

**Evaluierung des Programms  
„Qualifizierende  
Pflegepartnerschaften in Mittel- und  
Osteuropa“  
der Robert Bosch Stiftung**

**Bericht**

**Christine Abele  
Sabine Erdmann-Kutnevic**

**August 2007**

# Inhaltsverzeichnis

<b>1 EINLEITUNG.....</b>	<b>4</b>
GEGENSTAND UND ZIELE DER EVALUIERUNG.....	4
VORGEHENSWEISE UND METHODIK.....	4
ZUSAMMENFASSUNG.....	5
<b>2 DAS PROGRAMM „QUALIFIZIERENDE PFLEGEPARTNERSCHAFTEN IN MITTEL- UND OSTEUROPA“.....</b>	<b>7</b>
ZIELE, ECKPUNKTE UND FÖRDERKRITERIEN DES PROGRAMMS.....	7
DAS PROGRAMM ALS SUMME SEINER PROJEKTE.....	7
ENTWICKLUNG DES PROGRAMMS.....	8
<b>3 HINTERGRUND UND RAHMENBEDINGUNGEN: STAND DER PFLEGE IN MITTEL- UND OSTEUROPA.....</b>	<b>11</b>
DIE SITUATION IN DEN HEIMEN.....	11
AMBULANTE PFLEGE / TAGESPFLEGE.....	12
AUS- UND FORTBILDUNGSMÖGLICHKEITEN.....	13
ERFAHRUNGEN IN BULGARIEN.....	15
ERFAHRUNGEN IN RUSSLAND.....	15
<b>4 PROGRAMMKOORDINATION.....</b>	<b>18</b>
AUSSCHREIBUNG UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT.....	18
ANTRAGSBEARBEITUNG UND NACHWEISLEGUNG.....	18
BERATUNG UND KOMMUNIKATION.....	19
<b>5 PROJEKTUMSETZUNG.....</b>	<b>20</b>
TRÄGER .....	20
KOMMUNIKATION.....	20
PARTNERSCHAFT.....	21
FÖRDERLICHE FAKTOREN.....	23
HEMMENDE FAKTOREN.....	23
<b>6 WIRKUNGEN UND PROJEKTERGEBNISSE.....</b>	<b>25</b>
BEWUSSTSEINSWANDEL UND ERKENNTNISGEWINN.....	25
STÄRKUNG DER PARTNERSCHAFT UND VÖLKERVERSTÄNDIGUNG.....	25
INSTITUTIONELLE WIRKUNGEN.....	26
BREITENWIRKSAMKEIT.....	26
NACHHALTIGKEIT .....	27
<b>7 GESAMTBEWERTUNG DES PROGRAMMS „QUALIFIZIERENDE PFLEGEPARTNERSCHAFTEN IN MITTEL- UND OSTEUROPA“.....</b>	<b>29</b>
ZIELE UND ZIELERREICHUNGSGRAD.....	29
FÖRDERUNG VON PARTNERSCHAFTEN.....	29
QUALIFIZIERUNG VON FACHPERSONAL.....	30
KEINE INSTITUTIONELLE FÖRDERUNG.....	30
FAZIT .....	30
<b>8 FESTSTELLUNGEN UND EMPFEHLUNGEN.....</b>	<b>31</b>
PARTNERSCHAFTEN MIT STAATLICHEN EINRICHTUNGEN GESTALTEN SICH OFT SCHWIERIG.....	31
MOE-PARTNER ENTSCHEIDEND FÜR ERFOLG .....	31
NACHHALTIGKEIT BRAUCHT LANGEN ATEM.....	32

HOHER AUFWAND FÜR DEUTSCHE TRÄGER.....	32
QUALIFIZIERUNG NACH WIE VOR WICHTIG .....	33
PROGRAMMKOORDINATION BESTÄTIGT .....	33
RAHMENBEDINGUNGEN WIRKEN OFT HEMMEND, BREITENWIRKSAMKEIT IST SCHWER ZU ERREICHEN.....	34
ETABLIERUNG VON AUSBILDUNGSGÄNGEN SEHR SCHWER UND MÜHSAM .....	35
REGIONALE SCHWERPUNKTBILDUNG UND VERNETZUNG.....	36
<b>9 SCHLUSS.....</b>	<b>37</b>
<b>10 ANHANG.....</b>	<b>38</b>
ANHANG 1 ZEITABLAUF DER EVALUIERUNG.....	38
ANHANG 2 LISTE DER GESPRÄCHSPARTNER.....	38
ANHANG 3 STATISTISCHE AUSWERTUNGEN.....	43
Abbildung 1:    Verteilung der geförderten Projekte nach Land (Anzahl der Projekte) .....	43
Abbildung 2:    Thematischer Bezug der geförderten Projekte.....	43
Abbildung 3:    Projekträger.....	44
Abbildung 4:    Partnereinrichtungen.....	44
Abbildung 5:    Staatliche und nicht-staatliche Partnerorganisationen.....	45
Abbildung 6:    Finanzierungsquellen.....	45
Abbildung 7:    Größe der Teilnehmergruppen.....	45
Abbildung 8:    Beteiligte Berufsgruppen.....	46
Abbildung 9:    Quantitative Entwicklung des Programms.....	46
Abbildung 10:   Verteilung der Projekte nach Ländern.....	47
Abbildung 11:   Verteilung der Projekte nach Größe in den zwei Zeitphasen.....	48
Abbildung 12:   Wie haben Projekträger von dem Programm erfahren?.....	48
Abbildung 13:   Zustimmung zur Programmsteuerung nach Trägern.....	49
Abbildung 14:   Beurteilung der Programmkonzeption.....	50
Abbildung 15:   Projektergebnisse – Allgemein.....	51
Abbildung 16:   Projektergebnisse - Im Partnerland.....	52
Abbildung 17:   Projektergebnisse - In Deutschland.....	53
Abbildung 18:   Angaben zur Partnerschaft.....	54
Abbildung 19:   Angaben zur Nachhaltigkeit.....	54
ANHANG 4 KURZPROFIL DER AUTORINNEN.....	55

# 1 Einleitung

## Gegenstand und Ziele der Evaluierung

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Abschlussevaluierung des Programms „Qualifizierende Pflegepartnerschaften in Mittel- und Osteuropa“ (im weiteren MOE), welche den Zweck verfolgt, das Programm nach seiner über zehnjährigen Laufzeit bilanzierend zu bewerten, seine Voraussetzungen, Wirkungen und auch seine Grenzen zu untersuchen und daraus Schlussfolgerungen für die weitere Förderpraxis der Stiftung abzuleiten. Dem entsprechend nimmt sich die Evaluierung drei Bereiche zum Gegenstand der Untersuchung: (1) Ergebnisse und Wirkungen des Programms, (2) das Förderkonzept und (3) das (Programm- und Projekt-) management. Von zusätzlichem Interesse ist die Fragestellung nach Synergieeffekten durch mehrmalige Förderung oder konzentrierte Förderung verschiedener Projekte in Schwerpunktregionen.

## Vorgehensweise und Methodik

Das zentrale Beurteilungsinstrument der Evaluierung ist ein Beurteilungsraster, welches die wesentlichen Fragestellungen enthält und mit Auftraggeber und Beteiligten in einem ersten Schritt abgestimmt wurde. Hierzu wurde im Oktober 2006 ein ausführliches Gespräch mit der Programmleitung geführt.

Bei den Erhebungsmethoden wurde eine Kombination aus qualitativen und quantitativen Methoden gewählt. Hierdurch wurde gewährleistet, dass das Programm einerseits in seiner Gesamtheit, andererseits aber auch in Ausschnitten tiefer gehend bewertet wurde. Insgesamt kamen drei unterschiedliche Erhebungsinstrumente zum Einsatz:

Zunächst wurde ein Fragebogen entwickelt, welcher an alle deutschen Projektträger versandt wurde und folgende Bereiche erfasste<sup>1</sup>:

- (1) Allgemeine Angaben zum Projekt und der Partnerschaft,
- (2) Fragen zur Wirkung, den Ergebnissen und der Nachhaltigkeit,
- (3) Fragen zum Programm „Qualifizierende Pflegepartnerschaften in Mittel- und Osteuropa“ (Programmkonzeption und -steuerung).

Die Rücklaufquote der schriftlichen Fragebögen unter den Projektträgern lag mit 64 von 109 Bögen bei 59%. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass einige Projektträger mehrere Projekte mit den gleichen Partnern in MOE realisierten. In diesen Fällen wurde zumeist nur ein Bogen ausgefüllt, da sich die Ergebnisse und Wirkungen der aufeinander aufbauenden Projekte schwer den einzelnen Maßnahmen zuordnen ließen. Zieht man dies in Betracht, erhöht sich die Rücklaufquote auf 76%. Die Umfrage kann damit als repräsentativ angesehen werden.<sup>2</sup>

Zweitens reisten die Evaluatorinnen zu ausgewählten Projekten in zwei Ländern (Bulgarien und Russland). Hierdurch wurden sechs Partnerschaften zwischen deutschen und mittel- und osteuropäischen Organisationen, welche insgesamt zwölf Projekte realisierten, durch Beobachtung vor Ort sowie durch leitfragengestützte Interviews mit deutschen Projektträgern, Projektpartnern in MOE und Teilnehmern der Maßnahmen umfassend bewertet. Die Auswahl der zu besuchenden Projekte wurde mit der Programmleitung abgestimmt. Wichtig war es hierbei, zwei Länder mit möglichst unterschiedlichen

<sup>1</sup> Der Fragebogen wurde an 109 der 114 bewilligten Projekte versandt. Fünf Projekte erhielten keinen Fragebogen, da sie zum Zeitpunkt der schriftlichen Befragung (12/2006) gerade erst bewilligt worden waren und noch nicht begonnen hatten.

Die schriftliche Befragung der Projektträger wurde einer schriftlichen Befragung der Teilnehmer vorgezogen, da die Zwischenevaluierung des Instituts für Angewandte Forschung (IAF) der Hochschule für Sozialwesen Esslingen im Jahr 2001 gezeigt hatte, dass eine schriftliche Teilnehmer-Befragung mit erheblichen organisatorischen Problemen (Sprache, Erreichbarkeit, mangelnde Unterstützung und Weiterleitung durch die Trägerorganisationen, vor allem bei zeitlich lange zurück liegenden Projekten) verbunden ist und die Rücklaufquote dadurch zu gering ausfällt. Teilnehmer der Qualifizierungsmaßnahmen wurden aus diesen Gründen nicht schriftlich, sondern mündlich während der Projektbesuche befragt.

<sup>2</sup> Insgesamt wurden somit 82 Projekte durch die Fragebögen erfasst. Bei drei weiteren Projekten waren die Bögen ungültig. Bei insgesamt 13 Projekten kamen die Bögen entweder als unzustellbar mit der Post zurück, oder die jeweiligen Projektleiter konnten wegen Alter oder Todesfall nicht mehr befragt werden.

Rahmenbedingungen auszuwählen (EU und Nicht-EU). Zudem wurde mit Russland das Land gewählt, in dem die meisten Projekte realisiert worden sind. Bulgarien erlangte insbesondere in den letzten Jahren eine quantitative Bedeutung innerhalb des Programms. Mit der Region St. Petersburg / Pskow (Russland) und der Region um Kazanlak (Bulgarien) wurden zudem zwei Schwerpunktreionen der Robert Bosch Stiftung gewählt.

Um bei der qualitativen Analyse sowohl das Länderspektrum als auch das Themenspektrum zu erweitern, wurden teilstandardisierte Interviews mit deutschen Projektträgern geführt (persönlich und telefonisch).<sup>3</sup> Hierbei wurden die Interviewpartner so ausgewählt, dass sowohl Projekte der ersten Jahre des Programms sowie jüngere Projekte befragt wurden. Auch wurde darauf geachtet, dass die Erfahrungen unterschiedlicher Projektträger (kleine, ehrenamtlich tätige Vereine, große Organisationen, Einrichtungen des Gesundheitswesens) sowie kleiner und großer Projekte (nach Fördervolumen) abgefragt wurden. Schließlich wurden gezielt Projektträger, die mit der Etablierung und Durchführung von Weiterbildungs- und Ausbildungsgängen Erfahrungen hatten, befragt, um hieraus Schlüsse für die weitere Förderung der Robert Bosch Stiftung ziehen zu können (insbesondere hinsichtlich des Programms „Ausbildung schafft Perspektiven“). Somit wurden neben den besuchten Projekten weitere acht Partnerschaften, die insgesamt elf Projekte realisierten, durch die mündliche Befragung der Projektträger erfasst.<sup>4</sup>

## Zusammenfassung

1. Das Programm „Qualifizierende Pflegepartnerschaften in Mittel- und Osteuropa“ hat sich bewährt. Es wurden eine Einstellungsänderung und ein Erkenntnisgewinn bei Pflegenden in MOE erreicht und grenzüberschreitende Partnerschaften gestärkt. Hierdurch hat das Programm seine Ziele erreicht.
2. Die Qualifizierungsmaßnahmen stießen auf einen großen Bedarf in MOE. Nach wie vor fehlt es hier an Ausbildungsgängen mit Praxisbezug. Auch zeigte sich, dass mit relativ kleinen Fördersummen ein Beitrag zu grenzüberschreitenden Partnerschaften geleistet werden kann.
3. Während der Programmlaufzeit hat sich die Pflege in MOE in vielen Bereichen weiterentwickelt – meist dank der vielfältigen Unterstützung aus dem Westen. Insbesondere im Behindertenbereich sind Veränderungen spürbar. Hier gibt es in einigen Ländern starke und effiziente Dachverbände von Elterninitiativen, welche nicht nur ihren Mitgliedern Serviceleistungen und Beratung bieten, sondern auch auf die Veränderung gesetzlicher Rahmenbedingungen durch Politikberatung und Lobbying zielen. Es zeigte sich jedoch in allen Ländern, dass es ungleich schwieriger ist, Reformen innerhalb der staatlichen Strukturen, insbesondere innerhalb staatlicher Psychiatrien, Kinderheime und Altenheime zu erzielen, als im nicht-staatlichen Bereich (häufig Tagesstätten, Sozialstationen, ambulante Pflegedienste und dezentrale Wohneinheiten, welche von nicht-staatlichen Organisationen getragen werden). Gleichmaßen ist der Stand der Pflege im Behindertenbereich weiter fortgeschritten als innerhalb der Psychiatrie oder der Pflege alter Menschen. Hier gibt es zumeist weniger (nicht-staatliche) Initiativen sowohl bei den deutschen Trägern als auch bei den MOE Partnern.
4. Die Programmkoordination wurde von den Projektträgern gelobt. Die intensive Antragsberatung half vielen Projektträgern. Dennoch ist festzuhalten, dass – insbesondere für ehrenamtliche Projektträger – der Aufwand der Antragstellung und Projektabwicklung bei Drittmittelprojekten recht hoch ist.
5. Die Weichenstellungen, die innerhalb der Programmkoordination vorgenommen wurden – hin zu längeren Projektlaufzeiten und größeren Fördersummen –, waren richtig und wichtig. Mit der Zeit stiegen die Ansprüche der Projektträger und die Komplexität der Projekte, dem wurde die Programmkoordination durch diese Weichenstellungen gerecht.
6. Innerhalb des Programms wurden viele Projekte gefördert, die Teil eines größeren Gesamtprojektes waren, welches in Zielrichtung und Umfang oft über die Ziele des Programms hinausging und

<sup>3</sup> Bei den besuchten Projekten in Bulgarien und Russland handelte es sich vorwiegend um Projekte der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen sowie um ein Projekt mit alten Menschen. Dies waren zwar die Schwerpunktbereiche des Programms (siehe Kap. 2), dabei wurden jedoch die vielen anderen Themenbereiche vernachlässigt, in denen Projekte realisiert wurden (z.B. Psychiatrie, ambulante Pflege).

<sup>4</sup> Siehe Liste der Gesprächspartner im Anhang 2. Folgende Länder und Themenbereiche wurden somit qualitativ durch Projektbesuche und mündliche Befragung der Projektträger erfasst: Länder: Russland (10), Bulgarien (3), Bosnien (1), Rumänien (2), Ukraine (1), Lettland (2), Tschechien/Ungarn (1), Slowakei (1); Themenbereiche: Menschen mit Behinderungen (10); alte Menschen (5), Psychiatrie (2), ambulante Pflege (2), Familientherapie (2).

nachhaltige strukturelle Änderungen im Blick hatte. Hierdurch lassen die Erfahrungen innerhalb des Programms auch Lehren für die weitere Förderpolitik zu:

- i. Qualifizierungsmaßnahmen sind wichtig. Häufig müssen sie jedoch in weitere Maßnahmen eingebettet sein, will man strukturelle Änderungen erzielen.
- ii. Nachhaltigkeit in finanzieller Hinsicht und Breitenwirkung sind schwer zu erreichen. Dies gilt insbesondere für Ost- und Südosteuropa. Hier werden ein längeres Engagement und zusätzliche Anreize benötigt.
- iii. Die mittel- und osteuropäischen Partner sind entscheidend für den Erfolg eines Projektes. Dies sollte bei der Antragsbearbeitung größerer Projekte berücksichtigt werden, indem auch die Partnerseite in die Prüfung einbezogen wird. Gleichmaßen ist festzuhalten, dass es von deutscher Seite aus oft schwierig ist, verlässliche und reformbereite Partner zu finden. Hier haben sich Organisationen, die einerseits die Ziele und Interessen der deutschen Projektträger teilen, andererseits die Bedingungen vor Ort gut kennen, als Vermittler bewährt.

## 2 Das Programm „Qualifizierende Pflegepartnerschaften in Mittel- und Osteuropa“

### Ziele, Eckpunkte und Förderkriterien des Programms

Das Programm „Qualifizierende Pflegepartnerschaften in Mittel- und Osteuropa“ besteht seit 1994. Anstoß waren ein Workshop zum Thema „Probleme der gesundheitlichen Versorgung in Mittel- und Osteuropa“ und die Intention, die vielfältigen deutschen Vereine und Initiativen zu fördern, die häufig ehrenamtlich Einrichtungen des Gesundheitswesens in Mittel- und Osteuropa unterstützen. Hierbei dachte man insbesondere an die neuen Bundesländer, da hier Kontakte in die Region vorhanden waren. Die Idee bestand darin, relativ unbürokratisch, praxisnah und mit kleinen Summen Initiativen und bestehende Partnerschaften zu fördern und Anstöße zur Qualifizierung im Bereich der Pflege in MOE zu geben.

Vorrangiges Ziel war somit nicht der Aufbau oder die Veränderung von Strukturen in MOE. Vielmehr ging es darum, Partnerschaften zwischen Deutschen und Mittel- und Osteuropäern zu unterstützen. Der Schwerpunkt lag dabei auf dem persönlichen Kontakt einzelner Personen und dem partnerschaftlichen Austausch. Hierzu gehörte der Anspruch, dass sich die Projektpartner auf gleicher Augenhöhe begegnen und auch die deutsche Seite durch das Projekt dazulernte; dies vielleicht weniger in fachlicher Hinsicht, aber durch persönliche Erfahrung, Landeskenntnis und neue Anregungen. Implizit zielte das Programm darauf ab, über die einzelnen Partnerschaften Beiträge zur Völkerverständigung zu leisten sowie das Menschenbild und die Haltung gegenüber Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen zu verändern.

Im Ausschreibungstext wurden die Programmziele so formuliert:

- bestehende Partnerschaften zwischen Pflegekräften aus MOE und der Bundesrepublik Deutschland zu fördern,
- einen beiderseitigen Austausch und gemeinsame Projektarbeit zu intensivieren,
- Qualifizierungsmaßnahmen zu fördern.

Der Schwerpunkt der Förderung lag auf der Qualifizierung von Kräften des Gesundheitsbereichs. Hierbei fasste die Robert Bosch Stiftung den Teilnehmerkreis recht weit. Nicht nur Pflegekräfte, sondern auch Personen aus anderen Gesundheitsberufen, ungelernete Pflegekräfte sowie Multiplikatoren und Entscheidungsträger, welche zur Verbesserung der Gesundheit und Pflege beitragen können, konnten Teilnehmer der Qualifizierungsmaßnahmen sein.

Gefördert wurden Reise-, Aufenthaltskosten, Honorare und Sprachunterricht. Im Einzelfall (nach Prüfung) war auch eine Unterstützung bei der Anschaffung von Lehr- oder technischen Materialien möglich. Der Förderzeitraum reichte bis zu drei Jahren.

Als Bedingung der Förderung galt ein bereits bestehender Kontakt bzw. eine bestehende Partnerschaft mit einer (bestehenden) Einrichtung in MOE. Wichtig waren zudem ein beiderseitiger Austausch und eine gemeinsame Projektarbeit. Zudem sollte ein (finanzielles und persönliches) Engagement der Antragsteller erkennbar sein. Hierzu gehörte, dass von den Antragstellern ein Eigenmittel- oder Drittmittelanteil an der Finanzierung bzw. geldwerte Sachleistungen in angemessenem Umfang verlangt wurden und dass Kenntnisse über das Land, die Sprache und die beteiligten Einrichtungen vorhanden waren.

Das Programm „Qualifizierende Pflegepartnerschaften in MOE“ wurde nach der achten und letzten Ausschreibung 2006 beendet. Erfahrungen und Ergebnisse haben zur Entwicklung weiterer Förderprogramme wie „Gute Praxis macht Schule“ und „Ausbildung in Gesundheits- und Sozialberufen“ wesentlich beigetragen.

### Das Programm als Summe seiner Projekte

Nach nahezu zwölf Jahren stellt sich die Frage, welche Projekte mit welchem thematischen Bezug, in welchen Ländern und von welchen Trägern gefördert wurden. Hierzu wurden die schriftliche Befragung der Antragsteller und die Projektliste ausgewertet. Folgendes ist festzustellen:

Insgesamt wurden Projekte in 19 Ländern gefördert. Die meisten Projekte (20%) wurden in Russland realisiert, gefolgt von Rumänien (13%), Polen (11%) und der Slowakei (9%). Lettland und Weißrussland

folgen mit 6% bzw. 5% der geförderten Projekte. In Bulgarien und der Ukraine wurden je 4% der Projekte realisiert.<sup>5</sup>

Die Mehrzahl der Träger (39%) gibt an, dass ihre Projekte sich mit der Behindertenhilfe- und -pädagogik beschäftigten. Das zweite große Thema ist die Altenpflege und -hilfe. Hierauf zielten 33% der Projekte. Nur 14% der Projekte lag im Bereich der Psychiatrie, 5% beschäftigten sich mit Sterbehilfe und Hospiz. Ein mit 22% recht großer Anteil förderte die ambulante Pflege.<sup>6</sup> Bei diesen Angaben ist zu berücksichtigen, dass Mehrfachnennungen möglich waren. Fast die Hälfte der Projektträger gaben mehrere Bereiche als Tätigkeitsfeld an (z.B. gleichzeitige Pflege von Alten, Behinderten und psychisch Kranken). Dies ist den Bedingungen in MOE geschuldet. Heime für psychisch Kranke dienen – mangels Alternativen – oft als Ersatz für Altenheime. Zwischen geistig Behinderten und psychisch Kranken wird in der stationären Behandlung kaum ein Unterschied gemacht. In der Konsequenz finden sich in vielen staatlichen Heimen sehr unterschiedliche Zielgruppen unter einem Dach. Gleiches gilt für die ambulanten Dienste. Sie kümmern sich um bestimmte „Invalidengrade“. Diese gelten jedoch für Menschen mit Behinderungen ebenso wie für alte Menschen oder psychisch Kranke.

Betrachtet man die Projektträger, zeigt sich, dass in großem Maß ehrenamtliche Vereine Träger der Projekte sind; 38% der geförderten Projekte wurden von ehrenamtlichen Vereinen realisiert. Konfessionelle Träger, Wohlfahrtsverbände und Bildungseinrichtungen machten je 16% der Projektträger aus. Hilfswerke folgen mit 13%, Einrichtungen des Gesundheitswesens mit 11% der Projektträger.<sup>7</sup>

Die Träger arbeiteten in MOE vorwiegend mit Behindertenheimen (22%), Krankenhäusern (20%), Bildungseinrichtungen (19%) und Altenheimen (17%). Die Partnerorganisationen waren zu 59% nicht-staatliche Organisationen und Einrichtungen.<sup>8</sup>

Da die Mischfinanzierung eine wesentliche Voraussetzung der Förderung war, hatten alle Projekte andere Finanzierungsquellen neben der Robert Bosch Förderung. 91% der Projekte hatten Eigenmittel, 45% finanzierten sich aus Spenden. Weitere 16% erhielten Mittel von anderen deutschen Vereinen oder Stiftungen und immerhin 11% nutzten (wenn auch geringe) Eigenmittel der Partnerorganisation.<sup>9</sup>

Die meisten Projekte hatten sechs bis 15 Teilnehmer (Bei 41% der Projekte waren deutsche Teilnehmer in dieser Größenordnung beteiligt; bei 37% Teilnehmer aus MOE). Hierbei war die Gruppe der mittel- und osteuropäischen Teilnehmer zumeist größer. Immerhin 26% der Projekte hatten mehr als 30 Teilnehmer aus Mittel- und Osteuropa (nur 8% der Projekte hatte so viele deutsche Teilnehmer).<sup>10</sup> Die überwältigende Mehrzahl der Teilnehmer waren hierbei Pflegekräfte (so bei 73% der Projekte), gefolgt von Ärzten, Psychologen, Psychiatern (55%); Lehrkräften/Pädagogen (55%), Leitungskräften (50%) und Therapeuten (39%). Vertreter der Verwaltung waren bei 27% der Projekte beteiligt.<sup>11</sup>

## Entwicklung des Programms

Das Programm änderte sich im Laufe der Zeit hinsichtlich des finanziellen Volumens und der thematischen Ausrichtung. Insbesondere nach der Zwischenevaluierung erfuhr es eine Neuausrichtung.

Ab 2000 wurden verstärkt größere Projekte mit einer längeren Laufzeit gefördert.<sup>12</sup> In den ersten Jahren des Programms von 1995 bis einschließlich 2000 wurden durchschnittlich elf Projekte pro Jahr mit einer durchschnittlichen Projektsumme von rund 8.200 € gefördert. Demgegenüber wurden in den letzten

<sup>5</sup> Auswertung der Projektliste, d.h. alle bewilligten 114 Projekte sind erfasst. Siehe Anhang 3, Abbildung 1.

<sup>6</sup> Auswertung der eingegangenen Fragebögen. Siehe Anhang 3, Abbildung 2.

<sup>7</sup> Auch hier ist zu berücksichtigen, dass Mehrfachnennungen möglich waren. So können z.B. sowohl ehrenamtliche Vereine als auch Bildungseinrichtungen in konfessioneller Trägerschaft liegen. Siehe Anhang 3, Abbildung 3.

<sup>8</sup> Siehe Anhang 3, Abbildung 4 und Abbildung 5.

<sup>9</sup> Siehe Anhang 3, Abbildung 6.

<sup>10</sup> Siehe Anhang 3, Abbildung 7.

<sup>11</sup> Siehe Anhang 3, Abbildung 8.

<sup>12</sup> Nach 2000 erhöhten sich auch die Rahmenbewilligungen für das Programm. In den Jahren 1995 bis 1999 bewilligte das Kuratorium fünf Rahmenbewilligungen im Umfang von je 200.000 DM. Von 1995 bis Ende 2000 wurden 72 Projekte in Höhe von 613.550 Euro bewilligt. Von 2001-2006 wurden drei Rahmenbewilligungen von 255.000, 250.000 und 280.000 € bewilligt. Es wurden 51 Projekte mit einem Fördervolumen von 742.210 € gefördert.

sechs Jahren durchschnittlich acht Projekte pro Jahr mit einem Umfang von rund 15.000 € gefördert.<sup>13</sup> Während also in den ersten Jahren ein großer Teil der Projekte (37%) unter einem Fördervolumen von 5.000 € lag, ging dieser Anteil in der zweiten Programmhälfte stark zurück (nur noch 14% der in diesem Zeitraum geförderten Projekte betrug 5.000 € oder weniger). Demgegenüber stieg der Anteil von großen Projekten (20.000 € und mehr) von 2% der geförderten Projekte auf 28%.<sup>14</sup> Zudem wurden verstärkt Projekte mit einer längeren Laufzeit (drei bis fünf Jahre) gefördert. Die Förderung von Tagungen und Kongressen wurde eingestellt.

