



Empfehlungen aus dem Modellprojekt Gemeindeschwester^{plus} von 2015 bis 2018 in Rheinland-Pfalz

Empfehlungen aus dem Modellprojekt Gemeindeschwester^{plus} von 2015 bis 2018 in Rheinland-Pfalz

Autorinnen und Autoren

Frank Weidner, Anne Gebert, Claudia Ehling, Christina Weber

Redaktion

Claudia Ehling, Christina Weber

© Deutsches Institut
für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP)
Hülchrather Str. 15
50670 Köln
Telefon: 0221/46861-30
E-Mail: dip@dip.de
Internet: <https://www.dip.de>

Gemeindeschwester^{plus} (GS^{plus}) ist ein Modellprojekt des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (MSAGD) des Landes Rheinland-Pfalz, das in sieben Modellregionen des Landes von Juli 2015 bis Dezember 2018 umgesetzt und vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) wissenschaftlich begleitet wurde.

Köln und Vallendar im März 2019

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
Rahmenbedingungen des Modellprojekts GS^{plus}	6
Vor welchen Herausforderungen stehen die Akteure?	6
Welche Ziele werden mit dem Konzept der GS ^{plus} aus dem Modellprojekt verfolgt?	8
Wer soll mit dem Angebot erreicht werden?	8
Was sind die Aufgaben der GS ^{plus} ?	9
Welchen Beitrag kann das Konzept aus dem Modellprojekt leisten?	10
Was verbinden die Seniorinnen und Senioren mit dem Konzept GS ^{plus} ?	12
Was beinhaltet und bedeutet der Aspekt des „Kümmerns“ im Aufgabenbereich der GS ^{plus} ?	13
Welchen Stellenwert hat der Ansatz der präventiven Hausbesuche im Konzept GS ^{plus} ?	14
Leitfragen zur Entwicklung, Umsetzung und Auswertung aus dem Modellprojekt 2015 bis 2018.....	17
Entwicklungsphase.....	19
Wie können die Ziele und Zielgruppen zu GS ^{plus} vor Ort angepasst werden?	19
Welche Tätigkeitsspektren ergeben sich daraus für die GS ^{plus} ...	21
Wer kann/sollte das konkrete Umsetzungskonzept in der jeweiligen Kommune entwickeln?	24
Wer muss von der Idee überzeugt, wer sollte frühzeitig involviert werden?	24
Wie kann an bereits bestehende Angebote in der Kommune angeknüpft werden?	25
Wie kann die Kooperation und Zusammenarbeit von GS ^{plus} und Pflegestützpunkten gelingen?	26
Wie sollte der Informations- und Beratungsprozess gestaltet werden?	29
Wie sollen/können die Zugangswege zu den Seniorinnen und Senioren gestaltet werden?	31
Wie müssen Datenschutzrichtlinien erfüllt werden?	35
Was sollte bei der Klärung der Trägerschaft und Ansiedlung der Dienststelle beachtet werden?	36

Was braucht wie viel Zeit?	37
Welche Kosten entstehen und wie kann das Vorhaben finanziert werden?	40
Wie kann die Zielerreichung überprüft werden?.....	41
Wie sieht ein kommunales Gesamtkonzept aus?	43
Umsetzungsphase.....	45
Welche Aufgabe hat die Projektleitung, was gehört zur Projektsteuerung?	45
Welche Qualifikationen, Kenntnisse und Erfahrungen sollten Fachkräfte GS ^{plus} mitbringen?	46
Wie sollten die Fachkräfte GS ^{plus} vorbereitet werden?	47
Welche Ausstattungen benötigen die GS ^{plus}	50
Welche Möglichkeiten der Angebots-Nachfrage-Steuerung bestehen?	50
Wie kann das Angebot in bestehende Strukturen eingebettet werden?	53
Wie können Beiträge der GS ^{plus} in der örtlichen Sozialraumentwicklung aussehen?	54
Was wird zu welchem Zweck dokumentiert?	55
Auswertungsphase.....	57
Welchen Nutzen kann eine Auswertung bieten und wie kann sie gestaltet werden?	57
Wie werden die abschließenden Ergebnisse verwertet?	58
Literaturhinweise.....	59

Einleitung

Diese Empfehlungen richten sich an alle Interessierten und alle Akteurinnen und Akteure, die sich mit den Fragen einer möglichen Einführung des Konzeptes Gemeindeschwester^{plus} (GS^{plus}) in ihrem kommunalen Umfeld auseinandersetzen möchten. Mittels dieser Handreichung sollen sie zum Konzept und Vorhaben aus erster Hand informiert und ermutigt sowie durch Empfehlungen und Hinweise in einer praxisnahen Entwicklung und Umsetzung unterstützt werden. Die Inhalte der Empfehlungen basieren dabei insbesondere auf den Erfahrungen und Erkenntnissen aus dem Modellprojekt GS^{plus}, das von Mitte 2015 bis Ende 2018 in Rheinland-Pfalz in neun Modellkommunen umgesetzt worden ist.

Zum Modellprojekt GS^{plus} gibt es einen Abschlussbericht (Stand Dezember 2018) der wissenschaftlichen Begleitung des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP), der auf einem 2017 veröffentlichten, umfänglichen Zwischenbericht aufbaut und diesen aktualisiert. Die vorliegenden Empfehlungen stellen eine Anlage des Abschlussberichtes dar. Bereits im Mai 2018 ist der Evaluationsbericht zum Modellprojekt GS^{plus} erschienen, der vom Team um Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt von der Universität zu Köln erstellt worden ist. Alle Berichte können von den Internetseiten des MSAGD und des DIP kostenlos heruntergeladen werden.

Zunächst werden in den Empfehlungen kurz und knapp die Rahmenbedingungen des Konzeptes GS^{plus} aus dem Modellprojekt vorgestellt. Es wird erläutert, welche Ziele mit diesem Angebot verfolgt werden können, welche Menschen mit diesem Angebot erreicht werden sollen und können und welche Aufgaben und Herausforderungen damit verbunden sind.

Anschließend werden anhand von 24 praxisorientierten Leitfragen konkrete Empfehlungen und Hinweise zur schrittweisen Vorbereitung, Entwicklung, Umsetzung und Auswertung des Konzeptes GS^{plus} für Interessierte gegeben. In allen Kapiteln sind zur Veranschaulichung Beispiele und O-Töne von Beteiligten aus dem Modellprojekt GS^{plus} angeführt.

Rahmenbedingungen des Modellprojekts GS^{plus}

Im Folgenden werden die Rahmenbedingungen des Modellprojekts GS^{plus} anhand von übersichtlichen Fragen dargestellt und erläutert.

- ✓ Welche Herausforderungen können mit dem im Modellprojekt erprobten Konzept GS^{plus} beantwortet werden?
- ✓ Welche Ziele werden mit dem im Modellprojekt erprobten Konzept der GS^{plus} verfolgt?
- ✓ Wer soll mit dem im Modellprojekt entwickelten Angebot erreicht werden?
- ✓ Welche Aufgaben hatten die GS^{plus} im Modellprojekt?
- ✓ Welchen Beitrag kann das Konzept GS^{plus} aus der Modellphase leisten?
- ✓ Was verbinden Seniorinnen und Senioren mit dem Konzept GS^{plus} aus der Modellphase?
- ✓ Was beinhaltet und bedeutet der Aspekt des „Kümmerns“ bei der Arbeit GS^{plus} im Modellprojekt?
- ✓ Welchen Stellenwert hat der Ansatz der präventiven Hausbesuche im Konzept des Modellprojekts GS^{plus}?

Vor welchen Herausforderungen stehen die Akteure?

Die Landkreise, kreisfreien Städte und Verbandsgemeinden in Rheinland-Pfalz stehen gemeinsam mit weiteren Akteuren angesichts des demografischen und gesellschaftlichen Wandels vor großen Herausforderungen. Zentrale Fragen sind u.a., wie selbständige Lebensführung, Lebensqualität und soziale Teilhabe von älteren Bürgerinnen und Bürgern wohnortnah gewährleistet werden können und wie entsprechende Angebote in die vorhandenen Infrastrukturen eingebettet werden können. Denn Selbstständigkeit, Lebensqualität und soziale Teilhabe im Alter sind maßgeblich von sozialräumlichen Gegebenheiten am Wohnort geprägt. Strukturen der Sorge und Unterstützung dürfen nicht verkürzt werden auf die Unterstützung von älteren pflegebedürftigen Menschen, sondern sollten sich auf alle älteren Menschen mit ihren spezifischen Bedürfnissen und Bedarfen beziehen.

Die Erkenntnisse aus dem Modellprojekt GS^{plus} haben gezeigt, dass damit wirksame Beiträge geleistet werden können, um die beschriebenen Herausforderungen adäquat anzugehen.

O-Töne

„In beiden teilnehmenden Verbandsgemeinden verteilen sich rund 50 Ortsgemeinden über eine große räumliche Ausdehnung. Die Infrastruktur in den Orten ist unterschiedlich ausgeprägt. Problematisch ist die Versorgung eher in den kleinen und kleinsten Ortschaften. Die älteren Menschen wohnen meist alleine im eigenen Haus, wobei überwiegend alte Bausubstanz vorliegt, die nicht alters- oder behindertengerecht ist.

Die hochaltrigen Menschen haben nicht selten die sozialen Kontakte zu Mitbürgern verloren, weil nicht mehr viele mobile und gleichaltrige Menschen im Ort leben. Die berufstätigen Kinder sind oft nicht mehr im Ort, sondern wohnen in der Nähe der Arbeitsstellen.

Den Menschen, die zudem schon die Kriegszeiten erlebt haben, fehlt ein Stück Vertrauen im Umgang mit Behörden. Auch daher werden notwendige Kontakte mitunter erst spät hergestellt und zuzustehende Leistungen nicht immer beantragt.

Die kirchlichen Organisationen müssen aufgrund finanzieller und organisatorischer Veränderungen Zusammenschlüsse vornehmen, was einen teilweisen Rückzug aus der Fläche bedeutet.

Ehrenamtliche Initiativen erreichen auch nicht alle Orte. Die Dorfgemeinschaften kümmern sich grundsätzlich um „ihre“ Bürgerinnen und Bürger, es gibt dennoch Menschen, die nicht erreicht werden. Ortsübergreifendes Ehrenamt ist eher selten anzutreffen, würde von den Unterstützern auch ein hohes Maß an Mobilität und damit auch Kostenaufwand erfordern.

Mit der Vielzahl an sozialrechtlichen Regelungen, die in einer konkreten Hilfesituation auf die Menschen zukommen, sind die Betroffenen, oft auch die Angehörigen, überfordert. Der Bedarf für einen Kümmerner bzw. eine Kümmerein in Form des Konzeptes Gemein-deschwester^{plus} ist auf jeden Fall gegeben. Überschneidungen mit bestehenden Angeboten werden nicht gesehen.“

(Bericht aus einer Modellkommune)

Welche Ziele werden mit dem Konzept der GS^{plus} aus dem Modellprojekt verfolgt?

Ziel des Angebotes GS^{plus} ist es, einen Beitrag zur Unterstützung selbständiger Lebensführung im Alter durch präventive und gesundheitsfördernde Angebote zu leisten.

Mit dem Angebot GS^{plus} soll zur Stabilisierung und Stärkung der Lebenssituation älterer Menschen beigetragen werden, Pflegebedürftigkeit hinausgezögert oder möglichst vermieden werden. Zudem sollen ältere Menschen mit Hilfebedarf möglichst gut unterstützt werden, so dass sie möglichst lange zu Hause leben können und trotz etwaiger Einschränkungen am gesellschaftlichen Leben teilhaben und sich sozial aktiv beteiligen können.

Dies soll zum einen durch eine präventiv ausgerichtete, aufsuchende Information, Beratung und ggf. Begleitung von älteren Menschen im Rahmen von Hausbesuchen erfolgen, zum anderen, indem mit diesem Ansatz Beiträge zu gesundheits- und selbstständigkeitsfördernden Infrastrukturen geleistet werden sowie das ehrenamtliche Unterstützungspotenzial gestärkt werden soll.

Wer soll mit dem Angebot erreicht werden?

Das Angebot der GS^{plus} richtet sich an Bürgerinnen und Bürger sowie Versicherte ohne Pflegebedarf im Sinne des SGB XI, die im Regelfall 80 Jahre und älter sind. Bei Bedarf können jedoch auch Menschen unter 80 Jahren mit einem Anliegen, das in das Aufgabenfeld der GS^{plus} fällt, informiert und beraten werden.

Der Unterschied zwischen diesen Altersgruppen liegt u.a. in den Zugangswegen. 80-jährige und ältere Personen werden aktiv im Rahmen der Informations- und Öffentlichkeitsarbeit informiert und beworben, jüngere Seniorinnen und Senioren nicht. Letztere wenden sich insbesondere bei selbsterkannten Bedarfen von sich aus an die GS^{plus}.

Was sind die Aufgaben der GS^{plus}?

Die im Modellprojekt entwickelten Aufgaben der GS^{plus} bestehen im Kern aus folgenden Tätigkeitsbereichen:

- ✓ Vorbereitung, Durchführung und Auswertung von präventiven Hausbesuchen, inkl. der Vermittlung an passende Unterstützungsangebote
- ✓ ggf. eine längerfristige, niedrigschwellige Begleitung von älteren Menschen in vulnerablen Situationen (Aspekte des Kümmerns)
- ✓ Stärkung sozialer Netzwerke und Unterstützungssysteme in den Regionen – zum Beispiel von Kirchen- und Ortsgemeinden – und deren engmaschige Verknüpfung
- ✓ Nachbarschaftsinitiativen und Hilfestrukturen zu stärken und zu fördern, so dass sie sich weiterentwickeln können
- ✓ Zusammenarbeit mit vorhandenen Angeboten der Kommunen, Kostenträgern und Leistungsanbietern zur spezifischen Unterstützung oder Behandlung von erkannten Bedarfen
- ✓ Zusammenarbeit mit Pflegestrukturplanerinnen und -planern, regionalen Pflegekonferenzen sowie Pflegestützpunkten, um Hinweise zu geben über die Stärken und Schwächen in den Sozialräumen sowie zum Bedarf von Unterstützung und Begleitung von ehrenamtlichem Engagement

Die Aufgaben der GS^{plus} verbinden präventiv ausgerichtete, zugehende Informations- und Beratungsarbeit (präventiver Hausbesuch) mit sozialraumbezogenen Aktivitäten und Beiträgen zur Pflegestrukturentwicklung und unterstützen die kommunale Daseinsvorsorge für Seniorinnen und Senioren.

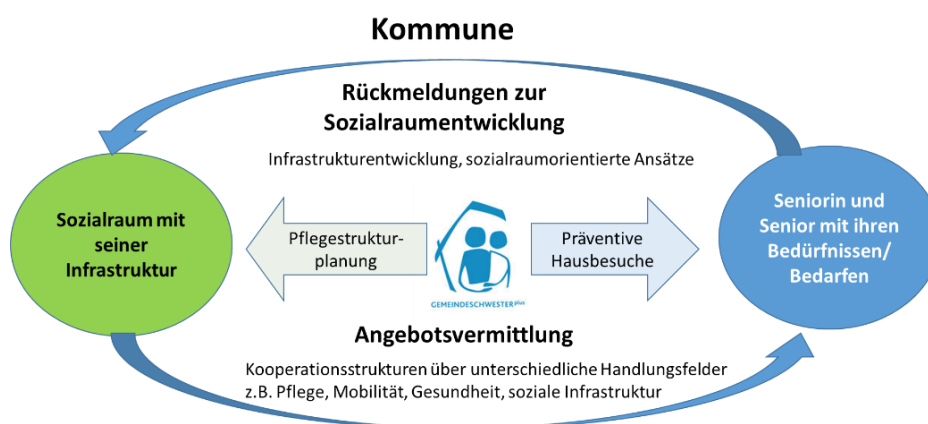


Abbildung 1: Das Zusammenspiel von präventivem Hausbesuch und Pflegestrukturplanung im Konzept GS^{plus} (Quelle: DIP)

Welchen Beitrag kann das Konzept aus dem Modellprojekt leisten?

