



Senioren

# Zwischenbericht 2009

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

Ein Bericht vom Institut aufschwungalt, München

## Modellprojekte

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



## Zwischenbericht 2009

### Modellprojekte im Rahmen des Pflegeleistungs- Ergänzungsgesetzes (PflEG) in Bayern

Ein Bericht vom Institut aufschwungalt, München

#### Modellprojekte

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



**Modellprojekte  
im Rahmen des § 45c SGB XI  
(Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – PflEG)  
in Bayern**

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

**Zwischenbericht für das Jahr 2009**

Sabine Tschainer

aufschwungalt

## Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einleitung	3
Modellprojekte im dritten Jahr ihrer Laufzeit	
1. „Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter“ Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren	4
2. „KompetenzNetz Demenz: Integration der Bevölkerungsgruppe demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen in Augsburg“ s.i.c. Augsburg	22
Modellprojekte im zweiten Jahr ihrer Laufzeit	
3. „Netzwerk Demenz Nürnberg“ Angehörigenberatung e.V. Nürnberg	43
4. „Betreutes Wohnen psychisch kranker und gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in Gastfamilien“ Ambulante sozialpflegerische Dienste e.V. (ASD e.V.) Hof	63
ANHANG	
<b>Anlage 1</b>	
Netzwerk Demenz Nürnberg „Leitfaden für den Aufbau von Betreuungsgruppen“	77
Verzeichnis wichtiger Abkürzungen	83

## Einleitung

Das Institut aufschwungalt, mit der fachlich-wissenschaftlichen Begleitung der Modellprojekte zum § 45c SGB XI beauftragt vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen sowie dem Verband der Bayerischen Pflegekassen legt hiermit den sechsten Zwischenbericht zur Entwicklung der aktuell laufenden Projekte vor:

- „Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter“ (Projekt des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren)
- "KompetenzNetz Demenz: Integration der Bevölkerungsgruppe demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen in Augsburg" (in der Trägerschaft von s.i.c. - Gesellschaft für Forschung, Beratung, Organisationsentwicklung und Sozialmanagement mbH)
- „Netzwerk Demenz Nürnberg“ (Projekt der Angehörigenberatung e.V. Nürnberg) sowie
- „Betreutes Wohnen psychisch kranker und gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in Gastfamilien" (Projekt des ASD e.V.<sup>1</sup> in Hof).

Auf eine detailliertere Ergebnisdarstellung der Arbeit der Modellprojekte wird hier im Allgemeinen verzichtet, da diese den jeweiligen Sachberichten der Projektleitungen zu entnehmen sind.

Einen Überblick über die gesamte Modellförderung nach § 45c SGB XI in Bayern geben die seit 2005 jährlich vorgelegten Berichte der fachlich-wissenschaftlichen Begleitung, die auf der Homepage des Bayerischen Sozialministeriums unter [www.stmas.bayern.de/cgi-bin/publikat.pl?BEREICH=fach-pflege](http://www.stmas.bayern.de/cgi-bin/publikat.pl?BEREICH=fach-pflege) sowie auf dem Internetauftritt des Instituts „aufschwungalt“ unter <http://aufschwungalt.de/00/downloads.php5> zu finden sind.

München im März 2010

aufschwungalt  
Sabine Tschainer

---

<sup>1</sup> Ambulante Sozialpflegerische Dienste e.V.

## **Modellprojekte im dritten Jahr ihrer Laufzeit**

### **1. Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren**

Das Modellprojekt „Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter<sup>2</sup>“ startete am 01.01.2007 mit einer vorerst dreijährigen Laufzeit seine Arbeit (Bewilligungszeitraum: 01.01.07 - 31.12.09). Als Projektleitung wurde mit einer Vollzeitstelle eine Dipl.-Sozialpädagogin eingestellt. Außerdem sind in der Modellförderung 1,25 Wochenstunden Verwaltungstätigkeit enthalten, die zum 01.11.2008 auf 5,0 Wochenstunden erhöht wurden. Aufgrund seiner erfolgreichen Arbeit wurde die Modellförderung im September 2009 von den Förderern um ein Jahr verlängert (bis 31.12.2010).

#### **1.1. Ziele der Modellkonzeption**

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

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

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

---

<sup>2</sup> Im Folgenden wird im Sinne der Lesbarkeit überwiegend der Begriff „gerontopsychiatrische Familienpflege“ verwendet.

## 1.2. Umsetzung und Ergebnisse für das Jahr 2009

### 1.2.1. Klienten und Gastfamilien

In Fortführung des Zwischenberichtes für das Jahr 2008 werden im Folgenden die erhobenen **Daten zu den Klienten** der gerontopsychiatrischen Familienpflege sowie zu den **Gastfamilien** dargestellt. Damit sollen - entsprechend eines Zieles des Modellprojektes und der fachlich-wissenschaftlichen Begleitung<sup>3</sup> - die gewonnenen Erkenntnisse (für welche Patientengruppe gerontopsychiatrische Familienpflege ein optimales Angebot darstellen kann sowie eine Profilentwicklung der besonders geeigneten Familien [Konstellationen, Rahmenbedingungen]) vertieft werden.

Im Jahr 2009 wurden insgesamt 16 Klienten als Interessenten für die gerontopsychiatrische Familienpflege gemeldet (zum Vergleich: bis Ende 2007: 29 Personen sowie im Jahr 2008: 17 Personen).

Die Anmeldung erfolgte:

- 5 x durch Berufsbetreuer (2007/2008: 13 x)
- 8 x BKH Kaufbeuren hausintern (2007/2008: 13 x)
- 2 x durch Angehörige (2007/2008: 11 x)
- 0 x durch Klienten selbst (2007/2008: 4 x)
- 1 x durch Sonstige (z.B. ambulant tätige Psychiaterin oder den regionalen Arbeitskreis Gerontopsychiatrie), (2007/2008: 5 x).

Von der gerontopsychiatrischen Familienpflege erfahren hatte man durch:

- BKH Kaufbeuren interne Vermittlung: N = 8 (2007/2008: N = 25)
- Info-Veranstaltungen des Modellprojektes: N = 3 (2007/2008: N = 8)
- die Presse: N = 1 (2007/2008: N = 7)
- Sonstiges: N = 4 (2007/2008: N = 6)

Die vom Modellprojekt erstellten Info-Flyer bewirkten wiederum keine Kontaktaufnahme.

Die interessierten Klienten waren **durchschnittlich 72 Jahre** alt (bisher: **68,9 Jahre**) mit einer Spanne zwischen 57 und 94 Jahren. Geschlechtsbezogen teilt sich die Gruppe in **7 Frauen und 9 Männer** auf. Vom Modellteam wurde im Jahr 2009 eine

---

<sup>3</sup> künftig: f/w Begleitung

Anmeldung als „ungeeignet“ eingestuft, da keine Freiwilligkeit seitens der Klientin vorlag.

Weitere relevante Informationen zu Diagnose und Lebenssituation der potentiellen Klienten werden im Folgenden stichpunktartig dargestellt. Die Daten ergeben sich aus der Auswertung von elf Erstgesprächen mit den Klienten.

#### **Diagnosen:**

- 4 x Diagnose Demenz, davon 1x mit Zusatzdiagnose Depression
- 7 x Depression (davon 1x mit Demenz sowie 1 x mit Alkoholismus)
- 2 x Psychose
- 0 x Paranoid
- 0 x Parkinson
- 3 x chronisch (3 x Demenz)

#### **Gesetzliche Betreuung:**

- keine Betreuung: N = 5
- gesetzliche Betreuung liegt vor: N = 6 (davon 5 Berufsbetreuungen)

#### **Pflegebedürftigkeit nach SGB XI:**

- Pflegestufe 0: N = 7
- Pflegestufe 1: N = 1
- Pflegestufe 2: N = 3

#### **Lebenssituation:**

- zu Hause alleinlebend: N = 5, davon
  - bei der Anmeldung zur gerontopsychiatrischen Familienpflege in stationärer Behandlung im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren: N = 5
- zusammen wohnend mit (N = 2):
  - Bruder: N = 2
- dauerhaft in Institutionen (Psychiatrische Einrichtung oder Pflegeheim) lebend: N = 4.

Des Weiteren gaben fünf der potentiellen Klienten hinsichtlich ihrer vorhandenen sozialen Kontakte bzw. Bezugspersonen an, keine Kinder zu haben. Vier Personen machten hierzu überhaupt keine Angabe.

Damit bestätigt sich der Trend aus den ersten zwei Jahren des Modellprojektes hinsichtlich der **Personengruppe**, für die gerontopsychiatrische Familienpflege ein interessantes Angebot darstellt:

- **Depressionsdiagnose**
- **(zusätzlicher) Demenzdiagnose**
- **chronisch psychiatrisch Erkrankte**
- **stehen unter gesetzlicher Betreuung**
- **leben alleine zu Hause** (und zum Zeitpunkt der Anmeldung in stationärer gerontopsychiatrischer Behandlung)
- **häufig keine Kinder haben** und/oder über
- ein **schwach ausgebautes soziales Netzwerk** sowie vielfach
- **kein Recht auf Leistungen der Pflegeversicherung** haben.

Hinzuweisen ist auch darauf, dass die Anzahl der Männer unter den Interessenten nach wie vor höher liegt als die der weiblichen Personen.

Verstärkt hat sich die Tendenz, dass **Berufsbetreuer** verstärkt das Angebot der gerontopsychiatrischen Familienpflege als ein interessantes Angebot für ihre Klientel ansehen.

Ihr **Interesse als „Gastfamilie“** bekundeten **6 Personen** (zum Vergleich: im Jahr 2007: 79 Personen sowie 2008: 108 Personen). Von der gerontopsychiatrischen Familienpflege hatten fünf von ihnen durch die Presse sowie eine Interessentin durch die interne Vermittlung des BKH Kaufbeuren erfahren. Der signifikante Rückgang sich neu meldender Gastfamilien begründet sich in der veränderten Akquise des Modellprojektes. Die Kapazität des Familienpflegeteams (der Modellprojektmitarbeiterin) ist durch die übervolle Belegung mit zwölf Klienten mehr als ausgeschöpft. Der Schwerpunkt der Tätigkeit liegt nunmehr auf der fachlichen Begleitung der Gastfamilien und der Klienten. Eine Weiterführung der intensiven Familien- und Klientensuche würde durch die notwendigen Wartezeiten einerseits nur zu unnötigen Frustrationen bei den Wartenden als auch zu falsch investierter Arbeitszeit der Projektmitarbeiterin führen. Im Modellprojektteam als auch mit der f/w Begleitung wurde jedoch immer wieder diskutiert, dass es einer Gratwanderung gleichkomme, die Bewohner- und Familienakquise nie vollständig zu vernachlässigen, um bei plötzlicher Beendigung einer laufenden Familienpflege möglichst rasch auf einen Pool von Interessenten zurückgreifen zu können.

Als an der Familienpflege interessierte Personen meldeten sich fünf Frauen und ein Mann. Deren Durchschnittsalter betrug ca. 29 Jahre. Das Alter der sich interessierenden Personen hat sich im Vergleich zu den Vorjahren im Durchschnitt auffallend verjüngt, in den beiden vorhergehenden Jahren lag es bei rund 40 Jahren (vgl. Abb. 1). Der signifikante Überhang von Frauen bestätigte sich dagegen.

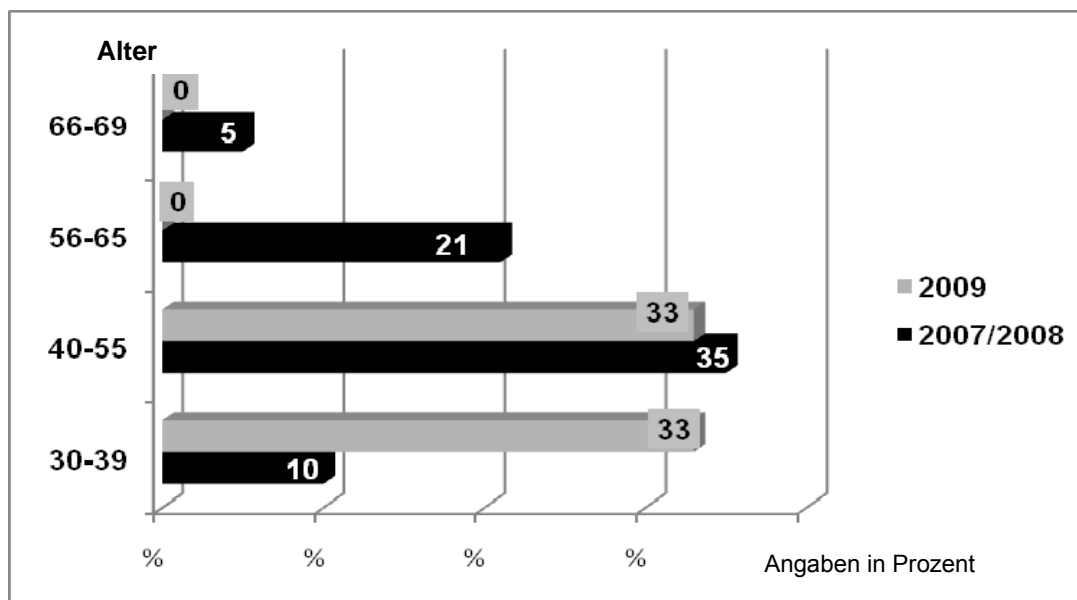


Abb. 1.: Modellprojekt Kaufbeuren Alter der Gastfamilien-Interessentinnen und Interessenten

Von den sechs Interessenten hatten alle eigene Kinder<sup>4</sup>, von denen bei fünf die Kinder noch zu Hause lebten. Drei Interessenten arbeiteten in Teilzeit, keiner war beruflich selbständig, keiner arbeitete in einem Mini-Job oder war arbeitslos. Eine Person bezog bereits Rente und zwei erwähnten ausdrücklich ihre Tätigkeit im Haushalt.

### Relevante Vorerfahrungen

- Pflegeerfahrung N = 3, davon (Mehrfachnennungen):
  - psychisch Kranke privat betreut: N = 1
  - psychisch Kranke beruflich betreut: N = 1 (im eigenen Haushalt)
  - alte Menschen privat betreut: N = 3
  - alte Menschen beruflich betreut: N = 1
  - berufliche Erfahrung in Psychiatrie und mit alten Menschen: N = 1

Im Vergleich zu den Jahren 2007 und 2008 hat sich **der Anteil der Interessenten mit Vorerfahrungen** von 77% auf fünfzig Prozent **verringert**.

<sup>4</sup> Zwei Personen hatten drei oder mehr Kinder; vier waren Familien mit zwei Kindern.

## Wohnsituation

Alle sechs sich bewerbenden Gastfamilien wohnten im eigenen Haus (Steigerung zu den Vorjahren von gut 78% auf 100%). Die Größe der für den Gast angebotenen Zimmer hat sich im Durchschnitt verkleinert und betrug in den meisten Fällen 15 m<sup>2</sup>.

## Eignung der Familien-Bewerbungen

Als Hauptgründe für die Eignung gab die Projektleitung den Aspekt „**Einzugsgebiet**“ und „**Infrastruktur**“ (jeweils N =4), „**soziale Kompetenz**“ (N= 3), „**Pflegeerfahrung**“ (N=3) und „**Netzwerk**“ (N = 3) sowie „geeigneter Wohnraum“ (N = 2) an. Die Konstellation „geeigneter Wohnraum“ mit gleichzeitiger „Pflegerfahrung der möglichen Bezugsperson“ liegt zweimal vor. Auch hier haben sich Veränderungen zu den Vorjahren ergeben, da zuvor der Aspekt „Pflegerfahrung“ (N = 58) an erster Stelle stand. Als „ungeeignet“ wurden vom Modellteam zwei Personen eingestuft. Bei der einen lag nach Erhalt erster Informationen kein weiteres Interesse mehr vor. Der zweite Interessent sagte ebenfalls aus mangelndem weiterem Interesse ab, das in Krankheit und befürchteter Überforderung aufgrund anderer persönlicher Interessen begründet wurde.

## Profil der familiären Hauptbezugsperson für den Familienpflege-Gast

Damit hat sich das Profil der interessierten Hauptbezugspersonen für Klienten in der gerontopsychiatrischen Familienpflege im Vergleich zu den Vorjahren - mit leichten Veränderungen<sup>5</sup> - verfestigt. Es handelt sich vorwiegend um

- **Frauen** im Alter zwischen **40-55 Jahren**, die
- mit ihrer Familie in einem **Haus** leben
- **eigene Kinder** haben
- **keine Vollzeit-Berufstätigkeit ausüben** sowie
- vielfach über berufliche oder private **Pflegerfahrungen** verfügen.

### 1.2.2. Professionelle Begleitung durch den gerontopsychiatrischen Fachdienst ( Familienpflegeteam)

---

<sup>5</sup> Das Durchschnittsalter der Interessenten ist jünger geworden; der Aspekt bisheriger Pflegerfahrungen trat etwas in den Hintergrund; wichtiger wurde das Vorhandensein eines eigenen Hauses, wobei die Größe der vorgesehenen Zimmer für die Klienten sich reduziert hat.

Die Komplexität der Fachdienst-Tätigkeit im Rahmen der gerontopsychiatrischen Familienpflege wurde im Zwischenbericht für das Jahr 2008 bereits ausführlich dargestellt. Im Ergebnis wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass **bei der Bemessung des Arbeitsaufwandes** als Erfolgskriterium nicht nur die Zahl der tatsächlich gelungenen Einzüge in Betracht zu ziehen, sondern **auch der Aufwand für nicht mögliche Vermittlungen einzukalkulieren** ist. So konnte nach der ersten persönlichen Kontaktaufnahme mit allen potentiellen Interessenten dann im Endeffekt mit zwei Personen, die sich als Gastfamilien interessiert hatten, persönliche Gesprächstermine vereinbart werden. Von diesen wiederum fand einer statt, der andere wurde einfach nicht wahrgenommen. Die erste Familie erschien dem Team geeignet, wobei die Faktoren „soziale Kompetenzen“, „gutes persönliches Netzwerk“ und „Infrastruktur“ entscheidend waren und Aspekte wie „Pflegerfahrung“ und „Wohnraumangebot“ im Hintergrund blieben. Des Weiteren wurden mit elf interessierten Klienten Erstgespräche durchgeführt. Die Projektleitung erfasste aufgrund dieser Gespräche sieben Personen als „geeignet“. Das Herausfallen der anderen vier Klienten beruht insbesondere auf der Tatsache, dass diese sich nicht für die gerontopsychiatrische Familienpflege entscheiden konnten, da sie hofften, ihre derzeitige Lebenssituation doch noch aufrecht erhalten zu können. Somit ist festzuhalten, dass der Arbeitsaufwand für

- die Akquise von Gastfamilien und Bewohnern
- die telefonischen Erstkontakte mit Interessenten
- persönliche Erstgespräche mit potentiellen Gastfamilien und Interessenten

im Ergebnis für 2009 eine geeignete Gastfamilie und sieben geeignete Klienten zeitigte. Weitere Personalkapazitäten - ohne das sofortige Ergebnis einer gelungenen Vermittlung - werden durch die bereits benannte Schwierigkeit in der Vermittlung aufgrund der Wünsche der Klienten nach Verbleib in ihrer vertrauten Region (Stadt, Gemeinde, Gegend), die nicht durchgängig in Übereinstimmung zum Pool der potentiellen Gastfamilien steht, gebunden.

Hinsichtlich des **Arbeitsaufwandes der Projektleitung (des Fachdienstes)** im Zusammenhang mit den einzelnen Arbeitsschritten können folgende zusammenfassende Daten vorgelegt werden. Die **Aufbauphase** vom ersten Kontakt bis zum Probe-

wohnen benötigt durchschnittlich **neun Stunden** Arbeitszeit<sup>6</sup>. Das **Probewohnen** dauert in der Regel acht Tage und erfordert im Schnitt **fünf Stunden** Begleitung. **Damit können bis zu vierzehn Stunden Arbeitszeit anfallen, ohne dass daraus immer eine erfolgreiche Vermittlung entsteht.** Nach einer erfolgreichen und abgeschlossenen Vermittlung bedarf es für die **Begleitung des Lebens in der Gastfamilie durchschnittlich 83,4 Stunden**. Nach den bisherigen Erfahrungen beträgt der durchschnittliche **Arbeitsaufwand pro Fall damit 97-98 Stunden** im Jahr der Anbahnung und im weiteren Verlauf dann im Schnitt 83 Stunden. Die prozentuale Aufteilung veranschaulicht nochmals folgende Abbildung (Abb.2).

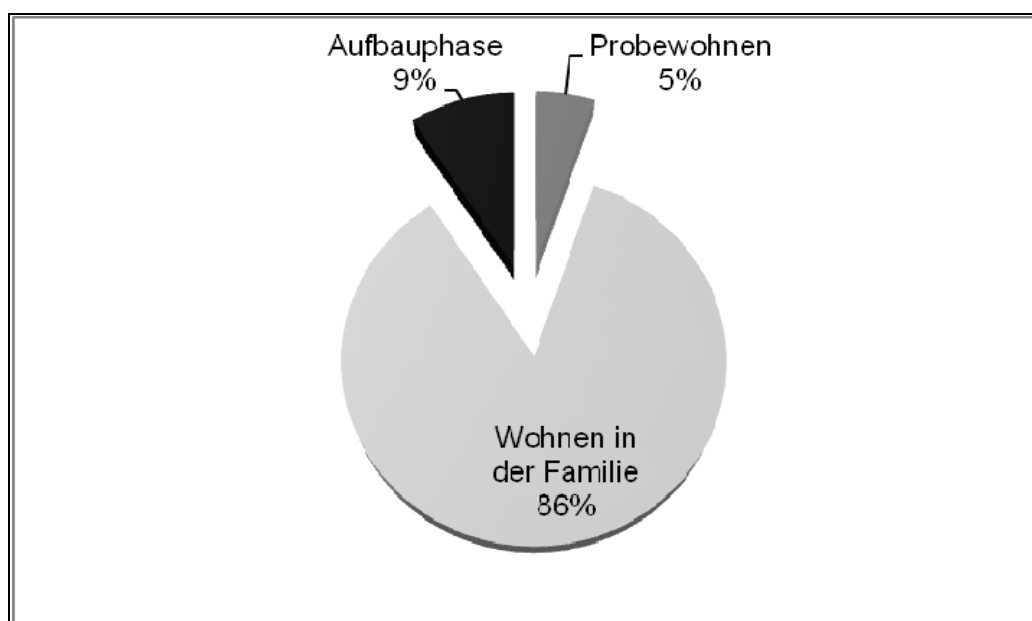


Abb. 2: Modellprojekt Kaufbeuren, Verteilung der Tätigkeiten auf die Arbeitszeit des Fachdienstes

Konkret konnte im Jahr 2009 dreimal ein Probewohnen vermittelt werden. In der Folge kam es dann zu drei Einzügen von Klienten bei Familien. Zwei gerontopsychiatrische Familienpflegen wurden im Jahr 2009 beendet, eine durch Abbruch und eine durch Tod. Details zeigt die folgende Tabelle (Tab.1).

<sup>6</sup> Darin ist die Arbeitszeit für die allgemeine Akquise und Öffentlichkeitsarbeit nicht enthalten, sondern nur konkrete Familien- und Klientenkontakte.

Code Bewohner	Kontaktort Bewohner	Code Familie	Ort Familie	Nur Aufbau	Grund: keine Aufnahme	Probewohnen	Grund: nur Probe	fester Einzug	Beendigung	Grund Ende
46	Kempton	63	Kaufbeuren			07.01.09		22.01.09	02.03.09	Verhaltensauffälligkeiten
68	Kaufbeuren	81	Aitrang			12.02.09		26.02.09		
73	Kaufbeuren	100	Buching	28.05.09	Zur Tochter gezogen					
78	Kaufbeuren	112	Marktoberdorf	30.06.09	Klient möchte nicht					
76	Kaufbeuren	111	Füssen	14.07.09	Klient bleibt in Ursprungsfamilie					
78	Kaufbeuren	75	Stöttwang-Thalhofen			22.07.09		12.08.09		
62	Kaufbeuren	106	Stöttwang-Thalhofen						28.12.09	verstorben

Hinsichtlich des Arbeitsaufwandes der Projektleitung im Zusammenhang mit den einzelnen Arbeitsschritten liegen für 2009 folgende Daten vor (Tab.2):

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

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

In der Gesamtschau des bisherigen Verlaufes des Modellprojektes (Zeitraum 2007-2009) lassen sich zur Tätigkeit des Fachdienstes im Tätigkeitsbereich Vermittlung folgende Ergebnisse aufzeigen:

- 35 konkrete Anbahnungen
- 14 Probewohnen
- 11 Einzüge infolge des Probewohnens
- 4 Einzüge ohne vorheriges Probewohnen.

Ebenfalls in diesem Zeitraum wurde die laufende gerontopsychiatrische **Familienpflege fünfmal** durch Abbruch, Tod oder Umzug zum Sohn **beendet**.

<sup>7</sup> Tätigkeiten können sein: Telefonate mit Klienten, Familien, gesetzlichen Betreuern, Angehörigen der Klienten, anderen (professionellen) Akteuren

Erwähnenswert erscheinen noch die unabhängig vom kontinuierlichen Kontakt- und Besuchsrhythmus des Fachdienstes notwendig gewordenen außerordentlichen Interventionen durch die Projektmitarbeiterin während des Familienwohnens. In den Jahren 2007-2009 tauchten insgesamt 37 Krisen<sup>8</sup> auf, bei denen 17-mal ein Hausbesuch unumgänglich wurde. Auslöser dieser Krisen waren folgende Faktoren (Doppelnennung möglich):

- Verhaltensauffälligkeiten: N = 30 (Aggression, Unruhe, Weglauftendenz)
- Pflege: N = 2 (Gangstörungen, Beantragung einer Pflegestufe überlegt)
- Wohnraum: N = 4 (Geplanter Umzug der Familie)
- Somatische Erkrankungen: N = 5 (Blutdruckentgleisung, Diabetes-Einstellung)
- sozialer Kontakt: N = 1 (Ängstliche Reaktion auf Besuch in der Familie)
- Finanzen: N = 2 (Regelungen der Bezahlung).

In sieben Krisenfällen wurde die Medikation neu eingestellt. Insgesamt wurden bei 26 Interventionen (unabhängig von Krisensituation) fünfmal die Medikamente umgestellt und neunmal die Psychopharmaka reduziert.

### 1.2.3. Lebenszufriedenheit der Klienten in den Gastfamilien

Um einen Eindruck von der Lebensqualität der Senioren und Seniorinnen in den Gastfamilien zu erhalten, konnten insgesamt acht Bewohner sowohl vor dem Einzug als auch nach circa sechs Monaten Wohnen und Leben in der Familie nach verschiedenen Aspekten befragt werden. Die Klienten wurden<sup>9</sup> gebeten, ihren eigenen Eindruck von ihrer jeweiligen Situation zu schildern. Unter anderem konnten sie zusammenfassend aus den Kategorien „ausgezeichnet“, „gut“, „zufriedenstellend“ und „schlecht“ jeweils eine Bewertung zu folgenden Aspekten abgeben (vgl. Tabelle 3):

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

Tabelle 3: Modellprojekt Kaufbeuren: Befragung zur Lebensqualität der Klienten (abgefragte Items)

<sup>8</sup> Die Projektmitarbeiterin hat an alle Gastfamilien ihre Handy-Nummer weitergegeben, auf welchem sie für Notfälle durchgängig erreichbar ist. Im Rahmen der gerontopsychiatrischen Familienpflege erfolgt keine Bezahlung der Mitarbeiterin für diese Art von Bereitschaftsdienst.

