

Endbericht zur Verbreitung der Projekterfahrungen und Ergebnisse

Projektnummer	3270
Projekttitel	Frühe Hilfe bei Demenz
Projektträger/in	Caritas der Erzdiözese Wien (Caritasverband) gemeinn.GmbH
Projektlaufzeit, Projektdauer in Monaten	01.11.2021-30.04.2023, 18 Monate
Schwerpunktzielgruppe/n	Menschen mit Demenz und ihre An- und Zugehörigen
Erreichte Zielgruppengröße	1500 Personen
Zentrale Kooperationspartner/innen	Verein „ProMenz“; Kardinal König Haus; Gerontopsychiatrisches Zentrum Wien, AKH Wien Demenzambulanz, Bezirkspolitik Wien 8/9, Wien 13, Wr. Neustadt
Autoren/Autorinnen	Mag. (FH) Norbert Partl, MSc
Emailadresse/n Ansprechpartner/innen	norbert.partl@caritas-wien.at
Weblink/Homepage	www.caritas-wien.at
Datum	27.07.2023

1. Kurzzusammenfassung

Frühe Hilfe bei Demenz - Wohnortnahe Unterstützung von Menschen mit Demenz und deren An- und Zugehörigen vor und nach Demenzdiagnose.

Das Projekt verfolgte das Ziel, durch ein regionales „Kommunikationsdreieck“ die Gesundheitssituation von Menschen mit erhöhter Vergesslichkeit bzw. einer demenziellen Beeinträchtigung und deren An- und Zugehöriger zu verbessern. Partner*innen im „Kommunikationsdreieck“ waren regionale politische Verantwortungsträger*innen, Anbieter*innen niederschwelliger Begleitangeboten für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen sowie Ärzt*innen bzw. Ambulanzen, die entsprechende Diagnostik anbieten.

Projektregionen waren Wien 8/9, Wien 13 sowie die Statutarstadt Wr.Neustadt. Dort konnte jeweils auf Vorarbeiten in Bezug auf „Demenzfreundlichkeit“ der Kommunen zurückgegriffen werden. Als Zeitrahmen waren 18 Monate definiert, letztlich konnte im November 2021 gestartet werden.

Die Verdichtung des pflegerisch-psychosozialen Netzes in den Pilotregionen erfolgte durch Maßnahmen wie Informationstage, Workshops, Flyer, Kontakt(versuche) mit Ärzt*innen etc..

Besonders gelungen ist die Involvierung Betroffener in den gemeinsamen Workshops mit ProMenz, die auch mit spezifischen Zielgruppen, wie Schulklassen, Bezirkspolitiker*innen oder Kontaktbesuchsmitarbeiter*innen abgehalten wurden.

Versuche Ärzt*innen zu involvieren sind, wie auch Freiwillige zu gewinnen und durch Schulung zu qualifizieren, quantitativ weit unter den Erwartungen geblieben.

Als Resümee bleibt, die Arbeit an der Entstigmatisierung der Demenzerkrankung ist auf regionaler Ebene notwendig und sinnvoll. Netzwerke im Sinn „demenzfreundlicher“ Bezirke oder Städte benötigen dazu entsprechende Ressourcen (z.B. um Workshops wie die oben erwähnten auszurichten). Um Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen eine adäquate Unterstützung zu bieten, braucht es darüber hinaus niederschwellige psychosoziale Angebote und eine entsprechende individuelle (Hin-)Begleitung nach der Diagnose.

Die Caritas Wien wird hier mit den medizinischen Kooperationspartner*innen ein Folgeprojekt „Diagnosebegleitung-Linkworking“ mit Unterstützung des BM für Gesundheit, Soziales und Pflege durchführen.

2. Projektkonzept

Vorgeschichte

Durch Mitarbeit im Rahmen der Österreichischen Demenzstrategie und in der Plattform "Demenzfreundliches Wien" ist der Projektträger gut mit der Grundlagenarbeit und der Praxis bezüglich der Weiterentwicklung einer Entstigmatisierung und Unterstützung von

Menschen mit Demenz vertraut. Im Rahmen der Projekte Treffpunkt Zeitreise (FGÖ-PN 2588) und Freizeitbuddies bei Demenz (FGÖ-PN 2881) konnte festgestellt werden, dass es an wohnortnaher Unterstützung und an gutem Miteinander zwischen diagnostizierenden medizinischen Einrichtungen und niederschweligen Hilfeangeboten für Menschen mit Demenz und deren An- und Zugehörige mangelt.

Gemeinsam mit den Vernetzungspartnern PROMENZ und dem Kardinal König Haus entstand so die Projektidee modellhaft zu erproben, wie hier Abhilfe geschaffen werden kann.

Problemstellung

In Österreich leben aktuell mindestens 130.000 Menschen mit einer Form von demenzieller Beeinträchtigung. Aufgrund eines kontinuierlichen Altersanstiegs in der Bevölkerung wird sich dieser Anteil jedoch bis zum Jahr 2050 verdoppeln [1]. Auch wenn bezüglich der angestrebten Projektregionen (die Statutarstadt Wr. Neustadt, Wien 8/9, Wien 13) keine Prävalenzdaten vorliegen, kann von einem entsprechenden Anteil (ca. 1,5 % der Bevölkerung) demenziell beeinträchtigter Menschen ausgegangen werden. Auf Grundlage der Studie zur Angehörigenpflege in Österreich [2], die etwa doppelt so viele familiäre Betreuungspersonen als Betroffene (Pflegegeldbezieher*innen) ortet, kann von weiteren ca. 3 % der jeweiligen Einwohner*innenzahl angenommen werden, dass sie durch die Demenzerkrankung eines Angehörigen vor größeren Herausforderungen stehen bzw. dadurch selbst in ihrer Gesundheit gefährdet sind

Im Rahmen der Österreichischen Demenzstrategie [1] wurden wesentliche Ziele definiert und Maßnahmen vorgeschlagen, um für Menschen mit Demenz und ihre An- und Zugehörigen Selbstbestimmung, gesellschaftliche Teilhabemöglichkeiten und passende Unterstützung zu sichern. Es sind diese Gesundheitsdeterminanten auf die das Projekt letztlich abzielt und einer Gruppe zu erhöhter Chancengerechtigkeit verhelfen will, die meist sowohl durch das Alter als auch durch die demenzielle Erkrankung der Gefahr von Stigmatisierung ausgesetzt ist.

