

ProjektNr. 00419

„Gesundheit vor Ort“

Entwicklung und Erprobung von Modellen der Unterstützung präventiver, gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung in Form eines gemeindenahen und familienorientierten Angebots, besonders für ältere Menschen und ihre Angehörigen

Projektleitung:
Joachim Zieske
Deutscher Caritasverband
Karlstr. 40
79104 Freiburg

Freiburg im Dezember 2010

1. Projektziel

Ziel des Projektes Gesundheit vor Ort war es, Modelle der präventiven gesundheitlichen Unterstützung und pflegerischer Versorgung in Form eines gemeindenahen und familienorientierten Angebots für ältere Menschen und ihre Angehörigen in Strukturen der Caritas vor Ort zu entwickeln und zu erproben.

2. Projektschritte

Durch Literaturrecherche und Einbeziehung von Überlegungen aus der "Teilhabe-Initiative" wurden Funktionen definiert, die als Kriterien für die Beurteilung vorhandener Konzepte der Caritas vor Ort dienten. Diese Funktionen sind Zielgruppenbezug, Zugänge vor Ort eröffnen, Ressourcen fördern und Netzwerke schaffen. Durch eine Abfrage im Verband wurden verschiedene Ideen und Projekte der örtlichen Caritas identifiziert und aufgegriffen, die einem Teil der Funktionen entsprachen. Die Vertreter/innen der örtlichen Projekte wurden eingeladen, sich in der Begleitgruppe an der Weiterentwicklung der Projekte zu Modellen der Gesundheit vor Ort zu beteiligen.

3. Projektbeteiligte

Als Projektpartner wurden gewonnen:

1. „Seniorennetzwerk und Mehrgenerationenhaus“ - trägerübergreifendes Projekt der Stadt Tuttlingen und örtlichen Caritas, Caritas Regionalverband Schwarzwald-Alb-Donau
2. „Brücken bauen“ – Freiwillige begleiten Menschen mit Demenz zu Hause, CV Dortmund
3. „Mit Lebensfreunde älter werden im Stadtteil“ – Gesundheitsberatung und Quartiersmanagement im Stadtteil Sindlingen CV Frankfurt
4. „Alltagsbegleiter für Menschen mit Demenz in ihrer eigenen Umgebung“, CV Saar-Hochwald
5. „Gesund leben in Bottrop“ – zentrale Anlaufstelle für Migrant/innen in der Altenhilfe, CV Bottrop
6. „Stadtteilprojekt Mettmann“ – quartiersbezogener Pflegestützpunkt und Quartiersmanagement des Caritas Altenstifts Vinzenz von Paul CV Mettmann

7. Kompetenzzentrum für MigrantInnen im Alter
Eisenhüttenstadt,
CV Cottbus
8. „Caritas im Quartier – Gesellschaftliche Teilhabe als Voraussetzung für ein
gelingendes Leben in der 3. und 4. Lebensphase
DiCV Essen
9. Lebendige Nachbarschaft Wohnen im Stadtteil St. Augustin – Ort,
CBT Köln

4. Projektorganisation

Die zentrale Projektsteuerung erfolgte über die Referatsleitung Altenhilfe, Behindertenhilfe und Gesundheitsförderung. In regelmäßigen Abständen fanden Ziel- und Abstimmungsgespräche zwischen Referatsleitung und Projektleitung statt.

Die fachliche Begleitung erfolgte über die Bildung einer Modellbegleitgruppe. In sieben Sitzungen entwickelten die Beteiligten verschiedene Modelle um den Zugang älterer Menschen zu Gesundheitsleitungen zu verbessern. Der fachübergreifende Austausch über Möglichkeiten der Weiterentwicklung niederschwelliger Beratungs- und Unterstützungsangebote der Caritas vor Ort erwies sich als Katalysator für Vernetzungsmöglichkeiten und Veränderungsprozesse in Strukturen der örtlichen Caritas.

Um den fachpolitischen Diskurs über die Umsetzung eines Konzepts zur Gesundheit vor Ort im Verband zu intensivieren, wurde eine Projektbegleitgruppe gebildet. In fünf Arbeitssitzungen fand ein Austausch über gesellschaftliche, verbandliche und rechtliche Rahmenbedingungen der Umsetzung zwischen Fachvertreter/innen des Deutschen Caritasverbandes, der Diözesancaritasverbände und den beteiligten Fachverbänden. In den fachpolitischen und verbandlichen Diskurs wurden praktische Erfahrungen aus der Modellbegleitgruppe eingebracht.

5. Innovation

Das Projekt Gesundheit vor Ort verstärkt die Orientierung des Deutschen Caritasverbandes am Konzept der Sozialen Gesundheit als gesundheitspolitische Strategie. Die im Rahmen der Projektarbeit entwickelten Modelle rücken Prävention, Gesundheitsförderung und Gemeindeorientierung, insbesondere im leistungsrechtlich stark segmentierten Feld der Altenhilfe stärker in das Blickfeld.

Gesundheit vor Ort lässt sich als geschlossene Hilfekette der Caritas vor Ort denken. Sie reicht an der Lebenslage und am jeweiligen Gesundheitszustand älterer Menschen gemessen, von niederschwelliger Unterstützung in der Wohnung bis hin zur vollstationären Versorgung.

Die konzeptionelle Begleitung der örtlichen Modelle durch den Deutschen Caritasverband, regte die fachübergreifende Zusammenarbeit verschiedener Caritasfachstellen und Kooperation mit anderen Gesundheitsakteuren im lokalen Umfeld an.

Das Projekt fügte sich mit seiner Konzeption und den daraus abgeleiteten Modellen nahtlos in die Initiative der selbstbestimmten Teilhabe ein, mit der Menschen im Alter im Jahr 2010 besonders im Blick stehen. Vor dem Hintergrund des verbandlichen Diskussionsprozesses der Teilhabe im Alter, konnten die Modelle der Gesundheit vor Ort, die Caritas als innovativen, lösungsorientierten gesundheitspolitischen Akteur auf lokaler und verbandlicher Ebene kenntlich machen.

6. Projektergebnisse

6.1 Umsetzung des Konzeptes Gesundheit vor Ort

Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit vor Ort, sind lokal zu initiieren und zu gestalten. Die Aktivierung und Unterstützung der gesundheitlichen Kompetenzen älterer Bürger muss an deren konkreten Lebenslage ansetzen. Das gilt umso mehr, wenn insbesondere Menschen erreicht werden sollen, die aufgrund von altersbedingten und anderen Einschränkungen am Zugang zu den erforderlichen Ressourcen gehindert sind. Initiativen und Aktivitäten der Gesundheit vor Ort müssen konkret auf die Lebenswelt, d.h. die örtlichen Lebensbedingungen älterer Menschen bezogen sein.

Kommunen haben eine besondere Verantwortung für ihre Einwohnerschaft in einer älter werdenden Gesellschaft. Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Mitbürger muss Pflichtaufgabe im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge werden. Gesundheitsförderung muss sich vorrangig auf soziale Brennpunkte, Städte und Gemeinden mit besonderem gesundheitlichem Entwicklungsbedarf richten. Ein entsprechendes lokales Quartiersmanagement in Städten und mobile Gesundheitsberatung in ländlichen Gemeinden, muss Räume der Regeneration für ältere und behinderte Menschen schaffen. Der Schwerpunkt der Gesundheitsarbeit liegt dabei auf der Aktivierung der Ressourcen und sozialen Beziehungen und sozialer Unterstützung zur Alltagsbewältigung.

Über die individuelle Beratung und Hilfe hinaus müssen die Dienste und Einrichtungen nach den Gesundheit unterstützenden sozialen und materiellen Umweltbedingungen suchen, mit denen die Rat- und Hilfesuchenden leben. Dazu müssen Dienste und Einrichtungen der Caritas ein Teil des Gemeinwesens werden. Um möglichst auf diese Bedingungen auch Einfluss nehmen zu können, sind die Leistungen ressourcenorientiert anzubieten: Zuerst werden die Selbsthilfekräfte und die Kräfte des sozialen Nahraums aktiviert, bevor die professionelle Hilfe direkt eingreift. Für die Förderung und Wahrnehmung der Solidarität und die Wahrnehmung von Sorgeaufgaben ist zunächst eine qualifizierte Unterstützungsstruktur erforderlich, um Einzelpersonen, Familien und Nachbarschaften, dabei zu unterstützen eigene Lösungen zu finden. Die Kommune haben sich stärker als in der Vergangenheit auf eine Unterstützungsstruktur hierfür zu konzentrieren.

Dienste und Einrichtungen müssen vernetzt sein. Konkret heißt das, dass die Mitarbeitenden der unterschiedlichen Dienste und Einrichtungen voneinander wissen, die Ziele, Angebote und Leistungsmöglichkeiten kennen und im konkreten Fall nach einer ersten Problemdefinition mit den Hilfe- und Ratsuchenden – wenn nötig – die Grenzen ihrer Kompetenz erkennen und an die „richtige“ Stelle weiterleiten.

Wenn gesundheitsfördernde Maßnahmen lokal zu initiieren und durchzuführen sind, kommt der verbandlichen Caritas vor Ort eine wesentliche Rolle zu. Dort sind die gesundheitsrelevanten Bedingungen der Lebenswelten zu analysieren, Verbündete zu suchen und/ oder zu aktivieren, lokale Sozial- und Gesundheitspolitik mitzugestalten, Aktionen zu planen und durchzuführen.

Der Setting-Ansatz für Prävention und Gesundheitsförderung nimmt die Stadt, das Quartier und das Dorf als Gestaltungseinheit für gesundheitsrelevante Umweltbedingung in den Blick. Die Aktivierung der Bewohner ist eine Aufgabe der örtlichen Caritas.

Selbsthilfegruppen chronisch kranker Menschen sind wichtige Schlüsselgruppen und Schlüsselpersonen vor Ort. Sie sind in Zusammensetzung und in ihren Aktivitäten häufig auf die gesellschaftliche Mittelschicht bezogen. Von der Lokalpolitik werden sie in vielen Fällen als die einzigen wahren Lobbyisten für die betroffenen Menschen betrachtet. Gegenüber der Caritas besteht häufig Skepsis, weil die Caritas zuerst als Vertreter der Dienste und Einrichtungen (Lobbyist für die Anbieter) und in ihrer Funktion als Mitgestalter der lokalen Sozial- und Gesundheitspolitik als Konkurrenz gesehen wird. Die Zusammenarbeit der örtlichen Caritas mit den Selbsthilfegruppen sollte darum das Ziel haben, erstens diese Vorbehalte abzubauen und zweitens deren Blick für die Menschen zu schärfen, die sich durch mittelschichtorientierte Maßnahmen und Projekte kaum ansprechen lassen. Damit das gelingt, benötigt auch die verbandliche Caritas vor Ort für diese Aufgaben eine klare Rollendefinition für die Funktion als Mitgestalterin der lokalen Sozial- und Gesundheitspolitik.

6.2. Zusammenfassung und Empfehlungen

Gesundheit vor Ort braucht Themen und Anknüpfungspunkte

Anknüpfungspunkte für die Gesundheit vor Ort sind lokale Arbeitskreise, in allen Bereichen (z.B. Migration, Verkehr, Gesundheit, Ältere Menschen). Städtische Regionen können auf vielfältige Strukturen zurück greifen. In ländlichen Regionen ist der direkte Kontakt mit den Menschen notwendig. Gesundheitsthemen werden von den Bürgerinnen und Bürgern an die Einrichtungen und Dienste heran getragen, und nicht umgekehrt.

Gesundheit vor Ort braucht viele Partner

Neben den Akteuren mit unmittelbarem Gesundheitsbezug (Gesundheitsämter, Krankenhäuser, Hausärzte etc.) gibt es eine Vielzahl ebenfalls wichtiger Partner. Notwendig sind kommunalpolitische Selbstverpflichtungen zur Gesundheitsorientierung. Es bestehen wenig wechselseitige Erfahrungen in der Zusammenarbeit z.B. des gesundheitsbezogenen Quartiersmanagements mit Gesundheitsämtern. Die Gesundheitsämter in Städten und Landkreisen haben keine kleinräumige Perspektive. Um Akteure aus unterschiedlichen Handlungsfeldern zusammenzubringen braucht es eine wirkungsvolle Vermittlung, die die unterschiedlichen Perspektiven, Strukturen und Fachsprachen wechselseitig verständlich macht und so Brücken für gemeinsame Aktivitäten baut.

Gesundheit vor Ort braucht fachübergreifende gebietsbezogene Vernetzung

Notwendige gebietsbezogene fachübergreifende Zusammenarbeit gelingt oftmals nicht, da die Akteure zu wenig für das Thema Gesundheit sensibilisiert sind oder ihnen notwendige Ressourcen fehlen.

Gesundheit vor Ort braucht Motivation

Die aktive Beteiligung der Bürgerschaft kann diese motivieren, sich nicht nur für die eigene Gesundheit sondern für die soziale Gesundheit vor Ort in der Stadt und Dorf einzusetzen.

Gesundheit vor Ort braucht Nachhaltigkeit

Nachhaltigkeit erfordert nicht nur Motivation, sondern entsteht auch in Strukturen (z.B. in Gesundheitsstützpunkten, Bürgernetzwerke). Die Kommunen sind gefordert die Rahmenbedingungen für Nachhaltigkeit sicherzustellen.

Gesundheit vor Ort braucht Fachlichkeit

Erfolgreiche Erfahrungen und Zugänge – von Akteuren aus dem Gesundheitsbereich und darüber hinaus - müssen zusammengetragen und gebündelt werden. Dabei gilt es, aus den unterschiedlichen fachlichen Perspektiven entstehende Hürden der Zusammenarbeit zu erkennen und zu überwinden und Anbieter bei der Entwicklung, Beantragung und Durchführung von Angeboten zu unterstützen.