Des Weiteren schaffte die Robert Bosch Stiftung Anreize zur Vernetzung und Qualifizierung privater Initiativen, z.B. über das Programm „Vernetzung und Qualifizierung privater Initiativen im Gesundheits- und Sozialbereich in Osteuropa“.<sup>15</sup> Zunehmend wurden besondere Schwerpunktregionen der Robert Bosch Stiftung besonders berücksichtigt (z.B. Sarajevo in Bosnien-Herzegowina; Kazanlak in Bulgarien; Cluj, Oradea und Beclean in Rumänien; St. Petersburg und Pskow in Russland).

Während die bisher genannten Änderungen von der Stiftung gewollt und initiiert sind, erfuhr das Programm auch Änderungen hinsichtlich des thematischen Bezugs und der Zielländer, welche eher auf das Interesse und den Bedarf der deutschen Antragsteller zurück gehen. In den ersten Jahren richtete sich das Engagement der Antragsteller insbesondere auf Rumänien (17% der Projekte bis 2000), Russland (14%) und Polen (13%), aber auch auf die Slowakei (11%), die baltischen Staaten und ab 1999 auf Weißrussland und die Ukraine. Somit wurden Projekte in den unmittelbaren Nachbarländern und in Ländern mit einem besonderen Bezug zu Deutschland (Russland, Rumänien) realisiert. Auch war das Engagement eher auf die späteren EU-Beitrittsländer gerichtet. Über die Jahre weitete sich diese Liste der Zielländer langsam aus. Zunächst Richtung Balkan mit Bulgarien (Erstbewilligung 1998) und die Krisenländer Kosovo und Bosnien Herzegowina (erste Bewilligungen 2002). Ab 2005 kamen auch Projektanträge mit der Zielregion Zentralasien. So kamen viele neue Länder hinzu, in anderen wurden ab 2001 keine Projekte mehr realisiert (Ungarn, Slowenien, Litauen, Estland). In den letzten Jahren lag der Schwerpunkt des Programms zwar mit 28% aller Projekte nach wie vor auf Russland, an zweiter Stelle kam jedoch bereits Bulgarien (10% der Projekte ab 2001) und Kasachstan (8%). In Polen und Rumänien wurden genauso viele Projekte realisiert wie im Kosovo (6% der Projekte ab 2001).<sup>16</sup>

Auch der thematische Bezug der Projekte veränderte sich über die Jahre. Waren in den ersten sechs Jahren Projekte der Altenhilfe (38% der Projekte) und der Psychiatrie stark vertreten (19%), ging deren Anteil in der zweiten Hälfte zurück (Altenhilfe auf 28% der Projekte; Psychiatrie auf 9% der Projekte). Demgegenüber dominierten Projekte der Behindertenhilfe in der zweiten Programmhälfte stark; 56% der Projekte dieser Zeit beschäftigten sich mit Menschen mit Behinderungen (in der ersten Hälfte: 22%).<sup>17</sup>

Eine Ursache für die geographische Verschiebung könnte folgende sein: Es fällt auf, dass insbesondere in den ersten Zielländern wie z.B. Polen oder der Slowakei Psychiatrie ein wichtiger Schwerpunkt war. Demgegenüber dominieren in eher östlichen bzw. südöstlichen Ländern Projekte mit der Zielgruppe Menschen mit Behinderungen. In diesem Bereich gibt es in den jetzigen EU Mitgliedsstaaten offensichtlich nur einen geringen Bedarf, da der Standard in der Pflege bereits höher ist (so übernehmen in Polen bspw. qualifizierte Krankenschwestern die Pflege, was z.B. in Russland eher unqualifizierten Kräften überlassen wird). Demgegenüber gibt es in Ost- und Südosteuropa noch einen großen Reformbedarf.<sup>18</sup> Es ist jedoch auch ein Zusammenhang mit den Trägern denkbar. Die Arbeit mit Menschen mit Behinderungen wird in MOE seit 1990 stark durch die Entwicklung von Elterninitiativen und Elternvereinen, die sich in vielen Ländern zu starken Dachverbänden zusammengeschlossen haben, beeinflusst. Gleichzeitig ist bei ehrenamtlichen und caritativen Einrichtungen in Deutschland und Westeuropa die Spenden- und Hilfsbereitschaft bei Kindern ungleich höher als bei (meist erwachsenen) psychisch Kranken. Für psychisch Kranke engagieren sich sowohl auf Seite der deutschen Projektträger

<sup>13</sup> Siehe Anhang 3, Abbildung 9.

<sup>14</sup> Siehe Anhang 3, Abbildung 11.

<sup>15</sup> Für regionale oder themenbezogene Arbeitstreffen und Tagungen, die die Initiativen miteinander veranstalten wollen, vergibt die Stiftung Zuschüsse für Reisekosten, Tagungsraum, Verpflegung, Einladung von Experten. Gefördert werden können auch Arbeitstreffen im Partnerland, um regionale Akteure in die Projektarbeit einzubinden.

<sup>16</sup> Siehe Anhang 3, Abbildung 9 und 10.

<sup>17</sup> Siehe Anhang 3, Abbildung 2.

<sup>18</sup> Vgl. Kap. 3

als auch auf Seite der Partnerländer nur Fachkräfte. Diese haben jedoch – von wenigen Ausnahmen abgesehen – meist wenig Zeit für Projektengagement in MOE.

Betrachtet man die geförderten Antragsteller, fällt auch ein Unterschied zwischen den Anfängen des Programms und den letzten Jahren auf. So realisierten Einrichtungen des Gesundheitswesens in den letzten sechs Jahren sehr viel seltener Projekte als zu Beginn (Rückgang von 19% der Träger in der ersten Programmhälfte auf 3% der Träger der zweiten Programmhälfte). Das gleiche gilt für Wohlfahrtsverbände (22% → 9%) und konfessionelle Träger (22% → 9%). Demgegenüber stieg der Anteil ehrenamtlicher Vereine stark an (von 28% der Träger der ersten Hälfte auf 47% der Träger der zweiten Hälfte). Auch Hilfswerke bemühten sich zunehmend um eine Förderung über das Programm (6% → 19%).<sup>19</sup> Analog zur Verschiebung der Träger und der Themen gibt es auch eine Verlagerung bei den MOE-Partnern. Gegenüber der ersten Programmhälfte gingen die Kooperationen mit Krankenhäusern von 25% in der zweiten Hälfte auf 16% zurück. Ein ähnlicher Rückgang zeigt sich bei Kooperationen mit Altenheimen (von 22% in der ersten Programmhälfte auf 13% in der zweiten). Demgegenüber kooperierten die deutschen Träger verstärkt mit Behindertenheimen (13% → 31%) und Tagesstätten (0% → 16%). Auch der Anteil nicht-staatlicher Partner stieg von 56% in der ersten Programmhälfte auf 63% in der zweiten Programmhälfte an.<sup>20</sup>

Auch was die Teilnehmer der Projekte angeht, fällt ein Unterschied zwischen den zwei Programmhälften auf. In der zweiten Hälfte warb die Stiftung bei den Projektträgern darum, verschiedene Teilnehmer einzubeziehen. So sollten gezielt ungelernte Pflegekräfte, die häufig in MOE die Pflege übernehmen, in die Qualifizierung einbezogen werden. Auch war gewünscht, Vertreter der lokalen Verwaltungen einzubeziehen, um die Nachhaltigkeit der Maßnahmen zu gewährleisten. Diese Bemühungen waren offensichtlich erfolgreich. Projekte der zweiten Hälfte zogen einen sehr viel weiteren Kreis von Berufsgruppen mit ein. So stieg der Anteil ungelerner Pflegekräfte ebenso wie der Anteil von Verwaltungsmitarbeitern oder von Führungskräften.<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> Siehe Anhang 3, Abbildung 3.

<sup>20</sup> Mehrfachnennungen möglich. Siehe Anhang 3, Abbildung 4 und Abbildung 5.

<sup>21</sup> Siehe Anhang 3, Abbildung 8.

### 3 Hintergrund und Rahmenbedingungen: Stand der Pflege in Mittel- und Osteuropa<sup>22</sup>

Mittel- und Osteuropa umfasst sehr unterschiedliche Länder und Regionen. Gemeinsam ist ihnen, dass sie in der Pflege von Menschen mit Behinderungen, psychisch Kranken und alten Menschen einen ähnlichen Ausgang im sowjetisch-geprägten Versorgungssystem nahmen. Aber zum einen bestanden bereits vor 1989/1990 feine Unterschiede<sup>23</sup>, zum anderen haben sich die Länder auch im sozialen Bereich in den letzten 15 Jahren sehr unterschiedlich entwickelt. Insbesondere zwischen den EU-Ländern und den Nicht-EU-Ländern sind aufgrund der Auflagen, die der EU-Beitritt mit sich brachte, große Unterschiede festzustellen.

Aus diesem Grund ist dieses Kapitel wie folgt aufgebaut: in den ersten drei Teilen – Situation in den Heimen, ambulante Pflege und Ausbildung – wird allgemein auf die Region eingegangen. Einzelne Beispiele aus verschiedenen Ländern illustrieren Ähnlichkeiten bzw. Unterschiede. Auch wird der Ausgangspunkt im sowjetischen Versorgungssystem deutlich. Es wird versucht, auf die unterschiedlichen Zielgruppen - Menschen mit Behinderungen, alte Menschen und psychisch Kranke - einzugehen. Teilweise ist dies jedoch nur eingeschränkt möglich. Gerade in den Heimen wohnen in post-sowjetischen Ländern unterschiedliche Zielgruppen. Zwischen der stationären Betreuung von geistig Behinderten und psychisch Kranken wurde faktisch kaum ein Unterschied gemacht.

Um auf die unterschiedlichen Entwicklungswege der Länder einzugehen, wird in zwei weiteren Unterkapiteln von den Reisen nach Bulgarien und Russland, welche im Rahmen dieser Evaluation stattfanden, berichtet. Hierbei stützen sich die Evaluatorinnen auf Interviews mit Projektverantwortlichen in Deutschland und MOE und auf verschiedene Experten oder Politiker im Gesundheits- und Sozialbereich.<sup>24</sup>

#### Die Situation in den Heimen<sup>25</sup>

Die unmenschlichen Zustände in den staatlichen Alten-, Behinderten- und psychiatrischen Heimen in MOE haben in den 90er Jahren viele Menschen in Westeuropa aufgeschreckt. Kinder mit unterschiedlichen (auch leichteren) Behinderungen, die unbekleidet in Käfigen ähnelnden Betten lagen, manchmal festgebunden an den Gitterstäben, oder alte Menschen, die sich mit Geschwüren unter großen Schmerzen auf Gummiunterlagen quälten, zeigten, dass es oft am Allernötigsten – vor allem aber an

<sup>22</sup> Soweit nicht anders angegeben, stützt sich das folgende Kapitel auf Beobachtungen, Experten-Interviews und Recherchen der Evaluatorinnen auf zahlreichen Reisen nach MOE in den Jahren 2003 bis 2007 (nach Russland, Weißrussland, Ukraine, Polen, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien), auf unveröffentlichte Länderberichte lokaler Experten im Auftrag der Aktion Mensch e.V. über die Situation von Menschen mit Behinderungen und andere sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen (2004), sowie auf eine Recherche im Auftrag des Fonds „Erinnerung und Zukunft“ der Stiftung „Erinnerung, Verantwortung und Zukunft“ (Sabine Erdmann-Kutnevic, Die soziale Situation von älteren Menschen in Belarus, Russland und der Ukraine, Berlin 2006). Der Abschnitt über Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten stützt sich darüber hinaus auf zwei Veröffentlichungen: 1. Serie „Altenpflege in Europa“, in: Altenpflege 2000-2003, Vincentz-Verlag Hannover (Beiträge u.a. aus Bulgarien, Tschechien, Ungarn, Polen, Estland, Slowakei, Litauen, Russland), veröffentlicht auch in: Bartels, Andreas und Jenrich, Holger (Hg.): Alt werden in Europa, Frankfurt/M. 2004 und 2. Hamburger, Franz / Hirschler, Sandra / Sander, Günther / Wöbcke, Manfred (Hg.): Ausbildung für soziale Berufe in Europa, Band 2 (Beiträge u.a. aus Lettland, Polen, Slowakei, Kroatien, Bulgarien) und Band 3 (Beiträge u.a. aus Russland, Tschechien, Ukraine, Ungarn, Rumänien), Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Eigenverlag 2005.

<sup>23</sup> So entstanden in Polen unter der Solidarnoc Bewegung und dem Schutz der Kirche bereits früh soziale und pflegerische Dienste, welche auch schnell eine Ausdifferenzierung der sozialen und therapeutischen Berufsbilder mit sich brachte. Die DDR war das einzige Land, in welchem es den Beruf des Rehabilitationspädagogen gab – vergleichbar unseres Sonderpädagogen – anstatt der sonst im Ostblock üblichen Defektologen.

<sup>24</sup> Siehe Liste der Gesprächspartner im Anhang 2.

<sup>25</sup> Die Heime, meist Waisenhäuser und Psychiatrien (in Rumänien: „Kliniken für chronisch physisch Kranke) sind Folge einer systematischen Ausgrenzung und Isolierung von geistig Behinderten und psychisch Kranken während der kommunistischen Zeit. Sie waren Folge der kommunistischen Arbeitsideologie. Männer und Frauen sollten Zeit für die Arbeit haben und sich nicht mit der Betreuung von Familienangehörigen beschäftigen. Diese sollten der Fürsorge des Staates übergeben werden. Die Heime liegen häufig in der Provinz in weit abgelegenen Dörfern. Die Insassen sind stigmatisiert (Idioten, das „Böse“), die Arbeit dort ist nicht angesehen und bedeutet ein Karriereende. Geistig behinderte Kinder werden genauso wie Waisenkinder, die aufgrund der Dauerhospitalisierung psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten zeigen, mit ihrem 18. Lebensjahr in die Psychiatrien überwiesen. Weder geistig Behinderte noch psychisch Kranke werden psychotherapeutisch behandelt. In beiden Fällen wird von einem nicht veränderbaren Status und der „Nicht-Förderfähigkeit“ ausgegangen. Derartige Heime sind nach wie vor in Rumänien, Bulgarien, Russland und der Ukraine anzutreffen (siehe Schmidt-Michel, 2006: Gibt es etwas strukturell Böses in psychiatrischen Versorgungssystemen? Beispiele kollektiver Unachtsamkeit in der Psychiatrie in Südost-Europa. In: Neurotransmitter, Sonderheft 2, 2006, S. 56-59.

menschlicher Zuwendung und qualifiziertem Personal – mangelte. Seitdem hat sich durch Anstöße von außen, durch die Auflagen zum EU-Beitritt und auch durch eigene Bemühungen viel zum Positiven verändert.

Heime wurden renoviert und besser ausgestattet, Pflegepersonal fortgebildet und durch pädagogische und therapeutische Fachkräfte ergänzt, Zivildienstleistende und Freiwillige haben durch die bloße Zuwendung und Beschäftigung mit behinderten Kindern bewiesen, dass diese ein Lern- und Entwicklungspotential besitzen – das Menschenbild und das Grundverständnis von Pflege verändern sich allmählich. Das zeigt sich z.B. in sprachlichen Veränderungen: so wurden im Russischen aus „Invaliden“, „Unlernenden“ oder sogar „Idioten“ „Menschen mit eingeschränkten Möglichkeiten“ oder „Menschen mit besonderen Bedürfnissen“. Es spiegelt sich auch darin wider, dass der aus dem paternalistischen Verständnis des sozialistischen Staates stammende Begriff „Soziale Fürsorge“ in gesetzlichen Neuregelungen durch die Bezeichnung „Soziale Hilfe“ ersetzt wurde<sup>26</sup>, welcher auf möglichst weitgehende Selbständigkeit und Unterstützung nur dort, wo es notwendig ist, hinweist.

Allerdings gibt es auch nach wie vor Heime – insbesondere weitab von den Zentren –, in denen sich nichts oder nur wenig geändert hat. Allein der Vergleich zwischen den Kinderheimen in Pawlowsk und Priosersk, 35 bzw. 150 km von St. Petersburg entfernt, beide von deutschen Fördervereinen und u.a. durch die Robert Bosch Stiftung unterstützt, macht deutlich, welche Auswirkungen Isolation auf die Zustände im Heim hat. So ist es in Priosersk um ein Vielfaches schwieriger, motiviertes und an Veränderungen interessiertes Personal zu finden. Abgeschiedenheit, Perspektivlosigkeit und in der Folge ein erhöhter Alkoholkonsum führen dazu, dass insbesondere die Sanitarkas, das ungelernete Pflegepersonal, wenig verlässliche Partner bei den Bemühungen um Veränderungen sind.<sup>27</sup> Ein anderes Beispiel: Die Altenheime in der Ukraine sind aufgrund der unmenschlichen Zustände nur zu 94% ausgelastet, obwohl die Plätze knapp bemessen sind und lediglich für erheblich Behinderte oder Pflegebedürftige ohne Angehörige vorgesehen sind. In EU-Ländern (z.B. Ungarn, Litauen und der Slowakei) gibt es dagegen Wartelisten.<sup>28</sup>

### Ambulante Pflege / Tagespflege

Die ambulante Altenpflege ist in den meisten MOE-Ländern nur gering entwickelt. Staatliche Dienste beschränken sich meist auf den hauswirtschaftlichen und verwaltenden Bereich – Einkaufen, Kochen und Putzen bzw. Vertretung bei Ämtern, Beantragung sozialer Vergünstigungen, Bezahlung kommunaler Dienstleistungen, Krankenhaus- oder Heimeinweisung und schließlich Beerdigung. Für die medizinische Versorgung kommt ein Arzt oder eine Schwester, für Pflege und menschliche Zuwendung gibt es niemanden. Ohnehin sind die Dienste überwiegend alleinstehenden bzw. alleinlebenden, hilfsbedürftigen, in einigen Ländern auch sozial schwachen Personen vorbehalten, da zuerst die Angehörigen für die Pflege zuständig sind.<sup>29</sup> In einigen Ländern können die staatlichen ambulanten Dienste auch gegen eine geringe bzw. einkommensabhängige Bezahlung in Anspruch genommen werden. Nicht-staatliche Träger haben sich auf diesem Feld bisher noch kaum etablieren können, da ihnen oft die staatliche Anerkennung verwehrt wird und ihre Finanzierung große Schwierigkeiten bereitet.<sup>30</sup>

<sup>26</sup> Ein Beispiel dafür ist das polnische Sozialhilfegesetz (Ustawa o Pomocy Społecznej z dnia 29.11.1990), das 1990 vom Parlament verabschiedet und seither in vielen Novellen korrigiert wurde. Ewa Schmied, Ausbildung für Soziale Berufe in Polen, in: Hamburger, Franz / Hirschler, Sandra / Sander, Günther / Wöbcke, Manfred (Hg.): Ausbildung für soziale Berufe in Europa, Band 2, Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Eigenverlag 2005, S.117

<sup>27</sup> Prof. Schmidt-Michel ist in einem Artikel zur Situation in Psychiatrien in Rumänien der Frage nachgegangen, weshalb sich das Personal häufig unmenschlich und unachtsam gegenüber den Bewohnern verhalten. Seine Aufzählung von Gründen trifft auch die Situation in Kinderheimen und Psychiatrien, welche die Evaluatorinnen in Russland besucht haben: „Sie (die Mitarbeiter) werden für ihre Arbeit selbst nicht wertgeschätzt und von den politisch-administrativ Verantwortlichen vernachlässigt (auch sie wollen nicht an diese Orte), sie sind für diese Arbeit denkbar schlecht oder nicht ausgebildet, können die Einschränkungen ihrer Patienten nicht verstehen und mittragen, sie leben selbst häufig am Existenzminimum“ (Schmidt-Michel, 2006, S. 58).

<sup>28</sup> Lajos Mészáros, Bitte warten Sie... (Ungarn), in: Altenpflege 11/2000; Renata Semaskiene, Unklare Zukunft (Litauen), in: Altenpflege 11/2003 und Maria Gasperova, Aufbauarbeit angesagt (Slowakei), in: Altenpflege 11/2002

<sup>29</sup> So sind in der Ukraine Familienangehörige ersten Grades per Gesetz verpflichtet, sich um ihre pflegebedürftigen Eltern zu kümmern – unabhängig davon, ob sie am selben Ort leben oder den ganzen Tag beruflich beschäftigt sind. Die Situation verschärft sich zusätzlich durch die Auflösung von Familienstrukturen infolge der Arbeitsmigration.

<sup>30</sup> So gibt es nach Angaben der „Memorial“ nahe stehenden Wohltätigen Stiftung für die Unterstützung der Opfer von Folter und organisierter Gewalt „Sostradanie“ („Mitgefühl“) in Moskau nur noch zwei nicht-staatliche häusliche Pflegedienste, obwohl es vor wenigen Jahren noch einige mehr waren. (Interview der Evaluatorinnen mit der Leiterin, Elizaveta Džirikova, in Moskau, 24.

Besser sieht es inzwischen im Bereich der Tagesbetreuung für behinderte Kinder und Jugendliche aus. Durch das Engagement von Eltern wurden Tageszentren aufgebaut, die von Elternvereinen getragen werden oder auch in staatliche Obhut übernommen wurden, die oftmals staatliche Unterstützung in Form von Räumen oder Reduzierung der kommunalen Kosten (Strom, Gas, Wasser, Telefon) erhielten und deren laufende Kosten – zumindest in den neuen EU-Ländern – inzwischen durch staatliche Sozialprogramme oder EU-Mittel finanziert werden. Es fehlt noch immer an wichtigen Teilaspekten – langfristig zugesicherte oder größere Räumlichkeiten, Transportmöglichkeiten oder eine bestimmte Therapieform –, aber die laufenden Kosten sind überwiegend gedeckt und die Existenz nicht grundsätzlich gefährdet.

Das ist einerseits der größeren Lobby für behinderte Kinder (im Vergleich zu alten Menschen oder psychisch Kranken) zu verdanken, aber auch der aktiven Arbeit der Eltern und Mitarbeiter und ihrer Vernetzung in Dachverbänden. Derzeit geht es diesen Vereinen nun um den Aufbau von betreuten Wohngruppen und Werkstätten für die heranwachsenden Jugendlichen. Ein weiteres wichtiges Thema ist die Frühförderung.

In Bulgarien oder Rumänien hat der EU-Beitritt in diesem Bereich Einfluss. Die Politik der EU zielt auf Deinstitutionalisierung und den Auf- und Ausbau der häuslichen Pflege sowie auf das betreute Wohnen. Zumindest Behindertenheime sollen in der bisherigen Form perspektivisch abgeschafft werden, was aber eine umfassende Beratung der Eltern, den Aufbau einer Frühförderung und den Ausbau von Tagesbetreuungsangeboten erfordert.<sup>31</sup> Gleiches gilt für die Psychiatrie. Auch hier werden in Bulgarien und Rumänien verstärkt gemeindenahere psychiatrische Dienste und dezentrale Wohneinheiten mit EU-Geldern gefördert. So wurden in Rumänien mit Hilfe eines „Twinning-Light“-Projekts umfassende Gesetze zur Verbesserung der Infrastruktur der psychiatrischen Versorgung verabschiedet. Eine Umsetzung der neuen gesetzlichen Regelungen ist bisher jedoch noch wenig spürbar.<sup>32</sup>

### Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten

In MOE sind im Bereich der Pflege und Betreuung entweder hoch qualifizierte, überwiegend medizinisch ausgebildete oder ungelernete Kräfte tätig. Es fehlt an praktisch orientierten Ausbildungsgängen, die zwischen diesen beiden Ebenen liegen. Viele Berufsbilder existieren nicht (z.B. Alten- oder Heilerziehungspflege, Ergotherapie, Familientherapie). Darüber hinaus mangelt es an berufsbegleitenden Fortbildungsangeboten und deren Finanzierung.<sup>33</sup>

Dennoch gibt es zahlreiche neue Entwicklungen auf diesem Gebiet, die aber oft regional begrenzt sind und auf einzelne Initiativen (oft von ausländischen Förderorganisationen) zurückgehen. Sie sind staatlich nicht anerkannt, haben keine gemeinsam erarbeiteten Curricula und unterliegen keinen Qualitätsstandards. Häufig werden nur Einzelpersonen ausgebildet, die dann oft im Land als Experten bekannt sind und eventuell ihr Wissen in (oft vom Ausland finanzierten) Schulungen weitergeben.<sup>34</sup> Ein systematisches Angebot besteht nicht. Deshalb ist es äußerst schwierig, einen Überblick zu geben, und die folgenden Ausführungen können keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

---

Nov. 2005). Teilweise entsendet das Rote Kreuz so genannte Gemeindegewestern, deren Kosten von regionalen Stellen getragen werden. Häufig unterscheidet sich die Qualität dieser Arbeit wenig von den staatlichen Stellen. Ausnahmen bilden Rote Kreuz Stellen, die mit westlichen Rote Kreuz Stellen kooperieren und hierdurch Qualifizierung und Beratung (und teilweise auch Personalkosten) erhalten.

<sup>31</sup> Aus Rumänien wurde berichtet, dass die Heime aufgelöst werden, indem Kinder in Pflegefamilien vermittelt werden. Das geschieht ohne Vorbereitung der Eltern auf diese Aufgabe, nur durch Werbung und finanzielle Anreize. Dadurch ist den Kindern, die oft unter posttraumatischen Störungen leiden, wenig geholfen.

<sup>32</sup> Siehe: Schmidt-Michel, 2006: Gibt es etwas strukturell Böses in psychiatrischen Versorgungssystemen?, NeuroTransmitter Sonderheft 2, 2006, S. 58.

<sup>33</sup> So wird beispielsweise aus Polen von einer rückläufigen Beteiligung des Pflegepersonals an beruflichen Fort- und Weiterbildungen aufgrund mangelnder Finanzmittel berichtet. Vgl. Zbigniew Skwierawski, Von der Wende zum Wandel (Polen), in: Altenpflege 5/2002.

<sup>34</sup> Die Russische Gesellschaft der Ergotherapeuten besteht z.B. aus 20 Teilnehmern einer schwedischen Ergotherapie Ausbildung, welche in St. Petersburg im Zuge einer schwedischen Entwicklungshilfemaßnahme angeboten wurde. Danach bestand keine Möglichkeit mehr, sich zum Ergotherapeuten ausbilden zu lassen. Ca. fünf der Teilnehmer arbeiten täglich mit den erlernten Arbeitsweisen und Methoden. Das Berufsbild ist aber nach wie vor nicht anerkannt und besteht nicht (Interview mit Ljudmila Antonova, 18. April 2007, St. Petersburg). Auch in Rumänien gibt es im Rahmen einer holländischen „Training of trainers“ Initiative Bemühungen, die Ergotherapie im Land zu verbreiten (Interview Richard Gerster, Beclean e.V., 25. Mai 2007, Ravensburg).

In Ungarn, wo in den Einrichtungen der Altenhilfe inzwischen überwiegend Menschen mit sozialpflegerischer Ausbildung arbeiten, umfasst die Ausbildung drei Stufen: 1. Soziale Assistenten, 2. Soziale Betreuer und Pfleger und 3. Allgemeine Sozialarbeiter im Rahmen eines Hochschulstudiums.<sup>35</sup> Die ersten beiden Ausbildungsstufen zählen zu den Grundausbildungen und bestehen aus theoretischem und praktischem Unterricht. Zugangsvoraussetzung ist jeweils die Reifeprüfung und eine entsprechende Berufserfahrung. Die Fortbildung zum Sozialen Assistenten gibt es auch in anderen Ländern wie z.B. Bulgarien oder Polen, wobei das Verständnis sehr unterschiedlich ist und von der Vermittlung pflegerischer Grundkenntnisse und-techniken bis zur umfassenden Altenpflegeausbildung reicht. In der Slowakei wurde die Ausbildung zum Sozialen Assistenten in Anlehnung an das Modell des Gesundheitsassistenten (Krankenpflegeausbildung unterhalb des Bachelor) an der Privaten Fachschule für Pfleger für Senioren in Bratislava eingeführt, aber das Berufsbild ist von staatlicher Seite nicht anerkannt und nicht in das Sozialgesetz eingeführt worden.<sup>36</sup> Die nicht-staatliche Altenpflegeschule in Moskau, die 13 Jahre lang erfolgreich Krankenschwestern in der Altenpflege fortgebildet hat, musste aus finanziellen Gründen aufgrund der fehlenden Anerkennung in Russland im Herbst 2005 schließen.<sup>37</sup> Auch die Fortbildung zur „Geriatrischen Schwester“, die in Kooperation mit der Altenpflegeschule Kassel am Medizinischen Kolleg der Medizinischen Fakultät der Trakischen Universität Stara Zagora/Bulgarien eingeführt werden sollte, wurde nach einem erfolgreichen ersten Durchgang aus finanziellen und weiteren Gründen eingestellt. Dafür gibt es in vielen Ländern in Zusammenarbeit mit den nationalen Arbeitsämtern Requalifizierungskurse in der Pflege, die auf den wachsenden Bedarf an Pflegepersonal reagieren, aber keinen Qualitätsstandards unterliegen.

