



FACHBERATUNG BEI DEMENZ:

Zur Notwendigkeit eines
zielgruppenspezifischen
Angebots

Eine Publikationsreihe der
Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz



Inhalt

1.	EINFÜHRUNG.....	3
2.	BESONDERHEITEN DER HÄUSLICHEN PFLEGE VON MENSCHEN MIT DEMENZ.....	4
	2.1 Die Bedeutung qualifizierter Beratungsangebote bei der Bewältigung einer Demenz im häuslich-familiären Umfeld	4
	2.2 Zusammenfassung	7
3.	ZUR NOTWENDIGKEIT SPEZIELLER DEMENZBERATUNGSANGEBOTE	8
4.	STRUKTUREN DER SPEZIELLEN DEMENZBERATUNG	10
5.	ZIELE UND ZIELGRUPPEN VON BERATUNG	14
	5.1 Bedarfsgerechte Konzepte in der Beratung bei Demenz.....	17
	5.1.1 Die leistungsbezogene Beratung.....	17
	5.1.2 Psychosoziale Beratung.....	18
	5.1.3 Fallsteuerung bei komplexen Bedarfslagen	22
6.	ÜBERSICHT ÜBER DIE BERATUNGSSTRUKTUR.....	25
7.	AUSBLICK.....	29
	QUELLENVERZEICHNIS.....	30
	ANHANG: ÜBERBLICK ÜBER DIE GESETZESTEXTE IM WORTLAUT	32
	§ 6 Beratung APG NRW	32
	§ 7a SGB XI	32
	§ 37, 3 SGB XI	35
	§ 45 SGB XI.....	37
	§71 SGB XII.....	40



1. EINFÜHRUNG

Beratung in der Begleitung von Familien mit Demenz wird international als erfolgreiche Serviceleistung schon lang durchgeführt und finanziert. Auch in Deutschland haben sich unterschiedliche Konzepte und Strukturen von Beratung entwickelt. Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen finden in NRW ein heterogenes Pflegeberatungsangebot vor, was je nach Region hinsichtlich Umfang, Art und Organisation variiert. Dies ist nicht zuletzt auch davon abhängig, dass inhaltliche Schwerpunktsetzungen aufgrund der vielfältigen Bedarfe der Anfragenden unterschiedlich ausfallen können.

Das Ziel dieser Publikation ist es, auf die Bedeutung einer qualifizierten Fachberatung für Menschen mit Demenz und für diejenigen, die sich um sie kümmern, aufmerksam zu machen. Ein auf die regionalen Bedürfnisse und Angebotsstrukturen ausgerichtetes Beratungsangebot unterstützt Familien, soziale Netzwerke und Menschen mit Demenz dabei, die häusliche Pflegesituation nachhaltig so zu gestalten, dass ein Umzug ins Heim vermieden oder zumindest so lange hinausgezögert werden kann, wie es angesichts der Lebenssituation aller Beteiligten sinnvoll und gewünscht ist. Dabei sind in der genannten Personengruppe auch Subgruppen wie z.B. Menschen mit Migrationshintergrund zu berücksichtigen.

Dieses Papier nimmt Bezug auf die praktischen Erfahrungen der Beratung bei Demenz innerhalb der Arbeit der Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz, vormals Landesinitiative Demenz Service NRW. Gezielt sollen mit dieser Veröffentlichung Beratungseinrichtungen und Organisationen angesprochen werden. Sie finden darin Antworten auf die nachfolgenden Fragenstellungen, die bei der Entwicklung eines Angebots zur Fachberatung bei Demenz dienen:

- Was sind die Ziele einer Demenzberatung?
- Wie können Grenzen und Vorbehalte überwunden werden, die mit der Tabuisierung des Krankheitsbildes Demenz zusammenhängen?
- Welche Beratungskonzepte und Handlungsansätze sind dem Beratungsbedarf angemessen?
- Brauchen wir spezielle Demenzberatungsstellen oder kann die Demenzberatung von bestehenden Beratungsangeboten (z. B. Pflegeberatungs-, Wohn-, oder Familienberatungsstellen) übernommen werden?
- Welches Maß an Vernetzung ist erforderlich?
- Welche Beratungs- und Unterstützungsangebote für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen sind in einer Region erforderlich und wünschenswert?
- Welche Finanzierungsmöglichkeiten existieren unter den gegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen?

Diese Publikation wurde erstmalig von den AGs „Beratung bei Demenz“ und „Aktuelle Finanzierungsmöglichkeiten von Beratung“ im Rahmen der Landesinitiative Demenz-Service in Nordrhein-Westfalen erstellt und in dieser 2. Auflage von der Kompetenzgruppe Demenz in Zusammenarbeit mit der Kompetenzgruppe Pflegeberatung der Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz überarbeitet.

2. BESONDERHEITEN DER HÄUSLICHEN PFLEGE VON MENSCHEN MIT DEMENZ

Durch die demografische Entwicklung hat das Thema Demenz schon heute erhebliche Bedeutung (vgl. Bickel 2020). Insgesamt leben ca. 1,6 Millionen Menschen mit Demenz in Deutschland. Damit ist jeder 25.ste Haushalt betroffen (vgl. BMFSFJ 2020). Mit der älter werdenden Bevölkerung und den veränderten Familienstrukturen steigt auch die Zahl alleinlebender, älterer Menschen, die nicht unmittelbar durch ihre Familie versorgt werden. Aufgrund der kulturellen Diversität in unserer Gesellschaft, trifft dies auch vermehrt auf Menschen mit Demenz und Migrationsgeschichte zu (vgl. Monsees, Hoffmann & Thyrian 2019). Ebenso steigt auch die Zahl von älter werdenden Menschen mit Behinderungen (geistig, körperlich und / oder psychisch), die eine Demenzerkrankung entwickeln. Für pflegende An- und Zugehörige aber auch professionell Pflegende bedeutet die Übernahme der Pflege eine Herausforderung, die sowohl in der pflegerischen Versorgung als auch der Beratung von Menschen mit Demenz einer stärkeren Berücksichtigung bedarf.

Die meisten Menschen möchten im Alter auch bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit möglichst lange in ihrer vertrauten Umgebung leben (vgl. Koch & Krampe 2019). Dies trifft besonders für Menschen mit Demenz zu, die im Verlauf ihrer Erkrankung zunehmende Orientierungs- und Kontrollverluste erleben. Sie benötigen Sicherheit bietende, vertraute Orte, Strukturen und Menschen, die sie im Alltag verlässlich unterstützen und ihre Teilnahme am sozialen Leben fördern. Der Ressourcen erhaltende Umgang im eigenen Zuhause wirkt sich in aller Regel positiv auf den Krankheitsverlauf, das Wohlbefinden und die Lebensqualität aller betroffenen Menschen aus, wovon auch die pflegenden Angehörigen profitieren. Notwendig dafür sind neben den unmittelbaren Bezugspersonen auch ein demenzfreundliches Umfeld mit verständnisvollen Nachbar*innen und einem entgegenkommenden Freundes- und Bekant*innenkreis, in dem der Mensch mit Demenz mit seinen Beeinträchtigungen Wertschätzung und Respekt erfährt, die der Normalität entspricht (vgl. BMFSFJ 2020). Für alleinlebende oder alleinstehende (d. h. ohne familiäres und soziales Umfeld) Menschen mit Demenz ist es schwieriger diese Unterstützung zu erhalten, da meistens eine Alltagsbegleitung Rund-um-die-Uhr benötigt wird. Auch Aspekte, die ggf. zu bestimmten zielgruppenspezifischen Bedürfnissen führen, wie z.B. ein Migrationshintergrund oder das Vorliegen einer Behinderung, können noch erschwerend dazukommen. Aber auch, wenn ein Mensch mit Demenz nahestehende Personen hat, die sich um sie bzw. ihn kümmern, ist es für diese oft nicht leicht, Unterstützung zugeben.

2.1 Die Bedeutung qualifizierter Beratungsangebote bei der Bewältigung einer Demenz im häuslich-familiären Umfeld

Gerade, wenn die häusliche Versorgung gefährdet ist und Betroffene stark belastet sind, entsteht meist die Notwendigkeit der Inanspruchnahme von Hilfe von außen (vgl. Nickel et al. 2011). Kompetente Beratung und Unterstützung stellt für Angehörige und Menschen mit Demenz in diesem Zusammenhang eine wichtige Möglichkeit dar, einen Überblick über vorhandene Hilfemöglichkeiten zu erhalten (vgl. Hampel et al. 2015). Entsprechende Angebote zur Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger müssen insgesamt niedrigschwellig, individuell, intensiv, lang andauernd, interdisziplinär und praxisnah gestaltet sein (vgl. u.a. Allwicher 2009; Kurz & Wilz 2011, 340).



Die Ausgestaltung einer gelungenen Unterstützung fällt umso leichter, je mehr das private Umfeld es gelernt hat, angemessen mit einer von Demenz betroffenen Person umzugehen und mit ihr zu kommunizieren. Dies hängt vor allem damit zusammen, dass die Begleitung eines Menschen mit Demenz es erfordert, sich in vielen Situationen anders zu verhalten, als es die meisten Menschen in ihrem bisherigen Leben gewohnt waren bzw. gelernt haben. Das Ziel der speziellen Beratung bei Demenz ist, in der Familie angepasste Formen eines normalen Lebens zu ermöglichen und über Besonderheiten zu informieren. Dazu einige Beispiele, die im Alltag von Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen auftreten:

1. Treten Verwechslungen auf, werden z. B. die Tageszeit oder Namen verwechselt, reagieren viele Menschen intuitiv damit, dass sie den Fehler korrigieren. Einen Menschen mit Demenz kann das sehr überfordern. Gefühle von Scham und Beschämung können hinzukommen. Ebenso kann sich der Mensch mit Demenz auch nicht ernst genommen fühlen, weil er sich im Recht glaubt und daher sehr ungehalten über ständige Zurechtweisungen reagieren kann.
2. Einer Schuldzuweisung entgegen die meisten Menschen intuitiv mit Ablehnung der schuldzuweisenden Person, einer eigenen Rechtfertigung oder einer mehr oder weniger rationalen Erklärung. Im Kontakt mit einem Menschen mit Demenz ist dies in hohem Maße kontraproduktiv. Erfolgversprechender ist hier meist, Vorwürfe nicht persönlich zu nehmen, die aktuelle Gefühlslage des Menschen mit Demenz zu erfassen und auszudrücken, die „Schuldfrage“ konsequent auszuklammern, Verständnis zu signalisieren und die belastende Situation ohne Eskalation verstreichen zu lassen.
3. Ein weiteres Beispiel: Aggressionen. Sie provozieren oft ähnliche abgrenzende Reaktionen. Gegenüber einem Menschen mit Demenz ginge es aber eher darum, herauszufinden, was die Aggressionen auslöst, sie in Zukunft vorausschauend zu vermeiden und die Gefühle für den Erkrankten zu formulieren. („Es tut mir leid, dass Du so verärgert bist“).
4. Ein wichtiger Hinweis zuletzt: Gefühle von Scham und Beschämung haben einen sehr großen Einfluss auf das Verhalten von Menschen mit Demenz, aber auch ihren Angehörigen. Sich mit dieser Thematik auseinanderzusetzen und ein Bewusstsein dafür zu entwickeln, kann helfen im Vorfeld Konflikte zu vermeiden und den Umgang miteinander zu erleichtern. Dafür ist es wichtig offen über die Scham zu sprechen und sich damit im Pflegealltag auseinanderzusetzen (vgl. ZQP 2019).

Hinzu kommen Rollenkonflikte, die z. B. mit einem Wechsel der Eltern- und Kinderrollen im Verlauf des Betreuungsprozesses verbunden sein können. Diese Wandlungen in einer Familie können ohne Beratung oft nicht bewältigt werden. Unterstützungs- und Beratungsangebote - besonders auch für pflegende Angehörige in der Begleitung von Menschen mit Demenz - noch passgenauer und bedarfsgerechter weiterzuentwickeln, stellt eine wichtige Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen dar. Nach Einschätzung des Deutschen Ethikrates (2012) wird eine Demenzerkrankung von Angehörigen „in hohem Maße als soziales Schicksal [erlebt, bei der es zu einer zunehmenden] Entfremdung von ihrem bisherigen Leben sowie die Entfernung aus dem öffentlichen Raum und damit Isolation und Ausgrenzung“ (ebd. S. 8) kommt.

Eine adäquate Betreuung ist also nur möglich, wenn das Verhalten eines Menschen mit Demenz richtig interpretiert und verstanden wird. Gefordert sind spezielle Kommunikationsformen, die sich wesentlich von der Alltagskommunikation innerhalb von Erwachsenenrollen unterscheiden können. Angehörige und andere Helfende müssen lernen, Handlungsweisen einer Person mit Demenz zu



verstehen, um sich angemessen zu verhalten und reagieren zu können. Dieser Lernprozess ist individuell und muss sich an den im jeweiligen Einzelfall vorgefundenen Problemsituationen und Potenzialen orientieren.

Dieses Wissen um die Erkrankung und den Umgang miteinander ist nicht nur nicht für alle informellen Pflegepersonen relevant: Auch Personen, die beruflich mit Menschen mit Demenz arbeiten oder mit ihnen im Kontakt stehen, benötigen hinsichtlich ihrer Fähigkeiten zum angemessenen, wertschätzenden Umgang regelmäßige Weiterbildungen, die sie in ihrer Kommunikation mit Menschen mit Demenz im beruflichen Kontext stärkt und zu einer guten gegenseitigen Verständigung beiträgt. Dieser bleibt fortlaufend weiter bestehen, da sich Wissen um die Erkrankung weiterentwickelt und in der Arbeit mit pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen immer wieder neue Personen in das System kommen, die entsprechend neu geschult werden müssen. Gleiches gilt aber auch für die Gruppe der Angehörigen und das soziale Umfeld. Denn in der Regel beschäftigen sich Menschen erst mit einer Pflegesituation, wenn es für sie akut wird z.B. durch eine akute Verschlechterung des Gesundheitszustands der pflegebedürftigen Person (vgl. Reichert et al. 2016).