Gesundheit vor Ort braucht niederschwellige Angebote und Arbeitsweisen

Einrichtungen und Dienst müssen die Frage klären „Wer kommt zu wem?“ Es müssen die unterschiedlichen fachlichen Organisationslogiken der Beratungsstellen berücksichtigt werden. Je mehr sich die Handlungsansätze am alltäglichen Leben der Bürger des Stadtteils orientieren, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie von diesen als sinnvoll und hilfreich wahrgenommen werden

Gesundheit vor Ort braucht eine Weiterentwicklung der Strukturen

Angebote und Dienste der Caritas müssen Teil des Gemeinwesens werden. Vorhandene Strukturen sind zu wenig abgestimmt und auf Nachhaltigkeit ausgerichtet. Die verfügbaren Ressourcen werden oft zu kurzatmig z.B. im Rahmen von Modellprojekten verausgabt, deren Erfahrungen nicht in nachfolgende oder weiterführende Angebote eingehen können.

Gesundheit vor Ort braucht ein gemeinsames Handlungskonzept.

Handlungskonzepte der Caritas müssen Gesundheit als eigenständigen Bereich benennen. Gesundheit muss von der Basis her eingefordert werden. Aktivierende Gemeinwesenarbeit ist die Methode der Wahl. Ärzte sind zu gewinnen, indem sie Arbeit in das Netzwerk auslagern können. Die Bürgerinnen werden gesundheitsfördernden Ansätzen aufgeschlossener gegenüber stehen, wenn Interventionen nicht „von außen“ kommen, sondern Akteure, Orte oder Prozesse bereits bekannt sind.

Gesundheit vor Ort braucht praxisnahe Qualitätsentwicklung

Qualitätsentwicklung sollte nicht als eine von außen aufgebene Bürde, sondern als Unterstützungsangebot für die Verbesserung der eigenen Praxis erlebt werden. Good Practice ist ein Qualifizierungsprozess der von den Mitarbeitern ausgeht.

Gesundheit vor Ort verbindlicher Strukturen mit klarer Finanzierung

Projekte und Maßnahmen aus dem Gesundheitsbereich können über das Programm Soziale Stadt gefördert werden. Finanzielle Mittel der Krankenkassen (§ 20 SGBV) fließen zu wenig in Gesundheitsprojekte. Es fehlt ein gebietsbezogenes Programm zur Prävention. Gesundheitsprojekte brauchen vernünftige Konzeptionen mit langfristiger Finanzplanung.

Gesundheit vor Ort braucht leistungsrechtliche Grundlagen

Die Mittelvergabe der Krankenkassen muss sich besonders auf Gebiete mit besonderem Entwicklungsbedarf konzentrieren. Das Präventionsgesetz muss solidarisch umgesetzt werden, so dass nicht nur individuelle Gesundheit sondern auch gesundheitliche Chancengleichheit verbessert wird. Das Präventionsgesetz muss so gestaltet sein, dass eine Sensibilisierung der Gesundheitsakteure für gebietsbezogenes sozialraumorientiertes Handeln möglich wird.

Gesundheit vor Ort braucht den Public Health Gedanken

Lokale Quartiermanager und Gemeindeorientierte sind für das Handlungsfeld Gesundheit zu sensibilisieren. Der öffentliche Gesundheitsdienst kann wenig flächendeckend Gesundheitskompetenzen vermitteln. Die Caritas vor Ort kann diese Kompetenzen weiterentwickeln.

Gesundheit vor Ort braucht kommunale Gesundheitsberichterstattung

Gesundheitsberichte sind als Politikinstrument geeignet, Probleme zu identifizieren und kommunale Gesundheitsziele zu definieren und auf die kommunalpolitische Diskussionsebene zu bringen. Für die lokale Gesundheitsberichterstattung kann eine aktivierende Befragung vertrauensbildend und bedeutsam sein, um bestimmte Gruppen und Stadtteilakteure anzusprechen. Aus der Gesundheitsberichterstattung müssen sich für die Dienste und Einrichtungen praktische sozialräumliche Handlungsfelder erschließen lassen.

6.3. Dokumentation der Modelle

6.3.1 „Brücken bauen“

Caritasverband Dortmund e.V.

Konzept

Freiwillige begleiten Menschen mit Demenz und deren Angehörige – ein Kooperationsprojekt des Fachdienstes Gemeindecaritas, der Caritas-Sozialstation und der katholischen Kirchengemeinden im Stadtbezirk Dortmund – Hombruch

Projektbausteine

Ausbildung von Freiwilligen (3 Kurse mit insgesamt 30 Freiwilligen – Kostenerstattung 5 € pro Einsatz von 1 ½ Stunden); einmal monatlich Treffen zum Erfahrungsaustausch

Einrichtung einer Betreuungsgruppe (einmal wöchentlich in den Räumen einer Kirchengemeinde)

Einrichtung eines Gesprächskreises für pflegende Angehörige (einmal monatlich)

Urlaubsangebot für Menschen mit Demenz und deren Angehörige

Kooperation mit allen zum Thema Demenz tätigen Einrichtungen und Gruppen im Stadtbezirk

Information und Beratung von pflegenden Angehörigen

Öffentlichkeitsarbeit

Personelle Besetzung:

Projektleitung (25 %)

Diplom-Sozialarbeiterin (100 %)

Pflegefachkraft/Altentherapeutin (50 %)

Finanzierung:

Förderung durch die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW über einen Zeitraum von 3 Jahren

Zielgruppen

Menschen mit Demenz

Pflegende Angehörige

Freiwillige

Kirchengemeinden

(Fach)Öffentlichkeit

Zugänge

Menschen mit Demenz und pflegende Angehörige über
Caritas-Sozialstation; Begegnungsstätten; Ambulanz des
Marienhospitals, Hombruch; Hausärzte; Öffentlichkeitsarbeit

Freiwillige

durch Öffentlichkeitsarbeit, Mitnahme von Freiwilligen zu den Presseterminen, damit
diese über ihre durchweg positiven Erfahrungen berichten können

Kirchengemeinden

Informationsveranstaltungen in den einzelnen Gruppierungen

(Fach)Öffentlichkeit

Kontinuierliche Kontakte

Ressourcen

Es besteht ein hohes Interesse bei Menschen (vor allem kurze Zeit nach Beendigung
der beruflichen Tätigkeit), sich freiwillig sinnvoll zu betätigen;
Hohe Qualität der Ausbildungskurse (mit Hospitationsphase)
Interesse in den Kirchengemeinden, mit hauptberuflicher Unterstützung
Hilfsangebote für die Zielgruppe anzubieten;
Entscheidung für einen Stadtbezirk in Dortmund, in dem die Caritas gut aufgestellt ist
(Sozialstation; Tagespflege; Mittagstisch; Begegnungsstätten; hoher Anteil an älteren
Menschen; tragfähige Kooperation zwischen haupt- und ehrenamtlichen
Mitarbeiter/innen)

Schwierigkeiten

*Die Veränderungen in den pastoralen Räumen durch die Vergrößerung der
Pastoralverbände und die Verringerung des pastoralen Personals führen von einer
Sozial-/Lebensweltorientierung weg. Überwiegend werden strukturelle Fragen und
nicht Inhalte diskutiert.*

Netzwerk

Internes Netzwerk (Caritas-Sozialstation; Tagespflege; Kirchengemeinden) und
eines caritaseigenen Netzwerkes Demenz (besetzt mit Projektmitarbeiter/innen,
leitende Mitarbeiter/innen aus den Bereichen Ambulante und Stationäre Pflege)

Schwierigkeiten

*Teilweise mangelnde Bereitschaft zur Zusammenarbeit bei den Leiter/innen der
stationären Einrichtungen*

Externes Netzwerk (Seniorenbüro für den Stadtbezirk
Hombruch; Stationäre Einrichtungen anderer Träger,
Alzheimergesellschaft Dortmund; Demenzservicezentrum für die Region Dortmund;
Ärzte; Krankenhäuser)

Schwierigkeiten

*Konkurrenz bezogen auf das Thema pflegerische Versorgung, verhindert
Netzwerkbildung*

Ansprechpartner:

Paul Becker
Caritasverband Dortmund
Wißstr. 32
44137 Dortmund

6.3.2 „Caritas im Quartier“

Diözesancaritasverband Essen, Theresia Albers Stift Hattingen

Ausgangslage

Demographische Entwicklung im Ruhrgebiet

Bevölkerung im Ruhrbistums nimmt kontinuierlich ab – Zu wenige Kinder – Familien werden kleiner – Sterberate höher als Geburtenzugänge – Proportionsverschiebung zwischen den Generationen – Gesellschaft im Ruhrgebiet vergeist – Zuwanderungen gleichen nicht aus – Soziale und kulturelle Vielfalt wächst – Problem: geringer sozialökonomischer Status – Insolvenz der Kommunen – Überlastung der sozialen Infrastruktur – Ruhrgebiet: Lösungsmodell für demographische Herausforderung –

Fazit: Weniger – älter – bunter – Verlieren die Städte in nur 60 Jahren mehr als ein Viertel ihrer Einwohner? – Und in 100 Jahren?

Die Bevölkerung der großen Städte des Ruhrgebiets nimmt seit den 1960er Jahren ab. Die Verluste ergaben sich aus einer arbeitsmarktbedingten Fernwanderung in andere Regionen und einer Nahwanderung ins Umland der Städte. Seit dem "Pillenknick" in den 1970er Jahren nahm zusätzlich die Zahl der Geborenen ab und unterschritt bald dauerhaft die Zahl der Gestorbenen. Für die Städte Bochum, Essen und Gelsenkirchen summieren sich die Verluste aus Wanderungen und Geborenendefizit seit 1961 auf rd. 350.000 Einwohner. Der Rückgang wird sich auch in Zukunft fortsetzen. Bis zum Jahr 2020 wird eine weitere Verringerung der Bevölkerungszahl um 150.000 Personen erwartet. Dies hat erhebliche Konsequenzen für das Leben in den Städten.

Das Ruhrgebiet ist von den Auswirkungen des demographischen Wandels in besonderer Weise betroffen: Alterungs- und Schrumpfungsprozesse schreiten hier schneller voran als in anderen Regionen. Überdurchschnittlich viele Familien und qualifizierte junge Menschen wandern in das Umland ab; gleichzeitig nimmt der Anteil der Bevölkerungsgruppen zu, die in sozial gefährdeten Lebenslagen leben, z.B. Arbeitslose, Alleinerziehende, Menschen mit Migrationshintergrund oder alleinstehende Personen mit geringem sozioökonomischen Status. Die Aussagen über die Zukunftsperspektiven der Region sind daher pessimistischer Natur: Der Versorgungs-, Hilfe- und Pflegebedarf überlastet die soziale Infrastruktur, die alternden Belegschaften schwächen die Wettbewerbsfähigkeit des Standortes, die verbleibende jüngere Generation ist durch Bildungs- und Integrationsdefizite geprägt.

Dabei wird verkannt, dass das Ruhrgebiet neben allen nicht zu bestreitenden Herausforderungen auch ein „demographischer Testlauf“ für die Bundesrepublik ist.

Wenn es gelingt, den Wandel produktiv zu bewältigen, kann die Region zu einem Modell der Generationensolidarität werden, das auch für andere Regionen wegweisend ist. Dies ist dann möglich, wenn die regionalen Akteure die demographische Herausforderung offensiv angehen und frühzeitig Lösungen erarbeiten und erproben. Andernfalls könnte sich das Zeitfenster für eine konstruktive Wende schnell schließen und an ihre Stelle tritt eine überhastete Politik der Sachzwänge, die allenfalls noch Symptome lindern kann.

Reform der Pastoralstruktur im Bistum Essen: Konsequenzen

Steuereinnahmen sinken rapide – Anteil der Katholiken sinkt um mehr als 30% - Zahl der Priester reduziert sich um die Hälfte – Aus 259 Pfarrgemeinden werden 43 Pfarreien – 96 von insgesamt 350 Kirchen fallen weg – Personalabbau in kirchlich-caritativen Diensten und Einrichtungen –

Perspektiven: verbesserte Vernetzungsstrukturen zwischen Eucharistie, Liturgie, Diakonie– Vielfalt kirchlich-caritativer Angebote vor Ort verdeutlichen –

„Aus 259 Pfarrgemeinden werden 43 in neue, große Pfarreien umgewandelt. 96 von insgesamt 350 Kirchen fallen als sog. „weitere Kirchen“ weg. Personalabbau im Bereich Eucharistie, Liturgie und Diakonie. Verschlankung der Verwaltung, Reduktion im Bereich kirchlicher Angebote: Organisten, Kindergärten, GemeindereferentInnen, Küster, etc.

Kategoriale und gemeindliche Seelsorge sollen im Pfarrgebiet miteinander vernetzt werden, sich gegenseitig ergänzen und bereichern. Das Zusammenwirken von Gemeinden und kirchlichen (caritativen) Einrichtungen (Krankenhäuser, Altenheime, Caritas-Sozialstationen, Caritasberatungsstellen, niederschwellige Angebote, ehrenamtliche Dienste,..) kann die Vielfalt der kirchlichen Angebote und die Wirksamkeit der pastoralen Arbeit für die Menschen am Ort deutlicher präsent werden lassen“.

Zielgruppe

Bewohner (mit kommunikativen, sozial-pflegerischen und pastoralen Bedarfen im Quartier)

Eine Zielgruppenorientierung im klassischen Sinne verfolgt der Konzeptansatz nicht. Das Ziel, die Lebensqualität im Quartier im ganzheitlichen Sinne für die Bewohner zu erhalten bzw. zu verbessern ist Richtung weisend. Etablieren bzw. Stabilisieren kommunikativer Strukturen, der „kleinen sozialen Netze“, Gesundheit erhaltender Maßnahmen und sozial-pflegerischer Angebote bilden u. a. einen Schwerpunkt.

Aktuelle Bedarfslage – zukünftige Entwicklung –

Grundlage zur Entwicklung notwendiger Dienstleistungen ist die Analyse tatsächlicher aktueller Bedarfe im Quartier.