Aufbauend auf die Österreichische Demenzstrategie hält die Taskforce Pflege im Rahmen des österreichischen Pflegereformprozesses [4] unter anderem fest: „Durch frühe Erkennung und früh einsetzende soziale, psychologische, nicht-medikamentöse oder medikamentöse Unterstützung kann der Fortschritt der Demenz verlangsamt werden bzw. können Betroffene lernen, mit den Veränderungen besser zu leben. Damit kann es den Betroffenen ermöglicht werden, länger selbstständig zu leben.“ (M. 35 Psychosoziale Unterstützungsangebote leistbar anbieten) Gleichzeitig skizziert die Taskforce in Ansätzen, wie das dazu nötige Gesundheitswissen in der Gesellschaft und praktische Hilfestellungen umgesetzt werden könnten: „Bewusstsein für die Relevanz einer sorgenden Gemeinschaft wird geschaffen. Es entstehen Begegnungs- und Lernräume, in diesen wird auf die Diversität der Lebenslagen und Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen und deren Angehöriger eingegangen. Professionelle Kräfte (Gesundheits- und Freiwilligenkoordinatorinnen/-koordinatoren) übernehmen Verantwortung für die Organisation der unterstützenden Dienste und für die Koordination der Angehörigen und Ehrenamtlichen. Dazu werden Strukturen, Qualitätsstandards und entsprechende Ausbildungen geschaffen, erweitert und gestärkt aber auch z. B. das Bürgerservice in Gemeinden sowie lokale Einrichtungen am Land für Tagesbetreuung und gemeinschaftliche Aktivitäten. Eine effektive Vernetzung (mit allen relevanten Netzwerken, Einrichtungen, Organisationen, Institutionen, Vereinen usw.) wird unterstützt und die Verbreitung der Informationen

darüber gefördert.“ (M. 13 Entwicklung von gemeinwesenorientierten Angeboten im Sinne von Caring Communities / Sorgenetzwerken / Nachbarschaftshilfe)

Projektsetting und Ausgangslage in den Projektregionen

Das Projekt möchte auf kommunale, zivilgesellschaftliche Strukturen sowie auf das öffentliche Gesundheitssystem aufbauen und deren Zusammenarbeit stärken. Bewusst wurden Projektregionen sowohl in der Stadt Wien als auch in Niederösterreich ausgewählt, um breiter Erfahrung sammeln zu können. Angedacht sind die Wiener Bezirke 8/9 als eine Region, Wien 13 als eine weitere sowie die Statutarstadt Wr. Neustadt. Dort kann jeweils auf Vorarbeiten in Bezug auf „Demenzfreundlichkeit“ der Kommunen zurückgegriffen werden.

Bei Auswahl der Projektregionen wurde darauf geachtet, dass bei den kommunalen politischen Verantwortlichen Bereitschaft besteht, das Projekt jedenfalls durch Öffentlichkeitsarbeit zu unterstützen. In den Projektregionen sollten außerdem bereits psychosoziale Angebote vorliegen, auf die Betroffene hingewiesen werden können. (Cafe Zeitreise Josefstadt; Angehörigengruppen in Wien 8 Strozsigasse; PROMENZ-Gruppe und Angehörigengruppe im Kardinal König Haus in Wien 13; Verein Lichtblick, Cafe Zeitreise in Wr. Neustadt.) Die Bezirks-Kombination Wien 8/9 ist vor allem darin begründet, dass Wien 9 zu den Bezirken zählt, in denen bereits seit mehreren Jahren eine Vernetzungsplattform "demenzfreundlicher Bezirk" besteht und mit dem AKH Wien bezüglich Diagnose kooperiert werden kann. In Wien 13 besteht auch eine Vernetzungsplattform unter dem Titel "Miteinander im demenzfreundlichen Hietzing", die den Ansatz der "wohnortnahen Unterstützung" bereits z.B. durch eine gut gestaltete Homepage umzusetzen versucht (<https://www.demenzfreundlich.at/1130/>). In Wiener Neustadt wurden im letzten Jahr durch das Projekt „Eine Bibliothek für Alle - die demenzfreundliche Bibliothek Wiener Neustadt“ Impulse für kommunale Awareness bezüglich Demenz gesetzt, auf die aufgebaut werden kann. Auch gab es bereits 2015 einen Folder der Stadt mit allen Demenzangeboten, sodass auch die Stadt auf frühere eigene Ansätze hingewiesen werden kann. Eingebunden werden soll auch das NÖ Demenzservice mit der monatlichen Sprechstunde in Wiener Neustadt.

Unterschiedlich ist die Situation bezüglich dem Diagnoseangebot. In 8/9 ist wie erwähnt die entsprechende Ambulanz im AKH kooperationsbereit. Bezüglich dem Krankenhaus Hietzing konnte noch nicht geklärt werden, inwiefern hier eine Kooperation möglich ist. In Wien ist das Gerontopsychiatrische Zentrum bereit, bezüglich der psychosozialen Angebote in den Projektbezirken zu kooperieren (und steht zur Diagnosestellung zur Verfügung, wo im Bezirk keine gute Möglichkeit gefunden wird). In Wr. Neustadt gibt es im Krankenhaus keine entsprechende Ambulanz. Jedenfalls ein niedergelassener Neurologe hat eine Kooperation zugesagt.

Zur Situation der Menschen mit Demenz und der Angehörigen gilt auch für diese Regionen, dass der Zugang zur Hilfe von Hürden geprägt ist. Zum einen bedeutet die Angst vor der Erkrankung und der Stigmatisierungseffekt der Diagnose eine Schwelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Zudem ist die Informationsbeschaffung auf Grund des "zerklüfteten" medizinischen und psychosozialen Angebotes schwierig. In Wien gibt es im Vergleich zu anderen Bundesländern viel Angebot, jedoch durch Informations- und Mobilitätshürden eine geringe Inanspruchnahme (in den frühen Stadien der Erkrankung). In Wr.

Neustadt fällt bei den psychosozialen Angeboten auf, dass diese bisher kaum von Menschen aus Wr. Neustadt (sondern aus der Umgebung) genutzt werden.

