Abb.:3.: Alzheimer Gesellschaft München: Ergebnisse im ersten Projektjahr

Als beachtliches Ergebnis des zweiten Jahres konnte die Arbeitsgruppe „Helferverbund“, die im "Arbeitskreis Netzwerk" begründet und zur Arbeitsfähigkeit geführt wurde, die „**Standards für Helferschulungen nach PflEG**“ vorlegen. Diese wurden im Oktober 2005 von Vertretern der beteiligten zehn Einrichtungen³ (die die AWO, den Caritas-Verband, das Diakonische Werk und den Paritätischen Wohlfahrtsverband repräsentieren) handschriftlich unterzeichnet. Sie verstehen sich als „inhaltliche Erläuterungen, Präzisierung und Ergänzung der von den Spitzenverbänden vorgegebenen Schulungsthemen“ aufgrund der "praktischen Erfahrung innerhalb der in München angesiedelten HelferInnenkreise"⁴. Dieses konkrete Teilergebnis steht für die im zweiten Modelljahr erfolgreich realisierte Weiterentwicklung und Verstetigung des Netzwerkes. Kontinuierlich leistete die Projektleitung auch im zweiten Jahr - wie über den gesamten Modellzeitraum - Fachberatungen zum Aufbau von PflEG-Angeboten im Großraum München. Diese Beständigkeit gilt auch für den Themenbereich der Öffentlichkeitsarbeit (Vorträge, Informationsveranstaltungen etc.) zu PflEG-relevanten Themen.

In der Konsequenz der erfolgreichen Konzeptumsetzung beschloss der **Stadtrat der Landeshauptstadt München** im November 2005, dass der „**Helfer-Verbund**“ nach **Abschluss der Modellphase weitergeführt** werden soll und die Alzheimer Gesellschaft München dafür mit entsprechenden **finanziellen Mittel** ausgestattet wird.

Neben den bereits beschriebenen kontinuierlichen Tätigkeiten im Bereich Öffentlichkeitsarbeit, Fachberatung und Schaffung von Transparenz zu vorhandenen Angeboten lagen Tätigkeitsschwerpunkte des dritten Modelljahres in

- der Klärung und Festlegung eines Arbeitsmodus' für den Helfer-Verbund nach Abschluss der Modellphase sowie

³ Im einzelnen: - Alzheimer Gesellschaft München e.V.

- Beratungsstelle für pflegende Angehörige und ältere Menschen der AWO München gBGmbH
- Beratungsstelle für pflegende Angehörige des Caritas-Zentrum München-Nord
- Angehörigenberatung des Caritas-Zentrums München-West und Würmtal
- Angehörigenberatung des Vereins Carpe Diem e.V.
- Beratungsstelle DAHOAM Häusliche Krankenpflege und Altenbetreuung e.V.
- Gerontopsychiatrischer Dienst München Nord
- Gerontopsychiatrischer Dienst München West
- Beratungsstelle im Netzwerk Pflege der Inneren Mission München
- Beratungsstelle für ältere Menschen und ihre Angehörigen des Paritätischen Bayern

⁴ Vgl. Alzheimer Gesellschaft München: Standards für Helferschulungen nach PflEG." vom 29.06.2005. Siehe Anhang: Anlage 1.

- der Fertigstellung und gemeinsamen Verabschiedung der **"Empfehlungen für Auswahl, Begleitung und Fortbildung ehrenamtlicher HelferInnen nach PfIEG"**⁵.

2.1.3. Ergebnisse / Schlussfolgerungen

Das Modellprojekt „Demenz-HelferInnen - Aufbau eines Verbundsystems zur Koordinierung von Helferschulungen, Vermittlung und Einsatz ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer im Rahmen niederschwelliger Angebote nach PfIEG für die Modellregion München“ konnte seinen Ansatz - durch Herstellung von Transparenz und mehr Übereinstimmung im Vorgehen (bezüglich der Helferkreise nach PfIEG) zur Qualitätssicherung und der Schaffung von Synergieeffekten beizutragen - sehr erfolgreich umsetzen. Mit der Etablierung des **"Helferverbundes"** und dessen geplanter Weiterführung nach Modellende als "Münchner Helfernetzwerk Demenz" leistete das Projekt beispielhafte Arbeit zur Realisierung eines funktionierenden praxiswirksamen Netzwerkes. Desgleichen stellen die im Netzwerk entwickelten **Instrumente zur Qualitätssicherung** nach Einschätzung der f/w Begleitung wichtige Meilensteine im Prozess der Umsetzung des PfIEG in Bayern dar.

2.1.3.1. Helferverbund

Der Aufbau des Netzwerkes wurde von der Projektleitung in der Anfangsphase der Konzeptumsetzung sowohl durch grundsätzlichen vielgestaltigen Kontakt- und Kooperationsaufbau als auch intensive, zielgerichtete Handlungen zur Etablierung eines funktionierenden Arbeitskreises in die Wege geleitet. Nach nicht unerheblichen Schwierigkeiten in der Etablierungsphase gelang es allen Beteiligten, im Verlauf des Jahres 2004 für das Gremium einen kontinuierlichen Arbeitsrhythmus zu installieren. Die Problemlage des Gründungsprozesses beleuchten die von der Projektleitung protokollierten - im Folgenden wieder-gegebenen - Diskussionsinhalte des ersten Treffens mit interessierten Institutionen⁶:

„Folgende Vorbehalte/Unklarheiten wurden formuliert:

1. Will man sich denn in gewachsene HKs (Helferkreise - Anm. d.Verf.) einmischen?
2. Wie mächtig soll denn die AGM (Alzheimer Gesellschaft München - Anm. d.Verf.) bzw. der Arbeitskreis sein?
3. Wird man auf eng eingegrenzte Gebiete bezüglich der Einsätze reduziert?
4. Werden Strukturen von oben aufgepfropft?
5. Wird die „Trägersensibilität“ berücksichtigt? (dazu: sollte dann nicht doch besser gleich über die ARGE agiert werden?)

⁵ Siehe Anhang: Anlage 2.

⁶ Protokoll der Projektleitung zu diesem Treffen vom 20.02.04

6. Werden z.B. kirchliche Strukturen genügend erfasst?
7. Soll es eine Einmischung in die bestehenden Schulungen geben?
8. Ist der Arbeitskreis ein Kontrollorgan?“

Nach Beobachtungen der f/w Begleitung sind solche und vergleichbare Themen beispielhaft für die Stimmung unter Akteuren in der Anfangsphase regionaler Vernetzungsprozesse. Es ist davon auszugehen, dass Aspekte wie beispielsweise **Befürchtungen** vor

- unerwünschten/zusätzlichen Kontrollprozessen
- Beschneidung langjähriger Tätigkeitsbereiche und/oder inhaltlichen Vorgehens
- Durchsichtigkeit von Handlungsprozessen und damit assoziiertem Machtverlust
- Eingriffe in gewachsene, informell etablierte Strukturen
- Fremdbestimmung und Verlust von eigenständiger Steuerungskompetenz

in der Anfangsphase eines regionalen Vernetzungsprozesses **gewöhnlich dazugehören.**

Nach intensiver Debatte konnte im Rahmen des Treffens „eine Einigung darüber erzielt werden, dass die Anwesenden sich mit einer **‚Erfassung des Ist-Zustandes‘ als einem ersten Teilziel** einverstanden“ erklärten.⁷ Diese Veränderung im Vorgehen der Projektleitung und der Vorstandsvorsitzenden des Trägers, die am Prozess aktiv beteiligt war, stellt einen (den) entscheidenden Faktor dar, um das Konzeptziel, die Verbundetablierung, im Ergebnis erreicht zu haben. Die Strategie-Modifizierung beinhaltete im Wesentlichen

- die **Zurückstellung ergebnisorientierter Tätigkeiten** zum Aufbau des Verbundsystems (nach anfänglich raschen und konkreten Aktivitäten aufgrund des hohen Engagements)
- **Einführung einer ergebnisoffenen Diskussionskultur** im Arbeitskreis und auch im Rahmen sonstiger Kontakte.

Damit sah sich im weiteren Verlauf der Arbeitskreis in die Lage versetzt, den einhelligen Beschluss zu fassen, gemeinsame Standards zur Helferschulung zu entwickeln und damit seine inhaltliche Arbeit aufzunehmen.

⁷ Vgl.: o.g. Protokoll vom 20.02.04

Ab Mitte des letzten Modelljahres diskutierten die Mitglieder des Arbeitskreises über die **Modalitäten der Weiterarbeit nach Abschluss des Modellzeitrahmens**.

Das Fortbestehen des Arbeitskreises wurde von Anfang an einmütig begrüßt und ein künftiger Turnus von drei jährlichen Treffen für alle bisherigen Teilnehmer und evtl. neue Interessierte vereinbart. Als inhaltliche Schwerpunkte der Arbeit sind u.a. geplant:

- zeitnahe Austausch (Abstimmung bei Helferfragen, freien Kapazitäten etc.)
- Einrichtung einer Helfer-Datenbank für den internen Gebrauch
- regelmäßiger Erfahrungsaustausch zu den erstellten Qualitätspapieren
- Information u. Beratung neuer Institutionen
- Sicherung / Kooperation der Fortbildungsangebote für Ehrenamtliche
- Herausgabe geeigneter Publikationen, gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit.

Insbesondere die Gewinnung neuer Mitglieder wird für das "Münchner Helfernetzwerk Demenz" von Bedeutung sein. Hinsichtlich der Zielsetzung des Modells konnten diese Absichten nicht realisiert werden. Die Projektverantwortlichen konstatierten in der Abschlussbefragung der f/w Begleitung, dass **in der Modellzeit in München keine neuen Helferkreise** "dazugekommen" seien⁸. **Ebenfalls nicht erreicht** werden konnte eine **Strukturierung der Helferkreise** und -schulungen bezogen auf die dreizehn **Sozialregionen** der Landeshauptstadt oder die vier psychiatrischen **Versorgungsregionen**, für die jeweils ein Gerontopsychiatrischer Dienst zuständig ist.

⁸ Jedoch erhöhte sich nach Aussagen der Projektverantwortlichen die absolute Zahl der PflEG-Helfer in der Landeshauptstadt. (persönliche Informationen der f/w Begleitung im Rahmen des Treffens des Helferverbundes am 16.01.2007)

Folgende Abbildungen zeigen die ursprüngliche konzeptionelle Planung:

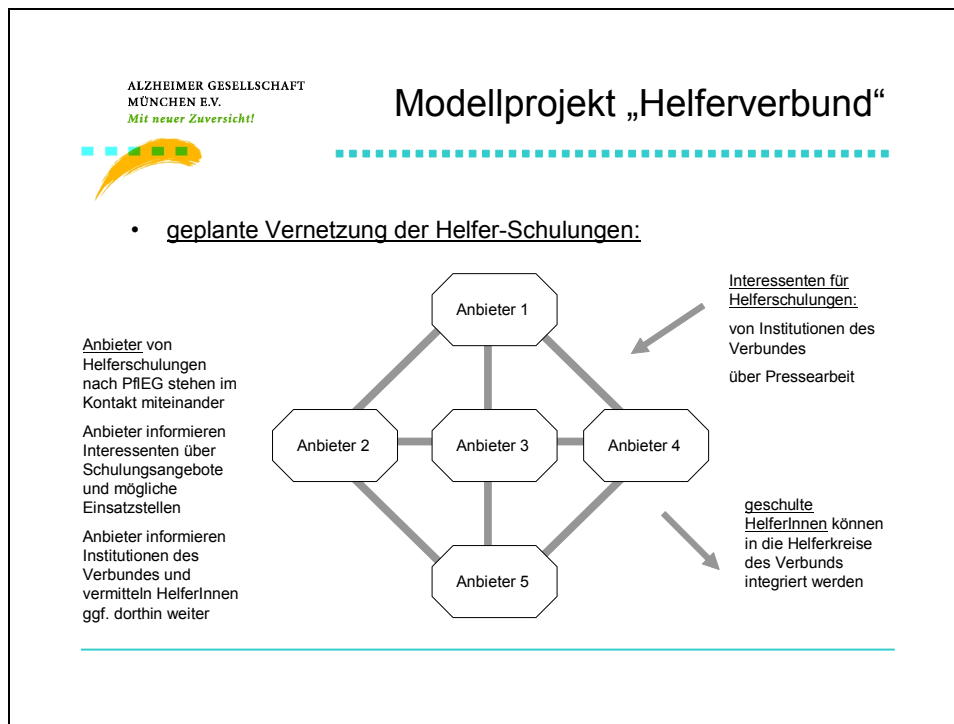


Abb.:4.: Alzheimer Gesellschaft München: Zielsetzung "Helferschulungen" (Präsentation des Modellträgers vom Januar 2007)

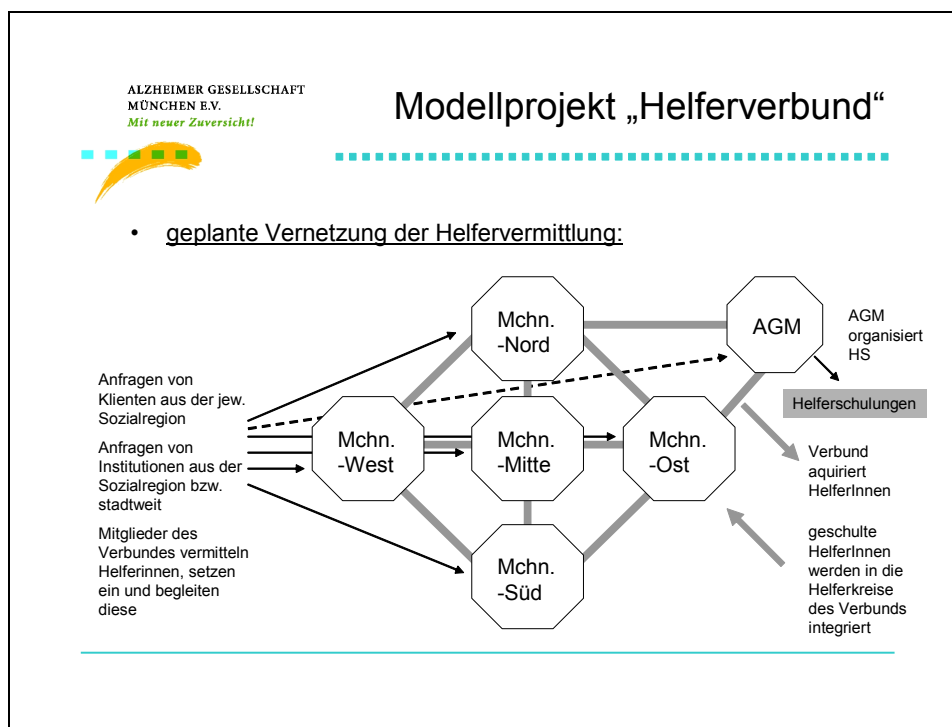


Abb.:5.: Alzheimer Gesellschaft München: Zielsetzung "Helfervermittlung" (Präsentation des Modellträgers vom Januar 2004)

Bereits zu Anfang der Modellumsetzung (Januar bzw. März 2004) schlossen die beiden Gerontopsychiatrischen Dienste im Osten und Süden Münchens ihre (weitere) Mitarbeit im Arbeitskreis "Vernetzung" und möglichen Verbund aus. Dieser Schritt wurde damit begründet, dass die Beantragung und Etablierung eines anerkannten Helferkreises nach PflEG nicht beabsichtigt sei. Somit hatte das Modellprojekt insbesondere im Süden der Stadt vorerst keinen Ansprechpartner mehr.⁹ Die geplante Ansiedlung des Verbundes auf fünf Zentralen (vier Gerontopsychiatrische Dienste - zuständig für den Norden/Osten/Süden/Westen - mit ihren gerontopsychiatrischen Kompetenzen, Erfahrungen und Bekanntheitsgraden sowie Alzheimer Gesellschaft in der Stadt-Mitte) erforderte eine Modifizierung. Die mit der Kooperationsabsage erforderte Veränderung der Lösungswege stärkte letztendlich die Wahrnehmung weiterer Angehörigenberatungsstellen im Bayerischen Netzwerk Pflege für das Modellprojekt.

Die beiden folgenden Abbildungen zeigen nun die **Ergebnisse der veränderten Konzeptumsetzung**:

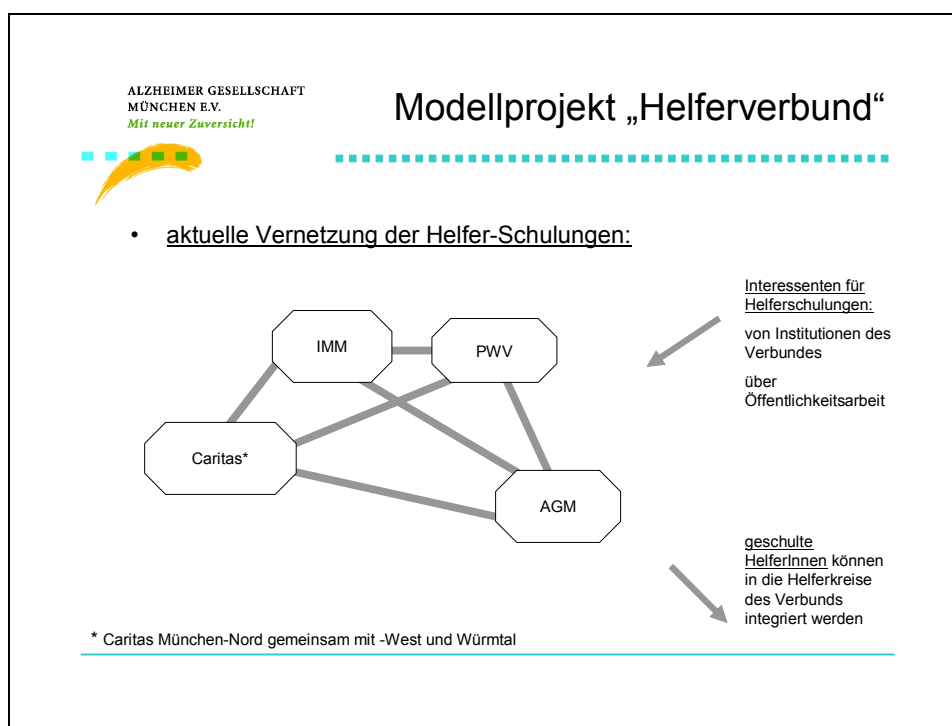


Abb.:6.: Alzheimer Gesellschaft München: Ergebnis der Vernetzung der Helferschulungen (Präsentation des Modellträgers vom Januar 2007)

⁹ An dieser Situation hatte sich bis zum Modellende nichts geändert, während der Modellzeit wurde im Münchener Süden kein Helferkreis nach PflEG aufgebaut. (Stand: 16.01.2007; persönliche Informationen der f/w Begleitung im Rahmen des Treffens des Helferverbundes)

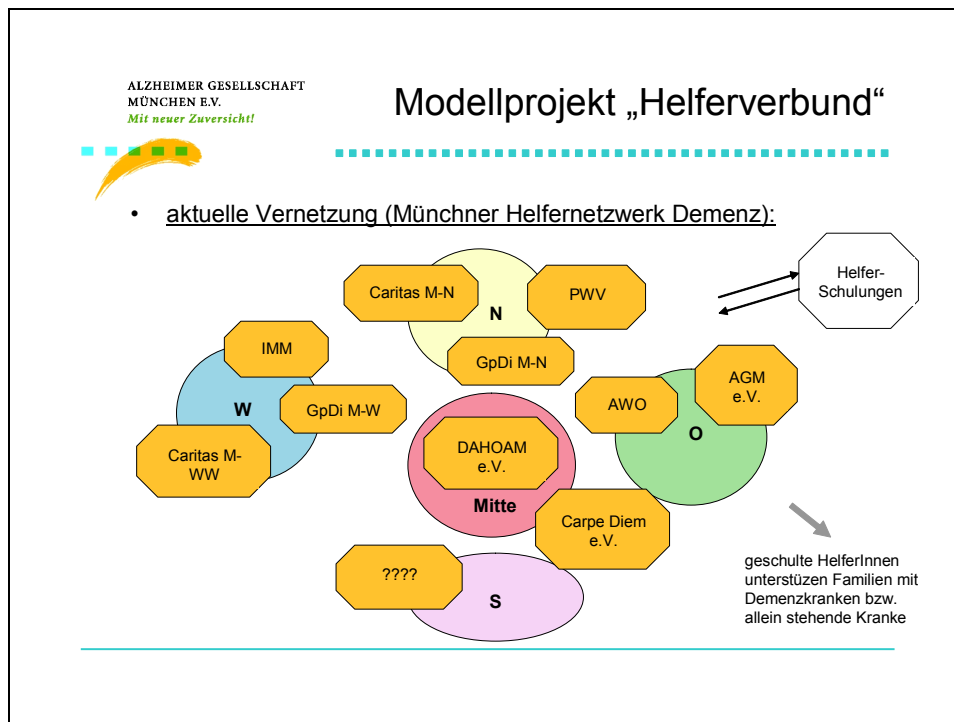


Abb.:7.: Alzheimer Gesellschaft München: Ergebnis der Vernetzung (Verbund) (Präsentation des Modellträgers vom Januar 2007)

Hinsichtlich der Gewinnung weiterer Mitglieder für das Helfernetzwerk Demenz - und damit neuer Träger für Helferkreise - zeigte sich die Projektleitung in der Abschlussbefragung zuversichtlich, da sich aktuell bereits mehrere Interessenten an sie gewandt hätten.

2.1.3.2. Grundlegende Voraussetzungen für den Aufbau funktionierender Netzwerke

Im Vergleich der Vernetzungs-Modellprojekte nach PflEG in Bayern ist der Alzheimer Gesellschaft München mit dem **Helferverbund** ein **überdurchschnittliches Ergebnis in der Vernetzungsarbeit** gelungen. Aus Sicht der f/w Begleitung kann der Arbeitsprozess und das Arbeitsergebnis dieses Zusammenschlusses exemplarisch für erfolgreiche Vernetzung stehen. Die Beobachtungen und Erhebungen bei unterschiedlichen Akteuren (Projektleitung, Projektträger, Mitglieder des Helferverbundes, Experten in der Modellregion) ergaben, dass die Beteiligten übereinstimmend gewisse **Strategien und Gesetzmäßigkeiten als Grundlagen für den gelungenen Aufbau** des Münchener Helferverbundes definierten. Da aus Sicht der f/w Begleitung erfolgreiche Vernetzung

immer noch vielfach mühselig ist, seien diese Aspekte hier - im Sinne der Modellhaftigkeit - ausführlicher wiedergegeben.

Projektleitung

- **Akzeptanz divergierender fachlicher Schwerpunkte** bei den Netzwerk-Partnern ("Es müssen jetzt nicht alle das gleiche machen! Nur wenn wir Vielfalt erhalten, wird der Verbund für alle Menschen gut!")
- Toleranz anderer Meinung, Kompromissfähigkeit, Humor
- Schaffung angenehmer **Rahmenbedingungen** (Atmosphäre) bei Vernetzungs-Treffen
- **Aufmerksamkeit im Umgang** mit Kolleginnen/Vernetzungspartnern
- "zielgerichtetes Ackern und Dranbleiben am Thema"
- **gemeinsame Erfolgserlebnisse** sichern (u.a.) die Kontinuität einer realisierten praxiswirksamen Vernetzung

Projektträger

- Der Beginn **von Kooperationsprozessen muss von Vertrauensaufbau geprägt** sein, dazu gehöre, dass Netzwerk-Initiatoren nicht mit fertigen Lösungen/Konzepten auftreten, sondern Eigenheiten und Spezialitäten der Partner akzeptieren und integrieren. Ein Vertrauensaufbau werde durch zu schnelles "fachliches Vorpreschen" karikiert. (Wörtlich sagte die Vorstandsvorsitzende des Projektträgers: "Es ist nicht möglich, eine fachliche Agenda abzuhaken und dabei auf emotionaler Ebene über die Partner hinwegzugehen.")
- **Herausarbeitung eines klaren Ziels für alle Beteiligten**, damit die Netzwerkpartner ihren individuellen Gewinn, den sie für sich aus der Beteiligung an der Vernetzung ziehen, definieren können (Im Sinne: "Was habe ich davon, wenn ich mitmache?")
- Der **Netzwerkinitiator übernimmt koordinierende, operative Aufgaben**: Einladungen/Protokolle, Arbeitsergebnisse zusammenfassen, in Textform bringen, Korrekturen/Vorschläge einarbeiten (es erfolgte der ausdrückliche Hinweis auf die "knappen Ressourcen der Mitarbeiter in den Diensten", sie "können nicht mehr als das vorbereitete Material lesen", jedoch "nicht selbst ausarbeiten")

- hinsichtlich nötiger **Kompetenzen der Projektleitung** benannte der Projektträger folgende Aspekte:
 - Kenntnis der institutionellen Zusammenhänge in der Region
 - weitreichende Kontakte
 - persönliche Voraussetzungen seien auch eine "zugehende Art" und die Fähigkeit, andere "mitreißen, begeistern" zu können
 - die Befähigung zu strukturiertem Arbeiten
 - akzeptierte fachliche Kompetenzen
 - hohes Engagement ("über das beantragte Maß hinaus")

Mitglieder des Helferverbundes

- das aufzubauende Netzwerk benötige "einen **klar ausgesprochenen Auftrag**"
 - Federführung/**Koordination durch neutrale, allseits akzeptierte Einrichtung** (könne nicht der "dominierende Träger in der Region" sein)
 - **Information und Einladung an alle** in der Region in diesem Bereich Tätigen (erfordere klare Bestandsanalyse durch Koordination unter Beteiligung aller potentiellen Netzwerkpartner)
 - **Vertrauensaufbau**: "Man hat sich als Mensch näher kennengelernt." ("damit konnte die Voreingenommenheit, die gegenüber anderen Institutionen (Mitarbeitern) da war, reduziert werden, die Vernetzung laufe nun gut auf kollegialer Ebene")
 - "offensive Informationspolitik", **Transparenz** durch Koordination und Bereitschaft aller Beteiligten, "sich transparent zu geben"
 - Schaffung einer Plattform und Atmosphäre, um die verschiedenen **"Befürchtungen" der Beteiligten aussprechen** zu können
 - **offener Umgang mit** und Diskussion des **"Konkurrenzgedankens"** der Netzwerkpartner
 - **Akzeptanz von "Eigenheiten"** der einzelnen Institutionen und diese Unterschiedlichkeiten auch als Vorteile (im Sinne der Vielfalt) ansehen
 - Erarbeitung **konkreter Ergebnisse** und Produkte
 - Akzeptanz, dass Vernetzungsarbeit ein Prozess sei und **Zeit** bräuchte
- Zusammenfassend äußerte eine Verbundpartnerin: "Man sollte tunlichst das Gegenteil von oben Genanntem. unterlassen!"

Experten in der Modellregion

In der Experten-Befragung zum Abschluss des Modellprojektes (N=12) wurden folgende - für das Thema "Vernetzung" relevante - Aussagen getroffen¹⁰:

a) Informations-Status' zu Aufgaben/Tätigkeiten des Modellprojektes:

SEHR GUT	AUSREICHEND	ZU WENIG	ÜBERHAUPT NICHT
N = 10	N = 0	N = 2	N = 0

83% der Befragten fühlen sich zu den Inhalten und der Umsetzung der Konzeption des Modellprojektes **bemerkenswert informiert**. Dabei ist festzuhalten, dass die Gruppe der Befragten nicht mit den Teilnehmern des Helferverbundes identisch ist (auch wenn Überschneidungen bestehen).

b) Initiativen seitens des Modellprojekt bezüglich Vernetzung / Kooperation

THEMENSTELLUNG	NENNUNGEN
Gründung eines Arbeitskreis' „ambulante Gerontopsychiatrie“	0
Aufbau einer Arbeitsgruppe "Vernetzung/Zusammenarbeit"	7
gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Info-Materialien)	8
informelle Kooperation	6
weiß nicht	1
Weitere	4

Erläuterungen zum Item "informelle Kooperation" benennen u.a., dass der AK "Münchener Demenz Helferkreis" die Zusammenarbeit fördere und einen Beitrag zur Qualifizierung leiste. Begrüßt wird von den Experten auch, dass das "Wissen über die Angebote anderer Teilnehmer" gewachsen sei. Unter dem Punkt "Weiteres" wird u.a. erwähnt, dass der Aufbau des Arbeitskreises allgemein die "Zusammenarbeit der Dienste" fördere.

¹⁰ Aus Gründen der Lesbarkeit wird in der folgenden Ergebnisdarstellung auf die explizite Erwähnung der Möglichkeit zu Mehrfachnennungen bzw. der Zahl fehlender Angaben verzichtet. Sie sind jeweils gegeben, wenn die Zahl der Nennungen ungleich 12 ist.

c) Einschätzung zur **Dauerhaftigkeit der vernetzten Strukturen** nach Beendigung des Modellprojektes

AUSSAGE	NENNUNGEN
bleiben auf dem geschaffenen Niveau bestehen	10
werden sich verändern, aber nicht gänzlich verlieren	3
werden sich auflösen	0
weiß nicht	1
Sonstiges	0

Die Ansicht, dass das bestehende Niveau bestehen bleiben kann, wird mehrheitlich mit der **finanziellen Absicherung** der Arbeit durch die Landeshauptstadt München begründet. Die Vermutung "möglicher Veränderungen" bezieht sich auf die Frage, ob das geschaffene hohe Niveau (z.B. Frequenz der Verbundtreffen) gehalten werden könne, jedoch wird eine gewisse Absenkung angesichts der "sehr guten Basis" nicht als gravierend eingeschätzt.

d) **Ausbau der vernetzten Strukturen** nach Modellende möglich?

JA	NEIN	WEISS NICHT
N = 8	N = 0	N = 2

Die Begründung der zustimmenden Antworten beinhaltet u.a.:

- durch Aus-/Aufbau eines Internet-gestützten Informationsaustausches
- durch die Verantwortlichkeit einer „leitenden“ Stelle und deren Auftrag (mehrfach genannt)
- durch den Beitritt neu entstehender Helferkreise in den Verbund.

e) subjektive Einschätzung zu den **Grenzen der Vernetzung**

EXISTIEREN	GIBT ES NICHT	WEISS NICHT
N = 10	N = 1	N = 0

Auffallend ist die hohe Zustimmung. Eine Aufschlüsselung der diesbezüglichen Begründungen zu "Grenzen von Vernetzungsprozessen" zeigt folgende Abbildung:¹¹:

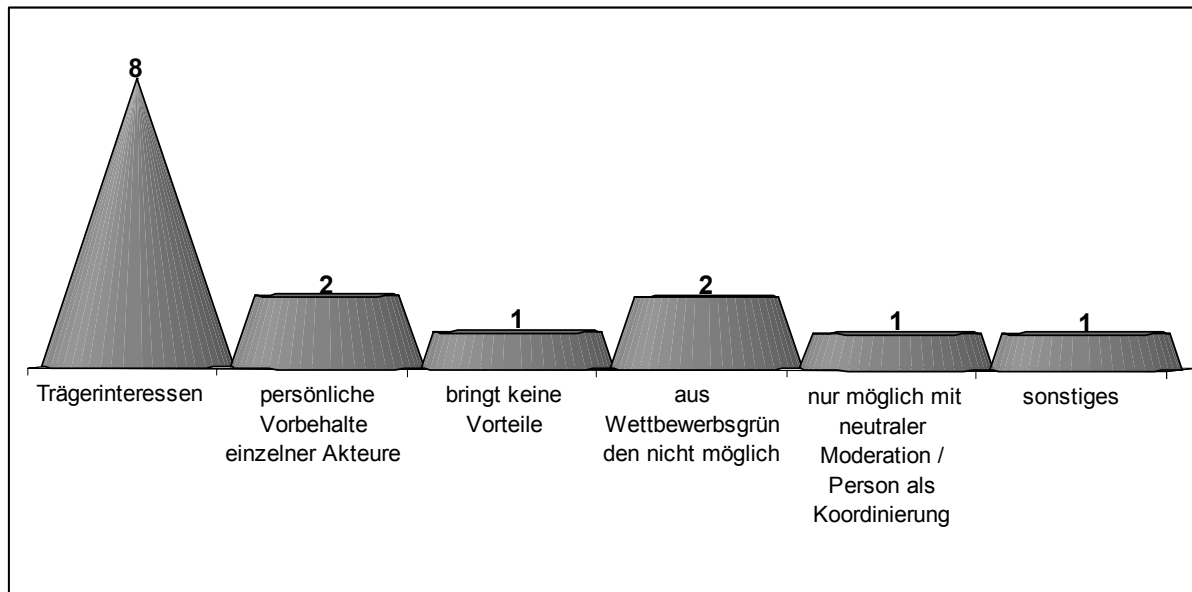


Abb.:8.: Alzheimer Gesellschaft München: Grenzen von Vernetzungsprozessen

Über **66% der Befragten** sind der Überzeugung, dass **Trägerinteressen** praxiswirksamen **Vernetzungsprozessen entgegenstehen**.

Auch im Fragenbereich¹² zur **Tätigkeit und den Kompetenzen der Projektleitung** werden die Materie der Zusammenarbeit und Vernetzung mehrfach angesprochen. Folgende - zusammengefasst wiedergegebene - Kompetenzen und Strategien der Projektleitung wurden von den Befragten als maßgeblich für den gelungenen Vernetzungsprozesse bewertet:

- **fachliche Kompetenz**; Berufserfahrung
- große Sachlichkeit; hohes Engagement, gute **integrative Fähigkeiten**; strukturierende Kompetenzen
- Offenheit; Schaffen einer **offenen Atmosphäre** mit Möglichkeit zum kritischen Austausch; gelungene moderierende Gesprächsführung
- **kooperative Leitung**; Bemühungen, alle Kompetenzen zusammenzuführen
- zielstrebiges Voranbringen der Fragestellungen; **themenzentriertes, zielorientiertes Arbeiten**
- sehr gute Hintergrundarbeit u. Koordination; zuverlässige Dokumentation; gute Vor- und Nachbereitung der Treffen

¹¹ Mehrfachnennungen

¹² Methodisch als "offene Fragen" gestaltet.

Illustrierend für das Verständnis der Bedingungen des erfolgreichen Vernetzungsprozesses im Münchener Modellprojekt sei hier noch ein Zitat aus der Befragung wiedergegeben: "Es war auch möglich, **offen über Konkurrenz zu sprechen**; es waren nicht so sehr die einzelnen Träger mit deren Interesse im Mittelpunkt, sondern ich hatte immer das Gefühl, **dass es um die dementen Menschen und deren Angehörige geht.**"

2.1.3.3. Instrumente zur Qualitätssicherung

Der Arbeitskreis "Helferverbund" erarbeitete im Verlauf des Modellprojektes zwei Papiere zur Qualitätssicherung hinsichtlich des Themenkreises "Helfer im Rahmen der Umsetzung des PflEG":

- die **"Standards zur Helferschulung nach PflEG"** und
- die **"Empfehlungen für Auswahl, Begleitung und Fortbildung ehrenamtlicher HelferInnen nach PflEG"**.

Die Erarbeitung der Standards in den ersten anderthalb Jahren des Modellprojektes erfolgte in einem intensiven Arbeitsprozess, der durch

- vertrauensbildende Maßnahmen
- konstruktive Lösung bestehender Widerstände, Konkurrenzängste, Missverständnisse
- gegenseitige, evidente Akzeptanz und Anerkennung der Trägervielfalt
- Willensbildung zu gemeinsamem, transparenten Vorgehen geprägt wurde.

Mit Verabschiedung der Standards für Helferschulungen konnte sowohl Transparenz zur Umsetzung des PflEG (Schulung, Einsatz der Demenz-Helfer) als auch die Möglichkeit zum flexiblen Einsatz der Helfer und der Kooperation der Träger geschaffen werden. Die Wohlfahrtsverbände, Beratungsstellen und Gerontopsychiatrischen Dienste können bei Bedarf untereinander auf Helferressourcen zurückgreifen, da diese verlässlich und transparent qualifiziert sind. („Jeder weiß, was der andere tut.“). Verschiedene Synergieeffekte ergeben sich aus

- der kostengünstigeren Möglichkeit, gemeinsame Schulungen anzubieten
- der Vermeidung des Verlustes qualifizierter Helfer (da geschulten, einsatzbereiten Helfern bedarfsorientierte alternative Einsatzmöglichkeiten bei einem anderen Träger angeboten werden können)
- der Möglichkeit, bei Bedarfsspitzen bei einem anderen Träger auf dessen Helferressourcen zurückgreifen zu können und damit Angehörigen tatsächlich kurzfristig die erwünschte Entlastung anbieten zu können.

So resümierte die Projektleitung Ende 2005:

„Durch die Unterschriften zu den Standards der Helferschulung aller am Verbund beteiligten Mitarbeiterinnen wurde ein weiterer Meilenstein bezüglich des Selbstverständnisses des Verbundes gelegt. Die freiwillige Umsetzung der Standards bei den einzelnen Schulungen der verschiedenen Dienste bedeutet für HelferInnen und NutzerInnen ein wesentliches Qualitätsmerkmal. Die Durchlässigkeit der einzelnen Helferkreise ist erhöht.“¹³

Auch das zweite vom Helferverbund erarbeitete Papier, die **"Empfehlungen für Auswahl, Begleitung und Fortbildung ehrenamtlicher HelferInnen nach PflEG"** (für den Ballungsraum München), wird von der f/w Begleitung als unverzichtbarer Schritt betrachtet, um

- die Transparenz zu vertiefen und
- Übereinstimmung im Vorgehen zu erreichen, was letztendlich der
- Qualitätssicherung und der
- Schaffung von Synergieeffekten dient.

Ausgehend von den - langjährigen - praktischen Erfahrungen der Mitglieder des Helferverbundes resultieren die Empfehlungen aus verschiedenen Sachverhalten, die sowohl im Sinne des Verbraucherschutzes (Betroffene, Angehörige), aber auch bezüglich der Interessen der Helfer oder wirtschaftlicher/rechtlicher Fragen einer Klärung bedurften, z.B. Themen wie:

- Eignungskriterien der Helfer angesichts ihres verantwortungsvollen Einsatzes in der häuslichen Umgebung und im sensiblen Bereich der Demenzerkrankung (Motivation, Persönlichkeit)
- Helferschulungen nicht als "öffentliche Fortbildungsangebote" auszunutzen
- Umgang mit Helfern, die sich nicht an der fachlichen Begleitung beteiligen
- Schnittstelle Ehrenamt und "Minijobber"
- dass auch (ehrenamtliche) HelferInnen im Einsatz sind, die nicht geschult sind bzw. die geschult, aber fachlich nicht begleitet werden oder
- Umgang mit Entwicklungen, die die Einsatzfähigkeit von Helfern beeinträchtigen (z.B. psychische Erkrankungen, Unzuverlässigkeit, Überforderung durch Angehörige).

¹³ Alzheimer Gesellschaft München: Zwischenbericht der Projektleitung an die f/w Begleitung vom 08.11.2005.

Beabsichtigt war wiederum, in der breit angelegten Versorgungslandschaft der Stadt München ein möglichst einheitliches Vorgehen der Dienstleister und damit Transparenz, Handlungssicherheit und Qualität der Angebote zu unterstützen.

Im Zuge der Arbeit an den Empfehlungen wurde vom Helferverbund ein bisher - nach Kenntnis der f/w Begleitung - relativ wenig beachteter Aspekt angesprochen, der zeitnah der Beachtung durch alle Beteiligten und Verantwortlichen verdient. Knapp formuliert, ist dies die Frage nach der **Anzahl ehrenamtlicher Helfer nach PflEG, deren Begleitung durch die Ressourcen einer Fachkraft leistbar** ist. Die Diskussion, ob diesbezüglich bezifferte Grenzen festgelegt werden können und sollten, konnte im Verbund bis Modellende nicht abgeschlossen werden. Im Sinne der Qualitätssicherung wäre es nach Einschätzung der f/w Begleitung wünschenswert, wenn zu diesem Thema vom "Münchener Helfernetzwerk Demenz" zeitnah noch Erkenntnisse vorgelegt würden. Damit könnte auch denkbaren Entwicklungen begegnet werden, dass eine Mitarbeiterin mit einer Teilzeitstelle (19,5h) die Gewinnung, Auswahl, kontinuierliche fachliche Begleitung als auch die Organisation der Einsätze von (angenommen) einhundert Helfern leisten soll. Letztendlich belegen auch die Erkenntnisse aus dem Modellprojekt der Alzheimer Gesellschaft München, dass qualitätsgesicherte Arbeit im Bereich des bürgerschaftlichen Engagements ausreichender personeller Ressourcen bedarf und nicht zum "Null-Tarif" zu haben ist.

2.1.4. Zusammenfassung

Das Modellprojekt zum Aufbau eines Verbundes zu Helferkreisen nach PflEG in der Landeshauptstadt München hat in beeindruckender Weise seine konzeptionelle Zielsstellung verwirklichen können und steht im Ergebnis exemplarisch für erfolgreiche Vernetzung. In der Großstadt München wurde ein **arbeitsfähiger, praxiswirksamer Verbund** zur Koordinierung von Helferschulungen sowie zur Vermittlung und dem Einsatz ehrenamtlicher Helfer im Rahmen niedrigschwelliger Angebote (nach PflEG) installiert. Im Rahmen dieses Netzwerkes gelang desgleichen die Entwicklung von **Instrumenten zur Qualitätssicherung** ("Standards zur Helferschulung nach PflEG" und "Empfehlungen für Auswahl, Begleitung und Fortbildung ehrenamtlicher HelferInnen nach PflEG"), die seitens der f/w Begleitung als prägnante Erläuterungen im Prozess der Umsetzung des PflEG in Bayern eingeschätzt werden. Desgleichen stellen die im Arbeitskreis

Netzwerk/Helferverbund erstellten Informationsflyer für Angehörige (und Betroffene) zum PflEG als auch zu Unterstützungsmöglichkeiten bei Demenzerkrankungen in München optimale Beispiele für die Gewinnung von **Synergieeffekten in der Öffentlichkeitsarbeit** für Netzwerk-Partner dar.

Dem Modellprojekt sind Erkenntnisse zu verdanken, die als **Anhaltspunkte für das Handeln künftiger regionaler Netzwerk-Initiatoren** zu werten sind. Dazu gehören z.B. bekannte Aspekte wie der, dass Vernetzungsprozesse zeitintensiv sind und einer neutralen Koordination/Moderation bedürfen. Darüber konnten detaillierte Erfahrungen zu den Themenkomplexen

- fachliche und soziale Kompetenzen von Netzwerk-Initiatoren
- Rahmenbedingungen und Zielstellung
- Gesetzmäßigkeiten in der Aufbauphase
- Handlungsstrategien zur erfolgreichen Implementierung und Verstetigung

gewonnen werden.

In der Konsequenz der erfolgreichen Konzeptumsetzung - und der damit verbundenen erkannten Notwendigkeit dieser Arbeit - wird die **Koordinierungsstelle** des „Helfer-Verbundes“ bei der Alzheimer Gesellschaft München **nach Abschluss der Modellphase von der Landeshauptstadt München weiterhin finanziert**.

Letztendlich ist dies auch eine **Anerkennung der fachlichen und persönlichen Kompetenzen aller im Münchener Helferverbund engagierten Personen und Institutionen**, ohne deren Beteiligung der beschriebene erfolgreiche Prozess nicht möglich gewesen wäre. "Vernetzung ist, wenn alle wollen." resümierte die Projektleitung der Alzheimer Gesellschaft München zu Ende der Modellphase. In diesem Sinne ist dem Verbund, der ab Februar 2007 als "Münchner Helfernetzwerk Demenz" seine Arbeit fortführen wird, auch in Zukunft wirksames und gewinnbringendes Arbeiten für alle Beteiligten und die betroffenen Familien in München zu wünschen.

2.2. Caritasverband Straubing-Bogen e.V.

Das Modellprojekt „Senioren zu Hause – Netzwerke im Landkreis Straubing-Bogen insbesondere für Menschen mit Demenz“ nahm seine Arbeit am 01.01.04 mit einer dreijährigen Laufzeit auf. (Bewilligungszeitraum: 01.01.04 – 31.12.06). Die Projektleitung wurde von einem Dipl.-Sozialpädagogen FH) mit Zusatzausbildung „Master of Social Work“ (Vollzeitstelle) durchgeführt.

2.2.1. Konzept und Ziele des Modellprojektes

Oberstes Ziel des Modellprojekts im Landkreis Straubing-Bogen war der **Erhalt der eigenen Häuslichkeit** von pflegebedürftigen, insbesondere demenzkranken Menschen durch

- die Vernetzung verschiedener Angebote der Alten- und Angehörigenhilfe sowie der Gerontopsychiatrie in einem auf den Landkreis Straubing-Bogen bezogenen Verbundsystem
- die Gewinnung von Erkenntnissen über die Bedingungen pflegerischer Versorgung im ländlichen Raum
- die Erprobung konkreter Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur in zwei abgegrenzten Gemeinwesen (Gemeinde Laberweinting/südlicher Landreis und Stadt Bogen/nördlicher Landkreis)
- die Verbreitung der Erkenntnisse über bedarfsgerechte Wohnformen, Zusammenfassung und Bereitstellung von Orientierungshilfen für Betroffene, Sensibilisierung von Planern und Anbietern, Information für Politik und Verwaltung.