Diese werden anhand verfügbarer Statistiken, Milieustudien, Erfahrungswerten bestehender Hilfspotentiale, aber insbesondere in Versammlungen und persönlichen Gesprächen mit den Bewohnern des Quartiers festgestellt. In Hinblick auf zukünftige Entwicklungen werden verfügbare demographische und milieubezogene Daten berücksichtigt.

Wesentlich erscheint, dass die Betroffenen, Nutzer wie Dienstleister, an Entscheidungen und Entwicklung beteiligt sind. „Partizipation“ wird im Sinne des Konzeptes als „Teilhabe von Bürgern am Prozess der Willensbildung und Entscheidung in eigener Sache“ verstanden.

Das Konzept orientiert sich zunächst an den Bedarfen/Ressourcen der Menschen in der 3. und 4. Lebensphase im Quartier.

Dazu gehören z. B.:

Menschen im Alter über 50
teilweise im Beruf stehend mit freien Ressourcen
Menschen in der nachberuflichen Phase
separat lebende Menschen mit Vereinsamungstendenzen
immobile Menschen (Begleitung, Unterstützung)
pflegebedürftige Menschen
In dieser Altersgruppe ehrenamtlich Tätige

Ressourcen

Grundlage für die Umsetzung der Konzeption sind neben der Bürgerbeteiligung die im Quartier verfügbaren Ressourcen. Dazu gehören Selbsthilfepotentiale, Ehrenamt/Bürgerschaftliches Engagement, bereits verfügbare sowie neu zu entwickelnde Dienste und Hilfen innerhalb des Quartiers.

In einem ersten Schritt werden diese erfasst, analysiert und bewertet. Dazu gehören:

das persönliche Engagement eines jeden einzelnen im Quartier
Ehrenamt/Bürgerschaftliches Engagement
Kirchengemeinden, verfügbare Vereinsstrukturen, Interessen- und Selbsthilfegruppen, etc.
Kommunikative Angebote und Treffpunkte
bereits bestehende Angebots- und Hilfeformen zur Förderung der sozialen Gesundheit

Zugang

Koordinierungsbüro – Kommunikationszentrum –
Caritaszentrum – Case Management –

Das Koordinationsbüro (ehem. Pfarrbüro) ist in der Anfangsphase mit einer qualifizierten Kraft (Krankenpfleger Diplom Pflegepädagogin Dr.cand.rer.cur. an der Humboldt Universität Berlin, Universitätsmedizin Charité, Institut für Medizin, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft) besetzt, der über die Fördermittel der Stiftung für Wohlfahrtspflege finanziert wird, besetzt. Seine Aufgabe besteht darin, Erwartungen, Bedarfe und Ressourcen im Quartier zu eruieren, zu analysieren und als Grundlage für die weitere Projektentwicklung zu dokumentieren. Einerseits werden dazu feste Sprechzeiten (für die Quartiersbewohner) im Koordinierungsbüro angeboten, andererseits nimmt der Koordinator mit Multiplikatoren, Institutionen (Kirchengemeinden, Diensten und Einrichtungen, Vereinen, politischen Gremien, aber auch einzelnen Personen Kontakt auf.

Ein weiterer Schritt ist der Ausbau der verfügbaren Räumlichkeiten um ein Kommunikationszentrum entstehen zu lassen. Mit der Eröffnung des „Cafe Pfiff“ bietet sich ein Treffpunkt für Interessierte an, der dem Austausch und Impuls über die Projektentwicklung zwischen Projektträger und Bewohnern dient.

Parallel dazu sind Aktionen geplant: Kunstausstellung, Konzert, etc., die einen weiteren Rahmen zum Interessenaustausch bieten.

Perspektivisch wird ein „Caritaszentrum“ angestrebt, das auf der Grundlage der Datenerfassung ein Abbild der Bedarfslage im Quartier darstellt. Neben dem Erhalt des bestehenden kirchlichen Engagements sollen Kommunikation, Beratung, Vermittlung und Angebote aus dem Gesundheitswesen dort etabliert werden. Die Koordinierung soll dann nach dem Prinzip des „Case Management“ erfolgen.

Aufbau eines Caritaszentrums mit den Schwerpunkten

Stabilisierung bestehender kirchlicher Aktivitäten (KAB, Müttertreff, Seniorenclub, Kindergarten etc.)

Vermittlung und Angebote der Pastoral im Quartier

Kulturelle Angebote (Kirchenchor, Bücherei, etc.)

Kommunikationszentrum (Seniorentreff, „Cafe Pfiff“, „Anonyme Alkoholiker“, Gesundheit erhaltende Maßnahmen.)

Beratungszentrum: Ehrenamtsportal, Niederschwellige Angebote, SGB V und SGB XI Beratung (Pflegestützpunkt)

Betreutes (Senioren-) Wohnen

Stützpunkt Offene soziale Altenarbeit/ ambulante Pflegedienste

Tagespflege

Umsetzung des Konzeptansatzes in St. Winfried (Chronik)

2006

Anfrage der (damals noch existierenden) Gemeinde nach Erhalt ihrer bis dato vielseitigen diakonischen (ehren- und hauptamtlichen) Aktivitäten an die TAS

2007

Erste Überlegungen zu einer quartiersnahen Versorgung zwischen TAS und DiCV, Grundlage waren erste Überlegungen zwischen Frau Sieger und der TAS zum Thema „Art der Pflege“ – Vernetzung gesundheitspflegerischer Angebote vor Ort Gespräche mit Vertretern des Kirchenvorstandes und des amtierenden Pfarrers mit der TAS, Frau Prof. Sieger und dem DiCV

Seitens der Kirchengemeinde wurden erste Pläne zum Bau von Altenwohnungen angedacht und erörtert

Überarbeitung des Konzeptes unter Berücksichtigung der politischen Vorgaben (ambulant vor stationär – quartiersorientierte Versorgung – neue Wohnformen) und der Konsequenzen aus der Strukturreform des Bistums

Veröffentlichung als Konzept des DiCV „zukunftsorientiertes Konzept der Caritas Bistum Essen zur Gestaltung von Sozialräumen“

TAS wird Projektträger

Regelmäßiges up date zwischen den Akteuren der Gemeinde, der TAS, Frau Sieger und dem DiCV

September: erste Gemeindeversammlung (über 120 Personen) zur Vorstellung des Konzeptansatzes und als Dialogforum zwischen Bewohnern im Stadtteil, den Vertretern der Kirchengemeinde, der TAS, Frau Prof. Sieger und dem DiCV

Kontaktnahme mit dem Bistum zur (sinnvollen) Nutzung der sog „weiteren Kirche“ St. Winfried

Kontaktnahme mit den örtlichen Repräsentanten (Bezirksbürgermeister, Stadtteilkonferenz, weiteren Kirchengemeinden, etc.)

2008

Förderantrag an Stiftung für Wohlfahrtspflege zur Übernahme der Kosten zur wissenschaftlichen Begleitung des Projektes – wird in 07/2008 bewilligt

Gespräche mit dem Bistum über Finanzierung des Projektes

Gespräche mit der Stadt Essen, Dezernat „Jugend, Bildung und Soziales“

Einbezug des Projektes in die Planungen der Stadt Essen zum Stadtteil Essen-Kray, konkrete Beteiligung in der Stadtteilkonferenz

Einstellung des Koordinators, der die wiss. Begleitung parallel zum

Umsetzungsprozess koordinieren soll

Dez. 2008: 2. Gemeindeversammlung als Diskussionsforum mit 45 Interessenten zur Gestaltung der Altenwohnungen

2009

Januar 2009: Einweihung der Koordinierungsstelle (ehem. Pfarrhaus) durch den Weihbischof mit Vertretern des Landes NRW, der Stiftung Wohlfahrtspflege, der Stadt Essen, kirchlichen Vertretern der Konfessionen, Honoratioren und Bewohnern aus dem Quartier
Anfrage Diplomaten Uni Dortmund: Thema Der Bedeutungsverlust von kirchlichen Strukturen vor dem Hintergrund einer älter werdenden Stadtgesellschaft - eine Herausforderung für die Quartiersentwicklung?!" – Interview –
Anfrage Bachelorarbeit Uni Essen, Thema: „Traditionelle und neue Wohnformen im Alter - Projekte zum Thema „neue Wohnformen“ im Ruhrgebiet“
Verhandlungen mit dem Vorstand der zuständigen Pfarrei „St. Nikolaus“ über Trägerschaft und Finanzierung
Regelmäßige up date zur Entwicklung vor Ort: Projektkonferenz
Eröffnung „Cafe Pfiff“

Ansprechpartner:

Meinolf Roth, Theresia Albers Stift, Hackstückstr. 37, 45527 Hattingen

Christoph Sliwka, DiCV Essen, Am Porscheplatz 7, 45127 Essen

6.3.3 „Gesund leben in Bottrop“

Caritasverband Bottrop

Konzept

Im Fokus des Projektvorhabens steht die Förderung der Fähigkeit alter Menschen das Gesundheitssystem ihren Bedürfnissen entsprechend zu nutzen und die Schaffung entsprechender Voraussetzungen.

Die Möglichkeiten älterer MigrantInnen zur selbstbestimmten Teilhabe am Gesundheitswesen sind gegenüber den hier aufgewachsenen alten Menschen eingeschränkt auf Grund von mangelnden Sprachkenntnissen, kulturellen Unterschieden und Vorurteilen und Vorannahmen sowohl auf Seite der MigrantInnen als auch der professionellen Akteure im Gesundheitswesen.

Idee ist es eine zentrale Stelle in einem Stadtgebiet, mit einem hohen Anteil alter Menschen, einzurichten. Die Stelle beinhaltet verschiedene Bausteine:

Ort der Information

Die Menschen erhalten aktuelle Informationen zu Arztbesuchen, Medikamenten, Krankenversicherungen, ambulanten und stationären Pflegemöglichkeiten, Pflegehilfsmitteln, Verhalten im Notfall....

Ort der Begegnung

Ein Austausch ist beim gemeinsamen Frühstück oder dem Seniorencafe möglich.

Ort der praktischen Hilfe

Hilfestellung beim Ausfüllen von Formularen, Vermittlung von Beihilfen, Kontaktvermittlung zu bestehenden Gruppen.

Die Aktivitäten beschränken sich nicht nur auf die zentrale Stelle. Die Projektmitarbeiter besuchen auch alte Menschen zu Hause und engagieren sich in Netzwerken und Arbeitsgruppen mit dem Ziel, die Lobby für diesen Personenkreis zu stärken und das Verständnis und die Wahrnehmung der Akteure im Gesundheitswesen für die Belange der alten Menschen zu verbessern.

Die Aufgaben der ProjektmitarbeiterInnen im Einzelnen sind:

Kontaktaufnahme mit alten Menschen in den Wohngebieten
Ermittlung der Bedarfe

Vermittlung von Informationen
Beratung

Stärkung vorhandener Ressourcen und Kompetenzen
Erstellen und Pflege einer Liste über Funktionen von Akteuren im Gesundheitswesen
in Bottrop (inkl. vorhandener Sprachkompetenzen)
Koordination des Einsatzes von Sprach- und Kulturmittlern
Organisation und Sicherstellung der Begegnung
Gewinnung von ehrenamtlichen Helfern
Gewinnung von Multiplikatoren
Mitarbeit in kommunalen Integrationskonzept
Mitarbeit in der kommunalen Gesundheitskonferenz
Organisation von Veranstaltungen
Netzwerkarbeit (Akteure im Stadtviertel und übergreifend)
Kooperation mit ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen
Kooperation Projekt Alter und Migration – Stadt Bottrop –
Kooperation mit Migrantenselbstorganisationen

Die Aufgaben setzen sich zusammen aus konkreten Vorgaben und aus sich im
Prozess mit den Klienten und den Akteuren ergebenden Notwendigkeiten.

Personalkapazitäten/Finanzierung:

1 VK Dipl. Sozialarbeit/Dipl. Sozialpädagogik
1 VK Kranken- Altenpflege (examiniert)
0,5 VK Verwaltung
0,25 VK Projektleitung und Qualifizierung der ProjektmitarbeiterInnen
(das Projekt wird methodisch nach dem systemischen Ansatz ausgerichtet)

Eine verlässliche Benennung des Personaleinsatzes ist erst nach Erhebung und
Auswertung der Daten in den Sozialräumen und der Sicherstellung der Finanzierung
möglich. Die Finanzierung soll über Projektmittel erfolgen, z. B. Stiftung Deutsches
Hilfswerk. Die Antragstellung erfolgt bis Sommer 2009. Ziel ist es, das Angebot nach
der Projektphase als Regeldienst in die Fachbereiche „Beratung und psychosoziale
Dienste“ oder „Senioren und Pflege“ des Caritasverbandes Bottrop zu integrieren.

Zielgruppen

alte Menschen mit psychischen Erkrankungen
alte Menschen mit körperlichen Behinderungen/Einschränkungen
dementiell Erkrankte
alleinstehende ältere Frauen und Männer
alte Menschen mit Sprachdefiziten
alte Menschen ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz -> Geduldete,
Gestattete, mit Touristenvisum

alte Menschen ohne ausreichende Einbindung in soziale Netzwerke
Migrant/innene
alte Menschen mit eingeschränkter Mobilität
alte Menschen mit geringem Wissen
alte Menschen geringem Einkommen
Angehörige
Ehrenamtliche

Zugang

interkulturelle „Mittler“
muttersprachliche Informationen
persönliche Kontakte/Ansprachen
im Lebensraum präsent sein
Kirchengemeinden und deren Angebote
Einbindung vertrauter Personen
niedrigschwellige Angebote, Kombination von Beratung und Begegnung
offene, auf die Menschen zugehende Beratung und Information
Nutzung sozialer Netzwerke (z.B. Caritashelferinnen in den Gemeinden, Alten- und Rentnergemeinschaften, Begegnungsstätten)
Schulung/Sensibilisierung von Multiplikatoren
engere Vernetzung von haupt- und ehrenamtlichen Strukturen
zentrale und dezentrale Beratungs- und Informationsmöglichkeiten
Öffentlichkeitsarbeit

Zugangsschwierigkeiten

Sprache
Mobilität, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Anfahrtswegen
fehlende interkulturelle Kompetenzen
nicht „vor Ort“ präsent
Orte unbekannt
Ansprüche unbekannt, mangelnde Informationen
Ansprüche nicht nutzbar (persönlichkeitsbedingt) keine Ansprüche auf Grund fehlender Voraussetzungen (statusbedingt)
Migranten spezifische Angebote fehlen
Vereinsamung
Probleme bei der Organisation (Terminvereinbarungen, Anträge, Überweisungen etc.)
Angst, Scham
Ansteigende Zahlen von depressiven Erkrankungen im Alter, damit einhergeht der Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben. Oft hindern zu eng gefasste „Titel“ die Menschen zu kommen, z.B. Treffen für - Frauen nach Krebserkrankung, Gruppe für dementiell erkrankte Senioren, Gruppe nach Herzinfarkt – das schließt Menschen aus.