Ziel des Projekts ist ein funktionierendes regionales „Kommunikationsdreieck“ von kommunalen Verantwortungsträger*innen, Anbieter*innen niederschwelliger Begleitangeboten für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen sowie Ärzt*innen bzw. Ambulanzen die Diagnostik hinsichtlich demenzieller Erkrankungen anzubieten.

Aus der Erfahrung bisheriger Projekte lässt sich ableiten, dass diese Partner*innen im Setting jeweils einen Zugang zu Teilen der Zielgruppe haben. Angenommen wird, dass sich dieser Zugang durch verstärkte Zusammenarbeit nochmals erhöht bzw. der Zugang zu bisher nicht genutzten Angeboten erleichtert wird. Vor allem bereits von Isolation oder Einsamkeit betroffene Menschen aus der Zielgruppe bzw. jene, denen Informationsbeschaffung schwerfällt, sollen durch die Regionalität des Angebots und Verbreitung über formelle und informelle Netzwerke verbessert erreicht werden.

Eine wesentliche angestrebte Veränderung im Setting ist neben der verbesserten Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen und Personen, die gleichzeitig in den Regionen nochmals erhöhte Sensibilität für die Lebenssituation der Menschen mit Demenz und damit auch eine Entstigmatisierung dieser Gruppe.

Zielgruppen des Projekts

Das Projekt „Frühe Hilfen bei Demenz“ fördert die Gesundheit und die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit demenzieller Erkrankung, die zu Hause wohnen.

Direkte Zielgruppe sind Frauen und Männer mit erhöhter Vergesslichkeit bzw. anderen demenziellen Symptomen, die Unterstützung bezüglich der Krankheitsbewältigung und/oder der gesellschaftlichen Teilhabe benötigen. Ebenfalls zur primären Zielgruppe zählen An- und Zugehörige dieser Personengruppe, da sie oftmals mit der für sie neuen Lebenssituation überfordert sind bzw. ebenfalls unter eingeschränkten Teilhabemöglichkeiten leiden.

Durch den regionalen Ansatz, durch kostenlose Unterstützungsangebote und die Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitssystem sollen auch benachteiligte Personengruppen (niederes Einkommen, Migrationshintergrund, alleine lebende ältere Personen) angesprochen werden. Bei den An- und Zugehörigen wird von einem hohen Frauenanteil ausgegangen, wodurch auch mit 70% weiblichem Anteil bei der erreichten Primärzielgruppe gerechnet wird.

Eine weitere Zielgruppe im Projekt stellen freiwillige Mitarbeiter*innen dar, die (zumindest vorläufig so bezeichnet) als "Demenzwegbegleiter*innen" zur gesellschaftlichen Integration von Menschen mit Demenz und auch von belasteten Angehörigen dieser Gruppe dienen sollen. Es sind dies Personen die bereit sind, sich notwendiges Wissen rund um das Thema Demenz anzueignen und zeitliche Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

Eine weitere wichtige Zielgruppe stellen Ärzt*innen dar, welche die Diagnostik und medizinische Hilfestellungen bieten und gleichzeitig Vermittlungsarbeit zu niederschwelligen Unterstützungsangeboten für die Primärzielgruppe leisten

Indirekte Zielgruppe im Projekt sind Institutionen in den Projektregionen, die entweder bereits Kontakte zur Hauptzielgruppe aufweisen oder bereit sind ihr Angebot für die Hauptzielgruppe attraktiver als bisher zu gestalten (etwa Kultureinrichtungen oder Bildungseinrichtungen die spezifische bzw. integrative Programme anbieten).

In den Projektregionen bestehen bereits Initiativen zu "Demenzfreundlichen Kommunen", in deren Rahmen auch Bedarfe und Interessen der Hauptzielgruppe erhoben wurden. Auf diese kann aufgebaut werden bzw. können über diese Kontakte Vertreter*innen der Zielgruppe zur Mitarbeit in der Projektstruktur eingeladen werden.

Projektziele

Übergeordnetes Ziel des Projekts ist, die Gesundheitssituation von Menschen mit erhöhter Vergesslichkeit bzw. einer demenziellen Beeinträchtigung und deren An- und Zugehöriger in Österreich zu verbessern. Dies gilt zunächst für die ausgewählten Projektregionen.

Durch Evaluation und Know-how-Transfer tragen die Ergebnisse zur entsprechenden Weiterentwicklung bzw. Umsetzung der Österreichischen Demenzstrategie bei.

Ziel und Methodik gleichzeitig ist die Verbesserung des „Kommunikationsdreiecks“ zwischen kommunalen Stakeholdern in den Projektregionen, medizinisch-diagnostischen bzw. therapeutischen Einrichtungen sowie niederschweligen psychosozialen Angeboten für die Hauptzielgruppen.

Weiteres Ziel ist eine Entstigmatisierung der gesellschaftlich isolierten Menschen mit Demenz in den Projektregionen durch entsprechende Awarenessarbeit.

Mit der Bewusstseinsarbeit bezüglich einer veränderten Einstellung der Bürger*innen zur Zielgruppe sowie die Stärkung der lokalen Netzwerke zugunsten der Hauptzielgruppen werden nachhaltige Verbesserungen in der Gesundheitsförderung angestrebt.

Durch individuelle Unterstützung und Netzwerkarbeit auf der einen Seite, durch Wissenstransfer und Wertearbeit bezüglich der Demenzerkrankung auf der anderen Seite, zielt das Projekt auf eine Kombination relevanter Gesundheitsfaktoren ab.

3. Projektdurchführung

Projektaufbau und Strukturen

Im ersten Projektquartal wurde intensiv an einer Einbindung der lokalen Politik bzw. öffentlichen Verwaltung gearbeitet. Wobei es auch den Auftrag des FGÖ gab, finanzielle Mittel für das Projekt zu generieren. In Wiener Neustadt wurde zu Beginn hauptsächlich mit dem Büroleiter des Bürgermeisters kommuniziert. Letztlich wurden hier sowohl die finanziellen Erwartungen (€ 5.000,- Projektzuschuss, Tragen von Werbekosten) als auch die personelle Beteiligung (Gesundheitsstadträtin und Mitarbeiterin aus dem Bürgermeisterbüro arbeiteten in der lokalen Koordinierungsgruppe mit) erfüllt, wenn nicht übertriften.

