

## Kurzbericht des BMG-geförderten Forschungsvorhabens

Vorhabentitel	DemNet-D - Teilprojekt: Demenznetzwerk Berlin-Charlottenburg
Schlüsselbegriffe	Demenz, Case Management, Netzwerk, Leitlinie, Gesundheit, Coaching
Vorhabendurchführung	Gerontopsychiatrischer-Geriatriischer Verbund Charlottenburg-Wilmersdorf e.V. (GPV e.V.)
Vorhabenleitung	Stephan Schikorra MPH
Autor(en)	Graf Mortimer zu Eulenburg, Stephan Schikorra MPH
Vorhabenbeginn	01.04.2012
Vorhabenende	31.03.2015

### 1. Vorhabenbeschreibung, Vorhabenziele

Der Gerontopsychiatrisch-Geriatriische Verbund Charlottenburg-Wilmersdorf (GPV) e.V. ist ein gemeinnütziger Zusammenschluss von (Stand 2015) etwa 50 Einrichtungen, Diensten und Unternehmen aus der häuslichen und stationären Alten- und Krankenpflege aus diesem Bezirk im Westen der Stadt Berlin. Der Verbund verfügt über eine Geschäftsstelle mit 1,5 Vollzeitstellen.

Das Projekt Demenznetzwerk Charlottenburg-Wilmersdorf verfolgte zwei Vorhaben. Ziel des ersten Vorhabens „Netzwerk Demenzfreundliche Einrichtungen und Dienste“ war es, zwischen den Mitgliedsunternehmen des Verbundes GPV e.V. ein Leitbild zu entwickeln und zu etablieren, dass über die Ziele der Verbundpartner hinaus den Bezug zum regionalen Nahraum und die besonderen Interessen von Menschen mit Demenz (MmD) berücksichtigen sollte. Nach Beschluss des Leitbildes sollte die Umsetzung des Leitbildes in die Praxis erprobt werden. Die Geschäftsstelle als Organisator und Koordinator von Veranstaltungen sollte durch die beteiligten Unternehmen und Dienste stärker unterstützt beziehungsweise mittelfristig ersetzt werden.

Das zweite Vorhaben „Demenzbegleiter“ zielte auf eine Verbesserung der gesundheitlichen und psychosozial/pflegerischen Demenzversorgung ab. Die Idee war es, professionelles Case-Management und Gesundheitscoaching als aufsuchende Hilfe in der Häuslichkeit von MmD/Angehörigen mit besonderem Motivations- und Hilfebedarf zu beschreiben und ein Konzept zu erarbeiten, das diese neue Dienstleistung als festgelegten Mittler zwischen Haus- und Fachärztinnen und -ärzten sowie den sozialen beziehungsweise pflegerischen Hilfeangeboten schaltet. Dazu musste die Zielgruppe des Ange-

botes definiert sowie das Angebot in den Kontext bestehender Angebote (beispielsweise Pflegestützpunkte) eingepasst werden, um Konkurrenz beziehungsweise Überschneidungen zu verhindern. Ebenso war der Bedarf der Hausärztinnen/Fachärztinnen und Hausärzte/Fachärzte als „verordnende“ Anlaufstellen herauszufinden. Die Prüfung auf Finanzierbarkeit des (Modell-) Vorhabens ist noch nicht abgeschlossen.

## 2. Durchführung, Methodik

In beiden Bereichen wurden zur Konzepterstellung beziehungsweise der Formulierung des Leitbildes Arbeitsgruppen installiert und ein Grobkonzept als Arbeitsgrundlage erstellt.