Private und soziale Netzwerke brauchen zudem Hilfen zur materiellen und psychosozialen Stabilisierung. So erleben Angehörige bei der Betreuung von Menschen mit Demenz Belastungen auf vielen Ebenen (z.B. körperlich, geistig, psychisch, emotional, zeitlich, sozial, strukturell, finanziell). Hinzu kommt, dass die Demenz eine fortschreitende, sich verschlimmernde Krankheit ist und dadurch im Verlauf immer wieder neue – manchmal sich gegenseitig verstärkende - Belastungen auftreten (vgl. Rothgang & Müller 2018). Zur Bewältigung dieser Belastungen ist ein niedrigschwelliges, transparentes und personell qualifiziertes Beratungsangebot erforderlich, das sich am individuellen Bedarf ausrichtet, wie es die Anerkennungs- und Förderungsverordnung – AnFöVO des Landes NRW vorsieht. Darüber hinaus benötigen viele Familien eine sozialrechtliche Beratung. Ferner benötigen viele Familien allgemeine Sachinformationen: Informationen über das Krankheitsbild, über den Krankheitsverlauf, Informationen über regionale Einrichtungen und Dienste und (ehrenamtliche) Entlastungsangebote im lokalen Umfeld zu ganz unterschiedlichen Themen.

Informations-, Beratungs- und Schulungsangebote für diejenigen, die sich um Menschen mit Demenz kümmern, sind also neben anderen professionellen Unterstützungsangeboten (z. B. von Tagespflegeeinrichtungen, häuslichen Pflegediensten, niedrigschwelligen Entlastungs- und Betreuungsangeboten wie Nachbarschafts- und Einzelfallhilfe, gewerbliche Anbieter*innen nach §45 SGB XI) ein wichtiger und unverzichtbarer Bestandteil der Versorgungsstruktur in einer Region. Die Beratung sollte zur zentralen Anlaufstelle für Familien und professionelle Mitarbeiter*innen entwickelt werden.

Auch für Menschen mit Demenz selbst ist es wichtig, eine qualifizierte Unterstützung zu erhalten. Die diagnostische Abklärung einer Demenz erfolgt in den meisten Fällen auch heute noch viel zu spät. Es gibt aber eine zunehmende Zahl betroffener Menschen, die zum Zeitpunkt der Diagnose durchaus Willens und in der Lage sind, sich mit ihrer Beeinträchtigung auseinanderzusetzen und ihr Leben mit Demenz selbst zu gestalten. Menschen, die ihre Vorstellungen in ihr privates und soziales Umfeld einbringen, um sich gemeinsam auf ihr zukünftiges Leben mit der Erkrankung vorzubereiten. Gemeint sind hier die sogenannten *Frühbetroffenen*. Das *Früh* bezieht sich dabei nicht auf das Alter, sondern auf den Grad der kognitiven Einschränkungen und die Möglichkeiten, selbstständig zu handeln, sich zu artikulieren und sich am Leben zu beteiligen. Leider erleben Menschen oftmals

unmittelbar nach der Diagnose Demenz oder auch des „Outings“ von den Mitmenschen die Zuweisung eines „Stempels der Unmündigkeit“. Der von einem Betroffenen benannte „Kippschalteeffekt“, bei dem eine Person von einer auf die andere Minute in den Augen seiner Umwelt ausschließlich aus dem Blickwinkel von Krankheit, Abbau und Defiziten betrachtet wird. Frühbetroffene Menschen berichten, dass auch Angehörige aus fürsorglicher Absicht ihre Fähigkeiten und Ressourcen der Eigenständigkeit übergehen. Dies wird aus Sicht der Betroffenen als übergriffig erlebt (vgl. SHG Dementi 2017). Sie apostrophieren, dass sie wie jeder Mensch Gehör finden, gefragt werden und mitbestimmen möchten. Bezogen auf ihre Beeinträchtigungen wünschen sie sich entgegenkommende Unterstützung anstatt nur Betreuung im Alltag (vgl. Riedemann 2016).

2.2 Zusammenfassung

Die kognitiven Einschränkungen und die herausfordernden Verhaltensweisen einer Demenzerkrankung belasten das soziale (familiäre) Umfeld erheblich und stellen gegenüber der somatischen Pflege einen deutlichen Mehraufwand dar. Zwischen dem Menschen mit Demenz und seinem familiären und sozialen Umfeld entstehen wechselseitig Reaktionen, die alle Beteiligten zunehmend belasten. Die gewohnte Kommunikation funktioniert nicht mehr, der Mensch mit Demenz hat aufgrund der Erkrankung Schwierigkeiten bezüglich der Orientierung und Einschränkungen in der Fähigkeit, seine Bedürfnisse zu artikulieren. Erschwerend kommen bei den Betroffenen noch Schamgefühle hinzu. Je nachdem, wie viel Sicherheit ihr*ihm seine Umgebung bietet, welche Hilfen sie ihr*ihm zur Verfügung stellt und wie weit die Erkrankung vorangeschritten ist, reagiert sie*er mit herausforderndem Verhalten (wie z. B. Aggression, Beschuldigungen, Angst, Personenfixierung), um seinen Bedürfnissen Ausdruck zu verleihen und Halt und Sicherheit zu finden. Die Bezugspersonen sind damit häufig überfordert, haben keine Kenntnis darüber, wie sie ein sicheres Umfeld gestalten und schwierige Situationen im Alltag entschärfen können. Ebenso kommen auch auf der Seite der Angehörigen Schamgefühle dazu. Die eigene emotionale Betroffenheit und die hohen zeitlichen, psychischen und physischen Anforderungen, die an diese gestellt werden, erhöhen das Risiko der Eigenerkrankung und erschweren einen adäquaten Umgang mit dem Menschen mit Demenz. Es kommt zu krisenhaften Zuspitzungen, die häufig zu Aufenthalten in gerontopsychiatrischen Kliniken und stationären Pflegeeinrichtungen führen.



3. ZUR NOTWENDIGKEIT SPEZIELLER DEMENZBERATUNGSANGEBOTE

Demenzberatung hat somit sowohl auf der Mikroebene (Einzelfall) als auch auf der Makroebene (Versorgungslandschaft) eine umfassende Relevanz und stellt betroffene Personen sowie deren pflegende Angehörige vor unterschiedliche Anforderungen. Deshalb brauchen Personen, die an einer Demenz erkrankt sind oder eine Person mit Demenz unterstützen eine intensive (psychosoziale) Unterstützung, Betreuung und Begleitung (vgl. Schäfer-Walkmann 2010). Mit vergangenen Reformen des Pflegeversicherungsgesetzes und des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurden wichtige Schritte für die Verbesserung der Situation der Zielgruppe vorgenommen. Durch den 2017 eingeführten neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde das Ziel verfolgt, die Gleichbehandlung körperlich, kognitiv und psychisch beeinträchtigter Menschen herzustellen, Menschen einen gleichberechtigten Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung zu ermöglichen. Dabei wird in §14 SGB XI der Selbstständigkeitsbegriff in den Mittelpunkt der Definition von Pflegebedarf gerückt, also gemessen, in welchen Lebensbereichen die Menschen Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit erfahren. Gleichzeitig wurden die Leistungsbeträge im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze erhöht (vgl. BMFSFJ 2020).

Diese Prozesse müssen künftig in dem bislang auf somatische Pflege ausgerichteten Gesundheitssystem weiter begleitet und ausgebaut werden. Viele medizinisch therapierbare Erkrankungen haben einen somatisch ausgerichteten Therapieplan, der psychosoziale Komponenten unberücksichtigt lässt. Da die Demenz jedoch weitgehende Auswirkungen auf den psychosozialen Bereich hat, muss diese Komponente in der Beratung unbedingt berücksichtigt werden. Adäquate und umfassende Unterstützung sollte möglichst aus einer Hand erfolgen. Eine ganzheitliche Sichtweise, Haltung und Bearbeitung sind erforderlich. Besonderheiten in der jeweiligen Lebenssituationen, wie z.B. unterschiedliche kulturelle Hintergründe, körperliche und / oder geistige Behinderungen müssen berücksichtigt werden. In **Kapitel 4** werden exemplarisch geeignete Methoden vorgestellt.

Mit Blick auf den Grundsatz "ambulant vor stationär" und verbunden mit dem Wunsch von Menschen mit Unterstützungsbedarf, möglichst lang in der eigenen Häuslichkeit verbleiben zu können, ist die Frage nach der Verzögerung des Heimeintritts von elementarer Bedeutung. Derzeit ist das Vorliegen einer Demenzerkrankung der häufigste Grund für einen Eintritt in eine stationäre Langzeitpflegeeinrichtung (vgl. Riedel-Heller 2018). Der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ist von einem Geflecht von Faktoren abhängig: Luppä et al. (2012) haben in einem konzeptionellen Rahmen verschiedene Aspekte aufgeführt, die einen längeren Verbleib zu Hause begünstigen. Dazu zählen u.a. eine gute ärztliche Versorgung von Menschen mit Demenz, die aktuelle Leitlinien und auch nicht-kognitive Symptome berücksichtigt (also möglichst umfassend ausgerichtet ist), das Angebot von Diensten vor Ort, die unterstützen können sowie die Situation der pflegenden Angehörigen und die daraus resultierende familiäre Unterstützung (vgl. Luppä et al. 2012). Beratung kann den pflegenden Angehörigen und auch den Menschen mit Demenz einen Zugang zum Unterstützungssystem eröffnen und damit aufkommende Probleme verringern (vgl. BMFSFJ 2020). Damit werden sowohl finanzielle, als auch humanitäre Anforderungen, insbesondere die Wünsche der Menschen mit Demenz und deren pflegenden Angehörigen, im Rahmen der kommunalen Versorgung berücksichtigt (vgl. u.a. Weyerer 2005, Reichert et al. 2016).

Durch spezielle Angebote wird ein Beitrag zur sozialen Integration von Menschen mit Demenz geleistet. Die Vorhaltung einer guten Beratungsstruktur kann hierbei elementar sein (vgl. BMFSFJ



2020). Demenz ist durch zahlreiche Veröffentlichungen in Medien inzwischen gesellschaftlich angekommen und kein Tabuthema mehr, was nicht gleichbedeutend damit ist, dass betroffene Menschen gesellschaftlich akzeptiert und integriert sind. Im Gegenteil: das allgemeintypische Bild eines „Menschen mit Demenz“ mit außerordentlich reduzierten Fähigkeiten und Alltagskompetenzen ist weithin sehr verbreitet. Eine Sichtweise, die auch auf den allgemeinen Sprachgebrauch im Alltag und die Darstellung in den Medien zurückzuführen ist. Schamgefühle und soziale Rückzugstendenzen bei den Betroffenen haben sich dadurch wenig verringern lassen und sind daher – wie schon in **Kapitel 2** skizziert – immer noch relevante Themenstellungen. Für sie und ihre Angehörigen erhöht dies nach wie vor die Hemmschwelle, sich entsprechende Hilfsangebote zu suchen und isoliert sie damit noch weiter, als es schon allein durch den zeitlichen Pflege- und Betreuungsaufwand der Fall ist. Dies stellt auch ein großes Problem bei der Inanspruchnahme von Angeboten zur Unterstützung im Alltag dar.

Die Erfahrung von Modellprojekten wie z.B. der Mobilien Demenzberatung ist es, dass die emotionale und physische Überlastung der pflegenden Angehörigen ein wesentlicher Inhalt eines ersten Beratungsgesprächs darstellt (vgl. Reichert et al. unveröffentlicht). Darüber hinaus sind weitere Themen wie Leistungsansprüche, Fragen zum Versorgungssystem etc. relevant. Allerdings: Eine Inanspruchnahme von Angeboten zur Unterstützung der häuslichen Pflege wird vielfach nur genutzt, wenn zuvor eine differenzierte Beratung auf psychosozialer Ebene stattgefunden hat. Zu groß sind oft bei pflegenden Angehörigen die Scham und die Schuldgefühle den Erkrankten gegenüber. Selbst bei erheblicher Erschöpfung sind Angehörige erst nach intensiver Beratung bereit, die Entlastung anzunehmen, die sie dringend benötigen, um den Menschen mit Demenz weiterhin zu betreuen und zu pflegen.

Die Anforderungen an Beratende und qualifizierte Helfende sind demnach hoch, da sie spezielles Wissen um Versorgungsstrukturen, Beratungskonzepte und Krankheitsbilder mitbringen müssen. Angesichts der weiter steigenden Anzahl von Demenzerkrankungen müssen alle Personen weiter an Wissen über Demenz und den Umgang mit von Demenz betroffenen Personen vermittelt bekommen. Da der Prozess, sich Wissen anzueignen, nur langsam vollzogen werden kann, ist das Fachwissen zur Krankheit Demenz weiterhin ausbaufähig. Die gleiche Aussage kann auch zum Umgang und zur Kommunikation mit Menschen mit Demenz getroffen werden.

Ein konstruktiver Umgang mit Demenz, der sich durch das Angebot und die Inhalte der „Demenzberatung“ verfestigt, hat sowohl für die Betroffenen als auch für die Professionellen eine öffnende und enttabuisierende Wirkung. Dabei ist zu bedenken, dass es unterschiedliche Perspektiven zum Begriff Demenzberatung gibt. Auf der einen Seite verdeutlicht der Begriff, worum es bei dieser Anlaufstelle konkret geht. Auf der anderen Seite kann die Bezeichnung Demenzberatung die Hemmschwelle erhöhen, das Angebot anzunehmen. Dort hinzugehen, setzt bei den Ratsuchenden eine gewisse Akzeptanz der Erkrankung voraus.



4. STRUKTUREN DER SPEZIELLEN DEMENZBERATUNG

Die effektive Demenzberatung arbeitet vernetzt und kooperativ. Voraussetzung dafür ist eine entsprechende Angebotsstruktur. In der folgenden Übersicht ist eine wünschenswerte Angebotsstruktur in einem Schaubild dargestellt. Angebote für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen sind in den Bereichen Pflege, Betreuung, Medizin und Therapie notwendig. Die Nennungen sind nicht vollständig; sie sollen schematisch das Angebotsspektrum aufzeigen. Je vielfältiger die Angebotspalette, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dem komplexen, sich kontinuierlich im Verlauf der Erkrankung verändernden Hilfebedarf gerecht zu werden. Mit der Erweiterung und Anpassung der Angebote an den Hilfebedarf können rechtzeitig entsprechende Maßnahmen eingeleitet, Behandlungsfehler und damit Folgekosten vermieden werden.





