

## **Abschlussbericht der Malteser zum Modellprojekt: „Spezialisierte ambulante Begleitung von Menschen mit Demenz und deren Familien (SABD-Fam)**

**Projektträger:** Malteser Hilfsdienst e.V.

**Projektleitung**  
*Teilprojekt 1, Frau Dr. Doris Arnold;*  
Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen (HWG)  
*Teilprojekt 2, Herr Dr. Bernhard Holle;*  
Deutsches Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE);  
Standort Witten

**Projektlaufzeit:** November 2023 – April 2025

**Umsetzungsort:** Ellwangen/Ostalbkreis; Baden-Württemberg

**Finanzierung:** Malteser Hilfsdienst und Veronika Stiftung (Rottenburg)



## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	1
2. Projektverlauf.....	2
2.1 Verlauf der ersten Projektphase .....	2
2.2 Verlauf der zweiten Projektphase .....	2
3. Arbeitsgruppen (AG) und Gremien .....	2
4. Die VIPs des Projektes: Menschen mit Demenz und ihre Familien .....	4
5. Beschreibung der Intervention SABD-Fam anhand des „logischen Modells“ .....	5
5.1 Kernelement: Versorgungsarrangement.....	5
5.1.1 Spezialisierte, kontinuierliche Begleitung und Beratung und Fallbesprechungen....	5
5.1.2 Kernelement: Qualifizierung und Ressourcen der Fachberaterinnen .....	8
5.1.3 Kernelement Vernetzung der Akteure im Versorgungssystem .....	9
6. Hindernisse im Projektverlauf.....	9
7. Erfolge im Projektverlauf .....	9
8. Projektstimmen.....	10
9. Projektergebnisse.....	10
9.1 Beschreibung der Intervention .....	10
9.2 Weiterentwicklung und Differenzierung der Intervention.....	10
9.3 Generierung eines Mehrwertes für die Betroffenen .....	11
10. Fazit und Ausblick .....	11

## 1. Einleitung

In der Arbeit in unseren Betreuungsgruppen und Entlastungsangeboten für Menschen mit Demenz und auch in den Pflegediensten erleben wir seit Jahren, dass es in den von Demenz betroffenen Familien einen hohen Bedarf an Entlastung und Beratung gibt. Der Beratungsbedarf umfasst alle Fragestellungen rund um das Thema Demenz und reicht von medizinischen, pflegerischen, sozialrechtlichen bis hin zu psychologischen Fragestellungen. Eine Demenz stellt ein komplexes Krankheitsgeschehen dar und die daraus resultierenden Problemlagen sind so individuell, wie die Menschen mit Demenz und deren Familien selbst. Auf diesen Bedarf haben die Malteser mit dem Projekt „Spezialisierte ambulante Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Familien“ (SABD-Fam) reagiert, welches in Zusammenarbeit mit der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen (HWG); (Frau Dr. Doris Arnold) und dem Deutschen Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE); Standort Witten, (Herr Dr. Bernhard Holle) durchgeführt wurde. Als Vorbild diente uns die Idee der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, wie es sie als Leistung für Schwerkranke und sterbende Menschen gibt. SABD-Fam hat das Ziel, häusliche Versorgungsarrangements von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zu stabilisieren und aufbauend auf einen intensiven Begleitungs- und Beratungsansatz eine Hilfe zu konzipieren, die auf ein interdisziplinäres Team im Hintergrund zurückgreifen und passende Versorgungsleistungen anbieten und koordinieren kann. Zentraler Bestandteil des Projektes war der Einsatz von speziell hierfür qualifizierten „Fachberatenden für Demenz“ für die betroffenen Familien. Die Fachberatenden begleiteten die Familien kontinuierlich über einen längeren Zeitraum und analysierten zusammen mit einem interdisziplinären Team (Fachärztin für Geriatrie, Psychotherapeut, Pflegekräften und Sozialarbeiterin) die individuellen Problematiken der betroffenen Personen und ihrer Familien. Nach dieser systematischen Einschätzung der individuellen Probleme und Bedarfe in den Familien brachten sie geeignete Hilfen auf den Weg. Dabei soll die Fachberaterin Demenz eine Fachfrau und gleichzeitig Vertrauensperson sein, die den Betroffenen und die Familie im Krankheitsverlauf kontinuierlich begleitet. Durch SABD-Fam sollen eine Versorgungslücke geschlossen und Überforderungssituationen von pflegenden Angehörigen vermieden werden. Das Modellprojekt war auch Teil der „Nationalen Demenzstrategie“ der Bundesregierung (Maßnahme 2.8.2). Durchgeführt wurde das Projekt von November 2023 bis April 2025 in Ellwangen bzw. im Ostalbkreis (Baden-Württemberg).