In Wien 13 und Wien 8 fanden persönliche Termine mit der Bezirksvorsteherin bzw. dem Bezirksvorsteher statt. In Wien 9 kam ein solcher erst etwa in der Hälfte des Projektzeitraums zu Stande. Letztlich trugen die 3 Wiener Bezirke jeweils ca € 2.000,- zum Projekt bei, mit sehr unterschiedlichen Antrags- bzw. Abwicklungsformalitäten (teilweise mit sehr hohem bürokratischem Aufwand verbunden).

In Wien wurden keine eigenen regionalen Projektstrukturen aufgebaut, da die Bezirke Wien 13 und Wien 9 bereits Vernetzungsplattformen als „demenzfreundliche Bezirke“ aufgebaut hatten. In Wien 8 wird das Thema Demenz seit einigen Jahren in der Vernetzung „Achtsamer Achter“ regelmäßig aufgegriffen. Als Vernetzungsgremium bot sich zusätzlich für 8/9 das gemeinsame Regionalforum an (Vernetzung verschiedenster Organisationen aus dem Sozial-, Bildungs- und Kulturbereich).

Übergeordnet für das Gesamtprojekt wurden drei Gremien konstituiert. Die Steuergruppe war wie vorgesehen mit einer Vertreterin der Gesundheit Österreich GmbH, je einer Person der Kooperationspartner ProMenz (Unterstütze Selbsthilfe für Menschen mit Demenz) und Kardinal König Haus (engagiert in der Weiterbildung und österreichweiter Vernetzung zur Demenzthematik) sowie dem Projektleiter der Caritas Wien zusammengesetzt. Um auch ausreichend Informationen zu generieren wurden zu den Besprechungen auch die regionalen Koordinatorinnen beigezogen.

Mindestens monatlich gab es Besprechungen (meist Online per Zoom) des Projektleiters mit den drei Regionalkoordinatorinnen der Caritas (zuständig mit je 12 Wochenstunden für Wiener Neustadt; für Wien 8 u. 9.; für Wien 13).

Der Projektbeirat sollte den Regionen eine Reflexionsplattform bieten, in der auch voneinander gelernt werden kann. Für jede der drei Regionen war jeweils eine Person aus der Politik (Bezirks- bzw. Stadträtin) und eine „demenzengagierte“ aus der Zivilgesellschaft eingeladen. Für die ersten Termine waren ursprünglich als Gäste für einen fachlichen Input zur Zusammenarbeit mit der Medizin auch zwei Wiener Ambulanzeleiterinnen und ein niedergelassener Facharzt aus NÖ eingeladen. Die Interessierten Ambulanzeleiterinnen konnten dann auch für die weiteren Besprechungen gewonnen werden (sie fanden Online statt, was die Teilnahme sicher begünstigte – auch richteten wir die Uhrzeit 17.00 – 19.00 nach deren Möglichkeiten aus.)

Es fanden sechs Treffen der Steuergruppe und drei des Beirats im Projektzeitraum statt.

Vernetzungen in den Regionen

In Wien wurden wie oben erwähnt bestehende Plattformen genutzt um die Projektziele zu diskutieren und voranzutreiben. Allerdings fanden die Präsentationen in den Plattformen mit Verzögerung statt, da sich diese Gremien zumeist in Präsenz trafen und im ersten Projekthalbjahr diesbezüglich noch die Covid-Pandemie ein Hindernis darstellte. Ziel war hier die Kommunikation dieser Plattformen mit der Kommunalpolitik einerseits und mit der Medizin (Ambulanzen und niedergelassene Ärzt*innen) zu stärken. Durch direkt gesuchte Gespräche mit den Bezirksvorstehungen, durch die Einbindung in Öffentlichkeitsarbeit, durch Involvierung in den Beirat konnten hier bezüglich der kommunalen Politik erfolgreich Aktivitäten gesetzt werden. Die Versuche die Ärzteschaft stärker zu involvieren gelang trotz großer Anstrengungen nur im Einzelfall. Insgesamt gab es seitens der

Regionalkoordinatorinnen 29 Besuche in Ordinationen, 15 telefonische Kontaktaufnahmen und 54 Kontaktversuche über e-mail.

In welchem Ausmaß die hinterlassene Informationen (z.B. Folder die in den Arztpraxis hinterlegt wurden) doch genutzt wurden und werden, lässt sich nicht verifizieren. Im Einzelfall wird dies sehr wohl von Angehörigen gegenüber den Koordinatorinnen berichtet.

Positive Reaktionen auf Einladungen zu Vernetzungstreffen und zur Zusammenarbeit mit psychosozialen Angeboten können „an einer Hand abgezählt werden.“

In Wiener Neustadt wurde mit der neu gegründeten Koordinierungsgruppe und den drei stattgefundenen Vernetzungstreffen unter dem Titel „Demenzfreundliches Wiener Neustadt“ eine Struktur gefunden, die Potential für eine nachhaltige Zusammenarbeitsstruktur hat. Hier steht als ein entscheidender Faktor im Raum, ob die vom Bürgermeister versprochene Suche nach einer/einem geeigneten Koordinationsbeauftragten von Erfolg gekrönt ist.

Öffentlichkeitsarbeit

In Abstimmung mit den Bezirkspolitiker*innen und den Vernetzungspartner wurden im ersten Projekthalbjahr Folder erstellt und verteilt, auf denen sowohl medizinische als auch psychosoziale Angebote für Menschen mit Demenz und Angehörige ausdrücklich festgehalten sind. Dieser Prozess verlief zeitintensiver als ursprünglich angenommen, da es unterschiedlichste Wünsche und Vorstellungen gab (z.B. ob nur Ambulanzen oder auch Fachärzt*innen, nur Kassenordinationen oder auch Wahlarztpraxen aufzulisten sind). Gleichzeitig sollte der Folder nicht zu umfangreich, übersichtlich und gut lesbar sein, da er nach Rückmeldungen von involvierten Betroffenen und Angehörigen ansonsten eher zur Verunsicherung der Nutzer*innen als zur Inanspruchnahme des dargestellten Angebots beitragen würde.

Als Erfolg kann gewertet werden, dass mit Hilfe der kommunalen politischen Verantwortlichen der Folder annähernd flächendeckend an die Haushalte der Regionen zugestellt werden konnte. (Wr. Neustadt.: 28.000; Wien 9: 12.000; Wien 8: 7.000; Wien 13: 9.000 Dh. 56.000 von 72.000 Haushalten wurden insgesamt erreicht).