Der **Landkreis Straubing-Bogen (Regierungsbezirk Niederbayern)** ist von **ländlichen Strukturen geprägt** und wies zu Beginn des Modellprojekts für diese Regionen „typische“ Probleme in der Versorgung von Pflegebedürftigen, wie beispielsweise die großen räumlichen Entfernungen zu den in der Regel im städtischen Bereich oder verstreut angesiedelten Hilfsangeboten oder die große Tabuisierung der Demenzthematik und damit einhergehend eine niedrige Bereitschaft, Hilfe von außen anzunehmen, auf.

Grundsätzlich wurde – wie in anderen ländlichen Bereichen auch - ein zunehmend erhöhter Bedarf bei sinkenden Selbsthilfekräften beobachtet.

Eine **gerontopsychiatrische ambulante Versorgung war nur in Ansätzen** vorhanden, wobei sich die bereits vorhandenen Hilfsangebote in der Hauptsache in

der Stadt Straubing konzentrierten, im Landkreis Straubing-Bogen hingegen kaum auf eine Angebotsstruktur zurückgegriffen werden konnte. Dementsprechend bestand auch noch keine Vernetzung der bestehenden Träger und Hilfsangebote.

Im Landkreis ist keine psychiatrische Klinik angesiedelt, die Allgemeinkrankenhäuser verfügen über keine geriatrische Abteilung. Auch hinsichtlich der Beratung von Angehörigen bzw. deren Begleitung existierten kaum relevante Angebote (die für den Landkreis zuständigen, im Rahmen des Bayerischen Netzwerks Pflege geförderten Fachstellen für pflegende Angehörige erfassten nach eigenen Aussagen die Zielgruppe der Demenzerkrankten und ihren Angehörigen nur in geringem Maße). In der Stadt Straubing wurden zu Modellbeginn eine Betreuungsgruppe und ein Helferkreis vom Modellträger angeboten, ferner gab es von der Alzheimer Gesellschaft Niederbayern (mit Sitz in Deggendorf) eine Angehörigengruppe. Während sich für den stationären Bereich Gerontopsychiatrie seit einigen Jahren eine gute Vernetzungs- und Kooperationsstruktur im Landkreis entwickelt hatte (Arbeitskreis „Gerontopsychiatrie stationär“ unter dem Dach der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft - PSAG), bestand für den **ambulantem Bereich noch keine Vernetzung der bestehenden Träger und Hilfsangebote**.

Die zwei ausgewählten Modellstandorte standen repräsentativ für die eingangs beschriebene Situation. In der Kleinstadt Bogen (mit ca. 10.300 Einwohnern) herrschen noch traditionell familiäre, relativ intakte Pflegestrukturen vor. Kennzeichnend für die Bevölkerung der Stadt Bogen ist ein hoher Aussiedleranteil von 15 %. Bei der Gemeinde Laberweinting im südlichen Landkreis mit ca. 3.500 Einwohnern handelt es sich um ein zerstreutes Siedlungsgebiet, in dem die noch vorhandenen familiären Unterstützungsstrukturen langsam wegzubrechen drohen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Ausgangslage gekennzeichnet war von **ausgeprägt ländlichen Strukturen**, einer großen **Tabuisierung** durch die Betroffenen, einer **unzureichenden Versorgungsstruktur für Demenzerkrankte** und deren Angehörige und **keiner Vernetzung** der (wenigen) bestehenden Hilfsangebote.

Basierend auf der oben geschilderten Ausgangslage wurde – in regelmäßigem Austausch mit der f/w Begleitung der Projektstrukturplan (siehe Abbildung 1) entwickelt (Stand 13.07.2004).

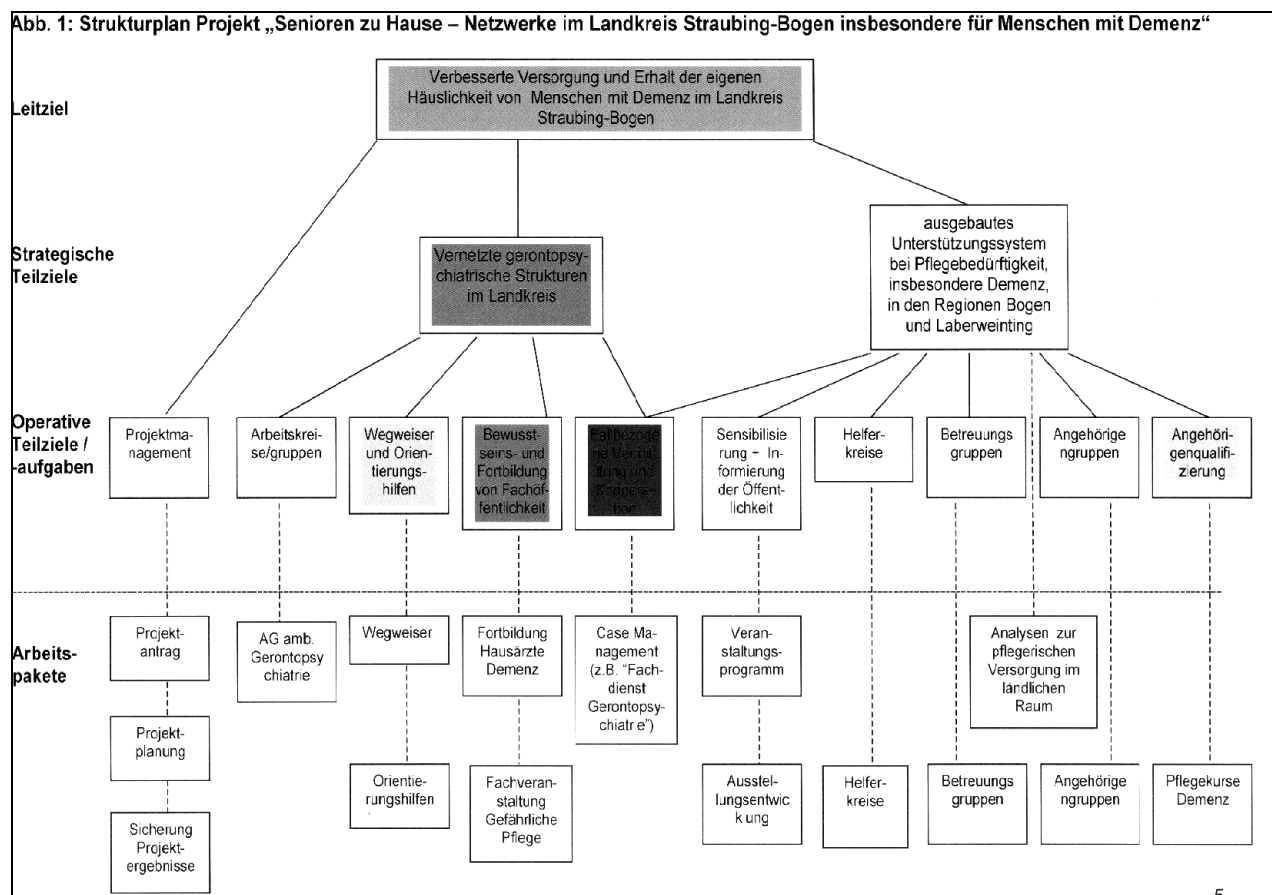


Abb.:9.: Caritasverband Straubing: Projektstrukturplan

2.2.2. Umsetzung / Projektverlauf

Da die **Projektleitung** vor Beginn des Modellprojekts **weder thematisch noch in die regionalen Strukturen eingebunden** war, musste sie sich schnell in die relevanten Themenbereiche einarbeiten und sich einen Überblick über die Bedarfslage in der Region verschaffen. Insbesondere der Erwerb von Kenntnissen zu regionalen Strukturen (sowohl hinsichtlich der Bevölkerungsstruktur als auch der Strukturen der Anbieter vor Ort) nahm notwendigerweise einen breiten Raum im **ersten Modelljahr** ein, da diese für die Entwicklung einer geplanten (auf die Region abgestimmten) Vorgehensweise und die Erreichung einer Akzeptanz der Tätigkeit und Ziele des Modellprojekts eine wichtige Grundlage waren. Diese Anforderung stellte sich nicht immer einfach dar, zumal auch mit der konkreten Umsetzung begonnen werden sollte.

Bezogen auf die im Projektstrukturplan ausgewiesenen Teilaufgaben bzw. -projekte wurden im ersten Jahr – trotz der nicht einfachen Bedingungen - in fast allen

Bereichen bereits **Ergebnisse** erreicht bzw. notwendige Grundlagen für die Zielerreichung geschaffen.

In Verbindung mit der Kontakthanbahnung bzw. dem Kontaktaufbau mit den Akteuren vor Ort konnte sich die Projektleitung einen guten Überblick über die bestehende Versorgungslandschaft verschaffen, regionale Strukturen und Besonderheiten kennenlernen, **Daten für die Bedarfsanalyse** zusammentragen und eine **mögliche Bereitschaft zu Kooperation und Vernetzung** ausloten. In manchen Fällen führte der Kontaktaufbau auch bereits zu konkreten Kooperationen (im Sinne gemeinsamer Aktivitäten).

In den beiden Modellstandorten wurden jeweils **Vortragsreihen** durchgeführt, die neben dem Ziel, die Öffentlichkeit für die Thematik der Demenz zu sensibilisieren und zu informieren, auch für andere Ziele, wie der Nutzung von Ressourcen in der Region, der Kooperation mit anderen Akteuren, der Werbung von Ehrenamtlichen für niedrigschwellige Angebote, der Kontakthanbahnung zu pflegenden Angehörigen und der Information über bereits bestehende bzw. geplante Hilfsangebote genutzt werden konnten.

Auch hinsichtlich des Aufbaus eines Unterstützungssystems für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen im niedrigschwelligen Bereich konnten im ersten Jahr bereits Ergebnisse erzielt werden. In Kooperation mit den Sozialstationen (beide in Trägerschaft des Modellträgers) in Laberweinting und in der Stadt Bogen fand eine **Schulung für ehrenamtliche Helfer** (auch in Kooperation mit dem Freiwilligenzentrum in der Stadt Straubing) von demenzerkrankten Menschen (Modellregion Stadt Bogen) statt, eine **Betreuungsgruppe** wurde in Laberweinting installiert. Für den Aufbau einer Angehörigengruppe in Laberweinting und für Pflegekurse für Angehörige von Demenzkranken an beiden Modellstandorten wurden bereits organisatorische Vorbereitungen getroffen.

Die intensiven und vielfältigen Aktivitäten des Modellprojekts hinsichtlich Kontaktaufnahme und -pflege, Kooperations- und Öffentlichkeitsarbeit und konkreten Verbesserungen der Versorgungssituation wirkten auch bereits in Ansätzen auf das Ziel des Aufbaus von **Vernetzungsstrukturen** zurück. Dies zeigte sich in den gut besuchten „Auftaktveranstaltungen“ in beiden Modellregionen, zu denen Vertreter/-

innen der regionalen ehrenamtlichen und professionellen Dienste, der Kirche, der Politik und des Gesundheitswesens kamen und ein **Prozess auf lokaler Ebene** angestoßen werden konnte. Im Rahmen dieser Veranstaltungen wurde zu einer sogenannten „**Netzwerkkonferenz**“ aufgerufen. An dieser Veranstaltung nahmen ebenfalls z. T. hochrangige Vertreter/-innen aus allen relevanten Bereichen teil, um Vorschläge für eine Verbesserung der regionalen häuslichen Versorgungssituation für demenzerkrankte Menschen zu diskutieren. Im Rahmen der Netzwerkkonferenz wurde deutlich, dass ein vorrangiger Bedarf nach einer Informations-, Beratungs- und Vermittlungsstelle für Betroffene und Fachkräfte gesehen wurde. Dies deckte sich auch mit der von der Projektleitung durchgeführten Bedarfserhebung, die ergab, dass eine personen- bzw. fallbezogene Vernetzung im Landkreis Straubing-Bogen in den vorhandenen Ansätzen nur unstrukturiert verläuft bzw. z. T. nicht vorhanden ist.

Im Laufe des ersten Modelljahres (und auch im weiteren Verlauf des Modellprojekts) zeigte sich beim **Teilprojekt Bewusstseins- und Fortbildung von Fachöffentlichkeit**, dessen Ziel es sein sollte, ein Bewusstsein für die besonderen Aspekte der Pflege, Betreuung und Behandlung dementiell erkrankter alter Menschen bei den beteiligten Berufsgruppen zu schaffen, trotz der fortwährenden Versuche von Seiten der Projektleitung (die hier im einzelnen nicht aufgeführt werden), dass dies bei den Beteiligten als nicht wichtig erachtet wurde bzw. diese dem auch ablehnend gegenüberstanden. Die Projektleitung sah von bestimmten Vorhaben ab und passte ihre Aktivitäten den Bedürfnissen der vor Ort Tätigen an. Über einen E-Mail-Verteiler wurden die Beteiligten über - bevorzugt regionale – Fortbildungsveranstaltungen informiert. Zudem wurden von der Projektleitung regelmäßige Info-Briefe (über den Verlauf des Modellvorhabens und dessen Inhalte) erstellt und versandt.

Die intensiven und erfolgreichen Aktivitäten der Projektleitung hinsichtlich Kontaktaufnahme und -pflege, Kooperations- und Öffentlichkeitsarbeit im ersten Jahr der Laufzeit trugen wesentlich zum Bekanntheitsgrad des Modellprojekts bei und bildeten eine solide Basis für die geplanten Maßnahmen für das **2. Modelljahr**. Hier lag ein wesentlicher Schwerpunkt der Arbeit des Modellprojekts in der Zusammenführung potentieller Kooperations- bzw. Vernetzungspartner der Region in das vom Projekt initiierte und gegründete Gremium „Arbeitsgruppe ambulante Gerontopsychiatrie“ für die Stadt Straubing und den Landkreis Straubing-Bogen“ und

in dessen Konsolidierung. Die Geschäftsführung der Arbeitsgruppe lag beim Modellprojekt. An den Sitzungen nahmen sowohl Vertreter/-innen von privaten ambulanten Pflegediensten und Pflegedienste unter der Trägerschaft der Wohlfahrtsverbände, von Allgemeinkrankenhäusern und dem Bezirkskrankenhaus Mainkofen, des Sozialamts der Stadt Straubing und den Betreuungsstellen der Stadt Straubing und des Landkreises Straubing-Bogen, von Beratungsstellen wie dem Sozialpsychiatrischen Dienst des BRK Straubing und der Angehörigenarbeit der AWO Straubing-Bogen sowie der Geschäftsführer der PSAG Straubing-Bogen. Teilweise nahmen auch der Hospizverein Straubing und die Alzheimer Gesellschaft Niederbayern teil. Die Teilnahme an dem Gremium war jedoch durch eine starke Fluktuation gekennzeichnet, so dass sich die Gruppe immer wieder neu konstituieren musste. Trotz dieser nicht einfachen Umstände konnten im Rahmen des Gremiums schon Arbeitsschwerpunkte angestoßen werden. Einzelne teilnehmende Einrichtungen der Altenhilfe und Gerontopsychiatrie erhielten die Gelegenheit, sich vorzustellen, es erfolgte ein fachlicher Austausch und die Weitergabe von relevanten Informationen, Themen wie „Entlassungsmanagement“ zwischen Krankenhäusern und ambulanten Pflegediensten, der Aufbau einer Beratungs- und Koordinierungsstelle mit Schwerpunkt im Bereich der Gerontopsychiatrie, die Herausgabe eines „Demenz-Wegweisers“ wurden diskutiert.

Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit wurden auch im **zweiten Modelljahr** regelmäßige Veröffentlichungen in relevanten Zeitungen platziert. Das Modellprojekt vertrat auch - gemeinsam mit einer regionalen Dekanatsvorsitzenden - in der Sendung „Jetzt red i“ des Bayerischen Fernsehens - das Anliegen der Einrichtung einer Beratungs- und Koordinierungsstelle.

Die begonnenen Vortragsreihen in den beiden Modellregionen wurden im Jahr 2005 fortgesetzt und zum Abschluss gebracht. Da in der Gemeinde Laberweinting die Teilnahme sehr viel reger war und mehr Menschen teilnahmen als in der Stadt Bogen, entschloss man sich, für diese Region **weitere Informationsveranstaltungen** dezentraler zu planen und durchzuführen. In Kooperation mit wichtigen Multiplikatoren vor Ort (Gemeinden und Pfarreien) konnten in der Folge drei Informationsabende an unterschiedlichen Standorten erfolgreich (mit hoher Beteiligung) angeboten werden. In Kooperation mit der Alzheimer Gesellschaft Niederbayern wurden spezielle **Demenz-Qualifizierungs-** bzw.

Pflegekurse für betroffene Angehörige für beide Modellregionen inhaltlich konzipiert und organisiert. Die acht Veranstaltungen umfassende Schulungsreihe konnte in der Modellregion Stadt Bogen erfolgreich durchgeführt werden. Die Nachfrage war hier so groß, dass Wartelisten angelegt werden mussten. Der weitere **Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Angeboten** gestaltete sich regional sehr unterschiedlich. Die bereits bestehende Betreuungsgruppe in Laberweinting konnte stabilisiert, eine Angehörigengruppe in dieser Region erfolgreich etabliert werden. Trotz intensiver Öffentlichkeitsarbeit gelang es nicht, eine geplante Betreuungsgruppe in Bogen aufzubauen und die bereits im vorhergehenden Jahr geschulten Helfer im häuslichen Bereich einzusetzen. Aus dieser Erfahrung heraus nahm man auch Abstand von der Schulung eines geplanten Helferkreises in Laberweinting, zumal sich auch hier nur eine äußerst geringe Nachfrage abzeichnete. Durch die Analyse der Hindernisse in der Annahme der Hilfsangebote in den beiden Modellregionen wurden (gegebenenfalls) alternative, auf die regionalen Besonderheiten abgestimmte Betreuungsformen in Erwägung gezogen bzw. geprüft.

Auch das Arbeitspaket „Bewusstseins- und Fortbildung der Fachöffentlichkeit“ wurde weiterverfolgt. Die im ersten Modelljahr erstellten „**Projektinfo-Briefe**“ wurden fortgeführt und in regelmäßigen Abständen an 44 Ansprechpartner in Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens, Verbände, Verwaltung und Politik versandt. Auf Wunsch eines Großteils der Fachöffentlichkeit sichtete und sammelte die Projektleitung weiterhin Fortbildungsangebote und Veranstaltungen in der Region und versandte diese im Rahmen eines E-Mail-Verteilers an alle relevanten Dienste. Auf der Homepage der AGVB wurde eine Verlinkung zu Hilfsinstitutionen für psychisch kranke alte Menschen in Niederbayern eingerichtet

Ein wichtiges und herausragendes Ziel, das sich auf der Grundlage der Ergebnisse einer Bedarfserhebung im ersten Projektjahr konkretisierte, war der Aufbau einer Arbeitsgrundlage für eine **Vermittlungs-, Beratungs- und Koordinierungsstelle für betreuungsbedürftige Senioren** (mit psychischen Erkrankungen) **und deren Angehörige**. Mit dieser Stelle sollte auch die Nachhaltigkeit der aufgebauten Vernetzungsstrukturen im Rahmen des Modellprojekts über das Modellprojekt hinaus gesichert werden. Nach Erstellung einer Konzeption für die geplante Stelle und einem entsprechenden Finanzierungsplan wurden Gespräche mit entscheidenden

Personen in den Bereichen Politik und Verwaltung bei Stadt bzw. anderen Kommunen, Landkreis und Bezirk und mit regionalen Entscheidungsträgern geführt. Parallel dazu erfolgte eine laufende Differenzierung des Konzepts.

Im **letzten Modelljahr** wurden die einzelnen Teilprojekte konsequent und intensiv weiterverfolgt und beachtliche Erfolge erreicht. Die zahlreichen, intensiven und zum Teil langwierigen Bemühungen der ersten zwei Modelljahre hinsichtlich der Einrichtung einer Beratungsstelle für den Landkreis Straubing-Bogen führten zum Erfolg. Im März 2006 nahm die „**Fachberatung für Angehörige in der Pflege**“ (mit einer Vollzeitstelle) unter der Trägerschaft des Caritasverbandes Straubing-Bogen seine Arbeit auf. Gemeinsam mit den Mitarbeiter/-innen dieser Stelle erstellte die Projektleitung - in der Funktion einer beratenden und begleitenden Instanz - das endgültige Konzept für die fachliche Arbeit, wobei die Projektleitung bei der Entwicklung einen Schwerpunkt auf den Ausbau der Vernetzungsfunktion und der fachlichen Kompetenz für Demenzzranke legte, um - wie bereits oben erwähnt - die Nachhaltigkeit der aufgebauten Strukturen auch nach Beendigung des Modellprojekts zu gewährleisten. Um den Übergang der Aufgaben des Modellprojekts auf die Stelle vorzubereiten, wurden in diesem Jahr zum Teil gemeinsame Aktivitäten, wie z.B. Angehörigenschulungen oder Öffentlichkeitsarbeit, durchgeführt.

Auch die Bemühungen hinsichtlich des **Arbeitskreises Ambulante Gerontopsychiatrie** zeigten Früchte. Die Erfahrungen des vorhergehenden Jahres führten dazu, dass eine verbindliche „Kernarbeitsgruppe“ von Teilnehmer/-innen (Vertreter/-innen aus jedem Arbeitsbereich) gegründet wurde, die sehr stabil bei allen Treffen anwesend war und mitarbeitete. Für alle anderen Teilnehmer/-innen sollte einmal im Jahr eine „unverbindliche“ allgemeine Arbeitsgruppe im größeren Rahmen stattfinden. Der wichtigste Schwerpunkt des Arbeitskreises bestand in der Erstellung und Herausgabe eines Wegweisers zum Thema Demenz und psychischen Erkrankungen im Alter. Für die Sicherstellung des Arbeitskreises über das Modellprojekt hinaus gelang es, diesen formal als Mitglied der PSAG zu verankern. Die neu geschaffene Fachstelle für pflegende Angehörige erklärte sich bereit, die Geschäftsführung nach Ablauf des Modellprojekts zu übernehmen.

Ein weiterer wichtiger Erfolg war - wie bereits im vorherigen Absatz angesprochen - die **Erstellung eines Wegweisers**, der einen weiteren wichtigen Schwerpunkt im dritten Jahr bildete. An die 2000 Exemplare der umfangreichen Publikation wurden nicht nur gezielt an betroffene Angehörige verteilt, sondern auch an alle relevanten Stellen (Arztpraxen, Pfarreien, Einrichtungen usw.). Insgesamt stieß der Wegweiser auf eine sehr große Nachfrage und erhielt zudem gute Rückmeldungen. Wie bereits in den vorhergehenden Jahren wurde auch im letzten Modelljahr die **Öffentlichkeitsarbeit** intensiv fortgesetzt. Neben einer intensiven Medienarbeit fanden weitere Informationsveranstaltungen statt. Am Ende des Modelljahrs wurde eine Photoausstellung „Inseln der Erinnerung“ im Landratsamt mit großem Erfolg gezeigt. Hierüber konnten viele Menschen aus dem Landkreis angesprochen werden.

Auch der Bereich der **niedrigschwelligen Angebote** konnte - trotz Anlaufschwierigkeiten - weiter ausgebaut werden. Am Ende des Jahres 2006 bestanden zwei Betreuungsgruppen und zwei Helferkreise im Landkreis, ferner eine Angehörigengruppe in Laberweinting, eine weitere in der Stadt Bogen fand zwar 2006 statt, diese lief jedoch Mitte des Jahres aus. Im dritten Modelljahr fand sowohl eine Grundschulung für ehrenamtliche Helfer/-innen als auch eine Fortgeschrittenenschulung statt.

In der Modellregion Laberweinting wurde - wie schon im vorhergehenden Jahr in der Stadt Bogen - ein „Spezialkurs für Angehörige Demenzerkrankter“ in Laberweinting, ebenfalls mit großem Erfolg durchgeführt, ein weiterer Kurs wurde in der Stadt Straubing angeboten.

2.2.3. Ergebnisse / Schlussfolgerungen

2.2.3.1. Projektmanagement / Konzeptimplementierung

Während bei anderen Modellprojekten die Projektleitung bereits vor Beginn des Projekts sowohl in die regionalen Strukturen als auch thematisch/inhaltlich eingebunden war, beauftragte der Modellträger hier einen Projektleiter von „außen“. Obwohl sich die bestehende Infrastruktur des Modellträgers und die bestehenden Kontakte und Kooperationen des Verbandes hier als nützlich erwiesen (in den am Anfang des Projekts geführten Experteninterviews wurde der Modellträger als etabliert und kompetent beschrieben und ein Großteil der Befragten schrieben dem

Modellprojekt eine wegweisende Rolle zu), galt es die „Person“ Projektleitung in Verbindung mit dem Modellträger – auch im Sinn einer Profilschärfung – in die Wahrnehmung der potentiellen Partner zu rücken.

Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass unter solchen Voraussetzungen erheblich mehr **zeitliche Ressourcen** – im Vergleich zu anderen Konstellationen der Projektleitung - investiert werden müssen und der Schwerpunkt am Beginn des Modellprojekts auf das Einarbeiten in die Thematik und das Kennenlernen der regionalen Strukturen bzw. das „Funktionieren“ gewachsener Strukturen gelegt werden muss. Zudem ist dadurch ein höherer „Druck“ vorhanden, da ja auch immer mit der konkreten Umsetzung der Modellkonzeption begonnen werden sollte, hierfür aber erst einmal die o.g. Voraussetzungen geschaffen werden müssen. Auch die Projektleitung bestätigte, dass es „**günstiger** sei“, wenn die **Projektleitung** in der „**Region bereits bekannt ist**“ und „**fachlich mit dem Thema vertraut**“ und „**Moderations- und Vernetzungsfähigkeiten bzw. -erfahrungen**“ mitbringt. Von Vorteil ist – wie bei diesem Modellprojekt gegeben –, dass eine **Projektleitung von außen** eine entsprechende Qualifikation und damit das **notwendige „Handwerkszeug“ für ein Projektmanagement** mitbringt.

Der oben ausgeführte Umstand muss jedoch nicht nur Nachteile mit sich bringen. Eine nicht in die regionalen Strukturen integrierte Projektleitung ermöglicht eine möglicherweise sehr **viel neutralere Betrachtungsweise und Einschätzung dieser Strukturen**. Dies kann auch die Möglichkeit bieten, auf dieser Grundlage „neue Impulse“ in der Region anzustoßen. **Die Notwendigkeit des fachlichen Austauschs** bzw. Anregungen für die Entwicklung des Projekts sind unbestritten. Dies stellt sich für ein Projektmanagement, das - im Gegensatz zu einem Projektteam - **von einer Person** zu bewältigen ist, grundsätzlich schwieriger dar. Dies lässt sich jedoch – wie bei diesem Modellprojekt gut gelungen – durchaus **kompensieren**, indem die Entwicklung des Projekts mit Kooperationspartner/-innen in der Region aber auch mit „überregionalen“ fachlichen Ansprechpartnern (z. B. Projektleitungen von anderen Modellprojekten) diskutiert werden bzw. der fachliche Austausch kontinuierlich erfolgen kann. Diverse Kooperationspartner/-innen bestätigten, dass gerade dieser Umstand zu intensiven Kooperationen führte bzw. dies auch sehr geschätzt wurde.

Zusammenfassend lässt sich im Rückblick festhalten, dass die „schwierigeren“ Voraussetzungen sich letztendlich nicht nachteilig auf das Projekt auswirkten und es der Projektleitung hervorragend gelungen ist, das Konzept zu implementieren. Wichtig ist dabei auch der Umstand, dass die Projektleitung einerseits sehr konsequent und zielgerichtet vorgeht, andererseits auch immer wieder in der Lage war flexibel (unter Einbezug der gemachten Erfahrungen) zu agieren und diverse Ziele zu modifizieren.

Diese Fähigkeiten, „**die hohe Reflexionsfähigkeit und die Ernsthaftigkeit und Beharrlichkeit, Ziele zu verfolgen**“ schätzte auch der Geschäftsführer des Modellträgers bei der Projektleitung bzw. sah diese grundsätzlich als wichtige Kompetenz einer Projektleitung an. Auch in den durchgeführten Experteninterviews (N=7) wurde der Projektleitung, befragt nach der subjektiven Einschätzung zur Arbeit und den Kompetenzen der Projektleitung, hohe Fach- und Sozialkompetenz, die Bereitschaft zum fachlichen Austausch, das große zeitliche und inhaltliche Engagement, Vernetzungskompetenzen und die Akzeptanz und Nutzung der vorhandenen Strukturen in der Region attestiert.

Konzeptimplementierung

Auch bei diesem Modellprojekt wird der Fokus insbesondere auf jene Teilprojekte gelegt, die auf

- die Stärkung und Entwicklung vorhandener Versorgungsangebote hinsichtlich der Zielgruppe demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen
- den flächendeckenden Auf- und Ausbau von sogenannten niedrigschwelligen Angeboten und
- eine träger- und berufsgruppenübergreifende Vernetzung der verschiedenen Angebote der Alten- und Angehörigenhilfe sowie der Gerontopsychiatrie in einem regionalen und überregionalen Verbund hinzielen.

2.2.3.2. Niedrigschwellige Betreuungsangebote / Versorgungsangebote

Die Ausgangslage des Modellprojekts war - wie anfänglich beschrieben - durch eine Unterversorgung des Landkreises Straubing-Bogen in Bezug auf gerontopsychiatrische Versorgungsstrukturen und -angebote gekennzeichnet. Grundsätzlich müssen - wie bei anderen Modellprojekten auch - die gemachten Erfahrungen immer im Hinblick auf die jeweilige Ausgangslage eingeordnet und

letztendlich auch bewertet werden. Die Erfahrungen in den zwei Modellregionen - Gemeinde Laberweinting/südlicher Landkreis und der Stadt Bogen/nördlicher Landkreis - brachten hinsichtlich der Annahme und der Akzeptanz von Versorgungsangeboten bzw. der - auf die Region abgestimmten -Notwendigkeit der Schwerpunktsetzung und der Modifizierung solcher Angebote - wichtige Erkenntnisse.

Da auch in diesem Landkreis eine hohe **Tabuisierung des Themas „Demenz“**, wenig Wissen und viel Unverständnis und Vorurteile in der Bevölkerung zu beobachten waren und damit verbunden die Tendenz, dass die betroffenen Angehörigen aus Scham - ohne Inanspruchnahme von Hilfen - die Problematik möglichst innerfamiliär „aufzufangen“ versuchten, galt es zunächst, das Thema **in der Öffentlichkeit bewusst zu machen bzw. die Möglichkeit zu geben, sich darüber zu informieren**. Die gut besuchten Informationsveranstaltungen (Veranstaltungsreihen) zeugten von einem hohen Informationsbedarf. Lokal zeichneten sich hierbei die ersten Unterschiede ab. Im Gegensatz zu der Gemeinde Laberweinting nahmen in der Stadt Bogen – bei gleicher Öffentlichkeitsarbeit, Referenten etc. – weniger Personen teil. Eine Auswertung bzw. Analyse dieses Umstandes legte die Vermutung nahe, dass die Gründe hierfür vor allem in lokalen Unterschieden zu suchen waren. Die Erklärungsversuche reichten von „Mentalitätsunterschieden“, die dazu führen, dass sich die dort lebenden Menschen noch stärker der Thematik verschließen und die Öffentlichkeit meiden, der größeren „Streuung“ der Dörfer in einem relativ großen Einzugsgebiet bis hin zu der grundsätzlich geringeren Versorgung mit Informationen in den dörflichen Strukturen. Auch wenn letztendlich keine „eindeutigen“ Gründe benannt werden konnten, versuchte die Projektleitung mittels einer anderen Vorgehensweise einen „erneuten“ Anlauf, indem **dezentraler** (insgesamt an vier ausgewählten, strategisch günstiger gelegenen Orten in Gasthäusern und Pfarrsälen) **Informationsveranstaltungen** angeboten wurden. Bei diesen Veranstaltungen war eine rege Teilnahme zu verzeichnen und bestätigte die Notwendigkeit bzw. Richtigkeit der Modifizierung der Vorgehensweise.

Bei den zum Teil parallel dazu aufgebauten niedrigschwelligen Betreuungsangeboten in den beiden Modellregionen gestaltete sich die Annahme weitaus schwieriger. In beiden Modellregionen liefen sowohl die angebotenen

Betreuungsgruppen als auch die Einsätze von Helfer/-innen im häuslichen Bereich – trotz intensiver Öffentlichkeitsarbeit - in den ersten Jahren sehr schleppend an, die Nachfragen waren relativ gering. Die **Gewinnung von freiwilligen Helfer/-innen** war in diesem Zusammenhang kein Problem. Hier war vor allem die **Zusammenarbeit mit den kirchlichen Gemeinden**, aber auch beispielsweise mit dem Freiwilligenzentrum Straubing ein wichtiger „Türöffner“. Im Landkreis waren insgesamt mehr Helfer verfügbar, als Nachfrage vorhanden war.

Insgesamt bestanden zum Zeitpunkt der Beendigung des Modellprojekts in der Region Stadt Straubing und dem Landkreis Straubing-Bogen vier Betreuungsgruppen und drei Helferkreise. Zwei Betreuungsgruppen und ein Helferkreis bestanden schon vor Beginn des Modellprojekts in der Stadt Straubing. Im Vergleich konnte auch festgestellt werden, dass die **Nachfrage in der Stadt Straubing wesentlich höher war als im Landkreis**.

Ähnlich stellt sich die Situation bei dem Angebot von **Angehörigengruppen** in den Modellregionen dar. Hier wurden insgesamt in der Region Straubing-Bogen wenig „ermutigende Erfahrungen“ gemacht. Das Angebot erreichte im Verhältnis nur sehr wenig Angehörige. Auf Nachfrage bei beteiligten Angehörigen kristallisierte sich heraus, dass die Angehörigen mehr Informationen bzw. Vorträge wünschten, weniger einen „moderierten“ Erfahrungsaustausch. Die (außerhalb des Modellprojektes) bestehende Angehörigengruppe in der Stadt Straubing machte hier ähnliche Erfahrungen. **Insgesamt scheint das Informationsbedürfnis größer zu sein, als der Wunsch nach Erfahrungsaustausch**.

Dies deckt sich auch mit den Erfahrungen, die mit **speziellen Angehörigenkursen für Angehörige von Demenzkranken** gemacht wurden. Die angebotenen Kurse waren, ähnlich den eingangs beschriebenen Informationsveranstaltungen, äußerst gut nachgefragt und besucht. Interessanterweise fand im Rahmen der Kurse ein durchaus reger Erfahrungsaustausch statt, was auch den Schluss nahe legt, dass **diese Form des Angebots den Bedürfnissen (und Möglichkeiten) der Angehörigen mehr entsprach**.

Die oben beschriebenen Erfahrungen legen einige Vermutungen nahe.

Die größere Nachfrage in der Stadt Straubing deckt sich auch mit allgemeinen Erfahrungen, dass im **ländlichen Bereich das familiäre und nachbarschaftliche Unterstützungssystem noch größer ist als im städtischen Bereich und auch die**

Bereitschaft, Hilfe anzunehmen, im städtischen Bereich ausgeprägter zu sein scheint.

Die Erfahrungen des Modellprojekts zeigen auch, dass das **Aufbrechen der Tabuisierung** durch eine intensive Öffentlichkeits- bzw. Aufklärungsarbeit einerseits **sehr zeitintensiv** ist, es aber andererseits den betroffenen Angehörigen erst **ermöglicht wird, die ersten Schritte „nach draußen“ zu wagen**. Es gilt, hier einen hohen Informations-/Wissensbedarf abzudecken. Dies sind - so scheint es - wichtige Voraussetzungen, dass pflegende Angehörige den „Nutzen“ einer zeitlichen Entlastung erkennen und annehmen können. Dies legt den Schluss nahe, dass in Regionen mit einer ähnlichen Ausgangslage wie im Rahmen dieses Modellprojekts es **möglicherweise mehr Sinn macht, die niedrigschwelligen Angebote erst zu einem späteren Zeitpunkt aufzubauen bzw. anzubieten**. Dies wird auch durch die Erfahrungen im Rahmen des Modellprojekts untermauert. Der Versuch, im zweiten Modelljahr eine Betreuungsgruppe im nördlichen Landkreis anzubieten, scheiterte, konnte aber im darauffolgenden Jahr (nachdem auch örtlich dezentrale Informationsveranstaltungen angeboten und angenommen wurden) mit Erfolg starten.

Ferner zeigen die gemachten Erfahrungen auch, **dass auf die regionalen strukturellen und mentalen Besonderheiten (auch innerhalb eines Landkreises) eingegangen werden muss und die Angebote sich schwerpunktmäßig an dem entsprechenden Bedarf vor Ort orientieren müssen. Bestimmte Konzepte bzw. Angebote lassen sich aufgrund regionaler Unterschiede nicht immer „eins zu eins“ übertragen, sondern müssen abgestimmt werden bzw. möglicherweise auch modifiziert und es muss gegebenenfalls nach möglichen Alternativen gesucht werden, um dem Bedarf besser gerecht zu werden.**

Für die zum Abschluss des Modellprojekts geplanten **qualitativen Interviews** stellten sich drei **Angehörige** zur Verfügung. Wenn auch nicht repräsentativ, spiegeln die Aussagen zum Teil doch tendenziell die oben aufgeführten Erfahrungen bzw. Vermutungen wieder. Alle drei Befragten waren/sind Hauptpflegepersonen. Befragt nach den von ihnen empfundenen belastendsten Momenten in der Betreuung und Pflege ihrer demenzkranken Angehörigen berichteten alle übereinstimmend, dass nicht die körperliche Pflege als sehr belastend erlebt wird,

sondern dass vor allem die, sich aus der Krankheit bedingenden persönlichen Veränderungen zu großen (psychischen) Belastungen führen würden, wie

- die fehlende Akzeptanz der Betroffenen, die Hilfe der/des Angehörigen anzunehmen
- das eigene, durch die Pflege belastete Familienleben
- die „ständige“ Anleitung
- Notwendigkeit der „ständigen“ Anwesenheit.

Die Befragten nahmen nachstehende - im Rahmen des Modellprojekts initiierte - Entlastungsangebote in Anspruch:

- Angehörigenschulung bzw. –qualifizierung (3 x)
- Angehörigengruppe (2x)
- Betreuungsgruppe (1x).

Insbesondere die Angehörigenschulung bzw. –qualifizierung wurde sehr gelobt bzw. mit großer Begeisterung davon berichtet. Übereinstimmend wurden im Rahmen dieses Angebotes vor allem die Informationen zum Krankheitsbild, die Förderung des besseren Verständnisses für die Erkrankung und der Erfahrungsaustausch, aber auch das „Lernen, an sich selber zu denken“ geschätzt und hilfreich für den Alltag erlebt. Dies ermöglichte den Angehörigen nach eigenen Aussagen

- eine gelassenere Herangehensweise
- den Einsatz anderer Kommunikationsformen
- das eigene „Druckempfinden“ zu mildern .

Die zwei Befragten, welche auch an einer Angehörigengruppe teilnehmen, schätzen hier vor allem den Erfahrungsaustausch, hilfreich wäre es auch zu erfahren „dass es anderen schlechter geht“ bzw. hier mit Menschen in Kontakt zu kommen, die einander „verstehen“ (dies wäre mit „Außenstehenden“ schwer möglich). Danach fühle man sich „leichter“ und nicht so „allein gelassen“. Eine befragte Angehörige nimmt die Betreuungsgruppe für ihre betroffene Schwiegermutter in Anspruch und erlebt dieses Angebot als wichtige Entlastung („diese drei Stunden gehören nur mir“). Allen drei Befragten ist das „umfassende“ Entlastungsangebot bekannt bzw. sie fühlen sich darüber gut informiert. Übereinstimmend berichten alle, dass der Helfereinsatz für sie „noch nicht“ infrage käme, da die Situation „innerfamiliär“ noch aufgefangen werden könne. Dasselbe gilt auch für Betreuungsgruppen.

Auf die Frage hin, was sich die Angehörigen zur Entlastung noch wünschen würden, wurde übereinstimmend „**mehr zeitliche Entlastung**“, z. B.

- am Wochenende
- „damit ich zur Kur fahren kann“ genannt.

2.2.3.3. Träger- und berufsübergreifende Vernetzung (Vernetzungsstrukturen)

Wie bereits eingangs beschrieben, existierte zu Beginn des Modellprojekts im Landkreis Straubing-Bogen noch keine Vernetzung der bestehenden Träger und Hilfsangebote. Die zu Modellbeginn befragten Institutionen und Experten der Region waren - befragt nach ihrer Einschätzung zu wirksamsten Wegen der praxiswirksamen Vernetzung von Anbietern - der Meinung, dass **Gremienarbeit und eine zentrale Koordinierungs- und Vermittlungsstelle geeignete Instrumente** wären. Alle **Befragten bejahten grundsätzlich Kooperation, jedoch häufig mit der Einschränkung** „im Rahmen der eigenen Möglichkeiten“. Auch wurde die Notwendigkeit von Vernetzung grundsätzlich bejaht, es wurden jedoch z. T. Bedenken hinsichtlich der Verwirklichung geäußert. In der Hauptsache wurde die Schwierigkeit in den unterschiedlich vorhandenen Interessen, im Konkurrenzdruck aber auch in mangelnden zeitlichen Kapazitäten bzw. Ressourcen gesehen.

Dieses oben beschriebene Meinungsbild zum Thema Vernetzung bestätigte sich im Laufe des Modellprojekts. Um die Vernetzung und den Prozess des Aufbaus eines regionalen Verbundsystems anzustoßen bzw. für die Thematik zu sensibilisieren, wurden von der Projektleitung - wie bereits beschrieben - **Auftaktveranstaltungen und eine Netzwerkkonferenz** in den Modellregionen organisiert und durchgeführt, an denen wichtige Akteure aus der Alten- und Gesundheitshilfe sowie Vertreterinnen der kirchlichen und bürgerlichen Gemeinden teilnahmen. Die rege Teilnahme an den Veranstaltungen zeigte, dass grundsätzlich die Notwendigkeit des Aufbaus gerontopsychiatrischer ambulanter Versorgungsangebote gesehen wurde und auch Interesse bezüglich des Themas Vernetzung vorhanden war. Zudem war **die rege Teilnahme** auch sicherlich auf die - von der Projektleitung - im Vorfeld intensiven **Einzelkontaktanbahnungen** zurückzuführen. Die **Auftaktveranstaltungen und die Netzwerkkonferenz** erwiesen sich als **wichtige Instrumente**, um zum einen für das Thema Vernetzung **zu sensibilisieren**, den gesehenen **Bedarf von den Akteuren vor Ort zu ermitteln** und die **Bereitschaft zur Vernetzung auszuloten**.

Für die Installation eines geeigneten Gremiums, in dem „Kooperationswillige“ gebündelt werden sollten, bot sich die **Nutzung der regionalen PSAG**, in der bereits ein Unterarbeitskreis „Gerontopsychiatrie stationär“ tätig war, an. Das Modellprojekt wurde Mitglied der PSAG und gründete, wie bereits beschrieben, im zweiten Modelljahr den **„Arbeitskreis ambulante Gerontopsychiatrie“**, der im letzten Modelljahr in den organisatorischen Rahmen der PSAG verankert (Mitgliedschaft als Arbeitsgruppe innerhalb der PSAG) wurde. Die Weiterführung der Geschäftsführung, die bis zum Ende des Modellprojekts bei der Projektleitung lag, wurde durch die Beratungsstelle sichergestellt. Grundsätzlich stieß das Gremium auf reges Interesse. Wichtig war es, die unterschiedlichen Erwartungen und Vorstellungen zu bündeln und zu einer gemeinsamen Zielrichtung zu kommen. Die Umstrukturierung des Arbeitskreises in eine **Kernarbeitsgruppe mit verbindlicher Teilnahme** war ein notwendiger und folgerichtiger Schritt, um das Gremium „arbeitsfähig“ zu machen.

Auch am Beispiel dieses Modellprojekts zeigte sich, dass eine angestrebte Vernetzung der Akteure mit einer gemeinsamen Zielrichtung ein sehr zeitintensiver, schwieriger und langfristiger (wenn auch nicht unmöglicher) Prozess ist, der viel Durchhaltevermögen erfordert. Ein Arbeitskreis in dieser Form kann ein durchaus wirksames Instrument der Vernetzung sein.

In den Meinungen der im Rahmen der **Expertenbefragung zum Abschluss des Modellprojekts (N=7)** zu den Themen Versorgungsstruktur/Vernetzung zeichnet sich ein ähnliches Bild ab. Befragt nach den Aktivitäten bzw. Ergebnissen des Modellprojekts hinsichtlich der Entwicklungen in Bezug auf Vernetzung und Kooperation der Träger und Berufsgruppen sahen fünf der Befragten die Gründung des **Arbeitskreises „ambulante Gerontopsychiatrie“**, drei die **gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit** und zwei die **informelle Kooperation** („E-Mail Austausch bzgl. Fortbildungsveranstaltungen“, „lange Telefongespräche in regelmäßigen Abständen“) als **„Vernetzungserfolge“** an.

