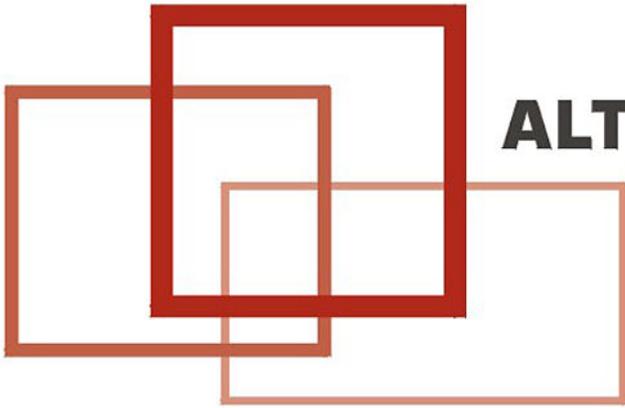




Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend



ALTENHILFESTRUKTUREN DER ZUKUNFT

**Abschlussbericht der
wissenschaftlichen
Begleitforschung zum
Bundesmodellprogramm**

**Herausgegeben vom
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend**

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend (Hrsg.)

Altenhilfestrukturen der Zukunft

Abschlussbericht der wissenschaftlichen
Begleitforschung zum Bundesmodellprogramm

Autoren:

Dr. Lothar Klaes
Dr. Uwe Raven
Ralf Reiche
Dr. Gerhard Schüler

**Wissenschaftliches Institut der Ärzte
Deutschlands (WIAD) gem. e. V.**
Godesberger Allee 54
53175 Bonn

Dr. Peter Potthoff
Ingolf v. Törne

TNS Healthcare GmbH
Landsberger Strasse 338
80687 München

Ulrich Schneekloth

TNS Infratest Sozialforschung
Landsberger Strasse 338
80687 München

Redaktion:

Dr. Gerhard Schüler



Vorwort

Ältere Menschen möchten heute ganz überwiegend solange und soweit wie möglich ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben in ihrer vertrauten Umgebung führen.

Für viele ist dies Realität. Sie sind gesund und wissen das so genannte „dritte Lebensalter“ für sich zu nutzen. Häufig übernehmen sie als Großeltern eine wichtige Rolle in ihrer Familie oder helfen anderen Menschen und engagieren sich ehrenamtlich.

Dennoch steigt im höheren Alter die Wahrscheinlichkeit der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit an. Dies gilt insbesondere für Demenzerkrankungen.

Ein Großteil der dann erforderlichen Unterstützungsleistungen wird nach wie vor von den Familienangehörigen erbracht. Die Alterung der Gesellschaft, kleinere Familien, beruflich bedingte Mobilität und die zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen lassen jedoch erwarten, dass dieses Potential für Hilfe und Pflege in Zukunft nicht in gleichem Umfang wie bisher zur Verfügung stehen wird.

Auf die gesellschaftlichen Veränderungen ist die Altenhilfe in Deutschland noch nicht ausreichend vorbereitet. Damit sich das ändert, brauchen wir mehr Beratung und begleitende Unterstützung für die hilfebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen sowie eine bessere Kooperation und Vernetzung der vorhandenen Hilfeangebote.

In den 20 Einzelprojekten des Modellprogramms „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ sind dazu eine Vielzahl praktischer Lösungen entwickelt und erprobt worden. Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung war es, die so gesammelten Erkenntnisse und Erfahrungen zu evaluieren und zu übertragbaren Konzepten zusammenzuführen.

Ich freue mich, dass gut vier Jahre nach der Auftaktveranstaltung nunmehr die Ergebnisse dieses Modellprogramms vorgestellt werden können, und danke allen, die daran mitgewirkt haben: den Projektbeteiligten, dem Projektträger, der wissenschaftlichen Begleitung und den Mitgliedern des Beirats.

Der zukünftige Erfolg des Vorhabens hängt jetzt davon ab, ob es uns gelingt, die gewonnenen Ergebnisse breitenwirksam umzusetzen. Ich setze dazu auf einen intensiven Dialog mit den Akteuren der Altenhilfe und hoffe, dass der von mir und Bundesministerin Ulla Schmidt gemeinsam initiierte „Runde Tisch Pflege“ dafür bereits ein gutes Forum bietet.

Renate Schmidt

Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

INHALT

VORBEMERKUNG	7
1. ZUSAMMENFASSUNG DER WESENTLICHEN ERGEBNISSE DES BUNDESMODELLPROGRAMMS ‚ALTENHILFESTRUKTUREN DER ZUKUNFT‘	8
2. DAS BUNDESMODELLPROGRAMM ‚ALTENHILFESTRUKTUREN DER ZUKUNFT‘ UND SEINE WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITUNG	14
2.1 Kurzgefasste Chronologie und Beschreibung des Modellprogramms	14
2.2 Konzept und Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitung	17
3. ZUKUNFTSWEISENDE KONZEPTE ZUR GESTALTUNG DER ALTENHILFESTRUKTUREN	28
3.1 Konzepte zur Strukturentwicklung, zur Vernetzung und zum Case Management	29
3.1.1 Einleitung	29
3.1.2 Die Modelle	33
3.1.3 Netzerkbildung – Netzerkgestaltung	39
3.1.3.1 Netzerkinhalte	39
3.1.3.2 Netzerkpartner	48
3.1.3.3 Netzerkstrukturelemente	51
3.1.4 Case Management	58
3.1.4.1 Case Management im Rahmen segmentübergreifender regionaler Netzerke	60
3.1.4.2 Case Management als Einzelfallhilfe in Netzerken	61
3.1.4.3 Förderliche und hinderliche Bedingungen zur Etablierung eines Case Managements	62
3.1.5 Zusammenfassende Bewertung und Empfehlungen	64
3.2 Konzepte zur geriatrischen Rehabilitation und deren Verankerung im System der Altenhilfe	70
3.2.1 Einleitung	70

3.2.2	Konzepte im Modellprogramm im Überblick	74
3.2.3	Verknüpfung von geriatrischer Rehabilitation mit der Altenpflege und der Altenhilfe – Optimierte Nachsorge nach stationärer Rehabilitationsbehandlung	74
3.2.3.1	Optimierte Nachsorge nach stationärer Rehabilitationsbehandlung	75
3.2.3.2	Identifikation von Klientinnen und Klienten mit Rehabilitationspotenzial und Versorgungsdefiziten in der Altenhilfe	76
3.2.3.3	Verknüpfung von stationärer Rehabilitation und stationärer Altenhilfe	77
3.2.4	Mobile geriatrische Rehabilitation	79
3.2.5	Zusammenfassende Bewertung und Empfehlungen	80
3.3	Konzepte zur Verbesserung von Verbraucherschutz und Interessenvertretung in der Altenhilfe	84
3.3.1	Einleitung	84
3.3.2	Verbraucherschutz im Bereich der ambulanten Pflege	92
3.3.2.1	Informations- und Beschwerdetelefon Pflege	94
3.3.2.2	Vertragsprüfung auf ABG-Verstöße	95
3.3.2.3	Wegweiser für Pflegebedürftige und Angehörige	97
3.3.3	Verbraucherschutz im Bereich der stationären Pflege	98
3.3.3.1	Anlaufstelle Pflege im Heim – Rat und Hilfe bei Fragen und Problemen	99
3.3.3.2	Unterstützung der Interessenvertretung der Heimbewohner gegenüber dem Heimträger	102
3.3.4	Zusammenfassende Bewertung und Empfehlungen	106
3.4	Konzepte zu stationären Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen	112
3.4.1	Einleitung	112
3.4.2	Hausgemeinschaftskonzept	116
3.4.2.1	Konzeption	116
3.4.2.2	Ehrenamtsprojekt	119
3.4.2.3	Erfolge	119
3.4.2.4	Aufwand und Probleme	119

3.4.3	Wohnformen für Demenzkranke	120
3.4.3.1	Milieutherapeutische Demenz-Wohngruppen	120
3.4.3.2	Demenz-Wohngemeinschaft mit therapeutischer Pflege	126
3.4.4	Maßnahmen im traditionell konzipierten Heim	131
3.4.4.1	Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege	131
3.4.4.2	Angehörigenarbeit	133
3.4.4.3	Musiktherapie in Pflege und Sterbebegleitung	134
3.4.5	Zusammenfassende Bewertung und Empfehlungen	137
3.4.5.1	Betreuungs- und Wohnkonzepte	137
3.4.5.2	Qualifizierung und Angehörigenarbeit	139
3.4.5.3	Aufwand und Refinanzierung	140
3.5	Konzepte zur Verbesserung der Betreuung und Versorgung im häuslichen Bereich und im Wohnumfeld	142
3.5.1	Einleitung	142
3.5.2	Häusliches Betreuungs- und Pflegesetting	146
3.5.2.1	Unterstützung allein lebender alter Menschen mit psychischen bzw. demenziellen Erkrankungen	149
3.5.2.2	Unterstützung im familialen Bezugssystem lebender alter Menschen	150
3.5.3	Altenhilfe im Wohnquartier	156
3.5.3.1	Verbundstruktur umfassender ganzheitlicher Altenhilfe im Wohnquartier	157
3.5.3.2	Gemeinwesenorientierte Altenarbeit im Wohnquartier	158
3.5.4	Zusammenfassende Bewertung und Empfehlungen	159
3.6	Konzepte zur Betreuung von Hilfe- und Pflegebedürftigen durch freiwillige Helferinnen und Helfer	164
3.6.1	Einleitung	164
3.6.2	Freiwilliges Engagement im Bereich der Altenhilfe	165
3.6.3	Konzepte zum Aufbau von Betreuungsdiensten Freiwilliger im Modellprogramm	169
3.6.3.1	Qualifizierung und Begleitung	171
3.6.3.2	Tätigkeiten und erbrachte Leistungen	173

3.6.4	Ergebnisse	173
3.6.5	Zusammenfassende Bewertung und Empfehlungen	180
4.	ERGEBNISSE, SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN IM ÜBERBLICK	183
4.1	Umsetzungs- und Verstetigungserfolge der Modellprojekte	183
4.1.1	Umsetzungserfolge der Modellprojekte	183
4.1.2	Verstetigung der Projekte und Finanzierungsmodelle	190
4.2	Perspektiven und Potenziale zur Weiterentwicklung der Strukturen der Altenhilfe	194
4.2.1	Kooperation und Vernetzung: Entwicklung von lokalen Qualitätsverbänden	194
4.2.2	Bessere Abstimmung von Reha und Pflege	196
4.2.3	Mitbestimmung, Interessensvertretung und Verbraucherschutz als Querschnittsaufgabe zur Förderung von Klientensouveränität	197
4.2.4	Neue stationäre Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen	198
4.2.5	Auf- und Ausbau von niederschweligen Hilfeangeboten und Förderung der Selbsthilfe	201
4.2.6	Systematische Integration von bürgerschaftlichem Engagement als Kernstück einer „neuen Kultur des Helfens“	202
	EMPFEHLUNGEN DES BEIRATS ZU DEN ERGEBNISSEN DES BUNDESMODELLPROGRAMMS	205

ANHANG	211
BEITRÄGE DER 20 MODELLPROJEKTE FÜR DIE ALTENHILFESTRUKTUREN DER ZUKUNFT – DARSTELLUNG IN FORM VON MODELLSTECKBRIEFEN	213
Netzwerk im Alter Albatros e.V – Berlin	214
KUNZ – Kirche und Nachbarschaftszentrum – Bielefeld	216
Forschungsprojekt zur Erfassung der Versorgungssituation von Demenzkranken in Bochum und Umgebung unter besonderer Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse von Betroffenen – Bochum	218
Entwicklung einer gerontopsychiatrischen Verbundstruktur in einer ländlichen Region und in einer kreisfreien Stadt – Cottbus	220
„Tagesmütter“ für Demenzkranke und andere Angebote zur Informations-, Krisenbewältigung und Weiterbildung – Daaden/Herdorf	222
Implementation von Hausgemeinschaften in eine kleinräumig ausgerichtete Versorgungskette für pflegebedürftige ältere Menschen – Dießen	224
Gerontopsychiatrische Wohngemeinschaft – Diakoniezentrum Bethesda e. V. – Eisenberg	226
Alzheimer Zentrum Hamburg – Hamburg	228
Ein Beitrag zu mehr Markttransparenz und Patienten- und Verbraucherschutz im Bereich ambulante Pflegedienste in der Stadt Mainz – Mainz	230
Gerontopsychiatrische Patienten im familialen Bezugssystem – Neustrelitz	232
Home Care Nürnberg – Virtuelles Altenheim – Nürnberg	234
Aufbau eines geriatrischen Netzwerkes im Dresdener Norden und umliegenden Kommunen – Radeburg	236
Abschiedsmusik – Musiktherapie mit Demenzkranken und Menschen in der letzten Lebensphase – Rendsburg	238
Entwicklung neuer Kooperations- und Koordinationsstrukturen – Aktives Leben und Wohnen älterer Menschen – Salzgitter	240
Vierte Lebensphase – Stuttgart	242

Milieutherapie – Einführung milieutherapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich mit begleitender Evaluation (MIDEMAS) – Stuttgart	244
Verbraucherschutz in der stationären Pflege – Landesseniorenrat Baden- Württemberg e. V. – LSR – Stuttgart	246
Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation – GeReNet.Wi – Wiesbaden	248
Mobile Rehabilitation Woltersdorf – Woltersdorf	250
Förderung rehabilitationsorientierter Betreuung im Seniorenpflegeheim durch Entwicklung eines praxisnahen Kooperationsmodells zwischen Seniorenheim und geriatrischer Rehabilitation – Würzburg	252
BEITRÄGE DER 20 MODELLPROJEKTE FÜR DIE ALTENHILFESTRUKTUREN DER ZUKUNFT – DARSTELLUNG IN FORM VON ÜBERSICHTEN	254
Modellbezeichnungen	255
Konzepte und Handlungsfelder	256
Zielgruppen und Akteure	258
Stabilität und Verstetigung	260
Transferierbarkeit	262
VERZEICHNISSE	
LITERATUR	264
VERZEICHNIS HÄUFIG VERWENDETER ABKÜRZUNGEN	275
INDEX DER MODELLE	276
VERZEICHNIS DER ÜBERSICHTEN	277
DIE MITGLIEDER DES BEIRATS	279

VORBEMERKUNG

Die im Modellprogramm ‚Altenhilfestrukturen der Zukunft‘ erprobten Konzepte haben eine Fülle von Erkenntnissen zutage gefördert. Aufbau und Gestaltung des Berichts sowie die Art der Vertextung der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung folgen dem Anspruch, eine übersichtliche und verständliche Präsentation in einem zusammenfassenden Ergebnisbericht vorzulegen. Dies gilt umso mehr, als dieser Text sich an ein breites Fachpublikum aus Politik, Wissenschaft und Praxis wendet und den jeweiligen Anforderungen an Relevanz, Schlüssigkeit und Verwertbarkeit zu genügen hat.

Einer kurzgefassten Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse in Kapitel 1 folgt in Kapitel 2 eine Beschreibung des Modellprogramms und des Konzepts der wissenschaftlichen Begleitung. Dies leitet über in das zentrale Ergebniskapitel 3, das nach sechs Handlungsfeldern der Altenhilfe gegliedert ist und in jedem Unterkapitel zunächst den Stand der Diskussion reflektiert. Daran schließt sich eine kritische Darstellung der Ergebnisse an, gefolgt von einer Bewertung und der Diskussion weitergehender Empfehlungen. Zur besseren Übersichtlichkeit sind zentrale Ergebnisse in jedem Unterkapitel optisch hervorgehoben. Kapitel 4 schließlich fasst die Ergebnisse zusammen und diskutiert die aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung abzuleitenden Schlussfolgerungen und Empfehlungen vor dem Hintergrund der jeweiligen Problemlage und Erfordernisse.

Der Beirat des Modellprogramms greift in seiner anschließend abgedruckten gemeinsamen Stellungnahme diese Ergebnisse auf. Er bewertet die gewonnenen Erkenntnisse positiv und formuliert für jedes der sechs Handlungsfelder Empfehlungen zur Umsetzung in die Praxis.

Im Anhang finden sich modellspezifische Ergebnisdarstellungen in Form von Steckbriefen und in tabellarischer Form sowie ein Index der Modelle. Dies gestattet dem geneigten Leser eine Identifikation der einzelnen Modellprojekte, die in der Ergebnisdarstellung in den Kapiteln 3 und 4 in verschiedene strukturelle Komponenten ‚zerlegt‘ wurden. Außerdem enthält der Anhang neben dem Literaturverzeichnis ein Verzeichnis häufig verwendeter Abkürzungen, ein Verzeichnis der Übersichten und die Liste der Mitglieder des Beirats.

1. Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse des Bundesmodellprogramms ‚Altenhilfestrukturen der Zukunft‘

Das Modellprogramm ‚Altenhilfestrukturen der Zukunft‘ stellt eine wichtige Initiative des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) dar, die Qualität der Betreuung und damit die Lebenssituation von älteren, hilfebedürftigen Menschen zu verbessern. Hierzu wurden aus mehr als 400 Interessensbekundungen 20 regional über ganz Deutschland verteilte Modellprojekte ausgewählt, von denen wichtige Impulse zur Weiterentwicklung der Altenhilfe erwartet werden konnten. Die im Modellprogramm verankerten Konzepte stellen darauf ab, Möglichkeiten aufzuzeigen und auch praktisch zu erproben, anhand derer strukturelle Mängel und Probleme im Bereich der Altenhilfe in Zukunft schrittweise beseitigt werden können. Handlungsbedarf besteht insbesondere in Anbetracht der (lokalen) Unübersichtlichkeit des Hilfesystems, der mangelnden Abstimmung von Teilsystemen sowie bezüglich der unzureichenden Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Demenzkranken.

Die ausgewählten Projekte lassen sich vier Förderschwerpunkten zuordnen:

- Struktur- und Systementwicklung, Planung und Koordinierung
- Verknüpfung von Altenhilfe und Rehabilitation
- Lebenswelten, örtliche Ebenen, Quartiersbezug
- Besondere Hilfen und Versorgungsmaßnahmen für Demenzkranke

Bei der Auswahl wurde besonderen Wert auf solche Konzepte gelegt, die einerseits auf eine konkrete Verbesserung der Qualität der Versorgung und Betreuung bei den betroffenen Menschen abzielen und die andererseits strukturbildend im Hinblick auf eine bessere Koordination und Vernetzung von bereits bestehenden Angeboten wirken. Die Projekte nahmen im April 2000 ihre Arbeit auf. Die Förderung erstreckte sich über etwa drei Jahre bis maximal Ende Juli 2003. In Übersicht 1 sind die Modellprojekte aufgelistet.

Übersicht 1 1: Die Modellprojekte

Ort	Modellprojekt
Berlin	Netzwerk im Alter Albatros e.V
Bielefeld	KUNZ – Kirche und Nachbarschaftszentrum
Bochum	Forschungsprojekt zur Erfassung der Versorgungssituation von Demenzkranken in Bochum und Umgebung unter besonderer Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse von Betroffenen
Cottbus	Entwicklung einer gerontopsychiatrischen Verbundstruktur in einer ländlichen Region und in einer kreisfreien Stadt
Daaden/Herdorf	„Tagesmütter“ für Demenzkranke und andere Angebote zur Informations-, Krisenbewältigung und Weiterbildung
Dießen	Implementation von Hausgemeinschaften in eine kleinräumig ausgerichtete Versorgungskette für pflegebedürftige ältere Menschen
Eisenberg	Gerontopsychiatrische Wohngemeinschaft – Diakoniezentrum Bethesda e.V.
Hamburg	Alzheimer Zentrum Hamburg
Mainz	Ein Beitrag zu mehr Markttransparenz und Patienten- und Verbraucherschutz im Bereich ambulante Pflegedienste in der Stadt Mainz
Neustrelitz	Gerontopsychiatrische Patienten im familialen Bezugssystem
Nürnberg	Home Care Nürnberg – Virtuelles Altenheim
Radeburg	Aufbau eines geriatrischen Netzwerkes im Dresdener Norden und umliegenden Kommunen
Rendsburg	Abschiedsmusik – Musiktherapie mit Demenzkranken und Menschen in der letzten Lebensphase
Salzgitter	Entwicklung neuer Kooperations- und Koordinationsstrukturen – Aktives Leben und Wohnen älterer Menschen
Stuttgart	Vierte Lebensphase
Stuttgart	Milieutherapie – Einführung milieutherapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich mit begleitender Evaluation (MIDEMAS)
Stuttgart	Verbraucherschutz in der stationären Pflege – Landesseniorenrat Baden-Württemberg e.V. – LSR
Wiesbaden	Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation – GeReNet.Wi
Woltersdorf	Mobile Rehabilitation Woltersdorf
Würzburg	Förderung rehabilitationsorientierter Betreuung im Seniorenpflegeheim durch Entwicklung eines praxisnahen Kooperationsmodells zwischen Seniorenheim und geriatrischer Rehabilitation

Aus der Sicht der wissenschaftlichen Begleitforschung lassen sich die mit dem Modellprogramm gewonnenen Lösungsansätze zur Weiterentwicklung der Strukturen der Altenhilfe in Deutschland auf sechs Handlungsfelder beziehen.

Strukturentwicklung, Vernetzung und Case Management

Die im Modellprogramm gemachten Erfahrungen belegen, dass eine systematisch angelegte **Kooperation und Vernetzung** von verschiedenen Leistungsanbietern Synergien schafft, die zu qualitativ besseren Leistungen bei einem rationelleren Ressourceneinsatz führen können. Erfolg versprechend sind solche Ansätze, die darauf abzielen, vorhandene Kooperationsstrukturen schrittweise zu lokalen Qualitätsverbänden auszubauen. Hierbei hat es sich bewährt, zur Herstellung der notwendigen Verbindlichkeit formale Kooperationsvereinbarungen abzuschließen. Dies lässt sich am besten vor dem Hintergrund von gemeinsam erarbeiteten Leitbildern und Qualitätsstandards realisieren.

Zur **Leistungsplanung und Steuerung** sollte im Sinne der gewünschten Mobilisierung von Synergien auf Elemente von Case Management zurückgegriffen werden. Während dies in eher kleinräumigen Strukturen, bei denen (interdisziplinäre) Teams miteinander kooperieren und dabei die erforderlichen Hilfen für die Klienten unmittelbar abstimmen, die Methode der Wahl ist, ist dies in komplexeren Verbänden schwerer zu realisieren und eher als Entwicklungsziel zu betrachten. In diesen Fällen sollte aber als Mindeststandard die Durchführung von gemeinsam abgestimmten Assessmentverfahren sowie eine dokumentierte Überleitung innerhalb des Verbundes realisiert werden.

Die **Netzwerkkoordination** schließlich sollte im Sinne einer „regionalen Moderation, Planung und Steuerung“ begriffen werden. Die Zuständigkeit hierfür kann sowohl bei der Kommune als traditionell planender Instanz als auch bei einem sonstigen Träger liegen, der vor Ort über das entsprechende Potenzial und die Erfahrung verfügt und bei den Akteuren anerkannt ist. Entscheidend ist, dass die Instanz neutral gegenüber den verschiedenen Einzelinteressen insbesondere der Leistungsanbieter agiert sowie über ein hohes Maß an kommunikativer Kompetenz verfügt. Im Rahmen des Modellprogramms liegen hierzu unterschiedliche Lösungen vor. Besonders interessant sind die Ansätze, bei denen die regionalen Koordinationsaufgaben zwischen einer von den Verbundpartnern im Umlageverfahren selbst finanzierten Koordinationsstelle sowie einer kommunalen Instanz aufgeteilt werden.

Verknüpfung von Rehabilitation und Pflege

Gezielt eingesetzte Maßnahmen der Rehabilitation können präventiv gegenüber einer möglichen oder einer weiter voranschreitenden Pflegebedürftigkeit wirken. Das im Modellprogramm erprobte Konzept der **ambulanten mobilen Rehabilitation** hat sich als geeignet erwiesen, im Falle von krankheits- oder unfallbedingten körperlichen Einschränkungen die notwendigen funktionalen Fähigkeiten für eine möglichst selbstständige Lebensführung im eigenen Haushalt so weit wie möglich wieder herzustellen.

Die darüber hinaus gemachten Erfahrungen mit kommunalen Reha-Netzwerken belegen, dass bei einem gezielten **Case Management** auf Basis eines geriatrischen Assessments eine weit-

gehend zielgenaue und damit angemessene Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln möglich ist. Notwendig hierfür ist eine stärkere Kooperation zwischen Krankenhaus, stationärer Reha und ambulanter Nachsorge bzw. der Betreuung durch die niedergelassenen Ärzte. Optimal sind Lösungen, bei denen Kooperationsstrukturen im Bereich Reha in einen übergreifenden lokalen Qualitätsverbund, der über eine geeignete Koordinierungsstelle verfügt, integriert werden. Allerdings erwies es sich auch im Rahmen des Modellprogramms häufig als schwierig, langfristig zu einer stabilen Kooperation mit niedergelassenen Ärzten zu kommen. Diese scheint am ehesten erreichbar zu sein, wenn bei den niedergelassenen Ärzten bereits eigene Kooperationsstrukturen (Ärztenetze etc.) vorhanden sind.

Verbraucherschutz und Interessenvertretung

Aktive Interessenvertretung und Verbraucherschutz mit dem Ziel der Klientensouveränität bilden auch im Bereich der Altenhilfe eine zentrale Querschnittsaufgabe. Hierfür ist es erforderlich, zum einen **Transparenz** bezüglich der vorgehaltenen Leistungen und der damit verbundenen Qualität zu schaffen. Neben der Erstellung etwa von lokalen „Preis- und Leistungsvergleichslisten“ kommt es hier vor allem darauf an, die Beratungsangebote für Hilfe- und Pflegebedürftige und deren Angehörige zu stärken. Lokale Qualitätsverbände mit Case-Management-Strukturen, die gegenüber den Betroffenen im Sinne einer Vermittlung von adäquaten Hilfeangeboten wirken, liefern auch hierfür eine wichtige Grundlage.

Zum anderen sind **Anlauf-, Informations- oder Beschwerdestellen** vorzusehen, die sowohl beratend hinsichtlich der Rechte der Verbraucherinnen und Verbraucher, als auch aktiv im Sinne einer Interessenvertretung tätig werden. Entsprechende Stellen, die etwa von Verbraucherschutzorganisationen getragen werden können, müssen einerseits fachkompetent sein, andererseits unabhängig und neutral gegenüber den Kostenträgern und den Leistungserbringern agieren. Bewährt haben sich darüber hinaus auch „zugehende Konzepte“ einer externen Unterstützung der Arbeit von Heimbeiräten z. B. durch regionale Seniorenräte.

Neue stationäre Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen

Im Bereich der stationären Betreuung gibt es erhebliche Spielräume für Veränderungen. Dies gilt bezüglich der Entwicklung und Ausgestaltung von adäquaten „**Betreuungsmilieus**“ für demenzkranke Bewohnerinnen und Bewohner. Grundlegende Bedingung hierfür ist, dass die beteiligten professionellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hinsichtlich eines adäquaten milieuthérapeutisch orientierten Umgangs mit den demenziell erkrankten Personen („personen-zentrierte Pflege“) hinreichend qualifiziert werden. Homogen belegte Demenzwohngruppen innerhalb von stationären Pflegeeinrichtungen (Segregation), in denen Bewohnerinnen und Bewohner leben, die besonders herausfordernde psychische Veränderungen aufweisen, können für die Umsetzung von adäquaten Betreuungsformen durchaus hilfreich sein.

Eine mögliche Variante für eine alternative Organisation und Gestaltung von stationären Pflegeeinrichtungen stellt darüber hinaus das Konzept der stationären „**Hausgemeinschaft**“ dar. Bei dieser sogenannten „Vierten Generation des Altenpflegeheimbaus“ leben die Bewohnerinnen und Bewohner in kleinen Gruppen von sieben bis maximal neun Personen zusammen. Der Tagesablauf ist stark am Alltagsleben einer häuslichen Wohngemeinschaft orientiert. Zur Betreuung stehen Präsenzkkräfte zur Verfügung, während die Pflege von jeweils zugeordneten Pflegefachkräften übernommen wird. Im Rahmen des Modellprogramms konnte eine neu erbaute Einrichtung nach diesem Modell eröffnet und seitdem stabil betrieben werden.

Betreuung und Versorgung im häuslichen Bereich und im Wohnumfeld

Auf besonders positive Erfahrungen können die Modellprojekte verweisen, deren Konzepte auf **Stabilisierung des familialen Pflegesettings** und **Entlastung von pflegenden Angehörigen** im Rahmen der häuslichen Pflege ausgelegt waren. Die hierbei aufgebauten Hilfestrukturen sind niederschwellig angelegt und verknüpfen in der Regel ehrenamtlich getragene Betreuungsleistungen mit Qualifizierungs-, Gesprächs- oder sonstigen Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige. Als besonders wirksam erwiesen sich derartige Hilfeleistungen für Haushalte, in denen demenzkranke Personen betreut werden. Die gezielte Qualifizierung der pflegenden Angehörigen sowie die Schaffung von „Freiräumen“ durch Vermittlung von ehrenamtlicher Hilfe führen hier zu einer deutlichen Stabilisierung der Betreuungssituation. Darüber hinaus erwies es sich als erforderlich und perspektivenreich, den pflegenden Angehörigen ein zusätzliches Gesprächs- und Reflexionsangebot zur Verfügung zu stellen, mit dem auch das Bewusstsein für die Notwendigkeit einer angemessenen Abgrenzung im Sinne einer „Selbstpflege“ vermittelt wird. Entsprechend angeleitete Gesprächsgruppen wirken einem „Burn-out“ entgegen und stärken damit nachhaltig das Selbsthilfepotenzial.

Flankiert werden können derartige Ansätze durch **gemeinwesenorientierte Altenarbeit** im Wohnquartier, vor allem durch Kommunikationsangebote in Form von Nachbarschaftszentren auf Stadtteilebene. Träger können beispielsweise Kirchengemeinden sein, die aufgrund ihrer sozialen Verankerung und ihrer besonderen Kompetenz und Erfahrung für diese Aufgabe geradezu prädestiniert erscheinen.

Mobilisierung von freiwilligen Helferinnen und Helfern zur Betreuung von Hilfe- und Pflegebedürftigen

Eines der bemerkenswertesten Ergebnisse des Modellprogramms besteht schließlich im Nachweis, dass die Möglichkeit besteht, durch Mobilisierung von ehrenamtlichem Engagement eine stabile und die professionelle Pflege ergänzende Möglichkeit zur Betreuung von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen zu schaffen. Die Tätigkeit von freiwilligen Helferinnen und Helfern entlastet die Angehörigen und hat im Vergleich zur professionell erbrachten Pflegeleistung ihre **eigene soziale Qualität**.

Besonders gute Erfolge konnten bei der Betreuung von demenziell erkrankten oder bei allein und isoliert lebenden psychisch veränderten Hilfebedürftigen erzielt werden. Die Mobilisierung von bürgerschaftlichem Engagement stellt insbesondere in diesem Fall eine echte Erweiterung der bestehenden Hilfeangebote dar und steht im besten Sinne des Wortes für eine „**neue Kultur des Helfens**“. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass die freiwilligen Helferinnen und Helfer hinreichend qualifiziert, kontinuierlich begleitet und „belohnt“ werden. Hierfür ist es erforderlich, eine professionelle Infrastruktur zur Förderung und nachhaltigen Sicherung der Wirkungen dieser neuen Hilfpotenziale aufzubauen.

2. Das Bundesmodellprogramm ‚Altenhilfestrukturen der Zukunft‘ und seine wissenschaftliche Begleitung

2.1 Kurzgefasste Chronologie und Beschreibung des Modellprogramms

Die ersten Planungen des Modellprogramms im BMFSFJ reichen bis in das Jahr 1998 zurück. Damals wie heute weist das System der Altenhilfe zahlreiche Mängel auf, zu deren Überwindung das Modellprogramm einen wesentlichen Beitrag leisten soll. Diese Defizite sind im Einzelnen

- mangelnde Abstimmung der Teilsysteme
- unzureichende Zusammenarbeit von Kostenträgern und Leistungserbringern
- mangelnde Koordinierung der Hilfen im Einzelfall
- mangelnde Integration geriatrischer Rehabilitation ins Altenhilfesystem
- Defizite bei der Förderung der Selbstständigkeit
- fehlende bzw. unzulängliche Qualitätsstandards, Qualitätssicherungsprozesse
- mangelnde Berücksichtigung von Nutzerinteressen (Verbraucherschutz)
- unzureichende Gestaltung der Lebenswelten von Demenzkranken im stationären Milieu und fehlende Unterstützung der Versorgung im häuslichen Bereich

Im Mai 1999 erfolgte die öffentliche Ausschreibung des Modellprogramms. Die Ausschreibung benannte vier Förderschwerpunkte, die an den skizzierten Defiziten ansetzen

Förderschwerpunkt 1	Struktur- und Systementwicklung, Planung und Koordinierung
Förderschwerpunkt 2	Verknüpfung von Altenhilfe und Rehabilitation
Förderschwerpunkt 3	Lebenswelten, örtliche Ebenen, Quartiersbezug
Förderschwerpunkt 4	Besondere Hilfen und Versorgungsmaßnahmen für Demenzkranke

In einem zweistufigen Auswahlverfahren wurden unter Mitwirkung der Bundesländer gemeinsam mit einem Projektträger (*Prognos*) vom BMFSFJ aus zunächst 403 Interessenbekundungen 43 Antragsteller zu einem ausführlichen Angebot aufgefordert, von denen 20 Modellprojekte in die Förderung aufgenommen wurden. Deren Verteilung auf das Bundesgebiet zeigt Übersicht 2.1. In einer Auftaktveranstaltung am 9. und 10. März 2000 wurden das Modellprogramm und die ausgewählten Vorhaben der Öffentlichkeit vorgestellt (BMFSFJ 2000); zusammenfassende Beschreibungen der Vorhaben und des Modellprogramms wurden publiziert (BMFSFJ 2000, 2001a, 2001b). Kurzbeschreibungen der Modellprojekte, ihrer Ziele, Vorgehensweisen und Ergebnisse finden sich in Form von Steckbriefen im Anhang dieses Berichtes.

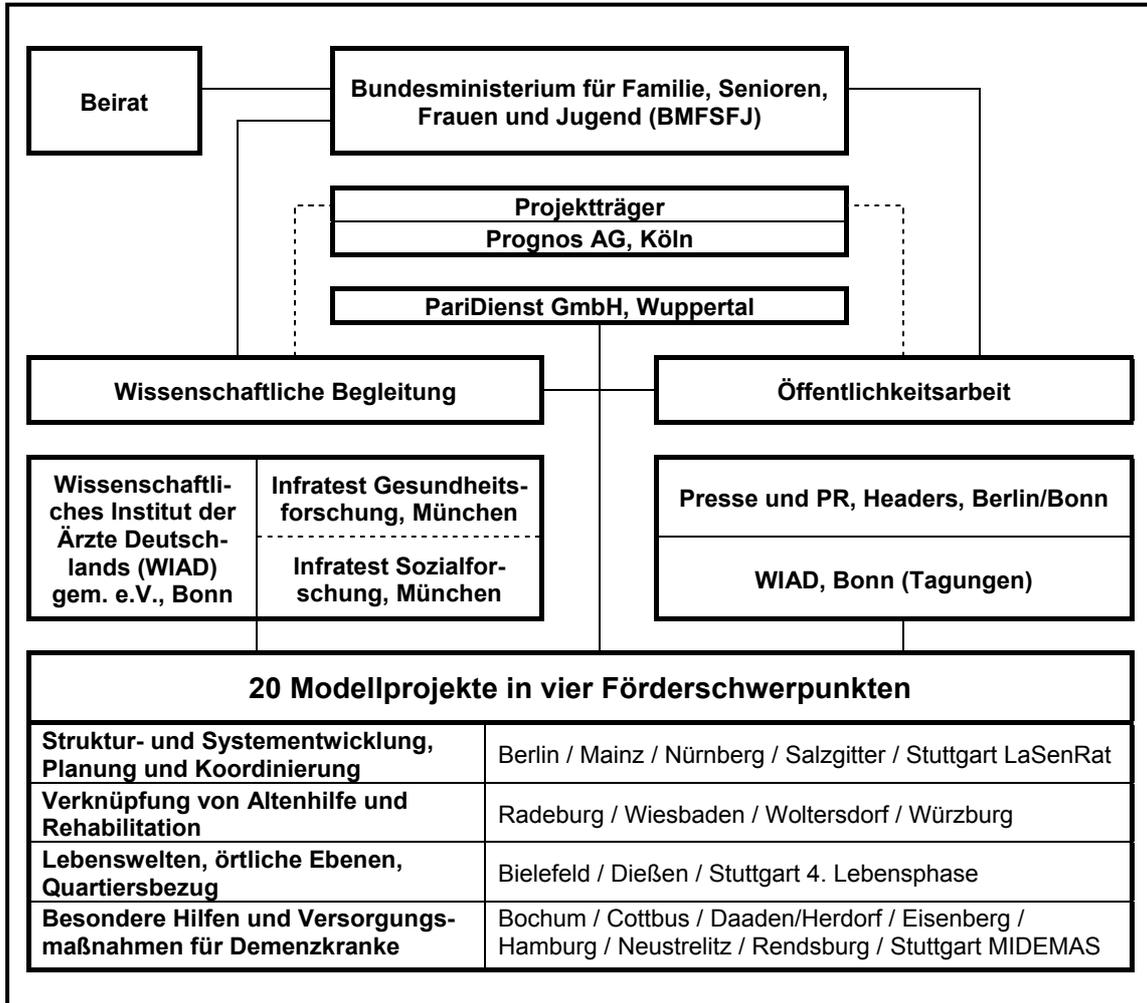
Übersicht 2 1: Standorte der Modellprojekte



Im Verlauf des Jahres 2000 wurde das Modellprogramm mit der Förderung der wissenschaftlichen Begleitung und der Öffentlichkeitsarbeit komplettiert. 2001 schließlich wurde ein Beirat berufen, dem zehn namhafte Vertreterinnen und Vertreter der Kostenträger, der Träger von Einrichtungen und Diensten bzw. ihren Verbänden, der Kommunen, der Wissenschaft sowie der Selbsthilfe und Seniorenvertretungen angehören. Die Struktur des Modellprogramms gibt Übersicht 2 2 wieder.

In dieser Organisationsstruktur spiegeln sich die Komplexität des Modellprogramms und der damit verbundene Anspruch. Dieser wurde vom BMFSFJ in den Ausschreibungsunterlagen für die **Modellprojekte** so umrissen, dass deren Beitrag darin bestehe, „zukunftsweisende Angebotsstrukturen zu schaffen oder weiterzuentwickeln, Bewertungs-, Planungs- und Koordinierungsaufgaben zu bündeln und Möglichkeiten der Zusammenarbeit über Systemgrenzen hinweg (z. B. Altenhilfe und Gesundheitswesen) zu erproben“.

Übersicht 2 2: Organisationsstruktur des Modellprogramms



Dem Anspruch und der Vielfalt des Modellprogramms gemäß musste die **wissenschaftliche Begleitforschung** mehr beinhalten als eine evaluative Einzelbewertung der Modelle. Auch konnte sie keine vergleichende Evaluation mit einem entsprechenden Studiendesign leisten. Dies verbietet allein schon die Heterogenität der Aufgabenstellungen der einzelnen Modellprojekte. Das zentrale Augenmerk der Begleitforschung musste vielmehr auf Ergebnisse gerichtet sein, die z.B. Aussagen darüber erlauben, inwieweit und worin neue Versorgungsstrukturen und Handlungsmuster den bisher üblichen überlegen sind. Es galt, bei stattfindenden Verstetigungsprozessen die positiven Effekte sichtbar zu machen und dabei zu analysieren, wie neue Strukturen und Handlungsmuster verankert werden. Um diesem Anspruch gerecht werden zu können, hatte die wissenschaftliche Begleitung eine Reihe von Aufgaben wahrzunehmen: Sie hat die Modellprojekte konzeptionell und organisatorisch unterstützt und beraten (z.B. in Me-

thodenfragen oder im Rahmen des Projektmanagements); sie hat die Modell- bzw. Maßnahmenerprobung analysiert und bewertet; und sie hat die erprobten Maßnahmen hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit in Regelstrukturen bewertet. Auf Konzept und Vorgehensweise der wissenschaftlichen Begleitung wird im nächsten Absatz näher eingegangen.

Das Modellprogramm wurde von einer professionellen **Öffentlichkeitsarbeit** begleitet. Die hiermit betraute Agentur hat sechs Newsletter (dialog) herausgegeben, sie hat die Internetseite des Modellprogramms gestaltet und betreut, sie hat weiterhin die Modellprojekte bei ihrer Öffentlichkeitsarbeit beraten und die Öffentlichkeits- und Pressearbeit zum Modellprogramm (z. B. auf Tagungen) wahrgenommen. Der wissenschaftlichen Begleitung oblag in diesem Zusammenhang die Herausgabe einer Fachzeitschrift (FORUM ALTENHILFE) und die Ausrichtung von insgesamt drei Fachtagungen: eine Zwischenbilanz im Dezember 2001, eine Tagung zu Ehrenamtlichkeit und Professionalität bei der Betreuung Demenzkranker im Juli 2002 sowie die Abschlusstagung im Mai 2004. Auf diesen Wegen haben die am Modellprogramm Beteiligten frühzeitig und kontinuierlich den Dialog mit einer breiten Fachöffentlichkeit gesucht. Ergänzt wurde dies um eine zum Teil sehr umfangreiche, überwiegend regionale Öffentlichkeitsarbeit der einzelnen Modellprojekte.

Die **Projekträgerschaft** wurde von *Prognos* gemeinsam mit *PariDienst* wahrgenommen. Zum Aufgabenbereich von *Prognos* gehörte auch die Betreuung des Beirats.

2.2 Konzept und Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitung

Am Anfang eines Abschlussberichtes hat die wissenschaftliche Begleitung ihre Arbeitsstrategien und Methoden aufzuzeigen sowie ihre Bewertungskriterien offen zu legen. Entsprechend steht in diesem Kapitel die Frage im Vordergrund, wie die in diesem Bericht dargelegten Ergebnisse gewonnen wurden. Andere Aufgabenbereiche, wie die Beratung und Unterstützung der Modellprojekte oder Teile der Öffentlichkeitsarbeit, treten demgegenüber in den Hintergrund. Die Ausführungen konzentrieren sich somit auf die wesentlichen konzeptionellen Elemente und auf den Prozess der Datengewinnung (s. hierzu auch Klaes et al. 2001, Klaes 2002, Potthoff 2002).

Die Fülle und Verschiedenartigkeit der Programmelemente machte Systematisierungen erforderlich, um sie einer Analyse und Bewertung durch die wissenschaftliche Begleitung zugänglich zu machen. Ein erster Schritt auf diesem Weg war die Konzeption von Handlungsebenen in der Altenhilfe. Diese bezeichnen die wichtigsten Bereiche, in denen die Modellprojekte tätig sind und in denen die einzelnen Modellmaßnahmen verortet werden können. Die Handlungsebenen wurden wie folgt definiert (Klaes et al. 2001):

Handlungsebene 1: Strukturentwicklung, Kooperation, Vernetzung

Neben der Anreicherung der bestehenden Versorgungsstruktur mit neuen Elementen sind auf dieser Ebene Maßnahmen angesiedelt, mit denen Schnittstellen zwischen Sektoren – z. B. der Altenhilfe und der medizinischen Versorgung – optimiert oder die Zusammenarbeit mehrerer Institutionen in einem Sektor – beispielsweise durch Kooperationsvereinbarungen zwischen Leistungserbringern – verbessert werden sollen.

Handlungsebene 2: Case Management

Wenn ein Klient gleichzeitig oder zeitnah Leistungen von mehreren Akteuren benötigt, ist deren Koordinierung von großer Bedeutung für den Erfolg der Maßnahmen und die Lebensqualität des Empfängers sowie für eine optimale Nutzung der Ressourcen. Auf der Handlungsebene Case Management wird erprobt, durch welche Personen bzw. Instanzen und prozeduralen Regelungen eine optimale Koordination zu erreichen ist und welche Strukturbedingungen hierfür zu schaffen sind.

Handlungsebene 3: Mobilisierung zusätzlicher Betreuungs- und Selbsthilfepotenziale (speziell für Demenzkranke)

Durch psychische oder organisatorische Unterstützung und durch Qualifizierungsmaßnahmen sollen Angehörige für ihre Betreuungsaufgaben gestärkt werden. Flankierend sind Freiwillige bzw. Ehrenamtliche für die Übernahme von Betreuungsaufgaben zu gewinnen und zu qualifizieren mit dem Ziel einer kontinuierlichen Entlastung oder Ergänzung des professionellen Systems durch lebensweltnahe Leistungen.

Handlungsebene 4: Verbraucherschutz in der ambulanten und stationären Pflege

Durch die Bereitstellung von Informationen, durch Vertragsprüfungen und weitere Maßnahmen sollen die Interessenvertretung von Angehörigen und Betroffenen gegenüber dem professionellen System verbessert und die Klientensouveränität und damit letztlich die Versorgungsqualität im ambulanten und stationären Bereich gewährleistet werden.

Handlungsebene 5: Neue stationäre Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen

Durch Maßnahmen in den Einrichtungen der Altenpflege – von baulichen Veränderungen des Lebensraumes sowie zusätzlichen Orientierungshilfen bis hin zu speziellen Therapien – soll der Entstehung von Hospitalisierungssyndromen vorgebeugt werden und die im Heim lebenden älteren Menschen sollen zu einer möglichst selbstständigen Lebensführung aktiviert werden.

Handlungsebene 6: Neue häusliche Betreuungsformen

Zusätzliche entlastende Betreuungsangebote – von der Schaffung neuer personaler Bezüge sowie Hilfen im Haushalt bis zu neuen Kooperationsformen von Angehörigen und Professio-

nellen – sollen die Lebensqualität der zu Hause lebenden Demenzkranken und Pflegebedürftigen verbessern und so ein möglichst langes Verbleiben in der häuslichen Umgebung ermöglichen.

Übersicht 2 3 verknüpft die Handlungsebenen mit den eingangs in diesem Kapitel beschriebenen Förderschwerpunkten und zeigt, auf welchen Handlungsebenen die 20 Modellprojekte aktiv geworden sind.

Übersicht 2 3: Zuordnung der Modellprojekte zu Förderschwerpunkten und Handlungsebenen

Förderschwerpunkt*	Modellprojekte	Handlungsebenen					
		Strukturentwicklung, Kooperation, Vernetzung	Case Management	Mobilisierung zusätzlicher Betreuungs- und Selbsthilfepotenziale (speziell für Demenzkranke)	Verbraucherschutz in der ambulanten und stationären Pflege	Neue stationäre Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen	Neue häusliche Betreuungsformen
FS 1	Berlin	•	•				
	Mainz				•		
	Nürnberg	•	•				
	Salzgitter	•	•				•
	Stuttgart (Landesseniorenrat)				•		
FS 2	Radeburg	•	•	•			
	Wiesbaden	•	•	•			
	Woltersdorf	•	•				
	Würzburg	•	•			•	
FS 3	Bielefeld	•		•			
	Dießen					•	
	Stuttgart (4. Lebensphase)			•			
FS 4	Bochum						
	Cottbus/Potsdam	•					
	Daaden/Herdorf			•			•
	Eisenberg					•	
	Hamburg					•	•
	Neustrelitz	•		•			•
	Rendsburg					•	
Stuttgart (Demenz WG)					•		

- * FS1 Struktur- und Systementwicklung, Planung und Koordinierung
 FS2 Verknüpfung von Altenhilfe und Rehabilitation
 FS3 Lebenswelten, örtliche Ebenen, Quartiersbezug
 FS4 Besondere Hilfen und Versorgungsmaßnahmen für Demenzkranke

An welchen der ebenfalls einleitend dargelegten Defiziten der Altenhilfe die Handlungsebenen anknüpfen, veranschaulicht Übersicht 2 4.

Übersicht 2 4: Zuordnung der Handlungsebenen zu Defiziten der Altenhilfe

Defizite	Handlungsebenen					
	Strukturentwicklung, Kooperation, Vernetzung	Case Management	Mobilisierung zusätzlicher Betreuungs- und Selbsthilfepotenziale (speziell für Demenzkranke)	Verbraucherschutz in der ambulanten und stationären Pflege	Neue stationäre Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen	Neue häusliche Betreuungsformen
mangelnde Abstimmung der Teilsysteme	•					
unzureichende Zusammenarbeit von Kostenträgern und Leistungserbringern	•					
mangelnde Koordination der Hilfen im Einzelfall		•				
mangelnde Integration geriatrischer Rehabilitation ins Altenhilfesystem		•				
Defizite bei der Förderung der Selbstständigkeit			•	•	•	•
fehlende bzw. unzulängliche Qualitätsstandards, Qualitätssicherungsprozesse			•	•		
mangelnde Berücksichtigung von Nutzerinteressen (Verbraucherschutz)			•	•		
unzureichende Gestaltung der Lebenswelten von Demenzkranken im stationären Milieu und fehlende Unterstützung der Versorgung im häuslichen Bereich					•	•

Im Modellprogramm wurden mehr als 70 Einzelmaßnahmen durchgeführt, die so unterschiedlichen Typen zuzurechnen sind wie Netzwerkbildung, Case Management, Qualitätsmanagement, Aufbau von Beratungsstrukturen, Vermittlung von Markttransparenz, häusliche und stationäre Milieugestaltung, geriatrische Rehabilitation, Personalqualifizierung, Qualifizierung und Betreuung von Angehörigen und Freiwilligen oder Schaffung von geeigneten Freizeitangeboten. Mit der Konzeption der Handlungsebenen war es möglich, diese Vielfalt an Maßnahmen daraufhin

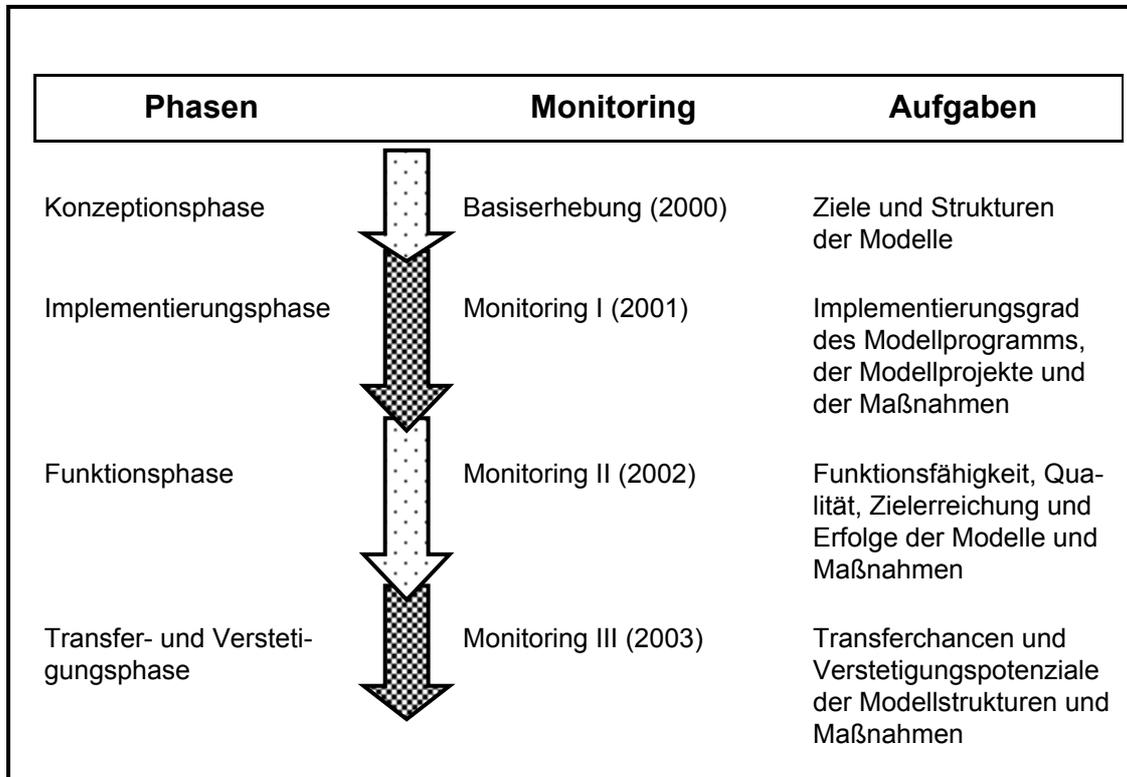
zu betrachten, inwieweit sie wesentliche Erkenntnisse für die Gestaltung zukunftsweisender Konzepte in der Altenhilfe beitragen.

Für die Generierung der Informationen wurden alle verfügbaren Quellen genutzt, d.h. sowohl genuin für die wissenschaftliche Begleitung entwickelte Instrumente als auch aus dem Arbeitsprozess der Modelle verfügbare Unterlagen. Zentrale Informationsquellen der wissenschaftlichen Begleitung waren Fachgespräche bzw. bilaterale Kontakte mit den Modellmitarbeiterinnen und -mitarbeitern, Vor-Ort-Besuche, die einen unmittelbaren und durch sonstige Unterlagen nicht zu ersetzenden Eindruck von der „Lebensrealität“ der Modelle vermittelten, sowie die vier Monitoring-Erhebungen, die im Folgenden detailliert beschrieben werden. Im Unterschied zu den meisten anderen Informationsquellen ist das Monitoring eine systematische, zielorientierte und standardisierte Informationserfassung und -aufbereitung, deren genuiner Zweck die Beschreibung des Implementierungs-, Funktions- sowie Transfer- und Verstetigungsstatus der Modelle und ihrer Maßnahmen ist. Neben den Dokumentationen der Modellbesuche und den vier Monitoring-Erhebungen wurden folgende Informationsquellen für die Evaluation genutzt:

- Berichte der Modelle an den Projektträger
- Dokumentationen der Modelle zu Maßnahmen, Organisationsstruktur etc.
- Ergebnisse interner und externer Evaluation der Modelle
- Materialien der Modelle für Öffentlichkeitsarbeit, Presseartikel, Veröffentlichungen

Das in etwa jährlichen Abständen zu vier Zeitpunkten durchgeführte Monitoring orientierte sich an dem „Lebenszyklus“ des Modellprogramms, wie er in Übersicht 2.5 dargestellt ist. Hiernach durchläuft ein Modellprogramm vier Phasen, in denen unterschiedliche evaluative Fragen im Vordergrund stehen.

Übersicht 2 5: Monitoring des Modellprogramms



Die **Basis- und Strukturhebung im Jahr 2000** diente der Kontaktaufnahme mit den Modellen, der Erhebung ihrer Ziele und Planungen am Beginn des Entwicklungsprozesses sowie der Vorbereitung eines ersten Workshops. Die Basiserhebung wurde als halbstandardisierte schriftliche Befragung mit folgenden Inhalten durchgeführt:

- Hauptziele des Modells (inhaltlich, strukturell, zeitlich)
- Zielgruppen
- geplante Leistungsangebote
- vorhandene Dokumentationsinstrumente und Evaluationsansätze
- Erwartungen an die wissenschaftliche Begleitung

Die Basiserhebung förderte eine erhebliche Komplexität der einzelnen Modelle in Bezug auf die angestrebten Ziele, Zielgruppen, Vorgehensweisen und Maßnahmen zutage. Auf dieser Grundlage wurde von der wissenschaftlichen Begleitung die Konzeption der Handlungsebenen entwickelt.

In der nächsten Arbeitsphase stand im Vordergrund, wie erfolgreich die Modelle bei der Implementierung ihrer internen und externen Organisationsstruktur sowie der Modellmaßnahmen waren. Diesem Zweck diente das **Monitoring I im Jahr 2001**. Im Einzelnen wurden in einem

ersten Fragenkomplex des Monitorings I für das jeweilige Projekt insgesamt in halbstandardisierten Interviews mit den Modellmitarbeiterinnen und -mitarbeitern sowie anhand von schriftlichen Aufzeichnungen der Modelle folgende Informationen erhoben:

- Implementierungsstatus des Modellprojektes
- förderliche und hinderliche Implementierungsbedingungen
- Stabilität der Personalstruktur
- Stabilität der internen Organisationsstruktur
- Einbettung in die umgebende Trägerstruktur
- Stabilität der Kooperation mit externen Partnern
- ergänzende Finanzierungen des Modells
- bereits bestehende Verstetigungsvereinbarungen

Der zweite Fragenkomplex des Monitorings I richtete sich auf die Einzelmaßnahmen. Auch hierzu wurden ebenfalls auf der Basis halbstandardisierter Interviews und auf Projektunterlagen aufbauend folgende Bewertungen vorgenommen:

- Implementierungsstatus der Maßnahme
- förderliche und hinderliche Implementierungsbedingungen
- konkretisierende Beschreibung der Maßnahme, ggf. Art und Anzahl der bisher durchgeführten Maßnahmen
- Art und Zahl der Nutzer
- Vorhandensein systematischer Maßnahmendokumentation
- Angaben zur Nutzerzufriedenheit
- Zuordnung zu einem Maßnahmentyp

Auf der Grundlage der Ergebnisse dieses Monitorings konnte auf einer „Halbzeittagung“ Ende 2001 eine positive Zwischenbilanz gezogen werden (siehe die Beiträge in BMFSFJ 2002).

Mit dem **Monitoring II** wurde **im Jahr 2002** die Funktionsweise der Modellprojekte und ihrer Maßnahmen eruiert. Hierbei ging es insbesondere um folgende Aspekte:

- Beschreibung und Bewertung der Maßnahmendurchführung
- förderliche und hinderliche Bedingungen struktureller, finanzieller und rechtlicher Art
- Ziel- und Zielgruppenerreichung
- Art und Güte der Wirksamkeitsnachweise
- Potenziale und Bedingungen für eine Verstetigung vor Ort und einen Transfer in Regelstrukturen

Die Informationsgewinnung erfolgte in einem zweistufigen Prozess. Nach einer schriftlichen Befragung der Modellprojekte mit einem standardisierten Fragebogen erfolgte eine Fundierung und Bewertung der Angaben zur Funktionsweise in ausführlichen Fachgesprächen mit den Modellmitarbeiterinnen und -mitarbeitern. Diese Gespräche dienten auch der Rückkoppelung

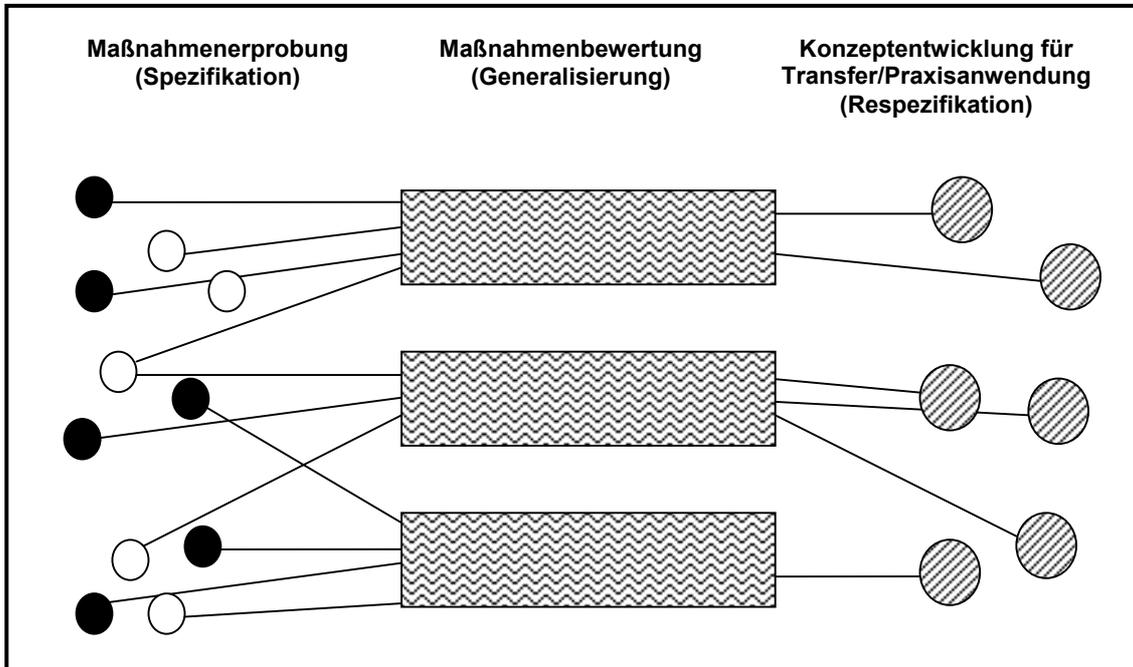
von Zwischenergebnissen der wissenschaftlichen Begleitung im Sinne einer formativen Evaluation.

Entsprechend dem Phasenmodell der wissenschaftlichen Begleitung wurden mit dem abschließenden **Monitoring III im Jahre 2003** Fragen der Zielerreichung sowie der Verstetigung und Transferierbarkeit eruiert. Um diese Aspekte möglichst modell- und maßnahmengerecht erfassen zu können, setzte das Monitoring III – anders als die beiden bisherigen Zwischenbewertungen – einen deutlich stärkeren Akzent auf die jeweils spezifischen Fragestellungen, mit denen die Eigenheiten und konkreten Bedingungen der jeweiligen Modell- bzw. Maßnahmendurchführung angemessen nachgezeichnet und beurteilt werden konnten.

Auch methodisch bzw. analytisch ging das Monitoring III über die bisherigen Zwischenbewertungen hinaus. In einem – allgemein gesprochen – Prozess der Generalisierung und Respezifikation wurden zunächst von der wissenschaftlichen Begleitung aus den vorliegenden Informationen tragfähige, zukunftsweisende Konzepte abgeleitet. Dieser in Übersicht 2.6 schematisch abgebildete Prozess lässt sich wie folgt beschreiben: Die Erprobung und Bewertung einer Vielzahl von Maßnahmen fördert eine Fülle spezifischer Erkenntnisse zutage, die unter den jeweiligen Modellbedingungen gesammelt werden konnten (Spezifikation). Um diese spezifischen Erfahrungskontexte auf ihre Relevanz für die Altenhilfestrukturen der Zukunft und auf ihre Übertragbarkeit hin zu prüfen, wurden in einem Prozess der Verallgemeinerung zunächst – bezogen auf die Handlungsfelder – generelle Rahmenbedingungen identifiziert, innerhalb derer sich die erprobten Maßnahmen „bewähren“ müssen (Generalisierung). Als solche Rahmenbedingungen werden herangezogen: die Ausgestaltung bzw. Verfügbarkeit rechtlicher und finanzieller Grundlagen, die Erschließbarkeit notwendiger Kooperationen und Vernetzungen sowie Anforderungen an Qualität und Infrastruktur. In einem abschließenden Prozess der Respezifikation wurden dann schließlich aus der Summe der konkreten, auf Relevanz, Wirksamkeit und Übertragbarkeit geprüften Modell- und Maßnahmenenerfahrungen solche Konzeptbausteine bzw. Konzepte entwickelt, die als wesentliche Elemente der Altenhilfestrukturen der Zukunft zu werten sind (Respezifikation).

In diesen Konzepten bündeln sich in der Regel die Vorgehensweisen und Erfahrungen mehrerer Einzelmaßnahmen und Modelle. Die Konzepte sollten jeweils für sich genommen ein tragfähiger Baustein der Altenhilfestrukturen der Zukunft sein, für den aus den Modellergebnissen heraus Aussagen getroffen werden können hinsichtlich der Ziel- und Zielgruppenerreichung, der Bedingungen für die Durchführbarkeit und für einen Transfer sowie einer Relation von Aufwand und Ertrag. Solcherart zu Konzepten verdichtete Maßnahmenbündel sollten sich zudem dadurch auszeichnen, dass sie jeweils eine Strategie benennen, ein bestehendes Problem erfolgreich lösen zu können und somit ein bestehendes Versorgungsdefizit kompensieren oder beheben helfen.

Übersicht 2 6: Prozess der Generalisierung und Respezifikation



Auf dieser Grundlage nahm die wissenschaftliche Begleitung im Monitoring III eine Beschreibung und Bewertung der so definierten Interventionskonzepte, im Weiteren „Konzepte“ genannt, vor und leitete diese Unterlage den Modellprojekten zur Stellungnahme und ggf. Ergänzung, Begründung oder Modifikation zu. Die Konzeptbeschreibungen gliederten sich in vier Kapitel, in denen folgende Fragen beantwortet wurden:

- **Bedeutsamkeit und Bedarf** (An welchen Problemstellungen bzw. Defiziten bei den Strukturen der Altenhilfe setzt das Konzept an? Was ist an dem Konzept zukunftsweisend? Findet sich für die Kernmaßnahmen des Konzepts eine stabile Nachfrage?)
- **Wirkung und Effekte** (Welche beobachtbaren und entsprechend darstellbaren Effekte gibt es bezüglich der jeweils relevanten Zielgruppe bzw. hinsichtlich der intendierten Zielstellungen? Wie ist die Akzeptanz des Konzepts hinsichtlich der Wirkungen und Effekte beim Träger, bei Kooperationspartnern oder sonstigen relevanten Akteuren ausgeprägt?)
- **Rahmenbedingungen/Aufwand und Ertrag** (Welche strukturellen und personellen Voraussetzungen sind notwendig, welche sind förderlich bzw. welche Anforderungen ergeben sich hinsichtlich der notwendigen und förderlichen Kooperationsbeziehungen? Haben sich bestimmte Rahmenbedingungen, Faktoren oder sonstige Konstellationen vor Ort als besonders hemmend erwiesen? Gibt es darüber hinaus ggf. auch spezielle rechtliche Hindernisse oder Barrieren? Wie ist das Verhältnis von Aufwand und Ertrag zu beurteilen?)

- **Verstetigung und Transferierbarkeit** (Wird das Konzept vor Ort nach Auslaufen des Modellprogramms fortgeführt bzw. lässt es sich aus stabil betreiben? Gibt es geeignete Kostenträger und könnte oder soll das Konzept – ggf. unter welchen Rahmenbedingungen – auch in einer größeren Breite innerhalb der Versorgungslandschaft umgesetzt werden?)

Die Bewertung der Konzepte sowohl durch die wissenschaftliche Begleitung als auch durch die Modellprojekte verschafft den übergreifenden und den modellspezifischen Perspektiven gleichermaßen Geltung. Es ist der Versuch, der „Theoriefalle“ ebenso wie der „Praxisfalle“ zu entgehen. In einem mehrstufigen Diskussionsprozess mit den Modellbeteiligten und innerhalb des Teams der wissenschaftlichen Begleitung wurden die Ergebnisse des Monitorings III reflektiert. Bei der Aufbereitung der Ergebnisse, die auch außerhalb des Modellprogramms gewonnene Erfahrungen einbezog, erwies es sich als sinnvoll, das in der bisherigen wissenschaftlichen Begleitung gebrauchte analytische Konstrukt der „**Handlungsebene**“ durch die stärker an inhaltlichen Aufgabenstellungen orientierte und damit praxisnähere Konzeption des „**Handlungsfeldes**“ zu ersetzen.

An diese Konzeption ist die Gliederung von Kapitel 3 angelehnt, das in sechs Unterkapiteln zukunftsweisende Konzepte der Altenhilfe vorträgt, wobei den Konzepten im Regelfall an verschiedenen Standorten unter den jeweiligen örtlichen Bedingungen gewonnene Erfahrungen zugrunde liegen.

3. Zukunftsweisende Konzepte zur Gestaltung der Altenhilfestrukturen

In den nächsten Jahrzehnten wird die Zahl der hochbetagten Menschen in unserer Gesellschaft deutlich anwachsen. Mit dem Alterungsprozess steigt das Risiko, zu erkranken und pflegebedürftig zu werden, beträchtlich an. Um der damit verbundenen Herausforderung zu begegnen, ist eine Anpassung der Altenhilfestrukturen in ihrer ganzen Breite erforderlich. Es gilt,

- Gesundheitswesen und Altenhilfe miteinander zu verzahnen,
- integrative Formen der geriatrischen Rehabilitation zu entwickeln,
- Verbraucherschutz und Interessenvertretung im Bereich Altenhilfe zu verbessern,
- die häusliche Betreuung zu stärken und das Wohnumfeld altengerecht zu gestalten,
- neue Wege in der stationären Pflege zu erproben und
- für die Betreuung professionelle Hilfe mit ehrenamtlichem Engagement zu verknüpfen.

Dabei ist ein Thema von besonderer Brisanz: das der Demenz: Seine Bedeutung besteht einmal darin, dass eine demenzielle Erkrankung für die Betroffenen und ihre Angehörigen eine gravierende Veränderung der gesamten Lebenssituation mit sich bringt. Zum andern fordert der sich abzeichnende Anstieg von Demenzerkrankungen der Altenhilfe beträchtliche Anpassungsleistungen ab. Dieser Anstieg beruht auf der zunehmend höheren Lebenserwartung; denn das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, steigt mit dem Alter. Beträgt es in der Altersgruppe zwischen 65 und 69 Jahren etwa 1%, ist in der Altersgruppe zwischen 85 und 89 schon fast jeder Vierte betroffen, ab 90 Jahren liegt die Erkrankungsrate sogar bei 35%. Da gegenwärtig nicht absehbar ist, dass sich das Demenzrisiko verringern lässt, wird sich – bei steigender Lebenserwartung – die Zahl der Demenzkranken erhöhen. Verschiedenen Schätzungen zufolge wird sie sich in Deutschland in den nächsten Jahrzehnten von derzeit 900.000 auf 2,5 Mio. fast verdreifachen (Bickel 2001).

Der Bedeutung der mit dieser Krankheit verbundenen Problematik entsprechend war Demenz nicht nur Inhalt eines Förderschwerpunkts im Modellprogramm, sondern auch Modelle in anderen Förderschwerpunkten befassten sich mit dem Thema, sodass es in fast allen der folgenden Darstellung wiederkehrt.

Auf all den oben genannten Handlungsfeldern haben die Modelle des Bundesprogramms neue Wege beschritten und wertvolle Erfahrungen gesammelt. Diese werden im Folgenden vorgetragen und kritisch kommentiert.

3.1 Konzepte zur Strukturentwicklung, zur Vernetzung und zum Case Management

3.1.1 Einleitung

Die Notwendigkeit, bestehende Strukturen der Altenhilfe und der medizinischen Versorgung zu vernetzen, ist in der aktuellen gesundheitspolitischen wie auch wissenschaftlichen Diskussion unbestritten. So fordert z.B. der AOK-Bundesverband eine zunehmende horizontale Integration¹, bei der eine planvolle und kontinuierliche Versorgungssteuerung über die verschiedenen Sektoren (kurative, rehabilitative und pflegerische Leistungen) vernetzt werden (Döhner 2003). Dabei ist die Diskussion über eine Verbesserung der Kooperation und Koordination durch vernetzte Strukturen weder neu, noch auf den Bereich der Altenhilfe und der medizinischen Versorgung beschränkt. Es gibt kaum einen gesellschaftlichen Teilbereich, in dem nicht über Netzwerke nachgedacht wird, und namhafte Soziologen (Castells 2000) bezeichnen die Gesellschaft des 21. Jahrhunderts bereits als Netzwerkgesellschaft.

Ursprünglich stammt der Vernetzungsgedanke aus der betriebswirtschaftlichen Praxis und beschreibt dort die Etablierung von Konzern- und Vertragspartnerstrukturen zur Entwicklung eines schlankeren Produktionsmanagements. In der Altenarbeit, der medizinisch-rehabilitativen und der gemeindenahen psychosozialen Versorgung wurde er zu Beginn der neunziger Jahre entdeckt (Dietz 2001) und erlebt aktuell in der Diskussion einer Verzahnung von Pflege und Medizin wie auch der integrierten Versorgung eine Neubelebung.² Weitgehende Einigkeit gibt es in der öffentlichen Diskussion über die zentralen Gründe und Motive für vernetzte Ansätze, die auch die im Folgenden dargestellten Modellprojekte in ihren Zielsetzungen bestimmt haben.

Hintergrund der Diskussion der Notwendigkeit von strukturellen Weiterentwicklungen (Managed Care) durch Vernetzung und den Aufbau von systematischem Case Management ist die Zunahme von multimorbid erkrankter Personen mit vielfältigen funktionalen Einschränkungen. Deren Versorgungssituation gestaltet sich auch durch Veränderungen in den Familienstrukturen, insbesondere durch den Wegfall von Unterstützungs- und Pflegepotenzialen problematisch.

¹ Bei der **horizontalen Integration** handelte sich um eine planvolle und kontinuierliche Versorgungssteuerung über die verschiedenen Sektoren hinweg. Sie umfasst die präventive, kurative, rehabilitative und pflegerische Versorgung verschiedener akuter und chronischer Leiden mit ihren möglichen Behinderungsfolgen. **Vertikale Integration** meint die bis in die Tiefe spezialärztlicher Versorgung reichende Koordination von niedergelassenen Medizinerinnen, Klinikärztinnen und Therapeuten bei einer im Vordergrund stehenden akuten Erkrankung.

² Exemplarisch für die Diskussion der 90er-Jahre war die Frage nach „strukturell-organisatorischen Formen der systembezogenen Kooperation und Koordination sowie der Sozialplanung“ (Wissmann 1996, S. 176).

Im Besonderen erfordert die Versorgung chronisch erkrankter älterer Menschen die Einbindung und Verknüpfung der verschiedenen Segmente im Bereich der medizinischen Versorgung und der Altenhilfe. Dies gilt vor allem dann, wenn das Ziel eine möglichst große Selbstständigkeit des älteren Menschen ist und ein Leben im eigenen häuslichen Umfeld ermöglicht werden soll. Eine dafür notwendige Vernetzungsstruktur umfasst die ambulanten und stationären medizinischen Einrichtungen der Akut- und der Rehabilitationsversorgung, die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, die Altenheime, die verschiedenen Beratungsstellen auf kommunaler Ebene, die Selbsthilfegruppen sowie die unterschiedlichen dafür zuständigen Kostenträger.³

Wegen der bestehenden Segmentation im Kosten- und Leistungsbereich, vor allem aufgrund von unterschiedlichen gesetzlichen Verordnungen (SGB V, SGB IX, SGB XI, BSHG etc.) und finanziellen Verantwortlichkeiten (GKV, Pflegekassen, Sozialhilfeträger, Kommunen etc.), entsteht eine Reihe von Schnittstellenproblemen mit daraus sich ergebenden komplizierten Überleitungsprozessen, die teilweise durch den zunehmenden Wettbewerb noch verschärft werden. Um sie zu lösen oder wenigstens zu entschärfen, müssen neue Strukturbedingungen für eine verbesserte Koordination und Kooperation der verschiedenen Kostenträger und Leistungserbringer geschaffen werden.

Ein weiteres zentrales Motiv für die Vernetzung ist in der Notwendigkeit von Qualitätsverbesserungen in der Versorgung für bisher defizitär betreute Gruppen zu sehen, z.B. demenziell Erkrankte. Der für deren Versorgung notwendige Aufbau neuer Strukturen bzw. die Erweiterung bestehender Versorgungseinrichtungen wird begrenzt durch die ökonomischen Realitäten, die eine Kostenausweitung weder in den Sozialversicherungssystemen noch in den öffentlichen Haushalten erlauben. Da in den Bereichen der sozialen wie der medizinischen Versorgung einerseits der Bedarf steigt, andererseits aus ökonomischen Gründen die Ressourcen beschränkt sind, verspricht ein verbessertes Schnittstellen- und Informationsmanagement im Rahmen von vernetzten Ansätzen eine Verbesserung der Effizienz sowie eine Optimierung des Einsatzes unterschiedlicher Versorgungsbereiche.

Für Kostenträger und Leistungserbringer ergibt sich im Zusammenhang mit der Kundengewinnung und Kundenbindung die Erwartung von Vorteilen durch die Beteiligung an vernetzten Strukturen. So fragt Clemens Wochner-Luikh: „Ist Vernetzung hier ein Teil einer Überlebensstrategie?“ (Wochner-Luikh 1999, S. 8). In diesen Kontext gehört die Entwicklung einheitlicher Qualitätsstandards im Rahmen von Netzwerken und die damit einhergehende Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit der am Netz beteiligten Leistungserbringer. Bei der Diskussion der Ergebnisse des Bundesmodellprogramms werden wir das Thema der Schaffung von Anreizen zur Beteiligung an Netzwerken aufgreifen.

³ So betont Dietz, dass nirgendwo sonst eine Ausdifferenzierung und Spezialisierung des Angebotes an Hilfen, Initiativen, Diensten und Dienstleistern soweit fortgeschritten ist wie im Bereich der medizinischen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen (Dietz 1999). Im Zusammenhang der

Trotz der plausiblen Gründe für eine Vernetzung wird in der aktuellen wissenschaftlichen Diskussion festgestellt, dass ein deutliches Evaluationsdefizit für Vernetzungs- und Versorgungsmodelle besteht und wissenschaftliche Nachweise zur Effektivität und Effizienz für vernetzte Strukturen sowohl in den gesundheitlichen, als auch in den Altenhilfeversorgungsstrukturen fehlen. Zu Recht wird bemängelt (Lauterberg 2003), dass in der Forschung die Frage unbeantwortet ist, ob Vernetzung durch Case Management und Care Management wirklich zu einer verbesserten Versorgung und damit zu einem verbesserten Gesundheitszustand der Betroffenen führt, Pflegeheim-Einweisungen verzögert und Kosten eingespart werden können.

Das liegt nicht zuletzt daran, dass der Begriff der „Vernetzung“ oder auch „Netzwerkbildung“ in seiner Abstraktheit zu allgemein und verschwommen ist, um konkrete Handlungsrelevanz zu haben. Dadurch ist er für eine Evaluation nur schwer operationalisierbar. Jeder Arbeitskreis und jede Kommunikation von mehr als zwei Personen wird als „Netzwerk“ bezeichnet und es besteht die Gefahr, dass der Begriff „Vernetzung“ zu einem nichts sagenden Schlagwort oder einem sogenannten „Omnibusbegriff“⁴ wird, der als Legitimation für ein unzureichendes Bemühen der Kompensation von Versorgungsdefiziten oder institutionellen Insuffizienzen herhalten muss.⁵ Eine Operationalisierung und Abgrenzung des Begriffes ist daher notwendig.

In der wissenschaftlichen Diskussion zum Begriff „Vernetzung“ von Institutionen und sonstigen Dienstleistern zur Versorgung älterer Menschen gibt es inzwischen in der deutschsprachigen Literatur erste Versuche einer Definition (Döhner et al. 2003). Zentrale Begriffe sind dabei „Koordination“ und „Kooperation“ als wichtigste Merkmale jeder Vernetzung. Koordination ist danach ein strukturbezogener Abstimmungsprozess, während Kooperation eine konkrete Arbeitsform bezeichnet, bei der verschiedene Akteure nacheinander oder gleichzeitig eine gemeinsame Aufgabe lösen (z.B. eine Fallbearbeitung). Vernetzung bezeichnet eine dauerhafte Kooperation und die dazu notwendige Koordination. Wissmann spricht in diesem Zusammenhang von struktureller Kooperation und Koordination im Rahmen von Verbundsystemen auf zwei Ebenen, der individuellen und der strukturellen (Wissmann 1996, S. 179).

Dass sich Vernetzung auf diese beiden Ebenen bezieht, wird auch deutlich, wenn man den Verwendungszusammenhang des Begriffs „Vernetzung“ betrachtet: Er wird vor allem gebraucht als

- organisationsstruktureller Ansatz (z.B. in der Verknüpfung von stationärer und ambulanter Versorgung,
- verfahrensoptimierender Ansatz (z.B. bei der Dokumentationsvereinheitlichung),
- individualtherapeutischer Ansatz (z.B. im Case Management).

⁴ Ein „Omnibusbegriff“ lädt aufgrund der großen Unschärfe jeden und jede dazu ein „aufzuspringen“ (Floeken et al. 2001).

⁵ In diesem Zusammenhang spricht Schnabel von einer „Flucht in die Vernetzung“ als Produkt der Ratlosigkeit über konkrete Schritte angesichts der Fragmentierungsbrüche in der Altenhilfe (Schnabel 1999).

Demnach lässt sich Vernetzung im Bereich der Altenhilfe und der medizinischen Versorgung älterer Menschen wie folgt definieren:

Vernetzung ist die Etablierung dauerhafter Kooperationsbeziehungen durch eine verbesserte Koordination bestehender Strukturen des Gesundheitswesens und Altenhilfestrukturen mit den Zwecken

- einer Strukturveränderung zur Qualitätsverbesserung und Effizienzsteigerung (**Care Management**) und /oder
- einer zielgerichteten Versorgung von bedürftigen Individuen (**Case Management**).

Als äußerliche Merkmale von Netzwerken gelten der Grad der Verbindlichkeit und die Dauerhaftigkeit der Zusammenarbeit der Netzwerkpartner. Die inhaltlichen Ziele für die Netzwerke sowie die Maßnahmen im Rahmen der Netzwerkbildung werden durch die unterschiedlichen Zwecke auf den oben angeführten zwei Ebenen bestimmt. Netzwerkbildung selbst kann (zumindest als erster Schritt) der Zweck eines Projekts sein (**Strukturbildung**). Dies gilt vor allem für größere regionale Netzwerke, die sich aus einer Vielzahl von Netzwerkpartnern aus den unterschiedlichen Segmenten zusammensetzen und durch das Netzwerk eine Fülle von Zielen erreichen wollen (regionale Bedarfsanalysen, Qualifizierung, Case Management und integrierte Versorgung, Öffentlichkeitsarbeit etc). Die Netzwerkbildung kann aber auch von vornherein als ein Mittel zur Erreichung eines anderen Zwecks, z. B. einer verbesserten Nachsorge nach Klinikaufenthalten oder zur Etablierung eines Case Managements eingesetzt werden (**individuelle Versorgung**). Im ersten Fall stehen die Veränderungen der Arbeits- und Organisationsstrukturen durch strukturbildende Maßnahmen (Organisationsstruktur, Arbeitsformen, vertragliche Regelungen etc.) im Sinne eines Care Management im Vordergrund. Im zweiten Fall sind es eher die einzelfallbezogenen konkreten Maßnahmen (Assessment, Überleitung, Maßnahmen-einleitung etc.), die im Fokus der Netzbildung stehen.⁶

Wie wir in der Darstellung der am Bundesmodellprogramm beteiligten Modelle sehen werden, finden sich auch dort beide Ebenen wieder. Allerdings sind in der Realität sehr häufig die verschiedenen Elemente von Case Management und Care Management in unterschiedlicher Weise vermischt, was einen Vergleich der verschiedenen Modellansätze nicht erleichtert.

⁶ Beispiele für beide Formen der Netzwerkbildung wurden bereits in der Vergangenheit modellhaft erprobt. Ein Beispiel für eine stärker einzelfallbezogene Form ist die erste Koordinierungsstelle in Berlin Wilmersdorf, die 1988 entstand und Wegbereiter für elf weitere Koordinierungsstellen war (Göpfert-Dividier et al. 1999). Einen eher strukturbildenden Ansatz hatten dagegen die Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen (IAV-Stellen) in Baden-Württemberg (Göpfert-Dividier et al. 1999). Ein weiteres Modell in dem sowohl Case-Management- wie auch Care-Management-Ansätze genutzt wurden, war das Projekt Ambulantes Gerontologisches Team (PAGT) in Hamburg mit einer starken Integration der niedergelassenen Ärzte (Döhner et al. 2002). Ein weiteres Beispiel eines Netzwerks sind die sektorenübergreifenden Kooperationsverbände in Bobingen und Aichach (in der Nähe von Augsburg) mit dem Ziel einer „lückenlosen Versorgung“, die zurzeit erprobt werden (Salzmann-Zöbele 2003).

Wir wollen im Folgenden die Modelle nach den sich selbst gestellten Zielen, den für die Umsetzung notwendigen Aufgaben und der regionalen Reichweite ihrer Angebote differenzieren. Diese Ziele können die Vernetzung aller Versorgungssegmente einer Region für alle potenziellen Zielgruppen (z.B. Berlin) oder spezifische Zielgruppen (z.B. Cottbus) umfassen. Ausgangspunkt der Darstellung umfassender Netze ist eher die Ebene der institutionellen Kooperation. Die unmittelbare Versorgung des Klienten/Patienten im Sinne eines Case Managements erfordert spezifische Kooperationsformen, weshalb die Erfahrungen mit Case Management gesondert betrachtet werden.

3.1.2 Die Modelle

Ein Großteil der am Bundesmodellprogramm beteiligten Modelle war unabhängig vom Förderschwerpunkt in vielfältige Kooperationen und Koordinierungsprozesse integriert und daher auch in unterschiedlichem Ausmaß mit Netzbildung befasst. Die im Folgenden dargestellten neun Modelle hatten explizit das Ziel Netzwerkstrukturen aufzubauen. Sie gehörten schwerpunktmäßig zu dem Förderschwerpunkt 1 (Struktur- und Systementwicklung, Planung und Koordinierung) und dem Förderschwerpunkt 2 (Verknüpfung von Altenhilfe und Rehabilitation). Zwei Modelle waren dem Förderschwerpunkt 4 (Besondere Hilfen und Versorgungsmaßnahmen für Demenzkranke) zugeordnet.

Der Netzwerkaufbau hatte in den Modellen unterschiedlichen Stellenwert, abhängig von anderen modellspezifischen Zielen und regionalen Voraussetzungen. So waren in Würzburg, Woltersdorf und Neustrelitz Netzwerkaktivitäten Mittel, Rehabilitation bzw. Mitarbeiterqualifikation möglichst optimal realisieren zu können (Kap. 3.1.3). In anderen Modellen, z.B. in Berlin oder Cottbus, war der Netzwerkaufbau ein zentraler Zweck des Modells (Kap. 3.1.4). In die Darstellung der Aktivitäten und die Ergebnisdiskussion gehen die Erfahrungen folgender Modelle ein:

- „Netzwerk im Alter Albatros e.V.“ in Berlin
- „Entwicklung einer gerontopsychiatrischen Verbundstruktur in einer ländlichen Region und in einer kreisfreien Stadt“ in Cottbus
- „Home Care Nürnberg – Virtuelles Altenheim“ in Nürnberg
- „Entwicklung neuer Kooperations- und Koordinationsstrukturen – Aktives Leben und Wohnen älterer Menschen“ in Salzgitter
- „Aufbau eines geriatrischen Netzwerkes im Dresdener Norden und umliegenden Kommunen“ in Radeburg
- „Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation – GeReNet.Wi“
- „Gerontopsychiatrische Patienten im familialen Bezugssystem“ in Neustrelitz
- „Förderung rehabilitationsorientierter Betreuung im Seniorenpflegeheim durch Entwicklung eines praxisnahen Kooperationsmodells zwischen Seniorenheim und geriatrischer Rehabilitation“ in Würzburg
- „Mobile Rehabilitation Woltersdorf“ in Woltersdorf

Das „**Netzwerk im Alter**“ in Berlin hat sich mit dem Konzept „Vernetzung mit Etablierung von Qualitätsstandards“ als umfassendes Netzwerk etabliert. Es war als regionales Netzwerk für den Bezirk Pankow geplant, in dem ca. 45000 Menschen leben, die älter als 65 Jahre sind. Durch den Aufbau eines umfassenden und stabilen Netzwerks (52 Institutionen sind Gründungsmitglieder) sowie mit der Entwicklung und Etablierung wesentlicher Strukturelemente (Kooperationsvereinbarung, Netzwerkkonferenzen, Arbeitsgruppen, Qualifikationsmaßnahmen) konnten sowohl die Kernziele des Projekts erreicht werden als auch in exemplarischer Weise der systematische Aufbau eines regionalen Netzwerks als „bottom-up“-Ansatz⁷ demonstriert werden.

Die Kernziele des Modells, die bereits Ergebnisse eines netzwerkinternen Abstimmungsprozesses sind, betreffen

- die Verbesserung der Kooperation und Koordination der Leistungserbringer auf der Patienten-/Klientenebene (z.B. durch den Aufbau eines verbindlichen Fallmanagement- und Überleitungssystems)
- die Verbesserung der Kooperation von Institutionen und Trägern auf der Managementebene (z.B. durch Kooperationsvereinbarungen und die Entwicklung gemeinsamer Qualitätsstandards)
- die Verbesserung der Angebotstransparenz für Leistungserbringer und die betroffenen Personen (Klienten, Patienten, Angehörige) (z.B. durch den Einsatz eines Datenbanksystems, Beschwerdemanagement, Versorgungshandbuch)
- die Verbesserung der Qualifikationen der professionellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und größere Informiertheit der Betroffenen (z.B. durch Netzwerksymposien)

Zielgruppen des Netzwerks sind folglich sowohl die älteren Menschen der Region mit oder ohne Hilfebedarf und deren Angehörige wie auch die gesamte Breite der Leistungserbringer.

Ein weiteres im organisatorischen Sinn umfassendes Netzwerk ist das Modellprojekt „**Gerontopsychiatrische Verbundstruktur**“ in Cottbus mit dem Konzept einer „Netzwerkbildung Demenz“. Außer durch regional begründete Strukturunterschiede zum Berliner Netzwerk ist das Projekt in Cottbus durch eine Zielgruppenfokussierung gekennzeichnet. Die Verbesserung der Versorgungslage für gerontopsychiatrisch Erkrankte und dabei insbesondere für an Demenz erkrankte Personen und deren Angehörige ist die zentrale Zielsetzung des Modells. Sowohl der Prozess der Netzwerkbildung als auch die dazu notwendigen Einzelmaßnahmen und Strukturelemente sind mit denen anderer Netzwerke vergleichbar, wobei die Gewichtungen sich unterscheiden. Im Vordergrund der Netzwerkbildung stand die Verbesserung der Versorgungstrans-

⁷ Mit „bottom-up“ Ansatz“ ist hier die partizipative Vorgehensweise bei der Netzwerkbildung gemeint, bei der die Kooperationspartner von Beginn an in alle Entscheidungsprozesse einbezogen waren. Im Gegensatz dazu wäre ein „top-down“ Ansatz dadurch gekennzeichnet, dass den Netzwerkpartnern eine fertige organisationale und inhaltliche Konzeption nahegelegt wird.

parenz durch ein besseres Informationsmanagement (Informationshandbücher) und der Wissens- und Handlungskompetenz der professionellen Dienste im Bereich Demenzversorgung durch Qualifizierungsmaßnahmen. Durch den Aufbau zweier stabiler Netzwerke sollten langfristige Kooperationsstrukturen entwickelt werden, die eine Verbesserung der unmittelbaren Versorgung von an Demenz erkrankten Personen z.B. durch einheitliche Dokumentation oder sektorenübergreifende Fallkonferenzen anstrebten. Dabei wurden die gleichen Strukturelemente zur Netzwerkgestaltung wie in Berlin genutzt. Verbundkonferenzen aller Netzwerkpartner, Arbeitsgruppen zur Entwicklung von Konzepten und Qualitätsstandards, verbindliche Kooperationsvereinbarungen und Fortbildungsveranstaltungen wurden an beiden Standorten realisiert.

Das dritte umfassende Netzwerk ist „**Home Care**“ in **Nürnberg**, mit den Konzepten „Koordinierungssystem Case Management“ und „Teleservice für geriatrische Betreuung“. Die Besonderheit des Nürnberger Modells bestand in seiner Anbindung an ein bestehendes Ärztenetz (Praxisnetz Nürnberg Nord PNN). Ziel war die Entwicklung eines regionalen Netzwerks, das für die Betroffenen wie ein virtuelles Altenheim funktionieren sollte. Dazu sollte eine Qualitätsgemeinschaft aller wichtigen Dienstleister aufgebaut werden. Im Kern wurden drei Teilprojekte realisiert: die Entwicklung eines Koordinierungsverbands einschließlich der Weiterentwicklung eines Datenbanksystems zur Steuerung (Hilfelotse online), eine netzinterne Kooperation mit Koordinierungsärzten, verbunden mit einem Case Management, und die dazu notwendige Qualifizierung der Kooperationspartner. Wie in Berlin und Cottbus wurde eine Reihe von Netzwerkstrukturelementen genutzt (Kooperationsvereinbarungen, Netzwerkkonferenzen, Arbeitsgruppen etc.). Allerdings verlagerte sich der Schwerpunkt im Laufe des Projekts stärker auf das Case Management in Kooperation mit den Koordinierungsärzten des Praxisnetzes. Ein Qualitätsverbund im Sinne der Entwicklung eines träger- und sektorenübergreifenden Verbunds konnte in Form eines Koordinierungsverbands am Projektende auf den Weg gebracht werden. Der Tele-Service scheiterte an technischen und institutionellen Problemen (s. unten, S. 47).

Das „**Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation – GeReNet.Wi**“ wollte Maßnahmen zur Unterstützung der Selbstständigkeit zu Hause lebender älterer Menschen erproben, um damit eine Reduktion von Hilfe- und Pflegebedarfen zu ermöglichen. Erreicht werden sollte dies durch eine umfassende Vernetzung der an der Versorgung beteiligten Dienstleister aus der Altenhilfe und dem Gesundheitswesen. Ausgehend von der Abteilung Altenarbeit des Amtes für soziale Arbeit und den dazugehörigen Beratungsstellen für selbstständiges Leben im Alter wurden vier Teilprojekte umgesetzt. Im Einzelnen betrafen sie die Eröffnung von Zugängen zu geriatrischer Behandlung und Rehabilitation, die Verbesserung der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, die Strukturierung der Nachsorge (stationär/ambulant) sowie die Entlastung für pflegende Angehörige.

Speziell für die Umsetzung der ersten drei genannten Teilprojekte war der Aufbau einer Netzwerkstruktur mit einem Beirat und Arbeitsgruppen notwendig. Als wichtigster inhaltlicher Quali-

tätsstandard wurde ein Verfahren zur Erkennung von potenziell Reha-Bedürftigen entwickelt und im Rahmen eines Case Management eingesetzt. Eine besondere Bedeutung kommt der gelungenen Einbindung der niedergelassenen Ärzte in das hierbei genutzte Verfahren der „standardisierten Auswahl“ zu (s. unten, S. 62).

Das **Modellprojekt „Entwicklung neuer Kooperations- und Koordinationsstrukturen – Aktives Leben und Wohnen älterer Menschen“ in Salzgitter** hatte den Aufbau eines umfassenden segmentübergreifenden Netzwerks zum Ziel. In einer Reihe von Teilprojekten sollten trägerübergreifende Strukturen aufgebaut werden, die integrierte Wohnkonzepte und Wohnstrukturen ebenso umfassten wie den Aufbau mobiler ambulanter geriatrischer Rehabilitation, Case Management im Rahmen einer Beratungsstelle für ältere Menschen, Betreuungsangebote für demenziell Erkrankte und ein Internetcafé für Senioren. Für die Umsetzung wurde eine Reihe von Arbeitsgruppen (sogenannte Koordinationsteams) gegründet. Von diesem anspruchsvollen Konzept wurden zumindest Teile sehr erfolgreich realisiert. Dies gilt vor allem für die Beratungsstelle für ältere Menschen (BIKK 1).⁸ Es gelang darüber hinaus, ein Konzept für die mobile Rehabilitation zu entwickeln. Gescheitert ist allerdings der Ansatz einer trägerübergreifenden Vernetzung. Als Gründe dafür werden partikuläre Trägerinteressen genannt, die dazu führten, perspektivisch einen trägerspezifischen Verbund zu planen.⁹

Das **Radeburger Modell „Aufbau eines geriatrischen Netzwerkes im Dresdener Norden und umliegenden Kommunen“** war ein Gemeinschaftsprojekt der geriatrischen Rehabilitationsklinik in Radeburg mit der Volkssolidarität in Dresden. Ausgehend von einer Koordinierungsstelle sollte ein trägerübergreifendes Netzwerk etabliert werden, um die Betreuung von zu Hause lebenden älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf zu optimieren. Dazu zählt u. a. die Nachsorge nach stationären Aufenthalten. Zwar gelang es dem Projekt, Kontakte zu zahlreichen potenziellen Kooperationspartnern aufzubauen, und bei zahlreichen öffentlichen Veranstaltungen zeigten potenzielle Partner Kooperationsbereitschaft. Zusätzlich wurden u. a. für Pflegekräfte und Therapeuten Qualifikationsangebote durchgeführt. Die interdisziplinär zusammengesetzte Koordinierungsstelle arbeitete von Projektbeginn an sowohl einzelfallbezogen wie auch strukturbildend. Der Aufbau einer systematischen Netzwerkstruktur gelang allerdings nicht.¹⁰ Schwerpunkt der Arbeit wurde im Projektverlauf ein systematisches Case Management vor allem als Nachsorge nach dem stationären Rehabilitationsaufenthalt.

⁸ Der Name der Beratungsstelle für ältere Menschen „BIKK“ steht für „Beratung, Information, Koordination, Kooperation“.

⁹ Die Bedeutung trägerspezifischer Interessen als hinderlicher gegebenenfalls aber auch als förderlicher Faktor bei der Netzbildung ist ein über das Modell in Salzgitter hinausweisendes Thema und wird im Zusammenhang der Darstellung der Netzwerkpartner diskutiert. Grundsätzlich bestätigt sich das Urteil, dass größere Wohlfahrtsverbände Wettbewerbsvorteile eher aus eigenen Versorgungsketten erwarten als aus einer externen Kooperation (s. Dietz 1999).

¹⁰ Es gab dafür projektspezifische Gründe. So konnte die Arztstelle nicht besetzt werden. Die Leitung wurde von der Chefärztin der Klinik mit übernommen. Ein so anspruchsvolles Projekt hätte aber eines

In **Neustrelitz** wurde im Rahmen des Modells „**Gerontopsychiatrische Patienten im familialen Bezugssystem**“ eine netzwerkunterstützte Wiederherstellung und Stabilisierung des familialen Bezugssystems Demenzkranker angestrebt. Kernziel des Projekts war die Unterstützung pflegender Angehöriger von an Demenz erkrankten Personen durch angeleitete Gesprächsgruppen. Um dies landesweit zu etablieren, wurden netzwerkbildende Maßnahmen ergriffen. Besonders zwei Maßnahmen im Rahmen des Modells hatten einen spezifisch netzbildenden Charakter: zum einen eine schriftliche Bestands- und Bedarfsanalyse zu Beginn des Projekts zum andern die Durchführung von regionalen Netzwerkkonferenzen an den zehn Standorten, an denen Gesprächsgruppen initiiert wurden. Teilweise gründeten sich aus den Netzwerkkonferenzen Arbeitsgruppen, die weitere Angebote planen und entwickeln wollten. Es entstand die Initiative zur Gründung eines landesweiten „Gerontopsychiatrischen Netzwerks Angehörigenarbeit, Mecklenburg-Vorpommern“. An zunächst zwei Standorten sollten Netzwerke mit einem Netzwerktreffen pro Jahr aufgebaut werden. Zusätzlich wurde eine Koordinierungsstelle geplant. Insgesamt sind die Netzwerkerfahrungen in Neustrelitz für eine endgültige Bewertung noch zu gering. Die Erfahrungen deuten aber auf die Notwendigkeit eines professionellen Netzwerkmanagements zur Unterstützung der sich in Entwicklung befindlichen Netzwerke.

Das Modell „**Mobile Rehabilitation in Woltersdorf**“ hatte den Aufbau einer mobilen geriatrischen Rehabilitation im Landkreis Oder/Spree als zentrale Zielsetzung. Als Rehabilitationsmodell, das die therapeutischen Maßnahmen im häuslichen Umfeld erbringt, war eine Vernetzung mit den übrigen in der Versorgung tätigen Professionen (niedergelassene Ärzte, ambulante Pflegedienste etc.) integrativer Bestandteil der täglichen Arbeit. Hinzu kam in Woltersdorf der Fakt, dass das Modell in ein bereits bestehendes Netz integriert wurde, das aus einer geriatrischen Klinik, einer geriatrischen Tagesklinik sowie einem sogenannten Anlauf- und Beratungszentrum (ABC-Stelle) bestand. Der Netzaufbau war insofern keine zentrale Aufgabe des Modells. Ein wichtiges Element aber war Case Management als koordinierende Leistung im Rahmen der Rehabilitationsbehandlung. Daher werden die Ergebnisse von Woltersdorf im Rahmen der Beschreibung des Case Managements in Kapitel 3.1.4 und als Rehabilitationsmodell im Kapitel 3.2 dargestellt.

Auch das Modell „**Rehabilitationsorientierte Betreuung im Seniorenpflegeheim**“ in **Würzburg** hatte nicht den Anspruch einer umfassenden Netzwerkbildung. Das Hauptziel lag in der Implementation von Rehabilitationsbewusstsein in die stationäre Pflege. Dazu wurden in einem experimentellen Ansatz drei unterschiedliche Interventionsformen in drei Heimen erprobt und bezüglich ihrer Wirksamkeit evaluiert. Es handelte sich um eine Fortbildung für Pflegekräfte, eine Hospitation sowie um Fallkonferenzen. Da auch in Würzburg Vernetzung nicht der primäre Zweck war, sondern das Mittel, um Rehabilitationswissen zu transportieren, werden die zentralen Ergebnisse in Kapitel 3.2 dargestellt.

professionellen Netzwerkmanagements bedurft. Hinzu traten Kooperationsprobleme der Träger aufgrund von Personalwechsel in der Geschäftsführung eines Trägers.

Die Übersicht 3.1 1 enthält die neun Modelle, die explizit das Ziel hatten, Netzwerkstrukturen aufzubauen, und die Konzepte, deren Realisierung sie anstrebten.

Modell	Konzepte
Netzwerk im Alter in Berlin	Vernetzung mit Etablierung von Qualitätsstandards
Gerontopsychiatrische Verbundstruktur in Cottbus	Netzwerkbildung Demenz
Gerontopsychiatrische Patienten im familialen Bezugssystem in Neustrelitz	Schulung und Einsatz von Moderatoren für reflexive Angehörigengesprächsgruppen
Home Care in Nürnberg	Koordinierungssystem Case Management
Geriatrisches Netzwerk in Radeburg	Netzwerkbasierte häusliche Versorgung nach Reha
Aktives Leben und Wohnen älterer Menschen in Salzgitter	Case Management (BIKK 1) Lebenskonzepte für Demenzkranke (BIKK 2) ganzheitliche Versorgungs- und Wohnstruktur
Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation	Netzwerk geriatrische Reha
Mobile Rehabilitation in Woltersdorf*	Mobile ambulante geriatrische Rehabilitation
Rehabilitationsorientierte Betreuung im Seniorenpflegeheim in Würzburg*	Reha-Bewusstsein im Rahmen stationärer Pflege

Die mit einem * gekennzeichneten Modelle werden schwerpunktmäßig im Kapitel 3.2 behandelt.