Der Beitrag, den das Konzept GS^{plus} aus dem Modellprojekt leisten kann, wurde u.a. im Evaluationsbericht¹ ersichtlich: In den Hausbesuchen leisten die Beraterinnen insbesondere:

Informationsmanagement: Passgenaue Informationen und Beratungen über Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention mit Schwerpunkt Alter sowie über mögliche Hilfen.

Gesellungsmanagement: Informationen, Aktivierungen sowie ggf. Unterstützungen und Begleitungen sozial vereinsamer Menschen. Initiierung von sozialen Kontakten (Nachbarschaft, ehrenamtlicher Besuchsdienst) und Förderung zur Teilnahme am sozialen Leben. Aufbau notwendiger sozialräumlicher Netzwerke.

Vernetzungsmanagement: Vernetzungs- und Kooperationsaktivitäten mit anderen Angeboten. Organisation von Seniorenveranstaltungen (Seniorentreffs, Seniorencafés, Seniorenstammtische etc.).

Krankheitsmanagement: Erkennen von Krankheitssituationen bzw. von Defiziten/Einschränkungen im Umgang mit Erkrankungen. Motivation von Seniorinnen und Senioren, Symptome und Beschwerden mit dem Hausarzt zu besprechen sowie Initiierung von Kontakten zum diagnosestellenden Arzt (ausschließlich mit dem Einverständnis der besuchten Person).

Übergangsmanagement: Stabilisierung der häuslichen Situation durch Unterstützung bei Auswahl sowie Organisation von Hilfen und medizinischer Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt (z.B. alleinlebende ältere Menschen, Überforderung der Angehörigen, Stürze). Unterstützung bei der Entscheidungsfindung bezüglich des Wechsels in eine stationäre Einrichtung.

¹ Der Evaluationsbericht steht zur Verfügung unter:
<https://msagd.rlp.de/ar/unsere-themen/aeltere-menschen/gemeinde-schwesterplus/>

Unterstützung in Lebenskrisen: Zuhören und empathische Gespräche zu belastenden Lebensereignissen (Flucht, Heimweh, Traumata, Tod eines Angehörigen etc.), ggf. Weitervermittlung an Expertinnen und Experten, z.B. spez. Gesprächsangebote.

Prävention als Vorsorge: Reflexion der Lebenssituation und Sensibilisierung für Themen der Vorsorge (Testament, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht etc.) und mögliche weitere Lebensgestaltung, z.B. welche Versorgung wird bei Pflegebedürftigkeit in Betracht gezogen, welche Unterstützungsmöglichkeiten sind vorhanden?

Viele Seniorinnen und Senioren kontaktieren die Fachkräfte auch mit dem Ziel, diese kennenzulernen und abzuklären, ob das Angebot aktuell oder zukünftig von ihnen genutzt werden kann. Das Auftreten der Fachkräfte im Projekt GS^{plus} führte dazu, dass die besuchten Seniorinnen und Senioren sich in ihrer Kommune sicherer fühlten. In der Evaluation wurde zudem deutlich, dass es für viele der Besuchten eine Erleichterung war, zu wissen, dass es eine kommunale Ansprechpartnerin für sie gibt. Die GS^{plus} wurde von den meisten Seniorinnen und Senioren als ein vertrauensbildendes und auch geborgenheitsförderndes Angebot der Kommune, in der sie leben, verstanden.

O-Töne

„Es gibt einfach viele ältere und einsame Menschen, die einen Ansprechpartner brauchen.“

„Bin froh, dass es sowas gibt. Gut, dass es jemand aus der Kommune ist wegen Vertrauen. Sowas fehlt ja hier in der Gegend.“

(Äußerungen von Seniorinnen und Senioren)

Für die Kommunen ergab sich durch die Implementierung des Konzeptes der GS^{plus} ein zusätzlicher Nutzen. Die Rückkoppelung von Bedarfen und Wünschen in die Kommunen aus den Gesprächen mit den Seniorinnen und Senioren durch die Fachkräfte führte zu hilfreichen Erkenntnissen über die Stärken und Schwächen kommunaler Infrastrukturen und der Sozialräume. Diese Rückmeldungen wurden gezielt genutzt zur Weiterentwicklung der wohnortnahen, seniorenbezogenen Infrastruktur. So erhielt

ten die Kommunen beispielsweise Informationen zu kommunalen Barrieren im Hinblick auf die Teilhabe am öffentlichen Leben, Hinweise zu Übereinstimmungen oder auch zu Lücken von Angebot und Nachfrage relevanter Angebote. Hinzu kommt, dass dadurch in den Modellkommunen auch erfolgreich eigene Projekte initiiert oder verstetigt wurden und damit ganz konkrete Beiträge zur Optimierung der Infrastrukturen geleistet werden konnten. Es hat sich gezeigt, dass die zugehende Information und Beratung von den Bürgerinnen und Bürgern als eine konkrete und positive Form der kommunalen Daseinsvorsorge wahrgenommen wird. Die Kommune erhält durch die GS^{plus} ein „Gesicht“, was als Imagegewinn für die Kommunen gewertet wurde.

O-Töne

„Sehr gut! Man hat jetzt das Gefühl, dass man wahrgenommen wird.“

(Äußerung einer Seniorin)

Was verbinden die Seniorinnen und Senioren mit dem Konzept GS^{plus}?

Der Begriff der „Gemeindeschwester“ ist bei vielen älteren Menschen mit guten Erinnerungen verbunden. Er wird als positiv und vertrauensbildend wahrgenommen. Kontakt zu einer GS^{plus} aufzunehmen, erscheint für ältere Bürgerinnen und Bürger einfacher zu sein, als sich an eine auf den ersten Blick eher unpersönliche Beratungsinstitution zu wenden.

Gezeigt hat sich ferner, dass zunächst aufgrund der Namensgebung und der Vorerfahrungen aus früherer Zeit manchmal andere Aufgaben und Leistungen von der GS^{plus} erwartet werden, als sie im Konzept vorgesehen sind. So wurde vereinzelt erwartet, dass z. B. geringfügige Tätigkeiten im Haushalt übernommen werden, Wundverbände gewechselt oder die Fachkraft bei der Körperpflege unterstütze. Hier ist es stets ratsam, vor Ort frühzeitig über die Tätigkeitsbereiche der GS^{plus} zu informieren, um falsche Erwartungen oder auch Irritationen zu vermeiden.

Was beinhaltet und bedeutet der Aspekt des „Kümmerns“ im Aufgabenbereich der GS^{plus}?

Ein wichtiger Aspekt der Rolle der GS^{plus} in den Kommunen ist der der „Kümmererin“ für hochbetagte, selbständig lebende Menschen. Mit diesem Begriff soll in Kurzform deutlich gemacht werden, dass die GS^{plus} eben für die älteren Menschen da sein sollen. Dies bedeutet auch, dass die Fachkräfte auf die Seniorinnen und Senioren aktiv zugehen und bei Anliegen Zeit zum Zuhören haben. Sie können sich aus ihrem Wissen und ihrer Kompetenz heraus entsprechend kümmern und gezielt informieren, unterstützen, verbinden bzw. weitere Schritte einleiten. Der Einsatz von GS^{plus} signalisiert, dass die Kommune ein Interesse an hochbetagten Seniorinnen und Senioren hat und dass sie ihnen eine kommunale Ansprechpartnerin als „Kümmerin“ zur Verfügung stellt.

O-Töne

„Die Situation von Frau H. zeigt mir beispielhaft, in welchem hohen Umfang manchmal Interventionen nötig sind, um konkret zu helfen. Mir wird an diesem Beispiel bewusst, dass es vielen Seniorinnen und Senioren so geht wie Frau H. Sie leben häufig allein und benötigen jemanden, der Hilfen vermittelt oder Kontakte für sie herstellt. An dem Beispiel von Frau H. stelle ich auch fest, welche Verantwortung man als Gemeindeschwester^{plus} trägt, weil die älteren Menschen alle Hoffnungen und ihr Vertrauen in meine Obhut legen. Es zeigt, wie wertvoll eine gute Vernetzung ist. Je besser die Netzwerkarbeit, desto größer sind die Chancen, den Seniorinnen und Senioren die passenden Hilfen anzubieten.

Weiterhin zeigt mir das Beispiel von Frau H., wie schwierig es teilweise für die älteren Menschen ist, Kontakte zu Personen und Einrichtungen herzustellen. Das Festhängen in Telefonhotlines, mit immer neuen Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern konfrontiert zu werden, keinen festen Ansprechpartner zu haben, ist für viele Erwachsene schon schwer zu ertragen. Um wie viel schwieriger ist dies dann für hochbetagte Menschen, die sich allgemein in Alltagsdingen kaum noch zurechtfinden. Viele von ihnen sind dann auch häufig überfordert und ausgesprochen dankbar, wenn sie eine feste Bezugsperson in problematischen Situationen haben, an die sie sich wenden können, die ihnen solche Aufgaben abnimmt und zu der sie vor allem Vertrauen haben.“

(Schilderung einer GS^{plus})

Welchen Stellenwert hat der Ansatz der präventiven Hausbesuche im Konzept GS^{plus}?

Im Modellprojekt GS^{plus} hat sich neben den vorgegebenen Rahmenbedingungen des rheinland-pfälzischen Ansatzes die Implementierung und Umsetzung des DIP-Konzeptes zum „präventiven Hausbesuch“ bewährt. Es stellt einen Kernansatz in der Tätigkeit der GS^{plus} dar. Daher sollen im Folgenden kurz die Eckpunkte beleuchtet und zur Umsetzung im Konzept GS^{plus} auch in weiteren Kommunen empfohlen werden.

- ✓ Proaktives Vorgehen
- ✓ Multidimensionale Ausrichtung
- ✓ Zielgruppenorientierung
- ✓ Fachlichkeit in der Beratung
- ✓ Spezifisches Beratungskonzept
- ✓ Kommunale Anbindung und regionale Vernetzung
- ✓ Datenschutz und Ethik

Proaktives Vorgehen

Proaktivität des Angebotes meint, dass die älteren Bürgerinnen und Bürger aktiv und direkt angesprochen und zum Angebot informiert werden, noch bevor diese einen Beratungsbedarf äußern. Nicht die Seniorin bzw. der Senior geht zur Beratung, sondern die Beratung kommt zu den älteren Menschen, wenn sie dem Besuch zustimmen.

Multidimensionale Ausrichtung

Die Selbständigkeit der Seniorinnen und Senioren wird als ein sich wandelnder und von vielen unterschiedlichen Einflussfaktoren abhängiger Prozess betrachtet. Die selbständige Lebensführung steht in einer komplexen und dynamischen Wechselwirkung mit vielfältigen Anforderungen. Zur Grundlegung der multidimensionalen Ausrichtung des Beratungsprozesses ist der explizite oder implizite Einsatz eines an dieser Komplexität und Dynamik ausgerichteten Gesprächsleitfadens notwendig. Er unterstützt die Fachkräfte in den Gesprächen dabei, dass nicht nur geäußerte und aktuell vordergründige Bedarfslagen der jeweiligen Seniorin oder des Seniors thematisiert werden, sondern nach Möglichkeit alle für einen spezifischen Beratungserfolg relevanten Themen und Lebensbereiche angesprochen werden können.

Zielgruppenorientierung

Zielgruppenorientierung bedeutet, dass das Angebot auf Lebenssituationen, Beeinträchtigungsgrade oder kulturelle Hintergründe von jeweiligen (Teil-)Zielgruppen unter den zu beratenden Seniorinnen und Senioren angepasst werden muss. Anders ausgedrückt: „Hochbetagt ist nicht gleich hochbetagt“. Die Zugangswege, die Beratungsthemen oder auch die Intensität der Begleitung muss an die Bedarfe der jeweiligen Zielgruppe, z.B. an Menschen mit Migrationshintergrund, Angehörige von hilfebedürftigen Personen, einsame oder alleinlebende Menschen, angepasst werden.

Fachlichkeit in der Beratung

Eine zentrale Rolle bei der Durchführung eines präventiven Hausbesuchsangebotes kommt den Fachkräften zu, die die Beratungen durchführen. Vor dem Hintergrund der vielfachen und spezifischen Anforderungen wird empfohlen, professionelle Fachkräfte wie z.B. examinierte Pflegefachkräfte und/oder Sozialarbeiterinnen und -arbeiter als GS^{plus} zu beschäftigen. Zudem müssen die Fachkräfte durch geeignete Schulungen auf ihren Einsatz als GS^{plus} gezielt vorbereitet und begleitet werden.²

Spezifisches Beratungskonzept

Die Gespräche in den präventiven Hausbesuchen sollen so gestaltet werden, dass vorhandene Ressourcen identifiziert und wenn möglich aktiviert und zugleich mögliche Risiken selbständiger Lebensführung mit der Seniorin bzw. dem Senior thematisiert werden können. Angestrebt ist, dass das Gespräch zur Lebens- und Gesundheitssituation die Selbstreflexion der älteren Menschen unterstützt sowie den Handlungs- und Entscheidungsspielraum der Beratenen erweitert.

Kommunale Anbindung und regionale Vernetzung

Die organisatorische und räumliche Anbindung an vorhandene kommunale Strukturen und an Pflegestützpunkte hat sich im Modellprojekt GS^{plus} bewährt und ist daher zu empfehlen. Dies unterstützt die Wahrnehmung als ein seriöses Angebot bei den Bür-

² siehe auch weiter hinten den Punkt „Wie sollten die Fachkräfte GS^{plus} vorbereitet werden?“

gerinnen und Bürgern, verkürzt Entscheidungs- und Kommunikationswege und erleichtert die Rückkopplung von Erkenntnissen zu anderen wichtigen Akteuren.

Datenschutz und Ethik

Grundvoraussetzung für die Durchführung von präventiven Hausbesuchen ist die konsequente Einhaltung von ethischen Prinzipien der Freiwilligkeit, der Selbstbestimmtheit, der Vertraulichkeit und der Neutralität. Dies bedeutet zum einen, dass Hausbesuche nur mit dem Einverständnis der älteren Menschen durchgeführt werden. Zum anderen werden nur Maßnahmen vermittelt, denen der beratene ältere Mensch zustimmt. Die Gespräche unterliegen der Schweigepflicht, es sei denn, der Senior oder die Seniorin entbinden die GS^{plus} davon, z.B. im konkret verabredeten Fall einer Weiterleitung an einen anderen Dienst.

Die Anforderung der Neutralität beinhaltet, dass die Beraterinnen beispielsweise verpflichtet sind, nicht nur über bestimmte, sondern über alle verfügbaren und in Frage kommenden wohnortnahen Angebote in der Beratung zu informieren.

Der Umgang mit sämtlichen personenbezogenen Daten, die im Rahmen der Hausbesuche und Beratungen erhoben und gespeichert werden, unterliegt den Anforderungen der aktuellen und relevanten Datenschutzverordnungen des Landes, des Bundes und der EU.

Leitfragen zur Entwicklung, Umsetzung und Auswertung aus dem Modellprojekt 2015 bis 2018

Im folgenden Kapitel geht es um die praxisnahe Beantwortung von Leitfragen zur möglichen Einführung der GS^{plus} als neues Angebot für Seniorinnen und Senioren in weiteren Kommunen. Es werden konkrete Schritte zur Entwicklung und Umsetzung des GS^{plus}-Konzeptes beschrieben. Zugleich soll verdeutlicht werden, welche Überlegungen insbesondere auf Basis der Erfahrungen aus dem Modellprojekt GS^{plus} hilfreich sein können bzw. welche Schritte sinnvoll erscheinen. Die Leitfragen stellen somit eine Einstiegshilfe für die weitere Entwicklung und Umsetzung des Angebotes der GS^{plus} in Rheinland-Pfalz dar. Ohne Zweifel handelt es sich jeweils um recht ambitionierte Vorhaben, daher wird hier gerade vor dem Hintergrund von örtlich mitunter sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben.