Infrastrukturelle Einbindung der speziellen Demenzberatung

Ziel: Bedarfsgerechte Angebote zur individuellen Gestaltung eines Lebens mit Demenz

IN DER REGION

Lokale Strukturen, z. B.

- Begegnungsstätten
- Kirchengemeinden
- Netzwerke
- Selbsthilfe
- Nachbarschaftshilfe

Regionale Strukturen, z. B.

- Sozialverwaltung in Städten u. Kreisen
- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften
- Pflege- u. Gesundheitskonferenzen

Überregionale Strukturen, z. B.

- Netzwerke auf Landes- und Bundesebene
- internationale Ebene

IM BEREICH MEDIZIN

- Hausarzt
- Facharzt
- Gerontopsychiatrische Ambulanz
- Gerontopsychiatrische Rehabilitation
- Gerontopsychiatrische Abteilung im Krankenhaus
- u. a.

IN DEN BEREICHEN PFLEGE & BETREUUNG

Zugehende Angebote in der eigenen Häuslichkeit, z.B.

- Ambulante Pflege
- Hilfe- u. Betreuungsangebote (z.B. Nachbarschafts- und Einzelfallhilfe, gewerbliche Anbieter*innen)
- Häusliche Entlastungs- und Unterstützungsangebote
- Beratungsangebote (z.B. kommunale und gesetzliche Pflegeberatung, Wohnberatung, Sozialberatung)

Angebote außerhalb der eigenen Häuslichkeit, z.B.

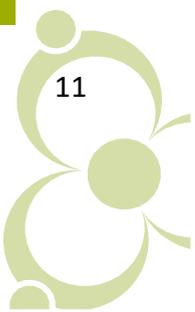
- Freizeitangebote
- Betreuungsgruppen
- Beratung
- Schulungen
- Tagespflege

Wohn- u. Pflegeangebote, z. B.

- Servicewohnen
- Wohn- u. Hausgemeinschaften
- Stationäre Pflege

IM BEREICH THERAPIE

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Logopädie
- Gedächtnistraining
- u. a.



Das Beratungssystem für Menschen mit Demenz und pflegende Angehörige ist insgesamt sehr vielfältig und regional sehr unterschiedlich weit entwickelt (vgl. BMFSFJ 2020). Gerade ländliche Regionen benötigen weiterhin stärkeren Einbezug und spezifische Konzepte, die auf ihre regionalen Bedürfnisse eingehen. Zudem müssen bedarfsgerechte Angebote die individuelle Gestaltung eines Lebens mit Demenz integrieren. Diese individuelle Lebensgestaltung bezieht sich auf alleinlebende Menschen mit ihren individuellen kulturellen Hintergründen, wie auch auf Familien. Hier sind Migrationshintergründe, Religionszugehörigkeiten, das Vorliegen einer körperlichen und/oder geistigen Behinderung, eine mögliche psychische Erkrankung, soziale und ökonomische Faktoren einbezogen.

Bedarfsgerechte Angebote müssen demnach in unterschiedlichen Gemeinden bzw. Stadtteilen der Lebenssituation der Menschen angepasst werden. Derzeit bereitet es Ratsuchenden „oft erhebliche Probleme, sich aus der Vielfalt der Angebote an Pflegeeinrichtungen sowie den familiären, nachbarschaftlichen und ehrenamtlichen Hilfeangeboten ein sinnvolles Pflegearrangement zusammenzustellen“ (Koch & Krampe 2019, S. 33), was eine sach- und bedarfsgerechte Beratung so bedeutsam macht. Die unterschiedlichen Selbsthilferessourcen sind Gegenstand der Bedarfsplanung. Zur Vermittlung bedarfsgerechter Angebote für Menschen mit Demenz und pflegende Angehörige sind transparente Strukturen auf lokaler, kommunaler, regionaler und überregionaler Ebene notwendig. Selbsthilfegruppen sind in allen Bereichen wichtige Kooperationspartner. Immer größere Bedeutung kommt auch internationalen Strukturen zu, wie beispielsweise anhand von Netzwerken auf Landes- und Bundesebene oder internationalen Kongressen der Alzheimergesellschaft deutlich wird.

Zur Transparenz bedarfsgerechter Angebote gehört eine nutzerfreundliche Informations- und Öffentlichkeitsarbeit. Sind alle Angebote einer Gemeinde erfasst, wird auch für die Anbieter von Angeboten deutlich, wo Lücken bestehen, bzw. wo ein Überangebot vorhanden ist. Hier sollte das bestehende Know-how parallel nebeneinander existierender Beratungsstellen genutzt werden und ein gemeinsames Modell der vernetzten Beratung entwickelt werden. Auch für andere Angebote bei Demenz gilt, dass vernetzte Angebote ressourcenorientierter und effektiver für die Anbieter*innen und die Ratsuchenden sind.

Da durch den demografischen Wandel zukünftig die Anzahl von Menschen mit unterschiedlichen Pflegebedarfen und komplexen Erkrankungsbildern weiter steigen wird, ist ein Beratungs-Netzwerk erforderlich. Die Ratsuchenden sollten eine Hauptansprechperson haben und würden im Bedarfsfall zu den spezialisierten Fachberatungen geleitet. Durch diese Form der Beratung könnte der Beratende eine stabilisierende Konstante für die Ratsuchenden darstellen und ihnen das Gefühl nehmen „herumgereicht zu werden“. Durch den „Bezugsberatenden“ vermindert sich die Notwendigkeit der wiederholten Schilderung der persönlichen Situation. Auf die Form der Beratung wird in **Kapitel 5** detaillierter eingegangen.

Dabei muss Beratung aus Sicht aller Ratsuchenden übersichtlich und leicht zugänglich sein. Zugänge wie Telefonberatung und aufsuchende Beratung sind wesentliche Serviceleistungen. Diese übergreifende Beratung hätte weiter den Vorteil, dass Ratsuchende mit ihren familiären Themen Beratung einholen können, ohne sich offen für z. B. den Themenbezug Demenz entscheiden zu müssen.

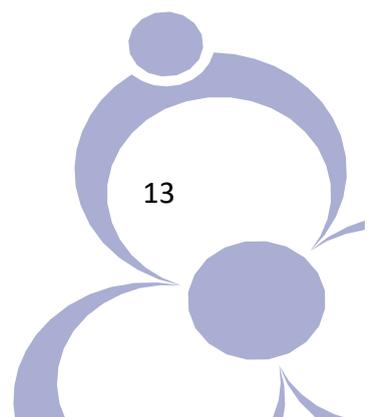
Durch die Relevanz des Themas und die Besonderheiten der Erkrankung wird eine spezialisierte Demenzberatung notwendig. Sie muss von dafür qualifizierten Berater*innen durchgeführt werden.





Ausgangspunkt ist die Vernetzung bereits bestehender Beratungsangebote (z. B. Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz NRW, Pflege- und Wohnberatungsstellen, Familienberatungsstellen). Neben dem Fachwissen zur Demenz ist zur Beratung von Menschen mit Migrationshintergrund auch interkulturelle Kompetenz erforderlich. Die Demenzberatung muss durch niedrigschwellige Zugangswege gut erreichbar sein: gemeint ist damit sowohl über stationär verortete, so wie aufsuchende und mobile Beratung. Gerade für ländliche Strukturen bietet die mobile Beratung großes Potential (vgl. Reichert et al. 2016).

Demenzberatung setzt auf die Stabilisierung des Familiensystems und forciert bürgerschaftliches Engagement. Durch pluralisierte Lebensstile und geänderte Wertevorstellungen werden die Anforderungen und Möglichkeiten im Umgang mit Demenz wachsen. Alle Anbieter*innen müssen auf diese Entwicklung reagieren und ihre Angebote darauf abstimmen.



5. ZIELE UND ZIELGRUPPEN VON BERATUNG

Die Fachberatung Demenz hat das Ziel, die individuelle Gestaltung des Lebens mit der Demenz zu unterstützen. Unter Berücksichtigung der jeweiligen Zielgruppenperspektive und Rahmenbedingungen ist dies eine vielschichtige und anspruchsvolle Aufgabe. Es zeigt sich, dass Beratungsansätze und Konzepte ebenso vielseitig sein können, wie es das Leben mit Demenz ist. Die genannte Zielsetzung ist jedoch gemeinsame Grundlage aller Beratungsprozesse. Als Rahmenorientierung für Beratung wirken die im Folgenden dargestellten Handlungsziele in direktem Bezug zu- und aufeinander. Das konkrete Ziel der einzelnen Beratung muss im Prozess wiederholt bestimmt werden, um zu gewährleisten, dass die Gewichtung der entsprechenden Maßnahmen und Konzepte an den individuellen Bedürfnissen der zu beratenden Person angepasst ist. Dies bedeutet, dass es kein universell gültiges Beratungskonzept geben kann, sondern eine stetige Um- und Neugestaltung dem Beratungsprozess an und für sich zugrunde liegt.

Im Folgenden soll die Bandbreite der Zielgruppen und Ziele von Beratung beschrieben werden, um einen Eindruck in die Herausforderungen und Chancen einer Fachberatung zu geben.

Im Wesentlichen lassen sich **vier unterschiedliche Zielgruppen** des Beratungsprozesses ausmachen.

1. Die Gruppe der Menschen mit Demenz selbst, deren Lebenssituation sich ständig durch das zyklische Fortschreiten der Erkrankung verändert.
2. Die Angehörigen bilden die zweite Zielgruppe. Sie sind direkt von den Veränderungen im Leben eines Menschen mit Demenz betroffen bzw. daran beteiligt und deren Lebenssituation verändert sich ebenfalls. Zwischen diesen beiden Zielgruppen können sich im Rahmen des Beratungskontextes unterschiedliche Interessenslagen ergeben, wenn es z. B. um Überlastungszustände und Verantwortungsgefühle der erkrankten Person gegenüber geht.
3. Die Leistungsanbieter und -träger von Einrichtungen und Diensten können drittens als eine weitere Zielgruppe gefasst werden. Durch ihre Angebote beeinflussen sie in quantitativer und qualitativer Hinsicht die Unterstützungsmöglichkeiten und prägen so den Beratungsprozess. Darüber hinaus stellen sie selbst eigene Anforderungen an die Beratung.
4. Die politischen Akteure schließen sich als vierte Zielgruppe an. Auf politischer Ebene werden mit der Formulierung von Versorgungserwartungen und -standards auf der einen Seite und durch die Gesetzgebung auf der anderen Seite Rahmenbedingungen für Beratungskontexte gesetzt.

Die Beratungskontexte sind individuell und gleichzeitig durch die Zugehörigkeit zu sozialen und kulturellen Schichten geprägt, z. B. bei Menschen mit Migrationshintergrund oder alleinstehenden Menschen. Dies kommt bei der Unterstützung der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen zum Tragen, beeinflusst aber auch die beratende Unterstützung von Leistungsanbieter*innen und politischen Akteuren.

Für diese vier unterschiedlichen Zielgruppen lassen sich verschiedene **Handlungsziele** für die Beratung formulieren. Die im Folgenden aufgeführten exemplarischen Handlungsziele sind in der Beratungspraxis eng miteinander verknüpft und tragen in der Gesamtheit dazu bei, ein Leben mit Demenz individuell gestalten zu können.

- Eines der – auch gesetzlich formulierten – Handlungsziele ist es, den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit und die Aufrechterhaltung der gewohnten Lebenssituation zu ermöglichen. Dieses Handlungsziel orientiert sich zum einen an der politischen Vorgabe „ambulant vor stationär“;



zum anderen ist das in seinen sozialen Zusammenhängen vertraute Wohnumfeld ein wesentlicher Bezugs- und Orientierungspunkt im Leben eines an Demenz erkrankten Menschen.

- Beratung berücksichtigt aber auch die Lebens- und die individuelle Belastungssituation der pflegenden Angehörigen. Im Beratungskontext ist es sinnvoll, einen frühzeitigen Kontakt zu allen Beteiligten herzustellen, um rechtzeitig und präventiv einer Überlastung vorbeugen zu können. So kann es gelingen, im Beratungsprozess immer wieder neue individuell angepasste Lösungen zu entwickeln.
- Die Fachberatung Demenz hat deswegen das weitere Handlungsziel, die Kompetenzen und Ressourcen der Angehörigen zu stärken. Denn im Beratungsprozess erhält der Angehörige Sachinformationen, beispielsweise zur Erkrankung und ihrem auch symptomatischen Verlauf, zum Umgang mit Menschen mit Demenz, zu den Unterstützungsmöglichkeiten durch die verschiedenen Leistungsanbieter und deren Finanzierung oder auch die Möglichkeiten der Einbeziehung von ehrenamtlichen Hilfen. Durch weitere psychosoziale Begleitung und Schulungsangebote können die Ressourcen der Angehörigen als „Hilfe zur Selbsthilfe“ weiter gestärkt werden.
- Letztlich besteht das Handlungsziel in der Stabilisierung und Gesundheitsförderung des gesamten Familiensystems, denn nur so lässt sich das Leben mit Demenz sowohl für die Erkrankten als auch für Ihre Angehörigen bedarfsgerecht gestalten.
- Wichtig ist es aber auch, die Grenzen des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit zu erkennen und die Vorbehalte gegenüber den sich daraus ergebenden Möglichkeiten (wie betreutes Wohnen, Wohngemeinschaften, stationäre Aufnahme in ein Seniorenheim) zu nehmen.
- Im Umfeld der „Familien mit Demenzerkrankten“ agierende professionelle Dienste und deren Mitarbeiter*innen (z. B. in Arztpraxen, Krankenhäusern, Häuslichen Pflegediensten) zu erreichen und für die besonderen Bedarfslagen von Menschen mit Demenz zu sensibilisieren und zu einer bedarfsgerechten Unterstützung zu qualifizieren, ist ein weiteres Ziel vieler Beratungsstellen.
- Um Berührungspunkte und Irritationen abzubauen, müssen auch Personen- und Berufsgruppen erreicht werden, die zwar nicht direkt in der Demenzversorgung tätig sind, aber durch ihren häufigen Kontakt mit Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen eine Vermittlungsfunktion einnehmen können oder aus einem Verständnis für die Lebenswelten von Demenzerkrankten Unterstützung anbieten können. Dies kann der*die Postbot*in, Bankangestellte, Taxifahrer*in oder Mitarbeiter*in in der Sozialverwaltung einer Kommune, im Einzelhandel, öffentlicher Nahverkehr, Polizei sein oder Erbringer*in kultureller Angebote, um nur einige Beispiele zu nennen.
- Die gesamtgesellschaftliche Enttabuisierung des Themas Demenz ist ebenfalls ein Ziel von Beratung, um die Akzeptanz von demenziell veränderten Menschen in Alltagssituationen auch in der Öffentlichkeit zu verbessern sowie Anerkennung für die Leistungen von pflegenden Angehörigen zu erreichen und so die soziale Isolation der Betroffenen zu vermeiden.





