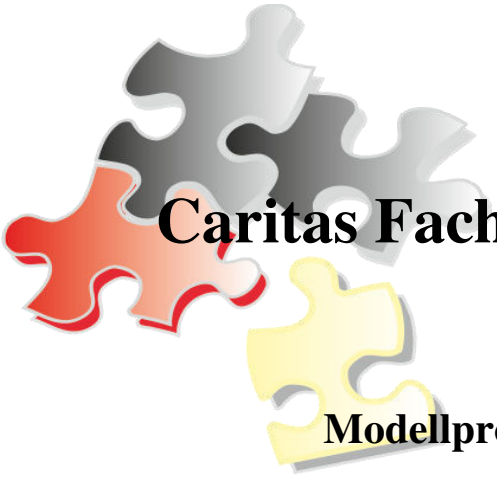
PHILOSOPHISCH-THEOLOGISCHE HOCHSCHULE VALLENDAR
Kirchlich und staatlich anerkannte Wissenschaftliche Hochschule in freier Trägerschaft

dip
Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.



Caritas Fachzentrum Demenz Eifel-Mosel-Ahr

Modellprojekt gemäß § 45c SGB XI

Teil 3
Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung

Laufzeit: 01.06.2012 – 31.12.2014

Prof. Dr. Hermann Brandenburg, Carolin Baczkiewicz,
Judith Bauer & Matthias Zischka

Kontaktadresse

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

INHALT

Abkürzungsverzeichnis ... III
Abbildungs- & Tabellenverzeichnis ... III
I Hintergrund und thematische Einbettung des Projekts ... 1
1 Hintergrund, Aufgaben und Zielstellungen des Gesamtprojekts ... 1
2 Vernetzung, Kooperation und Zusammenarbeit ... 2
II Wissenschaftliche Begleitforschung ... 4
1 Methodisches Vorgehen ... 4
1.1 Experteninterviews ... 4
1.2 Evaluationsworkshop mit den Mitarbeiterinnen des CFD ... 5
1.3 Telefoninterviews mit Mitgliedern des Projektbeirats und CFD-externen Personen ... 5
2 Baustein 1: Demenzfreundliche Kommunen in vier Verbandsgemeinden ... 7
3 Baustein 2: Evaluation der (Versorgungs-)Strukturen des CFD ... 11
3.1 Die Angebots- und Versorgungssituation im Vergleich 2012 und 2014 ... 11
3.2 Ergebnisse der Evaluation ... 13
3.2.1 Außenperspektive auf das CFD – Dimensionen ... 14
3.2.2 Außenperspektive auf das CFD – Inhaltliche Betrachtungen und Perspektiven ... 26
3.2.3 Innenperspektive auf das CFD ... 34
4 Inhaltliche Verknüpfung der beiden Bausteine 1 und 2 ... 39
5 Wissenschaftliche Gesamteinschätzung ... 40
5.1 Einschätzung der Ergebnisse ... 40
5.2 Selbstkritische Einschätzung der wissenschaftlichen Begleitforschung ... 42
III Empfehlungen ... 43
1 Grundlegende Notwendigkeit der Koordination der Aktivitäten und ihrer Einbettung in eine politische Vision einer inklusiven Demenzpolitik ... 43
2 Empfehlungen aus der Analyse der Arbeit des CFD ... 44
3 Anschlussfähigkeit an die aktuelle Diskussion in Rheinland-Pfalz ... 45
Literatur ... 46
Anlage ... 48
Anlage 1: Das Team der wissenschaftlichen Begleitung ... 48
Anlage 2: Gesprächsleitfaden zu den Experteninterviews zum Thema „Demenzfreundliche Kommune“ ... 49
Anlage 3: Gesprächsleitfaden zur Gruppendiskussion zur Evaluation des CFD aus Perspektive der Mitarbeiterinnen ... 50
Anlage 4: Kurzfragebogen zur Evaluation des CFD aus externer Perspektive ... 52
Anlage 5: Gesprächsleitfaden zu den Telefoninterviews mit Personen des Projektbeirats zur Evaluation des CFD aus externer Perspektive ... 53
Anlage 6: Gesprächsleitfaden zu den Telefoninterviews mit CFD-externen Personen zur Evaluation des CFD aus externer Perspektive auf Landkreisebene ... 56
Anlage 7: Ablauf und Zuständigkeiten der Auftaktveranstaltungen zur „Demenzfreundlichen Kommune“ ... 59

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AG	Arbeitsgruppe
AK	Arbeitskreis
BAGSO	Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V.
CFD	Caritas-Fachzentrum Demenz
DekoEMA	Demenzfreundliche Kommune Eifel-Mosel-Ahr
DemNet-D	Demenznetzwerke in Deutschland
dip	Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
DfK	Demenzfreundliche Kommune
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
KfS	Kirche findet Stadt
LZG	Landeszentrale für Gesundheitsförderung
MmD	Menschen mit Demenz
PSP	Pflegestützpunkte
PTHV	Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar
RLP	Rheinland-Pfalz
VG	Verbandsgemeinde
WB	wissenschaftliche Begleitung

ABBILDUNGS- & TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Übersicht über die Darstellung der Ergebnisse 14
Abbildung 1: Meilensteinplanung des Projekts 2012-2014 12
Abbildung 2: Startvoraussetzungen des Projekts CFD..... 15
Abbildung 3: Stärken des Projekts CFD 17
Abbildung 4: Schwächen des Projekts CFD 20
Abbildung 5: Folgen & Zukunftsentwicklung des Projekts CFD 23
Abbildung 6: Ergebnisse der Innenperspektive auf das Projekt CFD 34
Abbildung 7: Grundgedanke „Verknüpfung des Projekts mit dem Thema DfK“..... 39

Hinweis: Wird in diesem Bericht der Leserlichkeit halber nur eine Geschlechtsform gewählt, ist darin immer die andere inbegriffen.

I HINTERGRUND UND THEMATISCHE EINBETTUNG DES PROJEKTS

1 Hintergrund, Aufgaben und Zielstellungen des Gesamtprojekts

Auf Grund der demografischen Entwicklung wird die Zahl älterer, hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, insbesondere auch der Anteil an Menschen mit Demenz (MmD), zunehmen. Diese Entwicklung birgt für das Gesundheits- und Pflegesystem, für die Politik und nicht zuletzt für die Zivilgesellschaft Herausforderungen. Die Komplexität des Themas Demenz erfordert ein Handeln auf Makro-, Meso- und Mikroebene. D. h. es gilt nicht nur die „Profis" – Kranken- und Pflegekassen, Anbieter ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen oder Ministerien – in den Ausbau von Versorgungsstrukturen einzubeziehen, sondern diejenigen, die mit dem alltäglichen Leben der MmD – Betroffene und Angehörige – in Berührung kommen. Dies zielt ab auf die Entwicklung der Kommunen, bei der weniger der Versorgungsaspekt, als vielmehr das Miteinander der Bürgerinnen und Bürger im Vordergrund stehen sollte. Um alle Ebenen strategisch miteinander zu verknüpfen und auf das gemeinsame Ziel – Verbesserung der Situation von MmD und ihrer Angehörigen – hinzuarbeiten, benötigt es Stellen, die diesen Prozess steuern.

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Entwicklungen wird ein Modellprojekt initiiert, das „Caritas-Fachzentrum Demenz (CFD) Eifel-Mosel-Ahr". Das CFD soll trägerübergreifend und -unabhängig das Thema Demenz in allen beteiligten Landkreisen – Landkreis Bernkastel-Wittlich, Landkreis Ahrweiler, Landkreis Eifelkreis Bitburg-Prüm sowie Landkreis Vulkaneifel – koordinieren. Hierzu zählen vielfältige Aufgaben wie

- Informations- und Öffentlichkeitsarbeit mit dem Ziel, die Bürgerinnen und Bürger für das Thema Demenz zu sensibilisieren („awareness")
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens aller Sektoren – ambulant, teilstationär und stationär – im Umgang mit MmD zu informieren und zu befähigen
- Betreuungs- und Unterstützungsangebote für MmD und deren Angehörige auf- und auszubauen
- Beratungskompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegestützpunkte (PSP) und Sozialdienste zu stärken
- Demenznetzwerke kontinuierlich weiter zu entwickeln , insbesondere auch die Zusammenarbeit mit dem medizinischen Sektor, um Versorgungsstrukturen zu verbessern („Integrative Versorgung")

Das Projekt wird während der dreijährigen Laufzeit von einem Projektbeirat begleitet. Dieser soll Ergebnisse und Vorschläge schrittweise in die Versorgungsstrukturplanung der Kommunen und des Landes übernehmen. Gleichzeitig soll er im Prozess mögliche Feinjustierungen der Ausrichtung des CFD auf Basis der Zwischenberichte vornehmen. Der Beirat setzt sich aus folgenden Organisationen zusammen: Ministerium für Soziales, Gesundheit und Demographie, die Landeszentrale für Gesundheitsförderung (LZG), die Kreisverwaltungen, Träger und Koordinatorin des Modellprojekts (Caritasverbände), Pflegekassen sowie die wissenschaftliche Begleitung[1] (WB).

[1] Das Team der WB wird in Anlage 1 ausführlicher vorgestellt.

2 Vernetzung, Kooperation und Zusammenarbeit

Ein Kernanliegen des CFD war (und ist) die Vernetzung der verschiedenen Akteure, deren wesentliche Elemente Koordination (Abstimmung, Information, Austausch) und Kooperation (Zusammenarbeit von Personen und Institutionen) sind. Dies ist deswegen wichtig, um Doppelstrukturen, „Drehtür-Effekte" und Über- und Unterversorgung zu vermeiden und gezielt eine wohnortnahe und bedürfnisgerechte Demenzversorgung anbieten zu können. Es sollte an eine bereits existierende Zusammenarbeit angeknüpft werden, um Menschen den Verbleib in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen. Eine wohnortnahe Struktur und Ausrichtung von (Demenz)-Netzwerken ist daher von großer Bedeutung. An dieser Stelle wird auf drei größere nationale Projekte[2] Bezug genommen, deren Erfahrungen sich wie folgt resümieren lassen[3]:

a) Fördernde und hemmende Bedingungen

Die *Festlegung und Vereinbarung gemeinsamer Ziele* ist unabdingbar. Diese sollten sich am konkreten Versorgungsbedarf orientieren, der zunächst einmal erhoben werden muss. Des Weiteren braucht Vernetzung *kontinuierliche Beteiligung und langfristige Perspektiven*. Sonst wird ein „Strohfeuer" von Aktivitäten entfacht, was keine nachhaltige Wirkung zeigen kann. Darüber hinaus werden engagierte Personen (und Institutionen) potentiell frustriert, wenn keine Strategie und Dauerhaftigkeit erkennbar wird. Und schließlich muss eine *Steuerungsinstanz* etabliert werden, und zwar für das anspruchsvolle Management von Versorgungsnetzwerken. Dies geht über ein Case Management hinaus, Care Management[4] – so der Tenor aller Berichte – ist unverzichtbar. Und genau dies ist die Achillesferse, an der die meisten Projekte scheitern. Zu guter Letzt ist auch eine Kontrolle und Bewertung der Netzwerkaktivitäten zwingend. Sonst dominiert Aktionismus und eine kritische Einschätzung fehlt dahingehend, ob die entsprechenden Aktivitäten auch der „Idee" der Netzwerkarbeit tatsächlich folgen. Problematisch ist die Tatsache der *fehlenden rechtlichen Rahmenbedingungen*. Solange Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche nicht eindeutig geklärt sind, bleibt Netzwerkarbeit vor allem abhängig von der Initiative einzelner Akteure des regionalen Versorgungssystems. Und dies wiederum befördert die *Eigenlogiken der jeweiligen Beteiligten*, ob es sich um Ärzte, Pflegende, Heimträger oder andere Professionen und Institutionen handelt. Mit den fehlenden rechtlichen stehen unzureichende finanzielle Rahmenbedingungen in einem engen Zusammenhang. Das zentrale Problem der Regelfinanzierung steht hier ganz im Vordergrund. Unter den bislang vorliegenden Bedingungen scheinen Mischfinanzierungssysteme durch Land, Leistungsträger und Kommunen als geeignete Instrumente um die Vernetzung zu fördern – und auf „mehrere Schultern" zu verteilen. Unabhängig von rechtlich-finanziellen Herausforderungen kann die Konkurrenz der verschiedenen Akteure ein Problem darstellen. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass effektive und anbieterübergreifende Kooperation eine notwendige Voraussetzung dafür schafft, dass Betroffene nicht im Dschungel der für sie kaum überschaubaren Angebote untergehen und die Versorgung auch tatsächlich an den Bedürfnissen der Klientel ausgerichtet wird.

---

[2] Es handelt sich um das vom BMG geförderte „Leuchtturmprojekt EVIDENT „Evaluation vernetzter Versorgungsstrukturen für Demenzkranke und ihre Angehörigen: Ermittlung des Innovationspotenzials und Handlungsempfehlungen für den Transfer" (Ehlers o. J.; Köhler 2010; Reichert 2011), das vom AOK Bundesverband in Auftrag gegebene ProNetz, eine „Synopse innovativer Ansätze zur vernetzten Versorgung älterer Menschen in Deutschland (Kofahl, Dahl & Döhner 2003) sowie „DemNet-D – eine interdisziplinäre Evaluationsstudie von Demenznetzwerken in Deutschland" (Wolf-Ostermann 2013).

[3] Unterschiede im Hinblick auf die Größe der Netzwerke, ihre Organisation und ihre Reichweite werden an dieser Stelle zugunsten allgemeiner Befunde vernachlässigt.

[4] Konkrete Aufgabenbereiche eines Care Managements sind z. B.: Öffentlichkeitsarbeit, Leitung interdisziplinärer AKs, Fort- und Weiterbildung, Zusammenarbeit mit Informations- und Beratungsstellen, Koordination und Leitstellen für Profis, Entwicklung von Wegweisern etc. (vgl. detailliert hierzu: Kofahl et al. 2003, S. 48 ff.)

b) Gezielte und passgenaue Beratung

Bekannt ist, dass mit der Diagnosestellung „Demenz“ (aber auch bereits im Vorfeld) ein *umfangreicher Informations- und Beratungsbedarf* besteht. Dies gilt für die Betroffenen, vor allem aber auch für die Angehörigen. Es geht um Wissen (Enttabuisierung) der Demenz, aber auch um *Sensibilität und Einbindung in das Gemeinwesen*. Hierfür sind umfassend qualifizierte Personen aus der Sozial- und Pflegearbeit notwendig, die in der Lage sind, auf die Bedürfnisse dieser vulnerablen Klientel fachlich und menschlich adäquat zu reagieren. Professionell aufbereitete Informationen im *Internet* ergänzen diese Struktur. Insgesamt ist auch in Punkto „Beratung“ der Netzwerkgedanke von zentraler Bedeutung. Es hat sich gezeigt, dass die Belastung der Angehörigen dann am effektivsten reduziert werden kann, wenn Beratung nicht als Einzelmaßnahme angeboten wird, sondern in ein System mehrerer Unterstützungsangebote eingebettet ist (Allgemeine Information, Angehörigengruppe, Kompetenzförderung für pflegende Angehörige etc.). Aus all diesen Gründen wird erst bei einem Case Management[5] vernetzte Demenzversorgung wirklich vollständig wirksam, denn dann gelingt es auf den Einzelfall orientierte „passgenaue“ Angebote zu machen.

c) Gemeinsame Ausrichtung der Handlungsfelder

Hausarzt, ambulanter Pflegedienst, Pflegeheim, Krankenhaus, gerontopsychiatrische Tagespflege – dies sind nur einige der mit der Versorgung von MmD betrauten Akteure. Es gibt keinen Zweifel darüber, dass – auch Rahmen von Pflegenetzwerken und Pflegekonferenzen – der Stand der Informationen ausgetauscht und ein abgestimmtes Vorgehen diskutiert wird. Ganz entscheidend ist es, eine gemeinsame Idee von einer „guten“ Versorgung, Pflege und Betreuung von MmD (und ihrer Angehörigen) zu etablieren. Auch inklusive Zielausrichtungen sind am besten durch ein koordiniertes Vorgehen umzusetzen. Auf die Notwendigkeit einer konzeptionellen Integration verweist auch die internationale Literatur (vgl. z. B. Lemineux-Charles et al. 2005).

Insgesamt zeigen die vorliegenden Projekterfahrungen und Studienberichte, dass bereits viel auf dem Weg zu einer bedarfsgerechten Versorgung der Betroffenen geschehen ist. Es bedarf aber weiterer Schritte dahingehend, die Unterschiedlichkeit und die Vielzahl von Diensten und Angeboten so miteinander zu verbinden, dass einerseits effektive Versorgungslandschaften möglich sind und andererseits sozial-inklusive Ansätze eines „guten“ Lebens für MmD und ihrer Angehörigen damit verbunden werden. Denn Versorgung kann immer nur Mittel zum Zweck, d. h. für ein gutes Leben, sein. Hier das richtige Maß zu finden, ist die qualitative Herausforderung für die Demenznetzwerke der Zukunft. Aus diesem Grunde sind Fragen nach der Auswirkung von Demenznetzwerken auf die Lebensqualität von MmD und ihre Angehörigen zukünftig stärker in den Vordergrund zu rücken.

[5] Konkrete Aufgabenbereiche des Case Managements sind z. B.: Krankheitsspezifisches Assessment, personenzentrierte Fallbesprechungen, Info- und Dokumentationssysteme (auch zur Qualitätssicherung der Arbeit), Begleitdienste für Angehörige etc. (vgl. Kofahl et al. 2003, S. 57 ff.).

II WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITFORSCHUNG

Im Rahmen der Aktivitäten des CFD erfolgt eine WB, die vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) in Kooperation mit der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV) durchgeführt wird. Ziel ist die Unterstützung des CFD bei der Entwicklung eines gemeinwesen- und sozialraumorientierten Konzepts zur Förderung demenzfreundlicher Kommunen (DfKs), in deren Mittelpunkt der nachhaltige Ausbau des zivilgesellschaftlichen Engagements steht.

Im Einzelnen konzentriert sich die WB auf folgende Aufgaben:

- Teilnahme an Projektbeiratssitzungen des CFD (inklusive kurzen Inputs)
- Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Workshops im Rahmen einer Zukunftswerkstatt „DfK Eifel-Mosel-Ahr (DekoEMA)“
- Vorbereitung, Durchführung und Auswertung einer Expertenbefragung zu fördernden und hemmenden Faktoren der Vernetzung und Kooperation
- interne und externe Evaluation des CFD
- Unterstützung bei der Erstellung einer Konzeption „DekoEMA“
- Abschlussbericht / Abschlusspräsentation

In den folgenden Kapiteln werden zunächst die unterschiedlichen methodischen Vorgehensweisen der WB beschrieben (Kapitel 1). Daran schließen sich die inhaltlichen Schwerpunkte der WB – Bausteine 1 und 2 – an. Zunächst wird die Initiierung von DfKs in vier VG erläutert (Kapitel 2). Darauf folgen in Kapitel 3 die Ausführungen zur wissenschaftlichen Evaluation des Projekts. In Kapitel 4 wird die inhaltliche Verknüpfung der beiden Bausteine 1 und 2 erläutert. Im letzten Kapitel 5 werden sowohl die Ergebnisse der Evaluation eingeschätzt als auch das Vorgehen der WB selbstkritisch beurteilt.

1 Methodisches Vorgehen

Die Begleitung und Evaluation der Arbeit des CFD erfolgt mit Hilfe dreier methodischer bzw. inhaltlicher Bausteine. Zur Vorbereitung der Zukunftswerkstätten werden zwei Experteninterviews geführt, die relevante Aspekte zur Konzeption von DfKs, insbesondere hinsichtlich der Nachhaltigkeit, liefern sollen. Zur eigentlichen Evaluation wird die Innenperspektive durch einen Workshop mit den CFD-Mitarbeiterinnen, die externe Sicht auf die Arbeit durch telefonische Befragungen relevanter Personen beleuchtet.

1.1 Experteninterviews

Ziel von Experteninterviews ist es, die Meinung der Experten, hier zur Entwicklung einer DfK, zu eruieren. Unter Experten werden Personen verstanden, „*die ein besonderes Wissen über soziale Sachverhalte besitzen*“ (Gläser und Laudel 2009, 10). Experteninterviews können als Methode verstanden werden, dieses Wissen zu erschließen. Der Rückgriff auf diesen methodischen Zugang ist dort angezeigt, „*wo es um das Aufspüren des impliziten Wissens („tacit knowledge“) im Sinne von Polanyi und der exklusiven Wissensbestände der Experten über ungeschriebene Gesetzmäßigkeiten sozialen bzw. institutionellen Handelns und der zu Grunde liegenden Bedeutungsinhalte*“ (Müller-Mundt 2002, S. 269) geht.

Als Experten werden zwei Personen identifiziert, die zu folgenden Themen Informationen liefern: Sie sollen zum einen Auskunft geben können über den theoretischen Hintergrund der DfK – Merkmale, Ziele und Besonderheiten – als auch praktische Informationen zum Aufbau und der Gestaltung einer DfK liefern können. Zweitens ist es wichtig, Informationen zur Netzwerkarbeit – Einbezug der relevanten Akteure und Vorgehensweise –, auch im Sinne einer Nachhaltigkeit der Vernetzung, zu gewinnen. Damit im Zusammenhang stehend sollen letztlich nützliche Maßnahmen und Aktionen zum Aufbau einer DfK und der Vernetzung der verschiedenen Akteure benannt werden und Empfehlungen für

den Ablauf einer Zukunftswerkstatt zum Thema Vernetzung gegeben werden (siehe auch Anlage 2, Gesprächsleitfaden zu den Experteninterviews zum Thema „DfK“).
Im Vorfeld der Experteninterviews wird telefonisch bzw. per E-Mail Kontakt aufgenommen, das Anliegen erläutert und der Leitfaden zugeleitet. Die Zustellung des Abschlussberichtes am Ende der Expertise wird angeboten. Im Hinblick auf die Anonymität werden folgende Punkte zugesichert: Den Experten wird versichert, bei der Zusammenstellung der Ergebnisse dafür Sorge zu tragen, dass einzelne Aussagen nicht konkreten Personen zugeordnet werden können. Allgemein sollte von der Perspektive der ‚Experten‘ die Rede sein. Mit dem hier vorgestellten Procedere erklären sich die Befragten einig, es gab keinerlei Bedenken.
Die Interviews werden in den jeweiligen Arbeits- und Geschäftsstellen der Befragten am 29. Juni 2012 bzw. am 02. Juli 2012 realisiert. Eine Person ist einem der Verfasser bereits persönlich bekannt. Die andere wird auf Grund eines einschlägigen Beitrags zum Thema DfK ermittelt und angefragt. Die Atmosphäre der Gespräche ist sehr angenehm, konstruktiv und weiterführend. Z. T. werden den Verfassern weitere Berichte und Studien empfohlen. Die Dauer der Gespräche beträgt 39 bzw. 56 Minuten. Beide Interviews werden digital aufgenommen und vollständig transkribiert.

1.2 Evaluationsworkshop mit den Mitarbeiterinnen des CFD

Im Oktober 2013 findet ein Evaluationsworkshop mit den Mitarbeiterinnen des CFD (M. Brech, G. Simonis, M. Johanns, M. Junk und K. Steinich) statt. Die zu diesem Zeitpunkt bereits ehemaligen Mitarbeiterinnen M.-L. Glücks und H. Rossler können hierin nicht mehr einbezogen werden. Die Evaluation wird in zwei Schritten durchgeführt. In einem ersten Schritt wird die Arbeit des CFD deskriptiv zu folgenden Themen evaluiert:

- persönliche Erwartung an und Motivation für die Arbeit im CFD
- Tätigkeiten im CFD
- fördernde und hemmende Faktoren im Projekt
- notwendige Akteure für Nachhaltigkeit des Projekts
- Nutzen des CFD für MmD und ihre Angehörige

Hier nennen die Mitarbeiterinnen relevante Aspekte aus ihrer persönlichen Perspektive. In einem zweiten Schritt werden die Ergebnisse des ersten Teils in einer Gruppendiskussion kritisch diskutiert. Der Leitfaden hierzu findet sich in Anlage 3. Die inhaltsanalytische Auswertung beider Teile wird gemeinsam mit der Auswertung der Telefoninterviews zur externen Evaluation im Mai / Juni 2014 vorgenommen.

1.3 Telefoninterviews mit Mitgliedern des Projektbeirats und CFD-externen Personen

Sowohl die Befragung der Mitglieder des Projektbeirats als auch der CFD-externen Personen erfolgt per Telefon. Hierzu werden die Interviewpartner zunächst durch die CFD-Mitarbeiterinnen zu ihrer Bereitschaft, an dem Interview teilzunehmen, persönlich angefragt. Hier wird bereits über die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Ebenso werden die Teilnehmer über die nur eingeschränkt mögliche Anonymität ihrer Aussagen aufgeklärt, da ein sehr kleiner Personenkreis befragt wird, der z. T. untereinander bekannt ist. Stimmen die angefragten Personen zu, wird durch die WB ein Termin per E-Mail abgestimmt und zu diesem die Person telefonisch kontaktiert. Hier wird zunächst die Zustimmung zur Aufzeichnung des Gesprächs eingeholt. Wird diese nicht gegeben, wird das Interview handschriftlich protokolliert. Dies ist in zwei von insgesamt 24 Interviews der Fall. Eine angefragte Person möchte an einem Interview nicht teilnehmen, nimmt aber schriftlich zum Leitfaden Stellung.

Befragung der Mitglieder des Projektbeirats

Die Befragung der Mitglieder des Projektbeirats erfolgt im Februar 2014 in zwei Teilen. Es können zwölf Personen befragt werden. In einem ersten Schritt werden die Befragten gebeten, die konkreten Ziele des CFD an Hand eines Kurzfragebogens (siehe Anlage 4) zu beurteilen. Dieser fragt nach folgenden Zielen des CFD:

- Informations- und Öffentlichkeitsarbeit zur Sensibilisierung und Enttabuisierung der Demenz
- Auf- und Ausbau von Demenznetzwerken
- Qualifizierung von BeraterInnen von MmD und Angehörigen
- Befähigung von MitarbeiterInnen in Institutionen des stationären, teil-stationären und ambulanten Gesundheitswesens
- Betreuungs- und Entlastungsangebote für MmD und Angehörige
- bürgerschaftliches Engagement
- Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten sowie geriatrischen und (geronto-)psychiatrischen Fachabteilungen und Kliniken

Die Beurteilung der gesetzten Ziele erfolgt mit Hilfe einer vierstufigen Likertskala. Dieser Kurzfragebogen wird vorab per E-Mail versandt und dient als Einstieg in die ca. 20-minütige telefonische Befragung, die leitfadengestützt erfolgte. Der gesamte Leitfaden findet sich in Anlage 5. Nach folgenden Dimensionen wird hierbei gefragt:

- erreichte Sensibilität gegenüber MmD und ihren Angehörigen
- Stärken und Schwächen des CFD
- Zusammenarbeit von Akteuren
- Gesamteinschätzung des Projekts
- Zukünftige Aufgaben / Schwerpunkte des CFD

Befragung CFD-externer Personen

Die möglichen zu befragenden Personen werden u. a. durch die Mitglieder des Projektbeirats benannt. Die WB wählt aus der benannten Gruppe insgesamt zwölf Personen aus, sodass ein vielfältiges Spektrum an Bereichen und Personen erzielt wird. Diese Gruppe wird im April und Mai 2014 mit einem Leitfaden befragt, der auf dem Leitfaden für die Mitglieder des Projektbeirats basiert, aber speziell die Situation im jeweiligen Landkreis fokussiert. Dieser Leitfaden findet sich in Anlage 6. Auf das Ausfüllen des Kurzfragebogens wird verzichtet, da dieser zu spezielle Kenntnisse verlangt, bei denen ausgegangen wird, dass nur sehr wenige der CFD-externen Personen über diese verfügen.