Die notwendigen und sinnvollen Schritte und Überlegungen lassen sich im Sinne eines allgemeinen Projektverständnisses in drei Phasen gliedern:

- ✓ Entwicklungsphase
- ✓ Umsetzungsphase
- ✓ Auswertungsphase

Jeder Phase sind im Folgenden die als wichtig erachteten Leitfragen zugeordnet, die im Prozess der Gesamtumsetzung von den verantwortlichen Akteuren vor Ort diskutiert und schließlich beantwortet werden sollten. Alle Leitfragen sind in der nachstehenden Tabelle übersichtlich abgebildet. Sie werden im Weiteren Schritt für Schritt erläutert und mit Hilfe von Beispielen verdeutlicht.

1. Entwicklungsphase	✓ Wie können die Ziele und Zielgruppen zu GS^{plus} vor Ort angepasst werden? ✓ Welche Tätigkeitsspektren ergeben sich daraus für die GS^{plus}? ✓ Wer kann/sollte das konkrete Umsetzungskonzept in der jeweiligen Kommune entwickeln? ✓ Wer muss von der Idee überzeugt, wer sollte frühzeitig involviert werden? ✓ Wie kann an bereits bestehende Angebote in der Kommune angeknüpft werden? ✓ Wie kann die Kooperation und Zusammenarbeit von GS^{plus} und Pflegestützpunkten gelingen? ✓ Wie sollte der Informations- und Beratungsprozess gestaltet werden? ✓ Wie sollen/können die Zugangswege zu den Seniorinnen und Senioren gestaltet werden? ✓ Wie müssen Datenschutzrichtlinien erfüllt werden? ✓ Was sollte bei der Klärung der Trägerschaft und Ansiedlung der Dienststelle beachtet werden? ✓ Was braucht wie viel Zeit? ✓ Welche Kosten entstehen und wie kann das Vorhaben finanziert werden? ✓ Wie kann die Zielerreichung überprüft werden? ✓ Wie sieht ein kommunales Gesamtkonzept aus?
2. Umsetzungsphase	✓ Welche Aufgabe hat die Projektleitung, was gehört zur Projektsteuerung? ✓ Welche Qualifikationen, Kenntnisse und Erfahrungen sollten Fachkräfte GS^{plus} mitbringen? ✓ Wie sollten die Fachkräfte GS^{plus} vorbereitet werden? ✓ Welche Ausstattungen benötigen die GS^{plus}? ✓ Welche Möglichkeiten der Angebots-Nachfrage-Steuerung bestehen? ✓ Wie kann das Angebot in bestehende Strukturen eingebettet werden? ✓ Wie können Beiträge der GS^{plus} in der örtlichen Sozialraumentwicklung aussehen? ✓ Was wird zu welchem Zweck dokumentiert?
3. Auswertungsphase	✓ Welchen Nutzen kann eine Auswertung bieten und wie kann sie gestaltet werden? ✓ Wie werden die abschließenden Ergebnisse verwertet?

Entwicklungsphase

In der Phase der Konzeptentwicklung geht es um die Beantwortung und Klärung von Leitfragen zur Motivation und Überzeugungsarbeit sowie zur Anpassung von Zielgruppen, der Zugangswege und der Konzeptbausteine unter Einbezug der vorhandenen Erfahrungen und Strukturen in der jeweiligen Kommune. Zudem geht es um eine konkrete Zeitplanung, die Zuständigkeiten und die Finanzierung. Erst auf der Grundlage eines möglichst weitgehend geklärten Konzeptes lässt sich die Umsetzung erfolgversprechend beginnen und auch steuern.

Wie können die Ziele und Zielgruppen zu GS^{plus} vor Ort angepasst werden?

Die Rahmenbedingungen des Konzeptes GS^{plus} sind, wie bereits skizziert, klar vorgegeben und definiert. Aufgabe einer umsetzenden Kommune ist es, gemeinsam mit weiteren Akteuren wie Kostenträgern diese Rahmenbedingungen mit den jeweiligen regionalen und örtlichen Gegebenheiten zu verbinden und an die sozialräumlichen Gegebenheiten und Akteurslandschaften anzupassen.

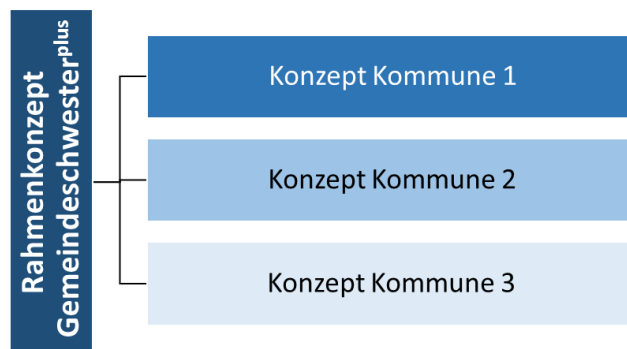


Abbildung 2 : Rahmenkonzept und kommunale Differenzierung
(Quelle: DIP)

Die Ermöglichung eines Gestaltungsspielraums innerhalb der vorgegebenen Rahmenbedingungen trägt dem Umstand der unterschiedlichen kommunalen Bedarfe, Infrastrukturen und Kulturen Rechnung. Dieses Vorgehen gewährleistet, dass in den Kommunen das Angebot der GS^{plus} passgenau für die Bedarfe vor Ort entwickelt und implementiert werden kann.

Beispielsweise sollten die Ziele und Zielgruppen des Beratungsangebotes GS^{plus} an die örtlichen Gegebenheiten und Bedarfe angepasst werden. Infolgedessen werden auch die Aufgabenschwerpunkte der Fachkräfte in den Kommunen etwas variieren. So kann in einer Stadt die Erreichung der Zielgruppe „hochbetagte Menschen mit Migrationshintergrund“ im Vordergrund stehen und in einer eher ländlichen Gegend die Sozialraum- und Vernetzungsentwicklung für hochaltrige Menschen eine größere Priorität aufweisen. Zur Identifizierung tragfähiger Ziele hat es sich bewährt, im Vorfeld der Konzeptentwicklung Daten der örtlichen Pflegestrukturplanung zu betrachten sowie, falls vorhanden, auf Sozialraumanalysen zurückzugreifen.

Beispiel aus einer Modellregion

Ziele

- ✓ Stabilisierung der selbständigen Lebensführung von hochaltrigen Menschen; möglichst Verbleib im häuslichen Umfeld
- ✓ Identifikation, Aufbau und Weiterentwicklung von bestehenden bzw. neu zu initiierenden nachbarschaftlichen Netzwerken mit dem Schwerpunkt soziale Kontaktpflege
- ✓ Weiterentwicklung eines quartiersnahen Wohnens mit Versorgungssicherheit
- ✓ Einordnung der Funktion der GS^{plus} in das Unterstützungssystem für ältere Menschen

In Anknüpfung an die Ziele kann zudem in den Kommunen der Fokus auf spezielle Zielgruppen gelegt werden, z.B. eben auf die Gruppe der hochbetagten Menschen mit Migrationshintergrund oder auch auf alleinstehende, sozial isolierte ältere sowie chronisch kranke Menschen.

Beispiel aus einer Modellregion

Zielgruppe

Menschen, die 80 Jahre und älter
und nicht pflegebedürftig sind

Mit dem Fokus auf

- ✓ sozial isolierte und/oder vereinsamte Personen
- ✓ chronisch kranke/mobilitätseingeschränkte
sowie kognitiv beeinträchtigte Personen
- ✓ Personen in schwieriger sozialer Lage (z.B. Armut)

Welche Tätigkeitsspektren ergeben sich daraus für die GS^{plus}?

Wie umfassend, vielfältig und unterschiedlich die Aufgabenbereiche der GS^{plus} im kommunalen Kontext dann sein können, stellt folgendes Beispiel einer Modellkommune dar:

Beispiel aus einer Modellregion

Leistungen/Maßnahmen/Aktivitäten der GS^{plus}

- ✓ Bedarfsanalyse für das Beratungsangebot
- ✓ Durchführung präventiver Hausbesuche
- ✓ Input in Seniorennachmittagen
- ✓ Initiierung generationenübergreifender Aktivitäten
- ✓ Initiierung, Zusammenarbeit mit Nachbarschaftshilfen
- ✓ Mitarbeit im Netzwerk Demenz
und im Nachbarschaftshilfeverein
- ✓ regelmäßige Information der
regionalen Pflegekonferenz (1/2-jährlich)
- ✓ Austauschtreffen mit den
Pflegestützpunkten (1/4-jährlich)
- ✓ Netzwerkarbeit mit Betreuungsvereinen, Mehrgenerationenhäusern/Treffs, Sozialdiensten Krankenhäuser und Anbietern von Hausnotruf

- ✓ Netzwerkarbeit mit Wohlfahrtsverbänden, die bereits Projekte für Seniorinnen und Senioren gestalten
- ✓ Beteiligung an Dorfmoderationen
- ✓ Fachliche Impulse auf Seniorennachmittagen
- ✓ Kontaktpflege zu vorhanden Projekten zum Aufbau einer ehrenamtlichen Nachbarschaftshilfe in Kooperation mit dem örtlichen Pflegestützpunkt und dem Seniorenbeauftragten der VG
- ✓ Kontaktpflege zu einem Projekt für begleitende Spaziergangsangebote für (gehbeeinträchtigte) Seniorinnen und Senioren, in Kooperation mit örtlichen Sportvereinen

Während in der oben beschriebenen Modellkommune die Netzwerkarbeit sowie das Initiieren von Angeboten im Mittelpunkt der Aufgaben der GS^{plus} steht, wird in der folgenden Fallschilderung deutlich, dass die Beratung einen Schwerpunkt in der Tätigkeit der GS^{plus} hat. So können neben den Hausbesuchen auch Telefonsprechzeiten sowie terminierte Sprechstunden angeboten werden. Dies verdeutlicht, dass die jeweilige Anpassung des GS^{plus}-Konzeptes zu unterschiedlichen Aufgabenschwerpunkten in den Kommunen führen kann.

O-Töne

„Frau S. ist 92 Jahre alt und lebt alleine im Einfamilienhaus. Sie ist seit 17 Jahren verwitwet. Ihr Sohn und die Schwiegertochter wohnen im gleichen Ort. Ihr Sohn besucht sie fast täglich. Sie besitzt ein Notrufhandy, das leicht zu bedienen ist und direkt beim Notruf ihren Sohn alarmiert.

Gesellige Seniorentreffs konnte Fr. S leider in letzter Zeit nicht mehr besuchen, da sie sehr müde und träge war und kaum noch selbstständig gehen konnte.

Der Sohn kontaktierte mich und bat um einen Hausbesuch, er wollte auch noch wissen, an wen er sich bei einem Antrag zur Einstufung in einen Pflegegrad wenden muss. Beim ersten Hausbesuch fiel mir auf, dass Fr. S. sehr antriebslos, müde und sprachverlangsam und das Gangbild sehr unsicher war. Bei der umfassenden Beratung, wo und wie man mit Pflegehilfsmitteln ein sicheres Wohnumfeld schaffen kann und einige Stolperfallen beseitigen kann, kamen wir auch auf das Thema Notfalldosen und Medikamentengabe zu sprechen. Ich sah mir den Medikamentencocktail auf ihrem Plan an und bat den Sohn, Kontakt mit dem Hausarzt aufzunehmen. Fr. S. bekam so viele Medikamente von verschiedenen Fachärzten (Neurologe, Orthopäde usw.), die der Hausarzt gar nicht wusste.

Mir fiel auf, dass die Medikamente zu Muskelentspannung und Müdigkeit führten.

Der Hausarzt setzte daraufhin einige Medikamente nach und nach ab und nach 4 Wochen fühlte sich Fr. S. wieder viel vitaler. Fr. S. war überglücklich, wieder alleine zu Hause zurechtzukommen und dass die Zeit vorbei war, in der sie nicht alleine vom Sessel aufstehen konnte, da sie tagsüber nicht mehr müde und schläfrig war und der wankende Gang ein Ende hatte.

Bei einem der nächsten Telefonate sagte sie mir „Sie hat der Himmel geschickt“ und auch der Sohn war sehr froh, dass man nun doch keinen Antrag auf Einstufung zu einem Pflegegrad stellen muss. Der PSP, dem ich schon diesen Fall weitergeleitet hatte, war auch sehr positiv überrascht, wie schnell sich das Problem erübrigt hatte.“

(Schilderung einer GS^{plus})

Und noch ein weiteres Beispiel aus einer anderen Modellregion sieht wie folgt aus:

Beispiel aus einer Modellregion

Leistungen/Maßnahmen/Aktivitäten

- ✓ Präventive und gesundheitsförderliche Einzelfallberatung mit den Schwerpunkten: Soziale Kontakte, Bewegung
- ✓ Bedarfe der Seniorinnen und Senioren erkennen und ihnen auf Wunsch nachgehen, z.B. durch die Einbeziehung und Beratung von Angehörigen; Sicherung von medizinischer Versorgung; Vermittlung und Implementierung/Begleitung von Hilfsangeboten/Aktivitäten
- ✓ Seniorenberatung in der Kommune: Terminierte Sprechstunde für Seniorinnen und Senioren und deren Angehörige im Vorfeld der Pflegebedürftigkeit
- ✓ Telefonsprechzeiten
- ✓ Sensibilisierung und Aktivierung politischer und anderer relevanter Akteure der Kommune für die Bedarfe der Seniorinnen und Senioren
- ✓ Übermittlung von konkreten Bedarfen der Seniorinnen und Senioren in Gemeindegremien und in den Pflegestrukturplan
- ✓ Initiierung von Angeboten für festgestellte Bedarfe
- ✓ Projektbezogene Internetpräsenz mit aktuellen Projekten/Veranstaltungen/Terminplaner/Presse der GS^{plus} in der Kommune ausstatten

Wer kann/sollte das konkrete Umsetzungskonzept in der jeweiligen Kommune entwickeln?

Die Entwicklung des konkreten GS^{plus}-Konzeptes erfordert sehr gute Kenntnisse der Ausgangssituation in der jeweiligen Kommune (Bedarfe, Prozesse und Strukturen). Ebenso müssen Kenntnisse über das Leistungsspektrum und die Formen von Leistungsansprüchen, die ein zukünftiges Angebot flankieren können oder sollen, vorliegen. Im Modellprojekt GS^{plus} waren von Beginn an die in der kommunalen Verwaltung ansässigen Abteilungen, die mit der Seniorenarbeit vertraut sind, involviert. Darüber hinaus ist zu empfehlen, dass Personen mit Projektmanagementkenntnissen und -erfahrung in das Projektteam integriert werden. Gegebenenfalls müssen diese Kompetenzen, wenn sie nicht vor Ort zur Verfügung stehen, auch gezielt von außen hinzugewonnen werden.

Sind die Fragen der verantwortlichen Personen und Zuständigkeiten beantwortet, können die notwendigen Klärungen zur Konkretisierung der Ziele, der Zielgruppen, der Zugänge des Leistungsspektrums und der Qualifikation der Beratenden sowie der Zeitplanung herbeigeführt werden. Letztlich gehört dazu auch die Frage der Finanzierung des Angebotes.

Wer muss von der Idee überzeugt, wer sollte frühzeitig involviert werden?