In Bezug auf die Einschätzung der **Dauerhaftigkeit der vernetzten Strukturen** nach Beendigung des Modellprojekts glaubte keiner der Befragten an die *Auflösung der geschaffenen vernetzten Strukturen*. Über die Hälfte ist der Meinung, dass durch den **„Arbeitskreis ambulante Gerontopsychiatrie“** bzw. durch die *Einrichtung der Beratungsstelle und deren Übernahme der Geschäftsführung des Arbeitskreises* der

Weiterbestand gesichert sei, einer der Befragten nannte explizit, dass das geschaffene Niveau durch „*die engagierte Arbeit der dort tätigen Personen*“ bestehen bleiben wird. Befragt nach der Einschätzung hinsichtlich eines *weiteren Ausbaus der vernetzten Strukturen nach Beendigung des Modellprojekts* gaben alle Befragten an, dies *nicht zu wissen bzw. nicht einschätzen zu können*. **Grenzen von Vernetzungsprozessen** sahen über die Hälfte der Befragten einerseits in **vorhandenen Trägerinteressen**, andererseits gaben sie an, dass Vernetzung **nur mit einer neutralen Moderation als Koordinierung** möglich sei. Grenzen sahen auch drei Befragten in möglichen **persönlichen Vorbehalten der Akteure**, eine Nennung gab auch **zeitliche und finanzielle Rahmenbedingungen** an.

Die gewonnenen Erfahrungen und Schlussfolgerungen im Rahmen dieses Modellprojekts hinsichtlich Vernetzung und deren Möglichkeiten und Grenzen fasste der **Projektleiter** im Abschlussinterview so zusammen: Voraussetzung für eine erfolgreiche Vernetzung ist seiner Ansicht nach, dass es überhaupt „**jemanden gibt, der verantwortlich ist bzw. sich verantwortlich fühlt - einen Kristallisationspunkt und Impulse setzt**“, im besten Fall eine „**neutrale Person bzw. Stelle**“. Diese Person oder Stelle muss als „**Ansprechpartner zur Verfügung stehen und einen Ausgleich der Interessen verfolgen können**“. Vernetzung brauche auch **Arbeitszeit, die finanziert sein muss**. Vernetzung kann dann funktionieren, wenn die Einrichtungen bzw. Träger für sich **einen Nutzen erkennen** können.

Grenzen der Vernetzung werden vor allem in der **Konkurrenzsituation**, in der die einzelnen Träger stehen, gesehen. Insbesondere Vernetzung im Sinne von **care management** käme schnell an ihre Grenzen, gerade hinsichtlich der oft nicht geklärten bzw. **nicht vorhandenen zeitlichen Ressourcen bzw. deren Finanzierung**. Dies zeigte sich vor allem auch daran, dass die einzelnen Vertreter im Arbeitskreis in der Hauptsache „pauschalfinanzierte Stellen“ inne haben, weshalb die einzelfallfinanzierten Einrichtungen (z. B. ambulante Pflegedienste) aus „nicht finanzierten“ zeitlichen Ressourcen zum überwiegenden die Teilnahme nicht wahrnehmen (können) bzw. schwieriger einzubinden sind. Nach Meinung der Projektleitung bräuchte es für eine Vernetzung im Sinne von care management (strukturelle Ebene) die **kommunale Ebene**, die die Entwicklung der Versorgung

vorantreiben müsste und in einer **Moderationsrolle alle Träger an einen Tisch bekommen müsste.**

Die angesprochenen Grenzen, gerade hinsichtlich einer Vernetzung im Sinne von care management, zeigen sich anschaulich in dem Prozess des angedachten Vorhabens des Modellprojekts, eine **Vernetzung im Rahmen eines Verbundsystems** sicherzustellen, die letztendlich nicht zustande kam. Angedacht war ein vergleichbares Modell, wie etwa der Gerontopsychiatrische-Geriatriische Verbund Charlottenburg-Wilmersdorf, dessen Ziel es ist, durch eine Vernetzung der vorhandenen Angebote eine möglichst lückenlose Versorgung zu schaffen bzw. eine umfassende Versorgung für den einzelnen Betroffenen sicher zu stellen. Die unterschiedlichen Anbieter verpflichten sich mittels verbindlichen Kooperationsverträgen unter anderem zu einem regelmäßigen Informationsaustausch, die patienten-/klientenbezogenen Zusammenarbeit, insbesondere bei der Vermittlung zu verbessern, das Gremium bei Bedarf zu Fallkonferenzen zu nutzen oder gemeinsam Qualitätskriterien und -standards weiterzuentwickeln und umzusetzen.

Der „Verbundgedanke“ wurde im AK Gerontopsychiatrie ambulant diskutiert. Es herrschte zum einen keine Einigkeit darüber, was überhaupt Inhalt des Verbundes sein sollte. Insgesamt wurden **Vorbehalte von unterschiedlichen Seiten** geäußert. Von anderen Trägern war hier auch insofern wenig Interesse vorhanden, da der **Modellträger im Bereich der ambulanten Gerontopsychiatrie die meisten Angebote bzw. Aktivitäten anbietet**. Letztendlich stellte sich auch die Frage, ob in einem **kleinen regionalen Raum** ein solcher Verbund überhaupt notwendig bzw. sinnvoll erscheint.

2.2.3.4. Teilprojekt "Fallbezogene Vermittlung und Kooperation"

Bereits im Rahmen der schon beschriebenen Netzwerkkonferenz am Beginn des Modellprojekts wurde von den Akteuren vor Ort der **Bedarf einer Beratungs- und Koordinierungsstelle in allen Belangen im fachlichen Zusammenhang mit Pflege und Gerontopsychiatrie zur Vermittlung von Unterstützungshilfen und längerfristigen Begleitung** sehr klar und als vorrangig formuliert. Zudem erschien die Schaffung einer solchen Stelle notwendig und geeignet, um **die Weiterführung der aufgebauten Versorgungs- und Vernetzungsstrukturen über den**

Modellzeitraum hinaus zu sichern. Im zweiten und dritten Modelljahr waren hier große Energien und zeitliche Ressourcen vonnöten, um die inhaltliche Konzeption zu erstellen und die Möglichkeiten der Finanzierung einer solchen Stelle abzuklären bzw. auf den Weg zu bringen. Als Zielgruppe wurden insbesondere psychisch kranke alte Menschen, aber auch Menschen mit somatischem Unterstützungsbedarf und deren Angehörige definiert. Angedacht war, dass der Träger Neutralität und Fachkompetenz als Voraussetzung haben sollte. Es wurden immer wieder Umsetzungs- und Finanzierungsmöglichkeiten, wie z. B. über die Integrierte Versorgung, geprüft und regionale und überregionale Gespräche zur möglichen Realisierung geführt. Auf die **durchgeführte, breit angelegte Konzeptionierungs-, Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit** wird hier im Detail nicht eingegangen.

Das Ziel konnte im dritten Modelljahr verwirklicht werden. Die Trägerschaft der Fachstelle für pflegende Angehörige im Umfang einer Vollzeitstelle übernahm letztendlich – nachdem unterschiedliche Trägerkonstellationen im Vorfeld diskutiert wurden – die Aufgabe eines Modellträgers. Finanziert wird die Stelle aus Mitteln des Freistaats Bayern, dem Landkreis Straubing-Bogen und Eigenmitteln des Caritasverbandes. Die Einrichtung der Stelle zum März 2006 geschah zu einem optimalen Zeitpunkt, da **Modellprojekt und** Fachstelle für pflegende Angehörige **intensiv zusammenarbeiteten** und dadurch einen **nahtlosen Übergang** sicherstellen konnten.

Die Beratungsstelle konnte sich die wichtigen Erfahrungen des Modellprojekts zunutze machen und das Konzept zielgenauer darauf abstimmen. Dies bestätigt auch ein Mitarbeiter der Fachstelle für pflegende Angehörige, der die Zusammenarbeit mit dem Modellprojekt als „*sehr gut*“ und die „*Unterstützung seitens des Modellprojekts in großem Umfang*“ erlebte. Dadurch war seiner Meinung nach „*ein schneller Aufbau der Struktur bzw. Organisation der Fachstelle für pflegende Angehörige möglich*“. Die **Beratungsorte** wurden **dezentral** - sowohl in der Stadt Straubing, als auch in Laberweinting und der Stadt Bogen - angelegt. Die Erfahrungen der Fachstelle für pflegende Angehörige in ihrem ersten Jahr zeigten, dass es sich bei über der Hälfte der Hilfesuchenden um Probleme im Zusammenhang mit **Demenz Erkrankungen** handelte (vgl. Zwischenbericht der Beratungsstelle, November 2006) und hier ein **Schwerpunkt der Beratungstätigkeit** lag.

Die Fachstelle für pflegende Angehörige konnte nicht nur auf die gut ausgebauten Kooperationsstrukturen, die durch das Modellprojekt geschaffen wurden, zurückgreifen, sondern auch auf bereits vorhandene Versorgungsbausteine aufbauen und Entwicklungen, die im Rahmen des Modellprojekts „angeschoben“ wurden, weiter vorantreiben. So übernahm die Fachstelle für pflegende Angehörige die Geschäftsführung des „Arbeitskreises ambulante Gerontopsychiatrie“, sie begleitet die niedrighschwelligen Angebote (Betreuungs- und Helferkreise) weiter, führt die Öffentlichkeitsarbeit durch und arbeitet intensiv mit anderen Einrichtungen und Institutionen zusammen.

Die im Rahmen des Modellprojekts angedachten Ziele, die in dieser Zeit nicht mehr verwirklicht werden konnten, werden von der Fachstelle für pflegende Angehörige weiter verfolgt. So zum Beispiel der Versuch, für jede Gemeinde Helfer/-innen bzw. Ehrenamtliche (in Verbindung mit einem Pflegedienst) zu gewinnen, und für eine Art „Kurzzeitpflege“ zuhause einzusetzen, die es pflegenden Angehörigen auch ermöglicht, Urlaub zu nehmen. Auch der Aufbau einer Tagespflege soll mittelfristig vorangetrieben werden. Ferner werden weiterhin Versuche unternommen, Angehörigengruppen aufzubauen.

Im Zuge der Auswahl der Modellregion „Stadt Bogen“, mit einem **Aussiedleranteil** von ca. 15 %, war ursprünglich auch angedacht, im Rahmen des Modellprojekts die Möglichkeit zu nutzen, die Besonderheiten bei der pflegerischen Versorgung dieses Personenkreises zu erfassen. Dies wurde von der Projektleitung auch in die Zielerfassung mit eingeplant. Die bereits vorhandene „MigrationsErstBeratung (MEB)“, die über sehr gute Kontakte zu diesem Personenkreis verfügt, war aufgrund langfristiger Erkrankung jedoch nicht besetzt, so dass dieses Ziel zurückgestellt bzw. nicht weiter verfolgt wurde. Die Fachstelle für pflegende Angehörige hat dieses Thema mittlerweile wieder aufgegriffen, zumal die Vermutung besteht, dass hier ein hoher Bedarf an Beratung und Begleitung besteht. In Zusammenarbeit mit der Migrationsstelle ist mittlerweile geplant, die Informationsflyer der Beratungsstelle in die jeweiligen Sprachen zu übersetzen und ein Netz von Kontaktpersonen (in den jeweiligen Muttersprachen) aufzubauen. Diese werden auch zu den Treffen der Helfer/-innen eingeladen und miteingebunden.

2.2.4. Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Modellprojekt „Senioren zu Hause - Netzwerke im Landkreis Straubing-Bogen insbesondere für Menschen mit Demenz“ auf eine äußerst positive Projektbilanz, sowohl hinsichtlich des **Aufbaus von vernetzten Kooperationsstrukturen** als auch von **Versorgungsangeboten** zurückblicken kann und somit **wesentlich zur Verbesserung der Versorgungssituation** für demenzkranke Menschen und ihre Angehörigen in dieser Region beigetragen hat. Es ist gelungen, in einem Landkreis, in dem das Thema „Demenz“ in der Öffentlichkeit noch keine wesentliche Rolle spielte, dieses aus der „Tabuzone“ herauszuholen und es einerseits den Betroffenen zu ermöglichen, **Entlastungsangebote für sich in Anspruch zu nehmen** und andererseits das **Bewusstsein für die Problematik und die gemeinsame Verantwortung in der Bevölkerung und der beteiligten Institutionen** zu schärfen.

Dies bestätigen auch die Aussagen der im Rahmen der Befragung interviewten Experten. Es besteht einhellige Meinung darüber, dass durch die Arbeit des Modellprojekts eine *allgemeine Verbesserung der Information der Öffentlichkeit zum Thema Demenz* und ein wesentlicher Beitrag zur *Entlastung der Angehörigen* erreicht werden konnte. Auch die *verbesserte Transparenz der regionalen Versorgungsstrukturen zum Thema Demenz* und eine *verbesserte Zusammenarbeit der Anbieter in der Region* wird als Verdienst der Arbeit des Modellprojekts angesehen.

Es zeigte sich, wie bei anderen Modellprojekten auch, dass **drei Jahre** durchaus eine **realistische Größe hinsichtlich einer erfolgreichen Implementierung** eines Konzepts darstellen und unterstreicht den **Prozesscharakter**. Der Abschluss des Modellprojekts stellt nur eine vorgegebene Zäsur dar und lässt sich nicht nur an den in diesem Zeitrahmen erreichten Erfolgen messen, sondern es müssen auch die auf unterschiedlichen Ebenen **eingeleiteten Veränderungsprozesse** in den Blick genommen und in die Bewertung miteinbezogen werden. Hierbei ist es gelungen, durch die Schaffung der **Fachberatung für Angehörige in der Pflege** die **Nachhaltigkeit** der bereits aufgebauten Strukturen und Angebote und die Weiterentwicklung von eingeleiteten Veränderungsprozessen **zu sichern**.

Ferner wird auch bei diesem Projekt deutlich, dass es von wesentlicher Bedeutung ist, gewonnene Erfahrungen kontinuierlich auszuwerten und insbesondere **unter Einbezug der regionalen Besonderheiten** zu modifizieren und weiter zu entwickeln. Dies zeigte sich bei diesem Modellprojekt insbesondere bei den unterschiedlichen Versorgungsangeboten. Auch die **Möglichkeiten und Grenzen** der Vernetzung werden im Rahmen dieses Modellprojekts sehr deutlich. Es bedarf **einer Person und/oder Institution**, die zum einen die **notwendigen Impulse** setzt und zum anderen den **Vernetzungsprozess einleitet und steuert**. Vernetzung kann – insbesondere in Zeiten eines großen Konkurrenzdrucks – nur funktionieren, wenn die Beteiligten **einen Nutzen für sich** erkennen können, wie sich auch in diesem Fall beispielsweise durch die gemeinsame Erstellung eines Wegweisers gezeigt hat. Die Grenzen zeigen sich auch in den **nicht vorhandenen (und finanzierten) zeitlichen Ressourcen** von möglichen Vernetzungspartnern.

Eine Vernetzung im Sinne des case managements gestaltet sich, trotz aller Widrigkeiten, noch einfacher, als auf der Ebene des **care managements** (strukturelle Ebene). Dies wurde hinsichtlich des Versuchs, ein **Verbundsystem** aufzubauen, nochmals deutlich. Hierbei spielen jedoch auch regionale Gegebenheiten bzw. Besonderheiten ebenfalls eine Rolle. Der Modellträger bot bereits im Vorfeld des Modellprojekts schwerpunktmäßig im Bereich der ambulanten Gerontopsychiatrie die meisten Angebote und Aktivitäten an, so dass die Weiterverfolgung bzw. der Ausbau durch das Modellprojekt eine folgerichtige Konsequenz darstellte. Dies wurde auch von anderen Trägern akzeptiert bzw. wurden dem Modellträger hier auch die notwendigen Kompetenzen bescheinigt. Insofern verwundert es auch nicht, dass die Fachstelle für pflegende Angehörige letztendlich unter der Trägerschaft des Caritasverbandes Straubing-Bogen zustande kam. Insofern stieß der Vernetzungsgedanke von Seiten anderer Träger in der Region auf wenig Interesse, die Bemühungen und Aktivitäten des Modellträgers im Bereich der ambulanten Gerontopsychiatrie wurden aber auch nicht boykottiert sondern vielmehr akzeptiert, da die „Konkurrenz“ in diesem Bereich keine wesentliche Rolle spielte.

Das Beispiel dieses Modellprojekts zeigt, dass durch die Innovation und Schwerpunktsetzung **eines Trägers** und durch eine Vernetzung auf einzelfallbezogener, weniger auf struktureller Ebene letztendlich im Sinne aller vor

Ort beteiligten Träger dazu beiträgt, die **Versorgungssituation nachhaltig zu verbessern und voranzutreiben.**

2.3. Evangelischer Krankenverein Gunzenhausen e.V.

Das Modellprojekt startete am 01.01.04 mit einer dreijährigen Laufzeit seine Arbeit (Bewilligungszeitraum: 01.01.04 - 31.12.06). Gefördert wurde eine Gerontopsychiatrische Fachkraft (100%).

2.3.1. Konzept und Ziele des Modellprojektes

Das Modellprojekt "Zentrale Verbundstelle im Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen zur Vernetzung ambulanter, teilstationärer und stationärer Einrichtungen" plante, einen „Verbund-Service‘ in der ländlichen Region zu schaffen“, in dem bisherige Angebote verschiedener (diakonischer) Träger gebündelt, verknüpft und entsprechend erweitert werden. Dies zielte ab auf eine "größtmögliche Effektivität der Hilfen" und "Schließung von Lücken in der pflegerischen Versorgung". Dazu sollte beim Modellträger ein Pflegezentrum konstruiert und mit kleinräumigen „Hausgemeinschafts- und Pflege-Satelliten“ verbunden werden. Das Konzept sah auch den Ausbau von Versorgungsstrukturen bzw. die Erprobung neuer Strategien in der ambulanten/teilstationären Versorgung psychisch kranker alter Menschen sowie eine Erprobung von innovativen Finanzierungsmöglichkeiten vor¹⁴.

Der Evangelische Krankenverein Gunzenhausen e.V. - als der bedeutendste Anbieter ambulanter und teilstationärer Versorgung im mittleren und nordwestlichen Landkreis, der mit seinen Angeboten auch in den benachbarten Landkreis Ansbach ausstrahlt - konnte für das Modellvorhaben auf langjährige und vielfältige Erfahrungen und ein engagiertes Projektteam (im Sinne einer Steuerungsgruppe) zurückgreifen. Andererseits bot sich hinsichtlich des konzeptionellen Zieles der Vernetzung verschiedener Einrichtungen im Landkreis dem Modellprojekt eine vielschichtige und teilweise schwierige Ausgangslage. Dies wird im Folgenden ausführlicher dargestellt, um den Prozesscharakter von Vernetzungsprozessen in all seiner Komplexität und Kompliziertheit nachvollziehbarer zu machen.

¹⁴ Vgl.: Evang. Krankenverein Gunzenhausen e.V.: Gesamtkonzept. Zentrale Verbundstelle zur Vernetzung ambulanter, teilstationärer und stationärer Einrichtungen. Gunzenhausen, 2003. S. 2.

- Der Flächenlandkreis Weißenburg-Gunzenhausen wurde vor fünfundzwanzig Jahren aus den bis dahin eigenständigen Landkreisen Gunzenhausen und Weißenburg begründet. Deren alte Kreisgrenzen wirken bis heute nach.¹⁵
- Eine gemeinsame gGmbH vier ambulanter (evangelischer oder diakonischer) Pflegedienste war im Vorfeld der Modellbeantragung gescheitert. Daraus nachwirkende Unstimmigkeiten zwischen dem Evangelischen Krankenverein Gunzenhausen und dem Diakonischen Werk Weißenburg-Gunzenhausen (als ehemalige gGmbH-Gesellschafter und wichtige Anbieter in den Altlandkreisen) waren in der Anfangsphase des Modellprojektes zu spüren und erschwerten merklich die Zusammenarbeit¹⁶.
- Zwischen der Sozialstation des Caritasverbandes (weiterer bedeutender ambulanter Anbieter in Gunzenhausen) und dem Modellträger bestanden zu Modellbeginn keine relevanten Berührungspunkte. Sowohl Äußerungen der Leiterin der Caritas-Sozialstation als auch des Geschäftsführers des Evangelischen Krankenvereins weisen auf Berührungsängste, Befangenheit und Konkurrenzangst sowie eine gewisse „Wagenburg-Mentalität“ hin.
- Ebenfalls nicht zu vernachlässigende Auswirkungen auf den Verlauf des Modellprojektes hatten bestimmte Konstellationen und Konstitutionen innerhalb der Dekanate Heidenheim, Weißenburg, Gunzenhausen sowie der ambulanten Pflege-Anbieter in diakonischer/evangelischer Trägerschaft in der Region, deren detaillierte Darstellung im Rahmen dieses Berichtes nicht möglich ist. Die von manchen Beteiligten aus diesem Segment als notwendig erkannte Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung musste jedoch aufgrund laufender interner Prozesse vielfach zurückstehen.

¹⁵ Folgende Aussage des Leiters einer stationären Pflegeeinrichtung in der Stadt Weißenburg - auf die Frage nach Vernetzung und Kooperation - macht dies plastisch deutlich: „Was interessiert mich, was in Gunzenhausen passiert.“

¹⁶ So war z.B. die Kooperation beider Träger hinsichtlich der Fachstelle für pflegende Angehörige im Bayerischen Netzwerk Pflege im Zuge des Scheiterns der gGmbH abgebrochen. Beide Institutionen hatten sich die mögliche Förderung für eine 100%-Stelle geteilt, so dass Angehörigenberatung flächendeckend im Landkreis von den beiden Institutionen angeboten wurde. Seit 2003 beanspruchte das Diakonische Werk Weißenburg-Gunzenhausen die Netzwerk-Pflege-Stelle zu 100%, bediente damit jedoch überwiegend den Altlandkreis Weißenburg. Das Modellprojektteam beklagte, dass der Ev. Krankenverein nun die Angehörigenarbeit in der Region Gunzenhausen ohne die Förderung aus dem Netzwerk Pflege in der Region Gunzenhausen aufrechterhalten müsse.

Des Weiteren sei bezüglich der Ausgangssituation noch erwähnt, dass die (ambulante) gerontopsychiatrische Versorgung im Landkreis äußerst gering ausgebaut war. So sieht die Bestandsaufnahme der GeFa Mittelfranken¹⁷ im Landkreis „keine angemessene Versorgung der gerontopsychiatrisch Erkrankten“ sichergestellt. Auch die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) des Landkreises Weißenburg-Gunzenhausen hatte in ihrer Tätigkeit bisher keinen Schwerpunkt auf den Themenbereich „Gerontopsychiatrische Versorgung“ gelegt.¹⁸

Zusammenfassend wird die Ausgangssituation des Modellprojektes von

- den regionalen Besonderheiten der fusionierten Landkreise
- der starken Position des Modellträgers im Altlandkreis Gunzenhausen auch
- von internen Prozessen kirchlicher/diakonischer Institutionen sowie
- einer unentwickelten gerontopsychiatrischen Versorgungslandschaft geprägt.

Das Projektteam entwickelte den in folgender Abbildung gezeigten Projektstrukturplan¹⁹.

¹⁷ Vgl.: GeFa Mittelfranken (Gerontopsychiatrische Fachkoordination für den Bezirk Mittelfranken): Bestandsaufnahme Gerontopsychiatrie 2002/2003 Region Weißenburg-Gunzenhausen. Unveröffentlichtes Manuskript. Dezember 2003. S.20.

¹⁸ Es existierte kein regionaler "Arbeitskreis Gerontopsychiatrie", der erfahrungsgemäß das Treffen, Kennenlernen und den informellen Austausch der regionalen Anbieter ermöglicht (was im Weiteren auch zu themen- oder projektbezogenen (Einzel-)Kooperationen führen kann).

¹⁹ Der Projektstrukturplan wurde vom Projektteam ohne Inanspruchnahme der f/w Begleitung erstellt. Die Diskussion einer weiteren Strukturierung des Planes wurde im Sinne der Entwicklung eines tragfähigen Arbeitsverhältnisses zwischen dem Modellpartner und der f/w Begleitung zurückgestellt.

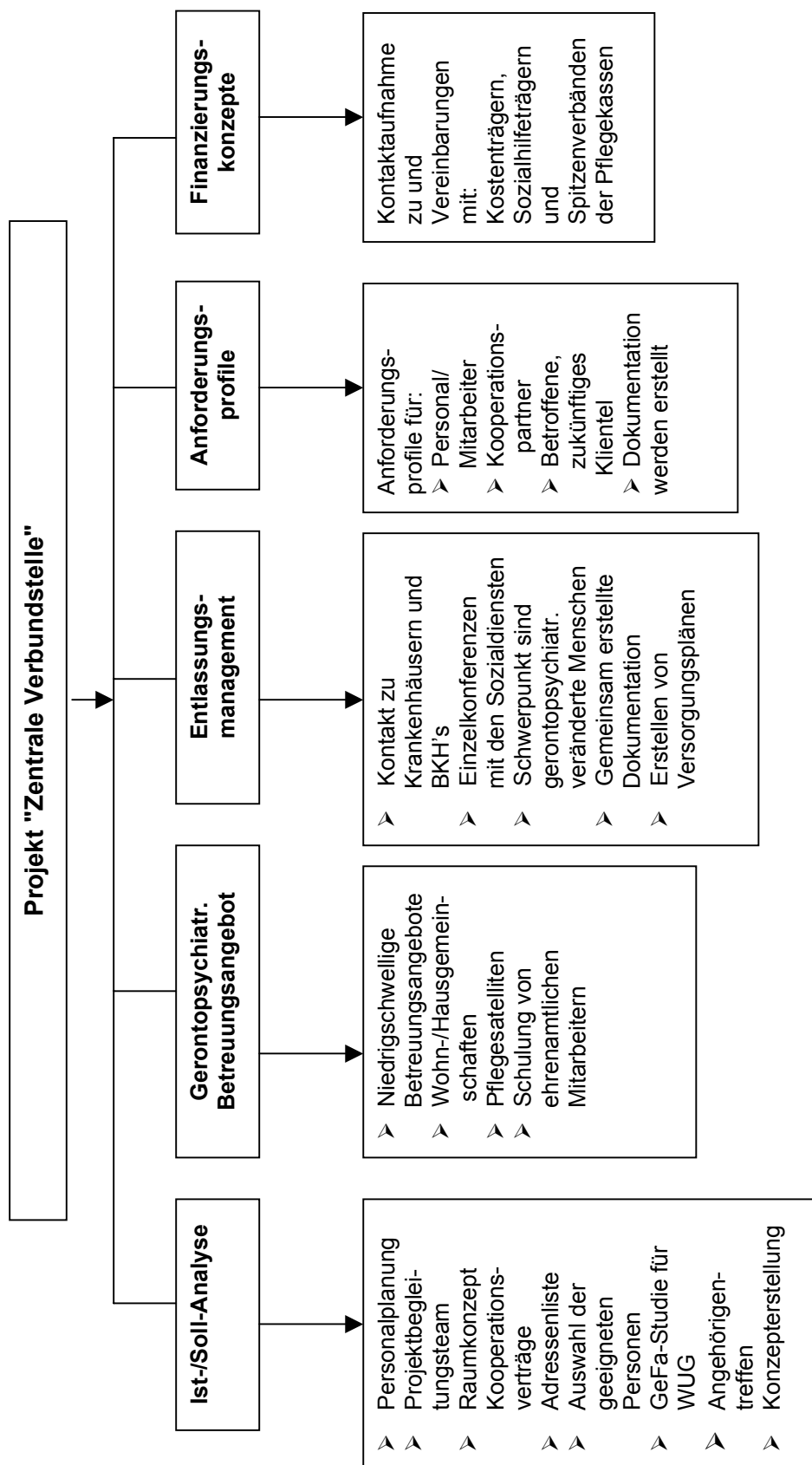


Abb.10.: Evangelischer Krankenverein Gunzenhausen: Projektstrukturplan (Stand: 15.07.2004)

2.3.2. Umsetzung / Projektverlauf

Um die drängenden Versorgungsfragen voranzubringen, agierte das Projekt im ersten Jahr vorrangig in den Teilprojekten "Ist/Soll-Analyse", "Gerontopsychiatrisches Betreuungsangebot" und "Entlassungsmanagement". Weitere Tätigkeiten waren den gewählten Projektstrukturen nicht eindeutig zuzuordnen. Folgende Abbildung zeigt die Ergebnisse des ersten Modelljahres, deren Darstellung der mit der f/w Begleitung diskutierten späteren Strukturierung des Projektmanagements entsprach.

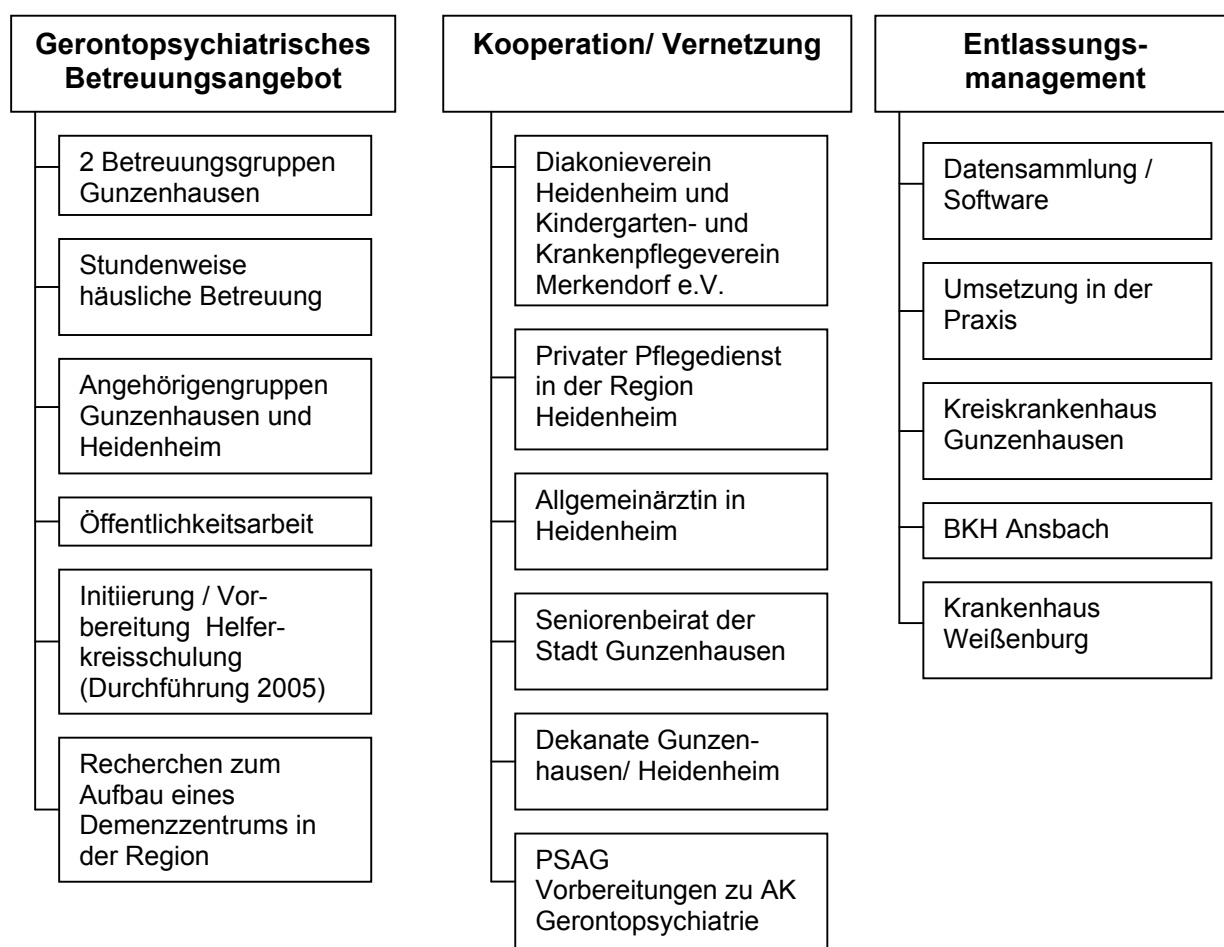


Abb.11.: Evangelischer Krankenverein Gunzenhausen: Ergebnis des ersten Modelljahres

Erfolgreich verlief die **Initiierung von Betreuungs- und Angehörigengruppen** in Gunzenhausen bzw. letztere auch in Heidenheim. Der Aufbau einer stundenweisen häuslichen Betreuung durch qualifizierte Helfer (Helferkreise nach PflEG) wurde verzögert durch die Absage der geplanten Multiplikatorenschulungen²⁰ durch den Landesverband Bayern der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V.. Im zweiten

²⁰ Schulung für Fachkräfte für „den Aufbau, die Qualifizierung und Begleitung ehrenamtlicher Helfer für niedrigschwellige Betreuungsangebote“ - jeweils geplant im ersten und zweiten Halbjahr 2004.

Halbjahr liefen Aktivitäten zur Gewinnung potentieller Helfer sowie der Schulungs-Organisation. Ohne konkretes Ergebnis blieben die Überlegungen und Kontaktaufnahmen bezüglich der Entwicklung und des Aufbaus eines Demenzzentrums.

Nach teilweise intensiven und andauernden Verhandlungen konnten folgende

Kooperationsverträge abgeschlossen werden

- mit dem Kindergarten- und Krankenpflegeverein Merkendorf sowie
- mit dem Diakonieverein Heidenheim mit dem Ziel, die Entwicklung der geplanten „Pflegesatelliten“ zu verwirklichen.

Des Weiteren erfolgten konkrete Kooperationsvereinbarungen mit einem privaten Pflegedienst, in deren Mittelpunkt ebenfalls Effizienz im Sinne der Vermeidung unwirtschaftlicher Doppelangebote stand (z.B. Zusammenarbeit im Angebot von Dienstleistungen wie Essen auf Rädern oder niedrigschwelligen Betreuungsangeboten).

Des Weiteren wurden verschiedene Formen der **Zusammenarbeit entwickelt mit:**

- einer **Allgemeinärztin** in der Region Heidenheim, die - angebunden an den Diakonieverein Heidenheim - Initiatorin/Organisatorin/Verantwortliche für die Angehörigengruppe in Heidenheim sowie für die dort angesiedelten künftigen Helfer war und allgemein als Multiplikatorin für die Entwicklung der Versorgung für Demenzkranke und deren Angehörige in der Region einzuschätzen war
- dem **Seniorenbeirat der Stadt Gunzenhausen**, der im März 2003 gegründet wurde (Informationsaustausch, Ergänzung der jeweiligen Angebote und Weitervermittlung interessierter Ehrenamtlicher, konkrete Kooperation bei Beratung und Veranstaltungen)
- dem **evangelischen Dekanat Gunzenhausen** (grundsätzliche Zusammenarbeit zur Weiterentwicklung gerontopsychiatrischer Versorgungsstrukturen aber auch konkrete Projekte wie die Einbeziehung der Pfarrer bei der Gewinnung ehrenamtlicher Helfer, der Informationsweitergabe zu den niedrigschwelligen Angeboten und Angehörigengruppen durch die Pfarrer und deren Fortbildung zum Thema Demenz).

Die Gründung eines **Arbeitskreises Gerontopsychiatrie** in der Region wurde im Laufe des ersten Modelljahres zunehmend zu einem wichtigen Anliegen des Projektteams, das aber aufgrund der personellen Ressourcen des Geschäftsführers der PSAG nicht verwirklicht werden konnte.

Bezüglich des **"Entlassungsmanagements"** ließ sich in den Kontakten zu allen relevanten Krankenhäusern in der Region das geplante "verbindliche Entlassungsmanagement" im ersten Modelljahr nicht installieren. Ziel dieses Arbeitspaketes war die Einrichtung einer engen Kooperation zur geplanten Überleitung von Patienten aus dem Krankenhaus unter besonderer Beachtung der Vermeidung eines vorschnellen Umzuges in eine stationäre Pflegeeinrichtung. Ein besonderes Augenmerk sollte dabei auch auf Patienten mit gerontopsychiatrischer Symptomatik gerichtet werden. Die Gesprächspartner zeigten sich jeweils sehr interessiert und der Kontaktaufbau diente vorrangig einem verbesserten Informationsstand. Unabhängig von dieser Situation konnten ab September 2004 fünf Patienten in dem vom Modellträger entwickelten Konzept des Entlassungsmanagements betreut werden.

Als wichtigste **Ergebnisse des zweiten Modelljahres** seien hier genannt:

- Gründung und arbeitsfähige Konstitution des AK Gerontopsychiatrie unter dem Dach der regionalen PSAG
- Herausgabe eines regionalen Demenz-Führers (Info-Broschüre zu diesbezüglichen Hilfs- und Unterstützungsangeboten) im Rahmen des o.g. AKs
- weitere Initiierung niedrigschwelliger Betreuungsangebote/Angehörigengruppen
- Aufbau neuer Kooperationen mit anderen Anbietern in der Region
- Konkretisierung einer praktikablen Umsetzung des Entlassungsmanagements mit regionalen Krankenhäusern
- Ausbau der Öffentlichkeitsarbeit zur Information und Sensibilisierung zum Thema Demenz.

Das Projektmanagement wurde weiterentwickelt und erhielt folgende Struktur:

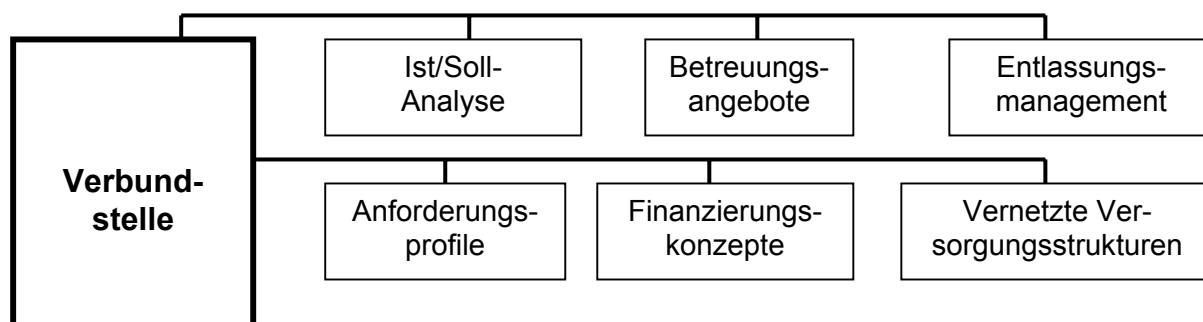


Abb.12.: Evangelischer Krankenverein Gunzenhausen: Projektplan 2005

Im **dritten** und letzten **Modelljahr** wurde intensiv an der weiteren Umsetzung aller o.g. Teilprojekte gearbeitet. Neben weiteren Initiativen zum Aufbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote in der Region aber auch in angrenzenden Gemeinden der benachbarten Landkreise Ansbach und Schwabach wurden zwei weitere Helferkreisschulungen bewirkt. Als besonderer Erfolg für die Arbeit des Projektes ist zu bewerten, dass diesbezüglich eine **trägerübergreifende Kooperation des Modellträgers** mit:

- der Caritas-Sozialstation Gunzenhausen
- dem Diakonieverein Heidenheim und
- der Diakoniestation Weißenburg (Diakonisches Werk Weißenburg)

installiert werden konnte.

Diese bezieht sich auch auf die fachliche Begleitung der geschulten Helfer.

Im Bereich der Vernetzung wurde des Weiteren eine schriftliche Vereinbarung mit dem ambulanten Dienst der "Gemeindeschwestern Treuchtlingen" zum Aufbau von Betreuungs- und Entlastungsangeboten getroffen, gleiches mit der Diakoniestation in Wassermungenau (zusätzlich zur Durchführung von öffentlichen Informationsveranstaltungen). Mit der Diakoniestation Heidenheim und dem Evangelischen Diakonieverbund Schwabach wurde eine Kooperationsvereinbarung geschlossen.

Die seit Modellbeginn betriebene **Kooperation mit Kirchengemeinden** zeigte nun ebenfalls konkrete Ergebnisse:

- das Pfarrkapitel Gunzenhausen ergriff seinerseits die Initiative, um das Modellprojekt zur Pfarrkonferenz einzuladen (Information / Kooperation)
- gemeinsamer Aufbau einer Angehörigengesprächsgruppe mit einer Kirchengemeinde (Theilenhofen)
- ein Pfarrersehepaar einer weiteren ev. Kirchengemeinde (Haundorf-Laubenzedel) suchte die Zusammenarbeit für den Aufbau eines wohnort- und gemeindenahen Entlastungsdienstes/Betreuungsangebot für Angehörige/verwirrte alte Menschen.

Folge der erfolgreichen Netzwerkarbeit waren ferner die Abrufung von **Fortbildungen zum Thema Demenz** durch das **Kreiskrankenhaus Gunzenhausen** für seine Mitarbeiter und die Zusammenarbeit in den gerontopsychiatrischen Mitarbeiterfortbildungen mit der Diakoniestation in Weißenburg.

Bezüglich des **Teilprojektes "Anforderungsprofil"** für Mitarbeiter in der gerontopsychiatrischen Pflege und Betreuung wurde eine multiprofessionell besetzte **Arbeitsgruppe** gegründet, die bis Dezember 2005 arbeitete und in der Folge eine **Ausarbeitung** "Anforderungsprofile für die Tätigkeit in einer ambulanten tagesstrukturierenden Wohngemeinschaft für gerontopsychiatrisch veränderte Menschen"²¹ vorlegte. Die Entwicklung von **Fortbildungsbausteinen "Demenz" für Familienpflegerinnen** und deren Durchführung bei Fortbildungstagen für Familienpflegerinnen der Landvolkshochschule Hesselberg ist ebenfalls dem Teilprojekt "Anforderungsprofil" zuzuordnen.

Hinsichtlich der Arbeiten zum **Entlassungsmanagement** gelang die Anerkennung sowohl des im Modell entwickelten und erprobten Basis-Überleitungsbogens als auch des spezifizierten gerontopsychiatrischen Überleitungsbogens AK Gerontopsychiatrie der PSAG. Zumindest der **Basis-Überleitungsbogen** wird in **gemeinsamer Druckfassung** von

- dem Modellträger
- den Kreiskrankenhäusern in Gunzenhausen und Weißenburg
- dem Diakonieverein Heidenheim und
- der Diakoniestation Weißenburg genutzt.

Damit verbunden ist die konkrete fallbezogene Zusammenarbeit.

Abschließend erwähnenswert ist die intensiv ausgeweitete und sehr erfolgreiche Öffentlichkeitsarbeit in der Modellregion sowie die Kooperation mit der GeFa Mittelfranken im Projekt „Ambulantes gerontopsychiatrisches Fallmanagement“²².

Nach Aussage des Modellträgers soll die **Kontinuität der angestoßenen Prozesse** und **Sicherung der erreichten Ergebnisse auch nach Modellende bewahrt** werden. Die Finanzierung der ab Modellende auf **50% reduzierten Projektstelle** durch den Ev. Krankenverein Gunzenhausen befindet sich in der Entwicklung (Mischfinanzierung mit Kooperationspartnern).

²¹ Geiger, Birgit: Projektarbeit im Studiengang "Pflegemanagement" der Hamburger Fern-Hochschule/Studienzentrum Nürnberg. Unveröffentlichtes Manuskript (liegt der f/w Begleitung vor).

²² Vom Bezirk Mittelfranken gefördertes Modell zur gezielten Begleitung und Unterstützung der Betroffenen und ihrer Angehörigen durch ambulante Pflegedienste in Mittelfranken.

2.3.3. Ergebnisse / Schlussfolgerungen

Das Modellprojekt "Zentrale Verbundstelle im Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen zur Vernetzung ambulanter, teilstationärer und stationärer Einrichtungen" hatte in seiner Konzeption eine hohe Zielvorstellung entwickelt. Diesem Anspruch konnte einerseits in bemerkenswerter Weise nachgekommen werden, andererseits ließen sich nicht alle Vorhaben der komplexen Aufgabenstellung verwirklichen. Der Erfolg des Modells ist nicht zuletzt dem hohen Engagement, den Kompetenzen und der Beharrlichkeit der Projektmitarbeiterin sowie des Projektteams zuzuschreiben.

Insbesondere in den Teilprojekten

- Betreuungsangebote
- Vernetzte Versorgungsstrukturen
- Entlassungsmanagement

konnten konzeptionelle Ziele wie der Aufbau eines „Verbund-Service“ in einer ländlichen Region, die Verbesserung der Effizienz von Dienstleistungen oder die "Schließung von Lücken in der pflegerischen Versorgung" erreicht werden.