Es fehlt eine kombinierte Pflegeausbildung aus medizinisch orientierter Krankenpflege und gesundheitlich-sozial orientierter Pflege. Zwar finden altenpflegerische Themen wie „Gesunde ältere Menschen“, „Pflege und Sterben älterer Menschen“, „Krankheitsbilder älterer Menschen“ und „Häusliche Pflege für Ältere“ Eingang in die krankenpflegerische Ausbildung, aber in der Praxis gibt es häufig noch die Arbeitsteilung zwischen medizinischer Versorgung durch Krankenschwestern und Pflege durch ungelernetes Personal, das an einer Fortbildung oft weder interessiert noch in der Lage dazu ist.

Auch in die medizinische und sozialpädagogische Hochschul-Ausbildung sind geriatrische und gerontologische Themen bisher zu wenig oder zu allgemein integriert.<sup>38</sup> Ein eigenes Studienfach Gerontologie gibt es nicht, Aufbaustudiengänge nur vereinzelt. Weiterbildungskurse für Ärzte, Sozialarbeiter, Krankenschwestern, Psychiater und Psychologen werden sowohl im staatlichen als auch nicht-staatlichen Bereich (z.B. finanziert durch den Open Society Fund) mit unterschiedlicher Qualität angeboten. In der Praxis fehlt es aber häufig an speziellen Kenntnissen wie z.B. über Demenz. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die in MOE keine Tradition hat, in der Pflege aber von zentraler Bedeutung ist, wird durch Anregungen von außen, manchmal auch durch Fortbildungen angestoßen.<sup>39</sup>

Ähnliches gilt auch für den Bereich der Pflege und Förderung von Menschen mit Behinderungen. Sozial- und Sonderpädagogik sind zwar als Studiengänge inzwischen überall in MOE etabliert (häufig Rehabilitations- oder Korrektionspädagogik genannt), jedoch mit zu geringem Praxisbezug und ohne Vorbereitung auf die Arbeit mit geistig und mehrfach behinderten Menschen. Es fehlt an praktischen Ausbildungsgängen und der Vermittlung neuer Therapieansätze und Methoden.<sup>40</sup>

<sup>35</sup> Lajos Mészáros, Bitte warten Sie... (Ungarn), in: *Altenpflege* 11/2000.

<sup>36</sup> Modellprojekt der NGO „Tabita“ (Bratislava) in Zusammenarbeit mit den Johannes Seniorendiensten (Bonn) mit Unterstützung der Robert Bosch Stiftung. Gespräch mit Andreas Bartels (Johannes Seniorendienste), vgl. auch Maria Gasperova, Aufbauarbeit angesagt (Slowakei), in: *Altenpflege* 11/2002.

<sup>37</sup> Gespräch mit Marianne Distler-Melander (Förderverein zum Wiederaufbau des Gesundheitswesens in Russland e.V., Weilheim), vgl. auch Irina Darscht und Elisabeth Adler, Russland: Zeichen der Hoffnung, in: *Altenpflege* 9/2003.

<sup>38</sup> So gibt es z.B. an der Freien Universität Burgas, Bulgarien, im Rahmen des Studiums der Sozialarbeit den Kurs „Soziale Arbeit mit alten Menschen“, der auch mit Praktika in der Altenhilfe kombiniert werden kann. Vgl. Zornica Kostova Ganeva, Schlechte Aussichten (Bulgarien), in: *Altenhilfe* 3/2000.

<sup>39</sup> Von der estnischen Vereinigung für Gerontologie werden z.B. interdisziplinäre Lehrgänge zum Thema „Teamwork in der Geriatrie“ angeboten. Vgl. Anne Ehasalu, Im Osten nichts Neues (Estland), in: *Altenpflege* 9/2002.

<sup>40</sup> Vgl. Hamburger, Franz / Hirschler, Sandra / Sander, Günther / Wöbcke, Manfred (Hg.), 2005: *Ausbildung für soziale Berufe in Europa*, Band 2 (Beiträge u.a. aus Lettland, Polen, Slowakei, Kroatien, Bulgarien) und Band 3 (Beiträge u.a. aus Russland, Tschechien, Ukraine, Ungarn, Rumänien), Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Eigenverlag.

## Erfahrungen in Bulgarien

Nach Angaben von BAPID, der nationalen Vereinigung von Elternvereinen behinderter Kinder, hat sich die Situation in den staatlichen Behindertenheimen nur wenig verändert. „Das ist unser großer Schmerz.“, so Sonia Vladimirova, die Leiterin von BAPID in Sofia, und: „Kein Mensch hat eine Chance, wenn er in einem Heim irgendwo im Wald gelandet ist.“ Da die Heime weitab von den Zentren liegen, sind auch nur wenige Fachleute bereit, dort zu arbeiten. Bisher ist es mit Hilfe von BAPID nur vereinzelt gelungen, Kinder aus den Heimen in eine Schule am Ort zu integrieren oder erwachsene Heimbewohner in betreuten Wohngruppen unterzubringen. Zwar sollen nach den Richtlinien der EU-Politik die Heime perspektivisch geschlossen werden, und die bulgarische Regierung vermeldet bereits erste Erfolge, aber nach Informationen von BAPID wurde bisher kein einziges Heim geschlossen, sondern es wurden Heimbewohner lediglich verlagert, was zu Überbelegung und einer weiteren Verschlechterung der Bedingungen geführt hat.

Der Aufbau von Frühförderung ist auch deshalb so wichtig, um zu verhindern, dass Kinder mit Behinderungen in die Institutionen geraten. Auch in Bulgarien gibt es die Tendenz, dass Kinder mit Behinderungen zunehmend in ihren Familien aufwachsen, was zwar der staatlichen Politik entspricht, wofür aber zu wenig getan wird. „Es gibt gute geschriebene Strategien“, so Sonia Vladimirova.

In Vorbereitung auf den EU-Beitritt und unter westlichem Einfluss wurde auch Integration staatlich befördert. In der Praxis sieht es aber so aus, dass Kinder mit Behinderungen zwar staatliche Kindergärten und Schulen besuchen, dort aber keine besondere Förderung erhalten. Die Einrichtungen sind nicht auf die Integration vorbereitet, es gibt kaum zusätzliches Fachpersonal. Ein Betreuungslehrer ist für mehrere Schulen gleichzeitig zuständig und kann nur Elternberatung anbieten. Oft können die Kinder deshalb nicht am Unterricht teilnehmen und werden vom Hausmeister oder der Putzfrau beaufsichtigt.

Die in den letzten zehn Jahren neu entstandenen Tageszentren, die inzwischen staatlich finanziert werden, haben durch die Integration ihre Rolle verändern müssen. Vormittags betreuen und beschäftigen sie Erwachsene, für die es noch keine Arbeitsmöglichkeiten gibt, und am Nachmittag nutzen die Kinder verschiedene Therapieangebote.

Die Ausbildungsmöglichkeiten in den Bereichen Sonderpädagogik, Sozialarbeit, Physiotherapie und Logopädie wurden als ausreichend eingeschätzt, spezielle Therapieformen wie Ergotherapie, Musiktherapie und Entwicklung der Feinmotorik müssen über Fortbildungen mit internationaler Unterstützung abgedeckt werden.

Die Situation in den staatlichen Altenheimen hat sich durch die Auflagen zum EU-Beitritt und westliche Unterstützung vielfach verbessert. Die alten Menschen werden zu mehr Aktivitäten angehalten, es gibt Beschäftigungs- und Bewegungsangebote, neue Methoden wie interdisziplinäre Zusammenarbeit, Fallbesprechungen und Biografiearbeit haben Eingang in den Alltag gefunden. Die Pflege wird überwiegend von ungelerntem Personal, Sanitäterinnen, ausgeführt, während das ausgebildete Personal für die medizinische Versorgung, Biografiearbeit und den Kontakt zu den Angehörigen zuständig ist. In den drei besuchten Altenheimen in Kazanlak wurden die Sanitäterinnen aber nach Möglichkeit zu den Fallbesprechungen hinzugezogen. Sie fortzubilden, ist ungleich schwieriger, da sie anschließend keine Gehaltserhöhungen bekommen und die Heime die Finanzierung selbst tragen müssen. Nur in einem Altenheim, das wegen seiner Spezialisierung auf Demenzkranke besser ausgestattet ist und gleichzeitig auch eine sehr engagierte Leiterin hat, wurden 16 Sanitäterinnen und zwei Wäscherinnen am Medizinischen Kolleg weitergebildet. Einige von ihnen haben mit dem Zertifikat einen besseren Job bekommen.

Häusliche Altenpflege wird in Bulgarien – entsprechend den neuen Richtlinien durch den EU-Beitritt – in einem nationalen Projekt aufgebaut, nachdem es bereits verschiedene Modellversuche, auch in der Gemeinde Kazanlak, gegeben hat. Ein Problem dabei ist jedoch die Ausbildung der Pflegekräfte. Die einjährige staatliche Fortbildung zum Sozialassistenten, die dafür eingeführt wurde, wird aufgrund der schlechten Bezahlung fast nur von pflegenden Angehörigen absolviert.

## Erfahrungen in Russland

Durch die Unterzeichnung internationaler Verträge über die Rechte von Kindern und Menschen mit Behinderungen, denen die nationale Gesetzgebung untergeordnet ist, sowie eine Reihe von nationalen

Verordnungen ist in Russland das Recht auf Bildung, Entwicklung und soziale Versorgung für Menschen mit Behinderungen gesetzlich garantiert. In der Praxis wird allerdings von Eltern, Elternvereinen und Fachleuten ein langer Kampf für die Umsetzung – insbesondere für das Recht auf Bildung – geführt, da Kinder mit schweren Entwicklungsstörungen nach wie vor als „bildungsunfähig“ gelten. Die staatlichen Internate unterstehen auch nicht dem Bildungsministerium, sondern sind Einrichtungen des Komitees für Sozialschutz, wodurch deutlich wird, dass hier keine Bildung vorgesehen ist. Das Heilpädagogische Zentrum Pskow, das sich explizit als Bildungseinrichtung für geistig und mehrfach behinderte Kinder versteht und mehr als 13 Jahre lang unter der Trägerschaft der Gemeinde Wassenberg in diesem Sinne gearbeitet hat, wurde bei der Übergabe in staatliche Obhut dem Dezernat für Gesundheit, Soziales und Bildung der Stadt Pskow unterstellt, obwohl die Mitarbeiter eine Zuordnung zum Regionalen Bildungsministerium gefordert hatten. In Verhandlungen mit der Gebietsverwaltung wurden finanzielle Mittel nur für den Fall in Aussicht gestellt, dass es sich als Sozial- und nicht als Bildungseinrichtung definiere. Dennoch werden Anforderungen aus dem schulischen Bereich, welche sich an Schulen für nicht-behinderte Kinder orientieren, gestellt, die im Heilpädagogischen Zentrum nicht bis schwer umsetzbar sind. So gibt es die Regel, dass eine Unterrichtsstunde 45 Minuten lang sein muss. Ein Zeitraum, der für viele Schüler im Zentrum viel zu lange ist. Auch in der Sonderschule Nr. 25 in St. Petersburg, in der es Perspektiven e.V. gelungen ist, zwei spezielle Klassen für schwer und mehrfach behinderte Kinder einzurichten, wurde von diesen Problemen berichtet.

In den Internaten gibt es nur teilweise vorschulische und schulische Bildungsangebote, allerdings nicht für alle Kinder. Ausgeschlossen sind überwiegend Kinder mit schweren geistigen und mehrfachen Behinderungen. Das ist z.B. in Priosersk der Fall, wo es zwar eine Schule und pädagogisches Personal gibt, aber nicht für Kinder mit den schwersten Behinderungen aus dem „Haus der Barmherzigkeit“. Für Kinder mit diesen Diagnosen wird oft auch kein „Individuelles Programm zur Rehabilitation“ (IPR) erstellt, das die Grundlage für eine entsprechende Förderung und gesetzlich vorgesehene Ermäßigungen ist. Hier zeigt sich, wie die Realität und gesetzliche Regelungen auseinanderklaffen. Nach der jüngsten Gesetzgebung haben auch Schwerst- und Mehrfachbehinderte Anrecht auf schulischen Unterricht. Dieser wird jedoch – außer in den oben beschriebenen Modellvorhaben – kaum gewährt.

Vor diesem Hintergrund ist die Arbeit von Einrichtungen wie der Heilpädagogischen Zentren oder Vereinen wie Perspektiven e.V. zu bewerten. Sie sind Wegbereiter einer Entwicklung, die unaufhaltsam, aber langwierig und äußerst mühsam ist. Aber es gibt Erfolge. Die „Richtlinien und Lehrpläne für den Unterricht mit Kindern und Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen im Heilpädagogischen Zentrum Pskow“, die gemeinsam mit der Rurtal-Schule Heinsberg entwickelt wurden, sind vom Russischen Bildungsministerium als modellhaft und richtungsweisend für das ganze Land empfohlen worden. Der Kindergarten und die kleine Schule im Haus Nr. 4 in Pawlowsk, wo die am schwersten behinderten Kinder untergebracht sind, haben bewiesen, dass auch diese Kinder ein Entwicklungspotential besitzen und ein den Fähigkeiten angemessener Unterricht möglich ist. Der Modellversuch mit zwei Klassen für schwer und mehrfach behinderte Kinder an der Sonderschule Nr. 25 in St. Petersburg soll mit seinen Erfahrungen und Ergebnissen dem Bildungsministerium vorgestellt und im Falle seiner Anerkennung auf weitere Schulen übertragen werden. Viktor Vasil'evič, der Schulleiter, der bereits im Zirkusprojekt für benachteiligte Kinder mit Perspektiven kooperiert, hat die Verantwortung gegenüber dem Bildungsministerium auf sich genommen, wenngleich er dabei auch die Interessen seiner Schule vor dem Hintergrund sinkender Schülerzahlen im Blick hatte.

Nach mehreren gescheiterten Versuchen in der Vergangenheit ist es auch in Russland im vergangenen Jahr gelungen, einen Dachverband von Elternvereinen zu gründen: die Interregionale Assoziation für Menschen mit physischen und psychischen Behinderungen mit Sitz in Wladimir. Die Vernetzung steht noch ganz am Anfang und ist aufgrund der Größe Russlands auch schwer zu vertiefen. Der Aufbau soll deshalb über regionale Filialen, die dann miteinander in Kontakt stehen, geschehen. Ob diese Organisation sich zu einem schlagkräftigen Dachverband entwickeln wird oder sich wieder auflöst und verschwindet – wie dies häufig geschieht - wird sich erst noch zeigen. Der Schritt ist jedoch viel versprechend. Mitgliedsvereine kommen u.a. aus Irkutsk, Krasnojarsk und natürlich aus Pskow, St. Petersburg, Moskau und Wladimir. Eine Internetseite befindet sich im Aufbau.

Die Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten für Fach- und Pflegekräfte sind auch in Russland unzureichend. Zwar ist das medizinische Personal in den Heimen verpflichtet, sich regelmäßig weiterzubilden, und auch für das ungelernete Personal, die Sanitarkas, gibt es die freiwillige Möglichkeit einer Fortbildung zur

Kleinen Krankenschwester („Mladšaja sestra“), aber diese Fortbildungen sind größtenteils medizinisch ausgerichtet. Der finanzielle Anreiz für die Sanitarkas besteht in einer Gehaltserhöhung von 200 Rubeln (= 5,75 €) monatlich, was angesichts ihrer geringen Löhne viel bedeutet. Als es jedoch gelang, die Sanitarkas einer ganzen Station des Psycho-Neurologischen Internats Peterhof zur Fortbildung zu bewegen<sup>41</sup>, waren diese Mehrausgaben offensichtlich im staatlichen Budget nicht vorgesehen, und ein Trick wurde angewendet: nun hieß es, die Gehaltserhöhung steht ihnen erst nach einer zweijährigen Praxis mit dem Zertifikat zu. Um die Sanitarkas nicht zu enttäuschen, sprang Perspektiven e.V. ein und zahlt nun die Differenz.

Innerhalb der sog. Korrektionspädagogik wird zu wenig Wissen über verschiedene Formen von Behinderung, vor allem über geistige und mehrfache Behinderungen, vermittelt. Auch die praktische und methodische Seite kommt im Studium zu kurz. Der Versuch des Heilpädagogischen Zentrums Pskow, innerhalb eines TEMPUS Projekts an der Pädagogischen Universität Pskow ein Curriculum für Sonderpädagogen zu entwickeln, lief zunächst erfolgreich und wurde dann von Seiten der Hochschule ohne Angabe von Gründen eingestellt. Anstelle der Sonderpädagogen werden nun Logopäden ausgebildet. Dabei wäre der Standort Pskow mit der Möglichkeit des Praktikums im Heilpädagogischen Zentrum, das einige der Absolventen anschließend auch eingestellt hat, ideal für diese Ausbildung gewesen.

Qualifizierungen, die vom Ausland angestoßen und finanziert werden, sind deshalb so wichtig. Die Zertifikate nutzen jedoch wenig: sie sind staatlich nicht anerkannt und werden nicht durch Gehaltserhöhungen aufgewertet. Die Motivation der Teilnehmer ist meist eine andere: sie wollen sich selbst weiter entwickeln und Veränderungen im Land initiieren.

---

<sup>41</sup> Innerhalb des EU Projekts der Behindertenhilfe Hamburg gGmbH, Perspektiven e.V. und dem Psycho-Neurologischen Internat Peterhof PNI 3 wird eine Abteilung des Erwachsenenheims als Modellstation umgestaltet.

## 4 Programmkoordination

### Ausschreibung und Öffentlichkeitsarbeit

Wie bereits in Kap. 2 dargelegt, war das Programm „Qualifizierende Pflegepartnerschaften“ innerhalb der Robert Bosch Stiftung ein eher kleines, niederschwelliges Programm, welches mit ca. 1,3 Mio. Euro ausgestattet war. Um keine Nachfrage zu erzeugen, die dann nicht hätte befriedigt werden können, wurde keine große Werbung für das Programm gemacht. Zwar gab es schon einen Entwurf für eine größere Ausschreibung, da es aber immer genügend Anfragen gab, sah man hiervon ab, um nicht zu große Erwartungen zu wecken.

Vorwiegend wurde über die Homepage oder auf einschlägigen Veranstaltungen der Stiftung wie z.B. der Preisverleihung des Förderpreises „Humanitäre Hilfe in Mittel- und Osteuropa“ über das Programm informiert. Informationen zum Programm wurden jedoch auch über die Zentralen von Wohlfahrtsverbänden verbreitet. So gaben einige Projektträger an, z.B. bei Veranstaltungen des Diakonischen Werkes von dem Programm der Robert Bosch Stiftung erfahren zu haben.

Die große Mehrheit der Projekte gab an, über frühere Kontakte mit der Robert Bosch Stiftung (36% der eingegangenen Projekt-Fragebögen) bzw. über direkten Kontakt mit Robert Bosch Mitarbeitern (28%) von dem Programm erfahren zu haben.<sup>42</sup> Ein Viertel der befragten Projekte nannte die Homepage der Stiftung und ein weiteres Viertel die Öffentlichkeitsarbeit anderer geförderter Projekte als Informationsquelle.<sup>43</sup> Somit stießen vorwiegend Projektträger und Organisationen auf das Programm, die die Robert Bosch Stiftung bereits kannten.

Einige Projektträger gaben bei den offenen Fragen an, sie hätten sich eine breitere Bekanntmachung des Programms gewünscht. Sie hätten von dem Programm nur zufällig erfahren und der Bedarf sei groß.

Trotz der geringen Öffentlichkeitsarbeit wurde die Ausschreibung von den Projektträgern als gut bewertet. Die Befragten stimmten den Aussagen „die Ausschreibung war leicht zugänglich“ und „die Informationen ausreichend und verständlich“ weitgehend zu.<sup>44</sup> Auch sei die Ausschreibung zum richtigen Zeitpunkt erschienen und die Programmziele wurden deutlich.<sup>45</sup>

### Antragsbearbeitung und Nachweislegung

Bei der Antragsprüfung durch die Robert Bosch Stiftung wurden die Vertrauenswürdigkeit, das Engagement und die Eignung der Antragsteller geprüft. Dabei wurden zumeist Rückfragen zu den Anträgen gestellt. Durch diese Praxis sollte auch unerfahrenen Antragstellern die Möglichkeit einer Förderung geboten werden. Hier waren die Informationen in den Anträgen teilweise nicht ausreichend für eine adäquate Antragsbearbeitung (Interview Programmkoordination).

Diese Praxis, die Wert auf einen engen und auch persönlichen Kontakt legte, wurde von den Antragstellern unterschiedlich bewertet. Einige klagten über viele und zeitraubende Rückfragen. Teilweise wurde auch eine fehlende MOE-Kompetenz beklagt. Der Aufwand der Antragstellung stehe damit nicht mehr im Verhältnis zu den bewilligten Mitteln. Insbesondere erfahrene Antragsteller, die auch das Gehalt ihres Bearbeiters berücksichtigen müssen und über eine Antragskompetenz verfügen, sahen hier ein Missverhältnis (Interviews Projektträger).

Die große Mehrheit lobte jedoch die Antragsbearbeitung. Einige betonten, dass die Rückfragen „kompetent, zielgerichtet und hilfreich gewesen seien“. Zwar sei der Aufwand bei der Antragstellung hierdurch recht hoch, danach sei dann aber auch alles klar und es gäbe keine Probleme mehr. Wenn man

<sup>42</sup> Nimmt man Mehrfachnennungen heraus, geben insgesamt 53% der befragten Projektträger an, entweder durch frühere Kontakte oder durch direkte Kontakte mit der Robert Bosch Stiftung von dem Programm erfahren zu haben.

<sup>43</sup> Hierbei gibt es leichte Unterschiede zwischen den Programmhälften. Erwartungsgemäß stieg die Bedeutung der Homepage als Informationsquelle stark an (von 7% auf 42%), wobei hiervon nur ein Drittel die Homepage als alleinige Informationsquelle angaben. Interessanterweise stieg auch der Anteil der Projekte, die über ihre MOE Partner von dem Programm erfuhren (von 10% auf 16%). Das Programm wurde also auch in MOE langsam bekannt. Der geringeren Bedeutung von Wohlfahrtsverbänden unter den Trägern der zweiten Programmhälfte entsprechend sank die Bedeutung der Zentralen der Wohlfahrtsverbände als Informationsquelle (von 17% auf 6%). Siehe Anhang 3, Abbildung 12.

<sup>44</sup> Siehe Anhang 3, Abbildung 13.

<sup>45</sup> Siehe Anhang 3, Abbildung 14.

die „Bosch-Philosophie“ einmal kenne und berücksichtige, sei eine Antragstellung kein Problem mehr. Ein Antragsteller meinte, es sei nicht immer einfach zu verstehen, was die Robert Bosch Stiftung wolle, die Ziele seien für sie (die sie aus einem anderen Bereich kommen) eher „nebulös“. Aber die Bosch Stiftung „nehme einen an der Hand“ und erkläre einem ihre Ziele und was sie wolle. Die Unterstützung sei großartig und es gäbe eine partnerschaftliche Zusammenarbeit.

Antragsteller, die Erfahrung mit mehreren Förderern hatten, formulierten ihr Urteil wie folgt: „Der bürokratische Aufwand ist bei der Drittmittel-Beantragung immer sehr hoch. Die Robert Bosch Stiftung gehört hier aber sicher nicht zu den schlimmsten“ (Interviews Projektträger).

Dennoch ist festzuhalten, dass der Aufwand der Berichtlegung als recht hoch eingeschätzt wurde. Die Aussage des Fragebogens „der Aufwand der Antragstellung, Abrechnung und Berichtlegung war angemessen“ erhielt am wenigsten Zustimmung bei den Fragen zur Programmkoordination.<sup>46</sup> Betrachtet man diese Aussage nach Trägern, stimmten insbesondere Wohlfahrtsverbände, konfessionelle Träger und Hilfswerke der Aussage nur teilweise zu.<sup>47</sup>

Mehrmals wurde die konkrete Festlegung des Projektbeginns im Antrag als Problem genannt. Dies bedeute, dass man bereits Verpflichtungen eingehen müsse, ohne zu wissen, ob das Projekt genehmigt wird. Insbesondere verpflichte man sich gegenüber dem Partner, mindestens moralisch, da dieser häufig bereits Vorkehrungen treffen müsse. Teilweise waren auch die Bearbeitungszeiten so lang, dass der geplante Zeitpunkt für den Beginn des Projektes schon überschritten wurde. Der Antragsteller hatte dann die Wahl, entweder das Projekt zu verschieben, was häufig dem Partner schwer vermittelbar war bzw. einen Vertrauensbruch darstellte, oder das Projekt auf eigene Kosten zu beginnen. Manche Projektträger hatten es hier einfacher. So konnte z.B. ein kirchlicher Träger auf Spendengelder zurückgreifen, um das Projekt wie geplant starten zu lassen; größere Organisationen verfügten teilweise über ein eigenes Budget, das verwendet werden konnte. Insbesondere kleinen Antragstellern war dies nicht möglich und die konkrete Nennung des Projektbeginns damit ein Problem (Interviews Projektträger, offene Fragen Fragebogen).

Gelobt wurde mehrmals die Möglichkeit der Umwidmung von Mitteln, die bei Begründung immer möglich gewesen sei, als auch die Möglichkeit, das Projektende zu verschieben. Auch hier hätten die Stiftung und ihre Mitarbeiter immer Verständnis für Verzögerungen und Probleme gehabt und flexibel reagiert.

Teilweise wurde angemerkt, dass weniger die Antragstellung als vielmehr die Projektabwicklung und -abrechnung das Problem darstellten. Hierdurch seien insbesondere kleine Antragsteller überfordert. Da es sich meist um Fachkräfte aus dem sozialen, therapeutischen oder medizinischen Bereich handelte, bestanden wenig buchhalterische oder ökonomische Kenntnisse. Der Aufwand der Abrechnung wurde durch diese Unerfahrenheit sehr groß. Insbesondere traten Schwierigkeiten bei größeren Projekten auf, welche z.B. Personal im Partnerland finanzierten. Dies erforderte oft eine Buchhaltung im Partnerland, da man auch dort gegenüber den Steuerbehörden rechenschaftspflichtig ist. Die Buchhaltung ist jedoch selten mit den Anforderungen in Deutschland kompatibel. Der Aufwand stieg dementsprechend an (Interview Projektträger).

## **Beratung und Kommunikation**

Die Robert Bosch Stiftung und der zuständige Bearbeiter pflegten einen intensiven Kontakt mit den Projektträgern. Mit jedem wurde zumindest ein Telefonat geführt, um Rückfragen zu klären, Hinweise zum Ausfüllen des Projektantrages zu geben und die Zielsetzung des Programms zu erklären. Dabei stellte die Koordination des Programms nur einen geringen Teil der Aufgaben des Referenten dar (Interview Programmkoordination).

Der Kontakt zu den Projektträgern verlief durchweg positiv. Die Aussagen „Der Kontakt zur Robert Bosch Stiftung verlief gut“ und „Die Beratung durch die Robert Bosch Stiftung bei der Antragstellung war hilfreich“ erhielt die höchste Zustimmung durch die Projektträger (siehe Anhang 3, Abbildung 7).

<sup>46</sup> Siehe Anhang 3, Abbildung 13.

<sup>47</sup> Ebd.