Grundsätzlich können Entwicklungsideen für ein regional angepasstes GS^{plus}-Angebot aus der kommunalen Verwaltung, Politik oder auch der Bürgerschaft angestoßen werden oder aber auch von anderen wichtigen Akteuren kommen. In anderen Projekten, die es in Deutschland bereits zum präventiven Hausbesuch gegeben hat, war es nicht selten die Verwaltung, die im Kontext der kommunalen Daseinsvorsorge die Idee aufgegriffen und häufig im Zusammenhang von Fördermöglichkeiten ergriffen hat. So spielen neben der Bürgermeisterin bzw. dem Bürgermeister und der kommunalen Verwaltung mit Schwerpunkt auf Seniorenarbeit nicht selten auch die für die Finanzierung zuständigen Akteure von Beginn an eine ganz zentrale Rolle, ebenso wie die politischen Gremien, die Stadt- und Gemeinderäte. Nicht zu verges-

sen sind die vielen Akteure vor Ort, die bereits kulturelle, informative oder weitergehend unterstützende Angebote vorhalten. Bei diesen Akteursgruppen sollte also über das Angebot der GS^{plus} informiert und für ein Miteinander geworben werden. Zu bedenken ist, dass jedes neue Angebot auch immer die Fragen und ggf. Sorgen und Ängste aufwirft, wer was damit bezweckt und was sich ggf. ändern soll und wird. Das heißt, dass es neben der Überzeugungsarbeit immer auch um Transparenz und vertrauensbildende Maßnahmen geht.

Zudem ist es wichtig, dass bereits frühzeitig möglichst viele Menschen in der Kommune hinter einem neuen Vorhaben stehen und die Entwicklung und Umsetzung des neuen Angebotes unterstützen können. Dies begünstigt die Umsetzung und die Akzeptanz neuer Angebote ungemein. Es empfiehlt sich, diejenigen Personen, die in der Umsetzung des Angebotes der GS^{plus} größeren Einfluss nehmen können bzw. in der Umsetzung eine wichtige Rolle spielen, mit in das Vorhaben und vielleicht auch in Vorgespräche oder ein Projektteam aufzunehmen (z.B. Quartiersmanagerinnen und -manager, regionale Netzwerkkoordinatorinnen oder -koordinatoren und Verantwortliche von Pflegestützpunkten etc.).

Vorteilhaft ist es außerdem, wenn die Kommune z.B. schon durch vorherige Projekte gerade auch die ältere Bevölkerung in den Blick genommen hat und so bereits für Thematiken der Altersgruppe sensibilisiert ist bzw. der Wille der Unterstützung und Weiterentwicklung vor Ort besteht. Die Einführung des Angebotes der GS^{plus} kann auch Startpunkt dieser positiven Entwicklung sein.

Wie kann an bereits bestehende Angebote in der Kommune angeknüpft werden?

Bereits bei der Konzeptentwicklung ist es wichtig, einen Überblick über regionale Angebote zu erhalten. Dies geschieht mit folgenden Fragestellungen: Bei welchen Akteuren sollte das Konzept der GS^{plus} vorgestellt werden? Welche Angebote bestehen bereits und an wen sollte und könnte die GS^{plus} weitervermitteln? Welche Akteure können, als Multiplikatoren, an die GS^{plus} weiter-

vermitteln? Der Austausch mit den bereits vorhandenen Akteuren bietet ebenfalls die Möglichkeit, Kenntnisse über eventuell fehlende Angebote zu erhalten. Verantwortliche, die sich einen Überblick über bestehende Angebote verschaffen möchten, können dazu sogenannte Netzwerkkarten nutzen. Hierzu werden in einer Tabelle übersichtlich alle wichtigen Informationen zu relevanten Akteuren und bestehenden Angeboten in der Kommune, die für Seniorinnen und Senioren interessant sein könnten, zusammengetragen. Diese Tabelle kann auch später ergänzt und erweitert werden und hilft zunächst in der Phase der Konzeptentwicklung dabei, einen Überblick zu gewinnen. In der Durchführungsphase können Netzwerkkarten dazu beitragen, die Seniorinnen und Senioren über bestehende Angebote zu informieren.

Struktur einer möglichen Netzwerkkarte

Akteur/ Adresse	Angebots- beschreibung	Ansprech- partner	Kosten für Nutzung	Referenzen/ Transparenz	Informationen (Flyer, Internet etc.)	Kontakt/ Vernetzung

Wie kann die Kooperation und Zusammenarbeit von GS^{plus} und Pflegestützpunkten gelingen?

Eine gelungene Zusammenarbeit der GS^{plus} und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pflegestützpunktes vor Ort ist sowohl für die Seniorinnen und Senioren als auch für die jeweiligen Akteure von zentraler Bedeutung und von Anfang an zu fördern.

Bereits in der Phase der Konzeptentwicklung in der Kommune sollten daher Verantwortliche der Pflegestützpunkte, der Kranken- und der Pflegekassen miteinbezogen werden und über die Ziele, die übergeordneten Aufgabenbereiche sowie das Vorgehen der GS^{plus} informiert werden. Wichtig hierbei ist es, dass die

jeweiligen Aufgaben- und Verantwortungsbereiche vor dem Hintergrund des übergeordneten Konzeptes GS^{plus} möglichst klar angelegt werden.

Im Modellprojekt GS^{plus} gab es von Beginn an eine klare Soll-Grenzlinie: Alle Themen und Bedarfe, die keine Leistungsansprüche nach dem Sozialgesetzbuch (insb. SGB V und SGB XI) betreffen, obliegen der Erhebung, Beratung, Fallsteuerung und Vernetzungsarbeit der GS^{plus}. Beratungen zu Leistungen nach dem SGB XI fallen hingegen in den Zuständigkeitsbereich der Pflegestützpunkte. Im Projektverlauf hat sich aber gezeigt, dass in der täglichen Beratungsrealität nicht immer eine entsprechende Zuordnung möglich war. Mitunter geht das eine fließend in das andere über. Daher sollte für diese Einzel- und Grenzfälle im Aufgaben- und Leistungsspektrum der GS^{plus} und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Pflegestützpunkt stets ein regelmäßiger Austausch oder Fallbesprechungen im Konzept vorgesehen werden.

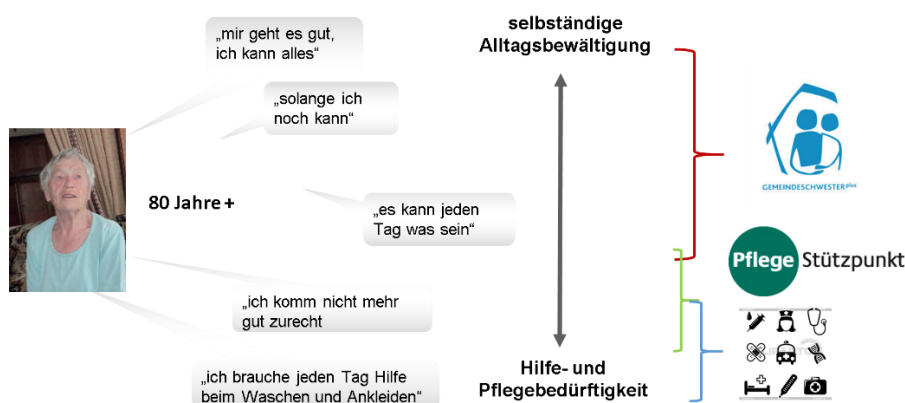


Abbildung 3: Zielgruppe und Schnittstelle Pflegestützpunkt

(Quelle: Gebert, Seifert und Weidner 2016)

Förderlich für die Zusammenarbeit der GS^{plus} mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pflegestützpunktes ist weiterhin die Ansiedlung der Büros möglichst in räumlicher Nähe. Im Modellprojekt GS^{plus} hat sich dies bewährt. Absprachen und eventuelle Weitervermittlungen konnten so „auf kurzem Dienstweg“ vorgenommen werden.

O-Töne

„Herr W. (89 J.) und seine Frau (86 J.) leben seit ca. 50 Jahren im eigenen Haus auf dem Land.

Im Gespräch berichtet Herr W., dass er gerne schwimmen geht und Fahrrad fährt. Bis jetzt habe er mit seiner Frau den Haushalt selbst gemeistert, einkaufen gehen sie auch gemeinsam. Bei Frau W. wurde jedoch eine Demenz diagnostiziert. Herr W. macht sich Gedanken, wenn er seine Frau nicht mehr alleine lassen kann, dass er dann auch seine Hobbys nicht mehr ausführen könnte. Das würde ihn sehr einschränken. Frau W. sagte fast nichts.

Das Ehepaar hat viele Teppiche in seiner Wohnung liegen. Ich habe auf die Sturzgefahr in Zusammenhang mit den Teppichen aufmerksam gemacht. Dann informierte ich Herrn W. über das Pflegegeld und dass er sich damit Hilfe holen kann. Er wusste darüber nur sehr wenig. Ich informierte ihn über den Pflegestützpunkt, der ihm behilflich sein könnte, den Pflegegeldantrag zu stellen und ihn zu den Unterstützungsangeboten beraten könnte. Die Mitarbeiter des Pflegestützpunktes würden auch mit überlegen, welche Hilfen für ihn sinnvoll seien, damit der Alltag mit seiner Frau gut zu bewältigen ist und sie so lange wie möglich zu Hause bleiben könnten.

Ich fragte Herrn W., ob er damit einverstanden sei, dass ich den Pflegestützpunkt einschalte. Er stimmte zu, möchte aber, dass ich dazukomme. Ich bat ihn bei der Krankenkasse einen Pflegegeldantrag zu besorgen und sich dann wieder zu melden. Daraufhin verabschiedete ich mich.

Herr W. rief nach ein paar Tagen an und ich vereinbarte einen zweiten Hausbesuch gemeinsam mit dem Pflegestützpunkt. Bei diesem Treffen wurde der Pflegeantrag ausgefüllt. Die Mitarbeiterin des Pflegestützpunktes informierte Herrn W. über die Angebote der Pflegekasse und Pflege- bzw. Betreuungsdienste. Gemeinsam ließen wir uns das Haus zeigen und gaben Ratschläge über Hilfsmittel (die evtl. von der Krankenkasse auf Rezept übernommen werden). Dabei stellte ich fest, dass die Hälfte der Teppiche entfernt worden waren.

Zum Abschluss fragten wir, ob noch etwas unklar sei. Wir boten Herrn W. an sich zu melden, wenn der Einstufungsbescheid gekommen sei, um dann mit ihm die Unterstützungsmöglichkeiten zu konkretisieren. Daraufhin verabschiedeten wir uns.

Herr W. meldete sich nach der Einstufung durch den MDK beim Pflegestützpunkt. Der Mitarbeiter besuchte die Eheleute W. nochmals. Er informierte uns, dass Herr W. für seine Ehefrau Betreuung in Anspruch nimmt. Überwiegend für die Zeit, in der er schwimmen geht und Fahrrad fährt. Herr W. sagte, wenn er Fragen hätte, würde er sich wieder melden, und bedankte sich bei den beiden Beratungsstellen.“ (Schilderungen zweier GS^{plus})

Wie sollte der Informations- und Beratungsprozess gestaltet werden?

Den Gesprächen und Beratungen in den präventiven Hausbesuchen des Modellprojekts GS^{plus} lag ein systemisch-lösungsorientierter Beratungsansatz zugrunde. Die systemische Lösungsorientierung in der Beratung ist dadurch gekennzeichnet, dass weniger die Problemstellungen des Lebens Gegenstand sind, sondern eher auf mögliche Lösungen einzelner Probleme hingearbeitet wird. Dabei werden gezielt die vorhandenen oder aktivierbaren Ressourcen der Seniorin bzw. des Seniors und seiner Umwelt in den Blick genommen und für die Bewältigung von Herausforderungen des Alterns genutzt. Die Beratung im präventiven Hausbesuch soll dabei zugleich die Entscheidungs- und Handlungsspielräume der Seniorinnen und Senioren mit Blick auf Selbstständigkeit im Alter erweitern. Dies geschieht durch den Anstoß zur Selbstreflexion der beratenen Seniorinnen und Senioren im Gespräch und das Aufzeigen von fördernden Möglichkeiten und Unterstützung vor Ort. Die Beratenen bestimmen dabei selbst, welche Informationen und Unterstützung sie wie nutzen wollen und was sie über sich preisgeben. Die Einbindung und Vermittlung von Informationen zu anderen Dienstleistern, Angeboten in der Nähe oder auch zu Familienangehörigen ist nur mit dem vorherigen Einverständnis der beratenen Person gestattet.

Nur im Falle von akuten Gefährdungssituationen ist die Beraterin oder der Berater verpflichtet, stellvertretend zu handeln und z.B. ohne Einwilligung der Besuchten bestimmte Notdienste oder andere Dienstleister zu informieren und zu involvieren. Diese Fragen, Herausforderungen und Handlungsleitlinien sollten Gegenstand der konkreten qualifikatorischen Vorbereitung der GS^{plus} sein.

Das Beratungsgeschehen ist bei erkannten Veränderungsbedarfen zudem prozesshaft angelegt. Ausgehend von der multidimensionalen Einschätzung der Lebenssituation der Besuchten im ersten Hausbesuch werden im Beratungsprozess gemeinsam mit der Seniorin oder dem Senior Beratungsziele thematisiert, mögliche Maßnahmen ins Auge gefasst, die Umsetzung angegangen sowie die Bewertung der Zielerreichung vorgenommen. Dem

professionellen Beziehungsaufbau zwischen den Beratenden und den besuchten Seniorinnen und Senioren wird dabei große Bedeutung beigemessen.

Zur zielgerichteten und umfassenden Thematisierung der Lebenssituation der älteren Menschen im Gespräch wird der Einsatz des multidimensionalen Gesprächsleitfadens empfohlen. Die strukturierte und aktive Ansprache von relevanten Aspekten selbständiger Lebensführung hat sich im Sinne einer „Top-Themenliste“ für die Hausbesuche bewährt. Viele wesentliche Themenbereiche würden andernfalls oft gar nicht zur Sprache kommen, da sie zum gegebenen Zeitpunkt weder aus Sicht der Seniorinnen und Senioren noch der Beratenden zunächst relevant erscheinen. Der im Projekt GS^{plus} eingesetzte Gesprächsleitfaden beinhaltet folgende Top-Themenliste mit etlichen Unterthemen:

- ✓ Stammdaten/soziale Lebenssituation
- ✓ persönliche Versorgung
- ✓ gesundheitliche Situation
- ✓ finanzielle Situation
- ✓ psychosoziale Situation/Teilhabe
- ✓ Zukunftsorientierung/Ziele für das kommende Jahr

Wie sollen/können die Zugangswege zu den Seniorinnen und Senioren gestaltet werden?

Die Wahl der Zugangswege ist eng mit den anvisierten Zielgruppen in der Kommune verknüpft. Es können sogenannte universelle Zugangswege genutzt werden, d.h. Zugangswege, mit denen eine Zielgruppe in der gesamten Breite angesprochen wird. Oder es werden selektive Zugangswege gewählt. Dann werden gezielt bestimmte Zielgruppen und Multiplikatoren, die Zugänge zur Zielgruppe schaffen können, aktiv informiert oder aufgesucht.

Zur Erreichung einer breiten Öffentlichkeit und dem Bekanntmachen des Angebotes hat sich in den ersten Projektmonaten im Modellprojekt GS^{plus} eine Multikanalstrategie mit umfangreicher Öffentlichkeitsarbeit bewährt. Dies beinhaltet beispielsweise die Vorstellung des Ansatzes bei kommunalen Entscheidern (Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern), auf der fachlichen Ebene bei potenziellen Netzwerkpartnern (Ärztinnen und Ärzte, Entlassungsmanagement und Sozialdienst in Krankenhäusern, Seniorenbeiräte, Nachbarschaftshilfen, Pfarreien usw.) und bei den Zielgruppen selbst, zum Beispiel in Seniorengruppen, auf Seniorennachmittagen oder anderen Seniorenzusammenkünften. Die Vorstellung bei unterschiedlichen regionalen Akteuren kann von den Beraterinnen und Beratern immer auch für eine erste Analyse der Angebote und der Infrastrukturen in den Kommunen bzw. den besuchten Ortschaften genutzt werden. Im Sinne der Anknüpfung an kommunale Angebote und der Weiterentwicklung von lokalen Infrastrukturen ist die Kenntnis kleinräumiger Strukturen und lokaler Angebote unabdingbar für das Angebot der GS^{plus}.