<sup>9</sup> mit Hilfe eines entsprechend gestalteten Fragebogens

Folgende Abbildungen geben einen Überblick zu den Ergebnissen (Abb. 3 und 4):

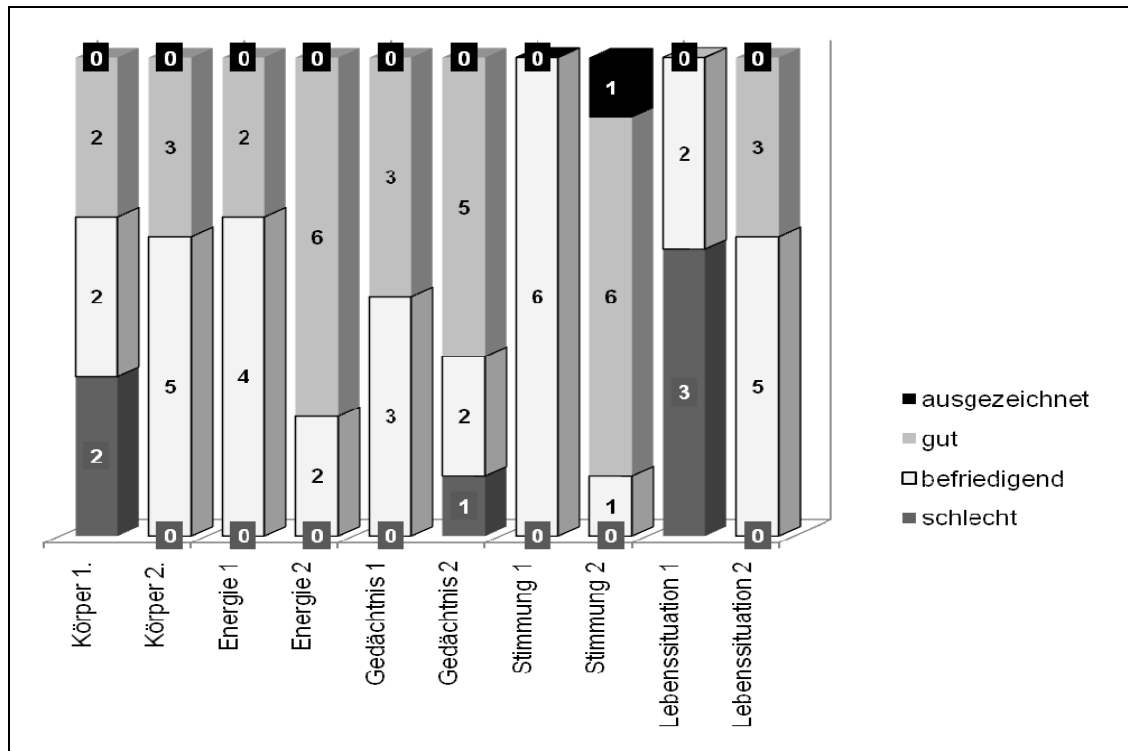


Abb. 3: Modellprojekt Kaufbeuren, Lebensqualität (Selbstbeurteilung) Bewohner/ Bewohnerin (1)

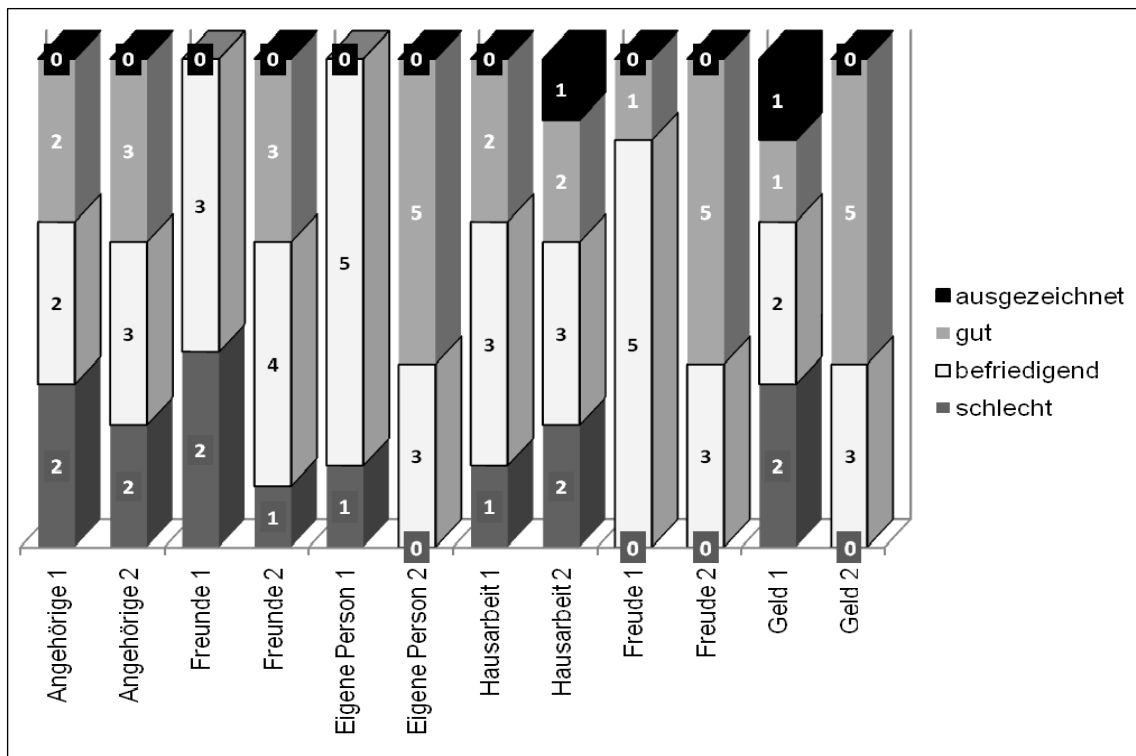


Abb. 4: Modellprojekt Kaufbeuren, Lebensqualität (Selbstbeurteilung) Bewohner/ Bewohnerin (2)

Signifikant sind **in allen Bereichen die positiven Veränderungen** zwischen dem Befragungszeitpunkt 1 (zu Beginn der gerontopsychiatrischen Familienpflege) und Befragungszeitpunkt 2 (nach ca. sechs Monaten). So schätzen nach einem halben Jahr gerontopsychiatrischer Familienpflege drei der Senioren ihre „Lebenssituation“ insgesamt als „gut“ ein (zu Beginn null Personen). Meinten zu Beginn noch drei Personen, dass ihre Lebenssituation „schlecht“ sei, so vergibt nun niemand mehr diesen Wert, sondern fünf Senioren sehen diese als „befriedigend“ an (zu Beginn zweimal „befriedigend“). Daneben ist die Verbesserung besonders auffallend auch noch in den Bereichen:

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

**Im ersten Ergebnis ist damit festzuhalten, dass gerontopsychiatrische Familienpflege die Lebensqualität der Klienten signifikant verbessert.**

#### **1.2.4. Befragung der Gastfamilien**

Im Sinne einer qualitativen Erfassung der Sichtweisen und Bewertungen der Gastfamilien zum Thema gerontopsychiatrische Familienpflege wurden zum Ende des Berichtszeitraumes vier Gastfamilien befragt. Die Hauptbezugspersonen setzten sich zusammen aus je zwei Männer und zwei Frauen, im Alter zwischen 43 und 68 Jahren. Drei von ihnen verfügten über berufliche - eine über ehrenamtliche - Erfahrungen in der Altenpflege. Hinsichtlich der beruflichen Qualifikationen waren zwei examinierte Altenpfleger und eine examinierte Krankenschwester vertreten. Die Senioren lebten seit September bzw. Dezember 2007 sowie seit Dezember 2008 in den Familien. Hinsichtlich der Diagnosen lagen sowohl Depression, paranoide Persönlichkeitsstörung, kognitive Beeinträchtigungen (Demenz) aufgrund von Alkoholabhängigkeit sowie Doppeldiagnose Demenz und Depression vor.

Im narrativen Interview äußerten sich die Befragten zu ihrer Erwartungshaltung „Gestaltet sich die Familienpflege so, wie Sie sich das vorgestellt haben?“ folgendermaßen:

- A. habe sich „das schwieriger vorgestellt“; wobei die ersten drei Monate nicht so einfach gewesen seien, da die Seniorin (Frau X.) „sich gedacht habe, sie käme in ein 3-Sterne-Hotel“: man habe sie „erstmal runterholen müssen“; der Gastfamilie sei es jedoch gelungen, Frau X. zu aktivieren und zu mehr Eigenverantwortung zu bewegen; Frau X. gehöre inzwischen dazu und sei als Familienmitglied angenommen
- B. hätte es sich „nicht so richtig vorstellen“ können und hätte es zuerst „wie mit einem Gast“ versucht, aber nun sei „etwas ganz Neues“ entstanden; auch hier gab es in der Eingewöhnungsphase „große Anfangsschwierigkeiten“, aber nun verfügt B. über „Erfahrungswerte“ und konnte sich darauf einstellen, dass „es Dinge gibt, die - wenn man sie auch mehrfach sagt - einfach nicht funktionieren“; B. hat einerseits viele Rituale entwickelt, damit ihre Klientin sich sicher fühlen kann und sich andererseits an „die enorme Langsamkeit“ ihrer 72jährigen Klientin gewöhnt
- C. erlebt den Alltag der gerontopsychiatrischen Familienpflege angenehmer als erwartet, da die Klientin (Frau Z.) „nicht so in die Familie reindränge“; das sei anders, als er es vorher erlebt habe, als schon zweimal - allerdings auf privater Basis - ältere Menschen in der Einliegerwohnung seines Hauses gewohnt hätten; Frau Z. sei aber in die Familie integriert, nehme an den Mahlzeiten der Familie teil und auch die Kinder kümmern sich um die alte Dame; die Familie müsse sich jedoch auch „abgrenzen“ und so gebe es „Orte und Zeiten“, die für Frau Z. „tabu“ seien
- D. konnte diesbezüglich keine Angaben machen.

Zu dem Aspekten „Was finden Sie besonders gut?“ gaben drei der vier Interviewten an, dass auch der „finanzielle Anreiz“ für sie bedeutsam sei. Dies wurde jedoch immer an letzter Stelle geäußert. Zuvor wurde als besonders positiv benannt:

- A. bezeichnet das Leben von Frau X. in ihrem Haus als „Abwechslung und Bereicherung“, diese sei „so dankbar für jede Freundlichkeit“ gewesen; jetzt<sup>10</sup> sei es so ruhig im Haus: „irgendetwas fehlt“; A. hofft, „dass bald jemand wieder kommt“; die Tochter von A. (Alter: ca. Anfang 20) äußerte ihre veränderte Einstellung und ihre positiven Erfahrungen so: „alte Menschen sind so herzlich und man kann sich mit ihnen unterhalten“

---

<sup>10</sup> Frau X. war Weihnachten 2009 plötzlich an einem Herzinfarkt verstorben

- B. hat sich auf ihre Klientin eingestellt, wenn „jeder seinen Bereich“ habe, dann funktioniere es gut; man lerne voneinander und es gäbe „eine gegenseitige Wertschätzung“, nicht die „obenstehende Gastfrau und die kleine Hilfsbedürftige“
- C. erlebt es als „prinzipiell sehr hilfreich, dass alte Menschen in einem natürlichen Umfeld ihr Leben zu Ende bringen können und nicht im Heim“; für seine Familie sei es gut, wenn die Kinder<sup>11</sup> damit groß werden, „dass man Alte oder Schwache integriert“
- D. : für ihn als Rentner sei positiv, dass „Struktur in den Tag“ komme und er „eine Aufgabe“ habe.

Im Hinblick auf die Frage, was als „besonders schwierig“ erlebt wurde, gaben die Hauptbezugspersonen an:

- A.: „das Pfeifen und blöde Lieder singen“ von Frau X. habe „genervt“ und man habe „sich mal angezickt“, dann sei es aber auch wieder gut gewesen
- B.: erlebt es als schwierig, dass sich ihre Klientin (Frau Y.) „kaum an Termine halten“ könne und so eine „lange Anlaufzeit“ habe; außerdem habe Frau Y. viele Ängste und das sei nicht immer einfach, diese „wieder zu relativieren“ bzw. darauf zu kommen oder daran zu denken, was alles Ängste auslösen könne
- C.: äußert sehr spontan, dass „nichts“ besonders schwierig sei; verändert habe sich, dass man nicht mehr „spontan etwas unternehmen“ könne, da Frau Z. „eine hohe Kontaktfrequenz“ benötige und so sei immer eine „relativ lange“ Vorplanung notwendig, um eine Vertretung (Freunde/Nachbarn) zu organisieren, die sich dann um Frau Z. kümmern
- D.: manchmal sei es problematisch, da ein paar Eigenheiten des Klienten da seien und der müsse immer wieder motiviert werden zur Beteiligung am Alltagsleben; Herr W. sei häufig so antriebslos und depressiv und dann müsse D. ihn „ein wenig stupsen, sonst bekommen wir Probleme“; D. resümiert, dass „es nicht immer einfach“ sei, weder für ihn noch für Herrn W.

Auf die Frage, ob sich der Klient verändert habe, resultierten folgende Antworten:

- A.: Frau X. habe sich nach drei Monaten positiv verändert, war „am Anfang sehr ruhig“ und habe dann „nach dem Einleben Interesse gezeigt“ und von sich aus

---

<sup>11</sup> neun, vierzehn und sechszehn Jahre alt

Kontakt zu Familienmitgliedern (auch zum Enkel) aufgenommen und sich z.B. erkundigt, wie es auf der Arbeit gewesen sei

B.: die Ängste von Frau Y. seien geringer geworden, am Anfang sei es „unglaublich“ gewesen, was Frau Y. „da für Sorgen“ gehabt hätte, jetzt seien „bis auf so kleine Hindernisse die Ängste alle minimalisiert“, Frau Y. mache insgesamt „einen ausgeglichenen Eindruck“

C.: insgesamt sei bei Frau Z. sowohl körperlich als auch kognitiv eine Verschlechterung eingetreten

D.: der gesundheitliche Zustand sei schlechter geworden, Herr W. stürze ohne „Vorankündigung“ und durch einen Oberschenkelhalsbruch ginge das Laufen schlechter.

**Befragt danach, ob sie wieder eine gerontopsychiatrische Familienpflege beginnen würden, antworteten drei Gesprächspartner eindeutigen positiv.** Lediglich D. machte eine zögernde Aussage im Sinne von: „Ich glaube schon.“ Von B. wurde ergänzt, dass man „sich darauf einstellen muss und die eigene Lebenssituation anpassen“. Als „unabdingbare Voraussetzungen“, damit Familien gerontopsychiatrische Familienpflege übernehmen könnten, wurden u.a. folgende Fähigkeiten benannt:

- Kontaktfreudigkeit
- Kompetenzen in der Akzeptanz von Menschen mit deren Eigenheiten
- Flexibilität gepaart mit der Fähigkeit zur strukturierenden Vorgaben (und deren Durchsetzung)
- Geduld und Empathie sowie grundsätzlich eine
- „gefestigte Persönlichkeit“.

Hinsichtlich der äußeren Rahmenbedingungen wurde mehrfach betont, dass die Familie grundsätzlich eine gastfreundliche Einstellung haben sollte. Die Befragten stellten ebenfalls die Bedeutung der räumlichen Abgrenzung mit einem eigenen Wohnbereich/Zimmer und separaten Bad für die Pflegeperson heraus.

Einmütig wurde die „Wichtigkeit einer äußeren Begleitung“ durch den Fachdienst angesprochen. Begründet wurde dies u.a. mit folgenden Komponenten:

- man könne um Rat fragen
- organisatorische Unterstützung

- fachliche Tipps zu erhalten
- um die Problematik der Klienten zu verstehen sowie
- zur Reflektion und zur Kontrolle.

Pointiert fasste Herr D. die Bedeutung des Fachdienstes zusammen: „Dass da jemand ist, den man anrufen kann“.

Drei der Befragten können sich vorstellen, ihre **Klienten bis zum Tode - auch bei stärkerer Pflegebedürftigkeit und weiterem Voranschreiten des kognitiven Abbaus (der Demenzerkrankung) - zu versorgen**<sup>12</sup>, wobei in einem Fall die baulichen Gegebenheiten (Treppen in den ersten Stock) ein Problem darstellen. Auch hier sei an den Abschluss ein Zitat gestellt: „Es müsste schon viel passieren, dass ich die Familienpflege abbrechen würde.“

Zusammenfassend lässt sich somit ein **positives Fazit hinsichtlich der Zufriedenheit der Familien mit ihrer Tätigkeit** ziehen. Die Erfahrungswerte belegen, dass Familien sich auf eine ca. **dreimonatige Eingewöhnungsphase** einstellen sollten. Wichtig erscheint, dass Familien / Personen, die gerontopsychiatrische Familienpflege übernehmen wollen, eine **gastfreundliche Einstellung** haben. Ebenso dürfte für das Gelingen des Zusammenlebens von Gastfamilien und Senioren die **räumliche Abgrenzung** (eigener Wohnbereich / Zimmer und separates Bad für die Pflegeperson) von Bedeutung sein. Hinsichtlich **persönlicher Eigenschaften und Kompetenzen** kristallisieren sich Elemente wie **Flexibilität, Strukturierungsfähigkeit, Durchsetzungsvermögen, Geduld und Empathie** sowie grundsätzlich eine **gefestigte Persönlichkeit** heraus. Die unterstützende Begleitung durch den Fachdienst wird von den Familien als eine unerlässliche Notwendigkeit eingeschätzt. Nach den bisherigen Erfahrungen sollte das **Eintreten von somatischer Pflegebedürftigkeit keine negativen Auswirkungen** auf die Aufrechterhaltung der Familienpflege seitens der Familien haben.

---

<sup>12</sup> Ein Interviewpartner wollte dazu keine Angaben machen.

### **1.3. Weiteres Vorgehen**

Ein Schwerpunkt des letzten Modelljahres wird das Thema „Regelfinanzierung“ der Fachleistungsstunden sein. Hier spielt die Diskussion um das - derzeit in vielen Zusammenhängen virulente - Thema Leistungen zur „Teilhabe am Leben“ (früher Eingliederungshilfe nach SGB XII) eine gewichtige Rolle. Im Diskurs steht dabei die Leistungsberechtigung für Personen über 65 Jahre und insbesondere noch einmal für Demenzkranke. Ziel des Modellprojektes zum Berichtszeitpunkt ist das Erreichen einer „Mischfinanzierung“ durch die Kostenträger der Kranken- und Pflegekassen sowie des Bezirkes. Des Weiteren wird die Überleitung der Modellaufgaben der gerontopsychiatrischen Familienpflege - Tätigkeit des Fachdienstes mit Schaffung entsprechender Strukturen - in eine Alltagsversorgung eine wichtige Aufgabe sein. Die f/w Begleitung ist nach allen bisherigen Beobachtungen der Tätigkeit des Modellprojektes der Überzeugung, dass die hohe Qualität der fachlichen Arbeit auch nach der Beendigung der Modellphase vom Team der (gerontopsychiatrischen) Familienpflege in Kaufbeuren gesichert werden wird.

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

Das Modellprojekt "KompetenzNetz Demenz. Integration der Bevölkerungsgruppe demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen in Augsburg" startete am 01.04.2007 mit einer ersten Laufzeit von drei Jahren seine Arbeit (Bevolligungszeitraum: 01.04.07 - 31.03.10). Die ursprüngliche personelle Ausstattung zu Projektbeginn beinhaltete eine Projektleitung (Dipl.-Sozialpädagogin / zertifizierte Case Managerin mit einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden) sowie eine Projektmitarbeiterin (examierte Krankenschwester / Dipl.-Sozialpädagogin / zertifizierte Case Managerin mit einer Wochenarbeitszeit von 35 Stunden). Im Laufe des Jahres 2008 erfuhr das Projekt bereits einige personelle Veränderungen, da die Projektmitarbeiterin das Modellprojekt zu Anfang des Jahres 2008 verlassen hatte. Die Aufgaben wurden neu verteilt, so dass im Modellprojekt neben der Projektleitung für das Arbeitsgebiet „Öffentlichkeitsarbeit“ seit 01.04.2008 eine Dipl.-Betriebswirtin (mit Erfahrungen in der Öffentlichkeitsarbeit / 15-Wochenstunden) sowie für das Teilprojekt „Wohnungswirtschaft“ seit 01.12.2008 eine Dipl.-Pädagogin (mit 20-Wochenstunden) tätig sind. Im Laufe des Jahres 2009 kam es aufgrund der Elternzeit der bisherigen Projektleitung auch in dieser Position zu einem Wechsel. Im September 2009 begann die neue Mitarbeiterin (Dipl.-Sozialpädagogin, Case Managerin, bisher tätig in einer Fachstelle „Ambulante Sozialarbeit Gerontopsychiatrie“) ihre Arbeit im Modellprojekt. Als unterstützende Projektberatung agiert die Geschäftsführung der AWO Betriebs-träger- und Projektentwicklungsgesellschaft mbH Augsburg.

Aufgrund seiner erfolgreichen Arbeit wurde die Modellförderung im September 2009 von den Förderern um zwei weitere Jahre verlängert (bis 31.03.2012).

### 2.1. Ziel der Modellkonzeption

Grundlegendes Ziel des Modells ist die "**Vernetzung von Dienstleistungsstruktur und bürgerschaftlichem Engagement zur Entwicklung einer neuen städtischen Lebens- und Verhaltenskultur im Umgang mit Demenz**". Dabei sollen insbesondere die vorhandenen Ressourcen zusammengeführt und miteinander vernetzt werden. Geplant ist, damit zugleich Grundlagen für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Demenzkranke zu schaffen.

Als Schwerpunkte der Arbeit sieht die Konzeption u.a.<sup>13</sup> vor:

- Sicherung der Integration und der Akzeptanz der Erkrankten im Wohnviertel
- die Entwicklung von Konzepten mit der Wohnungswirtschaft sowie
- die Erleichterung des Zugangs zu professioneller Hilfe und Case Management .

Die folgende Abbildung 5 zeigt den modifizierten Projektstrukturplan (Stand: Juni 2009).

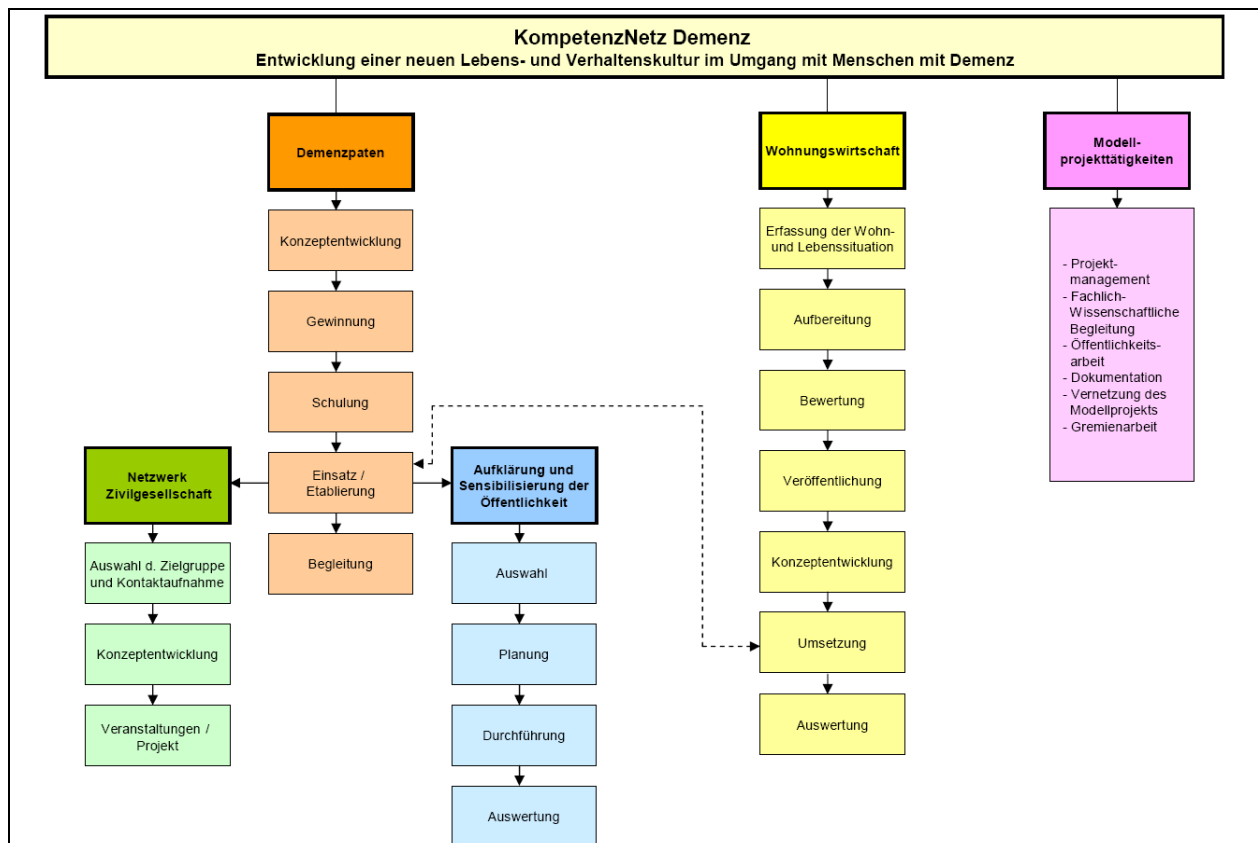


Abb. 5: Modellprojekt Augsburg, Projektstrukturplan 2009

## 2.2. Umsetzung und Ergebnisse für das Jahr 2009

### 2.2.1. Demenzpaten

Bereits im Zwischenbericht für das Jahr 2008 wurde beschrieben, dass dieser Projektbaustein durch eine Modifizierung der diesbezüglichen Tätigkeit des Modellprojektes - insbesondere eine stärkere Beachtung der Kriterien eines modernen bürgerschaftlichen Engagements - eine sehr positive Entwicklung nahm. Diese wurde in ebenso bemerkenswerter Art und Weise im Jahr 2009 fortgesetzt. Bereits jetzt ist festzuhalten, dass das KompetenzNetz Demenz in Augsburg mit der konzeptionellen Idee der Demenzpaten **einen tatsächlich innovativen Versorgungsbaustein**

<sup>13</sup> Vgl. zur Weiterentwicklung der konzeptionellen Ziele des Modellprojektes im Zwischenbericht für das Jahr 2008, S. 21ff.

im Bereich der Demenz-Thematik entwickelt hat und diesen auch entsprechend umsetzt.

Im Frühjahr und Herbst wurden wieder **zwei Schulungen** für Demenzpaten mit insgesamt zwölf Teilnehmern durchgeführt. Als sehr erfolgreich erwies sich die Weiterentwicklung der Schulungsinhalte. So gestalten jetzt bereits aktive Demenzpaten einen Teil der Schulungsblöcke mit, wobei sie aus ihren Erfahrungen in ihrer Tätigkeit als Demenzpate berichten und u.a. auch zum Thema „Ich bin Demenzpate und das bedeutet...“ referieren. Zum 31.12.2009 waren insgesamt 23 Demenzpaten im Projekt tätig, von denen Sechzehn sehr rührig in ihrem bürgerschaftlichen Engagement aktiv<sup>14</sup> sind.

Anfang des Jahres entstand im Zuge der monatlichen Fachtreffen für die Demenzpaten die Idee, einen „**Stammtisch**“ einzurichten. Nach Angaben der Projektleitung entstand dieser Gedanke aufgrund der Tatsache, dass die monatlichen Demenzpatiententreffen (Dauer jeweils drei Stunden) aufgrund der Fülle an Informationen, Absprachen und Berichte immer sehr gedrängt seien: „Zeit zum Austausch bleibt nicht.“ Der Stammtisch soll dem Erfahrungsaustausch unter den Demenzpaten, der weiteren Festigung der Gruppe („Wir-Gefühl“) als auch als Ort für soziale Kontakte und „Ideenbörse“ dienen. Inzwischen läuft dieser „Treffpunkt“ unter eigenverantwortlicher Regie der Demenzpaten (die Teilnahme ist freiwillig) sehr gut. Auch mit diesem Schritt agierten die Mitarbeiterinnen hervorragend nach den Prinzipien des modernen bürgerschaftlichen Engagements.

Zur **Evaluierung der Tätigkeit der Demenzpaten** wurden von der f/w Begleitung im vergangenen Jahr zwei Erhebungen durchgeführt. Dabei kam zweimal die Methode von Gruppeninterviews, zum zweiten Erhebungszeitpunkt gekoppelt mit einer individuellen Befragung durch einen teilstrukturierten Fragebogen, zur Anwendung. Ziel der Befragung war die Evaluation der Tätigkeitsbereiche, der Motivation als auch der Wirksamkeit und eigenen Erfolgseinschätzung der Demenzpaten. Hintergrund für diese Schwerpunktsetzung war u.a. die auch im Jahr 2009 anhaltende Identitätssuche der Demenzpaten für ihre Arbeit. Hierbei spielt nach wie vor eine Rolle, dass sie aus vereinzelt subjektiver Sicht „nur indirekt“ für die Demenzkranken und deren An-

---

<sup>14</sup> nach der internen Definition des Modellprojektes

gehörigen tätig sind. Dies führt immer wieder zu Unsicherheiten und beharrlichen Diskussionen in der Gruppe. Daraus ergab sich der Wunsch der Demenzpaten Rückmeldungen zu folgenden Aspekten zu erhalten:

- zu ihrer Wirksamkeit
- zur Frage, wie kommen sie bei ihren Kontaktpartnern an
- ist eine Veränderung zum Thema Demenz im Quartier bemerkbar (Haltung bzw. Einstellung zur Krankheit)?

Die zuerst von der f/w Begleitung angedachte möglichst flächendeckende Befragung im Quartier und bei den Zielgruppen, die von Demenzpaten ventiliert werden, musste alsbald fallengelassen werden. Die Demenzpaten sind inzwischen in fünfzehn Stadtteilen aktiv und zu vielfältigsten Zielgruppen im Kontakt, so dass eine sinnvolle Befragung mit aussagekräftigen Ergebnissen im Rahmen dieser Studie nicht leistbar gewesen wäre. Die durchgeführten Evaluationen liefern nun Ergebnisse zu o.g. Aspekten, wie auch zu weiteren Gesichtspunkten ihrer Tätigkeit (Zielgruppen, Vorerfahrungen, notwendige Kompetenzen usw.). Die Resultate der Demenzpaten-Evaluation werden im Folgenden vorgestellt.