## 5 Projektumsetzung<sup>48</sup>

### Träger

Der große Anteil an kleinen ehrenamtlichen Vereinen als Träger (38%) entsprach der niederschweligen Programmkonzeption. Aber auch bei anderen Trägern (konfessionellen Trägern, Wohlfahrtsverbänden, Bildungseinrichtungen, Hilfswerken und Einrichtungen des Gesundheitswesens) muss berücksichtigt werden, dass ein großer Teil der Arbeit oft außerhalb der Arbeitszeit, zusätzlich und freiwillig erfolgte, auch wenn die Institution meist eine gesicherte Basis darstellte, die durch Fachwissen, Projektmanagement und/oder Teamarbeit unterstützend wirkte. In beiden Fällen hatten die Träger damit zu kämpfen, dass der Arbeitsumfang, der oft unterschätzt und dessen zeitliche Dimension am Anfang nicht gesehen wird, nebenbei und unbezahlt nur schwer zu leisten ist. Allein die Tatsache, dass die Akteure entweder junge Menschen (z.B. nach einem Freiwilligendienst), Hausfrauen oder Pensionäre sind, zeigt, dass dieses Engagement überhaupt nur in bestimmten Lebensphasen oder -situationen zu leisten ist.

Die Verantwortung gegenüber dem Partner und den z.T. neu aufgebauten Strukturen, die über den Zeitraum eines Projektes hinaus übernommen wurde und wird, wiegt schwer. In den allermeisten Fällen wurde die Hoffnung darauf gesetzt, dass Veränderungen nur angestoßen werden und sich danach selbständig weiter ausbreiten und finanziell tragen.<sup>49</sup> Diese Strategie, die dem Partner häufig auch nicht hinreichend vermittelt wurde, ging meist nicht auf. Aus einem für wenige Jahre geplanten Engagement sind in vielen Partnerschaften zehn bis 15 Jahre geworden, was insbesondere für ältere Menschen ein Problem darstellt.

In beiden Gruppen – den ehrenamtlichen und den institutionellen – gab es sowohl Professionalität als auch Unerfahrenheit hinsichtlich der Antragstellung, Projektdurchführung und MOE-Expertise. Es ist ein Unterschied, ob eine pensionierte Gemeindegewalterin oder ein pensionierter leitender Mitarbeiter einer diakonischen Einrichtung ehrenamtlich ein Projekt durchführen. Genauso verschieden sind die Voraussetzungen in einem Kinderheim im Vergleich zu einem großen Behindertenwerk. Dennoch haben Beratung und ein enger Kontakt zu den Antragstellern dafür gesorgt, dass für alle Platz innerhalb des Programms war.<sup>50</sup>

Wie die Voraussetzungen, so verschieden war auch die Motivation für ein Engagement in MOE. Für die einen spielte der Gedanke der Versöhnung nach dem Zweiten Weltkrieg eine entscheidende Rolle, andere wurden von Berichten über die Zustände in den staatlichen Heimen aufgeschreckt oder sie erreichte im Rahmen des beginnenden Austauschs in den 90er Jahren die konkrete Bitte um Hilfe. Fachkräfte der Behindertenhilfe erinnerten auch häufig an die eigene Geschichte im Umgang mit Behinderten und wollten die Erfahrungen, die Deutschland durch Unterstützung aus Skandinavien erfuhr, weitergeben. Für eine Einrichtung oder Institution in Deutschland ist ein Austausch mit MOE darüber hinaus bereichernd, weil er die Mitarbeiter in anderem Rahmen zusammenführt, Lebendigkeit und Spaß mit sich bringt, Arbeitsklima und Mitarbeitermotivation verbessert und weil auch viele Anstöße und Lernerfahrungen in umgekehrter Richtung (aus MOE) erfolgen.

### Kommunikation

Für die sprachliche Kommunikation zwischen den Projektpartnern wurden immer Möglichkeiten und Wege gefunden. Sie war auch nicht das Problem, sondern vielmehr die interkulturelle Kommunikation. Unter den gleichen Begriffen wurde manchmal völlig Unterschiedliches assoziiert, und für manche Worte gibt es keine adäquate Übersetzung. Das wird z.B. deutlich beim Verständnis von Ehrenamt, Philanthropie,

<sup>48</sup> Das folgende Kapitel basiert – soweit nicht anders angegeben – auf den Projektbesuchen vor Ort sowie auf der mündlichen Befragung deutscher Projektträger.

<sup>49</sup> Nur in einem einzigen Fall, der den Evaluatorinnen bekannt ist, wurde die Unterstützung von Anfang an auf fünf Jahre begrenzt, dem Partner auch so mitgeteilt und tatsächlich eingehalten.

<sup>50</sup> Vgl. Kap. 4

sozialer Verantwortung. An Unterstützung wird in MOE häufig humanitäre (materielle) Hilfe erwartet, weniger Hilfe zur Selbsthilfe oder Befähigung zur Selbständigkeit.

Ähnliches gilt auch hinsichtlich des Berufsverständnisses und des Menschenbildes von Pflegebedürftigen. So weigerte sich ein Psychiater in Bosnien, sich in einem Projekt, das Arbeitstherapie in der Landwirtschaft aufbaute, zu beteiligen: er habe nicht studiert, um eine Schaufel in die Hand zu nehmen. In der Pädagogik in MOE geht es zuerst um die Vermittlung der sog. Kulturtechniken wie Lesen und Schreiben (daran wird teilweise auch noch immer die „Lernfähigkeit“ gemessen), nicht aber Kochen, Werken und Basteln, es kommt auf vorzeigbare Ergebnisse, „schöne“ Dinge an, die keine Fehler oder Abweichungen haben – Perfektionismus statt Individualismus. Der Unterschied zeigte sich z.B. im Austausch zwischen dem Kinderzirkus „Upsala“ aus St. Petersburg und deutschen Zirkusprojekten für benachteiligte Kinder, ein Projekt von Perspektiven e.V. An einer gemeinsamen Aufführung wollten die deutschen Kinder sich nicht beteiligen, weil sie das Gefühl hatten, die russischen Kinder können sowieso alles viel besser. Im Umgang mit Kindern, Menschen mit Behinderungen, kranken und alten Menschen steht das paternalistische Verständnis von Hilfe im Vordergrund: Fürsorge und nicht Unterstützung zur größtmöglichen Selbständigkeit. Das führt dann zu extremen Denkmustern wie: Menschen mit Behinderungen arbeiten zu lassen, sei Ausbeutung.

Große Unterschiede gibt es auch hinsichtlich der Arbeitsweise. Berufliche Hierarchien sind in MOE viel stärker ausgeprägt und führen zu einer klaren Arbeitsteilung und Abgrenzung. So widmet sich medizinisch ausgebildetes Personal häufig nicht der Pflege, die als unqualifizierte Arbeit angesehen wird.<sup>51</sup> Die Einladung einer stellvertretenden Ministerin nach Deutschland, zu der es einen persönlichen Kontakt gab, führte zu Irritationen, weil der Minister übergangen worden war. Durch die Abgrenzung zwischen den Hierarchieebenen und Berufsfeldern ist auch interdisziplinäre Zusammenarbeit unbekannt. Anstelle von Dienstbesprechungen gibt es Anweisungen von oben nach unten. Fallbesprechungen sind ein ganz neues Instrument, das durch die Anregungen und Qualifizierungen aus dem Ausland eingeführt wurde. In der Praxis stieß es jedoch manchmal auf unüberwindbare Hürden und konnte deshalb gar nicht umgesetzt werden, wenn z.B. Mitarbeiter/innen in ihrer Arbeitszeit nicht dafür freigestellt wurden. Langjährige berufliche Erfahrung und Alter spielen – ganz anders als in Deutschland – eine große Rolle bei der Wertschätzung und Beurteilung von Voraussetzungen für eine bestimmte Aufgabe: so sollte z.B. eine beruflich erfahrene Logopädin, die allerdings keine Erfahrung mit behinderten Kindern hatte, in einem staatlichen Behindertenheim eher eingestellt werden als eine junge, motivierte Logopädin, die das erforderliche Wissen und die Methoden durch Weiterbildung hätte erwerben können.

Aber es gab auch Entwicklungen und positive Erfahrungen. So konnten durch die langjährige Zusammenarbeit zwischen den Partnern in Pskow und den unterstützenden deutschen Organisationen Sprach- und Kommunikationsbarrieren, die am Anfang große Schwierigkeiten bereitet hatten, vollständig abgebaut werden.

## Partnerschaft

Genau wie die innerhalb des Programms geförderten Träger sehr unterschiedlich waren, unterschieden sich auch deren Partner und die Art der Partnerschaften. Eine gleichberechtigte Partnerschaft, in der sich beide Seiten auf Augenhöhe begegneten, wechselseitig Ideen einbrachten und diese gemeinsam umsetzten, war die Ausnahme und ausschließlich bei Partnerschaften mit nicht-staatlichen MOE Organisationen zu finden.

Durch das materielle Ungleichgewicht war von Anfang an ein Gefälle gegeben: die deutsche Seite besorgte das Geld für die Projekte und konnte damit bestimmte Vorstellungen „diktieren“. Dabei kam es auch auf die Stärke und das Selbstbewusstsein des Partners und auf dessen Gefangenheit in bestehenden Strukturen an. Meist waren es die Mitarbeiter der staatlichen Einrichtungen, die sich nicht trauten, in der internationalen Zusammenarbeit selbstbewusst aufzutreten und eigene Akzente zu setzen. Teilweise wurde die MOE Seite auch von ihrem deutschen Partner zum ‚Ungehorsam‘ und kritischen Denken erzogen. In Pskow fiel den Evaluatorinnen der Unterschied zwischen den Mitarbeiterinnen des

<sup>51</sup> Hier gibt es regionale Unterschiede. So wurde von polnischen Gemeindeschwestern betont, dass Pflege zu ihren wesentlichen Aufgaben gehört. Dies ist jedoch in Russland, Ukraine und Weißrussland nicht der Fall.

Frühförderzentrums, welches von Beginn an in staatlicher Förderung lag, und dem Heilpädagogischen Zentrum auf, welches erst nach 15 Jahren in die Trägerschaft des Staates übergang. Die letzteren wirkten engagierter, voller Ideen und energischer. Darauf angesprochen, lachte die Befragte und meinte: „Ja, das stimmt. Unser Partner hat uns so erzogen. Wir wurden immer nach unserer Meinung gefragt und auch angeregt, Dinge anders zu sehen. Irgendwann lernten wir, mit unserem Partner zu diskutieren und auch mal zu streiten. Dies ist ein Ansatz, den man hier nicht kennt. Jetzt sind wir für die Arbeit in normalen Beschäftigungsverhältnissen verdorben. Wir können und wollen uns nicht mehr unterordnen. Wir wissen, was wir wollen und kämpfen dafür, das durchzusetzen.“

Eine verlässliche und vertrauensvolle Partnerschaft aufzubauen, braucht vor allem Zeit. Dazu notwendig sind der unvoreingenommene, freundschaftliche Kontakt zwischen den beteiligten Personen und Vertrauen, das erst wachsen muss. Beide Seiten müssen das Projekt gleichermaßen wollen und sich zur Einhaltung bestimmter Abmachungen verpflichten. Letzteres ist in MOE eher selten. Nach langjähriger Zusammenarbeit formulierte ein Antragsteller: „Jetzt haben wir so etwas wie eine Partnerschaft aufgebaut.“

Besonders mit den staatlichen Heimen ist eine partnerschaftliche Zusammenarbeit äußerst schwer bis gar nicht zu erreichen. Die Rahmenbedingungen, Zwänge und Arbeitsweisen, die sich sehr stark von denen in Deutschland unterscheiden, sind nur schwer zu durchschauen. Es wird auch absichtlich nicht alles gezeigt oder erklärt. Häufig werden Ausländer/innen als reine Geldbeschaffer gesehen, denen eine einstudierte Aufführung der Kinder gezeigt wird, aber nicht die tatsächlichen Probleme. Eine Antragstellerin beschrieb es so: „Man braucht viel Zeit, um den Partner kennenzulernen. Auch nach zehnjähriger Partnerschaft bleibt vieles geheimnisvoll.“ Eine Verlässlichkeit ist meist nicht gegeben, Personen sind austauschbar und den Direktiven von oben verpflichtet. Unter diesen Bedingungen ist es von Deutschland aus oft schwer, geeignete und vertrauensvolle Partner und Personen zu identifizieren, die die gleichen Ziele wie man selbst vor Augen haben.

Von Seiten der deutschen Organisationen wurden verschiedene Strategien entwickelt, um der speziellen Situation in MOE zu begegnen. Innerhalb der staatlichen Strukturen waren das folgende:

1. Am Anfang verhältnismäßig lange Hospitationen in Deutschland, um den Partner besser kennenzulernen und zuverlässige und interessierte Personen herauszufinden.
2. Zusätzliche Zusammenarbeit mit einer westlich-orientierten Organisation, die vor Ort ist, die Bedingungen gut kennt und auf Veränderungen schnell reagieren kann (Bsp. Perspektiven e.V.).
3. Präsenz vor Ort zeigen, z.B. durch häufige und flexible Reisen (bei Auftreten eines Problems), was allerdings Zeit und flexible (nicht zweckgebundene) Mittel erfordert, oder durch eigenes Personal. Vorgaben machen, auf die Einhaltung von Abmachungen schauen und die Vergabe von Mitteln daran knüpfen. Auch auf die Gefahr hin, dass man den Partner mit dem eigenen Tempo überrollt.

Im nicht-staatlichen Bereich:

4. Eine Einrichtung neu aufbauen, „sich den Partner selbst schaffen“, d.h. Räume suchen, Personal auswählen und fortbilden, evt. die Trägerschaft übernehmen. Sehr häufig geschieht der Aufbau des Partners unbewusst durch den Einfluss und die ‚Einfärbung‘ durch die deutsche Seite, welche die langjährige Zusammenarbeit mit sich bringt. Man wird sich mit der Zeit ähnlich und übernimmt Einstellung und Verhaltensweisen (s.o.).
5. Sich einen bereits bestehenden kompetenten und vertrauensvollen Partner suchen, den man langfristig unterstützt. So gibt es in MOE bereits vielfach engagierte und motivierte NGOs im sozialen Bereich, die sich an der Sache und ihrer Zielgruppe orientieren. Sie entstanden teilweise in Kooperation mit einem westlichen Partner, von dem sie sich zwischenzeitlich emanzipiert haben, teilweise durch Unterstützung verschiedener westlicher Förderer. Sie finanzieren sich zumeist aus verschiedenen westlichen Förderquellen (EU, Stiftungen, USAID, andere staatliche Entwicklungsagenturen), seltener und in geringerem Maße auch aus inländischen Fördermöglichkeiten (dies eher in Mitteleuropa, seltener in Ost- und Südosteuropa).

Es ist wichtig, beides zu tun – in den Heimen zu arbeiten, um die Situation der Bewohner kurzfristig zu verbessern und dem Personal Veränderungsmöglichkeiten aufzuzeigen, und parallel neue Strukturen aufzubauen oder bestehende nicht-staatliche Strukturen zu unterstützen.

### **Förderliche Faktoren**

Förderlich für die Projektumsetzung sind eine bereits länger bestehende, bewährte Partnerschaft und/oder gemeinsame Vorprojekte. In einigen Fällen war es möglich, eine deutsche Fachkraft für einen längeren Zeitraum in MOE einzusetzen (Priorsersk, Beclean e.V.), wodurch das Vertrauen und das Verständnis für die Zustände und die Situation der Mitarbeiter gewachsen sind. Auch häufige Besuche oder die Anwesenheit von Freiwilligen und Praktikanten sind wichtig. Durch die ständige oder häufige Präsenz ist es eher möglich, einen tieferen Einblick in die tatsächlichen Verhältnisse zu bekommen, den Rückfall in alte Routinen zu verhindern und sanften Druck auf den Partner auszuüben. Ideal ist auch die Zusammenarbeit mit einer vertrauenswürdigen NGO vor Ort, die in den Heimen präsent ist und auf die Einhaltung der Abmachungen schaut (s.o.).

Darüber hinaus ist es förderlich, Personen in den Institutionen zu finden, die Veränderungen unterstützen und voranbringen. Hier hat man Verbündete, mit denen man gemeinsam an einem Strang ziehen kann. In den Projekten vor Ort können diese die ‚deutschen‘ Vorstellungen und Ziele vermitteln und somit als Befürworter, Überzeuger und Motor fungieren.

Zudem ist es sehr hilfreich, wenn die Mehrzahl der Mitarbeiter an der Qualifizierung teilnehmen oder die Mitarbeiter mehrmals verschiedene Qualifizierungen erhalten. Hierdurch wird die Weiterbildung an sich als wichtiger Bestandteil der Arbeit institutionalisiert und das Gelernte verfestigt und vertieft. Sehr sinnvoll ist es auch, wenn nach einer Weiterbildungsmaßnahme durch mehrmalige Supervision die Festigung und der Transfer in den Arbeitsalltag gewährleistet wird.

Für die tägliche Arbeit in den Heimen ist es förderlich, alle Ebenen (von der Leitung bis zu den ungelernten Pflegekräften) einzubeziehen, wenn man nachhaltige Veränderungen erreichen will. In den oft stark hierarchisch geprägten Arbeitsstrukturen ist es zudem unabdingbar, dass die jeweilige Führungsebene Reformbemühungen zumindest nicht behindert und im besten Fall vorantreibt. Gerade aufgrund der starken Hierarchien haben einige Projekte die Erfahrung gemacht, dass ein alleiniger Versuch der Veränderung „von unten“, angesetzt bei den direkt Pflegenden, oft unqualifizierten Kräften nicht genügt. „Der Kopf stinkt von oben“ so ein Projektträger. Hat man die Heimleitung nicht überzeugt, laufen die Mitarbeiter trotz der Einsicht und der besten Absicht, ihr Verhalten gegenüber den Klienten zu verändern, gegen die Wand. Das zeigt z.B. die Erfahrung von Beclean e.V. in Rumänien. Die Zusammenarbeit mit der Klinik in Beclean lief lange Zeit erfolgreich, weil der Leiter an Veränderungen interessiert war und diese unterstützt hat. Nach 17 Jahren können sich die deutschen Partner nun langsam zurückziehen. In einem neuen Projekt, in einer psychiatrischen Einrichtung in Borsa, stoßen Bemühungen und Qualifizierungsmaßnahmen des Beclean e.V. auf Ablehnung. Der Leiter steht nicht dahinter. Deswegen heißt die Schlussfolgerung: Borsa kann man nicht reformieren, sondern nur abschaffen.<sup>52</sup>

### **Hemmende Faktoren**

Hemmende Faktoren in der Projektumsetzung sind undurchsichtige Rahmenbedingungen und unvorhersehbare Änderungen wie z.B. ein Wechsel in der Leitung der Partnereinrichtung oder ein Bürgermeisterwechsel. Eine längerfristige Planung ist in Anbetracht der immer möglichen und nicht vorhersehbaren Veränderungen ohnehin schwierig.

Auch opportunistisches Verhalten auf Seiten der Partner erschwert die Zusammenarbeit: Zusagen, die nicht eingehalten werden, Probleme, die verschwiegen werden. Genauso ist umgekehrt ein zu

<sup>52</sup> Dieses Beispiel zeigt eine Dilemma-Situation in der sich viele Projektträger wiederfinden, die mit staatlichen Heimeinrichtungen in MOE kooperieren. Einerseits ist man überzeugt, dass derartige Einrichtungen, deren Struktur auf die Isolation und bloße Aufbewahrung der Bewohner gerichtet ist, langfristig abgeschafft werden müssen. Andererseits gebietet das Elend der Menschen, die dort leben müssen, sofortige Hilfe und Unterstützung. So arbeitet man lange Jahre mit einer Einrichtung und hofft, dass steter Tropfen den Stein langsam höhlt.

dominantes Verhalten der deutschen Seite, die ihre Vorstellungen ohne Rücksicht auf den Partner und die interkulturellen Unterschiede durchsetzt, wenig hilfreich. Die Teilnehmer der Qualifizierungsmaßnahmen wurden oft von MOE-Seite ausgesucht, was nicht immer dazu geführt hat, dass die richtigen Personen davon profitierten. Gerade bei den Hospitationen in Deutschland, die aus vielfachen Gründen attraktiv sind, gab es große Unterschiede hinsichtlich des Engagements und Interesses an Veränderungen. Für die deutsche Seite war es jedoch gerade zu Beginn einer Partnerschaft nicht möglich, Teilnehmer zu bestimmen. Zum einen hatte man hierfür zu wenig Einblick, zum anderen würde ein derartig dominantes Vorgehen einen Affront bedeuten.

Die strukturellen Bedingungen sind ebenfalls ein Bremsklotz bei den Reformbemühungen. Dazu gehört z.B. der Mitarbeiter-Schlüssel. In den Heimen sind viel mehr Stellen für medizinisches Personal und weniger für pädagogische und therapeutische Fachkräfte vorgesehen. Oft war es uns bei unseren Besichtigungen nicht klar, was die vielen Krankenschwestern in einem Heim für behinderte Kinder eigentlich tun. „Sie verteilen Medikamente und achten auf die Gesundheit“, war die wenig zufriedenstellende Antwort auf unsere Fragen. Neueinstellungen können zwar durch die Heimleitung vorgenommen werden, aber im Rahmen des vorgesehenen Stellenplans und nach dem vorgegebenen Berufsbild. So konnte z.B. eine Kunsttherapeutin mit ergotherapeutischem Zertifikat in einer psychiatrischen Klinik nicht eingestellt werden, wohl aber eine Masseurin mit Ergotherapie-Ausbildung, auch wenn sie letztlich die gleiche Aufgabe übernehmen sollten und die Kunsttherapeutin eigentlich besser geeignet gewesen wäre. Ein anderes Beispiel: Die ungelerten Pflegekräfte arbeiten häufig in 24-Stunden Schichten und haben anschließend drei Tage frei. Dadurch lassen sich keine festen Bezugspersonen und Bindungen schaffen, die für Kinder mit Behinderungen, aber auch für demenzkranke alte Menschen so wichtig sind. Zudem ist nachts genauso viel Personal da wie am Tage, obwohl während des Tages mehr Kräfte notwendig wären und es nachts im Allgemeinen wenig zu tun gibt. Aufgrund der oftmals weiten und im Verhältnis zu den geringen Löhnen teuren Anfahrten, stieß eine versuchte Änderung in diesem Bereich auf den Widerstand des Personals und war faktisch nicht möglich.

In der Konsequenz griffen deutsche Projektträger darauf zurück, eigenes Personal einzustellen, welches für die Pflege und Förderung der Bewohner notwendige Aufgaben übernimmt, die im Aufgabenplan der Einrichtung jedoch nicht vorgesehen sind (Pädagogische Förderung, Ergotherapie, menschliche Zuwendung). Eigene Mitarbeiter innerhalb der staatlichen Institutionen sind oft wichtig, um Veränderungen anzustoßen, sie bleiben aber oft ein Fremdkörper. Nur selten gab es einen Austausch mit dem Heim- oder Klinikpersonal. Auch führte ihr Einsatz zu Loyalitätskonflikten: sind sie gegenüber ihrem Arbeitgeber (dem Projektträger) oder gegenüber der Heimleitung weisungsgebunden? Inwieweit müssen sie sich anpassen innerhalb der Strukturen, um ernst genommen zu werden und keine zusätzlichen Konflikte zu erzeugen?

Projekte, die auf zusätzliche Mittel angewiesen sind, und Fördervereine haben mit der sinkenden Spendenbereitschaft (für Russland und EU-Länder) in Deutschland zu kämpfen. Die notwendige Flexibilität oder auch Kontinuität, die in Drittmittelprojekten meist nicht gegeben ist, kann nur durch Spendengelder gewährleistet werden. Wenn ein Förderverein beispielsweise einen Teil der laufenden Kosten einer kleinen Einrichtung wie z.B. einer Sozialstation trägt, steht er unter dem ständigen Druck, regelmäßig Spendengelder einzuwerben, um die Existenz nicht grundsätzlich zu gefährden.

## 6 Wirkungen und Projektergebnisse

Direkte Ergebnisse und Wirkungen eines Projektes aufzuzeigen, ist nicht einfach. Der sichtbare Stand eines Projektes ist oft das Ergebnis verschiedener Einflussfaktoren. Kausalitäten lassen sich hier nur schwer feststellen. Zumeist nähert man sich diesem Problem an, indem man von den Maßnahmen eines Projektes, auf den direkten (beobachtbaren) Nutzen für die Zielgruppe, über den indirekten Nutzen (auf Strukturen, Partnerorganisationen) bis hin zum aggregierten gesellschaftlichen Nutzen schließt.<sup>53</sup> Dieses Vorgehen liegt auch dieser Evaluierung zu Grunde. Sowohl das Beurteilungsraster und der standardisierte Fragebogen, welcher an die Projektträger versandt wurde, als auch die Leitfragebögen für die Interviews mit Projektverantwortlichen und –mitarbeitern in Deutschland und MOE sind diesem Schema folgend aufgebaut.<sup>54</sup> Basierend auf diesen Quellen lässt sich folgendes festhalten: Wichtigstes Ergebnis der Projekte und somit des Programms ist sicherlich eine Verhaltensänderung und ein Bewusstseinswandel bei den Pflegenden in MOE, gefolgt von der Stärkung der Partnerschaft. Auch institutionelle Ergebnisse auf die Partnerorganisation sind feststellbar, wenn dies auch häufig die Summe mehrerer Projekte innerhalb einer Partnerschaft war. Kritischer wird die Frage der Nachhaltigkeit und der Breitenwirksamkeit bewertet.

### Bewusstseinswandel und Erkenntnisgewinn

Eines der wichtigsten Ergebnisse im Partnerland war nach Einschätzung der Projektträger ein Bewusstseinswandel bei den Projektteilnehmern gegenüber Pflege und den zu pflegenden Personen. Das Menschenbild der Pflegenden von Pflegebedürftigen, Menschen mit Behinderungen und psychisch Kranken hätte sich genauso verändert wie das Verhalten und die Einstellung der Pflegenden gegenüber ihren Patienten und Klienten. Auch hätten neue Methoden Eingang in die tägliche Praxis gefunden und das erworbene Wissen würde angewandt.<sup>55</sup> Diese Schlussfolgerung bestätigte sich in den Interviews mit den Projektträgern und den Projektbesuchen in Bulgarien und Russland. Bei den Projektbesuchen war ein Bewusstseinswandel bei den Fachkräften spürbar und wurde von den Teilnehmenden der Qualifizierungsmaßnahmen immer wieder als Ergebnis genannt. Die befragten Teilnehmer gaben an, dass die Qualifizierungsmaßnahmen für ihren beruflichen Alltag sehr wichtig waren. So hätten sie gelernt, mit ihrer Zielgruppe umzugehen und deren Eigenarten besser zu verstehen. Besonders Mitarbeiter im Behindertenbereich, aber auch Pflegenden von Demenzkranken haben in ihrer ursprünglichen Ausbildung wenig über Mehr- und Schwerstbehinderte und den Umgang mit ihnen oder über Demenz gelernt. Das Wissen um verschiedene Behinderungen und das Erlernen von Methoden war für sie sehr wichtig.

### Stärkung der Partnerschaft und Völkerverständigung

Als zweites wesentliches Ergebnis des Programms lässt sich die Stärkung der Partnerschaften zwischen Deutschland und MOE festhalten.<sup>56</sup> Nur 13% der Projektträger beendeten die Partnerschaft nach Ende des Projekts und nur 5% geben an, keinerlei Kontakt mehr zur Partnerseite zu unterhalten.<sup>57</sup> Dieses Ergebnis deckt sich mit den Interviews der Projektträger. In den meisten Fällen bestand die jeweilige

<sup>53</sup> In der Evaluationsliteratur gibt es verschiedene Modelle, welche derartige Wirkungsketten aufzeigen. Teilweise werden diese als Wirkungstheorie oder Programmtheorie, teilweise als Log-Frame bezeichnet. Im Englischen wird die Unterscheidung zwischen dem direkt einer Maßnahme zuzuordnenden Nutzen und einem indirekten, hieraus abgeleiteten Nutzen auch sprachlich gut deutlich. Hier wird zumeist zwischen output (Fachkräfte einer Behinderteneinrichtung wurden geschult), outcome (die geschulten Fachkräfte verändern ihr Verhalten gegenüber Behinderten) und impact (die Betreuung und Behandlung Behinderter verändert sich im Heim nachhaltig. Ihr Zustand und ihre Lebenssituation verbessert sich nachhaltig, das Heim wird bekannt, andere Heime übernehmen die neuen Arbeitsweisen) eines Projektes unterschieden.