Auswertung beider Interviewgruppen

Die Auswertung erfolgt in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010). Hierzu werden die Interviews zunächst durch die Interviewführenden auf Besonderheiten hin analysiert. In zwei Workshops werden Kategorien, Analyserahmen und Darstellungsform der Ergebnisse sowohl aus den Telefoninterviews mit Mitglieder des Projektbeirats und CFD-externen Personen als auch aus der Gruppendiskussion mit den CFD-Mitarbeiterinnen herausgearbeitet. Die Ergebnisse werden detailliert in Kapitel 3.2 Ergebnisse der Evaluation vorgestellt.

2 Baustein 1: Demenzfreundliche Kommunen in vier Verbandsgemeinden

Von Frühjahr bis Herbst 2013 findet je eine Auftaktveranstaltung in einer Verbandsgemeinde (VG) der teilnehmenden Landkreise statt. Ziel dieser Veranstaltungen ist es, Akteure in der VG aus Politik, Verwaltung, Einzelhandel, Dienstleistung, Organisationen, Einrichtungen im Pflege- und Gesundheitswesen, Vereinen und Bürgerschaft für die DfK zu interessieren und motivieren und zur Arbeit an einzelnen Projektbausteinen der DfK zu gewinnen. Diese Vielzahl und Vielfalt an Akteuren sind notwendig, da vier Bereiche beim Aufbau einer DfK betroffen sind:

1. Dinglich-räumliche Umwelt: Design, Orientierung, Sitzmöglichkeiten, also eine „behindertengerechte Umwelt“
2. Geschäfte und Transport: Information, Aufklärung, Änderung der Einstellung (z. B. Erste Hilfe-Koffer für Angestellte: „Wie kommuniziere ich mit MmD?“)
3. Vereine und Gruppen: hier findet die Inklusion statt, nicht in Institutionen; Patensystem
4. Soziale Netzwerke: wichtig ist die Aufrechterhaltung der nachbarschaftlichen und sozialen Netzwerke

Die Auftaktveranstaltung wird auf einen Nachmittag (vier Stunden) begrenzt. Vorgesehen ist zunächst, im Sinne einer Zukunftswerkstatt (Dauscher 2005), eine dreitägige Veranstaltungsreihe mit Kritik-, Visions- und Realisierungsphase durchzuführen. Da dies jedoch zum einen seitens der Organisatoren einen zu hohen Zeitaufwand zur Vorbereitung und Begleitung bedeuten würde, und zum anderen wohl nur wenige Teilnehmer bereit wären, diese Zeit aufzuwenden, wird folgendes Vorgehen gewählt. Ein detaillierter Ablaufplan kann in Anlage 7 eingesehen werden.
Für die gesamte Veranstaltung wird ein Nachmittag, von 13.00 bis 17.00 Uhr eingeplant. Lediglich die letzte Veranstaltung wird bis 17.30 Uhr terminiert, damit für die Gruppenarbeit insgesamt mehr Zeit eingeräumt werden kann. Die Erfahrung der vorangegangenen Veranstaltungen hat gezeigt, dass für die Erarbeitung der Ideen und Themen in den Gruppen die Zeit zu knapp bemessen ist. Die Kritikphase wird verkürzt, indem die vorhandenen Angebote und Projekte, die im jeweiligen Landkreis bereits zum Thema Demenz existieren, von Mitarbeiterinnen der jeweiligen Fachstellen mit Hilfe von vorbereiteten Plakatwänden, Postern und / oder kurzen Vorträgen mit Präsentationen vorgestellt werden. Im Anschluss an diese kurze Schilderung der Istphase werden die Teilnehmer aufgefordert, sich in vier Gruppen aufzuteilen, um den nächsten Schritt, die Visionsphase, in einer einstündigen Gruppenarbeit zu bearbeiten.
Hierzu werden den Teilnehmern Leitfragen an die Hand gegeben, mit denen sie sich konkret die DfK der jeweiligen VG vorstellen sollen. Zur Impulsgebung dienten folgende Leitfragen:

- Welche Themen, Ideen, Initiativen, Projekte sind Ihrer Meinung nach am wichtigsten bei der Entwicklung der DfK?
- Wie können die Betroffenen, also MmD und ihre Angehörigen, mit einbezogen werden?
- Gibt es Ideen, Projekte, Initiativen, Themen, die bereits da sind und weiterentwickelt werden können?
- Was bedeutet die DfK für die Beteiligung von MmD am öffentlichen Leben?
- Was bedeutet die DfK für die verschiedenen Lebensbereiche von MmD wie Wohnen, Freizeitmöglichkeiten, kulturelle & sportliche Angebote, Kontakte zu Bekannten & Freunden und gesundheitliche & pflegerische Versorgung?
- Was muss geschehen, damit MmD als Mitglieder der Gesellschaft anerkannt bleiben?

Nach einer Brainstorming-Phase sollen die gesammelten Ideen und Gedanken zu drei konkreten Zukunftsaussagen gebündelt, die anschließend im Plenum präsentiert werden. Die insgesamt zwölf Ideen werden im nächsten Schritt von den einzelnen Teilnehmern hinsichtlich ihrer Bedeutsamkeit, Nachhaltigkeit und der Zielerreichung mit insgesamt vier Punkten bewertet. Die Punkte können aufgeteilt oder einem Thema zugesprochen werden. Die somit gewichteten Ideen werden im Anschluss durch die

wissenschaftliche Begleitung geclustert. Die Clusterung erfolgt durch die Bündelung ähnlicher Themen unter einem Oberbegriff. Am Ende der Veranstaltung stehen somit Themen und / oder bereits konkrete Projektideen, die die Teilnehmer in den nachfolgenden Veranstaltungen in Arbeitsgruppen (AG) konkretisieren und umsetzen sollen. Damit wird die Realisierungsphase in die Folgetreffen verschoben. Diese werden von den Mitarbeiterinnen des CFD koordiniert und geleitet. In den einzelnen VG werden folgende Themen und Ideen generiert:

Landkreis Bad Neuenahr-Ahrweiler, VG Adenau

Wissen und angemessener Umgang mit MmD und ihren Angehörigen ist in allen Köpfen
Shuttle-Bus zum Einkaufen, Café, Treffs
zentrale Anlaufstelle für Hilfen im Alltag
regelmäßige gemeinsame Veranstaltungen von Menschen mit und ohne Demenz finden statt (z. B. Tanzcafé, Altennachmittag)
fachspezifische Anleitung vor Ort
fachspezifische Schulung der Mitarbeiter von öffentlichen Einrichtungen, „Erste Hilfe Koffer“
für Angehörige Möglichkeiten schaffen: Auszeit, Supervision usw.
Paten, die MmD begleiten
Ehrenamtliche gewinnen
Informationen zum Thema Demenz
genossenschaftliche Wohnformen auch für MmD

Landkreis Vulkaneifel, VG Hillesheim

Aktivierung Strukturen - Nachbarschaft - Ehrenamt; Zeit schenken - Patenschaften
Aufklärung und Information
Schulungen für - Betroffene - Angehörige - Öffentlichkeit - Vereine, Banken, Polizei, Geschäfte, Transport
Generationenübergreifende Angebote - mit Kindern / Tieren
Förderung der Ressourcen und Fähigkeiten
Dorfpunkt / Dorfladen
Freizeit - Kinoveranstaltungen - Anpassung / Öffnung anderer Angebote
Barrierefreiheit - Räumlichkeiten; Straßennetz
Flexible Angebote - Pflege und Betreuung

Landkreis Bernkastel-Wittlich, VG Bernkastel-Kues

Der „Kümmerer“ im Dorf und seine Helfer
Gesellschaftliche Akzeptanz durch mehr Öffentlichkeitsarbeit
Gesellschaftliches Leben fördern
Individuelle, bedürfnisorientierte Betreuung im Krankenhaus
Bilder statt Schilder
Wir sind informiert
Alle Bürger sind über Demenz aufgeklärt und informiert
Unsere VG ist transparent durch: - Internetbasierte Angebotsdarstellung (allumfassend) - Beratungsführer Demenz
Wir haben so viel Ehrenamtliche, dass wir unterschiedlichste dezentrale Angebote anbieten können (in der Einzelbetreuung und auch in der Gruppenbetreuung)
Fahrdienste für Angehörige und Betroffene
Fort- und Weiterbildung für Ortsbürgermeister in sozialen Themen (Alter, Demenz, „Was heißt gutes Leben für MmD“)
Aufbau von Standards für Ortsgemeinden in der Sozialpolitik: - Handreichung - „neue Wohnformen“ - Arztraum
Fallberatung, vernetztes Fallmanagement

Landkreis Eifelkreis Bitburg-Prüm, VG Arzfeld

mehr Teilnehmer für Projekte begeistern
Informationen / Veröffentlichungen von Angeboten - Flyer - Infoveranstaltungen - öffentlich machen von gelungenen Veranstaltungen - Kampagne um verschiedene Veranstaltungen zu verknüpfen - Alzheimertag ins Bewusstsein rücken, Tag von Kommune und Kirche zusammen gestaltet
„Tabu Demenz“: anders umgehen, sensibler Umgang; Öffentlichkeit (Begleitung von kommunaler Ebene)
Veranstaltungen für Menschen mit und ohne Demenz - offenes Singen für alle Bürger zur Inklusion; wie können MmD einbezogen werden? - Kulturveranstaltungen, mit Kirchenchor, Jugendmusikgruppe - „Alt und Jung“ als gemeinsames Thema: z. B. Information in Schulen; Veranstaltungen für alte Menschen (mit Demenz) mit Beiträgen von Kindergruppen - 1x / Monat Spielenachmittag und 1x / Monat Gesprächskreis für jeden als entlastendes Angebot für Angehörige - Ausflüge - „Neigungsgruppen“ - Theater, Tanzen, Basteln von Menschen mit und ohne Demenz - Angebote, die auf die Fähigkeiten der MmD eingehen - Angebote in Kleingruppen

Sensibilisierung von Menschen mit Kontakt zu MmD - niedrigschwellige Schulungen - „Erste-Hilfe-Koffer - Qualifizierungen von Laien - Autofahren bei Demenz in Kooperation mit Polizei
Problem: MmD werden ausgegrenzt; wie können Menschen erreicht werden?
Angehörige einbeziehen
„menschenfreundliches Arzfeld“
„Angehörige“ von MmD in Arzfeld oft osteuropäische Pflegekräfte: auf diese zugehen, z. B. abendliches Treffen; Problem: legale Grenzgänge der Kräfte; nicht allein kommunale Aufgabe, sondern bundespolitisch
Umgang mit MmD - Kompetenzen von MmD nutzen, Erfahrungen von Alt an Jung weitergeben - Kompetenzen nutzen, Steigerung des Selbstwertgefühls - auf „kleine“ Erfolge schauen
Erreichen von MmD im Frühstadium, Problem: „Nicht –wahrhaben-wollen“ der Demenz
Transport / Infrastruktur für MmD - an Termine erinnern & hinbringen - Verknüpfung von Buszeiten und Arztterminen - Bring-Struktur z. B. von Bank, als „Marktnische“ Angebote für MmD

Aus all den genannten Themen und Projektideen gehen folgende AG, Projekte bzw. Veranstaltungen hervor:

AG „Der Kümmerer im Dorf und seine Helfer“
AG „Demenz im Krankenhaus“
Erstellung eines Infoblatts zu ambulanten, teilstationären und stationären Diensten und Einrichtungen und Beratungsangeboten
Teilnahme an Bürgermeisterbesprechung
Filmabend mit Diskussion
zielgruppenspezifische Fortbildung für Polizei, Banken & Gewerbetreibende
adventliches Singen mit Fahrdienst
AG „Inklusion von MmD“
AG „Sensibilisierung der Öffentlichkeit“
AG „Angehörige – Zugehörige“.
Informationsveranstaltung für Chöre, Musik- und Sportvereinen zur Inklusion für MmD
Freizeitveranstaltungen für MmD und Senioren
Seniorenfahrten mit MmD
Infoveranstaltungsreihe für Vereine, Mitarbeiter von Banken und Polizei

3 Baustein 2: Evaluation der (Versorgungs-)Strukturen des CFD

Hauptaufgabe der WB ist neben der fachlichen Beratung und Begleitung die Evaluation der Ergebnisse des Projekts. Um die Ergebnisse einordnen zu können, werden zunächst in Teil 3.1 die Entwicklung der Angebote und Strukturen des CFD während der dreijährigen Laufzeit beschrieben. Daran schließt sich die Evaluation dieser Entwicklung zunächst aus der Außenperspektive (3.2.1 und 3.2.2), darauf folgend aus der Innenperspektive (3.2.3) an. Die Ergebnisse werden in diesen Kapiteln zunächst deskriptiv dargestellt. Eine wissenschaftliche Gesamteinschätzung erfolgt in Kapitel 5.

3.1 Die Angebots- und Versorgungssituation im Vergleich 2012 und 2014

Um zu klären, was hinsichtlich des Projekts evaluiert wird, folgt an dieser Stelle eine kurze Gegenüberstellung der geplanten und realisierten Aufgaben, Tätigkeiten und Aktivitäten des CFD. Diese orientieren sich an den in der Projektskizze vereinbarten Zielen (siehe I, Kapitel 1 „Hintergrund, Aufgaben und Zielstellungen des Gesamtprojekts“). Die Meilensteinplanung des Projekts kann in Abbildung 1 eingesehen werden. Ausführliche Darstellungen zu den Aktivitäten im Projektverlauf und die daraus resultierenden Ergebnisse finden sich in den Jahresberichten 2012, 2013 und 2014 des CFD.

Die wesentlichen Entwicklungsschritte im Überblick: Stand Mai 2012

- Beginn der Überleitung der Einzelfallberatung
- Netzwerkarbeit
    - Kontaktaufnahmen zur LZG, Alzheimergesellschaften in Rheinland-Pfalz (RLP) etc.
    - in zwei der vier beteiligten Landkreise ist bereits ein Demenz-Netzwerk aufgebaut, auch auf der Demenzlandkarte der LZG angegeben
    - Gründung der Demenznetzwerke in den LKs Vulkaneifel und Eifelkreis Bitburg-Prüm sind geplant
- Bestandserhebung zu Beratungs-, Versorgungs- & Betreuungsangeboten
    - Es existieren ca. 75 Betreuungsangebote für MmD
    - nicht alle ambulanten Pflegedienste bieten Betreuungsdienste an
    - Ausbau der Betreuungsangebote soll vorangetrieben werden
    - Aufbau von Angeboten für MmD im Frühstadium

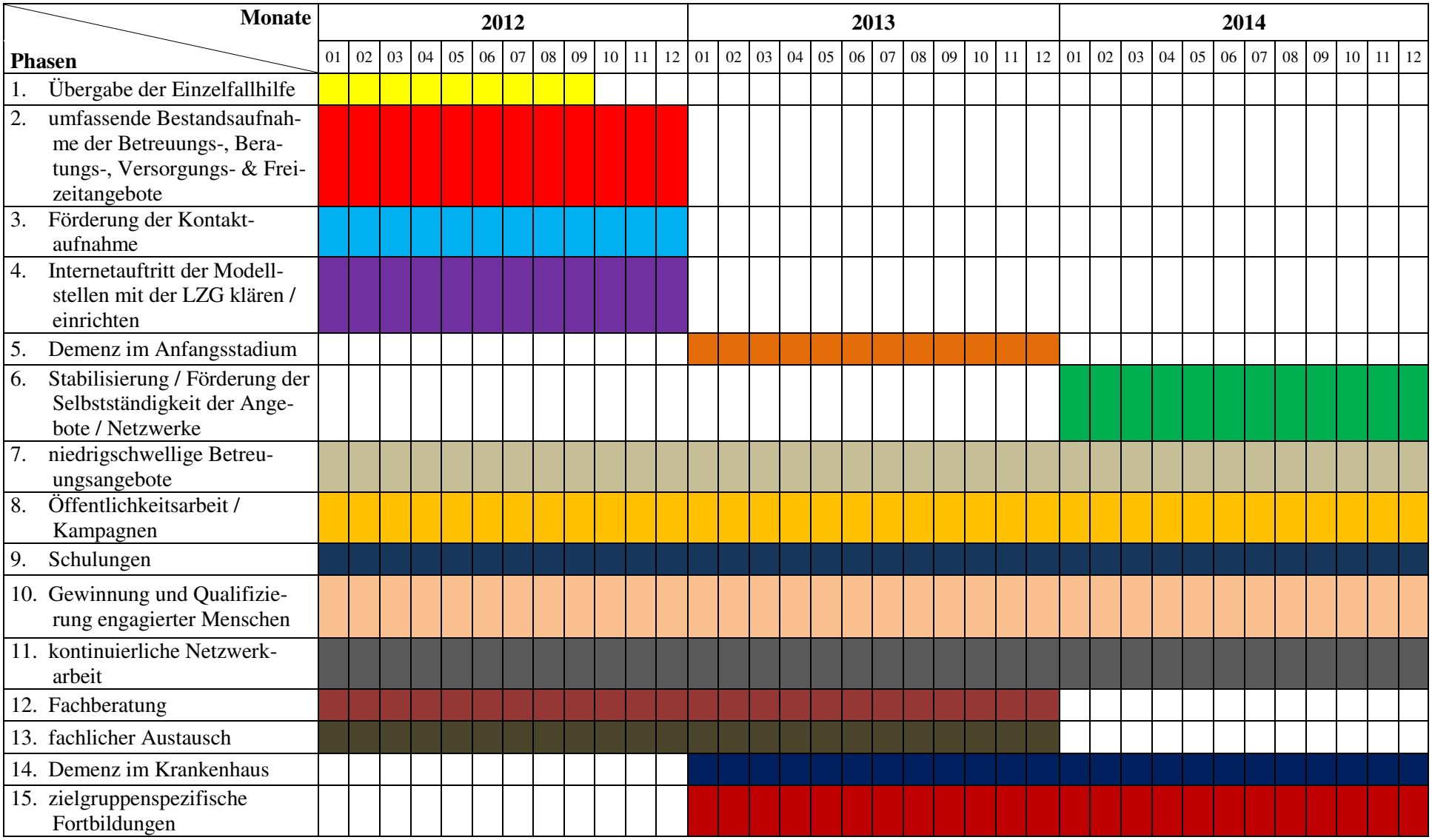


Abbildung 1: Meilensteinplanung des Projekts 2012-2014

Die wesentlichen Entwicklungsschritte im Überblick: Stand 2014

- Überleitung der Einzelfallberatung an die Pflegestützpunkte ist Ende 2012 abgeschlossen
- Beratungs-, Versorgungs- & Betreuungsangebote:
  - unterstützte Selbsthilfegruppe für „Menschen mit beginnender Demenz“ seit Juli 2012
  - Gesprächsreihe für „MmD nach Diagnosestellung“ im Mai / Juni 2013, Übergang dieser Gruppe in eine Selbsthilfegruppe
  - Gewinnung & Schulung von Ehrenamtlichen
  - Aufbau von 7 Betreuungsgruppen und Helferkreisen
- Öffentlichkeitsarbeit
  - insgesamt über 200 vielfältige Veranstaltungen, die auf das Thema Demenz aufmerksam machen
  - Website www.fachzentrum-demenz.de existiert
  - Teilnahme der Mitarbeiterinnen des CFD an AGs, Kreispflegekonferenzen, Kreisseniorentagen, Eröffnungsveranstaltungen neuer Angebote & im „Expertenforum Demenz“ (Landesebene)
- Netzwerkarbeit
  - Demenznetzwerke sind mit Unterstützung durch die LZG gegründet:
    im LK Vulkaneifel: Oktober 2012, 24 Mitwirkende
    im LK Eifelkreis Bitburg-Prüm: April 2013, 23 Mitwirkende
  - intensivierte gegenseitige Akzeptanz & konstruktive Zusammenarbeit in den Netzwerken
  - Möglichkeit, dass aktuelle Entwicklungen zeitnah und fachkompetent thematisiert & behandelt werden
  - Fortschreibung der Arbeit der regionalen Netzwerke wird durch die Einbindung in das Landesnetzwerk Demenz unterstützt
  - Nachhaltigkeit durch Zukunftswerkstätten: 14 AGs, Projekte bzw. Veranstaltungen sind daraus entstanden

3.2 Ergebnisse der Evaluation

Die Ergebnisse werden aus zwei Blickrichtungen präsentiert: Zunächst folgt die Außensicht auf das CFD, gewonnen durch die Befragung von Mitgliedern des Projektbeirats und anderen Personen, die im Kontakt zum CFD stehen. Bei der Analyse der hierzu durchgeführten Interviews haben sich zum einen dimensionale Kategorien, zum anderen inhaltliche herausgebildet. Zunächst wird das Projekt hinsichtlich der Dimensionen „Startvoraussetzungen“, „Stärken“, „Schwächen“ sowie „Folgen und Zukunftsperspektiven“ beschrieben. Daran schließt sich im zweiten Teil eine inhaltliche Betrachtung verschiedener Themen im CFD ebenso an, wie die Beleuchtung bestimmter Perspektiven auf das CFD. Im letzten Abschnitt folgt die Innenperspektive auf das CFD, die durch Workshops und Interviews mit den Mitarbeiterinnen des CFDs gewonnen werden konnte.
Der Übersichtlichkeit halber – da sich die Ergebnisse thematisch sehr vielfältig darstellen – wird hier eine kurze tabellarische Übersicht gegeben, die dem Leser als roter Faden dient (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Übersicht über die Darstellung der Ergebnisse

3.2.1 Außenperspektive: Dimensionen	**3.2.2 Außenperspektive: Inhaltliche Betrachtungen und Perspektiven**	**3.2.3 Innenperspektive**
Startvoraussetzungen	Versorgung von MmD & Angehörigen	Erwartungen & Motivation
Stärken	Zusammenarbeit von Akteuren / Akteursgruppen	Tätigkeiten
Schwächen	Perspektive der PSP	Fördernde Faktoren
Folgen & Zukunftsentwicklung	Perspektive der Ärzte	Hemmende Faktoren
	Perspektive der Angehörigen	Notwendige Akteure zur Nachhaltigkeit
		Nutzen für MmD & Angehörige
		Fazit der Mitarbeiterinnen

3.2.1 Außenperspektive auf das CFD – Dimensionen

Die vier folgenden Dimensionen werden zunächst mit ihren jeweiligen Unterkategorien grafisch dargestellt. Dabei werden die Gesellschafts-, Organisations-, Gruppen- und die persönliche Ebene als Rahmen genutzt, um aufzuzeigen, in welchen Bereiche die Dimensionen verankert werden bzw. umgekehrt, in welchen Ebenen sie sich auswirken können.

Dimensionen „Startvoraussetzungen“

Für das Projekt spielen verschiedene Startvoraussetzungen eine Rolle; beispielsweise unterschiedliche strukturelle Gegebenheiten, u. a. bedingt durch Vorläuferprojekte, oder die Projekthaftigkeit an sich. Dabei sind auch die am Projekt beteiligten Personen und Institutionen relevant, die zum einen unterschiedliches Wissen über und für das Projekt mitbringen und denen demnach auch unterschiedliche Beteiligungen – direkte oder indirekte – beschieden sind. Die Akteure verbinden unterschiedlichste Interessen mit dem Projekt und haben unterschiedliche Erwartungen an es (vgl. Abbildung 2).

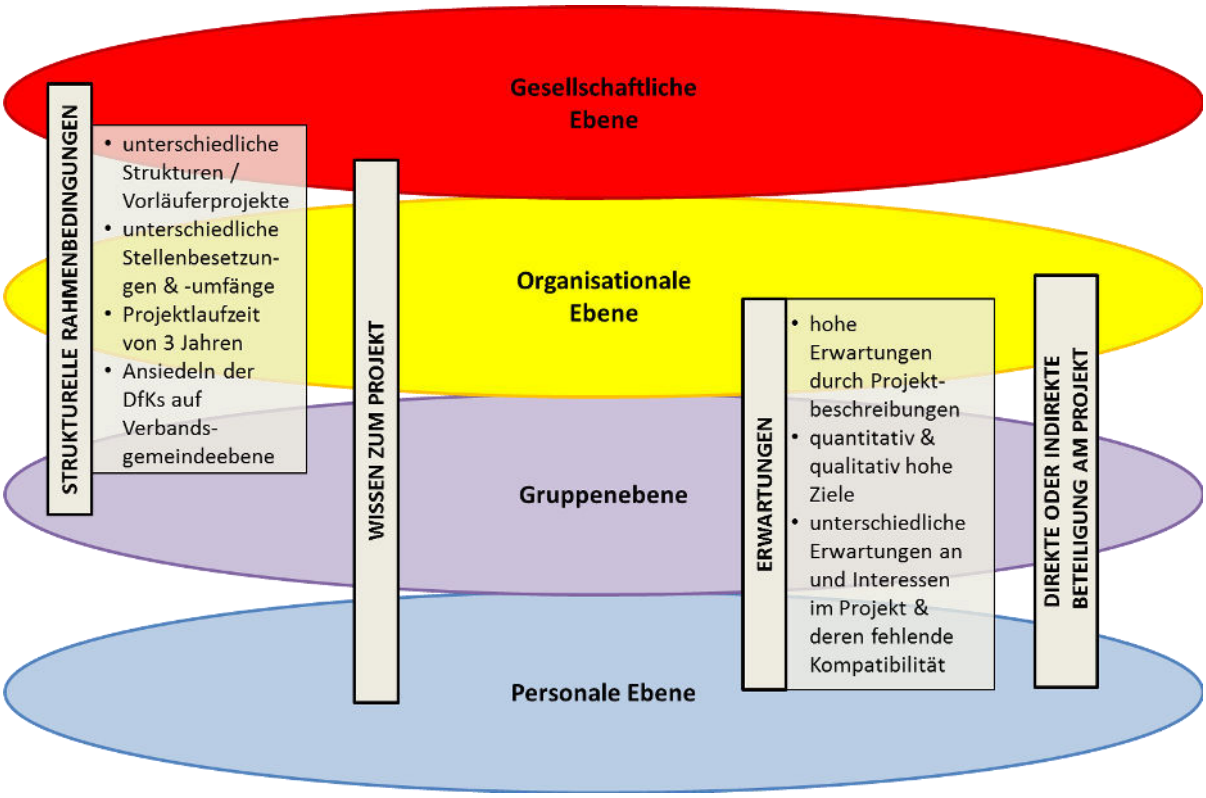


Abbildung 2: Startvoraussetzungen des Projekts CFD

a) Strukturelle Rahmenbedingungen

<u>Unterschiedliche Strukturen / Vorläuferprojekte</u>

Zum Thema Demenz gab es schon fünf Jahre bevor das CFD startete unterschiedlichste Vorläuferprojekte, aus denen das CFD entstand. „*Es gibt ja schon länger bei uns dieses Fachzentrum Demenz, was auch gefördert wurde, zwei Mal hintereinander, sowohl vom Kreis und das Land hat sich ja beteiligt und zu 50 % die Pflegekassen und dann ging es, jetzt weiß ich es nicht ganz genau, vor anderthalb oder zwei Jahren darum, ob man das Ganze noch einmal aufleben lassen könnte oder weitermachen könnte und dann wurde das Projekt unter einem etwas anderem, unter eine andere Decke gestellt und zwar haben sich dann vier Kreise zusammengeschlossen und haben dieses Projekt dann nochmal unter Zustimmung des Landes und auch finanzieller Zustimmung der Pflegekassen und des Landes, wurde es nochmal auf drei Jahre mit einem etwas anderen Kontext fortgeführt und zwar weniger Einzelfallberatung, mehr im Prinzip das Thema Demenz in die Fläche zu bringen*“ (Interview 9). Durch die Vorläuferprojekte bestanden bereits Strukturen, die durch das CFD weitergeführt werden konnten. „*Ja, also es ist ja so, dass wir im Vorlauf des Fachzentrums in dem Bereich schon unterwegs waren, was die Demenz insgesamt angeht, mit den verschiedenen Angeboten doch schon seit vielen Jahren in unserem Landkreis jetzt tätig sind*“ (Interview 15). Die positiven Ergebnisse, die durch das CFD erreicht wurden, sind Ergebnis längerer Entwicklungsphasen und Kooperationen, die im Rahmen der Vorläuferprojekte entstanden sind. „*Wir wären ja heute nie und nimmer so weit wie wir jetzt sind, also das ist kein Ergebnis von drei Jahren, das ist ein Ergebnis von acht Jahren, oder wie viele das sind, das muss man ja sehen*“ (Interview 23).

