

An das

**Ministerium für Sozialordnung, Arbeit, Familie
Frauen und Senioren Baden-Württemberg**

Antrag zur Förderung des Projektes

„Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes präventiver Hausbesuche für Seniorinnen und Senioren unter besonderer Berücksichtigung von niedrighschwelligen Betreuungsangeboten in drei Modellkommunen in Baden-Württemberg“

(Kurztitel: Präventive Hausbesuche in Baden-Württemberg)

Beantragte Laufzeit von 39 Monaten

(vom 1. Juli 2014 bis 30. September 2017)

Projektträgerschaft und wissenschaftliche Leitung

Univ.-Prof. Dr. Weidner und Team

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.

Köln, 15. Mai 2014

Förderantrag

Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes präventiver Hausbesuche für Seniorinnen und Senioren unter besonderer Berücksichtigung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten in drei Modellkommunen in Baden-Württemberg

1. Inhaltsverzeichnis

1.	Inhaltsverzeichnis	2
2.	Ansprechpartner und Team	3
3.	Hintergrund und Ausgangssituation	4
4.	Ziele und Zielgruppen des Modellvorhabens	5
4.1	Ziele im Einzelnen	6
4.2	Zielgruppen	6
4.3	Zugang zu den Zielgruppen	7
4.4	Berechnungsgrundlagen/ Größenordnungen	8
5.	Inhalte und Verfahren	9
5.1	Projekträgerschaft	9
5.2	Projektorganisation	9
5.3	Projektbausteine	9
6.	Projektsetting und Szenarien des Einstiegs und der Umsetzung	13
6.1	Projektphasen	13
6.2	Zeitplanung	15
7.	Innovation und Nachhaltigkeit	15
8.	Personelle und sachliche Ressourcen	16
9.	Projekte und Referenzen des Anbieters	20
10.	Literaturhinweise zur Projektarbeit	22

Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Angebotes

Köln, 15. Mai 2014



Prof. Dr. phil. Frank Weidner

Institutsdirektor

Vorsitzender des Vorstands

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V.

2. Ansprechpartner und Team

Prof. Dr. Frank Weidner
Institutsdirektor
(Projektleitung)

Telefon: 0221/ 46861-40
E-Mail: f.weidner@dip.de

Anne Gebert
Dipl.-Pflegerin
(Wiss. Mitarbeiterin)

Telefon: 0221/ 46861-52
E-Mail: a.gebert@dip.de

Ursula Laag
MScN, Dipl.-Berufspädagogin
(Wiss. Mitarbeiterin)

Telefon: 0221/ 46861-54
E-Mail: u.laag@dip.de

Ruth Rottländer
MScN, Dipl.-Berufspädagogin
(wiss. Mitarbeiter)

Telefon: 0221/ 46861-30
E-Mail: r.rottlander@dip.de

Helga Linnerz
(Verwaltungsfachkraft)

Telefon: 0221/ 46861-35
E-mail: verwaltung@dip.de

Elke Grabenhorst
(Sekretariat/ Kommunikation)

Telefon: 0221/ 46861-30
Fax: 0221/ 46861-39
E-mail: dip@dip.de

Deutsches Institut für
angewandte Pflegeforschung e.V. (dip)
Hülchrather Str. 15
50670 Köln
www.dip.de

sowie

Prof. Dr. Renate Zwicker-Pelzer
(Expertin für Beratungskonzepte)
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Köln
www.katho-nrw.de

3. Hintergrund und Ausgangssituation

Im Vorfeld der Ideenskizze und Planungen zu diesem Projektantrag hat unter Federführung des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg im November 2011 in Stuttgart eine Impulskonferenz zum Thema „Präventive Hausbesuche im Spannungsfeld zwischen Ehren- und Hauptamt“ stattgefunden. Auf dieser Impulskonferenz wurden Fachvorträge gehalten und konkrete Studien wie Projekte vorgestellt und diskutiert. U.a. wurden der „Aktivierende Hausbesuch“ des DRK KV Tübingen, die „Fachstelle für präventive Beratung“ des Spitex in Zürich, die „Begleitung im Alltag“ der Stadt Reutlingen, „Gesund älter werden“ der AOK Niedersachsen sowie das Projekt zur Pflegeoptimierung „POP Siegen-Wittgenstein“ aus NRW vorgestellt. Die baden-württembergische Sozialministerin Karin Altpeter hat zur Veranstaltung ein Grußwort gehalten und grundsätzlich ihr großes Interesse daran geäußert, dass Innovationen im Bereich der Prävention von Pflegebedürftigkeit angestoßen und umgesetzt werden.

Die Veranstaltung ist in einer Broschüre des Landesgesundheitsamtes hervorragend dokumentiert. Von Interesse sind nun insbesondere praxisrelevante und innovative Ansätze sowie die Kooperation mit Akteuren, die möglichst profunde Erfahrungen und Ressourcen haben, derartige Ansätze vor Ort umzusetzen. Dazu zählt das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), da es schon seit mehr als zehn Jahren auf diesem Gebiet forscht und anwendungsorientiert entwickelt und verschiedene Praxisprojekte u.a. zum präventiven Hausbesuch durchgeführt hat. So hat das dip zuletzt auch das auf der Impulskonferenz in Stuttgart präsentierte „Projekt POP Siegen-Wittgenstein“ wissenschaftlich begleitet.

Am 23. Juli 2012 hat im Sozialministerium Baden-Württemberg in Stuttgart auf Anfrage und Initiative des dip ein Initialgespräch zu den Grundlagen, Zielen und Befunden von Konzepten von präventiven Hausbesuchen stattgefunden. Teilgenommen haben an diesem Gespräch aus der Abteilung Soziales des Ministeriums Herr Schmeiduch, Herr Dr. Marg sowie Frau Autenrieth, aus der Abteilung Gesundheit Herr Schuckert und Frau Schweizer, vom Landesgesundheitsamt Frau Leykamm sowie vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) Prof. Dr. Frank Weidner. In diesem Gespräch hat Prof. Weidner Ideen und Ziele eines potenziellen Modellvorhabens zur Erprobung eines innovativen Konzeptes präventiver Hausbesuche auf kommunaler Ebene in Baden-Württemberg vorgestellt und konkretisiert. Diese sind in der Runde sehr konstruktiv diskutiert und im Hinblick auf umsetzungsbezogene Fragen erörtert worden. Vor diesem Hintergrund ist der nun vorliegende, konkretisierte Projektantrag entstanden.

Ein Kerngedanke der Projektidee ist es, in bis zu drei Kommunen (z.B. auf Kreis-, Stadt- und Ortsgemeindeebene), die Weiterentwicklung neuer Versorgungsstrukturen unter Einbezug des Ehrenamtes zu erproben. Dabei soll insbesondere auf zugehende und auf Prävention abzielende beratende und unterstützende Hausbesuche bei Seniorinnen und Senioren gesetzt werden. Eine enge Zusammenarbeit mit den jeweils in den teilnehmenden Kommunen vorhandenen Pflegestützpunkten (PSP) und ihre Netzwerke soll angestrebt werden. Es könnten in Trägerschaft von Modellkommunen sogenannte „Koordinierungsstellen“ eingerichtet werden, in de-

nen im Modellvorhaben eigens zu schulende Fachberaterinnen und -berater zum Einsatz kommen könnten, um den unverzichtbaren professionellen Anteil sicherzustellen. Weitere relevante Akteure von Einrichtungs- und Kostenträgern, Verbänden, Organisationen, Vereinen, Kirchengemeinden etc. sollten vor Ort, aber auch zentral und standortübergreifend in das Projekt eingebunden werden. Ein weiterer Kerngedanke geht von einer systematischen Verknüpfung von professionellen Beratungsstrukturen mit Unterstützungsangeboten des bürgerschaftlichen Engagements sowie der ehrenamtlichen Netzwerkarbeit aus. Letztere werden auch als niedrigschwellige Betreuungsangebote verstanden, in denen Helferinnen und Helfer unter pflegfachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige entlasten und unterstützen.