Ressourcen

Der Caritasverband ist in Bottrop mit seinen unterschiedlichen Diensten und Einrichtungen gut aufgestellt und angesehen sowohl in der Bevölkerung als auch bei Verbänden, freien Trägern, Initiativen und Behörden. Als Verband mit über 700 MitarbeiterInnen werden u. a. 4 stationäre Senioreneinrichtungen, 3 ambulante Sozialstationen. Wir verwalten und betreuen 322 Seniorenwohnungen betrieben. Mit dem Fachdienst Integration und Migration ist der Caritasverband Bottrop Hauptanbieter von Beratungsleistungen für Migranten. Das Projekt Gesund leben in Bottrop soll zentral in einem Stadtgebiet mit einem großen Anteil an alten Menschen durchgeführt werden. Eine gute Erreichbarkeit ist somit sicher gestellt. Die vorhandenen Strukturen und Kontakte erleichtern das Anknüpfen an bestehende Gruppen oder die Schaffung von neuen Aktivitäten.

Schwierigkeiten:

Derzeit ist noch nicht klar, ob der favorisierte Standort für das Projekt mit den erforderlichen baulichen Veränderungen realisiert werden kann. Geplant ist, das niederschwellige Begegnungs- und Beratungsangebot in dem Katholischen Stadthaus anzusiedeln, indem schon andere Dienste der Caritas, der katholischen Familienbildungsstätte und des katholischen Bildungswerkes vorhanden sind. Der bisherige Vermieter des Hauses, der Gemeindeverband, ist aufgelöst worden. Wir haben vom Generalvikariat des Bistums Essen als Eigentümer noch keine Rückmeldung über die Zukunft des katholischen Stadthauses.

Netzwerk

a) Interne Vernetzungsmöglichkeiten zwischen dem Fachdienst Integration und Migration und dem Fachbereich Senioren und Pflege mit den Altenheimen, den Sozialstationen, der Familienhilfe und der Beratungsstelle für die Bewohner der Seniorenwohnungen sind vorhanden. Die Geschäftsführung hat den Willen zur Umsetzung des Projektes bekundet.

Schwierigkeiten:

Es gibt keine Priorität für das Projekt, das heißt, das Alltagsgeschäft in den Fachbereichen hat Vorrang. Besonders in dem Fachbereich Senioren und Pflege führt das dazu, dass ein Engagement für das Projekt momentan nur in sehr begrenztem Umfang geleistet wird.

Die beteiligten Dienste des Caritasverbandes sind durch ihre langjährige Tätigkeit in der Kommune in verschiedene Netzwerke und Interessenverbände, mit Akteuren anderer Wohlfahrtsverbände und kommunaler Stellen gut eingebunden. Insbesondere bei der Entwicklung des kommunalen Integrationskonzeptes, an dem wir verantwortlich beteiligt sind, hat das Thema Alter und Gesundheit aktuell einen

besonderen Stellenwert erhalten. Arbeitsgruppen zur Entwicklung von Lösungen vor Ort sind eingerichtet worden.

Schwierigkeiten:

Das Vorhaben, viele Gruppen und Einzelpersonen bei der Entwicklung von sinnvollen Arbeitsansätzen und Maßnahmen zu beteiligen, bewirkt, dass viele Perspektiven in das Projekt einfließen können und stellt die größtmögliche Akzeptanz her. Der Nachteil ist, dass ein solches Verfahren sehr zeitaufwändig ist und die Motivation einzelner Beteiligter, auf Grund des sehr unterschiedlichen Arbeitstempos und unterschiedlichen Zeitkapazitäten (Ehrenamtliche/Hauptamtliche) immer wieder neu gefördert werden muss. Es besteht das Risiko, dass sich hilfreiche Unterstützer aus dem Prozess verabschieden.

Die drei Böttroper Krankenhäuser, die ein wichtiger Baustein der gesundheitlichen Versorgung sind, sind bislang noch nicht eingebunden.

Ansprechpartner:

Thomas Evers
CV Böttrop
Paßstr. 2
46236 Böttrop

6.3.4 Altenhilfe - Kompetenz-und Dienstleistungszentrum für Migrantinnen in Eisenhüttenstadt

Caritasverband Cottbus

Konzept

In Eisenhüttenstadt mit derzeit insgesamt etwa 31.000 Einwohnern leben ca. 2500 Personen mit Migrationshintergrund. Die strukturschwache Region im östlichen Brandenburg ist geprägt durch hohe Arbeitslosigkeit und Abwanderung, v.a. jünger, flexibler und mobiler Menschen.

Ein beträchtlicher Teil der Migranten sind es inzwischen ältere Personen, die viele Jahre in der Stadt leben, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit aufweisen oder allein leben und denen medizinische Unterversorgung, Verwahrlosung oder Pflegebedürftigkeit droht. Darunter fallen auch Menschen mit Störungen der Hirnleistung, insbesondere mit Demenz, bzw. mit eingeschränkter Alltagskompetenz.

Die Zahl chronischer Erkrankungen, Pflegebedürftigkeitsfälle und Demenz-erkrankungen insgesamt, ist in den letzten Jahren stark gestiegen. Besonders schwierig gestaltet sich die Situation bei Menschen mit Migrationshintergrund. Die vielfältigen Angebote der hiesigen Alten- und Pflegehilfe sind ihnen aus ihren Herkunftsländern nicht bekannt, die Regeldienste wiederum keinen Zugang zu den Betroffenen finden.

Ziel des Projektes ist Aufbau einer regionalen Informations- und Kontaktstelle für ältere Migranten zur Überwindung der Distanz zwischen den Angeboten der Altenhilfe und der Zielgruppe, mit Angliederung eines niedrighschwelliges Angebotes in kultursensibler Pflege und Betreuung für Menschen mit Demenz.

Die Beratungsstelle soll in zwei Richtungen wirken, zum einen als Kompetenzzentrum für Träger, Einrichtungen, Ämter für Fragen zur Erreichbarkeit, Umgang, Verständigung und Interkultureller Öffnung. Zum anderen als Dienstleistungszentrum für ältere Migranten und deren Angehörige zu Fragen und Angeboten von Pflege, Demenz, Betreuung und dem Zugang zu individuellen und bedarfsgerechten Versorgungs- und Pflegeleistungen.

Das Kompetenzzentrum soll von allen Trägern und Einrichtungen in der Altenhilfe, von Ämtern, Selbsthilfeorganisationen, Versicherungs- und Kostenträgern etc. genutzt werden und diese bei der interkulturellen Öffnung unterstützen.

Der Aufbau des Dienstleistungszentrum stellt ein geschlossenes Teilprojekt dar, in dem die Grundlagen für ein langfristiges Angebot zur Beratung und Betreuung von Migranten mit pflegerischen Hilfebedarf oder dementiellen Erkrankungen geschaffen werden.

Das Dienstleistungszentrum soll in erster Linie die Anlaufstelle für Migranten werden, die mit den Themen Pflege, Alter, Behinderung und Demenz selbst oder im eigenen oder weiteren sozialen Umfeld konfrontiert sind. Ferner soll über verschiedene Hilfesysteme und Möglichkeiten der pflegerischen Versorgung informieren, Kontakte vermitteln oder aktive Unterstützung geben.

Ein wichtiger Aufgabenbereich als Dienstleister ist die Mitwirkung bei der Durchsetzung von sozialrechtlichen Leistungsansprüchen, welche vor allem die Bereiche des SGB V, SGB XI und SGB XII betreffen. Unterstützungsleistungen werden in Form von Beratungsgesprächen, Antragstellungen, Unterstützung bei Behördengängen bis hin zum umfangreichen Case-Management geleistet.

Durch Kooperationen mit ambulanten Pflegediensten können auch bei sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten z.B. die Pflegestufenbegutachtungen des MDK vorbereitet und begleitet werden.

Als integrativer Teil des Dienstleistungszentrums wird für die demenzkranken und altersverwirrten Migranten eine eigene Demenzbetreuung als niedrighschwelliges Betreuungsangebot gemäß § 45 b SGB XI aufgebaut und etabliert. Eine

entsprechende Anerkennung des Landesamtes für Soziales und Versorgung liegt bereits vor.

Das Angebot soll die Einzelbetreuung in der Häuslichkeit durch ehrenamtliche Helfer, darunter auch mit muttersprachlichen Sprachkenntnissen, sicherstellen. Aufgabe im Projektzeitraum ist die Gewinnung, Auswahl, Qualifizierung und Anleitung der ehrenamtlichen Helfer. Ziel ist es, dieses Dienstleistungsangebot als festen Baustein in der Betreuung von Migranten in der Region zu etablieren.

Als fortlaufendes und langfristiges Angebot soll die Demenzbetreuung als Unterstützungsleistungen für Menschen mit Migrationshintergrund nach Abschluss des Förderzeitraumes als Regelangebot fortgeführt werden.

Zielgruppen

Zielgruppe sind in erster Linie Migranten im Landkreis Oder-Spree, speziell im Sozialraum Eisenhüttenstadt.

Innerhalb dieser Zielgruppe richtet sich das Angebot vor allem an pflegebedürftige sowie altersverwirrte Menschen und Personen mit dementiellen Erkrankungen, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung besteht. Weiterhin richtet sich das Angebot an die Angehörigen der Pflegebedürftigen, die diese zu Hause versorgen.

Weitere Zielgruppen sind:

ehrenamtliche HelferInnen

Fachdienste im Bereich Pflege

Träger und Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtungen der medizinischen Versorgung (niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser etc)

öffentliche Verwaltung

Träger der Kranken- und Pflegeversicherung

Kirchengemeinden

Selbsthilfeorganisationen

Zugänge

offene Sprechzeiten der Caritas-Beratungsstelle
persönliche Kontakte / Ansprachen

Verteilung von mehrsprachigen Broschüren, Flyer,
Infomaterial etc.
Informationsveranstaltungen
Kontakte im sozialen Netzwerk
Kooperation mit ambulanten Pflegediensten
eigene und fremde niedrigschwellige Angebote (Seniorenkreise,
Begegnungszentren, Selbsthilfegruppen u.ä.)
Öffentlichkeitsarbeit
"Mundpropaganda"

Im Vorfeld des Projektes wurden mehrsprachige (russisch, polnisch) Broschüren erstellt und bereits herausgegeben. Die Broschüren beinhalten wichtigsten Informationen zum deutschen Altenhilfesystem und pflegerischer Versorgung von Menschen mit Demenz allgemein und konkret auch im Raum Eisenhüttenstadt.

Zugangsschwierigkeiten:

*Sprache, Verständigungsprobleme
eingeschränkte Mobilität der Betroffenen
Unkenntnis zustehender Leistungen
Unkenntnis vorhandener Strukturen und Angebote
Ängste, Schamgefühle
Fehlen zielgruppenspezifischer- und orientierter Angebote
Verschlossenheit der Dienste und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und
Pflegedienstleistung für Menschen mit Migrationshintergrund
gegenseitige Ressentiments*

Ressourcen

Der Caritasverband ist der einzige Träger der Beratungsdienste für Migranten im Landkreis und in der Stadt Eisenhüttenstadt. Sein Beratungsangebot ist den meisten Menschen mit Migrationshintergrund in der Region gut bekannt.

Der Migrationsdienst ist aktives Mitglied im lokalen Netzwerk "Integration, nimmt die Funktion des Netzwerkkoordinators wahr. Durch die Netzwerkarbeit entstanden gute Kontakte zu mehreren Diensten und Einrichtungen vor Ort.

Unter den Migranten gibt es viele gut qualifizierte Fachkräfte mit medizinischer oder pädagogischer Ausbildung, deren Potentiale hier wenig bzw. gar nicht genutzt werden.

Vernetzung

Zur Beseitigung der festgestellten Defizite in der Regelversorgung und unter Berücksichtigung der Besonderheiten und Bedürfnisse in der Pflege älterer Migranten setzt unser Projekt auf die Kooperation des Altenhilfesystems mit der

ethnischen Infrastruktur (konfessionelle Organisationen, Ämter, Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfegruppen, Ärzte, Pflegekassen etc.)

Großen Wert legen wir auch auf die Zusammenarbeit mit der Alzheimer-Gesellschaft -Brandenburg e.V.

Um den Migranten den Zugang zu mobilen sozialen Diensten und ambulanter pflegerischer Versorgung zu ermöglichen sind gute Kooperationen mit Pflegediensten in besonderer Weise notwendig.

Zu diesem Zwecke hat der Caritasverband im Vorfeld des Projektes u.a. eine Vereinbarung über die Gründung einer Projektgemeinschaft mit der Johanniter-Sozialstation abgeschlossen.

Die kooperierenden Pflegedienste haben durch die regelmäßig durchzuführenden Beratungsbesuche Zugang zu den Familien und können sich ein Bild über die pflegerische Versorgung verschaffen. Die Pflegedienste können dann bei Bedarf Kontakt zum Kompetenzzentrum herstellen, welches über weiterführende Hilfen informiert und diese auch vermittelt.

Um weiterführende Hilfen zu vermitteln ist eine umfassende Vernetzung der verschiedenen Ämtern, Pflege- und Krankenversicherungen, Einrichtungen und Diensten der Altenhilfe und den psychosozialen Beratungsstellen von entscheidender Bedeutung.

Ansprechpartner:
Bodgan Merker
CV Cottbus
Karls-Marxstr. 35c
15890 Eisenhüttenstadt

6.3.4 Lebendige Nachbarschaft –Wohnen und Leben im Stadtteil St. Augustin – Ort

Caritas Betriebsträgerschaft Köln

Konzept

Die CBT-Caritasbetriebsführungs- und Trägergesellschaft mbh-Köln- hat vor drei Jahren mit fünf weiteren Unternehmen das bundesweite Netzwerk SONG – Soziales neu gestalten – gegründet. Ziel dieses Netzwerkes ist die Entwicklung neuer Wohn- und Begleitkonzepte unter Berücksichtigung des demografischen Wandels und der Prämisse von Normalität, Integration, Solidarität, Subsidiarität, Kooperation im Gemeinwesen (Quartier). Die Ergebnisse von Analysen und wissenschaftlicher Begleitforschung liegen dem Memorandum „Lebensräume zum Älterwerden – Für ein neues Miteinander im Quartier“ zu Grunde. Eine zentrale Schlussfolgerung ist die aktive Gestaltung von kleingliedrigen Strukturen unter Partizipation aller Akteure. In der CBT führten die Erkenntnis u.a.2008 zu einem konkreten Projekt: „Lebendige Nachbarschaft – Wohnen im Stadtteil Sankt Augustin-Ort“.

Ziel des CBT Konzeptes „Wohnen im Quartier“ ist, das Miteinander der Menschen im Quartier zu fördern und Solidarität zu entwickeln, verbunden mit den Zielen:

Familien fühlen sich dem Quartier verbunden

Ältere Menschen leben so lange wie möglich selbständig

Menschen mit Behinderung leben selbst bestimmt in ihrer vertrauten Umgebung

Allein lebende Menschen erleben Begegnung und Miteinander

Jeder kann seine Fähigkeiten und Interessen einbringen

Generationsübergreifende Angebote fördern das Miteinander

Notwendige Hilfestellung wird bei Bedarf durch Nachbarschaft und Dienstleister erbracht.

Dieses Miteinander ist darauf ausgerichtet, dass Jeder seine Möglichkeiten, Fähigkeiten, Kenntnisse und Ressourcen im Austausch mit Nachbarn und Gleichgesinnten einbringt. Notwendige Dienstleistungen und professionelle wie ehrenamtliche Hilfen werden als Netzwerk im Quartier verknüpft und stehen unterstützend zur Seite. Ein wesentlicher Grundsatz des Projektes ist dass die Bürgerinnen und Bürger sowie die Dienstleister feststellen, dass sie selbst dauerhaft und gleichberechtigt an dem Entwicklungsprozess beteiligt sein sollen.

Unterstützung und Beratung erhalten die Bürgerinnen und Bürger des Quartiers auf Basis der tatsächlichen Nachfragen bzw. Bedarfe.

Zielgruppe

Zielgruppe sind alle Menschen des Quartiers, unabhängig von Alter, Lebenssituation, Familienstand, Einkommen, Bildungsstand, Kultur und Nationalität. Zu der Zielgruppe der „Partnern“ gehören u.a. die Kommune, Kirchengemeinden/ kirchliche Einrichtungen, Dienstleister, Vereine, Verbände, Kindergärten, Schulen, Ärzte, Politik, Pflegedienste, Institutionen die im Stadtteil sind, bzw. für den Stadtteil wichtig sind.

Zugang

Die CBT überträgt einer Mitarbeiterin (0,5 Stelle Sozialpädagogin) aus dem Geschäftsbereich Innovation die Projektleitung. Mit dem CBT Wohnhaus St. Monika, bereits in die Strukturen des Stadtteils Sankt Augustin eingebunden und Teil eines Netzwerkes vor Ort, bietet sich eine erste Anlaufstelle für das Projekt.

Im Rahmen einer Bürgerbefragung unterstützt durch Geschäftsleute, Kommunalverwaltung und Presse werden erste Erkenntnisse über Wünsche und Anliegen der Bürger gewonnen. Diese bieten die Grundlage für eine ersten Informationsveranstaltung im Stadtteil zur Eröffnung des Dialogs mit Bürgern und Bürgerinnen. Im Folgenden werden in Kleingruppen bestehend aus interessierten Bürgern unter konkreten Fragestellungen Gesprächskreise und Begehungen durch den Stadtteil durchgeführt. Die hier gewonnenen Erkenntnisse fließen in die weiteren Maßnahmen ein. Orte für eine zentrale Anlaufstelle von Bürgern für Bürger werden ermittelt. Die Vertreter der jeweiligen Örtlichkeiten/Räume werden zu einem ersten Gespräch eingeladen mit dem Ergebnis , dass die katholische Pfarrgemeinde ab Oktober 2009 in ihrem Pfarrzentrum einen Raum für bis zu 30 Personen 1x wöchentlich zur Verfügung stellt, ein weiterer Raum für bis zu 300 Personen kann für größere Einzelveranstaltungen genutzt werden. Dieses Angebot gilt zunächst für 1 Jahr und die Raumnutzung ist in dieser Zeit kostenlos.

Die Projektleiterin baut zu örtlichen Institutionen, Geschäften, Politikern, Kindergärten, Schulen Kontakte auf und intensiviert diese durch gezielten Informationsaustausch. Bei Feiern und Festen vor Ort informiert sie über das Projekt. Zu verschiedenen Gruppierungen wird sie zu Informationsgesprächen eingeladen. Monatlich finden im Rahmen des Projektes unter Berücksichtigung der ermittelten Wünsche der Bürger Einzelveranstaltungen zu bestimmten Themen statt. Plakate und Handzettel für Veranstaltungen werden u.a. an die ortsansässigen Geschäfte, Kreissparkasse, Ärzte, Apotheken verteilt.

Ressourcen

Grundlage für das Ansprechen von interessierten Bürgern war eine Bürgerbefragung im Stadtteil, die im Oktober 2009 stattfand. Die Auswertung dieser Befragung wurde bei einer Kick-Off-Veranstaltung vorgestellt.

Die Befragung ergab zum einen Themen, die für Bürgerinnen und Bürger des Stadtteils interessant waren weil sie gewünscht wurden (z.B. Interesse an Mehrgenerationenangeboten), bzw. fehlten (z.B. offene Treffs im Stadtteil), zum

anderen wurde auch mitgeteilt, dass man Interesse hat auf unterschiedliche Art und Weise in dem Projekt einzubringen.

Nachdem das räumliche Problem geklärt ist, ist der nächste Schritt Menschen anzusprechen die unverbindlich diesen „Stadtteiltreff“ besuchen wollen. Ebenso werden die Personen angesprochen, die an einem Engagement interessiert sind. Hierzu werden „Anforderungsprofile“ erstellt um den Interessierten die Möglichkeit zu geben sich für einen Einsatzbereich zu entscheiden. Dies sind u.a.

- Ansprechpartnerin/ Ansprechpartner im Stadtteiltreff
- Personen, die ein Angebot machen wollen (z.B. singen, tanzen etc.)
- Personen die sich für eine bestimmte Zeit für eine bestimmte Aufgabe bereit erklären.

Es gibt eine kleine Gruppe von Bürgerinnen und Bürgern die sich intensiv bei dem Projekt beteiligen. Nachdem nun die Raumfrage geklärt ist, will sich diese Gruppe auch während der Öffnungszeiten des „Stadtteiltreff“ mit einbringen. Hierbei handelt es sich überwiegend um Personen, die in ihrem Umfeld gut im Ortsteil verankert sind. Wesentliches Ziel ist nun die Ansprache von Personen, die eher nicht in Beziehungen zu Nachbarn, Vereinen, Institutionen stehen.

Netzwerk

Das Netzwerk wurde bisher durch viele Gespräche und Kontakte aufgebaut. Die Projektleitung wurde bei Veranstaltungen und Festen dann von „Person zu Person“ weiter vorgestellt.

Zum derzeitigen Stand des Netzwerkes gehören

- Stadtverwaltung Sankt Augustin
- interessierte Politiker
- katholische Kirchengemeinde und deren vielen selbständigen Gruppierungen
- KFD
- Seniorenkreis
- kath. Familienzentrum
- kath. Bildungswerk
- evangelische Kirche
- Geschäfte im Ortsteil
- Apotheken
- eine Grundschule
- Ärzte
- Kreissparkasse
- AWO Wohnraumberatungsstelle

Diese Kontakte entstanden bisher in Einzelgesprächen bzw. aufgrund von Einladungen zu bestimmten Gruppierungen.

Vorgestellt wird das Projekt im Herbst diesen Jahres in einem größeren Rahmen

zukünftiger Partner des Netzwerkes, zudem gezielt eingeladen wird. Ziel ist die Information über den aktuellen Stand des Projektes und die Aufforderung zur Beteiligung mit Abstimmung, wer was für dieses Projekt einbringen will und kann.

Projektzeitrahmen
Projektvorbereitung: April – September 2007
Projektbeginn: Oktober 2007
Projektdokumentation: Februar-März 2011
Projektende: April 2011

Ansprechpartner:
Hildegard Dietz-Wallot
CBT Köln
Leonard-Tietzstr. 8
50676 Köln

6.3.5 Mit Lebensfreude älter werden im Stadtteil

Caritasverband Frankfurt

Konzept

Das Projekt basiert auf der Zusammenarbeit des Projektes „Präventive Hausbesuche – Gesundheitsberatung für Senioren“ mit dem Quartiersmanagement in Sindlingen/Frankfurt a.M. (Kooperationsprojekt).

Ausgangspunkt ist, dass Senioren, die noch weitgehend selbständig in ihren Wohnungen leben, im Rahmen von „Präventiven Hausbesuchen“ aufgesucht werden. Der Fokus liegt auf der Identifizierung von individuellen Gesundheitsrisiken (potentielle, ggf. auch aktuelle), die wiederum das Risiko einer Pflegebedürftigkeit begünstigen können. Daran anknüpfend findet eine Gesundheitsberatung statt, die sowohl auf die Risiken aufmerksam machen möchte, als auch aufzeigt, wie Risiken gezielt und im Rahmen der individuellen Möglichkeiten reduziert werden können. Neben der primären Information kann die Beratung auch die Vermittlung an andere Dienstleister oder das Einüben von ausgewählten Handlungen (Anleitung) umfassen. Grundsätzlich spielen Gespräche über die Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenssituation und den persönlichen Einflussmöglichkeiten eine Rolle.

Schwerpunkt des Einsatzgebietes für das Angebot von Präventiven Hausbesuchen ist der Stadtteil Sindlingen. Hier befindet sich auch der räumliche Zuständigkeitsbereich des Quartiersmanagements mit dem Kerngebiet Hermann-Brill-Siedlung. Durch die Ansiedlung des Quartiersbüros in der Hermann-Brill-Siedlung und die enge Kooperation wird für das Angebot der Präventiven Hausbesuche ein direkter Zugang zu den Bürgern möglich. Die Einrichtung der mobilen Gesundheitsberatung (Präventiver Hausbesuch) soll zu einer festen Anlaufstelle für die Senioren im gesamten Stadtteil werden, die Antworten auf altersspezifische Gesundheitsfragen suchen. Der Gesundheitsbegriff wird hierbei sehr weit gefasst. Grundsätzlich soll für präventives Handeln sensibilisiert werden.

Ergänzend zum Präventiven Hausbesuch (Bring-Angebot) sollen weitere niederschwellige Komm-Angebote in Kooperation mit dem Quartiersmanagement im Stadtteil entwickelt und aufgebaut werden, um die Bürger bei einer gesunden Lebensführung zu unterstützen (Projektbausteine).

Gesundheitssprechstunde im Quartiersbüro (1x/Woche)

Aufbau regelhafter Aktivitäten innerhalb der Nachbarschaft: Bewegung, Sturzprävention, Gedächtnistraining

Wenn möglich, Einsatz von geschulten Bürgern aus dem Stadtteil (Ehrenamtliche)

Themenspezifische Aktionstage (z.B. im Rahmen von Quartiersfesten in der Hermann-Brill-Siedlung)

Altersgerechte Wohnumfeldgestaltung

Außerdem erfolgt Öffentlichkeitsarbeit sowie übergeordnete Vernetzungs- und Stadtteilarbeit (Gemeinwesenarbeit). Die Ziele sind Synergieeffekte zu nutzen, ggf. neue Angebote zu entwickeln und damit Versorgungslücken zu schließen sowie Kooperationen aufzubauen.

Über den Stadtteil Sindlingen hinaus, steht auch der angrenzende Stadtteil Zeilsheim im engeren Fokus, sowohl als Einsatzraum für Präventive Hausbesuche, als auch für das Quartiersmanagement. In Zeilsheim ist ebenfalls ein Quartiersmanagement im Rahmen des Frankfurter Programms Aktive Nachbarschaft Stadt angesiedelt, mit dessen Kooperation ein ökumenisches Hilfenetz für beide Stadtteile (Sindlingen und Zeilsheim) im Aufbau ist.