<u>Unterschiedliche Stellenbesetzung und -umfänge sowie eine Projektlaufzeit von 3 Jahren</u>

Durch die Konzeptbeschreibung wurden einerseits hohe Erwartungen an die Mitarbeiter des CFD gestellt. Die Erfüllung dieser wurde aber reglementiert durch z. T. geringe, je nach Landkreisen unterschiedliche Stellenumfänge, die im Projekt vorgegeben waren. „*Das Konzept des Modellprojektes wurde relativ breit aufgestellt. Also, ich glaube letztendlich die Stellenanteile, die dann für das CFD doch genehmigt wurden, waren relativ gering, dass das zu gering war für das Konzept dieses Modell-*

projektes, was aufgestellt wurde. Also im Prinzip waren die Fachberaterinnen überfordert mit der Umsetzung des Konzeptes, weil ich glaube, das war zu groß und es war zu viel drin in diesem Konzept, dass das eigentlich mit dem Stellenanteil nicht machbar war" (Interview 13). Zum anderen war eine strukturelle Gegebenheit die begrenzte Projektlaufzeit von drei Jahren.

Ansiedeln der DfKs auf Verbandsgemeindeebene

Als Ziel des CFDs Projekt wurde in Unterscheidung zu den Vorläuferprojekten die Abkehr von der Einzelfallarbeit hin zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in den VG formuliert. „*In zwei Stichwörtern: Es gab ja Vorprojekte, um ja Demenz als Begriff, als Problem, in der Eifel bekannt zu machen, an der Mosel bekannt zu machen, und das soll jetzt, insbesondere durch Netzwerkarbeit intensiviert werden. Weniger die Einzelfallarbeit, eher ne strukturelle Arbeit soll da einhergehen und damit in den ganzen Landkreisen, das Thema Demenz virulent ist und fortgetragen wird und sich im Grunde genommen verstetigt*" (Interview 19). Um diese strategische Arbeit vorantreiben zu können, wurden zu Beginn des Projekts Zukunftswerkstätten zum Thema DfK geplant. Diese wurden auf der Ebene der VG verortet, um eine geeignete Größe des Sozialraums zu haben. Damit sollte die Entwicklung neuer Themen und Projekte ermöglicht werden.

b) Wissen zum Projekt und c) Erwartungen

Durch die Beteiligung verschiedener Akteure und Akteursgruppen im und am Projekt und dies zu unterschiedlichen Zeitpunkten in der dreijährigen Laufzeit, ist das Wissen, welches diese zum Thema Demenz mitbringen, unterschiedlich. Mitunter durch die strukturellen Differenzen bedingt, unterscheidet sich das Wissen nach Landkreisen, in der Bevölkerung und bei Privatpersonen wie auch bei Institutionen und Einrichtungen. Wissen zum Thema, aber auch beispielsweise zu Projektmanagement, Öffentlichkeitsarbeit etc. ist ein entscheidendes Kriterium für das Gelingen eines Projektes wie das des CFD. Durch die unterschiedlichen Akteure und Akteursgruppen, aber eben auch durch unterschiedliche Wissensbestände, stellen sich auch die Erwartungen an das Projekt unterschiedlich dar.

hohe Erwartungen durch Projektbeschreibungen

Durch die Projektbeschreibung wurden hohe Erwartungen in die Mitarbeiterinnen des CFD gesetzt. In der Projektskizze ist ein mannigfaltiges Themen- und Aufgabenspektrum genannt, welches schwierig zu erfüllen war. Dies führte am Ende der Projektlaufzeit zu einer eher schlechten Bewertung des Projekts: „*Also eine 3* [als Notenbewertung, C.B.] *dahingehend, dass das grundsätzlich ziemlich gut ist, dass es das gegeben hat, aber also ich fand den Projektantrag zu umfangreich*" (Interview 13). Im Vorfeld des Projektes wurden dadurch aber verschiedene Akteure und Institutionen angesprochen, da sie somit ihre Interessen berücksichtigt und zielführend aufgegriffen sahen.

Qualitativ und quantitativ hohe Ziele

Durch die ausführlichen Zielvorgaben wurden die oben bereits beschriebenen hohen Erwartungen geschürt. Ebenso barg die Zielvielfalt die Gefahr, sich nicht auf kleinere Projekte konzentrieren zu können: „*Verzettelt, zu viele verschiedene Elemente im Projekt, statt Konzentration auf ein oder zwei Leuchtturmprojekte*" (Interview 7).

Unterschiedliche Erwartungen an und Interessen im Projekt und deren fehlende Kompatibilität

Einige Beteiligten sahen es unter anderem als Ziel des Projektes an, die durch das CFD erarbeiteten Strukturen zu versteigen. Damit verknüpft war die Hoffnung, die Arbeit des CFDs in bereits vorhandene Strukturen und Finanzierungsmöglichkeiten integrieren zu können: „*Das war so der Tenor und vor allen Dingen aber auch, äh, in Anführungszeichen nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen, weil das Land sagt definitiv ‚wir finanzieren nicht mehr länger und gucken, wie kann man sich in die bestehenden Strukturen einbinden*', *damit also das Fachwissen über die Demenz in andere Strukturen dann beheimatet wäre*" (Interview 9). Diese Seite betont eher die Perspektive aus einer Versorgungslogik heraus. Daran lassen sich beispielsweise auch Erwartungen der Kommunen, der Kreise und des Lan-

des ebenso anschließen wie die der Kassen. Andere am Projekt Beteiligte, wie die Mitarbeiterinnen oder ehrenamtlich Tätige hatten eher die Perspektive der MmD vor Augen. Kooperierende Institutionen, Vereine oder Verbände wiederum legten ihren Schwerpunkt eher auf interne Interessen oder Ziele, wie beispielsweise ihr Angebot am Markt auszubauen oder Mitglieder oder Klienten zu akquirieren. Diese unterschiedlichsten Erwartungen und Interessenlagen, die oft schwer zusammenzubringen waren, bildeten eine heterogene Ausgangslage für das Projekt, welches sich in unterschiedlichsten AGs und Kooperationen niederschlägt: „*Das ist sicher keine einfache Gruppe, weil da Leute aus verschiedenen Institutionen drin sind, da spielen Konkurrenzen eine Rolle. Konkurrenzen mit mir, Konkurrenzen untereinander eine Rolle und trotzdem sind wir in unserer Gruppe immer arbeitsfähig geblieben*“ (Interview 23).

d) Direkte oder indirekte Beteiligung am Projekt

Am Projekt sind unterschiedliche Akteure beteiligt: die Mitarbeiterinnen des CFD in den Landkreisen sind direkte Beteiligte, wie auch Ehrenamtliche, Teilnehmer der Zukunftswerkstätten oder Kooperationspartner aus verschiedenen Einrichtungen oder Institutionen, mit denen gemeinsame Veranstaltungen oder Aktionen durchgeführt werden. Indirekte Beteiligte sind MmD, deren Angehörige und die Öffentlichkeit. Ebenso zählen dazu auch die Mitglieder des Projektbeirats. Dadurch ergeben sich natürlich auch unterschiedliche Erwartungen an das Projekt wie auch Wissen über die Thematik und Arbeit des CFD.

Dimensionen „Stärken“

Die Stärken des Projekts liegen vor allem in den Themen, Inhalten sowie deren Umsetzung. Außerdem stellen die Mitarbeiterinnen einen der wichtigsten Bausteine für das Gelingen des Projektes dar (vgl. Abbildung 3).

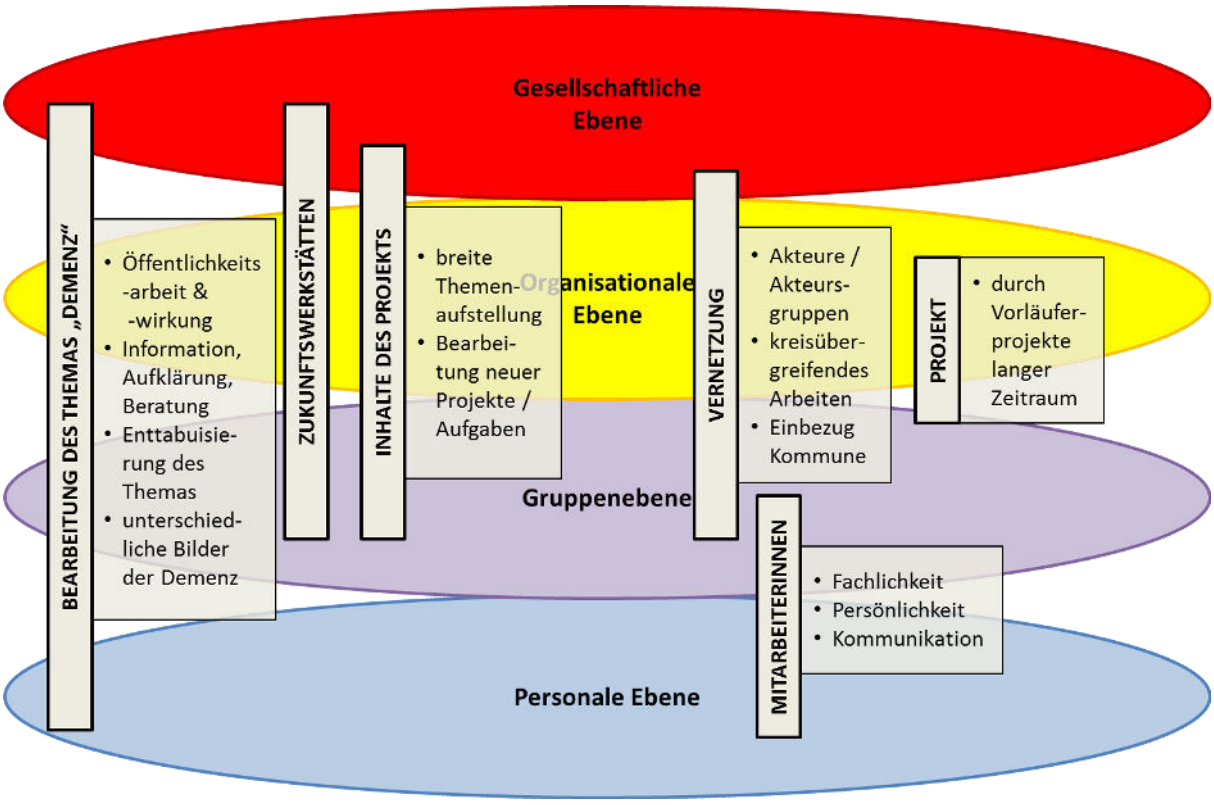


Abbildung 3: Stärken des Projekts CFD

a) Bearbeitung des Themas „Demenz“

Bereits die Bearbeitung des Themas Demenz an sich wird als Stärke betont: „… *sind die Stärken des CFD schon alleine darin zu sehen, das Thema aufzugreifen, das Thema zu vertiefen, das Thema näher an die Bevölkerung und an die handelnden* […] *Institutionen heranzutragen und und und. Alleine die Tatsache, dass* (betont) *das gemacht wird, ist was Positives*“ (Interview 3). Dabei wird bejaht, dass das CFD eine gute Öffentlichkeitsarbeit und -wirkung geleistet hat. Im Zentrum stehen dabei die Information und Aufklärung über die Demenz als auch Beratung für die Bürgerschaft, Mitarbeiter aus dem Gesundheits- und Pflegewesen wie auch aus Einzelhandel-, Dienstleistungssektor oder Polizei und Feuerwehr. Es findet eine Enttabuisierung des Themas „Demenz“ durch die Öffentlichkeitsarbeit des CFD statt: „*Die verschiedenen Aspekte der Demenz – ich denke, da sind wir ein ganzes Stück weiter gekommen*“ (Interview 23). Damit geht ebenso einher, dass die Demenz nicht als Schreckensszenario entworfen wird, sondern die vielen Facetten der Demenz aufgezeigt werden: „ […] *auch in diese Geschichte, was Positives reinzubringen, also dass nicht nur dieses Schwere da ist der Erkrankung, sondern, dass man doch noch sehr viel Freude miteinander auch in den Familien haben kann*“ (Interview 15).

b) Zukunftswerkstätten

Die Veranstaltung der Zukunftswerkstätten und daraus folgende Projekte werden insgesamt gut bewertet: „ […] *grundsätzlich positiv. Bei uns hier hat sich aus der Zukunftswerkstatt und dem Workshop, der anschließend stattfand, auch was gebildet* […] *das scheint im Fluss zu bleiben, da scheint sich was wirklich zu entwickeln*“ (Interview 11). Trotz der positiven Beurteilung der Werkstätten an sich wird Verbesserungsbedarf an ihrer Konzeption innerhalb des gesamten Projekts CFD gesehen: „*Ich finde grundsätzlich sind diese Zukunftswerkstätten gut gewesen. Mir hat manchmal so gefehlt* […] *in welchem Kontext die entstehen*“ (Interview 13). Hier wird deutlich, dass eine noch engere Zusammenführung der Arbeit des CFDs einerseits und den Zukunftswerkstätten zur Initiierung von DfKs in den VG andererseits sinnvoll gewesen wäre. Die Veranstaltungen können jedoch für alle Landkreise als Motor zur Projektgenerierung und -umsetzung angesehen werden: „ […] *diese Ideen, die da aufgestellt werden. Die werden dann ja auch einer Konkretisierung zugeführt. D. h. wie in so einer Art Schneeballsystem werden gute Ideen entwickelt, die aber auch dann wirklich vor Ort passen*“ (Interview 19). Schließlich sind die Zukunftswerkstätten auch Teil der Öffentlichkeitsarbeit und tragen zur Sensibilisierung des Themas Demenz bei.

c) Inhalte des Projekts

Das CFD befasst sich seiner Konzeptionierung und Zielsetzung nach mit vielen verschiedenen Themen und ist somit breit aufgestellt: „*Davon abgeleitet sind halt die Schwerpunktaufgaben, die Informations- und Öffentlichkeitsarbeit, als eine ganz wesentliche Aufgabe, die Qualifizierung des Personals, die Qualifizierung der Ehrenamtlichen, erstmal die Gewinnung der Ehrenamtlichen, dann die Vernetzung der verschiedenen Akteure, Einzelpersonen, Institutionen usw. und die Vernetzung nochmal im medizinischen Bereich*“ (Interview 23). Diese vielfältigen Bereiche und Themen werden auch bearbeitet: „*Meine Wahrnehmung ist einfach, dass das CFD sehr viele Angebote gemacht hat*“ (Interview 13). Allerdings wird das große Themenspektrum auch kritisch gesehen, da so ein Verlieren in der Vielfalt statt eine Konzentration auf ein oder zwei Leuchtturmprojekte die Folge sein könnte (Interview 7). Insgesamt lässt sich aber konstatieren, dass durch das CFD neue Projekte und Aufgaben angegangen und umgesetzt werden können: „*die Spannbreite dessen, was an Angeboten da ist, die ist schon mal wesentlich größer geworden*“ (Interview 15). Dies liegt mitunter daran, dass ein langer Bearbeitungszeitraum des Themas Demenz gegeben ist, indem in einigen Landkreisen bereits mehrjährige Vorläuferprojekte existierten: „[…] *dass wir im Vorlauf des Fachzentrums in dem Bereich schon unterwegs waren, sodass wir, was die Demenz insgesamt angeht, mit den verschiedenen Angeboten doch schon seit vielen Jahren in unserem Landkreis jetzt tätig sind*“ (Interview 15). Diese Vorlaufzeit wird positiv hervorgehoben. Die vorangegangenen Projekte ermöglichen zum einen die Fort-

führung bereits begonnener Projekte und Aufgaben, aber auch eine Konkretisierung und Fokussierung der Arbeit: „[…] *konsequente Fortsetzung des seitens der Caritas aufgebauten Demenzbetreuungstätigkeiten, wo wir ja einiges erreicht haben, jetzt noch einmal mit der Spezialisierung mit dem Fachzentrum*“ (Interview 19). Schließlich wird der Aspekt des langen Bearbeitungszeitraums nicht nur als positiv, sondern als notwendig angesehen: „*Wir wären ja heute nie und nimmer so weit wie wir jetzt sind, also das ist kein Ergebnis von drei Jahren, das ist ein Ergebnis von acht Jahren, oder wie viele das sind, das muss man ja sehen*“ (Interview 23)[6].

d) Vernetzung

Die Vernetzung als ein wesentlicher Baustein des Projekts zielt zunächst auf die Akteure und Akteursgruppen innerhalb eines Landkreises ab, damit verschiedenste Beteiligte am Thema Demenz zusammenarbeiten. Dies wird als gelungen betrachtet: „[…] *dass sich dort auch Netzwerke gebildet haben und die Institutionen vor Ort in diesen Netzwerken enger zusammenarbeiten und mehr voneinander wissen*“ (Interview 13). Dabei wird die Gründung und Arbeit der Netzwerke als gewinnbringend angesehen. „*Was ich erlebt habe ist, dass wir ein reges Netzwerk Demenz haben, dass da eine breite Interessenlage zwischen ambulanten und stationären Diensten, Krankenhäusern, Seniorenbeirat, Kassen – da gibt's nen großen Konsens, der bereit ist, sich da zu engagieren*“ (Interview 5). Dabei fungiert das CFD als Schnittstelle und Initiator: „*Wenn es um Demenz geht, werden wir von örtlichen Initiativen angefragt, die im Grunde genommen weiter gereicht werden ans CFD, da Kontakt aufnehmen*“ (Interview 11). Netzwerke oder AGs wurden durch das CFD initiiert. Zu Teilen kann auch der Einbezug der Kommunen verwirklicht werden. Nicht nur eine Vernetzung innerhalb des Landkreises, sondern „*auch* […] *über die Landkreisgrenzen hinaus*“ (Interview 17) wird konstatiert. Diese Vernetzung wirkt sich positiv auf die Arbeit des CFD aus: „*Was natürlich einen Vorteil gebracht hat nochmal, ist die Kommunikation der verschiedenen Landkreise jetzt miteinander*“ (Interview 15). Durch die Zusammenarbeit entstehen Win-win-Situationen: […] *jede unserer Mitarbeiterinnen und auch in den anderen Verbänden ist es so, haben ja die Ideen, die ja oft sehr gleich sind, zur gleichen Zeit aber auch sehr unterschiedlich sind. Und davon profitieren natürlich die anderen wieder*“ (Interview 15).

e) Mitarbeiterinnen

Die Mitarbeiterinnen des CFDs sind die zentrale Stärke und die Grundlage für die Tragfähigkeit des Projekts. „*Die hohe Fachlichkeit zu dieser Thematik ist eindeutige Stärke* […] *Ist ja ne riesen Fläche, die dann mit derartiger Qualität bedient wird*“ (Interview 21). Neben der wichtigen hohen Fachlichkeit werden die Mitarbeiterinnen bzw. ihre Arbeit auch daher hoch geschätzt, da viel Eigeninitiative ihrerseits in das Projekt einfließt, was in ihrer Persönlichkeit begründet liegt: „*Weil sehr viel Initiative entwickelt wurde und da steckt, wie soll ich es formulieren, auch ein Stück weit Herzblut drin. Gerade die Akteure sind ja letztlich mit Leib und Seele in dieser Thematik dabei*“ (Interview 21). Schließlich, ein Punkt, der bereits im Bereich „Vernetzung“ anklingt, ist die im Projekt mögliche Zusammenarbeit und Kommunikation der einzelnen Mitarbeiterinnen, die in dieser Form in den Vorläuferprojekten nicht möglich war: „[…] *dass es auf der einen Seite den Fachberaterinnen gut tut, dass sie einfach einen kollegialen Austausch haben und sich fachlich unterstützen können. Sei es jetzt in der Planung von Veranstaltungen oder in der Netzwerkarbeit, dass da einfach ein guter Erfahrungsaustausch stattfindet und dass das letztendlich auch der Arbeit gut tut*“ (Interview 13). „*Jetzt in diesem Projekt ist das ja auch geregelt mit der Zusammenarbeit, das war im Vorläuferprojekt nicht,* […] *wir haben Supervision, das fördert ja auch die Zusammenarbeit*“ (Interview 23).

[6] Dieses Zitat wird mehrfach zur Verdeutlichung herangezogen. Dabei ist die gleiche Aussage in unterschiedlichen Kontexten relevant.

f) Projekt

Positiv wird betont, dass durch bereits stattgefundene Vorläuferprojekte Strukturen erarbeitet wurden, auf denen angesetzt werden kann. Dies spiegelt sich bereits in der Dimension Startvoraussetzungen wider. Gerade das Thema Netzwerkarbeit benötigt Zeit; Kontakte müssen geknüpft und Vertrauen aufgebaut werden. Durch die Vorarbeit verlängert sich der Zeitraum der Arbeit am Thema Demenz.

Dimensionen „Schwächen“

Bei dem Projekt wurden unterschiedliche Schwächen festgestellt. Einige Schwächen betrafen die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Akteuren, andere die gesetzlichen Rahmenbedingungen des Projektes sowie Ursachen, die im Projekt selbst begründet liegen (vgl. Abbildung 4).

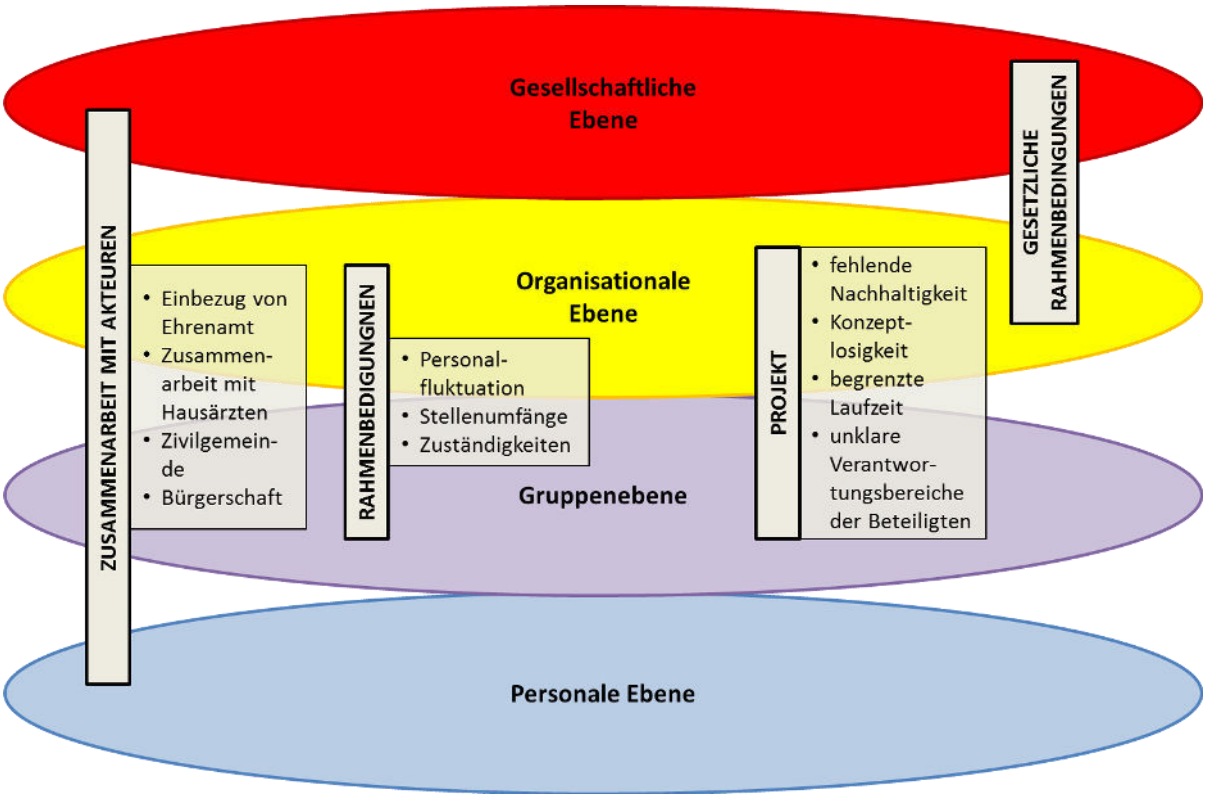


Abbildung 4: Schwächen des Projekts CFD

a) Zusammenarbeit mit Akteuren

<u>Einbezug von Ehrenamt</u>

Der Einsatz von Ehrenamtlichen stellt für die Akteure wie Pflegedienste eine schwierige Aufgabe dar, da die Finanzierung nicht gewährleistet ist. „*Die kleinen Pflegedienste wollen sich nicht so eine zusätzliche Sache mit Ehrenamtlichen* – […]*das kriegen sie ja nicht refinanziert. Sie machen da ja keine riesen Gewinne mit, sie können das kostendeckend machen, aber das ist arbeitsintensiv für die Pflegedienste. Und wenn die heute schon zum Teil keine hauswirtschaftlichen Dienste mehr anbieten, weil sie über die Einnahmen ihr Personal gar nicht mehr finanzieren können, überlegen die sich ja dreimal, ob die sich so einen ehrenamtlichen Dienst ans Bein binden*“ (Interview 23). Ein weiteres Problem ist die Gewinnung von Ehrenamtlichen zur Arbeit mit MmD. Viele Menschen haben ein negatives Bild von MmD und möchten nicht mit diesen arbeiten: „*Ich denke auch, dass man sich da keine Illusionen machen sollte, also es wird gewiss nur ein bestimmter Prozentsatz dazu bereit sein, mit MmD zu arbeiten, weil sie ein negatives Bild von denen im Kopf haben.* […] *Und so Ehrenamtliche wollen ja auch gesehen werden, die wollen ja eine Resonanz haben und viele trauen es sich auch einfach nicht zu, die denken sie können es nicht*“ (Interview 23).