Als weitere zentrale Methode der Öffentlichkeitsarbeit fanden in Wr. Neustadt und allen Wiener Bezirken Informationsveranstaltungen statt, bei denen insbesondere Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen Unterstützungsangebote nähergebracht wurden. In Wien fanden diese Veranstaltungen in den Räumen der Bezirksvorstehungen, in NÖ im Bildungszentrum St. Bernhard statt. Insgesamt nahmen daran 315 Personen teil.

Trotz mehrerer Versuche durch die Koordinatorinnen gelang es in Wien kaum regionale Medien zu einer Berichterstattung über das Projekt bzw. einzelne Aktivitäten zu bewegen. In Wiener Neustadt ist dies auch durch den Einsatz eines Bürgers und ehrenamtlichen Mitglieds der Koordinierungsgruppe, Harald Gsellmann am besten gelungen.

Schulung von Bürger*innen und Einsatz von Freiwilligen

Gemeinsam mit dem Kooperationspartner ProMenz (Unterstütze Selbsthilfe bei Demenz) wird ein Konzept für öffentliche Workshops erstellt, in dessen Rahmen betroffene Personen mit ihren Erfahrungen zu Wort kommen. Gemeinsam mit Informationen durch Expert*innen sollte dies zur Entstigmatisierung der von Demenz betroffenen Bevölkerungsgruppe beigetragen.

Das ursprüngliche Vorhaben bei den geplanten Workshops an Teilnehmer*innen Zertifikate zu "Demenzpartner*innen" auszustellen wurde fallen gelassen. Der Involvierung von Betroffenen bei den Workshops wurde Vorrang eingeräumt. Nachdem diese ausreichende Zeit erhalten sollten, ihre persönlichen Erfahrungen zu schildern, schien es mit den bekannten Ansätzen solcher "Zertifikate" aus Schottland und Deutschland nicht kompatibel.

Auch wegen der Covid-Beschränkungen fanden in der ersten Projekthälfte nur zwei, im zweiten Projektabschnitt, fünf solcher Workshops statt. Zwei waren in eine „Demenzinformationsveranstaltung“ in Bezirksämtern integriert. Bei den übrigen wurde das erstmals im Juni 2022 in Wr. Neustadt erprobte Setting, eine spezifische Zielgruppe (damals Schüler*innen einer Pflegeausbildung) einzuladen, erfolgreich weiterverfolgt. So fand ein Workshop mit den Bezirksrät*innen von Wien Hietzing statt, einer für ein Gymnasium in Wiener Neustadt und zwei für ehrenamtliche Mitarbeiter*innen des Wiener Kontaktbesuchsdienstes.

Insgesamt nahmen 164 Personen an den Workshops teil.

Wenig erfolgreich war das mit dem Projektpartner Kardinal König Haus (eine Bildungsinstitution mit viel Knowhow im Gesundheitsbereich) konzipierte Vorhaben, Freiwillige für den Einsatz bei betroffenen Familien und zuvor für eine spezifische Weiterbildung zu akquirieren.

Eine erste Gruppe von fünf Personen hatte im Frühjahr 2022 am entsprechenden Lehrgang im Kardinal König Haus teilgenommen. Im zweiten Abschnitt im Frühjahr 2023 konnte nur eine weitere Person gewonnen werden, die bereit war, den entsprechenden Ausbildungslehrgang zu besuchen. Eingesetzt wurden diese Person als „Freizeitbuddies“ von Menschen mit Demenz in den Wiener Projektbezirken. Drei Personen die sich in Wr. Neustadt auf gemeldet hatten, nahmen dann sowohl was Ausbildung als auch Einsatz betraf wieder Abstand.

Dokumentation, Evaluation, Transfer

Die Projektaktivitäten wurden in einer mit dem Evaluationsteam der Universität Wien abgestimmten Excel-Tabelle erfasst. Bereits für den Zwischenbericht an den FGÖ und später mehrmals wurden die Daten dem Evaluationsteam zur Verfügung gestellt. Die Reflexion, vor allem auch der qualitativen Erfahrungen, in den Projektgremien führten zu Adaptierungen, wie z.B. die zielgruppenspezifische Ausrichtung der Workshops mit dem Kooperationspartner ProMenz.

Der Transfer der Erfahrungen hat bereits während dem Projektverlauf z.B. durch Mitwirkung an der Plattform der Österr. Demenzstrategie 2022 stattgefunden. Durch fortlaufende

Mitarbeit des Projektträgers in der Plattform „Demenzfreundliches Wien“ sollten hier ausreichend Möglichkeit bestehen die Ergebnisse einzubringen. Inhaltlich ist hier die durch die während des Projekts entstandene Kooperation mit den beiden Ambulanzen in Wien (AKH-Demenzambulanz, GerontoPsychiatrisches Zentrum-Wien) hervorzuheben. Aus den hier gewonnene Erfahrungen wurde der Projektansatz „Begleitung nach Demenzdiagnose“ entwickelt und bereits mit der Umsetzung begonnen.

4. Evaluationskonzept

Mit der externen Evaluation wurde das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien beauftragt. Das **Evaluationsteam** bestand aus Assoz. Prof. Dr. Katharina Heimerl (Leitung der Evaluation), Dr. Gert Dressel, Dr. Barbara Egger, Carsten Orth MSc (Interviewdurchführung und Auswertung), Mag. Edith Auer und Barbara Tillmann, BA (Transkripte).

Die Evaluierung folgt dem Prinzip der Responsive Evaluation: *“Responsive evaluation offers a perspective in which evaluation is reframed from the assessment of program interventions on the basis of policy makers' goals to an engagement with and among all stakeholders about the value and meaning of their practice.”* [5]

Als **Design** wurde ein Mixed Methods Ansatz [6] gewählt: einerseits wurden quantitative Daten über den Output des Projektes generiert, andererseits wurden qualitative Daten über die psychosoziale Begleitung von Menschen mit Demenz eingeholt. Diese Datenerhebung war so angelegt, dass sie einerseits Wissen über das Projekt generierte und andererseits selbst als eine Aktivität der Entstigmatisierung von Demenz in den drei Pilotregionen diente. Im Sinne von Aktionsforschung verband die Forschung damit das Generieren von Wissen mit dem gewünschten sozialen Wandel.