In der AG Leitlinien waren anfangs etwa 20% der Mitgliedsunternehmen aus den Bereichen stationäre und ambulante Pflege sowie ein Krankenhaus vertreten, die jeweils eine/-n feste Teilnehmer/-in entsandten. Entlang der typischen Handlungsfelder und der Anliegen der Unternehmen wurde herausgearbeitet, wo und wie sich demenzfreundliches und nahraumbezogenes Handeln in der täglichen Arbeit zeigt und welches Selbstbild dazu hilfreich ist. Vorstand und Geschäftsstelle des GPV e.V. waren sich einig, dass die Leitsätze nicht wie ein Qualitätssiegel einer Kontrolle unterliegen sollten, da der Aufwand als nicht leistbar angesehen wurde. Die Treffen der AG fanden monatlich statt, um ausreichend Zeit für die Formulierung der Leitsätze und Konsensfindung zu haben. Es zeigte sich, dass die bereits in der AG abgestimmten Leitsätze im Verlauf des Prozesses eine zunehmende Bindungswirkung und Auswirkung auf die Formulierung neuer Leitsätze entwickelten. Die Gesamtheit der Leitsätze wurde als Arbeitsergebnis den im GPV zusammengeschlossenen Partnern sowie dem Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf in Berlin, Abteilung Gesundheit und Soziales, vorgestellt und um Kommentierung beziehungsweise Ergänzung gebeten. Der Rücklauf betraf im Wesentlichen Einzelfragen beziehungsweise Verständnisfragen, in der Sache wurden keine Veränderungswünsche vorgebracht. Nach Ablauf der Kommentierungsfrist wurde ein Termin zur feierlichen Unterzeichnung der Leitsätze unter Gegenzeichnung durch den stellvertretenden Bürgermeister und Leiter der Abteilung Gesundheit und Soziales als Vertreter der Kommune anberaumt. 31 der im Verbund zusammengeschlossenen Unternehmen unterzeichneten das Leitbild, viele haben es (Stand 2015) an zentraler Stelle in den Einrichtungen öffentlich platziert. Aus den Unterzeichnern wurden sechs Unternehmen und Dienste als regionale Ansprechpartner zum Thema Demenz ausgewählt. Mit diesen wurde die AG weitergeführt, um die konkrete Umsetzung der Leitbilder voranzutreiben. Dieses gestaltete sich sehr schwierig. Es zeigte sich, dass die praktische Umsetzung in den Unternehmen einerseits an mangelnden Ressourcen krankte, andererseits verlangt die Öffnung einer Pflegeeinrichtung, die ja ihre Funktion als eine die Bewohnerinnen und Bewohner schützende versteht, einen Mentalitätswandel bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Bewohnerinnen und Bewohnern und auch der Öffentlichkeit selbst. Es ist von daher nicht gelungen, die Energie und Entschlusskraft der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der AG Leitbildentwicklung in die Arbeit der nachfolgenden Gruppe und in die Unter-

nehmen und Dienste umzuwandeln. Dennoch wird das Leitbild in den unterzeichnenden Unternehmen und Diensten öffentlich genutzt und ist bei Leitung sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern präsent und wird gelegentlich genutzt, um alltägliches Handeln zu hinterfragen.

Der Idee der Demenzbegleiter lag die Überzeugung zugrunde, dass ein hoher Anteil von MmD durch die psychosozialen Hilfsangebote beziehungsweise vorhandenes Informationsmaterial nicht erreicht wird und viele Betroffene zur Bewältigung ihrer Situation zugehender Hilfe bedürfen. Diese Hilfe sollte durch die Hausärztinnen und Hausärzte vermittelt, quasi „verordnet“ werden, um möglichst frühzeitig Kontakt zu dieser Zielgruppe zu erhalten. Die Annahme war, dass Hausärztinnen und Hausärzte von dem zugehenden Angebot der Demenzbegleiter profitieren, weil ihnen viel Zeit und Überzeugungskraft durch diese abgenommen wird. Der AG stellten sich von daher vier Aufgaben: Definition der Zielgruppe der Klienten (MmD) und ihrer Bedarfe, Erhebung des tatsächlichen Bedarfes der Hausärztinnen und Hausärzte, Leistungsumfang der Demenzbegleitung, Definition des Leistungsumfanges der Demenzbegleiterinnen und Demenzbegleiter im Verhältnis zu vorhandenen Angeboten (Pflegestützpunkte, Sozialarbeit der Pflegedienste und viele mehr) zur Vermeidung von Konkurrenzen. Entsprechend der Vielfalt der Aufgabenstellung wurde die AG immer wieder neu zusammengesetzt. Neben Mitgliedern des Verbundes (ambulante Pflege, Krankenhäuser, ehrenamtliche Besuchsdienste, Pflegestützpunkt) waren wechselnde Expertinnen und Experten in ihrer Funktion als Hausärztinnen und Hausärzte, Neurologinnen und Neurologen, Selbsthilfegruppen, Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V. vertreten. In der ersten Sitzung der AG zu Demenzbegleiterinnen und Demenzbegleitern wurde deutlich, dass der Bedarf der Ärztinnen und Ärzte für den Einsatz einer Demenzbegleiterin oder eines Demenzbegleiters bestimmt werden muss. In Zusammenarbeit mit einer Ärztin oder einem Arzt wurde ein einseitiger Fragebogen entworfen, in dem abgefragt wurde, wie viele Demenzpatientinnen oder Demenzpatienten in den jeweiligen Praxen sind und bei welchem Anteil dieser Patientinnen und Patienten die Ärztinnen und Ärzte eine Demenzbegleiterin beziehungsweise einen Demenzbegleiter als hilfreich sehen. Dieser Fragebogen wurde an rund 100 Ärztinnen und Ärzte im Bezirk verschickt. Die Praxen wurden danach telefonisch erinnert und gegebenenfalls wurde ein Fax an die Praxis geschickt. Bei dieser Befragung kam heraus, dass die Ärztinnen und Ärzte ein Potential von 200 Patientinnen und Patienten für die Demenzbegleiterin oder den Demenzbegleiter sehen. Es konnten etwa zehn Ärztinnen und Ärzte als Interessenten für das Vorhaben gewonnen werden, die danach zum Teil auch in der AG präsent waren. Auf Seiten der Klientinnen und Klienten konnte das Profil näher definiert und bestimmt werden. In vielen Gesprächen wurden unsere Annahmen im Grunde bestätigt, ohne dass eine zahlenmäßige Präzisierung des Umfanges der Zielgruppe, über das erhobene Potential hinaus, möglich wurde. Die Ergebnisse aus diesen und den folgenden Gesprächen flossen in das Konzept der Demenzbegleiterinnen und Demenzbegleiter mit ein, das wiederum auf einem erneuten Treffen der AG präsentiert wurde. Es zeigte sich, dass dadurch die Vorbehalte von einigen AG-Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht ausgeräumt werden konnten. Diese Vorbehalte wiesen stets die gleiche Argumentationsstruktur auf: die beschriebene Zielgruppe der