<sup>54</sup> Es wurden nach dem sichtbaren Erfolg eines Projekts (geplante Maßnahmen wurden umgesetzt), den individuellen Ergebnissen (Nutzen für Teilnehmer der Maßnahmen), den institutionellen Wirkungen (Auswirkungen auf Partnereinrichtung – organisation) und dem Transfer / der Breitenwirksamkeit gefragt. Zusätzlich wurde noch nach der Auswirkung auf die Partnerschaft und nach eventuellen nicht-intendierten Ergebnissen gefragt.

<sup>55</sup> Siehe Anhang 3, Abbildung 16.

<sup>56</sup> Siehe Anhang 3, Abbildung 14 und 15.

<sup>57</sup> Siehe Anhang 3, Abbildung 18.

Partnerschaft schon mehrere Jahre – häufig über zehn bis 15 Jahre. Das über das Programm geförderte Projekt war eines von vielen (teilweise auch mit Bosch Mitteln) realisierten Projekten. Viele Befragte gaben zudem an, dass das Verständnis für die andere Seite gewachsen sei. Auch Freundschaften und ein Beitrag zur Völkerverständigung wurden als Projektergebnis genannt. Dies zeigt sich auch darin, dass die große Mehrheit der Befragten angab, dass die Projekte für sie eine große persönliche Bedeutung hatten. „Ich war sehr beeindruckt von der Herzlichkeit der Pflegekräfte und deren Erfindungsreichtum“, so ein Befragter. Auch gab eine Mehrheit der Projektträger an, dass sie Anregungen für die eigene Arbeit erhalten hätten. Dies weniger im fachlichen Austausch mit den Kollegen in MOE, jedoch durch die direkte Erfahrung mit den Pflegebedürftigen, bei denen etwas Zuwendung häufig schnell überraschende Erfolge erzielte. Zudem seien Kenntnisse zur Projektumsetzung geschult worden und man habe viel über das Partnerland gelernt.<sup>58</sup> Nicht zuletzt mache die Projektarbeit auch Spaß, man lerne in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (z.B. im Förderverein) und sei auch für die eigene Arbeit mehr motiviert. Der Transfer verlief somit nicht nur einseitig von West nach Ost. Vielmehr handelte es sich um einen Austausch, von dem beide Seiten – wenn auch auf unterschiedliche Weise – profitierten.

### Institutionelle Wirkungen

Der oben konstatierte Bewusstseinswandel und der Erkenntniszuwachs bei den Mitarbeitern in MOE wirkten sich in vielen Fällen auch auf die jeweilige Partnerorganisation aus. Dies insbesondere, wenn die Leitung in das Projekt einbezogen war und entweder alle Mitarbeiter an den Qualifizierungsmaßnahmen teilnahmen oder die neuen Kenntnisse an die anderen Mitarbeiter weitergegeben wurden oder wenn Qualifizierungsmaßnahmen (oft im Rahmen einer längeren Partnerschaft und durch mehrere Projekte) mehrmals durchgeführt wurden.<sup>59</sup> Wurden nur einige Mitarbeiter weitergebildet bzw. zu einer Hospitation eingeladen, fand zumeist eine Weitergabe des Gelernten statt. Alle befragten Teilnehmer gaben an, dass sie ihren Kollegen von der Fortbildung und den Erfahrungen der Hospitation berichteten.

Dennoch ist der Transfer des Gelernten in den Arbeitsalltag schwierig. Dies gilt insbesondere bei großen Organisationen und vor allem bei staatlichen Einrichtungen. Hier verhindern oft festgefahrene Routinen, schlechte Arbeitsbedingungen oder staatliche Hygienevorschriften die Einführung neuer Methoden und Ansätze.<sup>60</sup>

Hospitationen in Deutschland wurden von allen Befragten als äußerst wichtig betont. „Man weiß nicht, wie Zucker schmeckt, bevor man ihn nicht probiert hat“, so ein Befragter. Erzählungen könnten die Beobachtungen und Eindrücke in Deutschland nicht ersetzen. Es zeigte sich aber auch, dass Hospitationen allein nicht zu nachhaltigen strukturellen Veränderungen führten. Sie müssen durch weiterführende Maßnahmen, durch Wiederholungen oder durch Schulungen und Beratung vor Ort ergänzt werden.

### Breitenwirksamkeit<sup>61</sup>

Die Projekte waren nach Einschätzung der Projektträger nur in geringem Maße breitenwirksam. Die Zustimmung zu den Aussagen „Das Projekt fand Nachahmer“ und „das Projekt hatte politische und/oder soziale Auswirkungen in MOE“ war eher verhalten.<sup>62</sup> Auch bei den Projektbesuchen und Gesprächen zeigte sich, dass ein Transfer auf andere Institutionen und Organisationen sehr selten gelingt. Die Hoffnung, dass man Modelle schafft, welche allein durch ihre Präsenz andere überzeugen und Verbreitung finden – das gute Praxis Schule macht, weil sie eben gut ist – diese Hoffnung bestätigte sich

<sup>58</sup> Siehe Anhang 3, Abbildung 17.

<sup>59</sup> Vgl. Kap. 5

<sup>60</sup> Vgl. Kap. 5

<sup>61</sup> Breitenwirksamkeit, verstanden als Ausstrahlung des Projektes auf andere Einrichtungen oder sogar politische Rahmenbedingungen, war – genauso wie Nachhaltigkeit – kein Ziel des Programms. Hiermit wäre das niederschwellig angelegte Programm überfordert gewesen (siehe Kap. 2). Dennoch wurden diese Wirkungsformen überprüft, um nicht nur intendierte, sondern auch nicht-intendierte Wirkungen zu erfassen und auch Rückschlüsse für die weitere Förderung ziehen zu können.

<sup>62</sup> Siehe Anhang 3, Abbildung 15 und 16.

leider nicht.<sup>63</sup> Die Leuchttürme strahlen, aber sie strahlen nicht aus. Ein Hemmnis sind allein die oft schwierigen oder kostspieligen Reisewege, welche Vernetzung zwischen ähnlichen Einrichtungen und z.B. Hospitationen verhindern. Und selbst wenn andere Fachkräfte in der jeweiligen Partnereinrichtung hospitieren, gibt dies zwar Anregung, aber zur Umsetzung wird auch Anleitung und längere Beratung benötigt. Auch besteht das Interesse weder der deutschen noch der MOE Projektverantwortlichen selten darin, national und nachhaltig Strukturen zu verändern. Man hat sein konkretes Projekt, seine konkrete Zielgruppe und seinen Partner, für die man sich verantwortlich fühlt und für die man etwas verändern will. Diese Erfahrung in die Fläche zu tragen, würde die Projekte und ihre Träger oft überfordern.

Wenn ein Transfer zu anderen Institutionen geschieht, dann ist dies zumeist von den Projektträgern intendiert und wird gezielt verfolgt. Ein Beispiel wäre die Ausweitung der Erfahrungen und Projektergebnisse im Kinderheim in Pawlowsk auf das Psycho-Neurologische Internat in Peterhof in Russland. Hier entschied sich der Verein Perspektiven, welcher in Pawlowsk tätig war und ist, auch in Peterhof aktiv Veränderungen der Betreuungssituation zu erzielen, da die von ihm betreuten Kinder mit dem 18. Lebensjahr von Pawlowsk nach Peterhof verlegt wurden. In Bulgarien wurden die Projekterfahrungen in drei Tagesstätten für Kinder mit Behinderungen anderen Tagesstätten im Rahmen von Hospitationen vorgestellt. Alle Tagesstätten sind jedoch Mitglieder im Dachverband BAPID, welcher nicht nur die Projekte unterstützte, sondern auch dafür Sorge trug und daran Interesse hatte, dass seine anderen Mitglieder von der Erfahrung profitierten. Ein weiteres Beispiel ist der Verein Beclean e.V., welcher in der rumänischen Stadt Beclean 15 Jahre eine psychiatrische Klinik unterstützte und sich dann entschloss, nachdem diese Klinik nur noch wenig Unterstützung benötigte und die „Hilfe zur Selbsthilfe“ weitgehend erfolgreich war, eine weitere Klinik in Rumänien zu unterstützen. Dies ist jedoch eher ein Einzelfall. 15 Jahre sind für ehrenamtliches Engagement eine sehr lange Zeitspanne. Mit dem Wissen, dass man diesen Zeitraum voraussichtlich wieder benötigen wird, um eine neue Partnerschaft zu begleiten, fällt diese Entscheidung sicher nicht leicht.

## Nachhaltigkeit

Auch die Frage der Nachhaltigkeit wurde von den Projektträgern eher kritisch bewertet. Auf die Frage, ob die Partnerorganisation die aufgebauten Leistungen weiterführen konnte, wurde im Schnitt mit „trifft teilweise zu“ geantwortet. Einige der Befragten wiesen darauf hin, dass eine Weiterführung möglich war, jedoch nur durch weitere Hilfen aus Deutschland.

In vielen Fällen wurde die Nachhaltigkeit der Projekte, in dem Sinne, dass die erzielten Veränderungen beibehalten und weitergeführt werden, durch eine Weiterführung der Partnerschaft erreicht. Wie oben bereits erwähnt, bestehen viele Partnerschaften schon seit 15 und mehr Jahren. In dieser Zeitspanne wurden viele Projekte durchgeführt, die aufeinander aufbauten und langsam zu einer Verstetigung führten. Nach den ersten Kontakten und Hospitationen in Deutschland folgten oft Schulungen vor Ort, Renovierungsarbeiten und materielle Hilfe, der Aufbau von neuen Diensten (z.B. Einführung von Arbeitstherapie, Aufbau von Werkstätten, Schulen), teilweise auch eine Multiplikatoren Ausbildung oder eine längere fachliche Begleitung durch Supervision und Beratung.

Teilweise konnten sich die deutschen Projektträger nach dieser Zeitspanne auch langsam zurückziehen bzw. ihr Engagement reduzieren oder sogar ‚nur noch‘ einen freundschaftlichen Kontakt pflegen. In diesen Fällen gelang es, dass Neuerungen und neu geschaffene Strukturen durch staatliche Stellen übernommen wurden. Die Frage, inwieweit man für aufgebaute Leistungen eine Weiterfinanzierung erhält, ist von Land zu Land sehr unterschiedlich. In Bulgarien waren die besuchten Projekte in finanzieller Hinsicht nachhaltig. Die Weiterfinanzierung neu aufgebauter Leistungen, welche sonst in MOE sehr schwierig ist, gelang hier durch ein stärkeres Engagement des Staates nach dem EU-Beitritt. Hierdurch sind finanzielle Mittel, wenn auch in sehr bescheidenem Maße, zumindest für das Personal und die laufenden Kosten gewährleistet.<sup>64</sup> In einigen Fällen gaben die deutschen Projektträger auch aus Altersgründen auf oder aufgrund der Tatsache, dass sie an ihre persönlichen Grenzen gelangten.

<sup>63</sup> Mit dem Programm „Gute Praxis macht Schule“ versucht die Robert Bosch Stiftung seit einigen Jahren, das „Ausstrahlen von Leuchttürmen“, das Ausbreiten modellhafter Entwicklungen zu unterstützen.

<sup>64</sup> Vgl. Kap. 2 und die Projektberichte.

Nachhaltigkeit ist auch nicht nur materiell im Sinne einer Weiterfinanzierung der Projektergebnisse zu verstehen. Nachhaltigkeit entsteht auch in den Köpfen. Die oben beschriebene Verhaltens- und Einstellungsänderung sind in diesem Zusammenhang sehr wichtig und eine Vorbedingung für strukturelle Änderungen. Selbst wenn ein Teilnehmer einer Qualifizierungsmaßnahme aufgrund seiner Arbeitsumgebung das Gelernte nicht umsetzen kann, kann diese immer an anderer Zeit und an anderem Ort geschehen.<sup>65</sup>

Nachhaltigkeit entsteht zudem durch neu geschaffene Strukturen und Leistungen, welche mit geringen Mitteln fortgeführt werden können. In einigen Projekten wurden bspw. als Arbeitstherapie-Maßnahmen Obstgärten angelegt oder ein Hühnerstall gebaut. Diese Leistungen können von Heimbewohnern und Personal ohne Kosten weitergeführt werden. Die nachhaltige Wirkung ist gewährleistet. Die Heimbewohner, die sonst keinerlei Aufgaben oder Zeitvertreib haben, können nun arbeiten und sich nützlich machen.

Nachhaltigkeit entsteht schließlich auch durch die sich verändernde Zielgruppe. Behinderte Kinder, ehemals sogenannte „Liegekinder“, die Laufen gelernt haben, fordern eine andere Betreuung ein. Erwachsene Heimbewohner eines Psycho-Neurologischen Internats, die einen eigenen Schrank für ihre Privatsachen bekommen haben, werden diesen nicht ohne weiteres wieder hergeben.

Somit überrascht es nicht, dass die meisten Projektträger im Fragebogen angegeben haben, dass ihr Projekt eine nachhaltige Wirkung zeigte, trotz der schwierigen Finanzierungsfrage.<sup>66</sup> Positiv ist auch zu bewerten, dass die große Mehrzahl der Teilnehmer der Qualifizierungsmaßnahmen weiterhin im Gesundheitssektor tätig ist.<sup>67</sup>

---

<sup>65</sup> Dies zeigt die Geschichte eines Arztes in des Psycho-neurologischen Internats Peterhof, welcher nach einer Hospitation in Hamburg zunächst keine Änderungen in seinem Arbeitsumfeld erreichte, sich aber Jahre später bei einem in Peterhof durchgeführten EU-Projekt als wichtiger Vertrauensmann, Motivator und Motor der Maßnahme erwies.

<sup>66</sup> Siehe Anhang 3, Abbildung 19.

<sup>67</sup> Auf einer Skale von 1 (alle Teilnehmer) bis 5 (kein Teilnehmer) wurde der Verbleib der Teilnehmer im Gesundheitssektor für die deutschen Teilnehmer mit 1,96 und für die MOE-Teilnehmer mit 1,75 angegeben (Auswertung der Fragebögen, Frage 16).

## 7 Gesamtbewertung des Programms „Qualifizierende Pflegepartnerschaften in Mittel- und Osteuropa“

Das folgende Kapitel stellt eine abschließende Bewertung des Programms und der Programmkonzeption durch die Evaluatorinnen dar.<sup>68</sup> Waren die Programmziele angemessen und realistisch? Wurden sie erreicht? Entsprach das Programm mit seiner Schwerpunktsetzung auf Partnerschaften und Qualifizierungsmaßnahmen dem Bedarf in MOE und in Deutschland? Waren die ergriffenen Maßnahmen und Förderkriterien geeignet, die gesetzten Ziele zu erreichen?<sup>69</sup>

### Ziele und Zielerreichungsgrad

Das Programm „Qualifizierende Pflegepartnerschaften in Mittel- und Osteuropa“ zielte darauf, bestehende Partnerschaften zu fördern und zu stärken; einen beiderseitigen Austausch zu fördern und implizit einen Beitrag zur Völkerverständigung zu leisten; Anstöße zur Qualifizierung zu geben und einen Beitrag zu einer veränderten Haltung und einem anderen Menschenbild bei Pflegenden in MOE zu leisten.<sup>70</sup> Kapitel 6 dieses Berichts zu Wirkungen und Ergebnissen zeigte, dass diese Ziele erreicht und in vielen Fällen sogar übertroffen wurden. Insbesondere die Einstellungsänderung bei Pflegenden in MOE, die Stärkung der Partnerschaft und die persönliche Bedeutung der Projekte sowohl für die deutschen Projektträger als auch ihre MOE-Partner wurde in den Gesprächen und in der schriftlichen Befragung gleichermaßen betont.

Die Ziele waren nach Ansicht der Evaluatorinnen auch dem Programm und seinen Möglichkeiten sowie den Partnerschaften und ihren Möglichkeiten angemessen und realistisch. Durch die schnelle und unbürokratische Unterstützung durch kleine Fördersummen konnten Partnerschaften gestärkt und ein gegenseitiger Austausch befördert werden. Insbesondere zum Entstehungszeitpunkt des Programms Mitte der 1990er, als Partnerschaften zwischen Deutschen und MOE noch jung waren oder sich gerade gebildet hatten, waren diese Maßnahmen sehr geeignet, die Programmziele zu erreichen. Mit der Zeit stiegen die Ansprüche der Partnerschaften und der Antragsteller. Man zielte auf strukturelle Änderungen und Hilfe zur Selbsthilfe. Dem wurde das Programm ab 2000 mit längeren Laufzeiten und höheren Fördersummen gerecht. Fragen der Nachhaltigkeit und der Breitenwirksamkeit rückten ins Blickfeld, wenn sie auch nach wie vor nicht im Vordergrund standen.

### Förderung von Partnerschaften

Das Programm setzte auf ehrenamtliches Engagement und grenzüberschreitende Partnerschaften. Dies einerseits um einen Beitrag zur Völkerverständigung leisten, andererseits um den vielen kleinen Initiativen und ehrenamtlich tätigen Personen in Deutschland gerecht zu werden, welche sich in MOE engagierten.

Das Programm stieß hierbei auf einen großen Bedarf in Deutschland. Obwohl die Öffentlichkeitsarbeit für das Programm sehr gering war, bestanden immer genügend Anfragen nach Förderung.

Grenzüberschreitende Partnerschaften leisten jedoch häufig mehr als einen Beitrag zur Völkerverständigung. Die durchgeführten Projekte waren auch qualitativ hochwertig. Es zeigte sich, dass das entstehende Vertrauen zwischen den Partnern ein wichtiger Faktor für Erfolg ist. Trotz schwieriger Rahmenbedingungen und kultureller Unterschiede haben die besuchten und befragten Partnerschaften alle wesentliche Impulse und häufig nachhaltige strukturelle Änderungen in ihrer jeweiligen Partnerorganisation erreicht, die oft weit über die eigentlichen Ziele des Programms hinausgingen.

<sup>68</sup> Bei diesen Bewertungen stützen sich die Evaluatorinnen auf die erhobenen Daten und in den vorangegangenen Kapiteln dargelegten Informationen. Anders als in den vorangegangenen Kapiteln, handelt es sich jedoch nicht um eine Wiedergabe und Aufbereitung der gesammelten Daten, sondern um eine Interpretation der Daten durch die Evaluatorinnen unter bestimmten Fragestellungen. Hierbei ist festzuhalten, dass – trotz aller Bemühungen um Objektivität - Interpretationen immer subjektiv gefärbt sind und sicherlich sowohl die Meinung der Evaluatorinnen als auch unsere Erfahrungen auf früheren Reisen zu sozialen Projekten in MOE einfließen.

<sup>69</sup> Die Ziele, Eckpunkte und Förderkriterien des Programms werden in Kap. 2.1. ausführlich beschrieben.

<sup>70</sup> Vgl. Kap. 2.1.

## Qualifizierung von Fachpersonal

Wesentlicher Schwerpunkt des Programms war die Qualifizierung von Fachpersonal im Pflege- und Gesundheitsbereich. Diese Qualifizierungsmaßnahmen stießen in MOE auf einen hohen Bedarf. Nach wie vor fehlt es in MOE an Aus- und Fortbildungsangeboten in den Bereichen Pflege und Betreuung. Dies gilt sowohl für die Altenpflege als z.B. für die Arbeit mit Menschen mit Behinderungen oder psychisch Kranken. In allen Ländern wurden in der Zwischenzeit zwar Studiengänge zur Sonderpädagogik oder Sozialarbeit etabliert. Es fehlt jedoch an Ausbildungsgängen mit Praxisbezug und der Vermittlung von Therapieansätzen und Methoden. Manche Berufe wie z.B. der des Ergotherapeuten fehlen völlig.<sup>71</sup> Alle befragten Teilnehmer der Qualifizierungsmaßnahmen betonten deshalb den hohen Bedarf an praxisorientierter Qualifizierung und den großen Nutzen der durchgeführten Weiterbildungen.

Sehr wichtig war auch der Ansatz der Robert Bosch Stiftung, einen weiten Kreis von Berufsgruppen zu fördern und z.B. auch Leitungspersonal und Mitarbeiter der örtlichen Verwaltung sowie ungelerntes Personal, sogenannte Sanitarkas, einzubeziehen. In vielen Ländern übernehmen Sanitarkas die eigentliche Grundpflege. Ihre Qualifizierung kommt somit direkt der Zielgruppe zu Gute. Ohne die Einbeziehung von Fach- und Führungspersonal haben die ungelerten Kräfte jedoch wenig Möglichkeiten, Änderungen durchzuführen und das Gelernte auch anzuwenden. Schließlich geht es den Projektträgern langfristig auch darum, die Rahmenbedingungen der Pflege und das Ansehen und den Stand der Pflege zu ändern sowie Reformen herbeizuführen, die in den Entscheidungsbereich staatlicher Behörden gehören. Fortbildungen und Hospitationen können hier Überzeugungsarbeit leisten. Das Programm unterstützte mit der Möglichkeit, diesen Personenkreis einzubeziehen, somit das Anliegen der Projektpartner und trug zur Nachhaltigkeit der Projekte bei.

## Keine institutionelle Förderung

Im Programm waren die förderfähigen Kosten weitgehend auf Sach-, Reise- und Aufenthaltskosten beschränkt. Hiermit sollte erstens keine Abhängigkeit durch institutionelle Förderung wie Personalkosten oder Aufbau von Zentren oder Gebäuden geschaffen werden. Zweitens sollte insbesondere kleineren Initiativen geholfen werden. Dies ist in der Intention richtig. In vielen Projekten, welche auch institutionell förderten, zeigte sich, dass die Finanzierung für Betriebskosten und Personal erst nach jahrelanger ausländischer Unterstützung durch den Partner selbst erbracht werden konnte oder von staatlichen Stellen im Land übernommen wurde. Auch genügten diese Kostenarten, um Partnerschaften in ihrer Anfangsphase zu begleiten, in der häufig zunächst der Austausch und das Kennenlernen im Vordergrund standen.

## Fazit

Abschließend kann ein positives Fazit gezogen werden. Das Programm hat seine Ziele erreicht. Auch waren die ergriffenen Maßnahmen und Förderkriterien geeignet, die gesetzten Ziele zu erreichen. Durch das Programm konnte mit kleinen Fördersummen viel erreicht werden. Als niederschwelliges und unbürokratisches Programm hatte es besonders in den ersten Jahren, als auch die grenzüberschreitenden Partnerschaften zwischen Deutschland und MOE ihren Anfang nahmen, seine Berechtigung.

Da die Anforderungen und Bedürfnisse sowohl bei den deutschen Projektträgern als auch bei ihren Partnern spezifischer wurden, ist es jetzt jedoch sinnvoll, das Programm einzustellen und durch gezieltere Programme zu ersetzen. Bereits durch das Programm „Qualifizierende Partnerschaften“ wurden viele Projekte gefördert, welche auf strukturelle und nachhaltige Änderungen in den Partnerländern zielten und Qualifizierungsmaßnahmen durch institutionelle Förderung flankierten. Die Bedürfnisse und Voraussetzungen der Projektträger und ihrer Partner haben sich während der Programmlaufzeit geändert. Vielen geht es nun um gezieltere, umfassendere und nachhaltige Hilfe. Auch wurden die Bedürfnisse in MOE durch die Weiterentwicklung der Partner komplexer. Der Sachzwang, den ein Projekt entwickelt, führt häufig zwangsläufig zu Personalstellen oder zu Renovierungsmaßnahmen und materieller Hilfe. Diese neuen Projekttypen bedürfen der Unterstützung durch die Robert Bosch Stiftung.

<sup>71</sup> Vgl. Kap. 3.

## 8 Feststellungen und Empfehlungen

Das folgende Kapitel fasst die wesentlichen Feststellungen und Ergebnisse der Evaluation, welche teilweise auch über das Programm hinausreichen, zusammen. Wie dargelegt, handelte es sich bei dem Programm „Qualifizierende Partnerschaften in Mittel- und Osteuropa“ um ein niederschwellig angelegtes Programm, welches sich mit relativ geringen Mitteln zunächst überschaubare Ziele setzte. Dennoch wurden viele Projekte über das Programm gefördert, welche in größere und komplexere Gesamtprojekte eingebettet waren. Aus diesen vielfältigen Projekterfahrungen lassen sich Schlussfolgerungen und Rückschlüsse für weitere Programme der Robert Bosch Stiftung ziehen. Das Kapitel stellt die wesentlichen Erkenntnisse der Evaluierung zusammen und leitet hieraus Empfehlungen für die weitere Förderung ab.

### Partnerschaften mit staatlichen Einrichtungen gestalten sich oft schwierig

Die Projekte wurden durch sehr unterschiedliche Formen und Arten von Partnerschaften realisiert.<sup>72</sup> Insbesondere die Partnerschaft mit staatlichen Einrichtungen gestaltete sich oft schwierig. In keinem der befragten Fälle kam es hier zu einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit in dem Sinne „dass man gemeinsam an einem Strang zieht, um Veränderungen zu erreichen“, wie es eine Antragstellerin formulierte und wie es sich die meisten deutschen Antragsteller wünschen. Gerade in staatlichen Einrichtungen sind Mitarbeiter und Leitung strukturellen Zwängen ausgesetzt, die freie Entscheidungen erschweren. Hierzu gehören starre Hierarchien, unklare und schwer zu durchschauende Arbeitsbedingungen und Machtverhältnisse und stark an der medizinischen Betreuung ausgerichtete Arbeitsabläufe.<sup>73</sup> Aus diesen Gründen kommt es zumeist nicht zu einer Partnerschaft zwischen Organisationen, sondern eher zu einem partnerschaftlichen Verhältnis (bis hin zur Freundschaft) zu einzelnen Personen und ‚Verbündeten‘. Um hier „einen Fuß in die Tür zu kriegen“ (so ein deutscher Projektträger), versuchen einige deutsche Projektträger, häufig Präsenz vor Ort zu zeigen, entweder durch eigene Mitarbeiter, regelmäßige Besuche oder eine deutsche Fachkraft, die mehrere Monate in der Einrichtung mitarbeitet.

*Empfehlung: Vermittler-Organisationen und intermediäre Organisationen können sinnvoll sein:*

Der Aufwand einer häufigen oder ständigen Präsenz ist nicht für alle Projektträger zu leisten. Er erfordert Zeit, finanzielle Ressourcen und Flexibilität. Gerade in diesen Fällen hat sich die Kooperation und Partnerschaft mit einer westlich-orientierten NGO vor Ort bewährt, die die Bedingungen im Land gut kennt, einen reibungslosen Projektverlauf gewährleisten kann und zudem die Ziele und Interessen der deutschen Projektpartner versteht. Eine derartige Organisation kann als Vermittler zwischen den Kulturen fungieren und Unverständliches nach beiden Seiten erklären. Die Fachexpertise des deutschen Partners z.B. in der Behindertenarbeit wird hier mit der Landesexpertise der westlich-orientierten NGO kombiniert. Eine derartige Rolle spielte Perspektiven e.V. in St. Petersburg in mehreren Projekten. Ebenso kann ein nationaler Dachverband z.B. von Behindertenorganisationen und Elternvereinen diese Rolle übernehmen. Ein Beispiel hierfür ist BAPID in Bulgarien.