Personelle Besetzung

Projektleitung Präventive Hausbesuche (100 %): Dipl.-Pflegerin (FH), Gesundheits- und Krankenpflegerin

Geringfügig Beschäftigte (6 Std./Wo.): Dipl.-Pflegerin (FH), Gesundheits- und Krankenpflegerin

Projektfinanzierung

Präventive Hausbesuche (Gesamtprojekt)

Stiftung Deutsches Hilfswerk/ARD-Fernsehlotterie (Förderzeitraum: 2007 - 2009)

Frankfurter Programm Würde im Alter

Frankfurter Programm Aktive Nachbarschaft

Quartiersmanagement

Frankfurter Programm Aktive Nachbarschaft (Förderzeitraum: 2008 - 2012)

Weitere Planungen

Sicherstellung der zukünftigen Finanzierung von Präventiven Hausbesuchen ab Januar 2010

Verstetigung der aufgebauten Strukturen und Angebote im Stadtteil Sindlingen

Verbesserung der Nachhaltigkeit von präventiven Empfehlungen in Zusammenarbeit mit Helferinnen und Helfern des ökumenischen Hilfenetzes für Sindlingen und Zeilsheim. Übertragen von positiven Erfahrungen auf weitere Stadtteile der „Sozialen Stadt“.

Zielgruppe

Allgemein: Senioren möglichst im Vorfeld von Hilfe- oder Pflegebedarf

Insbesondere: Senioren mit erhöhten Gesundheitsrisiken bzw. erhöhtem Risiko für Pflegebedürftigkeit – z.B. bei:

eingeschränkter Mobilität

chronischer Erkrankung

kognitiver Beeinträchtigung

Sehverschlechterung und andere altersbedingte
Beeinträchtigungen
Pflege eines Angehörigen
benachteiligter sozialer und oder wirtschaftlicher Lebenssituation
Sprachbarrieren
Vernachlässigung der eigenen Gesundheitsfürsorge (z.B. unregelmäßige
Arztbesuche)
Ablehnung eines Antrages auf Pflegestufe (Hilfebedarf unter 90 Min am Tag)
regelmäßigen Leistungen nach SGB V (häusliche Krankenpflege)

Zugang

Direkte Zugänge zur Zielgruppe über
Einrichtungen im Stadtteil: Seniorenclubs, Café Sorglos, Mittagstisch
Pressemitteilungen, insbesondere in den Stadtteilzeitungen (Sindlinger Monatsblatt,
Wir Gemeinsam) und in der SENIOREN Zeitschrift der Stadt Frankfurt
Eigene Präsenz im Stadtteil: Beteiligung an Stadtteilsten, Messen
Aushänge und Auslegen von Faltblättern im Stadtteil
Apotheken
Hausarztpraxen
Friseur
Geschäfte des täglichen Bedarfs
Seniorenwohnanlagen
Caritas-Spendenaktion
Gesundheitssprechstunde im Quartiersbüro

Zugänge über Multiplikatoren
Quartiersmanagement in Sindlingen (und Zeilsheim)
Hausärzte
Seniorenclubleitungen
Evangelischen und katholischen Kirchengemeinden
Caritas intern, u.a. Caritas-Pflegedienste
weitere Institutionen/Akteure der Altenhilfe
Sozialdienst für ältere Bürger (regionales Sozialamt/Sozialrathaus)
Beratungs- und Vermittlungsstelle für ambulante Hilfen
Betreuungsdienste von Wohnanlagen
Ortsvereine/-verbände (Vorsteher), u.a. VdK, AWO
Sozialbezirksvorsteherinnen und Sozialpflegerinnen
Wohnungsbaugesellschaften
Schornsteinfeger
Nachbarschaftshilfe
Kooperation mit Helferinnen und Helfern des Hilfenetzes

Zugangsbarrieren (grundsätzlich)

Eingeschränkte Mobilität

Nicht transparente Präsenz von Angeboten, dadurch nicht bekannt

*Unflexibilität von Angeboten
Ungenügende Bedarfsorientierung und Einbindung von
Betroffenen/Zielgruppen
Verständigung
Wirtschaftliche Situation und damit Verlagerung von Prioritäten
(Überlebenssicherung hat Vorrang vor Gesundheitsvorsorge)
Reduziertes Bewusstsein
für Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention
für persönliches Risiko etwa zu erkranken
für Notwendigkeit von Maßnahmen/Angeboten
Ängste und mangelndes Vertrauen
Negatives Altersbild - Prävention ist (noch) nicht notwendig
Fehlende Fürsprecher (Advokaten)*

Ressourcen

a) Mögliche Ressourcen, um Angebote zugänglich zu machen
(Informationen über Angebote zur Zielgruppe tragen – siehe auch Zugangswege)

Familie & Angehörige

Nachbarschaft

Umfeld (allgemein)

Potentielle Erfordernisse:

gezielte Sensibilisierung und Schulung

Förderung von Zusammenhalt und Verantwortung füreinander

Ehrenamtliche Strukturen

Haushaltshilfen, z.B. Hilfenetz

Gemeinwesen

b) Ressourcen im Quartier

Insgesamt existieren im Stadtteil bereits einige Angebote für Senioren getragen von den Sindlinger Vereinen und Kirchengemeinden. In der Befragung des Quartiersmanagements wurde deutlich, dass diese Angebote von den Bewohnern im Quartier der Hermann-Brill-Siedlung kaum nachgefragt werden. Zum Teil sind sie auch nicht bekannt. Das Quartiersmanagement zielt in seiner Arbeit darauf ab, Bedarfe der Quartiersbewohner zu ermitteln und darauf abgestimmte Angebote im Quartier und im Stadtteil nachhaltig zu etablieren.

Potentielle Ressourcen sind auch die geplanten Projektbausteine (siehe Punkt 1).

c) Mögliche Ressourcen, um Individuen zu einer Umsetzung von Empfehlungen und ggf. Verhaltensänderung zu überzeugen (persönliche Ebene)

Individuen wollen

einen persönlichen Gewinn/Nutzen durch eine bestimmte Maßnahme wahrnehmen

Einfluss nehmen auf ihre persönliche Situation und wollen wissen wie das geht

Verantwortung für sich selbst und seine eigene Lebenssituation nehmen

Spaß, Wohlbefinden

Suchen nach Sinnhaftigkeit

es einfach und praktisch haben
außerdem: Einbindung von Bezugspersonen (zusätzlicher
Rückhalt/Motivation)

Vernetzung

Eine Vernetzung vor Ort existiert in Ansätzen und praktisch nur außerhalb des Quartiers. Primär beteiligte Akteure, Einrichtungen und Beratungsstellen der Altenhilfe sind zusammen zu bringen (siehe auch Multiplikatoren). Erforderlich ist die Errichtung einer Kommunikationsplattform/eines Forums, um sich über Erfahrungen und Zuständigkeiten auszutauschen Schnittstellen zu ermitteln Ressourcen zu bündeln.

Langfristig ist angedacht, einen Stadtteilwegweiser zu entwerfen, der eine Übersicht aller altersspezifischen Dienstleitungen und Angebote, Betreuungsdienste ermöglicht.

Internes Netzwerk der Caritas vor Ort (Café Sorglos, Quartiersmanagement Sindlingen, ökumenisches Hilfenetz für Sindlingen und Zeilsheim, Zentralstation/Pflegedienst, Präventive Hausbesuche). Eine engere Vernetzung befindet sich erst im Aufbau.

Caritas-Externes Netzwerk vor Ort (Arbeitsgemeinschaft Sindlinger Ortsvereine, Stadteilarbeitskreis, Präventionsrat)

Schwierigkeiten Teilweise Hemmnisse in der Öffnung von Angeboten für Bewohnerinnen und Bewohner der Hermann-Brill-Siedlung

Veränderungen Die vorhandenen Gremien sind für Angebote (z.B. Präventionsarbeit, Beteiligung an Quartiersfesten) zu sensibilisieren.

Ansprechpartner:
Marja Glage, CV Frankfurt
Hermann-Brill-Str. 3
65931 Frankfurt

6.3.7 Stadtteilprojekt Mettmann-Süd Caritasverband Mettmann

Konzept

Wohnen ist für viele alte Menschen ein maßgeblicher Faktor für die Lebensqualität. Studien belegen, dass mit zunehmendem Alter die Wohnung mehr und mehr zum Lebensmittelpunkt wird, insbesondere dann, wenn eine selbständige Lebensführung nicht mehr möglich ist. Der Prämisse folgend, dass die meisten Menschen so lange

und so selbständig wie möglich in der eigenen Häuslichkeit leben möchten und dies auch bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit, sind differenziert ausgerichtete Unterstützungs- und Hilfestrukturen erforderlich. Neben dem o. g. Wunsch in ihrer vertrauten Umgebung wohnen zu bleiben, nimmt das familiäre Pflege- und Versorgungspotential aufgrund der Erfordernisse einer modernen und mobilen Gesellschaft immer stärker ab. Ältere Menschen benötigen daher wohnortnahe und passgenaue Beratungs-, Unterstützungs- und Hilfeangebote aus einer Hand.

Die Besonderheit dieses Projektes liegt vor allem an der Verknüpfung der Aufgabenbereiche Altenheim und ambulanter Versorgung. Zunächst stellt die ambulante hauswirtschaftliche und pflegerische Versorgung ein konkurrierendes Angebot zur Alten- und Pflegeheimversorgung dar. Durch eine sich verringernde Auslastung der Ressourcen des Altenheims können jedoch die freiwerdenden Potentiale der stationären Einrichtung für die ambulante Versorgung der Bürger des Stadtteils genutzt werden. So wird Personalabbau vermieden und die Lebensqualität der in den Häusern lebenden gesundheitlich eingeschränkten Menschen des Stadtteils sichergestellt.

Hierzu sollen zwei Bausteine des Projektes aufgebaut werden:
Haushaltsnahe Dienstleistungen für Senioren und Pflegebedürftige im Stadtteil
Treffpunkt für Menschen im Stadtteil

Folgende Ziele sollen mit dem Projekt erreicht werden:

Es sollen im pflegerischen Vorfeld Dienstleistungsangebote initiiert und später vernetzt werden, die den älteren Menschen im Viertel trotz Hilfebedarfs den Verbleib in der eigenen Wohnung und ein weitestgehend selbst bestimmtes Leben ermöglichen.

Vorhandene Beratungs-, Begleitungs- und Kommunikationsangebote für Menschen im Stadtteil Mettmann-Süd werden aufeinander abgestimmt, gebündelt und zugänglich gemacht.

Ein auf die Einkommensstruktur in Mettmann-Süd abgestimmtes Angebot von Alltagshilfen soll die Lebensqualität erhalten und erhöhen.

Aufbau eines Hausbesuchsdienstes im Rahmen ehrenamtlicher, nachbarschaftlicher Hilfe soll kontinuierliche Unterstützungsmöglichkeiten gewährleisten. Der Hausbesuchsdienst soll geschult und begleitet werden.

Die Angebots- und Unterstützungsstruktur für die Bürger/innen werden erfragt und bei Bedarf entsprechende Angebote initiiert und durchgeführt.

Mittel- und langfristig sollen bestehende Arbeitsplätze im Altenstift gesichert werden. „Fit machen“ des Hauses und der Mitarbeiter für den anstehenden Konkurrenzkampf mit anderen Anbietern

Die Aufgabenfelder:

Aufbau und Umsetzung der haushaltsnahen Dienstleistungen

Befragung der Bürger, welche Dienstleistungen werden benötigt bzw. ge
wünscht

Einstellung von Mitarbeitern im Rahmen des Programms
„Kombilohn“

Einstellung von Mitarbeitern im Rahmen von „Minijobs“
Einrichtung einer Annahme- und Koordinationsstelle im Altenstift
Aufbau der dazugehörigen Verwaltung
Schulungen der neuen Mitarbeiter

Aufbau und Umsetzung des Treffpunktangebotes
Prinzip der „gemeinwesenorientierte Netzwerkförderung“
Einbeziehung der Bürger durch Stadtteiltreffen
Abfrage nach Wünschen und Interessen
Öffnen des Hauses für andere Altersgruppen, wie Mütter mit Kindern usw.
Kooperation mit den lokal tätigen Wohlfahrtsverbänden, sowie Kommunen
und privaten Dienstleistungsunternehmen usw.
Veranstaltung von geselligen Angeboten
Gewinnung von Ehrenamtlichen durch Öffentlichkeitsarbeit

Die personelle und räumliche Ausstattung sieht folgendermaßen aus:
Mitarbeiter/in mit 19,25 Wochenstunden mit sozialpädagogischer Qualifikation
Träger: Caritas-Altenstift des Caritasverbandes für den Kreis Mettmann e.V.
Projektbüro im Altenstift
Finanzierung über eine Stiftung für drei Jahre

Zielgruppen

Bewohner/innen des Stadtteils
Menschen mit hauswirtschaftlichem Bedarf
Menschen mit pflegerischem Bedarf
nalleinlebende Menschen
potentiell an ehrenamtlicher Tätigkeit Interessierte
arme und vereinsamte, isolierte Menschen, die auf kein familiäres System
zurückgreifen können
alte Menschen, die selbst oder auch deren Familien das Hilfesystem, die
Hilfsmöglichkeiten gar nicht kennen.
alte Menschen mit psychischen Erkrankungen
alte Menschen mit körperlichen Behinderungen/Einschränkungen
dementiell Erkrankte
alleinstehende ältere Frauen und Männer
alte Menschen mit Sprachdefiziten
alte Menschen ohne ausreichende Einbindung in soziale Netzwerke
alte Menschen mit eingeschränkter Mobilität
alte Menschen mit geringem Wissen
alte Menschen geringem Einkommen
Angehörige
Ehrenamtliche

Zugang

Angebotsflyer in alle Mettmanner Haushalte
Veranstaltungen im Altenstift z.B. Stadtteiltreffen
Befragung
Informationen an Schlüsselpersonen aus der Pfarrgemeinde, Ärzte, Apotheker,
Informationsträger, soziale Einrichtungen, Stadtverwaltung usw.
Informationen der unterschiedlichsten Institutionen
persönliche Kontakte/Ansprachen
Stadtteilabende
im Lebensraum präsent sein
Kirchengemeinden und deren Angebote
auf die Menschen zugehen, sie „abholen“
Begegnung organisieren, etablieren, verselbständigen
Einbindung vertrauter Personen
niedrigschwellige Angebote, Kombination von Beratung und Begegnung
offene, auf die Menschen zugehende Beratung und Information
Nutzung sozialer Netzwerke
engere Vernetzung von haupt- und ehrenamtlichen Strukturen
zentrale und dezentrale Beratungs- und Informationsmöglichkeiten
Öffentlichkeitsarbeit

Zugangsschwierigkeiten

Sprache (Die Hilfeanbieter nutzen einen elaborierten bzw. fachspezifischen Sprachcode)
Mobilität, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Anfahrtswegen
nicht „vor Ort“ präsent
Orte unbekannt
Ansprüche unbekannt, mangelnde Informationen
Ansprüche nicht nutzbar (persönlichkeitsbedingt)
keine Ansprüche auf Grund fehlender Voraussetzungen (statusbedingt)
keine passgenauen Angebote
Vereinsamung
Probleme bei der Organisation (Terminvereinbarungen, Anträge, Überweisungen etc.)
Angst, Scham
Spezialisierung von Themen und Aufgabenfeldern durch verschiedene Anbieter

Ressourcen:

Das Caritas-Altenstift „Vinzenz von Paul“, im sehr homogenen Stadtteil Mettmann-Süd angesiedelt, hat seit Jahren die Einbindung der Einrichtung in den Stadtteil

Mettmann-Süd als wichtiges Arbeitsprinzip erkannt und durch ein hohes Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erreicht. In Mettmann-Süd leben derzeit 5.237 Menschen (Stand 31.03.2006), wovon 1.367 (=26%) älter als 60 Jahre sind in überwiegend Einfamilienhäusern.