Strukturdiagramm:

Ziele, Zielgruppen und Konzepte einer speziellen Demenzberatung

Grundsatzziel: Bedarfsgerechte Angebote zur individuellen Gestaltung eines Lebens mit Demenz

ZIELGRUPPEN / ZIELEBENE

- Menschen mit Demenz
- Angehörige und andere private und freiwillige Helfer*innen
- Professionelle Akteur*innen im Versorgungssystem
- Gesellschaftlicher Kontext

Berücksichtigung von bestimmten Betroffenenengruppen (z. B. Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Behinderungen, Jungbetroffene, Alleinstehende)

HANDLUNGSZIELE, z.B.

- Verbleib in der eigenen Häuslichkeit, so lange wie möglich und sinnvoll
- Ermöglichung eines frühzeitigen Kontaktes (Prävention)
- Kompetenz u. Ressourcen der Angehörigen stärken (Hilfe zur Selbsthilfe)
- Gesunderhaltung des informellen Unterstützungssystems (Familie, Freund*innen etc.)
- Sensibilisierung aller im Umfeld von Menschen mit Demenz Tätigen (Profis, Ehrenamtliche etc.)
- Vermittlung von besonderem Wissen und speziellen Kenntnissen
- Akzeptanz, Achtsamkeit u. Wertschätzung von Menschen mit Demenz und privaten Helfer*innen fördern

HANDLUNGSANSÄTZE / KONZEPTE

Informationen, z.B.:

- Flyer
- Broschüren
- Demenzwegweiser
- Veranstaltungen

Beratung, z.B.:

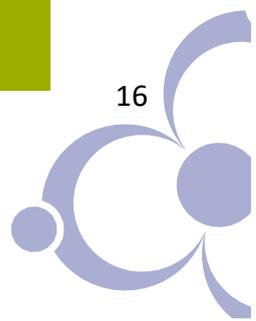
- psychosoziale Beratung
- Wohnberatung
- Lotse im Versorgungssystem (Fallmanagement)

Schulung, z.B.:

- Angehörigenkurse
- Multiplikator*innenschulungen
- Angehörigengruppe

Öffentlichkeitsarbeit, z.B.:

- Pressearbeit
- Kampagnen
- Kulturarbeit (z.B. Ausstellungen, Theateraufführungen, Filmprojekte)



Um die beschriebenen Handlungsziele zu erreichen, ist das Beratungsgespräch ein wesentlicher Baustein, auf dieses Thema wird im folgenden Kapitel eingegangen.

TIPPS

Zusätzlich können Schriftmaterialien wie Flyer, Broschüren oder Bücher die Beratung nachhaltig unterstützen, da sie weiterführende Informationen bieten. Diese Materialien müssen zielgruppenspezifisch erstellt werden, denn z. B. die allgemeine Lesbarkeit, der kulturelle Hintergrund und die zentralen Ansprechpartner*innen der Zielgruppe unterscheiden sich. Schulungen und Veranstaltungen sind geeignet, um Wissen zu transportieren, um Themen in größeren Gruppen besprechen zu können und um das Gefühl zu erzeugen, mit den eigenen Sorgen nicht allein zu sein. Umfassende Informationen zu den Themen Alter, Pflege und Demenz in und für NRW finden Sie z.B. in der Mediathek der Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz unter: <https://alter-pflege-demenz-nrw.de/service/mediathek/>

Alle weiteren bewährten Methoden der Öffentlichkeitsarbeit wie Kampagnen, Kulturveranstaltungen und Pressearbeit haben sich auch im Feld der Beratung bei Demenz bewährt.

5.1 Bedarfsgerechte Konzepte in der Beratung bei Demenz

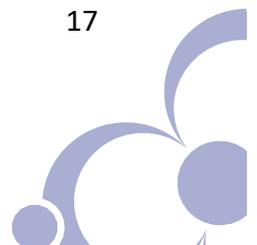
Im Folgenden werden drei Interventionsformen der Beratung bei Demenz beschrieben,

- die leistungsbezogene Beratung,
- die psychosoziale Beratung und
- die Fallsteuerung bei komplexen Bedarfslagen.

Etwas ausführlicher wird dabei auf Formen, Methoden und Ziele der psychosozialen Beratung eingegangen, weil sie im Kontext einer Demenzerkrankung von besonderer Bedeutung sind.

5.1.1 Die leistungsbezogene Beratung

Das Gespräch in der leistungsbezogenen Beratung dient dem gegenseitigen Kennenlernen sowie dazu, beiderseitige Interessen abzugleichen und das Leistungsspektrum darzustellen. Ziel dieses Gesprächs ist es, Angebote und Strukturen darzulegen und zu prüfen, ob diese dem persönlichen Hilfebedarf der Ratsuchenden entsprechen. Das leistungsbezogene Beratungsgespräch ist vertraulich und völlig unverbindlich bzgl. des weiteren Vorgehens. Dieses Gespräch ist häufig dem Beratungsprozess vorangestellt. Ein ausschließliches leistungsbezogenes Beratungsgespräch kommt in der Demenzberatung recht selten vor, da zumeist nicht nur eine oder mehrere konkrete Fragen Gegenstand des Beratungsgesprächs sind, sondern eher die komplexe Problematik der emotionalen und physischen Belastung der Ratsuchenden im Mittelpunkt steht. Leistungsbezogene Beratungsgespräche, wie zu Fragen nach Hilfsangeboten im Umkreis können oft telefonisch geführt





werden. Wichtige zu thematisierende Themenkomplexe sind:

- Informationen über die Leistungen der Pflegeversicherung
- Information über oder Vermittlung von Hilfsangeboten/Versorgungsstrukturen in der Umgebung
- Informationen über das Krankheitsbild
- Informationen über pflegerische Besonderheiten
- Information über Methoden der Kommunikation und des Umgangs
- Betreuungsrechtliche Informationen / Patient*innenverfügung

Methoden der leistungsbezogenen Beratung: Auch die leistungsbezogene Beratung ist sorgfältig zu planen. Es braucht ein ruhiges, ungestörtes Umfeld. Unabhängig davon, ob das Gespräch „face-to-face“ stattfindet oder im Rahmen einer Informationsveranstaltung, gilt es, folgende Fragen zu klären:

- Was will der Ratsuchende mit der Information erreichen?
- Welches Vorwissen hat die ratsuchende Person?
- Welche Information muss gegeben werden, damit die Person ihr*sein Ziel erreicht?
- Welche Information gibt die*der Berater*in lieber nicht?
- Können die Informationen falsch verstanden werden?

In dem Gespräch werden die anstehenden Aufgaben, mögliche Probleme und angrenzende Konfliktfelder angesprochen. Methoden klientenzentrierter Gesprächsführung bewirken, dass Klient*innen stetig selbst entscheiden, welche Informationen für die eigene Situation nutzbar sind.

Nur selten können mit einem einfachen Rat oder einer Information die Probleme der Ratsuchenden gelöst werden. Es ist aber wichtig, möglichst schnell mitzuhelfen, einen geeigneten Weg zur Bewältigung kurzfristig lösbarer Probleme zu finden. Hier sind niedrigschwellige Informationsangebote wichtig, wie z. B. tägliche Telefonsprechzeiten. Die Beantwortung von Fragen per E-Mail oder anderen digitalen Medien, wie z.B. Skype, Chat, WhatsApp gewinnt ebenfalls an Bedeutung.

Die Transparenz der Informationsweitergabe ist notwendig. Auch bei der Information sind Visualisierung und Nachfragen wichtig. Visualisieren heißt: das Problem sichtbar machen, Information durch Plakate plastisch gestalten, handschriftlich fixierte Notizen/Schaubilder weiterreichen, Broschüren und Faltblätter mit nach Hause geben.

Der Ratsuchende erfährt durch die Vergabe von Materialien Wertschätzung und hat zu Hause die Möglichkeit, erhaltene Informationen in Ruhe nachzulesen. Konkrete Probleme können auch durch die Vermittlung zu den Netzwerkpartnern gelöst werden.

5.1.2 Psychosoziale Beratung

Die psychosoziale Beratung orientiert sich primär an der innerpsychischen Situation und den sozialen Bezügen von Angehörigen und Familien. Demenz trifft immer die ganze Familie und ist nicht

nur eine medizinische Herausforderung. Ein Beratungsangebot muss demnach multidisziplinär ausgerichtet auf die Gesamtsituation der pflegenden Angehörigen blicken (vgl. BMFSFJ 2020). Aufgrund der komplexen Beziehungen von Angehörigen und Pflegebedürftigen ist auch immer die Person mit Demenz in den Beratungsprozess eingebunden. Die Inhalte der Beratung werden jedoch von der*dem Angehörigen bestimmt.

Ausgangspunkt von Beratungskonzepten bei Demenz ist meist die Belastung der Pflegenden auf unterschiedlichen Ebenen. Psychosoziale Angehörigenberatung versteht sich als eine Strategieform des Empowerments, die mit den vorhandenen Potentialen arbeitet. Im Beratungsprozess sollen persönliche Ressourcen verstärkt und/oder entwickelt werden, Umweltressourcen verfügbar gemacht, als auch notwendiges (Handlungs-)Wissen vermittelt werden. Resilienz- und Achtsamkeitstraining sind hier hilfreiche Unterstützungselemente (vgl. Kunzler et al. 2018).

Ein wichtiges Merkmal ist die Berücksichtigung sowohl von Bedürfnissen der Pflegeperson als auch die des erkrankten Menschen und des familiären Umfeldes. Unerlässlich ist der Einbezug von Kompetenzen und Ressourcen aller Beteiligten. Psychosoziale Beratung orientiert sich stets an der Lebenswelt des Einzelfalls. Daneben fließen im Beratungsprozess jedoch auch immer wieder Elemente der Wissensvermittlung und der Unterstützung zur praktischen Problemlösung mit ein.

Die Grenzen zwischen einer psychosozialen Beratung und einem therapeutischen Gespräch sind oft fließend und nicht immer leicht erkennbar. Generell kann der Unterschied zwischen Beratung und Therapie wie folgt gefasst werden: Beratung ist vom Grundverständnis her als eine Dienstleistung zu verstehen, bei der Informationen weitergegeben werden, die Ratsuchende bei der Bewältigung unterstützen. Die herangezogenen Informationen beziehen sich auf eine bestimmte, eng umgrenzte Problemstellung, mit der sich die Ratsuchenden in ihrer aktuellen Lebenssituation auseinandersetzen (vgl. Koch & Krampe 2019). Bei der Demenzberatung wäre dies beispielsweise die Vermittlung von Sachinformationen über die Erkrankung oder Strategien zum Umgang mit Betroffenen sowie die Vermittlung von Hilfsangeboten im Sinne einer Netzwerkarbeit zur Entlastung von pflegenden Angehörigen.

Therapie ist hingegen eher ein *Prozess*, bei dem es darum geht, den Klient*innen durch die Interaktion von Therapeut*in und Klient*in (therapeutische Beziehung) zu einer Neustrukturierung des Selbst zu verhelfen. Psychotherapie legitimiert sich nach Engel & Sickendiek (2005) über den sogenannten Heilungsdiskurs, der damit in Verbindung steht. Dieser ist im Rahmen des Psychotherapeutengesetzes reguliert und weist durch seine Ausrichtung von Abrechnungsverfahren entlang bestimmter Indikationen und dem Approbationsverfahren eine Nähe zum Heilen auf. Beratung wird in Abgrenzung dazu von genannten Autor*innen in einer deutlich stärkeren Nähe zum Helfen verortet, auch wenn sie Beratung durchaus eine heilende Wirkung zuschreiben.

Bei der Demenzberatung liegt der Schwerpunkt auf dem Aspekt der Beratung und der Weitergabe von Informationen. Trotzdem beinhalten Beratungsgespräche bei Demenz häufig auch therapeutische Aspekte. Pflegende Angehörige sind in der Regel nicht nur daran interessiert, Kontaktadressen oder neue Handlungsstrategien zu erfahren. Immer wieder wird ein Beratungsgespräch genutzt, um die für sie traumatischen Erlebnisse, welche mit der Demenzerkrankung einer nahestehenden Person in Zusammenhang stehen, zum Ausdruck zu bringen. So wird beispielsweise die tägliche Belastung detailliert geschildert und die damit verbundenen Affekte zum Ausdruck gebracht. Die Verän-

derung der Beziehung zwischen Angehörigen und Betroffenen oder die Trauer über den Verlust einer*eines Lebensgefährten*in als kognitiv ebenbürtigem Partner wird thematisiert. Immer wieder sehen sich Berater*innen auch mit Schuldgefühlen konfrontiert.