Bemerkenswert ist folgender Aspekt: Die von der f/w Begleitung **zu Beginn** des Modellprojektes **durchgeführte Befragung ausgewählter Experten/Multiplikatoren** im Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen erbrachte folgende Ergebnisse hinsichtlich der **Erwartungen und Wünsche** der Interviewpartner bezüglich des Modellvorhabens:

- vorrangig eine **Verbesserung der Versorgung**.

Es wurde differenziert in folgende Anliegen:

- allgemeine Weiterentwicklung der Altenhilfe für gerontopsychiatrische Versorgungsangebote
- Aufbau von Betreuungsgruppen
- Schaffung „offensiver Angebote“ zur Entlastung der Angehörigen
- Weiterentwicklung der ambulanten WGs (auch fachlich-inhaltlich)
- die ambulante Versorgung und Kooperation mit Ärzten solle ausgebaut werden
- Aufbau einer Tagespflege im Landkreis.

Hinsichtlich der Vernetzung wurde der dringende Handlungsbedarf in der Region unterstrichen durch Aussagen wie: „Es wäre wichtig, überhaupt erst einmal zusammenzukommen.“²³ **Diesem Anliegen wurde das Modellprojekt umfassend gerecht.** Letztendlich konnte nur der Aufbau einer Tagespflege nicht realisiert werden, was jedoch nach Einschätzung der f/w Begleitung vorrangig den derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen geschuldet ist²⁴.

2.3.3.1. Projektaufbau / Konzeptimplementierung

Als Unterstützung der für das Modellprojekt zuständigen Gerontopsychiatrischen Fachkraft (als langjährige erfahrene Mitarbeiterin vom Träger für das Projekt freigestellt) wurde vom Evangelischen Krankenverein ein Projektteam als Steuerungsgruppe installiert. Diesem gehörten neben der Projektmitarbeiterin auch der Geschäftsführer sowie der Pflegedienstleiter (gleichzeitig Qualitätsbeauftragter) des Krankenvereins sowie jeweils themenorientiert noch weitere Mitarbeiterinnen des Trägers an. Letztendlich waren im engeren Kreis drei Personen in das Projektmanagement und die Projektumsetzung eingebunden. Gegenüber der f/w Begleitung wurde diese Entscheidung damit begründet, dass „das Projekt nicht mit einer Person zu leisten und umzusetzen“ sei. Als wichtigster Faktor benannte der Geschäftsführer die Notwendigkeit des „Austausches untereinander, der fachlichen Anregungen“ sowie "die Diskussion um die Entwicklung des Projektes mit einer zweiten oder dritten Person“. Die Aufteilung der Aufgaben auf mehrere Fachkompetenzen wurde übereinstimmend positiv bewertet.

Im Vergleich zu anderen Modellprojekten (nach PflEG in Bayern), deren Projektleitungen gelegentlich ihren „Einzelkämpferstatus“ als nachteilig in der Projektarbeit bewerteten, ist diese Entscheidung aus fachlicher Sicht durchaus positiv zu bewerten. Die f/w Begleitung regt an, **Projekte zu den Themen Strukturverbesserung und/oder regionale Vernetzung** sowie grundsätzlich die **Installation einer Steuerungsgruppe** zur Optimierung der Konzeptumsetzung **nahezulegen**.

²³ Vgl.: aufschwungalt GbR: Modellprojekte nach § 45 c SGB XI in Bayern (Schwerpunkt Vernetzung). Zwischenbericht 2004. München, 2005. S. 161.

²⁴ Auf eine ausführliche Diskussion der Thematik "Tagespflege" muss im Rahmen dieses Berichtes verzichtet werden.

Die ursprüngliche konzeptionelle Absicht, die zentrale Verbundstelle für den gesamten Landkreis zu verwirklichen, ließ sich insbesondere in den ersten zwei Modelljahren nur geringfügig verwirklichen. Als Hauptgrund dafür sind die beschriebenen²⁵ - mental erhalten gebliebenen - Grenzen der Alt-Landkreise Gunzenhausen und Weißenburg zu sehen. In diesem Sinne wurden bereits im März 2004 Überlegungen im Projektteam angestellt, das Modell *vorerst* auf die Region Gunzenhausen-Heidenheim-Merkendorf²⁶ zu begrenzen (im Gegensatz zum ursprünglichen Konzept, das den gesamten Landkreis umfasste). Angesichts der geschilderten regionalen Besonderheiten war diese vorläufige Begrenzung im Sinne einer Effizienz der Umsetzung sinnvoll. Verändert wurden diese Konstellationen durch den gelungenen Aufbau des Arbeitskreises Gerontopsychiatrie bei der (für den Landkreis zuständigen) PSAG, in dem Institutionsvertreter aus dem gesamten Einzugsgebiet vertreten waren. In der Folge und insbesondere durch die Wirkungen der erfolgreichen Projektumsetzung, nicht zuletzt der ausgeprägten Öffentlichkeitsarbeit ab dem zweiten Projektjahr und der vielen Initiativen zum Aufbau niedrigschwelliger Angebote, konnten dann auch vermehrt Kooperationen und Vernetzungen im Alt-Landkreis Weißenburg begründet werden (z.B. in Treuchtlingen). Zum besseren Verständnis gibt folgende Abbildung einen Überblick über den Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen:

²⁵ Siehe die Ausführungen unter 4.8.3.1

²⁶ Regionen des ehemaligen Landkreises Gunzenhausen (Merkendorf gehört seit der Gebietsreform im Jahre 1972 zum Landkreis Ansbach)



Abb.13.: Evangelischer Krankenverein Gunzenhausen: Landkreis-Karte²⁷

Die Entwicklung des Projektmanagements und damit einer strukturierten und zielorientierten Umsetzung des anspruchsvollen Konzeptes wurde von der f/w Begleitung als fortwährender Prozess beobachtet, der nicht durchgehend mit den Umsetzungsaktivitäten Schritt hielt. Dies betrifft auch die beachtlichen Fähigkeiten des Projektteams zu flexiblen und zeitnahen Reaktionen auf sich verändernde Bedingungen und Fortentwicklungen rund um das Modellprojekt. Der abgesteckte Aufgabenbereich der f/w Begleitung gestattet jedoch keine abschließende Bewertung. Das praxis- und ergebnisorientierte Handeln des Projektteams spricht mit seinen Erfolgen für sich. Es sei hier lediglich erwähnt, dass - auch im Vergleich zu anderen begleiteten Modellprojekten nach PflEG - **eingeübte Handlungstechniken** der Projektmitarbeiter in Arbeitsfeldern wie **"Strukturierung/Projektmanagement"** vereinfachend auf den **Aufbau von Versorgungsstrukturen in Vernetzungsprozessen** wirken können.

2.3.3.2. Betreuungsangebote / Vernetzte Versorgungsstrukturen

Wie beschrieben, gelangen dem Modellprojekt in diesen Teilprojekten - die aufgrund ihrer thematischen Überschneidungen hier gemeinsam erörtert werden - vielfältige Erfolge.

²⁷ Quelle: http://www.landkreis-wug.de/images/karte_aktuell.gif. 25.02.2007.

Angesichts der - auch durch die GeFa Mittelfranken vor Beginn des Modells aufgezeigten - Unterversorgung des Landkreises Weißenburg-Gunzenhausen bezüglich gerontopsychiatrischer Versorgungsstrukturen und -angebote wurden zahlreiche konkrete Versorgungsbausteine und Vernetzungen aufgebaut sowie wegweisende Prozesse eingeleitet. Dazu gehören:

- regionale Initiierung von Helferkreisen nach PflEG (Schulung und Einsatz)
- regionale Initiierung von Betreuungsgruppen
- regionale Initiierung von Angehörigengruppen
- Weiterentwicklung von Pflegekursen
- Kooperationsverträge und -vereinbarungen mit anderen Pflegediensten (überwiegend in diakonischer Trägerschaft)
- projektbezogene Kooperationen mit einer Allgemeinärztin
- projektbezogene Kooperationen mit Krankenhäusern
- vielschichtige Kooperationen mit dem Seniorenbeirat der Stadt Gunzenhausen
- Kooperationen mit ev. Kirchengemeinden und Dekanaten zur Verbesserung der Lebenssituation Demenzkranker und deren Angehöriger (wohnortnah)
- Gründung des AK Gerontopsychiatrie bei der regionalen PSAG
- trägerübergreifende Zusammenarbeit bei der Helferkreisschulung, der fachlichen Begleitung der Helfer und bei Mitarbeiterfortbildungen

Als zukunftsweisend ist die **Zusammenarbeit mit der Allgemeinärztin** in Heidenheim zu bewerten, die in den ersten beiden Modelljahren allgemein als Multiplikatorin für die Entwicklung der Versorgung Demenzkranker und deren Angehöriger in der Region charakterisiert werden kann. Möglich wurde dies durch die Familienpause der Ärztin (nach Wiederaufnahme der Vollzeittätigkeit als niedergelassene Ärztin reduzierte sich dieses Engagement zwangsläufig). Trotzdem ist dieses Modell, dass **eine Hausärztin - in verbindlicher Kooperation mit einem ambulanten Dienst - in einer ländlichen Region für eine Angehörigengruppe sowie für Helferkreise tätig** ist, nachahmenswert. Unabdingbar für eine gelungene landesweite Umsetzung versteht die f/w Begleitung jedoch die Schaffung einer Finanzierungsgrundlage für eine solche - ökonomisch und gesundheitsprophylaktisch sinnvolle - Multiplikatorentätigkeit von Hausärzten.²⁸

²⁸ Weitergehende Ausführungen sind im Rahmen dieses Berichtes nicht möglich. Hingewiesen sei auf den Aspekt, dass erfahrungsgemäß gerade in ländlichen Regionen Hausärzte zumeist die ersten (oder einzigen) Ansprechpartner (und häufig Vertrauenspersonen) für pflegende Angehörige sind.

Bezüglich der Kooperation und Vernetzung mit anderen Anbietern in der Altenpflege waren für dieses Modellprojekt Konstellationen und Dynamiken kennzeichnend, die seit Einführung der Pflegeversicherung vielfach wirksam sind. Anbieter der Altenpflege erleben sich als Wettbewerber um Kunden und Marktanteile. In der Region Gunzenhausen-Weißenburg stellte sich die Situation dergestalt dar, dass die Beteiligten in einem Prozess standen, der vielfach durch Ängste, Widerstände und Konkurrenzdruck geprägt war. Nicht nur im Versorgungsbereich Gerontopsychiatrie fehlte ein Gremium, um diese Aspekte thematisieren und adäquate Handlungsmöglichkeiten vereinbaren zu können. So bewegten sich die **Akteure zwischen verbaler Betonung des Vernetzungsgedankens ohne praktische Folgen** und - teilweise massiven - **Blockadehaltungen bzw. Desinteresse** und ausschließlichem Handeln im Rahmen der eigenen Institution. Mit erfolgreicher **Gründung des Arbeitskreises Gerontopsychiatrie (PSAG)** und unmittelbarer **Einbringung eines ersten konkreten Arbeitsauftrages** für dieses Gremium (Erarbeitung eines Demenz-Führers für die Region) wurde hier ein wichtiges Fundament für künftige kooperative Entwicklungen gelegt. Verschiedene gelungene projektbezogene Kooperationen im Rahmen des Modellprojektes sind aus Sicht der f/w Begleitung bereits als diesbezügliche Ergebnisse zu sehen.

Ein weiterer signifikanter Aspekt sind die erwähnten Konstellationen zwischen den Anbietern in diakonischer/evangelischer Trägerschaft und den Evangelischen Dekanaten im Landkreis. Als Erkenntnisse des Modellverlaufs ist festzuhalten, **dass auch Institutionen, die unter dem Dach eines Trägers der Wohlfahrtspflege zusammengeschlossen sind, nicht automatisch in einem (konstruktiven) Kooperationsverhältnis** stehen müssen. Gleiches trifft auf die Zusammenarbeit und teilweise auch den Informationsfluss zwischen diesen Anbietern in kirchlicher Trägerschaft und den Kirchengemeinden vor Ort zu. Beobachtungen des Projektverlaufs verdeutlichten, dass auch in diesem Segment intensive Tätigkeiten nötig sein können, um Vernetzung zu ermöglichen - auch wenn deren Notwendigkeit von etlichen der Beteiligten erkannt wurde. Durch geduldige und kontinuierliche Kontakte über die dreijährige Modellzeit erreichte das Projekt im Ergebnis auch hier konkrete Erfolge, indem z.B. konkrete praxiswirksame Kooperationsprojekte mit Kirchengemeinden oder dem Dekanat Gunzenhausen entwickelt wurden.

Beispielhaft zum Thema Vernetzung seien hier noch

- die unkomplizierte Zusammenarbeit mit einem anderen ambulanten Pflegedienst hinsichtlich des Einsatzes ehrenamtlicher Demenzhelfer (Helferkreis) sowie
- die im Jahre 2006 gelungene Kooperation mit anderen Trägern in der Region, die zuvor bemerkenswerte Zurückhaltung übten, in der gemeinsamen Schulung ehrenamtlicher Helfer nach PflEG.

Damit konnte gezeigt werden, dass bei **Kooperationsbereitschaft und -willen** auch **unter Wettbewerbern unbürokratische und pragmatische Lösungen zum Vorteil der Hilfesuchenden** durchaus machbar sind (von denen letztendlich alle Beteiligten auch im Sinne der Synergieeffekte profitieren).

Die zum Abschluss des Modellprojektes durchgeführten **qualitativen Interviews mit Angehörigen** (N = 5) ergaben zu den hier aufgeführten Themen folgende Ergebnisse.

Von den im Rahmen des **Modells aufgebauten Entlastungsangeboten** wurden von den Gesprächspartnern der

- Pflegekurs für Angehörige von Demenzkranken
- Einsatz von Helfern (HK nach PflEG) zu Hause (finanziert über PflEG / 460 €)
- Einsatz von Helfern (HK nach PflEG) zu Hause und Betreuungsgruppe
- Angehörigengruppe
- Einsatz von Helfern (HK nach PflEG) zu Hause und Angehörigengruppe

in Anspruch genommen. Als jeweiliger Grund dafür wurden die hohen Belastungen genannt, denen sich die Angehörigen durch die Begleitung und Pflege ihrer Demenzkranken, ausgesetzt sahen, wie z.B.²⁹:

- Gleichgesinnte zu finden
- mehrfach: fehlendes Wissen im Umgang mit den Erkrankten
- mehrfach: die Erkrankten nicht mehr allein lassen³⁰, nirgends mehr in Ruhe sein können oder die Teilzeitbeschäftigung nicht aufgeben zu wollen
- "nicht mehr zu können", "an seine Grenzen gekommen" zu sein
- mehrfach: den Erkrankten noch nicht ins Heim geben zu wollen
- Ehe der Tochter leidet unter Demenzerkrankung der Mutter bzw. deren Folgen

²⁹ Mehrfachnennungen

³⁰ Eine Ehefrau schilderte, dass der Ehemann immer "durchgegangen" sei und sie ihn dann "in der Nachbarschaft suchen" musste.

Unter den Befragten bestand jeweils eine **hohe Zufriedenheit** mit den von ihnen genutzten Angeboten. So wurde beispielsweise die Hoffnung, dort "Gleichgesinnte zu treffen" erfüllt. Auch ein Jahr nach Beendigung des Pflegekurses trafen sich die Angehörigen in Eigeninitiative immer noch regelmäßig monatlich. Auch der Gewinn aus dem Austausch in der Angehörigengruppe wurde mehrfach genannt. Man erhalte "interessante Informationen" und Tipps zum Umgang mit den Erkrankten und "höre auch mal, wie es anderen geht, dass andere noch größere Probleme haben". Hinsichtlich des häuslichen Einsatzes der Helfer betonten die Gesprächspartner als besonderen Vorteil sowohl deren "Flexibilität", ("Gerade das ist wichtig!") als auch die damit gegebene Möglichkeit "zum Abschalten" und der Pflege sozialer Kontakte. Die Frage nach **weiterhin fehlenden Unterstützungsangeboten** ergab folgende Faktoren:

- Ehefrau (demenzkranker Mann hat seit 2005 Pflegestufe 3) wünscht sich acht Tage **Urlaub** und in dieser Zeit "Kurzzeitpflege zu Hause" für ihren Erkrankten
- "Demenz" solle "bei der Pflegeversicherung mehr berücksichtigt" werden
- **Entlastung abends**
- Tagesbetreuung, die "alten Menschen Anleitung zu alltäglichen Aktivitäten gebe" (im Sinne einer **Tagespflege-Einrichtung**)³¹.

In der **Experten-Befragung** zum Abschluss des Modellprojektes (N=9) wurden folgende - für die Themen "Versorgungsstruktur/Vernetzung" relevante - Aussagen getroffen³²:

a) Informations-Status zu Aufgaben/Tätigkeiten des Modellprojektes:

SEHR GUT	AUSREICHEND	ZU WENIG	ÜBERHAUPT NICHT
N = 0	N = 2	N = 2	N = 2

Als Begründung für die Angabe "überhaupt nicht" wurde von einer Person angeführt, dass "das Angebot zwar denselben Landkreis" betreffe, "aber eine andere Kleinstadt". Die "Entfernung zwischen Gunzenhausen-Weißenburg beträgt ca. 25 km" und "Auswirkungen seien auf die Entfernung nicht zu beobachten". "Stattdessen gibt

³¹ Die Tochter begründete dies u.a. mit ihren Befürchtungen, dass die Mutter "im Pflegeheim schneller abbaue".

³² Aus Gründen der Lesbarkeit wird in der folgenden Ergebnisdarstellung auf die explizite Erwähnung der Möglichkeit zu Mehrfachnennungen bzw. der Häufigkeit fehlender Angaben verzichtet. Sie sind jeweils gegeben, wenn die Summe der Nennungen ungleich 9 ist.

es ein eigenes Demenzprojekt der Zentralen Diakonie-Station in Weißenburg, das sehr gut angenommen wird (5 Plätze)."

Diese Ausführungen belegen auch zu Modellende wiederum das mentale Vorhandensein der Altlandkreis-Grenzen. Wie beschrieben, wurden vom Modellprojekt mit der Diakoniestation in Weißenburg konkrete Kooperationen hinsichtlich der Helferkreis-Schulungen (und der folgenden fachlichen Begleitung der Helfer) sowie der gerontopsychiatrischen Fortbildung von Mitarbeitern eingegangen. Auf eine Bewertung des Informationsempfindens zu den Inhalten und der Umsetzung der Konzeption des Modellprojektes wird hier verzichtet, da die **Datenlage** (s.o.g. Ausführungen und dreimal fehlende Angaben) angesichts der weiteren Angaben der Experten zu **widersprüchlich** ist. Denn die Frage "Welche Verbesserungen in der Versorgung Demenzkranker und deren Angehöriger konnten aus Ihrer Sicht durch die Arbeit des Modellprojektes erreicht werden?" wurde von den Experten der Modellregion folgendermaßen beantwortet:

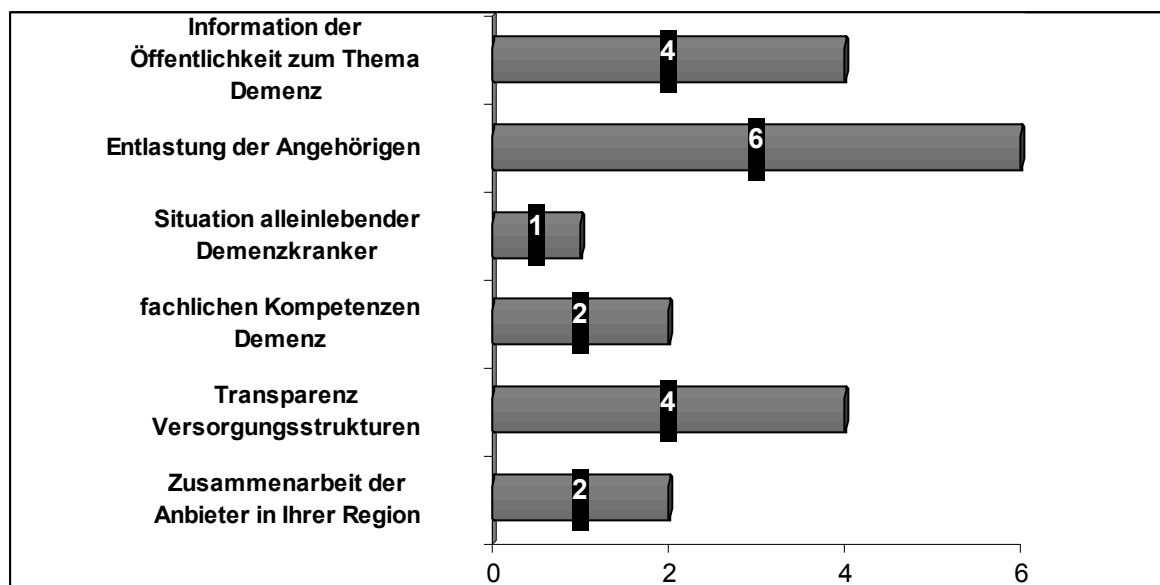


Abb.14.: Ev. Krankenverein Gunzenhausen: Experten-Interview zur Verbesserungen der Versorgung (1)

Über **60%** der Befragten bescheinigen dem Projekt, dass seine Arbeit konkret eine **Verbesserung der Versorgung** im Bereich der **Entlastung der Angehörigen** bewirkt habe. Und jeweils **44%** registrierten hinsichtlich des Themas "Demenz" die

- allgemeine Verbesserung der **Information der Öffentlichkeit** sowie eine
- verbesserte **Transparenz der regionalen Versorgungsstrukturen**.

Sechs der neun Befragten (dreimal fehlende Angaben) äußerten, dass durch die Arbeit des Modellprojektes niedrighschwellige Betreuungsangebote bzw. Beratungs- und Gruppenangebote für Angehörige aufgebaut bzw. deren Aufbau angeregt oder fachlich unterstützt worden sei. Folgende Konkretisierung erfolgte:

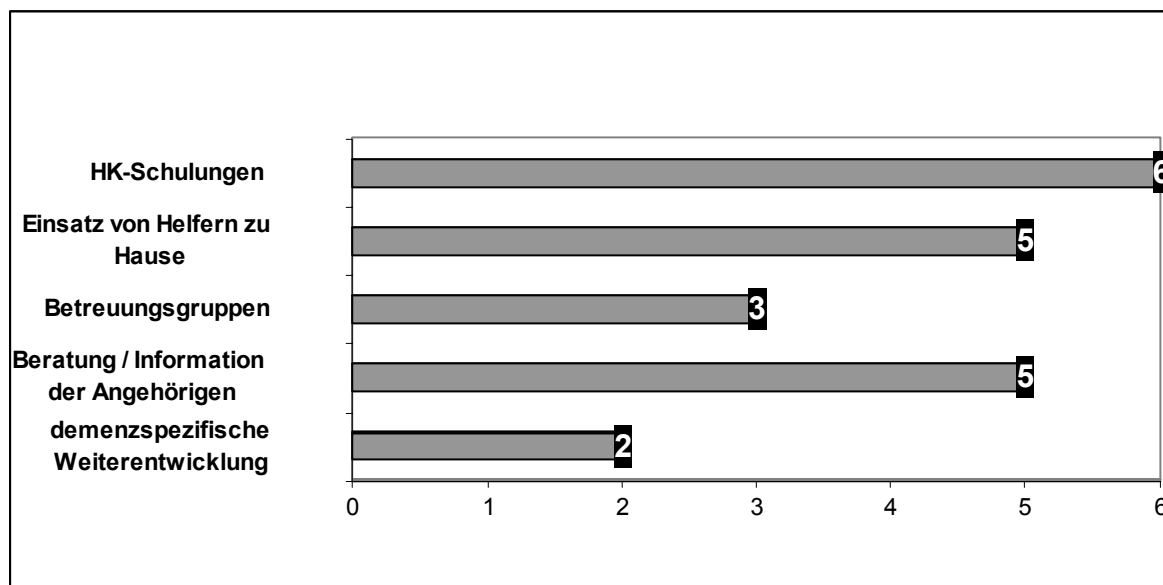


Abb.15.: Evangelischer Krankenverein Gunzenhausen: Experten-Interview zur Verbesserung der Versorgung (2)

Diese tätigkeitsbezogenen Rückmeldungen der Experten belegen, dass in der Region durchaus Wissen zur Tätigkeit des Modellprojektes vorhanden war. Bezüglich des geringen subjektiven Informationswissen (siehe o.g. Frage "a") wirkte sich unter Umständen jedoch auch die zu geringe Öffentlichkeitsarbeit des Projektteams im ersten Modelljahr sowie das (beschriebene) nicht durchgängig stringente Projektmanagement aus. Das heißt: **die Akteure konnten zwar Ergebnisse der Konzeptumsetzung wahrnehmen, verfügten aber über zu wenig Informationen zu den Aufgaben und Zielen des Modells.**

b) Initiativen seitens des Modellprojekt bezüglich Vernetzung / Kooperation

THEMENSTELLUNG	NENNUNGEN
Gründung eines Arbeitskreises „ambulante Gerontopsychiatrie“	3
Aufbau einer Arbeitsgruppe "Vernetzung/Zusammenarbeit"	1

gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Info-Materialien)	2
informelle Kooperation	3
weiß nicht	0
Weitere	0

Erläuterungen zum Item "informelle Kooperation" benennen u.a., das "anlassbezogene Zusammenwirken mit weiteren Diensten" und "gegenseitige Informationen und Anfragen auf kurzem Telefonweg", "informelle Kooperationen", den "regelmäßigen Austausch" (z.B. Betreuung von Demenzkranken in der Klinik) oder mehrfach das Thema "Pflegeüberleitung".

c) Einschätzung zur **Dauerhaftigkeit der vernetzten Strukturen** nach Beendigung des Modellprojektes

AUSSAGE	NENNUNGEN
bleiben auf dem geschaffenen Niveau bestehen	5
werden sich verändern, aber nicht gänzlich verlieren	1
werden sich auflösen	0
weiß nicht	1
Sonstiges	0

Die Ansicht, dass das bestehende Niveau bestehen bleiben kann, wird mehrheitlich mit dem gegründeten Arbeitskreis Gerontopsychiatrie der PSAG erklärt. Darüber hinaus sei im Folgenden noch ein Experte zitiert: "Wir erhoffen uns, dass das geschaffene Niveau bestehen bleibt durch das gestiegene Interesse der Bevölkerung an besonderen Versorgungsstrukturen für Demenzkranke und durch das große Engagement der im bisherigen Modellprojekt tätigen Mitarbeiter."

d) **Ausbau der vernetzten Strukturen** nach Modellende möglich?

JA	NEIN	WEISS NICHT
N = 4	N = 1	N = 1

Die Begründung der zustimmenden Antworten beinhaltet u.a.:

- die Hoffnung auf eine "bessere Zusammenarbeit der Wohlfahrtsverbände"

- die evtl. "Einrichtung einer gerontopsychiatrischen Sprechstunde am Kreiskrankenhaus" sowie
- "weitere intensive Zusammenarbeit".

e) subjektive Einschätzung zu **Grenzen der Vernetzung**

EXISTIEREN	GIBT ES NICHT	WEISS NICHT
N = 4	N = 1	N = 0

Auch bei den Experten dieser Modellregion überwiegt die Zustimmung. Die Begründungen zu "Grenzen von Vernetzungsprozessen" zeigt folgende Abbildung:

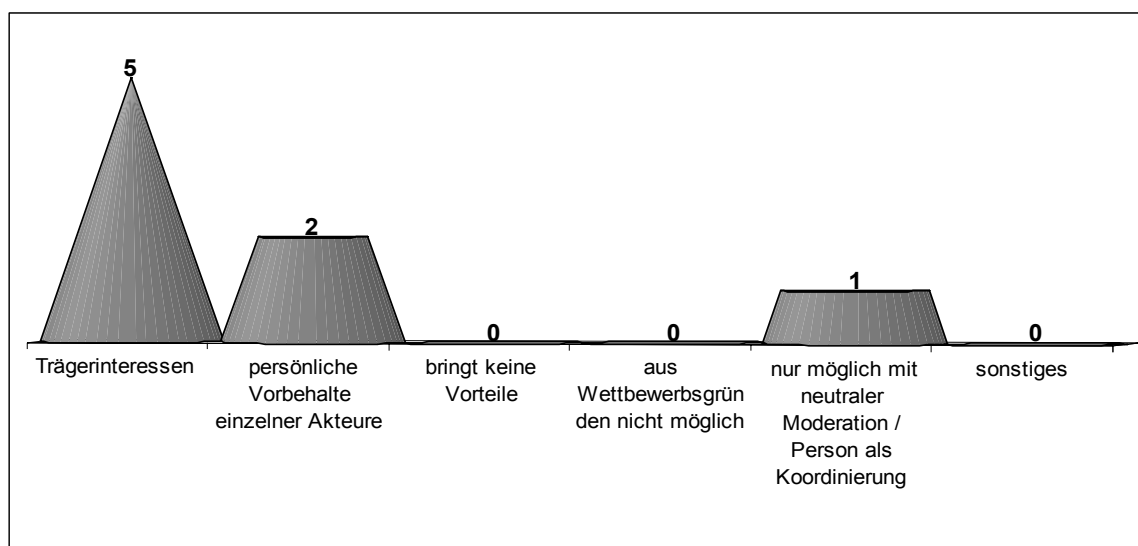


Abb. 16.: Ev. Krankenverein Gunzenhausen: Grenzen von Vernetzungsprozessen

Über **55% der Befragten** sind der Überzeugung, dass **Trägerinteressen** praxiswirksamen **Vernetzungsprozessen entgegenstehen**.

Im Fragenbereich³³ zur **Tätigkeit und den Kompetenzen der Projektleitung** wurden von den Befragten keine Angaben hinsichtlich der Faktoren Zusammenarbeit und Vernetzung gemacht.

Abschluss-Befragung des Projektteams

Die Angaben der Befragten (Projektmitarbeiterin und Geschäftsführer) zu den Themen "Versorgungsstruktur/Vernetzung" zeigen **bemerkenswerte Übereinstimmungen mit den Experten-Aussagen**. Dies betrifft folgende Punkte, die von beiden als Fortschritte benannt wurden:

³³ Methodisch als „offene Fragen“ gestaltet.

- allgemeine Verbesserung der Information der Öffentlichkeit zum Thema "Demenz"
- Verbesserung der Versorgung im Bereich der Entlastung der Angehörigen
- eine verbesserte Transparenz der regionalen Versorgungsstrukturen sowie
- eine verbesserte Zusammenarbeit der Anbieter in der Region.

Die **Dauerhaftigkeit der im Modell aufgebauten Kooperationsstrukturen** sah die Projektmitarbeiterin gesichert bezüglich des AK Gerontopsychiatrie, der Kooperation mit den Krankenhäusern und den ambulanten Diensten in Heidenheim, Schwabach und Treuchtlingen sowie mit der GeFa Mittelfranken. Daneben betonte der Geschäftsführer, dass u.a. die Vernetzungsarbeit und der Aufbau weiterer Versorgungsstrukturen nach Modellende durch den (zumindest teilweisen) Erhalt der Projektstelle **kontinuierlich fortgeführt** werden könne. Darüber hinaus stellte das Projektteam fest, dass die erreichten Ergebnisse hinsichtlich Vernetzung und Verbesserung der Versorgungsstrukturen dauerhaft und u.U. mittelfristig auch ausbaubar seien, da

- ein großer **Bedarf** vorhanden sei, der in Zukunft steigen werde
- die **Angehörigen akzeptierend** auf die niedrigschwelligen Angeboten reagieren, diese als hilfreich erleben und ihre positiven Erfahrungen weitergeben
- eine verstärkte **öffentliche Aufmerksamkeit** geschaffen wurde und
- letztendlich nun auch andere regionale **Anbieter die "Notwendigkeit" der Prozesse** sehen.

Zum Thema **"Grenzen der Vernetzungsarbeit"** bemerkt das Projektteam übereinstimmend, dass diese gegeben seien durch **"Trägerinteressen"** und **persönliche Vorbehalte einzelner Akteure**. Auch hier findet sich wiederum eine signifikante Übereinstimmung mit der Einschätzung der regionalen Situation durch die Experten.

Als verlässliche **Strategie zum Aufbau von Netzwerken** benannte das Projektteam, das **"Suchen und Gewinnen von Verbündeten"**. Beispielhaft wurde diesbezüglich genannt: der Geschäftsführer der PSAG hinsichtlich des Aufbaus des AK Gerontopsychiatrie; die Pfarrer oder die Vorsitzende des Seniorenbeirates der Stadt Gunzenhausen. Darüber hinaus sei **"Begeisterung"** in der Überzeugungsarbeit zum Netzwerkaufbau wie auch **"Hartnäckigkeit"** vonnöten, um nicht vorzeitig bezüglich der verschiedenen Widerstände zu resignieren. Strategisch

sinnvoll kann auch der - momentanen Situation oder der Zielgruppe - angepasste Einsatz von unterschiedlichen Personen sein ("die persönliche Chemie müsse stimmen"). Netzwerk-Initiatoren sollten mit **Rationalität, Behutsamkeit und Feingefühl** gleichermaßen agieren.

2.3.3.3. Weitere Teilprojekte

Bemerkenswert sind die Effekte hinsichtlich der Arbeiten zum **Entlassungsmanagement**. Im Ergebnis verfügt der **Landkreis** Weißenburg-Gunzenhausen nunmehr über einen **einheitlichen**, gebilligten (gemeinsame Drucklegung) und eingeführten **Basis-Überleitungsbogen** für die Kooperation der Kreiskrankenhäuser und der ambulanten Dienste³⁴. Durch die diesbezügliche Zusammenarbeit im AK Gerontopsychiatrie der PSAG ist der Bogen auch weiteren Institutionen bekannt und von diesen akzeptiert. In bedarfsorientierter Ergänzung liegt darüber hinaus ein spezifizierter gerontopsychiatrischer Überleitungsbogen vor, der ebenfalls im AK Gerontopsychiatrie thematisierte Bogen wurde in diesem Gremium befürwortet. Die f/w Begleitung konnte aufgrund der sich entwickelnden Prozesse keinen abschließenden Überblick gewinnen, von welchen Institutionen dieses Instrument kontinuierlich genutzt wird. Bemerkenswert ist jedoch, dass wiederum beide **Kreiskrankenhäusern** in Gunzenhausen und Weißenburg großes Interesse am **gerontopsychiatrischen Ergänzungsbogen** zeigten und diesen in ihrer jeweiligen **Kooperation mit dem Ev. Krankenverein nutzen**.

Insbesondere der zuletzt genannte Umstand ist - angesichts der Versorgungsproblematiken bezüglich demenzkranker älterer Patienten in Allgemeinkrankenhäusern - als unbedingt **richtungsweisend** einzuordnen. Auch in Verbindung mit dem Projekt "Ambulantes gerontopsychiatrisches Fallmanagement" der GeFa Mittelfranken wurden im Modellprojekt beispielhafte Schritte gegangen, die aufzeigen, wie der **Verbleib gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in ihrer häuslichen Umgebung länger sichergestellt** werden kann.

Hinsichtlich der **Entwicklung von innovativen Finanzierungskonzepten** gelangen dem Modell trotz intensiver Anstrengungen keine richtungsweisenden Resultate. Die Tätigkeiten hatten sich aufgrund vorangegangener ergebnisloser Aktivitäten im Projektverlauf auf das Thema "Ambulant betreute Wohngemeinschaften für

³⁴ Es bleibt abzuwarten, ob sich mittelfristig *alle* ambulanten Anbieter im Landkreis der Nutzung dieses Bogens anschließen werden.

Demenzkranken³⁵ konzentriert (wesentliche Mitarbeit an der Bayerischen Expertengruppe und Teilname an der - im Rahmen eines anderen Modellprojektes durch die f/w Begleitung initiierten - probeweisen „Wirksamkeitsprüfung“ durch den MDK Bayern³⁶). Diese konnten jedoch bis zum Modellende nicht die erhofften konkreten Ergebnisse zeitigen. In der Abschlussbefragung bewertete das Projektteam diese Tätigkeiten dennoch positiv, da sich die "Expertengruppe gebildet" hätte und das "Thema von mehreren Personen besetzt" worden sei, die "nach Lösungen suchen".

Die Ergebnisse des **Teilprojektes "Anforderungsprofil"**:

- das Papier "Anforderungsprofile für die Tätigkeit in einer ambulanten tagesstrukturierenden Wohngemeinschaft für gerontopsychiatrisch veränderte Menschen" und
- das entwickelte und erprobte Curriculum zur demenzbezogenen Fortbildung für Familienhelferinnen

sind als Zwischenergebnisse einzuschätzen. Beides kann als **Grundlage zur Entwicklung eines Kompetenzprofils für Mitarbeiter** (verschiedener Berufsgruppen), die in **ambulant betreuten Wohngemeinschaften** für Demenzkranke tätig sind, verstanden werden. Als Fazit bedauerte das Projektteam, dass keine weiteren zeitlichen Ressourcen zur Verfügung standen, um die Arbeit am nach wie vor als dringlich erachteten Thema "Anforderungsprofile für Mitarbeiter in der Pflege Demenzerkrankter" substantiell fortzusetzen.

2.3.4. Zusammenfassung

Das Modellprojekt "Zentrale Verbundstelle im Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen zur Vernetzung ambulanter, teilstationärer und stationärer Einrichtungen" konnte in der dreijährigen Tätigkeit seiner umfangreichen und vielfältigen Aufgabenstellung in beachtlicher Weise gerecht werden. Hervorzuheben sind die - angesichts der Ausgangssituation - hervorragenden Ergebnisse im Bereich des **Aufbaus kooperativer und vernetzter Strukturen** und der **Verbesserung der Versorgungssituation**. Hierzu zählen insbesondere die Initiierung niedrigschwelliger Angebote für Demenzkranke und spezifischere Angebote für Angehörige im Landkreis. Diese erfolgreichen Prozesse verdankt das Projekt nicht zuletzt seiner im

³⁵ Der Modellträger hält diesen Versorgungsbaustein seit Ende 2001 vor.

³⁶ Eine diesbezügliche detailliertere Darstellung ist im Rahmen dieses Berichtes nicht möglich. Vgl. dazu den Abschlußbericht der f/w Begleitung zum Modellprojekt „Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Demenzkranke“ in Obersteinbach.

Modellverlauf ausgeprägt entwickelten Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Demenz. Damit konnte die in der ländlichen Region - nach wie vor - ersichtlich vorhandene Tabuisierung von Demenzerkrankungen minimiert und die Akzeptanz der aufgebauten Versorgungsstrukturen signifikant verbessert werden. Unter anderem erwies sich auch die **sektorenübergreifende Zusammenarbeit**, z.B. mit dem Seniorenbeirat und Volkshochschulen, aber auch die gelungene Einbindung von Strukturen der Evangelischen Kirche in der Region als zielführendes Instrument.

Erfahrungen des Modellprojektes legen nahe, dass der Erfolg von **Projekten zu den Themen Strukturverbesserung** und/oder **regionale Vernetzung** durch

- die **Installation einer Steuerungsgruppe** zur Optimierung der Konzeptumsetzung
- **eingeeübte Handlungstechniken** der Projektmitarbeiter in Arbeitsfeldern wie **"Strukturierung/Projektmanagement"** sowie
- eine **intensive Öffentlichkeitsarbeit** von Anfang an verstärkt werden kann.

Auch für dieses Projekt gilt, dass die **Gründung des Arbeitskreises Gerontopsychiatrie** den - unter den Akteuren bis dahin lediglich verbal vorhandenen - Vernetzungsgedanken hin zu praxiswirksamer Arbeit führen konnte. Von Bedeutung dafür war auch, dass die Gründung **zugleich mit einem ersten konkreten Arbeitsauftrag** für dieses Gremium (Erarbeitung eines Demenz-Führers für die Region) verbunden wurde. Dies belegt einmal mehr, dass erfolgreiche Vernetzungsprozesse für alle Beteiligten einen - von ihnen - erkennbaren Vorteil bieten müssen. Dieser **reale Nutzen für die eigene Arbeit bzw. Institution** sollte als **Bedingung für die Bereitschaft der Akteure, am Aufbau von Netzwerken wirksam** mitzuarbeiten, **künftig allgemein bedacht und akzeptiert** werden.

Als beispielhaft für kommende Entwicklungen ist desgleichen die gelungene **Zusammenarbeit mit Anbietern des Gesundheitswesens** zu benennen. Trotz des gestiegenen diesbezüglichen Bewusstseins sind in der Praxis nach wie vor vielfache Zögerlichkeiten (z.B. die flächendeckende Einbindung von Hausärzten in die Demenz-Versorgung) zu beobachten. Die Kooperationen des Modellprojektes mit einer Hausärztin sowie die Gestaltung des Entlassungsmanagements (unter

Einbeziehung gerontopsychiatrischer Aspekte) mit Kreiskrankenhäusern zeigen geeignete Wege auf.

Letztlich belegt das abgeschlossene Modellprojekt des Ev. Krankenvereins Gunzenhausen erneut, dass die Installation (tatsächlich in der alltäglichen Praxis) wirksamer **Vernetzungs- und Kooperationsprozesse**

- **längere Zeiträume** und u.U. mehrere Anläufe benötigt sowie diese
- ohne einen **kontinuierlichen Impulsgeber** Gefahr laufen, einzuschlummern.

Der weiteren Arbeit der (reduzierten) Projektstelle ist zu wünschen, dass sie durch andauernde Beharrlichkeit und kontinuierlichen Vertrauensaufbau die Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter alter Menschen und ihrer Angehörigen weiter spürbar verbessern kann. Der vom Modell erfolgreich begonnene Weg, unter den Anbietern das Bewusstsein zu fördern, sich einerseits als Wettbewerber auf dem Markt zu verstehen und andererseits in (aktuell) definierten Segmenten zu kooperieren, wird dazu einen wichtigen Beitrag leisten.

2.4. PIA e.V. München

Das Modellprojekt >Hilfe vor Ort< nahm am 01.03.04 mit einer dreijährigen Laufzeit seine Arbeit auf (Bewilligungszeitraum: 01.03.04 - 28.02.07). Als Projektleitungen wurden jeweils mit einer Teilzeitstelle (19,5h) eine Diplom-Geografin mit relevanten Berufserfahrungen in der Projektarbeit sowie eine Fachkrankenschwester für Psychiatrie mit Erfahrungen in der stationären Gerontopsychiatrie eingestellt.

2.4.1. Konzept und Ziele des Modellprojektes

Im Modellprojekt war beabsichtigt, durch die „Nutzung des Spezialwissens der Vereinsmitglieder - in Verbindung mit moderner Kommunikationstechnologie - Wege zu eröffnen, die den Menschen ein selbständiges Leben sichern und den Kostenträgern des Sozialsystems sowie den Krankenkassen erhebliche Kosten ersparen“.³⁷ Nach eigenen Aussagen des Modellträgers setzt sich die „Idee“ des Projektes aus folgenden Aspekten zusammen:

- Vernetzung aller gerontopsychiatrischer Professionen/Institutionen
- optimale Nutzung vorhandener Möglichkeiten/Ressourcen
- eventuell Ergänzung fehlender Strukturen.

Als Hintergrund dafür ist folgende - in der Modellkonzeption beschriebene - „Problemstellung“ zu verstehen: „Aktuell gibt es keine umfassenden Vernetzungsprojekte unter Einbeziehung der gesamten gerontopsychiatrischen Professionen. Die überwiegende Zahl der Erkrankten, insbesondere der Demenzpatienten oder alten Menschen mit erstmaliger depressiver Erkrankung hatte noch niemals Berührung mit Versorgungssystemen der Altenhilfe oder Psychiatrie. Als Ansprechpartner in Problemsituationen fungiert meist der jeweilige Hausarzt oder ein ambulanter Pflegedienst. Diese sind häufig mit der komplexen Problematik nicht vertraut und können daher die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten nicht optimal ausschöpfen. Ein interdisziplinärer Krisendienst bei eskalierenden Situationen steht für gerontopsychiatrisches Klientel nicht zur Verfügung. Als Konsequenz daraus erfolgen regelmäßig Krankenhauseinweisungen in somatische oder psychiatrische Kliniken, woraus oftmals die Heimeinweisung resultiert.“³⁸

³⁷ Vgl. PIA e.V.: Projektbeschreibung "Hilfe vor Ort". Unveröffentlichtes Manuskript. Haar, März 2004. o.S.

³⁸ Vgl. ebd.

Mit dem Ansatz, dieser beschriebenen Problemlage durch **den unbürokratischen Einsatz von qualifizierten ehrenamtlichen Helfern** zu begegnen,

- betrat dieses Modellprojekt nicht nur im gerontopsychiatrischen Versorgungskontext (der Landeshauptstadt München) Neuland und
- hatte auch mit seinem relativ neu gegründeten Träger³⁹ eine Institution hinter sich, die vielen Akteuren der Altenhilfe und Gerontopsychiatrie in der Stadt unbekannt war.

Im Sinne des Projektmanagements zur strukturierten Umsetzung der Konzeption entwickelte das Projektteam den - in folgender Abbildung wiedergegebenen - Projektstrukturplan⁴⁰. Im Vergleich zu anderen Modellprojekten wurde dieser Arbeitsschritt selbständig - in Abstimmung mit der f/w Begleitung - von den Projektleitungen gegangen. Dabei konnte von den Erfahrungen einer der Mitarbeiterinnen in diesem Arbeitsfeld sichtlich profitiert werden.