Bewährt haben sich in ländlichen Landkreisen Einladungen zu Verbandsbürgermeistertreffen oder anderen lokalen Runden, um eine größere Anzahl von Multiplikatoren und Akteuren zu erreichen. Soll die Zusammenarbeit gelingen, ist nach der Vorstellung eine weitere Kontaktpflege notwendig, d.h. Einladungen zu weiteren Veranstaltungen wahrzunehmen und von den Projektfortschritten zu berichten.

Beispiel aus einer Modellkommune

Gemeinde

Liebe Bewohnerinnen und Bewohner des Koblenzer Stadtteils Karthause!

Seit Anfang Juli bin ich als Gemeindeschwester^{plus} in Ihrem Stadtteil, der Karthause, eingesetzt. Mein Name ist Renate Varoquier.

Die Gemeindeschwester^{plus} ist ein Modellprojekt des Landes Rheinland-Pfalz, an dem die Stadt Koblenz teilnimmt.

Zu meiner Aufgabe gehört es Seniorinnen, die das Lebensalter von 80 Jahren überschritten haben und in keiner Pflegestufe eingruppiert sind, auf Wunsch, zuhause und kostenlos zu beraten. Ich habe ein offenes Ohr für Sorgen, Nöte und Anliegen. Ich zeige Ihnen Hilfsmöglichkeiten, die den Alltag erleichtern. Ich kenne Freizeitangebote und kann Kontakte zu Nachbarschaftshilfen herstellen. Bei Fragen um das Thema Pflege stelle ich auf Wunsch den direkten Kontakt zum Pflegestützpunkt her.

Seit September biete ich im Jugend- und Bürgerzentrum (JuBüZ) in der Potsdamer Str. 4, jeden 2. und 4. Donnerstag im Monat von 10:00 Uhr bis 12:00 Uhr eine Sprechstunde an.

Ich freue mich auf viele Gespräche. Sollten Sie selbst keinen Gesprächsbedarf haben, bitte ich Sie, mein Angebot bei Ihnen bekannten Senioren anzusprechen und bei Bedarf einen Kontakt mit mir herzustellen. Sie erreichen mich unter der Rufnummer 0261-973824

Herzlichst Ihre
Gemeindeschwester^{plus}

Renate Varoquier



Abgedruckt aus „Communio – miteinander Kirche sein – Neues aus der Pfarreiengemeinschaft Koblenz (Moselweiß)“, Nr. 10 Dezember 2016/ Januar 2017“ (Abdruckerlaubnis am 11.09.2018 erhalten)

Ein weiterer Baustein der Multikanalstrategie ist, in der lokalen Presse (in Zeitungen, Wochen- bzw. Gemeindeblättern) über das Angebot und die Arbeit der GS^{plus} zu berichten. Als besonders effektiv für die Erhöhung des Bekanntheitsgrades der GS^{plus} und zur Gewinnung des Vertrauens der Seniorinnen und Senioren haben sich Berichte mit Fotos der Beraterinnen erwiesen. Das Angebot bekommt durch das Foto der GS^{plus} ein Gesicht und für die Bürgerinnen und Bürger sinkt die Höhe der Schwelle der Kontaktaufnahme. Dies kann übrigens auch einem Missbrauch des Vorhabens durch Dritte vorbeugen. In einigen der Modellregionen gibt

es mittlerweile in den Amtsblättern eine Rubrik „Gemeindegewester^{plus}“, in der die Fachkräfte regelmäßig über ihre Arbeit berichten.

Neben der breiten Öffentlichkeitsarbeit bei Multiplikatoren und in der Presse hat es sich bewährt, Informationsschreiben an die definierte Zielgruppe zu versenden. Im Modellprojekt GS^{plus} waren dies die über 80-jährigen Menschen. Weitere Möglichkeiten bestünden darin, zum Beispiel Jubilare anzuschreiben (selektiver Zugangsweg).

Im Modellprojekt GS^{plus} wurden die Informationsschreiben durch die Kommunen verschickt und von politischen Entscheidungsträgern der Modellregionen unterschrieben, z.B. dem Landrat, der Landrätin, dem Sozialdezernentinnen und -dezernenten oder der Bürgermeisterin und dem Bürgermeister. Die Bürgerinnen und Bürger wurden im Anschreiben über das kostenlose Beratungsangebot mit seiner Zielsetzung sowie den Leistungen informiert. Die GS^{plus} wurde namentlich und zum Teil mit Foto vorgestellt und das Anschreiben enthielt eine Rückantwortkarte, die bei Interesse an einem Hausbesuch an die Beraterin versandt werden konnte. Die Seriosität des Anschreibens und des Absenders erhöhte hierbei die Akzeptanzrate. Von Beginn an geht es also um Informiertheit, Transparenz und Vertrauen.

Beispiel aus einer Modellkommune



gefördert durch das Land Rheinland-Pfalz

Neuwied, den 17.03.2016

Modellprojekt Gemeindeschwester ^{plus}

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Sie heute auf ein neues kostenloses Serviceangebot aufmerksam machen, dass Sie vielleicht interessieren wird.

Der Landkreis Neuwied nimmt seit Herbst 2015 an dem Modellprojekt des Landes Rheinland-Pfalz **Gemeindeschwester ^{plus}** teil. Im Rahmen dieses Projektes können sich Menschen über 80 Jahre, die noch nicht pflegebedürftig sind, von der **Gemeindeschwester ^{plus}** beraten lassen.

Frau **Christa Reutelsterz** ist Ihre **Gemeindeschwester ^{plus}** und steht Ihnen als Ansprechpartnerin zur Verfügung. Sie hat ein offenes Ohr für Ihre Sorgen, Nöte und Anliegen. Sie informiert Sie über mögliche Hilfen, die Ihnen den Alltag erleichtern und stellt bei Bedarf den Kontakt vor Ort her.

Die **Gemeindeschwester ^{plus}** kümmert sich um Ihre Angelegenheiten, damit Sie möglichst lange selbstbestimmt in Ihrer Wohnung oder Ihrem Haus leben können. Auf Wunsch kommt die **Gemeindeschwester ^{plus}** zu Ihnen nach Hause.

Die **Gemeindeschwester ^{plus}** führt selbst keine pflegerischen Tätigkeiten aus, kann bei Fragen rund um das Thema Pflege aber einen direkten Kontakt zum Pflegestützpunkt herstellen.

Wenn Sie Kontakt zur **Gemeindeschwester ^{plus}** aufnehmen möchten, erreichen Sie **Frau Reutelsterz** unter der Telefonnummer:

02631 939 11 31.

Frau Reutelsterz hat ihr Büro in der Heddesdorfer Str. 7 in Neuwied.

Es würde mich freuen, wenn Sie das kostenfreie Beratungs- und Unterstützungsangebot in Anspruch nehmen und es Ihnen im Alltag hilfreich ist.

Mit freundlichen Grüßen

Rainer Kaul
Landrat

Neben der Möglichkeit mit einer Antwortkarte zu arbeiten erprobten Kommunen in anderen Modellprojekten das Verfahren, Termine für den ersten Hausbesuch bei der Seniorin oder dem Senior im Schreiben vorzugeben. Die angeschriebenen Seniorinnen und Senioren müssen in diesen Fällen den Hausbesuch, wenn sie ihn nicht wünschen, aktiv absagen. Das Vorgehen hat sich für die Verbindung von Gratulationsbesuch (z.B. zu einem runden Geburtstag) und Information bewährt. Erreicht wird hier

der gesamte Querschnitt der älteren Bevölkerung, also auch eher rüstige Seniorinnen und Senioren, für die das Angebot einen ausschließlich präventiven und gesundheitsfördernden Charakter hat, ältere Migrantinnen und Migranten oder ältere Menschen, die sich selbst nicht aktiv melden würden.

O-Töne

„Sehr gut; viele alte Menschen trauen sich von selbst nicht sich zu melden.“

„So viele ältere Menschen trauen sich nicht von sich aus raus; gut, dass jemand auf sie zugeht.“

„Toll, wenn einer kommt, obwohl man nicht gerufen hat.“

(Äußerungen von Seniorinnen und Senioren)

Es ist in einigen Modellkommunen deutlich geworden, dass sich die Beratungsbüros der GS^{plus} auch als Anlaufstellen eignen und einen weiteren Zugangsweg darstellen. Seniorinnen und Senioren, denen das Angebot aus der Zeitung, durch Mundpropaganda oder auf anderen Wegen bekannt geworden war, suchten die Beratungsbüros zwecks Information und Beratung auf. Daher sollten diese barrierefrei erreichbar sein.

Wie müssen Datenschutzrichtlinien erfüllt werden?

Aufgrund der umfassenden Erhebung von sensiblen, personenbezogenen Daten ergeben sich besondere datenschutzrechtliche und ethische Anforderungen an kommunale Beratungskonzepte, und die handelnden Personen (Projektverantwortliche und Beraterinnen). Es ist selbstverständlich, dass bei der Konzeptentwicklung und bei der Umsetzung alle geltenden datenschutzrechtlichen und ethischen Gesetze strikt eingehalten werden müssen. Dazu gehört insbesondere die Information der Seniorinnen und Senioren über die Art der Nutzung ihrer Daten sowie die Einholung ihrer Zustimmung zur Nutzung und Speicherung ihrer personenbezogenen Daten. Ebenfalls gehört dazu der aktive und wirksame Schutz vor Zugriffen auf die Daten von unbefugten Dritten, um hier nur zwei der zentralen Aspekte zu benennen.

Was sollte bei der Klärung der Trägerschaft und Ansiedlung der Dienststelle beachtet werden?

Während die inhaltliche Ausrichtung und Ausgestaltung des Leistungsangebotes der GS^{plus} in den Modellkommunen kommunal verantwortet ist, kann die Trägerschaft im Rahmen von Vertragsgestaltungen auch delegiert werden. Aus den Erfahrungen des Modellprojektes empfiehlt es sich, dass die Trägerschaft wie folgt besteht:

1. Kommunen bzw. Landkreise, kreisfreie Städte und Verbandsgemeinden
2. Einzelne zugelassene ambulante Pflegedienste oder mehrere zugelassene ambulante Pflegedienste in gemeinsamer Trägerschaft
3. Trägerverbünde, denen mindestens ein zugelassener ambulanter Pflegedienst angehört

Die Trägerschaft regelt die Zuständigkeit für das eingestellte Personal (z.B. Arbeitszeit, Gehalt) und stellt Sachmittel zur Verfügung (z.B. Räumlichkeiten, die Büroausstattung oder die Fahrtkosten). Noch einmal anders ausgedrückt: Die Kommunen waren im Modellprojekt GS^{plus} verantwortlich für das Konzept inkl. der Steuerung und Anpassung des Angebots. Die Anstellungsträgerschaft (Personalverantwortung und Sachmittel) wurde in einigen Modellkommunen auch an Dritte per Vertrag vergeben. Hier spielte zumeist auch die räumliche Nähe zu einem Pflegestützpunkt eine Rolle.

In die Überlegungen, wie in den Kommunen die Anstellungsträgerschaft gestaltet werden kann, sollten folgende Fragestellungen mit einbezogen werden: Welche Konstellation ist für die Finanzierung und die Kooperationen im Sinne des Ansatzes sowie für eine Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflegestützpunkte unterstützend? Ganz praktisch ist zu klären, wer über Räumlichkeiten und die zeitlichen Ressourcen wie auch Kompetenzen der Personalführung verfügt. Wenn in Betracht gezogen wird, dass die Kommune die Anstellungsträgerschaft delegiert, ist sicherzustellen, dass die Neutralität des Angebotes gewahrt wird. Zudem sind zwischen den anzustellenden Fachkräften und den Verantwortlichen der Kommune regelmäßige Termine für organisatorische und fachliche Absprachen

einzuplanen. Ebenso ist ein geregelter Austausch zwischen dem Anstellungsträger und dem kommunal Verantwortlichen vorzusehen.

Das Modell delegierter Anstellungsträgerschaft bietet bei bewährten Kooperationsbeziehungen Entlastung und fachliche Unterstützung für die Verantwortlichen in den Kommunen, es kann aber auch einen vermehrten Abstimmungsaufwand nach sich ziehen. Für eine gelungene Kooperation sind also gute Regelkommunikationen zur Verantwortung und zu den Zuständigkeiten notwendig. Werden diese nicht verbindlich und transparent entwickelt, kann dies zur Situation führen, dass sich die Fachkräfte „führungs- und heimatlos“ fühlen oder sich fachliche Absprachen aufgrund von unklaren Zuständigkeiten verzögern.

O-Töne

„Ich finde die Idee, dass die Gemeindeschwester^{plus} der Kommune zugeordnet ist, gut. Sie hat somit einen größeren Überblick in der Kommune, ist übergeordnet und konfessionslos.“

(Äußerung einer Seniorin)

Was braucht wie viel Zeit?

Die Konzeption, Umsetzung und Auswertung von GS^{plus}-Angeboten kann nicht von heute auf morgen realisiert werden. Für die Phase der Konzeptentwicklung und Umsetzung sollten mindestens zwei, besser bis zu drei Jahre Zeit eingeplant werden. Dies erweist sich bezüglich einer erfolgversprechenden Implementierung mit Blick auf eine anschließende Verstetigung in der einschlägigen Literatur zu ähnlichen Projekten als ein sinnvoller und notwendiger Zeitrahmen. Für eine anschließende mögliche Konsolidierung mit Weiterentwicklung und Verstetigung werden weitere Jahre notwendig sein.

Für die Phase der Konzeptentwicklung sollte mindestens ein halbes Jahr, möglicherweise auch ein ganzes Jahr eingeplant werden. Diese Zeit wird i.d.R. benötigt, um die Idee ausreifen zu lassen, die konzeptionellen Bestandteile zu klären und festzulegen sowie die Akteure zu informieren und auch zu gewinnen. Daran

sollte sich eine Umsetzungsphase im Umfang von mindestens einem, besser zwei Jahren anschließen. Hier geht es nun darum, die praktische Umsetzung konkret zu gestalten, das Angebot im kommunalen Raum zu vernetzen und Erkenntnisse und Erfahrungen zu sammeln. Dazu gehören auf der operativen Ebene so wichtige Aspekte wie die Gewinnung, Einstellung und Qualifikation der GS^{plus}, die Anbahnung der Zugangswege zur Erreichung der Zielgruppen und die effektive Vernetzung zu bestehenden Angeboten und Akteuren. Auf der strategischen Ebene gehört dazu auch die Einrichtung einer Projektsteuerung zur Einhaltung und ggf. Modifizierung der konzeptionell festgelegten Bestandteile, aber auch zum sogenannten „Troubleshooting“, also dem Lösen von im Verlauf des Projektes auftauchenden Problemen.

Vor allem im ersten halben Jahr der Umsetzungsphase besteht ein Großteil der Arbeit der GS^{plus} in der Akquisition, Informations-, Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit. Das Bekanntmachen des Angebotes in der Kommune und bei den regionalen Akteuren ist anfangs ein wesentlicher Baustein für das spätere Gelingen des Projektes. Erst nach einigen Monaten kann dann die Hausbesuchsarbeit aufgenommen werden, nämlich dann, wenn das Angebot eine gewisse Bekanntheit im kommunalen Raum hat und erste Seniorinnen und Senioren erreicht wurden und bereit für die Durchführung von Hausbesuchen sind.

Wichtig ist, dass zu Beginn der Angebotsentwicklung nur rund 30 % der zur Verfügung stehenden Arbeitszeit der GS^{plus} auf die Durchführung von Hausbesuchen verwandt werden kann. Die überwiegende Arbeit mit 70 % verteilt sich auf die Anbahnung der Zugangswege, Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit, allgemeine Bürotätigkeiten, Teambesprechungen und Fortbildungen und ggf. die Initiierung von Projektinitiativen sowie die Vor- und Nachbereitung der Hausbesuche und Fahrzeiten. Bei späterer Routine und Konsolidierung verschieben sich die zeitlichen Anteile in Richtung der direkten Beratungsarbeit.