In der Praxis der Demenzberatung befinden Berater*innen sich daher häufiger in Situationen, die einen therapeutischen Charakter haben und denen sie nicht mit der bloßen Weitergabe von Informationen begegnen können. Es ist immer wieder nötig, sich empathisch mit den individuellen Problemlagen der Klient*innen auseinander zu setzen und im Rahmen einer therapeutischen Beziehung Sicherheit, Verständnis und Wertschätzung zu vermitteln. Daher ist es unverzichtbar, dass in der Demenzberatung Tätige neben theoretischen Kenntnissen auch über praktisches Erfahrungswissen im Umgang mit Menschen mit Demenz verfügen. Dies vermittelt den Ratsuchenden, dass die beratende Person auch wirklich weiß, wovon sie spricht.

In Beratungsgesprächen mit selbst von Demenz Betroffenen steht die Verarbeitung von Ängsten bezüglich des weiteren Verlaufs der Erkrankung in der Regel im Mittelpunkt. Voraussetzung hierfür ist natürlich, dass der Beratende sich mit seinen eigenen Ängsten besonders in Bezug auf die mögliche eigene Demenzerkrankung auseinandersetzt.

Bei den primären **Zielen der psychosozialen Beratung** steht die beratene Person im Mittelpunkt. Durch den Beratungsprozess sollen folgende kurz- oder langfristigen Ziele erreicht werden:

1. Die ratsuchende Person zu stärken.
2. Den Pflegenden psychische Entlastung, emotionale Unterstützung, Wertschätzung und soziale Anerkennung bieten.
3. Die Kompetenzen und die Handlungsfähigkeit der ratsuchenden Person stärken und erweitern.
4. Die Lebensqualität für Familien und die betroffenen Erkrankten erhalten und verbessern.
5. Das familiäre Hilfesystem stärken und stützen.

Weitere Ziele im Rahmen einer prozessorientierten Begleitung können sein:

- Der Vereinsamung entgegenwirken durch die Förderung von sozialer Einbindung und gesellschaftlicher Teilhabe.
- Die häusliche Pflegequalität sichern.
- Angehörige in der bewussten Entscheidung für die weitere Ausgestaltung ihrer Pflegesituation zu unterstützen (Selbstpflege, Reflektion der eigenen Pflegebereitschaft und kritische Auseinandersetzung mit den eigenen Ressourcen).

In der **Praxis der psychosozialen Beratung** hat sich ein strukturiertes Vorgehen bewährt. Die speziellen Beratungsangebote sollten für die Angehörigen nach Leistungen und Zielen klar definiert sein. Auch eine einmalige intensive Beratung kann positive Veränderung in Gang setzen oder hilfreiche Einstellungen und Haltung stärken. Ein drei- bis viermaliges Beratungssetting wird für mittlere bis komplexe Problemlagen oft als ausreichend betrachtet. In Einzelfällen sind längerfristige Beratungsprozesse notwendig. Wie verbindlich eine Zusammenarbeit festgelegt





werden sollte (mündliche Vereinbarung oder schriftlicher Kontrakt) ist vom Einzelfall und dem methodischen Vorgehen der Beratungsfachkraft abhängig.

Die Einbindung in weitere Betreuungs- und Begleitangebote kann sich der intensiven Beratungsphase anschließen. Auch das Angebot der Unterstützung in Krisen ist wichtig. Die Beratungsstelle kann weiterführende Begleitangebote wie Gesprächskreise, Angehörigen-Cafés oder Schulungskurse selbst entwickeln und anbieten oder diese über eine gute Vernetzung und Kooperation mit anderen Anbieter*innen abdecken und vermitteln.

Ein Gesprächsleitfaden, der immer wiederkehrenden Themen nachspürt, ist hilfreich. Als wichtige **Themen in der psychosozialen Beratung** haben sich folgende Inhalte herauskristallisiert:

- die Entscheidung, Motivation zur Pflege mit ihren Auswirkungen auf die eigene Lebensplanung,
- eine Beschreibung und Klärung der Pflegerolle, einschließlich der Pflegepersönlichkeit, der individuellen Pflegestandards und der damit einhergehenden Konflikte,
- die Beziehung zur pflegebedürftigen Person, die Balance zwischen Nähe und Distanz und erlebte Pflegegefühle und -gedanken,
- besonders dominante Belastungserlebnisse und besonders gelungene Pflegeerfahrungen,
- Krankheitsverständnis, Akzeptanz und der Umgang mit Veränderungen (Anpassungsleistung und Entscheidungsfähigkeit),
- der Umgang mit Emotionen (Versagens-, Schuldgefühle, Ärger, Wut, Hilflosigkeit, Trauer, Scham, Ekel, Ängste und finanzielle Sorgen),
- die Aufdeckung von Anforderungsprofilen und Rollenkollisionen (Beruf, Familie, Pflege, vertiefte Beziehungsklärung zu Partner*innen und Kindern),
- die Stärkung zu einer selbstbewussten Pflege und die Motivation zur Selbstpflege,
- die Abklärung der Pflegesituation (Belastungen, Ressourcen und Bewältigungsversuche),
- das Verhalten in schwierigen Betreuungs- und Pflegesituationen,
- die Einschätzung der individuellen Ressourcen, des familialen Netzes und der bürgerschaftlichen Unterstützung,
- Ermutigung zur Inanspruchnahme von Hilfen etc.

Die psychosoziale Beratung zeichnet sich durch eine **Methodenvielfalt** aus. Neben der emotionalen Auseinandersetzung im Rahmen der nicht-direktiven klientenzentrierten Gesprächsführung kommen vor allem Elemente aus familientherapeutischen, systemischen und gemeinwesenorientierten Ansätzen zum Tragen. Kognitive Problemlösungsansätze, verhaltenstherapeutische oder psychodynamische und tiefenpsychologische Ansätze werden seltener und nur bei entsprechender Qualifikation der Beratungsfachkraft eingesetzt.

Eine Fülle von Beratungsinstrumenten kann verwendet werden. Vom aktiven Zuhören über die gezielte Problemdarstellung durch Soziogramme, Klötzchen-Skulpturen und Bilder bis hin zu Rollenspielen und leiborientierten Angeboten reicht das Unterstützungsinventar. Die unterschiedlichen Methoden wollen Zugänge eröffnen zu einer psychischen Auseinandersetzung mit der Situation, zur Aktivierung von Bewältigungsverhalten (auf der kognitiven, emotionalen und sozialen Ebene), zur Erprobung von Verhaltensalternativen und zum Erlernen von effektivem Entscheidungsverhalten (vgl. Schlippe & Schweitzer 2019).

Im Beratungsprozess muss die Fachkraft stets aufs Neue bemüht sein, auf die Ausgewogenheit zwischen Authentizität und Professionalität zu achten, das heißt die eigenen Vorstellungen zu reflektieren und mit fachlich-professionellen Einschätzungen in Einklang zu bringen. Die Beratungsfachkraft bietet Akzeptanz, Wertschätzung und Unterstützungsbereitschaft für den Lebensweg des Ratsuchenden. Selbsthilfekompetenz und Selbstverantwortung des Ratsuchenden stehen im Fokus der Beratung.

Die psychosoziale Beratung setzt bei den Wünschen der pflegenden Angehörigen an. Das Bewusstsein, etwas Sinnvolles zu tun, Kontrolle über die Situation zu haben, Kompetenzen und Selbstständigkeit zu entwickeln und Wissen über die Krankheit und Hilfsmöglichkeiten zu erlangen, aber auch Zeit zu haben zum Entspannen und für erfreuliche Kontakte außerhalb der Pflege, stehen hier an erster Stelle. Dadurch, dass Angehörige und der Mensch mit Demenz naturgemäß gemeinsam im Fokus stehen, ist es möglich, eine Überforderung der Angehörigen frühzeitig zu erkennen. Durch die Wertschätzung der Pflegeperson und der von ihr geleisteten Pflegearbeit wird ein neues familiäres Gleichgewicht hergestellt. Das Leben mit Demenz besser zu gestalten und damit die Lebensqualität zu erhalten ist Kern der Beratungsarbeit. Im Gesundheitswesen werden Kosten durch die Sicherung der ambulanten Versorgung reduziert. Die zukünftige Entwicklung muss daher den Ausbau von Beratungsstrukturen forcieren.

Zurzeit sind die Rahmenbedingungen, Voraussetzungen und die notwendigen fachlichen Kompetenzen für die psychosoziale Angehörigenberatung bei Demenz in einem Weiterentwicklungsprozess:

- Eine gesicherte, gesetzlich geregelte Finanzierung von psychosozialer Beratung existiert nicht.
- Standards, die Aussagen über das notwendige Personal, die fachlichen Kompetenzen und die Einbindung in das medizinische, pflegerische und soziale Versorgungsnetz vor Ort machen, sind noch nicht flächendeckend implementiert. Mit der Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind Schritte in Richtung einer stärkeren Berücksichtigung vorgenommen worden.
- Die Vielzahl unterschiedlicher inhaltlicher und methodischer Arbeitskonzepte erschwert das Verständnis für ein einheitliches, transparentes Angebot.
- Die Differenzierung des Leistungsspektrums, d. h. klar benannte Handlungsgrenzen, die aufgrund bestimmter Indikationen und Problemnennungen einer Weitervermittlung bedürfen und zur Klärung von Schnittstellen im Versorgungsnetz beitragen, steht noch aus.
- Bei den Bemühungen zur Ergebnissicherung und Erfolgskontrolle von psychosozialer Beratung stehen wir noch am Anfang.

5.1.3 Fallsteuerung bei komplexen Bedarfslagen

Liegen in der Unterstützung des Menschen mit Demenz komplexe Bedarfslagen vor, kann Case Management als Handlungskonzept eine Möglichkeit sein, „bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen“ (Wendt 2018, S. 25). Das Handlungskonzept ist zugleich ein Programm, nach dem „Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können“ (ebd.).

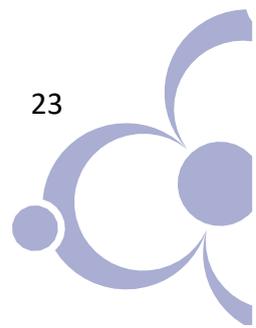


Case Management soll Fachkräfte im Sozial- und Gesundheitswesen befähigen, unter komplexen Bedingungen Hilfemöglichkeiten abzustimmen und die vorhandenen institutionellen Ressourcen im Gemeinwesen oder Arbeitsfeld koordinierend heranzuziehen. Aufgabe ist es, ein zielgerichtetes System von Zusammenarbeit zu organisieren, zu kontrollieren und auszuwerten, das am konkreten Unterstützungsbedarf der einzelnen Person ausgerichtet ist und an deren Herstellung die betroffene Person konkret beteiligt wird. Somit ist die problematische Lebenssituation, in der sich eine Person mit Unterstützungsbedarf befindet qua Definition der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) der zentrale Bezugspunkt der Versorgungssteuerung. „Gesteuert wird die Bearbeitung der Situation und Problematik im Bezugsfeld der sozialen und räumlichen Umgebung, der beteiligten Organisationen und Professionen sowie der rechtlichen Rahmenbedingungen [...] Der Aufnahme und Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse der Menschen mit Unterstützungsbedarf kommt im Case Management fachlich und ethisch eine besondere Bedeutung zu, weil alle Steuerungsleistungen innerhalb einer Organisation und im regionalen versorgungsgefüge das Ziel haben, die soziale und gesundheitliche Situation zu verbessern“ (DGCC 2020, S.2/3).

Nicht ausschließlich die Qualitäten als Berater*in allein sind gefragt, sondern die als Moderator*in mit Letztverantwortung, die im Prozess der Hilfe die Bedürfnisse der Klienten einschätzt, die die Planung und Sicherung der Bereitstellung medizinischer und sozialer Dienstleistungen koordiniert, die Prioritäten setzt und ggf. zukünftig Standards erarbeitet bzw. festlegt und für ihre Einhaltung sorgt. Unterschieden wird in Fallmanagement (Optimierung der Hilfe im konkreten Fall) und Systemmanagement (Optimierung der Versorgung im Zuständigkeitsbereich). Die Übergänge von Systemmanagement zum Care Management sind fließend. In der Praxis des Case Managements fließen die beiden Aspekte meist zusammen (vgl. Löcherbach 2009).

In der Beratungspraxis gibt es einen Teil von Beratungsanfragen, die aufgrund des Problemdrucks keine tiefergehende strukturelle Klärung zulassen, sondern direkte Problemlösungsstrategien erfordern. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Bewältigung der Demenzproblematik häufig eine komplexe Problemlage darstellt bzw. irgendwann auf sie hinausläuft. Je höher der Problemdruck, desto nötiger ist dann eine Beteiligung mehrerer Akteure (familienentlastende oder -ersetzende Leistungserbringer), die in einem kooperativen Prozess aufeinander abgestimmt agieren müssen (hohe Akteursdichte). Typisch ist ferner die Vielzahl ungesicherter Lebensbereiche, denen eine Fülle von Sicherheitsaufträgen zum Erhalt des ambulanten Pflegearrangements gegenübersteht.

Während die Abgrenzung zur leistungsbezogenen Beratung relativ leicht fällt, ist die **Abgrenzung zur psychosozialen Beratung** bei Demenz durchaus schwieriger. Es gilt folgender Hinweis zu berücksichtigen: Beim Case-Management wird von einem Handlungskonzept gesprochen, dass Implementierungsanforderungen auf institutioneller Netzwerkebene und auf Organisationsebene erfordert, um auf der Ebene des Einzelfalls adressatenorientiert (nicht angebotsorientiert) zu agieren.





In der Arbeitspraxis hat sich folgende Definition bewährt: Sofern zwar die Klärung einer komplexen Notlage, aber keine Kooperation von Akteur*innen und Fachdiensten zur Behebung dieser notwendig ist, handelt es sich nicht um ein Case Management, sondern um einen allgemeinen Beratungsprozess. Case Management ist indiziert durch multikomplexe Bedarfslagen und die Notwendigkeit der Heranziehung verschiedener Leistungsträger*innen und -anbieter*innen.