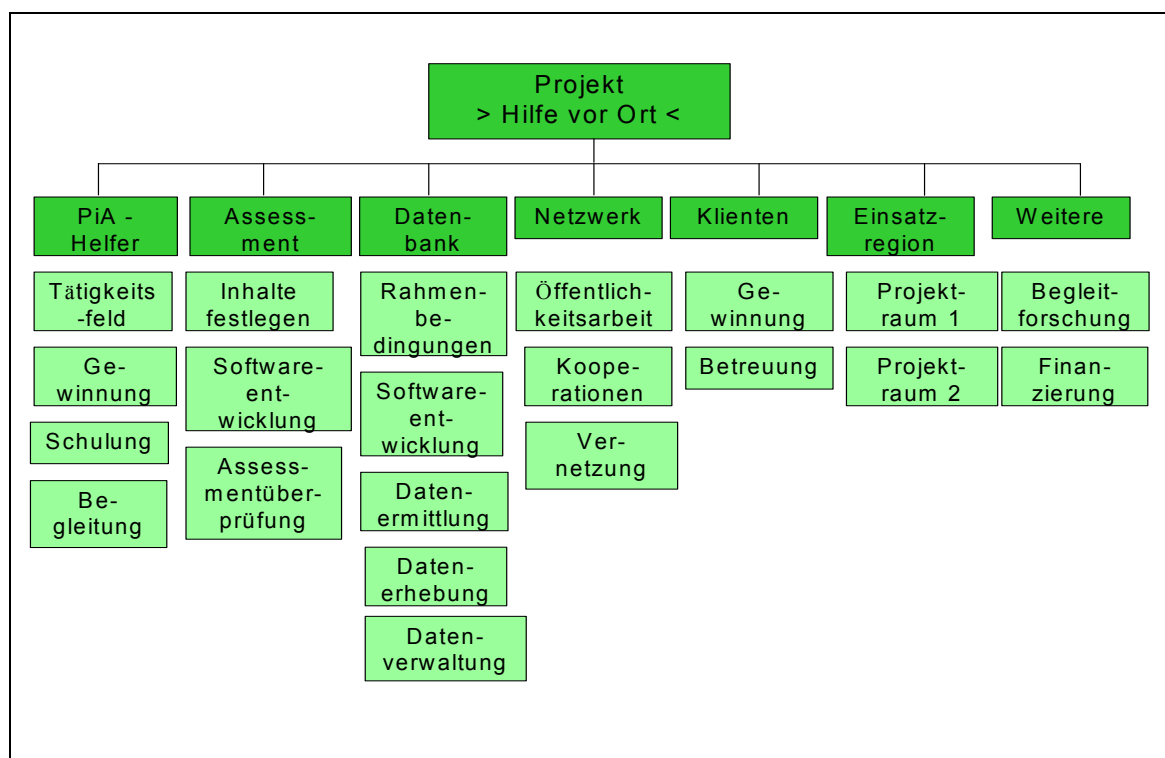


Abb.:17.: Projektstrukturplan PIA E.V.

³⁹ Der gemeinnützige Verein PiA e.V. (Psyche im Alter) wurde im Jahre 2001 - u.a. durch das hohe Engagement eines Oberarztes am regionalen Bezirkskrankenhaus - gegründet. Als Vereinsziele werden benannt: durch „unbürokratisches, professionelles Handeln neue Wege“ zu beschreiten, „um die Würde des Menschen im Alter und bei Krankheit zu wahren“. Der Verein will sich "bezüglich seiner Mitglieder aus allen mit der Gerontopsychiatrie befassten Berufszweigen zusammensetzen und damit ein Dach über alle Zuständigkeiten, Träger und Interessen spannen".

⁴⁰ Stand: 08.09.2004.

Mit dieser Planung sollte sichergestellt werden, dass die Projektziele

- „psychisch kranken alten Menschen den koordinierten Zugriff auf alle regionalen Ressourcen“ zu ermöglichen, um damit
- für diese Zielgruppe den Verbleib „trotz erheblicher Erkrankung im gewohnten Milieu“ zu sichern⁴¹

erreicht werden.

2.4.2. Umsetzung / Projektverlauf

Die Anfangsphase der Projektumsetzung wurde vorerst geprägt durch den organisatorischen Aufbau bzw. die Ausgestaltung der arbeitstechnischen Rahmenbedingungen. Die Raumsuche konnte dabei schnell gelöst werden, da das Bezirkskrankenhaus Haar dem Projekt kostenlos einen Büroraum zur Verfügung stellte. Daneben beanspruchte in dieser Zeit auch die Installierung des Projektmanagements kontinuierlich Zeit. Im Weiteren lagen Hauptinhalte der Tätigkeit im ersten Modelljahr insbesondere in den Teilprojekten PIA-Helfer, Assessment sowie Datenbank (siehe folgende Abbildung).

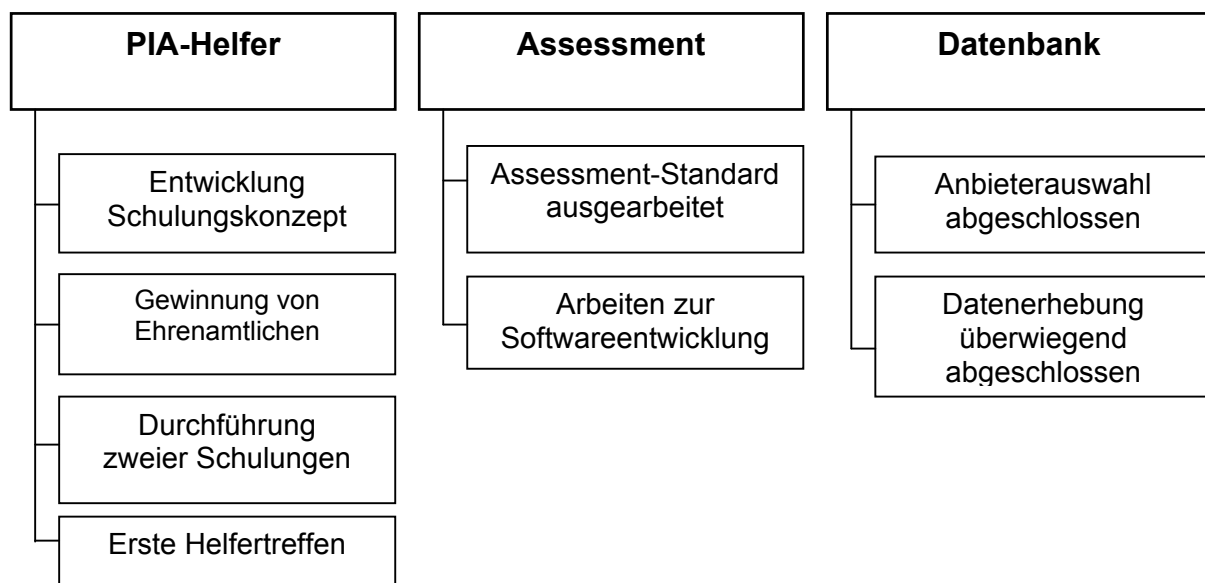


Abb.:18.: >Hilfe vor Ort< : Ergebnisse im ersten Projektjahr

Im zweiten Modelljahr konnte die Bekanntheit und Akzeptanz⁴² von >Hilfe vor Ort< in der Projektregion 1 (München-Ramersdorf/Perlach) sowohl in der allgemeinen

⁴¹ Vgl. PIA, a.a.O.

⁴² Vgl. zum Verständnis dieser Aspekte Punkt 2.4.3.1 Projektaufbau/Konzeptimplementierung

Öffentlichkeit als auch in der Fachöffentlichkeit wesentlich gesteigert werden. Dies führte letztlich auch zu vermehrten Klientenanfragen.

Die Datenbank wurde fertig gestellt und auch von Anbietern in der Region als Informationsquelle genutzt (die Projektleitungen erhielten verschiedentlich ausdrücklich positives Feedback für dieses Angebot). Der Helferstamm blieb auf vergleichbar konstantem Niveau. Diese Tatsache spricht für eine erfolgreiche und adäquate fachliche und persönliche Begleitung der ehrenamtlichen Mitarbeiter; entsprechend der Erkenntnisse zur Gestaltung Bürgerschaftlichen Engagements unter der Herstellung von win-win-Situationen. Im letzten Quartal 2005 wurden durch intensive Vorarbeiten die Grundlagen für den Start von >Hilfe vor Ort< im Projektraum 2 (im Landkreis München/Gemeinde Haar) für Anfang 2006 gelegt.

Einen Überblick über den Stand der Projektumsetzung zu Beginn des dritten (und letzten) Projektjahres vermittelt die folgende Abbildung.

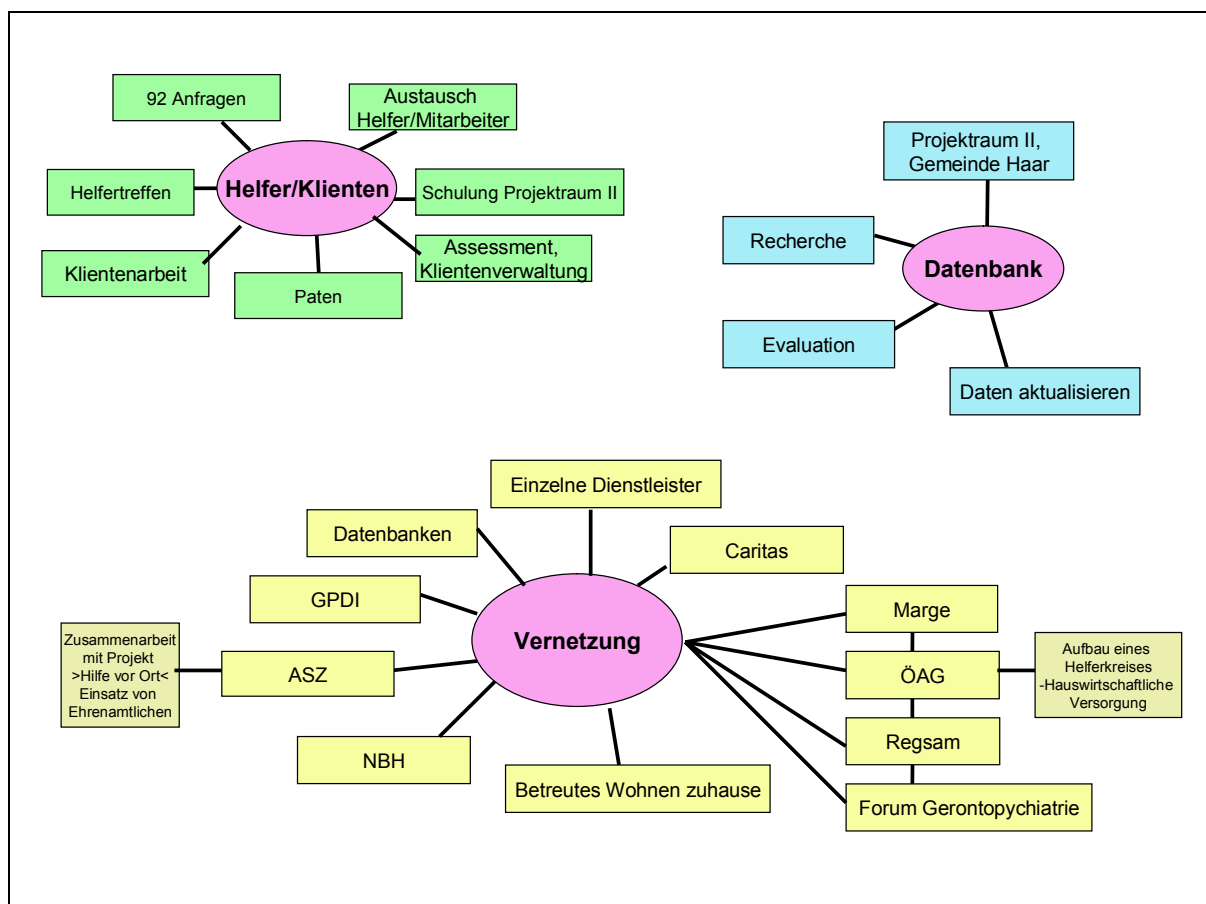


Abb.:19.: >Hilfe vor Ort< : Stand der Projektumsetzung Anfang 2006⁴³

Die Tätigkeitsschwerpunkte des dritten Projektjahres bildeten:

⁴³ Präsentation der Projektleitung vom 17.01.2006.

- die Aufbauarbeiten und die Implementierung des Konzeptes >Hilfe vor Ort< in der zweiten Projektregion, der Gemeinde Haar
- die Sicherung und Vertiefung der bisherigen Arbeitsergebnisse im Projektraum 1 (München-Ramersdorf/Perlach)
 - Klientenarbeit
 - Begleitung der Helfer
 - Öffentlichkeitsarbeit
 - Vernetzung / Kooperation
 - Aktualisierung der Datenbank
 - Entwicklung der Software für das Assessment
- Tätigkeiten zur Sicherstellung der Weiterarbeit von >Hilfe vor Ort< nach Ende der Modellprojektförderung.

2.4.3. Ergebnisse / Schlussfolgerungen

Die von den Initiatoren des Modellprojektes >Hilfe vor Ort< im beruflichen Alltag als zunehmend drängend wahrgenommenen Defizite in der Versorgung psychisch kranker alter Menschen und der daraus resultierende Handlungsbedarf führte - nach der Vereinsgründung von PIA e.V. - mit der Entwicklung der Projektkonzeption zur Kreation eines neuen Bausteins in der Versorgungslandschaft der Stadt München sowie - in einem zweiten Schritt - in der (an die Landeshauptstadt) direkt angrenzenden Gemeinde Haar. Geradezu exemplarisch lassen sich an der Entwicklung und des Verlaufes des Modells sowohl die Phasen einer Projektumsetzung als auch die Komplexität der Prozesse hinsichtlich des Aufbaus vernetzter Strukturen erkennen.

2.4.3.1. Projektaufbau / Konzeptimplementierung

In den ersten neun Monaten der Umsetzung waren Projektleitungen und Träger mit diversen Problemlagen konfrontiert, deren Ursachen in der Ausgangsposition resp. - situation benannt werden können:

- Erfordernis des kompletten Neuaufbaus der Projekt-/Bürologistik
- Modellträger ist in der Region kein etablierter Anbieter
- geringe Verankerung in der regionalen (ambulanten) Versorgungsstruktur
- fehlende informelle Kontakte.

Insbesondere die drei letzten der o.g. Faktoren dürfen als Ursachen für Irritationen in der betroffenen Versorgungslandschaft angenommen werden. Diese reagierte in der

Anfangsphase des Modellprojektes verschiedentlich mit Widerständen bzw. auch einer Mentalität des „Links-liegen-Lassens“ unter der Annahme, dass PIA e.V. geringe Erfolgschancen haben werde⁴⁴.

Im Rahmen der zu Beginn des Projektes durch die f/w Begleitung durchgeführten Experteninterviews mit regionalen Akteuren, wurden so z.B.

- Vorbehalte geäußert, da PIA e.V. ohne bzw. unter minimaler Rückkoppelung/Kooperation zu existierenden Angeboten gegründet worden sei oder
- bedauert und kritisiert, dass die Zielsetzungen und Arbeitsinhalte des Projektes und seines Trägers - auch nach einiger Laufzeit des Modells - unbekannt/unklar seien.

Des Weiteren sah eine Expertin „keinen Bedarf für die Tätigkeit von PIA im Stadtteil, da dort genügend entsprechende Beratungsstellen“ existierten, die „seit 30 Jahren vernetzt seien, des Weiteren leiste REGSAM⁴⁵ solide Vernetzungsarbeit“.

Andererseits war auch zu konstatieren, dass befragte Akteure ein grundsätzliches Anliegen nach Vernetzung (auch wenn der Sitz des Modellprojektes nicht zentral gelegen sei⁴⁶) äußerten und

- die Zielsetzung von PIA als "äußerst sinnvoll" sowie
- die geplante „PIA-Datenbank“ als erwartet nützlich für die eigene praktische Arbeit bewerteten.

Diese diametral gegensätzlichen Aussagen sollten nach Einschätzung der f/w Begleitung in folgendem Kontext gesehen werden:

- die o.g. Faktoren rund um den jungen Träger
- die (zu Modellbeginn) unterschiedliche Versorgungsdichte relevanter Angebote in unterschiedlichen Stadtteilen Münchens

⁴⁴ Diese Beschreibung wird durch (in den Vor-Ort-Gesprächen mit Experten durch die f/w Begleitung und in Kontakten der Projektleitungen zu Akteuren der Region) erlebte Widerstände gegen das Projekt resp. den Trägerverein evidiert.

⁴⁵ REGSAM = Regionale Netzwerke für Soziale Arbeit in München (kommunal gefördertes Vernetzungssystem aller sozialen, gesundheitlichen und schulischen Einrichtungen in München unter Mitarbeit ehrenamtlich und regionalpolitisch engagierter Bürger)

⁴⁶ Die Projektleitung hat ihr Büro in Haar (Landkreis München), die Modellphase 1 wurde in nicht direkt angrenzenden Stadtteilen der Landeshauptstadt umgesetzt.

- die vielfach zu beobachtenden Zurückhaltungen, Retardierungen und Widerstände gegenüber Vernetzungsprozessen unter Akteuren der Altenhilfe/-pflege.

Hinsichtlich der genannten "Versorgungsdichte" sei noch erwähnt, dass in der „Modellregion 1“ (München-Ramersdorf/Perlach) im Vergleich zu anderen Stadtteilen der Landeshauptstadt für die Thematik wichtige Versorgungsbausteine in geringerem Umfang anzutreffen sind. So war die Einrichtung einer "Fachstelle zur häuslichen Versorgung" durch die Landeshauptstadt/Sozialreferat (geplant in allen 13 Sozialregionen, die Umsetzung in sechs Regionen begann im Laufe des Jahres 2004) zu Projektbeginn zurückgestellt⁴⁷. Der Gerontopsychiatrische Dienst (GPD) München-Ost (zuständig für die psychiatrische Versorgungsregion im Münchener Osten) lehnte aufgrund mangelnder personeller Kapazitäten die Zuständigkeit für seinen gesamten Versorgungsbereich ab und keine der in München existierenden zwölf Fachstellen für pflegende Angehörige nach dem „Bayerischen Netzwerk Pflege“ war in der Modellregion 1 angesiedelt.

Damit kann für diese Modellregion ein Bedarf nach dem Angebot von >Hilfe vor Ort< als relativ gegeben angenommen werden.

Zusammenfassend zur Ausgangssituation des Projektes kann festgehalten werden:

- hohes Engagement des Trägervereins
- Zusammenführung multiprofessioneller Kompetenzen beim Modellträger
- geringe Bekanntheit des Modellträgers unter den Akteuren der relevanten Versorgungslandschaft
- für das Modellprojekt eingestellte Projektleitungen verfügen über wenig/keine Berufserfahrungen im ambulanten Bereich der Altenhilfe/Gerontopsychiatrie in der Modellregion
- keine - evaluierbare - Einbindung des Trägers in Fachgremien der Altenhilfe oder Gerontopsychiatrie in der Landeshauptstadt/Modellregion
- Widerstände von Akteuren der sozialen/pflegerischen/nicht-medizinischen gerontopsychiatrischen Versorgung in München gegenüber dem Träger bzw. dessen Handlungsansatz.

⁴⁷ Diese Fachstellen sollen nach Aussagen des Sozialreferenten der Landeshauptstadt als Beratungsdienst für Kranke, Hilfs- oder Pflegebedürftig im Sinne eines „Fallmanagers, der die Menschen über Hilfen und deren Finanzierung berät und sie im Notfall auch schnell aktivieren kann“ tätig sein. (Quelle: LHS München: Rathaus-Umschau 187, 29.09.2004., S.5)

Trotz dieser komplexen Startbedingungen konnten zu Ende des zweiten Projektjahres eine erfolgreiche Entwicklung sowie zunehmend dynamischere Umsetzungsmöglichkeiten festgehalten werden.

Diese Ergebnisse und Beobachtungen lassen den Schluss zu, dass annähernd **zwölf Monate Aufbau- und Etablierungszeit** für Vernetzungsprojekte eingeplant werden müssen, die u.a.

- keinen alteingesessenen Träger haben
- anfangs über keine funktionierende Bürologistik verfügen
- in der Thematik unerfahrene/in der Region unbekannte Projektleitungen engagieren.

Auf dieses Ergebnis wird von Seiten der f/w Begleitung ausdrücklich im Sinne einer differenzierten Beurteilung der verschiedenen Projekte hingewiesen.

Im Sinne einer grundsätzlichen Bewertung konnte das Modell >Hilfe vor Ort< seine konzeptionellen Ziele in beachtlicher Art und Weise erreichen. Es wurden insgesamt drei Helferschulungen durchgeführt. An den Qualifizierungen nahmen 29 Ehrenamtliche (25 Frauen, vier Männer) teil, von denen insgesamt 18 zum aktiven Helferkreis in den beiden Modellregionen gehörten. Von September 2004 bis November 2006 gingen 164 Anfragen (bis Februar 2007 insgesamt 190⁴⁸) im Projektbüro ein, bei denen in 86 Fällen ein Helfer miteinbezogen wurde, wovon wiederum bei 74 Klienten dann zumindest ein Hausbesuch durchgeführt wurde.⁴⁹ Das Assessment wurde in der Anfangsphase des Projektes durch die Vereinsmitglieder entwickelt, so dass es die Helfer von Anfang ihrer Tätigkeit an nutzen konnten. Die Datenbank als systematisierte Sammlung von Anbieterdaten der Modellregionen 1 und 2 steht der (Fach-)Öffentlichkeit im Internet zur kostenlosen Nutzung zur Verfügung. Hinsichtlich des Teilprojektes "Netzwerk" wurden im Rahmen der "fallbezogenen Vernetzung" Kooperationsstrukturen entwickelt. Darüber hinaus nahmen die Projektleitungen - im Verlauf des Modells in zunehmendem Maße - an relevanten örtlichen Gremien und Arbeitskreisen (der sozialen Arbeit oder auch speziell gerontopsychiatrisch orientierter) teil. Lediglich hinsichtlich der Weiterführung des Projektes >Hilfe vor Ort< kann keine ausdrücklich positive Projektbilanz gezogen werden. Obwohl der Träger (Vorstand von PIA e.V.) und die Projektleitungen

⁴⁸ Mitteilung der Projektleitung per Mail am 28.02.2007

⁴⁹ Vgl.: Projekt >Hilfe vor Ort<: Vorläufiger Abschlussbericht vom 12.02.2007. (Wie erwähnt, ist eine detaillierte Ergebnisdarstellung dem (endgültigen) Abschlussbericht zu entnehmen.)

frühzeitig und nachdrücklich nach diesbezüglichen Möglichkeiten suchten, mussten sie letztlich ihre Erwartungen auf eine Minimallösung reduzieren. Diese beinhaltet, dass in den beiden Projektregionen München-Ramersdorf/Perlach und Haar nach etablierten Trägern gesucht wurde, bei denen jeweils die PIA-Helfer (also die qualifizierten Ehrenamtlichen aus dem Projektzeitraum) angebunden werden könnten. Die Suche und Verhandlungen gestalteten sich unerwartet schwierig. In der Region 2 (Haar), in der es anfänglich nach einer raschen, unkomplizierten Lösung aussah, wird sich aller Voraussicht nach kein Träger für die Übernahme und Weiterführung von >Hilfe vor Ort< finden. Für die Region1 kann voraussichtlich ein Wohlfahrtsverband mit adäquaten Kompetenzen, Erfahrungen und Angeboten als Träger gewonnen werden. Insbesondere hinsichtlich der ehrenamtlichen Helfer ist diese Situation zu Modellende als unbefriedigend zu bewerten, da ihr Engagement Gefahr läuft, keine Anerkennung und keine Betätigung mehr zu finden und de facto ins Leere geht. Angesichts der wachsenden Bedeutung bürgerschaftlichen Engagements für unsere Gesellschaft sowie insbesondere für den Bereich der Unterstützung alter, hilfebedürftiger Menschen wäre eine Kontinuität in der Anbindung von >Hilfe vor Ort< und seiner Helfer als dringend wünschenswert einzuschätzen.

In Anbetracht der Konzeption des Projektes sollen in den weiteren Ausführungen schwerpunktmäßig folgende Faktoren beleuchtet werden:

- Bewertung des Ansatzes, qualifizierte ehrenamtliche Helfer mittels eines Assessments im Tätigkeitsfeld des case managements einzusetzen
- Klienten-Evaluation
- Datenbank
- Implementierung in der Region/Netzwerk.

2.4.3.1.1. Qualifizierte ehrenamtliche Helfer

Aufgrund des relativ innovativen - wenn auch unter den Akteuren vor Ort sowie von anderen Modellprojektleitungen - konträr diskutierten Ansatzes, qualifizierte ehrenamtliche Helfer mittels eines Assessments im Tätigkeitsfeld des case managements einzusetzen und dies auch für psychisch veränderte/erkrankte alte Menschen, legte die f/w Begleitung sowohl in der begleitenden Beratung des Modells als auch in der Evaluation ein Hauptaugenmerk auf das Thema

- Konditionen für die Tätigkeit ehrenamtlicher Helfer in >Hilfe vor Ort< (im Sinne eines qualitätsgesicherten Angebotes)⁵⁰.

Bereits nach Abschluss der Qualifizierung für das Projekt >Hilfe vor Ort< entschieden sich von den 29 Teilnehmern der drei Helferschulungen fünf Personen dem Projekt >Hilfe vor Ort< nicht zur Verfügung zu stehen. Nach Mitteilung der Projektleitung sind dafür folgende Gründe anzuführen:

- zuviel Verantwortung (eine Nennung)
- auf Dauer nicht mit der Berufstätigkeit vereinbar (zwei Nennungen)
- zu große Entfernung Wohnort - Modellregion (eine Nennung)
- keine Kontaktaufnahme vom Projekt zur Ehrenamtlichen mehr möglich

Im weiteren Verlauf schieden weitere zehn Helfer aus dem Projekt aus:

- drei Personen aus gesundheitlichen Gründen
- persönliche Gründe (drei Nennungen)
- zu geringe Kenntnisse der deutschen Sprache (eine Nennung)
- zu große Entfernung Wohnort - Modellregion (zwei Nennungen)
- Arbeitsplatzwechsel (eine Nennung)

Ergebnisse der Helfer-Evaluation

Die Helfer-Evaluation wurde von der f/w Begleitung in zwei Schritten durchgeführt:

- Fragebogen-Aktion unmittelbar nach Beendigung der Schulung
- Persönliche (teilstrukturierte) Interviews in der letzten Phase des Modellprojektes.

Allen Helfern wurde von der f/w Begleitung unmittelbar nach Abschluss der Schulung persönlich eine anonymisierter Fragebogen ausgehändigt, um Daten zur Motivation zu dieser ehrenamtlichen Tätigkeit, zu beruflichen oder ehrenamtlichen Vorerfahrungen und zur Bewertung der Schulung durch die Helfer zu ermitteln. Im Rahmen dieser Befragung betrug der Rücklauf insgesamt 15 Fragebögen (51,7%).

Als Motivationsgründe wurden genannt (N = 6):

⁵⁰ Im Rahmen der begleitenden Beratung regte die f/w Begleitung im Laufe des zweiten Modelljahres - sowohl zur Entwicklung eines Helferprofils als auch zur allgemeinen Profilschärfung des Projektes - an, Kriterien zu entwickeln. Beide Ausarbeitungen (Stand Jahresende 2005) finden sich im Anhang als Anlage 3 ("Merkmale des Projektes >Hilfe vor Ort< - Unterscheidungsmerkmale zu anderen Beratungs- und Hilfeangeboten") sowie Anlage 4 („Vorgehensweise“ des Projektes). Eine weitergehende Diskussion der Abgrenzung des Arbeitsansatzes von >Hilfe vor Ort< zu etablierten professionellen Diensten und Beratungsangeboten in der Versorgungslandschaft war im Rahmen der f/w Begleitung nicht zu realisieren.

- familiäre Betroffenheit (N= 2)
- sinnvolles Engagement nach Beendigung der Berufstätigkeit (N= 2)
- sinnvolles Engagement nach Beendigung der Berufstätigkeit und familiäre Betroffenheit (N= 1)
- sinnvolles Engagement zusätzlich zur Berufstätigkeit und „sonstiges“: evtl. als Vorbereitung für späteren beruflichen Einsatz in der Altenarbeit (N= 1).

Einen Überblick über die Bewertung der bisherigen Qualifizierungsmaßnahme, den Bedarf nach weiteren Schulungen sowie die Bereitschaft zum Einsatz als PIA-Helfer gibt folgende Tabelle:

Alter / Geschl.	Bisherige Erfahrungen / Beruf der Befragten	Rück- lauf	Ausrei- chend qualifiz.	Weitere Schulg nötig	Zeitpunkt weiterer Schulung	Einsatz- zeitpunkt
65 / w	Krankenschwester (bisher im Bereich der Altenhilfe)	2004	Ja	Nein	-	ab sofort
55 / w	Krankenschwester	2004	Ja	Ja	alle 12 Monate	ab sofort
60 / w	Altenpflegefachkraft	2004	Ja	Ja	alle 12 Monate	ab sofort
65 / w	ehrenamtliche Erfahrungen in Altenhilfe/ Gerontopsychiatrie seit 10 Jahren	2004	Ja	Ja	innerhalb der nächsten 6 Monate	ab sofort
33 / w	Pflegehilfskraft / jetzt in der Industrie tätig	2004	Ja/Nein	Ja	innerhalb der nächsten 6 Monate	Zeitpunkt ungewiss
38 / w	Ergotherapeutin, keine Erfahrungen in Altenhilfe/ Gerontopsychiatrie	2004	Nein	Ja	innerhalb der nächsten 6 Monate	ab sofort
54/ w	Krankenschwester	2006	Ja	Ja	regelmäßig	ab sofort
66 / w	Buchhalterin Ehrenamt i.d. Kirchgemeinde	2006	Ja/Nein	Ja	regelmäßig	ab sofort
80 / w	Altenpflegefachkraft	2006	Ja	Ja	innerhalb der nächsten 6 Monate	Zeitpunkt Ungewiss
52 / w	Kaufmännische Angestellte Pflegeerfahrung in der Familie	2006	Ja	Ja	innerhalb der nächsten 6 Monate	Zeitpunkt Ungewiss
55 / w	Dipl.-Soz.päd. (Psychiatrie)	2006	Ja/Nein	Ja	innerhalb der nächsten 6 Monate	Zeitpunkt Ungewiss
67 / m	Programmierer	2006	Ja	Ja	innerhalb der nächsten 6 Monate	ab sofort
48 / w	Pflegehilfskraft	2006	Ja	Ja	regelmäßig	ab sofort
73 / m	Dipl.-Soz.päd. (gesetzl. Betreuer)	2006	ja	Ja	innerhalb der nächsten 6 Monate	ab sofort
65 / w	Sekretärin	2005	Ja	Nein	HK-Treffen genügen	ab sofort

Tab. 1: Ergebnisse der Helfer-Befragung

Zu dem Item "Fühlt sich nicht ausreichend qualifiziert, weil..." wurden als Gründe benannt (N= 10):

- mir fehlt theoretisches Wissen (N= 1)
- mir fehlt die praktische Vorbereitung für meinen Einsatz (N= 2)
- mir fehlen praxisrelevante Übungen im Umgang mit den Betroffenen (N= 2)
- es gab zu wenig Hinweise für Krisen-/Konfliktsituationen (N= 1)
- ich bin immer noch unsicher über meine künftige Einsatzfähigkeit (N= 2)
- Sonstiges (N= 2)
 - „hätte mir mehr Fallarbeit gewünscht, insbesondere im Austausch mit erfahrenen Helferinnen"
 - „nicht ausreichend qualifiziert für Praxis - wenn keine pflegende und pädagogischen Vorkenntnisse (bzw. lange her), besteht für die Praxis schon Unsicherheit"

Eine weitere Person gab unter „sonstige Anmerkungen“ Folgendes an: „Halte Einsatz für sinnvoll und notwendig. Ob ich trotz fehlender einschlägiger Erfahrungen damit „Erfolg“ haben werde, muss sich in der Praxis erweisen. Ich hoffe es jedenfalls.“

Zusammenfassend lässt sich festhalten:

- zehn der fünfzehn Befragten verfügten hauptberuflich über Erfahrungen im sozialen Bereich
- zehn der Befragten fühlen sich durch die Schulung für ihre künftige Tätigkeit als „Helfer vor Ort“ ausreichend qualifiziert, davon sind fünf der o.g. Gruppe der Hauptberuflichen zuzuordnen (mit Erfahrungen in der Altenhilfe/Gerontopsychiatrie)
- dreizehn hielten eine weitere Qualifizierung für nötig, davon waren acht der Meinung, dass dies innerhalb der nächsten sechs Monate erfolgen sollte
- elf Ehrenamtliche gaben an, ab "sofort" für Einsätze zur Verfügung zu stehen
- das Durchschnittsalter beträgt 58,4 Jahre.

Zu den persönlichen Interviews waren am Ende der Modellumsetzung von den achtzehn aktiven Helfern acht Personen bereit. Letztlich konnten fünf Gespräche geführt werden, da in zwei Fällen keine Terminvereinbarung möglich war und eine Helferin kurzfristig den vereinbarten Termin absagte. Da der Einsatz der ehrenamtlichen Helfer ein zentrales Thema dieses Projektes darstellt, ist eine

ausführliche Dokumentation der Gespräche im Anhang am Ende dieses Berichtes (Anhang 5) zu finden.

Die Kernaussagen lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- im Rückblick nach ein oder zwei Jahren Einsatz als PIA-Helfer bewerten vier der fünf Interviewten die anfängliche Schulung als "sehr gut"; eine Befragte schätzt sie als "gut" ein mit der Einschränkung "nur für jemanden mit Vorerfahrung"
- die Klientenzahl pro Helfer lag zwischen einem und sieben Klienten
- die Begleitung durch die Projektleitungen wird überwiegend als "sehr gut" eingeschätzt
- bezüglich ihrer Tätigkeit reichen die Äußerungen von der Erfahrung, dass die Klienten anfangs sehr misstrauisch gewesen seien, weil PIA-Helfer ohne finanzielle Gegenleistungen Hausbesuche machten und sich kümmern über die Notwendigkeit, dass man sich abgrenzen können müsse bis hin zu "dass es eine sehr große Verantwortung sei und die Gefahr bestehe, dass man sich überschätze;
- hinsichtlich der nötigen Voraussetzungen, um als PIA-Helfer tätig sein zu können, erachten die Befragten übereinstimmend "(professionelle) Vorerfahrungen im sozialen Bereich" für notwendig

Eine der Interviewpartnerinnen beendete das Gespräch mit dem Resümee, dass die Tätigkeit als PIA-Helfer eine "sinnvolle Aufgabe" sei, deren Vorteil es sei, sich die "Zeit frei einteilen" zu können. "Die Dankbarkeit der Leute (Klienten – d.Verf.) kann eine sehr schöne Belohnung sein."

In der Abschlussbefragung der Modellleitungen/Träger (Vorstand) wurde es als eine Erfahrung und damit eines der erreichten Ziele der Konzeptumsetzung bezeichnet, dass:

- Ehrenamtliche durchaus einer beratenden Tätigkeit nachgehen könnten:
- >Hilfe vor Ort< verfüge über einen funktionierenden Helferstamm, da es Menschen gebe, die sich in diesem Bereich engagieren wollten. Hinsichtlich der eingehenden Hilfeanfragen seien die Helfer kompetent einsetzbar. Damit "sei für viele Menschen eine unbürokratische, schnelle Hilfe" zu ermöglichen.

Aus den gewonnenen Erkenntnissen können u.g. **vorläufige Konditionen für die Tätigkeit ehrenamtlicher Helfer in >Hilfe vor Ort<** (case management mittels

eines Assessments für hilfebedürftige Senioren, auch psychisch erkrankte) entworfen werden.

Hinsichtlich der Eigenschaften der Ehrenamtlichen (**Helferprofil**):

- **qualifizierte Berufsabschlüsse** (z.B. examiniertes Kranken-/Pflegepersonal, FH-Abschlüsse)
- vorrangig **hauptberufliche Erfahrungen** in Bereichen der **Altenhilfe/Gerontopsychiatrie**
- ausreichende persönliche und **zeitliche Ressourcen**
- **Wohnort im Einzugsgebiet** des Projektes (wohnnah Versorgung)
- adäquate **Sprachkenntnisse** (entsprechend der Muttersprache der Klienten)
- **Lebenserfahrung** (siehe Durchschnittsalter der PIA-Helfer)
- vorrangige **Motivation: sinnvolles Engagement nach Beendigung der Berufstätigkeit** oder/und
- persönliche/familiäre Erfahrungen im Themenbereich (zeitlich zurückliegend).

Für die **Schulung und Begleitung der Helfer** ist unabdingbar:

- **Qualifizierung vor Einsatzbeginn**
- **Praxisorientiertes Training/Fallarbeit** in der Erst-Schulung
- **Aufbau-Schulung innerhalb der ersten sechs Monate** nach der Erst-Schulung
- **Kontinuierliche fachliche Begleitung** (monatliche Fallbesprechungstreffen).

2.4.3.1.2. Klienten-Evaluation

Ursprünglich war von der f/w Begleitung beabsichtigt, persönliche Befragungen der Klienten durchzuführen. Am Ende des zweiten Projektjahres (2005) musste diese Art der Datenerhebung jedoch eingestellt werden, da trotz intensiver Bemühungen der Projektleitungen und der f/w Begleitung letztlich nur die Durchführung *eines* persönlichen Gespräches gelungen war. In diesem Fall gab die Klientin ein überaus positives Feedback zur Gestaltung des Einsatzes von >Hilfe vor Ort<, vom Kontaktaufbau bis hin zu den mehrfachen Hausbesuchen und telefonischen Kontakten mit der Helferin.⁵¹

⁵¹ Es konnte noch mit einer weiteren Klientin ein Interviewtermin vereinbart werden. Die Interviewerin stand dann jedoch vor dem Gartentor dieser Angehörigen und erhielt von deren Familienmitgliedern lediglich den Bescheid, dass die anvisierte Gesprächspartnerin „nicht da sei“. Eine erneute telefonische Kontaktaufnahme durch die f/w Begleitung blieb erfolglos.

Auf eine Analyse der Ursachen für dieses ablehnende Verhalten des Klientels von >Hilfe vor Ort< muss hier verzichtet werden, da eine solche sich unvertretbar im Bereich der Spekulationen bewegen würde. Im diesbezüglichen analysierenden Austausch zwischen Projektleitungen und f/w Begleitung wurden folgende Hypothesen diskutiert, dass

- die Klienten jeglichen Kontakt zu - von ihnen als "offiziell" eingeordneten - Institutionen vermeiden wollen; u.U. auch, um sich nicht dem Gefühl des "Kontrolliert-werdens" in schwierigen Lebenssituationen aussetzen zu müssen
- das Klientel mit den Intentionen eines "Modellprojektes" und dessen "wissenschaftlicher Begleitung" überfordert war, was letztlich eine Verunsicherung impliziert und damit ebenfalls zu vermeidendem Verhalten führt
- im Falle, dass Angehörige (und nicht die alten Menschen selbst) die Klienten waren, diese unbeteiligten Dritten keine Einsicht in ihre Situation geben wollten.

In der Konsequenz modifizierte die f/w Begleitung - in Übereinkunft mit den Projektleitungen - ihr Vorgehen und erstellte einen anonymisierten, (teil-)standardisierten, einfach strukturierten Fragebogen. Diesen sollten die Helfer mit einer entsprechenden Erklärung den Klienten im Rahmen des letzten Hausbesuches aushändigen. Trotz entsprechender Konstrukte war es nicht möglich, die Menge der ausgeteilten Fragebögen zuverlässig zu erfassen. Es wurden auch lediglich vier ausgefüllte Fragebögen an die f/w Begleitung zurückgesandt. Folgende Tabelle gibt einen knappen Überblick über wesentliche Aussagen:

Rücklauf	Bereits prof. Hilfe beansprucht	Zufriedenheit Mit >Hilfe vor Ort< (Skala 1-6)	Wesentlichstes Ergebnis der Unterstützung
Freundin	nein	2 = gut	seelische/psychische Entlastung
Tochter	nein	1 = sehr gut	konkrete Hilfszusage
Tochter	ja (Ärzte, GKV/ Pflegekasse)	1 = sehr gut	Information; Vermittlung zu anderen Diensten
Seniorin	nein	2 = gut	Beratung zu mir wichtigen Fragen
Interview			
Entfernte Verwandte	Ja (zu anderen Problemen)	1 = sehr gut	Vermittlung innerhalb der Familie (Entscheidungshilfe bezgl. Heimunterbringung)

Tab. 2: Ergebnisse der Klienten-Befragung

Die beabsichtigte **Verifizierung, dass der Erstkontakt durch ehrenamtlich Tätige** (und eben nicht durch professionelle Mitarbeiter einer Institution) **als hemmschwellensenkend bewertbar sei, konnte somit nicht erreicht werden.** Es kann und soll jedoch als subjektive Beobachtung der Projektleitungen ausdrücklich festgehalten werden, dass es für ihre Klienten "von besonderer Bedeutung" wäre, dass die PIA-Helfer nicht von „einer Behörde“ kämen. Aussagen im Rahmen des persönlichen Interviews mit einer Klientin bestätigen diese Beobachtungen. Im Rahmen der Abschlussbefragung der Projektleitung/Träger (Vorstand) wurden als weitere Faktoren der Niedrigschwelligkeit von >Hilfe vor Ort< benannt:

- Klienten wandten sich aufgrund von Zeitungsberichten gezielt an >Hilfe vor Ort<, auch wenn sie Kenntnis von anderen Beratungsstellen hätten, da PIA "ein Verein" sei (kein Wohlfahrtsverband), Hausbesuche durchführe, Ehrenamtliche den persönlichen Erstkontakt innehätten und ausdrücklich die "Hilfeplan-Erstellung *gemeinsam* mit den Klienten" genannt sei
- >Hilfe vor Ort< würde nicht als "Amt" wahrgenommen, das z.B. "nach Hausbesuchen sehr schnell eine Betreuung einrichte und die Senioren dann ins Heim bringe"
- dass durch die ehrenamtlichen Helfer eine "Unverbindlichkeit" vermittelt werde: "alte Menschen gehen keine Verpflichtung ein"
- Ärzte hätten >Hilfe vor Ort< eingeschaltet, um prophylaktisch bei Patienten zu eruiieren, ob ein Handlungsbedarf bestehe.

Wie bereits erwähnt, war eine belegbare Bewertung dieser Thematik im Rahmen der f/w Begleitung nicht realisierbar.

2.4.3.1.3. Datenbank

Prinzipiell ist festzuhalten, dass das konzeptionelle Ziel, eine für die Modellregionen umfassende Datenbank zu erstellen, erreicht werden konnte. Sowohl Rückmeldungen von regionalen Akteuren im Laufe des letzten Modelljahres als auch eine Aussage in den abschließenden Experteninterviews lassen erkennen, dass dieses Angebot des Modellprojekts - zumindest teilweise - in der regionalen Fachöffentlichkeit, bekannt, begrüßt und genutzt wurde. Nach Aussagen der Projektleitungen/Träger in der Abschlussbefragung sei die Datenbank "ein gutes Medium für die ehrenamtlichen Helfer, um über die vielfältigen Angebote in der Versorgungsregion einen Überblick zu haben... man müsse nicht jedes Mal neu

anfangen". Die Helfer, die über einen Internetzugang verfügen, würden die Datenbank nutzen.⁵²

Nachdem die Implementierung des Modellprojektes in ein Regelangebot nicht möglich war, wurde bezüglich der Zukunft der Datenbank vom Träger Folgendes weitere Vorgehen angedacht: Die weitere Pflege und regelmäßige Aktualisierung der Datenbank soll aus den Reihen der ehrenamtlichen Vorstandsmitglieder (oder Vereinsmitglieder) realisiert werden. Ob diese Lösung auf Dauer praktikierbar ist, muss offen gelassen werden.

2.4.3.1.4. Implementierung in der Region/Netzwerk

Der Aufbau eines Netzwerkes und die damit verbundene Implementierung des Projektes >Hilfe vor Ort< in die regionale Versorgungslandschaft konnte nur im Ansatz erreicht werden. Diese Erkenntnis stützt sich auf:

- die Abschlussbefragung der Modellleitungen/Träger (Vorstand)
- Ergebnisse der abschließenden Expertenbefragung durch die f/w Begleitung
- Beobachtungen der f/w Begleitung im Verlauf des Modellprojektes.