## 2. Projektverlauf

Das Projekt gliederte sich in zwei Projektphasen. Phase 1 erfolgte von November 2023 bis Juni 2024 und Phase 2 von Juli 2024 bis April 2025.

### 2.1 Verlauf der ersten Projektphase

In der ersten Projektphase standen die Qualifizierung der beratenden Fachkräfte, Öffentlichkeitsarbeit, Konzeptentwicklung, die Konstituierung verschiedener Arbeitsgruppen (im Folgenden AG genannt) und der Aufbau von Kontakten für die interdisziplinären Fallbesprechungen im Vordergrund (vgl. Projektzwischenbericht vom Oktober 2024).

### 2.2 Verlauf der zweiten Projektphase

In der zweiten Projektphase lag der Fokus auf der praktischen Umsetzung der theoretisch entwickelten Konzepte und deren Erprobung und ggf. Anpassung. Die im Laufe der ersten Projektphase für eine Teilnahme am Projekt gewonnenen Angehörigen und Menschen mit Demenz aus dem Malteser Pflegedienst und dem sogenannten „Café Malta“ (Betreuungsgruppe für Menschen mit Demenz) konnten nun in der praktischen Erprobung der Konzepte durch die Fachberaterinnen Demenz begleitet werden.

## 3. Arbeitsgruppen (AG) und Gremien

Die verschiedenen Arbeitsgruppen trafen sich regelmäßig im Verlauf der zweiten Projektphase.

### *AG Pflegedienst*

In der AG Pflegedienst fanden Überlegungen zur Auswahl neuer Fälle für SABD-Fam statt. Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit der AG war die Planung und Reflexion der sogenannten „Touren-Fallbesprechungen“ (vgl. Seite 7).

### *AG Demenzdienst*

Die AG Demenzdienst wurde als Plattform für die Mitglieder genutzt, um sich aktiv in das Projekt SABD Fam und in die Vorbereitung der „Café Malta-Fallbesprechungen“ (vgl. Seite 7) im Demenzdienst einzubringen.

### *Fachteam Demenz*

In der zweiten Projektphase konnte ein Psychotherapeut gewonnen und somit das Fachteam Demenz komplettiert werden. Neben der pflegerischen, sozialarbeiterischen und medizinischen Expertise hat die psychotherapeutische Sicht auf das sogenannte „Versorgungsarrangement“ eine wichtige Bedeutung. Im Kontext von Pflegebedürftigkeit und Demenz spielt häufig die Familie eine zentrale Rolle in der Pflege und Betreuung.

Entsprechend hat die Familiendynamik und das System Familie Auswirkungen auf das aktuelle Verhalten des Menschen mit Demenz. Durch die psychotherapeutische Expertise soll eine systemische Sichtweise auf das Gesamtsystem erfolgen. Die Arbeit des Fachteams Demenz hatte ihren Schwerpunkt in der Vorbereitung, Durchführung und Evaluation der interdisziplinären Fallbesprechungen.

### ***AG Forschung***

Die AG Forschung führte sogenannte PDCA-Zyklen (Modelle zur stetigen Verbesserung von Prozessen) durch: Planung (Plan), Umsetzung (Do), Überprüfung von Veränderungen (Check); ggf. Anpassungen (Act). Damit wurden die kontinuierliche Begleitung, die einrichtungsbezogenen und die interdisziplinären Fallbesprechungen, fortwährend evaluiert und an die Erfordernisse der Praxis angepasst.

Dem partizipativen Forschungsansatz folgend sollten in der AG Forschung neben den Fachberaterinnen Demenz als Co-Forschende, auch Menschen mit Demenz und ihre pflegenden An- und Zugehörigen als sogenannte „Expertinnen und Experten aus Erfahrung“ einbezogen werden. Eine pflegende Angehörige konnte als Expertin aus Erfahrung gewonnen werden. Diese wirkte aktiv bei der Erstellung von Interviewleitfäden für pflegende Angehörige mit. Leider ist es im Projektzeitraum nicht gelungen auch einen Menschen mit Demenz als Experten aus Erfahrung für die Arbeitsgruppe zu gewinnen

### ***Projektbeirat***

Der „Projektbeirat“ als beratendes Gremium tagte insgesamt drei Mal. Die Mitglieder wurden jeweils über den aktuellen Stand und Projektfortschritt informiert. Die externen Fachexperten diskutierten verschiedene Fragestellungen im Projekt, berichteten von anderen Best-Practice-Beispielen und berieten die Projektbeteiligten. Zu vertieften Fragestellungen wurden auch bilaterale Gespräche mit einzelnen Mitgliedern des Beirats im Nachgang durchgeführt.