Am **Gruppeninterview im Juli 2009** nahmen vierzehn Demenzpaten teil. Die f/w Begleitung erlebte die beeindruckende Vielfalt als auch Lebendigkeit des Engagements der Demenzpaten. Beispielhaft seien hier (im Juli 2009 aktuelle) **Tätigkeitsfelder** aufgeführt:

- Demenzpate (DP) 1: Teilnahme als Ansprechpartner und mit Infomaterial am „Tag der Jugend“ in der **Stadtbücherei** - Kontakt zu vielen Schulklassen
- DP 2: organisierte mit zweiter Demenzpatin völlig eigenständig Informationstisch bei dem Pfarrfest in ihrer **Kirchengemeinde**
- DP 2: Vortrag und Informationstisch bei PIKASSO Augsburg (**Zentrum für seelische Gesundheit im Alter**)
- DP 3: Kontaktaufbau zum **Zentralklinikum in Augsburg**, Teilnahme an Einweihung neuer Station; persönliches Gespräch mit Krankenhauseelsorgerin (daraus folgt Vortrag des DP zum Thema Demenz vor siebzig ehrenamtlichen Mitarbeitern des Krankenhaus-Besuchsdienstes)
- DP 3: Zentralklinikum Augsburg: Leiter der Abteilung Öffentlichkeitsarbeit stimmt zu, dass Demenzpaten jeden letzten Dienstag im Monat im Foyer des Krankenhauses einen Info-Tisch anbieten können (dieses Angebot läuft inzwischen sehr

- gut und wird von Besuchern, Patienten und Mitarbeitern des Krankenhauses stark frequentiert); die Demenzpaten organisieren dieses Angebot selber und sind jeweils immer zu Zweit als Ansprechpartner von 14 Uhr bis 19 Uhr anwesend
- DP 4: **Rathaus Augsburg** und **Krankenhaus Haunstetten**: kontinuierliche Verteilung von Infomaterial, „Demenz-Plakat“ aufgehängt (Die DP führt aus, dass sie keine Kontrolle über die Entnahme der Infolyer habe: „das war halt weg, das Material, aber das ist ja schon mal was, wenn’s die Leute in die Hand nehmen!“); DP 4 recherchiert kontinuierlich weitere Möglichkeiten zur Aufhängung des Demenz-Paten-Plakates“, sie ist z.B. „unterwegs in Massagepraxen und Gärtnereien“ und schaut „gerade, wo überall Glastüren sind, weil da Plakate aufgehängt werden können“
  - DP 5: **Bibliothek im Zentralklinikum Augsburg**: Durchführung literarischer Lesung und Organisation einer Bilder-Ausstellung im Jahr 2010 (Hälfte des Erlöses spendet DP 5 an Bibliothek)
  - DP 4: Kontakt zum Stützpunkt Haunstetten der Berufsfeuerwehr, die aber ablehnte, da „die Feuerwehr in Augsburg schon Bescheid“ wüsste (die Irritation der DP 4 konnte aufgelöst werden durch den Bericht von DP 6)
  - DP 6: Kontakt zu **Berufsfeuerwehr Augsburg** (stellvertretenden Kommandanten): bringt das Thema bei Kommandantensitzung ein und entscheiden dann für Vorgehen in Stützpunkten und bei Freiwilliger Feuerwehr
  - DP 7: Vorstellung bei **regionalem ARGE-Treffen** mit Angebot von Info-Vorträgen zum Thema „Demenz“; daraufhin meldete sich die **Sanitätskolonne Lechhausen** (Ehrenamtliche des BRK) und buchte eine Abendveranstaltung
  - DP 7: angesprochen von **Seniorenbeirätin** (diese hatte Plakat der Demenzpaten bei der Sparkasse gesehen) mit Bitte um Mitgestaltung/-wirkung bei großer Veranstaltung der **Kirchgemeinden im Quartier in Kooperation mit Caritas und Diakonie**)
  - DP 8: **Berufsschule Pharmazeutisch-technische Assistenten**: Einbringung des Themas „Demenz“ im kommenden Schuljahr (Kontaktaufbau über Nachbar von DP 8, dieser ist Lehrer an der Berufsschule); DP 8 ist Apothekerin und betont, dass es „gut“ sei, dass sie „jetzt soviel über Demenz“ wisse, da sie „jetzt ihren Kunden weiterhelfen“ könne, die „von Hausärzten links liegen gelassen werden“
  - DP 9: Kontaktaufbau in **Hauptschule Hochzoll**: u.a. Gespräch mit Lehrerin, die verantwortlich für Sozialpraktika aller Hauptschulen in Augsburg; DP 9 hat die

Idee, einen Sozialbaustein zum Thema „Demenz, Altenpflege“ für den Unterricht zu entwickeln

- DP 10: setzt auf Begegnungen im Alltag, z.B. wenn er per Anhalter fährt und gefragt würde, was er denn so tut und dann von Demenzpaten erzählt (oder „bei den Ärzten“ in der Rehabilitationsklinik)
- DP 11: regelmäßige Schulung für Polizeischüler der **Bayerischen Bereitschaftspolizei** zum Thema Demenz.

Beim zweiten Gruppeninterview zu Ende des Berichtszeitraumes nahmen neun Demenzpaten teil. Bei der zusätzlichen Fragebogenaktion wurden 22 Fragebögen verteilt. Der Rücklauf betrug N = 15.<sup>15</sup>

Das Durchschnittsalter dieser Gruppe lag bei 58 Jahren (46-68J.). Einen Überblick zur Geschlechterverteilung sowie zur Berufstätigkeit und vorausgehenden ehrenamtlichen Erfahrungen zeigt folgende Abbildung (Abb. 6).

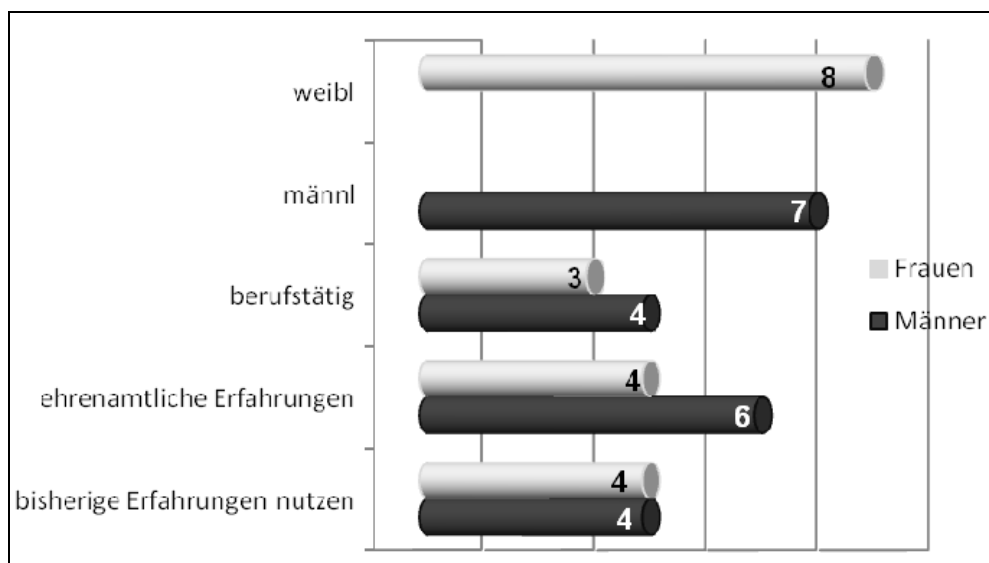


Abb. 6: Modellprojekt Augsburg, Daten Demenzpaten

Abbildung 6 veranschaulicht ebenfalls, dass 53% der Befragten der Ansicht sind, dass sie ihre beruflichen Erfahrungen / Kontakte für ihre Tätigkeit als Demenzpate nutzen können. Als Begründungen dafür wurden u.a. angegeben:

- vorhandenes Wissen über Sozialrecht, entsprechende Kontakte zu relevanten Personen

<sup>15</sup> Zusätzlich meldete sich eine Demenzpate persönlich per Brief bei der f/w Begleitung, die aufgrund „ihrer persönlichen Konstellation“ sich derzeit nicht aktiv am Demenzpaten-Projekt beteiligen könne und „zur gegebenen Zeit“ den Fragebogen ausfüllen werde.

- pharmazeutische Kenntnisse (Erkennen von Arzneimitteln) und damit die Möglichkeit einer gezielten Beratung von Patienten
- Erfahrung in Schuldnerberatung (Menschen in psychosozialen Notlagen)
- Erfahrung in Präsentation, Schulung, Beratung an Schulen sowie in betrieblicher Aus- und Weiterbildung, geschäftliche Kontakte zu Entscheidungsträgern
- Erfahrungen in Vortragstätigkeit, berufliche Kontakte
- Führung von Menschen in Notlagen durch Ausbildung beim Bundesverband der DLRG-Rettungssanitäter oder
- Gespräche auf Grundlage persönlicher Erfahrungen mit demenzkranken Menschen.

Die **Demenzpaten** sind zum Ende des Jahres **2009** in **fast allen Stadtteilen Augsburgs** tätig. Die folgenden Abbildungen 7 und 8 veranschaulichen, dass eine Konzentration der Demenzpaten-Tätigkeit im Zentrum Augsburgs liegt. Hier wäre wünschenswert, dass im weiteren Verlauf des Modellprojekts sowohl in den noch fehlenden Stadtteilen als auch in den bisher nur mit wenigen Demenzpaten ausgestatteten Außenbezirken sich bürgerschaftlich Engagierte für das Projekt finden lassen.

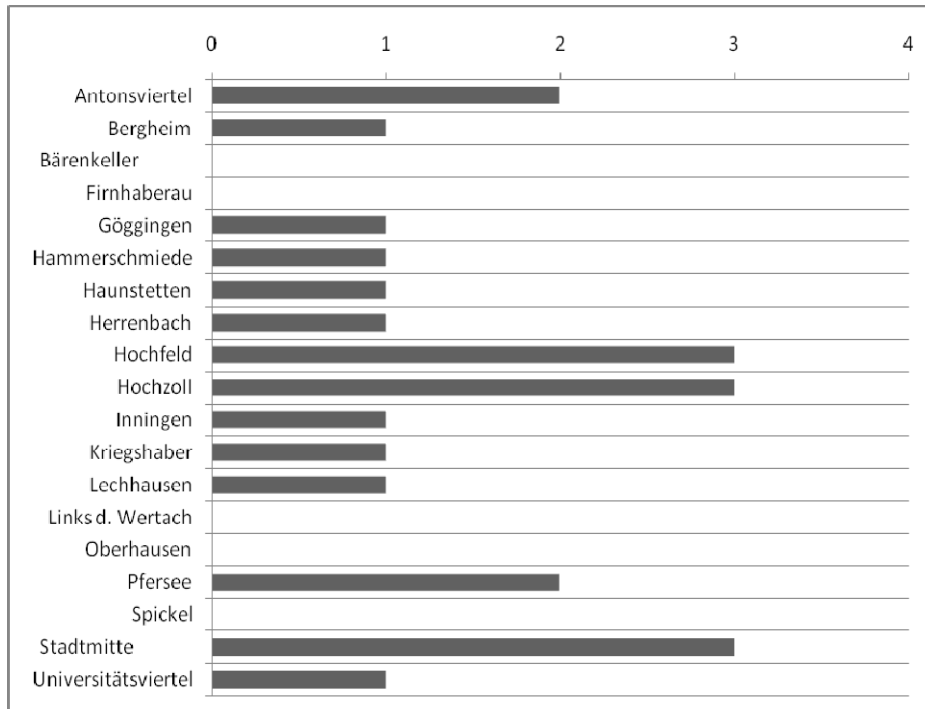


Abb. 7: Modellprojekt Augsburg, Verteilung der Demenzpaten in den Stadtteilen (1)

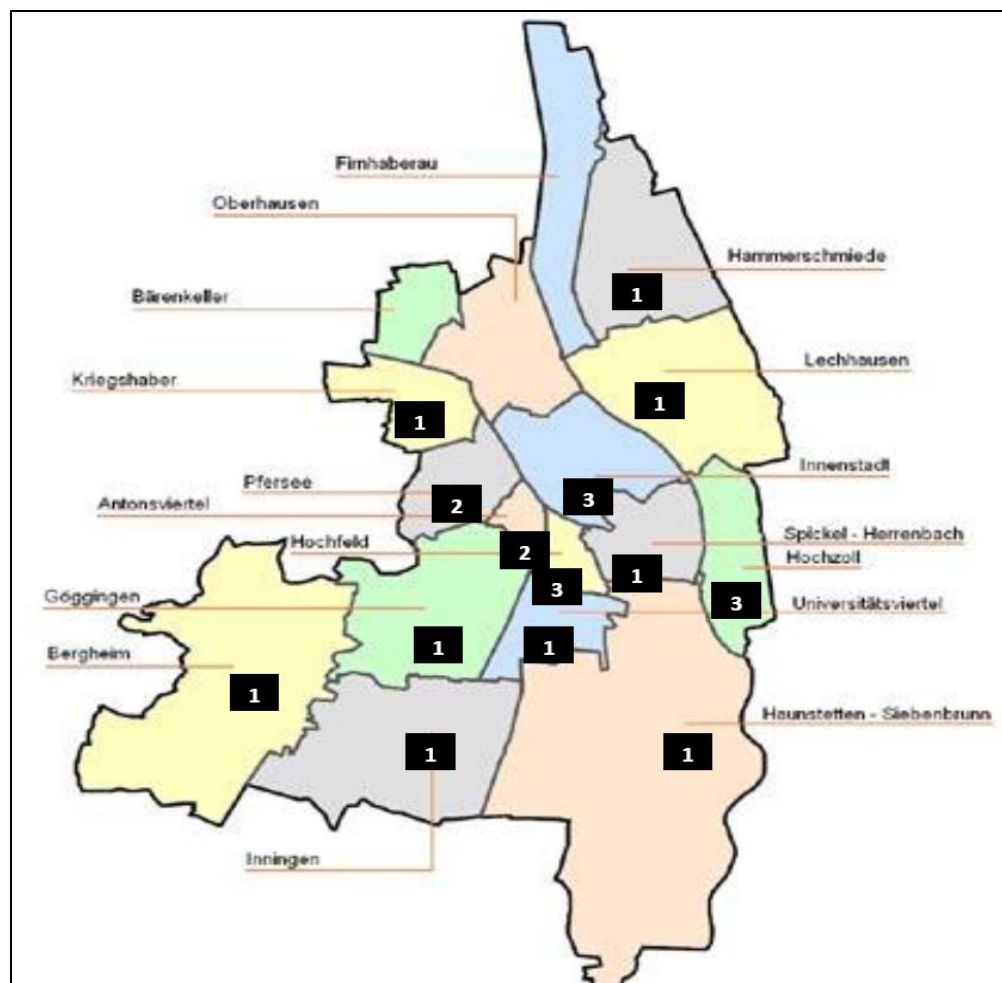


Abb. 8: Modellprojekt Augsburg, Verteilung der Demenzpaten in den Stadtteilen (2)

Bezüglich der **notwendigen Kompetenzen von Demenzpaten** wurde bereits im „Leitfaden für Demenzpaten“<sup>16</sup> (erstellt vom Modellprojekt gemeinsam mit den Demenzpaten im März 2009) eine Kriterien-Liste erarbeitet. Anhand dieses Kataloges wurden nun die Demenzpaten nach ihren Erfahrungswerten zu den fünf wichtigsten persönlichen Eigenschaften, die ein Demenzpate mitbringen sollte, befragt. Die Antworten zeigen (vgl. Abb. 9), dass nach Einschätzung der Ehrenamtlichen an oberster Stelle eine **gute Vorbereitung hinsichtlich fachlicher und sozialer Kompetenzen** steht. Als weiterhin wichtige Faktoren werden angesehen, dass Demenzpaten „**verständnisvoll**“ und „**kommunikativ**“ sind.

<sup>16</sup> Vgl. im Anhang des Zwischenberichtes für 2008, S.59ff.

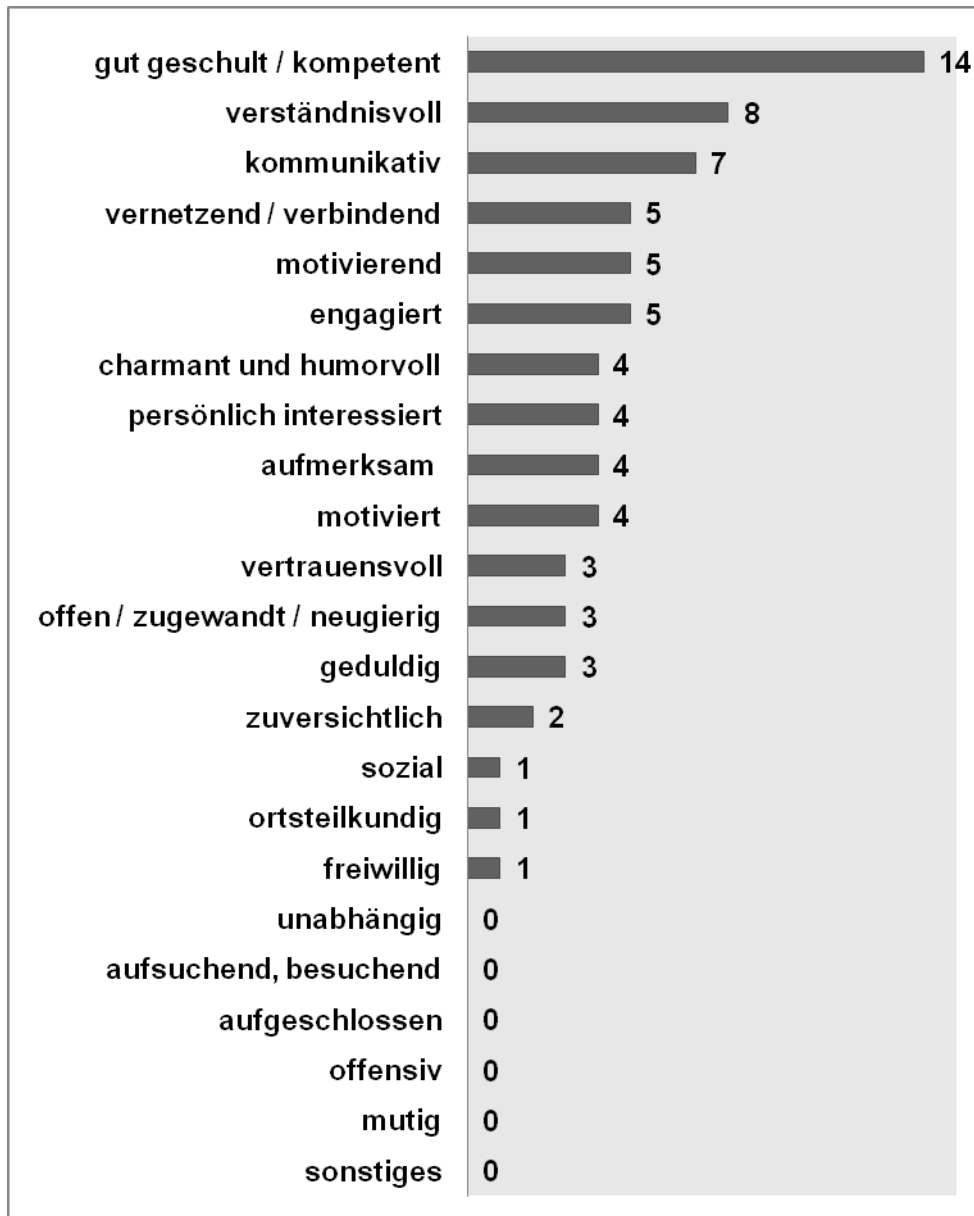


Abb. 9: Modellprojekt Augsburg, notwendige Kompetenzen der Demenzpaten

So halten auch **100% der Befragten eine Schulung vor Beginn der Tätigkeit als Demenzpate für zwingend** notwendig. Gefragt nach der Begründung, ergaben sich folgende - am häufigsten genannten - Faktoren:

- Wissen zum Krankheitsbild Demenz (N = 11)
- Informationen zu den vorhandenen Hilfsangeboten und Netzwerken (N = 9)
- Kompetentes, sicheres Auftreten in der Öffentlichkeit (N = 8)
- Schulung zu Kommunikationsmöglichkeiten (N = 5)
- Spektrum möglicher Tätigkeitsfelder kennenlernen (N = 6)
- Einstieg erleichtern, Kennenlernen der anderen Demenzpaten, Motivation (N = 5).

Als treffende Zusammenfassung sei die Aussage eines Demenzpaten zitiert: „Ohne Ausbildung kommt nur dummes Zeug raus!“.

Eine **regelmäßige fachliche Begleitung** (monatliche Treffen) **befürworteten 93 %** der Demenzpaten. Insbesondere Anliegen wie

- Erfahrungsaustausch, Reflektion und Supervision mit zwölf Nennungen
- Überprüfung, Vertiefung, Aktualisierung des eigenen Wissens (zehn Nennungen) sowie
- „sorgt für Rückhalt“, Förderung der Motivation, „gibt eine Art Anerkennung“ mit insgesamt sechs Nennungen

sind diesbezüglich den Demenzpaten wichtig. Fünf der Demenzpaten würdigen, dass sie so regelmäßig Informationen zu aktuellen Themen und Veranstaltungen erhalten.

Die Bandbreite der Aktivitäten der Demenzpaten bestätigte sich auch zum zweiten Erhebungszeitpunkt. Anhand des bereits erwähnten „Leitfadens für Demenzpaten“ wurden potentielle Kontakt-Gruppen und -Personen in den Stadtteilen in zwei **Zielgruppen** eingeteilt. Zur ersten zählen mögliche Ansprechpartner, bei denen davon auszugehen sei, „dass sie schon etwas für das Thema sensibilisiert sind“. Die zweite wurde definiert als „Gruppen / Personen, für die das Thema scheinbar neu ist“. Die Verteilung der Kontakte der Demenzpaten zu diesen Gruppen zeigen die folgenden Abbildungen: Anzahl der Demenzpaten mit Kontakten in der Zielgruppe 1 (Abb. 10) sowie in der Zielgruppe 2 (Abb. 11). Auffallend ist, dass bei den als „sensibilisierter“ angenommenen Zielgruppe an vorderster Stelle **Kirchgemeinden** stehen, bei der Zielgruppe 2 sind es die **Nachbarn der Demenzpaten**. Diese Ergebnisse entsprechen den Daten des bundesweiten „Freiwilligensurveys“, das seit 1999 im Auftrag der Bundesregierung erhoben wird. Dessen Erhebungen belegen, dass bürgerschaftlich Engagierte insgesamt „sozial stärker integriert“ seien. Hinsichtlich sozial-kultureller Merkmale stehen nach dem „Freiwilligensurvey“ **gute soziale Einbindung** sowie **Kirchenbindung** an vorderster Stelle.

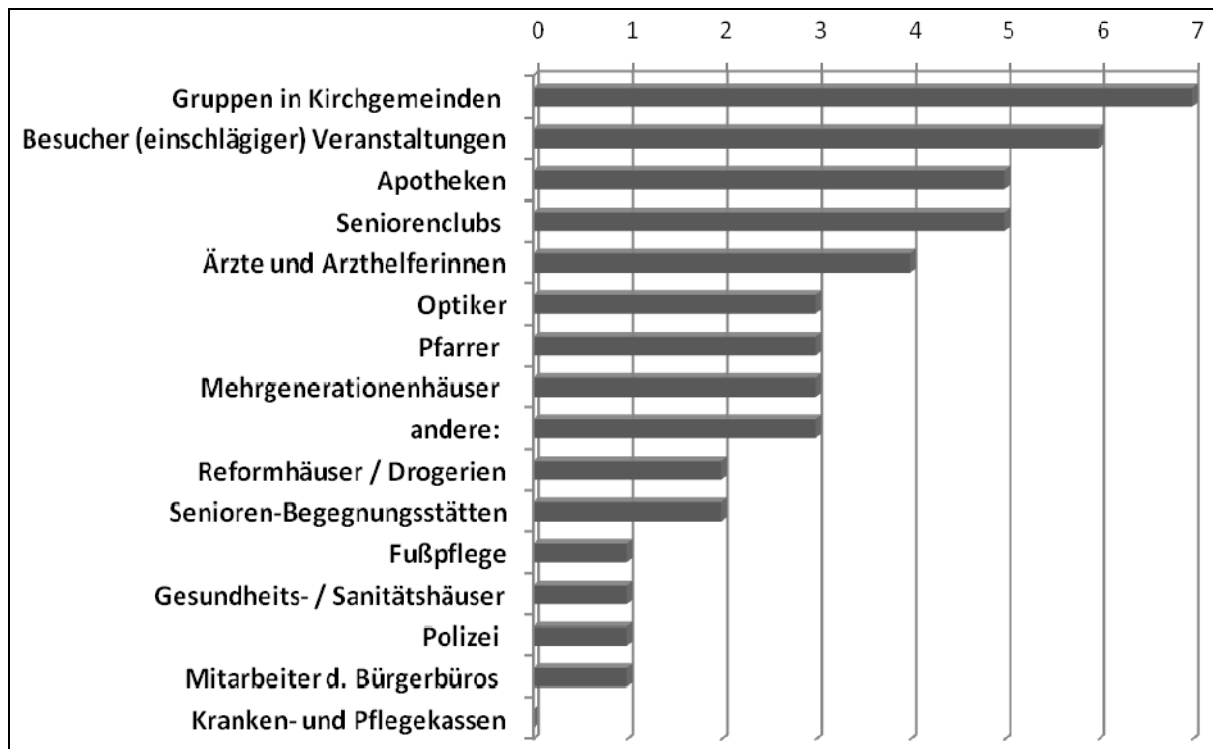


Abb. 10: Modellprojekt Augsburg, Anzahl der Demenzpaten mit Kontakten in der Zielgruppe 1

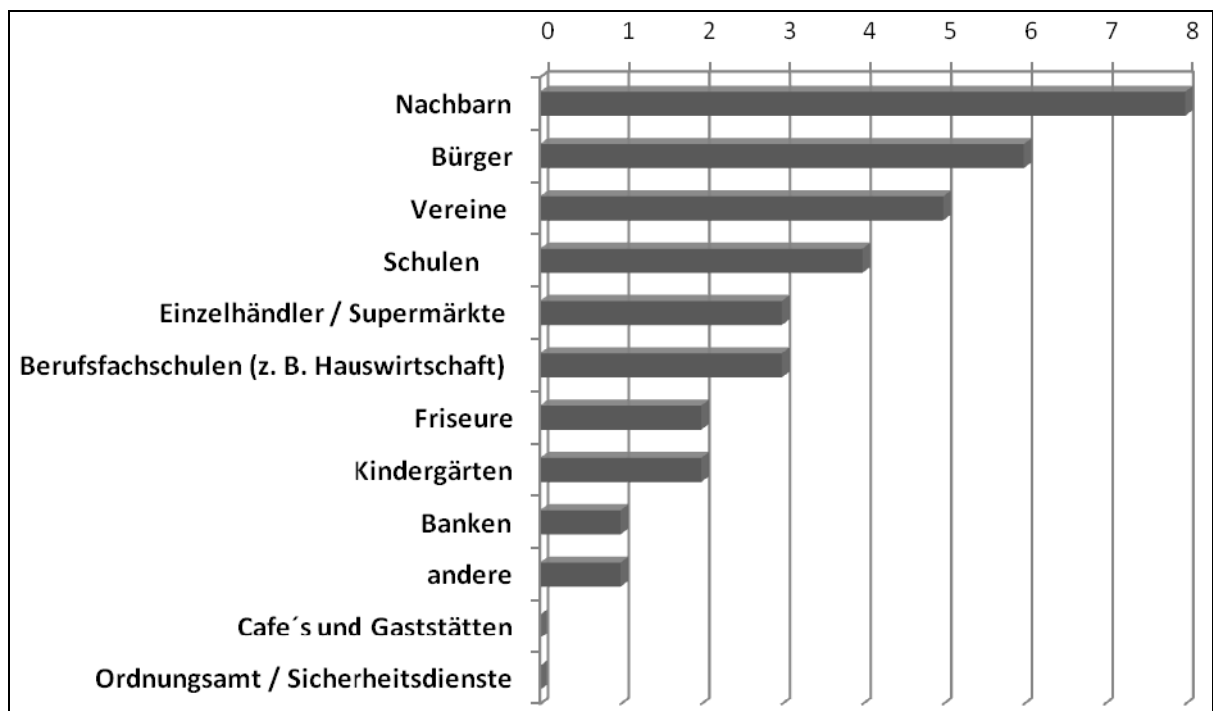


Abb. 11: Modellprojekt Augsburg, Anzahl der Demenzpaten mit Kontakten in der Zielgruppe 2

Hinsichtlich der persönlichen **Motive für ihre Tätigkeit als Demenzpaten** gaben die Befragten an, dass für sie das Wichtigste bzw. Sinnvollste insbesondere darin liege, **das Thema „Demenz“ in der Öffentlichkeit zu enttabuisieren** (N = 12). Differen-

ziert formulierten die Demenzpaten dieses grundsätzliche Anliegen beispielsweise so:

- die Mitmenschen zu der Auseinandersetzung mit dem Thema „Demenz“ und speziell Nachbarn oder Kollegen zur Beschäftigung mit den betroffenen und pflegenden Personen zu bringen
- Unwissenheit abzubauen und Ängste zu nehmen
- Information zum Thema Demenz: rechtzeitige Aufklärung in der Bevölkerung
- alle Menschen aufgeschlossen gegenüber Demenz zu machen
- über Umgang mit Demenzkranken informieren und Verständnis wecken
- Wirkung als Multiplikatoren; Kommunikation eines weitgehend in der Öffentlichkeit verdrängten Themas
- das Tabuthema Demenz selbstverständlich in den Alltag zu integrieren, Menschen für gegenseitige Hilfe und Verständnis sensibel zu machen
- Menschen Angst zu nehmen.

Ein weiterer bemerkenswerter Motivationsfaktor ist eine indirekte **Unterstützung der Angehörigen der Demenzkranken** durch die Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit. Dieser Aspekt wird von fünf der Befragten ausdrücklich erwähnt und betont. Seitens der f/w Begleitung wird vermutet, dass hier auch persönliche Betroffenheit (in der Vergangenheit, aktuell oder zukünftig) eine Rolle spielen dürfte. Dies spricht jedoch auch dafür (wie ja auch die kontinuierliche mediale Präsenz der Demenz-Thematik zeigt), dass das Bewusstsein zu den Demenz-Erkrankungen zunehmend in der Mitte der Gesellschaft ankommt. Elf der Befragten gaben so auch an, dass sie ihr Engagement als Demenzpate derzeit ohne zeitliche Begrenzung weiterführen wollen.<sup>17</sup>

Bezüglich der **Wirksamkeit ihrer Tätigkeit für ihre Kontakt-Gruppen und - Personen** beschreiben die Demenzpaten ihre Erfolge mit der Tatsache, dass sie Wissen und Informationen weitergeben können. Dies führe dazu, dass Unsicherheit und Ängste abgebaut werden. Diese Entwicklung würde außerdem verstärkt durch die kundgemachten Kenntnisse zu professionellen Ansprechpartnern, Beratungs- und Unterstützungsstellen. Stellvertretend sei hier folgende Aussagen zitiert: „Wenn sie (die Kontaktpersonen) in Berührung mit Demenzkranken und/oder deren Ange-

---

<sup>17</sup> Die anderen vier der Befragten werden die weitere Dauer ihres Engagements von persönlichen Umständen abhängig machen müssen.

hörigen kommen, können sie besser reagieren aufgrund des Wissens um die Krankheit.“ Dies führe vielfach zu einem „entspannteren Umgang mit dem Thema und mit Betroffenen/Angehörigen“. Mehrfach wird betont, dass wenn „man weiß, wohin man sich wenden kann, dann nimmt das die Angst vor dem Unbekannten“.