Vor diesem Hintergrund sollen für das hier angestrebte Vorhaben über das Land Baden-Württemberg sowie über die Pflegekassen resp. den GKV-Spitzenverband Mittel zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen sowie zur Förderung von ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe nach den §§ 45 c) und d) SGB XI beantragt werden.

Zur Klärung von Fragen und der weiteren Vorgehensweise hat auf Einladung des Baden-Württembergischen Sozialministeriums am 11. März 2014 in Stuttgart eine Informationsveranstaltung mit Vertreterinnen und Vertreter von Pflegekassen, Kommunalverbänden, Kommunen, weiteren Verbänden stattgefunden. Dabei wurden Fragen bezüglich der Hintergründe, Ziele und Vorgehensweisen im Modellvorhaben angesprochen und von Prof. Weidner und Anne Gebert vom dip in Köln beantwortet. Betont wurde vor allen Dingen, dass das Projekt keine Parallelstrukturen im Lande z.B. gegenüber den Pflegestützpunkten hervorbringen solle und dass es ein offizielles Verfahren bräuchte, um aus dem Kreis der interessierten Kommunen die teilnehmenden auswählen zu können. Einige weitere Aspekte insbesondere zu den Zielgruppen, den Zugängen und den einzuplanenden Größenordnungen wurden diskutiert. Der aktualisierte Förderantrag nimmt diese Hinweise auf und fügt sie für eine praktische Umsetzung des Modellvorhabens ab 1.7.2014 ein.

4. Ziele und Zielgruppen des Modellvorhabens

Die Ziele des Modellvorhabens bestehen darin, neue, zugehende und präventiv ausgerichtete Beratungs- und Unterstützungsstrukturen unter Einbezug des Ehrenamtes für Seniorinnen und Senioren zu entwickeln, zu erproben und auszuwerten. Die Beratungs- und Unterstützungsstrukturen sollen darauf ausgerichtet sein, den Seniorinnen und Senioren ein Leben in häuslicher Umgebung in größtmöglicher Selbstständigkeit so lange wie möglich zu erhalten. Dabei soll das Augenmerk besonders auf den Bedarf nach häuslicher Betreuung von Menschen mit beginnenden kognitiven Einschränkungen und deren Angehörigen gerichtet werden, um hier frühzeitige Unterstützung zu ermöglichen. Die entwickelten Grundlagen und Materialien sollen im Anschluss landesweit für regelhafte Angebote zur Verfügung stehen.

4.1 Ziele im Einzelnen

- **Entwicklung** eines im kommunalen Raum anschlussfähigen Konzepts für zugehende, präventive Hausbesuche unter Einbezug ehrenamtlicher Netzwerke und Strukturen für Baden-Württemberg. Die Entwicklung soll auf vorangegangenen Ergebnissen und Instrumenten aus Modellprojekten zum präventiven Hausbesuch fußen.
- **Erprobung** des entwickelten Konzeptes in drei Kommunen in Baden-Württemberg mit dem Ziel, Erkenntnisse zur Anbindung, Praktikabilität und den Wirkungen zu gewinnen. Dazu gehören Fragen der Zusammensetzung der Zielgruppen (z.B. auch sozial schwache und vulnerable Gruppen) sowie ihre Erreichbarkeit, des einzusetzenden Assessments, der Fachlichkeit der einzusetzenden Beraterinnen und Berater, die angemessene Einbindung des Ehrenamtes, der Kooperation mit anderen Akteuren sowie die weitere Vernetzung zwischen dem aufzubauenden Case Management und dem jeweiligen regionalen Care Management. In Abstimmung mit dem Gesamtkonzept sollen in den drei teilnehmenden Modellkommunen je nach Vorentwicklungen und vorhandener Infrastruktur, drei verschiedene Schwerpunkte gewählt und umgesetzt werden.
- **Ergebnisse und Erfahrungen** zu dieser neuen Beratungs- und Versorgungsstruktur zu sammeln, auszuwerten und zu deuten und mit den Projektbeteiligten zu diskutieren. Die Erkenntnisse und Erfahrungen sollen nach dem Ende des Modellvorhabens nachhaltig auch in bereits vorhandenen Strukturen, wie etwa den Pflegestützpunkten, genutzt werden können.
- **Aufbereitung** der Ergebnisse und Erfahrungen des gesamten Modellvorhabens für eine anschließende Nutzung im gesamten Bundesland (Handbuch). Kommunen sollen möglichst in Kooperation mit den weiteren Kostenträgern mittels der Erkenntnisse und konkreten Instrumente befähigt und ermutigt werden im Zusammenspiel mit bürgerschaftlich Engagierten und weiteren Akteuren neue zugehende und präventiv ausgerichtete Beratungs- und Unterstützungsangebote für Seniorinnen und Senioren bedarfsgerecht zu entwickeln, vorzuhalten und anzubieten.

4.2 Zielgruppen

a) Unmittelbare Zielgruppen (Seniorinnen und Senioren und ihre Angehörigen)

Unmittelbare Zielgruppen, die von einem neuen und innovativen, zugehenden Beratungs- und Unterstützungsangebot profitieren sollen, sind Seniorinnen und Senioren i.d.R. ab einem Alter von 70 Jahren (je nach Schwerpunktsetzung und Kommune können davon abweichende Altersgruppen festgesetzt werden),

- die alleine oder mit der Partnerin/ oder dem Partner und/ oder Angehörigen in der eigenen Häuslichkeit oder in Wohngruppen leben **und**
- die einen Beratungsbedarf in Fragen der Prävention und/ oder der Vorsorge gegenüber Abhängigkeiten und Pflegebedürftigkeit haben **oder**

- bei denen sich eine aufgrund körperlicher oder kognitiver Beeinträchtigungen beginnende Einschränkung der Alltagskompetenzen abzeichnet oder besteht.

b) Mittelbare Zielgruppen (bürgerschaftliche Engagierte und weitere Akteure)

Mittelbare Zielgruppen sind Netzwerke, Initiativen oder Einzelpersonen sowie weitere Akteure und Stakeholder:

- Informelle Netzwerke, Initiativen oder Einzelpersonen mit Potenzial und Bereitschaft zum bürgerschaftlichen Engagement, die bereits ehrenamtlich tätig sind oder zusätzlich angesprochen und für ein solches Engagement gewonnen werden können, um die durch präventive Hausbesuche erkannte, niedrigschwellige zu beantwortende Bedarfe und Bedürfnisse von Seniorinnen und Senioren gemeinsam mit diesen anzugehen und zu bearbeiten.
- Alle weiteren relevanten Akteure im jeweiligen kommunalen Raum, die auf rechtlicher Grundlage, nach eigener Satzung und Statut, ihrem organisationalen Selbstverständnis folgend oder im Sinne eines freiwilligen und/ oder bürgerschaftlichen Engagements zur Bearbeitung von Fragen und Problemen der wohnortnahen Alten- und Pflegearbeit verpflichtet, betraut und engagiert sind. Dabei handelt es sich i.d.R. um die beteiligten Kommunen, Verbände, Kosten- und Einrichtungsträger, Kirchengemeinden und Leistungsanbieter.