Sicherlich ist es für eine Entscheidung in der Kommune, ob ein eingeführtes Konzept verstetigt werden soll, von Bedeutung, dass gezeigt werden kann, ob und wie gesteckte Ziele erreicht werden konnten. Eine Auswertungsphase sollte im letzten Jahr

der Umsetzung angedacht werden. Sie sollte mindestens ein halbes Jahr, kann aber sicherlich auch ein ganzes Jahr und länger dauern. Mit Blick auf eine mögliche spätere Verstetigung des Konzeptes ist es sinnvoll so zu planen, dass die Auswertung Teil der Umsetzungsphase ist, um dann ggf. die inzwischen erfahrenen Beraterinnen und Berater auch weiter beschäftigen zu können.

Beispiel für eine phasenbezogene Meilensteinplanung

	2019				2020				2021			
Zeit (Quartale)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Phasen												
Konzeptentwicklung												
Umsetzung												
Auswertung												

Um einen Einblick zu erhalten, wie viel Zeit für die Planung und Umsetzung eines Hausbesuchs bei den Seniorinnen und Senioren notwendig ist, sollen hier noch Ergebnisse und Erfahrungen aus dem Modellprojekt GS^{plus} dargelegt werden.

Der erste Hausbesuch bei den Seniorinnen und Senioren dauerte über alle Modellkommunen hinweg im Durchschnitt ca. 80 Minuten. Dieser Wert ist nachvollziehbar und im Vergleich zu anderen Projekten üblich. Vor diesem Hintergrund ist zu empfehlen, für die Durchführung eines ersten präventiven Hausbesuches inklusive Fahrtzeiten bis zu zwei Stunden einzuplanen. Nachfolgende Hausbesuche sind in der Regel weniger zeitintensiv. Im Modellprojekt dauerten die eher selten durchgeführten fünften Hausbesuche durchschnittlich noch etwa 60 Minuten. Die Dauer der Beratungen in den Sprechstunden (also nicht bei den Seniorinnen und Senioren zuhause) beträgt im Durchschnitt 50 Minuten, telefonische Beratungen im Schnitt ca. 15 Minuten. Der einfache Fahrweg zu den Hausbesuchen dauerte im Projekt GS^{plus} überwiegend bis zu 15 Minuten (54 %). Lange Fahrzeiten über 30 Minuten waren eher die Ausnahme (3 %).

Welche Kosten entstehen und wie kann das Vorhaben finanziert werden?

Neben den Planungs- und Implementierungskosten eines GS^{plus}-Angebotes geht es insbesondere um Personal-, Sach- und Verwaltungskosten. Diese hängen insbesondere vom Beschäftigungsumfang und der Anzahl der zu beschäftigenden Fachkräfte ab und dies wiederum korrespondiert mit den Zielen und Aufgabenfestlegungen im konkreten GS^{plus}-Konzept der jeweiligen Kommune.

Die Planungs- und Implementierungskosten für die Entwicklungs- und Umsetzungsphase lassen sich nur grob schätzen und hängen auch von den jeweiligen Gegebenheiten vor Ort ab. Wird das Vorhaben konkretisiert, kommen auf eine Kommune für die Übernahme von Steuerungs- und Planungsaufgaben Personal-, Verwaltungs- und Sachkosten zu, die sich aber i.d.R. im Rahmen von internen Aufgabenverteilungen durch den Einsatz von vorhandenem Personal bewerkstelligen lassen.

Im Modellprojekt wurden in den Modellkommunen jeweils zwei bis drei GS^{plus} mit einem Gesamtstellenumfang von 1,0 bis 1,5 Stellen beschäftigt. Grundsätzlich empfiehlt es sich, mindestens zwei Fachkräfte auf mindestens einer Vollzeitstelle zu beschäftigen (also mindestens zwei parallele 50%-Anstellungsverhältnisse), um die Kontinuität der Prozesse auch während Urlaubs- oder Fehlzeiten oder bei einem etwaigen Weggang einer Fachkraft zu gewährleisten.

Erst mit der Akquisition und Einstellung von zusätzlichen Fachkräften, die als GS^{plus} in der jeweiligen Kommune arbeiten und wirken sollen, der Bereitstellung und Einrichtung von Büroräumen, den Maßnahmen der Informations- und Öffentlichkeitsarbeit und den weiteren Sach-, Fahrt- und Verwaltungskosten entstehen zusätzliche Kosten.

Die notwendige Weiterbildung der Fachkräfte wurde in der Modellphase durch die vom Land finanzierte wissenschaftliche Begleitung des DIP sichergestellt. Eine Weiterbildungsmaßnahme (Schulung, Fallkonferenzen und Reflexionsgespräche) für zukünftige GS^{plus} nach dem Ende der Modellphase sollte in jedem Fall vorgesehen werden.

Grundsätzlich müssen die Fachkräfte als GS^{plus} auch zukünftig nach Tarif vergütet werden. Hinzu kommen Abgaben und Personalverwaltungskosten sowie Raummieten, Kosten für die Anschaffung und den laufenden Betrieb der Kommunikationsmedien (Telefon, Mobiltelefon, Computer, Internet etc.) sowie Kosten für die Fahrwege im Rahmen der präventiven Hausbesuche mittels Dienstwagen bzw. Erstattung nach dem Landesreisekostengesetz.

In der Modellphase von 2015 bis 2018 hat das Land die Stellen für die Pflegefachkräfte, die in den Modellkommunen als GS^{plus} eingesetzt worden sind, in einem Umfang von 60.000 € pro Vollzeitstelle pro Jahr gefördert.

Wie kann die Zielerreichung überprüft werden?

Die Auswertung der Umsetzung des kommunalen GS^{plus}-Konzeptes sollte von Beginn an mitgedacht werden, denn wenn es um eine Verstetigung geht, wird man danach schauen müssen, ob und in welchem Umfang die gesteckten Ziele erreicht und welche weiteren Effekte im kommunalen Umfeld sichtbar geworden sind. Dazu müsste beispielsweise frühzeitig geplant werden, welche Informationen und Daten ausdrücklich zu diesem Zweck erhoben und dokumentiert werden sollen. Reicht es z.B. aus, die im Kontext der Hausbesuche und Beratungen erhobenen Daten (in anonymisierter Form) dazu zu nutzen? Welche Daten könnten für die Weiterentwicklung der kommunalen Pflegestrukturplanung nützlich sein? Wie lässt sich in Erfahrung bringen, ob die Besuchten zufrieden sind mit dem neuen Angebot, ob sie sich sicherer und befähigter fühlen, am Leben im Sozialraum teilzunehmen? Was lässt sich abschließend zur Vernetzung von Angeboten und ggf. zu Weiterentwicklungen in der Kommune sagen?

Die Modellphase GS^{plus} hat gezeigt, dass nicht nur die beratenen Seniorinnen und Senioren von dem neuen Angebot profitieren konnten, sondern auch die Modellkommunen Vorteile aus dem GS^{plus}-Konzept erzielen konnten. Zum Ende einer Umsetzungsphase sollten also möglichst Antworten auf die Frage gegeben werden können, ob und wie sich die Einführung des GS^{plus}-Ansatzes für die Menschen und die Kommune gelohnt hat und unter welchen Bedingungen eine Weiterentwicklung und Weiterführung sinnvoll ist.

Mögliche konkrete Fragen zur Auswertung

- ✓ War(en) die Zielgruppe(n) angemessen gewählt?
- ✓ Haben sich die Zugangswege bewährt?
- ✓ Was ist nun über die Lebenssituation und Bedarfe der erreichten Zielgruppe(n) bekannt?
- ✓ Wie viele Seniorinnen und Senioren wurden zuhause besucht und beraten?
- ✓ Welche anderen Formen von Beratung fanden statt?
- ✓ Wie viele Beratungsprozesse wurden an den zuständigen PSP übergeleitet, wie viele Prozesse von ihm übernommen?
- ✓ Welche Formen der Zusammenarbeit z.B. mit den Pflegestützpunkten haben sich in welchem Umfang entwickelt?
- ✓ Welche Wünsche bzw. Bedarfe an Unterstützung äußerten die Seniorinnen und Senioren?
- ✓ Was konnte bei Seniorinnen und Senioren und was im Rahmen der Sozialraumentwicklung erreicht werden?
- ✓ Wie hoch sind die tatsächlichen Kosten der Umsetzung?
- ✓ Wie hat sich das Bild von der Kommune in der Zielgruppe und ihren Netzwerken verändert?

Wie sieht ein kommunales Gesamtkonzept aus?

Wie ein kommunales Gesamtkonzept aussehen kann, ist beispielhaft anhand des Steckbriefes der Modellkommune Südliche Weinstraße ersichtlich.

Steckbrief Modellregion Südliche Weinstraße	
Standorte des Modellprojekts	
✓ Verbandsgemeinden (VG) Edenkoben, Herxheim, Offenbach, VG Annweiler und Bad Bergzabern	
Sozialraum	
✓ VG Edenkoben mit 16 Ortsgemeinden ✓ Einkaufsmöglichkeiten nicht in jeder Ortschaft ✓ Eine Nachbarschaftshilfe ✓ VG Annweiler mit 13 Ortsgemeinden ✓ Anteil der 80-Jährigen und Älteren ist 6,8 % und damit höher als im Landkreis (6,2 %) ✓ Einige Ortsgemeinden ohne ausreichende Versorgung mit Gütern des täglichen Lebens ✓ Zwei Nachbarschaftshilfen und ein Seniorenbüro ✓ 44 % aller Singlehaushalte im Landkreis werden von Seniorinnen und Senioren im Alter ab 65 Jahren bewohnt	
Fachdienstaufsicht	
✓ Projektverantwortung: Landkreis Südliche Weinstraße ✓ Anstellungsträger: Ökumenische Sozialstation Edenkoben, Herxheim, Offenbach; Ökumenische Sozialstation Annweiler, Bad Bergzabern	
Stellen in Vollzeit-Äquivalenten (VZÄ)	
✓ 1,5 VZÄ, 2 Fachkräfte (2 x 0,75 %)	
Ziele	
✓ Ältere Menschen in der Region kennen das Angebot der GS+ und sind informiert über seniorengerechte Angebote und nutzen diese bei Bedarf ✓ Multiplikatoren kennen und befürworten das Angebot; sie informieren/vermitteln zur GS+ und werden für die Situation und Bedarfe der Älteren sensibilisiert ✓ Die GS+ kennt das regionale Angebot; sie initiiert neue Angebote, wenn sie vor Ort geeignete Partner findet ✓ Die GS+ unterstützt und vermittelt andere regionale Angebote wie Bürgerhilfen ✓ Die Kommune erhält Erkenntnisse zu Ressourcen und Bedarfen der entsprechenden VG	

Zielgruppe

- ✓ Seniorinnen und Senioren ab dem 80. Lebensjahr ohne Einstufung in die Pflegeversicherung
- ✓ Seniorinnen und Senioren unter 80 Jahren werden nicht aktiv beworben, bei Nachfrage erfolgt jedoch ein Hausbesuch, auch bei Seniorinnen und Senioren aus anderen VG

Zugangswege

- ✓ Persönliches Informationsschreiben an die Seniorinnen und Senioren
- ✓ Vorstellen der GS+ bei allen relevanten Multiplikatoren
- ✓ Kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit durch Pressearbeit besonders in Amtsblättern der VG
- ✓ Büroräume mit barrierefreiem Zugang

Leistungen / Maßnahmen

- ✓ Präventive Hausbesuche mit Einschätzung der Lebens- und Gesundheitssituation und daraus resultierende Folgebesuche
- ✓ Vermittlung von bestehenden regionalen Angeboten durch die GS+ in den Hausbesuchen
- ✓ Begleitung von älteren Menschen beim erstmaligen Besuch eines neuen Angebotes
- ✓ Initiierung von neuen Angeboten bei Bedarf; Übergabe der Initiative sobald möglich
- ✓ Rückkoppelung der Ergebnisse aus den Hausbesuchen und den Gesprächen mit Multiplikatoren an die zuständigen Vertreter der Kommunen und Kirchengemeinden

Vernetzungsaktivitäten

- ✓ Austausch mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pflegestützpunktes ca. alle zwei Wochen und b. B.
- ✓ Arbeitsgruppentreffen im ersten Jahr des Projekts alle vier, im weiteren Verlauf alle sechs Wochen bzw. b. B.
- ✓ Vernetzung mit den relevanten Akteuren vor Ort
- ✓ Regelmäßige Teilnahme und Mitarbeit in Gremien (Kreis-seniorenbeirat inklusive Arbeitskreise, Regionale Pflegekonferenz)

Weitere Aktivitäten

- ✓ Gründung des Seniorenkreises „Die fröhliche Runde“, der inzwischen (bis auf die Pressearbeit) von Ehrenamtlichen betreut wird
- ✓ Gewinnung von fünf ehrenamtlichen Helfern zur Alltagsunterstützung der Hochbetagten (z.B. beim Einkaufen, Begleitung zum Arzt / Behörden)

Umsetzungsphase

Welche Aufgabe hat die Projektleitung, was gehört zur Projektsteuerung?

Spätestens mit Beginn der Durchführung des GS^{plus}-Konzeptes müssen auch die Projektstrukturen stehen. Das heißt, es braucht eine klare Leitungsverantwortung im Sinne einer Projektleitung. Sinnvoll ist es darüber hinaus, auch eine strategische Projektsteuerungsebene zu realisieren, die die Projektleitung berät und das Vorhaben unterstützt.

Die Projektleitung verantwortet auf der Grundlage des Konzeptes die Umsetzung und ggf. Anpassung der einzelnen Arbeitsschritte. Dazu gehört, dass das Gesamtvorhaben im Blick bleibt und ggf. an neue Herausforderungen angepasst werden kann. Ebenfalls gehört es dazu, dass unvorhersehbare Probleme – die es in jedem Projekt einer solchen Größenordnung gibt – frühzeitig erkannt und einer Lösung zugeführt werden. Auf der operativen Ebene werden dann die einzelnen Projektschritte bearbeitet, dies geschieht je nach Zuständigkeit durch die Projektleitung oder die Fachkräfte GS^{plus}. Hier geht es nun um die konkrete Ausgestaltung des Zugangs zu den Zielgruppen, der Hausbesuche inklusive der Terminplanung und Dokumentation sowie um die Vernetzung mit den Akteuren. Auf der Projektsteuerungsebene sollten wichtige Akteure der Kommune und ggf. weiterer Kostenträger, von Anbietern und Engagierten, aber auch die Beraterinnen und Berater eingebunden sein. Schlussendlich steht und fällt das Vorhaben mit der Motivation und Qualifikation sowie den Rahmenbedingungen und Arbeitsmöglichkeiten der GS^{plus}.

Aufgabe der Projektleitung darüber hinaus sind die Sicherstellung der Einarbeitung der Fachkräfte GS^{plus} sowie ihre systematische Vernetzung und Zusammenarbeit mit angrenzenden Abteilungen und Diensten, die Etablierung von Regelkommunikation und Mitarbeitergesprächen sowie im Regelfall auch das Dokumentations- und Berichtswesen. Zu den weiteren Aufgaben gehören auch Öffentlichkeitsarbeit und die interne Informationsarbeit zu den relevanten Gremien und Entscheidungsträgern in der

Kommune. Der Umsetzungserfolg und die Umsetzungsmöglichkeiten des neuen Angebotes stehen letztendlich im Zusammenhang mit den Kapazitäten der Projektsteuerung wie auch den konkreten Erfahrungen und Kompetenzen der GS^{plus}.