### MOE-Partner entscheidend für Erfolg

In mehreren Fällen zeigte sich, dass ein und derselbe deutsche Projektträger, welcher an zwei unterschiedlichen Orten oder mit zwei unterschiedlichen Einrichtungen kooperierte, in der einen Einrichtung Erfolg haben konnte und in der anderen nicht. Zumeist lag dies an einem unterschiedlichen Reformwillen der jeweiligen Leitung in MOE. Dieses Beispiel zeigt, dass der Partner in MOE, sein Engagement, Interesse und seine Durchsetzungsfähigkeit für den Erfolg eines Projektes und deren Nachhaltigkeit entscheidend ist. Ohne eine bestehende Organisation, welche das Interesse und den Wunsch des deutschen Partners teilt, die aufgebauten Leistungen und neuen Errungenschaften weiterzuführen, ist die Nachhaltigkeit von Projekten ungewiss. In manchen Fällen besteht eine derartige Partnerschaft jedoch nur rudimentär. Der deutsche Projektträger muss sich lange binden, um die Stabilität der Änderungsmaßnahmen selbst zu gewährleisten. Dies insbesondere, wenn nicht mit einer bestimmten Partnerorganisation, sondern eher mit verschiedenen Einzelpersonen in mehreren

<sup>72</sup> Vgl. Kap. 5

<sup>73</sup> Vgl. Kap. 5

Einrichtungen kooperiert wird. Teilweise schaffen sich die deutschen Projektträger ihre Partner aber auch selbst.<sup>74</sup> Mit unermüdlichem Engagement über viele Jahre wird zunächst Personal eingestellt und ausgebildet, werden Einrichtungen und Trägervereine während ihrer Gründung und in den Anfangsjahren unterstützt. Hierdurch entstehen oft staatlich unabhängige Organisationen, welche das Wissen und Interesse haben, die durch die Projekte initiierten Veränderungen fortzusetzen und selbstständig weiter zu entwickeln.

*Empfehlung 1: Bei der Bewertung eines Projektantrags beide Seiten prüfen.*

Ob ein Projekt erfolgreich ist, hängt sowohl vom deutschen als auch vom Partner in MOE ab. Aus diesem Grunde ist es geboten, bei der Bewertung eines Projektantrags beide Seiten im Blick zu haben. Insbesondere wenn es um größere Fördersummen und langjährige Projekte geht, wäre es hier zu überlegen, ob man nicht nur mit der deutschen Seite, sondern auch mit der MOE Seite Gespräche führen sollte.

*Empfehlung 2: Partner in MOE stärken*

Möchte man Nachhaltigkeit erzielen und strukturelle Änderungen erreichen, gilt es Partnerorganisationen in MOE zu stärken. Dies geschieht durch Qualifizierung. In vielen Fällen zeigte sich, dass ein höherer Wissenstand und bessere Expertise Organisationen z.B. gegenüber der örtlichen Verwaltung stärken. Wichtig ist aber auch eine institutionelle Stärkung durch eine eigenständige Rechtsform (z.B. Vereinsgründung), eigene Räume und eigenes Personal oder durch Erhöhung der Reputation des Partners in der Stadt oder Region (Lobbying).

## Nachhaltigkeit braucht langen Atem

Einige der besuchten und befragten Projekte zeigten, dass die nachhaltige finanzielle Sicherung neu aufgebauter Dienste und Leistungen möglich ist. Dies gelang häufig jedoch erst nach über zehn bis 15 Jahren deutschen Engagements. Gerade in der Frage der Nachhaltigkeit zeigte sich der große Vorteil der partnerschaftlichen Projektarbeit. Aufeinander folgende und aufbauende Projekte, eine häufige Präsenz der deutschen Projektträger vor Ort, lange Arbeitseinsätze von deutschen Fachkräften in MOE und vor allem die zeitliche Länge des Engagements schafften Vertrauen und führten zu einer langsamen, aber stetigen Weiterentwicklung der Partnerorganisationen in MOE.<sup>75</sup> Die zumeist ehrenamtlich Tätigen haben hierbei einen langen Atem bewiesen wie er bei großen staatlichen wie nicht-staatlichen Förderern selten zu finden ist. Durch dieses lange Engagement wurde Nachhaltigkeit ermöglicht. Der Partner hat sich emanzipiert und steht nun auf eigenen (auch finanziellen) Beinen. Der deutsche Partner kann sich zurückziehen.

*Empfehlung: Partnerschaften länger begleiten und fördern*

Aus den oben beschriebenen Gründen ist die Praxis der Robert Bosch Stiftung, mehrmalige Projektförderung innerhalb eines Programms und auch durch andere Programmlinien zu ermöglichen und Partnerschaften so über einen längeren Zeitraum hin zu begleiten, richtig und sollte beibehalten werden.

## Hoher Aufwand für deutsche Träger

Das Engagement der deutschen Projektträger bedeutet einen sehr hohen Aufwand. In mehreren Fällen wurde der Zeitumfang für die Projektkoordination mit 10-20 Stunden pro Woche beziffert. Ein Befragter ging deshalb so weit, dass er von Organisationen und Einrichtungen als Träger abriet, da man für derartige Projekte während der Berufszeit nicht die Zeit aufbringen könne. Dies gehe erst nach der Verrentung. Ein derartiger Schluss geht nach Meinung der Evaluatorinnen zu weit. Hierfür gibt es zu viele gute Beispiele von Projekten mit Einrichtungen und Organisationen als Trägern, die (auch oft außerhalb der Arbeitszeit und ehrenamtlich) langjährige Partnerschaften erhalten. Zudem ist die Fachlichkeit hier oft eine andere und die deutschen Organisationen profitieren auch im Sinne von Motivation und Anregung für ihre Mitarbeiter.<sup>76</sup>

<sup>74</sup> Vgl. Kap. 5

<sup>75</sup> Vgl. Kap. 5

<sup>76</sup> Vgl. Kap. 5

*Empfehlung 1: Unterschiedliche Träger fördern*

Wie oben beschrieben haben unterschiedliche Trägerorganisationen eine Reihe von Vorteilen. Aus diesem Grunde sollte die Robert Bosch Stiftung weiterhin verschiedene Träger unterstützen.

*Empfehlung 2: Anreize und Unterstützung für deutsche Projektträger bieten*

Die Robert Bosch Stiftung sollte die deutschen Projektträger durch Eigenangebote unterstützen. So wurden z.B. die Vernetzungstagungen und Seminare, welche für Projektträger angeboten wurden, sehr gelobt. Sie geben Anregung, vermitteln Kontakte und fördern die eigene Motivation. Derartige Angebote sollten beibehalten werden.

**Qualifizierung nach wie vor wichtig**

Qualifizierung ist wichtig und stößt nach wie vor in MOE auf einen großen Bedarf. Dies liegt einerseits an einem Mangel an Ausbildungsgängen mit Praxisbezug und speziellen Therapieformen. Andererseits jedoch auch an einem – insbesondere in Ost- und Südosteuropa – nach wie vor geringschätzigen Menschenbild gegenüber alten Menschen, Menschen mit Behinderungen und psychisch Kranken. Qualifizierung allein genügt in diesen Ländern jedoch nicht, wenn man nachhaltige strukturelle Veränderungen erzielen will. Hierfür benötigt man zusätzliche Mittel und eine zumindest geringe institutionelle Förderung. In den meisten Partnerschaften wurden die Qualifizierungsprojekte entweder gleichzeitig oder zu einem späteren oder früheren Zeitpunkt durch andere Maßnahmen ergänzt wie z.B. Renovierungsarbeiten, Aufbau neuer Leistungen (wie z.B. den Aufbau eines Frühförderzentrums, der Einrichtung eines Ergotherapie-Raumes oder eines Spielzimmers), Hilfslieferungen, Beratung durch die Projektträger vor Ort oder Bemühungen bei öffentlichen Stellen, eine Verbesserung der Bedingungen zu erzielen. Neben begleitenden strukturellen Änderungen war es auch wichtig, einen größeren Teil der Mitarbeiter zu schulen, möglichst alle Hierarchieebenen zu integrieren und mehrere, aufeinander aufbauende Qualifizierungsmaßnahmen anzubieten (Hospitationen, Schulungen vor Ort, Supervision und Begleitung). So addierten sich die Erfahrungen verschiedener Projekte oder Komponenten an einem Ort.<sup>77</sup>

*Empfehlung: Qualifizierung muss eingebettet sein in sonstige Maßnahmen*

Möchte man strukturelle und nachhaltige Änderungen erreichen, müssen Qualifizierungsangebote durch flankierende Maßnahmen unterstützt werden. Aus diesem Grunde sollten zukünftig komplexere Projekte gefördert werden und mehrere Kostenarten förderfähig sein. Was in einem Projekt notwendig ist, muss jedoch auch am Einzelfall geprüft werden. Der Bedarf ist von Land zu Land, von Bereich zu Bereich unterschiedlich. So zeigten die Projekte in Bulgarien, dass hier bereits vielfach Möglichkeiten bestehen, von staatlicher Seite Förderung für soziale Dienstleistungen zu erhalten. Personalkosten sind aus diesem Grunde häufig nicht notwendig. Dies ist in Russland oder Südosteuropa noch anders.

**Programmkoordination bestätigt**

Kapitel 4 zeigte, dass die Mehrheit der Projektträger mit der Programmkoordination sehr zufrieden waren und die „partnerschaftliche Zusammenarbeit“ - bezogen auf die Kooperation zwischen Antragstellern/Projektträgern und Stiftung - lobten. Gerade für unerfahrene Antragsteller waren der intensive Kontakt und die Beratung bei der Antragstellung wichtig. Zudem wurden die Flexibilität und das Verständnis der Programmleitung bei Umwidmungsanträgen und verlängerten Laufzeiten als sehr wichtig betont. Als ungleich größerer Aufwand wurde oft die Projektabwicklung empfunden. Viele Projektträger, die meist einen anderen beruflichen Hintergrund haben und über geringe buchhalterische Kenntnisse verfügen, sind insbesondere bei großen Projekten oft mit der Projektabwicklung und -abrechnung überfordert.<sup>78</sup>

Hier sollte sich die Stiftung jedoch die Frage stellen, inwieweit der Aufwand im Verhältnis zum Nutzen steht. Erzielt man bei der Antragsberatung noch den Mehrwert, kleine Projektträger in Fragen der Antragstellung zu schulen und junge Partnerschaften in der Startphase zu unterstützen, ist bei der

<sup>77</sup> Vgl. Kap. 5

<sup>78</sup> Vgl. Kap. 4

Nachweisprüfung zu berücksichtigen, dass das Gehalt der Sachbearbeitung auch im Verhältnis zu den relativ kleinen Fördersummen stehen muss.

*Empfehlung 1: Abrechnungsregeln vermitteln*

Es sollte die Möglichkeit eröffnet werden, soviel wie möglich mit Pauschalen (z.B. bei Tagessätzen, Unterbringungs- oder Fahrtkosten) zu arbeiten. Gerade bei den kleinen Beträgen, die bei Reisen nach MOE oft anfallen, steht der Aufwand des Quittungen-Sammelns, Übersetzens und Zusammenzählens sonst in keinem Verhältnis zu den Kosten. Gerade bei größeren Projekten könnten die Projektträger zudem durch Schulungen in Abrechnungsmodalitäten eingewiesen und z.B. auf die Möglichkeit, mit Pauschalen zu arbeiten, hingewiesen werden. Eventuell könnte auch ein Abrechnungsschema (z.B. Excel-Abbildung) zur Verfügung gestellt werden.

*Empfehlung 2: Flexibilität beibehalten*

Die Rahmenbedingungen in MOE ändern sich häufig. Dies gilt für die Gesetzeslage ebenso wie für die politische Lage. Hierdurch können sich plötzlich neue Möglichkeiten für Projekte ergeben. Genauso kann man jedoch auch vor unvorhergesehenen Schwierigkeiten stehen. Trotz aller Notwendigkeit zu genauem Planen und einer möglichst guten Kenntnis der Bedarfslage vor Beginn des Projektes ist es wichtig, hier Flexibilität zu behalten. So zeigte sich gerade im Bereich Qualifizierung, dass es bereits viele Weiterbildungsmöglichkeiten auch in MOE im Rahmen von Seminaren und Tagungen gibt: Möglichkeiten, von denen man häufig erst kurzfristig erfährt und auf die man flexibel reagieren muss. Diese Flexibilität bot das Programm „Qualifizierende Pflegepartnerschaften in MOE“ durch die Möglichkeit von Umwidmungsanträgen, verlängerter Laufzeit und auch durch die Tatsache, dass nicht alle Qualifizierungsmaßnahmen bis ins kleinste Detail geplant sein mussten. Diese flexible Handhabung hat sich bewährt und sollte auch in der zukünftigen Förderung beibehalten werden.

## **Rahmenbedingungen wirken oft hemmend, Breitenwirksamkeit ist schwer zu erreichen**

Bei den Projekten wirken Rahmenbedingungen wie z.B. gesetzliche Vorgaben, die außerhalb des Gestaltungsspielraums der Projektverantwortlichen liegen, häufig hemmend. Teilweise konterkarieren diese Vorgaben sogar die eigentliche Projektmaßnahme. So verliert eine Qualifizierungsmaßnahme ihren Sinn, wenn die Teilnehmer ihre neuen Erkenntnisse aufgrund ihres vorgeschriebenen Arbeitsablaufs nicht anwenden können, oder wenn die Höherqualifizierung in keiner Weise (durch höhere Vergütung oder mehr Verantwortung) honoriert wird. Aus diesem Grunde ist es wichtig, auf die Leitung der Einrichtung, aber auch auf Verwaltungsmitarbeiter und Politiker einzuwirken. Häufig bleibt im Projektalltag für ein intensives Lobbying jedoch wenig Zeit. Auch fehlt es oft an starken und unabhängigen Organisationen vor Ort, welche für die Änderung von Gesetzen und Rahmenbedingungen kämpfen.

Auch zeigte sich, dass eine Ausstrahlung der Projekte auf andere Organisationen und Einrichtungen sehr schwer zu erreichen ist. Zur Verbreitung guter Modelle und Initiativen braucht es Vernetzung, aber auch Lobbyarbeit, Beratung und Schulung in anderen Einrichtungen und Organisationen. Selbst innerhalb einer Einrichtung wirken sich Projekte nur wenig aus. Eine Modellabteilung des Psycho-Neurologischen Internats Peterhof in St. Petersburg wird wohl innerhalb des über 1.000 Bewohner umfassenden Heims eine Ausnahme bleiben. Die Annahme, dass „gute Praxis“ von sich aus überzeugt und Nachahmer findet, bestätigte sich leider nicht. Will man dies erreichen, braucht es konkrete Projekte, welche direkt auf eine Verbreitung zielen.

*Empfehlung 1: Lobbying-Bemühungen unterstützen*

Aus diesen Gründen sollten Lobbying-Bemühungen unterstützt werden. Bei großen Projekten ist zu überlegen, inwieweit derartige Bemühungen fester Bestandteil des Projektes sein sollten. So könnte sich bspw. ein Projekt nicht nur zur Aufgabe machen, durch Qualifizierung und Aufbau neuer Leistungen (z.B. durch die breite Schulung von Sanitarkas in verschiedenen Behinderteneinrichtungen oder Etablierung von Schulen für Kinder mit mehrfachen und schwersten Behinderungen) ein neues Modell zu schaffen, sondern gleichzeitig das Ziel haben, diese Modelle bei öffentlichen Stellen bekannt zu machen und für ihre Anerkennung als neue Form (und in der Folge entsprechende rechtliche Regelungen) zu kämpfen. Eventuell müssen in derartige Projekte mehrere Organisationen eingebunden werden. Zwar gibt es Organisationen,

welche sowohl inhaltlich mit der Zielgruppe als auch politisch-strategisch arbeiten (z.B. das Heilpädagogische Zentrum in Pskow oder Perspektiven e.V. in St. Petersburg), aber viele Organisationen konzentrieren sich vorrangig auf die Arbeit mit der Zielgruppe. Beide Aufgaben zu übernehmen kann zu einer Überforderung führen. Hier könnte es sinnvoll sein, vermittelnde Organisationen, welche mit Lobbying Erfahrung haben, einzubinden (z.B. Dachverbände) und deren Aktivitäten zu unterstützen (z.B. durch Finanzierung von Veranstaltungen für Verwaltungsmitarbeiter und Politiker, öffentlichkeitswirksame Kampagnen, Analysen oder Erarbeitung von Gesetzesvorlagen).

*Empfehlung 2: Vernetzung fördern, aber nicht erzwingen*

Um ein wie oben skizziertes Projekt zu realisieren, könnten verschiedene geförderte Projekte der Robert Bosch Stiftung, die ähnliche Ziele haben und im gleichen Bereich arbeiten, zu einem Vernetzungsprojekt zusammen geführt werden. Ein derartiges Projekt dürfte nicht bei einzelnen Einrichtungen stehen bleiben, sondern müsste direkt auf die Veränderung von Rahmenbedingungen (z.B. Arbeitsbedingungen von Sanitarkas; Bildungsmöglichkeiten für mehrfach- und schwerstbehinderte Kinder) zielen. Es müsste somit auch Lobbymaßnahmen umfassen (s.o.). Dies setzt jedoch ein Interesse der Projektträger hieran voraus. Die Organisationen vor Ort müssen sich gut kennen und alle Seiten sollten die Allianz befürworten.

### **Etablierung von Ausbildungsgängen sehr schwer und mühsam**

Mehrere über das Programm geförderte Projekte zielten darauf, Ausbildungsgänge im Bereich der Pflege zu etablieren oder zu verbessern. Die den Evaluatorinnen bekannten Bemühungen in diese Richtung waren jedoch selten erfolgreich. Sie blieben entweder lokal beschränkt oder konnten sich nicht ohne externe Hilfe finanzieren. Auch Kooperationen mit Universitäten führten – häufig aufgrund schwer zu durchschauender machtpolitischer Überlegungen innerhalb der Universitäten in MOE – nicht zu einer Verstetigung der Ausbildungsgänge. Einzelne Modellprojekte wie z.B. die Altenpflegeschule in Moskau bestanden nur einen gewissen Zeitraum. Auch die Fortbildungsgänge in Donezk stießen auf mangelndes Interesse bei den örtlichen Behörden und territorialen Zentren. Es besteht wenig Hoffnung, dass der Lehrgang nach Beendigung der externen Förderung weiterbestehen wird. Gleiches gilt für den Weiterbildungsgang in Stara Zagora/Kazanlak. Zwar gibt es geschultes Personal und Lehrkräfte, welche das Wissen weitergeben könnten, dies geschieht jedoch nicht ohne Bezahlung. Ein weiterer Lehrgang nach Ende der Robert Bosch Finanzierung kam bisher nicht zustande. Diese Beispiele zeigen, dass es äußerst schwierig ist, Ausbildungsgänge von außen zu etablieren. Gerade in MOE ist der Stolz auf die Qualität der eigenen Ausbildung sehr hoch. Umso schwerer fällt es, Innovationen von außen zu akzeptieren.

*Empfehlung: Bestehende Ausbildungen reformieren, statt Neues zu etablieren*

Statt Neues zu etablieren, sollte versucht werden, Bestehendes behutsam zu reformieren. So könnte man bspw. bei der bestehenden Weiterbildung der Sanitarkas zur „Kleinen Krankenschwester“ in Russland ansetzen. Hier wäre es sinnvoll, die medizinisch orientierte Weiterbildung durch Kenntnisse im Bereich der Pflege zu ergänzen. Der Vorteil läge nicht nur darin, dass man staatliche Stellen mit einbezieht, sondern auch darin, dass die Sanitarkas nach ihrer Weiterbildung in eine höhere Gehaltsstufe wechseln und dadurch auch Anreize für die Weiterbildung bestehen. Ein anderes Beispiel sind die Sozialassistenten, welche in einigen neuen EU-Mitgliedsstaaten u.a. mit externer Unterstützung etabliert wurden. Auch wenn diese nur rudimentäres Wissen anbieten und durchaus kritisch bewertet werden können, kann es mehr Sinn machen, diese bestehende Weiterbildung durch Zusatzkurse aufzuwerten, anstatt parallel Ausbildungsgänge anzubieten, welche dann der Gefahr ausgesetzt sind, im Land nicht akzeptiert zu werden.

Ein Ansatz bei bestehenden Kursangeboten setzt jedoch das Wissen über bereits existierende Ausbildungs- und Lehrgänge und eine Bestandsaufnahme der Aus- und Weiterbildungslandschaft voraus. Möchte sich die Robert Bosch Stiftung in diesem Bereich verstärkt engagieren, wären eventuell kleine Länderstudien zu den bestehenden Ausbildungen und Weiterbildungen im Pflege- und Sozialbereich sinnvoll.

## Regionale Schwerpunktbildung und Vernetzung

Während der Programmlaufzeit bildeten sich verschiedene Schwerpunktregionen heraus, für welche vermehrt Projektanträge gestellt wurden (z.B. Pskow / St. Petersburg, Russland; Kazanlak, Bulgarien). Dieser zunächst zufällige Prozess führte zu Überlegungen bei der Robert Bosch Stiftung, Schwerpunktregionen und regionale Vernetzung zu fördern, um hier gezielt die Pflege in bestimmten Bereichen zu entwickeln und Synergieeffekte zwischen verschiedenen Projekten und Programmen zu erreichen.<sup>79</sup>

Bei ihrer Reise in die Nordwest-Region Russlands (Pskow / St. Petersburg / Priosersk) konnten sich die Evaluatorinnen davon überzeugen, dass Kontakte zwischen den verschiedenen Projekten in der Region bestehen. Der Verein Perspektiven e.V. greift in seinen Schulungsmaßnahmen auf eine Trainerin vom Heilpädagogischen Zentrum in Pskow zurück; der Förderkreis „Kinderheim Priosersk, Russland e.V.“ kooperiert schon lange mit Perspektiven und erhält von ihnen Unterstützung bei seinen Projekten vor Ort und auch die Behindertenhilfe Hamburg e.V. kooperiert mit Perspektiven in einem EU-Projekt im Psycho-Neurologischen Internat Peterhof. Auch Vernetzungstreffen wie die Tagung, die Ende März 2007 in Pskow stattfand, sind sehr wichtig. Hier kam es nicht nur zum Erfahrungsaustausch, es wurden auch Gemeinsamkeiten und Möglichkeiten der Weiterentwicklung im Bereich der Behindertenarbeit in Russland deutlich<sup>80</sup>.

*Empfehlung: Vernetzung fördern und unterstützen, auch mit aus anderen Quellen geförderten Projekten*

Diese Beispiele zeigen, dass eine regionale Schwerpunktbildung sinnvoll ist und Synergieeffekte ermöglicht. Diese Strategie hat sich somit bewährt und sollte weiter verfolgt werden. Man sollte damit jedoch auch nicht zu viele Erwartungen verknüpfen. Man darf nicht vergessen, dass die Projekte geographisch zwar relativ nah beieinander liegen, die Reisewege in Russland jedoch zeit- und kostenintensiv und beschwerlich sind. Von Pskow in das nur ca. 300 km entfernte St. Petersburg fährt man mit dem Nachtzug oder fünf Stunden mit dem Auto auf schlechten Strassen. Ein regelmäßiger Austausch kann unter diesen Bedingungen nicht stattfinden. Auch in Kazanlak wurde auf mangelnde Finanzierungsmöglichkeiten für Transport, welche die Vernetzung mit anderen Einrichtungen behindert, hingewiesen.<sup>81</sup> Auch hier gilt, dass Vernetzung nicht automatisch durch bloße räumliche Nähe geschieht, sondern gezielt gefördert werden muss.

Synergieeffekte gibt es, und sie sind vielen Projekten förderlich. Sie ergeben sich jedoch nicht nur zwischen Projekten des gleichen Förderers. Direkte Synergieeffekte zwischen zwei Projekten konnten die Evaluatorinnen beispielsweise in Priosersk beobachten. Hier handelte es sich bei dem zweiten Projekt jedoch um kein Bosch-Projekt, sondern um ein von britischer Seite gefördertes Forschungsprojekt des Frühinterventionszentrums St. Petersburg. Auch bei der Vernetzungstagung in Pskow im März diesen Jahres ergab sich ein Synergieeffekt mit einem EU-TACIS Projekt. Per Zufall waren die Abschlussstagung des EU-Projektes und die Vernetzungstagung zum gleichen Zeitpunkt terminiert. Was sich zunächst als Problem darstellte, erwies sich als Glücksfall. Beide Veranstaltungen wurden zusammengelegt. Hierdurch konnten mehr Teilnehmer und ein größeres Echo in der Öffentlichkeit erreicht werden. Derartige Möglichkeiten ergeben sich häufig zufällig und lassen sich deshalb nicht planen. Hier sollten flexibel Mittel zur Vernetzung auch mit Projekten, die nicht von der Robert Bosch Stiftung gefördert werden, bereitgestellt werden.

<sup>79</sup> Vgl. Kap. 2

<sup>80</sup> Eine Teilnehmerin fasste ihren wesentlichsten Eindruck wie folgt zusammen: „Wir hatten am Anfang unserer Zusammenarbeit ein ähnliches Treffen verschiedener Behindertenorganisationen, Praktiker und Wissenschaftler, Russen und Ausländer in Pskow. Damals sprachen alle eine andere Sprache. Man benutzte die gleichen Begriffe, jeder meinte damit jedoch etwas anderes. Jetzt sprachen wir alle dieselbe Sprache“. Die Teilnehmer einigten sich in ihrem Abschlussdokument darauf, Pskow als Modell für die Behindertenarbeit in Russland zu proklamieren.

<sup>81</sup> Zudem ist zu bedenken, dass die Organisationen, auch wenn sie im gleichen Bereich wie z.B. der Behindertenarbeit tätig sind, nicht unbedingt den gleichen Ansatz und dieselben Interessen verfolgen. Eine Organisation, die Veränderungen in staatlichen Heimen anstrebt, kämpft mit anderen Problemen als eine Bildungseinrichtung oder Werkstätten für Menschen mit Behinderungen.

## 9 Schluss

Die Robert Bosch Stiftung hat mit ihrem Engagement in den Ländern Mittel-, Ost- und Südosteuropas vielfältige Akzente gesetzt und Veränderungen angestoßen. Im Bereich „Gesundheit und Humanitäre Hilfe“ stellte das Programm „Qualifizierende Pflegepartnerschaften“ einen Einstieg dar, der Reformbemühungen vieler Akteure aus den Ländern selbst und aus Deutschland unterstützte und im Laufe der Zeit durch neue Programmlinien flankiert wurde, die der weiteren Entwicklung Rechnung trugen. Einige Ergebnisse dieses Prozesses konnten die Evaluatorinnen durch die Evaluierung persönlich kennenlernen, andere wurden durch Gespräche oder schriftliche Berichte vermittelt. Das Gespräch und die Begegnung mit Menschen, die etwas bewegen möchten, die sich für die Belange von benachteiligten und vergessenen Menschen einsetzen, die offen und vorurteilsfrei über Grenzen und kulturelle Unterschiede hinweg miteinander arbeiten und leben, waren die spannendsten Momente der Evaluierung. Mit ihren Erfahrungen und Einschätzungen haben diese Menschen in großem Maße zu den Ergebnissen beigetragen. Die Evaluatorinnen möchten sich ausdrücklich für die Bereitschaft, Auskünfte zu geben, und für die Zeit, die sie uns zur Verfügung stellten, bedanken. Eine Diskussion wurde nicht erst auf der Basis des schriftlichen Berichtes, sondern vielfach während der Gespräche und Reisen angestoßen.

Es bleibt zu wünschen, dass diese Diskussion weitergeführt wird und möglichst viele Akteure in Deutschland und MOE daran beteiligt werden. Mit den von der Robert Bosch Stiftung initiierten Vernetzungstagungen ist eine Form dafür gefunden worden, die sich bewährt hat. Der Stand in der Pflege und im sozialen Bereich in Mittel-, Ost- und Südosteuropa hat sich seit der Initiierung des Programms vor über zehn Jahren wesentlich verbessert. Es ist aber weiterhin Anregung, Austausch und Unterstützung nötig, um das Erreichte zu verfestigen und zu verstetigen.