4.3 Zugang zu den Zielgruppen

Der Zugang zu den unmittelbaren Zielgruppen und die Gewinnung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern am Modellvorhaben sollen durch verschiedene, parallel zu organisierende Maßnahmen erfolgen und entsprechend der jeweiligen Response evaluiert werden:

- Öffentliche Aufrufe in der Lokalpresse,
- Information und Einbindung von Hausärzten,
- Kooperation mit den Pflegestützpunkten, der Pflegeberatung „compass“ der privaten Krankenversicherungen und weiteren relevanten Beratungsstellen,
- Kooperation mit Vereinen, Kirchengemeinden, Initiativen etc.,
- Flyer und Aushänge an Orten und in Einrichtungen, wo sich Seniorinnen und Senioren treffen,
- Schriftliche Information der Seniorinnen und Senioren über das neue Angebot durch die Kommunen (ggf. unter Einbezug des Einwohnermeldeamtes).

Im Kontext des Auswahlverfahrens der am Modellvorhaben teilnehmenden Kommunen, können auch jeweils unterschiedliche, spezifische unmittelbare Zielgruppen ins Auge gefasst werden, wie z.B. Migrantinnen und Migranten, besonders vulnerable Gruppen etc., von denen aus der Literatur und der Erfahrung bekannt ist, dass sie i.a.R. durch präventive und gesundheitsbezogene, öffentliche Maßnahmen besonders schlecht erreichbar sind.

Der Zugang zu den mittelbaren Zielgruppen erfolgt insbesondere durch die Kooperation mit der jeweiligen Modellkommune und den dort bestehenden Netzwerken. Es ist beabsichtigt und sinnvoll, die als relevant erachteten regionale Akteure in mehreren, begleitenden Informationsveranstaltungen etwa zu Beginn, nach der Hälfte sowie zum Ende der Projektlaufzeit über die Ziele, Grundlagen und Ergebnisse zu informieren und somit in die Prozesse einzubinden.

4.4 Berechnungsgrundlagen/ Größenordnungen

Aus Vorläuferprojekten sind die Erfolgsquoten der Zugangswege sowie die Größen der gewünschten Response (also die Bereitschaft von Seniorinnen und Senioren, sich zu beteiligen) als auch die Größenordnung des projektbezogenen Verhältnisses von Berater/innen zu Senior/inn/en annäherungsweise bekannt. Ausgehend von einer Zielgruppenansprache ab dem Lebensalter von 70 Jahren ergibt sich damit folgende Überlegung:

- Zwei Berater (1,0 Stelle) können im Projekt ca. 150 Seniorinnen bzw. Senioren besuchen und beraten
- Bevölkerungsanteil der 70jährigen an der Gesamtbevölkerung (in Baden-Württemberg lebten im Jahr 2011 rund 10,786 Mio. Einwohner. Davon waren 1.511 Mio. 70 Jahre und älter). Landesweit beträgt damit deren Anteil rund 15%.
- Erreichbarkeit der Grundgesamtheit durch einen Einsatz kombinierter Maßnahmen (etwa 30 bis 50%)
- Response in der ersten Welle: 5 - 10% der erreichten Zielgruppenmitglieder

Beispielberechnung:

In einer Stadt leben 25.000 Einwohner. Davon sind nach Landesdurchschnitt 15% = 3.750 Einwohner 70 Jahre alt und älter. Durch verschiedene Aktionen (Anzeigen in der Presse, Flyer, Plakate, Infoveranstaltungen, Anschreiben) werden 50% dieser Menschen (= 1.875) erreicht und über das Modellvorhaben informiert. 5 - 10% (= 94 – 188) von ihnen reagieren in einer ersten Welle positiv und möchten mitmachen. Diese Zahl entspricht im Durchschnitt (141 Einwohner) in etwa der Zahl von Seniorinnen und Senioren, die für die Modellkommune benötigt wird und die auch durch die Fachberaterinnen und -berater besucht und beraten werden kann. In weiteren Wellen wird erfahrungsgemäß der Anteil derer, die sich beteiligen wollen, größer, sofern sich eine positive Mund-zu-Mund-Propaganda einstellt.

5. Inhalte und Verfahren

5.1 Projektträgerschaft

Das Modellvorhaben ist auf einen Zeitraum von insgesamt 39 Monaten angelegt, wobei die ersten drei Monate für das Interessensbekundungs- und Auswahlverfahren der interessierten und teilnehmenden Kommunen genutzt werden sollen. Nach einer dann erfolgenden gemeinsamen Vorbereitungszeit von etwa sechs Monaten soll der eigentliche Erprobungszeitraum in den drei Kommunen mindestens zwei Jahre betragen.

Um eine kompakte Entwicklung, Steuerung und Auswertung des Vorhabens bewerkstelligen zu können, ist die Projektträgerschaft und wissenschaftliche Leitung aus einer Hand inklusive der Anteile der begleitenden Evaluation sinnvoll. Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip) ist zu einer solchen Projektträgerschaft und wissenschaftlichen Leitung aus einer Hand bereit und verfügt über die notwendigen Vorerfahrungen, Kompetenzen und Ressourcen.

5.2 Projektorganisation

Vor dem Hintergrund einer klassischen Organisation von Projekten ist im Modellvorhaben von drei Ebenen auszugehen, der Förderebene, der strategischen Ebene sowie der operativen Ebene (Abbildung 1).

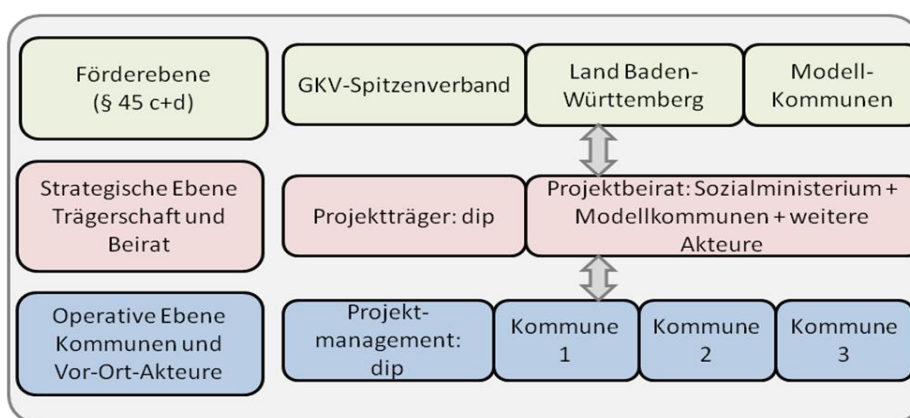


Abbildung 1: Übersicht Projektorganisation

5.3 Projektbausteine

Neben dem Projektmanagement kommen als Hauptprojektbausteine folgende Anteile zum Tragen: Beratungskonzept, Qualifizierungskonzept, Assessment sowie die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation nebst Berichterstattung. Diese Bausteine werden im Folgenden skizziert:

- **Projektmanagement**

Das Projektmanagement zielt darauf ab, die einzelnen Akteure und deren jeweilige regionale Strukturen und Prozesse bei der Umsetzung sinnvoll miteinander zu vernetzen

sowie die Entwicklung und Umsetzung des Modellvorhabens organisatorisch zu begleiten. Dazu ist es notwendig, die Kommunikation und Interaktion auf allen Ebenen angemessen zu ermöglichen. Mit der Förderebene werden zu Beginn auf Antragsebene die Hauptziele und -wege des Modellvorhabens vereinbart (Förderantrag und Bewilligung) sowie ein Interessensbekundungs- und Auswahlverfahren für die drei teilnehmenden Kommunen durchgeführt. Der Förderebene ist im Verlaufe des Projekte in regelmäßigen Abständen (i.d.R. zum Ende eines Kalenderjahres) Bericht über den Fortgang des Modellvorhabens zu erstatten.

Auf der strategischen Ebene soll ein Projektbeirat installiert werden, der ein- bis zweimal jährlich zusammenkommt. Eingebunden werden sollte hier neben dem Projektträger das Sozialministerium Baden-Württemberg, Vertreterinnen und Vertreter der beteiligten Kommunen und von Kommunen, die ihr Interesse bekundet haben, teilzunehmen, aber nicht ausgewählt wurden und ggf. weitere relevante, verantwortliche Akteure aus den drei Projektregionen und bei Bedarf zusätzliche externe Expertinnen und Experten.

Auf der operativen Ebene werden seitens des Projektträgers Arbeitsstrukturen installiert, die es ermöglichen sollen, engmaschig mit den Ausführenden und Unterstützenden vor Ort aus den drei Projektregionen zusammenzuarbeiten. Hier finden z.B. die Vorbereitungen in den Projektregionen statt, wie die Auswahl, Qualifikation und Begleitung der einzusetzenden Fachberaterinnen und -berater. Ebenfalls werden hier auch die unterstützenden Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit, der Teilnehmergewinnung und der Vernetzung mit dem regionalen Care Management bearbeitet. Dazu ist es im Kontext des Interessensbekundungs- und Auswahlverfahrens notwendig, die am Modellvorhaben teilnehmenden Kommunen auf bestimmte Formen der Kooperation zu verpflichten. Ebenso werden auf dieser Ebene regionale Informationsveranstaltungen für die regionalen Akteure und Stakeholder (mittelbare Zielgruppen) organisiert.

- **Beratungskonzept**

Die gesamte zu erprobende Maßnahme muss auf einheitlichen Grundsätzen der Präventions- und Beratungsarbeit fußen. Die Entwicklung und Anpassung eines Beratungskonzepts beinhaltet sowohl die strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen für präventive Hausbesuche als auch deren zielgruppenorientierte inhaltliche Ausgestaltung. In einschlägigen und vergleichbaren Projekten hat sich der systemisch-lösungsorientierte Beratungsansatz bereits gut bewährt. Dieser ist perspektivisch ausgerichtet und bezieht den Kontext des jeweiligen individuellen Lebensumfeldes ein.

Durchschnittlich ist von drei Hausbesuchen pro Seniorin bzw. Senior oder Ehepaar pro Jahr (gemäß der Beschreibung der unmittelbaren Zielgruppen) auszugehen. Dies hängt vom jeweiligen Bedarf ab. Auch zwischenzeitliche telefonische Kontakte, Nachfragen und Beratungen können eingesetzt werden. Ein Bestandteil des Beratungskonzeptes soll sich der Einbindung ehrenamtlicher Hilfestrukturen und die entsprechende Zusammenarbeit mit bürgerschaftlich Engagierten widmen. Dabei geht es um zweierlei: Zum einen sollen die so zu gewinnenden Helferinnen und Helfer sinnvoll und effektiv in der Unter-

stützungsarbeit erkannter Bedarfe bei den Seniorinnen und Senioren eingebunden werden, zum anderen müssen dazu eigene Informationen und Unterstützungen an die ehrenamtlichen Kräfte vermittelt werden.

- **Qualifizierungskonzept**

Es wird darum gehen, möglichst sechs beruflich erfahrene und geeignete Fachberaterinnen und Fachberater (je zwei in einer Kommune) für das Modellvorhaben zu rekrutieren und auf ihre neuen Aufgaben gezielt vorzubereiten. Als Qualifikationsvoraussetzung bieten sich Pflegefachkräfte mit Erfahrungen in der ambulanten Pflege ggf. mit abgeschlossener Fachweiterbildung zur Familiengesundheitspflege (family health nurse) nach WHO-Standard (z.B. aus der DBfK-Qualifikation in Stuttgart), Sozialversicherungsangestellte mit einer Weiterqualifizierung zum Pflegeberater entsprechend der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI oder auch entsprechend erfahrene Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter an. Es wird angestrebt, dass in jeder teilnehmenden Kommune eine bzw. einer der beiden Fachberaterinnen bzw. Fachberater eine erfahrene und möglichst weitergebildete Pflegefachkraft ist.

Zum Einsatz kommen Anteile aus Qualifizierungskonzepten vorangegangener und erfolgreich durchgeführter Projekte und Studien. Dabei wird es sowohl um eine Einstiegsqualifizierung von etwa insgesamt vierzehn Tagen Umfang gehen sowie um die Durchführung begleitender regelmäßiger Fallkonferenzen. Diese werden ausdrücklich als Qualifizierungsbaustein verstanden. Für den zentralen Qualifizierungsanteil des Beratungskonzeptes soll Frau Prof. Dr. Renate Zwicker-Pelzer, Prodekanin im Fachbereich Gesundheitswesen an der Katholischen Hochschule NRW in Köln mit dem Lehrgebiet „Erziehungswissenschaften und Beratung“, einbezogen werden. Sie hat zuvor bereits u.a. in Projekten des dip Schulungen im Bereich der zugehenden Pflegeberatung für Familien, in denen ein an Demenz erkrankter Mensch lebt, durchgeführt.

- **Assessment**

Unverzichtbare Arbeitsgrundlage für präventive Hausbesuche ist ein bereits beim ersten Hausbesuch durch die Fachberaterin oder den Fachberater einzusetzendes Assessment (systematischer evidenzbasierter Fragenkatalog) zur fundierten und umfassenden Einschätzung der Gesundheits- und Lebenssituation der Seniorinnen und Senioren. Das Assessment dient gleichermaßen als Einschätzungs-, Beratungs- und Evaluationsgrundlage. Das dip hat, auf Basis des „Standardized assessment for elderly people“ (STEP) ein Assessment für den Einsatz in präventiven Hausbesuchen entwickelt. Dieses wurde bereits mehrfach für unterschiedliche Projektvorhaben auf die Situationen vor Ort inhaltlich und im Hinblick auf die jeweilige Durchführungsform angepasst und erfolgreich erprobt.