Evaluationskonzept:

1. Kooperative Erstellung und Auswertung der Projektdokumentation im Rahmen der Output-Evaluation

In Kooperation mit dem Projektteam der Caritas Wien wurde eine Dokumentation mit Hilfe von Excel erstellt. Sie diente der Evaluation des Outputs des Projekts. In der Dokumentation wurden die für die Zielerreichung relevanten Kontakte mit Menschen mit Demenz und Angehörigen, sowie die Aktivitäten im Kommunikationsdreieck (Kommunalpolitik, niedergelassene Ärzt*innen, Angebote der Psychosozialen Begleitung) quantitativ festgehalten. Das Team der Universität Wien wertete die Dokumentation deskriptiv statistisch für Zwischenberichte und Endbericht aus, die Interpretation der Daten erfolgt in Kooperation mit dem Projektteam der Caritas Wien.

2. Qualitative Daten

Es wurden insgesamt 5 Gruppendiskussionen mit relevanten Stakeholdern des Projekts durchgeführt:

- 2 Gruppendiskussionen mit Angehörigen (+ 1 Betroffene): Wr. Neustadt und Wien 8
- 1 Gruppendiskussion mit Freiwilligen des Projekts

- 2 Gruppendiskussionen mit dem Projektteam „Frühe Hilfe“

Für die Durchführung der Gruppendiskussionen wurde zunächst ein Leitfaden entwickelt. Die Gruppendiskussionen wurden von jeweils 2 Wissenschaftler*innen des Projektteams moderiert, dauerten zwischen 80-90 Minuten, wurden auf Tonträger aufgezeichnet, transkribiert und mithilfe der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring [7] ausgewertet. Insgesamt wurden 149 Seiten Transkript erstellt. Die Gruppendiskussionen und ihre Leitfäden waren bewusst narrativ angelegt [8].

3. Bedeutung der Evaluation für das Projekt

Die Herangehensweise des Evaluationsteams trug wesentlich zum Gelingen des Projekts bzw. zur besseren Einordnung der Resultate bei. Die gemeinsam mit den Schlüsselkräften des Projekts erarbeitete Form der Dokumentation half die Meilensteine des Projekts zu verfolgen und gleichzeitig Hürden für die Erreichung mancher Ziele auszumachen. Die Gruppendiskussionen mit dem Evaluationsteam entlasteten z.B. die Mitarbeiter*innen in dem Punkt, dass die Schwierigkeiten bei der Einbeziehung von Ärzt*innen ins Projekt aus Sicht der erfahrenen Evaluationsleiterin keine Überraschung, sondern erwartbar waren

5. Projekt- und Evaluationsergebnisse

A. Output-Evaluation:

	Einträge	Teilnehmer*innen
Vernetzung	175	1464*
Bewerbung	198	522*
Beirat	3	9-10
Steuergruppe	6	6-8

*Mehrfachnennungen nicht ausgeschlossen. Die Zahlen von Vernetzung, Bewerbung, Beirat und Steuergruppe lassen sich wegen Doppel- oder Mehrfachnennungen nicht addieren.

Tabelle 1: Übersicht über die Aktivitäten im Projekt auf Basis der Projektdokumentation

Ebene im Kommunikationsdreieck	Anzahl an dokumentierten Aktivitäten
Regionalpolitik	79
Psychosoziale Begleitangebote	
a) Vernetzung mit Pflege, Gesundheits- und Sozialdiensten	29
b) Kontakte zur Akquise von Freiwilligen	10
Arztkontakte	98
	(Wr. Neustadt: 25/Wien 13: 26/Wien 8+9: 47)

Tabelle 2: Dokumentierte Aktivitäten auf den 3 Ebenen des Kommunikationsdreiecks

Fazit aus der quantitativen Evaluation:

Das Projekt hat zum Zeitpunkt der Zwischenevaluation mindestens 1500 Personen direkt erreicht, mit einem „Streueffekt“ ist zu rechnen. Die Aktivitäten zur Vernetzung im Kommunikationsdreieck wurden gut dokumentiert und sind auf allen 3 Ebenen des Kommunikationsdreiecks quantitativ beeindruckend. Hinter jedem direkten Kontakt stehen oft mehrere Vorbesprechungen. Die Aktivitäten zur Vernetzung und Bewerbung tragen zur Entstigmatisierung bei.

B. Qualitative Evaluation

1. Die Perspektive der Angehörigen und Betroffenen:

Die Angehörigen und die Betroffene beschreiben in den beiden Fokusgruppen, dass die Diagnose Demenz „vernichtend“ (GD Ang 1, 302) war und sie hilflos gemacht hat „*Ich war einfach so hilflos, wie ich die Diagnose bekommen habe*“ (GD Ang 1, 210). Gleichzeitig werden die Angebote der Caritas als Geschenk bezeichnet: „*Und das war eine Zeit, wo ich wirklich relativ hilflos war. „Dann hab‘ ich zufällig, das war dann so Ende Mai, zufällig im Wiener Neustädter Amtsblatt beim Durchblättern den Flyer von der Caritas gefunden. Manchmal gibt das Leben die Geschenke, die passen. Hab ich dann durchgeblättert und da habe ich diese Kontakte für die Zeitreise gefunden.“* (GD Ang 1, 25-42) und als „*Goldes wert*“ (GG Ang 2, 235).

Fazit: Die Angehörigen und Betroffenen bestätigen damit die Bedeutung der Angebote der Abteilung „Angehörige und Demenz“ der Caritas generell, und des Projektes „Frühe Hilfe“ insbesondere. Sie machen deutlich, dass sie zum Zeitpunkt der Diagnosestellung besonders vulnerabel sind und die Hilfe der Caritas, oft nach längerer Suche, als sehr entlastend erlebt wurde.