## 10 Anhang

### Anhang 1 Zeitablauf der Evaluierung

Oktober 06	Nov. – Dez. 06	Jan. – Feb. 07	März – April 07	Mai 07
Vorgespräche in der Stiftung	Entwicklung des Fragebogens	Bulgarien-Reise (21.-26.1.)	Interview-Reise Hamburg (15.-20.3.)	Endbericht
Erstellung der Feinkonzeption	Interview-Reise Deutschland (Bonn, Duisburg, Kassel (27-30.11))	Auswertung der Fragebögen	Russland Reise (15.-21.4.)	
Aktenstudium		Zwischenbericht	Telefoninterviews Projektträger	

### Anhang 2 Liste der Gesprächspartner

<b>Deutschland</b>			
<b>Name</b>	<b>Organisation</b>	<b>Ort, Datum</b>	<b>Partnerschaft / Projekt</b>
Dr. Radka Arnold	AWO Hessen-Nord, Kassel	Kazanlak 21.-23.01.2007	Pflegepartnerschaft zwischen der AWO Hessen-Nord und Kazanlak (Bulgarien), Bew. 06/1998  Arbeit mit dementiell Erkrankten in Kazanlak (Bulgarien), Bew. 12/2004
Prof. Fred Karl	Universität Kassel, Institut für Sozialpädagogik und Soziologie der Lebensalter (ISSL)	Kassel 27.11.2006	
Klaus Mathes	Leiter der AWO-Bildungsstätte für Altenpflege		
Andreas Bartels	Johannes Seniorendienste e.V., Bonn	Bonn 28.11.2007	Begegnungen in der Altenhilfe in Tschechien und Ungarn, Bew. 02/2000  Partnerschaft zur Qualifizierung in der Altenhilfe in Bratislava/Slowakei, Bew. 6/2003
Felix Wolff	CARE International Deutschland e.V., Referent für Europa & Mittlerer Osten	Bonn 28.11.2007	Betreuung von behinderten Kindern und jungen Erwachsenen in Drianovo, Vratsa und Lovetch/Bulgarien

Jörg Denker	Kindernothilfe e.V., Referent Südasiens und Osteuropa	Duisburg 29.11.2007	Schulungsprogramm für Betreuer von behinderten Kindern in Pawlowsk / Russland, Bew. 07/2006
Nora Hertel	Kindernothilfe e.V., Fundraising		
Dietmar Roller	Kindernothilfe e.V., Vorstand Ausland		
Dr. Jürgen Thiesbonenkamp	Kindernothilfe e.V., Vorstandsvorsitzender		
Margarete von der Borch	Perspektiven e.V.	St. Petersburg 17./19.04.2007	
Manfred Schmidt	Freundeskreis Bochum – Donezk e.V., / Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche von Westfalen - Landesverband der Inneren Mission - e.V.,	Bochum (telefonisch) 16.02.2007	Qualifizierung von Fachkräften und Lehrern für die ambulante Pflege in Donezk/Ukraine, Bew. 12/2004
Ruth Höhnel	Kinderheim Im Erlenbusch, Leiterin Förderkreis Kinderheim Priosersk e. V., stellvertretende Vorsitzende	Hamburg, 15.03.2007	Hospitation von Mitarbeitern einer Behinderteneinrichtung aus Priosersk / Rußland im Kinderheim Erlenbusch, Bew. 05/1997  Schulung im Kinderheim in Priosersk (Rußland), Bew. 07/1999  Qualifizierende Partnerschaft mit Kinderheim in Priosersk / Russland, Bew. 08/2002  Ergotherapeutisches Fortbildungsprogramm für Multiplikatoren des Kinderheims in Priosersk/Russland, Bew. 03/2006
Marianne Meier	Kinderheim Im Erlenbusch, Ergotherapeutin Förderkreis Kinderheim Priosersk e. V., Vorsitzende		
Katharina Schiffhauer, Annemarie Franke, Iris Behr	Freiwillige in Priosersk (FSJ; Ergotherapeutin)	Priosersk, 19./20.4.2007	
Günter Grosse Herr Martin	Brüder- und Schwesternschaft des Rauhen Hauses, Diakone	Hamburg 16.03.2007	Austauschprogramm für Mitarbeiter einer Behinderteneinrichtung in Bosnien-Herzegowina, Bew. 08/2002
Volker Carroll	Behindertenhilfe Hamburg gGmbH, Pädagogischer Leiter	Hamburg 19.03.2007	Austausch von pädagogischen Fachkräften aus St. Petersburg in der Behindertenhilfe, Bew. 04/2002
Karl Stengler	Behindertenhilfe Hamburg gGmbH, Geschäftsführer		
Helga Rauch	St.-Petersburg-Hilfe Nordheide Initiative	Hamburg 20.03.2007	Zwei Erzieherinnen aus St. Petersburg (Rußland) an der Neurologischen Rehabilitations-

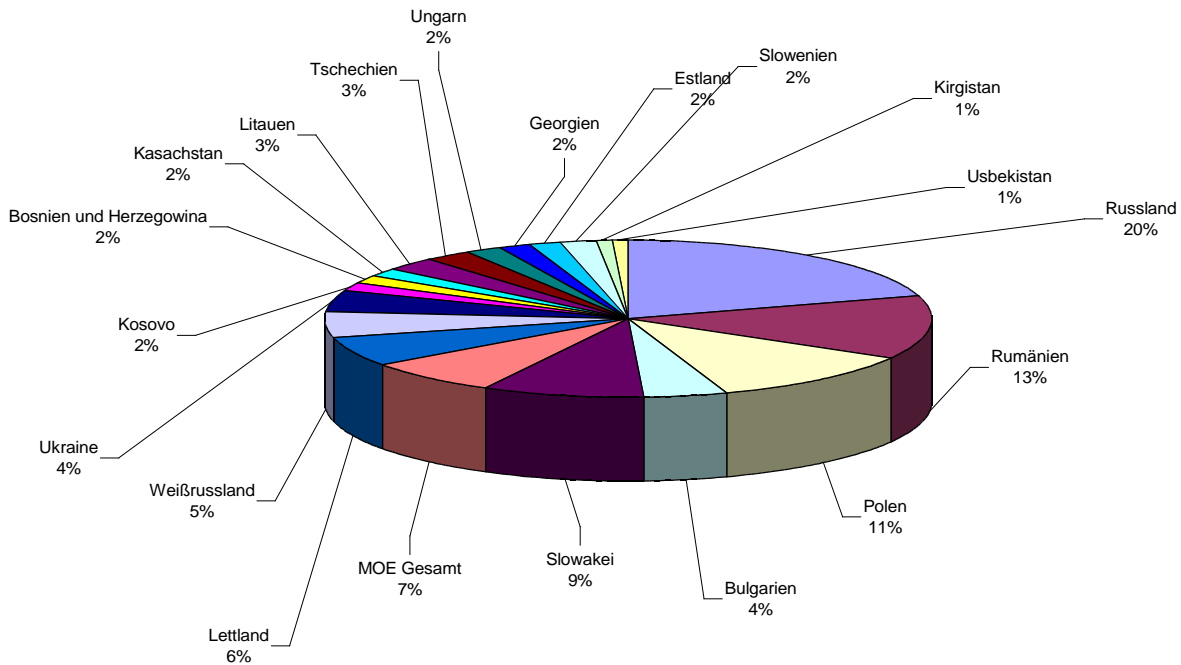
			Klinik in Geesthacht (Deutschland), Bew. 12/2001
Hanne Braun	Verein für Internationale Jugendarbeit e.V.	Stuttgart, 03.04.2007	Qualifizierungsprogramm für Pflegekräfte, Ärzte und sozialpflegerischer Kräfte zweier Gesundheitszentren in Riga/Lettland, Bew. 03/1996 Qualifizierung von Ausbildern für systemische Familientherapie in Lettland, Bew. 02/2000
Michael Uibel	Deutsches Rotes Kreuz, Landesverband Baden- Württemberg,	Stuttgart, 11.04.2007 (telefonisch)	Unterstützung und Erweiterung des ambulanten sozialpflegerischen Dienstes des Russischen Roten Kreuzes in Jekaterinburg und Umgebung Bew. 08/1997
Marianne Distler- Melandner	Förderverein Russland e.V., Schulleiterin der BFS für Kinderkrankenpflege der Schwesternschaft München vom BRK e.V.	Wielenbach- Wilzhofen, 11.05.2007 (telefonisch)	Maßnahmen zur Qualifizierung für die Altenpflege in Moskau/Russland, Bew. 07/2003
Bernd Schleberger	Schulleiter Rurtal- Schule, Förderschule mit dem Förderschwerpunkt „Geistige Entwicklung“	Heinsberg- Oberbruch, 29.05.2007 (telefonisch)	Qualifizierende Partnerschaft von Mitarbeitern aus der Behindertenhilfe in Heinsberg und Pskow/Russland, Bew. 03/2004
Dr. Ralf-Peter Gebhardt	Beclean e.V., Koordinator	Ravensburg, 25.05.2007	Qualifizierung von rumänischen Pflegekräften einer psychiatrischen Klinik in Beclean, Kreis Bistritz / Rumänien, Bew. 07/1996
Richard Gerster	Arkade e.V.		Qualifizierungsmaßnahmen für Mitarbeiter der psychiatrischen Klinik in Beclean/Rumänien, Bew. 08/1998
<b>Bulgarien</b>			
<b>Name</b>	<b>Organisation</b>	<b>Ort</b>	<b>Datum</b>
Dr. Nikola Atanassov	Stiftung AWO- Bulgarien	Sofia	21./22.01.2007
Maria Dimova	Krankenschwester und klinische Sozialarbeiterin, Projektkoordinatorin	Kazanlak	22./23.01.2007
Anna Karpacova (Leiterin), Schwestern und Sozialarbeiterinne n	Altenheim Nr. 1	Kazanlak	22.01.2007
Leiterin,	Altenheim Nr. 3	Kazanlak	22.01.2007

Schwestern und Physiotherapeutin			
Frau Tupolska (Leiterin), Schwestern, Sozialarbeiterinnen und Physiotherapeutin	Altenheim Nr. 2 für Senile Demenz	Kazanlak	23.01.2007
Rumana Avramova (Regionale Vertreterin BAPID), Peter Petrov (Leiter), Mitarbeiter/innen	Tageszentrum	Drianovo	24.01.2007
Kalina Nesheva (Leiterin), Physiotherapeut, Mitarbeiter/innen	Tageszentrum	Lovetch	24.01.2007
Maria Nedialkova	Regionale Vertreterin von BAPID	Lovetch	25.01.2007
Petya Vabanova	Projektkoordinatorin CARE Projekt, jetzt Mitarbeiterin BAPID	Sofia	25.01.2007
Sonia Vladimirova	BAPID, Geschäftsführerin	Sofia	26.01.2007
<b>Russland</b>			
Tamara Aleksandrova	Leiterin des Staatlichen Kinderheims Nr. 4	Pawlowsk	18.04.2007
Svetlana Andreeva (Lehrerin)	Stellv. Leiterin des Heilpäd. Zentrums, Projektkoordinatorin	Pskow	15.-17.04.2007
Ljudmila Antonova (Ärztin, Pädiaterin und Ergotherapeutin mit schwedischem Zertifikat, Trainerin)	Zentrum für Frühintervention	St. Petersburg	18.04.2007
Ol'ga Faleva	Stellv. Leiterin des Staatlichen Kinderheims, zust. für die pädagogische Arbeit	Priosersk	20.04.2007
Aleksandr Il'in (Oberarzt)	Psycho-Neurologisches Internat	Peterhof	19.04.2007
Aleksej Kovalev	Leiter des Gesundheitsamtes	Pskow	16.04.2007

Natalja Limina (Fundraising und Öffentlichkeitsarbeit), päd. Mitarbeiterinnen	Perspektivy (im Haus 4 des Kinderheims)	Pawlowsk	18.04.2007
Sergej Lobankov	Leiter des Staatlichen Kinderheims	Priosersk	20.04.2007
Marina Manevskaja	Perspektivy, zust. für EU-Projekt mit der Hamburger Behindertenhilfe und für Fortbildungen	Peterhof	19.04.2007
Tat'jana Šumova	Šag na vstreču (im Haus 3 des Kinderheims)	Pawlowsk	18.04.2007
Elena Sjačina (Leiterin, Ärztin und Pädiaterin) und Mitarbeiterinnen	Frühförderzentrum „Limpopo“	Pskow	16./17.04.2007
Viktor Subbotin (Arzt)	Psycho-Neurologisches Internat	Peterhof	19.04.2007
Dr. Andrej Tsarev	Leiter des Heilpäd. Zentrums, Koordinator der Vernetzungstagung	Pskow	16.04.2007
Viktor Vasil'evič	Schulleiter, Sonderschule Nr. 25	St. Petersburg	19.04.2007

### Anhang 3 Statistische Auswertungen

Abbildung 1: Verteilung der geförderten Projekte nach Land (Anzahl der Projekte)



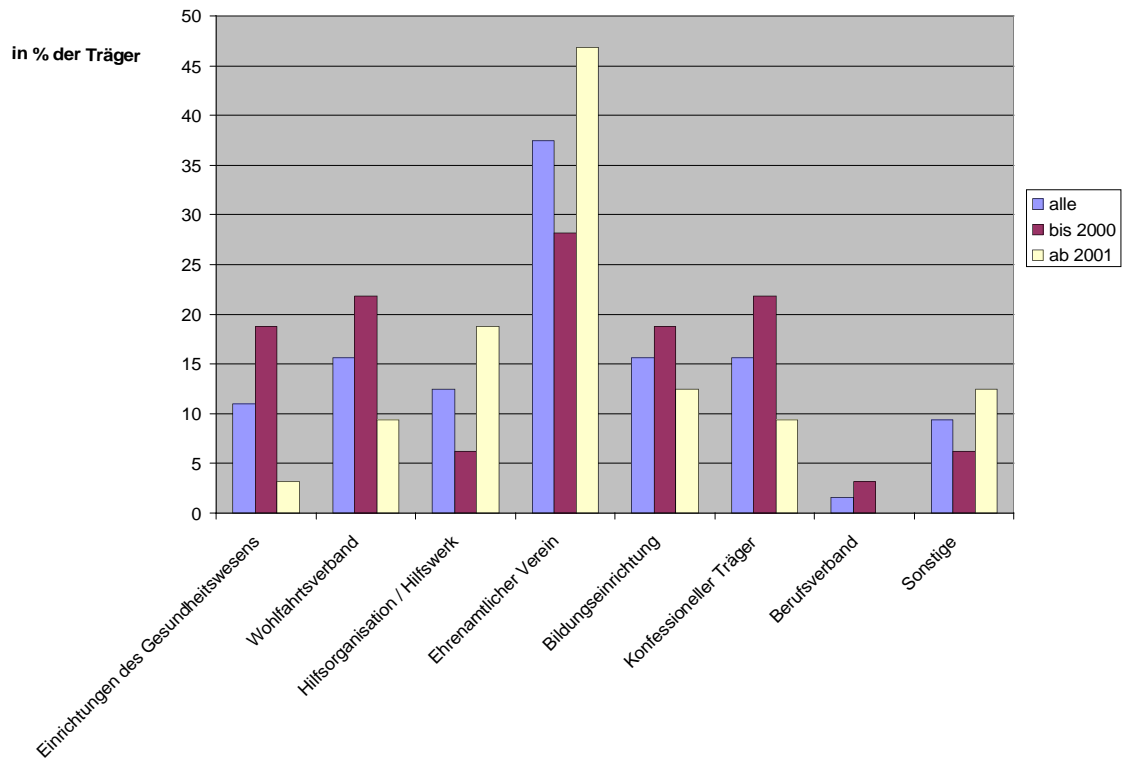
Quelle: Liste der geförderten Projekte

Abbildung 2: Thematischer Bezug der geförderten Projekte

	alle Projekte (64 Antw.)		bis 2000 (32 Antw.)		ab 2000 (32 Antw.)	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Altenpflege	21	33	12	38	9	28
Behinderte	25	39	7	22	18	56
Erste Hilfe	4	6	2	6	2	6
Ambulante Pflege	14	22	10	31	4	13
Hospiz	3	5	1	3	2	6
Pflege allgemein	17	27	9	28	8	25
Psychiatrie	9	14	6	19	3	9
Sonstiges	19	30	8	25	11	34

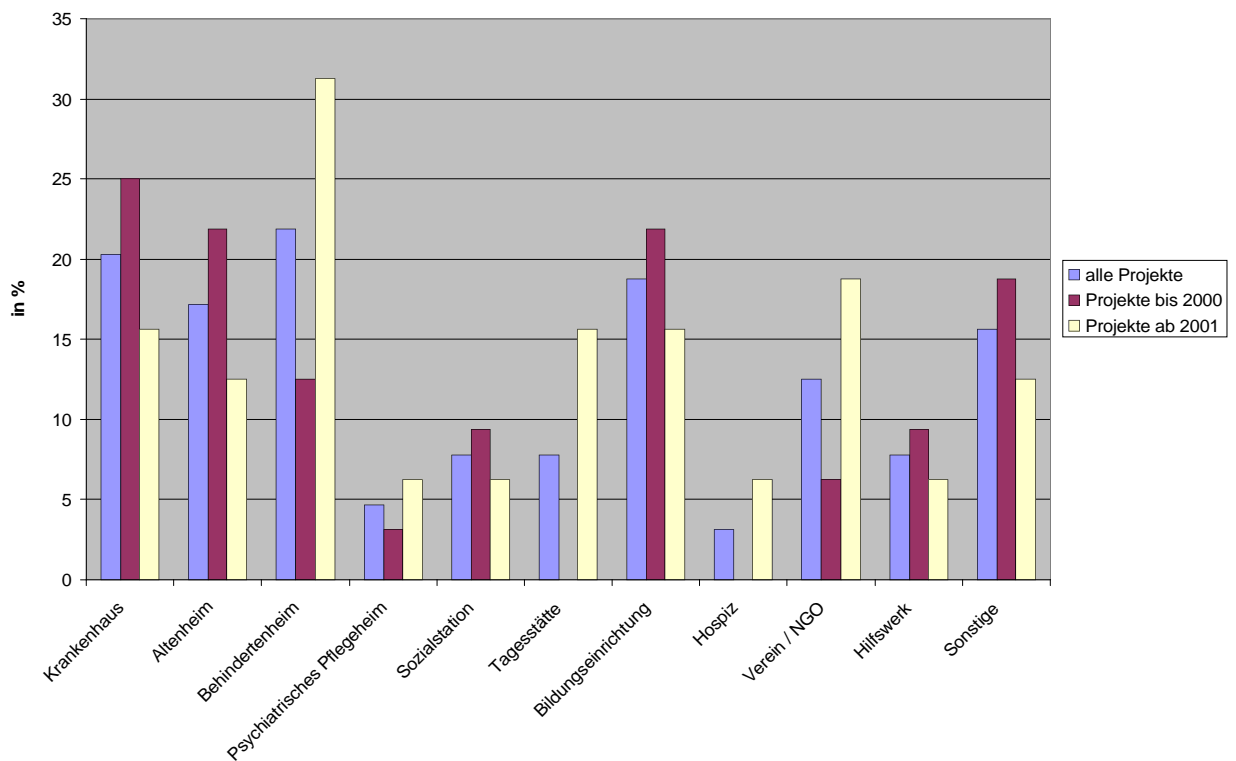
Quelle: Auswertung der eingegangenen Fragebögen, Frage 2

**Abbildung 3: Projektträger**



Quelle: Auswertung der eingegangenen Fragebögen, Frage 3

**Abbildung 4: Partnereinrichtungen**



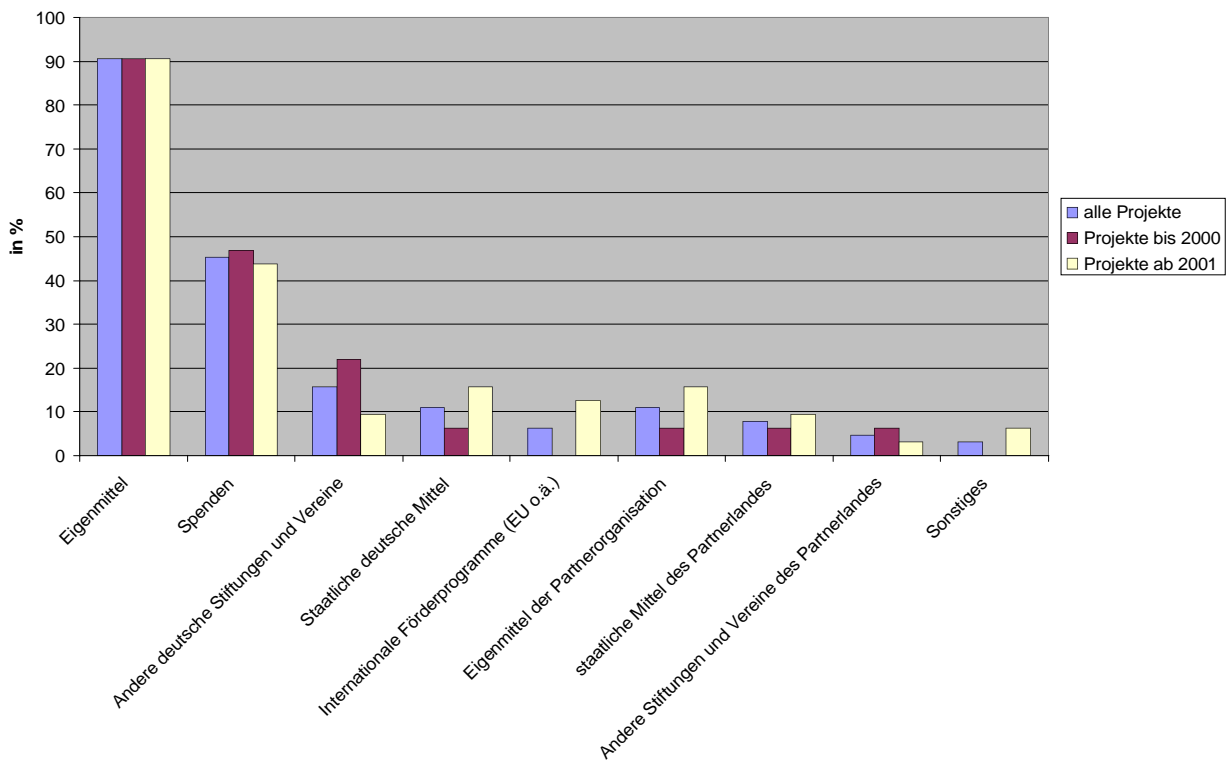
Quelle: Auswertung der eingegangenen Fragebögen, Frage 4

**Abbildung 5: Staatliche und nicht-staatliche Partnerorganisationen**

	Alle		Bis 2000		Ab 2001	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Staatlich	28	44	15	47	13	41
Nicht-staatlich	38	59	18	56	20	63

Quelle: Auswertung der eingegangenen Fragebögen, Frage 5

**Abbildung 6: Finanzierungsquellen**



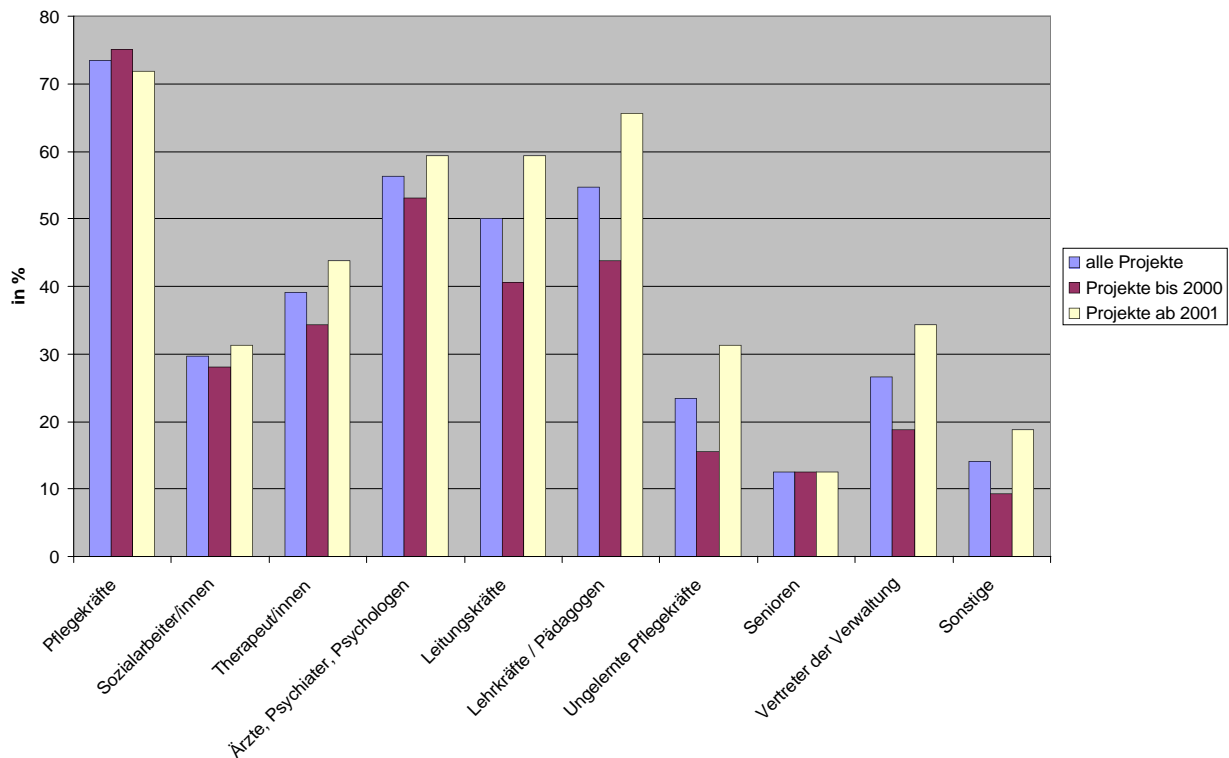
Quelle: Auswertung der eingegangenen Fragebögen, Frage 6

**Abbildung 7: Größe der Teilnehmergruppen**

	alle Projekte				bis 2000				ab 2001			
	D		MOE		D		MOE		D		MOE	
		in %		in %		in %		in %		in %		in %
0 - 5 Teilnehmer	23	39	10	16	13	45	4	13	10	33	6	19
6 - 15 Teilnehmer	24	41	23	37	10	34	12	40	14	47	11	34
16 - 30 Teilnehmer	7	12	13	21	1	3	6	20	6	20	7	22
> 30 Teilnehmer	5	8	16	26	5	17	8	27	0	0	8	25

Quelle: Auswertung des Fragebogens, Frage 7

**Abbildung 8: Beteiligte Berufsgruppen**



Quelle: Auswertung des Fragebogens, Frage 8

**Abbildung 9: Quantitative Entwicklung des Programms**

Zeitraum	Fördersumme	Anzahl Projekte	Ø Projektsumme	Land (Erstbewilligungen)
94	32.997	4	8.249	Slowakei, Polen, Ungarn
95/96	84.323	10	8.432	Rumänien, Russland, Estland
97	103.655	14	7.404	Lettland
98	126.084	11	11.462	Litauen, Bulgarien, Slowenien
99	90.053	15	6.004	Ukraine, Weißrussland
00	120.517	14	8.608	Tschechien
01	38.510	5	7.702	Georgien
02	166.500	10	16.650	Kosovo, Bosnien
03	74.100	7	10.586	
04	225.900	12	18.825	
05	99.150	8	12.394	Kasachstan, Kirgisien, Usbekistan
06	138.050	8	17.256	
<b>Gesamt</b>	<b>1.266.842</b>	<b>114</b>	<b>11.113</b>	
				<b>Projekte/Jahr (Ø)</b>
95-00	524.632	64	8.197	11
01-06	742.210	50	14.844	8

Quelle: Auswertung der Projektliste und der Kuratoriumsvorlagen

**Abbildung 10: Verteilung der Projekte nach Ländern**

alle Projekte				1995 bis 2000			2001 bis 2006		
Land	Förder-summe	Projekt-anzahl	Ø Projekt-summe	Land	Förder-summe	Projekt-anzahl	Land	Förder-summe	Projekt-anzahl
Russland	260.807	23	11339	Rumänien	113.533	11	Russland	195.500	14
Rumänien	152.663	15	10178	Russland	65.307	9	Bulgarien	101.780	5
Polen	142.953	13	10996	Polen	50.203	8	Polen	92.750	3
Bulgarien	123.509	5	24702	Weißrussland	49.340	4	Kosovo	51.000	3
Slowakei	94.261	10	9426	MOE Gesamt	48.675	5	Slowakei	48.500	2
MOE Gesamt	66.425	8	8303	Lettland	47.551	6	Ukraine	46.500	2
Lettland	64.051	7	9150	Slowakei	45.761	7	Bosnien und Herzegowina	43.800	2
Weißrussland	62.240	6	10373	Litauen	29.144	3	Rumänien	39.130	3
Ukraine	61.839	5	12368	Bulgarien	21.729	2	Kasachstan	39.000	4
Kosovo	51000	2	25500	Ungarn	15.339	2	MOE Gesamt	17.750	3
Bosnien und Herzegowina	43.800	2	21900	Ukraine	15.339	2	Lettland	16.500	1
Kasachstan	39.000	2	19500	Estland	8.283	2	Tschechien	13.300	2
Litauen	29.144	3	9715	Tschechien	7.628	1	Weißrussland	12.900	2
Tschechien	20.928	3	6976	Slowenien	6.800	2	Georgien	11.100	2
Ungarn	15.339	2	7670	Kosovo	0	0	Kirgistan	6.700	1
Georgien	11.100	2	5550	Bosnien und Herzegowina	0	0	Usbekistan	6.000	1
Estland	8.283	2	4142	Georgien	0	0	Ungarn	0	0
Slowenien	6.800	2	3400	Kasachstan	0	0	Slowenien	0	0
Kirgistan	6.700	1	6700	Kirgistan	0	0	Litauen	0	0
Usbekistan	6.000	1	6000	Usbekistan	0	0	Estland	0	0
<b>Gesamt</b>	<b>1.266.842</b>	<b>114</b>			<b>524.632</b>	<b>64</b>		<b>742.210</b>	<b>50</b>