Folgende Dienstleistungen können vom Caritas-Altenstift angeboten werden (nicht alle Angebote werden vom Altenstift angeboten, sondern werden von Kooperationspartnern durchgeführt, wobei der Caritasverband der Gesamtverantwortliche bleibt) :

Betreuungsangebot mit persönlicher Notrufverfolgung und ggf. Pflegebereitschaft auch nachts

regelmäßige Hausbesuche zur Beratung

Beratungsangebote zu Maßnahmen der Wohnraumanpassung, zu Hilfsmitteln, möglicher Leistungen und Finanzierungen

Durchführung von hauswirtschaftlichen (Wohnungsreinigung, Wäscheservice, Verpflegung, Einkaufsdienste usw.), pflegerischen Leistungen und kleineren hausmeisterlichen Hilfen

Vermittlung von Fahrdiensten zu stadtteilnahen Betreuungsangeboten
Durchführung

Netzwerk

Im Stadtteil Mettmann-Süd existiert die einzige Stadtteilkonferenz, in der alle sozialen und gesellschaftlichen Kräfte sehr eng miteinander zusammenarbeiten. Dies ist eine tragfähige Grundlage für das Projekt.

Schwierigkeiten

Mitarbeiter/innen nach § 16a SGB II müssen zunächst „arbeitsfähig“ gemacht werden und können zunächst nicht eingesetzt werden.

Suchen eines anderen Personenkreises zur Erfüllung der Dienstleistungsaufgaben

Langfristige“ Preisgestaltung erforderlich

Öffnung eines Altenheimes nach außen

Steuerrechtliche Fragestellungen bei Öffnung der Cafeteria für die Bevölkerung

6.3.8. Seniorennetzwerk Tuttlingen

Caritasregionalverband Schwarzwald-Alb-Donau

Konzeption

Das gemeinschaftliche Projekt der Stadt Tuttlingen, der Caritas Schwarzwald-Alb-Donau und der Diakonischen Bezirksstelle Tuttlingen hat sich vorrangig zum Ziel gesetzt, alleinlebenden, von Armut und von Vereinsamung bedrohten Tuttlinger Senioren ehrenamtliche Bürger und Bürgerinnen zur Seite zu stellen. Diese Form der regelmäßigen und kostenfreien sozialen Begleitung dient der Vermeidung von Isolation und Einsamkeit und soll helfen eventuell verlorene Außenkontakte und geistige Anregungen zu erhalten. Damit verbunden ist eine Erhöhung der Lebensqualität der begleiteten Senioren.

Hinzu kommt, dass ein möglicher Hilfebedarf im hauswirtschaftlichen und pflegerischen Bereich frühzeitig von den Ehrenamtlichen erkannt und von der Koordinationsstelle vermittelt werden kann.

Personelle Besetzung

Die Koordinationsstelle des Seniorennetzwerkes Tuttlingen ist besetzt mit einer Diplom-Sozialarbeiterin (FH), die einen Stellenumfang von 40% hat.

Standort, Öffnungszeiten und Sprechzeiten

Das Büro des Seniorennetzwerkes befindet sich im Caritas-Diakonie-Centrum, Bergstr. 14 in 78532 Tuttlingen, das zum Haus der Familie Tuttlingen, Mehrgenerationenhaus, gehört.

Sprechzeiten sind an 4 Vormittagen. Die telefonische Erreichbarkeit ist über das Sekretariat und einen Anrufbeantworter gesichert.

Öffentlichkeitsarbeit

Nach einer Anlaufphase der Projektvorbereitung konnte im April 2008 der offizielle Startschuss erfolgen. Mit der Vorstellung im Gemeinderat Tuttlingen und Veröffentlichungen in der Presse, sowie in den katholischen und evangelischen Kirchenblättern begann die Akquise von Ehrenamtlichen und potentiellen am Besuchsdienst interessierten Senioren.

Die Entwicklung eines Flyers wurde zeitgleich abgeschlossen und konnte ab März 2008 der breiten Öffentlichkeit über sämtliche Einrichtungen im Bereich der Altenhilfe, allen evangelischen und katholischen Kirchengemeinden, sozialen Diensten, der Stadt, Apotheken, praktischen und internistischen Ärzte zugänglich gemacht werden.

Ein Schwerpunkt der Öffentlichkeitsarbeit war und ist die Vorstellung des Seniorennetzwerkes in verschiedensten Gremien der Stadt, der evangelischen und katholischen Kirchengemeinden, Sozialdienste der Altenheime, des Krankenhauses und anderen interessierten Gruppen.

Erfreulicherweise gibt es nach diesen Vorstellungen immer wieder einzelne Männer und Frauen, die sich als Ehrenamtliche für das Seniorennetzwerk zur Verfügung stellen.

Zugang und Ressourcen

Arbeit mit Ehrenamtlichen

Datum: 24. August 2012

Thema: Projektbericht „Gesundheit vor Ort“

Seite: 40

Der Besuchsdienst in den Haushalten alter, alleinlebender Menschen wird von Ehrenamtlichen ausgeführt. Deshalb ist ein großer Schwerpunkt in diesem Arbeitsfeld die Weiterqualifikation, der persönliche kontinuierliche Kontakt und die Wertschätzung der Ehrenamtlichen. Die begleitend angebotenen Fortbildungsbausteine zum Thema, regelmäßig stattfindende Austauschmöglichkeiten in der Gruppe, aber auch gesellige Angebote sind so ein fester Bestandteil geworden.

Überraschend in der Entwicklung des Konzeptes für die Arbeit mit Ehrenamtlichen des Seniorennetzwerkes war der Wunsch aus dem Kreis der Ehrenamtlichen nach spirituellen Angeboten. Im Rückblick aber nicht verwunderlich, da der Großteil der Ehrenamtlichen aus dem Bereich der Kirchen kommt.

Ein weiteres unverzichtbares Angebot ist die Möglichkeit der Ehrenamtlichen, sich mit allen Fragen und Schwierigkeiten ihre Arbeit betreffend an die Koordinatorin zu wenden. Da dies sehr häufig wahrgenommen wird, wird die Notwendigkeit bestätigt.

Die Praxis der Vermittlung

Gute Erfahrungen gab es im Jahr 2008 mit der Vorgehensweise zur Einarbeitung der am Besuchsdienst interessierten Männer und Frauen.

Nach einem ausführlichen persönlichen Einzelgespräch und dem Ausfüllen des „Interessentenbogen für Ehrenamtliche“ wird bei Anfrage von zu betreuenden Senioren nach einem Besuchsdienst ausgewählt, welche Ehrenamtliche/welcher Ehrenamtlicher nach den Einschätzungen der Koordinatorin am besten für diesen „Fall“ geeignet ist. Es ist gängige Praxis, dass die Sozialarbeiterin die Haushalte der an einer Begleitung interessierten Senioren aufsucht, um sich ein Bild vor Ort machen und die Bedürfnisse der Senioren besser einzuschätzen zu können.

Gemeinsam besuchen Koordinatorin und Ehrenamtliche/r die der Koordinatorin bereits bekannten und informierten Senioren. Nach einer gegenseitigen Vorstellung und kurzer Einführung zieht sich die Koordinatorin zurück, um beiden Parteien die Gelegenheit zu geben, sich näher kennen zu lernen und zu beschnuppern.

Einige Tage später erkundigt sich die Koordinatorin bei den Ehrenamtlichen nach deren Eindrücken und auch, ob sie sich eine Begleitung der entsprechenden Person vorstellen können.

Vernetzung

Das Seniorennetzwerk hat seinen Platz und seine Berechtigung zwischen Behörden, Ämtern und der in der Altenhilfe tätigen Institutionen gefunden. Die konfessionell gebundenen Sozialstationen und Nachbarschaftshilfen, der Krankenhaussozialdienst, die Krankenhaus-Seelsorger, das Haus der Senioren und die Stadt Tuttlingen sind immer wieder mit der Koordinatorin im Gespräch, wenn es um alleinlebende einsame Senioren geht, die eine soziale Begleitung und Ansprache benötigen. Inzwischen gibt es auch Seniorenbegleitungen, die auf Veranlassung von Kollegen des Caritas-Diakonie-Centrums an die Koordinatorin herangetragen wurden. Mit dem Tafelladen Tuttlingen hat sich ein ehrenamtlicher Fahrdienst für alte, nicht mehr gefähige Menschen entwickelt.

Erfahrungen aus der Beratungspraxis

Die Darstellung sehr deutlich zeigt, dass die Nachfrage des Begleitetwerden allein lebender Menschen in Tuttlingen im Jahr 2008 stetig gestiegen ist. Die Bedarfe der Senioren konnten mit passenden Ehrenamtlichen abgedeckt werden und Senioren und Begleitungen harmonisieren in den meisten Fällen recht gut und profitieren voneinander. Nicht zu unterschätzen ist hierbei die zeitintensive Begleitung der Ehrenamtlichen durch die Koordinatorin. Sie ist erste Ansprechpartnerin für Fragen der Ehrenamtlichen z.B. bei Konflikten, Anfragen der begleiteten Senioren. Auch in Fragen von haushaltsnahen Dienstleistungen, die von den Ehrenamtlichen nicht geleistet werden, wird sich an die Koordinatorin gewandt. Diese vermittelt nicht selten verschiedenste Institutionen, Sozialstationen und Nachbarschaftshilfen in der Stadt weiter.

Interessanterweise treten bei den länger andauernden Begleitungen nun auch Probleme der Senioren zutage, die diese mit Behörden und Ämtern (z.B. Schriftverkehr) haben. Vermutlich hängt das mit dem wachsenden Vertrauen der Senioren zu den Ehrenamtlichen zusammen und der Hoffnung, diese könnten es schon richten.

Ausblick

Insgesamt hatte das Seniorennetzwerk im Jahr 2008 einen guten Start. Es gab bisher immer einen leichten Überschuss an interessierten Ehrenamtlichen. So war eine passgenaue Auswahl Ehrenamtlicher - Senior mit ihren entsprechenden Wünschen und Vorstellungen gegeben.

Dennoch zeichnet sich schon jetzt zu Beginn des Jahres 2009 ein etwas anderes Bild ab. Die Anfragen von Senioren steigen. Der Pool der Ehrenamtlichen ist momentan fast erschöpft. Eine Auswahl kann nicht mehr getroffen werden. Das bedeutet, dass auch Interessierte eingesetzt werden „müssen“, die nicht unbedingt geeignet sind für den anfragenden Haushalt .

Ein für das Frühjahr geplantes 4-gliedriges Seminar „Fit für Besuchsdienste“ hat zum Ziel, weitere Menschen zu erreichen und zu qualifizieren, die Interesse an der Begleitung alter Menschen in der Stadt Tuttlingen haben.

Weitere Projektvorstellungen in verschiedenen Gremien und Gruppen setzt die Werbung für Ehrenamtliche fort.

Das Projekt wird zum 1.1. 2010 von der Stadt Tuttlingen getragen. Die Koordinationsstelle des Seniorennetzwerkes ist in die Trägerschaft der Stadt Tuttlingen übergegangen.

**Ansprechpartner:
Susan Stiegel-Irion
Regionalcaritasverband Schwarzwald-Alb-Donau
Königstr. 47
78628 Rottweil**

6.3.9 Alltagsbegleiter für demenzkranke Menschen in der eigenen Häuslichkeit

Caritasverband Saar-Hochwald e.V.

Ausgangssituation

Im Landkreis Merzig-Wadern leben ca. 106.000 Menschen. Ausgehend von den Zahlen für das gesamte Saarland dürften rund 2.800 Menschen Leistungen der Pflegekasse beziehen, wovon rund 1.400 Pflegegeld erhalten und etwa 600 Menschen Pflegesachleistungen durch Pflegedienste zuhause in Anspruch nehmen. Dies entspricht auch dem statistischen Mittelwert, wonach ca. 75% der anerkannt Pflegebedürftigen zuhause versorgt werden. Hinzu kommen noch zahlreiche ältere Menschen der sogenannten Pflegestufe 0, die zwar keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, aber dennoch der Pflege und Betreuung bedürfen, hierbei sind insbesondere die dementiell erkrankten Menschen zu erwähnen. Analog dürften die statistischen Zahlen für den Landkreis Saarlouis mit ca. 250.000 Menschen liegen.

Gleichzeitig lässt sich bei diesen Menschen aber auch bei der ganz überwiegenden Mehrzahl der pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen der Wunsch vernehmen in ihrer Häuslichkeit zu verbleiben.