2. Die Perspektive der Freiwilligen

Die Freiwilligen sehen es als ihre Aufgabe Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen auch und insbesondere rund um die Diagnose Demenz zu begleiten und sie über Psychosoziale Angebote zu informieren. Freiwillige sind nach dem System der Freizeitbuddys tätig. Der Beginn der Tandems soll möglichst früh im Verlauf der Demenz erfolgen „*in der Frühphase*“ (GD F, 111), „*keine Diagnose offiziell*“ (GD F 77,78). Das Projekt führt dazu, dass die Freizeitbuddys die Betroffenen früher kennen lernen. Die Begleitung geht dann aber weiter, so lange wie möglich. Geduld, Einfühlungsvermögen und Empathie sind die wichtigsten Fähigkeiten der Freiwilligen: „*Dass die Menschen mit Demenz, dass ich dort überhaupt nicht mehr mit Vernunft und Logik agieren kann, dass ich das gänzlich ausschalten muss, und mich in diese Denke, wie auch immer sie ist, auch in den meisten Fällen nicht nachvollziehbar, dass ich mich trotzdem da anpasse.*“ (GD F, 533-537). Sie verstehen ihre Rolle als „*ausgleichenden Faktor zwischen Angehörigen und Betroffenen*“ (GD F, 118):

Fazit: Auch, wenn es über das Projekt „Frühe Hilfe“ nicht ausreichend gelungen ist, Freiwillige zu gewinnen, so haben die wenigen Freiwilligen in der Fokusgruppe der Evaluation in beeindruckender Weise ein tiefes, differenziertes und empathisches Verständnis der Situation von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen dargelegt und ihre Aufgaben als Freiwillige entsprechend beschrieben. Sie können ihre Rolle im Rahmen der „Frühen Hilfe“ gut nachvollziehbar beschreiben.

3. Die Perspektive des Projektteams

Die 3 Pilotregionen unterscheiden sich deutlich voneinander, was die vorhandenen psychosozialen Angebote betrifft, die Kooperationsbereitschaft der Kommunalpolitik und den Zeitpunkt im Laufe der Erkrankung, zu dem sich Betroffene und Angehörige Hilfe holen. Die Einteilung des Projekts in Pilotregionen hat sich nicht bewährt: *„Wo uns eben die Ambulanzen, die ja da sehr positiv mitgetan haben, rückgemeldet haben, für uns ist dieses Bezirkssystem überhaupt nicht praktikabel, weil dann kann ich nur den aus dem Dreizehnten oder Achten, Neunten vermitteln, das geht halt dann dort nicht.“ (GD Team 2, 236-240).*

In jeder der 3 Pilotregionen wurde ein Flyer erstellt, der das Kommunikationsdreieck abbildet. Dieser ist zentrales Instrument im Projekt. Über die Frage, welche Akteur*innen der Pilotregion mit welchen Kontaktdaten in den Flyer aufgenommen werden, wurde lange im Team und mit den betreffenden Akteur*innen beraten. Die Erstellung der Flyer war daher einigermaßen aufwendig und stellte bereits eine Maßnahme der Vernetzung dar. Die Flyer zeigten Wirkung: *„Dass zum Beispiel eine Dame sich gemeldet hat bei uns aufgrund des Flyers, der ihr zugeschickt wurde, die noch gar keine Unterstützung gehabt hat und dann bei den PflegegeldEinstufung von 0 auf 5 gekommen ist.“ (GD Team 2, 36-38)*

Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzt*innen stellte sich trotz intensiver Versuche, Kontakt aufzunehmen, als schwierig dar: *„Also meiner Erfahrung nach, die niedergelassenen Ärzte, das war irrsinnig schwierig, da in eine – zumindest in Wien – in eine Kooperation zu kommen. Im Neunten hab ich das per e-mail probiert und kein einziger hat rückgemeldet.“ (GG Team 2, 54ff).* *„Von den Ambulanzen ist niemand gekommen im Dreizehnten.“ (GG Team 2, 79).*

Fazit: Das Projektteam beschreibt für jede Pilotregion maßgeschneiderte Aktivitäten im Kommunikationsdreieck. Das Projekt hat sich vorgenommen, „dicke Bretter zu bohren“ und eröffnet eine neue Ebene der Intervention. Die große Stärke der Koordinatorinnen liegt in der direkten Unterstützung von Betroffenen und Angehörigen. Die Vernetzungsarbeit auf der Mesoebene ist neu und ungewohnt.

4. Erzählungen über Gelungenes

Was sich zahlenmäßig nicht dokumentieren ließ, wird jedoch in den qualitativen Daten sichtbar. In den folgenden drei kurzen Erzählungen geben die Koordinatorinnen Einblick in gelungene Aktivitäten im Projekt:

- *„Ja, das war unser Welt-Alzheimerstag, da war dieses ganze Bildungszentrum gesteckt voll mit Leuten und wenn noch fünf mehr gekommen wären, hätten wir sie nicht untergebracht. Das war cool. Da hat die Stadt mitgearbeitet und hat über die Stadtzeitung Werbung gemacht. Und ich hab Mails verschickt und ich hab telefoniert, und da war dann doch spürbar, es wird angenommen. Aber der Aufwand war enorm.“ (GD Team 2, 191 – 198)*
- *„Einzelne Momente, grad bei den Workshops war immer was ganz Berührendes. Also wir hatten gestern einen in der Bezirksvorstehung im Dreizehnten und es waren sechs Anmeldungen von Bezirksräten und Bezirksrätinnen, aber allein denen mal die Realität*

zeigen zu können und bewusst zu machen, was es eigentlich braucht, und wie kompliziert so Anträge sind und dass es gar nicht so oft um Geldleistungen geht, sondern auch um Sachleistungen, um Inklusion“ (GG Team 2, 70ff)

- *„Oder was ich ganz spannend finde, eben diese verschiedenen Settings, die da jetzt entstanden sind, von Workshops nur mit Bezirkspolitikern über die ganz öffentliche Veranstaltung bis zu dem, was in Wr. Neustadt jetzt passiert mit Schulen, da haben wir eine ganze Bandbreite, in welchem Setting sich das abspielen kann, wo Betroffene selber über ihre Krankheit reflektieren, und das finde ich eigentlich eine schöne Erkenntnis. Da könnte man sagen, da hat man eine Idee, wie dieses Dreieck funktionieren kann.“ (GD Team 2, 279-285)*

Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse

Die Angehörigen und Betroffenen beschreiben auf eindruckliche Weise die Notwendigkeit von „Früher Hilfe bei Demenz“ rund um die Diagnose und bestätigen somit die große Bedeutung und Sinnhaftigkeit des Projekts. Ebenso sehen die Freiwilligen „Frühe Hilfe“ als besonders wichtig an und auch als Teil ihrer Aufgaben.

Aus Perspektive des Projektteams hat sich die Einteilung des Projekts in Pilotregionen nicht als funktional bewiesen und das Einbeziehen von niedergelassenen Ärzt*innen war erwartungsgemäß aufwendig und wenig erfolgreich.

Die Verdichtung des pflegerisch-psychosozialen Netzes in den Pilotregionen durch zahlreiche Maßnahmen wie Workshops, Flyer, Kontakt(versuche) trägt mittelfristig zur „Frühen Hilfe bei Demenz“ bei und ist von großer Bedeutung für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen. Dies zeigen die beeindruckend hohe Zahl an dokumentierten Aktivitäten sowie die Erzählungen des Projektteams über gelungene Aktivitäten. In Bezug auf die Erreichung der Zielgruppe schlagen sich diese Erfolge in der kurzen Projektlaufzeit jedoch noch nicht messbar nieder und die Aktivitäten sollten unbedingt fortgesetzt werden.

Das Projekt schließt somit an internationale Erfahrungen im Bereich des „post-diagnostic support“ an [unter anderem 9, 10], ist allerdings in Österreich diesbezüglich Pionierin und stellt unter anderem eine wichtige Umsetzung der Österreichischen Demenzstrategie [3] dar.

6. Zentrale Lernerfahrungen und Empfehlungen

Förderliche und hinderliche Faktoren im Projekt

Bei der Erreichung der Multiplikator*innen waren die bereits vorhandenen Strukturen der demenzfreundlichen Bezirke sowie die vorhandenen Kontakte der Caritas-Mitarbeiter*innen und der Kontaktpersonen aus der Politik förderlich.

Die breite Bevölkerung konnte in den Projektregionen über die Öffentlichkeitsarbeit in Kooperation mit den Kontaktpersonen aus der Politik erreicht werden.

Die Einbeziehungen von Ärzt*innen bzw. medizinischen Einrichtungen in die „regionalen Kommunikationsdreiecke“ ist kaum gelungen. Die Ursachen dafür sind vermutlich zu komplex, um sie hier genauer festzumachen.

Bei den zwei kooperierenden Ambulanzen in Wien hat sich die Einschränkung auf einzelne Bezirke als Hindernis erwiesen.

Zentrale Schlussfolgerungen

Die Arbeit an der Entstigmatisierung der Demenzerkrankung ist auf regionaler Ebene notwendig und sinnvoll. Netzwerke im Sinn „demenzfreundlicher“ Bezirke oder Städte benötigen dazu entsprechende Ressourcen (z.B. um Workshops wie die oben erwähnten auszurichten).

Um Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen eine adäquate Unterstützung zu bieten braucht es niederschwellige psychosoziale Angebote und eine entsprechende individuelle (Hin-)Begleitung nach der Diagnose. Die Caritas Wien wird hier mit den medizinischen Kooperationspartner*innen ein Folgeprojekt „Diagnosebegleitung-Linkworking“ mit Unterstützung des BM für Gesundheit, Soziales und Pflege durchführen.

Was die Involvierung Freiwilliger betrifft ist speziell bei dieser Materie eine derart kurze Projektlaufzeit nicht sinnvoll. Freiwillige für kontinuierliche Mitarbeit zu gewinnen, bedeutet eine große Herausforderung mit klaren Aufgaben wie Strukturen, die Schritt für Schritt erarbeitet werden müssen.

Quellenangaben

- [1] Höfler, S., et al., Österreichischer Demenzbericht 2014. 2015, Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium: Wien
- [2] Schilder, M. & Florian, S. (2012). Die Entlastung pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz durch niedrigschwellige Betreuungsgruppen aus der Sicht der Nutzer und der Anbieter. *Pflege und Gesellschaft*, 17, 248-269.
- [3] Juraszovich, Brigitte; Sax, Gabriele; Rappold, Elisabeth; Pfabigan, Doris; Stewig (Hg.) (2015): Demenzstrategie. Gut leben mit Demenz. Gesundheit Österreich GmbH. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium.
- [4] Rappold, Elisabeth; Juraszovich, Brigitte; Weißenhofer, Sabine; Edtmayer, Alice (2021): Taskforce Pflege, Begleitung des Prozesses zur Erarbeitung von Zielsetzungen, Maßnahmen und Strukturen. Gesundheit Österreich, Wien.
- [5] Abma Tineke (2006): The Practice and Politics of Responsive Evaluation. *American Journal of Evaluation*, 27(1), 31–43. DOI: 10.1177/1098214005283189.
- [6] Mayer Hanna (2019): Pflegeforschung anwenden. Wien: facultas.
- [7] Mayring Philipp (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Stuttgart: UTB.
- [8] Dressel Gert (2020): „Schreiben, Erzählen und Zuhören. Elemente einer Sorgeskultur“, in: Dressel Gert, Auer Edith, Müller Günter, Pichler Barbara, Reitinger Elisabeth (Hg.): Who cares? Geschichten übers Sorgen, Betreuen und Pflegen. Esslingen: hospiz verlag. 159–168.
- [9] Fontaine, J.L., Brooker, D., Bray, J., and Milosevic, S.K. (2011) A local evaluation of dementia advisers (National Demonstrator Site): Worcestershire report or Dementia Adviser Service implementation team, Worcester: University of Worcester.
- [10] Kelly Fiona, Innes Anthea (2014): Facilitating independence: The benefits of a post-diagnostic support project for people with dementia. *Dementia* 0(0) 1–19, 2014. DOI: 10.1177/1471301214520780.

Anhang

Listen Sie Ihre veröffentlichbaren Beilagen zum Bericht auf. Diese sind ebenso wie der Bericht selbst im Projektguide hochzuladen.

- *Evaluationsendbericht*
- *Doku Frühe Hilfe Vernetzungstreffen 2021–2023*
- *Doku Frühe Hilfe Bewerbungen 2021–2023*
- *Diverse Druckwerke*
- *Diverse Pressemeldungen*
- *Protokolle Sitzungen Steuergruppe*
- *Protokolle Sitzungen Beirat*
- *Projektlaufplan Meilensteine Frühe Hilfe akt. 30.09.2022*
- *Projekt Präsentation Österreichische Demenzstrategie*
- *Projekttrollenliste Frühe Hilfe Bei Demenz FGÖ aktualisiert 03_2023*

Hinweis:

Neben dem Hochladen des Berichts ist dieser zusätzlich dem/der für das Projekt zuständigen Mitarbeiter/in des Fonds Gesundes Österreich in gedruckter Version (Papierform) zur Begutachtung und Prüfung zuzusenden.