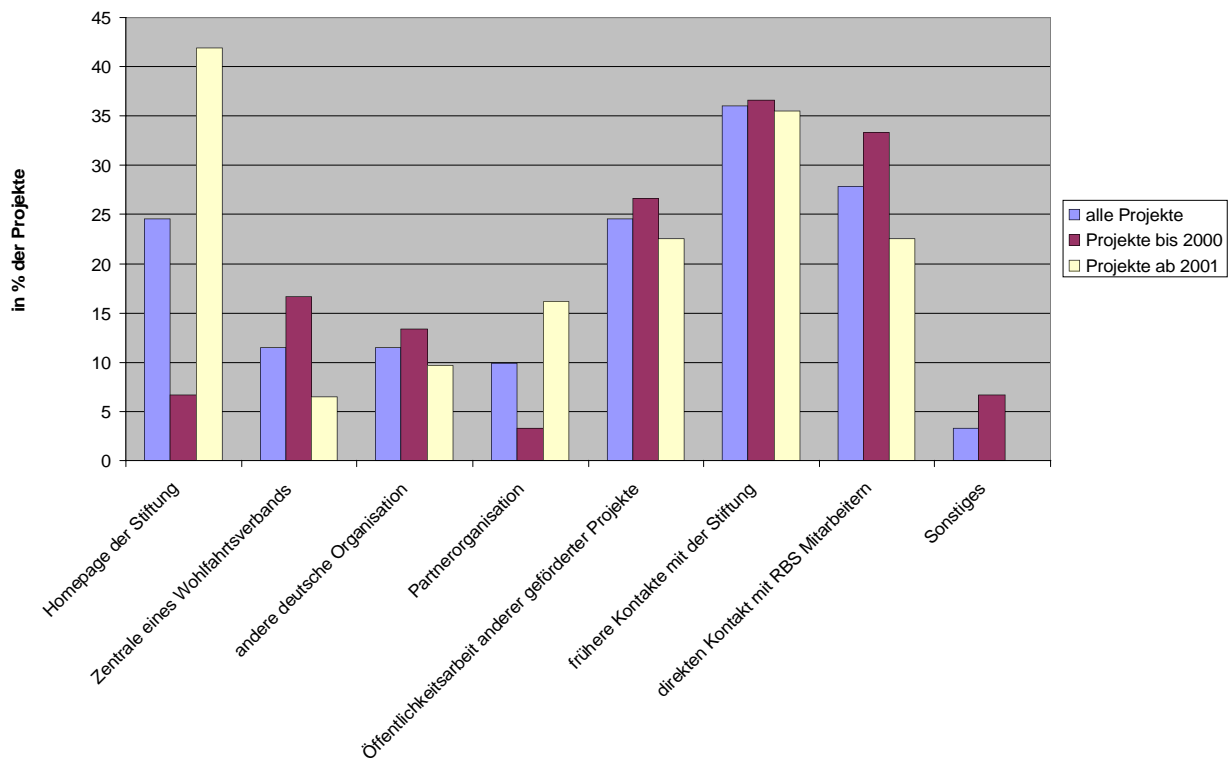
Quelle: Auswertung der Projektliste (114 Projekte)

**Abbildung 11: Verteilung der Projekte nach Größe in den zwei Zeitphasen**

	alle Projekte		bis 2000		ab 2000	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
≤ 5000	31	27%	24	37%	7	14%
5001 bis ≤ 10.000	31	27%	16	25%	15	30%
10.001 bis < 20.000	37	32%	23	36%	14	28%
≥ 20.000	15	13%	1	2%	14	28%

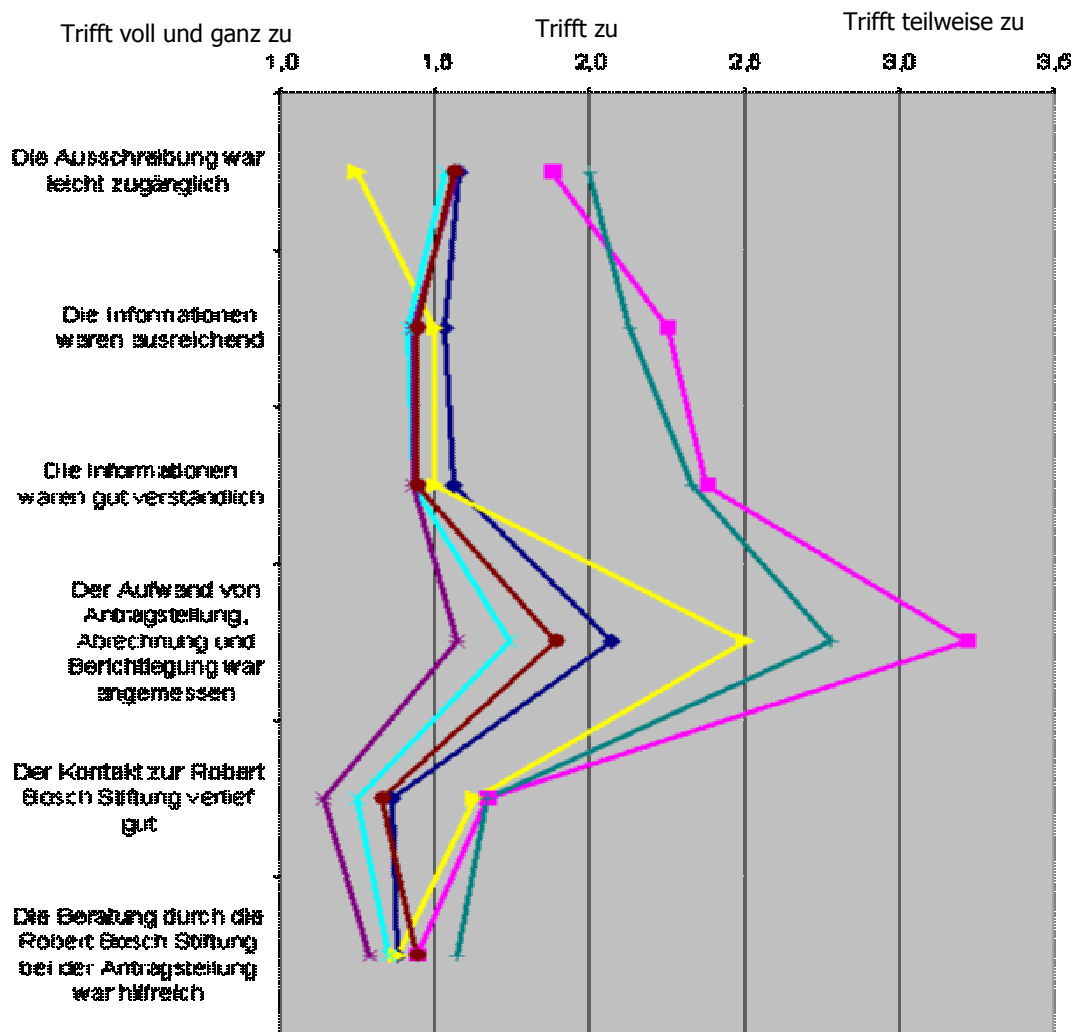
Quelle: Auswertung der Projektliste (114 Projekte)

**Abbildung 12: Wie haben Projektträger von dem Programm erfahren?**



Quelle: Auswertung des Fragebogens, Frage 17

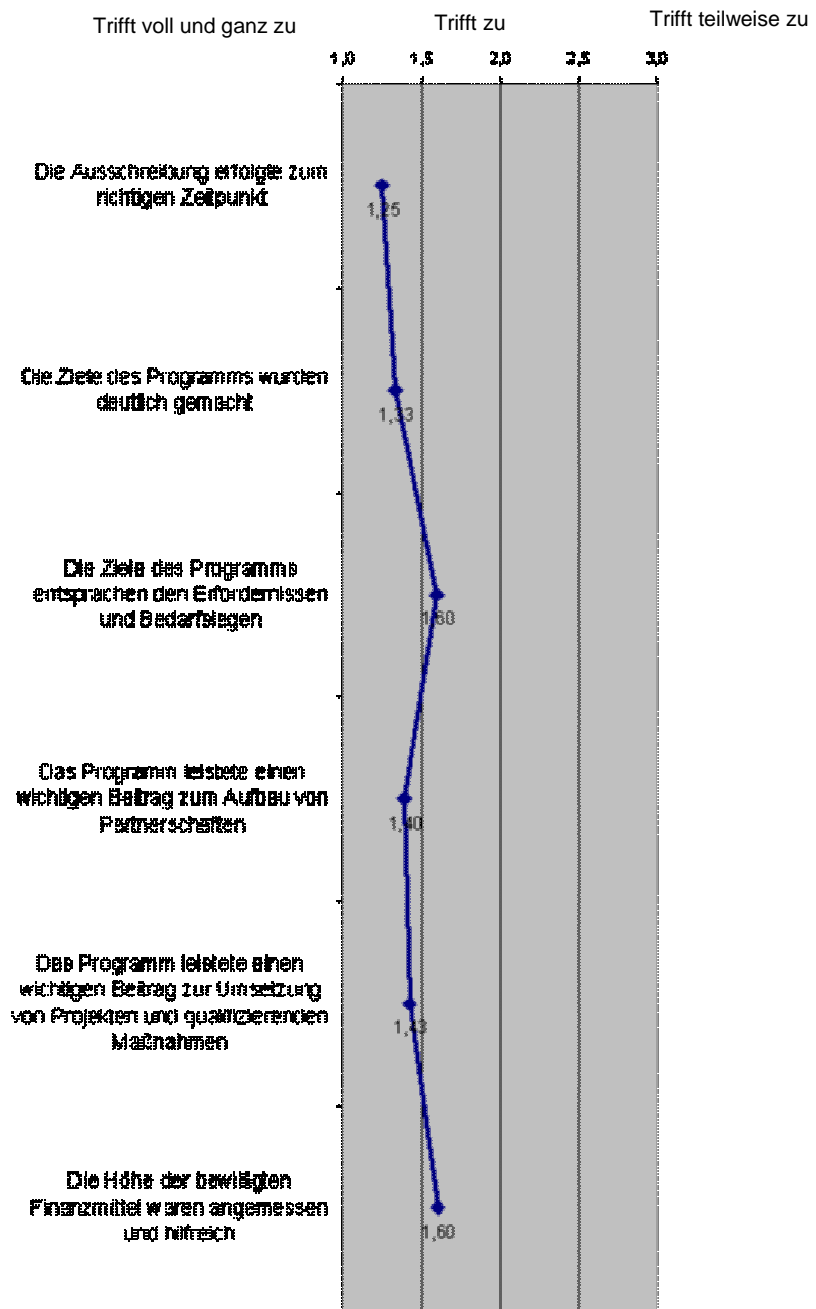
Abbildung 13: Zustimmung zur Programmsteuerung nach Trägern



Quelle: Auswertung des Fragebogens, Frage 19

- Wohlfahrtsverbände
- Hilfswerke
- Alle
- Bildungseinrichtungen
- Ehrenamtliche Vereine
- Konfessionelle Träger
- Einrichtungen des Gesundheitswesens

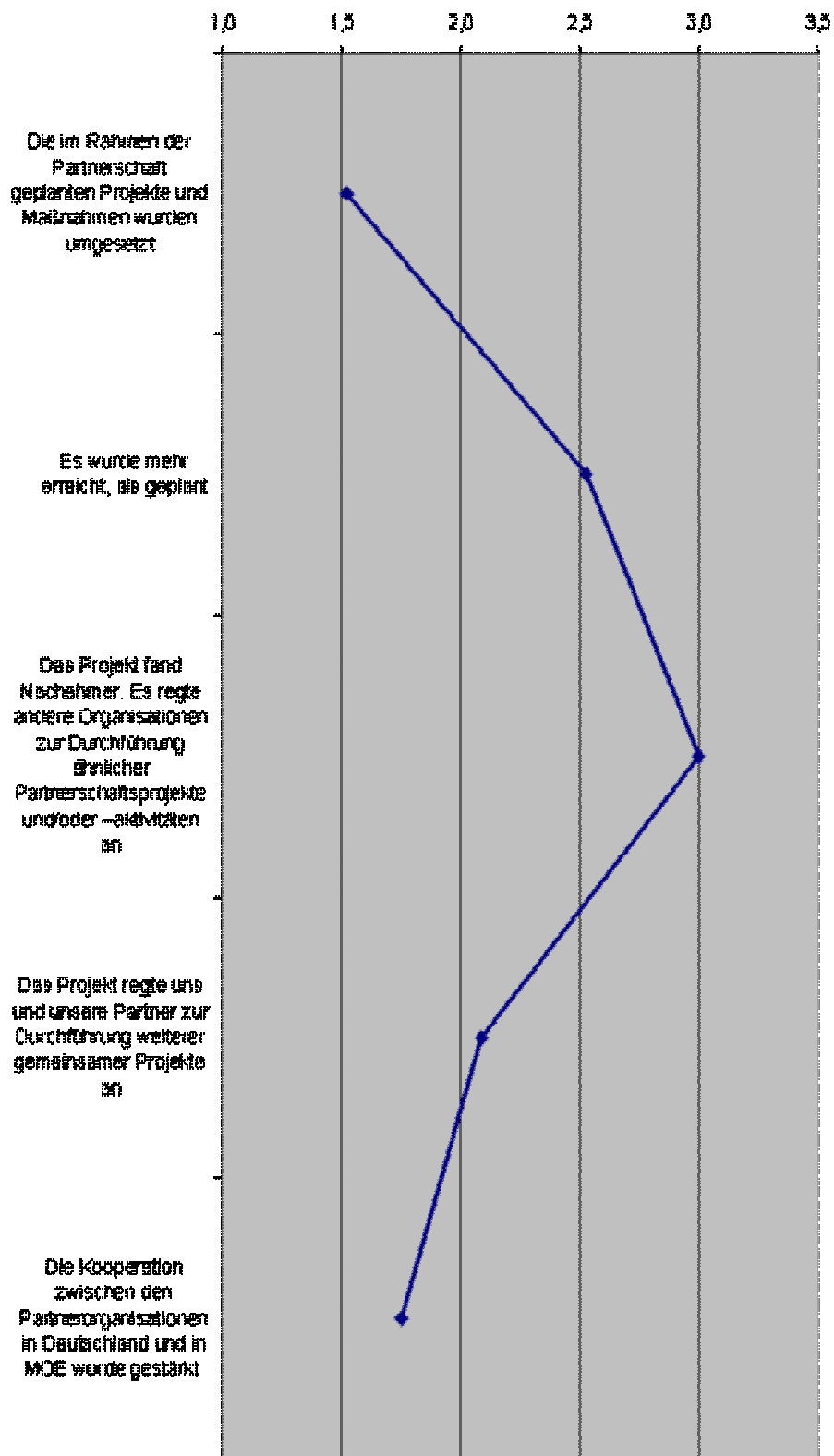
**Abbildung 14: Beurteilung der Programmkonzeption**



Quelle: Auswertung des Fragebogens, Frage 18

**Abbildung 15: Projektergebnisse – Allgemein**

Quelle: Auswertung der Fragebögen Frage 9 (1 -5)



**Abbildung 16: Projektergebnisse - Im Partnerland**

Quelle: Auswertung der Fragebögen, Frage 9 (7 – 16)

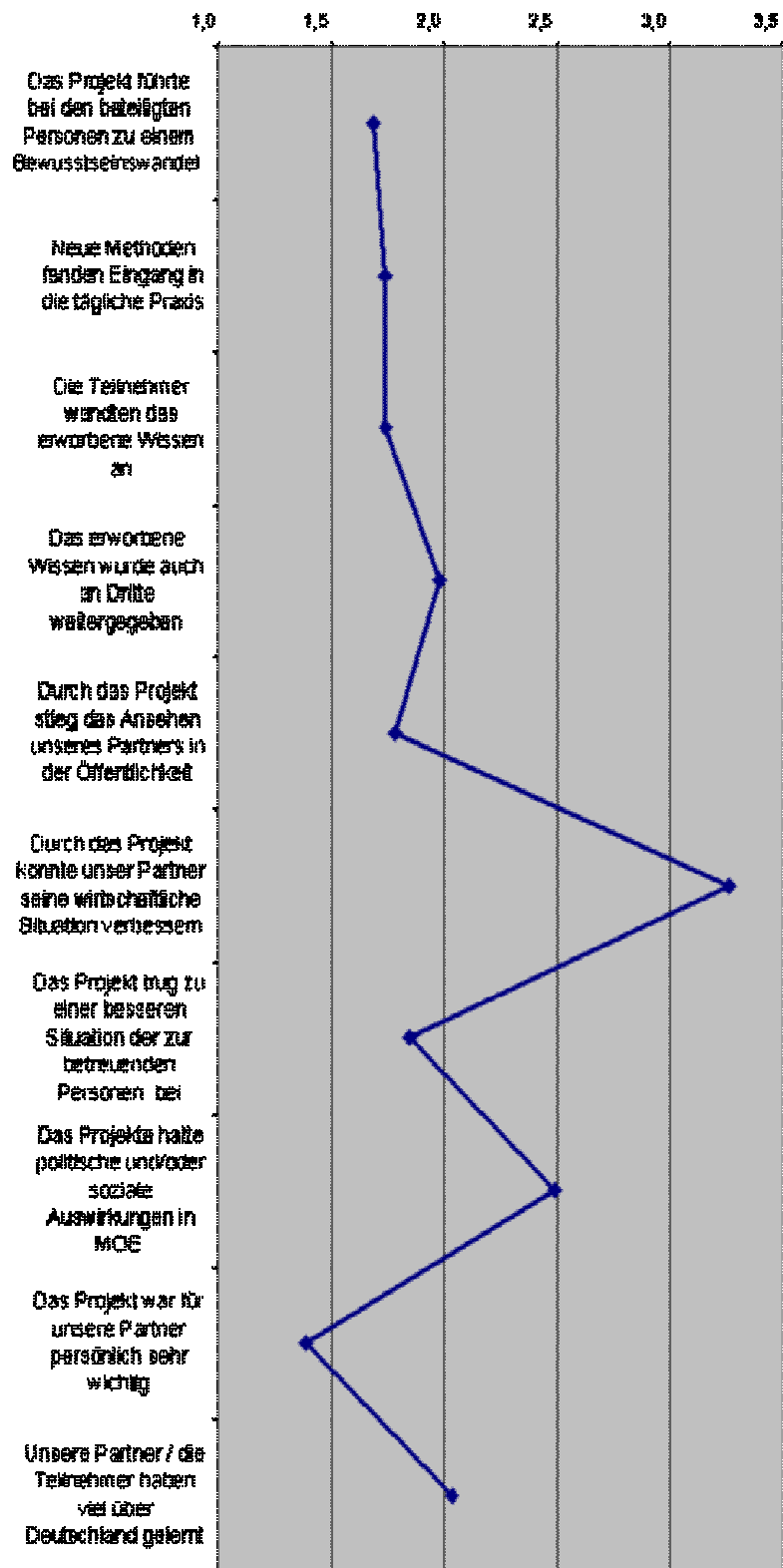
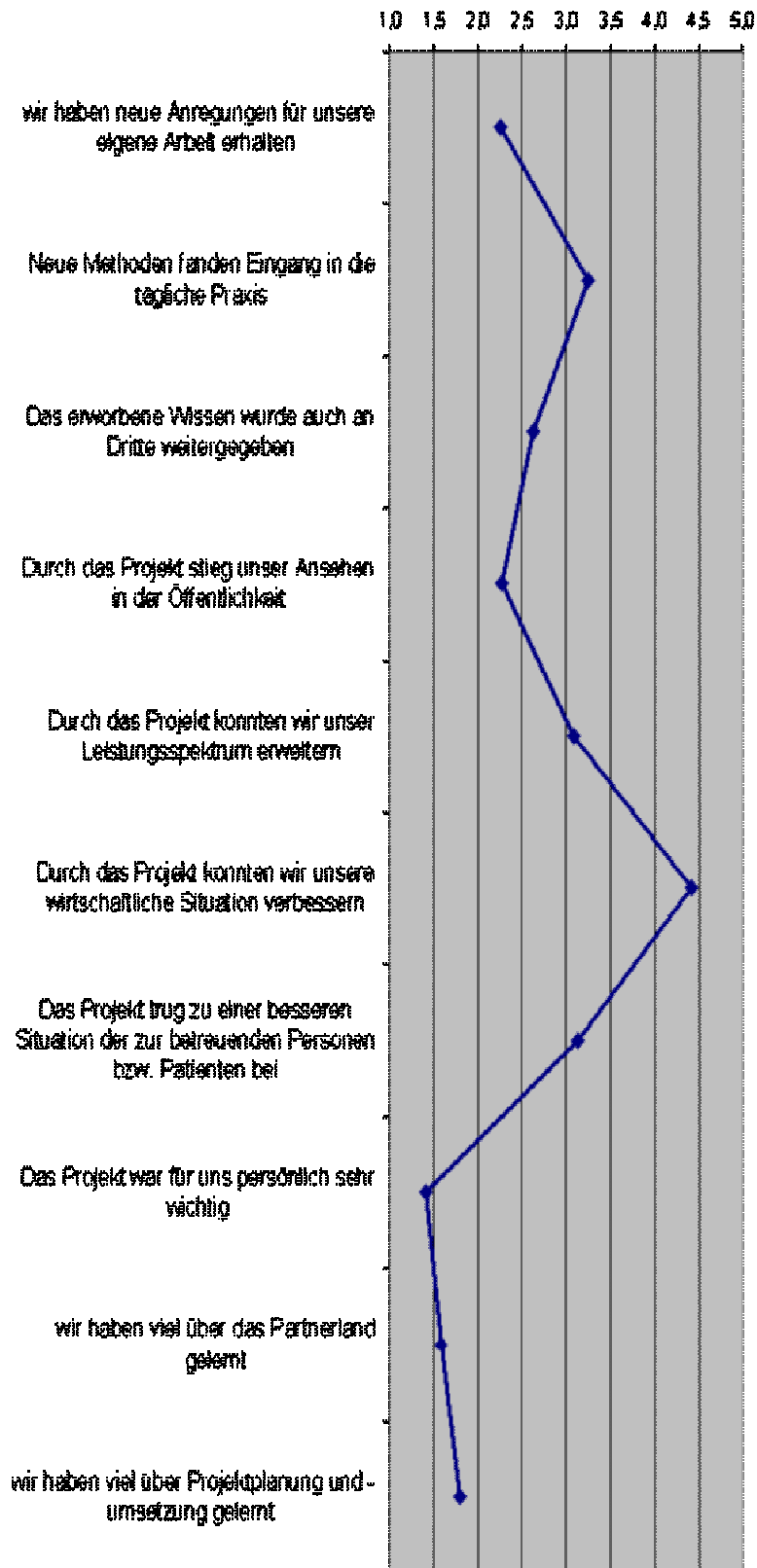


Abbildung 17: Projektergebnisse - In Deutschland



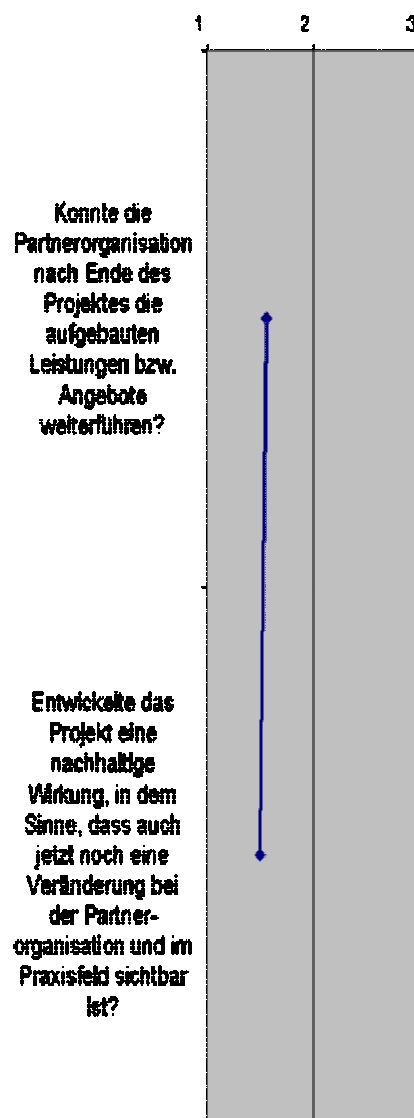
Quelle: Auswertung der Fragebögen, Frage 9 (20-29)

**Abbildung 18: Angaben zur Partnerschaft**

		Wurde die Partnerschaft nach Projektende weitergeführt?		Haben Sie noch Kontakt?
ja	Mit Drittmitteln	28%	Ja	77%
	Nur mit Eigenmitteln	40%	Selten	10%
	Nur ehrenamtlich	18%	Zu wenigen	8%
nein		13%	nein	5%

Quelle: Auswertung der Fragebögen, Fragen 12 und 15

**Abbildung 19: Angaben zur Nachhaltigkeit**



Quelle: Auswertung der Fragebögen, Fragen 13 und 14

## Kurzprofil der Autorinnen

### Christine Abele

Geboren 1970 in Vaihingen / Enz. Studium der Verwaltungswissenschaften an der Universität Konstanz. Master of Arts in International Relations and European Studies an der Central European University in Budapest. Promotion zur Zivilgesellschaftsförderung in Polen und der Slowakei an der Humboldt-Universität zu Berlin. Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Sozialwissenschaftlichen Institut der Humboldt Universität.

Seit 2001 selbstständig als Evaluatorin und Moderatorin. Thematische Schwerpunkte: Zivilgesellschaft und bürgerschaftliches Engagement, Mittel- und Osteuropaförderung, Pflege und Soziales, Auswärtige Kultur- und Bildungspolitik, internationale Jugendarbeit. Auftraggeber: Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, die Aktion Mensch e.V., die Stiftung "Erinnerung, Verantwortung und Zukunft", die Robert Bosch Stiftung, das Institut für Auslandsbeziehungen e.V., das Zentrum für Zivilgesellschaftliche Entwicklung und das Auswärtige Amt. Seit 2006 Tätigkeit als Lehrbeauftragte im Bereich Evaluationsforschung an der Universität Konstanz.

Verheiratet, 2 Kinder.

christineabele@gmx.de

### Sabine Erdmann-Kutnevic

Geboren 1960 in Berlin. Studium der Chemie in Halle/Saale und Tätigkeit als Diplom-Chemikerin an der Akademie der Wissenschaften der DDR. 1987 Ausreise aus der DDR und berufliche Neuorientierung. Studium der Osteuropäischen Geschichte und Slawistik mit Schwerpunkt Russland in Berlin und Moskau.

Seit 1993 freiberufliche Tätigkeit: Durchführung von Projekten zum Aufbau zivilgesellschaftlicher Strukturen in Russland, Organisation von Konferenzen, Russland-Recherchen und Übersetzungen für Russisch, seit 2003 Gutachterin für Förderprogramme mit Mittel- und Osteuropabezug für die Aktion Mensch e.V., die Stiftung "Erinnerung, Verantwortung und Zukunft", die Robert Bosch Stiftung und das Institut für Auslandsbeziehungen e.V.; Studie "Die soziale Situation von älteren Menschen in Belarus, Russland und der Ukraine" im Auftrag der Stiftung "Erinnerung, Verantwortung und Zukunft" (2006).

Verheiratet, 3 Kinder.

erdmann-kutnevic@gmx.de