Der größte **Nutzen** aus ihrer Tätigkeit **für die Demenzkranken** besteht aus Sicht der Demenzpaten darin, dass die Betroffenen mehr Akzeptanz in ihrem Umfeld bzw. in der Öffentlichkeit erfahren (N = 11). Auch hier sei die Aussage eines Demenzpaten zitiert: „Die Demenzkranken werden von ihrer Umwelt mit weniger Scheu und mehr Verständnis - ihrer Situation gerechter - behandelt.“ Ein anderer Demenzpate schätzt den Erfolg seiner Tätigkeit so ein, dass, wenn das „Krankheitsbild veröffentlicht“ ist, „bewirkt dies die einfache Annahme als Krankheit - es ist nichts Geheimnisvolles mehr...“. Des Weiteren wird auch im Allgemeinen von einer „Entkrampfung der Situation“ gesprochen.

Insgesamt lässt sich bezüglich der eigenen **Einschätzung zur Wirkung ihrer Tätigkeit eine Veränderung im Bewusstsein der Demenzpaten** zwischen den beiden Erhebungspunkten wahrnehmen. Die exemplarische Aussage eines Demenzpaten vom Juli 2009: „dass die Aufgabe der Demenzpaten aufklären und sensibilisieren“ sei, „die Ernte aber jemand anders einfahren“ würde, z.B. die Organisationen, an die sie vermitteln; sie (die Demenzpaten) können zufrieden sein, wenn sie einen Stein ins Wasser schmeißen und der schlägt Wellen“ war so eher noch geprägt von Unsicherheit. Sechs Monate später nehmen die Demenzpaten wahr, dass sie zum Thema Demenz „eines von vielen Rädchen im Gesamtwerk“ seien und stellen eine „mittelbare Wirksamkeit“ fest. Eine Demenzpatin formulierte ihre Bedeutung treffend: durch sie als Demenzpatin habe „der abstrakte Begriff ‚Demenz‘ ein Gesicht bekommen. Die Leute reden freier, weil jeder kennt einen (Demenzkranken) bzw. hat jemanden im Umfeld, der demenzkrank ist“. Vielfach erwähnen die Demenzpaten, dass sie jetzt „schon mehr angesprochen“ würden oder z.B. in „den Geschäften schon mehr akzeptiert“ seien. Vielfach seien auch gerade dort ihre Kontaktpersonen „dankbar, dass mal jemand über das Thema spricht“. So werten es die Demenzpaten auch durchaus als Erfolg ihrer Tätigkeit und sehen es als Anerkennung, dass sie von den unterschiedlichsten Personen und Gruppen gezielt als „Demenzpaten“ angesprochen werden.

Weiteren Entwicklungsbedarf sieht die f/w Begleitung (übereinstimmend mit dem Modellprojekt und -träger) hinsichtlich des Selbstbewusstseins der Demenzpaten und der Sicherheit in ihrem alltäglichen Handeln. Vielfach sehen die aktiven Demenzpaten genau diese ihre Bezeichnung kritisch, da mit diesem Begriff von Außenstehenden zuerst die direkte Betreuung der Betroffenen verbunden sei. Dies erfordere immer wieder viel Aufklärungsarbeit. Die von den Ehrenamtlichen gewünschte Umbenennung wurde mehrfach diskutiert, scheint aber jedoch nicht zielführend zu sein, da der Begriff in Augsburg nun doch schon eingeführt ist. So führte auch ein Demenzpate aus, dass der Begriff „Demenzpate“ in seiner Bedeutung bekannt sei, „weil er ihn bekannt gemacht“ habe bzw. ein anderer formulierte: „Ich bin Demenzpate und bin so auch im Alltag präsent.“ Die sich hier andeutende lebendige Gruppendynamik wurde prinzipiell von der f/w Begleitung so beobachtet. Das Gruppenerlebnis im Sinne des Wir-Gefühls scheint auch ein wesentlicher Faktor für den beachtenswerten Erfolg des Demenzpaten-Projektes zu sein. Aussagen der Befragten im Gruppeninterview belegen, dass **ein gewichtiger Faktor für ihr kontinuierliches Engagement bei den Demenzpaten die Gruppe** sei: „weil man sich hier in der Gruppe immer wieder trifft und austauscht“; „wichtig ist die Demenzpatengruppe mit ihrer Arbeitsweise und Atmosphäre“ oder „dass ich hier mit klugen, warmherzigen Leuten zusammen bin, die etwas wollen...“.

Der Wechsel in der Projektleitung und damit in der personellen Zuständigkeit für die Demenzpaten hat an dieser positiven Verfassung erfreulicherweise nichts geändert. Es spricht für **die fachlichen, sozialen und persönlichen Kompetenzen der neuen Projektleitung**, dass der Übergang im Herbst 2009 in der Verantwortung für die Demenzpaten so reibungslos erfolgen konnte. Von Vorteil dabei dürfte gewesen sein, dass die neue Projektleiterin über langjährige Erfahrungen in der ehrenamtlichen Tätigkeit (u.a. auch Leitung von Gruppen) verfügt.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die **Demenzpaten** bereits jetzt in ihren Tätigkeitsbereichen **den Alltag und das öffentliche Leben mit dem Thema Demenz besetzen** und durchdringen können. Ihre Philosophie „durch Information und Ansprechpartner Ängste abzubauen und das Thema Demenz zu enttabuisieren“, damit einerseits die Demenzkranken als zugehörig in der Gesellschaft integriert bleiben und andererseits aufgrund der erhöhten Sensibilität länger durch ihre Angehörigen

zu Hause versorgt werden können, ist zukunftssträchtig. Dies liegt nicht nur (aber auch) am Ideenreichtum und hohen Engagement der Demenzpaten. Insbesondere hervorzuheben ist jedoch auch die „Kleinteiligkeit“ ihrer Tätigkeit im Quartier - in ihren Einsatzbereichen -, die davon geprägt erscheint, dass den Ehrenamtlichen „ihr Thema Demenz“ im privaten wie ehrenamtlichen Alltag immer präsent ist und sie auch „im Vorbeigehen“ und „nebenbei“ diesbezügliche Gespräche führen oder Kontakte knüpfen. Für diesen Ansatz und das hohe Engagement der Demenzpaten ist allen Beteiligten ausdrücklich Respekt zu zollen. Aus Sicht der f/w Begleitung sollten angesichts der Tätigkeitsergebnisse der Demenzpaten deren Abgrenzungssorgen gegenüber anderen Organisationen, die sich im Themenkreis Demenz engagieren, der Vergangenheit angehören.

### **2.2.2. Wohnungswirtschaft**

Konzeptionelles Ziel dieses Teilprojektes ist, die Wohnungswirtschaft für die Probleme demenzkranker Mieter zu sensibilisieren und durch verschiedene Maßnahmen einen längeren Verbleib der Demenzkranken in ihren Wohnungen zu ermöglichen. Wie bereits im Zwischenbericht für das Jahr 2008 beschrieben, war zum damaligen Zeitpunkt die Entwicklung eines alternativen Handlungsansatzes zum bisherigen Vorgehen notwendig geworden. Die Erkenntnis aus dem vorangegangenen zweijährigen Prozess lautete: Ein klassischer Handlungsansatz der sozialen Arbeit: „Wir gehen in die Wohnanlagen, um den Betroffenen oder deren Angehörigen, Nachbarn usw. im Rahmen unseres Unterstützungssystems adäquat zu helfen.“ hatte sich als falsch erwiesen. Der Anfang 2009 vorgenommene Paradigmenwechsel: weg vom Helferstatus hin zu einer - vorerst - beobachtenden Rolle, erwies sich im Verlauf des vergangenen Jahres als sehr erfolg- und aufschlussreich. Es wurde ein Befragungsdesign entwickelt, um die „Alltags-, Lebens- und Wohnsituation älterer, alleinlebender Menschen mit Demenz bzw. kognitiven Einschränkungen kennenzulernen und darzustellen“<sup>18</sup>. Methodisch war das Führen narrativer Interviews mit den Senioren, deren Angehörigen und/oder Nachbarn beabsichtigt.

Die zuständige Modellmitarbeiterin arbeitete sich im Folgenden sehr gut in die Materie ein und führte zuerst umfangreiche Recherchen hinsichtlich potentieller Multiplikatoren, die Zugang zu den geplanten Interviewzielgruppen haben (könnten), durch.

---

<sup>18</sup> Zitat aus einem Anschreiben des Modellprojektes an Multiplikatoren vom 14.04.2009

Im Ergebnis wurden im Laufe des Jahres zahlreiche telefonische und persönliche Kontakte bewerkstelligt. Bei letzteren wurde jeweils auch eine Informationsmappe zum Projekt mit detaillierter Beschreibung des Vorhabens übergeben. Die Gruppe dieser Multiplikatoren setzte sich zusammen überwiegend aus:

- Ärzten des Bezirkskrankenhauses Augsburg und der Memory Klinik
- Niedergelassenen Ärzten
- Apotheken
- den städtischen Fachberatungsstellen für Senioren
- ambulanten Pflegediensten
- Wohnungsbaugenossenschaften
- Tagespflegen
- den Gerontopsychiatrischen Fachstellen
- Einrichtungen des Betreuten Wohnens (mit angeschlossenem Mehrgenerationenhaus)
- Vertreter von Kirchgemeinden
- Betreuungsverein/gesetzliche Betreuer sowie
- Leitung einer Gruppe für pflegende Angehörige.

Grundsätzlich zeigten sich die kontaktierten Personen dem Anliegen sehr interessiert und aufgeschlossen gegenüber und waren vielfach ihrerseits bereit, das Anliegen des Modellprojektes an potentielle weitere Multiplikatoren weiterzugeben. Eine Mitarbeiterin einer Sozialstation bestätigte auf Basis ihrer Erfahrungen, dass es hinsichtlich des Themas Demenz bei der Wohnungswirtschaft einen dringenden Handlungsbedarf gäbe. So benannte sie im Einzugsgebiet der Sozialstation sofort einige "Problemböcke" und führte aus, dass die traditionelle Funktion der „Hausmeister als Bezugsperson“ immer weiter zurückgehe. Diesbezüglich sei „eine Sensibilisierung notwendig“. Die Mitarbeiterin der Sozialstation hielt es für wünschenswert, dass „Wohnungsunternehmen von sich aus anbieten“ sollten, dass „sie für Probleme dementer Menschen ansprechbar“ seien. Neben dieser Aufgeschlossenheit und Unterstützung wurden aber auch die Probleme des Zugangs zu kognitiv veränderten Senioren erwähnt. So konnte beispielsweise eine Apothekenmitarbeiterin (von Beruf Krankenschwester) nach Aussagen der Projektmitarbeiterin „wenig Hoffnung auf Vermittlung machen“, da Menschen aus der anvisierten Zielgruppe sich nach ihren

Erfahrungen „sehr zurück zögen“. Die Apothekenmitarbeiterin beklagte, dass sie „selbst trotz kostenlosem Beratungsangebot keinen Zutritt“ bekomme. Sowohl das fachkompetente und beharrliche Vorgehen der Projektmitarbeiterin bei der Multiplikatoren-Suche als auch ihr ausgesprochen sensibler Kontaktaufbau zu den Senioren sind als absolut notwendige Bedingungen für das Gelingen der Befragung einzuschätzen. Es konnten bis Februar 2010 insgesamt einundzwanzig Personen befragt werden. Davon waren drei Personen kognitiv leicht veränderte Senioren, die keine Demenzdiagnose hatten. Sechs Gesprächspartner sind dem Bereich der Zielgruppe „demenzkrankte Menschen“ zuzuordnen. Die folgende Abbildung gibt einen Gesamtüberblick zu den Befragungspartnern (Abb. 12).

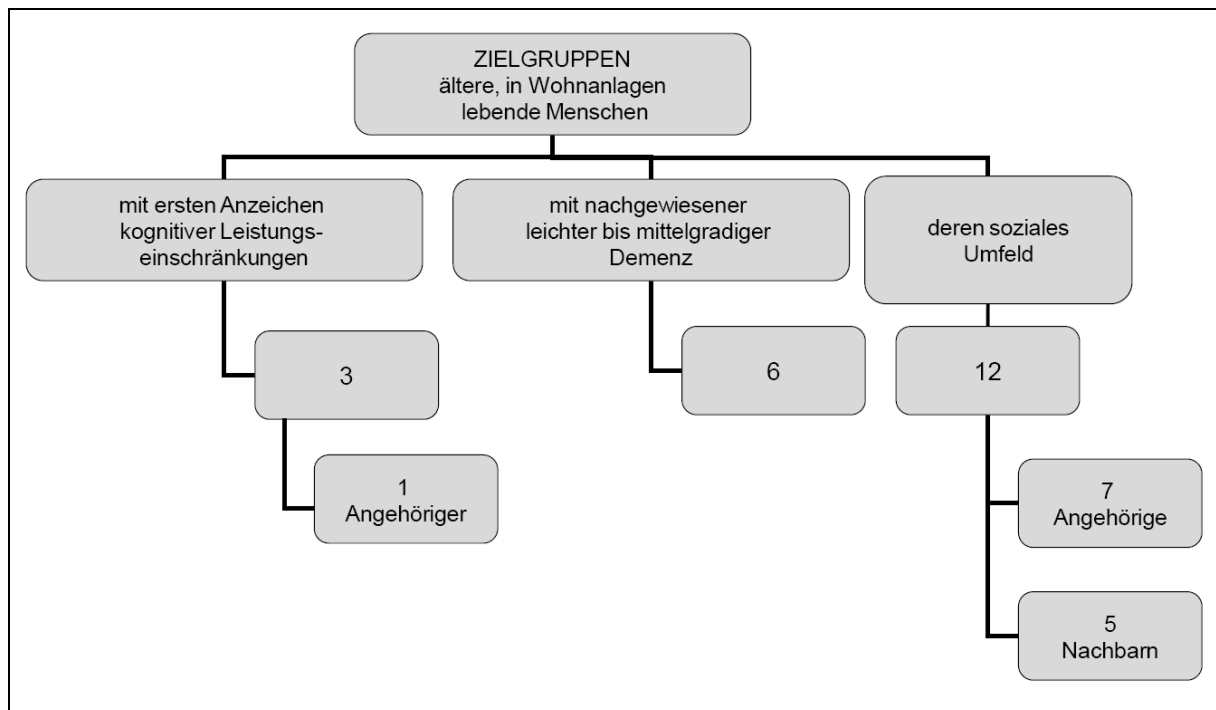


Abb. 12: Modellprojekt Augsburg, Gesprächspartner im Teilprojekt Wohnungswirtschaft<sup>19</sup>

Hinsichtlich des sozialen Umfeldes ist noch ein Gespräch mit der Wirtin einer Restauration im Quartier (Stadtteil-Kneipe) geplant<sup>20</sup>. Diese wird von einer alleinlebenden 84-jährigen demenzkranken Frau regelmäßig aufgesucht und scheint so etwas wie eine Ankerfunktion für die Seniorin zu haben. Auch, wenn sie dann dort allein bei einem Glas Cola sitzt und anschließend wieder nach Hause in ihre Wohnung geht. Hinsichtlich des noch beabsichtigten letzten Interviews wurde - wie auch in

<sup>19</sup> Quelle der Abbildung: Modellprojekt Augsburg

<sup>20</sup> Stand: Februar 2010

allen anderen dies erfordernden Situationen - die Zustimmung von Angehörigen und/oder gesetzlichen Betreuern eingeholt.

In der - gemeinsam von f/w Begleitung und den Projektmitarbeiterinnen durchgeführten - Reflektion des Verlaufes und der bisherigen Ergebnisse der Befragung wurde folgende Zusammenfassung erarbeitet:

Durch die Befragung konnten verschiedene Lebenslagen von kognitiv veränderten oder demenzerkrankten Senioren erfasst werden:

- eine Frau ohne Demenzdiagnose (87 J.), die alleine wohnt, zwei Töchter hat; Hilfe erhält sie von der Tochter beim Gardinenwaschen, sonstige Hilfe aus dem Haus, wie z. B. nach Hüft-OP, möchte die Dame nur auf Basis der Bezahlung in Anspruch nehmen
- eine Frau ohne Demenzdiagnose (84 J.), die alleine wohnt, zwei Söhne hat, die sich aber nicht um sie kümmern, deren Mann schon lange verstorben ist, Ansprechpartner ist der Stief-Enkel; als Hilfe erhält sie Unterstützung vom Stief-Enkel, der einkauft sowie Bank- und Behördenangelegenheiten regelt; die Verwandten der verstorbenen Freundin kommen relativ regelmäßig „vorbei“ und helfen manchmal
- eine Frau ohne Demenzdiagnose (91 J.), die alleine wohnt, keine Kinder hat, weitere Verwandte wohnen in Augsburg (ca. zehn Kilometer entfernt); sie erhält Hilfen durch eine Putzfrau, außerdem bringt eine Bekannte jeden Morgen Brötchen, sonst keine weitere Unterstützung; Vertreter der Kirchengemeinde besuchen sie einmal wöchentlich, um die Messe zu lesen; der Bruder kommt einmal wöchentlich vorbei
- ein demenzerkrankter Mann (76 J.), der mit seiner Ehefrau (ist auch Ansprechpartnerin) zusammen wohnt und zwei Kinder hat; er kann noch allein zum 500 Meter entfernten Metzger gehen, kontinuierliche Unterstützung erhält er durch seine Frau und bei Bedarf auch durch Tochter oder Sohn
- eine demenzerkrankte Frau (88 J.), die mit der behinderten Tochter in einer Wohnung lebt und weitere drei Töchter hat, eine davon ist die Ansprechpartnerin; eine eigenständige Haushaltsführung ist nicht mehr möglich und Frau H. verlässt außer zu Arztbesuchen auch nicht mehr die Wohnung, sie erhält Hilfen durch eine Tochter, einen ambulanten Pflegedienst sowie ein 24-h-Betreuung durch eine polnische Pflegekraft

- eine demenzerkrankte Frau (78 J.), die allein wohnt, einen Sohn hat, der auch Ansprechpartner ist; die Haushaltsführung ist allein nicht mehr möglich, Frau V. verlässt noch allein die Wohnung, um „eine Runde ums Haus zu machen“; Erledigungen und Arztbesuche erfolgen mit Unterstützung des Sohnes, der sich insgesamt sehr um die Mutter kümmert; die Haushaltsführung erfolgt durch ihn und seine Frau in Abwesenheit der Mutter; Frau V. besucht viermal in der Woche teilstationäre Einrichtungen, zweimal täglich kommt ein ambulanter Pflegedienst
- eine demenzerkrankte Frau (88 J.), die alleine wohnt, drei Töchter und einen Sohn hat, Ansprechpartnerin ist eine der Töchter; eine eigenständige Haushaltsführung ist für Frau S. nicht mehr möglich, sie geht nur in Begleitung aus der Wohnung; Frau S. erhält Unterstützung durch ihre Kinder (Töchter erledigen Hausarbeit), zweimal täglich kommt ein ambulanter Pflegedienst und Frau S. besucht viermal wöchentlich die Tagespflege
- eine demenzerkrankte Frau (82 J.), die alleine wohnt, keine Kinder hat, aber Bruder und Schwester sowie Nefte und Nichte; Frau C. kann ihren Haushalt noch eigenständig führen und verlässt die Wohnung für Einkäufe und Spaziergänge, macht aber keine weiterführenden Ausflüge mehr; Frau C. will keine Hilfe annehmen und die Schwester kann sich aus familiären Gründen nicht so kümmern, wie sie es gerne tun würde
- eine demenzerkrankte Frau (84 J.), die allein wohnt, eine Tochter und zwei Enkel hat, Ansprechpartner ist der Betreuer; Frau L. kann den Haushalt teilweise noch selbständig führen und verlässt auch noch selbständig die Wohnung, z.B. zum regelmäßigen Besuch der Gaststätte im Quartier; Frau G. erhält Unterstützung durch ihren gesetzlichen Betreuer und von der Tochter; sie besucht zweimal in der Woche eine Tagespflege und einmal wöchentlich eine Betreuungsgruppe, ein ambulanter Pflegedienst kommt täglich, ebenso „Essen auf Rädern“.

Daneben wurden durch Senioren, die sich bereits zu einem Gespräch bereit erklärt hatten, auch immer wieder kurzfristig diese Zusagen zurückgezogen, z.B. von einer 91jährigen Dame mit kognitiven Veränderungen, die keine Kinder hat. Sie lebt allein in ihrer Wohnung und benötigt nach Angaben der Multiplikatoren „Hilfe beim täglichen Brötchen holen“. Gerade bei potentiellen Gesprächspartnern mit ersten kognitiven Störungen erwies sich der Kontaktaufbau als sehr mühsam bzw. vielfach vergeblich, so dass letztendlich eine zeitintensive Arbeit zum Erreichen der o.g. Ergeb-

nisse geleistet werden musste. Dies beinhaltete auch, dass zum Vertrauensaufbau bei Senioren mit Demenzdiagnose nach dem ersten Kontaktaufbau überwiegend mehrere Hausbesuche durchgeführt wurden.

In der Reflektion zwischen den Projektmitarbeiterinnen und der f/w Begleitung entstand rasch ein Konsens, dass weitere Interviews vermutlich keine weiteren signifikanten Ergebnisse erwarten lassen. Somit wurde beschlossen, dass die Befragungsphase - nach Durchführung noch vereinbarter Gespräche - Ende Februar 2010 beendet werden soll. Im Weiteren erfolgt dann das Transkribieren sowie die Auswertung und Bearbeitung der Daten. Ziel dieser Schritte ist die Erstellung eines sog. Handlungsleitfadens „Demenz“ für Akteure der Wohnungswirtschaft, der nun durch die Verlängerung des Modellprojektes möglich geworden ist.

Ein blitzlichtartiges Ergebnis der Befragung, das in der bereits erwähnten Reflektion der Projektmitarbeiterinnen und der f/w Begleitung entworfen wurde, beinhaltet folgende Hypothesen:

- Demenzerkrankte Menschen in Augsburg haben in der Regel Unterstützung, leben zufrieden und wollen weiterhin in ihrer Wohnung leben.
- Viele Nachbarn haben keine Bedenken, dass sie neben einem demenzerkrankten Menschen leben, sie finden es normal, können sich eine teilweise Unterstützung ihrerseits durchaus denken. Sie dachten bereits vorher an die Erkrankung, ohne, dass man es ihnen „verraten“ hat. Aufklärung ist ihrer Meinung nach nötig, es besteht Interesse und wird als hilfreich empfunden.

### **2.3. Weiteres Vorgehen**

Die Weiterentwicklung des Projektbausteines „Demenzpaten“ hinsichtlich der Gewinnung neuer Ehrenamtlicher, die Erschließung weiterer Zielgruppen<sup>21</sup>, die Ausdehnung des Aktionsradius in der Stadt sowie die weitere Identitätsstärkung der besonderen Ehrenamtsgruppe der „Demenzpaten“ wird im Jahr 2010 eine wichtige Aufgabe des Modellprojektes sein. So ist die nächste Demenzpaten-Schulung bereits für das Frühjahr 2010 geplant. Daneben werden - wie bereits beschrieben - die Tätigkeiten rund um die Erstellung des sog. Handlungsleitfadens „Demenz“ im Rahmen des

---

<sup>21</sup> So wurden Anfang 2010 zwei Arbeitsgruppen der Demenzpaten zum Thema „Demenz und Kinder / Jugendliche“ sowie „Demenz und Sport“ gebildet

Teilprojektes Wohnungswirtschaft - für den eine enorme Datenmenge gesammelt wurde - den zweiten gewichtigen Raum einnehmen. Die geplante Broschüre wird neben den Kooperationspartnern der Wohnungswirtschaft (und deren Mitarbeitern) auch einem breiten Publikum zugänglich gemacht werden, um für die weitgehend selbständige Lebenssituation von demenzerkrankten Menschen in ihrer gewohnten Umgebung zu sensibilisieren. Vom Modellprojekt wird mit dem Handlungsleitfaden angestrebt, Handlungsansätze für Wohnungsgesellschaften, aber auch für das soziale Wohnumfeld zu entwickeln, die den Demenzerkrankten den Verbleib in ihrer Wohnung wie auch Sicherheit bei der Bewältigung des Alltages ermöglichen können. Es ist beabsichtigt, aus den gewonnenen Erkenntnissen (Daten der Einzelfälle) allgemeingültige Muster zu entwickeln, z.B. welche Form von Unterstützung und Zusammenarbeit Sinn macht, welche Art von Vernetzung entstehen könnte, wie ein Informationsfluss zustande kommen kann usw. Der Handlungsleitfaden wird in Rückkopplung mit der Wohnungswirtschaft (wiederkehrende Treffen einer entsprechenden Arbeitsgruppe innerhalb des Modellprojektes) ausgearbeitet.

Sehr zu begrüßen sind wiederum auch Aktionen in der Öffentlichkeitsarbeit für die Demenzpaten, die z.B. an die sehr gelungene Benefizveranstaltung im Oktober 2010 anknüpfen könnten. Vorhaben wie die „Erzählwerkstatt für Schulkinder der 3. Klassen“ oder eine Matinee internationaler Musikhochschüler als zweites Benefizkonzert für die Demenzpaten sollten den hohen Standard der Öffentlichkeitsarbeit des Modellprojektes fortsetzen. Allen Vorhaben des KompetenzNetzes Demenz in Augsburg sieht die f/w Begleitung mit Spannung entgegen und wünscht weiterhin so viel Erfolg.

## Modellprojekte im zweiten Jahr ihrer Laufzeit

### 3. Angehörigenberatung e.V. Nürnberg

Das Modellprojekt „Demenz Netzwerk Nürnberg“ startete am 01.05.2008 mit einer - vorerst - zweijährigen Laufzeit seine Arbeit (Bewilligungszeitraum: 01.05.2008 - 30.04.2010). Gefördert wird eine Vollzeitstelle (Dipl.-Sozialpädagogin), die sich zwei Mitarbeiterinnen zu jeweils 50% teilen. Dabei ist eine Projektmitarbeiterin bereits seit dreizehn Jahren beim Modellträger tätig. Die zweite Projektmitarbeiterin wurde für das Modellprojekt neu eingestellt. Aufgrund seiner erfolgreichen Arbeit wurde die Modellförderung im September 2009 von den Förderern um zwei weitere Jahre verlängert (bis 30.04.2012).

#### 3.1. Ziel der Modellkonzeption

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

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

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

Besonderes Augenmerk soll auf eine **optimale Informationsstruktur im Stadtteil** und die **quartiersbezogene Vernetzung** von (vorhandenen) Seniorenangeboten gelegt werden. Das Modellprojekt beabsichtigt, „ein neutrales und fachlich unabhängiges, quartiersbezogenes Netzwerk Demenz Nürnberg in Kooperation mit regionalen Strukturen, insbesondere den Seniorennetzwerken der Stadt Nürnberg und den örtlichen Trägern der Gesundheits- und Altenhilfe“ zusammenzufügen.

Dem Modellträger liegt besonders am Herzen, dabei weitere Rahmenbedingungen auszutesten, die **eine möglichst lange Begleitung und Versorgung demenzkranker Menschen in deren häuslicher Umgebung** ermöglichen.

## 3.2. Umsetzung und Ergebnisse für das Jahr 2009

### 3.2.1. Aufbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote

Wie bereits im ersten Zwischenbericht für dieses Modellprojekt beschrieben, spielen für das Modellprojekt „Netzwerk Demenz Nürnberg“ vier Stadtteile, in denen kommunal initiierte Seniorenetzwerke<sup>22</sup> entstehen bzw. entstanden, eine besondere Rolle. Diese wurden im Konzept als **quartiersbezogene Projektstandorte** benannt:

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

Diese Seniorenetzwerke bieten nach den bisherigen Erfahrungen günstige Voraussetzung - wenn auch in unterschiedlicher Intensität -, um die Anliegen des Nürnberger Modellprojektes gezielt in die Stadtteile tragen zu können. So ist zumindest gegeben, dass sich relevante Akteure an einem Tisch treffen und sowohl für das Thema „ältere Mitbürger“ als auch für das Thema Kooperation sensibilisiert sind.