In der **Abschlussbefragung** benannten die **Projektleitungen** und die **Trägervertreterin** diesbezüglich u.a. folgende Faktoren:

Man habe sich die Vernetzung „einfacher vorgestellt“, u.a. hinsichtlich folgender Aspekte

- dass man sich immer wieder in Erinnerung bringen müsse
- dass unterschiedliche Personen einer Institution einzubeziehen seien (z.B. hatte ein ambulanter Pflegedienst der Aufnahme in die Datenbank zugestimmt und Kooperationsinteresse signalisiert; dessen PDL bemerkte im Rahmen einer regionalen Sozial-Messe den Stand von >Hilfe vor Ort< und fand das - ihm unbekannte - Projekt interessant; im Gespräch stellte sich heraus, dass ihm nicht bekannt war, dass sein Dienst in der Datenbank von >Hilfe vor Ort< aufgeführt ist und Kooperationssignale gesendet worden waren)

⁵² Im Helferkreis Haar haben fünf Helfer einen Internetzugang, davon haben alle das PC-gestützte Assessment ausprobiert, drei davon wollen es auch in Zukunft benutzen. Drei Helfer in Haar haben keinen Internetzugang, auch keinen PC.

In Ramersdorf/Perlach haben vier Helfer keinen PC bzw. keinen Internetzugang. Drei sind im sozialen Bereich tätig und haben einen Internetzugang, alle haben das PC-gestützte Assessment ausprobiert, keiner will es in Zukunft nutzen.

Die Datenbank wird von den acht Helfern mit Internetzugang genutzt, auch an Bekannte weiterempfohlen. Sie halten die Datenbank für eine sehr gute und zuverlässige Unterstützung. Eine bezeichnete sie sogar als eine wichtige Säule im Projekt. (Quelle: Mail der Projektleitung vom 19.02.2007).

- dass "manche Institutionen so schwer erreichbar" seien (z.B. monatelange vergebliche telefonische und schriftliche Kontaktbemühungen der Projektleitungen zum Leiter eines ASDs; ASZ-Leitungen seien in Bezug auf das Anliegen der Weiterführung von >Hilfe vor Ort< nach Modellende über Wochen "nicht erreichbar" gewesen)

Wörtlich lautet ein Fazit des Trägers: "Es seien wohl die Eitelkeiten von PIA e.V. zu groß gewesen, dass sie dachten, sie machen ein tolles Projekt". Es sei "für sie enttäuschend, dass relevante Stellen nicht erreichbar" gewesen seien.

Im Abschlussgespräch wurde auch das von den Vertretern des Modellprojektes so erlebte "Misstrauen in der Landeshauptstadt und in Haar" thematisiert, was sich u.a. in der Frage von verantwortlicher Seite "Was PIA e.V. denn von seinem Engagement habe?" geäußert hätte. Erst "allmählich" sei Vertrauen gewachsen, da "sich herausgestellt habe, dass PIA mit seinem Projekt >Hilfe vor Ort< nicht reich werden" wolle. Diese Umstände werden hier so ausführlich wiedergegeben, um die Komplexität von Vernetzungsprozessen zu illustrieren. Nach Aussagen der Projektverantwortlichen konnte Vernetzung am besten hinsichtlich der auf den Einzelfall bezogenen Kooperation erreicht werden. Dies betrifft sowohl die Einbeziehung von >Hilfe vor Ort< durch Institutionen bei der Klientenarbeit als auch die Weiterleitung von Anfragen durch andere Dienstleister. Ebenfalls positiv entwickelte sich die Wahrnehmung des Modellprojektes in regionalen Gremien, so dass laut Projektleitungen vermehrt "Anfragen zur Projektvorstellung" erfolgten. Zumindest zu diesem Punkt ist anzunehmen, dass bei einem längeren Bestehen des Projektes >Hilfe vor Ort<, weitere Fortschritte im Aufbau eines Netzwerkes hätten erfolgen können. Als hinderlich wurde von den Projektleitungen ausdrücklich die "Konkurrenzsituation" zu vergleichbaren Dienstleistern (u.a. Beratungsstellen) und der "Einsatz von Ehrenamtlichen in diesem Bereich" benannt. Da letzteres von vielen Institutionen abgelehnt wurde, sei damit auch der Zugang zur Kooperation erschwert gewesen.

Die **Experten-Befragung** zum Abschluss des Modellprojektes ergab zum Thema "Vernetzung" folgende relevante Daten (N=7):

a) **Informations-Status** zu Aufgaben/Tätigkeiten des Modellprojektes:

SEHR GUT	AUSREICHEND	ZU WENIG	ÜBERHAUPT NICHT
N = 2	N = 2	N = 3	N = 0

b) **Initiativen** seitens des Modellprojekts bezüglich Vernetzung/Kooperation

THEMENSTELLUNG	NENNUNGEN
Gründung eines Arbeitskreises „ambulante Gerontopsychiatrie“	0
Aufbau einer Arbeitsgruppe "Vernetzung/Zusammenarbeit"	0
informelle Kooperation	2
weiß nicht	4
Weitere	1

Erläuterungen zum Item "informelle Kooperation" beinhalten die Teilnahme an zwei regionalen Gremien in der Modellregion 1 sowie die kooperative Veranstaltung von Informationsabenden. Unter "weitere" bezeichnete der Akteur die Datenbank als „gut“.

c) Einschätzung zur **Dauerhaftigkeit der vernetzten Strukturen** nach Modellende

AUSSAGE	NENNUNGEN
bleiben auf dem geschaffenen Niveau bestehen	1
werden sich verändern, aber nicht gänzlich verlieren	0
werden sich auflösen	3
weiß nicht	2
Sonstiges	1

Die Ansicht, dass das bestehende Niveau erhalten werden kann, wird als Auftrag an ein regionales Gremium erklärt.⁵³ Die befürchtete Auflösung wird begründet durch:

- hat sich nicht besonders etabliert
- zu wenig Klarheit über die inhaltliche Arbeit des Modells und dessen Ziele ("Arbeit mit Senioren? Besuchsdienst?; fachliche Einschätzung von

⁵³ Nach Informationsstand der f/w Begleitung gibt es diesbezüglich kein strukturiertes, geplantes Vorgehen.

individuellen Bedarf bei psych. Erkrankung (Demenz) durch Laienhelfer fraglich")

- da Modell nicht in Regelphase überführt u. MA nicht weiter beschäftigt wird
- Unter "sonstiges" wurde u.a. erwähnt, dass "wenig Vernetzung", aufgebaute Kontakte als Ergebnisse des Modells wahrnehmbar seien.

d) **Ausbau der vernetzten Strukturen** nach Modellende möglich?

JA	NEIN	WEISS NICHT
N =1	N = 3	N = 3

Der Ausbau der vernetzten Strukturen sei z.B. über den Hausärzteverband möglich.

e) subjektive Einschätzung zu den **Grenzen der Vernetzung**

EXISTIEREN	GIBT ES NICHT	WEISS NICHT
N =4	N = 3	N = 0

Die Meinung, dass der Vernetzung Grenzen gesetzt seien, wird begründet mit⁵⁴:

- Trägerinteressen N=4
- persönliche Vorbehalte einzelner Akteure N=3
- bringt keine Vorteile N=1
- aus Wettbewerbsgründen nicht möglich N=1
- nur möglich mit neutraler Moderation / Person als Koordinierung N=4
- sonstiges N=3⁵⁵.

Auch im Fragenbereich⁵⁶ zur **Tätigkeit und den Kompetenzen der Projektleitung** werden die Materie der Zusammenarbeit und Vernetzung mehrfach angesprochen.

Die Beurteilung umfasst eine Palette von affirmativen bis hin zu auffallend kritischen Bewertungen. So wird beispielsweise die Gremienarbeit der Projektleitungen einerseits als sehr positiv beurteilt, von einer anderen Person jedoch geäußert, dass "die Projektleitungen in relevanten Gremien nicht vertreten" gewesen seien, "wodurch ihre Arbeit und die Zielsetzung des Modells nicht transparent gemacht wurde". Des Weiteren wird mehrfach erwähnt, dass "kein", "ein zu dünner" oder ein "eher schwieriger" Kontakt zum Modell bestanden hätte, so dass das "Projekt bis zum Schluss undurchsichtig, nicht in der Versorgungslandschaft integriert" gewesen sei.

⁵⁴ Mehrfachnennungen

⁵⁵ Hierzu wurde u.a. "fehlendes Arbeitszeitkontingent sowie fehlende Bereitschaft und Ressourcen bei den einzelnen Einrichtungen" angeführt.

⁵⁶ Methodisch als "offene Fragen" gestaltet.

Beobachtungen der f/w Begleitung

Ergänzend sei hier zur Bewertung des Themas Vernetzung nochmals auf die eingangs erwähnten Faktoren

- Modellträger ist in der Region kein etablierter Anbieter
- geringe Verankerung in der regionalen (ambulant) Versorgungsstruktur
- fehlende informelle Kontakte

hingewiesen. Die dreijährige Modelllaufzeit war nicht ausreichend, um diese Ausgangssituation des Projektes kompensieren zu können. Wie ebenfalls schon mehrfach angeklungen, spielt die kritische Bewertung des Einsatzes der Ehrenamtlichen im case management ebenfalls eine nicht zu unterschätzende Rolle bei der Ablehnung oder geringen Bereitschaft zur Kooperation seitens anderer Institutionen in der Region.

Es soll an dieser Stelle noch erwähnt werden, dass nicht nur die geringe Einbettung des Projektträgers in die regionale Versorgungslandschaft eine Rolle spielte, sondern u.U. die mangelnde Berufserfahrung der Projektleitungen im relevanten ambulanten Versorgungsbereich. Diesbezüglich sei auf folgendes Phänomen hingewiesen: Personen können ihr Verhalten, ihr Vorgehen, ihre Aktionen nur auf Gegebenheiten einstellen, von denen sie wissen, dass diese existieren/existieren können (beispielsweise hinsichtlich informeller Kommunikationsmuster oder Machtverhältnisse unter Anbietern der Region oder den Bedürfnissen und zu respektierenden Eigenarten verschiedener Akteure in der Region). Besteht diesbezüglich ein zu geringes Erfahrungswissen, können üblicherweise bei potentiellen Netzwerk-Partnern anfangs vorhandene Widerstände verstärkt oder deren Desinteresse gefördert werden.

2.4.4. Zusammenfassung

Angesichts der komplexen Ausgangssituation kann das Projekt auf eine erfolgreiche Arbeit in seinen Haupttätigkeitsschwerpunkten zurückblicken. Das hohe Engagement und die Beharrlichkeit der beiden Projektleitungen ermöglichte schließlich die Anlegung einer systematisierten Sammlung von Anbieterdaten in einer per Internet öffentlich zugänglichen Datenbank, den Aufbau eines Helferpools und damit die unbürokratische Unterstützung von hilfebedürftigen alten Menschen in der Modellregion. Dabei lieferte die Realisierung des Konzeptes einen Beitrag zur weiteren Gestaltung des bürgerschaftlichen Engagements in Bayern und

Deutschland. Die Frage, ob der singuläre Einsatz qualifizierter Ehrenamtlicher im Tätigkeitsfeld des case managements als **hemmschwellensenkend bewertbar sei, kann jedoch nicht abschließend beantwortet werden**. Nach Einschätzung der f/w Begleitung ist die Umsetzung eines solchen Ansatzes denkbar für Ehrenamtliche

- mit entsprechenden beruflichen Vorerfahrungen
- mit flankierender Qualifizierung und fachlicher Begleitung sowie
- in klar strukturierter Anbindung an eine professionelle Institution.

Dabei müssen die Möglichkeiten und Grenzen des Auftrages der Ehrenamtlichen klar definiert und Professionalität im Umgang mit dem bürgerschaftlichen Engagement sicher implementiert sein. Aus Sicht der f/w Begleitung **vorstellbar** - und weiterer Forschungsarbeit vorbehalten – wäre z.B. ein Konstrukt, dass ein Angebot wie >Hilfe vor Ort< unter Beachtung der o.g. Voraussetzungen als

- **wichtige Ergänzung professioneller Beratungsstellen** - u.a. im Sinne eines Krisentelefon (kurzfristig, abends, an Wochenenden und Feiertagen abrufbar) oder
- **komplementäres Angebot von Hausarzt-Praxen** im Sinne einer prophylaktischen Situationsabklärung bei deren (hoch-)betagten Patienten implementiert wird.

Als weiteres Ergebnis ist die Erkenntnis festzuhalten, dass Vernetzungsprozesse leichter zu verwirklichen sind, wenn die Initiatoren sowohl über Erfahrungen im Handlungsbereich als auch zumindest über informelle Kontakte in der regionalen Versorgungslandschaft verfügen. Dabei ist zu resümieren, dass **ein gering akzeptierter Arbeitsansatz eines Vernetzungsprojektes** hinsichtlich des Kooperationsaufbaus zu anderen Anbietern als **kontraproduktiv** einzuschätzen ist. Wie bei allen Modellprojekten zum PflEG in Bayern gilt auch für das Projekt >Hilfe vor Ort<, dass der **Aufbau von Netzwerken sowohl Zeit** (Prozesshaftigkeit) **als auch personelle und damit finanzielle Ressourcen erfordert**.

Auch wenn sich die Projektidee von >Hilfe vor Ort< nicht als eigenständiges Angebot dauerhaft flächendeckend realisieren lässt, wäre es wünschenswert, dass der Ansatz des niedrighschwelligen Einsatzes qualifizierter Helfer zum „maßgeschneiderten“ Verknüpfen von Hilfebedarf und -angebot als weiteres Versorgungssegment an vorhandene Institutionen angekoppelt werden könnte.

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

Die Aufgaben der f/w Begleitung zu Beginn der Modellprojekte Anfang 2004 sahen keine umfassende Sozialraumanalyse vor. Als Ergebnisse einer qualitativen Erhebung in den Regionen der ersten sieben Modellprojekte liegen Rückmeldungen von 197 Angehörigen, 104 Institutionen (schriftliche, standardisierte Befragung) sowie 37 Multiplikatoren (leitfadengestützten Experteninterviews) vor. Eine ausführliche Darstellung der gewonnenen Daten ist dem - bereits mehrfach zitierten - ersten Zwischenbericht zu den Modellprojekten zu entnehmen. Im Folgenden seien als Hintergrund für die weiteren Ausführungen die wesentlichen Resultate zusammengefasst:

- Übereinstimmend benannten die befragten Angehörigen die Notwendigkeit der **Verbesserung einer zeitlichen Entlastung der Angehörigen demenzkranker Menschen**. Der Wunsch nach „freier Zeit für sich“ im Sinne einer stundenweisen Entlastung war weitaus höher als der Bedarf nach kontinuierlicher, dauerhafter Entlastung.
- Auffallend in allen Modellregionen war das **unterschiedliche Belastungsempfinden der beiden Hauptpflegegruppen (Ehe-)Partner und (Schwieger-)Kinder**. Für viele Ehepartner war das Thema der sozialen Isolation schwerer zu ertragen, wogegen (Schwieger-)Kinder häufiger Probleme im Alltag bei der Anleitung der Erkrankten erlebten. So differenzierten auch in manchem die Unterstützungswünsche. (Ehe-)Partner wünschen sich häufiger eine Anerkennung ihrer Leistungen, (Schwieger-)Kinder äußern mehr Beratungs- und Informationsbedarf.
- Hinsichtlich der Angebotsformen, die vorrangig zur Entlastung der Angehörigen aufgebaut werden sollten, ergaben sich teilweise erhebliche **Differenzen zwischen den Angaben der Angehörigen zu Entlastungswünschen und den Auffassungen der Institutionen**, welche Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur im Sinne der Entlastung der Angehörigen ergriffen werden sollten. Dabei besteht in allen Modellregionen relative Übereinstimmung bei der Frage der Notwendigkeit der Verbesserung einer zeitlichen Entlastung der Angehörigen Demenzkranker. Mehrfach ergeben sich jedoch abweichende Daten bezüglich des Bedarfs nach Unterstützung bei der Körperpflege der Erkrankten, der weitaus höher von Angehörigen angemeldet als von Institutionen angenommen wird. Hinsichtlich der Freizeit- oder Erholungsangebote kann angenommen

werden, dass Angehörige über diese Möglichkeiten zu wenig Informationen haben, da diesbezüglich nur wenige Nennungen zu finden sind.

- Weiterhin bedarf der Aspekt der **Anerkennung der Leistungen der pflegenden Angehörigen** der vermehrten Aufmerksamkeit der professionellen Akteure.
(Keiner der Evaluationsteilnehmer in der Gruppe der Institutionen benannte die Notwendigkeit dieser Form der psychosozialen Unterstützung pflegender Angehöriger, die in der theoretischen und praktischen Fachwelt bereits seit einiger Zeit diskutiert resp. umgesetzt werden.)

Gegen Ende der Modellprojekte wurde erneut eine qualitative Multiplikatorenbefragung mittels einem teilstandardisierten Fragebogen durchgeführt. Der Rücklauf (N= 33) ergab folgende Ergebnisse:

Die Frage, ob der Aufbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote, verbesserte Beratungsangebote bzw. die demenzspezifische Weiterentwicklung anderer Angebote zu einer **intensiveren Annahme von Unterstützungs-/Entlastungsangeboten** durch Angehörige beitrage, beantworteten die Befragten **19 Mal mit "Ja"** und neun Mal mit "weiß nicht". Absolut verneint wurde die Frage von niemandem. Die folgende Abbildung zeigt die Details der diesbezüglich erhobenen Daten (Abb.19).

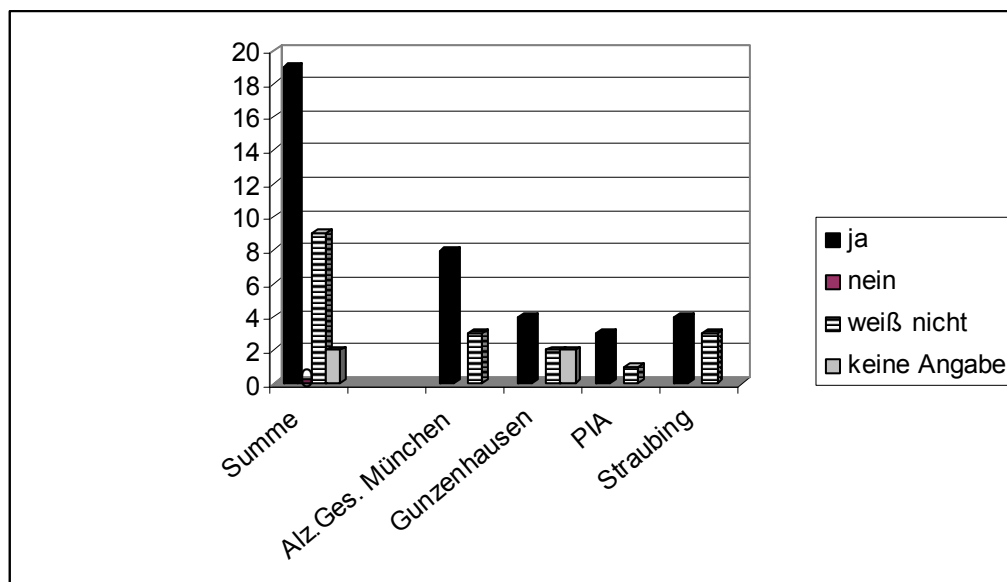


Abb.:20.: Auswirkung der verbesserten Versorgungsstrukturen auf Annahme von Entlastungsangeboten

Als Begründungen für die bejahenden Aussagen wurde u.a. angegeben:

- es gebe mittlerweile eine große Nachfrage nach geschulten Helfern für demente Menschen

- ein höherer Bekanntheitsgrad führe zu mehr Interesse und Nachfrage
- mehr Nachfrage erfolge durch eine bessere Transparenz der Angebote, einen größeren Bekanntheitsgrad sowie eine gute Kooperation der Anbieter
- je ortsnäher die Angebote seien, desto leichter könnten sie wahrgenommen werden.

Aus Sicht der Experten sind die niedrigschwelligen Versorgungsstrukturen, Beratungs- und Gruppenangebote sehr erfolgreiche und wichtige Versorgungsbausteine. Insbesondere wird der Einsatz geschulter Helfer nach dem PflEG im häuslichen Umfeld von fast 88% der Befragten begrüßt und befürwortet, über 75% bewerten so die Schulung der Helfer und über 63% die Beratungsangebote für Angehörige (vgl. folgende Abb.).

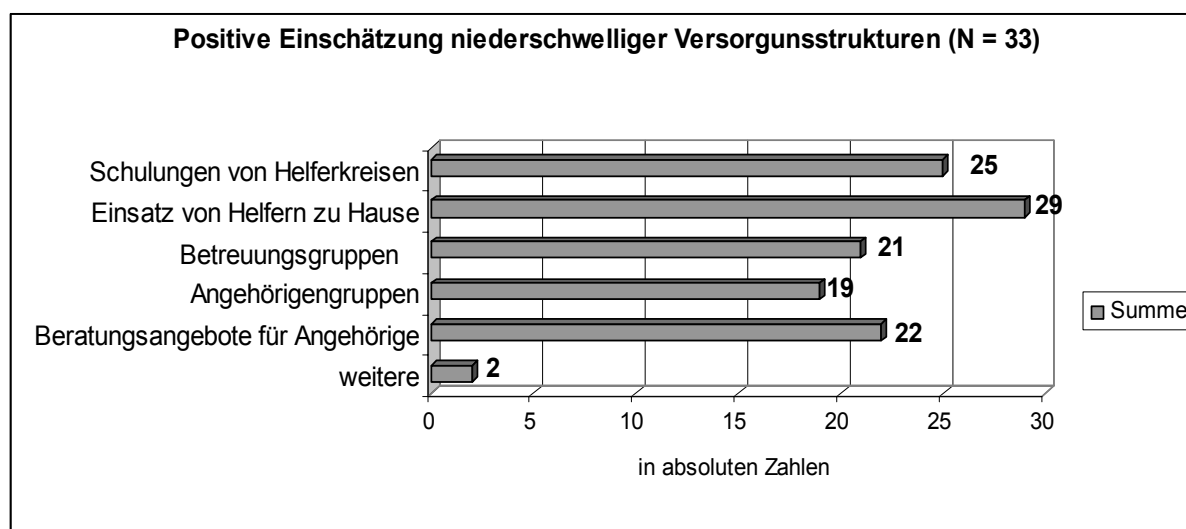


Abb.:21.: Einschätzung niedrigschwelliger Versorgungsstrukturen

Hinsichtlich des Items "Weitere" benannten die Experten Angebote wie "Pflegeerholungswochen" und „Pflegekurse für Angehörige" sowie die "Tagespflege".

Die Frage "Welche Dienstleistungen/Versorgungsangebote sollten in Ihrer Region für (alleinstehende) Demenzkranke und (falls vorhanden) für deren Angehörige dringend noch aufgebaut werden?" ergab eindeutig, dass im Bereich der **"Tagesstrukturierung / Alltagsbegleitung für Demenzkranke"** weiterhin ein **dringender Bedarf zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen** besteht. Im Gesamtblick der Daten zu diesem Item kann davon ausgegangen werden, dass die Versorgungssituation für Angehörige, die ihre Demenzkranken zu Hause begleiten, sich bemerkbar verbessert hat, auch wenn die Befragten in diesem Bereich weiterhin zu schließende Lücken sehen. Vorrangiger Handlungsbedarf besteht - nachdem das

PfIEG aus Sicht der f/w Begleitung "zu greifen" beginnt - im Bereich der alleinstehenden oder alleinlebenden demenzkranken oder allgemein gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen (vgl. Abb. 21).

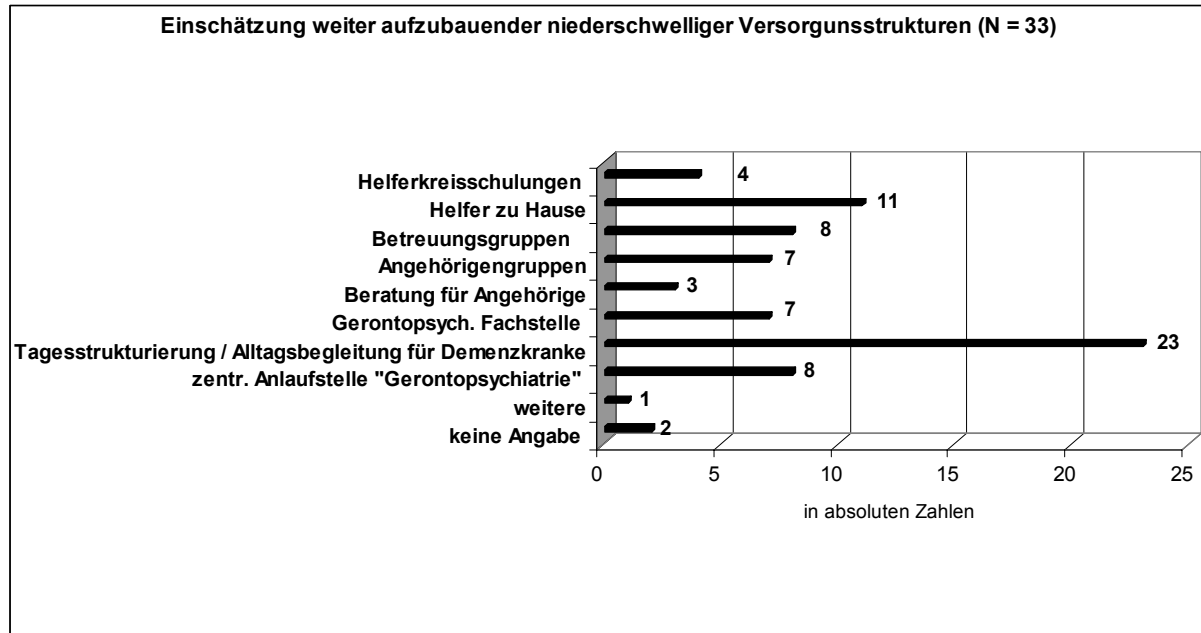


Abb. 22.: Einschätzung niedrigschwelliger Versorgungsstrukturen

4. Zusammenfassung

Mit dem Entschluss des Freistaates Bayern, Modellprojekte zur Umsetzung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes zu fördern, wurde ein zukunftsweisender Weg beschritten. Die beendeten Modellprojekte leisteten in ihren Regionen eine erfolgreiche Arbeit zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen für die Zielgruppe der demenzkranken Menschen und ihrer Angehörigen. Wie den finanziellen Förderern, dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen sowie der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern gilt hier der besondere Dank den Trägern der Modellprojekte und nicht zuletzt den Projektleitungen/-teams für ihre kompetente Arbeit, ihre Hartnäckigkeit und ihr hohes Engagement.

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

- **Vernetzungsarbeit** braucht Zeit
- stellt für alle Beteiligten einen anstrengenden Prozess dar
- erfordert neben fachlichen Kompetenzen die Geduld und Bereitwilligkeit aller Beteiligten
- bedarf einer Person und/oder Institution als Impulsgeber, mit einer - von den Kooperationspartnern akzeptierten – Steuerungsfunktion.

Aus den Erfahrungen der in den Modellprojekten gelungenen Vernetzungsschritte oder gelungenen Vernetzungsprozesse (z.B. Alzheimer Gesellschaft München e.V.) kann abgeleitet werden, dass für diese Anliegen ein Zeitrahmen von drei Jahren eingerechnet werden muss. Insbesondere zu Beginn von Vernetzungsaktivitäten sind vertrauensaufbauende Prozesse zu empfehlen. Die Absicht, mit gutgemeintem Aktivismus rasche Ergebnisse vorlegen zu können, wirkt sich nach allen Erfahrungen zwingend kontraproduktiv aus. Förderlich für Vernetzungsprozesse hat sich die Einrichtung von Arbeitskreisen mit konkreten Arbeitsaufträgen (z.B. Erstellung eines Demenz-Führers für die Region) erwiesen. Des Weiteren belegen die Erfahrungen, dass erfolgreiche Vernetzungsprozesse für alle Beteiligten einen - von ihnen - erkennbaren Vorteil oder Nutzen bieten muss.

Dieser **reale Nutzen für die eigene Arbeit bzw. Institution** sollte als **Bedingung für die Bereitschaft der Akteure, am Aufbau von Netzwerken wirksam** mitzuarbeiten, **künftig allgemein bedacht und akzeptiert** werden.

Ebenfalls von Vorteil für Vernetzungsprojekte ist zu benennen, wenn die **Projektleitungen** über

- berufliche Vor-/Erfahrungen in der Thematik
- Kenntnisse der örtlichen Strukturen und Rahmenbedingungen
- adäquate soziale Kompetenzen/Kenntnisse im Projektmanagement

verfügen. Außerdem erwies sich die Einrichtung einer Steuerungsgruppe oder eines Projektteams zur Unterstützung der Projektleitungen (fachlicher Austausch, Ideenfindung, Reflektion des eigenen Handelns) als vorteilhaft.

In allen Modellregionen ist es gelungen, das - auch gerade in ländlichen Regionen - immer noch vielfach tabuisierte Thema Demenz mit einer breit angelegten und ideenreichen **Öffentlichkeitsarbeit** verstärkt ins Bewusstsein der (Fach-) Öffentlichkeit zu tragen. Allem Anschein nach wird damit **für Angehörige die Hemmschwelle zur Annahme von Hilfe und Entlastung geringer**. Unabdingbar dafür ist jedoch das **Vorhandensein niedrigschwelliger Betreuungsangebote**, die von allen Modellprojekten initiiert und beim Aufbau fachlich begleitet wurden. Hinsichtlich des weiteren Aufbaus von Versorgungsstrukturen sollte nach den Ergebnissen der f/w Begleitung im Weiteren ein besonderes Augenmerk auf die Entwicklung **tagesstrukturierender, begleitender Angebote für alleinlebende Demenzkranke gelegt werden**.

Hinsichtlich des besonderen Ansatzes des Modellprojektes >Hilfe vor Ort< mit dem Einsatz von ehrenamtlichen Mitarbeitern im gerontopsychiatrischen Assessment lässt die Umsetzung des Konzeptes erkennen, dass ein solcher Ansatz denkbar ist für Ehrenamtliche

- mit entsprechenden beruflichen Vorerfahrungen
- mit flankierender Qualifizierung und fachlicher Begleitung sowie
- in klar strukturierter Anbindung an eine professionelle Institution.

Aus Sicht der f/w Begleitung **sollte das first-assessment in engster Abstimmung mit hauptberuflichen Mitarbeiter erfolgen** (u.a. auch wegen der rechtlichen Fragen – insbesondere Haftungsfragen).

Vorstellbar - und weiterer Forschungsarbeit vorbehalten - wäre ein Konstrukt, durch welches ein Angebot wie >Hilfe vor Ort< unter Beachtung der o.g. Voraussetzungen als

- **wichtige Ergänzung professioneller Beratungsstellen** - u.a. im Sinne eines Krisentelefons oder
 - als **komplementäres Angebot von Hausarzt-Praxen** (prophylaktische Situationsabklärung bei deren (hoch-)betagten Patienten)
- implementiert wird.

„Vernetzung und Kooperationsaufbau“ sind in der Altenpflege und im speziellen Bereich der Versorgung Demenzkranker bereits seit längerem in aller Munde. In der Praxis wird den dahinter stehenden Anliegen jedoch - auch aufgrund bisheriger Erfahrungen mit diesem Arbeitsansatz - noch zu häufig mit Zurückhaltung, Interesselosigkeit, Resignation oder auch Ablehnung begegnet. Die Modellprojekte handelten teilweise in vergleichbaren Bezugsrahmen. Ihre Arbeit belegt, dass Zusammenarbeit und Vernetzung auch unter Wettbewerbern "machbar" ist. Es bedarf dazu persönlicher Kompetenzen, finanzieller und persönlicher Ressourcen und des guten Willens aller Beteiligten.

Anhang

Anhang 1

Alzheimer Gesellschaft München e.V.: Standards für Helferschulungen nach PflEG

ALZHEIMER GESELLSCHAFT
MÜNCHEN E.V.
Mit neuer Zuversicht!



Standards für Helferschulungen nach PflEG

erarbeitet von der Arbeitsgruppe "Helferverbund" im Rahmen des

Modellvorhabens der Alzheimer Gesellschaft München:

Demenz-HelferInnen-

Aufbau eines Verbundsystems zur Koordinierung von Helferschulungen, Vermittlung und Einsatz ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer im Rahmen niederschwelliger Angebote nach PflEG für die Modellregion München -

(Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz PflEG: Förderung von Modellvorhaben nach § 45c SGB XI)

unter Mitwirkung folgender Einrichtungen und ihrer Träger:

- Alzheimer Gesellschaft München e.V.
- Beratungsstelle für pflegende Angehörige und ältere Menschen der AWO München gemeinnützige Betriebs-GmbH
- Beratungsstelle für pflegende Angehörige des Caritas-Zentrum München-Nord
- Angehörigenberatung des Caritas-Zentrums München-West und Würmtal
- Angehörigenberatung des Vereins Carpe Diem e.V.
- Beratungsstelle DAHOAM Häusliche Krankenpflege und Altenbetreuung e.V.
- Gerontopsychiatrischer Dienst München Nord
- Gerontopsychiatrischer Dienst München West
- Beratungsstelle im Netzwerk Pflege der Inneren Mission München
- Beratungsstelle für ältere Menschen und ihre Angehörigen des Paritätischen Bayern



"Carpe Diem"



Stand: 29. Juni 2005

Standards für Helferschulungen nach PflEG

Vorgaben der Spitzenverbände	Standards der Arbeitsgruppe "Helferverbund" zu den Inhalten einer 40-stündigen Schulung für ehrenamtliche tätige Helferinnen und Helfer im Einsatz bei demenzkranken Menschen (häusliche Betreuung). <i>Anmerkung: Es handelt sich bei den u.g. Ausführungen um inhaltliche Erläuterungen der von den Spitzenverbänden vorgegebenen Themengebiete. Die Länge der Ausführungen dient ausschließlich der Präzisierung der Inhalte ohne dass daraus Rückschlüsse auf den zeitlichen Umfang (Anzahl der Unterrichtseinheiten) oder die Wertigkeit der Inhaltsbereiche gezogen werden kann. Auf zeitliche Vorgaben wurde bewußt verzichtet, um die Gestaltungsspielräume einzelner Schulungs-Anbieter nicht zu schmälern. Die inhaltliche Präzisierung und Ergänzung der Themengebiete erfolgte aufgrund der praktischen Erfahrung innerhalb der in München angesiedelten HelferInnenkreise und in Abstimmung mit allen auf dem Deckblatt genannten Mitwirkenden. Der Beschluß, sich auf diese Standards bei anerkannten Helferschulungen nach PflEG zu beziehen erfolgte am 14. Juni 2005. Eine Fortschreibung und ggf. nötige Anpassung dieser Standards wurde ausdrücklich befürwortet.</i>
1. Basiswissen über Krankheitsbilder und Basiswissen über Behandlungsformen und Pflege der zu betreuenden Menschen	1.1 Basiswissen Krankheitsbilder: • Informationen über die Krankheitsbilder Demenz (Schwerpunkt), Depression und Wahn (im Zusammenhang mit Demenz), sowie deren Symptome und Verläufe, Unterschiede, Abgrenzungen • Informationen über mögliche, durch den Krankheitsprozeß (mit-)bedingte Veränderungen beim psychisch kranken älteren Menschen hinsichtlich seiner Persönlichkeit und seines physischen Zustandes und mögliche Auswirkungen dieser Veränderungen auf seinen Alltag und sein soziales Umfeld (aggressives Verhalten, Rückzug, Sucht, Verwahrlosung) • Bewußtsein dafür wecken, wie die psychische Veränderung bzw. Krankheit vermutlich vom Kranken erlebt wird (evtl. über den Einsatz von Rollenspielen oder Methoden der Selbsterfahrung) • Ableitung von Umgangsmöglichkeiten und Betreuungsformen (z.B. emotionaler Zugang, Konfrontation vermeiden, Bedeutung der Lebensgeschichte) → vgl. auch Abschnitt 3 „Umgang ...“ 1.2 Basiswissen Behandlung und Pflege: (mit Hinweis darauf, dass durch PflEG-HelferInnen <u>keine</u> Behandlung und Pflege erfolgen darf) • Überblick über medikamentöse und nichtmedikamentöse Behandlung und Therapie • Informationen über gerontopsychiatrische Pflege, die sich an der Lebensgeschichte und den alltäglichen

	Aktivitäten der Kranken orientiert • Problembewußtsein schaffen für Situationen, die den HelferInnen während der Betreuung begegnen können und die eine Schnittstellenproblematik aufweisen, wie bei ➤ Betreuung / Hauswirtschaft: unproblematisch, solange es um eine Beschäftigung mit dem Kranken geht; problematisch, wenn es um Erledigungen für den Kranken geht (z.B. Einkaufen, Kochen, Essen wärmen, Saubermachen) ➤ Betreuung / Pflege): Hinweis auf Hygiene- und Infektionsproblematik sowie Unfallgefahr samt rechtlicher Konsequenzen (z.B. Assistenz beim Essen vs. Essen eingeben; Hilfestellungen beim Toilettengang bzw. bei Inkontinenz vs. Inkontinenzversorgung; Spaziergänge mit Kranken, die auf Rollator / Rollstuhl angewiesen sind (s.u.) vs. Umsetzen / Hebetechniken (Transfers gelten als pflegerischer Akt!); Medikamentengabe ist eindeutig der Pflege zuzurechnen und nicht gestattet) ➤ Betreuung/ gesetzliche Betreuung: Hinweise auf die rechtliche Bedeutung der Unterscheidung "Betreuung/ Begleitung" und "gesetzliche Betreuung" (Achtung: keine "freiheitsentziehenden" Maßnahmen durch HelferInnen, auch nicht im Auftrag von Angehörigen oder gesetzlichen Betreuern, z.B. Einsperren nach Ende des Einsatzes); vgl. auch Abschnitt 6.3 und 6.4 "rechtliche Aspekte" ▪ Problembewußtsein dafür schaffen, dass es Grenzen für den Einsatz ehrenamtlicher HelferInnen bei Demenzkranken gibt (Fortschreiten der dementiellen Erkrankung, zusätzliche Beeinträchtigungen oder Behinderungen, die eine fachlich pflegerische Betreuung und Begleitung erforderlich machen) ▪ Thematisieren der Bedeutung der ständigen fachlichen Begleitung und Anleitung, mit der individuelle Absprachen über die Rahmenbedingungen der Einsätze erfolgen muss (z.B. falls mit einem Rollstuhl umgegangen werden soll, sind am konkreten Fall lange Übungsphasen vor Ort unter Anleitung nötig!)
2. Situationen der pflegenden Personen	2. Wissen über die Situation pflegender Angehöriger und anderer pflegender Personen im Kontext häuslicher Pflege (Pflege- und Hilfesystem) ▪ Informationen über Pflege zu Hause, psychische, physische, soziale, zeitliche Belastungsfaktoren für Pflegenden, Folgen langjähriger häuslicher Pflege, Hinweise auf unterschiedliche Pflegemotive und familiäre Situationen (vom Über-Engagement bis zur Vernachlässigung) und daraus entstehende Konfliktfelder, „Abschied und Loslassen“ (als Thema für Angehörige wie Helfer) ▪ Informationen über bestehende Beratungs- und Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige / Helfer. Bewußtsein schaffen, dass es ein Netz

	professioneller Hilfen und Angebote innerhalb der Altenhilfe gibt (HelferInnen geben keine Fachberatung!) ▪ Thematisierung der Rolle der HelferIn bzw. des Helfers innerhalb des gesamten Pflege- und Hilfesystems (ehrenamtliche HelferInnen haben eigene wichtige Qualitäten neben den Qualitäten professioneller Kräfte; Achtung: HelferInnen sind im Rahmen von PfIEG <u>nicht als</u> TherapeutInnen, <u>nicht als</u> FachberaterInnen, <u>nicht als</u> PflegerInnen eingesetzt, auch wenn sie eine Erstausbildung in diesen Disziplinen haben, vgl. auch Abschnitt über Rolle ehrenamtlicher HelferInnen) ▪ Hinweise auf mögliche Konflikte zwischen HelferInnen und Angehörigen, die während oder durch die Einsätze aufgrund einer speziellen familiären Dynamik entstehen können (z.B. Bündnisse, Loyalitätskonflikte, Eifersucht) ▪ Umgehen mit „überhöhten“ Forderungen oder Ansprüchen von Angehörigen oder solchen Angehörigen, die sich sehr distanzieren ▪ Thematisieren der Bedeutung der ständigen individuell nötigen fachlichen Begleitung und Anleitung, die bei Unklarheiten im Auftrag an die Helferinnen oder entstehenden Konflikten eingeschaltet werden muss
3. Umgang mit den Erkrankten; Erwerb von Handlungskompetenzen im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten wie Aggressionen und Widerständen	3.1 Umgang (Themenschwerpunkt) ▪ Rückkopplung Wissen – Verstehen – Verhalten (vgl. Abschnitt Basiswissen ...); Auswirkungen der Demenzsymptome wie Gedächtnis- und Orientierungsverlust auf das emotionale Befinden und das Verhalten der Kranken (mögliche Folgen: Angst, Verunsicherung, Aggressivität, Unruhe, Wandern etc.) ▪ Folgen für den Umgang; Grundhaltungen: Wertschätzung, sich Einfühlen in die Welt der Erkrankten und Vermeidung von Konfrontationen; Orientierung an der Lebensgeschichte und den alltäglichen Aktivitäten und Handlungen der Kranken, Anpassung der verbalen und nonverbalen Kommunikation 3.2 Handlungskompetenzen (Themenschwerpunkt) ▪ Praktische Beispiele z.B. anhand von Rollenspielen für konkrete Situationen wie ständiges Fragen, Unruhe und „Weglauf“-Tendenz, Verweigerung / Widerstand, Umgang mit aggressiven Verhaltensweisen, Anregungen zur Deeskalation von „Gewalt“-Situationen ▪ Hinweis auf individuelle Besonderheiten, die in Absprache mit der fachlichen Begleitung zu klären sind (z.B. Vorgehen im Notfall oder bei Krisen, Informationen über mögliche Ansprechpartner und deren Erreichbarkeit) → vgl. auch Abschnitt 5 "Kommunikation und Gesprächsführung"
4. Methoden und Möglichkeiten der	4. Methoden und Möglichkeiten der Betreuung und Beschäftigung (Themenschwerpunkt) ▪ Klärung der Zielsetzung von Betreuung und

Betreuung und Beschäftigung	Beschäftigung im Rahmen der HelferInnen-Einsätze im Unterschied zu therapeutischen Zielsetzungen (realistische Ansprüche definieren zwischen: Selbstbewußtsein stärken; Unterstützung erhaltener Fähigkeiten und Kompetenzen, Vermittlung von Freude und Wohlbefinden) ▪ Kurzer Überblick über Betreuungs- und Beschäftigungskonzepte mit Hinweis auf Einsatzmöglichkeiten bei der häuslichen Begleitung wie Biografiearbeit, 10-Minuten-Aktivierung, Selbst-Erhaltungs-Therapie SET, Aktivierung der Sinneswahrnehmung, Einsatz von Musik und Bewegung etc. ▪ Praktische Anregungen für Beschäftigungsmöglichkeiten mit Vorstellung verschiedener Materialien (plus Übungen)
5. Kommunikation und Gesprächsführung	5. Kommunikation und Gesprächsführung (Themenschwerpunkt) 5.1 Grundlagen ▪ Verbale und nonverbale Kommunikation ▪ Kommunikationsprobleme und Klärungen (Kommunikationsmodelle) ▪ Fördernde und hemmende Gesprächstechniken 5.2 Kommunikation mit dementen Menschen ▪ Konsequenzen aus den krankheitsbezogenen Veränderungen bei Demenz auf das Gesprächsverhalten mit Erkrankten (z.B. Orientierung an den aktuellen Motiven und Gefühlen, Anpassung der verbalen und nonverbalen Kommunikation in Abhängigkeit der vorhandenen Fähigkeiten / Stadien der Erkrankung) ▪ Praktische Übungen und Rollenspiele
6. Zusätzliche Inhalte, die nicht in den Richtlinien der Spitzenverbände definiert sind:	6.1 Reflexion über die Rolle von "ehrenamtlichen HelferInnen" (Vermittlung des grundlegenden Verständnisses von einer ehrenamtlichen "Begleitung eines demenzkranken Menschen"): ▪ Qualität ehrenamtlicher Tätigkeit im Vergleich zur Tätigkeit hauptamtlicher Kräfte (hier geht es darum, persönliche Stärken einzubringen und Zeit zu "schenken", nicht um den Anspruch möglichst "professionell zu arbeiten" und dafür anerkannt zu werden.) ▪ Bewußtsein dafür schaffen, dass bei evtl. vorliegender einschlägiger beruflicher Vor-Qualifikation (Altenpflege, Sozialpädagogik etc.) bei HelferInnen leicht die Grenzen zwischen ehrenamtlichem Einsatz und professioneller Tätigkeit verwischt werden (u.U. Auswirkungen auf Versicherungsschutz oder die Zusammenarbeit mit Fachdiensten) ▪ Klärung des Aufgabenprofils bzw. -spektrums der ehrenamtlichen HelferInnen erfolgt in enger Abstimmung mit der fachlichen Begleitung (inhaltliche Schwerpunkte vgl. Abschnitte 3 "Umgang", 4 "Methoden

	der Betreuung und Beschäftigung" und 5 "Kommunikation"; sowie Hinweise geben, was keinesfalls von HelferInnen vorgenommen werden darf, z.B. Medikamentengabe, Türen versperren, Rechtsauskünfte oder Formulierungshilfen für Patientenverfügungen oder Einsprüchen gegen Entscheidungen der Pflegeversicherung geben)
	6.2 Informationen zur Pflegeversicherung und insbesondere zum PfIEG: • Die Pflegeversicherung als 5. Säule der Sozialversicherung: kurzer Abriss über Aufbau, Beantragung der unterschiedlichen Leistungen • Leistungen nach PfIEG • Besonderheiten der Helferkreise nach PfIEG im Unterschied zu anderen Helferkreisen, insbesondere: "Pflichten" der Helfer (Anschluß an anerkannten HK, ständige fachliche Anleitung, Zuverlässigkeit, keine pflegerischen und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten) • Betonung der Bedeutung der fachlichen Anleitung, die den jeweiligen Einsatz begleitet (Einhalten bindender Vereinbarungen und Absprachen im jeweils individuellen Fall, Vorgehen bei individuell auftretenden Notfällen, Grenzen der Einsätze, z.B. keine Medikation geben) • Information über Helferkreise nach PfIEG in München (Flyer); Vorstellung von Ansprechpartnern der jeweiligen Dienste
	6.3 Grundlagenwissen über Vorsorgemaßnahmen und gesetzliche Betreuung (Betreuungsrecht) ▪ Kurzer Abriss über gesetzliche Betreuung und Vorsorgemaßnahmen wie Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung mit Hinweis auf bestehende Beratungsmöglichkeiten (Achtung: Nie Formulierungshilfen geben!) ▪ Sensibilisierung für Begrifflichkeiten ("Entmündigung" und "Vormundschaft" gibt es seit der Einführung des neuen Betreuungsgesetzes nicht mehr!) ▪ Problembewußtsein schaffen für die Gefahr der Entstehung von Missverständnissen, die bei der unklaren Verwendung der Bezeichnungen "BetreuerIn" und "gesetzliche BetreuerIn" entstehen können, wenn ehrenamtliche HelferInnen sich an "offiziellen" Stellen (z.B. Pflegeheim oder bei Pflegediensten) als "BetreuerInnen" vorstellen ▪ Hinweis auf die spezielle Situation, wenn HelferInnen bei Demenzkranken im Einsatz sind, die eine/n gesetzlichen Betreuer/in haben 6.4 Rechtliche Stellung ehrenamtlicher Helfer ▪ Rahmen und Umfang des Versicherungsschutzes (Haftpflcht; Unfall); Fahrten mit dem eigenen PKW; Ansteckungsrisiken ▪ Problembewußtsein schaffen für Situationen, die

	Datenschutz und Schweigepflicht betreffen (z.B. Einverständnis von "Klienten" und fachlicher Begleitung einholen u.a. bei Fotoaufnahmen oder Begleitung von Familienangehörigen der HelferInnen bei Einsätzen, keine Gespräche über die Einsätze in der eigenen Familie) ▪ Ehrenamt vs. Sicherung des Lebensunterhaltes mit Versteuerung der Einnahmen ▪ Hinweis auf die schriftlichen Vereinbarungen, die ehrenamtliche HelferInnen mit den einsetzenden Diensten schließen
--	---

Anhang 2

Alzheimer Gesellschaft München e.V.:
Empfehlungen für Auswahl, Begleitung und Fortbildung ehrenamtlicher HelferInnen
nach PflEG

Vorbemerkungen:

Die TeilnehmerInnen der Arbeitsgruppe „Helferverbund“ legen Wert auf folgende Feststellungen:

- Diese Empfehlungen leiten sich ab aus den Anforderungen des PflEG und den z.T. langjährigen Erfahrungen von Fachkräften, die ehrenamtliche Helferkreise nach dem PflEG in München aufgebaut haben und aktiv begleiten. Diese Erfahrungen beziehen sich auf den Ballungsraum München und sind nicht ohne weiteres auf andere Ballungsräume oder ländliche Regionen / Strukturen zu übertragen.
- Diese Empfehlungen sind als Orientierungshilfe für Fachkräfte ausgearbeitet worden, die ihrerseits ehrenamtliche Helferkreise nach PflEG aufbauen möchten. Die Arbeitsgruppe möchte mit der Aufstellung dazu beitragen, dass vorliegende Erfahrungen im Sinne einer Anregung genutzt werden können, um eigene Ressourcen zu schonen und auf potentielle Problembereiche im Vorfeld eines ehrenamtlichen Helferkreises hinzuweisen.
- Die Arbeitsgruppe sieht nach der Ausarbeitung der Empfehlungen die Problematik, dass in diesem Kontext an das Ehrenamt hohe fachliche Anforderungen gestellt werden. Diese werden als nötig erachtet, um einerseits einen zuverlässigen, verantwortungsbewussten und qualitativ hochwertiger Einsatz von HelferInnen nach den Vorgaben des PflEG zu gewährleisten, die zuständigen Fachkräfte andererseits nicht unnötigen Reibungsverlusten durch entstehende Schwierigkeiten auszusetzen.
- Inwieweit die aus der Sicht der Arbeitsgruppe nötigen fachlichen Ansprüche noch mit dem klassischen ehrenamtlichen Engagement zu vereinbaren sind, wird sehr kritisch hinterfragt. Die einsetzenden Dienste sind jedoch im Kontext der Begleitung demenzkranker Menschen darauf angewiesen, HelferInnen nach gewissen Eignungskriterien auszuwählen, ihnen konkrete Handlungsrichtlinien zu geben und auf deren Einhaltung zum Schutz der demenzkranken Menschen und aller Beteiligten zu bestehen.
- Es wird außerdem darauf hingewiesen, dass begleitende Fachkräfte ihrerseits auf die spezifischen Helferkreis-Aufgaben vorbereitet und dabei supervidiert werden sollten, dass die Zahl fachlich begleiteter HelferInnen mit den Fachkraft-Kapazitäten in Einklang zu bringen sind und eine entsprechende Infrastruktur für die Fachkraft erforderlich ist. D.h. die Zahl ehrenamtlicher HelferInnen ist nicht beliebig steigerbar ohne dass nicht auch die Zahl entsprechender Fachkräfte steigt bzw. gefördert wird.
- An die Politik geht die dringende Bitte, das ehrenamtliche Engagement bei fachlich hochwertigen Aufgaben nicht übermäßig zu belasten und, wo nötig, auch entsprechendes Fachpersonal vorzuhalten.