Für das Modellvorhaben in Baden-Württemberg soll das vom dip entwickelte Assessment STEP-m für die drei Modellkommunen hinsichtlich örtlich gegebener Besonderheiten und der jeweiligen Schwerpunkte inhaltlich geringfügig angepasst werden. Das so angepasste Assessment wird den Fachberaterinnen und Fachberatern in den teilnehmenden Modellkommunen als Frage- und Dokumentationsbogen in Papierform zur Ver-

fügung gestellt. Für die wissenschaftliche Auswertung der Assessments und der Beratsungsdokumentationen wird vom dip eine elektronische Datenbank entwickelt, die ausschließlich diesem Zweck dient. Eine spätere Übernahme des Assessments in kommunal vorhandene und eingesetzte, passende EDV-Software-Systeme ist wünschenswert, hier aber nicht Gegenstand des Antrags.

- **Wissenschaftliche Leitung und Evaluation**

Der Projektansatz geht davon aus, die Planung, Steuerung, Umsetzung und Evaluation aus einer Hand einzubringen. Dazu bietet das dip alle notwendigen Voraussetzungen. Im Vordergrund stehen praxisorientierte Erkenntnisse und Ergebnisse hinsichtlich der Praktikabilität, Nachhaltigkeit und der Wirksamkeit, die mit dem angestrebten Projektdesign gewährleistet sind. Zu erwarten sind Einschätzungen und Ergebnisse dazu, wie viele Seniorinnen und Senioren mit einem derartigen Angebot erreicht werden können sowie zu deren Anliegen und Unterstützungsbedarfen. Darüber hinaus sind Erkenntnisse zu erwarten zur Anschlussfähigkeit, Praktikabilität und der Wirksamkeit der entwickelten Konzepte etwa durch Einschätzung der Nutzerinnen und Nutzer in den jeweiligen regionalen Kontexten. Es kommen verschiedene Evaluationsverfahren zum Einsatz wie Assessment- und Dokumentenanalysen, Befragungen, Evaluationsworkshops etc.

- **Berichterstattung**

Der Projektträger übernimmt die Verantwortung für die Berichterstattung an die Förderer sowie auch an die strategischen Partner unter Einbezug der operativen Akteure. Geplant ist, insgesamt zwei konzentrierte Zwischenberichte (ca. je 30 – 40 Seiten Umfang) jeweils zum Ende der Kalenderjahre 2015 und 2016 vorzulegen und einen Abschlussbericht im September 2017 in Stuttgart den Förderern präsentiert wird. Der Abschlussbericht soll im Kern als Handbuch (ca. 150 Seiten) aufgebaut sein, mit dessen Hilfe, weitere Kommunen weitgehend selbstständig das Projektdesign, die Ergebnisse und Erkenntnisse sowie die Konzepte und Instrumente auf ihre Strukturen und Prozesse übertragen können sollen.

Ggf. ist es sinnvoll, zum Ende der Projektlaufzeit eine landesweite Abschlussstagung durchzuführen um alle Interessierten umfassende zu informieren, die Ergebnisse vorzustellen und zu diskutieren und das Handbuch zu verbreiten. Diese Abschlussveranstaltung ist aber nicht Gegenstand des vorliegenden Antrags.

6. Projektsetting und Szenarien des Einstiegs und der Umsetzung

Das Modellvorhaben soll eine Laufzeit von 39 Monaten haben und am 1. Juli 2014 beginnen und bis zum 30. September 2017 laufen. Das Vorhaben wird in vier Phasen organisiert:

- **Phase I:** Interessensbekundungs- und Auswahlphase (3 Monate vom 1. Juli bis zum 30. September 2014)
- **Phase II:** Vorbereitung und Entwicklung (6 Monate vom 1. Oktober 2014 bis zum 31. März 2015)
- **Phase III:** Umsetzung und Begleitung (24 Monate vom 1. April 2015 bis zum 31. März 2017) und
- **Phase IV:** Auswertungen und Abschluss (6 Monate vom 1. April 2017 bis zum 30. September 2017).

6.1 Projektphasen

Die **Phase I** dient der Umsetzung eines Interessensbekundungs- sowie Auswahlverfahrens für die am Modellvorhaben teilnehmenden Kommunen in Baden-Württemberg.

- Zeitnahe (direkt nach Bewilligung beginnende) Entwicklung eines geeigneten Interessensbekundungs- sowie Auswahlverfahrens (Dauer ca. 1 Woche)
- Interessensbekundungsverfahren (ca. 6 Wochen)
 - Öffentlicher Aufruf des Sozialministeriums an Kommunen, ihr Interesse an Teilnahme zu bekunden (ca. 6 Wochen Dauer)
 - Anforderungen u.a.: Kurzbeschreibung zur Struktur und Lage der Kommune (Gemeinde, Stadt, Landkreis), allgemeine Kurzbeschreibung, ggf. in Frage kommender Gemeinde- oder Stadtteil, Quartier etc.
 - Bisherige projektrelevanten Infrastrukturen und Erfahrungen (Ansätze zur Beratung, Ansätze zum bürgerschaftlichen Engagement, vorhandene Netzwerke und Steuerungselemente etc.)
 - Vorschläge für Schwerpunktsetzung in der Kommune (Besondere Bereiche des bürgerschaftlichen Engagements, besondere unmittelbare Zielgruppen, Verknüpfung mit Betreuungsdiensten/ Initiativen, Verknüpfung mit Care Management Strukturen etc.)
 - Letter of intend (Übernahme von anteiligen Personalkosten (20%) und Sachkosten (Bereitstellung von Räume etc.)
- Auswahlverfahren (ca. 4 Wochen)
 - Einrichtung eines maximal 10köpfigen Auswahlausschusses unter Einbezug relevanter Akteure (Land, Pflegekassen, Kommunalverbände)
 - Aufbereitung und Auswertung der eingegangenen Interessensbekundungen
 - Vorbereitung einer Auswahl Sitzung zum Ende September

- Durchführung einer Auswahl Sitzung mit Festlegung und Abstimmung der Auswahlkriterien von drei teilnehmenden Kommunen (neben den Struktur- und Prozesskriterien der jeweiligen Kommune geht es auch um übergreifende Kriterien des gesamten Modellvorhabens, also um eine hinreichend anschlussfähige aber auch differenzierte Gesamtstruktur).

In der **Phase II** geht es um die konkrete Vorbereitung und Entwicklung der Konzepte, Instrumente und die Gewinnung und Vernetzung der Akteure in den drei ausgewählten Kommunen. Folgende Aufgaben werden im Einzelnen angegangen:

- Informations- und Überzeugungsarbeit/ Vorbereitung der Projektregion (Installation von regionalen Projektgruppen).
- Durchführung von (regionalen) Informations- und Auftaktveranstaltung(en).
- Gewinnung von je zwei Fachberaterinnen und -beratern (siehe Qualifizierungskonzept) pro Projektkommune.
- Anbahnung der Einbindung des vorhandenen ehrenamtlichen Engagements, ggf. Konzeptionsalisierung einer entsprechenden Aufbauarbeit vor Ort.
- Durchführung einer Einstiegsqualifikation für die Fachberaterinnen und -berater.
- Vorbereitung der Gewinnungsverfahren von Teilnehmerinnen und Teilnehmer unter Einbezug von Unterstützernetzwerken in den Modellkommunen.
- Unterstützung bei der Entwicklung der Öffentlichkeitsarbeit insgesamt und regional.
- Installation des zentralen Projektbeirates (unter Einbezug der Kommunen, die ihr Interesse bekundet haben, aber nicht ausgewählt wurden; Durchführung der konstituierenden Sitzung).

In der **Phase III** werden die präventiven Hausbesuche unter besonderer Berücksichtigung niedrigschwelliger Betreuungsleistungen und den jeweiligen Schwerpunkten in den drei Modellkommunen umgesetzt. Folgende Aufgaben werden dabei bearbeitet:

- Fortlaufende Gewinnung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern (Seniorinnen und Senioren in den Modellkommunen).
- Durchführung von Hausbesuchen durch die Fachberaterinnen und -berater einschließlich Beratungsplanungen und -auswertungen.
- Bedarfsgerechte Einbindung vorhandener Ehrenamtsstrukturen und ggf. Schaffung neuer Ehrenamtsstrukturen und niedrigschwelliger Betreuungsangebote.
- Unterstützung der Schaffung von abgestimmten Infrastrukturen zur Vernetzung von Case und Care Management in den Modellkommunen.
- Durchführung von regelmäßigen Fallkonferenzen mit den Beraterinnen und Beratern und ggf. weiteren Professionellen.
- Konzeptionsalisierung der abschließenden Evaluation sowie Entwicklung von Evaluierungsinstrumenten.
- Durchführung von Evaluationsworkshops mit Projektbeteiligten.

- Aufbereitung und Vorbereitung der Auswertung von Assessment- und Dokumentationsdaten (Aufbau einer Datenbank).
- Durchführung von mehreren Informationsveranstaltungen der regionalen Projektgruppen sowie des Projektbeirates.
- Erstellung von Jahresberichten (Zwischenberichte).
- Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit vor Ort und überregional.
- Befragung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern.

In der **Phase IV** geht es um die Auswertung der gesammelten Erkenntnisse und den Abschluss des Projektes

- Analyse von verschiedenen Dokumenten, die im Modellvorhaben zum Einsatz kommen, v.a. Analyse der Beratungsdokumentation.
- Zusammenführung und Analyse sämtlicher Erkenntnisse aus dem Modellvorhaben in Auswertungsworkshops.
- Unterstützung von nachhaltigen Strukturen in den Modellregionen.
- Entwicklung des Handbuchs (Abschlussbericht).

6.2 Zeitplanung

Eine Übersicht zur Zeitplanung und den Arbeitspaketen findet sich in Anlage 1.

7. Innovation und Nachhaltigkeit

Es handelt sich in mehrfacher Hinsicht um ein innovatives Modellvorhaben, das Nachhaltigkeit verspricht. Erstens sollen in Anbindung an verschiedene kommunale Strukturen und in enger Abstimmung mit den regional vorhandenen Pflegestützpunkten zugehende und präventive Beratungskonzepte entwickelt und umgesetzt werden. Die dazu einzurichtenden Koordinierungsstellen in den teilnehmenden Modellkommunen haben Projektcharakter, d.h. sie dienen in erster Linie der Erprobung der Maßnahmen und stellen keineswegs eine Parallelstruktur zu den vorhandenen Beratungsstrukturen, etwa der Pflegestützpunkte dar. Nach dem Ende der Projektlaufzeit sollen die Koordinierungsstellen nur weitergeführt werden, wenn dies in der Region als sinnvoll erachtet und keine Parallelstruktur geschaffen wird.

Zweitens geht es um eine systematische Verknüpfung von professionellen Beratungsstrukturen mit Unterstützungsangeboten des bürgerschaftlichen Engagements sowie der ehrenamtlichen Netzwerkarbeit. Letztere werden als niedrigschwellige Betreuungsangebote verstanden, in denen Helferinnen und Helfer unter pflegfachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige entlasten und unterstützen.

Drittens sollen je nach Vorerfahrungen, Strukturen und Prozesse der teilnehmenden Kommunen unterschiedliche thematische Schwerpunkte gelegt werden etwa auf die Zielgruppen, die Zugänge zu ihnen oder die Verknüpfung mit dem Ehrenamt u.a.m.

Das aktuelle Modellvorhaben ist damit so angelegt, dass sowohl die Grundlagen als auch die Ergebnisse ausdrücklich für die Weiternutzung in den teilnehmenden aber auch anderen Kommunen aufgearbeitet werden sollen. Damit soll dieses Modellvorhaben den Ansprüchen an ein fundiertes, innovatives und nachhaltiges Projekt im Vorfeld und Umfeld von Pflegebedürftigkeit gerecht werden.

8. Personelle und sachliche Ressourcen

Personelle und sachliche Ressourcen in den Kommunen

Seitens der drei ausgewählten Modellkommunen sollen Vorbereitungen getroffen werden, um je zwei fachlich geeignete Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter im Umfang von je 0,5 Stellen einzustellen. Die Vorbereitung und Auswahl wird im 4. Quartal 2014 vom Projektträger unterstützt. Die Modellkommunen sollen die Finanzierung für je 0,1 Stellenanteile der beiden jeweils angestellten Beraterinnen und Berater übernehmen (insgesamt 0,2 von 1,0 = 20% der Personalkosten). Geplant ist, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter möglichst ab dem 1. März 2015 bis zum 30. Juni 2017 für insgesamt 28 Monate befristet einzustellen. Für die Personalkosten ist nach derzeitigem Planungsstand pro Kommune eine Summe in Höhe von € 28.880,- über die gesamte Laufzeit aufzubringen. Im Gegenzug erhält jede der drei Kommunen im Rahmen des Projektes Fördermittel für Personal- und Sachkosten im Umfang von € 158.100,-. Die Kalkulationen und Angaben verstehen sich vorbehaltlich der tatsächlichen Personal- und Sachkosten in den Kommunen.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden nach Anstellung durch die Kommunen durch das dip gezielt auf die Einsätze in den präventiven Hausbesuchen vorbereitet. Die Modellkommunen stellen ferner geeignete Büro-Räumlichkeiten und PC-Arbeitsplätze zur Verfügung und übernehmen die arbeitsbedingten Fahrtkosten, die im Kontext der Beratungsarbeit vor Ort entstehen.

Geeignete und einsatzfähige Diensthandys werden den Beraterinnen und Beratern aus Mitteln des Modellvorhabens zur Verfügung gestellt. Ebenfalls werden Reisekosten zu Projektbesprechungen und Qualifizierungsmaßnahmen (inklusive der Fallbesprechungen) außerhalb der Projektregion (v.a. nach Stuttgart, in Baden-Württemberg zu den anderen Modellkommunen und nach Köln) seitens des Modellvorhabens übernommen.

In den Modellkommunen sollen Projektgruppen mit Vertretern der Kommune, der Pflegestützpunkte, der Pflegeberatung „compass“ der privaten Krankenversicherungen, der Beraterinnen und Berater der neuen Koordinierungsstellen und weiterer regionaler Akteure eingesetzt, die etwa halbjährlich zusammenkommen. Die Vorbereitung und Durchführung der Sitzungen werden durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des dip unterstützt. Räumlichkeiten dazu werden

von den Kommunen bereitgestellt (Letter of intend). Die Organisation vor Ort wird von den Beraterinnen und Beratern übernommen.

In Stuttgart soll der Projektbeirat zum Gesamtvorhaben installiert werden, der ein- bis zweimal im Jahr je nach Bedarf in den Räumen des Ministeriums zusammenkommt. Mitglieder sind Vertreterinnen und Vertreter der federführenden Abteilungen des Sozialministeriums, der Modellkommunen, weiterer interessierter Kommunen, des Projektträgers und ggf. weitere relevante Akteure und Expertinnen oder Experten, die auch zeitweise hinzugezogen werden können.

Das Team des Projektträgers und der wissenschaftlichen Begleitung

Im Modellvorhaben werden seitens des Projektträgers der wissenschaftliche Leiter (Prof. Dr. Frank Weidner) sowie zwei bis drei langjährig erfahrene wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Anne Gebert, Ursula Laag sowie Ruth Rottländer) eingesetzt. Zeitweise, insbesondere bei der Qualifizierung, werden bei Bedarf weitere Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter des dip und Fachdozenten eingesetzt. Es ist geplant, die einschlägigen Erfahrungen von Prof. Dr. Renate Zwicker-Pelzer im Qualifizierungsbaustein zu nutzen. Zum Team gehört die Projektverwaltung (Helga Linnerz) sowie die Projektkommunikation und -logistik (Elke Grabenhorst).

Das Modellvorhaben „Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes präventiver Hausbesuche für Seniorinnen und Senioren unter besonderer Berücksichtigung niedrigschwelliger Betreuungsangebote in drei Modellkommunen in Baden-Württemberg“ wird im Falle der Bewilligung von Prof. Dr. Frank Weidner als Vertreter des Projektträgers und wissenschaftlicher Leiter verantwortet. Ferner werden drei erfahrene wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilungen Pflegeprävention und -beratung sowie Pflegebildungsforschung des dip und bei Bedarf weitere Kräfte aus anderen Abteilungen des Instituts sowie studentische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die operative Umsetzung des Projektes einbezogen. Darüber hinaus wird eigens eine Projektverwaltung und -kommunikation für die Projektträgerschaft und die Unterstützung der Umsetzung beim dip installiert. Damit entsteht ein Team zur Trägerschaft, Entwicklung und wissenschaftlichen Begleitung der aufzubauenden Koordinierungsstellen in drei Modellkommunen in Baden-Württemberg, das sowohl über eine profunde Expertise als auch über entsprechende langjährige Erfahrungen verfügt, so dass damit das notwendige Fundament und die Kontinuität in der Zusammenarbeit mit allen Akteuren während der Projektlaufzeit gewährleistet werden kann.

Zu den Funktionen und Erfahrungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Team:

Univ.-Prof. Dr. Frank Weidner leitet als Gründungsdirektor seit 2000 das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V. in Köln und hat dieses maßgeblich aufgebaut. Er hat zahlreiche pflegewissenschaftliche Projekte geleitet sowie Studien publiziert. Im dip leitet er die Abteilung Pflegeprävention und -beratung, in dem gebündelt in mehreren Projekten innovative Versorgungsformen im häuslichen Umfeld und pflegepräventive Ansätze konzeptionalisiert und erprobt wurden. Prof. Weidner ist darüber hinaus seit 2006 Gründungsdekan der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch Theologischen Hochschule in Vallendar (PTHV), der ers-

ten universitären Fakultät ihrer Art im deutschsprachigen Raum. Dort hat er auch den Lehrstuhl Pflegewissenschaft mit dem Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention inne. Er ist berufserfahrener Krankenpfleger sowie Fort- und Weiterbildner.

Prof. Weidner fungiert im Modellvorhaben als Projektkoordinator.

Anne Gebert, Dipl.-Pflegerin ist bereits seit 2001 Mitarbeiterin im dip. Sie hat nach der gemeinsamen Erstellung der Metastudie „Ansätze zur Pflegeprävention“ aus dem Jahr 2002 in den Projekten zur Entwicklung und Erprobung zugehender Beratungsangebote im Raum Stuttgart (Projekt mobil), gefördert von der Bosch BKK (2002 - 2007) sowie im Projekt POP Siegen-Wittgenstein (2006 – 2010) , gefördert vom selbigen Landkreis, mitgewirkt. In Siegen-Wittgenstein wurde der Landkreis wissenschaftlich begleitet beim Aufbau einer vernetzten Sozialraumgestaltung unter Einbezug zugehender Beratungsangebote. Ferner arbeitet Frau Gebert im rheinland-pfälzischen Landesleitprojekt „SUSI TD – Sicherheit und Unterstützung für Senioren durch Integration von Technik und Dienstleistung“ mit (2011 - 2014), mit dem im Raum Trier die Verknüpfung von AAL-Technologien mit dem präventiven Hausbesuch in Kooperation mit örtlichen Pflegestützpunkten erprobt werden. Es kooperieren hier zwei Fraunhofer-Institute aus Kaiserslautern mit dem dip. Frau Gebert hat in weiteren zahlreichen Projekten des Instituts mitgewirkt. Sie ist ebenfalls eine berufserfahrene Krankenschwester.

Frau Gebert fungiert im Modellvorhaben als operative Projektleitung.

Ursula Laag, MScN, Dipl.-Pflegerin ist langjährige wissenschaftliche Mitarbeiterin im dip in der Abteilung Pflegeprävention und -beratung. Sie hat in zahlreichen hier relevanten Projekten mitgewirkt, so z.B. im Modellvorhaben „Entlastungsprogramm bei Demenz“, das über insgesamt fünf Jahre von 2006 bis 2011 mit Mitteln des GKV-Spitzenverbandes nach SGB XI § 8,3 gefördert wurde. Zugehende präventive Hausbesuche waren ein zentrales Element in diesem Projekt. Ferner hat sie bei der Erstellung der Expertise „Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld“ für das Sozialministerium in Rheinland-Pfalz mitgewirkt. Darüber hinaus war Frau Laag an der wissenschaftlichen Begleitung des MDK Rheinland-Pfalz (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) in Fragen zur Umsetzung der PTVA beteiligt. In weiteren relevanten Projekten hat sie Unterstützung geleistet. Sie ist eine berufserfahrene Krankenschwester und Lehrerin für Pflegeberufe.

Frau Laag fungiert im Modellvorhaben als wissenschaftliche Projektmitarbeiterin.

Frau Ruth Rottländer, MScN, Dipl.-Pflegerin (FH) ist langjährige wissenschaftliche Mitarbeiterin im dip in der Abteilung Pflegebildungsforschung und Pflegeprävention und -beratung. Sie hat in zahlreichen hier relevanten Projekten mitgewirkt, so z.B. in Pflegeausbildung in Bewegung von 2004 bis 2008, in dem bundesweit 15 Schulen einbezogen waren und regelmäßig befragt werden mussten. Ferner hat sich in Projekten zur Wertschätzung in der Altenpflege sowie in repräsentativen Studien zur Bildungslandschaft der Pflege in Deutschland (PaBis) mitgewirkt.

Frau Rottländer fungiert im Modellvorhaben als wissenschaftliche Projektmitarbeiterin.

Helga Linnerz ist eine erfahrene Verwaltungsfachkraft, sie seit Anfang 2007 im dip beschäftigt ist. Sie ist zuständig für alle projektbezogenen Verwaltungsvorgänge von der Antragstellung, der

finanztechnischen Projektabwicklung sowie der Erstellung von Verwendungsnachweisen. Ebenfalls unterstützt sie die Projektarbeit bei allen laufenden Fragen der Personal- und Sachmittelverwaltung.