### ***AG Vernetzung***

Geplant war auch die Konstitution einer AG Vernetzung. Diese konnte jedoch aufgrund der Kürze der Gesamtprojektaufzeit im Projektzeitraum nicht mehr realisiert werden.

### ***AG Refinanzierung***

Die AG beschäftigte sich mit möglichen Refinanzierungsoptionen von SABD-Fam aus dem bestehenden Leistungskatalog der Krankenkassen (SGB V), der Pflegekassen (SGB XI) und der Eingliederungshilfe (SGB IX). Letztlich kamen nur die Leistungen aus dem SGB XI, wenn auch nur eingeschränkt, in Frage. Eine dauerhafte alleinige Refinanzierung über die

gedeckelten Mittel der Pflegeversicherung (keine Vollfinanzierung von Leistungen) wurde von Seiten der „Arbeitsgruppe Refinanzierung“ im Projekt als schwierig bewertet.

Daher wurde in der AG die Option eines möglichen Anschlussprojektes (§ 123 SGB XI; Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier) geprüft, um im Rahmen dessen gezielt auf die bestehende Finanzierungslücke einer spezialisierten Begleitung für Menschen mit Demenz aufmerksam zu machen. Hier könnten dann auch die seitens der AG recherchierten Informationen zu regionalen und überregionalen Versorgungsmodellen einbezogen werden. Refinanzierungsoptionen waren ein zentrales Thema im Projekt. Für die AG konnte kein Kassenvertreter, wie ursprünglich geplant, gewonnen werden.

#### **4. Die VIPs des Projektes: Menschen mit Demenz und ihre Familien**

##### *Soziobiographische Daten*

Bei den im Projekt begleitenden Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen handelte es sich um insgesamt 13 Familien. Unter den Menschen mit Demenz befanden sich 9 Männer und 4 Frauen mit einem Durchschnittsalter von 83,5 Jahren (Altersbereich: 67-91 Jahre). Bei 7 Personen lag eine ärztliche Demenzdiagnose vor. 5 Personen hatten eine Alzheimer-Demenz, 1 Person hatte eine vaskuläre Demenz, 1 Person hatte eine Mischform aus Alzheimer und vaskulärer Demenz. Bei den 6 Personen ohne ärztliche Demenzdiagnose lag überwiegend der Verdacht auf eine Alzheimer Demenz vor.

In den 13 Familien waren 15 Hauptversorgungs- bzw. Pflegepersonen aktiv: In 11 Familien gab es jeweils 1 Hauptversorgungsperson, in 2 Familien teilten sich je 2 Personen die Sorgeverantwortung gleichberechtigt. Die Hauptversorgungspersonen waren 8 Ehefrauen sowie 4 Töchter, 2 Schwiegertöchter und 1 Sohn. Die Ehefrauen waren im Durchschnitt 77 Jahre alt (Altersbereich: 62-83 Jahre), die (Schwieger-)Kinder waren im Durchschnitt 57,7 Jahre alt (Altersbereich: 47-66 Jahre).

##### *Demenzbedingte Problemlagen*

Die von den Fachberaterinnen erhobenen Problemlagen reichten von psychischer und physischer Be- und Überlastung bis hin zu Erschöpfungszuständen. Durch mangelndes Wissen über die Erkrankung kam es häufig zu Kommunikationsproblemen zwischen Angehörigen und Menschen mit Demenz, was wiederum herausfordernde Verhaltensweisen des Menschen mit Demenz provozierte oder verstärkte. Einige Angehörige waren sich zu Beginn der Hilfe ihrer eigenen Überlastung zum Teil gar nicht bewusst oder verharren in der Opferrolle. Auch von Gewalterfahrungen im Pflege- und Betreuungssetting wurde berichtet.