Indikation für das Case Management auf der Einzelfallebene: Die Fallsteuerung bei komplexen Bedarfslagen bei Demenz ist ein längerfristiges Setting. Es erfordert direkte Problemlösungsstrategien und / oder die dauerhafte Substitution eines Mangels an Klärungsfähigkeit. Der Mensch mit Demenz ist in seinem Krankheitsprozess weit vorangeschritten oder aber alleinlebend / alleinstehend. Hinsichtlich der Zielgruppenbeschreibung zeigt sich, dass in diesem Bereich die Beratungsanfrage über betreuende Angehörige oder andere Akteur*innen typisch ist. Leistungserbringer*innen sind Beratungsstellen mit Komm- und Geh-Strukturen. Die Möglichkeit von Hausbesuchen muss gegeben und die Qualifikation für das Case Management vorhanden sein.





6. ÜBERSICHT ÜBER DIE BERATUNGSSTRUKTUR

Deutlich wurde, dass Beratung einen wichtigen Zugang zum Versorgungssystem schafft. Umso wichtiger ist es, dass für die Demenzberatung ein gutes Beratungssystem vorgehalten wird. Daher erfolgt abschließend ein Überblick über die Beratungslandschaft rund um das Thema Demenz in Deutschland, um Bezüge und Anknüpfungspunkte für eine spezifische Fachberatung zum Thema Demenz aufzeigen zu können. Daraus ergeben sich potenzielle Anknüpfungspunkte für die Weiterentwicklung von Beratungsstrukturen. Ziel sollte eine kleinräumige, transparente und vernetzt arbeitende Beratungsinfrastruktur sein, in welcher eine spezifische Fachberatung Demenz systemisch integriert ist.

Das vorgefundene Beratungssystem für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen ist in diesem Feld vielseitig. Es gibt verschiedene landesweite und bundesweite Gesetze, deren Fokus auf Pflege (und Altenhilfe) bereits ausgerichtet ist. Bislang existiert in keinem ein explizites Aufgreifen einer demenzspezifischen Fachberatung. Die gesetzlichen Grundlagen für die Beratung von pflegebedürftigen Personen finden sich sowohl in Bundesgesetzen wie dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) an verschiedenen Stellen sowie dem Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII) als auch im Alten- und Pflegegesetz NRW. Namentlich zu nennen sind:

- **Alten- und Pflegegesetz NRW, § 6 Beratung:** Hier geht es um die trägerunabhängige Beratung von Menschen mit Pflegebedarf, der von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen und ihrer Angehörigen. Vorgesehen ist zugehende Beratung und Fallmanagement. In der Regel ist dies die gesetzliche Grundlage für kommunale Pflegeberatungsstellen. Sie sind aber in der Regel nicht speziell für Menschen mit Demenz konzipiert.
- **§ 7 SGB XI:** regelt die Verpflichtung der Pflegekassen, ihre Versicherten sowohl über die Fragen im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit ausgiebig zu beraten, als auch darüber, welche Pflegeleistungen für den Pflegebedürftigen in seiner persönlichen Situation in Betracht kommen. Es besteht die Möglichkeit, an der Beratung andere Träger zu beteiligen, soweit die Neutralität und Unabhängigkeit gewährleistet ist.
- **§ 37 Abs. 3 SGB XI:** regelt die Beratung von Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit, die Pflegegeld beziehen. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden.
- **§ 45 SGB XI:** Über diese gesetzliche Grundlage können einerseits Pflegekurse, aber auch die häusliche Einzelschulung für pflegende Angehörige und Interessierte finanziert werden. Wenn es pflegenden Angehörigen nicht möglich ist an einem Kurs teilzunehmen, kann die Schulung durch eine geeignete Fachkraft auch zu Hause stattfinden (1 bis 3 Hausbesuche im Jahr). Im Falle einer Demenz geht es hier insbesondere auch um die psychosoziale Beratung der Angehörigen zum Thema Demenz und um konkrete Hilfestellungen für den Betreuungs- und Pflegealltag.
- **§ 71 Abs. 2 SGB XII:** Darin werden kommunale Beratungsangebote im Kontext der Altenhilfe angesprochen, mit denen die Einbindung in das soziale Leben und gesellschaftliche Gestaltungsmöglichkeiten im Sinne von Teilhabe verbessert werden sollen.

In Anlehnung an die Struktur und Ausarbeitung von Koch & Krampe (2019) wurden diese Gesetzesbezüge im Folgenden tabellarisch ausgearbeitet, um einen Überblick über die Beratungsbezüge zu geben.



	§ 6 Alten- und Pflegegesetz NRW	§ 7a, § 7c SGB XI	§ 37 Abs. 3 SGB XI	§ 45 SGB XI	§71 Abs. 2 SGB XII
Information	Weitergabe von Informationen, Wissenstransfer, Wissensvermittlung	Weitergabe von Informationen, Wissensvermittlung	Weitergabe von Informationen, Wissenstransfer, Wissensvermittlung	Weitergabe von Informationen, Wissenstransfer, Wissensvermittlung	Weitergabe von Informationen, Wissenstransfer, Wissensvermittlung
Schulung / Anleitung	Vermittlung von pflegebezogenen Fertigkeiten und Fähigkeiten durch Initiierung eines zielgerichteten Lernprozesses (im Rahmen eines Beratungs- bzw. Case-Management-Prozesses)	Vermittlung von pflegebezogenen Fertigkeiten und Fähigkeiten durch Initiierung eines zielgerichteten Lernprozesses (im Rahmen eines Beratungs- bzw. Case-Management-Prozesses)	Vermittlung von pflegebezogenen Fertigkeiten und Fähigkeiten durch Initiierung eines zielgerichteten Lernprozesses	Vermittlung von pflegebezogenen Fertigkeiten und Fähigkeiten durch Initiierung eines zielgerichteten Lernprozesses (im Rahmen eines Beratungsprozesses)	Vermittlung von pflegebezogenen Fertigkeiten und Fähigkeiten durch Initiierung eines zielgerichteten Lernprozesses
Beratung	<p>Prozessberatung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Umfassende Problemanalyse • Gemeinsame Erarbeitung einer Zielsetzung einer Versorgungsplanung • Interventionsdurchführung-, -steuerung und -überwachung • Reflexion, Evaluation und Abschluss der Beratung 	<p>Prozessberatung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Umfassende Problemanalyse • Gemeinsame Erarbeitung einer Zielsetzung einer Versorgungsplanung • Interventionsdurchführung-, -steuerung und -überwachung • Reflexion, Evaluation und Abschluss der Beratung 	<p>Experten- und/ oder Prozessberatung in der Häuslichkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erfassung der Situation (Themenbereiche) • Problemanalyse • Durchführung einer Kurzintervention (Lösungsorientierung) <p>Bei Bedarf Weitervermittlung</p>	<p>Prozessberatung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Umfassende Problemanalyse • Gemeinsame Erarbeitung einer Zielsetzung • Interventionsförderung (Wissensvermittlung, Schulung/Anleitung, Gesprächstechniken etc.) <p>Reflexion, Evaluation und Abschluss der Beratung</p>	<p>Prozessberatung</p>
Fallsteuerung bei komplexen Bedarfslagen	<ul style="list-style-type: none"> • Ggf. Vermittlung eines Case-Managements 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung • plus Versorgungsplanung • plus Fallsteuerung • plus Fallevaluation 		<ul style="list-style-type: none"> • Ggf. Vermittlung eines Case-Managements 	



	§ 6 Alten- und Pflegegesetz NRW	§ 7a, § 7c SGB XI	§ 37 Abs. 3 SGB XI	§ 45 SGB XI	§71 Abs. 2 SGB XII
Beraterrollen	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsquelle • Experte • Wissensvermittler • Zuhörer • Prozessbegleiter • Manager 	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsquelle • Experte • Wissensvermittler • Zuhörer • Prozessbegleiter • Helfer zur Problemlösung • Impulsgeber • Lotse • Anwalt • Manager • Koordinator 	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsquelle • Experte • Wissensvermittler 	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsquelle • Experte • Wissensvermittler • Zuhörer • Prozessbegleiter • Helfer zur Problemlösung • Impulsgeber • Lotse 	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsquelle • Experte • Wissensvermittler • Prozessbegleiter
Methoden	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht definiert 	<ul style="list-style-type: none"> • Lern- und Beratungsmethoden • Plus Versorgungsplan • Plus Koordinierungsinstrumente 	<ul style="list-style-type: none"> • Lern- und Beratungsmethoden 	<ul style="list-style-type: none"> • Lern- und Beratungsmethoden 	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht definiert
Orientierung	Orientierung am Ratsuchenden und am Versorgungssystem	Orientierung am Ratsuchenden und am Versorgungssystem	Orientierung am Ratsuchenden und an zentralen Themenbereichen	Orientierung am Ratsuchenden	Orientierung am Ratsuchenden
Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> • Bearbeitung von Wissensdefiziten • Initiierung von Lernprozessen (Kompetenzförderung) • Unterstützung von Entscheidungs- und Problemlösungsprozessen • Beratung bei komplexen Problemstellungen • Begleitung • Organisation, Planung und Steuerung von Hilfen 	<ul style="list-style-type: none"> • Einschätzung der Pflegesituation • Bearbeitung von Wissensdefiziten • Initiierung von Lernprozessen 	<ul style="list-style-type: none"> • Bearbeitung von Wissensdefiziten • Initiierung von Lernprozessen (Kompetenzförderung) • Unterstützung von Entscheidungs- und Problemlösungsprozessen • Beratung bei komplexen Problemstellungen • Begleitung 	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfen, die in dieser Form in keinem anderen Leistungssystem behandelt werden • Bearbeitung von Wissensdefiziten • Beratung bei komplexen Problemstellungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfen, die in dieser Form in keinem anderen Leistungssystem behandelt werden

Eine umfassende Sichtung gesetzlicher Grundlagen für die Finanzierung von Beratungsleistungen bei Demenz ergibt nur wenige und unzureichende Anknüpfungspunkte. Die genannten gesetzlichen Grundlagen zeigen Möglichkeiten auf, wie im Einzelfall eine Beratungsleistung finanziert werden kann. Die Regelungen des SGB XII müssen weiter bekannt gemacht werden und im Rahmen von Kommunen idealerweise mit festen Ansprechpersonen besetzt sein, um nach außen hin Transparenz zu vermitteln. Um eine Beratungsleistung finanziell absichern zu können, setzen die genannten Regelungen im Rahmen des SGB XI allerdings voraus, dass in jedem Einzelfall im Voraus die Rahmenbedingungen mit der Pflegekasse vereinbart werden. Dies erweist sich in der Praxis unter Umständen als äußerst zeitintensiv. Selbst die Finanzierung einer Einzelberatung ist deshalb auf Basis dieser gesetzlichen Grundlage nur schwer zu gewährleisten. Darüberhinausgehende nicht einzelfallbezogene Angebote einer qualifizierten Demenzfachberatung, wie beispielsweise Öffentlichkeitsarbeit, Netzwerkarbeit, Qualifizierungsmaßnahmen für beruflich Engagierte sind auf der Basis der bestehenden Gesetzeslage nicht zu finanzieren.



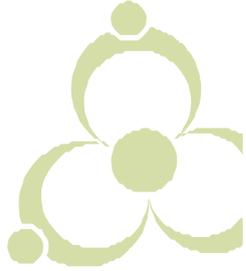
7. AUSBLICK

Die Auseinandersetzung mit dem Thema Fachberatung für Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen verdeutlicht, dass es sich hierbei um ein bedeutsames, aber sehr heterogenes Themengebiet handelt, was die Umsetzung in der Praxis anspruchsvoll gestaltet. Forschungsprojekte und ihre Erkenntnisse aus den letzten Jahren geben wichtige Impulse für die Ausgestaltung von Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen. Die Bedeutung psychosozialer Aspekte und Komponenten für die Unterstützung und Beratung von Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen bestätigt sich in verschiedenen Studien der letzten Jahre, die z.B. im Rahmen der Förderlinien "Leuchtturmprojekte Demenz" und „Zukunftswerkstatt Demenz“ des Bundesministeriums für Gesundheit gefördert wurden. Es benötigt dabei niedrigschwellige, flexible, zugewandte und verlässliche Strukturen, die sich an den Bedürfnissen der Zielgruppe orientieren. Für eine gelingende lokale Daseinsvorsorge ist dazu die Vernetzung und Transparenz solcher Angebote ausschlaggebend wie sie in Nordrhein-Westfalen durch die Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz umgesetzt wird.

Auf Bundesebene wird durch die Weiterentwicklung des Pflegeversicherungsgesetzes und die Entwicklung einer Nationalen Demenzstrategie das Thema Demenz derzeit immer wieder in den Fokus gerückt. Auf Landesebene finden sich ebenfalls mit den gesetzlichen Voraussetzungen Anknüpfungspunkte für eine Fachberatung zum Thema Demenz. Allerdings ist das Beratungssystem derzeit mit seiner Heterogenität noch verbesserungs- und ausbaufähig. Angebote müssen stärker bekannt gemacht werden, um sich aus ihrer aktuellen Funktion als vorwiegend Krisen-lösende Stellen heraus weiterentwickeln zu können. Auch vor dem Hintergrund sich verändernder Rahmenbedingungen in der pflegerischen Versorgung (z.B. Zunahme von Pflege über räumliche Distanz) werden sich Anforderungen ändern. Es werden zudem Qualitätsstandards für eine Beratung benötigt.

Da sich auch künftig an der Komplexität der Versorgung von Menschen mit Demenz und den daraus resultierenden komplexen Informationsbedürfnissen der Ratsuchenden aller Voraussicht nach keine Änderung ergeben wird, sondern sich durch die Zunahme von Menschen mit Demenz dieses Thema eher ausweiten wird, müssen sich Pflegeberatungsstellen in Gänze mit dieser Thematik auseinandersetzen und entsprechende Strukturen geschaffen werden, die eine explizite Fachberatung vorhalten.





QUELLENVERZEICHNIS

Allwicher, Volker (2009): Welche Beratung brauchen pflegende Angehörige. Konzeption einer bedürfnisorientierten Angehörigenberatung aus pflegewissenschaftlicher Perspektive, Norderstedt: Books on demand.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2020): Nationale Demenzstrategie, [online] https://www.nationale-demenzstrategie.de/fileadmin/nds/pdf/2020-07-01_Nationale_Demenzstrategie.pdf [13.07.2020].