Elke Grabenhorst ist seit 2000 im dip beschäftigt und zuständig für die gesamte Geschäftskommunikation und -dokumentation. Sie ist eine erfahrene Büromanagerin und übernimmt Aufgaben der Öffentlichkeitsarbeit, bei der Berichterstattung sowie bei der logistischen Unterstützung des Projektmanagements, so etwa bei der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Sitzungen, Qualifikationsmaßnahmen oder Evaluationsworkshops.

9. Projekte und Referenzen des Anbieters

Relevante Projekte des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip)

Kurztitel	SUSI TD - Umsetzung
Projekttitle	Sicherheit und Unterstützung für Seniorinnen und Senioren durch Integration von Technik und Dienstleistung
Art	Förderprojekt gemeinsam mit zwei Fraunhofer-Instituten in RLP
Förderer	MSAGD Rheinland-Pfalz
Laufzeit	4/2012 – 03/2014

Kurztitel	POP Siegen-Wittgenstein
Projekttitle	Pflegeoptimierung im Kreis Siegen-Wittgenstein
Projektart	Förderprojekt
Auftraggeber/ Förderer	Kreis Siegen-Wittgenstein
Laufzeit	11/2006 bis 12/2010

Kurztitel	Umsetzung PTVA beim MDK Rheinland-Pfalz
Projekttitle	Begleitforschung zur Umsetzung der Pflege-Transparenzvereinbarungen ambulant (PTVA) durch den MDK RLP
Art	Auftragsprojekt
Auftraggeber	Medizinischer Dienst der Krankenkassen Rheinland-Pfalz
Laufzeit	01/2010 – 10/2010

Kurztitel	Entlastungsprogramm bei Demenz EDe II
Projekttitle	Optimierung der Unterstützung für Demenzkranke und ihre Angehörigen im Kreis Minden-Lübbecke mit besonderer Berücksichtigung pflegepräventiver Ansätze – Einbezug von Pflegebedürftigen der Pflegestufe 0
Art	Förderprojekt
Förderer	GKV-Spitzenverband Sozialdienste Minden
Laufzeit	02/2009 – 10/2011

Kurztitel	Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld
Projekttitle	Erstellung einer Expertise „Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld“
Art	Auftragsprojekt
Auftraggeber	MASGFF Rheinland-Pfalz
Laufzeit	06/2008 – 03/2009

Kurztitel	Pflegeüberleitungsmanagement in der Stadt Worms
Projekttitlel	Begleitung zum Pflegeüberleitungsmanagement in der Stadt Worms
Art	Förderprojekt
Auftraggeber	Stadtverwaltung Worms
Laufzeit	03/2009 – 10/2009

Kurztitel	Fixierungsfallgeschichten Aachen
Projekttitlel	Systematisierung der Entstehung von Fixierungen und Entfixierungen in ausgewählten Einrichtungen des Kreises Aachen
Art	Auftragsprojekt
Auftraggeber	Kreis Aachen
Laufzeit	10/2007 – 09/2008

Kurztitel	Entlastungsprogramm bei Demenz EDe I
Projekttitlel	Optimierung der Unterstützung für Demenzkranke und ihre Angehörigen im Kreis Minden-Lübbecke mit besonderer Berücksichtigung pflegepräventiver Ansätze
Art	Förderprojekt
Förderer	Verband der Angestellten-Krankenkassen VdaK Sozialdienste Minden
Laufzeit	05/2006 – 04/2009

Kurztitel	Erprobung des pflegepräventiven Konzeptes „mobil“
Projekttitlel	Erprobung des pflegepräventiven Konzeptes zur Erhaltung von Selbständigkeit und Gesundheit im Alter Projekt „mobil“
Art	Auftragsprojekt im Rahmen der Bosch BKK-Kooperation
Auftraggeber	Bosch BKK (gefördert durch die Robert Bosch Stiftung)
Laufzeit	07/2002 – 09/2007

Kurztitel	Enquete-Gutachten NRW
Projekttitlel	Strukturen, Leistungsmöglichkeiten und Organisationsformen von Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation für ältere, respektive pflegebedürftige Menschen in NRW
Art	Gutachtenerstellung über Bietergemeinschaft
Auftraggeber	Enquete-Kommission Situation und Zukunft der Pflege in NRW
Laufzeit	1/2004 – 6/ 2004

Kurztitel	Patientenberatung/ Überleitungsmanagement
Projekttitlel	Wissenschaftliche Beratung und Begleitung des Modellprojekts eines kassengestützten Angebotes für chronisch kranke Versicherte I
Art	Auftragsprojekt im Rahmen der Bosch BKK-Kooperation
Auftraggeber	Bosch BKK
Laufzeit	07/2002 – 06/2005

Kurztitel	Case Management und Unterstützung für pflegende Angehörige
Projekttitle	Förderung der Entwicklung und Erprobung von Steuerungselementen und Beratungsangeboten
Art	Förderprojekt im Rahmen der Bosch BKK-Kooperation
Förderer	Bosch BKK
Laufzeit	07/2002 – 06/2005

Kurztitel	Ansätze zur Pflegeprävention
Projekttitle	Entwicklung, Erprobung und wissenschaftliche Auswertung eines pflegepräventiven Konzeptes für die häusliche Pflege
Art	Förderprojekt
Förderer	Deutscher Caritasverband e.V.
Laufzeit	12/2000 – 5/2004

10. Literaturhinweise zur Projektarbeit

- Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., (Hrsg.) (2005): Experten-Hearing »Präventiver Hausbesuch im Alter« - Dokumentation -. Bonn (download unter www.dip.de/materialien)
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.) (2003): Ansätze zur Pflegeprävention. Rahmenbedingungen und Analyse von Modellprojekten zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit. Schlütersche
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.) (2004): Überleitung und Case Management in der Pflege. Schlütersche
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.) (2008): Präventive Hausbesuche bei Senioren. Projekt mobil – der Abschlussbericht. Schlütersche
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.)(2008): Beraterhandbuch Präventive Hausbesuche bei Senioren. Schlütersche
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.) (2009): Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld. Schlütersche
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.(Hrsg.) 2010): Entlastungsprogramm bei Demenz. Abschlussbericht des Projektträgers und der wissenschaftlichen Begleitung. MV-Wissenschaft
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.(Hrsg.) 2012): Entlastungsprogramm bei Demenz II – Ede II. Abschlussbericht des Projektträgers und der wissenschaftlichen Begleitung. MV-Wissenschaft
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.) (2011): Pflegeoptimierung im Kreis Siegen-Wittgenstein. Projektdokumentation online www.dip.de/Projekte
- Isfort, M.; Laag, U. (2007): Entlastung als Chance. Unterstützung für Angehörige von Demenzkranken. In: Die Schwester Der Pfleger, 9, 812–813.
- Isfort, M.; Laag, U. (2008): Gesundheitsberater – Ansprechpartner vor Ort, Die Schwester, der Pfleger plus , 4, 50-51
- Weidner, F.; Isfort, M.; Laag, U.(2011). Entlastungsprogramm bei Demenz -Ede. In: Pflegewissenschaft, Jg. 13, H. 3, S. 133–138