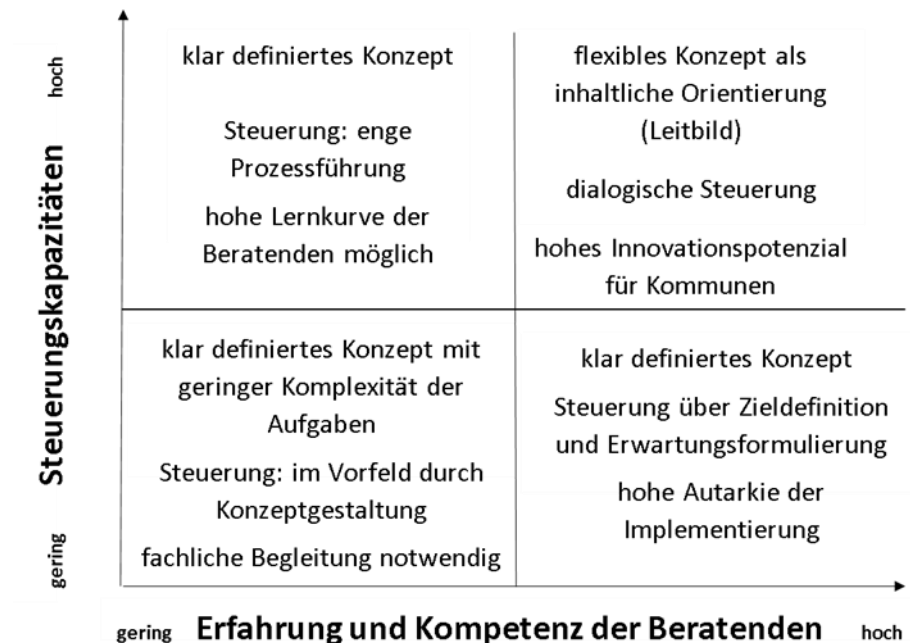


Abbildung 4: Umsetzungserfolg in Abhängigkeit von Projektsteuerung und Fachlichkeit der beratenden GS^{plus} (Quelle: DIP)

Welche Qualifikationen, Kenntnisse und Erfahrungen sollten Fachkräfte GS^{plus} mitbringen?

Die Fachlichkeit und Erfahrung der einzusetzenden Fachkräfte GS^{plus} ist eine wesentliche Voraussetzung für die erfolgreiche Implementierung und Umsetzung des neuen Angebotes. Als weitere Komponenten sind Berufs- und Lebenserfahrung, Wohnortnähe bzw. Wohnortvertrautheit erfolgsfördernd. In der Modellphase hat es sich bewährt, ausschließlich erfahrene Pflegefachkräfte als GS^{plus} einzusetzen. Sie bringen i.d.R. gefestigte Kompetenzen und einen reichen Erfahrungsschatz aus der praktischen Pflegearbeit mit. Dies ist eine unverzichtbare und wertvolle Voraussetzung zur frühzeitigen Einschätzung von Risiken hochaltriger Menschen krank oder pflegebedürftig zu werden und zur angemessenen gesundheitsförderlichen und präventiven Beratung und Unterstützung.

Weitere Aspekte, die von Bedeutung sein können, sind Vorerfahrungen aus vergleichbaren Arbeitsfeldern (insbesondere im Hinblick auf die Beratung von älteren Menschen im häuslichen Umfeld), Kenntnisse örtlicher und kommunaler Gegebenheiten, Führerschein u.a.m.

Ein Aspekt, der hier noch erwähnt werden soll, ist, dass in der Evaluation des Projektes ersichtlich wurde, dass Kooperationen besonders gut gelingen, wenn die Fachkräfte den lokalen Akteuren persönlich bekannt sind. Gerade in ländlichen Gebieten hat es sich als großer Vorteil erwiesen, wenn die GS^{plus} z.B. in der Gemeinde aufgewachsen sind und/oder beruflich über eine längere Zeit dort im pflegerischen Kontext tätig waren.

Wie sollten die Fachkräfte GS^{plus} vorbereitet werden?

Die für die Durchführung der Aufgaben als Fachkraft GS^{plus} notwendige Qualifikation zeigt sich als ein Kompetenzmix aus pflegerischen sowie präventions-, beratungs- und vernetzungsbezogenen Fähigkeiten. Für die angemessene Durchführung der Leistungen des Angebotes der GS^{plus} ist es notwendig, auch bereits erfahrene Fachkräfte aus den beruflichen Feldern der Pflege gezielt mit einem eigens zugeschnittenen Schulungskonzept auf ihre spezifischen Aufgaben vorzubereiten.

Zu erwerbende bzw. vertiefende Kompetenzen sollten vor allem auf konzeptbezogenem Wissen sowie methodischen, beratungsbezogenen und vermittelnden Fähigkeiten fokussieren. Diese Weiterbildungsmaßnahmen sind auch bei berufserfahrenen Pflegefachkräften zum Erwerb spezifischer für die präventiven Hausbesuche notwendigen Kenntnisse und der Entwicklung einer proaktiven, ressourcenorientierten Beratung erforderlich. Hinzukommen können, je nach Berufserfahrung und der Professionalität der Beratenden, Module zu spezifischen pflegefachlichen, gesundheitsförderlichen, teilhabeorientierten und weiteren sozialraumorientierten Themen. Aufgrund der Erfahrungen und der Erkenntnisse des Modellprojektes GS^{plus} empfiehlt das DIP für eine zukünftige Schulungsmaßnahme nachfolgende Inhalte:

Empfohlene Schulungsbereiche des DIP aus dem Modellprojekt **Gemeindeschwester^{plus}**

Aufgabenbereiche, Kompetenzen und ihre Konkretisierungen	
Aufgabenbereiche und Kompetenzen	Inhalte und Konkretisierungen
Grundlagen der Arbeit als GS^{plus} berücksichtigen (30 U.-Stunden)	✓ Grundkenntnisse der Sozialgesetzgebung und Angebotsstrukturen ✓ Grundlagen der gemeindenahe/ambulanten Pflege ✓ Arbeit der GS^{plus} als Teil der kommunalen Daseinsvorsorge ✓ Grundkenntnisse zum Datenschutz
Den hochaltrigen Menschen unterstützen (50 U.-Stunden)	✓ Altersbilder, Selbständigkeit und Teilhabe im Alter ✓ Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen ✓ Instrumente des präventiven Hausbesuchs (Zugangswege, Gesprächsleitfaden, Dokumentation) ✓ Ressourcen- und Kompetenzorientierung in der Beratung ✓ Ansätze der systemisch-lösungsorientierten Beratung ✓ Praxis der Unterstützung und Begleitung im Alter
Das Versorgungsangebot nutzen und mitgestalten (30 U.-Stunden)	✓ Analyse und Nutzung regionaler Sozialraumangebote ✓ Kooperation und Vernetzung mit weiteren Akteuren ✓ Zusammenhänge von Case- und Care-Management ✓ Grundlagen des Projekt- und Change-Managements
Die Rolle als GS^{plus} ausgestalten (40 U.-Stunden)	✓ Professionalität der GS^{plus} als Kümmerer/Kümmerin ✓ Methodik und Übungen zu Fallkonferenzen und Reflexionen ✓ Interdisziplinäres und vernetzendes Arbeiten ✓ Präsentations- und Vortragsmethodik/ Öffentlichkeitsarbeit

Die Weiterbildungsmaßnahmen sollten überwiegend im Vorfeld bzw. zu Beginn der Übernahme der umfassenden Aufgaben einer Gemeindeschwester^{plus} stattfinden.

Darüber hinaus hat es sich in der Modellphase bewährt, dass nach Beendigung der Schulungsmaßnahme begleitete Fallkonferenzen und Reflexionsangebote stattgefunden haben, die die Fachkräfte weiter in ihrer Kompetenzentwicklung und Rollenfestigung unterstützten. Dazu wäre es im Rahmen eines zukünftigen Schulungsangebotes auch sinnvoll, kommunenübergreifend zu kooperieren und Austausch- und Reflexionsmöglichkeiten zwischen bereits erfahrenen und neuen Fachkräften GS^{plus} zu ermöglichen. In der Modellphase haben die GS^{plus} und damit auch die Modellkommunen sehr vom regelmäßigen Austausch profitiert.

Empfohlene Fallkonferenzen und Reflexionen des DIP aus dem Modellprojekt Gemeindeschwester^{plus}

Aufgabenbereiche, Kompetenzen und ihre Konkretisierungen	
Aufgabenbereiche und Kompetenzen	Inhalte und Konkretisierungen
Die Rolle als Fachkraft ausgestalten und festigen (50 U.-Stunden)	✓ Professionalität der GS^{plus} als Kümmerer/Kümmerin festigen ✓ Eigenständige Durchführung von Fallkonferenzen ✓ Reflexionen zum interdisziplinären und vernetzenden Arbeiten ✓ Reflexionen zum Change Management/ zur Öffentlichkeitsarbeit

Auf der Grundlage der Erkenntnisse aus dem Modellprojekt GS^{plus} empfiehlt das DIP einen Umfang für die Weiterbildungsmaßnahmen (Schulung, Fallkonferenzen und Reflexionsveranstaltungen) von insgesamt 200 Stunden innerhalb der ersten beiden Jahre (150 Stunden Schulung möglichst im ersten halben Jahr, 50 Stunden Fallkonferenzen und Reflexionen innerhalb der zwölf Monate nach dem Ende der Schulung).

Welche Ausstattungen benötigen die GS^{plus}?

Arbeitsgrundlagen, die für die GS^{plus} zur Verfügung stehen müssen, sind vorzugsweise ein Laptop, ein Dienst-Mobiltelefon und ein Dienstwagen bzw. eine übliche Refinanzierung der Fahrtkosten bei Nutzung eines privaten PKW. Zudem ist es vorteilhaft, wenn mit der Einrichtung der Büros die Dienste eines vorhandenen Sekretariats in Anspruch genommen werden können. Kontaktierte Seniorinnen und Senioren, Teilnehmende oder Interessierte müssen sich zwecks Terminverschiebungen, -absagen oder Interessenbekundung telefonisch melden können und Ansprechpartnerinnen und -partner vorfinden. Auch muss das Kontakt- und Informationsmanagement, also etwa die Vorbereitung und Umsetzung von Anschreiben, von der Verwaltung unterstützt werden. Die GS^{plus} sind jedoch aufgrund der im Fokus stehenden Hausbesuchsarbeit zwischenzeitlich oftmals nicht zu erreichen.

Welche Möglichkeiten der Angebot-Nachfrage-Steuerung bestehen?

Die Erfahrungen in der Umsetzung unterschiedlicher präventiver Hausbesuchskonzepte haben gezeigt, dass die aktive Nachfrage nach Hausbesuchen durch zuvor kontaktierte Seniorinnen und Senioren sowohl saisonal unterschiedlich ist als auch von anderen Faktoren wie dem kulturellen Hintergrund, einer eher ländlichen oder städtischen Infrastruktur sowie von anderen Angeboten vor Ort abhängig ist, um nur das Wichtigste zu nennen. So gab es im Modellprojekt GS^{plus} ganz unterschiedliche Nachfragesituationen. Um eine eher gleichmäßige und bewältigbare Arbeitsauslastung der GS^{plus} zu erreichen, haben sich im Projektverlauf insbesondere zeitliche und zielgruppenbezogene Festlegungen als Möglichkeiten einer Angebot-Nachfrage-Steuerung als hilfreich erwiesen.

Aufbauend auf den jeweiligen kommunalen Rahmenbedingungen und Bedarfen hat es sich als sinnvoll erwiesen, zeitliche Schwerpunkte in der Arbeit zu setzen, z.B. eine Priorisierung auf die Kontaktaufnahme zu Seniorinnen und Senioren, die Durchführung der Hausbesuche oder die Netzwerkarbeit zu legen. Zur Planung von zeitlichen Phasen gehört dann auch die mittel- und langfristige Berücksichtigung von Jahreszyklen.

So ist in der Beratungstätigkeit das „Sommerloch“ oder auch die Adventszeit mit einer geringeren Nachfrage an Hausbesuchen ein häufig wahrzunehmendes Phänomen. Mit dem Wissen darüber kann ein geringeres Nachfrageaufkommen z.B. dazu genutzt werden, mit besonders vulnerablen Personen in Kontakt zu bleiben (z.B. mit sozial isolierten Menschen). Auch könnte die Zeit der geringeren Nachfrage für die Kontaktpflege mit Netzwerkpartnern oder zur Presse, für die Vorbereitung und Ausgestaltung eines im Sozialraum notwendigen (Kooperations-)Projektes, für die Vorbereitung der Datenauswertung für die Pflegestrukturplanung, aber auch für die Vorbereitung der Anschreiben für die Seniorinnen und Senioren genutzt werden. In der Vorweihnachtszeit steigt i.d.R. dann die Nachfrage nach Informationen und Vorträgen zum GS^{plus}-Angebot und zu gesundheitsrelevanten Themen bei Seniorennachmittagen (z.B. bei Adventsfeiern oder Seniorentreffen).

Eine weitere Möglichkeit der Angebot-Nachfrage-Steuerung bietet die Auswahl der Zielgruppen für Informationsanschreiben und die Handhabung derselben. Auf der Grundlage vorhandener Infrastrukturdaten etwa zur altersbezogenen Verteilung der Bevölkerung in den Ortsgemeinden und Sozialräumen, den Erfahrungen zur erwartbaren Nachfrageentwicklung (etwa aufgrund der Erfahrungen aus der Modellphase und anderen, vergleichbaren Projekten) sowie den Aufwandserfahrungen bei der Durchführung von Hausbesuchen lassen sich i.d.R. gut funktionierende Mengengerüste kalkulieren.

Die sogenannte „response rate“, also der auf ein Anschreiben mit dem Angebot eines präventiven Hausbesuchs positiv reagierende Anteil der Seniorinnen und Senioren, liegt bei der Einführung des Angebotes etwa bei 5 bis 15 %. D. h., erhalten beispielsweise 400 ältere Menschen in einem Stadtgebiet erstmals das Angebot eines präventiven Hausbesuchs, werden den vorliegenden Erfahrungen zufolge etwa 20 bis 60 dieses in Anspruch nehmen wollen. Abweichungen nach unten und oben sind allerdings aufgrund örtlicher oder bevölkerungsbezogener Besonderheiten auch noch möglich. Das hieße nun, dass sichergestellt sein muss, dass innerhalb eines überschaubaren Zeitraums von sechs bis

maximal acht Wochen diese Hausbesuche auch durchgeführt sein müssten.

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen aus dem Modellprojekt kann davon ausgegangen werden, dass im ersten Jahr der Umsetzung bei einer Vollzeitstelle von der GS^{plus} etwa sechs bis acht Hausbesuche in einer Woche durchgeführt werden können. Innerhalb von acht Wochen müsste es also möglich sein, die entstehende response rate aus dem Beispiel zu beantworten. Mit zunehmender Bekanntheit des Angebotes und Routine der GS^{plus} ist von steigenden Tendenzen und Zahlen auszugehen, d.h. die response rate wächst, die Anzahl der durchgeführten Hausbesuche aber auch.

Werden die Anschreiben und Hausbesuche allerdings mit einem Event verknüpft, also beispielsweise mit dem achtzigsten Geburtstag der Seniorin oder des Seniors oder wird die Reaktionsoption verändert (z.B. in der Art, dass die Seniorin oder der Senior aktiv absagen muss, um einen angebotenen Hausbesuchstermin nicht wahrzunehmen), dann kann die response rate durchaus auf 50 % und mehr der Angeschriebenen ansteigen. Entsprechend würde dann auch der Bedarf an zeitnaher Durchführung von Hausbesuchen zunehmen bzw. empfiehlt es sich, die Anzahl solcher Anschreiben zu verringern.

Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen und Erkenntnisse lässt sich also durchaus realistisch planen, welche Zielgruppen in welchen Wohngebieten aus welchen Anlässen und zu welchen Zeiten in welchem Umfang angeschrieben werden sollten. Oder andersherum formuliert: Da man auf der Grundlage der Personalkapazitäten und Vorerfahrungen den Umfang des Angebotes an möglichen Hausbesuchen gut abschätzen kann, können Angebot und Nachfrage im Rahmen der GS^{plus} heute recht gut aufeinander abgestimmt und so auch gesteuert werden.