Deutscher Ethikrat (2012): Demenz und Selbstbestimmung, Stellungnahme, [online] https://www.mariannen-hospital.de/fileadmin/hospitalverbund/print/ethik/DER_StnDemenz_Online.pdf [14.08.2020].

Engel, Frank/ Sickendieck, Ursel (2005): Beratung – ein eigenständiges Handlungsfeld mit neuen Herausforderungen, in: Pflege & Gesellschaft, 04/2005, S. 164- 171.

Hampel, Sarah/ Reuter, Verena/ Reichert, Monika (2015): Mobile Beratung im Themenfeld Demenz. Ergebnisse der Literaturanalyse im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung „Mobile Demenzberatung – ein niedrigschwelliges Angebot für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz (MobiDem)“, Dortmund, [online] http://www.fk12.tu-dortmund.de/cms/ISO/Medienpool/Soziale_Gerontologie/MobiDem/Literaturbericht_final.pdf [30.09.2015].

Koch, Katja/ Krampe, Danja (2019): Handbuch Pflegeberatung. Beratung, Schulung und Anleitung strukturiert organisieren und durchführen, Regensburg: Walhalla Verlag.

Kunzler, Angela/ Skodula, Nadine/ Nater, Urs M. (2018): Die Bedeutung von Resilienzfaktoren für pflegende Angehörige von Demenzpatienten – eine Übersicht zu ausgewählten Faktoren, in: Psychother Psych Med, 68, S. 10-21.

Löcherbach, Peter (2009): Case Management: Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. 4.Aufl. München: Budrich.

Luppa, Melanie/ Riedel-Heller, Steffi G./ Stein, Janine et al (2012): Predictors of institutionalisation in incident dementia—results of the German Study on Ageing, Cognition and Dementia in Primary Care Patients (AgeCoDe study). Dement Geriatr Cogn Disord 33(4), S. 282–288.

Mennemann, Hugo/ Kanth, Eva/ Monzer, Michael/ Podeswik, Andreas (2020): Rahmenempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management e.V. zum Handlungskonzept Case Management, In: Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (Hrsg.): Case Management Leitlinien. Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen. 2.Aufl. Heidelberg: medhochzwei. S.1-36.

Monsees, Jessica /Hoffmann, Wolfgang /Thyrian, Jochen René (2019): Prävalenz von Demenz bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 52, 2019, S. 654-660.

Nickel, Witiko/ Born, A./ Hanns, S./ Brähler, Elmar (2011): Welche Informationsbedürfnisse haben pflegebedürftige ältere Menschen und pflegende Angehörige?, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 2, 2011, S. 109-114.

Reichert, Monika/ Hampel, Sarah/ Reuter, Verena (2016): Mobile rigschwelliges Hilfeangebot für pflegende Angehörige, in: Zeitschrift für 3, S. 181-186.

Reichert, Monika/ Reuter, Verena/ Hampel, Sarah (unveröffentlicht). Interviews mit BeraterInnen der mobilen Demenzberatung „Für Sie ins Quartier“ im Rahmen des Projektes „MobiDem“ Mobile Demenzberatung – ein niedrigschwelliges Angebot für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz.

Riedel-Heller, Steffi G. (2018): Haben wir die pflegenden Angehörigen Demenzkranker im Blick?, in: Der Nervenarzt, 89, S. 493-494.

Riedemann, Elke (2016): Leben und Sterben, wo ich hingehöre, in: demenz. DAS MAGAZIN, Nr. 29, 2016, S. 16-18.

Rothgang, Heinz/ Müller, Rolf (2018): Barmer GEK Pflegereport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 12, Berlin: BARMER.

Schäfer-Walkmann, Susanne (2010): Einführung in die Thematik, in: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). Leuchtturmprojekte Demenz, online: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Leuchtturmprojekt_Demenz.pdf [11.09.2020].

Schlippe, Artis von / Schweitzer, Jochen (2019): Systemische Interventionen. 4. Auflage, Göttingen: utb.

SHG Dementi (2017): Partizipation fängt zu Hause an – auch der Partner muss verstehen, in: Demenz Support Stuttgart (Hrsg.). Beteiligtsein von Menschen mit Demenz: Praxisbeispiele und Impulse, Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Wendt, Wolf Rainer (2018): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. 7. überarbeitete und erweiterte Auflage, Freiburg: Lambertus Verlag.

Weyerer, Siegfried (2005): Altersdemenz, Heft 28, Robert-Koch-Institut, online: http://www.gbe-bund.de/pdf/Heft28_und_Wertetabellen.pdf [11.09.2020].

Wissert, Michael (2001): Unterstützungsmanagement als Rehabilitations- und Integrationskonzept bei der ambulanten Versorgung älterer, behinderter Menschen, Aachen: Karin Fischer Verlag.

ZQP (Zentrum für Qualität in der Pflege) (2019): Scham – Praxistipps für den Pflegealltag, ZQP, online: <https://www.zqp.de/produkt/ratgeber-scham> [11.09.2020].





ANHANG: ÜBERBLICK ÜBER DIE GESETZESTEXTE IM WORTLAUT

§ 6 Beratung APG NRW

Fassung ab 30.03.2018

Personen, die sich auf eine Situation der eigenen Pflegebedürftigkeit vorbereiten oder bei denen diese bereits eingetreten ist, sowie deren Angehörige sind trägerunabhängig über die Ansprüche und Unterstützungsmöglichkeiten entsprechend ihrer individuellen Bedarfe zu beraten. Die Beratung soll im abgestimmten Zusammenwirken der Beratungsangebote, insbesondere der Kommunen und Pflegekassen, vorgehalten werden. Hierbei soll insbesondere auf gemeinsame, unabhängige Beratungsangebote vor Ort mit der Möglichkeit von zugehender Beratung und Fallmanagement hingewirkt werden, wobei für Personen, die eine Beratung in Anspruch nehmen, die fachliche Qualifikation der Beratungsperson erkennbar sein muss. Das zuständige Ministerium schließt hierzu Rahmenvereinbarungen mit den Kreisen und kreisfreien Städten, den Landschaftsverbänden, den Pflegekassen und Dachverbänden sonstiger in der Beratung tätiger Institutionen.

§ 7a SGB XI

Fassung ab 01.01.2020

(1) Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung); Anspruchsberechtigten soll durch die Pflegekassen vor der erstmaligen Beratung unverzüglich ein zuständiger Pflegeberater, eine zuständige Pflegeberaterin oder eine sonstige Beratungsstelle benannt werden. Für das Verfahren, die Durchführung und die Inhalte der Pflegeberatung sind die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a maßgeblich. Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere,

1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst sowie, wenn die nach Satz 1 anspruchsberechtigte Person zustimmt, die Ergebnisse der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 systematisch zu erfassen und zu analysieren,
2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,
3. auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,
4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen,



5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren sowie
6. über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen zu informieren.

Der Versorgungsplan wird nach Maßgabe der Richtlinien nach § 17 Absatz 1a erstellt und umgesetzt; er beinhaltet insbesondere Empfehlungen zu den im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen nach Satz 2 Nummer 3, Hinweise zu dem dazu vorhandenen örtlichen Leistungsangebot sowie zur Überprüfung und Anpassung der empfohlenen Maßnahmen. Bei Erstellung und Umsetzung des Versorgungsplans ist Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden und allen an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten anzustreben. Soweit Leistungen nach sonstigen bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften erforderlich sind, sind die zuständigen Leistungsträger frühzeitig mit dem Ziel der Abstimmung einzubeziehen. Eine enge Zusammenarbeit mit anderen Koordinierungsstellen, insbesondere den Ansprechstellen der Rehabilitationsträger nach § 12 Absatz 1 Satz 3 des Neunten Buches, ist sicherzustellen. Ihnen obliegende Aufgaben der Pflegeberatung können die Pflegekassen ganz oder teilweise auf Dritte übertragen; § 80 des Zehnten Buches bleibt unberührt. Ein Anspruch auf Pflegeberatung besteht auch dann, wenn ein Antrag auf Leistungen nach diesem Buch gestellt wurde und erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. Es ist sicherzustellen, dass im jeweiligen Pflegestützpunkt nach § 7c Pflegeberatung im Sinne dieser Vorschrift in Anspruch genommen werden kann und die Unabhängigkeit der Beratung gewährleistet ist.

(2) Auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung. Sie erfolgt auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der diese Person lebt. Ein Versicherter kann einen Leistungsantrag nach diesem oder dem Fünften Buch auch gegenüber dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin stellen. Der Antrag ist unverzüglich der zuständigen Pflege- oder Krankenkasse zu übermitteln, die den Leistungsbescheid unverzüglich dem Antragsteller und zeitgleich dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin zuleitet.

(3) Die Anzahl von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen ist so zu bemessen, dass die Aufgaben nach Absatz 1 im Interesse der Hilfesuchenden zeitnah und umfassend wahrgenommen werden können. Die Pflegekassen setzen für die persönliche Beratung und Betreuung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen entsprechend qualifiziertes Personal ein, insbesondere Pflegefachkräfte, Sozialversicherungs-fachangestellte oder Sozialarbeiter mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt unter Beteiligung der in § 17 Absatz 1a Satz 2 genannten Parteien bis zum 31. Juli 2018 Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern ab.

(4) Die Pflegekassen im Land haben Pflegeberater und Pflegeberaterinnen zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Aufgabenwahrnehmung in den Pflegestützpunkten nach Anzahl und örtlicher Zuständigkeit aufeinander abgestimmt bereit-zustellen und hierüber einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen zu treffen. Die Pflegekassen können diese Aufgabe auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen. Kommt eine Einigung bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ganz oder teilweise nicht zustande, haben die Landesverbände der Pflegekassen innerhalb eines Monats zu entscheiden; § 81 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Pflegekassen und die gesetzlichen Krankenkassen können zur Aufgabenwahrnehmung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen von der

Möglichkeit der Beauftragung nach Maßgabe der §§ 88 bis 92 des Zehnten Buches Gebrauch machen; § 94 Absatz 1 Nummer 8 gilt entsprechend Die durch die Tätigkeit von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen entstehenden Aufwendungen werden von den Pflegekassen getragen und zur Hälfte auf die Verwaltungskostenpauschale nach § 46 Abs. 3 Satz 1 angerechnet.

(5) Zur Durchführung der Pflegeberatung können die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, Pflegeberater und Pflegeberaterinnen der Pflegekassen für die bei ihnen versicherten Personen nutzen. Dies setzt eine vertragliche Vereinbarung mit den Pflegekassen über Art, Inhalt und Umfang der Inanspruchnahme sowie über die Vergütung der hierfür je Fall entstehenden Aufwendungen voraus. Soweit Vereinbarungen mit den Pflegekassen nicht zustande kommen, können die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, untereinander Vereinbarungen über eine abgestimmte Bereitstellung von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen treffen.

(6) Pflegeberater und Pflegeberaterinnen sowie sonstige mit der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 befasste Stellen, insbesondere

1. nach Landesrecht für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu bestimmende Stellen,
2. Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung,
3. Pflegeeinrichtungen und Einzelpersonen nach § 77,
4. Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen sowie
5. Agenturen für Arbeit und Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende,

dürfen Sozialdaten für Zwecke der Pflegeberatung nur verarbeiten, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch erforderlich oder durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches oder Regelungen des Versicherungsvertrags- oder des Versicherungsaufsichtsgesetzes angeordnet oder erlaubt ist.

(7) Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., den nach Landesrecht bestimmten Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der Altenhilfe und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge über die Zusammenarbeit in der Beratung. Zu den Verträgen nach Satz 1 sind die Verbände der Träger weiterer nicht gewerblicher Beratungsstellen auf Landesebene anzuhören, die für die Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen von Bedeutung sind. Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und dem zuständigen Träger der Sozialhilfe auf dessen Verlangen eine ergänzende Vereinbarung zu den Verträgen nach Satz 1 über die Zusammenarbeit in der örtlichen Beratung im Gebiet des Kreises oder der kreisfreien Stadt für den Bereich der örtlichen Zuständigkeit des Trägers der Sozialhilfe. Für Modellvorhaben nach § 123 kann der Antragsteller nach § 123 Absatz 1 die ergänzende Vereinbarung für den Geltungsbereich des Modellvorhabens verlangen.

(8) Die Pflegekassen können sich zur Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben nach diesem Buch aus ihren Verwaltungsmitteln an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von

Beratungsaufgaben anderer Träger beteiligen; die Neutralität und Unabhängigkeit der Beratung sind zu gewährleisten.

(9) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre, erstmals zum 30. Juni 2020, einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht vor über

1. die Erfahrungen und Weiterentwicklung der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen nach den Absätzen 1 bis 4, 7 und 8, § 7b Absatz 1 und 2 und § 7c und
2. die Durchführung, Ergebnisse und Wirkungen der Beratung in der eigenen Häuslichkeit sowie die Fortentwicklung der Beratungsstrukturen nach § 37 Absatz 3 bis 8.

Er kann hierfür Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen.

§ 37, 3 SGB XI

Fassung ab 01.01.2020

(3) Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben

1. bei Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich einmal,
2. bei Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich einmal

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch einen zugelassenen Pflegedienst, durch eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz oder, sofern dies durch einen zugelassenen Pflegedienst vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Pflegebedürftigen und die häuslich Pflegenden sind bei der Beratung auch auf die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des für sie zuständigen Pflegestützpunktes sowie auf die Pflegeberatung nach § 7a hinzuweisen. Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen. Die Höhe der Vergütung für die Beratung durch einen zugelassenen Pflegedienst oder durch eine von der Pflegekasse beauftragte Pflegefachkraft vereinbaren die Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften in entsprechender Anwendung des § 89 Absatz 1 und 3 mit dem Träger des zugelassenen Pflegedienstes oder mit der von der Pflegekasse beauftragten Pflegefachkraft unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach Absatz 5. Die Vergütung kann nach Pflegegraden gestaffelt werden. Über die Höhe der Vergütung anerkannter Beratungsstellen und von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften entscheiden ab





dem Jahr 2020 die Landesverbände der Pflegekassen unter Zugrundelegung der im jeweiligen Land nach Satz 5 und 6 vereinbarten Vergütungssätze jeweils für die Dauer eines Jahres. Die Landesverbände haben die jeweilige Festlegung der Vergütungshöhe in geeigneter Weise zu veröffentlichen. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch, halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch abzurufen. Beziehen Pflegebedürftige von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen, können sie ebenfalls halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen; für die Vergütung der Beratung gelten die Sätze 4 bis 9.