Zielgruppe (Klientel) für HelferInneneinsätze nach PflEG	Bundesgesetz § 45a (1): .. für Pflegebedürftige in <i>häuslicher Pflege</i>, bei denen ein <i>erheblicher Bedarf an allgemeiner Betreuung und Beaufsichtigung</i> gegeben ist; ... <i>PflSt. I, II, III mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen</i> mit Auswirkungen auf die Aktivitäten des tägl. Lebens ... Bewertung nach § 45a (2) 13 Kriterien benannt Der Arbeitskreis "Helferverbund ..." bezieht sich in den
---	--

	nachfolgenden Empfehlungen ausdrücklich auf das Klientel "Demenzkranken Menschen", die von ehrenamtlichen HelferInnen begleitet werden.
1. Auswahl geeigneter TN für HelferInnenschulungen	1.1. Vorauswahl Der Arbeitskreis befürwortet eine Vorauswahl der InteressentInnen an der Schulung aus folgenden Gründen: • Die nach PflEG geschulten und später eingesetzten HelferInnen sind in einem sensiblen Bereich tätig, der erhöhte Anforderungen an Motivation und Persönlichkeit stellt. • Helferschulungen sind keine öffentlichen Fortbildungsangebote. Sie sind teuer und aufwändig zu organisieren, daher sollen vorrangig diejenigen dort aufgenommen werden, die anschließend einem HelferInnenkreis auch zur Verfügung stehen und ehrenamtlich tätig sein möchten. (Ausnahmen bei Platzkapazität.) 1.2 Vorgehen • Die Auswahl geeigneter TN für HelferInnenschulungen, d.h. potentieller HelferInnen erfolgt durch den jeweiligen Dienst bzw. Träger des HelferInnenkreises. • Ein persönliches Gespräch (auch Telefonat) wird dringend empfohlen; ggf. kann ein persönliches Gespräch auch während oder im Anschluss an die Schulung geführt werden. Dabei muss geklärt werden, ob man auch im Hinblick auf eine spätere fachliche Begleitung gut zusammenarbeiten kann bzw. wer als HelferIn für die jeweilige Einrichtung/ Dienst unterwegs ist. • Das persönliche Gespräch (Telefonat) dient auch und vor allem dazu abzuklären, ob die Interessenten nach den unter 1.3 genannten Kriterien als ehrenamtliche HelferInnen geeignet erscheinen. • Die Teilnahme an der Helferschulung bedeutet nicht automatisch eine Aufnahme in den jeweiligen HelferInnenkreis, sondern wird gesondert mit den InteressentInnen besprochen (vgl. 2.). 1.3 Eignungskriterien Der AK schließt sich den in der Helferkreis-Broschüre der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, S. 18 benannten Eignungskriterien an, wobei ausdrücklich festgehalten wird, dass die Potentiale ehrenamtlicher HelferInnen enorm sind und nicht nur unter fachlichen Gesichtspunkten betrachtet werden dürfen. Folgende Punkte sollten jedoch abgeklärt werden: ▪ Bereitschaft und Sensibilität, mit demenzkranken Menschen zu arbeiten ▪ Bereitschaft, regelmäßig an der Schulung und der fachlichen Begleitung während der Tätigkeit teilzunehmen ▪ Bereitschaft, sich mit den eigenen Vorstellungen von Alter, Krankheit und Demenz auseinanderzusetzen ▪ Bereitschaft, nach der Schulung mindestens ein Jahr in dem Helferkreis tätig zu sein und an regelmäßige Besprechungen teilzunehmen ▪ Bereitschaft, einmal wöchentlich für eine bestimmte Stundenzahl (z.B. 2 Std.) zur Verfügung zu stehen

	▪ Ausschlusskriterien: Vorliegen einer Suchtkrankheit oder einer psychischen Krankheit; ebenso, wenn offensichtlich in erster Linie ein "Nebenverdienst" angestrebt wird. Die Eignungskriterien werden nicht Punkt für Punkt abgefragt, sondern über das persönliche Gespräch erschlossen. Wie sich HelferInnen dann im Einsatz bewähren, bleibt abzuwarten und kann letztlich erst im Laufe der fachlichen Begleitung festgestellt werden.
2. Zusätzliche Qualifikationen zur Aufnahme in einen HelferInnenkreis nach PfIEG	Jeder Dienst bzw. Träger von HelferInnenkreisen ▪ entscheidet nach der HelferInnenschulung gesondert über die Aufnahme in den jeweiligen HelferInnenkreis. Der Aufnahme sollte in jedem Fall ein ausführliches persönliches Gespräch vorausgegangen sein, um die Eignung sicherzustellen und ein "Helferprofil" zu erstellen (falls dies nicht schon im Rahmen der Schulung erstellt wurde) ▪ kann aufgrund eines evtl. spezialisierten Tätigkeitsfeldes für die HelferInnen zusätzliche Qualifikationen definieren, z.B. Absolvierung eines Praktikums, von Schnuppertagen, Hospitationen oder zusätzlichen Schulungseinheiten z.B. zu weiteren Krankheitsbildern ▪ ggf. kann über die Dauer des Verbleibs im Helferkreis gesprochen werden (Wünsche und Vorstellungen der HelferInnen ebenso wie die der Dienste; z.B. mindestens ein Jahr, bzw. dass man evtl. alle zwei, drei Jahre überlegt, ob die Einsätze noch fortgeführt werden sollen und können) (vgl. 5.) Begründung: Während oder nach der Helferschulung kann sich herausstellen, dass sich TeilnehmerInnen überschätzt haben oder aus anderen Gründen nicht geeignet erscheinen. Wünschenswert wäre, diesen TeilnehmerInnen nach Möglichkeit ein Ersatz-Tätigkeitsfeld vorzuschlagen oder anzubieten. Verschiedenste Gründe können die Belastbarkeit und Einsatzfähigkeit von HelferInnen beeinträchtigen. Sie sollten daher darauf vorbereitet sein, dass darüber in gewissen Zeitabständen gesprochen wird.
3. Einsatz / Vermittlung ehrenamtlicher HelferInnen nach PfIEG	3.1 Organisation innerhalb der Dienste / Einrichtungen: 1. Jeder Dienst bzw. Träger von HelferInnenkreisen benennt nach Möglichkeit eine Fachkraft als verantwortlichen Ansprechpartner (bzw. Stellvertreter) für seine HelferInnen. Bei manchen Diensten und GpDi's ist die zuständige Fachkraft, die die Klienten betreut auch für den jeweiligen Helfer zuständig. 2. Über diese Fachkraft werden die HelferInneneinsätze koordiniert (Entfällt bei GPDi's). Ggf. ist ein Ansprechpartner für HelferInnen im Verhinderungsfall benannt. 3. Die zuständige Fachkraft hat ausreichende Kenntnis über das jeweilige "Profil" der HelferInnen aus dem eigenen HelferInnenkreis (zu welchen Zeiten kann die H. Einsätze machen, welche besonderen Fähigkeiten und Erfahrungen bringt die H. mit, bevorzugtes Tätigkeitsfeld der H., welche Tätigkeitsbereiche schließt die H. aus, etc.). Evtl. kann ein solches Profil bereits in der Helferschulung ausgefüllt und an den jeweiligen Dienst weitergegeben werden. 4. Im Vorfeld der Vermittlung hat sich die Fachkraft z.B. durch

	einen Hausbesuch über das familiäre Umfeld informiert, erste biografische Informationen in Abstimmung und mit Einverständnis der Angehörigen bzw. Bezugspersonen zusammengetragen, über Tätigkeiten und Grenzen von ehrenamtlichen HelferInneneinsätzen aufgeklärt, das Vorgehen bei Notfällen eruiert und Finanzierungsmöglichkeiten besprochen (ggf. über Formblatt oder Checkliste). Nach Möglichkeit soll der demenzkranke Mensch und seine Wünsche und Vorstellungen einbezogen werden. 5. Schriftliche Vereinbarung /Grundsätze zu Helfereinsätzen werden mit den HelferInnen und den Angehörigen bzw. Bezugspersonen bzw. den gesetzl. Betreuern (ggf. hier erst bei der konkreten Vermittlung, 3.2.4) geschlossen. Insbesondere werden Aneghörige bzw. Bezugspersonen und HelferInnen nochmals ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die vermittelten HelferInnen aus versicherungsrechtlichen Gründen und auch zum Schutz der HelferInnen „im Auftrag“ der einsetzenden Dienste tätig sind (vgl. auch Punkt 6.1.). 3.2 Konkrete Vermittlung 1. Auswahl einer passenden / geeigneten HelferIn anhand von Profilbogen und Vorstellungen der Angehörigen bzw. Bezugspersonen durch die Fachkraft. Nach Möglichkeit sollte auch die Meinung / Vorstellung des demenzkranken Menschen berücksichtigt werden. 2. Die konkrete Vermittlung einer Helferin / eines Helfers zur Begleitung des demenzkranken Menschen sollte in der Regel über einen gemeinsamen Hausbesuch erfolgen, bei dem sich alle Beteiligten (Helfer, Klient, Angehörige bzw. Bezugsperson, Fachkraft) kennenlernen und sich für oder gegen den Einsatz bzw. eine „Probe“-Betreuung entscheiden können. 3. Die HelferInnen wie auch die Angehörigen bzw. Bezugspersonen werden nochmals über die Grundsätze der Helfereinsätze informiert, Tätigkeiten und Grenzen der Einsätze definiert, ein Notfallplan erstellt und besprochen sowie die Abrechnungs- und Berichtsmodalitäten (z.B. Stundennachweise, besondere Vorfälle, Krankenhauseinweisungen etc.) geklärt. Auf die Verantwortung und die Aufgaben des Trägers des Helferkreises wird hingewiesen. (vgl. Checkliste) 4. Einsatzlisten werden an HelferInnen und Angehörige bzw. Bezugspersonen ausgegeben; beide „Parteien“ erhalten Kenntnis über die Vermittlungsvereinbarungen, d.h. was genau abgemacht wurde. Aufgrund von inzwischen vorliegenden Erfahrungen kann es hilfreich sein, sich auch von den Angehörigen bzw. Bezugspersonen schriftlich bestätigen zu lassen, in welchem Umfang die HelferInnen eingesetzt sind, dass es hier um eine ehrenamtliche Tätigkeit geht und wie die Bezahlung der Aufwandsentschädigung erfolgt.
--	---

	5. Telefonische Nachfrage bei Angehörigen bzw. Bezugspersonen und HelferIn, bzw. persönliche Rücksprache bei Helferkreistreffen über den Betreuungsverlauf, evtl. Schwierigkeiten oder Veränderungswünsche. Nach Möglichkeit sollte man sich auch nach der Meinung bzw. Reaktion des demenzkranken Menschen erkundigen, um Anhaltspunkte dafür zu haben, ob für ihn oder sie die „Chemie“ stimmt. Eventuelle Hilfsmittel: • Profilbogen HelferInnen • Checkliste für die Vermittlung • Schriftliche Vereinbarungen HelferIn / Dienst • A) Allgemeine Vereinbarungen (Schweigepflicht, Aufwandsentschädigung und Steuer etc.) • B) Spezielle Einsatzvereinbarung für konkreten Fall (vgl. Muster Carpe Diem) • Schriftliche Vereinbarungen Angehörige bzw. Bezugspersonen / Dienst • A) Allgemeine Vereinbarungen • B) Spezielle Einsatzvereinbarung für konkreten Fall (vgl. Muster Carpe Diem, entspr. Seite der Vereinbarung mit Helfer geht als Kopie an die Angehörigen bzw. Bezugspersonen) • Notfallplan • Einsatzlisten
4. Fachliche Begleitung ehrenamtlicher HelferInnen nach PflEG	Dienste bzw. Träger von HelferInnenkreisen nach PflEG verpflichten sich zur regelmäßigen Begleitung und Nachschulung der ehrenamtlichen HelferInnen. Offizielle Vorgaben zum Umfang liegen nicht vor. Aus der Erfahrung empfehlen wir, Austausch- und Fortbildungstreffen zu trennen. Empfehlung Austauschtreffen: 4 – 6 Treffen pro Jahr á 2 Stunden; Empfehlung Fortbildungstreffen: 2 - 4 Angebote jährlich entweder á 2 bis 3 Fortbildungseinheiten (á 45 Min.) oder auch in Form von halb- oder ganztägigen Fortbildungen oder Seminaren. (Fortbildungen können im Vorfeld beim ZBFS – Zentrum Bayern Familie und Soziales - beantragt und damit finanziell bezuschusst werden) Mögliche Themen: • Fachliche Ergänzungen zu Krankheitsbildern (Depression, Wahn, Sucht) und Folgen psychiatrischer Erkrankungen • Fachliche Ergänzungen zu Formen des Umgangs und der Beschäftigung • Thematisierung der praktischen Erfahrungen der HelferInnen bei ihren Einsätzen, Umgang mit Beschwerden und Problemen • Praktische Übungen zum Umgang mit schwierigen Situationen (je nach Erfahrungen der HelferInnen) • Abschied, Loslassen (Ende von Einsätzen aufgrund von Heimeinzug, Tod oder anderen Gründen) • Reflexion der Helferrolle und persönlicher Grenzen • Förderung der persönlichen Kompetenzen der HelferInnen, Selbstpflege etc. • Gesetzliche Änderungen/Änderungen der Rahmenbedingungen

	• Begleitung in der letzten Lebensphase • Auffrischen der Inhalte der Helferschulung Umgang mit HelferInnen, die sich nicht an der fachlichen Begleitung beteiligen: • Persönliches Ansprechen, um Beweggründe zu klären • Ggf. „Minimalprogramm“ an fachlicher Begleitung festlegen, fachliche Begleitung über Einzelkontakte absichern (was für die Fachkraft sehr viel aufwändiger wird) • ggf. Ausschluss aus dem Helferkreis / Beendigung der Einsätze
5. Situationen, die einer Klärung bedürfen und die u.U. einen Abbruch oder die Beendigung des Helfereinsatzes nahelegen	Mögliche Gründe ▪ Fachkraft erhält Kenntnis von Vorfällen, die eine weitere vertrauensvolle Zusammenarbeit beeinträchtigen (z.B. Überforderung der HelferIn durch Angehörige; HelferIn bzw. Angehörige setzen sich über Vereinbarungen hinweg; Probleme bei der zuverlässigen Bezahlung der Aufwandsentschädigungen; Unzuverlässigkeiten bei HelferIn bzw. Angehörigen...) • Veränderungen in der Lebenssituation der HelferInnen • Veränderungen bei den persönlichen Voraussetzungen der HelferInnen (Überforderung, Krankheit, psychische und/ oder psychische Belastung) • Dissonanzen zwischen Familie und HelferIn • Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Betreuten • Umzug des Betreuten in ein Pflegeheim • Angehörige brauchen andere Form der Unterstützung und Hilfe, z.B. bei der Pflege • Verwahrlosungstendenz oder Suchtproblematiken in den Familien des Betreuten • Familiäre Dynamiken, die die HelferInnen zu stark ins Spannungsfeld des Systems hineinziehen
6. Erfahrungen bei und evtl. Konsequenzen für die Abrechnung der Helfereinsätze	1. Abrechnung erfolgt zwischen Angehörigen bzw. Bezugspersonen und HelferIn: Erfolgt die Abrechnung der Aufwandsentschädigungen in dieser Form, so sollten unbedingt die versicherungsrechtlichen Fragen im Hinblick auf Unfall- und Haftpflichtversicherung geklärt sein. Empfehlenswert ist u.U., dass sich der einsetzende Dienst Quittungskopien geben lässt und aufbewahrt, um dokumentieren zu können, dass die Einsätze aus dem Helferkreis der Einrichtung erfolgt sind und nicht im Auftrag der Angehörigen bzw. Bezugspersonen (vgl. Pkt. 3.1.6). 1.a) Vorteile ▪ die Einrichtung hat keinen zusätzlichen Abrechnungsaufwand ▪ manchen Angehörigen ist es wichtig, sich über die direkte Bezahlung den HelferInnen erkenntlich zu zeigen 1.b) Nachteile ▪ Helferinnen und Angehörige bzw. Bezugspersonen sind zusätzlich mit Abrechnungsmodalitäten belastet ▪ HelferInnen werden u. U. lange mit der Bezahlung

	hingehalten ▪ Die zur Dokumentation der Arbeit für die Helferkreise erforderlichen Einsatzlisten (für ZBFS) sind manchmal mühsam zu beschaffen (z. B. werden sie vergessen auszufüllen; sie können verloren gehen; viel Zeit verstreicht, wenn Angehörige in einer anderen Stadt leben) ▪ Es kann für die zu Betreuenden beschämend wirken, wenn Angehörige die HelferIn in Anwesenheit der Kranken für deren Betreuung bezahlen. ▪ U. U. werden zwischen Angehörigen bzw. Bezugspersonen und HelferInnen eigene "Preisverhandlungen" geführt. 2. Abrechnung erfolgt zwischen Angehörigen bzw. Bezugspersonen und Einrichtung sowie zwischen HelferIn und Einrichtung: 2.a) Vorteile ▪ eine neutrale / offizielle Stelle ist zwischengeschaltet, die den Helferinnen eine reibungslose Bezahlung garantieren kann ▪ Angehörige bzw. Bezugspersonen haben eine offizielle Rechnung des anerkannten Helferkreises bzw. der dafür zuständigen Einrichtung für die Pflegekasse evtl. mit einer entsprechenden HK-Nr (bzw. Aktenzeichen der Anerkennung) ▪ HelferInnen werden erst dann bezahlt, wenn diese ihre Einsatzlisten vorgelegt haben ▪ Die Transparenz der Kosten für die Aufwandsentschädigungen ist besser gegeben, da für alle HelferInnen einheitliche Aufwandssätze gelten 2.b) Nachteile ▪ Dienste und Einrichtungen sind mit zusätzlicher Verwaltungsarbeit belastet 3. Abrechnung erfolgt zwischen Einrichtung und Pflegekasse, d.h. die Angehörigen bzw. Bezugspersonen geben der Einrichtung eine Abtretungserklärung 3.a) Vorteile • Aufwand für die Angehörigen bzw. Bezugspersonen wird weiter reduziert 3.b) Nachteile • Zusätzliche entlastende Angebote anderer Träger können nicht oder nur schwer genutzt werden • Viele Angehörige haben Vorbehalte gegen eine Abtretungserklärung
7. Weitere Informationen z.B. über Finanzierungsmöglichkeiten für Helfereinsätze	7.1 Im häuslichen Bereich mit Pflegestufe Wenn eine Pflegestufe vorliegt und die Kriterien für PflEG erfüllt sind, können 460,00 EUR pro Jahr als Leistungen nach PflEG für die Einsätze von HelferInnen beantragt werden. Ist der Betrag aus dem PflEG aufgebraucht, können Einsätze nach Rücksprache mit der Pflegekasse u. U. auch über die Verhinderungspflege abgerechnet werden.

	7.2. Im häuslichen Bereich ohne Pflegestufe ▪ <u>in München:</u> Förderprogramm über Mittel der Stiftungsverwaltung des Sozialreferats der LHM; Antrag beim Sozialreferat (Frau Lüers); 39,00 EUR pro Monat für Helfereinsätze im häuslichen Bereich ▪ Spendenmittel ▪ Sonstige Stiftungsmittel ▪ Privat 7.3 Im stationären Bereich (München) In München können HelferInneneinsätze im stationären Bereich über ein städtisches Förderprogramm gewährt werden (vgl. Formular "Antrag auf Stiftungsmittel für eine Aufwandsentschädigung für Besuchsdienste freiwilliger HelferInnen im Heim" des Sozialreferates (Frau Lüers), vgl. Anlage zu diesen Empfehlungen) Höhe der Förderung: 30,00 EUR pro Monat Antragsteller ist in diesem Fall das jeweilige Pflegeheim
--	---

Anhang 3

PIA e.V.:

Merkmale des Projektes >Hilfe vor Ort< - Unterscheidungsmerkmale zu anderen Beratungs- und Hilfeangeboten

Einführung

Das Projekt >Hilfe vor Ort< unterscheidet sich von den verschiedenen Beratungsstellen und Hilfeangeboten in einem oder mehreren Punkten, es lassen sich auch Gemeinsamkeiten finden. Die Beratungs- und Vermittlungstätigkeit bei >Hilfe vor Ort< ist ganzheitlich, auf die Alltagswelt des älteren Menschen ausgerichtet. Grundsätzlich sind alle, für die Bewältigung des Alltages wichtigen Faktoren im Beratungsgespräch relevant. Neben den essentiellen Dingen geht es aber auch um die individuellen Ansprüche und das persönliche Wohlempfinden.

In Notsituationen ist zunächst *die Familie, der Nachbar, der Freund und Vertraute* gefordert. Aufgrund der demographischen Entwicklung und dem sozialen Gefüge der modernen bundesdeutschen Gesellschaft ist der Anteil hoch, die Hilfe von *Außen* benötigen. Viele ältere Menschen haben keine näheren Angehörigen vor Ort, außerdem gibt es Situationen, in denen Angehörige mit der (Planung der) Pflege und Betreuung eines älteren Menschen überfordert sind.

Aus diesem Grund sehen wir den Bedarf, PiA-Helfer als *Anwalt, Vertrauten* und *Lotse* einzusetzen, um älteren Menschen in schwierigen Lebenssituationen ein Stück ihres Weges zu begleiten, ihnen Informationen zu gewähren und wenn Sie es alleine nicht können, bei der Organisation zu helfen. Es findet ein Clearing statt, in dem neben der Situationsanalyse konkret aufgezeigt wird, wie ein vom Klienten angestrebtes Ziel erreicht werden kann.

Herauszuheben gilt vor allem der Einsatz qualifizierter ehrenamtlicher Helfer in der Beratungs- und Vermittlungstätigkeit, dies ist in keinem anderen Projekt der Fall.

Die Ehrenamtlichkeit der PiA-Helfer bietet aus Sicht der Projektverantwortlichen einige Vorteile, z.B. dass sie nicht den Status eines *professionellen Beraters* haben und deshalb auf *gleicher Augenhöhe* mit den Klienten stehen. Es entsteht eine Gesprächssituation, bei der weder die Zugehörigkeit zu einem Amt, oder eines Wohlfahrtsverbandes eine Rolle spielt. Die Arbeit ist sehr niederschwellig, die PiA-Helfer engagieren sich ehrenamtlich, aus dem persönlichen Interesse heraus, zu *helfen*. Dies drückt sich auch darin aus, dass die Helfer soweit als möglich auch auf Terminwünsche der Klienten eingehen und direkt ins häusliche Umfeld kommen. Eine konkrete Hilfe wird von den PiA-Helfern angeboten, wenn es für das Erreichen eines Beratungs- oder Vermittlungszieles dient. Beispielsweise bietet ein PiA-Helfer an seinen Klienten zu einem Termin zu einer *Fachberatungsstelle* z.B. dem Gerontopsychiatrischen Dienst zu begleiten, wenn sonst nicht gewährleistet ist, dass der Klient hingehen würde/kann.

Die Beurteilung einer Lebenssituation ist individuell sehr unterschiedlich. Als Vorbedingung für den Einsatz eines PiA-Helfers gilt der Grundsatz:

- Klärungsbedarf besteht
- Gespräch und Informationsweitergabe macht Sinn oder
- es erscheint wichtig, sich ein Bild vor Ort zu machen

Ein Helferbesuch kann auch prophylaktisch sinnvoll sein. Der Einsatz eines PiA-Helfers kommt auch in Frage, wenn sich die Situation des Klienten (noch) nicht *dramatisch* zeigt. Unter Umständen finden sich Gegebenheiten, die durch geringe Hilfen oder Veränderungen in der Gestaltung des Alltags, verbessert (vereinfacht) werden können. Der Verschlechterung der Situation kann unter Umständen vorgebeugt werden, daneben ist es für die Betroffenen beruhigend, dass der PiA-Helfer auch zukünftig als Gesprächspartner zur Verfügung steht.

Für die Beurteilung der Rahmenbedingungen unter denen ehrenamtliche PiA-Helfer tätig sind ist nicht außer Acht zu lassen, dass die Klientenkontakte/Gespräche mit den PiA-Mitarbeitern supervidiert werden und die Paten (Experten aus Mitglieder des Vereins) jederzeit hinzugezogen werden können.

Merkmale und Unterscheidungsmerkmale von >Hilfe vor Ort<

In der weiteren Ausführung wird der Frage nachgegangen, wodurch sich >Hilfe vor Ort< auszeichnet und inwieweit oder ob es sich von anderen Angeboten unterscheidet.

Zunächst erfolgt ein kleiner Exkurs zum Thema Case Management. Beantwortet wird die Frage, inwieweit Case Management im Projekt >Hilfe vor Ort< Berücksichtigung findet.

Danach werden stichpunktartig Merkmale von >Hilfe vor Ort< beschrieben, und einigen Angeboten im Beratungs- und Hilfesystem gegenübergestellt. Die Ausführungen orientieren sich an Erfahrungen und Konzepten. Die Darstellung erfolgt in Stichpunkten, ist stark zusammengefasst und als These zu verstehen (ohne Anspruch auf Allgemeingültigkeit und Ausführlichkeit). Gemeinsamkeiten und Unterschiede werden herausgearbeitet. Aus dem vielseitigen Angebotsspektrum wird der vergleichenden Analyse Beratungsinstitutionen und Angebote (teilweise mit Einsatz ehrenamtlicher Helfer) unterzogen:

- GPDI (Gerontopsychiatrischer Dienst)
- ASD (Allgemeiner Sozialdienst)
- Alten- und Servicezentrum
- Fachstelle häusliche Versorgung
- Beratungsstellen im Netzwerk Pflege
- Betreutes Einzelwohnen
- Betreutes Wohnen zu Hause mit Betreuungsvertrag
- Seniorenbegleiter
- Helferkreise (allgemein)
- Helferkreise (nach Pflegeleistungsergänzungsgesetz)

Berücksichtigung der Methode Case Management bei >Hilfe vor Ort<

Case Management wird als Arbeitsweise in der modernen sozialen Arbeit eingesetzt. Es ist **eine Methode**, kein Angebot an sich. Der Begriff Case Management ist so populär, dass er häufig für „individuelle Beratung“ steht, die den Ansprüchen des Case Managements in keiner Weise entspricht! Die Auseinandersetzung mit der Frage, ob das Projekt >Hilfe vor Ort< Case Management betreibt wird kurz erläutert.

Ziel des Case Managements: Menschen mit komplexen Problemlagen darin zu unterstützen ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten.

Gemeinsamkeiten:

- Tätigkeiten in: System und Fallebene
- Typisch für das methodische Vorgehen im Case Management sind die aufeinander folgenden und abgestimmten Schritte (Intake, Assessment, Hilfeplan, Hilfeplanung, Durchführung, Monitoring (Kontrolle, Überwachung), Evaluation (Bewertung, Auswertung), Entpflichtung)
- Ältere Menschen sind klassisches Einsatzfeld für Case Management
- Zusammenarbeit mit dem *Umfeld* und dem *Ressourcensystem*
- Hausbesuche / Beratungsgespräche auch in häuslicher Umgebung
- Ganzheitliche Sichtweise der individuellen Situation
- Beratung und Unterstützung in schwierigen Lebenssituationen / Krisensituationen
- Organisation, Koordination von erforderlichen, passgenauen Hilfe- und Dienstleistungen mit bereits bestehenden oder aufzubauenden Hilfenetzwerk
- Information über soziale, medizinische und therapeutische Hilfsmöglichkeiten
- Vermittlung von sozialen, medizinischen und therapeutischen Hilfsmöglichkeiten
- Dauer der Hilfe (kurz- und mittelfristig)
- Partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Klienten und Case Manager
- Case Managementstrukturen ermöglichen die Überwindung des „ambulanten Chaos durch Passung“. Der Case Manager ist an der Schnittstelle zwischen dem individuellen Hilfebedarf und dem Hilfesystem tätig.

Größte Unterschiede aus Sicht von >Hilfe vor Ort<:

- >Hilfe vor Ort< wird nicht nur bei komplexen Problemsituationen tätig

- Qualifizierte ehrenamtliche Helfer werden in Beratung und Vermittlung eingesetzt
- Niederschwellig, kaum Zugangsbarrieren
- Großes und flexibles Zeitkontingent (Abends, Wochenende)
- Eigene Datenbank / Knotenpunkt zum formellen Hilfesystem und zum informellen Alltagssystem
- Case Management nur bei einem Teil der Klienten

Größte Unterschiede aus Sicht des Case Managements:

- Anbindung an Institution
- In der Regel: Fachliche Qualifizierung der Case Manager
- Übernahme der „Fallverantwortung“
- Einsatz nur in komplexen Problemlagen (Fallauswahl)

Das Projekt >Hilfe vor Ort< berücksichtigt auf der System- als auch auf der Fallebene die vorgegebenen Arbeitsschritte des Case Managements grundsätzlich.

Auf der Systemebene bemüht sich >Hilfe vor Ort< Kooperationen aufzubauen und die Zusammenarbeit an den Schnittstellen zu verbessern. Neben den übereinstimmenden Kriterien gibt es Punkte die nicht im Detail bei >Hilfe vor Ort< wiederzufinden sind. Das Projekt wagt sich mit dem Einsatz von ehrenamtlichen PiA-Helfern, zumindest in der Bundesrepublik Deutschland in Neuland vor.

>Hilfe vor Ort< zeichnet sich im Allgemeinen aus durch:

- Trägerneutralität
- Zielgruppe: alle älteren Menschen in schwierigen Lebenssituationen, insbesondere Demenz
- Orientierung auf eine Region
- Niederschwelliges Angebot, durch den Einsatz qualifizierter ehrenamtlicher Helfer in der Beratung und Vermittlung
- Keine institutionelle Instanz
- Qualifizierte ehrenamtliche Helfer (qualifiziert durch persönliche Erfahrung, PiA-Helferschulung, persönliche Kompetenzen)
- Beratung, unter Berücksichtigung individueller und ganzheitlicher Bedürfnisse
- Beratungsgespräche mit PiA-Helfereinsatz immer in häuslicher Umgebung
- Großes und flexibles Zeitkontingent der ehrenamtlichen Helfer und somit gemeinsamer Termin auch mit berufstätigen Angehörigen möglich
- Information über soziale, medizinische und therapeutische Hilfsmöglichkeiten
- Vermittlung von sozialen, medizinischen und therapeutischen Hilfsmöglichkeiten
- Organisation, Koordination von erforderlichen Hilfe- und Dienstleistungen mit bereits bestehenden oder aufzubauenden Helfernetzwerk
- PiA-Datenbank / Knotenpunkt zum formellen Hilfesystem und zum informellen Alltagssystem
- Dauer der Hilfe (kurz- und mittelfristig)
- Unterstützung in Krisensituationen aber auch prophylaktischer Ansatz

Gemeinsamkeiten und Unterschiede: GPDI- >Hilfe vor Ort<

Ziel: Beratung und Betreuung älterer, psychisch kranker Mitbürgerinnen und Mitbürger, Care- und Case Management

Gemeinsamkeiten:

- Beratungsgespräche
- Hausbesuche
- Unterstützung in Krisensituationen

- Information über soziale, medizinische und therapeutische Hilfsmöglichkeiten
- Vermittlung von sozialen, medizinischen und therapeutischen Hilfsmöglichkeiten
- Hilfestellung im Umgang mit Ämtern und Behörden
- Spezielle Orientierung auf eine Region
- Organisation, Koordination von erforderlichen Hilfe- und Dienstleistungen mit bereits bestehenden oder aufzubauenden Helfernetzwerk

Größte Unterschiede aus Sicht von >Hilfe vor Ort<:

- Beratung aller älteren Menschen in schwierigen Lebenssituationen (nicht nur psychisch kranke)
- Beratungsgespräche mit PiA-Helfereinsatz immer in häuslicher Umgebung
- Niederschwelliges Angebot, durch den Einsatz qualifizierter ehrenamtlicher Helfer in der Beratung und Vermittlung
- Großes und flexibles Zeitkontingent der ehrenamtlichen Helfer und somit gemeinsamer Termin mit berufstätigen Angehörigen möglich
- PiA-Datenbank / Knotenpunkt zum formellen Hilfesystem und zum informellen Alltagssystem
- Dauer der Hilfe (eher kurz- und mittelfristig)
- nur Beratung und Vermittlung, keine therapeutischen Maßnahmen
- Trägerneutralität
- Keine institutionelle Distanz

Größte Unterschiede aus Sicht des GPDI:

- Betreuung durch Fachkräfte, Spezialisten
- kurz-, mittel- und langfristige und therapeutische Betreuung
- Einzel- und Gruppenangebote

Gemeinsamkeiten und Unterschiede: ASD- >Hilfe vor Ort<

Ziel: Beratungs- und Hilfestelle für alle Bürger in schwierigen Lebenssituationen

Gemeinsamkeiten:

- Beratungsgespräche
- Hausbesuche
- Unterstützung in Krisensituationen
- Information über soziale, medizinische und therapeutische Hilfsmöglichkeiten
- Vermittlung von sozialen, medizinischen und therapeutischen Hilfsmöglichkeiten
- Hilfestellung im Umgang mit Ämtern und Behörden
- Spezielle Orientierung auf eine Region
- Dauer der Hilfe (eher kurz- und mittelfristig)
- Organisation, Koordination von erforderlichen Hilfe- und Dienstleistungen mit bereits bestehenden oder aufzubauenden Helfernetzwerk

Größte Unterschiede aus Sicht von >Hilfe vor Ort<:

- Beratung aller älteren Menschen in schwierigen Lebenssituationen
- Beratungsgespräche mit PiA-Helfereinsatz immer in häuslicher Umgebung
- Großes und flexibles Zeitkontingent der Ehrenamtliche Helfer und somit gemeinsamer Termin mit berufstätigen Angehörigen möglich
- Niederschwelliges Angebot, durch den Einsatz qualifizierter ehrenamtlicher Helfer in der Beratung und Vermittlung
- Trägerneutralität
- Eigene Datenbank / Knotenpunkt zum formellen Hilfesystem und zum informellen Alltagssystem
- Unterstützung in Krisensituationen
- Keine institutionelle Distanz

- Kommen auch wenn kein konkreter „Handlungsbedarf“ vorliegt

Größte Unterschiede aus Sicht des ASD:

- Betreuung durch Fachkräfte, Spezialisten
- Fachabteilungen, wie „Schuldnerberatung“, Betreuungsstelle, usw. in Haus
- Amtliche Stelle mit Entscheidungskompetenz
- Fokus liegt auf „behandlungsbedürftige“ Faktoren
- Aktivitäten auf Initiative Dritter – „Verpflichtung zum Handeln“

Gemeinsamkeiten und Unterschiede: Alten- und Servicezentrum - >Hilfe vor Ort<

Ziel: Beratung und Unterstützung von Seniorinnen und Senioren und deren Umfeld.