Durch sehr intensive, kontinuierliche und kleinteilige Arbeit gelang es dem Modellprojekt in allen vier Stadtteilen niedrigschwellige Angebote in Kooperation mit anderen Akteuren aufzubauen. Die untenstehende Abbildung 13) vermittelt dazu einen Überblick. Dabei wird deutlich, dass in allen vier Stadtteilen die Schulung von Helferkreisen durchgeführt und ebenso die Unterstützung beim Aufbau von Betreuungsgruppen intensiv gewünscht wurde. Wie bereits im ersten Zwischenbericht erwähnt, ist der konkrete Unterstützungsbedarf der Akteure - auch Jahre nach Einführung der niedrigschwelligen Angebote in der Praxis - bemerkenswert. Die Projektmitarbeiterinnen müssen hinsichtlich der fachlichen Beratung und Begleitung von Kooperationspartnern (beim Aufbau niedrigschwelliger Angebote) zuerst mögliche Kooperationspartner

---

<sup>22</sup> Vgl. Modellprogramm „Innovative Altenhilfekonzepte“ der Bayerischen Staatsregierung. Ziel dieses Programmes ist die Weiter-Entwicklung zukunftsfähiger Wohn- und Betreuungsformen für ältere Menschen. Im Rahmen der Förderung im Schwerpunkt 1 „Kommunale Altenhilfekonzepte“ erhielt die Stadt Nürnberg mit dem „Seniorenetzwerk St. Johannis. Quartiersbezogene präventive Seniorenarbeit in trägerübergreifender Kooperation“ einen Zuschlag. Neben diesem modellhaft geförderten Stadtteilprojekt wurden Anfang 2008 drei weitere Stadtteil-Netzwerke in Nürnberg aufgebaut. Initiiert wurden diese Seniorenetzwerke durch das Seniorenamt der Stadt Nürnberg - gemeinsam mit anderen (im Themenbereich agierenden) Organisationen, mit Wohlfahrtsverbänden, Wohnungsgesellschaften, Kirchengemeinden und ambulanten Diensten oder mit Arbeitsgruppen, die in der Entwicklung der sozialen Infrastruktur in Nürnberger Wohnquartieren tätig sind.

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

Die folgende Abbildung 13 zeigt ebenfalls, dass auch zum Thema Angehörigenkurse und -gruppen vielfach Unterstützung abgerufen wurde. Selbst eine Angehörigenfachstelle im Bayerischen Netzwerk Pflege nutzte für Aufbau, Organisation und Durchführung eines Angehörigenkurses und der daraus entstandenen Angehörigengruppe die Unterstützung durch das Modellprojekt. Bisher war dort ein entsprechendes Angebot noch nicht aufgebaut worden. Aufgrund der fachlichen und persönlichen Mitwirkung des Modellprojektes (Organisation und Durchführung des Kursangebotes sowie persönliche Unterstützung bei der Überleitung in den inzwischen regelmäßig monatlich stattfindenden Angehörigengesprächskreis) erfuhr die Mitarbeiterin fachliche Unterstützung und erwarb sich die notwendigen Kompetenzen.

Auch außerhalb der Modell-Stadtteile wandten sich in Eigeninitiative verschiedene Akteure an das Modellprojekt, um Fachberatungen hinsichtlich des Aufbaus niedrigschwelliger Betreuungsangebote zu erhalten (vgl. die ebenfalls folgende Abbildung 14).

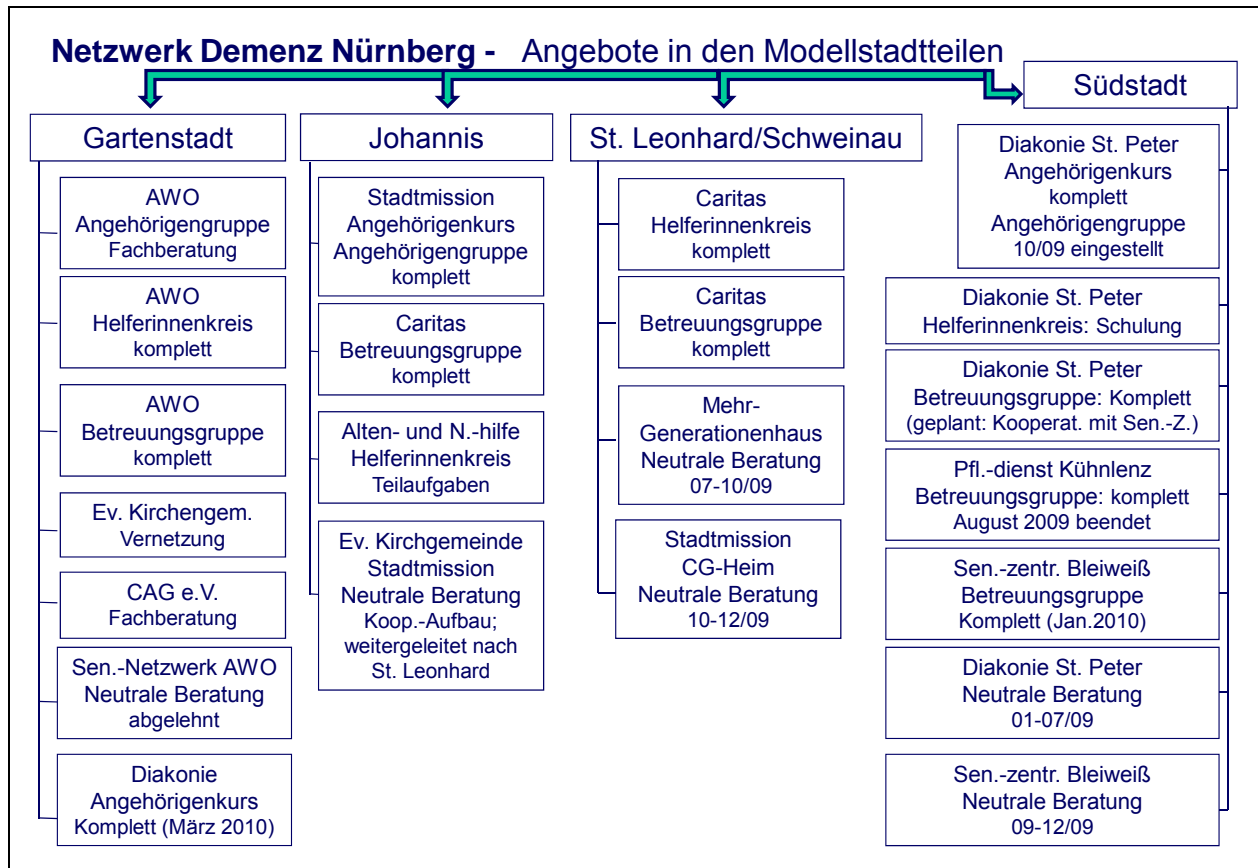


Abb. 13: Modellprojekt Nürnberg: Angebote in den Modellstadtteilen

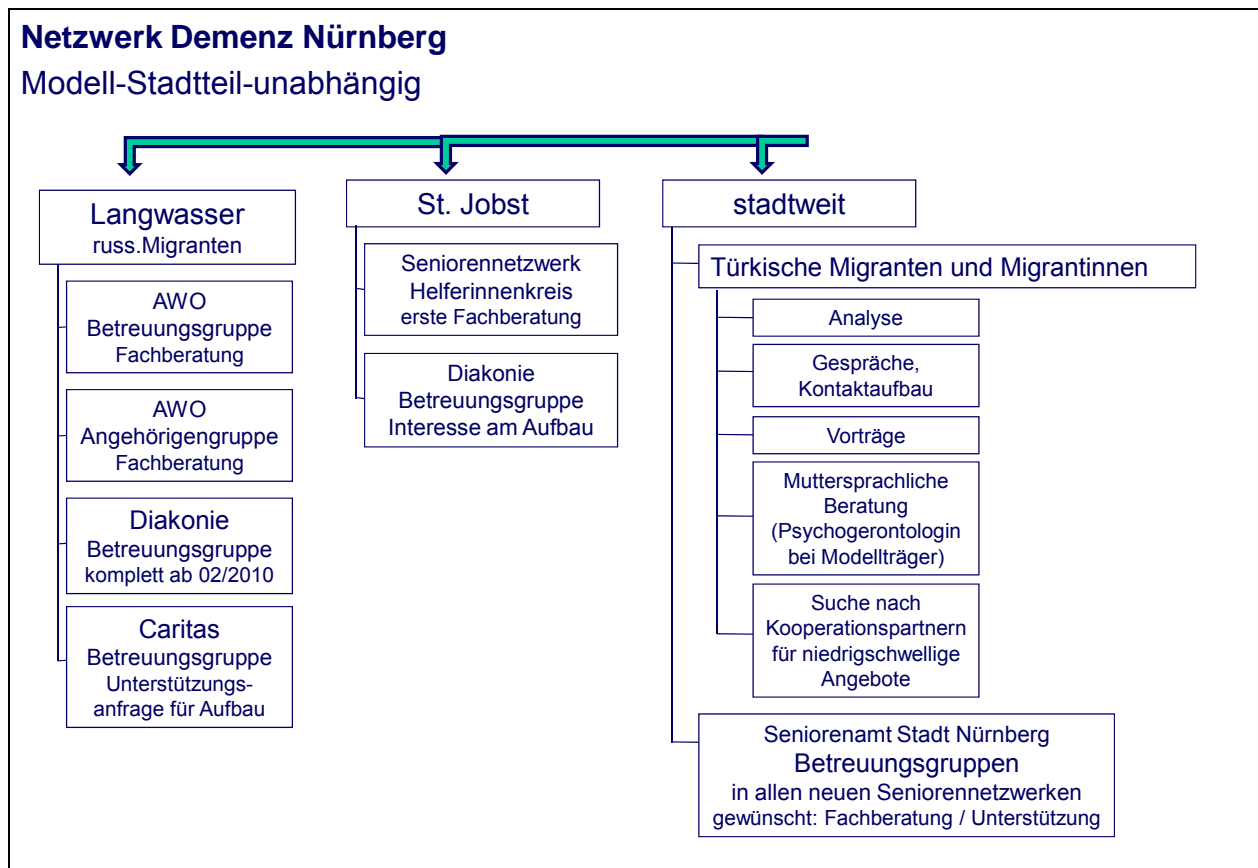


Abb. 14: Modellprojekt Nürnberg: Angebote / Aktivitäten außerhalb der Modellstandorte

## Helferkreisschulungen

Für mehrere Akteure, die sich an das Modellprojekt bezüglich der Durchführung von Helferkreisschulungen wandten, war primäre Motivation, dass sie die geschulten Helfer für den Aufbau einer Betreuungsgruppe benötigten. Im weiteren Verlauf nutzten die Kooperationspartner dann jedoch auch das Potential der geschulten Helfer für den stundenweisen Einsatz der Helfer in Privathaushalten. Als Erfahrungswert kann somit festgehalten werden, dass **bei potentiellen Anbietern niedrigschwelliger Betreuungsangebote** auch ein **Dominoeffekt** entstehen kann, wenn es gelungen ist, aus der Palette der niedrigschwelligen Betreuungsangebote **erst einmal einen Baustein zu installieren**. Auch dies spricht dafür, dass **zentrale, fachlich kompetente Anlaufstellen** in den Regionen vorhanden sein sollten, **die „Einsteiger“ in diesem Bereich persönlich beraten und bei den ersten Schritten begleiten**. Diese Anlaufstellen müssen dafür allerdings auch dezidiert die notwendige Personalkapazität zur Verfügung und refinanziert haben.

## Betreuungsgruppen

Akteure, die Betreuungsgruppen aufbauen wollten und sich deshalb an das Modellprojekt mit der Bitte um Unterstützung wandten, suchten vielfach eine „Rund-um-Unterstützung“. Ein Geschäftsführer eines ambulanten Dienstes begründete diese Abrufung des „Komplett-Paketes“ mit seiner „Flut von Aufgaben“. In der Umsetzung bedeutet dies, dass die Projektmitarbeiterinnen folgende Dienstleistungen für den Aufbau von Betreuungsgruppen anboten:

- Erstellung der Konzeption
- Fachberatung und praktische Unterstützung bei der Antragstellung beim ZBFS
- Unterstützung bei der Öffentlichkeitsarbeit für die entstehende Betreuungsgruppe (Gestaltung der Flyer, Akquise von Teilnehmern, vorbereitende Gespräche mit Angehörigen usw.)
- Fachberatung für die künftige Gruppenleitung hinsichtlich der Durchführung der Gruppe
- Persönliche Teilnahme an der Gruppe, um den unerfahrenen Gruppenleitungen Handlungssicherheit zu geben (bei bis zu sechs Terminen pro Gruppe).

Aus den Erfahrungen der bisherigen zeit- und personalintensiven Tätigkeit des Modellprojektes wurde ein **komprimierter „Leitfaden für den Aufbau von Betreuungsgruppen“** (siehe Anlage 1) **und ein standardisiertes Vorgehen** für die künftige Begleitung von Akteuren beim Aufbau von Betreuungsgruppen mit folgenden Eckpunkten entwickelt:

- Erster Schritt: Fachberatung der Akteure mit o.g. Leitfaden
- Teilnahme an der Betreuungsgruppe durch Modellprojektmitarbeiterin an max. sechs Terminen
- Anschließend an den siebten Termin Fachgespräch mit der Gruppenleitung, wie die Betreuungsgruppe ohne Modellprojekt-Unterstützung gelaufen ist (Reflektion)
- beim zwölften Termin wiederum Teilnahme der Modellprojektmitarbeiterin an der Betreuungsgruppe
- Angebot der Modellprojektmitarbeiterin, bei Problemen jederzeit wieder auf sie zukommen zu können.

Damit wurde durch das Modellprojekt ein adäquater Standard zur Qualitätssicherung in Betreuungsgruppen erarbeitet. Darüber hinaus wurden aufgrund der bisherigen Erfahrungen auch **strukturelle Vorgaben (als Empfehlungen für die Betreuungsgruppen-Träger)** entwickelt, um einen vorzeitigen Abbruch von Betreuungsgruppen zu vermeiden und einen kontinuierlichen Verlauf sicherzustellen:

- strukturelle Vorgaben:
  - Räumlichkeiten, die gut zu finden sind bzw. eine übersichtliche Beschilderung ermöglichen
  - ein eigener Zugang bzw. eigene Kontakte des Anbieters zur Zielgruppe
  - eine gewisse Größe des Dienstes, die auch Vertretungen gewährleistet oder
  - genaue Absprachen in der Dienstplangestaltung des ambulanten Dienstes für krankheitsbedingte Ausfälle von Mitarbeitern, damit nicht die Gruppenleitung der Betreuungsgruppe unversehens für „die Pflege einspringen“ muss und die Gruppe kurzfristig abgesagt wird
  - ausreichend Arbeitszeit für die Vor- und Nachbereitung der Gruppe einzuplanen
  - ein Fahrdienst anbieten zu können oder zumindest Überlegungen dazu anzustellen, wie und mit welcher Hilfe die Gäste zur Gruppe gelangen können
  - prinzipiell keine Parallelplanung für den Aufbau anderer „Großprojekte“ (wie z.B. den Aufbau einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft) ins Auge zu fassen
  - im Vorfeld klare Regelungen über den Einbezug ehrenamtlicher Mitarbeiter festzuschreiben.

Als weiteres Fazit aus den bisherigen Erfahrungen des Modellprojektes für den Aufbau von Betreuungsgruppen ist festzuhalten, dass primär **die Motivation, das Ziel des Trägers geklärt werden sollte, warum dieser eine Betreuungsgruppe plant.** Die Projektmitarbeiterinnen mussten erfahren, dass für den Fall, dass die Motivation in der „Erschließung einer weiteren Einnahmequelle“ liegt, der Aufbau einer Betreuungsgruppe von Anfang an zum Scheitern verurteilt sei. So stellte z.B. ein ambulanter Dienst die in Kooperation mit dem Modellprojekt aufgebaute und laufende Betreuungsgruppe aus finanziellen Gründen wieder ein.

Auffallend bei den In-Anspruchnahmen des Modellprojektes hinsichtlich des Aufbaus von Betreuungsgruppen war ebenfalls, dass ausschließlich ambulante Pflegedienste, die Dipl.-Sozialpädagogen als Mitarbeiter finanzieren können, sich an die Projektmitarbeiterinnen mit der Bitte um der Unterstützung wandten. Als weiteres Ergebnis des Modells kann angenommen werden, dass - ähnlich wie bei der Thematik „Helferkreis-Schulungen“ auch hier der Ansatz der Tätigkeit *im* Quartier nicht unbedingt notwendig ist. Erforderlich erscheint auch bezüglich des Themas „Aufbau von Betreuungsgruppen“ das **Vorhandensein einer regionalen, zentralen Stelle, die mit entsprechenden Fachwissen, diesbezüglichen Erfahrungen und entsprechender man power** ausgestattet ist, um dies alles ambulanten Diensten zur Verfügung stellen zu können. Dies könnte der **zukunftsfähigste Weg** zur Unterstützung ambulanter Pflegedienste beim Aufbau niedrigschwelliger Angebote sein.

### **Angehörigenkurse / -gruppen**

Neben der Schwerpunkterfahrungen für das Jahr 2009 im Bereich des Themas „Betreuungsgruppen“ sei hier zum Thema der Angehörigengruppen noch erwähnt, dass auch die **Durchführung von Gesprächskreisen für pflegende Angehörige durch das Thema „Finanzierung“ belastet** ist. So wurde in einem Modellstadtteil der Kurs für pflegende Angehörige erfolgreich durchgeführt (sechzehn Teilnehmer). Im Anschluss daran wurde bedarfsgemäß (und geplant) der Gesprächskreis angeboten. Nach zwei Gruppenterminen wurde die Gruppe jedoch nicht weiter geführt. Die Einstellung des Angebotes wurde von der Geschäftsführung des Trägers damit begründet, dass man „keinen Nutzen sieht“, da die Teilnehmer der Gruppe überwiegend nicht aus dem Einzugsgebiet des Anbieters kämen „und die Refinanzierung durch das ZBFS bei weitem nicht ausreichend“ sei, um „dafür eine Fachkraft abzustellen“.

Die in den Berichten der f/w Begleitung schon vielfach erwähnten **Konkurrenzprobleme zwischen Anbietern der Altenpflege** musste auch im Verlauf des Nürnberger Modellprojektes beobachtet werden. Zumindest in einem Modellstadtteil ergaben sich hier hinsichtlich des Aufbaus von Angehörigengruppen zwischen zwei alteingesessenen Akteuren der Wohlfahrtspflege Spannungen. Die Projektmitarbeiterinnen wurden vermittelnd tätig. Festzuhalten ist jedoch auch, dass ein noch sensibleres Vorgehen des Modellprojektes von Anfang an in diesem Stadtteil die Ängste des

sich benachteiligt fühlenden Akteurs kleiner gehalten hätte. Letztendlich wäre eine Kooperation der beiden Akteure sinnvoll (z.B. durch Werbung für *eine* Angehörigen-gruppe im Stadtteil), anstatt zwei parallel stattfindende Angebote aufzubauen, die dann mangels Teilnehmer beide nicht (kontinuierlich) angeboten werden könnten. Aber letztendlich konnte auch in diesem Stadtteil durch Korrekturen im Vorgehen des Modellprojektes eine zumindest lose Zusammenarbeit für das Jahr 2010 in die Wege geleitet werden.

Als Erfahrung aus der Tätigkeit des Modellprojektes ist festzuhalten, dass **Angehörigenkurse und -gruppen vermutlich nicht zwingend in jedem Stadtteil** angeboten werden müssen. Damit zeichnet sich hier ein klarer Gegensatz zum Angebot der Betreuungsgruppen heraus, dass unbedingt in jedem Quartier vorhanden sein sollte. Hinsichtlich der Kurse und Gruppen für Angehörige zeigte sich jedoch im Jahr 2009, dass die teilnehmenden Angehörigen nicht nur aus den Stadtteilen kommen, in denen das Angebot läuft, sondern in bemerkenswerter Zahl auch aus weiter entfernt liegenden Stadtvierteln. Desweiteren wird im weiteren Projektverlauf zu beobachten sein, inwieweit ambulante Pflegedienste als Träger von Angehörigengruppen zweckmäßig bzw. adäquat sind. Diesbezüglich bleiben Erfahrungen aus der weiteren Modelltätigkeit abzuwarten. **Hypothetisch** wird derzeit angenommen, dass **im Quartier zeitlich begrenzte Angehörigenkurse** - in Kooperation - mit Pflegediensten angeboten werden können, **fortlaufende Gruppenangebote aber bei Fachstellen Angehörigenarbeit** im Bayerischen Netzwerk Pflege angesiedelt sein sollten.

### **Neutrale Beratung**

Bereits im Zwischenbericht für das Jahr 2008 wurde ausgeführt, dass die Umsetzung der „Neutralen Beratung“ sich als schwierig erwies. Als Gründe dafür konnten bereits damals Konkurrenzängste ausgemacht werden, z.B. in dem Sinne, dass den Dienstleistungsanbietern, wenn sie ihre - wie auch immer ausgeübte - „Beratungshoheit“ abgeben, künftige Kundschaft abgeworben werden könnte. Als Fazit der Tätigkeit des Modellprojektes bis September 2009 wurde eine Einstellung der Teilaufgabe „Neutrale Beratung“ zum Jahresende beschlossen. Bei den Angeboten

- im Mehrgenerationen-Haus (MHG) in St. Leonhard - mit sehr guter Unterstützung in der Öffentlichkeitsarbeit durch die Mitarbeiter des MHG

- in der Begegnungsstätte der Diakonie St. Peter (Südstadt )
- im Christian-Geyer-Heim (St. Leonhard) - mit bemerkenswerten Engagement der Heimleitung, ihr „Haus nach außen zu öffnen

kamen jeweils nur einzelne Beratungssuchende in die Sprechstunden. Insgesamt erfolgten nur fünf Beratungen, dabei war nur in einem Fall ein Quartiersbezogenheit von Relevanz. In der Ursachendiskussion hielten die Projektmitarbeiterinnen fest, dass u.U. diese Quartiersbezogenheit „in Nürnberg für die Ratsuchenden kein wichtiges Kriterium“ darstelle. Als Gründe dafür wurden u.a. angenommen:

- das vorhandene neutrale Beratungsangebot der Angehörigenberatung e.V.
- das Angebot von stadtweiten Hausbesuchen durch diese Beratungsstelle
- der optimal ausgebaute öffentliche Personennahverkehr in Nürnberg, so dass diese Beratungsstelle gut erreichbar ist
- die mangelnde Akzeptanz persönlicher Beratungssprechstunden durch die Zielgruppe, da möglicherweise Ratsuchenden eine telefonische Kontaktaufnahme leichter fällt, als der hilfesuchende face-to-face-Kontakt mit einer fremden Beratungsperson.

Potentielle Kooperationspartner in den beiden anderen Modellstadtteilen lehnten das Angebot der „Neutralen Beratung“ aufgrund eigener Angebote im Quartier ab.

Insgesamt ist zu diesem Projektbaustein festzuhalten, dass die **Anfang 2009 von der f/w Begleitung aufgestellte Arbeitshypothese**: „Solitäre neutrale Beratung wird von Kooperationspartnern nicht akzeptiert. Das Angebot uneigennütziger Unterstützung beim Aufbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote durch das Modellprojekt könnte aber im Weiteren für die Akzeptanz neutraler Beratung förderlich sein.“ in dieser Form **keine Bestätigung** fand. Wie ebenfalls im letzten Zwischenbericht bereits formuliert, bleibt nun hinsichtlich des Themenkreises „Neutrale Beratung für die Pflege-Verbraucher“ abzuwarten, inwieweit die geplanten Pflegestützpunkte diesbezüglich einerseits agieren werden und können. Andererseits liegen hinsichtlich des Themas „Neutrale Beratung in der Altenpflege“ zumeist Felderfahrungen der Akteure und zu wenig gesicherte Daten vor. Hinsichtlich der o.g. Pflegestützpunkte strebt der Gesetzgeber bekanntlich als einen wichtigen Bestandteil deren Tätigkeit die Umsetzung der neutralen Beratung an. Es bleibt abzuwarten, wie dies zu realisieren sein wird und auch, wie die Betroffenen und deren Angehörigen die vorhan-

denen Beratungsangebote nutzen werden. Dabei kann sich dann auch erweisen, welche Bedeutung für die Verbraucher eine tatsächliche Anbieter-Neutralität haben wird. Aufgabe weiterer wissenschaftlicher Arbeiten könnten Erhebungen sein, **ob nicht auch und gerade**

- gewachsene **Traditionen**
- **sich in anderen Zusammenhängen gründende Kundenbindungen** oder
- **persönliche Empfehlungen**

**vorrangig ausschlaggebend für die Auswahl eines Beratungsangebotes** sind.

Es wäre in diesen Fällen auch zu beschreiben, ob eine ausgewiesene Neutralität von Beratungsangeboten für Verbraucher dann in den Hintergrund tritt.

## **Migranten**

Zu dieser Thematik leistet das Modellprojekt **Pionierarbeit**. Wie bereits oben die Abbildung 14 zeigte, wurden sowohl im Bereich der Bedarfsanalyse, der Kontaktarbeit, der türkisch-sprachigen Beratung, als auch weiterer Informations- und Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Altern und Demenz eine hochengagierte und wirkungsvolle Arbeit durch die Projektmitarbeiterinnen geleistet. Die zahlreichen Aspekte der kleinteiligen Arbeit werden hier nicht aufgeführt, sondern auf den Tätigkeitsbericht des Modellprojektes verwiesen. Ein wesentlicher Bestandteil der Tätigkeit in diesem Projektbaustein bestand in einer vermehrten Öffentlichkeitsarbeit in der türkischen Kommunität, um für das Thema Demenz zu sensibilisieren. Das Modellprojekt entschied sich für dieses Vorgehen im ersten Quartal 2009 aufgrund der bisherigen Erfahrungen und Recherchen (zuletzt bei zwei Demenz-Vorträgen bei türkisch-arabischen Frauen im Februar d.J.). Durch die verschiedenen Recherchen bei Akteuren als auch die direkten Kontakte zu Migrantinnen und Migranten wurde im Modellprojekt die Erkenntnis gewonnen, dass

- Demenz als Erkrankung in dieser Zielgruppe „sehr wohl *vorhanden*“ ist
- dass wenig Wissen zum Thema Demenz unter der türkischen Bevölkerung in Nürnberg existent ist
- dass unklar ist, wie eine derartige Erkrankung in der türkischen Bevölkerung bewertet wird („ob Demenz auch *Thema* ist - also in den Familien auch als Belastung wahrgenommen wird“) und
- welche Hilfen von Türkinnen erwünscht wären.

Als Weg zur weiteren Bearbeitung dieser Aspekte entstand der Plan, in größeren Gruppen muttersprachliche Vorträge zu halten und deren Resonanz auszuwerten. Ebenso wurde die Erstellung eines türkischsprachigen Faltblattes (Inhalt: wesentliche Demenzsymptome und Hinweis auf Arztbesuch) geplant und umgesetzt. Desweiteren wurden alle türkischsprachigen Ärzte zur Demenzthematik interviewt. Drei von ihnen gaben an, dass sie bisher keinen oder nur einen Patienten mit Demenz gehabt hätten. Nach Aussagen eines anderen Interviewpartners gingen die meisten türkischen Demenzkranken aus folgenden Gründen wieder zurück in die Türkei:

- ihre kleinen Herkunftsdörfer seien übersichtlicher als das Leben in der Großstadt
- es seien an das Leben in den Herkunftsorten noch mehr Erinnerungen da
- die demenzkranken Menschen gingen dort in die Moschee, müssten nicht viel reden, seien aber „dabei im Leben“: sie würden dasitzen und beobachten und bräuchten keine weitere Beschäftigung
- die Pflege in der Türkei sei wesentlich billiger.

Daneben berichtete dieser Arzt von einem Verein, der aus türkischstämmigen Völkern (Aserbaidshan, Moldawien, Georgien) „billige Pflegekräfte“ organisiere. Diese könnten mit einem Visum für sechs Monate mit im Haushalt der Demenzkranken leben und verdienten ca. 200,00 € im Monat. Auch wenn diese Angaben als subjektive Wahrnehmungen einzuordnen sind, geben sie doch auch blitzlichtartig Auskunft über die Situation in der Zielgruppe.

Insgesamt leistete das Modellprojekt im Jahr 2009 eine **vielfache Kontaktarbeit** (z.B. wurden im vierten Quartal mit fünfundzwanzig **türkischen Vereinen und Organisationen** bzw. solchen, die mit türkischen Migranten zu tun haben, ausführliche Telefongespräche geführt). Damit ist das Projekt „Netzwerk Demenz Nürnberg“ zum Jahresende in Nürnberg und weit darüber hinaus als fachkompetente Stelle (mit fundiertem Wissen) zur Thematik bekannt geworden. Als weiterer Erfolg kann die Durchführung **muttersprachlicher Demenzvorträge** in der **Hauptmoschee im Oktober sowie in der DITIB-Moschee im Dezember 2009** gewertet werden. An beiden nahmen jeweils über siebzig interessierte Türkinnen und Türken teil, wobei im Verlauf der zweiten Veranstaltung auch aufschien, dass das Thema „Demenz“ in den türkischen Familien ein Thema der Frauen ist.

Als **Erkenntnisse und Erfahrungen aus der bisherigen Tätigkeit im Projektbaustein „Migranten“** können für die Tätigkeit für türkische Migrantinnen und Migranten<sup>23</sup> u.a. folgende Aspekte beschrieben werden:

- kein vorschnelles Agieren und Aufbauen von Angeboten für die Zielgruppe
- ausführliche und umfangreiche Recherchen vor Ort durch persönliche Kontaktaufnahme mit Migranten bzw. Akteuren, die dazu Kontakte haben (könnten)<sup>24</sup>
- Akteure in/für Migranten-Communities benötigen **detaillierte Kenntnisse der jeweiligen Zielgruppe** (siehe z.B. Heterogenität der türkischen Gesellschaft, die sich auch in den zahlreichen und auch gegensätzlichen türkischen Vereinen in Deutschland widerspiegelt), also Insider-Wissen
- Akzeptanz sehr individueller Darstellungen der Situation, z.B. zum Thema Demenz oder zu familiären Traditionen, durch jedes kontaktierte Mitglied der türkischen Community, daraus folgend
- Offenheit und Neugierde mit Verzicht auf althergebrachtes oder neues „Schubladen-Denken“
  
- **Geduld beim Vorgehen** und bei individuellen Vereinbarungen (kulturspezifische Sozialisation)<sup>25</sup>
- **Informationen zum Thema Demenz sollten nicht nur muttersprachlich verfasst, sondern müssen auch kulturadaptiert sein**
- muttersprachliche Flyer sollten vor Drucklegung noch einmal von Laien gegen gelesen werden, um sicherzustellen, dass der Inhalt von der Zielgruppe der Migranten verstanden werden kann, außerdem müssen die
- **Flyer wenig Informationen und ansprechende Bilder enthalten**
- ideale Werbung und Information bieten große Zeitungsartikel („kurz und knackig“) mit möglichst vielen Fotos in türkischen Zeitungen
- **persönliche Gespräche / mündliche Informationen sind besser als schriftliche Informationen**, da viele Türken und Türkinnen Analphabeten sind
- türkisches Fernsehen ist ein gutes Medium zur Werbung, dafür sind jedoch persönliche Kontakte<sup>26</sup> notwendig

---

<sup>23</sup> Die zumindest auch teilweise übertragbar auf andere Migrantengruppen sein könnten.

<sup>24</sup> z.B. auch - wie vom Modellprojekt als ein „Türöffner“ genutzt: die Unabhängige Patientenberatung

<sup>25</sup> So reagierten z.B. auch die Gesprächspartner am Anfang persönlicher Telefon-Gespräche meist sehr zurückhaltend und eher skeptisch. Gründe dafür könnten möglicherweise die mangelnden deutschen Sprachkenntnisse sein oder dass sie noch nicht wissen, was der Grund für den Anruf ist.

- neue (Beratungs-)Angebote für türkische Migranten werden u.U. zu Beginn auf ihre „Seriosität“ überprüft.<sup>27</sup>

### 3.2.2. Befragung der Kooperationspartner

Angesichts des immer wieder virulenten Themas der Konkurrenz unter den Anbietern bzw. hier auch hinsichtlich der Absicht des Modellprojektes, niedrigschwellige Angebote in den Stadtteilen aufzubauen, wurde von der f/w Begleitung im Sommer 2009 eine Befragung der - zu diesem Zeitpunkt relevanten - Kooperationspartner des Modellprojektes durchgeführt. Ziel war eine Bewertung des Arbeitsansatzes des Projektes - insbesondere der Kooperation mit anderen Anbietern zum Aufbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote. Dabei sollte auch beleuchtet werden, welche Aspekte von den Kooperationspartnern als hilfreich und förderlich erlebt wurden, um überhaupt erst einmal erste Schritte der Kooperation zu erproben. Versandt wurden zweiundzwanzig Fragebögen (teilstrukturiert), der Rücklauf betrug N = 10. (45,5 %). Diese vergleichbar hohe Rücklaufquote spricht für ein signifikantes Interesse und Engagement der Befragten zur Thematik. Die Zusammensetzung der teilnehmenden Einrichtungen zeigt folgende Abbildung (Abb. 15).

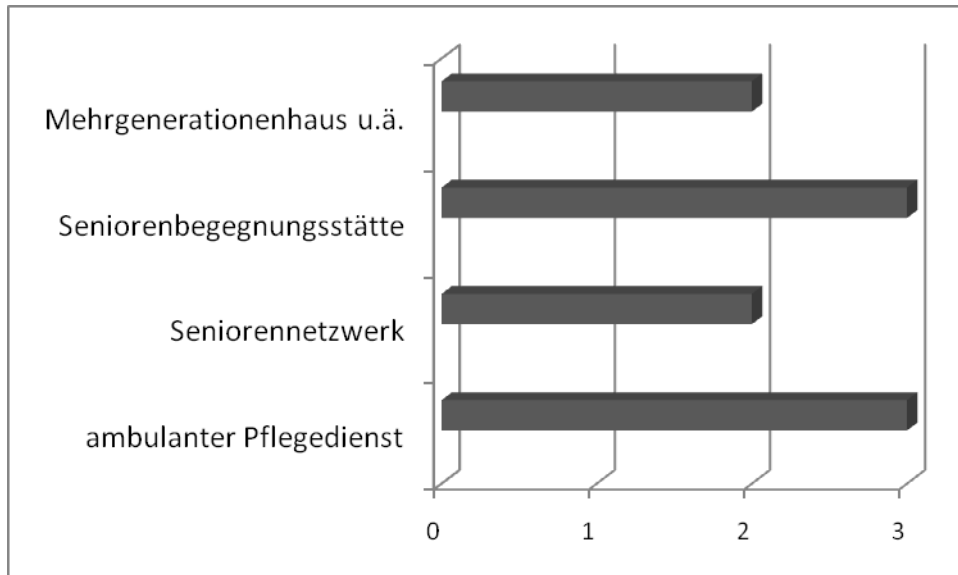


Abb. 15: Modellprojekt Nürnberg: Zusammensetzung der Befragungsteilnehmer

<sup>26</sup> Gute Sender für türkische Migranten wären: EuroStar, Showtürk und Kanal D. (Information aus einem Kontakttreffen mit Akteuren aus München und Nürnberg).

<sup>27</sup> So berichtete ein Mitglied der türkischen Community vom Aufbau eines Informationstelefons für türkische Migranten: Anfangs seien fast nur Anrufe von Männern erfolgt, als diese das Angebot für gut befunden hätten, haben sich deren Ehefrauen gemeldet. Inzwischen erhalten sie doppelt so viele Anrufe von Frauen wie von Männern. Offensichtlich schauen die Ehemänner erst nach der Rechtschaffenheit eines solchen Angebots.

Als subjektiven Eindruck, welche Verbesserungen in der Versorgung Demenzkranker und ihrer Angehöriger bisher durch die Arbeit des Modellprojektes erreicht werden konnten, gaben die Befragten an:

- Entlastung der Angehörigen (Informationskurs, Angehörigengruppe)
- Schulung von ehrenamtlichen Helfern, Werbung von neuen ehrenamtlichen Helfern durch Öffentlichkeitsarbeit, Aufbau und Begleitung einer Betreuungsgruppe, Information und Beratung über Zuschüsse von ZFSB, stundenweiser Einsatz von Helfern bei Demenzkranken, Entlastung pflegender Angehöriger
- ressourcenorientiertes niedrighschwelliges Angebot, Herabsetzung von Schwellenängsten, Förderung und Erhaltung der Alltagskompetenz von Menschen mit Demenz, Verbleib in der gewohnten häuslichen Umgebung
- Infos kommen besser an Angehörige und Betroffene, bessere und fundiertere Information der Bevölkerung über Begrifflichkeit Demenz
- stundenweise Entlastung pflegender Angehöriger, vermehrtes Interesse an der Umwelt von Pflegebedürftigen
- Angebot für Angehörige und Demenzkranke leichter erreichbar, da stadtteilorientiert
- Informationsweitergabe zu Betreuungsgruppen an Angehörige, geplanter Aufbau einer Gruppe durch Fachberatung unterstützt.

Eine Antwort fasst die Gesamtintention zusammen: „Die Unterstützung durch das Demenz Netzwerk Nürnberg ... ermutigt über eine Betreuungsgruppe oder ein Betreuungsangebot für Demenzkranke im eigenen Haus nachzudenken und es in die Tat umzusetzen.“

Den Bedarf ihrer Klienten bzw. Patienten nach niedrighschwelligem Angeboten schätzten die Befragten als durchweg gegeben ein (vgl. Abb. 16).

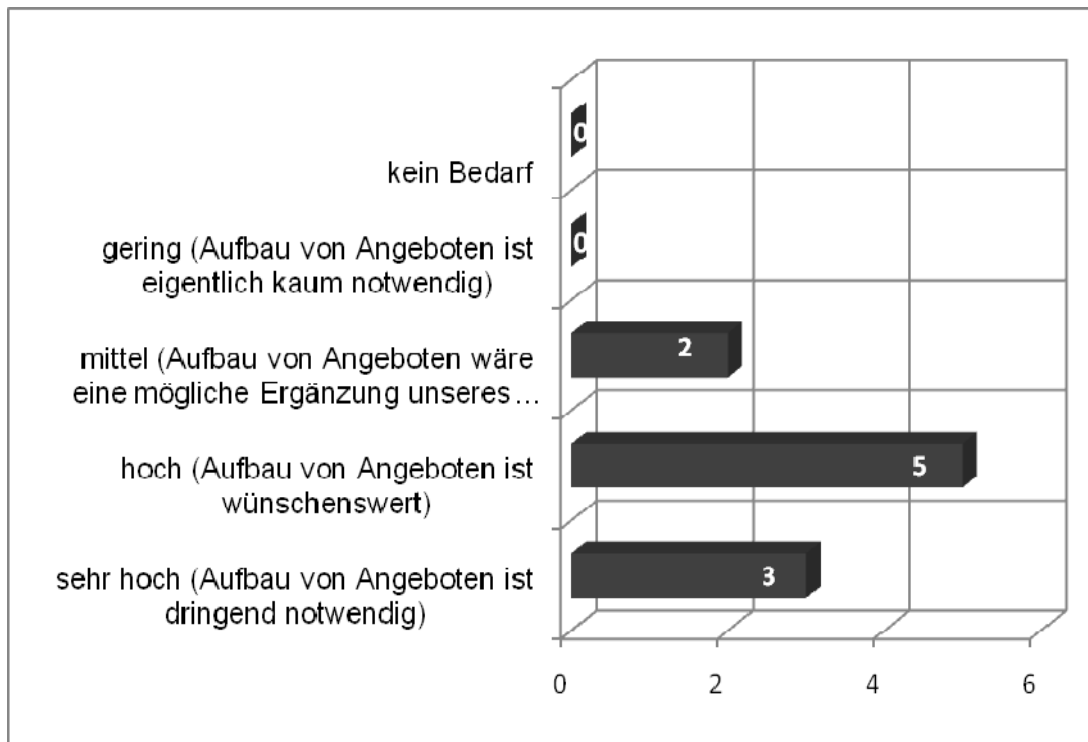


Abb. 16: Modellprojekt Nürnberg: Bedarf nach niedrighschwelligen Angeboten

Als Begründung, **warum bisher noch keine niedrighschwelligen Angebote** aufgebaut werden konnten<sup>28</sup>, **gaben 50 % der Befragten an, dass dafür „keine personellen Kapazitäten“** zur Verfügung stünden. Vierzig Prozent benannten „mangelnde zeitliche Kapazitäten“, zwanzig Prozent meinten jeweils, dass dies nicht in ihr Leistungsspektrum passe bzw. einen zu großen Aufwand darstelle, einer Institution fehlte „praktische Unterstützung bei der Umsetzung“, einer anderen die „Anregung“ vom Träger und eine weitere verfügte über „keine räumlichen Kapazitäten“. In einer Antwort wurde ebenfalls noch angegeben, dass eine Betreuungsgruppe bestanden habe, die aber wegen personellem Wechsel und Wegfall von Teilnehmern 2006 eingestellt wurde.

Acht der zehn Antwortenden hatten ein Kooperations-Angebot des Modellprojektes „Demenz Netzwerk Nürnberg“ angenommen. Als Gründe dafür wurden u.a. benannt:

- ausprobieren, ob Angebot von Zielgruppe angenommen wird
- um Zeit zu sparen, um von der Erfahrung anderer zu profitieren
- wegen der hohen fachlichen Kompetenz in Beratung und in der Unterstützung bei der Durchführung und Konzepterstellung

<sup>28</sup> Mehrfachnennungen möglich

- aufgrund der Erfahrung bei der Schulung und Gewinnung neuer ehrenamtlicher Helfer
- wegen der Unterstützung beim Aufbau einer Betreuungsgruppe
- wegen der personellen Entlastung und Unterstützung beim Aufbau einer Betreuungsgruppe
- weil das Angebot konzeptionell und inhaltlich ein wichtiger Bestandteil im Konzept der quartiersbezogenen, präventiven Seniorenarbeit im Sinne des Seniorennetzwerkes ist.

Folgende Angebote wurden mit Unterstützung des Modellprojektes aufgebaut (vgl. Abb. 17)

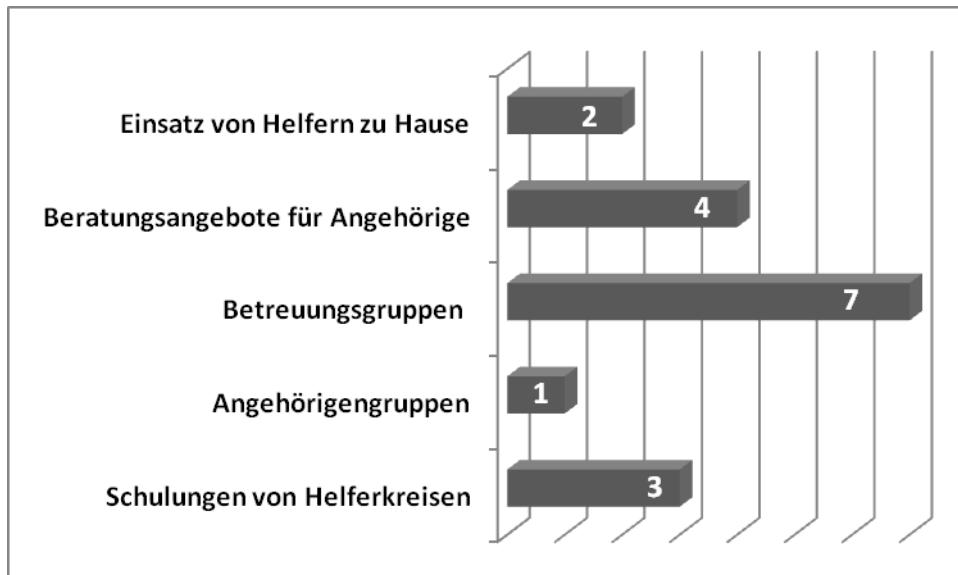


Abb. 17: Modellprojekt Nürnberg: aufgebaute niedragschwellige Angebote

Insgesamt nahmen die an der Befragung teilnehmenden Kooperationspartner folgende Unterstützungsangebote in Anspruch (vgl. Abb. 18):

- Fachberatung (N = 6)
- Unterstützung bei der Entwicklung der entsprechenden Konzeption (N = 4)
- Öffentlichkeitsarbeit (N = 6)
- Gewinnung und/oder Auswahl von Teilnehmern für aufzubauendes Angebot (N = 4)
- personelle Unterstützung in der Anlaufphase des neuen Angebotes (N = 7).

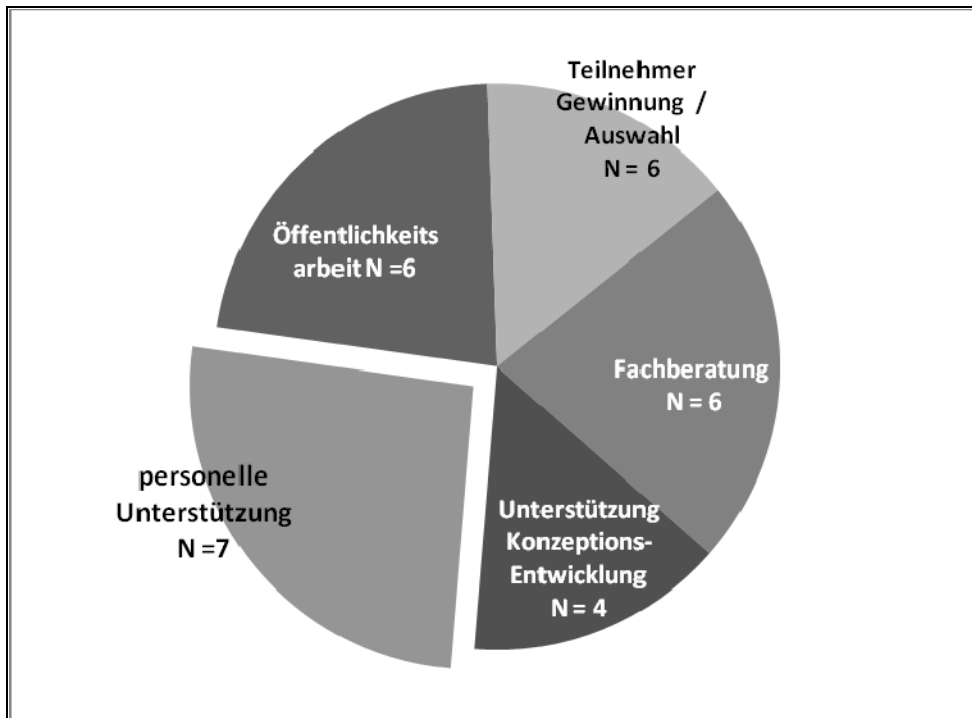


Abb. 18: Modellprojekt Nürnberg: abgerufene Unterstützungsangebote (Mehrfachnennung möglich)

Im Rahmen der Zusammenarbeit war **für die Kooperationspartner besonders wichtig:**

- **fachliches know how der Projektmitarbeiterinnen (70%)**
- **fachliche und berufliche Erfahrungen der Projektmitarbeiterinnen (70%)**
- **Unterstützung bei der praktischen Umsetzung: Planung/Organisation (70%).**

Desweiteren schätzten die Befragten in der Zusammenarbeit mit dem Modellprojekt auch noch folgende Faktoren:

- konkrete Arbeitsentlastung (50%)
- soziale und personale Kompetenzen der Projektmitarbeiterinnen (40%)
- erkennbar uneigennütziges Agieren der Projektmitarbeiterinnen (30%)
- konkrete Kooperation bei der Konzepterstellung (30%)
- konkrete Kooperation bei der Beantragung beim ZBFS (20%).

Die Qualität der Kooperation (hinsichtlich Nutzen und Verwendbarkeit) wurde auf einer Skala von „sehr negativ bis sehr positiv“ als äußerst positiv bewertet (vgl. folgende Abb. 19):

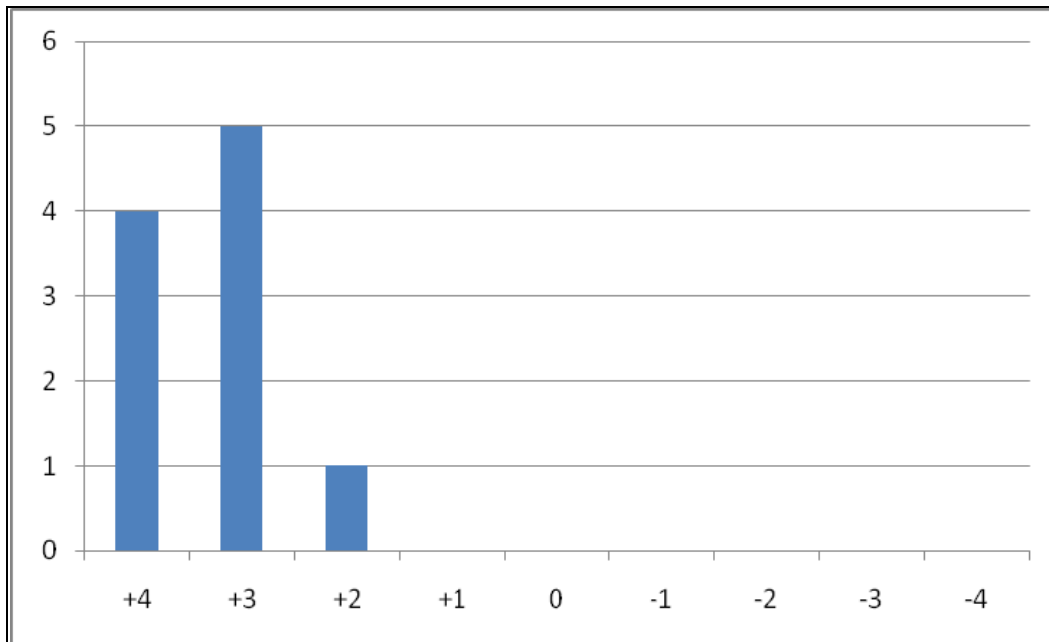


Abb. 19: Modellprojekt Nürnberg: Qualität der Kooperation mit dem Modellprojekt aus Sicht der Kooperationspartner

Zusammenfassend zeigt sich, dass für die **Annahme der Kooperations- und Unterstützungsangebote des Modellprojektes** durch die Akteure in Nürnberg insbesondere

- die **konkrete personelle Unterstützung** im Allgemeinen
- das **ausgeprägte Fachwissen** der Projektmitarbeiterinnen sowie
- deren **langjährigen Erfahrungen** im Bereich der niedrigschwelligen Angebote als auch
- die umfangreiche und bedarfsorientierte **Unterstützung bei der praktischen Umsetzung** der neuen niedrigschwelligen Angebote bei den Akteuren

von entscheidender Bedeutung sind. Wie oben bereits mehrfach erwähnt, deuten all diese Erkenntnisse darauf hin, dass das **Vorhandensein einer regionalen, zentralen Stelle, die mit entsprechendem Fachwissen, diesbezüglichen Erfahrungen und entsprechender man power** ausgestattet ist, unabdingbar für den flächendeckenden und qualitätsgesicherten Aufbau niedrigschwelliger Angebote sein dürfte. Dies wird auch unterstrichen durch die Aussagen der Akteure, dass „mangelnde personelle und zeitliche Kapazitäten“ ein Hauptgrund für den Nichtaufbau entsprechender Angebote sind. Die ambulanten Versorgungsstrukturen benötigen allem Anschein nach gezielte und kompetente „Anschub-Partner“.

### 3.2.3. Weiteres Vorgehen

Das Modellprojekt wird seine Tätigkeit in den Bereich der neu entstehenden Seniorennetzwerke St. Jobst/Erlenstegen, Nordostbahnhof, Nordstadt sowie Wöhrd ausdehnen. Anfragen und Kooperationswünsche aus anderen Stadtteilen wird nachgegangen bzw. auch in diesen Bereichen gezielt Kontakte aufgebaut. Außerdem werden Strukturen zur Stabilisierung der aufgebauten Netzwerke in den bisherigen Modellstadtteilen und zum Aufbau in den „neuen“ Stadtteilen (hier auch zur Identifizierung von Akteuren) aufgebaut werden. Hierzu sind Workshops-Treffen mit fachlichem Input und zum Erfahrungsaustausch der Beteiligten geplant. Ziel dabei ist auch, dass die Akteure die Identität entwickeln, Teil eines Netzwerkes zu sein und sich so auch eine entsprechende (gemeinsame) Verantwortung entwickeln kann. Ein weiterer Schwerpunkt werden die vielfältigen Aktivitäten im Bereich des Projektbausteins „Migranten“ sein - mit dem konkreten Meilenstein des Aufbaus eines Helferkreises für türkische Demenzkranke. Hierzu bahnen sich bereits konkrete Kooperationen an.

Dem Modellprojekt wird in all diesen Tätigkeitsbereichen sicherlich weiterhin so viel Erfolg möglich sein, da durch die beharrliche, zielorientierte - und sich nicht in den Vordergrund schiebende - Arbeit der Projektmitarbeiterinnen eine Nachhaltigkeit des entstehenden „Netzwerkes Demenz Nürnberg“ bereits erkennbar ist.

#### 4. Ambulante sozialpflegerische Dienste e.V. (ASD e.V.) Hof

Das Modellprojekt: „Betreutes Wohnen psychisch kranker und gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in Gastfamilien“ startete am 01.06.2008 mit einer dreijährigen Laufzeit seine Arbeit (Bewilligungszeitraum: 01.06.2008 - 31.05.2011). Gefördert werden zwei Teilzeitstellen. Die ursprünglich bis zum 30.11.2009 befristete Stelle der Projektleitung und erfahrenen Fachkraft (Familienpflegerin) wurde aufgrund der Entwicklung des Modellprojektes bis zum 31.05.2011 verlängert<sup>29</sup>. Ebenfalls mit dreißig Wochenstunden wird während der Gesamtlaufzeit des Modells die Projektmitarbeit einer weiteren Fachkraft gefördert. Für diese Stelle war ursprünglich ein Dipl.-Sozialpädagoge eingestellt worden, der vor dem tatsächlichen Start des Projektes das Modell verließ. Die dann neu eingestellte Dipl.-Sozialpädagogin (mit Berufserfahrungen in der stationären Altenpflege / Schwerpunkt Gerontopsychiatrie) ist seit 01.06.2008 im Modellprojekt tätig.

##### 4.1. Ziel der Modellkonzeption

Das Modellprojekt „Betreutes Wohnen psychisch kranker und gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in Gastfamilien“<sup>30</sup> hat sich den **Aufbau einer Form der ambulanten Betreuung gerontopsychiatrisch beeinträchtigter älterer Menschen** zum Ziel gesetzt. Diese kann eine sonst nötige stationäre Unterbringung - z.B. in einem Altenheim - ersetzen. Als Zielgruppe kommen dabei sowohl Menschen in Frage, deren Perspektiven nach einem Klinikaufenthalt geklärt werden müssen als auch Personen, deren weiterer Verbleib in ihrer häuslichen Umgebung nicht mehr sicherzustellen ist. Somit nehmen - von einem Fachteam ausgewählte und begleitete - **Gastfamilien einen Menschen, der aufgrund seiner Beeinträchtigung nicht in der Lage ist, allein und ohne Unterstützung zu leben, in ihr familiäres Leben auf.** Ziel der Betreuung in der Familie ist die Integration der Gastbewohner in die familiäre Situation und das entsprechende soziale Umfeld. Dies soll ein individuelles Angebot für den jeweiligen Menschen darstellen und sich an dessen besonderen Fähigkeiten, Problematiken und Entwicklungsmöglichkeiten orientieren. Primäres und wichtigstes Ziel ist, dass sich die Bewohner wohl fühlen und mit ihrer neuen Lebenssituation zufrieden sind. Um Ziele und Umfang der Hilfe für den Gastbewohner festlegen zu können, plant der Modellträger, dass sein aufzubauender Fachdienst mit relevanten Ein-

---

<sup>29</sup> 30-Wochen-Stunden

<sup>30</sup> Künftig: Gerontopsychiatrische Familienpflege oder Betreutes Wohnen in Familien (BWF)

richtungen und Stellen, z.B. in Form von Fallkonferenzen kooperiert. Das betreute Leben in Familien zielt auf die **weitgehende Normalisierung des Alltagslebens**, die behutsame Förderung psychosozialer Fähigkeiten und die Stärkung des Wohlbefindens ab. Das besondere am „Betreuten Wohnen psychisch kranker und gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in Gastfamilien“ ist, dass der **Verbleib der Gastpersonen auch im Falle der Pflegebedürftigkeit und bis zum Lebensende in den Familien** ermöglicht werden soll.<sup>31</sup>

## 4.2. Umsetzung und Ergebnisse für das Jahr 2009

### 4.2.1. Implementierung der Familienpflege in der Region

Der Verlauf des Modellprojektes im Jahr 2009 ist nach wie vor von seiner Ausgangslage geprägt, die durch - die rasche Konzeptumsetzung - erschwerenden und hemmenden Faktoren gekennzeichnet ist. Wie bereits im Zwischenbericht für das Jahr 2008 beschrieben, sind im Freistaat Bayern Standorte des „Betreuten Wohnens in Familien“ für Patienten, die nicht im Seniorenalter sind, in allen Bezirken außer in Niederbayern und Oberfranken vorhanden. Damit betritt das Modellprojekt des ASD e.V. im Bezirk Oberfranken absolutes Neuland und kann in der dortigen Region auf keinerlei Erfahrungswerte zurückgreifen. Darüber hinaus bezieht sich der nicht zu unterschätzende Aspekt der Pionierarbeit nicht nur auf das BWF im Grundsatz, sondern auch noch auf das spezifische Thema des Modellprojektes: das Betreute Wohnen in Familien für gerontopsychiatrisch Erkrankte zu installieren. Desweiteren ist die Arbeit des Modellprojektes von der konzeptionellen, innovativen Idee, die Trägerschaft der „gerontopsychiatrischen Familienpflege“ an einen eigenständigen ambulanten Pflegedienst<sup>32</sup> zu binden, charakterisiert. Dieser Faktor unterscheidet das Modellprojekt des ASD e.V. signifikant vom Modellprojekt in Kaufbeuren. Dort bestand vor Start des Modellprojektes zur gerontopsychiatrischen Familienpflege seit über dreizehn Jahren das Angebot der Familienpflege für psychiatrische Patienten (wenn auch nicht im Seniorenbereich). Damit kann das Projekt in Kaufbeuren sowohl auf die jahrelangen Erfahrungen des dortigen Fachdienstes als auch auf die Strukturen und Kontakte des Bezirkskrankenhauses zurückgreifen. Der ASD e.V. betrat insofern Neuland, da er bisher über keine Erfahrungen in der psychiatrischen Versorgung ver-

<sup>31</sup> Vgl. auch Konzept des Modellträgers: „Konzeption der Gerontopsychiatrischen Familienpflege in Hof“ (August 2008).

<sup>32</sup> Der Modellträger ist als eingetragener Verein (ASD e.V.) Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband und von seiner Größenordnung her in der Region dem mittleren Sektor zuzurechnen.

fügte<sup>33</sup>, sich jedoch in der Region vor Beginn dieses Modellprojektes ein Profil als Anbieter und Netzwerker im Demenzbereich erwarb. Folgende Abbildung 20 veranschaulicht diese innovativen und charakteristischen Aspekte sowohl in der Konzeption als auch im Umsetzungsprozess.