MmD gebe es nicht / sei nicht groß genug, die Hausärztinnen und Hausärzte hätten nicht genug Interesse, die Zielgruppe werde doch schon von den vorhandenen Diensten ausreichend versorgt. Ein möglicher ungenannter Vorbehalt der Ärztinnen und Ärzte offenbarte sich erst im persönlichen Gespräch, die entsprechende Ärztin oder der entsprechende Arzt wollte nicht durch besondere Angebote zur „Demenzpraxis“ werden. Das Konzept wurde schließlich soweit fortgeschrieben, dass alle Beteiligten seine Beantragung zur Finanzierung als Modellkonzept befürworteten. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung ist das Konzept bzw. der Antrag noch nicht endgültig beschlossen.

### 3. Gender Mainstreaming

Aspekte des Gender Mainstreaming wurden in der Beschreibung der Zielgruppe von MmD berücksichtigt, insbesondere wurden die geschlechtsspezifischen Aspekte der Demenzerkrankung herausgearbeitet, jedoch fallen in Bezug auf die grundsätzliche Krankheitslast / Symptomatik diese Aspekte nicht vordergründig ins Gewicht.

### 4. Ergebnisse, Schlussfolgerung, Fortführung

In beiden Vorhaben konnte eine Gruppe von engagierten Teilnehmerinnen und Teilnehmern, Mitgliederinnen und Mitglieder gewonnen und ein befriedigendes Zwischenergebnis (Leitlinien/Konzept) erreicht werden. In Bezug auf die Umsetzung in die Praxis zeigte sich in beiden Vorhaben, dass das Beharrungsvermögen eines eingespielten Systems von Leistungserbringern größer ist als angenommen. Die Bereitschaft, Klientinnen/Klienten an neue Versorgungsformen abzugeben, deren Versorgung man gerne leisten würde, die jedoch in der Praxis entweder als zu aufwendig gelten beziehungsweise für die man nicht ausreichend Ressourcen zur Verfügung hat, ist sehr gering, sodass hier Konkurrenzdenken Platz greift, ohne dass eine tatsächliche Konkurrenz besteht. Beide Vorhaben beziehungsweise die damit verbundenen Erkenntniszuwächse haben den Blick des Verbundes auf die Rolle der konkreten MmD und deren Bedarfe sowie den Aspekt der Sozialraumorientierung gestärkt und öffnen den Raum für weitere Kooperationen.

### 5. Umsetzung der Ergebnisse durch das BMG

Die in der Zukunftswerkstatt Demenz erzielten Ergebnisse sind geeignet, durch interessierte Dritte (zum Beispiel: Pflegekassen, Kommunen, Selbsthilfeorganisationen, ehrenamtlich engagierte Personen) in die Praxis umgesetzt zu werden. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber im Rahmen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) in § 45c Absatz 9 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) eine Möglichkeit geschaffen, dass ab Januar 2017 die Pflegekassen regionale Zusammenschlüsse oder Modellvorhaben, die bestimmte Voraussetzungen erfüllen, fördern können.