## 5. Beschreibung der Intervention SABD-Fam anhand des „logischen Modells“

Im Rahmen der Prozessevaluation des DZNE wurde ein sogenanntes „Logisches Modell“ (Darstellung der einzelnen Schritte und ihrer Auswirkungen der Handlungsstrategie innerhalb des Projekts) im Rahmen eines Workshops entwickelt. Das logische Modell beschreibt die Intervention im Detail und definiert zugleich die mit der Intervention angestrebten Ziele sowie die Rahmenbedingungen, unter denen die Umsetzung erfolgt. Das logische Modell zu SABD-Fam wurde gegen Ende des Projektes in einem zweiten Workshop evaluiert und aufgrund der Erfahrungen aus der Praxis im Projektverlauf angepasst. Mittels des logischen Modells konnte herausgearbeitet werden, dass die Intervention SABD-Fam aus drei Kernelementen besteht: 1. Versorgungsarrangement; 2. Qualifizierung und Ressourcen der Fachberaterinnen und 3. Vernetzung der verschiedenen Akteure im Versorgungssystem.



Grafik: (Elemente eines logischen Modells. Darstellung des DZNE e.V. basierend auf: W.K. Kellogg Foundation (2004). Logic Model Development Guide. Michigan.

### 5.1 Kernelement: Versorgungsarrangement

Das Versorgungsarrangement besteht zum einen aus der spezialisierten, kontinuierlichen oder auch intensiven Begleitung und Beratung und zum anderen aus den einrichtungsbezogenen und interdisziplinären Fallbesprechungen.

#### 5.1.1 Spezialisierte, kontinuierliche Begleitung und Beratung und Fallbesprechungen

##### *Spezialisierte kontinuierlich und intensive Begleitung und Beratung*

Mit dem Durchführen der auf das Krankheitsbild Demenz spezialisierten Begleitung und Beratung durch die Fachberaterinnen Demenz wurde erprobt, wie solch eine Begleitung und Beratung inhaltlich und organisatorisch gestaltet sein muss, um den größtmöglichen Nutzen für den Betroffenen und die Familie zu erreichen. Dabei galt es Kriterien zu erarbeiten, die auf unterschiedliche Familienkonstellationen und Stadien im Krankheitsverlauf anwendbar sind. Eine wichtige Rolle spielte auch die Bereitschaft der Familien, Hilfe zuzulassen. Entsprechend unterschiedlich gestaltet sich auch der Zeitaufwand für die einzelnen

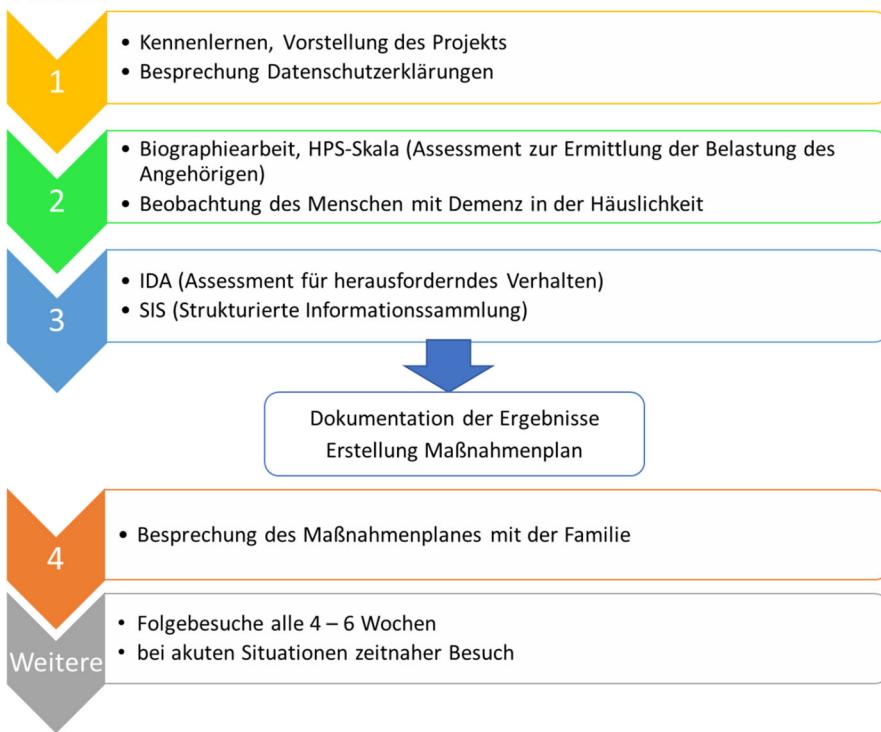
Begleitungen. Trotz der Unterschiedlichkeit der Fälle und der damit verbundenen Fragestellungen und Beratungsbedarfe konnte eine durchgängige Struktur im Ablauf der Begleitung herausgearbeitet werden (vgl. Abbildung, Seite 7). Methodisch bedienten sich die Fachberaterinnen Demenz der klientenzentrierten Beratung, um Vertrauen aufzubauen und Empathie zu vermitteln und so den Angehörigen die Beschreibung ihrer Problemlage (z.B. herausforderndes Verhalten des Angehörigen) zu erleichtern und gemeinsam im Gespräch Lösungsansätze zu erarbeiten. Um sich ein umfassendes Bild vom Menschen mit Demenz und seiner Familie zu machen, wendeten sie verschiedene Assessmentinstrumente an. Zunächst aber fand das Kennenlernen der Familien mit Vorstellung des Projektes und Klärung der Formalia statt. Ziel war es, von Anfang an ein Vertrauensverhältnis zur Familie aufzubauen, damit diese sich im Verlauf der Begleitung den Fachberaterinnen Demenz gegenüber öffnen und Ihre Probleme verbalisieren konnten. Der Vertrauensaufbau mit den Familien brauchte Zeit, war aber von zentraler Bedeutung für den Erfolg der Beratung und Begleitung.