Zusammenarbeit mit Ärzten

Gerade die Zusammenarbeit mit Hausärzten stellt sich für das CFD noch schwierig dar. Grund dafür ist mangelndes Interesse am Thema Demenz und unklare Organisationsstrukturen der Ärzteschaft. Die Zusammenarbeit mit Hausärzten gelingt nur in Ausnahmefällen. Bei Fachärzten ist aber eine positive Entwicklung zu beobachten, hier funktioniert die Zusammenarbeit vereinzelt gut. „*Was natürlich eher schwächer ist, ist hier ist diese Ärzteschaft, da geht und da tritt man zum Teil auf der Stelle, also mit den Hausärzten. Also ich denke mit den Fachärzten sind wir ein Stück weiter gekommen, die haben wir eingebunden, die sind teilweise in der AG Demenz drin*“ (Interview 23).

Zivilgemeinde und Bürgerschaft

Ausbaufähig ist die Zusammenarbeit mit Firmen und dem Dienstleistungsgewerbe. Nicht nur Akteure im Gesundheitswesen sollten für das Thema Demenz sensibilisiert werden, sondern gerade die Stellen und Personen, mit denen MmD in ihrem alltäglichen Leben in Kontakt kommen. Verantwortliche wie Bürgermeister, das Bankenwesen und die Polizei hätten stärker einbezogen werden können und müssen, wobei vereinzelte Kooperationen zu verzeichnen sind: […] „*man hätte den Fokus etwas mehr legen müssen auf z. B. örtliche Banken oder kleinere Geschäfte, oder dort, wo unsere oder die Bürgermeister, dort wo unsere älteren Menschen in den Gemeinden wohnen, dass dort im Prinzip die, wie soll ich sagen, wo öfter ältere Menschen auch sind, dass die etwas mehr sensibilisiert hätten werden können.* […] *Ich denke, es ist wichtiger, dass die Stellen vor Ort mehr wissen und da habe ich gerade so bei den Bürgermeistern, das sind ja oft die ersten Anlaufstellen*“ (Interview 9).

b) Mitarbeiterinnen

Personalfluktuation

Im Projekt ist landkreisbezogen manche Personalfluktuation zu verzeichnen, was als kritisch angesehen wird: „*Ein Schwachpunkt war sicherlich bei uns ein stattfindender Personalwechsel innerhalb des Projekts, weil da Elternzeitvertretungen waren*“ (Interview 19). Viele Stellen wurden aufgeteilt und hin und her geschoben. Hier war es auch für manche Akteure schwer, den passenden Ansprechpartner zu finden: […] „*denn es war sehr viel Fluktuation, was das Personal angeht und von daher, wenn da keine Kontinuität, dann wurde nochmal ne halbe Stelle hier hin geschoben, ne viertel da, also von daher war es sehr schwer, auch den passenden Ansprechpartner zu finden*“ (Interview 9).

Stellenumfänge

Durch die weit gesteckten Ziele des Projektes konnten die Mitarbeiter des CFD mit ihren z. T. geringen Stellenanteilen die Ziele nur im Rahmen ihrer Möglichkeiten bearbeiten. Manche Mitarbeiterinnen arbeiten nur in einem Stellenumfang einer halben oder sogar nur einer Viertelstelle. „*Also dann kann man tatsächlich, weil nur ne bestimmte Mannschaftsstärke vorhanden ist, nicht jeden einzelnen Ort, nicht jede einzelne Vereinigung, nicht jede einzelne Mitarbeiterin irgendwo in der Kreisverwaltung in XYZ so intensiv betreuen, unterstützen und informieren und begleiten in der Thematik, wie es vielleicht mit der doppelten Anzahl möglich wäre*“ (Interview 21). Aufgrund der geringen Stellenumfänge konnten so auch nur gewisse Aufgaben und Themen angegangen werden: „*Ich möchte das auch nicht den einzelnen Mitarbeitern vorwerfen, die immer sehr freundlich und nett waren, nur ich denke, das war halt eine halbe Stelle, sie haben sich gewisse Punkte ausgesucht, die sind dann sicherlich nicht bei uns angekommen*“ (Interview 9)

Zuständigkeiten

Die verschiedenen Einsatzbereiche der Mitarbeiterinnen des CFD führen dazu, dass sie verschiedene Zuständigkeitsbereiche haben, die nicht klar abgrenzbar sind. „*Das ist die Tatsache, dass Caritas auch gleichzeitig auch auftritt als ambulanter Anbieter und als Träger von einer Beko-Stelle im PSP oder in zwei PSPs. Und da verwischen so ein ganz klein bisschen, wahrscheinlich nicht nur für mich als außenstehenden Beobachter, sondern auch für die Akteure selbst die klaren Konturen. Was bin ich in welcher Eigenschaft unterwegs? Das* (Lachen) *ist mir nicht immer klar. Als was läuft die Frau X los?*

Als Vertreter der Caritasgeschäftsstelle in dem Bereich Betreuungsgruppe oder aufsuchende Gruppe. Ich denke mal, das ist auch für die Betroffenen selbst relativ schwierig gewesen, da das Ganze ja aus dem ursprünglichen Modellprojekt hervorging, wo der direkte Kontakt eigentlich im Vordergrund stand" (Interview 11).

c) Projekt

Nachhaltigkeit

Durch umfangreich gesteckte Ziele, die dreijährige Projektlaufzeit sowie die unklare Weiterfinanzierung, kann die Nachhaltigkeit der Arbeit nur schwierig gewährleistet werden: „*was natürlich negativ* [ist, C.B.]*, ist ja auf drei Jahre angesetzt, dann ist ja erstmal keine Finanzierung mehr da. D. h. es wird etwas aufgebaut mit WB auch und nach drei Jahren gibt es keine Finanzierung von außen mehr, sage ich mal.* […] *Es war ja mit so ein bisschen als ein Projekt gedacht, was aber auch so ein bisschen Vorbildfunktion fürs gesamte Land haben sollte. Also, unter dem Motto, das, was in diesen drei Jahren gemacht wurde, wäre das etwas, was man eigentlich übers Land hinweg noch breiter streuen müsste*" (Interview 15).

Konzeptlosigkeit

Der Projektantrag wurde, was zu bearbeitende Themen, Aufgaben und Zielerreichungen betrifft, zu umfangreich gestaltet. Von Beginn an wurde deutlich, dass nicht alle gesteckten Ziele erreicht werden konnten: „*Aber also ich fand den Projektantrag zu umfangreich. Ich hatte so das Gefühl, dass sich die Beraterinnen da auch eher verzetteln und zu viele Dinge vorhaben, was sie mit ihrem Stellenanteil nicht umsetzen können, was dann letztendlich auch auf der Strecke geblieben ist*" (Interview 13). Durch die Vielzahl von Aufgaben konnte man sich nicht auf kleinere Projekte konzentrieren. „*Verzettelt, zu viele verschiedene Elemente im Projekt, statt Konzentration auf ein oder zwei Leuchtturmprojekte*" (Interview 7)[7].

Zu geringe Projektlaufzeit

Die Projektlaufzeit ist mit drei Jahren als zu gering anzusehen, denn zum Aufbau nachhaltiger Strukturen wird viel Zeit benötigt: „*Aber ich denke, es ist schon schwer etwas zu verändern. Das braucht alles unheimlich lange, in der Institution selber, wenn man von außen arbeitet, so eine Infrastruktur auch. Sie brauchen ein Jahr, anderthalb Jahre, um eine Betreuungsgruppe aufzubauen, wo es gar nicht um viele Investitionen geht. Das sind so lange Prozesse*" (Interview 23). Es wurde zwar begonnen, Strukturen aufzubauen. Nach Ende der Projektlaufzeit jedoch steht deren Weiterfinanzierung in Frage, und die Verstetigung der Strukturen muss geklärt werden, was die bereits angesprochene Nachhaltigkeit erschwert: „*Die Schwäche ist die zeitliche Befristung*" (Interview 23).

Unklare Verantwortungsbereiche der Beteiligten

Die Weiterfinanzierung des Projektes ist nicht geregelt, der Wegfall der Strukturen wird von den Beteiligten als negativ erlebt. Zudem besteht keine Klarheit über die Zuständigkeiten. „[…] *die* [Strukturen und Angebote für MmD, C.B.] *mit Abschluss des Projekts u. U. wieder verloren gehen, wenn's keine weitere Regelung gibt, wie denn diese Programme aufgebaut werden können*" (Interview 19). Und: „[…] *dass ne Gefahr besteht natürlich, dass so ein Projekt unter Umständen, wenn da nicht noch, ja irgendwelche positiven Finanzierungsmöglichkeiten auftauchen, eventuell auslaufen würde, was dann natürlich, wenn man überlegt, man hat jetzt über 3 Jahre etwas angestoßen, was wirklich richtig gut funktioniert und das ist bei allen drei Einrichtungen* (zögert kurz) *die dabei sind, die Finanzierung schon schwierig, ja... und von dem, was man überlegt, was angestoßen wurde, auch in den einzelnen Kreisen, ja, viel Öffentlichkeitsarbeit und das wäre ja eigentlich ne Katastrophe, wenn das nicht weiter geht*" (Interview 15). Auch das Land, als mögliche Zuständigkeitsgröße für eine Weiter-

[7] Dieses Zitat wird mehrfach zur Verdeutlichung herangezogen. Dabei ist die gleiche Aussage in unterschiedlichen Kontexten relevant.

führung, äußert sich nicht dazu, was als kritisch angesehen wird, zumal das Land an der Projektfinanzierung beteiligt ist: „*Da müsste eigentlich ein klarer Impuls kommen, zumindest in den nächsten Monaten. Das ist ja immer die Botschaft: Wir finanzieren an. Und dann, nach einer gewissen Zeit, sagt das Land: ‚Wir verabschieden uns jetzt, es läuft ja'. Das* (Lachen) *kann man ja in anderen Bereichen auch sehen. Da werden Sachen angeschoben, aber irgendwann sagt das Land: Wir haben kein Geld mehr. Aber da macht man weiter. Ich denke, da müsste jetzt einmal ein Impuls vom Land kommen, wie sie sich das weiterhin vorstellen*" (Interview 11).

d) Gesetzliche Rahmenbedingungen

Beispielsweise hatte das Pflegeneuausrichtungsgesetz nicht nur positive Auswirkungen auf die Schaffung neuer Betreuungsangebote für MmD. Zwar wurden immer mehr Gelder für Menschen mit Demenz gewährt. Die Strukturen zum Aufbau von Betreuungsangeboten jedoch wurden nicht unterstützt. „*Wenn jetzt wieder gesagt wird, Überarbeitung Pflegeversicherungsgesetz, noch mehr Geld für Demenzkranke. Die Frage ist, wo wird das Geld eingesetzt? Mehr Betreuungsgeld hilft nicht, wenn man nicht gleichzeitig Betreuungsangebote hat. Die können ja gar nicht ihr Geld einlösen, da stellt sich die quantitative und die qualitative Frage. Da muss irgendwas passieren, noch mehr Geld einfach so reinpumpen ins System halte ich für schwierig. Ich denke eher diese Koordinationsaufgabe, nicht weil es jetzt meine Arbeit ist, insgesamt muss man einfach mehr an der Weiterentwicklung der Angebote arbeiten*" (Interview 23). Insgesamt erschweren also die gesetzlichen Rahmenbedingen den Aufbau von Betreuungsangeboten für MmD und deren Angehörige.

Dimensionen „Folgen und Zukunftsentwicklung"

In der Kategorie „Folgen und Zukunftsentwicklung" werden die Arbeit am Thema Demenz, die Schwerpunktsetzung in den Aufgaben als auch Fragen der Nachhaltigkeit erörtert (vgl. Abbildung 5).

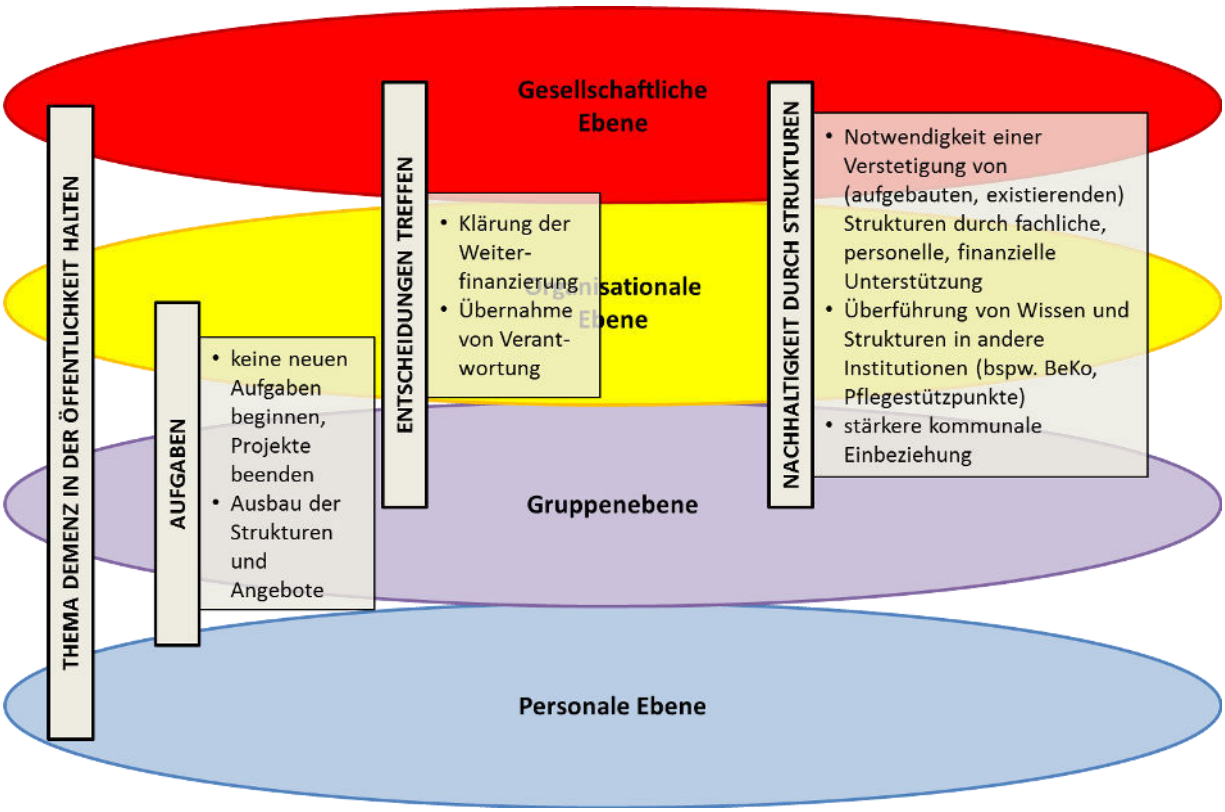


Abbildung 5: Folgen & Zukunftsentwicklung des Projekts CFD

a) Das Thema Demenz in der Öffentlichkeit halten

Benannte Stärken des CFD sind Öffentlichkeitsarbeit und -wirkung, Information, Aufklärung und Beratung, die Enttabuisierung des Themas und das Zeichnen eines differenzierten Bildes der dementiellen Veränderung. Diese Stärken werden von den Befragten auch als zukünftige Aufgaben und Schwerpunkte des CFD gesehen: „*Es wird weiterhin ne' Sensibilität zu schaffen* [sein, M. Z.], *es wird weiterhin erforderlich sein, Informationen ins Feld zu bringen. Es wird erforderlich sein, Schulungen anzubieten und Angehörige zu begleiten, anzuleiten*“ (Interview 19). Das Thema Demenz soll durch die Arbeit des CFD in der Öffentlichkeit gehalten werden: „*Es wäre wichtig, weitere Aufklärung in der Öffentlichkeit zu betreiben, um das Thema so wachzuhalten*“ (Interview 17). Neben den Angeboten für Betroffene und deren Angehörige sollen auch Menschen mit einbezogen werden, die in Kontakt zu der vulnerablen Personengruppe stehen: „*Also im Moment würde ich sagen* [...] *auch Schulung von Personen, die im unmittelbaren Kontakt mit Menschen zumindest mal im Anfangsstadium einer Demenz stehen, wie z. B. Banken, Geschäfte, Polizei aber auch Verwaltungen, die damit auch noch* [...] *Schwierigkeiten haben*“ (Interview 5).

b) Aufgaben

<u>keine neuen Aufgaben beginnen, Projekte beenden</u>

Durch das Projektende am 31.12.2014 soll der Fokus des CFD auf dem Abschluss von Projekten liegen. Neue Aufgaben sollen ob der unsicheren Entwicklung für das Jahr 2015 nicht im Vordergrund stehen: „*Also ich denke, was wir jetzt dieses Jahr noch machen können, ist das, was wir begonnen haben, fortsetzen, also zu Ende führen. Wir können nicht grundsätzlich neue Dinge anfangen. Ich kann jetzt nicht ein größeres Ehrenamtsprojekt anfangen und weiß nicht, wie es im nächsten Jahr weitergeht*“ (Interview 23).

<u>Ausbau von Strukturen und Angeboten</u>

Konträr zur Aussage, dass keine neuen Aufgaben mehr begonnen werden sollen, existiert auch der Wunsch nach einem Ausbau von Strukturen und Angeboten durch das CFD: „[...] *vielleicht ist es ja, zwar mühsam, aber mittelfristig zielführend, nochmal zu investieren in die, äh,* (überlegt) *in die Gruppen, ob es möglich ist, tatsächlich weitere Besuchsgruppen, Betreuungsgruppen, Unterstützungsgruppen, für den unmittelbaren Menschen zu initiieren.* [...] *ob es da noch ehrenamtliche Strukturen und Möglichkeiten gibt, um weitere Unterstützungsgruppen zu kreieren in den einzelnen Regionen*“ (Interview 21).

c) Entscheidungen treffen

<u>Klärung der Weiterfinanzierung</u>

Neben Aussagen zu einer Überführung von Strukturen und Wissen in andere Institutionen gibt es Stimmen, die eine Klärung der Weiterfinanzierung als einen zukünftigen Schwerpunkt sehen: „*Nur durch finanzielle Unterstützung auch der Kreise, dass zumindest mal diese Initiativen und die Betreuung dieser initiierten Gruppen irgendwie gewährleistet ist*“ (Interview 21). Hierbei geht es nicht in erster Linie um einen Fortbestand des CFD. Es soll vielmehr versucht werden, finanzielle Unterstützung für Strukturen zu erhalten, die durch das CFD entstanden sind. Darüber hinaus sollen auch Personen finanziert werden, die sich zukünftig für Angebote zum Thema Demenz verantwortlich zeigen.

Es gibt Zweifel bezüglich einer Weiterfinanzierung des CFD: „[...] *wobei die Frage natürlich ist, wie kann so ein Projekt, das sich dem Ziel widmet, auch finanziert werden. Das scheint für mich momentan die größte Hürde zu sein*“ (Interview 5).

Vorschläge werden gemacht wie eine Stelle geschaffen werden kann, die die Aufgaben des CFDs übernimmt, wenn das Projekt am 31.12.2014 zu Ende geht: „*Da haben wir also mit dem Caritasverband uns schon Gedanken gemacht, dass wir da* [...] *wieder ne' Sonder-BeKo einrichten. Die wäre zwar nur mit einer 0,5-Stelle besetzt, aber immerhin. Es wäre jemand direkt zu diesem Thema an-*

sprechbar und hätte auch die notwendigen Kenntnisse, um weiterzuhelfen. [...] *das ist unsere Idee, wie es weitergehen kann*" (Interview 11).

Übernahme von Verantwortung

Es wird deutlich, dass es nach dem Ende des Projekts jemanden geben soll und muss, der Verantwortung für das Entstandene in den Landkreisen und VG übernimmt und somit den Wegfall der Mitarbeiter des CFD ersetzt. Dies wäre beispielsweise für neu etablierte Strukturen wie die Demenznetzwerke wichtig: „*Aber wenn man wüsste, auf Kreisebene, auf kommunaler Ebene, auf Verbandsgemeindeebene, gibt es da einen Ansprechpartner, jemanden der, der fachkundig ist, den ein oder anderen Tipp geben kann, dann können auch solche zarten Pflänzchen einfach ein Stückchen wachsen und Stabilität erreichen*" (Interview 21). Neu etablierte Strukturen werden als zarte, wachsende Pflänzchen beschrieben, die einen fachlich kompetenten Verantwortlichen brauchen, der sich um sie kümmert.

Die Übernahme von Verantwortung beinhaltet im besten Falle das komplette Abdecken der Aufgabenbereiche des CFD. Dieser Punkt korrespondiert mit der Verstetigung von Strukturen und der Überführung von Wissen in andere Institutionen: „*Es geht aber darum, dass man Kümmerer in irgendeiner Form braucht, bei dem die Fäden zusammenlaufen und der oder die auch bereit ist und in der Lage ist, vor Ort, sprich in den VGs, nochmal Veranstaltungen anzubieten, die schult und sensibilisiert*" (Interview 19).

Auffällig ist, dass von dem Verantwortlichen meist in der Einzahl gesprochen wird. Die Interviewten haben offensichtlich eine Neigung dazu, die Fäden möglichst in die Hände einer Einzelperson z. B. im Landkreis oder der VG zu legen: „*Es muss einen geben, der die Dinge koordiniert. Das kann man nicht in fünf Hände verteilen, das ist meine felsenfeste Überzeugung, selbst wenn wir uns das aufteilen würden, ist es nicht mehr das gleiche an Effektivität und Zielgerichtetheit, weil eben der eine, der das koordiniert, das nicht mehr im Überblick hat*" (Interview 22). Das Zitat macht deutlich, dass es darum geht, den Überblick über die Koordination zu behalten. Würde dies von mehreren Personen gleichzeitig übernommen, ginge ein Teil der Effektivität und Zielgerichtetheit, die das Projekt augenscheinlich bisher ausgezeichnet hat, verloren. Neben Verantwortlichen auf kommunaler Ebene bedarf es auch solcher in Institutionen wie Krankenhäusern oder Arztpraxen, die Verantwortung für die Thematik übernehmen.

Die Sorge wird geäußert, dass Angebote und Strukturen für MmD trotz ihrer Wichtigkeit weniger werden, wenn sich niemand an zentraler Stelle in den Landkreisen, VG oder verschiedensten Institutionen dafür verantwortlich fühlt: „*Wenn ich irgendwann merke, das ist keine Unterstützung mehr wo ich mich zentral hinwenden kann, wenn ich irgendwo ein Problem sehe. Dann kann's sein, dass so etwas wieder einschläft*" (Interview 11).

d) Nachhaltigkeit durch Strukturen

Notwendigkeit der Verstetigung von Strukturen

Als zukünftiger Schwerpunkt wird die dauerhafte Etablierung von Strukturen gesehen, die durch das CFD entstanden sind: „*Ich glaube, dass die gegründeten Netzwerke einfach noch bis zum Ende des Jahres stabilisiert werden sollten* (Interview 13). *Prospektiv ist es jetzt so, dass das CFD, was die Netzwerke betrifft, einfach jetzt dran arbeiten muss, dass die sich verselbständigen*" (Interview 19). Die entstandenen Demenznetzwerke in den Landkreisen sollen durch das CFD soweit stabilisiert werden, dass sie nach einem möglichen Projektende am 31.12.2014 selbstständig weiterexistieren. Diese selbständige Existenz korrespondiert mit der Aussage eines Interviewten, der sich eine Verstetigung unabhängig von Personen, sozusagen im Kollektiv der einzelnen Netzwerkakteure wünscht.

Das Weiterleben von entstandenen Strukturen erscheint wichtig, da Betroffene und deren Angehörige auch in Zukunft Angebote rund um das Thema benötigen: „*Also das eine ist, dass dieses kontinuierliche Angebot da sein* [muss, M. Z.], *weil der Mensch sich ja erst damit auseinandersetzt, wenn's ihn im näheren Umfeld betrifft*" (Interview 19).

Verschiedene Akteure und Gruppen, welche sich mit dem Thema Demenz beschäftigen, sollen zukünftig auch weiterhin zusammenkommen, sich austauschen damit dadurch eine Koordination der Aufgaben stattfinden kann. Dies wird als ein weiterer Teil der Verstetigung gesehen.

Überführung von Strukturen und Wissen in andere Institutionen

Bedingt durch das Projektende am 31.12.2014 liegt ein zukünftiger Schwerpunkt der Arbeit des CFD in der eigenen Abwicklung: „*Ich finde, das, was jetzt erworben worden ist – für meine Begriffe, sollte man das letzte halbe Jahr diese Projektes dazu nutzen, dieses Wissen an bestehende Beratungsstrukturen weiter zu vermitteln, dass es dort verwendet werden kann*“ (Interview 9). Dabei werden als mögliche andere Institutionen die PSPs, Kirchengemeinden aber auch die im Gesundheitswesen tätigen Träger genannt. Es besteht Unsicherheit, ob eine solche Überführung gelingen kann, wer die Angebote danach weiter koordiniert und ob genügend zeitliche und personelle Ressourcen zur Weiterführung vorhanden sind: „*Ich muss kucken, sind die evangelische und katholische Kirchengemeinde bereit, das selber fortzuführen, mitsamt der Öffentlichkeitsarbeit. Was ist mit der Gruppe ‚beginnende Demenz‘, was ist mit den Jahreszeitentreffs, die ich alle nicht alleine mache, wo zum Teil Honorarkräfte sind, aber wo ich die Dinge organisiert und koordiniert habe*“ (Interview 23). „*Wenn das eben von den PSPs übernommen werden müsste, das wäre natürlich heftig, ich weiß nicht ob wir das leisten könnten, weil bei uns die Anzahl der Klienten natürlich auch zunimmt*“ (Interview 2).

Ein funktionaler Lösungsvorschlag für die Weiterführung der Aufgaben, die bisher das CFD geleistet hat, ist die Festschreibung dieser in der Stellenbeschreibung des zukünftig Zuständigen: „*Oder sie werden zugeschlagen* [zu] *den anderen Akteuren ... kriegen das in die Stellenbeschreibung reingeschrieben, die das dann zukünftig machen*“ (Interview 19).

Herauszuhören ist sowohl der Wunsch nach dem Erhalt bisher entstandener Strukturen als auch die Angst vor einem plötzlichen Ende von Projekten: „*Es geht darum, dass* [...] *diese Helferkreise erhalten bleiben, die ehrenamtlichen und auch, dass diese Demenzcafés weiterhin erhalten bleiben*“ (Interview 19). „*Schlecht wäre es, wenn z. B. 7-8 Unterprojekte abrupt abbrechen würden*“ (Interview 7).

Stärkere kommunale Einbeziehung

Die Kategorie „stärkere kommunale Einbeziehung“ speist sich aus drei anderen Kategorien. Um das Thema Demenz in der Öffentlichkeit zu halten, bedarf es der Schulung und Information vieler Personen, Gruppen und Organisationen innerhalb der Kommune. Dies wird durch die Forderung nach Schulungen für Menschen deutlich, die in ihrer beruflichen Tätigkeit mit MmD in Kontakt kommen.

In den Gemeinden müssen Menschen dazu bereit sein, Verantwortung für das Thema Demenz zu tragen. Dies kann z. B. dadurch geschehen, dass haupt- oder ehrenamtlich Gruppen geleitet, Netzwerke gepflegt und ausgebaut werden oder jemand als Ansprechpartner und Knotenpunkt für die Informationsvermittlung fungiert. Wesentlich scheint dabei zu sein, dass dies in einem überschaubaren Bereich wie einer VG oder Kommune stattfindet.