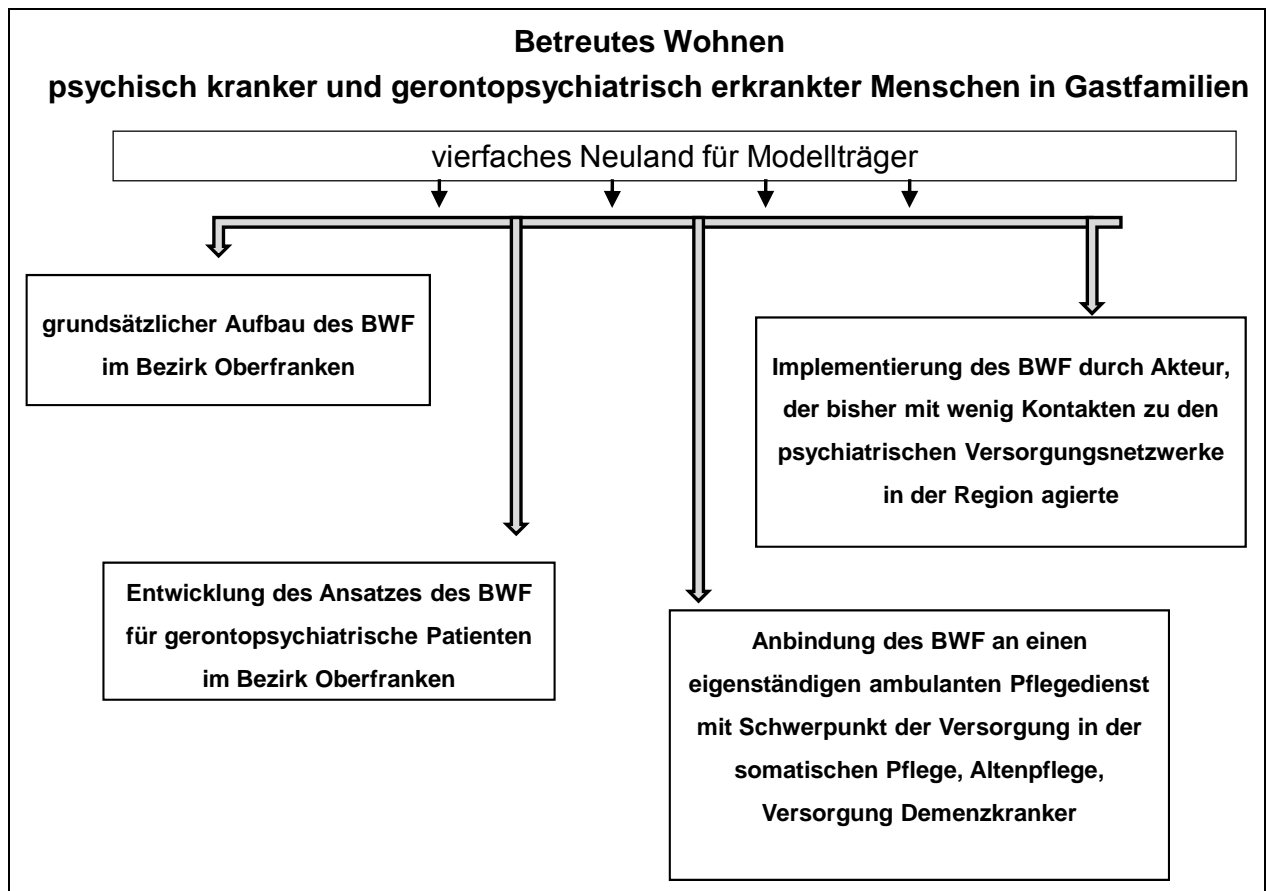


Abb. 20: Modellprojekt Hof, innovative Aspekte in der Umsetzung

Auch nach Ablauf des Jahres 2009 bleibt somit einer der spannenden Aspekte des Modells die Frage, inwieweit die Strukturen eines solitären Pflegedienstes die Voraussetzungen bieten, um gerontopsychiatrische Familienpflege aufzubauen bzw. welche diesbezüglichen Weiterentwicklungen vonnöten sind. Um den komplexen Rahmenbedingungen gerecht zu werden, agierte das Modellprojekt im vergangenen Jahr u.a. in folgenden Bereichen<sup>34</sup>:

- Verhandlungen mit dem Bezirk Oberfranken
- sozialrechtliche Recherchen

<sup>33</sup> Versorgungsschwerpunkt liegt im SGB XI-(bzw. SGB V-)Bereich

<sup>34</sup> Es sei noch einmal darauf hingewiesen, dass hier keine vollständige Auflistung der einzelnen Aktivitäten des Modellprojektes erfolgen kann. Dazu ist auf den Zwischenbericht des Modellprojektes zu verweisen.

- Fachöffentlichkeit: „Psychiatrie-Szene“ sowie Strukturen der Behindertenhilfe und Altenpflege / -hilfe (Information / Lobbyarbeit / Netzwerk)
- Öffentlichkeitsarbeit (Presse, Fotoausstellung, Filmtage)
- Akquise von Gastfamilien und Klienten
- „Pflege“ der wartenden Gastfamilien

Zu den Verhandlungen mit dem Bezirk Oberfranken sei nochmals auf das Ziel des Modellprojektes hingewiesen, eine Leistungsvereinbarung mit dem Bezirk sowohl hinsichtlich der Finanzierung der Betreuungsleistungen durch die Familie als auch der Finanzierung der Tätigkeit des Fachdienstes zu erreichen. Nach langwierigen und aufwendigen Verhandlungen gelang es dem Team, diesbezüglich im Januar 2009 eine schriftliche Vereinbarung mit dem Bezirk herzustellen. **Damit ist es dem Modellprojekt erst einmal grundsätzlich gelungen, dass das BWF auch im Bezirk Oberfranken implementiert werden kann.** Die Verhandlungen mit dem künftigen Kostenträger bedurften im Vorfeld und begleitend - neben strategischen Ausrichtungen - auch einer **intensiven Wissensaneignung im sozialrechtlichen und sozialpolitischen Bereich.** Diesbezüglich leistete das Modellprojekt eine bemerkenswerte Arbeit. Festzuhalten ist, dass die - für die Einarbeitung in eine völlig neue Materie - notwendige Zeit- und Personalkapazität für Folgeprojekte nicht unterschätzt werden sollte. Das betrifft insbesondere potentielle Anbieter, die vergleichbare Ausgangsbedingungen wie das Modellprojekt haben (siehe oben, Abb. 20).

Die Informations-, Lobby- und Netzwerkarbeit in der Fachöffentlichkeit - insbesondere „Psychiatrie-Szene“ und Versorgungsstrukturen der Behindertenarbeit - war ebenfalls ein weiterer Schwerpunkt der Arbeiten im Modelljahr 2009. Hier kämpfte das Modellteam auch mit vielen **Vorbehalten bei den Akteuren.** Dazu gehören unter anderem Vorbehalte gegen die Familien, denen die Begleitung psychisch erkrankter Menschen von professioneller Seite nicht unbedingt zugetraut wird. Desgleichen sind auch Konkurrenzängste von einzelnen Fachleuten zu beobachten, in der Form von Ängsten, dass damit ihre Ausbildung und Qualifizierung überflüssig werden könnte. Hinsichtlich des Themas Konkurrenz spielt in der Region auch nach wie vor der Marktführer der sozialen Versorgung (u.a. Altenpflege, Sozialpsychiatrie, Behindertenhilfe) in der Region eine Rolle, der Mitbewerbern mit innovativen Ideen wenig bzw. gar nicht kooperativ begegnet. Das Modellteam leistete diesbezüglich **eine hartnäckige und intensive Aufklärungsarbeit** und ließ sich von den Vorbehalten

und Widerständen nicht irritieren. Regelmäßige Kontakte (schriftlich, telefonisch und vor allem persönlich) liefen so u.a. zu den Fachkrankenhäusern, in entsprechenden regionalen Arbeitskreisen, zu sozialpsychiatrischen Diensten oder auch bei Behinderten-Einrichtungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen wie auch zur regionalen Organisation der „Aktion Psychisch Kranke“ e.V. Insbesondere in den Kliniken konnte durch die nicht nachlassende Lobby-Arbeit des Modellprojektes für das BWF die Vorbehalte abgebaut werden. So führen die Projektmitarbeiterinnen jetzt in einer Klinik in Kooperation mit dem dortigen Sozialdienst spezielle Sprechstunden zur Information über das BWF durch. Das ist eindeutig als ein Baustein des Erfolges in der Gesamtschau des Projektes einzuschätzen. Auch hier wird der Unterschied zum Modellprojekt in Kaufbeuren, das vom Bezirkskrankenhaus initiiert wurde, deutlich: in Kaufbeuren sind solche klinikinternen Sprechstunden für das BWF eine Selbstverständlichkeit, in der Region Hof für den ASD e.V. erst im Ergebnis einer intensiven Überzeugungstätigkeit zu erreichen. Der dezidierte persönliche Kontaktaufbau zu niedergelassenen Fachärzten und Psychotherapeuten endete ohne konkretes Ergebnis. Als **erfolgversprechendster Weg erwies sich die Informationsarbeit zu den Kreisen der gesetzlichen Betreuer**. Im Kontakt mit dem Vormundschaftsgericht konnten vierundfünfzig Akteure ermittelt und zu diesen persönliche Kontakte aufgebaut werden. Auch gerade Berufsbetreuer zeigten sich interessiert an diesem neuen Versorgungsangebot, so dass über diesen Weg dann letztendlich auch mehrere Klientenanfragen zustande kamen. Konkret wurden drei potentielle Klienten über diese Kontakte aufgenommen.

Die Gastfamilien- und Klientenakquise erfolgte desweiteren auch in der allgemeinen Öffentlichkeit. Gezielte Kontakte wurden z.B. zu den Oberfränkischen Kreisobmännern/Kreisbäuerinnen des Bayerischen Bauernverbandes oder zu allen Kirchen und Religionsgemeinschaften in der Region aufgebaut. Das Modellprojekt entwickelte diesbezüglich zielgruppenspezifisches Informations- und Präsentationsmaterial. Nach Beobachtung der f/w Begleitung ist jedoch auch hier festzuhalten, dass alle Bemühungen und Aktivitäten des Projektes nur sehr langsame Erfolge zeitigen. **Der Abbau einer gewissen Skepsis und Zurückhaltung gegenüber innovativen Ansätzen, die zudem von kleinen Initiativen präsentiert werden, scheint in der Region einen langen Atem zu benötigen**. In der Strategie des Modellteams führte dies auch dazu, dass der Aktionsradius erweitert und vermehrt auf die - an die Stadt

Hof angrenzenden - ländlichen Gebiete ausgedehnt wurde. Als sehr positiv ist auch der diesbezügliche Ansatz einzuschätzen, sich mit dem Modellprojekt „Generation 1-2-3: Erstellung und Umsetzung eines interkommunalen Altenhilfe- und Mehrgenerationenkonzeptes in der Region "Nördliches Fichtelgebirge"<sup>35</sup> aktiv zu vernetzen. Im Rahmen dieser Netzwerkarbeit beginnt das Modellprojekt, nun auch in kleinen Gemeinden Beratungsstunden zur Information über das BWF anzubieten. In der Bewertung des Modellprojektes erscheint dieses Vorgehen der f/w Begleitung als eine weitere erfolgsversprechende Strategie. Diesbezüglich werden konkrete Ergebnisse hinsichtlich der Akquise von Gastfamilien und Klienten für das Folgejahr erwartet.

In der allgemeinen Öffentlichkeitsarbeit sind für das Jahr 2009 die Aktivitäten einer regen Pressearbeit, einer Fotoausstellung sowie der Einbeziehung der Modelltätigkeit mit einem speziellen Filmbeitrag im Rahmen der Hofer Filmtage zu erwähnen. Als wichtiger Meilenstein nach acht Monaten Modelllaufzeit ist aus Sicht der f/w Begleitung die eindruckliche Fotoausstellung „Betreutes Wohnen in Familien“<sup>36</sup>, die das Modell im Februar 2009 im Bürgerzentrum Hof präsentierte, einzuschätzen. Das Anliegen des Projektteams, damit das BWF einer breiten Öffentlichkeit anschaulich vorzustellen zu können, konnte optimal verwirklicht werden. Bereits die Eröffnungsveranstaltung war von Vertretern aus Sozialpolitik und -verwaltung<sup>37</sup> als auch von Mitarbeitern verschiedener Versorgungsanbieter und interessierten Bürgern gut besucht. Nach allen Beobachtungen konnten die berührenden Bilder der Ausstellung in Verbindung mit der Präsenz der Projektmitarbeiter (für Information und Gespräche) zu einer Art Qualitätssprung hinsichtlich der Akzeptanz des neuen Versorgungsbausteines in der Region führen. Auch wenn sich dies nicht sofort in konkreten Ergebnissen äußerte, leistete diese Ausstellung doch ihren Beitrag zu einer ersten Einstellungsänderung. Im konkreten führte sie aber auch - durch persönliches Engagement von Beteiligten - dazu, dass die Verhandlungen mit dem Bezirk vorgebracht werden konnten.

---

<sup>35</sup> Gefördert durch das Programm „Innovative Altenhilfekonzepte“ des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen.

<sup>36</sup> Im Verleih des Vereins zur Förderung einer sozialen Psychiatrie e.V. (VSP)

<sup>37</sup> u.a. sowohl der Oberbürgermeister als auch der 2. Bürgermeister der Stadt Hof, der Bezirkstagsvizepräsident, die Seniorenbeauftragte der Stadt Hof oder eine Vertreterin des Seniorenrates der Stadt Bayreuth

In der Auswertung der Ergebnisse all dieser Aktivitäten wurde in der Diskussion mit der f/w Begleitung im November 2009 beschlossen, für die Akquise insbesondere der Klienten aber auch der Gastfamilien noch einmal ein gesondertes Maßnahmenpaket für die Monate Dezember bis März 2010 mit sehr gezielten und zielgruppenspezifischen Schritten zu entwickeln. Diese Tätigkeiten werden u.a. neben der allgemeinen Öffentlichkeit als Zielgruppen auf Kommunen, Kirchengemeinden oder Arzthelferinnen abzielen. Darüber hinaus erfolgt im Sinne eines „Schallplatteneffektes“<sup>38</sup> die Kontaktpflege zum vorhandenen Netzwerk, insbesondere den gesetzlichen Betreuern, den Fachkliniken und diversen Sozialdiensten.

Desweiteren entspann sich im Dezember 2009 im Rahmen der zweimal jährlich stattfindenden Workshops<sup>39</sup> (der f/w Begleitung für die Modellprojekt-Teams) eine Art kollegiale Beratung der anderen Modellprojekte für das Hofer Team. Auch hier ging es um die Weiterentwicklung des Vorgehens zur Öffentlichkeitsarbeit. Die folgende Abbildung (Abb. 21) zeigt als Ergebnisübersicht die Analyse der Situation und eine mögliche Schwerpunktsetzung in der kurz- bzw. mittelfristigen Tätigkeit im Sinne eines systemischen Ansatzes. Die in den grau unterlegten Kästchen mit weißer Schrift benannten Zielgruppen wurden als diejenigen herausgearbeitet, bei denen das Modellprojekt als eigenständiger Anbieter (außerhalb des Versorgungssystems der Psychiatrie sowie außerhalb des geschlossenen Organisationssystems des Marktführers stehend) vorrangig seine Akquisetätigkeiten fortsetzen sollte. Unberührt davon bleiben natürlich die allgemeine Öffentlichkeitsarbeit sowie die Pflege der schon bestehenden Kontakte.

---

<sup>38</sup> Im Sinne der ständigen Wiederholung als Prinzip des Sozialmarketings

<sup>39</sup> Nur erwähnt sei hier, dass diese Form des Austausches von allen Projektteams als außerordentlich positiv bewertet und eine Fortführung dieser regelmäßigen Treffen zur Reflektion und zum Erfahrungsaustausch von den Projektteams unbedingt gewünscht ist.

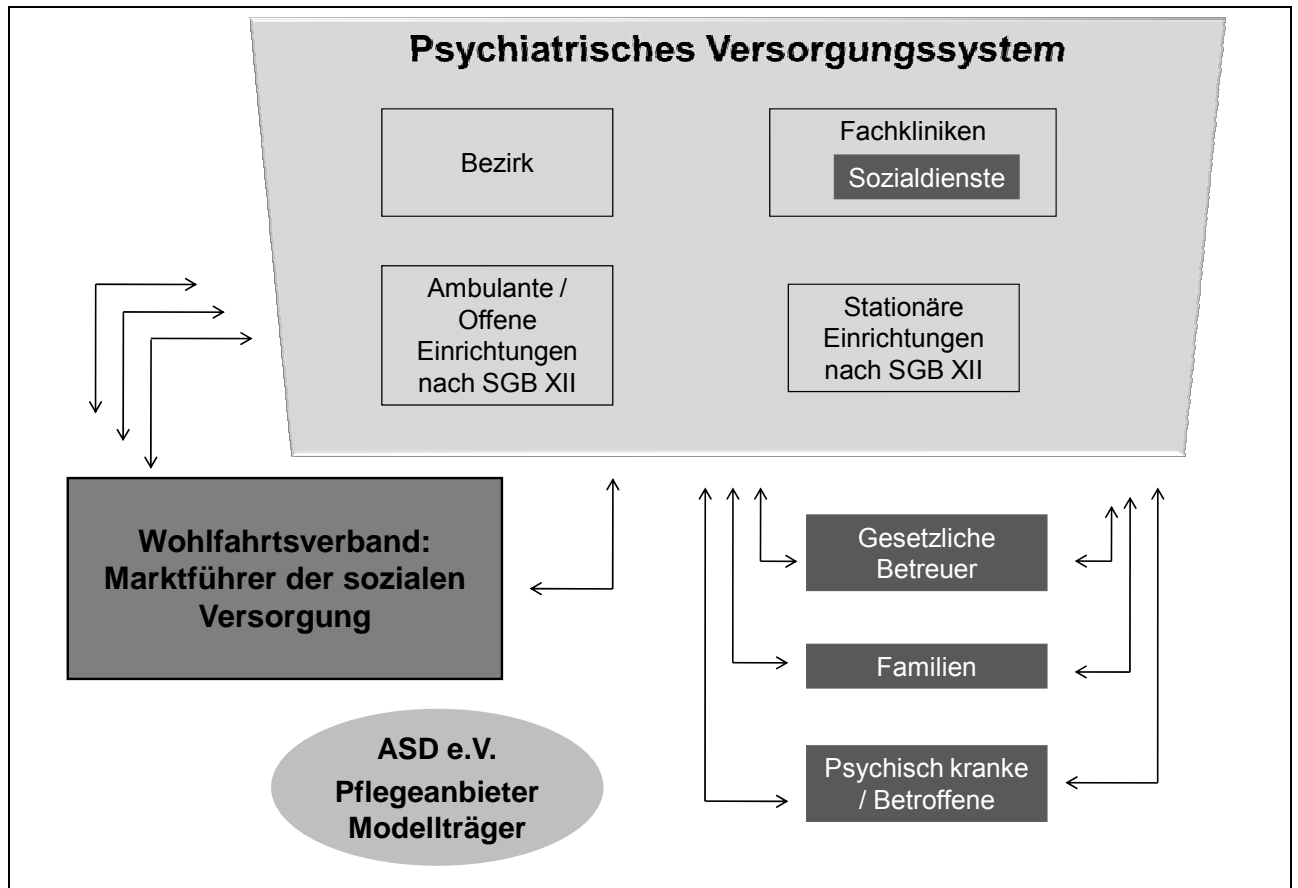


Abb. 21: Modellprojekt Hof, regionale Systeme und Akquise-Zielgruppen

#### 4.2.2. Daten zu Gastfamilien und Klienten

Aufgrund der Informations- und Kontaktarbeit nahmen insgesamt vierundzwanzig Personen, die ein Interesse an der Tätigkeit als „Gastfamilie“ bekundeten, zum Modellprojekt Kontakt auf. Von der gerontopsychiatrischen Familienpflege erfahren hatten diese durch:

- die Presse: N = 11
- Interne Vermittlung: N = 1
- Info-Veranstaltungen des Modellprojektes: N = 1.

Von den anderen Erst-Interessenten liegen keine Daten vor.

Auch hier - wie im Modellprojekt Kaufbeuren - erfolgte keine Kontaktaufnahme aufgrund der Flyer des Modellprojektes, aber die kompetente Pressearbeit der Projektleiterin zeigt hier deutliche Auswirkungen. Nach den ersten informellen Gesprächen vertieften **zwölf Personen** ihr Interesse an einer Tätigkeit als „**Gastfamilie**“. Bei diesen überwiegt - wie auch beim Modellprojekt in Kaufbeuren - deutlich die Zahl der

Frauen (N = 8). Das Durchschnittsalter aller Interessenten betrug rund 44 Jahre und teilte sich wie in folgender Abbildung gezeigt, auf (Abb. 22):

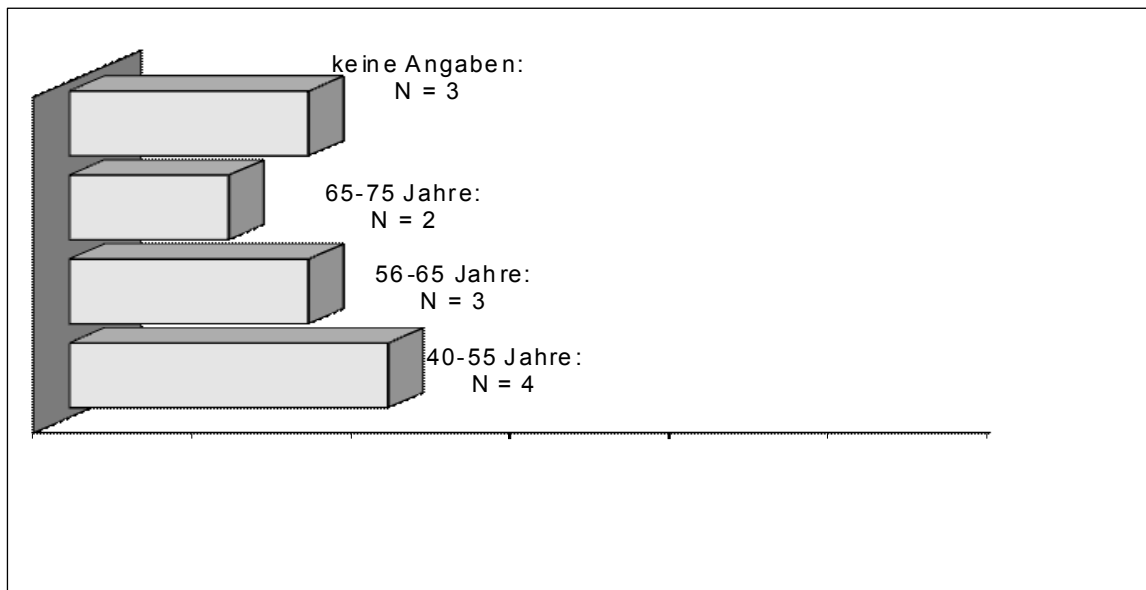


Abb. 22: Modellprojekt Hof: Alter der Gastfamilien-Interessentinnen und Interessenten

Von den Interessenten lebten sieben Personen „mit Familie“, zehn hatten eigene Kinder. Diese lebten in zwei Fällen auch noch zu Hause. Vier der Interessenten hatten drei oder mehr Kinder und nochmals fünf waren Familien mit zwei Kindern. Eine Interessentin arbeitete in Vollzeit, zwei in Teilzeit, eine war beruflich selbständig, keiner arbeitete in einem Mini-Job. Eine Person gab an, „arbeitslos“ zu sein, fünf waren in Rente und drei erwähnten ausdrücklich ihre Tätigkeit im Haushalt.

Hinsichtlich der relevanten Vorerfahrungen **verfügten elf Personen über Pflegeerfahrung**. Diese differenzieren sich wie folgt:

- psychisch Kranke privat betreut: N = 3
- psychisch Kranke beruflich betreut: N = 4
- alte Menschen privat betreut: N = 7
- alte Menschen beruflich betreut: N = 4.

Über berufliche Erfahrung in der Psychiatrie *und* mit alten Menschen verfügten vier Personen.

### Wohnsituation

Von den sich bewerbenden Gastfamilien wohnten 11 im eigenen Haus. Die Größe der für den Gast angebotenen Zimmer betrug in den meisten Fällen 12 bis 16 m<sup>2</sup>.

Dadurch, dass gelegentlich auch ganze Einlieger- oder Ferienwohnungen zur Verfü-

gung gestellt werden sollten, ergibt sich jedoch hinsichtlich der für den Gast vorgeschlagenen Räume eine durchschnittliche Größe von 19 m<sup>2</sup>

Als „ungeeignet“ wurden vom Modellteam drei Bewerber eingestuft, weil entweder kein weiteres Interesse der potentiellen Hauptpflegepersonen vorlag oder wegen Krankheit oder befürchteter Überforderung keine weiteren gemeinsamen Perspektiven zu entwickeln waren. Als Hauptgründe für die Eignung gab die Projektleitung folgende Aspekte an:

- „Soziale Kompetenz“ (N= 7)
- „geeigneter Wohnraum“ (N = 7) sowie
- „Pflegeerfahrung“ (N = 5).

Mit neuen Bewerbern für die Tätigkeit als Gastfamilien wurde nach der ersten Kontaktaufnahme ein persönlicher Gesprächstermin vereinbart. Von diesen wiederum fanden sieben statt, die übrigen wurden von den Familien abgesagt oder einfach nicht wahrgenommen. Nach Durchlaufen des Bewerbungsverfahrens mit gegenseitigem Kennenlernen, Hausbesuch und einem weiteren persönlichen Gespräch erschienen dem Team sechs Familien geeignet. Die wichtigsten Kriterien für diese Entscheidungen setzten sich aus folgenden Aspekten zusammen:

- soziale Kompetenzen: N = 6
- Wohnsituation / Wohnraumangebot: N = 6
- Pflegeerfahrung: N = 6 sowie
- gutes persönliches Netzwerk: N = 5.

**Damit bestätigen sich die Erfahrungen aus dem Modellprojekt Kaufbeuren zum Profil der Gastfamilie bzw. der familiären Hauptbezugsperson für den**

**Familienpflege-Gast:** Es handelt sich vorwiegend um

- **Frauen** im Alter zwischen **40-55 Jahren**, die
- mit ihrer Familie in einem **Haus** leben
- **eigene Kinder** haben
- **keine Vollzeit-Berufstätigkeitausüben** sowie
- vielfach über berufliche oder private **Pflegeerfahrungen** verfügen.<sup>40</sup>

Die bereits im Modellprojekt Kaufbeuren zu beobachtende Tendenz, dass der Aspekt „**soziale Kompetenz**“ als ein wichtiger Grund für die Eignung an Bedeutung zunimmt, wird durch die ersten Ergebnisse des Projektes in Hof bestätigt.

---

<sup>40</sup> Vgl. im vorliegenden Bericht, S. 9f.

Hinsichtlich der potentiellen Gäste in den Familien wurden im konkreten Ergebnis (im Gegensatz zu namentlichen Absichtserklärungen, denen keine weiteren Schritte folgten) insgesamt **sechs Klienten als Interessenten** für das BWF gemeldet. Die Anmeldung erfolgte:

- 3 x durch Berufsbetreuer
- 1 x durch Angehörige
- 0 x durch Klienten selbst
- 2 x durch Sonstige (z.B. Angebote der offenen oder stationären Behindertenhilfe oder Psychiatrie).

Von der gerontopsychiatrischen Familienpflege erfahren hatte man u.a. sowohl durch Flyer als auch durch Info-Veranstaltungen oder die „Mundpropaganda“ des Modellprojektes. Die interessierten Klienten waren **zwischen 22 und 61 Jahren** alt. Geschlechtsbezogen teilt sich die Gruppe in **zwei Frauen und vier Männer** auf. Das Projektteam stufte eine Anmeldung als „ungeeignet“ ein, da keine psychiatrische Diagnose vorlag. Weitere relevante Informationen zu Diagnose und Lebenssituation der potentiellen Klienten werden - soweit vorliegend - im Folgenden stichpunktartig dargestellt.

#### **Diagnosen:**

- 0 x Diagnose Demenz
- 2 x Depression
- 1 x Psychose
- 1 x Paranoid (davon 1 x mit Psychosediagnose)
- 0 x Parkinson
- 1 x chronisch (Sucht)

#### **Gesetzliche Betreuung:**

- keine Betreuung: N = 2
- gesetzliche Betreuung liegt vor: N = 4 (alle Berufsbetreuungen)

#### **Pflegebedürftigkeit nach SGB XI:**

Es lag bei keiner Anmeldung Pflegebedürftigkeit vor.

Bezüglich der **Lebenssituation** ergab sich, dass drei Personen allein zu Hause lebten, drei im Resozialisierungsheim bzw. im Krankenhaus. Desweiteren konnten bei den potentiellen Klienten hinsichtlich der vorhandenen sozialen Kontakte bzw. Bezugspersonen folgende Daten erhoben werden (Mehrfachnennungen):

- keine Kinder: N = 3
- nach eigenen Angaben „keine Bezugspersonen“: N = 3
- einziger sozialer Kontakt über gesetzliche Betreuung und Begegnungstreff: N = 3

Diese Daten bestätigen ebenfalls die Ergebnisse des Modellprojektes in Kaufbeuren, dass die **Personengruppe**, für die (gerontopsychiatrische) Familienpflege ein interessantes Angebot darstellt, durch folgende Punkte gekennzeichnet ist:

- **Depressionsdiagnose**
- **(zusätzlicher) Demenzdiagnose**
- **chronisch psychiatrisch Erkrankte**
- **stehen unter gesetzlicher Betreuung**
- **leben alleine zu Hause**
- **haben häufig keine Kinder** und/oder
- verfügen über ein **schwach ausgebautes soziales Netzwerk** sowie
- haben vielfach **kein Recht auf Leistungen der Pflegeversicherung**.