Gemeinsamkeiten:

- Beratungsgespräche
- Unterstützung in Krisensituationen
- Information über soziale, medizinische und therapeutische Hilfsmöglichkeiten
- Vermittlung von sozialen, medizinischen und therapeutischen Hilfsmöglichkeiten
- Hilfestellung im Umgang mit Ämtern und Behörden
- Spezielle Orientierung auf eine Region
- Organisation, Koordination von erforderlichen Hilfe- und Dienstleistungen mit bereits bestehenden oder aufzubauenden Helfernetzwerk

Größte Unterschiede aus Sicht von >Hilfe vor Ort<:

- Zielgruppe: Schwerpunkt sind psychisch Erkrankte
- Beratungsgespräche mit PiA-Helfereinsatz immer in häuslicher Umgebung
- Dauer der Hilfe (eher kurz- und mittelfristig)
- Trägerneutral
- Großes und flexibles Zeitkontingent der Ehrenamtliche Helfer und somit gemeinsamer Termin mit berufstätigen Angehörigen möglich
- Niederschwelliges Angebot, durch den Einsatz qualifizierter ehrenamtlicher Helfer in der Beratung und Vermittlung
- Eigene Datenbank / Knotenpunkt zum formellen Hilfesystem und zum informellen Alltagssystem
- Dauer der Hilfe (kurz- und mittelfristig)
- Keine institutionelle Distanz

Größte Unterschiede aus Sicht des Alten- und Servicezentrums:

- Einbindung in ein größeres Angebot (Information, Kultur, Alltag)
- Stärkere Bindung an die Institution – „Ort der Begegnung“ – unverbindliche und kontinuierliche Begleitung möglich
- Aufbau eigener „Hilfestrukturen“ z.B. Helferkreis (geplant)

Gemeinsamkeiten und Unterschiede: Fachstelle häusliche Versorgung- >Hilfe vor Ort<

Ziel: Beratung und aufzeigen der Möglichkeiten für ein selbständiges Leben im eigenen Zuhause

Gemeinsamkeiten:

- Orientierung auf eine Region
- Information über soziale, medizinische und therapeutische Hilfsmöglichkeiten
- Vermittlung von sozialen, medizinischen und therapeutischen Hilfsmöglichkeiten

- Dauer der Hilfe (kurz- und mittelfristig)
- Unterstützung in Krisensituationen
- Organisation, Koordination von erforderlichen Hilfe- und Dienstleistungen mit bereits bestehenden oder aufzubauenden Helfernetzwerk

Größte Unterschiede aus Sicht von >Hilfe vor Ort<:

- Zielgruppe: alle älteren Menschen
- Trägerneutralität
- Zielgruppe: alle älteren Menschen, insbesondere psychisch Erkrankte
- Beratungsgespräche mit PiA-Helfereinsatz immer in häuslicher Umgebung
- Großes und flexibles Zeitkontingent der Ehrenamtliche Helfer und somit gemeinsamer Termin mit berufstätigen Angehörigen möglich
- Niederschwelliges Angebot, durch den Einsatz qualifizierter ehrenamtlicher Helfer in der Beratung und Vermittlung
- Eigene Datenbank / Knotenpunkt zum formellen Hilfesystem und zum informellen Alltagssystem
- Keine institutionelle Distanz

Größte Unterschiede aus Sicht der Fachstelle häusliche Versorgung:

- Unterstützung und Beratung von Fachkräften in Institutionen
- Angebot der LH München (eingebunden im Gesamtsystem)
- Beratung durch Fachkräfte

Gemeinsamkeiten und Unterschiede: Fachstelle für pflegende Angehörige (Beratungsstellen im Netzwerk Pflege)- >Hilfe vor Ort<

Ziel: durch psychosoziale Beratung, begleitende Unterstützung und Entlastung der pflegenden Angehörigen von älteren pflegebedürftigen Menschen verhindern, dass Angehörige selbst erkranken, Pflegebereitschaft erhalten und Pflegefähigkeit sichern

Gemeinsamkeiten:

- Zielgruppe: alle älteren Menschen, insbesondere psychisch Erkrankte
- Information über soziale, medizinische und therapeutische Hilfsmöglichkeiten
- Vermittlung von sozialen, medizinischen und therapeutischen Hilfsmöglichkeiten
- Unterstützung in Krisensituationen
- Organisation, Koordination von erforderlichen Hilfe- und Dienstleistungen mit bereits bestehenden oder aufzubauenden Helfernetzwerk
- Aktivierung des persönlichen Umfeldes
- Trägerneutralität

Größte Unterschiede aus Sicht von >Hilfe vor Ort<:

- Beratungsgespräche mit PiA-Helfereinsatz immer in häuslicher Umgebung
- Großes und flexibles Zeitkontingent der ehrenamtliche Helfer und somit gemeinsamer Termin mit berufstätigen Angehörigen möglich
- Niederschwelliges Angebot, durch den Einsatz von qualifizierten ehrenamtlichen Helfern in der Beratung und Vermittlung
- Eigene Datenbank / Knotenpunkt zum formellen Hilfesystem und zum informellen Alltagssystem
- Keine institutionelle Distanz
- Dauer der Hilfe (kurz- und mittelfristig)

Größte Unterschiede aus Sicht der Fachstelle für pflegende Angehörige:

- Organisation und Begleitung von Angehörigengruppen und niedrigschwelligen Betreuungsangeboten

- Unterstützung und Beratung von Fachkräften in Institutionen
- Beratung durch Fachkräfte
- Unterstützung in Krisensituation während des gesamten Pflegeprozesses

Gemeinsamkeiten und Unterschiede: Betreutes Einzelwohnen- >Hilfe vor Ort<

Ziel: Verbleib in der gewohnten häuslichen Umgebung mit fachlicher Unterstützung

Gemeinsamkeiten:

- Beratungsgespräche
- Unterstützung in Krisensituationen
- Erhalt der Selbständigkeit, Verbleib in der eigenen Wohnung
- Information über soziale, medizinische und therapeutische Hilfsmöglichkeiten
- Vermittlung von sozialen, medizinischen und therapeutischen Hilfsmöglichkeiten
- Hilfestellung im Umgang mit Ämtern und Behörden
- Beratungsgespräche immer in häuslicher Umgebung
- Organisation, Koordination von erforderlichen Hilfe- und Dienstleistungen mit bereits bestehenden oder aufzubauenden Helfernetzwerk

Größte Unterschiede aus Sicht von >Hilfe vor Ort<:

- Dauer der Hilfe (eher kurz- und mittelfristig)
- PiA-Datenbank / Knotenpunkt zum formellen Hilfesystem und zum informellen Alltagssystem
- Großes und flexibles Zeitkontingent der Ehrenamtliche Helfer und somit gemeinsamer Termin mit berufstätigen Angehörigen möglich
- Niederschwelliges Angebot, durch den Einsatz von qualifizierten ehrenamtlichen Helfern in Beratung und Vermittlung
- Trägerneutralität
- Zielgruppe: alle älteren Menschen, insbesondere psychisch Erkrankte
- Orientierung auf eine Region
- Qualifizierte Ehrenamtliche Helfer
- Keine institutionelle Distanz

Größte Unterschiede aus Sicht des Betreuten Einzelwohnens:

- Unterstützung durch Fachkräfte
- Intensive, individuelle, mittel- oder langfristige Betreuung
- Stärkere persönliche Bindung
- Höheres, regelmäßiges und kontinuierliches Zeitkontingent
- Betreuungsintensiver Kontakt, regelmäßig und umfassend
- Prophylaktische und stabilisierende Maßnahmen

Gemeinsamkeiten und Unterschiede: Betreutes Wohnen zu Hause mit Betreuungsvertrag - >Hilfe vor Ort<

Ziel: älteren Menschen den Verbleib im vertrauten Wohnumfeld durch Erhalt von Selbstständigkeit und Autonomie bei gleichzeitiger gesicherter Unterstützung, Hilfe und Pflege.

Gemeinsamkeiten:

- Zielgruppe: alle älteren Menschen, insbesondere Menschen ohne Ansprechpartner im direkten Umfeld (Bezugspersonen)
- Ehrenamtliche Helfer
- Unterstützung in Krisensituationen
- Besuch in häuslicher Umgebung

- Orientierung auf eine Region
- Information über soziale, medizinische und therapeutische Hilfsmöglichkeiten
- Vermittlung von sozialen, medizinischen und therapeutischen Hilfsmöglichkeiten
- Organisation, Koordination von erforderlichen Hilfe- und Dienstleistungen mit bereits bestehenden oder aufzubauenden Helfernetzwerk

Größte Unterschiede aus Sicht von >Hilfe vor Ort<:

- Keine vertragliche Bindung, Hilfe für „Alle“, keine Kosten für die Nutzer
- Spezialisierung „nur“ auf Beratung und Vermittlung
- Niederschwelliges Angebot, durch den Einsatz von qualifizierten ehrenamtlichen Helfern in Beratung und Vermittlung
- PiA-Datenbank / Knotenpunkt zum formellen Hilfesystem und zum informellen Alltagssystem
- Dauer der Hilfe (kurz- und mittelfristig)

Größte Unterschiede aus Sicht des Betreuten Wohnens zu Hause mit Betreuungsvertrag:

- Erweitertes Angebot: Regelmäßige Kontakte z.B. Besuche durch ehrenamtliche Helfer, hauptamtliche Mitarbeiter als Ansprechpartner für Beratung und Vermittlung
- Kostenpflicht (Grundpauschale und Kosten für Zusatzservice)
- Langfristiges Angebot
- Stärkere persönliche Bindung durch langfristigen Kontakt
- Anbindung an System – je nach Anbieter unterschiedliches Angebotsbündel als Grund- bzw. als Zusatzleistungen. z.B. Hausnotruf, Besuche, ggf. Freizeitangebot, Begleitung, Hilfen im Haushalt.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede: Seniorenbegleiter- >Hilfe vor Ort<

Ziel: Vermeidung von Einsamkeit durch kontinuierliche Begleitung

Gemeinsamkeiten:

- Zielgruppe: alle älteren Menschen (*insbesondere psychisch Erkrankte*)
- Qualifizierte ehrenamtliche Helfer
- Niederschwelliges Angebot, durch den Einsatz von ehrenamtlichen Helfer
- Großes und flexibles Zeitkontingent der ehrenamtlichen Helfer
- Unterstützung in Krisensituationen
- Keine institutionelle Distanz

Größte Unterschiede aus Sicht von >Hilfe vor Ort<:

- Einsatz von qualifizierten ehrenamtlichen Helfer in der Beratung und Vermittlung
- PiA-Datenbank / Knotenpunkt zum formellen Hilfesystem und zum informellen Alltagssystem
- Information über soziale, medizinische und therapeutische Hilfsmöglichkeiten
- Vermittlung von sozialen, medizinischen und therapeutischen Hilfsmöglichkeiten
- Dauer der Hilfe (kurz- und mittelfristig)
- Organisation, Koordination von erforderlichen Hilfe- und Dienstleistungen mit bereits bestehenden oder aufzubauenden Helfernetzwerk

Größte Unterschiede aus Sicht der Seniorenbegleiter:

- Einsatz der ehrenamtlichen Helfer im Besuchsdienst, z.B. zur Entlastung pflegender Angehöriger
- mittelfristige und längerfristige Kontakte

Gemeinsamkeiten und Unterschiede: Helferkreise (allgemein)- >Hilfe vor Ort<

Ziel: Unterstützung von Hilfebedürftigen

Gemeinsamkeiten:

- Ehrenamtliche Helfer (teilweise qualifiziert)
- Niederschwelliges Angebot, durch den Einsatz von ehrenamtlichen Helfern
- Großes und flexibles Zeitkontingent der ehrenamtlichen Helfer
- Unterstützung in Krisensituationen
- Besuch in häuslicher Umgebung
- Keine institutionelle Distanz

Größte Unterschiede aus Sicht von >Hilfe vor Ort<:

- Zielgruppe: alle älteren Menschen, insbesondere psychisch Erkrankte
- Einsatz von qualifizierten ehrenamtlichen Helfern in der Beratung und Vermittlung
- Orientierung auf eine Region
- PiA-Datenbank / Knotenpunkt zum formellen Hilfesystem und zum informellen Alltagssystem
- Information über soziale, medizinische und therapeutische Hilfsmöglichkeiten
- Vermittlung von sozialen, medizinischen und therapeutischen Hilfsmöglichkeiten
- Dauer der Hilfe (kurz- und mittelfristig)
- Organisation, Koordination von erforderlichen Hilfe- und Dienstleistungen mit bereits bestehenden oder aufzubauenden Helfernetzwerk

Größte Unterschiede aus Sicht der Helferkreise:

- Helferkreise sind inhomogen – haben unterschiedliche Schwerpunkte z.B. Demenzkranke, Gemeindemitglieder, Entlastung pflegender Angehöriger, Besuche in Pflegeheime, usw. und sind deshalb auch nicht pauschal zu vergleichen!

Gemeinsamkeiten und Unterschiede: Helferkreise (nach Pflegeleistungsergänzungsgesetz) - >Hilfe vor Ort<

Ziel: Betreuung von Menschen mit einem erheblichen zusätzlichen Betreuungsbedarf mit demenzieller Erkrankung, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung bzw. Entlastung derer Angehöriger (damit sie stundenweise von ihrer Pflegeaufgabe entbunden werden).

Gemeinsamkeiten:

- Einsatz ehrenamtlicher Helfer (qualifiziert)
- Einsatz von qualifizierten ehrenamtlichen Helfer in der Beratung und Vermittlung
- Großes und flexibles Zeitkontingent der ehrenamtlichen Helfer
- Unterstützung in Krisensituationen
- Besuch in häuslicher Umgebung
- Keine institutionelle Distanz

Größte Unterschiede aus Sicht von >Hilfe vor Ort<:

- Einsatz qualifizierter ehrenamtliche Helfer in Beratung und Vermittlung
- PiA-Datenbank / Knotenpunkt zum formellen Hilfesystem und zum informellen Alltagssystem
- Information über soziale, medizinische und therapeutische Hilfsmöglichkeiten
- Vermittlung von sozialen, medizinischen und therapeutischen Hilfsmöglichkeiten
- Dauer der Hilfe (kurz- und mittelfristig)
- Organisation, Koordination von erforderlichen Hilfe- und Dienstleistungen mit bereits bestehenden oder aufzubauenden Helfernetzwerk

Größte Unterschiede aus Sicht von Helferkreise (nach Pflegeleistungsergänzungsgesetz)

- Mittel- und langfristige Hilfe (Gesellschaft, Aufsicht, Begleitung,...)
- Entlastung der Angehörigen, Betreuung der erkrankten älteren Menschen

Anhang 4

PIA e.V.:
Vorgehensweise



>Hilfe vor Ort<
Vorgehensweise

Stand November 05
Brigitte Herkert
Birgit Coban

Idee von >Hilfe vor Ort<

PiA e.V. bietet sich den Betroffenen, ihren Angehörigen und allen an der Versorgung des älteren Menschen Beteiligten als Partner an.

Mitarbeiter von PiA e.V. analysieren die individuelle Situation, identifizieren Versorgungslücken und vermitteln die notwendigen Hilfen. Dazu wurde ein Standard zur umfassenden Problemanalyse entwickelt, es werden Kooperationen mit regionalen Anbietern

aufgebaut. Die Suche nach entsprechenden Ressourcen ist durch Zugriff auf eine zentrale Datenbank über Internet kostenfrei möglich. Diese Datenbank wird durch PiA e.V. nach regionalen Gegebenheiten so aufgebaut, dass je nach Bedarf der geeignete Anbieter ermittelt und kontaktiert werden kann. Wichtigstes Unterscheidungsmerkmal gegenüber anderen Beratungs- und Vermittlungsangeboten ist der Einsatz Ehrenamtlicher qualifizierter PiA-Helfer mit entsprechenden Vorerfahrungen und persönlichen Kompetenzen. Zusammen mit den hauptamtlichen PiA-Mitarbeitern machen sie das PiA-Helferteam aus.

Stand des Projektes

>Hilfe vor Ort< ist im zweiten von drei Modellprojektjahren. In der ersten Hälfte der Gesamtlaufzeit erfolgten entscheidende Schritte gemäß der Planung. >Hilfe vor Ort< wurde in der ersten Projektregion ab September 2004 implementiert. Hierfür musste zunächst die Voraussetzung geschaffen werden. Dazu gehört die systematische Informationssammlung über Infrastruktur und Angebote für Senioren in München Ramersdorf, Perlach. Vor allem aber wurden ehrenamtliche PiA-Helfer gefunden und auf ihre Aufgabe vorbereitet. PiA e.V. hat hierzu ein Ausbildungskonzept entwickelt und zwei Schulungen angeboten.

Die Zielgruppe von >Hilfe vor Ort< umfasst alle älteren Menschen der Projektregion, die sich mit Hilfebedarf an uns wenden, da sie in ihrem häuslichen Umfeld (und um überwiegend auch dort weiterleben zu können) Unterstützungsbedarf haben bzw. nicht zufriedenstellend versorgt sind. Die Bekanntheit des Projektes wird vor allem durch Auslegen des Prospektes in Einrichtungen, Platzierung von Artikeln in Zeitungen und öffentlichkeitswirksamen Veranstaltungen sowie Mundpropaganda erreicht. Hinzukommen Informationen an potentielle Netzwerkpartner, die für die Veröffentlichung in der Datenbank und als Kooperationspartner gewonnen werden. Daneben engagiert sich PiA e.V. in örtlichen Fachgremien. >Hilfe vor Ort< arbeitet zudem fallbezogen und praxisorientiert mit verschiedenen Anbietern zusammen.

Schwerpunkt der Klientenwerbung erfolgte zunächst indirekt über Institutionen und Dienstleister. Nach und nach wurde Öffentlichkeitsarbeit über Verteilung von Prospekten und Veröffentlichung von Zeitungsartikeln intensiviert. Die Nachfrage über Institutionen wie Therapeuten und Ärzte reicht derzeit allein nicht aus, die ausgebildeten PiA-Helfer einzusetzen.

Die zentrale Datenbank mit der Software für die PiA-Datenbank ist fertig gestellt. Die Recherche einer Vielzahl von Einrichtungen ist abgeschlossen. Die Nachrecherche und Aktualisierung der erhobenen Daten laufen weiterhin projektbegleitend. Die Umsetzung der computergestützten Klientenverwaltung und des Assessments ist im Jahr 2006 geplant.

Eine Arbeitsgruppe des Vereins entwickelte ein Assessmentschema, dass aus einem detaillierten, schematischen Instrument/Plan besteht und die Analyse (Einschätzung, Bewertung) im individuellen Fall ermöglicht/erleichtert. Aus diesem Assessment wurde ein Gesprächsleitfaden, der gleichzeitig Dokumentationsbogen ist, entwickelt. Mit Hilfe dieses Dokuments wird nachvollziehbar, welche Situation bei dem Klienten vorliegt. Die Bestandsaufnahme ist Grundlage für das weitere Vorgehen bei >Hilfe vor Ort<, welches im nachstehenden Text ausführlich beschrieben wird.

Soweit die kurze Zusammenfassung.

Struktur und Arbeitsweise von >Hilfe vor Ort<

>Hilfe vor Ort< arbeitet auf zwei Ebenen, system- und einzelfallbezogen. Um das Projekt aufzubauen stand zunächst der Aufbau der Büro-, Ablauforganisation und die Systemebene im Vordergrund. Sie bildet die Basis, auf der die Einzelfallhilfe aufbaut.

Systemebene

Damit die Umsetzung der Idee, Ehrenamtliche als PiA-Helfer einzusetzen auch gelingen kann, mussten strukturelle Voraussetzungen geschaffen werden. Rahmenbedingungen unter

denen die Leistungen erbracht werden wie räumliche und sachliche Ausstattung, betriebliche Organisation. Es wurden Mitarbeiter⁵⁷ eingestellt, PiA-Helfer geworben und für ihren Einsatz als PiA-Helfer geschult und Prozessabläufe von >Hilfe vor Ort< entwickelt. Zur Vorbereitung der Helfereinsätze gehört eine aktuelle und systematische Datenerhebung relevanter Dienste und Einrichtungen, die den Helfern bei ihrer Tätigkeit zur Verfügung steht.

Netzwerkarbeit

Das Ziel der Netzwerkarbeit (schnelle, sachgerechte und bestmögliche Versorgung des Klienten) wird durch Kontaktaufnahme für die Datenbankrecherche und den Aufbau persönlicher Beziehungen unterstützt. PiA e.V. entdeckt Lücken in der Versorgungsstruktur und ergänzt bestehende Angebote. >Hilfe vor Ort< ersetzt keine Einrichtung, jedoch kann es zu Überschneidungen im Bereich Beratung und Vermittlung kommen. Die Zusammenarbeit mit Netzwerkpartnern wirkt sich positiv aus da es zu Synergieeffekten führt.

PiA e.V. engagiert sich nach und nach in regionalen Gremien (Örtliche Arbeitsgemeinschaften der Stadtbezirke, Münchner Arbeitsgemeinschaft Gerontopsychiatrie, Forum Gerontopsychiatrie, REGSAM). Hier gilt das Augenmerk dem Informationsaustausch und den gemeinsamen Anstrengungen, die Situation älterer (psychisch kranker) Menschen zu verbessern. Die PiA-Mitarbeiter verfolgen mit dem Engagement das Ziel, die Akzeptanz des Projektes zu steigern und Klienten zu gewinnen.

Bei >Hilfe vor Ort< werden Kooperationen auf Fallebene angestrebt. PiA-Helfer oder PiA-Mitarbeiter werden aktiv, indem sie Kontakt zu Einrichtungen oder Dienstleistern aufnehmen.

Die Datenbank ist ein wichtiges Arbeitsmittel für das PiA-Team. Sie beinhaltet ein breites Spektrum wichtiger sozialer Einrichtungen und Dienstleister, die für ältere Menschen (regional und teilweise überregional) relevant sind. Gegliedert ist sie in vier Bereiche „Gesundheit und Pflege“, „Beratung und Hilfen“, „Alltag und Freizeit“ und „Notrufnummern“. Die Datenbank entspricht auch dem Spektrum potentieller Netzwerkpartner.

Eines der wichtigsten Ziele unseres Projektes ist die Herstellung von Transparenz über die zahlreichen und unterschiedlichsten Dienstleistungen und Anbieter im Sozialbereich. Grundlage ist eine gründliche Recherche und regelmäßige Aktualisierung der Daten. Die Informationen werden zumeist schriftlich mit einem teilstandardisierten Fragebogen erhoben. Die Resonanz auf Anfragen ist unterschiedlich, besonders hoch fällt sie aus, wenn sich die Anbieter einen Kundenzuwachs erhoffen oder eine Kooperation mit >Hilfe vor Ort< wünschen. Der Aufbau der Datenbank ist ein fortlaufender Prozess. Eine vollständige Erfassung des gesamten Spektrums wird angestrebt.

Die Datenbankrecherche bietet eine gute, aktuelle und unverbindliche Kontaktaufnahme mit einem breiten Spektrum von Dienstleistern für ältere Menschen. Über >Hilfe vor Ort< können Anbieter (v)ermittelt werden, zudem ist die Datenbank ein Medium für Kunden-, Klientenwerbung. Die Dienlichkeit der PiA-Datenbank ist nicht auf interne Anwendung beschränkt. Im Dialog mit möglichen Nutzergruppen berücksichtigen wir unterschiedlichste Interessen. Es ist ein neues Angebot das von Laien, wie von Profis, für ihre tägliche Arbeit genutzt werden kann, es ist im Internet kostenfrei und jederzeit zugänglich.

Die Vermittlungsmöglichkeit durch >Hilfe vor Ort< ist aufgrund des (teilweise) großen Angebotes an Dienstleistern und der der Anzahl der Anfragen begrenzt. Vor allem können Spezialanbieter von unserer Datenbank profitieren, denn die Identifikation des individuell besten Angebotes wird dadurch ermöglicht.

⁵⁷ Das Projekt >Hilfe vor Ort< umfasst zwei halbe Stellen, die mit einer psychiatrischen Fachpflegekraft und einer Dipl. Geographin (exam. Krankenschwester und Weiterbildung „Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen“) besetzt sind.

PiA-Helfer

Für >Hilfe vor Ort< konnten ausreichend PiA-Helfer gewonnen werden. Neben persönlichen Kontakten waren vor allem Zeitungsartikel Erfolg versprechend. Im Projektraum 1⁵⁸ dem Münchner Stadtbezirk Ramersdorf, Perlach⁵⁹ engagieren sich seit September 2004 etwa 10-15 PiA-Helfer. Zur Vorbereitung der praktischen Einsätze wurden zwei Schulungen nach einem eigens hierfür entwickeltem Konzept angeboten. Schwerpunkte der Schulung liegen im theoretischen auf medizinischem und rechtlichem Wissen und im Praxisteil auf dem Assessmentschema, dem Hilfeplan und den Umgang mit den Klienten. Nach der Beendigung der Grundschulung finden monatliche Treffen statt. Ziel ist eine stetige Weiterentwicklung und Fortbildung durch Beschäftigung mit für >Hilfe vor Ort< wichtigen Themen und Fallbesprechungen. Die Weiterbildung der PiA-Helfer wird der Nachfrage und den Kompetenzen der PiA-Helfer angepasst.

Die Qualifikation der PiA-Helfer ist sehr hoch. Wir konnten sowohl jüngere, berufstätige wie auch ältere im Ehrenamt erfahrene Helfer finden und für dieses neue Aufgabenfeld begeistern. Ein erheblicher Anteil unserer Helfer verfügt über berufliche Erfahrung im Sozialbereich (z.B. Alten-, Krankenpflege, Sozialarbeit, Ergotherapie, Erzieher). Neben der beruflichen Qualifikation spielt die Lebenserfahrung und die soziale Kompetenz für die Eignung als PiA-Helfer eine große Rolle. Vorerfahrung in ehrenamtlicher Tätigkeit wie Hospiz, gesetzliche Betreuung, Besuchsdienst im Alten- und Pflegeheim, aber auch der persönliche Erfahrungsschatz durch die Pflege- und Betreuungssituation in der Familie sind für einen Einsatz als PiA-Helfer dienlich.

Die PiA-Helfer stehen im engen Kontakt mit den PiA-Mitarbeitern und werden bei Bedarf zusätzlich von Mitgliedern des Vereins bei ihrer Tätigkeit unterstützt. Die Paten sind Träger von zusätzlichem Know-how und sind deshalb für dieses Projekt sehr wichtig. Sie gewähren spezielle Informationen über ihre berufliche und fachliche Erfahrung⁶⁰ und geben wertvolle Tips im Einzelfall.

Zugang der Klienten zu >Hilfe vor Ort<

Der Bedarf an >Hilfe vor Ort< konnte im Vorfeld nur geschätzt werden. Die Initiatoren des Projektes kommen aus dem fachlichen Umfeld der Zielgruppe und sahen es als Defizit, dass das Hilfesystem *groß* aber *fast unüberschaubar* ist. Oft sind bürokratische Hürden zu überwinden und viele der älteren Mitbürger sind weitgehend auf sich allein gestellt. Der Begriff >Hilfe vor Ort< wurde neu geschaffen, die Leistung und der Nutzen des Angebotes muss der Zielgruppe bekannt gemacht werden, außerdem war der Verein PiA e.V. bislang noch nicht öffentlich in Erscheinung getreten.

⁵⁸ Das Projekt wird ab 2006 auch in einer Region des Landkreises München angeboten.

⁵⁹ Einwohner im Stadtbezirk Ramersdorf/Perlach Stand 2003: 100.129 tsd. Einwohner, davon 15,6 Prozent 65 Jahre und älter Quelle: Statistisches Taschenbuch 2003 der Stadt München

⁶⁰ „Paten“ haben fachliches Wissen: Sozialarbeit, Rechtswissenschaft, Gesetzliche Betreuung, Krankenpflege, psychiatrische Fachpflege, Tagespflege, Medizin.

Bei >Hilfe vor Ort< nehmen Ehrenamtliche Helfer unbürokratisch und sehr zeitnah den Kontakt zu den Klienten in ihrer häuslichen Umgebung auf.

Für >Hilfe vor Ort< sehen wir die **Hausbesuche, die Trägerunabhängigkeit** und das **ehrenamtliche Engagement** der PiA-Helfer als positiv für unser Beratungs- und Vermittlungsziel. Die ehrenamtlichen PiA-Helfer kommen in der häuslichen Umgebung der Klienten gut ins Gespräch, sie empfinden eine geringe „dienstliche“ Distanz und können die Versorgungssituation im häuslichen Umfeld aus eigener Anschauung einschätzen. >Hilfe vor Ort< animiert die Betroffenen, sich über ihre Möglichkeiten zu informieren und bestehende Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen (Hilfe zur Selbsthilfe).

Die personellen Ressourcen bieten die Möglichkeit, dass das Hilfe vor Ort-Büro zumindest vormittags besetzt ist, die offiziellen Sprechzeiten sind werktags zwischen 10 und 12 Uhr. Zudem besteht die Möglichkeit Nachrichten auf dem Anrufbeantworter zu hinterlassen und in dringenden Fällen die Mitarbeiter über Handy zu erreichen.

Die Nachfrage nach >Hilfe vor Ort< nahm im Projektverlauf zu, durch Intensivierung von Kontakten und Öffentlichkeitsarbeit wird eine weitere Erhöhung angestrebt.

Schwerpunkte der Beratungs- und Vermittlungstätigkeit

Inhalte der Beratungs- und Vermittlungstätigkeit von PiA e.V. umfasst ein breites Spektrum an Themen, die bei älteren Menschen in schwierigen Lebenssituationen auftreten. Es geht z.B. um pflegerische Unterstützung, Hilfsmittel, medizinische Versorgung, Mobilität, Beschäftigung und Kontakt, Unterstützung der Selbständigkeit.

Vorgehensweise von >Hilfe vor Ort<

>Hilfe vor Ort< umfasst drei Verfahrensweisen:

- Beratungs- und Informationsgespräch über PiA-Büro
- PiA-Helfer werden tätig, es kommt zu Kontakten mit Hausbesuch – es wird kein Hilfeplan erarbeitet, da dies nicht gewünscht oder nicht notwendig ist
- Intensiver Kontakt mit Klient, Hilfeplan wird erstellt, >Hilfe vor Ort< bietet ggf. längerfristige Unterstützung an.

Grundsätzlich werden alle Verfahrensschritte und die konkreten Tätigkeiten im Hilfeprozess dokumentiert. Dies ist bei >Hilfe vor Ort< unverzichtbar, um eine gute Kommunikation und Informationsweitergabe zwischen den PiA-Mitarbeitern und PiA-Helfern zu gewährleisten.

Erstkontakte (Intake) bei >Hilfe vor Ort<

Erstkontakte erfolgen über das PiA-Büro, hier findet eine erste Beurteilung statt. Beratungsgespräche werden im Rahmen der Möglichkeiten durchgeführt, ggf. Informationen weitergegeben oder an weiterführende Stellen verwiesen. Stellt sich heraus, dass der Ratsuchende gerne weiteren Kontakt zu >Hilfe vor Ort< hätte, findet ein Informationsaustausch statt, in dem eine erste Problem- bzw. Bedarfsanalyse erstellt und weiteres Vorgehen besprochen wird. Schwerpunkt beim Erstkontakt ist die Klärung des Einverständnisses über den Einsatz von >Hilfe vor Ort< und das weitere Vorgehen⁶¹.

Von Fall zu Fall entscheidet der PiA-Mitarbeiter welcher Helfer eingesetzt wird. Die zu erwartenden Anforderungen, der Erfahrungshorizont, die zeitlichen Verfügbarkeit und der Nähe zum Wohnort des Klienten spielen bei der Entscheidung eine Rolle.

⁶¹ Grundsätzlich wird >Hilfe vor Ort< nur mit Einverständnis der Betroffenen/Angehörigen aktiv.

Assessment bei >Hilfe vor Ort< (Einschätzung und Bewertung)

Die Mitglieder von PiA e.V. haben in einer Arbeitsgruppe ein Assessmentschema ausgearbeitet. Umfassend werden darin Informationen über wichtige Lebensbereiche älterer Menschen erhoben. Im Schema sind einzelne Komplexe ausgearbeitet und dienen als Orientierung für das Assessment. Die PiA-Helfer finden im Gespräch und durch Beobachtungen, die im Einzelfall wichtigen Sachverhalte heraus. Ziel des Assessment ist eine Situationsaufnahme und die Identifizierung von Ressourcen und Defiziten. Ein in die Tiefe gehendes Geriatrisches oder Medizinisches Assessment findet nicht statt.

Beim Assessment wird der Augenmerk auf folgende Bereiche gelegt:

- Stammdaten
- Ärztliche und therapeutische Versorgung
- Pflegerische Versorgung
- Medikation
- Medizinische Hilfsmittel
- Ernährung
- Mobilität
- Haushalt und Wohnung
- Rechtliche Situation
- Finanzielle Situation
- Soziale Kontakte

Im Assessment gilt es zusammen mit dem Klienten zu klären:

Versorgungssituation - Ist-Zustand

Ressourcen erkennen

Defizite feststellen und Handlungsbedarf abstimmen (Soll-Zustand)

Bereitschaft des Klienten Hilfe anzunehmen

In Notsituation sofort tätig zu werden

Hilfeplanung bei >Hilfe vor Ort<

Für die Hilfeplanung werden die Hinweise aus dem Erstkontakt und dem Assessment aufgenommen und die Sachverhalte zwischen PiA-Mitarbeiter und PiA-Helfer abgesprochen. Die Arbeitsweise von >Hilfe vor Ort< sieht vor, dass der Hilfeplan nicht unbedingt beim Erstgespräch erstellt werden muss. Möglicherweise sind mehrere Treffen erforderlich, um ein Maßnahmenbündel abzustimmen. Grundsätzlich wird der PiA-Helfer gemeinsam mit dem Klienten überlegen, bei welchen Dingen sich ein Hilfebedarf herauskristallisiert und ob eine Lösungsmöglichkeit erkennbar ist. Hinweise auf Defizite im (geronto-)psychiatrischen Bereich werden vor allem dadurch aufgegriffen, in dem Fachstellen einbezogen werden. Wenn nötig, werden Sofortmaßnahmen eingeleitet, z.B. Information eines Arztes bei einem medizinischen Notfall, eines psychiatrischen Krisendienstes, oder die Empfehlung an eine entsprechende Fachstelle. Werden weitere Aktivitäten des PiA-Helfers gewünscht, kommt es zu einem Kontrakt. Der Klient autorisiert den Helfer weiter für ihn tätig zu sein und organisatorische Aufgaben für ihn zu übernehmen. Maßnahmen wird der PiA-Helfer niemals ohne Einverständnis des Hilfesuchenden einleiten. Es kommt zur erneuten Abstimmung mit den PiA-Mitarbeitern oder mit Paten die als Experten aus den Vereinsmitgliedern für spezielle Fragen zur Verfügung stehen. Die Dokumentation der Kontakte und die Protokolle der Gespräche werden vom Helfer ans PiA-Büro weitergeleitet.

Durchführung, Monitoring (Kontrolle, Überwachung)

Nach Abstimmung des Hilfeplans werden die Maßnahmen vom PiA-Helfer weiterhin verfolgt, ggf. auch organisiert. Bei allen Hilfestellungen gilt der Grundsatz, Überversorgung zu vermeiden und die Selbsthilfefähigkeit des Klienten zu stärken. Soweit sie dazu in der Lage sind soll die Organisation von besprochenen Maßnahmen vom Klienten bzw. seinen Angehörigen erledigt werden.

Informationen beziehen die PiA-Helfer von den PiA-Mitarbeitern, wenn sie möchten, können die PiA-Helfer über Internet direkt auf die Datenbank zugreifen.

Evaluation (Bewertung, Auswertung)

Gemeinsam befinden PiA-Helfer und Klient, ob sie mit den erreichten Veränderungen durch die eingeleiteten Maßnahmen zufrieden sind. Ist dies der Fall, wird das "Arbeitsverhältnis" aufgehoben. Gegebenenfalls wenn der Klient noch weitere Maßnahmen oder Korrekturen des Hilfeplanes wünscht, unterstützt ihn dabei der PiA-Helfer. Einige Zeit nach Beendigung der >Hilfe vor Ort< (ca. 2 Monate) erfolgt die Abschlussevaluation durch PiA-Mitarbeiter.

Entpflichtung

Die Beendigung des Helferkontaktes bestimmen beide, Helfer und Klient und wird mit dem Abschlussprotokoll dokumentiert. Damit ist >Hilfe vor Ort< für den PiA-Helfer abgeschlossen.

Als Besonderheit unseres Projektes stellte sich heraus, dass manche PiA-Helfer nach Abschluss von >Hilfe vor Ort< zu Ansprechpartnern geworden sind und persönliche Kontakte weiterhin bestehen.

Dokumentation

Die PiA-Mitarbeiter werden von den PiA-Helfern über den Fortschritt im Fallverlauf informiert. Die einzelnen Arbeitsschritte sind vorgegeben und die PiA-Helfer sind angehalten diese schriftlich zu dokumentieren um sie nachvollziehbar zu machen.

Es besteht die Planung, dass sowohl die Klientenverwaltung als auch die Dokumentation (Assessment, inklusive Verknüpfungsmöglichkeit zur PiA-Datenbank) im Internet umgesetzt wird. Mit diesem Schritt wird die Dokumentation über die PiA-homepage realisiert.

Anhang 5

Dokumentation der abschließenden Helferbefragung des Projektes PIA e.V.

Auszüge aus der Abschrift der abschließenden Interviews mit den ehrenamtlichen Helfern des Modellprojektes PIA e.V.

Allgemeine Bewertung Ihrer Tätigkeit

1. Krankenschwester, 55J, pflegende Angehörige, bei PIA seit Dez. 2004: Echt interessant, man muss sich damit befassen, sie hatte schon viel Wissen – für Leute mit anderen Berufen: die müssen viel lernen
 - Interessant: Kontakt mit Leuten, kommt in die Familie und kann helfen (sie hat nicht soviel Zeit – pflegt Vater im Nachbarhaus) im Privatleben (wegen Pflege Vater nicht mehr berufstätig), aber will nicht den ganzen Tag mit "Hund und Papa" zusammensein, will Kontakt zu anderen Menschen, aber begrenzt = kann sie bei PIA frei entscheiden
2. Soz.-päd. (Jugendarbeit), 73 J., acht Jahre pflegender Angehöriger, Pflegebedürftige jetzt im Heim bei PIA seit Dez. 2004: Idee von >Hilfe vor Ort< sei gut, aber es würde noch ein bisschen dauern, bis die deutsche Mentalität soweit sei, Hilfebedarf zuzugeben und sich nicht zu verschleißen
3. weiblich, zehn Jahre ehrenamtliche gesetzliche Betreuerin, 66 J., bei PIA seit Dez. 2004: zurückhaltende Beurteilung: "Die meinen immer, die hätten eine Nische gefunden, aber da sei nicht so, da es das ja alles schon gibt, die Anlaufstellen; bei ehrenamtlichen Betreuern gab es auch regelmäßige Treffen und Hausbesuche mache ja auch der Sozialdienst (ASD Ramersdorf-Perlach), sie wäre bei einem Klienten vom ASD eingesetzt gewesen als PIA-Helferin und die ASD-Mitarbeiterin "wusste auch nicht genau, was PIA macht, die Mitarbeiterin dachte, dass die alte Menschen länger betreuen"
4. Bankangestellte, ehemals pflegende Angehörige (8 Jahre, Mutter), 64 J, seit Dez. 2005 (war zuvor ehrenamtlich bei "Haarer Tisch", konnte aber keine Kisten mehr heben:

Leute holen erst Hilfe, wenn es schon Probleme gibt 8z.B. altersgerechte Wohnung, warum nicht schon 20 Jahre früher), die Leute hier hätten schon verstanden, dass PIA hilft, aber sie kommen halt zu spät zu PIA;
5. Ergotherapeutin in psychiatrischer Klinik, 38 J. Sept. 2004-Mai2006): nach Studium ist sie jetzt als Dipl.-Soz.-päd. Tätig und sieht ihre Tätigkeit als >Hilfe vor Ort<-Helferin zweischneidig, schlägt vor, dass Hilfeplan von professionellen Mitarbeitern erstellt wird und danach PIA-Helfer agieren (Stellt Frage, ob PIA-Helfer den gesetzlichen Betreuern zuarbeiten sollen, weil die so schlecht bezahlt würden?), aber sie fand es als PIA-Helferin gut, keine Verantwortung zu haben, sondern immer weiter verweisen bzw. sich im PIA-Büro Hilfe holen zu können;

Bewertung der Schulung aus heutiger Sicht

1. Sehr gut notwendig, hätte gern mehr rechtliches gehabt (am liebsten 2x)
2. "war schon gut", gefehlt habe die Kommunikation der TN untereinander, würde auch jetzt fehlen bei den Treffen, dass man sich in der Gruppe öffnet
3. sehr gut, es habe an nichts gefehlt
4. sehr gut, manchmal waren es schon ziemlich viele Allgemeinplätze, aber die Seminarunterlagen waren dann gut, das war besser ausgeführt
5. war gut, aber nur für Menschen mit Vorerfahrungen, es habe ihr Handlungsbefähigung für Krisensituationen gefehlt: habe sie sich immer gefragt, was solle sie jetzt tun? (aber gelernt, dass dafür der Kontakt zum Büro da sei)

Bewertung der Begleitung durch PIA

1. O.k., die beiden haben sich mit der Zeit zusammengerauft", seien aber parteiisch für alte Menschen und nicht für Angehörige
2. gut, man könne jederzeit anrufen, wenn man Hilfe braucht
3. Angebot sei gut, aber sie habe es nicht gebraucht, das sei wichtig für die Damen, die weniger Erfahrungen hätten

4. sehr gut, sie seien gut angebunden bei PIA, wenn man mal Probleme hat, kann man sich Rat holen
5. sehr gut, waren immer verlässlich da, fand auch sehr gut, dass bei Klientenvorstellung von PIA immer schon Vorschläge gekommen seien, was zu tun sei, andererseits wären sie nicht bevormundet worden, sondern es wäre ihr ihre Handlungskompetenz gelassen worden

Bewertung der Begleitung durch Paten

1. Weiß sie nix davon, hatte nie Kontakt
2. weiß nix, nie damit zu tun gehabt
3. kennt sie nicht, war kein Thema
4. kennt sie nicht,
5. einmal Kontakt (zu Berufsbetreuerin) – war ausreichend, sonst nicht nötig

Wie viele Klienten?

1. Aktuell 2 (seit Anfang Juli 2006), insges. 3 (einer gleich gestoben)
 - Inhalte sowohl entlast. Gespräch als auch organisatorisch (Hilfsmittel, MDK-Tagebuch
2. nur einen Klienten (Frau aus Betr. Wohnen wollte Infos zu Pflege/Pflegegeld)
3. sieben Klienten , sehr unterschiedlich, was sie macht. Zuhören, Klienten an andere Organisationen Kontakte vermittelt/weiterverwiesen (ASD, GPDi, Fachstelle für häusliche Versorgung); Kontakte zu Sozialamt für einen Klienten, der keine Miete mehr bezahlt hat
4. zwei Klientin (alte Frau nach Herzinfarkt brauchte jemand für Wohnberatung und fand Pflegedienst zu teuer sowie ein Ehepaar, hochbetagt und schwerkrank, Hausbesuch kam aber aufgrund des Misstrauens nicht zustande – Fall an PIA zurückgegeben), hätte gern mehr Fälle, bekommt aber z.Zt. keine, da zu wenig Klienten und andere Helfer auch mal dran kommen sollten
5. fünf (sowohl entlast. Gespräche für Angehörige als auch Organisator für Betroffene selber)

Gedanken zu Ihrer Arbeit mit Klienten/deren Situation

1. zuerst Leute sehr misstrauisch – erste Frage: Warum kommen Sie heute und verbringen 2-3 Stunden mit mir und ich muss nichts bezahlen?"
2. kann nix sagen, nur einen Klienten
3. erzählt von Klienten, der sehr anhänglich war – aber sie könne sich abgrenzen
4. wiederholt Aussage, dass die Leute zu spät kämen, um sich Hilfe zu holen
5. es sei eine große Verantwortung und es bestehe einerseits die Gefahr, dass Helfer (unbewußt) ihre Macht ausnutzen oder andererseits die Situation unterschätzen (den Hilfebedarf – d.Verf.); sie war überrascht, wie viel Vertrauen "einem die Klienten entgegengebracht haben" die Betroffenen erleben einen eher als Profi; Gesprächspartnerin sieht die Gefahr, dass Helfer dann ihre eigenen Kompetenzen überschätzen

Welche Voraussetzungen braucht jemand, um PIA-Helfer sein zu können?

1. Gut, wenn man vorher im Altenheim gearbeitet hat oder Krankenschwester ist (müsse nicht examiniert sein, aber wenigstens praktische Erfahrungen hat"
2. das Wichtige sei, zu wissen wie man mit Leuten umgeht, nicht nur helfen zu wollen, nicht nur von sich auszugehen (eigenem Erfahrungshintergrund), sensibel zu sein, keine indiskreten Fragen zu stellen
3. Sensibilität, Feingefühl, alten Leuten nicht bloßstellen, nicht zu stark Anteil an deren Schicksal nehmen Fähigkeit zur Abgrenzung)
4. wenn man es richtig machen will, muss man sich schon einbringen, das ginge nicht nebenher,; keine Vorurteile zu haben, die Klienten nehmen, wie sie sind, Bereitschaft, sich einzubringen, Interesse an PIA-Helfer-Mappe haben (sich "reinzufitzen"); ihre

Erfahrungen mit der Pflege ihrer Mutter hätten sie befähigt, für PIA tätig werden zu können

5. auf irgendeine Art und Weise sozial engagiert zu sein, sich im Versorgungssystem auszukennen ("drin zu sein"); sollte vorher im sozialen Bereich engagiert gewesen sein

Werden Sie weiter als „Helfer vor Ort“ tätig sein?

1. ja, wenn sie sich ihre Zeit frei einteilen kann (dass ohne Bezahlung sei ok, aber PIA lässt es frei, wenn zusätzliche Leistungen (z.B. jemanden zum Arzt bringen oder Einkaufen, dann Entgelt) Zusammenfassend: sinnvolle Aufgabe, Zeit frei einteilbar, die Dankbarkeit der Leute kann eine sehr schöne Belohnung sein
2. soweit er kann: Ja
3. nein, aus persönlichen Gründen und zu wenig Fälle
4. eher nein: aus persönlichen Gründen und zu wenig Fälle
5. nein, da wieder berufstätig in Vollzeitstelle

Anhang 6

Abkürzungsverzeichnis

a.a.O.	am angegebenen Ort (Literaturhinweis)
Abb.	Abbildung
AGM	Alzheimer Gesellschaft München
AGVB	Ambulanter Gerontopsychiatrischer Verbund Bayern
AK	Arbeitskreis
Anm. d.Verf.	Anmerkung der Verfasser
ARGE	Arbeitsgemeinschaften zur Grundsicherung für Arbeitssuchende nach SGB II
ASZ	Alten- und Service-Zentrum
AWO	Arbeiterwohlfahrt
BRK	Bayerisches Rotes Kreuz
Caritas M-N	Caritas München-Nord
Caritas M-WW	Caritas München-West und Würmtal
e.V.	eingetragener Verein
etc.	ecetera
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
Geschl.	Geschlecht
ggf.	gegebenenfalls
gGmbH	gemeinnützige GmbH
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GPDI	Gerontopsychiatrischer Dienst
GPDI M-N	Gerontopsychiatrischer Dienst München-Nord
GPDI M-W	Gerontopsychiatrischer Dienst München-West
HK	Helferkreis
HK-Nr	Helferkreis-Nummer
IMM	Innere Mission München. Diakonie in München und Oberbayern e.V.
inhaltl.	inhaltlich
LHS	Landeshauptstadt
m.	männlich

Marge	Münchner Arbeitsgemeinschaft Gerontopsychiatrie
Mchn.	München
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
NBH	Nachbarschaftshilfe
o.g.	oben genannt
o.g.	oben genannt
o.S.	ohne Seitenangabe
ÖAG	Örtliche Arbeitsgemeinschaft Altenhilfe
organ.	organisatorisch
PDL	Pflegedienstleiter
PfIEG	Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz
PfISt.	Pflegestufe
PIA e.V.	Psyche im Alter (eingetragener Verein)
PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
PWV	Der PARITÄTISCHE Wohlfahrtsverband Bayern. Bezirksgeschäftsstelle Oberbayern
Regsam	Regionale Netzwerke für Soziale Arbeit in München
s.o.g.	siehe oben genannte
u.a	unter anderem
u.U.	unter Umständen
vgl. ebd.	vergleiche ebenda
vgl.	vergleiche
w.	weiblich
z.B	zum Beispiel
z. T.	zum Teil