Letztlich geht es auch um eine stärkere Einbeziehung der Kommunalpolitik. Politische Entscheider auf Ebene der Gemeinden sind zum einen bezüglich der Thematik zu sensibilisieren. Zum anderen können sie durch das Bereitstellen von finanziellen Mitteln dazu beitragen, dass Strukturen und Angebote zum Thema Demenz erhalten und weiter ausgebaut werden können.

3.2.2 Außenperspektive auf das CFD – Inhaltliche Betrachtungen und Perspektiven

Versorgung von MmD und Angehörigen

In den Interviews wird ebenso thematisiert, inwieweit die Versorgung von MmD und ihrer Angehörigen sich durch das CFD verändert. In der Hälfte der geführten Gespräche finden sich dazu mehr oder weniger konkrete Hinweise. Dabei lassen sich primär drei Zielgruppen für Versorgungsangebote voneinander unterscheiden. Eine vierte Zielgruppe von Angeboten des CFD, nämlich die der beruflich Pflegenden, kann direkten Einfluss auf die Versorgung nehmen.

a) Menschen mit Demenz

Die Befragten berichten von Angeboten, die sich direkt an MmD richten. Hier sind aufsuchende Angebote in der eigenen Häuslichkeit von solchen zu unterscheiden, die außerhalb der Häuslichkeit angeboten werden. Als Beispiele für aufsuchende Angebote werden eine häusliche Betreuungsgruppe und eine „Beaufsichtigung" als niedrigschwelliges Hilfsangebot genannt. Dies kann auch in kleineren Gemeinden realisiert werden. Außerhalb der Häuslichkeit werden Angebote wie Tagespflege, Demenzcafés und eine Gesprächsgruppe für Menschen mit beginnender Demenz genannt. Das Ehrenamt ist bei beiden Angebotsformen eingebunden.

b) Angehörige von Menschen mit Demenz

Hier stehen Gesprächs-, Beratungs- und Schulungsangebote im Mittelpunkt. Ein Ausbau dieser Angebote durch die Tätigkeit des CFD wird beschrieben. In einem Interview wird dieser Ausbau als „*kontinuierliches Wachstum*" bezeichnet (Interview 17). Zudem existieren Gesprächsgruppen für Angehörige. Informations- und Schulungsangebote („Hilfe beim Helfen", „Tipps zum Umgang mit Demenzerkrankten") sorgen bei Angehörigen für einen Wissenszuwachs über das Thema Demenz. Die Begegnung mit anderen Angehörigen ermöglicht darüber hinaus einen Erfahrungsaustausch untereinander. Bei Informations- und Schulungsangeboten kommen Angehörige mit Mitarbeitern z. B. des CFD in Kontakt. Diese können, sofern geboten, Einzelfallberatungen durch die PSP oder weiterführende Hilfsangebote vermitteln. Die Versorgungsangebote für MmD (häusliche und außerhäusliche Betreuung) ermöglichen es den Angehörigen, eine gewisse Zeitspanne ohne den Betroffenen zu verbringen. Ein pflegender Angehöriger schildert, dass er durch diese Angebot in der Lage ist, zwei Mal in der Woche seinen Hobbys nachzugehen.

c) Menschen mit Demenz und deren Angehörige

Es wird explizit ein Angebot genannt, welches sich sowohl an die Betroffenen selbst als auch deren Angehörige richtet. Bei Jahreszeitentreffs, die vier Mal im Jahr stattfinden, sind MmD und ihnen Nahestehende gleichermaßen eingeladen. Aus den Interviews kann nicht klar herausgearbeitet werden, ob auch das Demenzcafé ein solches Angebot darstellt oder nur auf MmD abzielt.

d) Berufliche Pflegende

Ein Interviewter (Interview 16) gibt an, dass es Schulungen für Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten und stationären Langzeiteinrichtungen gibt. Von diesen Schulungsangeboten können MmD und ihre Angehörigen profitieren: Im besten Falle wächst durch dieses Angebot für beruflich Pflegende deren Wissen über die Erkrankung. Dieser Wissenszuwachs kann sich direkt auf die Versorgungssituation auswirken. Es kann die Vermutung angestellt werden, dass geschulte beruflich Pflegende MmD und ihre Angehörigen besser versorgen, wovon die letztgenannten schlussendlich profitieren.

e) Fazit

Aus einem Teil der Interviews heraus lässt sich zeigen, dass es verschiedenste Versorgungsangebote für MmD und deren Angehörige in jenen Landkreisen gibt, in denen das CFD tätig ist. Es finden sich Hinweise darauf, dass Angebote auch schon während der Vorgängerprojekte bzw. vor der Arbeit des CFD bestanden haben. Es kann nicht klar herausgearbeitet werden, welche Angebote ausschließlich durch das Engagement des CFD entstanden sind. Beschreibungen wie „Ausbau" oder „kontinuierlicher Wachstum" lassen aber darauf schließen, dass schon bestehende Angebote durch die Arbeit des CFD weiterentwickelt werden und darüber hinaus gänzlich neue zu bereits bestehenden Angeboten hinzugekommen sind.

Zusammenarbeit von Akteuren / Akteursgruppen

Ein anderer Aspekt, der evaluiert wird, ist der der Netzwerkarbeit. Durch die Auswertung der Interviews lassen sich folgende Aspekte zum Thema beschreiben.

a) Demenznetzwerke und Arbeitsgruppen zum Thema Demenz

Die Gründung bzw. Verstetigung der Demenznetzwerke und ihrer Arbeitsfähigkeit wird in vielen Interviews als ein zentraler Punkt der verbesserten Netzwerkarbeit und Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure benannt. Auch das Hervorgehen von AGs zum Thema Demenz wird von allen Beteiligten als positive Entwicklung verstanden, die oft erst durch die Arbeit des CFD möglich wird. „*Wichtig zu nennen ist der Arbeitskreis (AK) Demenz, der aus der Pflegekonferenz entstanden ist*“ (Interview 2). „*Im Landkreis Vulkaneifel, im Eifelkreis Bitburg-Prüm haben wir diese Demenznetzwerke erst ins Leben gerufen in dieser Zeit* [...] *Da gibt es ein hohes Interesse aller beteiligten Träger, dass diese Demenznetzwerke weiterlaufen und dass man diese Angebote miteinander abstimmt. Das sehe ich in beiden Landkreisen auf dem Vormarsch, dass die Träger, die mit Profis in dem Feld unterwegs sind, sich sehr sehr eng vernetzen*“ (Interview 19). Gleichzeitig sehen Beteiligte noch kein richtiges Vorankommen speziell in der Arbeit der Demenznetzwerke: „*Was sich ja noch entwickelt hat, ist dieses Demenznetzwerk. Da gab* [es, J. B.] *jetzt drei Gesprächsrunden, aber die sind auch, da sind zwar viele beteiligt, aber da, da fehlt auch noch so das Lebendige. Das ist etwas, was man sagen kann, das hat sich entwickelt, aber es ist noch zu zäh*“ (Interview 9). Wichtig ist an sich, dass Zusammenarbeit entsteht und sich entfalten kann: „ […] *also wir hatten vorher gar nicht so viele Kontakte und es hat sich herausgestellt, dass es ganz ganz schnell ne relativ konstante Gruppe gab, die bereit war, an dem Thema mitzuarbeiten. Da war ich eher positiv überrascht.* […] *Wir haben uns gegenseitig besser kennengelernt mit dem, woran jeder arbeitet. Jeder hat ja doch eine eigene Zielrichtung und wir waren jetzt gezwungen oder angehalten, da etwas Gemeinsames daraus zu machen und da ist mehr Bekanntheit, mehr Vertrautheit und Vertrauen untereinander entstanden. Aber das ist noch am Wachsen, aber das würde ich insgesamt schon so feststellen wollen und auch positiv bewerten*“ (Interview 5). Da die Perspektive des CFD zur Zeit der Interviews unklar ist, muss an die Nachhaltigkeit der Netzwerke und AGs gedacht werden: „*Prospektiv ist es jetzt so, dass das CFD, was die Netzwerke betrifft, einfach jetzt dran arbeiten muss, dass die sich verselbständigen*“ (Interview 19).

b) Das CFD als Koordinationsstelle und Multiplikator

Der Rolle des CFD beim Entstehen von Kooperationen wird eine hohe Bedeutung beigemessen: „*Ohne das CFD wäre eine Zusammenarbeit einzelner Akteure oder Akteursgruppen nicht so weit gekommen*“ (Interview 17). Dies liegt in der Fachlichkeit der Mitarbeiterinnen des CFD begründet, durch die wiederum Kontakte zu anderen Projekten geknüpft werden können: „*Da ist beispielsweise angefragt worden, ob wir hier von der Sozialplanung aus und auch die Fr. X als Vertreterin des CFD mitarbeiten in den Gremien, quasi in dem Beirat. Da sind wir durchaus involviert. Wenn es um Demenz geht, werden wir von örtlichen Initiativen angefragt, die im Grunde genommen weiter gereicht werden ans CFD, da Kontakt aufnehmen. Man darf eins nicht unterschätzen. Die Aktivitäten von der Fr. X, die überall so ihre Fühler hat, dass sie so lange jetzt schon in dem Bereich arbeitet und unheimlich viele Kontakte hat, zu Experten und zu kleineren Gruppen. Der Name ist bekannt*“ (Interview 11). Daraus kann abgeleitet werden, dass das CFD als zentrale Anlaufstelle nicht nur für MmD oder Angehörige betrachtet werden kann, sondern auch als solche von Personen, die für Projekte, Aktionen und Strukturentwicklung zuständig sind, genutzt wird. Diese Bedeutung nimmt das CFD nicht nur in der Anfangsphase von Projekten ein, sondern sie wird ihm auch zur Nachhaltigkeit von Strukturen zugesprochen, für die Führung und Leitung zentral sind: „*Die Arbeit des CFD ist wichtig als zentrale Stelle der Planung und Koordinierung, der Vernetzung und auch Aufrechterhaltung, wir würden uns vielleicht schon als AG weitertreffen, aber das würde dann irgendwann einschlafen.* […] *Es muss jemand in die Hand nehmen, es muss jemand pflegen, es muss jemand organisieren, was wir an Arbeitsthemen ha-*

ben, die Aufträge verteilen, die Arbeit auf verschiedene Schultern verteilen, sozusagen das Konzept der kompletten Umsetzung der Arbeit, das muss eben aus einer Hand heraus geschehen" (Interview 22).

c) Gelungene Zusammenarbeit

Durchweg positiv wird die Zusammenarbeit mit stationären und ambulanten Einrichtungen und Diensten des Gesundheits- und Pflegewesens beurteilt. „*Gut geklappt habe die Zusammenarbeit zwischen den stationären Einrichtungen, den ambulanten Diensten*" (Interview 17). Dies sehen nicht nur Akteure außerhalb der Einrichtungen, sondern Mitarbeiter von Diensten und Einrichtungen selbst so: „*Es gibt einige Einrichtungen, wo man dadurch eine bessere Kommunikation pflegen kann, weil es auch zu häufigeren Treffen kommen kann, also diese Vernetzung funktioniert gut, es braucht ja immer einen Grund, warum man sich trifft.* […] *Die Zusammenarbeit mit anderen Pflegediensten hat sich verändert, da die diese Angebote, die aufgebaut wurden, auch nutzen. Sei es diese Betreuungsgruppe, das hat sich schon verbessert*" (Interview 18).

Auch die Zusammenarbeit der Mitarbeiterinnen des CFD bzw. die dadurch verbesserte Kooperation der Caritasverbände wird positiv eingeschätzt: „ […] *was eine Gruppe ist, ist natürlich einmal unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die ja miteinander sehr gut kommunizieren, also mit den anderen Verbänden*" (Interview 15).

Die Gewinnung von Ehrenamtlichen und bürgerschaftlich engagierten Personen wird durchweg positiv beurteilt. Auch in den Interviews ist diese Einschätzung gegeben, wobei die Bedeutung des Einbezugs von Ehrenamtlichen betont wird: „*Dann ist natürlich vor Ort der Bereich der Ehrenamtlichen,* […] *eine Entwicklung, die schon immer, bei uns schon gut war, aber auch, es gibt so einen ganz festen Stamm, die auch dabei bleiben, ja, diese Arbeit, in den verschiedensten Gruppen auch weiterentwickeln. Mmh, das denke ich, ist schon so ne ganz wichtige Sache, grade mit den Ehrenamtlichen, denn nur mit Profis kriegt man das ja eh nicht auf die Beine gestellt*" (Interview 15).

Die Zusammenarbeit mit den Kommunen wird zwar einerseits als funktionierend angesehen. Andererseits gibt es Stimmen, die die Zusammenarbeit mit diesen nicht unbedingt als relevant ansehen: „*Die Kommune ist hier eher im Hintergrund, Verantwortung liegt primär bei den Versorgungsakteuren*" (Interview 12). Die Zusammenarbeit mit den PSPs wird, vor allem von diesen selbst, als positiv wahrgenommen. So wird auf die Möglichkeit hingewiesen, bei Anfragen von Angehörigen auf verschiedene Angebote verweisen zu können, die das CFD initiiert hat (Interview 16). „*Die Zusammenarbeit mit anderen Kollegen im PSP ist auch sehr positiv, auch dass sie mit Frau X einen Ansprechpartner haben, in speziellen Fragen, weil ja nicht alle in der Arbeit drin sind, wie ich zum Beispiel. Der PSP, da sind ja jetzt auch Mitarbeiter von den Kassen, die noch so ein bisschen neuer in dem Thema sind. Wir haben auch schon mal Teams, wo wir die Frau X dann einladen*" (Interview 2). Hier wird deutlich, dass zum einen das CFD als Bereicherung im Versorgungsangebot angesehen wird. Andererseits dient es als fachlich-inhaltliche Unterstützungsstelle für die PSPs.

d) Verbesserungswürdige Zusammenarbeit

In den meisten Interviews wird die Zusammenarbeit mit Ärzten und Krankenhäusern als verbesserungswürdig beurteilt. Schwierig sei es, stetige Kooperationen ins Laufen zu bringen: „[…] *punktuell funktioniert das* […] *aber wenn man dieses Thema z. B. Demenz noch mehr mit ins Krankenhaus reinbringen will, dann wird es schon schwieriger wieder, ne: wo ist das angesiedelt, wer hat die Verantwortlichkeit, und und und. Gibt es da für Mitarbeiter Freistellungen oder so, da fängt's dann schon an, schwierig zu werden*" (Interview 15). Ähnlich verhält es sich auch im ambulanten Haus- und Fachärztebereich, wobei die Zusammenarbeit mit letzteren besser beurteilt wird als mit den Hausärzten: „*Was natürlich eher schwächer ist, ist hier diese Ärzteschaft, da geht und da tritt man zum Teil auf der Stelle, also mit den Hausärzten. Also ich denke mit den Fachärzten sind wir ein Stück weiter gekommen, die haben wir eingebunden*" (Interview 23). Allerdings fällt auf, dass die Bewertung der Zusammenarbeit und Netzwerkbildung mit der Ärzteschaft in den mündlichen Ausführungen der In-

terviewten kritischer ausfällt als in den Fragebögen. Dort wird insgesamt eher eine Verbesserung der Zusammenarbeit gesehen. Auf Seiten der Ärzteschaft wird die Situation positiv wahrgenommen: „*Die Vernetzung ist optimal zwischen den ambulant und stationär arbeitenden Kollegen*“ (Interview 22). Ebenso verbesserungswürdig ist die Kooperation mit Dienstleistern und Gewerbe: „*Bezüglich Firmen und dem dienstleistenden Gewerbe sei die Zusammenarbeit deutlich ausbaufähig*“ (Interview 17).

e) Einflussfaktoren auf Zusammenarbeit und Kooperationsmöglichkeiten

Zum einen wird die Persönlichkeit der einzelnen Beteiligten – hier vor allem der Mitarbeiterinnen des CFD – betont, als auch das persönliche Engagement und die Verbundenheit mit dem Thema Demenz. „ […] *da sind etliche Leute, die sehr engagiert sind in dieser Gruppe und die tragen natürlich die Arbeit mit und die setzen sich ein*“ (Interview 23). Gleichzeitig wirkt es sich positiv auf die Gewinnung neuer Akteure aus, das Thema Demenz nicht zu dramatisieren: „*die* [Mitarbeiterinnen, C. B.] *damit sehr positiv umgehen, also unter dem Motto auch: ‚Hier geht die Welt noch nicht unter‘, so schlimm die Geschichte auch ist. Die in der Arbeit immer auch, die spaßige Seite und und, ja das Leben selbst so miteinbringen, also so ne positive Vorgehensweise, und das glaube ich, ist auch das, was bei den Ehrenamtlichen übernommen worden ist, von den Ehrenamtlichen, das halte ich für einen ganz wichtigen Aspekt eben auch*“ (Interview 15). Auch wenn Zusammenarbeit gelingt, ist dies doch oft ein Balanceakt, denn unterschiedliche Interessen und Ziele müssen in Einklang gebracht werden: „*Das ist sicher keine einfache Gruppe, weil da Leute aus verschiedenen Institutionen drin sind, da spielen Konkurrenzen eine Rolle. Konkurrenzen mit mir, Konkurrenzen untereinander eine Rolle und trotzdem sind wir in unserer Gruppe immer arbeitsfähig geblieben*“ (Interview 23).

Gelingen Kooperationen oder gemeinsame Projekte gar nicht oder nur schwer, werden hierfür als Gründe fehlende Zeit und personelle Ressourcen und Zuständigkeiten genannt: „[…] *ja, Zeitmangel, Kompetenzen, also Kompetenzen in dem Sinne, ja, da darf ich mitarbeiten*“ (Interview 15). Fehlt der Bezug zum Thema Demenz, ist es ebenso schwierig, engagierte Personen für die Arbeit am Thema zu gewinnen. Ebenso spielen die Personen und Persönlichkeiten an sich eine wichtige Rolle, wenn es gelingt, Kooperationen aufzubauen. Was zählt sind „*die persönliche Ansprache und das Engagement der einzelnen Personen*“ (Interview 7). Letztlich wird nicht nur in der direkten Arbeit Zeit benötigt. Auch sind meist lange Zeitspannen nötig, um Kontakte und Vertrauen auszubauen: „[…] *wir können, alle, die wir in dem Vorläuferprojekt waren, wir pflegen ja schon eine längere Zusammenarbeit mit den Leuten und das kann ich jetzt auch nicht trennen. Ich denke, wir wären mit diesem Projekt –* […] *Wir wären ja heute nie und nimmer so weit wie wir jetzt sind. Also das ist kein Ergebnis von drei Jahren, das ist ein Ergebnis von acht Jahren, oder wie viele das sind, das muss man ja sehen. Das ist ja illusorisch, wenn wir jetzt erst angefangen hätten, im Lebtag wären wir nicht in der Lage, diese Aussagen zu machen. Das können wir nur, weil wir jetzt wirklich von 2006 intensiv an diesem Thema dran sind*“ (Interview 23)[8].

Perspektive der Pflegestützpunkte

Die PSPs selbst stehen in engem Kontakt zum CFD. Kooperationen beim Aufbau von neuen Angeboten für MmD finden ebenso statt wie auch das CFD den PSPs beratend zur Seite steht. Eine verbesserte Vernetzung mit anderen Akteure sehen die Befragten in der Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt: „*Leute vom Gesundheitsamt sind da auch sensibler geworden und treten dann auch relativ schnell in Kontakt mit uns*“ (Interview 2). Eher negativ wird noch die Zusammenarbeit mit den Ärzten erlebt. „*Gut, es gibt schon Ärzte, wo es klappt, aber es gibt eben auch noch ganz viele, wo halt eben keine Zusammenarbeit ist*“ (Interview 2).

[8] Dieses Zitat wird mehrfach zur Verdeutlichung herangezogen. Dabei ist die gleiche Aussage in unterschiedlichen Kontexten relevant.

In Bezug auf die Versorgung von MmD und ihren Angehörigen wird aus der Perspektive der PSPs eine Verbesserung wahrgenommen. Genannt werden hier die vielfältigen Angehörigen- sowie Schulungen für Pflegepersonal. Gerade die Schulungen bei Pflegekräften bewirken einen verbesserten Umgang mit MmD. Die Qualifizierung von Ehrenamtlichen wird von allen Befragten hinsichtlich ihrer Bedeutung für Versorgungsstrukturen als relevant und positiv gedeutet. Eine Befragte betont, dass nicht nur Veränderungen bei der Caritas, sondern mittlerweile auch bei kleinen privaten Einrichtungen wahrzunehmen sind: „*Die Qualifizierungskurse für die neuen Ehrenamtlichen, auch die Betreuungsgruppen in den kleineren Gemeinden.* […] *Ich finde auch gut, dass* [das, J. B.] *so in kleinen Diensten auch ist, nicht nur bei der Caritas, sondern auch bei kleineren privaten Diensten*“ (Interview 2).

Die PSPs erleben eine Sensibilisierung gegenüber dem Thema Demenz in der Öffentlichkeit, welche durch das CFD erreicht wird. Benannt werden hier die vielfältige Pressearbeit und Präsenz des Themas in der Öffentlichkeit: „*Ja, ich denke schon dadurch, dass da ja viel in der Öffentlichkeit ist, mit den verschiedenen Aktionen, auch mit Pressearbeit, also dass da schon so eine andere Sensibilität bei der Bevölkerung entstanden ist, oder auch bei anderen Berufsgruppen*“ (Interview 2). Positiv hervorgehoben wird ebenfalls, dass sich die Mitarbeiter der PSPs intensiver mit dem Thema auseinandersetzen: „*Die Zusammenarbeit mit anderen Kollegen im PSP ist auch sehr positiv, auch dass sie mit der Frau X einen Ansprechpartner haben, in speziellen Fragen, weil ja nicht alle in der Arbeit drin sind, wie ich zum Beispiel. Der PSP, da sind ja jetzt auch Mitarbeiter von den Kassen, die noch so ein bisschen neuer in dem Thema sind. Wir haben auch schon mal Teams, wo wir die Frau X dann einladen*“ (Interview 2).

Insgesamt überwiegen bei den Befragten der PSPs die Stärken des CFD. Häufig wird hier die positive Zusammenarbeit mit dem CFD genannt. Dabei werden die Persönlichkeit und das hohe Engagement der Mitarbeiterinnen des CFD positiv hervorgehoben: „*Ja, überhaupt, weil die Frau X sehr präsent im Landkreis ist, man merkt das auch immer wieder, wenn Veranstaltungen sind, dann wird das immer wieder besonders hervorgehoben. Meinetwegen vom Landrat, vom Bürgermeister, von Leuten aus der Politik, die sie dann extra begrüßen* […] *Wo dann auch immer wieder darauf verwiesen wird, was die Frau X hier mit ihrer Arbeit schon seit 2006 bewirkt hat*“ (Interview 2).

Als Schwächen des CFD werden die Rahmenbedingen des Projektes genannt: Projektlaufzeit und Stellenumfänge der Mitarbeiterinnen werden als gering, die gesteckten Ziele als hoch wahrgenommen: „*Dass zu viele Baustellen angegangen werden. Auf der einen Seite die hohe Kreativität und viele Ideen, auf der anderen Seite, dass man sich da vielleicht verzettelt, weil man zu viele Ziele, Baustellen dann gleichzeitig beginnt*“ (Interview 2).

In Bezug auf zukünftige Aufgaben des CFD benennen die PSPs die Erweiterung des Angebotes. Beispielsweise sollten Angebote „vor Ort“ im ländlichen Raum wie Wohngruppen für MmD geschaffen werden, der Ausbau der ehrenamtlichen Strukturen weiter gestärkt und die Infoveranstaltungen zum Thema Demenz erweitert werden. Eine Befragte ist der Überzeugung, dass die Infoveranstaltungen im kleineren Rahmen gestaltet werden sollten, um so die Hemmschwelle der Angehörigen zu überwinden und noch mehr Betroffene erreichen zu können.

Alle Befragten sind sich einig, dass die Weiterführung des CFDs unablässig sei und die Strukturen nicht allein von Ehrenamtlichen fortgeführt werden können: „ *Das CFD muss erhalten bleiben, auf Grund des demografischen Wandels ist der Stopp der Weiterfinanzierung unverständlich. Kein anderer Akteur kann sich so intensiv mit dem Thema beschäftigen. Aus dem Ehrenamt heraus wäre eine Fortführung des CFD alleine nicht zu stemmen. Dazu bedarf es neben der reinen zeitlichen Ressource auch eines fachlichen Hintergrundes*“ (Interview 14). Auch eine Überführung der Arbeit des CFDs in die PSPs sei laut den Befragten nicht zu bewältigen. „*Ja, das würde schon einen ziemlichen Einbruch geben in der Arbeit, wenn das wegfällt, dann stehen wir wieder so ein bisschen auf Anfang. Das ist eben schade für die Energie und Zeit, die man investiert hat. Wenn das eben von den PSPs übernom-*

men werden müsste, das wäre natürlich heftig, ich weiß nicht ob wir das leisten könnten, weil bei uns die Anzahl der Klienten natürlich auch zunimmt" (Interview 2).

Perspektive der Ärzte

Einige Ärzte pflegen regelmäßigen Kontakt mit dem CFD, unter anderem durch Referententätigkeiten in Vorträgen zum Thema Demenz. Die Vorträge haben meist Angehörige von MmD als Zielgruppe, wodurch diese informierter über das Thema Demenz sind. Angehörige bewerten diese Vorträge positiv, nicht zuletzt auf Grund gegenseitiger Unterstützung Angehöriger untereinander, die sich innerhalb dieser Veranstaltungen zusammenfinden.

Von den Ärzten wird als wichtig empfunden, dass das CFD sich der Entschreckung des Themas Demenz annimmt und somit auch eine Integration der MmD in die Gesellschaft erreicht. Beispielsweise wird eine Kunstausstellung zum Thema Demenz in einem Einkaufszentrum genannt, bei der ein anderer Blick auf die Krankheit gewonnen werden kann. Die befragten Ärzte geben zudem an, dass eine Sensibilisierung gegenüber dem Thema Demenz in der Öffentlichkeit erreicht wird, unter anderem durch Zunahme der medialen Präsenz des Themas: „*Ja, ist ja durchaus auch in den Zeitungen präsent gewesen, die kein Abonnement erfordern, die so automatisch in den Haushalt kommen. Insofern glaube ich schon, dass die da eine entscheidende Bedeutung haben, da wird ja auch über Veranstaltungen informiert.* […] *Das nimmt man schon wahr, mehr als früher, als es sowas noch nicht gab*" (Interview 25).

Insgesamt überwiegen bei der Sichtweise der befragten Ärzte die Stärken des CFDs. Die Arbeit des CFDs wird als wichtig empfunden und sollte nach Ansicht der Befragten weitergeführt werden: „*Die Arbeit des CFD ist wichtig als zentrale Stelle der Planung und Koordinierung, der Vernetzung und auch Aufrechterhaltung. Wir würden uns vielleicht schon als AG weitertreffen, aber das würde dann irgendwann einschlafen* […] *Es muss jemand in die Hand nehmen, es muss jemand pflegen, es muss jemand organisieren, was wir an Arbeitsthemen haben, die Aufträge verteilen, die Arbeit auf verschiedene Schultern verteilen, sozusagen das Konzept der kompletten Umsetzung der Arbeit, das muss eben aus einer Hand heraus geschehen*" (Interview 22).

In diesem Zusammenhang wird das CFD außerdem als wichtige Anlaufstelle für den Umgang mit schwierigen Situationen mit MmD gesehen. „*In der Öffentlichkeit ist das mittlerweile angekommen, dass das Zentrum Anlaufstelle ist vor allem für schwierige Fälle, das darf man ja auch nicht vergessen… wir haben ganz schwierige Fälle, wo sich die Mitarbeiter vom Zentrum sich wirklich richtig reinknien, Hausbesuche machen, mit ganz viel Geduld erstmal versuchen, die Akzeptanz zu schaffen, dass die Betroffenen irgendwas ändern, dass überhaupt Hilfe installiert werden kann*" (Interview 22).

Außerdem wird die Zusammenarbeit mit dem CFD von den Ärzten als positiv erlebt, was vor allem in den Mitarbeiterinnen des CFD begründet liegt: „*Einmal die hochgradige Qualifikation der Frau X, die das ja leitet, also auf dieser Stelle sitzt, einfach langjährige Erfahrung hat, sich immer weitergebildet hat* […]. *Die einen unheimlichen Erfahrungsschatz hat, auch selber im Umgang mit Demenzpatienten und ein unglaublicher Erfahrungshorizont im Organisieren von Veranstaltungen und Vernetzungen. Also einmal die inhaltliche Seite und dann die strukturelle Seite, wo ich glaube, dass sie beides in ihrer Person unheimlich gut vereinigen. Unheimlich konsequent in der Umsetzung…ein sehr zuverlässiger Partner inhaltlich und organisatorisch* […]. *Die Frau X ist hier ein Begriff, man kennt sie* […] *wir können schnell Synergien finden in der Zusammenarbeit. Ich finde die Zusammenarbeit einfach* […] *unheimlich strukturiert und effektiv*" (Interview 22).

Als Schwächen wird die Vernetzung innerhalb der regionalpolitischen Ebene angesprochen, welche sich auf Grund als schwierig darstellt. „*Ich glaube, was schwierig ist, ist die Vernetzung in die regionalpolitische Ebene, eigentlich ist die ja gegeben in der Kreispflegekonferenz, aber da haben wir immer wieder Hürden zu meistern, weil die regionalpolitischen Mühlen da einfach sehr langsam mahlen*" (Interview 22).

Als zukünftige Aufgabe des CFD wird von einem der befragten Ärzte der Aspekt von Beratung als zentral gesehen: „*Beratung ist ganz wichtig; die Angehörigen wissen oft gar nicht, welche Hilfen sie in Anspruch nehmen, ganz praktische Dinge, z. B. Fußmatten, aber auch finanzielle Dinge. Das ist wichtig, dies im persönlichen Kontakt zu machen (nicht nur per Internet). Wichtig sind auch die niederschwelligen Dinge und Veranstaltungen*“ (Interview 24). Ein weiterer Arzt schlägt eine stärkere Vernetzung von Angehörigen vor. In diesem Zusammenhang sollte eine niedrigschwellige Plattform für den Erfahrungsaustausch zwischen den Angehörigen installiert werden, von der Angehörige gegenseitig voneinander profitieren können. Ein anderer befragter Arzt benennt als Zukunftsperspektive die Beendigung der bestehenden Projekte und empfiehlt, keine neuen Aufgaben mehr zu beginnen: „*Man kann keine neuen Aufgaben mehr angehen, im Prinzip, das was schon existiert weiterführen* […] *Die Konsolidierung dessen was besteht und die Stabilisierung*“ (Interview 22). Gleichzeitig wird die Weiterführung bestehender Strukturen als wichtig betont: „*Es muss einen geben, der die Dinge koordiniert. Das kann man nicht in fünf Hände verteilen, das ist meine felsenfeste Überzeugung, selbst wenn wir uns das aufteilen würden, ist es nicht mehr das gleiche an Effektivität und Zielgerichtetheit, weil eben der eine, der das koordiniert das nicht mehr im Überblick hat*“ (Interview 22)[9].

Perspektive der Angehörigen

Durch die Diagnose Demenz seiner Ehefrau kommt der befragte Angehörige mit dem CFD bzw. eines Vorläuferprojektes des CFD in Kontakt. Er wird dort über Angehörigenschulungen und Veranstaltungen des CFD informiert.

Der befragte Angehörige nimmt eine Verbesserung der Versorgungsstruktur für MmD durch das CFD und seine Vorläuferprojekte wahr: „*Es hat sich auf jeden Fall gut entwickelt, 2010 oder 2011 hatten wir etwa 50 oder 60 Demenzkranke hier, ich weiß das nicht mehr auswendig und etwa 15 oder 16 ehrenamtliche Helfer, die stundenweise kamen und einfach die Betreuer mal vertreten haben und das wurde zum Teil von diesem Zentrum organisiert und gemanagt* […] *So war es mir halt möglich, dass ich lange Zeit Dienstagabend zu meinem Skatspiel und Donnerstagmorgen zu meinem Tennisspiel gehen konnte. Ich habe das genossen, und ich empfand das sehr hilfreich*“ (Interview 20).

Der Angehörige erlebt eine Sensibilisierung der Gesellschaft für das Thema Demenz: „*Wenn die größeren Kreise und die Gesellschaft sensibilisiert wird und das ist ja schon wesentlich besser als noch vor 10 Jahren, wesentlich besser* (Interviewer: Hat das CFD dazu beigetragen?). *Wesentlich, wer denn sonst?!“. Es hat einen Beitrag geleistet, die Gesellschaft zu sensibilisieren*“ (Interview 20).

Eine verbesserte Vernetzung der Akteure und Akteursgruppen wird von dem befragten Angehörigen insofern wahrgenommen, dass das CFD ihm die richtigen Ansprechpartner für seine verschiedenen Anliegen direkt benennen kann: „*Ich habe gefragt und mir wurde mitgeteilt, wo ich hingehen kann, zum Beispiel, wenn ich meine Frau zur Tagespflege bringen möchte. Das sind ja alles Dinge, wenn man dieser Sache nicht konfrontiert ist und gar nichts weiß.* […] *Am Anfang ist man völlig, sagen wir ich war völlig überfordert. Diese Dinge erfährt man dann, was man machen kann und welche Möglichkeiten es gibt.* […] *Diese Dinge habe ich von dem Fachzentrum erfahren, auf informellen Veranstaltungen, und das war für mich extrem hilfreich*“ (Interview 20).

In Hinblick auf die Stärken des CFD äußert sich der Befragte insgesamt sehr positiv. „*Ich kann insgesamt nur sagen, es ist bestens, ich habe die größtmögliche Unterstützung erhalten*“ (Interview 20). Sein subjektives Empfinden einer Schwäche des CFDs ist die Anbindung des Projektes an die Caritas, Hierfür gibt für ihn die Preispolitik der Caritas den Ausschlag. Außerdem wird die Projekthaftigkeit des CFD als eher negativ bewertet. Das Zentrum sollte nach Meinung des Angehörigen projektunabhängig weitergeführt werden: „*Vielleicht den Leuten etwas gerne mehr Freiraum geben. Wissen Sie, solange – sagen wir, Freiraum ist der falsche Ausdruck. Ich kann eine großartige Organisation ma-*

[9] Dieses Zitat wird mehrfach zur Verdeutlichung herangezogen. Dabei ist die gleiche Aussage in unterschiedlichen Kontexten relevant.

chen, und mache jede zwei Jahre ein neues Pilotprojekt. Das ist nicht so gut. Man sollte einmal bleiben und das Projekt dann einfach als – dann brauche ich es nicht mehr als Projekt führen, sondern als etabliertes Vorgehen und da weiter machen. Ich bin ein großer Befürworter, dass diese Dinge lokal gemacht werden und wenn man das immer noch höher ansiedelt usw., dann wird's halt weniger, vielleicht weniger gerecht dem Einzelnen" (Interview 20).

Eine zukünftige Aufgabe des CFDs sollte nach Ansicht des Angehörigen sein, die Anzahl der lokalen Zentren zu vergrößern. „*Früher im Dorf hat jeder gewusst, dass die Oma da hinten nicht ganz so und da hat sich eigentlich im gewissen Sinn das ganze Dorf drum gekümmert, oder hat das einfach, hat schon gewusst, wenn die da runter geht, dann geht sie dahin, und weiter darf sie nicht gehen, da hat sie wieder jemand eingefangen, oder so. Ich mein, ich sage das jetzt einfach, so war das eben, wenn man das in irgendeiner modernen Form wiederholen könnte, wäre ideal.* [...] *Sowas in irgendeiner Form lokal zu machen, wäre für mich die Idealvorstellung*" (Interview 20).

3.2.3 Innenperspektive auf das CFD

Die Innenperspektive auf die Arbeit des CFD als auch das Projekt insgesamt wird mit den Mitarbeiterinnen des CFDs zunächst durch einen deskriptiven Teil evaluiert. Hierbei werden die Kategorien „Erwartungen und Motivation", „hemmende bzw. fördernde Faktoren", „Nutzen für MmD und ihre Angehörigen" und „Akteure zur Nachhaltigkeit" vorgegeben, zu denen jede Mitarbeiterin aus ihrer persönlichen, landkreisbezogene Perspektive Stellung nimmt. Daran anschließend werden die Ergebnisse des deskriptiven Teils in der Gruppe diskutiert. Die Ergebnisse können mit leicht unterschiedlichen Akzentuierungen landkreisübergreifend verstanden werden (vgl. Abbildung 6).

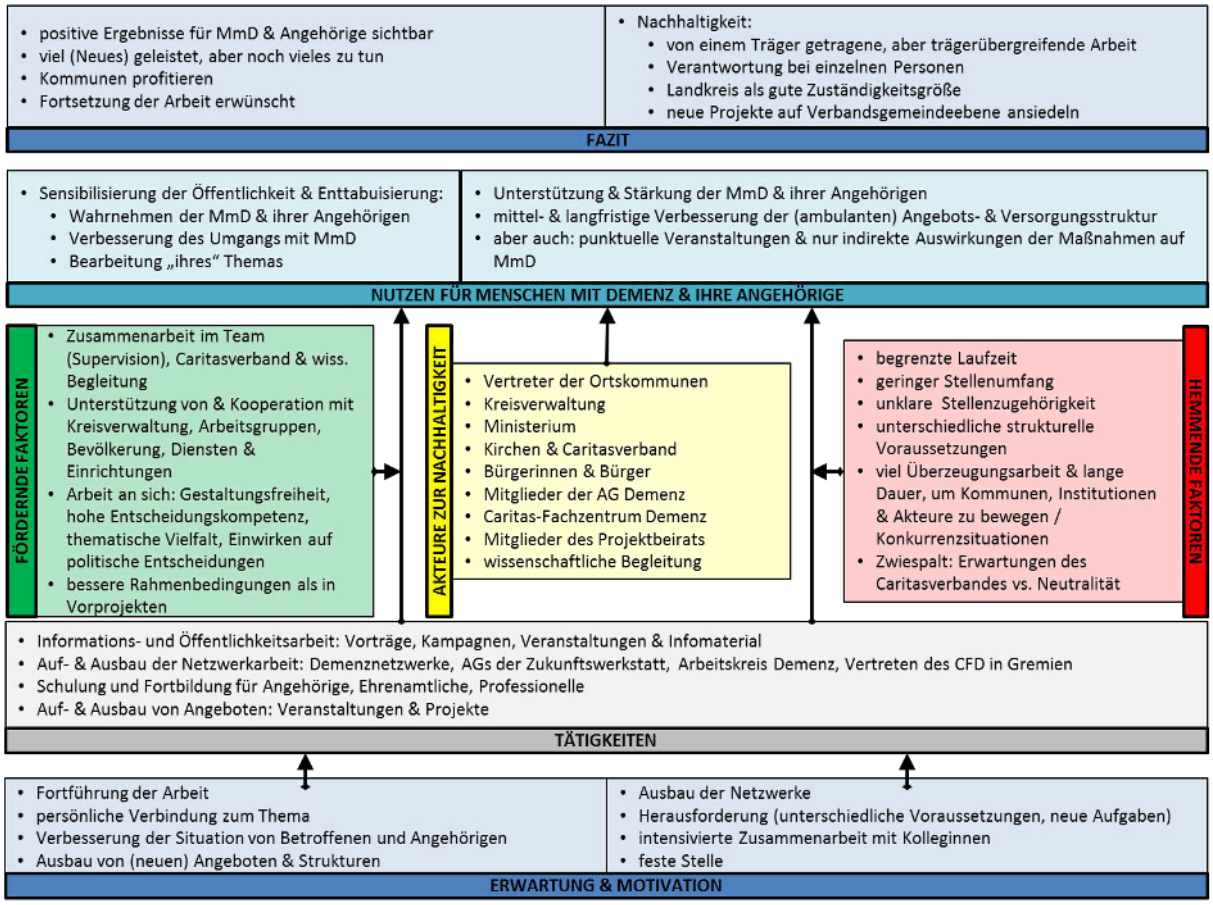


Abbildung 6: Ergebnisse der Innenperspektive auf das Projekt CFD

Erwartungen & Motivation

Die Mitarbeiterinnen sind alle sehr motiviert, im Projekt CFD zu arbeiten, nicht nur weil dies eine sichere Arbeitsstelle für drei Jahre in Aussicht stellt. Für einen Teil bedeutet es die Fortführung bereits sechsjähriger Arbeit am Thema Demenz: „*Für mich war es ja jetzt eine Weiterführung der bisherigen Arbeit mit anderen Schwerpunkten*“ (Interview 26). Hierbei ist es bei allen Mitarbeiterinnen von Bedeutung, dass sie das Thema für wichtig erachten und daher eine verbesserte Situation für MmD und ihre Angehörigen erreichen möchten. Durch die bereits geleistete Vorarbeit können bestehende Strukturen weiter ausgebaut und begonnene Projekte und Kooperationen fortgesetzt werden. Ein wichtiger Punkt für alle Mitarbeiterinnen ist die Netzwerkarbeit, insbesondere im Entstehen und dem Ausbau der Demenznetzwerke: „*Also Freude macht mir [...] diese Netzwerkarbeit, da merke ich, wir hatten gestern wieder Netzwerktreffen, die Vorbereitung und die Koordination und die Moderation, das läuft, finde ich, mittlerweile richtig gut, da ist- da kommen immer wieder neue Netzwerkpartner dazu und da ist eine gute Zusammenarbeit auch im Netzwerk. Und da denke ich, da ist auch viel schon bewirkt für den Landkreis*“ (Interview 26).

Da in nur zwei der vier Landkreise bereits Vorprojekte existierten, gehen die Mitarbeiterinnen zum Teil mit gemischten Gefühlen in die Arbeit: „[…] *mir ist ganz am Anfang sehr bewusst geworden, wie groß doch die unterschiedlichen Voraussetzungen unserer Arbeit ist, unsere Fachstellen waren und sind. Ein bisschen erschlagen oder ein bisschen Bedenken hatte ich ‚Bist du dieser Situation gewachsen?‘, ‚Bist du da an der richtigen Stelle?‘*“ (Interview 26). Die Zielsetzungen des Projektes gelten landkreisübergreifend, wobei die Arbeit in den Landkreisen mit unterschiedlichen Stellenumfängen und heterogenen strukturellen Rahmenbedingungen geleistet werden muss.

Dennoch betonen alle, dass insbesondere die intensivierte Zusammenarbeit mit den Kolleginnen ein Plus bedeutet, sowohl für die persönliche Arbeit aber auch die Arbeit am Thema. Hier kann jede von der anderen profitieren; Wissen und Erfahrungen können geteilt werden. Außerdem wird die Arbeit dadurch verbindlicher und strukturierter wahrgenommen. „*Was für mich sehr gut war, die Zusammenarbeit mit den Kolleginnen, weil ich in dem ersten Projekt ja mehr oder weniger für mich alleine gearbeitet habe, ich hatte so punktuell Kontakt zu XX* [Name einer Mitarbeiterin, C. B.] *und wir haben uns mal gesehen, aber ansonsten war da kein Kontakt. Und ich denke, da ist jetzt eine andere Zugkraft hinter und eine andere Verbindlichkeit für mich selber auch, sag ich mal, mich nicht so zu verzetteln, sondern mehr zu kucken, was sind die fest vereinbarten Projektinhalte und in der Auseinandersetzung, im Austausch mit den Kolleginnen oder auch im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung wird man da ja immer wieder darauf zurückgeführt. Und das finde ich hilfreich für mich, um mich selber auch zu organisieren*“ (Interview 26).

Tätigkeiten

Die Aufgaben und Tätigkeitsbereiche orientieren sich zum einen natürlich an den Projektzielen, zum anderen an den strukturellen Vorbedingungen. In den beiden „neuen“ Landkreisen stehen zunächst die grundlegenden Aufgaben wie Knüpfen von Kontakten und Gründen von Demenznetzwerken und AGs im Vordergrund. In Landkreisen mit Vorläuferprojekten kann eine Schwerpunktsetzung in der Arbeit festgestellt werden, beispielsweise in der Annahme der Themen „Demenz im Krankenhaus“ oder „Menschen mit beginnender Demenz“. Schulungen und Fortbildungen für Einrichtungen im Pflege- und Gesundheitswesen, für Polizei und Banken oder Angehörige werden in allen Landkreisen durchgeführt. Ebenso gehören Veranstaltungen für MmD und Angehörige zum Programm wie auch die Bearbeitung einzelner Themen in Projektform, insbesondere hervorgegangen durch die Zukunftswerkstätten. Gerahmt wird die Arbeit durch ständige und grundlegende Öffentlichkeitsarbeit mittels Vorträgen, Veranstaltungen und dem Erstellen von Informationsmaterial.

Fördernde Faktoren

Als eine der fördernden Faktoren wird die bereits beschriebene Zusammenarbeit im Team der Mitarbeiterinnen wie auch in den jeweiligen Caritasverbänden benannt. Hierzu zählt ebenso die regelmäßig stattfindende Supervision als auch der fachliche Austausch mit der WB: „*Mir hat auch so diese Zusammenarbeit in dem Projektteam, ergänzend mit wissenschaftlicher Begleitung und Supervision auch sehr gut gefallen.*“ (Interview 26). Gerade diese Punkte werden auch als verbesserte Rahmenbedingungen im Vergleich zu den Vorläuferprojekten gesehen. Nicht nur die Zusammenarbeit im Kolleginnenkreis, sondern auch die Kooperation mit der Verwaltung oder mit Diensten und Einrichtungen des Pflege- und Gesundheitswesen, die Zusammenarbeit in den AGs als auch die mit ehrenamtlich und bürgerschaftlich engagierten Personen werden als positive Faktoren bewertet, wenn sich natürlich auch einzelne Kooperationsprozesse als schwierig gestalten können.
Insgesamt sehen die Mitarbeiterinnen als fördernde Elemente des Projekts die hohe Gestaltungsfreiheit und Entscheidungskompetenz in ihrer konkreten Arbeit, die ihnen seitens der Caritasverbände gegeben werden. Daraus resultiert ein breites Themenspektrum, das bearbeitet werden kann, was ebenfalls als begünstigender Faktor erlebt wird.
Schließlich kann durch die Präsenz und Wirkung des CFDs an sich viel zum Thema Demenz geschaffen werden:„ […] *dass eine andere Zugkraft hinter dem Thema steht, dass auch, das ist sehr deutlich, von Seiten der LZG, auch jetzt Expertengremium, das wir im Ministerium andere Chancen haben als Fachzentrum das Thema voranzubringen, aus der Praxis einzugeben, Berichte und da politisch auch anderes zu bewirken*“ (Interview 26).

Hemmende Faktoren

Die unterschiedlichen strukturellen Voraussetzungen werden als eher hemmend gesehen, wenn es darum geht, die Projektziele flächendeckend umzusetzen. Hinzu kommen unterschiedliche, z. T. als sehr gering wahrgenommene Stellenumfänge, die die quantitativ und qualitativ hohe Zielsetzung zu erreichen, erschweren. Da die Arbeit am und im CFD als Projekt konzipiert ist, ist die Laufzeit begrenzt, was ebenfalls als hemmend in der Arbeit erlebt wird. Gerade in der intensiven Netzwerkarbeit, bei der lange Zeiträume von Nöten sind, um Kontakte und Vertrauen aufzubauen, erschwert dies die Arbeit: „*Die Entscheidungsprozesse dauern sehr lange, bis sich mal ein Pflegedienst entscheidet so ne Betreuungsgruppe – das sehe ich ja Caritas-intern schon, das sind ja- da vergeht ja locker ein Jahr, obwohl die gar nicht viel investieren müssen und so. Also das sind so Sachen, und die machen wir ja nicht schneller*“ (Interview 26). Es muss zudem viel Überzeugungsarbeit geleistet werden, um Kommunen, Institutionen und am Thema beteiligte Akteure zur Zusammenarbeit zu bewegen. Hier spielen auch mitunter Konkurrenzsituationen eine Rolle: „[…] *das ist ganz klar eine Konkurrenzgeschichte. Ich versuche das so ein bisschen für mich persönlich aufzulösen, indem, eben wie Netzwerkarbeit, gestern war wie gesagt Netzwerktreffen und dann erwähnt der Mitarbeiter des PSP, der eben Mitarbeiter des Roten Kreuzes ist, ‚Ja, in dem anderen Netzwerk...‘ also, da ist ganz klar, das geht ganz klar in diese Richtung*“ (Interview 26).
Hinzu kommt für manche Mitarbeiterinnen, dass sie ihre Stellenzugehörigkeit bzw. ihr Aufgabengebiet als unklar erleben, da die meisten einen Teil ihrer Stelle im CFD, einen anderen z. B. im PSP haben. Dadurch stehen Aufgabenbereiche mitunter in Konkurrenz zueinander: „[…] *wobei ich da bis zum heutigen Tage noch dem ... ein bisschen nachtrauere, dass halt eben, die Klienten, die Einzelfallarbeit, so eigentlich komplett rausgefallen ist. Man hat sich natürlich so kleine Baustellen offen gehalten* […] *Und in Bezug der Umstrukturierung ist ja dann diese Einzelfallhilfe rausgefallen, das ist immer noch nicht so transparent*“ (Interview 26). Hier spielt auch eine Rolle, dass manche den Spagat zwischen dem neutralen CFD, welches Angebote und Dienste trägerunabhängig miteinander vernetzt und dem gleichzeitigen Angebundensein an die Caritasverbände als zwiespältig erleben. Zudem bedeuten unterschiedliche Erwartungen der jeweiligen Caritasverbände eher einen hemmenden Faktor.

Notwendige Akteure zur Nachhaltigkeit

Als relevante Akteure im und auf das CFD sowie allgemein auf das Thema Demenz bezogen nennen die Mitarbeiterinnen landkreisübergreifend die Vertreter der Politik und Verwaltung wie Ortskommunen, Kreisverwaltungen und Ministerium, Kirchen und Caritasverbände, bürgerschaftlich und ehrenamtlich engagierte Personen, Mitglieder der AG Demenz, das CFD selbst, die Mitglieder des Projektbeirats wie auch die WB. Die beiden letztgenannten Akteure sind insbesondere notwendig, für das CFD als Projekt. Steht im Vordergrund, das Thema Demenz nachhaltig bearbeiten und wachhalten zu können, sind vor allem Politik, Bürger und Kirchen gefragt. Das CFD dient hier als Schnitt- und Koordinierungsstelle, wie es auch in der Projektbeschreibung skizziert wird. Um nachhaltig am Thema arbeiten zu können, erachten die Mitarbeiterinnen zentral zuständige Personen als notwendig: „*Und für die Zukunft würde ich mir wünschen, dass diese Arbeit auf jeden Fall in der jetzigen oder ähnlichen, etwas veränderten Form auch weitergeführt werden kann und ich glaube auch, dass es wichtig ist, dass die Verantwortung bei einzelnen Personen liegt und auch von einzelnen Personen geführt wird* […] *Ich bin auch der Meinung, dass die Arbeit mit Personen verknüpft sein muss.* […] *Wenn jetzt alles auseinander gepflückt würde, denke, dann ist, dieser Überblick über das Ganze fehlt einfach, wenn jetzt auf mehrere Personen verteilt wird, dann steht man da, dann ist nirgendwo eine Federführung bei diesen ganzen Sachen und es ist einfach noch viel Arbeit, die auf uns wartet, viele Ideen, die noch verwirklicht werden können*“ (Interview 26).

Nutzen für Menschen mit Demenz & Angehörige

Durch die zahlreichen und regelmäßig stattfindenden Veranstaltungen und Schulungen, aber auch durch Netzwerkarbeit und insbesondere die Zukunftswerkstätten zum Thema DfK kann zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit dem Thema Demenz gegenüber beigetragen werden. Dadurch gelangt das Thema allmählich aus der Grauzone und verliert sowohl an Tabu als auch an Schrecken. Dennoch sehen die Mitarbeiterinnen hier Bedarf, weiterhin Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben: „*Ich denke, uns ist für eine bestimmte Zeit wichtig gewesen dieses Thema in den Vordergrund zu setzen, wobei jetzt erst nach und nach wissenschaftliche Ergebnisse kamen, übers Verhalten von Demenzkranken usw. über deren Bedürfnisse und Möglichkeiten der Kommunikation und die müssen ja noch transportiert werden, das wissen ja noch nicht alle Leute. Gerade- die Aufgabe wird immer bleiben, auch das für Angehörige, für die Öffentlichkeit, für Nachbarn zu transportieren und immer wieder neu, sag ich mal, die Polizei zu informieren, weil es kommen neue Leute dazu*“ (Interview 26). Hier wird auch deutlich, dass sich durch Aufklärung und Information zum Thema Demenz der Umgang mit diesen Menschen verbessert, wenn dies auch ein allmählicher Prozess ist, der längst noch nicht abgeschlossen ist.
Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung scheint es jedoch nicht auszureichen, nur das Thema Demenz zu bearbeiten, sondern dieses in den gesellschaftlichen Gesamtzusammenhang zu setzen: „*Ich würde es schon so sehen, dass bei der Entwicklung, die zu erwarten ist, dass das Thema Demenz nicht verallgemeinert werden sollte. Es sollte seinen eigenen Stellenwert behalten, aber integriert mit der Thematik ‚älter werden‘, ‚demografischer Wandel‘* […] *der Fokus wird auf MmD gerichtet, aber es werden alle älteren Menschen mit berücksichtigt. Und das finde ich, sollte auch das Ziel sein*“ (Interview 26) Hierbei wird abermals deutlich, dass das Thema noch nicht ausreichend bearbeitet ist, sondern weiterhin als Schwerpunktthema gesehen werden sollte.
Durch die bereits gelungene Öffentlichkeitsarbeit werden MmD und Angehörige sowohl hinsichtlich ihrer Probleme aber auch Ressourcen mehr wahrgenommen. Dadurch kann auch ihre Situation zum Teil verbessert werden, indem sie Hilfestellung und Zuwendung erleben: „[…] *die Arbeit selber hat sich durchaus gelohnt. Und Angehörige, Betroffene erfahren auf verschiedene Art und Weise viel Unterstützung*“ (Interview 26). Grundsätzlich sehen die Mitarbeiterinnen eine verbesserte Versorgung- und Betreuungssituation der MmD und ihrer Angehörigen, insbesondere im ambulanten Bereich. Mehr und andere Angebote machen zu können, gelingt letztlich durch die optimierte Zusammenarbeit und Kooperation über Netzwerke und AGs: „*Es gibt da eine gute Zusammenarbeit mit allen Einrich-*

tungen und Diensten und das ist natürlich im Sinne der Arbeit sehr förderlich und kommt eben letztendlich den Betroffenen dann auch zu Gute" (Interview 26).