Vorhandene Infrastruktur im ambulanten Bereich

In den Landkreisen Saarlouis und Merzig-Wadern gibt es im Bereich der Versorgung in der eigenen Häuslichkeit und der Entlastung pflegender Anghöriger folgende legale Angebote:

Pflegedienste

Tagespflege

Kurzzeitpflege

„Ich-Ag´s“ mit stundenweiser Betreuung

„Tagesmütter für Demenzkranke“ und „Atempause“ als anerkannt niedrighschwellige Angebote mit wöchentlich 3 Std. Betreuung bei demenzkranken Menschen durch den Caritasverband Saar-Hochwald e.V.

Betreuungsdienst(e)

Beratungsstellen für ältere Menschen

Pflegekurse für Angehörige

Angehörigengruppen

Essen auf Rädern

Die Finanzierung der Leistungen erfolgt über Pflegegeld/-sachleistung, Pflegeleistungsergänzungsgesetz, Eigenmittel und – bei vorliegen der Voraussetzungen – durch Leistungen des SGB XII.

Bedarf

Die o.g. Einrichtungen und Dienste können mit ihren Angeboten ein breites Hilfespektrum für pflegebedürftige und ältere Menschen sowie deren Angehörige abdecken.

Sie erreichen ihre Grenzen aber regelmäßig dort, wo eine zeitlich umfassendere Versorgung/Betreuung erforderlich ist. Insbesondere von Pflegebedürftigen mit einem dementiellen Krankheitsbild und deren Angehörigen wird zunehmend der Bedarf nach einem umfassenderen Betreuungsangebot in der eigenen Häuslichkeit angemeldet. Diese Betreuung sollte flexibel abrufbar sein, zeitlich von einigen Stunden am Tag bis hin zur Rund-um-die-Uhr-Betreuung reichen. Sie müsste regelmäßig sein und die Betreuer sollten über eine Mindestqualifikation im Umgang mit älteren Menschen verfügen.

Von besonderer Bedeutung ist – da es sich in den meisten Fällen um einen regelmäßigen Bedarf handelt – die dauerhafte Finanzierbarkeit des Angebotes. Da es beim Fehlen dieses Angebotes oftmals über kurz oder lang nur die Alternative eines Heimaufenthaltes gibt und die Kosten hierfür mittlerweile bekannt sind, ist bei den Betroffenen auf jeden Fall die Bereitschaft vorhanden, hierfür auch eigene Mittel einzusetzen.

Projektidee

Ein ambulantes Betreuungsangebot, das die oben genannten Voraussetzungen erfüllt, existiert so im Saarland noch nicht. Die bestehenden Angebote sind entweder hinsichtlich ihrer zeitlichen Ressourcen oder ihrer Finanzierbarkeit begrenzt.

Die Idee des Projektes ist nun der Aufbau eines Betreuungsangebotes für ältere und pflegebedürftige Menschen in den Landkreisen Saarlouis und Merzig-Wadern. Die Dauer des Projektes ist auf 3 Jahre angelegt.

Das Angebot muss dabei folgende Voraussetzungen erfüllen:

kreisweite Verfügbarkeit

Mindestqualifizierung der Mitarbeiter

Zeitlich flexibel (bis hin zur 24-Std-Betreuung)

Regelmäßig abrufbar

Für die Betroffenen auf Dauer finanzierbar

Klare Abgrenzung der Tätigkeit zu den Pflegediensten

Für alle offen, unabhängig von der Inanspruchnahme anderer Dienste

Koordinator als fester Ansprechpartner für Kunden und Mitarbeiter.

Darüber hinaus ist es Aufgabe des Koordinators, lokale nachbarschaftliche Netzwerke ins Leben zu rufen. Diese sollen, von Ehrenamtlichen getragen, in vielen Gemeinden initiiert werden. Sie sollen helfen, älteren Menschen im Vorfeld von

Pflegebedürftigkeit zu unterstützen, etwa in Form von Besuchsdiensten oder von Begegnungsmöglichkeiten.

Ziel des Projektes ist es, durch die Verfügbarkeit eines an den Bedürfnissen der Betroffenen orientierten Angebotes eine Lücke im ambulanten Versorgungssystem zu schließen. Älteren hilfsbedürftigen Menschen wird eine Hilfe zur Seite gestellt, die es ihnen ermöglichen soll, weiterhin ein möglichst selbständiges Leben zu führen. Für Pflegebedürftige und deren Angehörige soll das Angebot die Entlastung und Unterstützung bringen, die es ihnen erlaubt, die Pflege – oftmals über Jahre – verlässlich durchführen zu können.

In beiden Fällen geht es darum, das Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit sicherzustellen, den Gang ins Pflegeheim zu verhindern und damit einerseits den Wünschen der Hilfesuchenden zu entsprechen, andererseits aber auch die Kosten der stationären Versorgung nicht weiter ansteigen zu lassen.

Struktur

Träger des Projektes ist der Caritasverband Saar-Hochwald e.V. Er stellt die Infrastruktur zur Verfügung und zeichnet für die Qualität des Angebotes verantwortlich.

Ziel ist es, möglichst viele Kooperationspartner zu gewinnen, um das Projekt auf eine breite Basis zu stellen.

Personelle Ausstattung

Zur fachlichen Leitung des Projektes ist die Stelle eines Koordinators (Sozialarbeiter/Sozialpädagoge) erforderlich. Seine Aufgaben sind im wesentlichen:

- Erarbeitung einer tragfähigen Konzeption
- Gewinnung von Kooperationspartnern
- Gewinnung von Mitarbeitern
- Akquise der Einsätze
- Schulung der Mitarbeiter
- Öffentlichkeitsarbeit
- Koordination der Einsätze
- Ansprechpartner für Kunden und Mitarbeiter

Mitarbeiter

In Zusammenarbeit mit der Bundesagentur für Arbeit und der ARGE werden geeignete Mitarbeiter gesucht. Dies könnten insbesondere auch Empfänger von ALG II sein. Insbesondere für ältere, arbeitslose Menschen ist das Einsatzgebiet geeignet.

Die interne Schulung, die vor dem ersten Einsatz verbindlich ist, garantiert auch bei zunächst fehlenden fachlichen Voraussetzungen der Mitarbeiter deren spätere Eignung für die Einsätze. Darüber hinaus werden die Mitarbeiter auch während der Einsätze kontinuierlich geschult.

Die Mitarbeiter werden als „Alltagsbetreuer“ eingestellt. Die Anstellungsverhältnisse richten sich nach der Nachfrage und den Möglichkeiten des Mitarbeiters und könnten von 400 € Beschäftigung bis hin zu Festanstellungen mit einem bestimmten Stundendeputat reichen.

Darüber hinaus ist auch der Einsatz von Zivildienstleistenden, Mitarbeiter im freiwilligen sozialen Jahr und Ehrenamtlichen möglich.

Die Einsätze

Grundsätzlich kann jeder hilfsbedürftige Mensch im Landkreis einen Einsatz nachfragen. Der Umfang des Einsatzes richtet sich nach den Bedürfnissen des Hilfesuchenden. Der Koordinator hat ihn dabei insbesondere hinsichtlich der Möglichkeiten der Finanzierung zu beraten.

Für jeden Einsatz wird ein Betreuungsvertrag abgeschlossen, der den Umfang der geleisteten Stunden, die hierfür entstehenden Kosten, Art der Finanzierung sowie Modalitäten wie beispielsweise Kündigungsfristen regelt.

Die Finanzierung der Einsätze ist dabei möglich durch:

Pflegegeld

Pflegeleistungsergänzungsgesetz

Verhinderungspflege

Einkommen (Rente...)

Zuschüsse des Sozialamtes, wenn hierfür die Voraussetzungen vorliegen und insbesondere dann, wenn durch die Einsätze eine Heimeinweisung verhindert werden kann.

Die Finanzierung des Projektes

Ausgehend von den oben genannten strukturellen Bedingungen ergibt sich ein Finanzierungsbedarf für eine Koordinatorenstelle, die Vergütung der Mitarbeiter sowie die erforderlichen Sachkosten.

Da es sich hierbei um ein Modellprojekt im Saarland handelt, wird eine Beteiligung durch Land angestrebt. Spenden, Eigenmittel des Trägers sowie die Einnahmen aus dem Projekt sind weitere Finanzierungsquellen.

Das hier vorgestellte Projekt einer bedürfnisorientierten Betreuung in der eigenen Häuslichkeit entspricht dem an vielen Stellen (Pflegeversicherungsgesetz, SGB XII) formulierten Leitsatz: „Ambulant vor stationär“.

Es entspricht aber insbesondere auch dem Willen der ganz überwiegenden Mehrzahl der älteren Menschen, die – auch wenn sie hilfebedürftig werden – zuhause bleiben wollen. Familiäre Strukturen können dies in immer weniger Fällen dauerhaft sicherstellen. (Bezahlbare) Unterstützung tut Not. Mit Blick auf die demographische Entwicklung ist ein Anstieg dieser Problematik wahrscheinlich.

Wenn vermieden werden soll, dass zunehmend illegale Beschäftigungsverhältnisse geschaffen werden, die letztlich legale Arbeitsplätze vernichten (Bsp. Pflegedienste), muss den Menschen eine bezahlbare legale Alternative angeboten werden. Die Bereitschaft der Betroffenen hierfür zu zahlen, ist vorhanden. Sollte die sich bei der aktuellen Reformdebatte um die Pflegeversicherung andeutende Erhöhung des Pflegegeldes kommen, wird ein zusätzlicher Anreiz geschaffen, Pflegebedürftige zuhause zu versorgen. Die im Bereich der ambulanten Versorgung getätigten Investitionen rechnen sich einerseits in Euro und Cent durch die Verringerung der Kosten im stationären Bereich, andererseits in der Zufriedenheit der älteren Menschen.

Abschließend lässt sich feststellen, dass durch die Vernetzung mit anderen ambulanten und teilstationären Angeboten hier eine Versorgungslücke geschlossen und einem Bedarf Rechnung getragen wird. Die Übertragbarkeit des Konzeptes auf andere Landkreise trägt ebenfalls zum Modellcharakter des Projektes bei.

Anhang: Bewertungskriterien von Projekten der Gesundheit vor Ort

Checkliste: Gesundheits- und Zielgruppenbezug

Welcher Zusammenhänge bestehen zwischen den Aktivitäten Ihres Projektes und der gesundheitlichen Situation älterer Menschen?

Ist die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit im Alter Bestandteil des Projektkonzeptes? Wenn nein: Lasst sich dieser Bestandteil z.B. über die konkreten Arbeitsinhalte herstellen?

Welche Zielgruppenschwerpunkte setzt das Projekt?

Wie hoch schätzen Sie den Anteil der Gruppe sozial benachteiligter älterer Menschen die Sie erreichen? Gibt es Daten oder sonstige Belege, anhand derer die Erreichung für Ausenstehende nachvollziehbar gemacht werden können?

Berücksichtigt das Projekt die besonderen Bedarfe und Interessen von Männern und/oder Frauen? Wenn ja, inwiefern?

Berücksichtigt das Projekt die besonderen Bedarfe und Interessen von Personengruppen mit Migrationshintergrund? Wenn ja, inwiefern?

Checkliste: Zugänge schaffen

Wie wird der Kontakt zu den Zielgruppen hergestellt?

Praktiziert das Projekt eine aufsuchende Arbeitsweise?

Zeichnet sich das Projekt durch eine für die Zielgruppen zeitlich und räumlich offene Struktur aus?

Inwiefern berücksichtigt das Projekt kulturelle und Migrationshintergründe bei seinen Nutzerinnen und Nutzern?

Inwiefern berücksichtigt das Projekt sprachliche Schwierigkeiten im Umgang mit den Zielgruppen?

Werden das jeweilige Geschlecht und Alter der Nutzerinnen und Nutzer des Angebotes berücksichtigt? Wenn ja, inwiefern?

Checkliste: Ressourcen fördern

Wie versucht das Projekt die gesundheitlichen Kompetenzen der Zielgruppen zu verstärken? Werden gesundheitliche Belange eigenverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten?

Werden durch das Projekt bei den Zielgruppen Formen der Selbstorganisation angestrebt?

Welche sind das?

Zielt das Projekt mit seinen Interventionen eher auf kollektive Prozesse als auf individuelle Verhaltensänderungen ab?

Werden den Zielgruppen des Projektes zur Erhöhung ihrer Handlungsfähigkeit instrumentelle Hilfen (Finanzen, Räume, etc.) zur Verfügung gestellt? Wenn ja, welche?

Gibt es konkrete Hinweise auf das Gelingen eines Empowermentprozesses? Wenn ja, welche?

Richten sich die Interventionen des Projektes auf die Verhältnisse, in denen die Zielgruppen wohnen und leben?

Versucht das Projekt, die Gesundheit der Zielgruppen über die Gestaltung der Lebenswelten (Familie, Nachbarschaft, Stadtteil) zu beeinflussen? Mit welchem Vorgehen gelingt das dem Projekt?

Benutzt das Projekt zur Realisierung seiner Ziele Methoden der Organisationsentwicklung (z.B. aktivierende Befragungen oder Arbeitsgruppen)? Wenn ja, welche sind das?

Checkliste: Vernetzung

Hat das Projekt Kooperationspartner im Gesundheitsbereich und darüber hinaus? Wenn ja, mit wem, von welcher Art und Intensität sind diese Beziehungen?

Werden die Interventionen und Ziele des Projektes im Rahmen dieser Beziehungen abgestimmt und optimiert?
Wenn ja, wie?

Tragen diese Beziehungen zur Erhöhung der Effizienz und Reichweite des Projektes bei? Wenn ja, woran ist dies erkennbar?

Welches sind Vor- und Nachteile dieser Beziehungen?

Inwiefern wurde das Projekt schon bei der Planung mit den Kooperationspartnern aus Politik, Verwaltung und Praxis abgestimmt?