Übersicht 3.1 1: Netzwerk-Modellprojekte und ihre Konzepte

Die verschiedenen **inhaltlichen Maßnahmen** der Modelle zur Vernetzung, die daran beteiligten **Netzwerkpartner** und die Umsetzung in Form von **Strukturelementen der Vernetzung** sind Gegenstand und Gliederungsstruktur des folgenden Kapitels. Zu allen drei Kernbereichen (inhaltlichen Maßnahmen, Netzwerkpartnern und Strukturelementen) werden die unterschiedlichen Erfahrungen der Modelle erörtert. Dabei erfolgt die Darstellung zunächst aus der eher institutionellen Perspektive (Kap. 3.1.3) und hat daher stärker die strukturelle Ebene (Manage Care) zum Gegenstand. In Kapitel 3.1.4 steht die unmittelbare Klienten-/Patientenversorgung als Case Management im Mittelpunkt der Ausführungen.

3.1.3 Netzwerkbildung – Netzwerkgestaltung

Anhand der Erfahrungen und Ergebnisse der Modellprojekte in Berlin, Cottbus, Nürnberg, Raaburg, Salzgitter und Wiesbaden werden im Folgenden die zentralen Inhalte der Netzwerkarbeit, die Netzwerkpartner, die Netzwerkstrukturelemente sowie wesentliche Bedingungen für einen erfolgreichen Netzwerkaufbau dargestellt. Die zentralen inhaltlichen Aspekte betreffen die Ermittlung der Bedarfe, die Entwicklung von Qualitätsstandards, die Qualifikation und Fortbildung in Netzwerken, das Informationsmanagement und die Vereinheitlichung von Dokumentationsinstrumenten sowie die Öffentlichkeitsarbeit.

3.1.3.1 Netzwerkinhalte

Grundsätzlich finden sich in den Modellen zur Netzwerkbildung gemeinsame inhaltliche Thematiken, die in Variationen und mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung bearbeitet wurden. Das folgende Kapitel stellt die Ergebnisse sowie förderliche und hinderliche Bedingungen bei der Modellumsetzung vor. Die Übersicht 3.1 2 zeigt die Inhaltsschwerpunkte und ihre Konkretisierung in den Modellen.

Angebots-/Bedarfsanalysen

Eine Verbesserung der regionalen Versorgung setzt die umfassende Kenntnis der bestehenden Versorgungsstruktur (**Angebotsanalyse**), der notwendigen Bedarfe (**Bedarfsanalyse**) und der bestehenden Diskrepanzen (**Defizitanalyse**) voraus. Darauf haben drei der oben genannten Netzwerk-Modelle mit einer systematischen Bedarfs- bzw. Bestandsanalyse für die jeweilige Region reagiert.

Am umfassendsten war die Erhebung in Cottbus. Hier wurde zu Beginn des Projekts eine Totalerhebung in Krankenhäusern, Heimen, Tagespflegeeinrichtungen, ambulanten Diensten, Beratungsstellen und bei Nervenärzten durchgeführt sowie eine Zufallsstichprobe von niedergelassenen Ärzten befragt. Die Erhebung erfolgte mit Ausnahme der Ärzte (schriftliche Erhebung) durch mündliche/persönliche Interviews. Erhoben wurden nicht nur Strukturdaten für ein geplantes Handbuch, sondern spezielle Informationen zur Betreuungsqualität von demenziell Erkrankten.

In ähnlicher Vorgehensweise wurde auch in Neustrelitz eine landesweite Erhebung bei den relevanten Akteuren aus dem Bereich Gerontopsychiatrie durchgeführt. Hierdurch erfolgte zum einen eine Sensibilisierung für das Thema der gerontopsychiatrischen Erkrankungen, zum anderen wurden potenzielle Netzwerkpartner erfasst.

In Berlin wurden leitfadengeführte Gespräche mit ausgewählten potenziellen Netzwerkpartnern teilweise auf Geschäftsführungsebene geführt. Ziel dieser Gespräche war in erster Linie die Evaluation der Kooperationsbereitschaft sowie eine Motivierung zur Mitarbeit. Eine Bestands-

/Bedarfsanalyse wurde als schriftliche Erhebung etwa in der Mitte der Laufzeit des Projekts im Sommer 2001 bei den Netzwerkpartnern durchgeführt. Ziel war die Untersuchung der Bedingungen für die Umsetzung bzw. Erprobung von Qualitätsstandards in den Bereichen Fallmanagement und Überleitung, Qualifizierung sowie Beschwerdemanagement.

Übersicht 3.1 2: Netzwerkinhalte der Modelle

Modell	Angebots-/Bedarfsanalysen	Entwicklung von Qualitätsstandards	Qualifikation/ Fortbildung (nur für Professionelle)	Dokumentation/ Informationsmanagement	Öffentlichkeitsarbeit
Netzwerk im Alter in Berlin	Leitfadenterviews mit ausgewählten Interviewpartnern/ schriftliche Erhebung bei Netzwerkpartnern	Case Management/ Beschwerdemanagement/Öffentlichkeitsarbeit/Qualifikation	Netzwerksymposien	Überleitungsbogen/ Datenbank „Hilfelotse“ Versorgungshandbuch	Flyer/Projektpräsentationen Netzwerkbriefe
Gerontopsychiatrische Verbundstruktur in Cottbus	standardisierte regionale Befragungen (Totalerhebungen)	Leitlinien	Gerontopsych. Basisqualifikation für Pflegekräfte, therapeut. Personal, Sozialarbeiter und Ärzte	Überleitungsbogen/ Versorgungshandbuch	Flyer/Projektpräsentationen
Gerontopsychiatrische Patienten im familialen Bezugssystem in Neustrelitz	schriftliche Befragung zum Bestand und Bedarf an Betreuung	-	Qualifizierung von Mitarbeiter/innen zur Leitung von Gesprächsgruppen	-	Flyer/Projektpräsentationen
Home Care in Nürnberg	explorative Gespräche mit verschiedenen Zielgruppen	Informationsmanagement/ Case Management (projektintern)	Schulungen von Arzthelfer/innen und Ärzte/innen zu Prozessabläufen des Case Managements	Datenbank „HilfelotseOnline“	Flyer/Projektpräsentationen/ Newsletter
Geriatrisches Netzwerk in Radeburg	-	-	Hospitationen/ Pflegefachtagung/ Seminare für Pflegekräfte und Therapeuten(innen)	Assessment	Flyer/Projektpräsentationen/ Radio und Fernsehbeiträge
Aktives Leben und Wohnen älterer Menschen in Salzgitter	explorative Gespräche mit älteren Bürgern des Stadtteils	Rehabilitation/ Beratungsstellen/ Internetcafé/ Wohnumfeld/ Case Management	-	Assessment	Flyer/Projektpräsentationen
Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation	schriftliche Befragung aller potenziellen Kooperationspartner	standardisierte Auswahl/ Dokumentationsentwicklung/ Geriatrisches Konsil	Hospitationen	standardisierte Auswahl/ Überleitungsbogen/ Adressblatt	Flyer/Projektpräsentationen/ Infobrief

In Berlin wurden leitfadengeführte Gespräche mit ausgewählten potenziellen Netzwerkpartnern In Wiesbaden wurde eine Ist-Analyse durch eine schriftliche Befragung von Pflegediensten, Krankenhaussozialdiensten und niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten durchgeführt. Ziel war es, die Einstellung der potenziellen Netzwerkpartner zu einer künftigen Kooperation und die dafür notwendigen inhaltlichen Schwerpunkte zu ermitteln. Erhoben wurde die Anzahl der betreuten Personen der Zielgruppe, eine Einschätzung des bestehenden Rehabilitationsbedarfs, bereits bestehende Versorgungsvoraussetzungen sowie die Qualifikation und Berufserfahrung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

In Nürnberg wurde keine systematische Erhebung durchgeführt. Die Analyse des Versorgungsangebotes sowie des Vernetzungsbedarfs erfolgte in explorativen Gesprächen, bei denen das Erfahrungswissen der verschiedenen Zielgruppen (Seniorinnen bzw. Senioren, Angehörige, Ärztinnen und Ärzte, Pflegedienste und Therapeutinnen bzw. Therapeuten) in informellen Gesprächen und in Sitzungen gesammelt wurde.

Den Erfahrungen der Modelle zufolge sind Zeitpunkt, Art und Funktion der Durchführung der Erhebungen für die Konstituierung von Netzen bedeutsam. Erhebungen können zu Beginn des Netzwerkaufbaus als Motivator zur Teilnahme genutzt werden oder sie können zur Evaluation oder Zufriedenheitsmessung im bereits etablierten Netzwerk verwendet werden. In Cottbus und Neustrelitz wurden diese Erhebungen beispielsweise genutzt, um im Rahmen der Bestandsermittlung Kontakte zu künftigen Netzwerkpartnern aufzunehmen und diese zur Teilnahme am Netzwerk zu motivieren. In Wiesbaden lag die Funktion primär auf einer Analyse der Kooperationsbereitschaft und der Schwerpunktsetzung künftiger inhaltlicher Themen. Beide Vorgehensweisen haben sich bewährt. In Berlin wurden die Bedarfs- und Bestandsanalysen nicht im Sinne eines Need-Assessments zu Beginn des Projekts genutzt, sondern zur Analyse der Umsetzungsbedingungen neuer Qualitätsstandards und damit auch zur Motivationsüberprüfung der Netzwerkteilnehmer.

In Nürnberg wurde auf eine systematische Befragung potenzieller Netzwerkpartner verzichtet. Dies könnte einer der Gründe für Verzögerungen in der Realisierung einzelner wichtiger Komponenten (z. B. der Qualitätsgemeinschaft) sein.

Die Motivierung potenzieller Netzwerkpartner und die Gewinnung von Informationen über die Versorgungsstrukturen und die Versorgungsprozesse in den Regionen sind die Hauptfunktion von Datenerhebungen zu Beginn der Projekte. Diese Informationen dienen u. a. als Grundlage für die Erstellung von Handbüchern bzw. Datenbanken, also im Kern dem Informationsmanagement und der Auswahl und Planung der Bereiche, die zentraler Inhalt der Netzwerkarbeit sind (Qualifizierungsthemen, Kooperationsformen, fehlende Versorgungselemente etc.). Sie haben insofern eine sozialplanerische Funktion.

Entwicklung von Qualitätsstandards

Das zentrale Ziel der inhaltlichen Schwerpunktsetzungen und der Entwicklung von Netzwerkstrukturen, die im Rahmen der Modellprojekte entwickelt wurden, war die Verbesserung der Qualität der Versorgung in der jeweiligen Region. Daher kam der Entwicklung einheitlicher Qualitätsstandards in der Netzwerkarbeit eine besondere Bedeutung zu. Sie bestimmte letztlich das Ausmaß an inhaltlicher Übereinstimmung und damit die Qualität des Netzwerks.

Voraussetzung der Entwicklung gemeinsamer Qualitätsstandards ist eine formale Organisationsstruktur (Netzwerkkonferenz, Arbeitsgruppen, Steuerungsgremien). In vier Modellprojekten gelang es, eine Struktur dauerhaft zu etablieren, die es ermöglichte, kontinuierlich Qualitätsstandards gemeinsam weiter zu entwickeln und inhaltliche Thematiken systematisch anzugehen, wobei der Entwicklungsstand von Qualitätsstandards in der Modelllaufzeit in den Modellen durchaus heterogen war.

In Berlin wurden einheitliche Qualitätsstandards bezogen auf die Überleitung, das Case Management, die Qualifizierung, die Öffentlichkeitsarbeit und das Beschwerdemanagement entwickelt. Die Entwicklung der Qualitätsstandards erfolgte in Arbeitsgruppen, die auch die Erprobung und Umsetzung begleiteten. Abgestimmt wurden die Standards in Netzwerkkonferenzen, in denen auch die Ergebnisse der Erprobungen zurückgemeldet wurden. Inhaltlich wurden für den Bereich Case Management Standards für verschiedene Verfahren entwickelt (Fallkonferenz, Systemkonferenz, Belegungsgremium Psychiatrie, Raster zur Erkennung von Krisensituationen, Überleitung). Für das Case Management gab es eine Erprobungsphase mit einem Teil der Netzwerkpartner. Die Erfahrungen wurden in einem Zwischenbericht dokumentiert. Der Standard zum Beschwerdemanagement wird zurzeit noch erprobt. Im Bereich Öffentlichkeitsarbeit wurde ein Konzept erarbeitet, außerdem wurde ein Netzwerk-Handbuch entwickelt. Die anderen Standards waren weniger praxisrelevant, sondern zunächst konzeptionell bedeutsam (z.B. die Erfassung der Fortbildungsangebote der Netzwerkpartner).

Auch in Cottbus fand eine gemeinsame Entwicklung von Qualitätsstandards in Arbeitsgruppen statt. Es wurden einheitliche Überleitungsbögen entwickelt und eine gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit (Erstellung von Handbüchern) durchgeführt. Die Kooperationsvereinbarung und die Geschäftsordnung waren Gegenstand von Arbeitsgruppen. Darüber hinaus gelang es, allgemeine Leitlinien für das Fallmanagement oder die gemeinsame Fallbearbeitung zu konzeptualisieren. Aufgrund der Heterogenität der beteiligten Netzwerkpartner und ihrer unterschiedlichen Interessen konnten Fallkonferenzen nicht dauerhaft etabliert werden.

In Wiesbaden betraf der wichtigste inhaltliche Qualitätsstandard die Entwicklung der „standardisierten Auswahl“, eines strukturierten Instruments zur Identifikation von potenziell Reha-Bedürftigen und zur Steuerung des Case Managements. Zusätzlich wurden im Rahmen einer Arbeitsgruppe zwei Teilprojekte bearbeitet. Im Sinne von Qualitätsstandards wurden dort ein Hospitationskonzept, ein Überleitungsbogen sowie ein Adressblatt zur Nachsorge entwickelt.

Während die „standardisierte Auswahl“ erprobt und erfolgreich evaluiert wurde, befinden sich die anderen Qualitätsstandards noch in der Erprobung.

In Nürnberg wurde der Qualitätsstandard für ein Case Management durch das Modellprojekt selbst entwickelt und umgesetzt. Durch die zeitlich verzögerte Gründung des Koordinierungsverbunds stand zunächst die Entwicklung eines Informationsmanagements in einer Netzwerk-AG im Mittelpunkt der Aktivitäten. Es wurde ein Pflichtenheft erstellt, eine Erprobung fand 2003 statt. Das Case Management wurde von den Home-Care-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern selbst durchgeführt und bezog die Netzwerkpartner quasi als Einzelsegmente der Versorgung ein. Eine gemeinsame Entwicklung aller Netzwerkpartner des Case Managements im Sinne eines gemeinsamen Qualitätsstandards fand nicht statt. Insofern sind die Erfahrungen von Nürnberg nicht mit den anderen segmentübergreifenden Netzwerkmodellen, sondern eher mit den in Kapitel 3.1.4 vorgestellten Modellen zu vergleichen. Ähnliches gilt für Wiesbaden, wo das Case Management von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Beratungsstellen für selbstständiges Leben im Alter durchgeführt wurde. Allerdings wurde das Case-Management-Verfahren in Wiesbaden in einer Arbeitsgruppe gemeinsam entwickelt.

In Salzgitter wurden in sogenannten Kooperationsteams (vergleichbar den Arbeitsgruppen in anderen Projekten) auf der Grundlage von Kooperationsvereinbarungen oder Zielvereinbarungen gemeinsame Konzeptionen und Standards entwickelt. Inhaltlich betrafen sie die Konzeption einer Beratungs- und Koordinierungsstelle (BIKK 1), eine Konzeption für eine mobile ambulante geriatrische Konzeption, die Konzeption für ein Internetcafé und die Konzeption für eine Beratungsstelle „Alternative Lebenskonzepte für Demenzkranke“ (BIKK 2). In der Modelllaufzeit konnte das Konzept der Beratungs- und Koordinierungsstelle realisiert werden. Der inhaltliche Arbeitsschwerpunkt lag auf dem Case Management. Erprobt wurde das Internetcafé, das letztlich allerdings an unzureichenden strukturellen Voraussetzungen (Personal, Raum, Finanzen) scheiterte. Ein Rehabilitationskonzept wurde entwickelt, konnte aber wegen der komplizierten Abstimmungsprozesse mit den Kostenträgern in der Modelllaufzeit nicht erprobt werden.

Qualifikation/Fortbildung

Die Kooperation in Netzwerken erfolgt zunächst arbeitsteilig entsprechend der jeweiligen fachlichen Qualifikation. Dabei besteht aber in der Regel ein Bedarf an weiterführender Fortbildung, nicht nur dort, wo es, wie beispielsweise in Cottbus, explizit um die Vermittlung von Basiswissen über eine bestimmte Indikationsgruppe geht. Insofern kommt Maßnahmen zur Qualifizierung ein hoher Stellenwert bei der Netzbildung zu. Die Entwicklung und Durchführung von Qualifikationsmaßnahmen in Netzen bietet sich auch an, um Synergieeffekte durch die Bündelung von Ressourcen der unterschiedlichen Netzwerkpartner sowie das Vorhandensein spezifischer Kompetenzen (z.B. Fortbildungsinstitute als Netzwerkpartner) zu erzielen. Im Rahmen des Bundesmodellprogramms wurden von den Netzwerken vielfältige Qualifizierungsmaßnahmen zu unterschiedlichen fachlichen Themen für unterschiedliche Zielgruppen durchgeführt.

In Berlin wurde das Thema Qualifizierung in einer Arbeitsgruppe mit dem Ziel der Entwicklung eines einheitlichen Qualitätsstandards bearbeitet. Dazu wurde zunächst ein Konzept zur Ressourcenbündelung der verschiedenen Netzwerkpartner entwickelt. Zusätzlich wurden halbjährlich Symposien zu unterschiedlichen Themen durchgeführt, bei denen durchschnittlich über 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmer zugegen waren. Themen waren entweder indikationsspezifische Versorgungsfragen (z. B. „Schlaganfall – Möglichkeiten durch vernetzte Versorgung“; „Gerontopsychiatrie – Möglichkeiten durch vernetzte Versorgung“) oder Versorgungsstrukturfragen (z. B. DRGs und die Folgen).

In Cottbus war die Vermittlung einer Wissens- und Handlungsbasis für die Professionellen in Beratung, Behandlung, Pflege und Betreuung ein zentrales Ziel des Modellprojekts. Insofern war die Durchführung von Fortbildungen für die drei Gruppen (Pflege- und therapeutisches Personal und Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeiter, Ärztinnen und Ärzte sowie Leiterinnen und Leiter von Einrichtungen) ein besonders wichtiger Netzwerkinhalt. Außer den Veranstaltungen für die Ärztinnen und Ärzte, die trotz hochqualifizierter Referenten nicht in Anspruch genommen wurden, waren die Fortbildungsveranstaltungen hervorragend besucht und wurden auch gut beurteilt. An 25 Veranstaltungen nahmen durchschnittlich 46 Personen pro Fortbildungstermin teil. Eine Besonderheit war die Einführung eines Zertifikats (Gerontopsychiatrische Basisqualifikation), das von allen Partnern der Verbünde anerkannt wird. Außerdem wird die Fortbildung von einem Bildungsträger anerkannt.

In Nürnberg erfolgte die Qualifikation über das Schulungszentrum des Praxisnetzes Nürnberg Nord (PNN), einem Ärztenetzwerk, das Träger des Nürnberger Modells war. Im Bereich Pflege und Kooperation beteiligte sich das Modellprojekt an der laufenden Ausbildung zu einem Assessmentverfahren (RAI-HomeCare-Resident-Assessment-Instrument). Regelmäßig fanden Schulungen für Arzthelferinnen und Arzthelfer sowie Ärztinnen und Ärzte des PNN zu den Prozessabläufen im Rahmen des Fallmanagements statt.

In Wiesbaden wurde ein Hospitationskonzept entwickelt, das gegenseitige Hospitationen der verschiedenen Berufsgruppen ermöglichte. Im Projektverlauf konnten erste Erfahrungen damit gemacht werden. Sie zeigen, dass die in Wiesbaden gewählte Form der Hospitation sowohl zur Netzwerkstabilisierung wie zur Qualifizierung beitragen kann. Deshalb wurde eine Hospitationsbescheinigung für die Teilnehmer entwickelt, die von der jeweiligen Hospitationseinrichtung ausgestellt wird. Allerdings sind die Möglichkeiten von Hospitationen aufgrund des damit verbundenen Betreuungsaufwands eingeschränkt.

In Radeburg wurden im Rahmen der Netzwerkarbeit Seminare für Pflegekräfte sowie Therapeutinnen und Therapeuten angeboten. Ein Seminar zu „Transfer und Lagerung nach dem Bobath-Konzept“ wurde in elf verschiedenen Einrichtungen der Altenhilfe und der Altenpflege mit durchschnittlich je zehn Teilnehmerinnen und Teilnehmern durchgeführt. Weitere Seminare für Ergotherapeutinnen bzw. Ergotherapeuten und Pflegeeinrichtungen betrafen die Sturzprophy-

laxe. Zwei Veranstaltungen für Ärztinnen und Ärzte (Stürze im Alter, Geriatrische Rehabilitation) fanden in Zusammenarbeit mit der Kreisärztekammer statt und hatten, vielleicht wegen dieser Kooperation, nicht die für Cottbus beschriebenen Nachfrageprobleme.

Die Modellerfahrungen machen deutlich, dass Qualifizierung und Fortbildung im Rahmen von Netzwerken unterschiedliche Formen und Funktionen hat: In Form eines Symposiums dient sie der **Wissensvermittlung** und der **Öffentlichkeitsarbeit**, als zertifizierte Fortbildung dient sie der **spezifischen Qualifikation** und der „**Kundenbindung**“ und im Rahmen des Case Managements mit der Einbindung von Arztpraxen dient sie der **Organisationsentwicklung**.

Dokumentation und Informationsmanagement

Sowohl die Weiterentwicklung komplexer Netze, als auch ein Case Management setzen die Entwicklung, den Aufbau und die dauerhafte Etablierung möglichst effektiver und effizienter Beratungs- und Informationsstrukturen voraus. Auf eine ganze Reihe von Voraussetzungen zur Etablierung der Informationsstrukturen auf der Ebene der Fachbasis wurde bereits eingegangen. Im Einzelnen gehört dazu die Entwicklung gemeinsamer Qualitätsstandards und einheitlicher Dokumentations-Instrumentarien sowie ggf. die notwendige Nachqualifikation einzelner Beteiligter. Eine weitere wichtige Voraussetzung ist der Aufbau von Strukturen für eine kontinuierliche Zusammenarbeit, z.B. in Form von Arbeitsgruppen, einem Netzwerkmanagement und evtl. einer Koordinierungsstelle.

Eine wesentliche Voraussetzung zum Informationsaustausch, eine Basis für ein funktionierendes Schnittstellenmanagement sowie für eine Qualitätssicherung von Betreuungs- und Behandlungsprozessen sind einheitliche Dokumentationsinstrumente. Im Rahmen des Bundesmodellprogramms wurde in allen Vernetzungsmodellen für die Netzwerkpartner eine einheitliche Schnittstellen-Dokumentation (Überleitungsbogen) entwickelt und zumindest in Ansätzen erprobt. Soweit Case Management in den Netzwerken realisiert wurde (Nürnberg und Berlin), wurden dazu einheitliche Assessmentinstrumente implementiert.

Ein ganz wesentliches Hilfsmittel für ein systematisches Informationsmanagement stellen **Datenbanken** dar, in denen zum einen Informationen aufbereitet zur Verfügung stehen und zum anderen regelmäßig Informationen sowohl über Klientinnen bzw. Klienten und Patientinnen bzw. Patienten als auch über die Leistungsanbieter eingepflegt werden. Das von den Modellen in Nürnberg und Berlin verwendete Instrument dazu war der „Hilfelotse“. Dabei handelt es sich um eine bereits erprobte Datenbank zur Bereitstellung von Informationen über Pflege- und Versorgungseinrichtungen in der Region. Sie erlaubt eine individualisierte, zielgerichtete Vermittlung für die jeweils Betroffenen. So ermöglicht der „Hilfelotse“ die Bereitstellung auch sehr spezifischer Informationen wie Angaben zu fremdsprachlichen Therapeutinnen bzw. Therapeuten und Pflegediensten. Es ist längerfristig geplant, den „Hilfelotsen“ internetfähig zu machen und damit Online-Zugriffe zu ermöglichen. Während der Modelllaufzeit konnte diese Innovation nicht realisiert werden.

Handbücher, wie sie z.B. in Cottbus entwickelt wurden, dienen als reine Informations-Instrumentarien. Sie enthalten Informationen über die verschiedenen in das Netzwerk eingebundenen Institutionen. Angesichts der Fluktuation, gerade im ambulanten Bereich, ist allerdings die Gefahr groß, dass sie relativ schnell veralten, auch wenn sie als Loseblattsammlung geführt werden.

Grundsätzlich dient der Aufbau von Beratungs- und Informationsstrukturen im Rahmen von Netzwerken auch der **Transparenz über bestehende Angebote** und ist insofern auch ein Instrument der Qualitätssicherung. Das gilt vor allem für Datenbanken, wenn diese über Feedback-Schleifen zu den Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten verfügen. Darüber hinaus stellen Netzwerke eine günstige Möglichkeit speziell auch für kleinere Träger dar, sich in einen umfassenden Beratungs- und Informationsprozess zu integrieren. Dies gelingt sonst in der Regel nur großen Trägern, die über die entsprechenden finanziellen und personellen Ressourcen verfügen.

Einen besonderen Ansatz zum Aufbau einer Beratungs- und Informationsstruktur stellt der Teleservice des Modells in Nürnberg dar. Geplant war dabei die Bereitstellung von 20 bildschirmgestützten Betreuungsplätzen. Trotz der Unterstützung durch Siemens und die Telekom konnten nur einige Teleservicesysteme bei Seniorinnen und Senioren implementiert werden. Als Gründe für das weitgehende Scheitern dieses Ansatzes wurden die erhöhten Kosten für ISDN-Anschlüsse und die höheren Telefongebühren genannt. Inwieweit eine Kostenübernahme zu einer verbesserten Inanspruchnahme geführt hätte oder ob weitere Gründe (z. B. technische Barrieren) die Teilnahmebereitschaft beeinflusst haben, konnte in der Modelllaufzeit nicht geklärt werden.

Öffentlichkeitsarbeit

Die Etablierung einer gemeinsamen Öffentlichkeitsarbeit in den unterschiedlichen Netzwerken ist zum einen für die Bindung und Motivation der Netzwerkpartner, zum anderen zur Gewinnung neuer Partner wichtig. Der Übersicht 3.1 2 ist zu entnehmen, dass in allen Modellen Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit entwickelt und durchgeführt wurden, wobei die Produkte formal sehr ähnlich waren. Es wurden überall Flyer entwickelt, Presseberichte erstellt und vielfältige Formen von Projektpräsentationen (Messen, Workshops, Kongresse, Tagungen etc.) genutzt.

In Berlin wurde in einer Arbeitsgruppe des Netzwerks, die während der Laufzeit des Modells regelmäßig tagte, ein gemeinsamer Standard der Öffentlichkeitsarbeit für alle Netzwerkpartner entwickelt. Dazu gehört ein einheitlicher öffentlicher Auftritt z.B. durch ein Logo und andere äußere Merkmale. Für die interne Öffentlichkeitsarbeit, aber auch zur Gewinnung neuer Partner wurden vierteljährlich themenspezifische Netzwerkbriefe verfasst, die den Fortschritt der Netzerkennung, Ergebnisse der Arbeitsgruppen etc. darstellten.

In Nürnberg wurden Infofaltblätter und regelmäßig erscheinende Newsletter mit aktuellen Infos über den Projektverlauf erstellt. Dazu kamen in allen drei Projekten öffentliche Veranstaltungen, Messeauftritte, Vorträge etc. Weiterhin dienten Internet-Auftritte und Netzwerkveranstaltungen der Selbstdarstellung und der Gewinnung weiterer Netzwerkpartner.

Wichtig im Zusammenhang mit der Etablierung einer gemeinsamen Öffentlichkeitsarbeit ist aber auch die Entwicklung von Medien, die das Leistungsspektrum des Netzes für die Öffentlichkeit dokumentieren. Dazu zählen Handbücher und Datenbanken, wie sie in den Modellprojekten entwickelt und eingesetzt wurden.

In allen Projekten waren die Arbeiten zur Entwicklung, Implementierung und Durchführung der Öffentlichkeitsarbeit sehr zeitaufwändig. Dieser Aufwand scheint berechtigt angesichts des großen Stellenwertes, den die Öffentlichkeitsarbeit v. a. in der Gründungsphase für die Konstituierung des Netzwerks hat. Von diesem Aufwand profitieren gerade kleinere Netzwerkpartner (Institutionen und Einzelpersonen) die in der Regel nicht über die Mittel für eigene Öffentlichkeitsarbeit verfügen.

3.1.3.2 Netzwerkpartner

Bereits mehrfach wurde auf die Vielzahl der Akteure in der Altenhilfe, der Altenpflege und der medizinischen Versorgung älterer Menschen hingewiesen. Die wichtigsten sind der gesamte Bereich der versorgungsvertraglich gebundenen Dienstleister (Wohlfahrtsverbände, privatrechtliche Dienstleister, freiberufliche Dienstleister) und selbstorganisierte Hilfen.

Da sowohl die medizinische und pflegerische Versorgung älterer Menschen als auch die Altenhilfe zahlreiche unterschiedliche Institutionen und Berufsgruppen betreffen, findet sich speziell in übergreifenden Netzwerken eine Vielzahl von Partnern. Im Rahmen des Bundesmodellprogramms gelang es in Berlin, 46 Netzwerkpartner (Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen, ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen und betreute Wohnformen, Tagespflegestätten, Fortbildungsinstitute, Seniorenvertretungen und Seniorenselbsthilfegruppen) einzubinden. Einschränkungen gab es bei der Gewinnung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Nur einzelne, besonders engagierte Medizinerinnen und Mediziner konnten in das Netzwerk eingebunden werden. Dies entspricht den Erfahrungen vieler Initiativen (s. Döhner 2003).

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

In der Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten werden im Rahmen der Modellprojekte zum Teil Erfahrungen bestätigt, die seit Jahren in Projekten unterschiedlichster Art mit der Zielsetzung einer verbesserten Kooperation vorhandener ambulanter und stationärer Strukturen, sowie einer verbesserten Integration niedergelassener Medizinerinnen und Mediziner gemacht wurden. Offensichtlich sind die Organisations- und Arbeitsstrukturen niedergelassener

Praxen ein deutliches Hindernis für die Einbindung dieser Berufsgruppe als Ganzes in die jeweilige regionale Versorgungslandschaft. Die Einbindung einzelner engagierter Ärztinnen und Ärzte dagegen gelingt auch in größeren Netzwerken (z. B. in Berlin), wobei diese grundsätzlich leichter mit Vertretern der eigenen Berufsgruppe kooperieren, was sich bei der Durchführung von Case Management und bei den Reha-Projekten deutlich zeigte.¹¹

Die mit der Netzwerkarbeit verbundenen organisatorischen Prozesse, die Arbeit in interdisziplinären Arbeitsgruppen und anderen Gremien sind Inhalte und Tätigkeiten, die den normalerweise im Team arbeitenden Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, Pflegekräften sowie Therapeutinnen und Therapeuten geläufiger sind. Ärztinnen und Ärzte kooperieren auch in Ärztenetzen eher auf einer medizinischen Fachebene, weshalb auch die integrierte Versorgung seitens Medizinerinnen und Mediziner erst in Ansätzen realisiert wurde. Nur mit professionellen Netzwerkmanagerinnen bzw. -managern sind solchen Netze auf Dauer zu betreiben.

Andererseits gelang es in zwei Modellen (Nürnberg und Wiesbaden) niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in die konkrete Netzwerkarbeit und zum Teil auch in die Strukturen einzubinden. Eine Sonderstellung hatte das Modell in Nürnberg, wo der Träger des Modellprojekts ein Ärztenetz (PNN) war. Über die Institution der Koordinationsärztin bzw. -arztes war die Einbindung der Ärztinnen und Ärzte in das Fallmanagement gewährleistet. Die mehr als 50 Koordinationsärztinnen und -ärzte delegierten die Verantwortung für bestimmte Fälle auf der Grundlage eines standardisierten Auswahlverfahrens an das Fallmanagement von Home Care Nürnberg. Allerdings waren die Ärztinnen und Ärzte nicht als einzelne Personen in den Prozess der Bildung des Koordinierungsverbundes involviert.

In Nürnberg gab es aufgrund der Trägerschaft durch ein Ärztenetz Berührungspunkte gegenüber den niedergelassenen Ärzten von Seiten der bereits bestehenden Institutionen von Altenpflege und Altenhilfe, weshalb die Netzwerkpartner die Entwicklung gemeinsamer Qualitätsstandards zurückstellten und sich zunächst auf die Entwicklung einer gemeinsamen Informationsplattform (Hilfelotse online) beschränkten.¹² Trotzdem gelang es zum Ende des Projekts, einen Koordinierungsverbund mit 25 Partnerinnen und Partnern aus dem Altenhilfe- und Altenpflegebereich auf vertraglicher Basis zu etablieren.

In Wiesbaden erfolgte die Einbindung der Ärzte über einen speziellen Arbeitskreis, in dem Kassenvertreter, die Kassenärztliche Vereinigung (KV), der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) und Vertreter der geriatrischen Fachkliniken eingebunden waren. Der Arbeitskreis bereitete die Einbindung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte vor und begleitete den Pro-

¹¹ Dietz weist darauf hin, dass Koordinationsleistungen derzeit nicht abrechnungsfähig sind und die dafür notwendige Zeit in einer Praxis außerdem fehlt. Engagierte Ärztinnen und Ärzte legen Vernetzungsaktivitäten daher in die Freizeit (Dietz 1999).

¹² Hintergrund dafür dürfte eine „Konkurrenz im Sinne fachlicher Professionalität“ (Dietz 1999) sein, wie sie zwischen verschiedenen Professionen bei Leistungen für die gleichen Adressaten entsteht.

zess. Über Hausärztetreffen (mehr als 60 Teilnehmer) und durch postalische Info-Aktionen wurden sie über das Projekt informiert. Ein Vertreter der Hausärzteschaft wurde Mitglied des Projektbeirats. Es gelang über diese formale Einbindung, die Ärztinnen und Ärzte auch zur Mitarbeit beim Case Management (standardisierte Auswahl) und beim geriatrischen Konsil zu bewegen. Eine Befragung der Ärztinnen und Ärzte (n=28 von 54 beteiligten Ärztinnen bzw. Ärzten) ergab eine durchweg positive Einschätzung der Kooperation mit den Beratungsstellen und dem Konsil. Eine Befragung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Beratungsstellen ergab eine positive Veränderung in der formalen und inhaltlichen Kooperation mit den beteiligten Hausärztinnen bzw. -ärzten.

Die Erfahrungen mit der Integration von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in die Netzwerke deuten darauf hin, dass als Partner für Netzwerke eher Ärztenetze in Frage kommen (z. B. in Berlin), während die Einbindung einzelner niedergelassener Ärztinnen und Ärzte am ehesten auf einer medizinisch-fachlichen Ebene und mit Unterstützung der für die Versorgung zuständigen Gremien (GKV, KV und MDK) gelingt.

Große Wohlfahrtsverbände und Klinikträger

Die Beteiligung bestimmter Institutionen und Strukturebenen ist für die Motivation mancher Partner zur Teilnahme bedeutsam. So war den ambulanten Pflegediensten und den komplementären Diensten sowie den niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten die Beteiligung örtlicher Krankenhäuser wichtig. Dies vor allem deshalb, weil dadurch die besonders problematische Schnittstelle stationäre/ambulante Versorgung im Rahmen von Netzwerken abgedeckt wird. Es gelang in allen Modellprojekten, Kliniken der Regelversorgung bzw. Reha-Kliniken mit einzubinden.

In Wiesbaden gelang die Einbindung von zwei Rehabilitationskliniken in besonderer Weise. Die Chefärzte der beiden Kliniken berieten im Rahmen eines ärztlichen Konsils die niedergelassenen Ärzte bezüglich des Reha-Bedarfs und der Reha-Potenziale ihrer Patientinnen und Patienten. Ein großer Teil der Patientinnen und Patienten mit Rehabilitationsbedarf, die im Rahmen der sogenannten „standardisierten Auswahl“ identifiziert wurden, wurde in den beiden Reha-Kliniken behandelt. Dies ist ein gelungenes Beispiel für eine Kooperation zum wechselseitigen Nutzen („Win-win-Situation“).

Allerdings haben große überregionale Unternehmensverbände gelegentlich nur geringes Interesse an gemeindenaher Vernetzung. So verweigerte ein größerer Träger in Berlin die Beteiligung am Netzwerk. In Salzgitter scheiterte eine trägerübergreifende Vernetzung; daraufhin wurde eine trägerinterne Lösung gewählt. Grundsätzlich verweist das Agieren größerer Netzwerkpartner (Wohlfahrtsverbände, Klinikträger) auf einen Widerspruch. Einerseits legt ein zunehmender Wettbewerb die Nutzung von Effizienzpotenzialen, die in der Kooperation mit anderen stecken können, nahe, andererseits wird ein Wettbewerbsvorteil darin gesehen, sich auf die eigene Versorgungskette zu stützen.

In Cottbus bzw. im Landkreis Oberspreewald/Lausitz wurden 32 bzw. 30 Netzwerkpartner in gerontopsychiatrischen Verbänden organisiert. Die Beteiligungsraten waren hier bei den stationären Einrichtungen besonders hoch (Kliniken 100%, Heime 83%), aber auch von den regionalen Beratungsstellen und den ambulanten Pflegediensten konnten mehr als 50% zur Mitarbeit gewonnen werden. Die Beteiligungsrate der Ärztinnen und Ärzte ist mit 10% der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte eher gering. Das wichtige Fachgebiet der Allgemeinmedizin war überhaupt nicht vertreten.

Eine wesentliche Zielsetzung für alle Netze ist die Stärkung der Selbsthilfestrukturen in der Region. In Berlin gelang es, die relativ stark ausgeprägten bestehenden Selbsthilfestrukturen in das Netzwerk zu integrieren und damit eindeutig zu einer Stärkung der Gesamtakzeptanz beizutragen.

3.1.3.3 *Netzwerkstrukturelemente*

Über alle Netzwerkmodelle hinweg zeigen sich vergleichbare Strukturelemente, Management- und Arbeitsverfahren. Die Erfahrungen der Modellprojekte erlauben es damit, idealtypisch eine Netzwerkstruktur für ein umfassendes Netzwerk zu entwickeln. Als konstitutive Merkmale sind im Einzelnen zu nennen:

- die Netzwerkkonferenz aller Netzwerkpartner
- die regelmäßigen inhaltsspezifischen Arbeitstagen
- die kontinuierlich arbeitenden Arbeitsgruppen
- der Abschluss von Kooperationsverträgen/Rahmenvereinbarungen der Netzwerkpartner
- ein Steuerungsgremium im Sinne eines Aufsichtsrats
- die Etablierung eines professionellen Netzwerkmanagements
- die Koordinierungsstellen

Der Erfolg der Netzwerkbildung hängt in hohem Ausmaß von der Ausprägung dieser Strukturelemente ab. Die Übersicht 3.1 3 zeigt, welche der Netzwerkelemente in welcher Ausprägung in den Modellprojekten mit einer Netzwerkbildung zu finden sind.

Übersicht 3.1 3: Netzwerkstrukturelemente der Modelle und ihre Bedeutung im Rahmen der Modellumsetzung

Modell	Netzwerk-konferenz	Arbeits-gruppen	Kooperations-verträge	Steu-erungs-gre-mium	Netz-werkma-nagement
Netzwerk im Alter in Berlin	●●	●●	●●	●	●●
Gerontopsychiatrische Ver-bundstruktur in Cottbus	●●	●	●●	●	●●
Gerontopsychiatrische Pati-enten im familialen Bezugs-system in Neustrelitz	●●	-	-	-	●
Home Care in Nürnberg	●	●	●	-	●●
Geriatrisches Netzwerk in Radeburg	-	-	-	-	●
Aktives Leben und Wohnen älterer Menschen in Salzgitter	-	●	-	-	●
Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation	-	●●	-	●	●●

●●= sehr wichtige Funktion ● = wichtige Funktion - = nicht vorhanden/unwichtige Funktion

Netzwerkkonferenzen und Arbeitstagenen

Netzwerk- bzw. Verbundkonferenzen stellen so etwas wie das demokratische Plenum der Netzwerke dar. Sie fanden in den meisten Projekten regelmäßig statt und sind das zentrale Gremium zur Vermittlung, Diskussion und Beschlussfassung sowohl von Vereinbarungen der gemeinsamen Arbeit als auch von inhaltlichen Arbeitsergebnissen der verschiedenen Arbeitsgruppen. Von großer Bedeutung ist die Rückkoppelung von Arbeitsergebnissen (z. B. die Erprobung von Fallmanagement oder Auswertungen von Bedarfsanalysen etc.).

Inhaltlich sehr spezifische oder auch komplexe Thematiken wurden in Arbeitstagenen bearbeitet; beispielsweise konnte die Konzeption des Modellprojekts „Netzwerk im Alter“ auf einer Arbeitstagenen in einzelne Teilziele operationalisiert werden.

Da in Berlin ein stark partizipativer Ansatz der Netzwerkbildung realisiert wurde, waren die Netzwerkkonferenzen ein zentrales Strukturelement. In den Netzwerkkonferenzen/Arbeitstagenen wurden die Kooperationsvereinbarung beschlossen und die Mitglieder des Steuerungsgremiums gewählt. Hier wurden die Beschlüsse zu den Arbeitsgruppen gefällt, die Arbeitsgruppenberichte entgegengenommen und die entwickelten Qualitätsstandards beschlossen. Die Netzwerkkonferenz stellte das höchste Entscheidungsgremium dar, in dem alle Netzwerkpartner mit einer Stimme vertreten sind.

In Cottbus hießen die Netzwerkkonferenzen „Verbundkonferenzen“. Sie hatten eine identische Funktion wie die Netzwerkkonferenzen in Berlin. Sie kamen vierteljährlich zusammen und waren die Entscheidungsorgane der Verbände, legten die Arbeitsinhalte und die Arbeitsgruppen fest und fassten Beschlüsse.

In Wiesbaden gab es keine Netzwerkkonferenzen. Die Funktion übernahm zumindest in Teilen der Projektbeirat, in dem Vertreter aller am Netzwerk beteiligten Institutionen saßen. Da auch nicht dem Netzwerk zugehörige Institutionen (Landesministerien, Kassen etc.) vertreten waren, hatte dieses Gremium eher eine klassische Beiratsfunktion im Sinne von Beratung. Allerdings wurden durch die Etablierung von Arbeitsgruppen auch operativ steuernde Funktionen übernommen.

In Nürnberg wurden zu Beginn der Modelllaufzeit Netzwerkkonferenzen mit dem Ziel der Konstitution einer Qualitätsgemeinschaft veranstaltet. Dieser Prozess wurde jedoch zugunsten der Weiterentwicklung einer Informationsdatenbank zurückgestellt. Ein Koordinierungsverbund wurde zu Projektende gegründet, so dass keine Erfahrungen zum Strukturelement Netzwerkkonferenz vorliegen.

Im gerontopsychiatrischen Netzwerk in Mecklenburg-Vorpommern (Neustrelitz) stand die Schulung von Leiterinnen und Leitern für Gesprächsgruppen pflegender Angehöriger von Demenzkranken im Vordergrund der Projektaktivitäten. Elemente einer Netzwerkbildung waren eine aktivierende Befragung zu Beginn des Projekts (Bedarfsanalyse) und die Initiierung von regionalen Netzwerken, bei denen die Pilotprojekte zur Durchführung der Pflege- und Betreuungskurse als Keimzellen für Netzwerke dienten. Ziel der Treffen von Pflegefachkräften, Ärztinnen und Ärzten, Kostenträgern und Angehörigen war die Etablierung von Arbeitsgruppen, die neue Angebote entwickeln sowie Fallbesprechungen durchführen sollten. Da die Netzwerktreffen zeitlich erst kurz vor Projektende stattfanden, sind die Erfahrungen zeitlich und inhaltlich für eine Beurteilung zu gering. Ein erstes landesweites Treffen führte zur Initiierung eines „Gerontopsychiatrischen Netzwerks Angehörigenarbeit Mecklenburg-Vorpommern“, das an wenigen ausgewählten Standorten etabliert werden soll.

In den Projekten in Salzgitter und Radeburg wurden keine übergreifenden Netzwerkkonferenzen durchgeführt. Beiden Projekten gelang der Aufbau von übergreifenden Netzwerkstrukturen nicht. Netzwerkkonferenzen aller Netzwerkpartner scheinen demnach ein geeigneter Indikator für den Erfolg eines Netzwerkaufbaus zu sein.

Arbeitsgruppen

In fünf Modellen konnten kontinuierliche Arbeitsgruppen etabliert werden. Sie waren das Instrument für die eigentliche inhaltliche Arbeit. In ihnen wurden die Qualitätsstandards und sämtliche Netzwerkinhalte vorbereitet. Sie setzten die Maßnahmen in der Erprobung um. In ihnen waren in der Regel die professionellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der verschiedenen Trä-

ger (Fachbasis) organisiert. Nur Inhalte, die von den Arbeitsgruppen akzeptiert wurden, hatten eine Realisierungschance. Wenn die vorliegenden Befragungsergebnisse der Netzwerkpartner ein hohes Ausmaß an Zufriedenheit mit dem Qualitätsstandard und den in der Modelllaufzeit gemachten Erfahrungen zeigen, dann liegt dies nicht zuletzt an der Arbeit dieser AGs. So ist es kein Zufall, dass in den Befragungen deutlich wurde, dass im Besonderen die Kommunikationsstrukturen auf der Ebene der professionellen Mitarbeiterschaft verbessert werden konnten. Allerdings benötigen die Arbeitsgruppen mit einer so heterogenen Zusammensetzung wie in Netzwerken eine professionelle Moderation durch das Netzwerkmanagement.

In Berlin wurde für die Entwicklung der Qualitätsstandards und darüber hinaus bei wichtigen Themen (z.B. der Frage der Verstetigung des Projekts) Arbeitsgruppen gegründet. Zu Beginn arbeiteten fünf Arbeitsgruppen mit sechzig Teilnehmerinnen und Teilnehmern an Themen wie Case Management, Qualifizierung, Öffentlichkeitsarbeit, Beschwerdemanagement und Angebotstransparenz. Später kamen Ad-hoc-Arbeitsgruppen nach inhaltlichem Bedarf dazu, z.B. eine Arbeitsgruppe, die ein Konzept für eine ambulante geriatrische Rehabilitation entwickelte. Die Funktion der Arbeitsgruppen in Berlin beschränkte sich nicht auf die Konzeptentwicklung, sondern umfasste auch die Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der Erprobungen (z.B. beim Case Management).

In Cottbus wurden Arbeitsgruppen für die Entwicklung der Kooperationsvereinbarungen, der Durchführung gemeinsamer Öffentlichkeitsarbeit, zur Entwicklung eines Überleitungsbogens und zur Verbesserung der Angehörigenarbeit gegründet. Qualitätsstandards waren nicht Gegenstand von Arbeitsgruppen, da eine Zusammenarbeit auf der konkreten Fallebene nicht realisiert wurde.

In Wiesbaden wurde das Projekt inhaltlich sehr stark von zwei Arbeitsgruppen getragen, die aus dem Projektbeirat hervorgingen: von der AG MultiKo (multiprofessionelle Arbeitsgruppe zur Verbesserung der Kooperation, Kommunikation, Koordination) und der AG KKK (KV, Kassen, Kliniken).

Die AG MultiKo war für zwei Teilprojekte verantwortlich (Verbesserung der Heil- und Hilfsmittelversorgung sowie Entwicklung abgestimmter Behandlungs- und Betreuungskonzepte für die Überleitung und Nachsorge) und traf sich monatlich. In ihr wurde die Hospitationskonzeption entwickelt, ein Überleitungsbogen konzipiert und ein Adressblatt für die Nachsorge erstellt. Aussagen zur Effektivität der Projekte sind nicht möglich, weil sie zurzeit erst in der Erprobung sind. Die AG KKK hatte ihre Funktion vor allem in der Einbindung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Sie organisierte eine Informationsveranstaltung für Wiesbadener Ärztinnen und Ärzte und führte ein Hausärztetreffen durch, auf dem die sogenannte „standardisierte Auswahl“ vorgestellt und deren Anwendung empfohlen wurde. Diese Arbeitsgruppe tagte nach Bedarf und hatte weniger eine inhaltlich konzeptionelle Funktion als vielmehr eine organisatorisch stabilisierende.

In Salzgitter hießen die Arbeitsgruppen „Koordinationsteams“. Insgesamt waren es acht, die zum Teil projektsteuernde Funktionen hatten (z.B. die Steuerungsgruppe), zum größeren Teil aber inhaltliche Schwerpunkte und Teilprojekte bearbeiteten. Die Arbeit war in zwei Gruppen (Arbeitsgruppe Demenz und Arbeitsgruppe Internetcafé) durch Kooperationsverträge geregelt, sonst über Zielvereinbarungen. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen waren sehr heterogen. Während einige ohne konkrete Resultate aufgelöst wurden (z.B. Sprecherrat Interessenvertretung Wohnen), legten andere Konzepte vor (z.B. Koordinationsteam Rehabilitation) und erprobten diese (Koordinationsteam Kooperation mit der Beratungsstelle für ältere Menschen).

In Nürnberg wurde vor allem die Weiterentwicklung der Datenbank im Rahmen einer Netzwerk-arbeitsgruppe erarbeitet und getestet. Aufgrund des Fehlens einer trägerübergreifenden Netzwerkstruktur wurden die anderen wesentlichen Konzepte im Sinne eines internen Netzwerkmanagements entwickelt und erprobt. Das gilt vor allem für das Case Management.

Rahmenvereinbarungen/Kooperationsverträge/Geschäftsordnungen

Ein konstitutives Merkmal aller Netzwerke war die Entwicklung und Realisierung von Rahmenvereinbarungen bzw. Kooperationsverträgen und verbindlichen Geschäftsordnungen. Die Funktion solcher Vereinbarungen ist zum einen in einem höheren Maß an Verbindlichkeit zu sehen, zum anderen hat die Ratifizierung einen identitätsstiftenden Charakter für die Verbundteilnehmer. Die Entwicklung entsprechender Vereinbarungen nahm in drei Projekten einen erheblichen zeitlichen Raum in Anspruch. Sowohl in Berlin, in Nürnberg als auch in Cottbus wurden die Rahmenvereinbarungen bzw. Kooperationsverträge in kontinuierlichen Arbeitsgruppen entwickelt. In Salzgitter wurden Kooperationsvereinbarungen auf Arbeitsgruppenebene getroffen.

Inhalt der Rahmenvereinbarung bzw. der Kooperationsverträge ist die Formulierung gemeinsamer Ziele, Inhalte und Methoden. Gemeinsame Zielsetzungen beziehen sich in der Regel auf die Optimierung der Zusammenarbeit z.B. durch Verbundkonferenzen sowie themenbezogene Arbeitsgruppen. Inhaltliche Ziele betreffen die Erarbeitung und Sicherung von gemeinsamen Qualitätsstandards in der Versorgung, die Entwicklung gemeinsamer Dokumentationsinstrumente oder gemeinsamer Qualifikationsmaßnahmen. Als Methoden zur Umsetzung können gemeinsame Case-Konferenzen oder andere Case-Management-Ansätze, aber auch eine einheitliche Schnittstellendokumentation wie in Cottbus und Berlin vereinbart werden.

Von einem nachhaltigen Erfolg der Netzwerke kann in der Regel mit dem Abschluss von Kooperationsverträgen für das gesamte Netzwerk ausgegangen werden. In ihnen wird formal der Wille zur Kooperation dokumentiert. Wenn bereits die formale Bereitschaft zur Kooperation fehlt, wird es vermutlich zu keiner dauerhaften inhaltlichen Zusammenarbeit kommen. Umgekehrt garantiert der formale Akt nicht notwendigerweise die Compliance der jeweiligen Netzwerkpartner. Sowohl in Berlin, in Cottbus und letztlich auch in Nürnberg kam es zum Abschluss von Kooperationsverträgen. In Radeburg und Salzgitter (hier gab es Vereinbarungen nur auf Arbeitsgruppenebene) sind keine nachhaltigen Netzwerkstrukturen entstanden, was auch am

Fehlen der Kooperationsvereinbarungen sichtbar wird. In Wiesbaden ergab sich insofern eine Sondersituation, als durch die Übernahme des Netzwerkmanagements durch die Kommune die Bereitschaft zur Netzwerkmitarbeit bei den Netzwerkpartnern gefördert bzw. erleichtert wurde.

Steuerungsgremien

Netzwerke sind nicht nur deshalb komplizierte Gebilde, weil sie segmentübergreifend organisiert sind, sondern weil außer einer horizontalen auch eine vertikale Vernetzung stattfinden muss. Steuerungsgremien, in denen außer der Fachbasis das Management der Träger-Institutionen und der Kostenträger sowie der Kommune vertreten ist (wie z. B. in Wiesbaden, Berlin und Cottbus), gewährleisten diese vertikale Vernetzung und sind für Akzeptanz und Nachhaltigkeit wichtige Organisationseinheiten. Darüber hinaus haben sie die Außenvertretungsfunktion. Bei den übergreifenden Netzwerken des Bundesmodellprogramms wurde nur in Berlin ein solches Gremium geschaffen. In Nürnberg gab es einen projektbegleitenden Beirat, der eine ähnliche Funktion hatte. In Cottbus wurde die Funktion der Außendarstellung von einem Verbundsprecher wahrgenommen. In Wiesbaden wurde die Steuerungsfunktion in Teilen vom Projektbeirat übernommen. In Salzgitter gab es eine Steuerungsgruppe als Arbeitsgruppe, deren Aufgabe primär in der Festlegung der zu bearbeitenden Themen bestand. Eine Steuerungsfunktion im eigentlichen Sinne konnte sie aufgrund einer fehlenden übersichtlichen Netzwerkstruktur nicht wahrnehmen.

Netzwerkmanagement

Eine Erfahrung aller Modelle zur Etablierung umfassender regionaler Netzwerke ist die Notwendigkeit eines professionellen Netzwerkmanagements, dessen Hauptaufgabe in der Etablierung effizienter Arbeits- und Lernformen innerhalb des Netzwerks besteht.¹³ Zentrale Aufgaben liegen nicht allein in der Organisation und Strukturierung des gesamten Aufbau- und Entwicklungsprozesses, sondern auch ganz wesentlich in einer professionellen Moderation der notwendigerweise unterschiedlichen Interessen der beteiligten Netzwerkpartner.

Grundsätzlich zeigen die Erfahrungen in Berlin, Cottbus und Nürnberg, dass Netzwerkmanager neben Managementkompetenzen über fachliche und soziale Kompetenzen verfügen sollten. Sie müssen einen fachlichen und inhaltlichen Input leisten, um Konzepte zu entwickeln und diese realisieren zu können. Zusätzlich erfordern der Aufbau und die Weiterentwicklung der Arbeitsgruppen speziell in der Initiierungsphase eine professionelle Moderation durch ein Netzwerkmanagement. Dieses muss zusätzlich die Projekte vorantreiben, organisieren und in Gang halten. Auch die Organisation und Durchführung von gemeinsamen Qualifizierungsmaßnahmen oder Fachtagungen ist ohne ein professionelles Netzwerkmanagement nicht zu realisieren.

¹³ Die Erfahrungen der regionalen Netzwerke in Berlin und Cottbus entsprechen Erfahrungen von Netzwerken in der Industrie oder im Dienstleistungssektor. Danach setzt eine erfolgreiche Arbeit in Netzwerken den Aufbau professioneller Managementstrukturen voraus (Howaldt et al. 2001).

Vertrauensbeziehungen sowohl zu Vertretern von Unternehmen als auch von Kostenträgern und Leistungserbringern sollten aufgebaut und kollegiale Partnerschaften auf der Ebene der professionellen Kräfte gebildet werden.

Die von Care Managerinnen bzw. Care Managern geforderten fachlichen Kompetenzen und Schlüsselqualifikationen gelten für Netzwerkmanagerinnen bzw. Netzwerkmanager im gleichen Umfang. Dazu zählen geriatrisches Fachwissen und pflegfachliche Kenntnisse ebenso wie psychologische und sozialarbeiterische Grundkenntnisse. Zusätzlich werden kommunikative Kompetenzen (Empathie, Gesprächsführung, Konfliktfähigkeit etc.) und Planungskompetenz gefordert (Schweikart 1999, S.76).

Koordinierungsstellen

Der Aufbau einer netzinternen Koordinierungsstelle ist vor allem im Hinblick auf den Aufbau eines netzinternen Case Managements bedeutsam. Im Rahmen der regionalen übergreifenden Netzwerke wurde in Nürnberg eine eigene Koordinierungsstelle zur verbesserten Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten beim Fallmanagement aufgebaut. Die Erfahrungen zeigen, dass der Aufbau eigener Koordinierungsstellen nicht unproblematisch ist, wenn keine Trägerneutralität gewährleistet werden kann. Diese Erfahrung wurde bereits in den so genannten IAV-Stellen gemacht (Göpfert-Dividier et al. 1999, S.114). In Nürnberg bestanden deutliche Ressentiments von Seiten bereits bestehender Koordinierungsverbände, und es bedurfte eines erheblichen personellen und zeitlichen Aufwands von Seiten des Projekts um Vorbehalte auszuräumen.

In Salzgitter wurde die Beratungsstelle für ältere Menschen aufgebaut mit der Funktion einer Koordinierungsstelle im Sinne eines Case Managements. Ähnlich wie in Nürnberg wurde die Beratungsstelle von einzelnen Trägern als fachliche Konkurrenz gesehen, und es gelang u.a. deshalb nicht, eine trägerübergreifende Konstruktion zu verstetigen.

In Wiesbaden lag die Funktion der Koordinierungsstellen bei den Beratungsstellen für ältere Menschen. Die kommunale Trägerschaft gewährleistete offensichtlich eine ausreichende Trägerneutralität. Die Kooperationsbeziehungen zu den relevanten Netzwerkpartnern waren durch die Netzwerkstruktur (AGs und Projektbeirat) und die entwickelten Instrumente (insbesondere die „standardisierte Auswahl“) klar geregelt und ermöglichten eine Arbeitsteilung mit einer realen Win-win-Situation. Jeder Partner konnte seine inhaltlichen Kompetenzen einbringen und von den Partnern profitieren. So profitierten die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte von der Möglichkeit des geriatrischen Konsils und den Kompetenzen der ambulanten Dienste. Die Beratungsstellen profitierten von der Kompetenz der niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzte und der geriatrischen Kliniken. Die geriatrischen Kliniken profitierten von Patientenzuflüssen und der Möglichkeit in den ambulanten Bereich zu wirken.

Leistungsanbieter, die auf der Basis verbindlicher formaler Vereinbarungen kooperieren und sich systematisch vernetzen, profitieren von Synergien, die sie zu qualitativ besseren Leistungen bei einem rationelleren Ressourceneinsatz befähigen. Besonders Erfolg versprechend sind hierbei Ansätze, die vorhandene Kooperationsstrukturen schrittweise zu lokalen Qualitätsverbänden – mit gemeinsam erarbeiteten Leitbildern und Qualitätsstandards – ausbauen. Bei dem Aufbau und der Pflege von Netzwerken sind professionelles Management, übergeordnete Steuerungsgremien und themenspezifische Arbeitsgruppen von großer Bedeutung. Dabei muss es gelingen, Win-win-Situationen für alle Netzwerkpartner zu schaffen.

Die Koordination von Netzwerken sollte im Sinne einer „regionalen Moderation, Planung und Steuerung“ begriffen werden. Hierfür kann sowohl die Kommune als traditionell planende Instanz als auch ein sonstiger neutraler und akzeptierter Träger zuständig sein. Vielversprechend sind Ansätze, bei denen die regionalen Koordinationsaufgaben zwischen einer von den Verbundpartnern im Umlageverfahren selbst finanzierten Koordinationsstelle und einer kommunalen Instanz aufgeteilt werden.

3.1.4 Case Management

Die in Kapitel 3.1.3 angeführten Strukturelemente finden sich in Teilen auch bei den Modellen wieder, die nicht den Anspruch des Aufbaus eines umfassenden Netzwerks hatten, sondern punktuell und inhaltlich eingeschränkt Kooperationsstrukturen entwickelt haben. Vernetzung kann letztlich auf unterschiedlichen Ebenen (Träger- Verbands-, Dienststellen- oder Stadtteil-ebene) stattfinden. Auf einer konkreten Einzelfallebene bedeutet Kooperation mit dem Ziel einer am Bedarf des Betroffenen orientierten Betreuung notwendigerweise die Etablierung von Case Management. Das spiegelt sich in den Modellen wider: Alle Vernetzungsmodelle haben Konzepte zum Fallmanagement entwickelt und zumindest versuchsweise erprobt.

Die in den Modellprojekten am häufigsten vorkommende Form einer ziel- und aufgabenbeschränkten interdisziplinären Kooperation hat sich in den Projekten entwickelt, die ein Case Management durchführten, wobei sowohl bezüglich der Formen wie auch der Elemente von Case Management eine große Vielfalt in den Modellen herrschte. Das betraf die Qualifikation der Fallmanagerinnen und Fallmanager, die Screening- und Assessmentinstrumente, die Möglichkeiten für ein krankheitsspezifisches Management, die Zusammensetzung und die Arbeitsweise interdisziplinärer Teams sowie die Dokumentationssysteme.

Übersicht 3.1 4 zeigt die unterschiedlichen Qualifikationen der Case Managerinnen bzw. Manager sowie die Instrumente, Inhalte und Voraussetzungen für das Case Management in den Modellprojekten.

Übersicht 3.1 4: Case-Management-Elemente der Modellprojekte

Modell	spezifischer Fallmanager	Screeningverfahren	Assessment	krankheitsspezifisches Management	festes interdisziplinäres Team	Dokumentationssystem
Netzwerk im Alter in Berlin	-	●	●	-	-	●
Gerontopsychiatrische Verbundstruktur in Cottbus	-	-	-	-	-	●
Home Care in Nürnberg	Sozialarbeiter	●	●	-	-	●
Geriatrisches Netzwerk in Radeburg	Pflegekraft/ Sozialarbeiter	-	●	●	●	●
Aktives Leben und Wohnen älterer Menschen in Salzgitter	Sozialarbeiter	-	●	-	-	●
Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation	Sozialarbeiter	●	●	●	-	●
Mobile Rehabilitation in Woltersdorf	Arzt	●	●	●	●	●

● vorhanden

- nicht vorhanden

Aufgabe eines jeden Case Managements ist die **Organisation komplexer Hilfen** für chronisch kranke und multimorbide Patientinnen und Patienten in einer segmentierten Versorgungsstruktur. Eine Case Managerin bzw. ein Case Manager muss praktisch quer zu den wenig oder sogar desintegrierten Strukturen des Versorgungssystems aus einem für die Betroffenen unübersichtlichen Dienstleistungsangebot ein individuelles und umfassendes Angebot „schnüren“ und dabei die starren Grenzen zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungssektor genauso überwinden, wie die zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen der medizinischen, pflegerischen und sozialarbeiterischen Versorgung. Ewers definiert Case Management folgerichtig als eine „komplexe Handlungs- und Problemlösungsstrategie“, die „als gezielte, methodisch-kontrollierte und reflektierte Versorgungskoordination beschrieben (wird), die entlang des gesamten Krankheitsverlaufs (over time) des Patienten/der Patientin und quer zu der aktuellen Versorgungsstruktur (across services) agiert“ (Ewers 1996, S. 37).

Grundsätzlich wird in der Literatur zwischen einer koordinierenden Funktion (Gate Keeper), einer vermittelnden Funktion (Information Broker) und einer begleitenden Funktion (Advocacy) unterschieden (Ewers 1996). Jede dieser Funktionen wird mehr oder weniger stark von Case

Managerinnen und Case Managern wahrgenommen. Abhängig ist die Funktion nicht zuletzt von den vorhandenen Möglichkeiten aufgrund der Qualifikation sowie den organisationalen Voraussetzungen.

Während bei der Bildung segmentübergreifender regionaler Netzwerke zunächst die Entwicklung und Etablierung neuer Strukturen in einer regionalen Einheit im Mittelpunkt des Managementprozesses steht und daher der Fokus zunächst auf die Entwicklung von praktikablen Organisationsstrukturen, Qualitätsstandards sowie Qualifikationsanforderungen der jeweiligen Fachkräfte gerichtet ist, geht es bei den Kooperationsbemühungen im Rahmen von Case Management um die unmittelbare Versorgung der betroffenen alten Menschen.

Wie bereits in Kapitel 3.1.3 dargestellt, sind die Modelle häufig durch einen Mix von Managed-Care- und Case-Management-Ansätzen gekennzeichnet. Ein dafür typisches Beispiel ist das Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation. Es nahm seinen Ausgang vom Seniorenamt der Stadt mit einer bereits existenten Struktur von Beratungsstellen. Über die Arbeitsgruppe AG MultiKo (multiprofessionelle Arbeitsgruppe zur Verbesserung der Kooperation, Kommunikation, Koordination) wurde die Fachbasis und über die Arbeitsgruppe AG KKK (KV, Kassen, Kliniken) wurden die Ärztinnen und Ärzte sowie die KV eingebunden. Eine Bedarfsanalyse mittels einer schriftlichen Befragung wurde durchgeführt. Über Hospitationen von Pflegekräften in Rehabilitationseinrichtungen wurden eine größere Transparenz und der Austausch unter den Berufsgruppen gefördert. Ein Assessmentinstrument, die „standardisierte Auswahl“, wurde als Screeningverfahren zur Identifikation potenzieller Fälle etabliert. Insgesamt wurde also eine ganze Reihe von Strukturelementen und typischen Netzwerkinhalten realisiert, allerdings mit dem Ziel eines Fallmanagements zur Identifikation eines Heil- und Hilfsmittel- sowie Rehabilitationsbedarfs und der Einleitung von Therapien bei Klientinnen bzw. Klienten der Beratungsstellen.

3.1.4.1 Case Management im Rahmen segmentübergreifender regionaler Netzwerke

Die Case-Management-Ansätze im Rahmen der größeren segmentübergreifenden regionalen Netzwerke (Berlin, Nürnberg und Cottbus) hatten wie bereits ausgeführt mit Ausnahme von Nürnberg eine zu kurze Praxisphase, um Probleme in der Umsetzung zu überwinden. Diese Probleme sind das Resultat struktureller Rahmenbedingungen größerer regionaler Netzwerke, in denen eine Fülle von Partnerinnen und Partnern koordiniert wird. Die Erfahrungen in Cottbus zeigen darüber hinaus, dass gerade zu Beginn der Kooperation Hindernisse aufgrund der institutionellen und fachlichen Konkurrenzen der beteiligten Partikularinteressen der Netzwerkpartner auftreten können.

In Cottbus wurden zwei Elemente eines Case Managements angeboten: Überleitung und Fallkonferenzen. Während für die Überleitung gerontopsychiatrischer Patienten ein Überleitungs-

bogen für beide Verbünde im Jahr 2002 eingeführt wurde, fanden die angebotenen Fallkonferenzen zur Behandlung schwieriger Einzelfälle keine Nachfrage.

In Berlin wurden eine Reihe von Qualitätsstandards entwickelt und erprobt. Ein erheblicher Teil davon bezog sich auf die konkrete Zusammenarbeit der Partner auf der Einzelfallebene. Standards wurden zur Überleitung (Überleitungsbogen, Schemata für Überleitungsverfahren), für Fallkonferenzen (Formulierungshilfen zur Einberufung von Fallkonferenzen, Formblatt für Fallkonferenzen) für Krisensituationen (Krisenraster) und für Case Management erarbeitet. Sowohl das Überleitungssystem wie das Case Management waren zu kurz in der Erprobung, um zu validen Aussagen zu kommen. Eine Befragung der beteiligten Netzwerkpartner zeigte, dass immerhin 32 Netzwerkpartner den Standard „Überleitung“ nutzten, während der Standard für Case Management nur bei einem geringen Teil der Netzwerkpartner (14 Rückmeldungen) erprobt wurde. Die Ursache ist wahrscheinlich, dass bei den Netzwerkpartnern zum Teil bereits eigene Standards im Bereich Case Management existierten und diese nicht aufgegeben werden sollten.

3.1.4.2 Case Management als Einzelfallhilfe in Netzwerken

Ausgangspunkt des Case Managements waren die Bedarfe der Patientinnen und Patienten oder Klientinnen und Klienten, die in Kontakt mit den Einrichtungen der Modellprojekte kamen. In Woltersdorf waren dies Patientinnen und Patienten, die auf Grund von Funktions- und Fähigkeitsdefiziten der mobilen ambulanten geriatrischen Rehabilitation zugewiesen wurden. In Radeburg wurden Patientinnen und Patienten in der Nachsorge der stationären Rehabilitation bzw. einzelne Klientinnen und Klienten der Beratungsstelle versorgt. In Wiesbaden und Salzgitter waren Klienten der Koordinierungsstellen in das Case Management einbezogen, wobei die notwendigen Strukturvoraussetzungen (Kontakte zu medizinischen, pflegerischen Einrichtungen und Einrichtungen der Altenhilfe) in Wiesbaden von der Kommune und in Salzgitter im Rahmen des Gesamtprojekts hergestellt wurden. Dabei existierten die Beratungsstellen in Wiesbaden bereits, in Salzgitter wurden sie erst im Modellverlauf aufgebaut. In Nürnberg erfolgt die Zuweisung der Klienten/innen in 60% der Fälle über die Koordinationsärzte und -ärztinnen des Ärztenetzes (PNN). Insgesamt wurde in 20% der Fälle ein Case Management durchgeführt.

Voraussetzung zur Durchführung eines umfassenden Case Managements ist das Vorhandensein und die Anwendung eines einheitlichen Assessment-Instrumentariums. Solche Instrumentarien wurden sowohl in Woltersdorf, Radeburg, Salzgitter, Wiesbaden, Nürnberg als auch in Berlin und Cottbus verwendet. Inhalt dieser Assessment-Instrumentarien ist die Erfassung von Defiziten und Ressourcen der Betroffenen auf verschiedenen Ebenen (medizinische, kognitive, soziale) durch standardisierte Verfahren (z. B. Barthel-Index oder Minimental Scale).

Eine Besonderheit stellt in diesem Zusammenhang die „standardisierte Auswahl“ in Wiesbaden dar. Sie ist ein Instrument zur Identifikation von allein lebenden älteren Menschen mit poten-

ziellem Reha-Bedarf (durch ein Assessment) sowie zur Planung und Einleitung der Maßnahmen (z. B. geriatrisches Konsil, Heil- und Hilfsmittelversorgung oder Geriatrische Rehabilitation).

Die Umsetzung der im Assessment identifizierten Erfordernisse in Form von Funktionstherapien, Beratungen und weiteren konkreten Hilfen hängt von der jeweiligen personellen Ausstattung der durchführenden Institution ab. In Woltersdorf und Radeburg standen Funktionstherapeuten und -therapeutinnen im Rahmen des Modellprojekts zur Verfügung, die unmittelbar vor Ort die notwendigen Therapien, aber auch Beratungen zur Wohnraum-Anpassung etc. durchführen konnten. In Salzgitter, Wiesbaden und in Nürnberg lag die Funktion der Case Managerin bzw. des Case Managers eher in der Identifizierung des Hilfebedarfs und der Weitervermittlung an die entsprechenden Institutionen bzw. in der Organisation von Hilfen für die betroffenen Personen.¹⁴

Zur Weitervermittlung ist die Entwicklung einer einheitlichen Dokumentation notwendig. Einheitliche Dokumentationsinstrumente bzw. Überleitungsbögen wurden in Woltersdorf, Radeburg, Wiesbaden und Salzgitter entwickelt und eingesetzt.

Die verschiedenen Case-Management-Ansätze wurden nicht einzeln bezogen auf ihre Effizienz und Effektivität hin systematisch evaluiert. Ein Teil der Modelle hat Daten zur Effektivität und zur Patientenzufriedenheit erhoben (Woltersdorf, Radeburg, Nürnberg, s. Kapitel 3.2). Da in Salzgitter und Wiesbaden das Case Management in der Vermittlung und nicht in der Erbringung entsprechender Dienstleistungen bestand, liegen deutlich weniger Informationen vor. In einzelnen Fällen (z. B. in Wiesbaden) wurden allerdings auch dort Effekte bei Patientinnen und Patienten im Anschluss an stationäre oder ambulante Rehabilitationsmaßnahmen auf der Basis des Barthel-Index ermittelt.

3.1.4.3 Förderliche und hinderliche Bedingungen zur Etablierung eines Case Managements

Für das Case Management ist es besonders wichtig, die Kooperationsbereitschaft niedergelassener Ärztinnen und Ärzte zu gewinnen. Es hat sich gezeigt, dass deren Integration in das Case Management wesentlich leichter realisiert werden kann als die organisatorische Einbindung in eine Netzwerkstruktur. Sowohl in Nürnberg als auch in Wiesbaden waren Ärztinnen und Ärzte Kooperationspartner im Case Management. In Wiesbaden waren 46 Ärztinnen und Ärzte in das Verfahren der standardisierten Auswahl eingebunden.

¹⁴ Es gibt sowohl unter Praktikern wie auch in der wissenschaftlichen Diskussion heftige Auseinandersetzungen über die Funktion und Qualifikation von Case Managern. Diskutiert wird, ob der Hausarzt (Döhner 2003), Pflegekräfte oder Sozialarbeiter (Ewers 1996, Wendt 1999) von ihrer Qualifikation her am besten diese Funktion erfüllen können. Es scheint, dass jede der genannten Qualifikationen Vor- und Nachteile aufweist; entscheidend für die Wirksamkeit ist eher das Vorhandensein von koordinierenden Strukturen, in erster Linie regionalen Netzwerken.

Ein Hindernis bei der Umsetzung von Case Management kann in unterschiedlichen „Philosophien“ im pflegerischen, rehabilitativen und medizinischen System bestehen. Während im rehabilitativen Bereich die Aktivierung und Wiedergewinnung von Funktionen und Fähigkeiten als ganzheitlicher Ansatz im Mittelpunkt der Aktivitäten steht, ist die akutmedizinische Versorgung eher am Symptom orientiert, was in Teilen auch für den pflegerischen Bereich gilt.

Eine unabdingbare und notwendige Voraussetzung zur Entwicklung von Case-Management-Ansätzen, die nicht direkt von Rehabilitationseinrichtungen ausgehen, ist ein Kooperationsinteresse auf der Ebene der örtlichen Pflegekonferenz und die Einbindung anderer Akteure sowie vorhandener gemeinsamer Arbeitskreise etc. Als günstig haben sich, wie das Beispiel Wiesbaden zeigt, vorhandene Rehabilitationsstrukturen (Tageskliniken, geriatrische Rehabilitationskliniken) herausgestellt.

Durchgängig ergab sich bei allen Modellen eine deutliche Verbesserung der Kommunikationsstruktur auf der Ebene der kooperierenden Mitarbeiterschaft (Fachbasis) im Zusammenhang mit der Entwicklung von Case-Management-Ansätzen. In Salzgitter wurde eine schriftliche Befragung bei den Kooperationspartnern durchgeführt, die eine sehr hohe Zufriedenheit mit der koordinierenden Beratungsstelle ergab. In den anderen Modellen wurde auf die Verbesserung der Kommunikation und die Mitarbeiterzufriedenheit aus Rückmeldungen in Arbeitsgruppen und Einzelgesprächen geschlossen.

Als Resümee lässt sich festhalten, dass ein Case Management, das von einer Einrichtung mit einem interdisziplinären Team oder von einer Beratungsstelle mit direktem Patienten-/Klientenkontakt ausgeht, leichter zu realisieren ist als im Rahmen eines umfassenden Netzwerks unterschiedlicher Partner. Ein Netzwerkmanagement kann, wie am Beispiel Berlin deutlich wird, konzeptionelle Anstöße geben, ohne direkten Einfluss auf die praktische Umsetzung der verschiedenen Maßnahmen im Rahmen des Case Managements zu haben. In der direkten Versorgung der Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten kommen die bereits mehrfach diskutierten Strukturhindernisse, z. B. die Konkurrenzen fachlicher und ökonomischer Natur, zum Tragen. Die Entwicklung einer gemeinsamen Perspektive und das Erleben wechselseitigen Nutzens (Win-win-Situation) braucht in übergreifenden Netzwerken Zeit.

Sowohl die Formen und Elemente von Case Management als auch die Basisqualifikation und Aufgaben von Case Managern zeigen ein breites Spektrum. Case Management kann nur gelingen, wenn die beteiligten Leistungsanbieter zu einem Interessenausgleich gelangen. Dieser gestaltet sich in größeren Netzwerken als sehr aufwändig; in kleinräumigen Strukturen, in denen interdisziplinäre Teams miteinander kooperieren und die erforderlichen Hilfen für die Klienten unmittelbar abstimmen, hingegen ist er leichter zu realisieren. Die Grundlage jeden Case Managements sind einheitliche Assessment-Instrumentarien, die enge Einbeziehung niedergelassener Ärzte und die Einbindung in örtliche Pflegekonferenzen oder ähnliche Arbeitskreise.

3.1.5 Zusammenfassende Bewertung und Empfehlungen

Die am Bundesmodellprogramm beteiligten Modelle mit dem Ziel der Netzwerkbildung waren in unterschiedlichen Bereichen erfolgreich. In Berlin, Cottbus, Wiesbaden und in Nürnberg gelang es, über die Modelllaufzeit hinaus stabile Netzwerkstrukturen aufzubauen. Dabei agierten die Modelle in Berlin und Cottbus besonders erfolgreich auf der Ebene der Institutionen und in Wiesbaden und Nürnberg auf der konkreten Hilfeebene. In vier segmentübergreifenden regionalen Netzwerken ist eine **Verstetigung** über die Modelllaufzeit hinaus gelungen.

In Wiesbaden, Salzgitter, Radeburg und Woltersdorf wurde für die Modelllaufzeit ein stabiles und funktionierendes Case Management realisiert, das zumindest in Wiesbaden weitergeführt wird. An den anderen Standorten ist die Verstetigung noch offen.

In Berlin hat sich ein sogenannter Qualitätsverbund von 17 Netzwerkpartnern gegründet, der im Umlageverfahren die sächlichen und personellen Kosten (eine Netzwerkmanagerin) für ein Jahr übernimmt. Außerdem hat die Kommune eine Stelle zur Koordination der Altenhilfe in der Region des Netzwerkes (Pankow) geschaffen, die Elemente des Netzwerkes außerhalb des Qualitätsverbunds fortführen und weiterentwickeln soll.

In Cottbus wird jeweils eine halbe Stelle zur Fortführung der gerontopsychiatrischen Verbände im Umlageverfahren auf der Grundlage einer Kooperationsvereinbarung für ein Jahr finanziert. In Wiesbaden wird die koordinierende Funktion weiterhin von der Kommune in Kooperation mit den Beratungsstellen übernommen. In Nürnberg erfolgt die weitere Finanzierung der Koordinierungsstelle (Case Management) vorläufig durch das Praxisnetz der Ärztinnen und Ärzte, wobei der Koordinierungsverbund im Umlageverfahren durch die Netzwerkpartner finanziert wird. Die Weiterführung der Fallmanagement-Ansätze in Radeburg ist aufgrund fehlender Finanzierungsmöglichkeiten noch offen. In Salzgitter wird die Beratungsstelle evtl. von einem Träger allein weitergeführt.

Die Ergebnisse der Projekte zur Vernetzung bezogen auf die Verstetigung von Konzepten ermöglicht die Ableitung von Empfehlungen zu Fragen der

- Netzwerkstrukturen,
- Funktion der Kommunen,
- Konkurrenzsituation der Netzwerkpartner,
- Einbindung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte,
- rechtlichen Grundlagen,
- Finanzierung und
- Schaffung von Anreizsystemen.

Es hat sich gezeigt, dass die in Kapitel 3.1.3.3 dargestellten Strukturelemente notwendig zum Funktionieren eines entsprechenden Netzwerkes sind. Gerade die Beispiele in Berlin, Wiesbaden und Cottbus verdeutlichen, dass ein Steuerungsgremium und/oder ein professionelles

Netzwerkmanagement notwendig für kontinuierlich arbeitende Arbeitsgruppen sind. Solche Strukturen sind erforderlich für die Organisation und Durchführung von Arbeitstagen oder Qualifikationsmaßnahmen. Ohne eine Rahmenvereinbarung ist es nahezu unmöglich, ein funktionierendes Netzwerk dauerhaft zu etablieren. Dabei zeigen die Erfahrungen, dass sowohl der Grad der Verbindlichkeit in der Zusammenarbeit wie auch die vertragliche Festlegung möglicher Sanktionen bei Verstößen gegen die Rahmenvereinbarungen in den einzelnen Modellen sehr unterschiedlich waren und in Abhängigkeit von bestehenden, bereits etablierten Kooperationskulturen jeweils vereinbart wurden.

Um möglichst schnell einen unmittelbaren Nutzen für die Netzwerkpartner zu stiften, sollten zunächst inhaltliche Maßnahmen umgesetzt werden, die für alle Netzwerkpartner Gewinn bringen (Win-win-Situation). Ein Beispiel dafür ist die Durchführung der Bedarfsanalysen als Grundlage für die Entwicklung von Handbüchern in Cottbus, die ein starker Motivator zur weiteren Mitarbeit für eine Reihe von Netzwerkpartnern war. Dass Win-win-Situationen erreicht werden – Beispiele dafür wurden aus allen Modellen berichtet – ist eine zentrale Voraussetzung zur Etablierung eines kontinuierlichen inhaltlichen, zeitlichen und finanziellen Engagements bei den Netzwerkpartnern.

Bei der Etablierung umfassender regionaler Netzwerke wird, sehr viel stärker noch als beim Aufbau einer punktuellen Kooperation, an bereits vorhandene etablierte Kooperationsstrukturen angeknüpft. Die Erfahrungen im Rahmen des Bundesmodellprogramms zeigen, dass ein Anknüpfen an vorhandene Strukturen unbedingt notwendig ist und eine förderliche Bedingung zur Etablierung neuer Strukturen sein kann. In Nürnberg war der Innovationsgrad des neu etablierten Netzes für die bestehenden Kooperationsstrukturen offensichtlich zunächst zu groß und wurde als Gefährdung bestehender Versorgungs- und Kooperationsstrukturen gesehen. Dies erwies sich im Verlaufe des Modellversuchs als eine hinderlicher Einstellung. An diesem Beispiel wird deutlich, dass die Entwicklung von neuen, übergreifenden Strukturen von allen Beteiligten gemeinsam abgesprochen werden muss. Wenn bereits Kooperationsstrukturen bestehen, sollten keine externen Konzepte den bestehenden Strukturen einfach „aufgesetzt“ werden. In Berlin, Cottbus und Wiesbaden gelang es, vorhandene Strukturen aufzugreifen und in neue Netzwerke zu integrieren.

Insofern kommt der Unterstützung durch die jeweils regional Verantwortlichen in der Kommune und der Kostenträger bei der Etablierung und Entwicklung der Netzwerke eine besondere Bedeutung zu. Am Beispiel Nürnberg wird deutlich, dass es die Unterstützung durch die Kommune und die Kostenträger (in diesem Fall die gesetzlichen Krankenversicherungen) war, die die Kooperationsprobleme mit potenziellen Partnern deutlich relativieren und moderieren half.

Die Existenz bereits bestehender Koordinationsstellen bei den Kommunen ist ein weiterer hilfreicher Faktor zur Entwicklung von Netzwerken. Sie können, wie am Beispiel Wiesbaden deut-

lich wird, die Funktion der Netzwerkmanagerin bzw. des Netzwerkmanagers übernehmen.¹⁵ Die Erfahrungen im Modellprogramm bestätigen damit die Empfehlung 56 der Sachverständigenkommission für den vierten Altenbericht, worin eine „Integrierte Beratung“ unter kommunaler Trägerschaft vorzusehen ist (BMFSFJ 2002a, S. 236). Eine solche integrierte Beratung, die soziale und gesundheitliche Belange verknüpft, kann sinnvoll durch ein Netzwerkmanagement ergänzt werden, wie das Beispiel in Wiesbaden zeigt. Die Übernahme von Koordinierungsfunktionen durch die Kommune ist auch unter sozialplanerischen Gesichtspunkten von Vorteil. Eine Vernetzung würde eine erhöhte Transparenz und damit auch Kontrollierbarkeit der Netzwerkpartner ermöglichen. Eine Voraussetzung der Übernahme dieser Rolle durch die Kommune wäre die Schaffung einer Finanzierungsbasis, für die es zurzeit noch keine Verbindlichkeit gibt.

Die Ergebnisse des Bundesmodellprogramms entsprechen den Ergebnissen anderer Studien, so z.B. Engel et al., die beim Vergleich von Case-Management-Ansätzen in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen zu dem Schluss kommen, dass die Trägerschaft von Case Management übergreifend und neutral sein sollte und sich deshalb eine staatliche bzw. kommunale Trägerschaft anbiete (Engel et al. 1999).¹⁶

Der parallele Aufbau eines segmentübergreifenden Netzwerks und eines systematischen Case Managements ist nur schwer leistbar. Das liegt zum einen an der unterschiedlichen Perspektive (System oder Einzelfall), zum anderen an der unterschiedlichen Rolle eines Netzwerkmanagers bzw. eines Case Managers. Gerade von der Netzwerkmanagerin bzw. dem Netzwerkmanager wird unbedingte Neutralität erwartet. Er sollte kein Akteur in der Versorgung sein. So war in Nürnberg die Kooperation mit einzelnen Anbietern deshalb problematisch, weil Home Care sowohl Anbieter wie auch neutraler Netzwerkmanager ist. Die Bedeutung von Anbieterneutralität wird in der Literatur immer wieder betont (Göpfert-Dividier et al. 1999, Engel 1999).

Netzwerke können nicht von strukturellen Voraussetzungen absehen. Dazu zählen die Segmentierung des Versorgungssystems und der zunehmende Wettbewerb unter den Leistungsanbietern, der von allen Modellprojekten als erschwerend bei der Etablierung und Weiterentwicklung der Netze erfahren wurde.

¹⁵ Die konzeptionellen Vorgaben im „Rahmenkonzept für den Aufbau von trägerübergreifenden „Beratungs- und Koordinierungsstellen für ältere Menschen in Hessen“ sind dafür ein wichtiger Beitrag. Dort heißt es: „Die Beratungs- und Koordinierungsstellen bieten einen bürgernahen Service mit dem Ziel, umfassend über gesundheitsrelevante, sozial-pflegerische, psycho-soziale und kulturelle Dienste, Einrichtungen und Hilfen trägerübergreifend und trägerneutral zu informieren und zu beraten, bedarfs- und bedürfnisgerechte Hilfen zeitnah zu vermitteln und aufeinander abzustimmen sowie die Kooperation der Leistungsanbieter und die Koordination ihrer Angebote in der Region zu fördern“ (Rahmenkonzept für den Aufbau von trägerübergreifenden Beratungs- und Koordinierungsstellen für ältere Menschen in Hessen, 1998, S.6).

¹⁶ Bestritten wird diese Position u.a. von Roland Schmidt, der sowohl die Neutralität der Kommunen bestreitet als auch an der Effektivität und Effizienz von Regulierungen des „Sozialmarkts“ zweifelt (Schmidt 1999).

Der bestehende Wettbewerb um Finanzierungen in und zwischen den verschiedenen Sektoren der medizinischen Versorgung wie auch der Altenhilfe und -pflege ist ein zentrales Problem in der Kooperation und bei Vernetzungen.¹⁷ Große Leistungserbringer tendieren deshalb zu unternehmensinternen Lösungen der Vernetzung (im Sinne von: „Alles aus einer Hand“). So ließ sich in Berlin ein starker regionaler unternehmerischer Verbund mit seinen Einrichtungen nicht in das Netzwerk einbinden, da er einen unternehmensinternen Verbund aufbauen wollte. In Salzgitter wird nach dem Scheitern des Netzwerks ein Träger die Vernetzungsansätze eigenständig fortführen. Andererseits gibt es einen Kooperationsnutzen auch für größere Verbände und Träger z. B. bezogen auf die Kundenbindung und -gewinnung (Beispiele wurden für Wiesbaden und Nürnberg in Kapitel 3.1.3 genannt).

Von besonderer Bedeutung ist die Integration wichtiger Netzwerkpartner bei der Etablierung und Weiterentwicklung der Netze. Dies gilt im Besonderen für die Einbindung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die in Wiesbaden und Nürnberg über die Einbeziehung bereits vorhandener Arztnetze oder der institutionellen Ärztevertretungen (KV) gelang.

Die Erfahrungen der Netzwerke und auch die Erfahrungen im Case Management zeigen, dass einzelne niedergelassene Ärztinnen und Ärzte am ehesten über Kompetenzen zur interdisziplinären Kooperation auf der Einzelfallebene verfügen. Häufig fehlt ihnen aber rehabilitatives und geriatrisches Fachwissen, was sich z. B. in Radeburg in der Kooperation mit Geriatern der Rehabilitationsklinik zeigte. Qualifizierungsangebote wie in Cottbus (s. oben, S. 45) werden vermutlich erst in Anspruch genommen, wenn sie finanzierungsbedeutsam werden. Dass ein Bedarf an geriatrischem Wissen bei den niedergelassenen Ärzten vorhanden ist, zeigt die Inanspruchnahme des geriatrischen Konsils in Wiesbaden.

Im Rahmen der Verbünde sind niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nur schwer zu integrieren, was zum einen mit ihrer Rolle als eigenständige Einzelunternehmer zu tun hat, die auf eine Finanzierung der für das Netzwerk geleisteten Arbeit angewiesen sind. Außerdem ist Medizinern, außer im Rehabilitationsbereich, eine ganzheitliche Sicht der Situation der Patientinnen und Patienten nach wie vor nicht selbstverständlich. Insofern treffen in Netzwerken nicht nur verschiedene Strukturen und Organisationskulturen, sondern auch unterschiedliche Betreuungs- und Behandlungsphilosophien aufeinander.

Entsprechend können niedergelassene Hausärztinnen bzw. Hausärzte der ihnen in § 73 SGB V zugewiesenen Aufgabe, die medizinischen, beraterischen und pflegerischen Notwendigkeiten zu koordinieren und zu dokumentieren, bislang nicht adäquat nachkommen. Evtl. könnte eine

¹⁷ Dietz spricht in diesem Zusammenhang von „mehrdimensionaler Konkurrenz“, die aus unterschiedlichen strukturellen Interessen (ambulanter vs. stationärer Sektor), systemischen Interessen (z. B. Gesundheits- vs. Sozialsystem), ökonomischen Interessen und fachlichen Interessen resultieren (Dietz 1999).

Umsetzung des § 140 a-h SGB V an dieser Stelle zu einer Verbesserung führen, wobei entscheidend für den Erfolg der finanzielle Anreiz für die Ärztinnen und Ärzte sein wird.

Bei der Komplexität der Versorgungsstruktur reichen die vorhandenen Bestimmungen für eine ausreichende Vernetzung der an der Versorgung älterer Menschen beteiligten Bereiche (Akutmedizin, Rehabilitationsmedizin, Pflege, Altenhilfe) allerdings nicht aus. Dies gilt sowohl für das BSHG wie für das Pflegeversicherungsgesetz (PfVG). Auch die Novellierung des SGB XI und die Neuschaffung und SGB IX lösen die Probleme der Schnittstellen zwischen dem ambulanten und stationären Sektor, der medizinischen Akutversorgung, der Rehabilitation, der Pflege und der Altenhilfe nicht. So ist bis heute die Finanzierung von Leistungen sowohl im Care Management als auch im Case Management ungeklärt. Vernetzung, besonders segmentübergreifende Vernetzung ist aber immer mit Kosten verbunden, die zurzeit nicht refinanzierbar sind. Eine Finanzierung der Leistungen wäre theoretisch denkbar über ein personenbezogenes Budget, in dem Leistungen des SGB V und SGB XI verschränkt werden. Alternativ kommen die Finanzierungsmöglichkeiten zum Tragen, die die Modelle gewählt haben. Im Kern sind dies zwei Möglichkeiten:

- Umlagefinanzierung durch die Netzwerkpartner und
- Übernahme der Netzwerkmanagementfunktionen durch die Kommune bzw. deren Koordinierungsstellen.

Beides sind Formen, die für die Verstetigung Anwendung fanden. Sie setzen im ersten Fall ein auch materiell begründetes Interesse der Netzwerkpartner voraus. Im Rahmen einer rechtlichen Regelung ist ein Anreizsystem für Leistungserbringer notwendig, das die Beteiligung an Netzwerken belohnt.

Die Übersicht 3.1 5 stellt noch einmal zusammenfassend die wichtigsten Themenbereiche und die dafür günstigen Voraussetzungen für ein funktionsfähiges Netzwerk zusammen.

Übersicht 3.1 5: Themenbereiche und günstige Voraussetzungen für Netzwerke

Themenbereich	günstige Voraussetzungen
Netzwerkstrukturen	Vorhandensein von Strukturelementen (Netzwerkmanagement, Netzwerkvereinbarung, Netzwerkkonferenz etc.) Möglichkeit der Anknüpfung an bestehende Koordinierungsstrukturen
Netzwerkträgerschaft	Trägerschaft durch kommunale (oder neutrale) Institution Alternativ: gemeinsame Trägerschaft der Netzwerkpartner
Netzwerkpartner	Einbeziehung großer Träger über konkreten, ökonomischen Nutzen Einbeziehung aller Versorgungssegmente Einbeziehung der niedergelassenen Ärzte über Ärztenetze oder institutionelle Vertreter (z.B. KV)
Finanzierung	Finanzierung von Koordinierungsleistungen, speziell des Netzwerkmanagements und des Case Managements, entweder durch Umlageverfahren oder durch Träger (z.B. Kommune)
Rechtlicher Rahmen	Anreiz für Leistungserbringer durch Netzwerkbeteiligung als notwendiges finanzierungsrelevantes Qualitätsmerkmal

Darüber hinaus gelten die Voraussetzungen für integrierte Versorgungsformen, wie sie bei einer Fachtagung zur Qualitätssicherung im Rahmen vernetzter Strukturen in München 1999 formuliert wurden. Danach benötigen integrierte Versorgungsformen

- gesetzliche Rahmenbedingungen für sektorenübergreifende Strukturen,
- fachliche, strukturelle und organisatorische Integrationsbereitschaft der Leistungserbringer und
- sektorenübergreifende finanzielle Rahmenbedingungen (Globalbudget, Verzahnungsbudget, kombinierte Budgets). (Dokumentation Geriatrische Rehabilitation zu Hause, Modellprojekte der Landeshauptstadt München, 1999, S.13).

Außerdem besteht ein erheblicher Forschungsbedarf; denn trotz zahlreicher Hinweise auf positive Wirkungen sowohl von Vernetzung als auch von Case Management fehlen bislang eindeutige Nachweise der Effektivität und Effizienz auf der Outcome-Ebene (z.B. Lebensqualität der Klienten, Kosteneinsparungen, Behandlungseffektivität, etc.). Ohne quantifizierbare Ergebnisse lässt sich die Forderung nach einer Finanzierung des Netzwerkmanagements im Rahmen der Regelfinanzierung argumentativ nur unzulänglich begründen.

3.2 Konzepte zur geriatrischen Rehabilitation und deren Verankerung im System der Altenhilfe

3.2.1 Einleitung

Die Konzepte zur geriatrischen Rehabilitation und deren Verankerung im System der Altenhilfe sind in den Modellen realisiert worden, die unter dem Förderschwerpunkt II des Bundesmodellprogramms „Verknüpfung von Altenhilfe und Rehabilitation“ firmieren. Die verschiedenen Vernetzungsformen, die Netzwerkelemente sowie das Case Management im Rahmen der Kooperation von Einrichtungen und Mitarbeiterschaft in Altenhilfe-, Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen wurden bereits vorgestellt. Die Ergebnisse der Modellprojekte wurden bezogen auf die Vernetzung im vorigen Kapitel diskutiert. Schwerpunkt dieses Kapitels ist die Reflexion der Ergebnisse der mobilen geriatrischen Rehabilitation und der Ansätze zur Verknüpfung von Strukturen der medizinischen Rehabilitation mit Altenhilfe- bzw. Pflegestrukturen.

Dabei ergibt sich bei der Verknüpfung von Rehabilitation, Altenhilfe und Altenpflege eine Reihe von Problemen, die einerseits mit unterschiedlichen gesetzlichen (SGB V, SGB IX, SGB XI, BSHG) und finanziellen Zuständigkeiten bzw. auch Finanzierungsarten (Pauschalfinanzierungen, individuellen Einzelleistungen oder individuellen Tagessätzen) zusammenhängen, aber auch mit unterschiedlichen Philosophien, die ihren Ausdruck in der konkreten Arbeit mit Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten finden. Schon die unterschiedliche Terminologie von Patient und Klient macht das Selbstverständnis der jeweiligen Profession deutlich.

Es gibt allerdings bezogen auf die zentrale Zielsetzung der Erhaltung der Selbstständigkeit der betroffenen älteren Menschen und der dafür notwendigen Maßnahmen mehr Gemeinsamkeiten zwischen der Rehabilitationsmedizin und der Altenhilfe als z.B. zwischen der Rehabilitationsmedizin und der medizinischen Akutversorgung mit ihrer notwendigen Betonung der unmittelbaren Symptombekämpfung.

Die mobile geriatrische Rehabilitation hat zunächst, wie jede Form der medizinischen Rehabilitation, die **Behandlung von Krankheitsfolgen** zum Inhalt. Mit dem deutlichen Anstieg der Anzahl älterer Menschen wächst auch die Zahl der Personen mit Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen aufgrund unterschiedlicher chronischer Erkrankungen (Multimorbidität) oder akuter Ereignisse. Diese Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen als Krankheitsfolgen und nicht die Krankheiten selbst führen zu einer Gefährdung der Selbstständigkeit der Betroffenen. Die Behandlung dieser Krankheitsfolgen durch **Funktions- und Fähigkeitstherapien** ist deshalb wesentlicher Inhalt von Rehabilitationen unabhängig vom Ort der Leistungserbringung (stationär, ambulant, häusliches Umfeld).

Obwohl im SGB XI der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ und im SGB V der Grundsatz „ambulant vor stationär“ formuliert wird, sind beide Prinzipien in der gesellschaftlichen (Versorgungs-)Realität praktisch kaum bedeutsam. Weder findet eine ausreichende rehabilitative Versorgung von Pflegebedürftigen statt, noch von Menschen, die von Pflegebedürftigkeit bedroht sind. Eine ambulante geriatrische Rehabilitationsversorgung existiert allenfalls in einigen Großstädten. Eine mobile geriatrische Rehabilitationsversorgung gibt es in Deutschland in einigen Projekten und Modellen. Daher kommt der Aussage, dass ambulante Behandlungsformen neben stationären Strukturen zur interdisziplinären Versorgung wohnortnah angeboten werden müssen und sich mobile Rehabilitation in besonderem Maße als eine Form der ambulanten Rehabilitation eignet, weil sie die häusliche Umgebung einschließlich des sozialen und persönlichen Umfelds des Rehabilitanden einbezieht, ein besonderes Gewicht zu (Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation 2001, Seite 3).

Selbstverständnis und konzeptioneller Rahmen der mobilen geriatrischen Rehabilitation

Die mobile Rehabilitation hat wie jegliche medizinische Rehabilitation ein **bio-psycho-soziales Modell von Krankheit und Behinderung** zur Grundlage. Das bedeutet von vornherein den Einsatz von komplexen Maßnahmen sowohl auf medizinischem, sozialpädagogischem und sozialem Gebiet als auch eine Vernetzung der verschiedenen ärztlichen, pflegerischen, physiotherapeutischen, ergotherapeutischen, sprachtherapeutischen, sozialarbeiterischen und sonstigen Formen der Versorgung. Die medizinische Rehabilitation trägt den Netzwerkgedanken implizit in sich. Deshalb beinhalten die Maßnahmen zur Bewältigung von Krankheitsfolgen außer den üblichen Funktions- und Fähigkeitstherapien z. B. auch eine Umfeldanpassung durch Wohnungsberatung oder eine Stärkung des primären sozialen Netzes durch Beratung und Unterstützung der Angehörigen. Gerade in der mobilen Rehabilitation ist ein umfassendes **Case Management integrativer Bestandteil**, da die Förderung der Ressourcen der betroffenen Patientinnen und Patienten in ihrem sozialen Kontext eine Netzwerkbildung mit Angehörigen, Nachbarn, Freunden und ambulanten Diensten notwendig macht.

Dieses Selbstverständnis der Rehabilitationsmedizin ist eine besonders günstige Voraussetzung, um sie mit dem Pflege- und den Altenhilfebereich zu verknüpfen. Das gilt besonders für die Berücksichtigung der Ziele der geriatrischen Rehabilitation sowie der Strukturqualitäten und der therapeutischen Prozesse. Die zentralen Kennzeichen der mobilen geriatrischen Rehabilitation sind die Koordination und Leitung durch einen Rehabilitationsmediziner sowie die Behandlung durch ein Therapeutenteam in der eigenen Wohnung. „Probleme werden dort gelöst, wo sie auftauchen“ (Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation 2001, Seite 7).

Ziele der mobilen geriatrischen Rehabilitation

Primäres Ziel der mobilen geriatrischen Rehabilitation ist die **Erhaltung der Selbstständigkeit** des älteren Menschen, möglichst im eigenen Wohnumfeld. Weitere wichtige Zielsetzungen sind:

- Verkürzung von Krankenhausaufenthalten
- Verhinderung von Drehtüreffekten in Akutkrankenhäusern
- Vermeiden und Hinausschieben von Pflegebedürftigkeit
- Entlastung pflegender Angehöriger
- Sicherung des stationären Rehabilitationserfolgs
- Verbesserung der wohnortnahen rehabilitationsmedizinischen Versorgung bei Patientinnen und Patienten mit erheblicher Einschränkung der Mobilität

Voraussetzungen und Indikationen

Im Wesentlichen gibt es bei den Patientinnen und Patienten drei Voraussetzungen zur Teilnahme an einer Maßnahme der mobilen Rehabilitation: zunächst eine **Rehabilitationsbedürftigkeit**, begründet durch eine drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung, die zu einer dauerhaften Funktions- und Fähigkeitseinschränkung führen kann; sodann das Vorhandensein einer **Rehabilitationsfähigkeit in der häuslichen Umgebung**. Darunter sind sowohl die Motivation wie auch die körperlichen Voraussetzungen zur Durchführung der Rehabilitationsmaßnahmen gemeint. Eine dritte wichtige Bedingung ist eine **positive Rehabilitationsprognose** auf der Grundlage eines **Assessments**, bei dem das Rehabilitationspotenzial ermittelt wird. Eine speziell für die mobile Rehabilitation bestehende Indikation ist die Einschränkung der Mobilität der betroffenen Person.

Außer den zuvor genannten Kriterien gibt es diagnosebegründete Indikationen, die im Rahmen der ärztlichen Diagnostik ermittelt werden. Die wichtigsten Indikationen für die mobile geriatrische Rehabilitation sind Erkrankungen des zentralen Nervensystems mit einer vaskulären Ursache sowie Erkrankungen oder Verletzungen des peripheren Nervensystems. Weitere wichtige Diagnosegruppen sind Frakturen oder Gelenkschäden sowie der Zustand nach Amputationen. Auch entzündliche rheumatische Erkrankungen sowie Myopathien sind ein häufiger Grund für mobile geriatrische Rehabilitation.

Struktur- und Prozessqualität der mobilen geriatrischen Rehabilitation

In den Therapien unterscheidet sich mobile Rehabilitation zunächst kaum von anderen Formen der medizinischen Rehabilitation. Grundlage der Rehabilitationstherapien sind zunächst eine medizinische Diagnostik und ein umfassendes geriatrisches Assessment. Inhalt des Assessments sind standardisierte Messungen sowohl der Grob- wie Feinmotorik, der kognitiven Fähigkeiten, der affektiven und der sozialen Situation des Betroffenen. Ein weiteres Maß ist die Ermittlung der Funktions- und Fähigkeitsdefizite. Häufige Instrumente zur Ermittlung der Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen im Alltag sind der Barthel-Index oder der FIM (Functional Independence Measure, Biefang et al. 1998, S. 275ff).

Auf der Grundlage des Assessments und der ärztlichen Diagnostik wird im **Rehabilitationsteam** eine Rehabilitationsplanung durchgeführt, in der die einzelnen Behandlungsinhalte und ihre Frequenz festgelegt werden. Es wird die Kooperation mit ambulanter akutmedizinischer

Versorgung, ambulanter Pflege und den Institutionen der Altenhilfe gesucht. Bestandteil der mobilen Rehabilitation ist dann in der Folge nicht nur die Durchführung der verschiedenen Funktionstherapien (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie etc.), sondern auch ein Case Management, das die pflegerische und sozialarbeiterische Betreuung des Betroffenen absichert. Weiterer Bestandteil speziell der mobilen Rehabilitation ist eine Hilfsmittelversorgung und soweit notwendig eine Wohnraumberatung bzw. -gestaltung.

Die Durchführung der mobilen Rehabilitation erfolgt durch ein Rehabilitationsteam. Im Rahmenkonzept des Modells ist ein Reha-Team mit folgenden Qualifikationen vorgesehen:

- Ärztin bzw. Arzt (bei geriatrischer Reha Fachärztin bzw. -arzt mit fakultativer Weiterbildung klinischer Geriatrie bzw. Schwerpunkt Weiterbildung Geriatrie)
- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Sprachtherapie
- Sozialarbeit, Pädagogik (jeweils mindestens zwei Jahre Berufserfahrung in einer stationären Rehabilitationseinrichtung)
- Rehabilitationspflege (mindestens zwei Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Pflegekraft in einer Einrichtung der Altenhilfe, einer Sozialstation oder anderer medizinischer bzw. Rehabilitationseinrichtungen)

Vorteile der mobilen Rehabilitation

Worin bestehen nun die Vorteile der mobilen geriatrischen Rehabilitation im Vergleich zur stationären oder zur teilstationären Rehabilitation? Ein zentraler Vorteil liegt darin, dass die Therapien in der gewohnten Umgebung stattfinden können. Sie setzen damit am Alltagshandeln der Patientin bzw. des Patienten an und sind insofern realitätsnah. Zweitens treten keine Transferprobleme beim Erlernen notwendiger Funktionen auf wie bei stationären Klinikaufenthalten. Es ist ein gravierender Unterschied, ob die Patientin oder der Patient das Laufen mit einer Prothese unter optimierten Klinikbedingungen oder in der eigenen Wohnung erlernt. Mögliche Probleme beim Erlernen können dort therapiert werden, wo sie auch tatsächlich auftreten. Das psychosoziale und psychische Umfeld, also Angehörige und Freunde, können in die Rehabilitation einbezogen werden.

Ein weiterer wichtiger Vorteil der mobilen geriatrischen Rehabilitation besteht in der Möglichkeit der Behandlung von immobilen Patientinnen und Patienten mit Funktionsdefiziten. Diese sind durch eingeschränkte Transportfähigkeit in der Regel sowohl von Maßnahmen in Tageskliniken als auch von stationären Rehabilitationsmaßnahmen ausgeschlossen.

Trotz der zahlreichen Vorteile von mobiler geriatrischer Rehabilitation ist diese Versorgungsform bisher in Deutschland nur an einigen ausgewählten Standorten realisiert worden. Der Grund liegt in der fehlenden Bereitschaft der Kostenträger, eine weitere Versorgungsstruktur zu finanzieren. Unter der Voraussetzung eingeschränkter ökonomischer Ressourcen ist eine flächen-

deckende Einführung einer wie oben beschriebenen Form der mobilen geriatrischen Rehabilitation nur unter der Voraussetzung von Einsparung(en) in anderen Segmenten des Gesundheitssystems denkbar. Hinzu kommt, dass nach Auffassung der Spitzenverbände der Krankenkassen auch formaljuristisch keine Grundlage für eine mobile Rehabilitation besteht.

3.2.2 Konzepte im Modellprogramm im Überblick

Die im Bereich der geriatrischen Rehabilitation aktiven Modelle sind gekennzeichnet durch unterschiedliche Ansätze. Eines der Modelle (Woltersdorf) konzentriert sich auf mobile geriatrische Rehabilitation. Die übrigen drei Modelle haben ihren Schwerpunkt entweder in der stationären Rehabilitation mit der Zielsetzung einer verbesserten Nachsorge sowie der dafür notwendigen Vernetzung mit ambulanten Strukturen oder nehmen wie in Wiesbaden eine ambulante Struktur (Beratungsstellen) zum Ausgangspunkt für die Organisation einer verbesserten Heil- und Hilfsmittelversorgung bzw. die Überführung in die stationäre Rehabilitation. Ein Modell (Würzburg) nimmt sich der Unterschiede in den Versorgungsphilosophien stationärer Pflegeeinrichtungen und stationärer Rehabilitation an und hat die Vermittlung von Rehabilitationskompetenzen in den stationären Pflegebereich zum Ziel. Übersicht 3.2 1 zeigt die inhaltlichen Rehabilitationsansätze sowie die Konzepte der Projekte.

Übersicht 3.2 1: Modellprojekte nach Rehabilitationsansätzen und Konzepten

Modell	Rehabilitationsansatz	Konzept
Radeburg	Nachsorge nach stationärem Reha-Aufenthalt, Erkennung von Reha-Bedarf durch Koordinierungsstelle	Netzwerkbasierte häusliche Versorgung nach Reha
Wiesbaden	Risikoidentifikation durch Beratungsstelle, geriatrisches Konsil mit folgender Behandlung	Netzwerk geriatrische Reha
Woltersdorf	interdisziplinäres mobiles Rehabilitationsteam unter ärztlicher Leitung	Mobile ambulante geriatrische Rehabilitation
Würzburg	Hospitation von Pflegekräften in Reha-Klinik, Fallkonferenzen	Reha-Bewusstsein im Rahmen stationärer Pflege

3.2.3 Verknüpfung von geriatrischer Rehabilitation mit der Altenpflege und der Altenhilfe – Optimierte Nachsorge nach stationärer Rehabilitationsbehandlung

In drei Modellprojekten wurde eine Konzeption der Verknüpfung von Rehabilitation mit Altenhilfestrukturen bzw. mit Pflegestrukturen verfolgt.

In Radeburg ging die Initiative primär von einer Rehabilitationsklinik aus. Ziel war vor allem eine optimierte Nachsorge von Rehabilitationspatientinnen und -patienten nach ihrer Rückkehr ins häusliche Umfeld. In Wiesbaden war Initiator der Verknüpfung die Kommune; die praktische

Umsetzung erfolgte durch die Beratungsstellen. Kernkonzepte der Verknüpfung waren die Identifizierung von Rehabilitationspotenzialen und die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen. In Würzburg ging die Initiative von der stationären Rehabilitation aus. Im Fokus stand dabei die Verknüpfung von stationären Rehabilitationseinrichtungen mit Alten- bzw. Pflegeheimen. Die Zielsetzung war eine Verbesserung der Kompetenzen des Pflegepersonals, um ein höheres Bewusstsein für Rehabilitationspotenziale der Patientinnen und Patienten zu entwickeln.

3.2.3.1 Optimierte Nachsorge nach stationärer Rehabilitationsbehandlung

Das Modellprojekt „**Geriatrisches Netzwerk**“ in Radeburg, das in Kooperation der Volkssolidarität Dresden und der geriatrischen Rehabilitationsklinik Radeburg durchgeführt wurde, hatte in seiner ursprünglichen Planung ein sehr anspruchsvolles Konzept einer umfassenden Vernetzung und des Aufbaus einer integrativen geriatrischen Versorgung in der Region. Bereits in Kapitel 3.1 wurde auf die Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Netzwerkaufbau in Radeburg verwiesen (s. oben, S. 53). Bezogen auf die konkrete Verknüpfung von Rehabilitation und Altenhilfemaßnahmen aber hat das Modellprojekt eine Reihe von Erfolgen vorzuweisen.

In der multidisziplinär zusammengesetzten Koordinierungsstelle (Ärztin, Pflegefachkraft, Sozialarbeiterin und Ergotherapeutin) wurden über den Projektzeitraum insgesamt 402 Patientinnen und Patienten betreut und begleitet. Dabei kam der größere Teil der Patientinnen und Patienten (n=339) aus der Rehabilitationsklinik. Für diese Patientinnen und Patienten konnte eine optimierte Nachsorge realisiert werden. Aufgrund der bereits beschriebenen Vernetzungsprobleme wurden nur zehn Patientinnen und Patienten von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten an die Koordinierungsstelle vermittelt und 50 Patientinnen und Patienten kamen über die Beratungsstellen der Volkssolidarität.

Inhalt der Beratungstätigkeit war nicht nur die psychosoziale Begleitung der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen nach dem Klinikaufenthalt, sondern auch pflegfachliche Anleitung von pflegenden Angehörigen und die möglichst nahtlose Organisation häuslicher, individuell notwendiger Therapien oder auch Wohnraumanpassungen. Weitere Leistungen betrafen die Beratung zur Leistung der Pflegeversicherung oder die Vermittlung von ehrenamtlichen Begleiterinnen und Begleitern.

Grundlage der inhaltlichen Beratung sowie der durchgeführten Therapien war das geriatrische Assessment nach AGAST (Arbeitsgruppe „Geriatrisches Assessment“) (Biefang et al. 1998, S. 275–278). Da bereits in der Rehabilitationsklinik zum Aufnahmezeitpunkt ein Assessment durchgeführt wurde, liegen für die Patientinnen und Patienten Daten zu verschiedenen Messzeitpunkten (Prä-Messung, Post-Messung, Ein-Jahres-Katamnese) vor. Bei insgesamt 97 Patientinnen und Patienten wurde im Laufe des Projekts eine Ein-Jahres-Katamnese durchgeführt. Die Ergebnisse wurden mit einem Patientenkollektiv verglichen, das 2001 aus der Rehabilitati-

onsklinik entlassen wurde, aber aufgrund des Wohnortes durch das Modellprojektteam nicht weiter begleitet wurde. Diese beiden Patientenkollektive sind alters- und indikationsspezifisch gut vergleichbar. Die Ergebnisse zeigen in der Vergleichsgruppe eine deutlich höhere Mortalitätsrate als in der Interventionsgruppe. Der Verlust an Selbstständigkeit und Gangsicherheit nach zwölf Monaten fällt in der Projektgruppe geringer aus als in der Kontrollgruppe. Beide Ergebnisse machen die Effektivität der Modellmaßnahmen deutlich.

Während das Nachsorgekonzept in Radeburg realisiert werden konnte und durch die Koordinierungsstelle ein optimiertes Case Management verwirklicht wurde, konnten die Verknüpfungen mit den Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte nicht wie vorgesehen hergestellt werden. Deshalb fand auch die geplante mobile geriatrische Rehabilitation in Kooperation mit den Hausärztinnen und -ärzten nicht statt. Das gleiche gilt für die Überlegungen zur Identifikation von Risikopatientinnen und -patienten. Auch sie hätte eine engere Kooperation der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und deren Bereitschaft zur weiteren Qualifizierung vorausgesetzt.

3.2.3.2 Identifikation von Klientinnen und Klienten mit Rehabilitationspotenzial und Versorgungsdefiziten in der Altenhilfe

Die Identifizierung von Risikopatientinnen und -patienten war ein wichtiges Teilziel des Modellprojekts „**Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation**“. Träger ist die Abteilung Altenarbeit im Amt für soziale Arbeit in Wiesbaden. Sie verfügt über Beratungsstellen, die Träger der Umsetzung des Modellprojektes sind. Eines seiner Ziele war es, den älteren Menschen mit einem Bedarf an geriatrischer Rehabilitation einen Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten zu verschaffen und zu einer Verbesserung der Heil- und Hilfsmittelversorgung beizutragen. Ein weiteres Ziel war die Verbesserung der Nachsorge. Ähnlich wie in Radeburg geht es im Wiesbadener Modell um die Identifizierung von Patientinnen und Patienten mit Reha-Bedarf. Dabei spielten die Beratungsstellen und die kooperierenden ambulanten Pflegedienste eine zentrale Rolle. Die eigentliche Planung von Maßnahmen erfolgte auf der Grundlage eines geriatrischen Konsils, an dem die Hausärztinnen bzw. -ärzte und eine Rehabilitationsklinik beteiligt waren. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte trafen die Entscheidung über die jeweils notwendigen Versorgungsmaßnahmen, also die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln oder eine Einweisung in eine voll- oder teilstationäre Rehabilitationseinrichtung.

Ein zentrales Instrument zur Steuerung des Identifikationsprozesses war die so genannte „standardisierte Auswahl“, ein Instrument, das geriatrische Rehabilitations- und Behandlungsbedarfe bzw. notwendige Heil- oder Hilfsmittelversorgung ermitteln soll und darüber hinaus ein Dokumentations- und Informationsmedium für die am Entscheidungsprozess beteiligten Professionen darstellt.

Wie bereits in Kapitel 3.1 erläutert wurde, gelang es in Wiesbaden, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für den Prozess der Identifikation von Risikopatientinnen und -patienten zu gewinnen.

Insgesamt wurden 106 Personen im Zeitraum von November bis April in diesen Auswahlprozess einbezogen. In die „standardisierte Auswahl“ kamen letztlich 81 Personen, davon wurden nach dem Kontakt mit der Hausärztin bzw. dem Hausarzt 38 Personen in ein geriatrisches Konsil einbezogen. Insgesamt wurden 42 Personen einer voll- bzw. teilstationären geriatrischen Rehabilitation zugewiesen. Ein wichtiges Ergebnis ist die Erkenntnis, dass die „standardisierte Auswahl“ valide einen bestehenden Rehabilitationsbedarf identifizieren kann. Eine Befragung von Hausärztinnen bzw. -ärzten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Beratungsstellen zu Praktikabilität und Nutzen dieses Verfahrens zeigt einerseits, dass mit dem Verfahren eine hohe zeitliche Beanspruchung verbunden ist, andererseits wird das Instrument von den verschiedenen Professionen als grundsätzlich geeignet zur Informationsweitergabe angesehen.

Während bei den beiden Zielen „Eröffnung von Zugängen der Behandlung und Rehabilitation“ und „Eröffnung von Zugängen/Verbesserung der Heil- und Hilfsmittelversorgung“ deutliche Fortschritte im Laufe des Projektverlaufs erzielt werden konnten, ist bei der Strukturierung der Nachsorge inkl. der Überleitung über Hospitationen von Beratungsmitarbeiterinnen bzw. -mitarbeitern in Kliniken nach Einschätzung der Modellmitarbeiterinnen bzw. -mitarbeiter ein Fortschritt erreicht, allerdings konnten keine praktischen Erfahrungen mit Nachsorgekonzepten, die z. B. mit denen in Radeburg vergleichbar wären, realisiert werden.

Ein Vergleich der beiden Modelle in Radeburg und Wiesbaden zeigt einerseits die unterschiedlichen Möglichkeiten für eine Verbesserung von Schnittstellenproblemen. Andererseits werden aber auch die Grenzen für die jeweiligen Initiatoren deutlich. Es scheint so zu sein, dass die Initiative für eine Verbesserung der Schnittstelle „Versorgung nach Aufenthalt in Akut-Krankenhäusern“ ihren Ausgangspunkt im stationären Bereich haben sollte. Trotzdem gelingen die Identifikation von Risikopatientinnen und -patienten und die Einleitung der notwendigen rehabilitativen Maßnahmen auf der Grundlage von Initiativen aus dem Bereich der Altenhilfe (Beratungsstellen und der ambulanten Altenpflege). Voraussetzung dafür ist nicht zuletzt eine verbesserte Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in diesen Bereichen. In Wiesbaden wurde dies durch Hospitationen erreicht. Das Wiesbadener Modell wird in Verantwortung der Kommune weitergeführt.

3.2.3.3 Verknüpfung von stationärer Rehabilitation und stationärer Altenhilfe

Ein Konzept zur Qualifikation von Pflegekräften verfolgte das Modell in **Würzburg**. Ziel war die Realisierung einer aktivierenden rehabilitationsorientierten Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen und Altenheimen durch drei verschiedene Maßnahmen. Im Einzelnen waren dies:

- Hospitation von Pflegekräften aus Seniorenheimen in Reha-Kliniken
- interdisziplinäre Fallkonferenzen
- teamorientierte Fortbildungen

Das Würzburger Modell wollte diese unterschiedlichen Interventionen bezüglich ihrer Effekte auf die Betroffenen evaluieren. Das Modell hatte dafür einen Versuchsplan entwickelt, demzufolge die drei Interventionen für jeweils ein halbes Jahr mit unterschiedlicher Reihenfolge in drei Seniorenpflegeheimen durchgeführt wurden. Bewohnerinnen und Bewohner eines vierten Heims, in dem nur Datenerhebungen, aber keine Interventionen durchgeführt wurden, hatten die Funktion einer Kontrollgruppe.

Im Ergebnis lassen sich keine statistisch nachweisbaren Effekte auf die Bewohnerinnen und Bewohner belegen. Bezogen auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heime zeigte sich bei der Auswertung von qualitativen Mitarbeiterbefragungen, dass die Fallkonferenzen zu einem integrierten Einsatz aktivierender Pflegemaßnahmen in Kombination mit weiteren therapeutischen Maßnahmen führten. Bei den teambezogenen Fortbildungen wurde der hohe Praxisbezug von den beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als nützlich erlebt. Die Hospitationen haben nach der Einschätzung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu einer Qualifikation im Sinne des Erwerbs von rehabilitativen Techniken geführt. Insgesamt wurde bei einem Vergleich die Hospitation von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gegenüber den anderen Fortbildungstechniken und den Fallkonferenzen bevorzugt. Das zentrale Ergebnis des Würzburger Modells sagt aus, dass die Hospitationen erfolgreich sind und in modifizierter Form fortgeführt werden sollten. Die Fallkonferenzen sollen in modifizierter Form auf bereits bestehende Strukturen übertragen werden. Die Fortbildungsinhalte werden weiter vermittelt. Zur Verstetigung soll ein Manual erstellt werden, das auf der Grundlage der Erfahrungen und der im Projekt entwickelten Instrumente Planungs- und Implementationshilfen bereitstellt.

Dass besonders die Fallkonferenzen eine relativ geringe Akzeptanz erfuhren, ist insofern bemerkenswert als ähnliche Erfahrungen bei einem Vernetzungsmodell in Cottbus (s. oben, S. 61) gemacht wurden. Es scheint zumindest so zu sein, dass beim Aufeinandertreffen von unterschiedlichen Kulturen wie der Altenhilfe, der Altenpflege und medizinischen Rehabilitation zum Teil inhaltlich unterschiedliche Philosophien (ganzheitlich funktional aktivierende Sichtweise in der Rehabilitation vs. stärker symptomorientierte passive Praxis in der Pflege, trotz einer grundsätzlichen Akzeptanz der aktivierenden Pflege) und zum Teil gegensätzliche Interessen aufeinander treffen. Dadurch können Kommunikationsbarrieren entstehen, die unter den bestehenden Umständen nicht oder nur unzureichend aufgehoben werden können.

In kommunalen Reha-Netzwerken wird mit einem gezielten Case Management auf Basis eines geriatrischen Assessments eine weitgehend zielgenaue Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln erreicht. Voraussetzung dafür ist eine stärker systematisierte Kooperation zwischen Krankenhaus, stationärer Reha und ambulanter Nachsorge bzw. niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Optimal sind Lösungen, bei denen Kooperationsstrukturen im Bereich Reha in einen übergreifenden lokalen Qualitätsverbund integriert werden, der über eine geeignete Koordinierungsstelle verfügt.

3.2.4 Mobile geriatrische Rehabilitation

Im Rahmen des Bundesmodellprogramms wurde mobile geriatrische Rehabilitation am Modellstandort Woltersdorf erprobt. Die Konzeption von Woltersdorf entspricht bezüglich der Prozess- und Strukturvariablen exemplarisch dem Rahmenkonzept der Bundesarbeitsgemeinschaft mobile Rehabilitation e.V. So wurde z.B. das Team in Abstimmung mit der Bundesarbeitsgemeinschaft zusammengestellt. Die Zusammensetzung des Teams entspricht mit einer halben Arztstelle, zwei Krankengymnastinnen, einer Stelle Ergotherapie sowie einer halben Stelle Sprachtherapie und der Einbeziehung von Sozialarbeit und Wohnraumanpassung stundenweise nach Bedarf geradezu in idealer Weise den Anforderungen an eine umfassende mobile geriatrische Rehabilitation.

Seit September 2000 wurden von dem interdisziplinären Team 243 Patientinnen und Patienten behandelt. Die Behandlung erfolgt auf der Basis eines geriatrischen Assessments, das vom gesamten Team durchgeführt wurde und Grundlage für eine Rehabilitationsplanung war. Die Patientinnen und Patienten wurden im Durchschnitt mit insgesamt 28,56 Einheiten (= Tage) behandelt, bei einer Behandlungsintensität von drei bis vier Einheiten pro Woche und maximal zwei bis drei Einheiten pro Tag. Dabei ist die Spannweite der Behandlungseinheiten sehr groß. Sie liegt zwischen einem und 89 Tagen.

Für einen Teil der Patientinnen und Patienten liegen Katamnesedaten vor. Dabei zeigt sich für 102 von ihnen, dass die im Rahmen der Rehabilitation erzielten Verbesserungen gemessen mit dem FIM (Functional Independence Measure) auch im Katamnesezeitraum stabil bleiben. Gleiches gilt für die Wohnsituation der Patientinnen und Patienten, die durch die Wiedergewinnung und den Erhalt von Alltagsfunktionen und Fertigkeiten im Rahmen der Rehabilitation sehr stabiler über den Katamnesezeitraum geblieben ist. Allerdings liegen hier erst vorläufige Ergebnisse vor. Sowohl die Datenerhebung als auch die -auswertung waren zum Berichtszeitpunkt noch nicht abgeschlossen.

Im Zusammenhang der Kooperation der mobilen geriatrischen Rehabilitation mit den übrigen Protagonisten des Gesundheitssystems, der Altenpflege und der Altenhilfe kommt zunächst der Frage der Zuweisung eine besondere Rolle zu. 40% der Patientinnen und Patienten wurden durch Hausärztinnen und Hausärzte zugewiesen, 33% der Patientinnen und Patienten durch Krankenhäuser der Umgebung. Die restlichen 27% wurden von Fachärztinnen und Fachärzten, der Tagesklinik oder Sozialstationen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation überwiesen.

Dabei muss bedacht werden, dass der Zuweisungsprozess für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im Modellzeitraum im Vergleich zur „normalen“ geriatrischen Rehabilitation deutlich vereinfacht war. Es genügte das Ausfüllen eines kurzen Formblattes. Hinzu kommt, dass diese ohne die sonst üblichen MDK-Gutachten initiierte Form der häuslichen Versorgung das Heil- und Hilfsmittelbudget der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte deutlich entlastet. Es ist nicht

auszuschließen, dass die Zuweisungspraxis sich unter den üblichen Bedingungen der Zulassung von Rehabilitationsverfahren verändern würde.

Eine zweite strukturelle Bedingung macht das Modell in Woltersdorf nicht ohne weiteres auf andere Orte übertragbar. Woltersdorf ist eingebunden in ein sehr gutes geriatrisches Versorgungsnetz, das aus einer geriatrischen Klinik sowie einer Tagesklinik besteht und zusätzlich in der Modelllaufzeit durch eine Beratungsstelle (sog. ABC-Beratungsstellen in Brandenburg) für den sozialarbeiterischen Teil und die Wohnberatung unterstützt wurde.

Die weitere Finanzierung des Projekts ist nach Auslaufen der Modellphase noch ungewiss. Es muss daher an dieser Stelle offen bleiben, ob ein qualitativ so hochwertiges Konzept wie das der Bundesarbeitsgemeinschaft mobile Rehabilitation e.V. jenseits von Modellbedingungen als eigenständige Struktur zu realisieren und zu finanzieren ist.

Das Konzept der ambulanten mobilen Rehabilitation erweist sich als wirksamer systemergänzender Ansatz, im Falle von krankheits- oder unfallbedingten körperlichen Einschränkungen die funktionalen Fähigkeiten für eine möglichst selbstständige Lebensführung im eigenen Haushalt so weit wie möglich wiederherzustellen. Die durch Rehabilitation wieder erreichte Mobilität im eigenen häuslichen Wohnumfeld kann präventiv gegenüber einer möglichen oder einer weiter voranschreitenden Pflegebedürftigkeit wirken.

3.2.5 Zusammenfassende Bewertung und Empfehlungen

Zusammenfassend lässt sich für das im Rahmen des Bundesmodellprogramms durchgeführte Modellprojekt zur mobilen geriatrischen Rehabilitation festhalten, dass es bezogen auf die Patientenversorgung effektiv war und unter den besonderen Umständen in Woltersdorf (bestehendes Rehabilitationsnetzwerk) eine vernetzte rehabilitative Versorgung im häuslichen Umfeld etablieren konnte.

Mobile geriatrische Rehabilitation begreift sich als Bestandteil eines Netzwerks von Hilfen für Menschen mit Krankheiten oder Behinderungen. Insofern ist die Kooperation mit den verschiedenen Leistungen der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege sowie der komplementären Dienste genauso bedeutsam, wie die mit niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten sowie Hilfsmittelanbietern. Case Management ist insofern ein integrativer Bestandteil von mobiler Rehabilitation und war dies auch in Woltersdorf.

Mobile geriatrische Rehabilitation ist allerdings eine zurzeit gesetzlich nicht fundierte Form der Rehabilitation im häuslichen Umfeld. Im § 40 SGB V sind die Leistungen zur medizinischen

Rehabilitation geregelt. Danach muss eine ambulante Rehabilitation in einer Einrichtung mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V oder soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung erforderlich ist, in einer wohnortnahen Einrichtung erbracht werden. Das häusliche Umfeld zählt nicht dazu. Deshalb war zum Berichtszeitpunkt die Finanzierung des Modells in Woltersdorf noch ungeklärt.

Bei der Finanzierung ist für die Kostenträger das Prinzip der Kostenneutralität von besonderer Bedeutung. Ein zusätzliches Angebot wie die mobile geriatrische Rehabilitation würde dieses Prinzip nur dann nicht verletzen, wenn damit Einsparpotenziale im sonstigen stationären oder ambulanten Gesundheitsversorgungssystem realisiert werden könnten. Gerade unter den Voraussetzungen, die in Woltersdorf vorhanden sind (Reha-Klinik und Tagesklinik beim gleichen Träger), könnten zumindest für den Bereich der medizinischen Rehabilitation personenbezogene Budgets erprobt werden.

Dabei ist die Frage der Effizienz von mobiler geriatrischer Rehabilitation noch weitgehend ungeklärt. Die Beantwortung dieser Frage würde eine Kontrollgruppenstudie mit einer möglichst randomisierten Zuweisung der Patienten und Patientinnen erfordern. Diese fehlt zurzeit noch, und es ist offen, inwieweit ein entsprechender Vorschlag aus Woltersdorf realisiert werden kann.

Unabhängig von den Ergebnissen einer solchen Studie sind die bereits vorliegenden Erkenntnisse bezüglich der Effektivität mobiler Rehabilitation genauso überzeugend wie die aus der ambulanten oder der stationären Rehabilitation (Meier-Baumgartner et al, 1992). Insofern wäre eine Präzisierung des § 40 SGB V bezüglich der mobilen Rehabilitation die eigentliche Voraussetzung zum Aufbau einer entsprechenden häuslichen Versorgungsform.

Sowohl bezogen auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen als auch auf die Finanzierungsmodalitäten bestehen gänzlich andere Voraussetzungen bei den Modellen, die eine Verknüpfung bestehender geriatrischer Rehabilitationsstrukturen mit Einrichtungen der Altenhilfe zum Gegenstand hatten, wobei im Prinzip die Ausführungen zur Vernetzung in Kapitel 3.1 auch bei der Verknüpfung von Altenhilfe und medizinischer Rehabilitation weitgehende Gültigkeit haben. So führt die Segmentierung der Strukturen gerade an den Schnittstellen zu Defiziten durch nicht finanzierte Kooperations- und Koordinierungsleistungen.

Ein Beispiel dafür ist der Ansatz zur Nachsorge nach einem stationären Rehabilitationsaufenthalt, wie er in Radeburg realisiert wurde. Die Finanzierung der Koordinierungsstelle, die das Case Management durchgeführt hat, und der Leistungen der Kliniktherapeuten und Pflegekräfte im häuslichen Umfeld sind nach Modellablauf nicht weiter gewährleistet. Dabei gehen die Kostenträger formal davon aus, dass eine geregelte Nachsorge Aufgabe der Klinik im Rahmen ihrer normalen Rehabilitationstätigkeit ist und dass für den ambulanten Bereich auf der Grundlage des § 73 SGB V der Hausärztin bzw. dem Hausarzt die Aufgabe zukommt, die medizinischen, therapeutischen, beraterischen und pflegerischen Notwendigkeiten zu koordinieren und zu do-

kumentieren. Diese Leistung kann über eine eigene Ziffer abgerechnet werden. Aus Sicht der Kostenträger sind zusätzliche Mittel deshalb nicht erforderlich.

Erfolgreich erscheint der Ansatz zur Kooperation und Koordination zwischen Einrichtungen der Altenhilfe, den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie dem Bereich der medizinischen Rehabilitation, wie er in Wiesbaden als so genannte „standardisierte Auswahl“ zur Identifikation von potenziellen geriatrischen Rehabilitationspatientinnen und -patienten praktiziert wurde. Eine entscheidende Voraussetzung eines solchen Modells besteht in der Existenz und damit der Finanzierung von kommunalen Koordinierungsstellen. Eine weitere Bedingung ist die Qualifikation ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (z.B. durch Hospitationen) zur Auswahl potenzieller Patientinnen und Patienten. Speziell für deren Qualifizierung, aber auch für die Durchführung eines geriatrischen Konsils war die enge Kooperation mit geriatrisch qualifizierten Medizinerinnen und Medizinern einer geriatrischen Rehabilitationsklinik notwendig. Die Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ist eine weitere wichtige Voraussetzung.

Entscheidend für das Funktionieren eines solchen Ansatzes ist die Bereitschaft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Altenhilfe, sich Kenntnisse und Sichtweisen der medizinischen Rehabilitation anzueignen. Dabei gibt es im Unterschied zum stationären Pflegebereich (besonders im Akutkrankenhaus) geringe Probleme, da in der geriatrischen Rehabilitation eine ganzheitliche Sichtweise der Patientinnen und Patienten mit ihren Funktions- und Fähigkeitsdefiziten üblich ist. Eine solche ganzheitliche Sicht entspricht auch der Vorgehensweise der psychosozialen Berufe in der Beratung der Altenhilfe und der Altenpflege.

Durch die Etablierung eines Überbaus aus Arbeitsgruppen (Netzwerkstruktur), an denen wichtige Institutionen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte (KV) beteiligt sind, gelang deren Einbindung. Dabei war erneut die Funktion der Kommune als Moderator und Koordinator bedeutsam.

Eine Verknüpfung von vorhandenen geriatrischen Rehabilitationsstrukturen ausgehend von kommunalen Beratungsstellen zur Identifikation und Auswahl von Rehabilitationspotenzialen ist unabhängig von einer Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen möglich, wenn die Koordinations- und Kooperationsleistungen von den kommunalen Beratungsstellen geleistet und damit auch finanziert werden.

Ein weiteres ungelöstes Problem in Wiesbaden ist die Einbindung der ambulanten Pflegedienste. Dabei zeigen die Erfahrungen in Würzburg, dass die Kooperation auf der Patientenebene zwischen dem Pflege- und dem Rehabilitationsbereich nur eingeschränkt funktioniert. Dies könnte Resultat einer konservativen symptomorientierten pflegerischen Behandlungsphilosophie sein, die trotz des Anspruchs einer aktivierenden Pflege, der einem Rehabilitationsverständnis nahe kommt, zumindest teilweise die Pflegepraxis bestimmt. Ein weiterer Grund könnte darin bestehen, dass die Leistungen der Pflegedienstmitarbeiterinnen und -mitarbeiter zur Identifikation von Reha-Bedürftigen ebenfalls nicht finanziert waren.

Die Erfahrungen des Modellprogramms machen zum einen deutlich, dass die Entwicklung eines Rehabilitationswissens auf Seiten der Altenhilfe notwendig und möglich ist. Das Mittel der Wahl dafür scheint die Hospitation in Rehabilitationseinrichtungen zu sein. Diese Möglichkeit der Qualifizierung sollte ausgebaut werden. Weitere Qualifizierungsmaßnahmen zur Ergänzung von rehabilitationsspezifischen Inhalten sind für die Schnittstellenpartner sowohl in der Altenhilfe wie der Altenpflege notwendig.

Die Kooperation zwischen bestehenden Rehabilitations- und Altenhilfestrukturen setzt unabhängig vom jeweils spezifischen Inhalt der Kooperation (Nachsorge, Patientenidentifikation und -auswahl, therapeutische Patientenversorgung) die Existenz einer koordinierenden Stelle voraus, die möglichst kommunal verankert und finanziert werden sollte. Die wichtigsten Gründe für den Aufbau solcher kommunalen Koordinierungs- und Beratungsstellen wurden bereits in Kapitel 3.1 genannt. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Anbieterneutralität.

Die mobile geriatrische Rehabilitation als eigenständige rehabilitative Versorgungsform benötigt für eine konstante Finanzierung einen gesetzlichen Rahmen im SGB V. Soweit eine qualifizierte Versorgung mit Funktionstherapien im häuslichen Umfeld ausreicht, ist die Realisierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entsprechend den zwischen den Spitzenverbänden der GKV und den Therapeutenverbänden abgeschlossenen Vereinbarungen zur häuslichen Versorgung notwendig.

3.3 Konzepte zur Verbesserung von Verbraucherschutz und Interessenvertretung in der Altenhilfe

3.3.1 Einleitung

Eine Definition des Begriffes „Verbraucherschutz“ ist nicht einfach. Laut Duden ist darunter die Gesamtheit der rechtlichen Vorschriften zu verstehen, die die Verbraucher vor Übervorteilung u.a. schützen soll. Eine Annäherung aus der praktischen Perspektive der Verbraucherschutzsuchenden Bürgerinnen und Bürger sowie der Verbraucherschutz leistenden Organisationen ergibt ein weitaus differenzierteres Bild von Aufgabenstellungen, Handlungsfeldern und Kooperationen, die weit über Rechtsvorschriften hinausgehen.

Die Bedeutung der Thematik des Verbraucherschutzes im Bereich der Altenhilfe unterstreicht das BMFSFJ durch die Positionierung der beiden Projekte zum Verbraucherschutz in der ambulanten (Mainz) und stationären Pflege (Stuttgart) im Förderschwerpunkt „Struktur- und Systementwicklung, Planung und Koordinierung“.

Verbraucherschutz durch Selbstorganisation hat in Deutschland eine zumindest 150 Jahre lange Tradition. Am Anfang steht die Einrichtung einer bäuerlichen Genossenschaftshilfe durch Friedrich Wilhelm Raiffeisen. Vor hundert Jahren wurde der Verband deutscher Mietervereine gegründet; die Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände e.V. (AgV) sowie die erste Verbraucherzentrale der Bundesrepublik in Berlin feiern in diesem Jahr ihre 50jährigen Jubiläen. Vor zwanzig Jahren proklamierte der internationale Verbraucherverband IOCU (heute Consumers International) erstmals den Weltverbrauchertag. Nach dem Beitritt der neuen Bundesländer zur Bundesrepublik Deutschland erfolgte 1990 die Auflösung des Verbandes für Verbraucherschutz der DDR mit gleichzeitigem Beitritt der Verbraucherzentralen zur AgV.

Im Jahr 2000 wurden die staatlich geförderten selbstständigen Bundesorganisationen AgV, die Stiftung Verbraucherinstitut sowie der Verbraucherschutzverein in der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv) mit Sitz in Berlin und derzeit 38 Mitgliedsverbänden vereinigt. Diese Dachorganisation von verbraucher- und sozial orientierten Organisationen in Deutschland ist die Interessenvertretung der Verbraucher in der Öffentlichkeit und gegenüber Gesetzgeber, Verwaltung und Wirtschaft.

Parallel zu den verstärkten Bemühungen hinsichtlich Selbstorganisation und Stärkung des Verbraucherschutzes fand in den letzten Jahren im Bereich der Gesundheitsversorgung ein grundlegender Wandel statt. Traten in der nahen Vergangenheit noch Ärzte als Interessenvertreter der zumeist passiven Hilfeempfänger (Bürgerinnen und Bürger, Versicherte oder Patientinnen und Patienten) auf, fordern seither Politik und Gesellschaft Unterstützung, damit die Hilfebefürftigen die Rolle von aktiven frei entscheidenden Verbrauchern einnehmen können. Der

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen fordert ebenfalls einen Wandel des Versorgungssystems mit seinen Gesundheits- und Pflegeleistungen von einem wohlmeinenden Paternalismus hin zu einem emanzipatorischen Verständnis sowie zur Wahrnehmung der eigenverantwortlichen gesundheitlichen Belange durch den Patienten (BMGS 2003, Nachtigäller 2002).

Die Thematik des Verbraucherschutzes zeigt demnach starke Überschneidungen mit den Themen Patientensouveränität, Patientenmitwirkung und Patientenrechte. Deren Ausgestaltung und Stärkung ist Gegenstand der Gesundheitswissenschaften, indem diese anhand von Analysen entsprechende Anforderungsprofile entwerfen (Diercks et al. 2000a, 2000b, 2001a, 2001b, Diercks 2001, Walter 2001). In der Koalitionsvereinbarung der derzeitigen Bundesregierung ist ebenfalls festgehalten, dass Patientenschutz und -rechte weiter ausgebaut werden und durch die Erstellung einer Patientencharta sowie die Einsetzung eines Patientenbeauftragten institutionell abgesichert werden sollen.

Bei der Ausgestaltung der Patienten- und Verbraucherorientierung empfiehlt sich das „Empowerment“. Dieses Konzept entstammt der Diskussion der WHO zur Ausgestaltung der Gesundheitsförderung und stellt die Befähigung der Menschen zur Teilhabe an allen gesellschaftlichen Entwicklungen in den Mittelpunkt. Empowerment soll den Betroffenen ein rationales Abwägen ermöglichen, auf dessen Grundlage sie eine für sie optimale Entscheidung treffen können (BMGS 2003, Diercks et al. 2001a). Auch die Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1994 bezweckte einen Statuswechsel der Pflegebedürftigen von einer eher passiven Position der Abhängigen und der Versorgten hin zu einer stärkeren Betonung ihrer Rolle als Auftraggeber und Verbraucher.

Ein derartiges „informed decision making“ (Etgeton 2002) wird jedoch durch zahlreiche Faktoren eingeschränkt. Wie die Erfahrung der letzten Jahre zeigte, sind die Pflegebedürftigen aus vielerlei Gründen nicht in der Lage, ihre formell bestehenden Rechte in Anspruch zu nehmen. Nach Schnetz lassen sich drei Ebenen unterscheiden, auf denen die Voraussetzungen für eine rationale Konsumentenentscheidung in Bezug auf die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen fehlen können,

- die biografische Ebene, die bei Pflegebedürftigen häufig durch die Faktoren Notsituation, alters- und morbiditätsbedingte Einschränkungen bzw. Funktionseinbußen, starke Belastung der pflegenden Angehörigen sowie mangelnde Kenntnisse bestimmt ist,
- die produktspezifische Ebene, die durch den fehlenden Warencharakter des „Produktes“ Pflege, durch mangelnde Markttransparenz sowie einen erschwerten Informationszugang, einen Mangel an Vergleichsmöglichkeiten und durch direkte Abhängigkeit gekennzeichnet ist,
- die rechtliche/strukturelle Ebene, die sich durch ein Nebeneinander von Mitwirkungspflicht und Fremdkontrolle, fehlende Mitgestaltungsmöglichkeiten der Rahmenbedingungen sowie

ein Fehlen von neutralen Beschwerdestellen und Interessenvertretungen auszeichnet (Schnetz 2000).

Häufig muss festgestellt werden: „Es ist unrealistisch anzunehmen, dass ein pflegebedürftiger älterer Mensch in einer Krise noch fähig ist, nacheinander die verschiedenen Beratungseinrichtungen aufzusuchen. Darüber hinaus ist es unrealistisch anzunehmen, dieser Hilfebedürftige könne dann noch die unterschiedlichen Informationen und Ratschläge in ein individuelles Handlungsprogramm integrieren“ (Langehennig 1996).

Zur Verringerung bzw. Überwindung der vielfältigen Hemmnisse sind folgende Elemente zur Stärkung von Entscheidungsfähigkeit und Souveränität der Pflegebedürftigen erforderlich (Schnetz 2000):

- geregelte Beschwerdewege mit dem Ziel einer kundenorientierten Qualitätsentwicklung
- rechtlich gesicherte Interessenvertretung mit dem Ziel der Einflussnahme auf Rahmenbedingungen
- nutzerfreundliche Service-Zentren mit dem Ziel des Angebots von neutraler Beratung und bedürfnisadäquaten Dienstleistungen

Bei der Etablierung derartiger Strukturen muss allerdings beachtet werden: „Das ‚Pflegermarktdilemma‘ ist nicht auflösbar durch Beratung und Aufklärung allein. Angebote der Verbraucherberatung und -aufklärung reichen nicht hin, um den hilfebedürftigen älteren Menschen in seiner Rolle als Marktteilnehmer nachhaltig zu unterstützen. Gerade bei schwierigen Fällen ist ein praktisches Unterstützungsmanagement notwendig. Zu den zentralen Aufgaben eines Case Managers gehörte es, zielgerichtet ein individuelles Hilfe-Arrangement zusammenzustellen und den Unterstützungsprozess anwaltschaftlich zu begleiten“ (Langehennig 1996).

Für den großen Personenkreis der zumindest temporär oder partiell eingeschränkt Handlungsfähigen muss ein modular ineinander greifendes Unterstützungssystem zur Verfügung stehen. Darin agieren im Sinne eines „shared decision making“ kompetente Berater und Begleiter gemeinsam mit den Hilfebedürftigen. Die Experten vertreten nach bestem Wissen die Bedürfnisse der Hilfesuchenden und üben somit eine advokatorische Interessenvertretung aus. Dabei stehen soweit möglich immer die Interessen und Bedürfnisse der Hilfebedürftigen und deren Angehörigen im Fokus des Aushandlungs- und Unterstützungsprozesses. Hierbei kann es auch notwendig werden, den Informations- und Hilfebedarf aktiv zu ermitteln, wenn die Betroffenen diesen nicht selbst artikulieren können.

Der vierte Altenbericht der Bundesregierung konstatiert erste Verbesserungen. Mit Einführung des Pflegequalitätssicherungsgesetzes sowie der Novellierung des Heimgesetzes wurden wesentliche Schritte zum Verbraucherschutz eingeleitet, die unter Berücksichtigung kollektiver Lebensabläufe weit über die Ausgestaltung administrativer Rahmenbedingungen hinausgehen. In Zusammenhang mit dem Heimvertrag werden Schutznormen etabliert, die sich nicht nur auf das Wohnen, sondern auf die gesamte Betreuung und Versorgung im Heim beziehen. Als Re-

aktion auf die seit einigen Jahren sehr engagiert geführte Diskussion um Gewalt in der Pflege (Hirsch, Füssek 1999) wurden vielerorts Beschwerdestellen eingerichtet, beispielsweise die vergleichsweise großzügig besetzte „Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege“ in Trägerschaft der Stadt München (ähnliche Einrichtungen existieren in Nürnberg, Erlangen und Stuttgart) oder auch das „PflegeNotTelefon“ in Schleswig-Holstein (Buhl 2000).

Eine Vielzahl von Institutionen und Organisationen in unterschiedlicher Trägerschaft, insbesondere der freien Wohlfahrtsverbände (Caritas, Diakonie, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Deutsches Rotes Kreuz) und der Gebietskörperschaften (Städte, Landkreise) aber auch der Verbraucherzentralen (insb. Hamburg, Berlin), Sozialverbände (Sozialverband VDK Deutschland, Sozialverband Deutschland) sowie der Selbsthilfeorganisationen (Alzheimer Gesellschaft, Schlaganfallhilfe) und sogar der Industrie (Pharma-, Medizintechnik) bieten Beratungs- und Informationsleistungen über Gesundheit und Pflege an. Die Beratungsinhalte sind dabei oftmals auf einzelne Bereiche (z. B. Wohnen) begrenzt. Hinzu kommen die Träger der Sozialversicherungssysteme, insbes. die Kranken- und Pflegeversicherungen, die durch entsprechende Vorgaben der Sozialgesetzgebung ebenfalls zur Information und Beratung – nicht zuletzt mit dem Ziel einer Koordinierung der Maßnahmen im Einzelfall – verpflichtet sind.

Trotz oder gerade wegen der Informationsvielfalt muss festgestellt werden: „Zunehmend gibt es eine Fülle parzellierter und in ihrer Aufgabenstellung reduzierter Beratungs- und Unterstützungsprojekte ... So sinnvoll solche Angebote im Einzelfall sein können, so besteht doch die Gefahr einer zunehmenden Unübersichtlichkeit“ (Langehennig 1996).

Im Sinne eines funktionierenden Verbraucherschutzes gilt es daher, für die Beratungsarbeit der unterschiedlichen Organisationen differenzierte Qualitätskriterien wie beispielsweise Transparenz, Einbeziehung der Betroffenen, Vorhandensein von Evaluation und Qualitätsmanagementsystemen etc. zu entwickeln (Etgeton 2002). Ein erster Schritt in diese Richtung sind beispielsweise entsprechende Rahmenempfehlungen für Qualitätsanforderungen, Leistungserbringung und Vergütung des Sozialministeriums Baden-Württemberg für die dortigen Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen (IAV-Stellen). In den Rahmenempfehlungen sind die Einzelschritte zur Durchführung und Dokumentation der Erstberatung und Hilfeplanung, zur Umsetzung des Hilfeplans, der Vermittlung der Maßnahmen sowie zur Qualitätssicherung enthalten (Rahmenempfehlungen B-W 2002). Für eine umfassende, kompetente Beratung gilt es, ein Team aus Vertretern der für den Bereich Pflege relevanten Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen, Juristen, Sozialpädagogen und Pflegefachkräften) zusammenzustellen (Buhl 2000). Eine der Komplexität der Problemlagen gerecht werdende Multiprofessionalität der Beratung kann oftmals durch eine Organisation allein nicht gewährleistet werden. Es müssen daher entsprechende, Kompetenzen bündelnde Kooperationen gefördert werden.

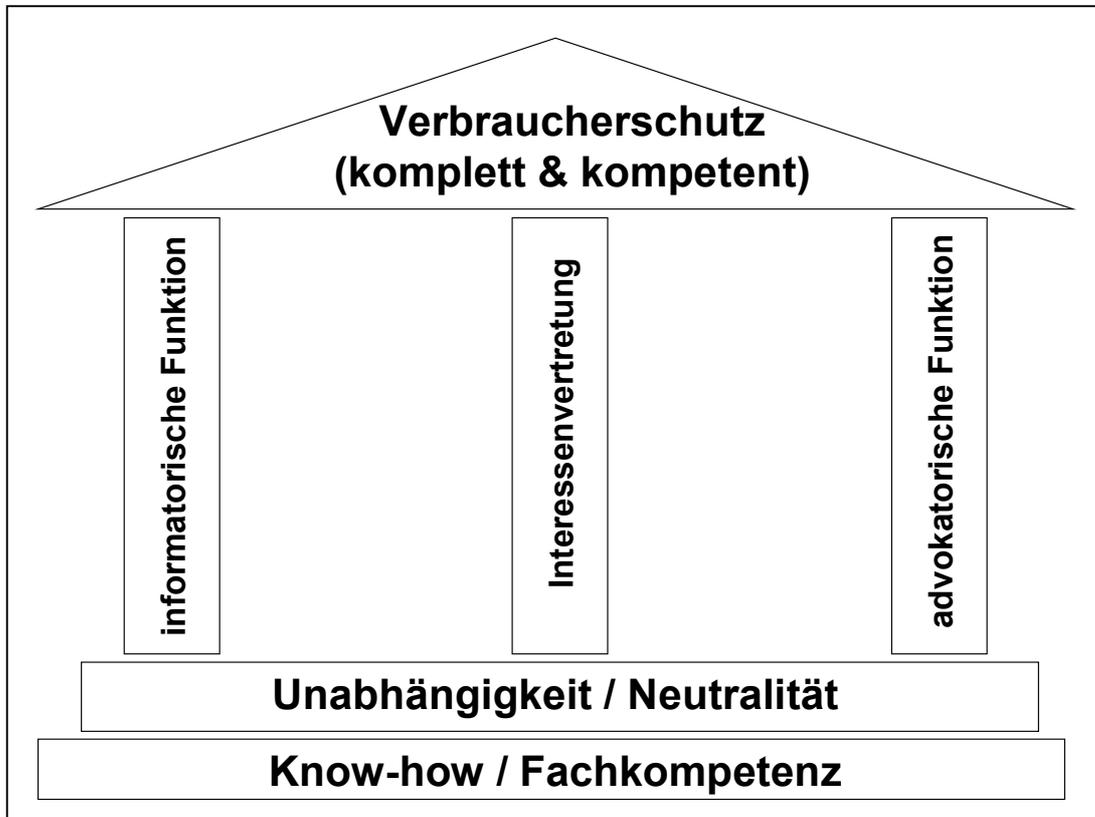
Der Sachverständigenrat bemängelt in seiner Gesamtbetrachtung das Fehlen flächendeckend vorhandener, unabhängiger und leicht zugänglicher Einrichtungen zur Patienteninformation. Er

weist auch darauf hin, dass nur wenige der existierenden Einrichtungen juristische Beratung anbieten und verweist ausdrücklich auf die Anstrengungen der Verbraucherschutzorganisationen zur Etablierung entsprechender Strukturen (BMGS 2003). Eine Grundlage für das verstärkte Engagement der Verbraucherzentralen wurde durch Kooperation zwischen der Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstellen geschaffen (Friemelt 1999). Der Rat wiederholt im aktuellen Gutachten auch die bereits in den Gutachten von 1992 und 2001 geforderte Erhöhung von Kompetenz und Partizipation. Die fehlende Mitgestaltung von Patienten auf gesamtstaatlicher und auf der Ebene der Verbände wird als ein Grund für die Schwäche der Patientenposition im Versorgungsalltag hervorgehoben (BMGS 2001, S. 40–45, BMGS 2003, S. 187).

Über die Akzeptanz der vorhandenen Beratungs- und Informationsangebote, die dringlichsten Anliegen der Betroffenen sowie deren Präferenzen liegen bislang nur sehr spärliche Informationen vor. In diesem Bereich besteht weiterhin Forschungsbedarf. Eine Untersuchung über die Senioren- und Lebensberatung in NRW belegt die oftmals komplexen Problemlagen sowie den damit verbundenen hohen Beratungs- und Betreuungsaufwand (IGF 1997, 1999). Gegenwärtig werden 31 Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung unterschiedlichster Trägerschaft im Rahmen eines Modellvorhabens zur unabhängigen Patientenberatung nach § 65 b SGB V wissenschaftlich begleitet. Zu den übergeordneten Zielen, die mit der Förderung verbunden sind, zählen die Stärkung der Patientensouveränität und des gesundheitlichen Verbraucherschutzes, die Vermittlung gesundheitlicher Informationen und Vorhaltung von Beratungs- und Aufklärungsangeboten für Versicherte, die Schaffung von Transparenz in den Versorgungsstrukturen und die Vermittlung zielorientierter und qualitätsgesicherter Behandlungs- und Beratungsangebote. Die Ergebnisse werden im Jahr 2004 veröffentlicht werden. Da aber in den ausgewählten Einrichtungen Fragen der Pflege und der pflegerischen Versorgung kaum explizit aufgegriffen werden, kommt den nachfolgend dargestellten Ergebnissen der beiden Modellprojekte des Programms ‚Altenhilfestrukturen der Zukunft‘ eine umso größere Bedeutung zu.

Angesichts der vorgestellten Entwicklungen sowie der konkreten Erfahrungen der im Bereich Verbraucherschutz tätigen Modellprojekte kann zusammengefasst werden, dass ein zeitgemäßer und funktionsfähiger Verbraucherschutz die folgende Grundstruktur aufweisen sollte (siehe Übersicht 3.3 1):

Übersicht 3.3 1 Das „Gebäude“ Verbraucherschutz



Entsprechend dieser Grundstruktur sollte ein umfassender Verbraucherschutz grundsätzlich drei zentrale, sich gegenseitig beeinflussende Funktionen ausüben: eine informativische und eine advokatorische Funktion sowie die Funktion der Interessenvertretung.

Die **informativische Funktion** zielt auf:

- Transparenz des Marktes (Anbieter und ihre Leistungen)
- Orientierungshilfen (Kriterien für eine vergleichende Beurteilung des Angebots)
- Entscheidungskompetenz (Stärkung der Kundensouveränität)

Im Bereich der Pflege wird die informativische Funktion von einer Vielzahl z. T. konkurrierender Trägereinrichtungen (kommunale, freigemeinnützige Einrichtungen, Selbsthilfe, etc.) ausgeübt. Die Verbraucherzentralen haben sich diese Aufgabe ebenfalls explizit gestellt.

Die **advokatorische Funktion** zielt auf:

- Unterstützung im Sinne von „Hilfe zur Selbsthilfe“
- Übernahme der vorjuristischen Interessenvertretung (Konfliktmoderation)

- Durchführung des Beschwerdemanagements
- Sicherstellung der juristischen Vertragsqualität
- juristische Beratung/Vertretung im Einzelfall

Die advokatorische Funktion kann in vollem Umfang nur von wenigen Institutionen ausgeübt werden. Im Einzelnen sind dies Rechtsanwälte, Rechtsberatungsstellen, Kommunen, Körperschaften sowie Verbraucherzentralen und weitere Organisationen (z.B. Sozialverbände). Eine derartige – im Vergleich mit anderen Ländern sehr starke – Einschränkung der Ausübung von Rechtsberatungen, ist durch das Rechtsberatungsgesetz (RBerG) in seiner aktuellen Fassung (1998) begründet. Hierdurch ist – abgesehen von engen Sonderfällen (Renten-, Versicherungsberater, Versteigerer, etc.) – generell keine Rechtsberatung durch Nichtanwälte zulässig. Neben einigen Ausnahmen (z.B. Notare) ist die Rechtsberatung durch Verbraucherzentralen jedoch ausdrücklich zulässig (§ 3 RberG). Vom Gesetz nicht tangiert ist darüber hinaus die durch die Sozialgesetzgebung geregelte Beratung durch die Träger der Sozialversicherung (insb. Kranken- und Pflegekassen).

Durch das Rechtsberatungsgesetz sind v.a. die Beratungsdienste der freien Wohlfahrtsverbände zu Gesundheits- und Pflegefragen deutlich eingeschränkt. Da der stringente Rahmen des Gesetzes in der Praxis – etwa durch die Beratungsstellen der freien Wohlfahrtsverbände, zum Asylrecht an Flughäfen (Sondererlaubnis des Justizministeriums) oder im Bereich der Sozialhilfe – aufgeweicht ist und zahlreiche Bedenken über die Verfassungskonformität des Gesetzes bestehen, wie zehn anhängige Verfahren unterstreichen, ist eine Novellierung des Gesetzes in naher Zukunft zu erwarten.

Eine künftige Novellierung des Rechtsberatungsgesetzes wird aller Voraussicht nach die altruistische Rechtsbesorgung und die Tätigkeit im Rahmen eines Ehrenamts sowie die Erledigung von Rechtsangelegenheiten durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege legalisieren (Henssler 2001, S. 525ff). Nach Äußerungen des Bundesjustizministeriums steht jedoch eine von weiten Kreisen geforderte gänzliche Abschaffung des Rechtsberatungsgesetzes nicht zur Debatte.

Die **Funktion der Interessenvertretung** zielt auf:

- Steigerung der Auseinandersetzung mit der Thematik in der Bevölkerung
- Teilnahme an Gremien der politischen Entscheidungsfindung

Interessenvertretung im Sinne der Wahrung von Interessen von Hilfebedürftigen wird zumindest in Teilbereichen von einer Vielzahl von Verbänden und Organisationen der Anbieter von Gesundheits- und Pflegeleistungen ausgeübt. Weiterhin sind die Träger der Sozialversicherung (Kranken-, Pflegeversicherung) zu nennen. Bei all diesen Gruppierungen kann es jedoch v.a. bei Finanzierungsproblemen zu Interessenkonflikten zwischen der eigenen wirtschaftlichen Bestandssicherung und einer angemessenen Leistungsanspruchnahme durch die Bürgerinnen und Bürger kommen. Daher sollte den Selbsthilfe- und Patientenorganisationen eine große-

re Berechtigung zur Wahrung der Interessen von Bürgerinnen und Bürgern zugebilligt werden. Da Selbsthilfeorganisationen aber zumeist auf eine spezielle Erkrankung fokussieren und in manchen Fällen Bedenken hinsichtlich der Qualifikation bestehen, kommt der Interessenvertretung durch Verbraucherzentralen eine hohe Bedeutung zu.

Die Verbraucherzentrale unterstützt Ratsuchende nicht nur im Einzelfall, sondern vertritt Verbraucherinteressen auch in Anhörungen, Gesprächen und Verhandlungen mit Anbietern, Gesetzgebern und Verwaltungen. Die institutionelle Erweiterung der Patientenbeteiligung sollte die Zielsetzungen der Beteiligung von Patientenvertretern bei Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, bei den Entscheidungen der nach Landesrecht gebildeten Ethik-Kommissionen sowie an der Erarbeitung von Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach SGB V verfolgen. Weitere Möglichkeiten der kollektiven Interessenvertretung bestehen durch Abmahnungen bei festgestellten Mängeln oder auch in der Durchführung von Verbandsklagen durch die Verbraucherorganisationen.

Zur qualitativ hochwertigen Erfüllung dieser drei Funktionen bedarf es zweier Grundvoraussetzungen, die das Fundament des Verbraucherschutzes bilden. Zum einen ist dies die Unabhängigkeit/Neutralität, zum anderen das Know-how bzw. die Fachkompetenz.

Unabhängigkeit/Neutralität

Wie bereits erwähnt, bestehen gegenüber einer Vielzahl von Institutionen/Organisationen die neben Funktionen des Verbraucherschutzes auch Gesundheits- oder Pflegeleistungen anbieten, zumindest vom Grundsatz her Bedenken hinsichtlich einer unabhängigen Beratung. Dies gilt auch angesichts der Tatsache, dass die Wohlfahrtsverbände weisungsunabhängige Stellen eingerichtet haben und viele Sozialversicherungsträger Beratung und Beschwerdemanagement zur „Chiefsache“ erklärt haben. Selbst bei den Kommunen kann es theoretisch zu Interessenkonflikten kommen, wenn diese auch Träger von Einrichtungen sind. Da auch Verbraucherzentralen und Selbsthilfeorganisationen ohne finanzielle Förderung nicht existenzfähig sind, muss festgestellt werden, dass eine völlige Unabhängigkeit praktisch nicht zu erreichen ist.

Unabhängigkeit/Neutralität steht diametral zur Professionalität: je weiter der Berater und Interessenswahrer von der Praxis der Erbringung von Gesundheits- und Pflegeleistungen entfernt ist, desto geringer ist sein spezifisches Know-how bzw. seine Fachkompetenz einzuschätzen.

Know-how/Fachkompetenz

Zur fachlich kompetenten Beurteilung eines individuellen gesundheitlichen oder pflegerischen Sachverhaltes ist ein hoher Kenntnisstand über die Handlungsprinzipien und -muster der einzelnen Leistungserbringer sowie deren Interaktionen nötig. Zweifellos muss den Anbietern von Dienstleistungen die höchste Kompetenz über die eigenen Leistungen bescheinigt werden. Man erwartet von ihnen jedoch keine Informationen über die Dienstleistungen der Konkurrenz.

Angesichts der rasanten Entwicklung hin zu einer zunehmenden Spezialisierung und Technologisierung der Dienstleistungsprozesse bedarf es des permanenten fachlichen Austauschs sowie der kontinuierlichen Fortbildung. Zur differenzierten Auseinandersetzung mit dem eigenen Tun und Handeln gehört auch die Integration eines Qualitätsmanagements durch Dokumentation/Evaluation sowie eine wissenschaftliche Auseinandersetzung. Ein einzelner externer Berater und Begleiter kann diesen vielschichtigen Anforderungen in der Regel nicht gerecht werden. Um eine möglichst breite Abdeckung von Themenbereichen zu erreichen, gilt es, zwischen den Experten einzelner Bereiche entsprechende verbindliche Kooperationen abzuschließen.

Bei der folgenden Analyse der Projekterfahrungen der beiden Projekte zum Verbraucherschutz muss berücksichtigt werden, dass sie sich durch eine eng begrenzte Anzahl von Einzelmaßnahmen, eine relativ geringe Personalausstattung und damit auch durch ein vergleichsweise niedriges Fördervolumen vom Gros der anderen Modellprojekte unterscheiden. Ein weiteres Spezifikum bestand in der für das Projekt in Mainz geltenden um ein Jahr kürzeren Förderdauer. Trotz dieser Besonderheiten können aber auch für den Verbraucherschutz Erkenntnisse mit einer vergleichbaren Validität wie in den anderen Bereichen dargestellt werden.

Verbraucherschutz in der Altenhilfe versucht vor allem, die Defizite bei der Unübersichtlichkeit des Systems sowie bei der mangelnden Berücksichtigung von Interessen und Bedürfnissen der Nutzer zu verringern. Daneben wirkt er sich aber auch auf weitere Defizitbereiche aus, insbesondere weil Verbraucherschutz deutliche thematische Überschneidungen mit anderen der in diesem Bericht zu Konzepten zusammengefassten Handlungsfeldern – zu nennen sind hier hauptsächlich Strukturentwicklung, Vernetzung und Case Management sowie Mobilisierung und Qualifikation Freiwilliger – aufweist. Ein effektiver und effizienter Verbraucherschutz besteht daher auch aus einem komplexen Geflecht von Kooperationsbeziehungen verschiedener Akteure des Altenhilfesystems.

Im Modellprogramm ‚Altenhilfestrukturen der Zukunft‘ sind dem Verbraucherschutz im engeren Sinne nur zwei der zwanzig geförderten Projekte zuzurechnen: das Projekt der Verbraucherzentrale in Mainz zum Verbraucherschutz in der ambulanten und das des Landesseniorenrates in Stuttgart zum Verbraucherschutz in der stationären Pflege.

Daher fließen in dieses Kapitel in besonderem Umfang auch Erkenntnisse aus der Analyse der Fachliteratur, Einschätzungen der aktuellen politischen Diskussion, Ergebnisse anderer Verbraucherschutzprojekte und auch aus zahlreichen Fachgesprächen gewonnene Feststellungen mit ein.

3.3.2 Verbraucherschutz im Bereich der ambulanten Pflege

Der Verbraucherschutz in der ambulanten Pflege stand im Mittelpunkt des Projekts „Ein Beitrag zu mehr Markttransparenz und Patienten- und Verbraucherschutz im Bereich ambulante Pflege-

dienste in der Stadt Mainz“, das in Kooperation der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz mit der Beratungs- und Koordinierungsstelle (Beko) in Mainz durchgeführt wurde“ und aus drei Projektteilen bestand:

- Einrichtung eines Informations- und Beschwerdetelefons für Pflege
- Überprüfung der Pflegedienstverträge der Mainzer ambulanten Pflegedienste auf AGB-Verstöße
- Checkliste für ambulante Pflegedienste

Analog zur Vorgehensweise der Verbraucherorganisationen in anderen Bereichen werden die gesammelten und aufbereiteten Erkenntnisse aus der praktischen Beratungstätigkeit sowie aus der Vertragsprüfung in Form der letztgenannten Checkliste im Sinne der Steigerung der Markttransparenz zu einem eigenständigen Projektmodul zusammengefasst.

Verbraucherzentralen genießen ein hohes Maß an Glaubwürdigkeit und Akzeptanz in der Bevölkerung. Sie gelten als anbieterunabhängige neutrale und kompetente Institutionen mit niederschwelligem Zugang. Bei der im Rahmen des Modellprojektes stattfindenden Kooperation konnten die sozialpädagogischen und pflegerischen Kompetenzen der Beratungs- und Koordinierungsstellen (BeKos) mit den informatorischen und juristischen Kompetenzen der Verbraucherzentrale zu einem fundierten und funktionierenden Gesamtkonzept gebündelt werden. Zu Projektbeginn wurde ein Instrument zur Dokumentation der Beratungen sowie der Beschwerdebearbeitungen erstellt, das auch als Grundlage für die interne Evaluation verwendet wurde. Eine geplante erweiterte (externe) Evaluation in Form einer Diplomarbeit konnte leider nicht realisiert werden.

Wie dies generell für die Einführung neuer Produkte oder Dienstleistungen unabdingbar ist, wurde vor allem zu Beginn, aber auch während der gesamten Projektlaufzeit eine intensive Öffentlichkeitsarbeit zur Erhöhung des Bekanntheitsgrades des Gesamtprojektes sowie seiner drei Hauptmodule in der Bevölkerung und bei Multiplikatoren durchgeführt. Hierfür war es sehr nützlich, auf die langjährige Erfahrung der Verbraucherzentrale mit professioneller Öffentlichkeitsarbeit zurückgreifen zu können. Das Projekt wurde auf einer Auftaktveranstaltung präsentiert und war bei zahlreichen Anlässen (Messen, Veranstaltungen) mit einem Aktionsstand vertreten. Einen wichtigen Stellenwert hatten weiterhin Mailing-Aktionen, regelmäßige Pressemeldungen und Interviews in den lokalen Medien sowie in Fachzeitschriften, Informationsbroschüren zur Auslage (z. B. bei Ärzten und in Apotheken) oder als Beilage für Printmedien. Weiterhin wurde das Projekt und sein Verlauf wiederholt Gremien (Seniorenbeirat, Arbeitsgemeinschaft der Bekos), Multiplikatoren und Betroffenen (z. B. bei Stadtteiltreffen und Seniorennachmittagen) vorgestellt. Um ältere Menschen, die oftmals durch Seh-, Hör-, sowie Mobilitätseinschränkungen einen reduzierten Informationszugang haben, überhaupt zu erreichen, sind derart vielschichtige Bemühungen von größter Bedeutung.

3.3.2.1 Informations- und Beschwerdetelefon Pflege

Das Beschwerdetelefon Pflege war in der Projektlaufzeit für 20 Monate eingerichtet. In dieser Zeit gingen insgesamt 404 Anfragen ein. Diese auf den ersten Blick niedrig erscheinende Zahl von Kontakten ist mit größter Wahrscheinlichkeit durch die nur an einem Tag pro Woche auf eine Stunde begrenzte direkte Erreichbarkeit (außerhalb dieser Zeit war ein Anrufbeantworter geschaltet) der Beschwerdestelle mit verursacht gewesen. Trotz der begrenzten Erreichbarkeit lässt die Entwicklung der Anzahl der Beratungskontakte eine Einschätzung im Sinne einer stabilen Nachfrage und Akzeptanz der Klienten zu. Es gilt allerdings auch festzustellen, dass bis zur breiten Akzeptanz und damit auch regelmäßigen Inanspruchnahme eines derartigen Beratungsangebotes eine relativ lange Zeitspanne verstreicht. Neben der Erhöhung des Bekanntheitsgrades müssen auch Zugangshemmnisse bei den potenziellen Nutzern abgebaut werden. Nicht zu unterschätzen ist die Verbreitung der positiven Auswirkungen der eigenen Arbeit bei den Zielgruppen durch Mundpropaganda der Klienten.

Die fachliche Kooperation zwischen Pflege- und Verbraucherschutzexperten im Bereich des Informations- und Beschwerdetelefon funktionierte reibungslos. Der Erstkontakt der Bürgerinnen und Bürger erfolgte zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der von den freigemeinnützigen Wohlfahrtsverbänden getragenen und in Rheinland-Pfalz landesweit eingerichteten Koordinierungsstellen. Diese bearbeiteten die Fälle weitgehend selbstständig und zogen telefonisch bei rechtlichen Fragen direkt das Know-how der Verbraucherzentrale hinzu. Bei komplexeren Problemlagen wurde der Fall an die Verbraucherzentrale abgegeben. Es konnte ein abgestuftes Verfahren für das Beschwerde- bzw. Beratungsmanagement etabliert werden, in dem die Kooperationspartner in geeigneter Weise interagieren. Etwaige Interessenkonflikte von Seiten der Beko-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Bearbeitung von Beschwerden über Pflegeeinrichtungen des eigenen Arbeitgebers wurden im Vorfeld ausgiebig diskutiert und es wurde vereinbart, in derartigen Fällen die Beratung durch einen für einen nicht betroffenen Träger tätigen Berater durchführen zu lassen. In der Praxis trat dieses Problem jedoch nicht auf.

Die Gespräche hatten vorwiegend Fragen zu Leistungen der ambulanten Pflegedienste (27%), der Pflegekassen bzw. der Pflegeversicherung (19%) zum Inhalt. Stationäre Einrichtungen (14%), der Medizinische Dienst der Krankenversicherung sowie Krankenkassen boten weitere häufige Anlässe zur Kontaktaufnahme von Pflegebedürftigen. Wie auch im Verlauf von Studien zu vergleichbaren Beratungsstellen wiederholt festgestellt wurde, sind die Ratsuchenden weniger die Pflegebedürftigen selbst, sondern in deren Interesse tätige Angehörige/Freunde/Bekannte. Ebenfalls typisch ist, dass der Großteil von ihnen Frauen sind.

Die Mehrzahl der beim Beschwerdetelefon eingehenden Anfragen hatte ein allgemeines oder spezielles Informations- und Beratungsbedürfnis und in weitaus geringerem Umfang konkrete Beschwerden zum Anlass. Als Reaktion darauf erfolgte eine Umbenennung zum „Beratungs- und Beschwerdetelefon Pflege“. Trotz des hohen Anteils an Informationsvermittlung konnte nur

ein Teil (42%) der Anfragen direkt telefonisch bearbeitet wurden. Bei einem knappen Drittel (29%) der Kontakte wurde zusätzlich die Honoraranwältin der Verbraucherzentrale rechtsberaternd oder rechtsbesorgend für die Pflegebedürftigen tätig. Bei einem ebenso großen Anteil (29%) war die Problemkonstellation derart komplex, dass eine kompetente Beratung durch die Beko-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nur durch einen zusätzlichen Hausbesuch möglich gemacht wurde. Diese Zahlen verdeutlichen, dass nur bei einem Teil der Anfragenden leichte, einfach und schnell zu bearbeitende „Kleinigkeiten“ zur Kontaktaufnahme führten. Oftmals lagen komplexe Situationen vor, die die Betroffenen ohne Unterstützung nicht mehr alleine bewältigen konnten.

Eine telefonische Nachbefragung ergab, dass die Betroffenen mit der Arbeit des Beratungs- und Beschwerdetelefon in hohem Maß zufrieden waren. Bei den konkreten Fällen standen zumeist Fragen zur Abrechnung der ambulanten Pflegedienste sowie zur Einstufung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Mittelpunkt. Über den Bereich der ambulanten Pflege hinaus wurden auch (Abrechnungs-)Probleme mit stationären Einrichtungen bearbeitet. Bei etlichen dieser Konflikte konnten durch Interventionen, etwa durch Verbesserung der Informationslage (z.B. Einstufungskriterien) oder durch direkte Kontaktaufnahme/Vermittlung zu den Diensten, gerichtliche Auseinandersetzungen vermieden werden.

Durch die Nutzung und Kombination bereits existierender Beratungs- und Kompetenzstrukturen (keine Neueinstellungen von Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern, Bereitstellung der Infrastruktur der Verbraucherzentrale) ist das Verhältnis von Aufwand für die kooperative Leistungserbringung und Ertrag in Form von verbraucher-/klientenorientierten Synergieeffekten als sehr günstig zu bezeichnen. Für diese Einschätzung spricht auch die Tatsache, dass das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz die Konzeption des Beratungs- und Beschwerdetelefon nach einer Übergangsfinanzierung seit März 2003 im Rahmen der in eine landesweit etablierte Versorgungsstruktur (134 Beratungs- und Koordinierungsstellen und eine neu bei der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz e.V. geschaffene Anlaufstelle) überführt hat. Die durch die verbesserte finanzielle Ausstattung ermöglichte Erweiterung der direkten Präsenzzeit des Informations- und Beschwerdetelefon sowie die bessere Kontaktpflege zu den Pflegediensten werden aller Voraussicht nach eine Effektivitätssteigerung bewirken.

3.3.2.2 Vertragsprüfung auf ABG-Verstöße

Neben dem direkten Klientenkontakt bei der Beratungstätigkeit besteht die Aufgabe der Verbraucherzentrale in der Wahrnehmung der Verbraucherinteressen durch Feststellung von Wettbewerbsverstößen. Dabei steht v.a. die Überprüfung der Bestimmungen des Gesetzes gegen unlauteren Wettbewerb (UWG) sowie der Regelungen zu den allgemeinen Geschäftsbestimmungen (AGB) im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) im Mittelpunkt. Außerhalb der Projektbedingungen haben die Verbraucherzentralen bei Feststellung von Verstößen gegen diese

Bestimmungen die Möglichkeit durch Abmahnungen bzw. Verbandsklagen im Sinne des Verbraucherschutzes einzuwirken.

Alle 26 in Mainz zu Projektbeginn ansässigen ambulanten Pflegedienste schickten ihre Pflegedienstverträge an die Verbraucherzentrale. Um eine derart hohe Quote zu erreichen, musste allerdings mehrfach telefonisch nachgefragt werden. Nach Überprüfung durch eine Juristin wurden jedoch in allen Verträgen Beanstandungen kleinerer oder größerer Art aufgedeckt. Die häufigsten Verstöße gegen das AGB-Gesetz sind:

- AGBs nur als Anlage zum Vertrag beigelegt oder in fast unleserlichem Kleindruck geschrieben (§2 Einbeziehung in den Vertrag)
- Fehlplatzierung der Selbstzahlerklausel im Vertrag (§3 Überraschende Klauseln)
- Fehlen von Vertragsbestandteilen, fälschliche oder fehlende Bezeichnungen sowie Unklarheiten über Kündigungsgründe und Haftung (§5 Unklarheitenregelung)
- unzulässige Möglichkeit der rückwirkenden Preiserhöhung oder Änderung der Kalkulationsgrundlage, Nichtbeachtung der Hinweispflicht (§9 Abs. 1 Generalklausel – unwirksame AGB bei unangemessener Benachteiligung)
- unzulässige Klauseln für fristlose Kündigung oder ungleiche Kündigungsfristen und Fälligkeitsregelungen (§9 Abs. 2 Unwirksames Abweichen vom Grundgedanken einer Gesetzesregelung)
- fehlende Hinweise zum Ausbildungsstand der Pflegepersonen (§9 Abs.2 Unwirksames Abweichen vom Grundgedanken einer Gesetzesregelung)
- unzulässige Aufnahme des Ausschlusses jeglicher Haftung (§11 Abs.7 Haftungsbeschränkungsklausel)

Nach Überprüfung der Verträge wurden die Pflegedienste über die festgestellten Mängel schriftlich informiert. Alle 24 zu diesem Zeitpunkt noch tätigen Dienste passten ihre Verträge an. Eine erneute Überprüfung ergab bei 54% keine weiteren Beanstandungen, während aber bei den restlichen 46% auch weiterhin Mängel vorlagen. Die vergleichende Überprüfung der Verträge und die zusammenfassende Darstellung der aufgedeckten Schwachstellen ermöglichte die Ausarbeitung von Musterverträgen zur Ausgestaltung von Pflegedienstverträgen. Diese wurden den Verbänden der ambulanten Pflegedienste zur Verfügung gestellt und erzielten dadurch eine deutliche überregionale bzw. bundesweite Breitenwirkung.

Während der Projektlaufzeit änderten sich ab dem 1.1.2002 mit Einführung des Gesetzes zur Schuldrechtsmodernisierung (§§ 205 bis 310 BGB), der Überarbeitung des Heimgesetzes sowie der Einführung des Pflegequalitätssicherungsgesetzes (PQSG) (§ 120 Abs. 2 SGB XI) die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Ausgestaltung von Pflegedienstverträgen. Hierdurch erfolgten wichtige Weichenstellungen für einen verbesserten Verbraucherschutz. Es ergeben sich Änderungen hinsichtlich der Aushändigung der Verträge, der Kündigungsfristen, der Kenntnisnahme von Vertragsbestandteilen sowie der Berücksichtigung von Bedürfnissen Behinderter. So müssen in den Heimverträgen sämtliche Leistungen mitsamt deren Kosten enthalten sein,

wodurch den „Kunden“ der Preisvergleich erleichtert wird. Ambulante Pflegedienste müssen auch stets einen schriftlichen Vertrag mit den Pflegebedürftigen schließen, in denen genau über Kosten und Leistungen informiert wird. Als Reaktion auf die geänderten Anforderungen wurde zu Projektende beschlossen, eine erneute Überprüfung durchzuführen. Nur ein Teil (42%) der Pflegedienste war bereit, ihre aktualisierten Verträge vorzulegen. In diesen Verträgen zeigten sich v.a. Probleme bei der Darstellung von Art, Inhalt und Umfang der Leistungen und deren Vergütungen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die überwiegende Mehrheit der Pflegedienste fehlerhafte bzw. rechtswidrige Verträge verwendet hat und z. T. auch noch weiterhin verwendet. Darüber hinaus setzt ein erheblicher Teil von ihnen entsprechende Hinweise oder sogar durch Änderungen der Gesetzeslage notwendig werdende Modifikation unvollständig oder gar nicht um. Die schwache Resonanz auf die erneute Anfrage lässt befürchten, dass zur Behebung dieser Mängel weitere Bemühungen der Verbraucherzentrale dringend notwendig sind. Da anzunehmen ist, dass sich die Verhältnisse in der Gesamtrepublik allenfalls geringfügig von denen der Mainzer Dienste unterscheiden, sollten entsprechende Initiativen bundesweit durchgeführt und die entdeckten Auffälligkeiten entsprechend publiziert werden.

3.3.2.3 Wegweiser für Pflegebedürftige und Angehörige

Die aus den beiden Konzepten des Projekts „**Vertragsgestaltung ambulante Pflege**“ und „**Informations- und Beschwerdetelefon Pflege**“ gewonnenen Erfahrungen wurden systematisiert und bis zum Projektende zu einer Checkliste zusammengefasst. Neben allgemeinen Auswahlkriterien für die Auswahl von ambulanten Pflegediensten sowie für die Ausgestaltung von Pflegedienstverträgen enthält die Broschüre eine Marktübersicht aller in Mainz zugelassenen und tätigen Dienste. Hierin sind neben der Anschrift und Zeiten der Erreichbarkeit, die Anzahl der festangestellten Pflegepersonen, deren (Fremd-)Sprachenkenntnisse, das Leistungsangebot der Dienste sowie Besonderheiten aufgelistet. Weiterhin enthält der Ratgeber eine Auflistung von Leistungskomplexen der Pflege- und Krankenversicherung inkl. einer Auflistung der Preise der einzelnen Leistungskomplexe. Die Adressen der im Altenhilfebereich tätigen Mainzer Organisationen sollen den Bürgerinnen und Bürgern die Orientierung erleichtern. Der Wegweiser Pflegedienste in Mainz erfuhr eine hohe Akzeptanz. Die im April 2002 erschienene Erstauflage war binnen weniger Wochen vollständig vergriffen.

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind oft unsicher, welche Leistungen sie von Pflegediensten oder in stationären Einrichtungen erwarten können und welche Rechtsansprüche sie gegenüber MDK und Kassen haben. Ein Informations- und Beschwerdetelefon, das von einer Verbraucherzentrale und Beratungs- und Koordinationsstellen getragen wird und in schwierigen Fällen eine Anwältin hinzuzieht, berät auch in komplizierten Fällen (Mainz).

Die Verbraucherzentrale überprüfte die Pflegedienstverträge aller in Mainz tätigen ambulanten Pflegedienste und stellte bei fast allen mehr oder weniger starke Mängel fest, beispielsweise unzulässige Klauseln oder fehlende Vertragsbestandteile. Daraufhin behob ein Teil der Pflegedienste die Mängel; aber mindestens die Hälfte verwandte zu Modellende noch teilweise rechtswidrige Verträge.

Verbraucherzentrale und Koordinationsstellen entwickelten vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit Informationstelefon und Vertragsüberprüfungen eine Checkliste für ambulante Pflegedienste mit Auswahlkriterien, einer Marktübersicht für Mainz und der Beschreibung von Leistungskomplexen mit Preislisten.

3.3.3 Verbraucherschutz im Bereich der stationären Pflege

Der Verbraucherschutz in der stationären Altenhilfe bemüht sich um die Rechte pflegebedürftiger alter Menschen in Heimen. Der Träger des Projektes, der Landesseniorenrat ist im vorparlamentarischen Raum politisch tätig und vertritt gegenüber Regierung, Politik, Verbänden und Organisationen die Interessen der mehr als 2,4 Millionen Menschen über 60 Jahre in Baden-Württemberg. Seine Mitglieder bestehen aus Vertretern der Kreis- und Ortsseniorenräte und aus Vertretern von Organisationen, die auf dem Gebiet der Altenarbeit tätig sind.

In der Vergangenheit wurde deutlich, dass die im Heimgesetz angelegte Selbstvertretung der Interessen durch Heimbewohner insbesondere in Folge der zunehmenden Hochaltrigkeit der Bewohner (Altersdurchschnitt über 80 Jahre, 50–80% demenziell erkrankt) externer Unterstützung bedarf. Hinzu kommt, dass Heimbewohner wie auch ihre Angehörigen sich vom Heimträger abhängig fühlen und daher oftmals Angst haben, ihre Kritik und ihre Verbesserungsvorschläge der Heimleitung mitzuteilen. Der Landesseniorenrat versteht sich u.a. als Interessenvertretung von Senioren für Senioren. Bei der Arbeit in diversen Gremien und Arbeitskreisen sowie durch verstärkte Nachfrage aus der Bevölkerung nach Informationen über Angelegenheiten der stationären Pflege wurde die hohe Bedeutung dieses Bereiches erkannt. Zunehmend wird deutlich, dass für Menschen, die im Heim leben, für deren Angehörige und auch für Heimbeiräte ein Bedarf nach einer institutionell unabhängigen Beschwerdestelle besteht, die den Verbraucherschutz lokal stärkt.

Vor diesem Hintergrund hatte der Landesseniorenrat Baden-Württemberg mit dem Modellprojekt „Verbraucherschutz in der stationären Pflege – Landesseniorenrat Baden-Württemberg e. V. – LSR“ das Thema Verbraucherschutz in der stationären Pflege unter Einbezug der regionalen Initiativen und Überlegungen aufgegriffen mit dem Ziel, wirksame Verbraucherschutzmaßnahmen zu erproben und auf Dauer zu etablieren. In vielen Pflegeeinrichtungen können Heimbeiräte ihr Mitwirkungsrecht nicht oder nur eingeschränkt wahrnehmen. Die Gründe dafür sind in der zunehmenden Hochaltrigkeit und Pflegebedürftigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner und ihrer Abhängigkeit von der Einrichtung zu sehen. Primäre Zielgruppe im Projekt waren pflegebedürftige ältere Menschen in stationären Einrichtungen, Angehörige von Heimbewohnern, aber auch sonstige Interessierte. Im Sinne des Grundsatzes „Hilfe zur Selbsthilfe“ wurde in zwei Varianten der Versuch erprobt, existierende Selbsthilfepotenziale des Landesseniorenrates (Senioren unterstützen Senioren im Heim) für die Stärkung der advokatorischen Funktion der Heimbeiräte zu nutzen. Die Projektinhalte bestanden aus zwei unabhängigen Ansätzen zur Verbesserung des Verbraucherschutzes in der stationären Pflege:

- „Anlaufstelle Pflege im Heim – Rat und Hilfe bei Fragen und Problemen“
- „Unterstützung der Interessenvertretung der Heimbewohner gegenüber dem Heimträger“

Für die Darstellung der Projektergebnisse war die Einbeziehung einer externen Evaluation durch die Unternehmensberatung *aku* sehr förderlich. Das Evaluationsinstitut war mit Durchführung der Fortbildungsveranstaltungen, Teilen der Öffentlichkeitsarbeit, Entwicklung von Dokumentationsmaterialien sowie prozessbegleitenden Aufgaben auch in starkem Maße formativ tätig.

3.3.3.1 Anlaufstelle Pflege im Heim – Rat und Hilfe bei Fragen und Problemen

Zur lokalen Stärkung des Verbraucherschutzes wurden institutionell unabhängige und niederschwellige Anlaufstellen eingerichtet. Für Fragen und Probleme zur Pflege im Heim zuständig und mit entsprechend qualifizierten Seniorenräten besetzt, wurde die Konzeption der Anlaufstellen vor einer geplanten landesweiten Einführung beispielhaft in zwei Landkreisen erprobt. Die Einrichtung der „Anlaufstellen Pflege im Heim“ soll die Funktion einer Ombudsstelle gewährleisten (Anlaufstelle für Pflegebedürftige und deren Angehörige bei Konflikten im Pflegeheim).

Die „Anlaufstellen Pflege im Heim“ konnten nur in zwei (Pforzheim/Enzkreis, Ludwigsburg) der vier geplanten Kreise in den Büros der Kreissenioreräte realisiert werden. Die Stadt Stuttgart wünschte eine hauptamtlich und professionell besetzte Beschwerdestelle, in Reutlingen konnten nicht genug Seniorenräte für die Tätigkeit rekrutiert werden. Da selbst unter den vergleichsweise günstigen Bedingungen (Finanzierung, Evaluation, Öffentlichkeitswirkung) der Modellerprobung nur die Hälfte der geplanten Standorte realisiert werden konnte und sich die Nachfrage, wie nachfolgend dargestellt wird, als sehr gering erwies, erscheint eine landesweite Errichtung von Anlaufstellen durchaus problematisch.

Die im Projekt „Verbraucherschutz in der stationären Pflege“ tätigen Seniorenräte wurden mittels einer zweitägigen Fortbildung auf ihre Aufgaben vorbereitet. Inhaltlich wurde in der Fortbildung die Konzeption der Anlaufstelle (Aufgaben und Ziele, Arbeitsweise und Finanzierung der Anlaufstelle) sowie der Projektrahmen (Entwicklung der Konzeption, Kooperationspartner, Versicherungsfragen, Aufwandsentschädigungen) vorgestellt. Weiterhin wurden Grundlagen zur Bearbeitung von Anfragen/Beschwerden (Vorstellung Ablaufschema „Bearbeitung einer Anfrage/Beschwerde“, idealtypischer Ablauf der Bearbeitung einer Anfrage/Beschwerde) sowie zur Kommunikation/Gesprächsführung vermittelt. Das zu diesen Themen Erlernte konnte durch entsprechende Übungen vertieft werden. Ein Schwerpunkt bestand in der Vermittlung der rechtlichen Grundlagen (Heimrecht, Heimvertrag, Finanzierung). Die Hauptaufgabe der Seniorenräte, die Bearbeitung von „Beschwerdefällen“ unter Hinzuziehung des Dokumentationsschemas, konnte in Zweiergruppen geübt werden. Als Anforderungsprofil für die spätere praktische Tätigkeit sollten die ehrenamtlichen Senioren neben der Bereitschaft zum regelmäßigen Engagement Kenntnisse über regionale Strukturen, Geduld, Fähigkeit zur Sondierung von Problemlagen, Entscheidungskompetenz, Verhandlungsgeschick, Verschwiegenheit und sicheres Auftreten aufweisen (s. Kapitel 3.6).

Zur Bekanntmachung der Anlaufstellen in der Region wurde während der gesamten Projektlaufzeit vielschichtige und kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit betrieben. Neben direkter Vorstellung des Projektes bei Pflegeheimen und öffentlichen Stellen sowie im Rahmen von regionalen Konferenzen wurde die Bevölkerung über Lokalpresse und -radio informiert. Der intensive Kontakt zu den Heimen und die Öffentlichkeitsarbeit als Daueraufgabe wurden in ihrer wesentlichen Bedeutung erkannt.

Aus den beiden Anlaufstellen – sie waren ein- bis dreimal pro Woche mit Teams aus drei bis sechs Seniorenräten besetzt – konnten nach der zeitlich verzögerten Aufnahme ihrer Arbeit bis zum Ende der Projektlaufzeit innerhalb eines Jahres insgesamt 56 Anfragen ausgewertet werden. Angesichts des nicht unerheblichen Aufwandes für Rekrutierung und Schulung der Ehrenamtlichen sowie von Ausstattung und Etablierung der Stelle ist dies eine sehr geringe Anzahl.

Die Anfragen kamen überwiegend von Angehörigen und Freunden (46%) oder Sonstigen (Heimbeiräte, Ehrenamtliche) (27%), weniger von den Heimbewohnern selbst (21%). Der Kontakt erfolgte zumeist telefonisch (50%), oftmals aber auch während eines persönlichen Besuchs (44%), wobei bei der Mehrheit (59%) zuvor ein oder mehrere Lösungsversuche – zumeist mit dem Heim selbst (52%) oder mit Hilfe des Hausarztes (24%) – durchgeführt worden waren.

Inhaltlich stehen sich Beschwerden und Informationsgespräche/Beratungen mit gleicher Häufigkeit gegenüber. Bei den Beschwerden wurden als Anlass Umgang/Kommunikation (31%) und Pflege, bei den Informationsgesprächen/Beratungen das Dienstleistungsangebot und bürokratische Fragen (je 29%) am häufigsten genannt. Die Anzahl der Kontakte beschränkte sich zumeist auf einen Einzelkontakt (41%), in der Hälfte der Fälle waren zwei bis fünf, in einem sogar

15 Kontakte (im Zeitraum eines Jahres) nötig. Die Seniorenräte geben für die überwiegende Mehrheit aller Fälle (88%) an, das Problem gelöst bzw. das Informationsziel erreicht zu haben. In knapp zwei Drittel aller Fälle (64%) wird auch der Erfolg als gut eingeschätzt.

Die Seniorenberater der beiden Anlaufstellen vermitteln die Ratsuchenden – insbesondere bei komplexeren Problemlagen – in mehr als der Hälfte der Fälle vor allem an Pflegekassen (41%) sowie an Pflegeeinrichtungen (Heimleitung, Träger, Heimbeirat) (30%) weiter. Aktiv tätig wurden die Anlaufstellen selbst nur bei etwa jeder fünften Anfrage. Somit wird die Zielsetzung der Hilfe zur Selbsthilfe ohne zu starke Einflussnahme größtenteils verwirklicht. Ihre eingeschränkte Handlungskompetenz schätzen die Seniorinnen und Senioren insbesondere bei komplexeren Fällen als problematisch ein.

Die Seniorenräte bestätigen die hohe Bedeutung der Fortbildung für ihre Tätigkeit. Über die angebotenen Inhalte hinaus wünschen sie Schulungen in den Bereichen EDV/Dokumentation, Situation in den Heimen sowie Organisations- und Kooperationsbeziehungen. Außerdem sollte der Einstieg durch Hospitationen in den Heimen sowie durch Austausch mit erfahrenen Seniorenräten gefördert werden. Für die praktische Tätigkeit wird die Bedeutung eines engen Kontakts zu den Einrichtungen hervorgehoben, zum einen um das eigene Dienstleistungsangebot überhaupt bekannt zu machen, zum anderen aber auch um Hemmungen bei Bewohnerinnen und Bewohnern (Angst vor Repressalien nach der Beschwerde) und Personal (Angst vor Kontrolle) der Einrichtungen abzubauen. Die primären Kooperationspartner der Anlaufstellen waren vor allem die Altenhilfefachberatung sowie die Heimaufsicht der Kommunen. Die Seniorenräte bewerteten die Kooperation positiv. Die Kooperationspartner schätzen die Arbeit der Anlaufstellen positiv ein, wobei allerdings eine Heimaufsicht angab, dass überhaupt keine Zusammenarbeit bestand. Als problematisch werden die „Anonymität“ der Anlaufstellen sowie deren zum Teil erschwerte Erreichbarkeit bewertet. Von grundlegender Bedeutung sei der kontinuierliche enge Kontakt zu den stationären Pflegeeinrichtungen. Von Seiten der Ratsuchenden liegen nur sehr spärliche Angaben über deren Einschätzung der Anlaufstellen vor. Bei einer grundsätzlich positiven Bewertung wird auch von ihnen die mangelnde Handlungskompetenz als problematisch eingeschätzt. Der z. B. von Seniorenräten ansatzweise übernommenen advokatorischen Funktion fehlt in erster Linie die rechtsberatende und rechtsvertretende Kompetenz.

Trotz der generell positiven Einschätzung der Tätigkeit der Anlaufstellen muss angesichts der geringen Inanspruchnahme der beiden Standorte (zusammen nur 56 Beratungen in einem Jahr), den voraussetzungsreichen Rahmenbedingungen für deren Arbeit (Angewiesenheit auf ein Netzwerk von Fachberatungsstellen und Fachkräften) sowie des hohen zeitlichen Aufwands für intensive Öffentlichkeitsarbeit und vertrauensbildende Maßnahmen ein ungünstiges Verhältnis von Aufwand und Ertrag für diese Variante des Verbraucherschutzes im stationären Pflegebereich festgestellt werden. Eine zur Komplettierung des Beratungsspektrums wünschenswerte Ausweitung auf den Bereich der ambulanten Pflege ist aus Kompetenz- und Kapazitätsgründen nicht geplant.

3.3.3.2 *Unterstützung der Interessenvertretung der Heimbewohner gegenüber dem Heimträger*

Seniorenräte sollen die Heimbeiräte bei ihrer Arbeit unterstützen und somit ermöglichen, dass pflegebedürftige Menschen ihre Interessen im Heim so lange wie möglich eigenständig und selbstverantwortlich wahrnehmen können. Durch das Projekt wurde ein Modell der Unterstützung der Interessenvertretung von Heimbewohnern durch Seniorenräte entwickelt und beispielhaft in sechs ausgewählten Pflegeeinrichtungen unterschiedlicher Trägerschaft erprobt. Die Seniorenräte arbeiteten dabei direkt in den stationären Pflegeeinrichtungen mit den Heimbeiräten helfend und unterstützend zusammen, damit diese in die Lage versetzt werden, ihr Mitwirkungsrecht in der Gestaltung der Lebenswelt Heim besser wahrzunehmen.

Als Anforderungsprofil für die ehrenamtlich Tätigen wurde neben der Bereitschaft, sich regelmäßig und verbindlich zu engagieren, Kontaktfreudigkeit, Sensibilität, eine stützende und wertschätzende Haltung gegenüber den Heimbeiräten, Moderationsfähigkeiten, Kenntnisse der rechtlichen Rahmenbedingungen sowie Verschwiegenheit identifiziert. Dieses Profil deckt sich in weiten Teilen mit dem der in den Anlaufstellen tätigen Seniorenräte.

Von großer Bedeutung für diesen Projektteil ist die Novellierung des Heimgesetzes bzw. der Heimmitwirkungsverordnung (HeimMitwirkungsV) vom Juli 2002. Konnten zu Beginn der Projektlaufzeit externe Personen nach § 17 Abs.4 der alten Fassung der Verordnung nur auf Initiative des Heimbeirates und lediglich als Gäste in beratender Funktion hinzugezogen werden, können nun externe Heimbeiräte nach § 3 Abs.2 der aktuellen Fassung in Übereinstimmung mit den Zielsetzungen des Projektes eine wesentlich aktivere Funktion übernehmen als in der Vergangenheit.

Nach Vorstellung in den Einrichtungen und Zustimmung der Heimbeiräte und Heimleitungen konnten in vier freigemeinnützigen sowie je einer privaten und kommunalen Einrichtung Seniorenräte in beratender Funktion eingesetzt werden. Zur Möglichkeit des gegenseitigen Austausches sowie Ergänzung, zur Abwesenheitsvertretung und Verringerung der zeitlichen Belastung waren aus je zwei Seniorenräten bestehende Teams geplant. Ein derartiges Vorgehen ließ sich wegen Ablehnung der Heimbeiräte bzw. -leitungen oder wegen des Mangels eines geeigneten Partners nur in einer Einrichtung realisieren. Die Grundlage für die Ergebnisdarstellung bestand neben Interviews v. a. in der Auswertung der Dokumentationen der Heimbeiratssitzungen.

Das breite Spektrum der Größe (26–164 Bewohner), Existenz und Anteile von Kurzzeit- und Tagesplätzen sowie von betreuten Wohnungen der einbezogenen Heime spiegelten die Vielfalt der stationären Pflegeeinrichtungen wider. So unterschieden sich in den sechs Heimen die Altersstruktur der Bewohner sowie der Grad deren Pflegebedürftigkeit erheblich. Die Anzahl der Heimbeiratsmitglieder pro Einrichtung wies mit ein bis sechs Personen ebenfalls eine große Spannweite auf, die z. T. nicht mit der Bewohnerzahl korrespondiert.

Anhand der Teilnahme der Seniorenräte an den Sitzungen der Heimbeiräte konnte festgestellt werden, dass lediglich in drei Einrichtungen funktionierende Beiräte existierten, von denen jedoch zwei sehr stark von den Heimleitungen dominiert wurden. In den restlichen drei Einrichtungen fanden nur in zwei überhaupt Sitzungen statt, die allerdings durch schwere gesundheitliche Beeinträchtigung oder gar Demenz der Heimbeiräte weitgehend ineffizient waren. Die Beiratsarbeit findet in derartigen Fällen lediglich in Form von allgemeinen Gesprächen in der Art eines „Kaffeekränzchens“ statt, die eigentliche Zielsetzung im Sinne einer Optimierung der Wohn- und Pflegesituation im Heim wurde nicht thematisiert.

Die Ehrenamtlichen konnten durch ihr Engagement in allen funktionierenden Beiräten deutliche inhaltliche und organisatorische Verbesserungen der Beiratsarbeit erreichen und durch Übernahme von Arbeiten und Aufgabenstellungen die Reaktivierung eines bislang funktionsunfähigen Beirates erreichen. In den restlichen zwei Einrichtungen konnten jedoch keine funktionierenden Gremien zur Vertretung der Interessen der Heimbewohner aufgebaut werden.

Das Tätigkeitsprofil der Ehrenamtlichen zur Unterstützung der Beiräte bestand in der Strukturierung der Beiratsarbeit durch Erstellung von Einladungen, Vordrucken, Protokollen und Ähnlichem. Weiterhin übten die Seniorenräte moderierende Funktionen aus, indem sie die Diskussionsabläufe strukturierten und die Beiräte bei der für eine wirksame Interessenvertretung nötigen Perspektivenübernahme unterstützten und sie zu eigenen Äußerungen motivierten. Diese Unterstützung unter Einbringung einer externen Sichtweise der zu behandelnden Themen führte zu wesentlich sachlicheren Diskussionsabläufen, gesteigerter Aktivität der Beiräte sowie zu einer dauerhafteren, ergebnisorientierteren Behandlung von Themen.

Themen für die Beiratsarbeit waren neben organisatorischen Fragen wie Kosten, Essens- und Weckzeiten, Speiserversorgung, Wäscheversorgung, Freizeitgestaltung und Raumfragen auch atmosphärische bzw. ethische Fragen wie Sterben und Tod, Belastung/Zeitmangel des Pflegepersonals sowie Umgang mit schwierigen, dominanten oder Demenzkranken Bewohnern. Weiterhin wurden rechtliche Fragen zum Heimgesetz, zur Hausordnung, zu Beratungsstellen, zu Patientenverfügungen, aber auch aktuelle Themen wie die Einführung des Euro behandelt.

Eine Befragung der Heimbeiräte über die Auswirkungen der Unterstützung ergab in allen vier befragten Einrichtungen weitgehend übereinstimmende Antworten. So wurde die Zusammenarbeit als gut und angenehm empfunden und als Bereicherung erfahren. Die organisatorische Unterstützung wird als Erleichterung erlebt und insgesamt entwickelte sich ein Gefühl der Sicherheit, das wiederum die Eigeninitiative der Heimbeiräte förderte. Die Unterstützung sollte im angebotenen Umfang von Dauer sein.

Für eine funktionierende Unterstützung der Beiräte durch Seniorenräte ist neben der Gewährleistung einer Zusammensetzung der Heimbeiräte aus Bewohnern mit weitgehend intakter psychischer und physischer Konstitution sowie der Unterstützung durch die Einrichtungen eine kontinuierliche Präsenz der Freiwilligen in den Einrichtungen unverzichtbar. Darüber hinaus

müssen klare Vereinbarungen über die Aufgaben der Beteiligten (Heimbeiräte, Heimleitung, Ehrenamtliche) getroffen werden.

Im Falle der Unterstützungsarbeit der Heimbeiräte durch ehrenamtliche Seniorenhelferinnen bzw. -helfer ist das Verhältnis von Aufwand und Ertrag als positiv zu bezeichnen. Allerdings ist für einen vom Heimgesetz sowie der Heimmitwirkungsverordnung intendierten flächendeckenden Einsatz von gewählten Externen bzw. von sachkundigen nicht stimmberechtigten Unterstützungspersonen bislang nicht geklärt, wie die notwendige erhebliche Anzahl ehrenamtlich Engagierter gewonnen werden und wie deren Schulung und fachliche Begleitung geregelt bzw. organisiert werden soll. Das Heimgesetz sieht bei Entdeckung eines nicht (mehr) funktionsfähigen Heimbeirates die Bestellung von – je nach Größe der Einrichtung ein bis drei – sog. Heimfürsprechern zur Übernahme der Aufgaben des Heimbeirats vor. Einer solchen Aufgabenübertragung per Dekret sollte durch intensive Bemühungen bezüglich der Rekrutierung von engagierten Bürgerinnen und Bürgern präventiv entgegengewirkt werden.

Die informatorische und partiell auch advokatorische Funktion des Verbraucherschutzes im stationären Versorgungssektor ist durch die Unterstützungsarbeit freiwillig engagierter Seniorinnen und Senioren für die Heimbeiräte bzw. durch die Mitarbeit gewählter Externer sehr gut realisierbar. Vor allem die durch zunehmende Hochaltrigkeit der Heimbewohnerinnen und -bewohner bedingte eingeschränkte Handlungsfähigkeit des Gremiums kann auf der Basis dieser externen Unterstützungspotenziale zumindest partiell kompensiert werden. Mit einer flächendeckenden Unterstützungsstruktur für Heimbeiräte auf der Basis freiwilligen Seniorenengagements kann ein Instrument des Verbraucherschutzes installiert werden, das einen niederschweligen Zugang für einen „internen“ Interessenausgleich zwischen Nutzern und Anbietern stationärer Heimversorgung gewährleistet. Durch die Novellierung der Heimmitwirkungsverordnung wurde die sinnvolle Möglichkeit der Integrierung von Externen geschaffen.

Die im Heimgesetz festgeschriebenen Interessenvertretungsrechte der Heimbeiräte – auch in ihrer für externe Hilfe geöffneten Form – sind in unterschiedlichem Ausmaß dem von ökonomischen Zwängen bestimmten Wohlwollen der Trägereinrichtungen ausgeliefert (einziges Druckmittel ist der Gang an die Öffentlichkeit). Der Versuch, externe Unterstützung der Heimbeiräte durch Ombudspersonen (geschulte Ehrenamtliche) zu organisieren, schafft hier auch keine wesentliche Stärkung advokatorischer Durchschlagskraft. Von Ombudsstellen, die von Dacheinrichtungen des Diakonischen Werkes oder einzelnen Kommunen (z. B. Kreis Schwäbisch-Hall) eingerichtet wurden, können kritisch-konstruktive Diskurse und Anregungen ausgehen, allerdings nur dann, wenn die rechtlich selbstständig agierenden Heimeinrichtungen auf freiwilliger Basis zur Kooperation bereit sind. Verbraucherschutz im Sinne einer rechtsberatenden und rechtsbeschaffenden Funktion ist mit den bisherigen Organisationsformen der Interessenvertretungen von Heimbewohnern nicht realisierbar.

Es kann auch nicht erwartet werden, dass durch eine solchermaßen entfaltete lokale Bürgerbeteiligung vorhandene Defizite oder „gefährliche“ Pflege in Heimen wirkungsvoll unterbunden werden könnte. Hierfür sind auch die in diesem Sinne angedachten Anlaufstellen nur unzulänglich geeignet. Zur Sicherstellung einer weiterreichenden advokatorischen Funktion des Verbraucherschutzes in der Heimversorgung bedarf es einer unparteiischen, offiziellen und formellen Charakter ausweisenden Beschwerdestelle (z. B. beim Amt für Altenhilfe oder einer entsprechenden Instanz), die ähnlich den Verbraucherzentralen im ambulanten Pflegesektor wirksame Schritte z. B. über die Heimaufsicht oder durch juristischen Beistand einleiten kann.

Beide Projektteile haben sich nach Ansicht des Trägers in der Praxis bewährt und werden fortgesetzt. Darüber hinaus konnte in Stuttgart eine weitere Anlaufstelle eingerichtet werden, die mit zwei von der Stadt Stuttgart finanzierten und beim Landesseniorenrat angestellten professionellen Mitarbeitern besetzt wurde. Durch Förderung des Sozialministeriums Baden-Württemberg konnten zwei Broschüren „Anlaufstelle Pflege im Heim – Ein Leitfaden für Seniorenräte“ sowie „Mitwirkung im Heim – Unterstützung der Heimbeiräte“, jeweils in einer Auflage von 10.000 Exemplaren, gedruckt werden. Die Broschüren enthalten Informationen über die Vorarbeiten und notwendigen Voraussetzungen, Öffentlichkeitsarbeit und Empfehlungen für die praktische Arbeit in Anlaufstellen sowie über Aufgaben, Rechte und Pflichten von Heimbeiräten und persönlichen Voraussetzungen für die Unterstützung von Heimbeiräten. Die Resonanz in der Bevölkerung war derart groß, dass die erste Auflage schnell vergriffen war.

Mit Mitteln der Robert-Bosch-Stiftung, die dem Landesseniorenrat einen Zuschuss zur Durchführung des Qualifizierungsvorhabens „Freiwilliges Engagement in Heimbeiräten“ bewilligt hat, können ab 2004 etwa 80 externe Personen für ein späteres Engagement als externer Heimbeirat geschult und von *aku* begleitet werden, damit auf der Basis der gewonnenen Erfahrungen die Grundlagen für spätere flächendeckende Schulungen geschaffen werden. Die Schulungsinhalte basieren dabei auf den im Projekt vermittelten und von den Seniorenräten als sinnvoll bestätigten Inhalten.

Für den Transfer des Projektteils Anlaufstellen erscheint aus Sicht der Begleitforschung Folgendes empfehlenswert. Der Aufbau und der Betrieb von Anlaufstellen durch Seniorenräte erscheint nur in Verbindung bzw. im Anschluss an eine Tätigkeit der Seniorenräte als Unterstützer des Heimbeirats sinnvoll, da nur so zunächst Vertrauen in den Einrichtungen aufgebaut werden und eigene, für die Beratungstätigkeit wichtige Erfahrungen gewonnen werden können. Ein derartiges abgestuftes Vorgehen wirkt förderlich auf den Bekanntheitsgrad und damit auch auf die Inanspruchnahme der Anlaufstellen. Die Empfehlung aus dem Modellprojekt geht daher in die Richtung, zunächst die Unterstützung der Heimbeiräte flächendeckend aufzubauen, auch als Voraussetzung für die Einrichtung von externen Anlaufstellen zu Fragen und Problemen im Pflegeheim. Durch die Mitwirkung im Heimbeirat können sich die Seniorenräte als seriöse und kompetente Ansprechpartner zu Fragen und Problemen im Pflegeheim bekannt machen und sich im Laufe der Zeit auch als interne Anlaufstelle etablieren. Bei Behinderungen der Beirats-

arbeit, komplexeren Fragestellungen sowie zum eigenen Erfahrungsaustausch sind die Anlaufstellen auch für die Seniorenräte in den Heimbeiräten ein wichtiger Ansprechpartner.

Menschen im Heim können oftmals ihre Interessen nicht angemessen vertreten, weil sie sich von der Heimleitung abhängig fühlen oder kognitiv beeinträchtigt sind. Freiwillig Engagierte, die als Externe Mitglied des Heimbeirats werden und für diese Tätigkeit eine entsprechende Qualifikation erhalten, unterstützen durch Organisation und Moderation der Arbeit des Heimbeirats wirkungsvoll die Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner (Stuttgart LaSenRa).

3.3.4 Zusammenfassende Bewertung und Empfehlungen

Die beiden Projekte fokussierten auf unterschiedliche Versorgungsbereiche (Mainz – ambulante Pflege; Stuttgart – stationäre Pflege). Eine wünschenswerte Bündelung des Angebotes für den gesamten Bereich Pflege ist in Mainz angestrebt, bedarf jedoch zusätzlicher Ressourcen. Die Projekterfahrungen zeigen zahlreiche Übereinstimmungen (siehe Übersicht 3.3 2).

Übersicht 3.3 2: Praktische Relevanz der Arbeitsfelder in beiden Modellprojekten zum Verbraucherschutz

Arbeitsfeld	Mainz ambulante Pflege	Stuttgart stationäre Pflege
Beratung und Information	●●●	●●●
Checkliste / Broschüren	●●	●●
Beschwerdemanagement	●	●
Rechtsberatung	●●	-
direkter Kontakt	●	●
Öffentlichkeitsarbeit	●●●	●●●
Schulung / Fortbildung	-	●●

●●● hoher Stellenwert

●● mittlerer Stellenwert

● niedriger Stellenwert

- nicht möglich bzw. notwendig

Den höchsten Stellenwert hat jeweils das Beratungs- und Informationsangebot, was auf einen hohen diesbezüglichen Bedarf sowohl für die ambulante als auch für die stationäre pflegerische Betreuung in der Bevölkerung hinweist.

Die während der Projektarbeit als am wichtigsten erkannten Informationen wurden entsprechend aufgearbeitet und in Form der Checkliste „Wegweiser Pflegedienste in Mainz“ bzw. den beiden Broschüren „Mitwirkung im Heim“ und „Anlaufstelle Pflege im Heim“ der Bevölkerung zur Verfügung gestellt und von dieser auch in starkem Maße nachgefragt.

Ein weiteres Hauptziel beider Projekte, das Beschwerdemanagement, hat zwar eine große konzeptionelle Bedeutung für den Verbraucherschutz, dieser Bereich ist in der täglichen Arbeit beider Projekte quantitativ jedoch eher von untergeordneter Bedeutung gewesen. Dennoch kommt der Gewährleistung des Beschwerdemanagements insbesondere aus der Perspektive der Qualitätssicherung eine hohe Bedeutung zu. Im Rahmen der Evaluation der Tätigkeit von Beschwerdestellen (z. B. München, Schleswig-Holstein) wurde deutlich, dass von den Einrichtungen wichtige Diskussionsprozesse eingeleitet werden, die in der Folge zahlreiche qualitative Verbesserungen der Versorgung mit Pflegeleistungen bewirken. Beschwerdestellen sollten in erster Linie von den Kommunen selbst oder in Kooperation der Kommunen mit Verbraucherzentralen bzw. anderen geeigneten Organisationen vorgehalten werden.

Der Bereich Rechtsberatung konnte nur im Projekt Mainz durch die dort vorhandenen Kompetenzen (professionell, juristisch) realisiert werden. In Stuttgart wurde dieser Aspekt allenfalls am Rande durch Weitergabe allgemeiner Informationen behandelt. Gewissermaßen als präventives Beschwerdemanagement und Stärkung der Klientensouveränität zugleich ist die im Modellprojekt Mainz erfolgte juristische Sicherstellung der Vertragsqualität durch Überprüfung der Ausgestaltung der Allgemeinen Geschäftsbedingungen in den Verträgen der ambulanten Pflegedienste zu werten (Ermöglichung einer freiwilligen Selbstkontrolle der Leistungsanbieter durch empfohlene Übernahme von Änderungen in ihren Pflegedienstverträgen sowie Festschreibung genereller qualitätssichernder Standards in Musterverträgen). Die große Anzahl festgestellter Mängel in den Pflegeverträgen unterstreicht die hohe Bedeutung der Vertragsüberprüfung durch kompetente unabhängige Institutionen.

Bei komplexer Ausgangslage bzw. vielfältigem Versorgungsbedarf kann auch ein direkter Kontakt zwischen Ratsuchenden und den Beratenden in Form von Haus- oder Heimbisuchen notwendig werden. Von beiden Projekten wurde die herausragende Bedeutung des Bereiches Öffentlichkeitsarbeit erkannt. An beiden Standorten waren zur Bekanntmachung der Angebote intensive und kontinuierliche Bemühungen notwendig. Das Projekt in Mainz konnte ohne explizit geplante Schulungen/Fortbildungen realisiert werden, da hier professionelle Akteure interagierten. In Stuttgart wurden Verbraucherschutzaufgaben an Freiwillige übertragen, die vor Aufnahme ihrer Tätigkeit entsprechend geschult werden mussten.

Die ratsuchenden Bürgerinnen und Bürger stehen in zunehmendem Ausmaß trotz vorhandener Beratungs- und Informationsdienste vor einem Dickicht von Hilfeangeboten, Hilfeanbietern, stationärer Hilfe und Kostenträgern. In allen Versorgungsregionen sollte daher ein abgestuftes und abgestimmtes Angebot von Beratungs- und Informationsleistungen vorgehalten werden. Je

nach körperlicher oder geistiger Gebrechlichkeit der Ratsuchenden stellt sich der Beratungsprozess als einfache, kurze (Telefon-)Information dar oder auch als intensive Betreuung unter Ermittlung der individuellen Bedürfnislage per Haus- oder Heimbisuch sowie Unterstützung bei der Entscheidungsfindung und der Begleitung in der Umsetzungsphase, womit letztlich ein Case Management realisiert wird. Angesichts der Angebotsvielfalt und Heterogenität der einzelnen Beratungsangebote sollten die politisch Verantwortlichen auf den verschiedenen Ebenen (Staat, Land, Stadt, Kommune) auf die Vollständigkeit der Angebote achten. Falls möglich, sollte keine Aufsplitterung der Angebote nach einzelnen Krankheitsbildern sowie Versorgungsbereichen erfolgen. Außerdem sollte ein zentraler Zugang zu den verschiedenen Angeboten eingerichtet werden, wie dies beispielsweise in Holland mit einer zentralen Telefonnummer gegeben ist.

Hinsichtlich der Rechtssicherheit von Verbraucherschutzdienstleistungen und angesichts der deutlichen Hinweise auf zahlreiche Defizite in den Bereichen Vertragsgestaltung und Leistungsansprüche ist es besonders wichtig, die im Verbraucherschutz Tätigen mit einer entsprechenden Legitimation auszustatten, wie dies für die Verbraucherschutzzentralen schon gilt. Durch neutrale Vermittlung von Informationen können hier drohende rechtliche Auseinandersetzungen verhindert und in der Bevölkerung ein höheres Niveau an Rechtssicherheit geschaffen werden. Wichtige Impulse hinsichtlich der Rechtssicherheit der Beratung werden von der voraussichtlich in Kürze zu erwartende Novellierung des Rechtsberatungsgesetzes ausgehen. Hiervon werden wahrscheinlich auch die Beratungsstellen der freien Wohlfahrtsverbände profitieren.

Durch eine ausführliche und aussagekräftige Dokumentation der Nachfragesituation sowie der sich hieraus ergebenden Beratungsangebote und des Beratungsergebnisses sollte eine interne Qualitätssicherung und durch Einrichtung einer verbindlichen Plattform für einen überregionalen Leistungsvergleich die Möglichkeit der Etablierung von Qualitätskriterien und -standards geschaffen werden.

Angesichts des wachsenden Marktes für Anbieter ambulanter Pflegedienstleistungen mit hohen Fluktuationsraten und einer steigenden Zahl orientierungs- und beistandssuchender alter Menschen erscheint es unter den derzeit gültigen rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen sinnvoll und empfehlenswert, die sozialarbeiterischen und betreuungs- und pflegebezogenen Kompetenzen von Altenhilfeberatungsstellen mit den interessenunabhängigen Beratungs-, Rechts- und Informationskompetenzen der Verbraucherzentralen sowie der persönlichen Erfahrungskompetenz der Selbsthilfeorganisationen zu verknüpfen. Generell sollten durch Aufbau eines Netzwerkes die spezifischen Kompetenzen einzelner Akteure genutzt werden und man sollte soweit wie möglich auf vorhandenen Strukturen aufbauen (s. Kapitel 3.1).

Eine Reihe von Untersuchungen belegt die hohe Akzeptanz der unabhängigen Beratung durch Verbraucherzentralen in der Bevölkerung.¹⁸ Beispielsweise bewerten sowohl Experten als auch Klienten die Pflegeberatung der Verbraucherzentrale NRW sehr positiv. Die Ratsuchenden empfinden die Beratung als glaubwürdig, vertrauenswürdig und unbürokratisch und bewerten sie insgesamt als wichtige Einrichtung. Experten beschreiben die Pflegeberatung als dem Pflegegesetz gerecht werdende zentrale Einrichtung, die sich als zeitgemäß, neutral und von den Kunden akzeptiert erweist.¹⁹ Über die genauen Präferenzen der Bürgerinnen und Bürger bezüglich der Organisationsform und Trägerschaft werden derzeit durch die Begleitforschung der Patientenberatungsstellen nach § 65b SGB V wichtige Erkenntnisse gewonnen, die im nächsten Jahr publiziert werden.

Dem Bereich Öffentlichkeitsarbeit muss in Analogie zu anderen Vorhaben gerade in der Aufbauphase von Verbraucherschutzstrukturen ein wesentlicher Stellenwert beigemessen werden. Damit ist auch verbunden, dass die erforderlichen personellen und sächlichen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Öffentlichkeitsarbeit muss den folgenden Kriterien gerecht werden:

- **professionell** – Öffentlichkeitsarbeit darf nicht nur nebenbei durchgeführt werden und bedarf zumindest in der Konzeption professioneller Unterstützung.
- **permanent** – Öffentlichkeitsarbeit muss kontinuierlich durchgeführt werden.
- **pulsierend** – Öffentlichkeitsarbeit muss Schwerpunkte setzen, über „highlights“ berichten und dabei die unterschiedlichsten Medien einsetzen.
- **peripher** – Öffentlichkeitsarbeit darf nicht nur zentral erfolgen, sondern muss durch geeignete Initiativen die Bürgerinnen und Bürger in ihrem Lebensumfeld erreichen.

Ebenso wie die Zusammensetzung der für den Verbraucherschutz tätigen Organisationen und die Ausgestaltung der Einzelmaßnahmen sollte auch die Sicherung der Finanzierung erfolgen. Dabei werden die Kernaufgaben der einzelnen Akteure (z. B. Beratung durch Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände, Kommunen, Pflegekassen, Vereine) in gewohnter Art und Weise von den für sie zuständigen Trägern finanziert. Bei einer Übertragung von Aufgaben beispielsweise an Verbraucherschutzorganisationen muss deren Finanzierung gesichert werden. Zur Sicherung eines erforderlichen „Überbaus“ mit Aufgaben wie Aufbau und Pflege der Vernetzung und Kooperation sowie der Etablierung und Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung sollte ein Finanzierungspool mit Beiträgen von Sozialversicherungsträgern, Kommunen, Verbänden und Leistungserbringern gebildet werden.

Als Fazit der Analyse des Verbraucherschutzes im Modellprogramm ‚Altenhilfestrukturen der Zukunft‘ kann ein Anforderungsprofil erstellt werden, dessen Kriterien als grundlegend für einen Verbraucherschutz identifiziert werden können, der den Bedürfnissen älterer Menschen gerecht wird:

¹⁸ z. B. EMNID-Studien aus den Jahren 1994 und 1999

¹⁹ *imug* Beratungsgesellschaft Evaluation der Pflegeberatung der VZ NRW (2000)

- **Kompetenz** – Der Verbraucher muss sich darauf verlassen können, dass die ihm gegebenen Informationen zum einen verständlich, zum anderen aber auch dem aktuellsten Kenntnisstand entsprechen. Da bei einer derart komplexen Angebotslage niemand Spezialist für alle Leistungen sein kann, bedarf es des Zusammenwirkens der Einzelkompetenzen verschiedenster Akteure.
- **Unabhängigkeit/Neutralität** – Die zur Verfügung gestellten Informationen dürfen nicht von konkurrierenden Interessenslagen, der Notwendigkeit von Kosteneinsparungen oder gar des „Verkaufs“ eigener Dienstleistungen beeinflusst werden. Da kein einzelner Akteur dieses Kriterium vollständig erfüllen kann, müssen geeignete Kooperationsstrukturen zwischen den im Bereich Verbraucherschutz tätigen Akteuren etabliert werden.
- **Weisungsunabhängigkeit** – Der als Berater/Begleiter agierende Verbraucherschützer sollte in allen Fällen die Interessen des Ratsuchenden/Hilfebedürftigen vertreten können, und nicht durch etwaige institutionelle Vorgaben oder Anbindung diesbezüglich Einschränkungen ausgesetzt sein.
- **Glaubwürdigkeit** – Die für den Verbraucherschutz tätige Institution muss von Seiten der Bevölkerung hinsichtlich der erstgenannten Kriterien anerkannt sein.
- **Durchsetzungsfähigkeit** – Den Bürgerinnen und Bürgern muss die Sicherheit vermittelt werden, dass die für den Verbraucherschutz tätigen Organisationen und Personen mit den erforderlichen Kompetenzen ausgestattet sind, um „Rückrat“ zeigen zu können, damit auch in komplizierten oder aufwändigen Fällen verlässlich die Interessen der Ratsuchenden vertreten werden und auch vor Widerständen nicht zurückgeschreckt wird.
- **Sichtbarkeit/Transparenz** – Die Zielsetzungen der einzelnen Akteure sowie das Spektrum von deren Verbraucherschutzdienstleistungen muss durch entsprechende Aktivitäten bekannt gemacht werden. Hierzu ist auch die Aufbereitung von Informationsmaterialien zu rechnen.
- **Erreichbarkeit/Niederschwelligkeit** – Verbraucherschutz muss sowohl physisch (zentrale Lage, rollstuhlgerecht, etc.) als auch psychisch/emotional (keine Ängste als Bittsteller aufzutreten, keine „Amtsstubenatmosphäre“) leicht erreichbar sein. Gerade bei älteren Menschen sind Anrufbeantworter oftmals kontraproduktiv. Persönliche Ansprechpartner sind daher wenn irgend möglich vorzuziehen.
- **Individualität** – Verbraucherschutz im Bereich pflegerischer Dienstleistungen soll immer auf die individuelle Bedürfnislage der Hilfesuchenden und ihrer Angehörigen ausgerichtet sein. Selbst bei ausgeprägten kognitiven Defiziten der Betroffenen ist es stets notwendig, deren individuelle Wünsche soweit wie möglich in Erfahrung zu bringen und bei der Realisierung zu unterstützen.
- **Interregionalität** – Das Spektrum des Verbraucherschutzes soll zum einen regionale Schwerpunktsetzungen und Aufgabenübernahmen einzelner Akteure fördern und unterstützen. Es soll jedoch durch überregionalen Austausch und Abgleich verhindert werden, dass „Inseln“ mit hervorragendem bzw. brachliegendem Verbraucherschutz entstehen. Hierzu gehören auch entsprechende Förderprogramme für strukturschwache Regionen (z.B. in

den neuen Bundesländern). Zudem erleichtern gleiche oder wenigstens ähnliche Strukturen die Orientierung im Falle eines Wohnungswechsels in eine andere Region.

Die Einhaltung der Kriterien wird umso notwendiger, weil sich der „Markt“ von Dienstleistungen für (hilfsbedürftige) Bürgerinnen und Bürger angesichts der großen Zahl von solitär oder institutionell handelnden Dienstleistungserbringern (Ärzte, Therapeuten, Pflegedienste, soziale Dienste etc.), Kostenträgern (Pflege-, Krankenkassen, Sozialhilfe) und sonstigen Organisationen als sehr unübersichtlich erweist.

Aus Sicht der Begleitforschung spielen ehrenamtliche Personen sehr wohl eine wichtige Rolle bei der Umsetzung der informatorischen Funktion des Verbraucherschutzes. Advokatorische Funktion und Interessenvertretung der in der Regel hochaltrigen und nur noch bedingt handlungs- und entscheidungsfähigen Klientel sollten hingegen in die Verantwortung professionell tätiger Personen übergeben werden, die einen standardisierten und qualitätsgesicherten Verbraucherschutz in einem entsprechend institutionell abgesicherten Handlungsrahmen gewährleisten können. Ein Auf- bzw. Ausbau von Kooperationsstrukturen zwischen den beiden sich prinzipiell ergänzenden Gestaltungsmöglichkeiten des Verbraucherschutzes im Bereich Pflege ist je nach deren Vorhandensein und Ausprägung im jeweiligen regionalen Versorgungskontext wünschenswert.

Es gilt abschließend herauszustellen, dass es nahezu unmöglich ist, diesen Kriterienkatalog vollständig in allen Facetten zu erfüllen. Ein derartiges Anforderungsprofil an die Ausgestaltung von Verbraucherschutz ist aber sinnvoll und schlüssig und sollte daher je nach regionaler Ausgangslage als Wegbeschreibung oder auch Prüfkriterium die Optimierung des Verbraucherschutzes in der Altenhilfe fördern.

3.4 Konzepte zu stationären Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen

3.4.1 Einleitung

Die wachsende Bedeutung stationärer Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen für die Altenhilfestrukturen der Zukunft beruht darauf, dass eine größer werdende Zahl von Menschen auf Betreuung in Einrichtungen der Altenhilfe angewiesen sein wird. Zurzeit leben ca. 660.000 alte Menschen auf Dauer in einem Heim; etwa 450.000 von ihnen sind pflegebedürftig, und mehr als die Hälfte von ihnen leidet an Demenz oder einer anderen psychischen Störung (Wojnar 2001). Im Jahre 2015 werden nach einer Hochrechnung der Forschungsgruppe „Menschen in Heimen“ über 960 000 Menschen in Heimen leben; etwa zwei Fünftel von ihnen werden über 85 Jahre alt sein (Dörner et al. 2001, S. 34).

Dieser prognostizierte Bedarf an Heimplätzen ergibt sich – abgesehen von einem zu erwartenden Rückgang der familialen Pflegepotenziale (Berger-Schmidt 2003) – aus dem sich abzeichnenden Anstieg von Demenzerkrankungen auf Grund zunehmend höherer Lebenserwartung. Beim Auftreten einer Demenz sind Angehörige mit der Pflege in den meisten Fällen irgendwann überfordert und entschließen sich letztlich für die stationäre Pflege des demenziell Erkrankten; so kommt es dazu, dass zunehmend Demenzkranke in stationären Einrichtungen leben. Die epidemiologische Untersuchung einer für die Stadt Leipzig repräsentativen Stichprobe der über 75-jährigen Einwohner der Stadt ergab, dass 44% der mittelschwer und schwer Demenzkranken stationär versorgt wurden, bei den schwer Demenzkranken war es annähernd die Hälfte (Jakob et al. 2002). Etwa 10–20% der demenzkranken Heimbewohner zeigen ausgeprägte Verhaltensstörungen (Wojnar 2001).

Somit ist davon auszugehen, dass die Zahl der alten Menschen, die in stationären Einrichtungen leben, in den nächsten Jahren anwachsen wird und dass die Situation in den Einrichtungen in hohem Maße von der Demenzproblematik bestimmt sein wird. Dabei wird die derzeitige Ausgestaltung stationärer Pflege, v.a. die der Demenzkranken, sowohl in der Fachöffentlichkeit als auch in der breiten Bevölkerung sehr kritisch gesehen.

In der Diskussion zur stationären Versorgung Demenzkranker lassen sich in den letzten Jahren im Wesentlichen drei Schwerpunkte feststellen: die Kritik an den Rahmenbedingungen der Versorgungssituation, die Diskussion einer Vielzahl von Betreuungskonzepten im Kontext integrativer Pflege und die Forderung neuer Formen des Wohnens mit der Diskussion ihres Ertrags.

Ein wichtiger Kritikpunkt an der Heimpflege ist deren somatische Orientierung, die nach Meinung einiger Autoren durch eine Qualitätssicherung, die vorrangig an der Struktur- und Prozessqualität orientiert ist (DIN-EN-ISO-Typ) noch verstärkt zu werden droht (Gröning 1997). Gerade Demenzkranke leiden in konventionellen Pflegeeinrichtungen: Durch inadäquate Reize,

Mangel an demenzgerechter Kommunikation und Fehlen von kompetenzfördernden Aktivitäten entstehen im Laufe der Zeit z. T. ausgeprägte Antriebs- und/oder Verhaltensstörungen (Rovner & Katz 1993). Um solchen Entwicklungen vorzubeugen, sind besondere Betreuungsangebote im Rahmen der Pflege notwendig (Sixsmith et al. 1993). Als besonders defizitär wird die palliativmedizinische Versorgung und die Sterbebegleitung von Heimbewohnern eingeschätzt (Wilkening & Kunz 2003).

Seit geraumer Zeit wird allerdings schon eine Reihe von demenzspezifischen Betreuungskonzepten erprobt und in der Literatur dargestellt. Das vielleicht erfolgreichste, das sowohl für die Pflege im traditionell konzipierten Heim als auch für die neuen Wohnformen relevant ist, ist das der Validation. Es handelt sich um ein auf Akzeptanz und Empathie beruhendes therapeutisches Konzept für das Verständnis, die Kommunikation und den Umgang mit demenzkranken Menschen, das in den 60er- bis 80er-Jahren von der Sozialpädagogin und Gerontologin Naomi Feil entwickelt wurde (Feil 1982/1992). In Deutschland wurde es von Nicole Richard zu einer methodischen Kommunikations- und Umgehensweise mit demenziell erkrankten Menschen abgewandelt und unter der Bezeichnung „integrative Validation“ propagiert (Richard 1996). Ein weiteres Konzept, das sich zunehmend durchsetzt, und ohne das Validation kaum zu leisten ist, ist die Biografiearbeit (Blimlinger et al. 1996), die gerade bei Demenzkranken von großer Bedeutung ist; denn diese leben zunehmend in der Vergangenheit, weil ihr Langzeitgedächtnis am längsten intakt bleibt. Von den Therapieformen, die stark die Sinne ansprechen und in erster Linie auf der Stimmungsebene wirken, ist neben dem „Snoezelen“ vor allem die „basale Stimulation“ weit verbreitet. Letztere wurde in den 70er-Jahren von dem Sonderpädagogen und heilpädagogischen Psychologen Andreas Fröhlich als Behandlungsmethode zur Unterstützung der Persönlichkeitsentwicklung schwerstbehinderter Kinder entwickelt. (Fröhlich 1998). In den 80er-Jahren wurde das Konzept in Zusammenarbeit mit Christel Bienstein von der Universität Witten-Herdecke modifiziert und in die Erwachsenenpflege übertragen. Basale Stimulation kann vor allem im pflegerischen Alltag mit Menschen mit bereits fortgeschrittenen demenziellen Zustandsbildern angewendet werden (Bienstein 1997). Die therapeutische Dimension von Pflege ist der Kern der „Selbsterhaltungstherapie“ nach Romero (Berghoff 1998), ein Behandlungskonzept für Demenzkranke, das zunehmend von den Einrichtungen aufgegriffen wird. Musiktherapie als Kommunikationsmethode wird als „Königsweg“ in der Betreuung Demenzkranker angesehen, weil sie die Schichten der Persönlichkeit anspricht, die sich bei Demenzkranken am längsten erhalten (Grümme 1997, Muthesius 1997). Neben den spezifischen Betreuungskonzepten rückt zunehmend die Notwendigkeit einer multiprofessionellen Betreuung in den Gesichtskreis der Alterswissenschaft und der Praktiker in der Altenhilfe (Gatterer 2003).

Die angeführten und weitere Betreuungs- und Therapiekonzepte bilden ein Mosaik von alternativen und kombinierbaren Elementen für eine angemessene Betreuung demenzkranker Menschen. Sie können aber nur dann wirksam werden, wenn sie im Rahmen eines ganzheitlichen Konzeptes Anwendung finden und ein sogenanntes therapeutisches Milieu entstehen kann. Ihr Einsatz erfordert ein entsprechendes Fachwissen des Pflegepersonals und damit ist ihre Auf-

listung auch ein Katalog von Weiterbildungsthemen. Der größte Teil von ihnen ist in den inhaltlichen Rahmen für die Altenpflegeausbildung, den das Altenpflegegesetz enthält, eingegangen. Damit legt das Gesetz, das am 1. August 2003 in Kraft getreten ist, bundesweit die Grundlage für ein Ausbildungsniveau, das die Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeiter zu einer ganzheitlichen Pflege befähigt.

Eine radikale Folgerung aus der Kritik an der Heimversorgung ist die Forderung nach einer Deinstitutionalisierung, einem Ersatz des Heims durch ein lebensweltliches Netzwerk von diversen Versorgungselementen bzw. durch Wohnformen, die dem Prinzip der Normalität verpflichtet sind (Dörner et al. 2001). International sind zahlreiche Wohnformen entstanden, von denen eine exemplarisch genannt sei: Das „Cantou“, eine Wohnform, die in Frankreich entwickelt wurde – das erste wurde von Georges Caussanel gegründet – und die sich rasch verbreitet hat (Radzey et al. 1999), ist ein gemeinschaftsorientiertes Konzept mit einer wohngruppenähnlichen Struktur. Es hat in Deutschland inzwischen Nachahmer gefunden und viele Aspekte des Konzepts prägen auch die „Hausgemeinschaften“ in Deutschland. Diese stellen für das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) die vierte Generation der Altenpflegeheime und damit deren logische Weiterentwicklung dar und werden vom ihm eindeutig favorisiert (Winter et al. 2002). Ein Hausgemeinschaftskonzept wurde im Rahmen des Modellprogramms realisiert.

Inzwischen liegen Erfahrungen mit einer großen Zahl von Wohnmodellen im In- und Ausland vor (Klie 2003). So beeindruckend diese sein mögen, weil sich in ihnen beispielsweise das Problemverhalten Demenzkranker reduziert oder weil sie dank ihrer Nähe zur Familienbetreuung humaner scheinen als das Heim – im Einzelfall sind auch hier unannehmbare Zustände zu konstatieren. Graber-Dünow weist darauf hin, dass ein modern geführtes Pflegeheim u. U. weniger Merkmale einer Institution aufweist als manche Wohngemeinschaft (Graber-Dünow 2003).

Seit den 80er-Jahren wird diskutiert, ob bei Demenz integrativen oder segregativen Betreuungskonzepten, d.h. der Belegung der Einrichtung sowohl mit Demenzkranken als auch mit kognitiv nicht Beeinträchtigten, oder getrennten Wohnungen bzw. Stationen für die genannten Gruppen der Vorzug gegeben werden soll (Lind 1992, Höft, Paulus 1996). In den USA wurde der segregative Weg mit den sogenannten Special Care Units (SCU) beschritten, Abteilungen in Pflegeheimen für Demenzkranke mit einem erhöhten Betreuungsbedarf, die 1996 mit 7% aller Pflegebetten schon einen beträchtlichen Anteil an den Heimplätzen ausmachten (Leon et al. 1997). Inzwischen scheint sich auch in Deutschland der segregative Ansatz durchzusetzen, der mit einer „Milieugestaltung“ verbunden ist (Heeg 2001, Schäufele, Weyerer 2001). Milieugestaltung verbindet eine die Beeinträchtigungen des Demenzkranken kompensierende räumliche Umwelt mit einer personenzentrierten Betreuung (Bruder 1999). Bei dieser Versorgungsform kann der demenzbedingte Abbau von Fähigkeiten zwar nicht aufgehalten werden, aber das „auffordernde Verhalten“, Verhaltensprobleme, die das Zusammenleben in der Wohneinrichtung und die Betreuung u. U. extrem erschweren, gehen deutlich zurück (Saxton et al. 1998). Ob die positiven Effekte in erster Linie auf das räumliche Milieu oder auf die intensive Betreuung zu-

rückzuführen sind, ist schwer zu entscheiden. Eine Untersuchung zu Special Care Units hob die Wirksamkeit der besseren Ausstattung mit gut ausgebildetem Personal, der Beteiligung von Therapeuten (Musik- und Ergotherapeuten) und der Aktivitäten in kleinen Gruppen hervor (Martichuski et al. 1996). In einem Mainzer Modellprojekt, in dem eine Wohngemeinschaft durch einen ambulanten Dienst betreut wird, kam die wissenschaftliche Begleitung zu dem Ergebnis, dass das Empfinden von Lebensqualität in einer Wohngemeinschaft vorrangig durch positiv gelingende Beziehungen in der Gemeinschaft möglich wird. Diese setzen adäquate rechtliche, finanzielle und organisatorische Strukturen, die das gemeinschaftliche Wohnen unterstützten, voraus (Müller & Hennig 2003).

Eine adäquate stationäre Betreuung Demenzkranker verursacht höhere Kosten als die konventionelle Heimpflege. Vor einigen Jahren wurde im Hamburger Modellprojekt zur besonderen stationären Demenzkrankenbetreuung BestDem (Cappell 2000) eine Kostenschätzung vorgenommen mit dem Ergebnis, dass die Mehrkosten (vor allem Personalkosten!) ca. 500 € monatlich betragen (Damkowski 1994). Präzise können die Kosten nur aufgrund einer rationalen Personalbemessung bestimmt werden. Diese soll das Personalbemessungssystem „Plaisir“ ermöglichen, das in den letzten Jahren erprobt wurde (Gennrich 2002).

Zu einer Reihe der hier skizzierten Fragestellungen hat das Modellprogramm wertvolle Erkenntnisse geliefert. Das vorliegende Kapitel wertet die Ergebnisse bzw. Erfahrungen von insgesamt sieben Modellprojekten aus

- „Implementation von Hausgemeinschaften in eine kleinräumig ausgerichtete Versorgungskette für pflegebedürftige ältere Menschen“ in Dießen
- „Milieuthérapie – Einführung milieuthérapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich mit begleitender Evaluation (MIDEMAS)“ (**M**ilieuthérapeutische **D**emenzwohngruppen **M**annheim/**S**tuttgart) an sieben Standorten in Baden-Württemberg
- „Gerontopsychiatrische Wohngemeinschaft – Diakoniezentrum Bethesda e. V.“ in Eisenberg
- „Forschungsprojekt zur Erfassung der Versorgungssituation von Demenzkranken in Bochum und Umgebung unter besonderer Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse von Betroffenen“ in Bochum
- „Entwicklung einer gerontopsychiatrischen Verbundstruktur in einer ländlichen Region und in einer kreisfreien Stadt“ in Cottbus
- „Alzheimer Zentrum Hamburg“
- „Abschiedsmusik – Musiktherapie mit Demenzkranken und Menschen in der letzten Lebensphase“ in Rendsburg

Abgesehen von dem Bochumer Forschungsprojekt wurden in den meisten der genannten Modelle unterschiedliche Betreuungskonzepte erprobt, die teils von der Einrichtungsform relativ unabhängig, teils an einen Einrichtungstyp gebunden sind. Dabei spielte die Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine zentrale Rolle. Es wurde sowohl demenzspezifisches Wis-

sen vermittelt als auch die Fähigkeit, mit den Demenzkranken zu kommunizieren. Angehörigenarbeit war in einem Modell ein Schwerpunkt, in den Wohnmodellprojekten ein integraler Bestandteil der Konzeption.

In den Kontext stationärer Betreuung gehört auch das Würzburger Modellprojekt „Förderung rehabilitationsorientierter Betreuung im Seniorenpflegeheim durch Entwicklung eines praxisnahen Kooperationsmodells zwischen Seniorenheim und geriatrischer Rehabilitation“. Da es die klar umgrenzte Zielsetzung hat, den Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeitern in Altenpflegeeinrichtungen Kompetenzen der geriatrischen Rehabilitation in zu vermitteln, wird es in Kapitel 3.2 behandelt.

3.4.2 Hausgemeinschaftskonzept

3.4.2.1 Konzeption

Grundgedanke des Hausgemeinschaftskonzepts, das in Dießen konsequent umgesetzt wurde, ist die Aufhebung der Trennung zwischen den Bereichen Hauswirtschaft, Pflege und sozialer Betreuung. Das Konzept der Hausgemeinschaft beruht auf drei Kernelementen, den Prinzipien der

- Dezentralisierung,
- kontinuierlichen Präsenz einer festen Bezugsperson,
- Normalisierung.

Dezentralisierung bedeutet, dass die Hausgemeinschaften weitgehend autonom sind – Planung und Durchführung vor allem der hauswirtschaftlichen Leistungen erfolgen vor Ort, d.h. so weit wie möglich unter Beteiligung der alten Menschen selbst. Damit haben die Mitglieder einer Hausgemeinschaft im Vergleich mit den Bewohnerinnen und Bewohnern konventioneller Heime ein wesentlich höheres Maß an Selbstbestimmung im Sinne einer interesse- und bedürfnisgeleiteten Tagesstrukturierung.

Eine kontinuierlich präsente feste Bezugsperson ist Trägerin der Steuerungskompetenzen für die Alltagsorganisation der Hausgemeinschaft und ergänzt die Kompetenzen der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. kompensiert deren Defizite. D.h., die Präsenzkraft handelt stellvertretend für die Mitglieder der Hausgemeinschaft, insoweit diese nicht in der Lage sind, für sich selbst zu sorgen.

Das Prinzip der Normalisierung bedeutet, dass es sich bei der Hausgemeinschaft um eine familienähnliche Wohn- und Lebensform handelt, die den institutionellen Charakter des Lebens und Wohnens im Heim reduziert und Möglichkeiten der Teilhabe und Teilnahme an sinnhaften Alltagsaktivitäten eröffnet.

Das Konzept der Hausgemeinschaften ist grundsätzlich für pflegebedürftige ältere Menschen aller Pflegestufen, mit oder ohne psychische Veränderungen, geeignet. Es lässt sich realisieren im Rahmen einer vollstationären Betreuung, im Rahmen von Kurzzeitpflege oder im Rahmen von Tagespflege. Damit ist die Zielgruppe zunächst sehr weit gefasst; bei der Zusammenstellung der einzelnen Hausgemeinschaften, die jeweils sieben Bewohnerinnen und Bewohner umfassen, wird aber auf möglichst große Homogenität geachtet. Abhängig von bestehenden Fähigkeiten, gerontopsychiatrischem Betreuungs- und somatisch bedingtem Pflegebedarf der Mitglieder ergeben sich somit unterschiedlich akzentuierte pflegerische Arbeitsschwerpunkte bzw. Betreuungskonzepte und damit ein eigenes Profil für jede einzelne Hausgemeinschaft.

Die Realisierung des Konzepts ist gebunden an eine spezifische Architektur, die in Dießen beim Neubau der Einrichtung gestaltet wurde. Drei zweigeschossige pavillonähnliche Baukörper sind um einen rechteckigen, großzügigen Eingangsbereich gruppiert. Den vierten Flügel bildet ein Altbau, in dem u.a. die Verwaltung und stationäre Hospizplätze untergebracht sind. Auf jeder Etage der Pavillons sind, abgesehen von einem Abstellraum, sieben Ein-Bett-Zimmer um einen Wohn-Ess-Bereich mit einer zu diesem offenen Küche angeordnet. Der eintretende Bewohner gelangt also, nachdem er an der offenen Küche vorbeigegangen ist, durch den zentralen Wohnbereich in sein Zimmer. Im unteren Stockwerk, das einen Zugang zum Garten hat, leben die mobilen, oben die eingeschränkt mobilen Bewohner.

Kern des Konzepts ist die Hauswirtschaft, wobei die Essenszubereitung, die ausschließlich innerhalb der sechs Wohngruppen und nur für den Eigenbedarf erfolgt, im Vordergrund steht. Verantwortlich für die Essenszubereitung ist die jeweilige Präsenzkraft, aber die Mitglieder der Hausgemeinschaft sollen, soweit es ihnen möglich ist, daran teilnehmen. Dies bezieht sich auf die Essensplanung, die die Präsenzkraft gemeinsam mit den Bewohnerinnen und Bewohnern durchführt, wie auch auf die Vor- und Zubereitung der Mahlzeiten, an denen die Bewohnerinnen und Bewohner nach Möglichkeit und Neigung mitwirken.

Durch die intendierte Aufhebung der Arbeitsteilung zwischen Pflege, Hauswirtschaft und sozialer Betreuung ist die Präsenzkraft die wichtigste Mitarbeiterin mit einem breiten Anforderungsprofil und hoher Allgemeinverantwortung. Die Aufgaben, die die Präsenzkraft nicht abdecken kann, werden durch ergänzendes Personal übernommen, im Bereich der Pflege durch den Fachpflegedienst, im Bereich der allgemeinen sozialen Betreuung durch Angehörige der Bewohnerinnen bzw. Bewohner und Ehrenamtliche, im Bereich der Reinigung durch hauswirtschaftliche Hilfskräfte, im Bereich der Wäscheversorgung durch externe Firmen.

Jeweils drei bis vier Präsenzkräfte, die damit das Gros des Personals im Seniorenwohnpark Dießen stellen, sind einer Hausgemeinschaft zugeordnet. Sie kümmern sich in einem ganzheitlichen Sinne um die Belange der Bewohnerinnen und Bewohner der Hausgemeinschaft und organisieren den Alltag. Sie sind sowohl verantwortlich für

- die grundpflegerische Versorgung,

- die allgemeine soziale Betreuung ihrer Klientel (Alltagsorganisation, Tagesstrukturierung),
- die Reinigung des Wohnumfeldes,
- die Wäsche der Bewohnerinnen und Bewohner, die in der Kurzzeitpflege sind,
- die Essensplanung, -zubereitung und das Servieren bzw. Anreichen oder Eingeben des Essens.

In dem Aufgabenbereich, der Pflegefachkräften vorbehalten ist, werden die Präsenzkkräfte durch einen Fachpflegedienst unterstützt. Dieser setzt sich aus Alten- und Krankenpflegerinnen und -pflegern zusammen und ist zuständig für die gesamte Einrichtung. Seine Aufgabenschwerpunkte liegen in den Bereichen der Behandlungs- und Grundpflege sowie der sozialen Betreuung. Außerdem vertreten Angehörige des Fachpflegedienstes zeitweise die Präsenzkkräfte, wenn diese nicht anwesend sein können oder durch andere Tätigkeiten gebunden sind.

Die Anforderungen an die Präsenzkkräfte, für deren Funktion die „Hausmütter“ des französischen Cantou-Konzeptes Vorbild waren, sind sehr vielfältig; sie müssen gleichermaßen versierte Hauswirtschafterinnen bzw. Hauswirtschafter und qualifizierte Pflegemitarbeiterinnen bzw. Pflegemitarbeiter sein. Da kaum Personen mit einer solchen fachlichen Doppelqualifikation wie auch der persönlichen Eignung gefunden werden konnten, sah sich das Projekt mit einem ungewöhnlich hohen Fortbildungsbedarf bei den Präsenzkkräften und einem hohen Führungsbedarf durch Einrichtungsleitung und Pflegedienstleitung konfrontiert. Um die notwendige Qualifikation zu erzielen, wurden Fortbildungen in den Bereichen Grundpflege, integrative Validati-on, Pflegedokumentation, altersgerechte Ernährung u. a. angeboten.

Die Umorientierung bzw. Übernahme der Mehrfachrolle war für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter offensichtlich recht schwierig. Mitarbeiterbefragungen im Rahmen der Qualitätsmanagementbestrebungen des Bezirksverbandes Oberbayern der Arbeiterwohlfahrt, die im Herbst des Jahres 2001 in allen Einrichtungen des Bezirksverbandes durchgeführt wurden, ergaben stark unterdurchschnittliche Zufriedenheitswerte beim Personal des Seniorenwohn-parks Dießen. Dies betraf insbesondere die Klarheit von Zuständigkeit und Verantwortung, die fachliche Unterstützung, die Berücksichtigung der eigenen Interessen sowie die personelle Ausstattung.

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse wurden Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet – stärkere Verdeutlichung von Zuständigkeiten und Verantwortung durch die Überarbeitung der Stellenbeschreibungen, Berücksichtigung der Fortbildungsinteressen, Entwicklung eines Einarbeitungskonzeptes usw. Kernmaßnahme war dabei die Entwicklung eines Leitbildes durch eine „gemeinsame Vision von Lebensweltgestaltung“ und durch Rollenklärung und Aufgabendefinition des Personals.

3.4.2.2 Ehrenamtsprojekt

Ging man im Vorfeld davon aus, dass das Hausgemeinschaftskonzept hinreichend „sinnstiftend“ für die Bewohnerinnen und Bewohner ist, zeigte sich bald sehr deutlich, dass eine wichti-

ge Dimension fehlte. Dies wurde auch im Rahmen der ersten Befragung durch die Bewohnerinnen und Bewohner, und deutlicher noch durch die Angehörigen geäußert, die ein fehlendes Freizeit- und Kulturprogramm der Einrichtung anmahnten.

Um diesem Mangel abzuhelpfen, wurde – außerhalb des Einrichtungsbudgets aus Eigenmitteln des Bezirksverbandes – ab Herbst 2001 ein Ehrenamtsprojekt aufgebaut. Nach relativ kurzer Zeit arbeiteten ca. 20 Ehrenamtliche mit, die sowohl Einzelbetreuung, z. B. Vorlesedienst, Tierbesuche mit Spaziergängen als auch Gruppenaktivitäten wie Gedächtnistraining, Musizieren und Singen sowie Beschäftigungstherapie durchführen. Die Aktivitäten der freiwilligen Helferinnen und Helfer wurden zunächst von zwei, später von einer geringfügig beschäftigten Mitarbeiterin, einer Sozialpädagogin mit Erfahrung in Beschäftigungsprojekten für Seniorinnen und Senioren, koordiniert.

3.4.2.3 *Erfolge*

Dass das Ziel des Modellprojekts, eine hohe Wohnqualität zu schaffen, in vollem Umfang erreicht wurde, ist evident. Dies bestätigen auch die Ergebnisse von Bewohnerbefragungen und Rückmeldungen der Fachöffentlichkeit im Rahmen der Besuchstage. Entscheidend ist dabei, dass die Hausgemeinschaften nicht als institutionelle Versorgungsform erlebt werden. Im Vergleich zu dieser erscheint sowohl den Bewohnerinnen und Bewohnern als auch den Angehörigen die Intimsphäre in höherem Maße gewahrt, was auf die Architektur und auf die geringe Anzahl der Bezugspersonen zurückgeführt wird.

Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeiter beobachteten bei den Bewohnerinnen und Bewohnern eine höhere Aktivität und größere Mobilität sowie eine intensivere Kommunikation, als den jeweiligen Beeinträchtigungen nach zu erwarten wäre. Angehörige äußern sich in hohem Maße zufrieden und fragen verstärkt nach Mitwirkungsmöglichkeiten; außerdem scheint das Konzept für freiwillige Helferinnen und Helfer sehr attraktiv zu sein.

3.4.2.4 *Aufwand und Probleme*

Das Hausgemeinschaftsmodell in Dießen stellt ein Angebot sowohl für Demenzkranke als auch für somatisch pflegebedürftige Bewohner dar. Grundsätzlich sollen die Bewohnerinnen und Bewohner bis zu ihrem Tod in der Hausgemeinschaft verbleiben können. Ob bei besonders hohem somatisch bedingten Pflegeaufwand für eine Bewohnerin oder einen Bewohner bzw. bei einem hohen Anteil von Bewohnern mit intensivem Pflegebedarf in einer Hausgemeinschaft eine Verlegung in andere Einrichtungen notwendig wird, kann aufgrund der bisherigen Erfahrungen noch nicht eingeschätzt werden.

Weil bei den Präsenzkräften die hauswirtschaftliche Qualifikation im Vordergrund steht, ergibt sich eine Schwierigkeit aus der gesetzlichen Bestimmung, dass 50% des Einrichtungspersonals Pflegekräfte sein müssen. Für Dießen wurden auf Antrag nicht nur Fachkräfte für betreuende

Tätigkeiten, sondern auch sonstige Fachkräfte anerkannt, sodass von den Beschäftigten nur 40% Fachkräfte für betreuende Tätigkeiten (Pflege) sein müssen, weitere 10% hingegen sonstige Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen sein können.

Ein Zielgruppenproblem resultiert daraus, dass das Konzept für aktivierbare Demenzkranke mit niedriger Pflegestufe besonders geeignet, jedoch auch attraktiv für nicht demenzkranke und pflegebedürftige Seniorinnen und Senioren ist, aber nur bei Belegung mit Bewohnern mit höheren Pflegestufen refinanziert werden kann. Wenn das Präsenzprinzip konsequent durchgeführt wird, sind für die Einrichtung, in der 44 Personen leben, 27,5 Vollzeitstellen erforderlich. Die Refinanzierung dieser Planstellen war durch die Anfangsbelegung nicht gegeben. Die erforderliche Bewohnerstruktur – mit ca. 60% Bewohnern in Pflegestufe II und III – konnte erst Mitte des Jahres 2001 durch eine gezielte Aufnahmepolitik im Rahmen der Bewohnerfluktuation erreicht werden. Bei dieser Belegung liegt der Pflegesatz um ca. 15% über dem regionalen Durchschnitt, und die Bewohnerinnen und Bewohner bzw. ihre Angehörigen haben einen Eigenanteil von 400 € pro Monat zu tragen. Diese Entgelte werden in Dießen, anders als in Eisenberg, wo sie etwa gleich hoch sind (s. unten, S. 130) akzeptiert, weil sie aufgrund der hohen Wohnqualität als angemessen empfunden werden.

Als eine Alternative zur herkömmlichen Heimunterbringung versteht sich das Hausgemeinschaftskonzept, ein stationäres Angebot für Seniorinnen und Senioren mit unterschiedlichem Pflegebedarf. Kern des Konzepts ist das gemeinsame Wirtschaften, v.a. die Nahrungszubereitung durch die Bewohnerinnen und Bewohner der Hausgemeinschaft, die von einer „Präsenzkraft“ unterstützt und gegebenenfalls angeleitet werden. Das Konzept erfordert eine spezifische Architektur, Wohnräume, die um einen gemeinsamen Essbereich mit offener Küche gruppiert sind, sowie speziell geschultes Personal. Die Kosten sind höher als bei herkömmlicher Versorgung.

3.4.3 Wohnformen für Demenzkranke

3.4.3.1 Milieutherapeutische Demenz-Wohngruppen

Konzeption

In Baden-Württemberg wurden an sieben Standorten im Rahmen des „MIDEMAS“-Projekts homogen belegte milieutherapeutische Wohngruppen für Demenzkranke gebildet und evaluativ begleitet. Zielgruppe waren Menschen mit mittelschweren oder schweren demenziellen Veränderungen, ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten, und so weit erhaltener Mobilität, dass sie mindestens 50 Meter mit einer Hilfsperson gehen konnten. Das Konzept besteht aus zwei eng

miteinander verbundenen Kernelementen, einer unter milieuthérapeutischen Gesichtspunkten architektonisch gestalteten Wohnumwelt und der Bezugspflege.

Die Referenzeinrichtung des Projekts war das Gradmann-Haus, ein Neubau in Stuttgart, bei dem zwei Pavillons mit je zwölf Zimmern durch eine verglaste Wandelhalle miteinander verbunden sind. Die Räume sind um ein Zentrum gruppiert, das ein Atrium und eine Wohnküche einschließt und von einem Endosflur umgeben ist, von dem aus die Bewohnerinnen und Bewohner in ihre Zimmer gelangen. Jeder der beiden Flure mündet in die Wandelhalle, die beide Pavillons verbindet. Von der Wandelhalle aus kann der geschützte Garten betreten werden. Die Innenraumgestaltung wurde z.B. durch Farbgebung, Bodenbelag und Beleuchtung bis ins Detail auf die Bedürfnisse demenzkranker Menschen abgestimmt.

In sechs weiteren Einrichtungen mit ganz verschiedenen Architekturen wurde mit unterschiedlich großem Aufwand durch Umbauten ein adäquater architektonischer Rahmen für die Realisierung des Wohngruppen-Konzepts bereitgestellt. Durch die Schaffung eines großzügigen Gemeinschaftsbereichs konnten selbst in einer klassischen Pflegeheimarchitektur befriedigende Lösungen erzielt werden. Als bauliche Mindestanforderungen wurden formuliert:

- räumliche Abgrenzung zu anderen Bereichen des Hauses (Wohnungstüre)
- vollständiges Raumangebot (alle notwendigen Räume innerhalb der Wohngruppe)
- Wohnküche und Wohnzimmer/Sitznischen
- unmittelbarer Zugang zu einem Freibereich (Garten, Terrasse, Balkon)
- barrierefreier Bewegungsraum
- Überschaubarkeit und leichte Orientierung
- Helligkeit, möglichst natürliche Belichtung (indirekte Beleuchtung, ca. 500 LUX)
- vertraute, alltagsnahe Möblierung und biografisch bedeutsame Gegenstände
- Anregungen durch Ausblicke, Materialien, Farbgestaltung oder Objekte

In allen beteiligten Einrichtungen ist es gelungen, einen zentralen Ess- und Wohnbereich mit Wohnküche einzurichten und die Farbgestaltung sowie die Belichtung zu verbessern. In fünf Einrichtungen konnte ein unmittelbarer Zugang zum Freibereich ermöglicht werden. Die Möblierung von Flurzonen und die Einrichtung einer offenen Therapieküche, die in Bezug auf Brandschutz- bzw. Hygienevorschriften problematisch sind, waren bis auf einen Fall in Kooperation mit der Heimaufsicht durchsetzbar.

Die Entwicklung der organisatorischen Strukturen für den Betrieb der Demenzwohngruppe benötigte einen Zeitraum von sechs bis acht Monaten. In einer ersten experimentellen Phase wurden Erfahrungen gesammelt und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Rahmen der Schulungsmaßnahmen für relevante organisatorische Themen, v.a. zum Zeitmanagement, sensibilisiert. Nach drei bis vier Monaten der Erprobung wurden von einer Arbeitsgruppe Zielsetzung und Leitbild der Wohngruppe formuliert, Aufnahme- und Ausschlusskriterien festgelegt und differenzierte Konzepte für alle Arbeitsbereiche ausgearbeitet. Im Rahmen des Projekts wurden

die in den Einrichtungen bereits eingeführten Pflegeplanungssysteme weiter eingesetzt; die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden dabei aber für die Besonderheiten bei der Betreuung von Menschen mit Demenz sensibilisiert.

Ein Element der Bezugspflege im „MIDEMAS“-Projekt ist die „Patenschaft“ für die Bewohnerin bzw. den Bewohner, die nach ihrer Aufnahme von einer Mitarbeiterin bzw. einem Mitarbeiter der Demenzwohngruppe übernommen wird. Sie ist nun deren „primäre Bezugsperson“, begleitet sie während der Eingewöhnungsphase und erhebt mit den Angehörigen die Biografie. Die „primäre Bezugsperson“ bleibt auch langfristig Ansprechpartnerin bzw. Ansprechpartner und kümmert sich um die Bewältigung der alltäglichen Dinge.

Das Konzept konnte nur realisiert werden mit einer aufwändigen Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Vorrangiges Ziel der Qualifizierungsmaßnahme war es, bei den Pflege-mitarbeiterinnen und -mitarbeitern, den unmittelbaren Bezugspersonen der Demenzerkrankten, einen Perspektivenwandel einzuleiten und die Pflegekräfte auf dem Weg von einem primär pflegeorientierten zu einem betreuungsorientierten Ansatz zu begleiten. Für die Qualifizierungsmaßnahmen wurden Gruppen gebildet, wobei eine Gruppengröße von ca. 15 Personen angestrebt war. Es sollten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Demenzwohngruppe beteiligt sein, und die Schulung sollte darüber hinaus wohnbereichsübergreifend für weitere Interessierte offen stehen.

Das Fundament der Mitarbeiterqualifikation war die personenzentrierte Wahrnehmung, die durch Biografiearbeit und Fallanalyse entwickelt wurde. Auf diesem Fundament setzten die einzelnen Wissensbausteine auf: demenzspezifisches Fachwissen über Krankheitsbild und -verlauf, Wissen über die Wahrnehmungsstruktur von Menschen mit Demenz, therapeutische Ansätze, Wissen zur Sozialgeschichte im 20. Jahrhundert und über Maßnahmen zur Teamentwicklung sowie zur Verbesserung der organisatorischen Strukturen einschließlich Übungen zur Kommunikation.

Wie zu erwarten zeigte sich, dass eine nachhaltige Verbesserung in der Betreuung nur erreicht werden kann, wenn nicht nur Einzelne die neue Grundhaltung entwickeln, sondern im gesamten Pflorgeteam ein Prozess des Umdenkens stattfindet und eine Übereinstimmung in Grundfragen des Betreuungsansatzes erzielt wird.

Neben der Biografiearbeit war die Entwicklung und Differenzierung der Tagesstruktur ein entscheidendes Element der Pflegekonzeption. Dabei waren zwei Aspekte von Bedeutung: zum einen die Anreicherung der ohnehin zu erbringenden Leistungen, vor allem bei der Körperpflege und beim Essen, durch interaktive bzw. das Wohlbefinden steigernde Elemente, sodann galt es, Zeiträume für Aktivierungen und Beschäftigungsangebote zu schaffen.

Evaluation

Das „MIDEMAS“-Projekt wurde sehr differenziert mit qualitativen und quantitativen Methoden evaluiert. Ein wichtiger Teil der Evaluation war die Untersuchung der Entwicklung des Wohlbefindens der Bewohner in einem t_0 - t_1 -Design, d.h., das Wohlbefinden wurde zu zwei Zeitpunkten eingeschätzt, vor dem Umzug in die Demenzwohngruppe (t_0) und nach Abschluss der Interventionsphase (t_1), und die beiden Ergebnisse wurden miteinander verglichen. In diese Untersuchung waren 53 Personen einbezogen.

In einem differenzierten und aufwändigen Verfahren wurden für alle Bewohnerinnen und Bewohner Wohlbefindlichkeitswerte (WIB-Wert) ermittelt. Der Vergleich der WIB-Werte beider Messzeitpunkte ergab folgende Verteilung:

- 17 Personen (31%) zeigten eine deutliche Verbesserung im WIB-Wert,
- 27 Personen (51%) zeigten einen konstanten WIB-Wert,
- 9 Personen (17%) zeigten eine deutliche Verschlechterung im WIB-Wert.

Die meisten Bewohnerinnen und Bewohner, die zur dritten Gruppe gehörten, hatten erhebliche körperliche Leiden.

Die pflegerischen Interventionen im Projekt nahmen erheblich zu; vor der Intervention waren 33,9% der Bewohnerinnen und Bewohner mindestens einmal pro Woche körperlich aktiviert worden, nach der Interventionsphase war der Anteil 58,9%. Auch beim Selbstständigkeitstraining (mindestens einmal wöchentlich) ist eine Zunahme von 16,2% auf 49,1% zu verzeichnen.

Eine schriftliche Befragung der Angehörigen, die im Rückblick einen Vorher-nachher-Vergleich der Betreuungssituation und der Lebensqualität (Wohlbefinden) der Bewohnerinnen und Bewohner vornahmen, ergab, dass 66% von ihnen der Meinung waren, die Pflege- und Betreuungsqualität ebenso wie das Verhalten und Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner hätten sich verbessert.

Weitere Dimensionen der Evaluation waren der Schweregrad der Demenz und die Alltagskompetenz sowie nicht-kognitive Symptome und Verhaltensauffälligkeiten vor und nach der Intervention. Im Verlauf der sechs Monate hatte sich die kognitive Kompetenz – wie zu erwarten – leicht verschlechtert. Bei der Alltagskompetenz ergab sich ein signifikanter Verlust an Selbstständigkeit über die Zeit, d. h., die Bewohnerinnen und Bewohner brauchten nach der Intervention mehr Hilfe bei der Verrichtung der primären Aktivitäten des täglichen Lebens wie Fortbewegung und Ausscheidungen als vor der Intervention.

Das Problemverhalten aber ging deutlich zurück. Abgesehen vom Gebrauch abweichender Ausdrucksformen wie Fluchen oder verbale Aggressivität waren alle Verhaltensauffälligkeiten rückläufig. Die deutlichsten Reduktionen zeigten sich bei den Verhaltensweisen, die in der Übersicht 3.4 1 aufgelistet sind.

Übersicht 3.4 1: Reduktion von herausforderndem Verhalten

Art des Problemverhaltens	Häufigkeit im Beobachtungszeitraum	
	vorher	nachher
Eindringen in fremde Räume	34	23
ständiges Suchen nach Zuwendung und Hilfe	38	29
intensive Beweglichkeit	27	18
Weglaufgefährdung	35	18
		n = 65

„Eindringen in fremde Räume“ und „intensive Beweglichkeit“, Verhaltensweisen, die bei etwa der Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner vorkamen, gingen um ca. ein Drittel, „ständiges Suchen nach Zuwendung und Hilfe“ um ein Viertel zurück. Die Halbierung der Rate der Weglaufgefährdung bedeutet eine statistisch signifikante Reduktion. Der Einsatz von Fixiergurten und anderen Sicherungsvorrichtungen stieg im Laufe des Projekts leicht an. Die Zunahme der freiheitsentziehenden Maßnahmen wird mit der Unfallprophylaxe in Zusammenhang gebracht, denn durch die gewährten Freiräume nahmen kritische Situationen – auch mit Sturzgefahr – zu.

Als Ergebnis ist festzuhalten, dass der für Demenz typische Abbau von kognitiven und Alltagskompetenzen auch in den Demenzwohngruppen wie erwartet fortgeschritten ist – ob der Abbau langsamer fortschreitet als in anderen Settings, kann nicht eingeschätzt werden –, aber die mit der Demenz assoziierten Verhaltensprobleme reduzierten sich deutlich.

Auch die Veränderungen bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern waren Gegenstand der begleitenden Evaluation des Projekts. An einer Längsschnittuntersuchung zur Belastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beteiligten sich jedoch lediglich sieben Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in den Demenzwohngruppen tätig waren. Diese unterschieden sich, was die Belastung angeht, nicht von ihren Kolleginnen und Kollegen auf den anderen Stationen; auch blieb die Belastung im Laufe der Zeit konstant.

Ein zentrales Ergebnis der Projektevaluation ist, dass das intendierte Ziel eines Perspektivenwechsels – von der somatisch orientierten Pflege zum personenbezogenen Ansatz – weitgehend erreicht wurde. Es war zu beobachten, dass durch die Schulungen bzw. durch die Pflegekonzeption Sensibilität und Handlungskompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gestiegen sind und sie zunehmend angemessen mit den Demenzkranken kommunizieren konnten. Auch das Bewusstsein, mit den Kolleginnen und Kollegen ein Team zu bilden, in dem personenbezogene Pflegestrategien entwickelt werden, die dann gemeinsam umzusetzen sind, ist erkennbar gewachsen. Andererseits wurden bei einem Teil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,

die älter als 45 Jahre waren, durch die Reflexion der demenzbedingten Verluste im Rahmen der Biografiearbeit Ängste vor dem eigenen Älterwerden geweckt.

Aufwand und Probleme

Bei der Bildung homogener Demenzwohngruppen in einer bestehenden Einrichtung entsteht ein finanzieller Ausfall durch nicht belegte Zimmer in der Umstellungsphase. Im Projekt wurden unterschiedliche, auf die Gegebenheiten der jeweiligen Einrichtung zugeschnittene Strategien entwickelt, mit denen der Ausfall in vertretbaren Grenzen gehalten werden konnte.

Für die Realisierung des Konzepts ist eine Personalbesetzung von zwei Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern in zwei Schichten erforderlich bei der hier gewählten Wohngruppengröße von zwölf Personen. Damit liegt die Personalausstattung deutlich über der herkömmlicher Pflegeeinrichtungen. Während der Projektlaufzeit wurde der Personalaufwand durch interne Quersubventionierung in den Einrichtungen finanziert.

Wenn – wie es in Baden-Württemberg inzwischen möglich ist – erhöhte Pflegesätze für Demenzwohngruppen abgerechnet werden können, haben die Betroffenen einen zusätzlichen Eigenanteil des Pflegesatzes von ca. 400 € pro Monat zu tragen. Inwieweit insbesondere Angehörige bereit sind, diesen Betrag zu entrichten, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht beurteilt werden. Ein weiteres Problem solcher Sonderfinanzierungen stellen die Kriterien dar, nach denen diese Finanzierung gewährt wird. Werden sie so eng gefasst wie in Baden-Württemberg, wo die „Hamburger Kriterien“ in modifizierter Form gelten, d.h. Vorliegen einer mittelschweren Demenz und auffordernden Verhaltens bei noch vorhandener Mobilität, ist es schwierig, innerhalb einer Einrichtung genügend Bewohnerinnen und Bewohner zur Bildung einer Demenzwohngruppe zu finden. Im Rahmen des Modellprojekts wurde in einigen Einrichtungen auch von dieser strengen Beschränkung der Zielgruppe abgewichen, weil sich im Einzugsbereich nicht immer genügend Personen fanden, die die genannten Kriterien erfüllten.

Diese Kriterien sind auch aus einer anderen Perspektive problematisch: Sie werfen in mehrfacher Hinsicht ein Gerechtigkeitsproblem auf. Zunächst ist das Betreuungs- und Wohnkonzept auch für andere als die gewählte Zielgruppe attraktiv, nämlich für die aktivierbaren Demenzkranken ohne herausforderndes Verhalten, evtl. auch für nicht demenzkranke im Heim Wohnende, und es dürfte schwierig sein zu begründen, warum es diesen vorenthalten wird. Sodann bedeutet die Schaffung einer Demenzwohngruppe innerhalb einer bestehenden Einrichtung für die betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner in der Regel eine Verbesserung ihrer Wohnsituation, d. h., sie werden – vor allem auch in den Augen der anderen Heimbewohner – privilegiert. Ähnliches gilt für die Pflegekräfte, die in ihrem Bereich eine deutlich günstigere Personalausstattung haben als ihre Kolleginnen und Kollegen in der restlichen Einrichtung; sie können und sollen sich Zeit nehmen für die Kommunikation mit den Bewohnerinnen und Bewohnern, während ihre Kolleginnen und Kollegen vielleicht unter hohem Zeitdruck ausschließlich somatische

Pflege leisten. Diese Unterschiede können zu mehr oder weniger großen Spannungen führen, wie sie im Modellprojekt auch vereinzelt auftraten und aufgefangen werden mussten.

Bei somatisch bedingtem größerem Pflegebedarf kann sich für die Mitglieder der Wohngemeinschaft die Notwendigkeit eines Umzugs aus der Demenzwohngruppe in den allgemeinen Pflegebereich ergeben, weil ein zu hoher Anteil somatisch Pflegebedürftiger bei begrenztem Personal die Möglichkeit für Gruppenangebote und für Präsenz stark einschränkt. Außerdem sind die spezifischen baulichen Bedingungen, die ja Kernbestandteil der Konzeption sind, besonders günstig für mobile und motorisch unruhige Bewohnerinnen und Bewohner, die in Endlosfluren ihrem Bewegungsdrang nachgeben können, ohne zum Weglaufen animiert zu sein.

Es ist noch unklar, ob und wenn ja, welche Auswirkungen für die Lebensqualität der Betroffenen eine etwa notwendig werdende Verlegung in den Pflegebereich hat. Die Frage wurde sowohl von Trägern, Einrichtungsleitungen und -mitarbeiterschaft als auch von Angehörigen kontrovers diskutiert; in den Einrichtungen wurden – in Abhängigkeit von der Grundhaltung und den spezifischen Bedingungen – unterschiedliche Lösungsstrategien entwickelt, die sich aber noch nicht im Ernstfall bewähren mussten.

3.4.3.2 Demenz-Wohngemeinschaft mit therapeutischer Pflege

Konzeption

Das Modellprojekt „Gerontopsychiatrische Wohngemeinschaft“ in Eisenberg begann als integrative Wohngemeinschaft von 21 Personen; für die therapeutische Pflege wurden kleinere, homogene Beschäftigungsgruppen gebildet. Damit steht die Wohngemeinschaft als Typ gewissermaßen zwischen dem „traditionellen Heim“ mit Pflegestationen und den „neuen Wohnformen“, in denen sechs bis zwölf Personen eine überschaubare Gruppe bilden. Reibungen und Konflikte zwischen den demenzkranken und den kognitiv nicht beeinträchtigten Bewohnern veranlassten nach einiger Zeit die Heimleitung, auf ein segregatives Konzept umzuschwenken und freiwerdende Plätze nur noch mit demenzkranken Bewohnern zu belegen. Die Zielgruppe des Projekts bildeten danach mobile Personen, die bei der Aufnahme leichte bis mittelgradige demenzielle Veränderungen und charakteristische Verhaltensauffälligkeiten zeigen und in ihrer Alltagskompetenz erheblich beeinträchtigt sind. Untergebracht ist die Wohngemeinschaft in einem sanierten Altbau auf dem Gelände des Diakoniezentrams. Der Wohnbereich umfasst 15 Einzelzimmer und drei Zweibettzimmer, auf zwei Etagen verteilt, auf denen sich je ein Speiseraum mit integrierter Küche befindet.

Ansatzpunkt des Modells ist die Betrachtung gerontopsychiatrischer Veränderungen als spezifische Formen der Behinderung, die durch Pflege und Begleitung positiv beeinflusst werden können. Pflege wird im weitesten Sinne – der Förderung einschließt – als Therapie verstanden und mit therapeutischen Interventionen im engeren Sinne, hier mit motopädischem Schwerpunkt,

angereichert. Im Konzept der therapeutischen Pflege sind räumliches Milieu, Tagesstrukturierung, Bezugspflege und Mototherapie eng miteinander verzahnt.

Obwohl bei der Sanierung des Hauses die Bedürfnisse der gerontopsychiatrisch veränderten Personen berücksichtigt wurden, waren weitere räumliche Anpassungen für die Realisierung des Konzepts erforderlich. Um dem Bewegungsdrang der demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohner zu genügen, wurde der gesamte Wohnbereich zu einem Lebens- und Bewegungsraum umgestaltet, der die Bewohnerinnen und Bewohner ermuntert, sich mit ihrer materialen Umwelt auseinander zu setzen und der sie zu sozialen Kontakten anregt. In diesem Wohnumfeld, das auch einen Gartenbereich einschließt und ausreichend Schutz und Sicherheit bietet, können sich die Bewohnerinnen und Bewohner frei und ungehindert bewegen.

Die Umsetzung der tagesstrukturierenden Maßnahmen erfolgte im wesentlichen durch die Sozialarbeiterin und den Motopäden, die beide zum Team gehörten. Zu den Elementen der zeitlichen Strukturierung gehören die Morgenbegegnung, die Andacht im Kirchsaal, bzw. deren Übertragung durch Video, Gruppen- und Therapiestunden (vormittags und nachmittags), Teilnahme an alltagspraktischen Verrichtungen (Gartenarbeit, Essenszubereitung u.a.) sowie gemeinsame Unternehmungen und Feiern.

Neben den therapeutischen Interventionen ist die Biografiearbeit ein zentraler Bestandteil des Betreuungskonzepts. Da bei demenziell veränderten Menschen die klassischen Formen der Biografiearbeit nicht anwendbar schienen, wurde innerhalb des Modellprojektes eine eigenständige Konzeption zur Biografiearbeit mit gerontopsychiatrisch veränderten und erkrankten Menschen entwickelt. Die Biografiearbeit wird nicht nur in Einzel- und Gruppenstunden durchgeführt, sondern ist in den Alltag integriert und stützt sich auf verstehende Umgangskonzepte.

Ein im Modellprojekt entwickeltes Instrument für Assessment und Verlaufskontrolle, „Gerontopsychiatrische Skale“ (sic!), hatte daneben auch eine wichtige Funktion für die Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Durch seine Anwendung und durch die Diskussion der mit ihm gewonnenen Ergebnisse in den Teambesprechungen wurde das Bewusstsein der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner geschärft. Gleichzeitig konnten sie ihre in Lehrgängen erworbenen theoretischen Kenntnisse strukturieren.

Die therapeutische Pflege setzt an den noch vorhandenen oder stimulierbaren Bewohner-Potenzialen an, die nach der Aufnahme in einer zwei Monate dauernden Beobachtung und einem Assessment erfasst werden. Mit diesem Assessment wird vor allem das beobachtbare und wahrnehmbare Verhalten erfasst. Der Therapieprozess wird geplant und gesteuert mit der „Gerontopsychiatrischen Skale“, einem Instrument, mit dem die Häufigkeit herausfordernder Verhaltensweisen erfasst und in einem Netzdiagramm grafisch dargestellt wird. Das Instrument wurde nach anfänglicher Skepsis und Ablehnung von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern akzeptiert und ist zum festen Bestandteil der Pflegeplanung geworden.

18 Arten von Störungen – psychische Störungen, Kommunikations- und Kontaktprobleme, sozial auffälliges Verhalten, Wahrnehmungs- und Orientierungsstörungen, Gleichgewichts- und Koordinationsprobleme sowie Ess- und Schlafstörungen – werden mit vier Kategorien von „nie“ bis „ständig“ in ihrer Ausprägung erfasst. Die Einschätzung wird halbjährlich durchgeführt, und der Vergleich mit den vorherigen Ergebnissen zeigt dann, ob die getroffenen Therapie-, Pflege- und Betreuungsmaßnahmen wirksam und zielführend waren, oder ob das Konzept der Betreuung für die betreffende Bewohnerin bzw. den Bewohner geändert werden muss.

Die therapeutische Pflege ist wie oben gesagt in Eisenberg mototherapeutisch fokussiert. Die Mototherapie findet überwiegend in Gruppen mit vier bis acht Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmern statt, die nach Möglichkeit über ein vergleichbares Fähigkeits- und Fertigkeiteniveau verfügen. Die Störungen der demenziell veränderten Bewohnerinnen und Bewohner im Bewegungs-, Wahrnehmungs- und Verhaltensbereich werden durch bewegungsorientierte Verfahren in den Bereichen Körpererfahrung, Alltagsmotorik, Wahrnehmung, Material-Erfahrung, Sozialerfahrung und Entspannung angegangen mit dem Ziel einer ganzheitlichen Persönlichkeitsförderung und -bewahrung durch Bewegung.

Die Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter sahen nach dreijähriger Arbeit als ein wichtiges Ergebnis, dass therapeutische Maßnahmen nahezu unwirksam sind, wenn sie in Form isolierter Therapiestunden stattfinden. Deshalb wurden die therapeutischen Maßnahmen über den gesamten Projektzeitraum in den Lebensalltag der Bewohnerinnen und Bewohner integriert. Therapiestunden waren fester Bestandteil der Tagesstrukturierung. Weiter hat sich gezeigt, dass Konzentration und Aufmerksamkeit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht länger als eine Stunde beansprucht werden können. Um wirksame therapeutische Effekte zu sichern und um zeitlich strukturierend zu arbeiten, müssen die Gruppenstunden mindestens dreimal wöchentlich stattfinden, möglichst am gleichen Ort und zur gleichen Zeit.

Erfolge

In einer Eigenevaluation des Modellprojekts wurden die Daten von zehn Bewohnerinnen und Bewohnern der „Gerontopsychiatrischen Wohngemeinschaft“, die im Verlauf der ganzen Projektzeit beobachtet werden konnten und die alle unter typischen gerontopsychiatrischen Veränderungen bzw. Erkrankungen litten, ausgewertet. Das Evaluationsinstrument war die bereits charakterisierte „Gerontopsychiatrische Skale“, die 18 Items umfasst, die jeweils in wenigen Sätzen erläutert und in ihrer Ausprägung erfasst werden. Die Übersicht 3.4 2 zeigt die erfassten Störungen bzw. das Problemverhalten mit dem Hinweis, ob diese konstant blieben oder zurückgingen.

Übersicht 3.4 2: Konstanz und Rückgang der Störungen bzw. des problematischen Verhaltens

Sprachstörungen	+/-	Koordinationsprobleme	+/-
Kontaktprobleme	+/-	Gleichgewichtsprobleme	+/-
Kommunikationsprobleme	+/-	Gedächtnisstörungen	+/-
aggressives Verhalten	+/-	Wahrnehmungsstörungen	+/-
Essstörungen	+/-	Orientierungsstörungen	+/-
Schlafstörungen	+/-	Angststörungen	+/-
selbstschädigendes Verhalten	-	Antriebsminderung	+/-
Umtriebigkeit/psychomotorische Unruhe	-	Depression	+/-
Weglauff Tendenzen	-	Regression	+/-

„+/-“ gleichgeblieben „-“ Rückgang

Von der beobachteten Gruppe zeigten anfangs zwei Personen Weglaufftendenzen, die am Ende nicht mehr festgestellt wurden, „Umtriebigkeit“, ein zielloser Bewegungsdrang, war bei drei von acht Personen, die das Verhalten zeigten, am Ende deutlich geringer ausgeprägt; selbstschädigendes Verhalten ging insgesamt im Laufe der Zeit zurück. Alle anderen Items sind über den Zeitraum von zweieinhalb Jahren konstant geblieben, obwohl aufgrund einschlägiger Forschungsergebnisse bei demenzkranken Menschen über diesen Zeitraum eine spürbare Verschlechterung zu erwarten wäre.

Durch die intensive Betreuung konnte die Gabe von Psychopharmaka, insbesondere Sedativa, weitgehend reduziert werden. Dies war gleichzeitig eine Voraussetzung für die motopädische Therapie, weil die Bewohnerinnen und Bewohner bei der medikamentösen Sedierung, der sie vorher unterlagen, nicht hinreichend aktivierbar gewesen wären. Das Geh- und Bewegungstraining wurde, angepasst an die noch vorhandenen Fähigkeiten der einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner, in kleinen Schritten durchgeführt, mit dem Erfolg, dass nach einiger Zeit kaum noch Stürze zu verzeichnen waren.

Aufwand und Probleme

Das Konzept kann nur mit einem Personalbestand realisiert werden, der quantitativ deutlich über dem des traditionellen Heims liegt und der die Professionen eines nichtärztlichen Therapeuten – Motopäden, Physiotherapeuten, Musik-, Kunsttherapeuten oder anderer – und des Sozialarbeiters einschließt. Eine in Eisenberg von den Kassen akzeptierte Erhöhung der Pflegesätze wäre so gering ausgefallen, dass der Kostenanteil für die Bewohnerinnen und Bewohner bzw. deren Angehörigen um 450 € monatlich gestiegen wäre, eine Erhöhung, die nach Einschätzung der Projektleitung von den Bewohnern nicht akzeptiert würde. Damit kann nach Wegfall der Modellmittel das Konzept nicht in der entwickelten Weise weitergeführt werden.

Demenzkranke Bewohner mit „herausforderndem Verhalten“ bedürfen besonderer Wohn- und Betreuungskonzepte.

Demenzkranke Bewohner im fortgeschrittenen Stadium finden in milieutherapeutisch orientierten Wohngruppen (MIDEMAS, Baden-Württemberg) einen Lebensraum, der durch die architektonische Gestaltung kompensatorisch für ihre kognitiven Beeinträchtigungen wirkt und ihrem Mobilitätsbedürfnis Rechnung trägt. Dieses architektonische Umfeld wurde in einem Neubau optimal realisiert; andere, sehr unterschiedliche Heime wurden durch Umbauten dem Ideal angenähert. Das Betreuungskonzept ist das der Bezugspflege inkl. Biografiearbeit, für die das Pflegepersonal umfassend qualifiziert und intensiv begleitet wird. Das Problemverhalten geht deutlich zurück, die Zufriedenheit der Bewohner steigt, obwohl die kognitiven und lebenspraktischen Kompetenzen dieser Bewohnerinnen und Bewohner krankheitsbedingt weiter abnehmen.

Für Bewohner mit Demenz im Anfangsstadium ist eine therapeutische Pflege in homogenen Kleingruppen geeignet (Eisenberg). Diese Pflege verbindet fein- und grobmotorisches Training mit Aktivitäten zur Zeitstrukturierung und mit Bezugspflege. Die Pflege wird von einem multiprofessionellen Team aus Pflegefachkräften, einer Sozialarbeiterin und einem Motopäden geleistet. Das Problemverhalten der Bewohnerinnen und Bewohner geht deutlich zurück; Stürze kommen kaum noch vor, und die Bewohnerinnen und Bewohner waren über den bisherigen Beobachtungszeitraum von zweieinhalb Jahren auch im kognitiven Bereich stabil.

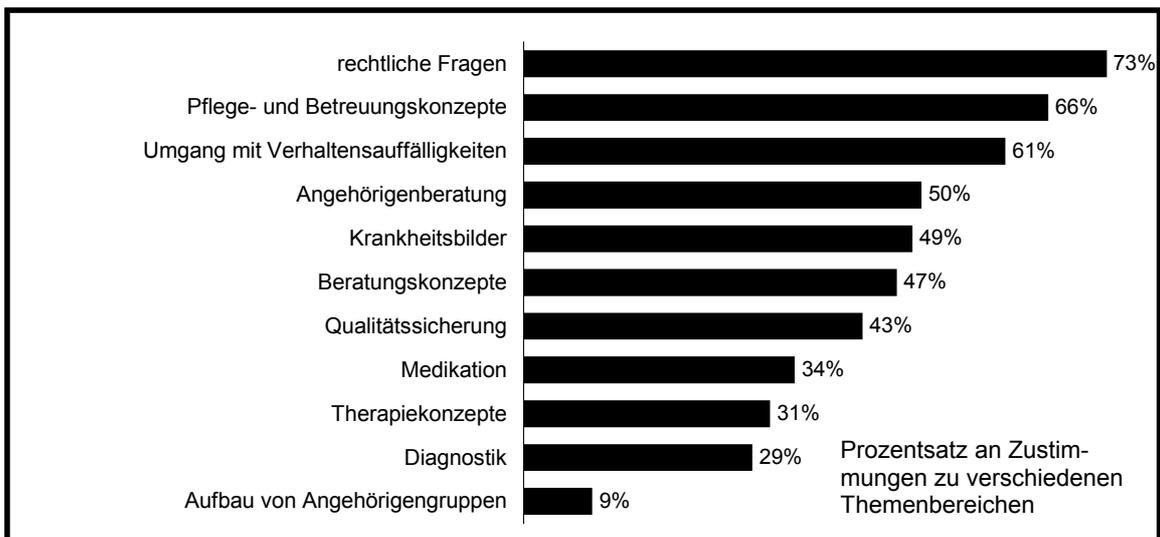
3.4.4 Maßnahmen im traditionell konzipierten Heim

3.4.4.1 Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege

Die Betreuung Demenzkranker stellt hohe Anforderungen an die psychische Belastbarkeit der Pflegenden und erfordert ein umfangreiches spezifisches Wissen. Dieses Wissen zu vermitteln sowie die Fähigkeit, mit den Verhaltensproblemen bei Demenzkranken angemessen umzugehen, war das Ziel einiger Modellprojekte. Die Bedeutung dieses Ziels wird durch ein Ergebnis des Bochumer „Forschungsprojekts zur Erfassung der Bedürfnisse Demenzkranker“ belegt. Zwar sind dessen Ergebnisse aufgrund der regionalen Beschränkung und v.a. einer relativ geringen Rücklaufquote nicht repräsentativ, sie scheinen aber vor dem Hintergrund der Diskussion in der Fachöffentlichkeit durchaus plausibel. Von 33 der stationären Einrichtungen, die geantwortet haben, konstatierten fast 90% eine Zunahme der Demenzkranken bei ihrer Klientel. Aber in fast 39 % dieser Einrichtungen ist nicht eine einzige Fachpflegekraft für Psychiatrie bzw. Fachkraft mit vergleichbarer gerontopsychiatrischer Zusatzqualifikation beschäftigt.

Beim Modellprojekt in Cottbus, das zum Ziel hatte, die Versorgungssituation für gerontopsychiatrisch Erkrankte, insbesondere für Demenzkranke und deren Angehörige durch gerontopsychiatrische Verbünde in der Region Spreewald/Oberlausitz zu verbessern (s. Kapitel 3.1), war die Qualifikation der Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeiter – neben der Weiterqualifizierung der Ärzte und der Einrichtungsleiter – integraler Bestandteil des Konzepts. Um das Fortbildungsprogramm möglichst passgenau zusammenstellen zu können, wurden die Einrichtungsleiterinnen und -leiter befragt, zu welchen gerontopsychiatrischen Themenbereichen für sie und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besonderer Informationsbedarf besteht. Die Übersicht 3.4 3 zeigt die Ergebnisse dieser Befragung.

Übersicht 3.4 3: Fortbildungsbedarf aus Sicht der Einrichtungsleiterinnen und Einrichtungsleiter in Cottbus



Die Rangfolge der Themenbereiche zeigt, dass für rechtliche Fragestellungen, Pflege- und Betreuungskonzepte für gerontopsychiatrisch Erkrankte sowie für den Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten der höchste Bedarf angegeben wurde. Dass drei Viertel aller Befragten einen Bedarf an rechtlicher Information bei ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sehen, ist ein Indiz für die Unsicherheit im Umgang mit den Demenzkranken. Es lässt darauf schließen, dass auf Problemverhalten in einer Weise reagiert wird, die rechtlich nicht zulässig ist bzw. von den Angehörigen nicht akzeptiert wird. Zwei Drittel sehen Qualifizierungsbedarf für die Betreuung und den Umgang mit Problemverhalten und immerhin fast ein Drittel für die medizinische Therapie und Diagnostik. Insgesamt spiegelt das Befragungsergebnis ein beträchtliches Defizit an demenzbezogenem Wissen und der Fähigkeit wider, mit den demenzspezifischen Problemen umzugehen.

Auf der Grundlage dieser Bedarfseinschätzungen wurde in Cottbus ein Fortbildungsprogramm für die im Pflege- und Betreuungsbereich tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen konzipiert. Es beinhaltete Veranstaltungen zu medizinischen und juristischen Themenbereichen wie auch zur Pflegeplanung. Die Kommunikation mit Demenzkranken und der Umgang mit deren Verhaltensproblemen nahmen einen großen Raum ein, außerdem wurden die Angehörigenarbeit sowie die Integration von Musiktherapie und basaler Stimulation in die Pflege und Betreuung von Demenzkranken thematisiert.

Das Programm war gegliedert in so genannte Grund- und Aufbauveranstaltungen, wobei die vollständige Teilnahme an den Grundkursen (insgesamt 66 Stunden) mit einem Zertifikat „Gerontopsychiatrische Basisqualifikation“, das von den Partnereinrichtungen der Verbände anerkannt wurde, honoriert werden sollte. Die einzelnen Fortbildungsmaßnahmen wurden als halb- und ganztägige Veranstaltungen durchgeführt und für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Partnereinrichtungen kostenlos angeboten. Die Fortbildungsmaßnahmen wurden kontinuierlich bis zum Ende der Projektförderung weitergeführt und waren ein großer Erfolg. An den insgesamt 25 halb- und ganztägigen Veranstaltungen nahmen durchschnittlich 46 Personen pro Fortbildungstermin teil. Insgesamt 64 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus dem Pflege- und Betreuungsbereich schlossen das Fortbildungsprogramm mit dem Zertifikat ab. Die Weiterbildung ist über das Projektende hinaus ein fester Bestandteil des Verbundes.

Das Modellprojekt „Alzheimer Zentrum Hamburg“ hatte zum Ziel, einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Einrichtungen intensiv zu den medizinischen und Verhaltensproblemen von Demenzkranken zu schulen und sie als Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren von Demenzwissen in den Einrichtungen einzusetzen. Von acht Einrichtungen wurden je zwei Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter geschult und auf ihre Multiplikatorenrolle vorbereitet. In 175 Unterrichtsstunden wurde ihnen Wissen vermittelt über Ursachen, Formen, Diagnostik und Behandlung von Demenz; einen breiten Raum nahmen Schulung und gemeinsame Reflexion zum Verstehen der Handlungslogiken von Demenzkranken – die Deutung ihres Handelns vor ihrem persönlichen und biografischen Hintergrund – ein. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden mit ver-

schiedenen Interventionsformen vertraut gemacht: Pflegekonzepten, Therapieansätzen und Handlungsmöglichkeiten in schwierigen Situationen, z.B. bei auftretenden Aggressionen oder Weglauftendenzen. Darüber hinaus wurden Themen behandelt wie Hilfen beim Übergang in die stationäre Pflege, Grundlagen des Betreuungsrechts und ethische Fragen der Sterbehilfe. Weitere Schulungsinhalte bezogen sich auf die Zusammenarbeit mit den Angehörigen und auf ihre Rolle als Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren – aus Schulungsunterlagen wurden Arbeitsunterlagen für die Wissensweitergabe in der eigenen Einrichtung erstellt, und es wurden didaktische Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt.

Fast einhellig beurteilten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer den persönlichen Gewinn als hoch und ganz überwiegend betrachteten sie die Schulung als einen großen Gewinn für die Arbeit; aber nur etwa drei Fünftel von ihnen konnten die gelernten Inhalte oft am Arbeitsplatz einsetzen. Die weiterqualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter konnten ihre Multiplikatorenrolle nur ausüben, wenn die Leitung sie gegenüber den Kolleginnen und Kollegen in ihrer Rolle stützte und zeitliche Freiräume für die Wissensweitergabe schaffte, z.B. in Teamsitzungen oder eigens anberaumten Fortbildungszeiten. Wenn die Leitung die notwendigen Rahmenbedingungen schafft, scheint das Konzept der Multiplikatoren von Demenzwissen eine effiziente Strategie zur demenzbezogenen Qualifizierung des gesamten Personals einer Station bzw. einer Einrichtung zu sein.

3.4.4.2 Angehörigenarbeit

Das Hamburger Modell verknüpfte die demenzbezogene Qualifikation von Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeitern mit der Angehörigenarbeit zu einem „Pflegebündnis“. Damit erhob es den Anspruch, zwei „Systeme“ – die Familie und das professionelle System der Einrichtung – zusammenzuführen und dadurch eine „neue Kultur der Pflege“ zu etablieren. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden den Angehörigen – parallel zu den Multiplikatorenschulungen – Kurse angeboten, in denen Wissen über Demenz und Techniken des Umgangs mit Demenzkranken vermittelt sowie ein Empowerment der Angehörigen, etwa als Stärkung des Selbstbewusstseins gegenüber der Heimleitung, angestrebt wurden.

Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren und Angehörige kamen in „Praxisprojekttagen“ zusammen um sich kennen zu lernen, das gegenseitige Verständnis zu vertiefen bzw. aufzubauen und gemeinsame Projekte im Interesse des zu Pflegenden zu entwickeln. Die Ergebnisse dieser Praxisprojekte waren, neben Angehörigenstammtischen oder Gesprächsrunden, im Wesentlichen die Einführung von Biografiebögen, die Zusammenstellung von „Beschäftigungskoffern“ für Demenzkranke und die Erstellung eines Wandkalenders mit Terminen. Eine Befragung der Angehörigen zu Beginn und zum Ende des Projekts zeigte eine deutliche Zunahme des – selbst eingeschätzten – Wissens über Demenz und eine gewachsene Sicherheit im Umgang mit dem demenzkranken Angehörigen sowie eine größere Zufriedenheit mit dem Heim und mit der Zusammenarbeit mit den beruflich Pflegenden.

In den einzelnen Einrichtungen war die Angehörigenarbeit unterschiedlich erfolgreich. In einer Einrichtung konnten keine, in einigen nur wenige Angehörige zur Teilnahme motiviert werden. Es gibt deutliche Anzeichen dafür, dass das Engagement der Heimleitung für die Angehörigenarbeit ein wesentlicher Faktor für deren Zustandekommen ist. In fünf der acht Einrichtungen arbeiten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Angehörige nach Projektende weiter zusammen.

Die Bedeutung der Angehörigenarbeit liegt zum einen darin, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung pflegerelevantes biografisches Wissen – Schicksal, frühere Lebensweise, Vorlieben etc. – über den Heimbewohner erhalten. Zum andern gibt es deutliche Hinweise, dass die Angehörigenarbeit einen positiven Effekt auf das Gesamtklima der Einrichtung hat. Sehr viel weiter gehende – aus dem Anspruch einer Verknüpfung zweier „Systeme“ und dem programmatischen Etikett „Pflegebündnis“ möglicherweise resultierende – Erwartungen einer grundlegenden Transformation der Versorgungssituation durch die Einbeziehung der Angehörigen können aus den Erfahrungen des Hamburger Modellprojekts zum jetzigen Zeitpunkt nicht abgeleitet werden.

Ebenfalls mit dem Ziel biografisches Wissen zu erhalten, wurde die Angehörigenarbeit im Eisenberger Modell „Gerontopsychiatrische Wohngemeinschaft“ (s. Kapitel 3.4.3.2) durchgeführt. Ein weiterer Schwerpunkt lag hier auf einem Abbau von Schuldgefühlen der Angehörigen wegen eines – von der Umwelt unterstellten – Abschiebens der alten Menschen ins Pflegeheim, verbunden mit Informationen über Demenz und die damit einhergehenden Verhaltensänderungen. Damit sollte auch einer möglichen Tendenz, den Umgang mit dem demenzkranken Angehörigen zu meiden, entgegengewirkt werden. Die Arbeitsform waren Beratungsgespräche und eine Angehörigengruppe, die von einer Sozialarbeiterin geleitet wurde. Neben der Entlastung der Angehörigen erlebten Leitung sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung auch positive Rückwirkungen auf die Bewohnerinnen und Bewohner, und sie sahen sich dadurch bestärkt, Angehörigenarbeit als festen Bestandteil einer angemessenen Betreuung gerontopsychiatrisch veränderter Menschen weiter zu pflegen.

3.4.4.3 Musiktherapie in Pflege und Sterbebegleitung

In der Betreuung von Demenzkranken spielt Musiktherapie eine zunehmend größere Rolle, weil mit Musik die emotionalen Schichten der Person angesprochen werden, die bis zum Lebensende am stärksten erhalten bleiben. Gegenüber anderen, an Material gebundenen ästhetischen Ausdrucksformen wie Malen oder Töpfern hat Musik, v.a. als Singen, den Vorzug, dass sie viele Handlungsabläufe begleiten kann. Durch ihren gezielten Einsatz können darüber hinaus Zeiträume und Handlungsfolgen strukturiert werden. In der Bochumer Studie zur Versorgungslage Demenzkranker (s. oben, S. 131) gaben etwa die Hälfte der Einrichtungen, die demenzspezifische Angebote vorhalten, und fast 90% aller stationären Einrichtungen an, mit „Singen/Musizieren“ zu arbeiten.

Das Rendsburger Modellprojekt „Abschiedsmusik“ hat in vier Einrichtungen Musiktherapie implementiert. Der Einsatz professioneller Musiktherapeuten und die musiktherapeutische sowie musikalische Qualifikation eines Teils der in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden miteinander kombiniert, wobei letztere, von den Professionellen unterstützt, zunehmend eigene musiktherapeutische Angebote für die Bewohnerinnen und Bewohner machten. Es kristallisierten sich vier Einsatzformen heraus:

- Musiktherapie als wöchentliches, kontinuierliches Gruppenangebot ist zunächst eine Form von Freizeitangebot für die Bewohnerinnen und Bewohner, aber auch die organisatorische Basis für die angestrebte Musikalisierung des Pflegealltags.
- Singen und der Einsatz musikalischer Elemente sind Teil einer Strategie zur Qualitätsverbesserung der Grundpflege und des Tagesablaufs. An einer Demenzerkrankung leidende Menschen werden durch „Rituallieder“ oder begleitende musikalisch-akustische Angebote auf Handlungsabläufe vorbereitet. Dadurch verringert sich das subjektive Gefühl des Über-rumpelt-Werdens, wodurch der Umgang des Pflegepersonals mit den Bewohnerinnen und Bewohnern maßgeblich entlastet wird. Singen erleichtert Übergänge, z. B. von einem Raum in den anderen und von einer Zeit in die andere, etwa vom Tag zur Nacht, oder von einer Aktivität in die andere, etwa vom Dösen zum Mittagessen.
- Musiktherapie als kontinuierliches, regelmäßiges Angebot für einzelne Klientinnen und Klienten soll die Menschen erreichen, die sich aus Einsamkeitsgefühlen, Krankheit oder Resignation in der Einrichtung selbst isolieren und dabei mehr oder weniger verstummt sind.
- Professionelle musiktherapeutische Begleitung kann das Sterben im Pflegeheim oder Hospiz erleichtern. So verringert die zarte musikalische Begleitung mit Instrumenten wie der Leier, das Miteinander-Atmen und das Summen, das Singen von Lieblingsliedern oder auch das gemeinsame Hören von Musik das Gefühl der Einsamkeit und Verlassenheit in der Sterbephase. Außerdem liegt die Annahme nahe, dass eine musiktherapeutisch fundierte Sterbebegleitung für Demenzkranke angemessener ist als ein auf strukturierter Erinnerung und Reflexion beruhender Versöhnungs- und Ablösungsprozess.

Der Fokus der begleitenden Evaluation durch Dokumentationen und mehrere Befragungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter lag auf der Veränderung des Pflegealltags durch den Einsatz von musikalischen Elementen. Zusammenfassend lassen sich folgende Ergebnisse festhalten:

- Die Bewohnerinnen und Bewohner werden als offener für ihre Umwelt, fröhlicher, selbstbewusster und weniger ängstlich sowie aggressiv erlebt.
- Die Atmosphäre wird als gelassener beschrieben.
- Die „Gemeinschaftlichkeit“ nimmt zu.
- Die Motivation und Arbeitsfreude der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind gewachsen.
- Der Einsatz von konsumierter Musik ist bewusster geworden; das schließt die Abkehr von „Musikberieselung“ ein.

- Der Tages- bzw. Arbeitsablauf ist teilweise weniger starr und stärker an den Bedürfnissen der Bewohner ausgerichtet.

Aus den Antworten, die von den befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gegeben wurden, lässt sich schließen, dass die Musik in den Einrichtungen gleichermaßen auf die Bewohnerinnen und Bewohner und auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wirkt und in der gegenseitigen Rückkopplung eine Spirale der Qualitätsverbesserung in Gang setzt.

In der Einrichtung Haus Schwansen in Rieseby, einem Pflegeheim für Demenzkranke, ist Musiktherapie, über eine Qualitäts- und Leistungsvereinbarung finanziert, inzwischen fester Bestandteil der Betreuung. In dem Haus hatte die Leitung ursprünglich die Absicht, nach der musikalischen/musiktherapeutischen Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf den Einsatz der professionellen Musiktherapeuten zu verzichten. Diese Erwartung erwies sich als unrealistisch: Offenbar müssen der Impuls für musikalisches Handeln im Pflegealltag durch die Professionellen immer wieder neu gegeben und die Überwindung der Hemmung zum „laienhaften“ musikalischen Ausdruck angestoßen werden. Darüber hinaus ist die Vermittlung instrumentaler bzw. stimmlicher Fertigkeiten für die in diesem Feld besonders engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erforderlich. Aber auch wenn stundenweise professionell Musikausübende in die Einrichtung geholt werden, bleibt der finanzielle Aufwand überschaubar, ein Aufwand, mit dem sich eine beträchtliche Qualitätssteigerung der Pflege erzielen lässt – unabhängig von der Einrichtungs- bzw. Wohnform.

Demenzspezifische Betreuungskonzepte werden in vielen Einrichtungen noch nicht umgesetzt. Ein großer Teil der Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeiter ist für den Umgang mit Demenzkranken nicht ausreichend qualifiziert.