Schließlich wird der Erfolg der Arbeit des CFDs für MmD und ihre Angehörigen gesehen, dennoch kann sie mit Ende des Projekt 2014 nicht als abgeschlossen angesehen werden: „*Also von daher ja, wäre auch mein Wunsch, wir könnten unsere Arbeit weiterführen und für die Betroffenen und Angehörigen noch mehr bewirken*" (Interview 26).

Fazit der Mitarbeiterinnen

Die Mitarbeiterinnen ziehen wie gerade ausführlich beschrieben ein positives Fazit, wenn es um die Verbesserung der Situation von MmD und ihrer Angehörigen geht. Sie räumen allerdings auch ein, dass dies oft eine punktuelle und noch keine strukturelle Verbesserung bedeutet: „*Sie haben danach gefragt, wer profitiert? MmD sicherlich, in dem Augenblick, in dem wir nette Veranstaltungen machen, und die selig da sitzen und zufrieden sind und auch die Angehörigen, wie morgen haben wir jetzt Tanzveranstaltung, klar für den Moment profitieren die*". Dies zielt auch darauf ab, dass einerseits vieles, auch Neues geleistet wurde, aber eben auch noch vieles zu tun bleibt: „ […] *es hat einfach Spaß gemacht, neue Dinge auszuprobieren bzw. zu aktivieren, ja und ich denke, wir haben einiges geschafft, wir haben aber auch vieles noch nicht geschafft*" (Interview 26). Daher wünschen sich alle Mitarbeiterinnen, ihre angefangene Arbeit in dieser oder ähnlicher Weise fortsetzen zu können: „[…] *ich mache diese Arbeit sehr gerne und sehe auch, das im Landkreis* […] *einiges bewegt wurde und auch im Rahmen der Zukunftswerkstatt sind nochmal, neue Akzente konnten gesetzt werden, die auch auf gutem Wege sind und, auf ein Fazit gebracht: die Arbeit selber hat sich durchaus gelohnt.* […] *Und für die Zukunft würde ich mir wünschen, dass diese Arbeit auf jeden Fall in der jetzigen oder ähnlichen, etwas veränderten Form auch weitergeführt werden kann*" (Interview 26).

Durch verbesserte (Versorgungs-)Strukturen profitieren nicht nur MmD, sondern auch diejenigen, die für diese Strukturen verantwortlich sind: „*in letzter Konsequenz ist das auch ein Ersparnisfaktor für die Kommune, weil die ambulante Versorgung wird auch da durch die Arbeit des Projektes maßgeblich mitgetragen und unterstützt*" (Interview 26).

Nachhaltigkeit ist das zentrale Thema im CFD, insbesondere, wenn es um die Perspektiven der Arbeit des CFDs und des Themas Demenz an sich geht. Hierbei ist wichtig, dass zwar das CFD von einem Träger wie z. B. dem Caritasverband getragen wird. Allerdings ist Neutralität in der Arbeit genauso wichtig, damit die Arbeit von Bürgern und Kooperationspartnern ernst und angenommen wird: „ […] *es fragt keiner, die wissen alle, dass ich beim Caritasverband arbeite, aber das spielt keine Rolle mehr. Die nehmen mir das schon ab, dass ich trägerübergreifend arbeite und da nicht irgendwie bevorzuge oder benachteilige, und Kontakte sind ja auch da. Die spielen keine Rolle mehr in der Besetzung von Fortbildung, da sind von allen Trägern Leute drin* […] *Also gerade wenn wir darüber sprechen, wie ist es zukunftsorientiert, also was, dann ist das der Weg auch, dass wir sagen, wir arbeiten in der Sache, übergreifend. Diensteübergreifend, trägerübergreifend und dass das Thema im Vordergrund steht. Und das würde ich mal behaupten, wird uns auch abgenommen, in allen Bereichen*". Wichtig ist, wie es auch bereits unter dem Punkt „Akteure zur Nachhaltigkeit" angesprochen wurde, dass Verantwortungsbereiche an einzelne Personen gekoppelt sind, die dann für diesen Bereich zuständig sind und ihn koordinieren.

Gefragt nach einer guten Zuständigkeitsgröße für die Arbeit einzelner Personen im CFD wird folgende Aussage getroffen: „*Also ich würde auch eher den Landkreis favorisieren* […] *Wobei für die Umsetzung, wie XX* [Mitarbeiterin des CFD, C. B.] *es grade sagte, für neue Projekte denke ich, ist die VG. Wenn wir jetzt irgendetwas ausprobieren wollen, würde ich erst mal, grade wenn man Bürger einbeziehen möchte, wie wir jetzt mit der Zukunftswerkstatt, dann ist die VH eher eine Größe*" (Interview 26). Hier wird deutlich, dass unterschieden werden muss zwischen operativen Aufgaben, die gut in der VG angesiedelt sind und strategischen Entscheidungen, die auf den Landkreis ausgerichtet sein müssen.

4 Inhaltliche Verknüpfung der beiden Bausteine 1 und 2

Die WB hat den Auftrag, das Projekt zu evaluieren und fachlich zu begleiten. Aus letzterem leitet sich ab, das Projekt in einem größeren Kontext zu verorten. Dies geschieht, um zum einem dem wissenschaftlichen Auftrag gerecht zu werden. Zum anderen ist dies notwendig, um das Projekt strategisch auszurichten und Empfehlungen für die Weiterführung begonnener Strukturen, Initiativen und Aktionen aussprechen und einordnen zu können. Aktuell eignen sich hier die Diskussionen und Bestrebungen zur DfK als geeigneter Rahmen. Nicht nur aus dem Gedanken der beim Thema Demenz relevanten Netzwerkarbeit heraus ist dieser Aspekt lohnenswert, sondern auch, um die Perspektive der MmD in den Fokus zu rücken.
Der Aspekt der Versorgung und der Verbesserung von (ambulanten) Strukturen bildet einen Schwerpunkt im CFD. Dies ist jedoch nur eine Seite, wenn es um die Verbesserung der Situation von MmD insgesamt geht. Hier spielt vor allem die Haltung dem Thema und den Menschen und ihren Angehörigen gegenüber eine wichtige Rolle. Zur Verdeutlichung hierfür seien die Leitsätze des „Esslinger Aufrufs“, entstanden im Rahmen der Veranstaltung „Aufbruch! In unserer Kommune: gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz“ der Aktion Demenz e.V. (2008) zitiert:

1. MmD sind Bürger
2. MmD gehören dazu
3. MmD haben Rechte
4. MmD gehen uns alle an
5. MmD brauchen unsere Phantasie

Die Einstellung und Ansichten dem Thema Demenz gegenüber zu ändern, das Tabu aufzubrechen und eine positive Haltung den Menschen gegenüber zu entwickeln, ist zentrales Bestreben bei der Initiierung von DfKs. Diese Erkenntnis wird unter anderem durch die Ergebnisse der Experteninterviews gewonnen. Auf Basis dieser Experteneinschätzungen wird bereits zu Beginn des Projekts das CFD mit dem Thema der DfKs in Verbindung gebracht. Daraus ergeben sich auch die Auftaktveranstaltungen zur Initiierung der DfKs in vier VGs. In Abbildung 7 wird der Zusammenhang zwischen dem CFD und dem Thema der DfK verdeutlicht.

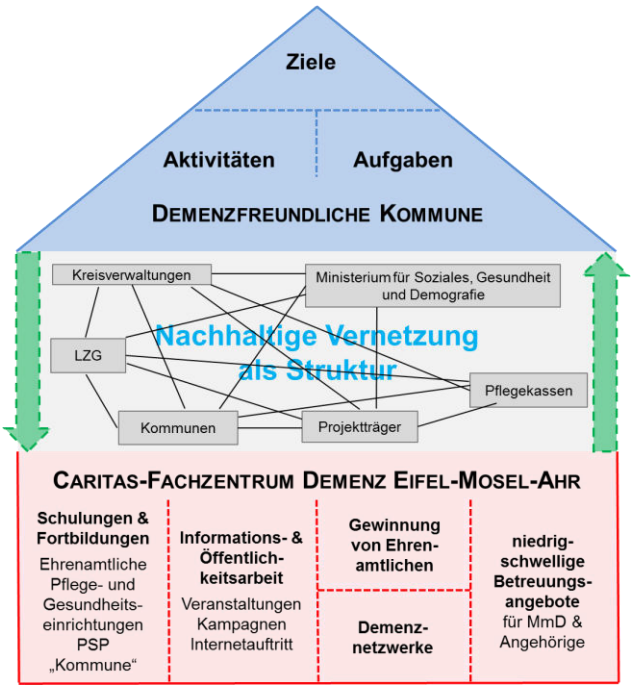


Abbildung 7: Grundgedanke „Verknüpfung des Projekts mit dem Thema DfK“

Die Idee der DfKs fungiert als Dach, unter dem die Aktivitäten des CFD gebündelt und ausgerichtet werden. Gleichzeitig kann durch die Auftaktveranstaltungen der Netzwerkgedanke aufgegriffen und praktisch umgesetzt werden. Nur durch strategisch orientierte Tätigkeiten innerhalb des CFD – gegeben durch den Gedanken der DfK – kann eine nachhaltige Arbeit am Thema Demenz gewährleistet werden.

5 Wissenschaftliche Gesamteinschätzung

Die Ergebnisse aus den Kapiteln 3.2.1, 3.2.2 und 3.2.3 werden dort zunächst rein deskriptiv dargestellt. In diesem Teil erfolgt eine Einschätzung aus wissenschaftlicher Perspektive, um die Bedeutung der unterschiedlichen Aussagen zum Projekt einordnen und mögliche Schlussfolgerungen daraus ziehen zu können. Letzteres bildet die Grundlage für die in Teil III ausgesprochenen Empfehlungen.

5.1 Einschätzung der Ergebnisse

Dimension „Startvoraussetzungen“

Insgesamt sind die Startvoraussetzungen ambivalent einzuschätzen. Einerseits konnte das Projekt an Vorerfahrungen anschließen, hier insbesondere an eine bereits etablierte personelle Struktur und entsprechende Kompetenzen. Andererseits war das Projekt von Anfang an durch eine sehr komplexe und umfangreiche Zielausrichtung „überladen“. Eine Fokussierung auf bestimmte Aufgaben und Schwerpunktsetzungen bereits zu Beginn wäre sinnvoll gewesen.

Dimension „Stärken“

Positiv hat sich vor allem das Engagement der Mitarbeiterinnen des CFD, die weitere Vernetzung und die differenzierte Bearbeitung des Themas „Demenz“ in der Öffentlichkeit ausgewirkt. Der professionelle Hintergrund und die große Erfahrung der einzelnen Akteure haben entscheidend zum Gelingen des Projekts beigetragen. Mit den Zukunftswerkstätten war es möglich, an bestehende Aktivitäten anzuknüpfen, das bürgerschaftliche Potenzial zu nutzen und die lokale Ebene stärker mit einzubeziehen.

Dimension „Schwächen“

Negativ muss der geringe (und unterschiedliche) Stellenumfang der einzelnen Mitarbeiterinnen eingeschätzt werden, wodurch von Beginn an die Heterogenität in der Ausgangssituation verstärkt wurde. Erwartbar war die schwierige Zusammenarbeit mit den Hausärzten, die auch durch andere Projekte dokumentiert ist. Auch die Ressource „Ehrenamtlichkeit“ weist Grenzen auf. Typisch für dieses Projekt – aber auch für viele andere auch – ist ein sehr hohes Engagement aller Beteiligten in ihren Teilbereichen. Die Erarbeitung einer konzeptionellen Vision (auch über das CFD hinaus) konnte nur im Ansatz realisiert werden. Kritisch war lange Zeit die unklare Perspektive des Projekts, die auch zur Verunsicherung der Akteure beigetragen hat.

Dimension „Folgen und Zukunftsentwicklung“

Wichtig für die Zukunft ist eine einfühlsame Kommunikation dahingehend, dass die Lebensqualität auch für MmD erhalten bleiben kann. Diesbezüglich hat das Projekt viele gute Ansätze gezeigt und hat dazu beigetragen, dass das Thema „Demenz“ adäquat in der Öffentlichkeit vertreten wurde. Die strukturelle Problematik des Projekts war und ist offensichtlich. Hier wird dauerhaft nur die Einrichtung von Case- und Care Management-Stellen helfen, die Verantwortung für eine nachhaltige Netzwerkentwicklung übernehmen können. Dadurch wird es auch möglich sein, die kommunale Ebene (noch) stärker zu beteiligen, denn hier findet der Alltag der Betroffenen statt – und hier möchten sie wohnen bleiben. Es gilt also zukünftig die „sorgenden Gemeinschaften“ noch stärker, als dies bislang möglich war, in den Blick zu nehmen.

Versorgung von MmD und Angehörigen

Insgesamt ist die Versorgung von MmD (wenn wir nur einmal an die Initiativen der rheinland-pfälzischen Landesregierung und des Ausbaus der PSP denken) gut, jedenfalls im Vergleich zu anderen Bundesländern. Der über die rein medizinischen Fragen hinausgehende Beratungs- und Unterstützungsbedarf muss jedoch noch weiter ausgebaut werden. Die Akzeptanz der entsprechenden Schulungen, Weiterbildungen und psychosozialen Entlastungen (der Angehörigen) ist ein Hinweis dafür. Generell sollte der Fokus nicht allein auf den Umgang mit Einschränkungen und Verlusten durch die Demenz gelegt werden, sondern auch stärker Potenziale und Ressourcen akzentuiert werden. Das gilt auch für die Verbindung des Themas Demenz mit Kultur, Bildung und Freizeitangeboten (z. B. „Demenzcafés“, Tanzveranstaltungen etc.).

Zusammenarbeit von Akteuren / Akteursgruppen

Neben der generell positiven Einschätzung der Zusammenarbeit zwischen dem CFD und den verschiedenen Akteuren (Diensten, Einrichtungen, Kommunen) gibt es Verbesserungsbedarf, vor allem bezüglich der Kooperation mit (Haus)-Ärzten und Kliniken. Wichtig ist hier eine evidenzbasierte Information über medikamentöse und nicht-medikamentöse Interventionsverfahren bei MmD (auch über eine landesweite Kampagne, z. B. über die LZG) sowie eine stärkere Vernetzung der Arbeit des CFD mit den Kliniken.

Perspektive der Pflegestützpunkte

Bedeutsam für die Zukunft ist die Frage, wie die Zusammenarbeit zwischen CFD und PSP gelöst wird. Die stärker konzeptionell-strategischen Aufgaben des CFD können von den PSPs nicht übernommen worden. Andererseits dienen die PSP vielfach als Anlaufstellen für die Erstinformation, Beratung und Weitervermittlung. In jedem Fall macht eine abgestimmte, von den Aufgaben- und Kompetenzprofilen abgegrenzte und perspektivisch ausgerichtete Kooperation zwischen den genannten Institutionen Sinn. Die „Kümmererarbeit“ des CFD kann auf Grund der Ressourcen und der Struktur der PSPs nur bedingt (oder gar nicht) wahrgenommen werden.

Perspektive der Ärzte

Die Ärzteschaft nimmt die Arbeit des CFD kritisch und wohlwollend wahr. Vor allem die differenzierte Öffentlichkeitsarbeit, die Schulungen, der lokale Bezug, die Vernetzungsarbeit sowie die inklusive gesellschaftspolitische Ausrichtung werden wahrgenommen und als positiv beurteilt. Ein weiterer Austausch mit Ärzten und Fachärzten ist perspektivisch sinnvoll und notwendig.

Perspektive der Angehörigen

Seitens der Angehörigen werden die Angebote des CFD positiv eingeschätzt, vor allem die konkreten Unterstützungsangebote. Es wird auch – wie bei vielen anderen Befragten sehr deutlich – dass eine langfristige, auf Dauer und Perspektive angelegte Arbeit in hohem Maße wertgeschätzt wird. Auch der lokale und wohnortnahe Bezug der entsprechenden Aktivitäten ist für die Angehörige von großer Bedeutung, denn ihre Mobilität ist begrenzt.

Innenperspektive durch die Mitarbeiterinnen

Die Mitarbeiterinnen des CFD gehen mit dem Thema Demenz persönlich stark engagiert und fachlich hoch kompetent um. Dabei profitieren sie von bereits langjähriger Expertise im Feld wie auch z. T. von erarbeiteten Strukturen in Vorläuferprojekten. Verbesserungen für MmD und ihre Angehörigen können durch die Arbeit angestoßen werden – einer der wesentlichen Antriebe für die Mitarbeiterinnen – weshalb alle Mitarbeiterinnen eine Fortführung der Arbeit befürworten. Das Arbeiten im Team mit Kolleginnen wie auch die unterschiedlichen Unterstützungen (Supervision, WB als fachliche Beratung) wirken sich auf die Arbeit positiv aus, welche für eine solche Aufgabenstellung als fruchtbar und notwendig erscheinen.

Unterstützende Begleitmaßnahmen sind mitunter notwendig, ob z. T. unklarer Rollen durch gleichzeitige Arbeit im Fachzentrum (Koordination & Organisation auf strategischer Ebene) wie auch im PSP (Fallarbeit auf operativer Ebene). Schwierig gestaltet sich, wie bereits an anderen Stellen angesprochen, die starke Heterogenität in der Stellenbesetzung bei sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen in den Landkreisen und gleichzeitig aber nahezu selben Aufgabenbereichen und Erwartungen. Dies bringt Überforderung und Unsicherheit mit sich. Letztere wird auch durch die begrenzte Projektlaufzeit und unklare Situation danach bedingt. Dadurch wird die Nachhaltigkeit des Projekts geschwächt, insbesondere durch die dadurch erschwerte Zusammenarbeit mit Akteuren. Nicht zuletzt besteht durch die unklare Situation bei Projektende die Gefahr, die geleisteten Erfolge der Arbeit der Mitarbeiterinnen wie auch die Glaubwürdigkeit eines solchen Unterfangens wie das des CFDs zu schmälern.

Der Wechsel vom Case Management zum Care Management ist für Mitarbeiterinnen an manchen Stellen schwierig, auf Grund der angesprochenen Stellenzugehörigkeiten. Auch wenn selbstverständlich ein legitimes persönliches Interesse der Mitarbeiterinnen (Arbeitsplatzerhalt und -sicherheit) hinsichtlich der Fortführung des CFD besteht, schmälert dies nicht die Bereitschaft und das Engagement der Mitarbeiterinnen dabei, die Situation von MmD und ihren Angehörigen weiterhin verbessern zu wollen. Dafür wäre der Erhalt des CFD oder aber seine Überführung in ähnliche Strukturen notwendig. Hier wäre für alle Beteiligten eine von Beginn an stehende Idee, was bei Projektende geschehen sollte, wünschenswert und zielführend gewesen.

5.2 Selbstkritische Einschätzung der wissenschaftlichen Begleitforschung

Die WB setzt als Schwerpunkte ihrer Arbeit die fachliche Beratung des CFD, die Initiierung der DfKs (Veranstaltung der Zukunftswerkstätten) sowie die Evaluation des Projekts und seiner Ergebnisse. Hinsichtlich des letzten Punktes „Evaluation“ wird mittels der Durchführung von rund 30 Telefoninterviews eine Fülle an Material gesammelt, welches inhaltsanalytisch ausgewertet wird. Hier könnte, bei größerer finanzieller und damit personeller und zeitlicher Ressource, eine intensivere Auseinandersetzung mittels interpretativer Verfahren stattfinden, die insbesondere Aufschlüsse auf zu Grunde liegende Prozesse bei wirksamen und hemmenden Faktoren geben könnte. Ebenso sind – damit verbunden – offenere Erhebungsverfahren denkbar, die gerade einer solchen interpretierenden Analyse zugänglich wären und neue Punkte offenbaren würden, die bei einer standardisierten Befragung unentdeckt bleiben. Die wissenschaftliche Evaluation verbleibt damit eher auf einer deskriptiven Ebene. Für zukünftige wissenschaftliche Begleitforschung solcher Projekte wären daher Fragen nach unterschwelligen, nicht offensichtlichen Prozessen, Strukturen und Interessen, die solche Projekte rahmen, von Interesse.

Dennoch, und dies ist wie angesprochen eine Kernaufgabe der WB, leistet sie in dem Projekt fachliche Unterstützung, indem regelmäßige Treffen mit den Mitarbeiterinnen stattfinden sowie durch die Teilnahme an den Projektbeiratssitzungen. Dadurch ist es möglich, nicht nur das Ergebnis des Projekts zu evaluieren, sondern steuernd auf Prozesse im und Ausrichtungen des Projekts einwirken zu können. Dies gelingt insbesondere durch die Initiierung der DfKs mittels der Zukunftswerkstätten in vier VG. So kann nicht nur ein Projekt auf der operativen Ebene umgesetzt werden, sondern es fließen notwendige strategische Ausrichtungen für ein solches mit ein. Letztlich ist dies auch eine notwendige Rahmung, um nachhaltige Veränderungen und Auswirkungen zu sichern, insbesondere für MmD und ihre Angehörige.

III EMPFEHLUNGEN

1 Grundlegende Notwendigkeit der Koordination der Aktivitäten und ihrer Einbettung in eine politische Vision einer inklusiven Demenzpolitik

Im Vordergrund der Arbeit des CFD steht das Ziel, Strukturen zur Versorgung und Betreuung von MmD zu schaffen und auszubauen. Diese Versorgungsperspektive muss breit aufgestellt sein, damit es gelingt, die zentralen Anliegen und Bedürfnisse der Betroffenen umfassend zu bearbeiten. Damit verbunden ist eine langfristige und geplante Öffentlichkeitsarbeit, die das Thema differenziert darstellt. Auch ist es wichtig, nicht nur operative, sondern strategisch-konzeptionelle Arbeit zu leisten. Letztlich soll dabei die Unterstützung eines humanen Bildes von MmD (als uns zugehörig) geleistet werde.

An dieser Stelle sei explizit auf die Ausführungen Reimer Gronemeyers an der CFD-Abschlussveranstaltung am 06.11.2014 verwiesen. Er macht sich für eine Perspektive stark, die Demenz nicht primär als Krankheit, sondern als Alterserscheinung versteht, wie z. B. auch die nachlassende Mobilität oder Sehfähigkeit. Gleichzeitig verweist er auf die Möglichkeit, dass nicht die Demenz bzw. die MmD das Problem seien. Vielmehr sei es die Gesellschaft selbst, indem sie unter anderem diesen Menschen ein schwieriges Umfeld bereite, in dem sie sich zurechtfinden müssten. Damit sei es nicht allein Aufgabe von Medizin, Pharmaindustrie und Pflege, sich der Thematik anzunehmen. Vielmehr fordere dies die gesamte Gesellschaft auf, das Thema bewusst wahrzunehmen und sich damit auseinanderzusetzen. Dabei gebe es zwar nicht *die* Lösung oder *den* richtigen Weg. Gerade daher sei es Aufgabe, der gesamten Kommune – dort wo die Menschen leben – sich um diese zu kümmern und dafür Sorge zu tragen, dass diese weiterhin in ihrem gewohnten Umfeld leben können.

Daraus leitet sich ab, dass eine <u>Politik der Inklusion von MmD</u> unterstützt werden soll. Insbesondere folgende Perspektiven sind zu akzentuieren:

1. Gutes Leben im Alter findet im Sozialraum statt. Konsequent wird in der fachlichen Debatte eine stärkere kommunale Verankerung von Senioren- und Demenzpolitik gefordert (BAGSO 2014, KDA & Friedrich-Ebert-Stiftung 2013; Netzwerk SONG 2009). Damit ist nicht unbedingt die kommunale Trägerschaft von Projekten oder Einrichtungen verbunden. Vielmehr wird dafür plädiert, die Koordination und Steuerung von Pflegethemen stärker in die Hand der Kommunen zu legen. Dafür ist eine Unterstützung seitens des Landes und des Bundes notwendig.
2. Die Rolle der Kirchen ist bislang in der Senioren- und Demenzpolitik vernachlässigt worden. Dafür gibt es viele Gründe. Aber es gibt auch Initiativen, die Kirchengemeinden (in Verbindung mit der Kommune) stärker in die Pflicht zu nehmen. Exemplarisch sei an dieser Stelle auf das bundeweite Programm „Kirche findet Stadt“ (KfS 2013) hingewiesen. Hier kann vor allem der Gedanke der Inklusion von Betroffenen als eine christliche Perspektive fruchtbar umgesetzt und stark gemacht werden.
3. Das Programm „sorgende Gemeinschaften“ des Landes RLP wirkt unterstützend. Hier geht es darum, Kommunen bei der Schaffung von wohnortnahen Wohn- und Versorgungsangeboten für Menschen im Alter (auch mit Pflegebedarf) zu unterstützen. Dadurch wird eine wohnortnahe Demenzpolitik des Landes deutlich. Angesichts der Entwicklung der Demenzquartiere bzw. „Demenzdörfer“ (auch in RLP) ist dies eine wichtige politische Initiative, die nachhaltig unterstützt werden muss.

Es geht also insgesamt darum, dass nicht Einzelne mit verstreuten Aktionen Hilfe leisten. Das Motto „Von der (reinen) Versorgung hin zur öffentlich geteilten Verantwortung für ein gutes Altern“ ist mit Leben zu füllen. Dabei ist nicht nur allein die reine Versorgung wichtig, sondern auch edukative, präventive und kulturelle Angebote. Um dies dauerhaft zu erreichen, müssen Aktionen, Projekte und Veranstaltungen im Sozialraum koordiniert, strategisch ausgerichtet und in eine politische Vision des

Landes RLP eingebunden werden. Hierbei ist die Orientierung an einer wohnortnahen Versorgung zentral.

2 Empfehlungen aus der Analyse der Arbeit des CFD

Die zentrale Konsequenz lautet: Es bedarf einer verantwortlichen Struktur für die Demenzpolitik vor Ort. Hierzu ist letztlich ein Care Management („community worker für alte Menschen") notwendig. Warum? Die zentrale Herausforderung besteht letztlich in der Veränderung von Haltungen und Einstellungen der Gesellschaft gegenüber MmD und ihren Angehörigen. Dazu sind „*schizoid begabte Personen* [notwendig – H. B.]*, die visionär denken, die dennoch ihre Enttäuschungen in Gelassenheit verarbeiten können*" (Schulz-Nieswandt 2012, 109). Die Einsicht in die fundamentale Bedeutung der Kümmererarbeit ist erforderlich, damit die Grundlage für eine soziale Innovation gelegt werden kann.

Zielgruppen: Im Fokus stehen hochbetagte, allein lebende Menschen und MmD sowie ihre Familien. Hier muss mittlerweile auch die Gruppe der Migranten als neuer Personenkreis ebenfalls mit speziellen Bedürfnissen und Bedarfen in den Blick genommen werden.

Aufgabenspektrum: Der community worker muss ein professionelles Care Management übernehmen. Es geht um a) Öffentlichkeitsarbeit, b) Leitung interdisziplinärer AKs, c) interdisziplinäre Fort- und Weiterbildung, d) Zusammenarbeit mit Informations- und Beratungsstellen, e) Koordination und Leitstellen für Profis, f) Bedarfsanalysen und Evaluationen. Ganz entscheidend ist die Vernetzung und Koordinierung mit überörtlichen AGs wie Demenznetzwerken oder regionalen Pflegekonferenzen. Im Kern geht es damit um eine AGs und strategische Arbeit, die mit der politischen Vision einer inklusiven Demenzpolitik kompatibel ist.