Wie kann das Angebot in bestehende Strukturen eingebettet werden?

Ein wesentliches Ziel des Ansatzes der GS^{plus} besteht darin, über vorhandene Angebote für Seniorinnen und Senioren in der Kommune zu informieren und diese ggf. zu vermitteln. Der Erfolg des Konzeptes steht und fällt damit ein Stück weit, sich frühzeitig und systematisch mit den vorhandenen kommunalen Angeboten zu beschäftigen und mit professionellen Dienstleistern und Anbietern niedrigschwelliger Leistungen ins Gespräch zu kommen. Das Angebot der GS^{plus} sollte daher bereits vor Beginn der konkreten Beratungstätigkeit von den Projektleitern und den Fachkräften in der Öffentlichkeit sowie auf kommunaler und fachlicher Ebene mit seinen Zielen, Aufgabenfeldern und Themenschwerpunkten vorgestellt werden. So könnten beispielsweise niedergelassene Haus- und Fachärztinnen und -ärzte, Seniorenbeiräte, Nachbarschaftshilfen, Wohlfahrtsverbände, beim Sozial- und Entlassungsdienst von Krankenhäusern oder auch in Pfarrgemeinden über das Angebot informiert werden.

Neben der Vorstellung des GS^{plus}-Angebotes sollten diese Gespräche auch dazu genutzt werden, die vorhandenen Angebote kennenzulernen und zu klären: Wer hält welche Leistungen vor? In welchen Fällen können, sollen oder müssen bestimmte Angebote/ Dienstleister miteinbezogen werden? Unter welchen Bedingungen kann aktiv an diese vermittelt werden? Neben Einzelgesprächen kann eine erste Vorstellung des GS^{plus}-Angebotes auch zu Beginn der Einführung in Form einer organisierten Informationsveranstaltung erfolgen.

Wie können Beiträge der GS^{plus} in der örtlichen Sozialraumentwicklung aussehen?

Eine Aufgabe der GS^{plus} besteht darin, einen Beitrag zur Sozialraumentwicklung zu leisten. Dies kann durch unterschiedliche Beiträge erfolgen, z.B. die Rückmeldung infrastruktureller Bedarfe an die Pflegestruktur- und Sozialraumplaner, Netzwerkarbeit oder die Initiierung und Verstetigung von Projektinitiativen. In den Modellkommunen des Projektes GS^{plus} wurden beispielsweise folgende Projekte initiiert:

- ✓ Aufbau von ehrenamtlichen Nachbarschaftshilfen (in Kooperation mit den Pflegestützpunkten)
- ✓ Bewegungsprogramme für Seniorinnen und Senioren wie Rollatorenspaziergänge (in Kooperation mit Krankenkassen vor Ort)
- ✓ Monatliche Tanztee-Veranstaltungen
- ✓ Projekte der Bürgerautonutzung
- ✓ Generationenverbindende Projekte zwischen Jungen und Alten
- ✓ Aufbau einer Taschengeldbörse (in Kooperation mit den Gemeinden)
- ✓ Organisation von Seniorennachmittagen
- ✓ Seniorenstammtische etc.

Hier handelt es sich einerseits um Ansätze, bei denen die GS^{plus} als Expertinnen andere Akteure informieren und motivieren, und andererseits um Initiativen, bei denen die Fachkräfte selbstständig gründungsinitiativ werden und dabei zeitnah ausreichende Unterstützung durch Interessierte und Engagierte erhalten.

Beispiel aus einer Modellkommune

Stammtisch „Männersache“

Neue Projekte im Jahr 2017

Die Stammtischbrüder und die Gemeindeschwesterplus, Claudia Moser, zogen anlässlich des letzten Stammtisches im Jahr 2016 eine positive Bilanz für die zurückliegenden Aktivitäten.

Der Besuch im Offenen Kanal Bitburg TV e.V. wurde aufgezeichnet und im Fernsehen gesendet. Auch auf der Nikolausfeier im Hotel Eifelbräu war der SWR 4 Hörfunk anwesend und sendete am 2. Januar 2017 ein gelungenes Interview, das demnächst auf der Internetseite www.gemeindeschwesterplus-bitburg.de zu hören sein wird. Außerdem besuchte der Stammtisch die Brennerei Hauer, belegte einen Computerschnupperkurs und veranstaltete Spieleabende.

Viele neue Ideen und Aktivitäten sollen im neuen Jahr umgesetzt werden. Die Männer möchten mit der Kulturgemeinschaft Bitburg nach Wuppertal fahren, die Theateraufführung in Biersdorf mit Lebenspartnern besuchen, Spieleabende veranstalten, an einer Orchideenwanderung teilnehmen und vieles mehr. Der Herzenswunsch in 2017 ist jedoch, handwerklich aktiv zu werden. Daher suchen die Männer dringend Mitstreiter, die auch Interesse an Holzarbeiten haben. Der Stammtisch ist schon auf der Suche nach einem kleinen Werkraum.

Das nächste Treffen des Stammtisches „Männersache“ findet am **Mittwoch, 18.01.2017 um 17.00 Uhr** im Hotel Eifelbräu statt.

Weitere Informationen: Gemeindeschwesterplus Claudia Moser, Erdorfer Straße 17, 54634 Bitburg. Telefon: 06561/6020-315, E-Mail: info@gemeindeschwesterplus-bitburg.de, im Internet unter www.gemeindeschwesterplus-bitburg.de.

Abgedruckt aus „Kreis Nachrichten – Mitteilungen, Informationen und Bekanntmachungen der Kreisverwaltung des Eifelkreises Bitburg-Prüm“, Ausgabe 3/2017 (Abdruckerlaubnis am 20.08.2018 erhalten)

Was wird zu welchem Zweck dokumentiert?

Die Dokumentation der Beratungstätigkeit der GS^{plus} wird in erster Linie für die Ausgestaltung der individuellen Beratungsprozesse benötigt. So kann auf der Grundlage der Dokumentation der individuelle Beratungsprozess mit der besuchten Seniorin oder dem Senior geplant werden, Inhalte der Beratung festgehalten, Zielerreichung sichtbar gemacht und damit der Beratungsprozess nachvollziehbar dokumentiert werden. Ebenfalls dient die Dokumentation dazu, Aussagen in anonymisierter Form zur Zielgruppe, den Zugangswegen und zur Anzahl der Beratungskontakte treffen zu können. Dies wiederum kann im Rahmen der Pflegestrukturplanung und Sozialraumentwicklung oder auch in

der Auswertungsphase des Umsetzungsprojektes von der Kommune genutzt werden. Die Dokumentation dient somit auch als Steuerungsinstrument zur Pflegestrukturplanung. Im Projekt Gemeindeschwester^{plus} wurden dafür u.a. folgende Daten erhoben und dokumentiert:

- ✓ Personenbezogene Daten (Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Adresse, Familienstand etc.)
- ✓ Wohnsituation/ -umfeld (Lage, Barrieren)
- ✓ Zugangsweg
- ✓ Anzahl, Anlass, Art, Dauer, Inhalt der Beratungskontakte
- ✓ Beratungsthemen und -ergebnisse
- ✓ Fahrzeiten
- ✓ Weitervermittelt an..., vermittelt worden durch...
- ✓ Aktivitäten sozialer Teilhabe

Zur besseren Übersicht wurden zudem Monatsübersichten erstellt, in denen die oben aufgeführten Daten in Kurzform anonymisiert dargestellt wurden. Sie dienten zu Steuerungszwecken und dazu, zeitnah auf Anfragen (z.B. von Projektverantwortlichen oder Pflegestrukturplanerinnen und -planern) reagieren zu können.

Zu empfehlen ist für die Stammdaten und die Leistungsdaten eine PC-gestützte Dokumentation. Dies vereinfacht die Handhabung und Aufbereitung der Daten zur Auswertung. Im Projekt GS^{plus} wurde mit Hilfe von vorgestalteten Tabellen im Programm Microsoft Excel® dokumentiert. Der Vorteil gegenüber spezialisierter Software besteht hier in der Kompatibilität zu anderen Software-Programmen gängiger Anbieter. Neben der standardisierten elektronischen Dokumentation hat es sich für die Fachkräfte im Projekt bewährt, Fallakten anzulegen, insbesondere bei längeren und komplexeren Beratungsverläufen.

Da es sich bei den erhobenen Daten um personenbezogene, also sensible Daten handelt, muss der Schutz der Daten zu jeder Zeit eingehalten und umgesetzt werden. D.h., die Daten müssen vor dem Zugang unbefugter Dritter geschützt sein und dürfen nur im Sinne und mit ausdrücklicher Zustimmung der Seniorinnen und

Senioren genutzt, also ggf. weitergegeben werden. Bevor die Daten generalisiert ausgewertet werden dürfen, müssen sie vollständig anonymisiert werden.

Auswertungsphase

Welchen Nutzen kann eine Auswertung bieten und wie kann sie gestaltet werden?

Rechtzeitig vor dem Ende der Projektlaufzeit sollte die Auswertungsphase eingeläutet werden. Dabei wird es sowohl um eine eigenständige Betrachtung von vorhandenen Daten und Dokumentationen gehen als auch um die Erhebung von Erfahrungen und Einschätzungen von Projektbeteiligten und -beobachtern.

Die Auswertung sollte so angelegt sein, dass sie belastungsfähige Erkenntnisse hervorbringt und sich von den Aussageebenen deutlich von rein subjektiven Einsichten unterscheidet. Je nachdem, für wie wichtig die Auswertung im Kontext der Entscheidungen zur Verstetigung des Angebotes der Gemeindeschwester^{plus} angesehen wird, wird die Kommune ggf. eigene Mittel bereitstellen müssen, um zu aussagekräftigen Erkenntnissen zu kommen. Eventuell wird diese Aufgabe auch an externe Dienstleister vergeben.

Die Auswertung sollte erstens Erkenntnisse über die Durchführung des Angebotes, also Ergebnisse auf beschreibender Ebene (Deskription), wie etwa zur Erreichung von Zielgruppen, zum Umfang von Hausbesuchen, zur Beratungsarbeit allgemein und zur Vermittlung und Vernetzung von Angeboten, liefern. Auf dieser Ebene wäre es auch möglich, eine Kostenanalyse vorzunehmen.

Zweitens könnten Erkenntnisse zur Zielerreichung, wie etwa zur verbesserten Informationen, Sicherheit und zu Aktivitäten von Seniorinnen und Senioren, ermittelt werden. Dazu müssten eigens Erkundigungen oder Befragungen durchgeführt werden.

Drittens könnten auch Einschätzungen von weiteren Projektbeteiligten zum Erfolg bzw. Misserfolg von Maßnahmen des Angebotes eingeholt werden.

Und viertens wäre es möglich, etwa im Rahmen eines Diskussionsworkshops, „Projektbeobachter“, also Akteure, die vielleicht nicht direkt involviert waren, aber dennoch einiges davon mitbekommen haben (z.B. Vertreterinnen von Kostenträgern, benachbarte Kommunen, Vereine und Verbände, Kirchengemeinden) einzuladen und konkret zu befragen.

Kurzum, mit der Auswertung sollten vor dem Ende des Umsetzungszeitraums die Fragen beantwortet werden können, ob und wie die Seniorinnen und Senioren und die Kommune von dem neuen Angebot GS^{plus} profitiert haben und ob sich damit der Aufwand und der Mitteleinsatz gelohnt hat.

Wie werden die abschließenden Ergebnisse verwertet?

Die Auswertungen und die Antworten auf die Fragen werden mutmaßlich Einfluss auf das weitere Vorgehen in der Kommune und letztendlich auf die Nachhaltigkeit und die Verstetigung des Angebotes haben. Voraussetzung dafür ist, dass am Ende auch ein aussagekräftiges und praktikables Abschlusspapier vorliegt. Besser scheint es sogar, wenn solche Ergebnisse einige Monate vor dem Ende der Durchführungszeit vorliegen, damit noch Zeit bleiben kann, in zuständigen kommunalen Gremien und ggf. auch bei den kommunal Verantwortlichen Entscheidungen bezüglich des weiteren Vorgehens herbeizuführen.

Zu bedenken ist dabei, dass die dann bereits erfahrenen Fachkräfte etwa ein halbes Jahr vor dem Ende der Projektlaufzeit verlässliche Aussagen benötigen, ob das Angebot fortgesetzt werden soll oder nicht, damit sie sich ggf. auf eine Fortsetzung einstellen können, oder aber um eine neue Arbeit bemühen können. Ferner wird es nicht nur um die Frage gehen, ob das Angebot fortgeführt werden kann, sondern auch, wie es ggf. angepasst, weiterentwickelt und ausgebaut werden muss.

Literaturhinweise

Bamberger, G. G. (2015). *Lösungsorientierte Beratung* (5., überarbeitete Auflage). Weinheim, Basel: Beltz PVU.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2017). *Sorge und Mitverantwortung in der Kommune: Erkenntnisse und Empfehlungen des Siebten Altenberichts*. Downloadbar unter: https://www.siebter-altenbericht.de/fileadmin/altenbericht/pdf/Der_Siebte_Altenbericht.pdf

Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2015). *Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege*. Downloadbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/E/Erklaerungen/BL-AG-Pflege-Gesamtpapier.pdf

Ströbel, A., Weidner, F. (2003). *Ansätze zur Pflegeprävention: Rahmenbedingungen und Analyse von Modellprojekten zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit*. Pflegeforschung. Hannover: Schlütersche.

Gebert, A., Seifert, K., Weidner, F. (2016). *Modellprojekt Gemeindeschwester^{plus}. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung zur „Implementierungsphase“*. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP) (Hrsg.). *Berichtszeitraum 01.07.2015 bis 31.12.2016*. Downloadbar unter: https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Aeltere_Menschen/AM_Dokumente/Bericht_zur_Implementierungsphase_des_Modellprojekts_Gemeindeschwester-plus_in_RLP.pdf

Gebert, A., Weidner, F., Brünnett, M., Ehling, C., Seifert, K.; Sachs, S. (2017). *Abschlussbericht des Modellprojekts „PräSenZ“ in Baden-Württemberg (2014-2017)*. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP) (Hrsg.) Downloadbar unter: https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pr%C3%A4SenZ-DIP-Projektbericht_Endfassung_Druckversion_final.pdf

GKV-Spitzenverband (2015). *Anforderungen an die Rolle der Kommunen in der Pflege: Positionen des GKV-Spitzenverbandes anlässlich der Verhandlungen zwischen Bund und Ländern*. Downloadbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_Kommunen_Pflege_barrierefrei.pdf

- GKV-Spitzenverband (2018): Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Absatz 3 Satz 3 SGB XI zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern vom 29. August 2008 in der Fassung vom 22. Mai 2018. Downloadbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_zur_pflegerberatung_und_pflegebeduerftigkeit/180522_Pflege_Empfehlungen_7a_Abs.3_Satz_3_SGB_XI.pdf
- Hoberg, R., Klie, T. & Künzel, G. (2016). *Stärkung der Kommunen in der Pflege und die Modellkommunen: Ziele, Probleme, Gestaltungsoptionen*. Case Management (1), 40–44.
- Schmidt, C. & Gebert, A. (2009). *Das Konzept Präventiver Hausbesuche*. In: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.), Pflegeforschung. Beraterhandbuch - Präventive Hausbesuche bei Senioren (S. 63–68). Hannover: Schlütersche.
- Schulz-Nieswandt, F., Köstler, U. & Mann, K. (2018). *Evaluation des Modellprojekts „Gemeindeschwester^{plus}“ des Landes Rheinland-Pfalz*. Downloadbar unter: https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Aeltere_Menschen/AM_Dokumente/Evaluationsbericht_END.pdf
- Yamada, Y., Ekman, A., Nilsson, C.J., Vass, M. & Avlund, K. (2012). *Are acceptance rates of a national preventive home visit programme for older people socially imbalanced? a cross sectional study in Denmark*. BMC Public Health, 12: 396.