In den weiteren Terminen wurden Daten zur Biografie des Menschen mit Demenz erhoben und mittels eines Assessmentinstruments (Häusliche Pflege Skala; HPS) die Belastung der Angehörigen erfasst. Ergänzt wurde diese Informationssammlung durch die Beobachtung des Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit und einem weiteren Assessment (Innovatives demenzorientiertes Assessmentsystem; IdA). Auf der Grundlage dieser ausführlichen Informationssammlung erstellten die Fachberaterinnen einen Maßnahmenplan, der mit den Familien besprochen wurde.

Um die Kontinuität und Stabilität der Beziehung zu gewährleisten, wurden bestimmte Mindestabstände für Besuche eingehalten. Diese regelmäßigen Kontakte sind entscheidend, um sicherzustellen, dass die getroffenen Maßnahmen fortlaufend überprüft und bei Bedarf angepasst werden können.

Eine intensive Begleitung mit zusätzlichen Besuchen wurde erforderlich, wenn bei der Aufnahme größere Herausforderungen bestanden oder wenn im Verlauf der kontinuierlichen Begleitung neue Schwierigkeiten auftraten. Bei besonders komplexen Fällen wurde eine vertiefte interdisziplinäre Fallbesprechung im Fachteam Demenz durchgeführt.

**Besuche**



Grafik: Ablauf der spezialisierten Begleitung (Darstellung von Frau Dr. Doris Arnold; HWG Ludwigshafen)

**Einrichtungsbezogene Fallbesprechungen**

Eine Intervention, die erst im Projektverlauf als solche entwickelt wurde, waren die sogenannten „Café Malta“- und „Touren Fallbesprechungen“.

Die Fachberaterinnen Demenz führten strukturierte Fallbesprechungen mit ihren hauptamtlichen Kolleginnen und Kollegen im Pflegedienst und den ehrenamtlichen Kolleginnen und Kollegen im Demenzdienst bzw. Café Malta durch.

Durch die Methode der Fallbesprechungen konnten beispielweise Ursachen für das herausfordernde Verhalten eines Menschen mit Demenz besser verstanden und konstruktive Lösungen für konkrete Probleme, mit denen die Mitarbeitenden des jeweiligen Teams konfrontiert waren, gefunden werden. Durch den gemeinsamen Austausch und Blick auf den jeweiligen Fall konnten die Mitarbeitenden des jeweiligen Teams und die Fachberaterin Demenz mehr Wissen zum Fall gewinnen und das Fallverständen erhöhen. Die gewonnenen Erkenntnisse konnten dann direkt in der praktischen Pflege und Betreuung umgesetzt werden. Von daher stellte die Einführung der Methode der Fallbesprechung auch eine Fortbildung der Mitarbeitenden dar und trug zur Verbesserung der Qualität der Pflege und Betreuung in den jeweiligen Diensten bei. Die Umsetzungsmöglichkeiten der einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen unterschieden sich jedoch zwischen Pflegedienst und Café-Malta. Im Café-Malta konnte die Fachberaterin als Leitungskraft eigenständig über den Zeitaufwand entscheiden. Im Pflegedienst waren die Spielräume enger, da hier der

wirtschaftliche Druck noch höher war und die Mitarbeitenden eng in Dienstpläne eingebunden waren.

### ***Interdisziplinäre Fallbesprechungen***

Durch die Vernetzung zur Geriatrie des Ostalb-Klinikums konnten die Chefärztein und eine Sozialarbeiterin der dortigen Geriatrie für das Fachteam Demenz zur Durchführung der interdisziplinären Fallbesprechungen gewonnen werden. Das Team wurde nach längerer Suche noch durch einen niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeut ergänzt, um die psychologische Sichtweise auf das Gesamtfamiliensystem miteinzubeziehen.

Wie auch bei den Café Malta- und Touren-Fallbesprechungen gab es ein strukturiertes und standardisiertes Vorgehen in der Analyse des jeweiligen Falles. Die Besprechung wurde moderiert, Wissen und Informationen über den Fall zusammengetragen und aus den verschiedenen fachlichen Blickwinkeln bewertet. Schließlich wurde eine sogenannte „Verstehenshypothese“ gebildet. Diese diente dazu ein vertieftes Fallverständnis zu entwickeln, um beispielsweise die Entstehung und Bedeutung von herausfordernden Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz oder auch das Verhalten weiterer Familienmitglieder zu erklären. Auf dieser Grundlage ließen sich dann Maßnahmen für das weitere Vorgehen im Kontext der Betreuung und Pflege in der Familie ableiten. Im Verlauf der Begleitung muss die Verstehenshypothese und die davon abgeleiteten Maßnahmen und Handlungsempfehlungen immer wieder überprüft und ggf. auch korrigiert werden. Der große Gewinn der interdisziplinären Fallbesprechungen ist der Blick auf den Betroffenen und die Familie aus unterschiedlichen fachlichen Perspektiven. Die erste Fallbesprechung wurde zunächst mittels eines fiktiven Falls als Probefallbesprechung durchgeführt. Die weiteren Fallbesprechungen fanden in hybrider Form statt, da nicht alle Expertinnen und Experten die Möglichkeit hatten immer vor Ort anwesend zu sein.

#### **5.1.2 Kernelement: Qualifizierung und Ressourcen der Fachberaterinnen**

Um die Betroffenen bzw. deren Familien fachgerecht beraten zu können absolvierte jeweils eine Fachkraft aus dem Malteser Pflegedienst und eine Fachkraft aus der Betreuungsgruppe für Menschen mit Demenz (Café Malta) den Zertifikatskurs „Versorgungsstrategien und psychosoziale Unterstützung für ein Leben mit Demenz zu Hause“, der von der HWG Ludwigshafen in Kooperation mit den Maltesern angeboten wurde. Der Kurs vermittelte vertieftes pflegewissenschaftliches und interdisziplinäres Wissen zu Demenz auf der Grundlage des „Expertenstandard Demenz“. Weitere Schwerpunkte waren Assessmentverfahren und verstehende Diagnostik sowie die Implementierung und Durchführung von Fallbesprechungen. Im Hinblick auf das Umfeld von Menschen mit Demenz stand das Thema der familialen Pflege von Menschen mit Demenz, sowie Konzepte und Unterstützungs- und Versorgungsangebote für Menschen mit Demenz und ihre

Angehörigen sowie anwendungsorientiertes Wissen zu Beratungsmethoden im Fokus. Die beiden Fachkräfte schlossen den Kurs erfolgreich mit dem Titel „Fachberaterin Demenz“ ab. Die Qualifizierung stellt eine wichtige Grundlage für eine umfassende, professionelle und bedarfsgerechte Betreuung von Menschen mit Demenz und ihren Familien dar.

Neben einer fundierten Qualifizierung zum Thema Demenz spielten auch die zur Verfügung gestellten zeitlichen Ressourcen der Fachberaterinnen Demenz innerhalb ihrer sonstigen Tätigkeiten in den jeweiligen Diensten eine entscheidende Rolle. Um die kontinuierliche Begleitung und Beratung durchzuführen, bedurfte es zusätzlicher Zeitressourcen. Dies zum einen für die durchgeführten Beratungen und Begleitungen inklusive Fahrtwege. Zum anderen aber auch für die Vor- und Nachbereitung und Dokumentation der Begleitungen, Organisation weiterführender Hilfen, Vernetzung mit andern Helfersystemen und die Durchführung der einrichtungsbezogenen und interdisziplinären Fallbesprechungen.

### 5.1.3 Kernelement Vernetzung der Akteure im Versorgungssystem

Sowohl für die Durchführung der interdisziplinären Fallbesprechungen als auch für die Organisation weiterführender Hilfen (z.B. Tagespflege, Facharzt) für die Familien bedurfte es einer guten Vernetzung der Fachberaterinnen mit weiteren Akteuren im ambulanten und stationären lokalen Versorgungssystem. Besonders in den interdisziplinären Fallbesprechungen konnte eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit erreicht werden.

## 6. Hindernisse im Projektverlauf

Die späte Genehmigung des Ethikantrags verzögerte den Start der Nutzerinnen- und Nutzerakquise (Menschen mit Demenz und ihre Familien), ermöglichte jedoch eine gründliche konzeptionelle Vorbereitung. Trotz intensiver Bemühungen konnte keine Vertreterin bzw. Vertreter der Kranken- bzw. Pflegekassen für die Mitarbeit in der AG Refinanzierung gewonnen werden. Die geplante AG Vernetzung konnte im Projektverlauf nicht mehr konstituiert werden, jedoch fanden außerhalb des formalen Rahmens zahlreiche Netzwerkkontakte statt. Ein Mensch mit Demenz, der als Experte aus Erfahrung in das Projekt eingebunden werden sollte, konnte im Projektzeitraum nicht gewonnen werden. Die Perspektiven von Menschen mit Demenz konnte jedoch durch persönliche Interviews einbezogen werden.

## 7. Erfolge im Projektverlauf

Die spezialisierte Beratung und Begleitung von SABD-Fam wurde von den begleiteten Familien sehr gut angenommen. Die Angehörigen waren dankbar, dass ihnen „endlich“ jemand zuhörte und sich um sie „kümmerte“.

Die Mitarbeitenden in den Diensten profitierten nicht nur fachlich, sondern auch persönlich von den einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen. Auch sie fühlten sich gehört und respektiert, was sie wiederum für ihre Arbeit stärkte.

In der lokalen Fachwelt und bei Kooperationspartnern stieß und stößt das Projekt nach wie vor auf großes Interesse als wertvolle und notwendige Ergänzung der bestehenden Versorgungsstrukturen vor Ort.

## 8. Projektstimmen

Die Fachberaterinnen Demenz, Martina Felber und Heike Dauser berichteten, dass Angehörigen und auch den ehrenamtlichen Demenzbegleitenden im Café Malta aufgefallen sei, dass ihre an demenzerkrankten Angehörigen entspannter sind. O-Ton: „Frau K. ist, seit sie bei SABD Fam aufgenommen wurde, völlig entspannt, echt krass.“

Martina Felber (Fachberaterin Demenz): „Es macht mich stolz, dass ich gehört wurde und die Dinge, die ich vorgeschlagen habe, angenommen und umgesetzt wurden. (...) Das Projekt SABD Fam hat mir das Wissen, Handwerkszeug gegeben, besser an die Familien heranzukommen, Leid zu lindern, einen würdevollen Umgang zu schaffen und ein längeres Bleiben in der Familie zu ermöglichen. Aber auch die Entscheidung zur stationären Aufnahme zu erleichtern. Eine sehr schöne Aufgabe und Erfahrung.“

## 9. Projektergebnisse

Die Idee einer spezialisierten Hilfe für Menschen mit Demenz und ihre Familien konnte in Form einer komplexen Intervention beschrieben und erprobt werden.

Im Projektverlauf wurde die Intervention mittels PDC-Zyklen, ausdifferenziert und angepasst. Durch die Intervention konnte ein (subjektiver) Nutzen und Mehrwert für die Betroffenen erreicht werden.

### 9.1 Beschreibung der Intervention

Anhand des logischen Modells konnte beschrieben werden, was genau die Intervention „SABD-Fam“ beinhaltet und welche Prozesse und Rahmenbedingungen zur Realisierung notwendig sind (vgl. Kapitel 5: Beschreibung der Intervention SABD-Fam anhand des „logischen Modells“).

### 9.2 Weiterentwicklung und Differenzierung der Intervention

Im Projektverlauf kam es zu einer Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung der ursprünglich angedachten Intervention.

So wurde innerhalb der Begleitung zwischen der „kontinuierlichen“ Begleitung und einer „intensiven Begleitung“ unterschieden. Die Art der Begleitung ist von den Erfordernissen des jeweiligen Falls abhängig.

Im Verlauf des Projektes zeigte sich, dass neben den geplanten interdisziplinären Fallbesprechungen auch einrichtungsbezogene Fallbesprechungen, sowohl im Pflegedienst als auch im Demenzdienst, sehr hilfreich sind. Daher wurden zusätzlich zu den interdisziplinären Fallbesprechungen auch die sog. „Café Malta- und Touren-Fallbesprechungen“ initiiert. Diese sollten das Wissen und die Expertise der jeweiligen

Mitarbeitenden im Pflegedienst bzw. der Ehrenamtlichen in der Betreuungsgruppe „Café Malta“ zusammentragen, um einen Fall genauer zu analysieren und Lösungsansätze für die Pflege und Betreuung zu entwickeln.

### 9.3 Generierung eines Mehrwertes für die Betroffenen

Eines der wichtigsten Ergebnisse des Projektes ist es, dass mittels der Intervention SABD-Fam ein Mehrwert und eine Verbesserung der Lebenssituation für die Betroffenen erreicht werden konnte, wie erste Ergebnisse der Prozessevaluation zeigten. So fühlten sich pflegende Angehörige gehört, unterstützt und besser informiert und hatten ein besseres Verständnis für schwierige Verhaltensweisen. Außerdem konnten Übergänge (z. B. in die Langzeitpflege) leichter akzeptiert werden.

Subjektiv wurde eine Stabilisierung von Pflegesituationen und positive Auswirkungen auf die Stärkung der Familie wahrgenommen. Bei fast allen Familien erfolgte im Verlauf von SABD-Fam eine deutliche Ausweitung von professioneller Unterstützung bei der praktischen Pflegtätigkeit der Angehörigen durch die Erhöhung des Umfangs oder die Neu-Installation von Angeboten wie Pflegedienst oder Tagespflege. Hierdurch kam es zu einer Entlastung bei der praktischen Pflege. Daneben gaben fast alle befragten Angehörigen an, eine emotionale/psychische Entlastung durch den Einsatz von SABD-Fam erfahren zu haben.

## 10. Fazit und Ausblick

SABD-Fam hatte das Ziel, häusliche Versorgungsarrangements von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zu stabilisieren und die vernetzte Inanspruchnahme von passgenauen Versorgungsleistungen für die Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen zu verbessern. Erreicht werden sollte dies durch einen intensiven Begleitungs- und Beratungsansatz. Durch die Entwicklung und Erprobung von SABD-Fam konnten diese Ziele für die begleiteten Familien erreicht werden. Es ist gelungen, eine qualitativ hochwertige Beratungs- und Unterstützungsleistung für Menschen mit Demenz und deren Familien zu entwickeln und zu erproben, die einen echten Mehrwert für diese schafft. Die Intervention erfüllt einen realen Bedarf der Familien, indem sie Lücken in der Unterstützung der Familie, der Kontinuität der Beratung und der Koordination der Fachkräfte schließt. Auch nach Projektende werden die Familien weiter betreut. Finanziert wird dies aus Eigenmitteln der Malteser.

Der nächste Schritt ist nun, die noch offenen Fragen nach der Möglichkeit einer dauerhaften Verfestigung von SABD-Fam, z.B. angedockt an Pflegedienste, Angebote zur Unterstützung und Entlastung im Alltag oder andere Versorgungseinrichtungen zu beantworten.

Dies wiederum ist eng mit dem Thema der Refinanzierung verbunden. Idealerweise sollte SABD-Fam eine abrechenbare Leistung im Katalog der Kranken- oder Pflegekassen werden. Um in diese Richtung weiter zu verfolgen, könnte in möglichen Folgeprojekten die Wirksamkeit einer Intervention wie SABD-Fam dargestellt werden, um im Rahmen dessen

Entscheidungs- und Kostenträger gezielt auf die bestehende Finanzierungslücke einer spezialisierten Begleitung für Menschen mit Demenz aufmerksam zu machen. Daher ist von Seiten der Malteser die Bewerbung für ein Folgeprojekt auf Landesebene in Baden-Württemberg (§ 123 SGB XI Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier) und auf Bundesebene (Innovationsfond des gemeinsamen Bundesausschusses) geplant.

Für einen vertieften Einblick in den Projektverlauf und die Evaluationsergebnisse des Modellprojektes SABD-Fam sei auf die wissenschaftlichen Abschlussberichte der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen (Frau Dr. Doris Arnold) und dem Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V., Standort Witten (Dr. Bernhard Holle) verwiesen.

Wir danken der Veronika-Stiftung (Rottenburg) für die großzügige Förderung unseres Modellprojektes.

*Köln, Juni 2025, Malteser Fachstelle Demenz, Nina Basteck (Leiterin)*