Qualifikationsprofil: Um Netzwerkarbeit zu betreiben, d. h. mit allen Akteuren und Zielgruppen arbeiten zu können, muss der community worker Kommunikationsfähigkeit und Offenheit mitbringen. Zur Bewältigung der fachlich-inhaltlichen Aufgaben sind pädagogisches, (sozial-)gerontologisches und z. T. pflegewissenschaftliches Fachwissen erforderlich. Als Professionen kommen Personen aus Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Pflege oder Medizin in Frage.

Institutionelle Anbindung: Der community worker muss auf Grund seiner steuernden Aufgabe hauptamtlich mit einem ausreichenden Stellenumfang beschäftigt werden (vgl. hierzu auch Kofahl et al. 2003). Die Arbeit sollte in Zusammenarbeit mit Schwerpunkt-Beratungs- und Koordinierungsstellen (BeKos) und PSPs geschehen. Dem community worker ist ein eigenständiger Aufgabenkreis zuzuweisen. Er arbeitet auf strategischer Ebene, wobei die BeKos und PSPs auf Grund der Einzelfallhilfe das operative Geschäft übernehmen. Daher muss er den Blick auf den Sozialraum haben, wobei sich als geeignete Größe eine VG bzw. ein Landkreis eignen. Erstere ist bei der Umsetzung neuer Aufgaben und Projekte sinnvoll. Der Landkreis darf aber nie, insbesondere was Strategie und Vision angehen, aus dem Blick geraten.

Die Vision: Es reicht nicht aus, auf der Ebene der Einzelfallhilfen zu verbleiben und diese durch verstreute Angebote zu ergänzen. Im Kern geht es um ein strukturelles Problem im Sozialraum, was bearbeitet werden muss. Dies kann gelingend geschehen, wenn eine Demografie-Strategie entwickelt und vor Ort unterstützt wird; letzteres, damit sie nachhaltige Wirkung entfalten kann. Dabei geht es darum, dass die (Für-)Sorge für die Schwächsten durch ein kulturell verankertes Modell einer geteilten Verantwortung übernommen wird. Dabei sind alle, d. h. Betroffene, Kommunen, Kassen, Träger und das Land, zu beteiligen.

3 Anschlussfähigkeit an die aktuelle Diskussion in Rheinland-Pfalz

Das Land RLP mit dem für dieses Thema zuständigen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie verfolgt das Ziel einer stärkeren kommunalen Verantwortung und Verortung bei den Themen Demenz und Alter(n). Die Servicestelle Pflegestrukturplanung und Sozialraumentwicklung in RLP mit Sitz bei der LZG soll Kommunen beim Aufbau von Wohn- und Versorgungsstrukturen für alte Menschen (mit Demenz) unterstützen, um Leben und Wohnen so lange wie möglich im gewohnten Umfeld, dem Sozialraum, zu ermöglichen. Daher sind oben genannte Punkte einer inklusiven Demenzpolitik anschlussfähig an die Landespolitik von RLP. Ebenso wirken hier die Aktivitäten der Landesregierung speziell zum Thema Demenz, aber auch Alter(n), daraufhin begünstigend (Landes-Netzwerk Demenz, Demenzkampagne, Programm „sorgende Gemeinschaften“ s. o.).

Gleichwohl stellt sich die Frage, wie die gewonnenen Strukturen und Angebote des CFD (im Rahmen dieser Aktivitäten) weiterhin ohne das Fachzentrum erhalten werden können. Es empfiehlt sich, jeweils pro Landkreis eine Stelle für community worker bereitzustellen, welche die Aufgaben der Vernetzung, Koordination und Strategieentwicklung übernehmen. Diesbezüglich sollten auch die Empfehlungen des Expertenforums Demenz (2013) beachtet werden, die ebenfalls die Schaffung von Koordinierungsstellen im Hinblick auf die Demenz anregen. Es macht Sinn, dies auf der Kreisebene zu verorten, allerdings mit enger Rückkoppelung an die Arbeit der LZG. Und zwar deswegen, weil es auch darum geht, die politische Vision einer inklusiven Demenzpolitik in den kommunal sorgenden Gemeinschaften zu verankern und die Politik des Landes „herunterzubrechen“. Letzteres empfiehlt sich auch deswegen, weil bei der LZG die Servicestelle Pflegestrukturplanung und Sozialraumentwicklung wie auch die Demenzkampagne verortet sind. Eine gesetzliche Verankerung gebietet sich, da das Thema Demenz und gutes Altern strategisch-konzeptionell langfristig und nicht nur projekthaft bearbeitet werden muss.

LITERATUR

Aktion Demenz e. V. (2008). *Aufruf. In unserer Kommune - gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz*. Online eingesehen am 13.11.2014 unter: http://www.aktion-demenz. de/images /stories/pdf/Aufruf.pdf.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (BAGSO) (2014). *Lokale Seniorenpolitik vor großen Herausforderungen. Zehn Thesen zu dem von der Bundesregierung in Auftrag gegebenen Siebten Altenbericht „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“*. Bonn: BAGSO.

Dauscher Ulrich (2005). *Moderationsmethode und Zukunftswerkstatt*. 3. überarbeitete Auflage. Augsburg: Ziel

Ehlers Anja (o. J.). *Evaluation vernetzter Versorgungsstrukturen für Demenzkranke und ihre Angehörigen – Ermittlung des Innovationspotenzials und Handlungsempfehlungen für den Transfer (EVIDENT). Ausgewählte Handlungsfelder der vernetzten ambulanten Demenzversorgung – Ein Literaturüberblick*. TU Dortmund.

Expertenforum Demenz Rheinland-Pfalz (2013). *Bericht*. Mainz: Expertenforum Demenz im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes RLP (MSAGD).

Gläser Jochen & Laudel Grit (2009). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Köhler Kerstin, Leve Verena & Zimmer Barbara (2010). *Netzwerke in der Demenzversorgung: Innovationspotenziale und Handlungsperspektiven. Ergebnisse des Leuchtturmprojekts EVIDENT*. 10. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) in Berlin am 15. September 2010.

Mayring Philipp (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 11. vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim / Basel: Beltz

Kofahl Christopher, Dahl Katharina & Döhner Hanneli (2003). *Projekt: „Synopse innovativer Ansätze zur vernetzten Versorgung älterer Menschen in Deutschland“ ProNetz*. Hamburg.

Kirche findet Stadt (KfS) (2013). *Kirche als zivilgesellschaftlicher Akteur in Netzwerken der Stadtentwicklung. Erfahrungen – Handlungsempfehlungen – Perspektiven*. Berlin: Kirche findet Stadt.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) & Friedrich-Ebert-Stiftung (2013). *Gute Pflege vor Ort. Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter*. Positionspapier im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Lemineux-Charles Louise, Chambers Larry, Cockerill Rhonda et al. (2005). Evaluating the Effectiveness of Community-Based Dementia Care Networks: The Dementia Care Networks‘ Study. *Gerontologist, 45(4)*. 456-464.

Müller-Mundt Gabriele (2002). Experteninterview oder die Kunst der Entlockung "funktionaler Erzählungen". In: Schaeffer Doris & Müller-Mundt Gabriele (Hrsg.): *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. Bern: Huber. 269-284.

Netzwerk Soziales neu gestalten (SONG) (2009). *Lebensräume zum Älterwerden – Für ein neues Miteinander im Quartier. Memorandum des Netzwerks Soziales neu gestalten*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Schulz-Nieswandt Frank (2012). *Gemeinschaftliches Wohnen im Alter in der Kommune. Das Problem der kommunalen Gastfreundschaftskultur gegenüber dem homo patiens.* Berlin: Duncker & Humblot.

Reichert Monika (2011). Evaluation vernetzter Versorgungsstrukturen für Demenzkranke und ihre Angehörigen. Ermittlung des Innovationspotenzials und Handlungsempfehlungen für den Transfer (EVIDENT) – Ergebnisse des Leuchtturmprojekts „Demenz“. *Informationsdienst Altersfragen 38(3)*. 18-23.

Wolf-Ostermann Karin (2013). Was macht Demenznetzwerke erfolgreich? *Gesundheitsförderung aktuell. Newsletter der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin, 2*. 2-3.

ANLAGE

Anlage 1: Das Team der wissenschaftlichen Begleitung

Matthias Zischka **Prof. Dr. Hermann Brandenburg** **Judith Bauer** **Carolin Baczkiewicz**

Prof. Dr. Hermann Brandenburg

Inhaber des Lehrstuhls für Gerontologische Pflege an der PTHV

Diplom-Sozialwissenschaftler, Diplom-Gerontologe sowie MA (Philosophie & Neuere Deutsche Literaturwissenschaft)

examinierter Altenpfleger mit mehrjähriger Berufserfahrung mit dem Schwerpunkt Gerontopsychiatrie

Carolin Baczkiewicz

MSc Pflegewissenschaft, BA (Management & Expertise im Pflege- und Gesundheitswesen)

examinierte Altenpflegerin mit mehrjähriger Berufserfahrung in der ambulanten Pflege

Judith Bauer

MSc Pflegewissenschaft (cand.), BA (Management & Expertise im Pflege- und Gesundheitswesen)

examinierte Altenpflegerin mit mehrjähriger Berufserfahrung in der stationären Langzeitpflege

Matthias Zischka

MSc (Pflegewissenschaft) (cand.), BA

examinierter Gesundheits- und Krankenpfleger mit mehrjähriger Berufserfahrung in verschiedenen Krankenhäusern

Anlage 2: Gesprächsleitfaden zu den Experteninterviews zum Thema „Demenzfreundliche Kommune“

Einführung in das Interview	
Kurze Vorstellung des Projekts „Caritas-Fachzentrum Demenz Eifel-Mosel-Ahr“ und der wissenschaftlichen Begleitung, in die das Experteninterview eingebettet ist	
Demenzfreundliche Kommune	
Was ist aus Ihrer Sicht unter einer DFK zu verstehen?	
In welcher regionalen Größe macht eine DFK Sinn?	
Welche strukturellen Gegebenheiten haben Einfluss auf eine DFK?	
Gibt es generelle Hemmnis- und Förderfaktoren für eine DFK?	
Wie lassen sich Erfahrungen / Ergebnisse aus einer Kommune / einem Kreis auf das ganze Bundesland übertragen?	
Gibt es Best-Practice-Beispiele?	
Soziale Netzwerke und Netzwerkkarte	
Wer sollte an der DFK beteiligt werden?	
Wie können Bürgermeister für das Thema DFK sensibilisiert werden?	
Wie können Menschen mit Demenz einbezogen werden?	
In welcher Art und Weise kann es gelingen die Nachhaltigkeit der Netzwerke zu sichern?	
Initiativen & Aktivitäten in einer DFK	
Welche Aktionen empfehlen Sie für die Entwicklung einer DFK?	
Wie können Medien und die Öffentlichkeit erreicht und einbezogen werden?	
Wie kann die offene Struktur einer Zukunftswerkstatt mit der Pragmatik und dem Aktionismus der Beteiligten verbunden werden?	
Schluss	
Möchten Sie noch etwas thematisieren, was Ihrer Ansicht nach noch relevant ist?	

Anlage 3: Gesprächsleitfaden zur Gruppendiskussion zur Evaluation des CFD aus Perspektive der Mitarbeiterinnen

Einführung in die Gruppendiskussion	
Welche persönlichen Erwartungen hatten Sie am Beginn des Projekt „Caritas-Fachzentrum Demenz Eifel-Mosel-Ahr“?	
Tätigkeiten während der Projektlaufzeit	
Welche Arbeiten bzw. Aufgaben haben Sie zur Umsetzung des Projekts übernommen? Welche Maßnahmen und Aktionen haben Sie durchgeführt?	
In welchen Bereichen lagen Ihre Arbeitsschwerpunkte?	
Hemmende & fördernde Faktoren zur Umsetzung des Projekts	
Nennen Sie uns beispielhafte Aktionen oder Maßnahmen, die gelungen sind?	
Woran lag es, dass diese erfolgreich waren?	
Welche Faktoren würden Sie im Allgemeinen als „fördernde Faktoren“ zur Entstehung des Caritas-Fachzentrums Demenz bezeichnen?	
Nennen Sie uns beispielhafte Aktionen oder Maßnahmen, die verbesserungsfähig waren?	
Woran lag es, dass diese nicht im gewünschten Ausmaß erfolgreich waren?	
Welche Faktoren würden Sie im Allgemeinen als „hemmende Faktoren“ zur Entstehung des Caritas-Fachzentrums Demenz bezeichnen?	

Akteure	
Welche Akteure konnten gut und leicht in die Projektarbeit einbezogen werden?	
Welche Akteure sind schwierig zu erreichen bzw. zu einer Mitarbeit zu bewegen?	
Die Beteiligung welcher Akteure / Akteursgruppen halten Sie insbesondere für nachhaltige Erfolge des Caritas-Fachzentrums Demenz für unabdingbar, die allerdings (noch) nicht erreicht werden konnte?	
Nutzen für Menschen mit Demenz und Angehörige	
Wie schätzen Sie den Nutzen des Caritas-Fachzentrums Demenz für Menschen mit Demenz und ihre Angehörige ein?	
Welche Aspekte müssen noch stärker oder überhaupt in den Blick genommen werden, damit Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen vom Caritas-Fachzentrum Demenz profitieren können?	
Schluss	
Wenn Sie nochmals an Ihre Erwartungen am Beginn des Projekt „Caritas-Fachzentrum Demenz Eifel-Mosel-Ahr“ zurückdenken: Wurden diese erfüllt, was steht noch aus?	
Möchten Sie noch etwas Wichtiges aus Ihrer Sicht ergänzen, was noch nicht zur Sprache gekommen ist?	

Anlage 4: Kurzfragebogen zur Evaluation des CFD aus externer Perspektive

	Bitte beurteilen Sie, ob das Caritas-Fachzentrum Demenz Eifel-Mosel-Ahr (CFD) seine selbstgesetzten Ziele erreicht hat. Kreuzen Sie dazu die entsprechende Antwort an:	**trifft über-haupt nicht zu**	**trifft eher nicht zu**	**trifft eher zu**	**trifft voll und ganz zu**	**kann ich nicht beurtei-len**
1	Durch Informations- und Öffentlichkeitsarbeit ist …					
	… das Thema Demenz weiter enttabuisiert worden.	☐	☐	☐	☐	☐
	… über die Krankheit differenziert aufgeklärt worden.	☐	☐	☐	☐	☐
	… im öffentlichen Leben das Thema Demenz sensibilisiert worden.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Die Demenznetzwerke konnten kontinuierlich ausgebaut werden.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Die im Feld agierenden Berater(innen) der Pflegestützpunkte und Sozialdienste sind zur qualifizierten Beratung und als Begleiter von Betroffenen und Angehörigen weiter befähigt worden.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Auf die Situation demenzkranker Menschen wurde in unterschiedlichen Institutionen des stationären, teilstationären und ambulanten Gesundheitswesens hingewiesen.	☐	☐	☐	☐	☐
	Diese Einrichtungen und Ihre Mitarbeiter wurden für den Umgang mit Menschen mit Demenz weiterhin befähigt.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Betreuungs- und Entlastungsangebote für Menschen mit Demenz und Angehörige sind weiter ausgebaut worden.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Es konnten bürgerschaftlich engagierte Personen für die Arbeit am Thema „Demenz“ gewonnen werden.	☐	☐	☐	☐	☐
7	Im Bereich der gesundheitlichen Versorgung bezogen auf die <u>geriatrischen und (geronto-) psychiatrischen Fachabteilungen und Kliniken</u> …					
	… konnte die Zusammenarbeit verbessert werden.	☐	☐	☐	☐	☐
	… konnte über Netzwerkbildung die medizinische Versorgung verbessert werden.	☐	☐	☐	☐	☐
	… konnten Versorgungsbrüche verhindert werden.	☐	☐	☐	☐	☐
	Im Bereich der gesundheitlichen Versorgung bezogen auf die <u>ambulante Hausärzteschaft</u> …					
	… konnte die Zusammenarbeit verbessert werden.	☐	☐	☐	☐	☐
	… konnte über Netzwerkbildung die medizinische Versorgung verbessert werden.	☐	☐	☐	☐	☐
	… konnten Versorgungsbrüche verhindert werden.	☐	☐	☐	☐	☐
	Im Bereich der gesundheitlichen Versorgung bezogen auf die <u>ambulante Fachärzteschaft</u> …					
	… konnte die Zusammenarbeit verbessert werden.	☐	☐	☐	☐	☐
	… konnte über Netzwerkbildung die medizinische Versorgung verbessert werden.	☐	☐	☐	☐	☐
	… konnten Versorgungsbrüche verhindert werden.	☐	☐	☐	☐	☐

Anlage 5: Gesprächsleitfaden zu den Telefoninterviews mit Personen des Projektbeirats zur Evaluation des CFD aus externer Perspektive

Grundsätzliches	
☞ Wenn die Person keine Audioaufnahme möchte, anbieten das Gespräch trotzdem zu führen und schriftliche Notizen anfertigen ☞ Person kann Aussagen aus dem Gespräch aus dem Protokoll streichen lassen ☞ bei Redebedürfnis der Person am Anfang des Interviews Person sprechen lassen und dann zu den Leitfragen lenken ☞ bei Gesprächsbedarf über Kostenseite des Projekts auf Abschlussveranstaltung verweisen, dass das Thema dort diskutiert werden wird	
Einführung in das Interview	
Wie haben Sie von der Arbeit des CFD erfahren? Was wissen Sie von dem Projekt? (Ziele, Inhalte, Schwerpunkte)? In welcher Verbindung stehen Sie zu dem Projekt?	
Hat das CFD seine selbst gesetzten Ziele erreicht?	
Rückgriff auf den Kurzfragebogen, der im Vorfeld durch den Teilnehmer ausgefüllt wurde	

Denken Sie bitte einmal an die Aufmerksamkeit und Sensibilität gegenüber Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen: Hat sich dieser Punkt durch die Arbeit des CFD verändert?	
Ja / nein	
In welcher Hinsicht?	
Was waren die Ursachen dafür?	
Denken Sie bitte einmal an die Zusammenarbeit der Akteure bzw. Akteursgruppen: Hat sich dieser Aspekt durch die Arbeit des CFD verändert?	
Ja / nein	
In welcher Hinsicht? Auf welchen Ebenen / zwischen welchen Gruppen hat es gut / hat es weniger gut funktioniert?	
Was waren die Ursachen dafür?	
Denken Sie bitte einmal an die Versorgung von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen: Hat sich diese Situation durch die Arbeit des CFD verändert?	
Ja / nein	
Auf welchen Ebenen / zwischen welchen Gruppen hat es gut / hat es weniger gut funktioniert?	
Was waren die Ursachen dafür?	

Wenn Sie einmal die Arbeit des CFD insgesamt einschätzen …	
Was waren die Stärken?	
Was waren die Schwächen?	
Was waren die Ursachen dafür?	
Wie bewerten Sie die Zukunftswerkstätten?	
Und alles in allem – wie bewerten Sie das gesamte Projekt des CFD?	
Zukünftige Aufgaben / Schwerpunkte des CFD	
Wenn Sie die Arbeit des CFD in den letzten zwei Jahren insgesamt überblicken: Welchen zukünftigen Aufgaben sollte man sich in den nächsten Monaten zuwenden? Welche Schwerpunkte sind aus Ihrer Sicht erforderlich? (Was ist bereits ausreichend geleistet worden?)	
Schluss	
Rückgriff auf **Kurzfragebogen**: Mir ist aufgefallen, dass Sie…	
externe Personen zur weiteren Befragung nennen lassen: Wir möchten über die Befragung des Projektbeirats hinaus Personen außerhalb des CFD zum Projekt befragen, um zu einer Einschätzung der Außenwirkung des Projekts zu gelangen. Können Sie uns hierfür aus Ihrer Sicht geeignete Personen nennen?	
Möchten Sie noch etwas Wichtiges aus Ihrer Sicht ergänzen, was noch nicht zur Sprache gekommen ist?	

Anlage 6: Gesprächsleitfaden zu den Telefoninterviews mit CFD-externen Personen zur Evaluation des CFD aus externer Perspektive auf Landkreisebene

Grundsätzliches	
☞ Wenn die Person keine Audioaufnahme möchte, anbieten das Gespräch trotzdem zu führen und schriftliche Notizen anfertigen ☞ Person kann Aussagen aus dem Gespräch aus dem Protokoll streichen lassen ☞ bei Redebedürfnis der Person am Anfang des Interviews Person sprechen lassen und dann zu den Leitfragen lenken	
Einführung in das Interview	
Wie haben Sie von der Arbeit des CFD (in Ihrem Landkreis) erfahren? Was wissen Sie von dem Projekt? (Ziele, Inhalte, Schwerpunkte)? In welcher Verbindung stehen Sie zu dem Projekt?	
Hat das CFD seine selbst gesetzten Ziele in Ihrem Landkreis erreicht?	
Rückgriff auf den Kurzfragebogen, der im Vorfeld durch den Teilnehmer ausgefüllt wurde	
Denken Sie bitte einmal an die Aufmerksamkeit und Sensibilität gegenüber Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen: Hat sich dieser Punkt durch die Arbeit des CFD in Ihrem Landkreis verändert?	
Ja / nein	
In welcher Hinsicht?	
Was waren die Ursachen dafür?	

Denken Sie bitte einmal an die Zusammenarbeit der Akteure bzw. Akteursgruppen: Hat sich dieser Aspekt durch die Arbeit des CFD in Ihrem Landkreis verändert?	
Ja / nein	
In welcher Hinsicht? Auf welchen Ebenen / zwischen welchen Gruppen hat es gut / hat es weniger gut funktioniert?	
Was waren die Ursachen dafür?	
Denken Sie bitte einmal an die Versorgung von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen: Hat sich diese Situation durch die Arbeit des CFD in Ihrem Landkreis verändert?	
Ja / nein	
Auf welchen Ebenen / zwischen welchen Gruppen hat es gut / hat es weniger gut funktioniert?	
Was waren die Ursachen dafür?	
Wenn Sie einmal die Arbeit des CFD für Ihren Landkreis insgesamt einschätzen …	
Was waren die Stärken?	
Was waren die Schwächen?	
Was waren die Ursachen dafür?	
Wie bewerten Sie die Zukunftswerkstatt in der Verbandsgemeinde…? LK Ahrweiler: VG Adenau LK Bernkastel-Wittlich: VG Bernkastel-Kues LK Eifelkreis Bitburg-Prüm: Arzfeld LK Vulkaneifel: VG Hillesheim	
Und alles in allem – wie bewerten Sie das gesamte Projekt des CFD?	

Zukünftige Aufgaben / Schwerpunkte des CFD in Ihrem Landkreis und darüber hinaus	
Wenn Sie die Arbeit des CFD in den letzten zwei Jahren insgesamt überblicken: Welchen zukünftigen Aufgaben sollte man sich in den nächsten Monaten zuwenden, im Landkreis und darüber hinaus? Welche Schwerpunkte sind aus Ihrer Sicht erforderlich? (Was ist bereits ausreichend geleistet worden?)	
Schluss	
Rückgriff auf **Kurzfragebogen**: Mir ist aufgefallen, dass Sie…	
Möchten Sie noch etwas Wichtiges aus Ihrer Sicht ergänzen, was noch nicht zur Sprache gekommen ist?	

Anlage 7: Ablauf und Zuständigkeiten der Auftaktveranstaltungen zur „Demenzfreundlichen Kommune“

Zukunftswerkstatt XY am XX.XX.2013 – Ablauf & Moderation

Grundsätzliches:
Am Ende einer Zukunftswerkstatt könnten ein oder zwei konkrete Projektideen stehen. Einerseits darf der Anspruch nicht zu hoch sein, dann verpufft das Engagement und wir überfordern die Teilnehmer. Andererseits muss ein Ergebnis im Blick behalten und konkretisiert werden.

Vorbereitungen:
Am Tag der Veranstaltung möge der Raum bitte entsprechend vorbereitet sein. Wir brauchen einen relativ großen Raum, in dem sich 20 Personen bewegen können. Die Personen sitzen im Kreis. Blätter mit unterschiedlichem Format (DIN A3 und Flipcharts) sind verfügbar, ebenso Stellwände und entsprechende Stifte, Tesa und Klebepunkte. Ein Moderationskoffer ist hilfreich. Günstig ist auch, wenn Getränke etc. verfügbar sind. An einen Fotoapparat zur Dokumentation sollte gedacht werden.

Uhrzeit	Was	Wer
ab 13:00 Uhr	**Imbiss und Betrachtung der Pinnwände** mit den Angeboten in XY und Umgebung TN mögen bitte Namensschilder mit Tesakrepp-Streifen anfertigen	Vorbereitung der Pinnwände: Mitarbeiterinnen CFD
13:30 Uhr	Beginn der Veranstaltung o **Einführung**	Mitarbeiterinnen CFD *Gesamtleitung* Hr. Brandenburg / Fr. Baczkiewicz *Übernahme Moderation*
13.45 Uhr	o **Vorstellungsrunde**: zunächst Vorbereitungsteam mit Aufgaben für diesen Nachmittag Gesamtgruppe (Name, Institution, Erwartungen) Verbandsbürgermeister Fr. Stanke LZG	
14.00 Uhr	o **Kurzreferat**: Warum sind wir hier? Auf dem Weg zur demenzfreundlichen Kommune … / Bezugnahme auf Einladung	Hr. Brandenburg
	o **Anweisung für die Ideensammlung im Plenum**	Fr. Baczkiewicz
14.30 Uhr	o **Ist-Situation in XY / Landkreis XY**: Was gibt es bereits? Hinweise zum Inhalte der Pinnwände, keine inhaltlichen Kommentare	Mitarbeiterinnen CFD

14:45 Uhr	Ideensammlung in Gruppenarbeit (Anzahl der Gruppen ist abhängig von der TN-Zahl), evtl. mit Kaltgetränken im Raum	Begleitung & Moderation der Gruppen durch Mitarbeiterinnen CFD u. a.
15:45	Plenum o Vorstellen der Gruppenergebnisse durch die Sprecher, mit Hilfe vorbereiteter Flip-charts o Ideen zusammenstellen	
16:00 Uhr	vor der Pause: o Verteilung der Punkte, die während der Pause vergeben werden können: *Kriterium*: Was sind die interessantesten, spannendsten und faszinierendsten Ideen / Vorschläge für Hillesheim? *Leitfragen*: Bedeutsamkeit, Zielerreichung, Nachhaltigkeit? Grundlage: „Kriterienkatalog zur Beurteilung“ (max. 4 Punkte) Pause: o Kaffee & Kuchen o Clusterung Ideensammlung: Bildung von Themen, an denen weitergearbeitet werden kann	Fr. Baczkiewicz Hr. Brandenburg / Fr. Baczkiewicz
16:30 Uhr	Abschlussplenum o Vorstellung der geclusterten Themen o Blitzlicht der TN o Ausblick und Verabschiedung	Hr. Brandenburg / Fr. Baczkiewicz
16:50 Uhr	Ende: Verabschiedung Hinweis auf Folgeveranstaltung: Datum? / Adressen sind notiert / Vertiefung, Konkretisierung, Projektmanagement durch das Caritas-Fachzentrum Demenz	Mitarbeiterinnen CFD Verbandsbürgermeister