Hinzuweisen ist auch darauf, dass die Anzahl der **Männer** unter den Interessenten höher liegt als die der weiblichen Personen. Wie in Kaufbeuren zeigt sich auch in Hof eine Tendenz, dass **Berufsbetreuer** (gerontopsychiatrische) Familienpflege als ein interessantes Angebot für ihre Klientel ansehen.<sup>41</sup>

Mit vier Klienten, die sich für das BWF interessierten, konnten Erstgespräche durchgeführt werden. Die Projektleitung erfasste aufgrund dieser Gespräche drei Personen als „geeignet“. Bei einer Person wurden die Gesamtumstände als kritisch eingeschätzt, da die Hoffnung des Klienten, seine derzeitige Lebenssituation doch noch aufrecht erhalten zu können, im Vordergrund stand - im Gegensatz zur Einschätzung der gesetzlichen Betreuer oder professionellen Begleiter. Keiner der drei als „geeignet“ eingestuft Klienten konnte jedoch letztendlich bis Ende 2009 vermittelt werden. Als schwieriger Gesichtspunkt erwies sich auch hier, die rechte Passung zwischen Familie und Klient ausfindig zu machen. In einem Fall stand das Projektteam vor der Aufgabe, eine geeignete Familie zu finden, die ihre Lebensgewohnheiten der „leichten Verführbarkeit“ des alkoholkranken Klienten hinsichtlich eines erneuten Alkoholgenusses angepasst hätte. Diesbezüglich wäre sozusagen eine „abstinente“ Familie notwendig gewesen, die vom Projektteam im Einzugsgebiet des Klienten so

---

<sup>41</sup> Vgl. im vorliegenden Bericht, S. 7.

schnell nicht gefunden werden konnte. Dieser potentielle Klient wollte dann letztendlich in ein Heim für alkoholranke Männer umziehen. Als eine weitere Schwierigkeit in der Vermittlung kristallisierten sich auch beim Modellprojekt in Hof<sup>42</sup> die Wünsche der Klienten nach Verbleib in ihrer vertrauten Region (Stadt, Gemeinde, Gegend) heraus. Diese liegen jedoch mit den Wohnorten der potentiellen Gastfamilien nicht immer in Übereinstimmung. Obwohl beispielsweise das Projektteam in der - von einem Klienten bevorzugten Gegend - ganz kurzfristig und sehr gezielt wie auch durch allgemeine Pressearbeit nach einer Gastfamilie suchte, konnte der gesetzliche Betreuer mit der geplanten Veränderung der Lebenssituation des Klienten nicht lange genug warten, so dass auch hier eine BWF-Vermittlung nicht möglich war.

Die f/w Begleitung geht - wie auch das Team des Modellprojektes - davon aus, dass letztendlich auf eine Art „Dambruch-Effekt“ zu warten ist. Damit ist gemeint, dass derzeit viele Akteure in der Modellregion wohl auf eine erste erfolgreiche Vermittlung (Einzug eines Klienten in eine Gastfamilie) warten. Dies brächte sozusagen einen Erfahrungswert und es wäre erlebbar, dass Familienpflege eine funktionierende Versorgungsform ist und eben auch in der professionell Begleitung durch einen Fachdienst von Familien leistbar ist.

### **4.3. Weiteres Vorgehen**

Wie bereits oben beschrieben, wird der Hauptschwerpunkt der Tätigkeit des Modellprojektes vorerst in der Akquise insbesondere der Klienten aber auch der Gastfamilien liegen. Die möglichen Erfolge der diesbezüglich - oben beschriebenen - geplanten Aktivitäten werden von der f/w Begleitung mit Spannung erwartet. Im Vorgriff auf Ergebnisse der Tätigkeiten im Jahr 2010 sei hier darauf verwiesen, dass im Januar 2010 so auch bereits ein Probewohnen einer Klientin (61 Jahre mit Depressionsdiagnose, vermittelt vom Sozialdienst des Bezirkskrankenhauses Bayreuth) in einer Familie erfolgen konnte.

Die Pflege der potentiellen Gastfamilien wird - wie auch im Jahr 2009 - ein weiteres, wichtiges Arbeitsgebiet für das Projektteam darstellen. Entsprechende konkrete Aktivitäten waren Ende 2009 ebenfalls schon terminiert. Zukunftsträchtig könnte auch

---

<sup>42</sup> Wie beim Modellprojekt in Kaufbeuren, vgl. die ausführliche Darstellung im Zwischenbericht für 2008, S. 9ff.

eine Intensivierung der Vernetzung zu Einrichtungen der Behindertenhilfe sein. Diese steht ihrerseits mitten in neuen Herausforderungen, da durch die zunehmende Zahl alt werdender Menschen mit Behinderung (in Zusammenhängen des Modellprojektes besonders relevant: geistige oder psychische Behinderung) modifizierte Versorgungsstrukturen notwendig sind. Das BWF könnte für einzelne Menschen mit Behinderung, die ins Seniorenalter kommen, ebenfalls eine alternative Versorgungsform darstellen.

Aus Sicht der f/w Begleitung sollte das Projektteam sich nicht entmutigen lassen, sondern weiterhin mit seinem Engagement, seiner Hartnäckigkeit und seinem Ideenreichtum an der Umsetzung des Konzeptes der Familienpflege arbeiten. Angesichts der demografischen Entwicklungen dürften solche kleinräumigen Versorgungsangebote - gerade auch in strukturschwachen Regionen - künftig von kaum zu unterschätzender Bedeutung sein. Dies betrifft einerseits die gemeindenahere Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in einem familiären Umfeld nach dem Prinzip der Alltagsnormalität. Daneben sollte die Möglichkeit für die gastgebenden Personen, eine sinnvolle Aufgabe zu haben (verbunden mit einem finanziellen Anreiz) gerade auch in strukturärmeren Gebieten nicht unterschätzt werden. Die Ergebnisse der Befragung der Gastfamilien in Kaufbeuren belegen, dass hier ein Zukunftspotential zu sehen ist.

## **ANHANG**

### **Anlage 1**

Netzwerk Demenz Nürnberg  
„Leitfaden für den Aufbau von Betreuungsgruppen“

## Leitfaden zum Aufbau von Betreuungsgruppen



Verfasst von Angelika Thiel, Angehörigenberatung Nürnberg e.V.

## Leitfaden zum Aufbau von Betreuungsgruppen

### 1. Rahmenbedingungen

#### 1.1. Allgemeine Rahmenbedingungen

- Räumlichkeiten
  - Heller Raum mit wohnlicher Atmosphäre
  - möglichst eine kleine Küche zur Vorbereitung kleiner Verpflegung
  - Behinderten-/rollstuhlgerechter Zugang und Toilette
  - Telefon für Notfälle
- MitarbeiterInnen
  - Eine Fachkraft der Altenpflege oder Sozialen Arbeit, möglichst mit Gruppenerfahrung sowie geschulte ehrenamtliche HelferInnen (Förderung s. 1.3.2)
- TeilnehmerInnen (TN)
  - Demenzkranke mit und ohne Pflegestufe
  - Ausschlusskriterien z.B. aggressives, nicht steuerbares Verhalten, massive Weglaufgefahr
- Gruppengröße
  - durchschnittlich 3 TN für Förderung erforderlich (s. 1.3.2)
  - Gruppengröße von 5 Personen bei 2 Betreuern ideal; maximal 8 TN bei möglichst 3 Betreuungspersonen – je nach Schweregrad der Erkrankung
- Fahrdienst – Fragestellungen und Überlegungen
  - Ist es von der Organisation her möglich?
  - Können evtl. Ehrenamtliche den Dienst übernehmen? Abklärung versicherungsrechtlicher Fragen erforderlich.
  - Es muss viel Zeit (und Gelassenheit!) für das Abholen eingeplant werden.
  - Es kann sein, dass Demenzkranke nicht bei Unbekannten mitgehen.

#### 1.2. Rechtliche Rahmenbedingungen

- Pflegeversicherungsgesetz SGB XI, §§ 45b und 45c (in Verbindung mit der „Verordnung zur Ausführung der Sozialgesetze - AVSG)
- Haftpflicht- und Unfallversicherung für die Gruppenleitung und Laienhelfer
- Schweigepflichterklärung der Gruppenmitarbeiter/innen
- Evtl. Haftungsausschluss für mitgebrachte Gegenstände (auch Brille, Gebiss etc.)

#### 1.3. Finanzielle Rahmenbedingungen

Ausgaben	Einnahmen
Personalkosten	Teilnahmegebühren
Sachkosten	Eigenmittel
Schulungs-/Fortbildungskosten	Fördermittel
Bewirtung	Zuschüsse z.B. Kommune
Fahrdienst	Spenden
	sonstiges

##### 1.3.1. Anerkennung von Betreuungsgruppen

- Die Anerkennung muss beantragt werden beim Zentrum Bayern Familie und Soziales  
<http://www.zbfs.bayern.de/esf/aanb.html>  
 Damit eine Abrechnung über die Pflegekasse als niedrigschwelliges Betreuungsangebot nach § 45b SGB XI (100€ oder 200€ monatlich) erfolgen kann, müssen die unter 1.3.2. genannten Voraussetzungen erfüllt sein.

- Ambulante Pflegedienste müssen keine Anerkennung beantragen. Sie können auch so die Leistung erbringen und mit den Kassen abrechnen.
- 1.3.2. Anerkennungsvoraussetzungen für die Abrechnung mit der Pflegekasse und zur Beantragung einer Förderung**

- nach der Verordnung zur Ausführung des SGB XI, § 39 - 41
- Schriftlicher Antrag beim ZFBS bis 1.4. des laufenden Kalenderjahres
  - Konzept zur Qualitätssicherung des Betreuungsangebots
  - Angebot auf Dauer, regelmäßig, verlässlich
  - Ausreichender Versicherungsschutz
  - Jährlicher Tätigkeitsbericht an das ZFBS (Verwendungsnachweis)
  - Leitung durch eine Fachkraft mit psychiatrischer, gerontopsychiatrischer, sozialpädagogischer oder heilpädagogischer Erfahrung
  - Durchführung der Gruppe unter Mitwirkung von fachlich geschulten und angeleiteten ehrenamtlichen Helfern erfolgt
  - Mindestens durchschnittlich drei Hilfsbedürftige pro Gruppe
  - Angemessene Räume

Wichtig: Für die Förderung ist von jedem Gruppentreffen eine TN-Liste erforderlich, auf der die TN bzw. die Angehörigen unterschreiben!  
Höhe der Förderung, Antrag zur Förderung und TN-Liste siehe Anhang.

## 2. Aufbau und Durchführung von Betreuungsgruppen

### 2.1. Öffentlichkeitsarbeit

- Erstellung eines ansprechenden Flyers
- Informationen und Flyer an Presse, Ärzte, Sanitätshäuser, Apotheken, Beratungsstellen u.a. Multiplikatoren weitergeben
- Gezielte Weitergabe des Flyers an Klienten
- Gewinnung von interessierten Ehrenamtlichen, die geschult sein müssen, um eine Förderung für die Gruppe zu bekommen (siehe 1.3.2.) - (Schulung nach AVSG und den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zur Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten (...) nach § 45c Abs. 6 SGB XI i.V.m. § 45d Abs. 3 SGB XI vom 24.07.2002 in der Fassung vom 08.06.2009) durch verschiedenste Institutionen und Bildungsträger in Bayern)
- kontinuierliche Werbung!

### 2.2. Klärung der konkreten Durchführung

- Anmeldung  
Wo melden sich die Teilnehmer/innen an und ab?  
Wer wird aufgenommen ?
- Erstgespräch  
Wer führt das erste Gespräch mit den Angehörigen?  
Sollen Biografiebögen eingesetzt werden?
- Einsatzplan  
Wer macht den Einsatzplan für die Helfer/innen?
- Programmplanung  
Wer ist verantwortlich in der Vorbereitung und Durchführung des Programms für den Nachmittag?
- Vorbereitungen am Gruppentag  
Wer bereitet den Raum vor?



Netzwerk Demenz Nürnberg  
ein Projekt aus Fördermitteln des Bayerischen Sozialministeriums  
und des Verbandes der Bayerischen Pflegekassen

Soll es eine Tischdekoration geben?  
Wo befindet sich die Garderobe?  
Wer achtet darauf, was die Demenzkranken anhaben und dabei hatten?  
Soll es Namensschilder geben?  
Wer kauft Essen, Getränke etc. ein?  
Wer kocht Kaffee, wer deckt den Tisch?  
Wer ist zuständig für das Aufräumen?

- Sicherheit  
Stolperquellen ausschließen  
Toilettenbesuch einplanen und (unauffällig) mitgehen  
Aufsichtspflicht

### 2.3. Gruppeninhalte

Bewährt haben sich: Singen, Bewegung, Biographische Gespräche, angeleitetes praktisches Tun, gemeinsames Essen.  
Themenvorschläge siehe Anhang Seite 6 und 7

### 2.4. Programmablauf

- Feste Programmabfolge ist positiv
- Feste Begrüßungs- und Abschiedsrituale geben Halt und Struktur, z.B. immer das gleiche Lied am Anfang und Ende
  - Trink- und Toilettenpause nicht vergessen
  - Vorbereiten, aber trotzdem im Ablauf flexibel bleiben

## 3. Umgang mit Demenzkranken in der Gruppe

### 3.1. Die wichtigsten Umgangsregeln im Umgang mit den TeilnehmerInnen

- Für Zuwendung, Sicherheit, Geborgenheit und Wertschätzung sorgen
- Vorhandene Fähigkeiten erhalten
- Positive Erlebnisse und Freude fördern

Dies kann u.a. erreicht werden durch kurze, klare Sätze, viel Lob, Humor, Vormachen von Übungen, personenabhängig ggf. Berührungen.

### 3.2. Zusammenarbeit zwischen Gruppenleitung und HelferInnen

- Ziele klären
- Aufgaben verteilen
- Auf gemeinsame Umgangsformeln „einschwören“
- Anregungen aufnehmen
- Nachbesprechung

### 3.3. Umgang mit schwierigen Situationen in der Gruppe

Was könnte die Ursache für das Verhalten sein, was sind Lösungsmöglichkeiten?

- Unruhe:  
Umherlaufen im Raum gewähren lassen, bei Fragen Sicherheit geben, ausprobieren, ob Toilettengang hilft.
- Weglaufen:  
Auf das aktuelle Thema und die dahinterliegenden Ängste eingehen. Wenn TN sich nicht abhalten lässt wegzugehen, auf jeden Fall eine HelferIn mitgehen lassen.
- Aggression:



Netzwerk Demenz Nürnberg  
ein Projekt aus Fördermitteln des Bayerischen Sozialministeriums  
und des Verbandes der Bayerischen Pflegekassen

Beobachten, wann das Verhalten auftritt. Sicherheit geben, beruhigen. TN von vorne langsam ansprechen, Handlungen ankündigen, aus dem Gefahrenbereich gehen.

- Alles-Esser und –Trinker:  
Gut beobachten! Essen außer Sichtweise räumen, evtl. auf einen Schrank.
- Nicht mitmachen wollen:  
Den Willen akzeptieren und respektieren.  
Immer wieder mit Humor versuchen zum Mitmachen zu motivieren.  
Lieblingsbeschäftigung erfragen und ins Programm einbauen.
- Kommunikation unter den Teilnehmern:  
Ausgleichend wirken, ungewöhnliches Verhalten erklären.  
Leitung und Ehrenamtliche haben Vorbildfunktion.  
Wichtig: nicht *über* sondern *mit* den TN sprechen!
- Sexualität:  
Je nach Situation entweder zulassen oder Grenzen setzen.

Generell gilt: Sich eigener Gefühle bewusst werden, sich überlegen: ‚was tut mir gut?‘ Es ist außerdem hilfreich und wichtig, das Gespräch mit den Angehörigen bzw. dem Betreuer zu suchen.

#### 4. Angehörigenarbeit in der Betreuungsgruppe

- Wichtig ist das Vertrauen des Angehörigen in die Gruppenmitarbeiter. Es sind oft mehrere Vorgespräche erforderlich, bis sich Angehörige für eine Betreuungsgruppe entscheiden können.
- Angehörige sind wichtige Informationsquellen über den Demenzkranken.
- Angehörige sollen die Möglichkeit haben, ihre Sorgen und Nöte anzusprechen – jedoch nicht vor der Gruppenstunde! Besteht evtl. die Möglichkeit danach? Ansonsten Beratungstermin anbieten. Idealerweise verläuft parallel zu der Betreuungsgruppe eine Gesprächsgruppe für Angehörige.
- Bezahlung erst beim Abholen (ggf. Rechnung), da zu Beginn der Gruppe zuviel Unruhe entstehen würde.
- Bei der Kommunikation mit den Angehörigen ist zu beachten:  
Fokus der Angehörigen ist das Wohlbefinden des Kranken in der Gruppe.  
Fokus der Fachleute ist eher das Wohlbefinden der Angehörigen durch die Entlastung, die die Gruppe bietet.



„Netzwerk Demenz Nürnberg“  
ein Projekt aus Fördermitteln des Bayerischen Sozialministeriums  
und des Verbandes der Bayerischen Pflegekassen

#### Quellen:

Hipp, Sabine; Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.): Betreuungsgruppen für Alzheimer-Kranke. Informationen und Tipps zum Aufbau. Praxisreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Berlin 2001.

Kuhn, Barbara (Angehörigenberatung Nürnberg e.V.): Baustein 7 - Aufbau und Durchführung von Betreuungsgruppen.

#### Weiterführende Literatur

Feil, Naomi: Validation: Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. München 2000<sup>5</sup>.

Ganß, M.; Linde, M. (Hrsg.): Kunsttherapie mit demenzkranken Menschen. Dokumentation des Symposiums „KunstTherapie in der Altenarbeit – künstlerische Arbeit mit Demenzerkrankten“. Frankfurt am Main 2004.

Marr, D.: Kunsttherapie mit altersverwirrten Menschen. Beltz-Verlag Weinheim 1995.

#### Biographiearbeit allgemein

Bruce, Errollyn; Hodgson, Sarah; Schweitzer, Pam; Trilling, Angelika: Erinnerungen pflegen. Vincentz Network 2001.

Ruhe, H.G.: Methoden der Biographiearbeit. Lebensgeschichte und Lebensbilanz in Therapie, Altenhilfe und Erwachsenenbildung. Beltz-Verlag Weinheim 1998.



„Netzwerk Demenz Nürnberg“  
ein Projekt aus Fördermitteln des Bayerischen Sozialministeriums  
und des Verbandes der Bayerischen Pflegekassen

Im Rahmen von Aufbau und Durchführung von Betreuungsgruppen können die Projektmitarbeiterinnen bei folgenden Punkten behilflich sein:

#### Fachberatung

zu den verschiedenen Bereichen im Zusammenhang mit Aufbau und Durchführung von Betreuungsgruppen anhand des Leitfadens

#### Öffentlichkeitsarbeit

- Gestaltung des Flyers
- Einholen eines Kostenvoranschlag bei einer Druckerei und ggf. Weitergabe des entsprechenden Auftrags
- Gewinnung von Gruppen-TN aus Beratungsklientel und Angehörigengruppen, z.B. durch gezieltes Anschreiben von KlientInnen.

#### Arbeit mit den Angehörigen

- Gespräche, um Angehörige zu befähigen, die Betreuungsgruppe in Anspruch zu nehmen.
- Gespräch mit Angehörigen zur Biografie des Erkrankten, die eine wichtige Grundlage für die Arbeit in Betreuungsgruppen bildet (Biografiebogen siehe Anlage).
- Beratung zum Krankheitsbild Demenz, Umgang mit den Betroffenen, zur Pflegeversicherung und anderen Fragen.

#### Durchführung der Gruppe

- Möglichkeit der Hospitation in einer bereits bestehenden Betreuungsgruppe
- zeitlich begrenzte Unterstützung (nach Terminabsprache) durch personelle Begleitung in der Betreuungsgruppe mit anschließender Reflektion
- Regelmäßige Begleitung bei auftauchenden Fragen in der Durchführung einer Betreuungsgruppe

#### Vernetzung zum Austausch und Qualitätssicherung

Langfristig sind regelmäßige Treffen der MitarbeiterInnen von Betreuungsgruppen geplant, um gegenseitig von den Erfahrungen zu profitieren und die Qualität der Arbeit auf einem gleichbleibenden Niveau zu halten.



## ANHANG

### Themenvorschläge für Betreuungsgruppen

Grundsätzlich ist der Bezug zum Alltag in der Kinder-, Jugend- und frühen Erwachsenenzeit sehr wichtig. Durch mitgebrachte Gegenstände von früher werden Erinnerungen eher geweckt als nur durch Worte und Bilder. Die Anregung der Sinne sollte in vielfältiger Art und Weise erfolgen – Überforderung ist jedoch zu vermeiden!

#### Jahreszeitlich

- Fasching/Fastnacht/Karneval  
Ideen: Basteln von einfacher Faschingsdekoration, Verkleiden mit einfachen Materialien (Tücher, Hüte...), Schunkel- und Stimmungsmusik
- Ostern  
Ideen: Eier färben mit Naturmaterialien (Rotkraut, Zwiebelschalen...)
- Frühling  
Ideen: Einpflanzen von Blumen, z.B. Vergissmeinnicht/ „Blume in der Hand erblühen lassen“: Seidentuch in einer Hand verstecken und dann ganz langsam die Hand öffnen/Frühjahrsputz: Teppichklopfer, Bild vom kollektiven Ausklopfen in Hinterhöfen, Text „Die Heinzelmännchen zu Köln“
- Sommer  
Ideen: Biographisches Gespräch über Baden gehen, Ausflüge  
Material: Sonnenblume, Sonnenbrille, Sonnenhut, Beeren, frische Gartenkräuter, Brause
- Herbst  
Ideen: Erntedank - Korb mit Früchten zum Tasten, Raten lassen, evtl. Obstsalat zubereiten  
Sammeln und Pressen von Herbstblättern, Kastanien, Eicheeln
- Winter  
Ideen: Biographisches Arbeiten zu Schlittenfahren, Schlittschuhlaufen, Schneeballschlacht, Schneemannbauen  
Material: Fäustlinge, Wollmütze, Muff, Fotos von Aktivitäten im Schnee
- Weihnachten  
Weihnachtslieder, -bräuche
- Silvester/Neujahrsbräuche  
Ideen: verschiedene Glücksbringer (Glücksschwein, Schornsteinfeger, 4-blättriges Kleeblatt), Rituale: Bleigießen, Kartenspielen (Schwarzer Peter), Tanz, Neujahrsgruß an Nachbarn, Neujahrsgebäck

#### Allgemeine Themen

- Ideen: Kindheit, Kinderspiele innen und außen, Kinderlieder und –sprüche, „Ringlein, Ringlein, du musst wandern...“, Auszählreime, Kästchenhüpfen, Seilspringen, Stelzenlaufen, Murnelspiel (s. Material)  
Material: Spiel mit großen Murneln und Schuhkarton mit einem halbrunden Loch zum Reinschussern
- Freundschaft  
Idee: Biographisches Gespräch über Kinder- und Jugendfreundschaften  
Material: Poesiealben als Gesprächsgrundlage
- Hochzeit



Ideen: Rituale im Zusammenhang mit Hochzeiten, Erinnerungen an die eigene Hochzeit, evtl. eigene Hochzeitsbilder mitbringen lassen (Problem: oft erkennen sich die Leute auf diesen Fotos nicht wieder!)

- **Tanz**  
Sitztänze, Bewegungen im Sitzen zu Polka, Walzer usw. Erinnerungen an den Tanzkurs, evtl. in Verbindung mit erstem Kuss  
Material: Tanzmusik (ausleihbar in der Musikbibliothek siehe Literaturliste)
  - **Wandern**  
Ideen: Raten lassen, was man zum Wandern braucht. Erinnerungen an Wanderungen früher, Landschaften, Gerüche, Erlebnisse. Singen von Wanderliedern  
Material: Rucksack mit verschiedenen Wanderutensilien (Wanderstock, Karte, Thermoskanne, Kamera, Fernglas, Kniebundstrümpfe usw.)
  - **Waschtag**  
Idee: Bericht über einen Waschtag aus dem internet vorlesen und TN ergänzen lassen, nachfragen, sich zeigen lassen  
Lied: „Zeigt her eure Füße, zeigt her eure Schuh“ mit Bewegungen dazu  
Material: Waschbrett, Wäscheklammern,
  - **Alles, was rund ist**  
Ideen: Ballspiele am Tisch mit verschiedenen Bällen; ein Netz aus Wolle knüpfen, indem der Wollknäuel von der Leiterin weitergegeben an die TN, jeder muss ein Stück Wolle in der Hand halten (anspruchsvolle motorische Übung, die viel Spaß macht).  
Material: verschied. Bälle, Luftballon, Spiegel (für manche schwierig, da sie sich nicht erkennen)
  - **Märchen**  
Ideen: Märchen raten lassen, Märchen erzählen und TN ergänzen lassen,  
Material: Märchenbücher mit klassischen Märchen, Hand- oder Fingerpuppen (Prinzessin, König...)
  - **Berufe**  
Lied: „Grün, grün, grün sind alle meine Kleider“  
Wichtig: Wissen über die Berufe der TN und wenn möglich passendes Material dazu (altes Telefon, Lochkarte, Kabel...)
  - **Garten**  
Gartengeräte mitbringen, etwas einpflanzen (siehe auch Thema Frühling)
- Weitere mögliche Themen-Ideen:  
Kochen und Backen, Sonn- und Feiertage, Geld, Namen, Farben, Wasser...

#### Literatur für die praktische Arbeit

Gatz, Sabine; Schäfer, Lioba: Themenorientierte Gruppenarbeit mit Demenzzkranken. 24 aktivierende Stundenprogramme. Beltz Verlag Weinheim und Basel 2002.

Osborn, Caroline; Schweitzer, Pam; Trilling, Angelika: Erinnern - eine Anleitung zur Biographarbeit mit alten Menschen. Lambertus Verlag 1997.

Texte, Quellen und Bilder zum biographischen Arbeiten sind oft im Internet zu finden, z.B. <http://maintext.wordpress.com/2008/07/11/waschtag-damals-heute/>



Netzwerk Demenz Nürnberg  
ein Projekt aus Fördermitteln des Bayerischen Sozialministeriums  
und des Verbandes der Bayerischen Pflegekassen

#### Musik

In der Musikbibliothek der Stadtbibliothek Nürnberg sind CDs verfügbar mit alten Grammophon-aufnahmen sowie CDs mit Instrumentalbegleitung mit passenden Liederbüchern in einem angepassten langsameren Tempo (Material vom Tageszentrum am Geiersberg in dieser Liste).

Bayr. Staatsministerium für Arbeit, Sozialordnung, Familie und Frauen (Hrsg.): Musizieren mit dementen Menschen. Ratgeber für Angehörige und Pflegenden. Mit 15 Liedern auf Audio-CD und zahlreichen Bewegungs- und Musiziervorschlägen. Ernst Reinhardt Verlag München Basel 2006.

Füller, Klaus: Musik mit Senioren. Theoretische Aspekte und praktische Anregungen. Beltz Verlag Weinheim und Basel 1994.

Harms, Heidrun; Dreischulte, Gaby: Musik erleben und gestalten mit alten Menschen. Urban & Fischer München Jena 2001<sup>2</sup>.

Krug, Anja/ Mangei, Karl: Raten und Singen – Volksliederquiz Band 2. Materialien zur Programmgestaltung in der Altenarbeit. ASTEX-Quiz 08.

Schöps, Alfred/ Strube, Friedemann (Hrsg.): Kein schöner Land. Liederbuch in Großdruck. Band I und II. München 1984 bzw. 1987.

Tageszentrum am Geiersberg (Hrsg.): Jahreszeit- und Fahrtenlieder. Wetzlar 2002.

Vennemann, Susanne/ Rhein, Imtraut: Singen mit Spaß. Handbuch für die Gruppenleitung. Lieder aus meiner Heimat. Schott Musik International. Mainz 2001.

#### Weiterer Anhang:

- Gesetzestext zur Förderung von Betreuungsgruppen
- Antrag an das ZBFs
- TN-Liste für die Betreuungsgruppe
- Biografiebogen



Netzwerk Demenz Nürnberg  
ein Projekt aus Fördermitteln des Bayerischen Sozialministeriums  
und des Verbandes der Bayerischen Pflegekassen

## Verzeichnis wichtiger Abkürzungen

Abb.	Abbildung
ARGE	Arbeitsgemeinschaft für Beschäftigung
ASD e.V.	Ambulanter Sozialdienst e.V.
AWO	Arbeiterwohlfahrt
BRK	Bayerisches Rotes Kreuz
BWF	Betreutes Wohnen in Familien oder „Betreutes Wohnen psychisch kranker und gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in Gastfamilien“
DLRG	Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft
DP	Demenzpaten
e.V.	eingetragener Verein
f/w	fachlich-wissenschaftliche (Begleitung)
o.g.	oben genannte
PflEG	Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz
s.i.c.	social invest consult – Gesellschaft für Forschung, Beratung, Organisationsentwicklung und Sozialmanagement mbH
sog.	sogenannte
s.o.	siehe oben
SPDi's	Sozialpsychiatrische Dienste
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
vgl.ebd.	vergleiche ebenda
WG	Wohngemeinschaft
z.B.	zum Beispiel
ZfP	Zentrum für Psychiatrie
z.T.	zum Teil

[www.sozialministerium.bayern.de](http://www.sozialministerium.bayern.de)



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



**BAYERN DIREKT**  
ist Ihr direkter Draht zur Bayerischen Staatsregierung.  
Unter Tel.: 0 1801/20 10 10 (3,9 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz, höchstens 42 Cent pro Minute aus Mobilfunknetzen) oder per E-Mail unter [direkt@bayern.de](mailto:direkt@bayern.de) erhalten Sie Informationsmaterial und Broschüren, Auskunft zu aktuellen Themen und Internetquellen sowie Hinweise zu Behörden, zuständigen Stellen und Ansprechpartnern bei der Bayerischen Staatsregierung.



Bayerisches Staatsministerium für  
Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen  
Winzererstr. 9, 80797 München  
E-Mail: [oeffentlichkeitsarbeit@stmas.bayern.de](mailto:oeffentlichkeitsarbeit@stmas.bayern.de)

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

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