(4) Die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachkräfte haben die Durchführung der Beratungseinsätze gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen, im Fall der Beihilfeberechtigung auch der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle. Die Spitzenverbände der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung. Erteilt die pflegebedürftige Person die Einwilligung nicht, ist jedoch nach Überzeugung der Beratungsperson eine weitergehende Beratung angezeigt, übermittelt die jeweilige Beratungsstelle diese Einschätzung über die Erforderlichkeit einer weitergehenden Beratung der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen. Diese haben eine weitergehende Beratung nach § 7a anzubieten. Der beauftragte Pflegedienst und die anerkannte Beratungsstelle haben dafür Sorge zu tragen, dass für einen Beratungsbesuch im häuslichen Bereich Pflegekräfte eingesetzt werden, die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen mitbringen und über besondere Beratungskompetenz verfügen. Zudem soll bei der Planung für die Beratungsbesuche weitestgehend sichergestellt werden, dass der Beratungsbesuch bei einem Pflegebedürftigen möglichst auf Dauer von derselben Pflegekraft durchgeführt wird.

(5) Die Vertragsparteien nach § 113 beschließen gemäß § 113b bis zum 1. Januar 2018 unter Beachtung der in Absatz 4 festgelegten Anforderungen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3. Die Empfehlungen enthalten Ausführungen wenigstens

1. zu Beratungsstandards,
2. zur erforderlichen Qualifikation der Beratungspersonen sowie
3. zu erforderlichenfalls einzuleitenden Maßnahmen im Einzelfall.

Fordert das Bundesministerium für Gesundheit oder eine Vertragspartei nach § 113 im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Vertragsparteien schriftlich zum Beschluss neuer Empfehlungen nach Satz 1 auf, sind diese innerhalb von sechs Monaten nach Eingang der Aufforderung neu zu beschließen. Die Empfehlungen gelten für die anerkannten Beratungsstellen entsprechend.

(5a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 1. Januar 2020 Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Erkenntnisse aus dem jeweiligen Beratungsbesuch durch die



Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

(6) Rufen Pflegebedürftige die Beratung nach Absatz 3 Satz 1 nicht ab, hat die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen.

(7) Die Landesverbände der Pflegekassen haben neutrale und unabhängige Beratungsstellen zur Durchführung der Beratung nach den Absätzen 3 und 4 anzuerkennen. Dem Antrag auf Anerkennung ist ein Nachweis über die erforderliche pflegfachliche Kompetenz der Beratungsstelle und ein Konzept zur Qualitätssicherung des Beratungsangebotes beizufügen. Die Landesverbände der Pflegekassen regeln das Nähere zur Anerkennung der Beratungsstellen.

(8) Die Beratungsbesuche nach Absatz 3 können auch von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern im Sinne des § 7a oder von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegfachliche Kompetenz aufweisen, durchgeführt werden. Absatz 4 findet entsprechende Anwendung. Die Inhalte der Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 5 sind zu beachten.

(9) Beratungsbesuche nach Absatz 3 dürfen von Betreuungsdiensten im Sinne des § 71 Absatz 1a nicht durchgeführt werden.

§ 45 SGB XI

Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Fassung ab 01.01.2016

(1) Die Pflegekassen haben für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen unentgeltlich Schulungskurse durchzuführen, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt. § 114a Absatz 3a gilt entsprechend.

(2) Die Pflegekasse kann die Kurse entweder selbst oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen durchführen oder geeignete andere Einrichtungen mit der Durchführung beauftragen.

(3) Über die einheitliche Durchführung sowie über die inhaltliche Ausgestaltung der Kurse können die Landesverbände der Pflegekassen und die Verbände der Ersatzkassen, soweit sie Aufgaben der Pflegeversicherung auf Landesebene wahrnehmen, Rahmenvereinbarungen mit den Trägern der Einrichtungen schließen, die die Pflegekurse durchführen.



§ 45a SGB XI

Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung

Fassung ab 01.01.2019

(1) Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können. Angebote zur Unterstützung im Alltag sind

1. Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegfachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),
2. Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegenden dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),
3. Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).

Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des gemäß Absatz 3 erlassenen Landesrechts. Durch ein Angebot zur Unterstützung im Alltag können auch mehrere der in Satz 2 Nummer 1 bis 3 genannten Bereiche abgedeckt werden. In Betracht kommen als Angebote zur Unterstützung im Alltag insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger oder vergleichbar nahestehender Pflegepersonen im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen, Familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.

(2) Angebote zur Unterstützung im Alltag beinhalten die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegenden zur besseren Bewältigung des Pflegealltags, die Erbringung von Dienstleistungen, organisatorische Hilfestellungen oder andere geeignete Maßnahmen. Die Angebote verfügen über ein Konzept, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots sowie eine Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden sollen, und die Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in Rechnung gestellten Kosten enthält. Das Konzept umfasst ferner Angaben zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden und zu dem Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen sowie dazu, wie eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und



Unterstützung insbesondere von ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert werden. Bei wesentlichen Änderungen hinsichtlich der angebotenen Leistungen ist das Konzept entsprechend fortzuschreiben; bei Änderung der hierfür in Rechnung gestellten Kosten sind die entsprechenden Angaben zu aktualisieren.

(3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne der Absätze 1 und 2 einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote und zur regelmäßigen Übermittlung einer Übersicht über die aktuell angebotenen Leistungen und die Höhe der hierfür erhobenen Kosten zu bestimmen. Beim Erlass der Rechtsverordnung sollen sie die gemäß § 45c Absatz 7 beschlossenen Empfehlungen berücksichtigen.

(4) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können eine Kostenerstattung zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 erhalten, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag nach § 36 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden. Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 Prozent des nach § 36 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nicht überschreiten. Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung nach Satz 1 auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über Eigenbelastungen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Satz 1 genannten Leistungen entstanden sind. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen nach Satz 1 als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5, 7 und 8 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt. Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Möglichkeit zur anteiligen Verwendung der in § 36 für den Bezug ambulanter Pflegesachleistungen vorgesehenen Leistungsbeträge auch für Leistungen nach Landesrecht anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag nach den Sätzen 1 bis 6 spätestens bis zum 31. Dezember 2018. Die Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b erfolgen unabhängig voneinander.



§71 SGB XII

Altenhilfe

Fassung ab 01.01.2020

(1) Alten Menschen soll außer den Leistungen nach den übrigen Bestimmungen dieses Buches sowie den Leistungen der Eingliederungshilfe nach Teil 2 des Neunten Buches Altenhilfe gewährt werden. Die Altenhilfe soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe zu stärken.

(2) Als Leistungen der Altenhilfe kommen insbesondere in Betracht:

1. Leistungen zu einer Betätigung und zum gesellschaftlichen Engagement, wenn sie vom alten Menschen gewünscht wird,
2. Leistungen bei der Beschaffung und zur Erhaltung einer Wohnung, die den Bedürfnissen des alten Menschen entspricht,
3. Beratung und Unterstützung im Vor- und Umfeld von Pflege, insbesondere in allen Fragen des Angebots an Wohnformen bei Unterstützungs-, Betreuungs- oder Pflegebedarf sowie an Diensten, die Betreuung oder Pflege leisten,
4. Beratung und Unterstützung in allen Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste,
5. Leistungen zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung, der Bildung oder den kulturellen Bedürfnissen alter Menschendienen,
6. Leistungen, die alten Menschen die Verbindung mit nahe stehenden Personen ermöglichen.

(3) Leistungen nach Absatz 1 sollen auch erbracht werden, wenn sie der Vorbereitung auf das Alter dienen.

(4) Altenhilfe soll ohne Rücksicht auf vorhandenes Einkommen oder Vermögen geleistet werden, soweit im Einzelfall Beratung und Unterstützung erforderlich sind.

(5) Die Leistungen der Altenhilfe sind mit den übrigen Leistungen dieses Buches, den Leistungen der örtlichen Altenhilfe und der kommunalen Infrastruktur zur Vermeidung sowie Verringerung der Pflegebedürftigkeit und zur Inanspruchnahme der Leistungen der Eingliederungshilfe zu verzahnen. Die Ergebnisse der Gesamtplanung nach § 58 sowie die Grundsätze der Koordination, Kooperation und Konvergenz der Leistungen nach den Vorschriften des Neunten Buches sind zuberücksichtigen.

WER WIR SIND– DIE REGIONALBÜROS ALTER, PFLEGE UND DEMENZ

Die Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz – Eine gemeinsame Initiative zur Strukturentwicklung von Landesregierung und Pflegekassen NRW sind ein landesweites Netzwerk. Das Ziel ist es, gemeinsam mit Unterstützenden vor Ort die Versorgungsstrukturen für Menschen mit unterschiedlichem Pflegebedarf und für pflegende Angehörige in Nordrhein-Westfalen zu verbessern.

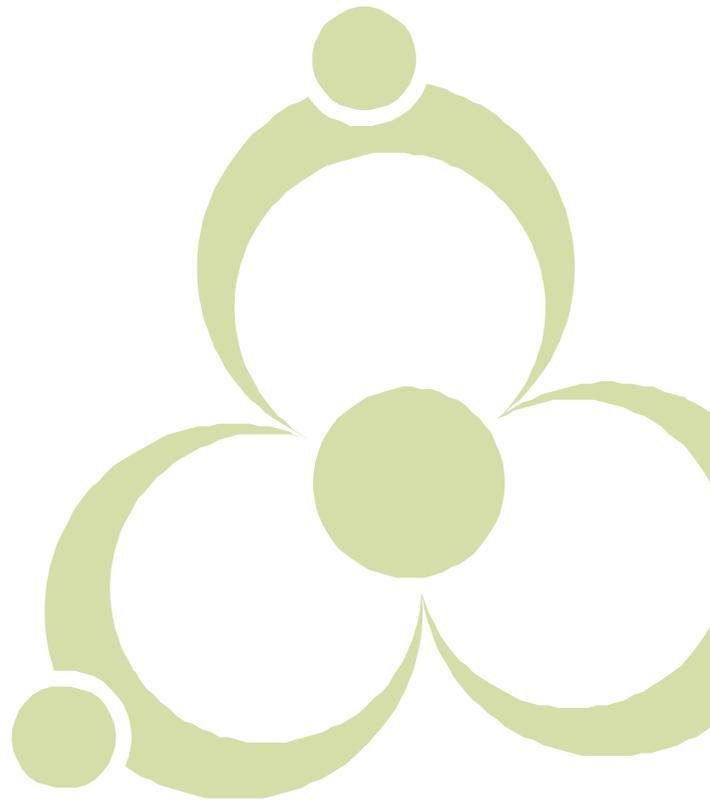
Im Zentrum unserer Arbeit steht die Information, Beratung, Begleitung, Qualifikation und Vernetzung von haupt- und ehrenamtlich engagierten Menschen und Organisationen, um so die Strukturentwicklung in den Bereichen Alter, Pflege und Demenz zu fördern. Insgesamt arbeiten in NRW zwölf Regionalbüros in unterschiedlicher Trägerschaft.

Durch Informations- und Qualifizierungsangebote und Angebote zur kleinräumigen Strukturentwicklung und Netzwerkarbeit wird ein Beitrag geleistet zur Unterstützung der Betroffenen und ihrer Angehörigen sowie zur Weiterentwicklung und Vernetzung wohnortnaher Angebote. Darüber hinaus arbeiten im Rahmen der gemeinsamen Initiative zur Strukturentwicklung der Landesregierung und der Träger der Pflegeversicherung NRW thematisch verschiedene Arbeitsgruppen und Netzwerke. Sie erarbeiten aktuelle Themen und Inhalte sowie gemeinsame Positionen und bereiten konkrete Aktionen vor.

Die gemeinsame Initiative zur Strukturentwicklung der Landesregierung und der Träger der Pflegeversicherung NRW – Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz hat am 1. Juli 2019 die damalige Landesinitiative Demenzservice NRW (2004-2019) abgelöst und setzt den Auftrag in erweiterter Form um. Die Landesregierung NRW und die Pflegekassen NRW fördern die gemeinsame Initiative und sind aktiv am Prozess der Weiterentwicklung beteiligt.

Besuchen Sie uns im Internet unter www.alter-pflege-demenz-nrw.de und finden Sie dort das für Sie zuständige Regionalbüro Alter, Pflege und Demenz.





IMPRESSUM

HERAUSGEBER:

Fach- und Koordinierungsstelle der Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz – Eine gemeinsame Initiative zur Strukturentwicklung der Landesregierung und der Träger der Pflegeversicherung Nordrhein-Westfalen.

Im: Kuratorium Deutsche Altershilfe –
KDA gGmbH, Regionalbüro Köln
Gürzenichstraße 25
50667 Köln

Tel.: 030 / 2218298-27

E-Mail: info@rb-apd.de

Domain: <https://alter-pflege-demenz-nrw.de/>

Verantwortlich für die Inhalte

Konzept: Diese Publikation wurde erstmalig von den AGs „Beratung bei Demenz“ und „Aktuelle Finanzierungsmöglichkeiten von Beratung“ im Rahmen der Landesinitiative Demenz-Service in NRW erstellt. In der 2. Auflage erfolgte die Überarbeitung durch die Kompetenzgruppe Demenz und die Kompetenzgruppe Pflegeberatung der Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz.

Weitere Informationen zu der Kompetenzgruppe Demenz und deren Ansprechpartner*innen finden Sie unter: <https://alter-pflege-demenz-nrw.de/akteure/themen/demenz/>

Weitere Informationen zu der Kompetenzgruppe Pflegeberatung und deren Ansprechpartner*innen finden Sie unter: <https://alter-pflege-demenz-nrw.de/akteure/themen/pflegeberatung/>

Gestaltung: Fach- und Koordinierungsstelle der Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz