

Abschlussbericht

zum Projekt Nr. 44: HilDe – Hilfen bei Demenz: Sorgenetzwerk ambulanter Hilfen bei Demenz im Modellprogramm zur Verbesserung der Begleitung und Betreuung von demenziell erkrankten Menschen der Stiftung des Landes Nordrhein-Westfalen für Wohlfahrtspflege

Projektzeitraum: 1.10.2003 – 30.09.2006

Träger: PARITÄTISCHER Verein für freie Sozialarbeit e. V.
Simeonstr. 19, 32423 Minden, 0571/82802-0

Wissenschaftliche
Begleitung: Institut für Sozial- und Kulturforschung, Duisburg

Verfasser: Hartmut Emme von der Ahe

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung
2. Überblick über alle Bausteine im Netzwerk
3. Baustein: Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit
4. Baustein: Integrierte Beratung
5. Baustein: Personelle Entlastung durch freiwillige HelferInnen
6. Baustein: Qualifizierung
7. Baustein: Selbsthilfeförderung
8. Baustein: Hausärzteteilprojekt – Belastungsprävention in Hausarztpraxen
9. Abschlussbefragung zum Projektende

Danksagung

Unser besonderer Dank gilt der Stiftung des Landes Nordrhein-Westfalen für Wohlfahrtspflege ohne deren finanzielle Unterstützung dieses Projekt nicht realisierbar gewesen wäre. Darüber hinaus danken wir der Anna Luise Altendorf Stiftung für die ideelle Unterstützung im Bereich der Qualifizierung, der Selbsthilfeförderung und der strategischen Beratung. Nicht zuletzt sei all jenen gedankt, die durch ihr freiwilliges Engagement zum Gelingen des Projektes beigetragen haben und sich auch weiterhin für den Erhalt und die Ausdifferenzierung des Sorgenetzwerkes einsetzen. Stellvertretend für viele sei hier die 1. Vorsitzende von Leben mit Demenz – Alzheimergesellschaft Kreis Minden-Lübbecke e.V., Frau Harriet Heier, genannt.

1. Zusammenfassung

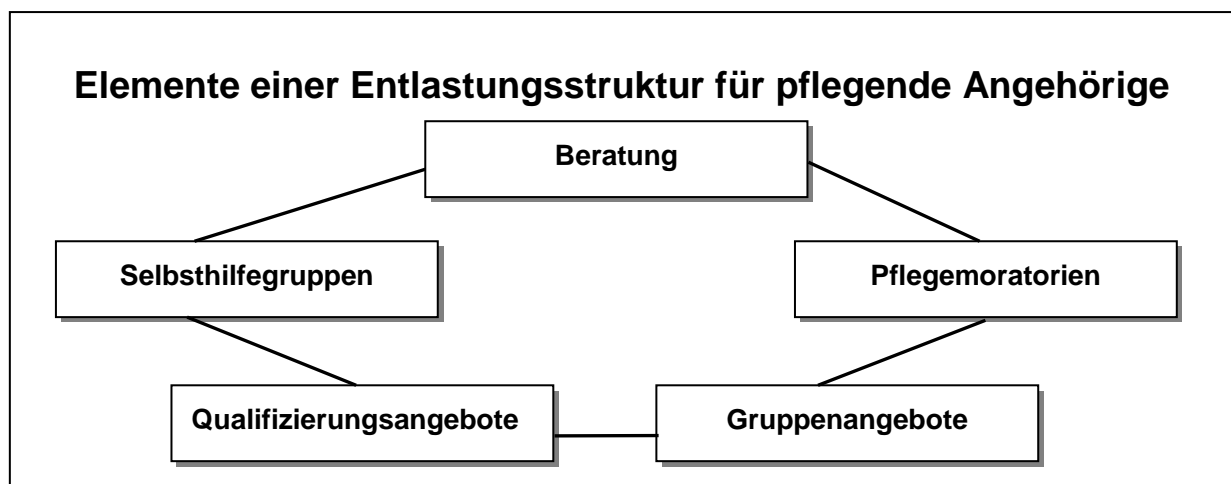
Das Projekt HilDe - Hilfen bei Demenz ist als Entwicklungs- und Vernetzungsprojekt im kommunalen Kontext zu klassifizieren. Zu den Zielgruppen gehörten pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz, Menschen mit Demenz selbst, freiwillige HelferInnen, professionell Pflegende, Hausärzte und die Öffentlichkeit.

Mit 3,2 geförderten und 1,5 weiteren multiprofessionell besetzten Stellen wurde im Projektzeitraum von 3 Jahren ein Sorgenetzwerk an drei Projektstandorten im Kreisgebiet aufgebaut. In der ländlichen Region des Kreises Minden-Lübbecke hat sich diese Strategie der Regionalisierung als besonders effektiv herausgestellt.

Neben der Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit wurde in den regionalen Demenzlaufstellen in Minden, Lübbecke und Bad Oeynhausen je geschaffen:

- ein zugehendes, integriertes Beratungsangebot,
- eine Agentur für die Gewinnung, Ausbildung und den Einsatz von freiwilligen HelferInnen (PARITÄTISCHEN GesellschafterInnen),
- Qualifizierungsangebote für familial, freiwillig und professionell Pflegende
- Selbsthilfegruppen für familial Pflegende und
- ein regionübergreifendes Belastungspräventionsprogramm für pflegende Angehörige in Hausarztpraxen.

Durch die Umsetzung der dreißigseitigen Projektkonzeption konnte das Angebot von psychosozialer Unterstützung und Entlastung im Kreis Minden-Lübbecke so weitgehend ausgebaut werden, dass es den „Altenhilfestrukturen der Zukunft“¹ zur effektiven Entlastung der pflegenden Angehörigen und damit dem Erhalt der ambulanten familialen Sorge entspricht:



In der Abschlussbefragung zum Projektende wurde die Hauptzielgruppe des Projektes, die pflegenden Angehörigen, zur Inanspruchnahme, zur Qualität, zum

¹ Uwe Raven: Konzepte zur Verbesserung der Betreuung und Versorgung im häuslichen Bereich und im Wohnumfeld, in: BMFSFJ (Hrsg.): Altenhilfestrukturen der Zukunft. Abschlussstagung am 6./7. Mai 2004 in Berlin, 179. Darstellung aus Präsentation des Autors auf der Abschlussstagung.

Bekanntheitsgrad und zur heimvermeidenden bzw. -verzögernden Wirkung der Angebote befragt. Sie äußerte sich sehr differenziert, positiv und dankbar. Damit konnte die zentrale Arbeitshypothese untermauert werden, dass die Steuerungsarbeit in einem Vernetzungssystem bei Demenz als nutzerorientiert gelten kann, wenn sie niederschwellig (vgl. S.37) ist und damit der Bewältigungsarbeit der Betroffenen dient.²

Ergänzend zur sozialpflegerischen bzw. -psychiatrischen Ausrichtung des Projektes konnten eine ganze Reihe von Initiativen zur Verbesserung der Schnittstelle zur medizinischen Diagnostik und Behandlung unternommen werden. Zu den Ergebnissen in diesem Bereich zählen:

1. Ein erprobtes Verfahren der Belastungsprävention für pflegende Angehörige in Hausarztpraxen
2. Ein Diagnostikleitfaden für Hausarztpraxen
3. Ein Überleitungsbogen von der Hausarztpraxis in die psychosoziale Unterstützung
4. Verbreitung von 2. und 3. in den lokalen Hausärzteverbänden
5. Die Erarbeitung und Auswertung eines Fragebogens zur Behandlung von Menschen mit Demenz im Allgemeinkrankenhaus

Bilanzierend kann man sagen, dass das in der ländlichen Region Kreis Minden-Lübbecke prototypisch entwickelte Sorgenetzwerk den SGB V-Sektor zwar einbeziehen konnte, aber noch nicht systematisch verknüpfen bzw. integrieren.

Das Sorgenetzwerk und seine Angebote konnten nach Projektende in unterschiedlicher Kostenträgerschaft in die Nachhaltigkeit überführt werden. Dies ist dem Einsatz der MitarbeiterInnen, dem großen Zuspruch der Angebotsnutzer und dem umfassenden Vernetzungsansatz zuzuschreiben, der unterschiedliche Handlungsstrategien, Akteure und Kostenträger einbeziehen konnte.

Die Vielfalt der Projektergebnisse können in diesem Abschlussbericht nicht erschöpfend dargestellt werden. Ein umfassender und detaillierter Projektbericht mit den Anlagen, die in den Folgekapiteln genannt werden, sowie Einzelpublikationen zu Projektteilen sind in Arbeit.

Mit dem Modellvorhaben EDe - Entlastungsprogramm bei Demenz, seit Mai 2006 gefördert durch die Spitzenverbände der Pflegeversicherung nach § 8,3 SGB XI, konnte im Bereich der Belastungsprävention an die Aufbauarbeit von HilDe – Hilfen bei Demenz angeknüpft, weitere Netzwerkpartner hinzugewonnen (Pflegekassen, Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen und das Netzwerk ambulante Dienste, NADel e.V.) und eine umfassende Beforschung angestoßen werden.

Besonders lohnenswert erscheint zudem die weitere Bearbeitung der Schnittstelle zum SGB V-Bereich, insbesondere zu den Hausärzten. Hier konnten erste Erkenntnisse und praktische Erfolge erzielt werden, aber keine systematische und verlässliche Vernetzung von Sozial- und Gesundheitswesen.

² Hartmut Emme von der Ahe: Qualität durch Nutzerorientierung im Sorgenetzwerk Demenz, in: Dokumentation der 2. Fachtagung der Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung – DED, Qualität im Leben Demenzkranker, 16.10.2003, Hamburg, Seite 75-81

2. Überblick über alle Bausteine im Netzwerk

Das Projekt hat sowohl operativ auf der Klientenebene als auch auf der Systemebene gearbeitet. In der folgenden Übersicht wird das breite inhaltliche Spektrum der unterschiedlichen Projektbausteine aufgeführt. Jedem Baustein waren unterschiedliche Ziele und Umsetzungsmaßnahmen zugeordnet, die sich durch die Interaktion mit den unterschiedlichsten Netzwerkpartnern zu einem umfassenden Sorgenetzwerk entwickelten.

Projektbaustein	Ebenen	Inhalt
Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit	Strategie- und Systemebene	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau der Leitstelle des Netzwerkes • Einrichtung www.hilfen-bei-demenz.de • Präsentation über einen Infostand in öffentlichen Gebäuden, diverse Vorträge, Pressearbeit und Füllanzeigen, Infomaterialien (Flyer und Newsletter) • Gründung Trägerverbund Demenz (regional) • Gründung 'Leben mit Demenz – Alzheimergesellschaft Kreis Minden-Lübbecke e.V.' mit drei Arbeitsausschüssen • Vorbereitungsgruppe Ambulante Basisversorgung Demenz • Kooperationsvertrag mit Ev. Fachseminar für Altenpflege Salem Köslin • Fachgruppen Demenzinitiative Land NRW
	Operative Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • Einrichtung der regionalen Demenzanlaufstellen mit Anbindung an die Tagespflegen • Einrichtung des Infotelefon-Demenz für den Kreis Minden-Lübbecke mit werktäglicher Erreichbarkeit von 9-15 Uhr • Regionale Abstimmung in allen Bausteinen
Integrierte Beratung	Systemebene	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung eines Struktur- und Prozess-Standards für die Bedarfsorientierte Unterstützung bei Demenz (BUDe) • AK Pflegeberatung Kreis Minden-Lübbecke

	Klientenebene	<ul style="list-style-type: none"> • Beratungsangebote in den drei Anlaufstellen im Kreisgebiet • Leistungsbedarf im Trägerverbund: 73 % Unterstützungsmanagement 21 % Psychosoziale Beratung 6 % Informationsvermittlung
Personelle Entlastung durch freiwillige HelferInnen (Betreuung gemäß HBPfVO des Landes NRW)	Systemebene	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau und Anerkennung des Angebots nach Landesrecht • Vernetzung mit dem Angebot von Vergissmeinnicht, Diakonisches Werk Minden
	Klientenebene	<ul style="list-style-type: none"> • 109 Interessierte beraten, • 57 Interessierte in 6 Qualifizierungsdurchgängen • 43 GesellschafterInnen (41 Frauen/ 2 Männer) komplett ausgebildet, 2 TeilnehmerInnen noch in der Hospitation, 5 AussteigerInnen während der Ausbildung, 8 GesellschafterInnen haben nach der Ausbildung Tätigkeit beendet bzw. keine Tätigkeit aufgenommen • 9 Interessierte für 7. Qualifizierungsdurchgang Frühjahr 2007 • 32 GesellschafterInnen aktiv oder warten auf aktuelle Einsätze
Qualifizierung	Systemebene	<ul style="list-style-type: none"> • Einrichtung der www.kompetenzwerkstatt-demenz.de mit Qualifizierungskonferenz • Dialogischer Qualifizierungsansatz für familial, freiwillig und professionell Pflegenden
	Klientenebene	Diverse Schulungsangebote für alle Gruppen von Pflegenden
Selbsthilfeförderung	Systemebene	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenfassung der SprecherInnen der Angehörigenselbsthilfegruppen im Angehörigenrat • Entwicklung von peer-counseling-Strukturen • Gründung von 'Leben mit Demenz – Alzheimergesellschaft Kreis Minden-Lübbecke e.V.'
	Klientenebene	Überführung von Angehörigenschulungsgruppen in Selbsthilfegruppen

Hausärzteteilprojekt	Systemebene	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung eines Ansatzes zur Belastungsprävention in ausgewählten Hausarztpraxen • Gründung eines Arbeitsausschusses Medizinische Versorgung (Diagnoseleitfaden und Überleitungsbogen) • Kooperationsprojekt mit der Gedächtnis-sprechstunde der Psychiatrischen Ambulanz
	Klientenebene	Individuelle Sicherstellung der medizinischen Diagnose und Behandlung

3. Baustein: Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit

3.1 Projektziele Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit

3.1.1 Projektziele für die ganze Region

- Aufbau eines Sorgenetzwerkes nach dem Grundsatz der geteilten Verantwortung
Auf der strukturellen Ebene war es Aufgabe der Leitstelle von HilDe das bestehende Unterstützungsnetzwerk zu identifizieren, neue Netzwerkpartner (auch durchaus trägerübergreifend bzw. im Bereich der Selbsthilfe) zu etablieren und deren Hilfen je nach instrumenteller Qualität, nach Entlastungsqualität und auch der Verfügbarkeit zu koordinieren.
- Aufbau des Sorgenetzwerkes nach dem Grundsatz der Niederschwelligkeit
Demgemäß müssen Angebote angelegt sein:
 1. zugehend und wohnortnah
 2. inhaltlich passgenau
 3. alltagstauglich in Zeiten und Terminen
 4. erfahrbar im Probehandeln und
 5. kostenoptimal, d.h. möglichst im Rahmen der Regelfinanzierung.
- Öffentliche Anerkennung und geteilte gesamtgesellschaftliche Verantwortung werden für die in der Demenzsorge Tätigen entlastend spürbar. Die familiäre Ressource zur häuslichen Pflege Demenzerkrankter verdient weit mehr Beachtung als ihr zurzeit zukommt.
- Die nachhaltige Sicherung des Sorgenetzwerkes über den Projektzeitraum hinaus stellen wir sicher über:
 1. die räumliche Anbindung an die vorhandenen Tagespflegen
 2. die konsequente Optimierung der Regelversorgung (wie im Bereich Pflegekurse und Mindener Beratungsstelle gelungen)
 3. die Weiterentwicklung und Qualifizierung der bestehenden Angebote und
 4. das Empowerment der Angehörigen

3.1.2 dezentrale Projektziele

- Auf der lokalen Ebene gibt es die Alzheimer- und Demenzberatungsstelle in Minden seit dem Jahr 2000. Die Arbeit der einen Beratungsstelle wird zur Anlaufstelle ausgebaut, soll regionalisiert und konsequent an die bestehenden spezialisierten Tagespflegen in den drei Orten Bad Oeynhausen, Lübbecke und Minden angebunden werden.
- In diese lokalen Teams werden die ehrenamtlichen Einzel- und GruppenbegleiterInnen eingebunden.
- Alle anderen Projektbausteine bzw. Unterstützungsqualitäten werden lokal angeboten.

3.2. Ergebnisse und Erkenntnisse im Bereich Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit

Das ambulante Sorgenetzwerk bei Demenz ist an allen drei Standorten aufgebaut worden und arbeitet jeweils auf der System- und der Klientenebene wie geplant. Auf der Systemebene wurde der Fokus auf die Schaffung und nutzerorientierte Bereitstellung der fünf psychosozialen Unterstützungsleistungen gelegt. Dazu zählen: Beratung, personelle Entlastung, Qualifizierung, Selbsthilfeförderung und Belastungsprävention in Hausarztpraxen. Dadurch konnten verschiedenste Akteure in die gemeinsame Herstellung von Hilfpaketen für die Demenzpflegefamilien über einen kooperativen Steuerungsprozess veranlasst werden.

Entscheidend sind im Ansatz von HilDe – Hilfen bei Demenz die psychosozialen Unterstützungsleistungen, die die pflegenden Angehörigen als Netzwerknutzer benötigen, um die häusliche Betreuung zu leisten. Hier ist nicht primär die Steuerungsebene des Netzwerkes im Blick, sondern das Aufzeigen von Strategien für die Angehörigen (Klientensystem), um die Krankheit bewältigen zu können. Die Hauptdynamik entstand dabei durch die subjektiven Bewältigungserfordernisse der Menschen mit Demenz und ihrer 'Kümmerer'. Durch jeweils individuell durchgeführte Assessments wurde die Krankheitsbewältigungsebene der Familie in den Vordergrund gerückt.

Im Projekt konnte neben die *Ebene der Leistungserbringer und Kostenträger* gleichwertig die *Ebene der psychosozialen Unterstützungsleistungen* gerückt werden. Dadurch entstand die Nutzerorientierung, die in der Abschlussbefragung (siehe dort) so positiv beurteilt wurde.

Die Rolle des Vernetzers, Koordinators oder Case- bzw. Unterstützungsmanagers ist hier die Verzahnung des Ressourcensystems der Leistungserbringer mit dem Klientensystem, und dies mit dem eindeutigen Ziel: *Anpassung der Leistungserbringerebene an die Klientenanforderungen*.

Die Schaffung eines umfassenden und im Ansatz integrierten Systems psychosozialer Unterstützungsleistungen konnte Belege dafür sammeln, dass es

- sinnvoll ist, psychosoziale Unterstützungsleistungen im Verbund anzubieten (nicht nur Beratung oder Betreuung oder Qualifizierung), sondern
- dass für eine wirkungsvolle Intervention ein Bündel, ein Paket von Maßnahmen nötig ist und von den Familien in Anspruch genommen wird.

Als Einstieg in das Hilfenetzwerk haben sich bewährt: das Infotelefon Demenz für den Kreis Minden-Lübbecke, das in Kostenträgerschaft des Kreises Minden-Lübbecke weitergeführt wird, und die nachgelagerte Beratung in Form der bedarfsorientierten Unterstützung bei Demenz (BUDe).

Im Mai 2005 haben der PARITÄTISCHE Verein für freie Sozialarbeit e. V. mit dem Vernetzungsprojekt HilDe und das Diakonische Werk Minden e. V. mit dem Beratungsprojekt Vergissmeinnicht zur Ergänzung und Weiterentwicklung von psychosozialen Unterstützungsleistungen für Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen im Kreis Minden-Lübbecke eine Kooperationsvereinbarung geschlossen und den Trägerverbund Demenz gegründet.

Als Ziele der Kooperation sind definiert:

- Stärkung des trägerübergreifenden, unabhängigen, klientenorientierten Aspektes der psychosozialen Unterstützungsangebote
- Ermöglichung einer vielseitigeren und umfangreicheren Angebotspalette für die Betroffene
- Erreichbarkeit für betroffene Familien verbessern
- Optimale Nutzung und Verknüpfung trägerspezifischer Kompetenzen und Ressourcen
- Stärkere sozial- und gesellschaftspolitische Einflussnahme durch gemeinsames Auftreten als Akteur in der Öffentlichkeit und gegenüber Kostenträgern und Partnern im Gesundheitswesen
- Niederschwellige Angebote *in* der Region *für* die Region entwickeln, ergänzen und weiter ausdifferenzieren
- Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung durch die unterschiedlichen örtlichen Zuständigkeiten
- Sektorübergreifende Bearbeitung von zielgruppenspezifischen Versorgungs- und Kooperationsdefiziten angesichts der Vielgliedrigkeit und Versäulung des deutschen Gesundheitswesens (Dieffenbach 2002)

Durch die Schaffung des Trägerverbundes Demenz konnte die abwartend distanzierte Haltung von Politik und Verwaltung gegenüber diesem Ansatz überwunden werden. Das Thema Demenz und die gezielte Interventionsstrategie wurden als wichtiges Thema der „öffentlichen Daseinsorge“ erkannt und eine Verstärkung (Infotelefon) ist erreicht worden.

Bis auf zwei Ausnahmen konnte auf der Trägerebene über den Trägerverbund Demenz hinaus eine ungewöhnliche Kooperationsbereitschaft verzeichnet und für die Verstetigung von Strukturen genutzt werden.

Im SGB XI-Bereich kann die Vernetzung als gelungen, zum SGB V-Bereich als noch deutlich verbesserbar bezeichnet werden.

Im Rahmen der Selbsthilfeförderung wurde es tatsächlich erreicht, dass ehemalige Nutzer zu Akteuren geworden sind, die das Sorgenetzwerk qua Angehörigenrat selbst mitgestalten und der neu gegründete Verein Leben mit Demenz – Alzheimergesellschaft Kreis Minden-Lübbecke hat mittlerweile fast 80 Mitglieder und drei Arbeitsausschüsse.

Als wichtige Nachhaltigkeitsfaktoren sind insbesondere anzuführen: Die Einrichtung der regionalen Demenzanlaufstellen mit Anbindung an die Tagespflegen, die differenzierte Kostenträgerschaft für die unterschiedlichen Unterstützungsleistungen und das Empowerment der Angehörigen über die Selbsthilfeförderung.

Die ganze Tiefe des ländlichen Raumes konnte im äußersten Nordwesten wie Nordosten nicht erreicht werden. Es bedarf einer weiteren Regionalisierung, so dass möglichst alle Unterstützungsangebote zur Verfügung gestellt werden können. Nach Projektende wurde zu diesem Zweck in Espelkamp eine vierte Anlaufstelle geschaffen und mit dem Aufbau der Hilfen begonnen

Die Gesamtstrategie der Öffentlichkeitsarbeit hat zwar schon viel bewirkt, wurde aber von den Angehörigen in der Abschlussbefragung als nicht ausreichend bewertet. Sie bestand aus:

- Infolyer zum Gesamt- und zu Teilangeboten
- einer Wanderausstellung (Infostand) für öffentliche Gebäude und Anlässe im Kreisgebiet (22 Aufbauten)
- allgemeine Vortragsveranstaltungen über die wir ca. 2.200 Personen erreicht haben
- Internetpräsenz mit 20.315 Zugriffe auf unsere Homepage Hauptseite: www.hilfen-bei-demenz.de und zusätzlich 3.816 Zugriffe für www.kompetenzwerkstatt-demenz.de wurden registriert (Stand 18.08.2006)
Von den Zugriffen auf die Hauptseite kamen ca. 50 % aus unserer Region.
- diverse Presseartikel in den vier regionalen Tageszeitungen und allgemeinen Verteilblättern
- Füllanzeigen im Mindener Tageblatt.

Immerhin kamen 33 % der Klientenzugänge über die Pressearbeit und 12 % über die eigene Werbung.