Eine Möglichkeit, dieses Wissen in die Einrichtungen zu bringen, ist die Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern stationärer Einrichtungen und ambulanter Pflegedienste als Multiplikatoren von Demenzwissen in ihrem Arbeitsbereich. Die Weiterbildungsinhalte umfassen medizinische Fragen, Betreuungskonzepte, Umgang mit Verhaltensproblemen, Angehörigenarbeit u.a. (Hamburg). Eine vergleichbare Qualifikation für Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeiter ist wesentliches Element eines Netzwerks zur Qualitätssicherung in der stationären Pflege (Cottbus). Voraussetzung für Effektivität ist stets, dass die Leitung der Einrichtung/des Dienstes das Konzept mitträgt.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in stationären Einrichtungen werden von professionellen Musiktherapeuten musikalisch und musiktherapeutisch qualifiziert. So können sie den Pflegealltag auf vielfältige Weise mit musikalischen Elementen durchdringen und den Sterbeprozess durch den Einsatz von Musik erleichtern (Rendsburg).

3.4.5 Zusammenfassende Bewertung und Empfehlungen

3.4.5.1 Betreuungs- und Wohnkonzepte

Für die drei Konzepte „Gerontopsychiatrische Wohngemeinschaft“ in Eisenberg, „MIDEMAS“ in Baden-Württemberg und „Hausgemeinschaften“ in Dießen ist zunächst einmal festzuhalten, dass sie sich auf je spezifische Weise bewährt haben. Allen gemeinsam ist die – zeitlich und emotional – intensive Zuwendung, die die Bewohnerinnen und Bewohner von den Pflegekräften erhalten, verbunden mit der Gestaltung eines spezifischen architektonischen Milieus.

Auffällig ist in Eisenberg die Konstanz der kognitiven Fähigkeiten der demenzkranken Bewohner über den Zeitraum von zweieinhalb Jahren, eine Spanne, in der mit deutlichen Kompetenzverlusten zu rechnen ist. Da das Patientenkollektiv mit zehn Personen, die über den Zeitraum beobachtet wurden, zu klein ist und auch keine Vergleichsgruppe gebildet wurde, kann aus dem Ergebnis keine sichere Aussage über die Verzögerung kognitiver Abbauprozesse abgeleitet werden. Es legt aber nahe, vergleichbare Betreuungskonzepte, d.h. Konzepte mit ausgeprägtem Anteil an therapeutischen Interventionen, auf einer größeren Basis in kontrollierten Studien hinsichtlich ihrer Wirkung auf den Verlauf der Demenz zu evaluieren.

In Eisenberg stellten Stürze nach einiger Zeit kein Problem mehr dar. Dies ist plausibel vor dem Hintergrund des Konzepts: die Bewohnerinnen und Bewohner wurden nicht unvermittelt in einen Freiraum entlassen, sondern zunächst wurden die Psychopharmaka-Dosen reduziert, damit die Bewohnerinnen und Bewohner aktiviert werden konnten; dann wurde mit einem Schritt-für-Schritt-Training zur Erlangung bzw. Verbesserung der Mobilität begonnen. Im „MIDEMAS“-Projekt dagegen nahmen Situationen mit Sturzgefahr und – wohl zur Sturzprophylaxe vorgekommene – Fixierungen durch die neuen Freiräume zu.

Der „Transfer-Wert“ des Modells in Eisenberg liegt weniger in der alleinigen Empfehlung einer bestimmten Wohnform als in dem Hinweis auf die Rolle einer stimmigen Gesamtkonzeption. Aus der Perspektive des Modellprojekts, das ein Konzept der therapeutischen Pflege entwickelt hat, sind „isolierte“ therapeutische Interventionen, die nicht in eine Tagesstruktur eingebunden sind, wirkungslos. Die Frage bleibt offen, wie umfänglich therapeutische Interventionen sein müssen, wenn sie in ein anders geartetes Betreuungskonzept integriert werden.

Die Verbindung von Bezugspflege und architektonischer Milieugestaltung im „MIDEMAS“-Projekt bzw. einer spezifischen Bauform für Hausgemeinschaften in Dießen führt zu einer Betreuung, die – vor dem Hintergrund der Institution Heim – als in hohem Maße positiv erlebt wird. So empfinden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Angehörige, die Fachöffentlichkeit und – soweit feststellbar – die Bewohnerinnen und Bewohner. Der deutliche Rückgang des herausfordernden Verhaltens, wie er im „MIDEMAS“-Projekt dokumentiert wurde und der Verzicht auf sedierende Medikamente, wie er z. B. in Eisenberg möglich wurde, sind wesentliche Erfolge.

Ob die verzeichneten Erfolge im „MIDEMAS“-Projekt in erster Linie der Architektur oder dem Pflegekonzept zu verdanken sind, kann aufgrund der schmalen Datenbasis nicht entschieden werden. Ein Indiz dafür, dass das Pflegekonzept zumindest der unverzichtbare Part ist, könnte – unter der Annahme, dass die Erfolge in allen Einrichtungen etwa gleich groß sind – sein, dass die Annäherung an das architektonische Ideal ungleich weit möglich war, die Betreuungskonzepte aber prinzipiell gleich waren. Diese Einschätzung würde dem Ergebnis der oben zitierten Studie von Müller und Hennig zum Mainzer Wohngruppenmodell entsprechen (s. oben, S. 115).

Das „MIDEMAS“-Projekt und das Hausgemeinschaftskonzept haben Zielgruppenprobleme, die in den Modalitäten der Refinanzierung begründet sind. Im „MIDEMAS“-Projekt zeigte sich, dass die Zielgruppe der mobilen Demenzkranken mit herausforderndem Verhalten in den einzelnen Einrichtungen nicht genügend groß war, um homogene Gruppen bilden zu können. Diese Kriterien sind aber in Baden-Württemberg Voraussetzung für die Gewährung von Pflegesätzen, mit denen das Konzept umgesetzt werden kann. Diese Erfahrung wirft die Frage auf, ob die Zielgruppe überhaupt so groß ist, dass ein eigenes Betreuungssetting für sie anzustreben ist. Die denkbare Konzentration in Spezialeinrichtungen ist deshalb keine wünschenswerte Option, weil sie mit dem Prinzip einer Pflege in Nähe der Angehörigen kollidieren würde.

In Dießen stellte sich das Zielgruppenproblem dar als Diskrepanz zwischen den für die Realisierung des Konzepts erwünschten relativ großen Potenzialen der Bewohnerinnen und Bewohner und der Notwendigkeit, zur Refinanzierung einen hohen Anteil von Bewohnerinnen und Bewohnern mit Pflegestufe II bzw. III aufzunehmen. Die Hausgemeinschaft ist eine Wohn- und Lebensform, die gerade auch für rüstige und nicht demenzkranke Seniorinnen und Senioren interessant ist. Die Wahl dieser Lebensform ist demnach relativ unabhängig von Pflegebedarfen.

Dies wird auch deutlich, wenn man sich das architektonische Konzept vergegenwärtigt: Betrachtet man die Grundrisslösungen des Gradmann-Hauses und der Hausgemeinschaft in Dießen als idealtypische Alternative, so ist die Präferenz für die eine oder die andere nicht unbedingt eine Frage der nach Betreuungsbedarfen definierten Zielgruppe. Grenzt der individuelle Wohnbereich unmittelbar an den gemeinsamen Ess-, Wohn- und Küchenbereich (Dießen), erfährt der Einzelne viel stärker die Nähe der anderen, als wenn ein Flur zwischen Individual- und Gemeinschaftsbereich vermittelt (Gradmann-Haus). Die Entscheidung zwischen diesen Wohntypen und dem damit verbundenen jeweiligen Lebensgefühl dürfte eher von persönlichen, in sozialem Status und Lebensgeschichte begründeten Vorlieben als von Pflegebedürfnissen abhängen.

So wünschenswert das Vorhandensein der beschriebenen und ähnlicher Angebote in einer Region auch ist, so wenig sollte eines dieser Konzepte zu Lasten der anderen favorisiert werden. Auch sollte das Innovative dieser Versorgungsformen nicht zu dem Schluss verführen, dass mit ihnen automatisch ein höherer Outcome bzw. eine höhere Lebensqualität erzielt wird als mit integrativer Pflege im herkömmlichen Heim.

3.4.5.2 Qualifizierung und Angehörigenarbeit

Bis sich die auf der Grundlage des neuen Altenpflegegesetzes geänderte Ausbildung der Altenpflegerinnen und Altenpfleger in einem höheren Qualifikationsniveau des gesamten examinier-ten Pflegepersonals auswirkt, sind im stationären Bereich noch große Anstrengungen zu unternehmen, damit die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege den Anforderungen durch die Zunahme des Anteils der Demenzkranken gerecht werden können. Die Erfahrungen aus dem Modellprogramm zeigen, dass eine solche Qualifikation einen zeitlichen Umfang haben muss, der über das Maß „turnusmäßiger“ Fortbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter deutlich hinausgeht. Werden einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter qualifiziert mit dem Ziel, sie auch als Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren einzusetzen, müssen strukturelle Rahmenbedingun-gen für die Weitergabe des Wissens in der Einrichtung geschaffen werden. Ernst zu nehmen ist auch die Folgerung der Projektleitungen, dass eine solche Qualifizierung nur dann zu einer Verbesserung der Pflegesituation führt, wenn sie in spezifische Formen der Betreuung einge-bettet ist. Diese Formen können sehr differieren – sie können fokussiert sein auf Assessments und Verlaufskontrollen mit mehr oder weniger standardisierten Instrumenten, sie können verknüpft sein mit der Biografie- bzw. der Fallarbeit oder sie können gewissermaßen die Klammer von Pflege und Angehörigenarbeit bilden.

Für die Bedeutung der soziokulturellen Dimension der Pflege ist ein bezeichnendes Indiz, dass beim Hausgemeinschaftskonzept in Dießen der Einbezug ästhetischer Elemente neben dem gemeinsamen Wirtschaften notwendig war, um das Konzept mit Leben zu erfüllen. Durch den Einbezug der Angehörigen sowie freiwilliger Helferinnen und Helfer in soziokulturelle Aktivitäten kann die Lebenssituation der im Heim lebenden Menschen deutlich verbessert werden. Den-noch sollte dieser Bereich als ein integraler Bestandteil der Pflege gelten und damit auch als eine genuine Aufgabe der Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeiter gesehen werden.

Eine besondere Bedeutung hat hierbei die Musik durch die ihr innewohnende Möglichkeit, Handlungsabläufe und Tages- sowie Jahresverlauf zu strukturieren. Wenn sie solcherart als strukturierendes Element eingesetzt wird, kann sie die Pflege deutlich erleichtern. Für die Betreuung demenzkranker Menschen bietet sie einen emotionalen Zugang, der lange bestehen bleibt, und in der Sterbebegleitung Demenzkranker kann sie eine herausragende Rolle spielen. Entsprechend ihrer Wichtigkeit in der Pflege geben denn auch die meisten Einrichtungen an, Musik und Singen als Angebote vorzuhalten. Allerdings bedienen sie sich hierfür kaum fach-kundiger Hilfe. Doch gerade in einer Kultur, in der das Singen von Laien, zumal bei der Arbeit, eher ungewöhnlich ist, wird die Unterstützung durch professionelle Musiktherapeutinnen bzw. Musiktherapeuten oder -pädagoginnen bzw. -pädagogen in einem Begleitangebot notwendig sein; denn, das machen die Erfahrungen in Rendsburg deutlich, ein „natürlicher“, ein unge-zwungener Umgang mit Musik und Singen muss erst gelernt werden.

Ein Problem bei der bundesweiten Übernahme musiktherapeutischer Konzepte ist allerdings die unseres Wissens regional sehr unterschiedliche Versorgung mit Musiktherapeuten. So gaben in der Bochumer Studie auch lediglich zwei der 41 Einrichtungen, die „Singen/Musizieren“ anbieten (s. oben, S. 134), an, mit einem professionellen Musiktherapeuten zu kooperieren. An Stelle der Musiktherapeuten könnten – bei entsprechender auf Demenz bezogener Zusatzqualifizierung – die Vertreter einer anderen Profession, der Elementar-Musikpädagogen, die zunehmend auch Seniorinnen und Senioren als ihre Zielgruppe wahrnehmen, eingesetzt werden.

In Zusammenhang mit dem Einsatz von Musiktherapie in der Sterbebegleitung wurde ein Forschungsdesiderat erkennbar: Wir wissen wenig über den Sterbeprozess bei Demenzkranken und verfügen damit auch nicht über der Krankheit angepasste Weisen der Sterbebegleitung. Einschlägige Studien und die Entwicklung adäquater Formen der Begleitung sind eine wesentliche Voraussetzung für eine humane Betreuung demenziell erkrankter Sterbender und können darüber hinaus dazu beitragen, eine spezifische, für die Pflegenden höchst belastende Situation zu erleichtern.

Ob eine demenzbezogene Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, zumindest annähernd im skizzierten Umfang, durchgeführt wird und ob im beschriebenen Sinne ausreichende Betreuungsangebote gemacht werden, hängt derzeit noch weitgehend vom Engagement der Heimleitungen und den finanziellen Rahmenbedingungen ab. Dieser finanzielle Rahmen ist eng, weil die Leistungssätze der Pflegeversicherung seit ihrem Inkrafttreten nicht erhöht wurden und weil sie vornehmlich auf die somatische Pflege ausgerichtet sind. Der Betreuungsaufwand bei Demenz findet daher nicht hinreichend Berücksichtigung. Damit ist eine adäquate Betreuung Demenzkranker im Heim – abgesehen von der Möglichkeit, Fördermittel eines Modellprojekts einsetzen zu können – nur durch Quersubventionierung in der Einrichtung bzw. beim Träger möglich.

3.4.5.3 Aufwand und Refinanzierung

Aus den Modellerfahrungen ist abzuleiten, dass eine adäquate Betreuung Demenzkranker durch entsprechende Angebote im traditionellen Heim ebenso wie in neuen Wohnformen zu den Kosten der konventionellen Verrichtungspflege nicht geleistet werden kann. Ein Kostenvergleich der verschiedenen stationären Versorgungsformen wird erst möglich sein, wenn aufgrund der einschlägigen Untersuchungen (s. oben, S. 115) Pflege- bzw. Betreuungszeiten und Personalbedarf für Einrichtungstypen, in denen Demenzkranke angemessen betreut werden, festgelegt worden sind. Daneben sind Untersuchungen zum Outcome für die Versorgungstypen, v. a. auch bezogen auf die Verlaufsstadien der Demenzerkrankung, durchzuführen. Erst wenn die Ergebnisse beider Untersuchungsstränge vorliegen und in Bezug zueinander gesetzt werden können, ist es möglich, die Kosten-Nutzen-Relation für unterschiedliche Pflegesettings zu bestimmen.

Festzuhalten ist aber, dass die Einführung demenzspezifischer Betreuungskonzepte, angereichert durch therapeutische und soziokulturelle Elemente und verbunden mit einer Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, im Rahmen der integrativen Pflege bei überschaubaren Kosten zu einer Betreuungssituation führen kann, die den Bedürfnissen demenzkranker Menschen zumindest weitgehend gerecht wird. Wie weit derzeit in den Heimen eine solche Betreuungssituation geschaffen wird, scheint in hohem Maße vom Engagement der Heimleitungen bzw. der Träger abhängig zu sein. Hier wäre durch geeignete Maßnahmen – etwa auf der Ebene der Qualitätssicherung – eine bestimmte Höhe des Standards verbindlich zu setzen und dessen Einhaltung durch die zuständigen Instanzen kontrollieren zu lassen. Dabei sollten unterschiedliche Konzepte durchaus nebeneinander bestehen. Damit könnte die Wahl der stationären Einrichtung bis zu einem gewissen Grad auf die Neigungen und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen abgestimmt werden, und auf der Nachfrageseite würde Druck zur Einhaltung eines hohen Pflegestandards aufgebaut werden.

3.5 Konzepte zur Verbesserung der Betreuung und Versorgung im häuslichen Bereich und im Wohnumfeld

3.5.1 Einleitung

Der größte Anteil von Pflegeleistungen in der Altenhilfe wird von Angehörigen erbracht, ein Sachverhalt, der auch für die Konzeption der Pflegeversicherung prägend war. Um das Pflegepotenzial der Angehörigen zu sichern und nach Möglichkeit zu erweitern, sind Konzepte zur Verbesserung der Betreuung und Versorgung im häuslichen Bereich und im Wohnumfeld von großer Bedeutung.

Dem vierten Bericht zur Lage der älteren Generation (BMFSFJ 2002a, S. 193) zufolge werden nahezu drei Viertel aller pflegebedürftigen alten Menschen zu Hause versorgt. Ihre Pflege wird derzeit zu etwa 90% von Familienangehörigen erbracht. Zu je einem Drittel ist die Hauptpflegeperson der jeweilige Partner oder die Tochter bzw. Schwiegertochter. Etwa 10% der Hilfen, die Pflegebedürftige im häuslichen Kontext erhalten, werden von professionellen Pflegekräften geleistet. Hinzu kommen ca. 3% hauswirtschaftliche und andere Leistungen beruflicher Helferinnen und Helfer (Blinkert, Klie 1999).

Ein nicht geringer Teil der Pflegenden, insbesondere der Pflegenden hochaltriger Menschen, ist selbst schon in vorgerücktem Alter. Etwa 80% der pflegenden Angehörigen sind Frauen, und bei den erkennbaren Pflegekonstellationen steht „Frau pflegt eigene Mutter“ gefolgt von „Frau pflegt Ehemann“ und „Frau pflegt Schwiegermutter“ an vorderster Stelle. Sehr häufig beginnt die häusliche Pflege und Betreuung als Leistung für den Partner, um dann von weiblichen Mitgliedern der Kindergeneration verantwortlich übernommen zu werden (Schneekloth, Müller 2000, S. 52ff, Fuchs 1998, S. 392ff).

Die Bereitschaft, im Falle der Pflegedürftigkeit für den Ehepartner bzw. den jeweiligen Elternteil pflegerische Verantwortung zu übernehmen, ist als hoch einzuschätzen (Fuchs 1998, S. 392ff, Schütze 1995, S. 31ff). Diese Bereitschaft, die in der Regel auf der Motivationsgrundlage von Zuneigung, Solidarität und Pflichtgefühl beruht, dürfte auch in den nächsten zwanzig Jahre bestehen bleiben (BMFSFJ 2001). Danach werden durch abnehmende Geburtenraten, die fortschreitende Auflösung traditioneller Familienstrukturen und die rückläufige Bereitschaft von Frauen, für pflegerische Tätigkeit berufliche Perspektiven hintanzustellen, familiäre Unterstützungspotenziale in noch nicht klar erkennbarem Ausmaß abnehmen (Dinkel et al. 1977, S. 1ff). Dennoch werden familiäre Pflege und Betreuung eine Hauptsäule der Versorgung alter Menschen bleiben.

Zur Erhaltung des informellen Pflegepotenzials ist es erforderlich, die pflegenden Angehörigen mit geeigneten Maßnahmen zu unterstützen, damit die unvermeidbaren Belastungen, die aus

der häuslichen Pflege resultieren, kontrollierbar werden und erträglich bleiben. Die wichtigsten in der Literatur diskutierten Belastungsfaktoren im Kontext häuslicher Pflege sind:

- ständiges Angebundensein
- nicht abschalten können
- die Vorstellung, dass es keine Verbesserung geben kann, eher eine Verschlechterung
- das Leiden der Angehörigen und die Angst sie zu verlieren
- Nähe zu Sterben und Tod
- Veränderung der Persönlichkeit des Pflegebedürftigen (Verwirrtheit, Verlust der Selbstkontrolle etc.)
- Fremdbestimmtheit der eigenen Lebensplanung
- Schwierigkeit, Urlaub nehmen zu können
- gestörte Nachtruhe
- wachsende soziale Isolation
- Gefährdung der Partnerschaftsbeziehung
- fehlende Anerkennung für die geleistete Pflege
- Beziehungsprobleme zwischen Pflegeperson und Gepflegtem
- Verzicht auf Beruf
- schwierige finanzielle Lage
- ungünstige Wohnbedingungen

Auf pflegende Angehörige von Demenzkranken wirken diese Belastungsfaktoren, die oft zu psychischen und somatischen Beschwerden sowie Erschöpfungszuständen führen, in besonders hohem Maße. Zusätzlich leiden diese Angehörigen am „Auslöschen“ der Persönlichkeit des Kranken und an der damit verbundenen Hilflosigkeit. Aus dieser Hilflosigkeit heraus kommt es nicht selten zu unkontrollierten Reaktionen, beispielsweise zum Umschlagen von Besorgnis und Zuneigung in Aggression (Kruse 1994, S. 42ff, Gunzelmann et al. 1996, S. 22ff, Gräßel 1998a, 1998b, 1998c, Adler et al. 1996, S. 125 ff).

Vergegenwärtigt man sich das enorme Belastungspotenzial, dem pflegende Angehörige ausgesetzt sind, erscheint es bemerkenswert, dass die durch das Pflegeversicherungsgesetz finanzierten Entlastungen durch professionelle Dienste bislang nur sehr begrenzt in Anspruch genommen werden. Eine deutliche Mehrzahl (77%) der zu Hause Gepflegten hat sich für die Geldleistungsalternative entschieden und verzichtet damit – auch bei gegebener Möglichkeit der Kombination von Geld- und Sachleistung – weitgehend auf die Unterstützungs- und Pflegeleistungen ambulanter Dienste. Auch Angebote der teilstationären Pflege oder der Verhinderungspflege werden nur zögerlich wahrgenommen.

Die Gründe für die Nichtinanspruchnahme professioneller Hilfe im häuslichen Pflegebereich sind vielfältig. Zum einen wird, trotz objektiv gegebener Notwendigkeit, die Inanspruchnahme ambulanter Hilfedienste für Hilfe- und Pflegeleistungen von den betroffenen Angehörigen als

unnötig bezeichnet (Halsig 1998, S. 211ff) oder es besteht eine generelle Unkenntnis bezüglich der möglichen Entlastungsangebote.

Wenn auch im Einzelfall strukturelle Barrieren, etwa die weite Entfernung zum Leistungsort, die schlechte Informationslage oder lange Wartelisten eine große Rolle spielen können, so sind doch häufig eher subjektive Hemmfaktoren dafür verantwortlich, dass keine formelle Hilfe in Anspruch genommen wird. Solche Hemmfaktoren sind etwa psychischer Druck, den der zu pflegende Angehörige ausübt, im ländlichen Raum der Druck des sozialen Umfelds, aber auch Gefühle von Schuld und Versagen sowie die Angst vor Einmischung Fremder in Familienangelegenheiten oder vor Kontrolle Dritter (Gräsel 1998b, S. 52 ff, Evers, Rauch 2000, S. 111ff).

Die bereits angesprochenen Gründe für eine Nichtinanspruchnahme von Unterstützungsleistungen bezeichnen das Problem der „subjektiven Erreichbarkeit“ von hilfebedürftigen alten Menschen und deren Angehörigen. Als Ansatzpunkte für eine Verbesserung der subjektiven Erreichbarkeit von Diensten und Einrichtungen nennt das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA 1993, S. 113 f):

- aufsuchende soziale Arbeit („Bringstruktur“ der Dienste)
- Sensibilität bei der Präsentation von Hilfsangeboten (Vermeidung von diskriminierenden Effekten)
- Einsatz akzeptierter Kontaktpersonen (insbesondere bei Erstkontakten)
- persönliche Begleitung beim Besuch von Diensten
- altersgerechte Gestaltung sozialer Angebote
- auf die persönliche Lebenssituation und die Möglichkeiten des alten Menschen (bzw. des Angehörigen) abgestimmte Beratungsangebote

Die Bereitschaft der pflegenden Angehörigen, insbesondere von Demenzkranken, Beratungs- und Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen, kann durch eine regelmäßige Öffentlichkeitsarbeit, die von den örtlichen Leistungserbringern durchgeführt bzw. angestoßen wird, gefördert werden. Außerdem ist es wichtig, dass die jeweiligen Hausärzte für das Problem sensibilisiert sind und auf Unterstützungsmöglichkeiten hinweisen. Speziell für die unter Isolationstendenzen leidenden pflegenden Ehegatten bedeuten niederschwellige Angebote wie z.B. Betreuungsgruppen für demenzkranke Menschen eine konkrete Hilfe, sofern diese Gruppen im Rahmen noch immer vorherrschender „Komm-Strukturen“ erreicht werden können (Franke 2000, S. 228ff).

Die relativ geringe Inanspruchnahme der Angebote formeller Dienstleister wirft die Frage auf, welche Art der Unterstützung Pflegende wünschen und wie diesen Wünschen im Rahmen des Systems der Altenhilfe entsprochen werden kann.

Untersuchungen nach Einführung der Pflegeversicherung haben gezeigt, dass knapp 80% der Hauptpflegepersonen familiäre Unterstützung für erforderlich halten, um Pflege leisten zu können. Für mehr als 70% der pflegenden Angehörigen ist eine zeitweilige Entlastung wichtig. Praktische fachliche Unterstützung ist lediglich für knapp 54% von Bedeutung, und Beratung

durch professionelle Pflegekräfte ist mit 44% aus Sicht der befragten pflegenden Angehörigen noch etwas weniger relevant. Häusliche Pflege wird offensichtlich in erster Linie als Familienangelegenheit verstanden, und der Hauptwunsch der Pflegenden richtet sich auf Angebote zur zeitlichen Entlastung (Fuchs 1999, S. 40ff, Evers, Rauch 2000, S. 111ff).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Hilfefotenzial, das die Angehörigen repräsentieren, selbst der „Pflege“ durch stützende und entlastende Maßnahmen, insbesondere durch flexible und verlässliche „Pflegemotatorien“ bedarf. Im formellen Pflegesektor sind – v.a. von den ambulanten Pflegediensten – marktfähige Dienstleistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger zu entwickeln. Von noch größerer Bedeutung werden jedoch Entlastungsformen und Unterstützungsleistungen sein, die von bürgerschaftlichem und ehrenamtlichem Engagement getragen werden (s. Kapitel 3.6).

Konzepte zur Verbesserung der Betreuung und Versorgung im Wohnumfeld sind ein weiteres wichtiges Thema dieses Kapitels. Soziale Mobilität und die Bereitschaft, Wohnung und Wohnumfeld zu wechseln, nehmen mit zunehmendem Alter ab. Zwei Drittel der 70- bis 85-Jährigen leben bereits seit 40 Jahren am selben Ort, und in den neuen Bundesländern wohnt ein Drittel dieser Altersgruppe sogar schon seit über 40 Jahren in derselben Wohnung (Kohli 1998).

Ökogerontologische Studien zeigen, dass neben personenbezogenen auch soziale und räumlich-dingliche Faktoren des Wohnumfeldes den Verlauf des Alterungsprozesses in erheblichem Maße mitbestimmen (s. BMFSFJ 1998, Saup 1993, Oswald et. al. 1999). Zu solchen räumlich-dinglichen Faktoren gehören altengerechten Wohnungen ebenso wie gute Erreichbarkeit medizinischer und therapeutischer Einrichtungen. Soziale Faktoren mit erheblichem Einfluss auf Qualität des Lebens im Alter sind z.B. eine hinreichende Zahl von Kontakten zu Familienmitgliedern, Freunden und Nachbarn sowie niederschwellige Angebote, die einer bei alten Menschen häufig vorhandenen Tendenz zur „Isolation in den eigenen vier Wänden“ entgegen wirken. Hier müssen Maßnahmen und Konzepte ansetzen, die den Wunsch älter werdender und alter Menschen, möglichst lange im häuslichen Umfeld verbleiben zu können, nachhaltig unterstützen. Ziel dieser Maßnahmen sollte auch sein einer Pflegebedürftigkeit vorzubeugen bzw. sie zu verringern (Ströbel, Weidner 2002, S. 36ff).

Folgende acht Modellprojekte haben Konzepte der Versorgung im häuslichen bzw. wohnungsnahen Umfeld erprobt:

- „Vierte Lebensphase“ in Stuttgart
- „Tagesmütter“ für Demenzkranke und andere Angebote zur Informations-, Krisenbewältigung und Weiterbildung“ in Daaden/Herdorf
- „Entwicklung neuer Kooperations- und Koordinationsstrukturen – Aktives Leben und Wohnen älterer Menschen“ in Salzgitter
- „Gerontopsychiatrische Patienten im familialen Bezugssystem“ in Neustrelitz
- „KUNZ – Kirche und Nachbarschaftszentrum“ in Bielefeld

- „Alzheimer Zentrum Hamburg“
- „Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation – GeReNet.Wi“
- „Aufbau eines geriatrischen Netzwerkes im Dresdener Norden und umliegenden Kommunen“ in Radeburg

Alle diese Modelle streben eine Verbesserung der Versorgungsbedingungen im häuslichen Betreuungs- bzw. Pflegesetting an (s. Kapitel 3.5.2), zwei von ihnen auch eine Verbesserung des wohnungsnahen Umfeldes im Wohnquartier (s. Kapitel 3.5.3) (s. Übersicht 3.5 1).

Übersicht 3.5 1: Modellprojekte im häuslichen Versorgungsbereich und im Wohnumfeld

Modellprojekte	Häusliches Betreuungs- und Pflegesetting	Wohnquartier
Vierte Lebensphase in Stuttgart	•	
„Tagesmütter“ für Demenzkranke in Daaden/ Herdorf	•	
Aktives Leben und Wohnen älterer Menschen in Salzgitter	•	•
Gerontopsychiatrische Patienten im familialen Bezugssystem in Neustrelitz	•	
KUNZ in Bielefeld	•	•
Alzheimer Zentrum Hamburg	•	
Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation	•	
Geriatrisches Netzwerk in Radeburg	•	

3.5.2 Häusliches Betreuungs- und Pflegesetting

Eines der Modelle, die eine Verbesserung des häuslichen Betreuungs- und Pflegesettings anstreben, das Stuttgarter Modell „Vierte Lebensphase“, hat als Zielgruppe alleinstehende, psychisch beeinträchtigte alte Menschen. Die übrigen Modellprojekte in diesem Bereich widmen sich der Entlastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten bzw. sonstigen pflege- und betreuungsbedürftigen alten Menschen durch:

- Schaffung von Pflegematorien (zeitliche Freiräume)
- Vermittlung von theoretischer Kompetenz (Krankheits- und Pflegewissen)
- Vermittlung von praktischer Kompetenz (Pflege- und Betreuungspraxis)
- soziale Reintegration (Auflösung der häuslichen Isolation der Betreuer und Betreuten)

- Verbesserung des Selbstwertgefühls und Wohlbefindens (Wertschätzung des Patienten, Anerkennung der Pflegeleistung, Gemeinsamkeit der Betroffenen)
- Wiederherstellung und Erhaltung der psychosozialen Balance des Familiensystems

Aus der Bewertung der Modellergebnisse lässt sich ableiten, dass niederschwellig angelegte Unterstützung der häuslichen Pflege Demenzkranker diese sechs das familiale Pflegesetting entlastenden Elemente möglichst vollständig umfassen sollte. Die an dem Prozess der Stärkung des häuslichen Betreuungs- und Pflegesettings beteiligten Adressaten, die angestrebten Zielsetzungen und die hierfür gewählten Umsetzungsstrategien gehen aus der Übersicht 3.5.2 hervor. Mit dieser Übersicht wird der Aktionsrahmen abgesteckt, in dem sich die nachfolgend dargelegten Projekterfahrungen und Ergebnisse bewegen.

Übersicht 3.5 2: Stärkung des häuslichen Betreuungs- und Pflegesettings

Adressaten	Zielsetzungen und Umsetzungsstrategien		
Angehörige 	Information/Beratung	zum Krankheitsbild zu Hilfeangeboten	
	Entlastung	als Individualbetreuung als Gruppenbetreuung als Hilfe zur Selbsthilfe	
	Qualifizierung/Befähigung	für Pflegepraxis zum Coping	
	Freiwillige Helferinnen und Helfer 	Mobilisierung	durch ÖA in Medien durch Infoveranstaltungen durch Kurse (Curricula)
		Qualifizierung/Begleitung	durch Training on the job durch Begleitzirkel/ Supervision
		Professionelle Helferinnen und Helfer 	Mobilisierung
Qualifizierung/Begleitung			durch Kurse (Curricula) durch Supervision/Fortbildung

3.5.2.1 Unterstützung allein lebender alter Menschen mit psychischen bzw. demenziellen Erkrankungen

Aufgrund der einleitend zu diesem Kapitel skizzierten demographischen Entwicklung kann davon ausgegangen werden, dass v. a. in den Städten zunehmend mehr Menschen im Alter allein leben. Vereinsamt in Privathaushalten lebende ältere Menschen, die psychisch verändert sind, werden aus verschiedenen Gründen von professionellen Diensten kaum erreicht.

Freiwillige, die von Professionellen angeleitet und begleitet werden, betreuen im Stuttgarter Modell „Vierte Lebensphase“ Menschen, die unter diesen Bedingungen leben (s. Kapitel 3.6).

- Durch regelmäßige Besuche und gemeinsame Aktivitäten außer Haus werden die sozialen Kontakte der älteren Menschen erweitert.
- In Krisensituationen oder bei anstehenden Veränderungen wird psychosoziale Begleitung angeboten.
- Bei Erledigungen, die von den älteren Menschen nur schwer allein bewältigt werden können (Behördengang, Arztbesuche etc.), wird Begleitung angeboten.
- Durch entlastende Gespräche und gemeinsame schöne Erlebnisse wird seelische Unterstützung im Sinne sekundärer und tertiärer Prävention gewährt, um der Verstärkung von Krankheitssymptomen entgegenzuwirken.

Für die im Modellprojekt betreuten Personen bedeuten die neu aufgebaute Beziehung zum Betreuer und die gemeinsamen Aktivitäten eine beträchtliche Steigerung ihrer Lebensqualität. Nach Aussagen der Projektmitarbeiterinnen und Projektmitarbeiter ist bei den meisten von ihnen das Interesse an Sozialkontakten erstarkt, haben Alltagsaktivitäten zugenommen und die Motivation, weiterhin selbstständig in der eigenen Wohnung zu leben, wurde nachhaltig gestützt. Wesentliche strukturelle Voraussetzungen für diesen Erfolg sind u. a.:

- formale Rahmenbedingungen für ehrenamtliches Engagement (z. B.: Aufwandsentschädigung, Versicherungsschutz)
- inhaltlich klar festgelegte Aufgaben
- zeitliche Begrenzung des Engagements
- Anbindung an Fachdienste
- Fortbildung und supervisorische Begleitung
- Öffentlichkeitsarbeit

In einem Zeitraum von drei Jahren wurden von drei hauptamtlichen Fachkräften mit 150% Personalkapazität vier Besuchsdienstgruppen mit insgesamt 39 ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aufgebaut. Bei deren Zuweisung zu den Klientinnen und Klienten wurden die beiderseitigen Interessen, Neigungen und persönliche Eigenschaften so weit wie möglich berücksichtigt. Fast alle der geschulten Ehrenamtlichen übernahmen die Betreuung für eine hilfebedürftige Person, zwei Drittel von ihnen wollen die Betreuung sogar über den zunächst vereinbarten Zeitraum von zwei Jahren hinaus fortführen. Der Aufwand für Aufbau und Erhalt der

Strukturen, die für den Einsatz der Betreuerinnen und Betreuer erforderlich sind, erscheint angesichts des hohen Gewinns an Lebensqualität auf Seite der Betreuten als angemessen.

3.5.2.2 *Unterstützung im familialen Bezugssystem lebender alter Menschen*

Betreuung und Pflege älterer und hochbetagter Menschen in der Familie bringen für die betroffenen Angehörigen erhebliche Belastungen mit sich. Diese Belastungen sind besonders groß bei der Pflege demenzkranker alter Menschen, wie Untersuchungen belegen (Gräßel 1998a). Damit sind die pflegenden Angehörigen von Demenzkranken einem hohen Risiko ausgesetzt, psychische, psychosomatische und körperliche Beschwerden zu erleiden. Tritt dies ein, droht der Zusammenbruch des familialen Pflegesettings. Prävention in diesem Bereich hat damit ein doppeltes Ziel: Vermeidung von Krankheiten der Pflegepersonen und damit von Krankheitskosten sowie Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege und damit Vermeidung stationärer Pflege.

Entlastung pflegender Angehöriger von Demenzkranken

Prävention durch Entlastung im familialen Pflegesetting von Demenzkranken streben sechs Modellprojekte mit unterschiedlich spezifischen und komplexen Konzepten an.

Einige Modelle hatten lediglich das Ziel, unmittelbar im häuslichen Betreuungskontext Entlastung zu schaffen; andere boten daneben oder ausschließlich Gruppenbetreuung der Demenzkranken mit und ohne Beteiligung der Angehörigen an. In allen Modellansätzen spielten freiwillige Helferinnen und Helfer in der Umsetzung der Entlastungsmaßnahmen eine tragende Rolle.

Hinsichtlich ihrer Komplexität unterscheiden sich die Konzepte darin, in welchem Maße die häusliche bzw. Gruppenbetreuung in flankierende Maßnahmen – z. B. zu Hause stattfindende Beratungsleistungen, Pflegekurse, Angehörigengruppen – eingebettet sind. Außerdem sind der Grad ihrer wissenschaftliche Fundierung und die regionale Ausdehnung unterschiedlich ausgeprägt.

Die drei Modellprojekte in Daaden/Herdorf, Salzgitter und Neustrelitz ähneln sich in ihren Zielsetzungen:

- Schaffung von Entlastung durch Pflegemoderatorien
- Vermittlung von theoretischen und praktischen Kompetenzen
- Verbesserung des Selbstwertgefühls und des Wohlbefindens sowie soziale Reintegration
- Wiederherstellung bzw. Erhaltung der psychosozialen Balance des Familiensystems

Bei den Umsetzungen ihrer Modellkonzeptionen sind jedoch unterschiedliche Akzentuierungen erkennbar. In Salzgitter und Daaden/Herdorf leisteten so genannte freiwillige Seniorenbegleiter bzw. Tagesmütter für Demenzkranke sowohl Einzelbetreuung im häuslichen Kontext als auch Betreuung in Betreuungsgruppen zur zeitlichen Entlastung der Angehörigen. In den Betreuungsgruppen wurden i. d. R. über einen Zeitraum von ca. 3 Stunden Aktivitäten angeboten, die

alle Sinne ansprechen. Dabei wurde weitgehend die jeweilige „Tagesform“ der Betreuten berücksichtigt. Dies gelang in Daaden/Herdorf vor allem durch eine 1:1-Betreuung der anwesenden Tagesmütter. Bei den ambulanten Einsätzen der Tagesmütter wurde eine Betreuungstasche mit verschiedenen Arbeits- und Spielmaterialien verwendet, die den Betreuten bereits größtenteils aus der Gruppenbetreuung vertraut waren.

In Neustrelitz wurden ausschließlich Betreuungsgruppen angeboten, um den Angehörigen die Teilnahme an der zentralen Maßnahme des Modellprojekts, den „Pflege- und Betreuungskursen für Angehörige demenzkranker Menschen“, zu ermöglichen. Hohe Nachfrage und durchweg positive Rückmeldungen der betroffenen Angehörigen lassen darauf schließen, dass sowohl Einzelbetreuung als auch Gruppenbetreuung von Demenzkranken wichtige und hoch willkommene Entlastungselemente darstellen.

Diese niederschweligen Angebote sind mit professionell geschulten und betreuten freiwilligen Helferinnen und Helfern in erheblichem Umfang relativ kostengünstig vorzuhalten. Wie die hohe Nachfrage nach den angebotenen Qualifizierungskursen zeigt, ist ein großes Potenzial an freiwilligen Helferinnen und Helfern vorhanden (s. Kapitel 3.6).

Im Modellprojekt „KUNZ“ in Bielefeld wurde Gruppenbetreuung von Freiwilligen gemeinsam mit einer Pflegefachkraft auf Teilzeitbasis durchgeführt: Dies bedeutet, dass die freiwilligen Helferinnen und Helfer keine curricular strukturierte Weiterbildung erhielten, sondern eine Qualifizierung durch „training on the job“. Auch hier war sowohl die Nachfrage der Angehörigen als auch das Angebot an freiwilliger Mitarbeit groß.

Neben der Schaffung zeitlicher Entlastungsphasen im häuslichen Bereich und in Betreuungsgruppen, die regelmäßig jeweils einmal wöchentlich in Anspruch genommen werden konnten, boten die Modelle in Salzgitter, Daaden/Herdorf und Neustrelitz Veranstaltungen zur Vermittlung von theoretischen und praktischen Pflege- und Betreuungskompetenzen an. In mehrwöchig angelegten Pflegekursen („Hilfe beim Helfen“) wurden sowohl in Salzgitter als auch in Daaden/Herdorf demenzspezifisches Krankheits- und Pflegewissen ebenso vermittelt wie alltagspraktische und verhaltensbezogene Hinweise für den täglichen Umgang mit dem erkrankten Familienmitglied.

Aus diesen zeitlich begrenzten Veranstaltungen entwickelten sich der jeweiligen Konzeption entsprechend Selbsthilfegruppen der Angehörigen, in denen Erfahrungsaustausch und gegenseitige Unterstützung im Mittelpunkt stehen. Vor allem die auf die jeweilige Betreuungssituation zugeschnittenen theoretischen sowie praktischen Hinweise und Erkenntnisse in den Kursen, aber auch der Erfahrungsaustausch Betroffener in den Angehörigengruppen ermöglichen eine reflexive Auseinandersetzung mit der durch den Demenzkranken hoch belasteten Familienkonstellation. Die teilnehmenden Angehörigen bestätigten durchgängig die daraus resultierenden entlastenden Wirkungen, die in den meisten Fällen die häusliche Pflege- und Betreuungssituation so weit stabilisieren halfen, dass eine Heimunterbringung vermieden bzw. wenigstens

zeitlich deutlich aufgeschoben werden konnte. Sowohl für diese Pflegekurse als auch für die Selbsthilfegruppen ist eine hohe Nachfrage zu verzeichnen.

Diese Befunde gelten in ähnlicher Weise auch für die in Neustrelitz im Rahmen eines Netzwerkansatzes organisierten „Pflege- und Betreuungskurse für pflegende Angehörige demenzkranker Menschen“. Aus diesen gingen im Anschluss Angehörigentreffen auf privater Basis oder Langzeitgesprächsgruppen, die auf Selbsthilfebasis von Ehrenamtlichen geleitet werden, hervor.

Diese in Neustrelitz entwickelte Konzeption unterscheidet sich in der angestrebten regionalen Größenordnung und im theoretischen Anspruch erheblich von den konzeptionellen Ansätzen in Salzgitter und Daaden/Herdorf. Die Neustrelitzer Konzeption ist auf die flächendeckende Versorgung eines Bundeslandes ausgerichtet, die von Salzgitter und Daaden/Herdorf auf enger gefasste städtische oder ländliche Versorgungsregionen. In Neustrelitz wurden darüber hinaus verschiedene Kooperationspartner (stationäre Pflegeeinrichtungen, Sozialstationen, aber auch ambulante Pflegedienste) miteinander vernetzt. Deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Pflegekräfte, Sozialarbeiter) wurden mit einem theoriegeleiteten Weiterbildungscurriculum auf ihre Tätigkeit als Leiterinnen bzw. Leiter eines Pflege- und Betreuungskurses für pflegende Angehörige (auch „angeleitete“ Angehörigengruppe oder Angehörigengesprächsgruppe genannt) vorbereitet.

In theoretischer Hinsicht unterscheidet sich das Neustrelitzer Konzept von den andern dadurch, dass hier Entlastung und Stabilisierung der häuslichen Pflege- und Betreuungssituation nicht nur ein intendierter Effekt des Gruppengeschehens, sondern explizit Reflexionsthema in der Gruppe ist. In so genannten angeleiteten Gesprächsgruppen, die auf einem transaktionsanalytisch orientierten Beratungskonzept basieren, tauschten die betroffenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre Erfahrungen aus und erhielten von den Gruppenleiterinnen und Gruppenleitern Informationen zur Krankheit und ihrer Dynamik. Dabei wurden sie mit Reflexionsmustern vertraut, die es ihnen erlauben, eigene psychische Probleme und Störungen in der Beziehung zum gepflegten Angehörigen zu identifizieren und zu bearbeiten. Dadurch konnten sie das problematische Verhalten ihres demenzkranken Angehörigen neu bewerten und angemessen darauf reagieren. Gleichzeitig wuchs ihre Bereitschaft materielle und soziale Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Mit seinem Qualifizierungsprogramm für die Kursleiterinnen und Kursleiter und dem curricular festgeschriebenen Inhaltsspektrum für die Angehörigenkurse wurde das Konzept in Mecklenburg-Vorpommern zum Qualitätsstandard. Insgesamt wurden für zehn Standorte Gesprächsgruppenleiterinnen und Gesprächsgruppenleiter ausgebildet, die wiederum 15 Gesprächsgruppen betreuten, an denen 108 pflegende Angehörige teilnahmen.

Die Ergebnisse standardisierter Befragungen der pflegenden Angehörigen zeigen, dass durch die Teilnahme an den Kursen ein stabiles physisches und psychisches Belastungsniveau trotz

Progredienz der Erkrankung ihrer Angehörigen erreicht werden konnte. Infolge der Verbesserung der demenzspezifischen Kenntnisse und der gewachsenen Handlungskompetenz wurde auch ein höheres Maß an Inanspruchnahme sowohl privater als auch professioneller Hilfsangebote erkennbar. Diese Effekte waren letztendlich auch deshalb zu verzeichnen, weil den pflegenden Angehörigen in den Kursen ein Bewusstsein für die Notwendigkeit einer „Selbstpflege“ (Verhinderung von Burn-out-Syndromen) vermittelt werden konnte. Die Resonanz der weitergebildeten Kursleiterinnen und Kursleiter wurde zwar nicht systematisch erhoben, war aber erkennbar positiv.

In den Angehörigengruppen aller drei Projekte wurde eine Verbesserung des Selbstwertgefühls und des Wohlbefindens der pflegenden Angehörigen von Demenzkranken erreicht. Diese Gruppen bewirken – ebenso wie die zeitliche Entlastung durch freiwillige Betreuer – Ansatzpunkte für eine Auflösung der häuslichen Isolation der pflegenden Angehörigen. Eine Variante der Gruppen, die darüber hinaus auch die soziale Reintegration der Demenzkranken selbst fördert, stellen periodisch geöffnete Angehörigencafés dar (Daaden/Herdorf). Auch in Bielefeld fand die Gruppenbetreuung der Demenzkranken in den kontaktfördernden Räumlichkeiten des Nachbarschaftszentrums (Café KUNZ) mit der damit verbundenen Chance statt, Angehörigen und Demenzkranken weitere Sozialkontakte zu ermöglichen.

Unterstützung hilfebedürftiger alter Menschen

Während die zuvor beschriebenen Modellkonzeptionen die Entlastung pflegender Angehöriger von Demenzkranken anstreben, stellen zwei weitere Konzeptionen die Unterstützung alter Menschen selbst, verbunden mit der Entlastung ihrer pflegenden Angehörigen, in den Mittelpunkt.

In Wiesbaden wurden freiwillige Seniorenbegleiterinnen und -begleiter in einem breit angelegten geriatrischen Fortbildungskurs qualifiziert, der sich, wie die Qualifizierung in Salzgitter, an dem mittlerweile bundesweit anerkannten Konzept der Familienbildungsstätte Dülmen orientiert und mit einer Zertifizierung abgeschlossen wird. Die Seniorenbegleiterinnen und -begleiter übernahmen Einzelbetreuungen für die Klientinnen und Klienten der Wiesbadener Beratungsstellen für selbstständige Lebensführung im Alter oder der Alzheimer Gesellschaft, waren in Betreuungsgruppen für verwirrte ältere Menschen in Heimen und Kliniken tätig oder engagierten sich im Rahmen der Nachbarschaftshilfe sowie im privaten Umfeld. Damit entlasteten sie die pflegenden Angehörigen und verringerten die Einsamkeit der alten Menschen, die sie betreuten. Von den mehr als 70 ausgebildeten Helferinnen und Helfern kamen im Berichtszeitraum etwa die Hälfte zum Einsatz. Zum Teil wurde ihnen hierfür eine Aufwandsentschädigung bezahlt.

Die Seniorenbegleiterinnen und -begleiter sind in ein geriatrisches Netzwerk eingebunden, das neben der Gewinnung und Schulung von Freiwilligen auch die Vermittlung der Begleiterinnen und Begleiter an die Seniorinnen und Senioren übernimmt. Das Netzwerkmanagement sorgt

weiterhin für Gruppentreffen der Seniorenbegleiterinnen und -begleiter zum Austausch von Erfahrungen und die für die Qualitätssicherung ebenso wichtige Fortbildung der Helferinnen und Helfer. Über die Einsatzhäufigkeit und Verteilung der Einsatzorte sowie die dabei erzielten Effekte liegen nur partielle Angaben vor. So kamen etwa zwei Drittel der nach Kursende „neue aktiven“ Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Rahmen von Hausbetreuungen, die durch die Beratungsstellen für selbstständiges Leben im Alter vermittelt wurden, zum Einsatz. Insofern ist auch eine angemessene Abschätzung von Aufwand und Ertrag dieser Konzeption nicht möglich.

Im Rahmen der vom Modellprojekt „Geriatrisches Netzwerk“ in Radeburg anvisierten netzwerk-basierten Verbesserung der häuslichen Versorgung nach einer geriatrischen Rehabilitation wurden pflegende Angehörige im häuslichen Wohnbereich pflegepraktisch angeleitet (s. Kapitel 3.2). Diese Steigerung der pflegepraktischen Kompetenz hat ebenso eine entlastende Wirkung wie die Verbesserung der Versorgung mit Hilfsmitteln nach entsprechender Fachberatung durch Therapeuten vor Ort. Auch die Teilnahme der Rehabilitanden an einer Gymnastikgruppe zur Sturzprävention und die damit erzielte Verbesserung der allgemeinen Leistungs- und Koordinierungsfähigkeit der alten Menschen führt zu einer Entlastung im häuslichen Umfeld. Eine ebenfalls geplante spezielle psychosoziale Betreuung von alleinlebenden Nach-Reha-Patienten durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer konnte nur ansatzweise realisiert werden, da sich hierfür nicht genügend freiwillige Helferinnen und Helfer fanden. Von insgesamt sieben ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern wurden dreizehn Patienten betreut, denen zumeist vermittelt werden konnte, dass sie mit kleinen Hilfestellungen noch in der Lage waren, ihren Alltag allein zu gestalten.

Hinweise auf die Beurteilung der entlastenden Wirkungen der im häuslichen Kontext zur Verfügung gestellten Hilfeangebote gehen zum Teil aus einer Befragung zur Patientenzufriedenheit hervor. Dort gaben 70% der Befragten an, ihre Zufriedenheit sei „sehr gut“ oder „gut“. Die Beurteilungskategorien „schlecht“ und „sehr schlecht“ wurden in keinem Fall herangezogen.

Eine Bewertung des Verhältnisses von Aufwand und Ertrag bezüglich der Entlastung von pflegenden Angehörigen und der Unterstützung von nachsorgebedürftigen geriatrischen Reha-Patientinnen und -patienten kann nur im Kontext der Beurteilung der Gesamtkonzeption des Modellprojekts angestrebt werden. Dem Aufwand für den Einsatz eines Teams aus Pflegefachkraft, Ergotherapeut, Sozialarbeiter und Arzt sowie den Kosten für therapeutische Leistungen steht ein erkennbarer Gewinn an Lebensqualität bei den betroffenen Patientinnen bzw. Patienten und deren Angehörigen gegenüber. Auch die in Einzelfällen nachweisbare Verhinderung von Einweisungen in Akutkrankenhäuser oder Pflegeheime muss den genannten Personal- und Leistungskosten gegengerechnet werden.

Verbesserung der häuslichen Pflege durch Verknüpfung von biografischem und professionellem Wissen

Die vom „Alzheimer Zentrum Hamburg“ entwickelte Konzeption erhebt den Anspruch, zwei „Systeme“ der Versorgung demenziell erkrankter Menschen – die Familie und Einrichtungen der professionellen Pflege – im Sinne einer „neuen Kultur der Pflege“ miteinander zu verknüpfen. Analog zu der in Kapitel 3.4 (s. oben, S. 133) beschriebenen Verfahrensweise für die Etablierung eines Pflegebündnisses im stationären Bereich wurden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten geschult, Angehörigenkurse angeboten und Praxisprojekte, in denen die konkrete Verknüpfung beider „Systeme“ erfolgt, durchgeführt. Durch die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Pflegedienstmitarbeiterinnen bzw. -mitarbeitern wird durch eine Anreicherung der Pflegeplanung mit biografischem Wissen das Pflegeergebnis optimiert und das Selbsthilfepotenzial pflegender Angehöriger gefördert.

Ein Beispiel für die Verbesserung der Pflegeplanung durch Einbeziehung biografischen Wissens ist der Fall einer Demenzkranken, die allmorgendlich starke Unruhe und Weglauftendenzen entwickelte, weil sie sich – wie früher gewohnt – auf den Weg ins Büro machen wollte. Nachdem der tägliche Besuch des Pflegedienstes in den entsprechenden Zeitraum verlegt wurde, konnte das Problemverhalten angemessen aufgefangen werden. Das von der Konzeption ebenfalls angestrebte „Empowerment“ der Angehörigen wird durch Arbeitsinhalte der Praxisprojekte wie z.B. „Planung von Pflege und Betreuung für Urlaubszeit der Angehörigen“ oder „Übergang in die stationäre Pflege unter Einbeziehung von gemeinsamer Biografiearbeit“ erkennbar.

Nach der zunächst erfolgten Etablierung des „Pflegebündnisses“ im stationären Bereich nahmen im Zeitraum April bis Dezember 2002 anfänglich neun, schließlich acht ambulante Pflegedienste bzw. Sozialstationen mit jeweils ein bis zwei Mitarbeiterinnen an den sog. Multiplikatorenschulungen teil. Für die Angehörigenarbeit konnten 35 Personen gewonnen werden. Die Hamburger Erfahrungen haben jedoch auch gezeigt, dass es für kleinere ambulante Pflegedienste schwierig ist, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Multiplikatorenschulung freizustellen. Im Bereich Angehörigenarbeit wurde deutlich, dass in Stadtteilen mit traditionellem Arbeitermilieu wenig Interesse an einer Teilnahme besteht. Beide Aspekte können als Indikatoren für „systembedingte“ Widerstände gewertet werden, die eine Einführung von „Pflegebündnissen“ im ambulanten Versorgungssektor erschweren.

Die Einrichtung einer Infothek zur Vermittlung von Informationen zum Thema Demenz stellt eine weitere Maßnahme zur Verbesserung häuslicher Pflege dar, die auf einer Verknüpfung von privatem und professionellem Wissen beruht. Dieses insgesamt sehr aufwändige Angebot wurde jedoch nur begrenzt von den Adressaten angenommen. Obwohl die Infothek auch von beruflich Pflegenden und Studierenden (hochgerechnet ca. 440 Nutzer pro Jahr) genutzt wurde, muss das Verhältnis von Aufwand und Ertrag für dieses Spezialangebot (Sammlung von Büchern Zeitschriften, Videos, Internet-Recherchen auf Anfrage, Beantwortung telefonischer An-

fragen, Verfassen von Rundbriefen etc.) aufgrund der hohen Personalkosten (eine Bibliotheksstelle in Teilzeit) als ungünstig bezeichnet werden: Vergleichbare Funktionen können z.B. von Beratungsstellen in Zusammenarbeit mit öffentlichen Bibliotheken übernommen werden.

Alte Menschen, die unterschiedlichen Kontakt- und Hilfebedarf haben (Wiesbaden) oder in ihrer Wohnung allein leben und psychisch verändert sind (Stuttgart „Vierte Lebensphase“), erhalten durch Besuchsdienste freiwillig engagierter Seniorenbegleiterinnen und -begleiter seelische Zuwendung, vielfältige praktische Unterstützung und damit neuen Lebensmut.

Freizeitangebote mit Gruppenbetreuung für Demenzkranke (Salzgitter, Bielefeld) oder Einzelbetreuung zu Hause durch „Tagesmütter für Demenzkranke“ (Daaden/Herdorf) sind Pflegemoratorien für die Angehörigen. Diese zeitlichen Freiräume sind dringend notwendige Erholungsphasen zur Aufrechterhaltung ihres eigenen Wohlbefindens und damit auch ihrer Pflegefähigkeit. Kurse zur Vermittlung von Pflegetechniken und Strategien, mit den Verhaltensproblemen demenzkranker Angehöriger umzugehen (Salzgitter, Radeburg, Neustrelitz, Daaden/Herdorf), bringen, abgesehen von der Erhöhung der Pflegekompetenz, ebenfalls eine wirksame Entlastung. Der Kontakt in den Pflegekursen und in Selbsthilfegruppen, die teilweise aus diesen hervorgegangen sind, verringert die soziale Isolation der pflegenden Angehörigen.

Pflegedienste, die – vergleichbar stationären Einrichtungen – Angehörigenarbeit betreiben, können durch ein vertieftes biografisches Wissen über ihre Kunden die Pflegeplanung und Pflege deutlich verbessern (Hamburg).

Die Familienkonstellation bei Demenzkranken und ihren pflegenden Angehörigen ist nicht selten durch seelische Konflikte zwischen den Familienmitgliedern und den Rollenwandel durch die Demenzerkrankung – die Eltern werden zu „Kindern“ – belastet. In Angehörigengruppen können diese Konflikte bewusst gemacht und Strategien, mit diesen umzugehen, entwickelt werden. Zur Moderation dieser Gruppen werden im sozialen oder medizinischen Bereich tätige Fachkräfte geschult und landesweit vernetzt (Neustrelitz).

3.5.3 Altenhilfe im Wohnquartier

Die Möglichkeiten und Chancen für eine selbstbestimmte Lebensführung älter werdender bzw. alter Menschen werden wesentlich von den gegebenen Unterstützungspotenzialen im weiteren Wohnumfeld, deren Transparenz und einfacher Erschließbarkeit bestimmt. Dabei spielen gemeinwesenorientierte Gestaltungsansätze offener Altenarbeit zur Vermeidung von sozialer Isolation und Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität (Bielefeld) eine ebenso bedeutsame

Rolle wie die Gestaltung eines regionalen Verbundsystems, das vielfältige Ressourcen und Leistungen im Wohnquartier bereitstellt (Stadtteil Salzgitter-Lebenstedt).

3.5.3.1 *Verbundstruktur umfassender ganzheitlicher Altenhilfe im Wohnquartier*

Der hochkomplexe Modellansatz in Salzgitter greift nahezu das gesamte Spektrum von Problemstellungen der Altenhilfe auf. Ansatzpunkt ist die mangelhafte Abstimmung der Teilsysteme der Versorgung, v.a. zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsangeboten, die damit verbundene mangelnde Koordinierung von Hilfen im Einzelfall und die u.a. konkurrenzbedingt unzureichende Zusammenarbeit von Leistungserbringern und Kostenträgern. Das Modell hat versucht, einerseits die defizitäre Situation im Bereich der ambulanten geriatrischen Rehabilitation zu beheben, andererseits die im Stadtteil höchst unzureichende Wohn- und Lebensraumgestaltung durch ein altengerechtes individuelles Wohnen mit leicht zugänglichen Unterstützungs- und Betreuungsmöglichkeiten zu verbessern.

Während Teile dieser Gesamtkonzeption erfolgreich umgesetzt werden konnten (s. den in Kapitel 3.2 beschriebenen Ansatz des Case Managements und die in diesem Kapitel dargestellten Erfolge der Unterstützung pflegender Angehöriger), muss der sozialplanerisch ambitionierte Versuch der Um- bzw. Neugestaltung eines stadtteilorientierten ganzheitlichen Verbundsystems als gescheitert betrachtet werden. Die Realisierung einer integrierten Wohn- und Versorgungsstruktur im Stadtteil Salzgitter-Lebenstedt war von Beginn an mit großen Problemen behaftet. Desolate kommunale Finanzlage, Personalfuktuation bei kommunalen Entscheidungsträgern mit ihren Auswirkungen auf die Gremien städtischer Gesellschaften, aber auch die Markt- bzw. Konkurrenzsituationen, in denen sich Verbände und Versorgungseinrichtungen befinden, sowie wirtschaftliche Schwierigkeiten einzelner Akteure bildeten eine Gemengelage von Hindernissen und Widerständen, die eine erfolgreiche Umsetzung des komplexen Modellansatzes verhinderte. So konnten weder eine Baumaßnahme – zunächst war ein Neubau, dann der Umbau vorhandener Wohneinheiten geplant – durchgeführt noch Systeme und Akteure zur Entwicklung nachhaltiger lokaler Kooperationsstrukturen verknüpft werden, u.a. im wichtigen Versorgungsbereich der geriatrischen Rehabilitation.

Ein solch komplexes Unterfangen – so zeigen die Erfahrungen in Salzgitter aber auch – scheitert nicht zuletzt an den zu geringen Steuerungs- und Managementkapazitäten eines mit begrenzten zeitlichen und monetären Mitteln ausgestatteten Modellversuchs. Außerdem gelingt es nicht-kommunalen Institutionen, die selbst Akteure im Versorgungsfeld sind, nur schwer, ein Mandat für eine von allen beteiligten Akteuren akzeptierte sozialplanerische Verantwortlichkeit zu bekommen.

3.5.3.2 Gemeinwesenorientierte Altenarbeit im Wohnquartier

Wohnquartierbezogene offene Altenhilfe stellt darauf ab, Lebensqualität und selbstbestimmtes Gestalten der Lebenspraxis älter werdender und alter Menschen zu fördern und zu erhalten. Um diese Zielsetzung zu erreichen, wurde in Bielefeld mit dem Modellprojekt „KUNZ“ die kirchliche Altenarbeit geöffnet und in eine stadtteilorientierte offene Seniorenarbeit überführt.

Die Angebote des „KUNZ“ wurden zum Zeitpunkt der Berichterstattung von vierundzwanzig Gruppen bzw. von monatlich mehr als 600 Personen wahrgenommen. Getragen wurde die Arbeit von einer Sozialarbeiterin, ca. 100 freiwilligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und einem Beirat, der sich alle zwei Monate traf, um neue Ideen zu entwickeln und die Angebote zu verbessern. Eingebunden waren auch lokale Interessengruppen, Vereine und Verbände. Da Freiwillige aus den betreuten Gruppen rekrutiert wurden, konnte ein großes Potenzial an ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ausgeschöpft werden, und es war gewährleistet, dass die Angebotsgestaltung in hohem Maße den Interessen und Bedürfnissen der Klientel entspricht. Dies war eine entscheidende Grundlage für die expansive Entwicklung des Modellprojekts.

Zur Bewertung der geleisteten Arbeit wurden zwei Teilnehmerbefragungen durchgeführt, bei denen nach der Zufriedenheit mit den Angeboten, der Kompetenz des Personals und den Räumlichkeiten ebenso gefragt wurde wie nach dem persönlichen Nutzen, den die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus den Angeboten des „KUNZ“ ziehen konnten. Aus den Ergebnissen wird ersichtlich, dass die Angebote sich in hohem Maße mit den Interessen der Teilnehmer deckten und diese in den überwiegenden Fällen mit den Angeboten sehr zufrieden waren. Dies trifft auch auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu, die als freundlich, offen und kompetent erlebt und bewertet wurden. Wenn 70% der Besucher angaben, über das „KUNZ“ neue soziale Kontakte geknüpft zu haben, kann dies als wesentliche Verbesserung der Lebensqualität der oftmals an sozialer Isolation leidenden älteren Menschen gewertet werden.

Nicht zuletzt durch den hohen Anteil an Freiwilligenarbeit ist das Verhältnis von Aufwand (Personalkosten der Sozialarbeiterin) und Ertrag (stetige Betreuung von ca. 600 Seniorinnen und Senioren pro Monat) als sehr positiv zu bewerten. Die Stelle der Sozialarbeiterin, die das Konzept trug, wurde als Interimslösung für den Rest des Jahres 2003 nach Ablauf der Förderphase vom Kirchenkreis Bielefeld finanziert. Die bisher aufgebaute Infrastruktur und die eingespielten Kooperationsmuster gewährleisteten eine stabile Fortführung der Konzeption. Aufgrund der hohen Akzeptanz der Konzeption bei den kirchlich-diakonischen Trägereinrichtungen und der Relevanz für die kommunale Versorgungslage älterer Stadteilbewohner ist eine Verbundträgerschaft von Kirchengemeinde/Diakonie, Kommune, und anderen Fördereinrichtungen eine nicht unrealistische Option für die weitere Finanzierung.

Obwohl Pflegeberatung und das demenzspezifische Angebot der Entlastung pflegender Angehöriger (s. oben, S. 151) ebenfalls zum Angebotsspektrum des „KUNZ“ gehören, liegt der

Schwerpunkt der praktizierten stadtteilorientierten offenen Seniorenarbeit auf der altersangemessenen Verbesserung der Lebensqualität. Damit soll ein längeres Verbleiben alter Menschen in ihrem Wohnquartier ermöglicht und der Wechsel in eine stationäre Einrichtung vermieden oder hinausgezögert werden.

Zu den strukturellen Voraussetzungen der erfolgreichen Umsetzung der Konzeption ist die funktionierende Altenarbeit einer Kirchengemeinde zu zählen. Diese ist gewissermaßen die Keimzelle einer wohnquartiernahen Versorgung mit bedarfsorientierten Angeboten der offenen Altenhilfe. Eine weitere strukturelle Voraussetzung für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Gestaltung der Angebote ist in der Etablierung eines Beirats zu sehen, in dem sich die versorgungsrelevanten lokalen Institutionen beratend und initiiierend beteiligen können. Zu den unabdingbaren strukturellen Voraussetzungen gehören auch geeignete Räumlichkeiten sowie eine bürotechnische Grundausstattung.

Das Management eines Stadtteilzentrums für Seniorinnen und Senioren erfordert eine hauptamtliche Kraft, vorzugsweise eine Sozialarbeiterin bzw. einen Sozialarbeiter. Von herausragender Bedeutung ist weiterhin ein ausreichendes Potenzial an ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Für geriatrische und pflegerische Aspekte spezieller Angebote ist eine Einbindung von Pflegepersonal bzw. -diensten notwendig. Für die Realisierung der Konzeption ist es außerdem förderlich, wenn Ressourcen der Trägereinrichtungen zur Verfügung stehen, auf die bei besonderen Engpässen zurückgegriffen werden kann.

Die Bielefelder Modellkonzeption einer Öffnung kirchlicher Altenarbeit für eine wohnortnahe Seniorenarbeit, die allen Bevölkerungsgruppen eines Wohnquartiers offen steht, sollte in anderen ähnlich gelagerten lokalen Strukturen Verbreitung finden.

Kirchliche Altenarbeit öffnet sich für alle selbstständig lebenden Seniorinnen und Senioren im Stadtviertel (Bielefeld). Freiwillige, deren Tätigkeit von einer Sozialarbeiterin koordiniert wird, realisieren eine Fülle von Freizeitangeboten: Hobbykurse, Feste, Internatcafé u.a. Diese Transformation kirchlicher Gemeindefarbeit in stadtteilorientierte Gemeinwesenarbeit erhöht die Lebensqualität für die alten Menschen und kann damit pflegepräventiv wirken.

3.5.4 Zusammenfassende Bewertung und Empfehlungen

Die für das Altenhilfesystem eminent wichtige Versorgung im häuslichen Betreuungs- und Pflege setting belastet pflegende Angehörige – speziell von Demenzkranken – hochgradig. Organisation und institutionalisierte Absicherung von Unterstützung und Entlastung sind notwendig und können, wie die dargelegten Modellerfahrungen zeigen, mit unterschiedlichen Konzeptionen erfolgreich geleistet werden:

- Von besonderer Bedeutung ist der Einsatz von qualifizierten ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern im häuslichen Wohnumfeld oder in wohnortnahen Betreuungsgruppen, der für die pflegenden Angehörigen durch verlässlich und regelmäßig zur Verfügung stehende zeitliche Freiräume unmittelbar Entlastung schafft. Insbesondere bei der Betreuung Demenzkranker werden solche Unterstützungsleistungen in hohem Maße nachgefragt.
- Eine ebenfalls bestätigte mittelbare Entlastungswirkung haben Kurse für pflegende Angehörige durch die Steigerung der theoretischen und praktischen Pflege- und Betreuungskompetenzen.
- Die dritte Gruppe Entlastung schaffender Maßnahmen sind die Angebote sozio-psychohygienischer Art, in denen Angehörige mit und ohne ihre zu Betreuenden soziale Reintegration und eine Verbesserung des Selbstwertgefühls sowie des allgemeinen Wohlbefindens unter Beteiligung professioneller und ehrenamtlicher Hilfe oder in Gruppen auf Selbsthilfebasis erleben können.

Für die Institutionalisierung der drei genannten Entlastungsmaßnahmen und deren aufeinander bezogene Organisation ist die Wohnortnähe ein entscheidendes Kriterium, d.h., sie sollten je nach regionalen Gegebenheiten für einen Stadtteil oder einen Landkreis aufgebaut werden. Dieser lokale Bezug ist sowohl für die benötigten professionellen Steuerungs- und Managementkapazitäten, die Requirierung und Qualifizierung des freiwilligen Helferpotenzials als auch für den Zugang zu den Hilfebedürftigen von zentraler Bedeutung.

Als Trägereinrichtungen und Kristallisationskerne für den Aufbau einer derartigen regionalen Entlastungsstruktur kommen neben etablierten Beratungsstellen und Sozialstationen auch größere Einrichtungen der ambulanten, teilstationären und stationären Altenpflege in Frage. Die Größe dieser Basiseinrichtungen ist neben dem Bekanntheitsgrad insofern von Bedeutung, als mit dieser die Möglichkeiten steigen, für andere Zwecke vorhandene Ressourcen mit nutzen zu können.

Beim Aufbau von niederschweligen Angeboten im Bereich der häuslichen Versorgung von Demenzkranken sind neben allgemeinen Managementqualifikationen ein großes Maß von pflegfachlichen Qualifikationen und für deren Weitergabe in Qualifizierungskursen pädagogisch-didaktische Qualifikationen notwendig. Soll dies – wie im Modellprojekt Daaden/Herdorf – in Personalunion durch eine einzige Fachkraft geleistet werden, bedarf es hierfür langjähriger Berufserfahrungen auf allen drei Gebieten. Im Modellprojekt „Aktives Leben und Wohnen älterer Menschen“ in Salzgitter wurden hingegen die Managementaufgaben von einer Sozialarbeiterin und die fachliche Qualifizierung und Betreuung durch eine gerontopsychiatrisch geschulte Pflegefachkraft geleistet. Je nach regionalen Besonderheiten (Größe der Betreuungsregion, städtische bzw. ländliche Struktur etc.) ist davon auszugehen, dass bei einer Ausstattung mit ein- bis zwei Vollzeitstellen ein störungsfreier und qualitativ hochwertiger Betrieb einer Entlastungsstruktur in oben beschriebenem Sinne gewährleistet werden kann.

Zur Sicherstellung der Qualität der Qualifizierung sowie der Leistungen ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer sind verbindliche Curricula ebenso bedeutsam wie die klare Abgrenzung der Aufgabenstellungen und eine supervisorische Betreuung der Helferinnen und Helfer. Die in den Modellprojekten in Daaden/Herdorf Salzgitter, Neustrelitz und Wiesbaden eingesetzten Curricula wurden von anderen Projekten übernommen bzw. haben regional Standards gesetzt. Eine vergleichende Bewertung ihrer Qualität ebenso wie die Bewertung der in den Modellprojekten durchgeführten supervisorischen Gruppenveranstaltungen für die ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer steht noch aus. Im jeweiligen Einzelfall wurden diese Veranstaltungen uneingeschränkt als hilfreich und für die Betreuungsarbeit förderlich beschrieben. Dem hohen theoretischen Anspruch der Angehörigenkurse in Neustrelitz entsprechend kommt dort nicht nur ein standardisiertes Fortbildungsprogramm für die freiwilligen Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren zum Einsatz. Auch das von diesen in den Angehörigengruppen vermittelte Fach- und Reflexionswissen zur Stärkung und Wiederherstellung der Balance des familialen Bezugssystems im Kontext der Pflege und Betreuung von Demenzkranken folgt curricular festgeschriebenen und damit überprüfbaren Qualitätsstandards.

Eine eher mittelbare Entlastung für pflegende Angehörige ist vom Hamburger „Pflegebündnis“ zu erwarten. Durch eine Verbesserung der Kooperation zwischen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern von Pflegediensten und Angehörigen sollen das häusliche Pflegeergebnis optimiert und das Selbsthilfepotenzial pflegender Angehöriger gefördert werden. Anders als im stationären Versorgungsbereich stoßen Pflegebündnisse im ambulanten Bereich auf strukturelle Hindernisse. So fällt es kleineren ambulanten Pflegediensten schwer, Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter für Schulungen freizustellen und das Interesse an einem Pflegebündnis ist offensichtlich in Stadtteilen mit traditionellem Arbeitermilieu eher gering.

Bezüglich der Finanzierung der Unterstützungs- und Entlastungsleistungen für pflegende Angehörige und der dafür notwendigen personellen und sächlichen Ressourcen zeigt sich eine sehr differenziert zu betrachtende Gemengelage mit z.T. erheblichem Regelungsbedarf. Generell sind die Leistungen der häuslichen Betreuung und der Gruppenbetreuung durch Ehrenamtliche durch eine Kombination von Mitteln aus Ansprüchen gemäß § 39 SGB XI, § 45 SGB XI und Eigenleistungen der Angehörigen zu finanzieren. Eine klare Definition und Begrenzung des Umfangs der Aufwandsentschädigungen für freiwillige Helferinnen und Helfer steht jedoch noch aus.

Im Modellprojekt Neustrelitz konnte für die Finanzierung der Entlastungskurse für pflegende Angehörige eine Regelung mit der AOK auf Landesebene getroffen werden: In einem Vertrag zwischen der Pflegekasse und der Trägereinrichtung des Modellprojekts wurde für die Durchführung einer Kurseinheit je Teilnehmer eine Vergütung von etwa 14,- € vereinbart. Die finanzielle Grundlage der für den Aufbau und den Betrieb einer regionalen Entlastungsstruktur für pflegende Angehörige notwendigen professionellen Leitungs- und Managementfunktionen bzw.

pflegerischen Fachfunktionen, die bisher aus Mitteln des Modellprogramms und Eigenmitteln der Projektträger gegeben war, kann hingegen in Zukunft als nicht gesichert betrachtet werden.

Die in Stuttgart und in Wiesbaden durchgeführten Besuchsdienste für alleinlebende ältere Menschen – in Stuttgart für demenziell bzw. psychisch Erkrankte – können ebenso wie die Entlastungsangebote für pflegende Angehörige als wichtige Ergänzungen des Systems kommunaler Altenhilfe betrachtet werden. Die für den Einsatz der freiwilligen Helferinnen und Helfer notwendige professionelle Hintergrundstruktur sollte auf kommunaler Ebene verankert werden. So sieht man in Stuttgart auch in Verhandlungen mit der Kommune eine konkrete Chance zur Weiterführung der Modellkonzeption, wenn gleichzeitig eine hälftige Finanzierung des Projekts nach § 45b, c SGB XI durch die Pflegekasse bewilligt wird.

In Wiesbaden wurden der Einsatz der Betreuerinnen und Betreuer sowie die Unterstützung der freiwilligen Seniorenbegleiterinnen und -begleiter durch Supervision von den kommunalen Beratungsstellen für selbstständiges Leben im Alter getragen. Die Kosten für die Ausbildung der Seniorenbegleiterinnen und -begleiter wurden anteilig durch Zuschüsse der Kommune, durch Sponsorengelder und durch Eigenbeteiligungen der Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer (ein Viertel der Gesamtkosten des Kurses) erbracht. Diese als eher fragil einzuschätzende Finanzierungsstruktur kann allerdings kaum als zukunftsweisend bezeichnet werden.

In Bielefeld ist es gelungen, kirchliche Altenarbeit für die Gesamtheit der älteren Bewohner des Stadtteils zu öffnen. So waren ca. zwei Drittel der Besucher und Teilnehmer der Angebote des Kirchen- und Nachbarschaftszentrums „KUNZ“ nicht der Kirchengemeinde zuzurechnen. Die Resonanz der Besucher bzw. Veranstaltungsteilnehmer war durchweg positiv; durch intensive Nutzung von Freiwilligenpotenzialen bei der Umsetzung des Angebotsspektrums und relativ geringen Aufwand für das professionelle Management ergibt sich eine günstige Kostensituation. Eine zu projektende in Verhandlung befindliche dauerhafte Finanzierungsstruktur sieht eine Beteiligung von Kirchengemeinde/Diakonie, Kommunen und weiteren Fördereinrichtungen vor. Für bestimmte Leistungen, z. B. im Falle des Entlastungsangebots für pflegende Angehörige, werden auch Mittel der Pflegekassen gemäß PflEG in Anspruch genommen. Eine entsprechende Transferempfehlung zur Ausweitung kirchlicher Gemeindeförderung im Altenbereich zu einer stadtteilbezogenen Struktur der gemeinwesenorientierten Altenhilfe kann ausgesprochen werden.

Grundsätzlich sollten zur Finanzierung von Unterstützungsleistungen im häuslichen Bereich die Nutznießer der Tätigkeit pflegender Angehöriger – also in erster Linie die Kranken- und Pflegekassen sowie die Kommunen – herangezogen werden. Deren Anteilshöhe an einer Gesamtfinanzierung muss Gegenstand entsprechender Verhandlungen werden. Wie im Rahmen der Projektdurchführung auch, könnten die beteiligten Trägereinrichtungen zur Gesamtfinanzierung einen Beitrag durch Bereitstellung sächlicher Ressourcen leisten.

Eine ähnliche Kostenteilung sollte auch für die Finanzierung der Entlastungsangebote von Pflegekräften und Therapeuten für pflegende Angehörige von Patienten gelten, die nach stationärem Reha-Aufenthalt daheim weiter betreut und gefördert werden.

Ähnlich wie bei Vernetzung und Case Management (s. oben, S. 69) fehlen für Maßnahmen zur Unterstützung der häuslichen Betreuung systematische Untersuchungen zu den Entlastungs- und Stabilisierungseffekten. Insbesondere Die Frage, ob durch solche Leistungen das häusliche Pflegesetting so gestärkt wird, dass stationäre Pflege verzögert oder gar vermieden wird, bedarf weiter gehender evaluativer Forschungsvorhaben.

Als Fazit kann festgehalten werden, dass aus den Modellerfahrungen eine Reihe von Gestaltungsmöglichkeiten für regionale Altenhilfestrukturen abgeleitet werden kann, die das vorhandene System stationärer und ambulanter Versorgungseinrichtungen qualitativ erheblich erweitern. Mit folgenden Elementen, die in den Modellen erfolgreich erprobt wurden, ist es möglich, ein regionales Netz an niederschweligen Versorgungsangeboten aufzubauen, das es gemäß dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ erlaubt, hochaltrige und speziell demenzkranke ältere Menschen in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung zu versorgen:

- niederschwellige Beratungsleistungen (dezentral als Hausbesuch und zentral als Sprechstunde)
- niederschwellige offene und sozialintegrativ wirkende Gruppenangebote (für mobile ältere Menschen eines Wohnquartiers/Stadtteils)
- zugehende Entlastungsangebote für Angehörige und Pflegebedürftige (im häuslichen Bereich und als zentrale Gruppenveranstaltungen)
- Betreuungsangebote für alleinlebende hilfebedürftige alte Menschen
- Qualifizierungsangebote für Angehörige (Pflegekurse sowie Kurse zur Stabilisierung der Familiensituation)
- Qualifizierungskurse für freiwillige Helferinnen und Helfer (Curricula, Zertifizierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer)
- Qualitätssicherungsmaßnahmen (Begleitzirkel, Supervision für freiwillige Helferinnen und Helfer)

Hauptaufgabe des aufzubauenden regionalen Angebotsnetzes ist es, Angehörige, aber auch Pflegedienste so zu unterstützen, dass eine langfristige häusliche Pflege – dem verbreiteten Wunsch alter Menschen entsprechend – ermöglicht werden kann.

3.6 Konzepte zur Betreuung von Hilfe- und Pflegebedürftigen durch freiwillige Helferinnen und Helfer

3.6.1 Einleitung

Die Bedeutung des freiwilligen bürgerschaftlichen Engagements als Perspektive für die zukünftige Gestaltung unseres Gemeinwesens wird in den letzten Jahren wieder verstärkt hervorgehoben. Exemplarisch möchten wir in diesem Zusammenhang auf den Abschlussbericht der Enquete-Kommission „Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements“ (Enquete-Kommission 2002) verweisen. Bürgerschaftliches Engagement wird dort als eine „lebenswichtige Ressource für eine zukunftsfähige Gesellschaft“ (Enquete-Kommission 2002, S. 23) bezeichnet. Als inhaltlicher Rahmen wird hierbei auf die Begriffe „Bürgergesellschaft“ bzw. „Zivilgesellschaft“ Bezug genommen. Hiermit soll akzentuiert werden, dass ein freiwilliges Engagement von Bürgerinnen und Bürgern nicht daran bemessen werden darf, ob damit eine möglichst effektive und vor allen Dingen kostengünstige zusätzliche Ressource mobilisiert werden kann. Entscheidend ist vielmehr, das freiwillige Engagement in seiner Bedeutung für den Zusammenhalt im Gemeinwesen zu begreifen und als Möglichkeit zur unmittelbaren Gestaltung der Lebensverhältnisse durch die Bürgerinnen und Bürger zu sehen.

Bürgerschaftliches Engagement ist von daher als eine sowohl von der Politik als auch von den gesellschaftlichen Institutionen zu fördernde Aufgabenstellung zu betrachten. Die Enquete-Kommission favorisiert diesbezüglich als Leitbild das Konzept eines „ermöglichenden“ und „aktivierenden“ Staates. (Enquete-Kommission 2002, S. 25). Ermöglicht werden sollen Chancen für bürgerschaftliches Engagement. Dementsprechend haben Staat und Politik die Aufgabe, günstigere Rahmenbedingungen für Engagement zu schaffen. Darüber hinaus sollen jedoch ebenfalls Schritte unternommen werden, die Bürgerinnen und Bürger zu ermuntern, eigenständig Verantwortung zu übernehmen und ihr Lebensumfeld aktiv und selbstbestimmt zu gestalten. Hierbei kommt es vor allen Dingen darauf an, Barrieren, die die Aktivität von Bürgerinnen und Bürgern behindern, zu identifizieren und abzubauen.

Charakteristisch für freiwilliges bürgerschaftliches Engagement ist die vorhandene Vielfalt an Aktivitäten und Zugängen. Formen von Engagement finden sich in allen relevanten gesellschaftlichen Feldern: bei der Arbeit mit Kindern oder jungen Menschen, im Sportverein oder bei der Förderung der Kultur z.B. im Stadtteil, bei der freiwilligen Feuerwehr, beim Umweltschutz oder aber bei der Unterstützung von sozial benachteiligten oder hilfebedürftigen Menschen. Bereits diese eher exemplarische Aufzählung von Bereichen, in denen Bürgerinnen und Bürger aktiv sind, zeigt, dass bürgerschaftliches Engagement keinesfalls auf bestimmte Sektoren oder auf bestimmte Inhalte beschränkt werden kann.

Im Rahmen des Enquete-Berichts wird eine Definition anhand der folgenden Kriterien vorgenommen: „Bürgerschaftliches Engagement ist in diesem Sinne

- freiwillig,
- nicht auf materiellen Gewinn gerichtet,
- gemeinwohlorientiert,
- öffentlich bzw. findet im öffentlichen Raum statt und
- wird in der Regel gemeinschaftlich/kooperativ ausgeübt“

(Enquete-Kommission 2002, S. 38).

Der Begriff des bürgerschaftlichen Engagements lässt sich anhand dieser Kriterien sowohl gegenüber kommerziell erbrachten Tätigkeiten als auch gegenüber rein privater Hilfe in der Familie, Nachbarschaft oder im Bekanntenkreis abgrenzen. Die Kategorie „Orientierung am Gemeinwohl“ unterstreicht, dass hierbei alle Aktivitäten gemeint sind, die den Zusammenhalt im Gemeinwesen stärken.

Nach den Ergebnissen des 1999 von Infratest Sozialforschung durchgeführten „Freiwilligensurveys“ ist nach eigener Angabe insgesamt jeder dritte Bundesbürger (im Alter ab 14 Jahren) freiwillig engagiert und entsprechend aktiv. Bezug genommen wird hierbei auf alle möglichen Formen von Aktivitäten, die z. B. in Form von „Freiwilligenarbeit“ oder aber ehrenamtlich in Vereinen, Institutionen, Initiativen etc. erbracht werden. Ein weiteres Drittel der Bundesbürgerinnen und -bürger kann dem „Engagementpotenzial“ zugerechnet werden. Hierbei handelt es sich um diejenigen, die nach eigenen Angaben bereit und interessiert wären, heute oder zukünftig Aufgaben und Tätigkeiten zu übernehmen (Rosenblatt 2000).

Insgesamt hat das freiwillige Engagement der Bürgerinnen und Bürger in Deutschland in den letzten Jahren von daher eher zugenommen, was im übrigen auch von den Daten anderer Studien (Erlinghagen et al. 1997 oder Kistler et al. 2001) gestützt wird. Das vorhandene Potenzial kann ebenfalls als bei weitem noch nicht ausgeschöpft betrachtet werden.

3.6.2 *Freiwilliges Engagement im Bereich der Altenhilfe*

Die so genannte offene Altenhilfe kann zweifelsohne als klassisches Feld für freiwilliges bürgerschaftliches Engagement betrachtet werden. Traditionell spielen hierbei die freie Wohlfahrtspflege und die Kirchengemeinden eine zentrale Rolle, ohne deren Einsatz die Altenhilfe in Deutschland in ihrer jetzigen Form nicht hätte aufgebaut werden können.

Auch heute sind die vielfältigen lokalen und regionalen Aktivitäten und Angebote der Altenhilfe ohne das freiwillige Engagement von Bürgerinnen und Bürgern kaum denkbar. Neben den vielen Ehrenamtlichen, die nach wie vor relevante Teile der Strukturen tragen, sollte ebenfalls nicht übersehen werden, dass eine beträchtliche Zahl von Angeboten von professionellen Kräften

unentgeltlich in ihrer Freizeit erbracht und zusätzlich in ihrer Substanz auch durch Zuschüsse aus den Etats der freien Wohlfahrtspflege oder durch Spenden mit finanziert werden.

Besonders interessant sind die Formen von freiwilligem Engagement, die organisatorisch eigenständig und dementsprechend als stabiles zusätzliches Hilfe- und Unterstützungsangebot angelegt sind. Unterschieden werden kann hierbei zwischen

- der Förderung von Selbsthilfe auf Basis der Tätigkeit von Selbsthilfegruppen,
- der Vermittlung von unmittelbaren Hilfe-, Betreuungs- und Serviceleistungen über Freiwilligenagenturen oder Seniorenbüros, und
- der Interessenvertretung für ältere Menschen z. B. durch Seniorenräte.

Selbsthilfegruppen bieten Anlaufstellen für Austausch und zur Knüpfung von weiteren Kontakten. Sie fördern die Vernetzung bei den Betroffenen und wirken damit insbesondere auch dem Risiko der Isolation pflegender Angehöriger entgegen. Im Bereich der Altenhilfe nehmen hierbei die deutschen Alzheimer Gesellschaften einen herausragenden Platz ein. Sie leisten zweifellos die wichtigste informelle Unterstützung für pflegende Angehörige demenzkranker Menschen. Zurzeit sind in Deutschland ca. 300 Alzheimer-Angehörigengruppen und Alzheimer Gesellschaften tätig. (BMFSFJ 2002a, S. 212). Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. ist deren Bundesverband. Sie wurde 1989 als gemeinnütziger Verein gegründet. Die Arbeit wird ganz überwiegend ehrenamtlich geleistet. Ihr übergreifendes Ziel besteht darin, Verständnis und Hilfsbereitschaft in der Bevölkerung für die Alzheimer Krankheit und andere Demenzerkrankungen zu fördern sowie die Krankheitsbewältigung der Betroffenen und die Fähigkeit zur Selbsthilfe bei den Angehörigen zu verbessern.²⁰ Angeboten werden von den einzelnen Gruppen vor Ort sowohl Beratung und Qualifizierung als auch konkrete Hilfeleistungen von freiwilligen Helferinnen und Helfern zur Unterstützung im Rahmen der Betreuung.

Darüber hinaus haben sich in Deutschland vor allem in den letzten beiden Jahrzehnten auf örtlicher und regionaler Ebene sogenannte Selbsthilfekontaktstellen gebildet, die die Arbeit von Selbsthilfegruppen und Initiativen fachlich bzw. übergreifend fördern und unterstützen. Diese Anlaufstellen bestehen bei unterschiedlichen öffentlichen und freien Trägern und verfügen über hauptamtliches Personal, Räume und Ressourcen. Beratung für Selbsthilfegruppen bietet auch die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) an, die im Internet und in Broschürenform regelmäßig aktualisierte Verzeichnisse von Selbsthilfegruppen bereithält. Braun et. al. konnten im Jahr 2000 im Rahmen einer Bestandserhebung bei Kommunen mit über 10000 Einwohnern 235 dieser Selbsthilfekontaktstellen in Deutschland identifizieren. (Braun 2001, S. 84).

Unmittelbare Hilfe-, Betreuungs- oder auch Serviceleistungen, die freiwillig erbracht werden und die Hilfebedürftige unentgeltlich erhalten, werden in Deutschland zum einen über Freiwilli-

²⁰ Deutsche Alzheimergesellschaft: www.deutsche-alzheimer.de

genagenturen, Kontaktbörsen für Ehrenamtliche oder Bürgerbüros etc. vermittelt. Braun et. al. weisen in der bereits erwähnten Bestandserhebung von 2000 insgesamt 184 solcher Agenturen und Ähnliches aus. Die Anfang 1999 als eingetragener Verein gegründete Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen (bagfa) unterstützt deren Entwicklung durch Beratung und Begleitung und organisiert hierzu übergreifend Öffentlichkeit. Die Kernaufgabe der Agenturen besteht sowohl darin, freiwillige Helferinnen und Helfer für alle möglichen Arten von konkreten Unterstützungstätigkeiten im Alltag anzuwerben und zu vermitteln (handwerkliche Arbeiten, Hilfen im Haushalt, Begleitung etc.) als auch in der Beratung von Organisationen und Einrichtungen beim Einsatz von Freiwilligen und in der Entwicklung neuer Engagementformen und -projekten, zum Beispiel in Kooperation mit Schulen oder Unternehmen. Die Angebote beschränken sich nicht auf einen bestimmten Sektor, sondern umfassen die ganze Breite an relevantem gesellschaftlichem Engagement.

Eine weitere Form der Förderung von freiwilligem Engagement stellen die aus einem früheren Modellprogramm des BMFSFJ hervorgegangenen Seniorenbüros dar (Braun 1999). Seniorenbüros werben interessierte Seniorinnen und Senioren als freiwillige Helferinnen und Helfer an und vermitteln diese weiter in geeignete gesellschaftliche Aktivitäten oder für entsprechende Hilfeleistungen. Dadurch soll insbesondere der wachsenden Zahl von Senioren in Deutschland neue Perspektiven für die weitere aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben eröffnet werden. Besonderer Wert wird hierbei darauf gelegt, die angesprochenen Bürgerinnen und Bürger bei ihrem Engagement zu begleiten und zu unterstützen sowie Raum zu bieten für Bildung und Begegnung, Austausch und Kommunikation. Seniorenbüros sind demnach keine reinen Beratungs- und Vermittlungsagenturen, sondern übergreifende Zentren für Aktivität und Engagement im Alter. Insgesamt gibt es heute ca. 166 Seniorenbüros, von denen 67 in der Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros e.V. (BaS) organisiert sind (Angaben gemäß BMFSFJ 2002a, S. 215).

Einen besonderen Stellenwert im Bereich der Altenhilfe haben die ehrenamtlich getragenen Besuchsdienste, die sich z.B. an alleinlebende oder auch an demenziell erkrankte Hilfe- und Pflegebedürftige richten. Hierzu wird im Vierten Altenbericht folgendes ausgeführt:

„Stundenweise Entlastung der pflegenden Angehörigen zu Zeiten, wo sie ihre Hauptbelastung sehen oder das Gefühl haben, ‚nicht mehr zu können‘, erweist sich als eine besonders effektive Form direkter Hilfe. Die Zugangsschwelle ist sehr niedrig. Die Qualität des Angebots ist bei einer guten Fortbildung und Begleitung der Helferinnen und Helfer oft der Qualität professioneller Dienste überlegen. ... Bei einer Aufwandsentschädigung von derzeit 15 DM (7,6 Euro) pro Stunde ist dieses Angebot zudem sehr preiswert (Pilgrim, Tschainer 1998)“ (BMFSFJ 2002a, S. 214f).

Ehrenamtliche Besuchsdienste finden sich im Bereich der Altenhilfe vorrangig bei Sozialstationen oder Beratungsstellen insbesondere aus dem Bereich der freien Wohlfahrtspflege, in Kir-

chengemeinden, bei kommunalen Behörden (Altenhilfestellen, Sozialdezernaten und –ämtern etc.), bei Akademien oder auch bei sonstigen Versorgungseinrichtungen. Genaue Zahlen über Art und Umfang der Angebote liegen z. Z. nicht vor. Vergleichbare Unterstützungsleistungen finden sich ebenfalls im stationären Bereich. Verwiesen werden kann an dieser Stelle sowohl auf das ehrenamtliche Engagement zur Förderung der sozialen Betreuung in Einrichtungen als auch auf die Tätigkeit von freiwilligen Helferinnen und Helfern in den 211 Hospizen und Hospizinitiativen in Deutschland.

Aufgaben der **Interessenvertretung** schließlich werden in Deutschland institutionell vor allem von Seniorenräten wahrgenommen, die als Initiative von engagierten Bürgerinnen und Bürgern mit definierten Mitwirkungsmöglichkeiten im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung tätig sind. Seniorenräte sind freiwillige, überparteiliche und weltanschaulich ungebundene Formen der unmittelbaren Mitwirkung von interessierten Bürgerinnen und Bürgern. Sie entsprechen von daher organisatorisch dem Prinzip der „Bürgergesellschaft“ und organisieren Mitwirkung, jenseits der eher „traditionellen“ Formen über Parteien und Verbände. Seniorenräte fungieren in der Regel als Anlaufstellen für Anregungen oder auch Beschwerden von Bürgerinnen und Bürgern. Im Bereich der Altenhilfe nehmen sie in den letzten Jahren verstärkt die Rolle von informellen „Anwälten“ oder auch „Ombudsleuten“ ein, die den Interessen von Seniorinnen und Senioren Gehör verschaffen wollen und deren Mitwirkungsmöglichkeiten stärken.²¹ Auch ihre Tätigkeit ist ehrenamtlich und zielt dabei zusätzlich auch auf eine unmittelbare politische Partizipation ab.

In Anbetracht dieser vielfältigen Formen von ehrenamtlichem Engagement muss es umso mehr überraschen, dass der Förderung von freiwillig erbrachter Hilfe und Unterstützung zumindest bisher in der Regelversorgung nicht mehr Platz eingeräumt wurde. So waren z. B. die im Rahmen der Pflegeversicherung vorgehaltenen Sachleistungen ursprünglich auf die Erbringung von professionellen Hilfen im Bereich der (Grund-)Pflege und der Hauswirtschaft begrenzt gewesen. Eine Förderung von niederschweligen und z. B. ehrenamtlich getragenen Hilfeleistungen ist demgegenüber erst ab Anfang 2002 mit dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz (PfLEG: § 45c SGB XI) ermöglicht worden. Trotz der vielfältigen Erfahrungen und der lokal vorhandenen Infrastruktur kann deshalb nach wie vor nicht davon ausgegangen werden, dass das freiwillige Engagement im Rahmen der Altenhilfestrukturen bereits hinreichend erschlossen und mit den professionellen Leistungsangeboten angemessen vernetzt und vermittelt wäre.

²¹ Zur Tätigkeit von Seniorenvertretungen s. auch die Dokumentation der Fachtagung „Seniorenvertretungen – Verantwortung für das Gemeinwesen.“ (BMFSFJ 1997).

3.6.3 Konzepte zum Aufbau von Betreuungsdiensten Freiwilliger im Modellprogramm

Freiwilliges Engagement findet sich in fast allen Projekten des Modellprogramms ‚Altenhilfestrukturen der Zukunft‘. Die Formen sind vielfältig, und es dürfte außer Frage stehen, dass jede einzelne Aktivität, ganz unabhängig davon, wie häufig sie erbracht wird und was deren konkreter Inhalt ist, für sich genommen wichtig und bedeutsam ist. Besonders zu verweisen ist in diesem Zusammenhang auf die Projekte, die unmittelbar von Initiativen aus dem „Freiwilligen- bzw. Selbsthilfesektor“ initiiert wurden. Dies gilt sowohl für die von regionalen Alzheimer Gesellschaften getragenen Modelle „Entwicklung einer gerontopsychiatrischen Verbundstruktur in einer ländlichen Region und in einer kreisfreien Stadt“ in Cottbus (Alzheimer Gesellschaft Brandenburg), „Alzheimer Zentrum Hamburg“ und „Forschungsprojekt zur Erfassung der Versorgungssituation von Demenzkranken in Bochum und Umgebung unter besonderer Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse von Betroffenen“ (Alzheimer Gesellschaft Bochum) als auch für das Projekt „Verbraucherschutz in der stationären Pflege – Landesseniorenrat Baden-Württemberg e. V. – LSR“, das auf der Initiative und der Tätigkeit von ehrenamtlich tätigen lokalen Seniorenräte beruht. Ein weiteres klassisches und auf dem freiwilligen Engagement von Bürgerinnen und Bürgern basierendes Projekt stellt schließlich das Bielefelder Modell „KUNZ – Kirche und Nachbarschaftszentrum“ dar, das ohne die Arbeit der ca. 120 Ehrenamtlichen (davon 30, die im Laufe des Projekts neu gewonnen wurden) überhaupt nicht zu betreiben wäre.²²

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung konzentrieren wir uns in diesem Abschnitt auf die Ansätze, die primär oder in einem wesentlichen Teilbereich ihres Gesamtkonzeptes darauf abzielen, freiwillig von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern erbrachte unmittelbare Betreuungsleistungen als zusätzliches „Regel“-Angebot im Bereich der Altenhilfe aufzubauen.²³ Der innovative Charakter besteht hierbei darin, ein zusätzliches und qualitativ anders gelagertes Hilfeangebot stabil und dauerhaft zu organisieren, das nicht auf professionell erbrachten Leistungen beruht, sondern ganz bewusst das vorhandene persönliche Potenzial von freiwilligen Helferinnen und Helfern mobilisiert und unmittelbar im Rahmen der Betreuung wirksam werden lässt.

Im Modellprogramm handelte es sich hierbei in der Regel um Konzepte, die auf die Stabilisierung der häuslichen Pflege abzielen. Prinzipiell ist es aber genauso möglich, entsprechende Angebote im stationären Bereich zu entwickeln. Verweisen möchten wir hierbei auf das bereits dargestellte Projekt des Landesseniorenrats Stuttgart, das sich auf die (externe) Unterstützung von Heimbeiräten bezieht und ebenfalls von Ehrenamtlichen aus regionalen Seniorenräten ge-

²² Die genannten Projekte sind bereits in Kapitel 3.1 bis 3.5 vorgestellt worden.

²³ Nicht berücksichtigt sind hierbei die Aktivitäten, die z. B. von den beteiligten Alzheimer-Gesellschaften „neben“ der Schwerpunkte der Modellprojekte (z. B. in Brandenburg, Hamburg oder auch Bochum) erbracht, oder aber die innerhalb von Vernetzungsprojekten von „externen Kooperationspartnern“ als Leistungen in die Verbundstrukturen mit eingebracht werden.

tragen wird (s. oben, S. 99) sowie auf die von Ehrenamtlichen getragenen Hilfen zur sozialen Betreuung, die im Projekt „Hausgemeinschaften“ in Dießen inzwischen zu einem festen Bestandteil der Leistungen einer stationären Hausgemeinschaft geworden sind (s. oben, S. 119).

Systematische Konzepte zur Gewinnung von freiwilligen Helferinnen und Helfern, die kontinuierlich über einen längeren Zeitraum konkrete Betreuungsleistungen gegenüber hilfebedürftigen Menschen erbringen, haben im Modellprogramm insgesamt sechs Projekte implementiert und erprobt. Im Einzelnen handelt es sich um folgende Modellvorhaben:

- „Tagesmütter‘ für Demenzkranke und andere Angebote zur Informations-, Krisenbewältigung und Weiterbildung“ in Daaden/Herdorf
- „Vierte Lebensphase“, in Stuttgart
- „KUNZ – Kirche und Nachbarschaftszentrum“ in Bielefeld
- „Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation – GeReNet.Wi“
- „Entwicklung neuer Kooperations- und Koordinationsstrukturen – Aktives Leben und Wohnen älterer Menschen“ in Salzgitter
- „Aufbau eines geriatrischen Netzwerkes im Dresdener Norden und umliegenden Kommunen“ in Radeburg

Die Projekte „Tagesmütter‘ für Demenzkranke“, Daaden/Herdorf, „Vierte Lebensphase“, Stuttgart sowie die Angebote im Nachbarschaftszentrum „KUNZ“ zielen unmittelbar auf die Betreuung von demenziell Erkrankten bzw. psychisch veränderten Menschen ab. Die Qualifikationskonzepte wurden von den Projekten – zum Teil bereits im Vorfeld der eigentlichen Projektlaufzeit – selbst entwickelt. Die Schulung wird von entsprechend qualifizierten professionellen Fachkräften des Projektträgers übernommen. Die Modelle „Aktives Leben und Wohnen älterer Menschen“ in Salzgitter „Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation“ und „Geriatrisches Netzwerk“ in Radeburg orientieren sich hingegen an dem Qualifizierungskonzept zum „Freiwilligen Seniorenbegleiter“ in Anlehnung an das 1999 an der Familienbildungsstätte Dülmen erprobte gleichnamige Angebot. Die Ausbildung zum Seniorenbegleiter stellt allgemein auf die Betreuung und Unterstützung von hilfebedürftigen Menschen ab, die aufgrund vorhandener Beeinträchtigungen dem Risiko einer sozialen Isolation unterliegen und z.B. Begleitung im Alltag benötigen. Auch diese Qualifizierung eignet sich prinzipiell zur Vorbereitung auf eine Betreuung von gerontopsychiatrisch veränderten Hilfebedürftigen. So wurden z.B. in Salzgitter die Seniorenbegleiterinnen und -begleiter ebenfalls im Rahmen der Betreuung von Demenzkranken eingesetzt.

Der erforderliche Grad an Verbindlichkeit wird bei den Projekten, die sich unmittelbar auf die Betreuung von demenziell Erkrankten bzw. psychisch veränderten Menschen beziehen, bereits vorab im Erstgespräch mit den interessierten freiwilligen Helferinnen und Helfern abgeklärt. Das Konzept „Freiwillige Seniorenbegleiter“ bietet hingegen zuerst einmal für alle Interessierten die Teilnahme an einem Qualifizierungskurs an, der in der Regel über eine kooperierende Akade-

mie oder sonstige Bildungsträger gestaltet wird. Die erfolgreiche Teilnahme wird zum Abschluss zertifiziert. Danach erfolgt die Vermittlung an eine hilfebedürftige Person. Die Betreuung findet in der Regel im Rahmen eines kontinuierlichen einmal wöchentlich stattfindenden Besuches im Privathaushalt der hilfebedürftigen Person statt. Hinzu kommen, wie in Daaden/Herdorf als ergänzendes regelmäßiges Angebot, Gruppenaktivitäten, bei denen die betreuten Personen sowie ggf. auch deren Angehörige mit den freiwilligen Helferinnen und Helfern gemeinsam etwas unternehmen. Einen anderen Akzent setzt das Projekt „KUNZ, das im Gemeindezentrum eine von freiwilligen Helferinnen und Helfern getragene mehrstündige „Tagespflege“ anbietet.

3.6.3.1 **Qualifizierung und Begleitung**

Qualifizierung und kontinuierliche Begleitung der freiwilligen Helferinnen und Helfer ist fester Bestandteil der Konzepte. In der Regel handelt es sich hierbei um halbjährige Vorbereitungsphasen mit einem ein- bis zweimal wöchentlichen Schulungsangebot sowie ergänzenden Workshops. Die Übersicht 3.6 1 zeigt das zum Zwecke der Vorbereitung auf die freiwillige Betreuung von psychisch veränderten Hilfebedürftigen entwickelte Qualifizierungskonzept (Curriculum), das im Projekt „Vierte Lebensphase“ der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart eingesetzt wird.

Übersicht 3.6 1: **Qualifizierungskonzept im Projekt „Vierte Lebensphase,,**

Ablauf		
Einführungswochenende 12 Stunden	Thematische Einheiten alle 2 Wochen je 3 Stunden	Abschlusstag 7 Stunden
Themen des Fortbildungsprogramms <ul style="list-style-type: none"> ● Die vier Ebenen: Seiten der Kommunikation ● Das Erscheinungsbild der Demenz (Alzheimer- und Demenzerkrankungen) ● Seelische und soziale Auswirkungen der Alzheimer-Erkrankung ● Depressionen im Alter (Erscheinungsformen, Ursachen, Verstehenszugänge) ● Umgangsweisen mit depressiven älteren Menschen (Personenzentrierter Ansatz) ● Reflexion des bisherigen Fortbildungsverlaufes/Rollenspiele ● Rollenspiele zum Umgang mit Demenzkranken und depressiven älteren Menschen ● Wahnhafte Störungen im Alter (Erscheinungsformen, Ursachen, Verstehenszugänge, Rollenspiele) ● Das Stuttgarter Altenhilfe-Versorgungssystem ● Helfer-Syndrom (Erklärung / Persönliche Reflexion) ● Sozialrechtliche Grundlagen (Pflegeversicherung, Betreuungsrecht und anderes) ● Reflexion des bisherigen Fortbildungsverlaufes/Rollenspiele ● Kennen lernen einer biografischen Grundhaltung im Gespräch ● Richtlinien im Umgang mit den im Projekt betreuten älteren Menschen 		
Gesamtaufwand: 50 Stunden		
Dauer: ca. 6 Monate		

Ähnlich angelegt und gestaltet ist auch das Curriculum zur Ausbildung als „Freiwilliger Seniorbegleiter“, in diesem Fall im Projekt „Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation“ (s. Übersicht 3.6 2).

Übersicht 3.6 2: Qualifizierung „freiwilliger Seniorbegleiter“, VHS-Wiesbaden

Ablauf		
8 Kurseinheiten (2,5 Stunden)	Wochenendseminar	Praktikum/Hospitationen
Thematische Schwerpunkte <ul style="list-style-type: none"> ● Gesprächsführung und Kommunikation (Die vier Seiten einer Nachricht etc.) ● Rechtliche und soziale Grundlagen (Leistungsrecht, Patientenverfügung, Betreuung) ● Gesundheit (Alterserkrankungen, Demenz etc.) ● Hilfe und Betreuung (Notfälle erkennen, Pflege, validierende Kommunikation etc.) ● Beschäftigungsmöglichkeiten (Bewegung, Gedächtnis, Entspannung ...) ● Lokale Altenhilfestrukturen ● Organisation (Praktikum, Hospitationen, Aufbau der Besuchdiensttätigkeit) ● Praktikum/Hospitationen 		
Gesamtaufwand: ca. 30 Stunden zzgl. Praktikum		
Dauer: ca. 6 Monate		

Neben der Vermittlung der allgemeinen Grundlagen (Krankheitsbilder, Beeinträchtigungsprofile, typischer Hilfebedarf etc.) wird sehr viel Wert auf praktische Übungen in Form von Rollenspielen bzw. Praktika und Hospitationen gelegt. Die Qualifizierung erfolgt stark alltags- bzw. problemorientiert.²⁴

Im Anschluss an die Qualifizierungsphase erfolgt die Vermittlung der freiwilligen Helferinnen und Helfer an die hilfebedürftigen Personen. Die Begleitung ist in der Regel in Form einer Betreuungsgruppe organisiert. Gemeint ist damit, dass sich die freiwilligen Helferinnen und Helfer in der Regel einmal im Monat zusammenfinden und ihre Erfahrungen austauschen. Bedingung für das Funktionieren und den Bestand der Betreuungsgruppe ist, dass eine professionelle Begleitung als Ansprechpartner kontinuierlich zur Verfügung steht. Die freiwilligen Helferinnen und Helfer arbeiten demnach in gewissem Sinne „im Team“: Sie tauschen sich aus, erhalten Anregungen und können im Bedarfsfall professionelle Anleitung in Anspruch nehmen.

²⁴ S. zum Wiesbadener Konzept des freiwilligen Seniorbegleiters das Handbuch von Haas und Raasch (2003).

3.6.3.2 Tätigkeiten und erbrachte Leistungen

Art und Inhalt der Tätigkeit der freiwilligen Helferinnen und Helfer richtet sich sehr stark nach den Bedingungen des Einzelfalls. Die Helferinnen und Helfer werden zu Beginn an eine hilfebedürftige Person vermittelt. Als vermittelnde Instanz fungiert hierbei in der Regel ein professioneller ambulanter Dienst, der entweder zum Projektträger gehört oder mit dem das Projekt kooperiert. Es folgt eine Phase des gegenseitigen Sich-kennen-Lernens, die im Prinzip als Aushandlungsprozess zu begreifen ist. Die hilfebedürftige Person bzw. deren Angehörige und die freiwillige Helferin bzw. der Helfer klären ab, wie der in der Regel wöchentliche Besuch gestaltet werden soll. Den freiwillig Engagierten sollten nach Möglichkeit bereits vorab Informationen zur Situation, zu den Interessen der Person, zu den Vorlieben, aber auch zu Problemen etc. gegeben werden (Biografie).

Im Rahmen der Betreuungsgruppe tauschen sich die Helferinnen und Helfer über ihre Erfahrungen aus und erhalten Anregungen. Die Aktivitäten, die die freiwilligen Helferinnen und Helfer gemeinsam mit den Hilfebedürftigen ausüben, sind dementsprechend vielfältig. Im Prinzip zielen die Hilfen darauf ab, zum einen die soziale Eingebundenheit der hilfebedürftigen Person zu erhöhen und zum anderen für die pflegenden Angehörigen einen Freiraum sowie emotionale Entlastung zu organisieren. Das Konzept der ehrenamtlich getragenen Betreuung ergänzt damit die sonstigen Hilfeleistungen. Es ersetzt weder die privat oder professionell erbrachte Pflege noch die notwendige hauswirtschaftliche Betreuung. Dies schließt natürlich im Einzelnen nicht aus, dass im Rahmen der Besuchsdienste auch die eine oder andere hauswirtschaftliche oder pflegerische Hilfe anfallen kann. Konzeptionell legen die Modellprojekte jedoch großen Wert darauf, dass dies nicht den Kern der gewährten Hilfe ausmachen darf.

Analog zu der im letzten Abschnitt dargestellten Abgrenzung von freiwilligem bürgerschaftlichem Engagement werden die Hilfeleistungen im Bereich der Betreuung unentgeltlich erbracht. Dies schließt jedoch nicht aus, dass die freiwilligen Helferinnen und Helfer für ihre Tätigkeit eine Aufwandsentschädigung bekommen. Zum Teil handelt es sich um regelmäßige Pauschalen in Höhe von bis zu 8,- € pro Stunde (Daaden/Herdorf). Zum Teil werden aber auch die im Rahmen der Betreuung entstehenden Kosten fallweise abgerechnet. Darüber hinaus wird vom Träger der notwendige Versicherungsschutz, in der Regel Haftpflicht- und private Unfallversicherung, gewährleistet.

3.6.4 Ergebnisse

Das aus unserer Sicht wichtigste Ergebnis der Evaluation der Konzepte zur Mobilisierung von freiwilligen Helferinnen und Helfern zur Betreuung hilfebedürftiger Menschen besteht darin, dass es in allen Modellprojekten gelungen ist, genügend Personen zu mobilisieren, die dann

eine entsprechende Betreuungstätigkeit übernommen haben. Abgesehen von einzelnen punktuellen Problemen (z. B. zu Beginn im Radeburger Modell „Geriatrisches Netzwerk“)²⁵, die in der Regel auf eher organisatorische Schwierigkeiten zurückzuführen waren und im Verlauf erfolgreich überwunden werden konnten, gilt für alle Projekte, dass die Bereitschaft von Bürgerinnen und Bürgern, sich freiwillig im Rahmen der Betreuung von hilfebedürftigen Menschen zu engagieren, bemerkenswert groß war.

Wie aus Übersicht 3.6 3 hervorgeht, gelang es den Projekten, eine z. T. beachtlich große Anzahl von freiwilligen Helferinnen und Helfern zu mobilisieren und zu qualifizieren. Besonders erfolgreich waren hierbei interessanterweise die Projekte, die sich explizit auf die Anwerbung von freiwillig Engagierten für demenziell erkrankte oder psychisch veränderte ältere Menschen konzentrierten.

Die „Anwerbung“ erfolgte in der Regel durch Ankündigungen in der lokalen Presse, durch Ausgänge oder durch sonstige Formen von Öffentlichkeitsarbeit wie Veranstaltungen, aber auch durch Mundpropaganda. Wesentlich ist, dass den interessierten Helferinnen und Helfern hierbei eine möglichst konkrete und für die Person überschaubare Tätigkeitsform angeboten wird. Je klarer die Aktivitäten beschrieben wurden, desto erfolgreicher gelang die Anwerbung von freiwilligen Helferinnen und Helfern.

Darüber hinaus erwies es sich als förderlich, wenn der Träger des Angebots in der Öffentlichkeit bekannt und entsprechend verankert ist. Kirchengemeinden, Leistungserbringer aus dem Bereich der freien Wohlfahrtspflege oder auch lokal verankerte Altenberatungsstellen haben hierbei einen „natürlichen“ Standortvorteil.

²⁵ In den neuen Bundesländern ist nach Einschätzung von Projektverantwortlichen der Selbsthilfegedanke bzw. die Bereitschaft zur institutionalisierten Freiwilligenarbeit noch nicht ganz so stark ausgeprägt.

Übersicht 3.6 3: Freiwillige Betreuungsgruppen im Modellprogramm ‚Altenhilfestrukturen der Zukunft‘

,Tagesmütter‘ für Demenzkranke in Daaden/Herdorf	Drei Qualifizierungskurse mit 27 zertifizierten „Tagesmüttern“ Einzelbetreuung von 21 Demenzkranken zu Hause Gruppenbetreuung von je ca. vier Demenzkranken durch die gleiche Zahl von „Tagesmüttern“ (Betreuung von insgesamt 129 Personen) Gruppenbetreuung von insgesamt ca. 200 Demenzkranken und deren Angehörigen im Angehörigencafé durch durchschnittlich fünf „Tagesmütter“
Vierte Lebensphase in Stuttgart	Vier Helfergruppen mit 37 ehrenamtlich Tätigen Wöchentliche häusliche Betreuung von ca. 34 psychisch veränderten, alleinlebenden Hilfebedürftigen (zwei bis drei Stunden pro Woche)
Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation	Fünf Qualifizierungskurse für „Freiwillige Seniorenbegleiter“ mit insgesamt ca. 70 Teilnehmerinnen und Teilnehmern Ein Pflegekurs für Migrantinnen und Migranten (zehn Teilnehmerinnen und Teilnehmer, von denen ca. 50% ehrenamtlich in verschiedenen Formen tätig geworden sind)
Aktives Leben und Wohnen älterer Menschen in Salzgitter	Qualifizierungskurs „Freiwillige Seniorenbegleiter“ mit ca. 13 Teilnehmerinnen und Teilnehmern Kontinuierlich tätige Betreuungsgruppe mit 5 Seniorenbegleitern
Geriatrisches Netzwerk in Radeburg	Gewinnung und Schulung von sieben Ehrenamtlichen (freiwillige Seniorenbegleiter) Betreuung von 13 Senioren im häuslichen Umfeld
KUNZ in Bielefeld	Betreuung von fünf bis sieben demenziell erkrankten Hilfebedürftigen durch eine haupt- und drei ehrenamtliche Mitarbeiterinnen Zwei bis drei Stunden Betreuung (als „Tagespflege“ einmal pro Woche) in den Räumen der Gemeinde

Es dürfte wenig verwundern, dass es sich bei den ehrenamtlichen Kräften fast ausnahmslos um Frauen handelt. Nach den vorliegenden Informationen sind die freiwilligen Helferinnen mehrheitlich im Alter zwischen 45 und 64 Jahren. Darüber hinaus finden sich aber zu einem nicht unerheblichen Anteil auch Frauen, die mit 65 Jahren und älter der gleichen Generation angehören wie die betreuten hilfebedürftigen Seniorinnen und Senioren. Dies gilt z. B. für die „Tagesmütter“ in Daaden/Herdorf, die in der Regel zwischen 55 und 75 Jahren alt waren und zum größeren Teil auch Erfahrungen mit der Pflege eigener Angehöriger aufwiesen.

Die Übernahme einer freiwilligen Tätigkeit steht häufig im Zusammenhang mit einer persönlichen Neuorientierung, z. B. mit einer altersbedingten beruflichen Entpflichtung (Renteneintritt) oder mit einer familiären Veränderung. Übersicht 3.6 4 enthält ebenfalls wieder exemplarisch für das Projekt „Vierte Lebensphase“ der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart wichtige Motive für die Übernahme einer freiwilligen Betreuungstätigkeit.

Übersicht 3.6 4: Motive für die Übernahme einer freiwilligen Betreuungstätigkeit

„Die drei wichtigsten Gründe“ (möglich waren bis zu drei Nennungen)	in %
Anderen Menschen helfen	69
Etwas Sinnvolles für die Gesellschaft tun	31
Nützliche Verwendung eigener freier Zeit	54
Sich fortbilden	0
Neue Erfahrungen sammeln	54
Sich persönlich weiterentwickeln	31
Selbst Hilfe im Alter bekommen	0
Kontakte in einer neuen Gruppe bekommen	15
Sonstiges	8

Quelle: Projekt „Vierte Lebensphase“. N = 13 ehrenamtliche Helfer

Am häufigsten wurden aus einer vorgegebenen Liste die Motive „Anderen Menschen helfen“, „Nützliche Verwendung von eigener freier Zeit“ sowie „Neue Erfahrungen sammeln“ genannt. Möglich waren bis zu drei Nennungen. Ähnliche Ergebnisse finden sich übrigens auch in anderen Projekten, z. B. in Daaden/Herdorf.

Freiwilliges Engagement in Form einer unmittelbaren Betreuung von hilfebedürftigen Menschen wird demnach als sinnstiftend und als Chance zur persönlichen Weiterentwicklung betrachtet. Der Bezug auf einen anderen Menschen ist konkret und macht den Nutzen der Tätigkeit subjektiv erfahrbar. Dieser Aspekt deckt sich mit den Ergebnissen neuerer Untersuchungen zu den Motiven zur Übernahme von freiwilligem Engagement. So kommt etwa der „Wertesurvey“ (Klages, Gensicke 1998, Gensicke 2000) zu dem Ergebnis, dass die Motivation zum freiwilligen Engagement auf einer Mischung sowohl aus idealistischen Gründen als auch Motiven der persönlichen Selbstentfaltung beruht. Es ist weniger eine „gefühlte Pflicht“ oder die Betroffenheit über individuelle Notlagen, sondern vielmehr die Suche nach einer eigenen sinnvollen Betätigung, die zum Engagement führt. Voraussetzung hierfür sind natürlich verfügbare Ressourcen von freier Zeit. Freiwilliges Engagement erweist sich aus dieser Sicht dann als stabil, wenn es auch mit einem persönlichen Nutzen verbunden ist. Dieser Nutzen ist jedoch weniger materiell und schon gar nicht vorrangig monetär ausgeprägt, sondern besteht darin, dass die Tätigkeit

insgesamt als „wichtig“ wahrgenommen wird und gleichzeitig die freiwilligen Helferinnen und Helfer auch selbst weiterbringt.

Der Anteil der Bürgerinnen und Bürger, die sich schrittweise im Prozess des Älterwerdens sowohl beruflich als auch familiär entpflichten, wird – rein demographisch bedingt – in den nächsten Jahren weiter zunehmen. Selbst wenn es, so wie gegenwärtig diskutiert, gelingen würde, die Lebensarbeitszeit um einige wenige Jahre zu verlängern, so würde sich nichts am grundlegenden Übergangscharakter dieser sog. dritten Lebensphase²⁶ im Vorfeld des eigentlichen Alters ändern. Im Prinzip würde sich nur der „Eintritt“ leicht nach hinten verschieben, ohne das sich am grundlegenden Charakter dieser Phase, die mit der Suche nach überschaubaren und persönlich befriedigenden neuen Aufgaben verbunden ist, etwas ändern würde. Die Möglichkeiten zur Mobilisierung von freiwilligem Engagement müssten von daher auch in den nächsten Jahren tendenziell weiter wachsen.

Die Arbeit der freiwilligen Helferinnen und Helfer ist im Rahmen der insgesamt dreijährigen Laufzeit des Modellprogramms überaus stabil gewesen. Bei den Projekten, die sich vorrangig auf die Betreuung von demenziell Erkrankten oder psychisch veränderten Hilfebedürftigen konzentriert und die freiwillige Helferinnen und Helfer speziell für diesen Zweck angeworben haben, konnten so gut wie alle für eine kontinuierliche Tätigkeit gewonnen werden. Die in der Regel einmal wöchentliche Betreuung im häuslichen Umfeld der Hilfebedürftigen wurde nach den in den Projekten vorliegenden Beobachtungen sowohl von den Helferinnen und Helfern als auch von den hilfebedürftigen Menschen sehr positiv gewertet. Berichtet wurde über deutliche Aktivitätssteigerungen bei den hilfebedürftigen Menschen sowie eine durchweg positive Grundstimmung während der Zeit der Betreuung. Aufgrund der erfolgreichen und gut begleiteten Vermittlung der Helferinnen und Helfer an die hilfebedürftigen Personen ergab sich nur in einzelnen Ausnahmefällen das Problem, dass eine Zuordnung gleich zu Beginn wieder aufgehoben werden musste. In fast allen Fällen funktionierte die persönliche Betreuung hingegen problemlos, oder es konnten ggf. entstandene Schwierigkeiten im Rahmen der professionellen Begleitung aufgearbeitet und gelöst werden. Als besonders hilfreich erwiesen sich in diesem Zusammenhang auch die Hilfeleistungen, die in Form von Gruppenaktivitäten erbracht wurden. Die Hilfe- und Pflegebedürftigen sowie deren Angehörige erlebten dadurch ein Gemeinschaftsgefühl, und es wurden ihnen neue Möglichkeiten eröffnet sich sozial zu integrieren.

²⁶ Als sog. dritte Lebensphase wird in der Regel die Phase ab dem 55. Lebensjahr bis Mitte/Ende 70 bezeichnet. Erst danach folgt die sog. vierte Lebensphase des eigentlichen hochbetagten Alters. Die Kategorie dritte Lebensphase korrespondiert mit dem in der Öffentlichkeit häufig benutztem Begriff der „jungen Alten“, die, materiell inzwischen mehrheitlich gut gesichert, im Übergang in den Ruhestand und auf Basis einer körperlich nach wie vor guten Konstitution über ein hohes Aktivitätspotenzial verfügen und von daher eigentlich viel zu jung für die Übernahme einer klassischen Rolle als „Rentnerin oder Pensionär“ sind.

Bei den Konzepten zur Ausbildung von freiwilligen Seniorenbegleiterinnen und -begleitern konnte ca. die Hälfte der geschulten Personen im unmittelbaren Anschluss für eine ehrenamtliche Tätigkeit gewonnen werden. Wie bereits ausgeführt basiert dieses Angebot nicht darauf, sich gleich zu Beginn auf eine konkrete Betreuungstätigkeit bei einer hilfebedürftigen Person festzulegen. Die Maßnahme selbst kann ebenfalls als Qualifizierungsangebot für eine möglicherweise zukünftige Tätigkeit genutzt werden. Die Erfahrungen der Modellprojekte in Wiesbaden, Salzgitter und auch Radeburg zeigen, dass die im unmittelbaren Anschluss ehrenamtlich aktiv gewordenen Seniorenbegleiterinnen und -begleiter sowohl im Rahmen der Einzelbetreuung von demenziell erkrankten Menschen als auch bei der Unterstützung von Seniorinnen und Senioren, die aufgrund von Mobilitätseinschränkungen praktische Hilfen zur Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung benötigen, tätig geworden sind. Interessant ist hierbei auch der konzeptionelle Zugang, Freiwillige im Rahmen der Nachsorge einzusetzen. Die Erfahrungen in Wiesbaden und Radeburg belegen, dass die Rehabilitationserfolge etwa bei bewegungseingeschränkten älteren Menschen durch den Einsatz von freiwilligen Seniorenbegleiterinnen und -begleitern im Alltag, die Hilfe und Begleitung bei Arztbesuchen, Behördengängen oder im Rahmen der Freizeitgestaltung leisten, gefestigt und ausgebaut werden konnten.

Zusammengefasst besteht der Outcome des Einsatzes von freiwilligen Helferinnen und Helfern demnach darin,

- durch persönliche Einzel- und/oder Gruppenbetreuung einer möglichen sozialen Isolation von hilfebedürftigen Menschen entgegenzuwirken,
- die noch vorhandenen sozialen Kompetenzen und Aktivitätspotenziale der hilfebedürftigen Menschen durch alltagsnahe Betreuung zu fördern,
- die Angehörigen, insbesondere von demenziell erkrankten Hilfebedürftigen, emotional zu entlasten und damit letztendlich
- zu einer substantziellen Stabilisierung der häuslichen Hilfe und Betreuung beizutragen.

Neben dieser zu beobachtenden Förderung von Lebensqualität durch den Einsatz von freiwilligen Helferinnen und Helfern besteht eine zweite wichtige Outcome-Dimension darin, dass diese niederschwellig angelegten Formen von sozialer Betreuung bei den betroffenen Haushalten in der Regel dazu führen, eine positive Einstellung zur Inanspruchnahme von professionellen Hilfeleistungen zu entwickeln. Die freiwilligen Helferinnen und Helfer wirken in diesem Sinn als „Türöffner“ sowohl zu den hilfebedürftigen Menschen als auch zu deren Angehörigen. Die Erfahrungen in den Projekten zeigen, dass durch Anregungen oder auf Initiative der freiwilligen Helferinnen und Helfer notwendige, jedoch bisher nicht in Anspruch genommene professionelle Hilfen als auch Unterstützung für die pflegenden Angehörigen vermittelt werden konnten. Die Tätigkeit von freiwilligen Helferinnen und Helfern schafft Vertrauen und öffnet Wege zu einer bedarfsgerechteren Organisation der Hilfe und Unterstützung.

Unverzichtbare Bedingungen für diese sehr bemerkenswerten Erfolge sind sowohl die Qualifizierungsphasen als auch die kontinuierliche Begleitung der Helferinnen und Helfer durch pro-

fessionelle Fachkräfte. Wir gehen davon aus, dass es insbesondere diesem Umstand zu verdanken ist, dass die Problematik des sog. Helfersyndroms im Rahmen der Tätigkeit der Freiwilligen faktisch so gut wie keine Rolle gespielt hat. Tatsächlich gelang es überall, die unverzichtbare persönliche Distanz der Helferinnen und Helfer aufrechtzuerhalten.

Die Förderung von freiwilligem Engagement im Rahmen des Modellprogramms ‚Altenhilfestrukturen der Zukunft‘ erwies sich als überaus erfolgreich. Wesentlich ist, dass dieser Maßnahmenerfolg nicht auf einzelne Spezifika der ausgewählten Modellprojekte zurückzuführen ist, sondern im Prinzip in der ganzen Breite der Altenhilfe machbar erscheint. Die im Rahmen des Modellprogramms erprobten Konzepte haben gezeigt, dass die Mobilisierung von freiwilligem bürgerschaftlichen Engagement sowohl ein bisher noch weitgehend unausgeschöpftes Potenzial im Bereich der Hilfeangebote darstellt als auch eine ganz besondere Qualität im Bereich der Betreuung bietet. Die freiwillig erbrachten Hilfen sind alltagspraktisch und von daher niederschwellig angelegt. Das Besondere dieser Hilfen besteht darin, dass das Verhältnis zwischen Betreuer und hilfebedürftiger Person sowie den Angehörigen nicht fachlich professionell, sondern in gewissem Sinne nachbarschaftlich und in der Konsequenz individuell und persönlich ist. Aus unserer Sicht besteht vor allen Dingen hierin die besondere Qualität dieser neuen „Kultur des Helfens“. Daher kann bürgerschaftliches Engagement auch nicht im Sinne eines Ersatzes für notwendige professionelle Hilfeleistungen gedacht oder angelegt werden. Aus unserer Sicht muss die Perspektive vielmehr darin bestehen, diese beiden unterschiedlichen Bereiche sinnvoll miteinander zu vernetzen. Besonders bedeutsam sind die dargestellten freiwilligen Betreuungsleistungen für die Haushalte, in denen psychisch veränderte bzw. demenziell erkrankte Menschen gepflegt werden. Die gewährten Hilfen tragen dazu bei, die Lebensqualität der Hilfebedürftigen nachweislich zu erhöhen. Gleichzeitig entlasten sie die pflegenden Angehörigen und leisten damit auch einen Beitrag, die häusliche Situation insgesamt zu stabilisieren.

Von kommunalen, kirchlichen und freigemeinnützigen Trägern, die zum Teil mit Bildungseinrichtungen kooperieren, konnten große Potenziale an Freiwilligen erschlossen werden. Die freiwilligen Helferinnen und Helfer nehmen ganz unterschiedliche Aufgaben wahr, z. B. die Leitung von Freizeitgruppen, Interessenvertretung im Heim, die Entlastung pflegender Angehöriger durch zeitweise Betreuung von Demenzkranken bis hin zur Betreuung von allein lebenden älteren Menschen mit gerontopsychiatrischen Veränderungen. Für ihre Tätigkeit werden die freiwillig Engagierten dem jeweiligen Einsatzfeld entsprechend qualifiziert, und sie werden meist begleitet und unterstützt durch Gruppenarbeit oder Supervision. Sie ersetzen damit nicht professionelle Leistungen, sondern ergänzen das System professioneller Hilfen und bereichern es mit lebensweltlichen Qualitäten an.

3.6.5 Zusammenfassende Bewertung und Empfehlungen

Die erfolgreiche Mobilisierung von freiwilligem bürgerschaftlichem Engagement als Perspektive zur Weiterentwicklung der Leistungsfähigkeit der Strukturen der Altenhilfe setzt voraus, dass hierfür eine professionelle Infrastruktur vorhanden ist. Sowohl die Anwerbung als auch die notwendige Qualifizierung und kontinuierliche Begleitung der freiwilligen Helferinnen und Helfer ist ohne den Einsatz von ausgebildeten Fachkräften nicht leistbar. Optimal lässt sich dies realisieren, wenn die ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuer im Rahmen einer Altenberatungsstelle oder in einer Sozialstation tätig werden. In diesem Fall kann das freiwillige Engagement gut mit anderen, professionell getragenen Angeboten vernetzt werden.

Die im Modellprogramm angewandten Qualifizierungskonzepte haben sich sowohl hinsichtlich des Umfangs und der Dauer als auch bezüglich der Inhalte bewährt.²⁷ Dies gilt sowohl für das bereits heute im Bereich der Altenhilfe angebotene Fortbildungskonzept zum „Freiwilligen Seniorenbegleiter“ als auch für die speziell für diesen Zweck entwickelten Vorbereitungs- und Qualifizierungsmaßnahmen bei den Projekten, die sich auf die freiwillige Betreuung von z. B. demenziell erkrankten Menschen beziehen. Diese können demnach als „Standards“ für die notwendigen Qualifizierungsprogramme angesehen werden. Anzustreben ist allerdings, dass die Qualifizierungsangebote möglichst von vornherein mit einem Konzept zur Vermittlung der Helferinnen und Helfer an eine hilfebedürftige Person verknüpft werden.

Der Aufbau von ehrenamtlichen Betreuungsstrukturen ist von daher eine Aufgabe, für die innerhalb der Regelversorgung Raum geschaffen werden muss. Klärungsbedürftig sind insbesondere die zuständigen Kostenträgerschaften. Nach den im Modellprogramm vorliegenden Erfahrungen lassen sich ehrenamtliche Betreuungsstrukturen dann verstetigen, wenn es gelingt, verschiedene Kostenträger zur Finanzierung heranzuziehen. In der Regel wurden die Modellprojekte auf Basis von Eigenleistungen der Träger (Freie Wohlfahrtspflege) sowie aus den bewilligten Mitteln des Modellprogramms finanziert. Ein Transfer in die Regelversorgung setzt voraus, dass die befristeten Mittel des Modellprogramms durch Leistungen anderer Kostenträger ersetzt werden. Die Zuständigkeiten hierfür liegen aus unserer Sicht sowohl bei den Pflegekassen bzw. den Kostenträgern im Bereich der Rehabilitation als auch bei den Kommunen, die die lokale Sicherstellung geeigneter Versorgungsangebote im Rahmen der Länderhoheit zu gewährleisten haben. Das seit dem 1. Januar 2002 in Kraft getretene Gesetz zur „Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf“ (Pflegeleistungsergänzungsgesetz) bietet mit dem §45 c die Möglichkeit, niederschwellig angelegte Versorgungskonzepte für demenzkranke Pflegebedürftige oder auch

²⁷ Die in den „Empfehlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherungen e.V. zur Förderung von niederschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen nach §45c Abs. 6 SGB XI vom 24.07.2002“ im Punkt 2.2 vorgelegten Grundsätze zur Schulung und Fortbildung der Helferinnen und Helfer entsprechen inhaltlich weitgehend den im Modellprogramm gewonnenen Erfahrungen.

Modellvorhaben zu fördern. Sofern sich Länder und Kommunen, wie dort vorgesehen, in gleicher Höhe an der Finanzierung beteiligen, ließe sich damit die erforderliche Infrastruktur zum Aufbau von ehrenamtlichen Betreuungsgruppen in Zukunft deutlich ausweiten.

Das grundsätzliche Ziel muss aus unserer Sicht darin bestehen, niederschwellige Betreuungsangebote als feste Bestandteile in der Breite des Versorgungsangebotes zu verankern. Wir möchten deshalb anregen, Konzepte zur Förderung von freiwilligem Engagement in Zukunft als ein zu realisierendes Qualitätskriterium im Rahmen der kommunalen Altenhilfe festzuschreiben. Denkbar wäre, kommunale Zuschüsse künftig zumindest in einem gewissen Umfang an die Realisierung entsprechender Angebote zu knüpfen. Dies könnte die notwendigen Anreize dafür schaffen, dass kommunale Leistungsanbieter vorhandene Strukturen fördern und weiter ausbauen.

Zur Anwerbung und Gewinnung einer hinreichenden Zahl von freiwilligen Helferinnen und Helfern sind im Rahmen des Modellprogramms keine besonderen Maßnahmen erforderlich gewesen. Sichergestellt werden muss ein geeigneter Versicherungsschutz, insbesondere im Bereich der Haftpflicht und der Unfallversicherung. Dies kann in aller Regel über den Träger geschehen. Die Gewährung von Aufwandsentschädigungen wurde im Rahmen der Modellprojekte unterschiedlich gehandhabt. Es liegt auch nahe, für längere Fahrwege oder sonstige finanzielle Belastungen, die den freiwilligen Helferinnen und Helfern entstehen, einen Ausgleich vorzusehen. Hilfreich wäre, wenn, wie z. B. von der Enquete-Kommission „Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements“ gefordert, der Aufwand von freiwilligen Helferinnen und Helfern steuerlich absetzbar wäre. Die Kommission schlägt in diesem Zusammenhang vor, dass erstatteter Aufwand für bürgerschaftliches Engagement bis zu einer Höhe von 300 € im Jahr auch dann nicht versteuert werden muss, wenn die Aufwandsentschädigung pauschal und damit ohne Vorlage einzelner Belege gezahlt wurde. Darüber hinaus kann es jedoch ebenfalls notwendig sein, freiwilligen Helferinnen und Helfern, die kontinuierlich anfallende Betreuungsaufgaben übernehmen, ab einem gewissen Umfang auch direkte Aufwandsentschädigungen zukommen zu lassen. Im Projekt „Tagesmütter für Demenzkranke“ wurden hierfür 8,- € pro Stunde gewährt. Das Modellprojekt „Vierte Lebensphase“ der Evangelischen Gesellschaft verzichtete hingegen auf pauschale Aufwandsentschädigungen. Wir halten hier verschiedene Formen für möglich, solange gewährleistet ist, dass die Entschädigungen nicht zu einem „Niedriglohn“ und damit zu einem Anreiz für eine Tätigkeitsaufnahme zur Sicherung des eigenen Lebensunterhaltes werden.

Weitere Fragestellungen, die in diesem Kontext diskutiert werden, beziehen sich auf die mögliche Anerkennung ehrenamtlichen Engagements im Rahmen der sozialen Sicherung. Denkbar wäre als Beitrag zur Förderung von „sozialer Gerechtigkeit“, dass auch Zeiten ehrenamtlicher Tätigkeit als Anspruch gegenüber der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt werden könnten. Derartige Forderungen haben allerdings im Rahmen des Modellprogramms keine zentrale Rolle gespielt und sind von uns deshalb im Einzelnen nicht weiter untersucht worden.

Für unverzichtbar halten wir es schließlich, die gesellschaftliche Anerkennung für freiwilliges bürgerschaftliches Engagement noch stärker als bisher zu fördern. Die Schaffung einer „Anerkennungskultur“ stellt aus unserer Sicht, in Ergänzung zu der bereits dargestellten Notwendigkeit, eine begleitende Infrastruktur aufzubauen und deren Finanzierung sicherzustellen, eine zweite zentrale Voraussetzung zur Verstärkung dar. Insbesondere die vorzusehende Qualifizierung ist hierfür ein zentraler Baustein, da diese an dem Bedürfnis der Engagierten nach Selbstentfaltung, Persönlichkeitsentwicklung und Mitgestaltung anknüpft. Darüber hinaus halten wir es für erforderlich, dass dem freiwilligen Engagement auch innerhalb der Strukturen der Leistungsanbieter genügend Raum geschaffen wird. Die Belange der freiwilligen Helferinnen und Helfer müssen auch innerhalb der professionellen Angebotsstrukturen angemessen vertreten werden. Anregungen sollten als Chance zur Förderung von Vernetzung und zur Verbesserung der „Passformigkeit“ von Leistungen aufgegriffen werden. Schließlich sollten die Leistungen der freiwilligen Helferinnen und Helfer innerhalb der Institutionen bzw. auch in der Öffentlichkeit zu gegebenen Anlässen gebührend gewürdigt werden.

4. Ergebnisse, Schlussfolgerungen und Empfehlungen im Überblick

4.1 Umsetzungs- und Verstetigungserfolge der Modellprojekte

4.1.1 Umsetzungserfolge der Modellprojekte

Die im Modellprogramm erprobten Konzepte haben den Anspruch dazu beizutragen, die Strukturen der Altenhilfe beispielhaft weiterzuentwickeln und praxisrelevante Lösungen vorzulegen. Fasst man die Ergebnisse noch einmal überblickartig zusammen, so zeigt sich, dass die erprobten Konzepte insgesamt sehr erfolgreich waren.

Besonders bemerkenswert war der Erfolg jener Projekte, deren Konzepte auf die **unmittelbare Erbringung von Leistungen zur Verbesserung der Situation von Hilfe- und Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen** abzielen. Interessanterweise handelt es sich hierbei vorrangig um die Projekte, die im **Bereich der Betreuung von Demenzkranken** bzw. von psychisch veränderten Personen angesiedelt sind: „Tagesmütter‘ für Demenzkranke und andere Angebote zur Informations-, Krisenbewältigung und Weiterbildung“ in Daaden/Herdorf, „Vierte Lebensphase“ in Stuttgart, „Milieuthérapie – Einführung milieuthérapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich mit begleitender Evaluation (MIDEMAS)“ in Stuttgart, „Gerontopsychiatrische Wohngemeinschaft – Diakoniezentrum Bethesda e. V.“ in Eisenberg, „Abschiedsmusik – Musiktherapie mit Demenzkranken und Menschen in der letzten Lebensphase“ in Rendsburg und „Gerontopsychiatrische Patienten im familialen Bezugssystem“ in Neustrelitz.

Exemplarisch im Sinne von „best practice“ gelang es, mit den Projekten „Tagesmütter‘ für Demenzkranke“ in Daaden/Herdorf und „Vierte Lebensphase“ in Stuttgart freiwillige Helferinnen und Helfer für eine dauerhafte Betreuung von demenzkranken oder psychisch veränderten älteren Menschen zu gewinnen. Beide Projekte wirkten in hohem Maße strukturbildend und mobilisieren neue, auf Basis von freiwilligem bürgerschaftlichem Engagement getragene Betreuungspotenziale. Das Projekt „Gerontopsychiatrische Patienten im familialen Bezugssystem“ in Neustrelitz lieferte wichtige Impulse zum Aufbau von angeleiteten Gesprächsgruppen zur Entlastung der Angehörigen von gerontopsychiatrisch veränderten Menschen und stieß damit einen relevanten Vernetzungsprozess in einer eher ländlich geprägten Region an. Mit dem „MIDEMAS“-Projekt in Stuttgart sowie dem Modell „Gerontopsychiatrische Wohngemeinschaft“ in Eisenberg wurden milieuthérapeutische Ansätze zur Betreuung von Demenzkranken in vollstationären Regeleinrichtungen erfolgreich verwirklicht und damit fachliche Standards gesetzt. Die Stuttgarter Ergebnisse haben mit dazu beigetragen, dass im Land Baden-Württemberg inzwischen eine landeseinheitliche Regelung getroffen wurde, mit der in Zukunft die Möglichkeit eröffnet wird, den erhöhten Personal- und Ressourcenbedarf für eine angemessene Betreuung von solchen Demenzkranken, die besonders herausfordernde psychischen Veränderungen

aufweisen, etwas besser abzudecken.²⁸ Das Projekt in Rendsburg schließlich zeigte die Perspektiven auf, durch die Einführung von musischen Elementen auf Basis einer Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu einer neuen Qualität von Betreuung zu gelangen.

Allen Projekten ist gemeinsam, dass ein in sich geschlossenes und praktisch umsetzbares Gesamtkonzept für eine qualitativ hochwertige Hilfeleistung angeboten bzw. aufgebaut wird. Ähnliches gilt im Übrigen auch für die ebenfalls sehr erfolgreichen Projekte zum Verbraucherschutz, „Verbraucherschutz in der stationären Pflege – Landesseniorenrat Baden-Württemberg e. V. – LSR“ und „Ein Beitrag zu mehr Markttransparenz und Patienten- und Verbraucherschutz im Bereich ambulante Pflegedienste in der Stadt Mainz“, sowie für das an der Förderung von Selbsthilfe im Wohnumfeld orientierte Projekt „KUNZ – Kirche und Nachbarschaftszentrum“ in Bielefeld. Auch diese setzen an einem konkreten Bedarf an und bieten eine nachhaltige und unmittelbar Nutzen bringende Leistung.

Hierbei bestätigte sich, dass eine wesentliche Voraussetzung zur Verbesserung der Betreuung Demenzkranker darin besteht, das Wissen um die Besonderheiten dieser Erkrankung sowie um die möglichen Zugänge zu den Betroffenen sowohl bei den professionellen als auch bei den informellen privaten Helferinnen und Helfern erst einmal grundlegend zu fundieren („Türen öffnen zum Menschen mit Demenz“ – KDA 2001). Eine am Konzept der „personenorientierten Pflege“ orientierte Qualifizierung war von daher auch im Modellprogramm einer der Schlüsselfaktoren für eine erfolgreiche Umsetzung.²⁹ Besonders effektiv ist Qualifizierung immer dann, wenn diese praxis- bzw. alltagsorientiert als Bestandteil eines konkreten Betreuungskonzeptes eingesetzt wird. Ein reines Schulungs- bzw. Qualifizierungsangebot, das nicht mit der Umsetzung von neuen Betreuungskonzepten verknüpft ist, bleibt hingegen in seinen Wirkungen deutlich beschränkt. So zeigen etwa die Erfahrungen, die im „Alzheimer Zentrum Hamburg“ und im Bochumer „Forschungsprojekt zur Erfassung der Versorgungssituation von Demenzkranken in Bochum und Umgebung unter besonderer Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse von Betroffenen“ gemacht wurden, dass es zwar von den lokalen Leistungsanbietern eine große Nachfrage nach Qualifizierung gibt, die auch unbedingt befriedigt werden sollte. Schulungsangebote bzw. die Bereitstellung von Wissen allein wirken für sich genommen jedoch noch nicht hinreichend strukturbildend.

Eine weitere wichtige Erkenntnis bezüglich der Umsetzung neuer Versorgungskonzepte besteht darin, dass es für den Erfolg von Modellprojekten nicht erheblich ist, ob die Interventionen im

²⁸ Die Erfahrungen des „MIDEMAS“-Projekts bieten eine vorzügliche Grundlage, um entsprechende Konzepte auf dieser Grundlage auch in der Breite der stationären Regelversorgung in Baden-Württemberg zu initiieren. Aufgrund der Kürze der Zeit liegen hierzu momentan natürlich noch keine Ergebnisse vor.

²⁹ Besonders instruktiv zum Verständnis und zur praktischen Umsetzung des Konzepts der „Personenzentrierten Pflege“ (Kitwood 2000) ist die neue vom KDA ins Deutsche übersetzte Broschüre von Jennie Powell: CARE TO COMMUNICATE. (Powell 2000, 2002). Entsprechende Grundelemente finden sich in fast allen Qualifizierungskonzepten, die im Modellprogramm bei der Betreuung von Demenzkranken angewandt wurden.

häuslichen/ambulanten Bereich oder aber im stationären Sektor angesiedelt sind. Es zeigte sich neuerlich, dass auch die **in der vollstationären Pflege** durchgeführten Projekte sehr erfolgreich waren. Neben dem bereits erwähnten „MIDEMAS“-Projekt und dem Projekt „Gerontopsychiatrische Wohngemeinschaft“ in Eisenberg gilt dies ebenfalls für das Modell „Implementation von Hausgemeinschaften in eine kleinräumig ausgerichtete Versorgungskette für pflegebedürftige ältere Menschen“ in Dießen, mit dem ein neu erbautes Pflegeheim im Rahmen der Regelversorgung in Form von „stationären Hausgemeinschaften“ aufgebaut und seitdem betrieben werden konnte. Es kann festgehalten werden, dass sich auch der scheinbar starre und „in Beton gegossene“ Bereich der stationären Pflege einen erheblichen Spielraum für Umgestaltungsprozesse bietet.

Schwieriger sind die Bedingungen für die Modelle, die sich auf die Umgestaltung von bisher defizitären Kooperationsprozessen beziehen und die auf eine **Vernetzung von bestehenden Anbieter- und Versorgungsstrukturen** setzen. Diese Konzepte müssen in der Regel recht komplex angelegt sein und eine Vielzahl von zum Teil hochgradig unterschiedlichen Akteuren umfassen, mit denen Kooperationsbeziehungen aufgebaut werden. Umso bedeutsamer ist es, dass auch in diesem Feld im Modellprogramm erfolgreiche Beispiele für gelungene trägerübergreifende Vernetzungen hin zur Bildung von regionalen Qualitätsverbänden vorzuweisen sind.

Hilfreich war erwartungsgemäß, wenn hierbei an bereits erprobten Kooperationsbeziehungen z. B. innerhalb bestehender (groß-)städtischer Versorgungsstrukturen angeknüpft werden konnte, wie dies bei den Projekten „Netzwerk im Alter Albatros e.V.“ in Berlin und „Home Care Nürnberg – Virtuelles Altenheim“ möglich war. Besonders bemerkenswert sind insbesondere die in Berlin realisierten Formen einer Netzwerkkoordination und -steuerung, die in direkter Kooperation mit der zuständigen Kommunalverwaltung angelegt ist und deren Finanzierung im Umlageverfahren von den Netzwerkmitgliedern vorgenommen wird. Die insgesamt gefundenen Lösungen zum Aufbau und zur Koordination eines „regionalen Qualitätsverbundes“ von Institutionen und Leistungsanbietern (inkl. zweier Bezirkskrankenhäuser) sind in hohem Maße beispielgebend.

Ein gelungenes Konzept für eine Verbundstrukturbildung im (eher) ländlichen Raum liefert das Modellprojekt aus Cottbus „Entwicklung einer gerontopsychiatrischen Verbundstruktur in einer ländlichen Region und in einer kreisfreien Stadt“, bei dem sich der Zugang, ein regionales Netzwerk im Bereich der Betreuung von Demenzkranken zu bilden, als erfolgreich erwiesen hat. Der konkrete Nutzen einer Vernetzung, z. B. durch die damit verbundenen neuen Möglichkeiten zur Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie die Koordinierung von Leistungsangeboten im Sinne einer gezielten Überleitung, lässt sich gerade in diesem Sektor offenbar besonders gut vermitteln und erfahren.

Dass dieser Gesamtprozess jedoch auch mit erheblichen Risiken behaftet ist, zeigen die Erfahrungen des Modells „Entwicklung neuer Kooperations- und Koordinationsstrukturen – Aktives Leben

und Wohnen älterer Menschen“ in Salzgitter, wo es trotz intensiver Bemühungen letztendlich nicht gelang, zu einer gemeinsamen Koordination von Leistungen verschiedener Teilsysteme (Wohnen, Reha, offene Altenhilfe etc.) zu kommen. Konkurrenzdenken sowie die Orientierung an Partikularinteressen erwiesen sich in diesem Fall – vor dem Hintergrund eines sicherlich überkomplexen Projektzugangs – als vor Ort nicht überbrückbar.

Positive Erfahrungen konnten auch hinsichtlich der praktischen Umsetzung der gewünschten **stärkeren Akzentuierung der Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit** gewonnen werden. Im „Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation – GeReNet.Wi“ ist es gelungen, in einem neu gegründeten geriatrischen Hilfenetzwerk anhand von geeigneten Assessmentinstrumenten Elemente von Case Management zu institutionalisieren, die zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgung mit rehabilitativen Leistungen geführt haben. Auf ähnliche Ergebnisse kann auch das Modellprojekt in Radeburg „Aufbau eines geriatrischen Netzwerkes im Dresdener Norden und umliegenden Kommunen“ im Bereich der Nachsorge nach einem stationären Reha-Aufenthalt verweisen, wiewohl es in Radeburg allerdings nicht gelang, ein stabiles trägerübergreifendes Netzwerk zu gründen. Die Ergebnisse des Modells „Mobile Rehabilitation Woltersdorf“ zeigen, dass die Bereitstellung von rehabilitativen Leistungen und hierbei insbesondere die Wiederherstellung von Mobilität im eigenen häuslichen Wohnumfeld präventiv gegenüber einer möglichen oder einer weiter voranschreitenden Pflegebedürftigkeit wirken können. Ebenfalls positiv, wenn auch im Outcome deutlich schwieriger darstellbar, sind die Wirkungen, die sich bei einer Reha-orientierten Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Pflegeheimen ergeben, die das Würzburger Modell „Förderung rehabilitationsorientierter Betreuung im Seniorenpflegeheim durch Entwicklung eines praxisnahen Kooperationsmodells zwischen Seniorenheim und geriatrischer Rehabilitation“ durchgeführt hat. Der nicht hinreichend gelungene Aufbau von stabilen Case-Management-Strukturen im Pflegeheim wurde allerdings mit dadurch erschwert, dass rehabilitative Leistungen in der stationären Pflege nicht gesondert, z.B. als Teil der medizinischen Behandlungspflege, abgerechnet werden können.³⁰

Bei allen diesen Projekten erwies es sich als schwierig, niedergelassene Ärzte, trotz vorhandener Interessensbekundungen, über einen längeren Zeitraum wirklich aktiv einzubinden. Ein dauerhaftes Engagement scheitert hier unter anderen auch daran, dass der aus dieser Einbindung resultierende Aufwand von den Ärzten nicht zusätzlich abgerechnet werden kann und auch sonst keine relevanten (materiellen) Vorteile entstehen. Einen etwas anderen Zugang wählte hierbei das Modellprojekt „Home Care“ in Nürnberg, bei dem die Vernetzung und Verbundbildung von einem lokalen Ärztenetz ausging und dem durch ein gezieltes Case Management des mit dem Praxisnetz verbundene Home-Care-Teams eine deutliche Verbesserung in

³⁰Laut § 43 Abs. 5 SGB XI übernehmen die Pflegekassen noch bis zum 31. Dezember 2004 pauschal und in Abhängigkeit von der Pflegestufe die Aufwendungen für die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

der häuslichen Versorgung herbeizuführen gelang. Trotz der nachweislichen Stabilisierung von Behandlungserfolgen erwies es sich allerdings auch in diesem Fall zu Beginn als äußerst schwierig, zu einer Kooperation mit anderen Partnern, z.B. aus dem Bereich der freien Wohlfahrtspflege, zu kommen. Die Kommunikationsprozesse waren erkennbar von Misstrauen gegenüber den Motiven der jeweils Beteiligten geprägt. Umso bemerkenswerter ist es, dass es im Verlaufe der Projektarbeit trotzdem gelang, mit den in einem eigenen Verbund organisierten Akteuren aus der „klassischen Altenhilfe“ zu einer Vereinbarung zur Bildung einer „Qualitätsgemeinschaft“ zu kommen. Offenbar lassen sich Kooperationsbeziehungen zwischen Altenhilfe und niedergelassenen Ärzten unter bestimmten Rahmenbedingungen (und bei gezielten Anstrengungen zur Vertrauensbildung und zur Entwicklung einer wirklich gleichberechtigten Kooperation) am ehesten zwischen bereits bestehenden sektoralen Netzwerkstrukturen stabil realisieren. Nicht gelungen ist allerdings, mit dem Nürnberger Projekt das ehrgeizige Vorhaben umzusetzen, auf Basis von „Telecare“ (Telemedizin) und eines „Hilfelotsen Online“ zu einer auch informationstechnologisch gestützten häuslichen Versorgungssupportstruktur zu gelangen. Neben technischen Problemen ist dies ebenfalls auf restriktive finanziellen Rahmenbedingungen zurückzuführen, die eine praktische Erprobung bisher verhindert haben. Im Sinne einer summarische „Erfolgsbilanz“ stellt Übersicht 4 1 eine Ergebnisbewertung der Modellprojekte und -konzepte dar.

Übersicht 4 1: Ergebnisbewertung der Modellprojekte und -konzepte im Überblick

Modell (alphabetisch nach Orten) Konzepte	Umsetzung des Modells	Umsetzung der Konzepte
Netzwerk im Alter in Berlin Vernetzung mit Etablierung von Qualitätsstandards	Erfolgreich	Aufbau eines umfassenden und stabilen Versorgungsnetzwerks; Verbindliche Qualitätsstandards, gelungene Koordination.
KUNZ – Kirche und Nachbarschaftszentrum in Bielefeld Stadtteilzentrum für Senioren Betreuungsangebote auf Freiwilligenbasis	Erfolgreich	Gelungene Umgestaltung kirchlicher Altenarbeit in ein offenes Nachbarschaftszentrum mit vielfältigen von Freiwilligen erbrachten Angeboten.
Forschungsprojekt zur Erfassung der Bedürfnisse Demenzkranker in Bochum Erfassung der Bedürfnisse Demenzkranker und Abgleich mit der Versorgungsrealität	Erfolgreich mit Einschränkungen	Bedürfnisermittlung und Analyse der regionalen Versorgungssituation jeweils für sich gelungen; beide Elemente konnten aber nicht konzeptionell aufeinander bezogen werden.
Gerontopsychiatrische Verbundstruktur in Cottbus Netzwerkbildung Demenz	Erfolgreich	Aufbau von zwei regionalen gerontopsych. Versorgungsverbänden; Qualifizierung des Angebots, gelungene Koordination.
„Tagesmütter“ für Demenzkranke in Daaden/Herdorf „Tagesmütter“ für Demenzkranke und weitere Stützungsangebote	Erfolgreich	„Best-practice“-Modell eines freiwillig getragenen und stabilen Hilfeangebots für Demenzkranke. „Ganzheitliches“ Unterstützungskonzept zur Entlastung der Angehörigen.
Hausgemeinschaften in Dießen Stationäre Hausgemeinschaften in lokaler Versorgungskette	Erfolgreich	Gelungene Implementierung eines stationären Hausgemeinschaftskonzepts.
Gerontopsychiatrische Wohngemeinschaft in Eisenberg Therapeutische Pflege im Rahmen einer gerontopsychiatrischen WG	Erfolgreich	Gelungene Umsetzung eines milieutherapeutisch orientierten Betreuungskonzepts für Demenzkranke in einer Einrichtung.
Alzheimer Zentrum Hamburg Multiplikatorenschulung (Demenz) Angehörigenarbeit Demenz-Infothek	Erfolgreich mit Einschränkungen	Gelungene Qualifizierung von Pflegekräften im Bereich Demenz; Angehörigenarbeit nur teilweise implementierbar; Infothek zu kostenaufwändig.
Patienten- und Verbraucherschutz in der ambulanten Pflege in Mainz Informations- und Beschwerdetelefon Pflege Vertragsgestaltung ambulante Pflege	Erfolgreich	Gelungene landesweite Etablierung eines Informations- und Beschwerdetelefon; gelungenes Verbraucherschutzangebot für Bezieher von ambulanten Pflegeleistungen.
Gerontopsychiatrische Patienten im familialen Bezugssystem in Neustrelitz Netzwerk Angehörigenarbeit Schulung und Einsatz von Moderatoren für reflexive Angehörigengesprächsgruppen	Erfolgreich	Gelungener Aufbau von Gesprächsgruppen (ländlicher Raum); Entwicklung von fachlichen Standards für Gesprächsgruppen mit hochbelasteten Angehörigen.

Modell Konzepte	Umsetzung des Modells	Umsetzung der Konzepte
Home Care in Nürnberg Koordinierungssystem Case Management Teleservice für geriatrische Betreuung	Erfolgreich mit Einschränkungen	Koordinierungsverbund „Ärztenez/- pflegerische Versorgung“ erfolgreich aufgebaut und auch lokal integriert; Telecare und Hilfelotse konnten je- doch nicht implementiert werden.
Geriatrisches Netzwerk in Radeburg Netzwerkbasierte häusliche Versorgung nach Reha	Erfolgreich mit Einschränkungen	Aufbau von Case-Management- Strukturen im Rahmen der Nachsor- ge, jedoch kein wirklich stabiles, trä- gerübergreifendes Netzwerk.
Abschiedsmusik in Rendsburg Musikalisierung des Pflegealltags	Erfolgreich	Gelungene Integration von Musikthe- rapie in die Betreuung von Demenz- kranken.
Aktives Leben und Wohnen älterer Menschen in Salzgitter Case Management (BIKK 1) Lebenskonzepte für Demenzkranke (BIKK 2) ganzheitliche Versorgungs- und Wohn- struktur	Erfolgreich mit Einschränkungen	Case Management erfolgreich umge- setzt; erfolgreicher Aufbau von freiwilligen Seniorenbegleitergruppen (BIKK 2); ganzheitliche Versorgungs- und Wohnstruktur konnte nicht realisiert werden.
Vierte Lebensphase in Stuttgart Betreuung allein lebender gerontopsy- chiatrisch veränderter Menschen durch Freiwillige	Erfolgreich	„Best-practice“-Modell für einen er- folgreichen Aufbau eines freiwillig getragenen und stabilen Hilfeange- bots für alleinlebende, psychisch ver- änderte Hilfebedürftige.
MIDEMAS in Stuttgart Segregative Demenz-WGs in stationären Regeleinrichtungen	Erfolgreich	Gelungener Aufbau von besonderen Demenzwohngruppen in stationären Regeleinrichtungen.
Verbraucherschutz in der stationären Pflege – Landesseniorenrat Baden- Württemberg e. V. – LSR Interessenvertretung Demenzkranker im Heimbeirat durch Freiwillige Interessenvertretung von Heimbewoh- nern – Anlaufstelle	Erfolgreich	Gelungene Stabilisierung der Arbeit von Heimbeiräten durch freiwillige „Externe“: den Anlaufstellen fehlte allerdings eine kontinuierliche Nachfrage.
Wiesbadener Netzwerk für geriatri- sche Rehabilitation Netzwerk geriatrische Reha Freiwillige Seniorenbegleiter	Erfolgreich	Gelungenes Case-Management und Vernetzung von Reha und Pflege; Erfolgreicher Aufbau von freiwilligen Seniorenbegleitergruppen.
Mobile Rehabilitation in Woltersdorf Mobile ambulante geriatrische Rehabili- tation	Erfolgreich	Gelungene Umsetzung einer mobilen ambulanten Reha.
Rehabilitationsorientierte Betreuung im Seniorenpflegeheim in Würzburg Reha-Bewusstsein im Rahmen stationä- rer Pflege	Erfolgreich mit Einschränkungen	Gelungene Qualifizierung der Pflege- kräfte; Case-Management-Strukturen nur in Ansätzen verwirklicht.

4.1.2 Verstetigung der Projekte und Finanzierungsmodelle

Mit dem Modellprogramm ‚Altenhilfestrukturen der Zukunft‘ ist es gelungen, Projekte aus allen Handlungsfeldern über die Laufzeit der Modellförderung hinaus zu verstetigen und in den Bereich der Regelversorgung zu übertragen. Die hierfür gefundenen Lösungen sind – in Abhängigkeit von den lokalen Besonderheiten – natürlich im Einzelnen sehr vielfältig und teilweise zunächst auch zeitlich begrenzt.³¹

Typisch für erfolgreiche Verstetigungsprozesse sind in aller Regel Mischfinanzierungsformen, bei denen verschiedene Kostenträger kooperieren. Bei den Vernetzungsmodellen wird die notwendige Infrastruktur zur Netzwerkkoordination sowohl aus Eigenmitteln (Umlagefinanzierung durch die Partner), als auch auf Basis von Zuwendungen oder durch Übernahme von Tätigkeiten durch die Kommune oder von anderen Kostenträgern abgesichert. Diese Form der „Kofinanzierung“ erwies sich im Modellprogramm als in der Regel einzig gangbarer Weg. Auch die Konzepte zur Mobilisierung von Selbsthilfe und von neuen Betreuungspotenzialen basieren auf einer Kombination von Leistungen verschiedener Kostenträger – in der Regel den neuen Fördermöglichkeiten für niederschwellige Hilfeangebote nach dem PflEG (§ 45c SGB XI) sowie einer ergänzenden Finanzierung der bei den Trägern zum Aufbau, zur Koordinierung und zur professionellen Begleitung vorzuhaltenden Stellen über Maßnahmen nach dem Arbeitsförderungsgesetz oder aber als Teil der Daseinsvorsorge im Rahmen der kommunalen Altenhilfeplanung.

Für den stationären Bereich gilt, dass neue Wohnkonzepte und die damit in der Regel verbundenen höheren Pflegesätze innerhalb des bestehenden Systems der Vergütung von stationären

³¹ Modellprogramme und deren Umsetzung im Rahmen von Einzelprojekten intendieren eine Erprobung und Bewertung von Konzepten und Strategien zur Verbesserung einer als defizitär erkannten Versorgungspraxis. Dies geschieht nicht unter Laborbedingungen, sondern unter den konkreten Bedingungen des Versorgungsalltags. Werden unter diesen Bedingungen in der Funktionsphase die Leistungen des Modells angemessen nachgefragt und kann es die intendierten Effekte hinreichend produzieren, sprechen wir dem Modell **Stabilität** zu.

Gelingt es, die Modellkonzeption als Ganzes oder in Teilen dauerhaft in der Modellregion zu verankern, kann von einer vollständigen oder teilweisen **Verstetigung** des Modellprojekts gesprochen werden. Verstetigung von Modellprojekten bzw. -konzepten setzt neben erkennbaren positiven Outcome-Effekten eine nachweisbare Stabilität von Strukturen und Prozessen sowie praktikable Finanzierungsmodelle voraus. Derartige Verstetigungen von Struktur- und Leistungsoptimierungen auf lokaler bzw. regionaler Ebene sind vom Programmgeber in aller Regel gewollt.

Über diesen regionalen Programmeffekt hinaus ist es das Hauptanliegen von versorgungspolitisch ausgerichteten Modellprogrammen, erfolgreich erprobte Modellkonzeptionen in eine Regelversorgung zu überführen. Damit findet ein **Transfer** von Konzepten aus der Modellregion statt. Ein Transfer ist in der Regel möglich und kann (unter der Voraussetzung, dass ein hinreichend großer Effekt zu erwarten ist) empfohlen werden, wenn die politisch-sozialen wie auch die ökonomischen Rahmenbedingungen eine Implementation des Modells in der „Zielregion“ erlauben. Dabei wird von der klassischen Implementationsforschung in der Verstetigung eines Modellprojekts ein hartes Kriterium für Transferierbarkeit und Transferempfehlungen gesehen (Mayntz 1980, Windhoff-Heritier 1980).

Pflegeleistungen ausgehandelt werden müssen. Als besonders förderlich erwies es sich, wenn hierbei, wie etwa in Baden-Württemberg im Bereich der stationären Betreuung bestimmter Gruppen von Demenzkranken, besondere Landesprogramme aufgelegt oder aber Arbeitsgruppen innerhalb der zuständigen Pflegesatzkommissionen, wie etwa in Bayern zum Themenkomplex „stationäre Hausgemeinschaften“ eingesetzt werden konnten.

Problematisch ist hingegen die Situation der Projekte, die unmittelbare Leistungen im Bereich der Rehabilitation anbieten. Trotz nachweisbarer Erfolge ist es hier so gut wie nicht gelungen, eine stabile Finanzierung zu vereinbaren, da es für diesen Typ von Leistungen keine klare Kostenträgerregelung innerhalb des in diesem Fall zuständigen SGB V (gesetzliche Krankenversicherung) gibt.³²

In der Übersicht 4 2 wird der Verstetigungsgrad der Modellprojekte eingeschätzt und der Kostenträger für die jeweilige Verstetigung benannt. Es ist ersichtlich, dass den meisten Modellen eine vollständige oder teilweise Verstetigung gelungen ist; dabei zeigen die Finanzierungsmodelle eine große Heterogenität.

³²Die Forderung nach einer besseren Verschränkung von SGB V und SGB XI hilft an dieser Stelle übrigens nicht wirklich weiter. Entscheidend ist vielmehr, klar und eindeutig zu regeln, unter welchen Bedingungen und in welchem Umfang Leistungen einer mobilen ambulanten Rehabilitation abgerechnet werden können.

Übersicht 4 2: Verstetigung der Modellprojekte und Finanzierungsmodalitäten

Modell (alphabetisch nach Orten) Konzepte	Verstetigung	Kostenträger / Finanzierung
Netzwerk im Alter in Berlin Vernetzung mit Etablierung von Qualitätsstandards	Gelungen	Mischfinanzierung: Koordinierungsstelle (Umlagefinanzierung durch Netzwerkpartner); Verteilung der Koordinierungsaufgaben auf Netzwerk und Kommune (Bezirk).
KUNZ – Kirche und Nachbarschaftszentrum in Bielefeld Stadtteilzentrum für Senioren Betreuungsangebote auf Freiwilligenbasis	Bedingt gelungen	Interimslösung als innerkirchliche Finanzierung im Verbund mit Nachbargemeinden; Verhandlung über Finanzierung durch Kommune oder geeignete sonstige Kostenträger.
Forschungsprojekt zur Erfassung der Bedürfnisse Demenzkranker in Bochum Erfassung der Bedürfnisse Demenzkranker und Abgleich mit der Versorgungsrealität	Keine Fortführung vorgesehen	
Gerontopsychiatrische Verbundstruktur in Cottbus Netzwerkbildung Demenz	Gelungen	Mischfinanzierung: Umlagefinanzierung durch Netzwerkpartner und Unterstützung durch den Landkreis.
„Tagesmütter“ für Demenzkranke in Daaden/Herdorf „Tagesmütter“ für Demenzkranke und weitere Stützungsangebote	Gelungen	Mischfinanzierung: Landesmittel und Eigenbeitrag des Trägers (Leitungsfunktion); Regelleistungen nach dem SGB XI (PflEG) (Aufwandsentschädigung).
Hausgemeinschaften in Dießen Stationäre Hausgemeinschaften in lokaler Versorgungskette	Gelungen	Finanzierung im Rahmen der stationären Regelversorgung (erhöhte und von den Kostenträgern akzeptierte Pflegesätze).
Gerontopsychiatrische Wohngemeinschaft in Eisenberg Therapeutische Pflege im Rahmen einer gerontopsychiatrischen WG	Teilweise gelungen	Eingeschränkte Weiterführung des Konzepts durch Querfinanzierung auf Ebene der Trägereinrichtung.
Alzheimer Zentrum Hamburg Multiplikatorenschulung (Demenz) Angehörigenarbeit Demenz-Infothek	Teilweise gelungen	Marktangebot (Qualifizierung); einrichtunginterne Finanzierung (Angehörigenarbeit).
Patienten- und Verbraucherschutz in der ambulanten Pflege in Mainz Informations- und Beschwerdetelefon Pflege Vertragsgestaltung ambulante Pflege	Gelungen	Mischfinanzierung: Land (Beschwerdestelle); Eigenbeiträge des Trägers (Vertragsgestaltung).
Gerontopsychiatrische Patienten im familialen Bezugssystem in Neustrelitz Netzwerk Angehörigenarbeit Schulung und Einsatz von Moderatoren für reflexive Angehörigengesprächsgruppen	Gelungen	Marktangebot (Schulung); Sonderregelung mit Krankenkasse (AOK) auf Basis von SGB XI (Gruppen).

Modell Konzepte	Umsetzung des Modells	Umsetzung der Konzepte
Home Care in Nürnberg Koordinierungssystem Case Management Teleservice für geriatrische Betreuung	Bedingt gelungen	Geplante Mischfinanzierung: Kostenträger (Kassen) und KV; Überbrückungsfinanzierung durch Sozialministerium und Kommune.
Geriatrisches Netzwerk in Radeburg Netzwerkbasierte häusliche Versorgung nach Reha	Unklar	Kostenträger (Kassen) und Kommune zum Berichtszeitpunkt nicht zur Finanzierung bereit oder in der Lage.
Abschiedsmusik in Rendsburg Musikalisierung des Pflegealltags	Gelungen	Finanzierung des therapeutischen Angebots im Rahmen der stationären Regelversorgung (Leistungs- und Qualitätsvereinbarung).
Aktives Leben und Wohnen älterer Menschen in Salzgitter Case Management (BIKK 1) Lebenskonzepte für Demenzkranke (BIKK 2) ganzheitliche Versorgungs- und Wohnstruktur	Unklar	Geplant ist die Finanzierung von Teilen der Modellkonzeption (BIKK 1 und BIKK 2) durch den diakonischen Altenhilfeverbund.
Vierte Lebensphase in Stuttgart Betreuung allein lebender gerontopsychiatrisch veränderter Menschen durch Freiwillige	Gelungen	Mischfinanzierung: Kommune (Gerontopsych. Fachdienst); Regelleistungen nach dem SGB XI (PflEG) (Aufwandsentschädigung).
MIDEMAS in Stuttgart Segregative Demenz-WGs in stationären Regeleinrichtungen	Gelungen	Finanzierung im Rahmen der stationären Regelversorgung; Landesschwerpunktprogramm (Umbauten).
Verbraucherschutz in der stationären Pflege – Landesseniorenrat Baden-Württemberg e. V. – LSR Interessenvertretung Demenzkranker im Heimbeirat durch Freiwillige Interessenvertretung von Heimbewohnern – Anlaufstelle	Gelungen	Ehrenamtliche Tätigkeit von (institutionalisierten) Seniorenräten; Kommune (Anlaufstelle).
Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation Netzwerk geriatrische Reha Freiwillige Seniorenbegleiter	Gelungen	Netzwerkkoordination durch kommunale Stellen (Beratungsstellen für selbstständiges Leben im Alter).
Mobile Rehabilitation in Woltersdorf Mobile ambulante geriatrische Rehabilitation	Unklar/aber mit Perspektiven	Trotz positiver Stellungnahme noch keine Zusage für eine Finanzierung durch die entsprechenden Kostenträger (Kassen) im Rahmen der Regelversorgung.
Rehabilitationsorientierte Betreuung im Seniorenpflegeheim in Würzburg Reha-Bewusstsein im Rahmen stationärer Pflege	Unklar	Fortführung einzelner Elemente beim Träger, keine Vergütung durch Kostenträger (Kassen).

4.2 Perspektiven und Potenziale zur Weiterentwicklung der Strukturen der Altenhilfe

Anhand der Ergebnisse des Modellprogramms ‚Altenhilfestrukturen der Zukunft‘ lassen sich die folgenden Perspektiven zur Weiterentwicklung der Strukturen der Altenhilfe ableiten.³³

4.2.1 Kooperation und Vernetzung: Entwicklung von lokalen Qualitätsverbänden

Die Forderung, die unterschiedlichen lokal verfügbaren Hilfeangebote stärker aufeinander abzustimmen und miteinander zu vernetzen, ist nicht neu. Die Notwendigkeit wird im Grundsatz von keinem Akteur innerhalb der Altenhilfe in Frage gestellt. Auch die im Modellprogramm vorhandenen Erfahrungen belegen einmal mehr, dass eine Kooperation von verschiedenen Leistungsanbietern insgesamt Synergien schafft, die zu besseren Leistungen bei rationellerem Ressourceneinsatz führen. Das Problem besteht in der Praxis allerdings darin, dass neben unklaren Rahmenbedingungen häufig auch dominierende Partikularinteressen der Anbieter und Träger die notwendige Kooperation verhindern.

Synergien lassen sich nach den vorliegenden Erfahrungen nur dann realisieren, wenn die kooperativen Strukturen im lokalen Rahmen auch tatsächlich als **gemeinsamer Qualitätsverbund** fungieren. Ein kommunaler „Altenhilfeplan“ mit abstrakten Bedarfskennziffern und allgemeinen Vorgaben reicht dafür nicht aus. Notwendig ist vielmehr, lokale bzw. regionale Kooperationsstrukturen aufzubauen, die auf **Dauerhaftigkeit** angelegt sind und die sich durch einen hinreichenden Grad an **Verbindlichkeit** auszeichnen. Eine entsprechende Verbundstruktur sollte mindestens dadurch gekennzeichnet sein, dass mehrere Partner in der Regel **trägerübergreifend miteinander kooperieren** und dass das auf diese Weise gebildete Netzwerk **unterschiedliche Angebote aus dem Bereich der Altenhilfe** vorhält und miteinander verknüpft. Bewährt haben sich hierbei der Abschluss von formalen Kooperationsvereinbarungen sowie die gemeinsame Erarbeitung von Leitbildern und Qualitätsstandards. Darüber hinaus sollte zur Leistungsplanung und -steuerung sowie zur Mobilisierung von Synergien auf Elemente von Case Management zurückgegriffen werden. Während dies in eher kleinräumigen Strukturen, bei denen z.B. (interdisziplinäre) Teams miteinander kooperieren und dabei die erforderlichen Hilfen für die Klientinnen und Klienten unmittelbar abstimmen, die Methode der

³³De facto ist ein wichtiger Teil der Erfahrungen und Ergebnisse bereits im Rahmen der Laufzeit des Modellprogramms in die Praxis der Altenhilfe transferiert worden. Dazu beigetragen haben sowohl die bisher durchgeführten und jeweils sehr gut besuchten Fachtagungen des Modellprogramms vom 9. und 10. März 2000: Auftaktveranstaltung ‚Altenhilfestrukturen der Zukunft‘ (BMFSFJ 2000), vom 4. Dezember 2001 ‚Altenhilfestrukturen der Zukunft‘ – Eine Zwischenbilanz (BMFSFJ 2002) und vom 11. und 12. Juli 2002: Ehrenamtlichkeit und Professionalität bei der Betreuung Demenzkranker (BMFSFJ 2003) sowie der Newsletter des Modellprogramms „Dialog“ als auch die rege Öffentlichkeitsarbeit der einzelnen Projekte in ihrer Region.

Wahl ist, ist dies in komplexeren Verbänden notwendigerweise schwieriger zu realisieren und eher als Entwicklungsziel zu betrachten. Anzustreben ist in diesem Fall als Mindeststandard die Durchführung von gemeinsam abgestimmten Assessmentverfahren sowie die Definition von Schnittstellen, an denen eine „dokumentierte Überleitung“ stattfindet. Voraussetzung hierfür ist natürlich die bereits erwähnte Erarbeitung von gemeinsamen Leitlinien und Qualitätsstandards.

Folgt man dem Gedanken, dass Vernetzung bedeuten muss, lokale Qualitätsverbände schrittweise anzustoßen und „von unten“ aufzubauen, so ergibt sich daraus die Notwendigkeit, die Aufgabe der Netzwerkkoordination im Sinne einer **regionalen Moderation, Planung und Steuerung** zu begreifen. Die Zuständigkeit hierfür kann sowohl bei der Kommune als traditionell planender Instanz als auch bei einem sonstigen Träger liegen, der vor Ort über das entsprechende Potenzial und die notwendige Erfahrung verfügt und bei den Akteuren anerkannt ist. Entscheidend ist, dass die Instanz **neutral** gegenüber den verschiedenen Einzelinteressen insbesondere der Leistungsanbieter agieren sowie über ein hohes Maß kommunikativer Kompetenz verfügen muss. Im Rahmen des Modellprogramms liegen hierzu unterschiedliche Lösungen vor. Besonders interessant sind dabei die Ansätze, bei denen die regionalen Koordinationsaufgaben zwischen einer auf Basis von Mitgliedsbeiträgen umlagefinanzierten Stelle innerhalb eines Qualitätsverbundes sowie einer kommunalen Instanz aufgeteilt werden.

Förderliche Rahmenbedingen zur Entwicklung von lokalen Qualitätsverbänden ergeben sich dort, wo sich verschiedene Leistungsanbieter anhand von gemeinsam erstellten Bedarfsanalysen zuerst einmal fachlich konstituieren. Hierbei werden gemeinsame Interessen und Schnittstellen sichtbar, die dann zu inhaltlich getragenen Kooperationsvereinbarungen führen können. Als hilfreich erweist sich ebenfalls, Institutionen übergreifende Fortbildungsveranstaltungen durchzuführen oder gemeinsame Arbeitsgruppen einzuführen, mit denen die Netzwerke Qualitätsstandards definieren und verabschieden können. Das entscheidende „Anreizsystem“ zur Vernetzung besteht aus unserer Sicht allerdings darin, dass sich ein lokaler Qualitätsverbund auch betriebswirtschaftlich rechnen muss, in dem er zu mehr Planungssicherheit hinsichtlich der eigenen Auslastung und/oder zu verbesserten Rahmenbedingungen hinsichtlich des Einsatzes oder der Qualifizierung des Personals etc. führt. Diese Erkenntnis muss bei den Beteiligten allerdings häufig erst reifen bzw. sich in der Praxis hinreichend bewähren.

Sowohl rahmen- als auch leistungsrechtlich ist der Aufbau von vernetzten Kooperationsstrukturen im Bereich der Altenhilfe nach wie vor ein „blinder Fleck“. Ein gesetzlicher Rahmen, mit dem verbindliche Vorgaben zur Qualität der regional vorzuhaltenden Leistungskomponenten sowie zur Sicherstellung der erforderlichen Koordination und Steuerung gemacht werden, könnte hierbei der weiteren Entwicklung förderlich sein.

Kurzfristig wirksam werden Kooperationsstrukturen vor allem dann, wenn sie für die Hilfesuchenden und deren Angehörige mit einem Zugewinn an Transparenz über die vorhandenen Hilfeangebote und Leistungen verbunden sind und sich in niederschwellig nutzbaren Bera-

tungsangeboten, wie z. B. „Hilfelotsensystemen“ oder ähnlichem niederschlagen. Letztendlich muss sich der Erfolg von Vernetzung an dem Kriterium, für die jeweiligen Klientinnen und Klienten ein **Mehr an passgenauer Hilfe** bieten zu können, bemessen lassen.

4.2.2 Bessere Abstimmung von Reha und Pflege

Rehabilitative Leistungen wirken erwiesenermaßen präventiv gegenüber einer möglichen oder weiter voranschreitenden Pflegebedürftigkeit. Prävention und Rehabilitation, aktivierende Pflege und Betreuung bilden von daher eine Einheit und orientieren sich am gleichen Leitbild, **Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und damit Lebensqualität** zu sichern und auch im Falle von Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich aufrechtzuerhalten. Mit dem Konzept der ambulanten mobilen Rehabilitation liegt ein erfolgreich erprobter Ansatz vor, der darauf abzielt, auch im Falle von körperlichen Einschränkungen, die notwendigen funktionalen Fähigkeiten für eine möglichst selbstständige Lebensführung im eigenen Haushalt so weit wie möglich wiederherzustellen.

Hierbei sollte jedoch beachtet werden, dass der Sektor Rehabilitation trotz aller Gemeinsamkeiten gegenüber der Pflege und Betreuung ein eigenes System darstellt, das nicht nur sozial- und leistungsrechtlich getrennt vom SGB XI verfasst ist, sondern auch über eigene Strukturen, Verfahrensmodelle und Qualitätsstandards verfügt und zur Erbringung der erforderlichen Leistungen spezifische Qualifikationsprofile erforderlich macht. Will man die Bedeutung der Rehabilitation zur Prävention gegenüber einer möglichen Pflegebedürftigkeit erhöhen, so ist es zwingend erforderlich, deren Strukturen zu stärken und zu gewährleisten, dass die hierbei zu erbringenden professionellen Leistungen auch abgerechnet werden können. Entscheidend hierfür ist, **die Art und den Umfang der Ansprüche und den hierfür zuständigen Kostenträger** eindeutig zu definieren.

Davon unabhängig ist es geboten, durch geeignete und in der Praxis bereits vorliegende Assessmentverfahren und durch eine daran anschließende gezielte Überleitung, den Zugang von chronisch kranken und rehabilitationsbedürftigen Menschen zu Maßnahmen und auch zu den erforderlichen Heil- und Hilfsmitteln zu verbessern. Voraussetzung hierfür ist eine stärkere Kooperation zwischen Krankenhaus, stationärer Reha und ambulanter Nachsorge bzw. der Betreuung durch die niedergelassenen Ärzte. Im Sinne einer optimalen Lösung sollte eine derartige Kooperation in eine übergreifende **lokale Qualitätsverbandsstruktur** eingebunden sein, oder es sollte zumindest eine Vernetzung mit den Angeboten der offenen Altenhilfe und der professionellen Pflege in Form von **Kooperationsvereinbarungen** stattfinden.

Besonders interessant und perspektivenreich ist es auch in diesem Fall, durch systematischen Aufbau z. B. von Gruppen von „Freiwilligen Seniorenbegleitern“ bürgerschaftliches Engagement im Rahmen einer systematischen Nachsorge wirksam werden zu lassen. Das Engagement von Seniorenbegleiterinnen und -begleitern beugt nicht nur einer möglichen Isolation vor, sondern

kann auch helfen, Mobilität zu erhalten und zu fördern, um dadurch Reha-Erfolge nachhaltig zu stabilisieren.

4.2.3 Mitbestimmung, Interessensvertretung und Verbraucherschutz als Querschnittsaufgabe zur Förderung von Klientensouveränität

Aktive Einbeziehung der Klienten sowie umfassender Verbraucherschutz stellen im Rahmen der Altenhilfe eine Querschnittsaufgabe dar.

Hinsichtlich der Ausgestaltung der Strukturen der Altenhilfe sind **kommunale Anlauf- und Informations-, bzw. Beschwerdestellen** ein unverzichtbares Grundelement. Sie stellen zum einen für die Hilfebedürftigen und deren Angehörige eine Instanz dar, bei der sie sich schnell und ohne größeren Aufwand über ihre Ansprüche und Rechte informieren und beraten lassen können. Zum anderen können entsprechende Stellen dazu beitragen, dass kommunale Qualitäts- und Versorgungsprobleme schneller identifiziert werden und ggf. die zur Lösung von Problemen notwendige Öffentlichkeit geschaffen werden kann. Derartige Angebote können sowohl bei den zuständigen kommunalen Behörden angesiedelt als auch auf Basis von Zuschüssen z. B. von den Verbraucherzentralen wahrgenommen werden. Letzteres hätte den Vorteil, dass in diesem Fall nicht nur ein Beschwerdemanagement im engeren Sinne vorgenommen wird, sondern ebenfalls die übergreifende Expertise der Verbraucherschutzorganisationen, z. B. hinsichtlich der Leistungsansprüche insgesamt, der Gestaltung von Pflegeverträgen etc. mobilisierbar wäre. Entscheidend ist, dass die Beschwerdestelle **fachkompetent** ist, mit den einschlägig zuständigen Stellen (MDK und Heimaufsicht) zusammenarbeitet sowie **neutral und unabhängig** gegenüber Leistungserbringern und Kostenträgern tätig ist.

Strukturell kommt es darauf an, insbesondere bei der Bildung von Qualitätsverbänden oder vernetzten Strukturen von vornherein möglichst auch Akteure, die die Interessen der Klienten vertreten, einzubeziehen. Hierzu bieten sich z. B. Seniorenräte an. Die dort ehrenamtlich aktiven Seniorinnen und Senioren verfügen in der Regel über geeignetes Expertenwissen und können die Funktion einer unabhängigen Interessensvertretung wahrnehmen. Bewährt haben sich ebenfalls die mit dem dritten Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes zum 1. Januar 2002 (§ 10 Abs. 1 Heimgesetz) neu geschaffenen Möglichkeiten zur Unterstützung der Tätigkeit von Heimbeiräten durch freiwillige externe Helferinnen und Helfer. Auch diese Aufgabe kann sehr effektiv von lokalen Seniorenräten wahrgenommen werden.

Darüber hinaus ist es erforderlich, die unmittelbare Klientensouveränität der Hilfebedürftigen und deren Angehörigen zu stärken. Möglich wird dies durch eine Verbesserung der Transparenz bezüglich der vorhandenen Hilfeleistungen, eine Qualitätssicherung sowie eine adäquate Beratung, die darauf abzielt, die Betroffenen in die Lage zu versetzen, kompetent die erforderlichen Entscheidungen zu treffen. Gefordert sind an dieser Stelle zum einen die Leistungserbringer und die Pflegekassen, die mehr Transparenz bezüglich der angebotenen Leistungen sowie

der damit verbundenen Kosten schaffen sollten („Leistungs- und Preisvergleichslisten“ § 7 Abs.3 SGB XI). Zum anderen muss die Beratung der Hilfe- und Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen intensiviert werden. Der Aufbau von **Case-Management-Strukturen**, die gegenüber den Betroffenen im Sinne einer Vermittlung von adäquater Hilfe wirken, kann hierfür im Zusammenhang der erforderlichen regionalen Koordination und Vernetzung eine wichtige Grundlage liefern. Case Management ist überall dort möglich, wo Beratung angeboten bzw. Leistungen vermittelt oder unmittelbar erbracht werden. Verknüpft man dies gezielt mit der Bereitstellung von niederschweligen Hilfen, so ergibt sich ebenfalls die Möglichkeit, Case-Management-basierte Beratungsangebote im Sinne einer „zugehenden Hilfe“ zu konzipieren und dadurch die Schwelle für die Inanspruchnahme zu senken.

4.2.4 Neue stationäre Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen

Die Sicherstellung einer adäquaten pflegerischen Versorgungsstruktur wird in Zukunft – trotz des gewünschten Vorrangs der häuslichen Pflege – ohne vollstationäre Pflege- und Betreuungsangebote nicht realisierbar sein. Eine häusliche Betreuung von Pflegebedürftigen ist überall dort, wo keine hinreichenden privaten, sprich familiären Helferpotenziale vorhanden sind, auf Dauer nicht zu sichern. Die Möglichkeit eines Heimaufenthaltes muss allein schon aus diesem Grund für die Pflegebedürftigen und insbesondere für deren pflegenden Angehörigen als realistische Option gegeben bleiben.

Nach den aus dem Modellprogramm resultierenden Erfahrungen gibt es innerhalb der stationären Pflege bemerkenswerte Spielräume für Veränderungen. So bietet sich im Rahmen der Regelversorgung die Möglichkeit, neu erbaute oder modernisierte Einrichtungen alternativ in Form von **stationären Hausgemeinschaften** zu betreiben. Die Einrichtungen werden hierbei nicht stationsorientiert betrieben, sondern es werden kleinräumige Wohngruppen für sieben bis neun Bewohnerinnen und Bewohner, die eine eigene Küche haben, angeboten. Für die Betreuung sind sogenannte Präsenzkkräfte zuständig, die den Alltag und insbesondere die hauswirtschaftliche Versorgung organisieren, bei der die Bewohnerinnen und Bewohner möglichst weitgehend mit einbezogen werden sollen. Die notwendigen pflegerischen Hilfen werden durch zusätzliche Pflegefachkräfte, die für bestimmte Wohngruppen zuständig sind, erbracht. Der Alltag in der Wohngruppe orientiert sich an den Abläufen, wie sie auch bei einer Pflege und Versorgung in privaten Haushalten üblich sind. Die Organisation des Hauses folgt nicht der Pflege, sondern der innerhalb einer Wohngruppe zu erbringenden hauswirtschaftlichen Versorgung. Auch hierbei gilt jedoch, dass das „**Primat der Hauswirtschaft**“ für sich genommen noch nicht das Problem der in stationären Einrichtungen häufig unterentwickelten sozialen Betreuung lösen kann. Eine **aktive Angehörigenarbeit** sowie eine **Mobilisierung von ehrenamtlichen Hilfpotenzialen**, z. B. in Form von Besuchsdiensten, gemeinsamen Freizeitaktivitäten etc., sind hierbei unverzichtbar.

Entsprechende Ablauforganisationen und Personaleinsatzkonzepte für den Betrieb von stationären Hausgemeinschaften sind inzwischen praxisreif und auch innerhalb der Regelversorgung realisierbar. Innerhalb des Modellprogramms wurde ein stationäres Hausgemeinschaftskonzept als Neubau eröffnet und seitdem stabil betrieben. Hinsichtlich der Rahmenbedingungen ist es allerdings erforderlich, vor Ort zu flexiblen Vereinbarungen zur Art der Personalbemessung, zur Art der erforderlichen Fachkräfte sowie auch bezüglich der Höhe der in Rechnung zu stellenden Pflegesätze zu kommen. Die gegenwärtigen rechtlichen Rahmenbedingungen (Heimgesetz, Anerkennung als stationäre Pflegeeinrichtung im Rahmen des SGB XI etc.) wirken hier momentan eher als Hemmschuh.

Ein weiterer innovativer Ansatz im Bereich der stationären Pflege bezieht sich auf die **adäquate Betreuung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen**. Die Bedeutung der Demenz als der gravierendsten Form einer in ihrem progredienten Verlauf mit einem erheblichen Pflegebedarf verbundenen psychischen Störung im Alter ist inzwischen weitgehend unumstritten. Umso bemerkenswerter ist es, dass es hierzu hinsichtlich der Ausgestaltung von adäquaten Betreuungskonzepten nach wie vor keine einheitlichen Empfehlungen gibt. Innerhalb der stationären Versorgung finden sich z. B. heute sowohl Versorgungsformen, die auf eine integrierte Betreuung von gerontopsychiatrisch „herausfordernden“ Bewohnerinnen und Bewohnern zusammen mit körperlich beeinträchtigten Personen setzen. Daneben gibt es „beschützte Einrichtungen oder Stationen“, in denen alle die Bewohnerinnen und Bewohner untergebracht sind, die als mehr oder weniger „desorientiert“ gelten.

Nach den auch im Modellprogramm vorliegenden Erfahrungen erscheint es perspektivenreich zu sein, innerhalb von stationären Einrichtungen diejenigen, die besondere gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungsprofile aufweisen (Desorientierung verbunden mit hoher persönlicher Mobilität bzw. Bewegungsdrang und sog. herausfordernden psychischen Veränderungen), in homogen belegten und milieuthérapeutisch orientierten (Demenz-)Wohngruppen zusammenzufassen. Hierbei handelt es sich allerdings nur um einen kleineren Teil der Betroffenen – nach den Erfahrungen im Modellprogramm dürfte dies auf max. 15 – 20% der demenziell erkrankten stationär betreuten Personen zutreffen. In der Regel lassen sich abgegrenzte Wohnbereiche – in diesem Fall für jeweils zehn bis 15 Bewohnerinnen und Bewohner – innerhalb der Mehrzahl der bestehenden Pflegeeinrichtungen anhand von überschaubaren Umbaumaßnahmen realisieren. Entscheidend ist, dass der Aufbau von homogen belegten stationären Wohngruppen mit einer **Qualifizierung des Personals** hinsichtlich eines „milieuthérapeutisch“ orientierten **Umgangs** („personenzentrierte Pflege“) und der **Schaffung einer entsprechenden Tagesstruktur** verbunden sein muss. Die homogene Belegung kann den für eine adäquate Betreuung notwendigen Schutz und die erforderlichen Freiräume bieten. Darüber hinaus entlastet diese konzeptionell herbeigeführte „Segregation“ auch diejenigen pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner, die sich in ihrem Alltag durch das hochgradig veränderte Verhalten jener Zielgruppe beeinträchtigt fühlen.

In der Praxis ergeben sich bei dieser Konzeption allerdings nach wie vor einige offene Fragen. Ungeklärt ist zum einen, für welche Gruppe von demenziell erkrankten Personen dieses Konzept tatsächlich zum Tragen kommen soll. Orientiert man sich bei der Belegung vor allen Dingen an den Ergebnissen eines (gerontopsychiatrischen) Assessments, oder setzt man ebenfalls voraus, dass mindestens eine Eingruppierung in die Pflegestufe 2 vorliegen muss, um betreuungsadäquate Pflegesätze kalkulieren zu können. Zum anderen bleibt offen, wie verfahren werden soll, wenn bestimmte Bewohnerinnen und Bewohner aufgrund ihres zunehmenden persönlichen (Grund-)Pflegebedarfs, z.B. bei sich weiter ausprägenden Bewegungseinschränkungen oder bei Bettlägerigkeit, als für die Wohngruppe nicht mehr „geeignet“ gelten. Steht in diesem Fall ein Umzug in den eher „klassischen Pflegebereich“ an?

Die Ergebnisse des Modellprogramms zeigen, dass fachlich fundierte Lösungen, bei denen Gruppen von Betroffenen in homogen belegten Gruppen zusammenwohnen und für die ein geeignetes Milieu geschaffen wird, innerhalb der Regelversorgung erfolgreich aufgebaut und zu positiven Effekten hinsichtlich der Lebensqualität führen können. Denkbar ist, dass auch solche Konzepte, die eine lockerere Zusammensetzung hinsichtlich der betreuten demenzkranken Personen vorsehen oder bei denen eine ähnlich intensive Betreuung in einem integrierten Setting erbracht wird, mit ähnlich positiven Effekten verbunden sind. Es bietet sich von daher an, auch in Zukunft verschiedene konzeptionelle Zugänge zur Betreuung von demenziell erkrankten Personen im stationären Bereich zu ermöglichen und zu fördern. Entscheidendes Kriterium ist die Qualität der Betreuung, die letztendlich davon abhängig ist, ob ein geeignetes (z.B. milieu-therapeutisch orientiertes) Betreuungskonzept vorhanden ist und ob hierfür auch genügend kompetentes und im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen qualifiziertes Personal zur Verfügung steht. Auch in diesem Fall gilt, dass die Einbeziehung der Angehörigen sowie die Mobilisierung von ehrenamtlicher Hilfe als bewusste Ergänzung der professionellen Betreuung einen zusätzlichen Beitrag zum Gelingen leisten kann.

Zur Übertragung in die Regelversorgung ist es auf jeden Fall erforderlich, auf der zuständigen Landesebene gezielte Rahmenvereinbarungen einzuführen. Empfehlenswert ist hierbei, zusätzliche Fördermittel zur Finanzierung des erhöhten Personalaufwandes oder entsprechende Zuschüsse für die Bewohnerinnen und Bewohner vorzusehen. Als grundsätzliche Hemmnisse wirken in diesem Zusammenhang allerdings die in der Breite der stationären Altenhilfe nicht bedarfsgerecht vorgehaltene Personalausstattung³⁴ sowie die uneinheitliche bzw. unzureichende Qualifizierung der professionellen Pflegekräfte. Hierbei erweist es sich als besonders problematisch, dass im stationären Bereich momentan kein anerkanntes und entsprechend belast-

³⁴Besonders negativ wirkt sich hierbei die seit Einführung der Pflegeversicherung nicht vollzogene Anpassung der Höhe der Leistungen aus. Insbesondere im stationären Bereich mit seinen jährlichen tariflichen Anpassungen und Kostenerhöhungen wird dadurch der durch die Pflegeversicherung refinanzierbare Kostenanteil immer kleiner, was auf der anderen Seite die Möglichkeiten, im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen den notwendigen personellen Aufwand zu decken, natürlich noch weiter verschlechtert. Zur Personalausstattung in stationären Einrichtungen s. Schneekloth/Müller 2000.

bares Personalbemessungsverfahren vorhanden ist, mit dem der notwendige Personalbedarf sowie die erforderlichen Qualifikationen rational dargestellt werden können.³⁵

Bezüglich der künftigen Entwicklung wird das seit 1. August 2003 in Kraft getretene bundeseinheitliche Altenpflegegesetz mittelfristig sicherlich positive Auswirkungen haben. Dies ändert jedoch nichts daran, dass für die Implementierung von neuen Wohn- und Betreuungsformen in der Regel spezielle Qualifizierungskonzepte notwendig bleiben werden.

4.2.5 Auf- und Ausbau von niederschweligen Hilfeangeboten und Förderung der Selbsthilfe

Der Kernbestand der Hilfeleistungen in der häuslichen Pflege wird von den pflegenden Angehörigen erbracht. Die Leistungen der Pflegeversicherung ergänzen diese primär familiär getragenen Arrangements und haben den Hauptzweck, die Pflegebereitschaft der Angehörigen abzusichern und zu unterstützen. Die im Modellprogramm vorliegenden Erfahrungen zeigen, dass es neben der Bereitstellung von professionell erbrachten Leistungen im Bereich der Grund- und der Behandlungspflege vor allen Dingen darauf ankommt, die Angehörigen in die Lage zu versetzen, mit den subjektiven Belastungen, die mit einer Pflegetätigkeit einhergehen, richtig umgehen zu können. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn die im Haushalt betreute hilfe- oder pflegebedürftige Person an einer demenziellen Erkrankung oder einer sonstigen gravierenden psychischen Störung leidet.

Als besonders wirksam haben sich hierbei solche Konzepte erwiesen, bei denen eine Vermittlung von freiwilligen Helferinnen und Helfern („Tagesmütter“ für Demenzkranke, Freiwillige Seniorenbegleiter, Besuchsdienste, Gruppenbetreuung etc.) zur Entlastung der Angehörigen, mit ergänzenden Angeboten zur Kommunikation (Angehörigentreffs, Gesprächs- bzw. Selbsthilfegruppen etc.) sowie systematischen Qualifizierungsmaßnahmen verknüpft werden. Die Vermittlung von Wissen z.B. über die Besonderheiten einer demenziellen Erkrankung sowie die Eröffnung von neuen Zugängen zum Angehörigen („personenzentrierte Pflege“ – „Türen öffnen zum Menschen mit Demenz“) sind elementare Voraussetzungen, um eine häusliche Pflege und Betreuung speziell in diesem Fall längerfristig aufrechterhalten zu können. Gesprächsangebote für Angehörige sowie Gruppenaktivitäten helfen, die im Rahmen der häuslichen Pflege sonst fast „zwangsläufig“ auftretende Isolation zu verhindern. Konzepte, die sich nicht allein auf die ursprünglich im SGB XI vorgesehene Durchführung von Pflegekursen reduzieren, sondern breitere Grundlagen z.B. hinsichtlich der Betreuung von demenziell erkrankten älteren Menschen vermitteln sowie den pflegenden Angehörigen helfen, die in diesem Fall notwendige Distanz im Sinne eines Schutzes vor einer emotionalen Selbstüberforderung aufzubauen, stel-

³⁵Ein Modell für ein Personalbemessungssystem liegt mit dem in einer Reihe von Pflegeeinrichtungen bereits erprobten „Plaisir-Verfahren“ vor. S. Gennrich (2002)

len in dieser Hinsicht ein Schlüsselement einer zukünftigen Qualitätssicherung auch in privaten Haushalten dar.

Insgesamt sollten insbesondere solche Initiativen und Projekte, die neben Qualifizierungsangeboten auch Raum für Erfahrungsaustausch und Selbsthilfe schaffen, gefördert werden. Nach den vorliegenden Erfahrungen sind derartige Angebote allerdings keine Selbstläufer. Viele Angehörige schrecken momentan davor zurück, die Probleme, die sich insgesamt im Rahmen der häuslichen Pflege ergeben, zu thematisieren und Hilfen „an sich heran zu lassen“. Dort, wo entsprechende Hilfeleistungen z.B. im Kontext der Vermittlung von ehrenamtlichen Betreuungsleistungen im Sinne einer „zugehenden Hilfe“ aktiv angeboten und den Haushalten vermittelt werden, sind diese Maßnahmen, wenn sie einmal angenommen wurden, in aller Regel aber mit großem Erfolg verbunden.

Zusätzliche, von Freiwilligen getragene Hilfen zur sozialen Betreuung, Qualifizierung und entlastende Gesprächsangebote sowie die Bereitstellung von sonstigen Beratungsleistungen (Fragen der alltäglichen Pflege, Wohnraumberatung, Ansprüche gegenüber den sozialen Sicherungssystemen etc.) können als echte Einheit wirksam werden, wenn sie möglichst wohnortnah angeboten werden. Abgesehen von einer Anbindung an eine Sozialstation oder ein Altenservicezentrum können diese Aufgaben auch von Kirchengemeinden im Rahmen einer gemeinwesenorientierten „offenen Altenarbeit“ mit übernommen oder vermittelt werden. Kirchengemeinden eignen sich aufgrund ihrer sozialen Verankerung und ihrer Kompetenz besonders gut dafür, im Wohngebiet ein offenes Klima zu schaffen und Barrieren gegenüber der Inanspruchnahme von Hilfe und Unterstützung zu senken.

4.2.6 Systematische Integration von bürgerschaftlichem Engagement als Kernstück einer „neuen Kultur des Helfens“

Eine der wichtigsten Erkenntnisse, die sich aus der Tätigkeit der Modellprojekte ableiten lässt, besteht darin, dass es eine bemerkenswerte und in dieser Größenordnung kaum vorhersehbare Bereitschaft gibt, sich als „Ehrenamtliche“ in die Betreuung von Hilfebedürftigen und hierbei insbesondere von demenziell erkrankten älteren Menschen einzubringen. Die im Modellprogramm erprobten Konzepte zum Aufbau von ehrenamtlichen Betreuungsangeboten („Tagesmütter“ für Demenzkranke, Ehrenamtliche Besuchsdienste, Seniorenbegleiter etc.) sind alleamt praxistauglich und transferfähig. Die Resonanz war in allen Modellprojekten hervorragend. Es fanden sich überall genügend Interessierte, die bereit waren, sich auch längerfristig für eine verbindliche Tätigkeit in einem fest vereinbarten Rahmen, in der Regel einmal wöchentlich, zur Verfügung zu stellen.

Grundlegende Voraussetzung für einen auch nachhaltigen Erfolg sind die folgenden zwei Bedingungen. Erstens muss gewährleistet sein, dass die interessierten ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer zu Beginn **hinreichend qualifiziert** und dadurch auf ihre Tätigkeit – insbeson-

dere bei der Betreuung von demenziell erkrankten oder auf andere Art gerontopsychiatrisch veränderten Hilfebedürftigen – vorbereitet werden. Hierzu liegen im Modellprogramm erfolgreich umgesetzte Konzepte vor. Die Erfahrungen zeigen, dass eine Qualifizierungsphase nicht nur „von der Sache“ her notwendig ist, sondern dass die Ehrenamtlichen dies auch als Beleg für die Bedeutung ansehen, die ihrer Tätigkeit beigemessen wird. Zweitens muss der Einsatz von Ehrenamtlichen **kontinuierlich begleitet** werden. Neben regelmäßigen Treffen zum Austausch untereinander (z.B. einmal im Monat) muss ein Ansprechpartner zur Verfügung stehen, der Impulse zur Problemlösung geben kann. Ehrenamtliche Betreuung ist demnach nicht zum „Nulltarif“ zu haben. Nötig ist vielmehr, auch hierfür eine professionell getragene Infrastruktur zu schaffen. **Ehrenamt braucht eine professionelle Infrastruktur.** Es bietet sich an, ehrenamtlich getragene Betreuungsangebote bei Trägern von Beratungsstellen und/oder ambulanten Einrichtungen anzusiedeln. Dies würde es ermöglichen, diese niederschweligen Hilfen mit den professionellen Angeboten gezielt zu vernetzen.

Das Engagement von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern kann als bisher auch nicht ansatzweise ausgeschöpftes Zukunftspotenzial betrachtet werden, das eine wirksame Ergänzung insbesondere im Bereich der sozialen Betreuung ermöglicht. Es ersetzt keines der Angebote der professionellen Grundpflege. Vielmehr stellt es eine wirksame Ergänzung dar, da auf diese Weise bisher nicht hinreichend abgedeckte psychosoziale Bedarfslagen berücksichtigt werden sowie substanzielle Entlastung für pflegende Angehörige geboten wird. Die Erfahrungen der Modellprojekte zeigen, dass insbesondere bei der häuslichen Betreuung von demenziell erkrankten Personen regelmäßig zwei bis drei Stunden pro Woche „externe“ Hilfe durch eine ehrenamtlich tätige Person und/oder entsprechende Angebote einer Gruppenbetreuung sowohl von den Angehörigen als auch von den Pflegebedürftigen selbst als außerordentlicher Gewinn empfunden werden.

Für die hierfür notwendigen Maßnahmen bzw. für die professionellen Kräfte, die derartige Angebote aufbauen und begleiten, ist momentan im Rahmen der vorzuhaltenden Pflegeinfrastruktur keine geregelte Kostenträgerschaft gegeben. Einen Schritt in die richtige Richtung stellt vor diesem Hintergrund, wie bereits dargestellt, das neue Pflegeleistungsergänzungsgesetz (PflEG) zur Verbesserung der Situation von Menschen mit erheblichem Betreuungsbedarf dar. Aus unserer Sicht ist es allerdings nötig, das Volumen der zum Aufbau einer niederschweligen Infrastruktur vorgesehenen Leistungen auch innerhalb der Pflegeversicherung noch weiter auszubauen. Bezüglich der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen ist es darüber hinaus erforderlich, die Bereitstellung von niederschweligen und insbesondere ehrenamtlich getragenen Betreuungsangeboten als Qualitätskriterium zur Ausgestaltung der vorzuhaltenden kommunalen Angebote im Bereich der Altenhilfe festzuschreiben. Dadurch ergäben sich neue Möglichkeiten, auch kommunale Mittel zur Daseinsvorsorge hierfür gezielt einzusetzen. Grundsätzlich wird allerdings auch weiterhin eine Eigenbeteiligung der Träger z.B. aus dem Bereich der freien Wohlfahrtspflege oder von entsprechenden Initiativen und Vereinen insbesondere zur Anschubfinanzierung unverzichtbar bleiben.

Vergleichbares gilt für die Maßnahmen, die sich im engeren Sinne auf die Qualifizierung und Beratung von pflegenden Angehörigen beziehen. Nach wie vor sind es die pflegenden Angehörigen, die in der häuslichen Pflege den umfassendsten Beitrag leisten. Die Leistungen der Pflegeversicherung ergänzen die nach wie vor primär familiär getragenen Arrangements und haben den Hauptzweck, die Pflegebereitschaft der Angehörigen abzusichern und zu unterstützen. Konzepte, die sich nicht allein auf die ursprünglich im SGB XI vorgesehene Durchführung von „Pflegekursen“ reduzieren, sondern breitere Grundlagen, z. B. hinsichtlich der Betreuung von demenziell erkrankten älteren Menschen vermitteln, stellen in dieser Hinsicht ein Schlüsselement zur zukünftigen Sicherstellung einer hohen Pflegequalität auch in privaten Haushalten dar. Entscheidend ist, dass diese Angebote **ebenfalls niederschwellig gestaltet** werden und die Bereitschaft, solche Angebote anzunehmen, gefördert wird.

Freiwilliges bürgerschaftliches Engagement und eine deutliche Stärkung der Kompetenz der pflegenden Angehörigen können auf diesem Wege als neu zu erschließendes Potenzial im Bereich der Pflege wirken. Große Chancen sehen wir hierbei insbesondere hinsichtlich der Stabilisierung der häuslichen Betreuung und damit als Beitrag zur zukünftigen Absicherung des gewünschten **Vorrangs der häuslichen vor der stationären Pflege**.

**EMPFEHLUNGEN DES BEIRATS
ZU DEN ERGEBNISSEN DES BUNDESMODELLPROGRAMMS**

Das Modellprogramm "Altenhilfestrukturen der Zukunft" des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hatte die Aufgabe, praktisch umsetzbare Antworten auf demographisch, strukturell und sozial bedingte Herausforderungen zu geben. Die Ergebnisse belegen, dass das Modellprogramm dringliche Probleme der Versorgung und Betreuung älterer Menschen aufgegriffen hat und dass es eine Vielzahl von Wegen gibt, vorhandene Defizite in der Praxis der Altenhilfe, die hier in einem umfassenden Sinne verstanden wird, zu beheben.

Nach Abschluss des Modellprogramms wird eine Hauptaufgabe für die Zukunft darin bestehen, die unter Modellbedingungen erfolgreich erprobten Konzepte breitenwirksam in die Praxis der Altenhilfe zu übertragen. Die Modellprojekte selbst geben zahlreiche Hinweise darauf, welche praktischen Bedingungen erfüllt sein sollten und welche flankierenden Maßnahmen in struktureller und finanzieller Hinsicht nötig sind, um die gewonnenen Erfahrungen für die gebotene Weiterentwicklung in der Altenhilfe nutzbar zu machen.

Der Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung gibt in konzentrierter Form eine fundierte Anleitung zur Gestaltung und Ergänzung künftiger Altenhilfestrukturen. Die Empfehlungen des Beirats nehmen hierauf Bezug und orientieren sich an den folgenden sechs Handlungsfeldern.

Empfehlungen zu Kooperation und Vernetzung in der Altenhilfe

Die Modellprojekte haben das Vorliegen erheblicher Defizite in diesem Bereich verdeutlicht. Der Bericht der Begleitforschung belegt nachdrücklich, dass das System der Altenhilfe einer stabilen Kooperations- und Vernetzungsstruktur dringend bedarf. Solche Strukturen müssen sich an den Vor-Ort-Gegebenheiten orientieren und bedürfen zum Aufbau und Erhalt eines professionellen und neutralen Managements, für das bisher kein eindeutiger Finanzier vorgesehen ist. Ein derartiges Management ist Voraussetzung dafür, dass sich die unterschiedlichen Akteure auf gemeinsame Ziele, Qualitäten, Verfahrensweisen und Konfliktregelungen verständigen können. Seitens der Politik und der Leistungsträger müssen Voraussetzungen und ökonomische Anreize zur Etablierung von Vernetzungsstrukturen geschaffen werden.

Die Evaluationsergebnisse legen nahe, dass für die Gewährleistung dieser Aufgabe auf örtlicher Ebene Sorge zu tragen ist. Entsprechende Regelungen sollten offen lassen, wer diese Management- und Moderationsaufgabe übernimmt: Kommunen, weitere Leistungsträger, Leistungserbringer oder sonstige Institutionen. Wichtig ist, dass die konkrete Zuschreibung vor Ort nach den individuell vorhandenen Managementkompetenzen und -erfahrungen erfolgt. In jedem Fall muss die Finanzierung der Strukturen klar geregelt werden, wobei das Konnexitätsprinzip zu beachten ist.

Ein entscheidender Anreiz zur Vernetzung besteht darin, dass sich ein lokaler Qualitätsverbund für alle Beteiligten betriebswirtschaftlich rechnet.

Wesentliche Aufgaben von Netzwerken sollten sein: Analyse des Bedarfs, Planung und Abstimmung des Angebots, Abstimmung von Qualitätsstandards und -verfahren (z.B. Fortbildungsreihen, Überleitungsbogen, Assessment-Instrumente), Etablierung eines funktionsfähigen Case-Managements sowie Abstimmung bzw. Schaffung infrastruktureller Voraussetzungen für die Arbeit Ehrenamtlicher.

Empfehlungen zur Verknüpfung von Altenhilfe und geriatrischer Rehabilitation

Trotz eines breiten Angebots an geriatrischen Rehabilitationsleistungen bestehen nach wie vor Versorgungsdefizite hinsichtlich der Identifikation von Rehabilitationsbedürftigen sowie der Adäquanz von rehabilitativen Leistungen. Die Modellprojekte haben vielversprechende Ansätze zur Überwindung der ausgeprägten Schnittstellenproblematik zwischen Altenhilfe und Rehabilitation erprobt.

Wie die Projekte zeigen, bieten sich für die Koordination der Leistungsanbieter unterschiedliche Strukturen an. Um die rehabilitative Kompetenz in der Altenpflege zu verbessern, sind Hospitationen von Pflegekräften in Rehabilitationskliniken ein geeigneter Einstieg; sie ersetzen aber keine planmäßige Fort- und Weiterbildung.

Der Einsatz der mobilen geriatrischen Rehabilitation hat gezeigt, dass diese einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung eines selbständigen Lebens in der eigenen Wohnung auch bei gesundheitlichen Einschränkungen leisten kann. Ihr weiterer Ausbau im Rahmen des regulären Versorgungssystems sollte angestrebt werden.

Generell ist ein finanzieller Ausgleich einzufordern, mit dem rehabilitationsinduzierte Kosteneinsparungen im Pflegebereich honoriert werden.

Empfehlungen zu Verbraucherschutz und Interessenvertretung in der Altenhilfe

Die Modellergebnisse machen deutlich, dass für einen funktionierenden und breit akzeptierten Verbraucherschutz in der Altenhilfe idealerweise eine Reihe von Kriterien beachtet werden sollten. Um den individuellen Bedürfnissen der Hilfesuchenden gerecht zu werden, müssen rechtliche und fachliche Kompetenz, Neutralität und Weisungsunabhängigkeit gewährleistet sein; Verbraucherschutz muss niederschwellig angeboten werden und durchsetzbar sein; die Angebote des Verbraucherschutzes müssen flächendeckend vorgehalten und kontinuierlich bekannt gemacht werden.

Als wesentliche Maßnahmen und Leistungen kommen die Einrichtung von Informations- und Beschwerdestellen, die Prüfung von Verträgen und die Herstellung örtlicher Markttransparenz in Betracht.

Im stationären Bereich ist die Unterstützung von Heimbeiräten durch eigens qualifizierte ehrenamtliche Seniorenräte als wirksame Interessenvertretung zu empfehlen.

Empfehlungen zu stationären Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen

Die unterschiedlichen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner erfordern eine große Flexibilität und Variationsbreite der Versorgung im stationären Bereich. Um diesen Bedürfnissen zu entsprechen, sind die in den Modellprojekten erprobten Konzepte (Wohngruppen für demenzkranke Menschen, Hausgemeinschaften) zur Verbreiterung des Angebots empfehlenswert. Dabei sollte es auch Ziel sein, die Barrieren zwischen stationärer und ambulanter Hilfe zu überwinden.

Speziell die Wohngruppen für demenzkranke Menschen erweitern mit ihren spezifischen Betreuungsangeboten (demenzgerechte Kommunikation, Biographiearbeit, kompetenzfördern-

de Aktivitäten) die Palette der Versorgung und Pflege im Bereich der somatisch rüstigen Klientel. Derartige Angebote sollten in allen Bereichen der Altenhilfe verstärkt Eingang finden.

Im traditionell konzipierten Heim müssen mit Bezug auf die Demenzproblematik adäquate Pflegekonzepte umgesetzt werden, die insbesondere den Einsatz spezieller Pflege- und Betreuungsformen vorsehen, die Mitarbeiterqualifizierung darauf ausrichten sowie die Angehörigen und Ehrenamtlichen einbeziehen.

Die Einführung der erfolgreich erprobten Betreuungsformen sollte durch eine vergrößerte Flexibilität der rechtlichen Rahmenbedingungen erleichtert werden. Vorhandene Spielräume sind besser zu nutzen.

Unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen ist die Finanzierbarkeit der aus therapeutischer und pflegerischer Sicht wünschenswerten neuen Wohnkonzepte ein Kernproblem. Eine zufriedenstellende Lösung dieses Problems muss für alle Handelnden (insbes. Politik, Leistungsträger und Leistungserbringer) eine vordringliche Aufgabe sein.

Empfehlungen für die Betreuung im häuslichen Bereich und im Wohnumfeld

Pflegende Angehörige speziell von demenzkranken Menschen brauchen neben ambulanten und teilstationären Diensten ein niederschwelliges Angebot an entlastenden und regenerativ wirkenden Unterstützungsleistungen. Konzepte zur Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger sind daher unbedingt flächendeckend zu etablieren. Bewährt haben sich die im Modellprogramm erprobten Angebote „Tagesmütter“ und Treffpunkte für demenzkranke Menschen, ehrenamtliche Seniorenbegleiterinnen und -begleiter, moderierte Gesprächsgruppen oder auch entsprechende Qualifizierungsangebote für Angehörige. Im Modellprogramm haben sich sowohl kommunale als auch freigemeinnützige Träger als geeignet erwiesen, derartige Angebote einschließlich der erforderlichen Qualifizierungsmaßnahmen zu organisieren.

Bei den erfolgreich erprobten häuslichen Betreuungsformen wurde ein Großteil der Leistungen ehrenamtlich erbracht. Derartige Angebote erfordern zur Verstetigung die Qualifizierung und Begleitung der Freiwilligen sowie die Organisation der Leistungserbringung. Pflegekassen, Kommunen und freigemeinnützige Träger sollten sich über Grundsätze einer anteiligen Finanzierung verständigen.

Empfehlungen zum bürgerschaftlichen Engagement in der Altenhilfe

Den Modellprojekten ist es überraschend gut gelungen, freiwillige Helferinnen und Helfer zu aktivieren. Ihr Einsatz trägt zur Entlastung der Angehörigen, zur Verbesserung des Lebensgefühls der Betreuten und zur Qualifizierung und Absicherung der Pflegeverhältnisse äußerst wirksam bei. Die Evaluationsergebnisse zeigen aber auch, dass bürgerschaftliches Engagement kein Ersatz für die Pflegearbeit von Professionellen und Angehörigen ist, sondern eine wichtige und bereichernde Ergänzung der Pflegeverhältnisse darstellt.

Zu beachten ist, dass sich die Einstellung zum Ehrenamt gewandelt hat. Sie ist heute geprägt durch die Merkmale der eigenen Wahl sowie den Wunsch, mitzugestalten und die eigene Lebensgeschichte dabei einzubringen. Diejenigen, die sich in diesem Feld engagieren, tun dies, weil sie etwas für andere tun wollen, aber auch weil sie davon profitieren. Dies muss bei der Gestaltung der Einsatzbereiche berücksichtigt werden.

Ohne die Mobilisierung bürgerschaftlichen Engagements wird die notwendige Stärkung der Altenhilfe nicht möglich und nicht bezahlbar sein. Ehrenamtliche Arbeit muss als fester Bestandteil in die Altenhilfe eingebunden sein und von den Hauptamtlichen auch als notwendiger Bestandteil anerkannt werden. Erforderlich sind klare Absprachen zwischen ehrenamtlich und hauptamtlich Tätigen, um Konkurrenzdenken abzubauen und das Selbstwertgefühl beider Seiten zu stärken.

Das Modellprogramm macht weiterhin deutlich, dass es bürgerschaftliches Engagement nicht zum Nulltarif gibt. Es braucht qualifizierte Schulung, kontinuierliche Begleitung, Rückkopplung und gegebenenfalls Kostenerstattung bzw. Aufwandsentschädigung. Dies setzt eine professionelle Infrastruktur voraus, über die auch Werbung und Auswahl erfolgen können. Eine derartige Infrastruktur gibt es noch nicht in ausreichendem Maße. Es müssen daher klare Festlegungen getroffen werden, dass sie ein notwendiger Bestandteil des Systems der Altenhilfe ist. Die Finanzierung einer solchen Struktur muss eindeutig geregelt werden. Empfehlenswert ist eine anteilige Finanzierung durch Kommunen, Pflegekassen und andere Leistungsträger unter Einhaltung des Konnexitätsprinzips.

Der Beirat dankt allen, die durch ihr Engagement in den Modellprojekten diese Empfehlungen ermöglicht haben. Ihr Einsatz wird am besten gewürdigt, wenn die Empfehlungen rasch umgesetzt werden.

Berlin, den 10. März 2004

Manfred Carrier

Prof. Dr. Anne Friedrichs

Dr. habil. pol. Hanna Haupt

Prof. Dr. Isabella Heuser

Harald Kesselheim

Heike von Lützu-Hohlbein

Dr. Willi Rückert

Dr. Petra Schmid-Urban

Dr. Jörg Steinhausen

Dr. Irene Vorholz

ANHANG

Beiträge der 20 Modellprojekte für die Altenhilfestrukturen der Zukunft – Darstellung in Form von Modellsteckbriefen

Auf den folgenden Seiten finden sich Kurzdarstellungen der zwanzig Projekte des Modellprogramms. Sie enthalten in standardisierter Form diverse Angaben zum Modell: Projektträger, Projektleitung, Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter, Bundesland, Förderschwerpunkt im Rahmen des Modellprogramms, Projektevaluation und Finanzierung.

In knapper Form werden Problemstellung und Ziele des Projektes erläutert, der Verlauf geschildert sowie Ergebnisse und innovativer Ertrag aus der Sicht der wissenschaftlichen Begleitforschung bilanziert. Abschließend werden maximal drei Literaturhinweise zu Veröffentlichungen aus dem Modell gegeben.

Netzwerk im Alter Albatros e.V – Berlin

<p>Projektträger</p> <p>Albatros e.V. Amalienpark 7, 13187 Berlin Pankow Telefon: (030) 47488770</p>	<p>Bundesland</p> <p>Berlin</p>
<p>Projektleitung</p> <p>Juliane Pfeffer (Dipl. Sozialpädagogin) und Gabriele Seibt (Dipl. Soziologin) Albatros e.V. Amalienpark 7, 13187 Berlin-Pankow Telefon: (030) 4748877-1 E-Mail: kontakt@netzwerkimalter.de.</p>	<p>Förderschwerpunkt</p> <p>Struktur- und Systementwicklung, Planung und Koordination</p> <p>Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p> <p>Juliane Pfeffer (Dipl. Sozialpädagogin) Gabriele Seibt (Dipl. Soziologin)</p>
<p>Finanzierung</p> <p>84% BMFSFJ 16% Eigenmittel</p>	<p>Projektevaluation</p> <p>Evaluation durch Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter mit Unterstützung von Praktikanten einer Fachhochschule</p>

Problemstellung und Ziele des Projektes

Zentrales Ziel des Modellprojekts war der Aufbau einer klientenzentrierten Zusammenarbeit aller an der Versorgung und Betreuung älterer Menschen beteiligten Institutionen im Rahmen eines Verbundsystems. Dadurch sollen Konkurrenzsituationen und Informationsdefizite abgebaut, das Qualifikationsniveau gesteigert und insgesamt die Angebotsstruktur besser auf die Bedürfnisse alter Menschen und ihrer Angehörigen abgestimmt werden. Im Unterschied zu bereits bestehenden Verbänden zielt das Netzwerk im Alter auf die Gesamtgruppe der älteren Menschen und möchte deren Stellung als Kunde/Verbraucher von regionalen Versorgungsleistungen verbessern. Im Einzelnen strebt das Netzwerk im Alter eine verbindlich geregelte Kooperation und Kommunikation in den Bereichen Fallmanagement, Überleitung, Transparenz von Angeboten, Qualifizierung, Öffentlichkeitsarbeit, Information und Stärkung der Verbraucherrolle sowie Beschwerdemanagement an. Dazu sollten in diesen Bereichen Ressourcen gebündelt und bestehende Motivationen, Interessen, Problemlagen und Fakten in die Entwicklung neuer bzw. Angleichung vorhandener Qualitätsstandards einbezogen werden. Dazu war die Implementation einer Netzwerkstruktur auf Basis einer verbindlichen Kooperationsvereinbarung der beteiligten Partner in der Region vorgesehen.

Projektverlauf

Auf der Grundlage einer ersten Arbeitstagung mit über 30 Teilnehmer/innen wurden ein Zielkatalog abgestimmt und fünf Arbeitsgruppen gegründet. Themen der Arbeitsgruppen waren das Case Management, ein Überleitungssystem, die Informations-/Öffentlichkeitsarbeit, die Mitarbeiterqualifizierung und die Stärkung der Verbraucherrolle/Beschwerdemanagement. In monatlich stattfindenden Arbeitsgruppensitzungen wurden für die einzelnen inhaltlichen Schwerpunkte Standards entwickelt, die im Projektverlauf erprobt wurden. Im Bereich Information und Öffentlichkeitsarbeit wurden Netzwerkbriefe sowie ein Netzwerkhandbuch mit Leistungsprofilen der Netzwerkpartner erstellt. In einer ersten Netzwerkkonferenz wurde von 44 Netzwerkpartnern eine Rahmenvereinbarung und eine Geschäftsordnung abgestimmt sowie ein Steuerungsgremium gewählt. Vier Netzwerksymposien mit Themen wie "Schlaganfall – Möglichkeiten und

Chancen durch eine vernetzte Versorgung" oder "Zu Haus im Alter" wurden mit weit mehr als 100 Teilnehmern durchgeführt.

Das Netzwerk im Alter wird als Qualitätsverbund weitergeführt, an dem insgesamt 17 finanzierungsbereite Partner beteiligt sind. Im Umlageverfahren der 17 Partner wird eine halbe Stelle für das Netzwerkmanagement finanziert. Parallel dazu wird beim Bezirksamt die Stelle einer Altenhilfekoordination eingerichtet, die die bisher vom Netzwerkmanagement geleisteten Koordinierungsaufgaben zum Teil übernimmt.

Ergebnisse und innovativer Ertrag

Im Rahmen der Modelllaufzeit konnte eine regionale Organisations- und Kommunikationsstruktur für den Bereich Altenhilfe aufgebaut werden. Für die wichtigsten Zielbereiche (Fallmanagement und Überleitung, Öffentlichkeitsarbeit, Qualifizierung, Stärkung der Verbraucherrolle/-Beschwerdemanagement) konnten netzwerkübergreifende Standards entwickelt und in den Bereichen Fallmanagement und Überleitung sowie Beschwerdemanagement auch erprobt werden. Die Erarbeitungsprozesse, die vom Netzwerkmanagement moderiert wurden, waren durch eine starke Partizipation der Netzwerkpartner gekennzeichnet. Die Netzwerkstrukturen (Netzwerkkonferenz, Arbeitsgruppen, Steuerungsgremium) bildeten diesen Prozess hervorragend ab. Mit dem Abschluss der Modellförderung wurde die Rahmenvereinbarung des Netzwerkes im Alter den vorhandenen Ressourcen (17 finanzierungsbereite Partner) angepasst und es wurde ein Qualitätsverbund gegründet, der zunächst für ein Jahr verbindliche Strukturen im Bereich Überleitung/Fallmanagement sicherstellt. Da gleichzeitig vom Bezirksamt die Stelle für eine Altenhilfekoordination besetzt wurde, die Funktionen des Netzwerkmanagements übernehmen soll, sind für die künftige Netzwerkarbeit günstige Voraussetzungen geschaffen worden. Für die Zukunft wird vor allem an der Einbindung von niedergelassenen Ärzten und verbindlicheren Formen der Zusammenarbeit mit diesen gearbeitet. Sowohl die Netzwerkstrukturen (professionelles Management, Netzwerkkonferenz, Arbeitsgruppen, Steuerungsgremium) als auch das Vorgehen bei der Implementierung und die gemeinsame Entwicklung von Qualitätsstandards haben Vorbildcharakter für künftige Netzwerkgründungen.

Weiterführende Literatur zum Modellprojekt

- Pfeffer, J. und Seibt, G. (2004). Regionale Netzwerkstrukturen in der Altenhilfe – Das Netzwerk im Alter, Berlin-Pankow. Bunzendahl, B. und Hagen, P. (Hrsg.). Hilfe im Alter – Vernetzung in der ambulanten Pflege, Weinheim-München (im Druck, erscheint Frühjahr 2004)
- Seibt, G. (2003). Projekt "Netzwerk im Alter". Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). Sozialer Zusammenhalt – Handlungsansätze in Kommunen (Dokumentation des Fachforum), Gütersloh, S. 62-67
- Pfeffer, J. und Seibt, G. (2002). Das "Netzwerk im Alter" – Verbindlichkeit und Steuerung eines Altenhilfenetzwerkes in Berlin-Pankow. Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderteter e.V. (Hrsg.). Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation. Band 11, Interdisziplinäre Schriften zur Rehabilitation, S. 290–293

KUNZ – Kirche und Nachbarschaftszentrum – Bielefeld

<p>Projektträger</p> <p>Evangelischer Gemeindedienst – Innere Mission Bielefeld e.V., Mitglied im Evangelischen Johanneswerk e.V. Schildescher Str. 101 33611 Bielefeld Leitung: Gabriele Walczak (Dipl. Soziologin) Telefon: (0521) 801-2700 E-Mail: Gabriele-Walczak@Johanneswerk.de Evangelisch-lutherische Gustav-Adolf-Kirchengemeinde Lipper Hellweg 271 33615 Bielefeld Leitung: Thomas Genetzky (Pfarrer) Telefon: (0521) 200-601</p>	<p>Bundesland</p> <p>Nordrhein-Westfalen</p> <hr/> <p>Förderschwerpunkt</p> <p>Lebenswelten, örtliche Ebenen, Quartiersbezug</p>
<p>Projektleitung</p> <p>Christian Bakemeier Evangelischer Gemeindedienst – Innere Mission Bielefeld e.V., Mitglied im Evangelischen Johanneswerk e.V. Telefon: (0521) 801-2740 E-Mail: Christian-Bakemeier@Johanneswerk.de</p>	<p>Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p> <p>Stefanie Ossyssek KUNZ – Kirche und Nachbarschaftszentrum Telefon: (0521) 206-136 E-Mail: kunz-2.johanneswerk@t-online.de</p>
<p>Finanzierung</p> <p>52% BMFSFJ 20% Landesmittel NRW 17% Eigenmittel 3% Diakonisches Werk Westfalen 4% Sponsoring 4% Teilnehmerbeiträge</p>	<p>Projektevaluation</p> <p>Evaluation durch Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p>

Problemstellung und Ziele des Projektes

Der Altersdurchschnitt der Bewohner des Bielefelder Stadtteils Stieghorst-Süd ist im Laufe der letzten drei Jahrzehnte stetig gestiegen. Junge Menschen und besonders Familien verlassen den Stadtteil. Ältere Menschen bleiben zurück und drohen zunehmend zu vereinsamen. Soziale und medizinisch-pflegerische Aufgaben im fußläufigen Bereich fehlen und viele Betroffene entscheiden sich, die eigene Wohnung gegen einen Platz im betreuten Wohnen oder im Altenheim einzutauschen, obwohl der Wunsch nach einem Verbleib im gewachsenen Umfeld allenthalben groß ist. Auf der Suche nach neuen Wegen in der Altenhilfe hat sich die Kirchengemeinde mit Unterstützung der örtlichen Diakonie und weiteren Einrichtungen dieser Problematik gestellt, mit dem Ziel, ihre Angebote nicht nur für Gemeindemitglieder, sondern für alle Bewohnerinnen und Bewohner des Stadtteils offen zu gestalten. Hierbei sollen möglichst viele der Institutionen und Einrichtungen des Stadtteils, aber auch die Wohnbevölkerung bei der Planung und Umsetzung der Angebote eingebunden werden.

Projektverlauf

Zu einer großen Anzahl bereits in der Kirchengemeinde etablierter Angebote für Senioren wurden weitere Maßnahmen eingeführt, so z. B. das „Café KUNZ“ (zentraler Treffpunkt und Standort des Internetzugangs für Senioren), die „Pflegerberatung“, die „Tanzgruppe“, die „ZWARGruppe“ (Zwischen Arbeit und Ruhestand), die „Entlastung für pflegende Angehörige von Demenzkranken“ oder auch die Organisation von periodischen „Stadtteilstetten“ und Spezialangeboten wie „Urlaub ohne Koffer“ bzw. „Spielgruppe Multiple Sklerose“.

Die mit den Stadtteilbewohnern gemeinsam geplanten und mit den regionalen Vereinen und sonstigen sozial engagierten Institutionen abgestimmten Angebote (regelmäßige Treffen am „Runden Tisch“) für ältere Menschen wurden in der Umsetzung von einer hauptamtlichen Sozialarbeiterin durch organisatorische und Prozesse moderierende Hilfestellungen unterstützt und gefördert. Die Angebote werden in ihrer überwiegenden Zahl von ehrenamtlichen Personen (Senioren engagieren sich für Senioren) gestaltet und getragen. Eine vom Evangelischen Johanneswerk erstellte Broschüre, die als Postwurfsendung an alle Haushalte des Stadtteils verteilt wurde, und regelmäßige Publikationen über die Angebote des KUNZ in der lokalen Presse sorgten für eine breite Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit.

Ergebnisse und innovativer Ertrag

Die geplante Überführung der kirchlichen Altenarbeit in eine für alle älteren Bewohner des Stadtteils offene Angebotsstruktur ist gelungen. Ca. zwei Drittel der monatlich mehr als 900 Nutzer der insgesamt 24 Maßnahmen des KUNZ sind nicht Mitglieder der Kirchengemeinde. Die Zahl der ehrenamtlich beteiligten Personen ist während der Projektlaufzeit von 90 auf 120 gestiegen. Das Café KUNZ hat sich als Tor zur Erschließung neuer Nutzer des breiten Angebotsspektrums bewährt. 70% der sehr häufig allein lebenden Nutzer des KUNZ geben an, durch die Angebote neue soziale Kontakte geknüpft und eine wesentliche Verbesserung ihrer Lebensqualität erfahren zu haben.

Das als „Projekt im Projekt“ verstandene Angebot „Entlastung für pflegende Angehörige von Demenzkranken“ hat sich als wichtiges Instrument einer wohnortnahen Versorgung demenziell Erkrankter etabliert. Einmal wöchentlich findet in den Räumen des KUNZ eine Gruppenbetreuung von fünf bis sieben Personen durch eine examinierte Pflegefachkraft und ehrenamtliche Helferinnen statt. Das von den haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen entwickelte Handlungskonzept wird von den Betroffenen sehr gut angenommen. Ein Beleg hierfür ist eine mittlerweile die Betreuungskapazität übersteigende Nachfrage.

Als innovativer Ertrag des Modellprojekts kann gewertet werden, dass es gelungen ist, mit einem vergleichsweise geringen Einsatz hauptamtlichen Personals eine vielfältige, von freiwilligem Engagement getragene Angebotsstruktur für die älteren Bürger fest in einem Stadtteil zu verankern. Die Öffnung kirchlicher Altenarbeit und deren bürgernahe inhaltliche Erweiterung gemäß den Bedürfnissen aller Stadtteilbewohner zeigt einen vielversprechenden Weg auf, wenn es darum geht, eine wohnortnahe, „pflegepräventiv“ wirksame Altenhilfestruktur zu gestalten.

Weiterführende Literatur zum Modellprojekt

Genetzky, Th. (2000). KUNZ – ein Nachbarschaftskonzept der Evangelischen Kirche und Diakonie. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Auftaktveranstaltung „Altenhilfestrukturen der Zukunft“, S. 134–140, Frechen.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Das richtige Milieu. dialog 1/2001, S. 4.

Forschungsprojekt zur Erfassung der Versorgungssituation von Demenzkranken in Bochum und Umgebung unter besonderer Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse von Betroffenen – Bochum

<p>Projekträger</p> <p>Alzheimer Gesellschaft Bochum e.V. Universitätsstraße 77 44789 Bochum Telefon: (0234) 337772 E-Mail: info@alzheimer-bochum.de</p>	<p>Bundesland</p> <p>Nordrhein-Westfalen</p> <hr/> <p>Förderschwerpunkt</p> <p>Besondere Hilfen und Versorgungsmaßnahmen für Demenzkranke</p>
<p>Projektleitung</p> <p>Alexander Neidhard</p>	<p>Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p> <p>Maren Niebuhr (wiss. Mitarbeiterin) Jutta Meder (Verwaltungsfachangestellte) Beate Stach (externe wiss. Mitarbeiterin, Honorarkraft)</p>
<p>Finanzierung</p> <p>54% BMFSFJ 35% Landesmittel NRW 10% Alzheimer Gesellschaft Bochum e.V.</p>	<p>Projektevaluation</p> <p>Evaluation durch Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p>

Problemstellung und Ziele des Projektes

Das Modellprojekt setzt an der Problematik an, dass den betroffenen Demenzerkrankten und ihren Angehörigen eine möglichst genau an ihrem jeweiligen Bedarf orientierte Hilfe vermittelt werden sollte. Dazu fehlt jedoch eine hinreichende Transparenz sowohl auf der Angebots- als auch auf der Nachfrageseite. Neben der Feststellung der in einer definierten Region vorhandener Angebotsstruktur zur Versorgung demenziell erkrankter Menschen war es ein Hauptziel des Projektes, die Bedürfnisse von demenziell erkrankten Menschen zu erheben und zu prüfen, inwieweit die Anbieter von Versorgungsleistungen für demenzkranke Menschen in der Lage sind, die von den Kranken geäußerten Bedürfnisse in der Pflege und Betreuung angemessen zu berücksichtigen. Dabei sollte auch geprüft werden, welche Diskrepanzen zwischen vorhandenen und geforderten Angeboten für Demenzkranke bestehen und welche Ursachen aus Sicht der Professionellen hierfür verantwortlich sind.

Projektverlauf

Im ersten Teil des Forschungsprojektes ging es darum, einen quantitativen Überblick über die bestehenden Versorgungsangebote speziell für Demenzkranke durch eine schriftliche Befragung von insgesamt 83 Einrichtungen zu erhalten. Es sollte neben den konkreten Beschäftigungsmaßnahmen für Demenzkranke auch erhoben werden, welche Methoden und Inhalte dabei umgesetzt werden. Weiterhin sollte das Qualifikationsniveau der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege und Betreuung von Demenzkranken erfasst werden. In die Untersuchung wurden Beratungs- und Informationsstellen, Kliniken (psychiatrische bzw. gerontopsychiatrische, geriatrische und neurologische Fachkliniken bzw. -abteilungen), ambulante Pflegedienste, Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie vollstationäre Altenhilfeeinrichtungen einbezogen. Im zweiten Teil des Projektes ging es um die Erfassung der subjektiven Lebensqualität von Demenzkranken. Die insgesamt 25 Interviews mit Erkrankten und z.T. deren Angehörigen thematisierten die Wünsche und Bedürfnisse der Demenzkranken, ihre Alltagsnöte sowie ihre Hoffnungen für die Zukunft. Da der Verlust von sprachlichen Fähigkeiten zu den wesentlichen Symptomen des demenziellen Abbauprozesses gehört, kam es in diesem Projektabschnitt auch darauf an, eine geeignete Gesprächstechnik zu entwickeln. Der dritte Teil des For-

schungsprojektes hatte die Aufgabe, die aktuellen Versorgungsangebote von ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse und Ressourcen von Menschen mit Demenz zu analysieren. Hierfür wurden mit Hilfe eines Interviewleitfadens insgesamt 73 Interviews mit Leitungspersonen der jeweiligen Einrichtungen geführt. Ziel der offenen Fragen war es, auszdifferenzieren, wie die Arbeit der jeweiligen Einrichtungen mit Demenzkranken konkret gestaltet wird. Untersucht werden sollte auch, inwieweit Einrichtungen, die über ein spezielles Demenzkonzept verfügen, die in dieser Untersuchung postulierten Bedingungen, wie die Förderung der Qualifikation von Mitarbeitern sowie von ehrenamtlichem Engagement, gezielter und konsequenter umsetzen können als Einrichtungen ohne spezifisches Konzept für Demenzkranke.

Ergebnisse und innovativer Ertrag

Die Auswertung der Angaben der 83 in Teil I des Projektes befragten Einrichtungen zeigt, dass diejenigen Versorger, deren Leistungen demenzspezifisch definiert sind und von ihnen auch als solche ausgewiesen bzw. transparent gemacht werden, ein breiteres und gezielteres Angebot für Demenzkranke vorhalten als solche Einrichtungen, die Demenzkranke lediglich im Rahmen ihrer allgemeinen gesetzlichen Versorgungsaufträge und/oder Dienstleistungsangebote mit berücksichtigen. Während nur in knapp 40% aller Einrichtungen gerontopsychiatrisch qualifiziertes Personal arbeitet, ist das gerontopsychiatrische Kompetenzprofil in ausschließlich auf Demenzkranke spezialisierten Einrichtungen deutlich besser (65% Qualifizierte). Bei den ambulanten Pflegediensten sind methodische Kompetenz und Spezifik der Angebote am geringsten ausgeprägt. Die Auswertung der Interviews mit 25 demenziell erkrankten Personen (Teil II) bestätigt die auch bislang bekannten Bedürfnisprofile. Vor allem wird der Wunsch nach Zugehörigkeit sowie nach sozialen Kontakten und Nähe zu Familie und Freunden verdeutlicht. Aus den Leitfadenterviews mit Leitungspersonen (Teil III) wird ersichtlich, dass die aktuellen und zukünftigen Versorgungsangebote für Demenzkranke durch die knappen personellen, finanziellen und zeitlichen Ressourcen sowie die gegebenen gesetzlichen Bestimmungen begrenzt werden. Dennoch deuten die Ergebnisse dieser Untersuchung darauf hin, dass durch eine stetige Zunahme von Einrichtungen, die neue Konzeptideen für Demenzkranke entwickeln und umsetzen, das Wohlbefinden von Demenzkranken damit auch mittel- und langfristig verbessert werden könnte. Weitere wichtige Indikatoren für eine an den Bedürfnissen der Demenzkranken orientierte Pflege und Betreuung sind die Einbindung von Angehörigen und geschulten Ehrenamtlern sowie die Berücksichtigung biografischer Daten und die konsequente Umsetzung der Bezugspflege.

Entsprechend dem Anspruch einer Analyse regionaler Angebotsstrukturen in Bezug auf ein am Versorgungsklientel gewonnenes Bedürfnisprofil werden für die Modellregion spezifische Basisinformationen gewonnen. Als innovatives Ergebnis ist auch das entwickelte Interviewverfahren zur Befragung von leichten bis mittelschwer demenziell Erkrankten zu sehen.

Weiterführende Literatur zum Modellprojekt

Neidhard, A. und Schulz, Ch. (2000). Ermittlung der patientenorientierten speziellen Hilfebedarfe demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Auftaktveranstaltung „Altenhilfestrukturen der Zukunft“, S. 155–159, Frechen.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Gezielt auf die Bedürfnisse der Betroffenen eingehen. dialog 2/2002, S. 6.

Entwicklung einer gerontopsychiatrischen Verbundstruktur in einer ländlichen Region und in einer kreisfreien Stadt – Cottbus

<p>Projektträger</p> <p>Alzheimer Gesellschaft Brandenburg e.V. in Kooperation mit der Fachhochschule Lausitz, Fachbereich Sozialwesen Professor Dr. Eva Maria Neumann, FHL FB Sozialwesen Stevensonstraße 24–26 14483 Potsdam</p>	<p>Bundesland</p> <p>Brandenburg</p>
<p>Projektleitung</p> <p>Dr. Karl Matthias Neher (Dipl.-Psychologe) Stevensonstraße 24–26 14482 Potsdam</p>	<p>Förderschwerpunkt</p> <p>Struktur- und Systementwicklung, Planung und Koordination</p>
<p>Finanzierung</p> <p>95% BMFSFJ 5% Eigenmittel</p>	<p>Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p> <p>Frau Mandi Jankowski (Sozialpädagogin) Frau Janine Pischel (Sozialpädagogin) Frau Ulrike Arndt (Sozialpädagogin)</p> <p>Projektevaluation</p> <p>Evaluation durch Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p>

Problemstellung und Ziele des Projektes

Im Rahmen einer Pilotstudie zur Erfassung der Versorgungslage demenziell erkrankter Menschen bzw. eines diesbezüglichen Fortbildungsbedarfs bei Pflegenden und Ärztinnen und Ärzten zeigten sich erhebliche Defizite. Bei letztgenannten resultierte ein großer Fortbildungsbedarf aus den erkennbar Defiziten bezüglich der Diagnostik von gerontopsychiatrischen bzw. demenziellen Erkrankungen und den Pflegenden fehlt es an hinreichendem Wissen über Krankheitsbilder und krankheitsangemessene Versorgungsformen. Vor diesem Hintergrund verfolgte das Modellprojekt folgende Ziele:

- Schaffung von Informationen und Transparenz für Nutzerinnen von Dienstleistungen sowie für alle an der Versorgung beteiligten Stellen
- Verbesserung der Kooperation zu Gunsten der Nutzer, u. a. Überwindung der so genannten "Schnittstellenproblematik" im Gesundheitswesen
- Erarbeitung von Kooperationsstrukturen, die die Modellprojektphase überdauern
- Herstellung einer Wissens- und Handlungsbasis für Beratung, Behandlung, Pflege und Betreuung durch professionell Tätige, die den derzeitigen Erkenntnissen der Demenzforschung entspricht
- Entwicklung eines Forums, in dem sich verändernde Bedarfe erfasst und Innovationen zur Demenzversorgung angestoßen werden

Zur Erreichung dieser Ziele wollte das Modellprojekt jeweils ein Netzwerk an den beiden Standorten Cottbus und Oberspreewald-Lausitz etablieren. Diese Netzwerke sollten auf Basis verbindlicher Vereinbarungen dauerhafte Kooperationsstrukturen entwickeln und durch Qualifizierungsmaßnahmen die diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Defizite kompensieren.

Projektverlauf

Nach einer umfangreichen schriftlichen Befragung zu Versorgungsstrukturen und Bedarf bei den potentiellen Netzwerkpartnern wurden in Cottbus und im Landkreis Oberspreewald-Lausitz Veranstaltungen zur Gründung von Verbänden durchgeführt. Auf dieser Grundlage fanden weitere vorbereitende Verbundkonferenzen statt und es wurden Arbeitsgruppen zur Formulie-

rung von Kooperationsvereinbarungen, zur Verbesserung der Patientenüberleitung und zur Öffentlichkeitsarbeit gegründet. Auf der Basis der erarbeiteten Kooperationsvereinbarungen entstanden dann zwei Verbünde mit jeweils über 30 Partnern. Es wurden außerdem sog. Verbundhandbücher, sowie ein Überleitungsbogen entwickelt.

Ein weiteres Kernelement der Modellkonzeption war die Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen für Pflegekräfte und für Leitungen von Verbundeinrichtungen. Darüber hinaus wurden Fortbildungsveranstaltungen für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte angeboten, die aber trotz hochqualifizierter Referenten (Chefärzte aus gerontopsychiatrischen Einrichtungen) wegen mangelnder Teilnahmebereitschaft abgesagt werden mussten.

Ergebnisse und innovativer Ertrag

Bereits im ersten Jahr der Modelllaufzeit wurden in beiden Regionen Verbünde etabliert. In der Folge fanden regelmäßig (vierteljährlich) Verbundkonferenzen statt, in die die Verbundpartner Delegierte entsandten. Zwei Datenerhebungen wurden im Gesamtzeitraum abgeschlossen. Weiterhin wurden in gemeinsamen Arbeitsgruppen Kooperationsvereinbarungen und Geschäftsordnungen entwickelt, Verbundhandbücher erstellt und die Öffentlichkeitsarbeit organisiert. Weiterhin wurden Fortbildungen für Pflegekräfte und Therapeutinnen bzw. Therapeuten sowie für Leiterinnen und Leiter der Verbundeinrichtungen auf der Basis verschiedener Module durchgeführt. Insgesamt fanden 25 Veranstaltungen mit im Durchschnitt 40 bis 50 Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu den verschiedenen Themen statt. Mit der Teilnahme an der Fortbildung, die insgesamt 66 Stunden umfasste, wurde ein verbundinternes Zertifikat zur gerontopsychiatrischen Basisqualifikation erworben. Die Zertifikate werden von der Landesregierung anerkannt. Eine Teilnehmer-Nachbefragung zeigte ein hohes Maß an Zufriedenheit mit den Fortbildungen. Es gelang darüber hinaus beide Verbünde über die Modelllaufzeit hinaus zu verstetigen. Die Verknüpfung von Wissensvermittlung und Netzwerkbildung für die spezielle Zielgruppe der im gerontopsychiatrischen Bereich tätigen Professionellen stellt eine zurzeit einzigartige Form der regionalen Vernetzung dar, die Vorbildcharakter hat.

Weiterführende Literatur zum Modellprojekt

- Neher, K. M. (2001). Gerontopsychiatrische Verbünde in Cottbus und im Landkreis Oberspreewald-Lausitz: Ein Bundesmodellprojekt zur Verbesserung der Versorgungssituation gerontopsychiatrischer Patienten in Brandenburg. *Brandenburgisches Ärzteblatt*, 11, S. 352–353.
- Neher, K. M. (2003). Die gerontopsychiatrischen Verbünde Cottbus und Oberspreewald-Lausitz: Beteiligte Einrichtungen, Arbeits- und Organisationsstrukturen und bisherige Arbeitsergebnisse. Ev. Fachhochschule Berlin (Hrsg.). Tagungsdokumentation Berlin-Brandenburger Pflorgetage 2002. Berlin.
- Neher, K. M. und Neumann, E.-M. (2003). Abschließender Sachbericht zum Modellprojekt "Aufbau von gerontopsychiatrischen Verbundstrukturen in Brandenburg" an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Potsdam.

„Tagesmütter“ für Demenzkranke und andere Angebote zur Informations-, Krisenbewältigung und Weiterbildung – Daaden/Herdorf

<p>Projektträger</p> <p>Kirchliche Sozialstation Daaden/Herdorf e.V. (AHZ) Friedrichstraße 5 57562 Herdorf</p> <p>Steuerung: Harry Feige, Geschäftsführer Telefon: (0271) 33368-15 oder -16 Matthias Hess, Beko-Stelle Daaden/Herdorf Telefon: (0 27 44) 93 03 10 E-Mail: matthias.hess@beko-herdorf.de</p>	<p>Bundesland</p> <p>Rheinland-Pfalz</p> <hr/> <p>Förderschwerpunkt</p> <p>Besondere Hilfen und Versorgungsmaßnahmen für Demenzkranke</p>
<p>Projektleitung</p> <p>Doris Weide Friedrichstraße 5 57562 Herdorf</p>	<p>Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p> <p>Doris Weide (Altenpflegerin), 1 Vollzeitstelle Ramona Mika-Lorenz (Dipl. Pädagogin), Honorarkraft</p>
<p>Finanzierung</p> <p>73% BMFSFJ 22% Arbeitsamt Neuwied 3% Landesmittel Rheinland-Pfalz 2% Kirchliche Sozialstation Daaden/Herdorf e.V. (AHZ)</p>	<p>Projektevaluation</p> <p>Evaluation durch Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p>

Problemstellung und Ziele des Projektes

Im eher ländlich-kleinstädtisch strukturierten Landkreis Altenkirchen im nördlichen Rheinland-Pfalz leben ca. 2000 demenzkranke Menschen. Ihre Pflege wird noch häufig von Angehörigen im familiären Verbund geleistet. Die Erfahrungen der Einrichtungen im Gesundheits- und Pflegewesen zeigen, dass es insbesondere in Familien, die Alzheimerkranke betreuen, immer wieder zu Krisensituationen und Überlastungen kommt. Das Modellprojekt verfolgt deshalb primär das Ziel, ein flächendeckendes Netz an niederschweligen Versorgungsangeboten aufzubauen, um Familien, die altersverwirrte Menschen zu Hause pflegen, zu unterstützen. Diese Maxime erreicht das Projekt durch seine Vielzahl verschiedener dezentraler Angebotsbausteine, die im Wohnquartier gut zugänglich sind und eine wirksame Unterstützung bieten.

Ein weiteres Ziel ist es, den Vorrang der ambulanten Versorgung und Betreuung in der vertrauten häuslichen Umgebung zu verwirklichen. Das Projekt zielt deshalb darauf ab, Angehörige und Pflegedienste zu unterstützen, wirksam zu ergänzen und eine langfristige häusliche Pflege zu ermöglichen. Eine zentrale Rolle kommt dabei den umfassend geschulten und regelmäßig begleiteten ehrenamtlich tätigen „Tagesmüttern“ zu.

Projektverlauf

Nach einer zu Beginn der Projektlaufzeit erfolgten intensiven Phase der Öffentlichkeitsarbeit begann die Schulung der zukünftigen Tagesmütter. In 70 Stunden theoretischer Ausbildung und 40 Stunden praxisnaher Hospitation erfolgte die Qualifizierung der ehrenamtlichen Helferinnen. Am Ende der Qualifizierungsmaßnahme erfolgte eine Zertifizierung der Teilnehmer. Parallel zum Qualifizierungskurs der Tagesmütter wurde ein Angehörigencafé eröffnet, in dem sich Angehörige mit ihren Demenzkranken regelmäßig treffen konnten. In den Räumen des Cafés fand auch die Betreuungsgruppe statt. Dort wurden bis zu acht Demenzkranke ohne Beteiligung ihrer Angehörigen im Rahmen einer 1:1-Betreuung durch die Tagesmütter versorgt.

Dabei wurde auch die Auswahl der jeweiligen Tagesmutter getroffen, die für einen ambulanten Einsatz bei dem betreffenden Demenzkranken in Frage kam. Als ergänzende Maßnahme zur Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation wurde darüber hinaus der Angehörigenkurs „Hilfe beim Helfen“, bestehend aus sieben Abendveranstaltungen, eingeführt. Jedem Angehörigen stand neben den beschriebenen Angeboten auch die Möglichkeit offen, eine individuelle Beratung in der wöchentlichen zweistündigen Sprechstunde in Anspruch zu nehmen.

Ergebnisse und innovativer Ertrag

Nach Vortragsveranstaltungen in 40 Gruppen mit etwa 700 Teilnehmerinnen interessierten sich 35 Personen für eine konkrete Mitarbeit als Tagesmutter. Insgesamt wurden 27 Tagesmütter geschult und zertifiziert (i.d.R. ältere pflegeerfahrene Personen zwischen 55 und 75 Jahren). Bis zum Zeitpunkt der Berichtslegung befanden sich davon 15 Personen im regelmäßigen Einsatz in den Pflegehaushalten sowie in den Betreuungsgruppen und im Angehörigencafé. Für die wöchentlich stattfindenden Betreuungsleistungen der Tagesmütter wurde eine Aufwandsentschädigung von 8,00 € pro Stunde erstattet. Befragungen der Teilnehmerinnen der Kurse „Hilfe beim Helfen“ und der Gäste des Angehörigencafés ergaben eine sehr positive Resonanz. Auch die Befragung von Tagesmüttern zeigte, dass Ausbildung, Einsatz und Betreuung durch die gerontopsychiatrische Fachkraft (Projektleiterin) als sehr erfolgreich und gewinnbringend erlebt wurden.

Durch das Engagement der „Tagesmütter für Demenzkranke“ wurden aufeinander abgestimmte und ineinandergreifende Hilfeangebote möglich, die dem Ideal eines ganzheitlichen Unterstützungsansatzes im häuslichen Bereich nahe kamen. Durch diesen Ansatz wurde eine augenscheinliche Verbesserung von Wohlbefinden und Lebensqualität bei allen Betroffenen erzielt. Es ergaben sich erstaunliche Aktivierungsprozesse, die insgesamt eine zumindest temporäre Stabilisierung der häuslichen Betreuungssituation förderten. Der Einsatz der Tagesmütter verbesserte das familiäre Pflegeklima.

Mit dem Modellprojekt wurde der Nachweis erbracht, dass eine Struktur niederschwelliger Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige aufgebaut werden kann, die für eine flächendeckende Ergänzung professioneller ambulanter und teilstationärer Versorgungsstrukturen zur Verbesserung der häuslichen Pflegesituation sehr gut geeignet erscheint. Das Modellprojekt erhielt den „Innovationspreis 2001 – Neue Wege in der ambulanten Pflege“ des Sozialministeriums Rheinland-Pfalz.

Weiterführende Literatur zum Modellprojekt

Hess, M. (2000). Tagesmütter für Demenzkranke und andere Angebote zur Information, Krisenbewältigung und Weiterbildung. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Auftaktveranstaltung „Altenhilfestrukturen der Zukunft“, S. 160–166, Frechen.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Innovationspreis für Tagesmütter. dialog 1/2001, S. 3.

Implementation von Hausgemeinschaften in eine kleinräumig ausgerichtete Versorgungskette für pflegebedürftige ältere Menschen – Dießen

<p>Projektträger</p> <p>Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Oberbayern e.V. Edelsbergstraße 10, 80686 München) Telefon: (089) 54714113</p>	<p>Bundesland</p> <p>Bayern</p>
<p>Projektleitung</p> <p>Wolfgang Schindele (Geschäftsführer) Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Oberbayern e.V. Telefon: (089) 54714113 E-Mail: wolfgang.schindele@awo-obb.de</p>	<p>Förderschwerpunkt</p> <p>Lebenswelten, örtliche Ebenen, Quartiersbezug</p> <p>Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p> <p>Max Ruf (Fachabteilungsleitung Altenhilfe AWO BV Obb.) Cornelia Emili (Abteilungsleitung Finanzwesen AWO BV Obb.) Erika Seit (Pflegefachberaterin AWO BV Obb.) Gerhard Zelger/Sandra Maurer (Leiter/in Seniorenwohnpark Dießen)</p>
<p>Finanzierung</p> <p>82% BMFSFJ 9% Landesmittel Bayern 9% AWO Obb</p>	<p>Projektelevaluation</p> <p>Evaluation durch Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p>

Problemstellung und Ziele des Projektes

Die Wohn- und Lebenssituation in stationären Einrichtungen empfinden ältere und pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner oft als nicht zufriedenstellend. Im Seniorenwohnpark Dießen wurde versucht, eine Wohn- und Lebenssituation zu schaffen, die sich durch Privatsphäre (Einzelzimmer), Teilhabe und Teilnahme am alltäglichen Geschehen (z. B. Essenszubereitung) und Geborgenheit in Kleingruppen auszeichnet. Dafür wurde ein Hausgemeinschaftskonzept entwickelt.

Eine Hausgemeinschaft hat sieben Bewohnerinnen und Bewohner, für die eine sogenannte Präsenzkraft kontinuierlich zuständig ist. Sie ist sowohl für die hauswirtschaftlichen Belange der Hausgemeinschaft als auch für die individuelle Pflegeleistung der Bewohnerinnen und Bewohner verantwortlich. Zentrale Aufgabe des Projektes war, dieses Konzept Schritt für Schritt praxistauglich zu machen und die Hausgemeinschaften in die örtliche Versorgungskette zu integrieren.

Im Einzelnen wurden folgende Ziele verfolgt:

- Realisierung und Weiterentwicklung des Hausgemeinschaftskonzeptes im Rahmen einer stationären Einrichtung der Altenhilfe
- Aufbau einer lückenlosen, gut koordinierten und kleinräumig angelegten Versorgungskette, in die die Hausgemeinschaften eingebettet werden
- Gewährleistung einer hohen Wohnqualität
- Überprüfung der Generalisierbarkeit einer solchen Versorgungskette

Projektverlauf

Der neu erbaute Seniorenwohnpark Dießen wurde im Oktober 2000 eröffnet. Er verfügt über 42 vollstationäre Plätze (zzgl. sechs weitere für Tages- oder Kurzzeitpflege), die sich auf sechs stationäre Hausgemeinschaften verteilen.

Im Vorfeld der Eröffnung wurde eine ausführliche Konzeption erarbeitet, in deren Mittelpunkt die Beschreibung der arbeitsorganisatorischen Umsetzung dieser neuen Form der Versorgung pflegebedürftiger Menschen in einer stationären Einrichtung stand.

Nach der Inbetriebnahme wurden in der Funktionsphase die Erfahrungen der Modellmitarbeiterinnen und –mitarbeiter erhoben und teilnehmende Beobachtung sowie Zufriedenheitsbefragungen bei Bewohnerinnen und Bewohnern, Angehörigen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durchgeführt. Die hierbei gewonnenen Erkenntnisse wurden zur Weiterentwicklung der Konzeption und zur Entwicklung von Handlungsstrategien verwertet. Das Betriebskonzept des Hauses wurde dabei den praktischen Erfahrungen gemäß weiterentwickelt.

Ergebnisse und innovativer Ertrag

Durch das Modellprojekt konnte ein wesentlicher Beitrag zur Weiterentwicklung stationärer Versorgungsformen geleistet werden. Die im Verlauf des Modellprojektes gewonnenen Erkenntnisse und die daraus entwickelten Handlungsstrategien stehen anderen Trägern zur Verfügung. Mit der Umsetzung der Grundgedanken des Hausgemeinschaftskonzeptes rückte ein neues Verständnis von Altenhilfe in den Vordergrund. Dieses wurde gleichzeitig in die praktische Arbeit eingeführt.

Deutlich wurde durch das Modellprojekt, dass diese Konzeption sowohl bei Betroffenen als auch bei Angehörigen zu weit überdurchschnittlicher Zufriedenheit führt. Jedoch sind damit auch Anforderungen an das Personal (insbesondere der Präsenzkkräfte) verbunden, die teilweise zu Überforderungen führten und zumindest einen erheblichen Fortbildungsbedarf mit sich bringen. Ebenso deutlich wurden Widersprüche zwischen dieser neuen Betreuungsform und den herrschenden gesetzlichen Grundlagen. Diese sind zwar durchaus überwindbar, setzen aber die Bereitschaft aller Akteure – insbesondere der Kostenträger und Aufsichtsbehörden – voraus neue Wege zu gehen, um die Lebens- und Wohnqualität für pflegebedürftige ältere Menschen zu verbessern.

Weiterführende Literatur zum Modellprojekt

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2000). Hausgemeinschaften. Die 4. Generation des Altenpflegeheimbaus. BMG Modellprojekte, Band 8, Köln.

Dunkel, W. (2001). Hausgemeinschaften in der stationären Altenhilfe – Pilotprojekt der AWO Oberbayern. Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 11, S. 411-415.

Konzeption zum Seniorenwohnpark Dießen als download (www.awo-obb.de) verfügbar

Gerontopsychiatrische Wohngemeinschaft – Diakoniezentrum Bethesda e. V. – Eisenberg

<p>Projektträger</p> <p>Diakoniezentrum Bethesda e.V. Johanniterstraße 1 07607 Eisenberg/Thüringen Telefon: (036691) 49-4 Einrichtung des Johanniterordens und des Diakonischen Werkes der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Thüringen e.V.</p>	<p>Bundesland</p> <p>Thüringen</p>
<p>Projektleitung</p> <p>Stephan Bergner Diakoniezentrum Bethesda e.V. Johanniterstraße 1 07607 Eisenberg/Thüringen Telefon: (036691) 49-436 E-Mail: dzb-bergner@t-online.de</p>	<p>Förderschwerpunkt</p> <p>Besondere Hilfen und Versorgungsmaßnahmen für Demenzkranke</p> <p>Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p> <p>Anne Schwedat (Dipl. Sozialpädagogin) Ullrich Gigold (Mototherapeut)</p>
<p>Finanzierung</p> <p>90% BMFSFJ 10% Diakoniezentrum Bethesda e.V.</p>	<p>Projektevaluation</p> <p>Evaluation durch Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p>

Problemstellung und Ziele des Projektes

Einrichtungen der stationären Altenhilfe sehen sich mit einer ständigen Zunahme von Bewohnerinnen und Bewohnern mit demenziellen Veränderungen konfrontiert. Sowohl die herkömmliche Pflegestruktur als auch die Pflegenden selbst sind zunehmend von den Herausforderungen, die eine stationäre Betreuung demenziell erkrankter alter Menschen mit sich bringt, überfordert. Ausgeprägtem Bewegungs- und Beschäftigungsdrang, gestörter Kommunikation, eingeschränkter Orientiertheit, gestörtem Zeitempfinden, zunehmenden, soziale Normen ignorierenden Verhaltensweisen sollen im Modellprojekt mit einem personen- und bedürfnisorientierten milieutherapeutischen Ansatz begegnet werden.

Hauptziel des Vorhabens ist es, die gesamte Lebensumwelt des demenziell erkrankten Bewohners so zu verändern und anzupassen, dass die Einschränkungen dieser Menschen in ihrer Alltagskompetenz berücksichtigt und ihre Folgen abgemildert werden. Die wichtigste Zielgruppe (neben den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern und Angehörigen) des Modellprojekts sind dementsprechend mobile Personen mit leichten bis mittelgradigen demenziellen Veränderungen, die charakteristische Verhaltensauffälligkeiten zeigen und in ihrer Alltagskompetenz erheblich beeinträchtigt sind.

Projektverlauf

Das Projekt startete in den nach Maßgabe der Konzeption „Gerontopsychiatrische Wohngemeinschaft“ renovierten Räumlichkeiten mit einer gemischten Bewohnerstruktur. Zu Beginn der Projektarbeit wurde die Ausgangssituation mit Hilfe einer Ist-Analyse festgehalten und ein standardisiertes Beobachtungsverfahren (Gerontopsychiatrisches Assessment) entwickelt, mit dem charakteristische Eigenschaften, Verhaltensweisen und Bedürfnisse der Bewohner als Voraussetzung der Planung des therapeutischen Pflegebedarfs erfasst werden können. Die Entwicklung einer „Gerontopsychiatrischen Skale“ erfolgte gleichzeitig, um ein Instrument zur Verlaufskontrolle zum Einsatz bringen zu können. Das Assessment-Instrumentarium wurde während der Projektlaufzeit immer wieder verfeinert, um eine präzisere und für das Pflegepersonal möglichst

praktikable Zustandserfassung der Bewohnerinnen und Bewohner zu ermöglichen. In den folgenden Projektphasen wurden Konzepte für alle Teilbereiche der Projektarbeit, wie Gruppenangebote, Morgenbegegnung, Umgebungsgestaltung, Biografiearbeit, Angehörigenarbeit, Mitarbeiterfortbildung, Teambesprechung, Supervision etc. sukzessive entwickelt und eingeführt. Im Projektverlauf erfolgte eine erfahrungsgeleitete, an den Bewohnerbedürfnissen angepasste Modifikation der Ausstattung des gemeinschaftlich genutzten Wohnraumes im Sinne eines handlungsauffordernden Umfeldes.

Ergebnisse und innovativer Ertrag

Durch die bedürfnisbezogene Gestaltung des räumlichen Umfeldes werden Voraussetzungen für Verbesserungen von Sicherheit, Betätigung, Bewegung, soziale Gemeinschaft, aber auch Rückzug und Entspannung für die Bewohner geschaffen. Durch Morgenbegegnung, Morgenandacht, Teilnahme an alltagspraktischen Verrichtungen, Gruppen- und Therapiestunden sowie gemeinsame Veranstaltungen werden Elemente einer zeitlichen Tagesstrukturierung erfolgreich eingeführt. Die Angebote finden in der Regel in (homogenen) Kleingruppen statt und werden von vertrauten Bezugspersonen durchgeführt. Die hierdurch erzielten Verbesserungen der Lebenssituation der Bewohner zeigen sich u.a. darin, dass

- Gefahren- und Konfliktsituationen wesentlich weniger auftreten,
- herausfordernde Verhaltensweisen (Weglauff Tendenzen, Aggressionsbereitschaft, Fremd- oder Eigengefährdung) deutlich reduziert werden,
- Bewohner aktiver werden und weniger Isolation suchen,
- die Gabe von Psychopharmaka bzw. Sedativa gesenkt werden kann,
- Alltagskompetenzen, Orientierungsvermögen und Bewegungsfähigkeit verbessert werden und
- Angst- und Stressreaktionen seltener zu beobachten sind.

Von zentraler Bedeutung für die Modelleffekte ist die Verknüpfung therapeutischer, psychosozialer und pflegerischer Kompetenzen in der Zusammenarbeit eines multiprofessionellen Teams nach Maßgabe der im Rahmen des Projektverlaufs entwickelten Konzeption einer therapeutischen Beziehungspflege. Die Erkenntnisse über die Zusammensetzung und Qualifikation des Betreuungsteams führte auch zur Ausarbeitung einer Fort- und Weiterbildungskonzeption für examinierte Pflegekräfte.

Das Modellprojekt belegt, dass die Förderung und Pflege demenziell veränderter Menschen optimiert und Mitarbeiterzufriedenheit sowie Angehörigenzufriedenheit gesteigert werden kann, wenn im Rahmen des gerontopsychiatrischen Wohngemeinschaftssettings die Arbeit nach einem multiprofessionalen Ansatz so organisiert wird, dass eine therapeutische Beziehungspflege umsetzbar ist.

Weiterführende Literatur zum Modellprojekt

Bergner, St. (2000). Gerontopsychiatrische Wohngemeinschaft in Eisenberg. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Auftaktveranstaltung „Altenhilfestruckturen der Zukunft“, S. 195–200, Frechen.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Gerontopsychiatrische Wohngemeinschaft – Was ist ein „handlungsaufforderndes Umfeld“? dialog 2/2002, S. 5.

Alzheimer Zentrum Hamburg – Hamburg

<p>Projektträger</p> <p>HAMBURGISCHE BRÜCKE – Beratungsstelle für ältere Menschen und ihre Angehörigen Martinistraße 29 20251 Hamburg Telefon: (040) 4602168 E-Mail: bst-epp@hamburgische-bruecke.de Alzheimer Gesellschaft Hamburg e.V. Wandsbeker Allee 75 22041 Hamburg Telefon: (040) 68913625 E-Mail: alzheimer.ges.hamburg@t-online.de</p>	<p>Bundesland</p> <p>Hansestadt Hamburg</p> <hr/> <p>Förderschwerpunkt</p> <p>Besondere Hilfen und Versorgungsmaßnahmen für Demenzkranke</p>
<p>Projektleitung</p> <p>Angelika Maaßen (HAMBURGISCHE BRÜCKE) Heinz-Adolf Giese (Alzheimer Gesellschaft Hamburg)</p>	<p>Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p> <p>Gabriele Herschelmann (Dipl.-Pädagogin) Astrid Madey (Dipl.-Sozialpädagogin) Sabine Völker (Dipl.-Sozialpädagogin) Stefan Praße (Dipl.-Bibliothekar)</p>
<p>Finanzierung</p> <p>73% BMFSFJ 23% Behörde für Familie und Soziales (BFS) 4% Hamburgische Brücke</p>	<p>Projektevaluation</p> <p>Evaluation durch Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p>

Problemstellung und Ziele des Projektes

Die Versorgungslage Demenzkranker und ihrer Angehörigen weist in Hamburg eine Reihe gravierender Mängel auf. Es mangelt bei den beruflich Pflegenden an Wissen über Demenzkrankheiten und die Versorgungsrealität der Angehörigen; die Kompetenzen der Angehörigen werden seitens der professionell Tätigen unzureichend wahrgenommen und genutzt; die Angehörigen wissen ebenfalls zu wenig über das Krankheitsbild; die Selbsthilferessourcen der Angehörigen werden ungenügend weiterentwickelt; die Betreuung der Erkrankten im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich erfolgt nicht nach neuesten Erkenntnissen; freiwillige Familienpflege wird nicht ausreichend unterstützt; die Zusammenarbeit zwischen Professionellen und Angehörigen erfolgt nicht im erforderlichen Ausmaß und wenn, dann nicht selten in kräftezehrendem gegenseitigen Unverständnis.

Das Alzheimer Zentrum Hamburg verfolgte das Projektziel, ein Pflegebündnis zwischen beruflich Pflegenden und betroffenen Angehörigen auf der Grundlage partnerschaftlicher Zusammenarbeit zu entwickeln. Dies sollte mit Projektmaßnahmen auf drei Ebenen erreicht werden:

- Weiterqualifizierung beruflich Pflegenden zu Multiplikatoren (Multiplikatorenschulung)
- Förderung der Selbsthilfe pflegender Angehöriger (Angehörigenarbeit) verbunden mit der Zusammenführung beider Gruppen in so genannten Praxisobjekten
- Information zum Thema Demenz im Rahmen einer Infothek

Kriterium für den Erfolg der Maßnahmen sollten die in den Praxisobjekten erarbeiteten neuen, gemeinsamen Arbeitsformen sein.

Projektverlauf

In der Projektphase Januar 2001 bis Januar 2003 hat das Alzheimer Zentrum Hamburg das Pflegebündnis zunächst im stationären und anschließend im ambulanten Bereich erprobt. Auf der Basis einer Kooperationsvereinbarung waren acht Pflegeheime mit je einem Wohnbereich und acht Pflegedienste/Sozialstationen, die jeweils zwei Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter ent-

sandten, beteiligt. Die ausgewählten Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen erhielten eine umfangreiche, 175 Unterrichtsstunden umfassende **Multiplikatoren-schulung**.

Parallel hierzu fand die einrichtungsbezogene **Angehörigenarbeit** in Gruppen statt. Die Ziele der Angehörigenarbeit, insbesondere die Stärkung der Selbsthilfe, die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit beruflich Pflegenden und die Erweiterung von pflegerelevantem Wissen waren – analog zur Multiplikatoren-schulung – auf problemorientierte Wissensvermittlung, Entwicklung neuer Sichtweisen und Erwerb neuer Handlungsmöglichkeiten bezogen. Insgesamt nahmen 107 Angehörige teil.

Das primäre Ziel der Infothek war es, Informationen über Demenzerkrankungen und Versorgungsangebote in Hamburg zu sammeln und diese beruflich pflegenden und betroffenen Angehörigen zugänglich zu machen. Zu diesem Zweck wurde ein Medienbestand von 49 Videos, 290 Sachbüchern, 630 Fachartikeln und elf Spielen aufgebaut. Das Serviceangebot umfasst die Zusammenstellung individueller „Informationspakete“, die Herausgabe betreuungsspezifischer Rundbriefe sowie von sog. Themenmappen zu verschiedenen Pflegeproblemen (z. B. Aggressionen bei Demenzkranken).

Ergebnisse und innovativer Ertrag

In den beiden Kursen der Multiplikatoren-schulung wurden insgesamt 32 Pflegekräfte weiterqualifiziert. Die Vorher-Nachher-Befragung der Multiplikatoren ergab eine deutliche Verbesserung sowohl des Wissens über Demenz als auch der Sicherheit im pflegerischen Umgang mit Demenzkranken und mehr als die Hälfte der Multiplikatoren konnte das Erlernte sehr oft bzw. oft in der Arbeit anwenden. Im Vergleich der Erst- und Zweitbefragung lässt sich eine Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Angehörigen vorrangig im stationären, aber auch im ambulanten Bereich deutlich nachweisen.

Die Wirkungen der Arbeit in den Angehörigengruppen, die Themenabende und die Praxisprojekt-tage verdeutlichen ebenfalls, dass „Pflegebündnisse“ auch aus Sicht der Angehörigen erfolgreich umgesetzt werden können. Dies zeigt sich im Vergleich der Ergebnisse der Angehörigenbefragungen in der Einschätzung eines deutlichen Zuwachses der eigenen Kompetenz im Hinblick auf Wissen über Demenz und den Umgang mit dem demenzkranken Familienmitglied sowie der Verbesserung der Zusammenarbeit mit den beruflich Pflegenden.

Die Zahl der Nutzer der Infothek wies eine kontinuierlich steigende Tendenz auf. Gleichwohl kann bei einer Gesamtzahl von 432 anfragenden Personen – auch im Hinblick auf die nicht unerheblichen Kosten – nur von einer insgesamt befriedigenden Nutzung gesprochen werden.

Ein weiterführender Beitrag des Modellprojekts Alzheimer Zentrum Hamburg ist ein Handbuch zur Schulung von Multiplikatoren in Demenzeinrichtungen, mit dessen Entwicklung bei Projektende begonnen wurde.

Weiterführende Literatur zum Modellprojekt

Maaßen, A. (2000): Alzheimer Zentrum Hamburg. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Auftaktveranstaltung „Altenhilfestrukturen der Zukunft“, S. 167–174, Frechen.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Pflegebündnis für Demenzkranke. dialog 1/2003, S. 7.

Ein Beitrag zu mehr Markttransparenz und Patienten- und Verbraucherschutz im Bereich ambulante Pflegedienste in der Stadt Mainz – Mainz

<p>Projektträger</p> <p>Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz e.V. Ludwigstraße 6 55116 Mainz Telefon: (06131) 2848-0 E-Mail: info@verbraucherzentrale-rlp.de</p>	<p>Bundesland</p> <p>Rheinland-Pfalz</p>
<p>Projektleitung</p> <p>Sabine Strüder Telefon: (06131) 2848-43 E-Mail: strueder@verbraucherzentrale-rlp.de</p>	<p>Förderschwerpunkt</p> <p>Struktur- und Systementwicklung, Planung und Koordination</p> <p>Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p> <p>Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Beratungs- und Koordinierungsstellen in der Stadt Mainz Honoraranwältin (stundenweise) Aushilfskraft (stundenweise)</p>
<p>Finanzierung</p> <p>49% BMFSFJ 37% Verbraucherzentrale (Eigenmittel) 14% Landesmittel Rheinland-Pfalz</p>	<p>Projektevaluation</p> <p>Evaluation durch Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p>

Problemstellung und Ziele des Projektes

Mit dem Pflegeversicherungsgesetz ist auch der Markt für Pflegedienstleistungen eröffnet worden, mit der Konsequenz, dass das Angebot an Pflegedienstleistungen stetig zunimmt. Zwar bietet die Vielzahl der Anbieter einen besseren Wettbewerb, unter Qualitätsaspekten bedeutet ein solcher Konkurrenzmarkt allerdings, dass der Entscheidungskompetenz und Souveränität der pflegebedürftigen Menschen als „Kunden“ ein hoher Stellenwert zukommt. Das wachsende Angebot an Pflegedienstleistungen erschwert für Betroffene und ihre Angehörigen die Orientierung und die Möglichkeit, einen Anbieter zu finden, dessen Leistung auf die persönlichen Bedürfnisse des Pflegebedürftigen abgestimmt ist. Hinzu kommt, dass häufig gerade Pflegebedürftige nicht als gleichberechtigte Marktpartner anzusehen sind, da sich die Pflegebedürftigkeit ja gerade über Einschränkungen der körperlichen, geistigen und/oder seelischen Kräfte definiert. Dementsprechend lautet die Zielsetzung des Vorhabens:

- Verbesserung des Patienten- und Verbraucherschutzes für ältere, behinderte oder chronisch kranke Menschen
- Schaffung von mehr Markttransparenz über die existierenden Leistungserbringer unabhängig von ihrer Trägerschaft
- Verbesserung der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege

Projektverlauf

Gemeinsam mit den Beratungs- und Koordinierungsstellen der Sozialstationen in der Stadt Mainz (BeKos) hat die Verbraucherzentrale während der zweijährigen Projektlaufzeit drei verschiedene Maßnahmen realisiert.

Informations- und Beschwerdetelefon für Pflege: Um eine anbieterunabhängige und diskret arbeitende Anlaufstelle für Probleme und Beschwerden zu schaffen, haben die Projektteilnehmer ein Beschwerdetelefon „Pflege“ in den Räumen der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz e.V. eingerichtet. Mit diesem Instrument sollen Anfragen und Missstände systematisch erfasst und im Sinne eines Case Managements bearbeitet werden. **Überprüfung der Allgemeinen Geschäftsbedingungen auf Verstöße gegen das Gesetz zur Regelung des Rechts der Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB-Gesetz):** Aus anderen Rechtsbereichen war be-

kannt, dass Vertragsgestaltungen häufig nicht mit dem Gesetz zur Regelung der Allgemeinen Geschäftsbedingungen konform gehen. Demgemäß wurden alle in Mainz tätigen ambulanten Pflegedienste um Zusendung ihres Vertrages zwecks Überprüfung gebeten. **Erstellung einer Checkliste mit Marktübersicht zur Auswahl eines ambulanten Pflegedienstes in Mainz:** Die Erkenntnisse aus den beiden vorgenannten Maßnahmen flossen in die Erstellung einer Checkliste für die Auswahl eines ambulanten Pflegedienstes ein.

Ergebnisse und innovativer Ertrag

Das Informations- und Beschwerdetelefon konnte sich im Zeitraum September 2000 bis April 2002 als wichtige Verbraucherschutzeinrichtung in der Pflege etablieren. Insgesamt wurden über 400 Kontakte verzeichnet. In etlichen Fällen konnte Pflegebedürftigen zu ihrem Recht verholfen werden bzw. es konnten durch eine neutrale und anbieterunabhängige Beratung zahlreiche Konflikte auch außergerichtlich beigelegt werden. Eine Telefonbefragung zeigte, dass die Betroffenen mit den geleisteten Hilfestellungen zufrieden bzw. sehr zufrieden waren.

Bei der Überprüfung der Mainzer Pflegedienstverträge lagen in allen Fällen Verstöße kleineren oder größeren Umfangs vor. Bis Ende des Jahres 2001 hatten 24 der 27 Pflegedienste die Beanstandungen zumindest teilweise behoben. Darüber hinaus wurde ein Mustervertrag erstellt und den Pflegediensten zur Verfügung gestellt. Über die ursprüngliche Projektkonzeption hinausgehend wurde aufgrund der in der Projektlaufzeit vorgenommenen weitreichenden gesetzlichen Änderungen (Pflegequalitätssicherungsgesetz und Schuldrechtsnovelle) eine erneute Überprüfung der Pflegedienstverträge durchgeführt. Bis zum Ende der Projektlaufzeit (31.4.2002) hatten lediglich zehn von 24 Pflegediensten Vertragsmodifikationen durchgeführt. Die bei der Überprüfung festgestellten Unklarheiten bezüglich der Formulierung von Art, Inhalt und Umfang der Leistungen sowie deren Vergütungen unterstreichen die Bedeutung entsprechender Musterverträge.

Zum Abschluss der Projektlaufzeit wurde eine Broschüre erstellt, die neben den allgemeinen Auswahlkriterien für einen Pflegedienst einen besonderen Schwerpunkt auf die Ausgestaltung des Pflegedienstvertrages legt sowie eine Marktübersicht der in Mainz zugelassenen ambulanten Pflegedienste mit ihren speziellen Angeboten enthält.

Die Kooperation der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz e.V. mit der Arbeitsgemeinschaft der Beratungs- und Koordinierungsstellen (BeKo) stellt eine bedeutende Innovation dar. Die interessenunabhängigen Rechtsberatungs- und Informationskompetenzen der Verbraucherzentrale wurden synergistisch mit den spezifischen sozialarbeiterischen sowie betreuungs- und pflegebezogenen Kompetenzen der BeKos gebündelt und der Zielgruppe zur Verfügung gestellt. Für Rheinland-Pfalz wird das Informations- und Beschwerdetelefon Pflege seit Februar 2003 landesweit im Rahmen der Pflegequalitätsoffensive des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit mit sehr großer Resonanz angeboten.

Weiterführende Literatur zum Modellprojekt

Strüder, S. (2000): Ein Beitrag zu mehr Markttransparenz und Patienten- und Verbraucherschutz im Bereich ambulanter Pflegedienste in der Stadt Mainz. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Auftaktveranstaltung „Altenhilfestrukturen der Zukunft“, S. 69–76, Frechen.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Markttransparenz und Qualitätssicherung dringend erforderlich. dialog 1/2001, S. 7.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Neutrale Beratung sichert Verbraucherrechte. dialog 6/2003, S. 2–3.

Gerontopsychiatrische Patienten im familialen Bezugssystem – Neustrelitz

<p>Projektträger</p> <p>ISBW – Institut für Sozialforschung und Berufliche Weiterbildung gGmbH Tiergartenstraße 6 17235 Neustrelitz Telefon: (03981) 205242 E-Mail: genamv@freenet.de</p>	<p>Bundesland</p> <p>Mecklenburg-Vorpommern</p>
<p>Projektleitung</p> <p>Prof. Dr. Cornelia Kricheldorf (bis 30.09.2002) Dr. Antje Danielzik</p>	<p>Förderschwerpunkt</p> <p>Besondere Hilfen und Versorgungsmaßnahmen für Demenzkranke“</p>
<p>Finanzierung</p> <p>81% BMFSFJ 12% Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern 7% Eigenmittel</p>	<p>Projektelevaluation</p> <p>Evaluation durch Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p>

Problemstellung und Ziele des Projektes

Durch den demographischen Wandel steigt der Anteil der älteren Menschen in der Bevölkerung. Gestiegene Lebenserwartung und die damit verbundene Hochaltrigkeit bergen für den Einzelnen das Risiko, gerontopsychiatrisch zu erkranken, für die Familie, mit der Erkrankung eines Angehörigen konfrontiert zu werden. Etwa vier Fünftel der Erkrankten werden zu Hause von Familienangehörigen betreut und gepflegt. Die Erkrankung erfordert oft eine Neustrukturierung von Lebensgewohnheiten, neue Rollen müssen übernommen werden und Familienstrukturen ändern sich. Dies ist mit großen Belastungen verbunden und umfangreiche Bewältigungsstrategien in Bezug auf emotionale Reaktionen sowie die Entwicklung neuer Umgangsweisen mit dem Erkrankten müssen gelernt werden. Dabei brauchen Familien und pflegende Angehörige besondere Beratung und Hilfe.

Dementsprechend soll durch das Projekt – auf der Basis einer regionalen Problem- und Bedarfsanalyse – ein spezifischer Beratungs- und Unterstützungsansatz zum Erhalt und zur Wiederherstellung des familiären Gleichgewichts und zur Reduzierung von Belastungssituationen entwickelt und umgesetzt werden. Darüber hinaus soll in Mecklenburg-Vorpommern ein landesweites Netzwerk zur Unterstützung pflegender Angehöriger aufgebaut werden.

Projektverlauf

Aus den Ergebnissen der Problem- und Bedarfsanalyse und einer Systematisierung von bundesweit ermittelten Unterstützungskonzepten wurde ein spezifischer Beratungs- und Unterstützungsansatz mit den Kernelementen „angeleitete Gesprächsgruppe für pflegende Angehörige“ und „Betreuungsgruppe für Demenzkranke“ entwickelt. Die angeleiteten Gesprächsgruppen basieren auf einem transaktionsanalytisch orientierten Beratungskonzept. Durch Informationen und Erfahrungsaustausch sowie die Bereitstellung von Rahmenbedingungen für eine Auseinandersetzung mit problematischen Anteilen der eigenen Persönlichkeit und der Beziehung zum Gepflegten, lernen die Angehörigen die Defizite des Erkrankten anders einzuschätzen und die Möglichkeiten materieller sowie sozialer Unterstützung angemessener wahrzunehmen. Für die Verankerung der angeleiteten Gesprächsgruppen und der Betreuungsgruppen für Demenzkranke wurden an zehn Standorten in Mecklenburg-Vorpommern Kooperationspartner in Gesprächen mit Wohlfahrtsverbänden und Versorgungseinrichtungen der Altenhilfe gewonnen. Mit der AOK des Landes – weitere Kassen kamen im Projektverlauf hinzu – wurde auf der Basis

des §45 SGB XI (Pflege- und Betreuungskurse) die Finanzierung der Durchführung der angeleiteten Gesprächsgruppen vertraglich abgesichert. Für die Leitung der Gesprächsgruppen wurden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der gewonnenen Kooperationspartner auf der Basis eines Schulungsprogramms qualifiziert. Die an den zehn Standorten gestarteten „Pilotprojekte“ fungierten auch als Keimzellen für die Initiierung regionaler Netzwerke im Hinblick auf den Aufbau des landesweiten „Gerontopsychiatrischen Netzwerkes Angehörigenarbeit“.

Ergebnisse und innovativer Ertrag

Während der Laufzeit des Modellprojektes nahmen insgesamt 108 pflegende Angehörige an 15 angeleiteten Gesprächsgruppen teil, für die eine entsprechende Anzahl von Leiterinnen qualifiziert werden konnte. Pro Jahr fanden in der Regel 22 Gesprächsgruppentermine in einem vierzehntägigen Rhythmus statt. Eine Befragung der teilnehmenden Angehörigen erbrachte u.a., dass diese im Vorher-Nachher-Vergleich in Folge der Kurserfahrungen eher bereit waren, professionelle Hilfe anzunehmen. Die Gesprächsgruppen wirken sich nach Einschätzung der Betroffenen auch positiv auf deren körperliche Gesundheit aus. Insgesamt wird von den Projektmitarbeiterinnen und Mitarbeitern festgestellt, dass von der Teilnahme an den Gesprächsgruppen eine stabilisierende Wirkung auf die familiäre Pflegesituation ausgeht.

Die parallel zu den Gesprächsgruppenterminen geplanten Betreuungsgruppen für Demenzkranke wurden aufgrund der gemäß §39 SGB XI (Urlaubs- und Verhinderungspflege) vorgesehenen Finanzierung nur in geringem Umfang angenommen. Das vom Modellprojekt erarbeitete und erfolgreich erprobte Schulungsprogramm für Gesprächsgruppenleiterinnen dient in Zukunft als Qualitätsstandard für die Landes-AOK bezüglich einer Finanzierung von Angehörigenkursen. Der Aufbau des landesweiten „Gerontopsychiatrischen Netzwerkes Angehörigenarbeit“ wurde mit der Initiierung von regionalen Netzwerken und Arbeitskreisen angegangen. Bei den Netzwerkveranstaltungen trafen sich Fachkräfte aus der Altenhilfe, von Kostenträgern, Ärzten und Angehörige. Bestehende Angebote und Defizite vor Ort wurden transparent gemacht und erste Arbeitsschritte zur Verbesserung der Situation sind eingeleitet worden.

Der Versuch des Modellprojekts, mittels einer Bottom-up-Strategie über die Etablierung von lokalen „Pilotprojekten“ eine qualitativ hochwertige Entlastungsstruktur für pflegende Angehörige von Demenzkranken zu etablieren, hat für die Gestaltung von gerontopsychiatrischen Unterstützungsleistungen im Bereich häuslicher Pflege in dünn besiedelten Flächenstaaten innovativen Charakter.

Weiterführende Literatur zum Modellprojekt

- Kricheldorf, C. (2002). Gerontopsychiatrisches Netzwerk Angehörigenarbeit Mecklenburg-Vorpommern. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). "Altenhilfestrukturen der Zukunft" – Eine Zwischenbilanz. Forum Altenhilfe, Sonderheft 2002, 2. Jg., S. 65–71.
- Raven, U. und Kricheldorf, C. (2003): Unterstützungsleistungen für die Familie bzw. die pflegenden Angehörigen von Demenzkranken. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). "Ehrenamtlichkeit und Professionalität bei der Betreuung Demenzkranker". Forum Altenhilfe, Sonderheft 2003, 3. Jg., S. 70–76.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). GeNa und AOK machen gemeinsame Sache. dialog 6/2003, S. 7.

Home Care Nürnberg – Virtuelles Altenheim – Nürnberg

<p>Projektträger</p> <p>Praxisnetz Nürnberg Nord Flataustraße 25, 90411 Nürnberg Telefon: (09 11) 512928</p>	<p>Bundesland</p> <p>Freistaat Bayern</p>
<p>Projektleitung</p> <p>Marius Greuèl Home-Care Nürnberg Vogelsgarten 1, 90402 Nürnberg Telefon: (09 11) 597 57 70 E-Mail: homecare.nuernberg@t-online.de</p>	<p>Förderschwerpunkt</p> <p>Struktur,- Systementwicklung, Planung und Koordinierung</p> <p>Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p> <p>Marius Greuèl (Dipl.-Sozialpädagoge) Ulrike Blechschmidt (Dipl.-Sozialpädagogin)</p>
<p>Finanzierung</p> <p>77% BMFSFJ 11% Landesmittel Bayern 7% Kommune, Kassen 5% Eigenmittel</p>	<p>Projektevaluation</p> <p>Evaluation durch Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p>

Problemstellung und Ziele des Projektes

Zentrales Ziel des Modellvorhabens war der Aufbau eines integrierten Versorgungsmanagements für ältere und chronisch kranke Patienten. Die wichtigsten Teilziele betrafen die Sicherstellung der häuslichen Versorgungssituation sowie die Vermeidung unnötiger Heimeinweisungen. Die Überleitung in das häusliche Umfeld nach einem Krankenhausaufenthalt im Sinne eines Schnittstellenmanagements war eine weitere Zielsetzung des Modells. Dazu sollte Home Care Nürnberg als Koordinierungs- und Beratungsstelle für ältere Patienten in Kooperation mit einem Ärztenetz (Praxisnetz Nürnberg Nord) aufgebaut werden. Weiterhin sollte in Zusammenarbeit mit einem qualifizierten Anbieterverbund (Netzwerk) sowie mit multimedialer Technikunterstützung ein lückenloses Versorgungsmanagement (Case Management) entwickelt und implementiert werden. Gedacht war dabei an den Aufbau eines "virtuellen Altenheims" im Sinne eines integrierten ambulanten Versorgungsverbundes, der alle für den Betroffenen notwendigen Dienstleistungen bereitstellen bzw. organisieren sollte. Zusätzlich sollte der neue Versorgungsverbund durch eine bildgestützte Kommunikation – das so genannte Telemonitoring – unterstützt werden. Parallel sollte ein effektives Netzwerk bestehend aus allen relevanten Akteuren aus der Altenhilfe, der Altenpflege sowie der Heil- und Hilfsmittelversorgung aufgebaut werden.

Projektverlauf

Im Projektverlauf wurden eine Reihe von Teilprojekten gestartet und realisiert, zunächst der Aufbau einer Qualitätsgemeinschaft, bestehend aus den vor Ort vorhandenen Anbietern von Dienstleistungen im Pflege- bzw. Altenhilfebereich sowie bereits existierenden Koordinierungsverbänden (ZAPf – Zentrale Anlaufstelle Pflege, Zusammenschluss der Pflegedienste der größeren Träger). Zu Projektende gelang es, eine Vereinbarung über den Aufbau eines gemeinsamen Koordinierungsverbundes abzuschließen. Im Rahmen der Kooperation der Qualitätsgemeinschaft entstand das Teilprojekt "Hilfelotse online". Dabei wurde eine Datenbank für den Nürnberger Raum entwickelt (Pflichtenheft) und erprobt.

Schwerpunkt der Arbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Home Care lag auf der fallbezogenen Zusammenarbeit mit den sog. Koordinierungsärzten/-ärztinnen des Praxisnetzes

Nürnberg Nord. In der Kooperation mit ca. 40 Koordinierungsärzten/-ärztinnen wurde das Case Management für Patientinnen und Patienten mit Hilfebedarf von Home Care organisiert. Dazu wurde die gesamte Fallkoordination, die Qualifikation der koordinierenden Ärztinnen und Ärzte bzw. der Arzthelferinnen sowie die Auswahlkriterien und Verfahrensstandards entwickelt und realisiert.

Ergebnisse und innovativer Ertrag

Die zentralen Ergebnisse beziehen sich auf das Case Management bzw. die Beratungs- und Koordinierungstätigkeit von Home Care. Insgesamt wurden 250 Fälle von Home Care beraten und betreut. 60 % dieser Fälle wurden von den Koordinationsärztinnen bzw. -ärzten überwiesen. Das restliche Klientel wurde aus dem sonstigen ambulanten Bereich bzw. aus Krankenhäusern zugewiesen. Ein Case Management wurde in ca. 20 % der Fälle durchgeführt. Dabei betrug der Beratungsaufwand durchschnittlich zehn Stunden. In ca. 50 % der Fälle konnte bei einer Auswertung eine positive Wirkung des Fallmanagements nachgewiesen werden. Bei einem Drittel der Fälle mit positiven Wirkungen konnte die nächst höhere und damit teurere Versorgungsstufe vermieden werden.

Weitere wichtige Ergebnisse manifestieren sich in den Kooperationserfahrungen mit den niedergelassenen Ärzten. Die modellbedingte strukturelle Einbindung von Koordinierungsärzten/-ärztinnen, die dem Praxisnetz Nürnberg Nord angehören hat dazu geführt, dass Home Care Nürnberg zu einer engen und dauerhaften Zusammenarbeit mit der Hausärzteschaft gekommen ist. Gerade die Erfahrungen in der Kooperation mit dem Praxisnetz stellen einen bedeutsamen Fortschritt im Aufbau von regionalen Netzwerken dar. Der angestrebte Koordinierungsverbund wurde zum Projektende von allen wichtigen regionalen Partnern (einschließlich ZAPF) gemeinsam auf der Basis einer Kooperationsvereinbarung gegründet. Die im Verbund entwickelte Datenbank (Hilfelotse online) wurde erprobt, eine Finanzierung des Regeleinsatzes ist allerdings noch ungeklärt. Der Einsatz des TeleMonitorings (TeleCare) scheiterte wegen des Rückzugs eines Unterstützers aus der Industrie und an den Gebühren für die Nutzer.

Weiterführende Literatur zum Modellprojekt

- Greuèl, M. und Gottlieb, A. (2001). Vernetzte Strukturen von gesundheitlichen Leistungen mittels Informationstechnologie am Beispiel Home Care Nürnberg. *Pflege und Gesellschaft* 4/2001.
- Greuèl, M. (2002). Multimediale Angebote für Senioren. Tagungsbericht zum 2. Bayerischen SeniorenNetz vom 19.04.02. SeniorenNetz Erlangen (SNE), Sedanstraße. 1, 91052 Erlangen.
- Greuèl, M. und Blechschmidt, U. (2003): Auf dem Weg zur dauerhaften Integration. *Pflege- und Alteninfodienst für Fachleute in Nürnberg (Pfiff)* 2/2003 (Seniorenamt, Grundsatz- und Planungsabteilung), Nürnberg.

Aufbau eines geriatrischen Netzwerkes im Dresdener Norden und umliegenden Kommunen – Radeburg

<p>Projektträger</p> <p>Geriatrische Rehabilitationsklinik Radeburg GmbH Siedlung 2 01471 Radeburg Volkssolidarität Dresden e.V. Altgorbitzer Ring 58 01169 Dresden</p>	<p>Bundesland</p> <p>Freistaat Sachsen</p>
<p>Projektleitung</p> <p>Dipl. med. Sabine Vodenitscharow Siedlung 2, 01471 Radeburg Telefon: (035208) 886 10 E-Mail: GRR-Vodenitscharow@t-online.de</p>	<p>Förderschwerpunkt</p> <p>Verknüpfung von Altenhilfe und Rehabilitation</p> <p>Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p> <p>Herr Dzingel (Sozialarbeiter) Frau Trepte (Pflegefachkraft) Frau Keller (Sozialarbeiterin) Frau Petzsch (Pflegefachkraft) Frau Schölzel (Ergotherapeutin) Frau Rößler (Pflegefachkraft)</p>
<p>Finanzierung</p> <p>88% BMFSFJ 8% Landesmittel Sachse 4% Eigenmittel</p>	<p>Projektevaluation</p> <p>Evaluation durch Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p>

Problemstellung und Ziele des Projektes

Im Mittelpunkt des Projekts stand der Aufbau eines übergreifenden Netzwerkes, bei dem Angebote der offenen Altenarbeit, der ambulanten, teilstationären bzw. stationären Altenhilfe sowie der medizinischen und rehabilitativen Versorgung verknüpft werden sollten. Das Projekt sollte in den nördlichen Stadtteilen Dresdens und den umliegenden Kommunen realisiert werden. Die Hauptzielgruppe bildeten über 65-jährige noch zu Hause lebenden Menschen, die aufgrund ihrer gesundheitlichen, psychischen und/oder sozialen Situation schon hilfe- und/oder pflegebedürftig geworden sind. Für diese Personengruppe sollten zusätzliche notwendige Ressourcen erschlossen und Rehabilitationspotenziale identifiziert werden. Weiterhin sollten für diese Zielgruppe Hilfen zugänglich gemacht werden, um ein selbstbestimmtes Leben im häuslichen Umfeld zu ermöglichen.

Es war geplant, ein integratives geriatrisches Hilfesystem durch Vernetzung von bislang getrennten Diensten aufzubauen, sowie ein Rehabilitationsbewusstsein bei ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten sowie niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten zu entwickeln. Der Vernetzungsansatz sollte von einer von zwei Trägern gemeinsam betriebenen Koordinierungsstelle ausgehen. Ergänzend sollte die Tätigkeit ehrenamtlicher Seniorenbegleiterinnen und -begleiter gefördert und in das Netzwerk integriert werden.

Projektverlauf

In Dresden Nord wurde eine Koordinierungsstelle eröffnet, die interdisziplinär besetzt war (Ärztin, Pflegefachkraft, Sozialarbeiterin, Ergotherapeutin). Arbeitsschwerpunkt der Koordinierungsstelle war das umfassende Versorgungsmanagement einzelner Fälle. Diese Einzelfallhilfe wurde überwiegend als Nachsorge im Anschluss an den Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik im häuslichen Umfeld durchgeführt. Notwendige therapeutische Maßnahmen (Ergotherapie und Krankengymnastik) wurden vor Ort im häuslichen Umfeld erbracht. Zusätzlich wurden Qualifikationsmaßnahmen für medizinisches Fachpersonal (z. B. Bobath für Pflegekräfte) angeboten und durchgeführt. Parallel dazu wurden ehrenamtliche Seniorenbegleiterinnen und -begleiter ge-

worben und für einen Betreuungseinsatz im häuslichen Bereich qualifiziert. Für den Aufbau des Netzwerkes wurden potenzielle Kooperationspartner kontinuierlich kontaktiert und umfassend informiert. Eine Netzwerkrahmenvereinbarung wurde entworfen und vorgestellt.

Ergebnisse und innovativer Ertrag

Es wurde für insgesamt 402 Patientinnen und Patienten ein Case Management durchgeführt. Es handelt sich dabei vorwiegend um Patientinnen und Patienten nach Abschluss einer stationären geriatrischen Rehabilitation. Ca. 60 von ihnen kamen über die Vermittlung der Koordinierungsstelle aus dem ambulanten Bereich in das Case Management. Für 97 liegen Ergebnisse aus einem Einjahres-Katamnesezeitraum vor. Aus dem Vergleich dieser Ergebnisse mit den Befunden aus einer Gruppe von 83 gleichzeitig beobachteten Patientinnen und Patienten ohne anschließendes Case Management ging hervor, dass die Mortalitätsrate in der Interventionsgruppe geringer als in der Vergleichsgruppe war. Darüber hinaus war der Verlust an Selbstständigkeit und Gangsicherheit nach zwölf Monaten in der Projektgruppe signifikant geringer als in der Kontrollgruppe.

Während das Case Management erfolgreich umgesetzt wurde, misslang der Aufbau eines umfassenden Versorgungsnetzwerks. Ein Grund hierfür war das Fehlen eines professionellen systematischen Netzwerkmanagements (Aufbau und Moderation von wichtigen Strukturelementen wie z.B. Netzwerkkonferenz, Arbeitsgruppen etc.).

Als bedeutsamer Interventionsschwerpunkt des Modells hat sich die Nachbetreuung von Patientinnen und Patienten nach abgeschlossener geriatrischer Rehabilitation erwiesen. Diese Patienten profitierten sowohl subjektiv wie auch objektiv nachweisbar von der Betreuung durch das Modellprojektteam. Damit wurde eine wirkungsvolle Methode zum Schnittstellenmanagement des Übergangs vom stationären in den häuslichen Bereich demonstriert, der speziell auch im Zusammenhang mit der Einführung der DRGs, die zu regelhaft kürzeren Verweildauern im Krankenhaus führen werden, bedeutsam ist.

Weiterführende Literatur zum Modellprojekt

- Projekt „Geriatrisches Netzwerk Dresden Nord“ – Geriatrische Rehabilitationsklinik Radeburg GmbH und Stadtverband der Volkssolidarität Dresden, Sachsen. In: Neue Wege in Altenhilfe und Pflege, Bd. 18 der Reihe UMBRUCH – Beiträge zur sozialen Transformation, herausgegeben von Hanna Haupt, Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum Berlin-Brandenburg e.V.; Berlin 2002, S. 21–26
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Aufbau eines geriatrischen Netzwerkes. *dialog* 5/2003, S. 6.
- Vodenitscharov, S. (2000). Aufbau eines geriatrischen Netzwerkes im Dresdener Norden und umliegenden Kommunen. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Auftaktveranstaltung „Altenhilfestrukturen der Zukunft“, S. 89–97. Frechen.

Abschiedsmusik – Musiktherapie mit Demenzkranken und Menschen in der letzten Lebensphase – Rendsburg

<p>Projektträger</p> <p>Musiktherapie Institut Rendsburg (MIR) Berliner Str. 1 24768 Rendsburg Telefon: (04331) 27677 E-Mail: mir.rd@schleswig-holstein.de</p>	<p>Bundesland</p> <p>Schleswig-Holstein</p>
<p>Projektleitung</p> <p>Wolfgang Mahns, Ph.D. (Dipl. Musiktherapeut) Carmen Greiser (Dipl. Musiktherapeutin BVM) Beate Mahns (Psychotherapeutin VaKJP) Telefon: (04331) 27677</p>	<p>Förderschwerpunkt</p> <p>Besondere Hilfen und Versorgungsmaßnahmen für Demenzkranke</p> <p>Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p> <p>2 Musiktherapeutinnen 8 Referenten/-innen 4 Supervisoren/-innen</p>
<p>Finanzierung</p> <p>80% BMFSFJ 16% Verein Musiktherapie Rendsburg e.V. 4% Landesmittel Schleswig-Holstein</p>	<p>Projektevaluation</p> <p>Evaluation durch Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p>

Problemstellung und Ziele des Projektes

Musiktherapie zur Begleitung und Unterstützung des Sterbeprozesses gewinnt in der Arbeit mit unheilbar erkrankten, Demenzkranken und/oder alten Menschen zunehmend an Bedeutung. Demenzkranke spüren deutlich den Verlust ihrer geistigen Fähigkeiten, sie nehmen die zunehmende Abhängigkeit von ihrer nächsten Umgebung wahr und reagieren darauf oftmals mit Aggression oder Rückzug. Sie erleben schmerzhaft den Verlust der Selbstbestimmtheit. Da die emotionale Wahrnehmungsfähigkeit des Menschen bis zu seinem Tod erhalten bleibt, kann sie durch Musik wachgerufen, gehalten und gestärkt werden. Das ermöglicht ihm Sicherheit, Geborgenheit, Schutz, Erkennen und Anerkennen seiner individuellen Persönlichkeit. Das Rendsburger Modellprojekt setzt an der wissenschaftlich belegten Wirkung von Musiktherapie an, geht aber über ein individuelles Angebot von musiktherapeutischen Leistungen insofern hinaus, als durch die Musikalisierung des Pflegealltags Gruppenprozesse verstärkt, die Gesamtatmosphäre der Einrichtung verbessert und damit der Pflegealltag erleichtert werden soll.

Projektverlauf

Das Konzept der „Abschiedsmusik“ wurde zunächst in einer Wohneinrichtung und einem Hospiz implementiert. In beiden Einrichtungen gab es bereits eine vom Trägerinstitut durchgeführte musiktherapeutische Betreuung. Im Laufe der Modellentwicklung wurden weitere Einrichtungen einbezogen, sodass mittlerweile acht Einrichtungen von sechs Trägern in der Region vom Musiktherapie Institut Rendsburg musiktherapeutisch versorgt werden. Die Umsetzung der Konzeption basiert auf drei Säulen:

- Musiktherapeutisch ausgebildete Fachkräfte des Musiktherapie Instituts Rendsburg betreuen und arbeiten in verschiedenen Einrichtungen mit Demenzerkrankten und Menschen in der Sterbephase sowie deren Angehörigen.
- Ausgebildete Pflegefachkräfte werden in projektbegleitenden Fortbildungsveranstaltungen geschult. Sie beziehen musikalische Elemente und musiktherapeutische Methoden in den Pflegealltag ein und lernen, mit den Wirkungen professionell umzugehen.

- Es wird ein Curriculum entwickelt, das in einer dreijährigen Weiterbildung Pflegefachkräfte für das eigenverantwortliche musikalische und musiktherapeutische Handeln im Wohnalltag, in der Pflege und am Sterbebett qualifiziert.

Die Arbeit der professionellen musiktherapeutischen Fachkräfte und der ausgewählten musiktherapeutisch fortgebildeten Pflegekräfte in den Einrichtungen umfasst die Angebotsbereiche

- Musiktherapie als wöchentliches, kontinuierliches Gruppenangebot (zentraler Angebotsteil)
- Musiktherapie als kontinuierliches regelmäßiges Einzelangebot
- Singen und musikalische Elemente als Qualitätsverbesserung der Grundpflege und des Tagesablaufs („Rituallieder“)
- Musiktherapeutische Begleitung Sterbender

Ergebnisse und innovativer Ertrag

Von den insgesamt 15 Pflegekräften schätzte der überwiegende Teil (ca. 70%) die von ihnen erfasste Ausbildungsqualität als sehr gut bzw. gut ein. Die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der teilnehmenden Einrichtungen (N = 57) bescheinigen einen hohen Integrationsgrad (65%) der Musiktherapie in ihren Häusern. Jeweils deutlich über 70% der zu Projektende befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben Veränderungen im Verhalten und im seelischen Befinden der Bewohner als Folge der Musiktherapie bemerkt. Weiterhin haben ca. 64% eine Veränderung der Atmosphäre bzw. des Klimas in ihrer Einrichtung bzw. Station festgestellt und in ihrem eigenen seelischen Befinden (Stimmung, Motivation) haben knapp 57% der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine positive Entwicklung bemerkt. Der Einsatz von Musiktherapie bringt folgende qualitative beschreibbare und messbare inhaltliche Ergebnisse:

- Die Bewohner werden als offener für ihre Umwelt, fröhlicher, selbstbewusster und weniger ängstlich sowie aggressiv erlebt.
- Die Atmosphäre wird als gelassener beschrieben.
- Die „Gemeinschaftlichkeit“ nimmt zu.
- Die Motivation und Arbeitsfreude der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind gewachsen.
- Der Einsatz von konsumierter Musik ist bewusster geworden, das schließt die Abkehr von 'Musikberieselung' ein.
- Der Tages- bzw. Arbeitsablauf ist teilweise weniger starr und stärker an den Bedürfnissen der Bewohner ausgerichtet.

Der innovative Beitrag des Modellprojekts für die qualitative Verbesserung der Strukturen der Betreuung von Demenzkranken und Sterbenden besteht darin, nachgewiesen zu haben, dass eine Musikalisierung des Pflegealltags nicht nur positive Auswirkungen auf die Patienten, sondern – nicht minder bedeutsam – auf das gesamte Betreuungs- bzw. Arbeitsklima der Betreuungseinrichtung zeitigt.

Auf der Grundlage der Erfahrungen des Modellprojekts wird zurzeit ein musiktherapeutisches Weiterbildungscurriculum für Pflegekräfte im Demenzbereich entwickelt.

Weiterführende Literatur zum Modellprojekt

- Mahns, W. (2000). Abschiedsmusik – Musiktherapie mit Demenzkranken und Menschen in der letzten Lebensphase. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Auftaktveranstaltung „Altenhilfestrukturen der Zukunft“, S.189–194, Frechen.
- Mahns, W. (2000). Projekt Abschiedsmusik. DRK-Forum Nr. 6 (2002), S. 34–43.
- Zulauf, B. (2002). Musiktherapie in der Sterbebegleitung. Ein Praxisbericht. Hospiz-Aktuell Heft 2.

Entwicklung neuer Kooperations- und Koordinationsstrukturen – Aktives Leben und Wohnen älterer Menschen – Salzgitter

<p>Projektträger</p> <p>Alten- und Pflegeheim am See gGmbH Zum Salzgittersee 32 38226 Salzgitter Gesellschafter: Altenheimstiftung des niedersächsischen Fußballtotos und Zahlenlotos mit Sitz in Hannover Diakonisches Werk Salzgitter e.V. in Salzgitter-Lebenstedt Leitung: Hildegard Steinkemper Telefon: (05341) 83630-0</p>	<p>Bundesland</p> <p>Niedersachsen</p>
<p>Projektleitung</p> <p>Christoph Brauner Alten- und Pflegeheim am See gGmbH Zum Salzgittersee 32 38226 Salzgitter Telefon: (05341) 83630-25 (83630-0) E-Mail: Ch.Brauner@gmx.de</p>	<p>Förderschwerpunkt</p> <p>System- und Strukturentwicklung, Kooperation und Vernetzung</p> <p>Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p> <p>Jens Schönfeld Telefon: (05341) 83630-25 (83630-0) Iris Krause Telefon: (05341) 83630-25 (83630-0)</p>
<p>Finanzierung</p> <p>70% BMFSFJ 15% Land Niedersachsen 15% Eigenmittel</p>	<p>Projektelevaluation</p> <p>Evaluation durch Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p>

Problemstellung und Ziele des Projektes

Entsprechend der komplexen Grundidee der Gestaltung einer regionalen, ganzheitlichen dabei aber differenzierten und sich weiterentwickelnden Verbundstruktur im Altenhilfebereich, greift das Modellprojekt fast alle Problemstellungen der Altenhilfe auf. An den in Salzgitter vorhandenen Altenhilfestrukturen wird ebenso wie in anderen Kommunen oder Landkreisen die fehlende Vernetzung der Einzelelemente und Systeme der Versorgung älterer Menschen als zentrale Problemstellung deutlich. Damit sind u.a. Schnittstellen zwischen den einzelnen Angebotsstrukturen der Leistungsbereiche des SGB XI (Pflegeheime – Sozialstationen) sowie des SGB V (Krankenhäuser – niedergelassene Ärzte) gemeint. Neben der unzureichenden Abstimmung der Teilsysteme der Versorgung bilden vor allem die mangelnde Koordinierung der Hilfen im Einzelfall, die unzureichende Zusammenarbeit von Kostenträgern und Leistungserbringern sowie ein fehlendes (Verbund-)Management zwischen den Sektoren und Systemstrukturen die wesentlichen zu optimierenden Handlungsfelder. Die konkreten Versorgungsdefizite der Modellregion Salzgitter-Lebenstedt werden mit folgenden Maßnahmen und Zielsetzungen angegangen:

- Integrierte Wohn- und Versorgungsstruktur unter einem Dach
- Aufbau einer mobilen/ambulanten geriatrischen Rehabilitation
- Aufbau einer Beratungsstelle für ältere Menschen – BIKK 1“ (Case Management)
- Aufbau von niederschweligen Betreuungsangeboten für demenziell erkrankte Menschen – BIKK 2
- Aufbau und Betrieb eines Internetcafés für Senioren

Projektverlauf

Für die Entwicklung und Umsetzung der zentralen Modellmaßnahmen war es notwendig, eine Vielzahl ganz unterschiedlicher Personen, Institutionen und Verbände – von pflegebedürftigen älteren Personen, Selbsthilfeorganisationen, Wohnungsbauunternehmen, Arztpraxen, Kliniken,

ambulanten Diensten (private und freigemeinnützige), vollstationären Einrichtungen, therapeutischen Praxen bis hin zur Kommunalverwaltung und Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik – in eine Reihe von Arbeitsgruppen und sog. Koordinationsteams einzubinden. Je nach Aufgabenspezifika fanden sich hier andere Personengruppen aus den ca. 40 am Projekt beteiligten Institutionen zusammen. Trotz Orientierung an gemeinsamen Interessenlagen konnten jedoch die regionalspezifisch vorhandenen bzw. gesetzlich vorgezeichneten Konkurrenzsituationen im Umsetzungsprozess – speziell im Falle der Maßnahmen „Integrierte Wohn- und Versorgungsstruktur unter einem Dach“ und „Mobile ambulante geriatrische Rehabilitation“ – nicht aufgehoben werden.

Ergebnisse und innovativer Ertrag

In Bezug auf den Anspruch eine „Integrierte Wohn- und Versorgungsstruktur unter einem Dach“ für ältere Menschen zu schaffen, ist das Modellprojekt nicht über die Entwicklung einer Verbundkonzeption hinausgekommen. Ähnliches gilt auch für das Teilprojekt „Aufbau einer mobilen ambulanten geriatrischen Rehabilitation“. Es ist zwar während der Projektlaufzeit gelungen, die wesentlichen Kooperationspartner aus medizinischer, therapeutischer und pflegerischer Versorgung zu gewinnen. Eine das Projekt konkretisierende Diskussion mit den Kostenträgern konnte jedoch nicht zu Ende geführt werden. Der Aufbau und Betrieb des Internetcafés für Senioren stieß auf eine verhaltene Resonanz bei den Adressaten. Sehr erfolgreich verliefen hingegen die beiden Teilprojekte „BIKK 1“ und „BIKK 2“. Während der ca. 26 Monate „Beratungstätigkeit“ von BIKK 1 wurden insgesamt 263 Klienten betreut. Bei ca. 65% der persönlich betreuten Personen (Altersdurchschnitt 80 Jahre) erfolgte ein einfaches bzw. komplexes Case Management unter Beteiligung von i.d.R. fünf und mehr Kooperationspartnern. Hohe Klientenzufriedenheit und eine deutliche Steigerung ambulanter Versorgungsleistungen zu Lasten direkter Heimeinweisungen zeigen, dass es möglich ist, dem überwiegenden Wunsch von hochbetagten Menschen im häuslichen Umfeld verbleiben zu können, durch ein entsprechendes Versorgungsmanagement zu entsprechen. Die Konzeption von „BIKK 2“ – bestehend aus Trainingskurs für freiwillige Seniorenbegleiter, Pflegekurs für Angehörige mit paralleler Betreuungsgruppe, wöchentliche Betreuungsgruppe für demenziell Erkrankte mit parallelem Angehörigenstammtisch sowie Angebot eines familienunterstützenden Dienstes – wurde erfolgreich implementiert. Innerhalb der zwölf Monate Laufzeit der Maßnahme konnten ca. 45 Familien erreicht und unterstützt werden.

Insgesamt hat sich gezeigt, dass eine hochkomplexe Neu- bzw. Umgestaltung einer regionalen Versorgungsstruktur – trotz bemerkenswerter Teilergebnisse – vor allem aufgrund der problematischen kommunalen Finanzsituation und marktbedingter Konkurrenzbeziehungen von Trägereinrichtungen und Leistungserbringern vor Ort im Rahmen einer dreijährigen Modelllaufzeit kaum realisierbar ist.

Weiterführende Literatur zum Modellprojekt

- Steinkämper, H. und Brauner, Ch. (2000). Aktives Wohnen für ältere Menschen in Salzgitter. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Auftaktveranstaltung „Altenhilfestrukturen der Zukunft“, S. 57–62, Frechen.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Ein Netz ausgeworfen. dialog 3/2002, S. 4–5.

Vierte Lebensphase – Stuttgart

<p>Projektträger</p> <p>Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V. Büchsenstr. 34/36 70174 Stuttgart Telefon: 07 11/20 54-0</p>	<p>Bundesland</p> <p>Baden-Württemberg</p>
<p>Projektleitung</p> <p>Martin Schneider, Telefon: (07 11) 2054230 E-Mail: martin.schneider@eva-stuttgart.de</p>	<p>Förderschwerpunkt</p> <p>Lebenswelten, örtliche Ebenen, Quartiersbezug</p> <p>Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p> <p>Ingrid Braitmaier Telefon: (07 11) 2054329 E-Mail: ingrid.braitmaier@eva-stuttgart.de Günther Schwarz, Telefon: (07 11) 68 68 77 22 E-Mail: guenther.schwarz@eva-stuttgart.de</p>
<p>Finanzierung</p> <p>73% BMFSFJ 24% Landesmittel Baden-Württemberg 3% Evangelische Gesellschaft, Stuttgart</p>	<p>Projektevaluation</p> <p>Evaluation durch Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p>

Problemstellung und Ziele des Projektes

Ältere, allein lebende Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen leiden zunehmend an sozialer Isolation und Vereinsamung. Sie benötigen regelmäßige Unterstützung durch ein geeignetes Beziehungsangebot (Kontaktpflege, psychosoziale Begleitung, Gespräche, gemeinsame Aktivitäten etc.) auf Basis von freiwilligem Engagement ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer. Um diesem Bedürfnis zu entsprechen, verfolgt das Modellprojekt die Ziele:

- Erweiterung der sozialen Kontakte isoliert lebender, psychisch veränderter Menschen
- Schaffung von Ansprechpartnern in Krisensituationen
- Begleitung bei alltäglichen Dingen (Behördengänge, Arztbesuche etc.)
- Prävention durch Abbau von Isolation und durch psychosoziale Unterstützung

Projektverlauf

Der inhaltliche Kern der Projektarbeit bestand darin, schrittweise Gruppen von freiwilligen Helferinnen und Helfern aufzubauen, zu qualifizieren und diese im Rahmen ihrer Betreuungstätigkeit kontinuierlich zu begleiten. Im Einzelnen orientierte sich die Tätigkeit an den folgenden Arbeitsschritten, die zyklusartig für jede von den insgesamt vier während der Laufzeit gegründeten Betreuungsgruppen durchlaufen wurden:

- Konzeptionsentwicklung und Anpassung des Konzepts an die jeweils gewonnenen Erfahrungen
- Werbung und Öffentlichkeitsarbeit durch Presseartikel in den lokalen Medien, Kooperation und Bekanntmachung innerhalb einschlägiger Informationsbroschüren sowie innerhalb der Informationsdienste von Kirchengemeinden
- Auswahl der Ehrenamtlichen, jeweils durch ein Erstgespräch mit den Interessierten, Information über die geplante Tätigkeit und Abklärung der Bereitschaft, eine kontinuierliche Betreuungstätigkeit aufzunehmen (i. d. R. zwei bis drei Stunden pro Woche über einen Zeitraum von zwei Jahren)
- Qualifizierung durch eine vom hauptamtlichen Mitarbeiterteam getragene, rund sechsmo-natige Fortbildung (ca. 50 Stunden) zur Qualifizierung der freiwilligen Helferinnen und Helfer (Einführungswochenende, zehn Fortbildungseinheiten, Abschlusstag)

- Vermittlung und Zuordnung der Helferinnen und Helfer durch die hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Auswahl, Erstbegleitung und Moderation) zu den in der Regel von lokalen Fachdiensten oder von sonstigen Leistungsanbietern direkt an die Projektgruppe gemeldeten isoliert lebenden, hilfebedürftigen
- Begleitung während der Tätigkeit durch monatliche Treffen mit der Besuchsdienstgruppe zur Reflexion sowie zusätzliche gruppenübergreifende Aktivitäten (Kultur, Weihnachtsfeier etc.) zur Stärkung des Zusammengehörigkeitsgefühls der Helferinnen und Helfer; Zuordnung hauptamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die als Ansprechpartner in Krisensituationen oder bei sonstigen Problemen unmittelbar zur Verfügung stehen

Ergebnisse und innovativer Ertrag

Insgesamt konnten vier Besuchsdienstgruppen mit 37 freiwilligen Helferinnen und Helfern im Rahmen der Projektlaufzeit angeworben und für eine kontinuierliche Betreuungstätigkeit gewonnen werden. Von den ersten beiden Besuchsdienstgruppen haben sich zwei Drittel der Ehrenamtlichen bereit erklärt, ihre Tätigkeit nach den vereinbarten zwei Jahren weiter fortzusetzen. Die regelmäßig stattfindenden Besuche durch die ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer stellen für die betroffenen älteren Menschen einen Gewinn an Lebensqualität dar. Hierbei gelang es den Ehrenamtlichen, eine vertrauensvolle und tragende helfende Beziehung aufzubauen, die auch bei fortschreitender Erkrankung in Krisen stabil bleibt. Dies stärkt das Selbstwertgefühl und die soziale Kompetenz der Betroffenen sowie die Motivation, weiterhin möglichst selbstständig in der eigenen Wohnung zu leben.

Der innovative Beitrag des Projektes Vierte Lebensphase liegt darin, eine stabile, nachhaltig wirksame und dabei ehrenamtlich getragene Betreuungsstruktur für eine Zielgruppe aufgebaut zu haben, die aufgrund ihrer Isolation und den vorhandenen psychischen Störungen hochgradigen Risiken unterliegt. Bewährt haben sich die intensive, vorgeschaltete Qualifizierungsphase sowie die kontinuierliche Zusammenarbeit zwischen ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern und dem Team von Hauptamtlichen, die die Tätigkeit begleiten und absichern.

Weiterführende Literatur zum Modellprojekt

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Sich Zeit nehmen für ältere Menschen. dialog 1/2001, S. 5.

Schwarz, G. (2000). „Vierte Lebensphase“ – Psychosoziale Unterstützung für seelisch beeinträchtigt und allein lebende ältere Menschen. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Auftaktveranstaltung „Altenhilfestrukturen der Zukunft“, S. 127–132, Frechen.

Unterlagen zur Konzeption sowie der ausführliche Abschlussbericht können beim Projektträger angefordert werden.

Milieutherapie – Einführung milieutherapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich mit begleitender Evaluation (MIDEMAS) – Stuttgart

<p>Projektträger</p> <p>Projektgemeinschaft Erich und Liselotte Gradmann-Stiftung und Sozialplanung in Baden-Württemberg e.V. Hölderlinstraße 4 70174 Stuttgart</p>	<p>Bundesland</p> <p>Baden-Württemberg</p>
<p>Projektleitung</p> <p>Sozialplanung in Baden-Württemberg Sibylle Heeg Telefon: (07 11) 997 87 12 E-Mail: info@demenz-support.de</p>	<p>Förderschwerpunkt</p> <p>Besondere Hilfen und Versorgungsmaßnahmen für Demenzkranke</p> <p>Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p> <p>Beate Radzey Christina Kuhn</p>
<p>Finanzierung</p> <p>80% BMFSFJ 18% Erich und Liselotte Gradmann Stiftung 2% Landesmittel Baden-Württemberg</p>	<p>Projektevaluation</p> <p>Arbeitsgruppe Psychogeriatric am Zentralinstitut für seelische Gesundheit Prof. Dr. Siegfried Weyerer, Dr. Martina Schäufele Christine Rockenbach, M.A., Leonore Köhler</p>

Problemstellung und Ziele des Projektes

Bereits seit Beginn der 90er-Jahre wird in der bundesdeutschen Altenhilfe die Frage erörtert, welche Versorgungskonzeption für die wachsende Zahl demenzkranker Menschen angemessen ist. Durch den steigenden Problemdruck erfahren neue Konzepte der Betreuung und Pflege Demenzkranker hohe Aufmerksamkeit. In der Praxis wächst der Handlungsdruck, aber auch Unzufriedenheit, weil es unter den gegebenen Bedingungen kaum möglich scheint, die notwendigen Veränderungen in Bezug auf das bauliche Milieu, die organisatorischen Rahmenbedingungen und die Betreuung und Pflege umzusetzen. Auch besteht Unsicherheit, welches Versorgungs-Setting (homogen vs. gemischt, kleine autarke Wohngruppen vs. größere Wohnbereiche mit Binnendifferenzierung, professionelle Pflege vs. von Laien geprägte „Alltagsnähe“) für welche Gruppe der Demenzkranken am besten geeignet ist. Große Hoffnung wird auf den milieutherapeutischen Ansatz gesetzt, der nicht mehr nur die Pflegequalität, sondern die Lebensqualität der Bewohner in den Mittelpunkt stellt.

Das Projekt ‚MIDEMAS‘ untersucht die Frage, unter welchen Bedingungen für eine bestimmte Gruppe unter den Demenzkranken ein international als qualitativ hochstehend eingeschätztes Versorgungs-Setting umsetzbar ist und wie sich dies auf das Befinden und Verhalten der Bewohner und auf das Belastungserleben des Pflegepersonals auswirkt. Eine herausragende Besonderheit des Projekts ist die Verknüpfung eines auf Veränderung abzielenden Eingriffs in die bestehende Versorgungspraxis mit einer prozessbegleitenden wissenschaftlichen Evaluation. Es wurden drei Zieldimensionen verfolgt:

- Verbesserung der Versorgung Demenzkranker in Baden-Württemberg durch Einführung stationsintegrierter, milieutherapeutisch orientierter Demenz-Wohngruppen bei laufendem Betrieb
- Entwicklung und Erprobung von Programmen zur Organisationsentwicklung und insbesondere zur Personalqualifikation
- Erkenntnisgewinn durch eine vergleichende Evaluation der Auswirkungen der Intervention auf Bewohner und Personal

Projektverlauf

Das bauliche Milieu wurde entsprechend dem Leitbild einer alltagsnahen Wohnumgebung mit den für schwerer Demenzkranke notwendigen kompensatorischen und therapeutischen Merkmalen gestaltet. Die Investitionskosten für den Umbau (Neubau) wurden im Rahmen der regulären Investitionsförderung aufgebracht (60% öffentliche Mittel durch Land und Kommune, 40% Kapitalmarkt). Hauswirtschaft und Pflegeorganisation wurden – beraten durch das Projektteam – entsprechend der milieuthérapeutischen Konzeption verändert (z.B. Präsenz von Personal, Gestaltung des Essens). Größte Bedeutung wurde der Veränderung des sozialen Milieus beimessen: in Bezug auf die Demenzerkrankung strebte man eine möglichst „homogene“ Bewohnerschaft (nur mittlere und schwere Demenz, Mobilität) an. Und in Bezug auf eine adäquate Pflege und Betreuung ging es darum, den Paradigmenwechsel zum personenorientierten Ansatz in die alltägliche Praxis umzusetzen. Im Hinblick auf das Ziel der Umsetzung organisatorischer und betreuerischer Innovationen wurde das Personal über etwa drei Monate vom Projektteam weiterqualifiziert, um eine angemessene Haltung im Umgang mit Demenzkranken zu entwickeln und das notwendige Repertoire für die Gestaltung eines alltagsnahen Milieus einzuüben. Der gesamte Interventionsprozess wurde jeweils auf die spezifischen Bedingungen in den beteiligten Einrichtungen abgestimmt. Das Projekt wurde durch eine quantitativ und qualitativ angelegte, multidimensionale Evaluationsstudie begleitet.

Ergebnisse und innovativer Ertrag

Durch das Projekt wurde gezeigt, dass es möglich ist, die Lebensqualität mittel und schwer demenziell Erkrankter in bestehenden, traditionell strukturierten Einrichtungen durch die Einführung neuer Wohn- und Betreuungsformen zu erhöhen. Es gelang, bei allen beteiligten Einrichtungen anspruchsvolle Konzepte der Milieuthérapie und der personenzentrierten Pflege und Betreuung in relativ kurzer Zeit (sechs bis acht Monate) und mit begrenztem Aufwand einzuführen. Die Projekterfahrungen zeigen, dass die notwendige Umorientierung von Pflege, Betreuung und Wohnform auf die Bedürfnisse Demenzkranker innerhalb bestehender Pflege-Einrichtungen erfolgreich moderiert werden kann und gute Chancen für eine breite Umsetzung bestehen. Der Ansatz der milieuthérapeutisch orientierten Demenzwohngruppen ist von daher als ein Beitrag zur künftig notwendigen Differenzierung der Versorgungsangebote zu sehen.

Weiterführende Literatur zum Modellprojekt

- Heeg, S. und Radzey, B. (2001). Modellprojekt: Einführung milieuthérapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich mit begleitender Evaluation. Projektziele und Forschungsansatz. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Qualität in der stationären Versorgung Demenzkranker, S. 106–115, Stuttgart.
- Schäufele, M und Weyerer, S. (2001). Modellprojekt: Einführung milieuthérapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich mit begleitender Evaluation. Studiendesign und Methoden. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Qualität in der stationären Versorgung Demenzkranker, S. 116–123, Stuttgart.
- Heeg, S. und Radzey, B. (2002). Milieuthérapie – Einführung milieuthérapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich mit begleitender Evaluation – MIDEMAS. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Altenhilfestrukturen der Zukunft – eine Zwischenbilanz. Forum Altenhilfe, Sonderheft 2002, S. 86–93.

Verbraucherschutz in der stationären Pflege – Landesseniorenrat Baden-Württemberg e. V. – LSR – Stuttgart

<p>Projektträger</p> <p>Landesseniorenrat Baden-Württemberg Rotebühlstraße 131 70197 Stuttgart Telefon: (07 11) 6138 24 E-Mail: lsr-bw@t-online.de</p>	<p>Bundesland</p> <p>Baden-Württemberg</p>
<p>Projektleitung</p> <p>Landesseniorenrat Baden-Württemberg Birgit Faigle Telefon: (07 11) 618 24 E-Mail lsr-bw@t-online.de</p>	<p>Förderschwerpunkt</p> <p>Struktur-/Systementwicklung, Planung und Koordinierung</p> <p>Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p> <p>Ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter</p>
<p>Finanzierung</p> <p>75% BMFSFJ 25% Landesmittel Baden-Württemberg</p>	<p>Projektelevaluation</p> <p>Annerose Knäpple Unternehmensberatung – aku Sonnenstr. 19 78072 Bad Dürkheim Telefon: (077 26) 45 15 E-Mail: mail@aku-Unternehmensberatung.de</p>

Problemstellung und Ziele des Projektes

Die Interessenvertretung durch die Heimbewohnerinnen wird durch deren zum Teil erheblichen Pflegebedarf zunehmend erschwert. Hinzu kommt, dass Heimbewohnerinnen und -bewohner und deren Angehörigen sich oftmals vom Heimträger abhängig fühlen und daher Angst haben, ihre Kritik und ihre Verbesserungsvorschläge der Heimleitung mitzuteilen.

Vor diesem Hintergrund hat der Landesseniorenrat Baden-Württemberg im Rahmen des Modellprojekts das Ziel verfolgt, wirksame Verbraucherschutzmaßnahmen für Heimbewohnerinnen und -bewohner und deren Angehörige zu erproben und auf Dauer zu etablieren. Im Einzelnen handelt es sich hierbei um folgende Ansätze:

- Unterstützung der Interessenvertretung durch Mitarbeit von Seniorenräten im Heimbeirat
- Anlaufstelle Pflege im Heim – Rat und Hilfe bei Fragen und Problemen

Projektverlauf

Im Anschluss an die Phase der Konzeptentwicklung folgte die praktische Erprobung des Teilprojekts „Anlaufstelle Pflege im Heim“ in den Landkreisen Enzkreis/Pforzheim und Ludwigsburg, Die hierbei ehrenamtlich tätigen Seniorenräte wurden neben der Einbindung in die Konzepterstellung auch durch eine zweitägige Schulung sowie die Ausstattung mit eigens erstellten Unterlagen – zur Gesetzeslage und zur Dokumentation der Arbeit – auf ihre Beratungsaufgabe vorbereitet. Wegen der zunächst unbefriedigenden Inanspruchnahme des Beratungsangebotes durch die Pflegeheimbewohner wurde die Erprobungsphase um drei Monate verlängert. Für dieses Teilprojekt war ein erhebliches Maß an Öffentlichkeitsarbeit in Form von Flyern, Plakaten, Vorträgen und Vorstellung in Gremien nötig.

Die Erprobungsphase des Teilprojektes „Interessenvertretung der Heimbewohner gegenüber dem Heimträger“ verlief wie geplant von Januar bis Dezember 2001. In sechs Pflegeeinrichtungen unterschiedlicher Träger wurden die Heimbeiräte durch insgesamt sieben Ehrenamtliche nach einem zuvor entwickelten Modell unterstützt.

Beide Teilprojekte wurden intern evaluiert. Die Maßnahmen umfassten die Auswertung der schriftlichen Dokumentationen sowie die mündliche Befragung von Seniorenräten, Heimbeiräten, Ratsuchenden und Vertretern der Einrichtungen. Während der Erprobungsphase wurden die ehrenamtlichen Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter der Teilprojekte vor Ort telefonisch oder schriftlich unterstützt. Für beide Teilprojekte fanden zwei halbtägige Treffen sowie für die zwei gebildeten Projektgruppen insgesamt sechs Treffen statt.

Ergebnisse und innovativer Ertrag

Die Erprobung der beiden Teilprojekte „Anlaufstelle Pflege im Heim“ und „Unterstützung der Interessenvertretung der Heimbewohnerinnen und -bewohner gegenüber dem Heimträger“ hat gezeigt, dass die Unterstützung von Heimbewohnern und deren Angehörigen zur Stärkung ihrer Position insbesondere in der stationären Pflege geboten und auch möglich ist.

Es wurde dabei deutlich, dass die Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime weit größere Vorbehalte haben, sich an eine anonyme Anlaufstelle zu wenden, als dies im Vorfeld des Projekts vermutet wurde. Eine Vertrauensbasis zwischen Heimbewohnerinnen und -bewohnern bzw. ihren Angehörigen und den Anlaufstellen ist die Voraussetzung dafür, dass diese bei Fragen und Problemen als Ansprechpartner gesehen und kontaktiert werden. Die hierfür nötigen Kontakte können nur durch die persönliche Präsenz der Seniorenrätinnen und Seniorenräte in den Einrichtungen geknüpft werden.

Die Tätigkeit als Unterstützer des Heimbeirats – auf der Basis der neuen Heimmitwirkungsverordnung – als gewähltes externes Mitglied ist dabei eine gute Möglichkeit, sich in der Einrichtung bekannt zu machen und als Ansprechpartnerin bzw. Ansprechpartner für Fragen und Probleme, nicht nur des Heimbeirats, sondern auch der Heimbewohnerinnen und -bewohner zu profilieren. Hinzu kommt, dass es auch zur Klärung möglicher Anfragen mit der Heimleitung vorteilhaft ist, bereits als kompetente Beraterin bzw. Berater in der Einrichtung bekannt zu sein. Die Arbeit externer Personen im Heimbeirat wirkt sich bezüglich der Heimbeirats-sitzungen qualifizierend aus, sowohl was die Breite der Themen als auch was die Tiefe der Diskussion anbelangt. Auch notwendige Formalien wie die Protokollführung können mit externer Unterstützung zuverlässig ausgeführt werden. Aufgrund der neuen Heimmitwirkungsverordnung können sich Personen, die den Heimbeirat unterstützen möchten, auch als ordentliche Mitglieder in den Heimbeirat wählen lassen. Dies erweitert die Möglichkeiten der externen Mitwirkung im Heimbeirat noch.

Weiterführende Literatur zum Modellprojekt

Landesseniorenrat Baden-Württemberg in Zusammenarbeit mit dem Sozialministerium Baden-Württemberg (2003). Mitwirkung im Heim. Leitfaden zur Unterstützung der Heimbeiräte. Entwickelt im Rahmen des Modellprogramms „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Stuttgart.

Landesseniorenrat Baden-Württemberg in Zusammenarbeit mit dem Sozialministerium Baden-Württemberg (2003). Anlaufstelle Pflege im Heim. Ein Leitfaden für Seniorenräte. Entwickelt im Rahmen des Modellprogramms „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Stuttgart.

Knäpple, A. und Faigle, B. (2000). Verbraucherschutz in der stationären Pflege. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Auftaktveranstaltung „Altenhilfestrukturen der Zukunft“, S. 63–68, Frechen.

Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation – GeReNet.Wi – Wiesbaden

<p>Projekträger</p> <p>Landeshauptstadt Wiesbaden Amt für Soziale Arbeit, Abteilung Altenarbeit Kurt-Schumacher-Ring 2–4 65195 Wiesbaden Telefon: (06 11) 313472 E-Mail: weber-hannes@web.de</p>	<p>Bundesland</p> <p>Hessen</p>
<p>Projektleitung</p> <p>Johannes Weber Amt für Soziale Arbeit, Abteilung Altenarbeit</p>	<p>Förderschwerpunkt</p> <p>Verknüpfung von Altenhilfe und Rehabilitation</p> <p>Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p> <p>Birgit Haas, Projektkoordination Jenny Mader, Projektmitarbeit Anne-Marie Horne, Sekretariat Petra Schönemann-Gieck, wiss. Mitarbeiterin</p>
<p>Finanzierung</p> <p>73% BMFSFJ 21% Landeshauptstadt Wiesbaden 6% Hessisches Sozialministerium</p>	<p>Projektevaluation</p> <p>Deutsches Zentrum für Altersforschung, Heidelberg</p>

Problemstellung und Ziele des Projektes

Trotz zahlreicher medizinischer, therapeutischer, pflegerischer sowie sozialer Dienste zur Deckung des Hilfe- und Pflegebedarfs alter Menschen erforderte es die Versorgungssituation in Wiesbaden, speziell im Bereich der geriatrischen Rehabilitation und der Heilmittelversorgung weitergehende, aufeinander abgestimmte Konzepte der beteiligten Professionen und Institutionen zu entwickeln.

Das „Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation – GeReNet.Wi“ hatte zum Ziel, Maßnahmen zur Unterstützung der Selbstständigkeit zu Hause lebender Älterer zu erproben und damit zur Minderung des Hilfe- und Pflegebedarfs beizutragen. Die Vernetzung von Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe und des Gesundheitswesens sollte dazu beitragen eine möglichst frühzeitige und effektive Versorgung jener älteren Menschen zu erreichen, deren autonome Lebensführung aufgrund progredienter chronischer oder neu aufgetretener Erkrankungen, die einen hohen Rehabilitationsbedarf nach sich ziehen, akut bedroht war. Die Umsetzung orientierte sich an vier Teilprojekten:

- Eröffnung von Zugängen zu geriatrischer Behandlung und Rehabilitation
- Eröffnung von Zugängen/Verbesserung der Heil- und Hilfsmittelversorgung
- Strukturierung der Nachsorge inkl. Überleitung
- Entlastung/Unterstützung für pflegende Angehörige

Projektverlauf

An Beginn der Umsetzung des kommunalen Vernetzungsprojektes stand eine intensive Öffentlichkeitsarbeit. In Gremien und Arbeitskreisen wurde für eine Akzeptanz des Vorhabens geworben und ein Projektbeirat konstituiert, in den das gesamte fachlich betroffene Spektrum – neben Krankenhäusern auch niedergelassene Ärzte – eingebunden werden konnte. Es wurden wichtige Arbeitsgruppen wie die „AG Multiko“ (zur Verbesserung der Kooperation, Kommunikation und Koordination) und die „AG KKK“ (zur Sicherstellung der Beteiligung der Ärzteschaft) etabliert. Neben einer Konzeption zur Qualifizierung ehrenamtlicher Seniorenbegleiter wurde das Verfahren „Standardisierte Auswahl“ zur Ermittlung geriatrischer Rehabilitationsbedarfe sowie von Heil- und Hilfsmittelbedarfen entwickelt und ein- bzw. durchgeführt. Ein ebenfalls etabliertes Geriatrisches Konsil ermöglicht es Hausärzten zur Ermittlung des individuellen Reha-Bedarfs

ihrer Patienten, fachspezifischen Rat einzuholen. Die Schulungen für freiwillige Seniorenbegleiter werden ergänzt um einen Pflegekurs für Migrantinnen.

Für die Beurteilung des Erfolgs der Projektarbeit waren die Analyse der Kooperationsbedingungen zwischen den beteiligten Einrichtungen und Berufsgruppen ebenso wichtig wie die Wirkungsanalyse der eingeleiteten Maßnahmen, insbesondere der Reha-Verläufe. Unter methodischen Gesichtspunkten wurde vor allem das Verfahren und das Instrument „Standardisierte Auswahl“ selbst im Projektverlauf geprüft und optimiert. Die Evaluation der Projektarbeit erfolgte durch das Deutsche Zentrum für Altersforschung (DZFA) in Heidelberg.

Ergebnisse und innovativer Ertrag

In den zweieinhalb Jahren Projektlaufzeit konnte ein funktionierendes Kooperationsnetzwerk zwischen den Partnern des Gesundheitswesens und der Altenhilfe aufgebaut werden. Mit dem Verfahren der „Standardisierten Auswahl“ ist es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kommunalen Beratungsstellen für selbstständiges Leben im Alter gelungen, Personen zu identifizieren, deren ungenutztes Rehabilitationspotenzial ansonsten nicht erkannt und aufgegriffen worden wäre. Unter Einbeziehung der Informationen aus der „Standardisierten Auswahl“ und den Ergebnissen des Geriatriischen Konsils konnten durch die Hausärzte sinnvolle und notwendige Maßnahmen verordnet und eingeleitet werden. Das in der Projektlaufzeit überarbeitete und „verschlankte“ Instrument der „Standardisierten Auswahl“ stellt sicher, dass auch in Zukunft die Kooperation zwischen den kommunalen Beratungsstellen, hausärztlichen Praxen und geriatriischen Therapeuten fortgeführt wird. Die große Resonanz der Kurse für freiwillige Seniorenbegleiter (über 70 Teilnehmer) verdeutlicht ein zukünftig nutzbares erhebliches Entlastungspotenzial im Bereich häuslicher Betreuung und Pflege. Mit den Pflegekursen für Migrantinnen wurde gezeigt, dass ein Zugang dieser Bevölkerungsgruppe zu den unterstützenden Systemen der Altenhilfe eröffnet werden kann.

Der besondere innovative Ertrag des Modellprojekts ist vor allem darin zu sehen, dass es gelungen ist, eine Kooperationsstruktur zwischen Beratungsstellen der Altenhilfe und der niedergelassenen Ärzteschaft aufzubauen und mit dem Verfahren der „Standardisierten Auswahl“ einen neuen Zugang zur Identifikation und Festlegung des Rehabilitationsbedarfs alleinlebender älterer Menschen zu etablieren.

Weiterführende Literatur zum Modellprojekt

- Haas, B. und Weber, J. (2000). Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation GeReNet.Wi. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Auftaktveranstaltung „Altenhilfestrukturen der Zukunft“, S. 81–88, Frechen.
- Weber, J. (2002). Case Management im Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation GeReNet.Wi. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). „Altenhilfestrukturen der Zukunft – Eine Zwischenbilanz“. Forum Altenhilfe, Sonderheft 2002, S. 52–59.
- Haas, B. und Raasch, C. (2003). Qualifikation zum/zur freiwilligen Seniorenbegleiter/in – Handbuch für die Praxis. KDA Schriftenreihe „Thema“, Nr. 182.

Mobile Rehabilitation Woltersdorf – Woltersdorf

<p>Projekträger</p> <p>Evangelisches Krankenhaus „Gottesfriede“ Woltersdorf Schleusenstraße 50 15569 Woltersdorf Telefon: (0 33 62) 7 79-2 00</p>	<p>Bundesland</p> <p>Brandenburg</p>
<p>Projektleitung</p> <p>Dr. Rainer Neubart Evangelisches Krankenhaus „Gottesfriede“ Woltersdorf Schleusenstraße 50 15569 Woltersdorf Telefon: (0 33 62) 7 79-2 00 E-Mail: ec-krankenhaus.drneubart@web.de</p>	<p>Förderschwerpunkt</p> <p>Verknüpfung von Altenhilfe und Rehabilitation</p> <p>Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p> <p>Dr. Michael Hölscher (Arzt) 2 Stellen Krankengymnasten 1 Stelle Ergotherapie 0,5 Stellen Sprachtherapie</p>
<p>Finanzierung</p> <p>90% BMFSFJ 10% Ev. Krankenhaus Woltersdorf</p>	<p>Projektevaluation</p> <p>Evaluation durch Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p>

Problemstellung und Ziele des Projektes

Ziel des Projekts ist der Aufbau eines Rehabilitationsangebotes, das sowohl den medizinischen Versorgungsbedarf als auch den individuellen Lebensbedingungen und dem Wunsch nach einem selbstbestimmten Leben in vertrauter Umgebung Rechnung tragen will. Die mobile Rehabilitation als spezielle Form einer ambulanten Rehabilitation in der häuslichen Umgebung des Patienten unter Einbeziehung seines persönlichen Umfeldes und unter Berücksichtigung seiner sozialen und persönlichen Lebensumstände bietet die Möglichkeit, Personengruppen zu erreichen, die aus verschiedenen Gründen bei entsprechender medizinischer Indikation eine stationäre oder teilstationäre Rehabilitation nicht in Anspruch nehmen können oder wollen. Außerdem bietet diese Rehabilitationsform eine Möglichkeit der Stabilisierung von bereits erreichten Rehabilitationsergebnissen unter häuslichen Bedingungen. Damit wird ein Beitrag zur Prävention weiterer Erkrankungen sowie von Rehospitalisierung (Drehtüreffekt) geleistet. Die mobile Rehabilitation in Woltersdorf ist ein Bestandteil eines umfassenden geriatrischen Versorgungsnetzes in der Region und schließt dort eine bislang vorhandene Versorgungslücke.

Projektverlauf

In enger Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation wurde das im Modellprojekt erprobte Konzept für die mobile Rehabilitation Woltersdorf entwickelt. Nachdem die technischen Voraussetzungen (Räumlichkeiten, PKW, Informationsmaterialien) geschaffen worden waren, wurde mit der Organisation der therapeutischen Arbeit begonnen. Als Voraussetzung dazu wurden sämtliche Hausärztinnen und Hausärzte sowie niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten im Einzugsgebiet persönlich von der Ärztin des Projektteams kontaktiert. Im September 2000 begann die therapeutische Arbeit mit im Durchschnitt 15 parallel behandelten Patienten. Der Behandlungsprozess sah dabei wie folgt aus: Nach einer ersten Prüfung der Indikationsvoraussetzungen erfolgte ein vom Arzt der mobilen Rehabilitation durchgeführtes geriatrisches bzw. rehabilitationsmedizinisches Konsil. Dabei wurden im Rahmen eines umfassenden Assessments und einer bedarfsgerechten Rehabilitationsdiagnostik der körperliche Status, der psychische Status, die Ausprägung der Aktivitäten des täglichen Lebens, die motorischen Funktionen und die Mobilität, die Kommunikationsfähigkeit und das

soziale Umfeld umfassend untersucht. Auf der Grundlage des Assessments wurde eine Behandlungsindikation festgestellt und ein Rehabilitationsplan formuliert. Letzterer enthielt eine Rehabilitationsprognose, eine Definition der Rehabilitationsziele sowie einen Behandlungsplan. Weiterhin wurden ein Abschlussassessment sowie eine umfassende Entlassungsvorbereitung für die Übergabe der Patienten an die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten durchgeführt. Im Rahmen des Assessments wurden standardisierte Instrumente verwandt, mit denen Daten zur medizinischen Diagnostik, zu körperlichen Funktions- und Fähigkeitsdefiziten, zum kognitiven und affektiven Zustand sowie zur sozialen Situation jeweils zu Rehabilitationsbeginn, und zu Rehabilitationsende sowie sechs Monate nach Abschluss der Rehabilitation erhoben wurden. In der konkreten Arbeit fanden tägliche Patientenbesprechungen sowie ausführliche Teamsitzungen (einmal pro Woche) zur Koordination der Aktivitäten der einzelnen Therapeutinnen und Therapeuten statt. Die Behandlung erfolgte im häuslichen Bereich. Je nach Bedarf lag die Behandlungsintensität zwischen drei bis vier Einheiten pro Woche und zwei bis drei Einheiten pro Tag.

Ergebnisse und innovativer Ertrag

In der Laufzeit des Modells wurden durch die mobile Rehabilitation 243 Patienten behandelt. Davon wurden 109 nach einem Zeitraum von sechs bis neun Monaten nachuntersucht. Die Zuweisung der Patientinnen und Patienten erfolgte zu 40 % durch die Hausärztinnen und Hausärzte und zu 33 % durch die Krankenhäuser der Umgebung. Das Durchschnittsalter der behandelten Patientinnen und Patienten lag bei 73 Jahren. Die häufigste Indikation waren zerebrale Erkrankungen (über 70 % der Patienten). Oberschenkelfrakturen, andere Frakturen, Zustand nach Amputationen usw. waren weitere Hauptindikationen. Im Durchschnitt erhielten die multimorbiden Patienten etwa 28 bis 29 Behandlungseinheiten. Die Interventionsphase dauerte zwischen einem Tag und 89 Tagen. Die follow-up-Untersuchungen zeigen eine deutliche Verbesserung der Aktivitätsgrade und eine ebenso deutliche Verringerung der Morbidität der Patienten.

Das Modellprojekt bestätigt die Erkenntnis, dass die mobile Rehabilitation einen wichtigen Baustein für ein umfassendes Netz geriatrischer Versorgung darstellt. Bemerkenswert ist die festzustellende hohe Akzeptanz bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten der Modellregion. Das mobile Rehabilitationszentrum entwickelte sich im Laufe der Zeit praktisch zu einem Kompetenzzentrum für geriatrisch rehabilitative Probleme und wurde in zahlreichen Konsilen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Anspruch genommen.

Weiterführende Literatur zum Modellprojekt

- Hölscher, M. und Neubart, R. (2002): Netze knüpfen, Wege weisen. Mobile Rehabilitation Woltersdorf – Die Bausteine eines neuen Versorgungselements. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Forum Altenhilfe, 2/2002, www.altenhilfestrukturen.de, S. 8–11.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Teams bekommen Probleme besser in den Griff. dialog 5/2003, S. 5.
- Neubart, R. (2000). Aufbau eines mobilen geriatrischen Rehabilitationsteams in einer geriatrischen Versorgungskette. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Auftaktveranstaltung „Altenhilfestrukturen der Zukunft“, S. 99–109, Frechen.

Förderung rehabilitationsorientierter Betreuung im Seniorenpflegeheim durch Entwicklung eines praxisnahen Kooperationsmodells zwischen Seniorenheim und geriatrischer Rehabilitation – Würzburg

<p>Projekträger</p> <p>Justus-Maximilians-Universität Würzburg Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften Klinikstraße 3 97070 Würzburg Stiftung Bürgerspital zum Heiligen Geist, Würzburg</p>	<p>Bundesland</p> <p>Bayern</p> <p>Förderschwerpunkt</p> <p>Verknüpfung von Rehabilitation und Pflege</p>
<p>Projektleitung</p> <p>Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie Dr. Heiner Vogel Telefon: (0931) 3127 18 E-Mail: h.vogel@mail.uni-wuerzburg.de Stiftung Bürgerspital MOR Michael Schwab, Telefon: (0931) 3503489 E-Mail: MSchwab@buergerspital.de</p>	<p>Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p> <p>Matthias Jelitte, Telefon: (0931) 31 2290 E-Mail: matthias.jelitte@mail.uni-wuerzburg.de</p>
<p>Finanzierung</p> <p>73% BMFSFJ 15% Landesmittel Bayern 12% Eigenmittel</p>	<p>Projektevaluation</p> <p>Evaluation durch Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter</p>

Problemstellung und Ziele des Projektes

Die stationäre Altenpflege stellt einen wichtigen Versorgungsbereich für ältere pflegebedürftige Menschen dar, die nicht mehr in ihrem privaten Wohnumfeld verbleiben können. Die aktivierende Pflege in Seniorenpflegeheimen hat zum Ziel, die Selbstständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner sowie ihre Mobilität zu fördern bzw. zu erhalten. Schließlich können auf diese Weise auch Lebensqualität, Vitalität sowie körperliche und geistige Gesundheit gefördert werden.

Kurzfristig erscheint eine versorgende Pflege für die Pflegekräfte zwar arbeitserleichternd, mittelfristig ist aktivierende Pflege aber von Vorteil, weil auf diese Weise die Eigenaktivität und die Interessen der Bewohner mobilisiert werden. Außerdem wird ihre Motivation gefördert, den Tagesablauf selbst zu gestalten und damit auch die Fähigkeit, einen größeren Teil der erforderlichen Pflegeleistungen selbst zu verrichten. Damit verspricht die aktivierende rehabilitationsorientierte Pflege auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu einer Erleichterung ihrer Aufgaben und einer höheren Arbeitszufriedenheit beizutragen. Darüber hinaus wird die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch fachliche Qualifizierung unterstützt.

Bisher mangelt es an praxisnahen Konzepten zur Implementierung aktivierender, rehabilitationsorientierter Pflege in Seniorenpflegeheimen. Im Rahmen des Modellprojektes sollten institutionsbezogene Strategien zur Verbesserung der Rehabilitationsorientierung in der Pflege implementiert und in ihren Auswirkungen auf die Arbeitsstrukturen und -abläufe in den beteiligten Seniorenpflegeheimen untersucht werden.

Projektverlauf

Im Projekt wurde erprobt, ob sich durch ein strukturiertes Kooperationsmodell mit einer geriatrischen Rehabilitationsklinik eine rehabilitationsorientierte Pflege im Seniorenpflegeheim dauerhaft erfolgreich etablieren lässt.

Hierfür wurden die folgenden drei Interventionsmaßnahmen getestet:

- Hospitation – insgesamt hospitierten zwölf Mitarbeiterinnen jeweils eines Pflegeheims in Zweiergruppen für vier Wochen in der geriatrischen Rehabilitationsklinik; im Gegenzug waren zwei Mitarbeiterinnen der Reha-Klinik im Pflegeheim tätig.
- Fallkonferenz – in vierzehntägigem Abstand wurden multiprofessionell besetzte Fallkonferenzen durchgeführt. Die Moderation und Dokumentation übernahm der wissenschaftliche Mitarbeiter des Modellprojekts.
- Teambezogene Fortbildungen – möglichst viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Einrichtung werden auf Eintagesveranstaltungen im Gesamtumfang von mindestens sechs Tagen fortgebildet.

Die drei Interventionsmaßnahmen wurden in jedem der drei beteiligten Pflegeheime aufeinanderfolgend durchgeführt. Dabei begann jedes Heim mit einer anderen Maßnahme. Demnach gab es drei Interventionsphasen, die jeweils sechs Monate dauerten. Im Anschluss an die Interventionsphasen wurden die Effekte in einer Erhebungsphase gemessen. Die Erhebungen wurden zusätzlich in einem „Kontrollheim“ durchgeführt, in dem keine Intervention erfolgte.

Ergebnisse und innovativer Ertrag

Weder die Messungen der funktionalen Kapazität mit Hilfe des Barthel-Index, noch die Bewohnerbefragungen zu deren Befindlichkeit ergaben eindeutige Hinweise auf irgendwelche Auswirkungen der Maßnahmen.

Die quantitativen Mitarbeiterbefragungen ergaben lediglich eine statistisch signifikante Verbesserung in der Zusammenarbeit von Pflegekräften und Therapeuten durch die teambezogenen Fortbildungen. Ansonsten waren keine signifikanten Veränderungen (etwa bei Arbeitszufriedenheit oder Erschöpfung) feststellbar. Positive Effekte ließen sich jedoch anhand der Analyse qualitativer Daten nachweisen. Mitarbeiterinnen, die an den Hospitationen teilgenommen hatten, gaben an, rehabilitative Techniken und rückschonende Pflege Techniken erworben zu haben und die Belastungen des Arbeitsalltags psychisch besser bewältigen zu können. Fallkonferenzen hatten Auswirkungen auf einen integrierten Einsatz von aktivierenden Pflegemaßnahmen und therapeutischen Maßnahmen, was sich nach Einschätzung der Mitarbeiterinnen auch in Zustandsverbesserungen der Bewohnerinnen und Bewohner niederschlug. Von den teambezogenen Fortbildungen berichteten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, dass sie zu rückschonenderem Arbeiten und größerer fachlicher Sicherheit bei der Arbeit geführt hätten. Im direkten Vergleich der drei Interventionsmaßnahmen präferierten sie die Hospitationen.

Weiterführende Literatur zum Modellprojekt

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Projekte prüfen Rehabilitation auf ihre Effektivität. *dialog* 5/2003, S. 3.

Vogel, H. und Schwab, M. (2000). Förderung rehabilitationsorientierter Betreuung im Seniorenpflegeheim durch Entwicklung eines praxisnahen Kooperationsmodells zwischen Seniorenheim und geriatrischer Rehabilitationsklinik. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Auftaktveranstaltung „Altenhilfestrukturen der Zukunft“, S. 111–118, Frechen.

Beiträge der 20 Modellprojekte für die Altenhilfestrukturen der Zukunft – Darstellung in Form von Übersichten

Im Folgenden finden sich einige Übersichtsdarstellungen, die in knappster Form zentrale Ergebnisse des Modellprogramms zusammenfassen.

Vorangestellt ist eine alphabetisch nach Standorten geordnete Liste der Modelle mit der vollständigen Bezeichnung des Modells in der mittleren und der im Text zumeist verwendeten Kurzbezeichnung in der rechten Spalte.

Die Übersichtsdarstellungen enthalten auf jeweils zwei Seiten zu den Konzepten der Modelle

- eine Zuordnung zu den Handlungsfeldern, auf denen sie schwerpunktmäßig agieren,
- die Zielgruppen und Akteure,
- Bewertungen von Stabilität und Verstetigung,
- Einschätzung der Transferfähigkeit mit einem kurzen Kommentar, wenn ein Konzept als nicht oder nur eingeschränkt transferfähig eingeschätzt wurde.

Die Kriterien für diese Bewertungen bzw. Einschätzungen sind in der Fußnote auf S. 190 erläutert.

Um die Lesbarkeit der Übersichten zu erhöhen, wird hier ausnahmsweise bei Zielgruppen und Akteuren nur das männliche Geschlecht verwendet. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass dieser Gebrauch generisch zu verstehen ist und das weibliche Geschlecht immer mit gemeint ist.

Modellbezeichnungen

Ort	Titel	Kurztitel
Berlin	Netzwerk im Alter Albatros e.V	Netzwerk im Alter
Bielefeld	KUNZ – Kirche und Nachbarschaftszentrum	KUNZ
Bochum	Forschungsprojekt zur Erfassung der Versorgungssituation von Demenzkranken in Bochum und Umgebung unter besonderer Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse von Betroffenen	Forschungsprojekt zur Erfassung der Bedürfnisse Demenzkranker
Cottbus	Entwicklung einer gerontopsychiatrischen Verbundstruktur in einer ländlichen Region und in einer kreisfreien Stadt	Gerontopsychiatrische Verbundstruktur
Daaden / Herdorf	„Tagesmütter“ für Demenzkranke und andere Angebote zur Informations-, Krisenbewältigung und Weiterbildung	„Tagesmütter“ für Demenzkranke
Dießen	Implementation von Hausgemeinschaften in eine kleinräumig ausgerichtete Versorgungskette für pflegebedürftige ältere Menschen	Hausgemeinschaften
Eisenberg	Gerontopsychiatrische Wohngemeinschaft – Diakoniezentrum Bethesda e.V.	Gerontopsychiatrische Wohngemeinschaft
Hamburg	Alzheimer Zentrum Hamburg	Alzheimer Zentrum Hamburg
Mainz	Ein Beitrag zu mehr Markttransparenz und Patienten- und Verbraucherschutz im Bereich ambulante Pflegedienste in der Stadt Mainz	Patienten- und Verbraucherschutz in der ambulanten Pflege
Neustrelitz	Gerontopsychiatrische Patienten im familialen Bezugssystem	Gerontopsychiatrische Patienten im familialen Bezugssystem
Nürnberg	Home Care Nürnberg – Virtuelles Altenheim	Home Care
Radeburg	Aufbau eines geriatrischen Netzwerkes im Dresdener Norden und umliegenden Kommunen	Geriatrisches Netzwerk
Rendsburg	Abschiedsmusik – Musiktherapie mit Demenzkranken und Menschen in der letzten Lebensphase	Abschiedsmusik
Salzgitter	Entwicklung neuer Kooperations- und Koordinationsstrukturen – Aktives Leben und Wohnen älterer Menschen	Aktives Leben und Wohnen älterer Menschen
Stuttgart	Vierte Lebensphase	Vierte Lebensphase
Stuttgart	Milieutherapie – Einführung milieutherapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich mit begleitender Evaluation (MIDEMAS)	MIDEMAS
Stuttgart	Verbraucherschutz in der stationären Pflege – Landes-seniorenrat Baden-Württemberg e.V. – LSR	Verbraucherschutz in der stationären Pflege
Wiesbaden	Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation – GeReNet.Wi	Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation
Woltersdorf	Mobile Rehabilitation Woltersdorf	Mobile Rehabilitation in Woltersdorf
Würzburg	Förderung rehabilitationsorientierter Betreuung im Seniorenpflegeheim durch Entwicklung eines praxisnahen Kooperationsmodells zwischen Seniorenheim und geriatrischer Rehabilitation	Rehabilitationsorientierte Betreuung im Seniorenpflegeheim

Konzepte und Handlungsfelder

Modell-standort	Konzepte	HF1 Netz / CM	HF2 Reha	HF2 Verbraucher	HF3 stationär	HF4 häuslich	HF5 Freiwillige
Berlin	Vernetzung mit Etablierung von Qualitätsstandards	●					
Bielefeld	Stadtteilzentrum für Senioren					●	
	Betreuungsangebote auf Freiwilligenbasis					●	●
Bochum	Erfassung der Bedürfnisse Demenzkranker und Abgleich mit der Versorgungsrealität				●		
Cottbus	Netzwerkbildung Demenz	●			●		
Daaden/ Herdorf	„Tagesmütter“ für Demenzkranke und weitere Stützungsangebote					●	●
Dießen	Stationäre Hausgemeinschaften in lokaler Versorgungskette				●		●
Eisenberg	Therapeutische Pflege im Rahmen einer gerontopsychiatrischen WG				●		
Hamburg	Multiplikatoren-schulung (Demenz)				●	●	
	Angehörigenarbeit				●	●	
	Demenz-Infothek				●	●	
Mainz	Informations- und Beschwerdetelefon Pflege			●			
	Vertragsgestaltung ambulante Pflege			●			
Neustrelitz	Netzwerk Angehörigenarbeit	●					
	Schulung und Einsatz von Moderatoren für reflexive Angehörigen-gesprächsgruppen					●	

Konzepte und Handlungsfelder

Modell-standort	Konzepte	HF1 Netz / CM	HF2 Reha	HF2 Verbraucher	HF3 stationär	HF4 häuslich	HF5 Freiwillige
Nürnberg	Koordinierungssystem Case Management	●					
	Teleservice für geriatrische Betreuung	●				●	
Radeburg	Netzwerkbasierende häusliche Versorgung nach Reha	●	●			●	
Rendsburg	Musikalisierung des Pflegealltags				●		
Salzgitter	Case Management (BIKK 1)	●					
	Lebenskonzepte für Demenzerkrankte (BIKK 2)					●	●
	ganzheitliche Versorgungs- und Wohnstruktur	●				●	
Stuttgart 4. Lebensphase	Betreuung allein lebender gerontopsychiatrisch veränderter Menschen durch Freiwillige					●	●
Stuttgart MIDEMAS	Segregative Demenz-WGs in stationären Regeleinrichtungen				●		
Stuttgart Landes- senioren- rat	Interessenvertretung Demenzerkrankter im Heimbeirat durch Freiwillige			●	●		●
	Interessenvertretung von Heimbewohnern – Anlaufstelle			●	●		●
Wiesbaden	Netzwerk geriatrische Reha	●	●				
	Freiwillige Seniorenbegleiter					●	●
Woltersdorf	Mobile ambulante geriatrische Rehabilitation	●	●			●	
Würzburg	Reha-Bewusstsein im Rahmen stationärer Pflege		●		●		

HF1 Strukturentwicklung, Vernetzung und Case Management

HF2 Verknüpfung von Rehabilitation und Pflege

HF3 Verbraucherschutz und Interessenvertretung

HF4 Neue stationäre Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen

HF5 Betreuung und Versorgung im häuslichen Bereich und im Wohnumfeld

HF6 Mobilisierung von freiwilligen Helferinnen und Helfern zur Betreuung von Hilfe- und Pflegebedürftigen

Zielgruppen und Akteure

Modellstandort	Konzepte	Zielgruppen	Akteure
Berlin	Vernetzung mit Etablierung von Qualitätsstandards	ältere Menschen mit und ohne Hilfebedarf	Vertreter der regionalen Leistungserbringer
Bielefeld	Stadtteilzentrum für Senioren	selbstständig lebende Senioren	Sozialarbeiter unterstützt von Freiwilligen
	Betreuungsangebote auf Freiwilligenbasis	Demenzkranke und pflegende Angehörige	Freiwillige oder professionelle Pflegefachkräfte
Bochum	Erfassung der Bedürfnisse Demenzkranker und Abgleich mit der Versorgungsrealität	Pflegeeinrichtungen und Gerontologie	Wissenschaftler
Cottbus	Netzwerkbildung Demenz	gerontopsychiatrisch Erkrankte und deren Angehörige	Leistungserbringer in der gerontopsychiatrischen Versorgung
Daaden/ Herdorf	„Tagesmütter“ für Demenzkranke und weitere Stützungsangebote	pflegende Angehörige von Demenzkranken	Freiwillige/Pflegefachkraft und gerontopsychiatrische bzw. sozialpädagogische Fachkraft
Dießen	Stationäre Hausgemeinschaften in lokaler Versorgungskette	stationär versorgte ältere Menschen	Präsenzkräfte
Eisenberg	Therapeutische Pflege im Rahmen einer gerontopsychiatrischen WG	Demenzkranke mit leichtem Schweregrad bei der Aufnahme	multiprofessionelles Team (Pflegefachkraft & Therapeut & Sozialarbeiter)
Hamburg	Multiplikatorenschulung (Demenz)	Mitarbeiter in der stationären Pflege und ambulanter Pflegedienste	Gerontologische/psychiatrische Fachkräfte
	Angehörigenarbeit	Angehörige von Demenzkranken	
	Demenz-Infothek	am Thema Demenz Interessierte Öffentlichkeit	Bibliothekar
Mainz	Informations- und Beschwerdetelefon Pflege	Pflegebedürftige oder (v.a.) ihre Angehörigen	Verbraucherzentrale (Honorarwältin) und Beratungs- und Koordinationsstellen
	Vertragsgestaltung ambulante Pflege	Verbraucher, die ambulante Pflegedienste in Anspruch nehmen (wollen)	Verbraucherzentrale und Beratungs- und Koordinationsstellen
Neustrelitz	Netzwerk Angehörigenarbeit	regionale Vertreter von Institutionen/Organisationen im gerontopsychiatrischen Bereich	Initiatoren / Institut / regionale Netzwerkakteure
	Schulung und Einsatz von Moderatoren für reflexive Angehörigengesprächsgruppen	pflegende Angehörige von Demenzkranken	In Versorgungskontexten tätige Fachkräfte mit Zusatzqualifikation

Zielgruppen und Akteure

Modellstandort	Konzepte	Zielgruppen	Akteure
Nürnberg	Koordinierungssystem Case Management	hilfebedürftige ältere Menschen	Mitglieder eines Ärztenetzes
	Teleservice für geriatrische Betreuung		Netzwerkmanager
Radeburg	Netzwerkbasierte häusliche Versorgung nach Reha	Nach-Reha-Patienten	Pflegefachkräfte und Therapeuten
Rendsburg	Musikalisierung des Pflegealltags	Mitarbeiter in stationären Einrichtungen	professionelle Musiktherapeuten
Salzgitter	Case Management (BIKK 1)	hilfebedürftige ältere Bewohner	sozialpädagogische Fachkraft
	Lebenskonzepte für Demenzkranke (BIKK 2)	Demenzkranken und pflegende Angehörige	gerontopsychiatrische und sozialpädagogische Fachkraft
	ganzheitliche Versorgungs- und Wohnstruktur	ältere Bewohner eines Stadtteils	sozialpädagogische Fachkraft, Kommune, freie Wohlfahrtspflege etc.
Stuttgart 4. Lebensphase	Betreuung allein lebender gerontopsychiatrisch veränderter Menschen durch Freiwillige	allein lebende Senioren mit psychischen Veränderungen	Freiwillig Engagierte, qualifiziert und begleitet
Stuttgart MIDEMAS	Segregative Demenz-WGs in stationären Regeleinrichtungen	mittel- und schwer Demenzkranke	demenzspezifisch qualifiziertes Team (Pflegefachkräfte)
Stuttgart Landes-seniorenrat	Interessenvertretung Demenzkranker im Heimbeirat durch Freiwillige	Heimbewohner	in zweitägiger Fortbildung qualifizierte Freiwillige
	Interessenvertretung von Heimbewohnern – Anlaufstelle	Pflegebedürftige in Einrichtungen und deren Angehörige	in zweitägiger Fortbildung qualifizierte Freiwillige
Wiesbaden	Netzwerk geriatrische Reha	allein lebende Senioren mit Rehabilitationsbedarf	Kommune, niedergelassene Ärzte und Reha-Kliniken
	Freiwillige Seniorenbegleiter	Senioren mit oder ohne psychischen Veränderungen	Freiwillig Engagierte, qualifiziert und begleitet
Woltersdorf	Mobile ambulante geriatrische Rehabilitation	in ihrer Mobilität eingeschränkte ältere Menschen mit Reha-Bedarf	multidisziplinäres Reha-Team
Würzburg	Reha-Bewusstsein im Rahmen stationärer Pflege	Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen	geschulte Pflegekräfte

Stabilität und Verstetigung

Modellstandort	Konzepte	Stabilität	Verstetigung
Berlin	Vernetzung mit Etablierung von Qualitätsstandards	●	●
Bielefeld	Stadtteilzentrum für Senioren	●	○
	Betreuungsangebote auf Freiwilligenbasis	●	○
Bochum	Erfassung der Bedürfnisse Demenzkranker und Abgleich mit der Versorgungsrealität	○	./.
Cottbus	Netzwerkbildung Demenz	●	●
Daaden/ Herdorf	„Tagesmütter“ für Demenzkranke und weitere Stützungsangebote	●	●
Dießen	Stationäre Hausgemeinschaften in lokaler Versorgungskette	●	●
Eisenberg	Therapeutische Pflege im Rahmen einer gerontopsychiatrischen WG	●	○
Hamburg	Multiplikatorenschulung (Demenz)	●	○
	Angehörigenarbeit	○	○
	Demenz-Infothek	●	./.
Mainz	Informations- und Beschwerdetelefon Pflege	●	●
	Vertragsgestaltung ambulante Pflege	●	●
Neustrelitz	Netzwerk Angehörigenarbeit	○	○
	Schulung und Einsatz von Moderatoren für reflexive Angehörigengesprächsgruppen	●	●

Stabilität und Verstetigung

Modellstandort	Konzepte	Stabilität	Verstetigung
Nürnberg	Koordinierungssystem Case Management	○	○
	Teleservice für geriatrische Betreuung	./.	./.
Radeburg	Netzwerkbasierende häusliche Versorgung nach Reha	○	○
Rendsburg	Musikalisierung des Pflegealltags	●	●
Salzgitter	Case Management (BIKK 1)	●	○
	Lebenskonzepte für Demenzerkrankte (BIKK 2)	●	○
	ganzheitliche Versorgungs- und Wohnstruktur	./.	./.
Stuttgart 4. Lebensphase	Betreuung allein lebender gerontopsychiatrisch veränderter Menschen durch Freiwillige	●	●
Stuttgart MIDEMAS	Segregative Demenz-WGs in stationären Regeleinrichtungen	●	●
Stuttgart Landes-seniorenrat	Interessenvertretung Demenzerkrankter im Heimbeirat durch Freiwillige	●	●
	Interessenvertretung von Heimbewohnern – Anlaufstelle	○	●
Wiesbaden	Netzwerk geriatrische Reha	●	●
	Freiwillige Seniorenbegleiter	●	●
Woltersdorf	Mobile ambulante geriatrische Rehabilitation	●	○
Würzburg	Reha-Bewusstsein im Rahmen stationärer Pflege	○	○

● hoch stabil

○ eingeschränkt stabil

./ . instabil

● vollständig verstetigt

○ teilweise verstetigt

./ . nicht verstetigt

Transferierbarkeit

Modell-standort	Konzepte	Transferierbarkeit	Kommentar
Berlin	Vernetzung mit Etablierung von Qualitätsstandards	○	eingeschränkt durch divergierende Interessen der Akteure
Bielefeld	Stadtteilzentrum für Senioren	●	
	Betreuungsangebote auf Freiwilligenbasis	●	
Bochum	Erfassung der Bedürfnisse Demenzkranker und Abgleich mit der Versorgungsrealität	●	
Cottbus	Netzwerkbildung Demenz	○	eingeschränkt durch divergierende Interessen der Akteure
Daaden/ Herdorf	„Tagesmütter“ für Demenzkranke und weitere Stützungsangebote	●	
Dießen	Stationäre Hausgemeinschaften in lokaler Versorgungskette	○	abhängig von Zahlungsfähigkeit/-bereitschaft der Klienten
Eisenberg	Therapeutische Pflege im Rahmen einer gerontopsychiatrischen WG	○	abhängig von Zahlungsfähigkeit/-bereitschaft der Klienten
Hamburg	Multiplikatoren-schulung (Demenz)	○	im ambulanten Bereich zu geringe Ressourcen der Leistungserbringer
	Angehörigenarbeit	○	nur schichtspezifisch mobilisierbar
	Demenz-Infothek	./.	Infothek ist zu kostenaufwändig
Mainz	Informations- und Beschwerde-telefon Pflege	●	
	Vertragsgestaltung ambulante Pflege	●	
Neustrelitz	Netzwerk Angehörigenarbeit	●	
	Schulung und Einsatz von Moderatoren für reflexive Angehörigen-gesprächsgruppen	○	Sonderregelung muss im Einzelfall abgeschlossen werden

Transferierbarkeit

Modellstandort	Konzepte	Transferierbarkeit	Kommentar
Nürnberg	Koordinierungssystem Case Management	○	eingeschränkt durch divergierende Interessen der Akteure
	Teleservice für geriatrische Betreuung	./.	keine Nachfrage
Radeburg	Netzwerkbasierte häusliche Versorgung nach Reha	○	eingeschränkt durch divergierende Interessen der Akteure
Rendsburg	Musikalisierung des Pflegealltags	●	
Salzgitter	Case Management (BIKK 1)	●	
	Lebenskonzepte für Demenzkranke (BIKK 2)	●	
	ganzheitliche Versorgungs- und Wohnstruktur	./.	überkomplexes Konzept
Stuttgart 4. Lebensphase	Betreuung allein lebender gerontopsychiatrisch veränderter Menschen durch Freiwillige	●	
Stuttgart MIDEMAS	Segregative Demenz-WGs in stationären Regeleinrichtungen	○	abhängig von länderspezifischen Sonderpflegesätzen und Förderprogrammen
Stuttgart Landes-seniorenrat	Interessenvertretung Demenzkranker im Heimbeirat durch Freiwillige	●	
	Interessenvertretung von Heimbewohnern – Anlaufstelle	./.	zu geringe Nachfrage / Inanspruchnahme
Wiesbaden	Netzwerk geriatrische Reha	○	abhängig von regionalen Voraussetzungen
	Freiwillige Seniorenbegleiter	●	
Woltersdorf	Mobile ambulante geriatrische Rehabilitation	○	abhängig von regionalen Voraussetzungen
Würzburg	Reha-Bewusstsein im Rahmen stationärer Pflege	./.	derzeit nicht abschätzbar

● voll transferfähig

○ teilweise transferfähig

./.. s. Kommentar

Literatur

- Adler, C. et al. (1996). „Frei fühle ich mich nie“ – Frauen pflegen ihren an Demenz erkrankten Ehemann, Vater oder Mutter. In: Gesundheitswesen 58 (Sonderheft 2).
- Berger-Schmidt, R. (2003). Geringere familiäre Pflegebereitschaft bei jüngeren Generationen. ISI 29, Januar 2003.
- Berghoff, I. (1998). SET. Förderpflege – Das SelbstErhaltungstherapie-Konzept Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Beyreuther, K. et al. (2002). Demenzen, Stuttgart, New York: Thieme Verlag.
- Bickel, H. (2001). Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 34, Heft 2, S. 108–115.
- Biefang, S., Potthoff, P., Schliehe, F. (1998). Assessmentverfahren für die Rehabilitation, Göttingen: Hogrefe.
- Bienstein, C., Fröhlich, A. (1997). Basale Stimulation in der Pflege. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben.
- Blimlinger, E. et al. (1996). Lebensgeschichten Biographiearbeit mit alten Menschen. Hannover: Vincentz (2. Aufl. 1996).
- Blinkert, B., Klie, Th. (1999). Pflege im sozialen Wandel. Eine Untersuchung über die Situation von häuslich versorgten Pflegebedürftigen nach Einführung der Pflegeversicherung. Hannover: Hannover.
- Braun, J. (1999). Bürgerschaftliches Engagement älterer Menschen: Motive und Aktivitäten. Stuttgart: Kohlhammer.
- Braun, J. (2001). Förderung des freiwilligen Engagements und der Selbsthilfe in der Kommune. Köln, Institut für sozialwissenschaftliche Analysen und Beratung (ISAB).
- Bruder J. (1999). Milieuthérapie Demenzkranker. In: Naegele, G., Schütz, R. M. (Hrsg.). Soziale Gerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Büchi, M. et al. (2000). Alle Macht den Patienten? Vom ärztlichen Paternalismus zum Shared-decision-making. Schweizerische Ärztezeitung, 49. Jg., S. 2776–2780.
- Buhl, A. (2000). Trägerübergreifende Projektarbeit als Basis von Kundenorientierung und Qualitätssicherung (am Beispiel PflegeNotTelefon in Schleswig-Holstein). In Enzian et al. (Hrsg.). Soziale Gerontologie, Frankfurt: Mabuse Verlag, S. 155–165.

- Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation (2001). Rahmenkonzeption Mobile Rehabilitation.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (1997). Seniorenvertretungen – Verantwortung für das Gemeinwesen. Dokumentation der Fachtagung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (1998). Wohnen im Alter. Zweiter Bericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland. Bonn.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2000). Auftaktveranstaltung 'Altenhilfestrukturen der Zukunft'. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2001). Alter und Gesellschaft. Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2001a). Neue Wege finden, neue Wege gehen – Das Modellprogramm 'Altenhilfestrukturen der Zukunft' im Überblick. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2001b). Forum Altenhilfe. 1/2001, 1. Jg.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002). Vierter Altenbericht 2002. Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002a). Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002b). Altenhilfestrukturen der Zukunft – Eine Zwischenbilanz. Ergebnisse der Fachtagung. Forum Altenhilfe. Sonderheft 2002, 2. Jg.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2003). Ehrenamtlichkeit und Professionalität bei der Betreuung Demenzkranker“. In: Forum Altenhilfe, Sonderheft 2003, 3. Jg.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (lfd. Jg.): Dialog Nr. 1 bis 6. Newsletter des Modellprogramms „Altenhilfestrukturen der Zukunft“, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (2003). Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Bonn.

- Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (2003). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (2001). Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen – Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Gutachten 2001. Bonn
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (2003). Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen – Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität Gutachten 2003. Bonn
- Cappell E. (2000). Besondere Pflege und Betreuung demenziell erkrankter Heimbewohnerinnen und Bewohner in Hamburg. In: BMFSFJ (Hrsg.). Auftaktveranstaltung: "Altenhilfestrukturen der Zukunft". Berlin.
- Castells, M. (2000). The rise of the network society. Oxford: Blackwell Publishers 2. Aufl.
- Damkowski, W., Seidelmann, A., Voß, L. (1994). Evaluation des Modellprogramms stationäre Dementenbetreuung in Hamburg – Endbericht Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Hamburg.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2003). www.deutsche-alzheimer.de.
- Dierks, M. et al. (2001a). Patientensouveränität – Der autonome Patient im Mittelpunkt. Stuttgart: Arbeitsbericht Nr. 195 der Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg, S. 4–26.
- Dierks, M. (2001). Empowerment und die Nutzer im deutschen Gesundheitswesen. Habilitationsschrift. Medizinische Hochschule Hannover.
- Dierks, M. et al. (2000a). Patienten als Kunden. Informationsbedarf und Qualität von Patientinformationen aus Sicht der Public Health-Forschung. In: Jazbinsek D (Hrsg.). Gesundheitskommunikation. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S. 150–163.
- Dierks, M. et al. (2000b). Konsumentenrolle und Konsumenteninformation aus Sicht der Public-Health-Forschung. In: Psychomed 2000, 12 (2), S. 77–82.
- Dierks, M. et al. (2001b). Informationen über Gesundheit, Krankheit und die Qualität der Versorgung – Situation in Deutschland und zukünftige Entwicklungen. Pflege & Gesellschaft 6 (4), S. 125–139.
- Dietz, B. (1999). Vernetzung als Steuerungsinstrument kommunaler Gesundheits- und Altenpflegepolitik. In: Dietz, B.; Eißel, D.; Naumann, D. (Hrsg.) (1999). Handbuch der kommunalen Sozialpolitik, S. 203–221.

- Dinkel, R. H. et. al. (1997). Langfristige Veränderungen in der Verfügbarkeit häuslicher Unterstützungspotentiale aufgrund familiärer Strukturverschiebungen – Eine Modellrechnung. In: Gesundheitswesen 59 (4).
- Döhner, H. (2003). Synopse innovativer Ansätze zur vernetzten Versorgung ältere Menschen in Deutschland, Abschlussbericht vorläufige Version.
- Döhner, H., Bleich C. Kofahl, C., Lauterberg, J. (2002). Case Management für ältere Hausarzt-patientinnen und –patienten und ihre Angehörigen: Projekt Ambulantes Gerontologi-sches Team – PAGT.
- Dokumentation Geriatrische Rehabilitation zu Hause, Modellprojekte der Landeshauptstadt München, 1999.
- Dörner, K., Hopfmüller, E., Röttger-Liepmann, B. (2001). Für eine Auflösung der Heime. Dr. med. Mabuse, 133 (5), 29–36.
- Engel, H. und Engel, D. (1999). Case Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesys-temen, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Ju-gend; Bd.189.1.
- Enquete-Kommission (2002). „Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements. Deutscher Bun-destag – 14 Wahlperiode. Drucksache 14/8900.
- Erlinghagen, M., Rinne, K., Schwarze, J. (1997). Ehrenamtliche Tätigkeiten in Deutschland – komplementär oder substitutiv? Analysen mit dem Sozio-Ökonomischen Panel 1985 bis 1996. Diskussionspapier Nr. 97/10. Bochum.
- Etgeton S. (2002). Zum Selbstverständnis der Verbraucherzentralen in der Verbraucher- und Patientenberatung in AOK im Dialog, Wege zur Stärkung der Patientensouveränität, S. 98.
- Evers, A., Rauch, U. (2000). Private Pflegearrangements und die Rolle der Kommunen – Erfah-rungen aus dem Vogelbergkreis. In: Entzian, H. et. al. (Hrsg.): Soziale Gerontologie. Frankfurt: Mabuse-Verlag.
- Ewers, M. (1996). Case Management: Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung.
- Feil, N. (1982/1992). Validation – Ein neuer Weg zum Verständnis alter Menschen Altern & Kultur, Wien.
- Flocken, P. Hellmann-Flocken, S. Howaldt, J. (2001) Die Praxis des Netzwerkmanagements. Eschborn: RKW Verlag, S. 3–21.

- Flocken, P. et. al. (2001). Erfolgreich im Verbund. Die Praxis des Netzwerkmanagements Eschborn: RKW Verlag.
- Franke, L. (2000). Psychosoziale Beratung für Angehörige Demenzkranker – Erste Konturen der unterschiedlichen Nutzerprofile von Ehepartnern und Kindern. In: Entzian, H. et. al. (Hrsg.): Soziale Gerontologie. Frankfurt: Mabuse-Verlag.
- Friemelt, P. (1999). Was tut sich bundespolitisch im Bereich Patientenschutz? Forum Sozialpolitik Nr. 77, S.14–5.
- Fröhlich, A. (1998). Basale Stimulation. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben.
- Fuchs, J. (1998). Ressourcen für die Pflege im häuslichen Bereich: Pflegebereitschaft von Personen, die selbst nicht pflegen. In: Gesundheitswesen 60.
- Fuchs, J. (1999). Entlastung pflegender Personen – Unterstützungspotenziale für ambulante Dienste. In: Häusliche Pflege 11.
- Gatterer, G. (Hrsg.) (2003). Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch. Wien: Springer-Verlag.
- Gennrich, R. (2002). Qualitative und quantitative Erfassung des erforderlichen Pflegezeit- und Personalbedarfs in deutschen Altenpflegeheimen. (Schriftenreihe des BMFSFJ, Bd. 225, Stuttgart).
- Gennrich, R. et al. (2003). Analyse und Transfer der Verfahrens PLAISIR; Vorbereitung und Dokumentation der Überprüfungsprozesse der Verfahrens PLAISIR zur Anwendung auf Landesebene. KDA Beratungs- und Forschungsgesellschaft für Altenhilfe mbH im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mit Unterstützung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz Schleswig-Holstein. www.bmfsfj.de.
- Gensicke, T. (2000). Deutschland im Übergang. Lebensgefühl, Wertorientierungen, Bürgerengagement. Forschungsinstitut für öffentliche Verwaltung. Speyer.
- Göpfert-Dividier, W. Robitzsch, M., Schweikart, R. (1999). "Qualitätsmanagement" und "Care Management" in der ambulanten Pflege, zwei Expertisen im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Gesundheit, Bd. 173.
- Graber–Dünow, M. (2003) Besprechung von: Klie Th. (Hrsg.) (2003). Wohngruppen für Menschen mit Demenz. In: Dr. med. Mabuse 145 September/Oktober 2003.
- Gräßel, E. (1998a). Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfe- und Pflegebedarf im Alter. In: Egelsbach: Hänssel-Hohenhausen – Verlag der Deutschen Hochschulschriften.

- Gräßel, E. (1998b). Häusliche Pflege demenziell und nicht demenziell Erkrankter. Teil I: Inanspruchnahme professioneller Pflegehilfe. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31 (1).
- Gräßel, E. (1998c). Häusliche Pflege demenziell und nicht demenziell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31 (1).
- Gräßel, E. (2000). Warum pflegen Angehörige? Ein Pflegemodell für die häusliche Pflege im höheren Lebensalter. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 13 (2).
- Gröning, K. (1997). Pflege in Zeiten der Fortschritts- und Konsumphilosophie. Dr. med. Mabuse, 108 (4), 29–36.
- Grümme, R. (1997). Situation und Perspektive der Musiktherapie mit demenziell Erkrankten; Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V.; (Beiträge zur Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung, Band 2); Regensburg: Transferverlag.
- Gunzelmann, T. et al. (1996). Demenz im System Familie. In: System Familie 9.
- Haas, B., Raasch, C. (2003). Qualifikation zum / zur freiwilligen Seniorenbegleiter / in – Handbuch für die Praxis. KDA-Reihe „thema“, Nr. 182. Köln.
- Halsig, N. (1998). Die psychische und soziale Situation pflegender Angehöriger – Möglichkeiten der Intervention. In: Kruse, A. et al. (Hrsg.): Psychosoziale Gerontologie Bd. 2. Intervention. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Heeg S. (2001). Bau und Innenraumgestaltung. In: Stationäre Versorgung von Alzheimer-Patienten. Leitfaden für den Umgang mit demenzkranken Menschen. Schriftenreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V., Nr. 3 Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., S. 105–126.
- Henssler, M. (2001) "Die Zukunft des Rechtsberatungsgesetzes". In: Anwaltsblatt 10/2001 Band 10, S. 525–533.
- Hirsch, R., Fussek C. (1999). Gewalt gegen pflegebedürftige alte Menschen in Institutionen – Berichte von Betroffenen. Bonner Schriftenreihe „Gewalt im Alter“, Band 4.
- Höft, B., Paulus, H.J. (1996). Leitlinien für die integrative Betreuung dementer Bewohner in Altenpflegeeinrichtungen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Bd 29 H 2 (1996) 150–158).
- Howaldt, J., Kopp, R., Martens, H. (2001). Kooperationsverbünde und regionale Modernisierung: Thematische Einführung. In: Flocken et al. (2001).

- Institut für Gerontologische Forschung e.V. (IGF) (1997). Allgemeine Senioren- und Lebensberatung in NRW. Teil I: Evaluation der Leistungen und Wirkungen der Arbeit der Beratungsstellen. Teil II: Untersuchung der wirtschaftlichen Effizienz. Rheda-Wiedenbrück/Berlin und Hamburg.
- Institut für Gerontologische Forschung e.V. (IGF) (1999). Allgemeine Senioren- und Lebensberatung in NRW. Teil I: Langfristige Beratung und Zeitbudget in den Beratungsstellen. Teil II: Kosten, Refinanzierungspotentiale und Wirtschaftlichkeit von Beratungsstellen. Rheda-Wiedenbrück, Berlin und Hamburg.
- Jakob A. et. al. (2002). Prävalenz und Inzidenz von Demenzerkrankungen in Alten- und Altenpflegeheimen im Vergleich mit Privathaushalten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Bd 35, H 5, S. 474–481.
- Kistler, E., Pfau-Effinger, B., Böhle, F. (2001). Struktur- und Motivationswandel Bürgerschaftlichen Engagements bei Erwerbstätigen und Arbeitslosen unter besonderer Berücksichtigung der gender-Perspektive. Gutachten für die Enquete-Kommission „Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements“ (K Drs. Nr. 14/146 neu). Stadtbergen.
- Kitwood, T. (2000): Demenz. Der personale Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Göttingen.
- Klaes, L. (2002). Wissenschaftliche Begleitung und übergreifende Ergebnisse zum Stand des Modellprogramms. In: Forum Altenhilfe. Sonderheft 2002, 2. Jg., 19–26.
- Klaes, L., Raven, U., Potthoff, P. (2001). Konzeption und Arbeitsschwerpunkte der wissenschaftlichen Begleitforschung. In: Forum Altenhilfe. 1/2001, 1. Jg., 4–9.
- Klages, H., Gensicke, T. (1999). Wertewandel und bürgerschaftliches Engagement an der Schwelle zum 21. Jahrhundert. Speyer, Forschungsinstitut für öffentliche Verwaltung.
- Klie Th. (2003). Wohngruppen für Menschen mit Demenz. Hannover: Vincentz Verlag.
- Klie, Th., Schmidt, R. (2000). Deutsche Pflegepolitik zwischen Besitzständen und europäischen Impulsen. In: Entzian, H. et. al. (Hrsg.): Soziale Gerontologie. Frankfurt: Mabuse-Verlag.
- Kohli, M. (1998). Die zweite Lebenshälfte – Gesellschaftliche Lage und Partizipation. Ergebnisse des Alters-Survey, Bd I. Forschungsgruppe Altern und Lebenslauf (FALL). Berlin, Freie Universität Berlin.
- Kruse, A. (1994). Die psychische und soziale Situation pflegender Frauen. Beiträge aus empirischen Untersuchungen. In: Zeitschrift für Gerontologie 27 (1).

- Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (1993). *Altenhilfe als Verbundsystem. Überlegungen zum planvollen rechtlich-organisatorischen und konzeptionell-fachlichen Zusammenwirken von medizinischen, pflegerischen und sozialen Hilfen* (KDA Forum 21) Köln.
- Langehennig, M. (1996). *Die Macht des Konsumenten stärken! Thesen zum Verbraucherschutz in der ambulanten Versorgung älterer Menschen*. In: *Häusliche Pflege* 12/96.
- Lauterberg, J. (2003). *Alte Menschen vernetzt betreuen, Gesundheit und Gesellschaft*, 7–8/03, S. 20–21.
- Leon, J., Cheng, C. K. und Alvarez, R. J. (1997). *Trends in special care: Changes in SCU from 1991 bis 1995*. In: *Journal of Mental Health and Aging* 3 (2), S. 149–168.
- Lind, S. (1992). *Versorgungsvarianten in der Gerontopsychiatrie*. In: *Altenheim* 8/; 406–410).
- Maciejewski, B. / Sowinski, Chr. / Besselmann, K. / Rückert, W. (2001). *Qualitätshandbuch: Leben mit Demenz. Zugänge finden, fördern und erhalten in der Förderung, Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen*. Köln (KDA).
- Martichuski, D. K., Bell, P. A., Bradshaw, B. (1996). *Including small group activities in large Special Care Units*. In: *Journal of Applied Gerontology* 15, S. 224–237.
- Mayntz, R. (1980). *Die Implementation politischer Programme: Theoretische Überlegungen zu einem neuen Forschungsgebiet*. In: Mayntz, R. (Hrsg.). *Implementation politischer Programme*, Meisenheim/Glan.
- Meier-Baumgartner, H., Nehrenheim-Duscha I., Görres S. (1992). *Die Effektivität von geriatrischer Rehabilitation älterer Menschen unter besonderer Berücksichtigung psychosozialer Komponenten bei ambulanter, teilstationärer und stationärer Betreuung* In: Bundesministerium für Familie und Senioren. Stuttgart, Berlin, Köln.
- Müller, M., Hennig, A. (2003). *Abschlussbericht zum Projekt "Wohngemeinschaft psychisch veränderter Menschen im Alter"*, Frankfurt am Main.
- Muthesius, D. (1997). *Musikerfahrungen im Lebenslauf alter Menschen*. Hannover: Vincentz.
- Nachtigäller, C. (2002). *Empowerment – der Beitrag der Selbsthilfe zur Stärkung der Patientenautonomie*. In: *AOK im Dialog, Wege zur Stärkung der Patientensouveränität*, S. 61–80.
- Oswald, F. et. al. (1999). *Umzug im Alter. Eine ökogerontologische Studie zum Wohnungswechsel privat wohnender Älterer in Heidelberg*. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 12.
- Pilgrim, K., Tschainer, S. (Hrsg.) (1998). *Für ein paar Stunden Urlaub*. Nürnberg.

- Potthoff, P. (2002). Zwischenergebnisse des Modellprogramms: Ergebnisse des ersten Monitorings. In: Forum Altenhilfe. Sonderheft 2002, 2. Jg., 27–31.
- Powell, J. (2000). *Helping the Older People with Dementia. A Practical Guide for Careworkers.* London.
- Powell, J. (2002). *Hilfen zur Kommunikation bei Demenz.* Köln (KDA).
- Radzey, B., Heeg, S., Goerlich, C. (1999). Kurzevaluation von Wohngruppen für Verwirrte in Frankreich und den Niederlanden. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), Heft 145, Köln.
- Rahmenempfehlungen für Qualitätsanforderungen, Leistungserbringung und Vergütung von Tätigkeiten der IAV-Stellen und anderen qualifizierten Beratungsstellen in Baden-Württemberg vom 8. Februar 2002, Sozialministerium Baden-Württemberg.
- Rahmenkonzept für den Aufbau von trägerübergreifenden Beratungs- und Koordinierungsstellen für ältere Menschen in Hessen, (1998). Hrsg. Hessisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Sozialordnung, Wiesbaden.
- Richard, N. (1996). Integratives validierendes Arbeiten. In: Wächtler, C. et al. (Hrsg.). *Demenz. Die Herausforderung.* Singen.
- Rosenblatt, B. v. (2000). *Freiwilliges Engagement in Deutschland. Freiwilligensurvey 1999. Band 1: Gesamtbericht.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Rovner, B. W., Katz, I. R. (1993). Psychiatric disorders in the nursing home: a selective review of studies related to clinical care. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry.*
- Salzmann-Zöbeley, R. (2003). Sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung. In: *Tagungsdokumentation "Fit für die DRG's". social invest consult, S.20–47.*
- Saup, W. (1993). *Alter und Umwelt. Eine Einführung in die Ökologische Gerontologie.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Saxton, J., Silverman, M., Ricci, E. (1998). Maintenance of mobility in residents of an Alzheimer Special Care Facility. In: *International Psychogeriatrics* 10, S. 213–241.
- Schmidt, R. (1999). Vernetzung unter Bedingungen von Quasi-Markt- und Marktsteuerungen. In: *Vernetzung und Kooperation in der ambulanten und stationären Altenhilfe, Akademie der Diözese Rottenburg-Stuttgart, Materialien 2/99, S.59–69.*
- Schmidt-Ohlemann, M. (1998). *Der Mobile Rehabilitationsdienst der Kreuznacher Diakonie. Abschlussbericht zum Modellprojekt "Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen" des Bundesministeriums für Gesundheit.*

- Schnabel, E. (1999). Vernetzung in Altenpflege und Altenhilfe im Kontext von Bedarfsplanung und Qualitätssicherung. In: Vernetzung und Kooperation in der ambulanten und stationären Altenhilfe, Akademie der Diözese Rottenburg-Stuttgart, Materialien 2/99, S.11–24.
- Schneekloth, U., Müller, U. (Hrsg.) (2000). Wirkungen der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Bd. 127. Baden-Baden: Nomos.
- Schnetz, D. (2000) Stärkung des Verbraucherstatus von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen und die Wirkungen auf Pflegearrangements. In: Enzian et al. (Hrsg): Soziale Gerontologie, Frankfurt: Mabuse Verlag S. 126–137.
- Schütze, Y. (1995). Ethische Aspekte von Familien- und Generationenbeziehungen. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 8 (1/2).
- Schweikart, R. (1999). Care Management. In: Göpfert-Dividier, W. et al. 1999. "Qualitätsmanagement" und "Care Management" in der ambulanten Pflege, zwei Expertisen im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Gesundheit.
- Schweizer, C., Brandt, F. (1997). Ambulante Geriatrische Rehabilitation, Endbericht zum Modellversuch des Sozialministeriums Baden-Württemberg.
- Sixsmith, A. et al. (1993). Delivering „positive care“ in nursing homes. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 8, S. 407–412.
- Statistisches Bundesamt (2002). Fachserie 13, Reihe 2: Sozialhilfe. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2003). Bericht: Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Bonn.
- Ströbel, A., Weidner, F. (2002). Pflegeprävention: Herausforderung und Notwendigkeit. In: Dr. med. Mabuse 137.
- von Törne, I., Romaus, A. (2001). Mobile ambulante geriatrische Rehabilitation im Freistaat Bayern, Bericht des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit.
- Walter, U. (2001). Konsumenteninformation und Patientensouveränität. In: Reibnitz, C. et al. (Hrsg.). Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Weinheim: Juventa, S. 71–79.
- Wendt, R. (1999). Case Management in der ambulanten und stationären Altenhilfe. In: Vernetzung und Kooperation in der ambulanten und stationären Altenhilfe, Akademie der Diözese Rottenburg-Stuttgart, Materialien 2/99, S.70–82.

- Weyerer, S., Schäufele M. (2001). Demenzkranke in der stationären Versorgung: Aktuelle Situation. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter. Stuttgart: Kohlhammer, 9–18.
- Wilkening, K., Kunz, R. (2003). Sterben im Pflegeheim. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Windhoff-Héritier, A. (1980). Politikimplementation, Königstein/Ts.
- Winter, H. P., Gennrich, R., Haß, P. (2002). Hausgemeinschaften. Die 4. Generation des Altenpflegeheimbaus. Köln (Reihe BMG Modellprojekte, Band 8).
- Wissert, M. (Hrsg.) (1996). Ambulante Rehabilitation alter Menschen. Freiburg: Lambertus.
- Wissmann, P. (1996). Altersrehabilitation ist mehr als Einzelhilfe: Unterstützungsmanagement und Coping – Struktur des Gemeinwesens. In: Wissert, M. (Hrsg.) (1996).
- Wochner-Luikh, C. (1999). Inhaltliche Einführung. In: Vernetzung und Kooperation in der ambulanten und stationären Altenhilfe, Akademie der Diözese Rottenburg-Stuttgart, Materialien 2/99, S.7–10.
- Wojnar, J. (2001). Demenz und Pflegebedürftigkeit aus der Sicht von stationären Pflegeeinrichtungen. In Deutsche Alzheimer Gesellschaft „Demenz und Pflegebedürftigkeit“. Berlin.

Verzeichnis häufig verwendeter Abkürzungen

BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
PfIEG	Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz
PQsG	Pflege-Qualitätssicherungsgesetz
SGB V	Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung
SGB IX	Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB XI	Sozialgesetzbuch – Elftes Buch - Soziale Pflegeversicherung

Index der Modelle

Akteure

Berlin 35, 54
 Bielefeld 144
 Cottbus 32
 Daaden 143
 Dießen 110
 Eisenberg 120
 Mainz 86
 Neustrelitz 32
 Nürnberg 55
 Radeburg 29, 55, 67, 147
 Rendsburg 128
 Salzgitter 29, 54, 143
 Stuttgart/LaSenRat 93
 Stuttgart/MIDEMAS 115
 Stuttgart-4.Lebensphase 96, 142
 Wiesbaden 35, 53, 68, 146
 Woltersdorf 30, 55
 Würzburg 68
 Berlin 27, 178
 Bielefeld 144, 150, 163, 177
 Bochum 124, 177
 Cottbus 27, 53, 124, 178
 Daaden 143, 153, 163, 176
 Dießen 109, 132, 178
 Eisenberg 119, 176
 Hamburg 125, 139, 148, 177
 Mainz 86, 177
 Neustrelitz 30, 32, 143, 176
 Nürnberg 28, 35, 57, 178

Radeburg 29, 57, 74, 139, 163, 179
 Rendsburg 128, 176
 Salzgitter 29, 37, 57, 143, 150, 163, 179
 Stuttgart/4.Lebensphase 155, 163, 176
 Stuttgart/LaSenRat 92, 177
 Stuttgart/Midemas 113, 176
 Wiesbaden 28, 35, 53, 75, 139, 163, 179
 Woltersdorf 30, 57, 73, 179
 Würzburg 30, 75, 179

Zielgruppe

Berlin 41, 44
 Bielefeld 146
 Cottbus 38, 125
 Daaden 146
 Dießen 110
 Eisenberg 119
 Hamburg 126
 Mainz 87
 Neustrelitz 145
 Nürnberg 42
 Radeburg 54, 67, 147
 Rendsburg 128
 Salzgitter 43
 Stuttgart/LSenRat 92
 Stuttgart/MIDEMAS 114, 131
 Stuttgart-4.Lebensphase 142
 Wiesbaden 42, 146
 Woltersdorf 30, 54, 72
 Würzburg 68

Verzeichnis der Übersichten

Übersicht 1 1:	Die Modellprojekte	9
Übersicht 2 1:	Standorte der Modellprojekte	15
Übersicht 2 2:	Organisationsstruktur des Modellprogramms	16
Übersicht 2 3:	Zuordnung der Modellprojekte zu Förderschwerpunkten und Handlungsebenen	20
Übersicht 2 4:	Zuordnung der Handlungsebenen zu Defiziten der Altenhilfe	21
Übersicht 2 5:	Monitoring des Modellprogramms	23
Übersicht 2 6:	Prozess der Generalisierung und Respezifikation	26
Übersicht 3.1 1:	Netzwerk-Modellprojekte und ihre Konzepte	38
Übersicht 3.1 2:	Netzwerkinhalte der Modelle	41
Übersicht 3.1 3:	Netzwerkstrukturelemente der Modelle und ihre Bedeutung im Rahmen der Modellumsetzung	52
Übersicht 3.1 4:	Case-Management-Elemente der Modellprojekte	59
Übersicht 3.1 5:	Themenbereiche und günstige Voraussetzungen für Netzwerke	69
Übersicht 3.2 1:	Modellprojekte nach Rehabilitationsansätzen und Konzepten	74
Übersicht 3.3 1	Das „Gebäude“ Verbraucherschutz	89
Übersicht 3.3 2:	Praktische Relevanz der Arbeitsfelder in beiden Modellprojekten zum Verbraucherschutz	106
Übersicht 3.4 1:	Reduktion von herausforderndem Verhalten	124
Übersicht 3.4 2:	Konstanz und Rückgang der Störungen bzw. des problematischen Verhaltens	129
Übersicht 3.4 3:	Fortbildungsbedarf aus Sicht der Einrichtungsleiterinnen und Einrichtungsleiter in Cottbus	131
Übersicht 3.5 1:	Modellprojekte im häuslichen Versorgungsbereich und im Wohnumfeld	146
Übersicht 3.5 2:	Stärkung des häuslichen Betreuungs- und Pflegesettings	148

Übersicht 3.6 1: Qualifizierungskonzept im Projekt „Vierte Lebensphase,,	171
Übersicht 3.6 2: Qualifizierung „freiwilliger Seniorenbegleiter“, VHS-Wiesbaden	172
Übersicht 3.6 3: Freiwillige Betreuungsgruppen im Modellprogramm ‚Altenhilfestrukturen der Zukunft‘	175
Übersicht 3.6 4: Motive für die Übernahme einer freiwilligen Betreuungstätigkeit	176
Übersicht 4 1: Ergebnisbewertung der Modellprojekte und -konzepte im Überblick	188
Übersicht 4 2: Verstetigung der Modellprojekte und Finanzierungsmodalitäten	192

Die Mitglieder des Beirats

Manfred Carrier	Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche Deutschlands Staffenbergstr. 76, 70184 Stuttgart
Prof. Dr. Anne Friedrichs	Fachhochschule Oldenburg / Ostfriesland / Wilhelmshaven Constantiaplatz 4, 26723 Emden
Dr. habil. pol. Hanna Haupt	Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum Berlin-Brandenburg Köpenicker Str. 125, 10179 Berlin
Prof. Dr. Isabella Heuser	Charité, Campus Benjamin Franklin, Berlin Eschenallee 3, 14050 Berlin
Harald Kesselheim	AOK Bundesverband Kortrijker Straße 1, 53177 Bonn
Heike von Lützu-Hohlbein	Deutsche Alzheimer Gesellschaft Friedrichstraße 236, 10969 Berlin
Dr. Willi Rückert	Kuratorium Deutsche Altershilfe An der Pauluskirche 3, 50677 Köln
Dr. Petra Schmid-Urban	Stadt München Orleansplatz 11, 81667 München
Dr. Jörg Steinhausen	Der Paritätische – Landesverband NRW, Loher Str. 7, 42283 Wuppertal
Dr. Irene Vorholz	Deutscher Landkreistag Lennéstr. 11, 10785 Berlin

Bibliographische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Hrsg.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend,
11018 Berlin

Redaktion: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e.V.

Verlag: Verlag Hans Jacobs, Hellweg 72, 32791, Lage 2004

Redaktionsanschrift: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e.V.
Godesberger Allee 54, 53175 Bonn
Tel.: (0228) 8104-172, Fax: (0228) 8104-1736,
E-Mail: wiad@wiad.de

ISBN 3-89918-130-1

ISSN 1618-9078