4. Baustein: Integrierte Beratung

4.1 Projektziel(e)

Zielebene	Zielbeschreibung Baustein Integrierte Beratung
Hauptziel	Aufbau eines dezentralen Beratungsangebots
Teilziel 1	Alle Anlaufstellen arbeiten nach einem einheitlichen Beratungsstandard und bieten bei Bedarf ein umfassendes Unterstützungsmanagement mit Hausbesuchen.
Teilziel 2	Integration von Wohnraumberatung, Pflege- und Sozialberatung (SGB XI und SGB XII), unabhängiger PatientInnen-Beratung (SGB V) und Demenzberatung
Teilziel 3	Erweiterung der Beratung auch für ehrenamtliche Pflegende
Teilziel 4	Schaffung einer regelmäßigen, mobilen Gedächtnissprechstunde in den Demenzanlaufstellen

4.2 Projektphasen und Meilensteine

Zeitraum	Bezeichnung der Phasen / Meilenstein
1. Halbjahr	Einrichtung der regionalen Demenzanlaufstelle mit umfassendem, d.h. integriertem Beratungsangebot
2. Halbjahr	Entwicklung von Hilfen zu speziellen Beratungsthemen, z. B. Pflegeeinstufung und technische Hilfen bei Demenz
3. Halbjahr	Entwicklung: Leistungsverzeichnis von Beratungstätigkeiten
4. Halbjahr	Probephase: Dokumentation nach Leistungsverzeichnis und Entwicklung von Leitlinien zur Bedarfsorientierten Unterstützung bei Demenz (BUDe)
1. Quartal 2006	Dokumentation von Leistungen nach BUDe
2. Quartal 2006	Auswertung der BUDe-Leistungen

4.3 Ergebnisse und Erkenntnisse aus dem Projektbaustein Integrierte Beratung

Folgende Auswertung zu den Nutzern unseres Beratungsangebots über die drei Projektjahre konnten wir erstellen:

	04/2003	2004	2005	2006 (Hochrechnung aus 1. Quartal)
Gesamtberatungen	197	444	930	1236
Erstberatungsanfragen	96	265	262	204
Gesamtberatungszeit	17.354	34.256	57.793	70.468
Zugehender Hausbesuch	28	73	283	400
Ø Klienten in Beratungsreihe je Quartal	34	37	62	83
Durchschnittliche Beratungszeit in Minuten	88	77	62	57

Zum Projektauftritt hatten wir überdurchschnittlich viele Erstberatungsanfragen zu verzeichnen, was sich vermutlich daraus erklärt, dass es vorher kein vergleichbares Angebot gab. Die Daten für das Jahr 2006 stammen noch aus der Hochrechnung des ersten Quartals. Im 1.Quartal haben wir gemeinsam mit Vergissmeinnicht, dem Schwesterprojekt der Diakonie, nach dem detaillierten Leistungserfassungssystem der Bedarfsorientierten Unterstützung bei Demenz dokumentiert.

Einzig die reduzierte Erwartung an Erstberatungsanfragen im Jahr 2006, abgeleitet aus dem 1.Quartal muss zum Jahresende 2006 noch einmal überprüft werden.

Beachtlich erscheint uns die Zahl der Erstberatungsanfragen, weil gemäß Inzidenzrate jährlich ca. 1.200 Erkrankte kreisweit hinzukommen und wir damit im Verbund mit der Beratungsstelle Vergissmeinnicht über 25% der Nachrücker erreichen konnten. Die Anzahl der sich über den Gesamtzeitraum entwickelnden Beratungsreihen dokumentiert die kontinuierliche Weiternutzung durch die Familien, wobei die durchschnittliche Beratungszeit naturgemäß abnimmt und der Bedarf an Hausbesuchen ständig gestiegen ist. Die Regionalisierung des Angebots wie auch die zugehenden Hausbesuche können als die Basis für die erbrachte Beratungsleistung angesehen werden.

Die Grundlegung eines einheitlichen Beratungsstandards für alle MitarbeiterInnen im Team und für alle Anlaufstellen erwies sich als ebenso wichtig wie arbeitsaufwendig und wurde über die ganze Projektlaufzeit weiter fortgeschrieben. Der einheitliche Beratungsstandard legte natürlich besonderen Wert auf die Integration aller Beratungsfelder. Hierzu gehören:

- Die Entwicklung einer Beratungsmappe für den Hausbesuch mit Hilfestellungen, Dokumenten und Verteilmaterialien
- Die Aneignung eines basalen theoretischen Hintergrundes: zuerst für das Handlungsfeld der Informationsweitergabe und psychosozialen Beratung; dann auch für den ergänzenden Arbeitsansatz des Unterstützungsmanage-

ments. Dies wurde dann weiterentwickelt zur Bedarfsorientierten Unterstützung bei Demenz (BUDe).

- Die spezielle Beratungsfelder SGB-V-Leistungen (Medikamentenverordnung, Verordnung von Inkontinenzmaterial und weiteren Hilfsmitteln) und Wohnberatung bei Demenz

Das Beratungsangebot wurde hinsichtlich der Beratungsthemen und des Beratungskonzeptes kontinuierlich verbessert. Bei den Beratungsthemen wurden orientiert am Bedarf bzw. den Anfragen der Klienten Schritt für Schritt neue Themen erarbeitet, im Team diskutiert und eingeführt. Teils sind dazu auch schriftliche Arbeitshilfen entstanden, z.B. zu den Fachberatungsthemen

- Technische Hilfen bei Demenz mit Präsenzausstellung und Verkauf
- Fahrtauglichkeit mit Angebot der verkehrsmedizinischen Überprüfung
- Medikation mit Verteilmaterial
- Ernährung mit Verteilmaterial
- MDK-Begutachtung mit Analyseinstrumenten
- Rechts- und Versicherungsfragen und
- Urlaubs- und Kurmöglichkeiten.

Beispiel Technische Hilfen bei Demenz: In den Beratungen wurde der Bedarf an technischen Hilfen immer wieder deutlich, ohne dass es einen regionalen Anbieter solcher Hilfsmittel gab. Deshalb wurde gemeinsam mit einer pflegenden Angehörigen und Geschäftsfrau ein Angebot solcher Hilfsmittel erarbeitet und im Ladengeschäft der Fa. Barduhn in Minden können alle Hilfsmittel angeschaut, getestet und erworben werden. Die Hilfsmittel bieten Lösungen in den Problembereichen: Verirrte Person, Herd und Brand und Eingangstür. Dies Angebot wurde in der Ausgabe 1/06 von 'Alzheimer Info' bundesweit veröffentlicht.

Das integrierte HilDe-Beratungskonzept wollte und sollte sich am Arbeitsansatz des Unterstützungsmanagements orientieren. Aus dem Leistungsverzeichnis unserer Beratungstätigkeiten entwickelte sich im Dialog und mit Unterstützung der wissenschaftlichen Begleitung, die Bedarfsorientierte Unterstützung bei Demenz (BUDe). Die Entwicklung von BUDe in Kooperation mit dem Projekt Vergissmeinnicht des Diakonischen Werkes Minden hat vier „Produkte“ hervorgebracht, die hier nur ausschnittsweise vorgestellt werden können:

- ein Leistungsverzeichnis als Struktur- und Prozessstandard der Beratungstätigkeit auf der Klientenebene
- Leitprinzipien für die Arbeit mit BUDe auf der Systemebene
- eine probeweise Leistungserfassung über ein Beratungsquartal (1.2006) und
- die Entwicklung von Indikationen für unterschiedliche Beratungsintensitäten.

Im umfassenden Projektbericht werden die hier genannten Dokumente, Materialien und die Auswertung der Leistungserfassung ausführlicher dargestellt.

Um bedürfnisorientiert handeln zu können, haben wir innerhalb unserer Arbeit neben der psychosozialen Beratung von Beginn an Elemente aus dem Case Management angewendet. Durch die Entwicklung von BUDe versprochen wir uns folgende Vorteile:

- Reflexion des eigenen Tuns
- Nachweis für erbrachte Leistungen
- Beschreibung eines möglichen Leistungsumfanges
- Strukturqualität und Grundlage für prozesshaftes Handeln (Arbeitsabläufe)
- Auswertungsmöglichkeiten
 - gegenüber dem/den Kostenträger/n
 - aus fachlicher Sicht.

In Anlehnung an die Phasen im Case Management ist das BUDe–Leistungsverzeichnis in folgende Arten von Leistungen gegliedert:

1. Zugang zum und Zugang für Klienten
2. Vorfeldklärung und Erstvereinbarung
3. Phase des Erstkontaktes
4. Anamnese phase
5. Hilfeplanerstellung und -anpassung und Evaluation
6. Direkte Hilfen für Betroffene und Angehörige
7. Indirekte Hilfen: Sicherstellungsaufträge
8. Krisenintervention und Fallbesprechung
9. Dokumentation von Leistungen.

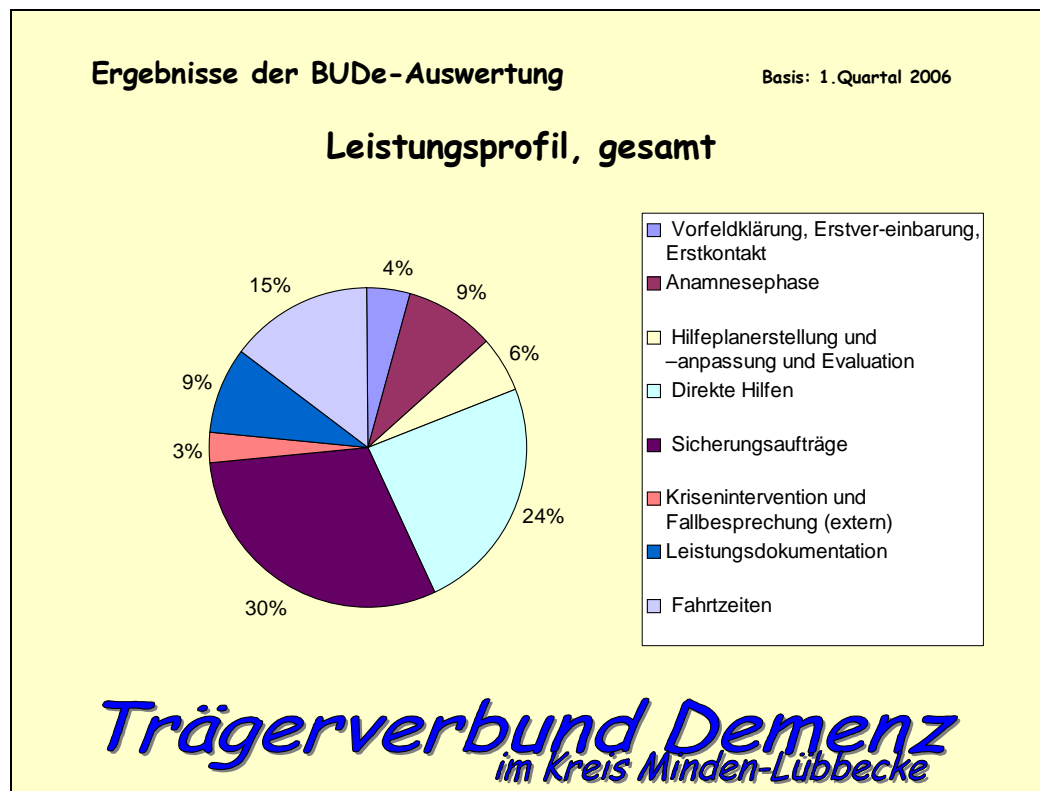
Die probeweise Leistungserfassung mit dem Instrumentarium von BUDe konnte zeigen,

- dass wir bei weitem nicht nur psychosoziale Beratung geleistet haben, sondern ein unerwartet hohen Anteil Unterstützungsmanagement erbracht haben und in Ergänzung der kreisfinanzierten Pflegeberatung nach Landesrecht deutlich „Mehrleistungen“ erbringen
- dass Beratung bei Demenz in einzelne Leistungsbestandteile ausdifferenziert werden kann und sich systematisch am sinnvollsten in die schließlich entwickelten Sicherungsbereiche einteilen lässt. Die Fachberaterin als Lotsin im Sozialwesen erbringt bei vorliegender Demenzerkrankung:
 - Direkte Hilfen: Das Leben mit Demenz erlernen und ertragen
 - Sicherung der ärztlichen Heilbehandlung
 - Sicherung der hauswirtschaftlichen und pflegerischen Versorgung
 - Sicherung von Wohnumfeld und Hilfsmitteln
 - Finanzielle Sicherung
 - Rechtliche Sicherung
 - Sicherung der Überleitung
- dass Beratung bei Demenz indikationsabhängig (s.u.) nachgefragt wird und beschrieben werden kann.

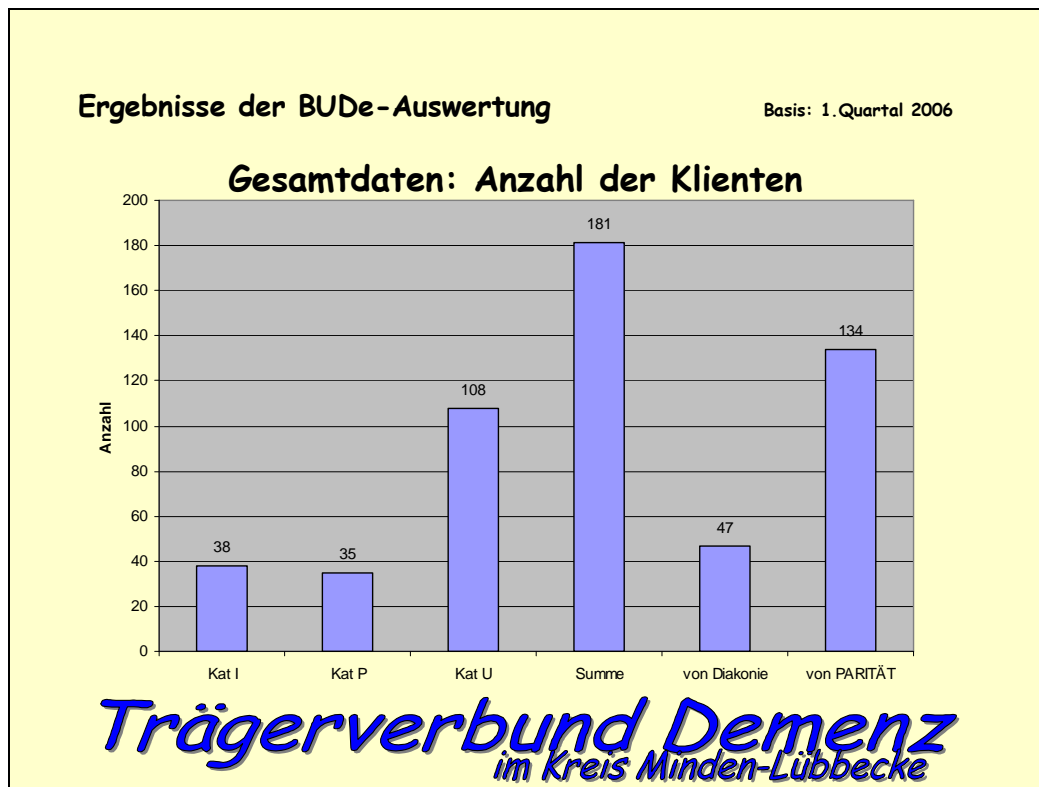
Nicht differenziert bearbeitet oder gezeigt werden konnten:

- durch die zu kurze Erfassungsdauer das Verlaufsprofil von Beratungen
- die Eignung der Assessmentbögen
- die Eignung der Subkategorien unterhalb der Sicherungsbereiche.

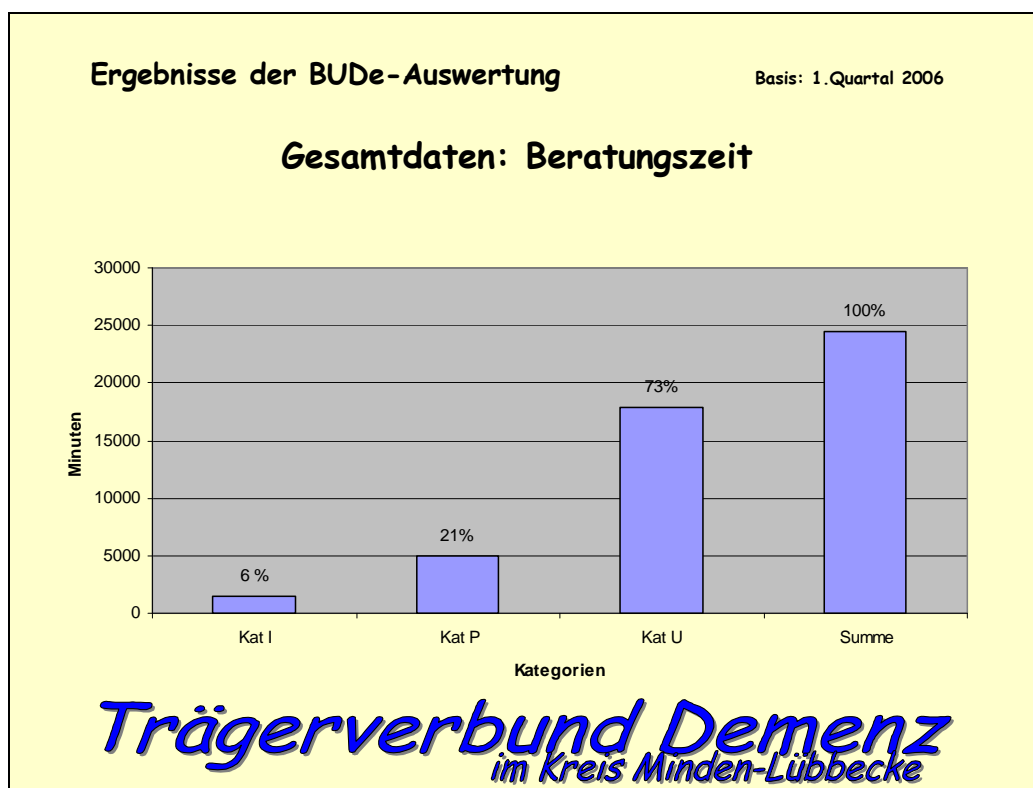
Im Folgenden sollen einige Auswertungsfolien wiedergegeben werden. Das Leistungsprofil zeigt als wichtiges Merkmal der ländlichen Region bei zugehender Beratung 15% Fahrtzeiten:



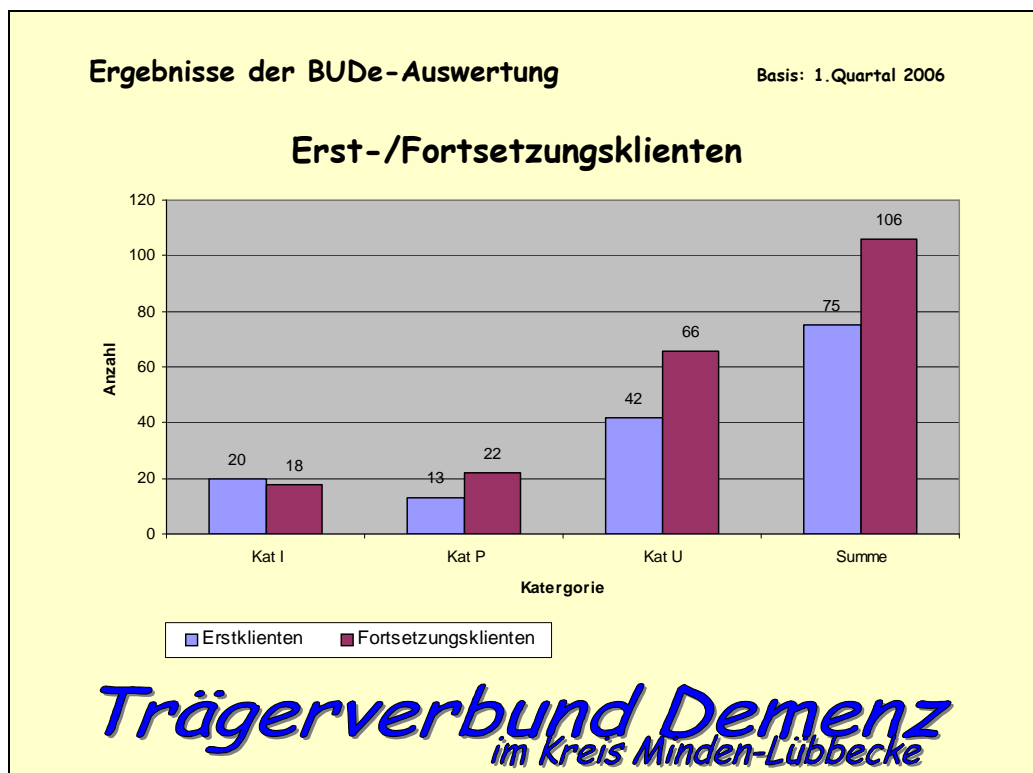
Im ersten Quartal 2006 wurden 181 Klienten beraten, die zu 21% „nur“ Informationen (Kürzel I) abgerufen haben, zu 19 % eine längerfristige psychosoziale Beratung (Kürzel P) bzw. zu 60 % ein Unterstützungsmanagement (Kürzel U) erhalten haben.



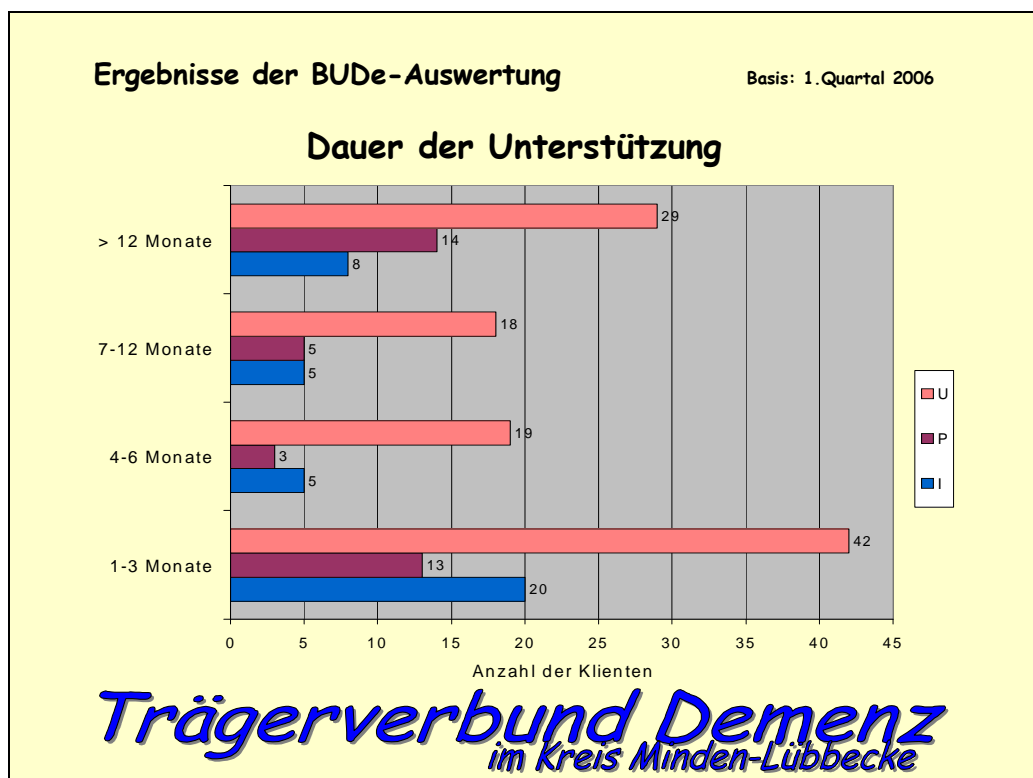
Die Verteilung der erbrachten Beratungszeit gliedert sich wie folgt:



und weist ein aufschlussreiches Verhältnis von Erst- zu Fortsetzungsklienten auf:



Die Erfassung der Dauer der Unterstützung macht die Spannweite der Leistungserbringung deutlich:



Abschließend seien hier die entwickelten Indikationen für die Abgrenzung der Interventionsformen in der Demenzberatung aufgeführt.

Indikation für das Informationsgespräch

Das Informationsgespräch ist ein kurzfristiges Setting. Es informiert über einen eingegrenzten Sachverhalt und kann auch ein punktuell Entlastungsgespräch sein.

Zielgruppe: Dritte/Lebensumfeld des Erkrankten, Beratungsanfrage betreuende Angehörige, Beratungsanfrage eines potentiell Demenzbetroffenen und andere Akteure im Gesundheitswesen

Leistungserbringer: Beratungsstelle mit Komm-Struktur, spezifische Beratungsqualifikation nicht unbedingt vorhanden

Leistungsart: normalerweise telefonisch, ohne Erstgesprächstermin und Erstvereinbarung, teils mit Erstgesprächstermin inklusive Hausbesuch, wenn sich keine Fortführung des Beratungskontaktes ergibt

Dokumentation: Stammblatt wird angelegt oder auch anonym

Indikation für die psychosoziale Beratung

Die psychosoziale Beratung bei Demenz stellt ein längerfristiges Setting dar. Die Beratungsklienten streben eine Selbst-, Persönlichkeits- oder Kommunikationsklärung an oder sind grundsätzlich dazu fähig.

Zielgruppe: Beratungsanfrage betreuende Angehörige und Beratungsanfrage eines potentiell Demenzbetroffenen

Leistungserbringer: Beratungsstelle mit Komm-Struktur, Hausbesuche eher die Ausnahme, Qualifikation für eine spezifische Beratungsmethode ist vorhanden

Leistungsart: Erstgespräch gewünscht, Beratungsreihe kommt zustande, große Beratungstiefe erreichbar ohne indirekte Sicherungsaufträge, auch als reine Angehörigenberatung ohne Hausbesuch, andere Akteure im Gesundheitswesen sind nicht beteiligt oder keine Kooperation

Dokumentation: Stammblatt und Verlaufsdocumentation, methodenabhängiges Assessment mit Verlaufsplanung

Indikation für das Unterstützungsmanagement

Das Unterstützungsmanagement bei Demenz ist ein längerfristiges Setting. Es erfordert direkte Problemlösungsstrategien und/oder die dauerhafte Substitution eines Mangels an Klärfähigkeit. Der Demenzerkrankte ist im Krankheitsprozess weit vorangeschritten oder aber alleinlebend/alleinstehend.

Zielgruppe: typisch ist Beratungsanfrage über betreuende Angehörige oder andere Akteure

Leistungserbringer: Beratungsstelle mit Komm- und Geh-Struktur, Hausbesuch obligat, Qualifikation für Case Management vorhanden

Leistungsart: komplexe Problemlage bei vorhandener oder erwartbarer hoher Akteursdichte mit Abstimmungsbedarf, evtl. mehrere Professionen, unge-

sicherte Lebensbereiche, daher indirekte Sicherungsaufträge, oft längerfristige Unterstützung und teils Berater/in als Bezugsperson
Dokumentation: ist am Regelkreis des Case Managements orientiert, Vorgaben der Fachgesellschaften und Kostenträger beachten

Wichtige Grundregel: Sofern zwar die Klärung einer komplexen Notlage, aber keine Kooperation von Akteuren/Diensten zur Behebung dieser notwendig ist, handelt es sich nicht um ein Unterstützungsmanagement, sondern um einen allgemeinen Beratungsprozess (Wissert).

Indikation für psychotherapeutische Intervention

Auch die psychotherapeutische Intervention bei Demenz ist ein längerfristiges Setting. Es ergänzt die anderen Interventionen oder schließt sich an, weil diese durchlaufen worden sind, aber sich als nicht passgenau erwiesen haben.

Zielgruppe: Anfrage betreuende Angehörige oder frühdiagnostizierte Demenzerkrankte mit hoher Pathoplastik

Leistungserbringer: spezialisierte psychologische oder medizinische Psychotherapeuten mit Kassenanerkennung

Leistungsart: evtl. sind therapeutische Vorerfahrungen vorhanden oder in der Demenzpflege bzw. -erkrankungssituation brechen Lebensthemen erneut oder erstmalig auf, die beraterisch nicht zugänglich sind, in der Regel ist ein bestimmter „Belastungsgrad“ (Instrumenteeinsatz möglich, z.B. HPS-Skala), die vorhandene Symptomatik ist krankheitswertig, z.B. Erschöpfungsdepression, übersteigerte Selbstzweifel und Schuldgefühle, Anpassungsstörung

Dokumentation: nach den Erfordernissen der Kostenträger und Fachgesellschaften

Bei vorhandener psychotherapeutischer Indikation wurde an andere Akteure (Ehe- und Lebensberatungsstellen und niedergelassene Psychotherapeutinnen) weitervermittelt. Dies kam aber nur in seltenen Fällen vor.

5. Baustein: Personelle Entlastung durch freiwillige HelferInnen

5.1 Projektziel(e)

Hauptziel in diesem Projektbereich war der Aufbau eines Kreises von freiwilligen HelferInnen (PARITÄTISCHE GesellschafterInnen) zur stundenweisen häuslichen Entlastung von pflegenden Angehörigen. Hierzu wurde ein niederschwelliges, qualitätsgesichertes und kostengünstiges Angebot zur stundenweisen Betreuung von Menschen mit Demenz entwickelt.

PARITÄTISCHE GesellschafterInnen unterstützen Menschen mit Demenz; ihre Tätigkeit orientiert sich an den Wünschen und Bedürfnissen der Erkrankten. Durch das Erkennen, Erhalten und Stärken der individuellen Fähigkeiten der Menschen mit Demenz, kann ein Verbleib in der vertrauten Umgebung des eigenen Haushalts, so lange wie möglich und sinnvoll, erreicht werden. Die PARITÄTISCHEN GesellschafterInnen helfen den Tagesablauf zu strukturieren und Sicherheit zu geben. Sie tragen dazu bei, dass eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht wird und somit soziale Isolation vermieden werden kann.

Ein wichtiges Angebot der Tätigkeit der PARITÄTISCHEN GesellschafterInnen ist die stundenweise Entlastung der pflegenden Angehörigen. Oft werden Menschen mit Demenz nur von einer Person, meist dem ebenfalls hochaltrigen Lebenspartner gepflegt. Diese Betreuung übersteigt oft die Belastungsgrenzen der Pflegenden. Wenn sich dann noch Verwandte, Freunde und Bekannte zurückziehen, droht den Erkrankten und den pflegenden Angehörigen die soziale Isolation.

Durch den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu den Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen lernen PARITÄTISCHE GesellschafterInnen das Krankheitsbild, die Lebensgeschichte und den Umgang mit dem Erkrankten kennen. Hierdurch werden sie zu wichtigen GesprächspartnerInnen für die Angehörigen. Durch die stundenweise Entlastung der pflegenden Angehörigen, finden diese Zeit für sich selbst, für notwendige Arztbesuche, Behördengänge oder auch mal wieder für Besuche von Freunden, Veranstaltungen oder einfach zur Entspannung.

Die Unterstützung der PARITÄTISCHEN GesellschafterInnen dient der Erhaltung der Lebensqualität und der Gesundheit der pflegenden Angehörigen. Somit kann die Bereitschaft zur Pflege erhalten, die Betreuungskompetenz gestärkt und der Verbleib der Menschen mit Demenz im eigenen Haushalt verlängert werden.

Die Umsetzung des Aufbaus eines Kreises von freiwilligen HelferInnen unterteilte sich in 5 Teilziele:

1. Gewinnung und Qualifizierung von interessierten Freiwilligen
2. Anerkennung der HelferInnenkreise gemäß der Verordnung für niederschwellige Hilfe- und Betreuungsangebote für Pflegebedürftige nach HBPfVO des Landes NRW
3. Beratung von Familien im Hinblick auf die Nutzung der Entlastungsangebote der freiwilligen HelferInnen (häusliche Entlastungsangebote und parallele

- Betreuungsgruppenangebote zu Selbsthilfegruppen und Fortbildungen für pflegende Angehörige)
4. Erfassung der Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen und kontinuierliche Weiterentwicklung des Begleitungsangebotes
 5. Etablierung der PARITÄTISCHEN GesellschafterInnen und Sicherung des Angebotes über die Projektförderungszeit hinaus

5.2 Ergebnisse und Erkenntnisse im Bereich personelle Entlastung über freiwillige HelferInnen

Es war ein großes Interesse an einer HelferInnentätigkeit mit umfangreicher Qualifikation und kontinuierlicher Begleitung zu verzeichnen. Es konnte ein hoher Anteil an Frauen nach der Berufs- bzw. Familienphase gewonnen werden, die die Tätigkeit zur sinnvollen Gestaltung der Freizeit nutzen.

Jüngere Frauen (auch in der Familienphase) nutzen Qualifizierung und GesellschafterInnen-Tätigkeit, um weitere Erfahrungen und Qualifizierungen für eine spätere (Wieder-)Aufnahme einer Berufstätigkeit im Pflegebereich zu erhalten.

Bei Männern war nur ein geringes Interesse für Gesellschafter-Qualifikation festzustellen. Es konnten im Projektverlauf bisher nur 2 Männer zu Gesellschaftern ausgebildet werden, die Nachfrage nach Männern, die die Betreuung eines Mannes mit Demenz übernehmen ist jedoch deutlich höher.

Nachfrage in Familien kontinuierlich steigend: Insbesondere Familienmitglieder, die Teile ihrer Schulungen gemeinsam mit GesellschafterInnen besuchten, nutzen das Entlastungsangebot häufiger.

GesellschafterInnen leisten im Durchschnitt ca. 12 Stunden im Monat.

Nachfrage im ländlichen Bereich bei den häuslichen Entlastungsangeboten deutlich geringer, hier werden stärker Betreuungsgruppenangebote in Einrichtungen genutzt

Die gemeinsame Einwicklung des Fortbildungskonzeptes und der sonstigen Rahmenbedingungen mit dem Kooperationspartner, mit der Beratungsstelle Vergissmeinnicht des Diakonischen Werks, führte zu einem einheitlichen Angebots- und Tätigkeitsprofil der HelferInnen. Durch diesen Kooperationsverbund konnten gemeinsame Tagesfortbildungen und eine Perspektiv-Werkstatt durchgeführt werden. Die gemeinsame Durchführung der Fortbildung sparte Personal- und Sachmittel. Zudem können Kompetenzen passgenau eingesetzt werden.

Die HelferInnen-Kreise im Kooperationsverbund unterstützen sich bei Anfragen gegenseitig. Insbesondere im ländlichen Bereich ist eine wohnortnahe Vermittlung der HelferInnen sehr sinnvoll, um die zeitlichen und finanziellen Aufwendungen der HelferInnen im Rahmen der gezahlten Aufwandsentschädigungen zu halten. Durch die Kooperation konnte ein weitgehend flächendeckendes HelferInnen-Netz aufgebaut werden.

Durch die gemeinsame Schulung von pflegenden Angehörigen und HelferInnen lernten die Familien frühzeitig das Angebot der HelferInnen kennen. Insbesondere durch die persönlichen Kontakte konnten Hemmnisse bei der Inanspruchnahme der Entlastungsangebote abgebaut werden. Darüber hinaus lernten die HelferInnen frühzeitig die Bedarfe der pflegenden Angehörigen kennen.

Anfänglich wurden die Angebote der HelferInnen trotz klarer Abgrenzung gegenüber pflegerischen Tätigkeiten als Konkurrenz zu ambulanten Diensten angesehen. Insbesondere die Finanzierung über die Krankenkassenleistungen Verhinderungspflege und zusätzliche Betreuungsleistungen, welche auch durch Anbieter ambulanter Dienste genutzt werden kann, führte zu diesem Konkurrenzdenken. Durch detaillierte und transparente Darstellung der Tätigkeitsprofile konnte diese anfängliche Schwierigkeit abgebaut und eine sinnvolle Ergänzung des Sorgenetzwerkes für die Familien erreicht werden.

Einige Interessierte hatten falsche Erwartungen an das Qualifizierungsangebot und die Rahmenbedingungen der Tätigkeit aufgebaut. Insbesondere vor dem Hintergrund von Erwerbslosigkeit erwarteten einige Interessierte höhere Einkünfte aus einer GesellschafterInnen-Tätigkeit als die steuerlichen Regelungen des § 3 Abs. 26 EStG ermöglichen.

Nach Auslaufen der Förderung durch die Stiftung Wohlfahrtspflege bestehen keine angemessenen Refinanzierungsmöglichkeiten für die kontinuierliche und professionelle Begleitung und Fortbildung der HelferInnen, die nicht zu Lasten der Menschen mit Demenz gehen. Durch die Kalkulation der laufenden Kosten erhöht sich der Preis für die Entlastungsangebote deutlich, zudem sinken die Aufwandsentschädigungen der HelferInnen. Vor diesem Hintergrund ist auch fraglich, ob die Familien die Angebote der HelferInnen im bisherigen Umfang weiter nutzen werden.

6. Baustein: Qualifizierung für Demenzpflegende

6.1 Projektziel(e)

Zielebene	Zielbeschreibung: Qualifizierung
Hauptziel	Im Rahmen des dialogischen Fortbildungsansatzes soll es themenorientierte Fortbildungen geben, die von allen Pflegenden genutzt werden können und immer auch Austausch und Begegnung der Pflegendengruppen als Ziel hat.
Teilziel 1	Durchführung von Fachtagungen, Fortbildungen und Praxisreflexionen zu demenzspezifischen Themen für alle an der Demenzsorge Beteiligten.
Teilziel 2	Organisation von öffentlichkeitswirksamen Veranstaltungen zur Erhöhung der gesellschaftlichen Akzeptanz für das Demenzproblem.
Teilziel 3	Entwicklung und Beforschung des dialogischen Ansatzes der Qualifizierung von Sorgenden in der Dementenbetreuung
Teilziel 4	Einrichten eines interdisziplinär ausgerichteten Fortbildungsausschusses, der die Inhalte und Formen für Schulung, Fortbildung und Öffentlichkeitsarbeit diskutiert und festlegt
Teilziel 5	Aufbau eines halbjährlichen Veranstaltungsprogramms

6.2 Projektphasen und Meilensteine

Zeitraum / Zeitpunkt	Bezeichnung der Phasen / Meilenstein
01.10.2003 - 30.09.2006	Kontinuierliche Angebote von Pflegekursen nach § 45 SGB XI
04.06.2004	Informationsveranstaltung zur Kompetenzwerkstatt Demenz
26.07.2004	Öffentliche Präsentation am Tag der Bildung
02.09.2004	Konstituierende Sitzung der Qualifizierungskonferenz
18.11.2004	Zweite Sitzung der Qualifizierungskonferenz

Ab Januar 2005	Internetpräsenz der www.kompetenzwerkstatt-demenz.de
25.01.2005	Fachtagung: Möglichkeiten regionaler und betrieblicher Qualifizierungsmaßnahmen für Demenzpflegende
Ab April 2005	Unterricht an den Krankenpflegeschulen: Zweckverband der Kliniken im Mühlenkreis zum Thema Demenz
Juni 2005	Erster Veranstaltungskalender
07.04.2005	Dritte Sitzung der Qualifizierungskonferenz
02.06.2005	Vierte Sitzung der Qualifizierungskonferenz
29.09.2005	Fünfte Sitzung der Qualifizierungskonferenz
Okt. - Dez. 2005	Entwicklung der Weiterbildung Psychiatrie mit dem Schwerpunkt Demenz und Kooperationsvertrag mit dem Ev. Fachseminar für Altenpflege
15.12.2005	Neuer Vertrag AOK-Pflegekasse über Durchführung von Pflegekursen
Ab Febr. 2006	Start der Weiterbildung: Psychiatrie mit Schwerpunkt Demenz
28.09.2006	Sechste Sitzung der Qualifizierungskonferenz

6.3 Ergebnisse und Erkenntnisse aus dem Baustein Qualifizierung für Demenzpflegende

Vor Projektstart hat die alte Alzheimer- und Demenzberatungsstelle nur auf die Demenzproblematik spezialisierte Pflegekurse für pflegende Angehörige am Standort Minden angeboten. Dieses Angebot konnte verdreifacht werden und die Schulungen fanden dialogisch mit den zu schulenden HelferInnen statt.

Ziel war es aber auch eine gemeinsame dialogische Qualifizierung für und zwischen allen Gruppen von Pflegenden zu initiieren. Neben den freiwillig und familial Pflegenden sollten auch noch die professionell Pflegenden gezielt eingebunden werden.

Durch den dialogischen Gesamtansatz der Qualifizierung sollte

- ein Miteinanderlernen der unterschiedlichen Gruppen von Pflegenden (Angehörige, Freiwillige und Pflegeprofessionelle) gefördert werden (Wissensperspektive),

- eine implizite Bearbeitung von gegenseitigen Vorbehalten und Ängsten der unterschiedlichen Akteure erfolgen (Perspektive der Rollenprägung) und
- das der institutionellen und professionellen Pflege innewohnende Entmündigungspotential durch allgemeine und demenzspezifische, gemeinsame Lernangebote reflektierbar gemacht werden und die Vernetzung der Potenziale erreicht werden (strukturelle Perspektive).

Im Ergebnis wurden 1.272 Pflegende in 81 Veranstaltungen über das ganze Kreisgebiet verteilt erreicht. Davon waren 472 pflegende Angehörige, 515 Pflegeprofessionelle, 275 freiwillig Pflegende und 10 TeilnehmerInnen waren nicht zuordenbar.

Die dialogische Schulung für familial und freiwillig Pflegende hat sich bewährt und wird auch sicherlich beibehalten werden. Neu war die Erfahrung, dass auch der Dialog zwischen Pflegeprofessionellen und freiwillig Pflegenden gut funktionieren kann (Fallgespräche). Die Möglichkeit dialogisch zu lernen war in 11 von 81 Veranstaltungen gegeben. Nichtprofessionelle und Pflegeprofessionelle haben von dem Angebot des dialogischen Lernens in unterschiedlicher Weise Gebrauch gemacht, denn ihren Lerngewohnheiten und -interessen weichen durchaus voneinander ab. Es ist beabsichtigt, den Aspekt des dialogischen Lernens in einem eigenen Projekt weiter nachzugehen. Ab dem 01.01.2007 wird das neue Projekt Kompetenzwerkstatt Pflege und Demenz: „Pflege lernt im Dialog – sich auch kennen und ergänzen“, gefördert durch die ARD-Fernsehlotterie „Ein Platz an der Sonne“, an den Start gehen.

Pflegende Angehörige sind für die Kursreihen „Mit Altersverwirrtheit umgehen“ gut zu erreichen. Darüber hinaus sind aber nur einzelne an einer weiteren Teilnahme an Schulungen zu gewinnen. Dies hat teils Kostengründe, teils besteht die Auffassung, dass der Kurs reicht, teils steht die Belastung durch die Pflege weiteren Teilnahmen im Weg.

Die freiwillig Pflegenden nehmen in der großen Mehrzahl alle Angebote dankbar an, aber die Sicherstellung der Finanzierung ist schwierig, weil die Pflegekassen ihre Zuständigkeit nicht sehen und eine Belastung der freiwillig Engagierten wie der Pflegefamilien nicht erreichbar ist.

Für die Pflegeprofessionellen wurde mit der Weiterbildung Psychiatrie mit Schwerpunkt Demenz ein modular aufgebautes neues Angebot geschaffen, dass im Jahr 2006 befriedigend angelaufen ist.

Ohne die Qualifizierungskonferenz und die Offenheit der Akteure insgesamt für das Thema wäre das Angebot nicht durchführbar gewesen. Dies gilt auch für die Moderation durch die Anna Luise Altendorf Stiftung. Über die parallele Durchführung eines DCM-Projektes in ausgewählten stationären Einrichtungen konnte die Bereitschaft sich dem Thema zu widmen deutlich gefördert werden. Ohne die Mithilfe des trügereigenen Bildungswerks in der Seminarorganisation wäre die Durchführung der gesamten Angebote nicht möglich gewesen.

Die Finanzierung der Angebote beruht auf einer Mischfinanzierung. Je nach Zielgruppe gibt es unterschiedliche Kostenträger. Das erschwerte die Durchführung des dialogischen Ansatzes erheblich. Insbesondere die Pflegekassen als Kostenträger für die Qualifizierung der familial und freiwillig Pflegenden sind wenig dialogfähig und konzeptionell auf das traditionelle Muster von Pflegekursen festgelegt.

Hinderlich war auch, dass mit Auslaufen des IKK-Vertrages über Veranstaltungen für familial und freiwillig Pflegenden nur mit großem Aufwand ein Anschlussvertrag abgeschlossen werden konnte. Mit dem neuen Modellvorhaben Entlastungsprogramm bei Demenz (EDe) ist es allerdings möglich die Qualifizierung von familial Pflegenden grundlegend zu überprüfen.

Das Qualifizierungsangebot und die Kompetenzwerkstatt Demenz konnten sich etablieren und werden im Trägerverbund wie auch in der Kooperation mit dem Fachseminar für Altenpflege weiterbetrieben.

7. Baustein: Selbsthilfeförderung

7.1 Projektziel(e)

Zielebene	Zielbeschreibung: Selbsthilfeförderung
Hauptziel	Die Mitwirkung der pflegenden Angehörigen wollten wir realisieren über:
Teilziel 1	die konsequente Niederschwelligkeit aller Gruppen und Angebote der Entlastung, Qualifizierung und Mitwirkung
Teilziel 2	den projektbegleitenden Angehörigenrat
Teilziel 3	den Aufbau einer regionalen Alzheimergesellschaft aus dem Angehörigenrat
Teilziel 4	Peer-Counceling als Betroffenenberatung
Teilziel 5	kontinuierliche Feststellung der Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen über Einzelberatungen, Selbsthilfegruppenbegleitung und Angehörigenrat

7.2 Projektphasen und Meilensteine

7.2.1 Angehörigenratsarbeit

Zeitraum / Zeitpunkt	Bezeichnung der Phasen / Meilenstein
Jan./Febr. 2004	Konzeptualisierung der Angehörigenratsarbeit
17.02.2004	Erstes Treffen des Angehörigenrates Kennen lernen der TeilnehmerInnen Sachstandsbericht Projekt HilDe Mögliche Aufgaben des Angehörigenrates
10.05.2004	Zweites Treffen Ausformulierung der Aufgaben

23.06.2004	<p>Drittes Treffen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wahl der Angehörigenratssprecher 2. Sachstandsbericht Projekt HilDe, insbesondere Tag des pflegenden Angehörigen in Lübbecke am 16. Oktober 3. Wegweiser Demenz, Vorarbeiten und erste Fragebogenaktion 4. Evtl. noch Gründung der Alzheimer Gesellschaft
23.09.2004	<p>Viertes Treffen</p> <p>Thema Wegweiser</p>
16.10.2004	<p>Der Angehörigenrat trifft sich in Lübbecke mit Hr. Dr. Stuhlmann um die Gründungsinitiative der regionalen Alzheimer Gesellschaft mit ihm zu besprechen.</p>
12.11.2004	<p>Fünftes Treffen</p> <p>Frau Wadenpohl vom Demenzservice-Zentrum in Bielefeld – zusammen einen regionalen Wegweiser Demenz erstellen</p>
13.01.2005	<p>Sechstes Treffen</p> <p>Exkursion in zwei demenzgerechte Pflegeheime</p>
17.02.2005	<p>Siebttes Treffen</p> <p>Bericht: Fahrt zum Seniorenzentrum Holle</p> <p>Checkliste nach dem Erfahrungsbericht nach dem Besuch eines Heimes mit dem Schwerpunkt Demenz</p> <p>Verfahren: Gründung der Alzheimer Gesellschaft</p>
14.04.2005	<p>Achstes Treffen</p> <p>Rückmeldung zu der „Checkliste für den Heimbefuch in Heimen mit ausgewiesenem Demenzschwerpunkt“,</p> <p>Gründung der regionalen Alzheimer Gesellschaft:</p> <p>Verfahren und Inhalte</p>
19.05.2005	<p>Neuntes Treffen</p>
11.08.2005	<p>Zehntes Treffen</p> <p>Vorstellung der Kandidaten für den Vorstandsvorsitz der</p>

	<p>regionalen Alzheimer Gesellschaft, Besprechung der restlichen Korrekturen der Satzung, auch noch einmal Namensgebung,</p> <p>Kurzer Bericht vom „Kamingespräch“ der Ärztevertreter am Samstag, 6. Juli ,</p> <p>Vorbesprechung der Gründungsversammlung am 24.08.05, 19.00 Uhr in der Begegnungsstätte Küster Kämpers</p>
21.09.2005	Weltalzheimerstag
24.11.2005	<p>Elftes Treffen</p> <p>Jahresrückblick, Sachstände: Wegweiser, Checkliste, Vereinsgründung, Jahresplanung 2006: Thema Menschen mit Demenz im Krankenhaus</p>
09.02.2006	<p>Zwölftes Treffen</p> <p>Diskussion des Artikels zum Thema Krankenhaus und Entwicklung von Fragen für Fragebogenaktion, Bericht aus der Vorstandssitzung, Vorstellung der Gesprächshilfe für die Telefonbesetzung von 'Leben mit Demenz', Peer-Counseling ist erreicht!</p>
27.07.2006	<p>Dreizehntes Treffen</p> <p>Auswertung Kontakttelefon und neue Termine, Sachstand Befragung: Menschen mit Demenz im Krankenhaus, Bericht aus der Vorstandssitzung, Nachlese Selbsthilfetag – Bilder und Erinnerungen</p>
19.10.2006	<p>Vierzehntes Treffen</p> <p>Ergebnisse Befragung Menschen mit Demenz im Krankenhaus,</p> <p>Rückblick und Ausblick</p>

7.2.2 Leben mit Demenz - Alzheimergesellschaft Kreis Minden-Lübbecke e.V.

Zeitraum / Zeitpunkt	Bezeichnung der Phasen / Meilenstein
Mai – August 2005	Konzeptualisierung
11.08.2005	Satzungsdiskussion, Vereinsbeitrag wird festgesetzt
24.08.2005	Gründungsversammlung, Pressetermin
21.09.2005	Weltalzheimerntag und Ausstellungseröffnung
09.12.2005	1. Vorstandssitzung
27.01.2006	2. Vorstandssitzung
20.03.2006	3. Vorstandssitzung
März 2006	Bezug der eigenen Räumlichkeiten mit Bürostruktur in der Goethestr. 42
20.05.2006	Stand auf dem 5. Mindener Selbsthilfetag
21.07.2006	4. Vorstandssitzung
29.09.2006	Geplant: 5. Vorstandssitzung

7.3 Ergebnisse und Erkenntnisse aus dem Baustein Selbsthilfeförderung

Angehörige von Demenzkranken erfahren in den Selbsthilfegruppen, dass sie mit der außergewöhnlichen Belastung ihrer Pflegesituation nicht allein sind und dass andere Angehörige ähnliche Empfindungen haben. Und das Erkennen, dass andere ähnliche Probleme bewältigt haben, macht Mut.

Aus den Pflegekursen (Kursreihen „Mit Altersverwirrtheit umgehen“) konnten anfangs mehr, dann eher selten Angehörige für die Teilnahme an Selbsthilfegruppen gefunden werden. Es kam zu den beabsichtigten Neugründungen von Gruppen, aber zu keinen laufenden Neugründungen oder Gruppenteilungen. Zurzeit bestehen mit Begleitung von HilDe 5 Gruppen, mit Begleitung durch das Diakonische Werk Minden und Vlotho 2 Gruppen

Die GruppensprecherInnen aller Gruppen im Kreisgebiet fanden sich im Angehörigenrat zusammen und bearbeiteten übergeordnete Themen. Über die zweieinhalb Jahre der kontinuierlichen Arbeit hat dieser Kreis unter Moderation der Projektleitung HilDe und der Projektkoordinatorin von Vergissmeinnicht eine erstaunliche Entwicklung durchgemacht und auch beachtlich viele Themen bearbeitet und Ergebnisse gezeitigt. Dazu zählen:

- Checkliste für die Auswahl von Heimen mit Demenzschwerpunkt
- Gründung der regionalen Alzheimergesellschaft Leben mit Demenz
- Kontakttelefon mit dem Angebot Angehörige beraten Angehörige, in diesem Zusammenhang entstand eine Gesprächshilfe für die Angehörigen
- Forderungskatalog und Fragebogenaktion Menschen mit Demenz im Allgemeinkrankenhaus, Zwischenstand: 64 Bögen kamen von einer Fragebogenaktion zurück (Ende 31.08.06), Zwischenauswertung erfolgte und für Oktober ist ein erstes Gespräch mit dem ärztlichen Direktor der Klinken im Mühlenkreis angesetzt.

Ebenso erstaunlich ist es, welche zusätzlichen Ressourcen die Gründung von 'Leben mit Demenz – Alzheimergesellschaft Kreis Minden-Lübbecke' erschließen konnte. Hier sind die Arbeitsausschüsse „Medizinische Versorgung“ und „Ambulant betreute Wohngruppen für Menschen mit Demenz“ zu nennen, aber auch die nun mittlerweile fast 80 Mitglieder und die nicht einmal ansatzweise geplanten personellen Verstärkungen in diesem Bereich der „übergeordneten“ Selbsthilfe.

Sogar die lange nicht für möglich gehaltene Schaffung von ambulant betreuten Wohngruppen für Menschen mit Demenz ist am Standort Lübbecke und Minden in greifbare Nähe gerückt.

Angehörigenselbsthilfegruppen sind eine geeignete Form um dem Kontaktbedürfnis und der Selbststärkung durch eine schicksalsgleiche Bezugsgruppe zu entsprechen. Es werden persönliche Beziehungen gestiftet, Anteilnahme gelebt und Motivation zum Einsatz eigener Kompetenzen geschaffen.

Die Gruppe der „organisierten“ pflegenden Angehörigen ist bei weitem keine homogene Gruppe. Sie ist nach Alter, Grad der Belastung, einbringbaren Ressourcen und Engagementbereitschaft sehr verschieden.

Ohne die „Vorleistung“ des Projektmanagement würde eine Ausbildung von Selbsthilfestrukturen wie sie hier erreicht worden ist wesentlich länger dauern oder aber nicht erfolgen. Die Ausbildung einer „Kultur der Selbsthilfe“ im Demenzbereich braucht eine dauerhafte und gezielte Begleitung. Die Bündelung von Kräften wirkt dann aber ansteckend und motiviert die Pflegenden über ihren unmittelbaren Nahhorizont der häuslichen Pflege hinauszuschauen.

Über die Stärkung der Selbsthilfe konnten über die primären Zielgruppe des Projektes hinaus (familial, freiwillig und professionell Pflegenden) auch andere Akteure angesprochen und für die Mitarbeit auf der Systemebene gewonnen werden.

Über die Schaffung eines neuen Trägers aus der Selbsthilfe heraus konnte vermutlich ein entscheidender Schritt zur Sicherung der Nachhaltigkeit geleistet werden.

8. Baustein: Hausärzteteilprojekt – Belastungsprävention in Hausarztpraxen

8.1 Projektziel(e)

Zielebene	Zielbeschreibung: Belastungsprävention in der Hausarztpraxis
	Hausarztpraxis als Präventionszugang für pflegende Angehörige erschließen
Teilziel 1	Entwicklung eines Belastungspräventionsansatzes für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz in Hausarztpraxen
Teilziel 2	Entwicklung eines Diagnoseleitfadens für Hausärzte
Teilziel 3	Entwicklung eines Überleitungsbogens
Teilziel 4	Entwicklung von Kooperationsstrukturen mit Hausärzten

8.2 Projektphasen und Meilensteine

Zeitraum / Zeitpunkt	Bezeichnung der Phasen / Meilenstein
Sept./Okt. 2004	Konzeptualisierung
Nov./Dez. 2004	Abstimmung mit den beiden Pilotpraxen und Start Phase 1: Erprobung
23. Febr. 2005	Auswertungsgespräch mit Pilotpraxen
März 05	Erneute Überarbeitung der Bögen und letzte Abstimmung mit Frau Heier
April 05	Gewinnung weiterer Praxen
Mai 05	Es sind weitere 11 Hausarztpraxen bereit teil zu nehmen
01.06.2005	Schulung der Arzthelferinnen durch Frau Heier (Vorsitzende Alzheimergesellschaft) und Start der Phase 2: Feldphase
31.12.2005	Ende der Feldphase

Jan 2006	Auswertung der Ergebnisse und Entwicklung des Überleitungsbogens
Febr. 2006	Versand des Überleitungsbogens
Ab März 2006	Ausgabe der erarbeiteten Materialien an weitere interessierte Hausarztpraxen
18.05.2006	Vorstellung der Ergebnisse auf einer Tagung gemeinsam mit dem Hausärzterverbund Lübbecke
Oktober 2006	Vorstellung der Ergebnisse: Hausärzterverbund Bad Oeynhausen/Löhne geplant

8.3 Ergebnisse und Erkenntnisse aus dem Baustein Belastungsprävention in Hausarztpraxen

In Studien zur Belastung von pflegenden Angehörigen hat sich gezeigt, dass bis zu einem Drittel der Angehörigen Entlastungsmaßnahmen gar nicht und wenn dann relativ spät in Anspruch nehmen. Hinzu kommt, dass bei der Pflege von Demenzerkrankten ein erhöhtes Maß an Belastungen auftritt und gleichzeitig die allgemeine Pflegebereitschaft sinkt. Diese Ergebnisse werden durch die Beratungspraxis³ immer wieder bestätigt. „Im Sinne eines vorbeugenden Gesundheitsschutzes (Prävention) sollte darüber nachgedacht werden, wie unter Wahrung der Persönlichkeitsrechte des Einzelnen eine frühzeitige Kontaktaufnahme, zum Beispiel nach der Diagnosestellung, realisiert werden kann. Diese Form der zugehenden Beratung würde helfen, einen Teil der „Burn-Out-Syndrome“ bei familiären Pflegepersonen zu vermeiden.“

Mit dem Projektteil Belastungsprävention in Hausarztpraxen haben wir im eigentlichen Sinne Neuland betreten. Während in den anderen Projektbausteinen schon Strukturen vorhanden waren,

1. entweder singularär im Kreisgebiet (Beratung, Betreuungsgruppen und Selbsthilfegruppe)
2. oder aber anderenorts (Qualifizierungsverbände, HelferInnenkreise und Alzheimergesellschaften),

musste im Bereich der Belastungsprävention erst mühsam ein Ansatz entwickelt werden und dabei die Hürde zum SGB V-Bereich überwunden werden.

³ Gräßel, E.: Psychosoziale Hilfsangebote für die Angehörigen Demenzerkrankter, in: Priller, J. (Hrsg.): Beiträge zur klinischen Sozialarbeit. Alzheimer-Demenz: Möglichkeiten der Hilfe. Ein Tagungsbericht zum Aufbau eines Versorgungsnetzwerks, Bochum 2002, 113: „In der Beratungspraxis ist oft festzustellen, dass pflegende Angehörige erst dann Hilfe nachfragen, wenn sie „nicht mehr können“, d.h. wenn sie durch die Pflegesituation psychisch und physisch stark mitgenommen, zum Teil irreversibel gesundheitlich beeinträchtigt sind.“

Schon die auffällige Differenz zwischen der Beschreibung in der Projektkonzeption und dem dann tatsächlich Umsetz- bzw. Machbaren ist ein Ausdruck dieser Schwierigkeit. So waren im Konzept folgende Ansatzpunkte für Belastungsprävention genannt worden:

- Präventionsansatz häusliche Wiedereingliederung nach Krankenhaus- bzw. Rehabilitationsaufenthalt
- Präventionsansatz hausärztliche Praxis
- Präventionsansatz Empfehlungen bei der Begutachtung durch den MDK
- Präventionsansatz Präventions- und Beratungsaufgabe der Pflegekasse
- Präventionsansatz Pflegekurse nach § 45 SGB XI durch Pflegekursanbieter
- Präventionsansatz Beratungsbesuche nach § 37,3 SGB XI durch ambulante Pflegedienste

Der erste Ansatz war nicht bearbeitbar, weil die Bereitschaft der Kliniken zur Kooperation nicht erreichbar schien.⁴ Der dritte, vierte und sechste Präventionsansatz bedurfte eines eigenen Zugangs, der mit dem inzwischen gestarteten neuen VDAK-Bundesmodellprojekt „Entlastungsprogramm bei Demenz“ (EDe), vgl. www.projekt-ed.de, gefunden worden ist.

Übrig blieb der Präventionsansatz in der Hausarztpraxis, der dann konzeptualisiert und umgesetzt worden ist.

Im Ursprungsantrag war zudem noch die Rede von einer wünschenswerten Auswertung und Vorbereitung für ein Demenz Disease Management. Auch hier wurden unter Mühen erste Schritte getan, die allerdings an der zögerlichen Kooperationsbereitschaft der zu beteiligenden Ärzte ihre Grenze fanden.

Immerhin gab es

1. zwei Qualitätszirkelgespräche mit Haus- und Fachärzten, in denen den Vertretern der Fachgruppen eine grundsätzliche Bereitschaft zur Beantragung eines Ansatzes zur Integrierten Versorgung nach § 140 SGB V abgerungen werden konnte, und
2. die Konzeptualisierung einer eigenen Projektanfrage bzw. eines Projektantrags für eine ambulante Basisversorgung Demenz unter expliziter Berücksichtigung der Nutzerorientierung.

Bis heute können wir resümieren:

Ein Belastungspräventionsansatz für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz in Hausarztpraxen ist möglich, wirksam (gemessen am Grad der Erkrankung bei Eintritt in das Hilfesystem bzw. an der Zuweisungsquote über Ärzte) und wünschenswert. Für das konkrete Verfahren konnte ein Ablaufschema mit den

⁴ Das verdi-Projekt InCareNet in der Region ist dann im Jahr 2006 hier gescheitert und hat schließlich das Projekt zurückgegeben, vgl. <http://gesundheitspolitik.verdi.de/>. Ein Projekt mit den Kliniken im Mühlenkreis müsste gemeinsam mit diesem beantragt werden, um auch nur ansatzweise Erfolg haben zu können und unter den aktuellen Rahmenbedingungen weiterer Kostendämpfung im Klinikbereich scheint es geradezu vollkommen unmöglich.

kooperierenden Praxen (13 von 122) entwickelt und mit empirischen Daten untermauert werden.

Überblicksschema zu Leistungen und Leistungsdauer:

Zusatz-Leistungen	Leistungserbringer/Dauer
<p>Vorbereitungsphase</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Einbestellen von Patienten (bedarfswise mit Angehörigen), die Gedächtnisstörungen beklagen und praxisübliche Diagnostik und Erhebung zur Belastungsprävention durchführen 2. Patienten (bedarfswise mit Angehörigen) von Patienten mit vorliegender Demenz ansprechen, informieren und einbestellen. <p>Bei Bedarf Angehörigeninformationen ausgeben, Vorgespräch mit Hausarzt vermitteln.</p>	<p>Arzthelferin 6 Minuten</p>
<p>Erfassungsbögen zur Krankheitsausprägung, zur Pflegebelastung (HPS-Skala) und zur Kenntnis über Unterstützungsmöglichkeiten ausgeben, ausfüllen lassen und bei Bedarf Hilfestellung leisten</p>	<p>Arzthelferin Normal: 2 Minuten Intensiv (20%): 19 Minuten</p>
↓	
<p>Bögen auswerten und auf Vollständigkeit prüfen</p>	<p>Arzthelferin 4 Minuten</p>
↓	
<p>Erfassungsbögen sichten, Aufklärungsgespräch <i>mit</i> Angehörigen <i>ohne</i> Erkrankte vorbereiten</p>	<p>Hausarzt 2 Minuten</p>
↓	
<p>Bei Bedarf weitere Anamnese zu pflegebedingten oder pflegerelevanten Erkrankungen durchführen</p>	<p>Hausarzt 4 Minuten</p>
↓	
<p>Einmalig Aufklärungsgespräch führen und Überleitungsbogen zur Fachberatung und psychosozialen Unterstützung ausfüllen</p>	<p>Hausarzt 5-15 Minuten</p>
↓	
<p>Bei Bedarf erneut die Pflegebelastung überprüfen</p>	

Es gibt Praxen, die sich dieses Ansatzes bedienen, ihn in ihre schon vorher etablierte Diagnoseroutine integriert haben und auch den entwickelten Überleitungsbogen (s. u.) benutzen.

Allerdings ist die weitere Etablierung dieses Ansatzes bei einer größeren Anzahl von Praxen im Kreisgebiet auf Grund verschiedener Hemmnisse nicht erreichbar gewesen. Hierzu bedürfte es weitere Anstrengungen und vornehmlich eines finanziellen Anreizes (Abrechenbarkeit) für die Hausärzte.

Von besonderer Bedeutung ist das Aufklärungsgespräch durch die Hausärzte. Hier sind die Mediziner jedoch weder von der Ausbildung noch von ihrem Berufsverständnis (Einzelkämpfer und kein Teamarbeiter) her ausreichend gut vorbereitet und den Praxisanforderungen gewachsen. Vom Selbstverständnis her sahen sich die beteiligten Hausärzte eher als Diagnostiker, denn als Lotsen (wie es das Hausarztmodell gern hätte und ein überholtes Hausarztselfbild nahe legt).

Wie aus der Literatur bekannt so stellte sich auch im Arbeitsausschuss Medizin erneut heraus, dass schon die Diagnostik der Demenz große Probleme bereitet. So wurde ein regionaler Leitfaden für Hausärzte entwickelt, der dieses optimieren soll.

Um die Überleitung in das Netzwerk psychosozialer Unterstützungsleistungen nach Diagnosestellung zu vereinfachen, wurde zudem das Bedürfnis geäußert dies mittels eines Überleitungsbogens zu machen. Auch eine solche Arbeitshilfe wurde entwickelt.

Im Bereich des Hausärzteverbandes Lübbecke konnte schon eine gemeinsame Tagung mit den dortigen Hausärzten zur Diskussion des Themas und der Verbreitung der Arbeitshilfen stattfinden, im Bereich Bad Oeynhausen hat diese Tagung am 28.11.06 stattgefunden. Im Bereich Minden konnte noch keine weitere Resonanz für das Thema erzeugt werden.

Erfreulicherweise haben sich parallel zu den beschriebenen „passways“ aber auch andere Kooperationsstrukturen entwickelt. So werden punktuell die Fachberater zur Überleitung gemeinsam mit den Betroffenen in die Praxis einbestellt oder aber es finden gemeinsame Hausbesuche statt.

9. Abschlussbefragung zum Projektende

Zum Projektende hat eine studentischen Praktikantin eine telefonische Abschlussbefragung anhand eines zu diesem Zweck entwickelten Fragenkatalogs bei der Hauptzielgruppe des Projekts, den pflegenden Angehörigen, durchgeführt.

Aus der Adressdatenbank wurden zu diesem Zweck 30 Personen nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Dabei wurde auf eine gleichmäßige Verteilung auf die drei Regionen des Kreisgebietes geachtet.

Ziel dieser Befragung war es, stichprobenartig einen Eindruck davon zu gewinnen, ob HilDe die eigenen Zielsetzungen erreichen konnte.

Das wichtigste Kriterium dafür war die Niederschwelligkeit der Angebote. Das heißt, sie sollten

- zugehend und wohnortnah
- inhaltlich passgenau auf die Bedürfnisse des Einzelfalles abgestimmt
- alltagstauglich in Zeiten und Terminen
- erfahrbar im Probehandeln und
- kostenoptimal sein.

Außerdem wurde gefragt, ob durch das Hilfenetzwerk die häusliche Situation dauerhaft gestärkt und somit eine stationäre Unterbringung des Demenzerkrankten verzögert werden konnte. Ergänzend wurde nach der Bekanntheit der Angebote, der öffentlichen Beachtung und eigenen Anregungen gefragt.

Die Befragung hat ergeben, dass die 5 Niederschwelligkeitskriterien durch die Angebote von HilDe – Hilfen bei Demenz in großem Umfang erfüllt wurden. Von den Befragten ließen sich 100 % beraten, 70 % nahmen Entlastungsangebote in Anspruch und 60 % Schulungsangebote, ein Drittel besuchte auch eine Selbsthilfegruppe.

93 % der Befragten gaben an, dass die Betreuung durch HilDe dazu geführt hat, die häusliche Pflegesituation länger zu erhalten und die stationäre Heimunterbringung des erkrankten Angehörigen zu verzögern oder zu vermeiden.

In ihrem Bericht schreibt die Befragerin:

„Im direkten Vorgang der telefonischen Abschlussbefragung der pflegenden Angehörigen Demenzerkrankter für das Projekt HilDe – Hilfen bei Demenz ließen sich bereits einige interessante, wie signifikante Ergebnisse voraussehen.

In den im Mittel 10 bis 20 Minuten andauernden telefonischen Interviews zeigte sich zunächst ein gutes Frageverständnis der teilnehmenden Pflegepersonen. Durch die gelungene zufällige Auswahl der Stichprobe fanden sich unter den befragten pflegenden Angehörigen alle Verwandtschaftskonstellationen.

Bezüglich der Atmosphäre während der Befragung zeigte sich durchgängig eine positiv-affektive Reaktion bei der Nennung von HilDe als anrufende Institution, auch wenn zunächst gar nicht die Hauptpflegeperson am Telefon war, sondern andere Angehörige, z. B. Enkelkinder oder Ehepartner, die mit der Pflege an sich nicht in so direktem Bezug standen wie die Hauptpflegeperson.

Je nach Standort Bad Oeynhausen, Minden oder Lübbecke zeigte sich eine starke persönliche Bindung zu dem entsprechenden Demenzfachberater, dessen Name unmittelbar mit HilDe – Hilfen bei Demenz in Verbindung gebracht und spontan unaufgefordert genannt wurde.

Insgesamt war die Bereitschaft zur Teilnahme an dem Interview und die Offenheit gegenüber der Befragung sehr groß und wurde offensiv mit dem reziproken Gedanken begründet, dass man HilDe so viel zu verdanken habe, dass es eine Selbstverständlichkeit sei, nun mit der Teilnahme an der Befragung auch etwas für HilDe tun zu können.

Während der Befragungen zeigte sich bereits, dass ein Großteil der teilnehmenden pflegenden Angehörigen vehement und mit Nachdruck äußerten, dass HilDe – Hilfen bei Demenz ganz wesentlich zu einer Verbesserung und damit Verlängerung der häuslichen Pflegesituation geführt habe. Außerdem wiesen die Befragten eine deutlich differenzierte Wahrnehmung der einzelnen Angebote auf.

Insgesamt betonte die Mehrzahl der Befragten Personen, dass es auch für sie sehr angenehm gewesen sei, dass man bei HilDe „alles auf einmal“ bekomme und nicht für Beratung, Schulung und Entlastung immer zu verschiedenen Anlaufstellen müsse. Es wurde mehrfach betont, dass durch die gute Erreichbarkeit der Berater und die schnelle und unkomplizierte Hilfe die Entscheidung, Angebote in Anspruch zu nehmen, positiv beeinflusst worden sei und sich andernfalls die häusliche Situation sicher nicht so schnell und explizit verbessert hätte.

Die befragten pflegenden Angehörigen wurden um ihre Einschätzung bezüglich der Bekanntheit der HilDe – Angebote in der Öffentlichkeit gebeten. Hier beurteilten insgesamt 93 % der Befragten die Bekanntheit mit den Schulnoten „befriedigend“, „ausreichend“ oder „mangelhaft“. Die Befragten selber äußerten in diesem Zusammenhang ungefragt, dass deutlich mehr Werbung betrieben werden müsse, um auch vielen anderen Betroffenen die Unterstützung durch HilDe zugänglich zu machen. Die Bekanntheit von HilDe scheint sich zur Zeit ausschließlich auf den Kreis der Betroffenen zu beschränken. Die Befragten sagten, dass bereits etwas entfernteren Bekannten, die nicht unmittelbar mit der Thematik zu tun hätten, HilDe kein Begriff sei. Eine offensivere Werbung scheint also durchaus sinnvoll, da sie auch die Mund-zu-Mund-Propaganda unterstützen könnte, die als Zugangsfaktor gerade für ein solches Angebot wie HilDe nicht zu unterschätzen ist.

Die Befragten wurden weiterhin um ihre Einschätzung gebeten, ob durch HilDe die öffentliche Beachtung des Themas „Demenz“ zugenommen habe. Mehr als 95 % der Befragten bejahten dies. Das ist immerhin erstaunlich, da ja auch ein Großteil der Befragten den Bekanntheitsgrad von HilDe eher schlecht eingestuft hatte. Die Befragten machten aber die Anmerkung, dass man natürlich als betroffene und in ein

Programm wie HilDe integrierte Person mehr auf entsprechende Beiträge in der Presse etc. achte und sich die Wahrnehmung für dieses Thema schärfe.

50 % der Befragten haben die Möglichkeit genutzt, freie Ideen oder Anmerkungen zu formulieren. Einem großen Teil war daran gelegen, noch einmal zu betonen, dass HilDe ihnen Mut gemacht habe und eine große Hilfe gewesen sei. Von berufstätigen pflegenden Angehörigen wurde geäußert, dass die Uhrzeit der Schulungen oft zu früh und für sie schwer einzuhalten sei. Für viele andere allerdings und vor allem die Erkrankten selber, die an der Betreuungsgruppe teilnehmen, wäre eine spätere Uhrzeit von der Tagesstrukturierung und Fitness um die Uhrzeit ebenfalls schwierig. Ein Großteil der Befragten äußerte bei dieser Gelegenheit wiederholt, dass man doch mehr Werbung machen und dafür sorgen solle, dass HilDe noch bekannter werde.“